농촌 주민의 예방적 건강관리 실태와 정책과제

Preventive Health Care Status and Policy Challenges for Rural Residents

김정섭 채홍기 조승연 전진아 최은진



한국농촌경제연구원

농촌 주민의 예방적 건강관리 실태와 정책과제

Preventive Health Care Status and Policy Challenges for Rural Residents

김정섭 채홍기 조승연 전진아 최은진



연구 담당

김정섭 | 선임연구위원 | 연구 총괄, 제1~5장 집필

채홍기 | 연구원 | 설문 조사, 자료 정리 및 분석

조승연 | 경기대학교 교수 | 자료 분석, 사례 조사, 제1~5장 집필

전진이 | 한국보건사회연구원 연구위원 | 제1장 집필 최은진 | 한국보건사회연구원 연구위원 | 제4장 집필

연구보고 R997

농촌 주민의 예방적 건강관리 실태와 정책과제

등 록 | 제6-0007호(1979. 5. 25.)

발 행 | 2023. 10.

발 행 인 | 한두봉

발 행 처 | 한국농촌경제연구원

우) 58321 전라남도 나주시 빛가람로 601

대표전화 1833-5500

인 쇄 처 | 세일포커스(주)

ISBN | 979-11-6149-666-5 93520

• 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다. 무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다. 농촌의 보건의료 여건이 좋지 않다는 점은 오랫동안 지적되었지만, 그 문제를 해결할 속 시원한 방안을 마련하기란 참으로 어렵다. 인구 감소와 고령화는 보건 의료 수요를 증가시키는 동시에 보건의료 서비스에의 접근을 더 어렵게 만드는 핵심 요인이다. 보건의료 정책의 재정 효율성 논리는 저밀도 농촌 지역사회에의 재정 투입을 어렵게 한다. 고령 주민의 비율이 높아지는 것은 진료받으러 보건의료 기관까지 이동하기가 어려운 사람들이 많아짐을 뜻한다.

보건의료 정책이 '발병 후 치료'에서 '예방적 건강관리' 쪽으로 무게중심을 조금씩 이동시키고 있다. 예방적 건강관리가 활성화된다면, 특히 만성질환 치료의수요와 비용을 줄이는 동시에 주민 삶의 질을 나아지게 하는 데 도움이 될 것이다. 그런데 예방적 건강관리 정책 역시 농촌에서는 인구 감소 및 고령화라는 견고한 벽에 부딪힌다.

농촌을 배경으로 예방적 건강관리 정책을 논의한 자료가 드문 게 현실이어서, 이 연구 보고서가 짚어낸 자료와 제언이 충분하다고는 할 수 없지만 나름의 의미를 지닌다. 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 관절병증 등 대표적인 만성질환 몇 개를 중심으로 농촌 주민의 유병률 실태를 정리한 자료를 제시하였다. 아울러 농촌 주민이 금연, 절주, 신체활동, 식생활, 예방접종, 건강검진 등 중요한 예방적 건강관리를 얼마나 실천하는지 조사한 결과를 보고하였다. 그 자료와 더불어 현재 농촌에서 시행되는 예방적 건강관리 정책의 실태와 참고할 만한 국내외 사례도 소개하였다. 연구자, 관계 공무원, 보건의료 종사자, 농촌 주민 등 농촌의 보건의료에 관심을 지닌 이들에게 의미 있는 논의의 단서가 되기를 바란다.

2023. 10.

한국농촌경제연구원장 한 두 봉

요 약

연구 목적

- 고령화와 생활방식의 서구화가 진행되어 만성질환자 비율이 높아지고 있다. 65세 이상 고령 인구의 비율이 높아지면서 고혈압, 당뇨병, 심장질환 등의 만 성질환자 수도 증가할 것이다.
- 만성질환의 원인은 유전적 및 환경적 요인뿐만 아니라 흡연, 음주, 운동 부족 등 건강 위해 행위와도 관련이 있다. 따라서 건강 위해 요인의 차단과 생활 습관의 변화, 즉 예방적 건강관리의 중요성이 부각된다. 보건의료 정책도 질병 발견 및 사후 치료 중심에서 예방 중심의 건강관리를 지원하는 방향으로 변하고 있다. 그런데 농촌에서는 도시보다 만성질환 유병률이 높음에도 예방적 건 강관리 실천은 미흡하다. 게다가 농촌 지역의 의료 접근성이 좋지 않고, 의료서비스의 양과 질도 도시에 비해 미흡하다. 농촌 주민의 예방적 건강관리 관련 정책을 강화할 필요가 있다.
- 연구의 목적은 1) 농촌 주민의 예방적 건강관리 실태를 파악하고, 2) 민간 및 공공 부문의 예방적 건강관리 정책 추진 실태를 분석하여, 3) 농촌 주민을 대상으로 하는 예방적 건강관리 정책의 개선 과제를 도출하는 데 있다.

연구 방법

○ 질병관리청이 제공하는 2016~2021년 국민건강영양조사 비공개 원시자료를 분석해 농촌 주민의 예방적 건강관리 및 만성질환 실태를 살펴보았다. 농업인 과 비농업인, 읍과 면으로 구분하여 분석 결과를 비교하였다. 그리고 농촌 주 민 1102명을 설문 조사하여 예방적 건강관리 서비스에 대한 인식, 참여 실태, 효과, 욕구를 파악하였다.

○ 예방적 건강관리 정책에 대한 문헌, 정부 고시, 행정 자료 등을 검토하고 관련 정책 실무자 또는 전문가를 면접 조사하여 정책 현황과 내용, 농촌에서 예방적 건강관리 서비스 제공의 어려움 등을 파악하였다. 그리고 불리한 여건에서도 서비스를 효과적으로 전달하는 국내외 정책 사례의 내용을 파악해 시사점을 도출하였다.

연구 결과

- 만성질환 실태 분석 결과, 농촌 주민과 농업인은 만성질환에 도시민보다 더 취약한 것으로 나타났다. 특히 면 지역 중년층에서 고혈압과 이상지질혈증 같은 만성질환의 유병률이 높았다. 이는 농촌에서 만성질환 진입이 빠르다는 것을 시사한다. 고혈압, 관절병증, 이상지질혈증 등의 유병률이 비농업인에 비해 농업인들에서 더 높은 것으로 나타났다. 농업인들의 생활 습관이나 예방적 건강관리 상태와 관련이 있음을 뜻한다. 가구 소득이 낮은 경우에도 만성질환 유병률이 높았다. 이는 경제적 취약성이 만성질환 유병률과 관계가 있음을 시사한다.
- 예방적 건강관리 실태는 응답자의 거주지 유형이나 인구사회학적 특성에 따라 집단별로 다르거나 비슷했다. 식생활 평가 지수, 음주율, 폭음률은 농촌, 도농복합시, 도시 간에 큰 차이가 없었다. 다만, 면 지역의 65세 미만 주민의 폭음률이 아주 높았다. 직업별로 보면, 농업인의 음주율과 폭음률이 비농업인 또는미취업자에 비해 높았다.

- 예방적 건강관리에 미치는 특정 영향요인을 파악한 프로빗 모형 추정 결과, 65 세 이상 노인은 유산소 운동 실천이 적지만, 흡연과 음주가 적고 건강검진 수 검률 및 예방접종률이 높았다. 비농업인은 흡연과 음주가 많으나, 건강검진 수 검률은 높았다. 소득이 높은 사람일수록 건강한 생활 습관을 잘 유지하고, 건 강검진을 자주 받는 것으로 나타났다. 농촌 주민은 주로 민간 병의원을 이용하며, 공공 의료기관 이용률은 낮았다. 하지만 공공 의료기관에 대한 만족도는 높게 나타났다. 노인, 저소득 가구, 비농업인의 건강관리 지원과 공공 의료기관의 역할 확대가 필요하다는 결론을 내릴 수 있다.
- 예방적 건강관리 서비스 정책 현황과 문제점을 검토하였다. 농촌에 공공 의료 기관이 부족하고 인력도 적어 충분한 규모로 정책사업을 추진하기 어려운 것 으로 나타났다. 사업 내용도 농촌 주민의 특성을 충분히 반영하지 못한 듯하 다. 가령, AI·IoT와 같은 스마트 기기를 이용한 서비스는 농촌 노인이 접근하 기 어려운데, 군 지역 일부 보건소에서 그 사업들을 펼치고 있다. 보건소에 사 업 간 통합과 연계를 주도하는 총괄 조직 없이 보건복지부 부서의 사업 내용이 보건소 개별 부서에 하달되는 형태로 사업이 운영된다. 따라서 보건소가 여러 영역의 사업을 통합하여 하나의 새로운 사업으로 운영할 유인이 적거나 없을 수 있다.
- 국내외 예방적 건강관리 정책 사례를 조사하였다. 부안군장수군홍성군의 사례, 핀란드의 NKP, 호주의 AgriSafe 사례를 검토하였다. 그리고 향후 지역사회 통합건강증진사업의 중심 방향으로 '주민자치형 건강관리 환경 조성', '혁신적인 금전적 인센티브 제공', '지역 자원과 연계한 지속적 사업 운용'을 제시하였다.

- '주민자치형 건강관리 환경 조성' 관련: 홍성군 홍동면에서는 강한 주민자치력을 바탕으로 정책사업이 시행된다. 건강리더의 활동이 경제적 인센티브와 조례로 보장된다. 건강리더는 민간 및 공공 의료기관과 연계하여 현장에서 파악한 건강 취약 집단에 관한 정보와 서비스 수요를 실무단과 운영협의회에 전달한다. 이를 반영하여 보건소, 지역 일차의료기관, 보건지소, 보건진료소가서비스를 제공한다. 이 같은 추진체계는 농촌 읍면 단위의 건강관리 서비스 정책 추진과 관련하여 중요한 아이디어가 될 수 있다. 이와 비슷하게 NKP도 지역에서 영향력 있는 인물을 섭외하여 건강관리의 중요성을 홍보하고, 사업협의체를 구성한다. 프로그램 내용 결정에 상향식 방식으로 지역 주민의 의견이반영되는 등 주민의 참여와 협력이 프로그램 성공에 결정적 역할을 한다. AgriSafe에서는 정부, NGO, 지역 공공 및 민간 보건의료 서비스 제공자, 대학교, 산업체, 지역사회뿐만 아니라 지역 주민까지 프로그램 운영에 관여한다. 지역 농업인의 의견이 프로그램 내용 결정 과정에 반영되며, 공동체 활동을 주도한다.
- '혁신적인 금전적 인센티브 제공' 관련: 장수군 보건의료원의 사례를 살펴보았다. 장수군 보건의료원에서 금연 클리닉 등록자가 받는 금연성공지원금은 금연 기간에 따라 점차 증가하여 최대 150만 원에 이른다. 국내외 선행연구에 따르면 흡연율을 감소시킬 목적으로 비금전적 금연 프로그램과 금전적 인센티브를 함께 제공할 때, 성공률이 현저히 높다.
- '지역 자원과 연계한 지속적 사업 운용' 관련: 부안군 보건소의 건강명품만들기 사업은 마을회관 10곳을 중심으로 지역 의료기관과 지역 인력을 연계한 사업이다. 혈압 및 혈당 인지율 제고를 목적으로 영양, 신체활동, 검사 및 검진,

정신건강까지 여러 분야의 가용 인력을 하나의 통합 사업에 투입하였다. NKP 의 경우 프로젝트 조정센터가 컨트롤 타워이며, 핀란드 사회건강부, 지역보건 국 등과 연계된 프로젝트이다. 조정센터에서 지역 주민과 센터 사이에 상호 이익의 접점을 발견하면, 지역 단위 보건소의 의사와 공중보건 간호사의 지원하에 만성질환 관리 체계를 수립하는 형식으로 프로젝트를 수행하였다. 호주의경우, 농업인의 건강증진 및 안전제고 서비스만 제공하는 전담 기구가 대학, 지역사회 보건의료 자원, 지역 농업인 등과 충분히 연계되어 있다. 특히 진료소에서 농업인에게 필요한 건강 및 안전 프로그램을 제공하게끔 지침을 제공하고, 자발적으로 건강관리 프로그램에 등록할 수 있는 웹페이지를 통해 교육프로그램을 홍보한다.

정책 제언

- 농촌에서 예방적 건강관리의 필요성과 수요가 많다. 그럼에도 관련 정책의 효과성을 저해하는 요인들이 있다. 그중에서도 핵심은 '보건의료 분야의 인적·물적 자원 부족'과 '농촌 주민의 접근성 문제'다. 이를 고려하여, 농촌 주민의 예방적 건강관리 정책의 방향을 다음과 같이 제안한다.
- 첫째, 농촌에서 예방적 건강관리 서비스 공급을 확충하려는 중앙정부의 관심과 노력이 필요하다. 그 같은 노력은 농촌의 여건을 상세히 고려한 정책의 기획으로 현실화되어야 할 것이다. 인구밀도가 낮고, 대중교통 여건이 불비하며, 민간 의료기관이 적은 농촌 여건을 고려할 때 예방적 건강관리 서비스 제공에들어가는 '단위 비용'을 도시와 같은 수준으로 산정할 수는 없다. 농촌에서 만성질환 관리를 목적으로 하는 서비스의 수요가 많고 이용 경험자들의 평가도긍정적이라는 점을 간과할 수 없다.

- 둘째, 농촌 현장에서 예방적 건강관리 서비스가 지역의 사정에 맞추어 한정된 자원을 중요한 대상에게 투입할 수 있도록 관련 정책을 유연화해야 한다. 재정 측면에서는 지금보다 더 실제적인 포괄보조 방식으로 정책을 운용해야 함을 뜻하며, 집행 측면에서는 농촌 지방자치단체의 기획 역량을 향상해야 함을 뜻 한다.
- 셋째, 예방적 건강관리 정책에는 의료적 관점과 함께 돌봄 서비스가 동시에 결합되어야 부족한 자원으로 인해 초래되는 문제를 완화할 수 있다. 따라서 보건의료 정책과 사회복지 정책의 '현장 결합형 사업'을 추진할 필요가 있다. 지역사회 통합돌봄사업에서 보듯이, 사회복지 정책에서는 방문형 서비스가 최근많이 추진되고 있으므로 그것에 결합해 예방적 건강관리 서비스를 제공하는방안을 생각해 볼 만하다.
- 넷째, 예방적 건강관리 활동에 참여할 수 있는 비의료 분야의 민간 인적자원과 농촌에서 활동하는 주민 조직을 관련 사업에 결합시키는 노력이 필요하다. 부 안군이나 홍성군의 사례에서 보듯이, 다양한 지역사회 주민이 나름의 역할을 수행할 사업 모형을 정립하고 실행할 필요가 있다. 이때 농촌 지방자치단체 내 여러 부서의 협력과 농림축산식품부의 조력이 필요하다.

ABSTRACT

Preventive Health Care Status and Policy Challenges for Rural Residents

Purpose of Research

- With the aging population and westernization of lifestyles, the prevalence of chronic diseases is increasing. It is predicted that the proportion of the population over 65 will increase, leading to a rise in chronic diseases such as hypertension, diabetes, and heart disease.
- The causes of chronic diseases are not only genetic and environmental factors but also unhealthy behaviors such as smoking, drinking, and lack of exercise. Therefore, the importance of preventive healthcare, including lifestyle changes, is becoming more highlighted. Health and medical policies are shifting from focusing on disease detection and post-treatment to supporting preventive healthcare. However, in rural areas, despite the higher prevalence of chronic diseases compared to urban areas, the practice of preventive healthcare is insufficient. Additionally, accessibility to healthcare services in rural areas is poor, and the quality and quantity of medical services are inferior compared to urban areas. There is a need to strengthen policies related to preventive healthcare for rural residents.
- O The purpose of this research is to 1) understand the status of preventive

healthcare among rural residents, 2) analyze the implementation of preventive healthcare policies in both the private and public sectors, and 3) identify areas for improvement in preventive healthcare policies for rural residents.

Research Method

- We analyzed the 2016-2021 National Health and Nutrition Survey data provided by the Korea Disease Control and Prevention Agency to examine the status of preventive healthcare and chronic diseases among rural residents. The results were compared between farmers and non-farmers, and between towns and rural areas. Additionally, we surveyed 1,000 rural residents to understand their awareness, participation, effectiveness, and needs for preventive healthcare services.
- We reviewed literature, government notices, and administrative data on preventive healthcare policies and interviewed policy practitioners and experts to understand the current situation and content of these policies and the difficulties of providing preventive healthcare services in rural areas. We also identified policy implications by examining domestic and international cases that effectively deliver services under unfavorable conditions.

Main Findings

 The analysis of the status of chronic diseases showed that rural residents, especially farmers, are more vulnerable to chronic diseases compared to urban residents. In particular, the prevalence of chronic diseases such as hypertension and dyslipidemia was higher among middle-aged people in rural areas, suggesting that rural residents are more prone to chronic diseases. The prevalence of hypertension, osteoarthritis, and dyslipidemia was higher among farmers compared to non-farmers, indicating a relationship with their lifestyle habits and state of preventive healthcare. Households with lower income also had a higher prevalence of chronic diseases, suggesting a link between economic vulnerability and chronic disease prevalence.

- The status of preventive healthcare varied or was similar among respondents based on their type of residence and demographic characteristics. Dietary assessment indices, drinking rates, and heavy drinking rates did not significantly differ between rural, urban, and semi-urban areas. However, the rate of heavy drinking among residents under 65 in rural areas was very high. Occupation-wise, the drinking and heavy drinking rates were higher among farmers compared to non-farmers or the unemployed.
- O Probit model estimation to identify specific factors affecting preventive healthcare showed that seniors over 65 practiced less aerobic exercise but smoked and drank less, and had higher rates of health check-ups and vaccinations. Non-farmers smoked and drank more, but had higher health check-up rates. People with higher incomes were more likely to maintain healthy lifestyle habits and frequently receive health check-ups. Rural residents primarily used hospitals, with low utilization but high satisfaction

with public medical institutions. It can be concluded that support for health management of the elderly, low-income households, non-farmers, and expansion of the role of public medical institutions are necessary.

- O We reviewed the current status and problems of preventive healthcare service policies. It was found that public medical institutions are scarce in rural areas, and there is a lack of personnel, making it difficult to implement policies on a sufficient scale. The content of the projects also seems to not fully reflect the characteristics of rural residents. For example, services using smart devices such as AI and IoT are difficult for rural seniors to access, but some health centers in rural areas are implementing these projects. Projects are operated in a way where the content of projects from the Ministry of Health and Welfare is handed down to individual departments of health centers without a comprehensive organization leading integration and coordination between projects. Therefore, health centers may have little or no incentive to integrate various projects into one new project.
- We investigated domestic and international cases of preventive healthcare policies. We reviewed the cases of Jangsu-gun and Hongseong-gun, and the NKP in Finland, and AgriSafe in Australia. We proposed 'creating a resident-autonomy healthcare environment,' 'providing innovative financial incentives,' and 'sustaining operations linked with local resources' as future directions for community-integrated health promotion projects.

- O Regarding 'creating a resident-autonomy healthcare environment': In Hongdong-myeon, Hongseong-gun, policy projects are implemented based on strong resident autonomy. The activities of health leaders are economically incentivized and guaranteed by ordinances. Health leaders, in collaboration with private and public medical institutions, convey information and service demands about vulnerable health groups identified in the field to the working group and operating committee. Reflecting this, health centers, local primary healthcare institutions, health posts, and health clinics provide services. This implementation system can be an important idea for promoting health management services at the rural town and village level. Similarly, the NKP recruits influential local figures to promote the importance of health management and forms a project consultation body. Residents' participation and cooperation play a crucial role in the success of the program, with resident opinions reflected in a bottom-up manner in program content decisions. In AgriSafe, government NGOs, local public and private healthcare service providers, universities, industries, and local residents are involved in program operation. The opinions of local farmers are reflected in the program content decisions, and they lead community activities.
- Regarding 'providing innovative financial incentives': We examined the case of Jangsu-gun Health and Medical Center. The smoking cessation support fund for registrants at the smoking cessation clinic at Jangsu-gun Health and Medical Center increases gradually depending on the smoking cessation period, reaching up to 1.5 million won. According to domestic and

international prior research, when non-monetary smoking cessation programs and financial incentives are provided together for the purpose of reducing smoking rates, the success rate is significantly higher.

Regarding 'sustaining operations linked with local resources': Buan-gun Health Center's health product making project is centered around 10 community centers, linking with local medical institutions and workforce. The project aims to increase awareness of hypertension and blood sugar levels by investing available manpower in various areas such as nutrition, physical activity, testing, check-ups, and mental health into one integrated project. In the case of NKP, the project coordination center acts as the control tower and is a project linked with the Finnish Social Health Department, local health bureaus, etc. The coordination center establishes a chronic disease management system under the support of doctors and public health nurses at local health centers, finding mutual benefits between local residents and the center. In Australia, a dedicated organization providing health promotion and safety services for farmers is sufficiently linked with university, community health and medical resources, and local farmers. In particular, clinics provide health and safety programs necessary for farmers and promote voluntary registration for health management programs through a webpage.

Policy Suggestions

The need and demand for preventive healthcare in rural areas are high.
 However, there are factors that hinder the effectiveness of related policies.

Among them, the key issues are 'lack of human and material resources in the healthcare field' and 'accessibility problems for rural residents'. Considering these, the direction of preventive healthcare policy for rural residents is suggested as follows:

- First, the central government's interest and efforts to increase the supply of preventive healthcare services in rural areas are needed. Such efforts should be realized through policy planning that thoroughly considers the conditions of rural areas. When considering rural conditions such as low population density, poor public transportation, and few private medical institutions, it is impossible to calculate the 'unit cost' of providing preventive healthcare services at the same level as in urban areas. It cannot be overlooked that there is a high demand for services aimed at managing chronic diseases in rural areas and that the evaluations of those who have used the services are positive.
- Second, policies related to preventive healthcare services in rural areas should be made flexible to allocate limited resources to important targets according to local circumstances. Financially, this means that policies should be operated in a more practical comprehensive subsidy method than currently, and in terms of implementation, it means improving the planning capabilities of rural local governments.
- Third, preventive healthcare policies should combine medical perspectives with caregiving services to mitigate problems caused by scarce resources.

Therefore, there is a need to promote 'field-combined projects' of health and

medical policies and social welfare policies. As seen in community-integrated

care projects, many visit-based services are being promoted in social welfare

policies, so it is worth considering providing preventive healthcare services in

combination with them.

O Fourth, efforts are needed to involve private human resources in non-medical

fields and resident organizations active in rural areas in related projects. As

seen in the cases of Buan-gun and Hongseong-gun, it is necessary to establish

and implement a project model where various community residents perform

their roles. For this, cooperation among various departments within rural local

governments and support from the Ministry of Agriculture, Food, and Rural

Affairs are needed

Researchers: Kim Jeongseop, Chae Honggi, Cho Seungyeon, Jun Jina, Choi Eunjin

Research period: 2023. 1. - 2023. 10.

E-mail address: jskkjs@krei.re.kr

xvi

차 례

| 제1장 서론 | 1 |
|---------------------------------|-----------|
| 1. 연구의 배경 및 필요성 ····· | 3 |
| 2. 연구 목적 | 5 |
| 3. 선행연구 검토 | 5 |
| 4. 연구의 범위 | 16 |
| 5. 연구의 내용 및 방법 | 17 |
| 제어지는 도구 조미이 마셔지를 미 에버나 기가기기 사다! | 04 |
| 제2장 농촌 주민의 만성질환 및 예방적 건강관리 실태 | 21 |
| 1. 개요 ····· | 23 |
| 2. 만성질환 실태 | 26 |
| 3. 예방적 건강관리 실태 | 35 |
| 4. 예방적 건강관리 관련 요인 | 52 |
| 5. 예방적 건강관리 서비스 이용 실태 | 64 |
| 6. 시사점 ····· | ····· 67 |
| | |
| 제3장 예방적 건강관리 서비스 정책 현황 및 문제점 | ······ 73 |
| 1. 개요 ···· | 75 |
| 2. 지역사회 통합건강증진사업 | 77 |
| 3. 일차의료 만성질환 관리 시범사업 | 95 |
| 4. 여성 농업인 특수건강검진 | 103 |
| 5. 지역사회 통합돌봄사업 | 109 |
| 6. 지방자치단체들의 식사지원 서비스 | 114 |
| 7. 시사점 ····· | 120 |

| 제4장 국내외 예방적 건강관리 정책 사례와 시사점 123 |
|--|
| 1. 개요125 |
| 2. 지역사회 통합건강증진사업 우수 사례125 |
| 3. 지역사회 통합돌봄사업: 충남 청양군, 노인 밑반찬 배달 서비스139 |
| 4. 해외의 예방적 건강관리 정책 사례142 |
| 5. 시사점 ······ 157 |
| |
| 제5장 농촌 주민의 예방적 건강관리 정책의 방향과 과제163 |
| 1. 정책 방향 |
| 2. 정책 과제 ······ 167 |
| |
| 부록 |
| 1. 국민건강영양조사를 이용한 농촌 주민 건강관리 관련 통계 분석 결과 요약 ። 173 |
| 참고문헌 187 |

표 차례

| X | 1상 | |
|---|---|-------|
| | 〈표 1−1〉미국 질병관리센터(CDC)의 예방적 건강관리 관련 항목 ··································· | ·· 11 |
| 저 | ∥ 2장 | |
| | 〈표 2-1〉 '국민건강영양조사 2016~2021' 응답자의 인구학적 특성(N=33,108) · | 24 |
| | 〈표 2-2〉설문 조사 응답자의 인구학적 특성(N=1,102) ···································· | |
| | 〈표 2−3〉 만성질환 유형과 유병 판단 기준 ······ | |
| | 〈표 2-4〉 예방적 건강관리 판단 기준 및 분류 ····· | |
| | 〈표 2-5〉 프로빗 모형 성과변수 | |
| | (표 2-6) 흡연 여부(흡연율) 관련 요인 | 54 |
| | 〈표 2-7〉 음주 여부(음주율) 관련 요인 | 56 |
| | 〈표 2-8〉 유산소 신체활동 미실천 관련 요인 | |
| | 〈표 2-9〉 건강식생활 지수 평균 미만 관련 요인 | 59 |
| | 〈표 2-10〉 예방접종(미접종) 관련 요인 | 61 |
| | 〈표 2-11〉 건강검진(미수검) 관련 요인 | 63 |
| | 〈표 2-12〉 건강관리 서비스별 성과 | 66 |
| | 〈표 2-13〉 예방적 건강관리 관련 요인 분석 결과 종합 ······ | 69 |
| 저 | 3장 | |
| | 〈표 3-1〉 예방적 건강관리 서비스 기관 및 서비스 유형 분류 | 76 |
| | 〈표 3-2〉 지역사회 통합건강증진사업 중 예방적 건강관리 서비스 | 80 |
| | 〈표 3-3〉 모바일 헬스케어 사업 예방적 건강관리 서비스 내용 | |
| | 〈표 3-4〉 지역보건법 제9조에 제시된 보건소 업무 중 건강관리 관련 사업 | 85 |
| | 〈표 3-5〉 보건지소 업무(일부 영역의 의료행위 및 건강관리) | 86 |
| | 〈표 3-6〉 보건의료원 및 보건소 수(2020년) | |
| | 〈표 3-7〉 농촌 지역 건강생활 지원센터 | |
| | (표 3-8) 시군구별 보건소 1개소당 과별 인력 수(2020년) ······ | 88 |

| | 〈표 3-9〉 보건소 모바일 헬스케어 등록 및 참여자 통계(2022년 1~9월) | 89 |
|---|---|----------|
| | 〈표 3-10〉 시도별 Al·loT 기반 어르신 건강관리 사업 참여 보건소(2023년) ···· | 89 |
| | 〈표 3−11〉 사업 참여 군 지역 보건소(보건의료원 포함)(총 37개소) ······· | 90 |
| | 〈표 3−12〉 일차의료 만성질환 관리 시범사업 수가 체계 ······ | 98 |
| | 〈표 3−13〉 2023년 광역 지방자치단체별 | |
| | 일차의료 만성질환 관리 시범사업 참여 의원 현황 | ···· 100 |
| | 〈표 3-14〉 2023년 시범사업 참여 의원 | ···· 101 |
| | 〈표 3-15〉 2023년 진료 과목별 | |
| | 일차의료 만성질환 관리 시범사업 참여 의원 현황 | ···· 102 |
| | 〈표 3−16〉 검진 및 교육 세부 내용 ······ | ···· 106 |
| | 〈표 3-17〉 시군구별 여성 농업인 특수건강검진 시범사업 현황 ····· | 108 |
| | 〈표 3-18〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 지방자치단체(16곳) ····· | ···· 110 |
| | 〈표 3−19〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 프로그램 예시 ······ | 113 |
| | 〈표 3-20〉 도시 및 농촌 무료급식소 현황(2023년 7월) ····· | ···· 115 |
| | 〈표 3-21〉 2023년 기준 광역 지방자치단체가 지원하는 | |
| | 농촌·농번기 마을 공동급식 ····· | ···· 117 |
| | 〈표 3-22〉 2023년 기준 기초 지방자치단체 차원의 | |
| | 농촌·농번기 마을 공동급식(사례) ····· | ···· 118 |
| 저 | 네4장 | |
| | 〈표 4-1〉 전북, 부안군, 전국 고혈압 및 혈당 수치 인지율 ······ | ···· 127 |
| | 〈표 4-2〉 부안군 노인의 유형별 생활 불편 실태 ····· | |
| | 〈표 4-3〉부안군 건강명품마을 만들기 사업 내용 | |
| | 〈표 4-4〉장수군 금연장려조례 | |
| | 〈표 4-5〉 장수군 보건의료원의 금연 지원 서비스사업 | |
| | 〈표 4-6〉 금연성공지원금 실적(금연 성공자 수 및 지원금 지급액) ····· | 134 |
| | 〈표 4-7〉 '홍동다움' 사업 성과 | |
| | 〈표 4-8〉 충남 청양군 지역사회 통합돌봄 선도사업 내용 | |

| (표 4-9) NKP 연혁 ······· 144 |
|--|
| 〈표 4-10〉 NKP 주요 참여 인력 ·······145 |
| 〈표 4-11〉 AgriSafe 세부 프로그램의 유형과 내용 ·······156 |
| |
| 부록 |
| 〈부표 1〉 흡연율 및 흡연량173 |
| 〈부표 2〉 음주 ······· 175 |
| 〈부표 3〉 폭음빈도176 |
| 〈부표 4〉 유산소 신체활동 실천율 177 |
| 〈부표 5〉 식생활 평가 지수 평균 |
| 〈부표 6〉 접종 및 검진 실행률179 |
| 〈부표 7〉고혈압181 |
| 〈부표 8〉당뇨183 |
| 〈부표 9〉이상지질혈증185 |
| 〈부표 10〉 관절병증186 |

그림 차례

| 제1장 | |
|--|----|
| 〈그림 1-1〉 연구 추진체계도 | 19 |
| | |
| 제2장 | |
| 〈그림 2-1〉 전체 및 연령대별 고혈압 유병률 | 28 |
| 〈그림 2-2〉 성별 및 직업별 고혈압 유병률 | 28 |
| 〈그림 2-3〉 가구 유형별 및 소득별 고혈압 유병률 | 28 |
| 〈그림 2-4〉 전체 및 연령대별 이상지질혈증 유병률 2 | 29 |
| 〈그림 2-5〉 성별 및 직업별 이상지질혈증 유병률 | 30 |
| 〈그림 2-6〉 가구 유형별 및 소득 분위별 이상지질혈증 유병률 3 | 30 |
| 〈그림 2-7〉 전체 및 연령대별 당뇨병 유병률 | 31 |
| 〈그림 2-8〉 성별 및 직업별 당뇨병 유병률 | 32 |
| 〈그림 2-9〉 가구 유형별 및 소득 분위별 당뇨병 유병률 3 | 32 |
| 〈그림 2-10〉 전체 및 연령대별 관절병증 유병률 3 | 33 |
| 〈그림 2-11〉 성별 및 직업별 관절병증 유병률 3 | 34 |
| 〈그림 2-12〉가구 유형별 및 소득 분위별 관절병증 유병률 ······ | 34 |
| 〈그림 2-13〉 전체 흡연율 및 흡연량3 | 36 |
| 〈그림 2-14〉 연령대별 흡연율 및 흡연량 3 | 37 |
| 〈그림 2-15〉 성별 흡연율 및 흡연량3 | 38 |
| 〈그림 2-16〉 직업별 흡연율 및 흡연량3 | 38 |
| 〈그림 2-17〉가구 유형별 흡연율 및 흡연량3 | 38 |
| 〈그림 2-18〉 가구 소득 분위별 흡연율 및 흡연량 3 | 39 |
| 〈그림 2-19〉 전체 음주율 및 폭음률 | 10 |
| 〈그림 2-20〉 연령대별 음주율 및 폭음률 | 10 |
| 〈그림 2-21〉 성별 음주율 및 폭음률 | 11 |
| 〈그림 2-22〉 직업별 음주율 및 폭음률 | 11 |
| 〈그림 2-23〉 가구 유형별 음주율 및 폭음률 | 12 |

| 〈그림 2-24〉 가구 소득 분 | 분위별 음주율 및 폭음률 | 42 |
|--------------------|----------------------------|-----|
| 〈그림 2-25〉 전체 및 연령 | 명대별 유산소 신체활동 실천율 ······ | 43 |
| 〈그림 2-26〉 성별 및 직업 | 법별 유산소 신체활동 실천율 ····· | 44 |
| 〈그림 2-27〉 가구 유형 및 | Ų 소득 분위별 유산소 신체활동 실천율 ···· | 44 |
| 〈그림 2-28〉 전체 및 연령 | 명대별 식생활 평가 지수 ······ | 45 |
| 〈그림 2-29〉 성별 및 직업 | 법별 식생활 평가 지수 ······ | 46 |
| 〈그림 2-30〉 가구 유형 및 | Ų 소득 분위별 식생활 평가 지수 ······ | 46 |
| 〈그림 2-31〉 전체 및 연령 | 명대별 예방접종률 | 47 |
| 〈그림 2-32〉 성별 및 직업 | 법별 예방접종률 | 48 |
| 〈그림 2-33〉 가구 유형 및 | Ų 소득 분위별 예방접종률 ····· | 48 |
| 〈그림 2-34〉 전체 및 연령 | 명대별 수검률 ······ | 49 |
| 〈그림 2-35〉 성별 및 직업 | 법별 수검률 ······ | 50 |
| 〈그림 2-36〉 가구 유형 및 | 및 소득 분위별 수검률 | 50 |
| 〈그림 2-37〉 지난 1년간 | 참여 건강관리 서비스 종류 | 65 |
| 〈그림 2-38〉 지난 1년간 | 참여 건강관리 서비스 제공 장소 | 66 |
| | | |
| 제3장 | | |
| 〈그림 3-1〉 2015~2023 | 년 공중보건의 신규 편입 및 복무 현황 | 91 |
| 〈그림 3-2〉 일차의료 만성 | 성질환 관리 시범사업 체계 | 97 |
| 〈그림 3-3〉 여성 농업인 부 | 특수건강검진 시범사업 추진체계 | 105 |
| 〈그림 3-4〉 여성 농업인 ! | 특수건강검진 시범사업 대상 검진 항목 … | 106 |
| 〈그림 3-5〉 지역사회 통합 | 합돌봄 선도사업 운영 체계 | 111 |
| 〈그림 3-6〉 지역사회 통합 | 합돌봄 선도사업 로드맵 | 112 |
| | | |
| 제4장 | | |
| 〈그림 4-1〉 사업 전·후 혈 | g압·혈당·콜레스테롤 인지율 비교 | 129 |
| 〈그림 4-2〉 프로그램 운영 | 병 만족도 조사 결과 ······ | 130 |

| 〈그림 4-3〉 '홍동다움' 사업추진체계 |
|--|
| 〈그림 4-4〉'홍동다움' 구강 보건 및 혈압 관리 서비스138 |
| 〈그림 4-5〉 청양군 밑반찬 조리 및 배달사업141 |
| 〈그림 4-6〉 핀란드의 지역별 인구 분포 |
| 〈그림 4-7〉 NKP의 추진체계 ·······146 |
| 〈그림 4-8〉 NKP의 흡연율 감소 효과 ······148 |
| 〈그림 4-9〉 NKP의 식습관 변화 효과: 빵 스프레드 종류의 변화 ················149 |
| 〈그림 4-10〉 NKP의 식생활 변화 효과: 요리용 지방 사용 비율 ·············· 149 |
| 〈그림 4-11〉 NKP의 식생활 변화 효과: 우유 소비 종류 ························· 150 |
| 〈그림 4-12〉 NKP의 혈청 콜레스테롤 감소 효과 ·····························151 |
| 〈그림 4-13〉 NKP의 확장기 혈압 감소 효과151 |
| 〈그림 4-14〉 NKP의 수축기 혈압 감소 효과 ······151 |
| 〈그림 4-15〉 NKP의 관상동맥성 심장질환 사망률의 감소 ·························152 |
| 〈그림 4-16〉 호주 정부의 국가예방정책전략 개요154 |
| 〈그림 4-17〉 호주의 농업인 건강계획(2019~2023년) 개요155 |
| 〈그림 4-18〉 북 카렐리아 프로젝트 운영 조직 및 체계161 |

| 제1장 | |
|-----|--|
| 서론 | |
| | |

서론

1. 연구의 배경 및 필요성

인구 고령화 및 생활양식 서구화와 더불어 만성질환자 비율이 증가하였다(오영 희 외, 2011: 11). 65세 이상 고령 인구 구성비가 2020년 15.7%에서 2025년에는 20%, 2035년에는 30%, 2050년에는 40%까지 증가할 전망이다(통계청, 장래인구 추계, 검색일: 2023. 3. 2.). 2019년 시점에서 고혈압, 당뇨병, 심장질환 등 만성질환 진료 환자 수는 1880만 명으로, 2018년 대비 4.4% 증가하였다(건강보험심사평가원, 2019).

만성질환자가 증가하면 국민의료비도 증가하여 건강보험 재정 건전성이 악화된다(오영희 외, 2011: 11). 2000년 시점에서 우리나라의 경상의료비는 약 25조 원수준이었으나, 2010년에는 78조 원, 2015년에는 110조 원, 2020년에는 162조 원수준으로 늘어났다.

특히 노인 진료비 비율과 총액이 계속 증가하였다. 건강보험 총진료비 대비 노인 진료비의 비율이 2014년 35.5%였던 것이, 2021년 42.4%로 증가하였다. 총액으로 따지면 약 19조 원이었던 것이 39조 원으로 증가한 것이다.

유전적 및 환경적 요인 등 만성질환에 영향을 끼치는 요인은 다양하지만, 무엇

보다 흡연, 음주, 운동 부족 등과 같은 건강 위해 행위의 영향이 크다. 흡연이나 폭음 같은 건강 위해 행위는 다른 건강 위해 행위의 촉발 요인으로 작용할 수 있으므로 건강 위해 요인의 차단과 생활 습관의 변화, 즉 예방적 건강관리가 중요하다(김정욱, 2019: 89; Neumann & Cohen, 2009: 189). 예방적 건강관리란 '일상생활에서 질병 예방 또는 건강 악화를 사전에 방지하기 위해 건강 상태를 관리(의학신문, 2022. 7. 23.)'한다는 것을 의미한다.

지속가능한 의료체계 유지를 목적으로 우리나라의 보건의료 정책이 질병 발견 및 사후 치료 중심에서 예방 중심의 건강관리를 지원하는 방향으로 변화하고 있다 (김동진, 2022: 26; 오영호 외, 2019: 49). 보건복지부는 '모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회'구현을 목적으로 '제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030년)'을 수립하여 예방적 건강관리 중점 과제를 다양하게 제시하였다. 그중 '건강생활 실천' 항목에 금연, 절주, 영양섭취, 신체활동 증진, 구강 관리가 제시되었다. 윤석열 정부의 110대 국정과제 중 67번에도 스마트 건강관리 시스템 구축, 예방접종 확대, 사전적·상시적 건강관리 지원 프로그램 등이 포함되었다. 농림축산식품부도 국정과제 70번에 여성 농업인 특수건강검진 도입 등 농촌 맞춤형 의료·돌봄 인프라 확충을 위한 과제들을 제시하였다.

농촌 주민의 만성질환 실태는 도시민보다 나쁘다. 순환기 및 호흡기 질환, 암뿐만 아니라 농촌형 질환이라고 볼 수 있는 근골격계 질환, 치매, 고혈압도 농촌 주민의 유병률이 더 높게 나타났다(안석 외, 2019: 63). 특히 농업인은 만성질환 유병률이 비농업인보다 높고(이수진, 2010: 306; 김동진 외, 2012: 20), 농작업 등으로 인해 사고 및 손상을 경험할 확률도 높다(이현경 외, 2019: 717). 그러나 농촌 주민은도시민보다 예방적 건강관리 실천율이 낮고, 실제로도 건강관리 수준이 미흡하다고 인식하고 있다(김동진 외, 2012). 이들의 만성질환 유병률 감소를 목적으로 예방적 건강관리를 지원할 필요가 있다.

농촌 주민의 예방적 건강관리를 돕는 서비스를 확대 공급해야 하지만, 농촌에는 보건의료 기관이 적다. 의료적 및 비의료적 건강관리 서비스를 제공하는 보건소는 시군 중심지에 소재한다. 서비스를 일부분이라도 제공하는 보건지소와 보건

진료소는 어느 정도 있지만, 상근 인력이 적어 서비스의 양과 질이 만족스럽지 않을 수 있다. 의료 차원에서 만성질환 관리 서비스를 일부 제공하는 민간 병의원도 농촌에는 매우 희소하다. 종합하면, 농촌 주민은 도시민보다 만성질환 유병률이 높을 수 있고, 예방적 건강관리 실태는 열악할 수 있다. 그리고 건강관리 서비스에 접근하기가 도시민보다 더 어려울 수 있다.

2. 연구 목적

이 연구의 목적은 농촌 주민의 예방적 건강관리 증진을 위한 정책과제를 제시하는 데 있다. 구체적으로는 다음과 같이 연구 목표를 정하였다. 첫째, 농촌 주민의 예방적 건강관리 실태를 파악한다. 둘째, 농촌에서 시행되는 예방적 건강관리관련 정책을 검토하고 분석한다. 셋째, 농촌 주민의 예방적 건강관리와 관련하여시사점을 제공할 만한 국내외 사례를 검토한다. 마지막으로, 이상의 내용을 종합하여 농촌 주민의 예방적 건강관리 정책 추진의 방향과 과제를 제시한다.

3. 선행연구 검토1)

3.1. 농촌 주민의 건강 상태

농촌 주민의 건강 상태 및 건강관리 실천은 도시민에 비해 낮은 수준이다. 보건 의료 시설 부족과 접근성 문제로 인한 미충족 의료 수요가 많아 건강 유지와 질병 관리에 어려움이 있다.

¹⁾ 이 절의 내용은 한국농촌경제연구원 연구진의 검토 결과와 한국보건사회연구원 전진아 연구위원이 원고를 위탁받아 작성, 제출한 내용을 종합하고 요약한 것이다.

안석 외(2019)는 국민건강보험 자료를 분석하여 도시민과 농촌 주민의 건강 수 준과 의료 격차 상태를 비교 분석하였다. 분석 결과, 농촌 주민의 유병률과 사망률 이 도시민보다 높고, 건강 격차가 현저하였다. 암과 감염성 질환을 제외한 치료 가 능 사망 상병들의 연령 표준화 유병률과 모든 치료 가능 사망 상병들의 연령 표준 화 사망률이 농촌에서 더 높았다. 농촌형 질환(근골격계 질환, 치매, 고혈압)의 연 령 표준화 유병률과 사망률도 모두 농촌에서 더 높았다.

조미형 외(2013)는 문헌 조사, 2차 통계자료 분석, 설문 조사, 재가 노인복지시설 및 보건진료소 이용 노인들을 면접 조사하여 농촌 노인의 건강 수준 및 건강관리 실태 등을 파악하였다. 농촌 노인의 유병률이 도시 노인보다 낮았지만, 주관적삶의 질 수준이 낮았다. 특히 농촌 허약 노인은 고령 노인에 비해 당뇨병 유병률이 높았다. 일상적 건강생활 관리에 도움이 필요한 농촌 노인의 비율이 약 55%, 불규칙한 식생활 패턴을 보이는 농촌 노인의 비율이 24.3%였다.

안석 외(2017)도 농촌 노인을 연구 대상으로 하였다. 노인실태조사 자료를 분석하여 기능장애 농촌 노인의 건강 상태와 의료복지 서비스 실태를 분석하였다. 기능장애 농촌 노인은 기능장애가 없는 농촌 노인보다 주관적 건강 수준이 낮고, 신체적·정신적으로 건강 상태가 안 좋았다.

김동진 외(2012)는 농어촌 주민 대상 설문 조사 자료를 분석하여 건강 상태와 의료 이용 행태, 건강증진 서비스 욕구를 파악하였다. 농어촌 주민들은 당뇨, 관절염, 농부증과 같은 만성질환 유병률이 도시보다 높았고, 연령 표준화 사망률도 농어촌에서 더 높았다.

3.2. 농업인의 건강 상태

농촌 주민 중 비농업인에 비해 농업인의 건강 상태가 좋지 않다. 농작업 중 사고, 농약 등의 유해물질 중독 사고가 발생할 확률이 높다. 몇 건의 선행연구에서 농업인의 건강 상태를 분석하였다.

최경환(2008)은 문헌 조사, 농가 설문 조사, 면접 조사 등을 수행하여 농어업인의 건강 상태를 분석하였다. 농어업 종사자에서 비농어업 종사자보다 만성질환유병률이 높았다. 특히 여성의 경우 더욱 높았다. 농약 중독 경험률도 높고, 주관적 건강 인식 수준은 매우 낮았다.

박대식 외(2010)는 문헌 조사, 통계자료 분석, 면접 조사를 수행하여 농어업인의 건강 안전 실태와 문제점, 직업성 질환 및 재해 실태 등을 파악하였다. 건강관리를 위한 운동이나 신체활동을 적극적으로 하거나 영양 교육 및 상담을 받는 농어업인은 소수에 불과하였다. 20~30%의 농어업인이 비만이며, 18.1~19.2%가 일상생활에 많은 스트레스를 느끼고 있었다. 농어업인들은 고혈압, 관절염, 골다공증등의 질환에 노출되어 있지만, 이들 중 60%가 근거리, 저비용을 이유로 주로 공공보건의료 기관을 이용하고 있었다. 농어업인의 1/4~1/3 정도가 음주운전 경험이었었으며, 5.4~8.2%가 사고 및 중독 경험이 있었다. 농어업인의 만성 및 급성 질환, 사고, 중독 경험률이 13.5%에 이를 정도로 높았다.

고상백(2012)은 선행연구들을 종합적으로 검토하여 농업인의 건강 상태를 분석하고 원인, 현황, 대응 방안을 제시하였다. 농업인은 비농업인보다 호흡기, 피부, 근골격, 인수공통 감염병 등의 유병률이 높았다. 사고 및 손상 확률도 높았다. 농업인과 비농업인 사이의 건강 격차는 농약 및 유해물질 접촉, 옥외 작업, 중량물취급, 부적절한 자세 등 직업적·환경적 요인에 기인하하는 바가 적지 않았다.

이현경 외(2019)는 지역사회 건강조사 자료를 이용하여 농업인과 비농업인의 사고 경험률과 건강 관련 삶의 질 수준 및 영향요인을 비교 분석하였다. 연간 사고 경험률은 농업인의 경우 9.9%, 비농업인의 경우 7.8%로, 양자 간의 차이가 유의하 였다. 연간 사고 경험이 있는 농업인의 건강 관련 삶의 질도 비농업인에 비해 유의 하게 낮았다. 관련 주요 요인은 주관적 건강 인식, 교육 수준, 스트레스였다.

3.3. 건강, 질병 예방, 건강관리의 정의 및 내용

3.3.1. 건강의 정의

건강의 정의는 매우 다양하고 추상적이며, 학문 분야와 관련 선행연구에 따라다르게 제시된다. 세계보건기구(World Health Organization: WHO)는 1948년에 정의된 건강의 정의, '단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라, 실체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태'(Mann, 2006: 1; 성기헌 2017: 61에서 재인용)를 지금까지 채택하고 있다. 이에 대해 성기헌(2017: 62)은 WHO가 제시한 건강의 정의가 지나치게 보편적이고 이상적이며, 건강의 주요 속성인 통증, 불편감, 정상성, 육체적 불능성, 적응 등에 대한 개념을 충분히 고찰하여 구체적으로 표현되어야 한다고 지적하였다. Twaddle(1974: 30) 역시 WHO가 제시한 건강의 정의가 이상적이며, 사회적·문화적으로 내용이 다르게 해석될 수 있다고 언급하였다. 마찬가지로 Kass(1975: 13)는 건강을 '지향해야 할 하나의 상태로서 신체적·정신적으로 적합한 상태'라고 정의하였다.

반면 전기홍(2009: 322)은 건강의 정의가 협의 및 광의의 건강 개념에 따라 다르지만, '질병에 이환되지 않은 상태', 즉 질병의 반대 개념이라 제시하였다. 이처럼 건강의 정의는 다양하지만, 구체적으로 '질병이나 불편함이 없는 상태'라고 볼 수 있다.

3.3.2. 질병 예방 또는 관리의 개념과 범위

질병의 예방 및 관리는 단계별로 구분되어 개념과 내용이 특정될 수 있다. 선행연구들은 질병의 예방 또는 관리를 3단계로 구분하여 제시하였다. 이윤태 외(2009)는 질병의 예방을 3단계로 구분하였다. 1차 예방은 질병 발생 빈도와 심각성을 사전에 감소시키는 행위를 의미한다. 비흡연, 적절한 운동, 금주, 식생활 개선, 스트레스 관리와 같은 자기 선택적 건강관리와 예방접종이나 공중위생과 같은 사회 집단적 행위를 포함한다. 2차 예방은 질병을 조기에 발견하고 적절한 치

료를 받는 것으로, 정기적 건강검진과 조기 치료가 이에 해당한다. 3차 예방은 질병의 중증화를 방지하고 장애를 예방하며, 중증화 또는 장애 발생 시 기능 보전과 재활을 통해 환자가 사회로 복귀하여 적응하게 하는 활동을 의미한다.

이정택(2016)은 1차 예방을 예방접종이나 공중위생과 같이 질병의 발생 가능성을 줄이는 모든 행위라 제시하였으며, 흡연과 폭음을 줄이고 건강한 생활 습관을 증가시키는 것과 같은 활동을 포함한다고 주장하였다. 2차 예방은 질병 발생시 환자의 건강에 미치는 영향을 최소화하는 행위를 의미하고, 건강검진이 이에 포함되며, 3차 예방은 만성질환과 합병증으로 인한 장애를 감소시키고 최소화하는 행위를 의미한다고 하였다.

이지애 외(2016)는 1차 예방이 건강 위험요인을 제거하여 질병을 예방하는 것이라 주장하였다. 흡연, 음주, 운동 부족과 같은 생활 습관을 통제하는 것이 이에해당한다. 2차 예방은 질병 위험 집단을 중심으로 위험요인을 발견하여 조치를 취하고, 질병 유병 기간을 줄이는 것이라 주장하였다. 조기 진단과 조기 치료가 이에해당한다. 3차 예방은 환자를 대상으로 치료와 재활에 집중하여 이들의 회복을 지원하는 것이다.

원장원(2014) 역시 1차 예방은 질병이 없는 사람을 대상으로 특정 질병의 발병률을 낮추는 것이며, 2차 예방은 질병의 조기 발견 및 치료를 의미하고, 3차 예방은 질환 발견 시 이를 치료하고 사회적 지지를 제공하여 삶의 질을 높이고, 기능장애를 줄이는 것이라 제시하였다.

이상의 내용을 집약하면, 질병 예방의 1단계는 흡연, 음주, 운동 부족과 같은 건강 위험요인을 통제하는 자기 선택적 건강관리 행태와 예방접종이라 볼 수 있으며, 2단계는 질병의 조기 발견 및 치료를 의미하며 건강검진도 이에 포함된다. 3단계는 질병 발병 이후 치료와 재활을 포함한다고 할 수 있다.

3.3.3. 예방적 건강관리의 개념 및 범위

건강관리의 개념, 범위, 구체적인 내용에 대한 통일된 견해를 찾기는 어렵지만, '건강한 상태를 유지하기 위한 일련의 행동'을 두고 건강관리라고 부를 수 있겠다. '국민건강증진법' 제2조 제5호는 건강관리를 '개인 또는 집단이 건강에 유익한 행위를 지속적으로 수행함으로써 건강한 상태를 유지하는 것'이라고 정의하였다. 보건복지부(2019)2)는 건강관리를 '건강 유지와 증진, 질병의 사전 예방과 악화 방지, 위해한 생활 습관 개선, 올바른 건강관리를 유도'하는 것이라고 정의하였다.

문헌에서 제시된 건강관리의 정의도 상기 법적 정의와 크게 다르지 않다. Atrash & Carpenter(2012: 396)는 건강관리를 '질병의 진단과 치료뿐만 아니라 질병의 예방, 정신적 및 육체적 손상의 예방'까지 포함하는 것이라고 정의하였다. Karadal 외(2021: 170) 그리고 García-Alcaráz 외(2020: 652)는 '사람의 질병, 부상및 기타 신체적·정신적 장애의 예방, 진단, 치료, 개선 또는 치료를 통해 건강을 유지하거나 개선하는 것'이라고 정의하였다. 종합하면, 건강의 유지 및 개선을 목적으로 행하는 의료적·비의료적 일련의 관리 행동이라고 볼 수 있다.

예방적 건강관리의 개념과 정의가 법령에 규정되지는 않았다. 그러나 선행연구, 국가 통계, 정부고시 등은 대체로 비슷한 정의를 내리고 있다. 예방적 건강관리는 일반적으로 '일상생활에서 질병 예방 또는 건강 악화를 사전에 방지하기 위해 건강 상태를 관리'하는 것이라고 정의된다(의학신문, 2022. 7. 23.). 때로는 '건강생활 실천', '건강 행위 실천', '예방적 건강 행위 실천', 더 나아가 '건강 위험 행동의 중지 및 차단'을 의미한다. 김원식·정연옥(2015: 13)은 예방적 건강 행위를 '사람들이 질병을 예방하거나 발견할 목적으로 취하는 행위'라고 넓게 정의하였다. 예방적 건강관리의 범위와 구성 항목도 연구마다 약간 다르긴 하지만, 대체로비슷하다.

²⁾ 보건복지부 보도자료(2019. 5. 20.), "의료행위와 건강관리 서비스 구분 기준 마련".

〈표 1-1〉 미국 질병관리센터(CDC)의 예방적 건강관리 관련 항목

| 대항목 | 소항목 | 지표 |
|---------------------|--------|--------------------------|
| | 흡연 | 현재 흡연 |
| | 음주(폭음) | 지난 30일간 폭음 |
| 위해 요인 | 신체활동 | 지난 몇 달 동안 운동 안 함 |
| (risk factors) | 혈압수준 | 고혈압 진단여부 |
| | 체중조절 | 현재 비만상태 |
| | 정신건강 | 지난 2달 동안 경험한 중증도 우울 에피소드 |
| | 유방암 | 지난 2년 동안 검사 |
| 74XI(agragnings) | 자궁경부암 | 지난 3년 동안 검사 |
| 검진(screenings) | 직장/결장암 | - |
| | 콜레스테롤 | 지난 5년 동안 검사 |
| 에바저조/immunizations) | 독감 | 과거에 예방접종 |
| 예방접종(immunizations) | 폐렴상구균 | 과거에 예방접종 |

자료: Centers for Disease Control and Prevention(http://www.cdc.gov), 검색일: 2023. 10. 30.

미국 질병관리센터(Center for Disease Control and Prevention: CDC)는 예방적건강관리 행동 관련 대항목으로 ① 건강 위해 요인, ② 검진, ③ 예방접종을 제시하였다. 건강 위해 요인의 세부 항목으로 흡연, 음주, 신체활동 등을, 검진의 세부 항목으로 유방암, 자궁경부암 검진 등을, 그리고 예방접종의 세부 항목으로 독감 및 폐렴상구균 예방접종을 제시하였다.

배재용 외(2020)는 의료급여 수급자의 건강관리와 관련된 지표를 작성하려는 목적으로 건강관리를 예방적 건강관리, 만성질환 관리, 정신질환 관리, 건강 상태로 구분하였다. 그중 예방적 건강관리 관련 항목으로 ① 국가 건강검진 수검률 및관리, ② 건강 위해 요인 및 관리, ③ 예방접종률을 제시하였다.

이정열 외(2013)는 미국 Behavioral Risk Factors Suveillance System(BRFSS) 이 질병관리센터의 예방적 건강관리 관련 항목을 기초로 예방적 건강관리 국가 통계를 생산한다는 것에 근거하여 예방적 건강관리 영역으로 검진, 접종, 건강생활위해 요인을 고려하였다. 검진 항목으로 유방암, 자궁경부암, 대장암을 고려하였고, 예방접종으로는 독감 예방접종을, 위험요인으로는 신체활동 부족, 흡연, 고위험 음주, 비만, 우울 등을 고려하였다.

전진아(2021)는 미국 질병관리센터의 예방적 건강관리 관련 항목에 제시된 건 강생활 실천 항목을 고려하였다. 흡연, 음주, 신체활동, 식습관, 정신건강 관리로 한정하여 코로나19 전후의 예방적 건강관리 실태를 분석하였다.

오영호 외(2021)는 국민건강증진종합계획(2011~2020년)이 건강생활 실천의 확산, 예방 중심의 상병 관리, 안전 환경 보건, 인구 집단별 건강관리를 중점 과제로 제시하였다고 언급하며, 예방적 건강관리 영역으로 만성질환 발병과 관련이 높은 금연, 절주, 운동, 영양 등을 제시하였다.

요약하면, 예방적 건강관리는 질병의 치료나 재활보다는 건강 행동의 실천, 질병 발견을 위한 검진과 질병 예방을 위한 접종 등으로 한정된다. 일반적인 건강관리에 비해 내용과 범위가 협소하다고 볼 수 있다.

3.4. 예방적 건강관리 및 관련 서비스의 효과

예방적 건강관리, 즉 건강 위해 행위의 중지 또는 건강 행위 실천은 개인의 건강 상태를 향상시키고, 중·장기적으로 만성질환 발병률을 낮추어 개인 및 국민의 의 료비를 절감하는 효과를 낸다. 예방적 건강관리 서비스는 개인 차원에서 예방적 건강관리를 실천하도록 돕는다.

3.4.1. 건강생활 습관 개선

하지연·신성만(2016)과 이종숙·김혜경(2017)은 인지행동 치료, 금연 예방교육과 같은 금연 프로그램이 아동 및 청소년에게 흡연에 대한 경각심을 높이고, 흡연가능성을 감소시키는 효과가 있다고 주장하였다. 특히 아동이나 청소년에게 개별적으로 프로그램을 제공하는 것보다, 가정이나 학교 등 지역사회를 기반으로 제공하는 프로그램이 금연 인식을 더욱 효과적으로 제고한다고 주장하였다.

채명옥·전해옥(2018)은 음주에 대한 단기 개입, 인지행동 치료와 같은 절주 프로그램이 대학생의 절주 실현을 실제로 견인한다고 주장하였다. 특히 음주 위험 군을 중심으로 차별화된 프로그램이 절주 성공률을 높인다고 분석하였다.

3.4.2. 만성질환 유병률 감소

김정욱(2019)은 우리나라의 만성질환 실태를 제시하고, 이에 대응하려면 예방 적 건강관리로 패러다임을 전환하고 예방적 건강관리를 강화할 필요가 있다고 주 장하였다. 잘못된 생활 습관이 만성질환 발병 요인이므로, 건강관리 서비스를 확 대하여 예방할 수 있다고 주장하였다. 일례로, 당뇨 예방 프로그램을 도입한다면 연간 17% 정도 당뇨 환자가 감소할 것이라고 추정하였다.

국가암정보센터(2023)와 조비룡(2013)은 흡연자가 금연한다면 금연 1년 이후에 심장병 발병 위험이 1/2로 감소하고, 10년 이후에는 폐암 사망률이 흡연자의 1/2로 감소한다고 분석하였다. 그리고 구강암, 후두암 등 다른 암의 발병 위험도 감소한다고 분석하였다. 15년 이상 금연하였을 경우, 심장병 발병 위험이 비흡연자 수준으로 수렴한다고 추정하였다.

Reiner 외(2013), Gaetano(2016), Cannioto 외(2018)는 운동 및 신체활동 증가가 체중 감소를 견인하고 비만, 관상동맥 심장질환, 제2형 당뇨병, 알츠하이머, 치매 등의 만성질환 위험을 감소시키며, 신체활동이 부족할 경우 당뇨, 심혈관질환, 암과 같은 만성질환 발병률이 높아진다고 분석하였다.

Gay 외(2016)와 Shrestha 외(2018)는 저염식, 고칼륨식, 저칼로리식의 식단이 포함된 식이 중재가 수축기 혈압과 이완기 혈압을 유의미하게 낮춘다고 분석하였 다. 직장을 대상으로 한 식이 중재(개인 및 집단 교육, 식단 관리, 영양 상담 등)가 당화혈색소 및 공복 혈당 관리에 도움이 된다고 분석하였다.

Rippe(2018)는 규칙적 신체활동, 적절한 영양섭취, 체중 관리, 금연, 스트레스 및 정신건강 관리와 같은 예방적 건강관리가 심혈관질환, 암 발병, 노인성 치매 등의 위험성을 유의하게 감소시킨다고 분석하였다.

오영호 외(2019)는 운동이 건강 수준과 의료 이용에 미치는 영향을 분석하였다. 운동을 하는 사람은 전혀 하지 않는 사람보다 와병 경험률, 와병일 수, 만성질환 상 태 지수가 낮고, 주관적 건강 지수는 높은 것으로 나타났다. 또한 외래 진료, 입원 치료, 응급의료 이용 경험률, 외래 방문 횟수, 입원 재원일 수, 응급일 수 등이 낮았 다고 분석하였다.

3.4.3. 의료비 절감 및 부수 효과

김정욱(2019)과 조비룡(2013)은 의료급여 사례관리의 효과를 분석하였다. 사례관리 정책을 도입한 결과, 경기도는 2017년 대비 2018년 진료비가 208억 원 감소하였다. 광주광역시는 2017년 대비 2018년 진료비가 52억 원 감소하였고, 급여일 수가 연간 11만 5000일 감소하였다. 또한 만성질환자 대상 생활 습관 교육 프로그램이 심질환 관련 의료비를 40%, 고혈압·당뇨병 의료비를 30% 정도 절감시켰다.

홍석철(2017)은 당뇨 위험군 대상 예방 프로그램을 도입할 경우 연간 17%의 당뇨 환자가 감소하며, 5년 후 연간 1480억 원, 10년 후 약 2850억 원, 20년 후에는 약 4520억 원의 의료비가 절감된다고 추정하였다. 특히 5년 후에는 연간 약 4790억원, 10년 후에는 약 6890억 원에 달하는 소득 증대 편익이 발생한다고 분석하였다.

3.5. 예방적 건강관리 서비스 정책과제

이상영(2015)은 언론 보도 및 통계자료를 이용하여 만성질환 유병률과 비만율의 변화를 분석하고, 예방적 건강관리 정책과제를 제시하였다. 고혈압 유병률은 2001~2013년까지 거의 정체 상태이며, 당뇨병 유병률은 소폭 증가하였다. 비만율이 고혈압이나 당뇨와 같은 만성질환과 관련되어 있었다. 사후 급성기 질환 치료에 집중하는 보건의료 체계의 한계를 지적하며, 예방적 건강관리 강화를 목적으로 의료적 및 비의료적 서비스를 통합적으로 제공하고, 가구 단위 특성에 따라 서비스를 차별화할 필요가 있다고 주장하였다. 그리고 예방적 측면의 정신건강 증진 방안 마련을 주장하였다. 가령, 자살 예방과 자살 시도자의 사후 관리가 이에 해당하다.

전진아(2021)는 문헌 조사, 온라인 설문 조사, 전문가 포럼을 이용하여 코로나 19 이후 예방적 건강관리와 관련된 보건의료 환경의 변화를 검토하고, 예방적 건강관리 지원 현황을 분석하였다. 코로나19 이후 국민의 정신건강 상태가 악화되었다. 사회적 거리두기가 강화되어 신체활동 감소, 영양 및 식생활 불균형, 음주량증가 등 예방적 건강관리 수준이 낮아졌고, 보건소가 제공하는 일련의 건강증진 사업이 중단되어 건강관리 취약계층이 증가하였다. 이를 바탕으로 코로나19 이후의 지역사회 기반 예방적 건강관리 목적의 정책 대안을 제시하였다. 방안으로 인구·사회학적 특성을 고려한 비대면 디지털 서비스를 이용한 예방적 건강관리 서비스 제공, 보건소의 건강증진 사업 재정립, 건강생활 수칙 마련 및 배포, 허위적건강증진 정보에 대한 차단 방법 마련 등의 과제를 제시하였다.

노나리 외(2022)는 의료패널 자료를 분석하여 주치의(상용 치료원)가 예방적 건강관리 행태에 미치는 효과를 분석하였다. 주치의가 있는 사람에서 없는 사람 보다 예방접종, 골밀도 검사, 당뇨 검사 등의 예방적 건강관리 수준이 높게 나타났 다. 분석 결과를 근거로 주치의 제도 기반의 일차의료 강화 방안을 제시하였다.

이영미 외(2017)는 영양 상태와 식생활 행태를 도시 및 농촌 노인을 대상으로 비교 분석하였다. 분석 결과, 농촌 노인은 도시 노인보다 비타민 A, 비타민 C, 철분, 칼슘, 인 등 특정 영양소 섭취량이 부족하였다. 도시 노인에 비해 농촌 노인의 식단이 곡류(밥), 김치, 기타 채소류 등에 편중되어 있고, 수분, 과실류 섭취가 부족하며, 고혈압과 관련된 나트륨 섭취량은 약 2배 높았다. 분석 결과를 근거로 농촌 노인의 개인적 환경(독거 상태 및 소득 등)을 고려한 식생활 개선 프로그램을 제안하였다.

3.6. 선행연구와 비교한 연구의 차별성

이 연구는 연구 대상, 연구의 내용 및 범위, 연구 방법에 있어 선행연구와 구별된다. 첫째, 연구 대상을 농촌 주민으로 설정하였다. 건강관리와 만성질환을 논의

한 선행연구들은 대부분 인구 집단 전체를 대상으로 하였으며, 농촌 주민을 대상으로 한 연구는 적다. 이 연구는 전 연령대의 농촌 주민을 대상으로 하였다. 같은 농촌이라도 읍과 면 지역에 따라 만성질환, 예방적 건강관리, 서비스 수급 실태가다를 수 있다. 그러므로 농촌 주민의 거주 지역을 읍과 면으로 구분하여 만성질환 및 예방적 건강관리 실태를 분석하였다.

둘째, 연구의 내용 및 범위에 있어 예방적 건강관리에 초점을 맞추었다. 만성질 환 치료를 위한 의료 이용과 의료비 지출 등을 다룬 연구에 비해 발병 지연 전략으로서 예방적 건강관리의 중요성과 역할을 논의한 연구는 많지 않다. 따라서, 농촌 주민의 예방적 건강관리 서비스 수요와 현재 제공되는 서비스 공급 사이의 간극을 파악하여 정책과제를 제시하였다. 건강 실태와 건강관리 서비스 수요를 다룬 연구들은 있지만, 서비스 제공기관의 공급 측면 한계를 사업별로 살펴보고, 수요 측면에서 예방적 건강관리 서비스 욕구를 식별하여 서비스 수급 측면의 과제를 논의한 연구는 드물다.

4. 연구의 범위

이 연구에서 농촌 주민이란 읍면 지역에 거주하는 주민을 의미한다. 농업인은 '농업·농촌 및 식품산업 기본법'에 규정된 '농작물생산업, 축산업, 임업 및 이들과 관련된 산업으로서 대통령령이 정하는 것' 중 농작물생산업과 축산업에 종사하는 사람으로 한정한다.

예방적 건강관리의 범위를 다음과 같이 정했다. 선행연구들이 제시한 건강생활 실천, 즉 흡연, 음주, 신체활동, 영양섭취를 고려한다. 현재 보건소, 보건지소, 건강 생활 지원센터 등 건강관리 서비스 제공기관들의 주된 서비스 제공 목적이 만성질 환 예방이기 때문이다.

선행연구들은 협의의 질병 예방 2단계 행위로서 예방접종을 제시하였고, 일부

연구들은 예방접종과 건강검진까지 포함하였다. 이 연구는 예방접종뿐만 아니라 건강검진까지 예방적 건강관리 관련 행위로 포함한다.³⁾ 질병 예방의 3단계 행위 (치료 및 처치, 재활을 통한 사회 복귀)는 실질적으로 유병자를 위한 질병관리 서 비스의 성격이 강하므로, 예방적 건강관리를 논하는 연구의 범위에서 벗어난다.

농촌 주민의 만성질환 유형으로 질병관리청이 제시한 8대 만성질환4) 중 유병률이 높은 고혈압(28.3%), 이상지질혈증(23.9%), 당뇨병(13.6%)을 살펴본다. 추가적으로 농업인 중 유병률이 특히 높을 수 있는 관절병증도 만성질환의 한 유형으로 상정한다.

5. 연구의 내용 및 방법

문헌을 검토하여 건강증진 이론에서 제시된 예방적 건강관리의 역할과 중요성을 살펴보았다. 그리고 예방적 건강관리가 개인 및 국민 의료비 감소와 건강증진에 미치는 효과를 알아 보았다.

다음으로 질병관리청이 제공하는 2016~2021년 국민건강영양조사 원시자료를 분석하였다. 농촌 주민의 예방적 건강관리 및 만성질환 실태를 살펴보았다. 특히 농업인과 비농업인으로 구분하여 비교 분석하였다. 읍과 면 지역의 주민들 사이 에서도 예방적 건강관리 실태와 만성질환 유병률이 다를 수 있어 지역 유형에 따른 구분 분석이 필요하다. 그러나 국민건강영양조사 공개 자료에는 읍과 면 지역을 구분하는 식별 코드가 제공되지 않으므로 질병관리청의 학술정보 시스템 원격자료실을 이용하여 응답자의 주소가 포함된 비공개 원시자료를 분석하였다.5)

³⁾ 농식품부가 시행하는 여성 농업인 특수건강검진과 같은 사업에 대한 개선 방안 제시 차원에서도 건강 검진까지 포함하는 것이 적절하다.

⁴⁾ 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 천식, 만성 폐쇄성 폐질환, 심근경색 및 뇌졸중, 암, 치매.

⁵⁾ 비공개 자료를 이용할 목적으로 연구 제안서를 질병관리청에 제출하였다. 비공개 자료 분석 결과를 질병관리청이 사후 검열 및 반출 승인하였음을 밝혀 둔다.

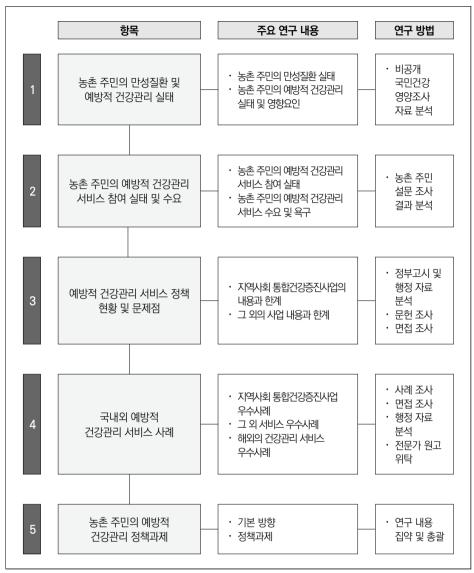
다음으로 농촌 주민의 예방적 건강관리 서비스에 대한 인식과 참여 실태, 효과와 욕구를 파악할 목적으로 설문 조사를 실시했다. 농촌 주민 1000여 명을 대상으로 조사하였다.

국내의 예방적 건강관리 정책에 대한 문헌, 정부 고시, 행정 자료 등을 분석 및 검토하고 관련 정책 실무자 또는 전문가를 면접 조사하여 정책 현황, 내용, 농촌에서 겪는 어려움 등을 파악하였다. 도시 특성에 맞게 설정된 서비스가 농촌 주민에게 전달될 때 서비스의 양적·질적 미흡함이 발생하는 원인을 파악하는 데 초점을 두었다. 그리고 농촌 지역의 한계를 극복하여 서비스를 효과적으로 전달하고 있는 국내외 정책 사례의 내용을 파악하여 시사점을 도출하였다. 국내 사례로는 전북 부안군 및 장수군, 충남 홍성군의 지역사회 통합건강증진사업에 관한 자료를 조사하고 분석하였다. 국외 사례로는 핀란드의 NKP(North Karelia Project)와 호주의 Agrisafe 프로그램에 관한 자료를 수집하고 분석하였다. 6)

마지막으로, 이상의 연구 결과를 종합하여 농촌 주민의 예방적 건강관리 증진을 위한 정책 개선 방향과 과제를 제안하였다.

⁶⁾ 두 개의 국외 사례에 관한 내용은 한국보건사회연구원의 최은진이 수탁하여 집필하였다.

〈그림 1-1〉 연구 추진체계도



자료: 저자 작성.

농촌 주민의 만성질환 및 예방적 건강관리 실태

농촌 주민의 만성질환 및 예방적 건강관리 실태

1. 개요

이 장에서는 농촌 주민의 만성질환, 예방적 건강관리 실천, 지역의 보건의료 기관이 제공하는 예방적 건강관리 서비스 이용 실태 등을 분석하였다.

만성질환 및 예방적 건강관리 실천 실태 분석에는 질병관리청이 제공한 '국민건 강영양조사 2016~2021년' 비공개 자료를 병합하여 활용하였다. 만성질환 유병률과 예방적 건강관리 실천율 등을 파악하였다. 지역 유형(도시, 도농복합시, 농촌 읍지역, 농촌 면지역)에 따라 비교하기도 했다. 7) 농촌(읍면)에서 주민의 만성질환 유병률이나 예방적 건강관리 실천율을 살펴보려면 상대적 비교가 필요하다. 국민건 강영양조사 표본의 인구학적 특성 요약 통계량을 〈표 2-1〉에 제시하였다.

⁷⁾ 지역 유형 간 비교에서 도시(동), 도농복합시(동·읍·면), 농촌(읍), 농촌(면)으로 지역을 구분한 까닭은, 도농복합시의 경우 동부를 전혀 포함하지 않고 읍과 면으로만 이루어진 군 지역에 비해 인구가 많고 보건의료 서비스 제공기관에의 접근성이 다소 높을 것이라고 가정했기 때문이다. 이처럼 지역 유형을 구분해 분석하려고 응답자의 주소 정보가 포함된 '국민건강영양조사' 비공개 자료를 질병관리청에 요청하여 구득한 자료를 활용하였다.

〈표 2-1〉 '국민건강영양조사 2016~2021' 응답자의 인구학적 특성(N=33,108)

단위: %

| 변수 | 구분 | 비율 | 변수 | 구분 | 비율 |
|-------|--------|------|-------|--------|------|
| | 20~39세 | 26.6 | ИН | 남성 | 44.0 |
| 연령 | 40~64세 | 47.5 | 성별 | 여성 | 56.0 |
| | 65세 이상 | 25.9 | | 농업인 | 4.0 |
| 결혼 유무 | 기혼 | 82.7 | 직업 | 비농업인 | 57.3 |
| 결혼 ㅠㅜ | 미혼 | 17.3 | | 미취업 | 38.8 |
| | 중졸 | 29.0 | 가구 유형 | 1인 가구 | 13.1 |
| 교육 수준 | 고졸 | 32.6 | | 1세대 부부 | 23.9 |
| | 대졸 이상 | 38.3 | | 기타 | 63.0 |
| 가구 소득 | 1분위 | 18.3 | 지역 규모 | 동 | 81.2 |
| | 2분위 | 24.3 | | 도농복합시 | _ |
| | 3분위 | 27.4 | | ᅄ | 9.4 |
| | 4분위 | 30.0 | | 면 | 9.4 |

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

도시, 농촌을 가릴 것 없이 주민들을 대상으로 공공 및 민간 보건의료 기관이 예 방적 건강관리 서비스를 다양하게 제공한다. 이 서비스들은 예방적 건강관리 정 책의 구체적 수단이기도 하다. 농촌 주민이 예방적 건강관리 서비스를 얼마나, 어 떻게 이용하느냐에 따라 예방적 건강관리 정책의 성과에 영향이 있을 수 있다.

농촌 주민의 예방적 건강관리 서비스 이용 실태와 관련해 이용률, 이용을 저해하는 요인, 서비스 이용 결과에 대한 자기 평가 등을 검토하려고 설문 조사를 실시하였다. 8) 2023년 7월 7일부터 한 달 동안 조사하였다. 방문 면접 조사와 온라인 설문 조사를 병행하였다. 조사에 응한 농촌 주민 1102명의 인구학적 특성을 요약한통계량을 〈표 2-2〉에 제시하였다.

⁸⁾ 강원도, 충청북도, 충청남도, 전라북도, 전라남도, 경상북도, 경상남도의 읍·면 지역주민 가운데 설문조사 표본을 추출하였다. 성별, 연령별, 지역별 인구 분포를 고려해 비례할당 방식으로 표본을 추출하였다. 표본오차는 95%, 최대 허용 표본오차는 ±3.0%p이다.

〈표 2-2〉 설문 조사 응답자의 인구학적 특성(N=1,102)

단위: %

| 변수 | 구분 | 비율 | 변수 | 구분 | 비율 |
|--------------|-----------|------|-------|--------|------|
| | 19~29세 | 6.5 | ИН | 남성 | 50.1 |
| | 30대 | 13.4 | 성별 | 여성 | 49.9 |
| 연령 | 40대 | 18.1 | | 강원 | 11.3 |
| | 50대 | 19.8 | | 충북 | 10.6 |
| | 60세 이상 | 42.1 | | 충남 | 17.8 |
| 되면 이렇 | 인비 | 36.2 | 거주지 | 전북 | 8.7 |
| 지역 유형 | 면 | 63.8 | | 전남 | 15.2 |
| | 무학 | 3.4 | | 경북 | 18.8 |
| | 초등학교 졸업 | 12.1 | | 경남 | 17.6 |
| 학력 | 중학교 졸업 | 11.7 | | 1인 가구 | 16.2 |
| | 고등학교 졸업 | 34.1 | 기기 이해 | 1세대 부부 | 39.4 |
| | 대졸 이상 | 38.7 | 가구 유형 | 손자녀 동거 | 42.9 |
| 월평균 기구 소득 | 100만 원 미만 | 13.3 | | 기타 | 1.5 |
| | 100만 원대 | 17.6 | 농업활동 | 있음 | 43.6 |
| | 200만 원대 | 22.7 | 경험 여부 | 없음 | 56.4 |
| | 300만 원대 | 18.9 | 만성질환 | 있음 | 39.9 |
| | 400만 원대 | 10.9 | 유무 | 없음 | 60.1 |
| | 500만 원 이상 | 16.6 | _ | _ | _ |

자료: 설문 조사.

2. 만성질환 실태

고혈압, 이상지질혈증, 당뇨병, 관절병증(근골격계 질환) 등의 만성질환 유형 각각에 대한 판단 기준은 질병관리청 국민건강영양조사 자료집에 제시된 분류 기 준을 참고하였다〈표 2-3〉. 각각의 질환에 대하여, 응답자의 직업을 포함한 인구학 적 특성에 따라 질환 유병률 등을 계산하였다.9)

⟨표 2-3⟩ 만성질환 유형과 유병 판단 기준

| 유형 | | 판단 기준 | 코딩 |
|--------------|--|---|--------------------------|
| 고혈압 | | ① 정상: ②, ③이 아니고, 수축기혈압이 120mmHg 미만이고, 이완기혈압이 80mmHg 미만 ② 고혈압 전단계: ③이 아니고, 수축기혈압이 120mmHg 이상, 140mmHg 미만이고, 이완기혈압이 80mmHg 이상, 90mmHg 미만 ③ 고혈압: 수축기혈압이 140mmHg 이상 또는 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용 | ③: 고혈압 유병 |
| 이상 지질 | | | ① 또는 ②: 이상지질혈증 |
| 현증 고중성지방혈증 | | ② 중성지방이 200mg/dL 이상 | 유병 |
| 당뇨병 | | ① 정상: ②, ③이 아니고, 공복 혈당이 100mg/dL 미만 또는 당화혈색소가 5.7% 미만 ② 당뇨병 전단계: ③이 아니고, 공복 혈당이 100~125mg/dL 또는 당화혈색소가 5.7% 이상 6.4% 이하 ③ 당뇨병: 공복 혈당이 126mg/dL 이상이거나 의사진단을 받았거나 혈당강하제 복용 또는 인슐린 주사를 사용하거나, 당화혈색소 6.5% 이상 | ③: 당뇨병 유병 |
| 근골격계 질환 | | ① 골관절염 또는 ② 류마티스성 관절염 여부 | ① 또는 ②: 근골격계 질환 유병 |

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년. 해당 내용을 연구진이 편집.

⁹⁾ 응답자의 인구학적 특성에 따라 분석한 교차표를 부록에 제시하였다.

2.1. 고혈압

도시보다 현저한 농촌의 특성을 지니는 면 지역일수록 고혈압 유병률이 높아진다. 도시의 경우 유병률이 26.3%였으나, 도농복합시는 27.1%, 읍 지역은 31.3%,면 지역은 41.5%였다〈그림 2-1〉.

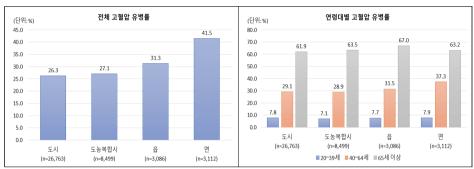
그리고 지역 유형에 관계없이 연령이 높을수록 유병률이 높다. 특히 65세 이상 응답자의 유병률이 60% 이상으로 아주 높다. 40~64세 연령 집단 유병률은 지역 유형에 관계없이 65세 이상 연령 집단 유병률의 1/2 정도이다〈그림 2-1〉. 성별로 구분하면, 도시, 도농복합시, 읍 지역에선 남성의 유병률이 여성보다 높지만, 면지역에선 두 집단 간 유병률에 큰 차이가 없다〈그림 2-2〉.

직업별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 농업인의 유병률이 비농업인 또는 미취업자보다 높다. 읍 지역 농업인의 유병률이 52.2%로 가장 높고, 다음으로는 도농복합시, 면 지역 농업인의 유병률이 각각 50.7%, 47.9% 순으로 높다. 농촌일 수록 비농업인의 유병률이 높아지지만, 지역 유형 간 차이가 그리 크지는 않다. 미취업자의 경우, 면 지역으로 갈수록 유병률이 높다〈그림 2-2〉.

가구 유형으로 구분하면, 읍 및 면 지역에서는 1인 가구 응답자의 유병률이 각각 46.2%, 57.2%로 다른 응답자 범주에 비해 높다. 도시와 도농복합시 지역에서는 1세대 부부 응답자의 유병률이 각각 40.5%, 41%로 높다〈그림 2-3〉.

가구 소득 수준에 따라 비교하면, 지역 유형에 관계없이, 최저소득(1분위) 집단의 유병률이 가장 높다. 특히 면 지역 최저소득 가구 응답자의 유병률이 52.7%로가장 높다. 2분위 소득 응답자의 유병률도 마찬가지로 면 지역으로 갈수록 높다〈그림 2-3〉.

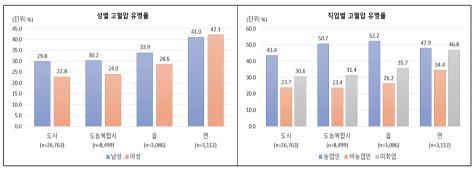
⟨그림 2-1⟩ 전체 및 연령대별 고혈압 유병률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

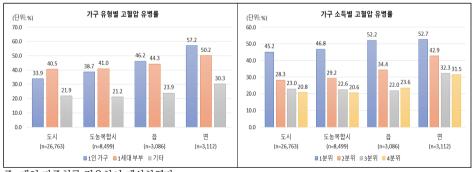
⟨그림 2-2⟩ 성별 및 직업별 고혈압 유병률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

〈그림 2-3〉 가구 유형별 및 소득별 고혈압 유병률

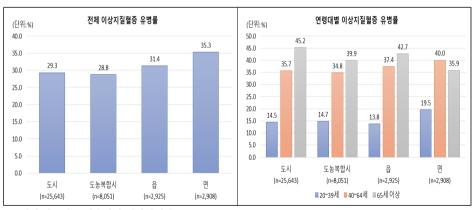


주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

2.2. 이상지질혈증

전체적으로 볼 때, 고혈압과 유사하게 이상지질혈증 유병률도 농촌에서 도시나 도농복합시보다 크게 높다. 도시 지역에서 유병률은 29.3%, 도농복합시 지역에서 는 28.8%였다. 이에 비해 읍 지역에서는 31.4%, 면 지역에서는 35.3%로 상당히 높았다〈그림 2-4〉. 나이가 많을수록 이상지질혈증 유병률도 높은 경향을 보이는 데, 면 지역에서는 다소 다른 경향이 드러난다. 65세 이상 연령 집단에서 이상지질 혈증 유병률은 35.9%인데, 40∼64세 연령 집단에서 유병률이 40.0%로 그보다 더 높다(그림 2-4).

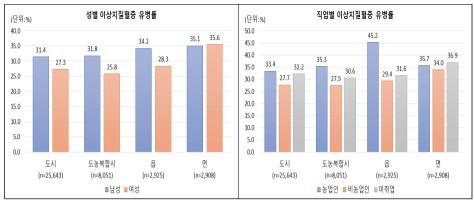
면 지역에서는 유병률의 성별 간 차이가 거의 없었으나, 나머지 지역에서는 남 성이 여성보다 유병률이 높다<그림 2-5>. 직업별로 살펴보면, 농업인 집단에서 타 직업군이나 미취업자 집단보다 유병률이 더 높은 경향이 있다. 특히 읍 지역에 거 주하는 농업인 집단의 유병률이 45.2%로 매우 높다. 이러한 직업군 가 차이는 면 지역에서는 약가 다른 경향이 나타난다. 미취업자 집단에서 유병륰이 36.9%로 농 업인 집단의 35.7%보다 조금 더 높다(그림 2-5).



〈그림 2-4〉전체 및 연령대별 이상지질혈증 유병률

주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

〈그림 2-5〉 성별 및 직업별 이상지질혈증 유병률

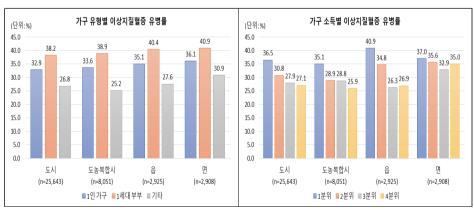


주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

지역 유형에 관계없이, 단독세대 부부 가구의 구성원인 경우에 여타의 가구 유형보다 이상지질혈증 유병률이 일관되게 높은 경향이 있다〈그림 2-6〉. 그리고 가구 소득이 낮을수록 유병률이 높아진다. 다만, 면 지역에서는 가구 소득 분위 집단간의 유병률 차이가 타 유형의 지역에 비해 크지 않으면서, 모든 소득 분위 집단에서 유병률이 대체로 높은 편이다〈그림 2-6〉.

〈그림 2-6〉 가구 유형별 및 소득 분위별 이상지질혈증 유병률

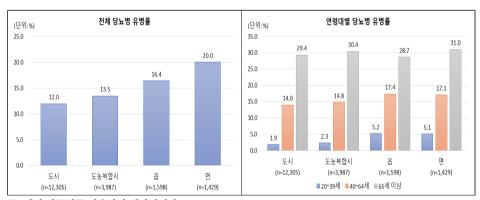


주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

2.3. 당뇨병

'도시-도농복합시-읍-면'의 순으로 구분한 지역 유형별 당뇨병 유병률은 그 순서대로 높아진다〈그림 2-7〉. 도시의 경우 12.0%, 도농복합시는 13.5%, 읍 지역은 16.4%, 면 지역은 20.0%였다. 면 지역에서 당뇨병 유병률이 도시 지역의 2배에 근접한다.

연령에 따라 살펴보면, 나이가 많은 인구 집단에서 당뇨병 유병률이 급격하게 상승함을 알 수 있다〈그림 2-7〉. 지역 유형을 막론하고 65세 이상 인구 집단에서 당뇨병 유병률은 30% 내외였다. 이는 14~17%의 비율을 보이는 40~64세 인구 집단 유병률의 2배에 가까운 것이다. 당뇨병 유병률이 상대적으로 낮은 20~39세 인구 집단의 경우, 읍 그리고 면 지역에서 그 유병률이 각각 5.2%와 5.1%였는데, 이는 도시 지역 유병률 1.9%의 2.5배에 해당한다. 농촌 지역의 청년층 식생활이나신체활동 측면에서 예방적 건강관리의 필요성이 긴요해 보인다.



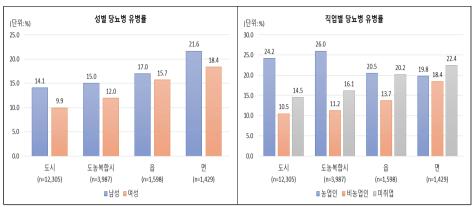
⟨그림 2-7⟩ 전체 및 연령대별 당뇨병 유병률

주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

전체적으로 남성의 당뇨병 유병률이 여성보다 높다〈그림 2-8〉. 직업군 간 차이가 크게 드러나지 않는 면 지역을 제외하면, 농업인 집단에서 당뇨병 유병률이 타직업군이나 미취업자 집단보다 훨씬 높다〈그림 2-8〉.

〈그림 2-8〉 성별 및 직업별 당뇨병 유병률

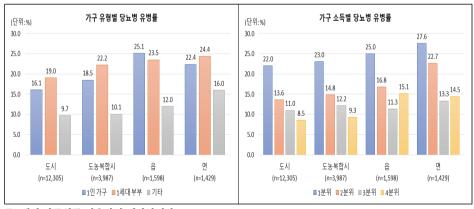


주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

도시, 도농복합시, 면 지역의 경우 1세대 부부의 유병률이 각각 19.0%, 22.2%, 24.4%로 가장 높지만, 읍 지역에서는 1인 가구 응답자의 유병률이 25.1%로 가장 높다〈그림 2-9〉. 지역 유형을 막론하고 가구 소득 1분위 집단에서 당뇨병 유병률이 현저하게 높다〈그림 2-9〉. 2분위 집단이 그다음으로 높은데, 면 지역에서는 유병률이 22.7%로 도시, 도농복합시, 읍에 비해 약 5~8% 정도 더 높아 눈에 띈다.

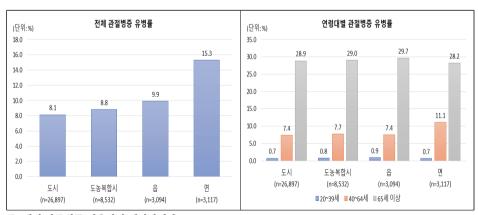
⟨그림 2-9⟩ 가구 유형별 및 소득 분위별 당뇨병 유병률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

2.4. 관절병증

농촌에서 관절병증 유병률이 더 높다〈그림 2-10〉. 특히, 면 지역에서 현저하게 높다. 도시(8.1%), 도농복합시(8.8%), 읍(9.9%)보다 거의 2배 가까운 15.3%다. 전체적으로 65세 이상 인구 집단에서 관절병증 유병률이 압도적으로 높다〈그림 2-10〉. 주목할 만한 것은, 40~64세 인구 집단의 경우 면 지역의 유병률이 다른 유형의 지역에 비해 상당히 높다는 점이다. 남성에 비해 여성의 관절병증 유병률은 약 3~4배 높은데, 면 지역에서는 거의 5배가량 차이가 난다〈그림 2-11〉. 여성 관절병증 유병률은 도시에서는 12.7%, 도농복합시에서는 13.8%, 읍에서는 15.9%, 면에서는 25.1%였다〈그림 2-11〉. 농업인 집단과 미취업 집단의 관절병증 유병률이 비농업 직업군보다 현저하게 높다〈그림 2-11〉. 비농업 직업군의 유병률만 떼어놓고 볼 때, 타 유형의 지역에 비해 면 지역에서 현저하게 높다는 점도 특기할 만하다. 면 지역에서, 그리고 여성 중에서 관절에 영향을 주는 농작업을 수행하는 경우가 많고, '미취업' 집단 중에도 일용 노동을 하는 경우가 면 지역에 많은 현실이 반영된 듯하다.



〈그림 2-10〉 전체 및 연령대별 관절병증 유병률

주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

⟨그림 2-11⟩ 성별 및 직업별 관절병증 유병률

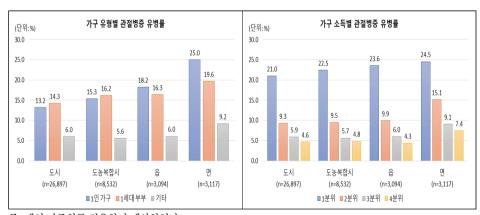


주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

1인 가구에서 관절병증 유병률이 상대적으로 높은데, 면 지역에서 현저하게 높다〈그림 2-12〉. 다른 만성질환들과 마찬가지로, 전체적으로 소득이 낮은 집단에서 관절병증 유병률이 가장 높다〈그림 2-12〉. 이것도 도시보다는 도농복합시에서, 도농복합시보다는 읍에서, 읍보다는 면에서 더 높다.

〈그림 2-12〉 가구 유형별 및 소득 분위별 관절병증 유병률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

2.5. 요약

고혈압, 이상지질혈증, 당뇨병, 관절병증 등 네 종류의 만성질환 유병률이 도시 보다 농촌에서 더 높다. 상당한 차이가 나타나는데, 농촌에서도 읍보다는 면 지역 의 유병률이 훨씬 높은 편이다. 고령층의 유병률이 상대적으로 높지만, 특히 면 지 역에서 만성질환 유병률이 높은 것을 면 지역 인구가 상대적으로 더 고령화되었다 는 점에서만 원인을 찾아 설명할 수는 없다. 소득 수준이 낮을수록, 그리고 농업에 종사하는 인구 집단에서 유병률이 더 높은 경향이 있다는 점도 고려해야 한다. 유 병률 지표만을 놓고 볼 때, 이들 만성질환의 예방적 건강관리 필요성은 농촌에서, 특히 면 지역에서 더욱 크다고 말할 수 있다.

3. 예방적 건강관리 실태

만성질환 실태와 마찬가지로 응답자의 거주 지역 유형을 읍, 면, 도농복합시, 동지역으로 분류하여 예방적 건강관리 실태(흡연, 음주, 신체활동, 영양섭취 상태, 예방접종 및 건강검진 수검 여부)를 분석하였다. 각각의 예방적 건강관리 항목에 대하여, 응답자의 직업을 포함한 인구학적 특성을 기준으로 실태를 파악하였다. 약 항목에 대한 지표 설정과 코딩 방법에 대한 설명을 〈표 2-4〉에 제시하였다.

¹⁰⁾ 응답자의 인구학적 특성에 따라 분석한 교차표를 부록에 제시하였다.

⟨표 2-4⟩ 예방적 건강관리 판단 기준 및 분류

| 유형 | | 판단 기준 및 코딩 |
|------------|---|---|
| ÷α | 흡연 여부 | 매일 또는 가끔 흡연하면 해당 |
| 흡연 | 흡연량 | 매일 또는 가끔 흡연하는 사람의 하루 흡연량(개비) |
| <u> Ох</u> | 음주 여부 | 일주일에 2회 이상 술 마시면 음주 |
| 음주 | 폭음 여부 | 한 번에 7잔 이상 술 마시면 폭음 |
| 신체활동 | 여가 시간 중 유산소 운동 여부 | 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천 |
| 영양섭취 | 건강식생활 지수 (Healthy Eating Index: HEI) | 아침 결식 여부, 곡물, 과일, 유제품, 소금 섭취량 등 총 14항목에 대한 항목별 점수 계산 후 총계. 0~100점으로 계산됨. |
| 예방접종 | 독감 예방접종 여부 | 접종하였으면 해당 |
| 건강검진 | 수검 여부 | 검진 서비스 제공기관과 자부담에 관계없이 수검하였으면 해당 |

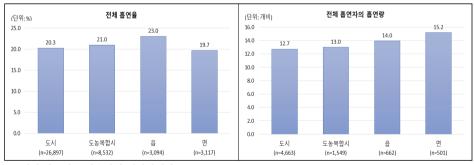
- 주 1) 건강식생활 지수 계산법은 윤성하·오경원(2018: 1766)에 제시되어 있다.
 - 2) 고강도 신체활동이란 격렬한 신체활동으로 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 활동이다.
 - 3) 중강도 신체활동은 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 활동이다.
 - 4) 음주 1잔은 맥주 200ml 를 뜻한다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 자료집에서 발췌.

3.1. 흡연: 흡연율 및 흡연량

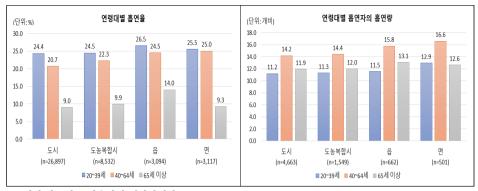
지역 유형 간에 흡연율은 큰 차이가 없는데, 읍 지역 주민의 흡연율이 조금 더 높다〈그림 2-13〉. 흡연자들의 일일 흡연량은 읍과 면에서 조금씩 더 높다〈그림 2-13〉. 모든 지역 유형에서 20~39세 집단의 흡연율이 가장 높다〈그림 2-14〉.

〈그림 2-13〉 전체 흡연율 및 흡연량



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

〈그림 2-14〉 연령대별 흡연율 및 흡연량

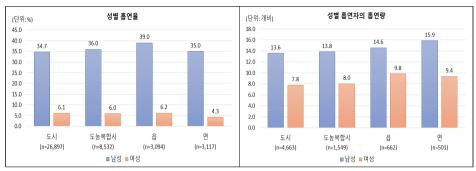


주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

성별로 구분하면, 지역 규모에 관계없이 남성의 흡연율이 압도적으로 높고, 흡연량도 여성보다 매우 많다. 그리고 농촌일수록 남성 흡연자의 흡연량이 소폭 증가한다〈그림 2-15〉. 직업별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 비농업인의 흡연율이 농업인 또는 미취업자보다 높다. 특히 읍 지역 비농업인의 흡연율이 27.2%로 다른 지역의 비농업인보다 높다. 반면 흡연량은 농업인이 비농업인 또는 미취업자보다 높지만, 지역 유형에 따른 차이가 그리 크지는 않다. 비농업인의 흡연량은 면 지역으로 갈수록 소폭 증가한다. 도시 비농업인의 흡연량은 13.2개비, 도농복합시는 13.4개비인 데 비해, 읍 지역 비농업인의 흡연량은 14.1개비, 면 지역은 15.4개비까지 증가한다〈그림 2-16〉. 가구 유형별로 구분하면, 도시, 도농복합시, 읍 지역은 1인 가구 응답자의 흡연율이 가장 높지만, 면 지역은 기타 유형의 가구응답자의 흡연율이 가장 높다. 흡연량은 도시, 도농복합시, 읍 지역에서 대체로 비슷하지만, 면 지역에서는 1인 가구 흡연자 흡연량이 17.4개비로 다른 유형의 가구흡연자보다 다소 많다〈그림 2-17〉. 도시와 도농복합시 지역에서는 소득과 흡연율의 관련성이 보이지는 않지만, 면 지역에서는 정비례한다. 가구 소득과 흡연량은 대체로 비슷하다〈그림 2-18〉.

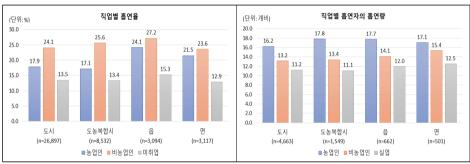
〈**그림 2-15**〉 성별 흡연율 및 흡연량



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

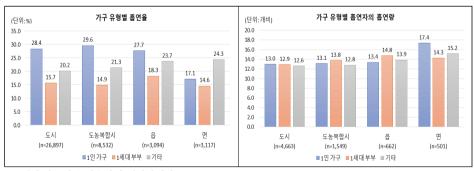
〈그림 2-16〉 직업별 흡연율 및 흡연량



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

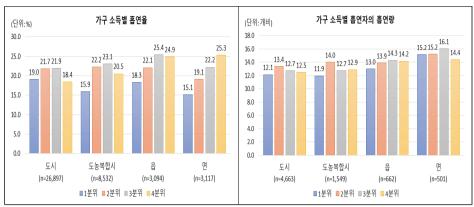
자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

⟨그림 2-17⟩ 가구 유형별 흡연율 및 흡연량



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

〈그림 2-18〉 가구 소득 분위별 흡연율 및 흡연량



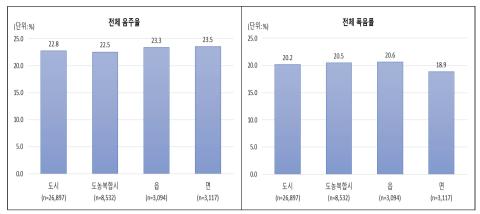
주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

3.2. 음주: 음주율 및 폭음률

전반적으로, 음주윸이 지역 유형에 따라 크게 다르지는 않다. 폭음률은 도시 (20.2%), 도농복합시(20.5%), 읍 지역(20.6%)이 대체로 비슷하지만, 면 지역 응답 자의 경우, 18.9%로 가장 낮다<그림 2-19>. 연령대로 구분하면, 지역 유형에 관계 없이 40~64세 응답자의 음주율이 가장 높다. 그중에서도 면 지역 응답자의 음주율 이 28.7%로, 도시(24.8%), 도농복합시(25.4%), 읍 지역(26.7%) 응답자들 보다 높 다. 폭음률의 경우, 20~39세와 40~64세 응답자 집단이 대체로 비슷하지만, 65세 이상 응답자들보다는 현저히 높다(그림 2-20).

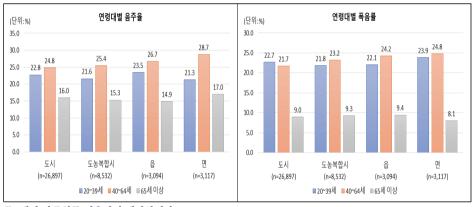
〈그림 2-19〉 전체 음주율 및 폭음률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

〈그림 2-20〉 연령대별 음주율 및 폭음률



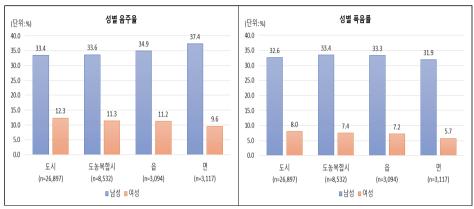
주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

성별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 남성이 여성보다 음주율이 매우 높은데, 농촌일수록 여성의 음주율이 소폭 감소한다. 지역 유형에 관계없이 남성 폭음률이 여성보다 현저히 높고, 농촌일수록 여성의 폭음률도 소폭 낮아진다〈그림 2-21〉. 직업별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 농업인의 음주율이 가장 높고, 다음으로는 비농업인, 미취업자 순으로 높다. 특히 미취업자의 음주율이 농업인

음주율의 1/2 정도에 불과할 정도로 낮다. 폭음률은 지역 유형에 관계없이 농업인 및 비농업인이 대체로 비슷하지만, 미취업자의 2배 정도로 높다〈그림 2-22〉.

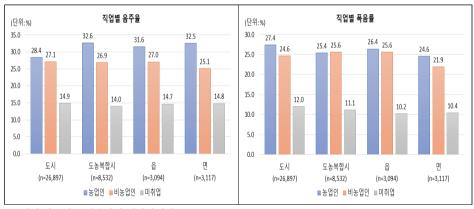
〈그림 2-21〉 성별 음주율 및 폭음률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

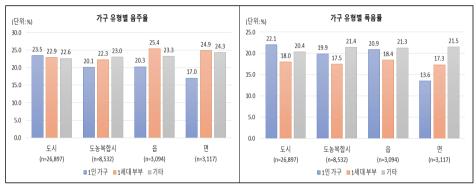
〈그림 2-22〉 직업별 음주율 및 폭음률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

가구 유형별로 구분하면, 읍과 면 지역에서는 1세대 부부 응답자의 음주율이 각각 25.4%, 24.9%로 다른 가구 유형의 응답자들보다 다소 높다. 폭음률과 가구 유형과의 관련성이 뚜렷하지는 않지만, 면 지역의 기타 가구 응답자의 폭음률이 21.5%로, 1인 가구 응답자(13.6%), 1세대 부부 응답자(17.3%)보다 높다〈그림 2-23〉. 대체로 소득과 음주율 및 폭음률이 비례한다. 음주율은 읍과 면 지역 4분위가구(28.4%)에서, 폭음률은 면 지역 4분위가구(27%)에서 가장 높다〈그림 2-24〉.

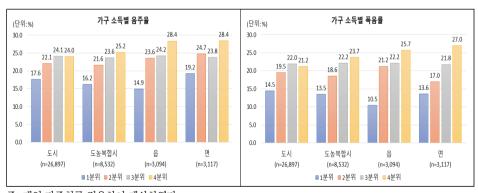
〈그림 2-23〉 가구 유형별 음주율 및 폭음률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

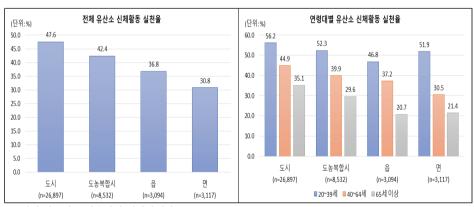
〈그림 2-24〉 가구 소득 분위별 음주율 및 폭음률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

3.3. 유산소 신체활동 실천율

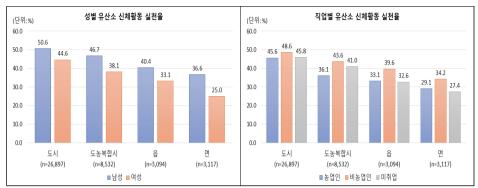
농촌일수록 응답자의 유산소 신체활동 실천율이 낮아진다. 도시 응답자의 47.6%가 유산소 신체활동을 실천하였지만, 도농복합시 응답자의 실천율은 42.4%, 읍 지역은 36.8%, 면 지역은 30.8%에 불과했다〈그림 2-25〉. 지역 유형에 관 계없이 20~39세 응답자들의 실천율이 가장 높아 모두 45% 이상이었으나, 연령이 높을수록 실천율이 감소한다. 읍과 면 지역 65세 이상 응답자의 경우 실천율이 약 20%에 불과하다<그림 2-25〉. 성별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 여성보다 남 성의 실천율이 높고, 그 차이가 농촌으로 감수록 커진다. 가령 면 지역 남성의 실천 윸이 36.6%인 반면, 여성은 25%에 불과하다(그림 2-26). 직업별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 비농업인의 실천율이 농업인 또는 미취업자보다 높다. 특히 읍 지 역에서 그 차이가 크다. 음 지역 비농업인의 실천윸이 39.6%인 반면, 농업인은 33.1%, 미취업자는 32.6% 수준이다. 면 지역에서도 비농업인의 실천윸이 34.2%인 데, 농업인은 29.1%, 비농업인은 27.4% 수준이다(그림 2-26).



〈그림 2-25〉 전체 및 연령대별 유산소 신체활동 실천율

주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

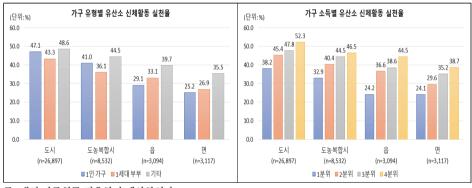
〈그림 2-26〉 성별 및 직업별 유산소 신체활동 실천율



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

〈그림 2-27〉 가구 유형 및 소득 분위별 유산소 신체활동 실천율



주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

대체로 기타 유형 가구 응답자의 실천율이 높고, 그 차이는 읍과 면 지역에서 두드러진다. 구체적으로 읍 지역에서 기타 유형 가구 응답자의 실천율은 39.7%인데비해, 1인 가구와 1세대 부부 응답자의 실천율은 각각 29.1%, 33.1%에 불과하다.면 지역에서 기타 유형 가구 응답자의 실천율은 35.5%인데, 1인 가구와 1세대 부부 응답자의 실천율은 각각 25.2%, 26.9%에 불과하다〈그림 2-27〉. 지역 유형에 관계없이 소득 수준과 실천율이 비례한다. 특히 도시의 4분위 소득 가구 응답자의 실천율은 52.3%로 매우 높지만, 면 지역 1분위 소득 가구 응답자의 실천율은

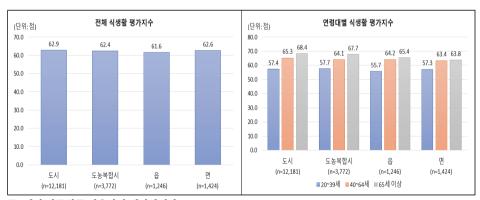
24.1%로 가장 낮다. 면 지역에서는 4분위 소득 가구 응답자의 실천율도 38.7%에 불과하다<그림 2-27〉.

3.4. 식생활 평가 지수

지역 유형별로 응답자의 식생활 평가 지수 평균값이 대체로 비슷하다. 즉 도시응답자의 평균값은 62.9점, 도농복합시는 62.4점, 읍 지역은 61.6점, 면 지역은 62.6점으로 나타났다〈그림 2-28〉.

그러나 연령대별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 65세 이상 응답자의 식생활 평가 지수 평균값이 다른 연령대 응답자들보다 높다. 특히 도시의 65세 이상 응답자의 평균값은 68.4점으로, 20~39세 57.4점, 40~64세 65.3점보다 현저히 높다. 반면 읍과 면 지역의 경우 40~64세와 65세 이상 응답자들의 평균값에는 큰 차이가 없다〈그림 2-28〉.

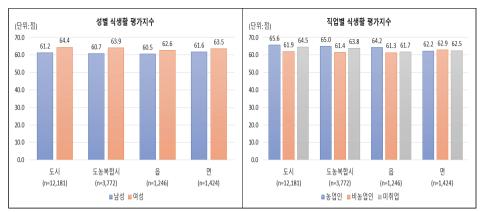
성별 또는 직업별로 구분하면, 여성이 남성보다 평균값이 약간 높지만, 그 차이가 크지 않다. 또한 농업인, 비농업인, 미취업자 모두 지역 유형에 관계없이 대체로 평균값이 비슷하다〈그림 2-29〉.



〈그림 2-28〉 전체 및 연령대별 식생활 평가 지수

주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

〈그림 2-29〉 성별 및 직업별 식생활 평가 지수

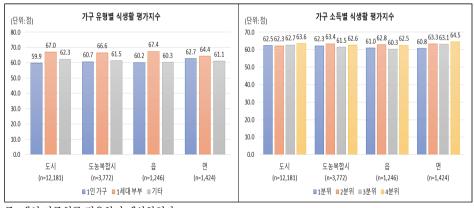


주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

가구 유형 및 소득별로 구분하면, 1세대 부부 가구 응답자의 평균값이 가장 높지만, 지역 유형과 관계없이 비슷하고, 다른 유형의 가구 응답자들의 평균값과도 대체로 비슷하다. 지역 유형에 관계없이 가구 소득과 평균값에 대해서도 대체로 비슷하다(그림 2-30).

〈그림 2-30〉 가구 유형 및 소득 분위별 식생활 평가 지수



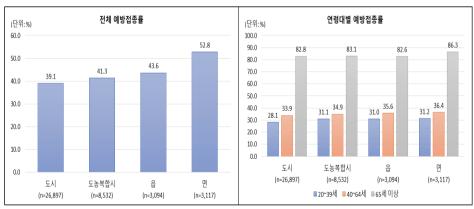
주: 개인 가중치를 적용하여 계산하였다.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

3.5. 예방접종

면 지역으로 갈수록 응답자의 예방접종률이 높다. 도시 응답자의 접종률은 39.1%에 불과한 반면, 도농복합시는 41.3%, 읍 지역은 43.6%, 면 지역은 52.8%로 나타났다〈그림 2-31〉. 연령대별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 65세 이상 응답자의 접종률이 압도적으로 높다. 특히 면 지역 65세 이상 응답자들의 접종률은 86.3%로 다른 지역에 비해 높다. 반면 20~39세 응답자의 접종률은 28.1~31.2%, 40~64세 응답자의 접종률은 33.9~36.4%로 지역 유형을 고려하더라도 대체로 그차이가 크지 않다〈그림 2-31〉.

성별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 여성 응답자의 접종률이 남성보다 높다. 면 지역 여성 응답자의 접종률은 58.8%, 남성 응답자의 접종률은 46.8%로, 그다른 지역 유형들과 비교할 때 그 차이가 가장 크다〈그림 2-32〉. 직업별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 비농업인의 접종률이 가장 낮다. 면 지역에서도 42.2%에 불과하다. 반면 도시, 도농복합시, 읍 지역에선 농업인의 접종률이 가장 높고,면 지역에선 미취업자의 접종률이 가장 높다〈그림 2-32〉.

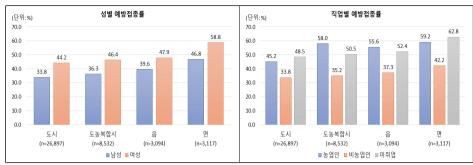


〈그림 2-31〉 전체 및 연령대별 예방접종률

주: 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년 분석 결과.

〈그림 2-32〉 성별 및 직업별 예방접종률



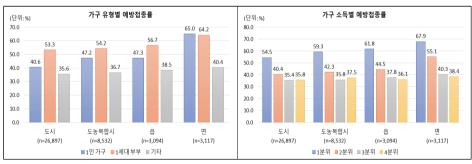
주: 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년 분석 결과.

가구 유형별로 구분하면, 도시, 도농복합시, 읍 지역에서는 1세대 부부 응답자의 접종률이 다른 유형 가구 응답자보다 높다. 반면 면 지역에서는 1인 가구와 1세대 부부 응답자의 접종률이 약 65%로 서로 비슷하다. 지역 유형에 관계없이 기타유형의 가구 응답자들의 접종률도 서로 비슷하다(그림 2-33).

지역 유형에 관계없이 소득 1분위 가구 응답자들의 접종률이 가장 높다. 농촌일 수록 소득 1분위 가구 응답자들의 접종률이 높아진다. 특히 면 지역 소득 1분위 가 구 응답자들의 접종률은 67.9%로 그중에서도 가장 높다. 소득 2~4분위 가구 응답 자들의 접종률은 1분위 가구 응답자들보다 현저히 낮다〈그림 2-33〉.

⟨그림 2-33⟩ 가구 유형 및 소득 분위별 예방접종률



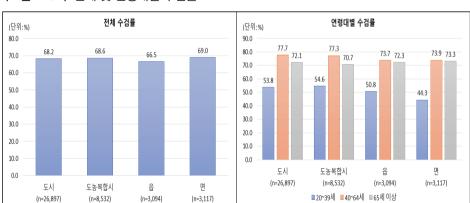
주: 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년 분석 결과.

3.6. 건강검진 수검률

전반적으로, 지역 유형에 관계없이 응답자들의 건강검진 수검률은 대체로 비슷 하다. 연령대로 구분하면, 40~64세 이상 응답자들의 수검률이 도시의 경우 77.7%, 도농복합시 77.3%, 읍 지역 73.7%, 면 지역 73.9%로 다른 연령대 응답자 들보다 높지만, 65세 이상 응답자들의 수검률과는 대체로 비슷하다. 20~39세 응 답자의 수검률은 다른 연령대 응답자보다 현저히 낮다〈그림 2-34〉.

성별로 구분하면, 지역 유형에 관계없이 남성과 여성 수검률이 대체로 비슷하 다. 직업별로 구분하면, 도시, 도농복합시, 읍 지역에서는 비농업인의 수검률이 농 업인보다 약간 높지만, 면 지역에서는 그 반대이다. 반면 미취업자의 수검률이 가 장 낮다(그림 2-35).

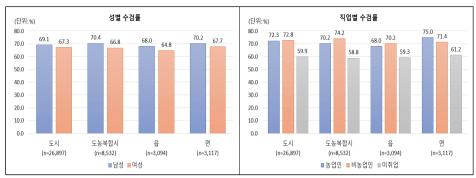


〈그림 2-34〉 전체 및 연령대별 수검률

주: 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년 분석 결과,

〈그림 2-35〉 성별 및 직업별 수검률



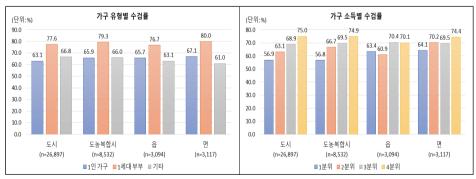
주: 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년 분석 결과.

지역 규모에 관계없이 1세대 부부 가구 응답자의 수검률이 가장 높다. 1인 가구와 기타 가구 응답자의 수검률은 대체로 비슷한 수준에서 1세대 부부 응답자보다낮다.

도시와 도농복합시에선 소득과 수검률이 비례한다. 반면 읍 지역에선 3, 4분위응답자의 수검률이 서로 비슷한 수준에서 1, 2분위 가구 응답자보다 높다. 면 지역에선 2, 3분위 응답자의 수검률이 비슷한 수준에서 1분위 응답자보다 높고, 4분위응답자보다 낮다. 전반적으로 4분위 가구 소득 응답자들의 수검률이 가장 높았다〈그림 2-36〉.

〈그림 2-36〉 가구 유형 및 소득 분위별 수검률



주: 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년 분석 결과.

3.7. 요약

예방접종이나 건강검진 수검 같은 일회성 예방적 건강관리 실천에 참여하는 주민의 비율은 도시와 농촌 사이에 크게 차이 나지 않는다. 오히려 농촌, 특히 면지역에서 조금 더 높다. 이에 비해 흡연, 음주, 유산소 신체활동 등 꾸준히 노력해야하는 예방적 건강관리 활동 측면에서는 대체로 도시에 비해 농촌에서 주민들의 실천 비율이 낮은 경향을 보인다. 유의해야할 것은 흡연율이나 음주율은 지역 유형간에 큰 차이가 없지만, 흡연자의 흡연량이나 폭음률이 면 지역에서 상당히 높다는 점이다. 농업인 집단에서 흡연량이 많고, 음주율이 상대적으로 높다는 점도 특기할 만하다. 앞에서 살펴본 것처럼 고혈압, 이상지질혈증, 당뇨병 등의 유병률이 농촌(특히 면)에서 상대적으로 높은 것에 상응하여, 농촌 주민의 흡연, 음주, 유산소 신체활동 등과 관련된 예방적 건강관리 활동의 필요성이 높음을 시사한다.

4. 예방적 건강관리 관련 요인

앞 절에서는 응답자들을 인구학적 특성에 따라 구분한 후, 예방적 건강관리 실 천 여부를 분석하였다. 이번에는 계량 모형을 이용하여 응답자의 다양한 특성이 고정된 상태에서, 특정 요인이 항목별 예방적 건강관리 실천 여부에 미치는 영향 력의 크기를 추정한다. 이러한 분석은 예방적 건강관리 미실천 고위험 집단을 식 별하려 할 때 참고가 될 수 있다.

4.1. 분석 개요

항목별 예방적 건강관리 실천에 미치는 응답자의 인구학적 특성의 영향력을 측정할 목적으로 프로빗(probit) 모형을 추정하였다. 예방적 건강관리 성과변수가 총 6개이며, 전체 표본이 지역 유형별로 4개이므로, 총 24개의 모형을 추정하였다.

예방적 건강관리 항목의 성과변수를 〈표 2-5〉와 같이 설정하였다. 음주와 흡연이 각각 예방적 건강관리 미실천의 성격을 지니고 있으므로, 분석의 편의를 위해, 신체활동, 영양섭취, 접종 및 검진 모두 해당 항목을 실천하지 않는 상태를 상정하였다. 통제변수들은 응답자의 인구학적 특성을 보여주는 변수들이다. 자료에서 가용한 변수들 위주로 구성하였다. 특성에 따라 연속변수 또는 더미변수로 설정하였다. 모형 추정치를 근거로 각 통제변수의 한계효과(marginal effects)를 계산하였다.

⟨표 2-5⟩ 프로빗 모형 성과변수

| | 유형 | 코딩 |
|------|---|-----------------------|
| 흡연 | 흡연 여부 | 매일 또는 가끔 흡연=1 |
| 음주 | 음주 여부 | 일주일에 2회 이상 술마시면 음주=1 |
| 신체활동 | 여가 시간 중 유산소 운동 여부 | 여가 시간 중 유산소 운동 미실천=1 |
| 영양섭취 | 건강식생활 지수 (Healthy Eating Index: HEI) | 건강식생활 지수가 응답자 평균 이하=1 |
| 예방접종 | 독감 예방접종 여부 | 미접종=1 |
| 건강검진 | 수검 여부 | 미수검=1 |

주: 흡연, 음주 여부 등 예방적 건강관리 지표는 기초통계분석의 그것과 동일함.

4.2. 분석 결과(1): 흡연율

도시 응답자 표본에 프로빗 모형을 적용하여 분석한 결과, 응답자의 연령대가 높을수록, 여성이거나, 주택을 소유하거나, 대졸 이상이거나, 소득 4분위 가구의 가구원일 경우 참조 그룹의 응답자보다 흡연율이 낮다〈표 2-6〉. 반면 응답자가 비 농업인이거나, 장애인이거나, 독거 상태인 경우 흡연율이 높다. 특히 응답자가 65세 이상 또는 여성일 경우 참조 그룹보다 비흡연 확률이 각각 16.4%p, 27.7%p 만큼 높다〈표 2-6〉.

도농복합시 표본의 경우, 응답자 나이가 65세 이상이거나, 여성이거나, 주택을 소유하거나, 대졸 이상이거나, 1세대 부부일 경우 참조 그룹보다 흡연율이 낮다. 반면 비농업인이거나 독거 상태인 응답자들의 흡연율이 높다. 특히 응답자가 65세 이상의 고령 또는 여성일 경우 비흡연 확률이 각각 14.1%p, 29.9%p 만큼 높다 〈표 2-6〉.

읍 지역 표본의 경우, 연령대가 65세 이상이거나, 여성이거나, 주택을 소유하거나, 대졸 이상인 응답자의 흡연율이 낮다. 반면 비농업인은 미취업자보다 흡연율이 높다. 특히 응답자가 65세 이상의 고령(12.4%p) 또는 여성(34.4%p)일 경우 비흡연 확률이 현저히 높다〈표 2-6〉.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 자료집을 연구진 편집.

⟨표 2-6⟩ 흡연 여부(흡연율) 관련 요인

| | | | | | 흡연 | 여부 | | | |
|--------------------------|------------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 변수 | 도시 | | 도농복합 | 시 | 읍 | | 면 | |
| | | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 |
| 1.101 | 40~64세 | -0.023 | *** | -0.018 | _ | -0.046 | - | -0.006 | - |
| 나이 | 65세 이상 | -0.164 | *** | -0.141 | *** | -0.124 | * | -0.139 | *** |
| | 여성 | -0.277 | *** | -0.299 | *** | -0.344 | *** | -0.300 | *** |
| | 기혼 | -0.012 | - | -0.010 | _ | 0.035 | - | 0.017 | - |
| | 택소유 | -0.062 | *** | -0.075 | *** | -0.079 | ** | -0.048 | *** |
| XIO1 | 비농업인 | 0.038 | *** | 0.032 | *** | 0.033 | ** | 0.003 | - |
| 직업 | 농업인 | 0.000 | - | -0.038 | _ | 0.010 | - | -0.013 | - |
| 교육 | 고졸 | -0.008 | - | -0.019 | * | 0.001 | - | -0.008 | - |
| 수준 | 대졸 이상 | -0.083 | *** | -0.108 | *** | -0.089 | *** | -0.082 | ** |
| 717 | 2분위 | 0.003 | - | 0.039 | _ | -0.011 | - | -0.006 | - |
| 가구 소득 | 3분위 | 0.000 | - | 0.036 | _ | 0.006 | - | -0.002 | - |
| 꼬ㅋ | 4분위 | -0.028 | *** | 0.015 | _ | 0.010 | - | 0.013 | - |
| | 장애 | 0.030 | ** | 0.022 | _ | 0.006 | - | -0.022 | - |
| 가구 | 독거 | 0.046 | *** | 0.052 | * | 0.031 | - | -0.005 | - |
| 유형 | 부부 | -0.012 | - | -0.041 | *** | -0.035 | ** | -0.052 | ** |
| | 2017 | -0.012 | *** | -0.013 | *** | -0.016 | ** | -0.021 | *** |
| | 2018 | -0.007 | *** | 0.017 | *** | 0.022 | *** | -0.036 | *** |
| 연도 | 2019 | -0.013 | *** | -0.015 | *** | -0.034 | *** | -0.090 | *** |
| | 2020 | -0.021 | *** | -0.040 | *** | -0.099 | *** | -0.035 | *** |
| | 2021 | -0.030 | *** | -0.029 | *** | -0.096 | *** | -0.046 | *** |
| Log-pseudo likelihood | | -11742. | 800 | -3707.0 | 641 | -1135.3 | 028 | -851.24 | 785 |
| Pseud | o R-square | 0.179 | 2 | 0.193 | 3 | 0.1979 | | 0.2219 | |
| | N | 26,89 | 7 | 8,532 |) | 3,094 | 1 | 3,117 | 7 |

주 1) ***는 1%, **는 5%, *는 10% 수준에서 통계적으로 유의함.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 원자료 분석 결과.

면 지역 표본의 경우에도, 연령대가 65세 이상이거나, 여성이거나, 주택을 소유하거나, 대졸 이상인 응답자의 흡연율이 낮다. 특히 65세 이상(13.9%p)과 여성 (30%p)일 경우 비흡연 확률이 현저히 높다〈표 2-6〉.

²⁾ 참조 그룹은 2016년에 조사된 20~39세의 남성이고, 미혼이며, 미취업자이며, 중졸 이하의 학력자이며, 장애가 없고, 소득 1분위 기타 유형의 가구에 속하는 가구원임.

³⁾ 도농복합시는 읍과 도시의 일부 지역이 포함되어 있음.

⁴⁾ 항목 결측과 무응답을 제외한 유효 관측치만 이용하여 분석한 결과임.

⁵⁾ 연도별 군집표준오차를 이용하여 통계적 추론을 실시하였음.

⁶⁾ 개인 가중치를 적용하였음.

4.3. 분석 결과(2): 음주율

도시 응답자 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 여성이거나, 주택을 소유하거나, 교육 수준이 높을수록, 장애인일 경우 음주율이 낮다. 반면, 응답자가 기혼이거나, 비농업인 또는 농업인이거나, 독거 상태일 경우 음주율이 높다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 11%p, 여성일 경우 20.7%p 만큼 음주율이 낮고, 기혼일 경우 9.4%p 만큼 음주율이 높다〈표 2-7〉.

도농복합시 표본의 경우, 응답자가 65세 이상이거나, 여성이거나, 대졸 이상일 경우, 장애인일 경우 음주율이 낮다. 반면 응답자가 기혼이거나, 비농업인 또는 농업인일 경우 음주율이 높다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 11.4%p 낮고, 여성일 경우 22.1%p 낮고, 기혼일 경우 10.1%p 높다〈표 2-7〉.

읍 지역 표본의 경우, 응답자가 65세 이상이거나, 여성이거나, 대졸 이상일 경우, 장애인일 경우, 참조 그룹보다 음주율이 낮다. 반면 응답자가 기혼이거나, 비농업인 또는 농업인일 경우, 가구 소득이 2분위 또는 4분위일 경우, 1세대 부부 가구의 가구원일 경우 음주율이 높다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 18.5% 정도 낮고, 여성일 경우 24% 만큼 낮고, 기혼일 경우 16.3% 만큼 높다〈표 2-7〉.

면 지역 표본의 경우, 응답자가 65세 이상이거나, 여성이거나, 장애인일 경우, 참조 그룹보다 음주율이 낮은 반면, 기혼 또는 농업인일 경우 참조 그룹보다 높다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 13%p 낮고, 여성일 경우 28.4%p 낮고, 기혼일 경우 16.7%p 만큼 높다〈표 2-7〉.

⟨표 2-7⟩ 음주 여부(음주율) 관련 요인

| | | | | | 흡연 | 여부 | | | |
|----------|--------------------------|--------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 변수 | 도시 | | 도농복합 | 시 | 읍 | | 면 | |
| | | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 |
| 1.101 | 40~64세 | -0.032 | *** | -0.026 | - | -0.076 | *** | -0.017 | - |
| 나이 | 65세 이상 | -0.110 | *** | -0.114 | *** | -0.185 | *** | -0.130 | *** |
| | 여성 | -0.207 | *** | -0.221 | *** | -0.240 | *** | -0.284 | *** |
| | 기혼 | 0.094 | *** | 0.101 | *** | 0.163 | *** | 0.167 | *** |
| | ·택소유 | -0.018 | * | 0.003 | - | 0.008 | - | -0.028 | - |
| XIO1 | 비농업인 | 0.060 | *** | 0.051 | *** | 0.039 | * | 0.012 | - |
| 직업 | 농업인 | 0.068 | * | 0.096 | ** | 0.072 | * | 0.059 | * |
| 교육 | 고졸 | -0.017 | *** | -0.032 | - | 0.015 | - | -0.006 | - |
| 수준 | 대졸 이상 | -0.039 | *** | -0.053 | ** | -0.044 | ** | -0.021 | - |
| 717 | 2분위 | 0.013 | - | 0.008 | - | 0.035 | * | -0.003 | - |
| 가구 소득 | 3분위 | 0.023 | _ | 0.014 | _ | 0.030 | _ | -0.021 | - |
| 소득 | 4분위 | 0.022 | - | 0.025 | - | 0.067 | *** | 0.010 | - |
| | 장애 | -0.040 | *** | -0.066 | *** | -0.012 | _ | -0.037 | ** |
| 가구 | 독거 | 0.041 | *** | 0.008 | - | 0.040 | - | -0.008 | - |
| 유형 | 부부 | 0.004 | - | -0.014 | _ | 0.032 | * | 0.005 | - |
| | 2017 | 0.007 | *** | 0.008 | *** | -0.006 | *** | 0.002 | - |
| | 2018 | 0.004 | *** | 0.009 | *** | 0.047 | *** | -0.036 | *** |
| 연도 | 2019 | -0.024 | *** | -0.009 | *** | 0.019 | *** | -0.033 | *** |
| | 2020 | -0.013 | *** | -0.007 | ** | -0.009 | *** | -0.011 | - |
| | 2021 | -0.034 | *** | -0.011 | *** | -0.012 | * | -0.073 | *** |
| _ | Log-pseudo likelihood | | 736 | -4345.1 | 157 | -1268.3 | 897 | -1038.0 | 776 |
| Pseud | o R-square | 0.078 | 6 | 0.088 | 8 | 0.110 | 0 | 0.136 | 9 |
| | N | 26,89 | 7 | 8,532 | 2 | 3,094 | 1 | 3,117 | 7 |

주 1) ***는 1%, **는 5%, *는 10% 수준에서 통계적으로 유의함.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 원자료 분석 결과.

4.4. 분석 결과(3): 유산소 신체활동 미실천

도시 응답자 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 여성이거나, 기혼이거나, 장애인일 경우 참조 그룹보다 유산소 신체활동 미실천율이 높다. 반면 교육 수

²⁾ 참조 그룹은 2016년에 조사된 20~39세의 남성이고, 미혼이며, 미취업자이며, 중졸 이하의 학력자이며, 장애가 없고, 소득 1분위 기타 유형의 가구에 속하는 가구원임.

³⁾ 도농복합시는 읍과 도시의 일부 지역이 포함되어 있음.

⁴⁾ 항목 결측과 무응답을 제외한 유효 관측치만 이용하여 분석한 결과임.

⁵⁾ 연도별 군집표준오차를 이용하여 통계적 추론을 실시하였음.

⁶⁾ 개인 가중치를 적용하였음.

준이 높을수록, 가구 소득이 높을수록, 1세대 부부일 경우 미실천율이 낮다. 특히 응답자가 기혼일 경우 미실천율이 12.9%p 만큼 높고, 대졸 이상일 경우 10.7%p 만큼 낮다(표 2-8).

⟨표 2-8⟩ 유산소 신체활동 미실천 관련 요인

| | | | | | 흡연 | 여부 | | | |
|--------------------------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|------|---------|-----|
| | 변수 | 도시 | | 도농복합 | 시 | 읍 | | 면 | |
| | | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 |
| 1 101 | 40~64세 | 0.030 | * | 0.058 | *** | 0.025 | - | 0.164 | *** |
| 나이 | 65세 이상 | 0.065 | *** | 0.105 | ** | 0.114 | *** | 0.216 | *** |
| | 여성 | 0.038 | *** | 0.067 | *** | 0.039 | **** | 0.094 | *** |
| | 기혼 | 0.129 | *** | 0.102 | *** | 0.092 | ** | -0.002 | - |
| 주택소유 | | -0.015 | - | -0.056 | *** | -0.024 | - | -0.052 | *** |
| XIO1 | 비농업인 | 0.019 | - | 0.031 | - | 0.000 | - | 0.019 | - |
| 직업 | 농업인 | -0.036 | - | 0.012 | - | -0.021 | - | 0.005 | - |
| 교육 | 고졸 | -0.092 | *** | -0.070 | ** | -0.099 | *** | -0.025 | - |
| 수준 | 대졸 이상 | -0.107 | *** | -0.101 | *** | -0.138 | *** | -0.105 | *** |
| 717 | 2분위 | -0.042 | ** | -0.032 | - | -0.050 | - | -0.003 | - |
| 가구 소득 | 3분위 | -0.046 | ** | -0.043 | * | -0.027 | - | -0.013 | - |
| 끅 | 4분위 | -0.079 | *** | -0.049 | * | -0.068 | *** | -0.031 | - |
| | 장애 | 0.045 | *** | 0.035 | - | 0.087 | - | 0.117 | *** |
| 가구 | 독거 | -0.009 | _ | -0.016 | _ | 0.042 | _ | -0.021 | - |
| 유형 | 부부 | -0.027 | ** | 0.005 | - | -0.045 | - | -0.005 | - |
| | 2017 | 0.022 | *** | 0.032 | *** | 0.026 | *** | 0.045 | *** |
| | 2018 | 0.033 | *** | -0.004 | ** | 0.039 | *** | 0.102 | *** |
| 연도 | 2019 | 0.027 | *** | -0.012 | *** | 0.048 | *** | 0.032 | *** |
| | 2020 | 0.053 | *** | 0.029 | *** | 0.053 | *** | 0.114 | *** |
| | 2021 | 0.039 | *** | 0.027 | *** | 0.030 | *** | 0.078 | *** |
| Log-pseudo likelihood | | -19045. | 642 | -5883.8 | 166 | -1645.8 | 068 | -1276.3 | 125 |
| Pseudo R-square | | 0.029 | 4 | 0.034 | 2 | 0.046 | 5 | 0.0631 | |
| | N | 26,89 | 7 | 8,532 | 2 | 3,094 | 1 | 3,117 | 7 |

주 1) ***는 1%, **는 5%, *는 10% 수준에서 통계적으로 유의함.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 원자료 분석 결과.

²⁾ 참조 그룹은 2016년에 조사된 20~39세의 남성이고, 미혼이며, 미취업자이며, 중졸 이하의 학력자이며, 장애가 없고, 소득 1분위 기타 유형의 가구에 속하는 가구원임.

³⁾ 도농복합시는 읍과 도시의 일부 지역이 포함되어 있음.

⁴⁾ 항목 결측과 무응답을 제외한 유효 관측치만 이용하여 분석한 결과임.

⁵⁾ 연도별 군집표준오차를 이용하여 통계적 추론을 실시하였음.

⁶⁾ 개인 가중치를 적용하였음.

도농복합시 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 여성이거나, 기혼일 경우 미실천율이 높다. 반면 주택을 소유하거나, 교육 수준이 높을수록, 가구 소득이 3분위 또는 4분위일 경우 미실천율이 낮다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 10.5% 보고, 기혼일 경우 10.2% 보고, 대졸 이상일 경우 10.1% 만큼 미실천율이 낮다〈표 2-8〉.

읍 지역 표본의 경우, 응답자가 65세 이상이거나, 여성이거나, 기혼일 경우 미실 천율이 높다. 반면 응답자의 교육 수준이 높을수록, 가구 소득이 4분위일 경우 미 실천율이 낮다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 11.4%p 만큼, 기혼일 경우 9.2%p 만큼 높게, 고졸일 경우 9.9%p 만큼 낮게, 대졸 이상일 경우에도 13.8%p 만큼 미 실천율이 낮다〈표 2-8〉.

면 지역 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 장애인일 경우 미실천율이 높다. 반면 주택을 소유하거나, 대졸 이상일 경우 미실천율이 낮다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 21.6%p 만큼, 여성일 경우 9.4%p 만큼, 장애인일 경우 11.7%p 만큼 미실천율이 높고, 대졸 이상일 경우에는 10.5%p 만큼 미실천율이 낮다〈표2-8〉.

4.5. 분석 결과(4): 건강식생활 지수 평균 미만

도시 응답자 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 여성이거나, 기혼이거나, 주택을 소유하거나, 교육 수준이 또는 가구 소득이 높을수록, 1세대 부부의 경우 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 낮다. 즉, 이들의 식생활 상태가 양호할확률이 높다. 응답자가 장애인 또는 독거 상태일 경우 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 높다. 특히 응답자가 40~64세일 경우 건강식생활 지수가 평균 미만일확률이 16.3%p만큼, 65세 이상일 경우 27.4%p만큼 낮다〈표 2-9〉.

⟨표 2-9⟩ 건강식생활 지수 평균 미만 관련 요인

| | | | | | 흡연 | 여부 | | | |
|--------------------------|------------|---------|-----|--------|---------|---------|-----|---------|-----|
| | 변수 | 도시 | | 도농복합 | <u></u> | 읍 | | 면 | |
| | | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 |
| 1.101 | 40~64세 | -0.163 | *** | -0.154 | *** | -0.239 | *** | -0.165 | *** |
| 나이 | 65세 이상 | -0.274 | *** | -0.295 | *** | -0.372 | *** | -0.244 | *** |
| | 여성 | -0.032 | *** | -0.047 | * | 0.000 | _ | -0.080 | ** |
| | 기혼 | -0.050 | *** | -0.018 | - | -0.048 | - | -0.034 | _ |
| | 택소유 | -0.064 | *** | -0.046 | * | -0.126 | *** | -0.075 | ** |
| TIO! | 비농업인 | 0.015 | - | 0.025 | *** | 0.033 | - | -0.045 | *** |
| 직업 | 농업인 | 0.049 | - | 0.083 | - | 0.138 | *** | 0.054 | _ |
| 교육 | 고졸 | -0.045 | *** | -0.046 | * | -0.084 | *** | -0.054 | - |
| 수준 | 대졸 이상 | -0.063 | *** | -0.091 | *** | -0.138 | *** | -0.089 | _ |
| 717 | 2분위 | -0.051 | ** | -0.082 | *** | -0.140 | *** | -0.101 | *** |
| 가구 소득 | 3분위 | -0.062 | *** | -0.042 | *** | -0.085 | ** | -0.067 | *** |
| 끅 | 4분위 | -0.073 | *** | -0.074 | *** | -0.080 | - | -0.140 | ** |
| | 장애 | 0.052 | ** | 0.054 | ** | 0.094 | *** | 0.000 | _ |
| 가구 | 독거 | 0.051 | *** | 0.062 | *** | 0.027 | _ | -0.013 | _ |
| 유형 | 부 | -0.038 | *** | -0.045 | * | -0.068 | * | -0.009 | _ |
| МГ | 2017 | 0.021 | *** | 0.023 | *** | 0.076 | *** | -0.041 | *** |
| 연도 | 2018 | 0.040 | *** | 0.015 | *** | -0.031 | *** | -0.058 | *** |
| Log-pseudo likelihood | | -9309.7 | 781 | -2945. | 584 | -686.45 | 596 | -779.32 | 822 |
| Pseud | o R-square | 0.043 | 2 | 0.037 | 3 | 0.0834 | | 0.0371 | |
| | N | 14,06 | 5 | 4,320 |) | 1,417 | 7 | 1,564 | |

주 1) ***는 1%, **는 5%, *는 10% 수준에서 통계적으로 유의함.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 원자료 분석 결과.

도농복합시 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 여성이거나, 주택을 소 유할 경우, 교육 수준이 높을수록, 가구 소득이 높을수록, 1세대 부부 가구워일 경 우 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 낮다. 응답자가 비농업인이거나, 장애 가 있거나 독거 상태일 경우 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 높다. 특히 응 답자가 40~64세일 경우 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 15.4%p 만큼, 65

²⁾ 참조 그룹은 2016년에 조사된 20~39세의 남성이고, 미혼이며, 미취업자이며, 중졸 이하의 학력자이며, 장애가 없고, 소득 1분위 기타 유형의 가구에 속하는 가구원임.

³⁾ 도농복합시는 읍과 도시의 일부 지역이 포함되어 있음.

⁴⁾ 항목 결측과 무응답을 제외한 유효 관측치만 이용하여 분석한 결과임.

⁵⁾ 연도별 군집표준오차를 이용하여 통계적 추론을 실시하였음.

⁶⁾ 개인 가중치를 적용하였음.

세 이상일 경우 29.5%p 만큼 낮다〈표 2-9〉.

읍 지역 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 주택을 소유할 경우, 교육수준이 높을수록, 가구 소득이 2분위 또는 3분위, 1세대 부부 가구원일 경우 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 낮다. 반면 응답자가 농업인이거나, 장애인일 경우 건강식생활 지수 평균 미만일 확률이 높다. 특히 응답자가 40~64세일 경우건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 23.9% 만큼, 65세 이상일 경우 37.2% 만큼, 주택 소유자일 경우 12.6% 만큼, 대졸 이상일 경우 13.8% 만큼, 가구 소득이 2분위일 경우 14% 만큼 낮다. 농업인인 경우 13.8% 만큼 높다〈표 2-9〉.

면 지역 표본의 경우, 응답자의 연령대가 높을수록, 여성일 경우, 주택을 소유할 경우, 비농업인일 경우, 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 낮다. 특히 응답자가 40~64세일 경우 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률이 16.5%p 만큼, 65세 이상일 경우 24.4%p 만큼, 가구 소득이 2분위일 경우 10.1%p 만큼, 4분위일 경우 14%p 만큼 낮다〈표 2-9〉.

4.6. 분석 결과(5): 예방접종 미실시

도시 응답자 표본의 경우, 응답자 나이가 65세 이상이거나, 여성이거나, 기혼이거나 주택을 소유하거나, 장애인일 경우 예방접종 미실천 확률이 낮다. 반면 연령대가 40~64세이거나, 비농업인 또는 농업인이거나, 교육 수준이 고졸 또는 대졸일 경우 미실천 확률이 높다. 특히 응답자가 65세 이상일 경우 미실천 확률이 38.6% 만큼, 기혼일 경우 23.5% 만큼 낮다. 농업인일 경우에는 11.6% 만큼 높다 (표 2-10).

도농복합시 표본의 경우, 응답자가 65세 이상이거나, 여성이거나, 기혼이거나, 주택을 소유하거나, 독거 상태일 경우 미실천 확률이 낮다. 반면 응답자가 40~64세 이거나, 교육 수준이 높을수록 미실천 확률이 높다. 특히 응답자가 65세 이상일경우 34.5%p만큼, 기혼일 경우 25.9%p만큼 미실천 확률이 낮다〈표 2-10〉.

〈표 2-10〉 예방접종(미접종) 관련 요인

| | | | | | 흡연 | 여부 | | | |
|--------------------------|------------|---------|-----|---------|-----|--------|-----|---------|-----|
| | 변수 | 도시 | | 도농복합 | 시 | 읍 | | 면 | |
| | | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 |
| 1.101 | 40~64세 | 0.077 | *** | 0.101 | *** | 0.063 | *** | 0.054 | - |
| 나이 | 65세 이상 | -0.386 | *** | -0.345 | *** | -0.379 | *** | -0.448 | *** |
| | 여성 | -0.069 | *** | -0.056 | *** | -0.032 | ** | -0.079 | ** |
| | 기혼 | -0.235 | *** | -0.259 | *** | -0.187 | *** | -0.076 | - |
| 주택소유 | | -0.052 | *** | -0.058 | ** | -0.002 | - | -0.047 | - |
| XIO1 | 비농업인 | 0.034 | *** | 0.036 | - | 0.031 | - | -0.005 | - |
| 직업 | 농업인 | 0.116 | *** | -0.004 | _ | 0.004 | _ | -0.015 | - |
| 교육 | 고졸 | 0.082 | *** | 0.073 | *** | 0.098 | *** | 0.077 | *** |
| 수준 | 대졸 이상 | 0.082 | *** | 0.084 | *** | 0.111 | *** | 0.137 | *** |
| 717 | 2분위 | 0.012 | - | 0.027 | _ | 0.010 | _ | -0.023 | - |
| 가구 소득 | 3분위 | 0.010 | _ | 0.026 | - | -0.004 | - | 0.012 | - |
| 끅 | 4분위 | -0.021 | _ | -0.016 | _ | -0.008 | _ | -0.002 | - |
| | 장애 | -0.043 | ** | -0.025 | - | -0.003 | - | -0.037 | * |
| 가구 | 독거 | -0.015 | - | -0.051 | ** | 0.025 | _ | -0.012 | - |
| 유형 | 부부 | 0.007 | - | 0.002 | - | 0.009 | _ | -0.058 | ** |
| | 2017 | 0.009 | *** | 0.001 | _ | -0.055 | *** | 0.014 | *** |
| | 2018 | -0.003 | *** | 0.008 | *** | 0.016 | ** | 0.061 | *** |
| 연도 | 2019 | -0.061 | *** | -0.087 | *** | -0.068 | *** | 0.043 | *** |
| | 2020 | -0.078 | *** | -0.110 | *** | -0.058 | *** | 0.083 | *** |
| | 2021 | -0.100 | *** | -0.122 | *** | -0.143 | *** | -0.063 | *** |
| Log-pseudo likelihood | | -16315. | 209 | -5214.0 | 655 | -1545. | 56 | -1203.7 | 865 |
| Pseud | o R-square | 0.140 | 0 | 0.139 | 7 | 0.139 | 9 | 0.210 | 9 |
| | N | 26,89 | 7 | 8,532 | 2 | 3,094 | 1 | 3,117 | |

주 1) ***는 1%, **는 5%, *는 10% 수준에서 통계적으로 유의함.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 원자료 분석 결과.

읍 지역 표본의 경우, 응답자가 65세 이상이거나, 여성이거나, 기혼일 경우 미실 천확률이 낮다. 반면 교육 수준이 높을수록 미실천확률은 높다. 특히 응답자의 나 이가 65세 이상일 경우 미실천 확률이 37.9%p 만큼, 기혼일 경우 18.7%p 만큼 낮

²⁾ 참조 그룹은 2016년에 조사된 20~39세의 남성이고, 미혼이며, 미취업자이며, 중졸 이하의 학력자이며, 장애가 없고, 소득 1분위 기타 유형의 가구에 속하는 가구원임.

³⁾ 도농복합시는 읍과 도시의 일부 지역이 포함되어 있음.

⁴⁾ 항목 결측과 무응답을 제외한 유효 관측치만 이용하여 분석한 결과임.

⁵⁾ 연도별 군집표준오차를 이용하여 통계적 추론을 실시하였음.

⁶⁾ 개인 가중치를 적용하였음.

다. 대졸 이상일 경우 11.1%p 만큼 높다〈표 2-10〉.

면 지역 표본의 경우 응답자가 65세 이상이거나, 여성이거나, 장애인일 경우, 또는 1세대 부부일 경우 미접종 확률이 낮고, 교육 수준이 높을수록 높다. 특히 응답자의 나이가 65세 이상일 경우 44.8%p 만큼 미접종 확률이 낮고, 학력이 대졸 이상일 경우에는 미접종 확률이 13.7%p 만큼 높다〈표 2-10〉.

4.7. 분석 결과(6): 건강검진 미수검

도시 응답자 표본의 경우, 응답자가 연령대가 높을수록, 기혼일 경우, 주택을 소유할 경우, 비농업인일 경우, 대졸 이상일 경우, 가구 소득이 높을수록, 독거 또는 1세대 부부의 경우 미수검 확률이 낮고, 응답자가 장애인일 경우 높다. 특히 응답자의 나이가 40~64세일 경우 17.1%p 만큼, 65세 이상일 경우 20.2%p 만큼, 기혼일 경우 12.4%p 만큼, 비농업인일 경우 10.4%p 만큼, 가구 소득이 4분위일 경우 16%p 만큼 낮다〈표 2-11〉.

도농복합시의 경우, 응답자가 연령대가 높을수록, 기혼일 경우, 주택을 소유할 경우, 비농업인일 경우, 교육 수준이 높을수록, 가구 소득이 높을수록, 독거 또는 1세대 부부의 경우, 미수검 확률이 낮다. 특히 응답자의 나이가 40~64세일 경우 15%p 만큼, 65세 이상일 경우 18%p 만큼, 기혼일 경우 14.1%p 만큼, 비농업인일 경우 12%p 만큼, 가구 소득이 4분위일 경우 15.9%p 만큼 미수검 확률이 낮다〈표 2-11〉.

읍 지역 표본의 경우, 응답자가 연령대가 높을수록, 기혼일 경우, 주택을 소유할 경우, 비농업인일 경우, 대졸 이상일 경우, 가구 소득이 3분위 또는 4분위 일 경우, 독거 또는 1세대 부부일 경우 미수검 확률이 낮다. 특히 응답자의 나이가 40~64세일 경우 15.5%p 만큼, 65세 이상일 경우 20.3%p 만큼, 기혼일 경우 16.1%p 만큼, 가구 소득이 3분위일 경우 11.4%p 만큼 미수검 확률이 낮다(표 2-11).

⟨표 2-11⟩ 건강검진(미수검) 관련 요인

| | | | | | 흡연 | 여부 | | | |
|-----------|--------------------------|--------|-----|---------|------|---------|-----|---------|-----|
| | 변수 | 도시 | | 도농복합 | 기 | 읍 | | 면 | |
| | | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 | 한계효과 | 유의성 |
| 1.101 | 40~64세 | -0.171 | *** | -0.150 | *** | -0.155 | *** | -0.191 | *** |
| 나이 | 65세 이상 | -0.202 | *** | -0.180 | *** | -0.203 | *** | -0.226 | *** |
| | 여성 | 0.008 | - | 0.013 | - | 0.030 | - | 0.023 | - |
| | 기혼 | -0.124 | *** | -0.141 | *** | -0.161 | *** | -0.108 | ** |
| <u></u> 주 | 택소유 | -0.052 | *** | -0.044 | *** | -0.051 | ** | -0.047 | - |
| XIO1 | 비농업인 | -0.104 | *** | -0.120 | *** | -0.079 | *** | -0.100 | ** |
| 직업 | 농업인 | -0.034 | - | -0.025 | _ | 0.007 | _ | -0.072 | ** |
| 교육 | 고졸 | -0.020 | - | -0.032 | ** | 0.001 | - | 0.044 | - |
| 수준 | 대졸 이상 | -0.086 | *** | -0.094 | *** | -0.081 | ** | -0.016 | - |
| 71. | 2분위 | -0.056 | *** | -0.090 | *** | 0.002 | - | -0.070 | ** |
| 가구 소득 | 3분위 | -0.107 | *** | -0.116 | *** | -0.114 | *** | -0.090 | *** |
| Ξ-¬ | 4분위 | -0.160 | *** | -0.159 | *** | -0.091 | *** | -0.142 | *** |
| | 장애 | 0.025 | *** | 0.002 | _ | 0.036 | - | 0.054 | - |
| 가구 | 독거 | -0.065 | *** | -0.080 | *** | -0.062 | ** | -0.060 | - |
| 유형 | 부부 | -0.065 | *** | -0.098 | *** | -0.077 | ** | -0.128 | *** |
| | 2017 | -0.034 | *** | -0.015 | *** | 0.025 | *** | 0.027 | *** |
| | 2018 | -0.032 | *** | -0.031 | *** | -0.064 | *** | -0.019 | *** |
| 연도 | 2019 | -0.024 | *** | -0.045 | *** | -0.061 | *** | -0.035 | *** |
| | 2020 | -0.035 | *** | -0.034 | *** | -0.047 | *** | -0.002 | |
| | 2021 | -0.019 | *** | -0.042 | *** | -0.062 | *** | 0.005 | _ |
| | Log-pseudo likelihood | | 969 | -5068.4 | .084 | -1538.2 | 913 | -1250.6 | 724 |
| Pseud | o R-square | 0.089 | 5 | 0.088 | 7 | 0.083 | 6 | 0.0847 | |
| | N | 26,89 | 7 | 8,532 | 2 | 3,094 | 1 | 3,117 | |

주 1) ***는 1%. **는 5%. *는 10% 수준에서 통계적으로 유의함.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 원자료 분석 결과.

읍 지역 표본의 경우, 응답자가 연령대가 높을수록, 기혼일 경우, 비농업인 또는 농업인일 경우, 가구 소득이 높을수록, 1세대 부부일 경우 미수검 확률이 낮다. 특 히 응답자의 나이가 40~64세일 경우 19.1%p 만큼, 65세 이상일 경우 22.6%p 만

²⁾ 참조 그룹은 2016년에 조사된 20~39세의 남성이고, 미혼이며, 미취업자이며, 중졸 이하의 학력자이며, 장애가 없고, 소득 1분위 기타 유형의 가구에 속하는 가구원임.

³⁾ 도농복합시는 읍과 도시의 일부 지역이 포함되어 있음.

⁴⁾ 항목 결측과 무응답을 제외한 유효 관측치만 이용하여 분석한 결과임.

⁵⁾ 연도별 군집표준오차를 이용하여 통계적 추론을 실시하였음.

⁶⁾ 개인 가중치를 적용하였음.

큼, 가구 소득이 4분위일 경우 14.2%p 만큼, 1세대 부부의 가구원일 경우 12.8%p 만큼 미수검 확률이 낮다〈표 2-11〉.

5. 예방적 건강관리 서비스 이용 실태

5.1. 주로 이용하는 의료기관

농촌 주민이 주로 이용하는 의료기관은 '동네 병의원'이다. 주민이 주로 이용하는 의료기관은 합 100% 초과 기준으로 '동네 병의원'이 87.9%였다. 그다음으로 '상급 병원' 25.3%, '보건소' 17.2%, '보건지소' 8.6%, '보건진료소' 4.6% 순이었다. 연간 보건소 평균 이용 횟수는 1.7회였다.

보건소 이용 경험이 있는 주민 중 보건소를 이용하는 이유로 꼽은 응답은 '의료이용' 81.3%, '건강관리' 17.9% 순이었다. 보건소를 이용하지 않는 이유로는 합100% 초과 기준으로 '주로 병의원 이용'이 68.8%로 가장 높았다. 그다음으로 '집에서 멀고, 교통편이 불편해서' 28.2%, '의료 서비스 질이 낮아서' 18.5% 등의 순이었다.

주로 이용하는 의료시설까지 이동하는 방법으로는 '본인 소유 이동수단'이 55.4%로 가장 많았다. 그다음으로 '버스' 21.1%, '걸어서' 20.0%, '택시' 2.5% 순으로 나타났다.

5.2. 예방적 건강관리 서비스 참여 경험

농촌에서 의료기관 등이 제공하는 건강관리 서비스에 1회 이상 참여한 경험이 있다는 응답자의 비율은 40.3%였다.¹¹⁾ 한편, 의료기관 등이 건강관리 서비스를 제공한다는 점을 인지하고 있다는 응답자의 비율이 68.3%였다. 건강관리 서비스

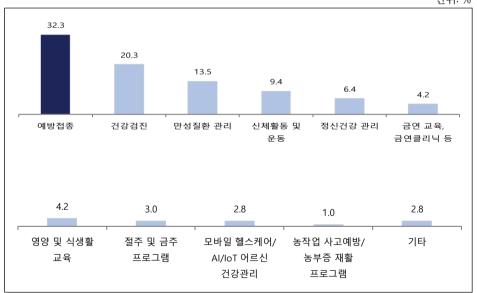
를 인지한 응답자 가운데 실제 이용 경험이 있다는 응답자가 40.4%(전체 응답자 중 27.6%)인 셈이다.

이용 경험이 있는 주민 중에서 이용한 건강관리 서비스 중 가장 높은 비율을 차지한 것은 '예방접종'으로 32.3%이었다〈그림 2-37〉. 그다음으로 '건강검진' 20.3%, '만성질환 관리' 13.5%, '신체활동 및 운동' 9.4%, '정신건강 관리' 6.4%, '금연 프로그램' 4.2% 등의 순이었다.

건강관리 서비스 제공 장소 중 가장 높은 빈도를 보인 곳은 '보건소'로 31.1%를 차지하였다〈그림 2-38〉. 그다음으로 '병의원' 27.9%, '보건지소' 25.1%, '보건진 료소' 9.2%, '경로당·마을회관' 6.2%의 순이었다. 보건소, 보건지소, 보건진료소의 경우를 합하면 65.4%로 공공 의료기관의 비율이 높다.

〈그림 2-37〉 지난 1년간 참여 건강관리 서비스 종류



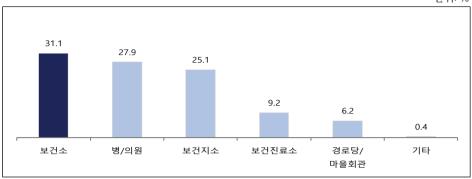


자료: 설문 조사 결과를 기초로 저자 작성.

¹¹⁾ 이 연구와 병행하여 실시한 설문 조사의 결과이다. 조금 더 자세한 내용은 별도로 발간한 부속 자료 집 《농촌 주민의 예방적 건강관리 설문 조사 결과》를 참고.

〈그림 2-38〉 지난 1년간 참여 건강관리 서비스 제공 장소

단위: %



자료: 설문 조사 결과를 기초로 저자 작성.

⟨표 2-12⟩ 건강관리 서비스별 성과

단위: 명. %

| | | | | | | | <u>u 11. 0, 70</u> |
|-----------------|-----|----------|------|------|-----|----------|--------------------|
| 서비스 | 사례 | 매우 높음 | 높음 | 보통 | 낮음 | 매우 낮음 | 평균 |
| 전체 | 498 | 16.3 | 62.2 | 19.5 | 1.4 | 0.6 | 4.0 |
| 금연 교육, 금연 클리닉 | 21 | 9.5 | 42.9 | 28.6 | 9.5 | 9.5 | 3.9 |
| 절주 및 금주 프로그램 | 15 | 26.7 | 20.0 | 46.7 | 0.0 | 6.7 | 3.9 |
| 신체활동 및 운동(체조 등) | 47 | 27.7 | 46.8 | 25.5 | 0.0 | 0.0 | 4.0 |
| 영양 및 식생활 교육 | 21 | 23.8 | 52.4 | 14.3 | 9.5 | 0.0 | 4.1 |
| 만성질환 관리(고혈압 등) | 67 | 11.9 | 61.2 | 25.4 | 1.5 | 0.0 | 3.9 |
| 정신건강 관리(치매 등) | 32 | 18.8 | 59.4 | 18.8 | 3.1 | 0.0 | 4.0 |
| 모바일 헬스케어 | 14 | 14.3 | 42.9 | 42.9 | 0.0 | 0.0 | 3.7 |
| 농작업 사고 예방 | 5 | 20.0 | 80.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4.2 |
| 예방접종 | 161 | 14.3 | 71.4 | 14.3 | 0.0 | 0.0 | 4.0 |
| 건강검진 | 101 | 15.8 | 68.3 | 14.9 | 1.0 | 0.0 | 4.0 |
| 기타 구강 보건, 한의약 | 14 | 7.1 | 78.6 | 14.3 | 0.0 | 0.0 | 4.0 |

자료: 설문 조사 결과를 기초로 저자 작성.

예방적 건강관리 서비스를 이용한 경험이 있는 농촌 주민들은 대체로 성과가 있었다고 평가했다. 자신이 이용한 서비스의 성과가 높았다는 응답 비율이 75.8%로 상당히 높았다. 예방접종이나 건강검진의 경우 자연히 '성과가 높았다'는 응답을 기대할 수 있지만, '신체활동 및 운동', '영양 및 식생활 교육', '만성질환 관리',

'정신건강 관리', '농작업 사고 예방' 등의 서비스에서 '성과가 높았다'는 응답이 많았다는 점을 특기할 만하다. 다만, '농작업 사고 예방'의 경우, 이용 경험자가 아 주 소수였다는 점에 유의할 필요가 있다.

6. 시사점

6.1. 농촌 주민의 높은 만성질환 유병률

만성질환은 발병부터 완치까지 긴 시간이 소요되고, 완치가 어려울 수도 있으므로 예방 및 진단, 지속적인 치료와 관리가 중요하다. 무엇보다 질환별로 고위험군을 지역 유형, 개인 및 가구 특성에 따라 식별해야 한다.

실태 분석 결과, 도시민보다 농촌 주민의 만성질환 유병률이 높고, 특히 주민의 거주 지역 유형과도 관련이 있었다. 고혈압, 이상지질혈증, 당뇨병, 관절병증 모두면 지역으로 갈수록 유병률이 매우 높았다. 이는 농촌일수록 고령자 비율이 높아만성질환 유병률이 높다는 사실과 일치한다. 고혈압과 이상지질혈증의 경우, 면지역의 중년층 응답자의 유병률이 특히 높았다. 이상지질혈증의 경우에는 면지역 중년층 응답자의 유병률이 다른 지역보다 높았다. 이는 농촌 지역, 특히 면지역으로 갈수록 특정 만성질환에 진입하는 시기가 빨라진다는 것을 시사한다. 중년에만성질환이 시작되면 노년까지 지속되는 경우가 일반적이므로 농촌 지역 중년층의 만성질환 진입 지연 전략이 필요하다. 즉 면 지역으로 갈수록 특히 노인보다는 중년층의 만성질환 진입 저지 전략이 필요하다.

또한 농업인은 특정 만성질환에 취약하다. 고혈압과 관절병증의 경우 농업인의 유병률이 비농업인 또는 미취업자보다 높다. 당뇨병 유병률은 도시와 도농복합시 농업인이 가장 높았지만, 읍 지역에서는 미취업자와 비슷하고, 면 지역에서는 농 업인보다 미취업자의 유병률이 더 높다. 이상지질혈증은 읍 지역의 농업인이 현 저히 높다. 농업인의 높은 관절병증 유병률은 오랜 농작업의 영향을 받은 것으로 볼 수 있다. 고혈압과 이상지질혈증은 농업인의 인구학적 특성, 생활 습관 또는 예방적 건강관리 행동과 관련이 있을 수 있다. 이상지질혈증은 보통 건강하지 못한식습관과 운동 부족이 주원인이고, 고혈압도 흡연, 음주, 식습관이 원인일 수 있다. 한편 식생활 평가 지수 값이 직업별로 크게 다르지 않다는 점을 고려하면, 농업인의 높은 만성질환 유병률은 이들의 높은 음주율 및 흡연량과 낮은 유산소 신체활동 수준이 관련된 것으로 볼 수 있다.

한편, 상정한 모든 유형의 만성질환 유병률이 지역 유형에 관계없이 대체로 가구 소득과 반비례한다. 이는 경제적으로 취약한 집단이 의료비 지출 등으로 만성질환 상태에 진입할 가능성이 높고, 역으로 만성질환이 심각하여 경제활동 수준이 낮아 소득이 감소하는 양방향적 관계를 함의한다. 또한 소득 수준이 낮은 경우, 후술하겠지만, 예방적 건강관리 실태가 좋지 않을 수 있고, 이 또한 높은 유병률의 원인이 될 수 있다.

6.2. 유형별로 다른 농촌 주민의 예방적 건강관리 수준

예방적 건강관리 실태가 지역 유형뿐만 아니라 응답자의 인구사회학적 특성에 따라 집단별로 다르거나 비슷한 것으로 나타났다. 가령, 식생활 평가 지수, 음주율, 폭음률은 농촌 지역이라고 해서 도시나 도농복합시와 큰 차이를 보이지 않았다. 한편 다른 지역에 비해 면 지역의 65세 미만 주민의 폭음률이 아주 높다. 직업별로 보면, 농업인의 음주율과 폭음률이 비농업인 또는 미취업자에 비해 높다.

응답자의 다른 특성을 일정 값으로 고정하여 예방적 건강관리에 미치는 특정 영향요인을 파악한 프로빗 모형 추정 결과를 집약하면, 예방적 건강관리 미실천 위험 집단을 식별할 수 있다〈표 2-13〉.

65세 이상 노인의 경우, 지역 유형에 관계없이 65세 미만 응답자보다 흡연율과 음주율이 낮지만, 유산소 운동 미실천 확률은 높다. 반면 건강식생활 지수가 평균 미만일 확률은 낮고, 미접종 및 미수검 확률도 낮다. 기호식품 섭취와 섭식 차워에 서 건강관리 상태가 젊은 층에 비해 상대적으로 양호하다고 볼 수 있다. 유산소 운 동 미실천 확률이 높은 것은 고령이기 때문에 여가 시간에 운동에 할애하는 시간 이 적기 때문이라고 판단되다. 미접종 및 미수검 확률이 낮은 것은 노인이 전염성 질환이나 무증상 질병 발병 시 젊은층보다 중증화될 가능성이 높기 때문에 예방적 차원에서 스스로 대처하는 것으로 보인다.

⟨표 2-13⟩ 예방적 건강관리 관련 요인 분석 결과 종합

| | 특성 및 | 기역 규모 | 흡연 | 음주 | 유산소 운동 미실천 | 건강식생활 지수 평균 미만 | 미접종 | 미수검 |
|----|------|--------------------|-----|-----|------------------|----------------------|-----|-----|
| | | 도시 | (-) | (-) | (+) | (-) | (-) | (-) |
| 65 | 세 이상 | 도 농 복합시 | (-) | (-) | (+) | (-) | (-) | (-) |
| 1 | 노인 | ᅄ | (-) | (-) | (+) | (-) | (-) | (-) |
| | | 면 | (-) | (-) | (+) | (-) | (-) | (-) |
| | | 도시 | (+) | (+) | _ | _ | (+) | (-) |
| | 비농 | 도농복합시 | (+) | (+) | _ | (+) | _ | (-) |
| | 업인 | 읍 | (+) | (+) | _ | _ | _ | (-) |
| 직 | | 면 | _ | - | - | (-) | _ | (-) |
| 업 | | 도시 | _ | (+) | - | _ | (+) | _ |
| | 농업 | 도농복합시 | _ | (+) | - | _ | _ | _ |
| | 인 | 읍 | _ | (+) | - | (+) | _ | _ |
| | | 면 | _ | (+) | _ | _ | _ | (-) |
| | | 도시 | _ | - | (-) | (-) | - | (-) |
| | 가구 | 도농복합시 | _ | - | (-) | (-) | - | (-) |
| 3 | 소득 | 읍 | _ | (+) | (-) | (-) | _ | (-) |
| | | 면 | _ | - | - | (-) | _ | (-) |
| | | 도시 | (+) | (+) | - | (+) | - | (-) |
| | 1인 | 도농복합시 | (+) | - | _ | (+) | (-) | (-) |
| | 가구 | 읍 | _ | - | - | _ | _ | (-) |
| | | 면 | - | - | - | - | - | - |

주 1) (+)는 유의수준 10%에서 한계효과 추정치가 유의하고, 부호가 (+)인 것임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사 원자료 분석 결과.

^{2) (-)}는 유의수준 10%에서 한계효과 추정치가 유의하고, 부호가 (-)인 것임.

³⁾ 빈칸은 한계효과 추정치가 유의수준 10%에서 통계적으로 유의하지 않은 것임.

⁴⁾ 가구 소득의 통계적 유의성은 한계효과에 대한 joint-test 결과임.

⁵⁾ 전체 결과 중 일부를 발췌한 것이며, 참조 그룹은 프로빗 모형 결과와 동일함.

⁶⁾ 개인 가중치를 적용하였음.

직업적 특성을 고려했을 때, 면 지역을 제외한 지역에서는 비농업인이 흡연 및 음주 고위험군으로 판단된다. 그리고 비농업인이 농업인보다 건강검진 수검률이 높다. 비농업인의 경우 사업장 건강검진 혜택 등을 통한 수검 기회가 제공된다는 점이 한 가지 원인일 수 있다. 농업인이 흡연 고위험군으로 분류되지는 않지만, 비농업인 집단과 비슷한 수준에서 음주 고위험군이 형성되어 있는 듯하다. 따라서 금연 서비스는 농촌 주민 중 비농업인을 중심으로, 절주 서비스는 농촌 주민의 직업적 특성보다는 주민 전체를 대상으로 확대할 필요가 있다.

대체로 지역 유형에 관계없이 가구 소득이 높을수록 유산소 운동 미실천, 건강 식생활 지수 평균 미만, 건강검진 미수검 확률이 낮다. 반대로 생각하면, 저소득 가구는 건강식생활 수준이 낮고, 미수검 확률은 높다. 따라서 관련 서비스 제공에 있어 저소득 가구 집중형 전략이 필요하다. 가령 건강식생활 교육이나 급식 대상 자 선정 또는 건강검진 바우처 제공에 있어 가구 소득 수준을 우선적으로 고려하 는 것이다.

일견 농촌 지역에서 1인 가구 응답자들의 예방적 건강관리 실태가 좋지 않다고 예상되지만, 분석 결과 다른 유형의 가구 응답자들과 크게 다르지는 않다. 따라서 농촌 주민 중 가구 유형에 따라 서비스 대상자를 식별하기보다는 이상에서 논의된 집단을 중심으로 서비스 전달 확대를 꾀하는 것이 바람직하다.

6.3. 농촌 의료기관의 예방적 건강관리 서비스 공급 부족

농촌 주민이 주로 이용하는 의료기관은 민간 의료기관 중에서도 일차의료를 담당하는 병의원이다. 접근성 면에서 보건소 등 공공 의료기관의 여건이 좋지만, 이용률은 상대적으로 낮다. 반면에 '건강관리 서비스'에 한정한다면 이들 공공 의료기관(보건소, 보건진료소, 보건지소 등)이 가장 중요한 비중을 차지한다. 예방접종, 건강검진, 만성질환 관리, 정신건강 관리, 금연·절주 프로그램 등의 서비스를 주로 공공 의료기관이 제공하기 때문이다.

의료기관이 제공하는 건강관리 서비스에 대한 인지율은 68.3%인데, 이용 경험률은 40.3%였다. 이용 경험 중 예방접종과 건강검진이 절반 이상을 차지한다. 한편, 예방접종 및 건강검진을 제외하고, 이용 경험률이 가장 높은 서비스는 '만성질환 관리'로 건강관리 서비스 이용 경험자의 13.5%(전체 응답자의 6.1%)가 경험한 것으로 드러났다.

건강관리 서비스 이용자가 스스로 평가한 성과 수준은 상당히 높았다. 예방접 종이나 건강검진 같은 일회적이면서 결과가 곧바로 드러나는 서비스 외에 '신체활동 및 운동', '영양 및 식생활 교육', '만성질환 관리', '정신건강 관리', '농작업사고 예방' 등의 서비스 이용 성과가 높다는 응답이 상당히 많았다.

농촌에서 주로 공공 의료기관이 제공하는 건강관리 서비스가 주민 건강에 기여할 잠재력은 크지만, 서비스 공급의 총량이 부족하고 교통 접근성 문제 등이 있어 그 잠재력이 현실화되지 못한다고 말할 수 있다. 건강관리 서비스 중에서 예방접종이나 건강검진을 제외하면, 공급 총량은 현저하게 적은데 이들 서비스에 대한주민의 평가는 상당히 긍정적이다.

제3장

예방적 건강관리 서비스 정책 현황 및 문제점

예방적 건강관리 서비스 정책 현황 및 문제점

1. 개요

우리나라에서 건강관리 서비스의 중심은 2013년부터 시작된 지역사회 통합건 강증진사업이다. 이 사업은 보건소, 보건지소, 보건진료소, 건강생활 지원센터 등이 개별 프로그램 형태로 시행한다. 개별 프로그램들이 금연, 절주, 운동 프로그램 등으로 유형화되어 있다.

지역사회 통합건강증진사업 외에도 이 연구의 범위에 포함되는 정부 부처 및 지방자치단체 사업들이 있다. 일부 지방자치단체를 선정하여 여성 농업인을 대상 으로 특수건강검진을 시행하고 있다. 보건복지부가 주도하고 민간 의료기관이 참 여하여 고혈압 및 당뇨 환자에게 포괄적 질환관리 서비스를 제공하는 '일차의료 만성질환 관리 시범사업'도 2019년 1월부터 시행 중이다.

여기에서는 다양한 예방적 건강관리 서비스 현황을 살펴보고, 도시의 보건의료 환경에 기초하여 시작된 서비스가 농촌 주민에게는 적절히 공급되기 어렵게 만드 는 제약 조건을 파악한다.

⟨표 3-1⟩ 예방적 건강관리 서비스 기관 및 서비스 유형 분류

| 기관 | 사업명 | | | 유형 | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------|----|------|----|-------|--|
| 기단 | 사립당 | 금연 | 절주 | 신체활동 | 영양 | 검진·접종 | |
| 보건소 | | 0 | 0 | 0 | 0 | × | |
| 포인고 (건강생활 지원센터 포함) | 지역사회 | 0 | 0 | 0 | 0 | × | |
| | 통합건강증진사업 | 0 | 0 | 0 | 0 | × | |
| 보건지소 및 보건진료소 | | 0 | 0 | 0 | 0 | Δ | |
| TITLE!! DI | 지역사회 통합돌봄 | 지자체별로 상이함 | | | | | |
| 지자체 및 보건복지부 | 식사지원, 영양교육 | × | × | × | 0 | × | |
| 농림축산식품부 | 여성 농업인 특수건강검진 | × | × | × | × | Δ | |
| 병의원 및 일부 보건소 | 일차의료 만성질환 관리 시범사업 | 0 | 0 | 0 | 0 | Δ | |

주 1) ○는 관련 서비스가 포함된 것을 의미함.

자료: 저자 작성.

^{2) ×}는 관련 서비스가 미포함된 것을 의미함.

^{3) △}는 관련 서비스가 일부 포함된 것을 의미함.

2. 지역사회 통합건강증진사업

2.1. 사업의 정의 및 목적

지역사회 통합건강증진사업은 보건소가 중심이 되어 지역사회 주민을 대상으로 건강생활 실천, 만성질환 예방 및 관리, 취약계층 건강관리 등의 서비스를 제공하는 사업을 말한다.

2013년 이전에는 하향식 방식의 개별 사업 형태로 지역사회 주민 대상 서비스가 획일적으로 결정되었다. 즉 금연, 절주, 운동 프로그램 등이 필수 사업 영역으로 지정되어 사업별 예산이 국고 보조 방식으로 할당되었다. 그러나 2013년부터 지역 주민의 건강 상태에 부합하는 서비스를 제공할 목적으로 지방자치단체 여건과 예산에 따라 단위 사업을 자율적으로 기획하고 추진하는 부분적 포괄보조 방식으로 사업 방식이 변경되었다. 보건복지부 건강정책과가 사업을 총괄 및 조정하며, 건강생활 실천에 관련된 항목들을 중심으로 프로그램을 편성한다.

2.2. 사업 담당 기관 및 인력

2.2.1. 보건소

지역사회 통합건강증진사업의 중심 기관은 전국에 258개 설치된 보건소(보건 의료원 포함)이다(2023년 기준). 모든 보건소가 자체적으로 건강관리 서비스를 기획하여 제공한다. 일반적으로 보건소 부서 중 건강증진과와 건강관리과가 사업을 담당한다. 사업 담당 인력 외에도 의사, 공중보건의사, 간호사 등 보건소 인력이 서비스 제공에 직간접적으로 관여한다. 보건소는 상근 인력 외에 영양사, 체육지도사 등 추가 인력을 고용하여 운용할 수 있다.

2.2.2. 건강생활 지원센터

도시민들이 건강관리 서비스를 이용할 경우 주로 보건소에 방문한다. 그러나도시 지역 보건소 1개소에서 관할하는 건강 취약계층 인구수가 많아 미충족 건강관리 서비스 수요도 높을 수 있다. 2019년 시점에서 도시의 보건소당 관할 인구는 28만 3000명으로, 농촌 지역에 비해 5.3배 많았다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2022e: 8). 특히 인구 밀집 지역에서는 미충족 건강관리 서비스 수요가 매우 높을 수 있다.

서비스 내용에 지역 주민의 특성을 적극적으로 반영할 필요성이 제기되었다. 2014년부터 주민의 건강관리 욕구와 특성을 반영하고, 지역 보건의료 자원과 연계 및 협력하여 주민들의 건강생활 증진을 지원할 목적으로 '지역보건법' 제14조와 동법 시행령 제11조에 근거하여 건강생활 지원센터가 일부 지방자치단체에 순차적으로 설치되었다. 건강생활 지원센터는 동 지역에 많이 설치되었다.

건강생활 지원센터는 보건소에서 제공하는 지역사회 통합건강증진사업 중 일부를 지방자치단체의 수요와 여건을 반영하여 재량껏 운용하고, 특화사업을 시행할 수 있다. 사업 운용에 있어 센터의 자유도가 높아 센터마다 건강관리 사업의 유형과 내용이 상이하다. 가령 광주광역시 광산구 수완 건강생활 지원센터는 아토피성 피부병 관리 서비스를 제공한다. 경남 삼천포 센터는 신체활동 증진 서비스와 만성질환 예방관리 서비스를 제공한다.

인력은 센터장 1인(비상근 가능)과 상근 인력으로 구성된다. 센터장은 보건 직렬 공무원 또는 보건의료인이다. 상근 인력을 최소 5명 이상 배치하여야 하며, 8~10명까지 추가 배치하도록 권장된다. 최소 구성 인원은 의사 또는 한의사(1명), 간호(조무)사(3명), 물리치료사 또는 체육지도자(1명), 영양사(1명)이다. 한편, 동단위형 건강생활 지원센터는 상근 인력 최소 3명 이상으로 재량껏 운영할 수 있다.12)

¹²⁾ 기본형 센터는 시군구당 1개소 배치가 요구되며, 동 단위 센터는 시군구당 기본형 센터 1개소가 설치된 경우 추가적으로 설치된다. 동 단위 센터는 주로 도심 지역이나 인구 밀집 지역에 추가로 설치된다.

2.2.3. 보건지소 및 보건진료소

보건소와 접근성이 떨어지는 농어촌 및 의료 취약지역의 일차 보건의료 서비스 공급 확대를 목적으로 지방자치단체는 '지역보건법' 제10조 및 조례에 근거하여 보건지소를 읍면 단위로 1개소씩 설치한다. 필요에 따라 몇 개의 보건지소를 통합하여 1개의 통합 보건지소로 운영할 수도 있다. 2021년 시점에서 보건지소는 전국에 1342개소가 설치되어 있다. 보건지소는 공중보건의 1명(의사, 치과의사, 한의사 중 1명)과 간호 공무직 1명을 의무 배치해야 하며, 여건에 따라 치위생사 등 기타 인력을 추가 배치할 수 있다.

'농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법' 제15조는 공중보건의 배치가 곤란한 의료 취약지역에 군수의 허가를 받아 보건진료소 1개소를 설치할 수 있다고 규정한다. 의료 취약지역은 리 단위 벽오지 지역으로, 인구 500명 이상 또는 도서 지역의 경우 300~500명 이상, 5000명 미만의 지역을 말한다. 2021년 시점에서 보건진료소는 전국에 1904개소가 설치되어 있다. 보건진료소에는 간호사 또는 조산사면허를 가진 간호 공무원 1인이 보건진료소장 자격으로, 주5일 상근한다.

2.3. 보건소의 예방적 건강관리 서비스

지역사회 통합건강증진사업은 ① 금연, ② 절주(음주 폐해 예방), ③ 영양, ④ 신체활동, ⑤ 비만 관리, ⑥ 구강 건강, ⑦ 심뇌혈관질환 예방, ⑧ 한방 건강증진, ⑨ 아토피 및 천식 예방, ⑩ 임산부 및 영아 특화사업, ⑪ 노인 특화사업(치매), ⑫ 장애인 특화사업(지역사회 재활), ⑪ 취약계층 특화사업의 총 13개 세부 사업으로 구성된다.

그중 이 연구의 범위에 포함되는 예방적 건강관리 서비스 관련 사업으로는 ① 금연, ② 절주(음주 폐해 예방), ③ 영양, ④ 신체활동을 들 수 있다. 이와 같은 사업 영역을 보건소, 건강생활 지원센터, 보건지소가 주로 제공한다. 각 기관마다 사업

내용을 재량껏 편성하므로 모든 영역별 세부 사업을 유형화하기는 어렵지만, 대체로 〈표 3-2〉와 같이 요약할 수 있다.

⟨표 3-2⟩ 지역사회 통합건강증진사업 중 예방적 건강관리 서비스

| 구분 | 주요 사업 내용 | 운영 방법 |
|----------|----------------------------------|---|
| 금연 | · 금연 환경 조성 | · 금연구역 확대 정착, 금연 지도 및 점검 강화 · 포괄적 금연사업 추진: 지역 자원 협력체계 구축, 지역사회 금연 홍보 강화 및 금연사업 개발 운영 |
| | · 금연 클리닉 운영 (이동형 서비스 포함) | · 금연상담 및 상담자의 체내 유해물질 농도 측정 · 니코틴 보조제, 금연 홍보 물품, 6개월 금연 성공자 기념품 증정 |
| | · 시도 단위 금연사업 운영 | · 시도별 금연사업 계획 수립 및 조정 · 시도 단위의 금연사업 설계 및 추진 · 시군구별 금연사업 지원 및 평가 |
| 절주 | · 지역사회 음주 폐해 예방 환경 조성 및 제도 개선 | 지역사회 음주 폐해 예방 협력체계 구축 음주 조장 환경 모니터링 개선 지역사회 절주 환경 조성 |
| | · 절주 교육 및 상담 | · 생애주기별 음주 폐해 예방교육 프로그램 제공 · 보건소 내소자에게 단기 개입을 통한 절주 상담 |
| | · 절주 홍보 및 캠페인 | · 홍보 매체(방송, 인쇄, 온라인 등)를 활용하여 잘못된 음주문화 개선 홍보 · 음주 폐해 예방의 달 캠페인(매년 11월) |
| | · 전문 기관 연계 | · 알코올 사용 장애 의심자 발견 시 정신건강복지센터, 중독관리 통합지원센터, 의료기관 등과 연계 |
| 신체 활동 | · 신체활동 프로그램 제공 | 생애주기 및 생활터별 운동 프로그램 운영 아동 및 청소년을 대상으로 올바른 신체활동 습관 형성 프로그램 운영, 과체중 관리 프로그램 운영 성인 직장인 및 지역사회 비만자 대상으로 프로그램 운영 노인을 대상으로 일상생활 기능 향상을 위한 신체활동 프로그램 제공, 인지기능 개선 목적의 신체활동 프로그램 제공 |
| | · 개인별 신체활동 증진 서비스 | · 건강 위험요인 개선을 위한 개인별 신체활동 상담 서비스 · 개인 체력 및 신체조성 측정 결과 기반 1:1 운동 처방 서비스 |
| | · 신체활동 홍보 및 캠페인 | · 중앙, 시도, 시군구 협력 홍보·캠페인 · 신체활동 활성화를 위한 홍보·캠페인 슬로건 개발 및 확산 · 건강기념일 및 지역축제 연계 홍보·캠페인 |
| | · 신체활동 친화적 환경 조성 | · 물리적 환경 조성을 통한 주민 신체활동 실천 독려 · 제도적 환경 조성을 통한 주민 신체활동 장애요인 개선 · 자조모임 지원 및 인적 역량 강화 등 사회적 지지 기반 조성 |
| 영양 | · 생애주기별 맞춤형 영양관리 서비스 | · 임산부 및 영유이: 영양플러스, 어린이집 및 유치원 기반 영양관리 사업 · 저소득층 어린이 및 청소년 영양관리, 학교 기반 영양관리 · 성인 대상으로 건강 위험요인 개선을 위한 영양관리 · 노인 대상 영양교육 프로그램, 실버 건강식생활 사업 |

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022d), 《2022년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 금연, 음주폐해예방, 영양, 신체활동》을 연구진이 요약.

한편, 많은 수의 보건소가 거의 동일한 내용으로 제공하는 서비스도 있다. 가령 모바일 헬스케어 사업과 AI·IoT 어르신 건강관리 시범사업은 스마트 기기를 이용 하여 참여자의 건강을 관리한다. 이 사업들의 내용은 아래와 같다.

2.3.1. 모바일 헬스케어 사업

가. 사업의 목적 및 내용

직장인들은 평일 근무 시간에 보건소에 방문하여 건강관리 서비스에 참여하기 어렵다. 이에 보건소는 정보통신기술을 활용한 비대면 방식의 건강관리 서비스를 제공하여 지역 주민의 건강을 증진하고, 만성질환 발병 위험을 감소시킬 목적으로 모바일 헬스케어 사업을 실시하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2022a: 11).

사업 대상자는 만 19세 이상의 성인으로, 해당 보건소 관할 지역에 거주하거나 지역 내 직장인이어야 하며, 건강 위험요인(고혈압, 허리둘레, 공복혈당, HDL-콜레스테롤, 중성지방)을 1개 이상 가지고 있어야 한다. [3] 건강 위험요인 보유자가 아닌 고혈압 또는 당뇨 질환자는 사업 대상자에서 제외된다. 복수의 건강 위험요인 보유자, 신규 신청자, 스스로 건강관리가 어려운 건강 취약계층은 우선순위 대상자로 분류된다. 사업의 특성에 따라 스마트폰을 소지하여야 하며, 모바일 애플리케이션을 설치하여야 한다.

서비스 내용은 지역사회 통합건강증진사업에 포함된 금연, 절주, 신체활동, 영양 상담 및 관리 등으로 참여자가 스마트폰을 이용하여 일별 및 주별 운동, 영양, 음주, 흡연 상태를 자기 기입식으로 기록 및 저장한다〈표 3-3〉. 서비스는 보건소 방문 시부터 24주까지, 3~4주 단위로 구분하여 제공된다. 6개월 참여 기간 동안 최소 3회 이상 보건소에 방문하여 혈액 및 혈압 검사, 인바디 검사, 영양 및 운동 상담을 받아야 한다.

¹³⁾ 일부 지방자치단체는 연령 상한을 58세 또는 60세로 둔다.

⟨표 3-3⟩ 모바일 헬스케어 사업 예방적 건강관리 서비스 내용

| 구분 | 세부 내용 |
|------------------------------|---|
| 최초 방문 검진·상담 | 대기자 확인 및 상담·검진 안내(코디네이터·간호사) 신체 계측 및 혈액 검사(코디네이터·간호사) 서비스 대상자 등록 건강 위험요인 수치에 따라 대상자 참여 여부 결정(의사) 앱(APP) 설치 및 가입, 개인 정보제공 동의서 입력, 활동량계 등 디바이스 배포 및 연동 안내(코디네이터·운동 전문가) APP을 통한 사전 설문 조사(코디네이터·간호사) 건강행태 조사 건강행태 및 식사 평가 결과에 따라 영양 상담을 통한 건강 목표 설정(영양사) ※ 보건소 여건에 따라 24시간 식사 일기 평가, 식품 섭취 빈도 조사 평가 등 영양 평가 실시 건강행태 결과에 따라 신체활동 상담을 통한 건강 목표 설정(운동 전문가) ※ 보건소 여건에 따라 필요시 심폐지구력 등 체력 검사 실시 건강검진 및 건강행태 결과에 따라 건강 상담을 통한 건강목표설정(간호사) 서비스 일정 안내 및 최종 점검(코디네이터) |
| 중간 방문 검진·상담 12주(3개월)부터 | · 신체 계측 및 혈액 검사(코디네이터·간호사) · 서비스 지속 참여 여부 결정(의사) · APP을 통한 중간 설문(코디네이터) 건강행태 조사, 만족도 조사 · 건강행태 및 12주간 모바일 APP 서비스 활동 결과에 따라 영양 상담 실시(영양사) ※ 보건소 여건에 24시간 식사 일기 평가, 식품 섭취 빈도 조사 평가 등 영양 평가 실시 · 건강행태 및 12주간 모바일 APP 서비스 활동 결과에 따라 신체활동 상담 실시(운동 전문가) ※ 보건소 여건에 따라 필요시 심폐지구력 등 체력 검사 실시 · 건강검진, 건강행태 결과 및 12주간 모바일 APP 서비스 활동 결과에 따라 건강 상담 실시(간호사) |
| 최종 방문 검진·상담 24주(6개월)부터 | · 신체 계측 및 혈액 검사(코디네이터·간호사) · APP을 통한 최종 설문 조사(코디네이터) 건강행태 조사, 만족도 조사 · 의사 상담을 통한 최종 결과 확인(의사) · 건강행태 및 24주간 모바일 APP 서비스 활동 결과에 따라 영양 상담 실시(영양사) · 건강행태 및 24주간 모바일 APP 서비스 활동 결과에 따라 신체활동 상담 실시(운동 전문가) · 건강검진, 건강행태 결과 및 24주간 모바일 APP 서비스 활동 결과에 따라 건강 상담 실시(간호사) |

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022a: 27)을 연구진이 편집.

나. 사업 담당 인력

의사, 간호사, 영양사, 운동 전문가, 코디네이터 총 5명이 필수 인력으로 구성된다. 의사는 대상자의 건강 상태 상담 및 교육, 간호사는 건강관리 계획 작성, 영양사는 식생활 지도 및 교육 등을 담당한다. 운동 전문가는 대상자의 신체활동을 지도 및 교육하며, 주로 체육지도사 자격, 유소년 스포츠 지도사 자격, 노인 스포츠지도사 자격증 소지자이다. 코디네이터는 서비스 운영에 있어 총괄적 부분을 관리 조정하며, 주로 보건의료 관련 전공자이다.

2.3.2. Al·loT 어르신 건강관리 시범사업

가. 사업의 목적 및 내용

노인들은 중·장년층에 비해 고혈압, 당뇨병 등 만성질환에 노출될 가능성이 높다. 그러나 거동 불편 또는 건강상의 이유로 보건소에 방문하여 사업에 참여하기 어려울 수 있다. 보건소에 방문하기 어려운 노인들이 스마트 기기를 이용하여 건강 상태를 확인하고, 결과를 보건소에 전달하여 맞춤형 서비스를 받는다면 접근성 문제로 인한 서비스 미충족을 어느 정도 줄일 수 있다.

이에 착안하여 보건소들이 65세 이상 노인의 허약 및 만성질환 수준을 관리하고, 건강관리 행태를 개선하려는 목적으로 AI·IoT 기반 어르신 건강관리 사업을 시행하고 있다. 모바일 헬스케어 사업과 같이 비대면 방식으로 웨어러블 디바이스를 이용하여 건강 상태를 점검하고, 관리 방법을 제시하는 방식이다. 2020년에 1차 시범사업이 실시되었으며, 이후 사업이 점차 확대되어 2023년 본사업으로 변경되었다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2022c: 30).

나. 사업 대상자

사업 대상자는 혀약 및 만성질환 관리와 건강관리 행태 개선이 필요한 만 60세이상의 노인이다. 모바일 헬스케어와는 다르게 만성질환 및 건강 상태에 근거하여 대상자를 제한하지 않는다. 14) 소득 수준에 따른 제한도 없다. 그러나 장기요양 1~5등급자와 모바일 헬스케어 참여자는 제외된다(보건복지부한국건강증진개발원, 2022b: 2). 그리고 전체 대상자의 10%이내에서만 60~64세 노인이 등록 가능하다. 등록 우선순위 대상자로서, 독거 노인, 기존의 방문 건강관리 사업 대상자,고혈압,고혈당 또는 비만자가 포함된다.

¹⁴⁾ 모바일 헬스케어 사업의 대상자는 만 19세 이상 건강위험요인 보유자이지만, 일부 지방자치단체들은 대상자의 연령 상한을 대부분 60세로 제한하여 Al·loT 기반 어르신 건강관리 사업을 별도로 시행하기도 한다.

다. 사업 내용

보건소가 참여자에게 건강 측정기기를 제공하여 주기적으로 이들의 건강 수준과 행동을 점검한다. 건강 측정기기는 스마트 밴드, 체성분계, 자동 혈압계, 혈당측정기, AI 스피커로 구성된다. 상기 측정기기를 스마트폰 애플리케이션과 연동시키면 참여자의 혈압, 혈당, 신장, 체중, 악력 등 건강 상태가 보건소에 주기적으로 전송된다.

건강관리 유형은 영양, 운동, 복약 상태 관리이다. 참여자가 스스로 건강관리 상태를 보건소에 전달한다. 이를테면, 참여자가 정해진 시간에 세 끼 식사를 마쳤을 경우, 측정기기에 자기 기입식으로 결과를 입력하는 것이다. 마찬가지로 복약 순응도도 자기 기입식으로 정보를 입력한다. 손목 활동량계를 착용하여 운동 상태를 측정하고, 그 정보를 보건소에 전송한다. 보건소는 결과에 따라 비대면 건강 컨설팅을 제공하며, 여러 종류의 건강 목표 실천을 완료한 참여자에게 사은품을 제공한다.

2.4. 건강생활 지원센터의 예방적 건강관리 서비스

센터에서 제공하는 건강관리 서비스는 크게 두 가지로 구분된다. 먼저 기본 사업으로서 지역사회 통합건강증진사업의 5개 영역(금연, 절주, 신체활동, 영양, 만성질환 예방·관리) 중 필요한 사업 영역을 자체적으로 센터가 선택하여 추진할 수있다. 추가적으로 지역사회 통합건강증진사업 13개 분야(금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강, 심뇌혈관, 한의약, 아토피·천식, 임산부·어린이, 치매, 재활, 방문) 중 관할 지역에서 필요로 하는 분야를 한 가지 이상 선택하여 주민 참여와 지역사회 자원 협력을 통해 추진한다.

2.5. 보건지소 및 보건진료소의 예방적 건강관리 서비스

보건지소의 설치 목적은 '지역보건법' 제9조에 제시된 보건소의 일부 업무를 읍면 단위에서 추진하는 것이다. 그중 건강관리 관련 업무는 〈표 3-4〉에 해당한다.

⟨표 3-4⟩ 지역보건법 제9조에 제시된 보건소 업무 중 건강관리 관련 사업

| 번호 | 업무 |
|----|--|
| 1 | 국민 건강증진·보건 교육·구강 건강 및 영양개선 사업 |
| 2 | 전염병의 예방·관리 및 진료 |
| 3 | 모자보건 및 가족계획 사업 |
| 4 | 노인보건 사업 |
| 5 | 공중위생 및 식품위생 |
| 6 | 정신보건에 관한 사항 |
| 7 | 지역 주민에 대한 진료, 건강 진단 및 만성 퇴행성 질환 등의 질병관리에 관한 사항 |
| 8 | 기타 지역 주민 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업 |

자료: 지역보건법 제9조.

보건지소는 ① 국가 필수 예방접종 사업, ② 여성 및 어린이 건강증진 사업, ③ 건강생활 실천 사업, ④ 만성질환 관리, ⑤ 방문 보건, ⑥ 구강 보건, ⑦ 금연 클리닉 운영 등의 건강관리 서비스를 제공한다.

보건진료소는 '농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행령' 제14조에 따라일부 영역의 진찰 및 검사, 환자 관리, 예방접종과 같은 의료행위뿐만 아니라, 주민의 건강 관련 서비스를 제공한다〈표 3-5〉. 보건진료소가 설치된 지역은 대부분의약분업 예외 지역에 해당되어 보건진료소가 조제약까지 제공할 수 있다. 소규모 지역의 주민을 자주, 밀도 있게 접촉하는 보건진료소의 특성상 보건진료소장이 주민의 특성을 반영하여 건강증진 사업을 기획하고 제공한다.

⟨**표 3-5**⟩ 보건지소 업무(일부 영역의 의료행위 및 건강관리)

| 번호 | 의료행위 | 건강관리업무 |
|----|--|--|
| 1 | 질병·부상 상태를 판별하기 위한 진찰·검사 | 환경 위생 및 영양개선에 관한 업무 |
| 2 | 환자의 이송 | 질병 예방에 관한 업무 |
| 3 | 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급조치가 필요한 환자에 대한 응급처치 | 모자보건에 관한 업무 |
| 4 | 질병·부상의 악화 방지를 위한 처치 | 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 사람에 대한 교육 및 지도에 관한 업무 |
| 5 | 만성병 환자의 요양지도 및 관리 | |
| 6 | 정상 분만 시의 분만 도움 | |
| 7 | 예방접종 | 그 밖에 주민의 건강증진에 관한 업무 |
| 8 | 제1호부터 제7호까지의 의료행위에 따르는 의약품의 투여 | |

자료: 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행령 제14조.

2.6. 지역사회 통합건강증진사업의 한계

2.6.1. 농촌 지역에 부족한 사업 기관

지역사회 통합건강증진사업을 주도하는 보건소는 거의 모든 시군구에 1개소씩 있다. 2020년을 기준으로 82개 군 지역 중 79곳에 보건소가 있다. 즉 전체 보건소 중 33% 정도가 군 지역에 있다〈표 3-6〉.15)

따라서 보건소가 없는 읍면에 거주하는 주민이 멀리 떨어진 타 읍면의 보건소까지 이동해야 하는 접근성의 문제가 발생한다. 즉 대중교통이나 자가용 같은 이동수단이 있어야 접근하기 쉽다. 그러다 보니 건강 상태가 양호한 사람이 주로 방문하게 되는 경우도 발생할 수 있다. 즉 '건강해야 건강을 관리하는' 모순적 상황이 있을 수 있다.

¹⁵⁾ 병상이 확보된 보건의료원은 군 지역에만 있지만, 무엇보다도 질병 치료가 중심이기 때문에 예방적 건강관리 서비스 제공기관으로 분류하기는 어렵다.

⟨**표 3-6**⟩ 보건의료원 및 보건소 수(2020년)

단위: 개소, %

| = 1, 1, 1 | | | | |
|-----------|-------|-----|-----|-----|
| 78 | 보건의료원 | | 보건소 | |
| 구분 | 합계 | 비율 | 합계 | 비율 |
| 시·구 지역 | _ | _ | 162 | 67 |
| 군 지역 | 15 | 100 | 79 | 33 |
| 전국 | 15 | 100 | 241 | 100 |

자료: 보건복지부(2020), 《전국 지역보건의료기관 현황자료집》을 이용하여 연구진이 계산.

마찬가지로 소수의 건강생활 지원센터가 일부 농촌 지역에 있지만, 그 수가 아주적다. 2022년 9월 시점에서, 건강생활 지원센터는 전국에 95개소(기본형 87개소, 동 단위형 8개소)가 있지만, 농촌 지역의 센터는 23개소에 불과하였다〈표 3-7〉.

⟨표 3-7⟩ 농촌 지역 건강생활 지원센터

단위: 개소

| 광역단체 | 세부 지역 | 센터 수 |
|------|---|------|
| 경기 | 남양주시 화도읍, 남양주시 오남읍, 남양주시 와부읍, 광주시 오포읍 | 4 |
| 강원 | 고성군 거진읍, 원주시 지정면, 철원군 서면, 평창군 진부면, 홍천군 북방면 | 5 |
| 충북 | 음성군 맹동면, 진천군 덕산읍 | 2 |
| 충남 | 금산군 금산읍, 당진시 송악읍, 아산시 배방읍, 태안군 안면읍 | 4 |
| 전북 | 익산시 금마면 | 1 |
| 전남 | 무안군 삼향읍, 순천시 해룡면, 완도군 완도읍 | 3 |
| 경북 | 김천시 봉산면, 청도군 금천면 | 2 |
| 경남 | 김해시 주촌면, 함안군 칠원읍 | 2 |

자료: 공공데이터포털(http://www.data.go.kr.), 전국건강생활지원센터 표준데이터, 검색일: 2023. 7. 31 에서 연구진이 집계한 것임.

농촌 지역에 있는 센터들은 한국건강증진개발원이 농어촌형 센터라 분류한 곳들이다. 그런데 이들 대부분은 시군 안에서도 상위 중심지에 있어 중심지 외곽에 거주하는 주민들이 수시로 접근하기는 어렵다. 경북 김천시 봉산면, 경북 청도군 금천면, 강원 철원군 서면, 전남 완도군 완도읍 센터를 제외한 나머지가 그렇다.

2.6.2. 부족한 사업 인력

농촌 주민에게 충분한 건강관리 서비스가 공급되려면 서비스를 주도하는 보건소의 건강관리과와 건강증진과에 충분한 인력이 필요하다. 그러나 시 또는 구 지역 보건소에 비해 군 지역 보건소에 상기 과들의 인력이 적다〈표 3-8〉. 2020년 시점에서, 보건소당 건강관리과 인력 수가 시 지역은 7.6명, 구 지역은 8.1명이었지만, 군 지역은 4.7명에 불과하였다. 건강증진과 인력 수도 시 지역은 보건소당 41.7명, 구 지역은 34.1명이었지만, 군 지역은 22.0명에 불과하였다.

⟨**표 3-8**⟩ 시군구별 보건소 1개소당 과별 인력 수(2020년)

단위: 개소, 명, %

| 구분 | 보건소 수 | 건강관리과 | 건강증진과 | 기타 과 | 총계 | 건강관리 및 건강 증진과 인력 비율 |
|----|-------|-------|-------|------|-------|------------------------|
| 시 | 55 | 7.6 | 41.7 | 55.5 | 104.8 | 47.1% |
| 구 | 75 | 8.1 | 34.1 | 77.2 | 119.4 | 35.3% |
| 고 | 37 | 4.7 | 22.0 | 51.5 | 78.2 | 34.1% |
| 전체 | 167 | 7.2 | 33.9 | 64.4 | 105.5 | 39.0% |

- 주 1) 설문대상 보건소가 제출한 자료가 불충분하거나 미비된 경우 분석에서 제외되었음.
 - 2) 건강관리는 건강관리과와 보건관리과의 인력을 의미함.
 - 3) 건강증진은 건강증진과, 건강생활지원과, 건강재활과 등 건강관리 관련 프로그램을 운용하는 과를 의미함.
 - 4) 일반 업무는 보건행정, 보건정책, 의약, 위생, 감염병 관리 등의 서비스를 제공하는 과를 의미함.

반면 기타 과 인력은 구 지역이 77.2명, 시 지역이 55.5명, 군 지역이 51.5명으로, 시 지역과 군 지역 간에는 큰 차이가 없다. 한편 보건소당 전체 인력은 시 지역이 104.8명, 구 지역이 119.4명이었으나, 군 지역의 경우 78.2명으로 군 지역의 인력이 가장 적다는 것을 알 수 있다. 또한 보건소 전체 인력 대비 건강관리과 및 건강증진과 인력의 비율이 시 지역 보건소는 47.1%, 구 지역은 35.3%이지만, 군 지역은 34.1%로 가장 낮다.

인력 부족이 건강관리 서비스의 양적·질적 하락으로 이어질 수 있다. 예를 들면 모바일 헬스케어 사업의 경우, 2022년 9월 시점에서 군 지역 보건소 중 서비스를

자료: 한영란 외(2020: 87)에 제시된 시도별 보건소 과 인력 표를 연구진이 편집하여 계산하였음.

제공하는 기관의 비율이 26%에 불과하였다. 전국 보건소 중 서비스를 제공하는 보건소 비율(69%)에 비해 현저히 낮은 수준이다. 사업 참여자 수도 시 또는 구 지역 보건소보다 현저히 적고, 보건소당 실제 참여자 수도 시구 지역 보건소의 2/3 정도에 불과하였다〈표 3-9〉.

⟨**표 3-9**⟩ 보건소 모바일 헬스케어 등록 및 참여자 통계(2022년 1~9월)

단위: 개소, 명, %

| 구분 | 개소 수 | 목표 등 록 자 수 | 실제 참여자 수 | 참여율 | 보건소당 목표 등록자 수 | 보건소당 실제 참여자 수 |
|-----|------|--------------------------|-------------|-------|------------------|------------------|
| 시·구 | 111 | 17,518 | 17,103 | 97.6 | 157.8 | 154.1 |
| 군 | 66 | 6,647 | 6,768 | 101.8 | 100.7 | 102.5 |
| 계 | 177 | 24,165 | 23,871 | 101.2 | 136.5 | 134.9 |

자료: 한국건강증진개발원(2023), 모바일 헬스케어 목표정보 내부자료를 연구진이 계산.

AI·IoT 어르신 건강관리 시범사업의 경우, 2023년을 기준으로 전국 보건소 중 141개 보건소(54.6%)가 사업에 참여하였다〈표 3-10〉. 그중 사업에 참여하는 군지역 보건소는 37개소 정도이다〈표 3-11〉.

⟨표 3-10⟩ 시도별 Al·loT 기반 어르신 건강관리 사업 참여 보건소(2023년)

| 구분 | 개소 수 | 구분 | 개소 수 |
|----------|------|---------|------|
| 서울특별시 | 13 | 경상남도 | 6 |
| 인천광역시 | 5 | 대구광역시 | 8 |
| 경기도 | 24 | 울산광역시 | 1 |
| 강원도 | 8 | 부산광역시 | 7 |
| 충청북도 | 8 | 광주광역시 | 5 |
| 대전광역시 | 1 | 전라북도 | 11 |
| 충청남도 | 10 | 전라남도 | 13 |
| 세종특별자치시 | 1 | 제주특별자치도 | 6 |
| 경상북도 | 14 | 총 | 141 |

자료: 한국건강증진개발원(2023), 모바일 헬스케어 목표정보 내부자료를 연구진이 계산.

⟨표 3-11⟩ 사업 참여 군 지역 보건소(보건의료원 포함)(총 37개소)

| 구분 | 군 단위 참여 보건소 | | |
|-----------|--|--|--|
| 인천광역시 | 강화군, 옹진군 | | |
| 경기도 | 양평군, 연천군 | | |
| 강원도 | 횡성군, 평창군, 철원군, 화천군 | | |
| 충북 | 보은군, 영동군, 음성군 | | |
| 충남 | 금산군, 서천군 | | |
| 경북 | 군위군, 봉화군, 영양군, 영덕군, 칠곡군, 울진군 | | |
| 경남 | 고성군, 하동군 | | |
| 울산광역시 | 울주군 | | |
| 대구광역시 | 달성군 | | |
| 전북 | 완주군, 진안군, 순창군, 부안군 | | |
| 전남 | 담양군, 곡성군, 해남군, 영암군, 함평군, 영광군, 장성군, 완도군, 진도군, 신안군 | | |

자료: 한국건강증진개발원(2023), 모바일 헬스케어 목표정보 내부자료를 연구진이 계산.

보건지소의 인력도 부족하긴 마찬가지다. 공중보건의사 수가 계속 감소하여 공중보건의사가 상주하지 않는 보건지소가 있다. 이 역시 서비스의 양적·질적 하락으로 연결될 수 있다. 신규로 편입하는 한의과 및 치과 공중보건의 수는 다소 증가하고 있지만, 새로 편입되는 의과 공중보건의 수는 2023년 시점에서 450명에 불과하였다(그림 3-1).

특히 한의과 및 치과에 비해, 의과 공중보건의 수가 현저하게 줄고 있다. 복무중이었던 공중보건의 수가 2015년 2239명이었으나, 2022년에는 1434명으로 감소하였다. 16) 보건지소는 대체로 일차 진료 위주로 운영되며, 건강관리 사업량이 많지 않다. 대체로 보건지소당 1~2개 정도 프로그램을 간호 공무원이 기획하여 주도하는 정도이다.

¹⁶⁾ 특히 코로나19 시기에 공중보건의가 감염병 관리 목적으로 차출되어, 현장에서 공중보건의가 더욱 부족해졌다.

2015~2023년 신규 편입 공중보건의사 현황 2015~2023년 공중보건의사 복무 현황 4,000 1 500 3,612 3,536 3,540 3,499 3,52 3,000 1,000 西0 西0 ... 한 2,000 합 뺩 500 1,000 447 478 510 543 618 637 685 2024 2014 2016 2018 2020 2022 2014 2016 2018 2020 2022 2024

〈그림 3-1〉 2015~2023년 공중보건의 신규 편입 및 복무 현황

자료: 보건복지부 보도자료(2023. 4. 9.), "2023년도 신규 공중보건의사 1,106명 배치"를 재편집.

2.6.3. 필수 사업 지정으로 인한 서비스 내용의 제약

언급했듯이 지역사회 통합건강증진사업은 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강 보건 등 총 13개 영역의 사업으로 구성된다. 그중 금연, 절주, 신체활동, 영양, 만성질환 관리 및 예방, 치매 검진 사업이 2016년에 필수 사업으로 지정되었으며, 2017년에는 지역사회 재활과 영양플러스 사업까지 추가되어 지금에 이르고 있다 (이주열, 2017: 34). 즉 현재 필수 사업 영역이 총 8개이다.

지역 주민의 특성과 욕구에 관계없이 모든 보건소가 필수 사업을 추진해야 하므로, 비필수 사업은 추진하기 어려워지고, 결국 사업 비효율로 이어질 수 있다. 다시 말해, 주민의 만성질환과 건강관리 실태가 지정된 필수 사업과 큰 관련이 없다면 서비스의 양적 측면에서 낭비로 이어질 수 있다. 수요에 관계없이 필수 사업에 일정 예산이 투입될 경우, 수요가 많을 것으로 예상되는 다른 사업들에 대한 예산과 인력 투입이 감소할 수 있기 때문이다. 결국 미충족 서비스 수요가 발생할 수

있다. 보건소 사업 담당자들의 인식도 이와 다르지 않다.

"금연 상담실 같은 경우는 거기에 인력 두 명이 픽스가 돼 버리니까 그거는 금연사업을 줄이고 싶어도 사실은 사람이 고정돼 있다 보니까 줄일 수가 없는 결국에는…(중략)… 그러니까 우리가 경중을 조정을 한다라고 하지만 완전히 그렇게 되지는 않고…." (B 군 보건소장)

"지침상 정해져 있는 필수 인력은 저희가 뺄 수가 없어요. 왜냐면 평가 항목이기 때문에…" (B군 보건소 사업 담당자)

실제로, 보건소 인력에 대한 설문 조사 결과 '지역 주민의 건강과 관련이 적은데도 진행되는 사업이 있는가?'에 대한 응답 점수 평균값이 5점 만점 중 3.96점으로 높게 나타난 것은 지역사회 통합건강증진사업이 지역 주민의 특성을 충분히 반영하지 못하고 있다는 것을 증명한다(백종섭·홍성애, 2017; 김동진 외, 2022: 32에서 재인용). 특히 2017년에 두 가지 사업이 필수 사업으로 추가 지정되어 사업 연계가 더욱 어려워졌다(이주열, 2017: 35).

이 같은 사업 비효율은 군 지역 보건소에서 더욱 두드러진다. 첫째, 군 지역 보건소의 건강관리과 및 건강증진과 인력이 적어 비필수 사업 제공에 더 큰 제약이될 수 있다. 일례로 농업인의 비율이 높은 농촌 특성상 근골격계 질환과 같은 농부증과 관련된 재활 프로그램이 필요하지만, 그것을 제공하는 보건소나 건강생활지원센터는 2023년 시점에서 경남 함양군 밖에 없다.17)

둘째, 특정 필수 사업의 내용이 도시민의 특성에 전적으로 부합하여 농촌 주민이 적극적으로 이용하기 어렵다는 문제가 있다. 가령 농촌 노인이 AI·IoT 기반 어르신 건강관리 시범사업에 참여하여 성과를 측정하려면 스마트 기기 사용 능력이 높아야 한다. 그러나 실상은 그렇지 않다. 2022년 스마트폰 사용률이 70대 남성의

¹⁷⁾ 공공데이터포털(http://www.data.go.kr), 전국건강생활지원센터 표준데이터, 검색일: 2023. 7. 31.

경우 97%에 달하였지만, 여성의 경우 69%에 불과하였다(한국갤럽, 2022). 김이 형(2019)은 농촌 노인의 스마트폰 이용률이 5점 만점에 평균 2.4점 정도로 이용도 가 '가끔 이용'과 '거의 이용 안 함'의 중가 정도라고 주장하였다. 상기 사업들은 농촌 지역에서 스마트폰 활용도가 매우 높은 일부 노인이나 젊은 층이 참여 가능 한 선택 편향적 성격을 지닌다.

"농촌 노인들이 스마트 기기를 사용하지 못해요. 그니까 도시는 60살이고 70살이고 이 사람들도 이런 스마트 기기에서 어려움을 이제 조금만 가르쳐 드리면 가능한 분들 이 많은데 여기는 보통 지금 농촌 지역의 학력 수준이 초졸 이하가 많아요. 무학도 많 고. 이제 초졸 이하, 중졸, 고졸이 많잖아요. 그러다 보니까 스마트 기기에 대한 어려 움이 있고 다 2G폰 쓰는 사람 많고. 스마트 기기를 줘도 사용 못하고. 그리고 전화로 이거를 뭐가 이끌기에는 이제 귀가 어둡고 이러면 또 이끌기가 어렵고…(중략)… 내가 전에도 자꾸 스마트 기기 갖고 농촌에서 사업한다고 그러기에 주민을 만나보셨냐고. 내가 어른을 만나보셨냐고 내가 말씀드려 봤어요. 어르신들이 어떤 상태인지 아시냐 고, 도시 얘기를 자꾸 하시더라고요. 도시는 할 수 있다는 거예요. 맞아요. 도시는 할 수 있어요. 고졸도 많고 대졸도 많고 충분히 조금만 알려드리면 충분히 따라가시는 분 이 많은데 여기 농촌의 학력 수준은 초졸 이하라고. 중졸, 고졸도 그렇게 많지 않다고. 근데 이거 어떻게 따라가냐고. 그러게 문해력도 떨어지는데, 그래서 저희는 심지어 건강 조사나 이런 조사할 때 다 읽어드리고 뜻을 이해시키고. 그리고 답변을 받는데 어떻게 이걸 해요." (A군 보건소 사업 담당자)

"비용 효과적인 면에서는 여러 명을 모아 놓고 교육을 한다거나 검사를 한다거나 하는 게 사실 좋은데 그게 좀 현실적으로 어렵잖아요. 그래서 계속 막 모바일을 하려고 하 고 AI·IoT를 하려고 하는 것 같아요. 왜냐하면 그거는 시간 장소 그거에 구애받지 않 고 할 수 있으니까요. 그래서 이거를 계속 나라에서 시군구에다 하라고 권유하고 계속 시범사업으로 하게끔 하고 확대를 하려고 하는 것 같은데, 문제는 모바일 건강관리 사 업 있잖아요. 그것도 그 대상이 정말 건강한 사람 대상으로 예방적 사업이기 때문에 혈압이 하나라도 있으면 대상이 안 되고. 당뇨가 하나라도 있으면 대상이 안 되고. 그 러기 때문에 반영하기가 어려운 단점이 있고요." (B군 보건소 사업 담당자)

2.6.4. 사업 내용 통합의 어려움과 총괄 관리 조직의 부재

현재 지역사회 통합건강증진사업은 보건복지부 건강정책과가 총괄 기획하며, 13가지 분야의 사업 방향을 건강증진과, 정신건강정책과, 노인정책과 등의 부서가 개별적으로 설정한다. 과별로 개별 사업에 관여하므로 사업을 통합적으로 운영하기 어렵고, 각 과는 개별 사업을 활성화하려 한다(이주열, 2017: 36). 중앙정부 부처 차원에서 사업 내용을 통합하여 보건소에 하달하기 어려운 구조이다. 군지역 보건소 사업 담당자의 인식도 크게 다르지 않다.

"복지부에서 사업을 개별로 다 갖고 있어요. 그걸 통합으로 내려요. 그럼 얘네들은 일 단 여기서 만나잖아요. 통합에서 근데 개별로 또 내려왔잖아요. 자기 걸 먼저 해요. 그 러니까 여기 통합 담당자는 이 사람들을 어쨌든 아울러서 하는 건 맞아요. 제가 통합 담당자니까 이 사람들의 의견을 듣고 청취해서 우리 거를 찾아내는 건 맞는데, 기존에 자기들 것들을 그대로 갖고 있기 때문에 이에 맞춰 움직이려고 해요. 내가 기존에 갖고 있던 인력, 사업량, 그다음에 사업비, 사업량 사업비 이런 것들이 다 기존에 갖고 있던 틀에서 움직이려고 그래요." (A군 보건소 사업 담당자)

사업을 하달받는 기관인 보건소는 중앙정부 부처에서 결정된 사업을 건강증진 과, 건강생활과, 지역보건과 등 내부 인력을 활용하여 시행한다. 그러나 인력이 부족하여 한 명의 담당자가 복수의 사업을 관리하는 경우도 많다. 보건소 차원에서도 '지역사회 통합건강증진사업부'와 같은 전담 조직을 운영하지 않고, 여러 과가여러 사업을 복수로 운영하기 때문에 서비스 내용 조정과 통합이 어렵고, 건강증진 사업 담당 인력이 보건소의 다른 업무에도 투입되는 일도 있다(김동진 외, 2022: 29). 즉 사업을 총괄 관리하는 TF 운용이 필요하지만, 그렇지는 못하다.

"보건소장 직속으로 지역사회 통합건강증진사업 부서가 전체를 끌어나가게끔 해줘야 해요. 근데 이 팀이 내가 보기에는 통합만 하는 건 아니고 지역 보건의료 계획이라고 우리가 4년마다 한 번씩 세우고 1년마다 한 번씩 실행 계획을 하거든요. 그 모든 것이 전체 기획을 총괄하는 팀이 하나 있어야 될 것 같아요." (A군 보건소 사업 담당자)

"인력, 그 인력이 문젠데 그래서 인력이 항상 여기서 이렇게 완력 싸움을 하니까 나한 데 배치된 인력 니가 빼가면 어떡해. 왜냐면 아까 말했듯이 농촌은 인력이 없다고 그 랬잖아요. 그럼 여기서 너네 좀 여유가 있네, 그럼 이쪽 하나 빼가지고 이쪽으로 두면 안 돼 난리가 나요. 싸워. 그런데 그런 권한들이 소장님도 잘 건드리기 힘들어. 왜냐면 미운 소리 듣잖아요. 싫은 소리 듣잖아. 그러니까 이 인력을 지역사회 통합건강증진 사업 하나로 묶어줬으면 좋겠어요." (A군 보건소 사업 담당자)

3. 일차의료 만성질환 관리 시범사업

3.1. 사업의 배경 및 목적

급속한 고령화로 인해 만성질환, 특히 고혈압과 당뇨병 진료 인원과 진료비가 증가하고 있지만, 유병자들의 질환 관리 실태는 열악하다. 30~49세 고혈압 환자의 고혈압 인지율, 치료율, 조절률이 모두 50% 미만이다. 당뇨병 환자 중 혈당, 혈압, 콜레스테롤 수준이 모두 관리 범위에 있는 환자는 11.5%에 불과하다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021: 5).

지역사회의 의료기관이 주민들에게 일차의료 차원에서 만성질환 관리 서비스를 적절히 제공하면 응급실 방문, 입원, 불필요한 검사가 감소하여 효율적인 의료체계 운영이 가능하고, 국민의료비가 감소할 수 있다(송은주 외, 2021: 8). 그러나적지 않은 비율의 만성질환 환자가 의원급 의원보다는 대형 병원을 이용한다. 2007년 만성질환 관련 외래 환자의 진료비 청구 건수 중 의원급 비율이 41.6%였으나, 2014년에는 38.3%로 감소하였고, 2016년에는 37.8%로 감소하였다. 특히

고혈압과 당뇨병 환자의 입원이 증가하고 입원 기간이 길어 상급 의료기관은 적정 병상 수 확보가 어려워지고, 일차의료기관은 질환 관리에서 배제되고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021: 5).

고혈압과 당뇨병과 같은 만성질환을 지역사회 일차의료기관이 효율적으로 관리하게 유도할 목적으로 보건복지부는 2007년 9월 대구광역시에서 지역 보건소가 참여하는 고혈압·당뇨병 등록관리 시범사업을 시작하였다. 이후 2009년 경기도 광명시가, 2010년에는 경기도 남양주시가 시범사업에 참여하는 등 참여 보건소가 전국 25개 보건소로 늘어났다. 이후 2012년 4월 의원급 '만성질환 관리제'가시행되었고, 2018년 6월까지 의원 7804개소가 사업에 참여하였다.

그리고 2014년 3월에는 '지역사회 일차의료 시범사업'이 4개 지자체에서 시행되었으나, 2019년 1월 '일차의료 만성질환 관리 시범사업'으로 통합되어 종료되었다. 별개로 2016년 의원급 의료기관을 대상으로 '만성질환 수가 시범사업'이실시되었으나, 역시 2019년 1월 '일차의료 만성질환 관리 시범사업'으로 통합되었다.

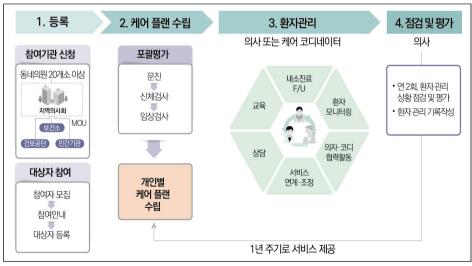
결국 '일차의료 만성질환 관리 시범사업'은 기존의 만성질환 관리 사업들을 통합한 형태라고 볼 수 있다. 사업 내용에 음주, 흡연과 같은 개인별 건강관리 서비스가 포함되므로, 연구 범위인 예방적 건강관리 서비스에 해당한다. 의원이 1년 동안 환자의 고혈압·당뇨 관리 상태를 추적하여 지속 관리하므로, 주치의 제도의 성격도 일부 지닌다.

3.2. 사업 대상자 및 내용

'일차의료 만성질환 관리 시범사업' 대상 환자는 고혈압(질병코드 I10~13, I15) 과 당뇨병(질병코드 E10~14) 진단 환자다. 사업 참여 가능 의원은 고혈압·당뇨병 환자를 진료하는 동네 의원으로, 사업에 참여하면 의원 1개소당 최대 500명까지 환자를 관리할 수 있다. 참여 신청은 지역 의사회가 주관한다.

의원은 참여 환자들을 포괄평가(문진, 신체검사, 임상검사)하여 1년 동안 고혈 압·당뇨병 건강관리 케어플랜¹⁸⁾을 수립하고 관리한다. 또한 질환의 중증도와 환자의 요구에 맞춰 집중관리 환자를 선별하기도 한다.

케어플랜에는 진료, 팔로우업(Follow-up), 모니터링, 교육, 상담, 환자에게 필요한 지역사회 서비스 연계 등의 내용이 포함된다. 여기서 환자 모니터링은 대면 및비대면으로 혈압과 혈당 수치를 확인하고, 약물 복용 및 순응, 합병증, 발생 유무, 생활 습관 개선목표 달성 추이 등 전반적인 질환 관리 상태를 확인하는 것이다. 교육 및 상담은 질환 관련 교육 프로그램 제공을 의미한다. 지역사회 서비스 연계는보건소 및 민간 기관과 연계하여 환자의 신체활동 관련 시설 지원, 영양·운동 실습프로그램 운영 등 건강생활 실천을 지원하는 것이다. 환자의 케어플랜 이행도와질환 관리 상태를 참여 의원이 연 2회 중간 점검하고, 결과를 전산화하여 케어플랜을 수정하고 보완한다〈그림 3-2〉.



〈그림 3-2〉 일차의료 만성질환 관리 시범사업 체계

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2021: 30).

¹⁸⁾ 질환 위험인자를 확인하고 위험도를 구분하여 관리 및 생활 습관 개선 목표를 설정하는 것이다.

환자가 사업에 참여할 경우, 만성질환 관리 서비스 비용 중 건강보험 본인 부담률이 30%에서 10%로 낮아진다. 40세 이상 환자에게는 맞춤형 검진 바우처가 제공되어 시범사업 참여 의원이 제공하는 고혈압 및 당뇨병 검사 비용 중 본인 부담금을 건강보험공단이 전액 지원한다. 건강보험공단이 참여 의원에게 환자들의 만성질환 관리 단계와 내용에 따라 차등화된 수가를 지급한다(표 3-12).

⟨표 3-12⟩ 일차의료 만성질환 관리 시범사업 수가 체계

단위: 원, 회

| 질병 코드 | 분류 | 수가(원) | 횟수 |
|-------|----------------------------|--------|-------|
| | 만성질환자 통합 관리료 | | |
| | 1. 포괄평가 및 계획 관리료 | | |
| | 가. 포괄평가 및 계획 수립 | | |
| IB011 | (1) 초기 평가 및 계획 수립 | 46,110 | 연 1회 |
| IB012 | (2) 지속 계획 수립(2주기부터) | 25,730 | 연 1회 |
| IB013 | 나. 점검 및 평가 | 25,730 | 연 2회 |
| | 2. 환자관리료 | | |
| IB021 | 가. 환자관리료 | 29,410 | 분기 4회 |
| IB022 | 나. 환자관리료 | 46,350 | 분기 2회 |
| | 3. 교육상담료 | | |
| | 가. 초회 교육상담(의사) | | |
| IB031 | (1) 초기 | 36,240 | 연 1회 |
| IB032 | (2) 지속(2주기부터) | 25,310 | 연 1회 |
| | 나. 기본 교육상담 | | |
| | (1) 질병관리 및 생활 습관 개선(의사) | | |
| IB033 | (가) 개인 | 10,920 | 연 8회 |
| IB034 | (나) 집단 | 3,260 | 연 8회 |
| | (1) 생활 습관 개선(간호사 또는 영양사) | | |
| IB035 | (가) 개인 | 9,350 | 연 8회 |
| IB036 | (나) 집단 | 2,730 | 연 8회 |
| | 다. 집중 교육상담(의사, 간호사 또는 영양사) | | |
| IB037 | (1) 개인 | 20,170 | 연 1회 |
| IB038 | (2) 집단 | 5,990 | 연 1회 |

자료: 송은주 외(2021: 9).

3.3. 사업 인력

시범사업 인력은 의사 및 간호사이며, 의원이 케어 코디네이터를 직접 고용하여 환자 관리 서비스를 제공할 수 있다. 코디네이터는 간호사 또는 영양사 면허증을 소지한 사람으로 의사의 지시에 따라 환자의 만성질환 관리를 일부 지원하고, 팀 기반 진료를 위한 조정자, 통합적인 환자 관리를 위한 연계자로서 역할을 한다. 그러나 환자의 생활 습관 관리와 같은 비의료적 건강관리 서비스는 영양사 코디네이터가 단독으로 제공할 수 있다. 반면 의원이 케어 코디네이터 없이 환자 관리, 질병, 생활 습관 교육·상담 등 모든 업무를 의사가 단독으로 수행할 수도 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021: 133).

3.4. 사업 현황 및 성과

2023년 3월 시점에서 총 3700개소의 의원이 참여하고 있다. 광역 지방자치단체 별로 구분하면, 서울에서 1170개소, 경기 698개소, 인천 281개소 등의 순으로 참여하고 있다〈표 3-13〉, 참여 의사 수는 약 3000명이다. 2019년 1월 시범사업 시행이래, 2022년 1월까지 약 714억 원의 예산이 투입되었다. 2023년 3월까지 총 57만 1252명의 환자가 사업에 참여하였다.

⟨표 3-13⟩ 2023년 광역 지방자치단체별 일차의료 만성질환 관리 시범사업 참여 의원 현황

단위: 개소. %

| | | C 11 11: 77: |
|--------|---------|--------------|
| 구분 | 참여 의원 수 | 비율 |
| 서울 | 1,170 | 31.6 |
| 경기 | 698 | 18.9 |
| 인천 | 281 | 7.6 |
| 부산 | 278 | 7.5 |
| 대구 | 221 | 6.0 |
| 광주 | 209 | 5.7 |
| 대전 | 186 | 5.0 |
| 전북 | 145 | 3.9 |
| 전남 | 107 | 2.9 |
| 경남 | 99 | 2.7 |
| 경북 | 84 | 2.3 |
| 강원 | 79 | 2.1 |
| 충남 | 78 | 2.1 |
| 충북 | 45 | 1.2 |
| 울산 | 20 | 0.5 |
| 계 | 3,700 | 100.0 |

자료: 일차의료 만성질환 관리 시범사업(https://www.khepi.or.kr/ncd), 우리동네 참여 의원, 검색일: 2023. 3. 7.

3.5. 농촌 지역에서 시범사업의 문제점

일차의료 만성질환 관리 시범사업에 참여한 의원들은 대부분 도시에 있다. 사업에 참여하는 면 지역 의원은 86개소, 읍 지역 의원은 196개소에 불과하다. 농촌지역의 참여 의원 수는 282개소로, 전체의 7.6%다. 도농복합시에서는 493개 의원이 사업에 참여하고 있지만, 이는 전체 참여 의원의 13.3%에 불과하다. 이처럼 시범사업 참여 의원은 농촌 지역보다는 도시에 많다〈표 3-14〉. 농촌 주민들은 동네의원에서 제공하는 시범사업에 참여하기 어려울 수 있어 참여하려면 의원이 많은도시 지역으로 이동해야 하는 접근성의 문제가 있다. 지역사회 일차의료기관 중심의 만성질환 관리라는 시범사업의 목적에 부합하기 어렵다.

〈표 3-14〉 2023년 시범사업 참여 의원

단위: 개소, %

| 구분 | 의원 수 | 비율 |
|-------|-------|-------|
| 인 | 196 | 5.3 |
| 면 | 86 | 2.3 |
| 도시 | 3,418 | 92.4 |
| 도농복합시 | 493 | 13.3 |
| 계 | 3,700 | 100.0 |

자료: 일차의료 만성질환 관리 시범사업(https://www.khepi.or.kr/ncd), 우리동네 참여 의원, 검색일: 2023. 3. 7. 목록을 연구진이 정리.

시범사업 참여 의원들을 진료 과목으로 분류하면, 읍, 도시, 도농복합시의 경우, 참여 의원의 약 1/2 정도가 내과 전문의원이고, 면 지역에서는 참여 의원의 대부분 (73%)이 일반의원(종합)이다〈표 3-15〉. 그러나 도시의 경우 내과, 일반의원(종합) 뿐만 아니라 가정의학과, 소아청소년과, 일반외과, 정형외과 등 내과 계열 외의 진료 과목 의원들도 사업에 참여하고 있다. 면 지역 일반의원의 경우 코디네이터, 영양사, 강사와 같은 교육 및 상담 인력을 고용하기 어렵다(청년의사 신문, 2019. 11. 16.). 만성질환 관리에 있어 지속적인 교육과 관리가 중요하지만 사업 인력의 문제로 인해 농촌, 특히 면 지역에서 시범사업 성과가 도시보다 낮을 수 있다.

⟨표 3-15⟩ 2023년 진료 과목별 일차의료 만성질환 관리 시범사업 참여 의원 현황

단위: 개소

| 구분 | 읍 | 면 | 도시 | 도농 복 합시 | 계 |
|----------|-----|----|-------|--------------------|-------|
| 내과 | 87 | 11 | 1,853 | 241 | 1,951 |
| 일반의원(종합) | 68 | 63 | 831 | 139 | 962 |
| 가정의학과 | 9 | 2 | 287 | 32 | 298 |
| 소아청소년과 | 3 | 1 | 119 | 14 | 123 |
| 일반외과 | 9 | 3 | 79 | 18 | 91 |
| 정형외과 | 8 | 3 | 54 | 18 | 65 |
| 이비인후과 | 2 | 0 | 45 | 5 | 47 |
| 신경과 | 3 | 0 | 30 | 4 | 33 |
| 신경외과 | 2 | 0 | 24 | 6 | 26 |
| 안과 | 2 | 0 | 24 | 4 | 26 |
| 산부인과 | 1 | 0 | 22 | 1 | 23 |
| 비뇨기과 | 0 | 0 | 16 | 1 | 16 |
| 마취통증의학과 | 1 | 1 | 11 | 3 | 13 |
| 재활의학과 | 0 | 1 | 7 | 2 | 8 |
| 영상의학과 | 1 | 0 | 5 | 2 | 6 |
| 정신건강의학과 | 0 | 0 | 4 | 2 | 4 |
| 진단검사의학과 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 피부과 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 흉부외과 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 방사선과 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 성형외과 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 계 | 196 | 86 | 3,418 | 493 | 3,700 |
| | | | | | |

주 1) 일반의원(종합)은 일반의 의원이거나, 여러 진료 과목을 담당하는 전문의 상주 의원을 의미함. 나머지 의원들은 해당 과목 전문의가 상주하는 의원을 의미함.

²⁾ 도농복합시는 읍과 동 지역 일부 포함됨.

자료: 일차의료 만성질환 관리 시범사업(https://www.khepi.or.kr/ncd), 우리동네 참여 의원, 검색일: 2023. 3. 7. 목록을 연구진이 정리.

4. 여성 농업인 특수건강검진

4.1. 사업의 배경 및 목적

농업인의 질병 유병률은 일반인에 비해 높고, 여성 농업인의 질병¹⁹⁾ 유병률은 남성 농업인보다 높다. 남성 농업인의 업무상 질병 유병률은 53.7%로 나타났으나, 여성 농업인의 유병률은 72.5%에 이른다(농촌진흥청, 2022). 농업은 일반 산업과는 달리, 안전과 건강 보호를 위한 제도적 체계가 미흡하며 건강 악화를 사전에 진단하기 위한 특수건강검진이 적용되지 않았다. 이에 농업인 안전보건 체계마련을 위한 계획이 수립되었고, 여성 농업인의 농작업 질환 예방 및 건강복지 증진을 목적으로 농림축산식품부는 여성 농업인을 대상으로 특수건강검진 시범사업을 2022년부터 실시하였다.

4.2. 사업 대상, 지방자치단체, 인력

사업 대상은 검진 대상지로 선정된 시군구에 거주하고 검진 신청 후 선정 통보를 받은 만 51~70세의 약 9000명의 여성 농업인²⁰⁾이다. 2022년 시범사업 대상 지역은 11개²¹⁾ 시군이며, 2023년에는 7개 지역이 추가되어 총 18개²²⁾ 시군에서 사업을 진행하고 있다. 보건의료 기관이 검진 기관으로 지정되어 사업을 수행하려면 의사, 간호사, 임상병리사, 방사선사, 물리치료사 또는 운동처방사, 농작업안전

¹⁹⁾ 특히, 여성 농업인에 취약한 질환은 근골격계 질환, 호흡기계 질환, 중독 질환 등이다.

^{20) &#}x27;농어업경영체 육성 및 지원에 관한 법률' 제4조에 따른 농업경영체 등록 경영주 또는 공동경영주, 경영주 외 농업 종사자로 등록된 자.

²¹⁾ 경기(김포), 강원(홍천), 충북(진천), 충남(공주), 전북(익산, 김제), 전남(해남), 경북(포항), 경남(김해, 함안), 제주(서귀포).

²²⁾ 경기(김포, 파주), 강원(인제), 충북(청주, 괴산), 충남(예산, 부여), 전북(익산, 진안), 전남(나주, 영광, 영암), 경북(상주, 의성, 예천), 경남(고성, 남해), 제주(제주).

보건기사 등의 인력을 갖추어야 한다.

4.3. 사업 체계, 예산, 내용

여성 농업인 특수건강검진 시범사업은 지침 수립, 검진관리기관·지방자치단체·검진대상자·의료기관 선정, 검진 시행, 이행 점검, 사업 결과 보고 및 정산·반납순으로 진행된다. 공모 절차를 통해 선정된 검진관리기관인 원진직업병관리재단이 행정 절차를 수행한다(그림 3-3).

2022년에 농림축산식품부의 민간경상보조(국비 90~100%)로 20억 원이 배정되었다. 검진비로 국비 90%에 자부담 10%로 총 17억 원이 배정되었다. 검진관리비는 국비 100%로 총 3억 원이 배정되었다. 수검자 1인당 16만~20만 원이 지원된다.

사업 내용은 근골격계 및 심혈관계 질환 등 여성 농업인의 유병률이 높은 질환에 대한 건강검진과 예방 상담 및 지원이다. 건강검진 항목은 근골격계 질환 선별검사(설문 및 방사선), 심혈관계 위험도 평가(혈액 검사), 골절 위험도 평가(골밀도 검사), 폐질환 검사(폐활량 검사), 농약 중독 평가(설문 평가)로 총 5개 영역이며, 세부적으로 10개 항목이다〈그림 3-4〉.

⟨그림 3-3⟩ 여성 농업인 특수건강검진 시범사업 추진체계

| [업무 흐름] | [시기] | [주 요 내 용] |
|-----------------------|-------------|--|
| ① 사업지침 수립 | 1월 | ▶ 사업시행지침 수립 (농식품부) |
| ② 검진관리기관 공모·선정 | 2월 | ▶ 검진관리기관 공모 및 선정(농식품부) - 검진 DB 구축, 검진의료기관 지정·관리, 의료진 교육 및 매뉴얼 제작, 수검자 관리, 홍보 등 수행 |
| ③ 지자체 공모· 선정 | 2~3월 | ▶ 참여 지자체 공모(농식품부→도→시군구) - 선정기준에 적합한 시군구 공모(9개 도) ▶ 지자체 선정(시군구→도→농식품부) - 지역 균형, 여성 농업인 규모, 의료기관 접근성, 참여 의지 등을 고려하여 도가 시군구 선정 후 공모, 농식품부가 최종 선정 |
| ④ 검진대상자 선정 | 3~4월 | ► 검진대상자 선정 및 통보(지자체→검진관리기관) – 검진대상자 신청 접수 후 우선순위 적용하여 대상자를 선정하고, 개별 통보 및 명단 제출 * 지자체가 개별 통보 후 검진관리기관에 일괄 명단 제출 |
| ⑤ 검진의료기관 지정 | 4월 | ▶ 검진의료기관 신청 접수 및 지정(검진관리기관) - 지정요건을 갖춘 병원급 이상 의료기관 - 검진의료진 교육과정 이수 필수 |
| ⑥ 검진시행 | 5~12월 | • 자금교부 및 집행 (농식품부→검진관리기관→의료기관) - 검진실시 후 해당 의료기관에 검진비 집행 |
| ⑦ 이행점검 | 연중 (분기별) | • 분기별 사업추진현황 점검 및 보고(검진관리기관) - 검진대상자 수검 현황, 검진의료기관 지정관리 현황 및 현장 점검, 홍보실적 등 보고 |
| ⑧ 사업 결과 보고 및 정산·반납 | 다음연도 1월 | ▶ 사업추진결과 및 정산보고(검진관리기관) - 다음 연도 1월까지 사업추진결과 및 정산결과를 농식품부에 보고 - 정산결과에 따른 집행잔액 및 이자발생액을 즉시 반납 후 그 결과를 농식품부에 보고 |
| ⑨ 사후관리 | 설치 후 5년 | • 사후관리 - 주요 기자재 및 장비 등 5년간 사후관리 |

자료: 농림축산식품부(2022), 《여성 농업인 특수건강검진 사업 시행지침》의 내용을 연구진이 요약 정리함.

〈그림 3-4〉 여성 농업인 특수건강검진 시범사업 대상 검진 항목



자료: 농림축산식품부(http://farmerhealth.kr/), 여성 농업인 특수건강검진, 검색일: 2023. 4. 26.

건강검진을 통한 조기 진단과 더불어 사후 관리 및 예방을 위한 교육도 포함된다 (표 3-16). 예방교육 항목은 운동 처방, 농약 보호구 착용, 낙상 예방 상담, 심혈관질환 예방 상담으로 총 4개 항목이다. 특히 특수검진 대상자로 선정된 여성 농업인은 특수건강검진 병원(병원검진형) 또는 검진버스(이동검진형)를 통해 검진을 받을 수 있으며, 일반 건강검진과 함께 진행할 수 있다. 약 2시간의 검진 과정을마치면 당일에 검진 결과에 대한 상담이 진행되고, 사후 예방교육이 진행된다.

〈표 3-16〉 검진 및 교육 세부 내용

| 항목 | 내용 |
|-------------------|--|
| | 운동 처방 |
| MHFTO | 농약 보호구 착용 |
| 예방교육 | 낙상 예방 상담 |
| | 심혈관질환 예방 상담 |
| 진료 의뢰 | 의뢰소견서 |
| 농약 중독 평가(설문 평가) | 1년간 농약 중독 경험에 대한 평가 |
| 근골격계 질환(설문 및 방사선) | 손, 허리, 무릎 방사선 촬영, 문진과 진찰 및 예방 상담 |
| 골절 위험도(골밀도 검사) | 골절 위험인자 검토 및 예방 상담 |
| 심혈관계 질환(혈액검사) | 총콜레스테롤, HDL/LDL/TG, 당화혈색소, 혈당 검사 등 발병 위험 평가 및 예방 상담 |
| 폐질환(폐활량 검사) | 분진 노출과 폐질환 발생 감시 |
| | |

자료: 농림축산식품부(http://farmerhealth.kr/), 여성 농업인 특수건강검진, 검색일: 2023. 4. 26.

2023년 사업에서 전라북도 진안군은 검진 버스를 이용한 '이동 검진형'으로 제공되고, 나머지 선정 지방자치단체에서는 '병원 검진형'으로 제공되었다. 일반 건 강검진 대상자인 홀수 연도에 태어난 사람은 일반 건강검진과 여성 농업인 특수건 강검진을 함께 진행할 수 있으며, 짝수 연도에 태어난 사람은 특수건강검진만 받을 수 있다(농림축산식품부 보도자료, 2023. 3. 14.).

4.4. 사업 성과 및 한계

2022년 처음 시행된 특수건강검진 시범사업에 참여한 여성 농업인들의 만족도는 대체로 높으나, 일부 지방자치단체에서만 사업이 시행되고 있어, 시범사업이라 할지라도 사업 대상 인원이 매우 적다는 문제가 있었다(한국농어민신문, 2022 3.2.). 2022년 시점에서, 해당 지방자치단체의 51~70세 여성 농업인 대비 검진 대상자 배정률이 평균 22%에 불과하였다. 특히 김제시, 김해시, 익산시, 포항시는배정률이 16% 미만으로 매우 낮았다〈표 3-17〉. 그러나 2022년 평균 수검률이 83%에 이를 정도로 여성 농업인의 호응도가 높았다. 익산시의 수검률은 100%에 달하며, 수검률 최저 지역인 홍천군도 68%에 달하였다. 2023년의 검진 배정자수는 9000명으로 2022년 수준과 동일하였지만, 참여 지방자치단체 수가 11개에서 18개로 증가하여 각 지방자치단체의 검진 배정률이 대체로 감소하였다(한국농어민신문, 2023. 3.14.). 전체 검진 배정률도 22%에서 15%로 낮아졌다〈표 3-17〉.

현재 시범사업으로 진행되는 사업이 본사업으로 전환되려면 건강검진 수검률이 더욱 높아야 한다는 이유로, 특히 수요가 높은 일부 지역을 선정하여 시범사업을 시행한다는 의견도 있었다(한라일보, 2022. 8. 9.). 또한 51~70세의 여성 농업인이 주요 대상이므로, 여성 고령 농업인이 많은 지역에서는 대상자 연령 상향 조정이 필요하다는 의견도 제기되었다(한라일보, 2022. 8. 9.). 농촌 현장에서의 수요가 많다는 것이 확인되어, 2024년에는 예산이 2023년 대비 2배로 증액될 것이라고 알려졌다(한국농어민신문, 2023. 9. 1.).

⟨표 3-17⟩ 시군구별 여성 농업인 특수건강검진 시범사업 현황

단위: 명 %

| 지금구 점격자 (A) 변청 수감자 수 (B) (C) 변성용 (C/B) (B/A) (C/B) (C/B) (B/A) 수감자 수 (B) (C/B) (B/A) 수감자 수 (B) (C/B) (B/A) (C/B) (B/A) 수감자 수 (B) (C/B) (C | 선위: 병, | | | | | | П· 7d, 70 | | | | |
|---|------------|--------|-------|------|------|-------|-----------|-------|---|------|---|
| 지난 수 (A) 인원수 (C) (B) (C/B) (C/B) 수 (B) 수 (B) 수 (C) (B/A) (C/B) 수 (B) 수 (C/B) 수 (B) 수 (C/B) 수 (B) 수 (C/B) 수 (C | | | | | | 2023년 | | | | | |
| 공주 3,884 1,000 730 0.26 0.73 | 시군구 | 수 | 인원수 | | | | 수 | 인원수 | 수 | | |
| 괴산 2,479 350 - 0.14 - 1 3,339 500 464 0.15 0.93 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | 고성 | _ | _ | - | - | _ | 2,013 | 700 | _ | 0.35 | _ |
| 점제 3,339 500 464 0.15 0.93 - - - - - - - 김포 2,132 1,000 776 0.47 0.78 2,132 600 - 0.28 - 김해 3,852 550 527 0.14 0.96 - - - - - 나주 - - - - - 3,651 400 - 0.11 - 남해 - - - - - - 4,169 450 - 0.11 - 남해 - - - - - - 4,169 450 - 0.11 - 상주 - - - - - 5,596 500 - 0.09 - 서귀포 5,107 1,000 914 0.20 0.91 - - - - - - 영망 - - - - - 2,740 400 - 0.15 - 예산 - - - - - 4,141 700 - 0.14 - 예천 - - - - - 4,141 700 - 0.17 - 악산 4,755 500 501 0.11 1.00 4,755 500 - 0.11 - 인제 - - - - - - 6,291 400 - 0.35 - 진천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 - - - - 로한 2,213 450 242 0.20 0.94 - - - - 홍천 3,298 1,000 678 0.30 0.68 - - - - - | 공주 | 3,884 | 1,000 | 730 | 0.26 | 0.73 | - | _ | _ | _ | _ |
| 검포 2,132 1,000 776 0.47 0.78 2,132 600 - 0.28 - 김해 3,852 550 527 0.14 0.96 - <td>괴산</td> <td>_</td> <td>_</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>_</td> <td>2,479</td> <td>350</td> <td>_</td> <td>0.14</td> <td>_</td> | 괴산 | _ | _ | - | - | _ | 2,479 | 350 | _ | 0.14 | _ |
| 김해 3,852 550 527 0.14 0.96 | 김제 | 3,339 | 500 | 464 | 0.15 | 0.93 | - | _ | - | _ | _ |
| 나주 3,651 400 - 0.11 - 남해 2,135 600 - 0.28 - 부여 4,169 450 - 0.11 - 상주 5,596 500 - 0.09 - 서귀포 5,107 1,000 914 0.20 0.91 | 김포 | 2,132 | 1,000 | 776 | 0.47 | 0.78 | 2,132 | 600 | _ | 0.28 | - |
| 남해 | 김해 | 3,852 | 550 | 527 | 0.14 | 0.96 | - | _ | _ | - | - |
| 부여 4,169 450 - 0.11 - 상주 5,596 500 - 0.09 - 1 사 기포 5,107 1,000 914 0.20 0.91 | 나주 | - | - | - | - | - | 3,651 | 400 | - | 0.11 | _ |
| 상주 5,596 500 - 0.09 - 서귀포 5,107 1,000 914 0.20 0.91 | 남해 | - | _ | - | _ | _ | 2,135 | 600 | - | 0.28 | _ |
| 서귀포 5,107 1,000 914 0.20 0.91 | 부여 | - | - | - | _ | - | 4,169 | 450 | - | 0.11 | - |
| 영광 2,085 400 - 0.19 - 영암 4,018 550 - 0.14 - 이 0.15 - 이 0.15 - 이 0.15 - 0 0.15 4,018 550 - 0.14 - 0 0.15 - 0 0.15 4,018 550 - 0.14 - 0 0.15 - 0 0.15 | 상주 | - | - | - | _ | - | 5,596 | 500 | - | 0.09 | - |
| 영암 2,740 400 - 0.15 - 에산 4,018 550 - 0.14 - 에찬 3,038 500 - 0.16 - 의성 4,141 700 - 0.17 - 의산 4,755 500 501 0.11 1.00 4,755 500 - 0.11 - 인제 1,123 600 - 0.53 - 제주 6,291 400 - 0.06 - 전안 1,413 500 - 0.35 - 전찬 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 서귀포 | 5,107 | 1,000 | 914 | 0.20 | 0.91 | - | _ | _ | - | _ |
| 예산 4,018 550 - 0.14 - 예천 3,038 500 - 0.16 - 의성 4,141 700 - 0.17 - 의산 4,755 500 501 0.11 1.00 4,755 500 - 0.11 - 인제 1,123 600 - 0.53 - 제주 6,291 400 - 0.06 - 진안 1,413 500 - 0.35 - 진천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 영광 | - | - | - | - | - | 2,085 | 400 | - | 0.19 | _ |
| 예천 4,141 700 - 0.16 - 의성 4,141 700 - 0.17 - 의상 4,755 500 501 0.11 1.00 4,755 500 - 0.11 - 인제 1,123 600 - 0.53 - 제주 6,291 400 - 0.06 - 진안 1,413 500 - 0.35 - 진천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 영암 | - | - | - | _ | _ | 2,740 | 400 | - | 0.15 | _ |
| 의성 4,141 700 - 0.17 - 의산 4,755 500 501 0.11 1.00 4,755 500 - 0.11 - 인제 1,123 600 - 0.53 - 제주 6,291 400 - 0.06 - 진안 1,413 500 - 0.35 - 진천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 예산 | - | - | - | - | - | 4,018 | 550 | - | 0.14 | - |
| 역산 4,755 500 501 0.11 1.00 4,755 500 - 0.11 - 인제 1,123 600 - 0.53 - 제주 6,291 400 - 0.06 - 전안 1,413 500 - 0.35 - 전천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 예천 | - | - | | | - | 3,038 | 500 | _ | 0.16 | - |
| 인제 1,123 600 - 0.53 - 제주 6,291 400 - 0.06 - 진안 1,413 500 - 0.35 - 진천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 의성 | - | - | - | _ | _ | 4,141 | 700 | _ | 0.17 | _ |
| 제주 6,291 400 - 0.06 - 진안 1,413 500 - 0.35 - 진천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 익산 | 4,755 | 500 | 501 | 0.11 | 1.00 | 4,755 | 500 | _ | 0.11 | _ |
| 진안 1,413 500 - 0.35 - 전천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 인제 | - | - | - | _ | _ | 1,123 | 600 | - | 0.53 | _ |
| 진천 1,443 1,000 817 0.69 0.82 | 제주 | - | - | - | _ | - | 6,291 | 400 | - | 0.06 | - |
| 청주 6,874 350 - 0.05 - 파주 2,745 500 - 0.18 - 포항 6,413 1,000 850 0.16 0.85 | 진안 | - | - | - | _ | - | 1,413 | 500 | - | 0.35 | - |
| 파주 2,745 500 - 0.18 - 포항 6,413 1,000 850 0.16 0.85 | 진천 | 1,443 | 1,000 | 817 | 0.69 | 0.82 | | | _ | - | _ |
| 포항 6,413 1,000 850 0.16 0.85 | 청주 | - | - | - | _ | - | 6,874 | 350 | _ | 0.05 | _ |
| 함안 2,213 450 242 0.20 0.94 | 파주 | - | - | - | - | - | 2,745 | 500 | - | 0.18 | _ |
| 해남 3,929 1,000 798 0.25 0.80 | 포항 | 6,413 | 1,000 | 850 | 0.16 | 0.85 | _ | | _ | - | - |
| 홍천 3,298 1,000 678 0.30 0.68 | 함안 | 2,213 | 450 | 242 | 0.20 | 0.94 | - | | - | _ | - |
| | 해남 | 3,929 | 1,000 | 798 | 0.25 | 0.80 | - | | - | _ | _ |
| 계 40.365 9.000 7479 0.22 0.83 61.398 9.000 - 0.15 - | <u>홍</u> 천 | 3,298 | 1,000 | 678 | 0.30 | 0.68 | - | | - | _ | - |
| 1 10,000 0,000 7470 0.22 0.00 01,000 0,000 0.10 | 계 | 40,365 | 9,000 | 7479 | 0.22 | 0.83 | 61,398 | 9,000 | _ | 0.15 | |

주 1) 사업 대상 인구는 2020년 기준 시범사업 지역의 만 51~70세의 여성 농업인을 농림어업총조사에서 추출.

²⁾ 배정 인원 수는 원진직업병관리재단(2022)를 활용.

³⁾ 수검자 수는 각 지자체 전화 인터뷰를 통해 조사함. 2023년 수검자 수는 아직 미공개 상태임.

^{4) 2022}년 표의 (-)는 검진 미실시 지역을 나타냄.

자료: 통계청, 농림어업총조사 2020년 원시자료; 원진직업병관리재단(2022)의 자료를 분석한 것임.

5. 지역사회 통합돌봄사업

5.1. 배경 및 목적

고령화율이 지속적으로 높아져 우리나라는 2025년에 초고령 사회로 진입할 전 망이다(유애정·박현경, 2022: 78). 이에 따라 돌봄 수요도 증가할 것이지만, 가족 구조가 분절화되어 전통적인 돌봄 체계로는 수요에 대응하기 어려워졌다. 특히 병원이나 시설을 벗어나 지역사회에서 여생을 보내려 하는 돌봄 서비스 욕구가 증가하였지만, 아직까지 우리나라의 돌봄 서비스 공급은 시설과 병원이 중심이다.

보건복지부는 증가하는 돌봄 수요에 대응하고, '노인의 지역사회 계속 거주 (Aging-in-Place)'를 실현할 목적으로 2019년 '지역사회 통합돌봄 선도사업'을 시행하였다. 선도사업은 '돌봄이 필요한 노인, 장애인 등이 그들의 거주지에서 개개인의 욕구에 부합하는 서비스를 누리고, 지역사회와 더불어 살아갈 수 있도록 지원하는 지역 주도형 통합 서비스 정책'이라고 정의된다(보건복지부, 2018: 2). 사업명에 '지역사회'라는 문구가 포함된 것은 지역 주민이 주도하거나 관여하는, 즉관(官) 주도형 보건복지 서비스와는 추진체계가 다르다는 것을 함의한다. 지역사회 통합돌봄 선도사업은 다방면에서 지역 주민 삶의 질 향상을 위한 일련의 과제와 사업뿐만 아니라 건강관리 서비스도 일부 포함하고 있다.

5.2. 운영 체계 및 내용

선도사업은 2019년 2월 국정과제로 선정되어 2019년 6월 지방자치단체 8곳에서 실시되었다. 이후 2019년 9월 추경예산이 편성되어 16곳으로 대상 지자체지방자치단체가 늘어났다. 돌봄 대상 그룹을 노인, 장애인, 정신질환자로 구분하였으며, 각 그룹에 대하여 지방자치단체 공모를 통해 사업 대상지를 선정하였다. 참여

지방자치단체는 총 16개로, 농촌 지역에 해당하는 곳은 충남 청양군과 충북 진천 군이다. 두 곳 모두 노인을 대상으로 사업을 실시한다〈표 3-18 〉.

서비스 대상자는 장기요양 재가 서비스 대상자 및 등급외자, 노인맞춤 돌봄 서비스 심층군, 병원 퇴원 환자뿐만 아니라 지방자치단체가 판단한 서비스 대상자로 구성된다(유애정·박현경, 2022: 83). 즉 지방자치단체가 자율적으로 돌봄 대상그룹 중 서비스 대상자를 선정할 수 있다.

선도사업 예산은 국비와 지방비가 1:1의 비율로 조성된다. 2019년 초기에는 국비가 약 64억 원으로 조성되었으나, 2020년에는 178억 원, 2021년에는 182억 원, 2022년에는 159억 원으로 변화하였다(김정섭 외, 2022: 60).

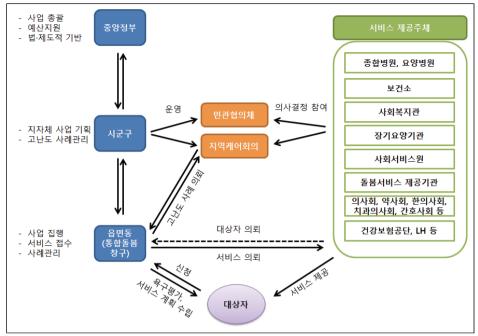
⟨표 3-18⟩ 지역사회 통합돌봄 선도사업 지방자치단체(16곳)

| 사업 대상군 | 지자체 | | |
|--------|---|--|--|
| | 광주 서구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전북 전주시, 경남 진해시 | | |
| 노인 | 부산 북구, 부산 부산진구, 경기 안산시, 경기 남양주시, 충북 진천군, 충남 청양군, 전남 순천시, 제주 서귀포시 | | |
| 장애인 | 대구 남구, 제주 제주시 | | |
| 정신질환자 | 경기 화성시 | | |

자료: 연구진 작성.

지역사회 통합돌봄 선도사업 운영 체계의 핵심은 읍·면·동에 케어 창구를 설치하고, 시군구에 지역케어회의와 민관협의체를 운영하며, 돌봄 대상자를 발굴하여주거, 건강, 요양, 돌봄 서비스를 통합적으로 제공하는 것이다. 지역 자원인 병원, 보건소, 사회복지관, 지역 의사회 등이 의사 결정에 참여하고, 대상자에게 서비스를 제공한다〈그림 3-5〉.

〈그림 3-5〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 운영 체계



자료: 강하렴 외(2020), 《커뮤니티케어 시범사업 모델 분석》.

세부적으로, ① 안정적인 주거 기반 지원을 위해 노인 맞춤형 케어안심주택 확충, 집수리 사업, 커뮤니티 케어형 도시재생뉴딜 사업 등을 실시하고, ② 대상자의 건강증진을 목적으로 방문 건강 서비스 제공, 만성질환 예방 및 관리, 병원 내 지역 연계실 운영, 방문의료 서비스를 확대하며, ③ 요양·돌봄 서비스 제공을 목적으로 차세대 노인 장기요양 보험 구축, 식사배달 등 다양한 신규 재가 서비스 확충, 재가 의료급여 신설, 회복·재활서비스 도입 등을 추진한다. 그리고 ④ 읍면동 단위의 케어안심창구를 설치하고, 지역사회와 민관 사이에서 서비스 연계 기반을 조성한다 〈그림 3-6〉.

〈그림 3-6〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 로드맵



자료: 보건복지부(2018: 8); 김정섭 외(2022: 58)에서 재인용.

제공 서비스는 선도사업 지방자치단체가 대상자 특성에 맞게 자율적으로 구성한다. 지방자치단체마다, 그리고 연도별로 제공 서비스의 유형과 내용이 다르므로 모든 서비스를 열거하기는 어렵다. 그렇지만 사업 내용을 유형화하면 〈표 3-1 9〉처럼 제시할 수 있다. 구분 범주는 주거, 보건의료, 요양·돌봄, 복지 영역이라 볼수 있다. 지방자치단체가 자체적으로 개발하는 사업에 타 부처 사업을 연계하여제공하는 경우가 일반적이다.

그중 예방적 건강관리 서비스 관련 사업은 대체로 지방자치단체가 다른 사업들과 연계하여 제공한다〈표 3-19〉. 예를 들면 보건소의 건강관리 교육 패키지 사업에 지역사회 통합돌봄 예산을 추가하여 사업 내용을 강화하는 식이다. 영양과 관련된 사업 중 그러한 예로 일상생활 지원사업 중 영양급식 프로그램을 들 수 있다.

⟨표 3-19⟩ 지역사회 통합돌봄 선도사업 프로그램 예시

| 구분 | 주거 | 건강관리, 보건의료 | 일상생활지원 | 보호돌봄요양 |
|---------------------------|--|--|--|---|
| 선도사업 예산+지자체 자체예산 사업 | · 노인 주택 개보수 · 케어안심주택 · 고령자 안심주택 · 중간집 운영 · 공동생활 홈 · 안심생활(주거)지원 · 주거 위생환경 개선 · 장애인 자립주택 전담코디네이터 | · 기능회복 훈련 · 방문치과/구강 관리 · 당대 약물복용 관리 · 하약 노인 운동관리 · 방문재활/물리치료 · 치매맞춤 돌봄 · 건강관리 교육 패키지 · 검진비 지원 · 건강돌봄센터 구축 · 퇴원환자 안전확인 · 거점돌봄센터 촉탁의 · 낙상 예방교육 · 지역 호스피스 · 건강리더 양성 | ・모바일 안심케어 ・이동 지원 ・영양급식 ・퇴원자 복지/ 가재도구지원 ・24시간 돌봄/위기대응 ・복지용구 ・스마트홈/ICT ・돌봄패키지 ・자립지원코디네이터 ・틈새돌봄 ・예방형 마을돌봄 ・가사간병 지원 ・안부확인/정서지원 ・방문 이미용 | ・ 방문도우미/요양/ 가사 지원 ・ 긴급 돌봄 ・ 거점시설 마을돌봄 ・ 통합인지지원/ 정서지지 ・ 노인 정신건강 프로그램 ・ 법률상담 ・ 1인가구 스마트안심 지원 ・ 일자리사업 ・ 응급안전알림 ・ 케어팜(care farm) |
| 연계사업 | · LH 공공형 안심주택/매입임대 공공리모델링 · 새뜰마을/도시재생 뉴딜 · 주거편의시설 이주비용지원 | · 일차의료 만성질환 관리 시범사업 · 방문진료수가 시범사업 · 의료기관 퇴원지원 시범사업 · 요양병원 퇴원환자 지원사업 · 건강생활 지원센터 확충 · 지역사회 중심재활 · 재가 정신질환자 사례관리 | · 재가 의료급여시범사업 · 사회서비스원 종합재가센터 | · 돌봄 가족지원사업 · 장애인 주간활동지원 |

자료: 정현진 외(2022: 14-15).

6. 지방자치단체들의 식사지원 서비스

6.1. 배경 및 목적

노인은 다른 연령대에 비해 영양섭취 상태가 가장 열악하다. 특히 저소득층 또는 독거 노인들의 영양 상태는 더 안 좋을 수 있다. 열악한 영양 상태는 삶의 질을 저하시키며, 건강에 직접적인 악영향을 미칠 수 있다(김정선, 2022: 2).

고령화율이 계속 높아져 스스로 식사를 준비하기 어려운 노인 인구수가 증가하고 있다. 이에 지역 주민의 안전하고 건강한 식생활을 지원할 목적으로 건강상의 문제가 있거나 저소득층 또는 결식이 우려되는 사람들에게 식사지원 서비스를 제 공하는 지방자치단체가 많다.

6.2. 서비스 대상 및 내용

6.2.1. 전국 단위 식사지원 서비스

지방자치단체 식사지원 서비스의 주요 대상은 생계급여수급자, 기초생활수급자, 차상위계층 (저소득층) 노인이며 '노인복지법' 제4조 및 제27조에 근거한다. ²³⁾ 저소득층 노인 외에도 결식 아동 또는 노숙인 등 특정 집단도 서비스 대상에일부 포함된다. 서비스 내용은 지방자치단체들 사이에 대체로 비슷하다. 지방자치단체가 예산을 지원하여 수행기관을 선정하고 대상자에게 현물 식사 서비스를전달하는 것이다. 보통 복지관 경로식당이나 사회복지법인이나 지방자치단체와연계된 민간 식당에서 완전조리식이 제공된다. 거동이 불편하여 경로식당을 이용할 수 없는 노인에게는 도시락이나 밑반찬이 배달된다. 예를 들면 강원도 인제군은

²³⁾ 제4조(보건복지증진의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 노인의 보건 및 복지증진의 책임이 있으며, 이를 위한 시책을 강구하여 추진하여야 한다.

제27조의2(홀로 사는 노인에 대한 지원) ① 국가 또는 지방자치단체는 홀로 사는 노인에 대하여 방문요양과 돌봄 등의 서비스와 안전확인 등의 보호조치를 취하여야 한다.

'저소득 결식 우려 노인 식사배달' 사업으로 기초 수급자, 차상위 계층, 저소득층 독거 노인 중 읍·면장의 추처을 받은 사람에게 주 2회 도시락을 배달한다. 강워도 화천군은 '경로당 무료 급식사업'을 통해 저소득층 노인이나 부득이한 사정으로 결식의 우려가 있는 노인에게 관내 급식소에서 무료 급식을 제공한다(복지로, 2023. 8. 12.). 거의 모든 지방자치단체가 서비스를 제공하므로, 전국 단위 사업에 가깝다.

식사지원 서비스의 주 전달 통로는 무료급식소이다. 사회복지관, 노인복지관, 경로식당 등에 설치되어 있다. 도시의 경우 950개 급식소 중 노인복지관 경로식당 의 비윸이 38.4%로 가장 높다. 다음으로는 복지센터 및 사회복지관(31.0%), 기타 유형(22.1%) 등의 순으로 높다. 읍 지역에서는 노인복지관 경로식당의 비율이 79%로 가장 높고, 다음으로는 기타 유형(25.3%), 복지센터 및 사회복지관 (14.6%) 등의 순으로 높다. 면 지역에서는 경로당이 23.8%로 가장 높고, 다음으로 는 기타(23.3%), 노인복지관 외 경로식당(18.3%) 등의 수으로 높다〈표 3-20〉, 대 체로 면 지역으로 갈수록 경로당의 비율이 높고, 노인복지관 비율은 낮고, 노인회 비율은 높다. 또한 면 지역으로 갈수록 무료급식소 및 공동급식소 비율은 높고, 복 지센터 및 사회복지관 비율은 낮다.

〈**표 3-20**〉 도시 및 농촌 무료급식소 현황(2023년 7월)

단위: 개소, %

| | | | 211 11: 77: | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|--|--|
| 니서이처 | 도시 | 농촌 | | | |
| 시설유형 | | 읍 | 면 | | |
| 경로당 | 6(0.6%) | 5(3.2%) | 48(23.8%) | | |
| 종교기관 | 63(6.6%) | 14(8.9%) | 9(4.5%) | | |
| 노인복지관 경로식당 | 172(38.4%) | 79(50.0%) | 11(5.5%) | | |
| 노인복지관 외 경로식당 | 90(9.5%) | 18(11.4%) | 37(18.3%) | | |
| 노인회 | 2(0.2%) | 4(2.5%) | 10(5.0%) | | |
| 무료급식소 및 공동급식소 | 49(5.2%) | 12(7.6%) | 20(9.9%) | | |
| 복지센터 및 사회복지관 | 294(31.0%) | 23(14.6%) | 20(9.9%) | | |
| 지역아동센터 | 64(6.7%) | - | - | | |
| 기타 | 210(22.1%) | 40(25.3%) | 47(23.3%) | | |
| 계 | 950(100.0%) | 158(100.0%) | 202(100.0%) | | |

주: '기타'는 시설 유형에 포함되지 않는 개인 및 민간단체 무료급식소 등을 포함함.

자료: 공공데이터포털(https://data.go.kr), 전국무료급식소 표준데이터, 검색일: 2023. 7. 31.을 이용하여 연구진 계산.

6.2.2. 농촌 특화 식사지원 서비스

농촌 지역은 도시보다 고령화율이 더욱 높고, 과소화되어 지역 주민의 식사지원 서비스 수요가 더욱 많을 수 있다. 일부 지방자치단체들은 2012년부터 농촌 주민들을 대상으로 '농촌 마을 공동급식 지원사업' 또는 '농번기 마을 공동급식 지원사업'의 이름으로 식사지원 서비스를 시행해 왔다. 서비스 방식은 선정된 마을주민에게 농번기에 또는 상시적으로 완전조리식을 제공하거나 도시락 및 밑반찬을 배달하는 것이다. 완전조리식은 주로 마을회관이나 경로당에서 제공된다.

농촌 특화 식사지원 서비스는 여성 농업인의 가사 부담을 줄이고, 이를 통해 농업 생산성을 향상시키며, 참여자의 영양 상태까지 개선하는 효과가 있다. 마을 주민들이 함께 식사하므로 공동체 활성화에도 기여한다(농민신문, 2020. 6. 29.).

농촌 특화 식사지원 서비스는 점차 확대되는 추세이다. 2012년 경상남도의 일부 지방자치단체가 사업을 시작한 이래, 높은 호응에 부응하여 전남, 충남 등 다른 지역까지 확산되었다. 가령 전남의 경우 2014년에 253개 마을이 사업에 참여하였고, 점차 참여 마을이 추가되어 2017년에는 1012개 마을이 참여하였다(박경철, 2020: 51). 특히 사업에 참여한 마을은 조례를 제정하여 사업 지속성을 마련하였다. 그러나 코로나19 기간 동안 사업을 중단하거나, 도시락 및 밑반찬 배달로 사업 방식을 변경한 곳들도 있었다.

'농번기 마을 공동급식 지원사업'과 같이 농번기에만 실행하는 사업과 '농촌 마을 공동급식 지원사업'과 같이 상시적인 사업으로 구분할 수 있다. 지방자치단체 사업 외에도 농촌 마을 주민들이 마을회관이나 경로당에서 공동으로 취사하고, 함께 식사하는 '마을 공동취사' 또는 '마을 공동식사'와 같은 유형²⁴)도 있다(박경철, 2020: 67).

기초 지방자치단체 자체 예산으로 사업을 시행하는 경우가 많지만, 광역 지방 자치단체가 경상보조 형식으로 시군구에 예산을 지원하기도 한다. 2023년 시점에

²⁴⁾ 때로는 '마을 밥상', '마을나눔밥상' 등 다른 이름으로 불리기도 한다.

서 광역 지방자치단체가 사업 예산을 보조하는 곳은 강원도, 전라북도, 전라남도, 경상북도, 경상남도였다. 전라남도는 2000개 마을, 전라북도는 550개 마을을 지 원하였다. 이에 비해 경상남도는 409개, 경상북도는 20개, 강원도는 63개 마을을 지원하는 정도였다.

⟨표 3-21⟩ 2023년 기준 광역 지방자치단체가 지원하는 농촌·농번기 마을 공동급식

| 광역 | тіоі | 유형 | | |
|----------|------------|----------|-----|--|
| 자치 단체 | 지원 마을 수 | 농촌 마을 | 농번기 | 내용 및 특징 |
| 강원도 | 63 | 0 | _ | 마을 사정에 따라 조리원을 고용하거나 도시락 배달 조리원 인건비: 시간당 최저임금 지원 부식비 제공: 1인당 3000원 지원 도시락 배달: 1인당 8000원 지원 |
| 경상북도 | 20 | 0 | _ | -15가구 이상 마을회, 작목반 등 공동체 조직이 있는 마을 대상 - (시설비 지원) 공동급식에 필요한 시설 리모델링 등 정비 지원 - (운영비 지원) 조리사 인건비, 부식비(도시락, 배달 반찬 등 포함) 지원 - 총 20개소에 개소당 500만 원 지원(보조 80%, 자부담 20%). |
| 경상남도 | 409 | - | 0 | - 연간 총예산: 9억 2000만 원 - 조리원 인건비: 마을당 1일 5만 원 - 부식비: 마을당 1일 4만 원 - 도시락 배달: 마을당 225만 원 지원 |
| 전라남도 | 2,000 | - | 0 | - 조리원 인건비와 부식비로 마을당 최대 242만 원 지원 - 마을 주민 중 1명이 조리원으로 역할 |
| 전라북도 | 550 | _ | 0 | - 마을당 연간 40일 기준 320만 원 지원 |

자료: 지방자치단체 전화 조사 결과.

많은 수의 지방자치단체가 농촌 마을 공동급식 서비스를 제공하므로 전수 조사 결과를 제시하기는 어렵지만, 시군구 차원에서 서비스 운영 사례, 내용 및 성과를 집약해 볼 수 있다(표 3-22). 농촌 및 농번기 식사지원 서비스 모두 공동급식 시설 이 구비된 마을회관이나 경로당에서 제공된다. 시군구 지원 금액은 지방자치단체 에 따라 다르다. 코로나19로 인해 서비스를 중단하거나, 도시락 배달 서비스로 방 법을 변경한 곳들이 있다. 그러나 코로나19 완화와 함께 서비스가 재개되었다.

〈표 3-22〉 2023년 기준 기초 지방자치단체 차원의 농촌·농번기 마을 공동급식(사례)

| 117 | TIOI | 유형 TISI | | |
|-----------|------------|------------|---------|--|
| 시군 지자체 | 지원 마을 수 | 농촌 마을 | 농번 기 | 내용 및 특징 |
| 정선군 | 42 | _ | 0 | - 총 2억 3,500만 원 지원(마을당 약 559만 원 지원) - 보건소의 협력을 통해 식중독 예방과 식자재 보관 방법 및 위생 관리에 대한 교육 실시 |
| 철원군 | 1 | _ | 0 | |
| 화천군 | 4 | - | 0 | - 2021년 2곳의 마을에서 500여 명의 농업인이 참여. 올해 2곳 추가 확대됨 - 지원내용: 공동급식 또는 단체 도시락 지원 |
| 진도군 | 56 | _ | 0 | - 급식 종사자와 공동급식 시설을 갖춘 마을이 대상 - 도시락과 반찬 배달, 부식비와 조리원 인건비로 마을당 최대 350만 원 지원 - 4월부터 11월까지 8개월 동안 운영 |
| 익산시 | 55 | 0 | _ | - 농업인(가족 포함) 20명 이상 참여하는 농촌 마을이 대상 - 조리원 인건비와 부식비로 총 1억 7,600만 원 지원(마을당 320만 원 지원) - 공동급식 시설을 갖춘 마을회관, 경로당 등에서 40일간 시행 - 시설 운영이 어려울 경우 도시락 배달 또는 식당을 이용 가능 - 급식 추진 상황, 위생 관리, 감염 예방 상황 등을 익산시에서 방문 점검 예정 |
| 남해군 | 22 | _ | 0 | - 2009년 도입 - 코로나19 기간 도시락 급식이 이루어짐 - 사회적 거리두기 해제에 따라 3년 만에 마을회관 내 직접 급식이 이뤄지고 있음 |
| 진주시 | 26 | - | 0 | - 농번기 25일간 20명 이상 급식 가능한 마을이 사업 대상 - 조리원 인건비와 부식 구입비용 250만 원 지원 - 코로나19 확산으로, 2021년부터 도시락 선택 가능하도록 제도 개선 |
| 창원시 | 30 | - | 0 | 마을회관 취사시설의 공동급식 시설을 구비하고 20명 이상 급식 가능한 마을 대상 조리원 인건비, 부식비, 도시락 및 음식배달비 등으로 6,750만 원 지원(도비 30%, 시비 70%로 마을당 225만 원 지원) 총 1,000여 명에게 급식을 지원할 계획 |
| 단양군 | 9 | 0 | - | - 2014년 도입 - 마을회관 등에 급식 시설을 갖추고, 농업인과 가족 등 10명 이상 급식이 가능한 마을이 대상 - 조리원 인건비(4만 원)와 부식비(6만 원)로 연간 60일 범위에서 최대 600만원(자부담 20%)으로 총 5400만원 지원-2020년 코로나19로 중단됐던 사업이 올해 재개됨 |

자료: 경남일보(2022. 5. 12.); 뉴스로(2023. 2. 20.); 뉴스프리존(2023. 1. 8.); 동아일보(2023. 5. 31.); 신아일보(2023. 5. 3.); 충북일보(2023. 5. 15.); 한국농어민신문(2022. 4. 5.); 경향신문(2023. 4. 20.); 농촌여성신문(2023. 5. 4.)의 내용을 연구진이 정리.

6.3. 지방자치단체 식사지원 서비스의 문제점

광역 지방자치단체의 지원 없이 자체 사업비로 사업을 운용하면 예산 규모가 작아 지속적인 사업 운용이 어려울 수 있다. 농촌 특화 식사지원 서비스의 경우, 광 역 지방자치단체가 예산을 일부 지원하는 곳은 5개에 불과하다. 농촌 마을 공동급 식사업 예산을 제공하는 곳은 강원도와 경상북도이지만, 대상 마을 수가 매우 적 다. 농번기 마을 공동급식 사업을 지원하는 광역 지방자치단체는 3곳이지만, 대체 로 지원 금액이 적다. 또한 사업비를 지원하는 광역 지방자치단체들마다 지원 규 모와 대상 마을의 수가 크게 달라 서비스를 제공하는 지역 간 공급 불균등이 예상 된다. 공동급식 시설 구비를 요건으로 하기 때문에, 시설이 미비한 마을회관이나 경로당은 사업 대상에서 제외되기도 한다.

농림축산식품부나 보건복지부 등 중앙정부 부처의 지원 없이, 광역 및 기초 지 방자치단체가 자체적으로 사업 시행을 결정하므로 지방자치단체장의 의지에 따라 사업 시행이 결정되므로 사업 지속성을 확보하기 어렵다(농촌여성신문, 2023. 5. 4.).

7. 시사점

1995년 '국민건강증진법'이 제정되고, 건강증진 기금이 조성되어 국가적 수준에서 건강관리사업이 추진될 제도적 틀과 예산이 마련되었다(이주열, 2017: 32). 보건복지부는 2002년 '국민건강증진종합계획 2010'을 시작으로 몇 번의 변화를 거쳐 '국민건강증진종합계획 2030'을 시행하고 있다. 이 종합계획은 보건소가 제공하는 지역사회 통합건강증진사업을 통해 구체화되었고, 포괄하는 사업의 영역이 넓고 내용도 다양하다. 특히 보건지소, 건강생활 지원센터, 보건진료소와 같은 공공 보건의료 기관이 모두 서비스 전달에 관여한다. 따라서 지역사회 통합건강증진사업이 곧 우리나라의 건강관리 서비스라고 해도 과언이 아닐 것이다.

도시민과 비슷한 수준에서 농촌 주민이 건강관리 서비스를 이용하려면 우선 사업량이 이들에게 충분하고, 사업의 내용이 주민의 특성과 부합해야 한다. 그러나 농촌에서는 그렇지 않을 수 있다는 것을 파악하였다. 첫째, 농촌 지역의 공공 보건의료 기관이 부족하고, 인력도 적어 충분한 사업량이 공급되기 어렵다. 가령 보건소 사업 인력이 군 지역 보건소에서 더 부족하고, 특히 건강관리과 및 건강증진과인력도 부족하다. 인력은 부족한데 필수적으로 시행해야 하는 사업들을 모두 서비스에 포함시켜야 하므로, 특수 사업에 투입할 자원이 모자라게 될 수 있다.

둘째, 사업 내용이 농촌 주민의 특성을 충분히 반영하지는 못한다. 가령, AI·IoT와 같은 스마트 기기를 이용한 서비스의 특장점을 농촌 노인이 충분히 누리기는 어렵다. 그러나 군 지역 일부 보건소들은 이 사업들을 펼치고 있고, 참여자는 군 중심지 주민이나 젊은 층이 대부분이다. 농부증 재활 프로그램과 같은 특수 사업이 농촌 주민에게 긴요하지만, 이를 제공하는 보건소는 거의 없다.

셋째, 보건소에 사업 간 통합과 연계를 주도하는 총괄 조직 없이 보건복지부 부 서의 사업 내용이 보건소 개별 부서에 하달되는 형태로 사업이 운영된다. 따라서 보건소가 금연, 절주, 신체활동 등 여러 영역의 사업을 통합하여 하나의 새로운 사 업으로 운영할 유인이 적거나 없을 수 있다. 개별 사업이 패키지로 통합되어 운영 되고, 패키지 예산을 사용한다면, 농촌 주민의 특성에 부합하는 방향으로 사업 내용과 예산을 미세조정할 수 있지만, 그렇지는 못하다.

지역사회 통합건강증진사업 이외의 건강관리 서비스의 경우, 농촌 지역에서 서비스를 제공하는 보건의료 자원이 부족하거나, 사업 규모가 작아 농촌 주민이 서비스를 충분히 이용하기에 부족해 보인다. 일차의료 만성질환 관리 시범사업 참여 의원들은 대체로 도시에 있어, 농촌 주민들이 원거리에 위치한 시범사업 참여 의원까지 이동하기 어려울 수 있다. 즉 접근성의 문제가 발생한다. 한편, 여성 농업인 특수건강검진 시범사업의 경우 수검률이 높아 사업 확장의 측면에서 예산 확보와 참여 의원의 수를 증가시킨다면 본사업화뿐만 아니라 향후 높은 성과가 예상된다.

건강관리 서비스가 지역사회 통합돌봄사업의 중심 내용은 아니지만, 사업 내용에 건강관리 서비스가 포함된 곳도 있어 보건소 사업과의 직접 연계를 모색해 볼수 있다. 특히 시군구 차원에서 지역케어회의와 민관협의체가 보건소, 병원, 장기요양 기관 등 보건의료 기관과 연계하여 대상자를 발굴하므로, 건강관리 서비스내용 구성에 있어 대상자 욕구 반영이 용이하다. 그렇지만 대부분 도시에서 이 사업이 진행되고 있어 농촌 주민 전체에게 사업이 전달되기는 어려운 실정이다.

식사지원 서비스의 경우, 참여자 만족도가 높고 지방자치단체들이 조례를 제정하여 사업을 지속하려하는 등 사업 확장성이 크다. 그러나 임시적으로 펼치는 사업으로는 지속성을 담보하기 어렵고, 국비 지원이 미비한 상태에서는 더욱 그렇다. 영유아 또는 학교 급식과 같은 사업들이 전국가적으로 시행되는 반면, 농촌 또는 농번기 마을 공동급식은 아직까지는 국지적, 소규모 사업이다. 농촌 주민이나노인을 위한 먹거리 복지 서비스의 일환으로 사업이 지속될 필요가 있고, 농림축산식품부 차원에서 시범사업 차원으로 지자체와 연계하여 예산과 인력을 확보하여 추진하는 방안을 검토할 만하다.

국내외 예방적 건강관리 정책 사례와 시사점

국내외 예방적 건강관리 정책 사례와 시사점

1. 개요

농촌 지역에, 농촌 주민의 특성에 맞는 예방적 건강관리 서비스가 충분히 전달되기는 어려운 상황이다. 그렇지만 여러 사업의 한계점과 지역적 불리를 극복하고, 농촌 주민을 위해 서비스가 효과적으로 작동하는 몇 가지 사례를 제시해 볼 수있다. 여기에서는 국내 및 외국의 예방적 건강관리 서비스 우수 사례를 분석하고, 정책 시사점을 제시한다.

2. 지역사회 통합건강증진사업 우수 사례

국내에서 예방적 건강관리 서비스는 보건소가 지역사회 통합건강증진사업에 근거하여 제공하는 것이 차지하는 비중이 높다. 코로나19 시기에 거의 모든 보건 소 인력들이 감염병 관리에 투입되었다. 지역사회 통합건강증진사업은 최소한으 로 축소되었으며, 일부 영역의 서비스는 비대면 방식으로 제공되었다. 연구 시점에서 대면 방식의 건강관리 서비스 사례를 찾기는 어렵지만, 군 지역 보건소의 한계를 극복하고 농촌 주민에게 건강관리 서비스를 효율적·통합적으로 제공하는 일부 사례를 거론해 볼 수 있다.

첫 번째 사례는 만성질환 관리를 목적으로 보건소가 지역 자원을 연계하고, 사업 내용의 일부를 통합하여 주민에게 심뇌혈관질환 예방 및 관리 서비스를 제공하는 부안군 보건소이다. 두 번째 사례는 군민의 흡연율 감소를 목적으로 금연 성공자에게 지원금을 제공하는 장수군 보건의료원이다. 세 번째 사례는 코로나19 이전 시기이지만, 주민이 주도하여 보건의료 자원을 연계하는 건강관리 프로그램을 주도했던 홍성군 보건소의 '홍동다움' 프로그램이다.

2.1. 부안군 보건소: 건강명품마을 만들기 사업

2.1.1. 배경

전북 부안군은 65세 이상 노인 인구 비율이 2011년에는 25.3%였지만, 2023년에는 36.1%까지 증가한 고령화 지역이다(통계청 국가통계포털, "고령인구비율(시도/시/군/구), 검색일: 2023. 3. 7.). 특히 60세 이상의 군민 중 치료 목적으로 병의원에 방문한 사람의 비율이 2016년 38.6%에서 2020년 45.6%에 이를 정도로 의료 이용률이 높아졌다. 그러나 만성질환 중 심뇌혈관질환의 선행 지표인 고혈압및 당뇨 수치 인지율이 낮아〈표 4-1〉, 부안군민을 대상으로 만성질환 예방 및 관리를 위한 교육 프로그램을 마련할 필요가 있었다.

⟨표 4-1⟩ 전북, 부안군, 전국 고혈압 및 혈당 수치 인지율

단위: %

| 구분 | 고혈압 인지율 | 혈당 수치 인지율 |
|----|---------|-----------|
| 전북 | 62.2 | 28.9 |
| 부안 | 36 | 13.3 |
| 전국 | 60.6 | 25.7 |

자료: 부안군 보건소 내부자료.

특히 부안군 노인 중 49.1%가 건강 문제로 인한 어려움을 겪고 있고, 다른 유형의 어려움보다 경험 비율이 높다. 이는 전라북도 전체 또는 인접 지역인 고창군보다도 더 높은 수준이다(표 4-2).

⟨표 4-2⟩ 부안군 노인의 유형별 생활 불편 실태

단위: %

| 구분 | 경제적 문제 | 직업 문제 (구직) | 건강 문제 | 외로움 소외감 | 경로 의식 악화 | 여가 활용 문제 | 복지 문제 | 자녀 문제 | 기타 |
|--------|-----------|------------------|----------|------------|----------------|----------------|----------|----------|-----|
| 전북 | 37.0 | 3.2 | 42.9 | 11.0 | 1.4 | 1.8 | 2.0 | 0.7 | 0.1 |
| 부안 | 30.7 | 3.0 | 49.1 | 14.0 | 0.7 | 1.2 | 0.3 | 0.7 | 0.2 |
| 고창 | 35.7 | 6.3 | 37.8 | 13.0 | 0.3 | 2.4 | 3.9 | 0.5 | - |

자료: 전라북도(2020: 167).

2.1.2. 사업 목적 및 내용

사업의 목적은 보건소 프로그램 중 일부를 통합하여 심뇌혈관질환 예방 및 관리를 위한 교육 프로그램을 제공하는 것이다. 통합된 사업 영역은 신체활동, 영양, 만성질환 관리, 정신건강이다. 부안군 보건소는 사업 수요 파악을 위해 2022년 1~2월까지 사업에 참여할 마을회관 10곳을 조사하였으며, 3월까지 사업 내용 결정을 위해 관내 보건지소 및 보건진료소의 통합전문요원, 이장, 부녀회장과 간담회를 실시하였다. 이후 11월까지 프로그램을 운영하고, 자체 설문 조사를 실시하였다.

만성질환을 조기에 발견하는 목적의 일회성 프로그램이 아닌, 4주 단위의 프로그램으로 사업을 편성하였다. 부안군민의 혈압, 혈당, 콜레스테롤, 심근경색, 뇌졸중 초기 증상 인지율을 높이는 것을 목표로 정했다(표 4-3).

⟨표 4-3⟩ 부안군 건강명품마을 만들기 사업 내용

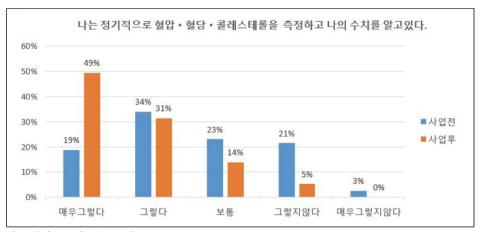
| 구분 | 내용 |
|------|--|
| 1주 차 | ■ 기초검사·진료 프로그램 - 해당 마을회관 소재지 지소, 진료소 직원 및 내과, 한의과 공중보건의사 연계 - 사업 전 개인별 건강행태 설문 조사 - 혈압, 혈당, 콜레스테롤 검사 및 상담, 검사결과에 따른 추후 검사 연계 (당화혈색소검사, 미세단백뇨 검사) - 개인별 맞춤형 내과, 치과, 한방과 진료 및 상담 |
| 2주 차 | ■ 건강밥상 영양교육 및 심뇌혈관질환 예방관리 교육 - 영양사업 연계, 전문 영양사 방문 교육 - 노년기 올바른 식습관・영양관리 교육 - 저염요리 밀키트 제공 * 코로나19 확산세로 영양실습 방식 → 밀키트 제공의 비대면 방식으로 변경 운영 - 혈압, 당뇨, 콜레스테롤 측정법 및 기본수치 증상 교육 - 심근경색·뇌졸중 조기증상 교육 및 대처방법 안내 등 - 보건소 혈압·혈당기 대여사업, 내 혈관 나이 측정하기 사업 안내 및 연계 |
| 3주 차 | ■ 마음건강 챙기기 프로그램 - 외부 강사(노래지도사, 웃음치료사) 초빙 수업 - 마을회관 폐쇄 등으로 침체된 분위기 회복 위한 노래교실 - 스트레스 관리 위한 웃음치료 및 레크레이션 |
| 4주 차 | ■ 근력 강화 운동 및 낙상 예방교육 - 재활사업 연계, 재활치료사 방문 교육 - 낙상 예방교육 및 홍보 - 근력강화운동 교육 - 근력강화운동 영상자료(USB) 배포 - 혈압, 혈당, 콜레스테롤 등 사업 후 기초검사 - 사업 후 개인별 건강행대 설문 조사 |

자료: 부안군 보건소(2022)의 내용을 연구진이 정리.

사업 인력은 총 74명이다. 심뇌혈관질환 예방 관리 및 통합건강증진 담당자(2명), 전문 인력(6명), 공중보건의사(22명), 보건소·보건지소·보건진료소 인력(23명), 마을 이장단·부녀회장·체조 강사(21명)로 구성된다. 즉 하나의 사업에 공공보건의료 기관 인력뿐만 아니라, 지역사회 자원까지 역할한다. 통합건강증진사업예산 약 47억 원에 보건소 자체 예산 2억 2000만 원을 더해 총 49억 2000만 원이배정되었다.

2.1.3. 성과

부안군 보건소는 사업 후 자체 설문 조사를 통해 사업 성과를 측정한다. 사업 전대상자의 혈압·혈당·콜레스테롤 수치 인지율이 19%에 불과하였으나, 사업 후 49%로 크게 높아졌다. 이는 사업 목표였던 40%를 상회하는 수치이다.

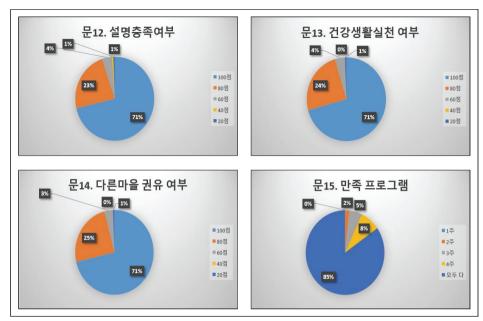


〈그림 4-1〉 사업 전·후 혈압·혈당·콜레스테롤 인지율 비교

자료: 부안군 보건소(2022: 4).

사업 후 프로그램 운영 만족도 조사 결과, '사업을 통해 심뇌혈관질환을 이해하고 예방할 수 있도록 충분한 설명을 들었다'는 설명 충족 여부, 건강생활 실천, 다른 사람에게 프로그램 참여 권유를 물어보는 문항 모두에서 71% 이상의 응답자가 100점을 답할 정도로 호응이 높았다. 이는 사업 초기 목표치보다 27%p 더 높은 것이다.

〈그림 4-2〉 프로그램 운영 만족도 조사 결과



주: '설명 충족 여부'는 '건강명품마을 프로그램을 통해 심뇌혈관질환을 이해하고 예방할 수 있도록 충분히 설명을 들었다'에 대한 응답 결과임. '건강생활 실천 여부'는 '프로그램 참여 후 건강한 생활을 실천하는 데 도움이 되었다'고 응답한 결과임. '만족 프로그램'은 1~4주 차 프로그램 중 참여 만족도를 설문한 응답 결과임. 자료: 부안군 보건소(2022: 5).

2.1.4. 성공 요인

보건소 차원에서 건강관리 서비스를 제공할 경우, 보건소·보건지소·보건진료소 인력뿐만 아니라, 외부 강사나 마을 이장 등 의료기관 외부의 인력과 협력하는 것이 중요하다. 마을 주민의 만성질환 및 건강 관련 특성을 가장 잘 아는 사람은 마을 이장이나 보건진료소장이기 때문이다.

부안군 보건소는 지역 말단의 인적자원까지 모두 포괄하여 사업에 투입하였고, 이들의 의견을 사업 내용에 반영하였다. 일회성 사업이 아닌 4주간 연속 프로그램을 운영하여 참여자의 특성과 사정에 맞게 사업 내용을 변경하였다. 가령 코로나 19 시기에 맞춰, 영양 실습을 저염식 밀키트 제공으로 변경하였으며, 비대면 교육 자료를 활용하여 건강증진 정보를 참여자에게 제공하였다. 또한 마을 일정에 따 라 프로그램 회차의 순서를 조정하기도 하였다.

부안군 보건소는 차기 사업연도에 대상 마을회관을 20개소로 확대하고, 지역 주민의 특성에 맞는 자체 교육 자료를 개발하려 준비하고 있다. 특히 농촌 지역의 남성 노인들의 경로당 이용률이 매우 저조하므로, 남자 경로당을 우선 선정하여 대상자를 모집하려 한다. 또한 노인 대상 사업에서 생애주기형으로 프로그램을 점차 변경하여 다양한 연령대에 서비스를 제공하려 준비하고 있다.

2.2. 장수군 보건의료원: 금연성공지원금

2.2.1. 배경

전북 장수군은 1읍·6면으로 구성된 농촌 지역이다. 2022년 기준으로 노인 인구비율이 36.5%로 고령화가 심각하다(통계청 국가통계포털, "고령인구비율(시도/시/군/구), 검색일: 2023. 3. 7.). 2015년에 담배 가격이 전국적으로 인상되어, 장수군 보건의료원의 금연 클리닉 이용자 수가 증가하였지만, 2016년부터 클리닉 이용자 수가 급격히 감소하였다.

이에 대응하여, 군 차원에서 지역사회 자원을 활용한 금연 정책을 펼치기 시작하였다. 정책은 장수군 지회 재능나눔 활동 참여자 180명을 활용한 금연 홍보, 지역 대학과 연계한 금연 캐릭터 사업, 금연구역 개발사업 등을 포함한다. 그 결과, 2017년에 금연 클리닉 등록자 수가 전년보다 31.3% 증가하는 성과를 달성하였다 (코리아플러스, 2017. 12. 15.).

2.2.2. 사업 목적, 내용, 성과

이후 장수군 보건의료원은 군민의 흡연율을 더욱 감소시킬 목적으로 금연사업을 더욱 적극적으로 시행하였다. 이 사업은 '금연 지원 서비스 사업'으로 알려졌으며, 2018년에 제정된 장수군 '금연장려조례'에 근거한다〈표 4-4〉.

⟨표 4-4⟩ 장수군 금연장려조례

| 목차 | 내용 |
|----------------------|--|
| 제1조(목적) | 이 조례는 '국민건강증진법'에 따라 장수군민의 금연을 장려하고 쾌적한 생활환경을 조성하여 삶의 질 향상을 도모함을 목적으로 한다. |
| 제2조(정의) | 이 조례에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "금연성공자"란 19세 이상이면서 흡연을 하고 있던 자가 금연 클리닉에 등록한 이후 만12개월 이상 금연에 성공한 자를 말한다. 〈개정 2023.6.15.〉 2. "금연 클리닉"이란 장수군 보건의료원 및 장계면 건강생활 지원센터에 설치되어 있는 금연 클리닉을 말한다. 3. "금연성공지원금"이란 일정기간 동안 금연에 성공한 자에게 지급하는 지원금을 말한다. |
| 제3조(금연성공지원 금의 신청) | ① 금연성공지원금의 신청은 금연 클리닉에 등록하면 지원금을 신청한 것으로 본다. ② 과거 금연 클리닉에 기 등록한 경우에는 금연 클리닉에 재등록한 날을 지원금 신청일로 본다. |
| 제4조(금연성공지원 금의 지급) | ① 장수군수는 제5조에 따른 금연 성공자에게 아래 각 호와 같이 예산의 범위에서 지원금을 지급할 수 있다. 단 금연 성공자는 금연 클리닉 등록일부터 장수군에 주소를 두고 금연성공 기준일까지 계속하여 장수군에 주소를 두고 있어야 지원금을 받을 수 있다. 1. 금연 클리닉을 등록 및 재등록한 날로부터 만12개월 동안 금연에 성공한 자 : 1인당 20만 원 이내 2. 금연 클리닉을 등록 및 재등록한 날로부터 만18개월 동안 금연에 성공한 자 : 1인당 1호 지급액에 추가 50만 원 이내 3. 금연 클리닉을 등록 및 재등록한 날로부터 만24개월 동안 금연에 성공한 자 : 1인당 1호, 2호 지급액 외 추가 80만 원 이내 ② 제1항의 지원금은 현금이나 현품, 상품권으로 나누어 지급할 수 있다. ③ 금연 지원금을 한 번 이상 수령하였으나 중도에 흡연을 하게 되어 금연을 다시 시작하고 자 하는 경우에는 금연 클리닉에 재등록할 수 있으나, 기 지원받은 지원금은 중복하여 지급하지 아니한다. |
| 제5조(금연성공여부 판정) | ① 금연지원금 신청자는 금연 클리닉에 등록 이후 6개월마다 3회 이상 대면 상담을 받아야하고, 금연 클리닉 등록일로부터 30일 이내에 흡연 여부 검사에 응하여야하며 등록일 이후 12개월·18개월·24개월이 되는 날로부터 30일 이내에 소변 및 모발검사에 응하여야한다. ② 제1항에 따른 상담과 모발·소변검사에 응하지 않는 경우에는 금연 지원금 신청 절차를 포기한 것으로 간주한다. ③ 제1항에 따른 상담 및 검사결과에 따라 흡연자 및 금연성공 여부를 판정하며 판정기준은 장수군수가 정한다. |
| 제6조(시행규칙) | 이 조례의 시행에 관하여 필요한 사항은 규칙으로 정한다. |

자료: 전라북도 장수군 조례 제2345호.

세부 내용으로 금연 상담실(클리닉)운영, 금연성공지원금 지급, 금연 환경 조성 프로그램이 포함된다〈표 4-5〉. 사업 인력은 보건의료원 간호 공무원 2명, 금연 상 담사 3명, 금연 지도원 4명을 포함한다. 2023년 기준 약 16억 원의 사업비가 배정 되었고, 이 중 13억 1000만 원은 군비이다.

⟨표 4-5⟩ 장수군 보건의료원의 금연 지원 서비스 사업

| 구분 | 내용 |
|------------|--|
| | · 대상자 등록관리(6개월 9회 상담서비스 제공 및 일산화탄소 측정) |
| | · 니코틴 보조제 및 금연치료제 제공 |
| 금연 상담실 운영 | · 6개월 금연 성공 후, 6개월 추적 관리 |
| | · 일반인, 아동, 청소년을 대상으로 금연 교육 자료 개발, 교육 및 홍보, 정보제공 |
| | · 금연상담 전화 운영 |
| | · 금연구역 확대 및 지도 점검 강화로 간접흡연 피해 예방과 지역 자원 연계를 통한 포괄적인 금연사업 추진으로 금연환경 조성 |
| 금연 환경 조성사업 | · 금연 지도원 운영 |
| | · 금연 안내방송 시스템 설치 운영 |
| 금연성공지원금 | · 모발, 소변 검사, 대면 상담, 혈중 이산화탄소 농도를 측정하여 금연 결과 측정 · 장수군 금연장려조례에 근거하여, 금연 12개월은 20만 원, 18개월은 50만 원, 24개월은 80만 원의 지원금 지급 · 6개월마다 3회 대면 상담, 등록일부터 30일 이내에 흡연 여부 검사 등록일 이후 12, 18, 24개월 되는 날부터 30일 이내에 소변 및 모발 검사 |

자료: 장수군 보건의료원(2023: 2).

장수군 보건의료원의 금연 지원 서비스 사업은 세 가지 프로그램으로 구성된다. 첫째, 금연 상담실을 운영한다. 상담실 등록자를 6개월 동안 총 9회 상담하고, 등록자에게 니코틴 패치, 껌, 사탕 등의 보조제를 지급한다. 등록자가 6개월 금연에 성공하였다면, 추가적으로 6개월을 더 관리한다. 또한 금연상담 전화를 운영하고, 생애주기별로 금연 교육 자료를 제작하여 배포한다.

둘째, 군내에서 금연구역을 확대하고, 금연 지도원을 고용하여 이들이 금연구역에서 흡연하다 적발된 사람에게 부과한 과태료 부과 지침을 마련하는 등 금연환경을 조성한다. '국민건강증진법'에 의해 지정된 금연구역에서 흡연하다 적발될 경우 과태료로 10만 원을 부과할 수 있는 금연구역이 2023년까지 총 517개 지정되었다. 또한 도시공원, 문화재보호구역, 간이버스 승강장 등 과태료 5만 원구역이 총 284개소 지정되었다. 금연 지도원은 '장수군 금연 지도원 운영 조례'에 근거하여 활동한다. 총 4명의 지도원이 2년 단위로 활동하며, 2년 더 연장 가능하다. 지도원 1인이 월평균 5~6일 근무하며, 하루에 약 4시간 정도 활동한다. 또한 금연안내방송 시스템이 장수군 보건지소, 면사무소, 대곡관광지, 논개사당, 장수향교

등 총 27개가 설치되어 있다.

셋째, 가장 공격적인 금연사업은 금연성공지원금이다. 금연 클리닉 등록자가 12개월 금연할 경우 20만 원, 18개월 금연할 경우 50만 원, 24개월 금연할 경우 80만 원의 지원금을 지급한다. 즉 등록자가 24개월 금연한다면, 총 150만 원의 지원금을 받을 수 있다. 금연성공지원금 사업은 2020년에 처음 시작되었으며, 2023년 6월까지 지원금을 받은 총인원이 768명에 이를 정도로 성공적이다. 특히 24개월 이상 금연에 성공한 대상자 수가 지금까지 250명에 이른다.

⟨표 4-6⟩ 금연성공지원금 실적(금연 성공자 수 및 지원금 지급액)

단위: 명, 천 원

| 연도 | 6개월 | 12개월 | 18개월 | 24개월 | 계(12~24개월) |
|------------|-----|------------|-------------|------------|--------------|
| 2020 | 71 | 93(18,600) | 103(51,500) | 67(53,600) | 263(123,700) |
| 2021 | 78 | 66(13,200) | 68(34,000) | 87(69,600) | 221(116,800) |
| 2022 | 67 | 66(13,200) | 70(35,000) | 61(48,800) | 197(97,000) |
| 2023(6월 말) | 20 | 31(6,200) | 21(10,500) | 35(28,000) | 87(44,700) |

주: 괄호 안의 수치는 금연성공지원금 총 지급액을 의미함.

자료: 장수군 보건의료원(2023: 2).

2.3. 홍성군 보건소: 주민 참여형 건강공동체 '홍동다움'25)

2.3.1. 배경

충남 홍성군은 3읍·8면으로 구성된 농촌 지역이다. 2022년을 기준으로 65세 이상 노인의 인구 비율이 25.4%로 고령화되었고, 특히 면 지역의 노인 인구 비율이계속 증가하였다. 앞으로도 고령화율이 계속 높아질 것이라 예상되는 지역이다.

홍성군 역시 보건의료 자원이 부족하여 군민 모두에게 충분할 정도로 건강관리 서비스가 전달되지 못하였고, 특히 면 지역 주민의 미충족 서비스 수요가 많았다.

²⁵⁾ 코로나19 시기 이전의 사업 내용이므로 한국건강증진개발원(2021)의 《2020년 지역사회 통합건 강증진사업 우수사례집》에서 내용을 발췌한 것임을 밝혀 둔다.

의료 인력 1인이 담당하는 주민의 수가 홍성군의 읍 지역들에서는 25명이었으나, 면 지역은 70명으로 격차가 상당하였다. 또한 읍 지역 주민을 대상으로 제공되는 통합건강증진 프로그램의 수가 31종이었으나, 면 지역 주민에게 제공되는 프로그 램은 5종 정도에 불과하였다. 특히 보건소에서 제공하는 건강관리 프로그램에 참 여하는 읍 지역 주민은 7943명이었으나, 면 주민은 723명에 불과하였다. 홍성군 면 지역 주민의 건강관리 실태가 열악하고, 서비스 사각지대가 넓다고 판단된다.

홍성군 보건소는 홍동면을 대상으로 주민이 직접 참여하는 건강공동체인 '홍동다움' 사업을 2020년에 시행하였다. 홍동면은 2022년 시점에서 인구수가 약 3400명이고, 고령화율이 41.2%나 되는 지역이다. 따라서 미충족 건강관리 수요가 매우 높을 것이라 예상되는 곳이다.

반면 홍동면은 유기농업특구 지역을 포함하고 있고, 전체 인구 중 귀농·귀촌 인구가 12%로 외부 자원을 활용할 저변이 충분하였다. 또한 이전부터 홍동면은 주민자치 활동이 아주 활발해 주민들이 자치적으로 마을의 문제를 해결할 역량이 마련되어 있었다. 건강 문제 해결에 있어 이 같은 마을 자치 조직이 활동할 잠재력이충분하였다.

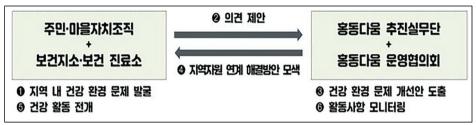
2.3.2. 사업 목적 및 내용

'홍동다움' 사업의 목적은 주민이 주도하여 지역사회의 자원을 개발하고, 건강 문제를 주도적으로 해결하는 건강공동체를 형성하는 것이다. 이를 통해 지역 주 민의 건강증진을 꾀한다. 사업 대상 지역은 홍동면의 33개 마을이고, 2020년 사업 비로 1억 600만 원이 배정되었다. 이 중 건강공동체인 건강리더 활동 지원 자체 사 업비로 1000만 원이 확보되었고, 농업환경보전프로그램 연계 사업비로 6800만 원, 홍성여성농업인센터 연계 사업비로 800만 원이 확보되었다.

'홍동다움' 사업의 추진체계는 〈그림 4-3〉과 같다. 먼저 주민 조직이 홍동면 보건지소 및 보건진료소 인원과 연계하여 지역의 건강 문제를 식별하고, 그 내용을 홍성군 보건소의 '홍동다움' 추진 실무단과 운영협의회에 전달한다. 이후 실무단

과 협의회는 건강 문제 개선안을 도출하여, 이를 토대로 주민 조직이 보건지소 및 보건진료소와 함께 건강 활동을 전개한다.

〈그림 4-3〉 '홍동다움' 사업추진체계



자료: 한국건강증진개발원(2021: 170).

사업 내용은 다음과 같다. 첫째, 지속가능한 건강 거버넌스 구축을 목적으로, '홍동다움' 운영협의회가 지역사회에 산포된 보건의료복지 자원을 발굴한다. 운영협의회는 민간 부문 대표, 홍동면장, 보건소장으로 구성된다. 또한 13명의 공공및 민간 조직 인원으로 구성된 실무단이 건강 문제 자원 간 연계 협의회를 월 1회개최한다.

둘째, 홍동면 주민 중 보건의료 서비스 사각지대에 있는 집단을 발굴하고, 지역 밀착형 건강돌봄 서비스를 제공한다. 이를 위해 먼저 건강리더를 양성한다. 건강리더는 마을별로 1명(토박이 주민 21명, 귀농·귀촌인 12명), 총 33명이다. 건강리더가 정기적으로 칩거 노인(총 57명)의 가정에 방문하여 비의료적 건강관리를 일부 제공한다. 또한 배우자가 사망한 지 3년 이내인 21명의 초기 독거 노인의 건강자립을 지원한다. 이들을 대상으로 건강리더, 간호사, 정신건강 전문요원이 건강상태를 점검하고, 문제가 있을 경우 개인별 맞춤형 자립 프로그램(만성질환 및 영양관리, 우울증 상담, 위생 관리)을 제공한다.

셋째, 보건진료소 특화 프로그램을 제공한다. 홍동면 금당 보건진료소가 관할하는 11개 마을을 대상으로 남성 전용 경로당을 마련하고, 지역의 유기농산물을 활용하여 독거 남성 총 20명에게 영양 및 조리 교육을 제공한다. 전반적인 영양관리, 신체활동 증진, 구강 보건, 우울증 예방관리 서비스까지 제공한다. 화신진료소

가 관할하는 4개 마을을 대상으로는 보건진료소장의 역할을 건강리더가 일부 분 담하여 건강정보 위주의 교육을 실시한다. 건강리더는 주민 23명을 대상으로 알 고 싶은 건강정보를 물어보고, 이를 반영하여 정보를 전달한다.

넷째, 지역 자원을 개발하고 활용하여 홍동면 33개 마을을 대상으로 주민의 건 강을 관리하고 건강정보를 체계화한다. 홍성군의 우리동네의원²⁶⁾이 1차 진료를 담당하고, 여성농업인센터가 사업비 일부를 지원한다. 전체 경로당을 대상으로 경로당 방문 진료 및 검진 서비스를 제공하고, 생활건강교실을 지원한다. 또한 의료사협, 보건소 등이 주도하여 건강정보 소식지를 발행한다.

다섯째, 2014년에 지정된 유기농업특구의 장점을 활용하여 주민의 영양을 관리하고 안전 먹거리를 제공한다. 농업환경보전 프로그램에 기반하여 친환경 농산물을 생산한다. 생산된 농산물을 '할머니먹거리협동조합'에서 건강 식단 기준에 맞게 가공하고, 이를 홍동농협이 유통한다. 전 과정에 보건소가 환경보건 교육, 조리자 위생관리 등을 계기로 관여한다.

여섯째, 홍동면 노인의 구강 건강증진을 목적으로 경로당 33개소에 다인용 첫 솔걸이를 부착하고, 다중이용시설에 치약코팅 칫솔을 비치한다. 또한 올바른 칫솔질을 교육하며, 칫솔질 실천 홍보 스티커를 부착한다. 노인들은 인지기능이 저하되어 혈압 수치 인지 능력이 낮을 수 있다. 이에 혈압 인지율 제고를 목적으로 색상으로 구분되는 혈압 온도계 배포 등의 서비스를 제공한다.

²⁶⁾ 홍동면 주민들이 설립한 의료 사회적 협동조합이다.

〈그림 4-4〉 '홍동다움' 구강 보건 및 혈압 관리 서비스



자료: 한국건강증진개발원(2021: 173).

2.3.3. 성과

'홍동다움' 사업의 결과 지역 자원을 발굴하고 이용하여 면 지역의 보건의료 자원 부족을 어느 정도 극복했다는 평가를 받는다. 우선 조례를 개정하여 건강리더의 활동을 지원할 법적 근거를 마련하였다. 또한 기초생활거점육성사업 거점센터 건립에 건강증진 서비스 운영 시설을 포함시켰고, 주민자치위원회 보건복지분과를 신설하였다. 보건진료소 권역별 특화 프로그램을 통해 참여자의 건강 상태가 개선되었다. 무엇보다 지역 맞춤형 통합건강증진사업이 면 지역에서 활성화사례를 제시했다는 점에 의의를 찾을 수 있다.

〈표 4-7〉 '홍동다움' 사업 성과

단위: 건 회 명 %

| 성과지표 | 실적 및 달성도 | | | | |
|------------------|----------|--------|------|--|--|
| 8파시표 | 목표 | 실적 | 달성률 | | |
| 건강거버넌스 연계 협력 | 10건 | 12건 | 120% | | |
| 건강지킴이 소외계층 건강돌봄 | 300회 | 477회 | 159% | | |
| 지역 자원 연계 주민역량 강화 | 1,500명 | 1,909명 | 127% | | |
| 혈압 인지율 개선 | 45.9% | 53.6% | 116% | | |
| 칫솔질 실천율 개선 | 53.2% | 55.3% | 104% | | |
| 건강리더 만족도 | 90% 이상 | 93% | 100% | | |
| 수혜자 만족도 | 90% 이상 | 96% | 100% | | |

자료: 한국건강증진개발원(2021: 173).

3. 지역사회 통합돌봄사업: 충남 청양군, 노인 밑반찬 배달 서비스

농촌 지역 중 지역사회 통합돌봄 선도사업을 시행하는 곳으로는 충남 청양군과 충북 진천군이 있다. 충남 청양군은 노인 대상 먹거리 돌봄 서비스가 잘 알려져 있 다. 영양 관련 사업이므로 이 연구의 예방적 건강관리에 해당한다.

충남 청양군은 1읍·9면으로 구성된 농촌 지역이다. 2022년을 기준으로 고령화율이 37.9%에 이르고, 인구수가 지속적으로 감소하여 현재 소멸위험 지역으로 분류된 곳이다(조승연 외, 2022: 91). 주민 대부분이 농업에 종사하며, 독거 노인 가구가 약 3000가구에 이를 정도로 잠재적인 돌봄 사각지대가 넓다.

청양군은 2020년 '지역민과 함께하는 품위 있는 노년'을 슬로건으로 재정 지원, 자체 사업, 연계 사업으로 총 24개의 세부 사업들을 추진한 바 있다(정덕진 외, 2020: 44).

세부 사업 내용 중 예방적 건강관리 서비스로 분류할 수 있는 것들은 영양보충 형 식사배달 사업, 맞춤형 운동 처방 사업, 만성질환 독거 노인 통합건강증진사업 이다. 청양군 통합돌봄센터는 군내 노인의 영양 상태 개선을 목적으로 밑반찬 배달 서비스를 제공하여 언론의 관심을 받은 바 있다. 사업 내용은 청양군 보건의료원 에서 제시한 식단표에 따라 돌봄센터 조리실에서 노인 일자리 사업으로 고용된 주 민이 저염식 반찬을 조리하여, 이를 생활지원사와 사회복지사가 영양 상태가 부 실한 노인의 가정으로 직접 배달하는 것이다. 밑반찬은 주 2회 배달되며, 대상자는 소득 수준에 관계없이 통합돌봄 대상자로 선정되면 월 1만 원의 실비만 부담한다.

⟨표 4-8⟩ 충남 청양군 지역사회 통합돌봄 선도사업 내용

| 구분 | 세부 내용 |
|--------|--|
| 재정지원사업 | - 통합돌봄센터 운영 - 맞춤형 주거환경개선사업 - 영양보충형 식사배달사업 - 돌봄형 이동지원사업 - 방문인지 재활사업 - 우리마을 돌보미사업(비공식자원 육성) - 맞춤형 운동처방사업 - 방문 이미용사업 |
| 연계사업 | - 요양병원 통합 환자평가 케어플랜 수립 - 의료급여 사례관리 강화 - 재가 의료급여 시범사업 - LH 고령자 복지주택사업 |
| 자체사업 | - 민원처리방사업 - 주민자치형 돌봄사업 - 우리마을 주치의사업 - 효자손케어사업 - 노노케어 - 경로당 공공급식사업 - 초기치매 독거 노인 통합관리사업 - 만성질환 독거 노인 통합건강증진사업 - 독거 노인 건강, 안전알림(IoT) 서비스 - 노인 맞춤돌봄 서비스 - 의료기관 퇴원지원 시범사업 |

자료: 정덕진 외(2020: 44).

농촌 특성상, 읍면 배후 지역의 노인 중 영양 상태 취약 집단을 식별하는 것이 중 요하다. 청양군은 면 단위 지역에서 마을 이장, 부녀회장들이 협력하여 영양 상태 가 열악한 대상자를 직접 발굴하고, 돌봄센터에 정보를 제공하도록 지원한다.

밑반찬 배달 서비스는 청양군의 먹거리 종합계획과 관련되어 있다. 청양군은 2018년 농림축산식품부의 지역 먹거리 종합계획(푸드플래) 참여 지방자치단체로 선정되었다. 청양군 대치면 탄정리의 공공급식 지원센터, 농산물 종합가공센터, 농산물 안전성 분석센터가 중심적으로 역할을 하고, 서비스에 필요한 농산물을 제공한다.

⟨그림 4-5⟩ 청양군 밑반찬 조리 및 배달사업



자료: CY 미디어 청양(2021. 1. 8.), "청양군, 지역사회 통합돌봄 대상자 대폭 확대"; 경향신문(2022. 10. 25.), "노인 통합돌봄 식사만족도 뚜렷".

4. 해외의 예방적 건강관리 정책 사례

4.1. 핀란드의 North Karelia Project(NKP)27)

4.1.1. 배경

핀란드는 국토의 약 95%가 농촌 지역이며, 기업체의 40%가 농촌 지역에 위치한다(Kattilakoski 외, 2022: 13)〈그림 4-6〉. 2022년 기준으로 핀란드 전체 국토 면적 중 대부분이 농촌으로, 핀란드 인구의 26%가 농촌 지역에 거주하였다 (Statistics Finland, 2023).

Population by area (source: Statistics Finland 2018) Sparsely Rural area Rural heartland populated close to rural Local centres urban area area in rural areas area **Rural** areas 276 354 310 102 528 531 396 569 Inner urban area Outer urban area Peri-urban area 597 315 1 309 677 2 029 107

〈그림 4-6〉 핀란드의 지역별 인구 분포

자료: Kattilakoski 외(2022: 16).

²⁷⁾ 이 절의 내용은 한국보건사회연구원의 최은진 연구위원이 원고 위탁을 받아 작성한 내용을 요약 정리한 것이다.

1960년대 핀란드 국민의 허혈성 심장질환 유병률이 높아 국가적 문제로 부각된적이 있다. 심장질환의 주요 원인으로 핀란드 국민의 높은 혈중 콜레스테롤 수치가 제기되었다. 제2차 세계대전 이후 생활 수준이 향상되고, 낙농이 발전하여 이전보다 다량의 식품이 유통되었다. 과거에는 유제품인 버터, 크림, 우유, 치즈 등이 건강식품으로 인식되어 핀란드 국민의 섭취량이 많았고, 결과적으로 관상동맥심장질환으로 인한 사망의 주요 원인이 되었다. 또한 핀란드 남성의 경우 60% 이상인 높은 흡연율도 높은 허혈성 심장질환 발병률의 주요 원인으로 제기되었다.

핀란드 동부의 북 카렐리아 지역은 1970년대 이전만 해도 소득 수준이 매우 낮고, 지역 농산업이 소규모 농업과 임업 정도에 불과한 농촌 지역이었다. 북 카렐리아 지역 주민의 심장질환 유병률 역시 매우 높았다. 인구 10만 명당 해당 지역 중년남성의 관상동맥 심장병 사망률이 높았고, 40~50세 심장마비 사망자 수가 핀란드전역에서 가장 많은 지역이었다. 북 카렐리아 지역의 심장질환의 주원인 역시 고콜레스테롤과 흡연으로 지목되었다.

북 카렐리아 지역의 건강 보건 전문가들은 이 지역의 높은 심장질환 유병률이 지역 주민의 생활 방식과 관련된 것일 수 있다는 의견을 제시하였다. 이후 지역사회 전 지역을 대상으로 건강증진 사업에 대한 공감대가 형성되었다. 세부적으로, 포화지방 다량 섭취, 흡연과 같은 건강 위해 요인을 차단하여 심장질환과 뇌졸중등 만성질환 유병률을 감소시킬 정책 방안에 몰두하게 되었다.

4.1.2. 목적, 인력, 사업 기간 등

NKP의 목적은 지역 주민들의 건강한 식생활을 유도하고, 흡연율을 감소시켜 심장 관련 만성질환 유병률을 낮추는 것이다. 세부적으로 ① 저지방 식이를 권장 하여 혈중 콜레스테롤을 감소하고, ② 저염식이를 통해 혈압 수준을 조절하며, ③ 금연 프로그램을 제공하여 종합적으로 심장질환을 예방할 프로그램을 제공하는 것이다. 즉 질환 치료보다는 예방을 중심으로 만성질환 발병을 사전적으로 차단하고, 지속가능한 공중보건 정책 기반을 조성하려는 목적으로 시작되었다. 현재

까지도 프로젝트에서 제시한 건강식생활 권고 사항이 지속되고 있다.

제1차 NKP 기간은 1972~1977년까지였고, 프로그램 시작 전에 종합적인 사전조사와 사후 평가 계획이 수립되어 있었다. 1차 기간 이후에도 사업이 지속되었고, 핀란드 전역으로 확대되어 국가적 차원의 건강관리 사업으로 자리 잡았다. 프로젝트는 1997년까지 총 25년 동안 시행되었다. 전국적 사업 종료 후에도 북 카렐리아 지역에서는 프로젝트가 지속되었다〈표 4-9〉.

⟨표 4-9⟩ NKP 연혁

| 연도 | 사업 내용 |
|----------------|---|
| 1972~1977년 | - 북 카렐리아의 심혈관질환 예방을 목적으로 언론홍보, 다양한 지역사회 조직 및 보건 서비스 참여, 사회지도층과 대중 동원 등 활동 |
| 1977년 | - 북 카렐리아와 쿠오피오(Kuopio)에서의 5년간 인구조사 |
| 1977~1982년 | - 북 카렐리아에서 프로젝트 지속: 지역사회 자원의 통합적 활용 - 국가적 활동의 시작 및 중재(TV 프로그램, 보건정책 등) |
| 1982~1987년 | - 북 카렐리아 시범지역 활동 및 WHO/CINDI와 Interhealth 프로그램의 국가적 활동 지속(주요 만성질환 통합적 예방 및 건강증진) |
| 1987년 | - 북 카렐리아, 쿠오피오 및 핀란드 남서부 지역 대상으로 15년간 인구조사 |
| 1987~1992년 | - 북 카렐리아에서 국가적 활동 지속, 콜레스테롤을 낮추는 식단 변화를 통해 관상동맥성 심장질환 예방 강화에 중점(식품 제조업자와 협력 강화) |
| 1992년 | - 북 카렐리아, 쿠오피오 및 핀란드 남서부, 헬싱키에서 20년간 인구조사: NKP 추적 조사는 점진적으로 국민 건강 위해 요인 모니터링 시스템으로 발전 |
| 1992~1997년 | - 북 카렐리아 및 국가 전역적으로 활동 지속 |
| 1997년 | - 25년 후 프로젝트 종결이 선언되었으나, 북 카렐리아에서는 지속 |

자료: 한국건강증진재단(2013: 23).

NKP는 페카 푸스카(Dr. Pekka Puska)의 지휘 아래 지역 주지사, 공중보건원 사무국장, 지역 건강국장 등이 책임자로 역할을 하였다. 이들은 프로젝트 초창기부터 종료까지 지속적으로 사업에 참여하였다〈표 4-10〉.

〈표 4-10〉 NKP 주요 참여 인력

| 직책 | 이름 및 참여 연도 |
|------------------|--|
| 연구책임자 | Pekka Puska (1972~1997) |
| 프로젝트 책임자 | Pekka Puska (1978~1997) |
| 공동 책임조사관 | Jaakko Tuomilehto (1972~1997) Aulikki Nissinen (1977~1997) Jukka T. Salonen (1977~1982) Erkki Vartianen (1987~1997) |
| 프로젝트 조정관 | Heikki J. Korhonen (1982~1997) |
| 현장 사무소 소장 | Vesa Korpelainen (1986~1997) |
| 북 카렐리아 주지사 | Esa Timonen (1972~1992) |
| 국립공중보건원 사무국장 | Jussi Huttunen (1978~1997) |
| 북 카렐리아 지역 건강국장 | Ismo Helenius (1972~1997) |
| 북 카렐리아 주 의무관 | Vaino Soininen (1972~1978) Pertti Puhakka (1978~1997) |
| 북 카렐리아 병원, 내과 국장 | Helge Honkapohja (1972~1980) Harris Mustaniemi (1980~1992) Juha Mustonen (1992~1997) |

자료: 한국건강증진재단(2013: 24).

4.1.3. NKP의 내용

NKP는 지역사회 맞춤형 건강관리 서비스의 개발과 전파를 골자로, 서비스 연구진이 다학제(의학, 역학, 사회학, 행동학)적 전문성에 기반하여 지역사회와 주민의 특징을 파악하고, 지역 특성에 맞는 건강관리 서비스를 개발하고 전파하였다. 'We are in the North Karelia Project'와 '모든 정책 안에 건강을'과 같은 슬로건을 제시하여 지역 주민의 애향심을 환기하고 건강증진 활동을 실생활에 적용할 수있도록 요리 교실과 같은 자조 활동을 지원하였다.

NKP의 건강식생활 정책과 관련된 세부 내용은 다음과 같다. 첫째, 지방, 포화지방, 고콜레스테롤이 함유된 식품 소비를 감소시키는 것이다. 그 대신 저지방 우유, 무지방 우유, 발효유를 섭취하고, 고지방 식품보다는 저지방 유제품을 섭취하며, 버터와 마가린 사용량을 줄이고, 버터와 오일을 섞은 소프트 버터 또는 소프트 마가린을 사용하게끔 지원한다. 또한 소고기 대신 생선과 가금류를 섭취하되 소고기 섭취 시에는 지방을 제거하고 섭취하며, 식품 조리 시 동물성 지방 대신에 식

물성 기름을 사용하도록 권고하고, 통곡물 시리얼 섭취를 장려하며, 채소와 뿌리 식품, 과채류 섭취를 권고하는 등이다. 특히 트랜스 지방이 포함된 하드 마가린은 1980년대부터 생산이 금지되었다.

둘째, 흡연과 같은 건강 위해 행동의 차단을 위한 지속적인 교육 제공이다. 언론 매체뿐만 아니라, 핀란드 지역 및 국가 보건부처가 공공 및 민간단체들과 보건센터, 학교까지 프로젝트 지휘부와 연계하였으며, 이들이 하나의 목적을 위해 활동하였다〈그림 4-7〉. 근거에 기반한 보건 교육 자료와 정보를 제공하였으며, 국가적으로 식품산업 변화와 담배 규제 정책을 도입하였다. 건강식생활 교육을 목적으로 1972~1977년의 1차 사업에서 언론이 건강식생활의 효과와 장점을 다룬 교육자료를 배포하였다. 보건의료인과 급식업체 직원, 일반인을 대상으로 건강식생활관련 세미나를 지속적으로 개최하였다. 가령 다이어트와 관련된 회의는 167번 진행되었고 1만 2100명이 참여하였다. 북 카렐리아 부녀단체에서 마을 단위로 건강한 식단을 제공하는 연대 행사를 진행하여 1만 5000명이 참여하였으며, 사업장,학교, 병원, 레스토랑의 단체급식업체 대상으로 건강식품 제공 프로그램을 운영하였다.

지역사회 지역사회 단체 의사결정 대표자 • 매스미디어 • 건강 및 타 서비스 • 비공식 FF 기구 • 산업, 비지니스 법률 제정 초기 시행자 외부 프로젝트 질병 투입 건강 습관 발생률 실천 유지 및 위험요소의 밒 • 지식 변화 동기부여 변화 • 스킬 · 사회적 지지 • 환경적 지원

〈그림 4-7〉 NKP의 추진체계

자료: 한국건강증진개발원(2021: 170).

특히 NKP에 근거하여 1980년대부터 전국적 프로젝트가 시작되었다. 1981년 국민영양지침, 1987년 핀란드 관상동맥 심장질환 예방 가이드라인이 개발되었고, 이후 정기적으로 개정되었다. 1985년 국가 보건정책에 건강식생활 정책이 포함되었으며, 핀란드 식품 기업이 협력하여 저지방 식품을 생산하였고, 다양한 식물성 오일이 개발되었다. 핀란드 심장협회와 같은 자발적 단체의 활발한 활동도 프로젝트 확산에 중요한 역할을 하였으며, 매거진, 신문기사, 텔레비전, 라디오 프로그램 등 언론매체가 보건 이슈를 중점적으로 다루었다.

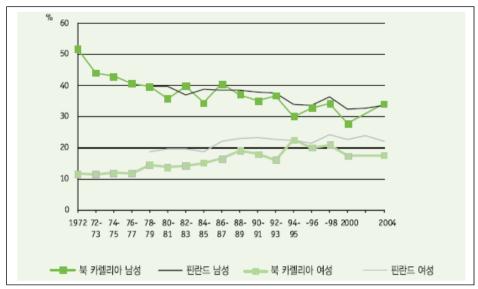
4.1.4. NKP의 성과

가. 흡연율의 변화

NKP 기간 동안 북 카렐리아 지역뿐만 아니라 핀란드 전역에서 흡연율이 감소하였다. 1972년 시점에서 북 카렐리아 지역의 25~59세 남성 중 흡연자의 비율은약 51%였으나, 1980년까지 흡연율이 지속적으로 감소하였다. 이후 2004년까지 흡연율이 증감을 반복하며 감소 추세를 보였다. 핀란드 전역보다 북 카렐리아 지역의 흡연율 감소 추세가 더욱 두드러지게 나타났다.

북 카렐리아 지역의 25~59세 여성 흡연율은 1970년 약 12%였으며, 점차 증가하여 2024년에는 약 18%였다. 즉 남성 흡연율은 감소 추세였지만, 여성 흡연율이증가 추세를 보였다. 그러나 이러한 흡연율의 증가 추세는 북 카렐리아 지역에서더 낮게 나타났다〈그림 4-8〉.

〈그림 4-8〉 NKP의 흡연율 감소 효과

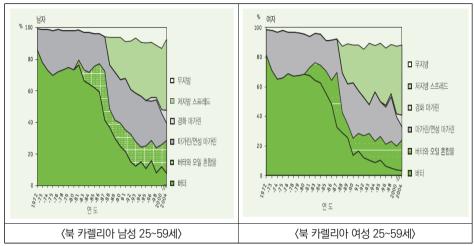


자료: 한국건강증진개발원(2021: 87).

나. 식생활의 변화

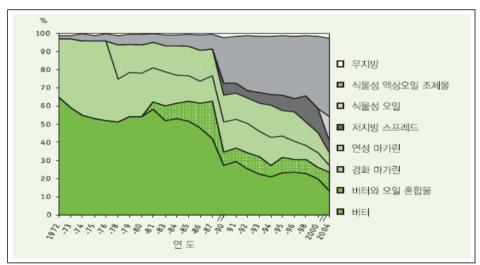
NKP 기간 동안 북 카렐리아 주민의 식습관이 건강한 식생활 방향으로 크게 변화하였다. 1972~2004년 25~59세 북 카렐리아 주민이 주로 이용하는 빵 스프레드의 종류 중 버터, 마가린의 이용률은 감소한 반면, 저지방 및 무지방 스프레드이용비율은 증가하였다. 이러한 비율의 변화는 대체로 남성과 여성 모두에서 동일하게 나타났다〈그림 4-9〉. 요리할 때 사용하는 지방의 종류도 버터, 마가린과 같이콜레스테롤이 높은 것에서 식물성 액상오일 조제물, 식물성 오일, 무지방 위주로변화하였다. 이러한 변화는 NKP 증기(1990년) 이후에 더 현저히 나타났다〈그림4-10〉.

〈그림 4-9〉 NKP의 식습관 변화 효과: 빵 스프레드 종류의 변화



자료: 한국건강증진개발원(2021: 90).

〈그림 4-10〉 NKP의 식생활 변화 효과: 요리용 지방 사용 비율



자료: 한국건강증진개발원(2021: 90).

우유 소비도 북 카렐리아 남성과 여성 모두 저지방류를 소비하는 방향으로 변화하였다. 1972년 남성의 약 71%, 여성의 약 57%가 고지방 우유를 주로 소비하였지만, 1993년까지 주로 고지방 우유를 소비하는 남성의 비율이 약 14%로 감소하

였고, 여성은 약 9%까지 감소하였다. 반면 남성과 여성 모두 탈지 우유 소비 비율은 지속적으로 증가하였다<그림 4-11〉.

% 100 남자 여자 100 90 90 70 □ 우유를 마시지 않음 70 □ 우유를 마시지 않음 60 60 ■ 탈지우유 ■ 탁지 우유 50 □ 1% 유지방 우유 □ 1% 유지방 우유 40 40 30 30 ■ 저지방 우유 ■ 저지방 우유 (15% 유지방) (15% 유지방 20 20 ■ 일반 우유 ■ 일반 우유 10 ■ 전유(whole milk). 전유(whole milk), (44% 유지반) (4.4% 유지방) 연도 연도 〈북 카렐리아 남성 25~59세〉 〈북 카렐리아 여성 25~59세〉

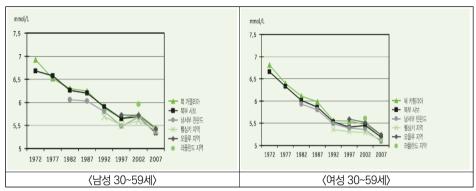
〈그림 4-11〉 NKP의 식생활 변화 효과: 우유 소비 종류

자료: 한국건강증진개발원(2021: 90).

다. 콜레스테롤 및 혈압 수치 감소

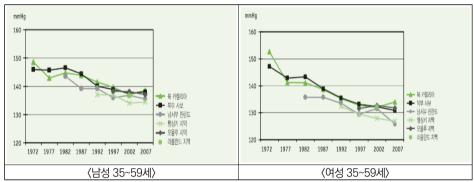
언급했듯이, NKP 기간 동안 식습관이 건강한 방향으로 변화하고, 흡연율이 감소하였다. 동시에 북 카렐리아 주민의 콜레스테롤과 혈압 수치가 감소하였다. 북카렐리아 남성의 혈중 콜레스테롤이 1972년 평균 6.92mmol/l에서 2012년 평균 5.46mmol/l로 21% 감소하였다. 여성의 경우 1972년 평균 6.81mmol/l에서 2012년 평균 5.37mmol/l로 21% 감소하였다. 남성의 수축기 혈압도 1972년에는 다른 지역보다 높았으나, 2012년에는 다른 지역과 비슷한 수준까지 감소하였다〈그림 4-12〉. 북 카렐리아 지역의 평균 혈압 수준이 다른 지역 주민들보다 높았지만, 1972년 사업 시작과 함께 확장기와 수축기 평균 혈압 모두 감소하였다. 특히 북카렐리아 주민의 혈압 감소 폭이 다른 지역 주민들보다 더욱 현저하게 나타났다〈그림 4-13~14〉.

〈그림 4-12〉 NKP의 혈청 콜레스테롤 감소 효과



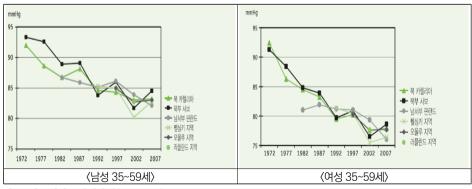
자료: 한국건강증진개발원(2021: 71).

〈그림 4-13〉 NKP의 확장기 혈압 감소 효과



자료: 한국건강증진개발원(2021: 71).

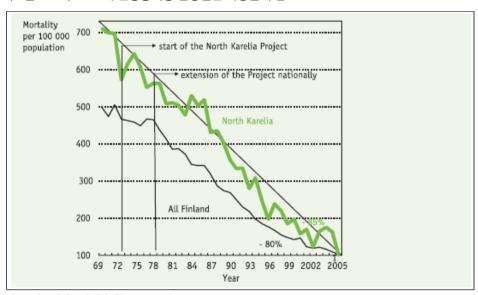
〈그림 4-14〉 NKP의 수축기 혈압 감소 효과



자료: 한국건강증진개발원(2021: 90).

라. 관상동맥성 심장질화 사망률의 감소

NKP 사업과 함께 관상동맥성 심혈관질환 사망률이 감소하였다. 1969년경 인구 10만 명당 관상동맥성 연령 표준화 심장질환 사망률이 핀란드 전역에서는 약500명 수준이었으나, 북 카렐리아 지역은 그보다 더 높아, 약700명 수준이었다. 1972년 사업 시작과 함께 관상동맥성 심장질환 사망률이 급격히 감소하였고, 사망률의 감소폭이 핀란드 전역보다 북 카렐리아 지역에서 현저히 크게 나타났다. 즉 북 카렐리아 지역을 대상으로 시작된 NKP가 실제로 지역 주민의 건강 성과를 향상시키는 결과를 가져왔다.



〈그림 4-15〉 NKP의 관상동맥성 심장질환 사망률의 감소

자료: 한국건강증진개발원(2021: 126).

4.2. 호주의 AgriSafe 프로그램 및 건강증진 정책²⁸⁾

4.2.1. 개요

호주 연방정부의 보건정책 관련 부서는 Department of Health and Aged Care로서, 보건의료 서비스의 공급 및 관리, 전반적인 질병관리 정책을 시행한다. 우리나라의 HP2030과 마찬가지로, 예방적 건강관리 정책이 National Preventive Health Strategy 2021~2030년에 제시되어 있다(Australian Government Department of Health, 2021).

국민의 생애주기 맞춤형 건강관리 체계 수립을 목적으로 건강 위험요인의 차단, 건강 형평성 제고, 질병 부담의 완화, 예방적 건강관리에 대한 투자 등을 과제로 제시한다〈그림 4-16〉. 질병 예방 차원에서 흡연율 감소, 건강식생활 개선, 신체활동 증가, 암예방 검진 확대, 음주 및 약물 폐해 감소, 정신건강 보호 및 증진 등의과제를 제시한다. 상기 전략은 정부, NGO, 지방의 보건 서비스 제공자, 민간 서비스 제공자, 산업체, 지역사회뿐만 아니라, 개인이 참여하게 된다.

²⁸⁾ 이 절의 내용은 한국보건사회연구원의 최은진 연구위원이 원고 위탁을 받아 작성한 내용을 요약 정리한 것이다.

⟨그림 4-16⟩ 호주 정부의 국가예방정책전략 개요



자료: National Preventive Health Strategy 2021-2030.29)

4.2.2. 농업인 건강관리센터의 설립 배경 및 목적

호주 국민 중 건강관리 중점 대상으로 농촌 주민이 거론된다. 호주 인구의 28%는 농촌 주민이며, 이들은 도시민보다 입원율, 사망률, 손상 경험률이 높고, 보건의료 서비스 기관에 대한 접근성이 낮다(Australian Institute of Health and Welfare, 2022). 특히 2016~2020년 사망원인 분석 결과, 농촌 주민은 도시민보다관상동맥 심장질환 사망률과 교통사고 사망률이 높은 것으로 나타났다. 특히 2017년을 기준으로 호주의 농림어업인 중 사고 사망자 수가 전체 사고 사망자 수의 27%에 이를 정도로 사고율이 높았다. 그러나 이러한 질환과 사고는 조기 개입과 중재로 예방 가능하다.

농업인 또는 농촌 주민의 건강 위험요인을 조기에 발견하여 건강을 증진하고 만성질환을 예방하며, 안전사고를 방지할 목적으로 농업인 건강관리센터 (National Center for Farmer Health: NCFH)가 2008년 설립되고, AgriSafe 프로그램이 시행되었다. AgriSafe 프로그램은 농업인, 농업 노동자, 농업인 가족의 건강

²⁹⁾ National Preventive Health Strategy(https://www.health.gov.au/resources/publication s/national-preventive-health-strategy-2021-2030?language=en), 검색일: 2023. 4. 13.

을 증진하고, 안전을 제고할 목적으로 마련된 교육 프로그램을 의미한다. NCFH는 빅토리아 주정부의 Western District Health Service의 지원과 Deakin 대학과의 파트너십으로 운영된다.³⁰⁾ AgriSafe 프로그램에는 농업 관련 보건 전문가 양성을 목적으로 지역사회와 교육기관의 연계 방안 수립도 포함된다.

〈그림 4-17〉 호주의 농업인 건강계획(2019~2023년) 개요



자료: The National Centre for Farmer Health(https://farmerhealth.org.au/page/about-us), 검색 일: 2023. 4. 6.

4.2.3. AgriSafe 프로그램의 내용

AgriSafe 프로그램은 총 14개 세부 프로그램으로 구성되어 있다. 프로그램 대부분이 농업인의 건강을 증진하고 안전을 제고하는 것으로, 크게 교육 프로그램과 건강검진 프로그램으로 구분된다(표 4-11).

³⁰⁾ The National Center for Farmer Health 2023(https://farmerhealth.org.au/page/about -us), 검색일: 2023. 4. 6.

〈표 4-11〉 AgriSafe 세부 프로그램의 유형과 내용

| 유형 | 내용 |
|--|---|
| AgriSafe 진료소(clinics) 운용 | • 진료소 ³¹⁾ 에서 무료로 농업인의 건강 상태를 체크 ³²⁾ 하고, 건강 및 안전 위험요인을 식별 • 안전 장비 구입 지원 |
| 지역사회 지원 프로그램 (Community Support) | 개인별 건강생활 습관에 대한 평가 후 교정 방안 제시 지역사회 농업인을 대상으로 건강 세미나와 워크숍 프로그램을 제공하여 건강 및 안전에 대한 집체교육 |
| 학교에서 제공되는 건강안전 교육 (Shifting Gears) | • 시청각 자료를 이용하여 교사가 지역 농업인에게 건강 및 안전 교육 프로그램 제공 |
| Digital Storytelling | • 개인별 건강관리, 가족 사망, 가뭄, 장애, 경제적 문제 등에 대한 극복 방법을 다룬 영상을 제작하여, 정신건강 관리 및 증진 사례 전파 |
| Gear Up for Ag Health and Safety | • 고등학생을 대상으로 농업활동 중 발생할 수 있는 사고 예방과 안전 교육, 건강증진 프로그램 제공 |
| iFarmwell | • 농업인의 생활 경험을 바탕으로 한 tool kit을 제공하여 농업인의 일상적 정서 안정 프로그램 제공 |
| Mental Health 4g | • 농업인들 간 상호 유대감 형성과 자조활동을 위한 교육 프로그램 마련 |
| Sustaianble Farm Families | 워크숍 프로그램을 제공하여 농업인의 건강지표를 개발하고 건강 상태를 평가 농업인의 건강, 안전, 삶의 질 향상을 위한 프로그램 제공 농업인 가족의 건강, 농촌 지역 주민의 건강증진과 생산성 향상을 위한 정보제공 |
| The Ripple Effect | • 남성 농업인의 자살 계획 및 시도 감소 목적의 교육 프로그램 제공 |
| Health and Lifestyle Assessment | • 농업인의 혈압, 콜레스테롤, 비만, 당뇨 상태에 대한 무료 건강검진 프로그램 제공 |

자료: The National Centre for Farmer Health(https://farmerhealth.org.au/community-support-programs), 검색일: 2023. 5. 9.

교육 프로그램은 Shifting Gears, Gear Up for Ag Health and Safety, Sustainable Farm Families와 같이 농업인뿐만 아니라 가족, 그리고 향후 농업에 종사할 수 있는 농촌 지역 고등학생들에게까지 제공된다. 검진 프로그램은 Health and Lifestyle assessment뿐만 아니라 진료소에서도 제공된다. 특히 Digital storytelling, iFarmwell, Mental Health 4g과 같이 농업인의 정서 및 정신건강 증진 목적의 프로그램도 제공된다. 요약하면 세부 프로그램들의 목적과 내용이 다르지만, 농업활

^{31) 2023}년을 기준으로, 호주 서부지역에 2개소(Hamilton·Penshurst), 북부지역에 1개소 (Gannawarra Shire), 남부지역에 1개소(Moira Shire & Greater Shepparton) 위치.

³²⁾ ① 혈액검사: 혈중 글루코스, 지질 검사, ② 혈압 체크, ③ 비만도 측정, ④ 호흡기 체크, ⑤ 청각·시 각 검사, ⑥ 피부병 검사, ⑦ 소변검사, ⑧ 농화학 물질 노출 여부 검진, ⑨ 안전장비 검사 서비스.

동 중에 발생할 수 있는 모든 사고의 원인에 대한 조사와 사고 발생률 감소 방안에 대한 교육 내용이 포함되어 있다.

추가적으로 프로그램 운용 인력 조달 방안이 마련되어 있다. 가령 Deakin 대학은 농업 건강 및 의학 과정에 대한 자격증(Graduate Certificate of Agricultural Health and Medicine) 과정을 온라인 과정으로 제공한다. 자격증 보유자는 NCFH의 인력으로 우선 채용되므로, 지속적인 센터 운용 인력을 확보할 수 있다.

5. 시사점

농촌 지역의 경우 보건소가 군 지역 중심지에 위치하여 지역사회 통합건강증진 사업 내용이 면 지역 주민들에게까지 양적으로 충분히 공급되기 어렵다. 더욱이 필수 사업 지정이 과다하고, 사업 인력이 부족하며, 서비스 간 통합이 어려워 도시 민보다 농촌 주민에게 더욱 긴요한 건강관리 서비스가 질적으로도 부족하였다. 특히 지역별로 다를 수 있는 농촌 주민들의 만성질환 및 건강관리 실태, 건강관리 서비스 수요가 사업에 면밀히 반영되지는 못하였다.

언급한 사례들은 지역사회 통합건강증진사업의 한계점을 극복하고 주민의 건강 문제를 주민 참여에 기초한 방식으로 또는 혁신적으로 해결하였다. 이 절에서는 향후 지역사회 통합건강증진사업이 농촌 지역에서 활성화되려면 필요한 변화의 중심 방향을 제시한다.

5.1. 주민자치형 건강관리 환경 조성

농촌 지역마다, 시군에서도 고차 중심지인가 아닌가에 따라 주민들의 만성질 환, 건강관리 실태 및 수요는 다를 수 있다. 또한 같은 면 지역이라 하더라도 면 중 심지와 배후 지역의 주민들 간 건강 불평등이 심각할 수 있다. 이러한 정보를 가장 쉽게 모니터링 할 수 있는 주체는 지역사회 주민이다. 읍 또는 면 지역에서 주민의 건강 문제를 파악할 자치 조직이 결성되어 건강관리 실태와 서비스 욕구를 지역 보건의료 기관에 전달하고, 이에 근거하여 사업 내용이 편성된다면, 마을 단위의 건강관리 체계가 기본적으로 구축될 수 있다.

그러나 마을 자치 조직이 구성된다 해도 규모가 작고, 저변이 약해 조직이 장기 간 지속되기 어려울 수 있다. 마을 단위의 말단 조직 차원에서 주민들이 주도하는 건강관리 서비스가 존속하려면 우선적으로 주민들의 자치력이 강해야 하고 리더 의 역할이 분명해야 하며, 리더의 실천을 보상할 인센티브가 마련되어야 한다. 외 적으로도 주민자치 조직 및 리더의 계획이 전문가의 건강 수준에 대한 진단 및 자 문과 결합해야 하고, 실천을 위해 지역 민간 의료기관과 협조해야 한다(나백주, 2014).

"마을 보건의료 활성화는 주민만의 일방적인 활동으로 이뤄지기 어렵듯이 마찬가지로 전문가만의 일방적인 교육과 자문만으로도 마을 보건의료 활성화는 이뤄지기 어렵다. 주민이 참여하고, 스스로 이루는 활동과 전문가의 협력이 함께 어우러지는 것이 필수적이다. 그러기 위해서는 전문가들의 적절한 숫자가 있어야 하고, 이들의 능력도 질적으로 우수해야 하며, 이런 활동을 보장하기 위한 적절한 예산지원도 있어야 한다." (더퍼블릭뉴스, 2014. 2. 5.)

홍성군 보건소의 '홍동다움'은 이러한 요건을 충족하는 것이 관건임을 보여주는 사례다. 홍동면 특유의 강한 주민자치력에 기반하여 건강리더가 활동할 저변이 마련되었고, 건강리더의 활동이 경제적 인센티브(활동비)와 조례로 보장받았다. 건강리더는 민간 및 공공 의료기관과 연계하여 그들이 현장에서 파악한 건강취약 집단에 대한 정보와 이들의 서비스 욕구를 실무단과 운영협의회에 전달하였고, 이를 종합적으로 반영하여 보건소, 지역 일차의료기관(우리동네의원), 보건지소, 보건진료소가 서비스를 제공하였다. 이 같은 '홍동다움'의 추진체계는 농촌

지역에서 지역사회 주민이 참여하는 보건의료의 기초 모델로 역할을 할 수 있다.

마찬가지로, 핀란드의 NKP는 지역사회의 오피니언 리더 및 엘리트를 이용하여 건강관리의 중요성이 담긴 정보를 지역 주민에게 전파하였다. 연예인, 정치인 등 북 카렐리아 지역에서 중요 인물을 섭외하여 이들이 사업에 대하여 홍보하고, 협의체를 구성하였다(서순려, 2013: 2). 가령 저염식 실천을 목적으로 주부연합, 심장협회, 당뇨협회 등 NGO들과 협력하여, 논의 내용을 프로그램에 적용한 것이다. 즉 프로그램 내용 결정에 상향식 방식으로 지역 주민의 의견을 반영하였다. 프로젝트 내용을 지역 자원을 충분히 활용하는 방향으로 설정하고, 과정과 성과를 주민과 공유하였다. 즉 주민의 참여와 협력이 프로그램 성공에 결정적 역할을 하였다.

호주 AgriSafe의 경우, 정부, NGO, 지역 공공 및 민간 보건의료 서비스 제공자, 대학교, 산업체, 지역사회뿐만 아니라 지역 주민까지 프로그램 운영에 관여하였으며, 지역 농업인이 프로그램 내용 결정에 의견을 반영하고, 지역 공동체 활동을 주도하였다. NCFH가 프로그램의 체계와 목적을 대체로 설정하였지만, 지역 농업인의 참여를 유도하였다.

5.2. 혁신적인 금전적 인센티브 제공(금연성공지원금)

대부분의 보건소는 금연사업의 일환으로 2005년부터 금연 클리닉을 설치하였고, 클리닉을 중심으로 금연 보조제 지급, 금연 상담 및 교육, 금연구역 지정, 금연캠프, 찾아가는 금연 지원 서비스 등의 프로그램을 시행하고 있다. 이러한 프로그램의 세부 내용은 다르지만, 대체로 그 내용과 방향은 동일하다. 즉 비금전적 건강관리 서비스 제공이다.

흡연율을 감소시킬 목적으로 비금전적 금연 프로그램과 금전적 인센티브를 함께 제공할 때, 그 금연 성공률이 현저히 높다. Volpp 외(2009)는 임의배정실험을 통해 참여자를 금연 프로그램에 등록한 사람(대조군)과 금연 프로그램에 등록하

고 금전적 보상까지 제공받은 사람(처리군)으로 구분하여 금연 성공에 대한 금전적 보상의 효과를 분석하였다.

분석 결과, 금전적 보상까지 제공받은 처리군의 금연 성공률이 더 높았다. 구체적으로, 금연 프로그램에 참여 후 9~12개월 시점에서 처리군의 금연 성공률은 14.7%였으나, 대조군은 5.0%에 불과하였다. 15~18개월 시점에서도 처리군의 금연 성공률이 9.4%였으나, 대조군은 3.6% 정도에 불과하였다. 더욱이 금전적 보상을 제공할 경우, 금연 프로그램 참여율 자체가 높았다. Volpp 외(2009)는 금전적 보상의 크기가 작다면 금연 성공 효과가 낮을 수 있어, 보상액은 충분히 커야 한다고 주장하였다. 또한 보상액은 금연 기간에 따라 점증적으로 증가해야 한다고도 주장하였다.

장수군 보건의료원은 노원구 보건소와 더불어 금연성공지원금을 제공하는 보기 드문 지방자치단체이다. 금연 클리닉 등록자가 받는 금연성공지원금은 금연기간에 따라 점증한다. 24개월까지 금연할 경우 받는 지원금이 150만 원으로 Volpp 외(2009)가 제시한 수준33)보다 월등히 높다. 이처럼 건강관리 서비스 참여율과 서비스 효과를 제고할 목적으로 지방자치단체 보건소 차원에서 금전적 인센티브를 다양한 형태로, 다양한 프로그램에 적용해 볼 수 있다. 박은자(2022)는 건강 행동에 따른 건강 인센티브를 원하는 사람의 비율이 약 73% 정도이고, 금연, 절주, 신체활동 등 건강관리 실천 계획이 확고한 사람들이 건강 인센티브에 대해 더욱 긍정적이라고 주장하였다.

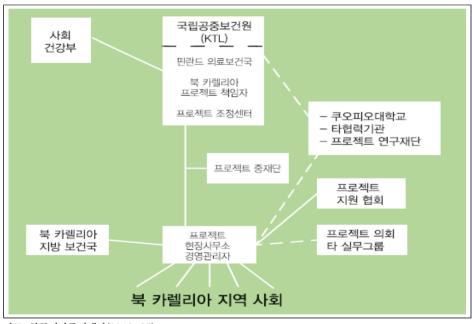
5.3. 지역 자원과 연계한 지속적 사업 운용

NKP의 경우 핀란드 국립공중보건원 소속 푸스카(Dr. Pekka Puska) 박사가 1972년부터 수장으로 25년 동안 사업을 진행하였다. 더욱이 대부분의 프로젝트

³³⁾ 금연 프로그램 완료하면 100달러, 완료 후 6개월 금연하면 250달러, 6개월 이후에도 금연하면 400달러.

인력이 20년 이상 활동하였다. 프로젝트 조정센터가 컨트롤 타워로 작동하였으며, 핀란드 사회건강부, 지역보건국 등과 연계하였다〈그림 4-18〉.

프로젝트 운영 조직이 거미줄같이 상호 연결되어 협업과 연계가 유리하였다. 중앙정부까지 연계하여 북 카렐리아의 성공 사례를 핀란드 전역으로 확대하기 용 이하였다. 프로젝트 조정센터가 지역사회 조직에 있어 주민과 센터의 상호 이익 의 접점을 발견하였으며, 지역 단위 보건소의 의사와 공중보건 간호사의 지원하 에 만성질환 관리 체계를 수립하였다. 즉 프로젝트 컨트롤 타워의 역할이 명확하 였다.



〈그림 4-18〉 북 카렐리아 프로젝트 운영 조직 및 체계

자료: 한국건강증진재단(2013: 25).

호주의 경우, 농업인의 건강증진 및 안전제고 서비스만 제공하는 전담 기구 (NCFH)가 대학, 지역사회 보건의료 자원, 지역 농업인과 충분히 연계하였다. 즉 AgriSafe 프로그램도 NCFH가 개발한 것으로 지역 농업인의 활발한 참여를 전제

하였다. 특히 농업인에게 필요한 건강 및 안전 프로그램을 제공하게끔 지침을 제공하였다. 농업인이 자발적으로 건강관리 프로그램에 등록할 수 있는 AgriSafe network 웹페이지를 통해 교육 프로그램을 홍보하였다. 요약하면, 농업인의 건강 및 안전 문제만 담당하는 전담 기구가 설치되어 사업 조정자(coordinator) 역할을 하고, 지역 보건의료 자원에 연계하여 농업인의 건강 욕구에 부합하는 역할을 하였다. 구체화된 프로그램이 AgriSafe였다.

부안군 보건소의 건강명품만들기 사업 역시 마을회관 10곳을 중심으로 보건지소, 보건진료소, 마을 이장단, 부녀회장까지 연계하였고, 사업 인력만 해도 74명으로 구성된 수준이었다. 부안군민 중 고혈압 인지율과 혈당 수치 인지율이 다른 지역보다 낮다는 점을 파악하여, 인지율 제고를 목적으로 영양, 신체활동, 검사 및 검진, 정신건강까지 가용 가능한 모든 인력을 하나의 통합사업에 투입하였다.

제5장

농촌 주민의 예방적 건강관리 정책의 방향과 과제

농촌 주민의 예방적 건강관리 정책의 방향과 과제

1. 정책 방향

지금까지 살펴본 것처럼, 농촌에서 예방적 건강관리의 필요성과 수요가 크다. 그렇지만 관련 정책의 효과성을 저해하는 요인들이 있다. 그중에서도 핵심은 '보 건의료 분야의 인적·물적 자원 부족'과 '농촌 주민의 접근성' 문제다. 이를 염두에 두고, 농촌에서 주민의 예방적 건강관리 정책의 방향을 다음과 같이 몇 가지 제안 한다.

첫째, 농촌 여건에 맞추어 예방적 건강관리 서비스 공급을 확충하려는 중앙정부의 관심과 노력이 필요하다. 그 같은 노력은 도시와는 다르게 특수한 농촌의 여건을 상세히 고려한 '농촌-인지적(rural-sensitive)'인 정책의 기획으로 현실화되어야할 것이다. 인구밀도가 낮고, 대중교통 여건이 불비하며, 민간 의료기관이 적은 농촌 여건을 고려할 때 예방적 건강관리 서비스 제공에 들어가는 '단위 비용'을 도시와 같은 수준으로 산정할 수는 없다. 농촌에서 주민들이 많이 이용하는 예방접종이나 건강검진 같은 건강관리 서비스 외에, 만성질환 관리를 목적으로 하는서비스의 수요가 많고 이용 경험자들의 평가도 긍정적이라는 점을 간과할 수 없

다. 농촌-인지적 관점에서 정책을 수정 기획한 사례가 아주 없었던 것은 아니다. 2019년의 '일차의료 만성질환 관리 시범사업 안내'에서는 사업에 참여할 수 있는 조건으로 "지역의사회가 관할 지역 20개 이상의 의원을 모집"(보건복지부, 2019: 66)할 것을 조건으로 하였는데, 이후 3차 개정판에서는 "단, 군 지역 및 지역사회 통합돌봄지역의 경우 모집 의원 수가 최소 5개 이상이면 신청 가능"(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021: 13)이라는 단서 조항을 추가한 바 있다. 예방적 건강관리 서비스와 관련된 정책사업들에서 이처럼 농촌의 여건을 고려한 조치를 늘려나가는 노력이 중요하다.

둘째, 대표적인 정책사업인 지역사회 통합건강증진사업이 농촌 현장에서 지역의 사정에 맞추어 한정된 자원을 중요한 대상에게 투입할 수 있도록 관련 정책을 유연화해야 한다. 이는 재정 측면에서는 지금보다 더 실제적인 포괄보조 방식으로 정책을 운용해야 함을 뜻하며, 집행 측면에서는 농촌 지방자치단체의 기획 역량을 향상해야 함을 뜻한다.

셋째, 예방적 건강관리 정책에는 의료적 관점이 필수이지만 돌봄 서비스가 동시에 결합될 때 부족한 자원으로 인해 초래되는 문제를 완화할 수 있다. 보건정책과 사회복지 정책의 '현장 결합형 사업'을 추진할 필요가 있다. 요양보호사나 생활보호사 등 가정을 방문해 활동하는 사회복지 분야의 서비스 제공 정책들이 농촌에서도 적지 않게 투입된다. 그리고 지역사회 통합돌봄사업에서 보듯이, 마을을 방문해 집합적으로 서비스를 제공하는 사례들도 늘고 있다. 그 같은 복지 서비스가제공되는 현장에 검진, 복약지도, 영양교육 등 예방적 건강관리 활동을 결합해 제공하는 방안을 생각해 볼 만하다.

넷째, 예방적 건강관리 활동에 참여할 수 있는 비의료 분야의 민간 인적자원과 농촌에서 활동하는 주민 조직을 관련 사업에 결합시키는 노력이 필요하다. 부안 군이나 홍성군의 사례에서 보듯이, 다양한 지역사회 주민이 나름의 역할을 수행 할 사업 모형을 정립하고 실행할 필요가 있다. 이때 농촌 지방자치단체 내 여러 부 서의 협력과 농림축산식품부의 조력이 필요하다.

2. 정책 과제

2.1. 농촌 여건을 고려한 정책 확대 및 보완

2.1.1. 일차의료 만성질환 관리 서비스 확대 및 협력체계 구축

예방접종이나 건강검진에 비해 다른 종류의 건강관리 서비스 이용륰과 건강관 리 활동 실천율이 농촌에서는 현저하게 낮다. 이와 관련하여 일차의료 만성질환 관리 서비스가 제공되고 있지만, 농촌에서는 그런 서비스에 대한 인지도가 낮은 데, 서비스 제공이 적다는 점도 여기에 한몫한다. 이 서비스를 제공하는 의원이 전 국에 3700곳이지만 그중 농촌에 소재한 의원은 282개로 7.6%에 불과하다. 대한 민국 총인구 중 농촌 인구가 19% 내외인 점을 고려하면, 현저하게 낮은 비율이다. 이 같은 과소 공급의 주된 원인은 농촌 지역 일차의료기관의 인적자원 부족에 있 는 듯하다. 만성질화 관리 서비스에서는 의사가 모든 업무를 단독으로 수행할 수 도 있지만, 간호사 또는 영양사 자격증을 소지한 사람이 만성질화 관리 업무의 일 부를 지원할 수 있다. 환자의 생활 습관 관리 같은 비의료적 건강관리 서비스는 영 양사 코디네이터가 단독으로 제공할 수도 있다. 그렇지만 농촌의 의원에서 영양 사 등의 인력을 단독으로 고용하기는 어려운 조건이며, 그렇다고 해서 의사가 다 른 진료 업무와 더불어 만성질화 관리 서비스 업무를 도맡아 할 수도 없다. 농촌 지 역에 한하여, 민간 의원, 보건소, 보건지소, 보건진료소가 공동으로 비의료적 건강 관리 서비스 담당 인적자원을 공유하면서 협력해 사업을 추진하는 방안을 검토할 필요가 있다.

2.1.2. '건강증진 기능 강화형 보건지소(진료소)'로의 전환

도시 지역이나 인구밀도가 높은 일부 농촌 지역에는 건강생활 지원센터가 설치

되었다. 건강생활 지원센터는 보건소를 중심으로 추진하는 지역사회 통합건강증 진사업 중 일부를 지역 여건에 따라 재량껏 운용하고 특화사업을 시행할 수 있다. 농촌에서는 보건소, 보건지소, 보건진료소로 이어지는 공공 의료기관이 지역사회 통합건강증진사업을 시행하고는 있다. 그런데 의사가 없거나 부족한 보건진료소나 보건지소가 의료기능을 제대로 수행할 수 없다는 상황이 오히려 예방적 건강관리 서비스 창구로 전환될 가능성을 제공한다. 건강생활 지원센터 중 소규모인 동지역 센터에는 상근 인력 3명 이상이 배치된다. 이 3명의 상근 인력은 재량껏 운영된다. 즉, 간호 공무직이 아닌 인력도 배치되는 것이다(예: 물리치료사, 체육지도자, 영양사 등). 보건지소에는 공중보건의 1명과 간호공무직 1명이 의무 배치되며, 보건진료소에는 간호사 또는 조산사 면허를 가진 간호 공무원 1인이 배치된다. 본격적인 의료 서비스 측면에서는 농촌 지역의 민간 의원에 비해 높은 평가를받지 못하는 보건지소와 보건진료소의 기능을 오히려 예방적 건강관리 측면으로전환하면서, 그것을 계기로 비의료적 건강관리 서비스에도 종사할 인력을 확충함으로써 도시의 건강생활 지원센터와 유사한 기능을 수행하게 할 방안을 찾을 필요가 있다.

2.2. 지역사회 통합건강증진 사업의 유연한 기획과 실행

2.2.1. 지역사회 통합건강증진사업의 실질적 포괄보조화

예방적 건강관리 관련 정책에서 현재 핵심이 되는 사업은 지역사회 통합건강증 진사업이다. 총 13개 영역의 사업들로 구성된 이 사업은 표면적으로는 포괄보조 의 형식을 취하여, 지방자치단체마다 각기 여건에 맞게 세부 내용을 편성하게 되어 있다. 그러나 13개 영역 중 필수 사업 영역이 점차 늘어나 현재 8개 영역이 필수로 지정되어 있다. 이처럼 필수 영역의 비중이 높아지면서 인적자원이 부족한 농촌의 보건소 등에서는 지역에서 그 수요가 확인된 것이라 하더라도, 그것이 비필 수 영역의 사업이라면 추진하기가 어렵다. 이 같은 사업 구조는 다른 한편으로 농촌 지역의 보건소 등이 지역사회에 맞춤한 건강증진사업의 내용을 기획하려는 동기를 저하시키는 요인일 수 있다. 필수 영역의 비중을 낮추어 지방자치단체가 독자적으로 필요를 확인해 정책사업을 기획할 여지를 늘릴 필요가 있다.

2.2.2. 지역사회 통합건강증진사업의 지역 특성화 기획 장려

지방자치단체장의 관심이 부족한 경우 한정된 예산을 전국적으로 동형화된 형태의 일회성 사업이나 수당 등으로 소진할 수도 있다. 지역의 인구학적 특성을 반영한 건강증진 프로그램을 기획하고 개발하려는 노력을 촉진해야 한다. 예를 들자면, 전북 장수군에서는 금연 프로그램을 시행하면서 장려금을 참여 주민에게 제공하였고 성과를 거두었다. 그렇지만 이러한 조치가 전국 모든 지역에서 동일하게 성과를 거둘 것이라고는 아직은 확언하기 어렵다. 그리고 장수군의 경우 지역사회 통합건강증진사업과 병행하여 조례 제정 등 장수군의 병행적인 조치가 있었다는 점도 중요하다. 이처럼 특성화된 기획은 지역 여건에 따라서 그 내용이 달라질 수밖에 없다. 그리고 앞에서 소개한 핀란드의 '북 카렐리아 프로젝트(NKP)'나 전북 부안군 및 장수군의 통합건강증진사업에서 보듯이, 지역 특성을 반영할때 사업의 성과를 제고할 수 있음을 잘 보여준다. 그 전제 조건으로 예산 집행을 현재보다 더 유연화하며, 일선 보건의료 기관에 지역에 맞춤한 사업을 기획하도록 유도하는 보건복지부의 대응이 필요하다.

지역 특성화 기획을 위한 지방자치단체 보건 정책 관계자 대상 교육을 강화하 거나 우수한 기획에 대한 포상 확대 등의 조치를 강화할 수 있겠다. 사업 평가에서 핵심 성과지표³⁴⁾ 외에 자체 성과지표에 대한 평가의 비중을 높이는 것도 한 가지 방안이 될 수 있다. 사업 평가 결과가 국고보조금 재원배분 근거로 활용되고 있으 므로, 지역에 특화된 자체 성과지표 설정 및 달성률에 대한 평가 비중을 높이면 인

³⁴⁾ 지역사회 통합건강증진사업의 핵심 성과지표는 현재 건강생활 실천 분야 12개 항목과 만성질환 예방·관리 4개 항목, 총 16개 항목으로 편성되어 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2023: 22).

2.3. 방문형 복지 정책사업과 현장에서 결합한 예방적 건강관리 사업 추진

일반적으로 농촌에 고령 인구가 많다는 점이 주요 만성질환 관리의 어려움을 낳는 중요한 요인이다. 고혈압, 당뇨 등의 유병률 못지않게 관리율이 중요한 지표가 되어야 하는 이유다. 고령 노인이 농촌에서 중요한 정책 대상이 될 터인데, 이들은 대체로 교통약자라는 점이 예방적 건강관리 서비스 이용률 저조의 중요한 원인이다. 즉 방문형 서비스가 필요하다. 지금도 '일차의료 방문진료 시범사업'이 시행되지만, 이 사업은 예방적 건강관리에 목적을 둔 것이 아니며 그 규모도 아주 작다.

한편, 최근에는 사회복지 분야에서 지역사회 통합돌봄사업 등 방문형 돌봄 서비스를 추진하는 사례가 늘고 있다. 충남 청양군이나 충북 진천군의 사례를 들 수있다. 지역사회 통합돌봄사업, 지방자치단체가 시행하는 여러 종류의 돌봄사업, 식사지원 사업 등이 '방문'을 수반할 때가 많다. 이러한 방문형 복지사업과 보건분야의 예방적 건강관리 서비스를 결합할 경우, 효율을 높일 수 있다.

그렇게 하려 할 때 지방자치단체 수준에서는 복지와 보건 담당 부서가 달리 편성되어 있으므로 부서 간 '칸막이'를 해소하도록 돕는 조치가 필요할 터이다. 현재지역사회 통합돌봄사업에 건강관리와 관련된 서비스를 함께 제공할 수 있도록 지침에는 반영되어 있지만, 실제로 그렇게 결합한 사례는 소수에 불과하다. '보건' 부문과 '복지' 부문의 협업이라는 선결 조건이 충족되지 않기 때문이다. 단기간 내에 그런 조건을 충족하기는 어려울 것이다. 그러나 장기적으로는 시군 수준에서 수립하는 '지역사회보장계획'이나 '농어촌 보건복지 기본계획' 등과 같은 법정계획에 보건 및 복지 서비스의 현장 결합형 제공이라는 과제가 명시되도록 유도할필요가 있다. 현재로서는 지역사회 통합건강증진사업과 지역사회 통합돌봄사업의 결합을 유도하는 재정 지원을 우선 고려할 만하다.

2.4. 비의료 분야 민간 인적자원 및 주민자치 조직의 결합 촉진

민간 부문의 보건의료 기관과 인적자원이 크게 부족하고, 공공 보건의료 기관도 예방적 건강관리 정책을 활발하게 펼치기에는 지리적 여건이 맞지 않는다는 점이 농촌이 안고 있는 중요한 한계점이다. 결국, 비록 의료인이 아니더라도 활용 가능한 인적자원이라면 지역사회로부터 동원하여 사업에 결합하는 방안을 찾을 필요가 있다. 4장에서 살펴본 충남 홍성군의 사례가 이런 방안의 가능성을 잘 보여준다.

그러나 지역의 의료기관과 협력하여 건강관리 활동에 참여할 수 있을 만큼 지역사회 조직이 널리 활성화되어 있지는 않은 듯하다. 지역사회의 여러 주민 조직이나 여러 활동을 예방적 건강관리 활동에 결합시키기 위한 별도의 정책 조정 내지는 협력이 필요하다. 이것 역시 분야를 달리하는 정책 담당 부서들 사이의 소통과 협력을 전제로 하는 것이어서, 무엇보다 지방자치단체의 노력이 중요하다.

예를 들어, 농림축산식품부의 시군역량강화사업은 전국 농촌의 모든 기초 지방 자치단체마다 적지 않은 예산을 들여 주민들을 상대로 하는 각종 교육 및 학습 프 로그램을 추진한다. 그중에는 학습의 결과로 특정한 목적을 지닌 마을만들기 조 직을 형성하는 것을 목표로 삼는 프로그램도 적지 않다. 시군역량강화사업을 통 해 '주민 건강관리 교육'이 이루어질 수 있도록 안내하고 권장한다면, 더 나아가서 그런 학습활동을 통해 지역의 보건기관과 협력해 건강관리 사업에 동참할 조직을 육성할 수도 있겠다.

또는, 아직 그 수가 많지는 않지만 지역 서비스공동체 지원사업을 계기로 형성되는 '지역 서비스공동체 조직'들이 건강관리 서비스와 결합하여 활동하도록 권장할 수도 있겠다. 또 다른 예로 적지 않은 읍면에 설립된 주민자치회의 마을계획이나 활동에 예방적 건강관리 정책을 결합시키는 방안을 들 수도 있다.

국민건강영양조사를 이용한 농촌 주민 건강관리 관련 통계 분석 결과 요약

〈부표 1〉 흡연율 및 흡연량

단위: %, 개비

| | | | | | 흡연율 및 | 및 흡연량 | | | |
|----------|-----------------------|------|--------------|------|---------------------|--------|---------------|------|-------------|
| | 변수 | | 시 (4 000) | 도농 | | | 3 1 (000) | _ | 변 7/504) |
| | | | 7/4,663) | | /1,549) = cd = 1 | (3,094 | 1/662) 흡연량 | | 7/501) |
| | 00.00 | 흡연율 | 흡연량 | 흡연율 | 흡연량 | 흡연율 | 급인당 | 흡연율 | 흡연량 |
| | 20~39 (26.6%) | 24.4 | 11.2 | 24.5 | 11.3 | 26.5 | 11.5 | 25.5 | 13.0 |
| 나이 | 40~64 (47.5%) | 20.7 | 14.2 | 22.3 | 14.4 | 24.5 | 15.8 | 25.0 | 16.6 |
| | 65세 이상 (25.9%) | 9.0 | 11.9 | 9.9 | 12.0 | 14.0 | 13.1 | 9.3 | 12.6 |
| 성별 | 남성 (44.0%) | 34.7 | 13.6 | 36.0 | 13.8 | 39.0 | 14.6 | 35.0 | 15.9 |
| ·0'= | 여성 (56.0%) | 6.1 | 7.8 | 6.0 | 8.0 | 6.2 | 9.8 | 4.3 | 9.4 |
| 결혼 | 기혼 (82.7%) | 17.8 | 13.2 | 18.7 | 13.5 | 21.4 | 14.5 | 18.0 | 15.1 |
| 유무 | 미혼 (17.3%) | 27.9 | 11.7 | 30.0 | 11.9 | 29.3 | 12.3 | 32.1 | 15.6 |
| | 중 <u>졸</u> (29.0%) | 15.4 | 14.0 | 16.1 | 14.7 | 17.8 | 15.1 | 15.2 | 16.7 |
| 교육 수준 | 고졸 (32.6%) | 25.5 | 13.2 | 26.4 | 13.03 | 28.5 | 14.6 | 26.9 | 14.5 |
| | 대졸 이상 (38.3%) | 18.2 | 11.7 | 18.9 | 12.2 | 21.3 | 12.3 | 20.5 | 13.8 |

| | | | | | 흡연율 및 | 및 흡연량 | | | |
|----------|-------------------|------|---------------|------|----------------|-------|-------------|------|-------------|
| | 변수 | | 시 7/4,663) | _ | 복합시 /1,549) | | 급 1/662) | _ | 변 7/501) |
| | | 흡연율 | 흡연량 | 흡연율 | 흡연량 | 흡연율 | 흡연량 | 흡연율 | 흡연량 |
| | 농업인 (4.0%) | 17.9 | 16.2 | 17.1 | 17.8 | 24.1 | 17.7 | 21.2 | 17.1 |
| 직업 | 비농업인 (57.3%) | 24.1 | 13.2 | 25.6 | 13.4 | 27.2 | 14.1 | 23.6 | 15.4 |
| | 실업 (38.8%) | 13.5 | 11.2 | 13.4 | 11.1 | 15.3 | 12.0 | 12.9 | 12.5 |
| | 1인 가구 (13.1%) | 28.4 | 13.0 | 29.6 | 13.1 | 27.7 | 13.4 | 17.1 | 17.4 |
| 가구 유형 | 1세대 부부 (23.9%) | 15.7 | 12.9 | 14.9 | 13.8 | 18.3 | 14.8 | 14.6 | 14.3 |
| | 기타 (63.0%) | 20.2 | 12.6 | 21.3 | 12.8 | 23.7 | 13.9 | 24.3 | 15.2 |
| | 1분위 (18.3%) | 19.0 | 12.1 | 15.9 | 11.9 | 18.3 | 13.0 | 15.1 | 15.2 |
| 가구 | 2분위 (24.3%) | 21.7 | 13.4 | 22.2 | 14.0 | 22.1 | 13.9 | 19.1 | 15.2 |
| 소득 | 3분위 (27.4%) | 21.9 | 12.7 | 23.1 | 12.7 | 25.4 | 14.3 | 22.2 | 16.1 |
| | 4분위 (29.9%) | 18.4 | 12.5 | 20.5 | 12.9 | 24.9 | 14.2 | 25.3 | 14.4 |
| | 전체 | 20.3 | 12.7 | 21.0 | 13.0 | 23.0 | 14.0 | 19.7 | 15.2 |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

²⁾ 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

단위: %

| | | | 음주 | 빈도 | <u> </u> |
|----------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | 변수 | 도시 (26,897) 주 2회 이상 | 도농복합시 (8,532) 주 2회 이상 | 읍 (3,094) 주 2회 이상 | 면 (3,117) 주 2회 이상 |
| | 20~39 (26.6%) | 22.8 | 21.6 | 23.5 | 21.3 |
| 나이 | 40~64 (47.5%) | 24.8 | 25.4 | 26.7 | 28.7 |
| | 65세 이상 (25.9%) | 16.0 | 15.3 | 14.9 | 17.0 |
| | 남성 (44.0%) | 33.4 | 33.6 | 34.9 | 37.4 |
| 성별 | 여성 (56.0%) | 12.3 | 11.3 | 11.2 | 9.6 |
| 결혼 | 기혼 (82.7%) | 23.6 | 23.5 | 24.7 | 24.2 |
| 유무 | 미혼 (17.3%) | 20.1 | 19.0 | 18.0 | 18.4 |
| | 중졸 (29.0%) | 19.6 | 19.8 | 18.9 | 21.0 |
| 교육 수준 | 고졸 (32.6%) | 23.4 | 23.0 | 27.1 | 26.7 |
| | 대졸 이상 (38.3%) | 23.5 | 23.6 | 22.8 | 25.1 |
| | 농업인 (4.0%) | 28.4 | 32.6 | 31.6 | 32.5 |
| 직업 | 비농업인 (57.3%) | 27.1 | 26.9 | 27.0 | 25.1 |
| | 실업 (38.8%) | 14.9 | 14.0 | 14.7 | 14.8 |
| | 1인 가구 (13.1%) | 23.5 | 20.1 | 20.3 | 17.0 |
| 가구 유형 | 1세대 부부 (23.9%) | 22.9 | 22.3 | 25.4 | 24.9 |
| πο | 기타 (63.0%) | 22.6 | 23.0 | 23.3 | 24.3 |
| | 1분위 (18.3%) | 17.6 | 16.2 | 14.9 | 19.2 |
| 가구 | 2분위 (24.3%) | 22.1 | 21.6 | 23.6 | 24.7 |
| 소특 | 3분위 (27.4%) | 24.1 | 23.6 | 24.2 | 23.8 |
| | 4분위 (29.9%) | 24.0 | 25.2 | 28.4 | 28.4 |
| | 전체 | 22.8 | 22.5 | 23.3 | 23.5 |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

²⁾ 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

| | | | | | | | 음격 | 주량 | | | | | <u>177. /0</u> |
|----------|-------------------|------------|----------|------|------------|-------|------|------------|---------|-----|------------|---------|----------------|
| | 변수 | | VI(26,89 | 97) | 도농복 | 락합시(8 | | | ≩(3,094 |) | | 년(3,117 | ') |
| | 근ㅜ | 월 1회 이하 | 주 1회 | 매일 | 월 1회 이하 | 주 1회 | 매일 | 월 1회 이하 | 주 1회 | 매일 | 월 1회 이하 | 주 1회 | 매일 |
| | 20~39 (26.6%) | 77.3 | 17.6 | 5.1 | 78.2 | 16.7 | 5.1 | 77.9 | 17.2 | 4.8 | 76.2 | 19.6 | 4.3 |
| 나이 | 40~64 (47.5%) | 78.3 | 15.6 | 6.1 | 76.9 | 15.8 | 7.3 | 75.8 | 16.9 | 7.3 | 75.2 | 15.8 | 9.0 |
| | 65세 이상 (25.9%) | 91.0 | 6.2 | 2.8 | 90.7 | 6.0 | 3.3 | 90.6 | 6.6 | 2.9 | 92.0 | 3.9 | 4.2 |
| 성별 | 남성 (44.0%) | 67.5 | 23.4 | 9.2 | 66.6 | 23.0 | 10.5 | 66.7 | 23.6 | 9.8 | 68.1 | 20.1 | 11.8 |
| 02 | 여성 (56.0%) | 92.0 | 6.6 | 1.4 | 92.6 | 6.1 | 1.4 | 92.8 | 5.9 | 1.3 | 94.3 | 4.5 | 1.2 |
| 결혼 | 기혼 (82.7%) | 80.9 | 13.9 | 5.2 | 80.8 | 13.5 | 5.8 | 79.5 | 14.4 | 6.1 | 82.2 | 11.3 | 6.5 |
| 유무 | 미혼 (17.3%) | 76.4 | 18.2 | 5.4 | 74.8 | 18.8 | 6.4 | 78.9 | 17.3 | 3.8 | 73.4 | 19.6 | 7.0 |
| | 중졸 (29.0%) | 85.0 | 9.2 | 5.8 | 85.1 | 8.7 | 6.2 | 84.6 | 9.6 | 5.8 | 86.7 | 7.4 | 5.9 |
| 교육 수준 | 고졸 (32.6%) | 77.4 | 16.6 | 6.0 | 77.0 | 16.5 | 6.6 | 75.0 | 18.3 | 6.7 | 74.5 | 16.6 | 8.9 |
| | 대졸 이상 (38.3%) | 79.6 | 16.0 | 4.4 | 78.7 | 16.0 | 5.2 | 80.0 | 15.6 | 4.5 | 77.0 | 17.9 | 5.0 |
| | 농업인 (4.0%) | 72.6 | 16.1 | 11.3 | 74.6 | 14.0 | 11.5 | 73.6 | 21.0 | 5.4 | 75.4 | 13.0 | 11.6 |
| 직업 | 비농업인 (57.3%) | 75.4 | 18.2 | 6.4 | 74.4 | 18.3 | 7.3 | 74.4 | 18.3 | 7.3 | 78.1 | 15.8 | 6.1 |
| | 실업 (38.8%) | 88.0 | 9.0 | 3.0 | 88.9 | 8.1 | 3.1 | 89.8 | 7.4 | 2.8 | 89.6 | 6.8 | 3.6 |
| 가구 | 1인 가구 (13.1%) | 78.0 | 15.3 | 6.8 | 80.1 | 13.8 | 6.1 | 79.1 | 15.8 | 5.2 | 86.5 | 8.9 | 4.7 |
| 유형 | 1세대 부부 (23.9%) | 82.0 | 13.4 | 4.6 | 82.5 | 12.2 | 5.3 | 81.6 | 13.3 | 5.2 | 82.7 | 10.8 | 6.5 |
| | 기타 (63.0%) | 79.6 | 15.2 | 5.2 | 78.6 | 15.4 | 6.1 | 78.7 | 15.4 | 5.9 | 78.5 | 14.4 | 7.1 |
| | 1분위 (18.3%) | 85.6 | 10.1 | 4.4 | 86.5 | 9.1 | 4.4 | 89.6 | 6.1 | 4.4 | 86.4 | 7.8 | 5.9 |
| 가구 | 2분위 (24.3%) | 80.5 | 13.6 | 5.9 | 81.5 | 12.4 | 6.2 | 78.8 | 13.7 | 7.6 | 83.1 | 10.0 | 7.0 |
| 소득 | 3분위 (27.4%) | 78.0 | 16.5 | 5.5 | 77.8 | 16.4 | 5.8 | 77.8 | 17.2 | 5.0 | 78.2 | 15.1 | 6.7 |
| | 4분위 (29.9%) | 78.9 | 16.2 | 4.9 | 76.3 | 17.0 | 6.6 | 74.3 | 20.4 | 5.4 | 73.1 | 20.0 | 6.9 |
| | 전체 | 79.8 | 14.9 | 5.2 | 79.5 | 14.6 | 5.9 | 79.4 | 15.0 | 5.7 | 81.2 | 12.3 | 6.6 |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

²⁾ 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

〈부표 4〉 유산소 신체활동 실천율

단위: %

| | | | 유산소 신체 | 네활동 실천율 | 단위: % |
|------------|-----------------------|----------------|------------------|--------------|--------------|
| | 변수 | 도시 (26,897) | 도농복합시 (8,532) | 읍 (3,094) | 면 (3,117) |
| | 20~39 (26.6%) | 56.2 | 52.3 | 46.8 | 51.9 |
| 나이 | 40~64 (47.5%) | 44.9 | 39.9 | 37.2 | 30.5 |
| | 65세 이상 (25.9%) | 35.1 | 29.6 | 20.7 | 21.4 |
| 성별 | 남성 (44.0%) | 50.6 | 46.7 | 40.4 | 36.6 |
| % ∃ | 여성 (56.0%) | 44.6 | 38.1 | 33.1 | 25.0 |
| 결혼 | 기혼 (82.7%) | 43.3 | 38.8 | 33.6 | 28.6 |
| 유무 | 미혼 (17.3%) | 60.6 | 56.4 | 49.2 | 47.0 |
| | 중 <u>졸</u> (29.0%) | 33.3 | 29.4 | 22.6 | 23.3 |
| 교육 수준 | 고졸 (32.6%) | 49.5 | 43.9 | 39.9 | 33.3 |
| | 대졸 이상 (38.3%) | 51.8 | 48.2 | 45.3 | 45.6 |
| | 농업인 (4.0%) | 45.6 | 36.1 | 33.1 | 29.1 |
| 직업 | 비농업인 (57.3%) | 48.6 | 43.6 | 39.6 | 34.2 |
| | 실업 (38.8%) | 45.8 | 41.0 | 32.6 | 27.4 |
| | 1인 가구 (13.1%) | 47.1 | 41.0 | 29.1 | 25.2 |
| 가구 유형 | 1세대 부부 (23.9%) | 43.3 | 36.1 | 33.1 | 26.9 |
| | 기타(63.0%) | 48.6 | 44.5 | 39.7 | 35.5 |
| | 1분위 (18.3%) | 38.2 | 32.9 | 24.2 | 24.1 |
| 가구 | 2분위 (24.3%) | 45.4 | 40.4 | 36.6 | 29.6 |
| 소득 | 3분위 (27.4%) | 47.8 | 44.5 | 38.6 | 35.2 |
| | 4분위 (29.9%) | 52.3 | 46.5 | 44.5 | 38.7 |
| | 전체 | 47.6 | 42.4 | 36.8 | 30.8 |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

²⁾ 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

〈부표 5〉 식생활 평가 지수 평균

단위: 점

| | | | 식생활 당 | 평가 지수 | 난위: 섬 |
|----------|-------------------|----------------|------------------|--------------|--------------|
| | 변수 | 도시 (12,181) | 도농복합시 (3,772) | 읍 (1,246) | 면 (1,424) |
| | 20~39 (26.6%) | 57.4 | 57.7 | 55.7 | 57.3 |
| 나이 | 40~64 (47.5%) | 65.3 | 64.1 | 64.2 | 63.4 |
| | 65세 이상 (25.9%) | 68.4 | 67.7 | 65.4 | 63.8 |
| 성별 | 남성 (44.0%) | 61.2 | 60.7 | 60.5 | 61.6 |
| | 여성 (56.0%) | 64.4 | 63.9 | 62.6 | 63.5 |
| 결혼 | 기혼 (82.7%) | 64.9 | 64.0 | 63.4 | 63.3 |
| 유무 | 미혼 (17.3%) | 56.0 | 55.4 | 55.1 | 55.5 |
| | 중졸 (29.0%) | 65.3 | 64.5 | 63.2 | 62.5 |
| 교육 수준 | 고졸 (32.6%) | 61.7 | 61.3 | 60.7 | 62.3 |
| | 대졸 이상 (38.3%) | 62.6 | 62.0 | 61.4 | 63.3 |
| | 농업인 (4.0%) | 65.6 | 65.0 | 64.2 | 62.2 |
| 직업 | 비농업인 (57.3%) | 61.9 | 61.4 | 61.3 | 62.9 |
| | 실업 (38.8%) | 64.5 | 63.8 | 61.7 | 62.5 |
| | 1인 가구 (13.1%) | 59.9 | 60.7 | 60.2 | 62.7 |
| 가구 유형 | 1세대 부부 (23.9%) | 67.0 | 66.6 | 67.4 | 64.4 |
| | 기타 (63.0%) | 62.3 | 61.5 | 60.3 | 61.1 |
| | 1분위 (18.3%) | 62.5 | 62.3 | 61.0 | 60.8 |
| 가구 | 2분위 (24.3%) | 62.3 | 63.4 | 62.8 | 63.3 |
| 소득 | 3분위 (27.4%) | 62.7 | 61.5 | 60.3 | 63.1 |
| | 4분위 (29.9%) | 63.6 | 62.6 | 62.5 | 64.5 |
| | 전체 | 62.9 | 62.4 | 61.6 | 62.6 |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

²⁾ 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

〈**부표 6**〉점종 및 검진 실행률

| 도시 도농복합시 (26,897) (8,532) |
|------------------------------|
| 28.1 31.1 |
| 33.9 34.9 |
| 82.8 83.1 |
| 33.8 36.3 |
| 44.2 46.4 |
| 45.4 46.8 |
| 19.7 20.6 |
| 64.0 64.3 |
| 33.7 35.3 |
| 33.2 34.2 |
| 45.2 58.0 |
| 33.8 35.2 |
| 48.5 50.5 |

| | | | 쩠 | Kło | | | 건강검진 수진 | 진수진 | |
|-----|----------------|----------------|------------------|--------------|--------------|----------------|------------------|--------------|--------------|
| | 삷 | 도시 (26,897) | 도농복합시 (8,532) | 음 (3,094) | 면 (3,117) | 도시 (26,897) | 도농복합시 (8,532) | 음 (3,094) | 면 (3,117) |
| | 1인 7무 (13.1%) | 40.6 | 47.2 | 47.3 | 65.0 | 63.1 | 62.9 | 65.7 | 67.1 |
| 사 왕 | 1세대 부부 (23.9%) | 53.3 | 54.2 | 56.7 | 64.2 | 77.6 | 79.3 | 76.7 | 80.0 |
| | 기타 (63.0%) | 35.6 | 36.7 | 38.5 | 40.4 | 66.8 | 0.99 | 63.1 | 61.0 |
| | 1분위 (18.3%) | 54.5 | 59.3 | 61.8 | 6.79 | 56.9 | 56.8 | 63.4 | 64.1 |
| ᅶ | 2분위 (24.3%) | 40.4 | 42.3 | 44.5 | 55.1 | 63.1 | 66.7 | 6.09 | 70.2 |
| 식 | 3분위 (27.4%) | 35.4 | 35.8 | 37.8 | 40.3 | 68.9 | 69.5 | 70.4 | 69.5 |
| | 4분위 (29.9%) | 35.8 | 37.5 | 36.1 | 38.4 | 75.0 | 74.9 | 70.1 | 74.4 |
| | 전체 | 39.1 | 41.3 | 43.6 | 52.8 | 68.2 | 9.89 | 66.5 | 0.69 |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임. 2) 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임. 자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

(무표 7) 고혈압

단위: %

| 中人 (26.0%) 三人 (32.0%) 三人 (34.0%) 三人 (34 | | | | | | | | 고혈압 | 효 | | | | | |
|---|---|-------------------|------------------|----------------|------|------|------------------|------|--------|----------|------|---------|--------------|------|
| 343 工警日 348 138 138 138 138 138 138 138 138 139 26.3 37.7 65.2 27.0 27.0 27.0 27.1 64.0 28.3 27.7 65.2 27.0 27.0 27.0 27.1 64.0 28.3 27.3 27.3 27.0 </th <th></th> <th>中</th> <th></th> <th>도시 (26,763)</th> <th></th> <th></th> <th>도농복합시 (8,499)</th> <th></th> <th></th> <th>(3,086)</th> <th></th> <th></th> <th>면 (3,112)</th> <th></th> | | 中 | | 도시 (26,763) | | | 도농복합시 (8,499) | | | (3,086) | | | 면 (3,112) | |
| 67.2 25.1 7.8 66.0 27.0 7.1 64.0 28.3 7.7 65.2 27.0 43.2 27.6 29.1 41.7 29.4 28.9 39.3 29.3 31.5 32.2 30.6 17.6 20.5 61.9 17.0 19.6 63.5 13.8 19.2 67.0 13.9 22.9 38.4 31.8 29.8 34.1 30.2 33.0 33.2 33.9 26.3 32.8 57.7 19.6 22.8 56.1 19.9 24.0 50.9 20.5 28.6 36.1 21.9 42.9 25.5 31.7 42.0 26.3 31.7 37.9 26.1 36.0 28.7 26.1 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 19.3 25.0 49.9 26.6 23.5 49.4 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 2 | | | 호 호 호 0 | 고혈압 전단계 | 디 | 장 | 니뺼입 전단계 | 디 | 작 아 | 니 전단계 | 고혈압 | 전 주0 | 고뺼압 전단계 | 티 |
| 43.2 27.6 29.1 41.7 29.4 28.9 39.3 29.3 31.5 32.2 30.6 17.6 20.5 61.9 17.0 19.6 63.5 13.8 19.2 67.0 13.9 22.9 38.4 31.8 29.8 35.8 34.1 30.2 33.0 33.2 33.9 26.3 32.8 57.7 19.6 22.8 56.1 19.9 24.0 50.9 20.5 28.6 36.1 21.9 42.9 25.5 31.7 42.0 26.3 31.7 37.9 26.1 36.0 28.7 26.1 64.2 26.1 9.7 60.7 29.7 9.5 56.2 30.4 13.4 48.9 36.1 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 19.3 25.0 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 18.5 52.2 | | 20~39 (26.6%) | 67.2 | 25.1 | 7.8 | 0.99 | 27.0 | 7.1 | 64.0 | 28.3 | 7.7 | 65.2 | 27.0 | 7.9 |
| 17.6 20.5 61.9 17.0 19.6 63.5 13.8 19.2 67.0 13.9 22.9 38.4 31.8 29.8 34.1 30.2 33.0 33.2 33.9 26.3 32.8 57.7 19.6 22.8 56.1 19.9 24.0 50.9 20.5 28.6 36.1 21.9 42.9 25.5 31.7 42.0 26.3 31.7 37.9 26.1 36.0 28.7 26.1 64.2 26.1 9.7 60.7 29.7 9.5 56.2 30.4 13.4 48.9 36.1 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 53.6 21.0 23.5 55.5 19.3 25.0 49.9 26.6 23.5 49.4 28.2 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 31.8 56.4 26.1 26.1 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | | 40~64 (47.5%) | 43.2 | 27.6 | 29.1 | 41.7 | 29.4 | 28.9 | 39.3 | 29.3 | 31.5 | 32.2 | 30.6 | 37.3 |
| 38.4 31.8 29.8 35.8 34.1 30.2 33.0 33.2 33.9 26.3 32.8 57.7 19.6 22.8 56.1 19.9 24.0 50.9 20.5 28.6 36.1 21.9 42.9 25.5 31.7 42.0 26.3 31.7 37.9 26.1 36.0 28.7 26.1 64.2 26.1 9.7 60.7 29.7 9.5 56.2 30.4 13.4 48.9 36.1 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 53.6 21.0 23.5 55.5 19.3 25.0 49.9 26.6 23.5 49.4 28.2 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 19.3 25.0 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | - | 65세 이상 (25.9%) | 17.6 | 20.5 | 61.9 | 17.0 | 19.6 | 63.5 | 13.8 | 19.2 | 67.0 | 13.9 | 22.9 | 63.2 |
| 57.7 19.6 22.8 56.1 19.9 24.0 50.9 20.5 28.6 36.1 21.9 42.9 25.5 31.7 42.0 26.3 31.7 37.9 26.1 36.0 28.7 26.1 64.2 26.1 9.7 60.7 29.7 9.5 56.2 30.4 13.4 48.9 36.1 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 53.6 21.0 23.5 55.5 19.3 25.0 49.9 26.6 23.5 49.4 28.2 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 31.8 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | | 남성 (44.0%) | 38.4 | 31.8 | 29.8 | 35.8 | 34.1 | 30.2 | 33.0 | 33.2 | 33.9 | 26.3 | 32.8 | 41.0 |
| 42.9 25.5 31.7 42.0 26.3 31.7 37.9 26.1 36.0 28.7 26.1 64.2 26.1 9.7 60.7 29.7 9.5 56.2 30.4 13.4 48.9 36.1 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 53.6 21.0 23.5 55.5 19.3 25.0 49.9 26.6 23.5 49.4 28.2 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 31.8 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | | 여성 (56.0%) | 57.7 | 19.6 | 22.8 | 56.1 | 19.9 | 24.0 | 50.9 | 20.5 | 28.6 | 36.1 | 21.9 | 42.1 |
| 64.2 26.1 9.7 60.7 29.7 9.5 56.2 30.4 13.4 48.9 36.1 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 53.6 21.0 23.5 55.5 19.3 25.0 49.9 26.6 23.5 49.4 28.2 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 31.8 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | | 기훈 (82.7%) | 42.9 | 25.5 | 31.7 | 42.0 | 26.3 | 31.7 | 37.9 | 26.1 | 36.0 | 28.7 | 26.1 | 45.2 |
| 24.1 22.6 53.4 24.0 22.4 53.6 21.0 23.5 55.5 19.3 25.0 49.9 26.6 23.5 49.4 28.2 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 31.8 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | | 미혼 (17.3%) | 64.2 | 26.1 | 6.6 | 60.7 | 29.7 | 9.6 | 56.2 | 30.4 | 13.4 | 48.9 | 36.1 | 15.1 |
| 49.9 26.6 23.5 49.4 28.2 22.4 46.5 28.8 24.8 36.5 31.8 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | | 중졸 (29.0%) | 24.1 | 22.6 | 53.4 | 24.0 | 22.4 | 53.6 | 21.0 | 23.5 | 55.5 | 19.3 | 25.0 | 55.7 |
| 56.4 26.1 17.5 54.7 28.5 16.9 53.6 27.9 18.5 52.2 26.9 | | 고졸 (32.6%) | 49.9 | 26.6 | 23.5 | 49.4 | 28.2 | 22.4 | 46.5 | 28.8 | 24.8 | 36.5 | 31.8 | 31.7 |
| | | 대졸 이상 (38.3%) | 56.4 | 26.1 | 17.5 | 54.7 | 28.5 | 16.9 | 53.6 | 27.9 | 18.5 | 52.2 | 26.9 | 20.9 |

| | | 고혈압 | 47.9 | 34.4 | 46.8 | 57.2 | 50.2 | 30.3 | 52.7 | 42.9 | 32.3 | 31.5 | 41.5 |
|-----|------------------|----------|------------|------------------|------------|---------------|----------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|
| | 면 (3,112) | 고 전단계 | 29.8 | 28.6 | 23.9 | 22.7 | 26.1 | 29.6 | 24.3 | 28.3 | 31.0 | 26.9 | 27.3 |
| | | 상 | 22.3 | 37.1 | 29.3 | 20.1 | 23.7 | 40.1 | 23.0 | 28.8 | 36.7 | 41.6 | 31.2 |
| | | 니혈압 | 52.2 | 26.2 | 35.7 | 46.2 | 44.3 | 23.9 | 52.2 | 34.4 | 22.0 | 23.6 | 31.3 |
| | 음 (3,086) | 고 전단계 | 28.9 | 29.6 | 21.8 | 25.2 | 28.2 | 26.9 | 22.2 | 25.2 | 30.2 | 28.7 | 27.0 |
| 고혈압 | | 장 | 18.9 | 44.3 | 42.5 | 28.6 | 27.6 | 49.2 | 25.6 | 40.5 | 47.9 | 47.7 | 41.7 |
| 그흘 | | 니뺼다 | 50.7 | 23.4 | 31.4 | 38.7 | 41.0 | 21.2 | 46.8 | 29.2 | 22.6 | 20.6 | 27.1 |
| | 도농복합시 (8,499) | 고 전단계 | 30.1 | 28.9 | 23.4 | 27.4 | 25.9 | 27.2 | 23.5 | 25.0 | 28.4 | 28.7 | 27.0 |
| | | 장 | 19.3 | 47.7 | 45.2 | 33.9 | 33.1 | 51.5 | 29.7 | 45.8 | 49.0 | 50.7 | 45.9 |
| | | 그혈압 | 43.4 | 23.7 | 30.6 | 33.9 | 40.5 | 21.9 | 45.2 | 28.3 | 23.0 | 20.8 | 26.3 |
| | 도시 (26,763) | 고 전단계 | 26.9 | 27.3 | 22.7 | 25.2 | 24.8 | 25.9 | 21.3 | 25.5 | 26.7 | 26.4 | 25.6 |
| | | 장수 | 29.7 | 49.0 | 46.7 | 40.8 | 34.7 | 52.2 | 33.6 | 46.2 | 50.3 | 52.8 | 48.1 |
| 盐 | | | 농업인 (4.0%) | 비농업인 (57.3%) | 실멈 (38.8%) | 1인 가구 (13.1%) | 1세대 부부 (23.9%) | 기타 (63.0%) | 1분위 (18.3%) | 2분위 (24.3%) | 3분위 (27.4%) | 4분위 (29.9%) | 전체 |
| | | | | <u>본</u> L 오고 | | | 갂 | | | 놙 | 석 | | |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임. 2) 지역 유형 칸에 제시한 팔호 안의 숫자는 유효관측치 수임. 자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

편의 (8 표**급**)

| % 다 나 나 | | 셞 | 5.1 | 17.1 | 31.0 | 21.6 | 18.4 | 21.7 | 8.6 | 27.2 | 17.9 | 8.3 |
|------------------|------------------|-----|------------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| | 면 (1,429) | 전단계 | 19.5 | 52.9 | 49.1 | 43.8 | 48.4 | 50.6 | 17.9 | 49.3 | 45.5 | 40.2 |
| | | 장수 | 75.4 | 30.0 | 19.9 | 34.5 | 33.2 | 27.8 | 72.3 | 23.5 | 36.6 | 51.5 |
| | | 셞 | 5.2 | 17.4 | 28.7 | 17.0 | 15.7 | 18.8 | 6.7 | 26.9 | 15.6 | 9.1 |
| | 음 (1,598) | 전단계 | 26.5 | 46.7 | 49.0 | 44.6 | 38.2 | 44.5 | 29.8 | 49.0 | 40.4 | 36.9 |
| l H | | 정수 | 68.3 | 36.0 | 22.3 | 38.4 | 46.1 | 36.7 | 63.5 | 24.2 | 44.0 | 54.0 |
| 셞 | | 셞 | 2.3 | 14.8 | 30.4 | 15.0 | 12.0 | 16.3 | 3.4 | 27.7 | 11.9 | 7.9 |
| | 도농복합시 (3,987) | 전단계 | 25.2 | 46.5 | 50.3 | 41.3 | 39.7 | 46.2 | 20.1 | 48.0 | 38.9 | 38.2 |
| | | 장상 | 72.5 | 38.7 | 19.3 | 43.7 | 48.4 | 37.5 | 76.5 | 24.4 | 49.3 | 53.9 |
| | | 셞 | 1.9 | 14.0 | 29.4 | 14.1 | 6.6 | 15.1 | 2.8 | 27.5 | 10.8 | 7.5 |
| | 도시 (12,305) | 전단계 | 23.8 | 46.9 | 52.0 | 41.3 | 37.7 | 45.6 | 21.7 | 49.2 | 39.6 | 36.0 |
| | | જ | 74.3 | 39.1 | 18.7 | 44.7 | 52.4 | 39.3 | 75.5 | 23.3 | 49.6 | 56.5 |
| | 슈 | | 20~39 (26.6%) | 40~64 (47.5%) | 65세 이상 (25.9%) | 남성 (44.0%) | 여성 (56.0%) | 기혼 (82.7%) | 미혼 (17.3%) | 중졸 (29.0%) | 고졸 (32.6%) | 대졸 이상 (38.3%) |
| | | | | 롯 | | # * | [N] (0 | 사 에 네 | 먀 | | 년 사 얜 사 | |

| | | | | | | | 걤 | 出 | | | | | |
|---------|----------------|------|----------------|------|------|------------------|------|------|--------------|------|--------|--------------|------|
| | 삷 | | 도시 (12,305) | | | 도농복합시 (3,987) | | | 음 (1,598) | | | 면 (1,429) | |
| | | 정수 | 전단계 | 라 | 정상 | 전단계 | 据 | 정수 | 전단계 | 셞 | 장 상 | 전단계 | 据 |
| | 농업인 (4.0%) | 32.9 | 42.9 | 24.2 | 28.7 | 45.3 | 26.0 | 19.9 | 59.6 | 20.5 | 32.7 | 47.6 | 19.8 |
| 었 오피 | 비농업인 (57.3%) | 48.8 | 40.7 | 10.5 | 46.8 | 41.9 | 11.2 | 44.9 | 41.4 | 13.7 | 34.4 | 47.2 | 18.4 |
| | 실멈 (38.8%) | 48.3 | 37.2 | 14.5 | 46.2 | 37.6 | 16.1 | 42.6 | 37.3 | 20.2 | 34.0 | 43.6 | 22.4 |
| | 1인 가구 (13.1%) | 44.4 | 39.5 | 16.1 | 39.6 | 41.9 | 18.5 | 40.9 | 34.0 | 25.1 | 29.9 | 47.8 | 22.4 |
| 보 환 | 1세대 부부 (23.9%) | 32.6 | 48.4 | 19.0 | 28.1 | 49.7 | 22.2 | 29.2 | 47.2 | 23.5 | 24.2 | 51.4 | 24.4 |
| | 기타 (63.0%) | 52.9 | 37.4 | 9.7 | 52.4 | 37.5 | 10.1 | 47.3 | 40.7 | 12.0 | 42.6 | 41.5 | 16.0 |
| | 1분위 (18.3%) | 35.5 | 42.5 | 22.0 | 35.3 | 41.7 | 23.0 | 29.9 | 45.1 | 25.0 | 25.2 | 47.3 | 27.6 |
| ᅶ | 2분위 (24.3%) | 46.2 | 40.2 | 13.6 | 44.5 | 40.7 | 14.8 | 36.8 | 46.5 | 16.8 | 32.9 | 44.5 | 22.7 |
| 삭 | 3분위 (27.4%) | 50.0 | 39.0 | 11.0 | 47.2 | 40.6 | 12.2 | 51.1 | 37.6 | 11.3 | 34.5 | 52.1 | 13.3 |
| | 4분위 (29.9%) | 53.1 | 38.4 | 8.5 | 51.0 | 39.7 | 9.3 | 46.6 | 38.3 | 15.1 | 45.6 | 39.9 | 14.5 |
| | 전체 | 48.6 | 39.5 | 12.0 | 46.0 | 40.5 | 13.5 | 42.1 | 41.5 | 16.4 | 33.9 | 46.1 | 20.0 |

주 1) 개인 가증치를 적용하여 계산한 결과임. 2) 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임. 자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

단위: %

| | | 단위: % 이상지질혈증 | | | | | | | |
|----------|-------------------|------------------------|---------|---------|---------|--|--|--|--|
| 변수 | | 도시 | 도농복합시 | 읍 | 면 | | | | |
| | | (25,643) | (8,051) | (2,925) | (2,908) | | | | |
| | 20~39 (26.6%) | 14.5 | 14.7 | 13.8 | 19.5 | | | | |
| 나이 | 40~64 (47.5%) | 35.7 | 34.8 | 37.4 | 40.0 | | | | |
| | 65세 이상 (25.9%) | 45.2 | 39.9 | 42.7 | 35.9 | | | | |
| | 남성 (44.0%) | 31.4 | 31.8 | 34.2 | 35.1 | | | | |
| 성별 | 여성 (56.0%) | 27.3 | 25.8 | 28.3 | 35.6 | | | | |
| 결혼 | 기혼 (82.7%) | 34.0 | 32.1 | 34.5 | 36.6 | | | | |
| 유무 | 미혼 (17.3%) | 15.2 | 16.4 | 19.4 | 26.4 | | | | |
| | 중졸 (29.0%) | 44.3 | 40.4 | 43.0 | 38.5 | | | | |
| 교육 수준 | 고졸 (32.6%) | 27.9 | 27.2 | 27.1 | 35.0 | | | | |
| | 대졸 이상 (38.3%) | 24.7 | 24.2 | 26.6 | 28.3 | | | | |
| | 농업인 (4.0%) | 33.4 | 35.3 | 45.2 | 35.7 | | | | |
| 직업 | 비농업인 (57.3%) | 27.7 | 27.5 | 29.4 | 34.0 | | | | |
| | 실업 (38.8%) | 32.2 | 30.6 | 31.6 | 36.9 | | | | |
| | 1인 가구 (13.1%) | 32.9 | 33.6 | 35.1 | 36.1 | | | | |
| 가구 유형 | 1세대 부부 (23.9%) | 38.2 | 38.9 | 40.4 | 40.9 | | | | |
| | 기타 (63.0%) | 26.8 | 25.2 | 27.6 | 30.9 | | | | |
| | 1분위 (18.3%) | 36.5 | 35.1 | 40.9 | 37.0 | | | | |
| 가구 | 2분위 (24.3%) | 30.8 | 28.9 | 34.8 | 35.6 | | | | |
| 소득 | 3분위 (27.4%) | 27.9 | 28.8 | 26.3 | 32.9 | | | | |
| | 4분위 (29.9%) | 27.1 | 25.9 | 26.9 | 35.0 | | | | |
| | 전체 | 29.3 | 28.8 | 31.4 | 35.3 | | | | |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

²⁾ 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

| | | | 관절 | 병증 | 단위: % |
|----------|-------------------|----------------|------------------|--|--------------|
| | 변수 | 도시 (26,897) | 도농복합시 (8,532) | 읍 (3,094) | 면 (3,117) |
| | 20~39 (26.6%) | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 0.7 |
| 나이 | 40~64 (47.5%) | 7.4 | 7.7 | 7.4 | 11.1 |
| | 65세 이상 (25.9%) | 28.9 | 29.0 | 29.7 | 28.2 |
| 성별 | 남성 (44.0%) | 3.5 | 3.9 | 4.2 | 5.6 |
| 싱늴 | 여성 (56.0%) | 12.7 | 13.8 | 15.9 | 25.1 |
| 결혼 | 기혼 (82.7%) | 10.4 | 10.8 | 12.0 | 17.2 |
| 유무 | 미혼 (17.3%) | 1.1 | 1.0 | 1.8 | 1.4 |
| | 중졸 (29.0%) | 25.9 | 25.1 | 25.9 | 25.4 |
| 교육 수준 | 고졸 (32.6%) | 5.8 | 5.7 | 4.9 | 5.7 |
| | 대졸 이상 (38.3%) | 2.8 | 2.7 | 2.2 | 4.5 |
| | 농업인 (4.0%) | 17.2 | 17.7 | 16.1 | 17.9 |
| 직업 | 비농업인 (57.3%) | 5.1 | 5.3 | 5.7 | 9.9 |
| | 실업 (38.8%) | 13.5 | 14.0 | (3,094) (3,1 0.9 0 7.4 11 29.7 28 4.2 5 15.9 28 12.0 17 1.8 1 25.9 25 4.9 5 2.2 4 16.1 17 5.7 9 16.1 21 18.2 25 16.3 19 6.0 9 23.6 24 9.9 15 6.0 9 4.3 7 | 21.1 |
| | 1인 가구 (13.1%) | 13.2 | 15.3 | 18.2 | 25.0 |
| 가구 유형 | 1세대 부부 (23.9%) | 14.3 | 16.2 | 16.3 | 19.6 |
| | 기타 (63.0%) | 6.0 | 5.6 | 6.0 | 9.2 |
| | 1분위 (18.3%) | 21.0 | 22.5 | 23.6 | 24.5 |
| 가구 | 2분위 (24.3%) | 9.3 | 9.5 | 9.9 | 15.1 |
| 소득 | 3분위 (27.4%) | 5.9 | 5.7 | 6.0 | 9.1 |
| | 4분위 (29.9%) | 4.6 | 4.8 | 4.3 | 7.4 |
| | 전체 | 8.1 | 8.8 | 9.9 | 15.3 |

주 1) 개인 가중치를 적용하여 계산한 결과임.

²⁾ 지역 유형 칸에 제시한 괄호 안의 숫자는 유효관측치 수임.

자료: 질병관리청 비공개 자료, 국민건강영양조사, 2016~2021년.

- 강하렴·이기주·정현진(2020), 《커뮤니티케어 시범사업 모델 분석》, 국민건강보험공단.
- 건강보험심사평가원(2019), 《건강보험통계연보 2019년》, 건강보험심사평가원.
- 고상백(2012), "농업인의 건강: 원인, 현황 및 대책", 《대한의사협회지》 55(1): 1044-1045, 대한의사협회.
- 김동진(2022), 《2022년 건강정책 전망과 과제》, 한국보건사회연구원.
- 김동진·윤시몬·이수형·나백주·박재홍(2012), 《농어촌 지역주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안》, 한국보건사회연구원.
- 김동진·최슬기·현유림·송은솔·최은진·정연(2022), 《2021년 지역사회 건강증진사업 현황평가 및 체감도 조사》, 한국보건사회연구원.
- 김원식·정연옥(2015), 《힐링 건강관리론》, 학진북스.
- 김이형(2019), "농촌 노인의 스마트폰 활용도에 따른 삶의 만족도: 사회활동 참여의 매개 효과", 한림대학교 사회복지대학원 사회복지학 석사학위논문.
- 김정선(2022), "지역사회 노인 대상 식사돌봄서비스의 품질 개선을 위한 제공 인력의 역량 강화 방안", 《보건복지 Issue&Focus》, 한국보건사회연구워.
- 김정섭·김미복·김수린·허주녕·권오현·하인혜·남원호·오단이(2022), 《농촌의 포용성장 과 사회혁신을 위한 사회적 경제 전략-제도 개선 및 관련 정책 추진 방안》, 한국농 촌경제연구원.
- 김정욱(2019), 《삶의 질 향상을 위한 건강관리 서비스 활성화 방안》, 한국개발연구원.
- 나백주(2014), "마을(지역사회)의 보건의료 문제점 및 해소방안", 《주민자치》 28: 22-25, 한국주민자치학회.
- 노나리·정찬웅·정소영·정유진·김삼철·임형석(2022), "주치의가 예방적 건강관리에 미치는 효과", 《한국가정의학회지》 12(3): 151-157, 한국가정의학회.
- 농림축산식품부(2022), 《여성농업인 특수건강검진사업 시행지침》, 농림축산식품부.
- 농촌진흥청(2022), 《2021 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서》, 농촌진흥청 국립 농업과학워.
- 박경철(2020), "지자체 농촌마을 공동급식의 실태와 과제: 충청남도를 중심으로", 《농촌

- 사회》 30(1): 49-96, 한국농촌사회학회.
- 박대식·최경환·최경은·박상우·원혜진(2010), 《농업인의 건강안전 증진 지원방안》, 한국 농촌경제연구원.
- 박은자(2022), "건강행동 실천 수준별 건강 인센티브 인식 현황과 시사점", 《보건복지포 럼》, 한국보건사회연구원.
- 배재용·정연·김윤영·김현규·한겨례(2020), 《의료급여 정책 개선을 위한 통계 개발 및 주 기적 관리 방안 연구》, 한국보건사회연구원.
- 백종섭·홍성애(2017), "지역사회 통합건강증진사업 평가와 개선방안", 《한국융합학회 논문지》 8(7): 131-139, 한국융합학회.
- 보건복지부(2018), 《지역사회 통합돌봄 기본계획》, 보건복지부.
 _____(2019), 《일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 2차 개정》, 보건복지부.
 _____(2020), 《전국 지역보건의료기관 현황자료집》, 보건복지부.
 _____(2021), 《국민건강증진종합계획(HP2030)》, 보건복지부.
 보건복지부·한국건강증진개발원(2021), 《일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 3차 개정》, 보건복지부·한국건강증진개발원.
 _____(2022a), 《모바일 헬스케어 사업안내서》, 보건복지부·한국건강증진개발원.
 _____(2022b), 《AI·IoT 기반 어르신 건강관리 리플렛》, 보건복지부·한국건강증진개발원.
 _____(2022c), 《2022년도 방문건강관리 & AI·IoT 기반 어르신 건강관리 통합설명회 자료집》, 보건복지부·한국건강증진개발원.
 _____(2022d), 《2022년 지역사회 통합건강증진 사업안내: 금연, 음주폐해예방, 영양, 신체활동》, 보건복지부·한국건강증진개발원.
 _____(2022e), 《2022년도 건강생활지원센터 사업 안내》, 보건복지부·한국건강증진개발원.
 _____(2023), 《2023년도 건강생활지원센터 사업 안내》, 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 부안군 보건소(2022), "부안군보건소 지역사회 통합건강증진사업 우수사례", 미간행 내부자료.
- 서순려(2013), 《심뇌혈관질환 예방을 위한 핀란드 노스카렐리아 프로젝트의 성공요인》, 질병관리본부 미간행 내부자료.
- 성기헌(2017), "개념으로서의 건강: 비판적 고찰", 《생명연구》 46: 59-100, 서강대학교 생

증진개발워.

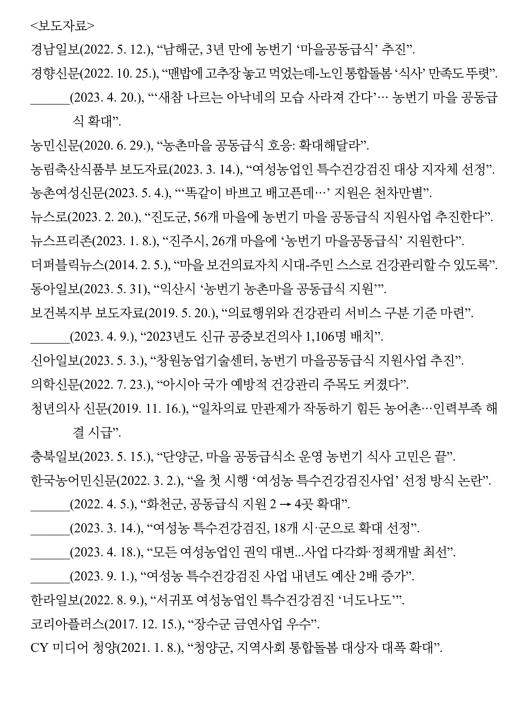
- 명문화연구소.
- 송은주·김영은·지선미(2021), "일차의료 만성질환관리 시범사업 소개 및 효과", 《대한내과학회지》 96(1): 7-12, 대한내과학회.
- 안석·김남훈·김유나(2019), 《도시농촌 건강실태 및 의료비용 효과 비교와 정책과제》, 한 국농촌경제연구원.
- 안석·박대식·김경인(2017), 《농촌노인의 의료복지서비스 이용 실태 및 정책과제: 기능 장애 노인을 중심으로》, 한국농촌경제연구원.
- 오영호·고광욱·김현규(2019), 《건강생활 실천의 건강 및 의료비 효과 분석과 예방 중심 건강관리 방향》, 한국보건사회연구원.
- 오영호·김윤·공현중·이희영·박은자·정연·강은정·김도훈·이화영·신상도·이선영·이사 람·강혜리·곽우성·안선희(2021), 《건강수명 100세 대비를 위한 정책연구》, 경제· 인문사회연구회.
- 오영희·선우덕·김혜련·윤종률·양찬미(2011), 《예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리 서비스의 개발 연구-M시 종적연구기반(1)》, 한국보건사회연구원.
- 원장원(2014), "노인의 건강증진과 질병예방", 《대한의사협회지》 57(9): 756-762, 대한 의사형회.
- 원진직업병관리재단(2022), "여성 농업인 특수건강검진 사업 관련 내부자료", 미발간.
- 유애정·박현경(2022), "지역사회 통합돌봄 추진현황과 향후 과제", 《대한공공의학회지》 6(1): 75-98, 대한공공의학회.
- 윤성하·오경원(2018), "국민건강영양조사 기반의 식생활평가지수 개발 및 현황", 《주간 건강과 질병》 11(52): 1764-1772, 질병관리청.
- 이상영(2015), 《보건의료정책의 추진방향과 과제: 예방적 보건의료 체계를 중심으로》, 한국보건사회연구워.
- 이수진(2010), "농업인의 직업성 질환", 《한양대학교 의과대학 학회지》 30(4): 305-312, 한양대학교 의과대학.
- 이영미·최유림·박혜련·송경희·이경은·유창희·임영숙(2017), "농촌 노인의 마을 밥상 개선 프로그램 개발을 위한 도시와 농촌 노인의 식생활 행태 및 영양소 섭취 상태비교분석 : 2014년 국민건강영양조사 자료를 이용하여", 《한국영양학회지》 50(2): 171-179, 한국영양학회.
- 이윤태·김시연·이상구·박재산·박수범·박성숙·현정희(2009), 《건강서비스 시장 활성화

- 방안 연구》, 한국보건산업진흥워.
- 이정열·김정애·김수희(2013), "한국과 미국 50~64세 성인의 예방적 건강행위 비교", 《지역사회간호학회지》 24(2): 161-171, 한국영양학회.
- 이정택(2016), "민간의료보험 가입 여부와 예방행위 및 예방적 의료서비스의 관계", 《보험동향》 78, 보험연구원.
- 이종숙·김혜경(2017), "초등학생 대상 흡연예방 프로그램 효과에 대한 메타분석", 《보건 교육건강증진학회지》 34(4): 99-110, 한국보건교육건강증진학회.
- 이주열(2017), "지역통합건강증진사업의 개선방안", 《보건복지포럼》 246: 32-40, 한국 보건사회연구워.
- 이지애·윤원정·조성일·조영태(2016), "mHealth 의 활용을 통한 만성질환 예방 및 관리가능성 모색", 《보건학논집》 53(1): 7-16, 서울대학교 보건환경연구소.
- 이현경·김경수·최동필·최원종·박수인(2019), "농업인과 비농업인의 사고 경험률 및 건강 관련 삶의 질 비교", 《한국자료분석학회지》 21(2): 717-731, 한국자료분석학회.
- 장수군 보건의료원(2023), "금연사업 주요 현황 및 통계", 미간행 내부자료.
- 전기홍(2009), "건강관리 서비스와 만성질환 예방서비스", 《대한의사협회지》 52(4): 322-325, 대한의사협회.
- 전라북도(2020), 《2020 전라북도 사회조사 보고서》, 전라북도.
- 전진아(2021), 《코로나19 이후 예방적 건강관리 지원방안 마련 연구》, 한국보건사회연구원.
- 정덕진·김선미·이용재·김지혜(2020), 《충청남도 노인 커뮤니티케어 활성화 방안 연구》, 충청남도사회서비스워.
- 정현진·유애정·최재우·김승희·이기주·최은희(2022), 《지역사회 통합돌봄 모니터링 및 평가 연구(3차년도)》, 보건복지부·국민건강보험공단.
- 조미형·박대식·최용욱(2013), 《농촌 노인의 건강관리 실태와 정책과제》, 한국보건사회 역구워.
- 조비룡(2013), 《일차의료기관을 통한 만성질환자 및 건강고위험군 대상 예방서비스 급여항목 개발 연구》, 국민건강보험공단.
- 조승연·박대식·나현수(2022), 《농촌 지역 방문 진료 실태와 개선 과제》, 한국농촌경제연구원.
- 채명옥·전해옥(2018), "한국 대학생을 대상으로 한 음주관리 프로그램의 효과: 체계적

- 고찰 및 메타분석", 《한국지역사회간호학회지》 29(1): 120-132, 한국지역사회간 호학회.
- 최경환(2008), 《농촌 보건의료 서비스체계 개선방안》, 한국농촌경제연구원.
- 하지연·신성만(2016), "청소년 금연 집단상담 프로그램 효과에 관한 메타분석: 인지행동 치료 및 동기강화상담 비교분석을 중심으로", 《한국심리학회지: 중독》1(2): 19-37, 한국심리학회.
- 한국갤럽(2022), 《2012-2022 스마트폰 사용률&브랜드》, 한국갤럽.
- 한국건강증진재단(2013), 《북 카렐리아 프로젝트: 북 카렐리아에서 국가적 실천으로》, 한국건강증진재단.
- 한국건강증진개발원(2021), 《2020년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집》, 한국건 강증진개발원.
- (2023), "모바일 헬스케어 목표정보 내부자료", 미발간.
- 한영란·양숙자·함옥경·이건아·손윤희·김다혜(2020), 《시도 및 보건소 조직·인력 조사》, 대한간호협회 보건간호사회.
- 홍석철(2017), 《건강관리 서비스 도입의 사회경제적 효과 분석》, 보험연구원.
- Atrash, H. K. & R. Carpenter(2012), "The evolving role of public health in the delivery of health care", *Journal of Human Growth and Development*, 22(3): 396-399.
- Australian Government Department of Health (2021), National Preventive Health, AGDH.
- Australian Institute of Health and Welfare (2022), Rural and remote health 2022, AIHW.
- Cannioto, R., J. L. Etter, M. J. LaMonte, A. D. Ray, J. M. Joseph, E. Al Qassim & K. B. Moysich(2018), "Lifetime physical inactivity is associated with lung cancer risk and mortality", Cancer Treatment and Research Communications, 14: 37-45.
- Centers for Disease Control and Prevention(2010), Promoting Preventive Services for Adults 50-64: Community and Clinical Partnerships.
- Gaetano, A.(2016), "Relationship between physical inactivity and effects on individual health status", *Journal of Physical Education and Sport*, 16(2): 1069-1074.
- García-Alcaráz, J. L., A. A. Maldonado-Macías, G. Alor-Hernández, P. García-Alcaraz & E. Jiménez-Macías(2020), "Supplier Selection in the Healthcare Sector: A Multi-C riteria Proposal", *Handbook of Research on Interdisciplinary Approaches to Decisi*

- on Making for Sustainable Supply Chains (pp. 652-674), IGI Global.
- Gay, H. C., S. G. Rao, V. Vaccarino & M. K. Ali(2016), "Effects of different dietary interventions on blood pressure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", *Hypertension*, 67(4): 733-739.
- Karadal, K., A. Ahmad & D. Chowdhury(2021), "Managing Healthcare Organizational Change During Uncertainty: Perspective of COVID-19", Handbook of Research on Policies, Protocols, and Practices for Social Work in the Digital World: 170-188, IGI Global.
- Kass, L. R.(1975), "Regarding the end of medicine and the pursuit of health", *The Public Interest*, 40: 11.
- Kattilakoski, M., A. Husberg, Hanna-Mari Kuhmonen, H.-M., J. Rutanen, H. Vihinen, P. Töyli, T. Tarja Lukkari, E. Emilia Osmonen, T. Väre & C. Christell Åström(2022), *Countryside renewing with the times: Rural Policy Programme* 2021-2027, Publications of the Ministry of Agriculture and Forestry 2022:13.
- Mann, H.(2006), "What is health?", New Zealand Medical Journal, 119(1242).
- Neumann, P. J. & J. T. Cohen(2009), "Cost savings and cost-effectiveness of clinical preventive care", *The Synthesis project. Research synthesis report*, 18: 189.
- Reiner, M., C. Niermann, D. Jekauc & A. Woll(2013), "Long-term health benefits of physical activity—a systematic review of longitudinal studies", BMC Public Health, 13(1): 1-9.
- Rippe, J. M.(2018), "Lifestyle medicine: the health promoting power of daily habits and practices", *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6): 499-512.
- Shrestha, A., B. M. Karmacharya, P. Khudyakov, M. B. Weber & D. Spiegelman(2018), "Dietary interventions to prevent and manage diabetes in worksite settings: a meta-analysis", *Journal of Occupational Health*, 60(1): 31-45.
- Statistics Finland(2023), "Population structure 2000-2022, urban-rural classification", Statistics Finland.
- Twaddle, A. C.(1974), "The concept of health status", *Social Science & Medicine*, 8(1): 29-38.
- Volpp, K. G., A. B. Troxel, M. V. Pauly, H. A. Glick, A. Puig, D. A. Asch, ... & J.

Audrain-McGovern(2009), "A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation", *New England Journal of Medicine*, 360(7): 699-709.



- <온라인 자료>
- 공공데이터포털(http://www.data.go.kr), "전국건강생활지원센터 표준데이터", 검색일: 2023. 7. 31.
- 국가암정보센터(https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T204C205/contents.do), 검색일: 2023. 4. 13.
- 농림축산식품부(http://www.farmerhealth.kr/), 여성농업인 특수건강검진, 검색일: 2023. 4. 26.
- 복지로(https://www.bokjiro.go.kr/ssis-tbu/index.do), 검색일: 2023. 8. 12.
- 일차의료 만성질환관리 시범사업(https://www.khepi.or.kr/ncd), 우리동네 참여 의원, 검색일: 2023, 3, 7.
- 질병관리청(http://www.kdca.go.kr), 국민건강영양조사, 검색일: 2023. 3. 2.
- 통계청 국가통계포털(http://www.kosis.kr), 고령인구비율(시도/시/군/구), 검색일: 2023. 3. 7.
- (http://www.kosis.kr), 장래인구추계, 검색일: 2023. 3. 2.
- 통계청 마이크로데이터 통합서비스(http://www.mdis.kostat.go.kr), 농림어업총조사 2020년 원시자료, 검색일: 2023. 3. 2.
- Centers for Disease Control and Prevention(http://www.cdc.gov), 검색일: 2023. 10. 30.
- National Preventive Health Strategy 2021-2030(https://www.health.gov.au/resources/pu blications/national-preventive-health-strategy-2021-2030?language=en), 검색일: 2023. 4. 13.
- The National Center for Farmer Health(https://www.farmerhealth.org.au/community-sup port-programs), 검색일: 2023. 5. 9.
- ____(https://www.farmerhealth.org.au/page/about-us), 검색일: 2023. 4. 6.
- _____(https://farmerhealth.org.au/community-support-programs), 검색일: 2023. 5. 9.

<법령>

- 국민건강증진법(시행 2023. 12. 22. 법률 제18606호, 2021. 12. 21., 일부개정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 9. 5.
- 노인복지법(시행 2023. 12. 14. 법률 제19449호, 2023. 6. 13., 일부개정) (http://www.law. go.kr), 검색일: 2023. 9. 5.

- 농어업경영체 육성 및 지원에 관한 법률(시행 2023. 7. 25. 법률 제19638호, 2023. 8. 16., 일부개정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 9. 5.
- 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(시행 2022. 2. 18. 법률 제18413호, 2021. 8. 17., 일부개정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 9. 5.
- 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행령(시행 2022. 12. 20. 대통령령 제33112호, 2022. 12. 20., 타법개정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 7. 2.
- 농업·농촌 및 식품산업 기본법(시행 2024. 1. 25. 법률 제19750호, 2023. 10. 24., 일부개정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 10. 26.
- 장수군 금연 장려 조례(전라북도 장수군 조례 제2345호, 2019. 5. 7., 일부개정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 7. 2.
- 장수군 금연지도원 운영 조례(전라북도 장수군 조례 제2060호, 2015. 4. 14., 제정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 7. 2.
- 지역보건법(시행 2023. 12. 14. 법률 제19465호, 2023. 6. 13., 일부개정) (http://www.law. go.kr), 검색일: 2023. 7. 2.
- 지역보건법 시행규칙(보건복지부령 제667호, 2019. 8. 19., 일부개정) (http://www.law.g o.kr), 검색일: 2023. 7. 2.
- 지역보건법 시행령(대통령령 제32977호, 2022. 11. 1., 타법개정) (http://www.law.go.kr), 검색일: 2023. 7. 2.



농촌 주민의 예방적 건강관리 실태와 정책과제

Preventive Health Care Status and Policy Challenges for Rural Residents

한국농촌경제연구원

전라남도 나주시 빛가람로 601 T. 1833-5500 F. 061) 820-2211

