

# 중고령기 건강에 대한 인적자본과 사회자본의 효과

## The Effects of Human Capital and Social Capital on the Health Status of the Elderly

보건복지부  
사무관 서 지원

Ministry of Health & Welfare  
Deputy Director : Seo, Ji Won

### ◀ 목 차 ▶

- |            |          |
|------------|----------|
| I. 서론      | IV. 연구결과 |
| II. 이론적 배경 | V. 결론    |
| III. 연구방법  | 참고문헌     |

### <Abstract>

The purpose of this study was to examine the effects of human capital and social capital, including employment status, education, income, social supports, and social participations, on the health status of the elderly aged over 50, after controlling for various demographic variables. Data were from the 6th wave of the Korean Labor and Income Panel Study( $n=3,459$ ). The major findings of this study were as follows: First, human capital and social capital were both resources that can contribute to improving the health status of the elderly aged over 50. Second, the effects of human capital and social capital on the health status of the elderly differed in the three subsamples defined by employment status. Based on the empirical results, policy implications were provided.

**주제어(Key Words):** 건강수준(health status), 인적자본(human capital), 사회자본(social capital), 중고령자(the elderly), 은퇴(retirement), 취업(employment)

### I. 서론

한국사회는 세계에서 유례없이 빠른 고령화를 경험하고 있다. 지난 2002년 65세 이상인 노령인구가 전체인구의 7.2% 수준으로 이미 '고령화사회'에 진입하였으며, 2018년

에는 노령인구가 14%를 넘어 '고령사회'에, 2026년에는 노령인구가 20%를 넘어 '초고령사회'에 진입할 것으로 예측되고 있다(통계청, 2006). 고령화사회에서 초고령사회에 진입하는 데 걸리는 기간이 26년에 불과하여, 프랑스의 155년, 미국의 88년, 독일의 78년에 비해 매우 짧은 수준이다. 이에 따

라 고령화에 따른 미래사회의 사회·경제·문화적 변화를 예측하고 성공적인 노후생활을 영위할 수 있도록 대응하는 다양한 정책방안이 활발하게 논의되기 시작하였다(고령화및 미래사회위원회, 2005).

특히 건강하고 활동적인 노후생활을 위한 여건 조성에 대한 정책적 관심도 크게 증대하고 있다. 우리나라 국민의 평균수명은 지속적으로 연장되어 1971년 62.3세에서 2005년 77.9세에 이르고 있다. 그러나 활동적으로 건강하게 산 기간을 측정하여 얼마나 건강한 노후를 보내고 있는지를 나타내는 건강수명(disability adjusted life expectancy)은 67.8세에 불과하여 평균수명에 비해 매우 낮은 수준이다. 이는 평균적으로 노후의 약 10년 동안을 질환 등으로 인해 활동적이지 못한 상태에서 보내게 됨을 의미한다. 따라서 거스를 수 없는 고령화에 대비하기 위하여 건강하고 활동적인 노후를 보장하는 대책을 마련하는 것은 안정적인 소득보장체계를 구축하여 노후의 경제적 복지 향상을 추진하는 방안과 더불어 성공적인 노후생활을 위한 관건이라 하겠다.

이에 OECD(1998)는 고령시기에도 건강하고 생산적인 삶을 영위할 수 있도록 고령자의 신체적 의존도 감소, 노동시장 참여율 증대, 고령자 취업능력 향상 등을 고령사회의 기본지침으로 정하고 있다. 한국사회에서도 이러한 방향의 고령화 대책이 제안되어 왔다. 한국보건사회연구원(2002)에서 제시한「노인보전복지종합대책」에서는 “건강하고 활력 있는 노후생활”로 비전을 설정하고 사회적 통합, 생산적 복지이념 구현 및 자립적이고 인간적인 노후생활 보장을 실천방향으로 하여 고용촉진, 건강보장, 교육 및 문화·여가 기회 확대 등을 위한 정책과제를 제시하고 있다. 저출산·고령화에 대응하는 최초의 범부처적 종합계획인 「제1차 저출산·고령사회 기본계획」에서도 고령사회 대응기반을 구축하기 위한 주요 정책방향의 하나로 “건강하고 활동적인 노후생활”을 추진하기로 하였다(저출산·고령사회위원회, 2006).

한편 외환위기 이후 상시 구조조정 등에 따른 고용불안이 가중되어 은퇴연령이 점차 앞당겨지면서 고령자 고용관련 정책의 관심 대상이 기존의 65세 이상 노인 계층에서 50세 이상 연령층인 중고령자로 확대되었다<sup>1)</sup>.

노년기가 주된 일자리에서 물러나는 은퇴기와 일치하지 않는 산업사회 구조 하에서 중고령자의 건강수준을 취업여부 혹은 취업경험 유무 등 취업관련 수준 차이와 관련하여 연구하는 것은 노년기 혹은 중년기만을 대상으로 하는 연구에 비하여 현실을 잘 반영할 수 있을 것이다.

지금까지 노년기의 사회경제적 변수가 건강수준에 미치는 영향을 분석한 연구(이후연, 김성아, 이해진, 정상혁, 2005)나 사회적 관계망과 사회적 지지가 심리적 복지감 또는 생활만족도 등에 미치는 영향을 분석한 연구(박광희, 한혜경, 2002; 윤순덕, 한경혜, 2004; 이선미, 김경신, 2002; 이호성, 2005)는 많이 있었으나, 인적자본 변수와 사회자본 변수의 건강수준에 대한 상대적 효과를 분석한 경우는 거의 없었다. 중고령기의 취업수준과 취업경험 유무를 함께 고려하여 건강수준을 연구한 선행연구도 거의 없었으며, 도시지역 거주 중고령자를 대상으로 사회자본 변수를 가족관계, 친인척관계, 사회적 친분관계 등 개인을 둘러싼 사회적 지지 및 사회적 모임 및 단체활동 참여 등 사회 참여수준 등 다양한 변인을 통해 분석한 경우도 드물다.

이에 본 연구에서는 중고령자의 취업관련 특성을 고려한 다양하고 차별적인 건강수준 제고 정책의 수립에 유용한 기초 자료를 제공하기 위하여 중고령기의 건강수준의 향상에 기여하는 인적자본과 사회자본의 효과를 분석하고자 한다. 대표성과 신뢰성을 갖춘 전국 표본조사로서 본 연구의 목적에 부합하는 변수, 즉 중고령자의 건강, 취업수준 특성, 인적자본 특성, 사회자본 특성 등을 함께 포함하고 있는 한국노동패널 자료를 사용하여 인구학적 특성을 통제하면서 인적자본 수준과 사회자본 수준이 중고령자의 취업수준 즉, 은퇴 여부 및 취업경험 여부 등과 관련하여 어떻게 건강수준을 결정하는지를 분석할 것이다. 특히 은퇴기를 전후한 중고령자 집단의 건강수준에 대한 차이를 취업수준에 따라 분석하여 한국사회에서 중고령자의 건강에 대한 높은 개인적·사회적 관심과 요구에 부응하는 건강에 유리한 개인과 가족환경은 물론 사회적 환경을 조성하기 위한 정책 과제를 제안하고자 한다. 건강수준을 결정하는 인적자본과 사회자본의 영향력이 중고령자의 취업수준 즉, 은퇴한 중고령자 집단과 취업을 지속하고 있는 집단, 그리고 취업경험 없이 중고령기를 맞이한 집단 간에 각각 어떠한 차이가 있는지 살펴봄으로써 다양한 정책방안을 제안할 수 있을 것으로 기대된다.

## II. 이론적 배경

### 1. 인적자본과 건강

노동자 개인이 자본을 소유할 수 있음을 가정한 인적자본의 기원은 개인이 가진 능력을 자본의 일부로 간주한 Adam Smith까지 거슬러 올라가지만, 최근 인적자본에 대한 이해는 Schultz, Becker 등의 연구에 기반하고 있다(Lin, 2001). Schultz(1961)는 인적자원을 하나의 자본 형태로 보고 생산수단과 투자의 산물로서 인식할 것을 주장하였다.

1) 고령자고용촉진법 시행령 제2조 1호에서 50세 이상 연령층을 구체적인 정책대상으로 규정하고 있으며, 다른 선행연구(손유미, 2003; 장지연, 2001)에서도 이를 준용하고 있다.

Becker(1964)는 학력을 가장 중요한 인적자본으로서 강조하였으며, 이후에는 초기에 주요 인적자본으로 간주되었던 교육을 통한 지식이나 기술습득 뿐만 아니라 건강이 갖는 경제적 가치 산출에 대하여 주목하면서 건강수준을 인적자본으로 설명하였다. 또한 Bryant(1990)는 건강, 교육수준, 기술, 지식 등을 중요한 가족자원으로 인식하고, 가족의 효용 혹은 만족도를 결정하는 가족의 인적자본을 투자의 대상으로 설명하였다.

우리나라의 경험적 연구에서 그 자체로 중요한 인적자본을 구성하는 건강은 학력, 취업수준 등 다른 인적자본과도 밀접히 연관되어 있음을 지지한다. 많은 선행연구(노혜련, 박선영, 2004; 문숙재, 최혜경, 정순희, 1999; 이후연 외 3인, 2005)에서 인적자본을 포함한 인구학적, 사회경제학적 변수 등을 중심으로 건강수준을 설명하였다. 특히 노년층을 대상으로 분석한 연구(문숙재 외 2인, 1999; 이후연 외 3인, 2005)를 보면, 소득수준이 높을수록, 취업하지 않은 경우에 비해 취업상태를 지속하는 경우에 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 한편 학력은 건강수준에 유의한 영향을 미치지 않는다는 연구결과(이후연 외 3인, 2005)도 있으나, 건강수준과 밀접한 연관이 있다는 연구(노혜련, 박선영, 2004)도 있다. 학습, 기술 습득 등을 통하여 적극적으로 자기개발에 노력하는 노인의 경우 다른 집단에 비하여 자신의 건강상태가 좋은 것으로 인지하고 있었다(문숙재 외 2인, 1999).

## 2. 사회자본과 건강

사회자본은 사람과 사람 사이의 관계, 특히 가족, 이웃, 친척, 친구 등 사회 관계망에서 비롯하는 자원으로서 인적자본의 형성과 증진에 기여하며 그 자체로도 충분한 경제적 가치를 지닌다(Bourdieu, 1986; Coleman, 1988). 신고전경제학 이론을 확장시켜 사회구조 내에서 개인 간의 상호작용 및 교환의 경제적 가치와 중요성을 소개하는 사회자본이론은 공유된 가치, 신뢰 등의 눈에 보이지 않는 자원이 사회자본의 중요한 구성요소이며, 민주주의와 경제발전의 긍정적인 역할을 수행한다는 것을 이론적으로 지지한다(Field, 2003). Putnam(2000)은 사회자본인 사회 관계망이 사회적 지지, 신뢰, 상호이해 등을 전달하는 통로 역할을 한다는 점에서 기능적 측면을 강조하였다. Coleman(1988)은 신뢰나 규범을 공유하는 집단인 가족관계와 지역사회에 내재하면서 축적되는 사회자본이 인적자본의 형성에 기여하는 중요한 자원으로 보고, 과소투자가 발생하기 쉬운 사회자본의 공공재적 특성을 감안하여 강한 연대의 가족 혹은 공동체의 확립을 통해 사회자본의 공급이 부족하지 않도록 해야 함을 주장하였다. 따라서 사회자본은 일정한 산출에 대한 기대를 가지고 투자할 필요가 있는 중요한 경제적 자원이다(Lin,

2001).

이러한 사회자본은 건강수준과 긴밀하게 연관되어 있다. Durkheim이 자살율과 사회적 통합(social integration) 수준의 관계를 통해 이를 설명한 이래, 1970년대 후반 이후 사회적 연대와 건강수준 간의 긴밀한 연관에 대한 많은 연구(Kawachi, Kennedy & Lochner, 1997; Putnam, 2000; Whitehead & Diderichsen, 2001)를 통해 사회자본과 건강수준의 관계에 대한 일반화가 확립되어 왔다. 특히 Putnam(2000)의 연구에서 사회관계망과 건강수준의 관계는 다음과 같이 설명되었다. 우선 사람들은 사회관계망을 통해 물질적인 도움을 받음으로써 스트레스를 감소시킬 수 있으며, 둘째, 건강에 대한 규범을 강화할 수 있다. 셋째, 사회관계망을 통한 협상으로 의료서비스를 보다 효과적으로 이용할 수 있으며, 넷째 사회관계망을 통한 상호작용은 실제로 신체적 면역수준을 자극하는 데에도 도움이 된다. Putnam(2000)은 연령, 소득수준, 음주, 흡연, 운동 등 건강 관련 행동 등을 통제한 이후에도 사회자본이 건강수준에 대하여 중요한 역할을 수행함을 밝혔다. 또한 사회자본 수준과 사망률의 부적 관계를 국가 수준에서 설명하기도 하였다(Putnam, 2000). Whitehead와 Diderichsen의 연구(2001)에서도 역시 강한 사회 관계망을 가진 사람은 약한 사회 관계망을 가진 사람에 비하여 사망률이 절반 혹은 1/3수준에 불과한 것으로 나타났다.

중고령기는 사회·경제적 역할과 책임이 감소하고 이전까지의 의무로부터 자율감을 확보함과 동시에 역할에 대한 상실감을 경험하는 시기이다. 따라서 사회적 참여를 통해 사회관계망을 확장하고 기존의 사회관계망을 유지함으로써 경제적 지지와 정서적 지지 등 사회적 지지를 확보하는 것은 중요하다. 이가영과 박태진(2000)의 연구는 노년기의 사회적 지지가 건강수준을 향상시키는 데 중요한 자원이 됨을 지지하였다. 특히 정년 또는 실직으로 경제활동을 지속하지 않고 있는 경우 친밀성에 기초한 가족, 친구 등의 집단과의 감정적 유대가 중요한 의미를 지닌다. 또한 여가생활, 취미활동 등을 위해 모임에 정기적으로 참여하는 라이프스타일을 가진 노인이 건강수준에 대해 긍정적으로 인지한다는 연구(문숙재 외 2인, 1999) 역시 노년기 사회자본의 건강수준 제고에 대한 효과를 지지한다.

## Ⅲ. 연구방법

### 1. 자료 및 연구대상

본 연구는 2003년 한국노동패널조사(Korean labor and Income Panel Study)의 제6차 개인공통자료와 부가자료를

사용하였으며, 부가자료의 조사대상인 조사당시 50세 이상 중고령자(1953년 4월 30일 이전 출생자)를 연구대상으로 하였다. 한국노동패널조사는 도시지역에 거주하는 가구를 대상으로 하며 가구용 자료, 개인용 자료, 부가조사 자료로 구분되는 데(남재량, 성재민, 이상호, 최효미, 신선옥, 2005), 본 연구에서는 가구 및 개인공통 자료 가운데에서 주관적 건강수준, 성별, 연령, 학력, 가족관계 만족도, 친인척관계 만족도, 사회적 친분관계 만족도 등의 변수가 사용되었다. 또한 중고령자를 대상으로 한 부가조사 자료에서 은퇴상태의 판별, 소득원천별 소득액, 자녀로부터의 경제적 도움, 이웃과의 교류 및 사회적 모임 참여 빈도, 단체 가입 등의 변수가 분석에 사용되었다.

## 2. 연구문제

본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 I. 인구학적 변수를 통제할 때, 중고령자의 건강수준에 대한 인적자본 변수(취업수준, 학력, 소득)와 사회자본 변수(사회적 지지, 사회적 참여)의 효과는 각각 어떠한가?

연구문제 II. 인구학적 변수를 통제할 때, 중고령자의 취업수준에 따른 집단유형별(은퇴자, 취업지속 집단, 취업경험이 없는 집단)로 건강수준에 대한 인적자본 변수(학력, 소득)와 사회자본 변수(사회적 지지, 사회적 참여)의 효과는 어떠한 차이가 있는가?

## 3. 연구모델

우선 <연구문제 I>을 수행하기 위하여 인구학적 변수를 통제변수로 하여 다음의 모델을 설정하였다.

$$\text{모델 I : HS} = f(\text{HC, SC; C}),$$

HS = 건강수준,

HC = 인적자본 변수,

SC = 사회자본 변수,

C = 통제변수.

인구학적 변수를 통제하여 건강수준에 대한 인적자본 변수의 효과와 건강수준에 대한 사회자본 변수의 효과의 상대적 크기를 비교하기 위하여 다음의 연구모델을 설정하였다.

$$\text{모델 I-1 : HS} = f(\text{HC; C}),$$

$$\text{모델 I-2 : HS} = f(\text{SC; C}).$$

다음으로 <연구문제 II>를 위하여 중고령자의 취업수준에 따라 3집단(은퇴, 취업경험 무, 취업지속)으로 나누어 건강수준에 대한 인적자본과 사회자본의 영향을 살펴보고자 하였다.

$$\text{모델 II-1 : HS} = f(\text{HC, SC; C}) \text{ [은퇴자 집단의 경우]},$$

$$\text{모델 II-2 : HS} = f(\text{HC, SC; C}) \text{ [취업경험이 없는 집단의 경우]},$$

$$\text{모델 II-3 : HS} = f(\text{HC, SC; C}) \text{ [취업지속 집단의 경우]}.$$

## 3. 변수의 조작적 정의

본 연구에 사용된 종속변수와 독립변수는 <표 1>의 처음 두 열에서 정의되었다. 종속변수인 건강수준은 주관적인 건강수준으로 측정되었다(5점 척도). 건강은 단순히 질병의 유무에 한정되지 않고 사회문화적 맥락에서 이해되어야 하므로 개인 당사자가 주관적 건강수준, 즉 건강상태에 대한 질문에 대하여 자기보고식으로 응답한 건강상태를 건강의 주요 지표로 사용할 수 있다(노혜련, 박선영, 2004; 이후연 외 3인, 2005). 이와 같은 주관적인 건강수준은 당사자가 감지하는 신경, 호르몬, 그리고 면역체계상의 경험을 반영하므로 다른 측정방식보다 유용한 것으로 나타났다(Goldstein, Siegel, & Boyer, 1984). 따라서 본고에서는 주관적 건강수준을 측정하여 중고령기 건강의 척도로 삼았다.

독립변수는 크게 인적자본 변수, 사회자본 변수, 인구학적 변수로 나뉜다. 우선 인적자본 변수는 취업수준, 학력, 소득을 포함한다. 중고령기 취업수준에 따라 취업을 지속하는 집단과 주된 일자리에서 은퇴한 집단(은퇴 이후 부수적인 일자리를 가지는 경우도 포함), 취업경험이 없는 집단 등 3집단으로 나누어 측정하였다. 학력은 무학·초등교육, 중등교육, 대학교육(2년제 이상) 등 교육수준에 따라 3집단으로 나누어 측정하였다. 소득은 본인의 근로소득, 배우자 근로소득, 공적연금 소득, 금융자산 소득, 부동산 소득, 사회보험 수급 등 소득의 원천에 따른 월평균 소득액으로 측정하였다.

다음으로 사회자본 변수는 사회적 지지와 사회적 참여로 나뉘었는데, 우선 사회적 지지는 정부·사회단체, 가족, 친인척, 사회적 친분관계로부터의 경제적 지지 및 정서적 지지 등으로 측정하였다. 정부·사회단체에 의한 경제적 지지는 월평균 보조금 수준으로 측정되었으며, 가족의 경제적 지지는 조사대상자에게 경제적 도움을 제공하는 가족관계수의 합계로 측정되었다. 정서적 지지는 가족, 친인척, 사회적 친분관계 만족도로 측정되었다. 사회적 참여는 사회적 친분관계와의 접촉빈도, 사회적 모임 참여빈도, 단체활동 참여유무 등으로 개념화하였다.

인구학적 변수는 성별, 연령, 거주지역 등을 포함하며, 본 연구에서는 통제변수로 사용되었다.

## 4. 자료처리 및 분석

본 연구에 사용된 자료는 SPSS Win 12.0 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 연구대상의 일반적 특성을 기술하기 위하여 평균, 표준편차, 빈도분석 등을 실시하였고, 종속

〈표 1〉 변수의 조작적 정의 및 조사대상자의 일반적 특성

변수	조작적 정의	빈도(%)	평균(SD)
<b>종속변수</b>			
건강수준	주관적 건강수준(5점 척도) 1 = 건강이 아주 안 좋다, 2 = 건강하지 않은 편이다 3 = 보통이다, 4 = 건강한 편이다, 5 = 아주 건강하다		2.8( 1.0)
<b>독립변수</b>			
<b>인적자본 변수</b>			
취업수준	은퇴전후의 취업상태		
취업지속(reference)	취업활동 지속	1,498( 43.3)	
은퇴	은퇴하여 취업활동 중단	1,216( 35.2)	
취업경험 무	취업경험 없음	745( 21.5)	
학력	최종 졸업학교		
중등교육(reference)	중학교/고등학교 졸업	1,377( 39.8)	
무학·초등	무학/초등학교 졸업		1,736( 50.2)
대학(2년제) 이상	2년제대학/4년제대학/대학원 졸업 이상	346( 10.0)	
소득(만원)	소득원천별 월평균소득액		
본인 근로소득	본인의 월평균 근로소득액(임금, 사업소득 등)		51.6(109.8)
배우자 근로소득	배우자의 월평균 근로소득액(임금, 사업소득 등)		33.6( 85.8)
공적연금 소득	월평균 공적연금 소득액(국민연금, 공무원연금 등)		4.2( 23.6)
금융자산 소득	월평균 금융자산 소득액(저축, 주식, 보험 등)		2.1( 17.4)
부동산 소득	월평균 부동산 소득액(임대수입 등)		5.6( 37.3)
사회보험 수급	월평균 사회보험 수급액(고용보험·산재보험 급여 등)		.7( 7.5)
<b>사회자본 변수</b>			
사회적 지지			
정부·사회단체의 경제적 지지(만원)	정부 및 사회단체로부터 받는 월평균 보조금(국민기초생활보장급여 등) 액수		5.0(168.7)
가족의 경제적 지지	조사대상자에 대하여 경제적 도움을 제공하는 가족관계수의 합계(범위: 최소 0 ~ 최대 8) 1) 장남·며느리, 2) 그 외 아들·며느리 3) 딸·사위, 4) 미혼자녀, 5) 손자녀·배우자 6) 부모, 7) 형제자매, 8) 기타		.3( .7)
가족의 정서적 지지	가족관계에 대한 만족도 수준(5점 척도) 1 = 매우 불만족스럽다, 2 = 불만족스럽다 3 = 보통이다, 4 = 만족스럽다, 5 = 매우 만족스럽다		3.5( .7)
친인척의 정서적 지지	친인척관계에 대한 만족도 수준(5점 척도)		3.4( .6)
사회적 친분관계의 정서적 지지	친구관계와 지인관계에 대한 만족도 수준(5점 척도)		3.3( .6)
<b>사회적 참여</b>			
사회적 친분관계 접촉빈도	친구, 이웃, 친척 등과의 연간 접촉빈도		167.1(165.9)
사회적 모임 참여빈도	연간 종교·친목모임, 동호회 등의 모임 참여빈도		21.7( 31.6)
단체활동 참여여부	단체(시민단체, 종교단체, 정당 등) 가입 및 활동 여부		
단체활동 비참여(reference)	단체에 가입하지 않음	2,791( 80.7)	
단체활동 참여	단체에 가입하여 활동	668( 19.3)	
<b>인구학적 변수</b>			
성별			
여성(reference)		1,899( 54.9)	
남성	응답자 성별이 남성(1 = 예; 0 = 아니오)	1,560( 45.1)	
연령	만 나이		63.0( 9.3)
지역			
광역시(reference)	광역시 거주자	1,044( 30.2)	
서울·경기	서울 및 경기 지역 거주자	1,362( 39.4)	
시·도	시도지역 거주자	1,053( 30.3)	
N		3,459(100.0)	

변수인 주관적 건강수준에 영향을 미치는 인적자본, 사회자본 등 독립변수의 영향력 정도를 검증하기 위하여 중다회귀 분석을 실시하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 조사대상자의 일반적 특성

50세 이상 중고령자를 대상으로 하는 조사대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 우선 조사대상자의 인구학적 특성을 보면, 45.1%가 남성으로 여성이 조금 더 많았고 평균연령은 만 63세였다. 서울 및 경기지역 거주자가 39.5%로 가장 많았고, 광역시와 시도지역 거주자가 각각 30.2%, 30.3%로 각각 비슷한 분포를 보였다. 건강수준은 자기응답식으로 보고된 주관적 건강수준을 의미하며, 평균 2.8점(5점 만점)으로 보통 수준(3점)보다 약간 낮았다.

독립변수 중 조사대상자의 인적자본 특성은 다음과 같다. 조사대상자의 취업수준을 보면 취업을 지속하는 경우가 가장 높은 43.3%였으며, 주된 직업에서 은퇴한 경우가 35.2%였고, 취업경험이 전혀 없는 경우가 가장 낮은 21.5%였다. 조사대상자의 절반 정도(50.2%)가 무학이거나 초등학교 졸업 수준이었으며 2년제 대학 졸업 이상 중고령자는 10.0%에 불과하여 평균적으로 학력수준은 낮게 나타났다. 소득원천별 소득수준을 보면 본인의 근로소득이 가장 높아 월평균 51.6만원 수준이었으며, 다음으로 배우자의 근로소득이 월평균 33.6만원 수준으로 나타났다. 이어서 중고령기의 부동산 근로소득과 공적연금 소득이 각각 월평균 5.6만원, 4.2만원으로 나타났다. 금융자산과 사회보험 수급액은 다른 소득에 비해 낮은 수준으로 각각 월평균 2.1만원, 0.7만원이었다.

독립변수 중 조사대상자의 사회자본 특성은 다음과 같다. 먼저 경제적 지지 수준을 보면, 정부 및 사회단체로부터의 경제적 지지 수준은 월평균 5만원 수준이었으며, 경제적 도움을 제공하는 가족관계수는 평균 1가지 미만 수준으로 가족의 경제적 지지 수준은 매우 낮았다. 한편 가족과 친인척의 정서적 지지를 나타내는 가족관계 만족도와 친인척관계 만족도는 보통 수준보다 높은 각각 3.5점, 3.7점(5점 만점)이었다. 또한 사회적 친분관계의 정서적 지지 수준은 3.3점으로 나타나 역시 보통 수준을 약간 상회하였다. 다음으로 조사대상자의 사회적 참여 수준을 보면, 사회적 친분관계와의 접촉 빈도는 연간 167.1회로 나타나 대략 일주일에 3회 정도 친구, 친척, 이웃을 만나고 있었으며, 사회적 모임에 참여하는 빈도는 연간 21.7회로 대략 2주 평균 1회 이상 모임을 갖는 것으로 나타났다. 비교적 공식적인 모임인 단체에 가입하여 활동에 참여하는 조사대상자는 19.3%로 나타났다.

### 2. 중고령기 건강수준에 대한 인적자본과 사회자본의 영향

중고령기 건강수준에 영향을 미치는 변수를 규명하기 위하여 중다회귀분석을 실시하였다. 회귀분석을 하기에 앞서 독립변수들 간의 다중공선성(multicollinearity) 문제를 진단하고자 VIF(Variance Inflation Factor) 검사를 실시하였다. 그 결과, 공차한계가 모두 0.1보다 크고 VIF 값이 모두 3이하로 10이하 수준이므로 다중공선성의 문제는 없는 것으로 판단하였다.

<표 2>에서 나타난 바와 같이, 모든 독립변수를 포함한 통합모델인 연구모델 I의 경우 수정결정계수(Adjusted R<sup>2</sup>)가 .236으로 나타났다. 연구모델 I에서는 배우자 근로소득, 금융소득, 정부사회단체 보조금, 단체활동 참여를 제외한 모든 인적자본 변수와 사회자본 변수가 건강수준에 대하여 통계적으로 유의한 영향을 나타냈다. 인구학적 변수도 건강수준에 대해 모두 유의한 관계를 가지는 것으로 나타났다.

인적자본 변수와 중고령기 건강수준의 관계를 구체적으로 살펴보면, 초등학교 이하 수준의 학력 집단은 중등교육 수준의 학력 집단에 비하여 건강수준이 낮았으며, 본인 근로소득, 공적연금 소득, 부동산 소득, 사회보험 수급액은 건강수준과 정적으로 유의한 관계를 보였다. 은퇴자 집단과 취업경험이 없는 집단은 모두 취업지속 집단에 비하여 건강수준이 유의하게 낮은 것으로 나타났다.

사회자본 변수와 중고령기 건강수준의 구체적 관계를 살펴보면, 정부와 사회단체의 경제적 지지 수준은 건강수준과 유의한 관계를 나타내지 않은 반면, 가족의 경제적 지지 수준은 건강수준과 부적으로 유의한 관계를 가지는 것으로 나타났다. 또한 중고령기의 다양한 관계에 대한 정서적 지지 수준이 높을수록 건강수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 중고령자가 가족관계, 친인척관계, 사회적 친분관계에 대해 만족할수록 건강수준이 높았다. 또한 사회적 참여 역시 건강수준과 유의한 관계를 맺는다. 사회적 친분관계에 있는 타인과 만나는 빈도가 높을수록, 사회적 모임에 참여하는 빈도가 높을수록, 건강수준이 높은 것으로 나타났다.

통계변수인 인구학적 변수와 건강수준의 관계를 보면, 중고령기 남성이 여성에 비하여 건강수준이 높았으며, 연령이 낮을수록 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 거주지에 따른 중고령자 건강수준의 차이를 보면, 광역시 중고령 거주자에 비해 서울·경기 지역 중고령 거주자는 건강수준이 높은 반면 시·도 지역 중고령 거주자는 건강수준이 낮은 것으로 나타났다.

한편 중고령기 건강에 대한 인적자본과 사회자본의 상대적 영향력을 분리모델을 통해 분석한 결과를 <표 2>에서 제시하였다. 인구학적 변수와 인적자본 변수만을 포함한 모델 I-1의 수정결정계수(Adjusted R<sup>2</sup>)는 .196, 인구학적 변수와 사회자본 변수만을 포함한 모델 I-2의 수정결정계수

〈표 2〉 중고령기 건강수준에 대한 인적자본 및 사회자본의 효과에 대한 회귀분석

변수	모델 I		모델 I-1		모델 I-2	
	B	S.E	B	S.E	B	S.E
<b>인적자본 변수</b>						
취업수준						
취업지속(reference)						
은퇴	-.414***	.040	-.426***	.040		
취업경험 무	-.316***	.047	-.289***	.048		
학력						
중등교육(reference)						
무학·초등	-.159***	.035	-.200***	.035		
대학(2년제) 이상	.079	.054	.151**	.055		
소득						
본인 근로소득	.001**	.000	.001***	.000		
배우자 근로소득	.000	.000	.000*	.000		
공적연금 소득	.002*	.001	.003***	.001		
금융자산 소득	.001	.001	.002*	.001		
부동산 소득	.001***	.000	.002***	.000		
사회보험 수급	-.005**	.002	-.005**	.002		
<b>사회자본 변수</b>						
사회적 지지						
정부·사회단체의 경제적 지지	.000	.000			.000	.000
가족의 경제적 지지	-.043*	.022			-.090***	.022
가족의 정서적 지지	.074*	.032			.104**	.033
친인척의 정서적 지지	.103*	.039			.096*	.040
사회적 친분관계의 정서적 지지	.120**	.035			.152***	.036
사회적 참여						
사회적 친분관계 접촉빈도	.000*	.000			.000*	.000
사회적 모임 참여빈도	.002***	.001			.002***	.001
단체활동 참여여부						
단체활동 비참여(reference)						
단체활동 참여	.048	.040			.068	.041
<b>인구학적 변수</b>						
성별						
여성(reference)						
남성	.105***		.090*	.036	.280***	.030
연령	-.012***		-.014***	.002	-.024***	.002
지역						
광역시(reference)						
서울·경기	.089*		.063	.035	.093**	.036
시·도	-.092*		-.075*	.038	-.084*	.038
상수	2.634***		3.825***	.120	2.928***	.149
Adjusted R <sup>2</sup>	.236		.196		.190	
F	49.682***		57.296***		73.532***	
N	3,459		3,459		3,459	

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

는 .190으로 나타났다. 연구모델에 따라 달라지는 독립변수의 수를 고려하여 인적자본 변수와 사회자본 변수의 건강수준에 대한 상대적 영향을 비교하기 위해 수정결정계수의 크기 차이를 보면, 모든 독립변수를 통합한 모델 I과 분리모델 I-1 간의 수정결정계수 차이(.040)가 모델 I과 분리모델 I-2 간의 수정결정계수 차이(.046)보다 약간 낮은 수준이었다. 즉 건강수준에 대한 사회자본 변수의 영향력은 건강수준에 대한 인적자본 변수의 영향력에 비해 약간 낮지만 거의 비슷한 수준인 것으로 나타났다.

### 3. 중고령기 취업수준별 인적자본과 사회자본의 건강수준에 대한 영향

중고령기 취업수준을 은퇴자 집단, 취업경험이 없는 집단, 취업지속 집단으로 나누어 인적자본과 사회자본의 건강수준에 대한 회귀분석을 실시한 결과는 다음 〈표 3〉과 같다. 취업경험이 없는 집단(n=745)을 대상으로 하는 연구모델 II-2의 경우 수정결정계수가 .188로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 은퇴자 집단(n=1,216)을 대상으로 하는 연구모델 II-1은 수정결정계수가 .183이었다. 취업지속 집단(n=1,498)

〈표 3〉 중고령기 취업수준별 건강수준에 대한 인적자본 및 사회자본의 효과에 대한 회귀분석

변수	모델 I		모델 I-1		모델 I-2	
	은퇴		취업경험 무		취업지속	
	B	S.E	B	S.E	B	S.E
인적자본 변수						
학력						
중등교육(reference)						
무학·초등	-.199***	.062	-.190**	.073	-.109	.051
대학(2년제) 이상	.122	.091	-.006	.152	.027	.076
소득						
본인 근로소득	.005***	.001	-.002	.004	.000**	.000
배우자 근로소득	.000	.000	.000	.000	.000	.000
공적연금 소득	.003***	.001	-.004	.002	.000	.002
금융자산 소득	.002	.001	-.001	.004	.001	.001
부동산 소득	.001**	.001	.003**	.001	.000	.001
사회보험 수급	-.003	.002	-.005	.005	-.010	.005
사회자본 변수						
사회적 지지						
정부·사회단체의 경제적 지지	.000	.000	.000	.000	-.007	.010
가족의 경제적 지지	.006	.031	-.048	.041	-.157**	.049
가족의 정서적 지지	.113*	.057	.050	.070	.062	.048
친인척관계의 정서적 지지	.026	.068	.170*	.080	.129*	.058
사회적 친분관계의 정서적 지지	.210***	.058	.132	.072	.018	.054
사회적 참여						
사회적 친분관계 접촉빈도	.000**	.000	.000	.000	.000	.000
사회적 모임 참여빈도	.001	.001	.001	.001	.003**	.001
단체활동 참여여부						
단체활동 비참여(reference)						
단체활동 참여	.078	.072	.176*	.085	-.043	.058
인구학적 변수						
성별						
여성(reference)						
남성	-.006	.057	-.060	.204	.193***	.049
연령	-.007*	.003	-.015***	.004	-.011**	.004
지역						
광역시(reference)						
서울·경기	.044	.061	.165*	.072	.093	.052
시·도	-.114	.065	.078	.081	-.132*	.054
상수	1.771***	.254	2.323***	.308	2.886***	.268
Adjusted R <sup>2</sup>	.183		.188		.129	
F	14.567***		9.587***		12.048***	
N	1,216		745		1,498	

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

을 대상으로 하는 연구모델 II-3은 수정결정계수가 .129로 가장 낮았다. 중고령기 취업수준에 따른 집단별로 독립변수의 건강수준에 대한 효과는 다음과 같다.

1) 인적자본 변수

취업수준에 따른 3집단(은퇴자 집단, 취업경험이 없는 집단, 취업지속 집단) 모두의 건강수준에 대하여 공통적으로 유의한 영향을 미치는 인적자본 변수는 없었으며, 취업수준에 따른 집단별로 건강수준과 독립변수의 관계에 있어 차이가 나타났다. 은퇴자 집단과 취업경험이 없는 집단의 경우, 초등교육 이하의 학력 집단은 중등교육을 받은 집단에 비해

여 건강수준이 낮은 반면, 취업을 지속하고 있는 집단의 경우 학력은 건강수준과 유의한 관계를 보이지는 않았다. 소득 원천별 월평균 소득액의 건강에 대한 영향을 보면, 은퇴자 집단과 취업지속 집단은 공통적으로 본인의 근로소득이 높을수록 건강수준이 높았다. 은퇴자 집단의 경우 본인 근로소득, 공적연금 소득, 부동산 소득 등 다른 두 집단에 비하여 상대적으로 다양한 소득원천이 건강수준과 유의한 관계를 나타냈으며, 취업경험이 없는 집단과 취업지속 집단의 경우에는 각각 부동산 소득과 본인 근로소득만이 유일하게 건강수준과 유의한 관계를 나타냈다. 즉 본인 근로소득은 취업지속 집단과 은퇴자 집단의 건강수준과, 부동산 소득은 은퇴자



집단과 취업경험이 없는 집단의 건강수준과 공통적으로 유의한 관계가 있었다. 공적연금 소득은 은퇴자 집단에서만 유의하게 건강수준을 설명하였다. 금융자산 소득, 사회보험은 취업수준에 따른 모든 집단에서 건강수준에 대하여 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않았다.

2) 사회자본 변수

사회자본 변수의 경우에도 취업수준에 따른 3집단(은퇴자 집단, 취업경험이 없는 집단, 취업지속 집단) 모두의 건강수준에 대하여 공통적으로 유의한 영향을 미치는 변수는 없었다. 사회적 지지가 건강에 미치는 영향을 보면, 정부·사회단체의 경제적 지지는 모든 집단에서 건강수준과 유의한 관계를 나타내지 않았으며, 가족의 경제적 지지는 취업지속 집단의 경우에만 건강수준과 부적으로 유의한 관계를 나타냈다. 사회적 지지 중 정서적 지지를 살펴보면, 가족의 정서적 지지와 사회적 친분관계의 정서적 지지는 은퇴자 집단에서만 건강수준과 유의하게 정적인 관계를 나타냈다. 친인척 관계의 정서적 지지는 취업경험이 없는 집단과 취업지속 집단에 공통적으로 건강수준과 정적으로 유의한 관계를 나타냈다. 사회적 친분관계에 있는 타인과의 접촉빈도는 은퇴자 집단의 건강수준에 대하여만 유의한 관계를 나타냈으며, 사회적 모임 참여 빈도는 취업지속 집단의 건강수준에 대하여만 유의한 관계를 나타냈다. 한편 단체활동 참여 여부는 취업경험이 없는 집단의 건강수준에 대하여만 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

3) 인구학적 변수

연령은 취업수준에 따라 분류된 3집단(은퇴자 집단, 취업경험이 없는 집단, 취업지속 집단)에서 모두 건강수준과 부적인 관계를 보였다. 성별과 건강수준의 관계를 보면, 은퇴자 집단과 취업경험이 없는 집단의 경우 성별은 건강수준과 유의한 관계를 보이지 않은 반면, 취업지속 집단의 경우 남성성이 여성보다 건강수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

V. 결론

본 연구는 도시지역 거주 50세 이상 중고령자를 대상으로 하는 한국노동패널 제6차 자료를 사용하여 중고령기의 건강수준에 대한 인적자본과 사회자본의 영향력을 검증하였다. 건강수준에 대한 인적자본과 사회자본의 효과를 통해 전반적인 중고령기 복지 수준도 결정된다는 점에서 개인의 삶의 질을 나타내는 주요지표가 되는 건강수준의 제고를 위한 정책적 방안을 모색하고자 하였다. 은퇴 이후 생활의 중심이

직장에서 가정으로 옮겨감에 따라 개인은 자신이 지닌 인적자본 수준의 변화와 주로 맺는 사회적 관계나 사회활동 참여 수준 재편으로 인한 사회자본 수준의 변화를 경험하게 되는데, 이러한 변수가 건강한 노후생활에 대하여 유의한 영향력을 지니는 것으로 나타났다. 우선 본 연구의 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 인적자본 변수와 사회자본 변수는 인구학적 변수를 통제하는 경우에도 중고령자의 건강수준과 밀접한 관계를 가지는 것으로 나타났다. 건강수준에 대하여 사회자본은 인적자본보다 상대적으로 설명력이 약간 낮지만, 결정계수의 차이가 미미하여 인적자본과 사회자본은 건강수준에 대하여 거의 유사한 설명력을 지닌다고 할 수 있다. 즉 인적자본 뿐 아니라 사회자본 역시 중고령기의 건강수준을 설명하는 주요변인이다. 둘째, 은퇴한 집단, 취업경험이 없는 집단, 취업지속 집단 등 중고령기 취업수준의 차이에 따른 건강수준에 대한 인적자본과 사회자본의 회귀분석 결과를 보면 사회자본을 구성하는 다양한 요인에 따라 건강수준에 미치는 영향이 다를 수 있다. 건강수준을 결정하는 소득원천도 취업수준에 따라 특징적 측면이 나타났다.

이러한 주요 연구결과를 중심으로 중고령기 건강수준에 대한 인적자본과 사회자본의 효과 및 취업수준별 차이를 중심으로 중고령기의 건강수준 증진을 위한 정책적 방향에 대해 논의하고자 한다.

1. 중고령기 건강수준 제고를 위한 인적자본 활성화

취업한 중고령자의 건강수준이 은퇴자 집단이나 취업경험이 없는 집단에 비하여 높은 것으로 나타난 본 연구의 결과는 중고령기 건강수준을 제고하기 위하여 중고령기에 직장 일을 지속할 수 있도록 중고령자 고용촉진정책을 강화할 필요성을 뒷받침한다. OECD(1998)의 고령사회 대응을 위한 7대 지침에서 조기퇴직 유인을 해소하여 고령자의 노동시장 참여율을 높이고 고령근로자에 대한 지식·기술·능력 향상 프로그램을 운영할 것을 강조한 바와 같이, 우리사회 실정에 맞는 고령자 취업능력 제고 방안을 구체화하고 사회적 합의를 이끌어 내기 위한 노력은 중고령자의 건강증진에도 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

또한 학력이 중고령기 건강수준에 영향을 미치는 것으로 나타난 본 연구의 결과는 중고령기 교육 및 훈련이 건강증진에 대하여 유의한 설명력을 지님을 시사한다. 특히 초등학교 졸업 이하의 낮은 학력수준을 가진 중고령자를 대상으로 중등교육 수준의 교육기회를 제공하는 것이 필요하다. 우리나라 25~64세 성인의 평생학습 참여도는 23.4%로 OECD 국가의 50% 수준에 비하여 매우 낮으며(OECD, 2002), 65세 이상 인구의 평생학습 참여 비율은 6.4%에 불과하다(통계청,

2004). 따라서 기업과 지역사회에서 평생학습을 지원할 수 있는 교육인프라를 확충하고 평생학습의 중요성에 대한 인식을 제고하려는 노력이 강화되어야 한다. 기존의 평생교육 관련기관 간의 긴밀한 협조와 연계를 이끌어내고 중복되는 역할을 조정(저출산·고령사회위원회, 2006)하는 등 교육프로그램의 내실화를 기할 수 있는 다양한 정책방안 마련 역시 필요하다.

또한 중고령 근로자의 특성을 고려한 훈련기관 및 훈련 프로그램도 미흡한 실정이다. 우리나라의 경우 50-64세 근로자가 직업훈련에 참여하는 비율은 9.6%에 불과하여 덴마크, 노르웨이 등 선진국의 40% 이상에 이르는 직업훈련 참여율 수준에 비하여 매우 낮다(OECD, 2004). 특히 중소기업은 대기업에 비하여 직무훈련을 받을 수 있는 기회가 훨씬 적고 훈련의 질도 낮을 수 있으므로 중고령자가 직무훈련에 적극적으로 참여할 수 있도록 제도적 및 재정적 지원을 강화할 필요가 있다. 예를 들면, 중소기업 근로자를 위하여 대기업, 사업주 단체, 공공훈련기관 등의 우수한 훈련시설, 장비를 활용할 수 있도록 연계하는 '중소기업 직업훈련 컨소시엄' 사업은 성공적인 직무훈련 모델로 정착된 것으로 평가된다(저출산·고령사회위원회, 2006). 또한 중소기업에 대한 다양한 정부 지원을 직무훈련의 질과 연계하는 방안은 중소기업 경영자의 자발적 참여에 대한 동기를 부여할 것으로 기대된다.

## 2. 중고령기 건강수준 제고를 위한 사회자본 활성화

본 연구결과를 통해 성별, 연령, 거주지역 등 인구학적 변수와 학력, 취업수준 등 인적자본 변수를 통제한 후에도 다양한 수준의 사회자본 변수가 건강에 대하여 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 사회자본, 즉 가족관계, 친인척관계 등으로 이루어진 가족관계망과 사회적 친분관계에서 비롯하는 사회관계망을 통해 제공받는 경제적 지지 및 정서적 지지 등이 건강에 미치는 영향을 통해 사람과 사람 사이의 관계에서 비롯하는 사회자본의 가치를 나타낸다.

사회자본의 영향력은 건강수준을 설명함에 있어서 인적자본의 영향력에 비하여 상대적으로 약간 낮은 것으로 나타났으나, 인적자본과 사회자본은 매우 유사한 수준으로 건강수준을 설명하였다. 이러한 점을 고려할 때, 사회자본 수준의 제고는 인적자본에 대한 투자와 함께 중고령기 건강을 위한 정책의 방향 설정에 있어 중요하게 다루어져야 할 것이다.

국가의 직접적인 경제적 지원은 건강수준에 대하여 유의하지 않은 것으로 나타났으나, 가족의 경제적·정서적 지지는 중고령기 건강수준을 결정하는 중요한 자원이다. 따라서 법적·도덕적 부양의무가 있는 가족관계에 대하여도 별도로 이러한 의무의 이행을 격려하기 위한 재정적 지원 등 다양한

인센티브 제도가 마련되어야 할 것이다. 호주의 경우를 예로 들면, 노인을 돌보는 가족에 대하여 간병에 드는 비용을 현금으로 지급하는 현금급여 제도를 실시하고 있다(고령화및미래사회위원회, 2005).

한편, 자녀, 친인척 등 가까운 가족과의 관계뿐만 아니라 보다 확장된 사회적 관계, 즉 친구, 이웃 등과의 자율적 교류에서 비롯한 사회자본 역시 중고령기 건강수준을 설명하는 중요한 자원이므로 지역사회의 유대를 강화하기 위한 정책적 지원 역시 중시되어야 할 것이다. 즉 건강한 노후를 위하여 다양한 사회적 지원망의 중요성을 인식하고 이를 적극적으로 확보할 수 있도록 적극적인 지원이 필요하다.

최근 노인 단독 가구가 증가하고 3세대 가구가 점차 감소하고 있는 추세(통계청, 2006)를 감안할 때, 정책적으로도 부양 의무를 가족관계만으로 한정하지 않으면서 보다 넓은 범위의 사회 관계망을 통해 사회적 지지를 확보하고 비공식적 및 공식적인 만남과 교류를 지속할 수 있도록 지역사회의 여건을 조성하는 것은 중요한 정책방향으로 채택되어야 한다. 이러한 정책적 성과를 양적으로 평가하기 어려운 측면이 있다 하더라도 사회자본의 형성에 대한 지원이 적절하게 이루어지지 않았을 경우 국가가 사후에 부담해야 할 사회적 비용을 절감할 수 있음을 감안하여야 하며, 지역사회의 사회자본 형성을 위한 재정 투자를 강화할 근거를 후속 연구를 통해 구체적으로 제시할 필요가 있다.

## 3. 중고령기 건강수준 제고를 위한 취업수준별 정책적 지원 강화

중고령기의 취업수준은 건강수준을 결정하는 중요한 요인이 되며, 취업수준에 따라 건강수준에 대한 인적자본과 사회자본의 효과를 분석한 결과 취업수준에 따른 집단 간에 서로 다른 특성이 있음을 알 수 있었다. 중고령기의 취업수준에 따라 인적자본이 건강수준의 향상에 기여하는 정도를 비교하여 보면, 취업을 지속하는 집단 내에서 학력은 건강수준과 유의한 관계를 나타내지 않았으나, 은퇴자 집단과 취업경험이 없는 집단의 경우 중등학교 수준의 학력이 초등학교 이하 학력에 비해 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 이는 학력이 취업활동을 하지 않는 중고령자에게 더욱 의미 있는 인적자본임을 의미한다. 따라서 은퇴 이후 시기나 취업경험이 없는 중고령자를 대상으로 하는 평생교육과 훈련이 강화되어야 할 것이다. 이미 은퇴하였거나 취업경험이 없는 중고령자도 평생학습에 참여할 수 있는 기회를 가질 수 있도록 지원하기 위하여 지역사회의 중고령자 대상 교육 프로그램의 내실화 역시 중요하다. 특히 이들에 대한 평생학습을 지원함으로써 중고령자의 인적자원 개발을 도모하는 것은 퇴직인력을 지속적으로 고용할 수 있도록 할 뿐 아니라 '참여하는

시민사회'를 성취하기 위한 단체활동, 자원봉사 등의 활성화로 이어져 사회적 신뢰, 규범, 연결망 등을 강화함으로써 사회자본의 활성화에도 기여하게 될 것이다.

또한 소득원천별 소득수준도 건강수준에 대하여 차이를 보이는데, 은퇴자 집단의 경우 다른 두 집단에 비해 공격적 연금을 포함한 가장 다양한 소득원천이 건강수준의 향상과 연관된 것으로 나타났다. 특히, 취업경험이 없는 집단의 경우에도 건강수준의 향상을 위해 부동산 소득 이외에 다양한 소득원천을 지니는 것이 바람직할 것이며, 이를 위한 정책적 지원체계가 강화되어야 할 것이다.

중고령기 취업수준에 따라 건강에 기여하는 사회자본의 특성을 살펴보면, 모든 집단에서 정부·사회단체의 경제적 지지는 건강수준에 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났다. 정부·사회단체의 경제적 지지 수준이 전체적으로 낮음을 고려할 때, 건강수준의 향상을 위하여 가족관계에 의한 비공식적인 경제적 지지뿐만 아니라 공식적인 경제적 지지 수준이 더욱 강화될 필요가 있다 하겠다. 은퇴자의 경우, 주로 가족의 정서적 지지와 사회적 친분관계인 친구·이웃·친척과의 교류를 통해 건강수준 향상이 가능한 것으로 나타난 반면, 취업을 지속하는 집단의 경우에는 보다 형식적인 사회적 활동 즉, 종교·친목 모임, 동호회 등에 대한 참여가 건강수준의 향상에 기여한 것으로 나타났다. 한편 취업경험이 없는 집단의 경우, 보다 공식적인 참여활동이 요구되는 사회단체에 가입하여 활동하는 것이 건강수준에 유의한 영향을 미치는 변수로 작용하였다.

자신의 취업활동 수준에 따라 적합한 사회참여의 통로를 확보하여 건강을 위한 자원으로 활용할 수 있도록 은퇴한 고령자를 위하여 비공식적 가족관계 및 친인척관계 활성화를 위한 방안을 마련하고 비공식적 및 공식적으로 사교, 스포츠, 시민운동, 정치 등 다양한 수준의 단체활동에 참여할 수 있는 지역사회 여건을 조성하기 위한 대책이 마련되어야 할 것이다. 특히, 지역사회는 취업경험이 없는 중고령자를 위하여 공식적 모임인 단체활동 참여여건을 조성함으로써 건강수준 향상에 기여하는 지원책을 마련하여야 할 것이다.

마지막으로 인구학적 변수의 영향 역시 취업수준별 건강수준 향상을 위한 대책 수립에 대하여 몇 가지 시사점을 제공한다. 은퇴자 집단의 경우 지역은 건강수준의 향상에 유의한 변수가 아니었으나, 취업경험이 없는 집단의 경우 서울·경기 지역 거주자가 광역시 거주자에 비해 건강수준이 높은 것으로 나타나 광역시 수준의 지방자치단체에서 취업경험이 없는 중고령자를 위한 건강증진정책이 더욱 강화되어야 할 것임을 시사하고 있다. 반면, 취업지속 집단의 경우, 시·도 거주자의 건강수준이 광역시 거주자에 비해 낮은 것으로 나타났다으므로 시·도 수준의 지방자치단체에서는 취업을 지속

하는 중고령자를 위한 건강지원책 마련에 더욱 역점을 두어야 할 것이다.

지금까지 인적자본과 사회자본을 중심으로 중고령자의 건강수준 향상을 위한 정책을 제안하였다. 이는 우리사회에서 중고령기 건강증진정책을 결정하는 패러다임이 개인의 건강행동 모델과 심리적 요인에 기초한 학습모델에서 나아가 사회적 맥락을 고려한 인적자본과 사회자본의 역할을 충분히 반영하는 방향으로 전환되어야 할 것을 시사하고 있다. 이를 통해 인구의 급속한 고령화에 대비하여 의료비 지출 증가, 연금금의 고갈 등 막대한 사회적 복지비용 문제를 해소 하면서 중고령기를 활동적이고 건강하게 보낼 수 있는 여건을 조성할 수 있을 것이다. 후속연구를 통해 개인, 가족, 지역사회, 국가 등 다양한 정책주체를 고려하여 생산활동에 대한 참여를 지지하고 다양한 사회적 연결망을 확보하는 정책 방안이 활발히 제안되기를 기대한다.

## ■ 참고문헌

- 고령화및미래사회위원회(2005). 미래사회대비 평생건강관리체계 구축을 위한 노인보건사업 강화방안.
- 남재량, 성재민, 이상호, 최효미, 신선옥(2005). 한국노동패널 1-6차년도 조사자료(User's Guide). 서울: 한국노동연구원.
- 노혜련, 박선영(2004). 빈곤가족 건강의 설명요인에 대한 탐색적 연구. 한국가족복지학, 14, 147-175.
- 문숙재, 최혜경, 정순희(1999). 도시노인의 라이프스타일에 따른 건강 및 경제실태 분석, 대한가정학회지, 37(7), 127-141.
- 박광희, 한혜경(2002). 농촌노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인. 한국노년학연구, 11, 43-61.
- 손유미(2003). 중고령자의 직업능력개발. 한국직업능력개발원.
- 윤순덕, 한경혜(2004). 농촌노인의 생산적 활동과 심리적 복지. 한국노년학, 24(2), 57-77.
- 이가영, 박태진(2000). 농촌지역 노인들의 사회적 지지와 건강상태의 관련성. 가정의학회지, 21(5), 672-683.
- 이선미, 김경신(2002). 노년기 부부의 생활만족도와 우울 및 관련변인 연구. 한국노년학, 22(1), 139-157.
- 이호성(2005). 도시노인의 사회적 유대와 생활만족도 연구. 한국노년학, 25(3), 123-138.
- 이후연, 김성아, 이혜진, 정상혁(2005). 노인의 사회경제적 수준과 주관적 건강수준과의 관계. 보건행정학회지, 15(2), 70-83.
- 장지연(2001). 중고령자 노동시장의 특성과 고용지원 정책.

- 한국노동연구원.  
저출산·고령사회위원회(2006). 제1차 저출산·고령사회기본  
계획2006~2010.  
통계청(2004). 2004 사회통계조사보고서.  
통계청(2006). 2005 인구주택총조사 전수집계결과(가구·주택부  
문) 보도자료.  
한국보건사회연구원(2002). 노인보건복지증합대책.  
Becker, G. (1964). *Human capital*. Chicago: University  
of Chicago Press.  
Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J.G.  
Richardson(Ed.), *Handbook of theory and research  
for the sociology of education*. New York:  
Greenwood Press.  
Bryant, K. (1990). *The economic organization of the  
household*. New York: Cambridge University  
Press.  
Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of  
human capital. *The American Journal of Sociology*,  
94, S95-S120.  
Field, J. (2003). *Social capital*. New York: Routledge.  
Goldstein, M. S., Siegel, J. M., & Boyer, R. (1984).  
Predicting changes in perceived health status.  
*American Journal of Public Health*, 74(6), 611-614.  
Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Lochner, K. (1997).  
Long live community: Social capital as public  
health. *The American Prospect*, 35, 56-59.  
Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure  
and action*. New York: Cambridge University  
Press.  
OECD(1998). *Maintaining prosperity in an ageing society*.  
OECD(2002). *Education at a glance*.  
OECD(2004). *Ageing and employment politics: Korea*.  
Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: The collapse an  
revival of American community. New York:  
Simon and Schuster.  
Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *The  
American Economic Review* LI, 1-17.  
Whitehead, M., & Diderichsen, F. (2001). Social capital  
and health: Tip-toeing through the minefield of  
evidence, *The Lancet*, 358, 165-166.
- 
- (2006년 8월 30일 접수, 2006년 9월 29일 채택)