



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](#)

사회학 석사 학위논문

개인의 건강과 국가의 건강관련 공공지출이
노년기 생활만족도에 미치는 영향:
OECD국가비교연구

2016년 8월

서울대학교 대학원

사회학과

박정현

국문초록

노년기 삶에 있어 신체기능적 쇠퇴는 불가피한 현실로 노인을 다양한 질병과 질환 위험에 노출시키며 치료와 돌봄을 요구한다. 탈산업화 이후 국가는 노인의 치료와 돌봄의 원천으로, 노년기 생활만족도를 결정하는 주요 환경요인으로 주목된다. 즉 노년기 생활만족도에 대한 연구에 있어 노인의 건강문제는 중요한 영향요인이나 개인 수준 외 국가환경적 요인 또한 함께 고려되어야 한다는 문제의식을 바탕으로, 본 연구는 OECD 31 개국을 대상으로 노년기 생활만족도에 개인의 건강상태와 국가의 의료, 장기요양, 그리고 완화돌봄에 대한 공적 지원수준이 미치는 영향을 측정하고 국가별 차이를 경험적으로 검증하고자 한다. 분석 방법으로 서로 다른 수준의 변수를 하나의 모형에 포함하여 분석할 수 있는 위계선형모형(Hierarchical Linear Model)을 활용하며, 개인수준의 자료로 국제사회조사 자료인 World Values Survey(WVS)의 65 세 이상 노인집단 응답을, 국가수준의 자료는 OECD 통계자료와 완화돌봄 비용지원 자료를 활용한다.

분석 결과 장기요양지출과 완화돌봄 비용지원이 노년기 생활만족도를 개선하는 주요 환경적 요인으로, 지출이 증가할수록 생활만족도 또한 유의미하게 증가하는 것으로 나타난다. 공공의료지출은 독립적으로 생활만족도에 영향을 미치나 장기요양과 완화돌봄 효과로 인해 그 유의미성이 사라져, 일상생활에 대한 돌봄 및 신체적 고통 완화의 제도적 기반이 의료적 지원 보다 노인의 생활만족도를 충족시키는 공적 지원으로 기능함을 알 수 있다. 완화돌봄 비용지원은 노인의 주관적 건강인식과 유의미한 상관성을 보이며 주관적 건강인식이 낮은 집단에서 생활만족도를 개선하는 효과를 보인다. 국가의 지출 수준별 노인집단의 생활만족도 차이를 비교하였을 시, 한국은 의료, 요양 그리고 완화 모든 측면에서 타 30 개국 대비 낮은 지출과 낮은 만족도를 보이고 있어, 국가의 노후 건강관련 지원 수준은 미흡한 것으로 나타난다. 그러나 본 연구결과는 의료, 요양 및 완화 전반의 공공지출을 증가시키는 것보다 노년기 기능적 쇠퇴로 감소하는 생활만족도 개선을 위한 우선순위 설립을 통한 실천이 필요한 점을 시사한다.

주제어: 노년기, 생활만족도, 공공지출, 건강, 장기요양, 완화의료, OECD, 위계선형분석

목차

1. 서론	1
2. 이론적 배경	4
2.1 노년기 생활만족도에 대한 이론적 배경	4
2.2 노년기 생활만족도 주요 구성요인 선행연구 검토: 개인수준	6
1) 노년기 생활만족도	6
2) 노년기 생활만족도와 건강상태.....	7
3) 노년기 생활만족도와 그 외 결정요인.....	9
2.3 노년기 생활만족도 주요 구성요인 선행연구 검토: 국가수준	11
1) 노년기 생활만족도와 공공지원.....	11
2) 노년기 생활만족도와 공공의료지출.....	13
3) 노년기 생활만족도와 공적 장기요양보장 지출.....	14
4) 노년기 생활만족도와 공적 완화돌봄 비용지원.....	15
3. 방법론 및 분석자료	19
3.1 분석자료	19
1) 개인 수준의 자료: World Values Survey	19
2) 국가수준의 자료: OECD Statistics 외	20
3.2 분석방법 - 위계선형모형.....	21
1) 1단계 - 기술통계분석 (Descriptive Analysis)	21
2) 2단계 - 위계선형모형 (Hierarchical Linear Model).....	21
3.3 분석대상 및 국가	23
1) 분석대상 - 65세 이상의 전기 및 후기노년기 노인집단	23
2) 분석국가 - OECD31개 국가	24
3.4 활용변수 및 변수구성	27
1) 개인수준 활용변수	27
2) 국가수준 활용변수	29
4. 분석결과	34
4.1 국가별 주요변수 및 특성	34
1) 개인수준 주요변수 기술	34
2) 국가별 건강관련 공공지출과 노년기 생활만족도 특성	36
4.2 위계선형분석 결과	42
1) 기초모형(Null Model) 결과	42
2) 노년기 생활만족도의 중요요인에 대한 위계선형 분석결과	42
3) 세부연령집단 별 생활만족도 중요요인에 대한 위계선형 분석결과	46
5. 결론 및 한계	48

부록	52
〈부록 1〉 The Economist Intelligence Unit(EIU)의 ‘세계 완화돌봄 평가’ 지표 구성	52
〈부록 2〉 국가별 65 세 인구의 생활만족도 평균	53
〈부록 3〉 국가별 65 세 인구의 주관적 건강인식 평균	54
〈부록 4〉 개인수준 변수간의 상관분석	55
〈부록 5〉 국가수준 변수간의 상관분석	56
〈부록 6〉 31 개국 공적 장기요양보장 현황 요약	57
〈부록 7〉 31 개국 65 세 이상 노인집단의 세부연령별 주관적 건강인식 추이	59
참고문헌	60
Abstract	69

표 목차

〈표 3-1〉 국제기관 및 국가별 노인인구 연령구분 표	24
〈표 3-2〉 분석대상 국가의 기술통계 요약	26
〈표 3-3〉 활용 변수 요약	31
〈표 3-4〉 활용 변수 기술통계 요약	32
〈표 3-5〉 국가별 1인당 국민소득 및 활용변수 관련 공공지출	33
〈표 4-1〉 연령집단 간의 생활만족도 차이 독립표본 t 검정 결과	35
〈표 4-2〉 연령집단 간의 주관적 건강인식 차이 독립표본 t 검정 결과	36
〈표 4-3〉 65세 이상 노인인구의 생활만족도 위계선형모형 분석결과	44
〈표 4-4〉 전기 및 후기노인집단에 따른 노년기 생활만족도 위계선형모형 분석결과	47

그림 목차

〈그림 2-1〉 연령인구집단 별 신체적 고통 경험비율	8
〈그림 2-2〉 연구 분석틀 제시	17
〈그림 4-1〉 국가별 65세 이상인구의 생활만족도	34
〈그림 4-2〉 국가별 65세 이상인구의 주관적 건강인식	36
〈그림 4-3〉 국가별 공공의료지출(X)과 65세 이상 인구의 생활만족도(Y)	38
〈그림 4-4〉 국가별 공적 장기요양지출(X)과 65세 이상 인구의 생활만족도(Y)	40
〈그림 4-5〉 국가별 공적 완화돌봄 비용지원(X)과 65세 이상 인구의 생활만족도(Y)	41

1. 서론

노년기의 노화와 질환, 질병 문제는 여전히 피할 수 없는 노인의 현실이다. 의료기술의 발달로 노인의 기대수명은 늘어났으나, 대다수의 노인은 여전히 3개 이상의 만성질환을 앓으며 노년의 본질적 건강문제와 마주한다 (WHO, 2010). 늘어난 기대 수명 내 건강한 삶을 유지하는 것이 중요하게 고려되는 동시에 건강한 노년기를 유지하는데 그 한계가 있다. 오래 살지만 질병과 장애로 고통을 겪는 시간 또한 길어질 수 있는 노년기 삶을 개선하는 문제에 대한 재고가 필요함을 시사한다.

노년기의 노화와 기능적 쇠퇴는 기존의 자아와 경험을 변화시키는 요인으로 신체뿐만 아닌 심리, 사회적 문제를 파생시킨다. 노인은 사회적 역할에서 이탈하며 상실감, 자아적응, 심리적 무기력함을 경험한다. 또한 기능적 쇠퇴는 노인의 일상생활 내 독립성을 저하시키고 국가의 공공의료 및 장기요양보장 등과 같은 노후보장 지원에 대한 의존도를 증가시킨다. 그 주요 원인으로 가족 역할의 축소를 들 수 있다. 탈산업화 이후 시장 중심의 사회는 전통적 돌봄의 기능을 제공했던 가족의 역할을 약화시켰다. 그 결과 노인의 돌봄 소재는 가족에서 국가와 사회로 전환되었다 (Radcliff, 2001). 한국노인의 경우 66%가 노후에 장기요양보장 및 의료, 복지시설 이용을 희망하며 가족 대신 공공지원을 노후생활유지의 주요 방안으로 고려한다 (한국보건사회연구원, 2010). 이러한 공적 지원은 실질적인 수혜 대상자뿐 아니라 잠재적 수혜대상자인 일반 노인의 심리적 안정 요인으로 기능하며 노년기 생활만족도에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대된다 (박종연 외, 2012). 결국 가족 역할의 축소는 노년기 삶 내 의료 및 장기요양과 같은 공공 지원의 중요성을 증가시키며, 노인의 생활만족도를 강화하는 또 하나의 측면으로 국가수준의 공공지원이 함께 고려되어야 함을 제시한다.

그간의 노년기 생활만족도에 대한 연구는 개인수준의 경험변화에 따른 차이, 또는 국가수준의 지원환경의 효용으로 분리되어 진행되어 온 경향이 관찰된다. 이탈이론 및 활동이론과 같은 사회심리적 이론들은 신체기능쇠퇴로 인한 노인의 역할 변화에 집중하고 노년기 생활만족도는 사회적 이탈 및 활동적 삶을 통해 개선된다고 주장한다 (Cumming & Henry, 1961; Neugarten et al., 1968). 즉 사회심리적 이론들은 노년기 생활만족도 문제와 영향요인을 개인수준의 생활환경에서 찾고자 한다. 반면 정치·경제이론 및 생태체계이론은 노화를 사회체계에 의해 구성된 것으로 정의하며, 노화경험과 생활만족도는 국가의 정책적 기반에 따라 차별적

이라고 주장한다 (Walker, 1981; Bronfenbrenner, 2009; 류종훈 외, 2008). 그러나 노년기의 삶은 단순히 개인수준 또는 국가수준의 환경으로 분리하여 연구될 수 있는 문제가 아니다. 신체기능상의 노화와 함께 사회적 역할 변화, 그리고 이에 따른 노후보장수단에 대한 의존 등이 복합적으로 발생하며 노인의 전반적 삶에 영향을 미치기 때문이다. 즉 노년기 생활만족도에 노인의 건강문제와 이에 대한 공적 지원이 미치는 영향에 대한 경험적 연구가 요구된다.

본 연구는 노년기 생활만족도 연구에 있어 개인수준과 국가환경적 요인이 함께 고려되어야 한다는 문제의식에서 출발한다. 특히 기능적 쇠퇴는 노인전반의 보편적 문제로 생활만족도를 저하시키는 주요요인으로 간주하고, 노인의 건강문제 대한 공공지원으로 공공의료, 장기요양보장, 그리고 완화돌봄 지원여부가 미치는 효과를 관측하고자 한다. 기존의 연구는 공공의료지원을 노화로 인한 질병을 치료하는 공적 지원으로 노년기 건강문제 해결과 생활만족도 증진의 제도적 환경으로 정의한다 (Katakorpi & Laamanen, 2008). 그러나 의료지원만으로 노년기 기능적 쇠퇴로 발생하는 일상생활 내 장애와 돌봄에 대한 필요를 해소하기에 한계가 있다. 이를 보완하는 제도로 장기요양보장이 소개되는데, 이는 만성질환 및 고질적 건강문제를 경험하는 노인에게 현물 및 현금, 돌봄, 그리고 요양 시설 등을 지원하며 사회적 돌봄을 제공한다 (Kane, 2001; 박종현 외, 2012). 그간의 연구는 장기요양보장지출의 경제성에 치중되어 있고, 제도적 기반이 노인 전반의 생활만족도에 미치는 영향력에 대한 연구는 제한적으로 여전히 검증이 요구된다. 따라서 본 연구는 공적 장기요양보장 여부가 제도 그 자체로서 노인인구 전반의 생활만족도에 미치는 영향을 파악하고자 한다. 또한 본 연구는 노년기 건강문제에 대한 또 하나의 공공지원으로 완화돌봄(palliative care)¹을 제시하며 노년기 생활만족도에 미치는 효과를 검증하고자 한다.

공적 지원 수준을 대표하는 요인으로 공공지출을 활용하여 지출 차이에 따른 노년기 생활만족도 변화를 관측하고자 한다. 공적 지출에 대한 논의는 상이하나, 지출 수준은 보급대상 및 관련 문제에 대한 국가별 우선순위를 반영하는 객관적 변수이다 (Kircaldy et al., 2005). 다시 말해 공공의료지출, 장기요양보장 지출 그리고 완화돌봄 지출차이는 분석 국가 내 노년

¹ Palliative care는 현재 한국에서 '완화의료'로 정의되어 법률안 또한 '의료'의 개념을 활용한다. 완화의료의 명칭에 대한 다양한 논의가 현재 진행 중인데, 그 주요 쟁점은 Care(돌봄)의 개념이 의료로 번역되어 지칭되는 점이다. 그 논의는 본 연구의 목적과는 별개의 주제로 간주되지만, 국제사회에서 통용되는 '돌봄(Care)'로 본 연구에서는 '완화돌봄'으로 정의할 것이다.

기 건강문제에 대한 우선순위 파악하고 국가별 차이를 비교하는데 용이하다. 따라서 본 연구는 국가수준의 대표변수로 공공의료지출, 공적 장기요양보장 지출 그리고 공적 완화돌봄 비용지원 여부를 활용하여 분석을 진행한다.

이러한 문제의식을 검증하기 위해 본 글은 다음과 같은 구성을 따른다. 먼저 2장에서는 기존의 노년기 생활만족도에 대한 이론적 논의를 세부적으로 개인수준의 건강과 국가수준의 건강관련 공공지원 구분하여 검토하고, 이를 반으로 본 연구의 연구가설과 분석틀을 제시한다. 3장에서는 연구가설을 검증하는데 활용한 자료의 특성, 분석대상과 국가, 변수 등을 기술하며 국가와 개인의 자료를 통합적으로 분석할 수 있는 위계선형모형(Hierarchical Linear Model)을 분석방법으로 제시한다. 마지막으로 4장에서는 분석결과와 해석을 기술하고, 5장에서는 본 연구의 함의와 한계점을 정리하며 논의를 마무리한다.

2. 이론적 배경

2절에서는 노년기 생활만족도에 영향을 미치는 요인을 개인수준과 국가수준으로 구분하여 기존의 이론적 자원을 검토하고자 한다. 삶의 질은 20세기 중반에 서양국가를 시작으로 여전히 국제사회 전반에서 활발히 논의되는 사안이다. 그간 노년기 삶의 질을 구성하는 기여요인에 대한 다양한 논의가 진행되어 왔다. 반 세기 이상 진행되어 온 노년기 삶의 질, 생활만족도에 대한 연구 중 본 연구는 노년의 신체적 쇠약 과정과 이에 대한 공적 지원에 따른 생활만족도의 차이에 집중하고자 한다.

2.1 노년기 생활만족도에 대한 이론적 배경

노년기 생활만족도에 대한 이론은 크게 1) 개인수준의 심리사회적 논의와 2) 국가수준의 공적 지원 기반에 논의로 구분된다. 우선 개인수준의 사회심리적 관점에서 노화는 생애주기 내 필연적 과정으로 개인의 경험과 사회적 역할 변화를 초래한다. 대표적 이론으로 이탈이론(disengagement theory)과 활동이론(activity theory)이 있는데 공통적으로 신체적 노화와 기능약화에 따른 노인의 생활기반의 변화와 전반적 생활만족도의 차이를 논한다. 이탈이론은 Cumming & Henry(1961)을 시작으로 발달된 이론으로 노인의 사회적 역할로부터 분리와 수용이 노년기 생활만족도를 유지 및 강화하는데 있어 중요하다고 주장한다. 본 이론은 노년기를 개인의 삶과 남은 생애 집중할 수 있는 사적 시간으로 정의하며, 사회적 분리로 사회에 미칠 분열(disruption)을 최소화해야 한다고 강조한다. 이후 이탈이론은 노년기 사회적 관계의 역할에 대한 주요 이론으로 발전했으나, 노인의 자발적 사회이탈로 인한 관계축소는 약화된 건강으로 인한 신체기능의 쇠퇴를 전제하고 있다 (Kalish, 1972; 류종훈 외, 2008).

활동이론은 반면 노화를 사회적 분리과정으로 해석하는 이탈이론을 비판하며, 노인이 활동적 관계를 유지함으로써 노년기 생활만족도가 유지될 수 있다는 주장이다 (Neugarten et al., 1968). 가족관계 및 여가활동참여 등의 능동적 삶을 유지하는 것이 노년기 생활만족도에 긍정적인 영향을 미치나 이는 연령에 따라 차별적이다. 연령이 높은 집단일수록 사회적 관계의 규모가 축소되며 그 원인으로 기능적 쇠퇴가 제시된다 (Havighurst, 1963; Bowling, 2008). 즉 신체적 노화는 노인의 활동적 삶을 훼손하고 생활만족도를 저하시킨다 두 이론은 공통적으로 노인의 건강상태가 생활 변화의 주요원인으로 정의하며, 이에 대한 대응적 태도와 실천

양상으로 개인의 이탈 및 활동을 각각 주장한다.

노년기의 경험은 단순히 개인수준의 신체, 심리적 변화만으로 형성되는 것이 아니라 국가의 공적 환경의 영향 또한 받는다. 대표이론으로 정치·경제이론(political economy theory)과 생태체계적 이론(eco-system theory)이 있다. 정치·경제이론은 “노화란 단독적으로 발생하는 것이 아니고 노인이 살고 있는 환경 요인 및 공공정책 등”의 객관적 사회기반에 의해 형성되는 것이라 정의한다 (류종훈 외, 2008: 22). 즉 공적 기반은 경제적 및 사회적 지원을 통해 건강 및 소득에 따른 생활격차를 조절하며 노인인구 전반의 생활만족도를 증진하는 제도적 장치로서 기능한다 (Walker, 1981; Putnam, 2002; Quadagno & Reid, 2008). 생태체계적 이론은 인간발달과정에 있어 개인의 삶은 사회적 환경과 상호적으로 형성되는 것으로, 인간의 생활만족도 연구에 있어 개인수준의 요인 외 국가수준의 환경적 기반이 함께 고려되어야 한다고 주장한다 (Lawton & Lucille, 1973; Bronfenbrenner, 2009). 생태체계적 관점에서 환경은 크게 미시, 중간 그리고 거시수준으로 구분되며 특히 정책 및 경제등과 같은 거시적 기반이 노년기 삶에 중요조건으로 정의된다. 결론적으로 두 이론은 노인의 생활에 있어 개인 수준 외 노후정책과 같은 사회적 환경과 체계 또한 중요한 기여를 한다고 제시한다.

그렇다면 노년기 생활만족도에 영향을 미치는 개인수준의 요인과 국가수준의 조건으로 어떠한 논의가 진행되었는가? 다음 절에서는 생활만족도에 대한 선행연구 검토를 개인수준과 국가수준으로 구분하여 진행하고자 한다. 특히 노년기 생활의 결정적 변화인 건강이 생활만족도에 어떠한 영향을 미치며, 노후 건강에 대한 공적 지원 및 그 외 영향요인으로 어떤 논의가 진행되어 왔는지 탐색하고자 한다.

2.2 노년기 생활만족도 주요 구성요인 선행연구 검토: 개인수준

1) 노년기 생활만족도

생활만족도는 개인의 일상생활 및 현재의 삶에 대한 가치를 느끼는 정도로, 생활 전반에서 느끼는 주관적 만족감을 평가한다 (Neugarten et al., 1961). 생활만족도에 대한 개념은 경제수준으로 구성원의 삶을 평가하는 기존의 관점에 대한 문제의식과 함께 출현한다. Kalish(1975)는 인간의 삶은 개인 생활 속 다양한 경험과 사회적 조건을 통해 형성되며 개인에 의해 주관적으로 느껴지는 것이라 강조하며 생활만족도 평가의 중요성을 주장한다. 즉 생활만족도는 구성원의 삶과 주관적 인식을 반영하는 대표요인으로 특히 노년학 경험연구의 주요 변수로 고려되는데, 이는 노년기의 삶에 객관적 조건과 주관적 인식이 모두 중요하게 작용하기 때문이다 (김명소 외, 2001; Helliwell, 2008).

생활만족도는 삶의 질과 유사한 개념으로 혼용되나 개인 삶의 인지적 만족감을 반영하는 것으로 삶의 질을 대표한다. 삶의 질 구성요인은 다차원적인데 주로 주관적 평가 외 정치, 경제적 상황, 문화 및 사회적 맥락 등의 측면으로 구분된다 (Netuveli & Blane, 2008). 즉 삶의 질은 개인의 삶을 구성하는 객관적 환경기반을 함께 반영하며 구성원의 생활 수준을 측정한다. 이와 달리 생활만족도는 개인의 주관적 상태만을 측정한다. 그러나 생활만족도는 객관적 범주 내 경험되는 인지적 만족으로, 객관적 삶의 질을 대표하는 Human Development Index 및 Better Life Index와 같은 국제지표와 높은 상관성을 갖는다 (Flech et al., 2011). 이는 앞서 지적한 것과 같이 사회적 조건 내 주관적으로 인지되는 생활만족도는 객관적 세부조건에 대한 인식을 함께 내재하고 있기 때문이다. 결국 생활만족도는 개인의 주관적 상태뿐만 아니라 개인의 삶을 구성하는 객관적 사실에 대한 반영으로 삶의 질을 대표한다.

노년기 생활만족도는 따라서 1)객관적 사실에 대한 만족도와 2)주관적 인식 반영으로 구분된다. 첫째, 객관적 사실에 대한 생활만족도 요인으로 개인의 경제력, 건강, 사회적 지지 및 관계 등이 대표적이다. 이는 노인의 심리적 기제를 촉발하는 외적 조건으로서 삶에 대한 전반적 인식에 영향을 미친다. 생활만족도의 객관적 조건에 대한 다양한 논의가 존재하는데, 공통적으로 개인의 가족, 직업, 경제, 건강 및 사회적 측면 등으로 구분된다. 그러나 객관적 요인에 대한 만족도는 전반적 생활만족도(life satisfaction)와 높은 상관관계를 갖는데 이는 앞서 논의한 것과 같은 개인의 객관적 환경기반에 대한 만족은 전반적 생활에 대한 인식으로 연계

되기 때문이다 (Markides & Martin, 1979; 유태균·반정호, 2012). 즉 생활만족도는 개인의 객관적 조건에 대한 만족을 통합적으로 반영하는 핵심 변수이다.

둘째, 주관적 인식을 반영하는 만족도는 객관적 조건을 경험하면서 형성되는 노인의 내부 심리상태를 의미한다. 대표요인으로 전반적 생활만족도(life satisfaction), 행복감(happiness), 자기기대 및 존중감(the meaning of life)이 있다. 행복감은 응답자의 정서적 성향을 반영하는 요인으로 개인의 일상적 감정상태를 대표하는 반면, 자기기대 및 존중감은 삶에서 느끼는 의미와 목적을 반영하며 개인의 정서적 성향 외 미래지향적 특성을 내재하고 있다 (이소정, 2013). 개별 요인의 적절성은 연구목적에 따라 차별적이나, 전반적 생활만족도는 개인의 행복감, 기대, 존중 및 의미와도 높은 상관관계를 보이는 변수로써 노인의 삶 내 객관적 사실 뿐만 아니라 세부 심리적 상태를 복합적으로 반영하는 특성이 있다 (Ulloa et al., 2013). 그 결과 생활만족도는 다양한 삶의 질 연구의 주요변수로서 노년기 삶에 대한 연구에서 또한 대표적으로 활용된다 (Layard, 2011).

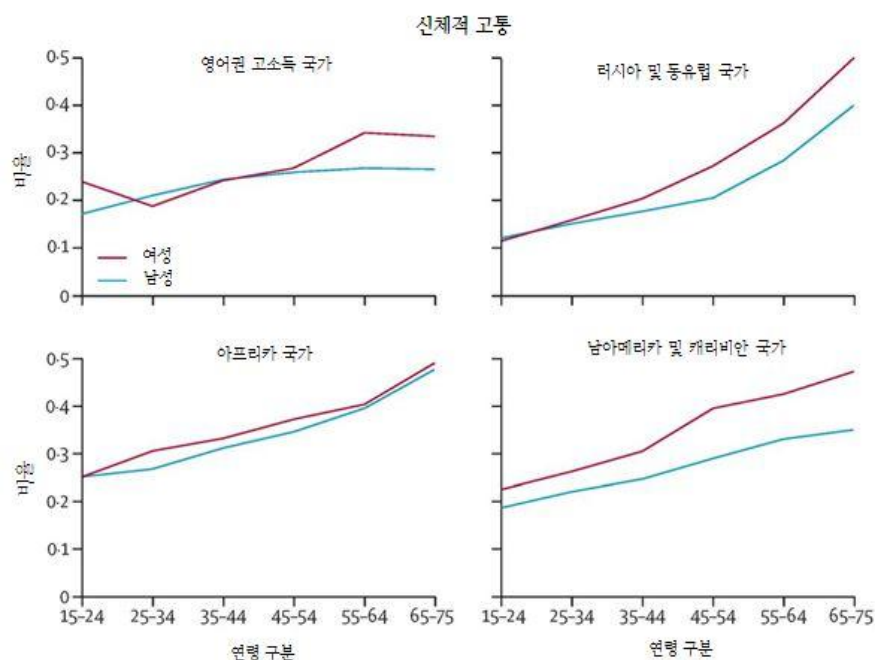
2) 노년기 생활만족도와 건강상태

노년기 건강상태는 세부적으로 1)객관적 건강상태와 2)주관적 건강상태로 구분된다. 객관적 건강상태는 성공적 노년기 삶을 정의하는 기대요인으로, 한국 노인집단은 ‘건강유지를 통한 일상생활 유지’를 성공적 노년이라 정의한다. 건강한 노년의 삶은 한국에만 국한된 것이 아닌 미국과 유럽 등의 노인의 기대이기도 하다 (Rowe & Kahn, 1998; Bowling, 2008). 세부적으로 기능적 건강쇠퇴가 심화될 수록 유병률은 증가하고 일상생활 능력을 저해되며 노인의 활동공간과 관계는 축소된다 (Markides et al., 1979; Kennedy et al., 1990; Menec & Chipperfield, 1997; 박경숙, 2000; 윤현숙·구분미, 2009). 또한 복합적 질병과 질환은 심리적 고립과 고통, 그리고 우울을 초래하여 노년기 생활 전반을 악화시키는 결과를 초래한다 (Grundy & Bowling, 1999; Bowling & Dieppe, 2005; Muramatsu et al., 2010). 결국 노인의 신체건강 쇠퇴는 생활의 기능적 및 정서적 측면에 모두 영향을 미치며 노년기 생활만족도를 하락시킨다. 즉 만족스러운 노년기 생활은 신체건강과 깊은 관계를 갖는다.

신체능력 쇠퇴의 시점에는 다양한 논의가 존재하나 초고령층 노인집단에서 두드러지는 특징을 보이며 생활만족감을 감소시킨다 (Smith et al., 2002). 다양한 연구는 공통적으로 중·고

령층을 기점으로 신체적 능력이 쇠퇴되며 고령층 이후에는 두드러진 감소를 보인다고 강조한다 (WHO, 2002). 기능적 쇠퇴는 질병 및 질환을 유발시켜 병원 등의 의료적 개입을 증가시키는 것뿐만 아니라 노인 개인이 경험하는 신체적 고통 또한 심화시키는데, 신체적 고통경험과 증가는 <그림2-1>에서 제시한 것과 같이 국가 및 인종과 무관하게 나이가 들수록 심화되며 개인의 주관적 행복과 생활만족도를 훼손한다 (Stephoe et al., 2015). 결국 기능적 쇠퇴는 나이와 불가결한 것으로 나이가 들어갈수록 신체기능 역량은 감소하며 개인의 생활 전반과 만족도를 제한하는 결정요인이다

<그림2-1> 인구연령집단 별 신체적 고통 경험비율 (Stephoe et al., 2015 재구성)



주관적 건강인식은 노인 스스로 인지하는 객관적 건강상태 및 심리, 인지적 상황을 함께 반영하는 요인으로 특히 노년기 생활만족도에 더 높은 결정력을 갖는다. 주관적 건강인식이 낮은 집단일수록 보유질환 수가 높고 만성질환 경험 비율이 높으며, 생활만족도 또한 유의미하게 낮은 수준으로 나타난다 (Hunt et al., 1980; Franks et al., 1993; Bailis et al., 2003; 김혜련, 2005; Moussavi et al., 2007; Jylha, 2009; 이용우, 2013). 또한 객관적 건강상태를 통제하였을 때에도 주관적 건강인식은 여전히 생활만족도에 영향을 미치는 것으로 검증된다 (Mulsant et al., 1997; Jylha et al., 2001). 나아가 주관적 건강인식은 노인의 유병률 및 사망률의 결정적 예측변수로 객관적 건강상태를 대표한다 (Wolinsky & Johnson, 1992; Idler &

Benyamini, 1997; 이용우, 2013). 이 결과 노인의 주관적 건강인식은 질병위험과 의료개입의 필요성을 시사하며, World Values Survey (WVS)와 같은 국제사회조사의 필수문항으로 활용된다. 즉 주관적 건강인식은 노인의 현 건강상태를 대표하며 건강이 노년기 생활만족도 미치는 영향을 관측할 시 적절하다.

2) 노년기 생활만족도와 그 외 결정요인

① 건강상태와 경제적 안전

노년기 생활만족도를 좌우하는 또 다른 요인으로 노인의 경제적 안전이 있다. 일반적으로 경제적 안전이 확보된 노인집단일수록 생활만족도 또한 유의미하게 높은 것으로 나타난다. 경제적 수준이 노년기 생활만족도에 미치는 영향은 크게 두 가지 측면이 있는데, 객관적 생활기반의 측면과 심리적 안정의 측면으로 구분된다. 객관적 생활기반 측면은 노인의 가구소득 및 보유자산으로 대표된다. 은퇴 이후에도 노인이 경제적으로 윤택한 삶을 유지할 수 있는 안정장치로 가구소득과 보유자산이 고려되며 생활만족도에도 긍정적인 영향을 미친다 (Markides & Martin, 1979; Chatfield, 1997; 김철수·유성호, 2009; 정경희, 2009).

심리적 측면은 노인의 경제상황에 대한 전반적 만족과 미래에 대한 안심 등을 반영하는 것으로서 소득만족도 및 주관적 계층의식이 대표적이다. Inglehart & Abramson (1994)는 한국을 포함한 40개 이상의 국가에서 개인의 소득만족도가 객관적 소득 수준을 대표한다고 검증하였다. 주관적 계층의식 또한 개인의 경제상황에 대한 인지적 상태를 반영하며 개인의 가계소득 수준을 대표한다. 특히 주관적 계층의식은 생활만족도에 높은 설명력을 갖는데, 개인의 객관적 소득보다 소득 및 계층에 대한 만족인식이 전반적 생활만족도에 유의미한 영향을 갖는 것으로 해석된다 (Vanneman, 1980; Zingraff & Schulman, 1984; Davis & Robinson, 1988; 김병조).

노인의 경제적 안전과 노인의 건강상태는 서로 연계되어 생활만족도에 영향력을 미친다. 소득에 대한 만족도가 높은 노인일수록 건강상태 또한 높은 것으로 나타나는데, 이는 경제적으로 윤택한 노인집단이 개인의 건강증진활동의 자원을 확보하고 있는 것으로 해석된다 (김교성·유재남, 2012). 미국의 경우 소득이 낮은 노인일수록 건강문제 경험비율이 높은 특징을 보이며 노인집단 내 가장 낮은 생활만족도를 보였다 (Chatfield, 1977). OECD내 19개 서유

럽 및 미국 국가에 대한 분석에 있어서도 노인의 경제적 상황은 주관적 건강인식에 유의미한 영향을 미치는 것으로, 소득수준이 낮은 노인집단일 수록 주관적 건강인식이 통계적으로 낮았으며 높은 사망률이 관측되었다 (Kondo et al., 2009). 즉 노년기 경제력은 생활만족도의 기본조건임과 동시에 건강한 삶을 유지할 수 있는 결정조건이다. 무엇이 선행되어 생활만족도에 영향을 미치는지에 대한 논의는 다양하나, 이 둘은 개별적인 동시에 상호적으로 기능하며 노년기 생활만족도에 기여한다.

② 건강상태와 사회적 지지

노년의 생활만족도의 또 다른 결정요인으로 사회적 지지 여부를 들 수 있다. 노년기는 신체기능적 쇠퇴와 함께 경제능력 감소, 사회적 역할의 축소 등 다양한 신체 및 심리적 변화를 겪는 시기로 정의된다 (박경숙, 2004; 장수지, 2010). 사회적 지지는 크게 구조적 측면과 기능적 측면으로 구분된다. 구조적 차원은 노인의 가족관계와 같은 비공식적 관계의 유형이나 참여 정도를 의미하며, 기능적 측면은 특정 상황에 필요한 정보 및 제도적 지원 등을 포함한다 (Kim, 2002, 전해정, 2003; 김신열 외; 2011). 사회적 지지의 구조적 측면은 노인에게 정서적 지원을 의미하는데, 노인의 고립감 및 고독을 완화시켜 생활만족도를 강화시킨다 (박경숙, 2000). 사회적 지지의 기능적인 측면은 노인의 욕구에 따른 도구적 지원을 의미하며 지원 정도에 따라 생활만족도가 차별적이고 효과인식이 높을수록 생활만족도 또한 향상되는 것으로 나타난다 (Abu-Bader et al., 2003).

노년기 사회적 지지 또한 노인 개인의 건강상태로부터 독립될 수 없는 변수이다. 사회적 관계 및 참여를 내포하고 있는 구조적 측면의 경우, 신체기능이 쇠퇴할수록 그 빈도와 규모가 축소되며, 특히 연령이 높은 심약한 노인일수록 참여빈도, 이동거리 및 활동의 수가 하락한다 (Palmore, 1979; House et al., 1982; Smith et al., 1986; 박경숙, 2000; Bowling & Dieppe, 2005; 김철수·유성호, 2009; 오미경, 2011). 기능적 측면의 사회적 지지 또한 주관적 건강 및 일상생활활동능력이 낮은 노인집단일수록 노후복지 등의 공적 개입에 대한 욕구와 그 효과가 컸으며, 개입효과 인지여부에 따라 생활만족도 또한 유의미한 차이를 보였다 (Abu-Bader et al., 2003). 결국 노년기 건강상태는 개인의 사회적 관계형성과 활동참여의 원

동력으로² 도구적 개입의 필요성을 결정하는 동시에, 노년기 생활만족도에 함께 기여한다.

2.3 노년기 생활만족도 주요 구성요인 선행연구 검토: 국가수준

1) 노년기 생활만족도와 공공지원

노년기 생활만족도에 대한 연구는 개인수준 요인 외 국가수준의 요인과 함께 고려되어야 한다. Pecek & Radcliff(2008)는 국가의 공적 지원의 주된 목적은 구성원의 주관적 안녕이며 수혜자 및 수혜잠재집단에 심리적 안정을 제공한다고 강조한다. OECD와 같은 국제기구와 연합은 국가의 상위 정책목표로 구성원의 삶과 주관적 안녕을 개선을 강조하고 이를 위한 정책적 노력을 요구한다 (OECD, 2013). 결국 공공지원은 개인의 삶의 사회제도적 조건으로 주관적 삶을 충족시킬 수 있는 한 측면으로 기능한다.

국가의 공공지원 효율성에 대한 연구는 다각적으로 진행되어왔는데 특히 공공지출이 대표적으로 활용된다. 노인인구 및 건강관련 공공지출수준은 국가의 전체 지출 내 노인과 건강문제가 갖는 정책적 우선순위를 시사하며 이에 대한 국가적 노력과 지원 정도를 파악하는데 용이하다 (Kircaldy et al., 2005). 따라서 공공지출 영향력에 대한 연구는 국가비교의 특성을 갖고 있으며 국가별 지출에 따른 노후문제에 대한 우선순위 차이 파악과 노년기 생활만족도 변화에 미치는 영향을 관측하는데 있어 장점을 갖는다 (박성복, 2003).

노후복지 관련 공공지출이 노인인구의 생활만족도에 미치는 영향 연구가 일부 존재하나, 공통적으로 지출목적에 대한 구분 없이 통합된 전체지출을 활용한 한계점을 갖는다. 그 결과, 공공지출이 노년기 생활만족도에 미치는 영향에 대한 결과는 상이하게 나타나는데 (Veenhoven, 2000; Di Tella et al., 2003; Bjornskove et al., 2007; Zhou & Xie, 2016; Beja, 2016)³, Katakorpí & Laamanen (2010)는 공적 지출 효과는 세부 목적과 제공대상에 따라 구

² 박경숙(2000) 한국노인의 신체적 건강여부가 노인의 사회적 관계, 특히 가족과의 관계형성에 영향을 미치고 있음을 밝혔다. 특히 노인의 건강상태에 따라 가족과의 교류 및 지역사회 등의 활동참여도에 차이가 존재함을 지적하며, 이는 궁극적으로 노인 개인의 생활만족도 및 삶의 질에 영향을 미치고 있는 것을 밝혔다. 즉, 노인의 건강상태에 따른 사회적 활동 및 생활만족도는 상호복합적인 관계로 서로에 영향을 미치고 있는 것이다. 이러한 연구결과는 다른 국가에서도 동일하게 나타났다 (Markides & Martin, 1979; Menec & Chipperfield, 1997; Hamarat et al., 2002; Bowling, 2008).

³ Veenhoven (2000)는 41개국을 대상으로 노후복지 공공지출과 구성원의 생활만족도간의 상관성을 분석한 결과 공공지출은 생활만족도와 무관하다고 증명하였으며, Bjornskove et al. (2007)는 이 공공지출

성원 생활만족도에 미치는 영향이 차별적이기 때문이라 지적한다. 이 문제의식과 함께 공공 의료지원과 구성원 생활만족도와 의 관계성을 분석하였으며, 둘은 유의미한 상관관계를 형성하는 것으로 검증되었다. 즉 공공지출이 개인의 삶에 미치는 영향에 대한 연구는 그 수혜대상과 지출 목적에 따라 구분되어 분석되어야 한다.

노후관련 공적 지출은 다양하나 건강관련 지출은 공공의료지출 및 장기요양보장이 대표적이다. 공공의료와 장기요양과 같은 공공지원은 특히 탈산업화와 함께 그 필요성이 증가하는데 가족 역할의 축소와 사회적 지지의 구조적 변화가 주요 원인으로 제시된다. Radcliff(2001)는 탈산업화와 함께 인간이 시장의 소모품으로 전락하였고 시장은 무한경쟁과 생산성이 강조되었다고 역설한다. 그 결과 기존의 가족관계망은 약화되었고 전통적인 사회적 관계의 유형은 변화하여, 노인의 돌봄 소재가 전통사회의 가족과 공동체에서 국가와 사회로 전환하였다. 한국에서 또한 가족의 지원과 관계망이 기존의 기능적 역할을 상실하고 있는데, 한국 보건사회연구원(2010)에 따르면 한국 노인은 자녀와의 동거를 원하지 않으며 10명 중 9은 ‘부부끼리 혹은 혼자서 (93.2%)’ 생활하기를 희망하는 것으로 나타났다. 노후에 장기요양보험 및 의료, 복지시설 이용을 희망 비율 또한 66%의 유의미한 수준으로, 공공 지원이 노년기 생활 유지에 주요 방안으로 고려되고 있는 것을 시사한다. 이러한 현상은 한국에 국한된 현상이 아닌 미국, 중국, 일본 및 유럽국가에서도 발견할 수 있는데 (Radcliff, 2001; Pacek & Radcliff, 2008)⁴, 가족의 역할이 축소되는 현재 노년 건강과 일상생활 돌봄에 대한 공공의료 및 장기요양과 같은 지원이 더욱 중요한 생활기반임을 의미한다.

이 높아질수록 구성원 생활만족도는 낮아진다고 검증하였다. 반면 Di Tella et al. (2003)의 유럽 및 미국 연구에 따르면 복지지출과 구성원 생활만족도는 정의 관계로 지출이 높을수록 생활만족도 또한 긍정적이라 검증하였다. 이 결과는 중국, 필리핀 등의 아시아 국가에서도 유사하게 나타났다. (Zhou & Xie, 2016; Beja, 2016).

⁴ Larsson & Silverstein(2004)는 스웨덴과 같은 북유럽국가에서 노인의 1인구가 증가하고 있으며, 그들의 건강상태는 가족과 함께 사는 집단 대비 저조한 점을 검증하였다. 이들은 의료 및 돌봄 관련 공공서비스 접근성도 상대적으로 미약하여 궁극적으로 그들의 생활만족도 또한 낮은 점을 강조하며, 비공식적 사회적 지원망인 가족 대신 공식적 지원과 제도적 개입이 중요함을 주장하였다. 이러한 연구결과는 미국과 일본, 중국에서도 유사하게 나타나 현대사회의 노인집단에 대한 공공서비스 제공과 제도적 개입의 필요성은 현대사회의 보편적 요구임을 증명한다 (Boaz & Hu, 1997; Szebehely, 1998; Asakawa et al., 2000; Chen & Silverstein, 2000)

2) 노년기 생활만족도와 공공의료지출

노후 건강관련 공적 지원으로 국가의 공공의료가 대표적으로, 구성원의 주관적 건강상태와 높은 상관성을 형성하며 생활만족도에 긍정적인 영향을 미친다. Garcia-Munoz et al. (2014)는 16개 유럽국가의 공공의료지출과 노인인구의 주관적 건강상태는 높은 상관관계를 형성하며, 의료지출이 높은 국가일수록 높은 생활만족도를 보이는 점을 증명하였다. 또한 Jen et al. (2009)는 한국을 포함한 54개국 분석결과를 통해 공공의료지출수준이 노인의 소득수준과 무관하게 주관적 건강인식과 생활만족도 개선에 유의미한 영향을 미치는 점을 검증하였다. 한국에서 또한 공공의료지출 의료의 사각지대에 놓인 저소득 노인집단의 문제를 해소하는 효과적 방안으로 노인인구의 전반적 건강과 생활의 질을 개선할 수 있는 공적 지원으로 기능한다 (오영호, 2013). 의료비에 대한 노인의 사적 지출은 노인의 경제적 안전을 위협하는 요소로, 잠재적으로 노년기 생활만족도를 저하시킬 수 있기 때문이다 (Murray et al., 1994). 즉 공공의료지출은 노인인구에 대한 균등한 의료지원과 형평성을 대표하며, 공공의료지출이 제한될수록 노인인구의 의료시설 이용은 특정계층에 치중 되거나 의료비 부담은 증가시켜 개인의 주관적 안녕에 부정적 영향을 미치는 것으로 해석된다. 즉 공공의료지출은 긍정적 삶을 형성하는데 유의미한 영향요인으로 노인 개인의 경제적 기반보다 중요한 기초조건임을 시사한다.

그러나 공공의료지출 만으로는 건강상태 변화로 발생하는 노인의 일상생활유지 및 돌봄 등에 대한 욕구를 충족하는데 한계가 있다 (Binney et al., 2000; Mayhew, 2000). Azzarto (1986)는 노인의 대다수의 건강연구가 의료적 개입과 효과에 치중되어 있다고 비판하며 노인의 욕구를 해소하는 보완적 지원과 학문적 고찰이 요구된다고 강조하였다. 일부 학자들은 노인의 만성질환 및 신체기능 쇠퇴 문제에 따른 노후 일상생활 문제를 지적하며, 이에 대한 보완적 공공지원으로 노인의 돌봄에 대한 욕구를 충족시켜줄 수 있는 장기요양(long-term care) 과 기능적 쇠퇴 심화로 발생하는 통증을 다스리는 완화돌봄(palliative care)의 강화와 개선을 제시한다 (Lawton, 2014; 서이중, 2015). 그렇다면 다음 절에서 두 공공지원에 대한 학문적 논의의 주요 특성과 노년기 생활만족도와의 관계를 선행연구검토를 통해 탐색해보도록 하겠다.

3) 노년기 생활만족도와 공적 장기요양보장 지출

장기요양보장은 노화로 발생하는 일상생활의 장애를 보완하는 공적 지원으로 노년기 생활에 영향을 미치며 노인의 건강상태에 따라 그 지원효과가 증가된다. 즉 주관적 건강인식이 낮고 다양한 만성질환을 앓고 있는 고령집단일수록 장기요양보장제도를 노후의 주요 생활수단으로 고려하는 비율은 통계적으로 높은 수준이다 (Kane, 2001; 박종연 외, 2012). 또한 장기요양보장제도는 노인 개인의 일상생활의 독립성, 존엄성 강화하고 부양가족에 미칠 부담에 대한 우려를 감소시키며 노인의 정서적 안녕을 증진시키는 효과를 보인다. 박종연 외(2012)의 연구에 따르면 장기요양보장에 대한 인지 및 지식 만으로도 노후생활 내 심리적 안정을 강화하는 효과를 보인다. 즉 장기요양보장과 같은 공공지원 기반 자체가 실질적인 수혜자 외 잠재수혜대상자들의 심리, 기능적 안정을 공고히 하는 삶의 조건으로, 궁극적으로 노년기 생활만족도를 개선하는 공적 조건으로 해석된다.

장기요양보장 유형은 세부적으로 재가와 시설로 구분되는데 유형별 노년기 생활만족도에 미치는 영향력에 대한 결과는 상이하다. 일반적으로 재가유형의 장기요양보장이 시설 대비 노인의 생활만족도에 더 유의미한 영향을 미치는데, 이는 개인의 일상성을 유지할 수 있는 환경적 기반으로 해석된다 (Green, 1989; Kane, 2001; 권용신, 2008; 곽인숙, 2011). 시설 노인의 경우 전반적으로 신체 및 인지능력 및 주관적 안녕이 재가노인보다 낮은 수준으로 노인의 나이 및 결혼상태, 인지 및 신체능력, 그리고 일상생활유지 능력에 따라 시설이용이 결정된다 (Branch & Lette, 1987). 즉 나이가 많을수록, 혼자 살 경우, 신체노화가 심화될수록 장기요양 시설을 활용하는 비율이 높아지며 시설이용노인의 낮은 생활만족도로 연계된다. 한국 연구에 따르면 재가와 시설, 일반 노인 간의 생활만족도 차이가 나타나지 않았는데, 정명숙 (2007)는 오히려 일반노인의 생활만족도가 나이와 건강상태에 따라 그 하락수준이 통계적으로 유의미한 것을 증명한다. 그 원인으로 장기요양과 같은 공공지원의 개입이 신체기능이 쇠퇴된 노인집단으로 하여금 일상생활의 증진시킬 수 있는 공적 지원 기반으로 활용되는 점을 지적한다. 즉 장기요양보장 유형에 따라 노인의 생활만족도에 미치는 영향은 차별적이나, 신체노화심화 정도에 적절한 공적 돌봄지원 수단의 역할로써 노년기 일상생활유지를 원활하게 하는 도구적 수단으로 기능함을 알 수 있다.

그럼에도 불구하고 공적 장기요양보장 지출과 노인인구의 생활만족도의 국가비교연구는 현재 미흡한 상황으로 대부분의 연구들은 개별국가에 제한되어 있는 경향이 관찰된다. 일부

국가비교연구는 장기요양보장 지출이 국가경제에 미치는 효과와 공공의료지출의 대체가능 여부에 주로 집중되어 있고 (Lakdawalla & Philipson, 1999; Yoo et al, 2004; Martins & Masonneuve, 2006), 장기요양 공공지출여부가 노인 개인의 생활에 미치는 영향과 국가별 비교는 지속적으로 검증되어야 할 영역으로 남아있다. 앞서 확인한 것과 같이 장기요양부장 지원은 한국 외 여러 국가에서도 노후대책 수단으로 선호되고 실질적인 수혜자 외에도 잠재수혜대상자 전반에 심리적 안정을 제공하는 조건으로, 노인인구의 전반적 생활만족도를 증진시키며 특히 주관적 건강상태가 저조한 고령집단일 수록 제공효과가 높을 것으로 기대되는 사회적 돌봄 지원이다. 따라서 공적 장기요양보장의 지출 정도가 노인인구의 생활만족도에 미치는 영향에 대한 검증과 국가별 지원 차이에 따른 비교분석이 여전히 요구된다.

4) 노년기 생활만족도와 공적 완화돌봄 비용지원

마지막으로 노년기 삶에 영향을 미치는 건강관련 공적 지원으로 국가의 완화돌봄지원이 고려된다. 완화돌봄(palliative care)의 목적은 “생을 위협하는 질병을 경험하는 이와 그들 가족의 존엄성 및 선택권을 존중하며 궁극적으로 삶의 질을 개선하기 위한 제도적 중재 및 개입”이다 (WHO, 2002). 완화돌봄의 주요대상은 말기환자뿐만 아니라 만성질환이 심화된 노인인구로 확산되는데, 70세 이후 고령집단의 주요 사망원인은 노화로 인한 질병과 질환으로 노년기 삶을 저하시키며 그 경험은 지속적이고 점진적이기 때문이다 (Lynn & Adamson, 2003, WHO, 2011). Sarkisian et al.(2002)의 연구에 따르면 65세 이상 노인의 반 이상이 신체적 기능저하를 경험하고 있으며 개선 기대 또한 유의미하게 낮았다. 특히 75세 이상의 고령노인은 질병에 대한 의료적 치료여부와는 무관하게 신체적 고통을 경험함과 동시에 무기력함, 불안 및 우울함 등 심리적 고통을 오랜 기간 함께 경험하는 점이 특징적이다 (Mitchell et al., 2011; Gawande, 2016). 이는 한국 및 미국, 유럽 등의 노인의 현실로 지적되며 (Polder et al., 2006; Zhao et al., 2010; Hodgson, 2012; 박경숙, 2015; 박경숙 외, 2015; 서이중, 2015), 완화돌봄 지원에 대한 공공지원 구축을 강조한다. 즉 완화돌봄지원은 질병과 기능적 쇠퇴로 고통 받는 고령노인의 심신을 돌보는 제도적 장치로, 노인에게 존엄성과 선택권을 보장하고 나아가 그들의 삶의 질을 개선할 수 있는 공공 지원으로 해석된다.

공적 완화돌봄지원의 필요성과 노년기 삶에 미치는 기대효과로 치료되지 않는 노화로 인한 질병에 지출하는 의료비 부담을 조절하는 효과와 후기노년(later life)의 생활개선 또한 제시된

다. 의료비 부담은 직계 가족에게도 경제적 부담으로 구성된 전반의 생활을 위협하는 요인으로 지적된다 (Emanuel & Emanuel, 1994). 한국노인의 의료비는 일반인의 3배 수준으로 임종기에는 12배 수준으로 증가하며 노인의 개인의 삶뿐만 아니라 직계 가족에게도 부정적 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다 (조선일보, 2014). 미국 및 유럽국가에서도 유사한 결과를 보이는데, 유럽의 경우 국가의료지출의 약 10%가 65세 이상 인구에 집중되어 있다고 지적하며 노년기 확장과 함께 심화될 것으로 우려하였다 (Polder et al., 2006). 즉 개선할 수 없는 노화의 과정 내 수반되는 건강문제는 노인의 객관적 생활여건인 경제력과 주관적 안녕을 훼손시키는 것으로 이에 대한 대안적 지원으로 공적 완화돌봄지원에 대한 논의가 집중된다.

이러한 문제의식을 배경으로 WHO(2011)는 노인인구를 대상으로 완화돌봄제도가 지원되어야 하며 국가적 지원 설립의 필요성을 역설한다. 세부적으로 공적 지원 환경이 구축되어야 하며, 이에 대한 우선순위로 국가수준의 법안설립과 비용에 대한 공적 기반 설립을 강조한다 (Smith et al., 2014). 특히 완화돌봄에 대한 공적 지원 설립과 지출기반의 구축은 노인인구에게 완화돌봄에 대한 지식과 인식을 향상시키고 노인의 건강관련 노후대책의 일부로 고려되며 후기노년기 삶에 긍정적인 효과를 미칠 것으로 기대된다. 그럼에도 불구하고 공적 완화돌봄 지원이 잠재적 수혜대상자인 노인인구의 삶 내 객관적 조건으로 전반적 만족도에 미치는 영향에 대한 연구는 상대적으로 제한적이다. 이러한 원인으로서는 주요 3가지 요인이 지적되는데, 1) 완화돌봄 논의의 단기역사, 2) 자료의 제한성, 그리고 3) 통합된 평가기준의 부재이다. 노년기 완화돌봄의 공적지원 필요성에 대한 논의는 2002년 세계보건기구(WHO)의 공표로 시작되어 현재 구축 단계에 머무른다. 이로 인해 국제사회의 단일한 자료가 제한적이며 일원화된 평가기준 또한 미흡한 수준으로 지적된다 (Loucka et al., 2014). 따라서 국가별 공적 완화의료지원 여부에 따른 노인인구의 생활만족도에 대한 검증이 여전히 요구되며, 특히 건강상태가 악화된 초고령인구에 미치는 영향력에 대한 검증이 필요하다.

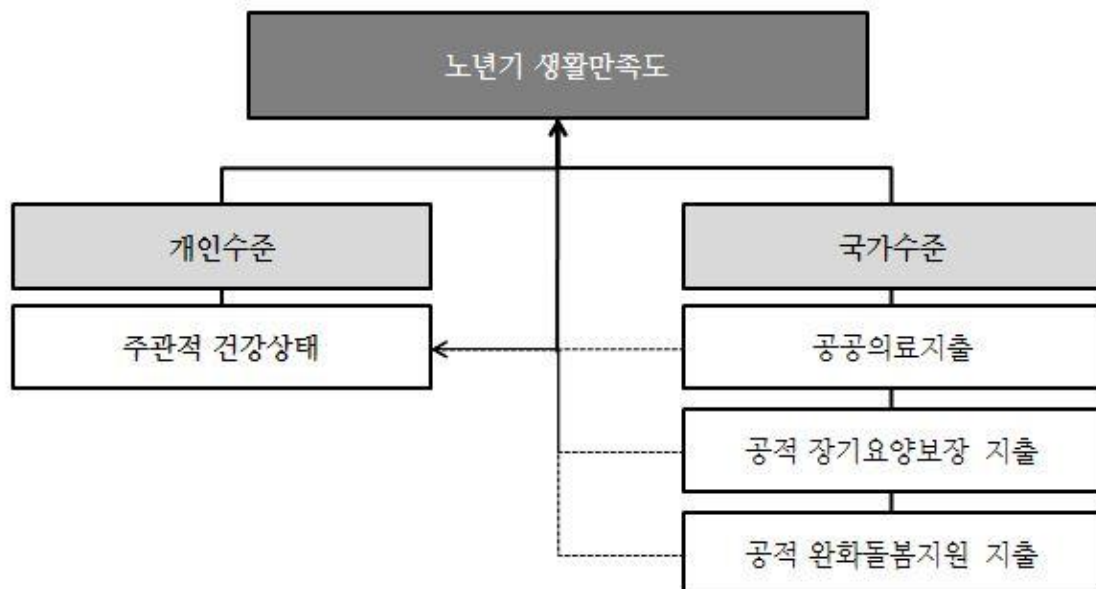
이상의 논의를 정리하자면 노년기 생활만족도에 영향요인으로 개인수준과 국가수준으로 구분된다. 개인수준의 노인의 건강상태가 생활만족도의 결정요인으로 노인의 심리적 변화와 사회적 관계를 축소시키는 결과를 초래하며 노년기 삶의 질을 저하시킨다. 특히 주관적 건강 인식은 노인의 기능적 건강상태를 대표하며 노인의 사망률 및 유병율을 예측하는 요인으로 검증된다. 노인의 주관적 건강상태는 나이가 들어갈수록 하락하며 특히 70-75세 기점으로

만성질환 및 신체적 고통이 심화된다고 (Stephoe et al., 2015)⁵. 또한 주관적 건강인식은 생활만족도의 다른 결정요인인 경제적 안전 및 사회적 지지와 상호적으로 연계되어 생활만족도 차이를 결정한다. 즉 노인의 주관적 건강인식은 노년기 경험을 변화시키는 주요원인으로 개인수준의 생활만족도 결정요인으로 정의된다.

노년기 생활만족도는 개인수준의 조건만으로 충족될 수 있는 것이 아니라 공공지원과 같은 국가수준의 요인 또한 중요한 작용을 한다. 세부적으로 공공지원 유형은 노년기 생활의 질에 영향을 미치는데, 현대사회 가족의 역할은 분화되어 노인의 국가의존도가 증가하였기 때문이다. 특히 노인의 건강문제에 대한 공공지원이 노년기 생활만족도 개선의 중요조건으로 특히 공공의료지출이 대표적이다. 그러나 공공의료지출만으로 기능적 쇠퇴로 발생하는 노인의 장애, 일상생활유지, 그리고 심신의 고통 등의 문제를 해소하기에는 제한적이라는 우려가 존재하며 장기요양 및 완화돌봄과 같은 공적 지원의 필요성이 강조된다. 따라서 공공지출에 따른 노년기 생활만족도의 변화를 공공의료, 장기요양보장, 그리고 완화돌봄 비용지원으로 세분화하여 검증할 필요성이 제시된다.

이상의 논의로 고려하였을 때, 본 연구에서 활용하고자 하는 분석틀은 다음과 같다.

〈그림 2-2〉 연구 분석틀 제시



⁵ 본 분석에서 활용한 WVS자료의 31개국 65세 이상 노인집단의 주관적 건강인식을 세부연령별 추이를 확인한 결과, 연령이 높아질수록 건강인식 또한 하락하는 것으로 나타나 기존의 선행연구를 검증한다 <부록7>.

이를 기반으로 본 연구가 검증하고자 하는 연구가설을 다음과 같이 제시한다.

가설 1-1) 주관적 건강인식이 상대적으로 높은 전기노인(the Young-Old)의 경우, 공공의료지출, 장기요양지원 및 완화돌봄지원이 노년기 생활만족도와 음(-)의 관계를 형성할 것이다.

가설 1-2) 주관적 건강인식이 상대적으로 낮은 후기노인(the Old-Old)의 경우, 공공의료지출, 장기요양지원 및 완화돌봄지원이 생활만족도와 양(+)의 관계를 형성할 것이다.

이를 검증하고자 본 연구가 활용하고자 하는 방법론, 분석자료 및 변수, 그리고 분석대상을 다음 절에서 논하도록 하겠다.

3. 방법론 및 분석자료

3.1 분석자료

1) 개인 수준의 자료: World Values Survey

본 연구의 가설검증을 위해 활용하는 자료는 World Values Survey(WVS) Wave 6이다. 본 자료는 1980대부터 시작되어 다양한 국제비교의 기본자료로서 활용되어 왔다. 2010-2014년 간 실행된 Wave6의 경우 단일한 설문문항을 57개 국가를 대상으로 진행하여 국가간 비교연구에 적절한 사회조사임을 입증한다 (Jen et al., 2009). 특히 본 자료는 사회구성원들의 사회적 가치, 문화, 생활 등을 포괄적으로 다루며 개인의 주관적 가치를 측정할 수 있는 개인수준(individual-level)의 사회조사로, 본 연구에서 활용하고자 하는 개인의 사회경제적 배경요인, 생활만족도, 주관적 건강인식, 소득 및 노인에 대한 사회적 지지 여부 등 주요변수를 포함하는 장점을 갖고 있다. WVS는 국가별 최소 1,000샘플 이상의 표본크기를 확보하고 표본구성은 각 국가의 인구비율을 반영하고 있는 대표자료로 신뢰된다. 특히 응답자로 65세 이상인구 또한 포함하고 있어, 일반노인집단의 전반적 가치와 주관적 안녕을 반영할 수 있는 적합한 자료로 판단된다.

WVS는 크게 World Values Survey와 유럽지역을 대상으로 하는 European Values Survey(EVS)로 구분되어 있다. EVS의 경우, 1981년부터 유럽지역의 일부 국가를 대상으로 시작되었으며 WVS의 실질적인 원형이다. EVS의 1차 조사 이후, 조사설계위원의 일원인 Inglehart가 미국, 동유럽 및 아시아 지역으로 values survey를 확산시키며 WVS가 EVS에 함께 시작되었다 (Inglehart, 2000). 두 사회조사는 개별 문화권에 최적화된 가치문항으로 구분되지만 정치, 사회활동, 문화, 경제 등의 주요문항에 있어는 공통된 질문과 응답을 적용하여 국가간 비교에 있어 단일한 자료로 간주된다. 세부적으로 WVS와 EVS의 주요설문내용은 동일하게 유지되며, 일부 문화권 특성을 담은 종교, 이주, 문화적 가치 등 관련 문항에서만 두 설문간의 차이를 갖는다. 본 분석의 경우, 2010-2014년간 진행된 WVS의 6차 조사와 EVS의 4차 조사를 활용하여 분석을 진행한다.

2) 국가수준의 자료: OECD Statistics 외

본 연구는 개별수준의 설문응답을 활용하여 분석을 진행함과 동시에 공공지원 정도가 개인수준의 생활만족감에 미치는 영향을 측정하기 위해 국가수준의 지표 또한 분석에 요구된다. 주요 자료 출처로 OECD통계자료를 활용하였다. OECD 통계자료는 가입국가들의 국가통계청 자료를 반영하며 그 외 국가별 재정경제부 및 국가은행을 통해 부족한 자료를 보완하고 있어, 국가별 객관적 지표를 대표하는 주요 자료원으로 활용된다 (Holz, 2005). 세부적으로 국가의 공공지출과 사적 지출로 구분하여 자료를 제공하며, 국가 총 생산량(GDP) 대비 지출 비율 또한 단일한 기준으로 계산하고 있어 국가 간 차이를 비교하는데 있어 용이하다. 따라서 본 연구가 분석하고자 하는 국가별 공공의료지출 비율, 공적 장기요양보장 지출 비율 또한 OECD통계자료를 활용한다.

반면 완화돌봄관련 국가자료는 단일화된 자료원이 아직 부재한 상황으로 OECD 통계자료를 활용하는데 한계점이 존재한다. 이에 대한 보완의 방법으로 공적 완화돌봄 지원 자료의 경우, The Economist Intelligence Unit(EIU)의 “세계 완화돌봄 평가(Ranking palliative care across the world)”자료를 참고하여 적용한다. EIU는 영국소재의 경제관련 언론사인 The Economist 산하의 통계분석 연구소로, “세계 완화돌봄 평가”는 2015년 총 80개의 국가를 대상으로 국가별 완화돌봄제도의 현황을 전문가 인터뷰 및 통계자료 수집을 통해 평가된 주관적 자료이다. 주요 평가내용으로는 완화의료의 총 5개 영역으로, 1) 완화돌봄 및 건강관련 제도적 환경평가, 2) 인력구성, 3) 완화돌봄 비용 적정수준, 4) 완화돌봄의 질적 수준, 그리고 5) 지역사회 의 인지 및 참여도로 구성되어 있다. 각 평가차원은 하위평가문항을 포함하고 있으며, 최종 평가결과는 총 20개의 하위문항으로 구성되어 있다⁶. 그러나 전문가 면접을 통해 확보된 본 자료는 객관성이 결여되는 자료로 그 한계점을 갖고 있다. 따라서 이를 보완하기 위해 구성문항 중, 각 국가의 완화돌봄 법률안을 기초로 구성된 ‘공적 완화돌봄 비용지원(Availability of public funding for palliative care)’여부만을 활용하여 자료의 객관성을 확보하였다. 또한 본 자료의 정확성을 검증하기 위해 ‘세계 호스피스 및 완화돌봄 연합(The World Hospice Palliative Care Alliance, WHPCA)’의 국가별 자료와 교차 비교하여 객관성을 강화하였다.

⁶ 세부적인 지표구성은 <부록 1>에 정리하였다.

3.2 분석방법 - 위계선형모형 (Hierarchical Linear Model)

1) 1단계 - 기술통계분석 (Descriptive Analysis)

본 연구의 분석방법은 총 2가지 단계로 구분된다. 첫 번째는 거시지표인 Level 2 변수를 활용한 분석 진행에 앞서, 개인수준의 노인집단의 특성과 국가별 수준의 이해를 도모하고자 한다. 세부적으로 각 집단간의 평균값을 구하고 이에 대한 국가별 차이를 파악하고자 본 단계를 진행한다. 나아가 국가수준의 변수들과 개인수준인 65세 이상 집단의 전반적 생활만족도의 평균값을 교차 분석하여 각 국가지출수준별 노년기 생활만족도의 변화를 확인하고, 이를 지도화하여 국가별 위치를 확인하고자 한다. 두 수준간의 교차지점으로 평균값을 적용하며, 분석은 통계 프로그램 SPSS 버전 18을 활용한다.

2) 2단계 - 위계선형모형 (Hierarchical Linear Model)

분석의 두 번째 단계는 다층모형(multi-level model)이라고도 명하는 위계선형모형을 진행한다. 기존의 다층모형분석은 1) 분석의 단위, 2) 회귀계수의 변산, 3) 공상관 요인, 4) 층위간 상호작용, 그리고 5) 신뢰도 측면에서 그 한계점을 갖는다 (강성진, 2005: 15-22). 반면 위계선형모형은 종속변수에 미치는 각기 다른 수준의 변수들을 하나의 모형에 포함시켜 분석할 수 있는 장점을 보유하고 있다. 세부적으로 개인수준(level 1)과 거시수준(level 2)의 분산을 분리하여 수준별 독립변수가 종속변수에 미치는 영향을 검증할 수 있다 (Raudenbush & Byrk, 2002; 이희연·노승철, 2010). 위계선형모형은 또한 개인수준과 국가수준의 변수가 개별적으로, 그리고 상호적으로 종속변수의 변화에 미치는 영향을 관측하는데 용이하다. 본 연구의 목적은 개인수준의 주관적 건강인식과 국가수준의 건강관련 공공지원 지출 요인이 개별적으로, 그리고 상호적으로 연계되어 노년기 생활만족도에 영향을 미친다는 점을 가정하고 있다. 따라서 하위수준과 상위수준의 변수 간의 상호작용효과와 각각의 변수들이 개별적으로 미치는 영향을 모두 검증할 수 있는 위계선형모형이 본 연구목적에 적절한 분석방법이다.

위계선형분석은 세부적으로 3단계로 진행한다. 첫째, 독립변수들이 포함되지 않고 상수항만을 갖는 기초모형(null model)분석을 통해 개인과 국가수준이 노년기 생활만족도에 미치는 영향력이 통계적으로 유의미한 수준인지 파악하고 종속변수에 수준별 자료가 갖는 설명력을

측정한다. 둘째, 모든 수준의 변수를 투입하여 개인수준과 국가수준의 요인이 노년기 생활만족도에 미치는 영향력을 측정하기 위한 무작위절편모형(random intercept model)을 진행한다. 셋째, 수준 1과 2 독립변수간의 상호작용 효과를 측정하여 수준별 독립변수간의 효과를 확인할 수 있다. 이를 공식화 하면 다음과 같다.

$$(1) \text{ 노년기 생활만족도}_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{0j} + \varepsilon_{ij}$$

$$(2) \text{ 노년기 생활만족도}_{ij} = \beta_{0j} + \beta_1(\text{인구통계적 요인 및 통제변수})_j + \beta_2(\text{주관적 건강인식})_j + \gamma_{0j} + \gamma_{01}(\text{거시수준 통제변수})_j + \gamma_{02}(\text{공공의료지출})_j + \gamma_{03}(\text{공적 장기요양보장 지출})_j + \gamma_{04}(\text{공적 완화돌봄 지원})_j + \varepsilon_{ij}$$

(3) - Level 1

$$\text{노년기 생활만족도}_{ij} = \beta_{0j} + \beta_1(\text{인구통계적 요인 및 통제변수})_j + \beta_2(\text{주관적 건강인식})_j + \varepsilon_{ij}$$

- Level 2

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{거시수준 통제변수})_j + \gamma_{02}(\text{공공의료지출})_j + \gamma_{03}(\text{공적 장기요양보장 지출})_j + \gamma_{04}(\text{공적 완화돌봄 지원})_j + \mu_{ij}$$

$$\beta_{2j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{거시수준 통제변수})_j + \gamma_{02}(\text{공공의료지출})_j + \mu_{ij}$$

$$\beta_{2j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{거시수준 통제변수})_j + \gamma_{02}(\text{공적 장기요양보장 지출})_{jj} + \mu_{ij}$$

$$\beta_{2j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{거시수준 통제변수})_j + \gamma_{02}(\text{공적 완화돌봄 지원})_{jj} + \mu_{ij}$$

이를 정리하자면, (1)은 노년기 생활만족도 $_{ij}$ 에 개인수준 설문자료, 그리고 거시수준의 국가지표가 갖는 설명력을 판별하고자 실행하는 기초모형 분석이다. (2)의 노년기 생활만족도 $_{ij}$ 는 국가 j 에 속한 노인 i 의 생활만족도이며, β_0 은 절편, $\beta_{1\sim4}$ 는 개인수준의 독립변수들이 갖는 계수를 의미한다. γ_{01} 의 경우, 노년기 생활만족도에 국가 j 가 미치는 영향력이며, $\gamma_{02\sim4}$ 는 국가수준의 독립변수들이 갖는 계수를 뜻한다. 마지막으로 (3)의 경우, 상호작용효과를 파악하기 위한 수식으로 개인(level1)과 국가(level2)별 공식을 구별하였다. 공식(3)은 위계선형모형의 수준별 모형을 활용한 것으로서 (2)와 차별적으로 기술하였는데, 이는 각 국가수준 변수의 조절효과에 대한 이해를 명확하게 하고자 함이다. 노년기 생활만족도 $_{ij}$ 에 대한 기존의 독립변수는 동일하게 유지하였으나, 국가의 공공의료지출, 공적

장기요양보장 지출, 그리고 공적 완화돌봄 비용지원여부와 개인수준의 주관적 건강인식 간의 상호조절효과를 파악하고자 복합모형(mixed-model)를 적용한다 (3). 복합모형은 개별수준의 요인간의 상관성을 전제하며 상위수준 (level2)의 요인이 개인수준(level1)의 영향력 변화를 조절하는지에 대한 여부를 검증하는데 장점을 갖는다 (강상진, 2005). 다시 말해 노인의 주관적 건강인식이 생활만족도에 미치는 효과가 국가의 노후 건강관련 지출 정도에 따라 유의미하게 달라지는지를 분석하는 것이다.

본 분석에서 상호작용 효과는 개인수준의 종속변수와 독립변수 사이에 국가수준의 독립변수가 갖는 영향력을 측정하는데 적합하나, 세부연령집단에서는 그 모형을 적용하는데 한계가 존재한다. 상호작용 변수를 세부연령집단을 구분하여 진행할 시 투입변수의 수가 상호작용으로 인해 배가되는 반면 분석표본크기는 축소되어 통계적으로 유의한 분석을 진행할 수 없기 때문이다. 결론적으로 상호작용 효과는 전체노인집단에만 한정하며, 세부연령집단에서의 위계선형분석은 (2)단계까지만 진행한다.

3.3 분석대상 및 국가

1) 분석대상 - 65세 이상의 전기 및 후기노년기 노인집단

본 연구는 노년기 생활만족도에 미치는 개인수준과 국가수준의 요인과 그 정도를 측정 목적으로 한다. 따라서 분석대상은 65세 이상으로 제한하며, 구분기준은 국제기관, 대표 국가 및 한국의 통계청 기준을 따랐다. OECD 및 UN과 같은 국제기관은 65세 이상의 인구집단을 노인인구로 정의하며, 65세 이상의 고령인구비율에 따라 고령사회 및 초고령화 사회 정도를 파악한다. 65세 이상의 노인인구는 세부적으로 전기고령자(the young-old, the elderly)와 후기 고령자(the old-old, the very elderly)가 구분한다. 구분기준은 국가별 상이하나 대부분의 국제기관은 65-79세 노인집단을 전기고령자로, 80세 이상을 후기고령자로 정의한다. 한국 통계청의 경우 85세 이상을 후기노년층, 또는 초고령층 (the very elderly)로 정의하여 국제기준과는 상이하다. 그러나 연구목적에 따라 75세 이상 또는 80세 이상을 후기노년층으로 구분하며 국제기준을 따르는 것 또한 적절하다고 평가된다 (박종연 외, 2012; 박경숙 외, 2015). 본 연구 목적이 국가비교인 점을 고려하여 한국노인의 연령구분 또한 국제기준의 후기고령층 기준을 준수하였다. 기관별 노인인구의 세부 연령구분은 다음과 같다.

〈표 3-1〉 국제기관 및 국가별 노인인구 연령구분 표 (‘인구통계 프레임워크(2015)’ 재구성)

구분 ⁷	UN	OECD	EUROSTAT	독일	한국
전기고령자 (the Young-old)	65세 +	65세 +	65세 +	65세 +	60/ 65세 +
후기고령자 (the Old-old)	80세 +	80세 +	80세 +	75/80세 +	85세 이상

약 80세를 기준으로 노년기를 전기와 후기로 구분하는 주된 이유는 노인의 질병변화가 75-80세를 기점으로 차별적이기 때문이다. Colombo(2015)의 연구에 따르면 OECD 국가 내 65세 이상의 전기노인은 평균 1개의 만성질환을 보유하고 있으나, 75-80세 이후 평균 3개 이상을 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 즉 후기고령연령은 노년의 건강상태가 급격히 쇠퇴하는 변화의 시점으로 80세를 기준으로 전기와 후기로 구분되는 것이다. 이에 따라 다양한 노년 연구는 노년기를 전기와 후기로 구분하여 진행하고 있으며, 한국 또한 유사한 경향을 보인다 (Hamarat et al., 2002; Abu-Bader et al., 2003; 선우덕 외., 2005; 박종연 외, 2012).

2) 분석대상국가 - OECD 31개 국가

국가제도와 공공지출, 그리고 노년기 삶의 질에 대한 연구는 개별국가에 단일적으로 진행되는 것보다 다양한 국가와 제도특성을 포괄하는 국가비교연구로 진행되는 특성이 관찰된다. 이는 국가의 환경기반에 따른 구성원 생활만족도의 차이를 관측하며, 국가별 비교를 통해 생활만족도 개선에 있어 효과적인 제도와 공공지원 유형을 파악하기 위해서이다 (박성복, 2003). 특히 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 가입국가와 같은 국민소득이 높은 국가를 대상으로 한 연구가 주 축을 이루는데, 그 대표적인 이유로 두 가지 원인을 제시할 수 있다.

첫째, OECD 국가는 경제력이 타 국가 대비 높은 수준으로 국가의 공공기반이 성숙한 발전국가로 구분되기 때문이다. OECD국가는 2014년 기준 1인당 국민소득이 평균 3만 3천불 이상이 넘는 경제개발국에 속하며, 경제력 외 사회형평성 및 빈곤, 고령화 등 사회구조의 개선과 삶의 질 향상을 위한 다각적인 평가와 제도적 노력이 완숙된 국가집단에 속한다 (UN,

⁷ 독일의 경우, 센서스의 연령구분 기준에 따라 10세 단위 또는 11개의 연령집단으로 구분하는데, 11개의 연령집단의 경우, 75세 이상을 초고령 노인으로 정의한다 (박경숙 외, 2015).

2013; 김승원·최상명, 2014). 한국 또한 OECD 국가를 공공기반 정책연구의 주요 비교대상으로 고려하며 정책 시행에 있어 OECD국가 기준을 준수한다 (김미숙, 2003; 최병호 외, 2012).

둘째, OECD 국가는 이미 고령화가 심화된 국가로 노후관련 공공지원 기반 및 제도적 대응의 비교 대상이다. OECD의 65세 이상 인구는 이미 평균 22%로, 개발국가 대비 약 2배 수준이다. 또한 OECD국가의 기대수명은 1970년 기준 70.3세에서 2010년 79.7세 수준으로, 지난 40년간 약 10년 정도의 수명이 늘어난 것으로 나타났다 (WHO, 2013). Mayhew(2000)는 2020년에는 OECD 국가의 노인인구의 약 90%가 만성질환으로 사망할 것으로 예측하며, 가입 국가의 공적 의료지원 외 장기요양보장 등 노년기 건강문제에 대한 대안적 지원과 적극 개입을 요구하였다. 한국 또한 장기요양보장 제도 도입에 앞서 OECD 국가의 제도적 측면을 검토하며 전반적 노후 관련 공공지원의 주요 비교대상으로 OECD국가를 고려한다 (김찬우, 2006).

본 연구 또한 한국을 포함한 OECD 국가를 분석대상으로 정의하고 현재 한국과 타 국가를 비교하고자 한다. 현재 OECD 가입국가는 총 34개국이나, Canada, Israel, Luxembourg, Estonia, Slovenia 그리고 Iceland의 경우, 분석자료 내 포함되지 않아 분석대상에서 제외한다. 반면 OECD 국가 내 아시아 국가의 대표성이 상대적으로 미미하여 그 한계점을 갖고 있다. 따라서 OECD 통계자료의 포함국가인 중국, 대만 그리고 홍콩을 분석에 포함하여 총 31개 국가를 분석국가로 설정한다⁸. 세부적인 기술통계는 다음과 같다.

⁸ 중국, 홍콩 및 대만과 같은 경우, OECD 가입국가는 OECD 통계청에 해당국가의 자료들이 함께 제시되었기에 단일한 기준의 자료를 추출할 수 있었다. 또한 OECD 통계청에 자료가 제공되는 점을 고려하여 OECD 관련 연구자들의 주요관심 국가로서 위치하고 있는 것을 추측할 수 있다.

〈표3-2〉 분석대상 국가의 기술통계 요약

국가	평균연령	N	표준편차	최소값	최대값
AUSTRALIA	73.35	415	6.838	65	95
AUSTRIA	72.87	290	6.491	65	91
BELGIUM	73.74	286	6.720	65	100
CHILE	71.16	121	4.806	65	85
CHINA	69.07	258	2.899	65	75
TAIWAN	73.98	173	5.854	65	85
CZECH	73.08	398	6.437	65	96
DENMARK	72.86	328	6.626	65	95
FINALND	70.74	145	4.587	65	84
FRANCE	75.30	355	7.627	65	108
GERMANY	73.21	469	6.354	65	95
GREECE	73.89	377	5.942	65	94
HONG KONG	72.85	110	5.997	65	85
HUNGARY	73.69	230	6.603	65	98
IRELAND	73.63	173	6.575	65	90
ITALY	74.41	317	7.234	65	95
JAPAN	71.39	588	4.187	65	80
KOREA	71.00	96	5.053	65	85
MEXICO	72.36	138	5.573	65	93
NETHERLAND	72.26	552	5.864	65	90
NEW ZEALAND	73.43	206	6.202	65	90
NORWAY	71.29	152	4.315	65	79
POLAND	72.88	212	5.340	65	87
PORTUGAL	74.71	499	6.801	65	98
SLOVAKIA	73.99	419	6.343	65	92
SPAIN	74.01	234	6.645	65	99
SWEDEN	72.44	302	5.847	65	85
SWITZLAND	75.02	285	7.564	65	99
TURKEY	71.25	103	5.267	65	86
UK	75.43	451	7.170	65	103
USA	72.16	435	5.834	65	93
31개국 평균	73.16	9117	6.349	65	108

3.4 활용변수 및 변수구성

1) 개인수준 활용변수

① 종속변수

종속변수로는 WVS의 전반적 생활만족도(life satisfaction) 문항을 활용한다. 선행연구를 통해 확인된 것과 같이 생활만족도는 개인의 행복감, 자기존중감과 높은 상관관계를 형성하며, 개인의 주관적 및 객관적 측면을 모두 반영하는 대표 변수로 고려된다. 또한 생활만족도는 국제연구에서 Human development index 및 Better life index와도 높은 상관성을 형성하며 구성원의 주관적 안녕을 대표하는 변수이다 (Flech et al., 2011). 서구의 경험연구들은 노년기 삶의 질을 대표하는 주요지표로 생활만족도(life satisfaction)을 제시하며 (Baltes & Baltes, 1990; Crosnoe & Elder, 2002; Helliwell, 2003 2008), 한국의 노년연구도 생활만족도를 핵심 변수로 활용한다 (정경희 외, 2006; 한석태, 2008, 이소정, 2013). 따라서 본 연구 또한 생활만족도를 활용하여 분석을 진행하고자 한다. 측정은 10점 척도로 구성되었으며 가장 만족은 10, 가장 불만족은 1 순으로 구성되어 있다.

② 독립변수

독립변수로 노인의 주관적 건강상태(subjective health status) 문항을 분석에 활용한다. 주관적 건강상태는 앞서 논의한 것과 같이 연령구분과 관계 없이 개인의 건강상태에 대한 인식을 대표하는 것으로 개인의 신체적 능력을 대체할 수 있는 변수로서 활용되어 왔다 (Malpas, 1997; Leung & Bond, 1989). 따라서 본 연구 또한 주관적 건강인식을 노인인구의 객관적 신체기능을 대표하는 변수로 활용한다. 측정은 리커트척도로, 1 ‘매우 좋다’, 5 ‘매우 좋지 않다’ 순으로 구성되어 있다. 그러나 주관적 건강상태 척도순서는 생활만족도 척도와 역의 방향으로 설정되어 있어 이를 통일하고자 ‘매우 좋다’가 5, ‘매우 좋지 않다’가 1의 순으로 변환하여 분석을 진행한다.

③ 통제변수

통제변수로는 총 6개의 변수를 투입한다. 우선 개인의 일반적 특성을 대표하는 인구통계

적 변수로 성별 및 결혼상태를 통제변수로 투입하였다. 우선 성별이 노년기 생활만족도에 미치는 영향에 대한 논의는 일반적으로 남성 노인의 생활만족도가 여성 대비 높은 것으로 알려졌다 (박기남, 2004). 이러한 성별에 대한 차이는 중국, 일본, 미국 등의 연구에서도 공통적으로 뒷받침한다 (Chipperfield & Havens, 2001; Cheng & Chan, 2006; Oshio, 2012). 특히 노년기 주관적 건강의식은 성별에 따라 그 차이를 보이는데, 여성이 남성 대비 낮은 수준으로 통계적으로 유의미한 격차를 보인다 (Markides & Martin, 1979; Cockerham et al., 1983; Arber & Ginn, 1993; Okamoto & Tanaka, 2004). 노인의 혼인상태에 따라 노년기 생활만족도 또한 차이를 보이는데, 특히 사별 및 독거의 경우 생활만족도가 기혼집단 대비 낮은 것이 주요 결과이다 (Chen, 2001). 따라서 본 연구에서도 노인의 성별과 결혼상태를 통제변수로 분석에 투입한다.

둘째, 노인의 종교여부에 따라 노년기 생활만족도 차이가 확인된다. 종교는 개인의 심리 및 영적 안녕을 지원하는 요인으로 노인의 생활만족도에 긍정적인 영향을 미친다고 보고된다 (Rampichini & D'andrea, 1997; 조승헌, 2006). 나아가 종교활동은 사회적 관계 형성의 기반으로, 노인에게 공동체활동을 촉발하는 역할로 긍정적인 생활만족도에 기여하는 것으로 해석된다 (Marides et al., 1987, 전영자·박경란, 2006). 따라서 본 연구에서 또한 종교유무를 통제변수로 투입하며, 종교활동을 하지 않는 노인집단을 0, 불교, 개신교 및 천주교와 같은 종교활동을 하는 집단을 1로 이분화 하여 非종교 노인집단을 준거집단으로 설정한다.

경제적 안전을 대표하는 개인수준의 통제변수로 주관적 계층인식을 분석에 활용한다. 선행연구 검토를 통해 노인의 경제적 수준은 생활만족도 형성에 있어 결정요인으로 확인된다. 특히 노인의 소득수준에 대한 심리적 태도와 인식을 함께 반영하는 주관적 계층인식은 노인의 객관적 소득수준과 높은 상관관계를 형성하며, 개인의 경제수준을 대표하는 변수로 확인되었다 (Inglehart & Abramson, 1994; 이현송, 2000). 이를 기반으로 본 분석에서 노인 스스로가 인지하는 계층인식을 통제변수로 활용한다. 계층인식의 세부 구분은 상위계층 인식 3, 중간계층 인식 2, 그리고 하위계층인식 1로 구성되어 있다.

마지막으로 사회적 지지에 대한 통제변수로 자녀와의 동거여부와 노인층에 대한 사회적 지원 인식을 분석에 활용한다. 자녀와의 동거여부는 노인의 사적 관계망으로서 노인의 주요 사회적 지원으로 간주된다 (한민아·한경혜, 2004; 이민아, 2011). 또한 사회적 지원의 기능적

측면을 대표하는 변수로 노인층에 대한 사회적 지원 인식을 분석에 투입한다. 노인층에 대한 사회적 지원 정도는 노인의 생활만족도에 유의미한 영향요인으로, 특히 기능적 쇠퇴로 발생하는 도구적 지원 욕구에 대한 사회적 충족 여부를 반영하는 변수로 고려된다 (김정은, 2011). 이는 앞서 지적한 것과 같이 증가하는 노인 1인 가구와 가족기능의 변화를 대신할 수 있는 주요 요인으로 공공지원 및 사회적 지원에 대한 노인의 의존도가 증가하기 때문이다 (Krause, 1990). 따라서 본 분석 또한 자녀동거여부와 노인층에 대한 사회적 지원이식을 사회적 지지를 대표하는 문항으로 분석에 활용한다. 세부적으로 자녀와의 동거여부는 非동거를 0, 동거를 1로 동거집단을 준거집단으로 정의한다. 그리고 사회의 노후지원에 대한 인식은 ‘노인은 사회로부터 적절한 지원을 받고 있다고 생각하십니까?’에 대한 문항으로 ‘매우 그렇다’ 5, ‘매우 그렇지 않다’ 1의 리커트 척도를 활용한다. 세부적인 변수와 문항은 <표 3-2>에 정리하였다.

2) 국가수준 활용변수

국가수준의 변수로는 공공의료지출, 공적 장기요양보장 지출, 공적 완화돌봄 지원과 함께 1인당 국민소득과 노후연금지출을 분석에 활용한다. 1인당 국민소득은 구성원 삶을 구성하는 기본조건으로 노년기 생활만족도와 선형관계를 갖는다 (Deaton, 2008). 즉 국가 경제력은 구성원 생활의 기본적 생활여건과 공공지원 기반으로 일정수준 삶의 질에 기여하나 절대적 충족요인으로는 미흡한 것으로 해석된다. 또한 공적 노후연금지출이 노년기 생활만족도 형성의 기본 조건으로 특히 노인의 경제적 안전을 제공하는 공적 기반으로 기대된다 (Eden et al., 1998; Lynch, 2001). 따라서 본 분석에서는 1인당 국민소득과 공적 노후연금지출을 국가수준의 통제변수로 활용한다.

공공의료지출, 공적 장기요양보장 지출, 노후연금지출 및 1인당 국민소득의 경우, OECD 통계자료를 활용하여 전체 GDP 내 65세 이상의 집단을 대상으로 한 각각의 지출 비율을 분석에 투입한다. 비율이 연속형 변수인 점을 고려하여 각 변수에 대한 대상국가들의 전체평균을 기준으로 평균보다 높은 국가는 상위(3), 동일 수준의 국가는 중위(2) 그리고 평균 이하의 국가는 하위(1)로 구분한다. 연속형 변수를 구간화하는 이유는 국가수준의 공공지출과 개인수준의 주관적 건강인식의 상호작용 효과를 분석에 투입하였기 때문이다. 즉 비율이 연속형 변수일 경우 주관적 건강인식의 리커트척도와 상호작용항 효과를 측정하는데 있어 두 변수간의

응답이 상이하여 조절효과를 관측하는데 통계적 오류 발생 가능성에 대한 우려가 존재하여 이를 조정하기 위해 구간화를 결정한다 (홍두승·설동훈, 2012; 김석호 외, 2015). 공적 장기요양보장 지출의 경우 장기요양 전반의 서비스 유형을 모두 포괄한 비율로서 재가와 시설 유형에 대한 공적 지출을 합산하여 분석한다. 국가별 공적 완화돌봄비용 지원여부는 앞서 논의한 것과 같이 EIU의 집계자료를 바탕으로 국가의 완화돌봄 비용지원의 법률현황을 구성하였다.

이상의 논의된 개인 및 거시수준의 변수구성과 측정은 다음과 같다.

〈표3-3〉 활용 변수 요약

구분	변수	문항	변수 값
1) 개인수준 (Individual Level/ Level 1)			
종속변수	생활만족도	귀하의 전반적 생활을 고려했을 때, 얼마나 만족 또는 불만족하고 계십니까?	10= 매우 만족 ~ 1= 매우 불만족
통제변수	연령집단	-	0= 65~74세, 1=75세 이상
	성별	-	0= 남성, 1= 여성
	결혼상태	-	0= 현재 동거 및 결혼상태 1= 배우자 없음 (이혼, 사별, 독거)
	종교여부	귀하께서는 어떤 종교를 가지고 계십니까?	0= 없음 (무교) 1= 있음 (불교, 개신교, 천주교 등)
	주관적 계층인식	귀하께서는 스스로 어느 사회 계층에 속하신다고 생각하십니까?	3= 상층, 2 = 중간층, 1= 하층
	자녀와의 동거여부	귀하께서는 현재 자녀와 함께 살고 계십니까?	0 = 비동거, 동거= 1
	노인에 대한 사회적 지원 인식	노인은 사회로부터 충분한 지원을 받는다고 생각하십니까?	3= 동의, 2= 중간, 1= 비동의
독립변수	주관적 건강상태	전반적으로 귀하의 건강상태는 어떻습니까?	5= 매우 좋다 ~ 1 = 좋지 않다
2-1) 거시수준 (Macro Indicator/ Level 2)			
통제변수	1인당 국민소득	-	3= 평균이상 ~ 1= 평균 미만
	공적 연금지출	GDP 대비 비율	3= 평균이상 ~ 1= 평균 미만
독립변수	공공의료지출 ⁹	GDP 대비 비율	3= 평균이상 ~ 1= 평균 미만
	장기요양 공공지출 ¹⁰	GDP 대비 비율	3= 평균이상 ~ 1= 평균 미만
	공적 완화돌봄 비용 지원	공적 지원 법률설립 현황	0= 부재, 1= 지원

⁹ 공공의료지출의 경우 OECD 통계청의 기준에 따라 65세 이상 노인을 대상으로 하는 건강예방활동, 치료를 위한 의료비 지원, 공공의료서비스 지원 및 구축, 건강증진관련 교육 및 사회보장제도 지원 및 구축에 투입된 비용으로 정의한다.

¹⁰ 만성질환, 노화로 인한 장애 및 신체기능 상실 등의 65세 이상 노인을 대상으로 하는 개인적 돌봄 및 지원 서비스로 재가(care at home)와 시설(institutions) 포함한 비용으로 정의한다.

또한 활용변수의 기술통계 결과는 다음과 같다.

〈표3-4〉 활용 변수 기술통계 요약

변수 구분	N	최소값	최대값	평균	표준편차
1) 개인수준 (Individual, Level 1)					
생활만족도	9009	1	10	7.27	2.163
성별	9115	0	1	0.54	.498
연령(참고)	9117	65	108	73.16	6.349
연령집단	9117	0	1	0.37	.482
결혼상태	9070	0	1	0.40	.491
종교여부	9117	0	1	0.538	.499
자녀와의 동거여부	8987	0	1	0.130	.334
노인에 대한 공공지원 만족도	8441	1	3	2.46	.684
주관적 계층인식	7830	1	3	1.72	.750
주관적 건강	9075	1	5	3.43	.945
2) 거시지표 (Macro, Level 2)					
1인당 국민소득	31	1	3	2.03	.975
공적 연금지출	31	1	3	1.90	.908
공공의료지출	31	1	3	1.81	.873
장기요양 공공지출	31	1	3	1.65	.915
공적 완화돌봄 비용지원	31	0	1	0.48	.979

국가별 1인당 국민소득 외 분석에 포함된 공공지출 현황은 다음과 같다.

〈표 3-5〉 국가별 1인당 국민소득 및 활용변수 관련 공공지출

	1인당 국민소득 (USD)	GDP 대비 노후연금비율 (%)	GDP 대비 노후공공의료 지출 (%)	GDP 대비 공적 장기요양보장 지출 (%)	공적 안화돌봄 비용지원 현황 ¹¹
AUSTRALIA	41,242	3.3	9.1	0.8	1
AUSTRIA	44,912	9.7	11.5	1.1	1
BELGIUM	41,450	8.0	10.8	1.7	1
CHILE	20,181	2.5	7.2	1.2	0
CHINA	10,727	3.4	5.4	0.3	0
TAIWAN	20,501	3.2	6.6	0.3	1
CZECH	26,407	7.4	7.7	1.3	0
DENMARK	43,424	6.2	11.2	1.8	0
FINALND	39,699	8.7	9.1	1.8	0
FRANCE	37,830	11.8	11.7	1.7	1
GERMANY	44,401	8.0	11.3	0.9	1
GREECE	26,215	8.5	9.3	0.3	0
HONG KONG	42,389	7.8	5.1	0.1	0
HUNGARY	21,563	7.2	7.8	0.3	0
IRELAND	36,737	4.1	8.1	0.6	1
ITALY	34,935	10.5	9.2	1.1	0
JAPAN	36,093	8.7	10.1	1.4	1
KOREA	32,225	1.8	7.9	0.3	0
MEXICO	16,046	1.5	6.1	0.0 ¹²	0
NETHERLAND	45,959	5.2	12.4	3.5	1
NEW ZEALAND	30,886	4.7	10.3	1.3	1
NORWAY	64,242	4.9	9.0	2.0	1
POLAND	21,294	7.1	6.7	0.4	0
PORTUGAL	25,057	10.5	9.4	0.1	0
SLOVAKIA	25,405	5.7	7.8	0.2	0
SPAIN	31,643	6.9	9.6	0.6	1
SWEDEN	45,127	6.7	9.6	3.6	0
SWITZLAND	54,762	6.1	11.3	1.3	1
TURKEY	17,984	6.0	6.3	0.2	0
UK	37,053	4.8	9.4	1.0	1
USA	51,484	6.0	17.9	0.8	1
31 개국 평균	34,448	6.0	9.0	1.0	0.48

¹¹ EIU의 평가시점인 2015년 비용지원 법률현황을 기준으로 작성함.

¹² 멕시코의 경우 공적 장기요양비용지출이 전체 GDP 대비 0.001% 수준으로 0로 표시됨.

4. 분석결과

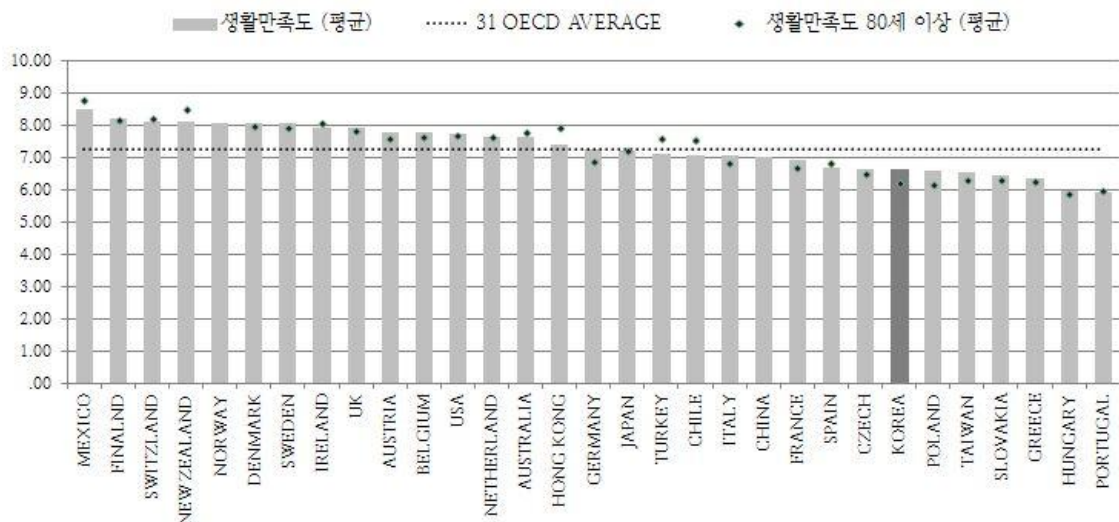
4.1 국가별 주요변수 및 특성

1) 개인수준의 주요변수 기술

① 생활만족도

분석대상국가의 65 세 이상 노인의 생활만족도 분포를 확인해 보면 31 개국 전체평균은 7.27 점으로 긍정적인 수준이다. 구체적으로 전기노인의 생활만족도는 7.30 점이며, 후기노인의 경우 7.12 로 소폭 차이를 보인다. 국가별 순위를 보았을 때 멕시코가 가장 높은 순위를 보이며, 이후 핀란드, 스위스, 노르웨이 및 스웨덴 같은 북유럽국가의 노인층과 뉴질랜드 노인층이 생활만족도 측면에서 우위에 위치한다. 반면 홍콩과 일본이 타 아시아 국 대비 전체 내 중위수준으로 동아시아 국가 중 상대적으로 높은 생활만족도에 위치한다. 한국과 대만은 OECD 31 개국 내 하위수준에 위치한 점이 특징적이다. 특히 한국, 중국 그리고 대만의 경우, OECD 국가 전체의 65 세 이상인구 평균에 미치지 못하는 생활만족도를 보이고 있어 해당국가의 노년기 생활수준이 상대적으로 저조한 수준으로 해석된다. 후기노인집단의 생활만족도 격차를 확인하였을 때 한국은 나이가 들어갈수록 생활만족도가 하락하는 것으로 나타났으나 그 격차가 통계적으로 유의한 수준은 아니다.

〈그림 4-1〉국가별 인구전체 대비 65 세 이상 집단의 생활만족도¹³



¹³ 중국과 노르웨이의 경우 80세 이상의 집단의 표본크기가 0으로 표기하지 않는다.

두 집단간의 차이를 통계적으로 검증하기 위해 독립표본 t 검정 진행한 결과 유의확률은 $\rho < 0.003$ 으로 99%의 신뢰도 수준이다 결과적으로 나이가 31 개 OECD 국가 내 노년기 생활만족도는 후기노인이 전기노인 대비 낮은 수준으로 그 차이는 통계적으로 유의미하다.

〈표 4-1〉 연령집단 간의 생활만족도 차이 독립표본 t 검정 결과¹⁴

연령집단	표본크기	평균	표준편차	t 검정 값
전기노인 (the Young-Old, 65-79 세)	7,484	7.30	2.13	2.750**
후기노인 (the Old-Old, 80 세 이상)	1,525	7.12	2.33	

주: *** < .001, ** < .05, * < .1

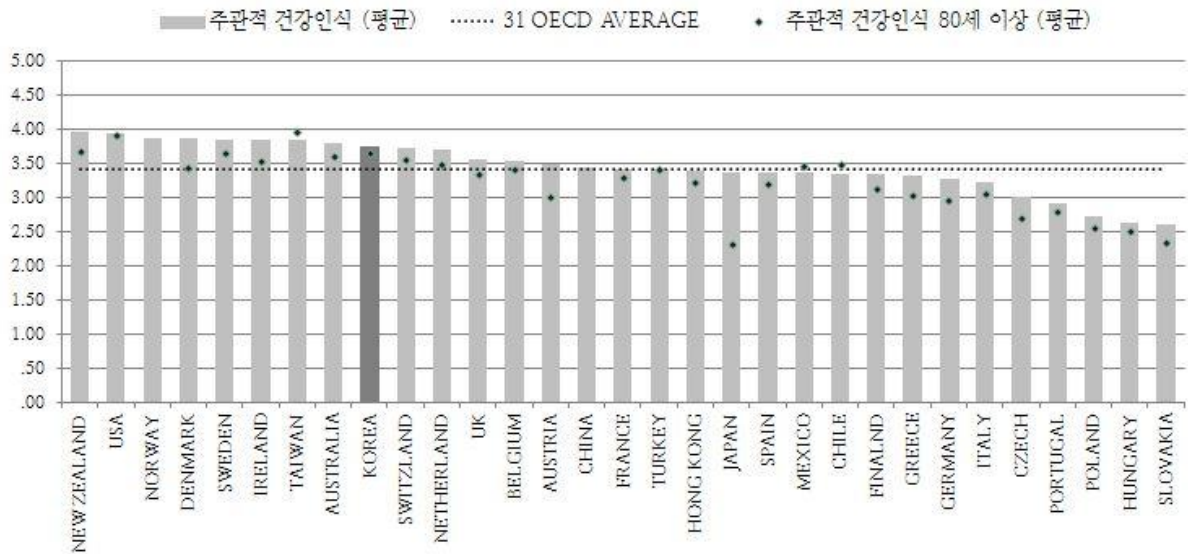
② 주관적 건강인식

31 개국의 노인인구 주관적 건강인식은 평균 3.43 으로 보통 이상이다. 구체적으로 전기노인의 주관적 건강인식은 3.47 이고 후기노인의 경우 3.22 수준이다. 국가별 순위를 보았을 시 31 개국 내 뉴질랜드, 미국, 노르웨이, 덴마크 등 유럽과 그 외 서구국가가 우위를 보인다. 한국 또한 노인인구의 주관적 건강인식은 31 개국 노인인구의 전체평균보다 높은 3.75 수준으로 유의미한 차이를 보인다. 동아시아 국가 중 한국과 대만 노인인구의 주관적 건강인식이 전체평균 대비 상위에 위치한다. 일본, 중국 및 홍콩은 31 개국 평균과 유사한 수준으로 나타나는데, 일본의 경우 80 세 이상의 후기노인집단의 건강인식 격차가 두드러진다. 세부적으로 일본 전기노인의 주관적 건강인식 평균은 3.38 점이나 후기노인의 경우 2.33 수준으로 1.05 정도의 유의미한 차이를 보인다. 일본노인의 주관적 건강인식은 나이가 들어갈수록 하락하며 심화의 정도는 타 국가대비 그 격차가 큰 점이 특징적이다.

슬로바키아, 헝가리, 폴란드 및 체코와 같은 동유럽 국가 노인의 주관적 건강인식은 생활만족도와 유사한 경향을 보이는 점을 재확인할 수 있다. 해당국가의 노년기 건강에 대한 인식은 31 개국 전체 평균과 명확한 차이를 보이고 있으며 그 격차가 타 국가대비 두드러진다. 슬로바키아의 경우 주관적 건강인식은 평균 2.61 으로 31 개 OECD 국가의 전체평균인 3.47 과 약 0.8 의 차이를 보인다.

¹⁴ 독립표본 t검정은 두 연령집단을 각각 독립표본으로 고려하고 집단간 평균차이의 유의미성을 비교 하는 통계적 방법이다. Levene의 등분산 검정 확인 결과 두 집단 간 등분산 유의확률은 0으로 0.05값 보다 크게 나타나 등분산의 가정은 기각되었다.

〈그림 4-2〉국가별 65세 이상 인구의 주관적 건강인식¹⁵



독립표본 t 검정 결과, 두 집단간의 유의확률은 $\rho=0.000$ 으로 나이가 들어갈수록 주관적 건강상태는 하락하며 그 변화는 유의적이다. 다시 말해 노화가 진행함에 따라 개인의 건강에 대한 인식 또한 하락하는 것으로 앞서 설정한 노년기 세부연령집단 별 완화의료 및 장기요양제도 지원의 영향력 차이를 전제하는 분석틀을 다시 한번 검증한다.

〈표 4-2〉연령집단 간의 주관적 건강인식 차이 독립표본 t 검정 결과¹⁶

연령집단	표본크기	평균	표준편차	t 검정 값
전기노인 (the Young-Old, 65-79 세)	7,484	7.30	2.13	2.750**
후기노인 (the Old-Old, 80 세 이상)	1,525	7.12	2.33	

주: *** < .001, ** < .05, * < .1

2) 국가별 건강관련 공공지출과 노년기 생활만족도 특성

① 국가별 공공의료지출과 노년기 생활만족도

건강관련 공공지출과 노인인구의 생활만족도 간의 관계를 확인하고자 국가별 만족도 평균과 활용 국가지표를 활용하여 지도구성을 통해 분석한다. Y 축은 GDP 대비 국가별

¹⁵ 중국과 노르웨이의 경우 80세 이상의 집단의 표본크기가 0인 관계로 표기하지 않았다.

¹⁶ 독립표본 t 검정은 두 연령집단을 각각 독립표본으로 고려하고 집단간 평균차이의 유의미성을 비교하는 통계적 방법이다. Levene의 등분산 검정 확인 결과 두 집단 간 등분산 유의확률은 0으로 0.05값보다 크게 나타나 등분산의 가정은 기각되었다.

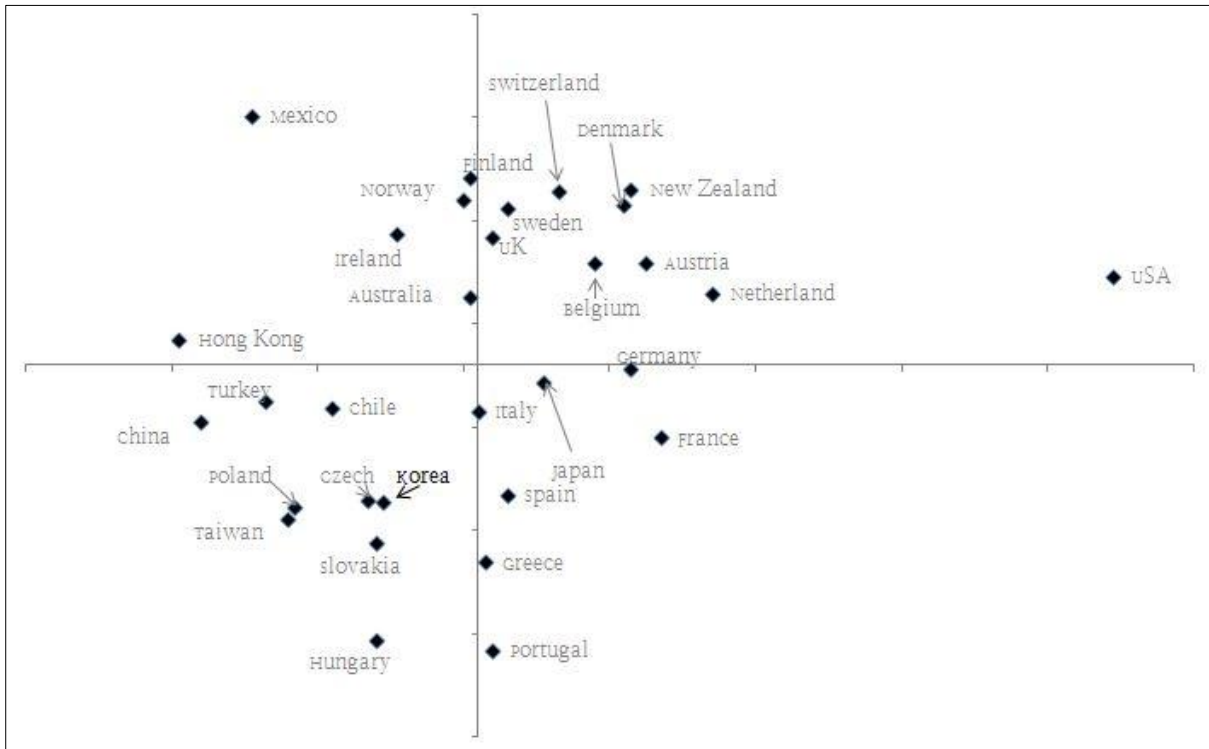
공공지출의 비율, X 측은 65 세 이상 집단의 생활만족도의 국가별 평균을 적용하여 교차지점은 각 변수의 평균을 활용하여 구성한다.

분석결과, 공공의료지출은 그간 다양한 연구의 결과와 유사하게 지출이 높은 국가에서 노년기 생활만족도 또한 높은 수준의 경향을 보인다. 특히 높은 공공의료 지출과 높은 생활만족도를 보이는 국가로는 벨기에, 덴마크 등과 같은 북유럽 국가와 미국 등의 서구 국가가 주축을 이룬다. 그러나 미국의 경우 의료시장의 세분화와 복잡한 비용구조가 공공의료지출의 증가의 주요 원인으로 지적되며, 분석 결과에 있어도 타 국가대비 높은 지출이 차별적이다. 이러한 지출대비 노인인구의 생활개선 및 의료적 효과는 타 국가대비 미미한 수준으로 정책적 개선이 요구된다 (Reinhardt et al., 2004).

프랑스, 이태리 및 스페인과 같은 서유럽 국가의 경우 공공의료지출 대비 노년기 생활만족도가 분석국가의 평균 미만으로, 지출 대비 수혜집단의 생활수준이 저조한 점이 문제점으로 제시된다. 특히 프랑스와 스페인은 공공지출 운용 전반의 비효율성이 국가의 경제적 부담 증가와 구성원 삶의 질 저하의 주요 원인으로 지적된다 (Stuckler et al., 2010). 결과적으로 높은 공공의료지출 대비 낮은 노년기 생활만족도도 또한 수혜대상자의 욕구를 충족하지 못하는 의료지출의 운영문제로 관측된다.

일본을 제외한 동아시아 국가의 경우 타 OECD 국가대비 낮은 수준으로 나타난다. 주요 원인으로 첫째, 동아시아 국가의 경우 다른 서양국가대비 공공의료지원과 같은 사회보장제도의 도입자체가 1970 년 전후로 후발주자로 정의되는 점이다. 한국의 경우 정치 및 경제적 성숙과 함께 다양한 노후보장제도를 도입한 이후 시행착오를 겪으며 안정적인 운용을 위한 개선과정을 경험하고 있다. 이러한 도입과정과 짧은 역사가 보수적 공공의료지출운용으로 연계되는 것으로 해석된다 (Ramesh, 2003; 석재은, 2014). 둘째, 의료지원 공급의 시장화 문제가 또 다른 문제점으로 지적된다. 일부 연구들은 한국노인의 의료비 지출은 공공의료지원보다 개인이 부담하는 의료비가 가중되어 있는 구조라고 지적한다 (최병호·신윤정, 2003). 즉 심화되는 건강 및 질병문제로 노인의 의료비는 나이가 들수록 증가하며 개인부담의 가중 또한 심화되는 것이다. 그 결과 낮은 공공의료지출은 노인인구의 높은 개인부담금을 초래하며, 궁극적으로 노년기 생활만족도에 부정적 영향을 미치는 것으로 해석된다.

〈그림 4-3〉 국가별 공공의료지출(X)과 65세 이상 인구의 생활만족도(Y)



② 국가별 공적 장기요양보장 지출과 노년기 생활만족도

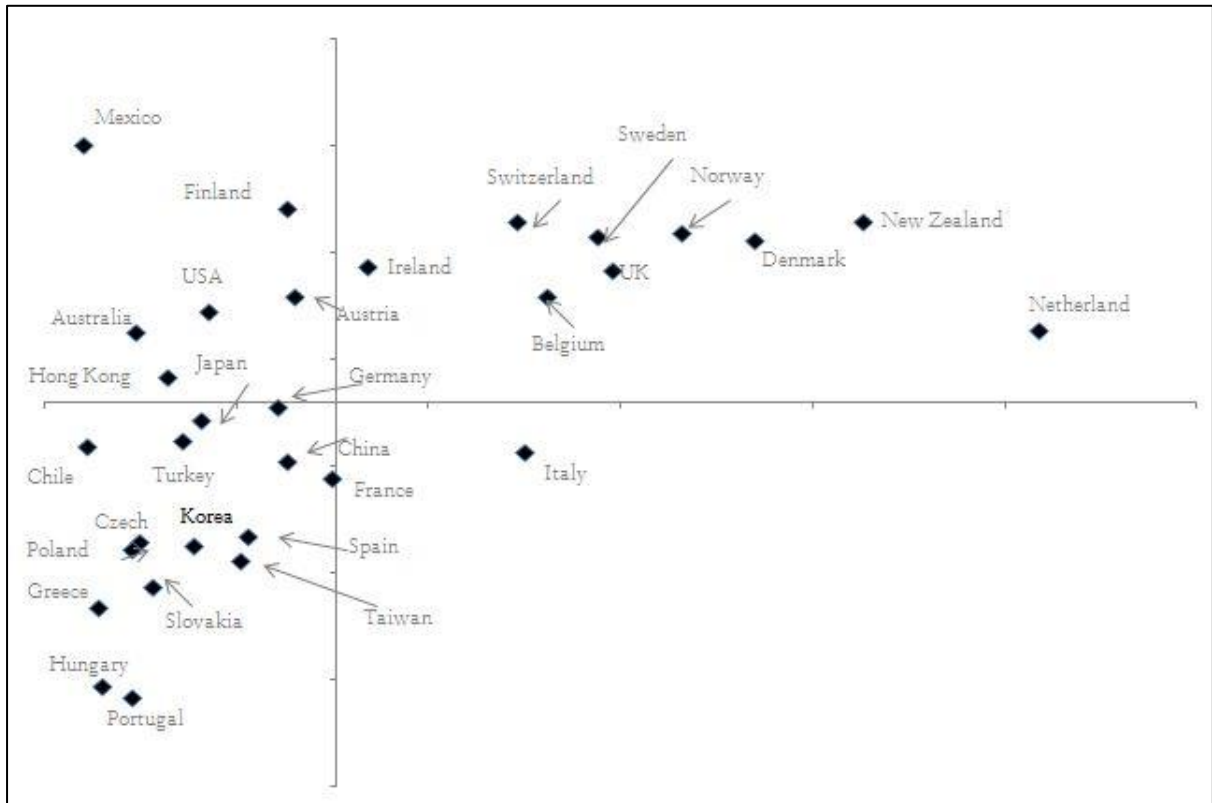
노년기 생활만족도와 공적 장기요양보장 지출의 교차분석 또한 공공의료지출과 유사한 경향을 보인다 〈그림 4-4〉. 공적 장기요양보장 지출은 세부적으로 세가지 유형을 보이는데 1) 높은 공공지출과 높은 노년기 생활만족도, 2) 낮은 공공지출과 낮은 노년기 생활만족도, 그리고 3) 낮은 공공지출 대비 높은 노년기 생활만족도로 구분된다.

첫 번째 유형에 해당되는 국가는 스웨덴, 노르웨이, 덴마크 등과 같은 북유럽 국가와 뉴질랜드 등의 서구국가들로 구성되어 있다. 해당국가의 주요 특성은 사회보장지원이 공고한 국가군집으로 국가의 공공지원의 운영과 지속성이 높은 것으로 평가된다 (석재은, 2014). 이 국가들은 공공의료지출에 있어서도 타 국가대비 상위수준으로 공공의료와 공적 장기요양보장의 지원수준이 높은 것을 알 수 있다. 특히 공적 장기요양보장의 주요 대상을 소득과 관계없이 65세 이상의 노인 인구 전반을 대상으로 국가에서 지출을 총괄하고 있는 점이 특징적이다 (OECD, 2013). 이 결과 일상생활에 있어 어려움을 겪는 노인인구 전반이 국가가 설립한 일괄적인 기준과 절차에 따라 수급 받을 수 있는 용이함 장기요양보장 이용 만족도와 개인수준의 심리적 안정으로 연계되는 것으로 해석된다.

두 번째 유형에 해당하는 국가는 오스트리아, 핀란드, 미국 호주, 일본 멕시코 그리고 홍콩으로 구성되어 있다. 그러나 오스트리아 및 핀란드의 경우 평균과 근접한 지출수준으로 차별적이지 않다. 멕시코의 경우 낮은 공공지출을 보이는데 노인의 생활만족도와 무관하다. 멕시코의 경우 1 인당 국민소득이 2013 년 기준 16,046 달러로 31 개국 전체평균인 34,448 달러보다 낮은 경제적 기반을 갖고 있는 국가이다. 그럼에도 불구하고 멕시코의 주관적 행복 및 생활만족도에 대한 대부분의 연구는 소득이 주관적 안녕과 미미한 수준의 관계를 형성한다고 지적한다 (Fuentes & Rojas, 2001). 개인의 경제력 보다 사회적 관계, 여가활동 및 결혼생활 등의 개인의 비공식적 생활조건이 핵심요인으로 멕시코 국민의 생활만족도 형성에 중요한 역할을 한다고 제시한다 (Lever, 2004). 결론적으로 멕시코의 장기요양과 같은 공적 지원수준은 타 국가대비 노년기 생활만족도와 연관성이 미미한 것으로 관측된다.

마지막으로 세 번째 유형에 해당되는 국가는 대부분의 한국, 중국, 대만과 체코, 헝가리와 같은 동유럽 국가로 구성되어 있다. 이 국가군집 구성은 공공의료지출과 생활만족도의 분류와 유사하며 노년기 생활 문제와 건강관련 공적 기반 개선의 필요성을 시사한다. 한국의 경우 공적 장기요양보장 지원이 2008 년도에 시작하여 그 역사가 짧다. 그 결과 노인장기요양지원의 체계와 운영 등은 여전히 초기단계로 지속적 개선을 통한 강화와 안정이 요구된다 (이미진·주은선, 2016). 대만의 경우 노년기 생활만족도 및 주관적 건강인식에 있어 하위에 위치하며 의료 및 장기요양 관련 공적 지원 또한 낮은 수준이다. 대만 노인의 생활만족도는 건강상태와 경제상황 등에 주로 영향을 받는 것으로 나타나며 이에 대한 공적 개입에 대한 욕구 또한 존재한다 (Lue et al., 2010). 그럼에도 불구하고 대만의 건강관련 공적 기반은 비용적 측면에 있어 미미한 수준으로 노인인구의 생활만족 강화를 위해 개선이 요구된다.

〈그림 4-4〉 국가별 공적 장기요양보장 지출(X)과 65 세 이상 인구의 생활만족도(Y)



③ 국가별 공적 완화돌봄 비용지원과 노년기 생활만족도

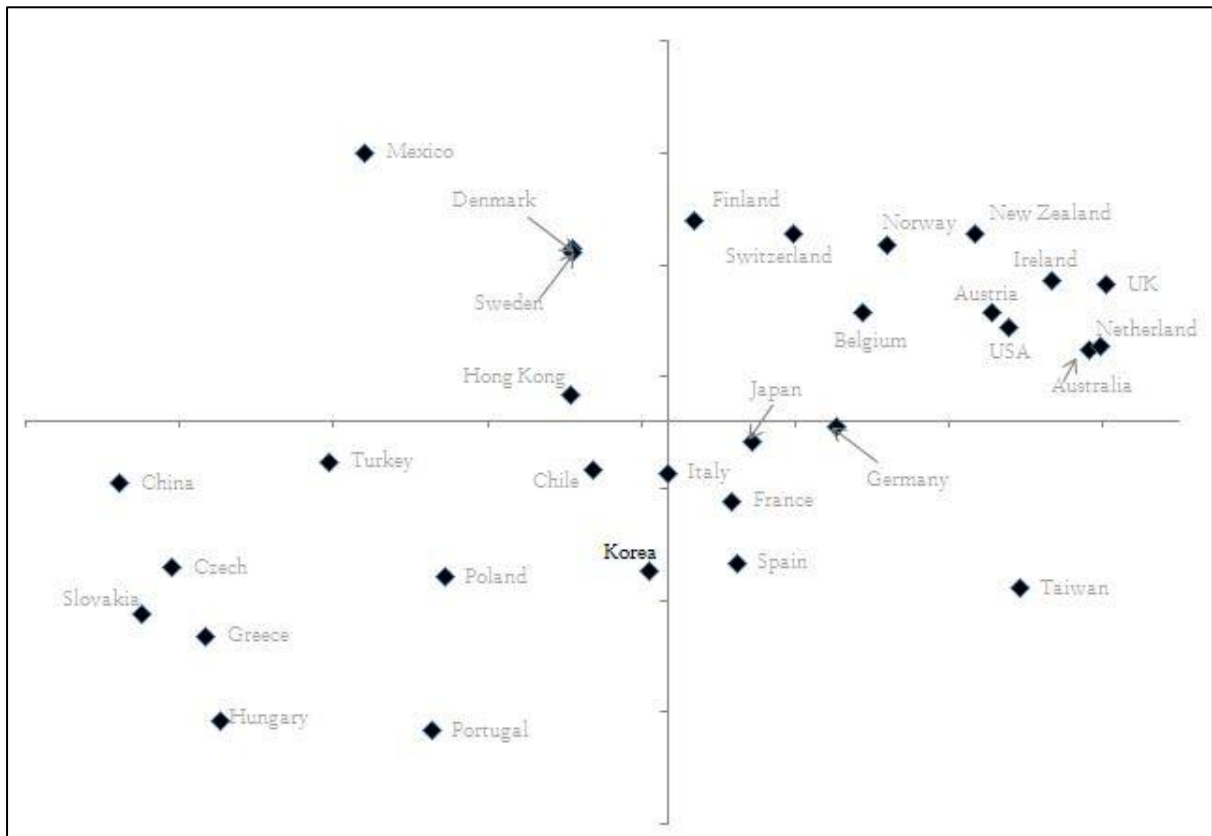
마지막으로 국가별 공적 완화돌봄 비용지원 (Availability of public funding for palliative care)에 있어 앞의 유형과 유사한 양상을 보인다. 네덜란드, 노르웨이, 오스트리아 등의 유럽국가들과 영국, 호주 등의 서양국가들을 주축으로 높은 완화돌봄 비용지원과 생활만족도 유형을 유지한다. 유럽국가 대부분의 곳에서는 1960 년부터 완화돌봄 제도의 필요성에 대한 사회적 운동이 시작하였으며 제도적 구축과 개발 또한 1990 년 이후에 진행되어왔다 (Clark & Centeno, 2006). 따라서 해당국가의 경우 공적 완화돌봄 기반이 상대적으로 성숙한 국가군집으로 공적 지원 또한 상위에 위치한다.

미국은 장기요양보장 비교결과와는 다르게 공적 완화돌봄 비용지원 측면에 있어서는 높은 지원과 생활만족도 영역에 속하는 변화를 보인다. 과잉의료화와 시장화가 주요 문제로 지적되는 미국의 의료보장제도와는 달리 완화돌봄에 대한 긍정적 지원 수준이 예외적이다. 이는 미국 정부의 완화돌봄 시급성 인식 증가와 재정적 부담 완화 문제의식 확산으로 인한 결과로 해석된다 (EIU, 2015). 미국은 현재 공공의료지출이 가장 높은 국가이며 고령화로

지속적 상승이 기대되는 국가이다. 특히 의료지출은 연령이 높은 집단일수록 국가적 부담이 배가되고 있어 이에 대한 대안적 사회의식으로 완화돌봄에 대한 논의가 활성화 되었다 (Luce & Rubenfeld, 2002; Zhang et al., 2009). 이 결과 완화돌봄 지원 및 연명의료 결정권 등의 다양한 선택권이 노인인구에게 제공이 되고 이에 대한 법적 효용 또한 공고한 것으로 해석된다.

한국은 앞의 의료 및 장기요양 유형과 유사한 수준으로 31 개국 전체평균에 근접한 비용지원 기반을 보인다. 한국의 경우 2016 년부터 2 년간의 유예기간을 거쳐 2018 년부터 시행될 법안으로 ‘완화돌봄 및 연명의료’에 대한 활발한 논의가 현재 진행 중이다. 다양한 주요 쟁점과 사회적 논의가 진행되고 있으며 공적 기반 외 사회적 인식개선, 교육 등을 통한 성숙한 완화돌봄 실천을 강조한다 (박경숙 외, 2015).

〈그림 4-5〉국가별 공적 완화돌봄 비용지원¹⁷(X)과 65 세 이상 인구의 생활만족도(Y)



¹⁷ 본 지도화 분석에 있어 ‘공적 완화돌봄 비용지원’ 평가의 상위 영역인 <완화돌봄 비용 적정성>을 평가한 EIU 결과값을 활용하였다. 그 주요이유로 본 주요분석에 활용된 ‘공적 완화돌봄 비용지원’여부에 따라 더미변수로 구성되어 지도화 시에는 그 한계점이 존재하기 때문이다. 따라서 본 변수가 하위평가로 포함되어 있는 <완화돌봄 비용 적정성(Affordability of Care)>을 본 그림에만 국한하여 활용하였다.

4.2 위계선형분석 결과

1) 기초모형 (Null Model) 결과

기초모형분석은 자료수준별 독립변수가 종속변수에 미치는 영향을 측정하기에 앞서 각 자료의 수준이 갖는 종속변수 설명력을 측정할 수 있다. 노년기 생활만족도 y_{ij} 에 각 level1 과 level2 의 자료를 투입하여 분석한 결과 카이제곱(χ^2)값이 690.18 로 p -value < 0.001 의 유의수준을 보인다. 즉 노년기 생활만족도 형성에 국가의 건강관련 공적 지원 영향이 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인된다 이 결과는 노화와 노년기 삶은 국가의 공적 기반 조건에 의해 형성된다는 정치·경제이론과 생태체계이론적 접근이 유의함을 통계적으로 검증한다.

자료 수준별 종속변수 설명력을 파악할 수 있는 급내상관계수(inter-class correlation, ICC)를 확인하였을 때 level 1(σ^2)은 0.941, level2(τ)은 0.17 이다. 이 결과 국가의 건강관련 공공지출이 노년기 생활만족도를 설명하는 비율은 약 15% 수준이다. 위계선형모형 내 ICC 의 통계적 유효 수준에 대한 보편적 기준은 부재하나, 카이제곱이 통계적으로 유의미한 점에 준거하여 본 분석의 유효성을 결정한다 (Woltman et al., 2012). 급내상관계수 계산은 다음과 같다.

$$ICC = \frac{(0.17)}{(0.94 + 0.17)} = 0.154$$

2) 노년기 생활만족도의 중요요인에 대한 위계선형 분석

65 세 이상의 전체 노인인구를 대상으로 진행한 위계선형분석은 세부적으로 3 개 모형으로 구분한다. 모형 1) 기존의 주관적 건강인식과 공공의료지출이 노인 개인의 생활만족도에 미치는 영향력을 관측하고, 모형 2) 공적 장기요양보장지출 및 공적 완화돌봄 비용지원 여부를 투입할 시 생활만족도에 미치는 영향의 차이를 확인한다. 마지막으로 모형 3) 각 공적 지원과 주관적 건강인식 간의 상호작용효과를 투입하여 분석한다. 즉 노년기 생활만족도에 대한 주관적 건강인식의 효과가 노후 건강관련 공공지출 수준에 의해 변화하는 정도를 검증한다.

①모형 1 - 주관적 건강인식과 공공의료지출 효과

주관적 건강인식($\rho < 0.00$)은 개인수준에서 노년기 생활만족도 변화에 유의미한 효과를 가지며 노년기에 있어 핵심 결정요인임을 확인할 수 있다. 국가수준의 공공의료지출 또한 노인 개인의 생활만족도에 긍정적인 영향을 미치며 통계적으로 유의미하다 ($\rho = 0.025$). 즉 노년기 생활만족도에 있어 의료적 지원은 건강상태에 대한 지원요인으로 신체노화의 과정에 있어 불가결한 제도적 기반으로 작용하는 것으로 해석된다. 세부적으로 노인의 주관적 건강인식이 $\beta_1 = 0.798$ 로 공공의료지출의 $\beta_{1j} = 0.314$ 보다 개인의 생활만족도에 미치는 영향력의 크기가 유의하게 큰 수준으로 관측된다. 정리하자면 노년기 생활만족도 형성에 있어 개인의 건강인식과 공적 의료지원 기반이 중요 조건으로 작용하는 것을 알 수 있다. 다시 말해 개인의 건강인식이 증가할수록 그리고 공공의료지출이 높을수록 노인의 생활만족도는 유의미하게 증가한다.

②모형 2 - 공적 장기요양보장 지출 및 공적 완화돌봄 비용지원 효과

공적 장기요양보장 지출과 공적 완화돌봄 비용지원을 분석에 투입한 결과 공공의료지출이 생활만족도에 미치는 효과는 사라진다. 세부적으로 공적 장기요양보장 지출이 생활만족도에 미치는 영향력의 크기는 $\beta_{2j} = 0.244$ ($\rho = 0.004$)으로 공적 완화돌봄 비용지원 효과의 $\beta_{3j} = 0.195$ ($\rho = 0.052$) 대비 높은 수준이다. 다시 말해 공적 장기요양보장 지출은 노년기 생활만족도에 양적 영향을 미치는 국가수준의 지원으로서 해석된다. 이 결과는 기존의 공공의료지출은 노년기 삶에 있어 의료적 지원만으로는 미흡하다고 비판하고 노인의 일상생활유지 지원과 돌봄의 욕구를 해소하는 지원을 강조하던 선행연구(Azzarto, 1986; Binney et al., 2000; Mayhew, 2000; Lawton, 2014)의 주장을 상기시킨다. 반면 국가의 공적 완화돌봄 비용지원은 노년기 생활만족도와 유의미한 관계를 보이나 그 효과가 상대적으로 낮다. 본 분석의 결과는 노년기 삶에 있어 공공의료지원보다는 쇠퇴하는 신체기능으로 발생하는 일상생활의 문제와 고통을 보살피는 장기요양 및 완화돌봄 지출과 지원의 중요함을 시사한다. 나아가 이러한 공적 지원은 노인 개인의 생활만족도를 개선시키는 공적 기반으로 기능한다.

〈표 4-3〉 65 세 이상 노인인구의 생활만족도 위계선형모형 분석결과

변수		모형 1	모형 2	모형 3
통제변수 (level 1)	성별 (여성)	0.070	0.071	0.069
	결혼상태(독거)	-0.567***	-0.501***	-0.447***
	종교유무(종교有)	0.045*	0.024	0.010
	자녀동거여부(동거)	0.175**	0.088	0.078
	사회적 지지	-0.050	-0.051	-0.048
	주관적 계층	0.232***	0.230***	0.225***
독립변수 (level 1)	주관적 건강	0.798***	0.795***	0.790***
국가변수 (level 2)	1 인당 국민소득	0.335**	0.271**	0.262**
	공적연금지출(상)	-0.008	-0.135	-0.033
	공공의료지출(상)	0.314**	0.060	0.065
	공적 장기요양보장지출(상)		0.244**	0.235**
	공적 완화돌봄비용지원(상)		0.195*	0.162*
상호작용 항	공공의료	건강		0.074
		계층		-0.199**
		지지		-0.076
	장기요양	건강		0.016
		계층		-0.160***
		지지		0.093**
	완화돌봄	건강		-0.050**
		계층		0.044
		지지		0.023
상수		7.258***	8.000***	7.261***
간차		1.865	1.858	1.857
우도비		-14722.58	-14720.67	-14730.84
케이스 수		7830	7830	7830
국가 수		31	31	31

주: *** < .001, ** < .05, * < .1

③모형 3 - 주관적 건강인식에 대한 공적 장기요양지출 및 완화돌봄 비용지원 조절 효과
 마지막으로 국가수준의 공공지출이 개인수준의 주관적 건강상태와 형성하는 상호조절효과를 투입하여 노년기 생활만족도 차이를 검증하였다. 분석 결과 공공의료지출의 경우 모형 2 에서 확인한 것과 같이 통계적 영향력이 사라졌으며 주관적 건강인식과 상호작용 효과가 형성되지 않는 것으로 검증되었다. 본 결과는 선행연구를 통해 확인한 국가의

공공의료지원과 구성원의 주관적 생활만족도간의 양적 관계 검증과 다른 결과이다. 이는 공공의료지원 여부 외 장기요양 및 완화돌봄의 공공지출 요인을 함께 고려할 시 구성원 주관적 건강인식과 차별적 관계를 형성할 수 있는 가능성을 시사한다.

공적 장기요양보장과 주관적 건강인식간의 상호작용효과가 생활만족도에 미치는 영향은 통계적으로 무관한 반면, 공적 완화돌봄 비용지원($\rho=0.040$)은 주관적 건강상태가 노년기 생활만족도에 미치는 효과를 감소시키는 것으로 나타났다. 공적 완화돌봄은 세부적으로 그 비용지원이 높아질수록 주관적 건강상태가 생활만족도 증가에 미치는 영향이 $\beta_{2j}=0.050$ 정도 감소하는 것이다. 이 결과 공적 완화돌봄 비용지원이 공고한 국가일수록 주관적 건강인식이 낮은 노인의 생활만족도는 유지 및 소폭 개선되는 효과를 얻는 것이다. 즉 완화돌봄 지원의 본래 목적인 노화와 질병의 가능성으로 고통 받는 노인의 삶의 질 개선효과를 본 결과를 통해 검증할 수 있다. 결론적으로 <모델 2>에서도 확인한 것과 같이 국가의 공적 완화돌봄 비용지원 여부는 독립적으로 65 세 이상 노인인구의 생활만족도를 증진시키는 공적 기반인 동시에, 간접적으로 주관적 건강인식인 낮은 노인의 생활만족도 개선에 유의미한 조절효과를 갖는다.

공적 장기요양보장 지출은 흥미롭게도 노인의 주관적 인식과 무관한 반면, 주관적 계층인식과 사회적 지지 충족요건과는 통계적으로 유의미한 결과를 보인다. 공적 장기요양보장 지출은 특히 주관적 계층인식과 음(-)의 관계($\rho < 0.001$)로, 지출이 높은 국가에 있어 주관적 계층인식이 낮은 노인의 생활만족도를 증진시키는 효과를 보인다. 기존의 선행연구는 개인의 경제적 불안은 생활만족도를 하락시키는 요인으로 정의한다. 본 분석에서 또한 주관적 계층인식이 증가할 수록 생활만족도 또한 유의미한 수준으로 증가한다. 또한 상호작용효과 분석은 공적 장기요양보장 지출이 주관적 계층인식이 낮은 경제취약 노인집단에게 생활만족도를 개선할 수 있는 공적 지원임을 증명하였다. 나아가 독립적으로 생활만족도에 영향력을 보이지 않았던 ‘노인에 대한 사회의 충분한 지원’ 인지여부($\rho=0.009$)는 공적 장기요양보장 지출을 통해 생활만족도 개선에 긍정적인 영향을 보였다. 결과적으로 공적 장기요양보장은 노년기 주관적 건강상태와는 무관한 것으로 기존의 선행연구와는 다른 결과를 보였으나, 경제적 상황과 지원에 따른 생활만족도 변화에는 긍정적인 조절효과를 보인다.

3) 전기 및 후기노년기에 따른 생활만족도 중요요인에 대한 위계선형 분석

세부 연령집단을 구분하여 위계선형 분석을 추가적으로 진행하였으며, 분석집단을 65-79 세 집단과 80 세 이상의 집단으로 세분화 하였다. 분석범위는 앞의 <모형 1>과 <모형 2>와 동일한데, 그 이유는 상호작용모형의 경우 연령집단 구분으로 분석 표본단위가 축소되어 유의미한 통계분석을 진행할 수 없기 때문이다.

세부 연령 구분에 따른 생활만족도 결정요인은 65 세 전체 노인인구 대상의 위계선형분석 결과와 유사하다. 65-79 세의 전기노인집단과 80 세 이상의 후기노인집단 모두에서 공적 장기요양보장 지출과 공적 완화돌봄 비용지원 요인을 투입하였을 시 공공의료지출의 효과는 사라진다. 앞의 기술통계를 통해 상대적으로 주관적 건강상태가 유의미하게 높은 전기 노인집단에서조차 의료적 지원보다 장기요양 및 완화돌봄과 같은 공적 기반이 생활만족도 향상에 긍정적인 효과를 미친다. 이 결과 노인인구는 연령에 상관없이 공적 의료지원보다 그들의 일상생활유지 욕구와 신체공통을 완화하는 대안적 공적 기반이 노년기 생활만족도 증진에 효과적인 것으로 해석된다.

장기요양과 완화돌봄 효과를 분석하였을 시 흥미롭게도 노인의 비공식적 사회관계망으로 대표된 가족과의 동거여부 효과 또한 사라지는 것을 확인할 수 있다. 세부적으로 후기노인층에서 가족동거여부는 <모형 6> 에서 $\beta_{0i}=0.643(\rho=0.006)$ 로 전기 노인 대비 ($\beta_{0i}=0.138, \rho =0.045$) 높은 생활만족도 개선 효과를 보였음에도 불구하고, 요양과 돌봄을 투입 시 그 통계적 유효성을 상실한다. 결과적으로 노년기 생활만족도에 있어 개인의 독립적 일상생활과 선택권을 제공하는 공적 지원이 더욱 효과적인 것으로 해석된다.

결론적으로 노년기 생활만족도 증진에 있어 건강관련 공적 기반은 연령집단과 상관없이 유효한 영향력을 보인다. 공공의료지출보다 장기요양보장과 완화돌봄비용 지원과 같은 공적 기반이 65 세 이상의 노인인구 생활만족도를 강화시키는 역할을 한다. 기존의 연구가설인 노년기 생활만족도에 장기요양보장 공공지출과 완화돌봄비용 공적 지원은 유의미한 영향을 미치며 전반적 생활을 개선하는 국가수준의 기반으로 검증된다.

〈표 4-4〉 전기노년 및 후기노년 집단에 따른 생활만족도 위계선형모형 분석결과

변수		65-79 세 (전기노년)		80 세 이상 (후기노년)	
		모형 4	모형 5	모형 6	모형 7
통제변수	성별 (여성)	0.058	0.059	0.091	0.092
	결혼상태(독거)	-0.631***	-0.510***	-0.649***	-0.430***
	종교유무(있음)	0.026**	0.016	0.070*	0.036
	가족동거여부(동거)	0.138*	0.024	0.643**	0.495
	사회적 지지	-0.021	-0.046	-0.042	-0.057
	주관적 계층	0.293***	0.291***	0.175**	0.240**
독립변수 (level 1)	주관적 건강	0.806***	0.802***	0.912***	0.900***
국가변수 (level 2)	1 인당 국민소득	0.319**	0.267**	0.412**	0.419**
	공적연금지출	0.003	-0.037	-0.014	-0.016
	공공의료지출	0.320**	0.065	0.305*	0.052
	공적 장기요양보장		0.311**		0.214**
	공적 완화돌봄 지원		0.217*		0.104*
상수		7.380***	7.292***	7.236***	7.222***
잔차		1.980	1.841	1.906	1.897
우도비		-12653.79	-12332.46	-24393.41	-24450.21
케이스 수		6285		1545	
국가 수		31		31	

주: *** < .001, ** < .05, * < .1

5. 결론 및 한계 논의

노년기의 삶은 생애주기 내 또 다른 변화의 과정으로 다양한 신체적, 심리적, 그리고 사회적 고충을 동반한다. 사회적 역할로부터의 이탈은 길어진 노년기 삶에 빈곤, 노화, 역할변화 등의 다양한 문제를 초래한다. 분화된 가족역할로 인한 노년기 삶은 공적 지원환경에 의존하게 되며, 지원 수준에 따라 노년기 생활만족도가 차별적으로 구성된다. 이러한 맥락에서 그간 노년에 대한 연구는 국제사회 전반의 주요 관심으로, 노년기 삶의 구성요인으로 개인적인 수준과 국가적인 수준으로 구분되어 제시한다. 노년기에 발생하는 다양한 문제 중, 본 연구는 개인수준에서는 신체기능적 쇠퇴로 인해 발생하는 노인의 경험 차이, 주관적 인식과 태도 변화에 집중하고, 국가수준에서는 노화를 사회적으로 구성되는 것으로 정의하며 사회적 환경에 그 초점을 둔다. 즉 본 연구는 노인 생활만족도에 미치는 영향을 개인과 국가로 구분하여 노년기 생활만족도를 조명하는데 그 의미를 갖는다.

연구 결과는 개인수준의 주관적 건강상태와 함께 국가수준의 건강관련 공공지원 지출 또한 노년기 생활만족도가 차별적이라는 점에 있어 기존의 생태체계적 및 정치·경제적 관점의 노년의 삶을 지원한다. 노인 건강상태 인식은 생활만족도에 가장 중요한 결정요인으로 작용하는 요인으로, 사회심리적 이론의 신체노화에 따른 노년기 삶의 변화가 차별적이라는 점 또한 지지한다. 동시에 공적 장기요양보장 및 공적 완화돌봄 비용지원과 같은 노년기 건강관련 공공지원 또한 노년기 생활만족도에 중요한 구성요인으로 기능한다. 공공의료지출은 독립적으로는 노인의 생활만족도에 영향을 미치나, 장기요양 및 완화돌봄 지출과 함께 고려될 시 통계적 유효성을 상실한다. 즉 노년기는 신체기능쇠퇴로 다양한 질병과 질환에 노출되는 취약한 시기이지만 노인의 남은 생애에 대한 기대는 의료적 개입을 통한 건강개선이 아닌, 일상 생활유지와 돌봄, 그리고 고통에 대한 완화가 욕구로 존재함을 시사한다. 그리고 장기요양보장 및 완화돌봄 지원은 노인 전반의 생활만족도를 강화하는 공적 지원으로 검증되었다. 즉 일상성의 유지를 통한 독립성과 고통완화를 통한 존엄성에 대한 공적 기반으로 장기요양보장 및 완화돌봄 지원이 공공의료지원 보다 노인의 주관적, 그리고 심리적 안정을 형성하는데 유의미한 기여한다.

본 연구는 장기요양보장과 완화돌봄 공적 지원여부 자체가 잠재수혜자인 65세 이상 노인

인구 전반의 생활만족도 개선에 기여하는 점을 밝힌다. 그러나 장기요양보장은 노인의 건강 상태와는 상호작용효과가 무의미한 점을 보여 노인의 신체적 기능쇠퇴에 따른 지원 효과는 부재한 것으로 관측된다. 즉 건강상태가 심화된 노인집단에 대한 공적 장기요양보장 지출 효과에 대한 연구가설은 기각된다. 대신 공적 장기요양보장 지출은 노인의 현 경제상황을 반영하는 주관적 계층인식과 유의미한 상호작용효과를 보이며, 국가의 장기요양 지출 증가는 낮은 계층인식을 보이는 노인집단의 생활만족도 상승을 초래하는 것으로 나타난다. 또한 노인층에 대한 사회적 지원이 충분하다고 인식하는 노인집단에서 공적 장기요양 지출은 생활만족도를 더욱 공고히 하는 효과를 보인다. 결과적으로 국가 장기요양보장 지출은 경제적 부담완화와 노인에 대한 효과적 공적 지원요인으로 노년기 생활만족도에 유의한 기여를 한다.

완화돌봄에 대한 논의는 공공의료 및 장기요양보장보다 그 역사가 짧아 공적 비용 지원 자체가 노인인구 생활에 미치는 영향연구 시작의 일환으로 본 연구는 그 의미를 갖는다. 특히 공적 완화돌봄 비용지원 여부는 노인인구의 생활만족도에 유의미한 기여를 할 뿐만 아니라, 주관적 건강인식이 낮은 노인집단의 생활만족도를 개선하는 효과가 나타난다. 주관적 건강인식은 노인의 객관적 건강상태를 대표하며, 나아가 유병율 및 사망률을 예측하는 변수이다. 즉 질환과 질병 가능성 상대적으로 높은 고령층 노인집단의 생활만족도를 향상시킬 수 있는 조절적 역할로 완화돌봄 비용지원 효과를 해석할 수 있다.

그럼에도 불구하고 기존의 연구가설이었던 전기노인과 후기노인 집단 간의 공적 장기요양보장 지출과 완화돌봄 비용지원 효과가 차별적이지 않아 본 연구 가설은 기각된다. 노인의 연령과 무관하게 두 공공지출과 지원여부는 노인인구 전반의 생활만족도 개선에 직접적으로 영향을 미치며, 주관적 건강인식과 상호적 관계를 형성하며 생활만족도에 간접적 영향을 미친다.

국가별 지원 수준과 노년기 생활만족도 간의 기초분석 결과, 31개국 중 대부분의 국가는 높은 지원과 높은 생활만족도, 그리고 낮은 지원과 낮은 생활만족도의 유형을 보이며 그 외 국가 구분은 상대적으로 한정적이다. 높은 지원과 높은 생활만족도 군집은 특히 프랑스, 이태리, 스페인을 제외한 대부분의 북·서유럽과 미국, 호주, 뉴질랜드와 같은 서구 국가로 구성된 특징을 보여, 국가의 경제력과 사회보장제도가 상대적으로 성숙한 국가 특성을 보인다. 또한 미국을 제외한 높은 지원의 국가집단은 단일한 장기요양보장제도를 구축하고 국가가 지출과

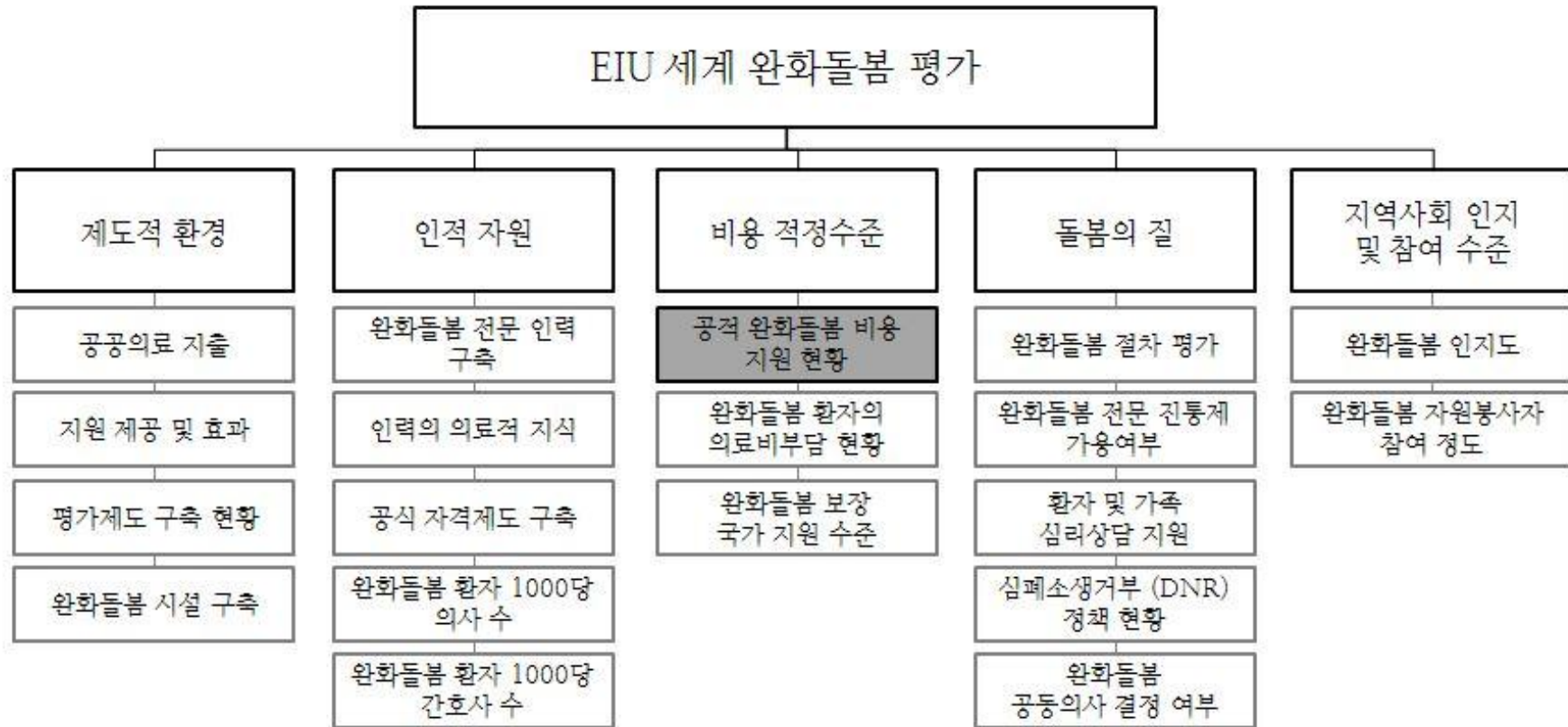
지원을 총괄적으로 관리하는 특징이 보인다. 수혜대상 선정 기준 또한 소득과 자산에 상관없이 신체적 능력만을 기준으로 제공하는 국가의 특성을 보여, 보편적 노후건강지원이 긍정적 생활만족도 형성의 공적 기반으로 해석된다.

한국의 경우 전반적 국가비교에서 낮은 지원과 낮은 생활만족도 집단에 위치하며 완화돌봄 비용지원에 있어서도 여전히 개선이 요구된다. 이러한 경향은 공공의료지출 및 공적 장기요양보장 지출 분석에 있어 지속적으로 나타난 결과로 세 공적 지원 측면에 있어 개선이 요구됨을 시사한다. 특히 한국의 장기요양보장제도는 타 OECD 국가 대비 늦게 시행된 점이 보수적 지출을 유지하는 주요 원인으로 지적된다. 한국은 또한 완화돌봄에 대한 논의의 시작은 늦었으나 신속한 국가적 대응과 법안 설립이 국가의 장점으로 정의되며, 나아가 신체적 고통을 경험하는 노인집단에 삶의 질을 개선하는 공적 지원으로 기대된다 (EIU, 2015). 전반적 건강관련 공공지출에 있어 지출확대와 개선이 요구됨에도 불구하고 각 지원 간의 우선 순위 설정과 이에 대한 지출 증가를 계획해야 할 것이다. 공공지출의 증가만이 노년기 생활만족도 개선 방안이 될 수 없기 때문이다 (Bjornskov et al., 2007). 무작위적인 공공지출의 증가는 국가경제의 부담요인으로 지적되고, 이는 궁극적으로 국민의 경제부담으로 작용하며 생활만족도를 하락시키는 우려 또한 존재한다. 즉 수혜대상자의 욕구에 따른 지출 우선순위를 설정하고 선택적 지원과 지출이 필요할 것이다. 그리고 이에 대한 지속적 검증을 통한 효과적 정책설립과 시행이 요구된다.

연구결과가 갖는 함의에도 불구하고 본 연구의 한계점은 주요 두 가지 측면으로 제시된다. 첫째, 공공 지출은 국가 정책 내 대상집단과 문제가 갖은 우선순위를 관측할 수 있는 대표 변수이기는 하나, 세부 지출유형별 노인의 삶에 미치는 영향을 차별적일 것으로 예상된다. 장기요양보장을 예로 그 세부 지원 유형은 재가와 시설, 현물과 현금 등으로 세분화되어 있다. 노년기 생활만족도 측면에 있어 기존의 시설과 재가에 따른 차이는 상이한 결과를 제시되어 유형별 효과차이에 대한 검증이 필요할 것이다. 또한 공공지원의 질 또한 노년기 생활만족도에 영향을 미치는 주요 공공기반으로 지출 수준만으로 파악하기에는 한계가 존재한다. 인력 구성 및 시설기반 등의 다양한 측면에서 제도의 질이 노년기 생활만족도에 미치는 영향 또한 검증되어야 할 것이다. 따라서 공공 지출의 세부 목적 및 지원 유형별 효과의 차이를 고려한 후속연구가 진행되면 국가의 공공지출 운영과 노후 관련 정책 설립에 있어 우선순위 파악을 하는데 유의할 것이다.

둘째, 공적 완화돌봄 비용지원의 지출 수준에 따른 생활만족도 개선 효과를 측정하는데 한계가 있다. 앞서 논의한 것과 같이 완화돌봄에 대한 국제사회의 논의는 그 역사가 짧으며, 국가수준의 정책설립 여부 역시 현재 진행 중이다. 그 결과 국가별 지출수준에 대한 국제기관의 객관적 자료가 상대적으로 미흡한 수준으로, 국가의 세부 지출 자료를 활용하지 못한 한계를 갖는다. 본 분석은 80개국을 대상으로 진행한 주관적 평가 지표의 일부를 기준으로 ‘공적 완화돌봄 비용지원’ 현황자료를 활용하였으며, 자료의 객관성을 보완하고자 국가별 통계와 국제 완화돌봄 기구 자료를 통해 교차확인을 진행하였다. 그러나 통합된 자료구축과 자료의 대표성, 그리고 정교한 평가기준은 여전히 완화돌봄에 대한 국가비교의 한계로, 보완된 지출 자료를 활용한 후속 연구가 필요할 것이다.

〈부록 1〉 The Economist Intelligence Unit(EIU)의 ‘세계 완화돌봄 평가’ 지표 구성¹⁸ (2015)



¹⁸ EIU의 ‘세계 완화돌봄 평가’ 지표구성은 위와 같으나 본 연구에서 활용한 문항은 ‘공적 완화돌봄 비용 지원여부’ 만을 활용하였다.

〈부록 2〉 국가별 65세 인구의 생활만족도 평균

국가	생활만족도	평균의 표준오차	표준편차	분산	N
AUSTRALIA	7.63	.102	2.053	4.214	403
AUSTRIA	7.80	.117	1.996	3.983	290
BELGIUM	7.80	.111	1.869	3.494	285
CHILE	7.09	.186	2.025	4.102	119
CHINA	7.03	.138	2.202	4.849	254
TAIWAN	6.56	.192	2.420	5.856	159
CZECH	6.65	.117	2.316	5.363	394
DENMARK	8.08	.125	2.263	5.119	328
FINLAND	8.21	.103	1.241	1.540	145
FRANCE	6.95	.117	2.205	4.862	355
GERMANY	7.28	.094	2.043	4.174	468
GREECE	6.35	.124	2.402	5.768	376
HONG KONG	7.42	.219	2.290	5.246	109
HUNGARY	5.97	.169	2.557	6.539	229
IRELAND	7.94	.121	1.585	2.513	173
ITALY	7.07	.139	2.453	6.017	311
JAPAN	7.22	.080	1.912	3.655	566
KOREA	6.64	.199	1.953	3.813	96
MEXICO	8.51	.195	2.296	5.274	138
NETHERLAND	7.64	.055	1.283	1.647	550
NEW ZEALAND	8.15	.130	1.830	3.347	199
NORWAY	8.10	.161	1.979	3.917	152
POLAND	6.61	.153	2.210	4.886	208
PORTUGAL	5.92	.096	2.149	4.619	497
SLOVAKIA	6.44	.115	2.324	5.401	405
SPAIN	6.67	.118	1.796	3.225	230
SWEDEN	8.06	.094	1.639	2.687	302
SWITZERLAND	8.15	.110	1.843	3.396	283
TURKEY	7.13	.242	2.456	6.033	103
UK	7.92	.094	1.989	3.955	450
USA	7.73	.091	1.884	3.549	432
31개국 평균	7.27	.023	2.163	4.679	9009

〈부록 3〉 국가별 65세 인구의 주관적 건강인식 평균

국가	평균	표준편차	평균의 표준오차	분산	N
AUSTRALIA	3.81	.840	.042	.705	406
AUSTRIA	3.49	.960	.056	.922	290
BELGIUM	3.53	.905	.053	.818	286
CHILE	3.36	.762	.069	.581	121
CHINA	3.45	.907	.057	.823	255
TAIWAN	3.84	.819	.062	.671	172
CZECH	3.02	.886	.044	.785	398
DENMARK	3.87	.979	.054	.959	327
FINALND	3.34	.785	.065	.616	145
FRANCE	3.42	.897	.048	.804	355
GERMANY	3.27	.817	.038	.668	468
GREECE	3.32	.937	.048	.878	376
HONG KONG	3.40	.901	.086	.811	110
HUNGARY	2.63	.961	.063	.924	230
IRELAND	3.85	.955	.073	.911	170
ITALY	3.24	.783	.044	.613	316
JAPAN	3.37	.860	.036	.740	582
KOREA	3.75	.616	.063	.379	96
MEXICO	3.36	.792	.067	.627	138
NETHERLAND	3.70	.673	.029	.453	550
NEW ZEALAND	3.97	.806	.057	.649	201
NORWAY	3.88	.937	.076	.878	152
POLAND	2.73	.888	.061	.789	211
PORTUGAL	2.92	.871	.039	.759	499
SLOVAKIA	2.61	.960	.047	.922	416
SPAIN	3.37	.695	.045	.482	234
SWEDEN	3.85	.863	.050	.745	301
SWITZLAND	3.73	.869	.052	.755	284
TURKEY	3.42	.778	.077	.605	101
UK	3.55	1.056	.050	1.115	451
USA	3.95	.768	.037	.589	434
31 개국 평균	3.43	.945	.010	.894	9075

〈부록 4〉 개인수준 변수간의 상관분석

구분		생활 만족도	주관적 건강상태	노인에 대한 공공지원	주관적 계층인식
생활만족도	Pearson 상관계수	1			
주관적 건강상태	Pearson 상관계수	.420**	1		
노인에 대한 공공지원	Pearson 상관계수	-.022*	-.032**	1	
주관적 계층인식	Pearson 상관계수	.184**	.236**	-.064**	1

주: ** < .01, * < .05

〈부록 5〉 국가수준 변수간 상관분석 결과

		공공의료 지출	공적 장기요양 보장 지출	공적 완화돌봄 비용지원	1 인당 국민소득	공적 노후연금 지출
공공의료지출	Person 상관계수	1				
공적 장기요양보험 지출	Person 상관계수	.374*	1			
공적 완화돌봄 비용지원	Person 상관계수	.370*	.289*	1		
1 인당 국민소득	Person 상관계수	.648**	.534**	.461**	1	
공적 노후연금 지출	Person 상관계수	.344	-.014	-.255	.233	1

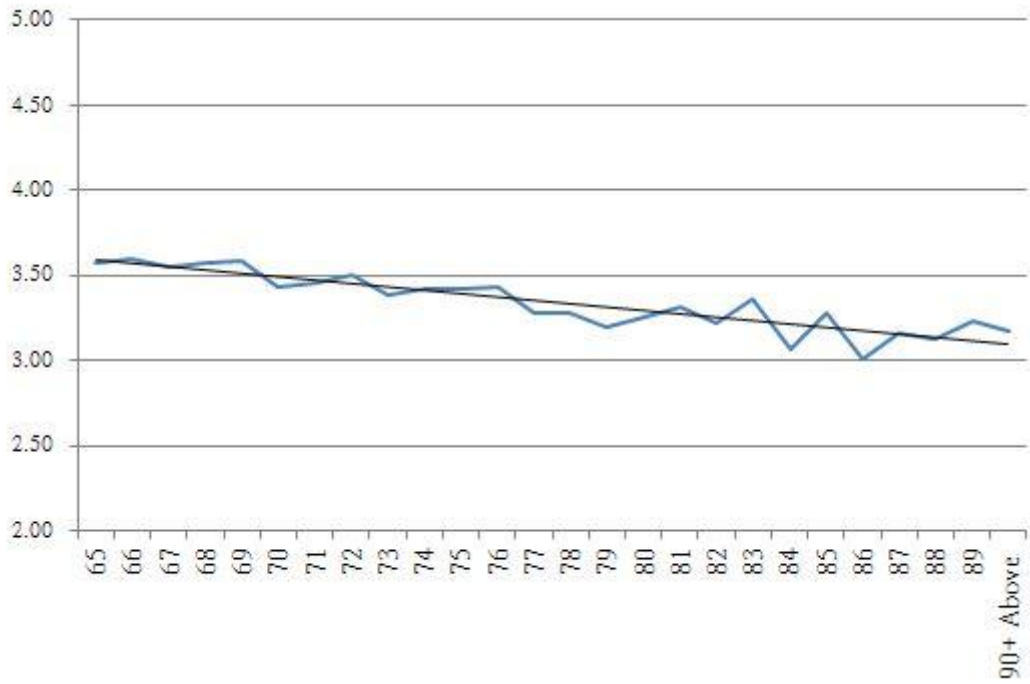
주: ** < .01, * < .05

〈부록 6〉 31 개국 공적 장기요양보장 현황 요약 (OECD, 2011 재구성)

국가	공급 돌봄 유형	공급 대상	비용 및 지출 관리 담당	비고
AUSTRALIA	현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
AUSTRIA	현금, 재가, 시설	소득수준 차등화	국가 일괄 관리	
BELGIUM	현금, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
CHILE	-	-	-	
CHINA	-	-	-	
TAIWAN	-	-	-	
CZECH	현금, 현물, 재가, 시설	소득수준 차등화	국가 일괄 관리	
DENMARK	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
FINLAND	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
FRANCE	현금, 현물, 재가, 시설	소득수준 차등화	국가와 지자체 차등관리	
GERMANY	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
GREECE	현물, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
HONG KONG	-	-	-	
HUNGARY	현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
IRELAND	현금, 현물, 재가	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
ITALY	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
JAPAN	현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
KOREA	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
MEXICO	현금, 현물, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
NETHERLAND	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
NEW ZEALAND	현물, 재가, 시설	소득수준 차등화	국가 일괄 관리	
NORWAY	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	

POLAND	현금, 현물, 재가, 시설	75세 이상 노인만	국가 일괄 관리	국가의료보험 일부
PORTUGAL	현물, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
SLOVAKIA	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
SPAIN	현금, 현물	노인인구 전체 대상	국가 일괄 관리	
SWEDEN	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
SWITZLAND	현금, 현물, 재가, 시설	노인인구 전체 대상	국가와 지자체 차등관리	
TURKEY	-	-	-	
UK	현금, 현물, 재가, 시설	소득수준 차등화	국가 일괄 관리	
USA	현물, 재가, 시설	소득수준 차등화	국가와 지자체 차등관리	

〈부록 7〉 31 개국 65 세 이상 노인집단의 세부연령별 주관적 건강인식 추이 (WVS Wave 6)



참고문헌

- 강민희. 2008. “OECD 국가들의 장기요양보장제도” 『보건복지포럼』 12: 32-41.
- 강상진. 2005. “다층모형분석” 『사회과학의 고급계량분석: 원리와 실제』 이재열 (편). 서울대학교 출판부.
- 권용신. 2008. “재가노인의 재가복지서비스 만족도가 생활만족도에 미치는 영향 연구” 『신학과 목회』
- 권현정. 2014. “서비스 질의 측면에서 고찰한 노인장기요양서비스 공급구조에 대한 시장화 분석” 『사회복지정책』 41(1): 298-313.
- 곽인숙. 2011. “Active aging을 위한 재가복지서비스 요구에 관한 연구” 『한국가정관리학회 학술발표대회 자료집』 57-15.
- 김교성·유재남. 2012. “노년기 삶의 만족도와 소득 궤적에 관한 종단연구” 『노인복지연구』 58: 163-187.
- 김명소·김혜원·차경호. 2001. “심리적 안녕감의 구성개념 분석: 한국 성인남녀를 대상으로” 『한국심리학회지: 사회와 성격』 15(2): 19-39.
- 김병조. 2000. “한국인 주관적 계층의식의 특성과 결정요인” 『한국사회학』 34: 241-268.
- 김석호·이정환·황명진·고성호. 2015. 『서베이 방법론』. 터닝포인트.
- 김신열·김순규·서효정. 2011. “배우자 사별노인의 우울과 적응유연성: 사회적 지지의 매개효과 검증” 『보건사회연구』 31(3): 167-196.
- 김승원·최상명. 2014. “경제성장, 소득분배, 사회지표 간의 관계분석을 통한 성장 중심 거시경제정책 평가” 『동향과 전망』 91: 262-295.
- 김찬우. 2006. “OECD 국가의 통합적 장기요양체계에 대한 비교연구” 『한국사회복지행정학』 8(2): 65-102.
- 김철수·유성호. 2009. “노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 탐색: 노인의 일반적 특성에 따른 차이를 중심으로” 『사회과학연구』 25(4): 51-73.
- 류종훈. 2008. “노인과 노화이론” 『노인 건강생활과 호스피스케어』. 학문사.
- 박경숙. 2000. “한국 노인의 사회적 관계: 가족과 지역사회의 연계정도” 『한국사회학』 34: 621-647.
- _____. 2001. “노년기 불평등의 미래” 『한국사회학』 35(6): 141-168.
- _____. 2003. 『고령화 사회, 이미 진행된 미래』. 의암출판
- _____. 2004. “생애구술을 통해 본 노년의 자아” 『한국사회학』 38(4): 101-132.
- _____. 2015. “임종기 노인의 고통에 대한 사회학적 고찰” 『한국사회학』 49(2): 125-160.
- 박경숙·김현식·송유진·이희길·심수진. 2015. 인구 통계 프레임워크 작성』. 통계개발원
- 박성복. 2003. “삶의 질의 개념과 비교방법” 『한국정책과학학회보』 7(3): 52-74.
- 박종연·유창훈·박은철. 2012. “우리나라 중고령인구의 노후보장에 대한 기대감” 『보건과 사회과학』 31: 83-106.
- 백지은·최혜경. 2005. “한국노인들이 기대하는 성공적인 노화의 개념, 유형 및 예측요인” 『한국가정관리학회지』 23(3): 1-16.
- 서이중. 2015. 『고령사회의 노년기 만성질환과 호스피스의 생명정치』. 박영사.
- 석재은. 2014. “OECD 복지국가 지속가능성의 다차원적 평가와 지속가능 유형별 복지정책의

- 특성” 『보건사회연구』 34(4): 005-035.
- 선우덕·송현중·황나미·강은정·서영준·김태일·김동진. 2005. 『고령화 사회에서의 노인보건의료 체계 구축방안』. 한국보건사회연구원.
- 오미경. 2011. “성공적 노화와 사회적 관계” 『뇌교육연구』 7: 150-182.
- 오영호. 2013. “우리나라 공공보건의료의 문제점과 정책방향” 『보건복지포럼』 200: 62-82.
- 유태균·반정호. 2012. “중고령자 삶의 질 변화 요인에 관한 탐색적 연구” 『사회과학연구』 28(2): 349-372.
- 윤현숙·구본미. 2009. “노인의 건강상태가 우울에 미치는 영향에 대한 사회적 지지의 매개효과” 『한국사회복지학』 61(2): 303-324.
- 이미진·주은선. 2016. “국공립 노인장기요양시설 확대를 위한 국민연금기금 투자 방안” 『비판사회정책』 51: 41091.
- 이민아·김지범·강정한. 2011. “동거형태와 한국노인의 삶의 질 만족도: 자녀와의 관계 만족도가 갖는 매개효과” 『보건과 사회과학』 29: 41-67.
- 이현송. 2000. “소득이 주관적 삶의 질에 미치는 영향” 『한국인구학』 23(1): 150-182.
- 이희연·노승철. 2010. “위계선형모형을 이용한 인구이동 흐름 분석” 『국토연구』 67: 123-142.
- 장수지. 2010. “노년기 사회적 관계망의 구조적, 기능적 측면과 주관적 삶의 질의 관계: 전후기 노인 및 성별에 따른 비교를 중심으로” 『사회과학연구』 26(1): 75-100
- 장지연·부가칭. 2007. “우리나라 중·노년 인구의 건강상태: 주관적 건강상태의 국가간 비교연구 시론” 『한국인구학』 39(2): 45-69.
- 전영자·박경란. 2006. “노인의 종교성, 자아존중감과 생활만족도간의 관계” 『한국생활과학외지』 15(2): 239-249.
- 전혜정. 2003. “노년기 사회적 관계와 정신건강” 『한국가정관리학회 학술발표대회 자료집』 1-17.
- 정경희. 2009. “안정적인 노후소득보장을 위한 정책과제” 『보건복지포럼』 156: 6-14.
- 정명숙. 2007. “우리나라 노인의 삶에 대한 만족도: 시설노인과 일반노인의 비교” 『한국심리학회지』 20(2): 145-169.
- 최병호·남상호·고경환. 2012. “2012년 복지재정수준의 전망: OECD 국가와의 비교를 통한 적정수준 탐색” 『보건복지포럼』 136: 91-103.
- 최병호·신윤정. 2003. “우리나라 보건의료체계의 성과 평가: OECD Health Data”를 중심으로” 『보건복지포럼』 77: 83-95.
- 한민아·한경혜. 2004. “세대간 지원교환유형과 성인자녀의 심리적 복지감” 『한국가족관계학회지』 9(1): 135-152.
- 홍두승·설동훈. 2012. 『사회조사분석』 제4판. 다산.
- Abu-Bader, Soldeman H., Anissa Rogers and Amanda S. Barusch. 2003. “Predictors of Life Satisfaction in Frail Elderly” *Journal of Gerontological Social Work* 38(3): 3-17.
- Arber, Sara and Jay Ginn. 1993. “Gender and inequality in health in later life” *Social Science & Medicine* 36(1): 33-46.
- Asakawa, T., W. Koyano, T. Ando and H. Shibata. “Effects of functional decline on quality of life among the Japanese elderly” *International Journal of Aging & Human*

- Development* 50(4): 319–328.
- Azzarto, Jacqueline. 1986. “Medicalization of the problems of the Elderly” *Health & Social Work* 11(3): 189–195.
- Bailis, D.S., A. Segall and J.G. Chipperfield. 2003. “Two Views of Self-rated General Health Status” *Social Science & Medicine* 56: 203–217.
- Beja, Edsel. 2016. “Measuring economic ill-being using objective and subjective indicators: Evidence for the Philippines” *International Review of Applied Economics* 30(2): 151–166.
- Binney, E.A., C.L. Estes and S.R. Ingman. “Medicalization, public policy and the elderly: Social services in jeopardy” *Social Science & Medicine* 30(7): 761–771.
- Bjornskov, Christian, Axel Dreher and Justina A.V. Fischer. 2007. “The bigger the better? Evidence of the effect of government size of life satisfaction around the world” *Public Choice* 130(3): 267–292.
- Bowling, Ann and Paul Dieppe. 2005. “What is successful ageing and who should define it?” *BMJ* 331: 1548–1551.
- Bowling, Ann. 2008. “Enhancing later life: How older people perceive active ageing” *Ageing & Mental Health* 12(3): 293–301.
- Branch, L.G. and A.M. Jette. 1982. “A prospective study of long-term care institutionalization among the aged” *American Journal of Public Health* 72(12): 1373–1379.
- Bronfenbrenner, Urie. 2009. “The ecology of human development: experiments by nature and design” Harvard University Press
- Chatfield, Walters. 1977. “Economic and sociological factors influencing life satisfaction of the aged” *Journal of Gerontology* 32(5): 593–599.
- Chen, Chaona. 2001. “Aging and Life satisfaction” *Social Indicator Research* 54(1): 57–79.
- Chen, Xuan and Merrill Silverstein. 2002. “Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents in China” *Research on Aging* 22(1): 43–65.
- Cheng, Sheung-tak and Alfred Chan. 2006. “Relationship with others and life satisfaction in later life: do gender and widowhood make a difference?” *The Journal of Gerontology* 61(1): 46–53.
- Chipperfield, Judith and Betty Havens. 2001. “Gender differences in the relationship between marital status transition and life satisfaction in later life” *The Journal of Gerontology* 56(3): 176–186.
- Clark, David and Carlos Centeno. 2006. “Palliative Care in Europe: an emerging approach to comparative analysis” *Journal of the Royal college of Physicians*. 6(2): 197–201.
- Cockerham, William C., Kimberly Sharp and Julie A. Wilcox. 1983. “Aging and Perceived Health Status” *Journal of Gerontology* 38(3): 349–355.
- Cox, Harold G. 1996. *Later Life: The Realities of Aging*. Simon & Schuster / A Viacom Company
- Davis, Nancy and Robert Robinson. 1988. “Class identification of man and woman in the 1970s and 1980s” *American Sociological Review* 53(2): 103–112.
- Deaton, Angus. 2008. “Income, health, and well-being around the world: Evidence from the

- Gallup World Poll” *The Journal of Economic Perspectives* 22(2): 53–72.
- Di Tella, Rafael, Robert J. MacCulloch and Andrew J. Oswald. 2003. “The Macroeconomics of Happiness” *The Review of Economics and Statistics* 85(4): 809–827.
- Eden, L., T. Brokhoz, G. Ejlertsson, I. Leden and B. Nordbeck. 1998. “Is disability pension related to quality of life?” *International Journal of Social Welfare* 7(4): 300–309.
- Emanuel, E.J. and L.L. Emanuel. 1994. “The Economics of Dying: The illusion of cost saving at the end of life” *The New England Journal of Medicine* 540–544.
- Fleche, S., C. Smith and P. Sorsa. 2011. “Exploring determinants of subjective wellbeing in OECD countries: Evidence from the World Value survey” *OECD Economics Department Working Papers*, No.921, OECD Publishing.
- Franks, Peter, Carolyn Clancy and Marthe Gold. “Health insurance and mortality: Evidence from a national cohort” *The Journal of American Medical Association* 270(6): 737–741.
- Fuentes, Nocole and Mariano Rojas. 2001. “Economic theory and subjective well-being: Mexico” *Social Indicators Research* 53(3): 289–314.
- Garcia-Munoz, Teresa, Shoshana Neuman and Tzahi Neuman. 2014. “Subjective health status of the older population: Is it related to country-specific economic development measures?” *Department of Economics, Bar Ilan University*
- Gawande, Atul. 2016. “Quantity and Quality of Life: Duties of care in life-limiting illness” *The Journal of the American Medical Association* 315(3): 267–269.
- Green, J.H. 1989. “Long-term home care research” *National Library of Medicine Publishing* 20:125–140.
- Grundy, E. and A. Bowling. 1999. “Enhancing the quality of extended life years: Identification of the oldest-old with a very good and a very poor quality of life” *Aging & Mental Health* 3(3): 199–212.
- Hamarat, Errol, Demmis Thompson, Don Steele, Ken Matheny and Carol Simons. 2002. “Age Differences in Coping Resources and Satisfaction with Life among Middle-Aged, Young-Old, and Oldest-Old Adults” *Journal of Genetic Psychology* 163(3): 360–367.
- Helliwell, John F., and Robert D. Putnam. 2004. “The Social context of Well-being” *The Royal Society* 359(1449): 1435–1446.
- Helliwell, John F. 2003. “How is life? Combining individual and national variables to explain subjective well-being” *Economic Modelling* 20(2): 331–360.
- _____. 2008. “Life Satisfaction and Quality of Development” *The National Bureau of Economic Research* NBER Working paper No.14507.
- Hitiris, Theo and John Posnett. 1992. “The determinants and effects of health expenditure in developed countries” *Journal of Health Economics* 11(2): 173–181.
- Hodgson, Corinne. 2012. “Cost Effectiveness of Palliative Care: A Review of the Literature”, Canadian Hospice Palliative Care Association.
- Holz, C.A. 2005. “China Governance Project: The Institutional arrangement for the production of statistics” *OECD Statistic Working Papers*. OECD Publishing.
- House, James S., Cynthia Robbins and Helen L. Metzner. 1982. “The Association of Social Relationships and Activities with Mortality: Prospective Evidence from the Tecumseh

- Community Health Study” *American Journal of Epidemiology* 116(1): 123–140.
- Hunt, S.M., S.P. McKenna, J. McEwen, E.M. Backett, J. Williams and E. Papa. “A Quantitative approach to perceived health status: A validation study” *Journal of Epidemiology & Community Health* 34(4): 281–286.
- Idler, E.L. and Y. Benyamini. 1997. “Self-rated health and mortality: a Review of twenty-seven community studies” *The Journal of Health and Social Behavior* 38(1): 21–37.
- Inglehart, Ronald. 2000. “World Values Surveys and European Values Surveys, 1981–1984, 1990–1993, and 1995–1997” *Inter-university Consortium for Political and Social Research* ICPSR 2790.
- Inglehart, Ronald and Paul Abramson. 1994. “Economic security and value change, 1970–1993” *American Political Science Review* 88: 336–354.
- Jen, Min Hua, Kelvyn Jones and Ron Johnston. 2009. “Global variations in health: Evaluating Wilkinson’s income inequality hypothesis using the World Values Surveys” *Social Science & Medicine* 68(4): 643–653.
- Kalach, A. and I. Kickbusch. 1997. “A Global strategy for healthy ageing” *World Health* 50(4): 4–5.
- Kalish, Richard A. 1972. “Of Social Values and the Dying: A Defense of Disengagement” *The Family Coordinator* 21(1): 81–94.
- _____. 1975. *Late Adulthood: Perspectives on Human Development* Brooks/Cole Publishing.
- Kane, Rosalie A. 2001. “Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing them closer together” *The Gerontologist* 41(3): 294–304.
- Katakorpi, Kaisa and Jani-Petri Laamanen. 2010. “Welfare State and Life Satisfaction: Evidence from Public Health Care” *Economica* 77(307): 565–583.
- Kennedy, Gary J., Howard R. Kelman and Cynthia Thomas. 1990. “The Emergence of Depressive Symptoms in Late Life: The Importance of Declining Health and Increasing Disability” *Journal of Community Health* 15(2): 93–104.
- Kirkcaldy, B., A. Furnham and R. Veenhoven. 2005. “Health care and subjective well-being in nations”, in *Research Companion to Organizational Health Psychology* edited by A.S.G. Antonious and C.L. Copper. Edward Elgar Publishing.
- Kondo, N., G. Sembajwe, I. Kawachi, R.M. van Dam, S.V. Subramanian and Z. Yamagata. 2009. “Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies” *BMJ* 339: b4471.
- Krause, Neal. 1997. “Religion, aging, and health: Current status and future prospects” *Journal of Gerontology* 52(6):291–293.
- Lakdawalla, D.N. and Tomas Philipson. 1999. “Aging and the growth of long-term care” *Social Science Research Network* Working paper No. w6980.
- Lawton, M.P. 2014. “A multidimensional view of quality of life in frail elders”, Ch.1 in *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, edited by J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe and D.E. Deutchman. Academic Press.
- Lawton, M.P. and Lucille Nahemow. 1973. “Ecology and the aging process” *The Psychology*

- of Adult Development and Aging*, edited by Carl Eisdorfer and M.P. Lawton. American Psychological Association
- Layard, Richard. 2011. *Happiness: Lessons from a New Science*. Penguin.
- Lever, Joaquina. 2004. "Poverty and Subjective well-being in Mexico" *Social Indicators Research*
- Loucka, M., S. Payne and S. Brearley. "How to measure the international development of palliative care? A critique and discussion of current approaches" *Journal of Pain and Symptom Management* 47(1): 154–164.
- Luce, J.M. and G.D. Rubenfeld. 2002. "Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life?" *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 165(6): 750–754.
- Lue, B.H., L.J. Chen and S.C. Wu. 2010. "Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan" *Archives of Gerontology and Geriatrics* 50(1): 34–38.
- Lynn, Joanne and David M. Adamson. 2003. "Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age" *Rand Health White Paper*
- Lynch, Julia. 2001. "The age-orientation of social policy regimes in OECD countries" *Journal of Social Policy* 30(3):411–436.
- Markides, Kyriakos S. and Harry W. Martin. 1979. "A Causal Model of Life Satisfaction among the Elderly" *Journal of Gerontology* 34(1): 86–93.
- Markides, Kyriakos S., Jeffery Levin and Laura Ray. 1987. "Religion, Aging, and Life satisfaction: An Eight-Year, Three-Wave Longitudinal Study" *The Gerontologist* 27(5): 660–665 *Social Science Research Network*
- Martins, J.O. and C. de la Maisonnette. 2006. "The drivers of public expenditure on health and long-term care: An integrated approach"
- Mayhew, Leslie. 2000. *Health and Elderly care expenditures in an aging world*. Remaprint.
- Menec, Verena H. and Judith G. Chipperfield. 1997. "Remaining Active in Later Life: The Role of Locus of Control in Seniors' Leisure Activity Participation, Health and Life Satisfaction" *Journal of Aging and Health* 9(1): 105–125.
- Meijer, C, M. Koopmanschap, T. d'Uva and E. Doorslaer. 2011. "Determinants of long-term care spending: Age, time to death or disability?" *Journal of Health Economics* 30(2): 425–438.
- Mitchell, Alex, Melissa Chan, Henna Bhatti, Marie Halton, Luigi Grassi, Christoffer Johansen and Nicholas Meader. 2011. "Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies" *The Lancet Oncology* 12(2): 160–174.
- Moussavi, S., S. Chatteriji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel and B. Ustun. 2007. "Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Surveys" *The Lancet* 370(9590): 8–14.
- Mulsant. B.H., M. Ganguli and E. Seaberg. 1997. "The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older

- adults” *Journal of American Geriatrics Society* 45(8): 954–958.
- Murray, C.J. 1994. “Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years” *Bulletin of the World Health Organization* 72(3): 429–445.
- Netuveli, Gopalakrishnan and David Blane. 2008. “Quality of Life in older ages” *British Medical Bulletin* 85(1): 113–126.
- Neugarten, B.L., R. Havighurst, and S. Tobin. 1968. “Middle age and aging” in *Personality and patterns of aging*, edited by B.L. Neugarten. University of Chicago Press.
- OECD. 2001. “Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending”, pp.145–167 in *OECD Economic Outlook*
- _____. 2011. “Public long-term care financing arrangement in OECD countries” in *OECD Health Policy studies help wanted? Providing and paying for Long-Term Care*, edited by C. Francesca, L.N. Ana, M. Jerome and T. Frits. OECD Publishing.
- _____. 2013. “Measuring Well-being and Progress” <http://www.oecd.org/statistics/measuring-well-being-and-progress.htm>
- _____. 2014. “OECD Health Statistics: Country Report”
- Okamoto, Kazushi and Yuko Tanaka. 2004. “Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan” *Preventive Medicine*, 38(3): 318–322.
- Oshio, Takashi. 2012. “Gender differences in the associations of life satisfaction with family and social relations among the Japanese elderly” *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 27(3): 259–274.
- Pacek, Alexander and Benjamin Radcaliff. 2008. “Assessing the Welfare state: The politics of Happiness” *Perspectives on Politics* 6(2): 267–277.
- Palmore, Erdman. 1979. “Predictors of Successful Aging” *The Gerontologist* 19(5): 427–431.
- Polder, Johan J., Jan J. Barendregt and Hans van Oers. 2006. “Health care costs in the last year of life – The Dutch experience” *Social Science & Medicine* 63: 1720–1731.
- Putnam, Michelle. 2002. “Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment” *The Gerontologist* 42(6): 799–806.
- Quadagno, Jill. 1999. *Ageing and the Life Course: An Introduction to Social Gerontology*. The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Quadagno, Jill and Jennifer Reid. 2008. “The Political Economy perspective in Aging”, ch.19 in *Handbook of Theories in Aging*, edited by M. Silverstein, V. Bengtson, N. Putney and D. Gans. Springer Publishing Company.
- Ramesh, M. 2003. “Globalization and social security expansion in East Asia”, ch.4 in *States in the Global Economy: Bridging Domestic institutions Back in*, edited by Linda Weiss. Cambridge University Press.
- Raudenbush, Stephen and Anthony Bryk. 2002. *Hierarchical Linear Models: applications and Data Analysis Methods*. Sage Publications.
- Reinhardt, U.E., P.S. Hussey and G.F. Anderson. 2002. “Cross-National comparison of Health systems using OECD data, 1999” *Health Affairs* 21(3): 169–181.
- Rowe, John, and Robert Kahn. 1987. “Human aging: Usual and successful” *Science* 237:

- Sarkisian, Catherine A., Ron D. Hays and Carol M. Mangione. 2002. “Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults” *Journal of the American Geriatrics Society* 50(11): 1837–1843.
- Smith, J., M. Borchelt, H. Maier and D. Jopp. 2002. “Health and well-being in the young old and oldest old” *Journal of Social Issues* 58(4): 715–732.
- Smith, Nancy R., Gary Kielhofner and Janet H. Watts. 1986. “The Relationship between Volition, Activity Patter and Life Satisfaction in the Elderly” *American Journal of Occupational Therapy* 40: 278–283.
- Steptoe, Andrew, Angus Deaton and Arthur A. Stone. 2015. “Subjective wellbeing, health, and ageing” *Lancet* 385: 640–648.
- Stuckler, D., S. Basu and M. McKee. 2010. “Budget crises, health and social welfare programs” *BMJ* 341: 77–79.
- The Economist Intelligence Unit. 2015. “The 2015 Quality of Death Index: Ranking Palliative Care across the World” *The Lien Foundation*
- Ulloa, B. F. L., Valerie Moller and Alfonso Sousa-Poza. 2013. “How does subjective well-being evolve with age?: A literature review” *IZA Discussion Paper Series* No.7328.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2013. “World Population Ageing 2013”
- Vannman, Reeve. 1980. “U.S. and British Perceptions of Class” *American Journal of Sociology* 83:769–790.
- Vanneman, Reeve and Lynn Cannon. 1987. “The American Perception of Class” Temple University Press.
- Veenhoven, Ruut. 2000. “Well-being in the welfare state: Level not higher, distribution not more equitable” *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2(1): 91–125.
- Wolinsky, F.D. and R.J. Johnson. 1992. “Perceived health status and mortality among older men and women” *The Journal of Gerontology* 47(6): 304–312.
- World Health Organization. 2004. “The Solid Facts: Palliative Care”, edited by Elizabeth Davies and Irene J. Higginson.
- _____. 2008. “The Global Burden of Disease: 2004 Update”, edited by Colin Mathers and Doris Ma Fat.
- _____. 2011. “Palliative Care for Older People: Better Practice”, edited by Sue Hall, Hristina Petkova, Agis D. Tsouros, Massimo Costantini and Irene J. Higginson.
- Worldwide Palliative Care Alliance. 2014. “Global Atlas of Palliative Care at the End of Life”, edited by Stephe R. Connor and Maria Cecilla Sepulveda Bernedo. World Health Organization
- Yoo, B.K., J. Bhattacharya, K.M. McDonald and A.M. Garber. 2004. “Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OECD countries” *Health Service*

Reserch 39(2): 1971–1992.

- Zhang, Baohui, Alexi A. Wright, Haiden A. Huskamp, Matthew E. Nilsson, Matthew L. Maciejewski, Craig C. Earle, Susan D. Black, Paul K. Maciejewski and Holly G. Prigerson. 2009. “Health Care Costs in the Last Week of Life: Associations with End-of-Life Conversations” *Archives of Internal Medicine* 169(5): 480–488.
- Zhao, Jun, Stephen Barclay, Morag Farquhar, Ann Louise Kimmonth, Carol Brayne and Jane Fleming. 2010. “The Oldest Old in the Last Year of Life: Population-Based Findings from Cambridge City over-75s Cohort Study Participants aged 85 and older at Death” *Journal of the American Geriatrics Society* 58(1): 1–11.
- Zhou, Jie and Yu Xie. 2016. “Does economic development affect life satisfaction? A spatial-temporal contextual analysis in China” *Journal of Happiness Studies* 17(2): 643–658.
- Zingraff, Rhonda and Michael Schulman. 1984. “Social Bases of Class Consciousness” *Social Forces* 63(1): 98–116.

신문기사

조선일보. 2014년 9월 4일자 기사. “[한국인의 마지막 10년] 마지막 10년 의료비 폭탄이 ‘처리량한 노후’를 부른다”

http://inside.chosun.com/site/data/html_dir/2013/11/05/2013110500718.html?Dep0=twitte

ㄷ

Abstract

The Impact of the Long Term Care and Palliative Care public expenditures on the Life Satisfaction of the Elderly: A Cross-national analysis of the OECD countries

Jung Hyeon Park
Department of Sociology
Graduate School
Seoul National University

As the world population aging, long debates and academic investigations have pursued the matter on the quality of life among the elderly worldwide. Among many, the physical debilitation still remains the major life-altering event with which the aged are faced – the universal experience in one’s life course regardless of medical advancement and economic development –, and which diminishes their life satisfaction. Simultaneously, their dependency on public supports such as Long-Term care and the medical services increase as the traditional support from the family tie has weakened in the time of post-industrialism. In sum, the role of the public supports for the elderly has become one of the crucial factors in constituting satisfactory life in later years.

The aim of this study is to measure the effects of the public long-term care expenditures and the funding of palliative cares have on the life satisfaction of the elderly in OECD countries, using World Value Survey and the OECD statistic data. Specifically, it hypothesizes that the influence of these public supports may vary per subjective health status of the young-old and the old-old, as the physical ability declines throughout age. With a cross-national analysis, the study also intends to identify the degrees of public spending results in different levels of life satisfaction across 31 OECD countries. As it requires the two different levels of data – one, individual and another national –, the study applies Hierarchical Linear Model, which

suits the purpose of the study to analyze the multi-dimensional aspect of public environment and its impact on individuals' life satisfaction.

As a result, public expenditures on both the Long-Term Care (LTC) and Palliative Care (PC) results in increases of the life satisfaction among those above 65 years old, particularly stronger with the LTC. The public medical expenditures, however, fails to gain statistical significance with the life satisfaction once the analysis counts in the LTC and PC variables. The results indicate the needs of the elderly to maintain everyday life and mediate the physical pains caused by the debilitations stronger than their requests for medical intervention. The public PC funding, in particular, enhances the life satisfaction of those who perceive their health status negatively, which verify the part of the study hypothesis. However, the LTC expenditures displays no interaction effect with the subjective health status, which veto the original hypothesis – only the direct effect on the life satisfaction among the elderly. In cross-national comparisons, Korea remains at the insufficient public supports in all realms – medical, LTC and PC – with lower life satisfaction of those above 65 years old, which suggests the health-related public environment in Korea requires improvement with priority per specific needs of their elderly population.

Keyword: life satisfaction, the elderly, health, public expenditure, long term care, palliative care, OECD, hierarchical linear model