



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](#)

장애관련 일상생활 제한 정도가
미충족의료에 미치는 영향

연세대학교 보건대학원
보건정책학과 보건정책관리전공
김 한 슬

장애관련 일상생활 제한 정도가
미충족의료에 미치는 영향

지도 장 성 인 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함.

2022 년 12월

연세대학교 보건대학원

보건정책학과 보건정책관리전공

김 한 슬

김한슬의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 _____ 장성인 인

심사위원 _____ 박소희 인

심사위원 _____ 신재용 인

연세대학교 보건대학원

2022년 12월 7일

감사의 글

설레임과 두려움으로 시작했던 석사과정은 배움과 함께 사고의 틀을 확장시키고, 겸손을 배울 수 있는 시간이었습니다. 아낌없는 격려로 무사히 석사과정을 마칠 수 있게 도와주신 모든 분들께 감사드립니다.

바쁘신 중에 따듯하면서도 날카로운 명철로 부족한 논문을 끝까지 지도해주신 장성인 교수님께 감사드립니다. 교수님의 지도 덕분에 방향을 잡아가며 무사히 마칠 수 있었습니다. 보건정책에 대해 다각도로 시야를 넓혀주신 박은철 교수님, 평생 유용하게 쓰일 경제학에 대해 열정적으로 강의해주신 정우진 교수님께 감사드립니다. 교수님들 덕분에 학자로서 삶을 대하는 태도를 배울 수 있었습니다. 학생 눈높이에 맞춘 강의로 통계에 대한 마음을 열게 하시시고, 논문에 많은 조언과 도움주신 박소희 교수님, 유쾌한 강의로 보건학에 대한 내적 친밀도를 올려주시고 논문의 방향성 알려주신 신재용 교수님께 진심으로 감사드립니다. 바쁜 학업 중에도 논문 작성에 큰 도움주신 정윤희 조교선생님, 행정적인 도움주신 정성훈 조교선생님께 감사의 마음을 전합니다. 함께 머리 모아 고군분투하며 큰 힘이 되었던 고희연, 심가운, 심하나, 윤지혜, 박수정 선생님에게 감사드립니다. 선생님들이 있어 석사과정을 끝까지 완주할 수 있었습니다.

무엇을 하든지 믿고 응원해주시는 어머니와 아버지 그리고 동생 한종이에게 감사의 마음을 전합니다. 존재만으로도 응원이 되는 예지, 멀리 있지만 마음만은 가까이 있는 수연, 뭘 해도 괜찮다 말해주는 미나에게 미안하고 고마웠다고 전하고 싶습니다.

늘 나와 함께 하시는 하나님께 감사드리며 주신 사랑과 배움으로 더 나은 사회를 위해 끊임없이 고민하고 노력하는 사람이 되겠습니다.

2022년 12월 김한슬 드림.

차 례

국문요약	iv
I. 서론	1
1. 연구의 배경	1
2. 연구의 목적	4
II. 이론적 배경	5
1. 장애의 이해	5
가. 국제사회에서의 장애	5
나. 한국사회에서의 장애	7
2. 장애인의 보건의료서비스 필요와 미충족의료	10
가. 장애인의 보건의료서비스 필요	10
나. 장애인의 미충족의료	12
3. 장애관련 일상생활 제한 정도	14
가. 활동·일상생활의 제한과 건강	14
나. 활동·일상생활 제한 관련 선행 연구	15
다. 장애관련 일상생활 제한 정도	22
III. 연구방법	25
1. 연구자료 및 대상	25
2. 변수의 선정 및 정의	27
3. 분석방법	33
4. 연구윤리	34
IV. 결과	35
1. 연구 대상자의 일반적인 특성에 따른 미충족의료 경험여부	35
2. 장애인의 미충족의료 경험 영향 요인 분석	44
3. 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 연관성에 영향을 미치는 공변수 하위그룹 분석	49

4. 장애관련 일상생활 제한 사항에 따른 미충족의료 경험	54
5. 장애관련 일상생활 제한에 따른 미충족의료 경험 이유 분석	57
V. 고찰	59
1. 연구 방법에 대한 고찰	60
2. 연구 결과에 대한 고찰	62
VI. 결론 및 제언	67
참고문헌	68
ABSTRACT	78

표 차례

표 1. 장애정도판정기준	8
표 2. 활동·일상생활제한의 측정	15
표 3. 활동·일상생활제한과 미충족의료 관련 선행연구	17
표 4. 호주 통계국의 장애인, 노인, 보호자에 대한 조사보고서에서 장애 측정	23
표 5. 종속변수 설문 내용	27
표 6. 장애관련 일상생활 제한 정도 설문 내용	29
표 7. 연구변수	31
표 8. 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 미충족의료 경험 여부	40
표 9. 장애인의 미충족의료 경험의 영향 요인	46
표 10. 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 연관성에 영향을 미치는 공변수 하위그룹 분석	51
표 11. 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 연관성에 영향을 미치는 공변수 하위그룹 분석 (장애관련 요인)	53
표 12. 장애관련 일상생활 제한 사항에 따른 미충족의료 경험 분석	56
표 13. 미충족의료 경험 이유 분류	57
표 14. 장애관련 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료 경험 이유 분석	59

그림 차례

그림 1. 연구대상자 선정과정	26
------------------------	----

국 문 요 약

장애인은 일상생활에 다양한 제약을 가진다. 이러한 제약은 적시에 건강문제를 해결하지 못하게 만드는 요인이 되어 장애인의 건강상태를 악화시키기도 한다. 장애인의 잠재적 건강 악화를 예방하는 차원에서, 장애인의 사회적 불리를 해소하기 위해서 일상생활 제약에 대한 정책적 관심과 지원은 중요하다. 해외 국가에서는 장애인의 ‘활동 및 사회참여’의 중요성을 인지하고, 복지대상자 선정 과정에서 이를 고려하고 있다. 본 연구에서는 ‘활동 및 사회참여’ 개념을 반영하여 장애를 측정한 ‘장애관련 일상생활 제한 정도’가 미충족의료 경험에 미치는 영향을 알아보고자 하였다.

본 연구는 2018년 ~ 2020년(1차 - 3차) 장애인 삶 패널조사 자료를 활용하였으며, 2015년 ~ 2017년 사이에 장애등록을 마친 만 19세 이상의 성인 장애인 패널을 대상으로 ‘장애관련 일상생활 제한 정도’가 미충족의료에 미치는 영향을 확인하기 위하여 일반화 추정 방정식(Generalized estimating equations)을 활용하였다. 장애관련 일상생활 제한 정도는 4점 척도로 14가지의 문항을 가진 변수로, 본 연구에서는 14가지 문항의 합산점수가 29점 이상인 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 높은 군, 14점 이상 28점 이하인 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 중간인 군, 14점 미만인 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군으로 나누어 분석하였다. 종속변수인 미충족의료는 최근 6개월 이내 병·의원에서 충분한 진료를 받지 못한 경험 여부로 알아보았으며, 인구사회·경제적 요인, 건강행태 요인, 장애관련 요인을 포함하여 분석하였고, 성별에 따른 역학적인 특성을 고려하여 모든 분석은 성별을 나누어 실시하였다. 본 연구의 결과

는 다음과 같다.

첫째, 장애관련 일상생활 제한 정도가 높아질수록 미충족의료를 경험할 오즈비는 남성에게서 단계적으로 증가하였고 통계적으로 유의하게 나타났다. 여성의 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비가 1.79배(95% CI : 1.33 - 2.39)로 통계적으로 유의하였다.

둘째, 남성의 경우 불안, 우울 같은 감정조절의 제한이, 여성의 경우 만성질환으로 인한 통증이 성별에 따라 특징적으로 미충족의료를 경험 가능성이 높은 장애관련 일상생활 제한사항으로 나타났으며, 장애관련 일상생활 제한사항별 미충족의료 경험에 미치는 영향을 분석한 결과 남성의 경우 다리나 발의 움직임 제한 > 머리를 부딪치거나 떨어지는 등 머리를 다친 적이 있는 군 > 불안, 우울 같은 감정 조절의 제한이 있는 군 순으로 미충족의료를 경험할 오즈비가 높았으며 여성의 경우 다리나 발의 움직임에 제한 > 만성질환으로 인한 통증 > 잡거나 드는 것에 제한이 있는 군 순으로 미충족의료를 경험할 오즈비가 높았다.

셋째, 장애관련 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료의 발생 원인별 미충족의료 경험 분석에서 남성 장애인에게 있어 진료비 부담 외의 원인이, 여성 장애인에게 있어 진료비의 부담이 통계적으로 유의하게 나타났다. 남성의 경우 일상생활 제한 정도에 따라 진료비 부담 외의 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비가 단계적으로 증가했고, 통계적으로도 유의하게 나타났다.

장애관련 일상생활 제한 정도가 미충족의료 경험에 유의한 영향요인으로 나타났으며, 장애관련 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료 경험과 발생 이유는 성별과 조건에 따라 다른 특징을 나타냈다. 장애를 환경과의 상호작용에 의한 결과라는 인식과 개별화된 복지서비스의 필요에 대한 사회적인 관심이 필요하며, 장애 정도, 유형에 따른 획일적인 서비스 제공에서 만성질환과 통증, 불안, 우울 등 장애관련 일상생활 제한을 고려한 포괄적인 지원과, 장애인의 개인 욕구와 필요, 사회, 환경 등을 반영한 의료접근성 제고정책이 필요하다.

핵심어 : 장애인, 미충족의료, 장애관련 일상생활 제한, ICF, 일상생활 제한

I. 서론

1. 연구의 배경

2006년 UN은 제 61차 총회 장애인권리협약(Convention on the Right of Persons with Disabilities)에서 장애인의 인간으로서 존엄성을 강조하며, 인권 보장을 위해 개인·사회·국가 차원의 의무를 제시하였다. 제 25조 "Health"에서 장애를 이유로 차별 받지 않고, 최고 수준의 건강을 향유할 권리가 있으며, 성별을 고려하여 의료서비스에 대한 장애인의 접근성을 보장하기 위해 적절한 조치를 취해야 함을 명시하여(UN, 2006) 장애인 의료서비스의 중요성을 강조하였다. 우리 정부는 2015년 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」을 제정하여 장애인의 건강권과 의료보장 및 접근성 보장을 새롭게 명문화하였으며, 제 5차(2018~2022) 《장애인정책 종합계획》에서 장애인을 대상으로 건강·복지서비스 확대를 위해 장애인서비스 전달체계 확립, 장애발생 및 의료재활 강화 등을 위한 실행계획을 수립하였다. 2019년 7월에 개별화된 욕구에 맞춘 복지서비스 제공을 목표로 장애인 등급제를 폐지하며 장애인 활동지원 대상자를 기존 중증장애인에서 전체 등록 장애인으로 확대하였으며, 장애인보조기기 지원사업, 장애인의료비 지원사업, 장애인 건강 주치의 제도, 활동지원서비스, 장애인 콜택시, 장애 보장구 지원 등 장애인을 대상으로 건강 불평등 및 의료접근성 향상을 위한 다양한 복지제도를 시행 중에 있다.

하지만 이러한 노력에도 장애인의 건강권은 여전히 문제로 남아있다. 《2020년 장애인 실태조사》에서 가장 우선적으로 국가 및 사회에 요구하는 사항에 ‘의료보장’이라고 응답한 비율은 27.9%로 ‘소득보장’(48.9%)에 이어 두 번째로 높은 응답률을 보이며 여전히 우선적으로 해결되어야 할 정책적 문제로 나타났다. 장애인을 대상으로 최근 1년간 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험을 조사

한 결과 2020년 32.4%로 2017년 (17.0%)와 비교시 2배에 가까운 증가를 보였다 (김성희 등, 2020). 반면에, 비장애인을 대상으로 미충족의료 경험을 조사한 최주원(2022)의 연구에서 미충족의료를 경험한 인구는 2019년 5.7%, 2020년 5.2%로 COVID-19 팬데믹 전후로 일반인구의 미충족의료 경험 차이는 크지 않았던 것에 비해, 장애인의 미충족의료 경험은 2배에 가까운 증가를 보였다. 미국에서 COVID-19 팬데믹 상황에서 장애인이 의료이용에 더욱 불리했던 것과 같이(Akobirshoe, et al., 2022), 우리나라에서도 보건의료 이용 위기상황에서 장애인은 더욱 취약한 집단이다.

장애인은 장애로 인해 다양한 활동제한이 있으며, 다양한 건강상의 문제가 존재하기도 한다. 장애인의 상당수는 장애가 발생하기 이전부터 불건강한 상태를 나타내기도 하며, 장애발생 이후로는 장애와 관련되거나 관련되지 않은 건강문제가 존재한다. 또한 장애와 기능적인 제한으로 인해 특정 건강문제에 있어 더 취약성을 나타내기도 한다(Dejong, 2002). 장애인은 이동이 제한되어 요로감염, 욕창과 같은 문제가 발생할 수 있으며, 이동에 제한이 있는 장애인은 심혈관, 대사질환 등을 예방하는데 효과적인 유산소 운동에 참여하기 어려워(Pope A., et al. 1991), 비장애인보다 관상동맥질환, 당뇨병 등의 만성질환의 조기발병을 경험할 수 있다(Dejong, 2002). 또한 비장애인에 비해 심·혈관질환, 대사질환 등 만성질환 유병률과(Emerson et al., 2011; ICED, 2019; The Lancet Public health, 2021; 김지영 등, 2020) 정신건강의 문제를 동반하는 인구비율이 일반 인구집단에 비해 더 높다(E.Emerson et al., 2011). 장애인은 원래 장애와 별개로 새로운 건강문제가 발생하면, 비장애인에 비해 더 치명적으로 작용할 수 있어(Dejong, 2002), 적시에 의료서비스를 이용하는 것이 더욱 중요하다. 이처럼 장애인의 의료 필요성이 높지만, 장애와 관련된 일생생활 제약에 의해 의료이용 접근도가 저하되면 질병과 장애 상태의 악화를 야기하고, 의료이용을 더욱 어렵게 만들어 복잡하고 장기간의 치료를 요하는 상태로 이어질 수 있다

(전보영, 2014). 장애인의 건강 악화를 예방하는 차원에서, 그리고 불건강으로 인한 장애인의 사회적 불리를 해소하기 위해서 일상생활 제약에 대한 정책적 관심과 지원이 필요하다.

많은 선진국들은 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)의 개념을 포함하는 ‘활동 및 사회 참여의 제한’으로 장애를 측정하고 있으며, 국제적으로 장애인의 ‘활동 및 사회 참여’의 중요성을 인지하고, 국제기능장애건강분류 장애개념을 기반으로 기존의 ‘손상 접근법’에서 ‘기능의 어려움의 접근법’으로 전환과 장애개념에 대해 확장된 시각의 필요성을 제기하며, 이를 반영한 장애인 복지서비스와 정책의 적극적 개발이 필요함을 시사하고 있다(Al Ju'beh, 2017; Aslam, 2013; Mitra & Sambamoorthi, 2014; WHO & World Bank, 2011, 조운화 등, 2018). 이처럼 ‘활동과 사회참여’를 포괄한 장애개념의 중요성은 이전부터 국제사회에서 중요하게 다뤄졌지만, 국내에서 장애인의 ‘활동과 사회참여’와 미충족의료의 연관성을 다룬 선행 연구들은 ADL, I-ADL 혹은 활동제한이나 이동성 제한 유무를 통제변수로 활용한 연구가 대다수였으며, 본 연구의 흥미변수인 ‘장애관련 일상생활 제한 정도’와 장애인의 미충족의료의 연관성에 대해 규명한 연구는 없었다. ‘장애관련 일상생활 제한 정도’는 호주의 통계청에서 장애 측정시 활용하는 문항을 재구성한 것으로, ‘활동 및 사회참여’ 관점에서 장애를 측정한다. 호주의 장애측정문항 SDAC의 module2를 한국장애인개발원(2018)에서 재구성한 변수인 ‘장애관련 일상생활 제한 정도’가 미충족의료 경험에 미치는 영향을 알아보고, 잠재적 복지수요자를 발굴하고, 장애인 복지 정책의 기초자료로 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 한국장애인개발원의 『장애인삶패널』 1차-3차(2018년 - 2020년) 데이터를 활용하여 만 19세 이상 등록 재가 장애인의 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 경험의 연관성을 알아보고자 한다. 장애인의 의료 접근성을 제한시키는 요인들을 살펴보고, 연구 결과를 바탕으로 장애인의 의료접근성을 증진시킬 수 있는 기초 자료를 마련하고자 한다. 성별에 따른 역학적인 특성을 고려하여 모든 분석은 성별을 나누어 실시하였으며 본 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 장애인의 미충족의료 경험에 대한 일반적 특성과 차이를 파악한다.

둘째, 장애인의 미충족의료 경험 관련 요인을 파악한다.

셋째, 장애관련 일상생활 제한 정도가 미충족의료 경험에 미치는 영향을 파악한다.

넷째, 장애관련 일상생활 제한사항에 따라 미충족의료 경험에 미치는 영향을 파악한다.

다섯째, 장애관련 일상생활 제한 정도에 따라 경제적 이유/그 외의 이유로 미충족의료를 경험할 가능성을 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 장애의 이해

가. 국제사회에서의 장애

UN은 1975년 제 30차 유엔 총회 장애인 권리 선언문에서 “장애인이란 선천적이든 후천적이든 관계없이 신체적, 정신적 능력의 불완전으로 인하여 개인의 일상생활이나 사회생활에 필요한 것을 자기 자신으로서는 완전하게 또는 부분적으로 확보할 수 없는 사람”이라고 정의하였다.

WHO는 1980년 최초로 체계적인 국제장애분류체계(International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicaps ; ICIDH)를 통해 장애를 손상(Impairment), 장애(Disability), 사회적 불리(Handicap)의 세가지 개념으로 제시하였다(WHO, 1980). 이후, 장애 관점 및 모델에 사회적 환경이 강조되면서 WHO에서는 ICIDH의 개정판에 해당되는 분류체계를 개발하였고, 2001년 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)를 발표하였다. 이는 사회적 관점과 의학적 관점을 융합한 모델로 장애 개념을 제시한 것으로, 기존 신체적 손상이 중심이 되었던 ICIDH에서 신체적 손상뿐 아니라 참여, 활동의 제한을 포괄한 사회적 개념을 추가하여 장애를 사회, 개인, 물리적 차원의 요인과 상호작용에 의한 것으로 보고 있다(WHO & Worldbank, 2011; WHO, 2001/2016; 조운화, 서욱영, 2018). 2001년 WHO는 ICF를 보건, 장애 정책 또는 보건통계학과 같은 다양한 분야에서 활용할 수 있도록 권고했으며, 보건 및 복지정책, 장애와 관련 영역의 입법 등을 위한 준거로서 국제 사회에서 다양하게 활용되고 있다 (Salvador-Carulla, Garcia-Gutierrez, 2011 ; 신은경, 2013; 조상은 등,

2017).

덴마크에서 장애판정 시 활용되는 지침서에 ICF의 기본 관점이 반영되어 있으며, 프랑스는 ICF의 관점을 반영한 법을 제정하며 종합 평가와 서비스 전달 체계를 수립하였고, 개인요인과 환경요인의 상호작용 평가를 시도하였다(조상은, 2018). 호주의 경우 보건복지연구소(Australian Institute of Health and Welfare; AIHW)에서 ICF를 활용하도록 권고하였으며 건강상태 증진 사정 도구, 자료수집, 사고보상, 장애인 체육에의 적용 등을 포함시키고 있으며, 일본에서는 생활기능분류 활용을 위해 ICF의 활동과 참여 평가기준안을 마련하고 그에 따른 대규모 조사와 분석을 시도한 바 있다(신은경 등, 2012; Okawa et al., 2008). 이처럼 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)는 WHO의 권고에 따라 국제사회에서 보건 및 복지정책, 통계 등 사회 전반적인 부분에서 활용되고 있다.

나. 한국사회에서의 장애

우리나라는 1981년 「심신장애자복지법」을 최초로 제정하여 장애인 복지 제도의 기틀을 마련하였다. 입법 초기에는 지체장애, 정신장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 총 5가지의 장애유형이 존재하였으며, 이 후 2000년 1월 1일, 2003년 7월 1일 두 차례에 걸쳐 장애인의 범주가 확대되었으며, 현재 총 15가지의 장애유형으로 분류하고 있다.

2019년 7월에 장애인 등급제를 폐지하였으며, 기존 1~6급으로 나누었던 것에서 중증/경증 두 단계로 구분하여 단계적으로 장애인 등급제를 폐지해가고 있다. 또한 장애인 등급제 폐지와 함께 장애인 활동지원 대상자를 전체 등록 장애인으로 확대하여 대상자 중심 복지서비스 제공으로 도약하기 위한 발판을 마련하였다.

2021년 4월부터는 장애 인정질환 범위가 확대되어 시각장애에서 복시, 정신장애에 투렛장애, 기질성 정신장애, 강박장애, 기면증, 지체장애에서 CRPS, 간장애에서 간신증후군, 정맥류출혈, 안면장애에서 백반증, 노출된 안면부의 변형, 장루·요루장애에서 배뇨장애, 완전요실금, 인공방광을 가지고 있는 사람에 대한 장애를 인정하여 점차 장애의 인정 범주를 확대해 오고 있다.

우리나라는 주로 의학적 기준과 일상생활 능력정도를 장애판정의 근거로 삼고 있으며, 우리나라에서 인정하는 등록 장애인의 정의는 다음과 같다.

표 1. 장애정도판정기준

대분류	중분류	소분류	세분류
신체적 장애	외부 신체기능의 장애	지체장애	절단장애, 관절장애, 지체기능장애, 변형 등의 장애
		뇌병변장애	뇌의 손상으로 인한 복합적인 장애
		시각장애	시력장애, 시야결손장애, 겹보임(복시)
		청각장애	청력장애, 평형기능장애
		언어장애	언어장애, 음성장애, 구어장애
		안면장애	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장애
	내부기관의 장애	신장장애	투석치료 중이거나 신장을 이식 받은 경우
		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	발달장애	지적장애	지능지수가 70 이하인 경우
		자폐성장애	소아청소년 자폐 등 자폐성 장애
	정신장애	정신장애	조현병, 조현정동장애, 양극성정동장애, 재발성우울장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애*, 강박장애*, 투렛장애(Tourette's disorder)*, 기면증*

* 기질성 정신장애, 투렛장애, 강박장애 등의 상병은 2021년 4월부터 인정되어, 본 연구의 대상자에 포함되어 있지 않다.

* 보건복지부 고시 제2022-16, 장애정도판정기준

2011년 4월 이후부터 위의 장애판정기준에 부합하는지 보건복지부가 지정한 장애전문판정기관에 의뢰하여 장애인으로 인정된 경우 장애인으로 등록되어왔다. 우리나라는 장애인복지법에서 제 2조에서 장애인을 ‘신체적, 정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자’로 정의하지만, 장애개념을 조작적으로 정의하는 ‘장애정도판정기준’은 ‘장애’를 ‘질병·질환 등에 의한 손상’의 관점에서 정의내리며, 개인의 신체적 조건이나 질병 및 손상이 최우선 고려사항이 되어 질환(장애)로 일상생활이 현저히 제한되는 경우를 장애인으로 규정하고 있기에 한국 장애 개념은 개인의 손상에 의해서만 장애가 결정되는 ‘의료적 모델(medical model)’에 가까우며, ICF의 장애개념인 ‘활동제약, 참여제한, 개인적·환경적 요인들 간 상호작용의 다차원적인 정보’를 포괄하지 못하고 있다는 문제점이 계속적으로 제시되어 왔다(조운화, 서옥영, 2018). ‘장애정도판정기준’에서 조작적으로 정의하는 장애(질환) 이외에 이동 및 활동제약 등의 장애는 한국의 장애정의에 포함되지 않아 제도권 내 서비스에서도 차별받게 될 수 있으며(조운화 등, 2020), 의료 재활영역 및 서비스 영역에 배제오류를 지적함과 동시에 사회적 참여 제한에 따른 장애를 고려해야하며, 서비스의 특징에 따라 대상자 기준을 별도로 마련하거나 장애판정의 의학적 손상 기준을 서비스별로 적용할 필요성도 있음을 언급하며 WHO의 ICF, 장애인권리 보장법 등의 장애정의인 ‘사회의 문화적·물리적 및 제도적 장벽 등의 환경적 요인과 신체적·정신적 능력의 차이 등의 개인적 요인 간의 상호작용으로 인하여 완전하고 효과적인 사회참여에 제약이 있는 상태’를 준용하는 방향으로 장애 기준이 개편되어야 한다는 제안이 있었다(조운화 등, 2022)

2. 장애인의 보건의료서비스 필요와 미충족의료

가. 장애인의 보건의료서비스 필요

장애인은 비장애인과 구별되는 건강상의 특징을 가지고 있다. 장애인의 상당수는 장애가 발생하기 이전부터 불건강한 상태를 나타내기도 하며, 장애발생 이후로는 장애와 관련되거나 관련되지 않은 건강문제가 존재한다.

장애인은 비장애인과 마찬가지로 상기도감염, 폐렴과 같은 건강문제가 발생하기도 하며, 이동이 제한되어 요로감염, 욕창과 같은 문제가 발생할 수 있다(Dejong, 2002; 전보영, 2014). 또한 장애와 기능적인 제한으로 인해 특정 건강문제에 있어 더 취약성을 나타내기도 한다(Dejong, 2002). 이동에 제한이 있는 장애인은 심혈관, 대사질환 등을 예방하는데 효과적인 유산소 운동에 참여하기 어려우며(Pope A., et al. 1991), 비장애인보다 관상동맥질환, 당뇨병 등의 만성질환의 조기발병을 경험할 수 있고(Dejong, 2002), 심혈관질환, 당뇨병과 같은 만성질환 뿐만 아니라 약물 남용, 조산, HIV와 같은 질환의 유병률과(ICED, 2019 ; The Lancet Public health, 2021), 정신건강의 문제를 동반하는 인구 비율이 일반 인구집단에 비해 더 높다(E.Emerson et al., 2011). 또한 장애인은 원래 장애와 별개로 새로운 건강문제가 발생하면, 비장애인에 비해 더 치명적으로 작용할 수 있다(Dejong, 2002). 예컨대, 하지기능장애로 목발 혹은 휠체어를 사용하는 장애인은 이동시에 팔의 기능이 중요하다. 하지만 어깨 탈구, 관절염과 같이 팔의 기능을 제한하는 문제가 발생하는 경우 비장애인에 비해 더 심각한 문제를 끼치게 될 수 있다. 이처럼 장애인들은 비장애인에 비해 신체적, 정신적 건강의 취약성을 나타내며, 이러한 건강문제를 예방하고, 해결하기 위해서 의료 서비스의 이용은 중요하게 작용한다(Dejong, 2002).

장애인은 국가 등록 장애인 자격을 유지하기 위해서 보건의료서비스 이용이 필수적이다. 우리나라의 ‘장애정도판정기준’은 의학적 기준으로 장애상태를 정의

하며, 장애와 관련된 상태를 주로 의무기록을 통해 판정하고 있다. 또한 내부 장기 장애, 정신장애 등 일부 유형의 장애는 장애 발생 상병으로 지속적인 치료를 받고 있음을 장애인 등록 과정에서 확인하고 있으며, 이후로도 지속적인 (약물)치료를 받았는지 장애 재판정을 통해 확인하며, 장애의 악화로 장애정도 조정신청을 할 때에도 주로 의무기록에 기반하여 판단이 이루어지기 때문에 장애인의 권익 보호차원에서도 적절한 의료서비스 이용은 중요하다.

나. 장애인의 미충족의료

앞서 기술한 바와 같이 장애인은 장애와 관련된, 관련되지 않은 다양한 건강상의 문제가 존재하며 일반인구에 비해 의료서비스가 더욱 중요한 집단이다. 하지만, 장애는 사회적 및 환경적인 조건을 불리하게 하고, 차별로 인해 미충족의료에 노출될 가능성을 높인다(Emerson et al., 2011). 장애인은 적절한 시간에 예약하고 교통편을 이용하는 것과 같은 구조적 장벽이 있으며, 구조적 장벽에 직면할 가능성이 큰 장애인은 의료이용이 지연되거나 미충족医료를 경험할 위험이 증가할 위험이 더 높아진다(Henning-Smith et al., 2013).

이러한 사회적 배제는 장애인의 주관적 건강수준에 영향을 미치고(김창현, 2022), 장애인의 능력을 크게 감소시켜 기능을 제한하게 된다(Sen, 2014).

장애인의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 것으로 밝혀진 요인을 살펴보면, 신자은(2013)의 건강보험 재가 장애인을 대상으로 한 연구에서 배우자 유무, 일상생활 동작 도움 필요, 만성질환 유병상태와 같은 건강관련 요인, 건강보험 급여내용 인지여부, 이동성 제약요소가 유의한 영향을 미치는 것으로 밝혀졌으며, 전보영(2014)의 만 20-64세 지체, 뇌병변 장애인을 대상으로 한 연구에서는 배우자 유무, 친구 및 친지와 의 사교활동에 참여, 가구소득이 높을수록 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험 확률은 적어지며, 도와줄 사람의 부재, 집밖 활동을 하지 못할 때, 장애인편의시설이 부족하여 외출에 불편함을 겪을 때, 일상생활 수행에 도움이 필요할 때에 교통 불편으로 인한 미충족의료 경험 확률이 높은 것으로 나타났다. 또한 사회적 지지와 환경이 장애인에게 긍정적으로 작용할 때에 가구소득에 따른 미충족의료 경험의 격차가 완화될 수 있음을 밝혔다. 유소연 등(2011)의 지체장애인을 대상으로 한 연구에서, 여성, 만성질환 유병, 건강검진을 받지 않은 경우 미충족医료를 경험할 확률이 높았으며, 김소애(2019)의 만 19세이상 장애인, 비장애인을 대상으로 한 연구에서는 비장애인에 비해

장애인의 미충족의료률이 높았으며 장애인의 미충족의료 영향요인으로는 가구소득, 이동성 요인, 주관적 건강상태가 유의하게 나타났다. 박예빈(2021)의 만65세 이상의 지체장애인을 대상으로 한 연구에서 가구원 수, 교육 수준, 장애등급, 경제활동, 일상생활 수행의 제한 여부 등이 미충족의료 경험에 유의한 영향을 미쳤다.

선행연구를 통해 밝혀진 장애인의 미충족의료에 영향요인으로는 성별, 소득, 교육수준, 만성질환 유무, 혼인상태, 이동성 요인, 일상생활 동작 제한여부, 이동성 제약, 사교활동 참여 등이 유의한 요인으로 나타났다.

3. 장애관련 일상생활 제한 정도

가) 활동·일상생활의 제한과 건강

장애인은 장애로 인해 일상생활에 다양한 제약을 받는다. 신체적 기능의 저하로 장애인은 낙상, 심혈관계, 대사 질환에 대한 위험이 더욱 높아지기도 하며, 정신적 건강에도 영향을 받는다. 일상생활의 수행이 어려워지면, 대인 관계 및 사회적 역할에 제한을 받게 되며(Jørgensen et al., 1999) 이러한 사회적 제한과 만성적인 신체 기능적 장애는, 장기적으로 자신감 결여, 무력감, 심리적인 불안과 우울감, 그리고 삶의 질에 영향을 미친다(Park et al., 2011; 박상욱 등, 1999; 이도연, 남승민, 2019). 또한 일상생활이 제한된 사람은 시간이 경과할수록 더욱 일상생활에 있어 의존성이 증가한다. 척추손상 장애인은 손상 후 기간(post-injury)이 5년, 10년, 15년으로 점차 증가 할수록 일상생활수행의 도움 필요도가 높아지며(Charlifue et al., 1999; 전보영, 2014), 일상생활 동작 지원이 충족되지 않거나, 일상생활 제한이 있는 노인은 사망위험이 증가한다(He et al., 2015). 이처럼 일상생활 제한은 장애인의 신체적 건강 문제와 연관되어 의료 필요를 높이고, 의료비 지출을 증가 시킬 수 있으며, 사회적 무력감으로 우울, 불안 등의 정신적 문제를 야기할 수 있다. 일상생활이 제한된 사람은 시간이 경과할수록 의존성이 더 증가하며, 사망에 대한 위험을 높이기도 해 장애인의 일상생활 제한은 장애인의 모든 삶의 영역에 걸쳐 중요한 영향을 미치는 요인이 된다.

나. 활동·일상생활 제한 관련 선행 연구

일상생활 제한과 기능의 변화, 2차적인 건강문제에 대한 관심은 계속되고 있으며, 많은 선행연구들이 활동·일상생활의 제한이 미치는 영향에 대해 밝힌 바 있다. 국내에서도 활동·일상생활 제한과 미충족의료의 관계를 규명한 연구들이 있으나, 각각 활동·일상생활 제한의 정의가 달랐다. 활동·일상생활 제한자의 미충족의료 경험관련 선행연구를 살펴보기에 앞서 각 조사마다 정의한 활동제한 및 일상생활 제한을 살펴보면 다음과 같다.

표 2. 활동·일상생활제한의 측정

자료원	설문내용
국민건강영양조사	활동제한 여부 '건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 있다'
지역사회건강조사	'나는 일상생활 (예 : 일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가 활동)을 할 수 없다.
장애인실태조사	일상생활 지원 필요정도
한국의료패널	'현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 있습니까?'
한국복지패널조사	일상생활에서 남의 도움이 필요한 정도
장애인실태조사	일상생활 타인의 도움 필요 여부
장애인고용패널조사	일상생활 타인의 도움 필요 여부
인구주택총조사	육체적 혹은 정신적 제약으로 제한받고 있는 일상생활 및 사회활동

노령 또는 치매로 활동제한이 있는 노인과 없는 노인을 대상으로 한 강소라, 문종훈(2018)의 연구에서는 활동제한이 있는 노인이 제한이 없는 노인과 비교하여 진료가 필요할 때, 적절한 진료를 받지 못한 사람의 비율이 유의하게 높았으며, 65세 이상 노인인구를 대상으로 일상생활의 제한 정도에 따라 미충족의료 경험을 살펴본 허재현, 조영태(2008)의 연구에서는 활동제한을 경험하고 있는 노인의 건강증진 행태가 교육수준에 따라 다르며, 노인의 활동장애를 일으키는 주요 원인들은 관절염/류마티스, 고령, 중풍, 고혈압 등의 만성질환으로, 예방과 발생지연이 가능할 것으로 전망하였다. 최재우, 김창오(2022)의 연구에서는 장애인이 비장애인에 비해 거동불편 혹은 건강상 이유로 인한 미충족의료를 경험할 확률이 높았으며, 서꽃샘(2020)의 초고령자를 대상으로 의료이용 차이를 조사한 연구에서 활동제한에 따른 의료이용의 차이가 유의했다.

이 외에도 활동제한(의료패널)(이정욱, 2018), ADL(신자은, 2013), 거동·이동성 제한(신자은, 2013)이 미충족의료 경험에 유의한 영향요인인 것이 선행연구를 통해 밝혀졌다.

표 3. 활동·일상생활제한과 미충족의료 관련 선행연구

저자명 (연도)	자료원	대상	결과지표	주요결과 및 시사
강소라, 문종훈 (2018)	제 7차 국민건강영양조사 (2016) 원시자료	노인	- 우울, 삶의 질, 미충족의료 - 활동제한 여부와 이유	- 활동제한이 있는 노인이 제한이 없는 노인과 비교하여 진료 료가 필요할 때, 적절한 진료를 받지 못한 사람의 비율이 유의하게 높음
정영호 (2012)	2009년 한국의료패널	전체 패널	- 미충족의료	- 취약계층이 활동제한과 미충족의료의 비율이 높음. - 활동제한이 있는 만성질환자의 미충족의료 발생 비중이 활 동제한이 없는 만성질환자에 비해 높았음
허재현, 조영태 (2008)	2005년 서울시 시민보건지표조사	65세 이상 노인	- 활동제한 (일상생활에서 시·청각, 말하기, 활동에 불편) -ADL - 건강행태 (규칙적 운동, 건강검진, 건강노력)	- 활동제한을 경험하고 있는 노인의 건강행태(규칙적 운동, 건강검진, 건강노력)는 교육수준이 낮은 집단에서 불리

<계속>

표 3. 활동·일상생활제한과 미충족의료 관련 선행연구

저자명 (연도)	자료원	대상	결과지표	주요결과 및 시사
최경화 등 (2021)	국민건강영양조사 지역사회건강조사 장애인실태조사 노인실태조사 한국의료패널	장애인 (활동 제한자), 비장애인	- 미충족의료 경험 - 미충족의료 발생 이유	- 장애인과 활동제한군이 비장애인과 활동제한이 없는 군보다 더 높은 미충족의료(경험)율을 나타냄. - 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 활동 제한군이 장애인보다 미충족의료율이 더 높음. - 활동제한군 비율은 7.3%, 미충족의료율은 30.4%(치과포함), 장애인 인구 비율은 3.2%. 미충족의료율은 26.0%(치과포함).
최재우, 김창오 (2022)	2014-2018년 한국의료패널	19세 이상	미충족의료 발생	- 거동불편 혹은 건강상 이유로 방문이 어려움으로 인해 발생하는 미충족의료경험과 유의한 관련성을 가진 요인으로 는 여성인 경우, 전기 고령층(65-74세) 및 후기 고령층(75세 이상)인 경우, 결혼상태가 미혼인 경우, 주관적 건강상태가 나쁜 경우, 장애인 및 노인 장기요양보험 인정자인 경우임.

<계속>

표 3. 활동·일상생활제한과 미충족의료 관련 선행연구

저자명 (연도)	자료원	대상	결과지표	주요결과 및 시사
김은수, 은상준 (2020)	2009년-2013년 한국의료패널	만 19세 이상 성인	미충족의료 발생	- 여성, 초등학교 졸업 이하, 가구소득 최저 분위, 40세 미만, 주관적 건강상태 20점 미만, 활동 제한이 있는 경우 미충족의료를 경험할 가능성이 높음.
이정욱 (2018)	2014년 한국의료패널	뇌혈관 질환자	미충족의료 발생	- 성별, 소득, 경제활동 여부, 주관적 건강상태, 만성질환 개수, 와병 경험, 활동제한 여부가 유의한 영향변수임.
신자은 (2013)	2008년 장애인실태조사	18세 이상 재가 장애인	미충족의료 경험 미충족의료 경험 이유	- 일상생활수행에 있어 도움 필요, 장애종류, 만성질환 여부, 주관적 건강상태가 미충족의료에 영향.

<계속>

표 3. 활동·일상생활제한과 미충족의료 관련 선행연구

저자명 (연도)	자료원	대상	결과지표	주요결과 및 시사
김소애 (2019)	2014년 한국의료패널 장애인실태조사	장애인, 비장애인	미충족의료 경험, 미충족의료 발생이유	- 일상생활 수행 정도에 따라 미충족의료 경험에 통계적으로 유의미한 차이 없음.
전보영 (2014)	2005-2011년 한국복지패널, 2011년 장애인실태조사	만 20-64세 지체, 뇌병변 장애인	미충족의료 경험, 미충족의료 발생 이유	- 장애인 : 성별, 소득수준 - 비장애인 : 성별, 연령, 경제활동, 신체활동여부, 건강상태, 스트레스 인지 여부, 우울증상 경험여부
김현희 등 (2016)	2011년 장애인 실태조사	장애인	필수 장애보조기 미충족 경험 미충족의료 경험	- 개인의 건강상태, 장애종류 및 외부활동 가능정도가 필수 의료 및 장애보조기 미충족의료 경험에 영향.
김진구 (2008)	2005년 국민건강영양조사	19세 이상 성인	미충족의료	- 활동제한 여부, 만성질환 여부, 이환일수가 미충족의료 경 험에 영향.

<계속>

표 3. 활동·일상생활제한과 미충족의료 관련 선행연구

저자명 (연도)	자료원	대상	결과지표	주요결과 및 시사
조안나 (2014)	제 5기 (2010 - 2012년) 국민건강영양조사	장애인, 비장애인	의료이용 여부, 의료이용 횟수(의료이용량), 미충족의료 경험여부	- 의료이용에 있어서 활동제한이 있는 장애인의 경우 비장애인보다 외래이용 경험과 횟수, 약국이용 경험과 횟수의 비율은 모두 낮았으며, 입원이용 경험과 입원기간의 비율은 높았다.
김보름 등 (2020)	근로복지공단 제2차 (2017년) 산업재해보험 패널	산업재해 근로자	미충족의료 경험	- 육체 활동에 제약이 있을수록, 현재 건강상태는 나쁠수록, 만성 질병은 없을수록 미충족의료 경험 가능성이 높았음.
탁성숙 (2018)	2011-2013년 한국의료패널	18세 이상 성인	미충족의료 경험	- 소득수준, 의료보장 유형, 주관적 건강상태, 활동제한여부가 의료접근성에 영향

<끝>

다) 장애관련 일상생활 제한 정도

2001년 발표된 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)는 사회적 관점과 의학적 관점을 융합한 모델로 장애 개념을 제시했으며, 기존 신체적 손상이 중심이 되었던 ICIDH에서 신체적 손상뿐 아니라 참여, 활동의 제한을 포괄한 사회적 개념을 추가하여 장애를 사회, 개인, 물리적 차원의 요인과 상호작용에 의한 것으로 보고있다(WHO & Worldbank, 2011; WHO, 2001/2016; 조운화, 서욱영, 2018). 2001년 WHO는 ICF를 보건, 장애 정책 또는 보건통계학과 같은 다양한 분야에서 활용할 수 있도록 권고했으며, 보건 및 복지정책, 장애와 관련 영역의 입법 등을 위한 준거로서 국제 사회에서 다양하게 활용되고 있다(Salvador-Carulla, Garcia-Gutierrez, 2011 ; 신은경, 2013; 조상은 등, 2017).

‘장애관련 일상생활 제한 정도’는 호주 통계국(Australian Bureau of Statistics: ABS)의 장애(Disability) 관련 인구조사인 장애인, 노인, 보호자에 대한 조사보고서(Survey of Disability, Ageing and Carers: SDAC, 2003)에서 장애발생률을 조사할 때 사용되는 장애 측정 문항을 재구성한 것이다(한국장애인개발원, 2018).

호주는 ICF 장애개념의 주요 요인인 ‘활동 및 참여제약’을 기준으로 장애 출현율을 측정하고 있으며, 제약, 제한, 또는 손상이 적어도 6개월 동안 지속되거나 또는 지속될 것으로 예상되며, 일상생활 활동(일상생활에서 요구되는 기본 활동을 의사소통(Communication), 이동성(Mobility), 그리고 자기 관리(Self care) 등 세 가지의 핵심 활동으로 구분.)에 제약이 있는 경우, 다음 17가지 조건 중 하나 이상에 부합되면 장애를 가진 대상으로 인정한다(김성희 등, 2012; 조운화, 서욱영, 2018).

표 4. 호주 통계국의 장애인, 노인, 보호자에 대한 조사보고서에서 장애 측정

- 시력 상실 (안경 또는 렌즈에 의한 교정시력이 아닐 때)
- 청력 상실 (의사소통에 제한이 있거나 보조 장치에 의해 도움을 받아야 하는 경우)
- 구두의사소통의 어려움
- 호흡곤란에 의한 일상생활의 제약
- 만성 혹은 반복적인 고통, 또는 제약을 야기하는 불편함
- 의식의 상실
- 학습 혹은 이해의 어려움
- 팔 혹은 손가락의 불완전한 사용
- 물건 쥐기, 혹은 잡기에서의 어려움
- 발 또는 다리의 불완전한 사용
- 제약을 야기하는 신경 혹은 정서적 상태
- 신체 활동에서의 제약
- 기형 혹은 결함
- 도움이나 관리를 요하는 정신적 질병 혹은 상태
- 제약을 야기하는 뇌손상, 뇌졸중 등의 장기적인 영향
- 기타 장기간 동안 치료 혹은 약물의 투입을 요하며 그에 따른 일상생활의 제약
- 제약을 야기하는 기타 장기간의 상태

* Survey of Disability, Ageing and Carers; SDAC. (Australian Bureau of Statics, 2003; 김성희 등, 2012).

호주에서 위와 같이 장애를 측정한다. 호주의 장애인 미충족의료에 대해 조사한 연구(AIHW, 2017)에서는 장애인 3명 중 1명이 핵심 활동 제한이 심각한 것으로 나타났으며, 호주의 장애인은 의료 서비스를 이용할 때 비용의 문제를 겪을 가능성이 더 크며, 외곽지역에 거주하는 65세 미만의 최중증, 중증 핵심활동 제한이 있는 장애인은 그렇지 않은 장애인보다 의료서비스를 이용하지 못할 가능성이 더 높았다. 최중증, 중증 핵심활동 제한이 없는 장애인은 비용적 이유로 적시에 의료서비스를 이용하지 못하거나, 의료이용이 충족되지 않을 가능성이 최중증, 중증 핵심활동제한이 있는 장애인보다 더 높게 나타났다. 호주에서 장애인의 일상생활 제약정도는 미충족의료를 경험하게 되는 요인이 되며, 제한 정도에 따라 미충족의료를 경험하게 되는 이유 또한 다르게 나타났다.

Ⅲ. 연구방법

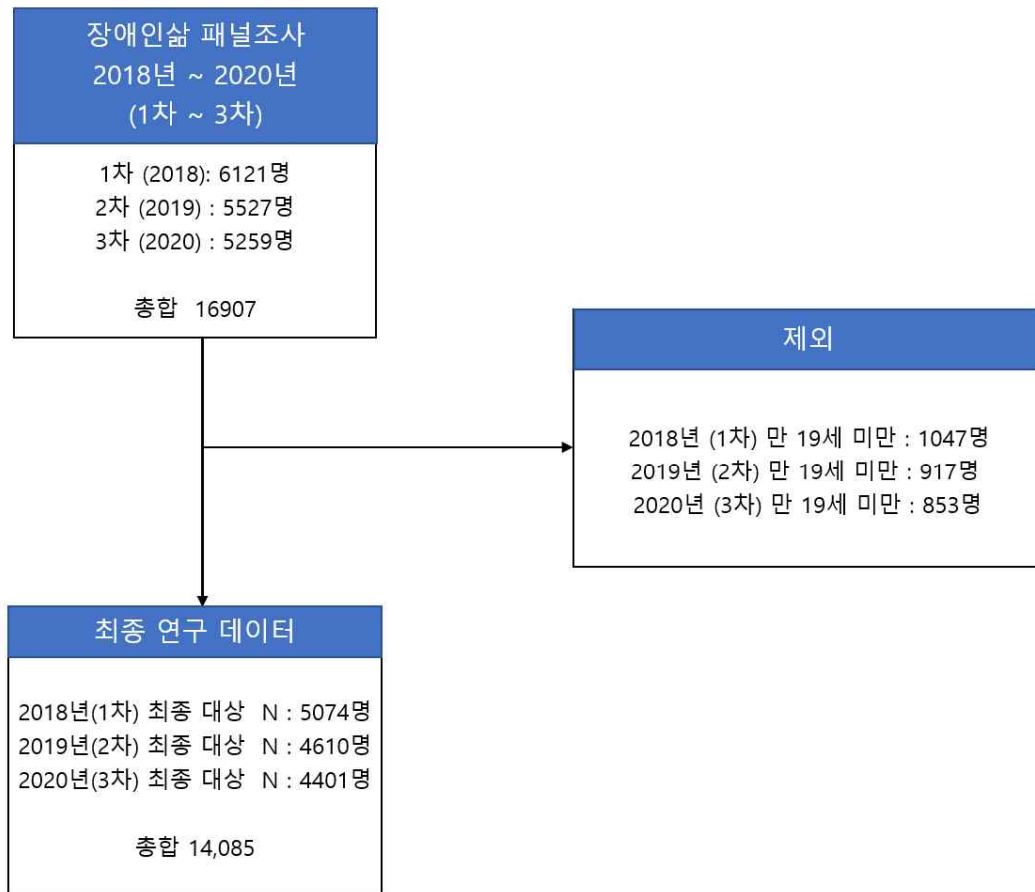
1. 연구자료 및 대상

본 연구는 장애인개발원의 『장애인삶 패널』 1차~3차 3개년 자료를 사용하였다. 장애인삶 패널조사는 장애등록 이후 장애 수용과정, 사회복귀, 소득수준, 건강상태, 복지욕구 등을 파악하여 향후 관련 장애인 정책 수립 및 지원 과정에서 활용할 수 있는 기초자료를 마련하는 것에 목적을 둔 종단면 조사이다. 목표 모집단은 장애등록을 2015년 1월 1일부터 2017년 12월 31일 사이에 마친 등록 장애인과 그들의 가구원이다. 다만, 장애인거주시설에서 거주하는 장애인은 제외하였다. 2018년에 6,121명으로 초기 패널을 구축을 하였으며, 2019년에는 5,272명, 2020년에는 5,259명의 장애인이 조사에 참여하였다.

본 연구에서는 만 19세 이상의 성인 장애인이며 분석에 필요한 변수에 응답한 대상자를 대상으로 분석하였다.

본 연구의 연구대상자 선정과정은 다음과 같다. 제 1차(2018년) 조사에 참여한 대상자 6,121명 중 만 19세 미만인 대상자는 1,047명을 제외하여 1차 조사의 연구 대상은 5,074명이었다. 제 2차(2019년) 조사에 참여한 대상자 5,527명 중 만 19세 미만은 917명을 제외한 분석 대상은 4,610명이었다. 제 3차(2020년) 조사에 참여한 대상자 5,259명 중 만 19세 미만 대상자 858명을 제외하여 분석 대상은 4,401명이이었다. 1차 - 3차 패널조사에서 참여하였으나, 분석에 포함하는 변수가 결측치인 경우는 없었다.

그림 1. 연구대상자 선정과정



나. 흥미변수

흥미변수인 장애관련 일상생활 제한 정도를 측정하기 위하여, 장애인삶 패널 조사에서 '장애관련 일상생활 제한 정도' 문항을 사용하였다. 이 문항은 호주의 장애, 고령화 및 보호자에 대한 조사(Survey of Disability, Ageing and Carers, 이하 SDAC)의 장애 측정 문항(Module2 : Disability Identification)을 참고하여, 한국장애인 개발원에서 재구성한 변수로, 장애와 관련된 일상생활 제한 문항 14가지에 대해 4점 척도를 사용한다. 각 문항에 대해 제한 유무를 응답받은 14개 문항의 점수합을 계산하였으며 총합 56점으로 구성되는 항목이다.

'장애관련 일상생활 제한 정도' 문항의 점수를 활용할 수 있는 기준이 존재하지 않아, 연구자가 임의로 전체 점수의 25%값인 14점 미만인 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군, 50%값인 28점 이하 14점 이상인 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 중간인 군, 50%값 초과인 29점 이상인 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 높은 군으로 나누어 분석하였으며, 장애관련 일상생활 제한 항목에 따른 분석에서는 각 문항별 전혀 없음, 거의 없는 편임은 해당 문항의 제한 정도가 낮은 군, 있는 편임, 매우 많음은 해당 문항의 제한 정도가 높은 군으로 나누어 분석하였다.

표 6. 장애관련 일상생활 제한 정도 설문 내용

구분	전혀 없음	거의 없는 편임	있는 편임	매우 많음
나는 무언가를 보는데(시각) 제한이 있다	1	2	3	4
나는 무언가를 듣는데(청각) 제한이 있다	1	2	3	4
나는 말하는 것에(언어) 제한이 있다	1	2	3	4
나는 숨을 쉬는데 힘이 든다	1	2	3	4
나는 만성질환에 의한 통증이 있다	1	2	3	4
나는 무언가를 배우거나 이해하는데 제한이 있다	1	2	3	4
나는 팔이나 손가락을 움직이는데 제한이 있다	1	2	3	4
나는 무언가 잡거나 들고 있는데 제한이 있다	1	2	3	4
나는 다리나 발을 이용하는데 제한이 있다	1	2	3	4
나는 불안, 우울해하는 등 감정을 조절하는데 제한이 있다	1	2	3	4
나는 기형을 포함하는 외형손상이 있다	1	2	3	4
나는 머리를 부딪치거나 떨어지는 등 머리를 다친 적이 있다	1	2	3	4
나는 뇌졸중(중풍)을 경험한 적이 있다	1	2	3	4
나는 무언가를 판단하고 결정하는데 제한이 있다	1	2	3	4

* 한국장애인개발원. (2021). 장애인삶 패널조사 이용자 안내서.

다. 통제변수

통제변수는 선행연구를 참고하여 미충족의료의 영향요인으로 밝혀진 것으로 구성하였으며, 인구사회·경제적요인, 건강행태 요인, 장애관련 요인으로 나누어 분석을 실시하였다.

인구사회·경제적 요인으로는 성별, 나이, 학력, 지역, 혼인상태, 가구소득을 포함하였으며, 나이는 19-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60세 이상으로 범주화 하였다. 학력은 중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업, 전문대학 졸업 이상으로 범주화하였다. 지역은 대도시, 중소도시와 읍,면 지역으로 구분하였다. 가구소득은 3분위로 나누어 낮은 군, 중간 군, 높은 군으로 범주화하였다.

건강행태 요인에는 만성질환 유무, 음주, 흡연, 사회적 돌봄 서비스 이용 여부, 운동여부를 포함하였다. 만성질환 유무는 만성질환을 가진 사람과, 가지지 않은 사람으로 구분했고, 음주는 현재 음주자, 과거 음주자, 전혀 음주를 하지 않는 사람으로 나누었다. 흡연은 현재 흡연자, 과거 흡연자, 전혀 흡연을 하지 않는 사람으로 나누었다. 사회적 돌봄서비스는 장애인 활동지원서비스 혹은 노인장기요양서비스를 수급하는 사람을 사회적 돌봄서비스 이용으로, 장애인 활동지원서비스 혹은 노인장기요양서비스를 수급하지 않는 사람은 사회적 돌봄서비스 미이용으로 나누었다. 운동여부는 운동을 주 2회 이상 하는 군, 주 1회 하는 군, 전혀 하지 않는 군으로 나누었다.

장애관련 요인에서 장애정도는 중증(심한 장애), 경증(중심하지 않은 장애)으로 구분하였으며, 장애유형은 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각·언어장애, 지적·자폐장애, 정신장애, 내부기관·안면장애로 범주화하였으며, 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 연관성에 영향을 미치는 공변수 하위그룹 분석에서는 지체·뇌병변장애, 시각·청각·언어장애, 지적·자폐·정신장애, 내부장기·안면장애로 구분하였다.

표 7. 연구 변수

구분	변수명	내용
종속변수	미충족의료	미충족의료 경험 미충족의료 미경험
흥미변수	장애관련 일상생활 제한 정도	제한 낮은 군 제한 중간 군 제한 높은 군
인구사회·경제적 요인	성별	남성 여성
	나이	19-29세 30-39세 40-49세 50-59세 60세 이상
	학력	중학교 졸업 이하 고등학교 졸업 전문대학 졸업 이상
	지역	대도시, 중소도시 읍,면
	혼인상태	현재 혼인 중 현재 혼인 상태 아님 (미혼, 별거, 이혼, 사별)
	가구소득	높은 군 중간 군 낮은 군

건강행태 요인	만성질환 유무	만성질환 있음 만성질환 없음
	음주	현재 음주 함 과거 음주 함 전혀 음주 하지 않음
	흡연	현재 흡연 함 과거 흡연 함 전혀 흡연 하지 않음
	사회적 돌봄 서비스 이용 여부	수급 미수급
	운동여부	주 2회 이상 운동 주 1회 운동 운동 안 함
장애관련 요인	장애정도	중증 장애(심한 장애) 경증 장애(심하지 않은 장애)
	장애유형	지체장애 뇌병변장애 시각장애 청각·언어장애 지적·자폐장애 정신장애 내부기관·안면장애
	장애유형 (하위그룹 분석)	지체·뇌병변장애 시각·청각·언어장애 지적·자폐·정신장애 내부기관·안면장애

3. 분석방법

본 연구에서는 2018년 ~ 2020년 장애인삶 패널조사 3개년 자료를 활용하였으며 장애관련 일상생활 제한 정도가 미충족의료 경험에 미치는 영향을 알아보고자 한다. 카이제곱 검정(Chi-square test)을 통해 변수에 따른 미충족의료 경험의 차이를 알아보고, 개인 내 반복 측정된 자료인 패널데이터의 상관성을 고려하기 위하여 일반화추정방정식(GEE, Generalized estimating equations)을 활용하였으며, Distribution은 Binary, Link Function은 Logit을 이용하였다.

첫째, 연구대상자의 일반적 특성과 분포를 파악하기 위하여 1차(2018년) 조사 년도의 인구사회·경제적 특성, 건강행태 특성에 따른 종속변수(미충족의료)의 빈도와 백분율을 제시하고, 미충족의료 경험의 차이를 알아보고자 Chi-square test(카이제곱 분석)를 시행하였다.

둘째, 각 요인에 따른 미충족의료 경험의 차이를 비교하기 위하여 일반화추정방정식(GEE, Generalized estimating equations)을 활용하였으며 앞서 설명한 모든 독립변수를 포함하여 분석하였다.

셋째, 장애관련 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료 경험할 오즈비를 비교하기 위하여 일반화추정방정식(GEE, Generalized estimating equations)을 활용하였으며 앞서 설명한 모든 독립변수를 포함하여 보정하였다.

넷째, 미충족医료를 경험한 원인을 진료비 부담, 그 외의 이유로 나누어 각 이유에 따라 미충족医료를 경험할 오즈비를 비교하기 위하여 일반화추정(GEE, Generalized estimating equations)을 활용하였다.

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.

4. 연구윤리

본 연구는 연세의료원 연구심의위원회에서 IRB심의면제 대상으로 면제 승인을 득하였다(과제승인번호 : 4-2022-1374)

IV. 결과

1. 연구 대상자의 일반적인 특성에 따른 미충족의료 경험여부

장애인삶 패널조사 1차년도(2018년)에 조사한 대상자 중 만 19세 이상 장애인의 일반적 특성과 미충족의료 경험의 차이에 대해 알아보고자 성별을 나누어 카이제곱 검정을 시행하였다.

남성 장애인 2,767명 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.8%(133명), 여성 장애인 2,307명 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.6%(105명)으로 나타났다. 남성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한이 낮은 군은 60%(1,660명), 중간인 군은 35.1%(971명), 높은 군은 4.9%(136명)이었으며, 미충족의료를 경험한 비율은 장애관련 일상생활 제한이 낮은 군 4.0%(66명), 중간 군 5.8%(56명), 높은 군 8.1%(11명)으로 제한 정도가 심해질수록 미충족의료를 경험하는 비율이 높았으며 남성장애인의 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료 경험의 차이는 통계적으로 유의하게 나타났다($p=0.0276$). 여성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한이 낮은 군 60.5%(1,395명), 중간인 군 34.8%(803명), 높은 군은 4.7%(109명)이었으며, 이 중 미충족의료를 경험했다고 응답한 비율은 장애관련 일상생활 제한이 낮은 군 3.6%(50명), 중간인 군은 6.5%(52명), 높은 군은 2.8%(3명)으로 제한 정도가 중간인 군에서 미충족의료를 경험하는 분포가 가장 높았다. 여성장애인의 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료 경험 차이는 통계적으로 유의하게 나타났다($p=0.0059$).

성별에 따른 인구 분포를 살펴보면, 남성장애인은 19~29세 7.2%(199명), 30~39세 7.0%(194명) 40~49세 13.3%(369명), 50~59세 32.9%(911명), 65세 이

상 39.5%(1,094명)으로 30~39세의 비율이 가장 적었으며 40세 이후로 연령이 증가할수록 분포가 증가했다. 여성 장애인은 19~29세 4.9%(112명), 30~39세 7.3%(169명), 40~49세 14.2%(327명), 50~59세 32.2%(743명), 65세 이상 41.4%(956명)으로 여성의 경우 19~29세가 가장 적었으며 연령이 증가할수록 분포가 증가했다.

거주지역으로 분류했을 때, 남성 장애인의 93.1%(2,576명)가 대도시, 중소도시에 거주하고 있으며, 6.9%(191명)가 읍, 면 지역에 거주하고 있었다. 여성 장애인의 93.7%(2,161명)가 대도시, 중소도시에 거주하고 있으며, 6.3%(146명)가 읍, 면 지역에 거주하는 것으로 남녀 장애인 모두 대부분의 인구가 대도시, 중소도시에 거주하고 있었다. 미충족의료를 경험한 비율은 남성의 경우 대도시, 중소도시 4.9%(126명), 읍,면 지역 3.7%(7명)였으며, 여성의 경우 대도시, 중소도시 4.4%(95명), 읍,면 지역 6.7%(10명)으로 나타났지만, 남성과 여성 모두 거주 지역에 따른 미충족의료 경험의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

혼인상태로 분류했을 때, 남성 장애인의 55.4%(1,533명), 여성 장애인은 54.4%(1,254명)가 배우자와 함께 생활하며, 남성장애인의 44.6%(1,234명), 여성 장애인의 45.6% (1,053명)가 미혼, 별거, 이혼, 사별 상태였다. 남성의 경우 배우자와 함께 생활하는 경우 미충족의료를 경험한 비율은 3.2%(49명)인 반면에 미혼, 별거, 이혼, 사별인 상태의 남성장애인은 6.8%(84명)으로 나타나 미충족의료를 경험한 인구 비율이 2배 이상 높았으며, 혼인상태에 따른 미충족의료 경험의 차이는 통계적으로 유의하게 나타났다($p < 0.0001$). 여성장애인의 경우 배우자와 함께 생활하는 경우 미충족의료를 경험한 비율이 4.1%(51명)였으며, 미혼, 별거, 이혼, 사별상태인 경우 5.1%(54명)로 나타났으며, 여성의 혼인상태에 따른 미충족의료 경험의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($p = 0.2636$).

교육수준별로 분류했을 때, 남성장애인 중 전문대 졸업 이상은 22%(610명), 고등학교 졸업은 45.3%(1,253명), 중학교 졸업 이하는 32.7%(904명)이며, 여성

장애인 중 전문대 졸업 이상은 13.6%(313명), 고등학교 졸업은 39.3%(907명), 중학교 졸업 이하는 47.1%(1,087명)으로 남성의 경우 고등학교 졸업, 여성의 경우 중학교 졸업 이하인 경우가 가장 많은 분포를 보여 성별간 교육수준의 차이를 확인할 수 있었다. 남성 장애인의 교육수준에 따른 미충족의료 경험 분포를 살펴보면 전문대 이상 3.9%(24명), 고등학교 졸업 4.0%(50명), 중학교 졸업 이하 6.5%(59명)로 학력수준이 높아질수록 미충족의료 경험한 비율이 작아졌으며, 학력수준에 따른 미충족의료 경험의 차이는 통계적으로 유의하였다($p=0.0158$). 여성장애인의 교육수준에 따른 미충족의료 경험 분포는 전문대 졸업 이상 4.8%(15명), 고등학교 졸업 3.6%(33명), 중학교 졸업 이하 5.2%(57명)으로, 중학교 졸업 이하에서 가장 높은 미충족의료 경험 분포를 나타냈으며, 다음으로는 전문대학 졸업이 높게 나타나 남성과 미충족의료 경험에 있어 다른 특징을 보였다. 여성의 학력수준에 따른 미충족의료 경험 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.275636$).

만성질환을 가지고 있는 남성장애인은 59.7%(1,653명), 여성장애인은 62.2%(1,436명)였다. 미충족의료 경험 차이를 살펴보면 만성질환을 가지고 있는 남성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 6.0%(100명), 만성질환이 없는 남성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 3.0%(33명)로 나타났다. 만성질환을 가진 여성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 5.8%(83명), 만성질환이 없는 여성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 2.5%(22명)으로 나타났으며, 이러한 차이는 남녀장애인 모두 통계적으로 유의하게 나타났다.

사회적 돌봄 서비스는 남성장애인 중 5.4%(150명), 여성장애인 중 7.5%(173명)가 수급하고 있었다. 미충족의료 경험 차이를 살펴보면 사회적 돌봄서비스를 수급하고 있는 남성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 6.0%(9명), 사회적 돌봄서비스를 수급하지 않는 남성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.7%(124명)으로 나타났으며 이러한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 사회

적 돌봄서비스를 수급하고 있는 여성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.6%(8명), 사회적 돌봄서비스를 수급하지 않는 여성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.5%(97명)으로 나타났으며 사회적 돌봄서비스 수급에 따른 미충족의료 경험의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

흡연여부를 살펴보면 남성 장애인 중 20.3%(561명), 여성장애인 중 2.4%(55명)가 흡연자로 나타났고, 남성 장애인의 47.6%(1,316명), 여성 장애인의 3.9%(91명)가 과거 흡연자, 남성 장애인의 32.2%(890명), 여성 장애인의 93.7%(2,161명)가 전혀 흡연을 하지 않았던 것으로 나타났다. 미충족의료 경험 차이를 살펴보면 현재 흡연자하는 남성장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 8.0%(45명), 과거 흡연한 남성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.6%(61명), 전혀 흡연을 하지 않은 남성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 3.0%(27명)으로 나타나, 전혀 흡연을 하지 않은 사람에 비해 과거 흡연자가, 과거흡연자에 비해 현재 흡연자가 미충족의료를 경험한 분포가 높았으며, 이러한 분포의 차이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.0001$). 현재 흡연하는 여성장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 14.5%(8명), 과거 흡연한 여성 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.4%(4명), 전혀 흡연을 하지 않은 여성장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.3%(93명)으로 나타나, 전혀 흡연을 하지 않았던 사람과 과거 흡연자의 미충족의료 경험 비율은 거의 비슷하였으며, 현재 흡연자가 미충족의료를 경험한 분포는 뚜렷하게 높았다. 이러한 분포의 차이는 통계적으로 유의하였다($p = 0.0142$).

장애관련 요인 중 장애 유형에 따른 분포를 살펴보면 남성 장애인의 27.5%(761명)가 내부장기 및 안면장애로 가장 많은 비율을 차지하였으며, 그 다음으로는 청각, 언어장애가 16.8%(464명), 지체장애가 16.5%(456명), 뇌병변장애 15.8%(436명), 시각장애 12.2%(338명), 지적, 자폐성 장애와 정신장애가 각각 5.6%(156명)로 나타났다. 여성 장애인의 경우 내부장기 및 안면장애

23.5%(542명), 지체장애 17.8%(411명), 뇌병변장애 16.3%(375명), 청각, 언어장애 16.1%(371명), 시각장애 14.3%(329명), 정신장애 7.2%(165명), 지적, 자폐성장애 4.9%(114명)순으로 높은 분포를 나타냈다. 장애유형에 따른 미충족의료 경험을 살펴보면, 남성 시각장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 8.3%(28명), 남성 지체장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 6.1%(28명), 남성 뇌병변 장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.8%(21명) 순으로 높게 나타났고, 여성장애인 중 시각장애인이 미충족의료를 경험한 비율은 7.9%(26명), 여성 청각, 언어장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.9%(18명), 여성 지체장애인 중 미충족의료를 경험한 비율은 4.6%(19명)로 나타났다. 남성, 여성 모두 장애유형에 따른 미충족의료 경험의 차이는 유의하게 나타났다.

장애정도를 살펴보면 남성장애인의 49.2%(1,360명)가, 여성 장애인의 49.0%(1,130명)가 경증 장애인(심하지 않은 장애)이었으며, 남성장애인의 50.8%(1,407명), 여성 장애인의 51%(1,177명)이 중증 장애인이었다. 장애정도에 따른 미충족의료 경험 차이를 살펴보면, 남성장애인 중 장애 정도가 심한 장애인의 4.5%(63명), 심하지 않은 장애인의 5.1%(70명)가 미충족의료를 경험했다고 응답했으며, 여성장애인 중 장애 정도가 심한 장애인의 3.7%(43명), 심하지 않은 장애인의 5.5%(62명)가 미충족의료를 경험했다고 응답했다. 장애가 심하지 않은 장애인 중 미충족의료를 경험했다고 응답한 비율이 남녀장애인 모두에게서 더 높게 나타났지만, 남성장애인에게서는 이러한 차이가 통계적으로 유의하지 않았고($p=0.4629$), 여성장애인에게서만 통계적으로 유의하게 나타났다($p=0.0442$).

표 8. 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 미충족의료 경험 여부

변수	미충족의료														
	남성							여성							
	총계		미경험		경험		<i>P-value</i>	총계		미경험		경험		<i>P-value</i>	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		
장애관련 일상생활 제한 정도	0.0276														0.0059
낮은 군	1,660	60.0	1,594	96.0	66	4.0		1,395	60.5	1,345	96.4	50	3.6		
중간 군	971	35.1	915	94.2	56	5.8		803	34.8	751	93.5	52	6.5		
높은 군	136	4.9	125	91.9	11	8.1		109	4.7	106	97.2	3	2.8		
연령	0.5521														0.8233
19-29	199	7.2	193	97.0	6	3.0		112	4.9	107	95.5	5	4.5		
30-39	194	7.0	184	94.8	10	5.2		169	7.3	163	96.4	6	3.6		
40-49	369	13.3	355	96.2	14	3.8		327	14.2	315	96.3	12	3.7		
50-59	911	32.9	865	95.0	46	5.0		743	32.2	709	95.4	34	4.6		
≥60	1,094	39.5	1,037	94.8	57	5.2		956	41.4	908	95.0	48	5.0		
지역	0.5557														0.2415
대도시, 중소도시	2,576	93.1	2,450	95.1	126	4.9		2,161	93.7	2,066	95.6	95	4.4		
읍,면지역	191	6.9	184	96.3	7	3.7		146	6.3	136	93.2	10	6.8		

<계속>

표 8. 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 미충족의료 경험 여부

변수	미충족의료														
	남성							여성							
	총계		미경험		경험		<i>P-value</i>	총계		미경험		경험		<i>P-value</i>	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		
혼인상태														<0.0001	0.2636
유배우자	1,533	55.4	1,484	96.8	49	3.2		1,254	54.4	1,203	95.9	51	4.1		
미혼, 별거,이혼, 사별	1,234	44.6	1,150	93.2	84	6.8		1,053	45.6	999	94.9	54	5.1		
교육수준														0.0158	0.2175
전문대 이상	610	22.0	586	96.1	24	3.9		313	13.6	298	95.2	15	4.8		
고등학교 졸업	1,253	45.3	1,203	96.0	50	4.0		907	39.3	874	96.4	33	3.6		
중학교 졸업 이하	904	32.7	845	93.5	59	6.5		1,087	47.1	1,030	94.8	57	5.2		
가계소득														<0.0001	0.0147
높은 군	902	32.6	878	97.3	24	2.7		751	32.6	724	96.4	27	3.6		
중간 군	932	33.7	899	96.5	33	3.5		808	35.0	778	96.3	30	3.7		
낮은 군	933	33.7	857	91.9	76	8.1		748	32.4	700	93.6	48	6.4		

<계속>

표 8. 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 미충족의료 경험 여부

변수	미충족의료														
	남성							여성							
	총계		미경험		경험		<i>P-value</i>	총계		미경험		경험		<i>P-value</i>	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		
만성질환 유무	0.0003														0.0004
없음	1,114	40.3	1,081	97.0	33	3.0		871	37.8	849	97.5	22	2.5		
있음	1,653	59.7	1,553	94.0	100	6.0		1,436	62.2	1,353	94.2	83	5.8		
사회적 돌봄 서비스	0.6126														1.0000
미수급	2,617	94.6	2,493	95.3	124	4.7		2,134	92.5	2,037	95.5	97	4.5		
수급	150	5.4	141	94.0	9	6.0		173	7.5	165	95.4	8	4.6		
음주	0.1033														0.8060
전혀 하지 않음	620	22.4	597	96.3	23	3.7		1,429	61.9	1,367	95.7	62	4.3		
과거 음주	1,301	47.0	1,242	95.5	59	4.5		625	27.1	595	95.2	30	4.8		
현재 음주	846	30.6	795	94.0	51	6.0		253	11.0	240	94.9	13	5.1		
흡연	<0.0001														0.0142
전혀 하지 않음	890	32.2	863	97.0	27	3.0		2,161	93.7	2,068	95.7	93	4.3		
과거 흡연	1,316	47.6	1,255	95.4	61	4.6		91	3.9	87	95.6	4	4.4		
현재 흡연	561	20.3	516	92.0	45	8.0		55	2.4	47	85.5	8	14.5		

<계속>

표 8. 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 미충족의료 경험 여부

변수	미충족의료														
	남성							여성							
	총계		미경험		경험			<i>P-value</i>	총계		미경험		경험		
N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
운동	0.2917														
주 2회이상	1,411	51.0	1,352	95.8	59	4.2		1,047	45.4	1,008	96.3	39	3.7	0.1091	
주 1회	130	4.7	123	94.6	7	5.4		102	4.4	99	97.1	3	2.9		
하지 않음	1,226	44.3	1,159	94.5	67	5.5		1,158	50.2	1,095	94.6	63	5.4		
장애유형	0.0139														
지체장애	456	16.5	428	93.9	28	6.1		411	17.8	392	95.4	19	4.6	0.0480	
뇌병변장애	436	15.8	415	95.2	21	4.8		375	16.3	358	95.5	17	4.5		
시각장애	338	12.2	310	91.7	28	8.3		329	14.3	303	92.1	26	7.9		
청각, 언어장애	464	16.8	445	95.9	19	4.1		371	16.1	353	95.1	18	4.9		
지적, 자폐장애	156	5.6	153	98.1	3	1.9		114	4.9	109	95.6	5	4.4		
정신장애	156	5.6	151	96.8	5	3.2		165	7.2	160	97.0	5	3.0		
내부장기, 안면장애	761	27.5	732	96.2	29	3.8		542	23.5	527	97.2	15	2.8		
장애정도	0.4629														
경증 (심하지 않은 장애)	1,360	49.2	1,290	94.9	70	5.1		1,130	49.0	1,068	94.5	62	5.5	0.0442	
중증 (심한 장애)	1,407	50.8	1,344	95.5	63	4.5		1,177	51.0	1,134	96.3	43	3.7		
Total (N=5,074)	2,767	100.0	2,634	95.2	133	4.8		2,307	100.0	2,202	95.4	105	4.6		

<끝>

2. 장애인의 미충족의료 경험 영향 요인 분석

일반화 추정 방정식을 활용하여(GEE, Generalized estimating equations) 장애인의 미충족의료 경험 영향요인을 분석하였다.

장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군, 중간 군, 높은 군으로 나누어 분석한 결과 남성의 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.46배(95% CI : 1.09 - 1.96), 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.79배(95% CI : 1.57 - 4.94)였으며, 일상생활 제한 정도가 심해질수록 미충족의료를 경험할 오즈비는 점차 증가했으며, 통계적으로도 유의하였다. 여성의 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.79배(95% CI : 1.33 - 2.39)로 통계적으로 유의하였다. 제한 정도가 높은 군에서 오즈비는 1.58배(95% CI : 0.80 - 3.12)로 통계적으로 유의하지 않았다.

성별을 나누어 통제변수와 미충족의료 경험의 연관성을 검증한 결과 남성에서 가계소득, 혼인상태, 만성질환 유무, 흡연이 통계적으로 유의한 요인으로 나타났으며, 여성에게서 가계소득, 흡연, 운동여부, 만성질환, 장애유형이 통계적으로 유의한 요인으로 나타났다.

세부적인 결과에 대해 살펴보면, 남성의 경우 배우자와 생활하는 경우에 비해 미혼, 별거, 이혼, 사별한 군이 미충족의료를 경험할 오즈비가 1.50배(95% CI : 1.08 - 2.09), 가계소득이 높은 군에 비해 낮은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비가 2.22배(95% CI : 1.44 - 3.43), 만성 질환이 있는 군이 없는 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 1.93배(95% CI : 1.43 - 2.62), 흡연을 전혀 하지 않은 군에 비해 현재 흡연자가 미충족의료를 경험할 오즈비가 1.57배(95% CI : 1.01 - 2.44)로 나타났으며 통계적으로 유의하였다.

여성의 경우 가계소득이 높은 군에 비해, 낮은 군이 미충족의료를 경험할 오즈

비가 1.53배(95% CI : 1.05 - 2.23), 만성질환이 없는 군에 비해 만성질환이 있는 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.30배(95% CI : 1.63 - 3.24), 흡연을 전혀 하지 않은 군에 비해 현재 흡연자가 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.55(95% CI : 1.34 - 4.86), 주 2회 이상 운동을 하는 군에 비해 운동을 전혀 하지 않는 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.36배(95% CI : 1.04 - 1.78), 시각장애인이 지체 장애인에 비해 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.71배(1.05 - 2.80배)로 통계적으로 유의하게 나타났다.

표 9. 장애인의 미충족의료 경험 영향 요인

변수	미충족의료			
	남성		여성	
	OR	95% CI	OR	95% CI
장애관련 일상생활 제한 정도				
낮은 군	1.00		1.00	
중간 군	1.46	(1.09 – 1.96)	1.79	(1.33 – 2.39)
높은 군	2.79	(1.57 – 4.94)	1.58	(0.80 – 3.12)
연령				
19-29	1.00		1.00	
30-39	1.15	(0.51 – 2.57)	0.53	(0.20 – 1.38)
40-49	0.88	(0.43 – 1.81)	0.63	(0.27 – 1.46)
50-59	0.86	(0.44 – 1.72)	0.77	(0.35 – 1.71)
≥60	0.84	(0.40 – 1.74)	0.60	(0.27 – 1.32)
지역				
대도시, 중소도시	1.00		1.00	
읍,면 지역	1.22	(0.72 – 2.07)	1.19	(0.68 – 2.07)
혼인상태				
유배우자	1.00		1.00	
미혼, 별거, 이혼, 사별	1.50	(1.08 – 2.09)	1.17	(0.88 – 1.57)
교육수준				
전문대 이상	1.00		1.00	
고등학교 졸업	1.07	(0.71 – 1.61)	0.90	(0.56 – 1.44)
중학교 졸업 이하	1.29	(0.83 – 2.02)	0.92	(0.57 – 1.48)

<계속>

표 9. 장애인의 미충족의료 경험 영향 요인

변수	미충족의료			
	남성		여성	
	OR	95% CI	OR	95% CI
가계소득				
높은 군	1.00		1.00	
중간 군	1.23	(0.82 - 1.85)	1.26	(0.88 - 1.82)
낮은 군	2.22	(1.44 - 3.43)	1.53	(1.05 - 2.23)
만성질환 유무				
없음	1.00		1.00	
있음	1.93	(1.43 - 2.62)	2.30	(1.63 - 3.24)
사회적 돌봄 서비스				
미수급	1.00		1.00	
수급	1.16	(0.72 - 1.86)	1.16	(0.71 - 1.89)
음주				
전혀하지않음	1.00		1.00	
과거 음주	1.10	(0.70 - 1.73)	1.16	(0.85 - 1.58)
현재 음주	1.07	(0.65 - 1.78)	1.50	(0.93 - 2.42)
흡연				
전혀 하지 않음	1.00		1.00	
과거 흡연	0.99	(0.66 - 1.47)	1.19	(0.73 - 1.95)
현재 흡연	1.57	(1.01 - 2.44)	2.55	(1.34 - 4.86)

<계속>

표 9. 장애인의 미충족의료 경험 영향 요인

변수	미충족의료			
	남성		여성	
	OR	95% CI	OR	95% CI
운동				
주 2회 이상	1.00		1.00	
주 1회	0.98	(0.57 - 1.69)	0.85	(0.45 - 1.61)
하지 않음	1.20	(0.94 - 1.54)	1.36	(1.04 - 1.78)
장애유형				
지체장애	1.00		1.00	
뇌병변장애	0.67	(0.41 - 1.10)	0.98	(0.59 - 1.63)
시각장애	1.22	(0.77 - 1.94)	1.71	(1.05 - 2.80)
청각, 언어장애	0.63	(0.39 - 1.04)	1.10	(0.66 - 1.84)
지적, 자폐장애	0.73	(0.33 - 1.64)	0.94	(0.42 - 2.10)
정신장애	0.54	(0.25 - 1.16)	0.67	(0.31 - 1.46)
내부장기, 안면 장애	0.80	(0.52 - 1.23)	0.80	(0.49 - 1.32)
장애정도				
경증	1.00		1.00	
중증	0.78	(0.58 - 1.05)	0.80	(0.57 - 1.11)

<끝>

3. 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 연관성에 영향을 미치는 공변수 하위그룹 분석

같은 공변수 조건 하에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군, 중간 군, 높은 군으로 나누어 미충족의료 경험과 연관성을 분석하였다.

가. 인구사회/경제적 요인

남성 장애인 중 가계소득이 높은 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.49배(95% CI : 1.35 - 4.59)이었으며, 가계소득이 낮은 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 장애관련 일상생활 제한 정도가 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 3.19배(95% CI : 1.53 - 6.66)로 통계적으로 유의하게 나타났다.

여성 장애인 중 가계소득이 높은 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.12배(95% CI : 1.22 - 3.68), 가계소득이 중간 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.87배(95% CI : 1.09 - 7.58), 가계소득이 낮은 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.77배(95% CI : 1.11 - 2.83)로 통계적으로 유의하게 나타났다.

나. 건강행태 요인

남성 장애인 중 만성질환을 가지고 있는 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.60배(95% CI

: 1.14 - 2.23), 장애관련 일상생활 제한 정도가 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 3.31배(95% CI : 1.76 - 6.21)로 통계적으로 유의하게 나타났다. 남성장애인 중 사회적 돌봄서비스를 사용하지 않는 군에서 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군은 미충족의료를 경험할 가능성이 1.43배(95% CI : 1.05 - 1.95), 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 가능성은 2.85배(95% CI : 1.51 - 5.38)로 나타났다, 사회적 돌봄서비스를 수급하지 않는 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 높아질수록 미충족의료를 경험할 오즈비가 증가하였으며 이는 통계적으로도 유의하였다.

여성 장애인 중 만성질환을 가진 군에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.94배(95% CI : 1.40-2.68), 사회적 돌봄 서비스를 사용하지 않는 여성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비하여 중간 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.87배(95% CI : 1.38 - 2.54)로 통계적으로 유의하게 나타났다.

표 10. 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 연관성에 영향을 미치는 공변수 하위그룹 분석

변수	미충족의료													
	남성					여성								
	장애관련 일상생활 제한 정도													
	낮은군		중간 군			높은 군		낮은군		중간 군		높은 군		
OR	OR	95% CI		OR	95% CI		OR	OR	95% CI		OR	95% CI		
가계소득														
높은 군	1.00	2.49	(1.35 - 4.59)		2.10	(0.41 - 10.60)		1.00	2.12	(1.22 - 3.68)		0.84	(0.16 - 4.41)	
중간 군	1.00	1.35	(0.77 - 2.37)		2.44	(0.74 - 8.05)		1.00	1.64	(1.00 - 2.70)		2.87	(1.09 - 7.58)	
낮은 군	1.00	1.25	(0.86 - 1.83)		3.19	(1.53 - 6.66)		1.00	1.77	(1.11 - 2.83)		1.06	(0.25 - 4.40)	
만성질환 유무														
없음	1.00	1.14	(0.63 - 2.07)		1.37	(0.35 - 5.29)		1.00	1.10	(0.59 - 2.05)		1.63	(0.36 - 7.35)	
있음	1.00	1.60	(1.14 - 2.23)		3.31	(1.76 - 6.21)		1.00	1.94	(1.40 - 2.68)		1.42	(0.64 - 3.15)	
사회적 돌봄 서비스														
미수급	1.00	1.43	(1.05 - 1.95)		2.85	(1.51 - 5.38)		1.00	1.87	(1.38 - 2.54)		1.48	(0.65 - 3.40)	
운동														
주 2회 이상	1.00	1.56	(1.01 - 2.41)		3.35	(1.41 - 7.99)		1.00	1.61	(1.01 - 2.54)		1.69	(0.49 - 5.77)	
하지 않음	1.00	1.23	(0.83 - 1.83)		2.46	(1.21 - 5.03)		1.00	1.94	(1.31 - 2.86)		1.50	(0.62 - 3.62)	

* 사회적 돌봄서비스 - 수급 군, 운동 - 주 1회 운동하는 군에서 값이 추정되지 않았음.

다. 장애관련 요인

장애관련요인이 같은 그룹 내에서 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군, 중간 군, 높은 군으로 나누어 미충족의료 경험과 연관성을 분석하였다.

남성 경증 장애인(심하지 않은 장애) 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.59배(95% CI : 1.04 - 2.44), 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 4.58배(95% CI : 1.94 - 10.79)로 통계적으로 유의하게 나타났다. 여성 경증 장애인(심하지 않은 장애) 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.76배(95% CI : 1.19 - 2.61), 여성 중증 장애인(심한 장애) 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.88배(95% CI : 1.22 - 2.91), 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.36배(95% CI : 1.04 - 5.36)로 통계적으로 유의하였다. 장애 유형에 따른 일상생활 제한 정도를 살펴보면, 남성의 경우 지체, 뇌병변 장애인 중 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.77배(95% CI : 1.22 - 6.29)로 통계적으로 유의하게 나타났다. 여성 시각, 청각, 언어 장애인 중 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.84배(95% CI : 1.18 - 2.88), 내부장기장애, 안면 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 7.45배(95% CI : 1.11-50.00)로 나타났다.

표 11. 장애관련 일상생활 제한 정도와 미충족의료 연관성에 영향을 미치는 공변수 하위그룹 분석 (장애관련 요인)

변수	미충족의료				
	남성				
	장애관련 일상생활 제한 정도				
	낮은 군	중간 군		높은 군	
	OR	OR	95% CI	OR	95% CI
장애유형					
지체, 뇌병변장애	1.00	1.63	(0.97 - 2.71)	2.77	(1.22 - 6.29)
시각, 청각, 언어장애	1.00	1.03	(0.60 - 1.78)	1.99	(0.62 - 6.45)
내부장기, 안면장애	1.00	1.70	(0.95 - 3.05)	3.67	(0.93 - 14.47)
장애정도					
경증 장애인	1.00	1.59	(1.04 - 2.44)	4.58	(1.94 - 10.79)
중증 장애인	1.00	1.31	(0.87 - 1.98)	2.17	(0.97 - 4.86)
변수	미충족의료				
	여성				
	장애관련 일상생활 제한 정도				
	낮은 군	중간 군		높은 군	
	OR	OR	95% CI	OR	95% CI
장애유형					
지체, 뇌병변장애	1.00	1.64	(0.99 - 2.72)	0.98	(0.35 - 2.77)
시각, 청각, 언어장애	1.00	1.84	(1.18 - 2.88)	1.24	(0.34 - 4.51)
내부장기, 안면장애	1.00	2.04	(0.96 - 4.37)	7.45	(1.11 - 50.00)
장애정도					
경증 장애인	1.00	1.76	(1.19 - 2.61)	0.51	(0.07 - 3.70)
중증 장애인	1.00	1.88	(1.22 - 2.91)	2.36	(1.04 - 5.36)

* 장애유형 - 지체, 자폐, 정신장애에서의 값은 추정되지 않았음.

4. 장애관련 일상생활 제한사항에 따른 미충족의료 경험

장애로 인해 인한 일상생활 제한사항의 분석을 통해, 각 제한에 따른 미충족의료 경험 오즈비를 살펴보았다.

무언가를 보는데(시각)에 제한이 있는 군은 제한이 없는 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.83배(95% CI : 1.33 - 2.52), 여성의 경우 1.35배(95% CI : 0.94 - 1.96)였으며 남성에게서만 통계적으로 유의하게 나타났다. 듣는데(청각) 제한이 있는 군은 제한이 없는 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.58배(95% CI : 1.09 - 2.28), 여성의 경우 1.02배(95% CI : 0.65 - 1.60)였으며 남성에게서만 통계적으로 유의하게 나타났다. 숨을 쉬는데 힘이 드는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.28배(95% CI : 0.90 - 1.82), 여성의 경우 2.17배(95% CI : 1.58 - 2.96)였으며 여성에게서만 통계적으로 유의하게 나타났다. 만성질환에 의한 통증이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.63배(95% CI : 1.25 - 2.13), 여성의 경우 2.34배(95% CI : 1.78 - 3.06)였으며 남녀 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 팔이나 손가락을 움직이는데 제한이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.76배(95% CI : 1.27 - 2.44), 여성의 경우 2.07배(95% CI : 1.50 - 2.86)였으며 남녀 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 무언가를 잡거나 들고 있는 데 제한이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.96배(95% CI : 1.46 - 2.62), 여성의 경우 2.25배(95% CI : 1.65 - 3.08)였으며 남녀 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 다리나 발을 이용하는데 제한이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 2.35배(95% CI : 1.73 - 3.19), 여성의 경우

2.68배(95% CI : 2.01 - 3.58)였으며 남녀 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 불안, 우울해하는 등 감정을 조절하는데 제한이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.93배(95% CI : 1.46 - 2.56), 여성의 경우 2.08배(95% CI : 1.58 - 2.75)였으며 남녀 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 기형을 포함하는 외형 손상이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.79배(95% CI : 1.26 - 2.56), 여성의 경우 1.89배(95% CI : 1.25 - 2.85)였으며 남녀 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 머리를 부딪치거나 떨어지는 등 머리를 다친 적이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 2.24배(1.61 - 3.11), 여성의 경우 1.65배(1.12 - 2.45)였으며 남녀 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 무언가를 판단하고 결정하는데 제한이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비하여 미충족의료를 경험할 오즈비가 남성의 경우 1.48배(95% CI : 1.06 - 2.08), 여성의 경우 1.09배(95% CI : 0.77 - 1.53)였으며 남성에게서만 통계적으로 유의하게 나타났다.

표 12. 장애관련 일상생활 제한사항에 따른 미충족의료 경험 분석

변수	미충족의료 경험			
	남성		여성	
	OR	95% CI	OR	95% CI
장애관련 일상생활 제한사항^a				
나는 무언가를 보는데(시각) 제한이 있다.	1.83	(1.33 - 2.52)	1.35	(0.94 - 1.96)
나는 무언가를 듣는데(청각) 제한이 있다.	1.58	(1.09 - 2.28)	1.02	(0.65 - 1.60)
나는 말하는 것에(언어) 제한이 있다.	1.01	(0.71 - 1.43)	0.94	(0.64 - 1.37)
나는 숨을 쉬는데 힘이 든다.	1.28	(0.90 - 1.82)	2.17	(1.58 - 2.96)
나는 만성질환에 의한 통증이 있다.	1.63	(1.25 - 2.13)	2.34	(1.78 - 3.06)
나는 무언가를 배우거나 이해하는데 제한이 있다.	1.31	(0.97 - 1.77)	1.26	(0.94 - 1.68)
나는 팔이나 손가락을 움직이는데 제한이 있다.	1.76	(1.27 - 2.44)	2.07	(1.50 - 2.86)
나는 무언가 잡거나 들고 있는데 제한이 있다.	1.96	(1.46 - 2.62)	2.25	(1.65 - 3.08)
나는 다리나 발을 이용하는데 제한이 있다.	2.35	(1.73 - 3.19)	2.68	(2.01 - 3.58)
나는 불안, 우울해하는 등 감정을 조절하는데 제한이 있다.	1.93	(1.46 - 2.56)	2.08	(1.58 - 2.75)
나는 기형을 포함하는 외형손상이 있다.	1.79	(1.26 - 2.56)	1.89	(1.25 - 2.85)
나는 머리를 부딪치거나 떨어지는 등 머리를 다친 적이 있다.	2.24	(1.61 - 3.11)	1.65	(1.12 - 2.45)
나는 뇌졸중(중풍)을 경험한 적이 있다.	0.94	(0.63 - 1.41)	0.65	(0.42 - 1.02)
나는 무언가를 판단하고 결정하는데 제한이 있다.	1.48	(1.06 - 2.08)	1.09	(0.77 - 1.53)

^a 각 장애관련 일상생활 제한문항이 제한이 낮은 군과 비교했을 때, 제한이 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비와 95% 신뢰구간에 대한 결과이다.

5. 장애관련 일상생활 제한에 따른 미충족의료 경험 이유 분석

장애인삶 패널조사에서는 충분한 진료를 받지 못한 적이 있다고 응답한 경우, 그 이유에 대하여 총 6가지 항목으로 구분하여 조사하였다. 진료비 부담, 이전의 안좋은 경험, 정보 부족, 이동 어려움, 의료장비 부족, 전문 인력 부족, 이유 없이 거부 당함, 기타로 구분 미충족의료를 경험하게 된 주요 원인 한가지를 조사하였다.

표 13. 미충족의료 경험 이유 분류

구분	문항
경제적 원인	진료비 부담
그 외 원인	이동 어려움
	의료 장비 부족
	전문 인력 부족
	이전의 안좋은 경험
	정보 부족
	이유 없이 거부당함
	기타

본 연구에서는 장애관련 일상생활 제한 정도에 따라 미충족의료의 발생원인을 진료비 부담/그 외의 원인으로 나누어 발생 이유 차이를 분석하였다.

남성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 진료비 부담으로 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.37배(95% CI : 0.96 - 1.97)였으며, 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 진료비 부담으로 미충족의료를 경험할 오즈비는 2.09배(95% CI : 0.92 - 4.27)로 나타났다. 진료비 부담을 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비는 장애관련 일상생활 제한 정도가 심해질수록 높아졌지만, 통계적으로 유의하지 않았다. 여성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 진료비 부담을 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.99배(95% CI : 1.38 - 2.85)였으며, 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 가능성은 1.23배(95% CI : 0.46 - 3.33)로 나타났다. 남성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 진료비 부담 외 이유로 미충족의료를 경험할 가능성은 2.08배(95% IC : 1.06 - 4.05), 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 진료비 부담 외 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비는 7.15배(95% CI : 2.72 - 18.78)로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 여성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 진료비 부담 외의 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.52배(95% CI : 0.90 - 2.56), 장애관련 일상생활 제한 정도가 높은 군은 미충족의료를 경험할 오즈비가 1.06배(95% CI : 0.35 - 3.23)로 나타났으나 진료비 외의 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비는 통계적으로 유의하지 않았다.

표 14. 장애관련 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료 경험 이유 분석

변수	미충족의료 경험 이유			
	남성			
	의료비 지출 부담		그 외 이유	
	OR	95% CI	OR	95% CI
장애관련 일상생활 제한 정도				
낮은 군	1.00		1.00	
중간 군	1.37	(0.96 - 1.97)	2.08	(1.06 - 4.05)
높은 군	2.09	(0.92 - 4.72)	7.15	(2.72 - 18.78)
변수	미충족의료 경험 이유			
	여성			
	의료비 지출 부담		그 외 이유	
	OR	95% CI	OR	95% CI
장애관련 일상생활 제한 정도				
낮은 군	1.00		1.00	
중간 군	1.99	(1.38 - 2.85)	1.52	(0.90 - 2.56)
높은 군	1.23	(0.46 - 3.33)	1.06	(0.35 - 3.23)

V. 고찰

1. 연구 방법에 대한 고찰

본 연구에서는 1차 - 3차 장애인삶 패널조사 3개년 종단데이터를 활용하여 통계분석을 실시하였다. 성별을 구분하여 장애인의 일반적인 특성을 파악하기 위해 빈도와 백분율을 제시하였고, 미충족의료 경험에 대해 카이제곱 검정을 시행하였다. 장애인의 장애관련 일상생활 제한 정도 및 인구사회·경제적 요인, 건강행태 요인, 장애관련 요인과 미충족의료 경험의 연관성을 알아보기 위하여 일반화추정방정식(GEE, Generalized estimating equations)을 활용하였다. 또한 장애관련 일상생활 제한 정도에 따라 진료비 부담의 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비와 그 외의 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비를 일반화추정방정식을 활용하여 분석하였다.

본 연구 방법에 있어 제한점은 다음과 같다.

첫째, 패널조사의 대상자는 재가 장애인이므로, 시설에 거주하고 있는 장애인과, 2015년 이전 장애등록을 마친 등록 장애인, 미등록 장애인을 분석대상에 포함시키지 못하였다. <2020 장애인 실태조사>에 따르면, 2020년 말 기준 등록 장애인 중 시설 거주 장애인은 총 88,273명으로 확인된다. 2020년 5월 기준 보건복지가족부의 장애인 등록 DB에 기재된 장애인 2,622,950명으로 시설장애인은 전체 장애 인구에서 약 3.4%를 차지하고 있으며 또한 2015년 이전 장애등록을 마친 장애인, 미등록 장애인은 연구에서 포함하고 있지 않아 해석에 한계점을 가져 추후에는 전체 장애 인구를 아우를 수 있는 후속연구가 이루어져야겠다.

둘째, 종속변수인 미충족의료경험은 전문가에 의해 의료이용이 객관적으로 필요하다고 인정되는 경우가 아닌 대상자 본인이 필요할 때, 이용하지 못한 경험을 조사한 것으로 주관적으로 측정되었다는 한계점을 가지고 있으며, 보고자

에 의해 편향이 발생할 가능성이 있다.

셋째, 실제로 호주에서 사용되는 문항은 ‘6개월 이상 지속되는 장애와 관련된 일상생활 제한 정도’로 장애의 고착성에 대한 조건이 기재되어 있으나, 본 연구에서는 6개월 이상 지속되는 지에 대한 조사는 이루어지지 않았다. 또한 전문가의 판단이 아닌 주관적으로 해당 내용에 얼마나 제한을 가지고 있는지 조사한 항목으로서, 보다 객관적으로 평가할 수 있는 도구 개발과 이를 활용한 연구가 필요하겠다.

2. 연구 결과에 대한 고찰

첫째, 장애인의 미충족의료 경험에 차이가 유의했던 변수는 장애관련 일상생활 제한 정도, 가계소득, 만성질환 유무, 흡연, 장애유형이었으며, 남성의 경우 혼인 상태, 교육수준이 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 여성의 경우 운동, 장애 정도가 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 연령, 거주지역, 사회적 돌봄 서비스 수급 여부, 음주여부, 운동여부에 따른 미충족의료 경험 유무는 남녀 모두에게서 통계적으로 유의하지 않았으며, 남성의 경우 혼인상태에 따른 미충족의료 경험에 있어 통계적으로 강한 유의성($p < 0.0001$)을 보였다.

신자은(2013)은 배우자 유무는 모든 의료변수에 있어서 통계적으로 유의한 요인임을 밝히며 의료서비스를 이용하기 위해 적절한 도움을 받을 수 있는 인적 자원의 중요성을 강조했으며, 채운재(2022)의 연구에서 남성 장애인에게 아무런 돌봄이 제공되지 않았을 때 미충족의료를 경험할 가능성이 높았고, 박금령, 최병호(2018)의 연구에서 돌봄 수요가 충족되지 않은 남성 노인이 돌봄 수요가 충족된 남성보다 미충족의료를 경험할 가능성이 여성 노인보다 높게 나타난 점을 같이 비추어볼 때, 남성장애인에게 일상생활에 도움을 주는 이의 부재는 미충족의료를 경험하게 할 가능성을 높일 수 있음을 시사한다.

둘째, 장애관련 일상생활 제한 정도는 장애인의 미충족의료 경험 가능성을 높이는 유의한 영향요인이었다. 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 남성 장애인에서 1.46배(95% CI : 1.09 - 1.96), 여성 장애인에서 1.79배(95% CI : 1.33 - 2.39)였으며, 높은 군에서 미충족의료를 경험할 오즈비는 남성 장애인에서 2.79배(95% CI : 1.57-4.94)로 통계적으로 유의하게 나타나 남성장애인에게 있어 일상생활 제한 정도가 높아질수록 미충족의료 경험의 오즈비가 증가하였다. 활동제한 유무에 따라 미충족의료 경험에 차이가 있었다는 선행연구(김진구, 2008; 정영호,

2012; 이승희, 2013; 이정욱, 2018; 황병덕, 최령, 2015; 강소라, 문종훈, 2018; 김은수, 은상준, 2020; 최경화 등, 2021)들과 의미를 같이하며, 장애관련 일상생활 제한 정도에 따른 의료접근성 제고 정책의 필요성을 시사한다.

셋째, 남성 장애인 중에서 소득수준별 일상생활제한 정도에 따른 미충족의료 오즈비의 경향성을 살펴보면, 일부 구간에서 통계적으로 유의하지 않았지만 가계소득이 중간 이하인 경우에는 일상생활 제한 정도에 따라 미충족의료를 경험할 오즈비가 점차 증가하였고, 소득이 높은 군에서는 장애관련 일상생활 제한 정도가 중간인 군의 미충족의료를 경험할 오즈비가 가장 높게 나타났다. 이는 경제상태가 높을수록 미충족의료 경험이 낮았다는 선행연구(전보영, 권순만, 2015; 황병덕, 최령, 2015; 이정욱, 2018; 강소라, 문종훈, 2018; 최재우, 김창오, 2022)와 의미를 같이하며, 높은 경제수준이 장애관련 일상생활 제한에 의해 미충족 의료를 경험하는 것에 대해 완충적인 작용을 할 수 있음을 시사한다.

넷째, 경증 남성 장애인에서 일상생활 제한 정도가 심각해질수록 미충족의료 경험 오즈비가 단계적으로 증가했다. 경증 남성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 4.58배 (95% CI : 1.94 - 10.79)로 나타났다. 활동제한과 참여의 의미를 포함하는 '장애관련 일상생활 제한 정도'가 심각한 장애인이 제도권 내에서 심한 장애로 인정받지 못하여 충분한 장애인 복지서비스를 받지 못해 미충족의료가 발생했을 수 있다. 이는 의료 재활영역 및 서비스 영역에 배제오류에 대한 것일 수 있으며, 서비스의 특징에 따라 대상자 기준을 별도로 마련하거나, 환경적 요인과 신체적·정신적 능력의 차이 등의 개인적 요인 간의 상호작용으로 완전하고 효과적인 사회참여에 제약이 있는 상태'를 포괄하는 장애인 정책의 중요성을 강조한 조윤화, 서옥영(2018)의 연구를 뒷받침 하는 근거가 될 수 있겠다.

다섯째, 장애관련 일상생활 제한사항별 미충족의료 경험 오즈비를 살펴보면, 남성의 경우 다리나 발의 움직임 제한(OR : 2.35) > 머리를 부딪치거나 떨어지

는 등 머리 다친 적이 있는 군(OR : 2.24) >잡거나 들고 있는 것의 제한(OR : 1.96) > 불안, 우울 등 감정조절 제한(OR : 1.93) > 보는 것에 제한(OR : 1.83) >기형을 포함하는 외형 손상(OR : 1.79) > 팔이나 손가락의 움직임 제한(OR : 1.76) > 만성질환으로 인한 통증(OR : 1.63) > 듣는 것의 제한(OR : 1.58) > 판단하고 결정하는 것에 제한(OR : 1.48)순으로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았으며 통계적으로 유의하였다. 여성의 경우 다리나 발의 움직임 제한(OR : 2.68) > 만성질환으로 인한 통증(OR : 2.34) > 잡거나 들고 있는 것의 제한(OR : 2.25)> 호흡하는 것에 어려움(OR : 2.17)> 불안, 우울 등 감정조절 제한(OR : 2.08) > 팔이나 손가락의 움직임 제한(OR : 2.07) > 기형을 포함하는 외형 손상(OR : 1.89) > 듣는 것의 제한(OR : 1.65)순으로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

남성과 여성 모두에게 공통적으로 다리나 발의 움직임 제한이 미충족의료 경험 오즈비가 가장 높게 나타났으며, 만성질환으로 인한 통증은 여성에게 더 특징적으로 미충족의료 경험 가능성이 높은 제한사항이었다. 또한 여성 내부장기, 안면 장애인의 경우 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비가 7.45배(95% CI : 1.11 - 50.00)로 나타나 만성질환자의 특성을 지닌 내부장기 장애인을 위한 의료접근성 증진 방안이 필요함을 시사한다. 내부 장기 장애인에 포함되는 상병은 주로 주기적인 병원 진료를 요하는 질환들이 많다. 신장 장애의 경우 만성신부전으로 주기적인 투석치료가 필요하며, 간장애, 심장장애, 호흡기, 장루요루 장애 또한 주기적으로 약물, 산소처방전, 장루 용품, 비뇨기 카테터 등의 처방이 필요하여 주기적으로 병원방문을 필요로 한다. 이처럼 내부 장애인은 만성질환자의 특성을 지니며 의료 필요도가 높으나 이동상 장애를 인정받기 쉽지 않고, 의료접근성 향상을 위한 제도들은 주로 지체, 뇌병변 등 신체 기능적 장애를 가진 인구집단에게 주로 제공되고 있어 내부 장애인의 일상생활 제한이 심각해질수록 복지서비스의 배제 오

류로 미충족의료를 경험하게 될 가능성이 높아졌을 가능성을 생각해볼 수 있다.

정부는 거동 불편자를 대상으로 방문진료를 수행하도록 하는 일차의료 방문진료 수가 시범사업을 2019년 12월부터 시작하였고, 장애인 의료접근성 향상을 위해 마련된 장애인 건강 주치의 사업 또한 이제 막 사업 초기단계를 지나고 있다. 이러한 의료접근성 향상을 위한 정책의 대상자를 선정하는 데에 있어 일상생활에 제한이 있는 내부장기, 안면장애인, 만성질환으로 지속되는 통증으로 일상생활에 제한이 있는 장애인들도 포괄하여 정책의 대상으로 고려할 필요가 있겠으며, 여성 장애인의 만성질환 관리의 중요성과 여성 장애인 특화, 맞춤형 건강서비스의 필요성을 강조한 김성희(2018)의 연구를 뒷받침하는 근거가 될 수 있겠다.

여섯째, 진료비 부담 외 다른 이유로 미충족의료를 경험한 남성 장애인 중 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 사람 대비 높은 사람의 미충족의료 경험 오즈비는 7.15배로 나타났으며, 남성의 경우 일상생활 제한 정도에 따라 진료비 부담 외의 이유로 미충족의료를 경험할 오즈비가 단계적으로 증가했고, 통계적으로도 유의하게 나타나 일상생활 제한 정도가 높으면서 진료비 부담 외의 이유로 미충족 경험한 인구에 대한 의료접근성 향상 대책이 필요함을 시사한다.

일곱째, 여성 장애인의 중 진료비 부담으로 미충족의료를 경험한 오즈비가 장애관련 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군에서 1.99배로 가장 높게 나타났으며 통계적으로도 유의하였다(95% CI : 1.38 - 2.85). 전보영(2014)의 연구에서 중증 장애인의 미충족의료 경험이 경증장애인에 비해 낮게 나타났던 것은 경제적 이유, 편의성의 제한과 같은 이유로 미충족의료를 경험할 확률이 낮았던 것을 토대로 유추해 볼 때, 중증장애인에게 제공되는 의료비 지원과 같은 의료접근성 증진 정책들로 중증 장애인이 경제적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 상대적으로 낮아져, 이와 같은 결과를 나타냈을 수 있음을 생각해볼 수 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구에서는 2018년 - 2020년(1차 - 3차) 장애인삶 패널조사 자료를 활용하여 2015년 ~ 2017년 사이에 장애등록을 마친 만 19세 이상 재가 장애인을 대상으로 장애관련 일상생활 제한 정도가 미충족의료 경험에 미치는 영향에 대해서 살펴보았다.

본 연구의 결론은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 남성장애인의 장애관련 일상생활 제한 정도가 심해질수록 미충족의료를 경험할 가능성은 증가했다. 한편 여성장애인의 일상생활 제한 정도가 낮은 군에 비해 중간인 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 1.79배(95% CI : 1.33 - 2.39)로, 통계적으로 유의하였지만 낮은 군에 비해 높은 군이 미충족의료를 경험할 오즈비는 통계적으로 유의하지 않았지만, 중증 여성 장애인의 장애관련 일상생활 제한 정도에 따라 미충족의료를 경험할 오즈비는 제한 정도가 높아질수록 미충족의료를 경험할 가능성이 단계적으로 증가하였다.

둘째, 남성의 경우 불안, 우울 같은 감정조절의 제한이, 여성의 경우 만성질환으로 인한 통증이 성별에 따라 특징적으로 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 장애관련 일상생활 제한사항으로 나타났다. 장애관련 일상생활 제한사항별 미충족의료 경험에 미치는 영향을 분석한 결과, 남성의 경우 다리나 발의 움직임 제한 > 머리를 부딪치거나 떨어지는 등 머리를 다친 적이 있는 군 > 불안, 우울 같은 감정 조절의 제한이 있는 군 순으로 미충족의료를 경험할 오즈비가 높았으며 여성의 경우 다리나 발의 움직임에 제한 > 만성질환으로 인한 통증 > 잡거나 드는 것에 제한이 있는 군 순으로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

셋째, 장애관련 일상생활 제한 정도에 따른 미충족의료의 발생 원인별 미충족 의료 경험 분석에서 남성 장애인에게 있어 진료비 부담 외의 원인이, 여성 장애인에게 있어 진료비의 부담이 통계적으로 유의하게 나타났다. 남성의 경우 일상생활 제한 정도에 따라 진료비 부담 외의 이유로 미충족医료를 경험할 오즈비가 단계적으로 증가했고, 통계적으로도 유의하게 나타났다. 여성 장애인의 중 진료비 부담으로 미충족医료를 경험한 오즈비가 장애관련 일상생활 제한 정도가 중간인 군에서 1.99배로 가장 높게 나타났으며 통계적으로도 유의하였다(95% CI : 1.38 - 2.85).

계속해서 증가하고 있는 장애인 개인의 복지 욕구와 변화하는 사회·환경적인 요인을 반영하는 사회서비스 제공을 위해서는 변화된 복지 정책에 대한 시의적절한 평가와 현황분석이 필요하다. 본 연구는 2018년 ~ 2020년에 조사한 장애인 삶의 패널조사를 활용하여 장애인의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 살펴보고 장애관련 일상생활 제한 정도가 미충족의료 경험에 유의한 영향요인임을 밝혀 장애인의 의료접근성 증진정책을 위한 기초자료를 제시한 것에 의의가 있다. 장애를 환경과의 상호작용에 의한 결과라는 인식과 개별화된 복지서비스의 필요에 대한 사회적인 관심이 필요하겠으며 장애 정도, 유형에 따른 획일적인 서비스 제공에서 개개인 욕구와 필요, 상황을 고려한 ICF 개념을 반영하는 서비스 제공이 이루어져야겠다.

참고문헌

- 강소라, 문종훈. (2018) 노령 또는 치매로 활동제한이 있는 노인과 활동제한이 없는 노인의 사회인구학적 특성, 우울, 삶의 질, 미충족의료의 비교: 제 7 차 국민건강영양조사 (2016) 원시자료를 이용하여. 고령자치매작업치료학회지, 12(2), 1-11.
- 김보름, 황재건, 김은희, 김은지. (2020). 산업재해 근로자의 미충족 의료 경험 관련 요인. 사회보장연구, 36(3), 135-161.
- 김성희. (2018). 여성 장애인의 실태와 정책과제. 보건복지포럼, 263(0), 6-20.
- 김성희 등. (2020). 2020년 장애인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 김성희, 변경희, 이성애, 정희경, 이민경 (2012). 주요 선진국 장애판정제도 현황 및 정책적 시사점 연구. 보건복지부.
- 김성희, 이연희, 오욱찬, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 오다은, 강동욱, 권선진. (2017). 2017년 장애인 실태조사. 보건복지부.
- 김소애. (2019). 장애인의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인: 비장애인과의 비교를 중심으로. 국내석사학위논문, 한양대학교 보건대학원, 서울.
- 김은수, 은상준. (2020). 패널 자료를 이용한 미충족 의료의 추세와 관련요인. 융합정보논문지, 10(9), 229-236.
- 김지영, 강민욱, 서옥영, 이지원. 장애인의 만성질환, 건강행태 및 사망위험: 국민건강보험공단 건강검진자료 분석. 보건사회연구 2020 ;40(2):121-150.
- 김진구. (2008). 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. 사회복지연구, 37, 5-33.
- 김창현. (2022) . 사회적 배제가 발달장애인의 주관적 건강 및 우울에 미치는

- 영향. 국내석사학위논문, 부산대학교 대학원, 부산.
- 김현면. (2020) 장애여부에 따른 미충족 의료경험 차이. 국내석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 서울.
- 김현지, 김태용, 이혜수. (2021). 장애인삶 패널조사 이용자 안내서. 서울: 한국장애인개발원.
- 김현희, 황지영, 박일수. (2016). 장애인 실태조사 자료를 이용한 국민기초생활수급 장애인의 미충족 의료 결정요인 분석. 한국장애인복지학, 5-28.
- 나은우, 정한영. (2009) 장애의 개념과 분류, 대한의사협회지, 52(6): 537-544, 대한예방의학회 편집위원회. 예방의학과 공중보건학. 제3판. 계축문화사. 2017.
- 박금령, 최병호. (2018). 노인의 미충족 돌봄과 미충족 의료에 대한 탐색적 연구. 보건사회연구, 38(4), 40-56.
- 박상욱, 장기언, 이희숙, 박동식. (1999). 뇌졸중 환자의 일상생활 동작 수행능력과 인지기능, 불안, 스트레스, 우울정도의 관련성. 대한재활의학회지, 23(1), 1-8.
- 박예빈. (2021). 한국 의료패널을 이용한 지체 장애 노인의 의료서비스와 미충족 의료 연구. 국내석사학위논문, 서울대학교 대학원, 서울.
- 박효수. (2022). 장애인활동지원제도 이용이 장애인의 건강수준에 미치는 영향. 석사학위논문, 가톨릭대학교, 서울.
- 보건복지부 등 관계부서 합동. (2018). 제5차 장애인정책종합계획(2018-2022).
- 보건복지부. (2019). 수요자 중심 지원체계 구축: 「장애등급제 단계적 폐지」 시행을 위한 장애인복지 사업안내.
- 보건복지부. (2022). 장애정도 판정기준 (보건복지부 고시 제 2022-167호).
- 보건복지부·한국보건사회연구원. (2017). 『2017년 장애인실태조사』
- 서꽃샘. (2020). 2017 년 국민건강영양조사 자료를 이용한 성별에 따른 초고령 노인의 건강특성과 의료이용. 국내석사학위논문, 울산대학교 산업대학원.

- 신은경, 신형익, 이한나. (2012). 장애인복지법에 따른 15개 장애유형에 적용된 icf 2단계 분류. 보건사회연구, 32(4), 490-529
- 신자은. (2013). 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구, 33(2), 525-577.
- 유소연, 김예순, 홍현숙, 천미경, 모진아. (2011). 일부 지체장애인의 미치료 경험에 영향을 주는 결정요인 분석. 보건행정학회지, 21(4), 565-584.
- 이도연, 남승민. (2020). 골관절염 환자의 활동제한이 건강관련 삶의 질과 우울 증에 미치는 영향. J Korean Soc Phys Med, 15(3), 109-116.
- 이보우. (2014). 우리나라 未充足 醫療의 地域間 變異 研究. 국내박사학위논문, 建陽大學校, 논산.
- 이승희. (2013). 노인의 성별에 따른 건강관련 삶의 질 영향요인. 디지털융복합연구, 11(12), 523-535.
- 이정옥. (2018). 뇌혈관질환자의 미 충족 의료에 미치는 영향요인 연구. 한국지방정부학회 학술대회 논문집, 2018, 613-632.
- 장하리. (2019). 국제 기능장애 건강분류(ICF)에 기반 한 활동과 참여가 노쇠 진행에 미치는 영향. 국내석사학위논문, 인제대학교 일반대학원, 경상남도.
- 전보영, 권순만. (2015). 장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로. 사회보장연구, 31(3), 145-171.
- 전보영. (2014). 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 국내박사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 정영호. (2012). 한국의료패널로 본 활동제한과 미충족 의료. 보건복지 Issue & Focus, 120, 1-8.
- 조상은, 이지수, 이선화, 이수연. (2017). ICF 기반의 장애사정체계 활용방안을

- 위한 기초연구: 해외사례를 중심으로. 한국장애인고용공단 장애인개발원, 1-155.
- 조운화, 서옥영. (2018). OECD 국가 장애출현율 산출기준과 장애개념 관계성 연구: 한국, 호주, 독일, 프랑스를 중심으로, 한국장애인개발원.
- 조운화, 김용진, 오윤지, 김민, 송기호, 이윤경. (2022). 장애인등록제도 개편방안 연구. 서울: 한국장애인개발원.
- 조운화, 김태용, 문혜미. (2020). ICF 장애개념에 근거한 한국 장애출현율 산출기준에 관한 실증 연구 - MDS도구 활용을 중심으로. 한국장애인복지학, (47), 129-156.
- 채운재. (2022). 장애인에 대한 돌봄 제공 및 사회적 돌봄 서비스가 미충족 의료 경험에 미치는 영향. 국내석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 서울.
- 최경화, 김미현, 최용준, 조용민, 김미소, 정은혜, 김정애. (2021). 한국 장애인 미충족 의료 현황. 보건사회연구, 41(3), 160-176.
- 최재우, 김창오. (2022). 거동불편 사유로 인한 미충족 의료의 규모와 관련 요인 탐색 연구: 방문의료 대상자 추계를 위한 근거. 보건행정학회지, 32(1), 53-62.
- 최주원. (2022). 코로나 19와 미충족 의료 관련 요인. 국내석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 서울.
- 탁성숙. (2018). 의료접근성 영향요인에 관한 연구. 국내석사학위논문, 성균관대학교, 서울.
- 한국장애인개발원. (2020). 2019 장애인 삶 패널조사. 서울: 한국장애인개발원.
- 허재현, 조영태. (2008). 서울시 노인의 사회경제적 수준별 활동제한 및 건강행태. 한국노년학, 28(1), 87-104.
- 황병덕, 최령. (2015). 노년기에 따른 미충족 의료 현황 및 관련 요인. 보건의료

산업학회지, 9(1), 81-93.

황수경. (2004). WHO의 새로운 국제장애분류(ICF)에 대한 이해와 기능적 장애 개념의 필요성. 노동정책연구, 4(2), 128-149.

황홍구, 정현식. (2017). 장애인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 한국산학기술학회 논문지, 18(5), 219-225.

- Akobirshoev, I., Vetter, M., Iezzoni, L. I., Rao, S. R., & Mitra, M. (2022). Delayed Medical Care And Unmet Care Needs Due To The COVID-19 Pandemic Among Adults With Disabilities In The US: Study examines delayed medical care and unmet care needs attributable to the COVID-19 pandemic among US adults with disabilities. *Health Affairs*, 41(10), 1505-1512.
- Andresen, E. M., Lollar, D. J., & Meyers, A. R. (2000). Disability outcomes research: why this supplement, on this topic, at this time? *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81, S1-S4.
- Australian Bureau of Statics. (2018). Survey of Disability, Ageing and Carers (SDAC 18). Household Questionnaire.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Australia's welfare 2017. Canberra: AIHW.
- Charlifue, S. W., Weitzenkamp, D. A., & Whiteneck, G. G. (1999). Longitudinal outcomes in spinal cord injury: aging, secondary conditions, and well-being. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 80(11), 1429-1434.
- DeJong, G., Palsbo, S. E., & Beatty, P. W. (2002). 1. The organization and financing of health services for persons with disabilities. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 261-301.
- Donnelly, C., McColl, M., Charlifue, S., Glass, C., O'Brien, P., Savic, G., & Smith, K. (2007). Utilization, access and satisfaction with primary care among people with spinal cord injuries: a

- comparison of three countries. *Spinal Cord*, 45(1), 25-36.
- Dryden, D., Saunders, L., Rowe, B., May, L., Yiannakoulis, N., Svenson, L., Schopflocher, D., & Voaklander, D. (2004). Utilization of health services following spinal cord injury: a 6-year follow-up study. *Spinal Cord*, 42(9), 513-525.
- Emerson, E., Madden, R., Graham, H., Llewellyn, G., Hatton, C., & Robertson, J. (2011). The health of disabled people and the social determinants of health. *Public health*.
- He, S., Craig, B. A., Xu, H., Covinsky, K. E., Stallard, E., Thomas III, J., Hass, Z., & Sands, L. P. (2015). Unmet need for ADL assistance is associated with mortality among older adults with mild disability. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 70(9), 1128-1132.
- Henning-Smith, C., McAlpine, D., Shippee, T., & Priebe, M. (2013). Delayed and unmet need for medical care among publicly insured adults with disabilities. *Medical care*, 1015-1019.
- ICED. (2019). *The Missing Billion*.
- Jette, A. M., & Keysor, J. J. (2002). 3. Uses of evidence in disability outcomes and effectiveness research. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 325-345.
- Jørgensen, H. S., Kammersgaard, L. P., Nakayama, H., Raaschou, H. O., Larsen, K., Hübbe, P., & Olsen, T. S. (1999). Treatment and rehabilitation on a stroke unit improves 5-year survival: a community-based study. *Stroke*, 30(5), 930-933.
- Leonardi, M., & Martinuzzi, A. (2009). ICF and ICF-CY for an

- innovative holistic approach to persons with chronic conditions. In (Vol. 31, pp. S83-S87): Taylor & Francis.
- Liem, N. R., McColl, M. A., King, W., & Smith, K. M. (2004). Aging with a spinal cord injury: factors associated with the need for more help with activities of daily living. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(10), 1567-1577.
- MacKay, D. (2006). The United Nations Convention on the rights of persons with disabilities. *Syracuse J. Int'l L. & Com.*, 34, 323.
- McColl, M. A. (1999). Expectations of health, independence, and quality of life among aging spinal cord-injured adults. *Assistive Technology*, 11(2), 130-136.
- McColl, M. A. (2005). Disability studies at the population level: Issues of health service utilization. *The American journal of occupational therapy*, 59(5), 516-526.
- McColl, M. A., Aiken, A., McColl, A., Sakakibara, B., & Smith, K. (2012). Primary care of people with spinal cord injury: scoping review. *Canadian Family Physician*, 58(11), 1207-1216.
- McColl, M. A., Jarzynowska, A., & Shortt, S. (2010). Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence. *Disability & Society*, 25(2), 205-218.
- Okawa, Y., Ueda, S., Shuto, K., & Mizoguchi, T. (2008). Development of criteria for the qualifiers of activity and participation in the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' based on the accumulated data of population surveys. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(1), 97-103.

- Park, I.-S., Kim, D.-Y., & Kang, C.-Y. (2011). The relationship of dysfunctions degree, daily living activity, depressiveness and quality of life among the elderly suffering from stroke. *The Korean Journal of health service management*, 5(2), 173-186.
- Pentland, W., McColl, M., & Rosenthal, C. (1995). The effect of aging and duration of disability on long term health outcomes following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 33(7), 367-373.
- Pope, A. M., & Tarlov, A. R. (1991). Disability in America: Toward a national agenda for prevention. ERIC.
- Salvador-Carulla, L., & Garcia-Gutierrez, C. (2011). The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy. *BMC Public Health*, 11(4), 1-10.
- Sen, A. (2014). Development as freedom (1999). *The globalization and development reader: Perspectives on development and global change*, 525.
- The Lancet Public, H. (2021). Disability-a neglected issue in public health. *Lancet Public Health*, 6(6), e346.
- UN. (1997). Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses revision 1. Department of Economic and Social Affairs Statistics Division.
- United Nations. (2006). United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva, United Nations.
- WHO & World Bank (2011). World report on disability. WHO, Geneva.
- WHO. (1980). ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.

- WHO. (2001) ICF Introduction. 2001. World Health Organization
- World Health Organization. (2011). World report on disability 2011.
World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). 국제 기능·장애·건강 분류 한글번역본 제
2차 개정판 (사회보장정보원, 역). 사회보장정보원.

ABSTRACT

Effects of the Disability-Related Limitations of Daily Living on Unmet Needs

Kim, Hanseul

Graduate school of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Sung-In Jang, M.D., Ph.D.)

The disabled have various limitations in their daily life. These limitations become a factor that keeps health problems unsolved without timely responses and even it could make their physical condition worse. In order to prevent potential health deterioration of the disabled and to resolve their social disadvantage, political interest and support for the restrictions in daily life are important. Overseas nations appreciate the importance of 'activities and social participation' of the disabled and they consider them when selecting welfare recipients. This study is to research how 'the disability-related limitations of daily living', which is questionnaire the Australian National Statistical Office uses to measure disability by applying the concept of 'activity and social participation', could influence unmet needs.

This study utilized data from the Disability and Life Dynamics Panel from 2018 to 2020 (1st-3rd). Focusing on adult disabled panels who are over 19 years old and got registered as the disabled from 2015 to 2017, this study analyzed them with Generalized Estimating Equations (GEE) for determining effects of the Disability-related limitations of daily living on the unmet needs. The degree of disability-related limitations of daily living consist of 14 items with four-point Scale. This study analyzed subjects by dividing groups. After combining scores of the 14 items, if the point is 29 points or more, this study considered the group a high restriction group in daily life. If the point is 14 points or more and less than 29 points, this study considered the group a medium restriction group in daily life. If the point is less than 14 points, this study considered the group a low restriction group in daily life. This study set the unmet needs as a dependent variable, and researched whether the research subjects had ever experienced sufficient treatment at a hospital or clinic within the past 6 months or not. It include variables including demographic and socioeconomic factors, health behavior factors, and disability-related factors and conducted analysis. Considering epidemiological characteristics of gender, it operated every analysis by each gender. Research results of this study are as follows.

First, as the 'disability-related limitations of daily living' increased, the odds ratio of experiencing unmet needs increased gradually in case of men, and it was statistically significant. When it comes to women, the odds ratio of experiencing unmet needs were 1.79 times

(95% CI: 1.33 - 2.39) in the medium restriction group compared to the low restriction group and it was significant, but the odds ratio of experiencing unmet needs in the high restriction group were 1.58 times (95% CI: 0.80 - 3.12) compared to the low restriction group and it was not significant in a specific phase.

Second, in case of men, limitations on emotional regulation such as anxiety and depression are factors of experiencing the unmet needs, and in case of women, pain due to chronic diseases appeared to be a factor to experience the unmet needs. As a result of analyzing the effect of each item from the disability-related of daily living on the unmet need experience, in case of men, the odds ratio of experiencing the unmet needs were high in the order of movement restriction of legs or feet, head injuries such as bumping or falling, and emotional control restriction such as anxiety and depression. In case of women, the odds ratio of experiencing the unmet needs were high in the order of movement restriction of leg or foot, pain due to chronic disease, and restriction in gripping or lifting.

Third, in case of men, the men with disability had the other reasons except burden of medical expenses of experiencing the unmet needs and the women with disability regarded the burden of medical expenses as a factor to experience the unmet needs.

This study researched the effects of the disability-related limitations of daily living on the unmet needs. It is likely to happen that the disabled with the disability-related limitations of daily living could have high risk to experience the unmet needs and the risk of the unmet

needs and reasons showed different characteristics depending on conditions and genders. Therefore, in order to improve medical accessibility of the disabled, it is necessary to provide comprehensive support that considers the disability-related limitations of daily living including chronic diseases, pain, and mental health and to provide policies of improving medical accessibility that reflects individual needs and necessity of the disabled, society, and environment.

Keywords: The Disabled, Unmet Needs, The Disability-Related Limitations of Daily Living, ICF, Limitations of Daily Living