

한국 남성 성생활의 법적 정년은?

김세철*

한양대학교 의과대학, 명지병원 비뇨의학과

Legal retirement age of sexual life in Korean men

Sae Chul Kim*

Department of Urology, Myongji Hospital, Hanyang University College of Medicine

ABSTRACT

The prevalence of sexual dysfunction increases in older men due to aging and other medical diseases such as diabetes mellitus and hyperlipidemia. However, not all older men experience sexual dysfunction because the sexual life of each person is very diverse. Therefore, it needs to modify the legal retirement age of sex, reflecting the actual sexual life of older men. Thus, the author suggests a revised legal retirement age of sex Based on studies about sexual dysfunction in Korean men.

Keywords: Men, Elderly, Sexual activity, Sexual satisfaction

서론

성 건강에 대한 많은 연구보고에 의하면 생물학적 성 노화는 남녀 모두에서 지극히 다양하며, 노화가 성적 생물학적 반응을 필연적으로 변화시킬 것이란 고정관념과도 일치하지 않는다. 성기능장애와 성기능에 영향을 미칠 수 있는 위험인자는 고령화에 따라 발생률이 증가하고 있으나, 모든 개인에게 해당되는 것도 아니다. 성기능은 정상이라도 성생활에는 개인차가 너무 많고, 나이가 들면 여러 가지 이유로 개인차는 더욱 심해지며, 성기능장애 발생 연령도 개인차가 많다 (1).

이처럼 노화에 따른 성기능은 개인차가 너무 많은데, 교통사고나 산업재해로 발기장애가 발생하여 법원이나 보험회사로부터 발기장애의 장애 인정기간 다시 말해 남성 성생

활의 법적 정년을 질의해 오면 곤혹스러울 수밖에 없으며, 합당한 연구논문도 찾아볼 수 없다. 이에 그동안의 관련문헌을 고찰해 보고, 한국 남성 성생활의 법적 정년을 제안해 보고자 한다.

본론

1. 노화와 성욕 감퇴

성관계를 하려면 일차적으로 성욕이 발동되어야 한다. 이론적으로 남성에서는 성욕의 근원이 되는 남성호르몬 생산이 노화와 함께 서서히 감소하지만 죽을 때까지 생산되므로 성욕의 강도와 횟수는 점점 떨어지나 평생토록 발동될 수 있다. 그러나 노화가 성욕에 미치는 부정적 영향은 생물학적 요소보다 성에 대한 개인적인 태도와 더 관련이 있다.

Manuscript received August 12, 2019; Accepted September 11, 2019.

*Corresponding author: Sae Chul Kim. Department of Urology, Myongji Hospital, Hanyang University College of Medicine
Tel: +82-31-810-5009, E-mail: saeckim@unitel.co.kr

© Copyright 2020 Korean Association for Sexology

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

배우자가 있고, 성에 대해 좋은 자존감, 즐거웠던 성경험, 부부관계에서 성생활을 중요하게 생각하는 태도 등은 성을 능동적으로 추구하는 예측 변수가 된다.

Bach 등 (1)은 성생활을 활동적으로 하는 고령자는 육체적, 사회적 활동에 참여하고, 금연하며, 약을 적게 복용하고, 술을 적절히 마시며, 삶의 질이 양호하고 정신적 안녕을 갖고 있으나, 성적으로 비활동적인 고령자는 암, 방광과 장에 문제, 대수술, 나쁜 시력, 정신건강 문제, 심혈관계질환, 당뇨병, 고혈압, 고콜레스테롤혈증의 유병률이 높으며, 남성의 경우 청각소실과 치매와도 관련 있다고 하였다.

Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB)에서 40-80세 한국 남녀에게 남성의 성적 관심이 감소하는 연령을 물었을 때 남녀 공히 60대 전반, 60대 후반, 50대 후반의 순으로 이야기하였으며, 여자의 성적 관심이 감소하는 나이는 남녀 공히 50대 초반을 가장 많이 지적하여 남성은 여성보다 10년 늦게 성욕이 감퇴하는 것으로 나타났다 (2).

2. 노화와 발기력 감퇴

성욕이 발동하더라도 남성은 발기가 되어야 성관계가 가능하다. 노화와 함께 생명 유지에 필수기능인 심장, 폐, 신장 기능은 서서히 떨어지지만 발기력(강직도)은 50-60세부터 급격히 떨어진다(Fig. 1) (3, 4). 완전 발기되었을 때 음경의 각도는 20-30대는 복벽과 20-30도 간격을 두고 위로 솟지만, 40대 중반이 되면 복벽과 90도를 이루며 50대는 수평보다 아래로 처져 -10도, 60대는 -20도로 더욱 처지는데, 이 같은 현상은 노화와 함께 발기력 감퇴와 발기 시 음경을 치골로 잡아당기는 현수인대가 약해지기 때문이다. 노화에 의

한 발기력 감퇴의 주된 병리생리학적 원인은 음경백막의 탄성섬유 감소와 음경해면체의 만성 허혈에 의한 음경해면체 평활근육세포의 감소와 섬유화 그리고 산화질소합성효소(NOS)를 비롯한 분자생물학적 변화이다. 60세 이상이 되면 음경해면체 평활근육량이 35%까지 감소하는 것으로 보고되었다 (5).

건강한 젊은 남성이라면, 야간의 수면 중에 음경발기가 3-5회 나타나며, 1회에 20-40분 지속한다. 수면 중 발기는 자기의사가 개입되지 않고 자연적으로 일어나는 생리적 현상이며, 수면 전의 성행위나 성적흥분 또는 금욕이 야간발기의 양상을 변화시키지는 못하므로 심리적 요소를 배제한 자연 발기력을 알아볼 수 있는 좋은 지표가 된다. Yaman 등 (3)은 50세 이후부터 수면 중의 발기 강직도와 지속시간이 매우 유의하게($p < 0.001$) 감소한다고 하였으며, Burris 등 (4)은 60세부터 수면 중 발기 강직도가 급격히 떨어진다고 하였고, Karacan 등 (6)은 수면 중 발기의 총 시간이 65세가 되면 사춘기의 절반 수준으로 감소한다고 하였다.

3. 연령증가에 따른 발기장애 유병률

모든 질환의 진단은 환자의 증상과 신체검사, 각종 검사 결과를 종합하여 의사의 판단에 의해 이루어지나, 발기부전은 환자 스스로 진단하여 병원을 찾아온다. 환자가 발기장애가 있다고 하는데 의사가 없다고 얘기할 수 없다. 의사가 검사를 하는 것은 원인을 찾아 정확한 치료를 하기 위함이다. 환자의 이야기는 자연히 주관적일 수밖에 없다. 그러므로 가능한 한 환자가 호소하는 증상을 객관적으로 평가하기 위해 국제적으로 공인된 설문지(국제발기능지수, IIEF;

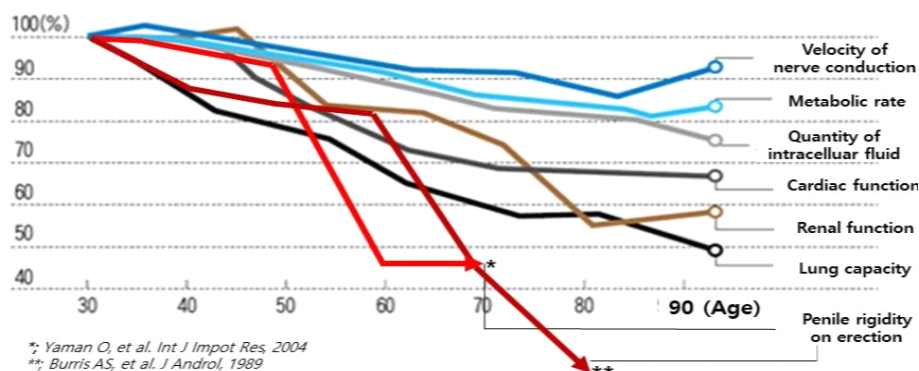


Fig. 1. Changes of penile rigidity on nocturnal erection with aging, compared with those of main body functions (When the function at 30 years old regarded as 100).

International Index of Erectile Function)를 이용한다.

2002년 손 등 (7)은 서울지역 40-70대 남성 2,712명을 대상으로 스스로 발기부전이 있다고 자가 진단한 유병률과 동일인에게 IIEF 설문지를 이용한 발기부전 유병률을 비교하였던바, 자가 진단 유병률은 40대 7.3%, 50대 10.0%, 60대 23.9%, 70대 34.1%이었으나, 설문지를 이용한 유병률은 40대 76.6%, 50대 87.5%, 60대 96.8%, 70대 99.1%로 양자 사이에 엄청난 차이가 있음을 알 수 있으며, Ahn 등 (8)도 유의한 차이를 보고하였다. 자신의 나이에 그 정도는 정상이라고 생각하지만 객관적 평가로는 상당수가 발기부전에 해당한다는 이야기이다. 이 같은 차이는 국외 연구보고에서도 찾아 볼 수 있다. Shabsigh 등 (9)은 적어도 1개 이상의 발기장애 위험인자를 갖고 있는 30세 이상의 남성 1,053명을 대상으로 “발기장애가 있는지?” 물어보았을 때, 13.2%는 “있다”, 36.8%는 “없다”, 50.0%는 “잘 모르겠다”고 응답하였는데, 이들에게 IIEF 설문지로 조사하였을 때, “있다”라고 얘기한 사람은 거의 모두 (95.7%)가 발기장애가 있었으나 “없다”고 얘기한 사람의 36.1%, “잘 모르겠다”고 얘기한 사람의 89.5%에서 발기장애가 있어 역시 상당한 차이가 있음을 알 수 있다. 그러나 교통사고나 산업재해 등으로 보상이나 배상을 받으려는 사람은 보상심리가 작용할 수 있으므로 자가보고나 설문조사에 관계없이 과장되어 나타날 수 있을 것이다.

발기장애의 가장 중요한 위험인자는 고령화이다. 30세의 발기장애 발생 위험성을 1로 하였을 때, 40세는 3.7배, 50세는 5.2배로 증가하며, 60세는 11배, 70세는 22배로 60세 이후부터 급격히 증가한다 (10). 중년이 지나면 발기부전의

위험인자인 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 비만증, 심장질환 등의 대사증후군과 우울증을 동반할 가능성이 증가하므로 60세 이후 발기부전 유병률이 급격히 상승하는 원인이 된다 (Fig. 2A, 2B) (11). Lee 등 (12)이 국민건강보험공단에 건강자료가 등록된 30세 이상 남녀를 대상으로 조사한 연구에 의하면 2013년 남성의 30.5%가 대사증후군을 갖고 있으며, 교차비(odds ratio)가 30대 1.016, 40대, 50대의 1.026에서 60대 1.048, 70대 1.064, 80세 이상 1.082로 60대부터 급상승하였다. Hellmich 등 (13)은 Cologne Male Survey의 자료(4,396명)를 이용하여 기질성 발기부전의 발생위험을 예측하는 다변수 로지스틱 회귀모형을 개발하였는데, 위험점수를 골반수술 21점, 당뇨병 16점, 동맥순환장애 8점, 심장병 7점, 흡연 5점, 고혈압 4점으로 배점하였으며, 나이는 50세 이하는 7점, 51-52세는 8점, 53세부터는 매년 1점을 추가하여 60세 15점, 70세 30점, 80세는 50점으로 올려 나이의 중요성을 부각하였다.

Ahn 등 (8)은 동일인에게 자가보고와 설문조사(IIEF-5)를 이용하여 조사한 40-79세 한국 남성의 발기부전 유병률 연구에서 조사방법에 관계없이 60대부터 유병률이 급격히 상승하였으며, Feldman 등 (14)의 Massachusetts Male Aging Study에서도 중등도~고도의 발기장애가 60대부터 급격히 증가하였다(Fig. 3A, 3B). Table 1은 세계 각국에서 비슷한 시기에 발표된 40세 이후 남성의 발기부전 유병률로서 조사방법과 조사대상의 연령별 분포에 차이가 있으므로 자료를 단순 비교하는 데는 문제가 있을 수 있으나, 대체로 60대부터 급격히 증가하는 것을 볼 수 있으며 (8, 10, 14-20), 설문지 조사에 의한 유병률은 대체로 60대 52~65%, 70대

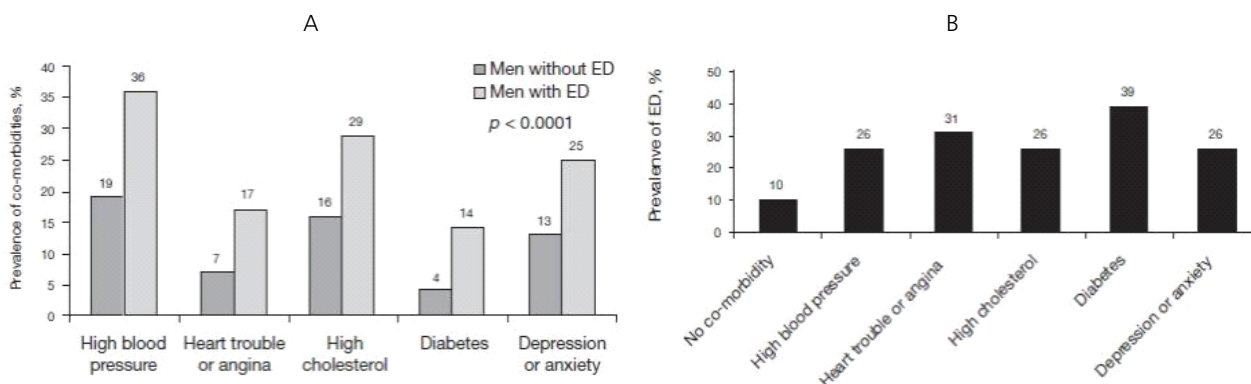


Fig. 2. A: Prevalence of co-morbidities in men with self-reported erectile dysfunction(ED) B: Prevalence of self-reported ED in men admitting to co-morbid conditions (Rosen RC, et al. CurrMed Res Opin, 2004).

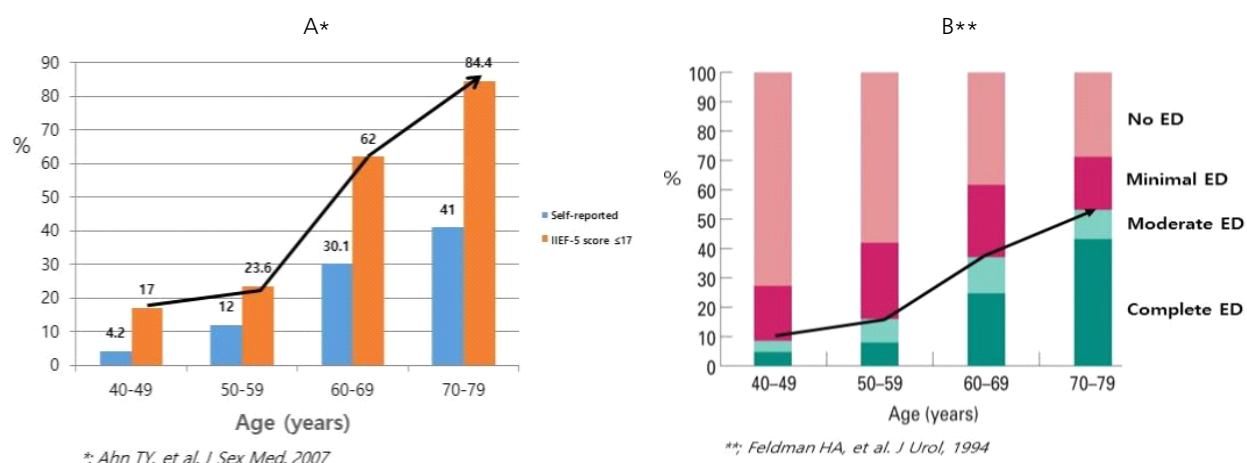


Fig. 3. Prevalence of erectile dysfunction(ED) with aging in Korean(A) and American(B) men.

Table 1. Worldwide prevalence of erectile dysfunction in men aged ≥40 years

Authors (Reference number)	Reporting year	Country	Participants	Age; Prevalence
Feldman, et al (14)	1994	US (Massachusetts Male Aging Study)	1,709	40-49; 39% 50-59; 49% 60-69; 58% 70-79; 67%
Braun, et al (10)	2000	Germany (Cologne Male Survey)	4,489	40-49; 9.5% 50-59; 15.7% 60-69; 34.4% 70-79; 34.4%
Martin-Morales, et al (15)	2001	Spain	2,476	40-49; 13.7% 50-59; 25.5% 60-69; 48.3%
Chew, et al (16)	2000	Australia	1,240	40-49; 13.1% 50-59; 33.5% 60-69; 51.5% 70-79; 69.2%
Moreira, et al (17)	2001	Brazil	1,286	40-49; 44% 50-59; 55% 60-69; 74%
Berrada, et al (18)	2003	Morocco	655	40-49; 59% 50-59; 81% 60-69; 91%
Marumo, et al (19)	2001	Japan	2,311	40-49; 8.6% 50-59; 20.0% 60-69; 41.8% 70-79; 64.3%
Bai, et al (20)	2004	China	2,226	40-49; 26.1% 50-59; 43.4% 60-69; 65.3% 70-79; 70.6%
Ahn, et al (8)	2007	Korea	1,570	40-49; 17% 50-59; 23.6% 60-69; 62% 70-79; 84.4%

는 70~84%로 보고되었다. 세계 6개 대륙, 27개국을 대상으로 동시에 조사한 GSSAB (2)에 의하면 한국 남성이 자가 보고한 발기부전 유병률(50대 31.4%, 60대 33.3%, 70대 41.7%)는 세계 평균치(50대 16.8%, 60대 24.2%, 70대 28.6%)보다 높았는데, 이는 발기부전 위험인자(당뇨병, 고혈압, 관상동맥질환, 뇌혈관질환, 고지혈증)의 유병률이 높은 것과 연관할 것으로 생각된다.

4. 성교 횟수

성관계 횟수는 개개인의 건강상태, 경제, 교육, 문화종교적 배경에 따라 다르겠지만 성 건강을 총체적으로 대변하는 바로미터라고 할 수 있으며, 노화와 함께 감소하는 것은 예외가 없다. 노인의 건강상태를 포괄 평가하는 지표로 동반 질환을 포함하여 인지기능(정신장애), 수행능력(신체장애), 노인병증후군, 영양상태, 과다약물투여를 이용하는데 모두가 성 건강과 직결된다. 70세가 되면 노인병증후 개수가 현격히 증가하여 평균 6-7개를 갖고 있으며, Lee 등 (21)은 70세부터 거동장애를 일으키는 신체조건의 수가 급증한다고 하였다.

2004년 이미정 (22)의 보고에 의하면 60세 이상 한국 기혼 남성의 지난 6개월간 성관계 횟수는 27.5%가 월 1-3회로 활발한 성생활을 하고 있었으나, 32.8%는 분기에 1회 이하, 35.7%는 전혀 성관계를 갖지 않아 68.2%가 거의 또는 전혀 성관계를 갖지 않았으며(Fig. 4), 65세 이상 남성은 47.9%가 지난 6개월간 성관계가 없었으며, 28.8%는 배우

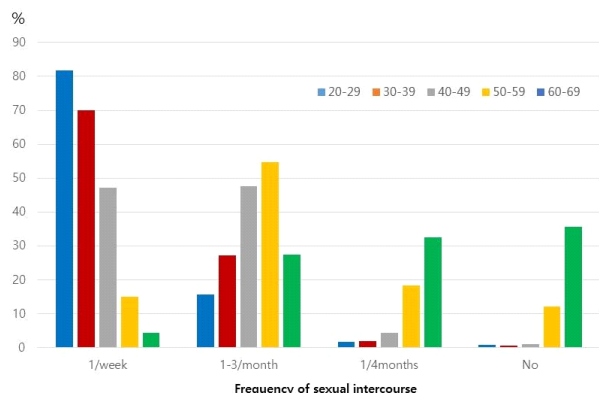


Fig. 4. Frequency of sexual intercourse during the last 6 months in the married Korean men (Lee MJ. Periodical, 04-13. Korean Women's Development Institute, 2004).

자와 사별 등으로 성관계를 갖지 못한 것으로 나타났다. 2018년 윤우상 (23)은 60세 이상 노인을 대상으로 ‘성생활과 성태도가 행복감에 미치는 영향’에 관한 연구에서 성생활 여부는 연령, 학력, 결혼상태, 동거가족, 건강상태, 현재 직업 여부, 생활수준에 따라 매우 유의미한 차이($p < 0.001$)가 있었으며, 60-64세와 65-69세는 “예”가 각각 72.2%, 54.2%이었으나, 70-74세, 75-79세는 “아니오”가 각각 58.8%, 77.4%로 70세가 지나면 성생활을 전혀 하지 않는 사람이 과반수를 넘는 것으로 나타났다. 유럽, 미국, 호주 남성의 성활동도 60대에 현저히 감소하며, 70대에는 이 같은 현상이 더욱 두드러지는 것을 볼 수 있으나, 70대의 약 1/3~1/4은 성생활을 유지하는 것으로 나타났다(Table 2) (24-27).

5. 발기부전 치료가 가능하게 되면서 남성 성생활의 변화

최근 이용 가능한 발기부전치료법에는 경구용 발기부전 치료제(PDE5 길항제), 발기유발제 음경자가주사요법, 남성호르몬 보충요법, 진공물리기구, 동맥혈관재건술, 음경보형물삽입술, 정신요법 등이 있다. 경구용 발기부전치료제를 이용하면 약의 종류에 관계없이 약 70~80%에서 약물 효과에 전반적으로 만족한다 (28-32). 수술요법이나 주사요법은 효과가 먹는 약보다 더 확실하나, 침해적이고 불편하므로 이용하는 사람은 제한적이다.

이용이 간편하고 효과적이면서 안전한 경구용 약이 개발됨에 따라 발기부전환자의 수를 고려하였을 때 이용자들이 폭발적으로 증가할 것으로 예상하였는데, 발기부전환자의 약 20%만이 이용하는 것으로 추정되고 있다. 왜 이용자 수가 예상과 달리 이토록 저조한 것일까? 여러 사정이 있겠지만 그중 하나는 발기장애가 있다고 모든 남성이 고민하고 불행하게 생각하며 치료를 받으려 하는 것은 아니기 때문이다. 특히 고령에서 그러하다. Braun 등 (33)의 연구에 의하면 발기부전의 치료 필요성을 ‘발기장애가 있고 성생활에 불만족이 있는 것’으로 하였을 때 6.8%만이 발기장애 치료가 필요한 것으로 나타났는데, 이는 발기장애 유병률(19.2%)의 1/3에 불과한 숫자였다. 발기부전 한국 남성 중 얼마나 많은 수가 발기부전치료제를 이용하며, 얼마나 자주 그리고 오랜 기간 이용하는지를 조사한 연구보고는 찾아 볼 수 없

Table 2. Frequency of sexual activity among older men in western countries

Authors (Reference number)	Reporting year	Country	Participants	Age; Sexually active men	Frequency of sexual activity
Mercer, et al (24)	2013	Britain	6,293	35-44; 75.1% 45-54; 69.3% 55-64; 55.2% 65-74; 37.2%	In past 4 weeks
Corona, et al (25)	2010	8 European countries	3,369	40-49; 81.0% 50-59; 70.0% 60-69; 51.0% 70+; 26.0%	≥1 week
Schick, et al (26)	2010	US	972	50-59; 39.4% 60-69; 37.2% 70-79; 26.2% 80-89; 18.7%	Within previous 1 month
Holden, et al (27)	2005	Australia	5,990	40-49; 93.0% 50-59; 89.0% 60-69; 75.0% 70+; 37.0%	Within previous year

다. Kim 등 (34)은 경구용 발기부전치료제로 성공적인 성관계가 가능하였는데도 복약을 중단한 이유로 “약물에 의존한 성관계가 싫어서”가 가장 많았으며(31.0%), 다중 로지스틱 회귀분석에서 심인성 발기부전, 발기부전의 짧은 병력기간, 저학력, 종교(가톨릭) 등이 복약 중단에 영향을 미치는 독립변수로 작용한다고 보고하였다. 그러나 고령이라도 섹스에 대해 긍정적이고 적극적인 태도를 보이는 남성들도 있다. Kim (35)은 비아그라를 5년 이상 장기복용하고 있는 105명의 발기부전 남성(평균 연령 57.8세)을 대상으로 성의식, 성태도를 조사한 보고에 의하면, 이들의 98%는 ‘고령이라도 건강하면 성생활을 하는 것이 바람직하다’는 질문에 적극 동의하였고(1-6점 평가에서 평균 5.5점), 95%가 ‘발기부전은 치료받아야 한다’고 하여 성에 대해 능동적이고 적극적인 태도를 보였으며(평균 5.3점), 이들의 실제 성관계 횟수는 본인들이 생각하는 이상적인 성관계 횟수와 대동소이하였다. 또 이들에게 ‘발기약을 언제까지 복용하기를 희망하는지?’ 물어보았더니 평균 72세까지였는데, 나이가 많아질수록 그 기간은 연장되어 40대 남성은 65세까지, 50-64세 남성은 72세까지, 65세 이상 남성은 78세까지 복용을 희망했다.

음경보형물삽입술을 받으면 정신신체적으로 문제가 없는 한 평생 성관계가 가능하다. 그러나 음경보형물삽입술 후 성적 만족도는 67-96%로 다양하게 보고되었으며, 불만

족의 이유로 음경의 차가운 느낌, 음경의 길이/굵기 감소, 하의를 통한 성기의 돌출과 탈의실이나 공중목욕탕에서 노출의 당혹감, 사정/오르가슴 감각 감소, 귀두의 비팽창 등을 호소하였다 (36). 배우자는 수술에 의한 인위적 발기가 애정의 표현이 아니라, 단순히 물리적 도구로 보일 때는 자신에 대한 모욕이나 남편의 쾌락수단으로 비하해 버리므로 거부하게 된다.

6. 한국 남성 성생활의 법적 정년

2019년 2월 21일 대법원 전원합의체가 평균수명 증가와 경제 발전수준 등을 감안해 육체노동자의 정년을 기존 60세에서 65세로 상향해야 한다고 판결했다. 지난 1989년 55세에서 60세로 올린 지 30년 만의 상향조정이다. 평균수명이 증가하면 성생활의 정년도 증가할 것으로 추정할 수 있다. 그러나 성생활의 정년은 육체 노동자의 정년을 정하는 것보다 훨씬 어렵다고 생각한다. 발기장애가 없더라도 60세가 지나면 성생활 여부는 학력, 결혼상태, 건강상태, 현재 직업 여부, 생활수준에 따라 매우 유의미한 차이가 있으며 (1, 23), 발기장애가 있더라도 발기부전치료법이 개발되어 성생활 가능 연령이 증가되었고, 음경보형물삽입술을 받으면 정신신체사회적으로 사정이 허락하면 이론적으로는 평생 가능하기 때문이다. 그러나 발기부전치료법이 개발되었는데도 발기장애로 고민하지 않고 일찍 성생활을 마감하는 남자

들이 있는가 하면 치료를 해서라도 건강이 허락하는 한 성생활을 영위하려는 남성들을 생각하면 남성의 성생활 정년 연령은 개개인에 따라 많은 차이가 있으므로 장애 인정기간을 단순히 나이로 일률적으로 정하기는 정말 어려울 것 같다.

71세 남자가 3년 전 상처를 하였는데 스스로 건강하다고 생각하고 자식들도 권유하여 50대 중반의 여성과 재혼을 하였다. 부인이 성관계를 원하였으나 발기장애로 뜻대로 되지 않았으며, 발기부전치료제를 복용하여도 번번이 실패하여 결국 결혼하고 채 1년도 되지 않아 부인이 이혼소송을 제기하였다. 남편은 이혼을 하면 재산분할을 당할 것을 걱정하여 이혼을 반대하였으며, 여생을 친구처럼 서로 의지하면서 동반자로 살기를 원하였다. 71세 남자에게 발기부전을 이유로 이혼소송을 제기하였는데 법적으로 인정받을 수 있을까? 남편은 71세 남자와 결혼하여 성관계를 기대하는 것은 이혼사유가 될 수 없다고 생각하였으나, 부인의 주장은 달랐다. 50대 중반의 여성이 성생활을 원할 수 있고, 남편이 71세이지만 50대 중반의 여성을 배필로 받아들인 것은 남편이 성생활을 할 수 있을 것으로 기대할 수 있다는 것이다. 남자 나이 71세를 두고 서로 다른 생각과 기대를 하는 것이다. 이 문제는 결혼하기 전 당사자 간의 성생활에 대한 합의 여부에 따라 이혼의 인정 여부도 달라질 수밖에 없을 것으로 생각한다.

그러나 교통사고나 산업재해로 발기장애가 발생하였을 때 보험회사나 법원으로부터 손해보상이나 배상을 위해 장애를 언제까지 인정해야 할 것인지 판단해야 할 경우에는 보편타당할 수준이 적용되어야 할 것으로 생각된다. 보험회사나 법원은 주로 맥브라이드 장애평가방법에 따라 장애율과 장애 인정기간을 문의한다. 맥브라이드 장애분류법은 발기장애를 직종별 등급에 따라 10-20%의 전신 장애율을 적용하며, 미국의학협회는 성기능장애를 1-3등급으로 분류하여 1등급(성생활은 가능하나 발기, 사정, 감각에 어려움이 있는 경우), 2등급(성생활은 가능하며, 발기는 충분하나 사정과 감각이 없는 경우), 3등급(성생활이 불가능한 경우)으로 분류하여 1등급은 0-9%, 2등급은 10-19%, 3등급은 20% 장애율을 적용하되, 40-65세를 기준으로 하여 40세 미만인 경우 50% 전신장애율을 추가하고, 65세를 초과하면 50% 감산하여 산정한다. 예를 들면 25세 남자 환자가 외

상 후 3등급으로 판정된 경우 전신 장애율 20%에 환자 나이 (40세 미만)를 적용하여 20%의 50%를 가산해서 전신 장애율 30%를 인정하는데, 60세이면 같은 3등급이지만 20%의 장애율을, 67세이면 20%의 50%를 감산하여 10%만 인정한다. 그러나 맥브라이드 장애분류법이나 미국의학협회 기준에 장애율 인정기간에 대한 언급은 없다.

발기장애의 장애 인정기간은 앞서 언급한 바와 같이 성생활에 개인차가 너무 많지만, 중년이나 노년이면 결혼상태, 발기부전 위험인자 동반 여부와 전신 건강상태, 거동 불편 정도 등을 확인할 수 있으므로 이들을 고려하여 어느 정도 추정할 수 있지만, 청장년이라면 미래의 결혼상태, 건강상태를 예측할 수 없으므로 판단이 매우 어렵다. 요추부 추간판탈출증으로 추간판절제술 후 발생한 하지마비로 보행장애, 발기부전, 배뇨장애, 배변장애에 대해 수원지방법원 2017. 08.08 선고 (2015가단127540 판결)에 의하면, 원고는 정상인의 88-98% 가량의 여명이 예상되는데, 영양상태가 양호하므로 정상인의 95% 가량의 여명이 예상되므로 직업의 성격, 원고의 연령, 건강상태 등을 참작하여 ‘가동기간’을 70세까지 인정하였다. 그러나 보행장애, 배뇨장애, 배변장애는 누구나 예외 없이 여명기간 동안 장애가 지속되었지만 발기장애가 여명기간 동안 지속된다고 성생활의 정년은 고려치 않고 구별 없이 일률적으로 여명기간으로 장애기간을 인정한 것은 성생활의 특성을 전혀 고려하지 않고 내린 판단으로 생각된다. 목숨이 다할 때까지 성생활을 지속하는 사람은 예외로 보아야 할 것이다. 교통사고로 경추골절에 의한 사지마비환자의 발기부전에 대한 서울중앙지방법원 2015.11.24 선고 (2014가단158679 판결)에서도 장애를 69세까지 인정하였는데, 마찬가지로 사지마비환자의 여명기간에 맞춘 것으로 생각된다.

성기능은 노화와 함께 감소하며 성관계를 중단하는 평균 나이가 있는데, 이를 전혀 고려치 않고 여명기간까지로 발기장애를 인정하는 것은 적절치 않다고 생각된다. 더욱이 산업재해나 교통사고로 신체장애가 있는 환자는 치료로 성관계가 가능하다고 하더라도 일반인보다 성생활을 영위할 수 있는 기간이 단축될 것으로 예상된다. 장애에 대한 향후 치료비를 추정할 경우, 모든 질병에는 상식적이며 통상적인 표준 진단법과 치료법이 있으므로 이에 준하여 추정한다.

때로는 새로운 치료법이 개발되어 긍정적인 결과가 발표되므로 의사들은 아직 학계의 공식적인 인정을 받기도 전에 선두적으로 시도해 보기도 하고, 학계의 인정을 받았으나 치더라도 보건당국의 공식적인 인가(법정 비급여)를 받기도 전에 시도하여 법적으로 치료비를 인정받지 못하기도 한다. 이 때문에 서울고법판결문(2007.7.11)은 “한정된 재정으로 운영되고 있는 건강보험제도에 있어 가장 경제적이고 비용효과적인 적절한 진료방법이 선택되어야 한다”고 하여 향후 치료비 산정에 기준을 정하고 있다. 성기능장애에 대한 장애 인정기간도 성생활에 개인 차이가 너무 많으므로 개인에 따라 차별 산정하는 것이 바람직하나 불가능하며 굳이 정해야 한다면 보편타당한 평균수준으로 정할 수밖에 없다고 생각한다.

결론

남성에서 노화에 따른 성기능 감퇴를 요약하면, 발기력(강직도)은 50-60세부터 급격히 떨어지며, 60대부터 발기장애 위험인자인 대사증후군의 교차비가 급격히 증가하고, 설문지 조사에 의한 발기장애 유병율은 60대 52~65%, 70대는 70~84%로 보고되었으며, 70세가 되면 성 생활과 직결되는 노인병증후군의 증후 개수가 현격히 증가한다. 한국 남성의 지난 6개월 동안 성관계 횟수에 대한 전국규모의 조사에서 60세 이상 기혼 남성의 60.8%가 거의 또는 전혀 성 생활을 하지 않으며, 65세 이상 기혼 남성의 76.7%가 성 관계를 하지 않은 것으로 나타났다.

이상의 연구보고에 근거하여 한국 남성 성생활의 법적 정년은 보편 타당한 수준을 적용하여 발기장애의 위험인자와 노인병증후군 등이 없거나, 있어도 경한 경우에는 70세로 하는 것이 적절할 것으로 생각되며, 중등도~고도의 위험인자 또는 노인병 증후군을 갖고 있는 경우에는 그 수와 정도에 따라 60-69세로 하향 조절하는 것이 타당할 것으로 생각된다.

References

1. Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C, Corvin J. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med* 2013;10:2671-8.
2. Moreira ED Jr, Kim SC, Glasser D, Gingell C. Sexual activity, prevalence of sexual problems, and associated help-seeking patterns in men and women aged 40-80 years in Korea: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors(GSSAB). *J Sex Med* 2006;3:201-11.
3. Yaman O, Tokatli Z, Ozdiler E, Anafarta K. Effect of aging on quality of nocturnal erections: evaluation with NPTR testing. *Int J Impot Res* 2004;16:150-3.
4. Burris AS, Banks SM, Sherins RJ. Quantitative assessment of nocturnal penile tumescence and rigidity in normal men using a home monitor. *J Androl* 1989;10:492-7.
5. Stefel AD. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment. *J Urol* 2003;169:1999-2007.
6. Karacan I, Williams RL, Thornby JL, Salis PJ. Sleep-related penile tumescence as a function of age. *Am J Psychiatry* 1975;132:932-7.
7. 손환철, 변석수, 박은찬, 조규선, 조문기, 김수웅 등. 서울 지역 40세 이상 남성의 성기능장애 유병율: 설문지에 의한 역학조사. *대한비뇨학회지* 2002;43:52-61.
8. Ahn TY, Park JK, Lee SW, Hong JH, Park NC, Kim JJ, et al. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Korean men: results of an epidemiological study. *J Sex Med* 2007;4:1269-76.
9. Shabsigh R, Kaufman J, Magee M, Creanga D, Russell D, Budhwani M. Lack of awareness of erectile dysfunction in many men with risk factors for erectile dysfunction. *BMC Urol* 2010;10:18.
10. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res* 2000;12:305-11.
11. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M. The multinational Men's Attitudes

- to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin* 2004;20:607–17.
12. Lee SE, Han K, Kang YM, Kim SO, Cho YK, Ko KS, et al. Trends of metabolic syndrome and its components in South Korea: findings from the Korean National Health Insurance Service Database (2009–2013). *PLOS ONE* 2018;13:e0194490.
 13. Hellmich M, Evers T, Kubin M, Merchant S, Lehmacher W, Engelmann U, et al. Development and validation of a risk score for somatic erectile dysfunction: combined results from three cross-sectional surveys. *Eur Urol* 2005;48:495–502.
 14. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54–61.
 15. Martín-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *J Urol* 2001;166: 569–74; discussion 574–5.
 16. Chew KK, Earle CM, Stuckey BG, Jamrozik K, Keogh EJ. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *Int J Impot Res* 2000;12:41–5.
 17. Moreira ED Jr, Abdo CH, Torres EB, Lôbo CF, Fittipaldi JA. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology* 2001;58:583–8.
 18. Berrada S, Kadri N, Mechakra-Tahiri S, Nejari C. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates: a population-based study in Morocco. *Int J Impot Res* 2003;15 Suppl 1:S3–7.
 19. Marumo K, Nakashima J, Murai M. Age-related prevalence of erectile dysfunction in Japan: assessment by the International Index of Erectile Function. *Int J Urol* 2001;8:53–9.
 20. Bai Q, Xu QQ, Jiang H, Zhang WL, Wang XH, Zhu JC. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in three cities of China: a community-based study. *Asian J Androl* 2004;6:343–8.
 21. Lee WJ, Liu LK, Hwang AC, Peng LN, Lin MH, Chen LK. Dysmobility syndrome and risk of mortality for community-dwelling middle-aged and older adults: the nexus of aging and body composition. *Sci Rep* 2017; 7:8785.
 22. 이미정. 변화하는 성윤리와 포르노그래피; 한국여성개발원 정기간행물 04-13. 정보통신정책연구원, 2004년 2월.
 23. 윤우상. 노인의 성생활과 성태도가 행복감에 미치는 영향. 국제신학대학원대학교 박사학위논문. 2018년 6월.
 24. Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, et al. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Life styles (Natsal). *Lancet* 2013;382(9907):1781–94.
 25. Corona G, Lee DM, Forti G, O'Connor DB, Maggi M, O'Neill TW, et al. Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS). *J Sex Med* 2010;7:1362–80.
 26. Schick V, Herbenick D, Reece M, Sanders SA, Dodge B, Middlestadt SE, et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: implications for sexual health promotion for older adults. *J Sex Med* 2010;7:315–29.
 27. Holden CA, McLachlan RI, Pitts M, et al. Men in Australia Telephone Survey (MATES): a national survey of the reproductive health and concerns of middle-aged and older Australian men. *Lancet* 2005;366:218–24.
 28. Choi HK, Ahn TY, Kim JJ, Kim SC, Paick JS, et al. A double-blind, randomized-placebo controlled, parallel group, multicenter, flexible-dose escalation study to assess the efficacy and safety of sildenafil administered as required to male outpatients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2003;15:80–6.

29. Porst H, Young JM, Schmidt AC, Buvat J. International Vardenafil Study Group Efficacy and tolerability of vardenafil for treatment of erectile dysfunction in patient subgroups. *Urology* 2003;62:519–23.
30. Brock GB, McMahon CG, Chen KK, Costigan T, Shen W, Watkins V, et al. Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analyses. *J Urol* 2002;168:1332–6.
31. Paick JS, Kim SW, Yang DY, Kim JJ, Lee SW, Ahn TY, et al. The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in patients with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:946–53.
32. Paick JS, Ahn TY, Choi HK, Chung WS, Kim JJ, Kim SC, et al. Efficacy and safety of mirodenafil, a new oral phosphodiesterase type 5 inhibitor, for treatment of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:2672–80.
33. Braun M, Sommer F, Lehmacher W, Raible A, Bondarenko B, Engelmann U. Erectile dysfunction. Are interdisciplinary diagnosis and therapy necessary? *Dtsch Med Wochenschr* 2004;23:129:131–6.
34. Kim SC, Lee YS, Seo KK, Jung GW, Kim TH. Reasons and predictive factors for discontinuation of PDE-5 inhibitors despite successful intercourse in erectile dysfunction patients. *Int J Impot Res* 2013; 2014;26:87–93.
35. Kim SC. Sexual attitude and perception on sexual relationship among long-term users of sildenafil. *J Sex Med* 2008;5:2681–7.
36. 서경근, 김세철: 음경보형물삽입술 후 환자만족도. 대한 비뇨회지 1991;32:664–71.