보건행정학회지 | pISSN 1225-4266, eISSN 2289-0149
Health Policy and Management 2024;34(4):381-393
https://doi.org/10.4332/KJHPA.2024.34.4.381

Original Article

노인 돌봄서비스는 미충족 의료를 낮추는가? 2020년 노인실태조사 분석

주민정[1], 김노을[2], 백상숙[3], 정우진[4]

[1]삼성서울병원 간호본부, [2]근로복지공단 근로복지연구원, [3]연세대학교 보건대학원, [4]연세대학교 보건대학원 보건정책학과

Do Care Services for the Elderly Reduce Unmet Healthcare Needs? A Study Based on the 2020 National Survey of Older Koreans

Minjeong Ju[1], Roeul Kim[2], Sang Sook Beck[3], Woojin Chung[4]

[1]Nursing Department, Samsung Medical Center; [2]Labor Welfare Research Institute, Korea Workers' Compensation and Welfare Service; [3]Graduate School of Public Health, Yonsei University; [4]Department of Health Policy and Management, Graduate School of Public Health, Yonsei University, Seoul, Korea

Background: The importance of care and healthcare services for the elderly is growing due to the rapid aging of the population and changes in household types. In Korea, the Long-Term Care Insurance System was implemented in 2008, providing a universal system of public care services. However, the needs of the elderly for care and healthcare services are still not being fully met. Care and healthcare services are essential for the quality of life and survival of the elderly, making research in this area crucial. Therefore, this study aims to identify the association between the care provided to individuals aged 65 and older and their unmet healthcare needs.

Methods: Based on the analysis of the National Survey of Older Koreans 2020, the final study population consisted of 9,920 elderly individuals aged 65 and over, after excluding 177 proxy respondents from an initial total of 10,097 participants. The dependent variable in this study is the experience of unmet healthcare needs, while the main variable of interest is care. The control variables include demographic characteristics, health behaviors, and health status. And technical analysis, univariate analysis using the Rao-Scott chi-square test, and survey logistic regression analysis were conducted after adjusting for various confounding variables.

Results: The study found that 252 people (2.5%) of all the elderly had unmet healthcare need. In the adjusted model accounting for all variables, the odds ratio for experiencing unmet healthcare needs was 2.76 (95% confidence interval [CI], 1.60–4.78) for the private care group and 5.84 (95% CI, 2.65–12.89) for the public care group, compared to the group with no functional limitations. There was no significant difference in unmet healthcare experiences between the group receiving mixed care (private and public care) and the group in need of assistance but not receiving care.

Conclusion: The results of this study indicate that unmet healthcare needs occur among both elderly individuals receiving public and private care, highlighting a lack of proper integration between care and healthcare services. In Korea, elderly care and healthcare are often operated in a fragmented manner, focusing on supply rather than demand. It is hoped that the findings of this study will serve as a foundational resource for improving integrated elderly health policies that connect care and healthcare services.

Keywords: Unmet healthcare needs; Elderly care; National Survey of Older Koreans; Republic of Korea

Correspondence to Woojin Chung
Tel: +82-2-2228-1522, Fax: +82-2-392-7734
E-mail: wchung@yuhs.ac

Received September 6, 2024 **Revised** October 11, 2024 **Accepted** November 22, 2024

Copyright © 2024 Korean Academy of Health Policy and Management
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 noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

연구배경: 급격한 인구고령화와 가구형태의 변화에 따라 노인의 돌봄과 의료의 중요성이 커지고 있다. 우리나라에서는 2008년 노인장기요양보험제도의 시행으로 공적 돌봄서비스의 보편적인 제도가 마련되었다. 하지만 돌봄과 의료에 관한 노인의 욕구는 충분히 충족되지 못하고 있다. 노인에게 있어 돌봄과 의료는 삶의 질 및 생존과 직결되며, 이에 대한 연구는 중요하다. 따라서 본 연구에서는 65세 이상의 노인에게 제공되는 돌봄과 미충족 의료의 관련성을 파악하고자 한다.

방법: 본 연구에서는 전국 단위 65세 이상 노인을 대상으로 실시한 2020년 노인실태조사를 활용하였다. 최종 연구대상자는 전체 참여자 10,097명 중 대리 응답자 177명을 제외한 9,920명이었다. 종속변수는 미충족 의료경험이고, 주요 관심변수는 돌봄 여부와 종류이다. 후자의 경우, 일상생활수행능력(activities of daily living)과 수단적 일상생활수행능력(instrumental activities of daily living)의 자립 여부와 돌봄의 종류에 따라 '비해당,' '사적 돌봄,' '공적 돌봄,' '혼합 돌봄,' '도움을 받지 못함'의 5군으로 분류하였다. 통제변수는 인구사회적 특성, 건강행태 및 건강상태 특성이다. 돌봄과 미충족 의료경험의 관련성을 파악하기 위하여 다양한 혼란변수를 보정한 상태에서 기술분석 및 복합표본 특성을 반영한 Rao-Scott chi-square 검정, survey logistic regression을 실시하였다.

결과: 전체 노인의 252명(2.5%)에서 미충족 의료경험이 있음을 알 수 있었다. 인구사회적 특성, 건강행태 및 건강상태 특성을 모두 통제하여 다변수분석을 실시한 결과, 돌봄은 미충족 의료경험과 관련성이 있었다. 미충족 의료경험을 할 오즈비는 비해당 군에 비해 사적 돌봄만을 받는 군(odds ratio [OR], 2.76; 95% confidence interval [CI], 1.60–4.78)과 공적 돌봄만을 받는 군(OR, 5.84; 95% CI, 2.65–12.89)에서 유의하게 높았다. 한편, 혼합 돌봄을 받는 군과 돌봄을 받지 않는 군에서는 비해당 군에 비해 유의한 차이가 없었다.

결론: 본 연구결과에 따르면 공적 돌봄과 사적 돌봄을 받는 노인들의 경우, 미충족 의료를 경험할 위험이 매우 높으며, 이는 한국의 보건의료체계에서 돌봄과 의료서비스가 적절하게 통합되고 있지 않고 분절적으로 운영되고 있음을 시사한다. 본 연구결과가 돌봄과 의료서비스를 연결하는 지역 중심의 통합 보건의료-장기요양-돌봄 정책을 수립하는 데 기초자료가 되기를 희망한다.

중심단어: 미충족 의료; 돌봄; 노인; 노인실태조사; 대한민국

서 론

전 세계적으로 인구고령화가 진행됨에 따라 한국은 65세 이상 노인 인구의 비율이 2018년에는 전체 인구의 14%를 초과하여 고령사회에 진입하였으며, 2025년에는 20%를 초과하는 초고령사회에 진입할 것으로 전망된다[1]. 인구의 고령화와 더불어 의료서비스에 대한 접근성의 향상과 신의료기술의 발달로 우리나라 국민의 기대수명은 2022년 기준 82.7세로 증가하였다[1]. 2022년 건강보험 진료비 통계자료에 따르면 노인 건강보험 적용인구의 비율은 전체의 17.0%이지만 총 진료비는 45조 7,647억으로 전체의 44.4%이며, 노인 1인당 연평균 진료비는 약 534만 원으로 전체 1인당 연평균 진료비 206만 원의 약 2.6배이다[2]. 이처럼 노인은 신체적인 기능의 저하로 질병의 발병률이 다른 연령층에 비해 높고, 대다수의 노인이 노인성 질환과 만성질환을 경험하고 있어 의료이용에 대한 수요가 높다[3].

또한 노인 가구 중 노인 독거가구의 비율은 2000년 31.3%에서 2022년 36.1%로, 노인 부부 가구의 비중은 2000년 33.1%에서 2022년 35.2%로 증가한 것을 볼 수 있다[1]. 이러한 복합 만성질환자의 증가와 자녀와 독립적으로 거주하고 생활하는 노인 가구 형태의 변화는 노인 돌봄이 필요함을 시사하며[4], 노인을 돌보는 가족 구성원의 고령화 문제[5], 노인 돌봄으로 인한 가족 간 갈등[6], 돌봄을 받는 노인이 느끼는 절망감[7] 등에 대한 연구에서는 노인 돌봄의 문제를 개인이 아닌 사회적으로 해결해야 하는 당위성을 보여주었다.

장기요양돌봄(long-term care)은 기본적인 일상생활을 수행하는 데 도움이 필요한 이들에게 제공되는 다양한 서비스를 의미한다[8]. 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)의 정의에 따르면, 돌봄은 그 제공 주체에 따라 공공 혹은 민간영역의 계약적 관계를 통해 유급으로 제공되는 공식 돌봄과 가족이나 친척, 이웃 등 사회적 관계 내 사람들에 의해 무상으로 제공되는 비공식 돌봄으로 분류할 수 있다.

우리나라의 노인돌봄서비스는 2000년대 이후 급격한 인구구조 및 가족구조의 변화 속에서 일부의 저소득층만을 대상으로 하는 선별주의적 복지정책에서 보편주의적 정책으로 전환하는 제도개혁이 이루어졌다[9]. 2007년에 노인장기요양보험법이 제정되어 2008년부터 사회보험제도로써 국민건강보험공단에 의해 장기요양급여가 시행되었다[9]. 또한 노인복지법에 근거하여 시행한 노인맞춤돌봄서비스는 2007년부터 있던 기존 6개의 노인돌봄사업(노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 초기독거노인 자립지원 사업, 지역사회 자원연계사업, 단기가사서비스, 독거노인 사회관계 활성화 사업)을 통합 · 개편한 것으로, 조세를 기반으로 지자체에서 관리, 규제한다[10]. 한편, 2019년 보건복지부의 시범사업으로 시작한 사회서비스원은 사회서비스의 공공

성 강화라는 국정과제에 의해 추진되었다[11]. 코로나19로 아동, 노인, 장애인 등에게 발생한 돌봄 공백은 2021년 "사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립 · 운영에 관한 법률"이 제정되는 데 일조하였다[11]. 사회서비스원의 법제화는, 코로나19로 기존 돌봄서비스가 중단되는 등 가정이나 시설에서 발생하게 된 돌봄 공백에 서비스를 제공하는 긴급틈새돌봄이 가능하게 하였다[11]. 마지막으로, 2019년부터 재가 · 지역사회 중심으로 보건의료, 복지, 요양, 주거서비스 등을 효과적으로 연계 제공하는 지역사회통합돌봄 선도사업을 시행하였고, 2023년부터 실시한 시범사업을 통해, 2026년까지 보편적 확대를 목표로 하고 있다[12].

한편, 신체적 기능 및 인지기능이 저하되고 각종 급성 및 만성질환을 복합적으로 가지고 있는 노인에게 의료와 돌봄은 생존과 직결되는 필수불가결한 요소이다[13,14]. 돌봄과 의료가 필요한 시기에 제공되면 신체 건강의 악화를 예방할 수 있으며, 노인 스스로 정서적 안정을 찾고 우울증상을 낮출 수 있다[15]. 의료서비스가 충족되지 못하면 미충족 의료가 발생하는데, 이는 의료서비스 접근도를 측정하는 지표 중 하나로, 실제 이용한 의료서비스와 의료서비스 이용이 필요하다고 판단한 경우의 차이로 정의된다[16]. 초고령사회에 진입하면 돌봄과 의료지출비 상승으로 사회 및 가구가 감당해야 할 부담이 증가할 것으로 예상된다[17,18]. 따라서 돌봄과 의료를 연계하여 제공함으로써 불필요한 자원의 낭비를 막고 비용을 절감할 수 있다는 점에서 이 둘의 관계는 매우 중요한 연구 주제이다[19].

공식 돌봄 중 하나인 노인장기요양서비스와 의료이용의 관계를 파악한 선행연구를 살펴보면 장기요양이용이 급성기병원 이용에는 양의 효과, 요양병원 이용에는 음의 효과가 있었고[19], 장기요양수급자등급이 1-4등급인 경우 입원비율과 외래 방문횟수가 감소하였으나 5등급인 경우 외래 방문횟수는 감소하고 입원비율은 증가하는 등 장기요양등급에 따라 의료이용의 변화가 다른 양상을 보였다[20]. 또다른 연구에서는 장기요양수급자가 비수급자에 비해 입원 횟수는 많으나 외래 이용은 적고[21], 노인장기요양서비스가 진료비 감소에 효과가 있다는 것을 발견하기도 하였다[22-24]. 하지만 연구대상이 전체 노인이 아닌 장기요양보험 인정을 받은 사람이거나 75세 이상 노인이라는 점에서 연구결과를 일반 노인에게 일반화하기는 어렵다는 한계가 있었다. 2021년 장기요양보험 인정자 수는 전체 노인의 10.7%에 불과하고[2], 노인장기요양보험 등급을 받지 않은 경우도 보험 재정에 큰 영향을 줄 수 있는 잠재적 대상이므로[22], 이들을 포함한 전체 노인에 대한 연구가 필요하다. 노인장기요양서비스와 의료이용의 관계를 파악한 해외 연구를 살펴보면 영국에서는 장기요양서비스와 의료이용이 대체관계가 있으며[25], 장기요양서비스 이용은 의료이용과 입원율을 감소시키는 것으로 나타났다[26]. 일본의 연구에서도 장기요양보험 가입자의 입원 가능성이 감소한다고 하였다[27].

이처럼 선행연구에서는 장기요양서비스가 의료이용과 비용에 미치는 영향은 알 수 있었지만, 연구대상자의 의료 욕구가 충족되었는지는 파악할 수 없었다. 일부 국내 논문에서 노인장기요양서비스 이용자 중 저소득층에서 의료이용의 미충족이 있음을 발견하였으나 의료급여 대상자는 제외하여, 전체 노인에게 적용하여 일반화하기는 어려웠다[28]. 노인의 미충족 의료를 분석한 선행연구에서는 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 성별, 가구형태, 교육수준, 소득수준, 의료보장형태, 주관적 건강상태 등으로 분석하였다[29-35]. 하지만 돌봄이 미충족 의료에 미치는 영향에 대해서는 파악하지 못하였다. 일부 연구에서는 미충족 돌봄[36,37]이나 거동불편[38]을 미충족 의료 발생요인으로 언급하기도 하였으나, 돌봄의 충족 여부만을 파악하거나 19세 이상의 성인을 대상으로 하여, 노인의 돌봄과 미충족 의료에 미치는 영향을 파악하기에는 제약이 있었다. 노인의 돌봄과 미충족 의료의 관계를 연구한 선행연구에서는 돌봄의 수요가 충족되면 미충족 의료를 경험할 확률이 낮다는 것을 발견하였으나, 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 구분하지 않고 전체 돌봄의 충족 여부만을 분석하여 노인의 비공식 돌봄과 미충족 의료의 관련성을 파악하기에는 한계가 있었다[37].

따라서 본 연구는 전국 단위의 대표성이 있는 2020년 노인실태조사를 활용하여 우리나라 65세 이상 노인의 돌봄과 미충족 의료경험과의 관련성을 분석하였다. 돌봄을 공적 돌봄과 사적 돌봄으로 구분하여, 우리나라 노인의 돌봄서비스 여부 및 종류와 미충족 의료경험의 관련성을 파악하고자 하였다. 한편, 본 연구는 급속한 인구 고령화를 겪는 한국과 같은 국가들이 국가 자원을 효율적으로 관리해 국민의 건강상태를 지속적으로 향상시키도록 국민 건강보장체계를 개혁하는 것을 돕기 위한 일련의 연구기획 시리즈 중 하나이다[39-42].

방 법

1. 연구대상 및 자료

본 연구는 보건복지부에서 주관하며 한국보건사회연구원에서 실시한 2020년 노인실태조사의 원시 자료를 이용하였다. 노인실태조사는 노인복지법 제5조에 근거하여, 2007년 법제화한 이후 2008년부터 3년 주기로 실시하고 있는 조사이다. 이 조사는

시계열적 자료 축적을 통하여 노인의 특성 및 욕구의 변화와 생활 현황을 살펴보고, 노인의 삶을 질 향상을 위한 복지정책과 고령사회에 대응할 수 있는 정책개발을 하는 데 필요한 기초자료를 제공하는 것을 그 목적으로 하고 있다. 2020년 노인실태조사는 전국 17개 시 · 도의 일반 주거지에 거주하는 65세 이상 노인 10,097명(대리 응답자 167명 포함)을 대상으로 969개 조사구에서 실시되었고, 전국을 17개 시 · 도별로 1차 층화하였으며, 특별 · 광역시 7개를 제외한 9개 도와 세종특별자치시는 동부와 읍 · 면부로 나누어 2차 층화하는 층화집락추출방법을 사용하였다.

본 연구는 자료의 신뢰성을 높일 수 있도록 2020년 노인실태조사의 전체 참여자 10,097명 중 대리 응답자 177명은 제외하였다. 최종적으로 본 연구에 선정된 연구대상자 수는 9,920명(98.2%)이었다.

2. 연구에 사용된 변수

1) 종속변수: 미충족 의료경험

본 연구에서는 돌봄과 미충족 의료경험의 관련성을 파악하기 위하여 미충족 의료경험을 종속변수로 선정하였다. 미충족 의료란 의료이용의 필요성이 있음에도 불구하고 의료이용을 받지 못하는 경우를 의미하며[43], 이러한 미충족 의료를 경험한 경우를 미충족 의료경험이라고 한다[44]. 2020년 노인실태조사에서 미충족 의료경험은 "귀하께서는 지난 1년간 본인이 진료가 필요하다고 생각하였으나, 진료를 받지 못한 적이 있으십니까? (병 · 의원)" 라는 질문에 "예" 라고 응답한 경우로 정의하였다.

2) 주요 관심변수: 돌봄

본 연구에서의 주요 관심변수는 돌봄으로, 돌봄의 필요 여부를 판단하기 위한 노인의 활동상태를 측정하는 도구로 일상생활수행능력(activities of daily living, ADL; '옷 입기,' '세수, 양치질, 머리감기,' '목욕 또는 샤워하기,' '차려 놓은 음식 먹기,' '누웠다 일어나 방 밖으로 나가기,' '화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기,' '대소변 조절하기'의 7개 항목) 기능 제한과 수단적 일상생활수행능력(instrumental activities of daily living, IADL); '몸단장,' '집안일,' '식사준비,' '빨래,' '제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기,' '금전 관리,' '근거리 외출하기,' '물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기,' '전화 걸고 받기,' '교통수단 이용하기'의 10개 항목) 기능 제한을 활용하였다.

주요 관심변수인 돌봄은 ADL과 IADL의 자립 여부와 돌봄의 종류에 따라 '비해당,' '사적 돌봄,' '공적 돌봄,' '혼합 돌봄,' '도움을 받지 못함'의 5군으로 분류하였다. '비해당'은 ADL의 7개 항목과, IADL의 10개 항목 모두 완전 자립이 가능한 경우로 정의하였다. '사적 돌봄'은 ADL과 IADL의 항목 중 최소한 한 개 이상의 항목에 대해 부분 도움 또는 완전 도움이 필요하다고 응답한 노인 중 "귀하께서는 일상생활을 수행하는 데 가족이나 가족 이외의 사람에게서 도움을 받으십니까?"라는 질문에 "예"라고 대답하고, 도움의 주체가 '동거가족원,' '비동거가족원,' '친척, 이웃, 친구, 지인,' '개인 간병인이나 가사도우미(파출부)' 중 하나 이상이라고 응답한 경우로 정의하였다. '공적 돌봄'은 ADL과 IADL의 항목 중 최소한 한 개 이상의 항목에 대해 부분 도움 또는 완전 도움이 필요하다고 응답한 노인 중 "귀하께서는 일상생활을 수행하는 데 가족이나 가족 이외의 사람에게서 도움을 받으십니까?"라는 질문에 "예"라고 대답하고, 도움의 주체가 "장기요양보험서비스(요양보호사, 주야간보호 등)"나 "노인돌봄서비스(가사 간병서비스, 노인돌봄서비스 등 각종 공공 돌봄서비스, 맞춤형노인돌봄서비스 등)" 중 둘 중 하나 이상이라고 응답한 경우로 정의하였다. 노인실태조사에서 장기요양서비스는 재가서비스를 받는 사람을 대상으로 조사하였고, 요양시설 입소자는 제외하였다. 혼합 돌봄은 사적 돌봄 중 하나 이상과 공적 돌봄 중 하나 이상을 함께 받는 경우로 정의하였다. '도움을 받지 못함'은 "귀하께서는 일상생활을 수행하는 데 가족이나 가족 이외의 사람에게서 도움을 받으십니까?"라는 질문에 "아니오"라고 응답하고, 그 이유가 "도움이 필요 없어서"가 아닌 다른 이유에 해당하는 경우로 정의하였다.

OECD에서는 공공영역 혹은 민간영역의 계약을 통하여 유급으로 돌봄을 제공하는 경우를 공식 돌봄, 가족이나 친척, 이웃 등 사회적 관계 내 사람들에 의해 무상으로 제공되는 경우를 비공식 돌봄으로 정의한다[8]. 하지만 본 연구에서는 국가 돌봄서비스가 의료접근성 향상에 도움을 주는 지를 파악하기 위하여, 국가 돌봄제도를 이용하는 경우를 '공적 돌봄,' 가족 또는 가족 이외의 지인, 개인 간병인 등을 이용하는 경우를 '사적 돌봄'으로 조작적 정의를 하였다.

3) 통제변수

본 연구에서는 통제변수로 인구사회적 특성, 건강행태와 건강상태 특성을 포함하였다. 인구사회적 특성은 성별, 연령, 가구형태, 거주지역, 주택 점유형태, 교육수준, 현재 경제활동 여부, 연간 가구소득, 사회보장급여 수급자 여부, 자녀와의 관계 만족도, 친구 및 지역사회와의 관계 만족도를 포함하였다. 건강행태와 건강상태 특성은 흡연, 음주, 주관적 건강상태, 우울증상, 의사진단

만성질환 수를 포함하였다(Table 1).

3. 분석방법

본 연구는 SAS ver. 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)를 사용하였으며, 2020년 노인실태조사 자료에 모수 추정 가중치(f_wgt1)를 적용하여 분석하였다. 모든 분석의 유의수준은 5%로 설정하였다. 세부적인 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 일반적인 특성을 파악하기 위하여 인구사회적 특성, 건강행태와 건강상태 특성에 대하여 기술분석을 실시하였다. 기술분석 결과를 빈도와 백분율로 표시하였다.

둘째, 연구대상자의 미충족 의료경험에 영향을 미치는 특성을 파악하기 위하여 돌봄, 인구사회적 특성, 건강행태와 건강상태 특성에 대하여 단변수분석을 실시하였으며, Rao-Scott chi-square 검정을 통해 비교하고 p-value를 제시하였다. 그리고 $p<0.05$인 경우를 통계적으로 유의하다고 판단하였다.

셋째, 노인의 미충족 의료경험과 돌봄, 인구사회적 특성, 건강행태와 건강상태 특성과의 관련성을 파악하기 위하여 다변수분석을 실시하였다. 다변수분석 방법으로는 데이터의 복합표본 특성을 고려하여 가중치를 적용한 logistic regression을 사용하였다. 모형 1에서는 노인의 돌봄과 미충족 의료경험의 관련성을 파악하고자 하였고, 모형 2에서는 인구사회적 특성을 추가적으로 통제하였고, 모형 3에서는 건강행태와 건강상태 특성을 추가적으로 통제하여 미충족 의료경험과의 관련성을 분석하였다.

다변수분석 결과는 각 수준별 오즈비(odds ratio)와 95% 신뢰구간(confidence interval, CI)을 산출하였다. C-statistic 값으로 각 모형의 통계적 타당도를 검정하였으며, 모형의 적합도를 확인하기 위하여 Akaike information criterion (AIC) 값을 확인하였다. 독립변수들 간 독립성을 검정하기 위하여 분산팽창지수(variance inflation factor, VIF)를 통해 다중공선성 여부를 확인하였다. 본 연구는 연세의료원 연구심의위원회의 면제심의 승인(4-2023-1104)을 받아 수행하였다.

Table 1. Study control variables and their category

Control variable	Category
Sex	Male, female
Age (yr)	65–69, 70–74, 75–79, 80–84, ≥85
Household type	Living alone, couple with spouse, live with children, others
Residential area	Urban, rural
Housing occupancy type	Own house, lump-sum housing lease, monthly rent, free
Education	Uneducated, elementary, middle school, high school, ≥college
Economic activity	Yes, no
Annual household income	First quartile, second quartile, third quartile, forth quartile
Recipient of social security	Yes, no
Relationship satisfaction with children	High, normal, low, others
Relationship satisfaction with friends/community	High, normal, low
Smoking	Yes, no
Drinking	Yes, no
Self-rated health	Good, poor
Depression	Yes, no
No. of chronic diseases	0, 1, 2, ≥3

결 과

1. 연구대상자의 일반적 특성

2020년 노인실태조사 대상자 중 본 연구의 최종 연구대상자는 총 9,920명이었다. 이 중 미충족 의료경험이 있는 노인은 전체 노인 중 252명(2.5%)이었다.

주요 관심변수인 돌봄은 비해당이 8,932명(90.0%)으로 가장 많았으며, 사적 돌봄이 330명(3.3%), 공적 돌봄이 60명(0.6%), 혼합 돌봄이 79명(0.8%), 돌봄을 받지 않음이 519명(5.2%)이었다.

인구사회적 특성과 관련된 변수를 살펴보면, 성별은 여성의 비율(60%)이 높았고, 연령은 65–69세의 비율(35.4%)이 가장 높았다. 가구형태는 노인 부부 가구의 비율(51.1%)이 높았고, 거주지역은 도시에 거주하는 비율(71.5%)이 높았으며, 주택점유형태는 자가의 비율(79.7%)이 높았다. 교육수준은 초등학교 졸업의 비율(33.4%)이 높았고, 현재 경제활동은 하지 않는 노인의 비율(62.0%)이 높았으며, 가구 연소득수준은 4분위(각 25%)로 나누었다. 사회보장급여의 경우 수급자가 아닌 경우(92.7%), 자녀와의 관계 만족도는 높은 경우(71.1%), 친구 및 지역사회와의 관계 만족도는 높은 경우(59.8%)의 비율이 높았다.

건강행태와 건강상태 특성과 관련된 변수를 살펴보면, 현재 비흡연자인 경우(89.0%), 비음주자인 경우(62.9%), 주관적 건강상태는 좋은 경우(81.3%), 우울증상은 없는 경우(87.0%), 의사진단 만성질환 수는 1개인 경우(29.5%)의 비율이 높았다(Table 2).

2. 일반적 특성별 미충족 의료경험의 차이

노인의 돌봄, 인구사회적 특성, 건강행태와 건강상태 특성과 미충족 의료경험의 관련성을 파악하기 위하여 Rao-Scott chi-square 검정을 실시하였다. p-value <0.05인 경우를 통계적으

Table 2. General characteristics of the study sample (N=9,920)

Variable	No. (%)
Types of care	
Not applicable*	8,932 (90.0)
Private care	330 (3.3)
Public care	60 (0.6)
Mixed care	79 (0.8)
Not received	519 (5.2)
Socio-demographic characteristics	
Sex	
Male	3,971 (40.0)
Female	5,949 (60.0)
Age (yr)	
65–69	3,511 (35.4)
70–74	2,466 (24.9)
75–79	1,956 (19.7)
80–84	1,377 (13.9)
≥85	610 (6.1)
Household type	
Couple with spouse	5,071 (51.1)
Living alone	3,117 (31.4)
Live with children	1,602 (16.1)
Others	130 (1.3)
Residential area	
Urban	7,096 (71.5)
Rural	2,824 (28.5)
Housing occupancy type	
Own house	7,909 (79.7)
Lump-sum housing lease	813 (8.2)
Monthly rent	823 (8.3)
Free	375 (3.8)
Education	
Elementary	3,309 (33.4)
Uneducated	1,122 (11.3)
Middle school	2,330 (23.5)
High school	2,654 (26.8)
≥College	505 (5.1)
Economic activity	
No	6,147 (62.0)
Yes	3,773 (38.0)
Annual household income	
First quartile	2,478 (25.0)
Second quartile	2,482 (25.0)
Third quartile	2,478 (25.0)
Forth quartile	2,482 (25.0)
Recipient of social security	
No	9,195 (92.7)
Yes	725 (7.3)
Relationship satisfaction with children	
High	7,054 (71.1)
Normal	2,116 (21.3)
Low	381 (3.8)
Others	369 (3.7)
Relationship satisfaction with friends/community	
High	5,928 (59.8)
Normal	3,380 (34.1)
Low	612 (6.2)
Health behavior and health status characteristics	
Smoking	
No	8,831 (89.0)
Yes	1,089 (11.0)
Drinking	
No	6,243 (62.9)
Yes	3,677 (37.1)
Self-rated health	
Good	8,060 (81.3)
Poor	1,860 (18.8)
Depression	
No	8,627 (87.0)
Yes	1,293 (13.0)
No. of chronic diseases	
0	1,678 (16.9)
1	2,922 (29.5)
2	2,712 (27.3)
≥3	2,608 (26.3)

*Not applicable indicates complete independence in both activities of daily living and instrumental activities of daily living.

로 유의하다고 판단하였다.

돌봄과 미충족 의료경험은 유의한 관련성을 보였다. 인구사회적 특성에서 성별, 가구형태, 주택 점유형태, 교육수준, 현재 경제활동 여부, 연간 가구소득수준, 사회보장급여 수급자 여부, 자녀와의 관계 만족도, 친구 및 지역사회와의 관계 만족도와 미충족 의료경험은 유의한 관련성을 보였다. 반면, 연령, 거주지역과 미충족 의료경험은 유의한 관련성을 보이지 않았다. 건강행태와 건강상태 특성에서 주관적 건강상태, 우울증상, 의사진단 만성질환수와 미충족 의료경험은 유의한 관련성을 보였으며, 흡연, 음주는 유의한 관련성을 보이지 않았다(Table 3).

3. 돌봄과 미충족 의료경험의 관련성

다변수분석은 주요 관심변수인 돌봄을 포함하여 단계적으로 인구사회적 특성, 건강행태와 건강상태 특성 변수를 보정하고, 복합 표본 특성을 고려하여 가중치를 적용한 logistic regression을 시행하였다. 독립변수들 간의 독립성을 검정하기 위하여 돌봄, 인구사회적 특성, 건강행태와 건강상태 특성 변수들의

Table 3. The association between each independent variable and unmet healthcare needs (N=9,920)

Variable	Unmet healthcare needs		*p*-value*
	Yes	No	
No. of participants	252 (2.5)	9,668 (97.5)	
Types of care			<0.0001
Not applicable†	179 (2.0)	8,753 (98.0)	
Private care	31 (9.4)	299 (90.6)	
Public care	12 (20.0)	48 (80.0)	
Mixed care	5 (6.3)	74 (93.7)	
Not received	25 (4.8)	494 (95.2)	
Socio-demographic characteristics			
Sex			0.011
Male	85 (2.1)	3,886 (97.9)	
Female	167 (2.8)	5,782 (97.2)	
Age (yr)			0.088
65–69	74 (2.1)	3,437 (97.9)	
70–74	57 (2.3)	2,409 (97.7)	
75–79	59 (3.0)	1,897 (97.0)	
80–84	40 (2.9)	1,337 (97.1)	
≥85	22 (3.6)	588 (96.4)	
Household type			<0.0001
Couple with spouse	96 (1.9)	4,975 (98.1)	
living alone	112 (3.6)	3,005 (96.4)	
Live with children	39 (2.4)	1,563 (97.6)	
Others	5 (3.8)	125 (96.2)	
Residential area			0.307
Urban	177 (2.5)	6,919 (97.5)	
Rural	75 (2.7)	2,749 (97.3)	
Housing occupancy type			<0.0001
Own house	161 (2.0)	7,748 (98.0)	
Lump-sum housing lease	27 (3.3)	786 (96.7)	
Monthly rent	50 (6.1)	773 (93.9)	
Free	14 (3.7)	361 (96.3)	
Education			<0.0001
Elementary	99 (3.0)	3,210 (97.0)	
Uneducated	55 (4.9)	1,067 (95.1)	
Middle school	47 (2.0)	2,283 (98.0)	
High school	44 (1.7)	2,610 (98.3)	
≥College	7 (1.4)	498 (98.6)	
Economic activity			0.003
No	182 (3.0)	5,965 (97.0)	
Yes	70 (1.9)	3,703 (98.1)	
Annual household income			0.0004
First quartile	76 (3.1)	2,402 (96.9)	
Second quartile	80 (3.2)	2,402 (96.8)	
Third quartile	54 (2.2)	2,424 (97.8)	
Forth quartile	42 (1.7)	2,440 (98.3)	
Recipient of social security			0.010
No	218 (2.4)	8,977 (97.6)	
Yes	34 (4.7)	691 (95.3)	

(Continued on next page)

Table 3. Continued

Variable	Unmet healthcare needs		*p*-value*
	Yes	No	
Relationship satisfaction with children			<0.0001
High	128 (1.8)	6,926 (98.2)	
Normal	72 (3.4)	2,044 (96.6)	
Low	30 (7.9)	351 (92.1)	
Others	22 (6.0)	347 (94.0)	
Relationship satisfaction with friends/community			<0.0001
High	110 (1.9)	5,818 (98.1)	
Normal	90 (2.7)	3,290 (97.3)	
Low	52 (8.5)	560 (91.5)	
Health behavior and health status characteristics			
Smoking			0.661
No	222 (2.5)	8,609 (97.5)	
Yes	30 (2.8)	1,059 (97.2)	
Drinking			0.753
No	158 (2.5)	6,085 (97.5)	
Yes	94 (2.6)	3,583 (97.4)	
Self-rated health			<0.0001
Good	157 (1.9)	7,903 (98.1)	
Poor	95 (5.1)	1,765 (94.9)	
Depression			<0.0001
No	167 (1.9)	8,460 (98.1)	
Yes	85 (6.6)	1,208 (93.4)	
No. of chronic diseases			<0.0001
0	52 (3.1)	1,626 (96.9)	
1	35 (1.2)	2,887 (98.8)	
2	54 (2.0)	2,658 (98.0)	
≥3	111 (4.3)	2,497 (95.7)	

Values are presented as number (%) unless otherwise stated.
*p-value for the Rao-Scott chi-square test. †Not applicable indicates complete independence in both activities of daily living and instrumental activities of daily living.

다중공선성 여부를 확인한 결과, VIF는 1.02–2.28로, 다중공선성에 큰 문제가 없음을 확인하였다. 각 모형의 예측력을 확인하기 위하여 C-statistic 값을 확인하였으며, 모형 1은 0.601, 모형 2는 0.705, 모형 3은 0.740로 모형 3의 예측력이 가장 높았다. AIC 값을 비교해 본 결과, 모형 1은 1,771,731.1, 모형 2는 1,637,059.1, 모형 3은 1,599,827.4로 모형 3으로 갈수록 모형의 적합도가 높았다.

세 가지 모형 모두에서 미충족 의료경험을 할 오즈비는 비해당 군을 준거범주로 할 경우 사적 돌봄과 공적 돌봄에서 높았으며, 특히 공적 돌봄에서 더욱 높았다. 모형 적합도가 가장 높은 모형 3의 경우 미충족 의료경험을 할 오즈비는 비해당 군 대비 사적 돌봄을 받는 군에서 2.76 (95% CI, 1.60–4.78)이었고 공적 돌봄을 받는 군에서 5.84 (95% CI, 2.65–12.89)이었다. 혼합 돌봄을 받는 군과 돌봄을 받지 않는 군에서는 비해당 군과 유의적인 차이가 없었다(Table 4).

고 찰

본 연구는 2020년 노인실태조사를 활용하여 우리나라 65세 이상 노인의 돌봄서비스 여부 및 종류와 미충족 의료경험의 관련성을 파악하고자 하였다. 연구결과, 전체 노인의 2.5%가 미충족 의료경험이 있었고 돌봄은 미충족 의료와 관련성이 있었다. 일상생활 수행에 기능 제약이 없는 군 대비 도움이 필요하여 사적 돌봄을 받는 군과 공적 돌봄을 받는 군에서 모두 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 이는 돌봄 수요가 충족되면 미충족 의료경험률이 낮다는 선행연구와 상이한 결과였고[37], 노인장기요양서비스 이용자 중 저소득층에서 미충족 의료가 발생하고[28], 노인장기요양보험 미인정자에 비해 인정자에서 거동 불편의 이유로

Table 4. Crude and adjusted association between care and unmet healthcare needs (N=9,920)

Types of care	Model 1	Model 2	Model 3
Not applicable	Ref	Ref	Ref
Private care	3.99*** (2.52–6.30)	3.45*** (2.08–5.72)	2.76*** (1.60–4.78)
Public care	14.49*** (7.24–29.04)	6.90*** (3.16–15.07)	5.84*** (2.65–12.89)
Mixed care	1.58 (0.59–4.21)	1.38 (0.49–3.89)	1.12 (0.40–3.13)
Not received	2.04** (1.27–3.27)	1.49 (0.89–2.49)	1.30 (0.77–2.22)

Values are presented as OR (95% CI) or adjusted OR (95% CI). Not applicable indicates complete independence in both activities of daily living and instrumental activities of daily living. Model 1: types of care only; model 2: adjusted for socio-demographic characteristics; and model 3: adjusted for socio-demographic, health behavior, and health status characteristics.
OR, odds ratio; CI, confidence interval; Ref, reference.
**p<0.01. ***p<0.001.

미충족 의료경험이 있다는 선행연구 결과와 일치한다[38].

공적 돌봄만을 받고 있는 노인에서 미충족 의료가 발생한다는 본 연구결과는 우리나라의 돌봄서비스와 의료서비스의 적절한 연계가 이루어지지 않고 있다는 것을 의미한다고 볼 수 있다. 우리나라의 대표적인 공적 돌봄인 노인장기요양서비스의 법적 근거를 살펴보면 장기요양보험법 제3조 4항에 '장기요양급여는 노인 등의 심신상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 한다'고 명시되어 있다. 장기요양서비스 이용자는 고령의 허약상태로 거동 불편 및 기능 문제와 더불어 급성 및 만성 건강 문제를 복합적으로 가지고 있기 때문에 장기요양뿐만 아니라 의료적 욕구도 높지만, 장기요양보험에서는 일상생활의 지원에 초점을 두고 있어 의료적 욕구에 대한 고려는 낮은 편이다[38,45]. 2022년 장기요양실태조사 결과, 장기요양수급자는 평균 3.5개의 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 82.4%가 거동 시 타인이나 보장구의 도움을 필요로 한다[46]. 따라서 장기요양서비스를 받는 노인이 의료서비스를 이용하려면 도움이 필요하지만, 현재는 지원되는 차량이나 방문형 의료서비스가 존재하지 않는다. 노인장기요양보험 중 의료서비스로 방문간호가 있지만 장기요양서비스 이용자 중 1.3%만이 이를 이용하고 있으며, 방문요양 등의 복지영역의 서비스를 주로 이용하는 재가노인은 의료서비스를 본인이 스스로 알아서 이용해야 하는 경우가 많고, 노인 독거나 부부 가구는 이에 어려움을 겪고 있다[22,46]. 방문요양서비스는 식사준비나 청소 등 숙련도가 낮은 가사보조 중심의 기본 서비스가 주로 제공되며, 서비스 제공시간도 짧아서 노인의 다양한 욕구를 충족시키기에 부족하다[47]. 특히 전문적인 신체 수발을 필요로 하는 노인에게 관련된 서비스가 불충분하게 제공되어 실질적인 기능 개선이 어렵다고 볼 수 있다[47]. 또한 재가급여 이용자의 6.1%가 동행인이 없어 미충족 의료가 발생하였고, 장기요양수급자의 인정 등급이 높은 경우 가족이 대신 의료기관에 방문하는 비율이 높아졌다[46]. 게다가 장기요양등급이 낮았던 사람들은 시간이 지남에 따라 동반 질환이 심해질 수 있고, 연령이 증가하여 의료이용 및 비용이 점차 증가할 수 있다[20]. 이는 공적 돌봄을 받고 있음에도 노인의 의료서비스 이용이 제한되어 미충족 의료가 발생할 수 있다는 본 연구결과를 지지한다.

사적 돌봄만을 받는 군에서 미충족 의료가 발생하는 것은 돌봄서비스 제공자가 의료 전문가가 아닌 경우가 많아 노인의 의료적 필요를 정확하게 파악하지 못하거나, 의료서비스에 대한 정보가 부족하기 때문이라고 볼 수 있다.

혼합 돌봄을 받는 노인의 경우 미충족 의료경험과 관련성이 없다는 본 연구결과는 노인이 공적 돌봄뿐만 아니라 사적 돌봄도 함께 제공받았을 때 의료서비스 이용이 용이하다는 것을 의미한다. 공적 돌봄은 24시간 제공되지 않으므로, 사적 돌봄이 일정한 과업을 담당하여야 하며, 공적 돌봄은 사적 돌봄을 줄이기보다는 사적 돌봄만으로 충족되지 않았던 돌봄 욕구를 충족시킬 수 있음을 시사한다[48]. 이는 공적 돌봄과 사적 돌봄은 정적으로 관련이 있으며, 강력한 돌봄 인프라를 구축한 복지국가의 노인이 더 많은 돌봄을 받는다는 사실에서 확인할 수 있다[49,50].

또한 사적 돌봄을 받는 노인보다 공적 돌봄을 받는 노인에게서 미충족 의료를 경험할 확률이 더 높게 나타나는 것은, 장기요양등급을 받아 수급자가 된 노인이 비수급자에 비해 질환이나 장애 중증도가 더 높아 의료기관 이용에 어려움이 더 크다는 것을 의미한다고 볼 수 있다. 이는 공적 돌봄 중 하나인 장기요양서비스가 돌봄의 역할뿐만 아니라 대상자의 의료적 욕구도 해소해 주어야 함을 시사한다[20].

노인은 의료서비스를 받아야 하는 자신의 상태를 충분히 인지하거나 표현하지 않아 그 시기를 놓칠 수 있고, 특히 재가서비스 이용자는 경증이란 인식으로 의료기관을 방문하지 않아 필요한 의료서비스를 받지 못하여 건강이 악화되고 삶의 질이 저하될 수 있으므로 돌봄을 받는 노인들의 의료욕구에도 관심을 기울여야

한다[20].

본 연구는 대표성 있는 자료로 미충족 의료경험에 영향을 미치는 인구사회적 특성, 건강행태 및 건강상태 특성들을 보정하여 우리나라 노인의 돌봄서비스 여부 및 종류와 미충족 의료경험의 관련성을 분석한 연구라는 점에서 의의가 있다. 그러나 본 연구가 가진 한계점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 노인실태조사를 활용한 단면조사로 표본의 대표성은 있지만 횡단적 연구로 돌봄과 미충족 의료경험의 인과관계를 파악하기에는 한계가 있다. 향후 종단적 연구를 통하여 관련 특성에 대해 보다 명확히 분석할 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 2020년 1차 연도의 노인실태조사 자료만을 이용하여 표본 수 확보에 어려움이 있다. 2014년, 2017년 노인실태조사에서는 전체 노인의 8.8%, 8.7%가 미충족 의료를 경험했다고 응답한 반면, 2020년 노인실태조사에서는 2.5%만이 미충족 의료경험이 있다고 응답하였다. 추후 연구에서는 2차 연도 이상의 자료를 취합하여 충분한 표본 수를 확보한다면 더 면밀한 분석이 가능할 것이다.

셋째, 장기요양등급에 따라 서비스의 유형과 욕구 수준이 다른데, 이를 고려하지 못하였다. 2022년 장기요양실태조사에서 장기요양등급이 1등급인 수급자의 가족이 대신 의료기관을 방문한 횟수가 높았으며, 중증도가 높을수록 가족이 대신 의료기관을 방문한 비율이 높아지는 경향이 나타났다[46]. 이는 장기요양 수급자 본인의 의료기관 직접 방문이 어려울 때 미충족 의료경험이 발생할 가능성이 있음을 시사한다. 장기요양등급에 따른 주요 질환이 다르고 그로 인한 미충족 의료경험 여부가 다를 수 있으므로 향후 연구에서는 충분한 표본 수 확보 후 장기요양등급을 구분하여 미충족 의료 여부를 파악할 필요가 있다.

넷째, 장기요양서비스 중 시설급여 이용자의 미충족 의료 여부에 대해서는 자료의 한계로 분석하지 못하였다. 장기요양시설 입소자의 경우, 의료와 장기요양서비스의 이원화된 체계로 과소 진료를 받을 가능성이 있어[22], 이들의 의료접근성 여부를 분석할 필요가 있다.

다섯째, 통제변수 중 가구 유형을 분류할 때 '나머지 가구'에 포함된 형태들은 다양하므로 해석 시 주의를 요한다. '나머지 가구'에는 노인 독신 또는 부부 가구와 손자녀가 거주하는 경우, 노인 독신 또는 부부 가구와 증손자녀가 거주하는 경우, 노인 독신 또는 부부 가구와 부모가 함께 거주하는 경우, 친척과 거주하는 경우, 비혈연관계의 사람과 거주하는 경우 등이 포함되어 있다. 조손 가정 등의 가구에서 노인의 미충족 의료경험 비율 및 의료접근성과 관련된 요인들(소득수준, 의료급여 수급자 비율)이 노인 1인 가구와 유사하게 나타나지만[34], 분석모형의 타당성을 높이기 위하여 빈도가 낮은(2% 내외) 이러한 가구 형태들은 '나머지 가구'로 분류하였다. 다양해지는 노인의 가구 유형을 고려하여 보다 세밀하게 파악하는 후속 연구가 이루어질 필요가 있겠다.

여섯째, 미충족 의료경험의 치과 이용과 관련된 부분에 대해서는 분석하지 못하였다. 치아 문제로 인한 영양섭취 부족, 질환 발생 등의 가능성이 높은 노인을 대상으로 추후 치과 미충족 의료경험에 대한 후속 연구가 이루어질 필요가 있다.

일곱째, 본 연구에서는 노인우울척도 단축형(Korean version of the short form of Geriatric Depression Scale)을 이용하여 노인의 우울증상 여부를 살펴보았으나, 노인의 정신건강을 복합적으로 파악하는 데에는 한계가 있었다. 후속 연구에서는 노인의 정신건강을 종합적으로 파악할 수 있는 지표를 활용할 필요성이 있다.

여덟째, 본 연구에서 치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사(Korean version of Mini-Mental Status Examination for Dementia Screening)를 이용하여 검사한 결과, 조사대상 노인의 25.3%가 인지저하자인 것으로 파악되었으며, 이는 연령이 높을수록 증가하였다. 해당 결과는 돌봄의 필요성이 있는 노인이 인지장애를 겪고 있을 가능성이 있음을 시사하므로, 향후 이를 고려한 후속 연구가 필요할 것이다.

마지막으로, 2020 노인실태조사는 코로나19라는 감염병의 유행으로 기존의 사회 · 경제 · 문화 · 환경과 다른 특수한 상황에서 이루어진 조사이다. 추후 노인실태조사의 결과의 경향성을 확인하여 본 조사가 노인의 대표성을 확보할 수 있는 지 확인이 필요하다.

본 연구결과를 통하여 다음과 같은 정책적 방향 및 적용을 제안하고자 한다.

첫째, 돌봄과 의료서비스를 연계 및 통합하여 노인에게 포괄적인 서비스를 제공하도록 해야 할 것이다[40,41]. 기본적으로 우리나라의 돌봄서비스는 공공에 기반하고, 의료서비스는 민간에 기반하고 있어 두 영역이 분절되어 있다. 현재 시행하고 있는 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어) 시범사업을 계기로 앞으로는 의료, 보건, 복지 영역 간 실질적인 교류를 통한 정책 수립 및 개선이 이루어지고, 그 서비스를 제공하도록 해야 할 것이다. 실제 유럽에서는 여러 분야의 전문가가 참여하는 돌봄팀을 구성하고, 팀 접근방식의 케어매니지먼트 서비스를 제공하는 등 다른 영역 간 통합적인 서비스를 제공하고 있다[51,52]. 돌봄과 의료서비스를 연계하는 방법으로 정보통신기술(information and communications technology, ICT)을 활용한 시스템 도입이 하나의

방안으로 제시될 수 있다. 이탈리아에서는 사물인터넷(Internet of things)을 활용하여 재가 노인의 행동 데이터를 수집하고 개별적으로 의료서비스와 케어서비스를 제공하는 프로젝트를 시행하였으며, 이는 노인의 삶의 질을 높이는 수단이 될 수 있음을 보고하였다[53]. 우리나라 역시 ICT 기술을 통한 커뮤니티케어의 활성화를 추진하고 있으며, 해당 기술을 케어 대상자의 단순한 이동이나 안전관리 지원에서 벗어나 건강관리 및 정서적 지원 등의 영역으로 점차 확대 적용하고 있다[53]. 이를 발전시켜 ICT를 기반으로 돌봄과 의료를 연계하는 서비스 모델을 개발한다면 노인에게 보다 포괄적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 구체적으로는 스마트 기기를 활용하여 서비스 대상자의 생활 데이터를 수집하고, 서비스 제공자가 이를 모니터링 후 필요한 서비스를 직접 제공하며, 보건과 복지시설에서 정보를 집합적으로 수집하여 이를 맞춤형 서비스를 위한 계획과 실행에 활용하는 것이다[53].

둘째, 의료서비스를 받으러 가지 못하는 노인을 대상으로 많은 의료기관이 방문의료서비스를 실시할 수 있도록 제도를 개선하여야 한다[39,42]. 현재 정부는 2018년 12월 국민건강보험법 제41조 5항을 신설하여 방문진료에 대한 법적 근거를 마련하고, 2019년 12월부터 거동불편자를 대상으로 일차의료 방문진료 수가 시범사업을 시작하였다. 방문의료를 수행할 수 있는 의료기관을 기존 의원급 의료기관에서 확대 적용할 수 있도록 제도 개선이 필요할 것이다.

셋째, 노인장기요양보험 중 의료서비스를 제공하는 방문간호 활성화가 필요하다. 2022년 장기요양실태조사에 따르면 장기요양기관의 제공 급여유형은 방문요양이 47.7%인데 반해 방문간호는 1.7%에 불과했다. 방문간호서비스는 입원이용과 외래이용 모두를 감소시킨다[54]. 장기요양 대상자가 주로 치매나 중풍 등의 질병을 보유한 노인이라는 점을 감안할 때 방문간호서비스는 필수적 서비스이므로[47], 이를 활성화하기 위해 간호사 처우 개선, 서비스 제공 확대 등의 정책이 필요하다.

마지막으로, 노인들에게 사회적 가족 서비스를 제공하는 것을 고려해야 할 것이다. 가족과 사회적 지지가 감소할수록 의료이용과 관련한 경제적 지원이나 실질적 지원(병원 동행 등)을 받기가 힘들고 필요한 정보를 획득하는 데 어려움이 발생하므로[31,40], 노인 독거나 부부 가구에게 사회적 가족 서비스를 제공하는 것은 필요할 것이다.

본 연구는 독거가구나 노인 부부 가구가 늘어나고 있는 상황에서 노인의 돌봄과 미충족 의료경험의 관련성을 분석한 연구라는 점에서 의의가 있다. 본 연구의 분석결과, 공적 돌봄과 사적 돌봄을 받는 노인들에게 모두 미충족 의료가 발생하는 것으로 나타나 돌봄과 의료의 적절한 연계가 이루어지지 않고 있다는 것을 알 수 있었다. 우리나라 노인 대상 돌봄과 의료는 수요자 중심이 아닌 공급자 중심으로 분절적으로 운영되는 측면이 있는데, 본 연구결과가 돌봄과 의료가 연계된 통합적 노인보건정책 개선에 기초자료로 활용되기를 기대한다.

결론적으로, 본 연구결과가 돌봄과 의료서비스를 연결하는 지역 중심의 통합 보건의료-장기요양-돌봄 정책을 수립하는 데 기초자료가 되기를 희망한다.

이해상충

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 지원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 선언한다.

ORCID

Minjeong Ju: https://orcid.org/0009-0008-9631-4157
Roeul Kim: https://orcid.org/0000-0003-4663-4490
Sang Sook Beck: https://orcid.org/0000-0001-8178-3577
Woojin Chung: https://orcid.org/0000-0003-2090-4851

REFERENCES

1. Statistics Korea. Elderly statistics [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2022 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://www.kostat.go.kr/
2. National Health Insurance Service. 2021 Long term care insurance statistical yearbook [Internet]. Wonju: National Health Insurance Service; 2022 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://www.nhis.or.kr
3. Kim JG. Factors affecting the choice of medical care use by the elderly person. Korean J Gerontol Soc Welf 2008;39:271-300. DOI: https://doi.org/10.21194/kjgsw..39.200803.271
4. Park KS, Kim MS. The impact of changes in household living arrangements on the changes in poverty rate among elderly people in South Korea. Korean Journal of Sociology 2016;50(1):221-253. DOI: https://doi.org/10.21562/kjs.2016.02.50.1.221
5. Choi IH, Kim YR, Lee AR, Park SA. Family caregiving in an aging society: evaluation of the current family support system and policy implications. Seoul: Korean Women's Development Institute; 2014.
6. Kim W. Analysis of newspaper articles on murder or suicide on family caregivers with dementia. Health Soc Welf Rev [Internet] 2014 [cited 2024 Nov 20];34(2):219-246. Available from: https://www.kihasa.re.kr/hswr/assets/pdf/798/journal-34-2-219.pdf

7. Shin KA. Defamilization of elderly care and the experiences of the aged. Korean J Sociol [Internet] 2011 [cited 2024 Nov 20];45(4):64-96. Available from: https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART001582363
8. Organization for Economic Cooperation and Development. Long-term care for older people [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2005 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://doi.org/10.1787/9789264015852-en
9. Kim JM. A study on development of policies regarding elderly care in the local government: focused on intergovernmental-relations structure. Korean Local Govern Rev 2017;19(1):41-63. DOI: https://doi.org/10.38134/klgr.2017.19.1.041
10. Ministry of Health and Welfare. A guide to elderly health and welfare programs. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023.
11. Kim HY. An evaluation of public responses taken in the area of care services after the COVID-19 pandemic. Health Welf Policy Forum 2023;(318):34-49. DOI: https://doi.org/10.23062/2023.04.4
12. Ministry of Health and Welfare. “Providing social services centered on home and community” promoting community care in earnest [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://www.mohw.go.kr
13. Shin J. Determinants of unmet healthcare needs among the community-dwelling Korean adults with disabilities: a case of the National Health Insurance beneficiaries. Health Soc Welf Rev [Internet] 2013 [cited 2024 Nov 20];33(2):549-577. Available from: https://www.kihasa.re.kr/hswr/assets/pdf/715/journal-33-2-525.pdf
14. Song HY, Choi JW, Park EC. The effect of economic participatory change on unmet needs of health care among Korean adults. Health Policy Manag 2015;25(1):11-21. DOI: https://doi.org/10.4332/KJHPA.2015.25.1.11
15. Barnay T, Juin S. Does home care for dependent elderly people improve their mental health? J Health Econ 2016;45:149-160. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.10.008
16. Carr W, Wolfe S. Unmet needs as sociomedical indicators. In: Elinson J, Siegmann A, editors. Sociomedical health indicators. London: Routledge; 2019. pp. 33-46.
17. Hwang MJ. Welfare of the aged and community care in an aging society. J Public Soc 2020;10(2):5-28. DOI: https://doi.org/10.21286/jps.2020.05.10.2.5
18. Jin Y. Study on correlation between chronic disease and depression in the Korean elderly: national survey of living conditions and welfare needs of Korean elderly (2014) [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2018.
19. Kim MH, Kwon SM, Kim HS. The effect of long-term care utilization on health care utilization of the elderly. Korean J Health Econ Policy [Internet] 2013 [cited 2024 Nov 20];19(3):1-22. Available from: https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=3175801
20. Kang HJ, Jang S, Jang S. The impact of long-term care insurance on medical utilization and medical cost in South Korea. Health Policy Manag 2022;32(4):389-399. DOI: https://doi.org/10.4332/KJHPA.2022.32.4.389
21. Kang HJ, Jang S, Jang S. Comparison of medical utilization and drug prescription patterns of long-term care insurance beneficiaries and non-beneficiaries. Yakhak Hoeji 2021;65(6):453-459. DOI: https://doi.org/10.17480/psk.2021.65.6.453
22. Han NK, Chung W, Kim R, Lim S, Park CY. Effect of the long-term care insurance policy on medical expenditures for the elderly. Health Policy Manag 2013;23(2):132-144. DOI: https://doi.org/10.4332/KJHPA.2013.23.2.132
23. Jung WS, Yim ES. The effect on health care utilization of the non-use of beneficiaries of long-term care insurance service: around of geriatric hospital’s medical cost. J Korea Acad Ind Coop Soc 2015;16(11):7463-7473. DOI: https://doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.11.7463
24. Baek M. Medical expense changes of outpatient and inpatient who insured long-term care insurance. Korean Soc Secur Stud [Internet] 2019 [cited 2024 Nov 20];35(3):153-170. Available from: https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=3696982
25. Forder J. Long-term care and hospital utilisation by older people: an analysis of substitution rates. Health Econ 2009;18(11):1322-1338. DOI: https://doi.org/10.1002/hec.1438
26. Costa-Font J, Jimenez-Martin S, Vilaplana C. Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? J Health Econ 2018;58:43-66. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002
27. Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N. Impact of home and community-based services on hospitalisation and institutionalisation among individuals eligible for long-term care insurance in Japan. BMC Health Serv Res 2010;10:345. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-345
28. Jung YI, Kim H, Kwon S. Horizontal equity in the use of home care and health care among home care recipients under the public long-term care insurance in South Korea. Korean J Health Econ Policy [Internet] 2016 [cited 2024 Nov 20];22(4):59-78. Available from: https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART002191235
29. Park MJ. The factors affecting unmet medical needs in elderly by using Korea health panel data 2011. J Korean Data Anal Soc [Internet] 2014 [cited 2024 Nov 20];16(2B):1017-1030. Available from: https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART001870743
30. Hwang BD, Choi R. The prevalence and association factors of unmet medical needs by age group in the elderly. Korean J Health Serv Manag 2015;9(1):81-93. DOI: https://doi.org/10.12811/kshsm.2015.9.1.081
31. Moon J, Kang M. The prevalence and predictors of unmet medical needs among the elderly living alone in Korea: an application of the behavioral model for vulnerable populations. Health Soc Welf Rev 2016;36(2):480-510. DOI: https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.2.480
32. Choi HY, Ryu SY. Factors associated with the types of unmet health care needs among the elderly in Korea. Korean J Health Serv Manag 2017;11(2):65-79. DOI: https://doi.org/10.12811/kshsm.2017.11.2.065
33. Jang HY, Lee H. Factors influencing unmet healthcare needs among

elderly living alone. J Korean Data Anal Soc 2017;19(6B):3317-3329. DOI: https://doi.org/10.37727/jkdas.2017.19.6.3317
34. Lee HJ, Huh SI. Unmet health care needs and impact of type of household among the elderly in Korea. Korean J Health Econ Policy [Internet] 2017 [cited 2024 Nov 20];23(2):85-108. Available from: https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART002244846
35. Park SJ, Lee WJ. An analysis of convergence factors on the unmet health needs of the indigent elderly. J Korea Converg Soc 2017;8(1):221-229. DOI: https://doi.org/10.15207/JKCS.2017.8.1.221
36. Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim KJ, Lee K, Choi J, et al. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. BMC Geriatr 2018;18(1):98. DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-018-0786-3
37. Park GR, Tchoe BH. Association between unmet healthcare needs and unmet long-term care needs among the Korean elderly. Health Soc Welf Rev 2018;38(4):40-56. DOI: https://doi.org/10.15709/hswr.2018.38.4.40
38. Choi JW, Kim CO. A study for exploring the prevalence and associated factors of unmet health care needs due to reduced mobility: evidence for estimating subjects of visiting health care. Health Policy Manag 2022;32(1):53-62. DOI: https://doi.org/10.4332/KJHPA.2022.32.1.53
39. Chung W. Characteristics associated with financial or non-financial barriers to healthcare in a universal health insurance system: a longitudinal analysis of Korea Health Panel Survey Data. Front Public Health 2022;10:828318. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.828318
40. Chung W. Changes in barriers that cause unmet healthcare needs in the life cycle of adulthood and their policy implications: a need-selection model analysis of the Korea Health Panel Survey Data. Healthcare (Basel) 2022;10:2243. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare10112243
41. Chung W. Exploring regional disparities in unmet healthcare needs and their causes in South Korea: a policy-oriented study. Health Policy Manag 2023;33(3):273-294. DOI: https://doi.org/10.4332/KJHPA.2023.33.3.273
42. Chung W. Deconstructing subjective unmet healthcare needs: a South Korean case study with policy implications. Front Public Health 2024;12:1385951. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1385951
43. Donabedian A; Commonwealth Fund. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1973.
44. Shin HR, Lim YG, Han KM. The influence of medical expenditure on unmet needs for health care: focused on the moderating effect of private health insurance. J Reg Stud 2014;22(3):25-48. DOI: https://doi.org/10.22921/jrs.2014.22.3.002
45. Kang SB, Kim H. The relationship between home-visit nursing services and health care utilization among nursing service recommended beneficiaries of the public long-term care insurance. Health Policy Manag 2014;24(3):283-290. DOI: https://doi.org/10.4332/KJHPA.2014.24.3.283
46. Lee YK, Lee SH, Kang EN, Kim SJ, Namkung EH, Choi YJ. 2022 Long-term care status survey. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2022.
47. Chon Y. The use and coordination of the medical, public health and social care services for the elderly in terms of continuum of care. Health Soc Welf Rev 2018;38(4):10-39. DOI: https://doi.org/10.15709/hswr.2018.38.4.10
48. Ham S, Hong B. The relationship between formal care and informal care: focusing on home care service for elderly. Korean J Soc Welf 2017;69(4):203-225. DOI: https://doi.org/10.20970/kasw.2017.69.4.008
49. Davey A, Patsios D. Formal and informal community care to older adults: comparative analysis of the United States and Great Britain. J Fam Econ Issues 1999;20(3):271-299. DOI: https://doi.org/10.1023/A:1022957426159
50. Hanley RJ, Wiener JM, Harris KM. Will paid home care erode informal support? J Health Polit Policy Law 1991;16(3):507-521. DOI: https://doi.org/10.1215/03616878-16-3-507
51. Chon Y. A study on the experience of management and development of care management system in the UK. Korean J Care Manag [Internet] 2012 [cited 2024 Nov 20];(7):1-24. Available from: https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART001736292
52. Eurodiaconia. Guidelines on homecare services. Brussels: Eurodiaconia; 2015.
53. Shin J, Paek MS, Jeong K, Shin YS. ICT application to community care: Integrated strategies for health care and welfare services for older adults. J Community Welf 2020;75:83-112. DOI: https://doi.org/10.15300/jcw.2020.75.4.83
54. Lee S, Kwak C. Effects of visiting nursing services in long-term care insurance on utilization of health care. J Korean Acad Community Health Nurs 2016;27(3):272-283. DOI: https://doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.3.272