

노인 의료급여 수급권자의 지역별 사례관리 효과에 관한 연구

- 대도시, 중소도시, 농촌 지역을 중심으로 -

조정현* · 김순옥** · 송명경*** · 임은실****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

의료급여 제도는 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 사회보장제도로 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민들에게 질병, 부상, 출산 등에 대한 의료급여를 제공함으로써 저소득층에 대한 의료안전망으로 평가받고 있다(Ministry of Health & Welfare [MOHW], 2010). 의료급여 수급권자는 저소득층으로 교육수준이 낮고 고령자 및 여성 비율이 높으며(National Health Insurance Corporation [NHIC], 2011; Shin et al., 2008). 건강보험 적용자에 비해 중증·복합질환자의 비율이 높다(Shin, Choi, Shin, Hwang, & Yoon, 2005). 또한 자신의 질환에 대한 이해와 건강관리 능력이 저하되어 있어 만성질환 유병기간이 길고 합병증 발생률이 높다고 보고되고 있다(Kim et al., 2007). 그 중에서도 노인 의료급여 수급권자의 경우 대부분 2~3개의 만성질환을 보유하고

있으며(Kim et al., 2007; Lee, 2012), 질환 치료 및 관리방법에 대한 이해의 부족과 의료이용에 대한 정보의 취약성으로 동일한 질환으로 여러 병원을 순회하거나 약물오남용으로 건강상태가 악화되는 경우가 많다(Lee, 2006). 전체 의료급여비 중에서 노인진료비가 차지하는 비율은 41.5%로 높게 나타났으며(NHIC, 2011), 2010년 의료급여 수급권자의 의료이용을 분석한 결과 연간 입원횟수는 80세 이상이 4.2회로 가장 높았고, 연간 외래 수진율은 70~74세의 연령층이 연 48.1회로 높아 노인 수급권자의 의료이용이 다른 연령층에 비해 높게 나타났다(NHIC, 2011). 따라서 이들 노인 수급권자의 경우 질환관리를 위한 밀착상담 및 합리적 의료이용을 위한 의사결정에 전문가의 도움이 필요하며, 건강관리 및 의료이용에 대한 체계적인 관리가 필요한 실정이다.

이에 보건복지부는 보장성 강화 및 수급권자 관리의 일환으로 2003년부터 의료급여 사례관리 제도를 도입하여 시행해 왔으며, 건강 관련 정보제공 및 상담, 지역사회 자원연계 등을 통하여 수급권자의 건강관리 능

* 고려대학교 간호대학 박사과정

** 경북대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: kso6210@nate.com)

*** 한양대학교 간호학과 박사과정

**** 대구보건대학교 간호학과 전임강사

투고일: 2012년 6월 20일 심사회의일: 2012년 7월 1일 게재확정일: 2012년 7월 10일

• Address reprint requests to: Kim, Soon Ock

Department of Nursing, Kyungbuk Univeristy

131, Sinpyeong-ri, Sinbuk-myeon Pocheon-si, Gyeonggi-do, 487-717, Korea

Tel: +82-31-539-5354 Fax: +82-31-539-5378 E-mail: kso6210@nate.com

력을 향상시키고 동시에 질병상태에 따른 합리적 의료 이용 유도로 삶의 질 향상 및 의료급여 재정 안정화에 기여하고 있다(MOH, 2010). 현재까지 10여 년간 시행해 온 의료급여 사례관리 사업은 재정 안정화 측면에서 의료급여일수 및 총진료비가 감소한 것으로 나타났다(Oh, Choi, & Ji, 2009; Rhee, 2006; Shin et al., 2008; Shin, Shin, & Hwang, 2007; Shin, Shin, Hwang, & Rho, 2006) 수급권자의 자가 건강관리능력과 삶의 질이 향상된 것으로 나타나(Ahn, Kim, & Ko, 2010-a; Lee, Oh, & Choi, 2010) 그 효과성이 입증되었다. 그러나 현재 의료급여 사례관리 사업은 보건복지부의 지침에 의해 일괄적인 중재가 이루어지고 있으며, 효과연구 또한 전체적인 효과를 살펴본 연구가 대부분이었다. 이에 Ahn 등(2010-b)은 일괄적인 기준보다는 대상자의 개별 특성에 맞는 방법으로 접근하는 것이 효과적이라 하였고, Kim 등(2010)은 지역에 따른 대상자 특성과 지리적, 문화적 특성, 자원 분포 등의 환경적 특성에 맞는 사례관리 운영체계 구축의 필요성을 제안하였다. 즉, 의료급여 사례관리를 효율적으로 수행하기 위해서는 일괄적인 기준 및 운영체계 보다는 대상자의 개별 특성, 지역별 인구분포 및 자원, 환경적 특성에 맞는 지역 유형별 사례관리 운영체계를 구축하는 것이 효과적이라고 할 수 있다.

지역적 특성에 따른 의료급여 사례관리 및 의료이용 관련 연구를 살펴보면, 군단위 지역이 다른 지역에 비해 상대적으로 건강 요구가 높은 것으로 나타나 지역에 따라 사례관리 요구도에 차이가 있음을 보여주었으며(Ahn et al., 2011), Lee (2007)의 연구에서는 1종 의료급여 수급권자의 1인당 진료일수는 농촌 지역이 높고 1인당 진료비는 도시지역이 높은 것으로 나타났다. 또한 1종 의료급여 수급권자의 1인당 진료일수는 농어촌 지역이 높았으며 1인당 진료비는 도시지역이 높은 것으로 나타났다. 이처럼 의료자원, 접근성 등의 의료 공급 측면에 따라 의료이용 행태가 다르기 때문에 의료급여 사례관리를 효율적으로 수행하기 위해서는 일괄적인 기준보다는 대상자의 개별 특성, 지역별 인구분포 및 자원, 환경적 특성에 맞는 지역 유형별 사례관리 모형 구축이 필요하다.

지금까지 지역 유형에 따라 의료이용 및 의료자원

분포에 차이가 있다는 선행연구는 수행되었으나(Joo, Kim, Lee, & Min, 1996; Lee, 2005) 의료급여 수급권자를 대상으로 지역유형별 의료급여 사례관리 효과를 살펴본 연구는 전무한 실정이다. 따라서 본 연구에서는 지역별 특성을 대도시, 중소도시, 농촌 지역으로 구분하고, 지역별 특성에 따른 65세 이상 노인 의료급여 수급권자의 사례관리 요구도 차이 및 사례관리 효과 차이를 비교해 보고자 한다. 이를 통해 지역별 노인 의료급여 수급권자의 사례관리 요구를 보다 더 잘 이해하고, 지역 특성을 고려하여 사례관리의 효과성 및 효율성을 증진시키기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 노인 의료급여 수급권자 중 의료급여 사례관리 고위험군을 대상으로 지역 유형별 사례관리 요구도 및 효과의 차이를 비교하고자 하는 것으로, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 의료급여 사례관리 노인 고위험군의 지역 유형에 따른 인구사회학적 특성을 파악한다.
- 2) 의료급여 사례관리 노인 고위험군의 지역 유형에 따른 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축 영역의 요구도 차이를 파악한다.
- 3) 의료급여 사례관리 노인 고위험군의 지역 유형에 따른 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축 영역의 효과 차이를 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 의료급여 사례관리 대상자 중 고위험군 노인을 대상으로 지역 유형에 따른 사례관리 요구도 및 사례관리 효과 차이를 파악하기 위한 유사실험 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 2010년 의료급여 사례관리를 받은 고위험군 노인을 대상으로 하였다. 고위험군 대상자는 2009년 1년간 의료급여 일수가 1000일 이상으로 총 진료비, 투약일수, 이용기관수, 투약중복일수, 입원일수 등을 기준으로 선정하며, 의료쇼핑, 비합리적 의료기관 선택, 약물과다, 중복처방이 의심되는 대상자이다(MOHW, 2010). 지역별 구분은 특별시·광역시에 속한 대상자는 대도시로, 시·도 단위는 중소도시로, 군 지역은 농촌으로 하였다. 전국 232개 시·군·구에서 시행된 65세 이상 고위험 노인 의료급여 사례관리 대상 전수를 대상으로 하였으며, 최종 분석 대상자는 대도시 9,080명, 중소도시 7,572명, 농촌 지역 6,981명으로 총 23,633명이었다.

본 연구의 자료는 보건복지부·의료급여사례관리사업지원단의 2010년 의료급여 사례관리 자료로 의료급여사례관리사업 지원단에 협조를 의뢰하여 개인 확인이 불가능한 고유 식별코드로 입력된 자료로 제공 받았다. 사례관리 자료는 전국 의료급여관리사가 사례관리 전·후 실시한 사례관리 요구도 자료이다(MOHW, 2010).

3. 의료급여 사례관리

의료급여 사례관리는 보건복지부 지침(MOHW, 2010)에 의거하여 대상자 요구를 기반으로 중재를 제공하였다. 사례관리 내용은 의료급여제도 안내, 과다이용자에 대한 합리적 의료이용 유도, 보건복지 서비스 자원 연계 및 의뢰, 질병에 관한 정보제공, 상담 및 지지 등으로 제공되며, 고위험군의 경우 사례관리 기간은 3개월이며, 4회 이상의 전화와 2회 이상의 직접 방문으로 제공된다. 사례관리 목표는 사례관리 요구도 사정 4개 영역 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적인 의료이용, 지지체계 구축 요구도 진단에 따른 목표별 지식, 생각, 태도, 행동의 변화를 가져오기 위한 활동을 수행한다.

4. 연구 도구

본 연구에서는 보건복지부 「2010년도 의료급여사업안내」 지침에 의거한 사례관리 요구도 측정도구를

활용하였다. 이 도구는 Kim, Ahn, Ko, Lee와 Ko (2008)가 문헌고찰과 의료급여 사례관리사업의 개념들을 기반으로 개발한 것으로, 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축의 네 영역으로 구분되며 총 19문항으로 이루어져 있다. 각 영역별로 살펴보면 다음과 같다.

1) 건강 삶의 질

건강 삶의 질 영역의 측정도구는 건강상태, 일상수행능력, 통증, 우울, 건강관심도, 주거환경의 총 6문항으로 구성된 5점 Likert 척도로서, 전체 6~30점의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 건강 삶의 질이 높음을 의미하며, 본 연구에서 신뢰도 검정결과는 Cronbach's $\alpha = .726$ 이었다.

2) 자가 건강관리 능력

자가 건강관리 능력 영역의 측정도구는 질병지식 및 제도이해 2문항, 치료순응도 및 건강행위 4문항의 총 6문항으로 구성된 5점 Likert 척도로서, 전체 6~30점의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 자가 건강관리 능력이 높음을 의미하며, 본 연구에서 신뢰도 검정결과는 Cronbach's $\alpha = .874$ 이었다.

3) 합리적 의료이용

합리적 의료이용 영역의 측정도구는 전반적 의료이용의 적정성을 묻는 1문항은 10점 척도로, 의료쇼핑, 이용기관 전문수준, 이용기관 수, 중복처방 정도를 묻는 4문항은 5점 척도로 구성되었으며 전체 5~30점의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 합리적으로 의료이용을 하는 것을 의미한다. 본 연구에서 신뢰도 검정결과는 Cronbach's $\alpha = .780$ 이었다.

4) 지지체계 구축

지지체계 구축 영역의 측정도구는 사회적 고립도와 자원연계 정도를 묻는 2개 문항으로 5점 척도로 구성되어 있으며 전체 2~10점의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 지지체계 정도가 높은 것을 의미하며, 본 연구에서 신뢰도 검정결과는 Cronbach's $\alpha = .689$ 이었다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/win 15.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성은 빈도와 백분율로 산출하였으며, 지역별 대상자의 인구사회학적 특성 차이는 χ^2 -test로 분석하였다.
- 2) 대상자의 사례관리 요구도 영역별 사전·사후 점수 및 사전-사후 점수 차이는 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 3) 지역별 특성에 따른 대상자의 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축 영역의 요구도 및 의료급여 사례관리 효과 차이는 ANOVA를 실시하였고, 사후검정은 Scheffe test를 이용하였다.

대상자의 인구사회학적 특성으로 성별은 여자(73.2%)가 남자(26.3%)보다 많았으며, 연령 집단은 65-74세 54.1%, 75-84세 40.9%, 85세 이상 4.9% 순이었다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하(94.7%)가 대부분이었으며, 직업이 없는 경우가 85.2%, 결혼상태는 사별한 경우가 91.2%였고, 동거가족이 없는 경우가 90.3%였다.

지역별 인구사회학적 차이는 교육수준($p=.046$)만 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 초등학교 졸업 이하가 대도시 94.1%, 중소도시 95.0%, 농촌 95.1%로 농촌지역으로 갈수록 그 비율이 높아지는 것으로 나타났다(Table 1).

2. 지역별 사례관리 요구도 점수 차이

지역별 사례관리 요구도 4개 영역을 분석한 결과 건강 삶의 질($F=24.50, p<.001$), 자가 건강관리 능력($F=67.11, p<.001$), 합리적 의료이용($F=82.44, p<.001$), 지지체계 구축($F=47.59, p<.001$) 모두 통계

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

Table 1. Socio-demographic Characteristics of Participants According to Geographic Location
N=23,633

Characteristics	Total (N=23,663)		Urban (n=9,080)		Micropolitan (n=7,572)		Rural (n=6,981)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Gender									3.90	.142
Male	6,340	26.8	2,495	27.5	1,978	26.1	1,867	26.7		
Female	17,293	73.2	6,585	72.5	5,594	73.9	5,114	73.3		
Age (Years)									3.61	.153
65 - 74	12,797	54.1	4,993	55.0	4,052	53.5	3,752	53.7		
75 - 84	9,673	40.9	3,693	40.7	3,098	40.9	2,882	41.3		
≥85	1,163	4.9	394	4.3	422	5.6	347	5.0		
Education									9.72	.046
≤ Elementary school	22,385	94.7	8,552	94.2	7,193	95.0	6,640	95.1		
Middle school	659	2.8	271	3.0	200	2.6	188	2.7		
≥ High school	589	2.5	257	2.8	179	2.4	153	2.2		
Job									5.62	.101
No	20,133	85.2	7,716	85.0	6,513	86.0	5,904	84.6		
Yes	3,500	14.8	1,364	15.0	1,059	14.0	1,077	15.40		
Marital status									9.96	.127
Single	203	0.9	78	0.9	66	0.9	59	0.8		
Married	1,267	5.4	502	5.5	438	5.8	327	4.7		
Divorced	603	2.6	230	2.5	199	2.6	174	2.5		
Widow	21,560	91.2	8,270	91.1	6,869	90.7	6,421	92.0		
Cohabit family									8.15	.075
No	21,342	90.3	8,187	90.2	6,866	90.7	6,289	90.1		
Yes	2,291	9.7	893	9.8	706	9.3	692	9.9		

적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 2).

건강 삶의 질 점수는 농촌이 도시보다, 중소도시가 농촌보다 유의하게 높았으며, 건강 삶의 질의 하위 영역을 살펴보면, 통증 외에 건강상태, 일상생활활동, 우울, 건강 관심도, 주거환경 모든 영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p < .001$). 건강상태, 건강 관심도, 일상생활활동은 중소도시가 도시, 농촌보다, 우울은 농촌이 도시보다, 주거환경은 도시, 중소도시가 농촌보다 유의하게 높았다.

자가 건강관리 능력은 농촌이 도시, 중소도시 보다 유의하게 낮았고, 하위 영역을 살펴보면, 질병상태 인

식, 의료급여 제도이해, 신체증상관리·상태조절, 약물 복용, 생활습관관리, 위생 및 예방 모든 영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p < .001$). 질병상태 인식, 의료급여 제도이해, 신체증상관리·상태조절은 농촌이 도시, 중소도시 보다 유의하게 낮았고, 신체증상관리·상태조절은 중소도시가 도시보다 높았다. 약물 복용, 생활습관관리, 위생 및 예방은 중소도시가 도시, 농촌보다 유의하게 높았다.

합리적 의료이용은 농촌이 도시, 중소도시보다 유의하게 높았고, 중소도시가 도시보다 높았다. 하위 영역을 살펴보면, 전반적 의료이용의 적정성, 의료쇼핑, 의

Table 2. Case Management Needs According to Geographic Location N=23,633

Characteristics	Total	Urban ^a (n=9,080)	Micropolitan ^b (n=7,572)	Rural ^c (n=6,981)	F	p	Post hoc
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD			
Health Quality of Life	17.4±2.9	17.4±2.94	17.6±2.83	17.2±2.95	24.50	<.001	a)c, b)c
Health status	2.3±0.6	2.3±0.60	2.4±0.59	2.3±0.58	42.50	<.001	b)a,c
Activity of daily living	3.1±0.8	3.2±0.79	3.1±0.74	3.2±0.76	56.66	<.001	b)a,c
Pain	2.6±0.7	2.6±0.70	2.7±0.69	2.6±0.73	2.03	0.131	
Depression	2.7±0.6	2.7±0.61	2.7±0.63	2.7±0.63	5.64	0.004	c)a
Health concern	3.1±0.7	3.1±0.69	3.2±0.67	3.0±0.70	57.37	<.001	b)a,c
Environmental health	3.4±1.8	3.5±1.79	3.5±1.67	3.2±1.81	65.55	<.001	c)a,b
Self-care competency	16.4±3.2	16.3±3.14	16.7±3.16	16.2±3.28	67.11	<.001	c)a,b
Understanding disease status	2.7±0.7	2.7±0.69	2.7±0.71	2.7±0.72	26.54	<.001	c)a,b
Understanding medicaid system	2.3±0.7	2.3±0.71	2.3±0.74	2.3±0.71	19.97	<.001	c)a,b
Sign & symptom management	2.8±0.7	2.8±0.68	2.9±0.66	2.7±0.68	77.52	<.001	c)a,b b)a
Medication	3.1±0.8	3.1±0.80	3.2±0.81	3.1±0.86	51.87	<.001	b)a,c
Lifestyle management	2.8±0.8	2.8±0.76	2.9±0.74	2.7±0.80	70.37	<.001	b)a,c
Hygiene and prevention	2.7±1.0	2.7±0.94	2.7±1.00	2.7±0.95	10.56	<.001	b)a,c
Medical Care Utilization	15.2±3.4	14.8±3.25	15.3±3.37	15.5±3.64	82.44	<.001	c)a,b b)a
General proper use of medical care	4.5±1.5	4.3±1.37	4.5±1.45	4.6±1.56	75.87	<.001	c)a,b b)a
Medical care shopping	2.5±0.8	2.5±0.76	2.6±0.80	2.6±0.82	71.89	<.001	c)a,b b)a
Level of service used by clients	2.9±0.7	2.8±0.66	3.0±0.70	2.9±0.64	99.22	<.001	b)a,c
Numbers of medical institution used by clients	2.5±0.8	2.5±0.77	2.5±0.79	2.6±0.82	16.49	<.001	c)a,b b)a
Level of prescription duplication	2.7±0.8	2.7±0.78	2.7±0.81	2.8±0.83	16.86	<.001	c)a,b
Support System	5.7±1.9	5.6±1.82	5.7±1.85	5.9±1.94	47.59	<.001	c)a,b
Social isolation	2.8±1.4	2.6±1.41	2.8±1.42	3.0±1.46	112.52	<.001	c)a,b, b)a
Resource network	2.9±0.9	2.9±0.81	2.9±0.87	2.9±0.92	8.04	<.001	c)a,b

Post hoc : Scheffé's test

료이용 기관 수, 의료이용기관 전문수준, 약물 중복처방 모든 영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p<.001$). 전반적 의료이용의 적정성, 의료소평, 의료이용 기관 수는 농촌이 도시, 중소도시보다 유의하게 높았고, 중소도시가 도시보다 높았다. 의료이용기관 전문수준은 중소도시가 도시, 농촌보다 높았고, 중복처방 정도는 농촌이 도시, 중소도시보다 높았다.

지지체계 구축은 농촌이 도시, 중소도시보다 유의하게 높았고, 하위 영역을 살펴보면, 사회적 고립도, 자원연계 모든 영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p<.001$). 사회적 고립도 영역에서는 농촌이 도시, 중소도시보다 유의하게 고립정도가 낮았고, 중소도시가 도시보다 낮았다. 자원연계는 농촌이 도시, 중소도시보다 유의하게 낮았다.

3. 지역별 의료급여 사례관리 사전·사후 효과 차이 비교

의료급여 사례관리 사전·사후 점수 차이는 건강 삶의 질($F=74.47$, $p<.001$), 자가 건강관리 능력

($F=132.35$, $p<.001$), 합리적 의료이용($F=33.78$, $p<.001$), 지지체계($F=11.08$, $p<.001$) 4개 영역 모두 통계적으로 유의한 효과 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 3, 4, 5, 6).

1) 건강 삶의 질

지역별 사례관리 효과 차이의 경우 건강 삶의 질 영역은 도시가 중소도시, 농촌 보다 통계적으로 유의하게 큰 것으로 나타났다. 지역별 사례관리 효과 차이를 건강 삶의 질 하위영역으로 살펴보면 건강 상태($F=66.06$, $p<.001$), 통증($F=3.16$, $p=.042$), 건강관심도($F=36.58$, $p<.001$)는 지역별 차이가 유의하였다. 건강 상태는 도시가 중소도시, 농촌보다, 건강관심도는 대도시가 중소도시, 농촌에 비해 사례관리 효과가 큰 것으로 나타났으며, 일상생활활동, 우울, 주거환경 영역에서는 지역별 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 3).

2) 자가 건강관리 능력

지역별 사례관리 효과 차이의 경우 자가 건강관리 능력은 도시가 중소도시, 농촌 보다 통계적으로 유의하

Table 3. Comparison of Health Quality of Life Between Pre and Post Intervention According to Geographic Location N=23,633

Variables		Pre	Post	Difference	F	p	Post hoc
		M±SD	M±SD	M±SD			
Total	Urban ^a	17.4±2.94	19.1±3.10	1.7±2.95	74.47	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	17.6±2.83	19.0±2.81	1.4±2.29			
	Rural ^c	17.2±2.95	18.9±3.13	1.7±2.87			
Health status	Urban ^a	2.3±0.60	3.4±0.63	1.0±0.87	66.06	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	2.4±0.59	3.3±0.66	0.9±0.87			
	Rural ^c	2.3±0.58	3.3±0.70	0.9±0.92			
Activity of daily living	Urban ^a	3.2±0.79	3.3±0.85	0.1±0.79	1.95	.142	
	Micropolitan ^b	3.1±0.74	3.2±0.75	0.1±0.65			
	Rural ^c	3.2±0.76	3.4±0.79	0.2±0.72			
Pain	Urban ^a	2.6±0.70	3.0±0.77	0.4±0.79	3.16	.042	
	Micropolitan ^b	2.7±0.69	3.0±0.71	0.3±0.68			
	Rural ^c	2.6±0.73	3.0±0.73	0.4±0.74			
Depression	Urban ^a	2.7±0.61	3.0±0.75	0.3±0.79	2.86	.057	
	Micropolitan ^b	2.7±0.63	3.0±0.66	0.3±0.69			
	Rural ^c	2.7±0.63	3.1±0.66	0.3±0.74			
Health concern	Urban ^a	3.1±0.69	3.6±0.70	0.5±0.98	36.58	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	3.2±0.67	3.5±0.61	0.3±0.89			
	Rural ^c	3.0±0.70	3.4±0.66	0.4±0.97			
Environmental health	Urban ^a	3.5±1.79	3.8±1.56	0.2±1.13	1.92	.147	
	Micropolitan ^b	3.5±1.67	3.7±1.51	0.2±0.97			
	Rural ^c	3.2±1.81	3.5±1.63	0.2±1.17			

Post hoc : Scheffe's test

게 큰 것으로 나타났다. 지역별 사례관리 효과 차이를 자가 건강관리 능력 하위영역으로 살펴보면 자신의 질병상태에 대한 지각(F=74.47, $p<.001$), 의료급여제도 이해(F=46.55, $p<.001$), 신체 증상관리 및 상태 조절(F=124.55, $p<.001$), 약물복용(F=93.52, $p<.001$), 생활습관 관리(F=81.94, $p<.001$), 위생 및 예방(F=42.4, $p<.001$) 모든 영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 자신의 질병상태에 대한 지각, 신체 증상관리 및 상태 조절, 약물복용, 생활습관 관리는 도시가 중소도시, 농촌보다, 농촌이 중소도시보다 효과가 유의하게 컸다. 의료급여제도 이해, 위생 및 예방은 도시가 중소도시, 농촌보다 효과가 유의하게 컸다(Table 4).

3) 합리적 의료이용

지역별 사례관리 효과 차이의 경우 합리적 의료이용은 도시가 중소도시, 농촌 보다 통계적으로 유의하게 큰 것으로 나타났다. 지역별 사례관리 효과 차이를 합리적 의료이용 하위영역으로 살펴보면 의료이용의 적

정성(F=16.55, $p<.001$), 의료쇼핑(F=38.94, $p<.001$), 의료이용 기관 수(F=97.92, $p<.001$), 의료이용기관 전문수준(F=3.36, $p<.001$), 약물 중복처방(F=26.07, $p<.001$) 모든 영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전반적 의료이용의 적정성, 의료쇼핑, 의료이용기관 전문수준, 약물 중복처방은 도시가 중소도시, 농촌보다 사례관리 효과가 유의하게 컸다. 의료이용 기관 수 영역에서는 사례관리 효과가 중소도시가 농촌보다 유의하게 컸다(Table 5).

4) 지지체계 구축

지역별 사례관리 효과 차이의 경우 지지체계는 도시가 중소도시, 농촌보다 통계적으로 유의하게 큰 것으로 나타났다. 지역별 사례관리 효과 차이를 합리적 의료이용 하위영역으로 살펴보면, 자원연계 영역(F=23.60, $p<.001$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 대도시가 중소도시, 농촌보다 사례관리 효과가 유의하게 컸으나, 사회적 고립도는 지역유형에 따라 사례관리 효과에 차이가 없었다(Table 6).

Table 4. Comparison of Self-care Competency Between Pre and Post Intervention According to Geographic Location N=23,633

Variables		Pre	Post	Differences	F	p	Post hoc
		M±SD	M±SD	M±SD			
Total	Urban ^a	16.3±3.14	19.5±2.98	3.2±3.30	132.35	<.001	a>b,c b<c
	Micropolitan ^b	16.7±3.16	19.1±3.24	2.3±3.05			
	Rural ^c	16.2±3.28	19.0±3.43	2.8±3.76			
Understanding disease status	Urban ^a	2.7±0.69	3.2±0.60	0.5±0.70	74.47	<.001	a>b,c b<c
	Micropolitan ^b	2.7±0.71	3.1±0.64	0.3±0.66			
	Rural ^c	2.7±0.72	3.1±0.65	0.4±0.75			
Understanding medicaid system	Urban ^a	2.3±0.71	3.2±0.65	0.9±0.82	46.55	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	2.3±0.74	3.1±0.70	0.8±0.80			
	Rural ^c	2.3±0.71	3.1±0.69	0.8±0.84			
Sign & symptom management	Urban ^a	2.8±0.68	3.2±0.60	0.5±0.69	124.55	<.001	a>b,c b<c
	Micropolitan ^b	2.9±0.66	3.1±0.64	0.3±0.63			
	Rural ^c	2.7±0.68	3.1±0.67	0.4±0.73			
Medication	Urban ^a	3.1±0.80	3.5±0.70	0.4±0.73	93.52	<.001	a>b,c b<c
	Micropolitan ^b	3.2±0.81	3.5±0.75	0.3±0.68			
	Rural ^c	3.1±0.86	3.5±0.79	0.4±0.80			
Lifestyle management	Urban ^a	2.8±0.76	3.2±0.62	0.4±0.74	81.94	<.001	a>b,c, b<c
	Micropolitan ^b	2.9±0.74	3.1±0.67	0.3±0.69			
	Rural ^c	2.7±0.80	3.1±0.78	0.4±0.84			
Hygiene and prevention	Urban ^a	2.7±0.94	3.2±0.70	0.5±0.90	42.41	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	2.7±1.00	3.1±0.74	0.4±0.89			
	Rural ^c	2.7±0.95	3.1±0.82	0.4±0.97			

Post hoc : Scheffé's test

Table 5. Comparison of Medical Care Utilization Between Pre and Post Intervention According to Geographic Location
N=23,633

Variables		Pre	Post	Difference	F	p	Post hoc
		M±SD	M±SD	M±SD			
Total	Urban ^a	14.8±3.25	18.5±3.61	3.7±3.73	33.78	<.001	a>b,c b>c
	Micropolitan ^b	15.3±3.37	18.6±3.86	3.3±3.26			
	Rural ^c	15.5±3.64	18.7±3.92	3.2±3.91			
general proper use of medical care	Urban ^a	4.3±1.37	5.4±1.74	1.1±1.57	16.55	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	4.5±1.45	5.5±1.81	1.0±1.42			
	Rural ^c	4.6±1.56	5.6±1.86	1.0±1.60			
Medical care shopping	Urban ^a	2.5±0.76	3.2±0.72	0.7±0.83	38.94	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	2.6±0.80	3.2±0.79	0.7±0.79			
	Rural ^c	2.6±0.82	3.2±0.77	0.6±0.84			
Level of service used by clients	Urban ^a	2.8±0.66	3.3±0.63	0.4±0.71	97.92	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	3.0±0.70	3.3±0.69	0.3±0.61			
	Rural ^c	2.9±0.64	3.3±0.67	0.3±0.73			
Numbers of medical institution used by clients	Urban ^a	2.5±0.77	3.3±0.83	0.8±0.98	3.36	<.001	b>c
	Micropolitan ^b	2.5±0.79	3.4±0.75	0.8±0.90			
	Rural ^c	2.6±0.82	3.3±0.82	0.8±0.95			
Level of prescription duplication	Urban ^a	2.7±0.78	3.3±0.71	0.6±0.80	26.07	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	2.7±0.81	3.3±0.75	0.5±0.79			
	Rural ^c	2.8±0.83	3.3±0.75	0.5±0.81			

Post hoc : Scheffe's test

Table 6. Comparison of Support System Between Pre and Post Intervention according to Geographic Location
N=23,633

Variables		Pre	Post	Difference	F	p	Post hoc
		M±SD	M±SD	M±SD			
Total	Urban ^a	5.6±1.82	6.2±1.62	0.7±1.41	11.08	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	5.7±1.85	6.3±1.62	0.6±1.34			
	Rural ^c	5.9±1.94	6.4±1.79	0.6±1.46			
Social isolation	Urban ^a	2.6±1.41	3.1±1.34	0.4±1.16	1.75	.175	
	Micropolitan ^b	2.8±1.42	3.2±1.28	0.4±1.15			
	Rural ^c	3.0±1.46	3.4±1.35	0.4±1.11			
Resource network	Urban ^a	2.9±0.81	3.2±0.64	0.2±0.69	23.60	<.001	a>b,c
	Micropolitan ^b	2.9±0.87	3.1±0.74	0.2±0.66			
	Rural ^c	2.9±0.92	3.0±0.89	0.2±0.85			

Post hoc : Scheffe's test

IV. 논 의

본 연구는 의료급여 사례관리 대상자 중 노인 고위험군을 대상으로 지역별 사례관리 요구도 및 효과 차이를 비교하였으며, 이를 통해 지역별 특성을 고려한 사례관리 운영체계 구축을 위한 기초자료를 마련하고자 하였다.

본 연구의 대상자는 여성이 73.2%로 대부분을 차지하였고, 초등학교 졸업 이하 94.7%, 독거 90.3%로 나타나, 여성·저학력자·독거의 비율이 높은 의료급여

수급권자의 특성(Lee, 2006)을 보여주고 있다. 이는 의료급여 사례관리 대상자 전체를 연구대상으로 한 Ahn 등(2010-a), Lee 등(2010), Oh (2010)의 연구에 비해 여성, 저학력자, 독거 비율이 더 높게 나타났다. 본 연구의 대상자는 의료급여 수급권자 중 65세 이상 노인으로 대상을 한정하였기 때문인 것으로 사료된다. 이 결과는 노인 수급권자들의 건강관리 및 지지체계의 취약성을 더욱더 드러내 주고 있어 이에 대한 지원 및 중재가 필요함을 알 수 있다.

지역별 대상자 특성에서는 대도시에서 농촌 지역으

로 갈수록 초등학교 졸업 이하자의 비율이 높았는데 이는 Ahn 등(2010-b)의 연구에서도 농촌으로 갈수록 초등학교 졸업 이하 비율이 높게 나타나 본 연구 결과와 일치하는 결과를 보였다. 그러나 성별, 연령, 결혼 상태, 직업유무, 동거유무에서는 지역 간 차이를 보이지 않았는데, 본 연구의 대상자는 노인으로 한정된 데다 의료급여 사례관리 고위험군으로서, 고위험군 대상자 선정기준에 따른 의료급여 과다이용자의 특성이 반영되어 있어 지역 차이가 뚜렷하게 나타나지 않은 것으로 생각된다. 의료급여 사례관리 사업에서 고위험군 대상자의 선정은 건강보험심사평가원에서 제공하는 총급여일수 1,000일 이상자로 추출된 명단 중에서 의료급여관리사가 총급여일수, 총진료비, 외래내원일수, 투약일수, 이용의료기관 수, 의약품 중복일수, 입원일수, 주·부상병명 등의 자료를 활용하여 질병 대비 의료이용을 과다하게 이용하고 있는 것으로 판단되는 대상자를 선정하고 있다(MOHW, 2010). 이와 같이 대상자가 질병대비 의료급여일수 과다이용이라는 일정 기준에 의해 선정이 되기 때문에 지역특성보다는 고위험군의 특성이 더 많이 반영된다고 할 수 있다. 고위험군 대상자의 경우 고령, 여성, 저학력, 독거의 특성이 더욱 뚜렷이 나타나며(Kim et al., 2007; Shin et al., 2008), Ahn 등(2011)의 연구에서도 고위험군이 예방군(질병 대비 과소 이용자)에 비하여 연령이 높고, 여성이며 기혼자, 무직자가 더 많은 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하는 결과를 보였다.

본 연구에서 의료급여 사례관리 요구도는 건강 삶의 질, 자가 건강관리능력, 합리적 의료이용, 지지체계 모두 지역유형에 따라 유의한 차이를 보였는데, 건강 삶의 질과 자가 건강관리 능력은 농촌이 대도시, 중소도시에 비해 점수가 낮아 요구도가 높은 것으로 나타났다. 이는 고령화가 심화될수록 노인의 만성질환 유병상태가 높고(Kang, Kim, Gu, & Eun, 2003; Son, 2005; Sunwoo & Oh, 2009), 저학력자일수록, 지지체계가 취약할수록 건강에 대한 정보가 취약하고 질환에 대한 치료 및 관리방법에 대한 이해가 부족하기 때문에(Jang, 2003; Lee, 2006) 농촌 지역에서 점수가 낮게 나타난 것으로 생각된다.

합리적 의료이용 영역에서는 농촌, 중소도시, 대도시 순으로 점수가 높게 나타나 대도시 대상자들의 합

리적 의료이용에 대한 사례관리 요구도가 높았다. “합리적 의료이용”이라 함은 질병대비 적절하게 의료이용을 하는 것으로, “의료쇼핑”과 “이용 의료기관 수” 문항에서 농촌으로 갈수록 점수가 높게 나타난 점은 대도시나 중소도시 지역이 농촌 지역에 비해 불필요한 의료이용을 더 많이 하고 있음을 의미한다. 이는 농촌으로 갈수록 사회복지 및 보건의료의 인프라가 매우 부족하기 때문에(Lee & Song, 2004; MOHW, 2011), 농촌지역에서는 상대적으로 다수의 의료기관 이용의 기회가 적어 불필요한 의료이용이 적은 것으로 생각된다. 또한 농촌의 경우 의료기관 접근성 측면에서 교통이 불편하고 접근비용이 도시 지역 노인에 비해 약 2배 정도 높은 점(Son, 2005)도 기여할 것으로 생각된다. “의료기관 전문수준”에서는 중소도시에서 가장 요구도가 낮게 나타났는데, 이는 대도시와 농촌지역이 중소도시에 비해 질병상태에 맞는 의료기관을 제대로 이용하지 않고 있음을 의미한다. 즉, 중증도가 낮은 질병상태임에도 불구하고 전문수준이 높은 의료기관을 이용하거나, 중증도가 높음에도 불구하고 전문수준이 낮은 의료기관을 이용하고 있는 경우가 대도시와 농촌 지역이 중소도시에 비해 많다고 할 수 있다. 농촌, 대도시가 질병 심각도에 따라 적합한 의료기관을 찾지 못하는 이유는 농촌의 경우 고령화 비율이 높고, 저학력자, 독거비율이 높아 정보의 취약성과 질병에 대한 이해의 부족으로 질병대비 적절한 의료기관을 선택하지 못하는 것으로 추측할 수 있다. 또한 농촌의 경우 만성질환 비율이 높아 치료중심보다는 장기요양서비스가 더 필요로 되나 노인복지시설의 경우 노인 인구 비율 대비 시설이 부족하여 필요로 되는 전문기관 이용을 하지 못하는 경우가 있을 수 있다. 대도시의 경우에는 사회복지 및 보건의료 인프라가 풍부한 반면에, 건강에 대한 관심이 증대하면서 대형병원에 대한 선호 현상이 심화되어 필요 이상으로 종합병원이나 큰 병원을 이용하는 경우가 많으며(Rhee, 2006), 과다이용자의 경우 병원 방문동기 및 선택을 질환의 유무를 떠나 정기적인 이용과 주위에서 좋다는 이야기를 듣고, 병원에 가면 안심이 되니까 안정을 위해 등의 사유로 의료이용을 하는 경향이 있고, 질병이나 이상상태 등의 절박한 이유가 아니고 매우 습관적인 의료이용을 하고 있기 때문으로 볼 수 있다(Rhee, 2006). 따라서 사례관리

서비스 제공 시 자신의 질병에 대한 인식, 지식을 보다 이해시키고, 의료기관 전문수준, 합리적 의료이용에 대한 전문지식에 대한 교육 제공과 더불어 대도시 지역은 보건의료기관에 대한 접근성이 높은 만큼 자신의 질병상태에 맞는 보건의료기관을 선택하여 적정 의료이용을 유도하는 접근에 초점을 둘 필요가 있으며, 농촌지역으로 갈수록 한정된 자원 안에서 대상자에게 적절한 보건의료 서비스 자원을 발굴하여 적용하는 접근이 더 필요하다고 하겠다.

지지체계 구축 영역에서는 사회적 고립 정도는 농촌이 가장 낮은 것으로 나타나 농촌 지역이 공동체 형성으로 이웃 간 교류가 더 활발하며, 농촌지역 거주 노인이 상대적으로 더 양호한 이웃과의 사회관계망을 형성하고 있는 것으로 나타난 연구 결과와 일치한다(Jee & Goo, 2007). 한편, 자원연계 측면에서는 농촌이 가장 취약한 것으로 나타났는데, 사회복지 및 보건의료 인프라의 부족 속에서 농촌지역의 공공보건기관과 복지기관과의 연계적 활용도가 떨어지고 있는 것으로 지적되고 있어(Han, Lee, & Jung, 2002) 지역사회자원연계 체계에 대한 개선 및 효율적인 연계체계 구축이 필요한 실정이다.

본 연구에서 의료급여 사례관리의 효과는 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축의 네 가지 모든 영역에서 대도시가 중소도시나 농촌에 비해 사례관리 효과가 큰 것으로 나타났다. 건강 삶의 질 영역에서는 건강상태, 건강관심도, 통증 영역에서 대도시가 중소도시, 농촌에 비해 더 높았다. 건강상태, 건강 관심도가 대도시 지역이 중소도시, 농촌보다 높게 나타난 점은 도시노인이 농촌지역 노인들에 비해 상대적으로 자립적 활동이 부족하고 더 의존적인 성향이 있기 때문에(Jee & Goo, 2007) 건강상태, 건강관심도에 대한 전문가의 교육이나 중재가 도시지역에서 더 효과적으로 나타났다고 볼 수 있다. Ahn 등(2010-a)의 연구에서도 고위험군 대상자에서 사례관리 후 건강관심도가 높아져 본 연구와 같은 결과를 보여주었다. 건강에 대한 관심도가 높아지게 되면 건강상태가 좋아지게 되고, 또 스스로 건강을 관리하는 데에 대한 동기를 가지게 되어 합리적 의료이용으로의 전환이 보다 용이함을 의미하며(Ahn et al., 2010-a), 이는 합리적 의료이용 및 자가 건강관리 능력 영역 비

교에서 대도시 영역이 가장 효과가 크게 나타난 것과도 맥락을 같이 한다. 일상수행능력과 주거환경 영역에서는 지역별 유의한 차이를 보이지 않았는데, 일상수행능력에서 지역 간 차이가 나타나지 않은 것은 농촌지역 노인들은 비록 건강상태가 다소 도시노인에 비해 열악할지라도 타인의 신체수발지원이 용이하지 않기 때문에 스스로 자립적 활동을 하기 때문인 것으로 볼 수 있으며, 지역 간 일상생활기능에 차이가 없다는 Sunwoo와 Oh (2009)의 연구결과와 일치한다. 또한 주거환경 영역은 의료급여 사례관리는 주로 상담 및 자원연계 서비스로서(MOH, 2010), 직접 주거환경을 바꾸거나 개선시키는 데에는 한계가 있을 수 있어 효과 차이가 나타나지 않는 것으로 사료된다.

자가 건강관리 능력 영역에서는 자신의 질병상태 이해, 제도이해, 증상관리, 약물복용, 생활양식 관리, 위생 및 예방의 모든 영역에서 지역별로 유의한 차이가 나타났고, 대도시, 중소도시, 농촌 순으로 사례관리 효과가 크게 나타났다. 이는 농촌 지역으로 갈수록 저학력자가 많고, 여성 및 고령화 비율이 높기 때문에 이에 대한 교육과 상담을 제공하더라도 이해 및 수행능력이 저하될 수 있기 때문에 대도시 지역의 대상자에게 교육이 효과적이었음을 고려해 볼 수 있다. 따라서 제도 이해 및 건강관리 관련 교육을 시행할 때, 지역특성을 감안하여 대상자의 학력수준, 연령, 활용 가능한 지지체계 등을 고려한 맞춤형 중재가 요구되며, 특히 농촌 지역에는 저학력자, 고령 인구를 감안하여 쉽게 따라할 수 있고, 이해하기 쉬운 방향으로 안내책자 및 교육방법을 개발할 필요가 있다.

합리적 의료이용 영역에서는 전반적 의료이용의 적정성, 의료쇼핑, 중복처방 정도는 대도시가 중소도시, 농촌에 비해 더 큰 것으로 나타났다. 이는 일반적으로 보건의료기관과 병상수가 많은 지역에서 의료이용이 증가하는 경향이 있는데(Lee, 2007), 농촌에는 대도시에 비해 보건의료시설이 적게 분포되어 있어(Kim, 2000) 이용 의료기관 수 및 의료쇼핑을 줄이는 데에 한계가 있기 때문에 대도시에서 사례관리 효과가 더 크게 나타난 것으로 생각해 볼 수 있다. 또한 수급권자의 특성 측면에서 보았을 때도 농촌 지역으로 갈수록 저학력자가 많고, 지지체계가 약하기 때문에(Lee, 2006) 같은 합리적 의료이용에 대한 상담 및 교육 서

비스를 제공하였다 하더라도 그 효과가 낮게 나타난 것으로 사료된다. 이용 의료기관 수에서 중소도시가 농촌에 비해 사례관리 효과가 크게 나타난 점은 중소도시가 농촌에 비해 보건의료시설이 많이 분포되어 있어 비교적 사례관리를 통해 단일 질병으로 여러 의료기관을 이용하는 대상자들의 의료이용 행태를 수정하는 데 효과적이었던 것으로 생각해 볼 수 있다. 이처럼 지역 유형에 따른 의료자원 분포 및 대상자 특성에 따라 사례관리를 통해 과다 의료이용을 줄일 수 있는 효과범위는 달라질 수 있으므로 추후 지역유형에 따른 대상자 특성, 의료자원 분포 및 의료이용 실태 분석이 이루어져야 할 것이다.

지지체계 구축 영역에서는 사회적 고립 영역에서 유의한 차이가 나타나지 않았으나 자원연계 영역에서는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 대도시가 중소도시나 농촌 지역에 비해 효과적인 것으로 나타났다. 자원연계 영역은 환경적, 물리적 자원이 포함되어 상대적으로 보건복지자원 및 서비스가 많은 대도시에서 사례관리 효과가 높았던 것으로 생각된다. 의료기관 뿐 아니라 노인 복지관련 시설들도 대도시에 극히 편중되어 있어(Lee & Song, 2004), 농촌 지역이나 중소도시 지역에는 의료서비스를 대체할 만한 시설 및 서비스가 부족한 실정이다. 또한 노인의 욕구가 다양하지만, 농촌지역 노인이 접근할 수 있는 서비스는 보건소 또는 보건진료소의 공공보건의료서비스나, 복지교육 및 단순 오락 프로그램 위주의 복지서비스가 대부분이어서 이들 보건복지기관의 주요 사업에서 벗어나 있는 서비스에 대한 욕구는 해결되지 못하고 있는 것으로 보인다(Sunwoo & Oh, 2009). 따라서 대도시 지역에서는 기 자원을 활용하여 과도한 의료이용을 대체할 수 있는 자원연계가 중요하며, 농촌 지역에서는 다양한 자원을 발굴하는 것도 사례관리에 있어 중요한 업무로 생각된다.

한편 본 연구에 활용된 사례관리 점수는 전국에 배치된 의료급여관리사가 평가한 것으로 대상자 사정 및 평가에 있어 개별적 차이가 있을 수 있다는 점과 사례관리 효과에 기여하는 다른 여러 가지 요소들을 고려하지 못한 점은 연구결과 해석에 제한점이 될 수 있다. 본 연구를 종합하여 보면, 의료급여 사례관리에서는 의료이용을 과다하게 하고 있다고 판단되는 고위험군으

로 선정되면 3개월 간 방문 2회 이상, 전화 4회 이상 등 최소 6회의 접촉이 이루어지며, 이 기간 동안 사례관리 요구도 사정 및 중재, 평가가 이루어지게 되는데(MOHW, 2010), 지역에 따라 차별적인 중재가 아닌 보건복지부의 지침에 따라 일괄적으로 이루어지고 있다. 이러한 일괄적인 중재에도 불구하고 사례관리 효과 차이는 지역 유형에 따라 달리 나타남을 본 연구 결과를 통해 확인할 수 있었다. 이는 효율적이고 효과적인 의료급여 사례관리사업 운영을 위해 지역에 따른 대상자의 인구사회학적 분포 및 의료자원 분포, 접근성, 지역특성 등의 환경적 특성을 파악하여 지역 특성에 적합한 사례관리 중재방법과 모형을 구축하는 데 필요한 기초자료로 활용될 수 있다는 점에서 의의가 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 노인 의료급여 수급권자 중 사례관리 고위험군을 대상으로 지역별 사례관리 요구도 및 효과 차이를 비교하기 위해 시도되었다. 노인 고위험군의 사례관리 요구도는 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력 영역에서는 농촌 지역에서 요구도가 높았고, 합리적 의료이용, 지지체계 영역에서는 대도시, 중소도시 지역에서 요구도가 높게 나타났다. 사례관리 효과 측면에서는 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 영역 모두 대도시가 중소도시, 농촌보다 효과 차이가 크게 나타났다. 결과적으로 노인 의료급여 사례관리 고위험군의 사례관리 요구도 및 사례관리 효과가 지역유형에 따라 달라지는 것을 확인하였으며, 따라서 지역별 대상자 특성, 지역특성 및 자원분포에 맞게 사례관리 중재를 차별화해야 할 필요가 있음을 알 수 있었다. 본 연구 결과는 추후 우리나라 의료급여 사례관리 중재 및 운영체계 구축에 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 사료된다. 후속 연구로서 지역별 대상자 특성, 의료자원 분포 및 의료이용 실태 분석이 이루어져야 할 것이며, 이를 바탕으로 지역별 의료급여 수급권자, 지역 및 자원 특성에 기반한 사례관리 중재 및 운영체계를 구축할 것을 제안한다.

References

- Ahn, Y. H., Song A. R., Ham, O. K., Kim, C. O., Jung, J. A., Bae, I. J., Choi, S. H., Kim, S. O., & Song, M. K. (2011). *Development of case management intervention for effective medicaid case management*. Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, & Yonsei University.
- Ahn, Y. H., Kim, E. S., & Ko, I. S. (2010-a). The effects of tele-care case management services for medical aid beneficiaries. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(3), 351-361.
- Ahn, Y. H., Kim, E. S., Jang, S. J., Ham, O. K., Kim, S. H., Kim, S. O., & Song, M. K. (2010-b). *The need for case management in medicaid beneficiaries*. Seoul: Ministry of Health, Welfare & Yonsei University.
- Han, H. K., Lee, J. A., & Jung, E. K. (2002). The effect of a coordinating program of health and welfare on the function and quality of life of rural elderly: based on interdisciplinary case management team approach. *Journal of Korean Social Welfare Administration*, 8, 61-81.
- Jee, Y. S., & Goo, C. M. (2007). The Differences of Abilities to Physical Activity, Social Networks, Depression Degrees of Elderly between residing Rural and Urban. *Journal of Coaching Development*, 9(2), 425-439.
- Jang, I. S. (2003). A study on self-related health of elderly women in a rural community. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 17(1), 35-46.
- Joo, K. S., Kim, H. J., Lee, S. H., & Min, H. Y. (1996). A comparative study on medical utilization between urban and rural Korea. *Korean Journal of Preventive Medicine*, 29(2), 311-329.
- Kang, Y. S., Kim, E. S., Gu, M. O., & Eun, Y. (2003). A study on the health status and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 17(1), 47-57.
- Kim, E. S., Ahn, Y. H., Ko, I. S., Lee, K. O., & Ko, J. S. (2008). *Planning and development of guide for medical aid case management services*. Seoul: Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs & Yonsei University.
- Kim, E. S., Ahn, Y. H., Song, A. R., Lee, J. Y., Ham, O. K., Seo, Y. O., Kim, J., Lim, S. J., Cho, J. H., Kim, S. O., Song, M. K., & Kim, K. S. (2010). *The administration and evaluation system for medicaid beneficiaries in long-term treatment*. Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, & Institute of Case Management for Medicaid.
- Kim, E. S., Nam, J. J., Kim, M. Y., Ko, I. S., Lee, D. M., Kim, K. S., Choi, J. S., Park, H. J., Shin, S. M., Lee, S. H., & Yang, I. S. (2007). *Long-term medical service use status of medical aid beneficiaries and it's improvements*. Seoul: Yonsei University College of Nursing, Institute of Nursing Policy.
- Kim, S. T. (2000). *A comparative study on enjoying silver medicare service between urban and rural community*. Unpublished master's thesis, Jeonju University, Jeonju.
- Lee, H. J., Oh, J. J., & Choi, J. M. (2010). Comparison of Case Management between Tele Care Regions and General Care Regions in Korean Medicaid.
- Lee, J. H., & Song, M. Y. (2004). The study of community-oriented welfare service for the rural elderly: focused on 'villages supported by special programs for the rural

- elderly. *The Korean Journal of Community Living Science*, 15(3), 149-165.
- Lee, K. A. (2006). *A study on the uses of medical benefits service-with a focus on the personal experiences of elderly recipients of the basic livelihood security*. Unpublished master's theses, Seoul Women's University, Seoul.
- Lee, S. H. (2012). Health behaviors and health status according to socioeconomic status of the elderly in Daegu. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(1), 113-125.
- Lee, Y. J. (2005). Regional distribution and characteristics of health care resources. *Journal of the Korean Regional Science Association*, 21(3), 3-27.
- Lee, Y. J. (2007). A Study of the factors and the regional difference of Medical aid program recipient's medical utilization. *Social Welfare Policy*, 28, 233-251.
- Ministry of Health and Welfare (2010). *Guideline for medicaid program in 2010*. Seoul: Author.
- Ministry of Health and Welfare (2011). *Ministry of Health and welfare year book 2011*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation (2011). *The statistics of the Korean medicaid 2010*. Seoul: Author.
- Oh, J. J. (2010). Outcome of a pilot project on case management service for medical aid clients. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 24(1), 61-70.
- Oh, J. J., Choi, J. M., & Ji, Y. G. (2009). *Health services use and health status of medicaid beneficiaries according to medicaid policy change*. Seoul: Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, & Dankook University.
- Rhee, W. H. (2006). *Developing a case management strategies program for a Korea medical aid clients*. Unpublished doctor's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Shin, Y. A., Shin, H. C., Shin, H. W., Park, E. J., Hong, S. W., Shin, S. M., Lim, S. J., Cho, J. H., Choi, S., & Hwang, D. K. (2008). *Health services use and health status of medicaid beneficiaries according to medicaid policy change*. Seoul: Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, & Institute of Case Management for Medicaid.
- Shin, Y. S., Choi, B. H., Shin, H. W., Hwang, D. K., & Yoon, S. J. (2005). *Medical expenditure status and reforming the reward of medicaid for medicaid beneficiaries*. Seoul: Ministry of Health and Welfare, & Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Shin, Y. S., Shin, H. W., & Hwang, D. K. (2007). *Effectiveness of case management for medicaid I*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Shin, Y. S., Shin, H. W., Hwang, D. K., & Rho, I. C. (2006). *Monitoring for medicaid financial efficiency*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Son, S. R. (2005). *A comparative study on the life quality of the elderly in urban and rural areas*. Unpublished master's thesis, Honam University, Gwangju.
- Sunwoo, D., & Oh, J. S. (2009). Policy issues for maintaining the living activity function of elderly people. *Health and Welfare Policy Forum*, 149, 64-76.

A study on the Effectiveness of Case Management in Elderly Medicaid Beneficiaries by Geographic Location

Cho, Jeong-Hyun(Doctoral student, College of Nursing, Korea University)

Kim, Soon Ock(Assistant Professor, Department of Nursing, Kyungbuk Univeristy)

Song, Myeong Kyeong(Doctoral student, College of Nursing, Hanyang University)

Yim, Eun-Shil(Full time lecture, Department of Nursing, Daegu Health College)

Purpose: The purpose of this study was to compare the effectiveness of case management in elderly medicaid beneficiaries according to geographic location. **Methods:** Data were collected from 23,633 elderly medicaid beneficiaries assigned from over users of medicaid. We used the need assessment tool developed by the government, which consists of 19 items with four subscales. **Results:** Among elderly medicaid beneficiaries, statistically significant differences in effectiveness of case management were observed for quality of life, self-care competency, medical care utility, and support system. Differences in case management effectiveness were higher in urban areas than in metropolitan or rural areas. **Conclusion:** The differentiated and tailored intervention model based on characteristics of participants, resource distribution, and geographic location may be needed for effective case management for elderly medicaid beneficiaries.

Key words : Aged, Medicaid, Case management, Geographic locations