

고령층의 미충족 치과의료 경험에 관한 연구

김 정 옥
(서울대학교)

배 호 중*
(한국여성정책연구원)

본 연구는 「한국의료패널」을 이용하여 고령층을 대상으로 치과치료 필요가 있음에도 불구하고 치과의료 서비스를 이용하지 못하는 ‘미충족 치과의료’와 관련이 있는 요인을 파악하고자 하였다. 이에 치과의료에 상대적으로 낮은 건강보험 보장률, 높은 본인부담금 등 타 의료서비스와 다른 특성을 고려하여 ‘미충족 의료’와 ‘미충족 치과의료’를 비교·분석하였다. 분석결과 교육수준, 소득, 의료보장 형태, 섭식문제 요인이 공통적으로 미충족 의료 및 미충족 치과의료와 유의한 상관성이 있는 것으로 나타났으며, 연령, 가구 유형, 음주 요인은 미충족 치과의료에서만 유의한 상관성이 있는 것으로 확인되었다. 이와 같은 분석결과를 바탕으로 본 연구는 고령층의 구강보건의료의 접근성 향상을 위한 정책적 함의를 제시하였다.

주요 용어: 고령층, 치과이용, 미충족 치과의료, 미충족 의료

이 논문은 2017학년도 서울대학교 사회복지학과 대학원생(박사과정) 연구활동 지원을 받아 수행된 연구임. 논문의 초안을 검토해주신 구인회 교수님, 유익한 제안과 세심한 지적을 통해 논문 의 질을 높이는 데 큰 도움을 주신 익명의 심사자분들께 감사드립니다.

* 교신저자: 배호중, 한국여성정책연구원(baseball@kwidimail.com)

■ 투고일: 2018.10.30 ■ 수정일: 2019.1.2 ■ 게재확정일: 2019.1.14

I. 서론

오늘날 사회 구성원의 건강상태는 복지사회의 실현 정도를 평가하는 지표 중 하나로써 활용되고 있다(김수경, 2005). 건강을 유지하고 향상시키는 방법은 여러 가지가 있겠으나 현대인은 병원을 방문하여 건강검진을 받음으로써 질병을 예방하고자 한다(김수남, 1995). 특히, 질병 또는 질환이 찾아온 경우 주로 병원을 통해 진단을 받고 치료를 하게 된다. 개인의 의료이용은 무엇보다도 본인의 건강상태에 의해 좌우되는 경우가 많지만, 의료이용의 양과 질은 사회경제적 요인에 따라서도 상당히 달라지는 것으로 보고되고 있다(이혜재 등, 2009). 이러한 사회계층별 의료이용차이, 의료이용시 발생하는 의료비 등의 차이는 건강불평등을 증가시키는 요인으로 간주된다. 김창엽 등(2015)은 바람직한 보건의료의 조건 중 하나로 필요할 때 보건의료를 이용할 수 있는 ‘접근(성)’을 언급하였다. 그러나 접근성이 실제 이용과 완전히 일치한다는 의미는 아니다. 즉, 접근성이 보장되더라도 개인의 선택이나 여타 환경에 따라 의료이용은 발생하지 않을 수 있다(김창엽 등, 2015).

특히 신체적·생물학적 노화로 인하여 건강 악화와 질병이 상대적으로 많이 발생하는 노년기는 은퇴 후 감소한 수입 때문에 의료기관에 대한 접근성이 낮아지고, 이에 따라 건강문제가 충분히 해결되지 못할 수 있다. 또한 노년기는 자녀들과의 동거 형태 혹은 자녀들의 부양 형태에 따라 소득변화가 일어나 의료이용에 있어서도 그 차이가 나타난다. 통계청 「사회조사」에 따르면 60세 이상 고령자 중 향후 늘려야 할 복지서비스로 ‘보건의료, 건강관리 서비스’라고 응답한 비율이 31.7%였으며 ‘고용(취업)지원서비스’가 24.7%, ‘소득지원서비스’가 23.1%로 그 뒤를 잇는 만큼(통계청, 2017) 고령층의 보건의료 및 건강관련 서비스에 대한 욕구는 상당히 높다고 할 수 있으며, 역으로 이는 현재 고령층에게 해당 서비스가 충분하지 못함을 보여주는 결과로도 판단할 수 있다.

노인인구가 급증하고, 기대수명과 건강수명의 격차가 상당한 현 시점에서 고령층의 삶의 질 향상에 대한 관심도는 나날이 높아질 것이 자명하다. 노인의 삶의 질은 신체적 건강, 사회경제적 지위, 결혼상태 등 다양한 요인에 의해 영향을 받는데 이 중에서 건강은 이를 결정짓는 가장 밀접한 요인으로 꼽히기도 한다(Larson, 1978). 이러한 건강 관련 삶의 질에 있어서 구강건강은 식생활과 같은 기본적인 일상생활의 수행에 있어서 중요한 요소일 뿐만 아니라 전신건강 및 노인복지와도 밀접하게 관련되어 있다(허익강

등, 2010; Dolan et al., 2005).

노년기에 흔히 발생하는 결손치아의 증가나 만성 치주질환 같은 구강건강의 악화는 저작기능 및 영양섭취의 저하로 이어져 전신건강상태에 나쁜 영향을 미칠 수 있으며 이로 인해 삶의 질이 하락하는 결과를 초래할 수 있다(Richmond et al., 2007; Locker et al., 2002; 허익강 등, 2010에서 재인용). 구강건조증 또한 임상적으로 노인에게 많이 발생하는 증상인데(박명숙, 류세양, 2010), 이는 충치 및 연조직 문제의 위험을 일으킬 가능성이 높은 것으로 알려져 있다(Jang et al., 2014). 이 외에도 열악한 구강건강 상태는 심혈관 질환, 당뇨병, 인지장애, 알츠하이머 등 다른 건강상태와도 관련이 있으며(Burr & Lee, 2012), 행복감, 우울에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(Jensen et al., 2008; Panchbhai, 2012).

따라서 노인의 구강건강관리는 다른 건강상태의 조기진단 및 치료뿐만 아니라 일반 건강증진 프로그램의 필수 구성요소로서 건강관리에 효과적인 전략이라고 할 수 있다(Ohi et al., 2009). 구강건강을 유지하기 위하여 정기적인 치과 검진과 예방치료를 받고, 적시에 치아문제를 진단받고 해결하는 것이 중요하며(Burr & Lee, 2012), 불충분한 치과서비스 이용은 구강문제를 악화시킬 수 있다는 점에서 삶의 질에 직·간접적으로 영향을 미치게 된다(김명희, 조영태, 2007).

그러나 고령층의 구강건강관리는 그 중요성에도 불구하고 구강질환이 전신질환에 비해 상대적으로 손해를 다룰 정도로 시급히 치료를 요한다거나 생사(生死)와 직결되는 질환은 아니라는 이유 등으로 소홀하게 생각하는 경향이 있고 노화의 자연스러운 부분으로 받아들여기도 한다(박명호, 2011; 전지은 등, 2012). 선행연구에 따르면 고령층의 치과이용은 사회경제적 요인에 영향을 받는 것으로 나타나는데 그 중 소득이 중요한 요인으로 언급되고 있으며(이은미, 2013; 조한아, 신호성, 2015; Ohi et al., 2009; Burr & Lee, 2012), 이들의 연구에서는 치과이용과 가구소득이 정(+)의 관계가 있음을 보여 주었다. 반면 안은숙 등(2015)의 연구에서는 가구소득이 치과이용에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 안은숙 등(2015)은 가구소득의 경우 전체 가구원의 소득을 의미하므로 향후 노인 본인의 소득과 가구소득을 구분하여 살펴볼 것을 제안하였다. 한편 이홍자와 김춘미(2012)의 연구에서는 경제능력이 상실된 노인의 경우 치과 진료가 필요함에도 불구하고 그 이용이 어려워 구강건강 상태가 나쁜 상태로 지속될 수밖에 없는 상황이라고 언급하였다. 연령이 증가함에 따라 치주질환 유병률과 치과의료서

비스 수요가 증가한다는 보고(최용금 등, 2011)에 근거할 때 고령층의 치과이용 접근성을 높이기 위한 실효성 있는 정책과 관련 연구가 필요한 것으로 생각된다.

앞서 기술한 바와 같이 고령층의 구강건강 증진을 위한 치과의료 이용은 삶의 질과 직결될 수 있는 중요한 요인임에도 불구하고 연구가 활발하지는 않은 실정이다. 기존에 수행된 치과의료 이용 관련 연구들 또한 주로 아동청소년기나 성인기를 대상으로 한 연구가 주를 이루고 있기에 치과관련 질환의 발병 가능성이 높고 치과의료 이용에 대한 욕구가 상당할 것으로 판단되는 고령층을 대상으로 한정된 연구가 필요하다고 생각된다. 따라서 본 연구는 「한국의료패널(Korea Health Panel: 이하 KHP)」을 이용하여 고령층을 대상으로 치과치료 필요가 있음에도 불구하고 치과의료 서비스를 이용하지 못하는 ‘미충족 치과의료’와 관련한 요인을 파악하고자 한다. 또한 상대적으로 낮은 건강보험 보장률, 높은 본인부담금 등 치과의료 서비스가 타 의료서비스와 다른 특성(정형선, 2013; 안은숙, 신호성, 2015)을 고려하여 치과를 제외한 ‘미충족 의료’와 ‘미충족 치과의료’를 비교하고, 분석결과에 따른 정책적 함의를 탐색하고자 한다.

II. 선행연구 검토

건강은 당사자의 요인뿐만 아니라 개인을 둘러싼 주변 환경의 영향을 받는다. 이와 마찬가지로 보건의료 이용에는 개인요인, 공급자요인, 체계요인 등 여러 요인이 영향을 미칠 수 있으며 이 중 개인요인에는 사회경제적 지위, 교육, 연령, 건강상태 등이 포함된다(김창엽 등, 2015).

한국사회는 이러한 요인 중 경제적 비용 부담에 의한 미충족 의료 비율이 높은 편으로 알려져 있다(김창엽 등, 2015). 경제적 부담으로 인한 미충족 의료의 경우 고령층에서 더 심각할 것으로 예상되는데, 한국의 경우 인구구조의 고령화가 상당히 진전되었고 고령화 속도가 점점 빨라지는 상황이지만 공적연금을 통한 안정적인 노후가 보장되어 있지 않고, 다른 연령대에 비해 근로소득이 상대적으로 적어 경제적으로 어려움을 겪고 있을 가능성이 높다. 또한 노인 인구는 다른 연령 집단과 구분되는 보건의료 서비스의 특성을 갖고 있는데, 그 중 하나가 ‘높은 타인 의존성’이다. 즉 스스로 필요와 요구를

모두 해결하지 못하고, 개인이나 가정의 충분한 대처가 없다면 미충족 필요(unmet needs)가 많아진다(김창엽, 2018).

『2015년 건강검진통계연보』에 의하면 2015년 구강검진대상자의 수검률은 31.1%였으나 65세 이상 고령층의 경우 17.3% 수준에 머물렀다. 또한 수검인원(당해 연도 대상자 중 실제 구강검진 받은 수검자 수) 중 치료필요율(우식치아가 있어 당장 치료가 필요한 경우)이 39.9%인데 반하여 65세 이상 고령층의 경우 48.1%로 매우 높은 수준이었다(국민건강보험공단, 2016). 이와 같은 결과는 우리나라 고령인구의 구강검진 수검률은 낮고, 치료필요율은 높다는 것을 말해준다. 건강보험제도가 의료접근성 개선에 기여하였지만 치과치료에 대해서는 여전히 취약한 보장성과 높은 본인부담률이 주요 문제로 거론된다. 특히 노인과 같은 저소득층에서는 치과의료비 부담이 치과이용을 제한하거나 의료비 부담으로 인하여 경제적 위험을 경험할 수 있다(심형순 등, 2015).

치과의료 이용에 영향을 미치는 요인을 살펴본 연구들은 크게 ‘치과이용(횟수 또는 이용여부)’과 ‘미충족 치과의료(필요치과진료 미수진)’ 두 가지로 구분할 수 있다. 우선 치과이용을 살펴본 연구들은 「국민건강영양조사», 「한국의료패널조사», 「지역사회건강조사」 그리고 주로 개별 연구자들이 수행한 특정 지역 거주민 대상으로 한 설문조사 등 다양한 자료를 이용하여 이에 영향을 미치는 요인들을 살펴보았다(양달남 등, 2013; 김선미 등, 2014; 김선미, 신호성, 2015; 안은숙, 신호성, 2015; 최은실 등, 2015). 20세 이상 성인의 경우 민간보험가입 여부/형태 또는 소득, 교육수준 등과 같은 사회경제적 요인이 치과이용에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 청년층, 중장년층, 노년층에게 주로 나타나는 구강질환 및 원인이 다를 때(이화여자대학교 의료원, 2016) 연구대상의 연령구분 기준을 재고하고, 치과이용을 진단/질환별로 세분화할 필요성이 있는 것으로 생각된다. 한편 고령층을 대상으로 한 치과의료 이용 연구는 상대적으로 적었으며 분석자료 혹은 분석모형에 따라 영향요인이 일치하지는 않았다. 이은미(2013), 조한아와 신호성(2015)의 연구에서는 가구소득이 고령층의 치과이용과 정(+)의 관계가 있음을 보여준 반면 안은숙 등(2015)의 연구에서는 가구소득이 고령층의 치과이용에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이 외에도 성별, 연령, 배우자 여부, 만성질환, IADL, 섭식문제 등이 고령층의 치과이용에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

미충족 치과의료 분석한 연구들도 그 영향요인에 있어 치과이용을 살펴본 연구들

과 비슷한 결과를 보여주었다. 전지은 등(2011)은 제4기(2007~2009년) 「국민건강영양조사」 자료를 분석한 결과 소득수준이 낮을수록 치과진료를 받지 못하는 것으로 나타났는데 이러한 결과는 치과진료의 특성, 즉 의료비에 비해 상대적으로 적은 건강보험 급여 혜택이 원인의 하나가 되었을 것으로 판단하였다. 같은 자료를 사용한 전지은 등(2012)이 치과진료 미충족 이유에 대하여 분석한 결과, 저학력자와 저소득자는 경제적 이유인 반면 고학력자와 고소득자는 직장 혹은 학교로 인한 시간적 제약으로 인해 치과이용을 못하는 것으로 나타났다. 반면 제5기 「국민건강영양조사」 자료를 이용한 최미숙과 윤현경(2014)의 연구에서는 가구소득을 '상'으로 응답한 가구에 비해 '하', '중하', '중상' 모두 필요치과 미수진율이 낮은 것으로 나타났는데 이러한 결과에 대하여 경제적 요인 외에도 다른 원인들로 인하여 치과치료를 받지 못할 수 있으며, 의료의 패러다임이 변화된 것으로 해석하였다. 제6기 2차년도(2014년) 자료를 이용한 안은숙과 신명숙(2016)의 연구에서는 소득수준이 미충족 치과의료에 영향을 미치지 않은 것으로 나타났는데 이에 대하여 분석대상이 구강 통증을 경험한 사람에게 국한하였기 때문에 나타난 결과로 해석하였다. 이 외에도 「지역사회건강조사 자료」를 이용한 여지영과 정형선(2012)의 연구에서는 가구소득과 치과 의사 밀도가 높을수록 구강검진 수검 확률은 높고, 필요치과진료 미수진 확률은 낮은 것으로 확인되었다. 「한국의료패널」 자료를 이용한 연구에서 강정희 등(2015)은 고용형태와 소득수준을, 김철웅 등(2013)은 경제적 이유와 방문시간이 없는 이유가 미충족 치과의료 경험과 유의한 관련성을 보이고 있음을 제시하였다.

고령층을 대상으로 한정하여 미충족 치과의료를 살펴보고자 한 실증연구는 최근 들어 몇몇 연구가 진행된 바 있다. 문정화와 강민아(2016)는 2014년 「노인실태조사」 자료를 이용한 결과로 독거노인이 비독거노인에 비하여 미충족 의료(치과 제외) 및 미충족 치과 의료(21.9%) 경험이 더 높음을 보였고, 채송이(2014)는 「국민건강영양조사」 2010년 자료를 이용하여 소득수준이 미충족 치과의료에 영향이 있음을 확인하였다. 김명희와 조영태(2007)는 2005년 「서울시 보건지표조사」 자료를 이용하여 분석한 결과 구강통증이 있음에도 치과이용을 못하는 노인들의 경우 낮은 교육수준, 건강보험의 부재, 낮은 가구원의 소득이 특징인 것으로 제시하기도 하였다. 앞서 미충족 치과의료 경험을 분석한 전지은 등(2012)의 연구에서 저학력자와 저소득자는 경제적 이유인 반면 고학력자와 고소득자는 직장 혹은 학교로 인한 시간적 제약으로 인한 이유가 상당한 것으로 확인할 수 있었다. 시간적 제약이 거의 없는 고령층의 경우 다른 연령층에 비하여 접근성이

높을 수 있으나 우리나라 고령층의 경우 소득 빈곤율이 높다는 점과 치과의 경우 일반 의료보다 장기간에 걸친 치료가 요구되는 경우가 많으며, 상대적으로 의료비가 높아 경제적인 이유로 인한 접근성 제약이 클 것으로 생각된다.

이상의 국내 연구들을 종합하면 고령층의 치과이용 및 미충족 치과의료에 영향을 미치는 주요인이 소득과 같은 경제적 요인임을 확인할 수 있었으나 그 결과가 일치하지 않았고, 이 외에 인구사회학적 특성이 복합적으로 작용하는 것을 확인할 수 있었다. 또한 고령층을 대상으로 한정된 실증연구는 그 중요성에 비해 부족함을 확인할 수 있었다. 따라서 본 연구는 보건의로 전문자료인 한국의료패널 자료를 활용하여 고령층의 미충족 치과의료에 영향을 미치는 요인들을 분석하고자 한다. 이를 위하여 치과의료 서비스가 상대적으로 낮은 건강보험 보장률, 높은 본인부담금 등 타 의료서비스와 다른 특성을 고려하여 ‘미충족 의료’와 ‘미충족 치과의료’를 비교·분석한다.

III. 연구방법

1. 분석자료

본 연구에서는 고령층의 미충족 치과의료 경험 여부와 관련성을 갖는 요인을 실증적으로 검토하기 위해 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 주관하는 「한국의료패널(Korea Health Panel: 이하 KHP)」 2015년도 원자료를 이용하여 분석을 실시하였다.

KHP는 가구원 및 가구의 사회경제적 특성뿐만 아니라 연간 의료이용(입원/외래/응급/한방/치과)과 관련하여 진료과목, 치료내용 등과 같은 상세한 정보를 제공한다(서남규 등, 2016). 특히 만 18세 이상인 성인가구원을 대상으로 부가조사를 실시하여 건강 생활 습관(흡연, 음주 등), 주관적 건강상태, 활동제한(섭식문제 등), 의료접근성, 일자리 등을 조사하였는데, 의료접근성 항목은 본 연구의 주된 관심사인 ‘미충족 의료’ 및 ‘치과이용 제한’ 정보가 포함되어 있다.

본 연구는 2015년도 조사에 응답한 가구원 중 60세 이상을 주된 분석대상으로 삼으

며, 이 중 인구사회경제적 특성을 확인할 수 있는 노인 2,243명(남 974명, 여 1,269명)을 최종 표본으로 구성하였다.

2. 변수 구성

본 연구는 고령층의 ‘미충족 의료’ 및 ‘미충족 치과의료’와 관련된 요인을 확인하는 것을 목적으로 하고 있다. 이를 위하여 「한국의료패널」 부가조사의 설문문항 중 의료접근성에 대한 문항을 종속변수로 사용하였다. 즉, “지난 1년간, 병원 치료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?(치과치료, 치과검사 제외)”라는 질문은 ‘미충족 의료’로, “지난 1년간, 필요한 치과치료나 검사를 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?”라는 질문은 ‘미충족 치과의료’로 설정하였다. 이에 대하여 경험이 있으면 1, 없으면 0으로 처리하였다.

통제변수는 앤더슨의 의료서비스이용 행동모형(Andersen’s Behavioral Model of Health Service Utilization, 이하 ‘앤더슨 모형’)과 선행연구들을 통해 치과이용에 영향을 미치는 것으로 나타난 인구학적 및 사회경제적 요인들을 중심으로 구성하였다. 행태주의 이론에 기반하여 의료이용과 관련된 요인에 대해 체계적으로 설명한 앤더슨 모형은 의료이용과 관련된 분석을 실시할 때 변수 선정에 있어 좋은 참고가 될 수 있다(이혜재 등, 2009). 분석에 활용된 통제변수들을 구체적으로 살펴보면 인구학적 특성은 성, 연령, 배우자 유무 등을 포함하였는데, 연령의 경우 평균 수명의 증가와 함께 상대적으로 길어진 노년기의 건강상태가 연령의 증가에 따라 변화한다는 점을 고려하여(전해숙, 강상경, 2012) 연소노인(60~64세), 노인(65~74세), 후기노인(75세 이상)으로 구분하였다.

사회경제적 특성은 가구유형, 교육수준, 소득, 경제활동 여부, 의료보장 형태, 거주지를 포함하였다. 가구유형은 성인(25~59세) 가구원과 동거하는 노인 가구, 노인 1인 가구, 노인부부가구로 구분하였다. 기존 미충족 치과의료 관련 연구에는 가구유형보다는 배우자 유무를 고려하였으나 노인 1인 가구, 부부가 함께 하는 노인부부가구 등 자녀와 함께 거주하지 않은 노인 인구가 증가하고 있다는 점과 가족이 노년기 삶에 경제적 위험 및 사회적 위험으로부터 개인들을 보호할 수 있는 자원(김태성, 2017)이라는 점에서 가구유형을 노인의 의료이용 서비스에 영향을 미치는 변수로 고려하였다. 교육수준은 고령층에 대한 분석임을 감안하여 무학, 초졸, 중졸, 고졸 이상 등 4개 군으로, 소득은

연간 총 가구소득으로 자연로그를 취하여 분석에 활용하였다. 의료보장 형태는 건강보험의 경우 1의 값을 갖고, 의료급여 및 기타의 경우 0의 값을 갖는 더미변수이고, 거주지는 서울 및 수도권, 광역시(廣域市), 도(道) 등 3개 집단으로 구분하여 범주형 변수로 사용하였다.

이와 더불어 건강 생활습관(흡연, 음주), 주관적 건강상태, 섭식문제, 만성질환 수를 함께 고려하였다. 건강 생활습관 중 흡연은 비흡연(피운 적 없음), 과거흡연(과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음), 현재흡연(현재 매일 피움, 가끔 피움)으로, 음주는 비음주(평생 마시지 않음), 과거음주(최근 1년간 금주), 월 3회 이하(월 1회 미만, 월 1회, 월 2~3회), 주 1회 이상(주 1회, 주 2~3회, 거의 매일)으로 재구성 하였다. 주관적 건강상태는 좋은편(매우 좋음, 좋음), 보통, 나쁜편(나쁨, 매우 나쁨) 등 3개 군으로 범주화하였다. 섭식문제는 치아 및 구강질환과 관련한 문항으로 없음(전혀 없었음, 거의 없었음), 가끔, 자주 등 3개 군으로 범주화하였다.¹⁾ 마지막으로 만성질환은 수는 그 분포의 95 퍼센타일을 구해보면 그 수가 약 8개 정도인데 분석 과정에서는 이상치(outlier)에 의한 영향을 최소화하기 위하여 만성질환 수가 8보다 큰 경우에는 8개로 대체하고 분석을 진행하였다.

3. 분석방법

먼저 분석에 사용된 표본에 대한 특성을 파악하기 위하여 기초통계를 살펴보고, 주요 변수들을 중심으로 미충족 의료 및 미충족 치과의료 경험에 대한 집단간 차이를 살펴보기 위해 카이제곱 검정(chi-square test)과 t-검정(t-test)을 실시하였다. 이후 고령층의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인들을 보다 면밀하게 확인하기 위해서 ‘미충족 의료’ 및 ‘미충족 치과의료’ 경험에 대하여 ‘예’라고 응답한 경우를 1로, ‘아니오’라고 응답한 경우를 0으로 하여 이항로지스틱 모형을 적용하여 분석을 실시하였다.

1) 섭식문제의 경우 미충족 치과의료 경험이 섭식문제에 영향을 미칠 가능성이 있기 때문에 선후관계에 문제가 발생할 수 있다. 이를 고려하기 위하여 섭식문제 변수는 2014년 원자료를 이용하였다.

IV. 분석결과

1. 분석대상의 일반적 특성

분석에 이용된 변수의 정의와 기술통계의 결과는 <표 1>에 제시되어 있다. 먼저 본 연구의 종속변수를 살펴보면 전체 2,243명 중 13.8%가 미충족 의료를, 19.6%가 미충족 치과의료를 경험한 것으로 나타나 노인의 경우 미충족 의료보다 미충족 치과의료를 더 경험하는 것으로 확인되었다.

표 1. 변수의 정의 및 기술통계

변수	변수정의	n	%
미충족 의료 (치과 제외)	예=1	310	13.8
	아니오=0	1,933	86.2
미충족 치과의료	예=1	440	19.6
	아니오=0	1,803	80.4
성별	남=0	974	43.6
	여=1	1,269	56.4
연령	연소노인(60~64세)=1, 그 외=0	834	37.2
	노인(65~74세)=1, 그 외=0	1,162	51.8
	후기노인(75세 이상)=1, 그 외=0	247	11.0
가구유형	노인+성인=1, 그 외=0	484	21.6
	노인 1인=1, 그 외=0	703	31.3
	노인 부부=1, 그 외=0	1,056	47.1
배우자 유무	있음=1	1,710	76.2
	없음=0	533	23.8
교육수준	무학=1, 그 외=0	195	8.7
	초졸=1, 그 외=0	747	33.3
	중졸=1, 그 외=0	502	22.4
	고졸 이상=1, 그 외=0	799	35.6
소득(자연로그)	연간 총 가구소득	7.9	0.7
경제활동 여부	함=1	1,148	51.2
	안함=0	1,095	48.8
의료보장 형태	건강보험=1, 그 외=0	2,178	97.1
	의료급여, 기타=1, 그 외=0	65	2.9

변수	변수정의	n	%
거주지	서울, 수도권=1, 그 외=0	762	34.0
	광역시=1, 그 외=0	572	25.5
	도=1, 그 외=0	909	40.5
흡연	비흡연=1, 그 외=0	1,384	61.7
	과거흡연=1, 그 외=0	598	26.7
	현재흡연=1, 그 외=0	261	11.6
음주	비음주=1, 그 외=0	809	36.1
	과거음주=1, 그 외=0	237	10.6
	월3회 이하=1, 그 외=0	675	30.1
	주1회 이상=1, 그 외=0	522	23.3
주관적 건강상태	좋은편=1, 그 외=0	44	2.0
	보통=1, 그 외=0	653	29.1
	나쁜편=1, 그 외=0	1,546	68.9
섭식문제 (치아 및 구강질환)	전혀 없음=1, 그 외=0	834	37.2
	가끔=1, 그 외=0	655	29.2
	자주(항상)=1, 그 외=0	754	33.6
만성질환	총 만성질환 개수	3.4	2.2
N		2,243	

주: 1) 소득, 만성질환은 평균 및 표준편차
2) 섭식문제는 2014년 자료를 이용하였음.

통제변수로 활용한 변수에 대한 기술통계를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 연령은 노인(65~74세) 51.8%, 연소노인(60~64세) 37.2%, 후기노인(75세 이상) 11.0% 순으로 분포하고 있는 것으로 나타났다. 가구유형은 노인부부가구가 47.1%로 가장 많았고, 노인 1인 가구는 31.3%, 성인(25~59세)과 함께 사는 노인 가구는 21.6% 순으로 나타나 2015년 고령자 가구 유형 및 구성비와 비슷한 수준임을 확인할 수 있었다(통계청, 2015).

교육수준의 경우 무학 8.7%, 초등학교 졸업 33.3%, 중학교 졸업 22.4%, 고등학교 졸업 이상이 35.6%를 차지하였고, 전체 중 51.2%가 경제활동을 하는 것으로 나타났다. 의료보장 형태를 살펴보면 건강보험 가입자의 비율은 97.1%, 기타 및 의료급여 수급자의 비율은 2.9%로 나타났다. 또한 노인의 40.5%가 도(道)에 거주하였으며, 서울 및 수도권이 34.0%, 광역시가 25.5%로 그 뒤를 이었다.

건강 생활습관에 있어 노인의 11.6%는 현재흡연을, 53.4%는 현재음주를 하는 것으로 나타나 흡연보다 음주 비율이 더 높은 것으로 관찰되었다. 주관적 건강상태는 나쁜편이라고 응답한 대상이 68.9%, 섭식문제(치아 및 구강질환)가 있다고 응답한 대상이 62.8%로 나타났다. 마지막으로 만성질환은 평균 3.4개를 보유하고 있음을 알 수 있었다.

2. 일반적 특성에 따른 미충족 의료 및 미충족 치과의료 경험 차이

고령층의 일반적 특성에 따른 미충족 의료 경험에 대한 차이는 <표 2>, 미충족 치과의료 경험에 대한 차이는 <표 3>에 제시하였다. 먼저 <표 2>를 보면 성별, 교육수준, 소득, 의료보장 형태, 거주지, 주관적 건강상태, 섭식문제, 만성질환이 미충족 의료 경험과 유의한 상관성이 있는 요인으로 나타났다.

표 2. 일반적 특성에 따른 미충족 의료 경험 차이(N=2,243)

변수	범주	미충족 의료 경험 없음		미충족 의료 경험 있음		검정통계량 (χ^2 or <i>t</i>)
		N	% or (mean)	N	% or (mean)	
성별	남	858	88.1	116	11.9	5.279*
	여	1,075	84.7	194	15.3	
연령	60~64세	732	87.8	102	12.2	3.336
	65~74세	994	85.5	168	14.5	
	75세 이상	207	83.8	40	16.2	
가구유형	노인+성인 가구	425	87.8	59	12.2	5.104
	노인 1인 가구	589	83.8	114	16.2	
	노인 부부 가구	919	87	137	13	
배우자 유무	있음	1,485	86.8	225	13.2	2.655
	없음	448	84.1	85	15.9	
교육수준	무학	152	77.9	43	22.1	38.060***
	초졸	614	82.2	133	17.8	
	중졸	439	87.5	63	12.5	
	고졸 이상	728	91.1	71	8.9	
소득	연간 총 가구소득	1,933	(7.885)	310	(7.650)	5.176***

변수	범주	미충족 의료 경험 없음		미충족 의료 경험 있음		검정통계량 (χ^2 or t)
		N	% or (mean)	N	% or (mean)	
경제활동 여부	합	988	86.1	160	13.9	0.027
	안함	945	86.3	150	13.7	
의료보장 형태	건강보험	1,887	86.6	291	13.4	13.346***
	의료급여, 기타	46	70.8	19	29.2	
거주지	서울, 수도권	680	89.2	82	10.8	15.238***
	광역시	500	87.4	72	12.6	
	도	753	82.8	156	17.2	
흡연	비흡연	1,183	85.5	201	14.5	1.533
	과거흡연	523	87.5	75	12.5	
	현재흡연	227	87	34	13	
음주	비음주	691	85.4	118	14.6	1.422
	과거음주	201	84.8	36	15.2	
	월3회 이하	588	87.1	87	12.9	
	주1회 이상	453	86.8	69	13.2	
주관적 건강상태	좋은편	40	90.9	4	9.1	20.599***
	보통	595	91.1	58	8.9	
	나쁜편	1,298	84	248	16	
섭식문제 (치아 및 구강질환)	전혀 없음	765	91.7	69	8.3	57.371***
	가끔	574	87.6	81	12.4	
	자주(항상)	594	78.8	160	21.2	
만성질환	총 만성질환 개수	1,933	(3.442)	310	(3.228)	-2.830**

주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 섭식문제는 2014년 자료를 이용하였음.

다음으로 <표 3>을 보면 앞서 제시한 미충족 의료 경험과 마찬가지로 교육수준, 소득, 의료보장 형태, 주관적 건강상태, 섭식문제, 만성질환이 미충족 치과의료 경험과 유의한 상관성이 있는 요인으로 나타났다. 반면 미충족 의료 경험에서는 유의한 상관성이 있는 것으로 나타나지 않았던 연령, 가구유형, 배우자 유무, 음주 요인이 미충족 치과의료 경험과 유의한 상관성이 있는 것으로 확인할 수 있었다.

표 3. 일반적 특성에 따른 미충족 치과의료 경험(치과이용 제한 경험) 차이(N=2,243)

변수	범주	치과이용 제한 경험 없음		치과이용 제한 경험 있음		검정통계량 (χ^2 or <i>t</i>)
		N	% or (mean)	N	% or (mean)	
성별	남	793	81.4	181	18.6	1.166
	여	1,010	79.6	259	20.4	
연령	60~64세	699	83.8	135	16.2	9.912**
	65~74세	911	78.4	251	21.6	
	75세 이상	193	78.1	54	21.9	
가구유형	노인+성인 가구	392	81.0	92	19.0	18.467***
	노인 1인 가구	529	75.2	174	24.8	
	노인 부부 가구	882	83.5	174	16.5	
배우자 유무	있음	1,407	82.3	303	17.7	16.428***
	없음	396	74.3	137	25.7	
	무학	139	71.3	56	28.7	
교육수준	초졸	581	77.8	166	22.2	29.181***
	중졸	397	79.1	105	20.9	
	고졸 이상	686	85.9	113	14.1	
소득	연간 총 가구소득	1,803	(7.895)	440	(7.675)	5.609***
경제활동 여부	합	932	81.2	216	18.8	0.957
	안합	871	79.5	224	20.5	
의료보장 형태	건강보험	1,763	80.9	415	19.1	15.076***
	의료급여, 기타	40	61.5	25	38.5	
거주지	서울, 수도권	618	81.1	144	18.9	0.890
	광역시	463	80.9	109	19.1	
	도	722	79.4	187	20.6	
흡연	비흡연	1,113	80.4	271	19.6	0.468
	과거흡연	484	80.9	114	19.1	
	현재흡연	206	78.9	55	21.1	
음주	비음주	667	82.4	142	17.6	9.388*
	과거음주	181	76.4	56	23.6	
	월3회 이하	553	81.9	122	18.1	
	주1회 이상	402	77	120	23	
주관적 건강상태	좋은편	38	86.4	6	13.6	19.804***
	보통	561	85.9	92	14.1	
	나쁜편	1,204	77.9	342	22.1	
섭식문제 (치아 및 구강질환)	전혀 없음	793	95.1	41	4.9	402.803***
	가끔	580	88.5	75	11.5	
	자주(항상)	430	57	324	43	
만성질환	총 만성질환 개수	1,803	(3.320)	440	(3.616)	-2.527***

주: 1) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001
2) 섭식문제는 2014년 자료를 이용하였음.

3. 미충족 의료 및 미충족 치과의료 분석 결과

<표 4>는 미충족 의료(치과 제외)와 미충족 치과医료를 분석한 결과를 나타낸 표이다. 먼저 미충족 의료 경험(그룹(I))을 살펴보면 노인의 교육수준이 고졸 이상인 경우에 비해 무학, 초졸인 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 각각 1.92배, 1.63배 증가하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 또한 소득이 높을수록 미충족 의료를 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타났으며 통계적으로도 유의하였는데 경제적 자원이 의료서비스에 대한 이용 장벽을 낮춘다는 점에서 당연한 결과로 보인다.

의료보장 형태는 의료급여 및 기타(이하 의료급여 수급자)인 경우에 비해 건강보험 가입자인 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 0.47배 감소하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 거주지의 경우 도에 사는 노인보다 서울 및 수도권에 사는 노인의 경우 미충족 의료 경험 가능성이 0.76배 감소하는 것으로 나타났는데 이는 서울 및 수도권에 지방에 비하여 상대적으로 병/의원이 많이 분포하여 지리적으로 제한이 적고 접근성이 양호하여 나온 결과라 생각된다.

주관적 건강상태는 보통인 경우에 비해 나쁜편인 경우, 섭식문제는 없음에 비해 가끔, 자주(항상)인 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 증가하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 건강상태가 나쁘고, 섭식문제가 있음에도 불구하고 미충족 의료를 경험할 가능성이 높다는 결과는 노인의 의료욕구를 반영한 것이라 간주할 수 있다.

다음으로 미충족 치과의료 경험(그룹(II))을 살펴보면 미충족 의료 경험과 마찬가지로 교육수준, 소득, 의료보장 형태 요인이 유의한 연관성이 있는 것으로 나타났다. 반면 미충족 의료 분석에서는 유의하지 않았던 연령, 가구유형, 건강 생활습관 중 음주 요인과 유의한 상관성이 있는 것으로 나타났다. 한편 섭식문제 요인은 미충족 치과 경험에 있어 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이를 자세히 살펴보면 연소노인에 비해 후기노인의 경우 미충족 치과医료를 경험할 가능성이 0.68배 낮은 것으로 나타났는데 이는 높은 연령일수록 치과 의료에 대한 불충분한 인지로 인한 것으로 생각된다(조한아, 신호성, 2015). 기존 연구에서도 노인이 질병 및 건강관리에 대해 잘 인지하지 못하며 이러한 인식은 건강행위에 부정적인 영향을 미친다고 밝힌 바 있다(이태화, 강수진, 2008; Baker et al., 2000; Wolf et al., 2007). 가구유형에 있어서 성인과 동거하는 노인 가구에 비해 노인부부가구의 경우 미충족 치

과의료를 경험할 가능성이 0.71배 낮은 것으로 나타났다. 가족과 동거하는 노인의 경우 배우자나 자녀 등 가족으로부터 경제적, 사회적으로 지지를 받을 수 있다는 점은 병원 이용과 같은 건강관리에도 예외가 아닌데, 노인의 건강행위(적극적인 건강관리)에 있어서 자녀보다 배우자가 더 효과적이었다는 김진구(2011)의 연구결과와 맥을 같이한다고 볼 수 있다.

또한 건강 생활습관 중 음주에 있어서 비음주 집단에 비해 주1회 이상 음주하는 집단이 미충족 치과의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났는데, 음주가 치아에 부정적인 영향을 미칠 개연성을 보여주는 결과로 볼 수 있다. 일반적으로 음주, 흡연 등은 부정적인 영향을 미치는 요인으로 알려져 있다(Sheiham & Watt, 2000). 마지막으로 섭식문제에 있어 문제가 없다고 응답한 집단에 비해 자주(항상)이라 응답한 집단이 미충족 치과의료를 경험할 가능성이 14.06배로 현저히 높은 것으로 나타났다. 이로 미루어 볼 때 섭식문제 요인이 미충족 의료보다는 미충족 치과의료에 더 큰 영향을 미치는 요소로 짐작할 수 있다.

표 4. 미충족 의료 및 미충족 치과의료 경험 여부에 대한 로지스틱 회귀분석 결과(N=2,243)

	미충족 의료 (I)		미충족 치과의료 (II)	
	Exp(β)	95% CI	Exp(β)	95% CI
성별(기준: 남성)	1.216	0.766-1.929	1.091	0.711-1.673
연령(기준: 연소노인)				
노인	0.927	0.692-1.243	1.001	0.758-1.321
후기노인	0.775	0.487-1.233	0.688*	0.443-1.070
가구유형(기준: 노인+성인)				
노인 1인	0.830	0.541-1.275	0.862	0.579-1.284
노인 부부	0.843	0.572-1.243	0.710*	0.493-1.021
배우자 유무(기준: 없음)	1.204	0.831-1.744	0.925	0.655-1.305
교육수준(기준: 고졸 이상)				
무학	1.919***	1.169-3.150	1.531*	0.948-2.471
초졸	1.629***	1.154-2.300	1.367*	0.988-1.892
중졸	1.218	0.835-1.776	1.428**	1.018-2.004
소득	0.790**	0.630-0.991	0.801**	0.649-0.989
경제활동(기준: 안함)	1.122	0.857-1.469	0.992	0.769-1.280
의료보장 형태(기준: 의료급여, 기타)	0.473**	0.261-0.860	0.451**	0.245-0.829

	미충족 의료 (I)		미충족 치과의료 (II)	
	Exp(β)	95% CI	Exp(β)	95% CI
거주지(기준: 도)				
서울, 수도권	0.756*	0.555-1.029	1.229	0.921-1.639
광역시	0.814	0.593-1.116	1.079	0.797-1.461
흡연(기준: 비흡연)				
과거흡연	1.121	0.712-1.765	1.105	0.726-1.681
현재흡연	1.060	0.631-1.781	1.053	0.654-1.696
음주(기준: 비음주)				
과거음주	0.943	0.607-1.465	1.195	0.790-1.808
월3회 이하	0.893	0.652-1.221	0.977	0.721-1.324
주1회 이상	1.087	0.737-1.604	1.736***	1.204-2.504
주관적 건강상태(기준: 보통)				
좋은편	1.350	0.459-3.965	1.440	0.539-3.852
나쁜편	1.535***	1.116-2.111	1.152	0.863-1.538
섭식문제(기준: 없음)				
가끔	1.373*	0.971-1.941	2.356***	1.577-3.520
자주(항상)	2.468***	1.800-3.384	14.062***	9.841-20.094
만성질환 수	1.022	0.962-1.085	0.995	0.940-1.054

주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 섭식문제는 2014년 자료를 이용하였음.

V. 결론과 함의

본 연구는 고령층의 치과의료 이용이 구강건강 증진에 있어 주요한 요인임에도 불구하고 관련 국내연구가 부족한 점에 주목하여 고령층의 미충족 치과의료에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하였다. 이에 상대적으로 낮은 건강보험 보장률, 높은 본인부담금 등 치과의료 서비스가 타 의료서비스와 다른 특성을 고려하여 ‘미충족 의료’와 ‘미충족 치과의료’를 비교·분석하는 것을 주된 연구목적으로 설정하였다.

본 연구의 주요 결과를 살펴보면 다음과 같다. 교육수준, 소득, 의료보장 형태, 섭식문제 요인이 공통적으로 미충족 의료 및 미충족 치과의료와 유의한 연관성이 있는 것으로 나타났다. 이러한 분석결과는 사회경제적 요인이 의료이용 뿐만 아니라 치과이용을 제

한하는 요인이라는 점을 밝힌 국내 선행연구(김명희, 조영태, 2007; 채송이, 2014; 문정화, 강민아, 2016) 및 국외 선행연구(Vargas et al., 2003; Jang et al., 2014; Chae et al., 2017)와 일치한다. 교육수준, 소득과 같은 사회경제적 수준이 상대적으로 높은 노인의 경우 스스로 건강상태를 확인할 수 있고, 필요시 의료기관을 방문할 수 있는 경제적 요건이 충족되어 미충족 의료 경험이 낮을 가능성이 크기 때문인 것으로 생각할 수 있다. 또한 건강보험 가입자의 경우 경제적 부담 능력이 취약한 빈곤층이 대상인 의료급여 수급자에 비하여 경제적 제약이 상대적으로 적어 미충족 의료 경험이 낮은 것으로 생각된다. 마지막으로 섭식문제는 미충족 의료 경험과의 선후관계 문제를 고려하여 과년도 자료(14년도)를 이용하였는데, 없음에 비해 가끔, 자주(항상)인 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 의료적 욕구가 있음에도 불구하고 미충족 의료 및 치과 의료를 경험한 것이라 해석된다.

한편 연령, 가구유형, 음주 요인은 미충족 치과 의료에서만 유의한 상관성이 있는 것으로 확인되었다. 후기노인의 경우 연소노인에 비해 미충족 치과 의료를 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타났는데 이는 치과 의료에 대한 불충분한 인지로 인한 것으로 생각된다. 가구유형에 있어 성인과 동거하는 노인 가구에 비해 노인부부가구의 경우 미충족 치과 의료를 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타났는데 노인의 건강관리에 있어서 배우자의 지지가 더 효과적인 것으로 추측해볼 수 있다. 또한 비음주 집단에 비해 주1회 이상 음주하는 집단이 미충족 치과 의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타나 음주가 치아에 부정적인 영향을 미칠 개연성을 보여주는 결과로 볼 수 있다.

이러한 분석결과를 통한 시사점은 다음과 같다. 교육수준이 고령층의 미충족 치과 의료와 유의한 상관성을 가진다는 발견은 교육수준이 낮은 노인들을 대상으로 구강검진 및 치과 관련 질환을 예방하기 위한 교육이 요구됨을 시사한다. 또한 본격적인 은퇴시기를 앞둔 고령층이 금전적 제약으로 인한 치과 외래진료 이용 부담을 완화하기 위한 의료 보장성 적용 연령 하향 및 본인부담을 하향이 필요하다. 2012년 이래로 노인 치과임플란트 외래진료 이용 부담을 완화하기 위하여 적용 연령이 75세 이상에서 2018년 7월 65세 이상으로 하향되고, 본인부담율은 50%에서 30%로 낮아졌으나(보건복지부, 2018) 시술 내용에 있어 보장성을 넓히는 방안이 고려되어야 할 필요가 있다. 또한 성인과 함께 사는 노인가구에 비하여 노인부부가구가 미충족 치과 의료를 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타난 결과는 노인이 치과이용 접근성을 높이는데 있어 가족 외 공식적인

자원이 필요함을 의미한다. 현재 보건소 구강보건센터에서 실시하는 구강보건사업의 홍보를 계속적으로 확대하여 이용을 독려하고, 찾아가는 보건교육/검진 등을 적극적으로 활용하도록 해야 한다. 교육내용에 있어서는 음주, 흡연과 같은 불건강 습관이 구강 건강에 미치는 부정적인 영향과 부득이하게 음주를 피할 수 없는 경우 건강을 해치지 않는 음주요령 등을 포함해야 한다(청주시중독관리통합지원센터, 2005). 마지막으로 높은 연령일수록 신체뿐만 아니라 인지능력에도 노화가 나타나 질병이나 건강상태에 대해 잘 알지 못할 수 있음을 고려하여 눈높이에 맞는 교육제공과 함께 효과 검증 또한 필요하다(정정희, 김정순, 2014).

마지막으로 본 연구는 우리나라 보건의료 전문자료인 「한국의료패널」 자료를 이용하여 고령층을 대상으로 미충족 치과의료에 영향을 미치는 요인들에 대해 실증분석을 통해 보였다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있으나 몇 가지 중요한 한계를 지적할 필요가 있다. 첫째, 치과이용 제한에 있어 그 이용이 정기적인 치과 검진(예방 등)이 필요한 경우인지, 실제 치아 문제 발생으로 인하여 필요한 경우인지 구분할 수 없다는 점이다. 예방적 방문과 치료를 위한 방문은 대상자의 특성에 따라서도 차이가 발생할 수 있을 것으로 생각되나 자료의 한계로 인하여 둘을 구분하여 관련성을 보는데 한계가 있었다. 둘째, 단면연구로서 미충족 치과의료와 이와 관련이 있는 요인, 특히 소득과의 관련성을 인과관계라고 단정할 수 없다는 것이다. 그렇지만 본 연구의 주된 관심사인 치과의료는 생사와 직결되는 중증의 질환으로 방문하는 의료기관이 아니며, 구강질환의 중증도는 다른 질병에 비해 상대적으로 높지 않아 생업에 영향을 미칠 가능성이 낮으므로 역인과 관계의 가능성은 심각하지 않을 것이라 판단된다. 이에 반해 미충족 의료 분석에 있어서는 추정치에 편이가 발생하였을 가능성이 높으므로 추후 연구에서는 이를 완화시킬 수 있는 방법을 모색하여야 할 것이다. 셋째, 연구모형 설정시 경제적 요인을 고려하는데 있어서 가구소득만을 고려한 점이다. 한국의 경우 가장 오래 근무한 일자리를 그만둘 당시 평균연령은 50세가 채 되지 않는 경우도 빈번하다. 이러한 점을 고려할 때 자산은 보다 안정적이고 안전망 역할을 하는 축적된 자원으로서 노년기 의료서비스 이용을 살펴보는 데 활용할 수 있다(김창엽 등, 2015). 또한 60대 이상의 비정규직 비중이 상승하는 현 상황을 고려하여 추후에는 일자리 형태 등을 고려하여 분석할 필요가 있다.

참고문헌

- 강정희, 김철웅, 김철신, 서남규. (2015). 고용상태에 따른 미충족 치과치료 대한구강보건학회지, 39(1), pp.56-62.
- 국민건강보험공단. (2016). 2015 건강검진통계연보. 원주: 동 기관.
- 김명희, 조영태. (2007). 서울시 노인의 구강통증 여부 및 치과서비스이용의 사회적 결정 요인에 대한 다수준분석. 대한구강보건학회지, 31(1), pp.103-114.
- 김선미, 안은숙, 신호성. (2014). 민간의료보험 가입이 치과의료이용에 미치는 영향. 대한구강보건학회지, 38(4), pp.203-211.
- 김선미, 신호성. (2015). 경제적 요인이 민간의료보험 가입변동과 치과의료이용에 미치는 영향. 대한구강보건학회지, 39(3), pp.161-167.
- 김수경. (2005). 어머니의 치과의료이용에 영향을 미치는 요인분석. 한국치위생과학회지, 5(4), pp.171-177.
- 김수남. (1995). 의과 및 치과 진료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 비교연구. 원광치의학, 5(3), pp.229-238.
- 김진구. (2011). 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향. 노인복지연구, 51, pp.35-55.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 한국의 건강불평등. 서울: 서울대학교출판문화원.
- 김창엽. (2018). 건강보장의 이론. 파주: 한올아카데미.
- 김철웅, 이상구, 전지은, 강정희. (2013). 미충족 치과치료 관련요인과 치과경영환경. 대전: 충남대학교 치과의료정책연구소.
- 김태성. (2017). 한국 복지체제의 특성: 왜 한국의 복지체제는 유럽의 복지국가들과 다른가?. 서울: 청목출판사.
- 문정화, 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. 보건사회연구, 36(2), pp.480-510.
- 박명숙, 류세양. (2010). 지역사회 노인의 구강건강증 정도 및 구강건강관련 삶의 질 영향 요인. 대한간호학회지, 40(5), pp.747-755.
- 박명호. (2011). 노인들의 구강영양지수에 영향을 미치는 요인. 박사학위논문, 대구한의대.

학교

- 보건복지부. (2018.4.25). 65세 이상 어르신 치과 임플란트 본인부담 50%에서 30%로 낮아진다! 보도자료.
- 서남규, 강태욱, 허순임, 이해재, 김동수, 임병목, 장숙량, 홍기명, 정세환, 오영호. (2016). 2016년 한국의료패널 심층분석보고서; 보건의료지표를 중심으로 살펴 본 한국보건제도. 원주: 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.
- 심형순, 김승숙, 김지현. (2015). 우리나라 성인의 치과의료이용 미수진 관련 요인. 한국치위생학회, 15(5), pp.823-829.
- 안은숙, 신명숙. (2016). 구강 통증을 경험한 성인의 미충족 치과의료 관련 요인. 한국치위생학회, 16(5), pp.355-360.
- 안은숙, 신호성. (2015). 치과의료이용 불평등에 영향을 미치는 결정요인 분해. 통계연구, 20(2), pp.140-159.
- 안은숙, 황지민, 신명숙. (2015). 노인의 치과의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인. 한국치위생학회, 15(1), pp.60-66.
- 양달남, 최인영, 김광점, 권영대. (2013). 수도권 지역 치과의료기관 이용자의 민영치과의료보험에 대한 인식과 가입 현황. 한국콘텐츠학회논문지, 13(7), pp.322-332.
- 여지영, 정형선(2012). 구강검진 및 필요치과진료 수진의 결정요인: 경제적 접근성과 지리적 접근성 간의 상호작용효과 분석. 보건경제와 정책연구, 18(4), pp.109-126.
- 이은미. (2013). 노령이 치과의료 이용에 미치는 영향분석, 석사학위논문, 가톨릭대학교.
- 이태화, 강수진. (2008). 한국 노인의 건강문해 실태와 영향요인. 한국노년학, 28(4), pp.847-863.
- 이화여자대학교 의료원. (2016. 6. 8). 이화여자대학교 의료원, '연령별 구강 관리법' 발표. https://www.eumc.ac.kr/mokdong/hos_info/news/info/board.asp?id=m_info&page=1&no=5274&fw=2&v=1&cat_no=77에서 2018.12.29. 인출.
- 이혜재, 이태진, 전보영, 정영일. (2009). 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 보건경제와 정책연구, 15(1), pp.79-106.
- 이홍자, 김춘미. (2012). 노인의 구강건강 영향지수가 우울과 삶의 질에 미치는 영향. 지역사회간호학회지, 23(3), pp.338-346.
- 정형선. (2013). 2012년 국민의료비 및 국민보건계정. 서울: 보건복지부, 연세대학교 의료

/복지연구소

- 전지은, 정원균, 김남희. (2011). 한국인의 치과진료이용과 관련된 요인. 대한구강보건학회지, 35(4), pp.441-449.
- 전지은, 정원균, 김남희. (2012). 우리나라 국민의 인구사회경제적 특성에 따른 치과진료 미충족 이유: 제4기 국민건강영양조사 자료를 이용하여. 대한구강보건학회지, 36(1), pp.73-81.
- 전해숙, 강상경. (2012). 연소노인과 고령노인 간 의료서비스 이용 예측요인의 연령차 - 고령화 사회의 의료서비스에 주는 함의. 보건사회연구, 32(1), pp.28-57.
- 정정희, 김정순. (2014). 노인의 건강정보이해능력, 건강 관련 위험인식과 건강행위. 지역사회간호학회지, 25(1), pp.65-73.
- 조한아, 신호성. (2015). 노인의 일상생활수행능력 및 도구적 일상생활수행능력에 따른 치과의료이용 양상. 대한구강보건학회지, 39(2), pp.102-109.
- 채송이. (2014). 노인의 미충족 치과의료 관련 요인. 석사학위논문, 아주대학교.
- 청주시중독관리통합지원센터. (2005.6.21). 음주와 구강건강(2005.06)-건강길라잡이. http://www.cjacc.or.kr/bbs/board.php?bo_table=data&wr_id=127에서 2018.12.27. 인출.
- 최미숙, 윤현경. (2014). 한국인의 필요 치과진료 미수진에 영향을 미치는 요인-제5기 국민건강영양조사자료 분석 (2010-2012). 보건의료산업학회지, 8(2), pp. 139-148.
- 최용금, 도세록, 박덕영. (2011). 환자조사에 의거한 최근 20여년간의 치주질환 외래환자 수 변화. 대한구강보건학회지, 35(3), pp.331-339.
- 최은실, 김미나, 노선미, 박지은. (2015). 앤더슨 모형을 적용한 일부 성인의 치과 의료이용 행태에 영향을 미치는 요인. 한국치위생과학회, 15(1), pp.67-76.
- 통계청. (2015.9.24). 2015 고령자 통계. 보도자료.
- 통계청. (2017.11.7). 2017년 사회조사 결과(복지·사회참여·문화와 여가·소득과 소비·노동). 보도자료.
- 허익강, 이태용, 동진근, 홍승희. (2010). 일부 노인의 치과보철물 상태가 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향. 대한치과보철학회지, 48(2), pp.101-110.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association

- between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(6), S368-S374.
- Burr, J. A., & Lee, H. J. (2012). Social relationships and dental care service utilization among older adults. *Journal of Aging and Health*, 25(2), pp.191-220.
- Chae, S., Lee, Y., Kim, J., Chun, K. H., & Lee, J. K. (2017). Factors associated with perceived unmet dental care needs of older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 17, pp.1936-1942.
- Dolan, T. A., Atchison, K., & Huynh, T. N. (2005). Access to dental care among older adults in the United States. *Journal of Dental Education*, 69(9), pp.961-974.
- Jang, Y., Yoon, H., Park, N. S., Chiriboga, D. A., & Kim, M. T. (2014). Dental care utilization and unmet dental needs in older Korean Americans. *Journal of Aging and Health*, 26(6), pp.1047-1059.
- Jensen, P. M., Saunders, R. L., Thierer, T., & Friedman, B. (2008). Factors associated with oral health -related quality of life in community dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), pp.711-717.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), pp.109-125.
- Locker, D., Matear, D., & Lawrence, H. (2002). General health status and changes in chewing ability in older Canadians over seven years. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(2), pp.70-77.
- Ohi, T., Sai, M., Kikuchi, M., Hattori, Y., Tsuboi, A., Hozawa, A., & Watanabe, M. (2009). Determinants of the utilization of dental services in a community-dwelling elderly Japanese population. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 218(3), pp.241-249.
- Panchbhai, A. S. (2012). Oral health care needs in the dependant elderly in India. *Indian Journal of Palliative Care*, 18(1), p.19.
- Richmond, S., Chestnutt, I., Shennan, J., & Brown, R. (2007). The relationship of

- medical and dental factors to perceived general and dental health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(2), pp.89-97.
- Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology: Commentary*, 28(6), pp.399-406.
- Vargas, C. M., Yellowitz, J. A., & Hayes, K. L. (2003). Oral health status of rural adults in the United States. *Journal of the American Dental Association*, 134, pp.479-486.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2007). Health literacy and health risk behaviors among older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), pp.19-24.

김정옥은 성균관대학교에서 경제학 석사학위를 받았으며, 서울대학교 사회복지학과 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심분야는 불평등, 사회복지이며, 현재 사회복지정책분석을 공부하고 있다.
(E-mail: classicus323@naver.com)

배호중은 성균관대학교에서 경제학으로 학사 및 석사를 마쳤으며, 사회복지학 박사학위를 받았다. 현재 한국여성정책연구원에서 전문연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 자산과 삶의 질, 저출산 문제이며, 현재 자산복지, 사회복지정책분석을 공부하고 있다.
(E-mail: baseball@kwidimail.re.kr)

A Study of the Experience of Unmet Dental Care Needs among Older Adults

Kim, Jung Wook

[Seoul National University]

Bae, Ho Joong

[Korean Women's Development Institute]

The purpose of this study was to identify, by using the Korea Health Panel, the factors for the 'unmet dental care needs' —the failure to use dental care service despite the need to get dental care— experienced among older adults. A comparison was made between 'unmet healthcare needs' and 'unmet dental care needs', taking into account the characteristics of dental care, including the relatively lower health insurance coverage and the larger amount of out-of-pocket costs than the other types of healthcare service. The education level, income, and health insurance type were significantly correlated with both unmet healthcare and unmet dental care needs; age, household type, and alcohol intake were significantly correlated only with unmet dental care needs. On the basis of these results, this study presents policy implications for making oral healthcare more accessible to older adults.

Keywords: Older Adults, Dental Clinic Use, Unmet Dental Care Needs, Unmet Healthcare Needs