연구보고서 2012-11

농어촌 지역주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안

Community resources organization plan for the health promotion of rural and fishery inhabitants

김동진 · 윤시몬 · 이수형 · 나백주 · 박재홍

한국보건사회연구원

연구보고서 2012-11

농어촌지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안

발 행 일 2012년
저 자 김 동 진 외
발 행 인 최 병 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 경성문화사
가 격 7,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-8187-000-0 93510

머리말

최근 들어 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 자연스럽게 농어촌에 대한 관심 또한 고조되고 있고, 그러한 관심은 귀농귀촌 인구의 증가로 나타나고 있다. 그러나 농어촌의 현실은 겉으로 드러난 관심에 비해 덜 주목받고 있는 것이 아닌가 할 정도로 사회적인 논의가 충분하지 못하다.

보건의료는 주거, 교통, 교육, 문화와 함께 사람이 생활하는 데 필요한 필수서비스의 하나이며, 이러한 필수서비스를 제공할 수 있는 공급체계 확보는 농어촌 기본 기능 유지의 필수 조건이라고 할 수 있다. 때문에 귀농귀촌 등 최근의 농어촌에 대한 사회적 관심을 단지 관심에서 끝내지 않기 위해서는 도시·농촌간 보건의료서비스의 불균형 해소를 위한 정책마련이 무엇보다 중요하다.

그동안 농어촌의 보건의료서비스 개선 대책은 주로 무의촌 해소 정책이 중심이 되어 왔다. 이러한 기조아래 1960년대 보건(지)소 설치, 1980년대 공중보건의사제도 도입, 1990년대 중반 농어촌 보건의료서비스 개선사업 등은 추진되어 왔으나, 주로 시설과 장비의 개선 등 하드웨어적 접근이 대부분이었다.

이러한 사업들은 그자체로서 농어촌 보건의료서비스 개선에 긍정적인 평가를 받아오긴 했으나, 인구고령화, 소득양극화, 만성질환 유병률 증가 및 사고·중독 증가 등 최근 농어촌에서 일어나고 있는 인구, 사회, 경제

적 환경변화는 농어촌 보건의료서비스 관련 정책의 변화가 요구됨을 암시하고 있다.

최근 급증하고 있는 농어촌의 보건의료욕구에 적절히 대처하기에는 군단위 보건소나 보건지소의 능력만으로는 부족하지만 민간부문의 병의원들은 그들 나름대로 인구규모가 적은 농어촌에서 개원하기를 꺼리고 있으며, 그 결과 도시에 비해 농어촌의 보건의료공급체계는 점점 열악해지고 그 피해는 결국 농어촌 지역주민의 몫으로 돌아오는 것이 보건의료분야에서 지금의 농어촌이 직면한 현실이다.

본 연구는 이와 같이 농어촌 보건의료를 둘러싼 환경 변화를 인식하고, 그러한 문제를 해결하기 위해 지역사회를 중심으로 민간-공공, 보건-복지 등의 자원 조직화를 통해 부족한 보건의료자원에 대한 대처 방안을 마련해보고자 하였다.

본 연구는 우리 원의 김동진 부연구위원 주관 하에 윤시몬 전문연구원, 이수형 전문연구원, 채희란 연구원과 건양대학교 나백주 교수의 공동연구로 진행되었으며, 횡성사회복지관 박재홍 국장의 도움이 있었다. 그리고, 본 연구진행과정에서 보다 좋은 보고서작성을 위하여 자문과 검독을 해 준 한국농촌경제연구원 박대식 농촌정책연구부장, 한국사회적기업진흥원 최혁진 본부장, 보건진료원회 신현주 회장, 그리고 본 원의 이상영 건강보장연구실장, 윤강재 부연구위원에게 감사를 표한다.

2012년 11월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Contents

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 11

제1절 연구의 필요성 및 목적 ····· 11

제2절 연구범위 및 내용 ····· 13

제2장 농어촌 지역의 여건 변화 ····· 17

제1절 인구구성의 변화 ····· 17

제2절 경제적 여건 변화 ····· 21

제3절 건강수준의 변화 ····· 25

제3장 농어촌 지역 보건의료 자원현황 ····· 35

제1절 공공부문 보건의료자원 ····· 35

제2절 민간부문 보건의료자원 ····· 39

제4장 농어촌 주민의 의료이용 행태 및 건강증진서비스 욕구 ····· 51

제1절 농어촌 주민의 의료이용 행태 및 건강증진서비스 이용 욕구 조사 결과 ····· 51

제2절 농민단체 관계자 의견조사 결과 ····· 68

제3절 소결 ····· 74

제5장 농어촌 보건의료서비스 개선사업 평가 ····· 79
제1절 배경 및 필요성 ····· 79
제2절 농어촌 의료서비스개선사업 평가 방향 설정 ····· 79
제3절 농어촌 의료서비스개선사업 평가 ····· 82
제4절 농어촌 보건의료개선 사업의 방향 전환 ····· 93

제6장 농어촌 지역 건강증진자원 조직화 ····· 97
제1절 배경 ····· 97
제2절 자원조직화 방안 ····· 100
제3절 소결 ····· 115

제7장 결론 및 정책제언 ····· 119

참고문헌 ····· 121

부 록 ····· 131

표 목차

〈표 2-1〉 농촌 인구의 불균형화 추이 ·····18
〈표 2-2〉 지역별·성별 급만성 질환 유병률(연령표준화) ·····20
〈표 2-3〉 지역별·성별 급만성 질환 미치료율(연령표준화) ·····21
〈표 2-4〉 농어가 소득 현황 ·····22
〈표 2-5〉 지역별 가구빈곤율(가처분소득기준) ·····23
〈표 2-6〉 노인가구 빈곤율(가처분소득기준, 최저생계비 기준) ·····24
〈표 2-7〉 농어업인과 비농어업인의 연령별 만성질환 유병률 ·····26
〈표 2-8〉 농어업인과 비농어업인의 만성질환별 유병률 ·····26
〈표 2-9〉 1995~1998년과 1999~2002년 지역별 결핵 표준화 사망률 비교 ·····27
〈표 2-10〉 사망원인별 표준화 사망률로 비교한 군지역과 구지역의 건강수준 ·····29
〈표 3-1〉 각 지역별 보건의료자원(조직) 현황(2011년 말 기준) ·····35
〈표 3-2〉 전국 공공부문 보건의료자원 (보건소, 보건지소 및 보건진료소) 현황 ·····36
〈표 3-3〉 지역보건법 개정안 주요내용(2012.08.31) ·····37
〈표 3-4〉 주민등록인구대비 보건의료자원(공공부문) 인력현황 비교 ·38
〈표 3-5〉 지역별 의사 분포 현황 ·····40
〈표 3-6〉 지역별 의료인력별 분포 현황(2002년) ·····40
〈표 3-7〉 의료기관 종별 도·농간 의료기관 및 병상수 분포 현황 ·····42
〈표 3-8〉 연도별 도·농간 의료기관 및 병상수 분포 현황 ·····43
〈표 3-9〉 응급의료기관이 부재 지역(2008년 기준) ·····44
〈표 3-10〉 도·농간 응급의료기관 분포 현황(2011년 기준) ·····44

〈표 3-11〉 관내 의료기관의 분만건수가 하나도 없거나 50개 이하인 시·군·구 개수 연도별 현황(2001~2010) ·····46
〈표 3-12〉 지역별 보건의료기관 추이(사례지역) ·····47
〈표 4-1〉 지역별 응답자 현황 ·····52
〈표 4-2〉 응답자의 일반적 특성 ·····53
〈표 4-3〉 응답자의 현재 건강상태 ·····55
〈표 4-4〉 의료기관 이용 시 교통수단 ·····57
〈표 4-5〉 의료기관 이용시 소요시간 ·····58
〈표 4-6〉 질병치료 시 어려운 점 ·····58
〈표 4-7〉 지역내 보건소나 의료기관의 서비스 및 진료수준에 대한 주관적 인식 ·····59
〈표 4-8〉 응급상황 경험 여부 및 응급상황 종류 ·····60
〈표 4-9〉 응급환자 발생시 가장 먼저 연락을 취하는 곳 및 연락 소요시간 ·····60
〈표 4-10〉 응급환자 발생시 가장 어려운 점 ·····62
〈표 4-11〉 평소 건강관리 여부 ·····63
〈표 4-12〉 평소 건강관리를 하지 않는 이유 ·····63
〈표 4-13〉 평소 하고 있는 건강관리 종류(복수응답) ·····64
〈표 4-14〉 평소 하고 있는 건강관리에 대한 충분여부 및 부족 시 받고 싶은 프로그램 ·····65
〈표 4-15〉 공공 및 민간기관1)에서 제공하는 서비스 이용 여부 ·····66
〈표 4-16〉 건강증진서비스를 받아볼 기회가 있을시 받고 싶은 서비스 종류 ·····66
〈표 4-17〉 공공 및 민간기관에서 받고 있는 서비스 종류 ·····67

Contents

〈표 4-18〉 (이용자)_이용하는 서비스의 충분 여부 및 충분하지 않을 경우 받고 싶은 서비스 ····· 68
〈표 4-19〉 농민단체 관계자 설문조사 결과 개요 ····· 69
〈표 4-20〉 농민단체 설문조사 응답자 일반현황 ····· 69
〈표 4-21〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 심각한 질병분야와 건강관리 우선예방 분야 ····· 70
〈표 4-22〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 선호의료기관 ····· 71
〈표 4-23〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 질병치료시 어려운 점 72
〈표 4-24〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 다빈도 사고유형 ····· 72
〈표 4-25〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 응급환자 발생시 애로사항 ····· 73
〈표 4-26〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 의료이용 주요 현안 및 개선방향 ····· 74
〈표 5-1〉 1994년~2011년의 분야별 지원 대상기관수 현황 ····· 82
〈표 5-2〉 농어촌 의료서비스개선사업 연도별 지원실적(1994~2010) 84
〈표 5-3〉 농어촌 의료서비스개선사업 기관유형 및 지원분야별 지원실적(1994~2010) ····· 85
〈표 5-4〉 농어촌 의료서비스개선사업 시설개선 유형별 지원실정 (1994~2010) ····· 85
〈표 6-1〉 건강증진서비스 전달체계 ····· 102
〈표 6-2〉 근린규모 유형 ····· 103
〈표 6-3〉 보건진료소 시설 및 인력 ····· 106
〈표 6-4〉 보건진료원의 의료행위와 보건업무 ····· 106
〈표 6-5〉 보건진료원 활동 실적 ····· 107
〈표 6-6〉 보건진료소 중심 건강증진사업 사례 ····· 108

〈표 6-7〉 인가 생협 수 ·····110
〈표 6-8〉 생협법 주요 개정내용(2011년 9월) ·····113

부표 목차

〈부표 1〉 고혈압 유병률 현황 ·····140
〈부표 2〉 북암 보건진료소 건강실천교실의 건강증진프로그램 구성 현황 144
〈부표 3〉 북암보건진료소 관내 일반적 현황 ·····144
〈부표 4〉 당뇨관리사업 관리 과정 요약 ·····150
〈부표 5〉 충북 북암보건진료소의 건강증진사업 사례관리 운영매뉴얼 151
〈부표 6〉 사창보건진료소 건강관리사업의 조직체계 ·····152
〈부표 7〉 사창보건진료소 노인인구 현황(1981/2009) ·····153
〈부표 8〉 사창보건진료소 건강관리사업의 사업계획 ·····157
〈부표 9〉 사창보건진료소 건강관리사업의 업무내용 ·····158
〈부표 10〉 사창보건진료소 건강관리사업의 일일활동계획 ·····159
〈부표 11〉 공공 및 민간부문 보건의료자원(조직) 현황 ·····184
〈부표 12〉 공공 및 민간부문 보건의료자원(인력) 현황 ·····185
〈부표 13〉 지역별 인구10만명당 보건의료자원 현황
(공공부문 및 민간부문) ·····186
〈부표 14〉 보건의료자원(조직)의 각 시·도별 증감 추이
- 공공 및 민간부문 비교 ·····187
〈부표 15〉 보건의료자원(인력)의 각 시·도별 증감 추이
- 공공 및 민간부문 비교 ·····188
〈부표 16〉 농촌지역 건강증진프로그램의 효과분석 사례 ·····189

〈부표 17〉 기타 건강증진 프로그램의 효과분석 사례 ·····190
〈부표 18〉 운동프로그램의 효과분석 사례 ·····192
〈부표 19〉 금연프로그램의 효과분석 사례 ·····196
〈부표 20〉 영양프로그램의 효과분석 사례 ·····197
〈부표 21〉 절주프로그램의 효과분석 사례 ·····199
〈부표 22〉 고혈압, 당뇨프로그램의 효과분석 사례 ·····200
〈부표 23〉 보건소 유형별 개소당 평균 공무원수 및 관할인구 현황 ··201
〈부표 24〉 보건소 유형별 보건의료서비스 관련 업무의 실제 투입인력수201
〈부표 25〉 보건진료소 수가기준(2011) ·····202
〈부표 26〉 보건진료원 제도 연혁 ·····202
〈부표 27〉 농어촌지역 등의 보건의료자원 현황 - 보건소 ·····203
〈부표 28〉 농어촌지역 등의 보건의료자원 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····203
〈부표 29〉 농어촌지역의 보건의료자원 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····204
〈부표 30〉 농어촌지역의 보건의료자원(의사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····205
〈부표 31〉 농어촌지역의 보건의료자원(치과의사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····206
〈부표 32〉 농어촌지역의 보건의료자원(한의사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····206
〈부표 33〉 농어촌지역의 보건의료자원(약사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····207
〈부표 34〉 농어촌지역의 보건의료자원(간호사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····207

〈부표 35〉 농어촌지역의 보건의료자원(영양사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····208
〈부표 36〉 농어촌지역의 보건의료자원(의료기사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····209
〈부표 37〉 농어촌지역의 보건의료자원(간호조무사) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····210
〈부표 38〉 농어촌지역의 보건의료자원(행정직) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····210
〈부표 39〉 농어촌지역의 보건의료자원(보건직) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····211
〈부표 40〉 농어촌지역의 보건의료자원(기능직 등) 현황
- 보건지소 및 보건진료소 ·····211

그림 목차

[그림 2-1] 농촌의 인구변동 추이 및 전망 ·····19
[그림 2-2] 농·어가 소득 현황 ·····22
[그림 2-3] 지역별 유병률의 연도별 추이 ·····25
[그림 2-4] 전국의 구, 시, 군별 조사망률 변화 추이 ·····28
[그림 2-5] 전국의 구, 시, 군별 표준화사망률 변화 추이 ·····28
[그림 2-6] 우리나라의 농작업 재해율 ·····30
[그림 2-7] 농부증 발생률 ·····30
[그림 2-8] 우리나라 전체 농어가 보건의료비 지출 추이 ·····31
[그림 3-1] 분만 산부인과 없는 지역 추이 ·····45

[그림 4-1] 동일지역 의료기관 이용현황: 시·도기준 ·····56
[그림 4-2] 동일지역 의료기관 이용현황: 시·군·구기준 ·····56
[그림 4-3] 응급상황 발생시 응급차량 도착시간 및 의료기관까지의 이동시간 ·····61
[그림 5-1] 보건의료 투입, 과정, 결과 평가 틀 ·····80
[그림 5-2] 농어촌 의료서비스개선사업 투자의 직간접 영향 ·····81
[그림 5-3] 농어촌 의료서비스개선사업 연도별 지원실적(1994~2010) 84
[그림 5-4] 개선지역과 미개선지역 보건소의 연인원 진료실적 비교 · 89
[그림 5-5] 개선여부별 보건소 이용경험률 비교 ·····90
[그림 5-6] 보건소 시설 및 서비스 질에 대한 주민 만족도 ·····90
[그림 5-7] 한국보건사회연구원의 농어촌의료서비스개선사업 심층평가 틀 91
[그림 6-1] 건강증진서비스 전달체계 ·····101
[그림 6-2] 주민센터 통합 도시보건지소 모형 ·····105
[그림 6-3] 안성의료생협 규모 ·····111
[그림 6-4] 희망복지지원단 운영체계 ·····114

부도 목차

[부도 1] 사업의 연계조직 구성도 ·····139
[부도 2] 만성질환 유병률 ·····141
[부도 3] 건강실천교실사업의 진행절차 ·····147
[부도 4] 시·도별 고령 인구비율 ·····164
[부도 5] 시·도별 고령인구비율 ·····165
[부도 6] 시·도별 흡연율 ·····165

[부도 7] 시·도별 고위험 음주율 ·····166
[부도 8] 시·도별 비만율 ·····166
[부도 9] 시·도별 고위험 음주율 ·····167
[부도 10] 시·도별 연령표준화 자살률(10만명 기준) ·····167
[부도 11] 시·도별 뇌혈관질환 사망률(표준인구 10만명 기준) ·····168
[부도 12] 시·도별 고혈압성질환 사망률(표준인구 10만명기준) ·····168
[부도 13] 시·도별 보건의료기관 현황(인구 10만명당) ·····169
[부도 14] 농촌형 만성질환 관리모형 ·····174

Abstract

Community Resources Organization Plan for the Health Promotion of Rural and Fishery Inhabitants

A major problem concerning health care in South Korea is regional disparities in health care services. Most health care facilities are located in urban areas. However, it is difficult to expect much improvement in health care service in rural areas soon.

The government try to improve the rural health care environment to provide better services to the residents. Despite the government's effort, health care in the rural areas of Korea is still not satisfactory.

The circumstances for health care service in rural areas are changing rapidly with economic development advancement in transportation and IT industry. The increasing chronic disease and rural residents' interest in health also contribute to this change.

In consideration of these changing circumstances, this study suggest some types of new approach to reorganize the health care resources in rural area to improve for solving rural health problems.

요 약

Ⅰ. 연구의 배경 및 목적

□ 그 동안 지역간 보건의료자원의 불균형 문제를 해소하면서 농어촌 지역의 보건의료서비스 여건을 개선하기 위한 다양한 노력들이 추진되어 왔음.

○ 1980년대의 무의촌 해소를 위한 공공보건의 배치와 보건진료소 설치 등이 대표적임.

○ 이러한 정책들은 그 동안 어느 정도 성과를 거두었다고 할 수 있지만 농어촌 지역의 보건의료문제를 만족스럽게 해결하지는 못하였음.

□ 농림수산업의 경쟁력 강화와 농어촌 생활환경 개선 및 농어민의 후생복지를 위하여 설립된 농어촌 특별세에 기반하여 '농어촌의료서비스 개선사업'이 추진되고 있음.

○ 그러나 이 또한 보건소 등의 농어촌 보건의료기관의 시설과 장비 보강 등 하드웨어적 측면에서의 성과는 있었으나, 농어촌 지역 주민의 건강 개선을 기대하기에는 여전히 부족한 측면이 있음.

□ 특히, 인구학적, 사회경제적 변화 등 보건의료를 둘러싼 농어촌의 환경 변화에 대처하는 정부의 정책 변화는 아직도 급변하는 현실을 쫓

아가지 못하고 있음.

□ 본 연구는 현재 농어촌의 부족한 보건의료자원과 열악한 건강증진서비스 제공 환경 하에서 보다 효율적이고 효과적으로 건강증진서비스가 제공될 수 있도록 지역사회 주민의 건강과 관련 있는 각종 보건의료자원을 조직화하는 방안을 마련하고자 수행되었음.

II. 주요 연구결과

□ 본 연구는 보건의료 및 건강증진과 관련된 농어촌의 변화된 환경에 맞추어 효과적이고 효율적인 건강증진서비스 제공을 위한 조직화 방안을 마련하는 것을 주요 내용으로 함.

○ 이를 위해 우선 본 연구에서는 농어촌의 사회경제적 여건변화 분석과 함께 농어촌 지역주민의 보건의료 이용 현황 및 건강증진 욕구를 조사하고, 그동안 농어촌을 대상으로 추진되어 온 정부의 관련 정부정책 및 사업을 평가해보고자 하였음.

□ 농어촌 지역의 주요 환경변화는 다음과 같음.

○ 농어촌의 인구학적 특성은 전체적인 인구감소, 65세 이상 노인인구 비율 급증, 여성 인구의 증가 등으로 요약 가능함

○ 농어촌 지역 가구소득은 2011년 현재 농가의 경우 도시 근로자 가구 대비 59.1%, 어가의 경우 75.8%에 불과하였으며, 도시에 비해 빈곤율 또한 높은 수준이었음.

○ 농어촌 지역 건강수준의 경우, 근골격계 질환 등 급만성 질환 유병률이 도시에 비해 높았고, 연령표준화 사망률 또한 농촌이 높은 것으로 나타났음.

□ 농어촌 지역의 보건의료 자원 현황은 다음과 같음.

○ 의료기관 분포에 있어 도·농간 격차가 뚜렷하게 나타나고 있음. 특히 응급의료기관이나 산부인과 등 필수의료에 대한 농어촌 지역의 접근성 저하는 사회적으로도 문제가 되고 있음.

○ 의료인력의 경우에도 도·농간 분포의 격차가 나타나고 있는데, 특히 농어촌 지역의 의료인력을 대신하고 있는 공중보건 의사 수 감소 문제와 질적 수준 제고는 정책적으로 대안을 마련해야 할 부분임.

□ 농어촌 주민을 대상으로 그들의 건강상태와 의료이용 행태 그리고 건강증진서비스에 대한 욕구를 조사한 결과는 다음과 같음.

○ 도시에 비해 농어촌 지역에서 당뇨, 관절염, 농부증 등의 만성질환 유병률이 높은 것으로 나타났음.

○ 질병 치료를 위해서는 시·군·구 기준으로 시외지역의 의료기관을 많이 이용하고 있었으며, 도시에 비해 의료기관 이동거리가 먼 것으로 조사되었음.

○ 의료이용 시 애로 사항으로는 경제적인 측면 외에 의료기관에 대한 물리적 접근성 등으로 나타났으며, 특히, 농어촌 주민이 도시지역 주민에 비해 의료기관 서비스에 대한 불만이 많은 것으로 나타났음.

○ 특히 일반 의료 외에 응급의료의 경우에도 도시에 비해 상대적으로 접근성이 낮은 것으로 나타났음.

○ 건강증진과 관련하여 농어촌 주민의 건강관리 비율이 도시에 비해 낮았으며, 강화되기를 원하는 건강증진서비스는 운동, 영양, 만성질환 관리, 정신보건 등으로 나타났음.

□ 농어촌 의료서비스 개선사업에 대한 평가 결과는 다음과 같음.

○ 농어촌 보건의료 투자는 우선 농어촌 건강수준에 대한 실태 파악부터 가장 효과적인 전략개발 및 농어촌 보건의료 인적 자원 관리에 이르기까지 중앙정부의 통합적 기획이 선차적으로 이루어지도록 하는 것이 가장 중요함.

– 이를 위해 보건복지부 내에 다양하게 흩어져 있는 농어촌 보건의료 관련 정책을 통합 조율하고, 농어촌 보건의료 인력 확보와 인력의 질 향상을 위한 투자를 담당해야 함.

○ 또한 지방자치단체 차원에서 투자가 원활하게 되도록 현실적인 지원이 필요함.

– 지방자치단체의 지역현실에 맞는 보건의료 투자가 활성화되도록 하려면 지방자치단체의 보건의료 투자 예산 및 인력 운영의 가능성을 높여주는 제도가 마련되어야 함.

– 광역자치단체 차원에서 자체의 농어촌 의료 취약지를 정하고 여기에 더욱 보건의료 예산이 집중될 수 있도록 농어촌 보건의료 계획 기능 강화, 주민참여 활성화 등에 예산이 더욱 쓰일 수 있도록 할 필요가 있음.

□ 농어촌 지역의 부족한 건강증진 자원을 효율적으로 활용하여 지역사회 주민들에게 효과적인 건강증진서비스를 제공할 수 있도록 하는 자원조직화 방안을 제시하였음.

○ 건강증진재단 중심의 건강증진전달체계는 건강증진 재단 지부를 지역별로 설치하는 내용을 제외하면 정부에서 지역보건법 개정안을 통해 추진하고자 하는 보건소 기능전환 및 건강증진서비스 강화 정책과 상당히 유사하여 가장 현실적인 내용으로 보임. 다만, 보건소와 다른 유관기관과의 파트너쉽이나 연계가 제대로 이루어

지지 않을 경우 현재와 차별화되지 않을 수 있음.

○ 근린 거버넌스를 활용한 방안은 보건기관에서 제공하는 건강즈진 서비스 외에 복지서비스나 행정서비스 등과의 연계가 가능하고, 서비스 대상자에 대한 정보 교환, 검토, 평가 등이 가능하다는 장점이 있음.

○ 보건진료소 중심의 조직화 방안이 성공적으로 이루어지기 위해서는 보건진료원이 중심이 되어 조직화를 이루어나가야 하기 때문에 보건진료원이 다방면에 걸쳐 전문성을 갖추어야 하며, 이를 뒷받침해줄 전문가의 협력이 필수적임.

○ 협동조합 방식의 조직화의 경우 지역사회 주민의 욕구를 반영한 의료서비스는 물론 만성질환 관리나 예방서비스를 연계하여 제공할 수 있고, 때에 따라서는 재가서비스 등과도 연계할 수 있다는 장점이 있음.

○ 마지막으로 보건복지통합 모델을 활용한 조직화의 경우 지역별 특성을 살린 보건복지 연계서비스 모델 개발이 우선되어야 할 것이며, 충분한 시범사업을 통해 모델의 적용가능성을 높여 나갈 필요가 있음.

III. 결론 및 시사점

□ 농어촌에서 증가하는 보건의료문제에 적절하게 대처할 만한 보건의료체계의 강화 정책이나 사업은 근래에 나타나지 않고 있음.

○ 농어촌의 보건의료 문제는 단기간에 개선될 징조가 보이지 않고 있는 반면, 이러한 문제에 대응하기 위한 보건의료체계는 민간과 공공을 모두 포함한다 하더라도 아직은 그 역할을 제대로 하고 있다고 보기 어려움.

○ 이는 지역사회 자체적인 자원조직화를 통해서라도 지역사회의 보건의료 문제에 직접 대응해야 할 필요가 있음을 나타냄.

□ 이를 위해 본 연구에서는 자원조직화를 위해 건강증진재단 중심의 전달체계, 근린 거버넌스를 활용한 방안, 보건진료소 중심의 조직화 방안, 협동조합 방식의 조직화, 보건복지통합 모델을 활용한 조직화 등 몇 가지 방안을 제안하였음.

□ 이러한 방안들이 실제 모델로서 활용되기 위해서는 무엇보다도 다음과 같은 몇 가지 원칙들이 기본적으로 고려되어야 함.

○ 첫째, 주민참여의 모델 설정이 중요함. 둘째 치료와 예방의 일차의료 체계 정립을 추진하는 것이 필요함. 셋째 농어촌 보건의료에서 병원서비스와 연계는 매우 중요한 문제임. 넷째, 농특세 등을 활용한 농어촌 보건의료 투자는 우선 농어촌 건강수준에 대한 실태 파악부터 가장 효과적인 전략개발 및 농어촌 보건의료 인적자원 관리에 이르기까지 중앙정부의 통합적 기획이 선차적으로 이루어지도록 하는 것이 가장 중요함. 다섯째 농어촌 보건의료에 대한 기술지원체계를 강화하여야 함. 여섯째, 기존의 농특세 투자영역인 시설 및 장비 투자는 지속되어야 함. 다만 이와 연계한 계획 및 서비스 질 향상 프로그램을 더욱 강하게 연계하는 방안도 고민되어야 함.

*주요용어: 농어촌, 자원조직화, 건강증진

1장

서론

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

경제위기 시에는 일자리와 소득이 감소되어 중산층은 서민으로, 서민층은 빈곤층으로 떨어지는 경우가 많아지고 취약계층의 보건복지 수요도 증가하는 것이 일반적이다. 글로벌 금융위기 여파에 따라 우리나라 경제도 침체기에 있으며, 이에 따른 서민층의 복지 수요도 크게 증가하고 있다.

사회경제적 변화에 대응능력이 약한 취약계층의 경우 경제위기로 인한 타격을 가장 많이 받을 수밖에 없다. 특히 대표적인 취약계층이라고 할 수 있는 독거노인, 조손가정, 다문화가정 등이 밀집되어 있는 농어촌의 경우 경제위기로 인해 생활여건은 더욱 열악해질 수밖에 없으며, 나아가 이들의 건강 또한 위협받고 있다.

농어촌의 열악한 생활여건이나 삶의 질에 영향을 미치는 공공서비스 제공 현실을 보건의료 및 건강증진분야에 국한시켜 논의하였을 때, 특히 우리나라 보건의료서비스 체계가 민간의 시장기능에 상당부분 의존하고 있는 현실을 감안할 때 도·농간 자원분포 및 서비스 질의 불균형 문제는 더욱 심각해질 수밖에 없다.

이에 따라 지역간 보건의료자원의 불균형 문제를 해소하면서 농어촌 지역의 보건의료서비스 여건을 개선하기 위한 다양한 노력들이 추진되어

왔다. 1980년대의 무의촌 해소를 위한 공공보건의 배치와 보건진료소 설치 등이 대표적이다. 이러한 정책들은 그 동안 어느 정도 성과를 거두었다고 할 수 있지만 농어촌 지역의 보건의료문제를 만족스럽게 해결하지는 못하였다(최경환, 2008).

이러한 상황에서 1994년 우루과이라운드 협상 타결 이후 수입농산물의 증대로 인한 국내 농가 소득의 정체 및 도·농간 소득격차 우려에 따른 농림수산업의 경쟁력 강화와 농어촌 생활환경 개선 및 농어민의 후생복지를 위하여 설립된 농어촌 특별세(이하 농특세라 함)에 기반하여 '농어촌의료서비스개선사업'이 추진되고 있다. 그러나 농어촌의료서비스개선사업을 통해 보건소 등의 농어촌 보건의료기관의 시설과 장비보강 등 하드웨어적 측면에서의 성과는 있었으나, 농어촌 지역 주민의 건강개선을 기대하기에는 여전히 부족한 측면이 있다.

여기에 농어촌 지역의 인구 비율은 2000년 20.8%에서 2010년 18.0%로 감소하는 한편, 65세 이상 인구는 2000년 14.7%에서 2010년 20.9%로 증가하는 등 인구학적 변화와 함께 소득수준의 향상, 건강에 대한 관심 증대 등 사회경제적 변화, 그리고 교통·통신의 발달로 인한 생활권의 변화 등 농어촌에서는 보건의료와 관련된 여건이 격변하는 추세에 있다.

과거의 보건소법[1]에서 지역보건법[2]으로 바뀌면서 보건정책 수립 방식 또한 top-down 방식에서 bottom-up 방식으로 바뀌었고, 국민건강증진법과 정신보건법[3] 등이 연이어 제정되면서 건강증진을 위한 사업기반도 마련되는 등 분명 과거에 비해 사업 수행을 위한 여건이 개선되기는 하였다. 그럼에도 불구하고 보건의료를 둘러싼 농어촌의 환경 변화에 대처하는 정부의 정책 변화는 아직도 급변하는 현실을 쫓아가지 못하고 있다.

본 연구는 현재 농어촌의 부족한 보건의료자원과 열악한 건강증진서

1) 1962년 제정
2) 1995년 제정
3) 국민건강증진법과 정신보건법 모두 1995년 제정

비스 제공 환경 하에서 보다 효율적이고 효과적으로 건강증진서비스가 제공될 수 있도록 보건소, 보건지소, 보건진료소는 물론 지역사회 주민의 건강과 관련 있는 유관기관 등 각종 보건의료자원을 조직화하는 방안을 마련하고자 수행되었다.

제2절 연구범위 및 내용

본 연구는 보건의료 및 건강증진과 관련된 농어촌의 변화된 환경에 맞추어 효과적이고 효율적인 건강증진서비스 제공을 위한 조직화 방안을 마련하는 것을 주요 내용으로 한다.

이를 위해 우선 본 연구에서는 현재 농어촌 지역이 처한 현황을 다각도로 분석하고자 하였다. 특히, 농어촌의 사회경제적 여건변화 분석과 함께 농어촌 지역주민의 보건의료 이용 현황 및 건강증진 욕구를 조사하고, 그동안 농어촌을 대상으로 추진되어 온 정부의 관련 정부정책 및 사업을 평가해보고자 하였다.

이를 통해 그 동안 추진되어 온 농어촌 보건의료 정책의 부족한 점을 살펴보고 이를 보완하기 위한 방법으로 농어촌 지역 주민의 건강증진을 목적으로 지역사회 자원조직화 방안을 마련해보고자 하였다.

구체적으로 본 연구의 제2장에서는 농어촌 지역의 인구·사회·경제적 여건 변화에 대해 살펴보았고, 제3장에서는 농어촌 지역에 있는 보건소, 보건지소, 보건진료소를 비롯한 공공 및 민간 보건의료 자원 현황에 대해 살펴보았으며, 제4장에서는 농어촌 지역 주민의 보건의료 이용 현황 및 건강증진 욕구에 대한 조사결과를 제시하였다. 제5장에서는 농어촌 지역에 대한 정부가 실시하고 있는 보건의료 특화 사업인 농어촌 보건의료서비스 개선 사업에 대한 평가를 실시하였고, 제6장에서는 농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 자원조직화 방안에 대해 정책적 대안을 제시하였다.

2장

농어촌 지역의 여건 변화

제2장 농어촌 지역의 여건 변화

제1절 인구구성의 변화

1. 농어촌 인구의 감소와 노령화

우리나라 농어촌 지역의 인구는 저 출산과 젊은 층의 도시 전출로 인해 지속적으로 감소하고 있는 추세이다(이미애, 2010).

1970년 1,800만 명을 초과하던 농촌 거주 인구는 2010년 876만명으로 40년 만에 47% 수준으로 감소되었으며, 0~14세 유소년 인구는 1970년 800만여 명에서 2010년 약 130만 명으로 6분의 1로 감소한 반면, 65세 이상 노인 인구는 2.3배가량 늘면서 농촌사회의 인구구조가 삼각형에서 역삼각형으로 변모 하였다(삼성경제연구소, 2012).

현재 농어촌의 14세 이하 유년인구의 비중은 전국 평균에 미치지 못할 뿐만 아니라 앞으로도 보다 감소할 것으로 예상되고, 농촌인구의 고령화 현상은 앞으로도 계속 빠르게 진행될 것으로 예상되어 2010년 20.6%인 노인인구 비율은 2015년 24.3%, 2020년 27.8%에 이를 것으로 전망되었다.

〈표 2-1〉 농촌 인구의 불균형화 추이

(단위: 천 명, %)

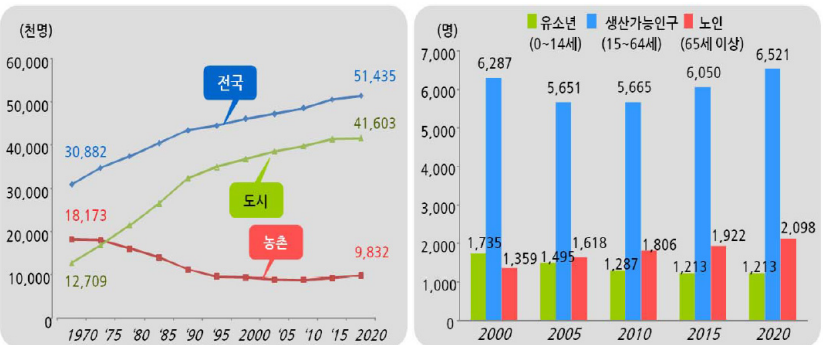
구분	1970년	1980년	1990년	2000년	2005년	2010년
농촌인구	18,173	16,002	11,102	9,381	8,764	8,758
유소년 인구(비중)	8,173 (45.0)	5,713 (35.7)	2,625 (23.6)	1,735 (18.5)	1,495 (17.1)	1,287 (14.7)
생산가능 인구(비중)	9,227 (50.8)	9,392 (58.7)	7,473 (67.3)	6,287 (67.0)	5,651 (64.5)	5,665 (64.7)
65세 이상 인구(비중)	77,3 (4.3)	897 (5.6)	1,004 (9.0)	1,359 (14.5)	1,618 (18.5)	1,806 (20.6)

자료: 통계청, 인구주택총조사, 각년도; 삼성경제연구소, SERI 경제포커스, 2012. 재인용.

그런데 최근 농촌인구구성에 새로운 변화가 예측되고 있다. 농촌경제연구원(2012)에 의하면, 2010년을 저점으로 향후 농촌 인구가 점차 증가할 것으로 예상하고 있다. 이러한 인구 증가에는 특히 생산가능 인구의 증가에 따른 것인데 2020년 농촌의 생산가능인구는 652만명으로 2000년 수준을 회복할 것으로 전망되었다(삼성경제연구소, 2012).

이러한 농촌 지역의 인구증가와 인구구조 변동은 지역개발, 귀농 귀촌, 결혼 이민 등 외부 유입으로부터 촉발 될 것으로 예상하고 있으며, 고령화 인구감소세에서 탈피해 연령구성의 다양화와 인구증가세로의 전환 양상을 보이고 있는 농촌의 새로운 경향에 대비한 정책 마련이 필요할 것으로 생각된다. 특히, 도·농간 격차를 극복하는 한편, 농촌 고유의 특성을 유지하는 균형 정책을 수립·운영할 필요가 있으며(삼성경제연구소, 2012), 그 어느 때 보다도 보건복지 수요증가에 초점을 맞출 필요가 있을 것으로 보인다.

〔그림 2-1〕 농촌의 인구변동 추이 및 전망



자료: 삼성경제연구소, SERI 경제포커스, 2012. 재인용.

2. 여성인구의 증가

최근 농어촌 지역의 인구는 저출산과 젊은 층의 도시 전출로 인해 감소하고 있는 추세이지만 영농형태의 변화와 결혼 이주여성이 늘어나면서 여성 인구는 늘어나는 추세를 보이고 있다(강혜정, 2007).

특히, 2000년대 이후 결혼이민자의 농촌 유입이 본격화 되면서 결혼이민자의 81.1%가 2000년 이후 입국했으며, 2000~2010년간 농촌으로 유입된 여성 결혼이민자는 6만 3,631명으로 집계되었다(삼성경제 연구소, 2012).

산업화와 도시화에 따른 농촌 노동력의 이출로 인해 농촌의 가족관계가 부자중심에서 부부중심으로 변화하고 남성 농업 인력의 감소세가 더 커서 여성농업인이 영농에서 차지하는 비중이 증가하고 있다. 이에 따라 영농형태가 남성노동력 또는 기계의 의존하는 쌀농사 중심에서 주로 여성노동력에 의존하는 채소, 과수, 화훼 등과 같은 밭작물로 옮겨가고 있어 여성의 농업노동 참여도는 더욱 증가하고 있다(강혜정, 2007).

농어촌에 거주하는 여성의 경우 사회경제적으로 취약할 가능성이 높고, 노동 참여 비율이 높으며 농약 등의 유해 물질에 노출될 가능성이 높기 때문에 그들의 건강상태 또한 그리 좋지 못할 것으로 생각된다.

신형철 등(2009)는 우리나라 20세 이상 성인 37,108명을 대상으로 농촌여성들의 건강수준과 의료이용을 중심으로 분석한 결과, 여성의 만성질환의 유병률과 미치료율이 남성보다 높고, 농촌지역의 유병률과 미치료율이 대도시지역보다 높게 분석되었다고 하였다.

특히, 농촌지역과 여성은 도시와 남성에 비해 노인인구가 많기 때문에 만성질환의 유병률은 농촌과 여성에서 높게 나타나는 것이 당연하지만, 그러한 경향은 연령을 통제한 이후에도 계속 관찰되었다.

〈표 2-2〉 지역별·성별 급만성 질환 유병률(연령표준화)

	지역	유병률(%)		오즈비(Odds ratio)			
		여자	남자	여자	(95%CI)	남자	(95%CI)
주관적 불건강 상태	농어촌	3.38	2.48	2.30	(2.38~2.40)	1.81	(1.80~1.81)
	중소도시	1.70	1.32	1.67	(1.67~1.68)	1.31	(1.30~1.31)
	대도시	1.62	1.11	1.52	(1.52~1.53)	1.00	-
	소계	1.98	1.43	1.39	(1.39~1.39)	1.00	-
만성질환	농어촌	7.23	6.15	2.23	(2.22~2.24)	1.52	(1.52~1.53)
	중소도시	5.74	5.23	1.77	(1.76~1.77)	1.42	(1.4~1.42)
	대도시	5.27	4.49	1.41	(1.42~1.42)	1.00	-
	소계	5.79	5.05	1.36	(1.35~1.36)	1.00	-
급성질환	농어촌	0.92	0.55	1.62	(1.62~1.63)	0.94	(0.94~0.95)
	중소도시	0.89	0.51	1.62	(1.61~1.63)	0.89	(0.88~0.89)
	대도시	0.97	0.57	1.77	(1.77~1.78)	1.00	-
	소계	0.93	0.54	1.78	(1.77~1.79)	1.00	-

자료: 신형철 외, 농촌지역 여성의 건강수준과 의료이용에 대한 연구, 농촌의학·지역보건학회지 제34권, 2009.

〈표 2-3〉 지역별·성별 급만성 질환 미치료율(연령표준화)

	지역	미치료율(%)		오즈비(Odds ratio)			
		여자	남자	여자	(95%CI)	남자	(95%CI)
만성질환	농어촌	15.2	14.3	1.29	(1.28~1.29)	1.14	(1.12~1.15)
	중소도시	15.1	15.6	1.11	(1.11~1.12)	1.10	(1.10~1.12)
	대도시	12.7	14.1	0.92	(0.91~0.92)	1.00	-
	소계	14.2	14.7	0.99	(0.99~1.00)	1.00	-
급성질환	농어촌	5.0	1.2	2.39	(2.32~2.49)	0.51	(0.49~0.54)
	중소도시	2.5	1.2	0.99	(0.96~1.01)	0.49	(0.47~0.51)
	대도시	3.5	2.5	1.40	(1.37~1.43)	1.00	
	소계	3.5	1.9	1.87	(1.85~1.92)	1.00	

자료: 신형철 외, 농촌지역 여성의 건강수준과 의료이용에 대한 연구, 농촌의학·지역보건학회지 제34권, 2009.

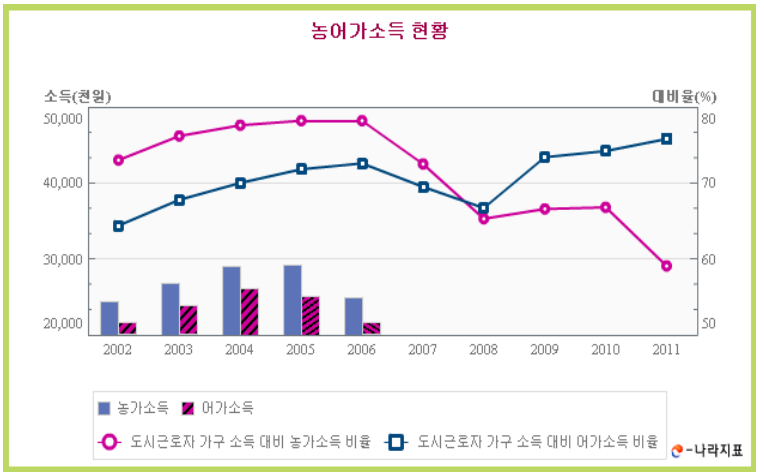
농촌지역 여성이 의료이용이 농촌지역 남성보다 미치료율이 높은 이유에 대해서는 남성과 여성이 동일한 가구에 속했을지라도 여성의 경우는 의료서비스의 경제적인 부담을 남성보다 더 유의하게 인지는 것으로 알려져 있어, 도시보다 의료이용에 장애가 있는 농촌지역 여성은 본인부담비용에 더욱 민감하게 반응하였을 가능성이 있다(신형철 등, 2009).

제2절 경제적 여건 변화

통계청 발표 자료에 의하면 농어촌 지역 가구소득은 2011년 현재 농가의 경우 도시 근로자 가구 대비 59.1%, 어가의 경우 75.8%에 불과한 것으로 나타났다.

어가의 경우에도 도시근로자 가구에 비해 소득이 저조하지만, 농가의 경우에는 그 정도가 특히 심하여 2005년 이후 소득의 증가가 거의 나타나지 않고 있으며, 2005년 도시근로자 가구소득 대비 농가소득이 78.2%이던 것이 2011년 59.1%로 급감하였다.

〔그림 2-2〕 농·어가 소득 현황



〈표 2-4〉 농어가 소득 현황

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
농가소득	30,503	32,303	31,967	30,523	30,814	32,121	30,148
- 농업소득	11,815	12,092	10,406	9,654	9,698	10,098	8,753
- 농업이외소득	18,688	20,212	21,562	20,869	21,116	22,023	21,395
도시근로자 가구 소득 대비 농가소득 비율	78.2	78.2	72.5	65.3	66.6	66.8	59.1
어가소득	28,028	30,006	30,668	31,176	33,945	35,696	38,623
- 어업소득	11,950	11,603	11,975	13,801	16,220	16,607	20,428
- 어업이외 소득	16,078	18,403	18,693	17,375	17,725	19,089	18,195
도시근로자 가구 소득 대비 어가소득 비율	71.8	72.6	69.5	66.7	73.4	74.2	75.8

주: 농(어)업이외 소득은 겸업소득, 사업외소득, 이전소득, 비경상소득의 합계
자료: 통계청 『농가경제통계』 『어가경제통계』; 통계청 홈페이지(http://www.index.go.kr)

이에 따라 지역별 빈곤율 또한 도시에 비해 높은 수준으로 나타나 최저생계비를 기준으로 할 때 2009년 농어촌지역 가구 빈곤율은 18.6%로 도시의 12.4%보다 6.2%p 높은 것으로 나타났다. 빈곤의 기준을 중위소득의 50% 미만으로 정하였을 때는 더욱더 그 격차가 벌어져서 2009년 농어촌 지역 가구 빈곤율은 31.5%로 농어촌 지역에 있는 가구 중 거의 세 가구 중의 한가구가 빈곤상태에 처한 것으로 생각할 수 있다.

〈표 2-5〉 지역별 가구빈곤율(가처분소득기준)

(단위: %)

구 분		최저생계비	중위소득		
			40%	50%	60%
농·어촌	2005	30.0	31.5	41.0	47.2
	2006	20.8	24.7	35.0	42.6
	2007	18.5	23.8	33.9	42.2
	2008	15.5	23.3	33.8	42.6
	2009	18.6	21.5	31.5	40.2
도시	2005	12.8	13.0	18.4	23.7
	2006	11.0	12.7	18.7	24.1
	2007	10.1	12.6	18.4	23.8
	2008	8.5	12.4	18.1	23.4
	2009	12.4	10.3	16.1	21.7
전체	2005	14.2	14.5	20.3	25.6
	2006	11.9	13.8	20.2	25.7
	2007	10.9	13.7	19.9	25.7
	2008	9.2	13.5	19.6	25.4
	2009	13.0	11.4	17.6	23.6

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널, 각년도; 김태완 외, 2011 재인용

특히 농어촌 거주 노인가구는 빈곤율이 더욱 심하여, 2009년 기준으로 농어촌 지역 노인 단독 가구의 38.0%가 빈곤상태에 처해 있으며, 노인 부부 가구의 경우에도 30.7%가 빈곤선 이하에 놓여 있는 것으로 나타났다. 농어촌 지역의 높은 노인 인구비율을 감안할 때, 노인 단독 가구나 노인부부 가구 등을 대상으로 한 농어촌 빈곤 문제에 대한 개선이 시급한 것으로 생각할 수 있다.

〈표 2-6〉 노인가구 빈곤율(가처분소득기준, 최저생계비 기준)

(단위: %)

구 분		노인단독	노인부부	자녀동거	일반가구
농어촌	2005	59.5	51.4	37.4	14.8
	2006	50.8	37.3	21.2	8.0
	2007	44.0	30.2	15.7	7.4
	2008	33.7	26.9	12.4	6.9
	2009	38.0	30.7	17.0	9.3
도시	2005	43.2	34.9	20.3	7.6
	2006	38.0	31.1	15.6	6.2
	2007	36.1	33.5	14.1	4.6
	2008	32.6	24.7	11.0	4.7
	2009	35.3	27.3	14.5	9.0
전체	2005	45.9	37.9	22.3	8.0
	2006	40.3	32.3	16.3	6.3
	2007	37.7	32.7	14.3	4.8
	2008	32.9	25.2	11.2	4.7
	2009	35.9	28.1	14.8	9.0

주: 1) 가중치 변경에 따라 기존 연구의 추정치와 차이 발생
자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널, 각년도; 김태완 외, 2011 재인용

정부는 그 동안 농어촌 지역 주민의 사회안전망 확충을 위한 정책을 수립·집행하여 왔다. 대표적으로 노후 소득보장을 위한 국민연금보험료 지원, 농어촌 빈곤을 방지하기 위한 기초생활보장 농어가 특례, 농어업인 재해보장을 위한 공제료 지원사업 등이 그것이다.

이에 따라 농어촌 지역의 국민연금 수급자는 증가하였고(60세 이상 농업인 대비 36.6% 수령), 농어업인의 재해보장을 위한 공제가입 대상자는 지속적으로 증가하였다[4](보건복지가족부, 2009).

그러나 정부의 농어촌의 사회안전망 강화 정책에도 불구하고 여전히 농어촌 지역의 빈곤 문제는 해결되지 않고 있어 정책의 사각지대 해결을 위한 정부의 추가 노력이 필요할 것으로 생각된다.

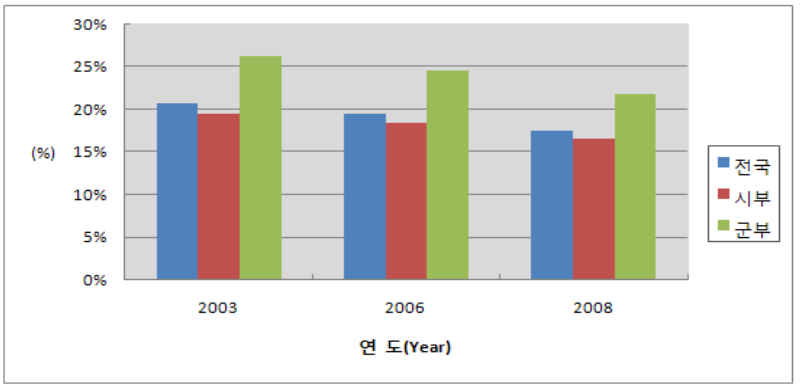
4) 농어촌 지역의 국민연금 수급은 60세 이상 농업인 대비 36.6% 수령, 농어업인 안전공제 가입률은 2004년 37.5%에서 2007년 44.6%로 증가

제3절 건강수준의 변화

1. 급·만성질환 유병률

수명의 연장과 인구의 고령화는 전 세계 선진국과 개발도상국들의 전반적인 추세로서 우리나라도 급속한 노령화 사회로 변화 하고 있는 가운데 만성 질환 이환자가 증가 하고 있다. 그로인해 농어촌 지역의 고령화는 젊은 층의 이농현상으로 말미암아 노동력 부족으로 인한 노인인구 의과도한 육체적 작업으로 만성적인 질병에 시달리는 등 심각한 보건의료 문제를 야기하고 있다.

〔그림 2-3〕 지역별 유병률의 연도별 추이



자료: 통계청「사회조사보고서」

농어업인과 비농어업인의 만성질환 유병률을 비교하여 보면, 모든 연령층에서 농어업인의 만성질환 유병률이 높은 것을 알 수 있다. 특히, 40~49세의 중장년 농어업인 집단에서는 비농어업인에 비해 만성질환 유병률이 30%가 높았고, 전체적으로도 농어업인의 만성질환 유병률이 비농어업인에 비해 15% 높은 것으로 나타났다.

〈표 2-7〉 농어업인과 비농어업인의 연령별 만성질환 유병률

(단위 : %)

연령	농어업인(A) (N=1,697)	비농어업인(B) (N=19,840)	A/B
30~39	36.1	31.7	1.10
40~49	54.3	41.9	1.30
50~59	71.1	61.1	1.14
60~69	84.0	77.5	1.08
Average	61.4	53.5	1.15

자료: Kim KR et al, 2005; 이수진, 2012 재인용

농어업인과 비농어업인의 만성질환 유병률을 질환별로 살펴보면, 손상이나 중독으로 인한 유병률은 비농어업인에 비해 농어업인의 유병률이 2.5배 높은 것으로 나타났고, 다음으로 근골격계 질환, 위장관계 질환, 정신/행동/신경계 질환의 순으로 격차가 컸다.

〈표 2-8〉 농어업인과 비농어업인의 만성질환별 유병률

(단위 : %)

	농어업인 (%)-A	비농어업인 (%)-B	A/B
손상/중독	0.89	0.34	2.50
근골격계 질환	61.50	25.13	2.45
위장관계 질병	19.89	12.41	1.60
정신/행동/신경계 질환	6.06	3.80	1.59
눈/귀 질병	4.71	3.28	1.44
내분비/영양/신진대사/혈액/조혈기계 질병	8.47	6.74	1.26
심혈관계 질병	20.55	16.41	1.25
호흡기계 질병	7.95	6.77	1.17
악성종양	1.21	1.39	0.87

자료: Kim KR et al, 2005; 이수진, 2012 재인용

결핵으로 인한 사망은 소득수준, 생활환경, 보건의료환경, 영양섭취상태 등과 밀접한 관련이 있어 결핵으로 인한 표준화사망률의 지역간 비교는 중요한 의료사회학적 의미를 가진다(감신, 2006). 때문에 지역별 결핵 발생률을 비교해 보는 것은 전반적인 건강상태를 유추해 볼 수 있다는 점에서 중요한 의미를 가질 수 있다. 결핵으로 인한 표준화사망률은 농어촌 지역이 대도시나 일반시 지역에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다.

〈표 2-9〉 1995～1998년과 1999～2002년 지역별 결핵 표준화사망률 비교

구분	1995～1998년 결핵 표준화사망률	1999～2002년 결핵 표준화사망률
대도시	8.14	6.77
일반시	9.19	7.30
군지역	12.71	9.07
사후검정결과	대도시, 일반시<군지역*	대도시, 일반시<군지역*

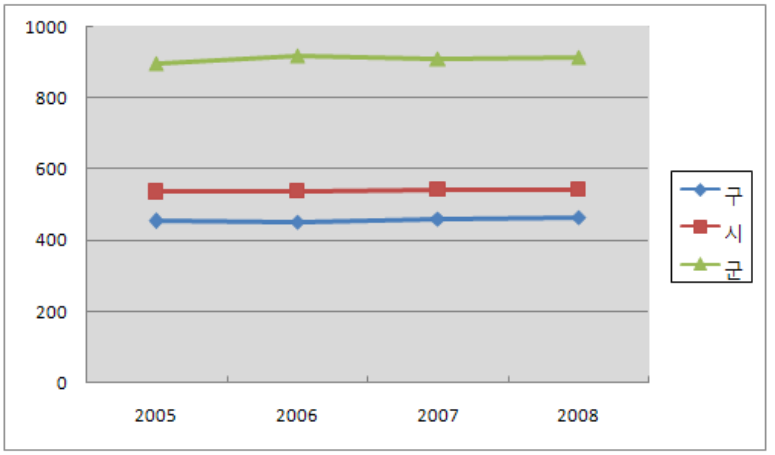
자료: 강문영 등, 도시 농촌간 결핵 표준화사망률 변화양상 비교, 한국농촌의학·지역보건학회지 제30권, 2005; 감신, 농촌지역 공중보건의 환경변화와 대응전략, 한국농촌의학·지역보건학회지 제31권, 2006. 재인용

2. 사망률[5)]

지역별 사망률의 격차 여부를 살펴보기 위해 통계청 연령표준화 사망률을 2005년부터 2008년까지 분석한 결과를 살펴보았다. 전체적인 조사망률의 변화에서 군지역이 구지역이나 시지역에 비해 훨씬 높은 것으로 나타났다. 연령표준화를 시행하고 난 후 일부 사망원인은 구지역이 높은 곳도 있지만 전체적으로 군지역이 높은 편이었다.

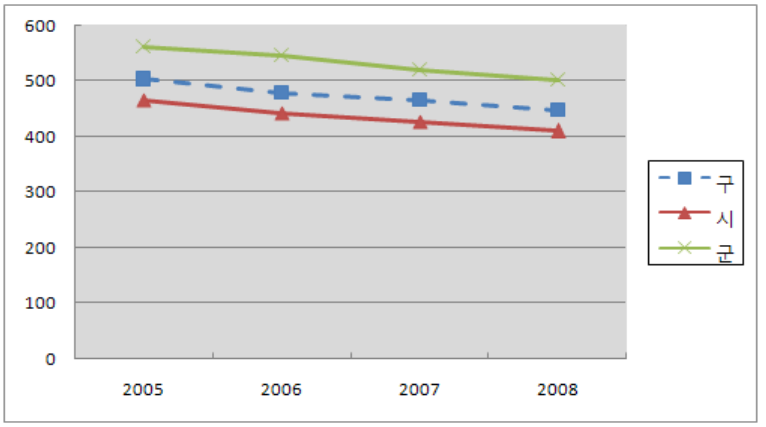
5) 나백주, “농어촌의료서비스개선사업 성과평가를 위한 연구”, 2010

〔그림 2-4〕 전국의 구, 시, 군별 조사망률 변화 추이



자료: 나백주 등, 농어촌의료서비스개선사업 성과평가를 위한 연구, 2010. 12, 보건복지부

〔그림 2-5〕 전국의 구, 시, 군별 표준화사망률 변화 추이



자료: 나백주 등, 농어촌의료서비스개선사업 성과평가를 위한 연구, 2010. 12, 보건복지부

사망원인별로는 농어촌 지역의 경우 간질환, 만성하기도 질환, 폐렴, 폐암, 손상, 교통사고, 타살, 자살, 호흡기 결핵 등으로 인한 사망이 많은 것으로 나타났다.

〈표 2-10〉 사망원인별 표준화 사망률로 비교한 군지역과 구지역의 건강수준

군지역이 현저히 높은 사망원인	도시·농촌간 비슷한 사망원인
간질환, 만성하기도 질환, 폐렴, 폐암, 모든 손상, 교통사고, 타살, 자살, 호흡기결핵	심장질환, 심근경색, 뇌혈관질환, 당뇨, 모든 암, 자궁암

자료: 나백주 등, 농어촌의료서비스개선사업 성과평가를 위한 연구, 2010. 12, 보건복지부

3. 농작업 관련 손상

만성질환 외에 농어민에게는 직업과 관련한 특수한 건강문제가 발생할 개연성이 높다. 이들 중 사고가 가장 중요한데, 사고는 치명률이 높고 합병증이 많아 많은 경제적 손실이 발생하기 때문이다. 농업인력의 급격한 감소와 고령화로 인하여 점차 농기계가 많이 사용되고 있으며, 이로 인한 사고 건수도 증가하고 있는 것으로 보고되고 있다(임현술, 2002; 감신, 2006 재인용).

농민의 직업병으로는 농약중독, 농부증, 비닐하우스병, 농업환경과 관련된 호흡기질환, 근골격계질환, 감염병, 피부질환, 사교상 및 자상, 우울증 등의 정신과 질환, 담뱃잎농부병, 생강굴 질식사, 일사 광선에 의한 일사병과 한랭에 의한 한랭 손상 등이 제시되고 있고, 어민의 직업병으로는 감압병, 선박생활, 아니사키드 유충질환, 한랭손상, 해산물을 다루는 과정과 관련된 호흡기 질환, 감염병, 해양생물에 의한 건강피해, 기타 술로 인한 합병증과 장기간 바다 근무로 인한 향수병, 성병 가능성의 증가 등이 제시되고 있다(임현술, 2002; 감신, 2006 재인용).

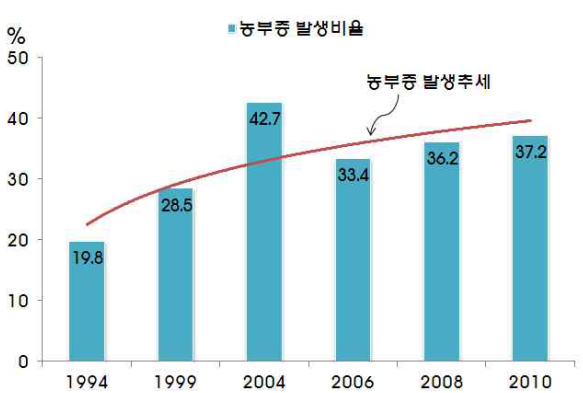
2011년도 기준 전체 산업 재해율이 0.65%인데 반해, 농업 재해율은 1.44%로 나타나 농어촌 지역에서의 안전사고 발생이 높음을 보여주고 있다(황성혁, 2012). 특히, 전체 산업재해율은 점차 감소하는데 반면, 농어업재해율은 계속 증가하는 추세 있어 이에 대한 대책 마련이 시급한 것으로 생각된다.

〔그림 2-6〕 우리나라의 농작업 재해율

자료: 농촌진흥청, 2011 농촌지표

특히, 농부증 및 농작업 재해 발생 비율은 지속적으로 증가하고 있어 농가의 의료비 부담을 가중시키고 있다. 농촌진흥청의 '2011 농촌지표'에 따르면 2010년 기준 농업인의 37.2%가 농부증 증세로 시달리고 있는 것으로 조사되었다(황성혁, 2012).

〔그림 2-7〕 농부증 발생률



자료: 농촌진흥청, 2011 농촌지표

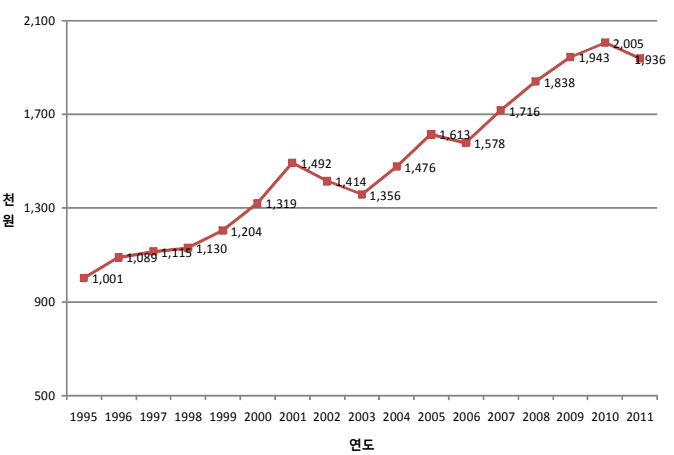
4. 보건의료비

이상과 같이 농어촌 지역 인구의 고령화 및 이에 따른 만성질환 유병률 증가, 그리고 농작업으로 인한 재해발생률 증가에 따라 농가의 보건의료비 지출도 점차 증가하고 있다.

통계청에 의하면, 2011년 농가의 보건의료비(1,966천원) 지출이 도시가구(1,876천원)보다 3.2% 많은 것으로 나타났으며, 전체 소비지출에서 보건의료비가 차지하는 비중도 농가(8.7%)가 도시가구(6.6%) 보다 높은 것으로 나타났다(황성혁, 2012).

2011년 농가의 소비지출액이 도시가구의 77.2% 수준임을 감안하면, 농가가 체감하는 보건의료비 부담이 도시가구보다 매우 높다는 것을 알 수 있다. 특히, 농촌의 의료시설 부족으로 농민은 큰 병이 생기면 대도시로 나가야하므로, 교통비와 숙박비 등의 추가비용까지 감안할 경우, 농가의 실제 의료비 부담은 더 클 것으로 보인다(황성혁, 2012).

〔그림 2-8〕 우리나라 전체 농어가 보건의료비 지출 추이



자료: 경기지방통계청, 2012.

3장

농어촌 지역 보건의료 자원 현황

제3장 농어촌 지역 보건의료 자원 현황

제1절 공공부문 보건의료자원

그동안 농촌지역의 인구감소와 교통통신 환경 개선 등의 이유로 인해서 농어촌지역 보건기관의 효율적 운용을 위해 보건지소와 보건진료소의 통폐합이 추진되어왔다. 보건진료소의 경우 특히 지속적으로 감소추세를 보이고 있는데, 1995년 2,039개소에서 2011년말 1,908개소까지 감소하였다.

〈표 3-1〉 각 지역별 보건의료자원(조직) 현황(2011년 말 기준)

(단위: 개소)

구분		유형별			
		합계	보건소	보건지소	보건진료소
합계		3,479	254	1,314	1,911
대도시		124	69	31	24
일반도시	동	161	91	38	32
	읍·면	1,290	9	510	771
농어촌지역(군)		1,904	85	735	1,084

주: 2011년 12월말 기준
자료: 보건복지부 보도자료(2012.09.03) 및 통계청, 『국가통계포털(kosis)』 raw data 재분석.

〈표 3-2〉 전국 공공부문 보건의료자원(보건소, 보건지소 및 보건진료소) 현황

(단위: 개소)

구분	합계	보건소	보건지소	보건진료소
1995	3,604	238	1,327	2,039
2000	3,417	242	1,269	1,906
2001	3,401	242	1,267	1,892
2002	3,401	242	1,268	1,891
2003	3,416	246	1,271	1,899
2004	3,420	246	1,273	1,901
2006	3,442	251	1,280	1,911
2007	3,473	251	1,314	1,908
2008	3,448	253	1,288	1,907
2009	3,449	253	1,287	1,909
2010	3,459	253	1,294	1,912
2011	3,466	253	1,305	1,908
서울	28	25	3	0
부산	32	16	11	5
대구	26	8	9	9
인천	58	10	24	24
광주	19	5	4	10
대전	21	5	8	8
울산	24	5	8	11
경기	331	45	124	162
강원	244	18	97	129
충북	267	13	94	160
충남	415	16	159	240
전북	407	14	150	243
전남	564	22	212	330
경북	557	25	219	313
경남	410	20	172	218
제주	63	6	11	46

자료: 통계청, 『국가통계포털(kosis)』 및 보건복지부, 『2010년 보건복지통계연보』, 통권 제57호, 2012.01. 재구성

보건복지부는 보건소의 기능을 건강증진 중심으로 재편하는 것을 주요 내용으로 하는 지역보건법 개정안을 2012년 8월 31일 입법예고했다.

이에 지역의 여건에 따라 보건소 하부에 보건지소와 주민건강증진센터 등을 구분하여 설치할 수 있도록 하였고, 기존 보건지소와 달리 주민건강증진센터는 건강생활실천 및 질병의 사전 예방 등 건강증진서비스를 전담하는 역할을 하게 하였다.

이는 인구 노령화와 만성질환의 증가 등 건강 환경이 변화함에 따라 보건소의 기능도 건강증진, 질병예방·관리 중심으로 업무를 전환하여야 할 필요에 따른 것이며, 보건소가 진료 및 보건사업 수행 등 서비스 제공자로서의 역할에 치중하기보다는 지역사회의 건강문제를 파악, 건강정책을 기획하는 등 총괄관리기관으로 자리매김할 수 있도록 하겠다는 것이다.

개정안에서는 보건소의 핵심 기능을 지역 보건의료정책의 기획, 보건의료자원 관리 및 지역사회 관련기관과의 협력체계 구축, 건강친화적인 사회적·물리적 환경의 조성, 주민의 건강증진, 질병예방·관리를 위한 지역보건의료서비스의 제공으로 규정했다. 이밖에 지자체 건강여건에 맞는 지역보건의료계획의 수립을 유도하기 위해 중앙·시·도에서 예산을 교부할 때 예산의 용도를 포괄적으로 정해 사업수행실적에 따라 차등 보조할 수 있도록 하였다.

지역보건법 개정안은 의료기관이 충분치 않은 농어촌 등에는 현행과 같이 보건지소를 유지해 진료를 포함한 모든 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 하였다는 점과 지역별로 맞춤형 사업 전략을 구상할 수 있는 틀을 마련하였다는 데 그 의미가 있다.

〈표 3-3〉 지역보건법 개정안 주요내용(2012.08.31)

❍ 보건소의 기능을 건강증진, 질병예방·관리 중심으로 개편하고, 건강증진서비스를 전담하는 「주민건강증진센터」 신설 : (현행) 보건소-보건지소 → (변경) 보건소-보건지소 또는 주민건강증진센터
❍ 지자체가 자율성과 책임성을 가지고 지역의 건강 여건에 맞는 보건의료정책을 기획·수행할 수 있도록 지역사회 건강조사 실시근거 마련 및 건강증진예산을 포괄적 보조방식으로 전환
❍ 지역보건의료서비스의 신청·조사 근거 및 지역보건업무의 전자화 근거 마련 등 개정 수요 반영

자료: 보건복지부 보도자료(2012.09.03) 재인용.

보건의료인력 현황에 대한 비교현황을 살펴보면 다음과 같다. 보건소 인구 1인당 담당인구수를 살펴보면 광역시·도에 비해 도단위에서 담당 인구수가 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 광역시·도 지역에 인구밀도가 더 높은 것과 관련이 있다.

〈표 3-4〉 주민등록인구대비 보건의료자원(공공부문) 인력현황 비교

(단위: 명)

구분	주민등록인구	보건소 인력		보건지소 및 보건진료소 인력	
		인력현황	인력1인당 담당인구수	인력현황	인력1인당 담당인구수
2002	48,229,948	18,558	2,598.9	7,205	6,694.0
2003	48,386,823	19,207	2,519.2	7,531	6,425.0
2004	48,583,805	19,735	2,461.8	7,546	6,438.4
2005	48,782,274	19,812	2,462.3	7,647	6,379.3
2006	48,991,779	20,010	2,448.4	7,646	6,407.5
2007	49,268,928	20,003	2,463.1	7,487	6,580.6
2008	49,540,367	20,181	2,454.8	7,400	6,694.6
2009	49,773,145	20,600	2,416.2	7,628	6,525.1
2010	50,515,666	20,040	2,520.7	7,309	6,911.4
2011	50,743,284	12,808	3,961.8	7,230	7,018.4
서울	10,249,679	2,540	4,035.3	47	218,078.3
부산	3,550,963	585	6,070.0	62	57,273.6
대구	2,507,271	369	6,794.8	56	44,772.7
인천	2,801,274	418	6,701.6	170	16,478.1
광주	1,463,464	267	5,481.1	74	19,776.5
대전	1,515,603	221	6,857.9	42	36,085.8
울산	1,135,494	199	5,706.0	57	19,920.9
경기	11,937,415	1,819	6,562.6	650	18,365.3
강원	1,536,448	811	1,894.5	490	3,135.6
충북	1,562,903	559	2,795.9	544	2,873.0
충남	2,101,284	832	2,525.6	888	2,366.3
전북	1,874,031	763	2,456.1	815	2,299.4

구분	주민등록인구	보건소 인력		보건지소 및 보건진료소 인력	
		인력현황	인력1인당 담당인구수	인력현황	인력1인당 담당인구수
전남	1,914,339	1,009	1,897.3	1,244	1,538.9
경북	2,699,195	1,136	2,376.1	1,133	2,382.3
경남	3,308,765	1,101	3,005.2	862	3,838.5
제주	576,156	179	3,218.7	96	6,001.6
시·도평균	3,170,893	801	4,274	452	28,449
광역평균	2,162,345	343	6,269	77	32,385
도평균	3,056,726	912	2,970	747	4,756

주: 보건조직(보건소, 보건지소, 보건진료소), 보건분야(의사, 치의사, 한의사, 약사, 간호사, 영양사 등), 광역평균은 서울특별시는 제외하였음.
자료: 통계청, 『국가통계포털(kosis)』 및 보건복지부, 『2010년 보건복지통계연보』, 통권 제57호, 2012.01. 재분석

제2절 민간부문 보건의료자원

1. 의료인력 분포

대한의사협회 자료에 의하면 우리나라 의사의 60% 이상이 대도시에 집중되어 있고, 나머지 40% 중 중소도시에 34%가 분포되어 있어서 농어촌 지역에 분포된 인사인력은 전체의 5% 미만인 것으로 나타나 있다.

행정구역을 기준으로 농어촌 지역에 거주하는 인구가 전체의 11% 정도임을 감안할 때(국토해양부 도시포털, 2011), 도·농간 인료인력 분포의 격차가 적지 않음을 짐작할 수 있다.

〈표 3-5〉 지역별 의사 분포 현황

(단위: 명, %)

구분	대도시		중소도시		농어촌(군부)		전체	
2001	33,662	61.6	18,027	33.0	2,968	5.4	54,657	100.0
2002	36,140	62.4	19,124	33.0	2,622	4.5	57,886	100.0
2003	37,444	62.6	19,676	32.9	2,712	4.5	59,832	100.0
2004	41,575	61.3	23,133	34.1	3,145	4.6	67,853	100.0
2005	41,856	61.0	23,588	34.4	3,146	4.6	68,590	100.0
2006	43,775	61.6	24,129	34.0	3,111	4.4	71,015	100.0
2007	45,240	60.8	25,621	34.4	3,562	4.8	74,423	100.0

자료: 대한의사협회(2008),『2007 전국 회원실태 조사보고서』.

의료인력별로는 간호사 인력의 4.7%, 상근의사의 4.9%만이 농어촌에 분포하고 있는 것으로 나타나 가장 지역별 편차가 큰 것으로 나타났고, 반대로 비상근 의사는 15.8%, 한의사는 7.4%만이 농어촌지역에 분포하고 있는 것으로 나타나 상대적으로 편차가 적은 것으로 나타났다.

〈표 3-6〉 지역별 의료인력별 분포 현황(2002년)

(단위 : 명)

지역	상근의사	비상근의사	치과의사	한의사	간호사
도시	55,026 (94.9)	824 (76.6)	13,931 (93.7)	9,186 (91.6)	72,430 (95.2)
농촌	2,862 (4.9)	169 (15.8)	840 (5.7)	746 (7.4)	3,564 (4.7)
전체	57,983 (100.0)	1,070 (100.0)	14,865 (100.0)	10,024 (100.0)	76,089 (100.0)

자료: 보건복지부, 보건사회통계연보(농촌진흥청. 2004 농촌생활지표.2005.재인용)

농어촌지역의 부족한 의료인력을 상당수 대신하고 있는 공중보건의는 2008년 5,028명에서 2010년 3,300명으로 감소하였다. 국회 입법조사처의 2010년 자료에 따르면 공중보건의가 2020년 무려 931명으로까지 감

소할 것으로 전망하였다[6]. 한편, 공중보건의의 경우 배치 인력의 숫자 감소와 함께 질적인 수준 제고 또한 중요한 문제로서, 인턴을 거치지 않은 일반의사의 배치비율이 높음에 따라 응급처치 등에 대한 체계적인 교육의 필요성 또한 제기되고 있는 실정이다. 특히 도서지역 보건지소에 근무하는 공중보건의사들의 응급의료 대처능력을 조사한 연구에 의하면 벽오지에서의 응급의료 요구는 높은 반면 공중보건의사에 대한 교육 훈련의 기회는 매우 적어 실제 응급의료 대처능력은 현저하게 떨어지는 것으로 보고되고 있다(서제현 외, 2011).

2. 의료기관 분포

2007년 12월 현재 우리나라의 의료기관은 총 52,621개소이며, 이중 일반의원이 26,265개소로 49.9%를 차지하고 있고, 다음으로 종합병원 및 병원이 1,247개소로 2.4%를 차지하고 있다. 병상수 기준으로는 종합병원 및 병원의 238,232개로 전체의 58.1%를 차지하고 있다.

도·농간 의료기관의 분포를 보면, 농어촌의 경우 의료기관수는 전체의 12.9%를 차지하고 있고, 병상수로는 전체의 15.4%를 차지하고 있는 것에 불과하였다. 이를 의료기관 종류별로 보다 자세하게 살펴보면, 기관수 기준으로는 요양병원의 경우 전체의 23.1%가 농어촌에 분포하고 있어 가장 많은 것으로 나타났고, 다음으로 병원급 19.8%, 의원급 13.4%의 순으로 나타났다. 상대적으로 종합병원이나 치과병의원, 조산원 등은 다른 의료기관 종류에 비해 농어촌에 분포하는 비율이 낮은 것으로 나타났다.

병상수를 기준으로 살펴보면, 병원급 병상수의 23.0%가 농어촌에 분포하고 있어 단일 의료기관 종별로는 가장 많은 것으로 나타났고, 다음

6) 농민신문 2011년 3월 4일자

으로는 요양병원급 병상 21.6%, 의원급 병상의 18.1%가 농어촌에 분포하고 있는 것으로 나타났다. 종합병원의 경우 전체 병상의 3.6%만이 농어촌에 분포하고 있는 것으로 나타나 도시지역에 비해 보다 전문적인 의료서비스에 대한 접근성 차이가 심각함을 나타내었다.

〈표 3-7〉 의료기관 종별 도·농간 의료기관 및 병상수 분포 현황

(단위 : 개, %)

구분	농어촌(군)		도시(시)		계	
	기관	병상	기관	병상	기관	병상
전체	6,803 (12.9)	63,318 (15.4)	45,818 (87.1)	347,054 (84.6)	52,621 (100.0)	410,372 (100.0)
종합병원	20 (6.6)	4,581 (3.6)	282 (93.4)	121,259 (96.4)	302 (100.0)	125,840 (100.0)
병원	187 (19.8)	25,847 (23.0)	758 (80.2)	86,545 (77.0)	945 (100.0)	112,392 (100.0)
요양병원	137 (23.1)	14,393 (21.6)	456 (76.9)	52,334 (78.4)	593 (100.0)	66,727 (100.0)
의원	3,516 (13.4)	17,432 (18.1)	22,749 (86.6)	78,860 (81.9)	26,265 (100.0)	96,292 (100.0)
치과병의원	1,547 (11.5)	29 (10.9)	11,884 (88.5)	237 (89.1)	13,431 (100.0)	266 (100.0)
한방병의원	1,392 (12.6)	1,034 (11.9)	9,641 (87.4)	7,666 (88.1)	11,033 (100.0)	8,700 (100.0)
조산원	4 (7.7)	2 (1.3)	48 (92.3)	153 (98.7)	52 (100.0)	155 (100.0)

자료: 나백주, 농림수산식품부 발표자료, 2012.

도·농간 의료기관수 및 병상수 분포를 연도별로 살펴보면 의료기관의 경우 2007년 전체의 12.9%가 농어촌에 분포하였으나 2009년에는 전체의 8.5%로 4.4%포인트 줄어든 것으로 나타났고, 병상수의 경우에도 2007년 전체의 15.4%에서 2009년 12.0%로 3.4%포인트 줄어든 것으로 파악되었다.

〈표 3-8〉 연도별 도·농간 의료기관 및 병상수 분포 현황

(단위: 개소, 개)

구분	농어촌(군)		도시(시)		계	
	기관	병상	기관	병상	기관	병상
2007	6,803 (12.9%)	63,318 (15.4%)	45,818 (87.1%)	347,054 (84.6%)	52,621 (100.0%)	410,372 (100.0%)
2008	4,596 (8.5%)	51,606 (11.8%)	49,272 (91.5%)	384,263 (88.2%)	53,868 (100.0%)	435,869 (100.0%)
2009	4,726 (8.5%)	54,200 (12.0%)	50,724 (91.5%)	398,499 (88.0%)	55,450 (100.0%)	452,699 (100.0%)

자료: 보건복지부, 『주요업무참고자료』, 각년도.

이와 같이 농어촌에는 도시에 비해 의료기관이 적게 분포하고 있는데, 이는 단순히 숫자상으로 적은 것뿐만 아니라 보다 전문적인 의료서비스를 제공할 수 있는 상급의료기관의 분포 격차가 훨씬 큰 것으로 나타나 질적인 수준의 격차로도 이어질 수 있음을 시사하고 있다.

더욱이 이러한 분포의 격차는 연도별로 점차 더 심화되고 있는 것으로 나타나 정책적인 대안 마련이 필요함을 나타내고 있다.

도·농간 의료기관 분포의 격차가 특히 문제가 되는 이유는 응급의료 등 필수 의료서비스에 대한 접근성에서 더욱 뚜렷해진다. 보건복지가족부에 의하면 농어촌 지역 중 인천 옹진, 강원 양구 등 전국 43개 지역에 응급의료기관이 없으며, 응급의학 전문의가 없는 시군은 108개 인 것으로 보도된 바 있다[7].

최근 정부의 응급의료 접근성 강화 노력에 따라 2011년과 2012년에 걸쳐 취약지역에 지역응급의료기관을 각각 11개소, 38개소씩 설치하였다. 그럼에도 불구하고 2011년말 기준으로 농촌지역에 응급의료센터 및 지역응급의료기관이 설치되지 않는 군지역은 24개 지역으로 나타났다(농촌경제연구원 내부자료, 2012).

7) 2008년 12월 기준

〈표 3-9〉 응급의료기관이 부재 지역(2008년 기준)

구 분	대상 군지역
응급의료기관이 없는 군지역 (43개 지역)	o 인천(1) : 옹진군 o 경기(2) : 연천군, 가평군 o 강원(6) : 화천군,평창군,양구군,인제군,고성군,양양군 o 충북(2) : 청원군, 단양군 o 충남(3) : 태안군, 청양군, 연기군, 서천군 o 전북(5) : 순창군, 장수군, 무주군, 임실군, 진안군 o 전남(6) : 영암군, 신안군, 강진군, 진도군, 함평군, 곡성군 o 경북(10): 청송군, 영양군, 영덕군, 청도군, 고령군, 성주군, 칠곡군, 예천군, 봉화군, 울릉군 o 경남(5) : 산청군, 고성군, 합천군, 의령군, 함양군 o 제주(2) : 제주특별자치도 개편이전 북제주군, 남제주군

자료: 보건복지부, 내부자료

도·농간 응급의료기관 분포 현황을 보면, 2011년 기준으로 권역응급의료센터와 전문응급의료센터는 모두 도시지역에만 분포해 있는 것으로 나타났고, 군단위 이하 농어촌지역에는 전체 지역응급의료센터의 4.3%, 지역응급의료기관은 전체의 22.3%만이 분포하는 것으로 나타났다.

〈표 3-10〉 도·농간 응급의료기관 분포 현황(2011년 기준)

(단위: 개소, %)

구분	권역응급 의료센터	전문응급 의료센터	지역응급 의료센터	지역응급 의료기관
전체	21 (100.0)	4 (100.0)	115 (100.0)	329 (100.0)
농어촌(군)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (4.3)	72 (22.3)
도시(시)	15 (100.0)	4 (100.0)	110 (95.7)	251 (77.7)

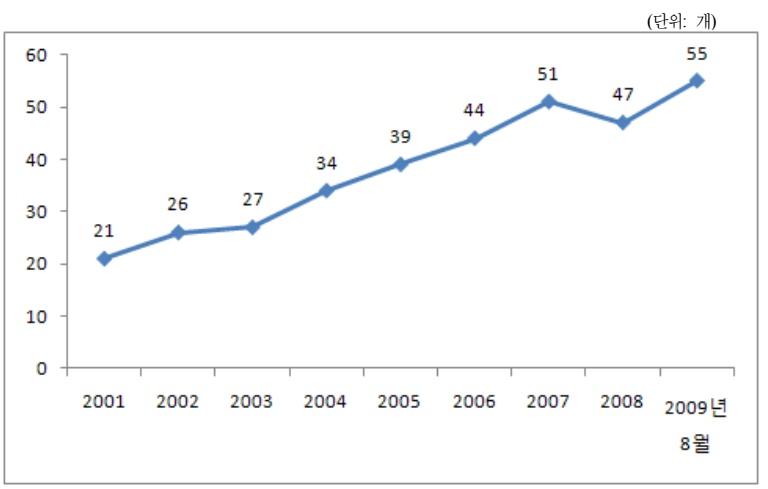
자료: 농촌경제연구원 내부자료

도·농간의 응급의료기관 분포의 격차와 관련하여, 한국보건산업진흥원 응급의료진료권분석(2010)에 의하면 농어촌 등 일부지역에는 응급의료센

터가 부재한 반면, 대도시 지역에는 공급과잉인 것으로 지적한 바 있다(농촌경제연구원 내부자료, 2012).

도·농간 격차를 뚜렷하게 보이는 또다른 사례로서 분만 산부인과 분포를 들 수 있다. 최근 낮은 의료 수가 등을 이유로 해서 분만을 하지 않는 산부인과가 점점 늘어나고 있는 추세이긴 하나, 농어촌의 경우 생산 인구의 감소와 더불어 이러한 현상이 더욱 두드려지고 있다.

〔그림 3-1〕 분만 산부인과 없는 지역 추이



자료: 보건복지부(2010), 『2009 보건복지백서』.

2010년 국민건강보험공단 분만실적을 기준으로 볼 때, 전국 31여개 시·군·구에서 분만 실적이 없는 것으로 나타났으며, 2009년 보건복지부 내부자료에 의하면, 강원 양양군, 인제군, 전북 완주군, 전남 진도군, 경북 고령군, 봉화군, 영양군, 경남 고성군, 함양군 등 9개 군지역에는 산부인과 의사가 한명도 없는 것으로 보고된 바 있다(나백주, 2012)[8].

8) 2009년 10월 보건복지부 자료

〈표 3-11〉 관내 의료기관의 분만건수가 하나도 없거나 50개 이하인 시·군·구 개수 연도별 현황(2001～2010)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
관내 의료기관의 분만 건수가 하나도 없는 시·군·구 개수	7	14	26	31	33	41	44	41	29	31
관내 의료기관의 분만 건수가 50개 이하인 시·군·구 개수	40	48	50	56	62	64	67	66	67	70

최경환(2008)은 평창군, 보령시, 영양군을 대상으로 10년간의 보건의료기관수 변화를 살펴보았다. 농촌지역의 공공보건의료기관은 행정단위를 기준으로 설치되어 있기 때문에 거의 변동이 없다. 민간의료기관도 영양군은 거의 변동이 없으며, 평창군은 약간 증가하였다. 보령시의 경우에는 다른 지역과 마찬가지로 거의 변화가 없으나 도시부에서 민간의료기관이 대폭 증가하였다. 의료기관이 도시지역에 집중되고 있는 가운데 농촌지역에서도 약간 증가하고 있기는 하지만 동지역이나 읍지역에서 증가하는 것이며, 면지역에서는 변화가 없거나 감소한 경우도 있다. 이렇게 농촌지역이라고 하더라도 지리적인 입지나 사회경제적 여건에 따라 보건의료지원의 분포는 크게 다름을 확인할 수 있다(최경환, 2008).

〈표 3-12〉 지역별 보건의료기관 추이(사례지역)

(단위: 개소)

지역별		공공보건의료기관						민간의료기관							
		보건소 (보건의료원)		보건지소		보건진료소		병원		의원		치과		한의원	
		1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
평창군	평창읍	1	1	0	0	3	3	0	0	2	3	1	2	2	2
	미탄면	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	방림면	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	대화면	0	0	1	1	3	3	0	0	2	2	1	1	1	1
	봉평면	0	0	1	1	3	2	0	0	1	1	0	0	1	1
	용평면	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	진부면	0	0	1	1	3	3	0	0	2	4	2	3	3	3
	도암면	0	0	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1
	계	1	1	7	7	16	15	0	0	8	11	5	7	8	8
보령시	웅천읍	0	0	1	1	1	1	0	0	3	4	1	1	4	3
	주포면	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	주교면	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	오천면	0	0	1	1	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0
	천북면	0	0	1	1	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0
	청소면	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	청라면	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	남포면	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	주산면	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	미산면	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	성주면	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	대천1동	1	0	1	0	0	0	3	3	13	19	6	7	5	11
	대천2동	0	0	0	0	0	0	0	0	6	18	2	6	3	8
	대천3동	0	0	0	0	0	0	1	0	2	10	0	4	3	2
	대천4동	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	대천5동	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	계	1	1	11	10	18	16	4	4	26	55	9	18	15	24
영양군	영양읍	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	2	3	2
	입암면	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	청기면	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	일월면	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	수비면	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	석보면	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	계	1	1	5	5	8	8	1	1	1	2	1	2	3	2

자료: 최경환, 2008.

4장

농어촌 주민의 의료이용 행태 및 건강증진서비스 욕구

제4장 농어촌 주민의 의료이용 행태 및 건강증진서비스 욕구

제1절 농어촌 주민의 의료이용 행태 및 건강증진서비스 이용 욕구 조사 결과

1. 조사개요

본 조사의 목적은 농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원조직화 방안모색을 위해 그들의 의료이용 현황 및 건강증진서비스에 대한 욕구를 파악하고자 함이다.

본 조사는 도·농 복합시와 농어촌지역 거주 만20세 이상 성인남녀 1,000명을 대상으로, 2012년 4월 2일~9일까지 총 7일간(일요일 제외) 진행되었으며, 한국보건사회연구원에 소속된 숙련된 전화조사팀에 의해 전화조사의 방법으로 진행되었다.

본 조사를 위해 도·농복합시[9]와 농어촌지역을 포함하고 있는 12개 시·도(부산, 대구, 인천, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남)에서 지역별·성별·연령별 인구 비례 할당법에 의한 층화비례추출법

9) 2012년 현재 총 51개 도·농복합시 : 강원 원주시, 춘천시, 강릉시, 삼척시, 경기 용인시, 남양주시, 화성시, 평택시, 파주시, 광주시, 김포시, 이천시, 양주시, 안성시, 포천시, 김해시, 경남 진주시, 양산시, 거제시, 통영시, 사천시, 밀양시, 경북 포항시, 구미시, 경주시, 경산시, 안동시, 김천시, 영주시, 상주시, 영천시, 문경시, 전남 여수시, 순천시, 광양시, 나주시, 전북 익산시, 군산시, 정읍시, 김제시, 남원시, 충남 천안시, 아산시, 서산시, 당진시, 논산시, 공주시, 보령시, 계룡시, 충북 충주시, 제천시

적용하여 표본을 선출하였다. 도·농복합시의 경우 응답자의 읍면동 주소를 바탕으로 도시와 농촌을 구분하였으며, 조사결과 표본오차는 95% ± 3.1% 포인트였다.

조사내용은 크게 의료이용 문항과 건강증진 문항으로 구분하였다. 주요 의료이용 문항으로는 응답자의 건강상태, 의료이용 현황 및 만족도, 응급의료 실태 등이고, 주요 건강증진 문항은 평소 건강관리 실태와 건강증진서비스에 대한 욕구 등이다.

2. 조사결과

가. 응답자의 일반적 특성

총 응답자 1,000명 중 61.9%가 도·농복합시에, 38.1%가 농촌지역에 거주하고 있었다. 도·농복합시내 도시와 농촌을 구분하여 지역별 응답자 현황을 살펴볼 경우 도·농복합시내 도시에 거주하는 응답자는 37.3%, 도·농복합시내 농촌에 거주하는 응답자는 26.4%, 농촌에 거주하는 응답자는 38.1%였다.

〈표 4-1〉 지역별 응답자 현황

(단위: 명, %)

도·농복합시내 도시	도·농복합시내 농촌	농촌	합계
373(37.30)	246(26.40)	381(38.10)	100(100.00)
도시 (도·농복합시)	농촌		합계
373(37.30)	627(62.70)		100(100.00)

전체 응답자 중 여성은 51.10%, 남성은 48.90%로 여성이 남성보다 많았으나 도·농복합시내 도시지역은 남성이, 농촌지역은 여성이 다소 많았다. 연령 또한 도·농복합시내 도시는 젊은 연령대 많았고 농촌지역은 60세 이상 연령대가 많았다.

가구구성은 지역의 특성을 반영하듯 도·농복합시내 도시지역은 결혼하지 않은 자녀와 함께 사는 가구 또는 부모와 함께 사는 가구가 많은 반면 농촌지역은 혼자서 또는 부부끼리 사는 가구의 비율이 높았다.

월평균 가구소득이 100만원 미만인 가구는 도시지역이 14.16%로 농촌지역인 40.05% 보다 낮은 반면 월평균 가구소득이 300만원이상인 가구는 도시지역이 41.14%로 농촌지역인 16.45% 보다 높아 도시지역 주민의 월평균 소득이 상대적으로 높음을 알 수 있다.

응답자의 주관적 건강상태 또한 농촌지역 거주자가 도시지역 거주자에 비해 나쁜 것으로 나타났다. 이는 농촌지역 거주자의 연령대가 도시지역 거주자에 비해 높기 때문인 것으로 판단된다.

〈표 4-2〉 응답자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분	도·농복합시내 도시(N=373)	도·농복합시내 농촌(N=246)	농촌 (N=381)	전체 (N=1,000)
성별				
남성	193 (51.74)	123 (50.00)	173 (45.41)	489 (48.90)
여성	180 (48.26)	123 (50.00)	208 (54.59)	511 (51.10)
연령				
20~39세	166 (44.50)	103 (41.87)	77 (20.21)	346 (34.60)
40~49세	87 (23.32)	54 (21.95)	70 (18.37)	211 (21.10)
50~59세	62 (19.62)	44 (17.89)	72 (18.90)	78 (17.80)
60~69세	29 (7.77)	24 (9.76)	71 (18.64)	124 (12.40)
70세 이상	29 (7.77)	21 (8.54)	91 (23.88)	141 (14.10)

구분	도·농복합시내 도시(N=373)	도·농복합시내 농촌(N=246)	농촌 (N=381)	전체 (N=1,000)
가구구성				
혼자서	29 (7.77)	22 (8.94)	58 (15.22)	109 (10.90)
부부끼리	52 (13.94)	47 (19.11)	127 (33.33)	226 (22.60)
결혼한 자녀와 함께	7 (1.88)	1 (0.41)	9 (2.36)	17 (1.70)
결혼하지 않은 자녀와 함께	167 (44.77)	103 (41.87)	122 (32.02)	392 (39.20)
손자녀와 함께	1 (0.27)	2 (0.81)	3 (0.79)	6 (0.60)
부모와 함께	97 (26.01)	63 (25.61)	51 (13.39)	211 (21.10)
기타	20 (5.36)	8 (3.25)	11 (2.89)	39 (3.90)
월평균 가구소득				
50만원 미만	14 (3.81)	19 (7.92)	63 (16.71)	96 (9.76)
50~100만원 미만	38 (10.35)	39 (16.25)	88 (23.34)	165 (16.77)
100~150만원 미만	38 (10.35)	18 (7.50)	48 (12.73)	104 (10.57)
150~200만원 미만	39 (10.63)	36 (15.00)	34 (9.02)	109 (11.08)
200~250만원 미만	51 (13.90)	30 (12.50)	52 (13.79)	133 (13.52)
250~300만원 미만	36 (9.81)	25 (10.42)	30 (7.96)	91 (9.25)
300~350만원 미만	52 (14.17)	18 (7.50)	28 (7.43)	98 (9.96)
350~400만원 미만	25 (6.81)	16 (6.67)	10 (2.65)	51 (5.18)
400만원 이상	74 (20.16)	39 (16.25)	24 (6.37)	137 (13.92)
주관적 건강상태				
매우 건강한 편임	39 (10.46)	17 (6.91)	24 (6.30)	80 (8.00)
건강한 편임	144 (38.61)	104 (42.28)	124 (32.55)	372 (37.20)
보통임	140 (37.52)	79 (32.11)	106 (27.82)	325 (32.50)
조금 안 좋음	38 (10.19)	38 (15.45)	92 (24.15)	168 (16.80)
매우 안 좋음	12 (3.22)	8 (3.25)	35 (9.19)	55 (5.50)

나. 의료이용 현황

1) 일반 의료이용 현황

1,000명의 응답자 중 현재 병원이나 보건소 등에서 의사의 진단으로 치료를 받고 있거나 약을 복용하고 있는 응답자는 356명(35.60%)이며

이를 지역적으로 살펴보면, 도·농복합시내 도시의 경우 응답자의 29.76%, 도·농복합시내 농촌의 경우 30.08%, 농촌의 경우 44.88%로 도시에 비해 농촌지역에서의 질환 발병이 높은 것으로 나타났다. 또한 농촌지역은 도시지역에 비해 당뇨, 관절염, 농부증이 많았다. 그러나 고혈압 발병은 지역적으로 차이는 없었다.

〈표 4-3〉 응답자의 현재 건강상태

구분	도·농복합시내 도시(N=373)	도·농복합시내 농촌(N=246)	농촌 (N=381)	전체 (N=1,000)
의사진단에 의한 질환 여부				
있음	111 (29.76)	74 (30.08)	171 (44.88)	356 (35.60)
없음	262 (70.24)	172 (69.92)	210 (55.12)	644 (64.40)
질환 종류(복수응답)				
고혈압	62 (55.86)	35 (47.30)	88 (51.46)	185 (51.97)
당뇨	17 (15.32)	18 (24.32)	42 (24.56)	77 (21.63)
관절염	20 (18.02)	17 (22.97)	50 (29.24)	87 (24.44)
심혈관질환	14 (12.61)	9 (12.16)	27 (15.79)	50 (14.04)
농부증	5 (4.50)	9 (12.16)	18 (10.53)	32 (8.99)
뇌혈관질환	4 (3.60)	3 (4.05)	11 (6.43)	18 (5.06)
기타	32 (28.83)	30 (40.54)	51 (29.82)	113 (31.74)

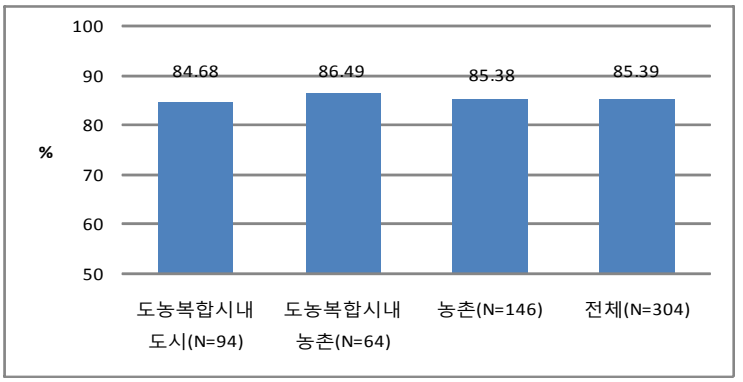
현재 의사의 진단으로 치료를 받고 있거나 약을 복용하고 있는 응답자 356명의 의료기관 이용현황을 살펴보기 위해, 이용중인 의료기관의 위치, 의료기관까지의 교통수단, 그리고 소요시간을 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 응답자 356명 중 85.39%가 거주지가 속한 시·도에 위치한 의료기관을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 시·군·구를 기준으로 살펴볼 경우, 응답자 356명 중 68.54%만이 본인이 거주하는 시·군·구 내 의료기관을 이용하는 것으로 나타났다.

지역유형별 본인이 거주하는 시·군·구내 의료기관 이용현황은 도·농복합시내 도시의 경우 76.58%, 노동복합시내 농촌은 60.81%, 농촌은 66.67%로 도시 지역보다 농촌지역에서의 동일지역 의료기관 이용률이 낮음을 알 수 있다. 특히 도시와 농촌의 특성이 복합적으로 존재하는 도·농복합시내 농촌에서의 타지역 의료기관 이용률은 순수한 농촌에서의 이용률 보다 더 높았다.

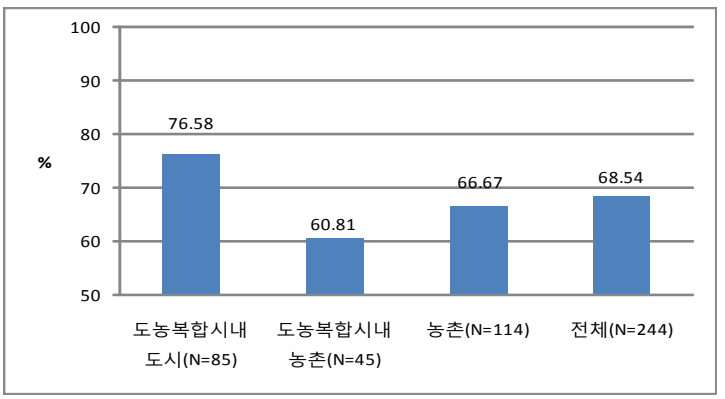
〔그림 4-1〕 동일지역 의료기관 이용현황: 시·도기준

(단위: %)



〔그림 4-2〕 동일지역 의료기관 이용현황: 시·군·구기준

(단위: %)



둘째, 일반적으로 의료기관 이용시 교통수단은 도·농복합시내 도시의 경우 도보가 38.74%로 가장 많았다. 그러나 도·농복합시내 농촌 및 농촌지역은 도보에 비해 버스 및 승용차 이용이 상대적으로 많아 도시지역에 비해 의료기관의 접근성이 다소 떨어짐을 알 수 있다.

〈표 4-4〉 의료기관 이용 시 교통수단

(단위: %)

교통수단	도·농복합시내 도시(N=111)	도·농복합시내 농촌(N=74)	농촌 (N=171)	전체 (N=356)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
도보	38.74	24.32	23.98	28.65
버스	30.63	37.84	39.18	36.24
승용차	22.52	32.43	28.65	27.53
열차	1.80	2.70	2.34	2.25
택시	1.80	0.00	2.92	1.97
기타	4.50	2.70	2.92	3.37

셋째, 의료기관까지 가는데 소요되는 시간 또한 도·농복합시내 도시의 경우 10분 이내가 전체 응답자 356명 중 49.55%로 50%에 육박한 반면, 1시간 이상 소요시간은 18.02%에 불과했다. 그러나 농촌지역은 10분 이내가 28.07%인 반면 1시간 이상은 21.05%로 도시지역에 비해 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 길었다. 특히 농촌지역은 의료기관 이용 시 교통수단이 도보 보다 버스 및 승용차가 많다는 점을 미루어 보아 의료기관 접근성은 더 떨어짐을 알 수 있다.

〈표 4-5〉 의료기관 이용시 소요시간

(단위: %)

소요시간	도·농복합시내 도시(N=111)	도·농복합시내 농촌(N=74)	농촌 (N=171)	전체 (N=356)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
10분이내	49.55	25.68	28.07	34.27
20분이내	20.72	24.32	19.30	20.79
30분이내	7.21	14.86	20.47	15.17
1시간이내	4.50	16.22	11.11	10.11
1시간이상	18.02	18.92	21.05	19.66

응답자의 43.70%가 질병치료 시 큰 애로점으로 “치료비가 많이 듬”을 들었다. 그 외 “환자를 돌볼 사람이 없음(25.90%)”과 “의료기관이 멈(18.80%)”을 애로점으로 들었다. 이러한 현상은 도시, 농촌 모두 동일하였는데 이는 곧 지역과 상관없이 질병이 발생하면 무엇보다 치료비와 간병인의 문제가 큰 애로점으로 작용함을 시사한다.

〈표 4-6〉 질병치료 시 어려운 점

(단위: 명, %)

어려운 점	도·농복합시내 도시	도·농복합시내 농촌	농촌	전체
계	373 (100.00)	246 (100.00)	381 (100.00)	1,000 (100.00)
치료비가 많이 듬	173 (46.38)	113 (45.93)	151 (39.63)	437 (43.70)
의료서비스의 질이 낮음	48 (12.87)	17 (6.91)	35 (9.19)	100 (10.00)
의료기관이 멈	46 (12.33)	52 (21.14)	90 (23.62)	188 (18.80)
환자를 돌볼 사람이 없음	99 (26.54)	58 (23.58)	102 (26.77)	259 (25.90)
기타	7 (1.88)	6 (2.44)	3 (0.79)	16 (1.60)

응답자의 39.53%는 현재 거주하고 있는 지역의 보건소나 병원의 서비스 및 진료수준에 대해 만족하는 것으로 나타났으나 불만 또한 13.01%로 나타났다. 도·농복합시내 도시거주자나 농촌지역 거주자 또한 지역내 의료기관의 서비스 및 진료수준에 대한 만족 비율은 비슷하나 불만족 정도, 특히 매우 불만족한 정도는 도시(1.88%)에 비해 농촌(3.16%)이 높았다.

〈표 4-7〉 지역내 보건소나 의료기관의 서비스 및 진료수준에 대한 주관적 인식

(단위: 명, %)

만족도	도·농복합시내 도시	도·농복합시내 농촌	농촌	전체
계	373 (100.00)	246 (100.00)	381 (100.00)	1,000 (100.00)
매우만족	15 (4.02)	10 (4.07)	21 (5.53)	46 (4.60)
만족	130 (34.85)	83 (33.74)	136 (35.79)	349 (34.93)
보통	180 (48.26)	115 (46.75)	179 (47.11)	474 (47.45)
불만	41 (10.99)	33 (13.41)	32 (8.42)	106 (10.61)
매우불만	7 (1.88)	5 (2.03)	12 (3.16)	24 (2.40)

2) 응급의료 이용현황

전체 응답자 1,000명 중 23.40%에 해당되는 234명만이 응급상황을 경험한 것으로 나타났다. 응급상황 종류로는 “질병으로 인한 응급상황”이 71.79%로 가장 많았으며 이러한 현상은 도시와 농촌 모두에서 유사하게 나타났다.

〈표 4-8〉 응급상황 경험 여부 및 응급상황 종류

(단위: 명, %)

응급상황 종류	도·농복합시내 도시(N=373)	도·농복합시내 농촌(N=246)	농촌 (N=381)	전체 (N=1,000)
응급상황 경험	84 (22.52)	51 (20.73)	99 (25.98)	234 (23.40)
응급상황 종류				
농기계사고	0 (0.00)	2 (3.92)	0 (0.00)	2 (0.85)
질병으로 인한 응급상황	62 (76.81)	26 (50.98)	80 (80.81)	168 (71.79)
낙상	3 (3.57)	5 (9.80)	4 (4.04)	12 (5.13)
기타	19 (22.62)	18 (35.29)	15 (15.15)	52 (22.22)

응급상황 발생시 가장 먼저 연락을 취하는 곳은 119로 나타났다. 응급상황을 경험한 자(234명) 중 61.54%가 응급 상황시 가장 먼저 119에 연락하는 것으로 나타났으며 그 다음으로 가족(29.49%), 본인이 스스로 해결(4.70%), 이웃이나 친지와 같은 타인(4.27%) 순이었다.

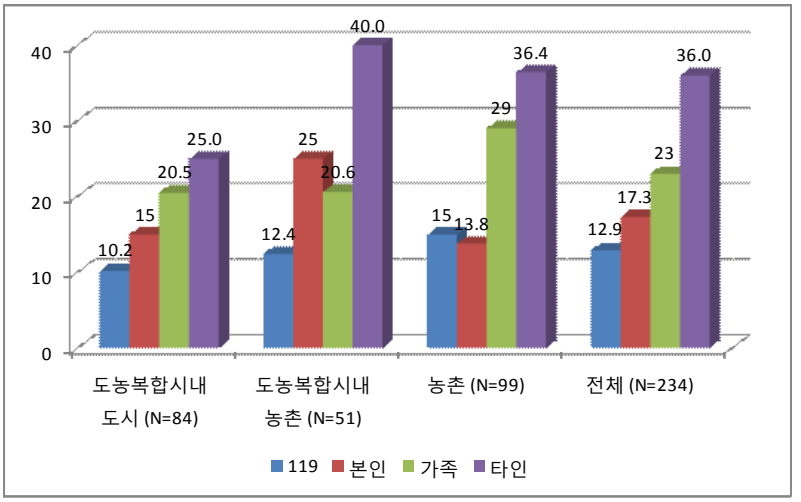
〈표 4-9〉 응급환자 발생시 가장 먼저 연락을 취하는 곳 및 연락 소요시간

(단위: %, 분)

구분	도·농복합시내 도시(N=84)		도·농복합시내 농촌(N=51)		농촌 (N=99)		전체 (N=234)	
	접촉	소요시간[1]	접촉	소요시간[1]	접촉	소요시간[1]	접촉	소요시간[1]
119	60.71	10.2	49.02	12.4	68.69	15.0	61.54	12.9
본인	4.76	15.0	5.88	25.0	4.04	13.8	4.70	17.3
가족	33.33	20.5	41.18	20.6	20.20	29.0	29.49	23.0
타인	1.19	25.0	3.92	40.0	7.07	36.4	4.27	36.0

주: 1) 119에 연락할 경우: 응급차가 도착할때까지 걸리는 시간, 119외에 연락할 경우: 응급의료기관(병원 등)까지 가는데 걸리는 시간

〔그림 4-3〕 응급상황 발생시 응급차량 도착시간 및 의료기관까지의 이동시간[1)]



주: 1) 119에 연락할 경우: 응급차가 도착할때까지 걸리는 시간, 119외에 연락할 경우: 응급의료기관(병원 등)까지 가는데 걸리는 시간

119 연락시 응급차가 도착할 때까지 걸리는 시간은 평균 12분 9초였으며 본인이 응급의료기관까지 가는데 걸리는 시간은 17분 3초, 가족을 통해 가는 경우는 23분, 타인을 통해 가는 경우는 36분이 소요되는 것으로 나타났다. 일반적으로 응급상황 발생 후 응급차량 도착시간이 평균 10분 이내임을 고려하면 응급상황시 119외 본인 및 타인에 의한 응급이동에 대한 대책이 필요할 것으로 보인다.

지역별로 응급차량 이동 소요시간을 살펴보면, 응급차량 도착 및 응급실까지 가는데 소요되는 시간은 농촌지역이 도시지역보다 훨씬 길었다. 이는 농촌지역 특성을 반영한 응급의료 대책이 필요함을 시사한다.

〈표 4-10〉 응급환자 발생시 가장 어려운 점

(단위: %)

어려운 점	도·농복합시내 도시(N=84)	도·농복합시내 농촌(N=51)	농촌 (N=99)	전체 (N=234)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
응급처치를 할 수 있는 사람이 없음	39.29	31.37	39.39	37.61
교통수단을 마련하기 어려움	5.95	9.80	8.08	7.69
응급실이 있는 병원까지의 거리가 너무 멈	17.86	33.33	27.27	25.21
119 구급차가 오는데 시간이 많이 걸림	7.14	9.80	9.09	8.55
별다른 어려움이 없음	25.00	15.69	14.14	18.38
기타	4.76	0.00	2.02	2.56

일반적으로 응급상황이 발생할 경우 가장 어려운 점은 “응급처치를 할 수 있는 사람이 없음(31.37 ~ 39.39%)”인 것으로 나타났다. 그러나 농촌지역에서는 도시지역에 비해 “응급처치를 할 수 있는 사람의 부재” 외 “응급실이 있는 병원까지의 거리가 멈”과 “119 구급차량이 오는데 걸리는 시간이 김”, 그리고 “교통수단을 마련하기 어려움” 등이 보다 큰 어려움으로 작용하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 도시지역에 비해 농촌지역에서의 응급의료의 접근성이 열악함을 보여준다.

다. 건강증진서비스 욕구

1) 평소 건강관리 현황

전체 응답자 1,000명중 평소 건강관리를 하고 있는 응답자는 58.90%, 건강관리를 하지 않은 응답자는 41.10%이었으며, 도시지역에서의 평소 건강관리 비율은 농촌지역보다 다소 높게 나타났다.

〈표 4-11〉 평소 건강관리 여부

(단위: 명, %)

구분	도·농복합시내 도시	도·농복합시내 농촌	농촌	전체
계	373(100.00)	246(100.00)	381(100.00)	1,000(100.00)
건강관리를 함	221(59.25)	148(60.16)	220(57.74)	589(58.90)
건강관리를 하지 않음	152(40.75)	98(39.84)	161(42.26)	411(41.10)

평소 건강관리를 하지 않은 주된 이유로는 “시간이 없어서(46.23%)” 이지만 응답자의 30.66%는 “건강관리의 필요성 및 건강관리의 방법을 몰라서” 평소 건강관리를 하지 못하는 것으로 나타났다. 특히 이러한 현상은 도시지역보다는 농촌지역에서 커서 지역 내 건강증진을 위해서는 체계적인 시스템이 필요한 것으로 보인다.

〈표 4-12〉 평소 건강관리를 하지 않는 이유

(단위: %)

이유	도·농복합시내 도시(N=152)	도·농복합시내 농촌(N=98)	농촌 (N=161)	전체 (N=411)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
시간이 없어서	54.61	47.96	37.27	46.23
경제적 여유가 없어서	10.53	15.31	13.66	12.90
필요성을 느끼지 못해서	11.84	17.35	18.01	15.57
어떻게 해야 할지 몰라서	6.58	5.10	8.70	7.06
주위에 건강관리를 할 수 있는 시설/공간이 없어서	5.92	7.14	10.56	8.03
기타[1)]	10.53	7.14	11.80	10.22

주: 1) 기타의 대부분의 내용은 “몸이 아파서 건강관리를 할수 없다”는 것이었음.

평소 건강관리로 주로 “걷기”, “운동(스포츠)”, “등산” 등을 하는 것으로 나타났다. 그러나 농촌지역의 경우 도시지역에 비해 “걷기”와 “음식 및 식이조절”의 비중이 높았으며 도시지역은 농촌지역에 비해 “운동(스포츠)”과 “등산”의 비중이 높았다. <표 4-13>에서와 같이 대부분의 건강관리는 주로 “걷기”, “운동”, “등산” 등에 국한되어 있어 보다 다양한 건강관리 서비스가 필요함을 시사한다.

〈표 4-13〉 평소 하고 있는 건강관리 종류(복수응답)

(단위: %)

건강관리 종류	도·농복합시내 도시(N=221)	도·농복합시내 농촌(N=148)	농촌 (N=220)	전체 (N=589)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
건강검진	3.62	2.70	4.55	3.74
걷기	42.99	41.22	56.82	47.74
등산	16.29	15.54	10.45	13.92
운동	52.94	46.62	31.82	43.46
건강보조식품섭취	7.24	7.43	7.27	7.30
음식 및 식이조절	9.05	10.81	15.45	11.88
금주	2.26	0.68	3.18	2.21
금연	1.36	0.68	2.73	1.70
기타	3.62	4.73	9.55	` 6.11

평소 건강관리를 하고 있다고 응답한 응답자 589명 중 62.82%는 현재 본인이 하고 있는 건강관리만으로도 건강관리가 충분하다고 하였으나 37.18%는 충분하지 않다고 하였다.

충분하지 않을 경우 추가하고 싶은 건강관리 서비스로는 “운동”, “식이조절을 포함한 비만/영양관리”, “만성질환관리” 서비스 등을 들었다. 특이한 점은 농촌지역에서는 도시지역에 비해 “비만/영양관리”, “만성질환관리”, “정신보건 및 구강보건”에 대한 서비스 욕구가 크다는 점이다.

〈표 4-14〉 평소 하고 있는 건강관리에 대한 충분여부 및 부족 시 받고 싶은 프로그램

(단위: 명(%))

구분	도·농복합시내 도시(N=221)	도·농복합시내 농촌(N=148)	농촌 (N=220)	전체 (N=589)
계	221(100.00)	148(100.00)	220(100.00)	589(100.00)
충분함	143(64.71)	95(64.19)	132(60.00)	370(62.82)
충분하지 않음	78(35.29)	53(35.81)	88(40.00)	219(37.18)
부족할 경우 받고 싶은 프로그램 (복수응답)				
계	100.00	100.00	100.00	100.00
금연	2.56	0.00	1.14	1.37
절주	0.00	0.00	1.14	0.46
운동	58.97	50.94	50.00	53.42
비만/영양관리	15.38	9.43	20.45	15.98
만성질환관리	8.97	11.32	10.23	10.05
정신보건	1.28	1.89	4.55	2.74
구강보건	2.56	1.89	4.55	3.20
사고방지/농부증	0.00	3.77	1.14	1.37
건강검진	3.85	9.43	1.14	4.11
기타	11.54	15.09	17.05	14.61

2) 건강관리서비스 이용 현황

응답자 1,000명 중 11.70%만이 보건소(지소, 진료소), 국민건강보험공단, 농업기술센터, 사회복지관, 종교단체 등에서 제공하는 건강증진서비스를 이용해 본 경험이 있는 것으로 나타났다. 이는 상대적으로 공공 및 민간에서 제공하는 건강관리서비스 이용 경험률이 낮음을 보여준다(표 4-15 참조).

공공 및 민간기관에서 제공하는 서비스를 이용해 본 경험이 없는 응답자에게 혹 건강증진서비스를 받아볼 기회가 있다면 어떠한 서비스를 받고 싶으냐에 대한 질문에 응답자의 41.00%는 “운동”을, 이외 “비만/

영양관리", "만성질환관리", "정신보건", "구강보건", "금연" 등 다양한 건강관리서비스에 대한 욕구가 나왔다. 이러한 서비스 욕구는 도시, 농촌간 다소 차이를 보였는데 농촌지역은 "만성질환관리" 서비스에, 도시지역은 "금연", "비만/영양관리", "구강보건"에 대한 욕구가 다소 큰 것으로 나타났다(표 4-16 참조).

〈표 4-15〉 공공 및 민간기관[1)]에서 제공하는 서비스 이용 여부

(단위: 명, %)

구분	도·농복합시내 도시 (N=373)	도·농복합시내 농촌 (N=246)	농촌 (N=381)	전체 (N=1,000)
계	373(100.00)	246(100.00)	381(100.00)	1,000(100.00)
있음	29(7.77)	16(6.50)	72(18.90)	117(11.70)
없음	344(92.23)	230(93.50)	309(81.10)	883(88.30)

주: 1) 보건소(지소, 진료소), 국민건강보험공단, 농업기술센서, 사회복지기관, 종료단체 등

〈표 4-16〉 건강증진서비스를 받아볼 기회가 있을시 받고 싶은 서비스 종류

(단위: %)

구분	도·농복합시내 도시(N=334)	도·농복합시내 농촌(N=230)	농촌 (N=309)	전체 (N=883)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
금연	10.47	10.43	6.80	9.17
절주	0.87	3.04	1.29	1.59
운동	45.35	33.04	42.07	41.00
비만/영양관리	19.19	18.26	15.53	17.67
만성질환관리	11.34	21.74	20.71	17.33
정신보건	4.65	4.35	5.83	4.98
구강보건	6.10	6.09	4.53	5.55
사고방지/농부증	0.87	1.30	1.29	1.13
기타	0.29	0.00	0.32	0.23
서비스 욕구 없음	0.87	1.74	1.62	1.36

현재 서비스 이용자를 대상으로 한 공공 및 민간기관에서 제공받은 건강관리 프로그램에 대한 질문에는 주로 “운동”, “만성질환관리”, “금연”, “비만/영양관리” 프로그램 등으로 응답하였다.

〈표 4-17〉 공공 및 민간기관에서 받고 있는 서비스 종류

(단위: %)

구분	도·농복합시내 도시(N=29)	도·농복합시내 농촌(N=16)	농촌 (N=72)	전체 (N=117)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
금연	13.79	12.50	11.11	11.97
절주	6.90	6.25	2.78	4.27
운동	27.59	12.50	26.39	24.79
비만/영양관리	20.69	12.50	8.33	11.97
만성질환관리	27.59	43.75	43.06	39.32
정신보건	3.45	-	5.56	4.27
구강보건	-	-	-	-
사고방지/농부증	-	-	-	-
기타	-	12.50	2.78	3.42

현재 공공 및 민간기관에서 제공하는 건강관리서비스만으로 건강관리가 충분하다고 응답한 자는 이용자 117명중 52.14%, 충분하지 않다고 응답한 자는 47.86%였다.

불충분할 경우 현재 받고 있는 서비스 외 추가로 받고 싶은 건강관리 서비스로 응답자들은 “운동”, “만성질환관리”, “비만/영양관리”, “정신보건”, “구강보건” 등을 들었다. 한편 농촌지역의 경우 정신보건에 대한 서비스 욕구가 도시지역에 비해 상대적으로 컸다.

〈표 4-18〉 (이용자)_이용하는 서비스의 충분 여부 및 충분하지 않을 경우 받고 싶은 서비스

(단위: %)

구분	도·농복합시내 도시(N=29)	도·농복합시내 농촌(N=16)	농촌 (N=72)	전체 (N=117)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
충분함	48.28	50.00	54.17	52.14
충분하지 않음	51.72	50.00	45.83	47.86
불충분시 받고 싶은 프로그램				
계	100.00	100.00	100.00	100.00
금연	0.00	0.00	2.78	1.71
절주	-	-	-	-
운동	10.34	12.50	29.17	22.22
비만/영양관리	13.79	18.75	5.56	9.40
만성질환관리	27.59	25.00	11.11	17.09
정신보건	6.90	0.00	11.11	8.55
구강보건	13.79	6.25	5.56	7.69
사고방지/농부증	0.00	0.00	1.39	0.85
기타	10.34	6.25	4.17	5.98
서비스 욕구 없음	17.24	31..25	29.17	26.50

제2절 농민단체 관계자 의견조사 결과

1. 조사개요

이번 농민단체 종사자들을 대상으로 한 농촌지역주민들의 의료이용 현황 및 건강증진서비스 욕구에 대한 의견을 조사는 2012년 6월 1일부터 6월 15일까지 한국보건사회연구원에 연구진에 의해 직접 이메일 조사를 통해서 진행되었다. 농민단체연합회에 종사하면서 그동안 현장에서 농민들의 고충과 의견을 알고 있는 실무자 약 20명에게 설문을 요청하였으나 5명을 제외한 15명이 조사에 참여를 하였다.

〈표 4-19〉 농민단체 관계자 설문조사 결과 개요

구분	내용
조사대상	농민단체연합회 실무자
조사규모	16명
조사기간	2012.06.01~2012.06.15 (2주일간)
조사방법	이메일조사 (자가기재방식)
조사기관	한국보건사회연구원 연구진
조사내용	농민단체 종사자들이 평소 분석하고 있는, - 농촌지역주민들의 의료이용 현황, 건강증진서비스 관련 의견조사

<표 4-20>에 이번 설문조사에 참여해준 응답자의 일반적 현황을 제시하였다.

〈표 4-20〉 농민단체 설문조사 응답자 일반현황

(단위: 명, %)

구분		응답수	구성비
합계		15	100.0
성별	남자	12	80.0
	여자	3	20.0
연령	20대	5	33.3
	30대	8	53.3
	40대	1	6.7
	50대 이상	1	6.7
농민단체 근무경력	1년 이하	2	13.3
	1~2년 이하	2	13.3
	2~5년 이하	2	13.3
	5~10년 이하	8	53.3
	10년 초과	1	6.7

2. 의료이용 서비스

가. 일반 의료이용 현황

농민단체 종사자(이하 응답자)들이 생각하고 있는 농촌지역주민들의 가장 심각한 질병분야는 60.0%가 농부증(관절질환 등), 그 다음 고혈압이 46.7%, 관절염이 40.0% 등의 순으로 응답하였다. 그리고 농촌지역주민들의 건강증진을 위해서 우선적으로 예방해야 할 분야에 대한 문항조사에서는 가장 높은 응답이 역시 농부증으로 응답자 46.7%를 차지하였고 다음은 관절염, 심혈관질환이 각각 33.3%, 고혈압, 정신보건질환관리를 각각 26.7%로 응답하였다.

이에 대한 개선방향 의견으로 농부클리닉 개설이 필요하다는 기타의견을 제시하였다.

〈표 4-21〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 심각한 질병분야와 건강관리 우선예방 분야

(단위: 명, %)

구분	심각한 질병분야		건강관리 우선예방 분야	
	응답자	구성비	응답자	구성비
합계	28	100.0	28	100.0
고혈압	7	46.7	4	26.7
당뇨	2	13.3	2	13.3
관절염	6	40.0	5	33.3
심혈관질환	-	-	5	33.3
농부증	9	60.0	7	46.7
뇌혈관질환	4	26.7	1	6.7
정신보건질환	-	-	4	26.7
기타	-	-	-	-

주: 중복응답

응답자들은 생각하는 농촌지역주민들의 가장 선호 의료기관으로는 지역 병·의원, 보건소를 가장 우선적으로 꼽아 60.0%라고 응답하였고 대학병원을 가장 낮은 선호의료기관으로 응답하였다(13.3%). 이는 실제 대학병원이나 종합병원을 선호하지만 실제 접근성 등의 이유로 해서 현실적인 어려움이 있다는 점을 감안해야 할 것이다.

이에 대한 개선방향 등 의견으로 실제 대학병원을 선호하지만 이동거리 등의 이유로 보건소를 이용하고 있다는 의견이 있었고 보건소 등에 종사하는 공중보건의에 대한 전문성 향상의 필요성 제시와 더불어 그나마 근무하고 있는 농어촌에 현실적으로 가장 필요한 공중보건의가 감소하고 있는 문제가 심각하다는 기타 의견이 있었다.

〈표 4-22〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 선호의료기관

(단위: 명, %)

구분	응답자	구성비
합계	17	100.0
대학병원	2	13.3
병의원	6	40.0
보건소	6	40.0
보건진료소	3	20.0
기타	-	-

주: 중복응답

응답자의 80.0%가 농촌지역주민의 질병치료 시 가장 큰 애로점으로 “의료기관이 멈(80.0%)”을 들어 앞선 농어촌지역주민의 욕구조사와는 다소 상이한 결과를 보였다. 그 외 “의료기관의 질이 낮음(33.3%)”과 “치료비가 많이 듬(26.7%)”을 애로점으로 들었다. 이러한 현상은 의료기관을 이용하고자 할 때 병원의 접근성이 일부 문제점으로 여겨진다는 점을 시사한다고 볼 수 있다.

〈표 4-23〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 질병치료시 어려운 점

(단위: 명, %)

구분	응답자	구성비
합계	22	100.0
치료비가 많이 듬	4	26.7
의료서비스의 질이 낮음	5	33.3
의료기관이 멀다	12	80.0
환자를 돌볼 사람이 없음	1	6.7
기타	-	-

주: 중복응답

전체 응답자 22명 중 93.3%에 해당되는 14명이 농촌지역주민들에게 있어 가장 자주 발생하는 사고유형으로 농기계사용으로 인한 것이라고 응답하였다. 앞선 실제 농어촌지역의 주민을 대상으로 욕구조사에 의한 경험에 기반한 조사결과와 다소 차이가 있을 수 있다. 이에 이번 응답자들은 개선방향 등 의견으로 농어민종사자를 대상으로 한 농작업재해보험 제도의 도입이 필요하다는 의견을 제시하였다.

〈표 4-24〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 다빈도 사고유형

(단위: 명, %)

구분	응답자	구성비
합계	22	100.0
농약중독	3	20.0
농기계사고	14	93.3
질병응급상황	5	33.3
기타	-	-

주: 중복응답

나. 응급 의료이용 현황

응급환자 발생시 교통수단의 미흡(35.5%)과 접근성 문제인 원거리(29.0%) 그리고 응급출동 소요시간(25.8%)이 농촌지역주민들의 응급환자 발생 시 현장에서 예상되는 애로사항으로 생각하고 있었다.

이는 앞선 농촌지역주민을 대상으로 한 욕구조사의 결과에서도 나타났듯이 농촌지역 특성을 반영한 신속한 응급의료 대책이 필요함을 시사한다.

〈표 4-25〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 응급환자 발생시 애로사항

(단위: 명, %)

구분	응답자	구성비
합계	31	100.0
응급처치를 할 수 있는 사람이 없음(전문인력부재)	3	9.7
교통수단을 마련하기 어려움(교통수단)	11	35.5
응급실이 있는 병원까지의 거리가 너무 멈(의료기관간 거리)	9	29.0
119 구급차가 오는데 시간이 많이 걸림(응급출동 소요시간)	8	25.8
기타	-	-

주: 중복응답

다. 농민의 의료이용에 대한 주요 현안 및 개선방향

응답자들은 농촌지역주민들의 의료이용에 관한 현안 등에 관해서 개선방향으로 예방중심사업으로의 보건소 기능 강화, 이동형 보건소 도입, 그리고 건강검진의 효율성 강화와 응급의료시설의 확충 등의 의견을 제시하였다.

〈표 4-26〉 농민단체 종사자의 농촌지역주민의 의료이용 주요 현안 및 개선방향

(단위: 명, %)

구분	응답자	구성비
합계	6	100.0
보건소 등 기능 강화	3	50.0
- 이동거리 등 농어촌 환경 고려한 이동형 보건소 도입	2	33.3
- 보건소 기능을 예방 기능 중심으로의 전환	1	16.7
건강검진의 효율성 강화	2	33.3
- 마을단위 단체 검진 추진	1	16.7
- 건강검진 등 예방적 진료에 대한 의식부족하고 예방적 차원의 정기적 건강검진교육 필요	1	16.7
응급시설 확충 등	1	16.7

3. 건강증진서비스 욕구

현재 농어촌 보건소 등에서 실시중인 건강증진서비스에 대한 개선방향으로 건강증진사업에 대한 전문성이 다소 부족하고 일회성 사업이 대부분으로 지속적인 사업유지가 필요다고 지적하였고, 정신보건관리와 만성질환 관리가 취약하다고 판단하고 있었다.

그리고 최근 농촌지역의 핵가족화, 농가부채 증가 등으로 인한 사회경제적 환경변화로 인해 우울증과 스트레스가 증가하고 있다고 여기고 있었으며 농부증 등 관절질환의 예방을 위한 프로그램 지원확대가 필요하다고 의견을 제시하였다.

제3절 소결

농어촌 주민을 대상으로 그들의 건강상태와 의료이용 행태 그리고 건

강증진서비스에 대한 욕구를 조사하였다. 그 결과 예상대로 도시에 비해 농어촌 지역에서 당뇨, 관절염, 농부증 등의 만성질환 유병률이 높은 것으로 나타났다. 질병 치료를 위해서는 시·군·구 기준으로 시외지역의 의료기관을 많이 이용하고 있었으며, 도시에 비해 의료기관 이동거리가 먼 것으로 조사되었다.

의료이용 시 애로 사항으로는 경제적인 측면 외에 의료기관에 대한 물리적 접근성 등으로 나타났으며, 특히, 농어촌 주민이 도시지역 주민에 비해 의료기관 서비스에 대한 불만이 많은 것으로 나타났다. 특히 일반 의료 외에 응급의료의 경우에도 도시에 비해 상대적으로 접근성이 낮은 것으로 나타나 개선이 시급한 것으로 생각되어진다.

건강증진과 관련하여 농어촌 주민의 건강관리 비율이 도시에 비해 낮았으며, 강화되기를 원하는 건강증진서비스는 운동, 영양, 만성질환 관리, 정신보건 등으로 나타났다.

5장

농어촌 보건의료서비스 개선사업 평가

제5장 농어촌 보건의료서비스 개선사업 평가

제1절 배경 및 필요성

농어촌의료서비스개선사업은 농림수산업의 경쟁력강화와 농어촌생활환경개선 및 농어민의 후생복지를 위하여 설립된 농어촌특별세(이하 '농특세')에 기반하고 있다. 1994년부터 10년 시한으로 시행되어 오던 농특세는 10년 더 연장되어 2014년 종료예정이다. 그 동안 농어촌의료서비스개선사업의 효과에 대한 평가가 있었지만 향후 농어촌 보건의료의 발전방향을 설계하고 이에 따른 평가는 미흡하였다.

본 절은 농어촌 보건의료의 특성과 이에 따른 바람직한 발전방향을 중심에 두고 그동안 농어촌에 특화된 보건의료 정책의 한축이었던 농어촌의료개선사업의 효과를 평가함으로써, 농어촌 보건의료 및 건강증진을 위해 새로운 방향으로의 사업 전환에 대한 근거를 도출해보고자 하였다.

제2절 농어촌 의료서비스개선사업 평가 방향 설정

농어촌 의료서비스 개선사업은 크게 농어촌 보건의료 정책의 투입, 과정, 결과 구성 가운데 주로 투입 부분에 대한 정책이며 그 가운데서도 공공보건기관에 대해서만 한정된 투자이다.

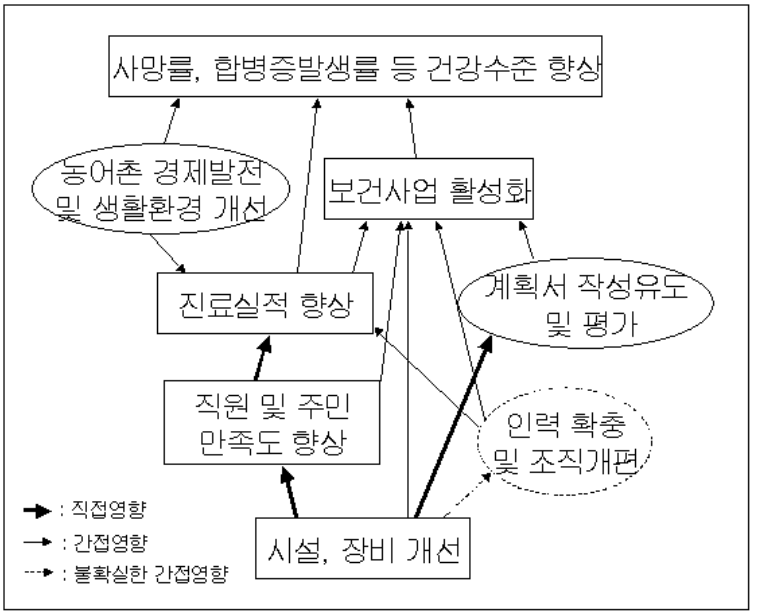
〔그림 5-1〕 보건의료 투입, 과정, 결과 평가 틀

투입	➡	과정	➡	결과
시설, 장비, 인력, 예산 등		의료이용 및 보건사업 실적		사망률 및 유병률 감소
주민자치조직, 보건소 및 보건지소, 지역거점 공공병원 등		주민참여 활성화, 보건소와 지역거점 공공병원 협력 연계		건강생활실천율 향상, 예방 가능한 합병증 입원율 감소 및 재입원율 감소, 응급실 경유 입원율 감소 등

즉, 농어촌 보건의료 정책은 응급의료, 정신보건, 구강보건, 암 관리 등 종합적인 평가와 통합접근이 가장 요구되는 분야이기도 하다. 그 이유는 전문 인력을 구하기 어려워서 기존 인력과 시설로 최대한 다양한 서비스를 제공할 수 있도록 고안될 필요가 있기 때문이다. 따라서 보건기관 뿐 아니라 병원에 대해서도 평가가 되어야 하고 필요한 보건의료서비스를 제공하는 기관이라면 정부소유와 민간소유를 모두 평가하는 것이 필요하다. 하지만 그동안 농어촌 의료서비스 개선사업은 이와 관련해서 볼 때 정부소유에 대해서만, 그리고 보건기관에 한해서만 또한 일부 보건의료 기능에 대해서만 투자하고 그에 대해서만 평가한 것으로 볼 수 있다. 특히 보건의료서비스 전달체계에서 가장 중요한 보건의료 인력의 능력 및 서비스 질에 대한 문제는 거의 전혀 투자영역에서 고려하지 않았다.

따라서 농어촌의료서비스 개선사업 평가는 농어촌 보건의료 전반에 대한 투자 평가와 같다고 보기 어렵다. 하지만 시설과 장비 개선에 집중된 농어촌의료서비스 개선사업은 최종 농어촌 주민의 건강수준 향상까지를 목표로 하였고 이를 위한 중간 과정 개선을 위해 지역보건의료 계획 및 농어촌의료서비스 개선 계획을 수립하는 것을 병행하는 정책을 전개해왔으므로 농어촌 보건의료 전반을 얼마나 개선하였는가에 대해서도 분석하는 것이 필요하다.

〔그림 5-2〕 농어촌 의료서비스개선사업 투자의 직간접 영향



농어촌 의료서비스 개선사업 평가는 먼저 자체 평가내용과 전체 농어촌 보건의료 정책 평가를 병행하는 것으로 방향을 잡았다. 이는 농어촌 의료서비스 개선사업의 특성을 반영하면서도 궁극적인 투자 효과를 고려한 평가도 고려하겠다는 의미이다. 따라서 기존 농어촌 의료서비스 개선사업 평가결과를 종합하고 동시에 농어촌 보건의료 전반에 대한 평가결과를 종합하는 내용으로 진행하였다.

제3절 농어촌 의료서비스개선사업 평가

1. 개선사업 실적 현황

전체적으로 농어촌의료서비스개선사업에 투자된 총 액수는 2010년 현재까지 총 618,646백만원(국고지원)에 달하고 있다. 1990년대 초중반 자유무역 환경변화에 따라 위기를 맡게 된 농어업 및 농어촌을 위하여 농어촌 위기 극복과 농정개혁을 위한 방안으로 '농어촌발전위원회' 설치와 농어촌 발전 특별세(농특세)의 신설이 이루어져 1994년 7월부터 2004년 까지 15조원의 농특세 자금 중 4,785억원을 농어촌 보건의료 기능 강화 사업에 지원하였고 이후 농특세가 연장되어 2005년부터 지금까지(2014년 종료예정) 계속 농어촌 의료서비스 개선사업이 시행되고 있다.

〈표 5-1〉 1994년~2011년의 분야별 지원 대상기관수 현황

지원분야 \ 지원년도		대상 기관수 (10년말 기준)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
시설	보건소	149	15	32	39	42	36	16	13	7	3	2	8	15	16	22	26	15	21	20
	보건지소	1,257	4	46	37	12	15	56	36	45	57	58	51	103	100	100	88	68	69	72
	보건진료소	1,871	2	1	21	1	1	7	8	18	33	35	53	100	100	133	112	113	127	143
의료장비		-	32	61	22	3	56	168	15	49	84	93	29	85	89	424	180	144	257	324
전산장비		-	-	9	-	38		58	43	30	44	18	5	9	6	0	3	102	76	8
보건사업차량		-	-	27	38	29	65	43	74	37	82	28	28	20	19	21	77	170	144	67
진료소 PC		-	-	-	-	-	-	-	-	13	77	47	-	-	-	-	-	-	-	-
방문보건세트		-	-	667	38	-	-	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
기타		-	-	10	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	8	4	5	3

주: 1) 의료장비의 대상기관은 보건소(보건의료원 포함), 보건지소임.
2) 전산장비 및 보건사업차량의 대상기관은 보건소(보건의료원 포함)이며, 차량의 경우 보건소(보건의료원 포함)는 하부 기관 배치를 위하여 신청할 수 있음.

전체적으로 농어촌의료서비스개선사업의 연도별 투자액을 살펴보면 사업 시작년도인 1994년 6,447백만원에서 시작하여 매년 평균적으로 36,391백만원 정도의 농특세 특별 지원액이 사용되었다. 사업초기에 지원이 집중되었으나 2000년 이후 하강세로 들어섰다가 다시 상승 곡선을 그리다 2005년 이후 대폭적으로 증가하여 평균 61,461백만원 정도의 예산이 지속적으로 지원되고 있다[10].

2010년 현재 시설개선에 564,099백만원, 의료장비 지원에 34,576백만원, 전산장비 및 기타 사업 지원에 19,971백만원이 소요되었으며, 개선사업 전체 지원액의 91.2%가 농어촌 보건의료기관 시설 신·증축 및 개보수 등에 사용되었다. 보건기관 유형별로 살펴보면 보건지소가 44.3%(274,163백만원)로 가장 많은 투자가 이루어졌고, 그 다음으로 보건소 39.9%(246,713백만원), 보건진료소 15.6%(92,239백만원), 시·도 0.2%(1,530백만원) 순이었다.

개선사업에서 가장 많은 투자가 이뤄지고 있는 시설 분야에 대한 세부 지원유형을 살펴보면, 신축 및 이전 신축에 투자된 액수는 총액이 498,056백만원 정도로 전체 투자액의 88.3%에 해당한다.

---

10) 농어촌의료서비스개선사업이 시작된 1994년부터 2004년까지는 전액 국비지원(국비 2/3, 행안부증액교부금 1/3)으로 사업이 추진되다, 2005년부터 지방분권으로 인하여 행안부증액교부금이 없어짐(지자체재량)에 따라 매칭사업으로 전환(국비 2/3, 지방비 1/3)하여 추진되고 있음. 본 연구에서 제시된 개선사업 추진실적은 2004년까지는 행안부증액교부금이 포함된 금액이며, 2005년 이후는 지방비를 제외한 국고지원액(국비 2/3)만 포함된 금액임.

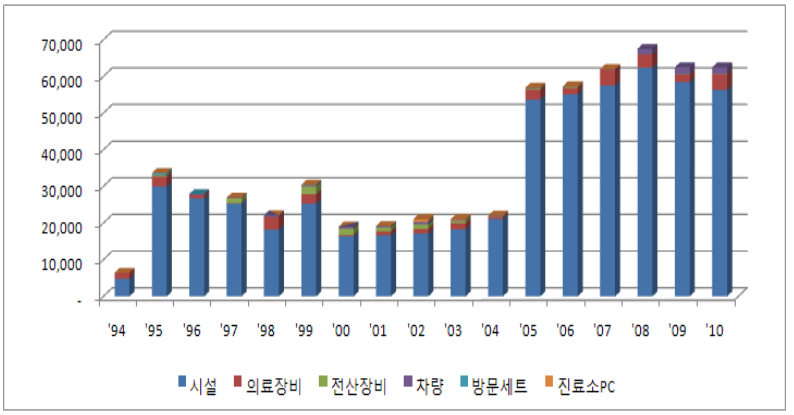
〈표 5-2〉 농어촌 의료서비스개선사업 연도별 지원실적(1994～2010)

(단위: 개소수, 백만원)

연도	시설		의료장비		전산장비		보건사업 차량		방문보건 세트		진료소 PC		합계
1994	16	4,841	32	1,606	-	-	-	-	-	-	-	-	6,447
1995	65	30,065	61	2,662	9	320	27	180	667	437	-	-	33,664
1996	89	26,810	22	867	-	-	38	253	38	4	-	-	27,934
1997	48	25,327	3	133	38	1,267	29	193	-	-	-	-	26,921
1998	45	18,269	56	3,460	-	-	65	390	-	-	-	-	22,118
1999	78	25,347	168	2,543	58	2,163	43	288	41	106	-	-	30,446
2000	56	16,433	15	287	43	1,755	74	564	-	-	-	-	19,039
2001	68	16,682	49	1,058	30	1,086	37	317	-	-	13	56	19,199
2002	86	17,173	81	1,222	37	1,258	82	658	-	-	77	741	21,052
2003	100	18,290	93	1,626	18	633	28	238	-	-	47	265	21,052
2004	110	21,155	29	508	5	141	28	202	-	-	-	-	22,207
2005	218	53,727	85	2,716	9	322	20	176	-	-	-	-	56,942
2006	217	55,132	89	1,708	6	293	19	160	-	-	-	-	57,292
2007	255	57,520	398	4,299	-	-	20	172	-	-	-	-	61,991
2008	226	62,466	182	3,572	3	56	65	1,442	-	-	-	-	67,536
2009	196	58,486	144	2,052	34	82	106	1,883	-	-	-	-	62,503
2010	217	56,376	252	4,258	26	61	87	1,808	-	-	-	-	62,503
합계	2,090	564,099	1,759	34,576	316	9,437	768	8,924	746	547	137	1,062	618,646

자료: 한국보건산업진흥원, 농어촌의료서비스개선사업 지원실적(누계), 2010.12.

〔그림 5-3〕 농어촌 의료서비스개선사업 연도별 지원실적(1994～2010)



〈표 5-3〉 농어촌 의료서비스개선사업 기관유형 및 지원분야별 지원실적(1994～2010)

(단위 : 개소수, 백만원)

	시설		의료장비		전산장비		보건사업 차량		방문세트		진료소 PC		합계
보건소	301	202,176	612	25,386	307	9,117	747	8,796	104	175	137	1,062	246,713
보건지소	927	265,792	1,145	8,057	-	-	21	128	247	187	-	-	274,163
보건 진료소	861	96,051	-	-	1	3	-	-	395	185	-		96,239
기타	1	80	2	1,133	8	317	-	-	-	-	-	-	1,530
총합계	2,090	564,099	1,759	34,576	316	9,437	768	8,924	749	547	137	1,062	618,646

〈표 5-4〉 농어촌 의료서비스개선사업 시설개선 유형별 지원실정(1994～2010)

(단위: 개소수, 백만원)

연도	신축		이전신축		신설		증축		증축 & 개보수		개보수		개보수 & 숙소신축		합계	
	건수	지원액	건수	지원액	건수	지원액	건수	지원액	건수	지원액	건수	지원액	건수	지원액	건수	지원액
1994	4	537	2	733	-	-	4	850	5	2,701	1	20	-	-	16	4,841
1995	25	11,664	18	12,340	-	-	5	201	11	4,926	4	799	2	136	65	30,065
1996	9	2,109	38	16,735	-	-	16	2,007	8	2,548	18	3,411	-	-	89	26,810
1997	9	6,554	21	14,393	-	-	9	1,395	4	2,327	5	658	-	-	48	25,327
1998	19	9,106	9	2,471	-	-	2	612	9	4,793	6	1,285	-	-	45	18,269
1999	21	6,322	49	16,903	-	-	2	593	2	601	4	928	-	-	78	25,347
2000	16	4,457	36	11,145	1	231	1	252	1	69	1	279	-	-	56	16,433
2001	18	4,173	45	10,919	-	-	3	998	2	593	-	-	-	-	68	16,682
2002	32	6,380	50	9,934	-	-	2	430	1	148	1	281	-	-	86	17,173
2003	32	5,036	66	13,134	-	-	1	68	-	-	1	52	-	-	100	18,290
2004	30	5,085	79	15,808	-	-	1	262	-	-	-	-	-	-	110	21,155
2005	213	51,742	-	-	-	-	4	1,963	-	-	1	22	-	-	218	53,727
2006	92	26,227	117	25,653	-	-	8	3,252	-	-	-	-	-	-	217	55,132
2007	110	24,129	120	23,302	1	354	24	9,736	-	-	-	-	-	-	255	57,520
2008	69	15,781	136	38,281	2	3,240	10	3,985	-	-	9	1,179	-	-	226	62,466
2009	50	14,927	135	41,517	2	329	2	831	-	-	7	882	-	-	196	58,486
2010	63	17,261	127	30,204	-	-	14	6,281	-	-	13	2,630	-	-	217	56,376
합계	812	211,490	1,048	283,473	6	4,155	108	33,716	43	18,705	71	12,425	2	136	2,090	564,099

자료: 한국보건산업진흥원, 농어촌의료서비스개선사업 지원실적(누계), 2010.12.

2. 그 동안의 농어촌 의료서비스 개선사업 투자 평가 현황

농어촌의료서비스개선사업 투자 효과에 대한 평가는 이미 수차례 시행되었다. 그 내용을 종합해보면 크게 2004년 이전 시기 주로 나타난 투자에 대한 긍정적 평가와 2005년 이후 시기 주로 나타난 투자에 대한 비판적 평가로 나누어 볼 수 있다.

1994년 개선사업이 시작된 이후 농어촌 의료서비스 개선사업에 대한 투자 평가가 시행되었는데 대부분 시설 및 장비 투자에 대한 평가였고 이용자들의 만족도에 대한 평가가 위주를 이루었다. 이러한 평가는 거의 전부 긍정적이었다.

첫 번째는 보건복지부와 농어촌의료서비스기술지원단이 1997년도에 실시한 평가로 사업시행주체가 사업수행과정에서의 문제점을 파악하여 효율적인 사업추진방법을 모색하는 일종의 과정평가였다.

이 연구의 주요성과 연구 결과는 보건소의 크기와 외관에 대한 주민의 만족도는 높고(크게 만족 45%, 약간 만족 53%), 신뢰도도 높아졌는데(많이 높아짐 36%, 조금 높아짐 38%), 특히 보건소의 휴식공간, 한방, 물리치료 제공, 진료의 질 향상 등 주민의 보건소에 대한 인식이 현저히 개선되었고, 시설 및 장비개선 후에 보건소를 더 많이 이용하겠다는 주민이 많아진 것(58%)으로 나타났다.

또한 보건소 시설 및 장비 보강 후 보건소 직원의 대부분은 서비스 개발의욕(많이 향상 52.9%, 조금 향상 42,9%), 업무능률(많이 향상 60.0%, 조금 향상 32.9%), 보건소 서비스의 질(많이 향상 64.3%, 조금 향상 32.9%) 등이 크게 향상 된 것으로 인식하고 있었다.

그리고 보건소 시설 및 장비 보강 후 보건소 직원의 사업량(많이 증가 58.6%, 조금 증가 31.4%)은 많아지고 주민의 보건소 이용(많이 증가 50.0%, 조금 증가 44.3%)이 증가(94%)한 것으로 인식하고 있는 것

으로 나타났다.

하지만 이 연구의 제한점으로는 비교적 사업시행의 초기에 이루어진 것으로 사업의 전체적인 성과와 효율성, 문제점 등을 평가하기에는 제한점이 있었다. 또한 보건소 내소자를 대상으로 시행된 조사여서 보건소에 오지 않는 주민들의 의견은 반영되지 못한 단점이 있었다.

두 번째 평가로는 농어촌의료서비스개선사업 중 시설개선사업에 대한 초점을 둔 중간평가로서 1998년도에 시행한 것이었다. 주로 시설개선에 따른 보건기관의 변화된 모습을 사진에 담아 비교함으로써 직관적인 개선 효과를 나타내었다. 이외에도 시설개선에 따라 직원들의 동선 등이 개선됨으로 인해 업무 효율이 증대되고 새로운 건물이 들어서게 되어 주민들의 보건소에 대한 인식이 전환되며 시군단체장의 투자의욕이 고취되었다는 평가가 나왔다. 하지만 여전히 투자 초기의 평가이며 시설개선에 주로 국한된 평가였다는 제한점이 있었다.

같은 시기 경상북도 보건직 공무원인 김영길 등(1998)이 실시한 농어촌의료서비스개선사업에 대한 보건소공무원의 인식도에 대한 연구논문에 따르면 농어촌의료서비스개선사업이 완료된 지역은 보건소 건물에 대해 48.2%가 만족한다고 하였으나, 추진 중이거나 실시하지 않은 보건소는 각각 14.0%, 24.1%로 만족률이 낮아 개선사업이 완료된 지역의 건물에 대한 만족도가 높은 것으로 나타났고, 보건소 의료장비에 대한 만족도는 개선사업이 완료된 지역은 만족이 불만족에 비해 많았으나 그렇지 않은 지역은 그 반대로 나타나 개선사업의 효과를 증명하였다.

또한 개선사업을 완료한 보건소 공무원들은 의료서비스의 개발의욕(91.2%), 업무능률(91.2%), 보건의료서비스의 질(93.0%), 보건 사업량의 변화정도(91.2%) 모두에서 인식이 크게 향상되었고, 시설 및 의료장비 개선을 완료한 보건소는 88.5%가 주민이용이 증가하였다고 나타났다. 그리고 시설 및 장비 개선 후 주민에게 제공되는 의료서비스의 정도

는 86.1%가 높아질 것이고, 지역주민들의 민간의료기관 이용률 59.2%가 감소할 것이라고 인식하고 있음을 보여주었다.

다음으로는 농어촌의료서비스체계 개선방안 연구가 농촌경제연구원에서 시행되었는데(1999) 농어촌의료서비스개선사업이 의료서비스의 양적, 질적 발전을 거두었다고 평가하였다. 그리고 그 이듬해에도 공공보건의료기관투자사업 평가 연구(2000)가 역시 같은 기관에서 시행되었는데 사업의 필요성과 타당성, 사업추진절차의 공정성, 사업결과로서 지역보건의료의 향상효과를 평가하였음. 평가결과에 따르면 필요성과 타당성이 충분하고, 목적한 투자효과를 상당부분 거두고 있는 것으로 나타났으며, 사업추진절차가 공정하게 이루어졌다고 평가하고 있다. 다만 사업관리의 경직성, 사후 활용도 제고 미흡, 보건지소와 진료소 단위 투자 미흡, 지역보건의료계획과 집행능력의 취약 등이 문제점으로 지적되었다.

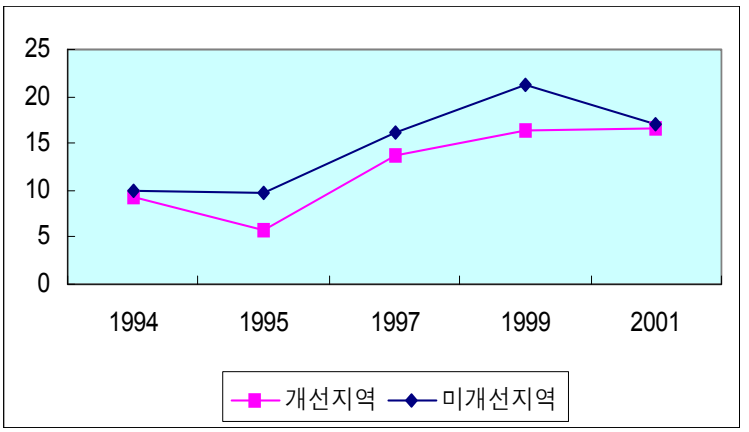
2001년에 한국보건산업진흥원에서 수행한 "공공보건의료시설에 대한 거주 후 평가 모델 구축 및 적용"에 관한 보고서는 역시 농어촌보건의료서비스 개선사업 시행의 주된 결과물인 공공보건의료기관 시설물에 대한 거주 후 평가를 중심으로 건물성능평가, 사업과정평가, 관리운영평가를 세부 내용으로 시행하였다. 평가 결과 건물성능은 전반적으로 향상되었고 각 실 및 장비의 활용 정도 역시 높은 것으로 나타났다. 관리운영평가 결과는 통합사무실 구축이 업무효율성과 부서 간 협조 증진에 기여한 것으로 나타났으며 이외에도 직원 직무몰입도가 증대되었고 시설유지관리 업무가 신설되는 등 성과가 있는 것으로 나타났다. 사업과정평가 결과 지방자치단체의 관심과 투자 증대를 가져온 것으로 나타났고 사업에 능동적 참여를 유도하였으며 농어촌의료서비스 기술지원단 활동이 주요 성과로 지적되었다. 다만 보건소 부지 선정 시 지질 및 환경조사와 지역주민 의견수렴 등이 강화되어야 한다는 의견이 나오는 등 일부 개선 요구가 있었다.

하지만 보건소 직원과 보건소 내소자들을 대상으로 시행한 만족도 조

사 위주의 효과 평가는 보건소에 한번이라도 내소했다가 불만족으로 이후 내소하지 않는 주민의 의견은 누락될 수 있으며 만족도 이외에 실제적인 보건기관 이용률의 비교 등 보다 객관적인 효과 평가가 미흡하였다. 이외에도 관리운영평가에서 진료실적 등의 변화도 개선직전 및 직후 년도의 실적만 비교되고 있어 장기적 추세에 입각한 평가가 되지 못하였다. 반면 이 연구의 장점은 광범위한 분야에 대해 평가를 하였고 '거주 후 평가'라는 개념을 도입하여 체계적인 평가를 시행한 것은 매우 의의가 크다. 특히 시설투자를 위주로 한 개선사업의 평가에서 시설의 만족도, 관리운영에 대한 평가, 사업과정에 대한 평가 등 다축 평가 개념은 포괄적 평가를 시행한 의의가 있다.

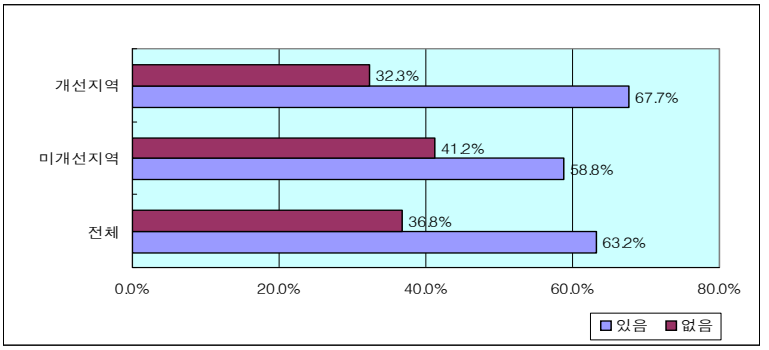
2005년 이후 농어촌 의료서비스 개선사업 평가는 이전에 비해 좀 더 비판적인 측면이 강조되고 있다. 우선 2006년 시행된 건양대학교의 연구보고에 의하면 시설개선이 이루어진 농어촌 지역 보건소의 진료 실적이 더 높았다.

〔그림 5-4〕 개선지역과 미개선지역 보건소의 연인원 진료실적 비교

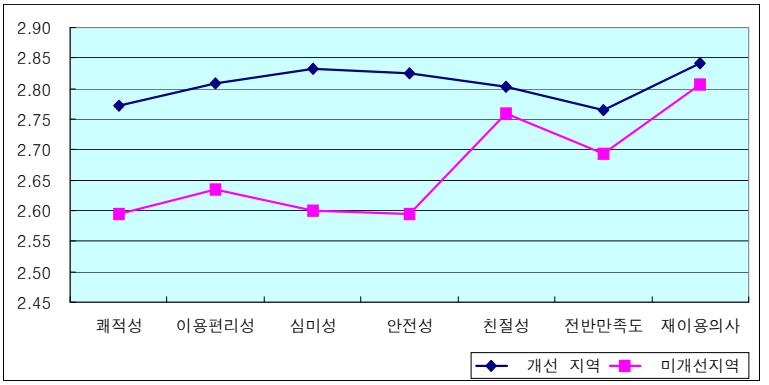


또한 보건소 내소자 만이 아니라 보건소 인근 지역 주민에 대한 무작위 전화 설문을 시행한 결과 시설개선이 이루어진 보건소와 그렇지 않은 보건소 인근 지역에 거주하는 주민의 인식 실태는 다음과 같다. 개선이 이루어진 지역 주민의 보건소 방문이 더 많은 것을 확인할 수 있었으나 전반적으로 시설개선이 이루어진 지역은 보건소 시설에 대한 만족도는 매우 높으나 서비스 친절에 대한 만족도는 그렇지 않은 지역에 비해 큰 차이를 보이지 않고 있음을 확인할 수 있었다.

〔그림 5-5〕 개선여부별 보건소 이용경험률 비교

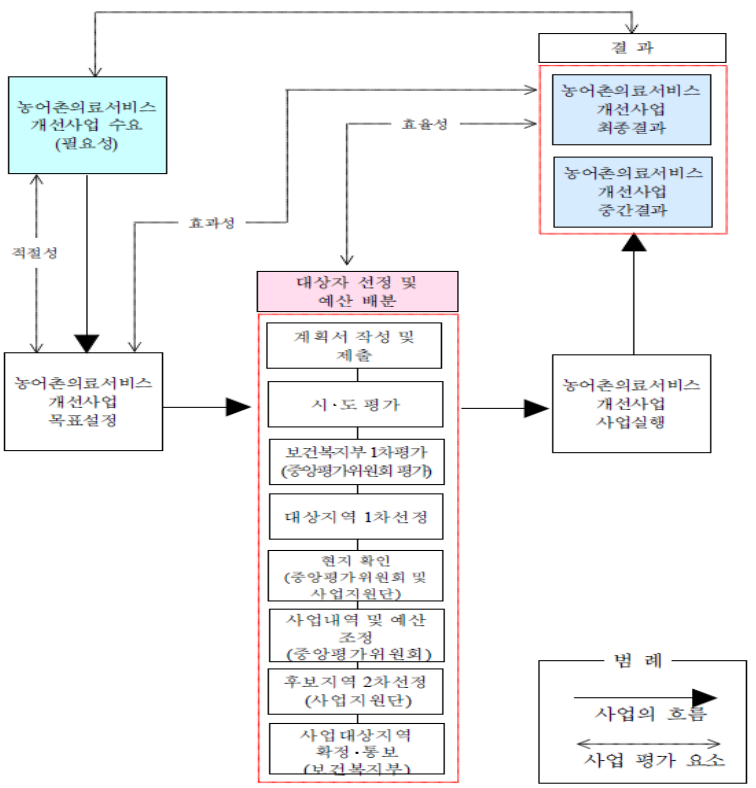


〔그림 5-6〕 보건소 시설 및 서비스 질에 대한 주민 만족도



한편 2006년 한국보건사회연구원에서 시행한 농어촌의료서비스개선사업 심층평가 보고서는 농어촌의료서비스개선사업을 목표 체계를 수립하였는지, 목표달성을 위한 최적수단을 선택하였는지, 그리고 실현가능성을 고려한 집행이었는지, 마지막으로 주민입장에서 효과성이 있었는지를 기준으로 평가하였다. 이는 기존의 근시안적인 정책평가 틀에서 벗어난 농어촌 보건의료 정책 전반이라는 큰 틀에서 농어촌의료서비스개선사업을 평가한 것으로 의의가 있다.

〔그림 5-7〕 한국보건사회연구원의 농어촌의료서비스개선사업 심층평가 틀



자료 : 2006년도 재정사업 심층평가 보고서 농어촌의료서비스개선사업, KDI 공공투자관리센터, 한국보건사회연구원, 2006

보건소 진료실적을 중심으로 한 평가에서는 별다른 개선사업 효과를 확인하기 어려웠다는 분석이 있었으나 고혈압환자의 혈압 조절률을 개선한 효과는 유의하였다고 보고하였다. 또한 주민 만족도 설문조사결과는 신축지원을 받은 지역 보건소 이용자에서 만족도가 높은 것으로 나타났지만 다른 지역에 비해 유의하게 차이가 나타나지 않는 것으로 보고하였다. 지역주민에 대한 의견조사에서 우수한 의사인력 확충에 대한 요구가 높은 것으로 나타났다. 또한 직원들에 대한 의견조사에서 보건지소와 보건진료소에 대한 지리적 접근성 등을 고려한 통합도 고려하여야 한다는 의견이 높게 나타났다. 한국보건사회연구원 심층분석 보고서에서는 농어촌의료서비스개선사업 목표를 보다 큰 차원에서 농어촌보건의료수준 전반에 대한 향상과 농어촌 주민 건강수준 향상이라는 목표 재설정이 필요하고 이에 따라 시설과 장비 위주 투자 그리고 보건소 중심 투자를 개선해야 함을 지적하고 있다. 이외에도 복지부의 정책기능 및 농어촌보건의료서비스 기술지원 조직의 기능 등이 시설과 장비 위주로 되고 있어 농어촌 보건의료전달체계 전반에 대한 정책과 기술지원으로 나아가고 있지 못함을 한계로 지적하였다. 한편 향후 농어촌의료서비스개선사업 정책방향으로 농어촌 보건기관을 유형화 하여 차별화된 기능을 갖도록 유도하고 이에 따라 국비투자가 일어나도록 하는 것을 제안하였다.

2007년 김지연이 발표한 “농어촌의료서비스개선사업의 젠더이슈 일고찰”에 따르면 본 사업이 젠더이슈를 고찰하고 있다고 보기는 어려운 것으로 분석 보고하였다. 특히 산부인과 소아과 등 여성이 느끼는 보건의료접근성 문제가 있음에도 불구하고 이에 대한 체계적 투자가 농어촌의료서비스개선사업에서 이루어지지 않고 있음은 문제라고 지적하고 있다.

박선희 등이 2011년도에 보건행정학회지에 발표한 농어촌 보건소 신축과 보건소 진료량의 관련성 연구에서는 기존에 보건소 신축이 보건소 진료량을 증가시킨 것으로 판단한 부분이 실은 IMF 경제어려움으로 인

한 일시적인 보건소 진료량 증가로 판단된다는 논문이 실려 보건소 신축을 중심으로 한 농어촌의료서비스개선사업의 효과 판단에 문제가 있음을 시사 하였다.

그리고 2010년 나백주 등이 수행한 농어촌의료서비스 개선사업 성과평가를 위한 연구에서 농어촌의료서비스개선사업에 대한 주민만족도와 직원 요구도는 여전히 높은 것으로 나타났다. 하지만 농어촌 주민의 건강수준 격차는 도시에 비해 여전히 높은 것으로 나타나고 있고 특히 산부인과 소아과 등 농어촌필수 의료서비스에 대한 접근성은 심각한 것으로 나타나고 있음을 분석 보고하였다.

제4절 농어촌 보건의료개선 사업의 방향 전환

농어촌 보건의료 투자는 우선 농어촌 건강수준에 대한 실태 파악부터 가장 효과적인 전략개발 및 농어촌 보건의료 인적 자원 관리에 이르기까지 중앙정부의 통합적 기획이 선차적으로 이루어지도록 하는 것이 가장 중요하다.

그동안 농어촌 보건의료에 대한 기획은 각 부서별로 흩어져 있어 문제시 되었다. 특히 현행 농어촌 보건의료 정책 수립의 통합성을 강조하고 있는 '농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 특별법'의 주관 부서가 보건복지부 사회복지정책실인데 보건의료와 관련된 내용의 통합성을 거의 고려하지 못하고 있었다. 이외에도 각 지방자치단체의 농어촌 보건의료 관련 통합적 계획 수립과 실행을 이끌어내지 못하고 있는 실정이다. 따라서 이의 개선이 시급한데 즉, 보건복지부 내에 다양하게 흩어져 있는 농어촌 보건의료 관련 정책을 통합 조율하도록 하는 것이 필요하고 농어촌 보건의료 인력 확보와 인력의 질 향상을 위한 투자를 담당해야 한다.

또한 지방자치단체 차원에서 투자가 원활하게 되도록 현실적인 지원이 필요하다. 지방자치단체의 지역현실에 맞는 보건의료 투자가 활성화되도록 하려면 지방자치단체의 보건의료 투자 예산 및 인력 운영의 가능성을 높여주는 제도가 마련되어야 한다. 특히 광역자치단체 차원에서 자체의 농어촌 의료 취약지를 정하고 여기에 더욱 보건의료 예산이 집중될 수 있도록 농어촌 보건의료 계획 기능 강화, 주민참여 활성화 등에 예산이 더욱 쓰일 수 있도록 할 필요가 있다. 특히 농어촌 보건의료 인력의 전문성을 높이고 이동성을 높이는 문제에 광역자치단체 차원의 예산 집행이 가능하도록 할 필요가 있다.

이를 위해 광역자치단체에 농특세의 일부를 기금화하여 배정하거나, 농특세 가운데 교육 훈련비를 책정하고 광역자치단체의 농어촌 보건의료 인력 교육 훈련에 대한 별도 계획을 세워 제출하도록 하며 이를 평가하여 농특세의 교육 훈련비를 지원하는 것도 바람직한 방법이다. 이때 광역자치단체의 의과대학과 협력 연계를 강화하도록 하고 농어촌 보건소 및 농어촌 병원에 우수한 관리의사가 뽑혀 진료와 보건사업 연계를 주도할 수 있도록 하고 공보의 현장 교육도 담당하도록 할 필요가 있다. 물론 중앙정부 차원에서 이러한 의사 선발과 교육에 대한 지원이 체계적으로 병행되어야 한다.

6장

농어촌 지역 건강증진자원 조직화

제6장 농어촌 지역 건강증진자원 조직화

제1절 배경

1. 농어촌 보건의료의 특성을 반영한 정책 수립

농어촌 보건의료 정책은 일반 보건의료 정책과 어떤 차이를 가져야 하는가를 체계적으로 검토할 필요가 있다. 그동안 농어촌 보건의료 정책은 접근성 측면에서 의사 부족지역, 병원 부족지역 등을 없애기 위한 정책에 집중되어 왔다. 그리고 그동안 농어촌 보건의료 정책의 핵심은 이러한 의사 부족지역, 병원 부족지역 해소라는 큰 축에서 볼 때 별다른 변화 없이 지속되어 왔다(신의균, 2001).

농어촌 보건의료 정책 방향을 정하기 위해서는 농어촌 보건의료에 무슨 문제가 있는가 하는 점이 그 출발점이 될 수 있다. 외국에서는 일반적으로 농어촌 지역 주민이 도시지역 주민에 비해 가난하고 소수인종 등이 더 많고 빈곤한 사람들이 많으며 교육수준이 높지 않아 건강에 불리하다고 알려져 있다[11].

하지만 농촌 건강과 관련된 중요한 이슈는 첫째 모든 농촌이 다 같지 않다는 점이다. 즉, 이는 대도시 주변의 농촌 주민은 어떤 점에서 도시의 주민보다 더 건강수준이 높아 도시와 농촌의 비교가 적절치 않을 수

---

11) Healthcare disparities & barriers to healthcare. Rural Health. Stanford. Edu. 2010 Stanford eCampus Rural Health v09/2010-1 Page 1 of 2

있다는 것이다. 따라서 다른 변수를 통제하고 난 후 거리에 따른 의료 접근성이 얼마나 건강에 안 좋은 영향을 미치는 지에 대해 체계적인 분석과 정의가 필요하다. 두 번째 농촌의 사망률이 높다는 문제가 단지 치료시설이 멀어서 만이 아니라 그들의 건강생활습관이 좋지 못하기 때문에 발생하는 비율이 높음에도 불구하고 적절한 건강관련 생활을 바꾸지 못해왔다는 점이다. 또한 여기에는 소득수준, 문화 등 요인도 중요하게 관여하고 있다(Janice et al, 2004).

이에 따라 최근 농어촌 보건의료 이슈는 단순히 농촌 보건의료 공급 관련 접근성에서 나아가 보건의료 서비스의 질, 농어촌 지역사회 건강습관 문화에 대해서까지 관심을 가져야 한다는 주장이 나오고 있으며 또한 일반적인 농촌에서 벗어나 농촌 가운데 특히 벽오지 지역 특히 과거에는 교통여건 등이 좋았지만 지속적인 인구 감소로 대중교통 여건이 악화되어 다시 벽오지가 되는 지역 등에 관심을 가져야 한다는 주장이 나오고 있다. 이러한 주장은 구체적으로 농촌 보건의료 정책도 변화를 가져와야 한다고 주장하며 과거 공급자 부족과 농촌 주민의 낮은 소득을 고려한 건강보험료 감면 등을 다루는 것에 더해 농촌 주민들의 낮은 교육수준과 문자해독 능력, 세대간 느슨한 사회적지지, 낮은 소득수준, 농작업 재해 등 다양한 내용에 대해 대책을 수립해야 함을 강조하고 있다(Hartley, 2004). 또한 농촌 주민은 도시민에 비해 보완대체의학에 대한 의존도가 높아 자칫 비과학적인 스스로 판단에 의한 질병악화 가능성이 높음을 보여주고 있어 이에 대한 관심도 필요함을 주장하기도 한다(Wardle et al, 2012).

최근 한국에서도 농어촌 주민의 건강수준에 대한 다양한 분석을 통해 이와 유사한 연구 결과가 제시되고 있다. 앞 장에서 살펴본 바와 같이 농어촌 주민의 건강수준이 일반적으로 도시민에 비해 낮은데 농부증이라는 만성질환 이환 수준이 도시에 비해 농촌에 높다는 보고가 있으며 전

체적 사망수준이 높다. 또한 건강생활습관도 도시에 비해 좋지 않으며 보약 등 보완대체의학에 대한 의존도도 높은 것으로 조사되고 있다(나백주, 2006).

이러한 건강문제는 농어촌 보건의료 정책 접근이 인구대비 의사 수 등 단순한 공급자 중심의 현황 파악과 이에 따른 무의면 해소 정책에 머무르는 것이 많은 한계를 가지고 있음을 보여준다. 즉, 농어촌 주민이 가지고 있는 건강문제와 그 원인이 무엇인지를 더욱 심층적으로 파악하고 그에 따른 대책이 수립되어야 함을 보여주고 있다.

2. 접근 시각

1995년 제정된 지역보건법 제2조(국가와 지방자치단체의 의무)에 의하면 "시·군·구는 당해 시·군·구의 보건시책의 추진을 위하여 보건소 등 지역보건의료기관의 설치·운영, 인력확보, 자질향상 등에 노력하여야 한다"고 되어 있으며, 이를 위해 지역보건법시행령 제2조(지역보건의료심의위원회의 설치등) 제1항에 따라 "지역보건의료시책의 추진을 위해 지역보건의료심의위원회를 둔다."고 되어 있다.

또한, 국민건강증진법 제10조(건강생활실천협의회) 제1항에는 "시·도지사 및 시장·군수·구청장은 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회의 주민·단체 또는 공공기관이 참여하는 건강생활실천협의회를 구성하여야 한다."라고 명시되어 있다.

이러한 법조항들은 모두 지역주민들의 보건의료나 건강증진을 위해 지역사회의 상황에 맞는 방안을 강구하도록 하기 위함이나, 현재 우리나라의 지자체 특히 농어촌 지역의 지자체에서는 재원이나 인력 등 관련 자원의 부족 등을 이유로 지역차원에서의 실질적인 보건의료 관련 문제 파악을 통한 해결방안 마련이 용이하지 않은 실정이다.

특히, 농어촌의 경우 보건소, 보건지소, 보건진료소로 대표되는 공공보건의료시설 만으로는 증가하는 보건의료 및 건강증진 수요를 감당하기 어렵고, 민간의료시설이 다수 설립되기에는 인구감소 등 농어촌의 의료시장환경이 여의치 않은 상황이다. 때문에 이러한 문제를 해결하기 위해 공공-민간의 역할 분담을 통한 효율적인 서비스 공급체계가 필요하다는 주장이 많이 제기 되었으나 이 또한 실질적으로 구체화되지는 못하였다.

그런데 보건의료서비스와는 달리 사회복지서비스의 경우 2003년 개정된 사회복지사업법에 따라 지자체별로 지역사회복지협의체를 구성할 수 있도록 하였으며, 지역사회 복지자원의 개발·발굴뿐만 아니라 서비스 부문간 연계 강화 기능을 수행하고 있다.

이에 본 절에서는 농어촌의 부족한 보건의료 및 건강증진 자원 하에서 지역사회 주민들의 건강증진을 위한 접근성 향상을 위해 지역사회 내의 조직화를 위한 방안에 대해 여러 잠정적인 안을 제시해 보고자 한다. 특히 본 내용은 지역사회 주민을 중심으로 그들에게 필요한 보건의료 및 건강증진 서비스를 결정하고 효율적인 제공방안을 모색할 수 있도록 의사를 결정할 수 있는 체계 마련을 중점적으로 다루고자 한다.

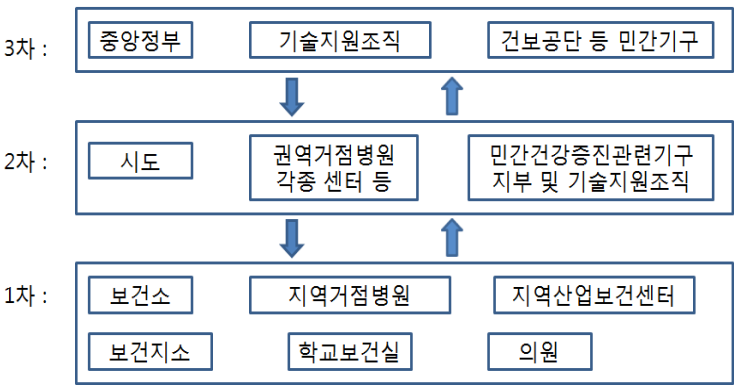
제2절 자원조직화 방안

1. 건강증진재단 중심의 건강증진 전달체계

2011~2020년까지 우리나라 건강증진 정책의 토대가 될 제3차 국민건강증진종합계획에는 총32개의 중점과제가 담겨져 있다. 그 중 건강증진전달체계와 관련된 내용은 29번째 인프라 부분에 담겨져 있다. 이 계획에 따르면 건강증진서비스 전달체계의 구성을 다음과 같이 담고 있다.

"정부가 정립해야 할 건강증진서비스 전달체계의 구성은 시설과 인력 등 하드웨어 측면과 각 기관 및 주민 등과의 협력 활성화 프로그램 같은 소프트웨어 측면으로 구분할 수 있으며, 인프라의 기능은 국민에게 생활현장 가까이에서 건강증진서비스를 접하고 스스로 건강생활습관을 개선할 수 있는 유리한 환경을 조성하는 것과 직접적으로 건강증진 서비스를 제공하는 것으로 나눌 수 있다. 그리고 이러한 전달체계 기능은 대상의 범위와 대국민 직간접 여부에 따라 3가지 차원으로 구분할 수 있다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2011)."

〔그림 6-1〕 건강증진서비스 전달체계



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 제3차 국민건강증진종합계획, 2011.

이 모형의 특징은 각 제공주체별로 제공하는 서비스의 내용을 차별화하여 일선 주민에게 통합적으로 서비스가 제공되도록 하는 것인데, 금연, 절주, 운동실천, 영양 등 기존의 건강증진 서비스와 함께 건강검진 사후관리 및 만성질환관리 등 기존 보건사업과 연계한 통합적 서비스 제공을 목적으로 하였다.

특히 이 모형에서는 지역사회 차원인 1차 제공체계에서는 보건소와 보건지소 등의 공적인 체계 외에 학교 보건실과 지역사회의 민간 의원

과 지역거점병원 등과의 파트너쉽을 설정하는 한편, 건강증진 서비스 제공과정에서 필요한 전문가 자문 및 의뢰에 대한 원활한 연계를 설정하였다.

〈표 6-1〉 건강증진서비스 전달체계

건강증진 서비스 전달 단계	해당 단계별 건강증진 서비스 제공 내용	사회제도적 환경조성	해당 기관
3차 제공체계	정책적 차원의 건강증진 서비스 전달체계 모니터링 및 관리	대국민 홍보, 법률 및 제도 제개정	중앙정부, 건강보험관리공단 및 각종 민간건강증진 관련 기구, 보건의료 관련 기술지원단
2차 제공체계	고위험요소에 대한 홍보와 교육, 환경 개선 등 집중적 인구집단 대상 건강증진 서비스 및 1차 제공체계에 대한 지원	건강 친화적 환경조성, 조례 제정 및 지역 인프라 조성	시·도, 권역거점병원, 각종 시·도 보건의료기술 지원 조직, 민간건강증진관련 지부 등
1차 제공체계	개인과 지역사회 대상 건강생활 습관 개선 위주 통합적 건강증진 서비스	건강친화적 환경조성, 조례제정 및 지역 인프라 조성, 공공-민간 파트너 활성화	보건소, 지역거점병원, 한국산업안전보건공단 지역본부(지도원), 학교보건실, 민간의원 등

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 제3차 국민건강증진종합계획, 2011.

또한, 건강증진서비스 전달체계에 대한 총괄기능을 위해 지역별로 건강증진 재단 지부를 설치하는 한편, 농어촌의 거점지역 보건지소에 주민의 통합적 건강관리를 전담할 주민건강센터를 설치할 것을 제안하였다.

2. 근린거버넌스를 활용한 방안

근린은 주거지 인접성에 기초를 두고 사람들이 이웃과의 비공식 또는 대면적 교류에 관여하는 거주지 주변의 장소를 말하며, Somerville (2011)은 영국의 근린규모를 네가지로 유형화 한 바 있다(곽현근, 2011).

〈표 6-2〉 근린규모 유형

근린규모	정체성(identity)	주민 수
1	함께 모여 사는 작은 집단(예:거리/블록) (Small group of dwellings)	500명 미만
2	이름이 붙여진 가장 작은 단위의 거주지 (Smallest named settlement)	500~3,000명
3	최소단위 정부가 관할하는 거주지 (Smallest governed settlement)	3,000~20,000명
4	지속가능한 최소단위의 거주지 (Smallest sustainable settlement)	20,000명 이상

자료 : Somerville, 2011

또한, 다양성·복잡성·역동성을 특징으로 하는 현대사회 문제를 정부나 시장과 같은 단일행위자나 부문이 해결하는 데는 한계가 있기 때문에 이를 극복하고자 생겨난 개념이 “거버넌스”이다. Le Gales(1998)는 거버넌스를 장소 등에 기초해 집합체를 형성하고, 다른 외부 영역에 대하여 해당집합체를 대표하는 이중역량(double capacity)의 의미로 해석한다(곽현근, 2011).

보건의료분야에서 근린지역이 중요한 것은 사람들의 살고 일하고 노는 공간 이며 특히 취약계층이라고 할 수 있는 노인, 장애인, 여성과 소아가 삶을 주로 영위 하는 곳이기 때문이다. 이러한 근린지역을 보건의료분야에서 주목하는 이유는 이 근린지역이 건강을 위한 기본 여건을 제공해 줄 뿐 아니라 아울러 건강문제를 해결 하는 주민참여의 통로이기 때문이다(나백주, 2012).

또한 근린지역은 평생건강관리의 주요 거점으로서도 의미가 있다. 평생건강관리는 전 국민의 건강실현과 저소득계층의 건강수준향상의 강력한 수단인데 사람들의 생애에서 근린지역의 삶은 가장 길 수 밖에 없으며 가장 건강에 취약한 시기(노인 및 영유아기, 주부 및 대부분 임산부 등)를 근린지역에서 보내고 있다. 평생건강관리 체계 수립은 국가 및 지방자치단체의 임무이며 이러한 근린지역에서는 보건기관 등 공공보건의

료기관의 기능이 중요하다(나백주, 2005).

보건의료분야에서 근린거버넌스가 명확히 제시되어 그 의미를 강조하고 있는 문헌은 드물다. 하지만 근린거버넌스의 취지를 자율적 주민참여와 정부와 파트너쉽에서 찾는다면 보건의료분야에서 이러한 근린자치를 강조한 내용은 쉽게 찾을 수 있다. 그 대표적인 것이 세계보건기구의 일차보건의료(Primary Health Care) 전략과 건강증진(Health Promotion) 전략이다(나백주, 2012).

그동안 보건의료 분야에서 주민참여는 실제 그동안 다양한 시도가 농촌지역 보건지소 및 보건진료소를 중심으로 시행되어 왔지만 지금까지 지속되고 있는 바는 극히 드물어 대부분 실패하였다(나백주, 2012 재인용).

최근 구체적으로 주민자치위원회와 지방정부 및 읍면동 행정의 공동거버넌스가 제안되고 있다. 이는 더 세부 단위의 통 및 리 수준의 주민들의 자율 거버넌스에 뿌리를 두면서도 주요 지역 이슈를 공론화 하고 정부의 행정기능과 평등하게 정책 협의의 파트너이자 정부 위임사무의 생산자로 기능하는 모델이다. 특히 바람직한 주민자치위원회 구성을 위해 주민직선제가 제안되고 있으며 지방행정과 함께 주민자치위원회가 참여하는 근린예산위원회(가칭)도 거론되고 있다(곽현근, 2011). 보건의료분야에서도 이러한 읍면동 단위의 주민참여형 주민건강관리 모델이 생소한 것은 아니지만 이처럼 제도적인 틀로 기존 주민센터 및 주민자치위원회와 제도적 연계를 모색한 것은 미흡한 실정이다. 과거 이주열(2007) 등이 주민생활서비스전달체계 개편에 맞춰 도시지역 동단위 주민센터에 6급의 건강관리담당을 신설하는 방안이 제시된 적도 있었지만 이는 읍면동 단위 주민참여 전략과 함께 고민된 것이 아니었다.

향후 보건분야 근린거버넌스의 발전방향은 우선 보건소와 보건지소의 기능 분화를 중심으로 보건소와 보건지소에 맞는 각각의 주민참여 방법과 파트너쉽을 개발 제시할 필요가 있다. 읍면에 있는 기존 보건지소에

는 6급 공무원(보건직 혹은 간호직 및 간호진료직 등)을 배치하여 주민 건강관리 업무를 총괄 조정하는 팀장 역할을 하도록 하고 해당 지역에 주민건강위원회(가칭)를 만들거나 혹은 주민자치위원회에 주민건강분과를 만들어 주민참여의 조직을 구성하도록 하여 함께 공동 거버넌스를 구성하도록 하는 방안을 제안할 수 있다(나백주, 2012).

〔그림 6-2〕 주민센터 통합 도시보건지소 모형

자료원 : 이주열, 주민센터 통합 도시보건지소 모형, 2007

3. 보건진료소 중심의 조직화 방안

국민의 건강수준을 높이기 위해서는 의료기관 중심으로 질병을 치료하는데 역점을 두기보다는 지역사회 중심으로 건강증진과 질병을 예방하는데 치중하여야 하는데, 이를 위해서는 개인 차원이 아니라 국가 차원의 역할과 책임이 강조되는 공격적인 건강관리사업이 이루어져야 한다(농어촌 의료서비스 기술지원단, 1998). 건강증진사업을 효율적으로 추진하기 위해서는 공공 보건의료 부문과 다양한 민간 부문을 지속적으로 연계하여야 하고 보건의료수요자와 공급자간의 상호접근이 용이한 사업기반이 필요하다(광주시보건소, 1999).

이는 구체적으로 사업주체인 지역주민들의 참여를 용이하게 하고 동시에 건강관리 서비스를 각 지역주민에게 형평성 있게 제공할 수 있도

록 보건소를 중심축으로 하여 산하 보건지소나 보건진료소는 물론 지역사회내의 민간조직과 연결하는 네트웍을 구축하여야 한다(광주시 보건소, 1999). 보건소나 보건지소 혹은 보건진료소에 내소하는 주민만을 대상으로 추진하는 것이 아니라 각 가정이나 마을 혹은 학교나 직장을 중심으로 전 주민을 대상으로 동시 다발적으로 광범위하게 추진하여야 실효를 거둘 수 있기 때문에 이에 필요한 인프라를 구축하는 것이 필요하다.

〈표 6-3〉 보건진료소 시설 및 인력

(단위: 개소, 명)

구분	보건진료소	보건진료원
1981	259	259
1984	1,310	1,163
1985	1,640	1,533
1990	2,038	2,034
1995	2,039	2,039
2000	1,906	1,839
2005	1,905	1,876
2010	1,906	1,877

자료: 보건복지인력개발원, 보건진료원의 일차보건의료, 2011.

〈표 6-4〉 보건진료원의 의료행위와 보건업무

의료행위	보건업무
① 상병 상태를 판별하기 위한 진찰, 검사행위 ② 환자의 이송 ③ 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급 처치 ④ 상병의 악화 방지를 위한 처치 ⑤ 만성병 환자의 요양지도 및 관리 ⑥ 정상 분만의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구 삽입 ⑦ 예방접종 ⑧ 위의 처치를 위한 의약품 투여	① 환경위생 및 영양개선에 관한 업무 ② 질병예방에 관한 업무 ③ 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업무 ④ 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무 ⑤ 기타 주민의 보건의료 증진에 관한 업무

보건진료원은 지역사회에 있는 어떤 의료인보다도 주민에 대한 건강정보를 세밀하게 파악하고 있으며, 주민접근이 용이한 특성을 가지고 있어 건강증진업무를 효과적으로 수행할 수 있다.

〈표 6-5〉 보건진료원 활동 실적

(단위 : %)

구분	계	건강증진관리	1차 진료	모자보건	결핵관리	방문사업	고혈압관리	당뇨병	안보건관리
1999년	100.0	30.0	55.4	0.9	0.1	5.3	6.5	-	-
2000년	100.0	27.5	59.1	0.5	0.2	4.7	6.7	1.3	-
2002년	100.0	26.7	59.7	0.3	0.3	4.8	6.0	1.9	0.3

자료: 보건복지부, 보건복지백서, 각 연도

그러나 이들은 그 동안 질병관리업무에 치중하여 건강증진업무에 대한 관심과 이해가 부족하였고, 건강증진사업에 대한 구체적인 업무내용과 대상자의 특성별 적용 가능한 다양한 건강증진 프로그램도 보급되어 있지 않다(아주대학교 의과대학, 경기도 광주시보건소, 2000; 경기도, 2000). 또한, 보건진료소는 군 단위 보건조직과의 기능적인 연계가 부족하여 적시에 적절한 지원을 받지 못하고(김모임, 1999) 있는 것으로 평가되고 있다.

1984년에 시행된 보건진료소 관리운영지침에 의하면, 보건진료소 운영협의회를 관활지역 내 주민을 회원으로 구성하되, 각 리·동에서 선출된 100인 이내의 회원으로 구성되는 총회와 12인 이내의 운영위원으로 구성되는 운영위원회를 두도록 하였다. 또한, 주민건강증진사업의 원활한 수행을 위하여 리·동단위 마을 건강원 1명 이상을 두도록 하였는데, 마을 건강원은 20세 이상의 부녀자로 마을에서 지도적인 위치에 있는 자원봉사자로 하고 있다(한국보건복지인력개발원, 2011).

현재도 마을건강원 등을 동원하는 방식으로 지역사회 내 부족한 자원들을 대체하는 사례가 있다. 특히, 충북 충주시 수룡보건진료소, 충북 보은군 북암보건진료소, 전남 무안군 사창보건진료소, 경북 영주시 배점보건진료소 등에서는 보건과 복지, 민간과 공공의 자원을 연계하여 지역사회의 특성을 반영한 사업을 추진하고 있는 모범사례가 되고 있다(표 6-7 및 부록 4 참조).

〈표 6-6〉 보건진료소 중심 건강증진사업 사례

지역	사업주체	연계조직	사업명	사업내용	비고
충북 충주시	수룡보건 진료소	- 충북건강관리협회 - 마을건강원 - 민간 병의원 - 교회(차량) - 보건소	고혈압 자기관리 프로그램	- 농한기 이용 고혈압 자가관리 프로그램	12주 프로그램후 자가모임조직화 지지
충북 보은군	북암보건 진료소	마을건강원	건강체조 사업	건강걷기 등	각 지역 자체적으로 희망하는 사업계획 및 예산 편성
전남 무안군	사창보건 진료소	- 읍사무소 - 민간병원 - 복지관 - 마을건강원	노인건강 관리사업	- 노인목욕사업 - 주간보호사업	보건복지연계
경북 영주시	배점보건 진료소	- 영주선비체조 홍보단 - 한의사회 - 국제절제협회 지부 - 웃음치료협회	노년기 건강증진 사업	- 건강강좌 - 한방진료 - 레크레이션 - 운동교실 - 목욕 - 취미교실	농한기에 생활터로 찾아가는 건강교실
강원 횡성군	소사보건 진료소	- 강원도청 - 민간의료기관 - 보건소 - 횡성군사회복지관	만성질환 관리사업	- 만성질환 원격관리 - 합병증 검진 - 만성질환 관리 서비스	u-health를 이용한 연계사업

이와 같이 보건진료소의 경우 지역 주민의 의사를 반영하여 건강증진 사업을 충분히 강화할 수 있는 구조가 이미 마련되어 있음을 뜻하며, 적절한 프로그램 개발과 지원을 통해 향후의 보건진료소 업무와 역할의 패러다임이 긍정적 방향으로 전환될 수 있음을 의미한다. 때문에 최소 지역 단위에서 지역주민의 특성과 요구에 특화된 건강증진프로그램 개발 및 자원개발을 위해 보건진료소의 조직을 적극 활용해 보는 방법도 고려해 볼 만 하다.

다만, 보건진료소 관할 지역의 특성이 큰 편차를 반영하여 진료중심의 기능을 유지하여야 보건진료소, 보건사업 중심으로 전환하여야 할 보건진료소, 그리고 복지사업과 통합 서비스를 제공하여야 할 보건진료소 등으로 나누어 사업을 개발 해 볼 수 있을 것으로 생각된다(한국보건복지인력개발원, 2011).

4. 협동조합 방식의 조직화

2012년 올해는 UN이 정한 “세계협동조합의 해”이며, 우리나라도 협동조합과 관련된 흐름에 동참 2011년 12월 “협동조합기본법”을 제정한데 이어 2012년 12월 시행을 앞두고 있다(이재광, 2012).

우리나라의 생활협동조합 운동은 1920년대 일본으로부터 경제적 자립을 도모하고자 하는 취지에서 시작되었으며, 2000년도 식품안전문제가 불거지면서 “안전한 먹거리” 판매 사업을 중심으로 활성화 되었으며, 지역생협, 의료생협, 대학생협, 단체생협으로 구분할 수 있다[12].

---

12) 각각의 구분은 다음과 같음. 지역생협은 지역의 소비자들이 구성원이 되어 친환경농산물 직거래 및 보육시설운영 사업 등을 행함, 의료생협은 지역 주민들이 의료인과 함께 병원을 설립하여 진료사업, 보건예방사업, 노인요양사업 등을 행함, 대학생협은 대학 구성원인 교수, 직원, 학생이 조합을 설립하여 대학 내 식당, 매점, 서점 등을 운영, 단체생협은 사회단체·종교단체의 구성원들이 조합을 설립하여 구내식당, 매점 등을 운영(공정거래위원회, 2012)

특히, 협동조합은 인본주의적 성격이 강하여 사회·복지 서비스 제공에 탁월한 기능을 가지고 있으며, 사회적 협동조합이나 의료생협 활성화 등으로 고령자나 취약계층의 건강관리와 의료비절감, 저가의 영·유아 돌봄 서비스 제공이 가능하다(이재광, 2012).

의료생협은 지역사람들이 각자의 건강, 의료, 생활과 관련된 문제를 이웃과 함께 해결하기 위하여 만든 모임으로서 협동조합의 원칙을 따르는 조직이다. 그러므로 의료생활협동조합은 지역주민이 의료기관을 포함한 건강과 관련된 시설을 설립하고, 운영하며, 그 기관에서 일하는 의료전문가와 힘을 모아 건강과 관련된 문제를 해결하기 위하여 운영하는 주민자치조직이다(임종한, 2000).

공정거래위원회에 따르면, 2011년 말 기준으로 전국에 생협수는 총391개이며, 조합원 총수 약 63만명(경제활동인구 중 3%)으로 집계되고 있으며(공정거래위원회, 2012), 이중 의료생협은 225개로 가장 많은 숫자를 차지하고 있다.

〈표 6-7〉 인가 생협 수

구 분	2009년	2010년	2011년
지 역	90	109	138
의 료	108	151	225
대 학	18	18	18
단 체	7	10	10
계	223	288	391

자료: 공정거래위원회, 2012.

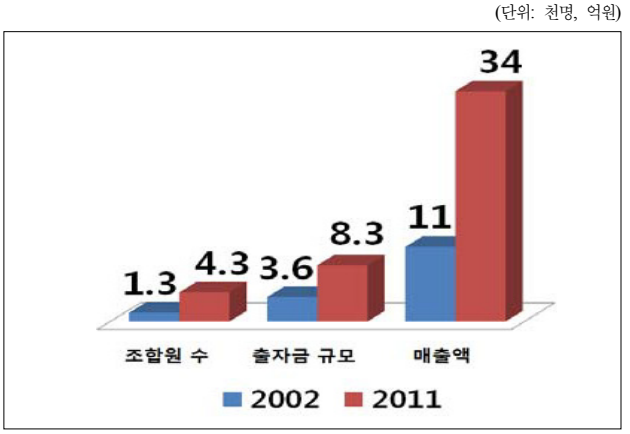
의료생협은 질병이 생기기 전에 건강을 지킬 수 있도록 예방보건활동을 활발히 펼치고 있으며, 지역주민들이 주인으로 활동할 수 있는 모임을 구성하고, 의료기관 등을 민주적으로 운영하여 민주적인 지역주민조직의 모태가 되고 있다(임종한, 2000).

우리나라에서는 1994년 “안성의료생협”이 최초로 출범하였는데,

2002~2011년 조합원은 1,300명에서 명 4,300(3.3배), 출자금은 3억 6,000만원에서 8억 3,000만원(2.3배), 매출은 11억원에서 34억원(3.1배)으로 증가하였다.

〔그림 6-3〕 안성의료생협 규모

(단위: 천명, 억원)



안성의료생협과 함께 대표적인 우리나라의 대표적 의료생협으로는 원주의료생협이 있다.

원주의료생협이 속한 원주협동사회네트워크에는 의료생협 외에도 한살림, 가톨릭농민회 등 15개 단체가 회원으로 등록되어 있으며, 조합원 수만해도 3만명(중복 포함)이다. 원주 인구가 30만이니 약 10%가 조합원이고 가구수로 보면 약 30%로 해당한다.

원주의료생협은 2002년 시작되어 현재는 1,400가구가 조합원으로 소속되어 있다. 원주의료생협은 빈곤층에 대한 의료지원활동과 함께, 경로당 보건프로그램 등 적극적인 예방활동을 펼치고 있음은 물론, 교육, 의료, 문화, 복지를 통합하는 We Start 사업을 실시하여 교육과 복지 등과 의료를 연계하는 사업을 실시하는 것으로 유명하다.

우리나라 외에도 사회적 기업이 발달된 여러 국가에서도 부족한 공공자원을 지역사회 주민들이 참여하는 협동조합 방식으로 대신하는 경우가 많은데, 대표적으로 캐나다 퀘벡이다. 퀘벡은 1980년대 이후 주거, 금융을 비롯한 소비, 농업, 복지 등 다양한 분야의 현안 해결을 위해 협동조합을 활용하고 있는데 의료도 그 중의 한 분야로서 시민사회단체의 목소리가 정책에 반영되고 있다.

퀘벡에서는 특이하게 앰뷸런스 협동조합(CETAM)이 운영되고 있는데, 세탐은 응급구조사들이 만든 노동자 협동조합이다. 세탐에는 응급구조사 316명 등 총 340명이 조합원으로 참여하고 있으며, 앰뷸런스 46대를 보유하고 있다(시사인, 2012).

퀘벡 지역에는 주정부가 운영하는 응급구조대와 60여 개 민간 응급구조 업체가 있는데, 환자가 911로 응급구조 요청을 하면 911에서는 환자와 가장 가까운 응급구조 업체로 연락을 한다. 앰뷸런스가 출동하게 되면 환자는 기본 출동비 125캐나다 달러를 내고, 이동거리 1㎞당 75달러를 지불해야 한다. 그러나 저소득층 등은 주정부에서 비용을 부담하기 때문에 실질적으로 이용자가 부담하는 비용은 그리 크지 않다(시사인, 2012).

현재 우리나라에서의 협동조합은 지역의 경제효과 창출을 중심으로 논의가 이루어지고 있다. 그러나 현재 상태로 공공부문 만으로는 해결 불가능한 보건의료분야에서도 협동조합의 활성화가 예상된다.

특히, 2011년 9월 생협법 개정에 따라 의료생협의 경우 50%의 범위 내에서 비조합원의 이용이 가능하도록 함으로써 향후의 계속적인 발전 가능성에 여지가 생긴 것으로 해석할 수 있다.

〈표 6-8〉 생협법 주요 개정내용(2011년 9월)

내용	개정 전	개정 후
사업범위	농수산물·축산물· 임산물·환경물품 공급사업	소비생활에 필요한 물자 전반의 공급사업
의료생협의 비조합원이용	비조합원의 이용금지	총 공급고의 50% 범위에서 비조합원의 이용 허용

자료: 공정거래위원회, 2012.

이에 따라 지역주민들에게 질 좋은 의료서비스를 저렴하게 제공하는 주민 참여형 의료생협이 활성활 될 수 있다. 특히, 지역 주민들이 건강문제를 스스로 해결하려는 의지에 따라 지역 특색에 맞는 사업들을 실시할 수 있으며, 의료기관 외에 양로시설, 요양시설 등도 함께 운영할 수 있어 농어촌은 물론 고령화, 핵가족화 사회에서의 모델로서 가치가 크다고 할 수 있다.

시민들의 참여하에 새롭게 만들어지는 보건의료조직은 기존의 민간, 공공부문과 구별되는 제3의 영역이라 할 수 있다. 현재 우리사회의 제3의 영역으로 위치한 의료생협은 다음의 과제를 가지고 있다.

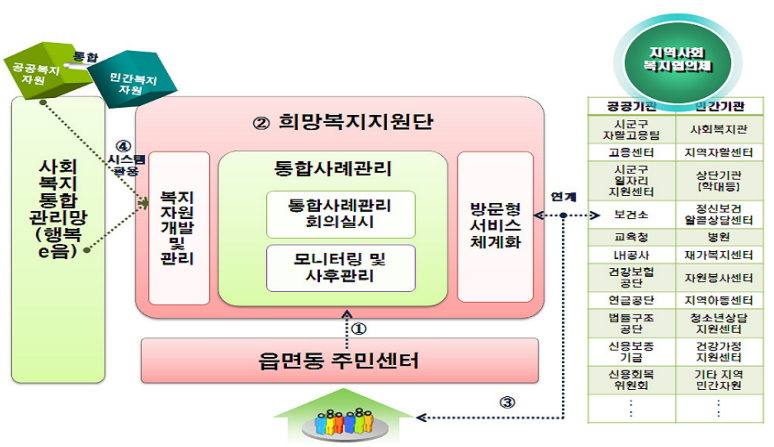
첫째, 보건의료문제를 해결하는데 시민들의 참여를 중시하고, 이러한 자원을 활용하는 의료모델을 개발하는 일이다. 우리나라에서는 그동안 지역의료 시범사업, 주치의제, 단골의사제도 등 1차 의료 강화를 위한 여러 가지 대안이 제시되고 있지만, 이러한 사업을 추진할만한 조직이나 주민의 참여가 확보되지 못하여 성공적인 결실을 보지 못하고 있다. 의료생협은 그 자체로서 주치의제도와 주민참여의 구조를 가지고 있기 때문에 지역보건사업의 활성화에 상당한 역할을 기대할 수 있다. 둘째는 기존 공공의료부문의 경직성과 비효율성을 감시하고, 공공의료부문의 개혁을 촉진하도록 하는 역할이다(임종한, 2000).

5. 보건복지통합 모델을 활용한 조직화

현 정부에서는 사회복지통합관리망 구축(2010년), 지자체 사회복지인력 증원(2011년), 시·군·구 희망복지지원단을 통한 통합사례관리 기반 마련(2012년) 등 다각적인 사회복지 전달체계 개선 대책을 추진하여왔다(강혜규, 2012).

사회복지통합관리망은 각 부처와 지방자치단체 및 민간 복지자원을 체계적으로 연계, 통합·관리하고, 복지 급여와 서비스의 자격 및 이력 정보를 통합 관리함으로써 필요한 혜택의 누락이나 중복 수급의 방지에 활용할 목적으로 마련되었다. 이와 함께 희망복지지원단에서는 시·군·구의 통합사례회의시 자활 및 보건소 인력 참여를 통해 복지·고용·보건서비스간 연계체계를 강화를 기대하였다. 이는 복지분야의 개별 사례관리 사업과 보건분야의 방문형서비스간 연계방안을 마련하여 사업간 시너지 효과를 제고하고자 함이었다(보건복지부, 2011).

〔그림 6-4〕 희망복지지원단 운영체계



자료: 보건복지부, 2011

이는 개인입장에서 보면 여러 지원 서비스가 필요한 개인이 공공·민간의 구분 없이 필요한 급여·서비스·자원을 맞춤형으로 중복이나 누락 없이 제공받을 수 있는 장점이 있었다.

그러나 실질적으로는 이러한 기대효과가 일어나지 않고 있는데, 이를 위해서는 지자체의 조직, 인력확보, 업무행태 등의 복합적인 변화와 함께, 중앙정부 부처간 개별사업들을 기초지자체에서는 통합할 수 있는 노력이 필요하다.

예를 들어 현재 독거노인을 위한 서비스는 보건소 사업과 사회복지사업 등이 개별적으로 이루어지고 있다. 중앙정부에서는 지역통합형 사업을 추진하도록 권장하고 있지만 실제적으로는 이루어지지 않고 있는데, 향후 지자체 내에서 사업들간의 통합체계를 만들어가는 것이 지역중심의 농촌형 보건복지체계를 만들어가는 방법이 될 수 있다(대안농정, 2012).

제3절 소결

본 절에서는 농어촌 지역의 부족한 건강증진 자원을 효율적으로 활용하여 지역사회 주민들에게 효과적인 건강증진서비스를 제공할 수 있도록 하는 자원조직화 방안을 제시하였다.

건강증진재단 중심의 건강증진전달체계는 건강증진 재단 지부를 지역별로 설치하는 내용을 제외하면 정부에서 지역보건법 개정안을 통해 추진하고자 하는 보건소 기능전환 및 건강증진서비스 강화 정책과 상당히 유사하여 가장 현실적인 내용으로 보인다. 다만, 보건소와 다른 유관기관과의 파트너쉽이나 연계가 제대로 이루어지지 않을 경우 현재와 차별화되지 않을 수 있다.

근린거버넌스를 활용한 방안은 보건기관에서 제공하는 건강즈진서비스 외에 복지서비스나 행정서비스 등과의 연계가 가능하고, 서비스 대상자에 대한 정보 교환, 검토, 평가 등이 가능하다는 장점이 있다.

보건진료소 중심의 조직화 방안이 성공적으로 이루어지기 위해서는 보건진료원이 중심이 되어 조직화를 이루어나가야 하기 때문에 보건진료원이 다방면에 걸쳐 전문성을 갖추어야 하며, 이를 뒷받침해줄 전문가의 협력이 필수적이다. 때문에 다양한 분야의 전문가 풀이 구성되어야 하며, 필요에 따라 보건진료원이나 보조인력을 대상으로 한 교육 훈련이 지속적으로 이루어져야 할 필요가 있다.

협동조합 방식의 조직화의 경우 지역사회 주민의 욕구를 반영한 의료서비스는 물론 만성질환 관리나 예방서비스를 연계하여 제공할 수 있고, 때에 따라서는 재가서비스 등과도 연계할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 최근 문제시 된 바 있는 유사 의료생협 등으로 인해 설립요건이 강화되고 있어 건전한 의료생협이 활성화 되는데 제약이 되고 있다.

마지막으로 보건복지통합 모델을 활용한 조직화의 경우 지역별 특성을 살린 보건복지 연계서비스 모델 개발이 우선되어야 할 것이며, 충분한 시범사업을 통해 모델의 적용가능성을 높혀 나갈 필요가 있다.

7장

결론 및 정책제언

제7장 결론 및 정책제언

스웨덴, 미국, 이탈리아 등 주요 선진국의 경우 '농업인 건강효과(farmer health effect)'라 하여 농어촌 지역 주민들의 유병률이나 사망률이 도시인구 등에 비해 더 좋다고 알려져 있다. 이는 낮은 흡연율, 적은 알코올섭취량, 높은 육체적 활동, 건강한 음식 섭취 등 도시에 비해 더 좋은 생활환경 및 생활습관을 가지고 있기 때문이다(Stark et al, 1987; Stiernstrom et al, 1998; Burmeister et al, 1982; Pomrehn 1982; Figa-Talamanca 1993; Vagero & Norell, 1989; Thelin, 1991; 이수진, 2012 재인용).

그러나, 우리나라 농어촌의 보건의료 상태는 사회적인 불평등으로 인식될 만큼 도시에 비해 열악한 상태에 놓여져 있다. 이러한 상태는 농어촌의 보건의료를 둘러싼 향후의 여건변화를 고려해 볼 때 더욱 더 심각해질 수 있음을 나타낸다.

농어촌 인구의 고령화 추세는 당분간 이어질 것으로 보이고, 거주민의 열악한 경제적 상태 또한 단기간에 해결될 것으로 생각될 만한 근거가 나타나지 않는다. 인구 고령화로 인한 만성질환 유병률이나 농작업 재해로 인한 손상, 그리고 기타 사고나 중독, 자살 등의 지표 등도 도시에 비해 좋지 못하다. 결과적으로 이에 따른 농어촌의 보건의료비용 또한 계속 높아져가고 있다.

또한, 농어촌의 일반 의료이용이나 응급의료이용의 실태에 대한 조사

결과 농어촌 주민의 의료욕구가 도시에 비해 강하게 나타나고 있고, 여러 가지 건강증진서비스에 대한 요구 또한 적지 않은 것으로 나타났다.

이에 반해, 농어촌에서는 증가하는 보건의료문제에 적절하게 대처할 만한 보건의료체계의 강화 정책이나 사업은 근래에 나타나지 않고 있다. 보건소 등을 중심으로 한 공공부문의 경우 체계 강화에 한계가 있고, 적은 인구규모와 상대적으로 열악한 경제상태 등의 이유로 인해 농어촌의 경우 도시에 비해 의료시장으로서의 가치가 덜하기 때문에 민간 의료기관의 역할 또한 도시에 비해 적다.

이와 같이 농어촌의 보건의료 문제는 단기간에 개선될 징조가 보이지 않고 있는 반면, 이러한 문제에 대응하기 위한 보건의료체계는 민간과 공공을 모두 포함한다 하더라도 아직은 그 역할을 제대로 하고 있다고 보기 어렵다. 이는 지역사회 자체적인 자원조직화를 통해서라도 지역사회의 보건의료 문제에 직접 대응해야 할 필요가 있음을 나타낸다.

지역사회 보건의료문제에 대한 지역사회 주민의 참여는 새로운 개념이 아니다. WHO는 지난 1978년 “보건의료 발전과 지역주민 참여: 새로운 보건의료를 향하여”라는 주제로 제네바에서 개최된 회의 이후 보건개발과 의료에서 지역사회의 참여를 꾸준히 강조하여 왔다.

다만, 그 동안 우리나라에서는 추진된 보건의료 혹은 건강증진사업들은 지역주민들의 참여 방식으로 지역사회 주민들이 조직되고 동원되기는 했지만, 참여할 보건의료활동을 선택만한 권한을 부여받지는 못하였다(임종한, 2000).

한편, 세계건기구는 2000년에 World Health Report에서 보건의료체계를 지도 혹은 운영체계, 인력 훈련 및 시설과 장비 공급 체계, 그리고 예산체계 및 서비스 전달체계의 종합으로 규정하기도 하였다.

이러한 접근에 따르면 그동안의 농어촌 보건의료정책의 중심이 무의촌 문제 해결 중심 정책에서 나아가 지역거점 공공병원과의 연계 및 인

력의 질 향상 등 관점에서 보는 것 뿐 아니라 농어촌보건의료에 대한 인력 및 예산 지원의 문제 그리고 농어촌보건의료 정책에 대한 주민과 관련 부서의 협력과 참여의 문제를 동시에 보는 것이 필요함을 충고하고 있다.

그 구체적인 내용은 ① 주민이 참여하는 보건의료 사업 모델 정립, ② 치료와 예방의 통합으로서 일차의료 강화, ③ 병원급 전문의료와 밀접히 연계되어 내과, 산부인과, 일반외과, 안과, 비뇨기과 등 전문의료 서비스의 접근성도 연계를 통해 충분히 해결되어야 하며 ④ 단순한 보건의료 만이 아닌 복지와 교육, 문화 등 타 부서와의 협력도 중요하므로 농촌 보건의료에 대한 종합적 계획을 수립하고 실제 사업을 집행하는 체계가 필요하다. ⑤ 또한 중앙정부의 농어촌 보건의료계획 수립과 일선 지방자치단체의 농어촌 보건의료계획의 연계 협력 모델 구축, ⑥ 나아가 농어촌 보건의료에 대한 기술지원체계 등이 중요하게 고려되어야 한다.

미국은 보건성 아래 보건자원과 서비스국(HRSA; Health Resources and Services Administration)이 있고 보건자원과 서비스국(HRSA) 산하에 농촌보건의료과(Office of rural health policy)가 별도로 존재하여 미국의 농촌 보건의료 전반을 통합적으로 조정하는 역할을 수행하고 있다. 이 부서에서는 농어촌보건의료서비스 향상을 위해 연방정부, 주정부, 지방정부, 민간영역과 협력체계를 가지고 있다[13](손성봉 등, 2012).

미국은 이러한 협력체계와 함께 실제적으로 작동을 위한 프로그램 또한 마련되어 있어서, 농어촌 보건소에 시설과 장비를 국비로 지원하는 프로그램[14], 농어촌 벽오지 병원에 대한 지원프로그램[15], 농어촌 보건의료기관 3개 이상에 대해 농어촌 보건의료 네트워크 개발 프로그램[16] 등

13) 이러한 사항은 사회보장법 711절에 기반하고 있음.
14) 자본개발프로그램: Capital Development Program; CDP
15) 플렉스 프로그램; the Rural Hospital Medicare Flexibility Program; Flex
16) Rural Health Network Development Grant Program

을 마련하여 운영비를 함께 지원을 하고 있다(손성봉 등, 2012). 특히, 미국은 농어촌 취약지에 대한 기준을 만들고 적용하여 특별히 어려운 지역에는 더 많은 보건의료 예산 지원이 가도록 하고 있다.

향후 우리나라 농어촌 보건의료 정책 방향은 무의촌 해소라는 기존의 단순한 정책이 아니라 농어촌 보건의료 및 건강증진서비스의 질 향상을 위주로 나가야 한다. 특히 중요한 방향은 지역사회에서 발생하고 있는 보건의료문제에 적절히 대응하기 위하여 필요한 서비스를 스스로 결정하고, 가용한 자원 등을 스스로 조직화 하여 서비스 공급 방안을 스스로 모색해 볼 필요가 있다.

이를 위해 본 연구에서는 자원조직화를 위해 건강증진재단 중심의 전달체계, 근린거버넌스를 활용한 방안, 보건진료소 중심의 조직화 방안, 협동조합 방식의 조직화, 보건복지통합 모델을 활용한 조직화 등 몇가지 방안을 제안하였다. 이러한 방안들이 실제 모델로서 활용되기 위해서는 무엇보다도 다음과 같은 몇 가지 원칙들이 기본적으로 고려되어야 할 것으로 생각된다.

우선 첫째 주민참여의 모델 설정이 중요하다. 이때 읍면동 차원의 근린지역의 주민참여 모델이 최근 주목받고 있으며, 주민 스스로 주민의 건강을 관리하도록 돕는 기본 보건의료 제공 모형으로 의미가 있을 수 있다.

즉, 일상적이고 폭넓은 건강문제에 대해 주민의 건강관리 문화와 수준을 파악하고 스스로 건강관리를 활성화 하도록 하기 위해 마을 건강원 선발 및 교육과 마을별 방문 순회 전문 보건교육 그리고 취약계층의 건강관리를 복지 등 타 부서와의 연계를 모색해 볼 수 있다.

둘째 치료와 예방의 일차의료 체계 정립을 추진하는 것이 필요하다. 농어촌 보건소 및 보건지소는 일차의료를 상당부분 담당하고 있다. 하지만 대부분 내소자 위주로 제공하고 있으며 그나마 면단위 보건지소는

진료량도 많지 않은 실정이다. 더 큰 문제는 이러한 일차의료가 치료위주이고 예방과 연계되는 측면이 미흡하다. 따라서 공중보건의사의 예방투자가 활성화 되도록 투자가 강화될 필요가 있다. 농어촌에서부터 일차의료의 바람직한 모델을 정립하고 확산하는 것이 필요하다.

이러한 일차의료의 체질 개선을 통해 보건소를 변화시키고 동시에 보건지소는 거점지역에 통합하여 강화하고 통합보건요원 및 진료보조요원은 읍·면 주민센터에 주민건강관리요원으로 역할을 하도록 하는 것이 바람직하다.

셋째 농어촌 보건의료에서 병원서비스와 연계는 매우 중요한 문제이다. 내과, 외과, 산부인과, 소아과 등 필수 전문 과목에 대한 진료를 정기적으로 접근할 수 있어야 할 뿐 아니라 안과, 비뇨기과 등 노인에 흔한 질환에 대한 전문 과목 접근성도 순회 사이클이 더 길게 되더라도 정기적인 접근이 이루어지도록 하는 것이 필요하다.

특히 골절의심, 뇌경색의심 등 응급상황에서 현장 가까이의 의사결정이 가능하도록 전문의료 자문 연계가 가능하도록 하는 것이 필요하다. 특히 공공병원을 중심으로 보건소 및 보건지소와 연계하는 것은 중요한데 환자의 연계 뿐 아니라 병원 전문의의 아웃리치 서비스가 가능하도록 별도 예산투자도 필요하다.

넷째, 농특세 등을 활용한 농어촌 보건의료 투자는 우선 농어촌 건강수준에 대한 실태 파악부터 가장 효과적인 전략개발 및 농어촌 보건의료 인적 자원 관리에 이르기까지 중앙정부의 통합적 기획이 선차적으로 이루어지도록 하는 것이 가장 중요하다.

또한 지방자치단체 차원에서 투자가 원활하게 되도록 현실적인 지원이 필요하다. 특히 광역자치단체 차원에서 농어촌 의료 취약지를 정하고 여기에 더욱 보건의료 예산이 집중될 수 있도록 보건의료 계획 기능을 강화하고, 주민참여 활성화 등에 예산이 편성될 필요가 있다.

다섯째 농어촌 보건의료에 대한 기술지원체계를 강화하여야 한다. 현재 농어촌 보건의료기술지원은 주로 시설 및 장비에 대한 기술지원에 집중되어 있다.

그리고 지역보건의료계획에 대한 지원도 하고 있지만 농어촌 취약지 선정과 농어촌 보건의료 전달체계 정립에 대한 기술지원은 미약한 실정이다. 또한 농어촌 보건의료기관(보건소 및 농어촌 병원 포함)의 운영(조직 및 인력관리 등)에 대한 지식과 기술지원 능력도 미약한 수준이다. 특히 농어촌 보건의료 정책 기능도 미약하다. 이를 개선하기 위한 자체 투자와 노력도 필요하고 특히 중앙정부 차원에서 별도의 계획과 투자가 필요하다.

여섯째, 기존의 농특세 투자 영역인 시설 및 장비 투자는 지속되어야 한다. 하지만 농촌 현실에 맞는 더욱 발전된 시설 및 장비 모델을 개발하는 것이 필요하고 아울러 이와 연계한 계획 및 서비스 질 향상 프로그램을 더욱 강하게 연계하는 방안도 고민되어야 한다.

참고문헌

강혜규, 사회서비스 관리 및 전달체계 효율화(보건사회연구원 내부자료), 2012.

강혜정, 여성농업인의 지위향상 및 지원방안 토론회, 농촌경제연구원, 2007.

곽현근, 근린주민자치와 공동 거버넌스, 지방행정 60(696), 2011.

곽현근, 근린주민자치와 읍·면·동 주민자치의 발전방향, 지방행정 60(698), 2011.

국토해양부 도시포털, http://www.city.go.kr/jsp/cmsView/index.jsp

국회예산정책처 경제예산분석과, 『2013년도 예산안 총괄 및 분야별 분석방향』, 2012.10.17.

김태완 외, 제2차 농어촌 보건복지기본계획 실행력 확보를 위한 평가체계 마련, 2011.

감신, 농촌지역 공중보건의 환경변화와 대응전략, 농촌의학·지역보건학회지 제31권제3호, 2006.

농촌경제연구원, 농어촌 영향평가 전문평가(내부자료), 2012.

대안농정, 2011 대안농정대토론회 자료집, 2012.

이수진, 농업인의 작업관련성 손상과 질병, 농림수산식품부 발표자료, 2012.

이주열, 주민센터 통합 도시보건지소 모형. 보건복지부 연구과제. 2007

최경환, 농촌 보건의료 서비스체계 개선방안, 한국농촌경제연구원, 2008.

농림수산식품부, 삶터, 일터, 쉼터가 조화를 이루는 행복한 우리 농어촌, 2011.

김영길, 박재용, 감신, 한창현, 차병준. 농어촌의료서비스개선사업에 대한 보건소 공무원 인식도. 한국농촌의학회지 1998;23(2):175-184.

김지연. 농어촌의료서비스개선사업의 젠더 이슈 일 연구- 경상남도 사례를 중심으로. 지방행정연구 2008; 22(2):237-269.

나백주, 농어촌 지역병원 의료서비스 수준 및 여건, 농림수산식품부 발표자료, 2012.

나백주 등, 농어촌의료서비스개선사업 성과평가를 위한 연구, 2010.

나백주, 이무식, 김건엽, 이석구, 감신, 강윤식, 이중정, 황태윤, 유원섭, 김철웅, 김미희, 장명화. 농어촌의료서비스개선 10개년 추진사업 평가 및 향후계획 정립. 한국보건산업진흥원; 2006.

나백주, 이성기, 임남구, 최영현, 황지혜. 농어촌 산부인과 취약지역 도출 및 공급 방안 개발 연구. 2010

나백주 등, 농어촌 의료서비스 개선 10개년 추진사업 평가 및 향후 계획 정립에 관한 연구. 보건복지부. 2006.

농어촌 유형별 지표 개발 보고서, 2008, 통계청 통계 개발 연구 기획실

농촌지역 공중보건의 환경변화와 대응전략, 2006, 감신, 경북대학교 의과대학 예방의학교실

동아일보 “애 낳을 병원 없어 이웃지역 원정 가요”…‘출산 난민’ 작년 1만2500명, 2010.1.4, http://news.donga.com/3/all/20100103/25177810/1 (2011.8월에 인용)

문옥륜. 농어촌 의료보험사업의 당면과제. 한국농촌의학회지 제2권 제1호 pp. 9-20, 1977.

보건복지부. 농어촌의료서비스기술지원단. 농어촌의료서비스개선사업의 중간평가(시설개선사업). 1998.

보건복지가족부, 제3차 사회보장 장기발전방향, 2009.

보건복지부, 『2010년 보건복지통계연보』, 통권 제57호, 2012.

삼성경제연구소, 다양해지는 농촌의 인구구성, SERI 경제포커스 제374호, 2012.

서제현, 이수진, 하정훈, 권덕근, 김정호, 이재혁, 나백주, 강윤화. 도서지역 보건지소 공중보건의사의 응급의료 경험 및 대처능력 고찰. 농촌의학 지역보건학회지 36(1), p 36-46, 2011.

손성봉 등.농어촌보건의료 정책 및 사업개발을 위한 해외출장 보고서 한국 건강증진재단. 2012. 8.

신의균. 공공보건의료기관의 현황과 과제(농어촌 주민을 위한 보건의료서비스 정책을 중심으로). 지역복지정책 15권 pp.109-124, 2001

시사인, 세상에, 뭐 이런 협동조합이 다 있어? (http://www.sisainlive.com/news/articleView.html?idxno=14059)

신형철, 강지영, 박웅섭, 김상아, 농촌지역 여성의 건강수준과 의료이용에 대한 연구, 농촌의학·지역보건학회지 제34권, 2009.

여성농업인신문, 농어촌 의료시스템 붕괴되는가? 분만실 없는 산부인과 “애 낳을 곳이 없다”, 2011.6.1, http://women.nongupin.co.kr/news/articleView.html?idxno=9459 (2011.8월에 인용)

연합신문, “소아과 의사 없는 농촌지역 삼중고”, 2006.05.16, http://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=001&aid=0001298082(2011.8월에 인용)

오영호 외, 『2011년 보건의료자원실태조사』, 보건복지부, 2011.

이미애, 우리나라 노인인구의 ADL 결정요인에 관한 연구, 한세대학교 사회복지학과, 2010.

임정수, 이근, 강경희, 나백주, 임용수, 서화정, 고상백, 김재용, 김혜영, 신상도, 이국종, 임태호. 도서산간지역의 응급의료 현황분석 및 지원방안 모색. 보건복지부. 2007.

임종한, 의료생활협동조합운동의 현황과 전망, 월간 복지동향, 2000.

통계청, 『국가통계포털(kosis)』홈페이지

조재국, 최정수, 신호성, 한동운, 나백주, 윤강재. 농어촌의료서비스개선사업의 심층평가. 한국개발연구원. 2006.

장수경(2011.10.17). 천지일보. 농촌 할아버지 자살률 도시 할머니의 두배

정영해 외, 『농촌지도소 등 건강증진관련 지역사회 자원을 연계한 농촌형 보건소 건강증진사업 모형개발』, 동신대학교·보건복지부, 2006.

정명채, 최경환, 김은순. 농어촌 의료 서비스 체계 개선방안. 한국농촌경제연구원; 1999.

정명채, 최경환, 김은순. 공공보건의료기관 투자사업 평가. 한국농촌경제연구원; 2000.

차봉석. 농촌주민의 의료기관 이용 에 관한 연구, 보건소 및 보건지소를 중심으로. 중앙의학 1983;263:107-113.

천성아, 나백주, 김철웅, 이무식. 농촌 보건기관의 신축이 고혈압 환자 혈압조절에 미치는 영향. 농촌의학·지역보건학회지 2008;33(1):37-45.

최경환, 농촌 보건의료 서비스체계 개선방안, 2008.

최익한. 한국 농어촌 개발에 관한 소고(특히 주택개량을 중심으로). 한국농촌의학회지 제2권 제1호 pp. 53-64, 1977.

한국보건복지인력개발원, 보건진료원의 일차보건의료, 2011.

황관식, 남철현, 최상복. 보건소 내소자의 보건의료서비스 이용 실태 및 만족도에 관한 연구, 경북 일부지역을 중심으로. 보건복지연구 2000;5: 113-137.

황성혁, 농촌 의료서비스의 수급 불균형 심화와 시사점, 농협경제연구소, 2012.

David Hartley. Rural Health Disparities, Population Health, and Rural Culture. Am J Public Health. 2004;94:1675–1678.

Janice C. Probst, Charity G. Moore, Saundra H. Glover and Michael E. Samuels. Person and Place: The Compounding Effects of Race/Ethnicity and Rurality on Health. Am J Public Health. 2004;94: 1695–1703.

Joint National Committee: The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1997;157(24):2410-2446.

Jon Wardle, Chi-Wai Lui, Jon Adams. Complementary and Alternative Medicine in Rural Communities: Current Research and Future Directions. The Journal of Rural Health 28 (2012) 101–112.

Nancy Z. Henkin, Nancy Z. Henkin, Nancy Z. Henkin, Barbara R. Greenberg, Jan Schwarz. Communities for All Ages: Planning Across Generations. INTERGENERATIONAL STRATEGIES SERIES. 2005, The Annie E. Casey Foundation Baltimore, Maryland.

부 록

부록

1. 농어촌 주민의 의료이용 및 건강증진 욕구 파악 설문조사표

조사원번호			조사표 일련번호			
		—				

안녕하십니까?
국무총리실 소속 보건복지 정책 전문연구기관인 한국보건사회연구원입니다.

이번에 우리 연구원에서는 '농어촌 지역주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원조직화 방안' 연구의 일환으로 '농어촌 주민의 의료이용 및 건강증진 욕구' 를 파악하고 있습니다.

여러분께서 평소 병·의원이나 보건소(지소, 진료소)를 이용하면서 느끼셨던 점이나 일상생활을 하시면서 느꼈던 건강과 관련된 생강을 간단히 여쭤보고자 하오니 바쁘시겠지만 잠시만 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.

이 설문에 응답하신 내용은 연구목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용되지 않으며, 통계법 제33조(비밀의 보호 등) 및 34조(통계작성사무 종사자 등의 의무)에 의거 비밀이 보장됨을 밝혀드립니다.

감사합니다.

2012년 4월 한국보건사회연구원
※ 조사표 관련 문의: 이수형 전문연구원, 김동진 부연구위원 (☎ 02-380-8277, 8278)

응답자	성별: ① 남 ② 여 나이: 만 세
지역	시·도 시·군·구 읍·면·동
전화 번호	( ) -

[의료이용 문항]

1. 귀하는 본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?
   □① 매우 건강한 편이다 □② 건강한 편이다 □③ 보통이다
   □④ 조금 안 좋은 편이다 □⑤ 매우 안 좋은 편이다

2. 귀하는 현재 병원이나 보건소(지소, 진료소) 등에서 의사의 진단으로 치료를 받고 있거나 약을 복용하고 있는 질병이 있습니까?
   □① 없다
   □② 있다 ☞ □① 고혈압 □② 당뇨 □③ 관절염
   □④ 뇌혈관질환 □⑤ 심혈관질환 □⑥ 농부증
   □⑥ 기타(, , ,)

이용 의료기관 위치 및 기관명	교통편	걸리는 시간
■ 지역: ( ) 시/도 ( ) 시/군/구 ■ 의료기관명( )	□① 걸어서 □② 버스 □③ 승용차 □④ 열차 □⑤ 택시	□① 10분이내 □② 20분이내 □③ 30분이내 □④ 1시간이내 □⑤ 1시간이상

3. 귀댁에 만약 환자가 생길 경우(본인 포함), 그 환자의 질병치료시 가장 큰 애로사항은 무엇입니까?
   □① 치료비가 많이 든다
   □② 의료서비스의 질이 낮다
   □③ 의료기관이 멀다
   □④ 환자를 돌볼 사람이 없다
   □⑤ 기타( )

4. 귀하가 살고 있는 지역의 보건소나 병원의 서비스 및 진료수준은 어떻다고 생각하십니까?
   □① 매우 만족한다 □② 만족한다 □③ 보통이다
   □④ 불만이다 □⑤ 매우 불만이다

5. 지금까지 귀댁(본인 포함)에서 응급상황(환자)이 발생한 적이 있습니까?
   □① 없다 (☞ 문8번으로 이동)
   □② 있다 ☞ □① 농약중독 □② 농기계사고 □③ 질병으로 인한 응급상황
   □④ 기타( )

6. 응급환자가 발생할 경우 가장 먼저 연락하는 곳은 어디입니까?
□① 119
☞ 응급차가 도착할때까지 걸리는 시간은 얼마입니까? (　　분/시간)
□② 기타(누구에게 연락을 취합니까? _____)
☞응급의료기관(병원 등)까지 가는 시간은 얼마입니까? (　　분/시간)

7. 응급환자가 발생할 때 가장 어려운 점은 무엇입니까?
□① 응급처치를 할 수 있는 사람이 없다
□② 교통수단을 마련하기 어렵다
□③ 응급실이 있는 병원까지의 거리가 너무 멀다
□④ 119 구급차가 오는데 시간이 너무 걸린다
□⑤ 별다른 어려움이 없다
□⑥ 기타(　　)

[건강증진 문항]

8. 귀하는 평소 건강관리를 하고 계십니까?
□① 아니다
8-1-1. 건강관리를 하지 않는 이유는 무엇입니까?(☞ 문9번으로 이동)
□① 시간이 없어서
□② 경제적 여유가 없어서
□③ 필요성을 느끼지 못해서
□④ 어떻게 해야할지 몰라서
□⑤ 주위에 서비스 제공 시설 또는 건강관리를 할 수 있는 공간/시설이 없어서
□⑥ 기타(　　)

□② 그렇다
8-2-1. 그렇다면 귀하가 하고 있는 건강관리는 구체적으로 무엇입니까?
(　　)
8-2-2. 현재 하시고 계신 건강관리만으로도 충분하다고 생각하십니까?
□① 충분하다(☞문9번으로 이동)　□② 부족하다(☞문8-2-3으로 이동)
8-2-3. 부족하다면 어떠한 건강관리(건강증진)서비스를 받아보고 싶습니까?
(　　)

9. 귀하는 보건소(지소, 진료소), 국민건강보험공단, 농업기술센터, 사회복지관, 종교단체 등에서 제공하는 건강증진서비스를 받아보신 적이 있습니까?

□① 없다

9-1-1. 만약 아래와 같은 건강증진서비스를 받아볼 수 있는 기회가 있다면 어떤 서비스를 받아보고 싶습니까?(☞ 문10번으로 이동)

□① 금연 프로그램 □② 절주 프로그램
□③ 운동 프로그램 □④ 비만/영양과 식생활개선 프로그램
□⑤ 만성질환관리 프로그램(당뇨, 고혈압, 뇌졸중, 관절염, 골다공증, 요통 등)
□⑥ 정신보건 프로그램(치매, 우울증, 자살예방, 알코올중독, 스트레스 관리)
□⑦ 구강보건 프로그램 □⑧ 사고방지/농부증 프로그램
□⑨ 기타 프로그램( )

□② 있다

9-2-1. 어떤 건강증진서비스를 받아보셨습니까?

□① 금연 프로그램 □② 절주 프로그램
□③ 운동 프로그램 □④ 비만/영양과 식생활개선 프로그램
□⑤ 만성질환관리 프로그램(당뇨, 고혈압, 뇌졸중, 관절염, 골다공증, 요통 등)
□⑥ 정신보건 프로그램(치매, 우울증, 자살예방, 알코올중독, 스트레스 관리)
□⑦ 구강보건 프로그램 □⑧ 사고방지/농부증 프로그램
□⑨ 기타 프로그램( )

9-2-2. 제공되는 서비스만으로 건강관리 및 건강증진이 충분하다고 생각하십니까?

□① 충분하다(☞문9-2-3으로 이동) □② 부족하다(☞문9-2-3으로 이동)

9-2-3. 충분하다고 할지라도/부족할 경우 아래와 같은 건강증진서비스가 주어진다면 어떤 서비스를 더 받아보고 싶습니까?

□① 금연 프로그램 □② 절주 프로그램
□③ 운동 프로그램 □④ 비만/영양과 식생활개선 프로그램
□⑤ 만성질환관리 프로그램(당뇨, 고혈압, 뇌졸중, 관절염, 골다공증, 요통 등)
□⑥ 정신보건 프로그램(치매, 우울증, 자살예방, 알코올중독, 스트레스 관리)
□⑦ 구강보건 프로그램 □⑧ 사고방지/농부증 프로그램
□⑨ 기타 프로그램( )

끝으로, 귀하의 '일반사항'에 대한 질문입니다.

10. 응답자의 가구구성	□① 혼자산다 □② 부부끼리만 산다 □③ 결혼한 자녀와 함께 산다 □④ 결혼하지 않는 자녀와 함께 산다 □⑤ 손자녀와 함께 산다 □⑥ 부모님과 함께 산다 □⑦기타( )
11. 응답자 총 가구원수	본인 포함 ( )명
12. 월평균 가구소득	□① 50만원 미만 □② 50~100만원 미만 □③ 100~150만원 미만 □④ 150~200만원 미만 □⑤ 200~250만원 미만 □⑥ 250~300만원 미만 □⑦ 300~350만원 미만 □⑧ 350~400만원 미만 □⑨ 400만원 이상

※ 설문에 응해 주셔서 감사합니다!

2. 지역사회 주민의 건강증진을 위한 보건진료소 중심 연계사업 사례

가. 충북 충주시 수룡보건진료소(고혈압 자기관리프로그램)

1) 사업 수행자 및 연계조직

사업수행자는 다음과 같다.

① 주관자: 보건진료소(보건진료원)

② 협력기관: 보건지소, 보건소, 이동 건강검진이 가능한 기관, 병의원

③ 지역 민간자원: 운영협의회 위원, 마을건강원, 도우미, 화원, 교회

④ 프로그램 강사진: 외부강사, 보건지소 공보의

그리고 이 사업수행자와 함께 협력한 연계조직(민간 및 공공조직)은 다음과 같다.

① 건강검진 의뢰: 충북 한국건강관리협회, 충주시 보건소

② 참여자동의서 작성과 신체측정: 마을건강원, 보건지소 요원

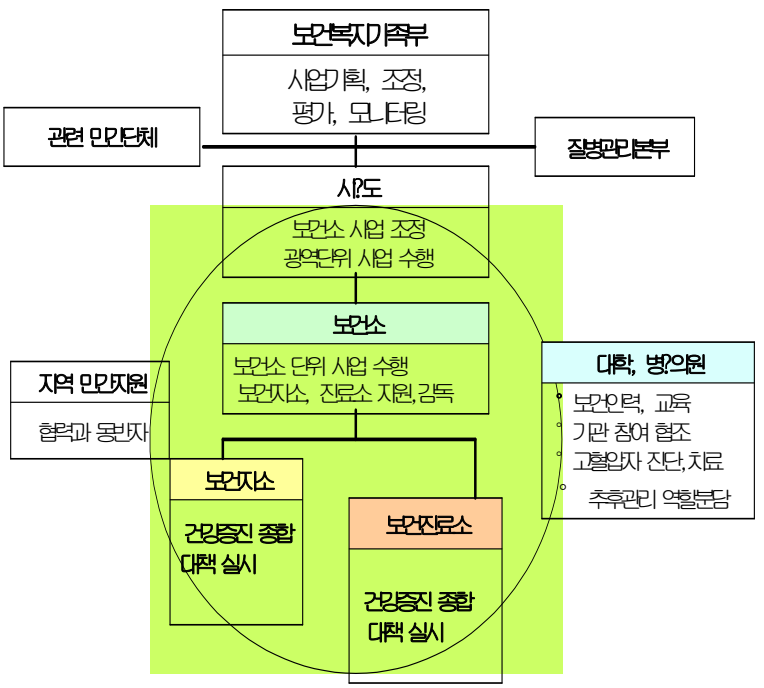
③ 고혈압 진단과 치료: 보건지소, 병·의원(고혈압 진단 치료 의뢰서 발송)

④ 환자 이송 담당: 교회차량이용, 운영협의회 회원차량 이용

⑤ 집단 보건교육 의뢰: 보건지소 공보의, 시보건소 영양사, 운동 처방사

⑥ 프로그램 진행: 보건진료원, 웃음치료사, 레크리에이션 강사 등

〔부도 1〕 사업의 연계조직 구성도



2) 사업의 배경

우리나라의 주요사망 원인은 1990년대에 들어와서는 분명하게 3대 요인으로 순환기계 질환(뇌혈관 질환, 심장병, 고혈압성제 질환),각종 암 질환, 사고(손상, 중독 등)가 1,2,3위를 고수하면서 증가하는 현상이다. 2008년도 통계청의 우리나라의 3대 사망 원인을 살펴보면 악성신생물, 뇌혈관 질환, 심장 질환으로 전체사망자의 48.3%(11만 8,332명)를 차지하고 있다. 특히 고혈압은 심혈관질환, 뇌졸중, 당뇨병의 직접적인 원인으로 작용하며 최근에는 결장암, 후두암, 신장암 등 일부 암 발생에도 관련될 정도로 건강에 미치는 영양이 대단히 크다(국민고혈압 사업단, 지선하, 2009).

우리나라 1990년대 초 고혈압 유병률은 남자 12.2%, 여자 11.1%(임경순 외,1992)로 일부농촌지역의 고혈압은 19.0%(서울대학교 지역의료체계시범사업단, 1993)로 보고되었다. 2001년 국민건강영양조사에서 30세 이상 성인의 경우 남자 34.4%, 여자 26.5%로 보고된 바 있다(보건복지부, 2002). 전국의 58개 농촌지역의 성인 고혈압 유병률은 29.94%(대한공중보건의사협회, 1999), 고령인구가 많은 농촌지역 고혈압 유병률은 32.6%(남자32.8%, 여자37.8%)(전미양외 충북chp reserch team, 2003)로 세월이 흐를수록 고령화된 농촌지역이 고혈압 유병률이 높아지고 있음을 알 수 있다.

〈부표 1〉 고혈압 유병률 현황

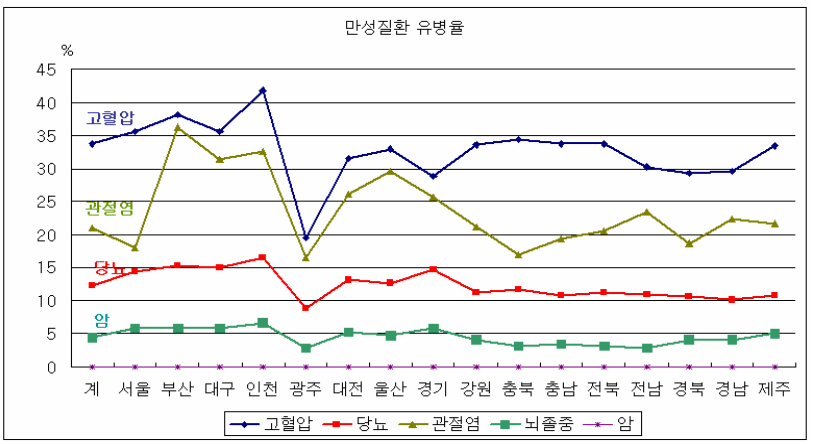
(단위: %)

구분	남자	여자
전체	45.4	35.8
20대	28.4	10.1
30대	32.9	10.3
40대	33.7	24.6
50대	48.6	48.7
60대	68.9	64.9
70대 이상	62.7	72.5

자료: 충북 수룡보건진료소 우수사례 보고자료 재인용

전국 보건소가 실시한 맞춤형 방문건강관리사업에서 대상자들의 만성질환 유병률 현황을 살펴보면 고혈압 34.7%, 당뇨 12.6%, 관절염 22.6%, 뇌졸중 4.7%, 암 유병률 2.7%로 고혈압이 가장 높았으며(부도 2), 2005년 국민건강영양조사와 비교 시 고혈압 유병률은 (1000명당 125명이 351명 증가) 2.7배로 높았다(건강증진사업단, 2009).

〔부도 2〕 만성질환 유병률



자료: 충북 수룡보건진료소 우수사례 보고자료 재인용(2008년 맞춤형 방문건강관리사업 결과 보고,건강증진사업단, 2009)

따라서 노령인구가 급증하고 있는 농어촌 지역에선 사망위험요인이 높은 만성퇴행성질환(고혈압, 당뇨, 관절질환, 고지혈증, 치매 등)에 대한 관리가 절실하게 필요하다. 특히 고혈압관리는 순환기질환과 뇌혈관질환의 일차예방 사업 중에서 가장 효과적이고 중요한 사업으로 필요하다.

3) 사업의 내용

농한기를 이용한 건강교실 프로그램으로 보건진료원과 보건인력이 고혈압자들과 주 3회 12주 동안 보건교육과 운동요법, 이완요법을 실천한 후 꾸준한 자가 관리가 가능하도록 도와주는 프로그램으로 구성되어 있다. 사업목적으로 고혈압 대상자의 혈압 측정하며 건강 관리하여 합병증 발생을 예방하고 건강수준 향상시킴은 물론 자가 관리를 할 수 있도록 하는데 있다. 만성질환과 관련된 체계적인 정보제공과 당뇨병·고혈압 등 주요 만성질환의 유병률을 감소시키고 만성질환으로 인한 사망과 장애를 최소화 시키는 것(국민건강증진종합계획:Health Plan 2010)과 같은 맥락에 있다.

가) 사업 준비단계 (운영 1개월 전)

① 사업계획서 작성

② 프로그램 운영을 위한 회의; 운영협의회, 마을건강원회의

③ 프로그램 진행에 필요한 물품 구입: 현수막, 이정표 등

④ 프로그램 안내 및 참가 신청서발송 : 관할 지역 내 고혈압자 전체

⑤ 보건교육 자료 점검, 기초검사 실시기관과 연계

⑥ 각 지역별 프로그램 참여 희망자 선정 및 동의서 작성 및 수거: 운영 2주전

⑦ 등록자에 관한 사전교육 실시(입교식); 기관단체장 초청

나) 실천 단계 (주 3회, 12주 운영)

① 보건교육

- 고혈압의 올바른 이해와 관리 주 1회 수요일 집단교육 실시
- 교육내용: 교육자료집 이용 (고혈압 바로 알기, 올바른 식이와 운동 등)

② 운동요법 : 걷기운동, 스트레칭, 근력운동 (3회 / 주 - 월,수,금)

- 단계별 운동방법 / 정상체중 유지와 유산소운동 추구
- 준비물: 운동화, 장갑, 마스크, 만보기, 단체모자, 아령, 스텝박스, 초시계 등

⇒ 운동요법의 평가(운동요법과 측정결과 관리 체크리스트 이용)

③ 이완요법 : 복식호흡 보조요법, 음악 감상, 화초가꾸기, 놀이요법 실시

다) 프로그램 마무리단계 (12주 후 한 달 이내)

- 12주 후 사전에 했던 임상적 검진과 설문 실시
- 걷기 대회 및 수료식 실시

라) 자가 관리 단계 (운동 후 한 달 뒤~)

– 12주 프로그램 후 자가 관리를 증진시키는 단계로 자가 모임 (동우회모임) 결성하여 월1회 산행가기, 식후 동네 한바퀴 돌기, 월 1회 전화하고 혈압 측정하기 등 지속적인 이행 하도록 독려

4) 사업 기간

① 기간: 2008.11.07 ~ 2009.03.12
(해마다 11월 초부터 다음해 3월 중순까지 실시)

② 개강식: 2008.12.15

③ 수료식 및 걷기대회: 2009.03.06

④ 발표회: 2009.03.12

5) 사업 대상자

관할지역 30세 이상 성인 중 고혈압을 갖고 있는 자로 참여 희망자 40명 내외의 희망자 중 혈액검사와 신체 측정 후 운동에 참여할 수 있는 자를 대상으로 하였다.

나. 충청북도 보은군 북암보건진료소(건강실천교실사업)

1) 사업 수행자 및 연계조직

북암보건진료소의 건강증진프로그램은 보건진료원과 마을건강원 리더로 자율적으로 연계하여 운영하였다. 운동은 주민리더의 위주로 자율적으로 실시하고 보건진료원의 사전·사후평가를 실시하는 형태를 띠고 있었다.

〈부표 2〉 북암 보건진료소 건강실천교실의 건강증진프로그램 구성 현황

사업내용	지역선정	건강실천교실운영	사업수행자
건강걷기	북암1리, 북암2리, 하판리, 중판2리	주 3회 50분 이상 걷기	- 마을건강원 리더로 자율적 운영 - 출석표 제작 배포
세라밴드운동	백현리	주 5회 60분 세라밴드 4세트 꼭지점댄스 4회	- 보건진료원 지도 및 관리 - 사전·사후 평가
세라밴드 운동 + 건강걷기	중판리	주 3회 이상 60분 세라밴드 운동2세트, 건강걷기운동	

2) 사업의 배경

〈부표 3〉 북암보건진료소 관내 일반적 현황

구 분	현 황	구 분	현 황
가 구 수	222가구	65세 노인인구	173명(32.1%)
인 구 수	535명	도거노인세대	49세대(22.1%)
행 정 리	6개리	노인부부세대	35세대(15.7%)
자연부락	13개마을	주 생업	농·축산업(87%)

일반적 현황에서처럼 관할 농촌지역주민의 특성을 살펴보면 고령화를 제일 먼저 꼽을 수 있는데 2007년 보건진료소 관할 지역 65세이상 노인비율이 32.1%로 초고령사회로 들어서 있습니다. 특히 여성노인인구 증가, 노인세대와 독거노인증가 등은 소외감과 고립감, 상실감 등을 안고 살아가게 됩니다. 또한 높은 만성질환 유병률은 진료비, 약값 등의 경제적 부담증가, 일상생활 제한의 문제를 가져오게 되고, 고령의 어르신들이 고된 농·축산일을 담당해야 하고, 읍내의 대중교통을 이용하여 복지시설을 이용하기가 쉽지 않는 등 복합적 문제들을 갖고 있습니다. 이러한 농촌특성과 노령에 따른 건강문제에 접근하여 신체적 변화를 줄여보고 기초체력을 향상시켜 건강을 유지 증진하고 주민간의 화합의 시간을 가질 수 있고 건전한 여가시간의 일조를 하라 수 있는 효과를 기대하며 삶의 질을 높이고자 그동안 시행한 여러해의 건강체조교실의 경험을 바탕으로 걷기운동교실은 마을 자체적으로 운영하고 세라밴드운동 경험이 없는 지역은 세라밴드운동을, 걷기와 세라밴드운동을 같이 병행하는 마을로 나누어 북암보건진료소 관할 6개리 지역이 모두 참여하게 되었습니다.

3) 사업의 내용

건강체조교실 사업의 목적은 다음과 같다.

① 규칙적인 운동으로 신진대사를 활성화 시키고,

② 운동의 필요성을 느끼고 운동하는 분위기를 조성하며,

③ 근력과 균형감 향상시켜 독립된 생활을 유지 증진하며,

④ 겨울철 무기력하고 단조로운 생활에 리듬과 활력을 주고,

⑤ 수료식 및 경연대회 참여로 자신감, 성취감, 자존감향상시키며,

⑥ 단체활동을 통해 지역주민의 유대강화와 단합의 시간을 갖는다.

운영협의회의 및 마을건강원회의를 통해 각 지역별로 희망하는 사업 내용을 구상하고 사업계획과 예산을 편성하여 사업을 진행하게 됩니다. 건강걷기 운동과 세라밴드 운동교실에 참여하였던 지역은 걷기운동을 하기로 하고 마을별 걷기 도로가 선정되어 있는 도로를 걷고 출석표에 출석확인을 하도록 하고 그동안 진행한 건강교실에 참여하지 못한 지역에 보건진료원이 직접 세라밴드 운동방법을 지도하여 건강교실을 진행하기로 하였다.

프로그램 구성을 보면, 세라밴드운동 프로그램 : “세라밴드운동프로그램이 농촌여성의 하지근력과 균형에 미치는 효과” 한국농촌간호학회지 등재된 프로그램으로 세라밴드르 의자나 고정된 곳에 묶거나 상대방이 밴드를 잡아주는 방법 대신 대상자 자신의 신체를 활용하여 실시하는 저항운동으로 구성하였고 발목, 무릎, 허리, 손목, 팔꿈치, 어개관절 등을 이용하여 15가지 운동으로 각각 동작을 8회 반복하는 것을 1세트로 반복 하게 되는 것이다.

① 수료증, 개근상, 건강증진상(사업전후 많이 변화된 분)시상

② “즐거운 한마당” : 마을별 장기자랑대회 및 시상 , 단합대회

〔부도 3〕 건강실천교실사업의 진행절차

사업구상 및 계획 : 프로그램 내용, 운영안정(기간, 시간, 횟수 등)

⬇

사업소개 및 수정보완 : 운영협의회의 & 마을건강원회의
(프로그램운영시기, 지역 및 대상자, 강사섭외)

⬇

사업진행준비
- 사업평가를 위한 사전설문지 작성 / 리더 선출
- 운동도구 준비, 현수막 및 출석표 제작

⬇

프로그램 운영
- 출석확인 스티커 붙이기
- 개별상담 및 보건교육 : 정기적 혈압·혈당측정 : 보건진료원
- 월 1회 다과회(단합)

⬇

프로그램 종료
- 사업결과 평가를 위한 사후설문지 작성
- 수료식 : 양성, 내용, 규모, 음식, 개근상, 건강증진상, 기념품 준비 내·외빈 초대, 의자 및 단상준비 : 면사무소 연계(이장)

행사진행 : 이벤트사, 이장님

다. 충청북도 보은군 북암보건진료소(당뇨중심의 소그룹 사례 관리)

1) 사업수행자 및 연계조직

북암보건진료소 만성질환관리 건강증진사업의 수행자는 보건소 사업의 일환으로 추진되었으며 당뇨중심 소그룹 사례관리를 중심으로 보건진료소에서 실시하였다.

2) 사업의 배경

급속한 인구고령화와 생활습관 변화는 질병양상을 만성질환 위주로 재편되어 가고 있으며, 연령이 증가할 수 록 만성질환자수사 증가하고 있는 실정이다.

지난 10년간(1995-2005)고혈압, 당뇨병 환자의 건강보험 진료비는 각각 9배, 8배 증가하여 전체 건강보험 진료비 증가율을 크게 상회, 건강보험 재정약화의 주요 원인으로 작용하여 적절한 관리 대책이 시급하다고 발표하였다. 만성질환은 그 특성상 개인의 건강행태 변화로 예방이 가능하고, 노인의 취약계층에 빈발하며 개인의 생명활동 능력 장애를 초래하며, 장기요양의 필요로 인해 건강 및 사회의료 재원의 막대한 비중을 소비하며 노동력 손실의 원인이 되므로 국가적으로 관리의 필요성이 매우 크다 하겠다. 보건기관의 보건사업은 노인체조 경연대회 및 발표회, 걷기대회 등으로 표면화 되다보니 활동 가능한 노인을 대상으로 진행될 수 밖에 없었다. 따라서 취약계층을 중심으로 건강교실을 운영하거나 클리닉 운영의 사례가 매우 부족하다. 고령의 만성질환 대상자 및 허약노인을 대상으로 적극적인 건강관리 사업의 중재로 장기요양 상태로 넘어가지 않도록 방지하는 프로그램의 운영이 절실하다 하겠다.

맞춤형 방문건강사업으로 일한으로 의료급여 대상자 중 당뇨병을 갖고 있거나 만성질환을 갖고 있는 허약노인 중 이동이 자유롭지 못한 취약계층의 대상자를 보건진료소내로 이동하여 탄성밴드 운동 프로그램과 보건교육을 실시하고 근력강화, 혈당하강, 혈중 지질의 변화 및 당뇨병 관리에 대한 지식수준의 변화를 비교해 보고자 한다.

3) 사례관리의 목적

맞춤형 방문건강관리사업은 건강관리의 동기와 자신감, 자가관리 능력을 증대시킴으로써 위험요인 관리행위 실천율을 높이고, 만성질환으로 인한 합병증을 예방하며, 맞춤형만성질환 건강클리닉 운영프로그램에 능동적 참여를 유도하고 규칙적인 운동으로 기초체력을 향상시키며, 단조로운 일상생활의 활력을 줌으로써 궁극적으로 삶의 질을 향상 시키고자 한다.

4) 대상자 선정기준

방문요구도 판정에서 Ⅱ-1군으로 판정된자 대상자 중,

① 사례관리에 프로그램 참여에 동의한 자

② 사례관리에 대한 호응도가 높고 의지가 있는자

③ 거동가능하고 국문 해독 가능한자

5) 보건교육자료

① 충북만성질환관리 사업지원단교재, 맞춤형 방문보건관리사업 중재

② 2009년 보은군 건강걷기 교실 교육자료 “당뇨병 바로 알기”

③ 2006년 충북 CHP 연구팀 “고혈압 자가관리 길잡이”등

6) 사업의 관리과정

〈부표 4〉 당뇨관리사업 관리 과정 요약

사례관리 대상자 선정	→	대상자 선정 기준에 따라 방문요구도 판정에서 Ⅱ-1군으로 판정된 당뇨진단을 받고 조절이 잘 되지 않거나 투약을 하지 않고 있는 대상자
↓		
요구조사 : 방문 (보건소연계 기초조사 및 건강검진)	→	1차 방문 - 등록, 기초조사 및 요구도 조사, 혈압, 혈당, 당화혈색소, BMI, 허리둘레, 총콜레스테롤, 중성지방, LDL, HDL, 기초체력(악력, 대퇴그력, 발목근력, 균형감, 유연성), 당뇨관리에 대한 지식수준, 노인우울, 삶의 질 등 평가 -사례관리일정안내
↓		
사례관리 문제목록선정 및 사례관리 계획수립	→	-요구조사표 활용→ 문제목록 작성(fish born 으로 제시) -문제선정기준에 의거하여 문제 선정 및 중재안 작성
↓		
사례관리 실시 "당뇨 교실"운영	→	12주 당뇨교실 프로그램운영 : 주 3회 교실 운영 (방문후송) - 매주 월, 수, 금요일 오후 3시-4시 운영 - 매회 운동프로그램 / - 매주 수요일 보건교육 - 매회 건강수첩에 식사 일지, 걷기운동시간, 혈압, 혈당 측정하여 기록
↓		
평 가	→	사례관리 결과 측정 - 프로그램 운영 전후 평가 기초조사 및 요구도 조사, 혈압, 혈당, 당화혈색소, BMI, 허리둘레, 총콜레스테롤, 중성지방, LDL, HDL, 기초체력(악력, 대퇴그력, 발목근력, 균형감, 유연성), 당뇨관리에 대한 지식수준, 노인우울, 삶의 질 등 평가
↓		
추후관리	→	대상자 의뢰 및 연계 정기방문 관리

7) 사례관리 프로그램 운영 매뉴얼

〈부표 5〉 충북 북암보건진료소의 건강증진사업 사례관리 운영매뉴얼

일정	월	수	금
전	- 프로그램 설명회, 등록, 사전설문지 및 건강검진		
1주	- 오리엔테이션 - 운동프로그램 60분(첫주 운동 시범 및 개별 지도)	- 운동프로그램: 60분(시범) - 보건교육: 운동의 필요성	- 운동프로그램 45분 • 준비운동: 스트레칭(5분) • 본운동: 세라밴등운동(30분) • 정리운동(10분): 박수치기 →얼굴 지압하기→머리 지압하기→온몸 두드리기 →뇌파 진동
2주	- 운동프로그램 50분	- 운동: 운동프로그램 50분 - 보건교육: 혈압이란?	
3주	- 운동프로그램: 50분	- 운동프로그램: 50분 - 보건교육: 정상혈압과 내혈압 알기	
4주	- 운동프로그램 45분 - 혈압, 혈당 측정	- 운동: 운동프로그램 45분 - 보건교육: 고혈압 위험요인은?	 - 운동프로그램 45분
5주	- 운동프로그램 45분 - 혈압, 혈당 측정	- 운동: 운동프로그램 45분 - 보건교육: 고혈압 증상 있다/없다?	
6주	- 운동프로그램 45분	- 운동: 운동프로그램 45분 - 보건교육: 고혈압의 관리와 합병증	
7주	- 운동프로그램 45분	- 운동프로그램 45분 - 보건교육: 당뇨병의 이해 -'나의 혈당 및 정상혈당알기'	
8주	- 운동프로그램 50분 - 혈압, 혈당 측정	- 운동프로그램 50분 - 보건교육: 당뇨병의 합병증 및 대처방법	
9주	- 운동프로그램 45분	- 운동프로그램 45분 - 보건교육: 당뇨병의 관리 - 당뇨와 운동	
10주	- 운동프로그램 45분	- 운동프로그램 45분 - 보건교육: 당뇨병의 관리 - 당뇨 식이요법	
11주	- 운동프로그램 45분	- 운동프로그램 45분 - 보건교육: 당뇨병의 관리 - 당뇨 식이요법 '표준체중 및 필요 칼로리 알기'	
12주	- 운동프로그램 45분 - 혈압, 혈당 측정	- 운동프로그램 45분 - 보건교육: '당뇨' 전반적으로 리뷰	- 운동프로그램 45분 - 사후 설문 및 검진 안내
후	- 설문지 완성(12주후 건강검진과 사후 설문지 작성)		
	- 시상과 수료식		

라. 전라남도 무안군 사창보건진료소(노인건강관리사업)

1) 사업 수행자 및 연계조직

사창보건진료소의 노인건강관리사업 수행자 및 연계조직체계를 살펴보면 〈부표 6〉과 같다.

주간보호 사업의 경우는 남자어르신들 목욕부분에서 여성 진료소장과 여성도우미 인력만 있어 어려움이 많아, 면단위에 있는 청년개발회 등 민간단체에 협조를 요청하여 연간사업계획에 봉사활동을 세우도록 부탁하였더니 송영서비스부터 남자어르신 목욕은 해결 가능하였다.

〈부표 6〉 사창보건진료소 건강관리사업의 조직체계

기관	지원조직	세부 지원조직현황
보건진료소 주간보호실	행정체계	무안군 보건소 행정계
		일로읍 사무소
	지원체계	일로병원
		일로복지관
		운영협의회 마을건강원
		자문위원회 및 평가기관

2) 사업의 배경

전국에 비해 진료소 관할 노인인구가 많아 만성질환 환자가 많았다.

그 중에서도 여성노인인구 비율이 높아(64.4%) 노인의 4苦(질병, 가난, 역할상실, 소외감)문제이다.

〈부표 7〉 사창보건진료소 노인인구 현황(1981/2009)

(단위: %)

구분	전국 노인인구	진료소단위 노인인구
1981년	3.9	7.1
2009년	10.7	42.9

대상자 전체인구 중 노인인구가 많다는 것은 만성질환자가 많다는 것이고 결국은 골다공증, 운동요법, 식이요법, 영양교육문제가 지역에서 필요했고 시급했기 때문에 노인문제에 더 접근할 수 있었다.

3) 사업내용

① 노인목욕사업

- 동기: 집집마다 목욕시설이 갖추어져 있지 않고 목욕탕도 나가기 어려운 상황이라 1년에 한번만이라도 어르신들을 모시고 목욕을 시켜드리기로 하였다.
- 방법: 65세 이상 노인들 중 나이가 많은 대상자부터 1년에 한번씩 버스를 대절하여 온천에 가서 목욕을 시켜드리는데 각 마을 운영협의회원들과 마을건강원들이 하루 자기 마을 남, 여 어르신들을 책임지고 목욕시켜드리고 하루를 모시고 다니면서 관광지를 구경시켜드리고 아침식사부터 저녁식사 드시는 것 까지 책임지고 모신다.
- 예산: 보건진료소 예산중 보건사업비 예산
- 효과 :

㉮ 어르신들이 65세가 넘어 대상자가 되었다는 뿌듯함을 느껴 모처럼 나이가 드셨다는게 좋은 점도 있다고 생각함.

㉯ 그날의 봉사자인 운영협의회원들과 마을건강원들도 어르신들을 위해 하루 봉사할 수 있었다고 보람을 느낌.

㉰ 동네어르신들과 봉사자들의 관계가 향상되었고 보건진료소 홍보 역할 함.

② 주간보호사업

– 동기: 노인온천사업을 하다 보니 움직일 수 있는 대상자만 서비스 이용이 가능하고 움직이지 못하는 와상환자는 서비스 이용에 한계가 있어 실내에서 이루어지는 사업을 생각하게 되었다.

– 목적: 광암보건진료소 주간보호실(사업소)의 사업은 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 허약한 노인과 장애노인을 낮 동안 주간보호실에서 각종 서비스(보건, 식사, 상담, 재활, 활동서비스 등)를 제공하는데 있다.

– 서비스 내용

- 건강관리사업 - 일일건강검진, 기능회복, 목욕서비스, 이·미용서비스, 손·발톱관리, 물리치료
- 오락프로그램사업 - 음악활동, 미술활동, 작업활동, 회상활동
- 가족지원사업 - 가족모임
- 상담사업 - 내방상담, 전화상담
- 급식사업 - 중식서비스, 간식서비스
- 송영서비스 - 정기 차량운행
- 가정방문서비스- 빨래, 청소, 설거지, 말벗

– 준비사항

① 사업계획서
② 주간보호실 자문위원 구성
(사업 시작 전에 준비를 위한 회의, 사업실시 후 평가회의 개최)
③ 주간보호실 담당인력(간호조무사)
④ 주간보호실공간마련
⑤ 샤워시설마련-때 밀기, 머리감기기
⑥ 곡성군의료원 견학(담당자, 자문위원장, 마을건강원회장)
⑦ 목욕통, 노래방기기, 비디오
⑧ 물리치료기-다기능운동기기, 안마기, 적외선치료기, 자전거타기, 발마사지기
⑨ 작업요법: 가위, 풍선, 찰흙, 색종이
⑩ 운동요법: 농구, 볼링, 고리던지기, 롤로코스터, 권투, 공, 주사위

– 그 외의 지원사항

① 무안군보건소⇒물리치료사(월1회)
② 읍사무소⇒공공근로인력(3/4분기)
③ 사회복지학과⇒방학기간중 1학년학생(남1명, 여1명)
④ 간호학과⇒사업계획서 이론 구축
⑤ 일로종합사회복지관⇒남자목욕서비스, 송영서비스
⑥ 김내과⇒의료체계연계(응급상황시)
⑦ 군의원⇒복지사업에 대한 관심과 배려
⑧ 지역주민대표⇒주간보호실 운영의 어려움 찾아 도움
⑨ 마을건강원, 운영협의회원, 이장, 부녀회장⇒송영서비스
⑩ 지역과의 연계
- 관내초등학교교장선생님 개설식 참석 주민과 대화 및 금일봉
- 관내 중·고등학교학생 자원봉사 후 자원봉수점수를 받아감

– 사업의 운영방법

① 화요일 대상자
운영협의회원과 마을건강원들이 회의때 미리 선정한 대상자를 부락별(13개 부락이 우선순위)로 돌아가면서 고령의 어르신들을 5분씩 모셔다 서비스를 제공하는데, 관외부락의 경우는 이장님이 5분을 선정하여 요청하면 서비스를 받을 수 있다.

② 목요일 대상자
장애가 심한 상태이거나, 치매가 있는 어르신 10분을 선정하여 5분씩 2주에 한번 서비스를 제공한다. 도중에 상태가 심하셨던 분이 돌아가시면, 화요일 대상자중에서 상태가 심하신 분이 목요일 대상자가 되고, 상태가 심하신 분이 발견되면 목요일 대상자중에서 가장 상태가 양호하신 분이 화요일 대상자로 옮겨지게 된다.

③ 송영서비스 방법
가족이나 자원봉사자의 승용차, 승합차, 리어카, 오토바이, 장애인용오토바이
- 하루일정
* 시작하기 전날 그 부락 마을건강원과 대상자의 집을 가정방문 하여 혈압재고, 가족과 상담하여 송영방법을 의논하고, 목욕 후 갈아입으실 속옷을 준비하시라 한다.
* 당일
❍ 오전 10시30분부터 가족들이나 자원봉사자들이 대상자를 모시고 오시면, 준비한 이름표를 달아드리고 가지고온 소지품(속옷, 신발)은 사물함에 넣는다.
❍ 혈압, 맥박, 체온, 체중을 잰다
❍ 다른 분들이 도착하시는 동안 간식(빵, 전, 음료)을 드신다.
❍ 대상자가 전부 다 모이면 대상자·자원봉사자·담당자·진료소장이 모두 모여 자신을 소개(이때 이름과 자랑거리 기타등등)하고 소개가 끝날 때마다 박수를 크게 쳐드린다.
❍ 샤워실에서 머리를 감겨드리고, 때를 밀어드린다.
❍ 따뜻한 물이 준비된 특수목욕탕에서 물리치료(물살이 6곳에서 나오므로)와 목욕을 한다.
❍ 목욕 후 속옷을 갈아 입혀드리고, 손톱과 발톱을 깍고, 머리나 수염을 손질한다.
❍ 점심시간에 각자의 식판으로 식사를 한다(거동불능 대상자는 떠 먹여드린다).
❍ 식사 후 차(녹자, 율무, 커피)를 마시면서 이야기를 한다.
❍ 치매검사를 하고, 진료를 원하시는 분은 진료를 받는다.
❍ 운동요법 및 물리치료: 종합운동기기(6가지운동), 자전거 타기, 안마기, 적외선치료, 온찜질기, 발 맛사지를 받는다.
❍ 작업요법 및 오락요법: 볼링, 농구, 고리던지기를(이 게임을 하기 위해서는 가위·바위·보를 하여 1등부터 5등까지를 정한다.)하는데 선수가 게임을 시작하거나 끝날 때 반드시 박수를 친다. 게임에서 가장 성적이 좋으신 분은 보너스로 한번 더 할 수 있는 기회를 드린다.
❍ 노래방기계로 노래부르기, 권투, 롤러코스터, 흙만들기, 색종이 자르기, 풍선불기를 하고 단체 또는 둘이서 짝지어 부드러운 공·주사위 던지기놀이를 한다.
❍ 거동이 많이 불편하시거나 대상자가 힘들어하는 날엔 비디오를 본다(춘향뎐).
❍ 간식: 제철 과일(수박, 포도, 바나나)을 드시면서 오늘의 일정에 대해 의견을 교환한다.
❍ 오후 3시 30분에 가족들이 모시로 오시면, 이름표를 반납하고 소지품을 챙겨서 가시도록 도와드리고, 가족이 못 오시면, 진료소에서 모셔다 드린다.

– 추후관리: 다음날 가족이나 대상자와 전화를 통해서 주간보호실 이용 후 몸 상태를 물어보고 feed back을 받는다.

– 사업 연계조직 : 주간보호 사업의 경우, 남자어르신 목욕은 여

성 진료소장과 여성도우미 인력만 있어 어려움이 많아 면단위에 있는 청년 개발회 등 민간단체의 협조를 얻어 송영서비스는 물론 남자어르신 목욕까지 해결 가능하게 되었다.

4) 사업내용별 사업계획

〈부표 8〉 사창보건진료소 건강관리사업의 사업계획

사업분류	세부사업	사업 내용	실시횟수	제공자
1. 건강관리 사업	일일건강검진	체중점검, Vital sign, 건강상태점검, 간호관찰	주2회	진료원
	기능회복	일반진료 및 물리치료 등을 통한 기능 유지·회복	주2회	진료원
	목욕서비스	머리감기, 목욕서비스 지원	주2회	담당자 자원봉사자
	이·미용서비스	이·미용서비스 지원	주2회	〃
	손·발톱관리	손·발톱관리	주2회	〃
	물리치료	종합운동기기, 자전거타기, 안마기, 발맛사지, 관절염운동	주2회	담당자 자원봉사자
2. 오락 프로그램 사업	음악활동	음악감상, 노래부르기	주2회	담당자 자원봉사자
	미술활동	색칠, 가위로 색종이자르기, 종이접기, 찰흙으로 만들기 등	주2회	〃
	작업활동	고리던지기, 볼링, 공·주사위놀이, 풍선불기, 권투, 농구, 롤러코스터	주2회	〃
	회상활동	비디오상영	월1회	〃
3. 가족지원 사업	가족모임	대상자 가족간의 상호정보 및 경험교류	반기1회	진료원
4. 상담사업	내방상담, 전화상담	노인과 노인 가족에 대한 초기상담 및 정기적인 상담을 실시	주2회	〃
5. 급식사업	오전간식서비스	전, 빵, 우유 등	주2회	담당자
	중식서비스	일반식, 영양식, 연식 등	주2회	담당자
	오후간식서비스	과일 등	주2회	〃
6. 송영서비스	정기 차량운행	운영협의회원, 마을건강원, 이장, 부녀회장, 자원봉사자차량 운행	주2회	자원봉사
7. 재가 복지서비스	가정방문서비스	빨래, 청소, 설거지, 말벗	주1회	담당자

5) 업무내용

〈부표 9〉 사창보건진료소 건강관리사업의 업무내용

기관	담당자	업무내용
보건진료소 주간보호실	* 보건진료원 · 1급사회복지사 · 간호사 · 운전면허증	· 주간보호실 총괄책임 · 업무 총괄 및 대상자 상담 · 주간보호실 프로그램 진행 · 주간보호실 건강관련 프로그램 진행 · 재가서비스 관리
	* 간호조무사 (운전면허증)	· 주간보호실 운영담당 · 목욕서비스 · 기능회복/물리치료/재활서비스 · 식사/간식서비스 담당 · 송영 서비스 지원 · 재가서비스 담당
	* 주간보호실 업무보조	· 목욕서비스 · 기능회복/물리치료 · 식사/간식서비스 담당 · 송영 서비스 지원 · 재가서비스 관리
	* 자원봉사자	· 일로개발청년화→남자대상자 하루 일정을 함께 봉사 (남자목욕서비스 및 이발서비스, 식사보조, 물리치료보조, 운동치료보조, 작업요법 보조등)
		· 일로개발청년회 차량자원봉사 · 환학동성당선교사부부 차량자원봉사 · 연초조합소장님 차량자원봉사 · 마을건강원 차량자원봉사 · 일로종합사회복지관 차량자원봉사
	* 물리치료사	· 무안군 보건소 물리치료사 방문

〈부표 10〉 사창보건진료소 건강관리사업의 일일활동계획

시간	프로그램 항목	세부 내용
10:30～	주간보호실 입실	이용자는 자원봉사자와 가족동원으로 이루어진다.
11:00～	기초건강체크·아침인사 지남력훈련 및 치매조사	일반건강상태, 바이탈 사인 체크, 체중검사, 오늘은 0일 0요일, 여기가 어디일까요?, 지금은 몇시?
11:30～	오전 프로그램	목욕 및 손·발톱 관리한다.
12:30～	점심식사	식판 나르기·테이블, 바닥 닦기, 식사동작을 지도한다.
14:00～	오후 프로그램	재활치료사업 및 오락프로그램을 진행한다.
15:00～	간식시간 및 담화	간식 준비 - 접시와 컵을 나누어 준다.
15:30～	귀가 준비	옷 입기, 화장실 다녀오기, 신발 갈아 신는다.
16:00～	송영	대상자의 집까지 모셔다 드리도록 돕는다.

마. 경상북도 영주시 배점보건진료소 (건강증진사업: 노년을 당당, 팔팔하게)

1) 사업 수행자 및 연계조직

영주시 배점보건진료소의 건강증진사업 수행자와 연계조직을 살펴보면 다음과 같다.

① 영주선비체조 홍보단
② 영주시 한의사회
③ 국제절제협회 풍기지부
④ 영주시 스마일(웃음치료)협회
⑤ 영주시 생활체육회 및 체조연합회
⑥ 보건진료소 운영협의회 및 마을건강원, 부녀회

2) 사업의 배경

주민들의 생활터를 찾아가 건강행복교실을 운영함으로 신체활동 능력 향상 및 일상생활의 기능 향상 형성과 농한기 건강마을 붐 조성으로 신체적 사회적으로 건강하고 행복한 지역사회 분위기 조성, 농한기 여가 선용을 위한 농촌 놀이 문화의 부재, 농한기 음주, 흡연 등 불건전한 일상 생활습관 개선이 필요, 지역 주민들에게 건강행태 실천을 위한 분위기 조성을 목적으로 시작하였다.

3) 사업의 목적

농한기 농촌지역 주민들에게 백세 시대를 대비하기 위한 건강 프로그램을 통하여 여가 선용의 기회를 제공함과 동시에 긍정적 자아관 형성을 돕고 건강생활 실천 의지를 향상시킴으로 만족스럽고 질 높은 삶을 영위하도록 한다.

4) 사업의 개요

① 기간 : 2007년부터 2012년 까지 추진
(매년 농한기 1월 ~ 3월 중에 주 1회 8주간 운영)
② 대상 : 배점보건진료소 관내 주민
③ 장　소 : 보건진료소 관내 마을회관 및 경로당
④ 강사
○ 한방진료 : 한방 공중보건의
– 선비체조 : 영주선비체조 홍보단
– 건강검사 : 건강생활실천통합서비스팀

- 건강교육 : 전문강사, 보건진료원, 건강생활실천통합서비스팀
- 레크레이션 및 공예 : 관내 전문 강사

○ 내용

- 건강강좌(금연·절주, 영양, 한방, 만성질환, 응급처치교육)
- 레크레이션 및 노래 교실, 웃음치료
- 한방진료 및 물리치료, 운동(선비체조, 스트레칭, 기체조)
- 공예(도자기, 한지, 지점토, 리본공예 등)
- 교양강좌, 온천목욕봉사

5) 주요사업 내용

① 건강강좌

- 내용: 금연·절주, 영양 ,건강생활실천, 한방건강, 만성질환예방 등
- 방법: 보건진료원 및 보건소 전문인력, 전문 외래강사 활용

② 한방진료

- 내용: 이동 한방진료
- 방법: 오지마을 이동 진료팀 방문 진료

③ 레크리에이션

- 내용: 웃음치료, 레크리에이션, 노래, 종이접기, 만들기 등
- 방법: 레크리에이션 전문강사 활용

④ 운동교실

- 내용: 영주선비체조, 스트레칭, 기공체조 등
- 방법: 영주선비체조 홍보단 및 전문 체조강사 활용

⑤ 온천목욕봉사

- 내용: 노인 풍기온천 목욕
- 방법: 마을건강원과 운영협의회의 협조로 온천 이동 및 목욕

⑥ 취미교실

– 내용: 도자기, 비누공예, 압화, 종이접기, 풍선공예 등

– 방법: 공예 전문 강사 활용

6) 사업 평가계획

① 스트레스 측정 장비를 통한 스트레스 정도 전후 비교평가

② 프로그램 만족도 및 참여율 평가

바. 경상북도 영주시 배점보건진료소 (노년을 당당, 팔팔하게-용암산 바위등반의 날)

1) 사업 수행자 및 연계조직

영주시 배점보건진료소의 건강증진사업(노년을 당당, 팔팔하게-용암산 바위등반의 날)의 수행자와 연계조직을 살펴보면 다음과 같다.

① 보건진료소 운영협의회 및 마을건강원

② 영주시 생활 체육회

③ 이장협의회 및 새마을 부녀회

2) 사업의 배경

농촌 환경에 알맞은 운동 문화를 육성하여 건강하고 당당하며 활기찬 노년 생활유도, 농촌주민 남녀노소 구분 없이 모두가 즐길 수 있는 운동 육성, 숲(자연경관)은 그 자체로 심신 안정과 스트레스 해소, 단순 휴식 차원을 넘어 자연치유 효과로 정신적, 육체적 건강에 활력소를 제공

및 지역사회 좋은 자원(용암산 바위공원)을 외부에 알려 활성화 유도하고자 한다.

3) 사업의 목적

농촌 지역 특성에 알맞은 운동을 보급함으로 주민들의 운동실천분위기 조성과 아울러 지역주민들의 화합과 단합을 유도하여 살기 좋은 농촌, 건강한 농촌 지역사회를 만들고자 한다.

4) 사업의 개요

① 기간: 2010년 1월부터 월 1회 추진
② 장소: 용산보건진료소 관내 용암산 바위공원
③ 대상: 5개리 주민(용산1,2리 여륵1,2리 묵리)
④ 운영방법 :
- 운영협의회 산하 건강걷기를 사랑하는 사람들의 모임(건사모)을 둔다.
- 건사모 임원은 운영협의회 위원에서 선출
- 농번기: 개별적으로 건강걷기
- 농한기: 매월 1회 건사모에서 건강걷기 추진

5) 세부사업 추진 방법

① 운동의 필요성과 건강걷기에 대한 관심 모으기
- 보건진료소 운영협의회에서 주축이 됨으로 인해 지역주민의 관심과 참여를 유도한다.
- 운동의 필요성 특히 걷기의 중요성에 대한 교육으로 능동적, 자발적 참여를 유도한다.

② 월 1회 보건진료소 운영협의회 주관 하에 전 관할지역 주민이 참여하는 건강 걷기의 날을 지정한다.

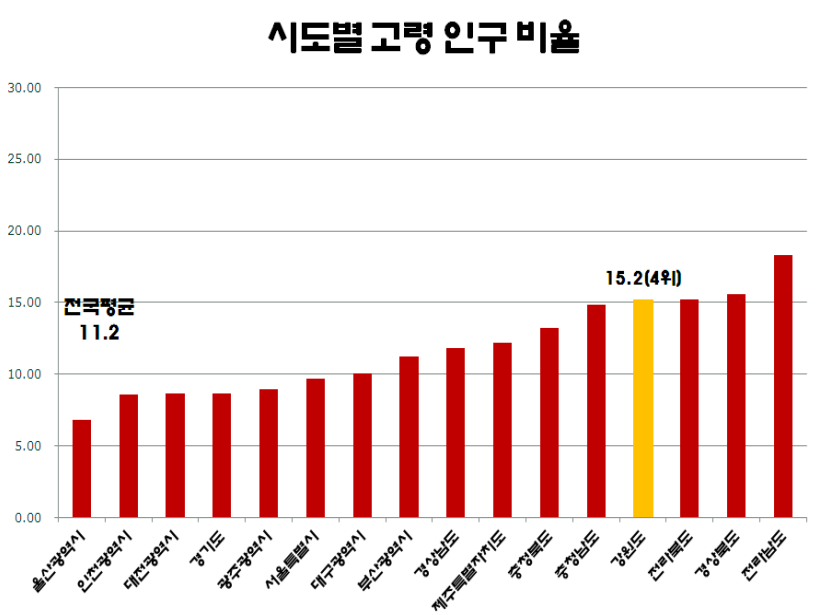
③ 농번기(4월~6월, 9월~11월)에는 건강걷기에 대한 필요성과 건강증진에 대한 개별교육, 개별 산행을 실시한다.

사. 강원도 횡성군 지역연계 프로그램

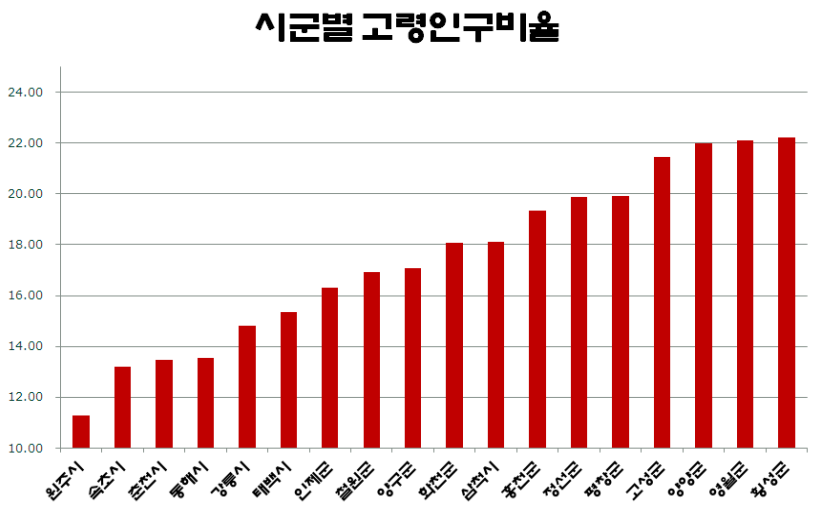
1) 강원도의 보건사업 현황 및 계획

□ 강원도현황 (2012 강원도 행복위원회 내부회의 자료)

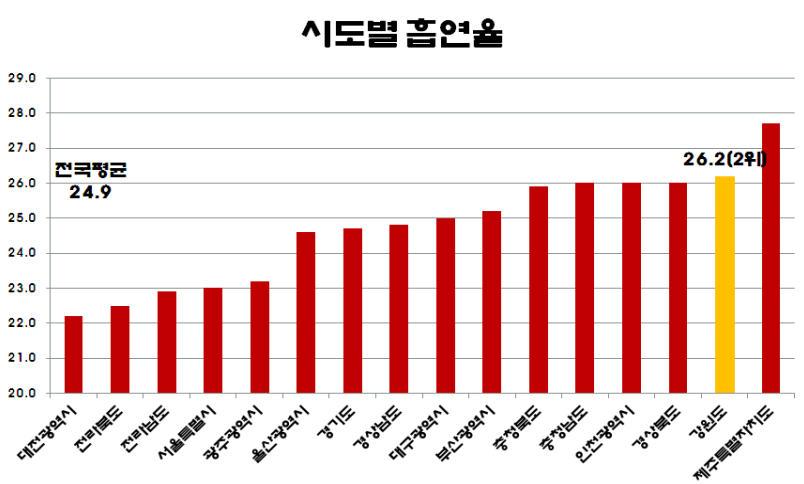
〔부도 4〕 시·도별 고령 인구비율



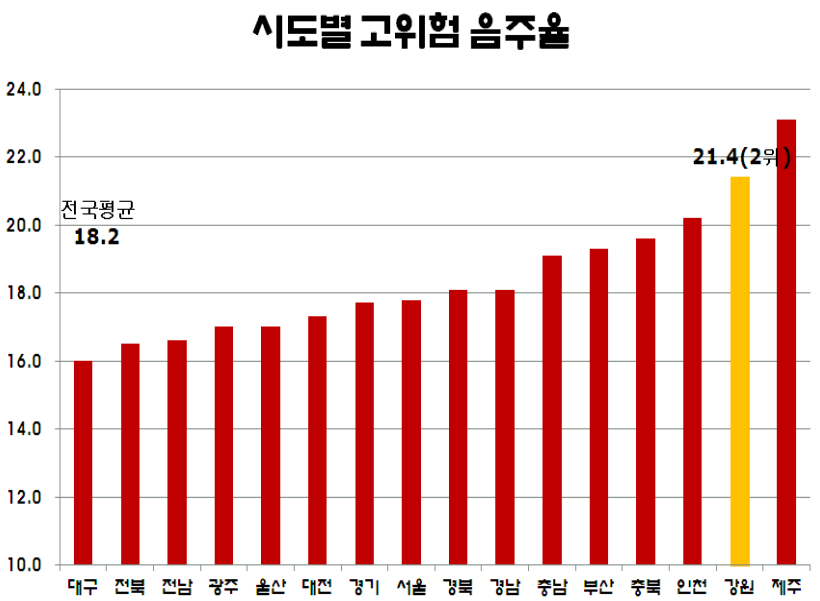
〔부도 5〕 시·도별 고령인구비율



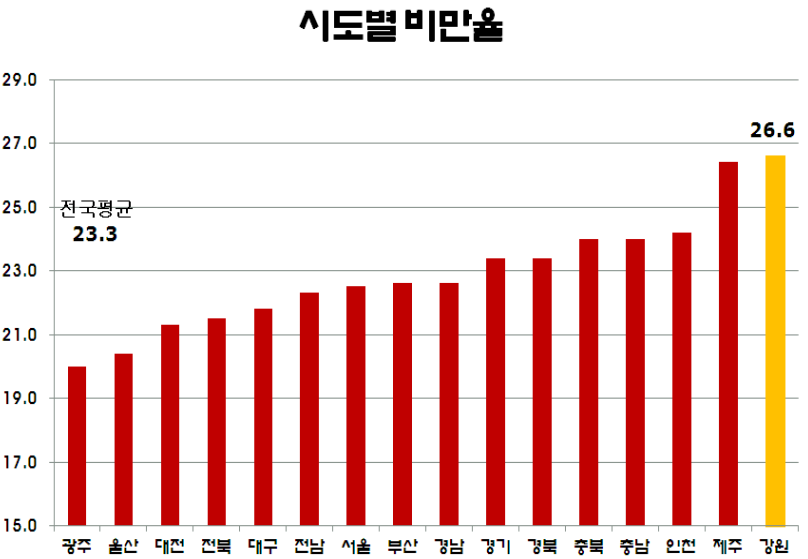
〔부도 6〕 시·도별 흡연율



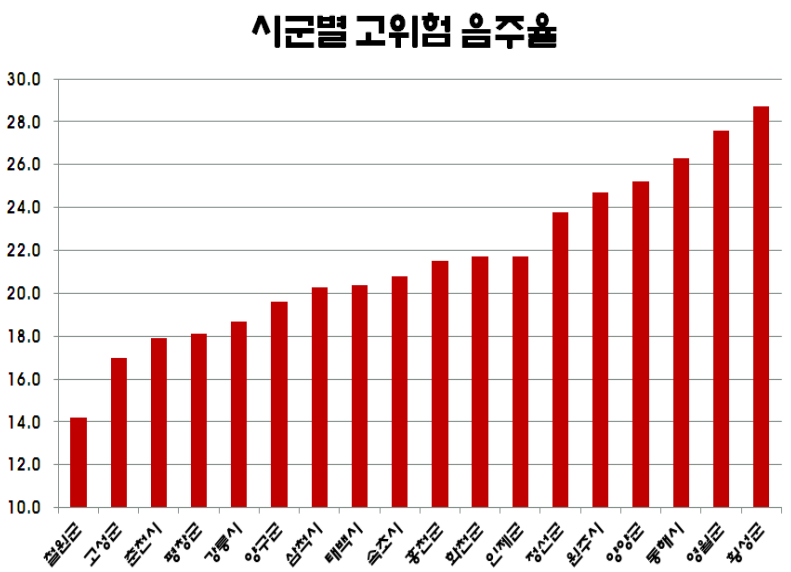
〔부도 7〕 시·도별 고위험 음주율



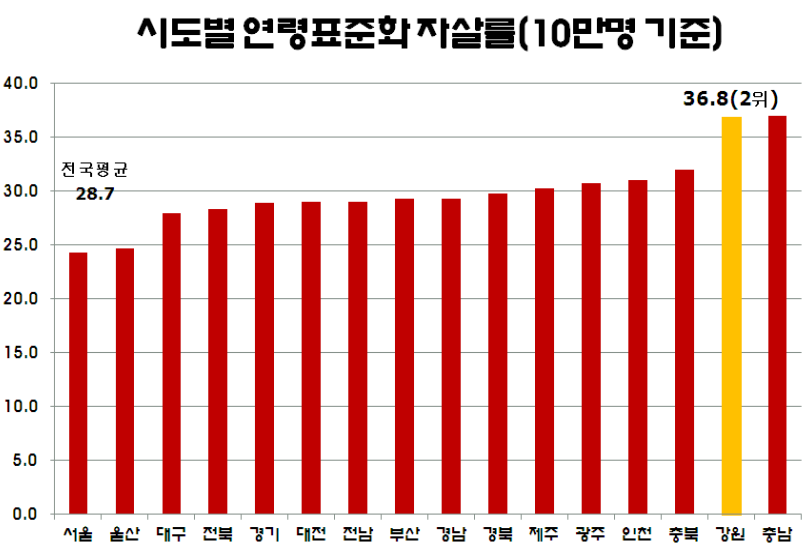
〔부도 8〕 시·도별 비만율



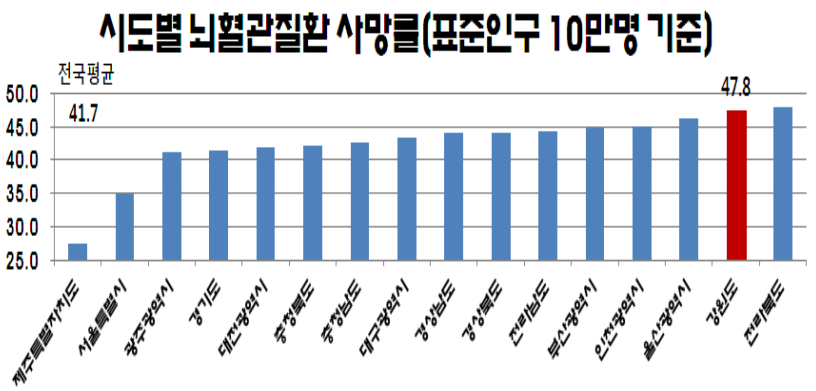
〔부도 9〕 시·도별 고위험 음주율



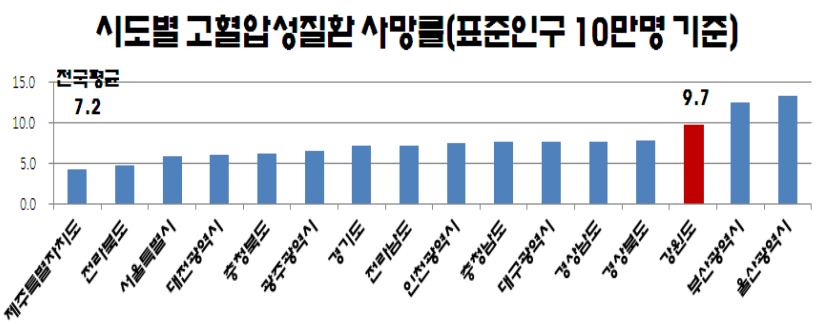
〔부도 10〕 시·도별 연령표준화 자살률(10만명 기준)



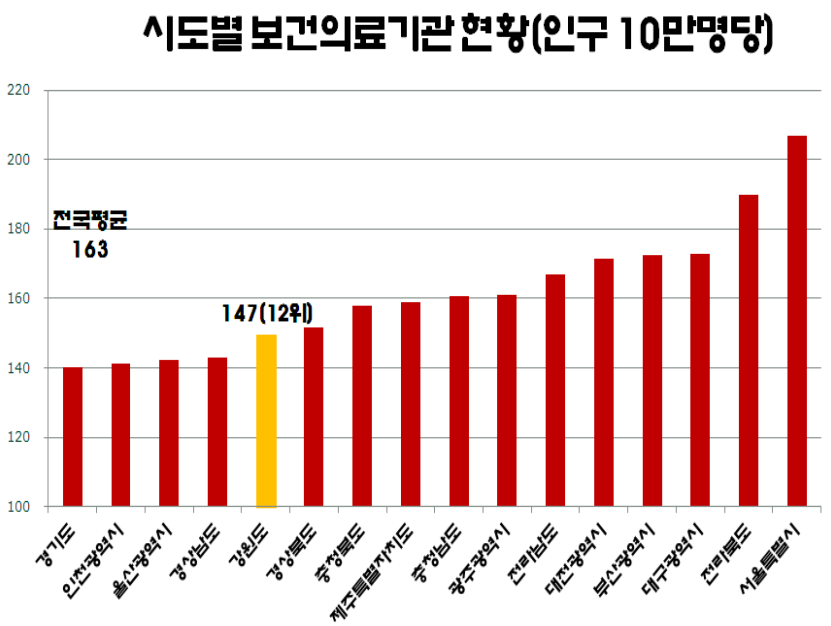
〔부도 11〕 시·도별 뇌혈관질환 사망률(표준인구 10만명 기준)



〔부도 12〕 시·도별 고혈압성질환 사망률(표준인구 10만명기준)

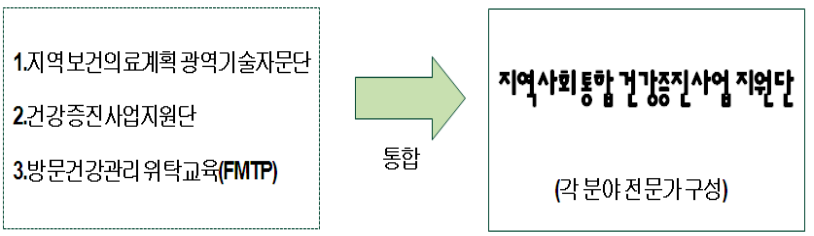


〔부도 13〕 시·도별 보건의료기관 현황(인구 10만명당)

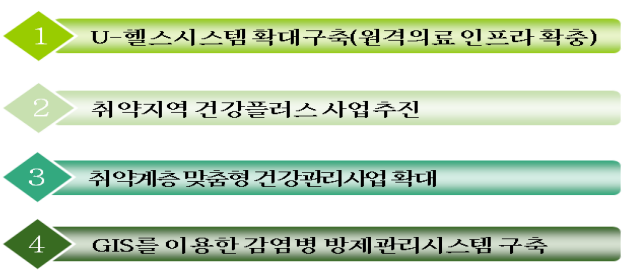


○ 위의 표에서 설명하듯이 강원도의 건강지표는 매우 낮은 수준이다. 보건의료기관은 적고 대상자는 전국의 최고수준의 비율을 차지하고 있다. 하지만 접근성과 자원, 예산, 인프라의 부족은 해결하기 어려운 부분이 매우 많다. 이를 해결하기 위해서 강원도는 건강강원 365 정책을 수립하였다. 먼저 강원도의 보건정책을 살펴보고자 한다.

○ 건강강원365 정책과제 주요 목표는 첫째, 지역(계층)간 건강 불평등 해소, 둘째, 의료 취약지역지원대책 마련으로 안정적인 의료환경을 만든다. 셋째, 건강 공동체조성 및 건강 안전망 구축한다. 「건강강원 365」 정책자문단 구성(지역사회 통합 건강증진사업 지원단)



○ u-헬스시스템 확대구축 → 의료 불균형 해소



– 서비스 제공지역 확대(인프라확충) : 16시군 75기관 → 18시군 120기관
– 통합 S/W 시스템구축 및 서비스 고도화 → 시스템 일원화 및 서비스 확대
– 만성질환, 체력증진 → 노인 우울증 등 정신건강, 산모, 소아 관리 건강 서비스
– 스마트 기술 기반, 모바일 자가 건강관리시스템 구축

○ 취약지역 건강플러스 시범사업 운영 → 지역사회 건강문제 해결
– 건강지도 용역결과(2012), 보건의료 취약지 선정 및 지원
– 건강수준 전국 최하위 10% 이내 지역선정 후 사업공모로 추진(연차별 확대)
– 보건기관, 지역공동체 조직, 지원조직 간의 협력 네트워크 구축
– 마을별 건강위원회 운영 및 건강지도자(리더) 양성

○ 건강취약계층 맞춤형 건강관리사업 확대 → 건강불평등 해소
- 취약계층에 대한 방문건강관리서비스 제공 : 76천가구 → 78천가구
- 지역사회중심 재활사업 확대 추진 : 5개소 → 18개소(7천명)
- 심뇌혈관질환 관리체계 강화 : 「5저,3고」 시책추진

○ 감염병 방제관리(GIS) 시스템 구축 → 방역관리체계 개선
- 방역지리정보 통합인트라넷 시스템 구축 : 18개시군(2013년~2014년)

2) 횡성군의 사례

□ 횡성군의 지역사회와 보건현황

○ 횡성군의 지역사회현황을 파악해 보면 대부분 산지로 이루어진 농촌지역이다. 태백산맥 준령을 따라 뻗어 있는 지역으로 70%이상이 산지로 이루어져있고 농업에 종사하는 인구가 60%이상으로 소득기반 낙후 및 의료서비스의 사각지대이다.

○ 저소득 농민이 대부분으로 각종 질환에 무방비로 노출되어 있으며 접근성이 나빠 적기에 치료를 받을 수 없는 지리적 여건과 의료시설로 심뇌혈관질환의 사망자 수가 증가하고 있는 추세이다.

○ 노령인구가 전국에서 제일 많은 지역
- 2012년 6월 현재 횡성군 인구통계에 의하면 횡성군은 전체인구의 22.7%가 노령인구인 초고령사회로 전국평균의 2배이상이며 전국 최고 노령인구집단으로 급격하게 변화하고 있는 추세이다(2012 횡성군 주민생화지원과 내부자료-65세이상 고령화비율).

○ 노령인구의 과다로 특별 의료서비스인 찾아가는 방문 의료서비스를 시행하고 있으나 열악한 의료장비 및 전문의사의 부족으로 인하여 양질의 의료서비스가 미흡한 실정이다

○ 전원생활 최적지로 은퇴자의 전입이 많은 지역 - 횡성군은 깨끗하고 아름다운 자연으로 인하여 은퇴자가 전원생활을 영위하기 위한 아주 좋은 지역으로 알려지면서 도시에서 은퇴자의 전입이 늘어서 노령인구가 늘고 있는 요인도 있어 전원생활의 행정적 지원으로 양질의 의료서비스가 선결되어야 할 과제이다.

○ 횡성군의 지역보건 체계는 보건의료자원현황이 병원1개소, 요양병원 1개소, 의원 12개소, 치과의원 6개소, 한의원 10개소, 조산원 1개소, 약국 15개소가 있으며 총 47개소의 의료자원이 있다.

○ 보건소와 협력관계를 갖고 있는 사회복지시설은 대한노인회 횡성지회, 장기요양시설, 횡성보청기, 횡성군한의사회, 횡성군치과의사회, 송호대학교, 횡성군교육지원청, 횡성군보육협회, 횡성지역자활센터, 횡성군다문화지원센터, 횡성군종합사회복지관, 횡성군장애인복지관등이 협력하고 있다.

○ 횡성군의 공공의료기관은 횡성군보건소, 횡성군보건지소 8개면(우천, 안흥, 둔내, 갑천, 청일, 공근, 서원, 강림), 횡성군보건진료소 8개 (정금, 소사, 화동, 하대, 추동, 봉덕, 가곡, 유현)가 있다.

○ 지역사회 수요 파악

– 지역사회 건강조사 질병 및 행태자료 비교[17)]

– 횡성군의 건강행태(연령표준화율): 횡성군이 전국 또는 강원도에 비해 두드러지게 문제가 있는 건강행태는 흡연자의 금연 시도율(전국대비 12% 낮음), 남자 흡연율(전국대비 10% 높음),

17) 2011년 농촌의료서비스개선사업계획서(강원도/횡성군)

현재 흡연율(전국대비 5% 높음), 체중조절 시도율(전국대비9% 낮음), 비만율(전국대비 4% 높음), 걷기실천율(전국대비 7%낮음), 고위험음주율(전국대비 5% 높음)로 나타났으며,

– 이는 횡성군이 전국 또는 강원도에 비해 흡연자의 1개월내 흡연계획률이나 금연캠페인 경험률은 높으나 현재 흡연율도 높고 금연 시도율은 낮았음, 또한 비만율 감소를 위한 걷기 실천율이나 체중조절 시도율이 낮았으며 고위험 음주율은 높았다.

– 따라서 횡성군주민들의 흡연율과 고위험 음주율 감소를 위한 대책과 비만의 감소를 위한 대책과 비만의 감소를 위한 대책이 마련되어야 한다.

○ 보건기관 이용자 현황[18)]

– 보건기관이 이용률에 대한 강원도 조사분석 결과 횡성군은 전체 50.7%로 강원도 전체 33.2%보다 보건기관 이용률이 17.5% 더 높았으며 성별에 따른 보건기관 이용률조사 분석결과는 남자 42.6%, 여자59%로 여자가 보건기관 이용률이 훨씬 높았으며 연령이 증가할수록 보건기관 이용률이 높게 나타났다.

– 보건기관 이용 만족률에 대한 강원도 대비 조사분석 결과 횡성군은 전체 78.7%로 강원도 평균인 76.9%보다 1.8% 더 높았다.

– 이 또한 연령이 증가할수록 보건기관 이용 만족도는 높게 나타났고 지역보험가입자의 이용만족도가 가장 높고 의료급여대상자의 이용만족도가 가장 낮게 나타났다.

○ 지역주민의 보건사업 요구도

– 지역주민의 인식변화와 생활수준의 향상으로 편의 위주의 생활습관과 평소에 미흡한 건강생활습관으로 건강수준은 악화되고

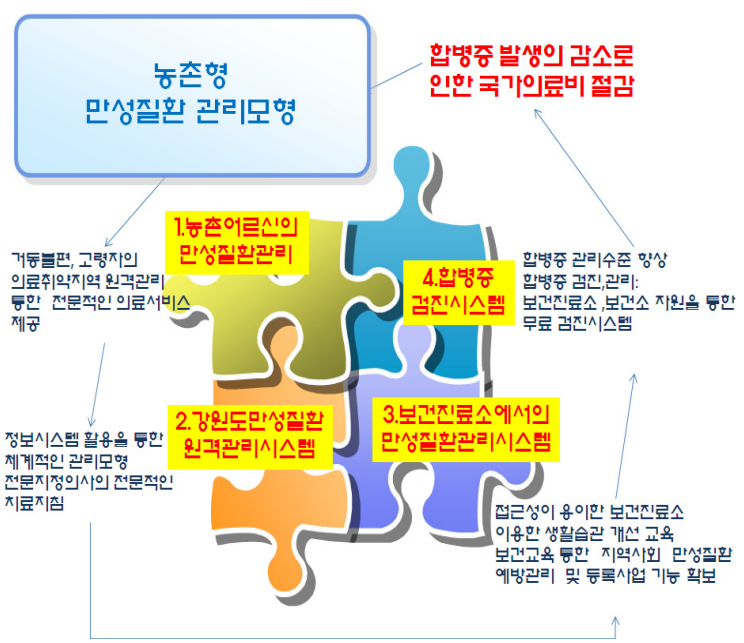
18) 제5기 지역보건의료계획서(2011-2014년 계획)/횡성군

만성질환이 증가하면서 보건사업에 대한 요구도가 다양화되고 있으며 이에 따라 국가 보건정책의 방향도 질병의 예방 및 건강증진을 중시하는 만성질환 관리로 전환되어 가고 있다.

□ 소사보건 진료소의 지역연계 사업

○ 대상지역 - 소사1리, 소사2리, 소사3리, 소사4리,

〔부도 14〕 농촌형 만성질환 관리모형



○ 소사보건진료소 인구현황은 30세 이상이 82.3%(475명/391명)이고, 65세이상 39.3%(475명/187명)이다. 소사보건진료소의 사업을 소개하면 다음과 같다.

– 건강하고 행복한 마을 만들기
– 이 사업은 주민접근성이 용이한 보건진료소에서의 건강증진프로그램을 개발하여 고령화된 주민건강증진에 적용하여 농촌지역의 취약어르신들의 건강하고 행복한 삶을 유지하도록 하게함을 목적으로 한다.
– 농촌지역의 고령화로(강원 고령화율14.36%, 소사고령화율 39.3%) 인하여 만성질환 및c 퇴행성질환이 증가하며 농촌지역은 독거나 노인부부세대인 취약노인세대의 증가로 의료기관접근성의 어려움으로 만성질환 및 퇴행성질환관리의 어려움이 있다.

3) 건강하고 행복한 마을만들기 프로젝트

가) 만성질환 다스리기 교실 운영

○ 만성질환(고혈압, 당뇨, 고지혈증)으로 인한 합병증 예방과 적절한 만성질환관리를 통하여 건강생활 실천으로 건강한 삶을 유지하도록 한다.
○ 보건진료소 주민이 스스로 만성질환 관리를 할 수 있도록 하는 분위기 조성,
○ 건강 욕구증대에 부응하여 질병예방 및 운동의 지속적 실천을 통한 행복한 삶 유지,
○ 운동의 필요성 인식과 생활 속에 운동이 자리매김 할 수 있도록 유도하여 건강, 운동프로그램 운영활성화 기반을 조성한다.

나) 건강걷기운동에 참여하세요

(1) 사업대상자

○ 소사1리,소사2리, 소사3리, 소사4리

○ 40세~79세 대상자 및 만성질환 등록자 전체대상자 중 걷기교실 참여자 : 120명

(2) 만성질환을 위한 건강걷기 운동교실 운영

○ 만성질환 대상자 및 주민들을 위한 걷기교실 운영

– 대상 : 소사1,2,3,4리 40~79세 걷기교실 참가자를 대상으로 리별 팀을 구성하여 12주간 건강생활 자조그룹을 운영한다.

– 걷기코스 개발 및 걷기 표지판 제작

• 표지판 제작 : 소사1,2,3,4리

– 운동일지 및 만보계를 통한 걷기교실 운영

– 근력운동 실시 (아령 이용)

• 횡성군보건소 운동치료사 협조

– 주1회 걷기교실 보건교육 실시

다) 실버카 어르신 건강교실운영

(1) 사업목표

○ 고령으로 인한 노인의 신체적, 정서적, 사회적 기능의 회복, 유지 및 증진을 위하여 건강교실을 운영하여 건강한 노후생활을 영위하고,

○ 노후에 우울증 예방과 활기찬 생활을 할 수 있도록 노인자조교실을 통하여 자가관리를 할 수 있도록 월1회 병아리반 교실을 운영하고 보행카를 지급하여 운동실천 능력을 증진시켜 노후에 건강한 삶을 유지할 수 있도록 한다.

(2) 사업대상자

○ 소사1리소사2리소사3리소사4리

○ 보행이 어려운 어르신 보행카 참여자 : 40명

겨울에(4개월동안) 원주강릉대 교수님과 함께 농촌노인프로그램을 만들어서 효과성이 확인되면 지속사업으로 만들어가려고 한다.

(3) 소사보건진료소장님의 의견

○ "어르신들의 접근성 문제를 해결하기 위해서 원격진료시스템을 사용하여 횡성군보건소 의사선생님과 원격관리하고 있다. 문제는 법적인 문제가 아직 해결되지 않았다. 의료인에 간호사는 빠져 있어서 한계가 있다. 처방전은 진료소에서 쓸 수 있는 약만 처방을 내려주시기 때문에 이약만가지고는 힘든 부분이 많다. 처방약을 다양하게 해주시면 더 좋을 것 같다.

○ 복지와의 연계는 면별 노인대학을 참여하는 노인들도 있고 가지 못하시는 분들을 위해서 병아리교실을 하면서 노래교실과 프로그램들도 하면서 함께 운영한다.

○ 보건진료소가 자체운영이었지만 올해부터는 7,8월에 보건소로 들어가면서 같은 사업을 똑같이 하기 때문에 이런 운영의 문제를 해결하기는 어려움이 있다. 현재는 마을과 지역의 참여로 지역에서 이루어지는 것이 어려움이 있을 것 같다. 이곳이 교통이 나쁘다. 둔내에서 나오시는 분들과 안흥에서 오시는 분들도 있다. 20년 동안 이곳에서 있다보니 모두가 가족 같다. 소사2리는 직접오시고 소사4리 이장님은 직접 태워다 주시고, 모든 이장님들과 부녀회장님들의 도움 없이는 어렵다."

4) 하대보건 진료소의 지역연계 사업(특화사업중심으로)

가) 몸살림 운동 교실

(1) 사업목적

○ 농한기에 마을 회관을 중심으로 규칙적인 운동 프로그램을 활성화하여 주민들의 건강수준과 삶의 질을 향상시킨다.

○ 농촌주민들의 올바른 자세와 근력을 향상시켜 신체적 기능을 회복한다.

○ 건강한 심신의 기능 향상과 정신적 성취 의욕을 고취시켜 자존감 증진시키기 위함이다.

(2) 사업개요

○ 슬로건 : “몸 펴면 살고 굽으면 죽는다”

○ 교육 내용 : 몸 살림 운동의 기본 원리와 운동

– 사업기간 : 2012년 1월 ~ 3월, 11월 ~ 12월

– 사업 대상자 : 하대1리, 하대2리, 상대리 전 주민 중 신청자

– 사업 내용 : 하대1리 마을회관, 하대2리 마을회관, 상대리 체험관에서 전 주민 대상으로 각 마을회관을 중심으로 동절기 몸살림 운동 교실 프로그램 운영

– 사업 시기

• 하대1리 - 20주(1-3월, 11-12월), 40회(주2회)

• 하대2리- 8주(11-12월), 16회(주2회)

• 상대리 -21주(1-3월, 11-12월), 42회(주2회)

(3) 세부사업내용

○ 하대1리 몸 살림 운동 교실

- 교육시기 : 2012년 1월 - 2012년 3월, 11월 ~ 12월 (40회, 20주/주2회)
- 교육 장소 :하대1리 마을회관
- 교육 시간 : 월요일, 목요일 1시 30분-3시 30분
- 강사 : 목요일은 몸 살림 전문 강사 1명, 월요일은 하대보건진료소장
- 준비물품 : 요가메트, 수련도구(방석, 큰베개, 작은베개), 현수막

○ 하대2리 몸 살림 운동 교실

- 교육시기 : 2012년 11월 ~ 12월 (8주/주2회)
- 교육 장소 :하대2리 마을회관
- 교육 시간 : 수요일, 금요일 1시 30분 - 3시 30분
- 강사 : 금요일은 몸 살림 전문 강사 1명, 수요일은 하대보건진료소장
- 준비물품 : 요가메트, 수련도구(방석, 큰베개, 작은베개), 현수막, 카세트

○ 상대리 몸 살림 운동 교실

- 교육시기 : 2011년 12월 초 - 2012년 3월, 11월 -12월 (21주/주2회, 42회)
- 교육 시간 : 오후 1시 30분 - 3시 30분(화요일, 목요일)
- 교육 장소 : 상대리 체험관
- 강사 : 목요일은 몸 살림 전문 사범 1명, 화요일은 하대보건진료소장
- 준비물품 : 요가메트, 수련도구(방석, 큰베개, 작은베개), 현수막, 카세트

(4) 기대효과

○ 운동하기 어려운 농촌에 있는 주민들에게 가까운 마을회관에서 운동 프로그램을 실시하여 주민들 스스로 건강한 생활을 실천 할 수 있도록 한다.

○ 꾸준한 몸 살림 운동을 통하여 주민들의 건강한 몸과 정신을 가질 수 있다.

○ 농촌주민들의 올바른 자세와 근력을 향상시켜 주민들 스스로 농부병을 치유하고 개선 할 수 있다.

○ 마을회관에 건전하고 활동적인 여가 활동을 제공함으로써 주민 스스로 즐겁고 행복 하다고 느낄 수 있도록 하여 주민들의 삶의 질을 높인다.

○ 꾸준한 건강 생활 실천으로 건강 수명을 늘린다.

나) 만성질환 합병증 검진

(1) 사업목적

○ 뇌졸중의 원인인 고혈압, 당뇨, 고지혈증 합병증을 조기에 발견하여 중년 및 노인들의 사망 원인을 줄인다.

○ 만성질환의 합병증을 예방하여 노년의 삶을 증진시키고 건강 증진을 도모 하고자 한다.

(2) 사업개요

○ 사업 내용 : 만성질환(고혈압, 당뇨, 간염) 합병증 검진

○ 사업 기간 : 2월(단체 출장 검진), 연중(채혈 후 보건소 개별 의뢰)

○ 사업 대상자 : 만성질환자, 만성질환 고 위험군

○ 검진 내용 : 고지혈증 검사, 간기능 검사, 신장기능 검사, 당화

혈색소 검사, 간염 항체 검사, 엑스레이 검진, 안저 검사

○ 검진 방법 : 마을회관 별로 출장 단체 검진, 누락자 및 조절 불량자는 개별 추후 검진

(3) 세부사업내용

○ 검진 대상자: 고혈압, 당뇨, 고지질혈증 환자 및 고 위험군

– 고 위험군 : 대사이상증후군, 혈압 130/80mm/Hg이상, 공복혈당 115mg/dl이상, 총콜레스테롤 200mg/dl이상, 저밀도 콜레스테롤 100mg/dl이상, 지방간 환자

– 검사 항목 : 소변 검사, 고지혈증, 간기능, 신장기능, 당화 혈색소, 간염항원항체, 엑스레이 검진, 안저 검사

○ 검사 방법

– 단체 검진

• 대상자 선정 : 보건진료소에 투약 받고 있는 환자, 고 위험군 환자

• 사업 시기 : 2월중

• 사업 방법: 강원도 건강관리협회에 출장 검진 의뢰, 암 건진과 병행

• 사업 장소: 상대리 체험관, 하대2리 마을회관

• 검진항목 :소변, 고지혈증 간기능, 신장기능, 당화혈색소, 간염항원, 항체 검사, 엑스레이 검진, 암 검진

– 개별 검진

• 사업 시기 : 연 중

• 사업 대상자: 누락된 환자, 조절이 불량한 환자, 신규 환자

• 보건소 의뢰: 조절이 불량한 환자, 신규환자는 내소하거나 가정방문하여 보건진료원이 채혈하여 보건소 의뢰

- 당뇨환자 안저검사는 보건소에 명단 제출 후 관내 안과 병원 의뢰
- 조절불량 환자 : 혈압 140/80mm/Hg이상, 당화 혈색소 7% 이상, 저밀도 콜레스테롤 100mg/dl이상, 간기능 및 신장 기능 이상자

– 검진 후 관리 :

- 건강관리협회 자료를 받아서 보건진료원이 내소나 전화 및 가정방문을 통해 개별 상담을 실시한다.
- 검진 결과는 원격관리시스템에 입력하여 지정의사의 환자 치료 지침을 반영한다.
- 검진 결과 경미한 이상자는 지정 의사와 상담하여 관리 및 재검조치하고 중증 이상자는 병원에 의뢰 한다.
- 고 위험군 대상자 중 고혈압, 당뇨약을 투약해야 하는 환자는 원격관리 시스템에 등록 시킨다.
- 고혈압, 당뇨 환자 및 고 위험군 대상자 검진 결과에 대한 개별 상담 및 건전한 생활 습관을 유도하고, 철저히 관리한다.
- 간염 혈청 검사 후 예방접종 대상자는 간염 예방 접종 실시한다.

(4) 기대효과

○ 만성질환 합병증을 조기에 검진하여 2차 합병증을 사전 치료 및 관리 할 수 있다.

○ 지리적으로 오지에 있는 주민들이 합병증 검진을 하기 어려우나 진료소에서 마을 회관에 출장 검진 의뢰 및 직접 채혈하여 주민들의 합병증 검진율을 높인다.

○ 주민들의 검사 비용 절감으로 직, 간접적인 경제적인 도움이 됨.

○ 주민들의 만성병 합병증에 대한 경각심과 직·간접적인 보건 교육의 효과로 만성질환 관리에 적극적 이다.

○ 주민 환원 사업으로 인해 진료소 인지도 증가로 진료소 이용률이 증가하였다.

○ 횡성군의 두 진료소의 사업들은 지역사회중심기관의 역할을 수행하고 있었다. 농한기 프로그램을 고민하시는 모습과 복지와 보건이 연결될 수 있도록 노력하시는 부분들, 접근성의 해결을 위해서 노력하시는 모습들, 이런 것들을 추진하기 위해서 지역자원을 만들어가는 모습 속에 농촌지역의 보건서비스의 효과성을 볼 수 있었다. 이런 부분을 지속적으로 만들어가기 위해서는 지역중심으로 지역주민의 참여하는 보건서비스가 이루어져야 할 것이다.

3. 기타 보건의료자원 관련 주요 참고 통계자료.

〈부표 11〉 공공 및 민간부문 보건의료자원(조직) 현황

(단위: 개소)

구분	합계	공공부분	민간부문
2006	54,728	3,442	51,286
2007	56,387	3,473	52,914
2008	57,613	3,448	54,165
2009	59,218	3,449	55,769
2010	59,703	3,459	56,244
서울	15,648	28	15,620
부산	4,344	32	4,312
대구	3,003	26	2,977
인천	2,181	58	2,123
광주	1,771	19	1,752
대전	1,962	21	1,941
울산	1,218	24	1,194
경기	11,994	331	11,663
강원	1,606	244	1,362
충북	1,752	267	1,485
충남	2,422	415	2,007
전북	2,481	407	2,074
전남	2,280	564	1,716
경북	2,941	557	2,384
경남	3,445	410	3,035
제주	662	63	599
2011*	61,904	3,466	58,438

주: 2011년 통계자료는 보건의료자원실태조사 현황자료 재인용으로 보건복지부 공식통계자료와 상이할수 있음.
자료: 통계청, 『국가통계포털(kosis)』 및 보건복지부, 『2010년 보건복지통계연보』, 통권 제57호, 2012.01. 재구성

〈부표 12〉 공공 및 민간부문 보건의료자원(인력) 현황

(단위: 명)

구분	합계	공공부분	민간부문
2006	183,953	20,010	163,943
2007	195,966	20,003	175,963
2008	213,068	20,181	192,887
2009	225,029	20,600	204,429
2010	238,105	20,040	218,065
서울	58,125	2,587	55,538
부산	21,348	647	20,701
대구	13,563	425	13,138
인천	9,063	588	8,475
광주	9,463	341	9,122
대전	8,383	263	8,120
울산	4,463	256	4,207
경기	38,690	2,469	36,221
강원	7,938	1,301	6,637
충북	6,193	1,103	5,090
충남	8,479	1,720	6,759
전북	10,317	1,578	8,739
전남	11,658	2,253	9,405
경북	11,624	2,269	9,355
경남	16,372	1,963	14,409
제주	2,424	275	2,149

자료: 통계청, 『국가통계포털(kosis)』 및 보건복지부, 『2010년 보건복지통계연보』, 통권 제57호, 2012.01. 재구성

〈부표 13〉 지역별 인구10만명당 보건의료자원 현황(공공부문 및 민간부문)

(단위: 개소)

구분	합계	병의원	치과병의원	한방병의원	보건기관	약국
합계	166.7	61.4	30.6	25.1	7.1	42.5
서울	207.6	76.6	45.8	33.8	0.3	51.2
부산	173.3	68.3	31.4	28.8	0.9	43.8
대구	181.3	68.4	31.2	31.6	1.1	49.0
인천	138.0	53.4	26.3	19.7	2.2	36.4
광주	165.7	64.4	34.6	22.0	1.1	43.5
대전	172.5	67.9	30.1	29.5	1.4	43.6
울산	146.2	54.7	29.6	25.6	2.2	34.1
경기	137.9	51.5	27.8	20.0	2.8	35.8
강원	155.8	52.4	21.9	22.3	17.1	42.2
충북	164.2	58.4	21.7	23.0	18.1	43.1
충남	166.0	57.4	22.7	22.2	21.0	42.6
전북	200.0	71.9	26.6	26.6	24.0	50.9
전남	179.8	59.3	22.1	18.7	32.7	47.0
경북	156.1	52.4	20.5	22.0	21.6	39.6
경남	146.2	53.3	22.9	21.3	13.0	35.6
제주	161.3	59.0	27.0	23.9	11.5	39.8

자료: 오영호 외, 『2011년 보건의료자원실태조사』, 보건복지부, 2011.

〈부표 14〉 보건의료자원(조직)의 각 시·도별 증감 추이- 공공 및 민간부문 비교

(단위: 개소)

구 분	공공부문 보건의료자원 (조직)					민간부문 보건의료자원 (조직)				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
계	3,442	3,473	3,448	3,449	3,459	51,286	52,914	54,165	55,769	56,244
서울	26	26	26	26	27	13,937	14,486	14,862	15,258	15,620
부산	30	30	30	30	32	4,115	4,215	4,246	4,295	4,312
대구	26	26	26	26	26	2,876	2,937	2,994	3,086	2,977
인천	57	55	57	57	57	2,298	2,452	2,499	2,609	2,123
광주	16	16	16	18	18	1,542	1,596	1,614	1,711	1,752
대전	21	21	21	19	19	1,802	1,841	1,883	1,918	1,941
울산	25	26	25	23	24	1,042	1,083	1,113	1,155	1,194
경기	330	331	326	330	329	10,351	10,630	10,846	11,304	11,663
강원	245	244	245	243	244	1,253	1,286	1,323	1,338	1,362
충북	269	270	268	267	268	1,269	1,378	1,427	1,443	1,485
충남	413	410	415	415	415	1,761	1,811	1,894	1,933	2,007
전북	400	402	404	408	408	1,912	1,942	1,983	2,026	2,074
전남	562	562	561	557	563	1,575	1,578	1,622	1,679	1,716
경북	554	555	555	557	557	2,238	2,252	2,347	2,396	2,384
경남	406	436	410	410	409	2,760	2,857	2,936	3,057	3,035
제주	62	63	63	63	63	555	570	576	561	599

주: 각 연도별 통계자료를 재구성함.
자료: 보건복지부 보건복지통계연보(각년도 자료)

〈부표 15〉 보건의료자원(인력)의 각 시·도별 증감 추이 - 공공 및 민간부문 비교

(단위: 명)

구분	공공부문 보건의료자원 (인력)					민간부문 보건의료자원 (인력)				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
계	20,011	20,003	20,181	20,600	20,040	163,943	175,963	192,887	204,429	218,065
서울	2,275	2,307	2,414	2,587	2,552	46,004	47,352	51,359	52,902	55,538
부산	644	632	623	648	649	14,911	15,853	16,797	18,014	20,701
대구	435	445	443	462	416	10,269	11,324	11,998	12,659	13,138
인천	547	553	565	578	579	6,391	7,008	7,564	8,081	8,475
광주	292	281	272	284	301	6,594	7,251	8,036	8,279	9,122
대전	323	298	292	284	270	5,666	6,097	6,599	7,487	8,120
울산	242	250	258	251	259	3,099	3,537	3,784	4,102	4,207
경기	2,485	2,512	2,521	2,642	2,484	25,591	27,723	31,847	34,277	36,221
강원	1,395	1,361	1,349	1,370	1,335	5,455	5,679	5,894	6,019	6,637
충북	1,111	1,108	1,162	1,150	1,132	3,941	4,205	4,588	4,853	5,090
충남	1,769	1,782	1,794	1,796	1,757	4,963	5,375	5,961	6,243	6,759
전북	1,672	1,627	1,632	1,636	1,653	6,456	6,958	7,702	8,297	8,739
전남	2,214	2,286	2,357	2,236	2,238	6,414	7,279	8,279	9,035	9,405
경북	2,383	2,335	2,315	2,364	2,279	7,118	7,795	8,438	8,944	9,355
경남	1,911	1,940	1,906	2,029	1,846	9,706	11,032	12,359	13,154	14,409
제주	313	286	278	283	290	1,365	1,495	1,682	2,083	2,149

주: 각 연도별 통계자료를 재구성함.
자료: 보건복지부 보건복지통계연보(각년도 자료)

3. 농촌지역 건강증진프로그램 유형

〈부표 16〉 농촌지역 건강증진프로그램의 효과분석 사례

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
박정숙 (2005)	65세 이상 농촌노인	I:44 C: 45	I:건강증진 프로그램 (교육+운동) C:개입없음	16주	실험군에서 건강증진 행위, 지각된 건강상태, 수축기 혈압, 체지방률, 혈당, 허리 유연성, 왼손악력, 배근력, 하지근력이 유의한 차이가 남.
배행자 등 (2005)	퇴행성관절염 진단받은 농촌 거주 60세 이상 노인	I:15 C:15	I:수중운동 C:개입없음	18주	프로그램 적용후 실험군에서 통증정도, 주관적 안녕감이 유의한 차이를 보임.
박영임, 전명희 (2000)	수축기혈압 140이상, 이완기혈압 90mmhg이상의 보건소 고혈압 등록자	I:27 C:27	I:자가간호 증진행위위한 자기조절프로그램 C:개입없음	9주	실험군에서 고혈압지식, 자가간호수행정도와 자기효능도가 유의하게 증가, 혈압, 체중, 혈중콜레스케롤은 감소했으나 유의하지 않음.

〈부표 17〉 기타 건강증진 프로그램의 효과분석 사례

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
박오장, 소향숙 (2004)	65세 이상 보건소프로그램 참여자	I:30 C:30	I:사회적지지 프로그램 (+운동) C:개입없음	4개월	실험군에서 신체적건강상태, 건강지식정도, 생활만족도, 건강증진행위가 유의하게 높았음.
박형숙 등 (2004)	40~65세 미만의 중년여성	총 30명	모두건강증진 프로그램(보건+운동)시행	8주	자기 효능감과 건강증진행위는 유의하게 높았음.
한상숙 등 (2006)	만 65세 이상 여성노인	I:30 C:30	I:건강교육+운동 C:건강교육만 받음	8주	실험군에서 총 콜레스테롤, HDL-콜레스테롤,Triglyceride가 유의하게 낮음.
허혜경 등 (2003)	여대생 37명	I:17 C:20	I:보건교육+토의 C:개입없음	4주	실험군에서 성, 음주, 흡연지식과 음주태도 및 음주허능감만 대조군과 유의한 차이 보임
이숙자 (2000)	시설노인 70명	I:35 C:35	I:운동 C:개입없음	9주	실험군에서 지각된 건강상태, 불안, 유연성, 약력, 하지근력, 이완기혈압, 면역반응이 유의한 차이보임, 안정시 심박동수와 수축기혈압은 유의하지 않았음.
전미영 (2003)	경로당 이용하는 65세이상 노인	I:33 C:34	I:보건교육+상담+운동+레크레이션게임 C:개입없음	8주	수축기혈압, 유연성, 근력, 지각된 건강상태, 우울, 생활만족도가 유의하였고 이완기혈압, 심박수혈당은 유의하지 않음.
박지원 등 (2002)	병원직원 중, 신체검진 결과 고혈압 의심자 또는 고지혈증 의심자	I:25 C:23	I:사례별 보건교육+상담+운동 C:개입없음	8주	실험군에서 주관적 건강상태, 식습관(집단간 음주와 운동행위는 유의하지 않았음),ALT, 감마-GTP,수축기혈압(집단간 콜레스테롤, 혈압은 유의하지 않음)이 유의한 향상을 보였음.
박정숙 등 (1996)	남녀대학생	I:114 C:116	I:보건교육 C:개입없음	4개월	실험군에서 건강증진행위점수가 유의하게 높았음, 건강증진행위에 영향주는 변수로 자아존중감이 19.8%설명

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
					력을 가짐.
김금자 등 (1999)	40~59세 이하 중년여성	I:41 C:40	I:보건교육+그룹토의+운동 C:개입없음	7주	실험군에서 자기효능정도와 건강증진행위정도가 유의하게 높음.
구미옥 등 (2002)	만 60세 이상의 노인	과정평가대상 :82 결과평가대상 :40	모두 대화식보건교육시행	5주	건강지식, 건강증진행위, 지각된 건강상태, 생활만족도는 유의하게 향상했음, 자기효능은 과정평가에서는 유의했으나 결과평가에서는 유의하지 않음, 건강에 대한 태도는 과정 및 결과 평가 모두 유의하지 않음.
권은하, 김순례 (2003)	혈중총 콜레스테롤 200mg/dl이상, 또는 LDL 130mg/dl이상, 또는 중성지방 200mg/dl 이상	I:30 C:13	I:보건교육+비디오시청+토의 C:개입없음	11주	실험군에서 자기효능감, 건강한 생활양식 실천이 유의하게 향상, 총콜레스테롤, 중성지방은 유의하게 낮음, 고밀도 및 저밀도 지방은 유의하지 않았음.
김경원 (2005)	중년여성	I:21 C:22	I:단전호흡 C:개입없음	6주	실험군에서 신체건강점수, 정신 및 사회적 건강점수, 체력점수 모두 유의하게 향상
이군자 등 (2004)	40-60세의 중년여성	총116명	모두 건강강좌 시행	12주	건강증진행위가 유의하게 증가했으나 자기효능감, 건강관리 지식은 유의한 차이없었음
현경선 등 (2006)	65세이상 여성노인으로 정신검사(mMSE-K)24점 이상, 운동가능한 자	I:25 C:19	I:건강관리교육+운동 C:개입없음	8주	실험군에서 폐활량, 평형성은 유의하지 않았으나 유연성은 유의하게 향상됨, 불안과 우울점수도 유의하게 감소됨.
오현수 (2000)	대학병원 RA클리닉 방문하는 RA환자 18명	총 18명	모두 RA교육(강의+토론+역할극,시범)시행	7주	건강증진 전략(목표설정, 긍정적, 사고, 운동, 질환에 대한 지식)이 유의한 차이를 가짐으로써 건강상태(통증, 우울, 활동장애)에 유의한 효과를 보임.

〈부표 18〉 운동프로그램의 효과분석 사례

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
최철영 (2005)	BMI25 이상의 여중생	I:7 C:7	I:운동 프로그램 C:식이제한	8주	집단간 -프로그램 효과 차이는 없음, 집단내-운동집단 :체중, 체지방율, 제지방율, 복부지방율, 근육량, BMI, TC, TG, HDL, LDL 유의, 식이제한집단 :체중, 체지방율, 제지방율, 복부지방율, 근육량, TC, LDL 유의
양영애 (2004)	성인근로자 43명	I:22 C:21	I:요추운동 프로그램 C:물리치료	6개월	집단간-운동집단에서 요추경사각도가 유의하게 높음, 집단내-운동그룹: 요추경사각도, 통증강도, 오스웨스트장애지수 유의, 물리치료집단: 통증강도 유의
박은영, 이종하 (2005)	50대 이상 보건소운동 프로그램참여자	총 40명	모두 복합운동 (밴드, 볼, 밸런스패드, 댄스스포츠, 태극권)	12주	프로그램 적용후 균형력, 안정성(내의안정성), 유연성, 근력(좌악력)에서 유의한 현상
신경림, 김정선 (2005)	사회복지관 등록한 저소득층 65세 이상 여성노인	I:26 C:22	I:운동 프로그램 시행 C:개입없음	8주	실험군에서 지식, 지각된 유연성과 장애성 정도, 우울에 유의한 효과있음
박기덕, 주성범 (2005)	신경학적 이상 소견없이 6개월 이상 요통 있는 40대 여성과 일반 40대 여성	I:9 C:7	모두 요부강화운동 및 수기치료	6주	만성요통집단이 프로그램 적용전후와 집단간 상호작용에서 체력, 요부신전근력이 유의한 향상 있음
김효정 (2003)	OGTT검사에서 2시간후 혈당 140～199mg/dl의 58～57세	총 10명	모두 운동 (스트레칭+트레드밀유산소운동+근력운동) 실시, 약물복용금지, 식이통제	12주	프로그램 적용후 인슐린대사효소(GLHT4-protein)증가와 근육내 지방비율 감소
이창준, 고영호 (2002)	중학생	총 20명	모두 줄넘기 운동시행	12주	프로그램 적용 후 기초체력(제자리 멀리뛰기와 높이뛰기, 50미터와 800미터 달리기)이 유의하게 향상
홍양자, 최세경 (2002)	노인대학 65세 이상 노인	총 26명	모두 실버로빅운동 시행	10주	프로그램 적용후 심폐기능, 유연성, 평형성, 근지구력, 무력감이 유의하게 향상됨.
강신일 (2001)	경증본태성고혈압이 있고 약물복용하지 않은	총20명	모두 걷기운동 시행	12주	프로그램 적용후 수축기압과 혈중에피네프린, 노르에피네프린, 코티졸 유의하게

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
	50~60세				감소
장숙량 (2000)	의사검진 하에 운동가능한 노인대학 노인	I:24 C:17	I:수중운동 C:개입없음	24주	체질량지수와 체지방율은 유의하게 감소되었고 기분 상태는 유의한 차이가 없었음.
김철식 등 (2004)	건강진단센터 방문한 여성 중 체질량지수 25이상인 자	총 20명	모두 빠르게걷기 운동시행	8주	체질량지수와 체지방율은 유의하게 감소되었고 기분 상태는 유의한 차이가 없었음.
이은남 (2004)	60세 이상의 1, 2기 본태성 고혈압 노인	I:21 C:19	I:태극권운동 C:개입없음	6주	실험군에서 혈압은 유의하게 감소됨. 혈중 총 콜레스테롤, 코티졸 농도는 유의하지 않음.
조규청 (2006)	비만증, 고혈압, 당뇨병으로 1년 입원경력있는 40~50 성인	비만증:20 인슐린비의존성:20 고혈압:20	모두 에어로빅스 운동시행	12주	혈중 triglyceride, HDL-C 유의하게 감소됨, 혈당, 인슐린은 당뇨군에서 유의한 감소, 체지방율, 혈압, 안정시 심박동수는 비만군에서 유의한 감소 보임.
신윤정 등 (2005)	BMI 25 또는 체지방률 30%기준으로 비만여성	I:6 C:6	I:댄스스포츠 C:개입없음	10주	심박수, 혈중 젖산 및 지질 농도 모두 유의한 차이가 없었음.
문태영, 전임택 (2004)	심혈관계 질환 치료기간이 5년 이상, 트레드밀 보행이 가능한 65세 이상 남성 55명	I:25 C:30	I:저항성+ 유산소 운동 C:개입없음	12주	실험군에서 WBC, CRP, Fibrinogen유의하게 감소됨, RF는 유의한 차이 없음.
문태영 (2004)	최근 3개월동안 운동경험 없고 건강한 대학생	총 12명	모두 기트레이닝 시행	6주	체질량지수, 폐기능은 유의한 변화 없으나 안정시 심박수, 혈압은 유의하게 감소함.
이철인, 박래준 (2004)	63세 이상의 시설거주노인으로 보행 장애없는 비교적 건강한 노인	총 26명	모두 근력강화운동 시행	8주	심리적 정서, 투약관리, 일생생활동작 유의하게 향상됨.
이정호, 엄한주 (2001)	만 6세 유아	I:30 C:30	I:체조+기구 운동+에어로빅(유아전문 운동) C:개입없음	12주	실험군에서 체력(스피드, 파워)과 근력(민첩성, 순발력, 근지구력)이 유의하게 향상, 평행성은 유의하지 않음.
박형숙 등 (2002)	고혈압진단, 복지관 관리 받는자중, 혈압 하강제 복용하지 않은 65세 이상 노인	총 24명	모두 요가 프로그램시행	8주	요가지속 2주후부터 혈압 감소, 혈중콜레스테롤, LDL과 중성지방도 유의하게 감소(HDL은 약간 감소), 생활만족도 향상

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
강진순 김희숙 (2004)	보건소체중조절 프로그램에 참가한 체질량지수 25이상인 35~55세 여성	총 27명	모두 영양교육 시행	6주	체중, 비만도, 체질량지수, 허리둘레, 엉덩이둘레는 유의하였고 WHR,혈압과 생화학적 지표(혈당,콜레스테롤 등)는 유의하지 않음.
전은례 (2006)	체 질 량 지 수 25kg/ m2+허리둘레 80cm 이상인 주부	BMI 25~30 미만 경도비만군: 10명, BMI 30 이상인 고도비만군: 10명	모두 에어로빅+영양교육시행	10주	체중, 체질량지수, 복부비만비, 허리둘레, 총 콜레스테롤, creatinine이 유의하게 감소함, 혈당, 요산은 고도비만군에서만 유의하게 감소함.
이현숙 등 (2005)	비만도 120 이상의 4~6학년 학생	총17명	모두 영양교육시행	12주	에너지섭취량 유의하게 감소되었으나 지방, 칼슘, 철분, 엽산, 비타민 섭취까지 감소됨, 복부비만비, HDL 콜레스테롤 유의하게 감소(비만도, 체질량지수 및 삼두박 피하지방두께, Restin, Leptin, Adiponectin, Insulin은 유의하지 않음)
우태정 등 (2006)	초등 4학년	총34명	모두 영양교육 시행	12주	영양지식 유의하게 증가, 점심과 저녁사이 간식비율증가, 학교급식시 잔반남기는 비율 감소했으나 손씻기와 올바른 수저사용비율은 감소
강남이, 이정윤 (2005)	노인정 노인	총 174명	모두 영양교육 시행	3시간	식생활진단점수와 영양지식이 향상됨.
이주영 (2004)	초등 4학년생	I:35 C:35	I: 영양교육 C:개입없음	4주	실험군에서 식이 자기효능감과 식행동실천 점수가 유의하게 높았음.
양일선 등 (2004)	중고등학생 각 2학년생	총 409명	집단1:가정통신문 집단2: 리플렛 집단3: 웹기반영양교육	4주	프로그램 제공후 영양지식, 태도, 식습관, 영양소 섭취상태가 개선되었으나 집단별 유의한 차이는 없었음
김일옥, 이자형 (2003)	어린이집 5세아동	총17명	모두 영양교육시행	3회	프로그램후 영양관련지식, 태도는 유의하게 높았으나 식품선호도는 유의한 차이가 없었음.
박유신등 (2000)	폐경이전 비만여성(체질량지수 25 이하)	총32명	모두 영양교육+식사요법상담 시행	12주	체중 4.3, 허리둘레 2.7%, 체질량지수 4.3%, 렙틴농도 22.8% 감소, HDL-콜레스테롤과 중성지방감소 LDL-콜레스테롤은 감소하지 않음.

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
김경숙 등 (1997)	노인정 노인	총 147명	모두 영양교육+개별영양상담	교육6회 상담1회	프로그램후 식생활태도의 긍정적 변화, 식품군 섭취빈도와 다양성 증가 했으나 영양 지식과 식행동 변화는 없었음.
조여원등 (1995)	병원직원 참가신청자	총10명	모두 영양교육+행동수정+식사요법 시행	10주	프로그램 3개월후 체중54.2~52.0으로 감소했으나 6개월 후 53.6으로 증가, 체질량지수는 변화없고 체지방량은 27에서 24.2로 감소, 총콜레스테롤 감소했으나 HDL은 변화없음. 영양지식은 유의하게 향상되었으나 식습관 변화는 없음.
김태연, 엄순희 (2004)	보건소 등록한 인슐린비의존성 당뇨병환자	I:31 C:31	I:당뇨영양교육+당뇨중식실습 C:개입없음	교육 4주 실습 4회	실험군에서 혈당이 유의하게 감소됨, 체중과 체질량지수는 유의한 변화 없음.
홍순명 김현주 (2001)	보건소 무료검진과 골다공증검사한 장년기 여성	총 61명	모두 골다공증 예방관련 영양교육시행	-	프로그램 적용후 영양소 섭취상태가 향상됨. 특히 단백질, 인, 리보플라민, 지방이 유의적으로 증가
곽정옥 (1993)	면단위지역사회 마을 부녀회장	총 33명	모두 영양교육 시행	8주	영양지식, 태도점수 유의하게 증가, 식행동의 유의한 변화(1일 섭취 식품 가지수 증가, 균형식사 향상, 지방, 칼슘, 비타민 섭취증가)
김경희 (2002)	자발적 참가신청한 아동 중 개별면담을 거친 초등 3학년 이상 아동	부모참여군 : 13 대조군:10	부모참여군: 아동과 부모에게 영양교육 시행 대조군: 아동만 영양교육	아동교육 12주, 부모교육 4주	부모참여군의 아동이 아동의 자기존중감이 유의하게 향상, 비만도나 혈액 지질성분 변화는 없었음.
전은영 (2002)	참여희망자 중 경증본태성고혈압진단받고 항고혈압제 복용하지 않은 35~65세 성인	I:16 C:15	I:사상체질교육+저염식이+유산소운동 C:개입없음.	8주	실험군에서 유의하게 혈압 하강있었고 비만도와 총콜레스테롤, 중성지방은 프로그램 적용 후 유의한 효과가 있으나 집단 간 차이는 없었음.

〈부표 19〉 금연프로그램의 효과분석 사례

저자 (년도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
이주열, 이윤석 (2002)	하루 1개피 이상 매일 흡연, 흡연단속된 경험자중, 중고등학생	총27명	모두에게 금연교실(비디오상영+상담+동료학습+추후 전화상담) 시행	4일+4주	하루 평균 흡연량 감소 (고등학생은 4개피, 중학생은 1개피 감소), 5명은 금연 실천함.
김선경, 정구철 (2006)	대학신입생	I:146 C:148	I:금연교육 (강의+비디오시청+소그룹토의) C:개입없음.	3주	실험군에서 유의하게 흡연에 대한 긍정적태도 낮고 부정적 태도 높음, 흡연지식, 금연의지도 유의하게 높음.
송연이, 이강숙 (2006)	소변니코틴 검사상 흡연 확인되고 참여 동의한 여고생	I:18 C:17	I:집단 및 개별교육 C:강좌+시청각교육	4주	실험군에서 1일 평균 흡연량, 니코틴의존도가 유의하게 낮고 의상결정균형점수가 유의하게 향상됨.
신재규, 손예리 (2003)	5일 금연학교에 참석한 성인	총 83명	모두 5일 금여학교 성인 프로그램 시행	5일	전체의 50%에서 금연성공 EH는 금연변화 단계가 향상됨.
최지혜 등 (2003)	고등학교 3년생	I-1:161 I-2:149 C:162	I-1:강의+비디오시청+토의 I-2:강의 C:개입없음.	I-1:100분 I-2:30분	실험군-1에서 흡연지식이 유의하게 높았음, 흡연에 대한 태도는 실험군-1,2에서유의하게 감소됨, 금연의지는 세집단 모두 유의하지 않음(흡연지식과 금연의지는 양의 상관관계, 흡연태도와 흡연지식은 음의 상관관계).
진행미 (2002)	흡연대학생	총 478명	모두 시청각교육 (비디오+슬라이드) 시행	90분	프로그램 시행 2주후 금연결심자 22%, 7일이상금연자 15.5%, 1일 평균 흡연량 15.3-10.2개피로 감소
신성례 등 (2000)	18세 이상 소변니코틴검출 남자대학생	I:23 C:23	I:강의와 토의+추후 상담 C:강의와 토의	4주강의 8주상담	실험군에서 자기효능감 증가와 소변 니코틴검출 감소가 유의하였음.

〈부표 20〉 영양프로그램의 효과분석 사례

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
강진순 김희숙 (2004)	보건소체중조절프로그램에 참가한 체질량지수 25이상인 35-55세 여성	총 27명	모두 영양교육 시행	6주	체중, 비만도, 체질량지수, 허리둘레, 엉덩이둘레는 유의하였고 WHR,혈압과 생화학적 지표(혈당,콜레스테롤 등)는 유의하지 않음
전은례 (2006)	체질량지수 25kg/m2+허리둘레 80cm이상인 주부	BMI25-30미만 경도비만군10명, BMI30이상인 고도비만군10명	모두 에어로빅+영양교육시행	10주	체중, 체질량지수, 복부비만비, 허리둘레, 총 콜레스테롤, creatinine이 유의하게 감소함, 혈당, 요산은 고도비만군에서만 유의하게 감소함
이현숙 등 (2005)	비만도 120이상의 4-6학년학생	총17명	모두 영양교육시행	12주	에너지섭취량 유의하게 감소되었으나 지방, 칼슘, 철분, 엽산, 비타민 섭취까지 감소됨, 복부비만비, HDL콜레스테롤 유의하게 감소(비만도, 체질량지수, 및 삼두박 피하지방두께, Restin, Leptin, Adiponectin, Insulin은 유의하지 않음)
우태정 등 (2006)	초등4학년	총34명	모두 영양교육 시행	12주	영양지식 유의하게 증가, 점심과 저녁사이 간식비율증가, 학교급식시 잔반남기는 비율 감소했으나 손씻기와 올바른 수저사용비율은 감소
강남이, 이정윤 (2005)	노인정 노인	총 174명	모두 영양교육 시행	3시간	식생활진단점수와 영양지식이 향상됨
이주영 (2004)	초등 4학년생	I:35 C:35	I:영양교육 C:개입없음	4주	실험군에서 식이 자기효능감과 식행동실천 점수가 유의하게 높았음
양일선 등 (2004)	중고등학생 각 2학년생	총 409명	집단1:가정통신문 집단2:리플렛 집단3: 웹기반영양교육	4주	프로그램제공 후 영양지식, 태도, 식습관, 영양소 섭취상태가 개선되었으나 집단별 유의한 차이는 없었음
김일옥, 이자형 (2003)	어린이집 5세 아동	총17명	모두 영양교육시행	3회	프로그램 후 영양관련지식, 태도는 유의하게 높았으나 식품선호도는 유의한 차이가 없었음

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
박유신등 (2000)	폐경이전 비만여성 (체질량지수25 이하)	총32명	모두 영양교육+식사요법상담시행	12주	체중4.3,허리둘레2.7%,체질량지수 4.3%, 렙틴농도 22.8% 감소, HDL-콜레스테롤과 중성지방감소 LDL-콜레스테롤은 감소하지 않음.
김경숙 등 (1997)	노인정 노인	총 147명	모두 영양교육+개별영양상담	교육6회 상담1회	프로그램 후 식생활태도의 긍정적 변화, 식품군 섭취빈도와 다양성 증가 했으나 영양 지식과 식행동 변화는 없었음.
조여원등 (1995)	병원직원 참가신청자	총10명	모두 영양교육+행동수정+식사요법 시행	10주	프로그램 3개월 후 체중 54.2-52.0으로 감소했으나 6개월 후 53.6으로 증가. 체질량지수는 변화 없었고, 체지방량은 27에서 24.2로 감소. 총 콜레스테롤 감소했으나 HDL은 변화없었음. 영양지식은 유의하게 향상되었으나 식습관 변화는 없음.
김태연, 엄순희 (2004)	보건소등록한 인슐린비의존성 당뇨병환자	I:31 C:31	I:당뇨영양교육+당뇨중식실습 C:개입 없음	교육 4주 실습 4회	실험군에서 혈당이 유의하게 감소됨, 체중과 체질량지수는 유의한 변화 없음.
홍순명 김현주 (2001)	보건소 무료검진과 골다공증검사한 장년기 여성	총 61명	모두 골다공증예방 관련 영양교육시행	-	프로그램 적용 후 영양소 섭취상태가 향상됨, 특히 단백질, 인, 리보플라민, 지방이 유의적으로 증가.
곽정옥 (1993)	면단위지역사회마을 부녀회장	총 33명	모두 영양교육시행	8주	영양지식, 태도점수 유의하게 증가, 식행 동의 유의한 변화 (1일 섭취 식품 가지 수 증가, 균형식사 향상, 지방, 칼슘, 비타민 섭취증가).
김경희 (2002)	자발적 참가신청한 아동 중 개별면거친 초등3년 이상 아동	부모참여군 : 13 대조군:10	부모참여군:아동과 부모에게 영양교육 시행 대조군:아동만 영양교육	아동교육 12주, 부모교육 4주	부모참여군의 아동이 아동의 자기존중감이 유의하게 향상, 비만도나 혈액 지질성분 변화는 없었음.
전은영 (2002)	참여희망자 중 경증본태성고혈압진단받고 항고혈압제 복용하지 않은 35-65세 성인	I:16 C:15	I:사상체질교육+저염식이+유산소운동 C:개입없음	8주	실험군에서 유의하게 혈압 하강 있었고 비만도와 총콜레스테롤, 중성지방은 프로그램 적용 후 유의한 효과가 있으나 집단 간 차이는 없었음.

〈부표 21〉 절주프로그램의 효과분석 사례

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
김영미, 정문희 (2005)	초등학생 6학년생	I:72 C:72	I:웹상 음주예방교육 C:개입없음	4부	실험군에서 프로그램 적용 후 음주관련 태도가 유의한 향상 보였으나 집단 간에서는 유의하지 않음, 음주관련 지식정도는 실험군이 대조군보다 유의하게 높았으나 프로그램 적용 후 실험군의 지식정도 변화는 유의하지 않았음.
이정숙 등 (2004)	알코올중독자 가정의 자녀선별척도(CAST-K)로 선별한 중학생	알코올중독자 자녀군(실험군1): 36 (실험군2): 41 사교적음주자녀군(대조군): 40	실험군1: 음주예방교육 실험군2: 음주예방교육 대조군: 개입없음	8주	자아존중감은 세군 간 유의한 차이가 없으나 알콜중독자 자녀군에서 프로그램 적용후 자아존중감이 큰 폭으로 상승했고 집단 간 차이에서 스트레스 대처방법, 정서행동문제가 유의한 효과를 보였음.
홍정이, 강희숙 (2003)	청소년약물사용 선별검사상 고위험군비율이 비슷한 고등1년 남학생	I:36 C:35	I:음주예방교육(생활기술훈련 포함) C:개입없음	9회	약물관련 지식과 태도, 문제해결인식, 주장행동에 유의한 긍정적 효과를 보임.
유채영 (2002)	가정폭력상담소에 상담위탁 중인 문제음주 가정폭력행위자	I:6 C:6	I:변화단계모형 집단프로그램 C:개입없음	6회	실험군에서 긍정적인 변화동기(인지정서적, 행동적변화과정 증가)가 증가하였고 지각된 스트레스도 유의하게 감소하였음.
임경미, 김수진 (2002)	실업계 고등2년 남학생	I:22 C:23	I:음주예방프로그램 C:개입없음	2주	프로그램 종료4주후, 실험군에서 음주거절 자기효능감 증진, 음주결과기대 감소, 음주행위저하에 대해 유일한 효과를 보임.

〈부표 22〉 고혈압, 당뇨프로그램의 효과분석 사례

저자 (연도)	대상자	집단의 인원 I:실험군 C:대조군	프로그램 개입	기간	결과
이현정 (2004)	보건소에 고혈압으로 등록한 성인	I:43 C:42	I:보건진료소 개별면담교육 c:개입없음	2회	교육 2주후 실험군에서 고혈압관련 지식, 자기효능감, 자가간호행위 증진에 유의한 효과를 나타냄.
박남희 (2003)	보건소에 고혈압으로 등록한 성인	총 16명	모두 자조관리프로그램 (교육+자가간호수행관리) 시행	6주교육 3주관리	프로그램 적용 6, 9주후 수축기, 이완기혈압 감소, 자가간호 능력과 건강증진행위에서 유의한 효과를 나타냄.
김윤미 등 (2006)	고혈압입원경력 1회 이상 또는 외래방문 3회 이상의 60～70세 노인	총 33명	모두 사례관리프로그램 (방문+전화교육) 시행	8-12주	사례관리서비스 후 수축기혈압과 증상경험빈도 감소, 지식수준과 건강증진행위 향상, 기타질환 의료이용 실적이 유의하게 감소
유지수 등 (2006)	제2당뇨병으로 통원치료 받으나 고혈압, 심질환 없는 성인	I:21 C:13	I:생활습관개선프로그램 C:개입없음.	16주	실험군에서 식후혈당, 스트레스 점수가 유의하게 감소되었고 당화혈색소는 집단간 유의하지는 않으나 실험군에서 프로그램 후 0.67% 유의한 감소효과 있었음.
류민희 등 (2000)	5년이내 당뇨병 진단받고도 식사조절하지 않은 외래방문자	총 20명	모두 당뇨 식사 교육 시행	4주	프로그램 후 총 섭취열량과 탄수화물섭취량 감소, 공복혈당 207.4→132.3, 식후 2시간 혈당 336.8→168.7mg/dl로 감소, 당화혈색소 9.9→7.6%로 감소(모두 통계적으로 유의함)

4. 공공부문 보건의료자원 관련 기타 현황

〈부표 23〉 보건소 유형별 개소당 평균 공무원수 및 관할인구 현황

(단위: 개소, 명)

구분	보건소수	평균 공무원수	보건소당 평균 관할인구수	공무원 1인당 담당인구수
전국 평균		67.4	195,186	2,896
특별시형	25	109.3	407,247	3,726
광역시형	44	62.7	277,697	4,429
일반시형	39	53.4	249,299	4,668
도·농통합시형	55	84.5	220,420	2,608
군형	71	52.0	58,074	1,117
보건의료원형	17	58.4	36,643	627

주: 보건복지부(한국보건산업진흥원 공공보건의료사업지원단) 제3기 지역보건의료계획 3~4차 자료의 정리내용임
자료: 이수진 외, 지역보건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발, 한국보건산업진흥원·보건복지부, 2008(재인용)

〈부표 24〉 보건소 유형별 보건의료서비스 관련 업무의 실제 투입인력수

(단위: 명)

구분	합계	특별 시형	광역 시형	일반 시형	도·농 통합시형	군형	보건 진료원형
합계	42.5	66.0	44.6	37.7	45.8	31.2	47.8
건강증진	7.2	11.3	8.8	6.5	7.6	5.5	4.2
전염성질환	8.5	15.2	11.7	8.1	9.3	4.9	3.7
만성질환	1.4	2.2	1.3	1.3	1.7	1.0	1.2
정신보건	1.8	3.0	2.0	2.4	1.4	1.1	1.4
방문보건	3.7	7.5	4.4	2.7	4.4	2.2	2.6
진료	8.5	10.3	4.4	6.4	8.5	7.8	23.5
각종 실험 및 검사	4.0	7.6	4.0	3.8	4.0	2.6	4.5
모자보건	1.4	2.3	2.0	1.3	1.6	1.0	1.5
구강보건	1.8	1.1	1.4	1.6	3.1	1.6	1.7
희귀난치 의료비지원	0.6	0.8	0.7	0.5	0.6	0.4	0.6
재활보건	1.6	2.2	1.8	1.7	1.9	1.2	1.4
건강검진	1.9	2.5	2.0	1.3	1.8	1.7	2.7

주: 보건복지부(한국보건산업진흥원 공공보건의료사업지원단) 제3기 지역보건의료계획 3~4차 자료의 정리내용임
자료: 이수진 외, 지역보건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발, 한국보건산업진흥원·보건복지부, 2008(재인용)

〈부표 25〉 보건진료소 수가기준(2011)

(단위: 원)

구분		합계	본인 일부부담금	
			건강보험	의료급여
일반진료비	1회 방문당	2,170	900	-
	1일투약 추가시	930	-	
조산료	제1태아	34,130	(진료비 12,000 총액의 100분의 30)	-
	제2태아부터	17,060		

자료: 2011경제발전경험모듈화사업, 보건소중심 농어촌 농건의료개선사업(p23), 보건복지부·한국국제보건의료재단, 2012(p76). 재인용

〈부표 26〉 보건진료원 제도 연혁

시기	내용
1976	· 한국보건개발연구원발족
1977~1980	· 한국보건개발연구원의 「마을건강사업」 시범사업운용및평가
1980.10	· 보사행정장기계획: 전국의료취약지역의보건진료원배치계획수립
1980.12	· 농어촌보건의료를위한특별조치법제정, 공포
1981.01	· 보건진료소의설치시작
1981.03	· 보건진료원의배치(위촉직) 및직무교육시작
1981.06	· 농어촌보건의료를위한특별조치법시행령공포
1981.08	· 보건진료소운영협의회조직되기시작
1981.09	· 농어촌보건의료를위한특별조치법시행규칙공포
1981.10	· 보건진료소용의료기구및의약품이단계적으로공급됨·운영협의회를 지역의 대표로구성하여보건진료소를운영하도록함
1983.02	· 보건진료소건물신축하기시작함
1984.01	· 보건진료소관리운영규정공포
1984	· 전국보건진료소스쿠터및환등기1 대씩보급
1991.12	· 보건진료원별정직공무원(6~7급)
2003.12. 29	· 농어촌주민의보건복지증진을위한특별법제정
2011. 8	· 지방공무원 「보건진료직」 신설

자료: 2011경제발전경험모듈화사업, 보건소중심 농어촌 농건의료개선사업(p23), 보건복지부·한국국제보건의료재단, 2012(p70). 재인용

〈부표 27〉 농어촌지역 등의 보건의료자원 현황 - 보건소

(단위: 개소, 명)

구분	현황		
	조직수	인력수	예산액
합계	279	12,808	-
특별시 보건소	25	2,442	-
광역시 보건소	45	1,903	-
도·농통합시 보건소	50	2,893	-
일반시 보건소	45	1,703	-
군 보건소	68	2,685	-
보건의료원	16	930	-
분소(출장소 포함)	26	147	-
기타	4	105	-

주: 2011년 12월말 기준이며 예산현황은 공식통계자료 파악이 불가능함.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

〈부표 28〉 농어촌지역 등의 보건의료자원 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명)

구분		현황		
		조직수	인력수	예산액
합계		3,213	7,230	-
보건지소	소계	1,305	5,354	-
	일반 보건지소	1,253	4,777	-
	통합 보건지소	26	237	-
	도시 보건지소	26	340	-
보건진료소		**1,908**	**1,876**	**-**

주: 2011년 12월말 기준이며 예산현황은 공식통계자료 파악이 불가능함.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

□ 농어촌지역(보건지소 및 보건진료소)의 보건의료인력 세부 현황

❍ 보건의료인력 합계

〈부표 29〉 농어촌지역의 보건의료자원 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	4	33	37
	비율	0.3	1.7	1.2
1	빈도	6	1,873	1,879
	비율	0.5	98.2	58.5
2	빈도	170	2	172
	비율	13.0	0.1	5.4
3	빈도	363	0	363
	비율	27.8	0.0	11.3
4	빈도	458	0	458
	비율	35.1	0.0	14.3
5	빈도	151	0	151
	비율	11.6	0.0	4.7
6	빈도	76	0	76
	비율	5.8	0.0	2.4
7	빈도	24	0	24
	비율	1.8	0.0	0.7
8	빈도	10	0	10
	비율	0.8	0.0	0.3
9	빈도	3	0	3
	비율	0.2	0.0	0.1
10	빈도	9	0	9
	비율	0.7	0.0	0.3
11	빈도	4	0	4
	비율	0.3	0.0	0.1
12	빈도	3	0	3
	비율	0.2	0.0	0.1
13	빈도	5	0	5
	비율	0.4	0.0	0.2
14	빈도	5	0	5
	비율	0.4	0.0	0.2
16	빈도	1	0	1

구분		보건지소	보건진료소	합계
	비율	0.1	0.0	0.0
17	빈도	3	0	3
	비율	0.2	0.0	0.1
18	빈도	2	0	2
	비율	0.2	0.0	0.1
19	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
22	빈도	4	0	4
	비율	0.3	0.0	0.1
24	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
30	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
32	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(의사)

〈부표 30〉 농어촌지역의 보건의료자원(의사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	14	1,908	1,922
	비율	1.1	100.0	59.8
1	빈도	1,227	0	1,227
	비율	94.0	0.0	38.2
2	빈도	62	0	62
	비율	4.8	0.0	1.9
2	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
3	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(치과의사)

〈부표 31〉 농어촌지역의 보건의료자원(치과의사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	948	1,908	2,856
	비율	72.6	100.0	88.9
1	빈도	355	0	355
	비율	27.2	0.0	11.0
2	빈도	2	0	2
	비율	0.2	0.0	0.1

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(한의사)

〈부표 32〉 농어촌지역의 보건의료자원(한의사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	645	1,908	2,553
	비율	49.4	100.0	79.5
1	빈도	654	0	654
	비율	50.1	0.0	20.4
2	빈도	6	0	6
	비율	0.5	0.0	0.2

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(약사)

〈부표 33〉 농어촌지역의 보건의료자원(약사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	1,302	1,908	3,210
	비율	99.8	100.0	99.9
1	빈도	3	0	3
	비율	0.2	0.0	0.1

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(간호사)

〈부표 34〉 농어촌지역의 보건의료자원(간호사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	780	33	813
	비율	59.8	1.7	25.3
1	빈도	425	1,873	2,298
	비율	32.6	98.2	71.6
2	빈도	54	2	56
	비율	4.1	0.1	1.7
3	빈도	16	0	16
	비율	1.2	0.0	0.5
4	빈도	9	0	9
	비율	0.7	0.0	0.3
5	빈도	6	0	6
	비율	0.5	0.0	0.2

구분		보건지소	보건진료소	합계
6	빈도	4	0	4
	비율	0.3	0.0	0.1
7	빈도	5	0	5
	비율	0.4	0.0	0.2
8	빈도	3	0	3
	비율	0.2	0.0	0.1
9	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
11	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
23	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(영양사)

〈부표 35〉 농어촌지역의 보건의료자원(영양사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	1,282	1,908	3,190
	비율	98.2	100.0	99.3
1	빈도	22	0	22
	비율	1.7	0.0	0.7
2	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(의료기사)

〈부표 36〉 농어촌지역의 보건의료자원(의료기사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	780	1,908	2,688
	비율	59.8	100.0	83.7
1	빈도	452	0	452
	비율	34.6	0.0	14.1
2	빈도	40	0	40
	비율	3.1	0.0	1.2
3	빈도	13	0	13
	비율	1.0	0.0	0.4
4	빈도	9	0	9
	비율	0.7	0.0	0.3
5	빈도	5	0	5
	비율	0.4	0.0	0.2
6	빈도	3	0	3
	비율	0.2	0.0	0.1
7	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
8	빈도	2	0	2
	비율	0.2	0.0	0.1

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(간호조무사)

〈부표 37〉 농어촌지역의 보건의료자원(간호조무사) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	377	1,908	2,285
	비율	28.9	100.0	71.1
1	빈도	633	0	633
	비율	48.5	0.0	19.7
2	빈도	284	0	284
	비율	21.8	0.0	8.8
3	빈도	9	0	9
	비율	0.7	0.0	0.3
4	빈도	2	0	2
	비율	0.2	0.0	0.1

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(행정직)

〈부표 38〉 농어촌지역의 보건의료자원(행정직) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	1,289	1,908	3,197
	비율	98.8	100.0	99.5
1	빈도	11	0	11
	비율	0.8	0.0	0.3
2	빈도	4	0	4
	비율	0.3	0.0	0.1
3	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(보건직)

〈부표 39〉 농어촌지역의 보건의료자원(보건직) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	1,168	1,908	3,076
	비율	89.5	100.0	95.7
1	빈도	104	0	104
	비율	8.0	0.0	3.2
2	빈도	26	0	26
	비율	2.0	0.0	0.8
3	빈도	5	0	5
	비율	0.4	0.0	0.2
4	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0
9	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

❍ 보건의료인력(기능직 등)

〈부표 40〉 농어촌지역의 보건의료자원(기능직 등) 현황 - 보건지소 및 보건진료소

(단위: 개소, 명, %)

구분		보건지소	보건진료소	합계
인력수	빈도	1,305	1,908	3,213
	비율	100.0	100.0	100.0
0	빈도	1,264	1,908	3,172
	비율	96.9	100.0	98.7
1	빈도	30	0	30
	비율	2.3	0.0	0.9
2	빈도	8	0	8
	비율	0.6	0.0	0.2
3	빈도	2	0	2
	비율	0.2	0.0	0.1
4	빈도	1	0	1
	비율	0.1	0.0	0.0

주: 2011년 12월말 기준임.
자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료(2012.11)

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결재
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
  간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

Kihasa 도서 판매처

- **한국경제서적(총판) 737-7498**
- **영풍문고(종로점) 399-5600**
- **Yes24 http://www.yes24.com**
- **교보문고(광화문점) 1544-1900**
- **서울문고(종로점) 2198-2307**
- **알라딘 http://www.aladdin.co.kr**

KIHASA 연구보고서 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기가공식품 표시제 중심으로-	곽노성
연구 2011-07	저소득층 아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분해	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장재정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘
연구 2011-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 친서민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지체감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	강혜규
연구 2011-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손창균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 만혼의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산·양육 행태 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	지방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변천과 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기반(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 편-	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 사각지대 분석-	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006~2010년 결과 보고서-	오영호
연구 2011-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	건강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약·위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	친서민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 아동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지패널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신욱
연구 2011-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박실비아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구	이상영
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진욱
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	건강보장체계의 New Paradigm 전환에 따른 기반 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험자 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지재정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종욱
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중앙과 지방의 사회복지 재원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 욕구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르딕 모델을 중심으로	윤석명·신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종욱
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신욱
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태완
연구 2012-30	중고령자의 소득·자산 분포와 노후빈곤 가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현세대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구범주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교: 아시아 국가를 중심으로 1 (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 바우처사업의 정책효과 분석 연구	강혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제-재활, 고용서비스를 중심으로	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통계생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 통계조사 선진화 방안에 관한 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와지방정부의저출산정책연계방안	이상림
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김현식
연구 2012-47-5	친가족기업 지표개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼·출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 난임 시술비 지불보상 현황과 정책방향: 인공수정 대상	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생체중아 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	둘째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산·고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김현식
연구 2012-47-12	고령화·저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이헌창)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구이동 전망과 대응과제	이상림
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양욕구필요도측정방식개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업시장규모추계와활성화방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산현상의동태적분석을위한지역사례조사	박종서
연구 2012-47-21	백세시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국·영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책: 유럽국가의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정경희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우·이삼식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지공적 전달체계 개편 방안: 공적전달체계의 수직적편제와 수평적배열의 재구조화	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육·교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박종서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2006년 및 2011년 결과 보고서 -	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 건강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 건강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품접객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 일자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초등방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년한국복지패널기초분석:한국의복지실태	최현수
연구 2012-55-2	2012년한국복지패널심층분석:인구집단별생활실태와복지욕구의동태분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정추계 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증 원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 조세·재정정책 정립 방향 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 지표·지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호