



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

장애여부에 따른 미충족 의료경험 차이

연세대학교 보건대학원
보건정책학과 보건정책관리전공
김 현 면

장애여부에 따른 미충족 의료경험 차이

지도 박 은 철 교수


이 논문을 석사 학위논문으로 제출함


2020년 6월


연세대학교 보건대학원
보건정책학과 보건정책관리전공

김 헌 면

김헌면의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 박 은천  인

심사위원 남 정 모  인

심사위원 장 성 인  인

연세대학교 보건대학원

2020년 6월

차 례

국문요약

I. 서론	1
1.1 연구의 배경	1
1.2 연구의 목적	5
II. 이론적 배경 및 문헌고찰	6
2.1 장애인의 이해	6
2.1.1 장애의 정의 및 장애유형 분류	6
2.1.2 장애인의 장애유형별 특성	8
2.1.3 장애유형별 특성에 따른 분포	19
2.1.4 장애인의 의료이용에 관한 선행연구	24
2.2 미충족 의료경험	27
2.2.1 미충족 의료경험의 개념	27
2.2.2 미충족 의료경험의 평가방법	28
2.2.3 국내 미충족 의료경험에 관한 선행연구	28
III. 연구 방법	36
3.1 연구 설계	36
3.2 연구 대상	39
3.3 변수 선정 및 정의	39

3.3.1 종속 변수	39
3.3.2 관심 변수	40
3.3.3 독립 변수	40
3.4 분석방법	41
IV. 연구 결과	42
4.1 장애인과 비장애인의 일반적 특성	42
4.2 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생여부 차이	47
4.3 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 영향요인별 차이	49
4.4 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생이유 차이	54
4.5 장애유형별 미충족 의료경험 발생률과 발생이유 차이	57
V. 고찰	61
5.1 연구방법에 대한 고찰	61
5.2 연구결과에 대한 고찰	63
VI. 결론 및 제언	69
VII. 참고문헌	71
ABSTRACT	79

List of Tables

Table 1. Classification of disability types according to the Disabled persons Welfare Act	7
Table 2. Main diagnosis of physical disability	8
Table 3. Main diagnosis of brain lesion disorder: By age	10
Table 4. Causes of visual impairment	11
Table 5. Braille reading status of visual impairment	12
Table 6. Main communication method of hearing impairment	13
Table 7. Main communication method of speech disorder	14
Table 8. Most difficult thing when using a ventilator at home	16
Table 9. Communication ability of Intellectually disabled	18
Table 10. Disability degree	20
Table 11. Self-rated health status	20
Table 12. Rate of unmet healthcare needs for the past year	21
Table 13. Reasons of unmet healthcare needs (1st rank)	22
Table 14. Degree of need for daily help	23
Table 15. Distribution of the study population according to the disability status before & after propensity score matching analysis	45
Table 16. Result of unmet healthcare needs for characteristics of the study population at the time of investigation (2017)	48
Table 17. Odds ratio for unmet healthcare needs within each of characteristics	50

Table 18. Odds ratio for unmet healthcare needs of people with disabilities compared to non-disabled people	53
Table 19. Distribution of the study population according to the reasons for unmet healthcare needs	56
Table 20. Distribution of the study population according to the types of impairment and reasons for unmet healthcare needs ·	58

List of Figures

Figure 1. Research framework	38
Figure 2. Forest plot representing odds ratio according to the reasons for unmet healthcare needs	60

국문요약

우리사회는 인구의 고령화로 노인성 질환에 따른 장애발생이 증가하고 있으며 선천적 원인과 후천적 장애발생 요인인 각종 질환과 사고에 의한 장애 인구가 지속적으로 증가하고 있다. 장애인복지법에 따라 15가지 장애유형과 중증도가 분류되어 정책지원을 하고 있으나 장애인의 특성과 장애유형에 따른 여러 가지의 의료접근성 문제로 미충족 의료경험이 발생되어왔다. 이렇게 반복된 미충족 의료경험은 현재의 질병을 악화시키거나 이차적 의료문제를 야기하여 삶의 질을 떨어뜨리고 더 많은 의료지원과 의료비에 대한 부담이 증가되기 때문에 장애인에 대한 체계적인 의료관리의 관심이 필요하다. 최근 미충족 의료경험에 관한 연구가 증가하였으나 장애인과 비장애인의 비교연구 및 그 비교 대상수가 충분치 않았으며 장애유형별 비교연구 또한 드물었다. 따라서 우리사회의 취약계층인 장애인에게 발생하는 미충족 의료경험을 비장애인과 비교하여 차이를 살펴보고, 이를 통해 장애인 정책에 형평성을 강화하고 장애유형별 적절한 의료보장과 필요에 따른 효율적인 맞춤형 의료지원으로 장애인의 삶의 질을 개선할 수 있는 방향을 모색하고자 하였다.

이 연구는 장애인실태조사(2017)와 지역사회건강조사(2017) 자료를 활용하여 다빈도 장애유형(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 정신적 장애)의 장애인과 비장애인에 대해 분석에 포함된 모든 특성을 맞춤 보정하여 1:5 성향점수매칭을 통해 대상자를 추출하였으며, 장애인 5,229명과 비장애인 26,145명에 대해 비장애인과 비교를 중심으로 장애인의 미충족 의료경험과 발생이유 차이, 장애유형별 미충족 의료경험과 발생이유 차이를 카이제곱검정과 조건부 로지스틱 회귀분석을 통하여 비교 분석하였다.

연구결과 전체 대상자의 미충족 의료경험은 장애인 17.7%, 비장애인 11.5%에

서 발생하였다. 또한 특성 중 여성, 80세 이상, 수도권과 광역시 이외지역, 1인 가구(독거), 배우자와 별거·이혼·사별, 고등학교 졸업이하, 비경제활동, 낮은 가구소득, 주관적 건강상태 나쁨, 최근 2년 이내에 건강검진과 암 검진을 받지 않은 집단, 우울증과 2개 이상의 만성질환 보유, 낮은 삶의 질 지수의 집단에서 미충족 의료경험의 발생이 높은 것으로 분석되었다. 따라서 미충족 의료경험은 사회적, 경제적, 의료적 취약계층에게서 더욱 차이가 발생된다는 것을 알 수 있었다. 미충족 의료경험의 영향요인별 차이에서는 장애여부에 대한 오즈비가 비장애인에 비해 장애인의 미충족 의료경험이 1.57배(95% 신뢰구간: 1.43-1.73) 높았으며, 비장애인 대비 장애인의 미충족 의료경험을 영향요인별로 비교 분석하였을 때 장애인의 특성 중 여성, 50세 이상 연령이 증가할수록, 1인 가구(독거), 별거·이혼·사별의 결혼상태, 고등학교 졸업이하의 교육수준, 비경제활동, 낮은 가구소득, 주관적 건강상태 나쁨, 2개 이상의 만성질환 보유, 삶의 질 지수가 하위 25%일 때 미충족 의료경험은 증가했다.

장애인 집단의 미충족 의료경험 발생이유는 경제적 이유 > 이동의 어려움 > 기타 이유 > 시간적 이유 순서였고, 비장애인 집단의 이유는 기타 이유 > 시간적 이유 > 경제적 이유 > 이동의 어려움 순서로 분석되었다. 또한 장애인 집단 내에서는 발생이유로 경제적 이유가 높았지만, 비장애인 대비 발생이유는 이동의 어려움이 높아 차이를 보였다. 다빈도 장애유형에서는 뇌병변장애가 미충족 의료경험 발생률이 가장 높았고, 장애유형별 발생이유를 살펴보면 뇌병변장애는 이동의 어려움이, 지체, 시각, 청각, 정신적 장애는 경제적 이유가 많았다. 비장애인 대비 장애유형별 미충족 의료경험 발생은 청각장애인의 오즈비가 비장애인에 비해 1.92배($P<0.01$)로 가장 높았으며, 발생이유로 비교 분석하였을 때, 경제적 이유 측면에서는 시각장애인이 비장애인에 비해 5.06배($P<0.01$)로 가장 높았고, 이동의 어려움 측면에서는 뇌병변장애인이 비장애인에 비해 5.84배($P<0.01$)로 가장 높았으며, 시간적 이유 측면에서는 비장애인에 비해 정신적 장애인이

0.15배($P<0.01$), 뇌병변장애인이 0.06배($P<0.01$) 낮았다.

위의 결과와 같이 뇌병변장애에 높게 분석된 이동의 어려움 측면과 장애인 집단에서 미충족 의료경험의 많은 발생이유인 경제적 이유는 장애유형별 차이가 있으나 장애인의 보건의료서비스의 접근성을 저해시키는 다양한 장벽으로 존재한다. 보건복지부와 관계부처들은 장애인의 의료보장과 정책지원을 위해 많은 노력을 기울여 왔으나 앞으로도 사회적 지지와 배려 속에 장애인의 삶의 질을 향상시키기 위한 정부의 실효적인 역할은 더욱더 요구되어질 것이다. 다양한 질병과 사고에 의해 상실된 기능에 적응하고 대체하여 삶을 살아갈 수 있는 장애인과 지속적인 치료와 기능훈련을 받지 않으면 증상이 악화될 수 있는 장애인은 의료적 접근이 다를 것이다. 따라서 장애유형별로 의료가 충족되지 못하는 이유를 파악하여 현실적으로 적용될 수 있는 예방과 치료의 맞춤형 의료서비스 지원으로 장애인에게 예산과 지원이 적시적소에 사용될 수 있다면 장애인의 건강수준을 향상 시켜 삶의 질을 개선할 수 있으며 향후 의료 지원의 경제적 부담을 줄이고 효율성과 형평성 저울의 중심점에 다가갈 수 있을 것이라 기대해본다.

핵심어: 장애인, 비장애인, 미충족 의료경험, 장애인실태조사, 지역사회건강조사

1. 서론

1.1. 연구의 배경

장애인에 대한 관심은 1976년 UN이 1981년을 『세계 장애인의 해』로 정한 이후 전 세계적으로 증대되었으며, 우리나라는 1980년대부터 본격적으로 장애인 복지에 대한 연구 및 정책을 수립하고 추진하여 1981년 심신장애자복지법을 제정하였으며 1987년 장애인등록시범사업을 시작으로 1988년 전국적으로 확대하였다. 1989년 심신장애자복지법을 장애인복지법으로 개정하고 1998년 『장애인 인권헌장』을 제정·공포하였으며 2000년대에는 장애인정책을 확대 발전시켜 장애인관련 국가종합계획을 수립하고 장애인정범위를 확대하였으며 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률을 제정하고 시행하였다. 아울러 장애인 활동보조지원사업 실시, 장애인 연금지급, 장애아동과 여성, 외국인 및 재외동포 장애인, 국가유공자와 보훈보상대상자의 복지사각지대 해소 등 장애인의 인권과 복지를 위해 끊임없이 노력하여 발전해 가고 있으며(보건복지부, 2019a), 보건복지부는 2019년 7월 장애등급제를 단계적으로 폐지하고, ‘수요자 중심의 장애인 지원체계’를 구축한다고 밝혔다(보건복지부, 2019b).

현재 우리사회는 의학의 발전으로 기대수명이 연장되어 고령인구비율이 15.7% (통계청, 2020)로 고령사회를 지나 초고령사회로 진행되고 있으며 고령인구증가로 인한 사회적 문제와 함께 노인성 질환에 따른 장애발생이 증가하고 있다. 또한 합계출산율은 가임여성 1명당 0.920명(통계청, 2019)으로 감소 추세이나 출생 전후의 유전 및 염색체 이상과 조산 및 고위험 출산 등으로 인한 장애발생 위험요인은 증가하고 있다. 장애발생에 있어 가장 많은 부분을 차지하는 후천적

장애발생 요인인 각종 질환과 사고의 증가로 장애 인구 또한 지속적으로 증가하고 있다.

보건복지부와 한국보건사회연구원 주관으로 실시한 장애인실태조사(2017)에 따르면 우리나라 추정 장애인구는 2000년 약 1,339,496명이었던 것이 2017년에는 2,580,340명으로 조사되어 2000년 이후 장애인구는 1,240,844명이 증가했으며, 시설장애인 88,071명을 포함하여 전체 장애인수는 2,668,411명으로 장애인 출현율은 인구 100명당 5.39%로 추정된다. 이러한 장애인구의 증가로 장애인의 환경과 복지에 사회적 관심이 높아지고 장애인복지법이 개정되어 생계보조수당과 의료비지원, 장애인고용촉진에서 장애인의 생활영역 전반으로 확대되고 있다.

다양한 질병과 사고로 발생된 선천적 또는 후천적 장애에 따른 법정장애유형이 1988년 장애인등록사업을 시작으로 지체, 시각, 청각, 언어, 지적장애에 국한되어있던 장애범주를 2000년에 뇌병변, 자폐, 정신, 신장, 심장장애를 추가하고, 2003년에는 안면, 간, 장루·요루, 뇌전증, 호흡기장애로 확대하여 현재는 장애인복지법 시행령과 시행규칙에 따라 15가지의 장애유형과 중증도에 따라 분류되어 실태조사와 정책 지원을 하고 있다.

장애인복지법 제10조의 2에 따라 1998년부터 정부의 각 부처별로 시행중이던 장애인복지사업을 총망라한 『장애인정책종합계획』을 5년마다 수립하고 추진하고 있으며, 1차는 장애범주 확대, 장애인 고용지원, 2차는 장애수당 확대, 장애아 무상보육, 문화바우처 도입, 3차는 장애인연금 도입, 장애인 활동지원 서비스 도입과 같은 주요정책을 수립하여 지속적으로 추진하였다. 4차 장애인정책종합계획(2013~2017년)에서는 장애인들은 건강상 취약한 계층이며 지속적인 관리가 필요한 집단이나 이들을 효율적, 체계적으로 관리할 시스템이 여전히 미흡함을 문제점으로 지적했으며 또한 장애인은 비장애인보다 건강이 취약하고 질병에 대한 감수성이 높아 만성질환이 조기에 발병하고 이차적 기능장애가 쉽게 발생된다고 지적했다(보건복지부 등, 2013). 현재 진행 중인 5차 장애인정책종합계

획(2018~2022년)에서는 장애인은 적절한 조기 진료 및 예방적 건강관리의 어려움으로 건강상태가 열악하고 의료비 지출이 크며 증가율도 더 높음을 지적하고 아울러 의료서비스 접근성 문제로 장애인의 건강검진 수검률이 낮고 중증장애인은 그 격차가 더 크게 나타남을 지적하며 '장애인의 자립생활이 이루어지는 포용사회' 구현을 목표로 복지·건강 지원체계 개편, 교육·문화·체육 기회보장, 경제적 자립기반 강화, 권익 및 안전강화, 사회참여 활성화에 대한 다양한 정책 사업을 추진 중에 있으며(보건복지부 등, 2018), 최근 정부는 수요자 중심의 장애인 지원체계를 기반으로 일상생활지원, 이동지원, 소득고용지원, 건강관리 등 장애인의 지역사회 자립을 위해 꼭 필요한 서비스를 단계적으로 확대해 나갈 것이라고 계획을 밝혔다(보건복지부, 2019b).

2017년 장애인실태조사에 따르면, 장애인들의 국가 및 사회에 대해 가장 우선적으로 요구하는 사항은 「소득보장」(41.0%), 「의료보장」(27.6%), 「고용보장」(9.2%)이었으며, 「장애인 건강관리(장애예방 포함)」는 6.0%로 동일 항목의 이전 조사들(2011년 1.0%, 2014년 1.2%)에 비해 눈에 띄는 증가를 보였다. 따라서 장애인의 보건의료 이용은 이들의 건강, 삶, 안녕에 더 직접적이고 중요한 의미를 지닌다(Andersen et al., 2000).

하지만 장애인들은 경제적인 이유로 지속적인 의료이용이 어렵거나 장애의 유형에 따른 이동의 불편과 대기의 어려움, 정보 부족 등으로 인해 발생된 의료접근성 문제로 장애인들에게 필요한 의료이용을 충족시키지 못하는 미충족 의료경험이 비장애인보다 쉽게 발생될 수 있다. 미충족 의료란 필요한 의료서비스가 제공되지 않는 경우이며, 구체적으로는 대상자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만, 의료자원이 이용가능하나 또는 가능하지 않은 이유 때문에 대상자가 의료서비스를 제공받지 못한 경우와 대상자가 의료서비스를 적절히 이용했으면 예방, 경감 또는 제거될 수 있는 질병이나 불능상태를 가지고 있는 경우를 모두 미충족 의료라 할 수 있으며(Donabedian, 1973), 이는 의료

접근성 문제를 나타내는 지표로 사용되기도 한다(Newacheck et al., 2000).

장애인들의 특성상 장애 발생 시점부터 장기간의 치료와 의료이용의 빈도수가 높아짐에 따라 비장애인이 경험하지 못하는 여러 가지의 제한과 문제들이 지속적으로 발생되며 또한 장애유형별로 차이가 있을 것이다. 이러한 의료접근성의 문제로 인한 반복된 미충족 의료경험은 현재의 질병을 악화시키거나 이차적인 의료문제를 야기하여 더 많은 의료지원이 필요할 수 있으며, 이에 따라 의료비에 대한 가계 부담이 증가되고, 국가적으로는 보건의료비가 증가되기 때문에 장애인에 대한 체계적인 의료관리의 관심이 필요하다.

지금까지 장애인과 비장애인의 미충족 의료에 대한 연구는 다양하게 이루어지고 있으나 국내 미충족 의료 연구를 보면 2010년 이후 발간된 논문의 수가 증가하고 있으며 연구 대상자는 성인(37.8%), 가구(28.8%), 노인(20.0%), 장애인(6.7%), 여성(4.4%), 청소년(2.2%)으로 장애인, 여성, 청소년 대상자를 중심으로 한 연구는 적었다(김소애 등, 2019). 미충족 의료와 관련된 선행연구들을 보면 주로 한국의료패널, 국민건강영양조사, 한국복지패널, 장애인실태조사, 지역사회건강조사 등을 연구 자료로 활용하였고 장애인실태조사를 제외하고는 장애인 특성을 파악하기엔 부족한 대상자 분포를 가졌으며 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험을 충분한 대상자 분포로 비교한 연구는 없었다.

따라서 이 연구에서는 장애인 대상 자료원은 2017년 장애인실태조사에서, 비장애인 대상 자료원은 2017년 지역사회건강조사를 활용하여 조건을 통해 추출된 장애인과 비장애인을 분포로 하였으며, 장애여부에 따른 미충족 의료경험 발생을 영향요인별로 차이를 분석하고, 미충족 의료경험 발생과 발생이유에 대해 장애인과 비장애인, 비장애인 대비 장애인 그리고 장애유형별 차이를 비교 분석하고자 한다.

1.2. 연구의 목적

이 연구에서는 장애인복지법에 근거하여 보건복지부와 한국보건사회연구원 주관으로 시행되고 있는 장애인실태조사(2017) 자료와 지역보건법 제4조에 근거하여 보건복지부 질병관리본부 주관으로 시행되고 있는 지역사회건강조사(2017)를 활용하여 장애인과 비장애인의 일반적 특성을 파악하고 장애인이 경험하고 있는 미충족 의료의 영향요인별 차이와 발생이유 차이를 살펴보고자 한다.

이 연구의 세부적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 장애인과 비장애인의 일반적 특성을 파악하여 차이를 살펴본다.

둘째, 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생여부 차이를 살펴본다.

셋째, 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험을 영향요인별로 차이를 살펴본다.

넷째, 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생이유 차이를 살펴본다.

다섯째, 장애유형별 미충족 의료경험 발생률과 발생이유 차이를 살펴본다.

위에서 살펴본 장애인에게 발생하는 미충족 의료경험의 차이를 통해 장애인 정책에 형평성을 강화하고, 장애유형별 적절한 의료보장과 필요에 따른 효율적인 맞춤형 의료지원으로, 장애인의 건강수준과 삶의 질을 향상시킬 수 있는 보건의료정책 방향을 모색하고자 한다.

2. 이론적 배경 및 문헌고찰

2.1 장애인의 이해

2.1.1 장애의 정의 및 장애유형 분류

세계보건기구(WHO)에서는 장애의 개념의 틀로 기능·장애·건강에 대한 국제 분류(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)를 채택하여 건강 및 건강과 관련된 상태의 통일된 표준용어를 제공하였으며, 장애는 손상(Impairments), 활동제한(Activity limitations) 및 참여제한(Participation restrictions)에 대한 포괄적인 용어로 개인(건강상태)과 개인의 상황적 요인(환경 및 개인 요인들)간의 상호 작용의 부정적인 측면을 나타낸다(WHO & World bank, 2011). 장애인을 보는 시각은 시대, 그리고 해당 국가의 정치, 경제, 사회, 문화의 영향을 받아 변화하며, 장애(인)이라는 의미도 이를 받아들이는 사회에 따라 수많은 가치를 내포한다(박수경, 2008). 우리나라의 장애인의 정의는 장애인복지법 제2조에 “장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말하며, “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말하고 “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다. 또한 장애인복지법 제3조의 기본이념은 장애인의 완전한 사회 참여와 평등을 통하여 사회통합을 이루는 데에 있다고 법령으로 정하고 있다.

우리나라의 등록 장애인수는 2018년 통계청 자료 기준 약 258만 명으로 추계 인구 약 5160만 명의 5%를 차지하고 있다. 장애인복지법에 따라 1980년 장애

인조사를 시작으로 1985년에는 5가지(지체, 시각, 청각, 언어, 지적장애)로 분류하여 조사하였으며 장애인복지법이 생기고 2000년에는 기존 5가지 분류에 5가지(뇌병변, 자폐성, 정신, 신장, 심장장애)가 더해졌으며 2003년에는 기존 10가지 분류에 5가지(호흡기, 간, 안면, 장루·요루, 간질장애)가 더해져 크게는 신체적 장애와 정신적 장애로 나뉘고 다시 신체적 장애를 외부 신체 기능의 장애와 내부기관의 장애로 나뉘어 현재의 15가지의 분류가 되었다(Table 1).

Table 1. Classification of disability types according to the Disabled persons Welfare Act

대분류	중분류	소분류	내용	
신체적 장애	외부 신체 기능의 장애	지체장애	절단장애, 관절장애, 지체기능장애, 변형 등 장애	
		뇌병변장애	중추 신경의 손상으로 인한 복합적인 장애	
		시각장애	시력장애, 시야결손장애	
		청각장애	청력장애, 평형기능장애	
		언어장애	언어장애, 음성장애, 구어장애	
			안면장애	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장애
			신장장애	투석치료 중이거나 신장을 이식받은 경우
		내부 기관의 장애	심장장애	일상생활이 현저히 제한되는 심장기능 이상
			간장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간기능 이상
			호흡기장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 호흡기기능 이상
	장루·요루장애		일상생활이 현저히 제한되는 장루·요루	
		뇌전증장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 뇌전증	
정신적 장애		지적장애	지능지수가 70 이하인 경우	
		정신장애	정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애	
		자폐성장애	소아자폐 등 자폐성 장애	

출처: 김성희 등, 2017

2.1.2 장애인의 장애유형별 특성

우리나라의 장애인은 장애인복지법 시행령과 시행규칙에 따라 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인과 장애인의 장애정도(제2조 관련)가 정리되어 있으며 특성과 함께 요약하면 다음과 같다.

(1) 지체장애

지체장애는 신체의 일부를 잃은 절단장애, 관절장애, 지체기능장애, 신체에 변형 등의 장애를 포함하며, 장애인실태조사(2017) 결과에 따르면 지체장애는 전체 장애유형 중 46.5%로 가장 많은 인구분포를 보였으며 지체장애인의 출현율은 노령으로 갈수록 크게 증가하는 경향을 보였다. 지체장애의 발생 시기는 대부분이 출생 이후에 발생하는 후천적 원인이 99.2%였으며 지체장애의 장애부위는 하지가 44.9%로 가장 많았고 다음으로 척추 32.1%, 상지 23.0%의 순으로 분석되었고, 장애형태로는 절단, 마비, 관절장애, 변형으로 구분해 조사한 결과 관절장애가 62.2%로 가장 많고 다음으로는 마비 13.5%, 절단 13.3%, 변형 5.1%의 순으로 분석되었고 진단명으로는 척추질환이 25.1%, 골절 23.1%, 관절질환이 22.9%로 높은 비율을 보였다(Table 2).

Table 2. Main diagnosis of physical disability

(단위 : %, 명)

구분	남자	여자	전체
소아마비	6.7	4.8	5.9
척수손상-경추	1.1	0.3	0.7
척수손상-흉추	0.3	0.2	0.3
척수손상-요추	3.1	1.6	2.4

척수염	0.2	-	0.1
관절질환	14.3	33.9	22.9
종양(암)	0.6	0.2	0.4
절단	18.7	5.9	13.1
말초신경질환	0.9	0.6	0.8
근육질환	2.3	1.7	2.1
척추질환	19.1	32.9	25.1
골절	28.7	15.8	23.1
미상	0.8	0.6	0.7
기타	3.1	1.5	2.4
계	100.0	100.0	100.0
전국추정수	727,488	565,372	1,292,860

출처: 김성희 등, 2017

(2) 뇌병변장애

뇌병변장애는 1999년 장애인복지법 시행령 개정령에서 기존 지체장애에서 분리하여 2000년 장애인실태조사부터 뇌병변장애를 새로운 장애범주로 조사하고 있으며 뇌병변장애란 뇌졸중, 뇌성마비, 외상성 뇌손상 등의 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람으로 정의되어있다. 장애인실태조사(2017) 결과에 따르면 뇌병변장애의 장애부위가 상지 44.7%, 하지 50.5%로 상지와 하지 모두 장애의 비율이 높았으며 이것은 지체장애와 구별되는 뇌병변장애의 특성을 보여주는 결과라 말하고 있다. 또한 뇌병변장애의 주 특성을 중복장애로 들며, 주 동반장애로는 언어장애가 42.4%로 가장 많은 부분을 차지하고, 지적장애 23.5%, 시각장애 19.1%, 청각장애 13.7%순으로 분석되었다. 뇌병변장애 중에서 뇌성마비의 특성을 알아본 결과

뇌성마비의 동반증상으로는 경직·불수의운동이 71.4%로 가장 많았고, 관절구축이 55.9%, 통증이 47.1%, 배변장애가 25.4%, 연하장애가 15.4%로 분석되었다. 뇌병변장애의 주된 진단명을 연령별로 조사한 결과는 Table 3과 같다.

Table 3. Main diagnosis of brain lesion disorder: By age

(단위 : 세, %, 명)

구분	0-9	10~ 19	20~ 29	30~ 39	40~ 49	50~ 59	60~ 64	65~ 69	70~	전체
뇌성 마비	36.3	18.3	21.4	41.2	19.6	8.9	-	0.6	-	6.9
뇌졸중	-	-	11.1	22.0	47.3	73.4	70.8	85.7	87.8	70.0
뇌손상	30.6	25.5	34.3	32.3	13.1	15.0	11.3	5.8	5.1	11.4
뇌염/ 뇌막염	-	5.1	12.7	4.5	2.1	2.3	3.1	-	-	1.6
뇌종양 (암)	-	9.9	5.8	-	-	-	6.4	-	0.9	1.7
미상	8.1	17.2	7.8	-	5.4	0.5	-	-	0.7	1.8
기타	25.0	24.0	7.0	0.0	12.5	-	8.4	8.0	5.4	6.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국 추정수	5,568	12,473	6,341	13,426	23,335	52,340	36,585	27,248	122,166	299,482

출처: 김성희 등, 2017

(3) 시각장애

시각장애란 시 기능의 현저한 저하 또는 소실에 의해 일상생활 또는 사회생활에 제약이 있는 사람을 말하며 시력장애와 시야결손장애로 구분한다. 장애인실태조사(2017) 결과에 따르면 시각장애인의 92.4%는 질환과 사고를 포함하는 후천적 원인에 의해 장애가 발생되었다(Table 4).

Table 4. Causes of visual impairment

(단위 : %, 명)

구분	남자	여자	전체	
선천적 원인	3.6	6.9	5.0	
출생시 원인	0.1	0.1	0.1	
후천적 원인	질환	48.9	62.0	54.4
	사고	44.8	28.4	38.0
원인불명	2.6	2.5	2.6	
계	100.0	100.0	100.0	
전국추정수	168,483	119,220	287,703	

출처: 김성희 등, 2017

후천적 원인에 의해 발생한 장애원인에서 질환에 의해 발생한 원인은 감각기(눈, 귀, 조금기관)질환이 45.7%로 가장 높았으며, 사고에 의해 발생한 원인으로 는 사고 및 외상이 18.4%로 높았다.

또한 장애인실태조사(2017)에 따르면 시각장애로 장애등급을 가진(1~4등급) 장애인을 대상으로 점자해독 가능여부를 조사한 결과 점자해독이 가능한 비율은 12.4%로 나머지 86.0%는 점자해독이 불가능하였다(Table 5). 그러므로 후천적 발생 원인이 높은 시각장애인들에게 점자 안내는 어려움이 있을 것으로 예상할 수 있으며 음성지원 안내가 효율성이 높다는 것을 알 수 있다.

Table 5. Braille reading status of visual impairment

(단위 : %, 명)

구분	남자	여자	전체
가능하다	19.5	4.7	12.4
불가능하다	80.1	92.4	86.0
배우는 중이다	0.4	2.9	1.6
계	100.0	100.0	100.0
전국추정수	38,477	35,823	74,300

주: 시력장애를 가진 시각장애인 중 1~4급 장애인에 대한 점자해독 가능비율임.

출처: 김성희 등, 2017

(4) 청각장애

청각장애는 청력장애와 평형기능장애로 구분하며, 장애인실태조사(2017)에 따르면 청각장애 중 청력장애를 가지는 있는 경우는 약 99.6%이며, 청력과 평형기능장애를 함께 가지고 있는 경우는 0.4%로 분석되었다. 장애인복지법 시행령과 시행규칙에 따라 가) 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람. 나) 두 귀의 청력을 각각 60데시벨 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람). 다) 한 귀의 청력을 80데시벨 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨 이상 잃은 사람이 청력을 잃은 사람에 해당되며, 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고, 복합적인 신체운동이 어려운 사람이 평형기능에 장애가 있는 사람에 해당되었다. 이러한 청각장애인들의 의사소통방법을 조사한 결과, '말'을 사용한다는 비율이 88.0%로 가장 높게 나왔고, '수화'를 사용하는 비율이 3.8%, '구화'를 사용하는 비율이 3.4%로 분석되었다(Table 6).

Table 6. Main communication method of hearing impairment

(단위 : %, 명)

구분	남자	여자	전체
수화	3.3	4.5	3.8
구화(입모양)	3.8	3.0	3.4
필담(글쓰기)	2.1	2.5	2.3
말	87.9	88.2	88.0
몸짓	2.4	1.8	2.2
기타	0.5	0.0	0.3
계	100.0	100.0	100.0
전국추정수	178,466	138,738	317,204

출처: 김성희 등, 2017

이를 2014년 결과와 비교할 때 ‘수화(6.0%)’, ‘구화(7.5%)’의 사용 비율은 다소 감소하였고, ‘말’을 사용하는 비율은 증가하였는데, 이것은 보청기의 사용이 증가한 것에 따른 원인으로 판단된다(김성희 등, 2017).

(5) 언어장애

언어장애는 선천적 발달과정의 문제 또는 후천적인 구조적 손상에 의해 언어 기능에 문제가 발생하여 의사소통에 장애가 생긴 것을 말하며 장애인복지법 시행령에서 언어장애인이란 음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람으로 정의하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 언어장애인의 장애형태는 언어장애, 실어증이 34.2%로 가장 많았으며 말은 하지만 발음의 이상으로 소통이 어려운 조음장애가 28.8%, 말을 하지 못하는 경우가 26.0%, 음성장애가 6.6%로 분석되었다. 언어장애인들의 의사소통방법의 조사결과에서 자신의 의사를 전달할 때 수화를 사용할 수 있는 사람의 비율은 14.1%였으나 의사

소통은 ‘말’로 하는 경우가 44.2%로 가장 높게 분석되었다(Table 7).

Table 7. Main communication method of speech disorder

(단위 : %, 명)

구분	남자	여자	전체
수화	5.7	12.6	8.4
구화(입모양)	2.0	4.7	3.0
필담(글쓰기)	7.1	2.9	5.4
말	50.4	34.9	44.2
몸짓	31.3	39.0	34.3
의사소통보조기기(터치방식, 음향)사용	1.3	2.9	1.9
기타	2.3	3.1	2.6
계	100.0	100.0	100.0
전국추정수	58,252	38,422	96,674

출처: 김성희 등, 2017

(6) 안면장애

안면장애는 안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장애로 분류하고 있으며 장애인복지법 시행령에서 안면장애인을 안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 안면장애의 발생 원인으로 질환과 사고에 의한 후천적 원인이 47.8%로 가장 높았으며, 그 다음으로 선천적 원인이 41.3%, 원인불명이 10.8%였다. 후천적 원인 중에서는 화상사고가 37.3%, 기타 사고 및 외상이 26.3%, 중독성질환 및 감염성질환이 15.1%로 분석되었다. 안면장애는 신체기능상의 제한은 많이 받지 않으나 사회활동에 있어서 사회적 불편한 시선에 어려움을 겪게 됨으로 장애인 인식 개선을 통해 보호 받아야 할 것이다.

(7) 신장장애

신장장애는 신체적 장애 중 내부기관의 장애로 투석치료 중이거나 신장을 이식 받은 경우며 장애인복지법 시행령에서 신장장애인을 신장의 기능장애로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 신장장애의 발생 시기는 40대가 28.8%로 가장 많았고, 50대 26.7%, 30대 12.0%, 60세 이상이 27%였다. 또한 신장장애가 있는 사람 중 현재 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 비율은 81.0%였으며 이들은 지속적인 입원 또는 외래방문을 통하여 장기간의 시간과 비용을 지불하여야 하며 사회적 활동에 어려움을 겪는다.

(8) 심장장애

심장장애는 신체적 장애 중 내부기관의 장애로 일상생활이 현저히 제한되는 심장기능 이상이 있는 상태이며 장애인복지법 시행령에서 심장장애인을 심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 심장장애의 발생 시기는 1세 이후가 77.6%로 가장 많았으며 1세 이전에 발생한 경우가 20.6%, 출생전 또는 출생시가 1.8%로 1세 이전이 22.4%로 많은 비율을 차지하는 것으로 조사되었다.

(9) 간장애

간장애는 신체적 장애 중 내부기관의 장애로 일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간기능 이상이 있는 상태이며 장애인복지법 시행령에서 간장애인을 간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 간장애인의 장애 발생시기가 돌 이전이 2.7%, 돌 이후가 97.3%로 조사되었으며, 돌

이후인 경우 50대가 30.3%로 가장 높게 분석되었다. 또한 간이식 여부를 살펴보면 이식 비율이 87.2%였으며 2011년 60.7%, 2014년 63.2%에 비해 점차 증가하는 것으로 분석되었다.

(10) 호흡기장애

호흡기장애는 신체적 장애 중 내부기관의 장애로 일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 호흡기기능 이상이 있는 상태이며 장애인복지법 시행령에서 호흡기장애인을 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 호흡기장애의 발생 시기는 50대가 33.6%로 가장 많았으며, 이어서 40대가 18.6%, 60대 후반대가 14.1%, 30대가 12.9%였다. 호흡기장애인 중 산소치료 처방을 받은 장애인은 전체의 42.2%였으며 현재 가정에서 인공호흡기를 사용하고 있는 호흡기 장애인은 5.9%이며 사용하다 중단한 장애인은 7.5%이었고 가정에서 인공호흡기 사용전과 후 삶의 질 변화정도를 묻는 질문에서 61.9%가 삶의 질이 높아졌다고 응답한 반면, 가정에서 인공호흡기를 사용하는 경우 가장 어려운 점이 유지비용의 부담이라고 54.7%가 응답했다(Table 8).

Table 8. Most difficult thing when using a ventilator at home

(단위 : %, 명)

구분	남자	여자	전체
유지비용	54.7	-	54.7
의료진의 지속적인 진료와 간호	7.2	-	7.2
심리적 불안	8.0	-	8.0
인공호흡기의 오작동과	-	-	-
장비점검에 관련된 문제	-	-	-
기타	30.1	-	30.1
계	100.0	-	100.0
전국추정수	836	-	836

출처: 김성희 등, 2017

(11) 장루·요루장애

장루·요루장애는 신체적 장애 중 내부기관의 장애로 일상생활이 현저히 제한되는 장루·요루가 있는 상태이며 장애인복지법 시행령에서 장루·요루장애인을 배변 기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 장루·요루장애의 장애부위를 보면 장루의 비율이 64.5%, 요루의 비율이 27.3%, 장루·요루 비율이 8.2%로 조사됐다. 장루·요루장애인은 스스로 배변 배뇨 활동을 할 수 없기 때문에 대변과 소변을 모으기 위해 일회용 주머니를 착용해야 하기 때문에 사회활동에 위축되어 어려움을 겪게 된다.

(12) 뇌전증장애

뇌전증장애는 신체적 장애 중 내부기관의 장애로 2014년 6월 장애인복지법 시행령의 개정에 의해 간질장애에서 뇌전증장애로 명칭이 변경되었으며, 일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 뇌전증이 있는 상태이며 장애인복지법 시행령에서 뇌전증장애인을 뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 뇌전증장애 추정 인구수는 22,973명이며 출생전 또는 출생 시 발생이 10.7%, 1세 이후가 83.9%로 조사됐다. 뇌전증으로 발생한 발작과 경련을 막기 위한 지속적인 약물치료가 필요하며 뇌전증으로 인한 신체적 손상과 구축으로 인해 치료적 접근이 필요할 수 있다.

(13) 지적장애

지적장애는 정신적 장애로 지능지수가 70이하인 경우이며 장애인복지법 시행령에서 지적장애인을 정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히

곤란한 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 지적장애의 장애 발생 시기는 출생 전 또는 출생 시인 경우가 10.2%였으며 1세 이전이 6.6%, 1세 이후가 82.8%로 조사되었다. 1세 이후에 발생에서 1~4세가 39.6%로 가장 많았고 5~9세 32.8%, 10~19세 18.9%, 20~29세 2.4%로 연령이 올라갈수록 발생은 낮아졌다. 지적장애인의 의사소통 수행능력은 스스로 대부분의 의사소통이 가능한 경우가 29.7%, 의사소통이 전혀 불가능한 경우가 9.3%로 조사되었다(Table 9).

Table 9. Communication ability of Intellectually disabled

(단위 : %, 명)

구분	남자	여자	전체
완전하게 의사소통가능	5.5	8.6	6.8
스스로 대부분의 의사소통가능	29.3	30.8	29.9
스스로 간단한 의사소통가능	28.7	31.1	29.7
도움을 통해 간단한 의사소통 가능	26.8	20.8	24.3
의사소통이 전혀 불가능	9.8	8.7	9.3
계	100.0	100.0	100.0
전국추정수	126,233	92,140	218,373

출처: 김성희 등, 2017

(14) 정신장애

정신장애는 정신적 장애로 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애가 있는 상태이며 장애인복지법 시행령에서 정신장애인을 지속적인 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障礙) 및 재발성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 정신장애의 발생 시기는 98.9%가 1세이후이며 1세 이전에 발생한 경

우는 1.1%였다. 장애의 발생원인은 후천적 원인이 95.4%였으며, 정신장애의 주된 질환명은 조현병이 70.4%, 우울장애가 12.1%, 양극성 정동장애(조울병)가 11.2%, 분열정도장애가 4.2%였다.

(15) 자폐성장애

자폐성장애는 정신적 장애로 소아자폐 등 자폐성 장애인의 경우이며 장애인복지법 시행령에서 자폐성장애인을 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람으로 규정하고 있다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 자폐성장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 지장을 주는 장애 상태를 처음 알게 된 시기로 1세 이후가 94.2%로 조사되었으며, 만 1~4세에서 69.0%, 만 5~9세에서 31.0% 발생하였다. 자폐성장애의 의사소통 수행능력은 도움을 통해 간단한 의사소통 가능성이 37.2%, 스스로 간단한 의사소통 가능성이 25.6%, 스스로 대부분의 의사소통이 가능성이 24.6%였으며 의사소통이 전혀 불가능은 11.4%였다. 또한 의사소통의 방법으로는 말로 의사소통하는 경우가 56.0%로 조사되었다.

2.1.3 장애유형별 특성에 따른 분포

장애정도는 1~3급인 중증장애와 4~6급인 경증으로 나뉘며 등록장애인 중 중증장애인은 38.6%이며, 경증장애인은 61.4%이다. 장애유형별 분포는 다음과 같다(Table 10).

Table 10. Disability degree

(단위 : %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	뇌전증 장애	전체
중증 (1-3급)	18.8	68.0	16.5	33.2	58.1	100.0	100.0	100.0	80.3	100.0	100.0	15.1	46.2	7.3	24.8	38.6
경증 (4-6급)	81.2	32.0	83.5	66.8	41.9	-	-	-	19.7	-	-	84.9	53.8	92.7	75.2	61.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1,242,206	275,418	252,462	268,988	20,553	194,695	22,971	99,923	80,154	5,507	11,831	11,042	2,680	14,404	8,207	2,511,051

출처: 김성희 등, 2017

장애인들이 치료나 재활, 기타 건강관리 목적으로 1년에 1회 이상 정기적 진료를 받고 있는지에 대해서는 82.3%가 치료를 받고 있으며, 2011년(72.4%)과 2014년(78.3%)에 비해서 증가한 결과를 보이고 있어 진료를 정기적으로 받는 비율이 꾸준히 늘어나는 경향을 보이고 있다. 장애유형별로는 신장, 심장, 간 등 신체 내부장애와 정신장애, 뇌병변장애의 정기적 진료비율이 다른 장애보다 높아 차이를 보였다(김성희 등, 2017).

자신의 주관적 건강상태에 대해서는 ‘매우 나쁨’이 12.0%, ‘나쁨’이 38.2%로 전체의 50.2% 장애인이 자신의 건강이 나쁘다고 생각하였으며, 장애유형별로는 뇌병변, 신장, 심장, 호흡기장애 순서로 나쁘다고 생각했다(Table 11).

Table 11. Self-rated health status

(단위 : %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	뇌전증 장애	전체
매우 좋음	0.3	0.2	1.3	1.5	9.6	4.6	10.6	1.9	0.0	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	0.0	1.1
좋음	13.9	5.5	18.5	14.1	26.9	35.8	51.9	12.9	4.8	6.4	0.0	17.9	12.7	8.1	18.6	15.1
보통	35.3	17.7	37.9	40.8	29.5	34.8	30.1	43.8	19.2	19.1	7.8	29.1	34.2	32.5	19.0	33.6

나쁨	41.0	45.8	34.2	34.8	31.0	20.0	2.7	34.2	50.5	57.6	38.4	29.6	51.4	37.3	43.2	38.2
매우나쁨	9.4	30.8	8.1	8.8	3.0	4.9	4.4	7.2	25.5	16.9	53.8	19.6	1.7	22.1	19.2	12.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1,261,555	286,600	262,381	282,255	20,700	197,182	22,972	103,628	85,583	6,174	14,033	11,042	3,173	15,542	9,520	2,580,340

출처: 김성희 등, 2017

최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 경험의 유무를 통한 미충족 의료경험에 대해서는 17.0%가 있다고 응답했으며, 장애유형에 따라서는 안면장애, 호흡기장애, 자폐성장애 순서로 미충족 의료경험이 많았다(Table 12).

Table 12. Rate of unmet healthcare needs for the past year

(단위 : %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	뇌전증 장애	전체 장애
예	19.1	16.7	17.0	16.4	13.9	13.4	24.0	7.6	8.9	12.4	31.7	6.8	33.8	8.0	19.2	17.0
아니오	80.9	83.3	83.0	83.6	86.1	86.6	76.0	92.4	91.1	87.6	68.3	93.2	66.2	92.0	80.8	83.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1,261,555	286,600	262,381	282,255	20,700	197,182	22,972	103,628	85,583	6,174	14,033	11,042	3,173	15,542	9,520	2,580,340

출처: 김성희 등, 2017

본인이 원하는 때 병·의원에 가지 못한 이유를 복수로 응답하게 하여 조사한 결과 첫 번째 결과에서는 ‘경제적인 이유’가 39.2%로 가장 많았고, ‘의료기관까지 이동이 불편함’이 25.0%, ‘시간이 없어서’ 13.7%의 순으로 분석되었으며, 두 번째 이유에 있어서는 ‘의료기관까지 이동이 불편함’(24.5%)이 가장 많고, ‘동행할 사람이 없어서’(19.2%), ‘경제적인 이유’(16.3%) 등의 순으로 분석되었다. 미충족 의료경험의 이유로는 대체로 경제적 문제, 이동상의 어려움, 동행자

의 부재로 정리될 수 있으며, 장애유형별로는 뇌병변장애인의 경우에는 이동의 불편함을 절반 이상이 지적하였고, 자폐성장애인은 의료진의 장애에 대한 이해 부족과 의사소통의 어려움이 많아 다른 양상을 보였다. 그밖에 청각, 언어, 지적 장애, 장루·요루장애는 증상이 가벼워서 병·의원을 이용하지 않는 비율이 높아 차이를 보였다(Table 13).

Table 13. Reasons of unmet healthcare needs(1st rank)

(단위 : %, 명)

구분	자폐 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	인면 장애	장루 장애	뇌전증 장애	전체 장애
경제적 이유	40.5	26.9	53.6	30.5	46.7	31.1	9.4	51.5	56.4	66.1	64.4	59.1	73.2	14.8	49.6	39.2
의료기관까지 이동의 불편함	23.9	56.1	20.4	22.7	2.1	3.1	6.0	13.5	19.9	33.9	27.5	25.1	0.0	8.0	27.5	25.0
의료진의 장애에 대한 이해 부족	0.4	0.0	0.3	1.6	0.0	0.4	36.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
의사소통의 어려움	0.0	1.0	1.3	9.7	32.2	7.3	34.2	9.5	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7	0.0	0.0	2.5
시간이 없어서	19.5	2.3	14.3	9.4	0.0	5.6	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	3.6	17.1	0.0	0.0	13.7
의료기관의 장애고려 의료시설 및 장비불편	0.3	1.0	1.9	1.6	0.0	8.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
동행할 사람이 없어서	5.1	11.0	5.2	10.9	0.0	27.6	0.0	13.2	8.8	0.0	8.1	0.0	0.0	0.0	11.5	7.8
어떤 의료기관에 가야할지 몰라서	1.2	0.7	0.4	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
의료기관에 예약하기 힘들어서	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	12.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.9	0.0	11.4	0.2
증상이 가벼워서	7.9	0.6	1.3	10.8	19.1	13.7	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	8.5	0.0	77.2	0.0	6.9
의료기관에서 오래기다리기 싫어서	0.4	0.2	0.0	1.6	0.0	3.2	0.0	9.5	8.4	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0	0.9
기타	0.9	0.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	240,553	47,846	44,528	46,197	2,870	26,489	5,519	7,830	7,475	767	4,453	749	1,074	1,243	1,831	439,424

출처: 김성희 등, 2017

반면 비장애인 대상군인 지역사회건강조사(2017)에서 미충족 의료경험 발생이유를 조사한 결과, ‘내가 갈 수 있는 시간에 병·의원 등이 문을 열지 않아서’가 24.7%로 가장 많았고, ‘경제적인 이유로’ 23.4%, ‘기타’ 17.2%, ‘교통이 불편해서’ 15.8%, ‘증상이 가벼워서’ 13.1%, ‘병·의원 등에서 오래 기다리기 싫어서’ 3.7%, ‘병·의원 등에 예약을 하기 힘들어서’가 2.2% 순으로 분석되었다.

장애인실태조사(2017)에 따르면 우울증 증상을 경험한 적이 있다는 장애인은 18.4%였으며, 장애유형별로는 호흡기장애, 정신장애, 자폐성장애, 뇌전증장애, 심장장애, 장루·요루장애의 순서로 높았다.

일상생활 도움 필요 정도에 대해서 장애유형별로 살펴보면 뇌병변장애, 지적장애, 자폐성장애의 경우 다른 장애유형에 비해 다른 사람의 도움을 더욱 많이 필요로 하는 것으로 분석되었다(Table 14).

Table 14. Degree of need for daily help

(단위 : %, 명)

구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	지적장애	자폐성장애	정신장애	신장장애	심장장애	호흡기장애	간장애	안면장애	장루·요루장애	뇌전증장애	전체장애
혼자서 스스로	58.3	13.4	64.0	45.8	28.2	9.5	2.9	40.1	49.4	56.5	29.2	84.6	84.2	29.7	62.8	46.9
대부분 혼자서	20.5	13.5	12.6	28.0	32.4	11.5	11.1	18.4	21.2	25.9	26.0	12.1	14.2	52.4	12.4	19.2
일부 도움필요	14.4	28.8	12.8	19.3	23.4	41.6	25.7	29.9	22.2	17.5	36.3	1.6	1.7	16.1	15.1	19.5
대부분 도움필요	4.4	21.0	8.1	4.7	16.0	26.1	35.0	9.0	5.5	0.0	8.1	0.0	0.0	0.9	9.7	8.9
거의남의 도움필요	2.4	23.4	2.6	2.2	0.0	11.2	25.3	2.6	1.7	0.0	0.4	1.7	0.0	0.8	0.0	5.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1,261,555	286,600	262,381	282,255	20,700	197,182	22,972	103,628	85,583	6,174	14,033	11,042	3,173	15,542	9,520	2,580,340

출처: 김성희 등, 2017

활동지원서비스는 2011년 도입된 이후 장애인의 사회참여에 크게 기여해왔으나, 장애유형별 다양한 욕구에 대응하기 위해 주간활동 등 서비스 종류를 보다 다양화할 필요가 있고, 일상생활에서 상당한 도움을 필요로 하는 장애인 비율이 14.4%에 달하는 점을 고려할 때, 현재 65세 미만 장애인(137만 명)의 5.8%에 불과한 이용자(8만 명)를 지속적으로 확대할 필요가 있다(보건복지부, 2019b).

또한 현재 장애인 자신의 일상생활을 도와주는 사람이 있는 경우, 주로 도와주는 사람의 유형은 배우자가 39.4%, 부모가 21.1%, 자녀가 16.6%의 순서로 분석되었으며, 우리나라 장애인의 일상생활지원은 여전히 주로 가족을 통해서 이루어지고 있어 가족의 부담이 매우 높음을 알 수 있었다(김성희 등, 2017).

집밖 활동 시 느끼는 불편정도에 대해서는 매우불편(13.1%), 약간불편(33.5%)하다고 응답했으며, 집밖 활동 시 느끼는 불편한 이유는 ‘장애인 관련 편의시설 부족’(49.7%), ‘외출 시 동반자가 없어서’(26.9%), ‘의사소통의 어려움이 있어서’(11.0%), ‘주위사람들의 시선 때문에’(10.6%)의 순서로 분석되었다. 그리고 주된 교통수단에 대해서는 자가용(33.5%), 일반버스(26.6%), 지하철·전철(11.3%) 등의 순서로 분석되었고, 장애인은 교통수단 이용 시 어려움을 느끼는 정도에 대해 매우 어렵다(12.1%), 약간 어렵다(24.7%)로 전체응답자의 36.8%가 어렵다고 응답했으며, 그 이유는 버스·택시가 불편해서(64.4%), 전용교통수단의 부족(18.3%), 편의시설 부족(14.6) 등의 순서로 파악됐다(김성희 등, 2017).

2.1.4 장애인의 의료이용에 관한 선행연구

장애인은 비장애인 보다 현재의 질환적인 의료이용의 욕구와 필요성이 크다. 또한 만성질환과 합병증의 발생요인을 많이 가지고 있으나 경제적인 요소와 이동과 편의적인 요소의 제한 때문에 의료이용의 어려움을 갖는다. 또한 장애인은 예방의료 서비스에 대한 접근성이 낮은 반면(박종혁 등, 2006; Chevarley et

al., 2006; Ko et al., 2011; Reichard et al., 2011) 높은 응급실과 입원이용률을 보이며(은상준 등, 2006; Gulley et al., 2011) 장애인이 있는 가구에서는 의료비지출이 많고 과부담의료지출 경험의 비율이 높은 것으로 분석되었다(Gulley & Altman, 2008; Mitra et al., 2009).

김건엽 등(1998)은 1997년 4월부터 7월까지 대구광역시에 등록된 재가장애인 중 20세 이상의 지체장애인을 대상으로 만성질환이 있는 337명의 설문을 이용하여 지체장애인의 의료이용에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 분석결과, 만성질환으로 인한 의료기관 이용률은 81.9%로 병·의원 이용이 69.1%, 약국이 12.8%였다. 의료이용실태에서는 기혼이고 직업이 있는 경우 그리고 건강관심이 높은 군에서 의료기관 이용률이 높았으며, 의료기관 미이용 이유에서는 '돈이 없어서'가 31.1%로 가장 많았고, '별 증상이 없어서'(18.0%), '불편하거나 같이 갈 사람이 없어서'(14.8%), '그냥 있으면 나올 것 같아서'(14.8%), '시간이 없어서'(8.2%), '치료해도 소용이 없을 것 같아서'(6.6%)의 순서로 분석되었다.

이진용(2006)은 지체 및 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애에 대해 각 장애에 6명 이상의 전문가의 합의를 통해 의료서비스 필요를 측정할 수 있는 필요측정도구를 개발하고 서울지역에 거주하는 등록 장애인 311명을 대상으로 평가했으며 측정결과, 의학적 처치, 수술, 보장구, 재활치료, 정기적 추후관리 등 전 영역에서 장애인이 적절한 의료서비스를 이용하지 못하고 있었고, 특히 재활치료와 정기진료 부분이 가장 취약하다고 분석하였다.

이진용 등(2006)은 2003년 종로구에 위치한 160개 기관에 대해 장애인의 의료기관 접근성에 대한 편의시설을 조사하였다. 조사결과, 평가대상 10개 편의시설의 설치율은 70.0%로 비교적 높았으나 적합 설치율은 31.2%에 불과하였고, 병원급 이상의 의료기관(평균 5.0개)이 의원(평균 3.6개)에 비해 높은 적합 설치율을 보였으며, 휠체어로 이동에 제약 없이 의료기관 입구에서 진료실까지 접근 가능한 의료기관은 전체 160곳 중 13곳(8.1%)에 지나지 않는 것으로 조사되어

장애인의 의료기관 접근성에 문제가 있음을 지적했다.

윤태호 등(2007)은 2003년 보건복지부 장애인 등록 자료와 2003년 한 해 동안의 건강보험 청구 자료를 연계한 자료를 이용하여 장애 유형별 의료서비스 이용의 차이를 분석하였다. 분석결과, 입원의료의 의료기관 종별 이용에서 내부기관 장애인의 높은 종합병원 이용률(86.18%)을 보였고 외부 신체기능 장애인은 53.03%, 정신적 장애인은 15.32%에 불과했다. 외래의료에서는 입원의료와 다르게 내부기관 장애는 종합병원 외래의료 이용률(47.49%)과 의원 외래의료 이용률(47.99%)이 거의 비슷한 반면, 외부 신체기능 장애인은 74.26%가 의원을 이용하였고, 정신적 장애는 66.54%가 의원을 이용하였다. 연령별로는 장애유형별로 약간의 차이를 보이고 있는데, 외부 신체기능 장애의 종합병원 외래의료 이용률이 0-17세 연령층에서 33.11%로 다른 연령층에 비해 특이적으로 높았다. 입원, 외래, 약국이용을 모두 합산한 법정 본인부담 지출에서 내부기관 장애는 1,562,490원으로 외부 신체기능 장애(318,142원)에 비해서는 약 5배, 정신적 장애(270,369원)에 비해서는 약 6배 높았다.

전보영 등(2011)은 2008년 장애인실태조사 자료를 이용하여 만 65세 이상 장애노인의 외래 및 입원이용에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 분석결과, 외래에서는 신장장애를 가졌을 때 이용량과 지출이 높았고, 입원에서는 일상생활 수행에 자립이 가능한 경우에 비해 도움이 필요한 경우 입원일수가 증가하였고 심장장애와 호흡기장애를 가진 경우 입원료 지출이 유의하게 높았다.

2.2 미충족 의료경험

2.2.1 미충족 의료경험의 개념

미충족 의료(Unmet Healthcare Needs)는 정의가 다소 모호하고 주관적인 까닭에 조사자와 조사방법 등에 따라 차이를 보인다(신영전, 2015). 국내의 경우, 미충족 의료의 정의를 의사의 도움이 필요했음에도 실제로 의사의 도움을 받지 못했거나 중도에 치료를 포기한 경우(신현웅, 2009; 김혜련, 2010)라고 정의하기도 했으며 환자가 원하거나 의료 공급자의 판단이 이루어졌으나 의료 서비스를 받지 못한 상태(신영전, 2015)를 미충족 의료라 정의하기도 했다. 국외에서는 미충족 의료로 의료적 필요가 충족되지 못하는 상태로 정의하고 있다(Aday et al., 1975). 이때 의료적 필요란 필요를 판단하는 주체에 따라 인지된 필요(Perceived Needs)와 평가된 필요(Evaluated Needs)구분할 수 있다(Aday et al., 1975). 인지된 필요(Perceived Needs)의 경우, 대상자가 주관적으로 의료 서비스가 필요하다고 인지하는 것으로 의료 욕구(Want)라 불리기도 하며, 평가된 필요(Evaluated Needs)는 의료 전문가가 필요하다고 판단하는 것을 의미한다(송경신 등, 2011). Donabedian(1973)는 미충족 의료로 대상자가 받기를 원하지만 받지 못한 경우, 의료 제공자의 판단으로 의료 서비스가 필요하지만 받지 못한 경우, 대상자가 의료 서비스를 통해 예방 가능했지만, 질병 등을 보유한 상태의 경우와 같이 3가지로 나누어 정의하였다. 즉, 미충족 의료의 정의는 의료의 필요와 욕구가 있음에도 불구하고 사회경제적인 문제 또는 환경적인 문제에 의해 의료이용의 제한을 받아 의료이용의 필요와 욕구의 충족을 받지 못하는 객관적 또는 주관적인 상태를 말한다.

2.2.2 미충족 의료경험의 평가방법

미충족 의료는 자료원과 조사 방법에 따라 다양하게 정의되고 있으며, 대부분 설문조사를 통해 응답자의 주관적 미충족 의료 경험을 측정하고 있었다(조성식 등, 2010; 문정화, 강민아, 2016).

이 연구에서 미충족 의료경험의 평가방법은 장애인복지법에 의해 시행되고 있는 장애인실태조사와 지역보건법에 의해 시행되고 있는 지역사회건강조사의 항목 중 “최근 1년간 본인이 병·의원(치과제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?” 라고 묻는 의료이용의 욕구를 평가하는 항목으로 주관적인 상태를 통해 미충족 의료경험을 평가하였다.

주관적인 자기인식에 근거한 미충족 의료의 측정은 객관성이 부족하다는 비판을 받을 여지가 있지만, 본인이 판단한 의료이용에 대한 필요, 즉 인지된 필요와 이 필요가 충족되지 못한 경험은 의료인의 판단으로 평가된 필요와 이에 대한 미충족 여부에 못지않게 중요하다 할 수 있다. 미국과 캐나다는 전 국민을 대상으로 정기적으로 실시하는 건강조사에 미충족 의료경험의 항목을 포함하여 현황 및 연도별 추이를 발표하고 있으며, 이를 국가 간 의료접근성과 건강 불평등성을 비교하는 지표 중 하나로 사용하고 있다(Lasser et al., 2006).

2.2.3 국내 미충족 의료경험에 관한 선행연구

미충족 의료와 관련된 선행연구들을 보면 장애인과 비장애인의 비교연구는 그 비교 대상수가 충분치 않았으며, 장애인의 일부 질환과 장애에 대한 연구와 노인을 대상으로 하거나 미충족 의료의 가장 큰 발생요인인 경제적 부담을 파악하는 연구로 대부분 진행되었고, 장애유형별 미충족 의료 요인과 의료접근성 문제

를 분석한 연구는 부족했다.

변용찬(2007)은 2005년 국민건강영양조사를 이용하여 장애인과 비장애인의 의료이용수준을 살펴보고 의료이용 형평성을 분석하였다. 분석결과, 장애인은 비장애인에 비해 외래이용 횟수와 입원 횟수가 모두 많았고 의료 욕구의 미충족도의 차이가 비장애인은 13.2%, 장애인은 26%로 두 배의 차이를 보였으며 미충족 이유로는 경제적 이유가 가장 높았다.

허순임 등(2007)은 2005년 국민건강영양조사를 이용하여 19세 이상 성인 25,215명을 연령별(19-39세, 40-64세, 65세 이상)로 층화하여 미충족 의료 현황을 분석하였다. 분석결과, 우리나라 성인의 17.1%가 미충족 의료를 경험했으며 연령과 상관없이 공통적으로 분석된 미충족 의료의 주요 요인은 소득과 건강상태였고 젊은 연령에서는 건강상태에 따른 차이가 크게 보인 반면, 노인층에서는 소득수준에 따른 영향이 크게 분석되었다.

김진구(2008)는 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 만 19세 이상 성인을 기준으로 저소득층을 의료급여 1종과 2종, 차상위계층과 일반인으로 구분하여 저소득층의 의료 이용과 미충족에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 분석결과, 의료이용에 대한 의료급여제도는 저소득층의 좋지 않은 건강상태와 빈약한 경제적 조건을 효과적으로 보완하여 긍정적으로 기능을 하고 있으나 그럼에도 불구하고 의료급여제도는 저소득층의 의료욕구를 충분히 충족시켜주는 데는 여전히 부족하며 저소득층의 미치료 경험은 여전히 일반인들보다 많았으며, 그 이유 중 가장 큰 것은 경제적 이유로 분석되었다.

허순임 등(2009)은 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 19세 이상 성인을 대상으로 미충족 의료경험에 대한 주관적 평가와 특정 질환별 미충족 의료를 분석하였다. 분석결과, 19세 이상 성인의 17%가 미충족 의료를 경험한 것으로 응답하였으며, 미충족 의료의 주된 이유는 경제적 어려움이었다(49.9%). 사회경제적 수준과 건강상태의 불리함이 미충족 의료경험과 높은 연관성을 보였으

며 만성질환에 대한 미치료 현황을 살펴본 결과, 당뇨병 21.5%, 고혈압 17.4%, 고지혈증 58%, 뇌졸중 20.7%, 심혈관질환 19.9%, 천식 25.3%, 만성폐쇄성질환 28%로 분석되어 만성질환에 대한 관리가 미흡함을 보였다. 가구단위 분석에서는 건강보험가구 보다는 의료급여 수급가구가, 의료급여 대상가구 내에서는 차상위가구가 건강보험가구 중에서는 빈곤 가구가 미충족 의료를 많이 경험한 것으로 분석되었다.

신영전 등(2009)은 1차(2005), 2차(2006) 한국복지패널 자료를 이용하여 경제적 이유로 인해 적절한 의료이용을 하지 못하는 미충족 의료 현황과 관련요인을 분석하였다. 분석결과, 미충족 의료 유경험 빈도는 각각 5.54%, 2.99%였고 관련요인으로는 가구주 연령, 교육, 주관적 건강상태와 가구 소득계층이 유의하였고 특히 가구 소득계층과 가구주 주관적 건강상태가 가장 유의하였다. 동태적 분석결과 2년 동안 미충족 의료를 한번 이상 경험할 가능성, 충족군에서 미충족군으로 추락할 가능성, 미충족군에서 미충족군으로 계속 잔류할 가능성에 관련되는 요인으로 가구 소득계층과 가구주 주관적 건강상태가 유의하였다.

송경신 등(2011)은 2008년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 만 19세 이상 성인을 대상으로 미충족 의료에 미치는 요인을 분석하였다. 분석결과, 성인의 미충족 의료 정도는 24.2%로 남성에 비해 여성이, 소득수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 미충족 의료를 많이 경험한 것으로 보였으며, 민간보험 가입자들이 비가입자들 보다 미충족 의료를 많이 경험했다. 외래 또는 입원서비스 이용에 있어서는 남성보다 여성이, 연령이 높아질수록, 소득수준이 낮을수록 많았다. 그리고 외래서비스 이용보다 입원서비스 이용에 있어서 소득이 낮을수록 미충족 의료 경험이 더 많은 것으로 분석되었다.

양진영(2010)은 2005-2007년 한국복지패널 자료를 이용하여 19세 이상 성인 11,907명을 대상으로 미충족 의료의 변화추세와 관련요인을 분석하였다. 분석결과, 연도별 미충족 의료는 2005년은 7.00%, 2006년은 3.69%, 2007년은 2.65%

로 이를 단면적 단순비교로 볼 때 전체적으로 미충족 의료의 비율이 감소하고 있었고, 40-64세 연령계층과 중학교 졸업 이하의 저학력 계층에서 비율이 높았으며, 장애인과 만성질환 집단, 배우자 없는 집단, 주관적 건강상태가 불건강한 응답자, 미취업자 및 빈곤계층과 농촌지역 거주자에게서 미충족 의료를 더 경험한 것으로 분석되었다.

유소연 등(2011)은 2주간 장애인 협회에 소속되어 있거나 장애인복지관, 보건소를 이용하고 있는 지체장애인을 편의 추출하여 461명을 대상으로 설문을 통해 미치료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석했다. 분석결과, 지체장애인의 미치료 경험률은 25.2%였으며 여성일 경우, 배우자가 없는 경우, 소득이 낮은 경우, 의료급여자, 건강검진을 받지 않은 군과 만성질환이 있는 군 등에서 미치료 경험이 유의하게 나타났다.

정의신 등(2011)은 2008-2009년 한국의료패널 조사 자료와 18세 이상 성인 가구원을 대상으로 건강습관과 의료접근성 등을 조사한 부가자료를 이용하여 65세 이상 만성질환 노인의 미충족 의료에 미치는 요인을 분석하였다. 분석결과, 연령, 경제활동유무, 주관적인 계층인지도가 영향이 있었으며 65세에서 70세 이하 노인에게, 경제활동이 없고 만성질환 수가 늘어날수록 그 영향력은 더욱 증가하는 것으로 분석되었다.

신자은(2013)은 2008년 장애인실태조사 자료를 이용하여 만 18세 이상 재가 장애인 중 건강보험에 가입된 4,520명을 대상으로 미충족 의료경험 현황과 원인을 분석하였다. 분석결과, 교육수준이나 소득은 통계적으로 유의하지 않은 반면 배우자 유무, 일상생활 동작 도움 필요, 만성질환 유병 상태 등 건강관련 요인과 이동성 제약 요소, 건강보험 급여내용 인지여부가 장애인들의 미충족 의료 경험에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

전보영(2014)은 2005-2011년 한국복지패널 자료와 2011년 장애인실태조사 자료를 이용하여 지체장애, 뇌병변장애를 가진 만 20-64세 성인 재가 장애인을

대상으로 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 분석결과, 중증장애인의 건강검진 수검률은 비장애인에 비해 낮았으며, 장애인의 입원 일 수는 비장애인보다 긴 것으로 분석되었다. 장애인 내에서의 의료이용에 영향을 미치는 요인 중 장애인의 건강검진 수검률을 높이는 데에는 임금근로자, 외래진료 횟수에는 만성질환의 보유가, 입원 일 수에는 장애보유기간, 중증도, 전년대비 중증도의 악화, 만성질환의 보유, 가구소득수준이 유의미한 영향을 미쳤다. 장애인의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인은 도와줄 사람이 없어서 집밖활동을 못할 때에, 장애인편의시설이 부족하여 외출에 불편함을 겪을 때에, 일상생활수행에 도움이 필요할 때에 교통 불편으로 인한 미충족 의료의 경험 확률이 높았으며, 독거인 경우에 예약, 진료대기시간 등의 의료기관 편의성 제한으로 미충족 의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 분석되었다.

염동문(2014)은 2010-2012년까지의 장애인고용패널 조사 자료를 이용하여 성별, 연령별, 학력별, 경제활동별, 장애유형별, 장애정도별 등의 구성집단별 보건 의료비 불평등을 지니계수와 엔트로피지수를 활용해 분석하였다. 분석결과, 지니계수에서는 여성장애인, 경제활동 미참여, 40대, 신체외부장애, 중증장애인일수록 보건의료비 지출에서 더욱더 불평등하였으며 엔트로피지수에서는 여성장애인, 경제활동 미참여, 정신적장애, 중증장애인일수록 보건의료비 소비가 더욱더 불평등하였으며 지역적으로는 경북지역, 울산과 경북지역이 각각 불평등이 높아지고 있었다.

조규희 등(2014)은 2012년 한국의료패널조사 자료를 이용하여, 만 18세 이상 성인의 미충족 의료를 가용성, 접근성, 수용성으로 분류하여 분석하였다. 분석결과, 성인의 15.4%가 미충족 의료를 경험하였으며, 가용성, 접근성, 수용성에서 공통적으로 통증 있음, 주관적 건강상태 나쁨에서 미충족 의료경험이 높게 보여졌다. 이 외에도 접근성에서는 연령 높을수록, 이혼, 별거, 미혼, 교육수준 중학교 이하, 가구소득 낮을수록 미충족 의료경험이 높았다.

전보영 등(2015)은 2011년 장애인실태조사를 이용하여 응답자 중 지체장애, 뇌병변장애를 가진 만 20-64세의 성인 1,829명을 대상으로 장애인의 보건의료 접근성에 대한 미충족 의료 경험을 분석하였으며 장애인의 20.9%에서 미충족 의료의 경험이 있었다. 이 중 69.9%는 경제적 부담으로, 9.2%는 교통이 불편해서, 20.9%는 시간과 관련된 제약으로 미충족 의료경험이 있는 것으로 분석되었다.

황병덕 등(2015)은 2012년 한국의료패널 자료를 이용하여, 만 65세 이상 노인의 미충족 의료를 분석하였다. 연구대상자인 노인집단을 전기노인(65-74세)과 후기노인(75세 이상)으로 구분하였고, 미충족 의료는 미충족 의료경험과 미충족 의료 유형(경제적 요인, 태도, 정도, 질환감수성 요인)으로 나누어 분석하였다. 분석결과, 전체 노인의 16.9%가 미충족 의료를 경험하였고, 미충족 의료경험 이유는 경제적 이유(36.6%), 방문 시간이 없어서(29.4%), 증세가 경미해서(24.4%) 순으로 분석되었다.

허순임 등(2016)은 2011-2013년 한국의료패널 자료를 이용하여, 18세 이상 성인의 미충족 의료경험을 분석하였다. 분석결과, 2011년-2013년의 미충족 의료 경험률은 14.89%, 16.38%, 17.64%였다. 여성, 45-54세, 교육수준 초등학교, 중학교 졸업 이하, 가구소득 낮을수록, 건강보험가입자와 의료급여수급권자, 주관적 건강상태 나쁜 경우 미충족 의료경험이 높게 분석되었다.

이혜재 등(2017)은 2012-2014년 한국의료패널 자료를 이용하여, 65세 이상 노인의 가구 유형에 따른 미충족 의료경험과 미충족 의료경험 사유(경제적 이유, 시간적 이유, 나머지 이유)로 나누어 분석하였다. 분석결과, 65세 이상 노인의 미충족률은 19.18%(2012), 19.36%(2013), 17.94%(2014)였으며, 가구유형에 따른 미충족률은 1인 가구 24.84%, 부부 가구 16.74%, 자녀 동거 가구 17.79%, 나머지 가구는 25.51%였다. 가구 유형, 교육수준, 가구소득, 의료보장형태, 소득 대비 의료비, 주관적 건강상태가 노인의 미충족 의료의 영향요인으로 보여졌

다. 노인의 가구 유형에 따른 미충족 의료의 영향요인은 공통적으로 가구에서는 교육수준, 부부 가구에서는 교육수준, 가구소득, 의료보장 형태, 나머지 가구에서는 성별, 가구소득, 의료보장 형태가 영향요인으로 분석되었다.

황흥구 등(2017)은 제6차 국민건강영양조사 자료를 이용하여 대상자 중 만 19세 이상의 장애인의 전반적인 의료이용에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 분석한 결과, 성별, 연령, 월평균 가구소득, 장애유형, 장애등급, 흡연 등에서 영향이 있는 것으로 분석되었고 여성인 경우, 연령이 낮은 경우, 소득이 낮을수록, 장애유형이 정신적 장애인의 경우, 장애등급이 중증일수록, 흡연자일수록 미치료 경험률이 높았다.

오희영 등(2017)은 2013년 한국의료패널 자료를 이용하여, 40세 이상 고혈압 환자의 미충족 의료를 분석하였다. 분석결과, 18.9%가 미충족 의료를 경험하였으며, 미충족 의료경험 이유는 경제적 이유(43.2%), 증세가 경미해서(19.4%), 방문 시간이 없어서(16.4%)순으로 분석되었다.

황종남(2017)은 2010-2012년 국민건강영양조사를 이용하여, 만 19세 이상 성인의 미충족 의료를 성별에 따라 층화 분석하였다. 분석결과, 남성의 14.5%, 여성의 22.4%가 미충족 의료를 경험하였으며, 19세-34세, 부산·대구·울산 거주, 주관적 건강상태 보통과 나쁨에서 남녀 공통적으로 미충족 의료경험이 높았으며, 이 외에도 남성은 35-49세, 여성은 가구소득 낮을수록, 비경제활동에서 미충족 의료경험이 높게 분석되었다.

김소애(2019)는 2014년 한국의료패널과 2014년 장애인실태조사를 이용하여 한국의료패널에서는 만 19세 이상 장애인과 비장애인을 비교, 장애인실태조사에서는 장애특성에 따른 장애인의 미충족 의료를 분석하였다. 분석결과, 미충족률은 한국의료패널 자료에서는 장애인이 22.20%, 비장애인이 12.43%였고, 장애인 실태조사 자료에서는 장애인이 18.67%로 조사되었다. 두 자료에서 공통적으로 연령, 가구소득, 주관적 건강상태에서 미충족률이 높게 분석되었다. 장애인의 미

충족 의료의 이유는 한국의료패널 자료에서는 경제적 이유(44.90%), 증세가 경미해서(20.38%), 거동불편, 건강상 이유로 방문 어려움(15.89%)으로 분석되었으며, 장애인실태조사에서는 경제적 이유(60.57%), 교통편이 불편해서(14.07%)였고, 비장애인은 방문시간이 없어서(37.38%), 증세가 경미해서(29.48%), 경제적 이유(21.19%)순으로 분석되었다.

3. 연구 방법

3.1 연구 설계

장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 차이와 발생이유를 비교 연구하기 위해 사용된 장애인 표본 인구는 2017년 장애인실태조사(김성희 등, 2017)의 원시자료에서 추출하였으며, 비장애인 표본 인구는 전국민 대표성을 지닌 2017년 지역사회건강조사(보건복지부 질병관리본부, 2017) 원시자료에서 추출하였다.

2017년 장애인실태조사 자료는 보건복지부와 한국보건사회연구원 주관으로 실시하였으며, 우리나라 장애인구 및 장애출현율을 파악하고 장애인의 생활실태와 복지욕구를 파악하기 위해 2017년 9월 2일부터 2017년 10월 30일까지 전국 17개 시·도의 총 250개 조사지역의 대상 가구 수는 44,161가구 중 36,200가구(81.9% 완료율)에 대해 방문면접조사(가구 및 장애판별조사와 심층면접조사)를 실시하였으며 가구원 수는 91,405명(2.53명/가구) 중 조사장애인수는 6,549명이었다.

2017년 지역사회건강조사는 질병관리본부·17개 시·도 및 254개 보건소·35개 책임대학교간 기관 운영 위원회·전문분과위원회·관리사무국의 협력 하에 구성되었으며, 지역보건의료계획 수립 및 평가를 위한 지역건강통계 생산을 목적으로 2017년 8월 16일부터 2017년 10월 31일까지 조사가 수행되었다. 조사 모집단은 통·반/리의 주거용 주택(아파트, 일반주택)에 거주하는 만 19세 이상 성인으로 주민등록인구자료 및 국토교통부의 주택자료를 통해 구득된 전체 모집단 목록에서 주택유형별 가구 수를 기준으로 가구 수 크기를 고려하여 추출확률이 비례하도록 추출되었다. 2017년 조사수행결과, 228,381건이 조사완료 되었다.

장애인 표본에 비해 비장애인의 표본 수가 많았기 때문에 비장애인의 표본에서 분석에 포함 시킬 대상자를 선정하였다. 이 때 선택편향(selection bias)¹⁾을 피하기 위해 성향점수매칭(propensity score matching)분석을 활용하여 장애인 대상자와 비장애인 대상자 간의 균형을 맞추었다. 장애인에 해당되는 경우를 '1', 비장애인에 해당되는 경우를 '0'으로 하는 이항반응(binary response) 형태로 변수를 설정하고, 분석에 포함된 모든 공변량(성별, 연령, 거주지역, 가구원 수, 결혼상태, 교육수준, 경제활동여부, 가구소득, 주관적 건강상태, 최근 2년 이내 건강검진과 암 검진 여부, 우울증 유무, 만성질환 개수, 삶의 질 지수)을 보정변수로 지정하여 조건부 로지스틱 회귀분석(conditional logistic regression)을 시행하였다. 조건부 로지스틱 회귀분석은 0~1사이의 확률을 나타내는 함수로서, 성향점수매칭 모델로 활용될 때는 각 대상들의 추정된 확률을 계산한다. 추정된 확률 혹은 성향점수가 비슷하다는 것은 두 대상자 간에 성향이 유사하다는 것을 의미한다. 따라서 이 연구에서는 성향점수가 비슷한 장애인-비장애인 끼리 짝을 1:5로 맺었으며, 짝을 이루지 못한 비장애인 표본들은 통계 분석에서 제외시켰다.

해당 자료를 통해 장애인과 비장애인의 일반적인 특성을 분석하고, 장애 여부와 영향요인에 따른 미충족 의료경험의 차이와 발생이유 그리고 다빈도 장애유형별(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 정신적 장애) 미충족 의료경험의 차이를 분석하였으며, 주된 미충족 의료경험 발생이유의 차이에 대해 분석하였다(Figure 1).

1) 특정 공변량(covariate)에 의하여 연구대상이 특정 처리(e.g. 미충족 의료경험)를 받을 확률이 증가하는 것을 말함. 이 공변량은 두 집단 간의 결과 차이를 규명하는데 혼란변수로 작용함.

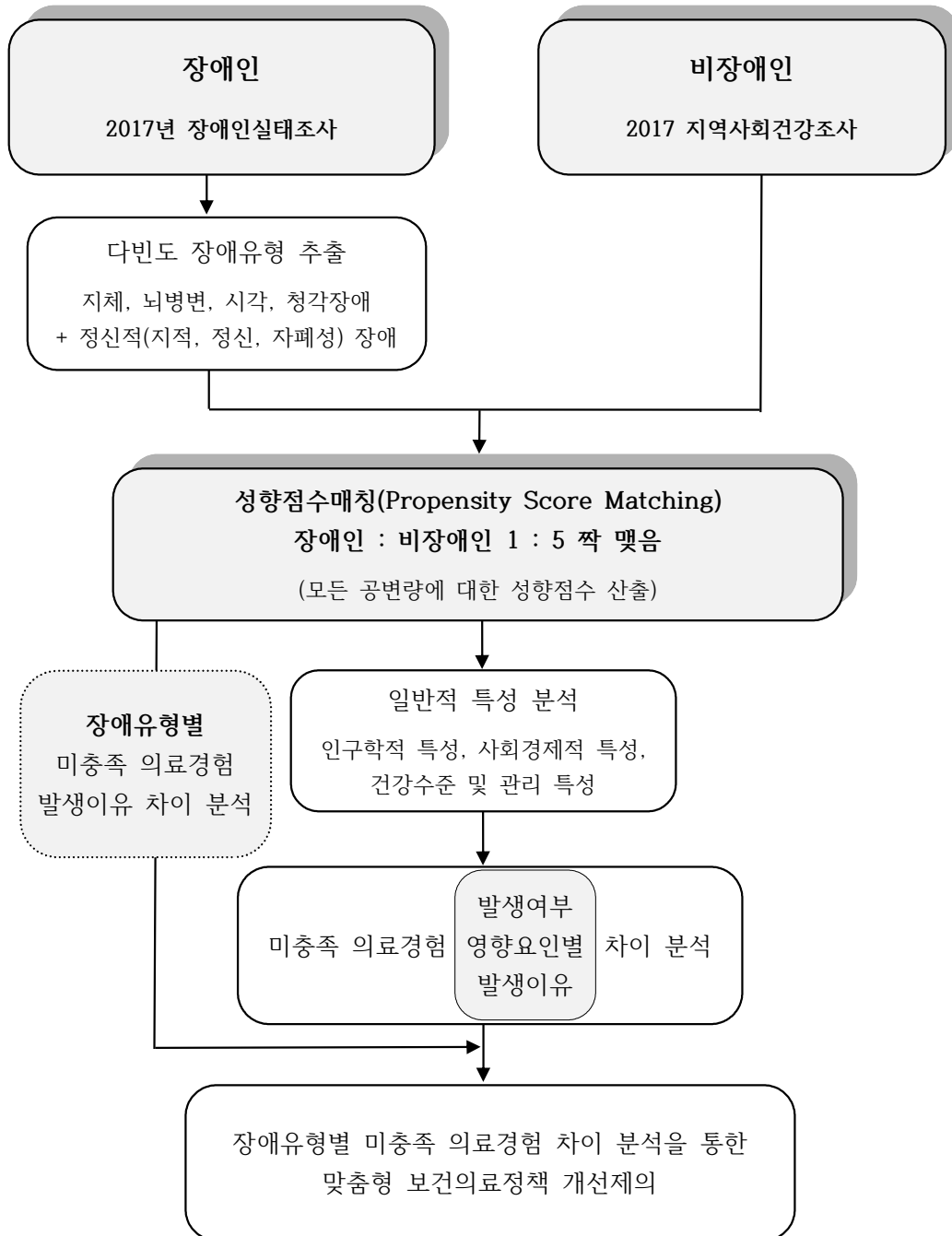


Figure 1. Research Framework

3.2 연구 대상

2017년 장애인실태조사의 장애인 대상자 6,549명중 결측자 141명과 15가지의 장애유형 중 상대적으로 낮은 빈도의 장애유형 대상자 518명을 제외한 다빈도 장애유형(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 정신적 장애)의 대상자 5,890명과 2017년 지역사회건강조사의 비장애인 대상자 228,381명중 결측자 2,236명을 제외한 대상자 226,145명에 대해서 분석에 포함된 모든 특성의 맞춤 보정으로 1:5 성향점수매칭(propensity score matching)을 통하여 장애인 대상자 5,229명과 비장애인 대상자 26,145명을 비교 분석하였다.

3.3 변수 선정 및 정의

3.3.1. 종속 변수

종속 변수는 미충족 의료경험 발생여부와 미충족 의료경험 발생이유이다. 2017년 장애인실태조사와 2017년 지역건강조사에서 설계된 미충족 의료경험 발생여부를 조사하는 문항이 동일하였으며, “최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?”라는 문항에 “예” 혹은 “아니오”로 응답 가능한 이항 변수로 설계되었다. “예”라고 응답한 대상자에게 “그런 적이 있다면, 다음 중 어떤 이유로 본인이 원하는 때 병·의원에 가지 못했습니까?”라는 문항을 통해 미충족 의료경험 발생이유가 조사되었다. 2017년 장애인실태조사에서는 미충족 의료경험 발생이유를 12개 항목으로 구분하였으며(Table 13 참조), 2017년 지역사회건강조사에서는 7개 항목(경제적 이유로, 병·의원 등에 예약을 하기 힘들어서, 교통이 불편해서, 내가 갈 수 있는 시간에 병·의원 등이 문을 열

지 않아서, 병·의원 등에서 오래 기다리기 싫어서, 증상이 가벼워서, 기타)으로 구분하였다. 두 자료의 공통 항목인 『경제적 이유』, 『이동의 어려움』, 그리고 『시간적 이유』에 대해 중점적으로 분석하였으며 『경제적 이유』 항목은 “경제적 이유로”로 정의하였고, 『이동의 어려움』 항목은 “의료기관까지 이동하는 것이 불편해서 혹은 교통이 불편해서”로 정의하였고, 『시간적 이유』 항목은 “시간이 없어서 혹은 내가 갈 수 있는 시간에 병·의원 등이 문을 열지 않아서”로 정의하였다. 그 외의 발생이유들은 『기타』로 분류하였다. 이 3가지의 발생이유에 “예”라고 응답한 대상자 빈도가 가장 많았으므로, 주된 미충족 의료경험 발생이유로 판단된다.

3.3.2. 관심 변수

이 연구의 주요 독립변수는 장애여부이다. 2017년 장애인실태조사에서 선정된 대상자들인 경우를 ‘0’, 2017년 지역사회건강조사에서 선정된 대상자들을 ‘1’로 하는 이항 변수를 설정하였다. 다음으로 장애인 대상자들을 장애유형별로 분류하였으며, 2017년 장애인실태조사에서 대상자 빈도가 가장 많았던 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 정신적(지적, 정신, 자폐성)장애 5가지 유형에 대해서 중점적으로 분석하였다.

3.3.3. 독립 변수

이 연구는 대상자들의 일반적 특성을 파악하기 위하여 인구학적 특성(성별, 연령, 거주 지역, 본인을 포함한 가구원수, 결혼상태), 사회경제적 특성(교육수준, 경제활동 여부, 가구소득), 건강수준 및 관리 특성(주관적 건강상태, 건강검

진 여부, 암 검진 여부, 우울증 여부, 만성질환 개수, 삶의 질)을 독립변수로 설정하여 분석을 시행하였다. 포함된 변수 중 삶의 질 측정 도구인 EQ-5D index²⁾ (Euro Quality of Life - 5 Dimensions index)는 연속형 변수로 취급되었으며, 그 외 모든 변수들은 범주형 변수로 취급되었다.

3.4 분석방법

이 연구의 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 일반적 특성과 분포를 파악하기 위해 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강수준 및 관리 특성에 대하여 빈도분석을 수행하여 빈도와 백분율로 제시하였다.

둘째, 단변수 분석으로 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강수준 및 관리 특성에 의한 미충족 의료경험 발생여부에 대해 Chi-square(χ^2) 검정을 시행하였다.

셋째, 장애여부에 따른 미충족 의료경험 차이를 비교하기 위해 조건부 로지스틱 회귀분석(conditional logistic regression)을 활용하였다. 조건부 로지스틱 회귀분석은 짝짓기가 시행된 연구에서 로지스틱 회귀분석 시 모수의 편향(bias)을 최소화하기 위하여 사용되는 방법이다. 이때 앞서 제시한 모든 독립변수를 동시에 보정하였다. 조건부 로지스틱 회귀모형은 다빈도 장애유형별 미충족 의료경험 차이와 미충족 의료경험 발생이유 차이를 분석하는데도 활용되었다.

분석결과는 산출된 결과의 P-value 값이 0.05 미만인 경우를 통계적으로 유의하다고 정의하였으며, 각 단계별 오즈비(odds ratio, OR)와 95% 신뢰구간(confidence interval, CI)을 산출하였다. 이 연구의 모든 통계 분석결과는 SAS version 9.4를 통해 산출되었다.

2) 한국 질병관리본부에서 제시한 한국인 기준 삶의 질 평가 척도로서 -0.171 ~ 1의 값을 가지게 되며 건강상태가 나쁠수록 값은 작아진다(질병관리본부, 2007).

4. 연구 결과

4.1 장애인과 비장애인의 일반적 특성

2017년 장애인실태조사의 장애인 대상자 6,549명중 결측자를 제외하고 다빈도 장애유형(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 정신적 장애)의 대상자로 추출한 5,890명과 2017년 지역사회건강조사의 비장애인 대상자 228,381명중 결측자를 제외한 226,145명을 분석에 포함된 모든 특성의 맞춤 보정으로 1:5 성향점수매칭(propensity score matching)을 통하여 장애인 대상자 5,229명과 비장애인 대상자 26,145명을 비교 분석하였다(Table 15).

장애인과 비장애인의 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강수준 및 관리 특성으로 일반적 특성을 알아보았으며, 통계적으로 맞춤 분석의 기준이었던 모든 특성들 중에 가구원 수($P=0.0200$), 교육수준($P=0.0039$), 삶의 질 지수($P<0.0001$)를 제외한 대부분 특성들은 두 집단 간 유의한 차이가 없었으므로 유사한 집단 구성으로 비교를 할 수 있었다.

인구학적 특성에서 대상자를 성별로 분류한 결과 남성이 장애인 53.7%(2,810명), 비장애인 53.3%(13,936명)였고, 여성이 장애인 46.3%(2,419명), 비장애인 46.7%(12,209명)로 남성의 비율이 더 높았다. 연령으로 분류했을 때 19~34세의 장애인은 5.9%(310명), 비장애인은 5.5%(1,451명)로 가장 적었으며, 35~49세의 장애인은 12.8%(668명), 비장애인은 12.0%(3,125명)이었고, 50~64세의 장애인은 29.4%(1,535명), 비장애인은 29.0%(7,574명)이었으며, 65~79세의 장애인은 38.4%(2,007명), 비장애인은 39.8%(10,398명)로 가장 많았고, 80세 이상의 장애인은 13.6%(709명), 비장애인은 13.8%(3,597명)이었다. 거주 지역으로는 수도

권(서울, 경기)의 경우 장애인은 22.6%(1,183명), 비장애인은 22.2%(5,801명)이었고, 광역시(부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산)의 경우 장애인은 19.8%(1,036명), 비장애인은 19.9%(5,208명)이었으며, 기타지역(강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주)의 경우 장애인은 57.6%(3,010명), 비장애인은 57.9%(15,136명)로 가장 많은 분포를 보였다. 본인을 포함한 가구원수로 분류하면 1인 가구(독거)의 경우 장애인은 23.3%(1,217명), 비장애인은 25.0%(6,549명)이었고, 2인 가구의 경우 장애인은 43.1%(2,254명), 비장애인은 42.5%(11,122명)로 가장 많은 분포를 보였고, 3인 이상 가구의 경우 장애인은 33.6%(1,758명), 비장애인은 32.4%(8,474명)로 두 집단 간 통계적으로는 유의한 차이를 보였으나($P=0.0200$) 분포에 대한 백분율(%)은 큰 차이가 없었다. 결혼 상태로 보면 배우자가 있는 경우 장애인은 57.5%(3,007명), 비장애인은 57.3%(14,993명)이었고, 배우자와 별거·이혼·사별의 경우 장애인은 29.8%(1,558명), 비장애인은 30.8%(8,056명)이었으며, 미혼의 경우 장애인은 12.7%(664명), 비장애인은 11.8%(3,096명)로 배우자가 있는 경우가 가장 많이 분포되었다.

사회경제적 특성에서 교육수준으로 분류했을 때 고등학교 졸업이하의 장애인은 86.3%(4,512명), 비장애인은 87.7%(22,938명)로 많은 분포를 보였고, 대학교 졸업이상은 장애인은 13.7%(717명), 비장애인은 12.3%(3,207명)로 두 집단 간 통계적으로는 유의한 차이를 보였으나($P=0.0039$) 분포에 대한 백분율(%)은 큰 차이가 없었다. 경제활동을 하고 있는 경우 장애인은 41.3%(2,157명), 비장애인은 41.1%(10,737명)이었고, 경제활동을 안 하고 있는 경우 장애인은 58.7%(3,072명), 비장애인은 58.9%(15,408명)로 장애인과 비장애인 모두 경제활동 참여가 더 낮았다. 가구소득은 4분위로 나누어 분류했으며 1분위(낮음)의 경우 장애인은 27.6%(1,441명), 비장애인은 28.8%(7,527명)로 가장 많은 분포를 보였고, 2분위(중간낮음)의 경우 장애인은 26.5%(1,387명), 비장애인은 27.0%(7,059명)이었고, 3분위(중간높음)의 경우 장애인은 24.7%(1,289명), 비장애인은 23.6%

(6,163명)이었고, 4분위(높음)의 경우 장애인은 21.3%(1,112명), 비장애인은 20.6%(5,396명)로 유사하게 분포되었다.

건강수준 및 관리 특성에서 주관적 건강상태는 좋음의 경우 장애인은 16.4%(857명), 비장애인은 15.5%(4,064명)이었고, 보통의 경우 장애인은 36.1%(1,889명), 비장애인은 36.3%(9,484명)이었고, 나쁨의 경우 장애인은 47.5%(2,483명), 비장애인은 48.2%(12,597명)로 장애인과 비장애인 모두 주관적 건강상태가 나쁘다는 분포가 가장 높았다. 최근 2년 이내 건강검진을 받은 경우는 장애인에서 74.4%(3,891명), 비장애인에서 74.9%(19,582명)이었고, 안 받은 경우는 장애인에서 25.6%(1,338명), 비장애인에서 25.1%(6,563명)로 유사하게 분포되었다. 최근 2년 이내 암 검진을 받은 경우는 장애인에서 58.7%(3,067명), 비장애인에서 59.9%(15,673명)이었고, 안 받은 경우는 장애인에서 41.3%(2,162명), 비장애인에서 40.1%(10,472명)로 유사하게 분포되었다. 우울증의 유무로 분류하면 우울증이 있는 경우 장애인은 13.6%(711명), 비장애인은 12.8%(3,355명)이었고, 우울증이 없는 경우 장애인은 86.4%(4,518명), 비장애인은 87.2%(22,790명)로 유사하게 분포되었다. 만성질환을 가지고 있는 개수로 분류하면 다른 만성질환을 가지고 있지 않는 경우 장애인은 37.4%(1,956명), 비장애인은 35.9%(9,384명)이었고, 1개인 경우 장애인은 28.2%(1,474명), 비장애인은 29.1%(7,600명)이었으며, 2개 이상인 경우 장애인은 34.4%(1,799명), 비장애인은 35.0%(9,161명)로 유사하게 분포되었다. 삶의 질 평가(EQ-5D Index)는 장애인의 평균점수는 $0.81(\pm \text{표준편차 } 0.19)$ 로 비장애인의 평균점수 $0.87(\pm \text{표준편차 } 0.18)$ 보다 낮아 삶의 질이 떨어지는 것을 알 수 있었다($P < 0.0001$).

Table 15. Distribution of the study population according to the disability status before & after propensity score matching analysis

Variables	Before propensity score matching					After propensity score matching				
	Disabled ^a		Non-disabled ^b		<i>P-value</i>	Disabled ^a		Non-disabled ^b		<i>P-value</i>
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Total	5,890	100.0	226,145	100.0		5,229	100.0	26,145	100.0	
Gender					<.0001					0.5640
Male	3,261	55.4	101,485	44.9		2,810	53.7	13,936	53.3	
Female	2,629	44.6	124,660	55.1		2,419	46.3	12,209	46.7	
Age					<.0001					0.1973
19-34	316	5.4	36,834	16.3		310	5.9	1,451	5.5	
35-49	711	12.1	55,923	24.7		668	12.8	3,125	12.0	
50-64	1,729	29.4	66,115	29.2		1,535	29.4	7,574	29.0	
65-79	2,318	39.4	52,414	23.2		2,007	38.4	10,398	39.8	
80+	816	13.9	14,859	6.6		709	13.6	3,597	13.8	
Residence					<.0001					0.7871
Capital	1,328	22.5	62,965	27.8		1,183	22.6	5,801	22.2	
Urban	1,204	20.4	45,246	20.0		1,036	19.8	5,208	19.9	
Rural	3,358	57.0	117,934	52.1		3,010	57.6	15,136	57.9	
Number of family members					<.0001					0.0200
1	1,323	22.5	32,466	14.4		1,217	23.3	6,549	25.0	
2	2,532	43.0	82,065	36.3		2,254	43.1	11,122	42.5	
3+	2,035	34.6	111,614	49.4		1,758	33.6	8,474	32.4	
Marital status					<.0001					0.1249
Living w/a spouse	3,317	56.3	152,527	67.4		3,007	57.5	14,993	57.3	
Living apart, divorced, deceased	1,790	30.4	38,670	17.1		1,558	29.8	8,056	30.8	
Unmarried	783	13.3	34,948	15.5		664	12.7	3,096	11.8	
Education attainment					<.0001					0.0039
High school or below	5,153	87.5	143,832	63.6		4,512	86.3	22,938	87.7	
College or above	737	12.5	82,313	36.4		717	13.7	3,207	12.3	

Economic activity status					<.0001						0.8054
Active	2,238	38.0	143,136	63.3		2,157	41.3	10,737	41.1		
Inactive	3,652	62.0	83,009	36.7		3,072	58.7	15,408	58.9		
Household income					<.0001						0.1307
Low	1,490	25.3	45,757	20.2		1,441	27.6	7,527	28.8		
Mid-low	1,456	24.7	74,982	33.2		1,387	26.5	7,059	27.0		
Mid-high	1,536	26.1	62,164	27.5		1,289	24.7	6,163	23.6		
High	1,408	23.9	43,242	19.1		1,112	21.3	5,396	20.6		
Self-rated health status					<.0001						0.2936
Good	867	14.7	82,699	36.6		857	16.4	4,064	15.5		
Moderate	1,975	33.5	95,100	42.1		1,889	36.1	9,484	36.3		
Poor	3,048	51.7	48,346	21.4		2,483	47.5	12,597	48.2		
Health check-up within last 2 years					<.0001						0.4601
Yes	4,355	73.9	164,853	72.9		3,891	74.4	19,582	74.9		
No	1,535	26.1	61,292	27.1		1,338	25.6	6,563	25.1		
Cancer screening within last 2 years					<.0001						0.0819
Yes	3,326	56.5	143,085	63.3		3,067	58.7	15,673	59.9		
No	2,564	43.5	83,060	36.7		2,162	41.3	10,472	40.1		
Depressive symptom					<.0001						0.1327
Yes	956	16.2	14,105	6.2		711	13.6	3,355	12.8		
No	4,934	83.8	212,040	93.8		4,518	86.4	22,790	87.2		
Number of chronic diseases					<.0001						0.1089
0	2,148	36.5	122,291	54.1		1,956	37.4	9,384	35.9		
1	1,723	29.3	48,517	21.5		1,474	28.2	7,600	29.1		
2+	2,019	34.3	55,337	24.5		1,799	34.4	9,161	35.0		
EQ-5D index^c					<.0001						<.0001
		<i>0.80 ± 0.21</i>	<i>0.93 ± 0.13</i>			<i>0.81 ± 0.19</i>		<i>0.87 ± 0.18</i>			

^aSample derived from the 2017 Korea Disability Survey.

^bSample derived from the 2017 Community Health Survey.

^cMean and standard deviation of the continuous variable EQ-5D index (range -0.17~1.00).

4.2 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생여부 차이

연구대상자에 포함된 장애인 5,229명(16.7%)과 비장애인 26,145명(83.3%)의 전체 31,374명에 대하여 장애여부와 일반적 특성에 따른 미충족 의료경험 발생여부 차이를 분석하였다(Table 16). 장애여부로 분류했을 때 장애인은 17.7%(927명), 비장애인은 11.5%(3,008명)로 장애인의 미충족 의료경험 발생이 높았다. 인구학적 특성에서 성별에서는 여성이 14.6%(2,130명)로 남성 10.8%(1,805명) 보다 높았으며, 연령으로 분류했을 때 80세 이상이 16.2%(696명)로 다른 연령보다 높았으며, 거주 지역으로는 수도권 12.1%(847명)에서 광역시 10.8%(676명), 기타지역 13.3%(2,412명)으로 갈수록 높아졌다. 또한 본인을 포함한 가구원수의 분류에서는 1인 가구(독거)가 16.2%(1,257명)로 가장 높았으며, 결혼 상태에서는 배우자와 별거·이혼·사별의 경우 15.3%(1,475명)로 높게 분석되었고 통계적으로 유의한 차이를 보였다($P < 0.0001$). 사회경제적 특성에서 교육수준으로는 고등학교 졸업이하에서 12.8%(3,500명)로 높았고 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 ($P = 0.0032$), 경제활동을 하지 않는 집단이 12.6%(2,330명)로 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($P = 0.6726$). 가구소득을 4분위로 나누어 분류했을 때 1분위(낮음) 집단이 16.9%(1,517명)로 4분위(높음) 집단 9.8%(639명) 보다 높게 분석되었으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다($P < 0.0001$). 건강수준 및 관리 특성에서 주관적 상태를 나쁘다고 생각하는 집단이 16.4%(2,472명)로 높았으며, 최근 2년 이내 건강검진과 암 검진을 안 받은 경우가 각각 17.6%(1,394명), 15.8%(2,002명)로 높았으며, 우울증을 가지고 있는 집단 25.7%(648명), 만성질환을 2개 이상 가지고 있는 집단 13.9%(1,525명)와 삶의 질 지수의 평균이 낮은 집단(0.77 ± 0.24)에서 미충족 의료경험 발생이 높았으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다($P < 0.0001$).

Table 16. Result of unmet healthcare needs for characteristics of the study population at the time of investigation (2017)

Variables	Unmet healthcare needs						<i>P-value</i>
	Total		Yes		No		
	N	%	N	%	N	%	
Total	31,374	100.0	3,935	10.9	27,439	89.1	
Disability status							<.0001
Disabled	5,229	16.7	927	17.7	4,302	82.3	
Non-disabled	26,145	83.3	3,008	11.5	23,137	88.5	
Gender							<.0001
Male	16,746	53.4	1,805	10.8	14,941	89.2	
Female	14,628	46.6	2,130	14.6	12,498	85.4	
Age							<.0001
19-34	1,761	5.6	241	13.7	1,520	86.3	
35-49	3,793	12.1	544	14.3	3,249	85.7	
50-64	9,109	29.0	1,151	12.6	7,958	87.4	
65-79	12,405	39.5	1,303	10.5	11,102	89.5	
80+	4,306	13.7	696	16.2	3,610	83.8	
Residence							<.0001
Capital	6,984	22.3	847	12.1	6,137	87.9	
Urban	6,244	19.9	676	10.8	5,568	89.2	
Rural	18,146	57.8	2,412	13.3	15,734	86.7	
Number of family members							<.0001
1	7,766	24.8	1,257	16.2	6,509	83.8	
2	13,376	42.6	1,496	11.2	11,880	88.8	
3+	10,232	32.6	1,182	11.6	9,050	88.4	
Marital status							<.0001
Living w/a spouse	18,000	57.4	1,915	10.6	16,085	89.4	
Living apart, divorced, divorced	9,614	30.6	1,475	15.3	8,139	84.7	
Unmarried	3,760	12.0	545	14.5	3,215	85.5	
Education attainment							0.0032
High school or below	27,450	87.5	3,500	12.8	23,950	87.2	
College or above	3,924	12.5	435	11.1	3,489	88.9	
Economic activity status							0.6726
Active	12,894	41.1	1,605	12.4	11,289	87.6	
Inactive	18,480	58.9	2,330	12.6	16,150	87.4	
Household income							<.0001
Low	8,968	28.6	1,517	16.9	7,451	83.1	
Mid-low	8,446	26.9	973	11.5	7,473	88.5	
Mid-high	7,452	23.8	806	10.8	6,646	89.2	

High	6,508	20.7	639	9.8	5,869	90.2	
Self-rated health status							<.0001
Good	4,921	15.7	335	6.8	4,586	93.2	
Moderate	11,373	36.2	1,128	9.9	10,245	90.1	
Poor	15,080	48.1	2,472	16.4	12,608	83.6	
Health check-up within last 2 years							<.0001
Yes	23,473	74.8	2,541	10.8	20,932	89.2	
No	7,901	25.2	1,394	17.6	6,507	82.4	
Cancer screening within last 2 years							<.0001
Yes	18,740	59.7	1,933	10.3	16,807	89.7	
No	12,634	40.3	2,002	15.8	10,632	84.2	
Depressive symptom							<.0001
Yes	4,066	13.0	1,046	25.7	3,020	74.3	
No	27,308	87.0	2,889	10.6	24,419	89.4	
Number of chronic diseases							<.0001
0	11,340	36.1	1,338	11.8	10,002	88.2	
1	9,074	28.9	1,072	11.8	8,002	88.2	
2+	10,960	34.9	1,525	13.9	9,435	86.1	
EQ-5D index^a							<.0001
	<i>0.86 ± 0.18</i>		<i>0.77 ± 0.24</i>		<i>0.88 ± 0.17</i>		

^aMean and standard deviation of the continuous variable EQ-5D index (range -0.17~1.00).

4.3 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 영향요인별 차이

장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 영향요인별 차이를 알아보기 위한 결과는 다음과 같다.

첫째, 전체 대상자를 장애여부와 일반적 특성에 대한 미충족 의료경험의 영향요인별 차이를 분석하였다(Table 17). 장애여부에 대한 오즈비는 비장애인에 비해 장애인의 미충족 의료경험이 1.57배 (95% 신뢰구간: 1.43-1.73) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 성별로는 남성에 비해 여성의 오즈비가 1.28배(95% 신뢰구간: 1.02-1.61) 높았고, 거주 지역에서는 수도권에 비해 광역시의 오즈비가

0.79배(95% 신뢰구간: 0.65-0.97) 낮았으며, 교육수준에서는 대학교 졸업이상에 비해 고등학교 졸업이하의 오즈비가 1.41배(95% 신뢰구간: 1.02-1.94) 높았고, 주관적 건강상태는 좋음에 비해 나쁨의 오즈비는 1.97배(95% 신뢰구간: 1.35-2.88) 높았으며, 우울증의 유무로는 우울증이 없는 경우에 비해 우울증이 있는 경우의 미충족 의료경험 오즈비가 2.43배(95% 신뢰구간: 1.95-3.02) 높았고 통계적으로 유의하였다.

Table 17. Odds ratio for unmet healthcare needs within each of characteristics

Variables	Unmet healthcare needs	
	Adjusted OR	95% CI
Disability status		
Disabled	1.57	(1.43 - 1.73)
Non-disabled	1.00	
Gender		
Male	1.00	
Female	1.28	(1.02 - 1.61)
Age		
19-34	1.00	
35-49	1.11	(0.74 - 1.66)
50-64	0.85	(0.52 - 1.38)
65-79	0.61	(0.34 - 1.07)
80+	0.71	(0.40 - 1.27)
Residence		
Capital	1.00	
Urban	0.79	(0.65 - 0.97)
Rural	0.98	(0.82 - 1.17)
Number of family members		
1	1.00	
2	0.89	(0.72 - 1.09)
3+	0.86	(0.65 - 1.15)
Marital status		
Living w/a spouse	1.00	
Living apart, divorced, deceased	1.04	(0.85 - 1.27)
Unmarried	1.15	(0.82 - 1.62)

Education attainment		
High school or below	1.41	(1.02 - 1.94)
College or above	1.00	
Economic activity status		
Active	1.00	
Inactive	0.58	(0.45 - 0.75)
Household income		
Low	1.23	(0.69 - 2.19)
Mid-low	1.08	(0.69 - 1.69)
Mid-high	1.11	(0.86 - 1.43)
High	1.00	
Self-rated health status		
Good	1.00	
Moderate	1.41	(1.07 - 1.87)
Poor	1.97	(1.35 - 2.88)
Health check-up within last 2 years		
Yes	1.00	
No	1.31	(1.04 - 1.63)
Cancer screening within last 2 years		
Yes	1.00	
No	1.42	(1.11 - 1.82)
Depressive symptom		
Yes	2.43	(1.95 - 3.02)
No	1.00	
Number of chronic diseases		
0	1.00	
1	0.94	(0.79 - 1.13)
2+	0.92	(0.75 - 1.13)
<i>EQ-5D index^a</i>	0.13	(0.10 - 0.17)

^aFor every 0.10 unit increase in EQ-5D index score (range -0.17~1.00).

둘째, 비장애인 대비 장애인의 미충족 의료경험을 영향요인별로 비교를 하였다 (Table 18). 성별에 따른 분석에서는 장애인 여성이 비장애인 여성에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 1.75배(95% 신뢰구간: 1.52-2.02) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 연령에 따른 분석에서는 50~64세에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 1.29배(95% 신뢰구간: 1.03-1.61) 높았으며, 65~79세에서 장애

인이 비장애인에 비해 오즈비가 2.07배(95% 신뢰구간: 1.73-2.47) 높았고, 80세 이상에서 장애인이 비장애인에 비해 오즈비가 2.67배(95% 신뢰구간: 2.02-3.52) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 본인을 포함한 가구원수에 따른 분석에서는 장애인 1인 가구(독거)가 비장애인1인 가구에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 2.02배(95% 신뢰구간: 1.64-2.48) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 결혼 상태에 따른 분석에서는 배우자와 별거·이혼·사별 경우에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 1.90배(95% 신뢰구간: 1.58-2.29) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 교육수준에 따른 분석은 고등학교 졸업이하에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 1.67배(95% 신뢰구간: 1.50-1.86) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 경제활동 상태에 따른 분석에서는 경제활동을 하고 있지 않는 장애인이 경제활동을 하고 있지 않는 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 1.98배(95% 신뢰구간: 1.73-2.27) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 가구소득에 따른 분석은 1분위(낮음)에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 2.10배(95% 신뢰구간: 1.76-2.50) 높았고, 2분위(중간낮음)에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 2.04배(95% 신뢰구간: 1.63-2.55) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 주관적 건강상태에 따른 분석에서는 나쁨의 응답에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 2.03배(95% 신뢰구간: 1.77-2.32) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 최근 2년 이내 건강검진 여부에 따른 분석에서는 건강검진을 받지 않은 장애인이 건강검진을 받지 않은 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 1.92배(95% 신뢰구간: 1.58-2.33) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 만성질환 개수에 따른 분석에서는 만성질환 2개 이상에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 2.02배(95% 신뢰구간: 1.70-2.40) 높았으며 통계적으로 유의하였다. 삶의 질에 따른 분석에서는 EQ-5D index의 하위 25%에서 장애인이 비장애인에 비해 미충족 의료경험 오즈비가 2.57배(95% 신뢰구간: 1.78-3.69) 높았으며 통계적으로 유의하였다.

Table 18. Odds ratio for unmet healthcare needs of people with disabilities compared to non-disabled people

Variables	Unmet healthcare needs		
	Non-disabled	Disabled	
	Adjusted OR	Adjusted OR	95% CI
Gender			
Male	1.00	1.62	(1.39 - 1.89)
Female	1.00	1.75	(1.52 - 2.02)
Age			
19-34	1.00	1.02	(0.56 - 1.84)
35-49	1.00	0.89	(0.59 - 1.34)
50-64	1.00	1.29	(1.03 - 1.61)
65-79	1.00	2.07	(1.73 - 2.47)
80+	1.00	2.67	(2.02 - 3.52)
Residence			
Capital	1.00	1.78	(1.36 - 2.33)
Urban	1.00	2.10	(1.56 - 2.82)
Rural	1.00	1.60	(1.40 - 1.82)
Number of family members			
1	1.00	2.02	(1.64 - 2.48)
2	1.00	1.91	(1.61 - 2.26)
3+	1.00	1.23	(0.99 - 1.52)
Marital status			
Living w/a spouse	1.00	1.65	(1.43 - 1.91)
Living apart, divorced, deceased	1.00	1.90	(1.58 - 2.29)
Unmarried	1.00	0.84	(0.53 - 1.34)
Education attainment			
High school or below	1.00	1.67	(1.50 - 1.86)
College or above	1.00	1.15	(0.76 - 1.72)
Economic activity status			
Active	1.00	1.31	(1.10 - 1.55)
Inactive	1.00	1.98	(1.73 - 2.27)
Household income			
Low	1.00	2.10	(1.76 - 2.50)
Mid-low	1.00	2.04	(1.63 - 2.55)
Mid-high	1.00	1.56	(1.19 - 2.06)
High	1.00	1.09	(0.78 - 1.50)
Self-rated health status			
Good	1.00	1.13	(0.74 - 1.72)

Moderate	1.00	1.19	(0.97 - 1.46)
Poor	1.00	2.03	(1.77 - 2.32)
Health check-up within last 2 years			
Yes	1.00	1.53	(1.36 - 1.74)
No	1.00	1.92	(1.58 - 2.33)
Cancer screening within last 2 years			
Yes	1.00	1.86	(1.62 - 2.14)
No	1.00	1.50	(1.28 - 1.75)
Depressive symptom			
Yes	1.00	1.16	(0.85 - 1.59)
No	1.00	1.73	(1.55 - 1.93)
Number of chronic diseases			
0	1.00	1.39	(1.14 - 1.68)
1	1.00	1.68	(1.35 - 2.10)
2+	1.00	2.02	(1.70 - 2.40)
EQ-5D index(range -0.17-1.00)^a			
First quartile (Cut off point: 0.80)	1.00	2.57	(1.78 - 3.69)
Second quartile (Cut off point: 1.00) ^b	1.00	1.16	(0.85 - 1.58)

^aEQ-5D index categorized using quartile.

^b1.00 is the cut-off point for the second quartile but also is the maximum range of the index.

4.4 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생이유 차이

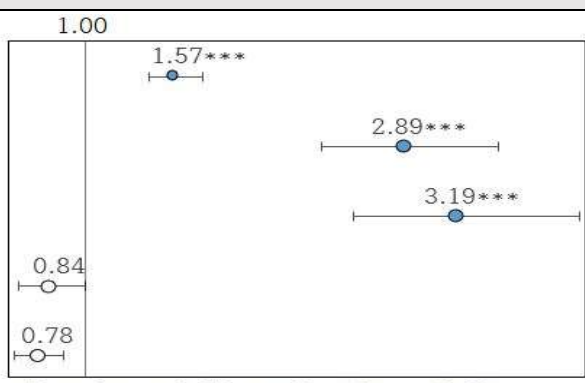
미충족 의료경험 발생이유는 2017년 장애인실태조사에서는 12개 항목으로 구분하였고, 2017년 지역사회건강조사에는 7개 항목으로 구분하였으며 두 자료의 공통 항목 중 응답 빈도가 높은 경제적 이유, 이동의 어려움, 시간적 이유에 대해 중점적으로 분석하였으며 그 외의 발생이유들은 기타로 분류하였다. 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생이유 차이를 분석한 결과는 다음과 같다(Table 19).

미충족 의료를 경험한 장애인의 17.7%(927명)중 발생이유는 경제적 이유가 6.2%(322명)로 전체발생이유 중 34.7%이며, 이동의 어려움이 5.1%(267명)로 전체발생이유 중 28.8%이고, 시간적 이유가 2.8%(147명)로 전체발생이유 중 15.9%이며, 기타 이유로는 3.7%(191명)로 전체발생이유 중 20.6%로 분석되었다. 미충

족 의료를 경험한 비장애인의 11.5%(3,008명)중 발생이유는 경제적 이유가 2.7%(703명)로 전체발생이유 중 23.4%이며, 이동의 어려움이 1.8%(474명)로 전체발생이유 중 15.8%이고, 시간적 이유가 2.8%(743명)로 전체발생이유 중 24.7%이며, 기타 이유로는 4.2%(1,088명)로 전체발생이유 중 36.2%로 분석되었다. 미충족 의료경험 발생이유에 대한 오즈비는 비장애인에 비해 장애인의 이동의 어려움은 3.19배, 경제적 이유가 2.89배 높았으며, 시간적 이유는 0.84배, 기타 이유는 0.78배 낮았고 통계적으로 유의하였다($P < 0.01$).

Table 19. Distribution of the study population according to the reasons for unmet healthcare needs

Variables	Non-disabled (N = 26,145)		Disabled (N = 5,229)		Adjusted OR ^a Ref. group (Non-disabled, OR = 1.00)
	N	%	N	%	
Unmet healthcare needs	3,008	11.5	927	17.7	
1. Due to cost	703	2.7	322	6.2	1.57***
2. Due to mobility difficulties	474	1.8	267	5.1	2.89***
3. Due to time availability	743	2.8	147	2.8	0.84
4. Due to other reasons	1,088	4.2	191	3.7	0.78



*P-value < 0.05, ***P-value < 0.01.

^aOdds ratio according to the reasons for unmet healthcare needs.

Adjusted for gender, age, residence, number of family members, marital status, educational attainment, economic activity status, household income, self-rated health status, health check-up status, cancer screening status, depressive symptom, number of chronic diseases, and EQ-5D index.

4.5 장애유형별 미충족 의료경험 발생률과 발생이유 차이

장애유형에 따른 미충족 의료경험의 발생이유 차이를 알아보기 위해 2017년 장애인실태조사에서 대상자 빈도가 가장 많았던 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 정신적(지적, 정신, 자폐성)장애 5개 유형에 대하여 중점적으로 분석하였으며, 장애유형별 미충족 의료경험 발생률과 발생이유 차이를 분석한 결과는 다음과 같다(Table 20).

장애유형별 미충족 의료경험 발생률은 지체장애(2,940명) 중 미충족 의료경험은 18.4%(541명)이며, 뇌병변장애(495명) 중 미충족 의료경험은 20.8%(103명)이며, 시각장애(562명) 중 미충족 의료경험은 16.2%(91명)이며, 청각장애(731명) 중 미충족 의료경험은 17.1%(125명)이며, 정신적 장애(501명) 중 미충족 의료경험은 13.4%(67명)이었다. 장애유형별 미충족 의료경험 발생이유는 지체장애의 경우 경제적 이유(37.7%), 이동의 어려움(26.8%), 시간적 이유(20.0%), 기타 이유(15.5%)순서이고, 뇌병변장애의 경우 이동의 어려움(61.2%), 경제적 이유(23.3%), 기타 이유(14.6%), 시간적 이유(1.0%)순서이며, 시각장애의 경우 경제적 이유(41.8%), 이동의 어려움(29.7%), 시간적 이유(17.6%), 기타 이유(11.0%)순서이고, 청각장애의 경우 기타 이유(32.8%), 경제적 이유(29.6%), 이동의 어려움(22.4%), 시간적 이유(15.2%)순서이며, 정신적 장애의 경우 기타 이유(61.2%), 경제적 이유(28.4%), 이동의 어려움(6.0%), 시간적 이유(4.5%)순서로 분석되었다.

Table 20. Distribution of the study population according to the types of impairment and reasons for unmet healthcare needs

Variables	Reasons for unmet healthcare needs									
	Unmet healthcare needs ^c		1. Due to cost		2. Due to mobility difficulties		3. Due to time availability		4. Due to other reasons	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Disability status^a										
Disabled (N = 5,229) ^b	927	17.7	322	34.7	267	28.8	147	15.9	191	20.6
Physical disability (N = 2,940)	541	18.4	204	37.7	145	26.8	108	20.0	84	15.5
Brain lesions (N = 495)	103	20.8	24	23.3	63	61.2	1	1.0	15	14.6
Visual impairment (N = 562)	91	16.2	38	41.8	27	29.7	16	17.6	10	11.0
Hearing impairment (N = 731)	125	17.1	37	29.6	28	22.4	19	15.2	41	32.8
Mental disorder (N = 501)	67	13.4	19	28.4	4	6.0	3	4.5	41	61.2
Non-disabled (N = 26,145)	3,008	11.5	703	23.4	474	15.8	743	24.7	1,088	36.2

^aTotal number of participants according to disability status.

^bSum of 5 different types of impairment.

^cPercentages of participants reporting unmet healthcare needs according to disability status.

비장애인 대비 장애유형별 미충족 의료경험 발생과 발생이유의 차이에 대한 오즈비는 다음과 같다(Figure 2).

장애유형별 미충족 의료경험 발생은 비장애인에 비해 지체장애가 1.62배, 시각장애가 1.85배, 청각장애가 1.92배로 청각장애가 가장 높았으며 통계적으로 유의 하였다($P < 0.01$). 장애유형별 미충족 의료경험 발생이유는 경제적 이유로 분류했을 때 비장애인에 비해 지체장애가 3.43배, 시각장애가 5.06배, 청각장애가 2.38배로 시각장애가 가장 높았으며 통계적으로 유의 하였다($P < 0.01$). 이동의 어려움으로 분류했을 때 비장애인에 비해 지체장애가 3.28배, 뇌병변장애가 5.84배, 시각장애가 2.59배, 청각장애가 2.76배로 뇌병변장애가 가장 높았으며 통계적으로 유의 하였다($P < 0.01$). 시간적 이유로 분류했을 때 비장애인에 비해 뇌병변장애가 0.06배, 정신적 장애가 0.15배로 낮았으며 통계적으로 유의 하였다($P < 0.01$). 기타 이유로 분류했을 때 비장애인에 비해 지체장애가 0.59배, 뇌병변장애가 0.39배, 시각장애가 0.45배 낮았고 청각장애가 1.51배, 정신적 장애가 1.87배 높았으며 통계적으로 유의 하였다($P < 0.01$).

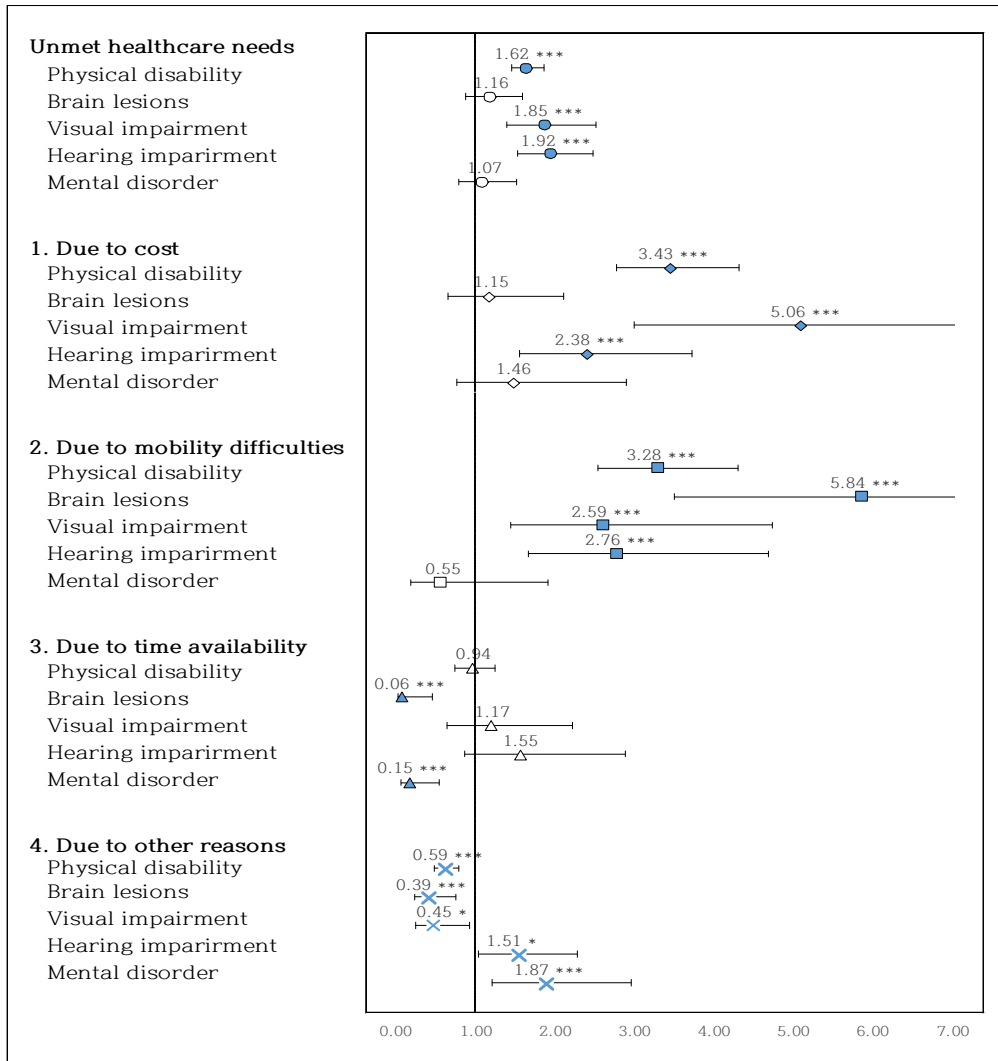


Figure 2. Forest plot representing odds ratio according to the reasons for unmet healthcare needs.

Non-disabled served as the reference group (OR = 1.00).

Adjusted for gender, age, residence, number of family members, marital status, educational attainment, economic activity status, household income, self-rated health status, health check-up status, cancer screening status, depressive symptom, number of chronic diseases, and EQ-5D index.

*P-value < 0.05, ***P-value < 0.01.

5. 고 찰

5.1 연구방법에 대한 고찰

이 연구에서는 장애인실태조사(2017)의 장애인 대상자 6,549명중 결측자와 15가지 장애유형 중 상대적으로 낮은 빈도의 장애유형 대상자를 제외한 다빈도 장애유형(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 정신적 장애)의 대상자 5,890명과 지역사회 건강조사(2017)의 비장애인 대상자 228,381명중 결측자를 제외한 226,145명에 대해 분석에 포함된 모든 특성의 맞춤 보정으로 1:5 성향점수매칭(propensity score matching)을 통하여 추출된 장애인 대상자 5,229명과 비장애인 대상자 26,145명으로 통계분석을 하였다. 서로 다른 자료원의 대상자를 선정함에 있어서 선택편향(selection bias)을 피하기 위해 포함된 모든 변수에 대해 성향점수를 산출하였고 산출된 성향점수를 기반으로 두 집단 간 유사한 대상자들을 짝짓기 하였으나, 두 집단 간의 특성을 정확히 일치시키는 것에 한계가 있었다. 따라서 일부 변수에서의 P-value 조건을 충족시키지 못하였지만, 대다수의 변수에서의 P-value가 0.05보다 높기 때문에 장애여부 이외의 특성들에 대해서는 두 집단 간 차이가 없었으며, 장애여부에 따른 미충족 의료경험을 분석하는데 편향(bias)을 최소화 시킬 수 있었다고 판단된다. 또한 가구원 수, 교육수준, 삶의 질 지수 특성들은 두 집단 간 통계적으로 유의한 차이($P < 0.05$)를 보였으나 분포에 대한 백분율(%)은 큰 차이가 없었다.

장애인과 비장애인의 일반적 특성과 분포를 파악하기 위해 빈도와 백분율로 분석하였고 단변수 분석으로 각 특성에 따른 미충족 의료경험 발생여부에 대하여 Chi-square(χ^2) 검정을 시행하였다. 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험을

영향요인별로 차이를 분석하기 위하여 장애여부를 포함한 일반적 특성의 관련성에 대해 조건부 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 또한 미충족 의료경험 발생이유에 대해 장애인과 비장애인 그리고 다빈도 장애유형별 차이를 비교하기 위해 조건부 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 이 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 단면적 연구(Cross-sectional study)로 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험의 변화추이와 인과관계를 설명하기 어렵다.

둘째, 장애인의 연구대상자 선정에 있어 등록된 재가장애인을 대상으로 하였기에 시설장애인과 비등록 장애인을 분석에 포함시키지 못하였다. 장애인실태조사(2017)에 따르면 시설장애인은 88,071명이었고 2017년 전체 장애등록률은 94.1%이었으며 그 중 뇌병변장애는 81.6%, 뇌전증장애는 72.5%로 상대적으로 낮은 등록률을 보였다. 따라서 시설장애인을 포함한 전체 장애인을 대상으로 한 후속 연구와 상대적으로 낮은 등록률을 보이는 장애유형에 대해 분석할 필요가 있다.

셋째, 장애인 대상자 중 다빈도 장애유형을 추출하였다. 통계분석을 위한 장애유형별 대상자 분포가 충족되지 못해 전체 장애유형에 대한 차이를 비교하지 못했으나 후속연구를 통해 제외된 장애유형을 포함하여 전체 장애유형에 대한 분석이 필요할 것이다.

넷째, 종속변수인 미충족 의료경험은 설문을 통한 주관적인 측정이며, 이러한 주관적인 측정은 의료진이 판단한 미충족 의료수준보다 과대 혹은 과소 측정될 수 있다(이진용, 2006; Kersten et al., 2000; Menzel et al., 2002). 따라서 미충족 의료를 객관적으로 평가할 수 있는 도구의 개발이 필요하다(김소애 등, 2019).

이러한 제한사항에도 불구하고 이 연구는 장애인에게 발생하는 미충족 의료경험을 비장애인과 비교하여 차이를 살펴보기 위해 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강수준 및 관리 특성을 장애여부에 따른 미충족 의료경험의 발생여부와 영향요인별 그리고 발생이유에 대한 차이와 연관성을 분석하였으며, 장애유형별 미충족 의료경험 발생 및 발생이유의 차이와 연관성을 분석하여 제시하였다.

5.2 연구결과에 대한 고찰

우리사회는 인구의 고령화로 노인성 질환에 따른 장애발생이 증가하고 있으며 선천적 원인과 후천적 장애발생 요인인 각종 질환과 사고에 의한 장애 인구가 지속적으로 증가하고 있다. 따라서 우리사회의 취약계층인 장애인에게 발생하는 미충족 의료경험을 비장애인과 비교하여 차이를 살펴보고자 하였다.

이 연구는 장애인실태조사(2017)와 지역사회건강조사(2017) 자료를 활용하여 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 차이와 장애유형별 미충족 의료경험 차이를 분석하였다.

첫째, 미충족 의료경험 발생여부 차이에서 장애인의 미충족 의료경험은 전체 장애인 중 17.7%에서 발생했으며, 비장애인의 미충족 의료경험은 전체 비장애인 중 11.5%에서 발생했다. 선행연구를 보면 2014년 한국의료패널과 2014년 장애인실태조사를 이용한 연구에서 한국의료패널(2014)은 만 19세 이상 장애인의 미충족률이 22.20%였고, 비장애인의 미충족률이 12.43%였으며, 장애인실태조사(2014)는 장애인의 미충족률이 18.67%였다(김소애, 2019). 2016년, 2017년 국민건강영양조사를 병합한 연구에서는 만 19세 이상 성인의 9.7%가 미충족 의료를 경험했으며(배우리, 2019), 2017년 국민건강영양조사를 이용한 연구에서는 만 65세 이상 노인의 7.8%에서 미충족 의료수요가 발생했고(전찬희 등, 2019), 2014년 국민건강영양조사를 이용한 연구에서는 만 19세 이상 성인의 미충족률은 10.6%였다(유인영, 2017). 2011-2013년 한국의료패널 자료를 이용한 연구에서는 18세 이상 성인의 14.89%(2011), 16.38%(2012), 17.64%(2013)에서 미충족 의료경험을 보였으며(허순임 등, 2016), 2011년 장애인실태조사를 이용한 연구에서는 만 20~64세의 지체·뇌병변장애인에서 20.9%가 미충족 의료를 경험했다(전보영, 2014). 장애인과 비장애인 내에서도 자료원과 연구대상자에 따라 미충족

의료경험의 차이를 확인 할 수 있는데 이는 미충족 의료경험 설문문항의 차이로 발생할 수 있다. 따라서 동일한 문항을 통한 미충족 의료경험 측정과 비교 가능한 지표가 필요하다(김소애 등, 2019). 미충족 의료경험 발생여부 차이를 분석한 특성 중 성별에서는 여성, 연령에서는 80세 이상, 거주 지역에서는 수도권과 광역시 이외지역, 본인을 포함한 가구원수에서는 1인 가구(독거), 결혼 상태는 배우자와 별거·이혼·사별, 교육수준에서는 고등학교 졸업이하, 경제활동을 하지 않는 집단, 가구소득은 1분위(낮음), 주관적 건강상태는 나쁨, 최근 2년 이내에 건강검진과 암 검진을 받지 못한 집단, 우울증과 만성질환을 2개 이상 가지고 있는 집단, 삶의 질 지수가 낮은 집단에서 미충족 의료경험 발생이 높은 것으로 분석되었다. 따라서 미충족 의료경험은 사회적, 경제적, 의료적 취약계층에게서 더욱 차이가 발생된다는 것을 알 수 있다.

둘째, 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 영향요인별 차이를 각 특성 내에서 분석하였을 때, 장애여부에 대한 오즈비는 비장애인 비해 장애인의 미충족 의료경험이 1.57배 높았다. 의료이용을 소비의 측면에서 본다면 장애인의 낮은 경제활동수준과 이로 인한 지불능력의 약화는 의료이용의 진입을 어렵게 하거나 꾸준한 치료를 포기하게 하여 미충족 의료를 야기할 수 있다. 특히 이동이 어려운 중증의 신체 장애인에게는 장애인 편의시설의 부족, 교통시설 이용의 불편함, 차별의 경험, 제한된 사회적 네트워크와 이로 인한 정보의 부족, 자신의 장애문제를 이해하는 서비스제공자의 부족 등으로 의료이용 접근에 큰 어려움을 겪는다(Emerson et al., 2009). 장애인은 비장애인과 동일한 질병에 걸리더라도 비장애인에 비해 질병의 회복 속도가 느리며, 장애로 인한 이차 장애 발생 위험에 노출되어 있기 때문이다(국립재활원, 2015; 최복천, 2015). 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 영향요인별 차이를 비장애인 대비 장애인의 미충족 의료경험을 영향요인별로 비교 분석하였을 때 장애인 여성이 비장애인 여성보다 1.75배 더 미충족 의료경험을 하며, 연령은 50세 이상 증가할수록 미충족 의료

경험은 증가했다. 연구 대상자의 인구학적인 특성에서 65세 이상의 노인 분포는 52.0%이며, 장애인구 중 65세 이상은 2011년 38.8%, 2014년 43.3%, 2017년 46.6%로 점점 고령화 되어가고, 만성질환을 보유한 만 19세 이상 장애인수도 2011년 71.4%, 2014년 77.2%, 2017년 81.1%로 증가하고 있으며(김성희 등, 2017), 전체 의료비에서 노인 의료비 비중이 증가하는 것은 노인 인구의 증가와 노년기 의료수요 증가의 결과이다(이혜재 등, 2017). 비장애인 대비 1인 가구(독거), 별거·이혼·사별의 결혼상태, 고등학교 졸업이하의 교육수준, 비경제활동, 낮은 가구소득, 주관적 건강상태 나쁨, 2개 이상의 만성질환 보유, 삶의 질 지수가 하위 25%일 때 미충족 의료경험은 증가했다.

셋째, 장애인과 비장애인의 미충족 의료경험 발생이유 차이를 응답 빈도가 높은 경제적 이유, 이동의 어려움, 시간적 이유, 그 외의 기타 이유로 분류하면 장애인 집단의 미충족 의료경험 발생이유는 경제적 이유 > 이동의 어려움 > 기타 이유 > 시간적 이유 순서였고, 비장애인 집단의 미충족 의료경험 발생 이유는 기타 이유 > 시간적 이유 > 경제적 이유 > 이동의 어려움 순서로 분석되었다. 한국의료패널(2014)과 장애인실태조사(2014)를 자료원으로 만 19세 이상의 장애인과 비장애인을 대상으로 한 연구에서는 미충족 의료경험 발생이유를 분석한 결과 한국의료패널에서 장애인은 경제적 이유 > 증세가 경미해서 > 이동의 어려움, 비장애인은 시간적 이유 > 증세가 경미해서 > 경제적 이유 순서였으며, 장애인실태조사에서 장애인은 경제적 이유 > 이동의 어려움 > 증세가 경미해서 순서였다(김소애, 2019). 미충족 의료경험 발생이유에 대한 오즈비는 비장애인에 비해 장애인의 이동의 어려움에서 3.19배 높았다. 장애인 집단 내에서는 발생이유가 경제적 이유가 높지만, 비장애인에 비해서는 이동의 어려움이 높아 미충족 의료경험 발생이유에 차이가 있었다. 특히 뇌병변장애 및 지체장애를 가진 경우 다른 유형의 장애에 비해 교통수단의 불편으로 인해 미충족 의료를 경험하는 비율이 높았다(Hwang et al., 2011). 따라서 장애인이 경험하는 물리적 접근 장벽

은 경제적 이유만큼이나 매우 중요하다(Kroll et al., 2006).

넷째, 장애유형별 미충족 의료경험 발생률과 발생이유 차이를 분석한 결과 다빈도 장애유형에서 뇌병변장애가 미충족 의료경험 발생률이 가장 높았다. 장애유형별 분류로 발생이유를 살펴보면 지체장애 유형에서 미충족 의료경험이 발생한 18.4% 집단의 발생이유는 경제적 이유가 가장 많았고, 뇌병변장애 유형에서 미충족 의료경험이 발생한 20.8% 집단의 발생이유는 이동의 어려움이 가장 많았으며, 시각장애 유형에서 미충족 의료경험이 발생한 16.2% 집단의 발생이유는 경제적 이유가 가장 많았고, 청각장애 유형에서 미충족 의료경험이 발생한 17.1% 집단의 발생이유는 기타 이유를 제외하고 경제적 이유가 가장 많았으며, 지적장애, 정신장애, 자폐성장애를 포함한 정신적 장애 유형에서 미충족 의료경험이 발생한 13.4% 집단의 발생이유는 기타 이유를 제외하고 경제적 이유가 가장 많았다.

장애인실태조사(2017)에 따르면 지적장애의 미충족 의료경험 발생이유는 경제적 이유, 동행할 사람이 없어서, 증상이 가벼워서 순서였고, 자폐성장애의 미충족 의료경험 발생이유는 의료진의 장애에 대한 이해부족, 의사소통의 어려움, 의료기관에 예약하기 힘들어서 순서였고, 정신장애의 미충족 의료경험 발생이유는 경제적 이유, 의료기관까지 이용의 어려움, 동행할 사람이 없어서 순서였다. 비장애인 대비 장애유형별 미충족 의료경험 발생의 차이를 비교를 하면, 청각장애인의 미충족 의료경험 발생 오즈비가 비장애인에 비해 1.92배로 가장 높았다. 청각장애인들은 일상생활과 사회생활에서 가장 불편한 의사소통 및 정보전달의 문제를 가지고 있어 가정 내 주거환경에서부터 의료시설, 교육시설, 업무시설 및 공공시설 등에서 어려움을 겪고 있으며(김금래, 2002), 의사소통의 어려움으로 의료기관을 방문하더라도 적절한 진료를 받지 못하는 경우가 빈번히 발생할 수 있고 청각장애인을 대상으로 병원에서 적절하지 못한 진료나 오진을 경험한 적이 있는지에 대해 조사한 결과 101명 중 57명(56.4%)이 경험이 있다고 응답

하였으나 의료진들의 응답에서는 86.4%가 오진이나 진단지연의 경험이 한 번도 없었다고 응답하였으며 청각장애인의 응답 결과와는 상이한 결과를 보였다 (Choi, JW et al., 2008). 비장애인 대비 장애유형별 미충족 의료경험을 발생이유로 분류하여 비교하면 경제적 이유 측면에서는 시각장애인이 비장애인에 비해 5.06배로 가장 높았고, 이동의 어려움 측면에서는 뇌병변장애인이 비장애인에 비해 5.84배로 가장 높았으며, 시간적 이유 측면에서는 비장애인에 비해 정신적 장애인이 0.15배, 뇌병변장애인이 0.06배 낮았다. 이렇게 뇌병변장애에 높게 분석된 이동의 어려움 측면은 장애유형별 차이가 있으나 장애인의 보건의료서비스의 접근성을 저해시키는 장벽의 하나이다.

접근성이란 장애인이 삶의 모든 영역에 완전히 참여할 수 있도록 하기 위하여 물리적 환경, 교통, 정보 및 시설 등을 이용하는 데에 있어서 다른 사람들과 동등하게 접근할 수 있는 정도를 의미한다(UN, 2006; University of Minnesota, 2008). 접근성은 장애인이 마주하는 구조적 장벽, 환경적 장벽, 과정상의 장벽에 의해 제한될 수 있으며, 구조적 장벽이란 공적 건강보험 급여의 낮은 보장성이나 민간보험 가입의 어려움, 장애인 전문 의료제공자와 프로그램 부족 등을 의미하며, 환경적 장벽이란 공공 교통수단의 불편함, 누군가가 데려다주어야 하는 부담감, 병원 내 시설 및 치료용 장치가 비장애인 위주로 설치된 경우가 포함된다. 과정상의 장벽이란 장애인 당사자와 서비스 제공자의 정보, 지식 부족으로 발생하는 의료이용의 적시성 문제를 의미한다. 위와 같은 여러 요소들은 상호작용을 하고 축적되어 장애인의 보건의료 접근성에 영향을 미치게 된다 (Scheer et al., 2003).

장애인의 의료 재활서비스 측면에서 치료 시기적으로 볼 때 급성기와 아급성기 그리고 만성기에 따라 필요적 접근성이 다르며, 성인과 소아의 치료적 접근성 또한 성인 중심의 의료 환경에서 차이가 존재한다. 재활치료를 받을 수 있는 기관에 따라 물리적 접근성의 어려움과 긴 대기시간이 발생하거나 의료급여 체

계에 따른 입원과 외래의 제한된 치료횟수와 치료기간 때문에 접근성에 대한 장벽이 발생하기도 한다. 그러므로 필요한 의료서비스에 대한 접근과 이용은 환자의 신체적, 정신적 건강을 포함한 건강문제의 해결뿐만 아니라 삶의 질 확보에 있어서 필수적인 요인이며(신자은, 2013; Mahendran et al., 2017), 환자가 건강문제를 해결하는데 있어서 필요한 의료서비스를 충분히 제공받지 못하고 있다고 인식하는 그 자체만으로도 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Mahendran et al., 2017). 따라서 장애인 당사자, 학계, 임상전문가 등은 장애인의 보건의슈에 대한 관심이 시급함에 동의하고, 이들의 보건의료서비스에 대한 접근성을 강화하는 것과 적절한 이용이 보장되어야 함을 주장해왔다(Clancy & Andresen., 2002; Tomlinson et al., 2009). 장애인은 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 따라 최적의 건강관리와 보호를 받은 권리와 질병 예방, 치료 및 재활, 건강생활의 실천 등에 관한 제반 여건의 조성을 통하여 최선의 건강상태를 유지할 권리를 가지며, 제19조(중앙장애인보건의료센터) 및 제20조(지역장애인보건의료센터)에서는 장애인보건의료센터 지정·운영을 통해 장애인의 포괄적이고 지속적 건강관리를 위한 기본관리체계를 갖추도록 규정하고 있다(호승희, 2019). 따라서 권역재활병원, 장애인주치의, 장애인 건강검진기관이 더욱 효과적으로 운영되어야 할 것이며, 또한 미충족 의료발생의 주요원인으로 이동의 어려움에 대한 장애인 활동지원과 재가서비스의 확대 및 보완을 통해 장애인의 보건의료서비스의 접근성 향상과 개선이 필요할 것이다.

6. 결론 및 제언

우리사회는 지속적으로 증가된 장애 인구에 대해 장애인복지법에 따라 15가지 장애유형과 중증도가 분류되어 정책지원을 하고 있으나 장애인 특성과 장애 유형에 따른 여러 가지의 의료접근성 문제로 미충족 의료경험이 발생되어왔다. 이렇게 반복된 미충족 의료경험은 현재의 질병을 악화시키거나 이차적 의료문제를 야기하여 더 많은 의료지원과 의료비에 대한 부담이 증가되기 때문에 장애인에 대한 체계적인 의료관리의 관심이 필요하다. 따라서 취약계층인 장애인에게 발생하는 미충족 의료경험을 비장애인과 비교하여 차이를 살펴보고자 하였다.

이 연구는 장애인실태조사(2017)와 지역사회건강조사(2017) 자료를 활용하여 다빈도 장애유형(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 정신적 장애)의 장애인과 비장애인에 대해 분석에 포함된 모든 특성을 맞춤 보정하여 1:5 성향점수매칭(propensity score matching)을 하였으며, 추출된 장애인 대상자 5,229명과 비장애인 대상자 26,145명을 비교하여 장애인의 미충족 의료경험 차이와 장애유형별 미충족 의료경험 차이를 분석하였다.

연구결과 미충족 의료경험은 장애인 17.7%, 비장애인 11.5%에서 발생했으며, 일반적 특성의 분석을 통하여 미충족 의료경험이 사회적, 경제적, 의료적 취약계층에게서 더욱 차이가 발생된다는 것을 알 수 있었다. 미충족 의료경험에 대한 영향요인별 차이는 장애여부에 따른 오즈비가 비장애인에 비해 장애인의 미충족 의료경험이 1.57배 높았으며, 비장애인 대비 장애인의 미충족 의료경험을 영향요인별로 비교 분석하였을 때 장애인의 특성 중 여성, 50세 이상 연령이 증가할수록, 1인 가구(독거), 별거·이혼·사별의 결혼상태, 고등학교 졸업이하의 교육수준, 비경제활동, 낮은 가구소득, 주관적 건강상태 나쁨, 2개 이상의 만성질

환 보유, 삶의 질 지수가 하위 25%일 때 미충족 의료경험은 증가했다. 장애인의 미충족 의료경험 발생이유는 장애인 집단 내에서는 경제적 이유가 높았지만, 비장애인 대비 발생이유는 이동의 어려움이 높아 비교에 대한 차이를 보였다. 다빈도 장애유형에서는 뇌병변장애가 미충족 의료경험 발생률이 가장 높았고, 장애유형별 발생이유를 살펴보면 뇌병변장애는 이동의 어려움이, 지체, 시각, 청각, 정신적 장애는 경제적 이유가 많았다. 비장애인 대비 장애유형별 미충족 의료경험 발생은 청각장애인이 가장 높았으며, 발생이유로 비교 분석하였을 때 경제적 이유 측면에서는 시각장애인이, 이동의 어려움 측면에서는 뇌병변장애인이, 시간적 이유 측면에서는 비장애인에 비해 정신적 장애인과 뇌병변장애인이 낮았다.

이렇게 뇌병변장애에 높게 분석된 이동 불편 측면과 장애인 집단에서 미충족 의료경험 발생이유인 경제적 이유는 장애유형별 차이가 있으나 장애인의 보건의료서비스의 접근성을 저해시키는 장벽으로 존재한다. 보건복지부와 관계부처들은 장애인의 의료보장과 정책지원을 위해 많은 노력을 기울여 왔으나 앞으로도 사회적 지지와 배려 속에 장애인의 삶의 질을 향상시키기 위한 정부의 실효적인 역할이 더욱더 요구되어질 것이다. 따라서 장애유형별 미충족 의료경험을 기초로 하여 구체화된 의료 접근성의 문제를 파악하고 장애인의 건강수준과 삶의 질을 향상시킬 수 있는 맞춤형 의료보장과 지원서비스를 확대하여 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

참고문헌

- 국립재활원. 2014 장애인 건강관리 사업. 국립재활원, 보건복지부, 2015.
- 김건엽, 이영숙, 박기수 등. 지체장애인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 예방의학회지 1998;31(2):323-323.
- 김금래. 청각장애인의 보건의료시설 이용에 관한 개선방안 연구[석사학위논문]. 서울: 경희대학교; 2002.
- 김성희 등. 2014년 장애인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2014.
- 김성희 등. 2017년 장애인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2017.
- 김소애, 서영원, 우경숙, 신영전. 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰. 비판사회정책 2019;62:53-92.
- 김소애. 장애인의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인 : 비장애인과의 비교를 중심으로[석사학위논문]. 서울: 한양대학교; 2019.
- 김진구. 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. 사회복지연구 2008;37:5-33.
- 김혜련. 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태와 정책과제. 보건복지포럼 2010; 165:46-57.
- 문정화, 강민아. 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. 보건사회연구 2016;36(2):480-510.
- 박수경. 장애의 사회적 의미와 사회통합. 집문당, 2008. p17-18.
- 박종혁, 이진석, 이진용 등. 장애인의 국민건강보험 건강검진 수검에 영향을 미치는 요인. 예방의학회지 2006;39(6):511-519.
- 배우리. 우리나라 성인의 미충족의료 경험과 사유별 관련요인 분석: 제7기 국민

- 건강영양조사 자료(2016, 2017)를 이용하여[석사학위논문]. 서울: 연세대학교; 2019.
- 변용찬. 장애인과 비장애인의 의료이용 형평성 분석. 한국인구학회 2007:1-19.
- 보건복지부 등 관계부처 합동. 제4차 장애인정책종합계획(2013-2017). 2013.
- 보건복지부 등 관계부처 합동. 제5차 장애인정책종합계획(2018-2022). 2018.
- 보건복지부. 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률. 제17091호. 2020.
- 보건복지부. 장애인복지법 시행규칙[별표 1]. 장애인의 장애정도(제2조관련). 2019.
- 보건복지부. 장애인복지법 시행령[별표 1]. 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인(제2조관련). 2019.
- 보건복지부. 장애인복지법. 제16733호. 제10조의 2. 장애인정책종합계획. 2019.
- 보건복지부. 장애인정책. 2019a. http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=063701.
- 보건복지부. 장애인 정책이 31년 만에 바뀝니다. 보도자료 15435, 2019b.
- 송경신, 이준협, 임국환. 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. 대한보건연구 2011;37(1):131-140.
- 신영전, 손정인. 미충족의료의 현황과 관련요인: 1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여. 보건사회논집 2009;29(1):111-142.
- 신영전. 미충족 의료서비스 현황과 정책과제. 의료정책포럼 2015;12(4):71-77.
- 신자은. 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구 2013;33(2):549-577.
- 신형웅. 경제위기에 따른 의료빈곤 개선방안. 보건복지포럼 2009;148:33-42.
- 양진영. 미충족 의료의 동태적 변화추세와 관련 영향요인[박사학위논문]. 서울: 고려대학교; 2010.
- 염동문. 장애인 가구의 보건의료비 불평등 실태에 관한 연구. 재활복지공학회 논문지 2014;8(4):239-244.

- 오희영, 길은하. 한국인 고혈압 환자의 의료접근성 및 미충족 의료실태와 위험 요인 분석. 성인간호학회지 2017;29(1):22-31.
- 유소연, 김예순, 홍현숙 등. 일부 지체장애인의 미치료 경험에 영향을 주는 결정 요인 분석. 보건행정학회지 2011;21(4):565-584.
- 유인영. 우리나라 성인의 인지된 미충족 의료 현황과 관련 요인. 한국생활환경학회지 2017;24(3):406-414.
- 윤태호, 정백근, 강윤식, 이상이, 김철웅. 장애유형별 의료서비스 이용의 차이. 보건행정학회지 2007;17(2):33-51.
- 은상준, 홍지영, 이진용 등. 외래진료 민감질환 유질환자 중 장애인과 비장애인의 의료이용률 차이. 예방의학학회지 2006;39(5):411-418.
- 이진용, 장명화, 김가연 등. 장애인의 의료기관 접근성 조사: 서울시 종로구 병의원을 대상으로. 보건행정학회지 2006;16(3):19-36.
- 이진용. 장애인 의료서비스 필요측정도구 개발 및 적용.[박사학위논문]. 서울: 서울대학교; 2006.
- 이혜재, 허순임. 노인의 미충족 의료 경험의 결정요인-가구 유형을 중심으로. 보건경제와 정책연구 2017;23(2):85-108.
- 전보영, 권순만, 이혜재, 김홍수. 장애노인의 의료이용에 미치는 요인. 한국노년학 2011;31(1):171-188.
- 전보영, 권순만. 장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로. 사회보장연구 2015;31(3):145-171.
- 전보영. 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인[박사학위 논문]. 서울: 서울대학교; 2014.
- 전찬희, 곽전원, 곽민호, 김정현, 박용순. 한국 노인에서 미충족 의료 수요와 연관 요인: 제7기 국민건강영양조사(2017년). 대한임상건강증진학회지 2019;

19(2):84-90.

- 정의신, 박민정. 만성질환 노인의 미충족 의료에 미치는 요인 분석. 제3회 한국 의료패널 학술대회 자료집 2011.
- 조규희, 목형균, 이준협. 미충족의료 현황 및 유형 분석. 제6회 한국의료패널 학술대회 자료집 2014.
- 조성식, 이태경, 방예원 등. 일개 섬 지역 주민의 미충족 의료와 관련 요인. 농촌의학·지역보건 2010;35(2):151-164.
- 질병관리본부. 삶의 질 조사도구(EQ-5D)의 질 가중치 추정 연구 보고서, 2007.
- 질병관리본부. 2017년 지역사회건강조사. 보건복지부, 2018.
- 최복천. 2015 장애인백서. 한국장애인개발원, 2015.
- 통계청. 인구동향조사. 2019. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000F&conn_path=I2
- 통계청. 장래인구추계. 2020. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I2
- 통계청. 전국 장애유형별, 성별 등록장애인수. 2018 http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01#SelectStatsBoxDiv
- 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정. 미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구. 한국보건사회연구원 연구보고서, 2009.
- 허순임, 김수정. 우리나라 성인의 미충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. 보건경제와 정책연구 2007;13(2):1-16.
- 허순임, 이해재. 미충족 의료 경험과 보건의료체계에 대한 인식. 보건경제와 정책연구 2016;22(1):59-89.
- 호승희. 2019 장애인 백서. 한국장애인개발원, 2019.
- 황병덕, 최령. 노년기에 따른 미충족 의료 현황 및 관련 요인. 보건의료산업학회

지 2015;9(1):81-93.

황종남. 소득 수준에 따른 미충족 의료: 형평성의 함의. 보건교육건강증진학회지 2017;34(4):83-97.

황홍구, 정현식. 장애인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 한국산학기술학회논문지 2017;18(5):219-225.

Aday LA, Andersen R. Development of Indexes of Access to Medical Care. *American Journal of Sociology* 1975;81(5):1257-1258.

Andresen EM, Lollar DJ, Meyers AR. Disability outcomes research: why this supplement, on this topic, at this time? *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:S1-S4.

Chevarley FM, Thierry JM, Gill CJ, Ryerson AB, Nosek MA. Health, preventive health care, and health care access among women with disabilities in the 1994-1995 National Health Interview Survey, Supplement on Disability. *Women's Health Issues* 2006; 16(6):297-312.

Choi JW, Joh HK, Lee SK, Do HJ, Oh SW, Lym YL, Cho DY. Family Physicians' Perception on Hearing Impaired People. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine* 2008;29(9):675-686.

Clancy CM, Andresen EM. Meeting the health care needs of persons with disabilities. *The Milbank Quarterly* 2002;80(2):381-391.

Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration*. MA: Harvard University Press, 1973.

Emerson E, Madden R, Robertson J, Graham H, Hatton C, Llewellyn G. Intellectual and physical disability, social mobility, social

- inclusion & health. Working Paper. Centre for Disability Research, Lancaster University, Lancaster, 2009.
- Gulley SP, Altman BM. Disability in two health care systems: access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. *Disability Health J* 2008;1(4):196-208.
- Gulley SP, Rasch EK, Chan L. The complex web of health: relationships among chronic conditions, disability, and health services. *Public Health Rep* 2011;126(4):495-507.
- Hwang, BK, Chun SM, Park JH, Shin HI. Unmet healthcare needs in people with disabilities: comparison with the general population in Korea. *Annals of rehabilitation medicine* 2011;35(5):627-635.
- Kersten, P, George S, McLellan L, Smith JA, Mullee MA. Disabled people and professionals differ in their perceptions of rehabilitation needs. *Journal of Public Health* 2000;22(3):393-399.
- Ko KD, Lee KY, Cho B, Park MS, Son KY, Ha JH, Park SM. Disparities in health-risk behaviors, preventive health care utilizations, and chronic health conditions for people with disabilities: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(8):1230-7.
- Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. *Health & social care in the community* 2006;14(4):284-293.

- Lasser K, Himmelstein D, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey. *American Journal of Public Health* 2006;96(7):1300-1307.
- Mahendran M, Speechley KN, Widjaja E. Systematic review of unmet healthcare needs in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2017;75:102-109.
- Menzel P, Dolan P, Richardson J, Olsen JA. The role of adaptation to disability and disease in health state valuation: a preliminary normative analysis. *Social science & medicine* 2002;55(12):2149-2158.
- Mitra S, Findley PA, Sambamoorthi U. Health care expenditures of living with a disability: total expenditures, out-of-pocket expenses, and burden, 1996 to 2004. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90(9):1532-40.
- Newacheck PW, Hughes DC, Hung YY, Wong S, Stoddard JJ. The unmet health needs of America's children. *Pediatrics* 105 (Supplement 3) 2000;989-997.
- Reichard A, Stolzle H, Fox MH. Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disability Health J* 2011;4(2):59-67.
- Scheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. *Journal of Disability Policy Studies* 2003;13(4):221-230.

- Tomlinson M, Swartz L, Officer A, Chan KY, Rudan I, Saxena S.
Research priorities for health of people with disabilities: an
expert opinion exercise. *The Lancet* 2009;374(9704):1857-1862.
- United Nations(UN). Annex 1, Final report of the Ad Hoc Committee
on a Comprehensive and Integral International Convention on
the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of
Persons with Disabilities. 2006.
- University of Minnesota. International Convention on the Protection
and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with
Disabilities. G.A. Res. 61/106, Annex I, U.N. GAOR, 61st Sess.,
Supp. No. 49, at 65, U.N. Doc. A/61/49 (2006), entered into force
May 3, 2008. <http://hrlibrary.umn.edu/instreet/K-disability-convention.html>
- World Health Organization, The World Bank. *World Report on Disability*.
2011.

ABSTRACT

Differences in Experience of Unmet Healthcare Needs According to Disability Status in Korea

HUN MYUN KIM

Dept. of Health Policy Management

Graduate School of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Eun-Cheol Park, M.D., Ph.D.)

Background: In our society, the number of incidences of disabilities due to senile disease is increasing due to the aging of population, and the population with disabilities due to various diseases and accidents, which may be both congenital causes and acquired disorders, continues to rise. According to the Disability Welfare Act, 15 types of disabilities and severities are classified to provide policy support, but experiences of unmet healthcare needs have occurred due to various medical accessibility problems according to the characteristics and types of disabilities. Such repeated experiences of unmet healthcare needs exacerbate the current disease or cause secondary medical problems, deteriorating the quality of life and increasing the burden more medical support and medical expenses, To amend the current situation systematic medical management attention for the disabled is required. Recently, researches on unmet healthcare needs have

increased, but not only were comparative studies between the disabled and non-disabled people and the number of comparison targets insufficient, comparative studies by disability types were also rare. Therefore, this study compared the experiences of unmet healthcare needs in the disabled, the vulnerable class in our society, to the non-disabled, and looked at the differences. By doing so, this study aimed to strengthen the equity in the policy for the disabled and to find a way to improve the quality of life for the disabled with appropriate medical securities for each type of disabilities and effectively customized medical support according to individual needs.

Methods: This study utilized data from the Disability Survey (2017) and the Community Health Survey (2017). Disabled people with types of frequent disabilities (physical, brain lesions, visual, hearing, and mental disorder) and non-disabled people were extracted through a 1:5 propensity score matching by full-fitting all the characteristics included in the analysis. The differences in the experience of unmet healthcare needs and the reason of occurrence were compared between 5,229 people with disabilities and 26,145 non-disabled people. Moreover, the differences in the experience of unmet healthcare needs and the reason of occurrence were compared between types of disabilities. Chi-square test and conditional logistic regression analysis with SAS ver. 9.4 program were used as analysis methods.

Results: As a result of the study, experiences of unmet healthcare needs occurred in 17.7% of the disabled and 11.5% of the non-disabled. It was analyzed that the number of incidences of experiences of

unmet healthcare needs in both the disabled and non-disabled groups was high in females, 80 years of age or older, residing in rural area, one-person households(living alone), living apart or divorced or decreased, high school diploma or lower, economically inactive, low household income, poor self-rated health status, having no health checkups and cancer screenings within the last 2 years, symptoms of depression, two or more chronic diseases, and a low quality of life index. Therefore, it was found that experiences of unmet healthcare needs are more likely to occur in the socially, economically, and medically vulnerable groups. In the difference of influencing factors of experience of unmet healthcare needs, the odds ratio of disabled people was 1.57 times (95% confidence interval : 1.43 to 1.73) higher than that of the non-disabled people.

When the experience of unmet healthcare needs of the disabled to the non-disabled was compared and analyzed by influencing factors, the experience of unmet healthcare needs increased in the disabled groups of female, age of 50 years or older, one-person households (living alone), living apart or divorced or decreased, high school diploma or lower, economically inactive, low household income, poor self-rated health status, two or more chronic diseases, and quality of life index in the lower 25% range. The reasons for the experience of unmet healthcare needs in the disabled group were analyzed to be in the order of economic reasons > difficulties in mobility > other reasons > time availability reasons, and the reasons of non-disabled group were analyzed in the order of other reasons > time availability reasons > economic reasons > difficulties in mobility. Within the group of people with disabilities, the reason for occurrence of experience of

unmet healthcare needs was high for economic reasons, but the reason for occurrence compared to the non-disabled person was different due to the high difficulty in mobility. In the type of frequent disabilities, brain lesion disorder had the highest rate of experience of unmet healthcare needs, Looking at the causes of disability types, there were many difficulties in mobility for brain lesion disorder and economic reasons for physical disabilities, visual impairment, hearing impairment, and mental disorder.

The occurrences of experience of unmet healthcare needs by types of disabilities compared to those of the non-disabled people, the odds ratio of the hearing impaired person was the highest, 1.92 times ($P<0.01$) higher than that of the non-disabled person, and when analyzed for reasons of occurrences, in terms of economic reason, visual impairment was the highest, 5.06 times ($P<0.01$) higher than that of the non-disabled person. And in terms of difficulties in mobility, brain lesions were the highest, with 5.84 times ($P<0.01$) higher than that of the non-disabled people, and in terms of time availability reasons, mental disorder were 0.15 times ($P<0.01$) lower and brain lesions were 0.06 times ($P<0.01$) lower than non-disabled people.

Conclusions: As shown in the above result, the difficulties in mobility that was highly analyzed as the occurrence reason of experience of unmet healthcare needs in brain lesion, and the economic reasons that were highly analyzed as the occurrence reason of experience of unmet healthcare needs in the disabled group differ depending on the types of disabilities, but they exist as barriers that hinder the accessibility of health care services for people with

disabilities. The Ministry of Health and Welfare and related ministries have made great efforts to provide medical care and policy support for the disabled, but the role of the government is continuously growing crucial to improve the quality of life of the disabled with social support and consideration. People with disabilities who can adapt to and replace functions lost by various diseases and accidents and move on with their lives, and those with disabilities whose symptoms may worsen without continuous treatments and skill trainings, will have different medical approaches. Therefore, it is possible to improve the quality of life by improving the health level of people with disabilities if budgets and support can be used in a timely and appropriate manner to the disabled with customized medical service support for prevention and treatment that can be applied realistically by grasping the reasons why medical service are not satisfactory for each type of disabilities. It is expected to reduce the economic burden of medical assistance and reach the center of efficiency and equity scale.

Keywords: Disabled people, Non-disabled people, Experience of Unmet healthcare needs, Korea disability survey, Korea community health survey