

## 우리나라 노인들의 미충족 의료 유형별 관련요인

최희영<sup>1</sup>, 류소연<sup>2</sup>‡

<sup>1</sup>서남대학교 의료경영행정학과, <sup>2</sup>조선대학교 의과대학 예방의학교실

### Factors Associated with the Types of Unmet Health Care Needs among the Elderly in Korea

Hee-Young Choi<sup>1</sup>, So-Yeon Ryu<sup>2</sup>‡

<sup>1</sup>*Department of Healthcare Management Administration, Seonam University,*

<sup>2</sup>*Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chosun University*

#### <Abstract>

**Objectives** : This study aimed to investigate the types of unmet health care needs of the elderly and factors affecting them. **Methods** : This study used data from the 2012 Community Health Survey. Multinomial logistic regression analysis was conducted to identify the relevance between each type of unmet health care needs and predisposing, enabling, and needs factors, based on the cases without unmet health care needs. **Results** : Persons with unmet health care needs were 4,460 (9.5%) of the total sample. By types of unmet health care needs, 1,171 (2.5%), 1,026 (2.2%), and 2,263 (4.8%) persons reported inaccessibility, non-accommodativeness, and unaffordability respectively. It was concluded that there were differences in the associated factors according to the types of unmet medical needs. **Conclusions** : It is suggested that unmet health care needs in the elderly should be examined from diverse angles rather than from a single aspect of partial limits. In particular, diverse types of unmet health care needs for health care in the elderly according to limited accommodation should be examined. Finally, strategies to decrease unmet health care needs that reflect the associated factors should be developed.

---

**Key Words** : Elderly, Types of Unmet Health Care Needs, Unaccommodation

‡ Corresponding author : So-Yeon Ryu(cansy@chosun.ac.kr) Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chosun University

• Received : Feb 28, 2017

• Revised : Jun 1, 2017

• Accepted : Jun 12, 2017

## I. 서론

우리나라의 인구 중 노인이 차지하는 비율이 2015년 13.1%에서 2060년까지 40.0%로 증가할 것으로 예상되며, 2014년 건강보험 상 전체 진료비 54조 5,275억 원의 35.5%인 19조 3,551억 원을 65세 이상 고령자가 차지하였고, 고령자 1인당 진료비는 322만원으로 전체 1인당 진료비 108만원 보다 3배 높게 나타났다[1]. 이러한 노인 인구의 증가는 다양한 노인성 질환으로 의료이용과 의료비를 증가시키고 있다[2].

의료이용이 필요할 때 경제적 이유에 의한 접근 제한을 해소하고자 우리나라는 사회보험인 건강보험과 공공부조인 의료급여를 시행하고 있지만[3], 건강보험급여의 한계와 의료급여 혜택의 제한으로 높은 진료비 본인 부담금과 비급여 비용을 부담하고 있어 의료적인 필요를 해소하는데 제한 받고 있고[4], 노인들의 경우 다른 연령층에 비해 그 정도가 크다고 할 수 있다[5]. 이처럼 의료이용에 대한 수요가 늘어나는 반면, 의료이용을 제한받는 경우가 있을 때 결국에는 의료이용의 불평등을 유발시킬 수 있으므로 노인들의 의료이용에 대한 불평등을 파악하고 제한된 의료이용을 높이려는 노력이 필요하다.

의료이용의 필요에는 판단하는 주체를 구분하여, 개인의 건강을 유지하기 위해 의료 전문가가 필요하다고 느끼는 의학적 필요(medically defended need)와 개인 스스로가 건강을 유지하는데 위해 필요하다고 인지한 필요 또는 욕구(perceived needs/want)로 나뉜다[6]. 그리고 대상자가 인지한 필요가 있음에도 불구하고 의료이용을 제대로 받지 못하는 경우를 미충족 의료라 하고[6], 미충족 의료를 경험한 모든 상황을 미충족 의료 경험이라고 한다[7].

노인은 신체적인 기능의 퇴화로 질병이 발생하는 경우가 다른 연령층에 비해 많고, 대다수의 노

인이 만성질환과 노인성 질환을 경험하고 있어 의료이용에 대한 수요가 높지만[5], 경제활동의 제한으로 소득이 감소하여 의료이용에 대한 불안감이 증가하고 있다[8]. 그리고 이용 가능한 교통수단의 제한과 진료절차의 복잡함 및 긴 진료 대기시간 등으로 인한 의료이용의 제약도 있어[9], 노인의 의료이용에 대한 미충족 경험 여부와 구체적 유형을 파악하여 이를 해결할 수 있는 방안을 모색하는 게 필요하다. 따라서 미충족 의료경험 유형을 보건의료서비스 이용에 대한 접근성의 제한으로 인한 가용성(availability), 물리적 접근성(accessibility), 편의성(accommodation), 지불능력(affordability), 수용성(acceptability)으로 분류 제시하는 것이 적절할 것으로 사료된다[10].

가용성은 의료기관의 의료자원을 효율적으로 제공 받는 것을 의미하고, 물리적 접근성은 교통수단과 이동시간 등의 의료기관과의 거리를 의미하며, 편의성은 진료 대기시간, 운영시간 안내, 진료예약 시스템을 의미하고, 지불능력은 개인의 경제적인 능력을 의미하며, 수용성은 의료공급자의 태도를 의미한다[10]. 위의 5가지 유형 중 가용성과 수용성에 의한 미충족 의료경험은 이용자의 측면에서 판단하기 어려운 부분이 있고, 물리적 접근성과 편의성 및 지불능력의 제한에 의한 미충족 의료 경험은 이용자의 입장에서 분류할 수 있을 것으로 생각된다.

지금까지의 미충족 의료에 대한 선행연구는 유형별로 접근한 것이 아닌 총괄적인 미충족 의료경험에 대한 것과 이에 대한 관련 요인을 제시하였다[4][5][11][12]. 또한, 연구대상이 특정 지역[13][14]이나 일부 한정된 대상을 중심으로 이루어졌고[14][15], 미충족 의료경험 중 주로 경제적 이유로 인한 제한으로 미충족 의료를 정의하여 이루어졌다[4][5][9][11][16].

2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 미충족 의료를 분석한 연구에서는 19세 이상의 미충족

의료 경험률은 17.1%였고, 이중 경제적 이유로 인한 비율이 49.9%인 것으로 보고하였고[11], 2009년 한국의료패널조사에서는 연령대별 미충족 의료경험이 80세 이상이 24.3%로 가장 높게 나타났고, 60대가 19.9%, 70대가 21.9%로 연령이 증가할수록 미충족 의료경험이 증가하고, 유형별로는 물리적 접근성의 제한이 4.6%, 편의성의 제한 22.7%, 지불능력의 제한이 46.2% 였다[17]. 이들 선행연구는 우리나라를 대표할 수 있는 자료를 이용하고, 경제적 이유에 의한 미충족 의료경험 외에 다른 유형을 제시하고 있지만, 유형별 미충족 의료경험의 관련요인을 제시하지는 못하였다. 필요한 의료에 대한 미충족 요인을 파악하여 이를 개선하고자 하는 노력도 필요하지만, 미충족 의료의 유형이 경제적 이유 외에 다양하게 제시되고 있어, 경제적 이유에 관한 관련요인 외에 다른 유형별 관련요인을 파악하여 이를 개선하고자 하는 노력을 하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 이에 본 연구에서는 3가지 유형으로 세분화하여 미충족 의료경험의 유형별 관련 요인을 보고자 한다.

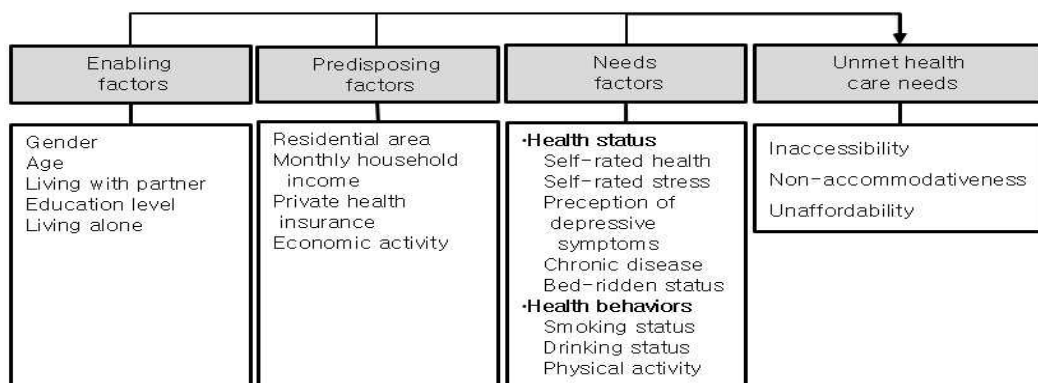
지역사회건강조사는 보건소를 기반으로 한 우리나라 모든 지방자치단체의 지역주민을 대표할 수 있도록 표본조사를 실시한 것으로, 우리나라 전체 주민을 설명할 수 있는 자료를 이용한 미충족 의료에 관한 연구는 아직까지는 활발하게 이루어지

고 있지는 않다. 이에 본 연구는 2012년 지역사회건강조사 원시자료를 이용하여 Anderson 행동모형에 근거한 관련 요인을 제시하고 노인의 미충족 의료경험과 물리적 접근성의 제한, 지불능력의 제한, 편의성의 제한 등과 관련된 미충족 의료경험의 유형별 관련요인을 파악하고자 실시하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구모형

지금까지 의료이용과 관련된 요인을 통합적으로 고려하여 행위에 대한 예측의 분석 틀로 가장 많이 활용되는 것이 앤더슨의 행동모형(Anderson Model or Behavior Model of Service Utilization)이다[18]. Anderson 모형은 의료서비스의 이용에 관련된 요인을 소인성 요인(predisposing factor), 가능성 요인(enabling factor), 필요 요인(needs factor)으로 나누어 의료이용에 영향을 미치는 요인들을 예측할 수 있도록 하였고[19]. 본 연구에서도 이러한 앤더슨 모형에 근거하여 노인들의 미충족 의료의 경험와 유형 관련요인을 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인으로 분류하여 알아보하고자 하였다<Figure 1>.



<Figure 1> Model of the study

## 2. 연구대상

본 연구는 2012년 지역사회건강조사의 원시자료를 이용하였다. 지역사회 건강조사는 2008년부터 매년 시행되는 조사로 지역보건의료계획 수립 및 평가를 위한 지역건강통계를 생산하고 근거 중심의 보건사업 수행을 기반으로 지역 간 건강지표를 생산하기 위한 표준화된 조사체계이다[20].

2012년 지역건강조사는 각 지역에 거주하는 만 19세의 모든 주민을 모집단으로 전국 253개의 지역 보건소에서 평균 900명의 표본이 조사될 수 있도록 확률비례통계추출을 통한 표본지점을 선정하고, 선정된 표본지점에서 계통추출법에 의해 조사 가구를 선정하여 선정된 가구의 만 19세 이상의 성인을 대상으로 하였으며, 조사 대상자는 228,921명이었다[20]. 이 중에 본 연구에 해당하는 65세 이상 성인 54,211명을 대상으로 미충족 의료경험에 대한 응답내용 중 증상이 가벼워서와 기타에 해당하는 응답자와 응답이 불충분한 대상자 7,504명을 제외한 46,807명을 연구대상으로 선정하였다.

## 3. 연구변수

### 1) 소인성 요인

성별, 연령, 배우자 여부, 교육수준, 독거여부 등을 이용하였다. 연령은 65-69세 이하, 70-74세 이하, 75세 이상으로 분류하였고, 배우자는 결혼여부와 혼인상태 문항을 이용하여 유배우자와 무배우자로 분류하였다. 교육수준은 최종학력과 졸업여부 문항을 이용하여 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상으로 분류하였고, 독거는 실제 가구원수 문항을 이용하여 1인 경우는 독거로 분류하고, 2인 이상은 독거가 아닌 것으로 분류하였다.

### 2) 가능성 요인

거주지역, 월 평균가구 소득, 민간의료보험가입 여부 등을 이용하였다. 거주 지역은 조사지역을 기준으로 동에 거주하는 경우 도시, 읍면에 거주하는 경우는 농촌으로 분류하였고, 월평균 가구소득은 100만원, 101-200만원, 201만 원 이상으로 분류하였다. 민간의료보험가입은 가입 여부에 따라 가입과 미가입으로 분류하였고, 경제활동은 경제활동 여부에 따라 활동과 비활동으로 분류하였다.

### 3) 필요 요인

건강상태를 반영할 수 있는 주관적 건강수준, 주관적 스트레스 인지수준, 우울감 경험, 만성질환 수, 침상와병 경험과 건강행태인 흡연상태, 음주상태, 신체활동 등을 이용하였다. 주관적 건강수준은 평소 본인의 건강상태에 따라 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 응답한 것을 매우 좋음과 좋음을 좋음, 보통은 보통, 나쁨과 매우 나쁨은 나쁨으로 분류하였다. 주관적 스트레스 인지수준은 평소 본인의 일상생활 중에 느끼는 스트레스의 정도에 따라 대단히 많이 느낀다와 많이 느끼는 편이다는 스트레스 유경험, 조금 느끼는 편이다는 것과 거의 느끼지 않는다는 스트레스 무경험으로 분류 하였다. 우울감 경험은 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 경우를 유경험과 무경험으로 분류 하였다. 만성질환 수는 의사의 진단 여부에 따라 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증(고지혈증 포함), 뇌졸중(중풍), 심근경색증, 협심증, 관절염, 골다공증, 폐결핵, 천식, 알레르기비염, 아토피피부염, C형 간염, 빈혈, 중이염, 위십이지장궤양, 치질, 암, 갑상선 장애, 우울증, 과민성 방광, 요실금으로 노인들에게 발생할 수 있는 질환을 포함했으며, 대부분의 경우 여러 질환을 복합적으로 이환하고 있는 경우가 많아 만성질환 개수에 따라 없음과 1개, 2개, 3개 이상으로 분류 하였다. 침상와병 경험은 최근 1달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일

누워서 보내야 했던 경우를 경험과 무경험으로 구분하였다. 흡연상태는 지금까지 살아오는 동안 5갑 이상의 흡연여부와 현재흡연 여부에 대한 질문을 이용하여, 비흡연, 과거흡연, 현재흡연으로 분류하였고, 음주상태는 평생의 음주 경험과 최근 1년간 음주상태를 근거로 비음주, 과거음주, 현재음주로 분류하였다. 신체활동은 격렬한 신체활동 일수와 중증도 신체활동 일수의 문항을 이용하여 격렬한 신체활동과 중증도 신체활동이 모두 0인 경우 전혀 하지 않음, 격렬한 신체활동 2일 이하 하거나 중증도 신체활동 4일 이하 한 경우 가끔 함, 격렬한 신체활동 3일 이상 하거나 중증도 신체활동 5일 이상 한 경우 자주 함으로 분류하였다.

#### 4) 미충족 의료경험

미충족 의료경험은 “최근 1년 동안 본인이 병·의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 경우가 있습니까?”라는 필요의료서비스(치과제외) 미수진 여부에 ‘예’라고 응답한 경우를 미충족 의료경험으로 정의하였다. 지역사회건강조사에서는 미충족 의료경험에 해당되는 경우, 해당 이유중 가장 주가 되는 이유를 한가지 선택하여 조사하였고, 이 이유를 근거로 하여 미충족 의료경험 유형을 분류하였다. 미충족 의료경험 유형은 보건의료서비스 이용에 대한 접근성 개념의 연구[12]를 참고하여 지불능력의 제한, 물리적 접근성의 제한, 편의성의 제한으로 분류하였고, 필요의료서비스(치과제외) 미수진 사유를 ‘경제적인 이유’로 응답한 경우를 지불능력의 제한, ‘교통이 불편해서’를 응답한 경우 물리적 접근성의 제한, ‘병·의원 등에 예약하기가 힘들어서’, ‘내가 갈 수 있는 시간에 병·의원 등이 문을 열지 않아서’, ‘병·의원 등에서 오래 기다리기 싫어서’를 응답한 경우 편의성의 제한으로 정의하였다. 응답내용 중 증상이 가벼워서와 기타에 해당하는 부분은 미충족 의료경험의 정의에서 제외하였다.

#### 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS 18.0 통계프로그램을 사용하였고, 대상자의 분석에 이용된 변수의 분포 파악은 빈도분석을 시행하였다. 소인성 요인, 가능성 요인 및 필요 요인에 따른 미충족 의료 경험 여부 및 유형과의 관련성을 알아보기 위하여 카이제곱 검정을 실시하였고, 이 분석과정을 통해 관련성이 있다고 제시된 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인을 고려하여 미충족 의료경험 관련요인을 다른 변인이 통제된 상태에서 파악하기 위하여 다중로지스틱회귀분석(Multiple logistic regression analysis)을 사용하였다. 각 유형별 관련요인을 제시하기 위하여 미충족 의료경험이 없는 경우를 기준으로 각 미충족 의료 경험 유형에 대한 변인들의 관련성은 다항로지스틱회귀분석(Multinomial logistic regression analysis)을 이용하여 알아보았다. 통계적 검증을 위한 유의수준은  $\alpha=0.05$ 로 하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 소인성 요인과 미충족 의료경험과의 관련성

대상자 중 여자 57.1%, 연령은 65-69세 34.1%, 70-74세는 35.0%, 75세 이상은 30.9%였다. 배우자는 있는 경우가 68.0%였고, 교육 수준은 초등학교 이하가 71.0%, 중학교 졸업이 12.0%, 고등학교 졸업 11.8%, 대학교 이상 졸업이 5.2%였다. 혼자 사는 노인은 20.7%였다. 미충족 의료경험 및 유형별로 분류한 미충족 의료경험의 관련성은 성별, 연령, 배우자 여부, 교육수준과 독거여부와 미충족 의료경험 및 유형별 미충족 의료경험과는 통계적으로 유의한 관련이 있었다( $p<0.001$ )<Table 1>.

<Table 1> Relevance to predisposing factors and unmet health care needs

Variable	N(%)	Unmet health care needs					P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>
		Met	Unmet					
			Total	A <sup>1</sup>	A <sup>2</sup>	A <sup>3</sup>		
<b>Gender</b>								
Male	20,070(42.9)	18,789(93.6)	1,281( 6.4)	279(1.4)	336(1.7)	666(3.3)	0.001	0.001
Female	26,737(57.1)	23,558(88.1)	3,179(11.9)	892(3.3)	690(2.6)	1,597(6.0)		
<b>Age (years)</b>								
65-69	15,982(34.1)	14,636(91.6)	1,346( 8.4)	230(1.4)	459(2.9)	657(4.1)	0.001	0.001
70-74	16,385(35.0)	14,785(90.2)	1,600( 9.8)	421(2.6)	367(2.2)	812(5.0)		
75≤	14,440(30.9)	12,926(89.5)	15,14(10.5)	520(3.6)	200(1.4)	794(5.5)		
<b>Living with partner</b>								
Yes	31,818(68.0)	29,281(92.0)	2,537( 8.0)	610(1.9)	697(2.2)	1,230(3.9)	0.001	0.001
No	14,989(32.0)	13,066(87.2)	1,923(12.8)	561(3.7)	329(2.2)	1,033(6.9)		
<b>Education level</b>								
Less than elementary school	33,254(71.0)	29,433(88.5)	3,821(11.5)	1,088(3.3)	842(2.5)	1,891(5.7)	0.001	0.001
Middle school	5,606(12.0)	5,268(94.0)	338( 6.0)	48(0.9)	92(1.6)	198(3.5)		
High school	5,531(11.8)	5,298(95.8)	233( 4.2)	26(0.5)	70(1.3)	137(2.5)		
More than university	2,416( 5.2)	2,348(97.2)	68( 2.8)	9(0.4)	22(0.9)	37(1.5)		
<b>Living alone</b>								
Yes	9,700(20.7)	8,338(86.0)	1,362(14.0)	424(4.4)	220(2.3)	718(7.4)	0.001	0.001
No	37,107(79.3)	34,009(91.7)	3,098( 8.3)	747(2.0)	806(2.2)	1,545(4.2)		

A<sup>1</sup>:Accessibility, A<sup>2</sup>:Accommodation, A<sup>3</sup>:Affordability

P<sup>1</sup>:Tested by chi-square test between met & unmet

P<sup>2</sup>:Tested by chi-square test between met & type of unmet needs(accessibility, accommodation, affordability)

## 2. 가능성 요인과 미충족 의료경험과의 관련성

대상자의 주거지역은 도시 36.3%, 농촌 63.7%이었고, 월 가구 소득액은 100만 원 미만이 61.7%, 101-200만 원 19.0%, 201만 원 이상이 19.3%이었고, 민간보험 가입에 가입한 경우는 25.4%이었다. 대상자의 43.4%가 경제활동을 하고 있다고 응답하였다. 미충족 의료경험 및 유형별로 분류한 미충족 의료경험의 관련성은 거주 지역, 월 평균 가구소득, 민간보험가입 여부와 미충족 의료경험 및 유형별 미

충족 의료경험과는 통계적으로 유의한 관련이 있었고, 경제활동은 유형별 미충족 의료경험과 통계적으로 유의한 관련이 있었다(p<0.001)<Table 2>.

## 3. 필요 요인과 미충족 의료경험과의 관련성

대상자의 주관적인 건강수준은 좋음이 20.6%, 보통 33.3%, 나쁨이 46.1%이었고, 평소 스트레스를 느낀다고 한 사람이 22.1%, 우울감 경험이 있는 경우 6.0%이었다. 만성질환의 수는 0개 12.8%, 1개

21.3%, 2개 22.5%, 3개 이상이 43.4%이었다. 침상와병 경험이 있었던 경우는 6.8%이었다. 흡연상태는 현재 흡연자가 12.7%, 과거 흡연자 63.4%, 비흡연자가 23.9%이었고, 음주 상태는 현재 음주자 42.0%, 과거 음주자 19.9%, 비음주자는 38.1%이었다. 신체활동은 전혀 하지 않음이 64.8%, 가끔함 13.9%, 자주함이 21.3%이었다. 미충족 의료경험 및 유형별로 분류한 미충족 의료경험의 관련성은 주관적 건강수준, 주관적 스트레스인지수준, 우울감 경험, 만성질환 개수, 침상와병 경험, 흡연상태, 음주상태, 신체활동은 미충족 의료경험 및 유형별 미충족 의료경험과 통계적으로 유의한 관련이 있었다( $p < 0.001$ )<Table 3>.

#### 4. 미충족 의료경험에 따른 특성

연구대상 노인의 미충족 의료경험률은 9.5%이었고, 이를 유형별로 보면 물리적 접근성의 제한에 의한 경우 2.5%, 편의성의 제한 2.2%, 지불능력 제한에 의한 미충족 의료경험이 4.8%이었다. 미충족 의료경험의 유형 구성은 지불능력의 제한에 의한 경우가 50.7%로 가장 많은 부분을 차지하였고, 물리적 접근성의 제한에 의한 경험이 26.3%, 편의성의 제한에 의한 경험이 23.0%의 순이었다<Table 4>.

<Table 2> Relevance of enabling factors and unmet health care needs

Variable	N(%)	Unmet health care needs					P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>
		Met	Unmet					
			Total	A <sup>1</sup>	A <sup>2</sup>	A <sup>3</sup>		
Residential area								
Urban	17,014(36.3)	15,704(92.3)	1,310( 7.7)	88(0.5)	223(1.3)	999(5.9)	0.001	0.001
Rural	29,793(63.7)	26,643(89.4)	3,150(10.6)	1,083(3.6)	803(2.7)	1,264(4.2)		
Monthly household income (10 <sup>4</sup> Won)								
≤100	28,862(61.7)	25,470(88.2)	3,392(11.8)	934(3.2)	655(2.3)	1,803(6.2)	0.001	0.001
101-200	8,911(19.0)	8,313(93.3)	598( 6.7)	125(1.4)	188(2.1)	285(3.2)		
201≤	9,034(19.3)	8,564(94.8)	470( 5.2)	112(1.2)	183(2.0)	175(1.9)		
Private health insurance								
Yes	11,878(25.4)	11,027(92.8)	851( 7.2)	160(1.3)	331(2.8)	360(3.0)	0.001	0.001
No	34,929(74.6)	31,320(89.7)	3,609(10.3)	1,011(2.9)	695(2.0)	1,831(5.4)		
Economic activity								
Yes	20,298(43.4)	18,325(90.3)	1,973( 9.7)	475(2.3)	735(3.6)	763(3.8)	0.221	0.001
No	26,509(56.6)	24,022(90.6)	2,487( 9.4)	696(2.6)	291(1.1)	1,500(5.7)		

A<sup>1</sup>:Accessibility, A<sup>2</sup>:Accommodation, A<sup>3</sup>:Affordability

P<sup>1</sup>:Tested by chi-square test between met & unmet

P<sup>2</sup>:Tested by chi-square test between met & type of unmet needs(accessibility, accommodation, affordability)

<Table 3> Relevance of needs factors and unmet health care needs

Variable	N(%)	Unmet health care needs					P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>
		Met	Unmet					
			Total	A <sup>1</sup>	A <sup>2</sup>	A <sup>3</sup>		
Self-rated health								
Good	9,634(20.6)	9,275(96.3)	359( 3.7)	72(0.7)	123(1.3)	164(1.7)	0.001	0.001
Moderate	15,610(33.3)	14,587(93.4)	1,023( 6.6)	226(1.4)	337(2.2)	460(2.9)		
Poor	21,563(46.1)	18,485(85.7)	3,078(14.3)	873(4.0)	566(2.6)	1,639(7.6)		
Self-rated stress								
Yes	10,357(22.1)	8,380(80.9)	1,977(19.1)	461(4.5)	389(3.8)	1,127(10.9)	0.001	0.001
No	36,450(77.9)	33,967(93.2)	2,483( 6.8)	710(1.9)	637(1.7)	1,136( 3.1)		
Perception of depressive symptoms								
Yes	2,800( 6.0)	2,117(75.6)	683(24.4)	141(5.0)	102(3.6)	440(15.1)	0.001	0.001
No	44,007(94.0)	40,230(91.4)	3,777( 8.6)	1,030(2.3)	924(2.1)	1,823( 4.1)		
Chronic disease (Number)								
0	6,013(12.8)	5,644(93.9)	369( 6.1)	92(1.5)	89(1.5)	188(3.1)	0.001	0.001
1	9,994(21.3)	9,305(93.1)	689( 6.9)	175(1.8)	191(1.9)	323(3.2)		
2	10,509(22.5)	9,592(91.3)	917( 8.7)	229(2.2)	239(2.3)	449(4.3)		
3≤	20,291(43.4)	17,806(87.8)	2,485(12.2)	675(3.3)	507(2.5)	1,303(6.4)		
Bed-ridden status								
Yes	3,179( 6.8)	2,512(79.0)	667(21.0)	203(6.4)	106(3.3)	358(11.3)	0.001	0.001
No	43,628(93.2)	39,835(91.3)	3,793( 8.7)	968(2.2)	920(2.1)	1,905( 4.4)		
Smoking status								
Current smoker	5,925(12.7)	5,416(91.4)	509( 8.6)	93(1.6)	113(1.9)	303(5.1)	0.001	0.001
Ex-smoker	29,699(63.4)	26,486(89.2)	3,213(10.8)	878(3.0)	737(2.5)	1,598(5.4)		
Non-smoker	11,183(23.9)	10,445(93.4)	738( 6.6)	200(1.8)	176(1.6)	362(3.2)		
Drinking status								
Current drinker	19,656(42.0)	18,004(91.6)	1,652( 8.4)	382(1.9)	481(2.4)	789(4.0)	0.001	0.001
Ex-drinker	9,307(19.9)	8,340(89.6)	967(10.4)	253(2.7)	168(1.8)	546(5.9)		
Non-drinker	17,844(38.1)	16,003(89.7)	1,841(10.3)	536(3.0)	377(2.1)	928(5.2)		
Physical activity								
None	30,338(64.8)	27,104(89.3)	3,234(10.7)	885(2.9)	728(2.4)	1,621(5.3)	0.001	0.090
Occasionally	6,489(13.9)	5,920(91.2)	569( 8.8)	137(2.1)	135(2.1)	297(4.6)		
Often	9,980(21.3)	9,323(93.4)	657( 6.6)	149(1.5)	163(1.6)	345(3.5)		

A<sup>1</sup>:Accessibility, A<sup>2</sup>:Accommodation, A<sup>3</sup>:Affordability

P<sup>1</sup>:Tested by chi-square test between met & unmet

P<sup>2</sup>:Tested by chi-square test between met & type of unmet needs(accessibility, accommodation, affordability)



<Table 4> Characteristics of the unmet medical experience

Characteristics	N(%)	%*
Unmet health care needs		
No	42,347(90.5)	
Yes	4,460( 9.5)	
Inaccessibility	1,171( 2.5)	26.3
Non-accommodativeness	1,026( 2.2)	23.0
Unaffordability	2,263( 4.8)	50.7

\*Proportion of the type of unmet health care needs

### 5. 미충족의료 경험 및 유형에 영향을 미치는 요인

대상자들의 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인이 미충족 의료이용 경험과 관련된 변수를 통제 한 상태에서 유의한 변수를 파악하기 위하여 다중 로지스틱회귀분석을 시행하였고, 미충족 의료경험 유형에 따른 변수들을 파악하고자 다항로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

소인성 요인 중 미충족 의료경험은 여성에 비해 남성의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.81(0.72-0.91)이었고, 무배우자에 비해 유배우자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.77(0.70-0.85)이었다. 교육수준은 대학교 이상에 비해 초등학교 이하의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.75(1.34-2.28)이었다.

가능성 요인 중 미충족 의료경험은 농촌에 비해 도시의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.88(0.81-0.95)이었고, 월 평균 가구소득은 201만원 이상에 비해 100만원 미만의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.74(1.55-1.94), 101만원-200만원의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.28(1.12-1.46)이었다. 민간의료보험가입 여부는 보험을 가입하지 않은 대상자에 비해 보험을 가입한 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.87(0.80-0.95)이었고, 경제활동을 하는 대상자에 비해 하지 않는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.36(1.27-1.46)이었다.

필요 요인 중 미충족 의료경험은 주관적인 건강 수준의 나쁜 대상자에 비해 좋은 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.40(0.35-0.45), 보통의 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.60(0.56-0.65)이었고, 주관적 스트레스인지 수준은 스트레스가 없는 대상자에 비해 스트레스가 있는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 2.19(2.0 4-2.35)이었다. 우울감 경험을 하지 않는 대상자에 비해 우울감을 느끼는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.81(1.64-2.01)이었고, 만성질환 수는 3개 이상의 대상자에 비해 만성질환이 없는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.84(0.74-0.95)이었고, 만성질환이 1개인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.80(0.73-0.88)이었으며, 만성질환이 2개인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.89(0.82-0.97)이었다. 흡연상태는 비흡연자에 비해 현재흡연자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.16(1.02-1.31)이었고, 음주상태는 비음주자에 비해 현재음주자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.16(1.07-1.25), 과거음주자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.08(1.03-1.24)이었고, 신체활동은 자주하는 대상자에 비해 자주하지 않는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.13(1.03-1.25)이었다.

유형별 요인 중 물리적 접근성 제한에 의한 경우 여성에 비해 남성의 미충족 의료경험 비차비가 0.65(0.51-0.82)이었고, 연령은 75세 이상에 비해 65-69세의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.65(0.55-0.78)이었으며, 70-74세의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.86(0.75-0.99)이었다. 농촌에 비해 도시의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.17(0.13-0.21)이었고, 월 평균가구소득은 201만원 이상에 비해 100만원 미만의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.14(1.13-1.76)이었으며, 민간보험가입여부는 보험 미가입에 비해 보험 가입의 미충족

의료경험에 대한 비차비가 0.78(0.65-0.94)이었다. 주관적 건강수준이 나쁜 대상자에 비해 좋은 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.34(0.26-0.44), 보통인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.54(0.46-0.63)이었으며, 주관적 스트레스인지 수준은 스트레스를 느끼지 않는 대상자에 비해 스트레스를 느끼는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.80(1.58-2.06)이었다. 우울감 경험을 느끼는 대상자에 비해 느끼는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.50(1.23-1.83)이었고, 만성질환개수는 3개 이상인 대상자에 비해 만성질환수가 1개인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.77(0.64-0.92), 만성질환수가 2개인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.80(0.69-0.94)이었으며, 침상와병 경험을 느끼지 못하는 대상자에 비해 느끼는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 2.60(1.74-2.44)이었다.

편의성의 제한에 의한 경우 여성에 비해 남성의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.69(0.55-0.88)이었고, 연령은 75세 이상에 비해 65-69세의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.65(0.55-0.78), 70-74세의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.86(0.75-0.99)이었다. 농촌에 비해 도시의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.67(0.57-0.79)이었고, 음주상태는 비음주자에 비해 현재 음주자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.35(1.16-1.57)이었다. 민간보험가입을 하지 않은 대상자에 비해 가입한 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.23(1.07-1.42)이었고, 경제활동을 하지 않는 대상자에 비해 경제활동을 하는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 3.35(2.88-3.90)이었다. 주관적 건강수준은 나쁜 대상자에 비해 좋은 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.51(0.41-0.63), 보통인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.81(0.70-0.94)이었으며, 주관적 스트레스인지

수준은 스트레스를 느끼지 못하는 대상자에 비해 스트레스를 느끼는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.93(1.68-2.22)이었다. 우울감 경험을 느끼지 않는 대상자에 비해 느끼는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.49(1.19-1.86)이었고, 만성질환개수는 3개 이상인 대상자에 비해 만성질환수가 없는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.65(0.51-0.83)이었다. 만성질환수가 1개인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.81(0.68-0.97)이었고, 침상와병 경험이 없었던 경우에 비해 있었던 경우에 대한 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.64(1.32-2.03)이었다.

지불능력 제한에 의한 경우 배우자가 없는 대상자에 비해 배우자가 있는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.67(0.58-0.76)이었고, 교육수준은 대학교 이상인 대상자에 비해 초등학교 졸업 이하인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.77(1.24-2.53)이었다. 거주지역이 농촌에 비해 도시의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.62(1.47-3.39)이었다. 월 평균가구소득은 201만원 이상에 비해 100만원 미만의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 2.86(2.41-3.39), 101-200만원의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.76(1.45-2.14)이었고, 흡연상태는 비흡연자에 비해 현재흡연자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.41(1.19-1.66), 과거흡연자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.19(1.01-1.40)이었다. 음주상태는 비음주자에 비해 과거음주자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.18(1.05-1.33)이었고, 민간보험을 가입하지 않는 대상자에 비해 가입한 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.72(0.63-0.81)이었다. 주관적 건강수준은 나쁜 대상자에 비해 좋은 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.37(0.31-0.44), 보통인 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.55(0.49-0.62)이었고, 주관적 스트레스 인지수준은 스트레스를 느끼지 않는 대상자에 비해 스트레스

를 느끼는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 2.55(2.32-2.80)이었다. 우울함 경험이 없는 대상자에 비해 우울감 경험이 있는 대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 2.04(1.80-2.31)이었고, 만성질환개수는 3개 이상인 대상자에 비해 1개인

대상자의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 0.81(0.71-0.93)이었으며, 침상와병 경험이 없었던 경우에 비해 경험이 있었던 경우의 미충족 의료경험에 대한 비차비가 1.53(1.34-1.74)이었다<Table 5>.

<Table 5> The associated factors of the unmet health care needs

Variable	OR(95% CI)	Unmet health care needs		
		A <sup>1</sup> /No	A <sup>2</sup> /No	A <sup>3</sup> /No
		OR(95% CI)	OR(95% CI)	OR(95% CI)
<b>Predisposing factors</b>				
Gender(/Female)				
Male	0.81(0.72-0.91)	0.65(0.51-0.82)	0.69(0.55-0.88)	0.94(0.80-1.11)
Age(/75≤)				
65-69	1.02(0.93-1.11)	0.65(0.55-0.78)	1.66(1.38-2.00)	1.20(0.91-1.15)
70-74	0.99(0.92-1.08)	0.86(0.75-0.99)	1.36(1.14-1.63)	1.00(0.90-1.11)
Living with partner(/No)				
Yes	0.77(0.70-0.85)	0.83(0.65-1.01)	0.94(0.77-1.16)	0.67(0.58-0.76)
Education level(/More than university)				
Less than elementary school	1.75(1.34-2.28)	2.07(1.04-4.13)	1.45(0.91-2.31)	1.77(1.24-2.53)
Middle school	1.30(0.98-1.71)	1.10(0.52-2.29)	1.10(0.67-1.79)	1.45(0.99-2.11)
High school	1.11(0.83-1.47)	0.83(0.38-1.79)	1.10(0.67-1.81)	1.17(0.80-1.71)
Living alone(/No)				
Yes	1.05(0.94-1.17)	1.21(0.98-1.48)	1.00(0.79-1.26)	0.95(0.82-1.09)
<b>Enabling factors</b>				
Residential area(/Rural)				
Urban	0.88(0.81-0.95)	0.17(0.13-0.21)	0.67(0.57-0.79)	1.62(1.47-1.78)
Monthly household income (10 <sup>4</sup> won)(/201≤)				
≤100	1.74(1.55-1.94)	1.14(1.13-1.76)	0.95(0.79-1.15)	2.86(2.41-3.39)
101-200	1.28(1.12-1.46)	1.09(0.83-1.42)	0.93(0.75-1.15)	1.76(1.45-2.14)
Private health insurance(/No)				
Yes	0.87(0.80-0.95)	0.78(0.65-0.94)	1.23(1.07-1.42)	0.72(0.63-0.81)
Economic activity(/No)				
Yes	1.36(1.27-1.46)	1.02(0.90-1.16)	3.35(2.88-3.90)	1.05(0.94-1.16)
<b>Needs factors</b>				
Self-rated health(/Poor)				
Good	0.40(0.35-0.45)	0.34(0.26-0.44)	0.51(0.41-0.63)	0.37(0.31-0.44)
Moderate	0.60(0.56-0.65)	0.54(0.46-0.63)	0.81(0.70-0.94)	0.55(0.49-0.62)
Self-rated stress(/No)				
Yes	2.19(2.04-2.35)	1.80(1.58-2.06)	1.93(1.68-2.22)	2.55(2.32-2.80)
Perception of depressive symptoms(/No)				
Yes	1.81(1.64-2.01)	1.50(1.23-1.83)	1.49(1.19-1.86)	2.04(1.80-2.31)
Chronic disease (Number)(3≤)				
0	0.84(0.74-0.95)	0.85(0.67-1.07)	0.65(0.51-0.83)	0.94(0.80-1.12)
1	0.80(0.73-0.88)	0.77(0.64-0.92)	0.81(0.68-0.97)	0.81(0.71-0.93)
2	0.89(0.82-0.97)	0.80(0.69-0.94)	0.94(0.80-1.11)	0.91(0.81-1.02)
Smoking status(/Non-smoker)				
Current smoker	1.16(1.02-1.31)	0.77(0.60-1.00)	1.07(0.84-1.37)	1.41(1.19-1.66)
Ex-smoker	1.08(0.95-1.22)	0.82(0.65-1.04)	1.16(0.91-1.47)	1.19(1.01-1.40)
Drinking status(/Non-drinker)				
Current drinker	1.16(1.07-1.25)	1.12(0.96-1.29)	1.35(1.16-1.57)	1.10(0.99-1.23)
Ex-drinker	1.08(1.03-1.24)	1.11(0.95-1.31)	1.03(0.85-1.25)	1.18(1.05-1.33)
Physical activity(/Often)				
None	1.13(1.03-1.25)	1.19(0.99-1.43)	1.09(0.90-1.31)	1.12(0.98-1.28)
Occasionally	1.06(0.93-1.20)	1.09(0.85-1.39)	1.04(0.82-1.32)	1.05(0.89-1.24)

A<sup>1</sup>:Accessibility, A<sup>2</sup>:Accommodation, A<sup>3</sup>:Affordability

#### IV. 고찰

본 연구는 2012년 지역사회건강조사 원시자료를 이용하여 노인들의 미충족 의료경험의 유형을 파악하고, 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 시행하였다. 연구의 결과, 노인들의 미충족 의료경험은 전체의 9.5%이었고, 이 중 미충족 의료 경험 유형별 구성을 살펴보면, 물리적 접근성의 제한에 의한 경우 26.3%, 편의성 제한의 경우 23.0%, 지불능력의 제한에 의한 경우가 50.7%였다. 만 19세 이상 성인을 대상으로 한 연구의 미충족 의료 경험은 17.1%였고, 미충족 의료 경험 유형별로는 물리적 접근성의 제한에 의한 경우 6.9%, 편의성의 제한이 34.1%, 지불능력의 제한에 의한 경우 49.9%였고[11], 65세 이상 노인을 대상으로 한 연구의 미충족 의료 경험은 22.3%였고, 미충족 의료 경험 유형별로는 물리적 접근성의 제한에 의한 경우 9.8%, 편의성의 제한 10.7%, 지불능력의 제한에 의한 경우 73.3%였다[5]. 본 연구의 미충족 의료 경험은 선행 연구에 비해 낮았고, 그 이유는 증상이 가벼워서와 기타 부분을 제외하여 분석하였기 때문인 것으로 생각된다. 그럼에도 불구하고 2012년 지역사회 건강조사에서 보고된 미충족 의료 경험률은 12.0%로[20], 증상이 가벼워서 등을 포함한 경우보다도 낮았다. 이는 의료기관의 증가와 2008년 노인 장기요양보험 제도를 시행하면서 요양병원과 노인복지시설이 증가하여 미충족 의료 경험이 감소한 것으로 생각되는데, 의료기관은 2005년 45,566개에서 2012년 59,519개로 매년 4.8% 증가하였고, 요양병원은 2008년 690개에서 2014년 1,474개로 매년 10.6% 증가하였으며, 노인복지시설은 2009년 66,854개소에서 2013년 72,860개소로 매년 5.4% 증가하였다[1].

본 연구에서 미충족 의료 경험 유형별로는 지불능력의 제한에 의한 경우가 높았는데, 이러한 결과는 경제적인 부분의 제한이 높았다는 선행연구와

유사하였다[5][11][16]. 하지만 물리적 접근성의 제한과 편의성의 제한은 선행연구보다 상대적으로 높게 나타나서 이 부분을 최소화하기 위한 세부적인 이유나 해결방안에 대한 것이 필요할 것으로 생각되고, 추후 연구에서 검토해볼 필요가 있다고 생각된다.

미충족 의료 경험과 관련된 요인을 살펴보면, 본 연구에서 소인성 요인 중 여성의 미충족 의료 경험은 높았고, 이는 선행연구의 결과와 일치하였다[11][16]. 유형별로는 물리적 접근성의 제한과 편의성의 제한인 경우에 여성의 미충족 의료 경험이 높았지만, 지불능력 제한의 경우에는 유의한 차이를 보이지 않았지만, 2008년부터 2012년까지 지역사회건강조사의 자료를 이용한 연구에서는 남성이 경제적인 이유로 인한 미충족 의료 경험이 높게 나타나는 결과도 있어[16], 본 연구와는 다른 결과를 제시하였다. 여성의 경우 교통의 불편함으로 의료 이용이 힘들다는 연구[21]의 결과도 있어 여성 노인들의 경우 물리적인 접근과 편의성이 남자보다 더 많은 제한을 받을 수 있다고 생각된다.

배우자는 무배우자의 미충족 의료 경험이 높았고, 이는 선행연구의 결과와 일치하였다[4][5]. 유형별로는 지불능력의 제한에 의한 경우에 무배우자의 미충족 의료 경험이 높았는데, 이는 배우자가 없는 노인의 경우 경제적인 제한으로 인한 의료이용을 포기할 경험이 증가할 수 있다고 볼 수 있고 가족들의 지속적인 관심이 노인의 미충족 의료 경험을 감소시킬 수 있다고 생각된다.

교육수준은 저학력일수록 미충족 의료 경험이 높았고, 이는 선행연구의 결과와 일치하였으며[5][16], 유형별로는 지불능력 제한의 경우 저학력의 미충족 의료 경험이 높게 나타났고, 이는 학력이 낮을수록 경제적 여유가 부족해져 미충족 의료 발생될 수 있고[16], 본 연구에서 물리적 접근성의 제한에 의한 경우 저학력의 미충족 의료 경험이 높게 나타났는데, 이는 노인의 경우 교육수준이 낮을수록 일

상생활의 수행능력 수준이 낮아져[22], 의료기관을 이용하기 위한 교통수단의 제한이 발생할 수 있다고 생각된다. 가능성 요인 중 거주 지역은 농촌의 미충족 의료경험이 높았고, 이는 도시지역의 미충족 의료경험이 높았고 보고한 결과와 상이하였다[5][16] 그러나 유형별 분석에서 지불능력의 제한에 의한 경우는 도시의 미충족 의료경험 높았고, 이는 선행연구와 일치하였다[5]. 그리고 본 연구에서 물리적 접근성과 편의성의 제한에 의한 미충족 의료경험은 농촌이 높게 나타났다. 농촌의 경우 열악한 보건의료와 물리적 환경으로 인해 의료이용에 있어 상대적으로 제한을 받고 있으며[23], 교통시간의 편리성에 대한 제한으로 인해 발생할 것으로 생각된다.

월 평균가구 소득이 낮은 경우에서 미충족 의료경험은 유의하게 높았으며, 이는 선행연구 결과와 유사하였다[5][11][16]. 유형별 분석결과, 지불능력과 물리적 접근성에 의한 미충족 의료경험은 저소득인 경우에 유의하게 높았다. 이는 건강보험이나 의료급여제도를 통해 의료이용에 대한 접근성 확보를 위해 노력하고 있으나, 본인 부담률 등에 대한 지불능력의 제한에 의해 미충족 의료경험이 발생할 수 있을 것으로 생각된다[8]. 더불어 경제적 수준이 교통수단의 활용과도 연관되어 나타나는 결과로 여겨진다.

민간보험가입은 의료비 부담을 완화시키기 위한 대안으로 가입되고 있으며[16], 본 연구에서는 미가입자의 미충족 의료경험이 높았고, 이는 선행연구의 결과와 일치하였다[5][16]. 유형별로는 지불능력의 제한에 의한 것과 물리적 접근성에 의한 미충족 의료경험에서 민간의료보험이 미가입인 경우가 유의하게 높았으나, 편의성 제한에 의한 경우는 오히려 민간의료보험 가입자가 더 높았다. 민간의료보험 가입이라는 의료이용에 대한 접근성의 확보가 편의성에 의한 미충족 의료 경험과 관련이 있는 이유에 대해 추가적인 검토가 필요할 것으로

생각된다.

본 연구에서는 경제활동의 미충족 의료경험은 높았으나, 제4기 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구결과와는 상이하였다[24]. 이는 선행연구의 경우 만 19세 이상의 성인을 대상으로 하였고, 본 연구에서는 노인을 대상으로 시행하여 연구대상자에 의한 차이가 있을 것으로 생각된다. 연구 결과에서 유형별로는 편의성의 제한에 의한 미충족 의료경험이 높았다. 이는 경제활동으로 인한 시간의 제약이 의료이용을 제한 할 수 있을 것으로 생각되고, 이런 이유에서 편의성의 제한은 미충족 의료경험에 관련 있을 것으로 여겨진다.

필요 요인 중 주관적 건강수준이 나쁠수록, 스트레스인지 수준과 우울감이 증가할수록 미충족 의료경험이 높고, 이는 선행연구의 결과와 일치하였다[5][13]. 유형별로는 물리적 접근성, 편의성, 지불능력의 제한에 의한 미충족 의료경험 모두에서 유사하였다.

만성질환수가 많을수록 미충족 의료경험이 높았고, 이는 선행연구의 결과와 일치하였다[5][11]. 유형별로는 물리적 접근성, 편의성, 지불능력의 제한에 의한 미충족 의료경험 모두에서 유사하였다. 노인에 있어 만성질환 수의 증가는 의료서비스에 대한 수요를 증가시키고[21], 이로 인해 미충족 의료경험이 상대적으로 증가하는 것으로 생각된다.

이와 같은 맥락에서 침상와병 경험이 있는 경우 미충족 의료경험에 높았고, 유형별로는 물리적 접근성, 편의성, 지불능력의 제한이 침상와병 경험이 있는 경우에 미충족 의료경험이 높았다.

흡연상태는 현재 흡연자들의 미충족 의료경험은 유의한 차이를 보이지 않았고, 지불능력의 제한에 의한 현재 흡연자의 미충족 의료경험이 높게 나타났다. 음주상태는 미충족 의료경험이 높았고, 유형별로 편의성의 제한에 의한 경우 현재 음주자의 미충족 의료경험이 높았고, 지불능력의 제한에 의한 미충족 의료경험은 과거음주자의 경우 미충족 의

료 경험이 높았다. 그리고 본 연구에서 신체활동은 미충족 의료경험과 유의하지는 않았지만, 흡연과 음주상태 그리고 신체활동과 같은 건강한 생활습관은 건강상태가 양호할수록 미충족 의료경험에 대한 필요성을 느끼게 되는 경우가 적을 수 있으며, 반대로 불량한 건강습관을 가지고 있는 경우에는 모든 유형별 미충족 의료경험에서 관련이 있을 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점으로는 단면연구로서 각 요인들이 미충족 의료경험에 영향을 주는 것인지, 미충족 의료경험이 각 요인에 영향을 주는 것인지에 대한 선후관계가 불명확하다. 그럼에도 불구하고 지역사회 건강조사는 우리나라 전 지역에서 시행된 자료를 이용하여, 특정 사유에 의한 미충족 의료경험이 아닌 유형별로 나누어 각각의 관련요인을 제시하고자 한 점에 의의가 있다.

## V. 결론

본 연구의 결과 미충족 의료경험은 전체의 4,460(9.5%)명이었고, 미충족 의료의 유형별로는 물리적 접근성 1,171(2.5%)명, 편의성 1,026(2.2%)명, 지불능력 2,263(4.8%)명이었다.

본 연구에서 노인의 유형별 미충족 의료경험 관련요인을 파악한 결과, 여자, 배우자가 없는 경우, 저학력, 농촌지역, 저소득, 흡연, 음주, 신체활동 등에 대한 건강한 생활습관을 실천하지 못한 경우, 좋지 않은 건강상태와 질병이 있는 경우에 미충족 의료경험 가능성이 높았고, 3가지로 분류한 유형별 미충족 의료경험도 일치하는 관련성이 있었다. 그러나 편의성에 의한 미충족 의료경험은 젊은 노인, 민간보험이 있거나 경제활동을 하는 경우에 미충족 의료경험이 더 높았고, 거주 지역의 경우 도시가 농촌에 비해 지불능력의 제한에 의한 미충족 의료경험이 높아 미충족 의료경험의 유형별 관련요인은 차이가 있음을 알 수 있었다. 이러한 결과

에 근거했을 때, 노인의 미충족 의료경험은 경제적 인 부분의 제한에 의한 단일 부분만 보는 것이 아니라 유형별로 나누어 파악할 필요가 있으며, 특히 편의성의 제한에 의한 미충족 의료경험을 다양한 유형으로 살펴볼 필요가 있고, 가능성 요인과의 관련성에 대해서는 추가적인 고려가 필요할 것으로 생각된다.

또한, 노인들의 미충족 의료경험을 줄이기 위한 방안으로 노인정책의 제한된 대상자들을 단계별 상향조정을 하여 노인들에게 의료서비스제공의 기회를 확대하고, 의료기관과 관련된 정책을 강화하여 의료기관에서 제공되는 진료예약시스템의 운영, 진료대기시간의 단축, 진료운영시간안내 등의 의료서비스를 개선하는 방안이 마련되어야 할 것이다.

## REFERENCES

1. [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=348565&pageNo=11&rowNum=10&navCount=10&currPg=&Target=title&Txt=2015](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=348565&pageNo=11&rowNum=10&navCount=10&currPg=&Target=title&Txt=2015)
2. S.R. Do(2009), Medical utilizations of the aged: Issues and policy tacks, health and welfare policy forum, Vol.157;66-79.
3. S.S. Moon, M.G. Choi(2013), Public health administration, Bomungak, pp.428-440.
4. K.S. Song, J.H. Lee, K.H. Rhim(2011), Factors associated with unmet needs for health care, Korean Public Health Research, Vol.37(1);131-140.
5. J.G. Kim(2008), Factors affecting the choice of medical care use by the elderly person, Journal of Welfare for the Aged, Vol.39;273-302.
6. J. Bradshaw(1972), The concept of social need, New society, Vol.496;640-643.
7. A. Donabedian(1973), Aspects of medical care administration: Specifying requiremnts, MA: Harvard University Press, pp.1-649.

8. B.D. Hwang, R. Choi(2015), The prevalence and association factors of unmet medical needs by Age group in the elderly, *The Korean Journal Health Service Management*, Vol.9(1);81-93.
9. B.R. Lee(2007), A study on the factors affecting to medical service utilization of the aged, Catholic University, p.22.
10. R. Pencchansky, J.W. Thomas(1981), The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, *Medical Care*, Vol.19(2);127-140.
11. S.N. Huh, M.G. Kim, S.H. Lee, S.J. Kim(2009), Policy options to tackle unmet health needs, *KIHASA*, pp.1-121.
12. Y.J. Shin, J.I. Son(2009), The prevalence and association factors of unmet medical needs: Using 1st and 2nd Korea welfare panel data, *Health and Social Welfare Review*, Vol.29(1);111-142.
13. B.W. Lee(2014), The study on regional variation of unmet needs for health care in Korea, Konyang University, pp.1-98.
14. S.S. Cho, T.K. Lee, Y.W. Bang, C.J. Kim, H.J. Im, Y.J. Kwon, Y. Cho, D.Y. Park, Y.S. Ju(2010), Factors associated with unmet needs for medical care among island inhabitants in Korea, *J Agr Med Commun Health*, Vol.35(2);151-164.
15. S.H. Kim, C.Y. Lee(2013), Analysis of factors affecting unmet health care needs of married immigrant women, *J Korean Nurs*, Vol.43(6);770-780.
16. J.E. Lee, T.H. Kim(2014), Association of supplementary private health insurance with unmet health care needs, *Journal of Health Informatics and Statistics*, Vol.39(1);91-104.
17. Y.H. Jung(2012), Limited activities and unmet medical care on the Korean health panel, Korea Institute for Health and Social Affairs, Vol.120(1);1-8
18. D.Y. Lee, J.D. Park(2011), A study on the factors for elderly living alone at home to determine their participation in a health promotion activity program: with the application of Anderson Model, *Social Welfare Policy*, Vol.38(4);1-23.
19. R. Anderson(1968), A behavioral model of families' use of health service, *Center for Health Administration Studies*, University of Chicago, pp.1-111.
20. Korea Centers for Disease Control and Prevention(2012), *Community Health Survey*, pp.1-98.
21. H.S. Jeon, S.K. Kahng(2012), Age differences in the predictors of medical service use between young-old and-old: Implications for medical service in aging society, *Health and Social Welfare Review*, Vol.32(1);28-57.
22. O.M. Baek(2011), Factors associated with functional health outcomes in community-dwelling older adults: Applying Anderson's revised model, *Journal of Community Welfare*, Vol.9(1);1-27.
23. H.C. Shin, J.Y. Kang, W.S. Park, S.A. Kim(2009), Health status and medical utilization of women in rural area, *J Agri Med & Community Health*, Vol.34(1);67-75.
24. J.H. Kim(2011), A study of factors in unmet medical needs and equity, Yonsei University, pp.1-54.