

1998년도 국민건강·영양조사 - 건강조사부문 -

남정자·김혜련·최은영¹⁾

한국보건사회연구원, 이화여자대학교¹⁾

調查目的

1970년대 이래 한국인의 평균수명이 현저히 연장되면서 (1971년 : 남 59.0세, 여 66.1세→1997년 : 남 70.6세, 여 78.1세), 1997년 출생아는 74.4세의 기대여명을 누릴 것으로 추정된다. 이처럼 지난 세기 인류의 보편적 염원이었던 '장수'의 혜택을 누리게 된 오늘날, 새 밀레니엄을 향한 건강 관심사는 단순한 장수가 아니라 질병과 장애없이 건강하게 사는 '생산적이고 활력있는 삶'으로 변천되어야 한다는 점이다.

건강장수의 지표가 되는 '활동장애없이 건강하게 사는 기간'(DFLE : Disability-Free Life Expectancy)은 1997년도 서울시민보건지표 조사결과에 의하면 남성이 54.1년, 여성이 53.1년으로 추산된다. 이는 남자는 16.5년간 그리고 여자는 25.0년간을 질병과 동거하는 불건강여명 속에서 살아간다는 의미이므로, 삶의 질 측면에서 커다란 문제로 대두되고 있다.

인류 건강의 총사령탑인 세계보건기구(WHO)는 조기사망으로 인한 손실과 질병·장애와 동거하는 여명을 합한 '불건강여명'에서 만성질환이 차지하는 비율이 현재(1998년)는 43% 수준이지만, 2020년에는 73%까지 늘어날 것이라고 경고하고 있다. 이처럼 만성질환의 부담이 점점 증가하는 추세 속에서 "적정수준의 국민의료비 지출을 유지하면서 국민의 건강욕구 충족과 건강증진을 어떻게 도모할 것인가?"라는 과제는 인구 두 사람 중 한 사람이 만성질환을 앓고 있는 우리나라는 물론 전세계 보건계가 공통적으로 당면한 과제이다.

우리보다 먼저 고령화와 질병구조의 전환을 경험한 선진국에서는 이와 같은 국민보건문제에 대처하기 위하여 1980년대부터는 본격적으로 국가차원의 중장기 건강증진목표와 전략을 수립·시행해오고 있다. 미국의 'Healthy People 2000'과 'Healthy People 2010', 영국의 'Health of the Nation'(2000년)과 'Our Healthier Nation'(2010년), 일

본의 'Active 80 Plan', 호주의 'Better Health Commission' 등이 이러한 사례이다.

우리나라도 21세기에 대비하여 국가경쟁력의 원천인 국민건강을 확보하자면, '국민건강증진법'이 규정하듯이 국민의 삶을 저해하고 사회적으로 큰 부담이 예상되는 주요질환에 대하여 국가 차원의 관리목표를 과학적으로 설정하고, 목표달성을 위한 구체적 실천전략 및 관리체계 개발이 시급한 실정이다. 이러한 중장기 국가계획에 토대를 두고 건강정책이 펼쳐져야만 '평균수명의 연장'이라는 금세기의 성과가 21세기에는 '건강 장수'를 통하여 국민의 삶의 질을 향상시킬 수 있게 될 것이다.

이러한 배경에서 국가보건정책 수립을 위한 기초자료를 확보하고자, '국민건강증진법'에 의거해 기존의 국민건강조사와 국민영양조사를 통합하여 1998년부터는 '국민건강·영양조사'를 실시하게 되었다. 매 3년마다 실시되는 전국규모의 표본조사인 '국민건강·영양조사'는 한국인의 건강수준과 보건의식행태 및 의료이용 등에 관한 변동 추이와 질병발생의 위험요인을 규명할 수 있는 기초자료를 제공함으로써, 당면한 보건정책의 수립 뿐 아니라 새천년 국가보건정책의 비전을 제시할 '2010년 국민건강증진 목표설정'을 위한 기반자료로 활용될 수 있을 것이다.

調查의 目的

'국민건강·영양조사'의 목적은 국민의 전반적인 건강상태와 영양상태를 파악하며 몇몇 주요 질환에 대한 전국 규모의 대표성과 신뢰성이 있는 통계를 산출하고 그 추세를 제시함으로써 국가 보건정책기획의 우선순위와 목표를 설정하고 이에 따른 질병예방 및 건강증진 프로그램의 개발에 필요한 기초자료로 활용하는데 있다.

이 중 국민건강조사 부문은 크게 '건강면접조사', '보건의식행태조사'와 '건강검진조사'의 3개 조사부문으로 구성되며, 건강면접조사는 다시 이환조사, 활동제한조사, 의료이

용조사의 세 부분으로 나누어진다. 각 조사별 목적은 다음과 같다.

1. 健康面接調査

1) 罹患調査

- ① 국민들의 질병이환 양상 및 각종 질병의 유병률 산출
- ② 국가가 중점 관리해야 할 주요 질병의 종류 및 규모 파악
- ③ 국가가 우선 지원해야 할 건강취약계층의 문제와 요구 파악
- ④ 주요 질병의 국제 비교를 통한 한국인의 건강수준 평가
- ⑤ 사고 빈발계층의 파악을 통한 사고예방 대책의 수립
- ⑥ 질병 및 사고로 인한 경제·사회적 부담(비용 등) 산출
- ⑦ OECD, WHO 등 국제기구가 요구하는 보건부문 통계 및 지표 산출
- ⑧ 2000년대 국가 보건정책목표 설정을 위한 계량적 정보 제공

2) 活動制限調査

- ① 질병이나 장애로 인해 활동에 제한(주요활동, 사회적 핸디캡, 일상생활수행능력 등)이 있는 인구의 특성 및 규모 파악
- ② 활동제한을 초래하는 주요 질병 및 원인 파악
- ③ 활동제한으로 인한 생산성 손실액 추정
- ④ 삶의 질 향상(질병·장애없이 장수)방안 수립을 위한 기초자료 확보
- ⑥ OECD, WHO 등 국제기구가 요구하는 보건부문 통계 및 지표 산출
- ⑦ 2000년대 국가 보건정책목표 설정을 위한 계량적 정보 제공

3) 醫療利用調査

- (1) 국민의 의료기관 종류별 의료이용률 및 의료이용행태 파악
- (2) 합리적인 의료전달체계 구축, 지역별 의료자원 수급 및 균점배분계획 수립, 국민의료비 추계를 위한 기초자료 확보
- (3) 의료기관의 '질' 개선을 위한 기초자료 확보
- (4) 장기요양의료, 가정간호 및 간병 서비스 개발을 위한 기초자료 확보

2. 保健意識行態調査

- (1) 국민들의 주관적 건강행태 수준의 파악
- (2) 각종 건강위험요인별(흡연, 음주, 운동, 구강보건, 스

트레스, 안전의식 실태 등) 위험집단의 규모 및 특성 파악

- (3) 국민들의 건강생활 실천수준과 변화 추이 파악
- (4) 국민들의 주요 건강행태와 위험요인을 감소시키기 위한 각종 프로그램 및 서비스 개발에 기초자료 확보

3. 健康檢診調査

- (1) 혈압측정치(이완기혈압, 수축기혈압), 신체 계측치(신장, 체중, 상완위 등) 측정을 통한 한국인의 표준분포와 건강수준 파악
- (2) 혈액검사(혈중지질치, 당대사, 간기능, 빈혈 등), 요검사 등 임상 정보의 표준분포와 건강상태 파악
- (3) 질병관리대책 수립시 임상 정보를 제공할 수 있는 혈청은행 운영에 필요한 시료의 확보·보존

調査方法

1. 調査對象

조사의 모집단은 각 시도의 섬지역을 제외한 전국의 일반 가구이다. 따라서 비혈연 가구는 조사대상 가구에서 제외하였고 비혈연 가구원은 조사대상 가구원에서 제외하였다.

2. 標本設計

표본조사구 추출 기본자료는 통계청 1995년 인구주택총조사의 조사구를 이용하였다. 1995년 인구주택총조사의 조사구에 1995년 이후 1997년 10월까지의 신축아파트자료를 추가하여 각각 191개 조사구와 9개 조사구를 추출하여 총 200개 조사구를 추출하였다.

3. 乘數推定

조사결과에 의한 각종 통계치는 가중표본합계치(加重標本合計値, weighted sample total)와 이에 의한 평균 및 구성비이다. 여기서 실제 조사결과를 그대로 합산한 단순표본합계치를 사용하지 않은 이유는 각 표본조사구가 표본으로 추출된 확률이 다를 뿐만 아니라, 조사종류별로 조사완료율과 부적격가구 비율이 서로 다르기 때문에 이를 반영한 승수를 추정하였다.

국민건강조사의 가중표본합계치 산출용 가중치는 다음과 같이 3단계로 산출하였다. 각 표본조사구가 표본으로 추출된 확률, 가구기본조사 조사미완료율을 반영하여 총수 추정용 조사구별 확대승수를 산출하였다. 각 조사구별로 가구기본조사 완료가구수에 총수 추정용 확대승수를 곱한 결과를 합산하여 조사모집단의 조사대상가구수의 추정치를 산출하였다. 총수 추정용 조사구별 확대 승수에 조정계수를 곱하여 가중표본합계치 산출용 가중치로 변환하였다. 산출한 조사

구별 가중치를 전산과일의 각 가구 및 개인별 자료에 추가하여 각종 가중표본합계치 산출에 적용하였다.

4. 無應答 資料의 처리

무응답은 '조사단위 무응답'(unit non-response)과 '조사항목 무응답'(item non-response)로 나뉘어진다. 국민건강·영양조사에서는 가구면접조사에서 소득항목에서 무응답이 발생하였고, 보건 의식행태조사는 자기기록방법과 면접조사방법을 병행하였으므로 항목별로 약간의 무응답이 발생하였다. 본 조사자료에서 '조사단위 무응답'은 승수추정시 보정하였으며 항목 무응답은 완벽한 처리방법이 없으므로, 조사표에 기재되어 있는 전화번호를 통하여 무응답률이 비교적 높은 가구소득 항목에 대해서는 추가적으로 자료를 보완하였다. 또한 통계적으로는 최다빈도대체법과 평균 삽입법을 이용하여 항목 무응답을 처리하였다.

5. 現地調査 方法

건강면접조사는 조사원에 의한 가구방문 면접조사를 실시하였고 보건 의식행태조사는 면접조사와 자기기록조사를 병행하였다. 건강검진조사는 현지조사지역에서 검진을 통한 채혈, 신체계측 및 혈압측정을 실시하였다.

6. 調査其間

현지 조사기간은 1998년 11월 1일에서 12월 30일까지 60일간 실시되었다.

事業推進 經緯 및 方向

1. 제1차년도 사업(1998년도)

- 국민건강·영양조사 개선연구 : 1998. 1~3.
- 국민건강·영양조사 사전조사 실시 : 1998. 6~8.
- 국민건강·영양조사 본조사 실시 : 1998. 11. 1~1998. 12. 30.

Table 1. 調査部門別 對象者數 및 完了率

조사 구분	조사대상연령	대상자	완료	완료율(%)
건강면접조사	전연령	13,523가구	12,283가구	90.8
보건 의식 행태조사 : 성인	만20세 이상	9,263명	8,823명	95.3
보건 의식 행태조사 : 청소년	만10~19세	2,026명	1,985명	98.0
건강검진조사 부문	만10세 이상	10,876명	9,771명	89.8
식품섭취조사Ⅱ	만1세 이상	13,085명	11,400명	87.1
식품섭취빈도조사	만12세 이상	10,925명	9,594명	87.8
식생활조사Ⅰ	만3세 이상	12,707명	11,267명	88.7
식생활조사Ⅱ	만1~2세	378명	346명	91.5

1) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.
 2) OECD에서 권고하고 있는 방법으로서(미국, 영국, 캐나다 등 채택), 생명표 작성기법을 이용한 Sullivan(1971)의 방법을 사용하여 사망과 상병을 결합한 인구집단내 건강상태를 계량화함.

- 조사자료 정리검토 및 입력 : 1999. 1.~1999. 2. 28.

2. 제2차년도 사업(1999년도)

1차년도 사업에 대한 통계처리 및 분석 : 1999. 3~12.

3. 제3차년도 사업(2000년도)

건강면접조사, 건강검진조사, 영양조사의 관련성 및 인과관계, 건강위험요인 분석

調査完了率

조사 완료율은 Table 1과 같음.

調査結果

1. 主觀的 健康狀態 認識

자신의 건강상태가 매우 좋다 또는 좋다고 인지하는 건강자 비율은 20세 이상 성인 전체에서 42.6%로 나타났으며, 남자의 46.7%, 여자의 38.9%가 건강상태가 매우 좋거나 좋은 편이라는 인식을 가지고 있는 것으로 나타났다.

2. 主要 疾病 有病實態

한국인이 앓고 있는 주요 만성질환은 치아우식증(1위),

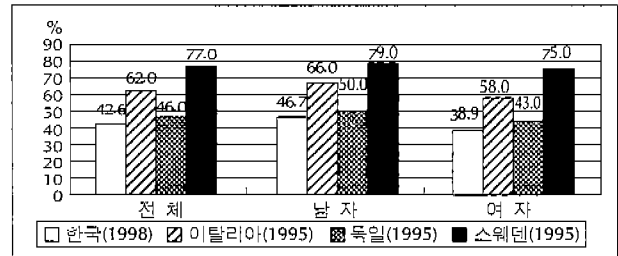


Fig. 1. 主觀的 健康狀態 認識에 따른 健康者 比率의 國際比較.
 주 : 1) 자신의 건강상태를 매우 좋다 또는 좋다고 응답한 비율
 자료 : 1) 1998년도 국민건강·영양조사
 2) OECD, Health Data, 1998

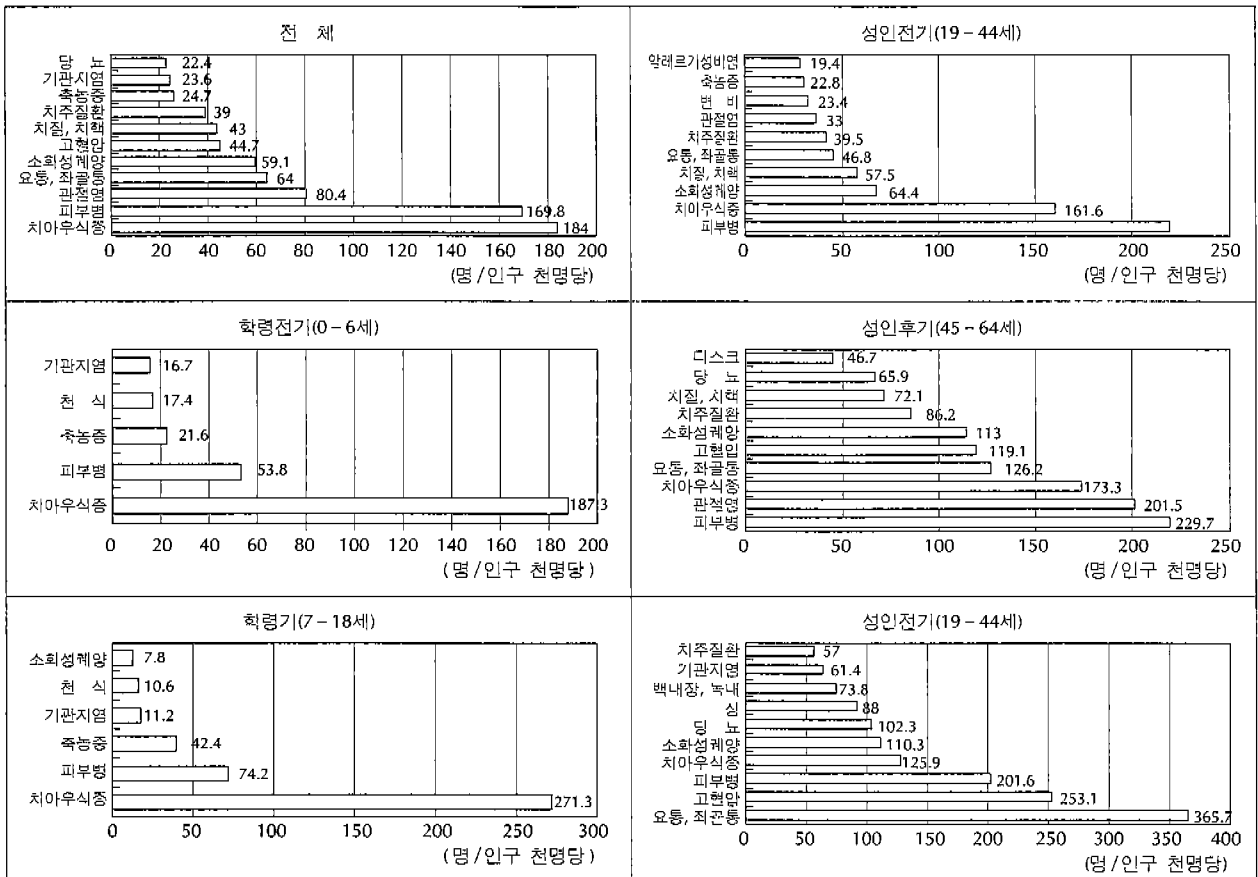


Fig. 2. 人口 1,000名當 年間 慢性疾患 有病率 : 生涯週期別.

Table 2. 45歲 以上 成人 男女의 主要 慢性疾患 有病率 (단위 : 명/인구 천명당)

질 환 명	전 체	남	여
관절염	244.6(1)	123.6(3)	347.3(1)
피부병	202.5(2)	236.9(1)	173.3(3)
요통 · 좌골통	159.4(3)	90.8(6)	217.7(2)
치아우식증	156.8(4)	150.1(2)	162.4(5)
고혈압	140.7(5)	110.9(4)	166.1(4)
위염 · 소화성궤양	110.2(6)	98.3(5)	120.3(6)
치주질환 및 치경부 마모증	78.6(7)	86.7(7)	71.6(7)
당뇨병	71.7(8)	73.8(8)	69.9(8)
치질 및 치핵	64.2(9)	63.9(9)	64.5(9)
관절염	43.7(10)	50.8(10)	37.7(10)

주 : ()안은 만성질환 순위

피부질환¹⁾(2위), 관절염(3위), 요통(4위), 위염 · 소화성궤양(5위), 고혈압(6위)의 순으로 나타났으며, 이들 6개 질환은 전체 만성질환의 거의 절반인 45.7%를 차지하였다.

65세 이상 연령층이 많고 있는 주요 만성질환(유병률이 높은 질환)은 관절염, 요통 · 좌골통, 고혈압, 당뇨, 위염 · 소화성궤양으로 나타났다.

45세 이상 성인의 여성이 많고 있는 주요 만성질환은 관

절염, 요통 · 좌골통, 피부병, 고혈압, 치아우식증 등이었으며, 남성의 경우 피부병, 치아우식증, 관절염, 고혈압, 위염 · 소화성궤양 등인 것으로 나타났다.

위염 · 소화성궤양, 당뇨병, 고혈압은 병 · 의원의 이용률이 높으며, 뇌혈관질환, 관절염, 요통 · 좌골통 등은 한방병 · 의원의 이용률도 높은 것으로 나타났다.

3. 疾病 및 事故로 인한 活動制限에 따른 生産性 損失額

1) 主要 活動制限의 程度

우리나라 국민(시설 및 병원입원자 제외) 중 1.9%가 주요활동(직업, 학업, 가사 등)에 장기적인 제한이 있는 것으로 나타났다. 주요활동에 제한이 있는 인구의 비율은 여자(2.1%)가 남자(1.7%)보다 높게 나타났으며, 주요활동에 제한이 있는 인구의 비율은 연령증가와 함께 높아졌다. 65세 이상 노인의 약 14.4%가 주요활동에 제한이 있는 것으로 나타났다.

2) 主要 活動制限의 原因

우리나라 국민의 주요활동에 장애를 초래하게 된 주원인

은 질병이 56.2%로 가장 많았고, 고령 17.3%, 장애 17%, 사고로 인한 손상 9.6%의 순으로 나타났다.

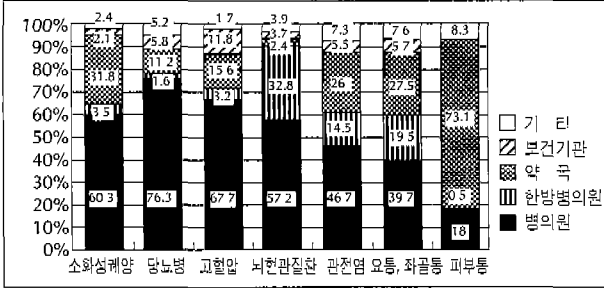


Fig. 3. 慢性疾患의 主要 治療處 分布.

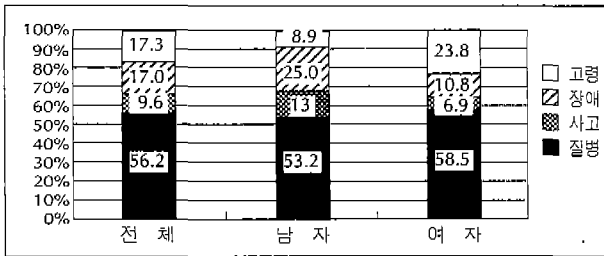


Fig. 4. 主要 活動制限의 原因.

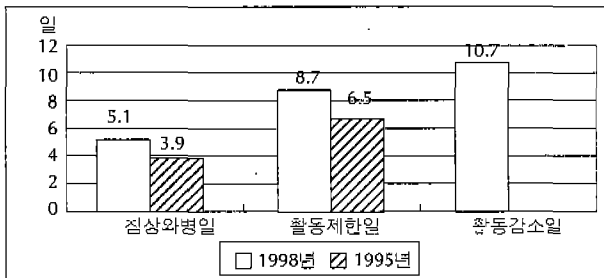


Fig. 5. 人口 1人當 年間 寢床臥病, 活動制限, 活動減少日¹⁾.
 주 : 1) 1995년도 국민건강조사에서는 활동감소일을 조사하지 않음.
 자료 : 1) 1998년도 국민건강 · 영양조사
 2) 한국보건사회연구원, 『국민건강조사』, 1995

3) 人口 1人當 年間 活動制限, 活動減少, 寢床臥病日 (施設/病院入院者 除外)

이환으로 인한 활동제한일(반 나절 이상의 휴식을 취해야 했던 경우: 조퇴, 결석·결근, 입원 등)은 인구 1인당 연간 8.7일로 95년도의 6.5일보다 2일 이상 증가했으며, 연령이 높아질수록 길게 나타났다. 활동제한은 주로 만성질환에서 초래되었으며, 특히 중풍, 심장병 등의 순환기계 질환과 암, 관절염 등의 경우에 활동제한일이 길었다.

4) 疾病 및 事故로 招來된 活動制限으로 인한 生産性 損失額

활동제한은 사회·경제적 활동의 일시적 중단을 의미하는 것으로, 이환으로 인한 입원·결근·조퇴 등에서 발생한 소득기회의 상실분인 생산성 손실액은 GDP(국내총생산)의 약 1.7%에 달한 것으로 추정되었다. 이는 '98년도 GDP(국내총생산, 1998년 449조 5,088억원)를 기준으로 했을 때, 약 7조 6,233억원의 생산손실을 가져온 것이며, 국민 1인당으로 환산한 경우, 국민 1인당 약 14만 6천원의 생산손실을 가져온 것으로 추산되었다. 요통·좌골통으로 인한 생산성 손실액은 GDP의 약 0.29%(약 1조 3,072억원), 관절염으로 인한 생산성 손실액은 GDP의 약 0.25%(약 1조 1,333억원)의 손실을 가져온 것으로 추산되었다. 각종 사고로 인한 생산성 손실액은 GDP의 약 0.24%(약 1조 733억

Table 4. 우리나라¹⁾에서 罹患으로 인한 生産性 損失額

구분	GDP 손실률(%)	GDP 손실액(억원)
전체이환	1.696	76,233
요통·좌골통	0.291	13,072
관절염	0.252	11,333
각종사고	0.239	10,733
뇌혈관질환	0.137	6,163
암	0.054	2,414
당뇨	0.048	2,160

주 : 1) 1998년 우리나라의 GDP 총액은 4,495,088억원임(한국은행)

Table 3. 우리나라 國民의 主要活動에 대한 制限의 程度

(단위 : %, 명)

구분	계(N)	활동에 전혀 지장없음	활동에 다소 지장이 있기는 하나 주요 활동에는 지장이 없음	주요활동에 제한 있음		
				소계	주요활동을 전혀 수행하지 못함	주요활동의 양과 종류에 제한이 있음
전체	100.0(43,682)	94.5	3.6	1.9	0.6	1.3
성						
남자	100.0(21,359)	95.6	2.7	1.7	0.6	1.1
여자	100.0(22,323)	93.5	4.5	2.1	0.6	1.5
연령						
0~6세	100.0(4,680)	99.7	0.2	0.2	0.1	0.1
7~18세	100.0(8,335)	99.4	0.5	0.3	0.1	0.1
19~44세	100.0(18,897)	98.1	1.2	0.7	0.2	0.5
45~64세	100.0(8,685)	90.9	6.6	2.5	0.7	1.8
65세 이상	100.0(3,085)	62.2	23.4	14.4	4.8	9.6

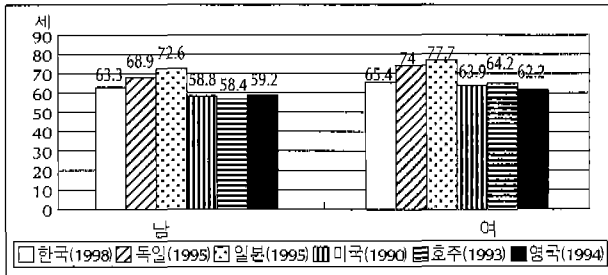


Fig. 6. 活動制限이 없는 健康餘命(DFLE)의 國際比較.
 주: 1) 한국의 경우 장기활동제한여명 산출에서 시설 수용 장기활동제한자는 자료미비로 인해 포함되지 못하였으며, 이를 포함할 경우 DFLE는 더 낮아질 것임.
 자료: OECD, Health Data, 1998.

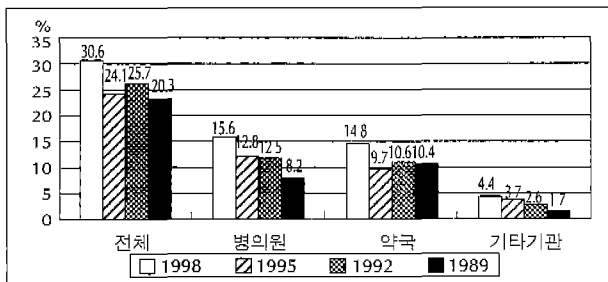


Fig. 7. 醫療機關別 2週間 外來醫療 利用率.
 자료: 한국보건사회연구원, 『국민건강 및 보건의식행태조사』, 각년도

원), 고혈압은 0.07%, 암은 0.05%에 이르는 것으로 추산되었다.

이러한 소득상실분과 더불어 질병치료를 위해 지불된 직접의료비와 의료기관에서의 대기시간, 교통소요시간, 간병 등에 따른 간접적인 기회비용을 고려하는 경우의 경제적 비용부담은 상당할 것으로 판단된다.

4. 活動制限이 없는 健康餘命(Disability-free life expectancy)

출생시 기대수명(남 70.6세, 여 78.1세: 1997)에서 활동제한여명(남 7.3년, 여 12.7년)을 제외한 건강여명(DFLE)은 남성이 63.3세, 여성이 65.4세를 나타냈다.

OECD에 가입국마다 건강여명을 산출하는 방법에 있어 조금씩 차이를 보이고 있으나, 우리나라의 경우 시설 수용 장기활동제한자가 자료 미비로 인해 포함되지 않은 관계로 미국, 영국, 호주 등의 선진국에 비해 남자는 약 4세, 여자는 약 1세 가량씩 건강여명이 높은 것으로 나타나고 있으며, 독일이나 일본에 비해서는 크게 낮은 것으로 나타났다.

5. 醫療利用 實態

외래의료이용률(인구 100명당 외래이용자수)은 과거에 비해 크게 높아졌으며, 의료기관별로는 의원과 약국, 그리고 보건(지)소의 이용률이 높아진 것으로 나타났다.

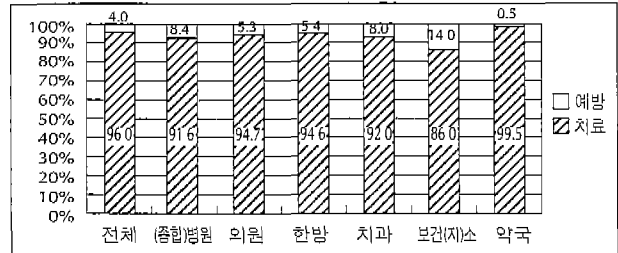


Fig. 8. 醫療機關別 醫療利用 目的.

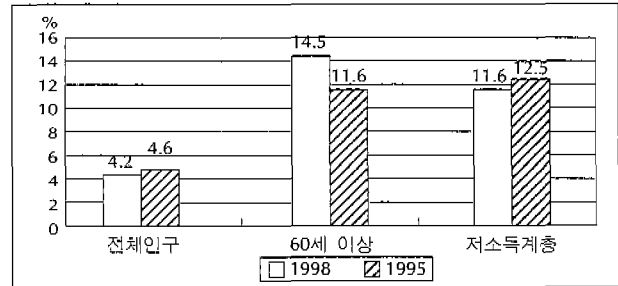


Fig. 9. 60歲 以上の 外來利用機關 中 保健機關 構成比.
 주: 1) 저소득 계층은 월평균 가구소득 50만원 이하

Table 5. 年間 入院者率 (단위: 명/인구 1,000명)

구분	전체	종합병원	병원	의원	한방
전체	53.79	30.76	11.16	13.26	0.64
남	43.57	27.21	10.33	7.59	0.51
여	63.56	34.15	11.95	18.68	0.76

외래이용의 96.0%가 질병치료 목적이었고, 건강검진과 질병예방을 위한 이용은 4.0%에 불과했다.

60세 이상 연령층 및 저소득 계층에서 보건기관에 대한 의존도가 높았다.

연간 1회 이상 입원한 인구를 나타내는 입원율(인구 1,000명당 입원자수)은 5.4명으로 '95년도의 5.2명과 비슷했으며, 인구 100인당 재원일수는 총 95.9일(분만제외 89.8일)로 '95년도의 94일보다 약 2일 가량 증가한 것으로 나타났다.

6. 健康實踐行爲

【吸煙】

1998년 국민건강 · 영양조사에서 20세 이상 성인의 흡연율(인구 100명당 흡연자수)은 전체 35.5%, 남자 67.6%, 여자 6.7%로 나타났다. 남자의 흡연율은 20대, 30대, 40대에서 높은 반면, 여자의 흡연율은 아직까지 60대, 70대에서 높은 것으로 나타났다.

1989년 이후 실시된 국민건강조사 결과와의 추이파악을 위하여 20~59세 성인의 흡연율을 비교하면 1989년 이후 흡연율은 35% 내외 수준을 유지하고 있으며, 남자의 흡연율은 감소추세를 보인 반면, 여자의 흡연율은 지속적인 증가추세를 보였다.

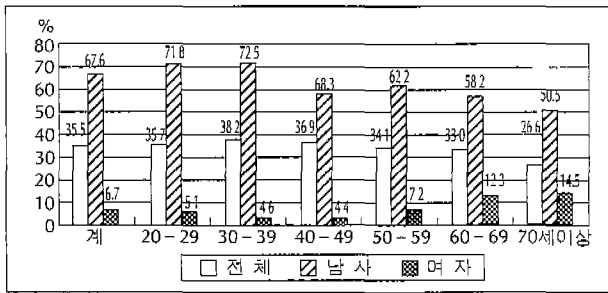


Fig. 10. 性別·年齡別 吸煙率, 20歲以上成人.

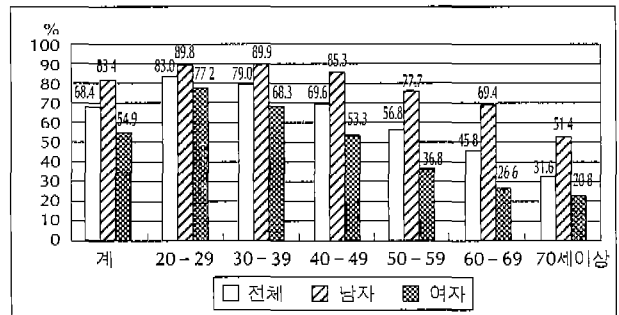


Fig. 13. 性別·年齡別 飲酒率, 20歲以上.

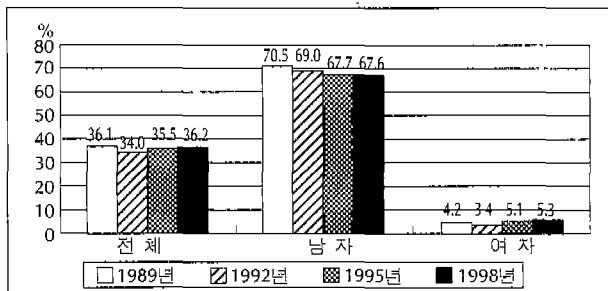


Fig. 11. 吸煙率 推移 比較(20~59歲).

자료 : 한국보건사회연구원, 「국민건강 및 보건의식행태조사」, 각년도

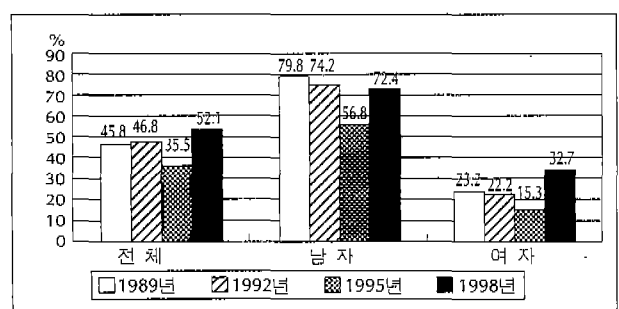


Fig. 14. 飲酒率 推移 比較(20~59歲).

자료 : 한국보건사회연구원, 「국민건강 및 보건의식행태조사」, 각년도

Table 6. 性別 現吸煙者의 하루 平均 吸煙量, 20歲以上 (단위 : 개피/일)

구분	전체	남자	여자
연령	17.5	18.0	12.7

Table 7. 年齡別 現吸煙者의 하루 平均 吸煙量, 20歲以上成人 (단위 : 개피/일)

구분	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70세 이상
연령	15.1	18.2	19.7	18.4	17.1	13.7

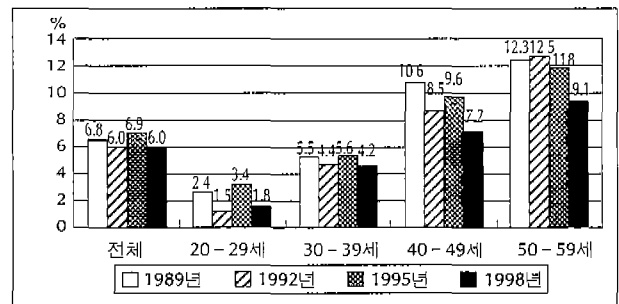


Fig. 15. 現 飲酒者의 年齡別 每日 飲酒率 推移 比較(20~59歲).

자료 : 한국보건사회연구원, 「국민건강 및 보건의식행태조사」, 각년도

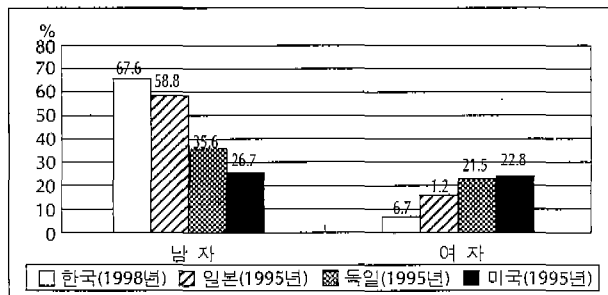


Fig. 12. 吸煙率의 國際比較.

자료 : 1) OECD, Health Data, 1998

2) US DHHS, Health United States, 1998(18세 이상)

현흡연자의 하루 평균 흡연량은 17.5개피인 것으로 나타났으며 남자흡연자는 하루에 18.0개피, 여자흡연자는 12.7개피를 피우고 있는 것으로 조사되었다.

남자의 흡연율은 일본에 비하여 높으며 독일, 미국 등 구미 선진국에 비해서는 매우 높은 수준이었다.

【飲酒】

1998년 국민건강영양조사에서 20세 이상 성인의 음주율(인구 100명당 음주자수)은 전체 68.4%, 남자 83.4%, 여자 54.9%로 나타났다. 1989년도 이후 추이를 파악하기 위하여 20~59세를 비교한 결과 1998년도 이 연령층의 음주율은 전체 52.1%, 남자 72.4%, 여자 32.7%로 과거에 비하여 높게 나타났다. 20세 이상 인구(전체조사대상자)의 매일 음주율(인구 100명당 월 21일 이상 음주자 수)은 6.0%로 남자 11.2%, 여자 1.3%로 나타났으며, 연령이 높아질수록 매일음주율이 높아지는 경향을 보였다.

1989년 이후 조사결과 매일음주율 추이를 파악하기 위하여 20~59세를 비교한 결과 이 연령층의 매일 음주율은 6.0%

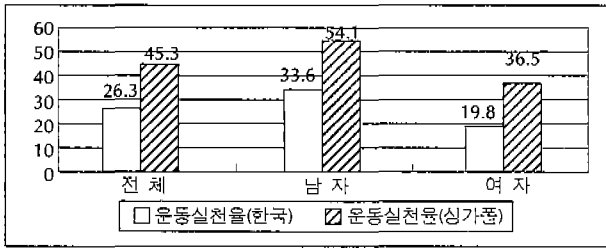


Fig. 16. 性別 運動實踐率¹⁾(1998年), 20歲 以上 成人.
 주 : 1) 규칙적 운동실천율과 불규칙적 운동실천율의 합계임
 자료 : http://www.govsg/moh/health_survey/NHSPDF.htm

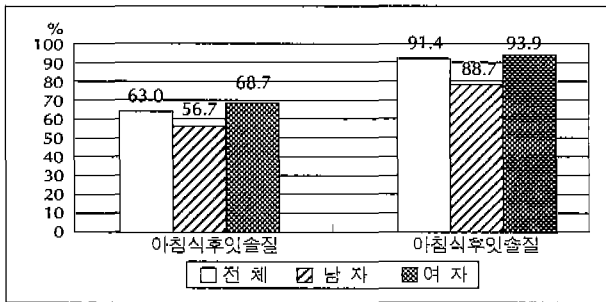


Fig. 17. 口腔保健 行態, 20歲 以上.

Table 8. 지난 2年間 健康檢診實態, 20歲 以上 成人 (단위 : %)

구분	전체	남자	여자
검진율	48.8	56.2	42.1

로 나타났다.

20세 이상 성인이 자가 운전시 28.0%가. 지난 1년간 1회 이상 음주운전을 한 경험이 있는 것으로 나타났다. 지난 1년간 1회 이상 음주운전을 한 남자운전자는 자가운전자의 32.9%였으며 여자운전자는 7.6%인 것으로 나타났다.

【운동】

1998년 국민건강영양조사에서 20세 이상 성인의 운동실천율(20세 이상 인구 100명당 규칙적/불규칙적으로 운동하는 사람수)은 26.3%로 평소 운동을 하지 않고 있는 인구가 매우 높은 것으로 나타났다. 남자의 운동실천율은 33.6%였으며, 여자의 운동실천율은 19.8%로 나타났다. 연령별 운동실천율은 20대, 30대에서는 남자, 여자 모두 상대적으로 저조하며 40대 이후 운동실천율이 높은 것으로 나타났다.

【口腔保健】

충치의 예방을 위해서는 잠자기 전과 아침 식후 잇솔질이 매우 중요한데 91.4%가 잠자기 전에 잇솔질을 하는 것으로 나타났으며 이 중 꼭 닦는다는 인구도 63.1%이었다. 아침 식사 후 잇솔질을 하는 비율은 63.0%였으며 아침식사전에 잇솔질을 하는 비율도 34.9%나 되는 것으로 나타났다.

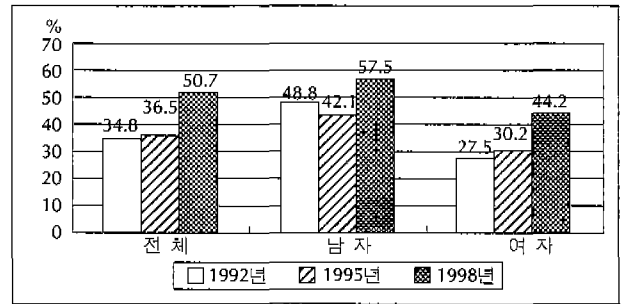


Fig. 18. 性別 健康檢診實態 推移(年齡補正), 20~59歲.
 주 : 1) 1992년 및 1995년은 지난 1년간 검진율이며 1998년은 지난 2년간 검진율임
 2) 1998년도 국민건강 · 영양조사(지난 2년간)
 자료 : 한국보건사회연구원, 「국민건강 및 보건의식행태조사」, 각 년도(지난 1년간)

Table 9. 運轉時 安全벨트 着用實態, 20歲 以上 (단위 : %)

구분	전체	남자	여자
안전벨트 착용률	66.3	64.8	72.2

【健康檢診】

만성질환의 조기발견과 예방을 위해서는 정기적인 건강검진을 통해 건강상태를 파악하고 질환을 예방하는 것이 중요한데 1998년 국민건강영양조사에서 20세 이상 성인의 지난 2년간 건강검진율은 48.8%로 나타났다.

【安全벨트 着用】

사고에 대비한 예방조치를 취할 수 있는 대표적인 안전의식이 안전벨트 착용이다. 1998년 국민건강영양조사에서 20세 이상 성인의 운전시 안전벨트 착용률(자가운전자 100인 중 안전벨트를 대체로 매거나 항상 매는 사람수)은 66.3%로 나타났다. 20~59세의 안전벨트 착용률은 1998년 조사에서 66.3%로 나타나 1995년 조사결과에 비하여 크게 향상된 것으로 나타났다.

7. 健康檢診 結果

【高血壓】

우리나라 30세 이상 인구의 27.8%가 고혈압을 지니고 있는 것으로 나타났으며, 고혈압 유병률은 남자(30.2%)가 여자(25.2%)보다 높았다. 한국인의 고혈압 유병률은 싱가포르인의 유병률과 거의 동일하였다.

【肥滿】

우리나라 국민의 23%가 경도이상의 비만으로 나타났으며, 고도 비만의 경우는 여자가 남자보다 유병률이 높았다. 60대까지 여자는 연령이 증가할수록 고도비만 유병률이 증가하였다.

Table 10. 高血壓 有病率 (단위 : %)

구 분	대 상	전 체	남 자	여 자
한 국(1998) ¹⁾	30세 이상	27.8	30.2	25.2
싱가폴(1998) ²⁾	30-69세	27.3	30.5	27.3

Table 11. 10歲 以上 性別 肥滿 有病率 分布 (단위 : %)

구 분	전 체	남 자	여 자
저체중	10.14	10.11	10.17
정 상	67.05	67.33	66.80
과체중			
경도비만	20.78	21.06	20.51
고도비만	2.03	1.50	2.52

Table 12. 性別 · 年齡別 高度肥滿 有病率 (단위 : %)

구 분	전 체	남 자	여 자
10세 이상	2.03	1.50	2.52
10-19세	0.69	0.83	0.30
20-29세	2.30	2.84	1.39
30-39세	2.45	1.66	2.89
40-49세	2.70	1.93	3.18
50-59세	3.37	1.09	3.96
60-69세	5.20	0.15	5.31
70세 이상	2.69	0.00	2.69

Table 13. 社會經濟變數 · 生涯週期別 高度肥滿 有病率 (단위 : %)

구 분	전 체	10-18세	18-44세	45-64세	65세 이상
전 체	2.03	0.58	2.19	2.56	2.48
지 역 ¹⁾					
도 시	1.83	0.60	1.83	2.45	3.23
농 촌	2.79	0.50	4.26	2.88	1.51
성					
남 자	1.50	0.90	2.03	1.25	-
여 자	2.52	0.24	2.35	3.82	3.98
소득수준					
50만원 이하	2.34	0.68	2.20	2.90	2.52
51~150만원	2.13	0.35	2.54	2.35	3.25
151만원 이상	1.71	0.92	1.69	2.64	0.90
교육수준					
초 등	2.34	-	3.56	3.40	1.93
중 졸	2.41	0.52	4.33	1.75	5.16 ²⁾
고 졸	1.81	1.04	1.96	2.12	-

주 : 1) 행정구역상 등을 도시라 정의하고 읍·면을 농촌이라고 정의함
2) 중졸 이상

생애주기별 고도비만 유병률을 보면 여자는 중년기, 노년기에 고도비만 유병률이 높았다.

농촌 청장년 100명 중 4.3명이 고도비만으로 추정되고 도시 노인 100명중 3명이 고도비만으로 추정되었다.

【SGOT, SGPT】

30세 이상 대상 인구중 30.1%가 SGOT 30 U/L 이상인

Table 14. 性別 · 年齡別 SGOT 30 U/L 以上인 사람의 比率 (단위 : %)

구 분	전 체	남 자	여 자
10세 이상	24.03	29.25	13.49
30세 이상	30.12	36.76	16.70
10-19세	9.45	11.05	6.62
20-29세	18.65	23.10	9.10
30-39세	26.24	31.68	11.28
40-49세	31.90	38.11	12.91
50-59세	35.68	42.63	23.75
60-69세	32.64	38.34	25.68
70세 이상	29.19	38.97	19.16

Table 15. 性別 · 年齡別 SGPT 35 U/L 以上인 사람의 比率 (단위 : %)

구 분	전 체	남 자	여 자
10세 이상	22.20	27.01	9.58
30세 이상	27.51	33.49	11.49
10-19세	5.40	6.02	4.53
20-29세	22.98	28.00	7.89
30-39세	29.96	35.73	10.26
40-49세	34.48	40.62	11.02
50-59세	27.72	33.37	17.25
60-69세	15.90	18.92	12.01
70세 이상	11.28	15.38	5.82

사람이었고 남자는 36.8%, 여자는 16.7%이었다. 남자가 여자보다 SGOT 30 U/L이상인 사람의 비율이 높았고, 남·녀 모두 노년층을 제외하고는 연령이 증가할수록 SGOT 이상인 사람의 비율이 증가했다.

30세 이상 대상 인구 중 27.5%가 SGPT 35 U/L 이상인 사람이었고 남자는 33.5%, 여자는 11.5%이었다. 남자가 여자보다 SGPT 35 U/L 이상인 사람의 비율이 높았다.

【B型 肝炎 抗原 · 抗體 陽性反應率】

B형 간염항체 양성반응을 보인 사람은 10대에서 가장 높고 40대 이후 연령이 증가할수록 감소하는 추세를 보이고 있었으며, 20대 이후에는 여자가 남자보다 B형 간염항체 양성반응을 보인 사람이 많았다.

【糖尿病 關聯 數值】

공복시 혈당이 140 mmHg인 사람을 당뇨병 가능 환자로 간주할 경우, 남자는 50대에 인구 100명 중 13명, 여자는 60대에 10명으로 추정되었다.

당화혈색소가 6.0% 이상인 사람을 당대사 이상 가능 환자라고 정의하면 연령이 증가할수록 당대사 이상 가능환자수가 증가하는 경향을 보였다. 60대 이전에는 남자가 여자보다 당대사 이상 가능환자수가 많았으며, 그 이후에는 여자가 남자보다 당대사 이상 가능환자수가 많았다.

【總 콜레스테롤】

총콜레스테롤이 240 mg/dl 이상이면 높다고 정의할 경우 30세 이상 성인의 약 10%가 이에 해당되었다. 여자는

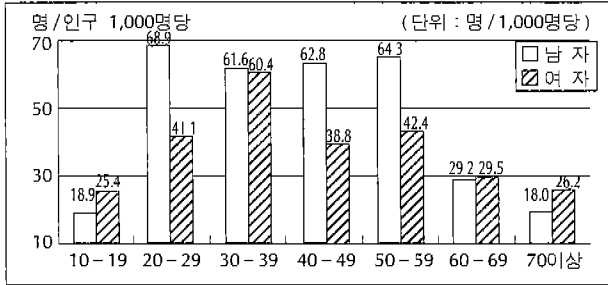


Fig. 19. 人口 1000名當 B型 肝炎抗原 陽性反應者 數.

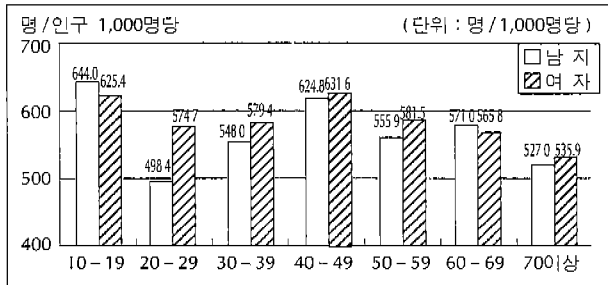


Fig. 20. 人口 1000名當 年齡別 B型 肝炎抗體 陽性反應者 數.

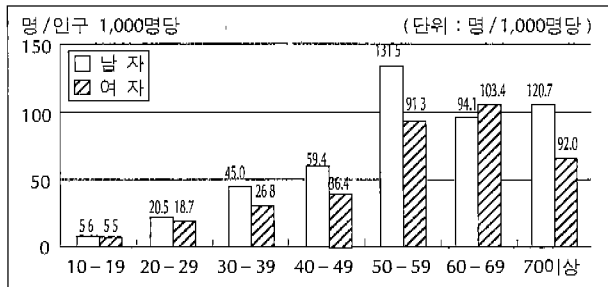


Fig. 21. 人口 1000名當 年齡別 糖尿病 可能患者.

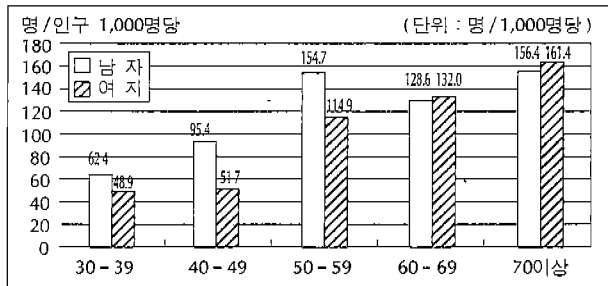


Fig. 22. 人口 1,000名當 當대사 以上 可能 患者數.

Table 16. 30歲 以上 性別 總 콜레스테롤 判定基準에 따른 分布 (단위 : %)

구분	전체	남자	여자
정상	62.64	63.36	61.96
조금높음	27.63	27.75	27.52
높음	9.81	8.89	10.53

50대까지 연령이 증가함에 따라 총 콜레스테롤이 높은 사람의 비율이 증가하나 그 이후 정체되었다. 남자는 50대까지 연령이 증가함에 따라 총 콜레스테롤이 높은 사람의 비율이 증가하나 그 이후 감소되었다.

政策提言

1. 生産的 福祉의 礎石이 되는 保健에 대한 投資 增大

새 천년, 건강하고 활력 있는 사회는 생명을 보호하고 소중히 여기는 국민건강에서 비롯된다. 건강이 모든 것을 갖다주지는 않지만, 건강을 잃으면 우리는 모든 것을 잃게 된다. 이처럼 소중한 건강을 위하여, 국민 개개인이 자신의 건강 잠재력을 최대한 발휘하면서 건강수명을 누리도록 지원하는 것은 정부의 가장 가치 있는 투자이다.

이러한 의미에서 국민 두사람 중 한사람이 만성질환을 앓고 있으며, 질병으로 인한 활동제한 때문에 발생하는 생산액 손실이 GDP의 1.7%로 추정되는 등 질병으로 인한 국민 경제적 손실이 상당 수준임을 감안할 때, 국가 정책상 보건정책의 우선순위와 감소 추세에 있는 보건비의 투자가 제고되어야 할 것이다. 이러한 정책 수행이 곧 생산적 복지를 지향하는 국정목표의 순조로운 달성을 지원하는 저력이 된다고 하겠다.

2. 主要 慢性疾患에 대한 國家管理體系 構築

국민건강에 주는 위해와 부담 정도, 지속적 관리의 필요성 및 예방 효과를 감안하여, 고혈압·암·당뇨병·간염·관절염·사고 등을 국가가 중점적으로 관리해야 할 주요 질병으로 선정하고, 공공보건기관을 중심으로 동질환의 예방·관리를 위한 구체적 프로그램을 개발시행한다.

보건소와 보건지소의 만성질환자 관리 기능 강화

- 고혈압·암·당뇨병·간염, 구강질환 등의 만성질환자 등록관리제 도입

- 노인 및 장애인 만성질환자를 위하여 보건과 복지 서비스가 연계된 방문보건복지사업 확대 실시

- 도시 저소득층 만성질환자에 대한 공공 보건서비스 확대

- 만성질환관리를 위한 의료시설의 확충

- 만성질환자를 위한 장기요양시설의 확충

- 병원중심의 가정간호사업 확대 실시

3. 生涯週期別 豫防保健 서비스의 擴大

증가하고 있는 만성질환자의 조기발견 및 효율적 관리를 위하여 생애주기별로 발생위험이 높은 질환에 대한 건강검진체계가 확립되도록 한다. 이러한 예방보건정책은 이미 병이 난 후어야 의료기관을 이용(의료이용의 96%가 치료 목

적)하는 잘못된 관행을 개선하는데도 기여할 것이다.

이를 위해서는 생애주기별(영유아기, 아동기, 청·장년기, 중년기, 노년기, 임신·출산기)로 건강위험요인과 건강요구도를 감안한 평생건강관리체계를 구축하고, 이러한 틀 아래 보건소 중심의 예방보건사업과 건강검진사업이 강화되도록 한다. 이와 함께, 내가 사는 지역의 1차 의사를 통해서도 질병 조기 발견과 관리를 위한 모니터링이 정기적으로 이루어질 수 있도록 우리 실정에 맞는 주치의 제도가 정착되도록 한다.

4. 長期活動 制限者를 위한 長期療養施設 및 在家서비스 開發

만성질환 유병률의 증가와 인구의 노령화에 따라 장기활동제한자가 크게 늘어나면서, 비용 효과적이면서도 질적인 서비스가 보장되는 장기요양시설과 재가 서비스 수요가 증대되고 있다.

장기활동제한자의 증가하는 보건의료 수요, 이용자의 삶의 질이 존중되는 서비스 제공 및 비용 부담 등을 감안할 때, 향후 적절한 장기요양시설의 공급이 요구된다. 이와 더불어 거동이 불편하지만 가정에서 거주하는 노인·장애인들을 위해서는 다양한 서비스가 제공되는 재가 보건복지 서비스 프로그램의 개발이 시급하다.

5. 健康脆弱階層을 위한 優先的인 國家保健事業 施行 및 衡平性 提高

저소득층, 청소년, 여성, 노인 등 사회·경제적으로 취약한 이들 계층은 다른 인구집단에 비하여 상대적으로 많은 건강문제를 갖고 있다. 일례로 월소득 50만원 이하의 저소득가구는 전체 가구에 비하여 1.5배나 되는 만성질환 유병률을 나타내고 있다는 사실로 인하여 이들은 사회적으로 생산적인 경제활동을 하는데 큰 제약이 받게 된다.

이러한 점에서 국가는 최우선적으로 저소득층의 건강보호, 청소년 건강증진, 모성보건 보호 및 노인건강 보호를 중심으로 이용도나 접근성 면에서 손색이 없는 공공 보건 서비스 및 예방보건 서비스를 제공함으로써 이들의 생산적 보건복지를 지원해야 할 것이다. 이와 같은 기본 보건의료 서비스는 취약대상 밀집지역이나 학교, 작업장을 위주로 현장 중심의 종합건강센터를 설립하거나 이동 보건팀에 의해 지속성 있게 제공되도록 함으로써 보건의료에 관한 형평성 제고에도 기여하도록 한다.

6. 健康危險要因 監視體系(BRFSS) 構築

세계적 명명을 씻지 못하고 있는 높은 흡연율과 만성적인 음주습관 등의 바람직하지 못한 보건의식행태를 개선하여

건강한 생활습관이 뿌리를 내리도록 지원하자면, 건강위험요인의 변동 실태에 관한 정확한 자료 생산이 우선되어야 한다.

이를 위해서는 만성질환의 발생과 관련이 깊은 흡연, 음주, 부적절한 식생활, 운동 부족, 스트레스 등의 건강위험요인이 국민생활 속에 어느 정도 만연하고 있는지를 정기적으로 모니터링하고 분석하는 '건강위험요인 감시체계(behavioral risk factor surveillance system)'를 구축하도록 한다.

이러한 정기적인 평가를 통하여 국민의 건강수준을 파악하면서 건강위험이 높은 인구집단(지역별·성별·생애주기별 등)에 대해서는 즉각적이고 적절한 대책이 수행될 수 있도록 지원하는 합리적이고 효율적인 보건정책 수행이 요구된다. 다시 말하여, 이러한 건강위험요인의 평가·분석이 선행되어야만 지역사회·학교·사업장별로 대상인구의 건강요구와 특성에 맞게 차별화된 건강증진 프로그램의 개발이 가능하다.

7. 汎 國民的 健康生活實踐運動 展開와 保健教育 弘報 事業의 強化

50%를 상회하는 만성질환의 높은 유병률이 말해주듯, 국가적·사회적·개인적으로 점점 증가하고 있는 만성질환의 부담을 줄여나가기 위해서는 건강할 때 스스로 건강을 보호·증진하는 건강생활 실천이 주요 과제로 부상된다.

암·중풍·고혈압·당뇨·간질환 등의 만성질환은 흡연·음주·운동부족·스트레스·비만과 같은 나쁜 생활습관과 관련이 깊다고 알려져, 이를 생활습관병이라고 부르기도 한다. 평소 건강한 생활습관을 실천하여 아예 이러한 병에 걸리지 않도록 하는 것이 가장 중요하며, 환자도 적극적으로 자신의 질병을 돌보는 능력을 길러야 한다.

따라서 이러한 기초의 건강정책이 일선 국민생활의 현장에서 원활히 수행되도록 하자면 중앙에서부터 범국민적 건강생활실천운동이 전개될 수 있는 여건을 조성하고, 이와 동시에 구체적인 보건교육 홍보사업이 체계적으로 이루어지도록 기술적인 지원이 동반되어야 한다.

이를 위하여 21세기 지식 정보화 사회 속에서 분출되는 국민들의 다양한 건강 요구에 부응하는 다양한 건강정보를 제공하는 교육적이면서도 즐거운 축제 분위기의 전국 건강박람회(Health Fair)'를 매년 개최하도록 한다. 그리고 이러한 운동이 지방자치단체로도 파급될 수 있도록 국민적 붐을 조성하고, 필요시 기술 지원을 하도록 한다.

8. 健康親和的 社會 環境 및 公共政策 開發

금연구역·금연건물을 확대해 나가는 등 건강증진 및 보

호를 위한 사회적 환경을 조성하고, 음주운전·미성년자에 대한 담배판매 등 건강위해 행위에 대해서는 규제를 강화하며, 국민건강을 해치는 나쁜 환경요인을 막고, 각 분야에서 건강 친화적 공공정책이 시행될 수 있는 여건을 조성한다.

특히 건강위해 부담이 높은 사고 예방, 건강증진 효과가 큰 체육시설·여가시설 등의 조성, 건강에 해로운 독주에 대한 높은 세율 적용 등과 관련하여 정부 각 부처의 정책이 건강 친화적 마인드에서 개발·시행되도록 노력해야 한다.

9. '24時間 健康電話 핫라인(Health Direct)' 開設

만성질환 유병률이 높아지면서 질병과 동거하는 국민의 수가 늘어나고 유병기간이 장기화되고 있지만, 의료이용은 96%가 질병 치료 위주로 전개되고 있는 모순적 상황이다. 이러한 잘못된 관행에서 벗어나 만성질환 시대에 적합한 보건의료 이용패턴이 자리 잡도록 하자면, 기존 의료제도의 고정 관념을 뛰어 넘는 새롭고 혁신적인 접근이 요구된다.

이러한 취지에서 21세기 지식정보사회의 혜택을 국민 누구나 건강생활에서 손쉽게 누릴 수 있도록 지원하는 '24시간 건강전화 핫라인(가칭 Health Direct 24)'의 도입이 고려될 수 있다.

이 프로그램은 전화 한 통화로 ① 국민들이 신속하게 건강정보나 조언을 얻도록 하여 건강에 관한 '걱정'을 하지 않도록 도와주며, ② '제 때에 적절한 건강관리'를 할 수 있도록 국민들을 인도하고, ③ 적합한 여건에서 자신의 건강을 돌볼 수 있는 능력을 기르도록 지원하는(empowering people) 새로운 건강정책으로 자리매김 될 것이다. 이러한 건강전화 프로그램은 정보화 사회에서 우려되는 정보, 부자와 빈자간의 건강정보 격차를 해소시켜 인터넷 등의 접근이 어려운 취약계층(저소득층, 여성, 노인 등)의 건강 형평성 제고에도 기여할 것이다.

10. 季節別 調査를 통한 急性疾患 發生統計의 補完

본 조사에서 제기된 것처럼 조사가 환절기에 이루어지면 급성질환 중 감기 발생율이 가장 높게 나타나므로, 이를 토대로 한국인의 급성질환 발생률에 관한 연중 평균치를 추정하면 편향된(biased) 결과를 초래한다.

따라서 우리 나라도 미국 등과 같이 급성질환에 대해서는 1년 내내 지속적으로 조사를 하거나, 최소한 1년에 4번씩 계절별로 조사를 하여 한국인의 급성질환 발생률에 관한 대표성 있는 통계치를 산출하도록 해야 할 것이다.