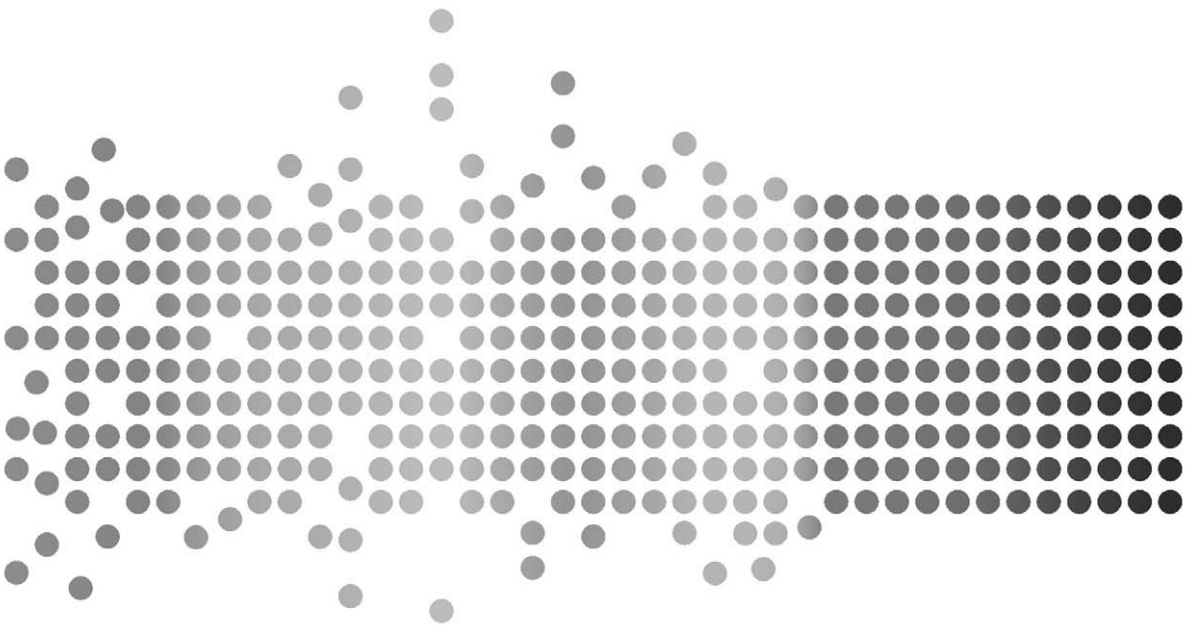
연구보고서 2010-32-3

건강마을의 건강영향평가

Health Impact Assessment of Healthy Villages

최은진 · 김지은



한국보건사회연구원

연구보고서 2010-32-3

건강마을의 건강영향평가

발 행 일 2010년 12월
저 자 최 은 진 외
발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 268(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 고려문화
가 격 5,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-730-9 93510

머리말

우리사회는 대내외적으로나 사회경제적으로 빠른 변화를 경험하고 있다. 한편 고령화로 인한 의료비 부담 등 불건강으로 인한 사회적 부담은 점차 가중되고 있다. 이러한 상황에서 건강마을과 같은 지역사회개발사업의 영향에 대하여 평가하는 것은 건강에 주는 영향을 좀 더 긍정적인 방향으로 강화하여 향후 건강투자를 좀 더 효율적으로 하는데 기여할 것으로 사료된다. 고령인구가 증가하는 이 시점에서 고령인구의 특성을 감안한 적절한 건강마을사업개발이 필요한 때이다.

건강영향평가는 사업의 초기에 정책, 프로그램, 프로젝트의 건강영향을 예측하여 부정적인 건강영향의 감소, 긍정적인 영향의 향상, 인간이 중심이 되는 지속가능한 개발을 증진시키는 데 목적이 있기 때문이다. 건강영향평가는 다양한 건강의 결정요인들을 감안하여 지역개발이나 경제개발사업이 주민의 건강에 부정적인 영향보다는 긍정적인 영향을 극대화하는 데 전초적인 역할을 하는 정책과제이다.

우리나라에서는 보건복지부 국토해양부, 농촌진흥청, 문화관광부 등 여러 부처에서 다양한 형태의 지역개발 관련 사업을 추진해 오고 있다. 부처에 따라 관광을 증가시키거나 농촌경제활성화 등 다양한 목표를 가지고 시도하고 있다. 그중 보건복지부에서 추진하는 건강도시사업도 지역주민의 건강을 중심으로 하는 지역개발사업의 하나로 볼 수 있다. 한편 건강도시사업에서는 장소를 중심으로 한 여러 가지 사업이 분화되고 있는데, 그중의 하나가 건강마을 사업이다.

이 보고서에서는 우리나라의 상황에서 건강마을과 관련된 유사한 형태의

다양한 사업을 검토 분석하고 지역주민의 인지도를 평가하여 향후 건강마을사업의 추진방안에 대한 제언을 하고 있다.

본 보고서의 검독에 참여하여 주신 정애숙 국회의원 보좌관에게 감사드리며, 원내의 정영호 연구위원, 최성은 연구위원께 감사드린다. 농촌건강장수마을 관련 자료와 정보를 지원해 주신 농촌지원국 농촌자원과 김영아 선생님께도 감사의 말씀을 드린다. 끝으로 본 보고서의 내용은 연구자들의 개인적인 견해이며, 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2010년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

목 차

Contents

Abstract ····· 1

요약 ····· 3

제1장 서 론 ····· 15

제1절 배경 ····· 15

제2절 연구목적 및 연구방법 ····· 18

제3절 연구의 기대효과 ····· 18

제2장 건강마을의 건강영향평가관련 이론적 고찰 ····· 21

제1절 건강영향평가의 기본원리와 적용 ····· 21

제2절 건강마을에 대한 건강영향평가 적용과 고려사항 ····· 25

제3절 건강의 결정요인 ····· 27

제4절 건강마을과 건강증진사업 ····· 32

제3장 건강관련 마을의 국내외 사례분석 ····· 37

제1절 건강마을관련 선행연구의 분석 ····· 37

제2절 우리나라의 특성화 마을정책 분석 ····· 40

제3절 농촌건강장수마을 ····· 46

제4절 생태마을, 슬로우 시티 ····· 47

제5절 건강체험장의 사례 ····· 49

제6절 세계 장수 마을 Blue Zone ····· 52

제7절 국내외 사례의 정책적 함의 ····· 55

제4장 건강마을 주민의 인식도 조사결과 ····· 59
제1절 건강마을주민 인식조사 개요 ····· 59
제2절 조사대상자의 일반적 특성 ····· 60
제3절 조사대상자의 건강수준 ····· 63
제4절 조사대상자의 건강행태특성 ····· 70
제5절 조사결과의 함의 ····· 73

제5장 결론 및 정책제언 ····· 77
제1절 건강영향평가 적용의 함의 ····· 77
제2절 건강마을사업 추진을 위한 정책제언 ····· 80

참고문헌 ····· 83

부 록 : 전화조사 설문지 ····· 89

Contents

표 목차

〈표 2-1〉 건강영향평가의 방법 ····24
〈표 2-2〉 세계보건기구와 선진국들이 제시한 건강의 결정요인 비교 ····31
〈표 4-1〉 조사대상의 일반적 특성 ····61
〈표 4-2〉 조사대상자의 EQ5D 응답현황 ····64
〈표 4-3〉 지역별 연령별 EQ5D 점수분포 ····65
〈표 4-4〉 국민건강영양조사 질 가중치 반영 지역별 연령별 EQ5D 점수분포 ····66
〈표 4-5〉 국민건강영양조사 질 가중치 반영 거주지 특성별 EQ5D 점수분포 ····67
〈표 4-6〉 지역별 만성질환유무에 따른 EQ5D 및 오늘의 건강상태 점수 분포 ····68
〈표 4-7〉 연령별 지역별 오늘의 건강상태 점수 ····69
〈표 4-8〉 건강마을 주민의 주요 건강행태지표 비교 ····70
〈표 4-9〉 보건소 건강증진사업 인지도 ····72

그림 목차

[그림 2-1] 보건정책과 개발정책, 건강결정요인의 관계도 ····22
[그림 2-2] 건강영향평가의 개념과 수행과정 ····23
[그림 2-3] 미국 Healthy People 2010에 제시된 건강의 결정요인과 정책의 관계 ····29
[그림 2-4] 장소중심의 건강증진사업 사례 ····34

Abstract

□ The purpose of this study was to assess impact of healthy villages in Korea. It examined the health educational programs in the healthy villages. This study examined application of the theory of health impact assessment in the area of healthy villages in Korea. This study addressed the implication of various types of healthy villages in Korea on green development and welfare policy.

□ Method of the study

○ Literature review on impact of healthy villages

○ Analysis of policies of healthy villages in Korea and foreign countries

○ Survey of residents in healthy villages : health status and accessibility of preventive health services

— 560 residents in healthy cities and healthy villages were surveyed and 440 people in general area as a comparison group were surveyed.

□ Results of the study

○ The healthy village projects in Korea differed in its goal from healthy village program of the WHO.

○ Many healthy villages in Korea were focusing on economic wellbeing of the residents rather than focusing on health.

○ Healthy city projects in Korea increasingly adopt healthy village program. There were 10 healthy village prgrams in healthy cities in Korea in 2010. The healthy village program focus on increased networking of residents for healthy lifestyles.

○ Results of telephone survey

- There was not significant differences in lifestyles of residents in healthy cities and healthy villages from those living in general area. However, people living in healthy cities were more likely engaged in regular physical activities and were less likely to experience depression.
- There were no difference among areas of residence in using health care services for chronic conditions.

□ Implications of the study

○ Korean healthy villages varied in their focus. In many cases the major focus of the healthy villages was not on health. Often programs were oriented to commercial investment.

○ Healthy village programs in the healthy city projects were more likely to be health oriented.

○ There should be standardized components and measures for health village programs in Korea.

요 약

제1 장 서론

□ 최근 건강도시사업의 증가와 함께 건강증진서비스와 지원적 환경조성은 건강증진사업의 주요 성과지표로 부각되고 있음

○ 국민의 건강한 생활습관 형성을 위해 이명박 정부는 6개 권역별로 건강마을을 설치한다는 대선공약을 제기한 바 있음.

□ 연구목적

○ 건강증진에 관한 일반교육, 체험학습 등 건강교육프로그램이 제공되는 건강마을을 설치했을 때 생성될 수 있는 건강영향에 대하여 연구함.

○ 지역적인 특성과 대상별 건강증진의 효과성을 감안한 건강마을의 영향을 분석함.

○ 녹색성장 및 능동적 복지를 구현하는 건강마을의 추진방향을 개발함.

□ 연구방법

○ 건강마을의 건강영향의 근거에 대한 문헌수집 고찰

○ 건강마을정책 분석 : 주요 국가의 건강마을 정책 유형분석

○ 일반인 인식조사 : 국내 유사건강마을 주민의식 및 일반마을 지역주민 의식 비교분석

제2장 연구결과

1. 건강영향평가의 절차

□ 스크리닝

○ HIA의 필요성

– 건강마을사업의 도입은 정부 및 지자체의 예산과 행정적 역량이 투입되는 사업임.

– 건강마을의 사업의 투입에 대비하여 건강영향의 정도와 부정적 건강영향요인에 대한 사전적 평가가 필요함.

○ HIA의 적절성

– 건강마을사업은 중심되는 요인에 따라 건강의 결정요인에 다른 영향을 줄 수 있음.

– 경제성장이나 지역개발을 중점적 요소로 하는 건강마을사업은 건강에 부정적 영향을 줄 수 있으므로 건강영향평가의 대상사업으로 적절함.

□ 스코핑

○ 건강마을사업에 대한 건강영향평가의 범위는 지역주민의 인구사회학적 특성과 건강요구도임.

○ 건강영향평가의 내용

– 인구집단의 성, 연령, 건강수준(주관적, 객관적)의 동향

– 지역의 건강요구도 : 건강마을이 실시 지역의 건강요구도 분석

○ 건강영향평가의 방법

– 문헌고찰 : 건강마을의 결과 평가에 대한 문헌분석

– 건강조사자료의 분석

– 전화조사를 통한 현지주민의 인지도 분석

□ 자료수집

○ 지역사회/인구집단의 프로화일 분석(연령, 성, 지역별 건강)

○ 자료수집 : 국내외 건강마을과 관련된 자료를 수집하여 특성분석, 건강마을과 관련된 공통적인 범위와 표준 분석

○ 정보 : 건강마을의 종류, 유사건강마을의 유형에 대한 정보

□ 평가/사정

○ 건강영향의 우선순위와 관련된 정보종합 : 취약계층의 취약성 요인 분석 및 적용, 단기적, 중장기적 우선순위 분석

○ 평가 : 지역사회자원 대비 건강취약계층의 접근성, 건강생활 평가

□ 의사결정 및 권고

○ 건강마을의 영향력을 긍정적 측면에서의 의사결정사항: 예상되는 긍정적인 결과들의 우선순위 개발

○ 부정적 영향을 최소화하거나 피하기 위한 권고안 개발

○ 모니터링 및 추후조사에 대한 권고

2. 건강마을의 영향과 특성 분석

□ 세계보건기구의 건강마을의 정의

○ 건강한 마을(Healthy village)[1]는 장소(setting)접근에서 나온 하나의 형태임. 건강한 마을은 건강을 위한 여러 장소 중의 하나임. 건강한 마을은 지역주민의 건강개선과 건강증진을 목적으로 마을개발에 초점을 둔 환경조성 프로그램임.[2]

○ 장소접근법의 핵심은 장소의 신념과 활동이 상호 보완적이고, 장소

1) 세계보건기구의 건강마을은 건강한 마을(healthy village)이며 건강체험장으로서의 마을이라기보다는 건강생활이 가능한 지역사회를 총칭함.

2) World Health Organization, Regiional Office for the Eastern Mediterranean, Frequently Asked Questions about Community-based Initiatives, 2003.

안에서 살거나 일하거나 보호받는 사람의 건강과 안녕을 증진하는 방향으로 공동 협력해 나가는 것을 의미함. 이는 건강증진이 장소의 모든 면과 통합되고, 그 장소를 접하는 모든 사람들을 포함하는 것을 의미함. 장소접근법의 출현은 '건강이란 사람들이 배우고 일하고 놀고 사랑하는 일상생활의 장소 안에서 그들에 의해 만들어지고 존재하는 것이다.'라는 Ottawa 헌장의 주장을 뒷받침을 해 왔음.

○ 장소접근법에 대한 방침은 자카르타(Jakarta)선언에서 공고히 승인되었음(WHO, 1997). 그 내용은 특정 장소가 총체적 전략을 수행하기 위한 실질적 기회를 제공하는 장소이며, 이는 대도시, 섬, 도시, 지자체, 지역사회, 시장, 학교, 직장, 건강관리 시설들을 포함함.

○ 초기 WHO의 건강장소(settings)구상은 건강도시프로젝트였고, 이것은 1987년에 수립되었으며 당시 약 11개 유럽 도시들이 속해 있었음. 장소접근법은 잇달아 빠르게 확산되어, 현재 유럽에는 1,000개 이상의 건강도시와 건강마을이 있고, 이러한 접근법의 원리는 다른 장소에도 적용되었음. 그 중 일부 장소는 세계보건기구의 네트워크를 통해서 세계적으로 연계되어 있음(예: 건강도시 네트워크).[3)]

□ 해외사례

○ 영국의 건강 파크

– Health Park 설립의 근본 목적은 질병을 예방하고 주민이 보다 활발하게 자신의 건강을 증진시키도록 하는데 있음. 특히 Health Park의 취지는 육체적 정신적, 사회경제적 및 환경적 측면에서 건강문제를 다루고 개인의 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 지원하는데 있음. 영국의 Health Park은 Filwood와 Knowle City의 주민을 대상으로 설립한 것임. 이 두 지역은 건강의 측면에서 볼 때 상당히 비슷한 성격을 띠고 있음. 이 두 지역은 저소득층 지

3) 최은진·홍주희·최부근·정지윤·권은주·이혜진·김경남, 건강증진: 계획과 전략(번역서 ISBN 89-5629-102-0), 계축문화사, 2006.

역으로 실업률이 높고 저소득층이고 미혼모, 흡연율, 문맹률 등 각종 사회경제적인 문제를 안고 있는 지역임.

- Health Park 이 사업은 지역주민의 참여와 지역의 부흥을 목적으로 하고 있음. 첫째, 지역주민의 건강과 안녕을 위한 가용 자원을 동원함. 둘째, 건강과 관련하여 지역주민과 공공기관, 민간기관과의 연계를 구축함. 셋째, Health Park의 시설을 개발하는데 가능한 많은 주민을 참여시킴. 넷째, 지역개발의 개혁을 위해서 주력함.

□ 국내 건강마을의 형태와 특성

○ 세계보건기구의 건강도시사업 중 생활터를 중심으로 한 사업으로 건강마을 사업이 증가하고 있음.

- 전체 53개 건강도시 중 건강한 생활터 사업을 하는 도시는 25%였고 2010년 현재 건강마을사업을 포함한 곳은 전국적으로 10개였음.
- 건강마을은 2008년 3개, 2009년 6개, 2010년 10개소 등으로 증가하고 있음.
- 지역공동체, 네트워크 활용 등 사회적인 자본활용을 극대화함.

○ 농촌진흥청의 농촌건강장수마을

- 농촌진흥을 목적으로 노인등 취약계층이 많은 지역을 중심으로 개발된 사업임.
- 건강관리 방법, 학습·사회활동 정도, 일거리 소지 여부, 주거환경 등에서의 만족 정도를 평가하고 있으며, ('05) 55.4%(3.22) ⇒ ('06) 57.6%(3.31) ⇒ ('07) 64.2%(3.55) ⇒ ('08) 65.2%(3.6)로 전반적인 만족도가 증가가고 있음.

○ 기타 형태 : 슬로우시티, 녹색관광마을 등

○ 건강마을주민의 인식도 : 건강마을주민은 다른 지역에 비하여 신체활동실천, 주관적 건강인식 등이 높은 것으로 분석됨.

□ 해외 건강장수마을의 공통된 특성분석 (블루존 중심)

○ 블루존은 세계적으로 장수노인이 많은 지역을 지칭하는 개념임. 이탈리아 사르데냐, 일본의 오키나와, 미국 캘리포니아의 로마린다, 중앙아메리카 코스타리카의 니코야 반도 등임.

○ 노인들이 자신의 일을 가질 수 있는 방안을 마련하고 있음.

: 노인일자리 사업(노인의 유형을 분류하여 노동의 질을 고려한 일자리), 지역사회와 연계한 다양한 자원봉사 시스템 구축

○ 사회적 지지체계의 마련

: 가족이나 지역사회의 지지를 받을 수 있는 체계 필요, 노인 돌봄의 실효성 확보를 통한 가족의 노인 부양 부담 축소

○ 보건소를 이용한 건강관리 시스템 구축

: 65세 노인을 대상으로 건강에 관한 전반적인 관리를 해줄 수 있는 전문 시스템 구축과 인력 확보

□ 전화조사결과

○ 건강마을 주민의 인식 및 건강관련 특성을 분석하기 위하여 전화조사를 실시하였음. 기간은 2010년 9월 7일~9월 15일(8일)간 실시하였음. 30세 이상 성인 1,000명을 조사하였고, 농촌장수마을 주민, 건강도시 주민이 포함됨.

○ 조사내용은 지자체의 건강증진사업(금연, 절주, 영양, 운동 등)의 이용경험 및 인지도, EQ5D에 의한 건강수준(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 우울/불안 등 5개 영역) 문항과 주관적인 건강수준 평가척도, 건강생활실천, 건강증진사업이용 및 인지도 등을 포함하였음.

○ 전체 조사응답자 1,000명중 남자 49.5%, 여자 50.5%였음. 연령은 30세부터 60세 이상까지 10세 간격으로 볼 때 대체로 고른 분포였으나 대상지역 특성별로 볼 때 농촌건강장수마을의 거주민 연령이 고령자가 유의하게 많았음. 대상자의 결혼상태는 지역 간 차이는 거의 없었으며, 기혼(유배우)상태가 84.5%로 가장 많았음.

○ 학력은 전체적으로는 고졸 34.0%, 대졸 이상 33.0%로 가장 많았으며, 지역별로는 상대적으로 고령자가 많은 농촌장수 건강마을에서 초등졸(24.5%) 및 중졸(21.9%)의 비율이 높았음.

○ 조사대상자의 건강수준을 분석하기 위하여 EQ5D 응답현황을 분석하였다. 운동능력과 관련하여 30세 이상 집단에서 전체적으로 84.7%는 걷는 데 지장이 없다고 응답하였다. 고령인구가 더 많은 농촌건강장수마을에서는 20.9%가 다소 걷는 데 지장이 있다고 응답하였음. 한편 60세 이상 응답자만을 대상으로 하여 EQ5D 응답현황을 분석한 결과 지역 간 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났음. 60세 이상의 응답자를 대도시, 중소도시, 군지역 등의 구분으로 EQ5D 응답현황을 분석한 결과에서도 유의한 차이를 나타내지 않았음.

○ 건강수준을 0에서 100점의 구간의 점수로 나타내는 문항에서는 74.6점을 나타내었고, 만성질환이 있는 경우의 점수는 69.3점, 만성질환이 없는 경우는 76.4점이었고 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 지역별로 볼 때 오늘의 건강상태는 농촌건강장수마을의 응답점수가 유의하게 높게 나타났음.

○ 농촌건강장수마을 주민의 건강검진 수검률이 유의하게 높았음(84.2%). 지난 2년 간 암 검진 경험도 농촌건강장수마을에서 75%로 유의하게 높았음. 아침식사를 매일 하는 비율도 농촌건강장수마을에서 비율이 85.7%로 가장 높았고 통계적으로도 유의하였음. 규칙적 운동 실천율은 통계적으로 유의하지는 않았으나, 건강도시주민의 규칙적 운동 실천율이 가장 높았음(48.1%).

○ 현재 흡연을 하고 있는 사람의 비율은 농촌건강장수마을에서 가장 낮았고(13.8%), 통계적으로 유의하였음. 건강도시의 매일흡연율은 19.5%, 일반지역의 응답자는 23.4%로 가장 높았고, 전국 흡연율 통계 27.7%[4]보다는 낮았음. 평소의 음주습관은 농촌건강장수마을이

4) 질병관리본부 국민건강영양조사, 2008.

빈도는 다른 지역에 비하여 높은 것으로 나타났음. 일회 음주 시 주량은 전체적으로 평균 6.39잔으로 소주 한 병 미만이었으며, 지역별로 유의한 차이는 없었음.

○ 조사대상자의 건강증진사업 이용경험은 농촌건강장수마을의 경우 다른 지역에 비하여 경험률이 높았고, 특히 만성질환관리(60.2%), 영양(12.8%), 운동(48.5%) 등의 분야에서 높게 나타났음. 일반지역이나 건강도시의 경우 보건소의 건강증진사업에 대하여 전혀 모르는 경우가 과반수에서 80%를 상회하는 것으로 나타났음.

제3장 결론 및 정책제언

□ 일자리창출을 통한 경제적 여건개선 등 우리나라 건강마을은 건강향상과 서민생활개선에 긍정적인 역할을 할 수 있을 것으로 분석됨.

□ 노인인구가 증가하고 있기 때문에 건강취약계층이 증가할 전망이며 예방적인 건강증진의 기회조성과 경제사회적 안정을 위해 건강마을사업이 소규모 지역을 중심으로 발전할 기회가 많음.

□ 건강측면에서 건강마을사업의 지속가능성 확보 필요

○ 지역의 인프라, 역량, 재원확보 등의 기반조성이 필요함.

○ 지역주민의 건강증진서비스 접근성 확보를 위한 여건조성이 필요함.

□ 건강마을의 건강의 결정요소, 법적, 제도적 영향요소 등을 특성화 : 유사 건강마을의 주요 요소를 중심으로 건강영향요인을 특성화할 필요가 있음. 건강의 결정요소로는 정신적, 신체적, 사회적 건강요소를 고려함. 법적 제도적 인프라 측면에서도 영향요인을 고려하여 개발.

○ 건강마을을 건강취약지역을 중심으로 도입 확산할 필요가 있음.

□ 건강서비스, 건강정보 등에 대한 접근성확보에 중점을 두도록 함.

□ 지역의 경제적 발전과 접목된 녹색관광마을 같은 유사건강마을을 건강에 긍정적인 영향을 줄 수 있도록 보완하여 발전시킬 수 있도록 함.

□ 다양한 분야에 건강영향평가의 방법을 적용하도록 함.

□ 건강마을의 지속성 확보를 위하여 건강영향평가의 표준화된 지표를 개발할 필요가 있음.

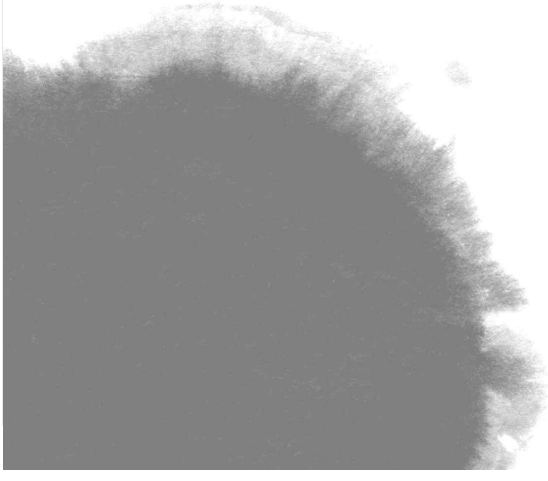
□ 건강영향평가는 지역주민의 건강한 삶을 지원하는 여건을 사전에 평가한다는 차원에서 건강과 관련된 사업을 추진할 때 적용되어야 함.

□ 건강영향평가를 통하여 성과를 극대화할 수 있는 방향으로 사업이 보완되고 개발될 수 있을 것으로 전망됨.

□ 건강영향평가는 의사결정과정에서 필수적인 항목으로 자리 잡을 수 있도록 해야 함.

01

서론



제1장 서 론

제1절 배경

경제적 수준의 향상과 정보화의 영향 등으로 21세기에는 건강에 대한 관심이 더 고조되고 있다. 건강은 개인을 둘러싼 환경과 상호작용을 하며 건강을 유지하거나 더 건강해지기도 하고 질병이나 장애를 겪게 되기도 한다. 따라서 개인의 건강은 가장 우선적인 관심의 대상이기도 하지만 개인의 건강에 영향을 주는 다양한 요인을 생각할 때 개인이 속한 인구집단의 건강이 중요한 보건문제가 될 수 있다. 인구집단의 건강은 작게는 가정에서부터 학교, 직장, 지역사회 등 개인이 속해있는 장소에 따라 보건문제가 분류되기도 하지만 인종이나 연령에 따라 구분되기도 한다.

지역사회에 새로운 도로가 만들어지거나 시설이 들어서게 될 때 그로 인해 환경과 인간의 건강에 영향이 미치게 되는 것은 당연한 일이다. 이러한 영향은 긍정적인 것일 수도 있고 부정적인 것일 수도 있다. 지역사회에 도입되는 정책이나 사업으로 인한 영향과 관련하여 건강에 긍정적인 영향을 더 많이 가져올 수 있도록 하려는 취지가 건강영향평가에 있다.

지역사회에 도입되는 새로운 건설사업이 개인이나 인구집단에 고르게 영향을 미치지는 않는다. 우선 물리적으로 새로운 사업에 가까인 있는 개인이나 인구집단이 더 영향을 받게 된다. 물리적으로 같은 위치에 있더라고 개인이나 인구집단의 성별, 연령, 유전적 소인과 같은 태생적 요인뿐만 아니라 사회경제적 수준, 직업종류 등에 따라 받게 되는 영향이 다를 수 있다. 따라서 건강영향평가에는 건강의 형평성이 중요한 이슈가 된다.

지역사회에 도입되는 정책이나 개발사업이 효과의 근거가 부족할 경우 도입되었다가 무용지물이 되거나 단시일 내에 없어지거나 바뀔 가능성이 높으며 이런 경우 비용과 시간이 낭비되게 되고, 또한 근거없는 사업으로 인해 건강과 환경에 피해만 주게 될 가능성이 크다. 따라서 건강영향평가에는 지속가능성과 근거가 중요한 이슈가 된다.

건강영향평가는 정책이나 사업의 시행이전에 지역주민의 건강에 미칠 영향에 대하여 사업의 시작 이전에 여러 가지 근거를 적용하여 실시하는 평가사업이다. 건강영향평가의 대상은 다양한 인간의 건강의 결정요인이다. 우리나라는 환경보건법에 따라 인구집단의 건강과 생태계에 미치는 영향에 대하여 평가하는 제도를 제도적으로 마련하고 있다. 환경보건법[5]에서는 건강영향평가 대상이 되는 사업(산업입지 및 산업단지조성사업, 에너지개발사업, 폐기물처리시설, 분뇨처리시설, 축산폐수공공처리시설의 설치)에 대하여 규정하고 있고, 어린이 활동공간, 어린이 용품의 위해성평가에 대하여 규정하고 있다. 우리나라 법제도 상에서 실시되는 건강영향평가의 내용은 발암물질 초과 수준을 평가하는 정도이지만 향후 범위가 확대되어야 할 필요가 있다.

1990년대 중반 이래로 영국, 캐나다, 미국, 호주, 뉴질랜드, 태국 등은 자국민의 건강수준을 향상시키는 접근방법의 하나로 "건강영향평가(health impact assessment)"를 도입하여 정책이나 프로그램에 대하여 어떤 의사결정을 할 경우에 관련되는 정보를 미리 알고 의사결정을 하고, 정책결정의 결과로 초래될 국민의 건강상의 결과를 예견하게 하고 있다.

건강영향평가는 인구집단의 건강에 영향을 주는 정책과 계획과 사업의 효과를 체계적으로 판단하는 과정과 방법과 도구의 조합이다. 국제사회에서 건강영향평가는 1992년 UN Agenda 21에서 개발의 중심에 인간의 건강을 두는 원칙을 세우면서 시작되었다. 1999년 European Union Amsterdam Treaty협약에서는 건강에 대한 주요 정책의 영향을 평가해야 한다는 조항(협약 제 152조)을 포함하였다. 2005년 UN Millenium Ecosystem

5) 법률 제9932호, 2010. 1.18, 타법개정

Assessment의 종합 보고서에서 건강영향평가(health impact assessment)의 이행 필요성을 강조하였다(서미경 등, 2008). 2005년 건강증진에 대한 방콕헌장에서는 건강이 사회경제적 및 정치적 개발의 주요 결정요인이므로 모든 정부는 불건강과 불평등을 관리해야 한다고 하였다. 정부는 보건부문 및 보건부문외의 분야에서의 건강투자에 우선순위를 두어야 한다. 건강증진을 위하여 지속가능한 재정을 지원해야 한다. 이를 위하여 정부의 모든 레벨에서 형평성 중심의 건강영향평가의 도구를 사용하여 정책과 법제도의 결과를 분명히 하여야 한다.

현재까지는 주로 일반인의 건강수준 및 건강행태지표만을 주된 효과의 근거로 삼았으나 건강지표만으로는 정책 및 사업수행의 역량을 평가하는데 제한점이 많다. 예를 들어 최근 건강도시사업의 증가와 함께 건강증진서비스와 지원적 환경조성은 건강증진사업의 주요 성과지표로 부각되고 있어 건강수준지표 외의 다양한 지표개발에 대한 요구도가 높아지고 있다.

저출산 저사망에 따른 인구구조 전환과 만성퇴행성질환 중심의 질병구조 전환으로 의료비의 급격한 상승이 초래되고 있는 가운데, 이에 적절히 대응하기 위한 보건의료정책의 수립과 접근전략이 절실히 요구되고 있다.

국민의 건강한 생활습관 형성을 위해 이명박 정부는 6개 권역별로 건강마을을 설치한다는 대선공약을 제기한 바 있다. 건강증진에 관한 일반교육, 체험학습 등 건강교육프로그램이 제공되는 시설 및 전문 인력을 보유하고, 쾌적한 환경 속에서 레저 활동까지 병행이 가능하다. 최근 연구결과에서, 건강에 영향을 미치는 4대 요소인 환경, 생활양식, 보건의료체계, 인간 생물학적 요소 가운데, 생활양식의 기여도가 전체 사망의 52%로 가장 크고 보건 의료적 요인은 8%에 불과한 것으로 추정되었으며, 따라서 건강문제 발생의 주요 원인인 환경 및 생활양식 개선 등 1차 예방에 초점을 둔 보건교육적, 예방의학적 그리고 환경보건학적 시각에서의 종합적인 접근방식의 중요성이 증대되고 있다.

정보화 사회의 발전과 함께 증대하는 국민의 건강요구도와 이에 부합하는 건강증진사업의 성과를 도출하기 위해서는 국가적인 건강증진정책수행

의 역량평가를 체계적으로 할 수 있는 건강영향평가의 기반이 마련되어야 한다. 특히 본 연구에서는 건강도시와 함께 권고되고 있는 건강마을사업에 대하여 건강영향평가를 실시하여 향후 건강마을사업의 성과를 극대화할 수 있는 방안을 모색하고자 하였다.

제2절 연구목적 및 연구방법

건강마을의 건강영향평가를 실시함으로써 본 연구에서는 다음의 사항을 주요 목표로 하고 있다.

○ 건강증진에 관한 일반교육, 체험학습 등 건강교육프로그램이 제공되는 건강마을을 설치했을 때 생성될 수 있는 건강영향에 대하여 연구함.

○ 지역적인 특성과 대상별 건강증진의 효과성을 감안한 건강마을의 영향을 평가함.

○ 녹색성장 및 능동적 복지를 구현하는 건강마을의 추진방향을 개발함.

연구의 수행을 위하여 본 연구에서 활용한 연구방법은 다음과 같다.

○ 문헌고찰 : 건강마을에 관한 문헌고찰

○ 자료수집 : 건강마을 및 건강마을관련 사례수집 및 분석

○ 전화조사 : 건강마을관련 사업이 추진되고 있는 농촌건강장수마을과 건강도시, 일반지역을 대상으로 건강수준과 건강증진사업이용률 및 인지도에 관하여 분석함.

제3절 연구의 기대효과

□ 중장기적 건강마을성과평가에 반영

□ 효과적인 건강영향평가의 기반조성에 기여함

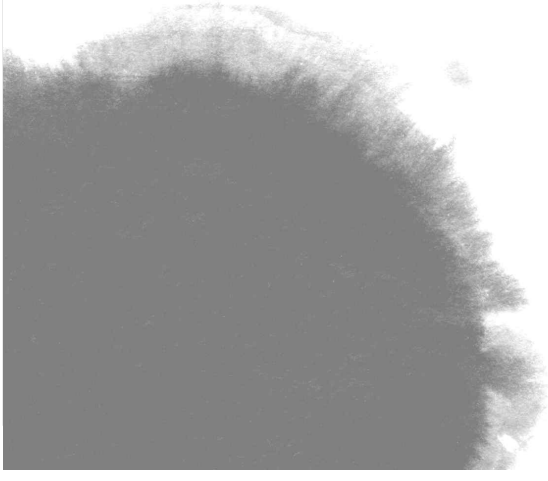
□ 지속가능하고 효율적인 건강증진정책 수행

□ 건강투자증대 및 지역경제 활성화

KIHASA

02

제2장 건강마을의 건강영향평가관련 이론적 고찰



제2장 건강마을의 건강영향평가관련 이론적 고찰

제1절 건강영향평가의 기본원리와 적용

건강영향평가는 물리적, 사회경제적, 환경적 건강의 결정요인을 기초로 인간의 건강에 영향을 주는 사회 정책과 개발사업 등에 대하여 다면적이고 종합적인 평가를 실시하는 체계이다. 건강영향평가는 개발정책 또는 프로젝트와 관련된 건강위해(health hazards)요인과 건강증진요인을 체계적으로 고찰하는 사업이다. 개발활동의 과정으로 인핸 변화되는 위해요인과 기회요인과 관련된 위험요인(risk factor)을 평가하는 과제를 수행하게 된다. 근거기반 건강영향평가의 결과로 건강보호와 건강증진에 대한 정책결정과정에 적용할 수 있는 추천 또는 제안을 하게 된다.[6] 건강영향평가의 결과물들에 대하여 적절한 대책을 마련하기 위해서는 의사결정 과정에 충분한 유동성이 존재해야 한다. 이를 위해 HIA는 초기에 충분히 실행되어져야 하며, HIA는 취해져야 할 수정적인 행동이 가능할 수 있도록 예측가능성이 필수적으로 포함된다. 웨일즈 국가 연합은 HIA의 3가지 유형들에 대해 다음과 같이 분류하였다.

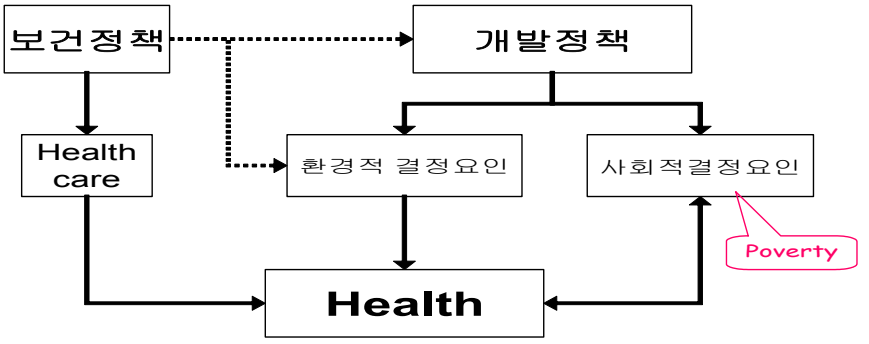
- ○ 전향적인(prospective) 평가: 사업이 수행되어지기 전에 정책의 결과들을 예측하는 것
- ○ 후향적인(retrospective) 평가: 이미 실행되어진 정책의 결과들을 확인하는 것

6) International Association for Impact Assessment, Health Impact Assessment; International Best Practice Principles, Special Publication Series No.5., Sept 2006.

○ 동반(concurrent) 평가: 특별히 부정적인 영향들이 예기되어지고, 그들에 대한 일부의 불확실성이 존재할 때, 정책들이 실행되어짐으로서 결과들을 확인하는 것을 목표로 삼는 것과 부정적인 결과들이 발생될 때 취해져야만 하는 즉각적인 행동을 허락하는 것

정부에서 추진하는 보건정책과 개발정책 등은 다양한 경로로 건강의 결정요인에 영향을 주게 된다(그림 2-1 참조). 따라서 건강영향평가의 대상은 정부의 정책, 사업, 프로젝트에 의해 영향을 받게 되는 인구집단, 건강위해요인, 건강결정요인 등이다. 건강영향을 받을 수 있는 대상 집단의 성별, 연령, 인종, 사회경제적 수준에 따른 건강영향을 평가하게 된다. 건강위해요인은 물리 환경적 요인, 사회 환경적 요인, 제도적 요인 등으로 구분하여 분석하게 된다.

〔그림 2-1〕 보건정책과 개발정책, 건강결정요인의 관계도

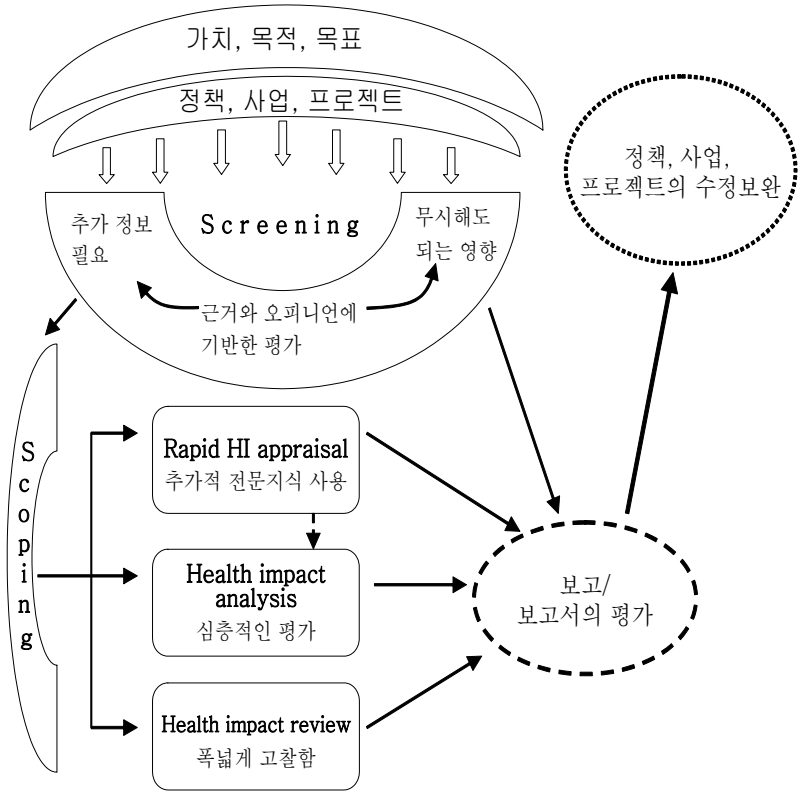


자료: WHO, MOE, KEI, National Workshop on Health Impact Assessment, Kroea, 2007.

건강영향평가의 과정은 일반적으로는 평가의 필요성 여부를 판단하기 위한 스크리닝(screening) 단계, 문제파악을 하는 스코핑(scoping) 단계, 잠재적 영향에 대한 평가(assessing) 단계, 대중에게 관심사에 대한 설명(consulting) 등 홍보단계, 영향의 중요성 정도를 결정(determining)하는 단계, 저감대책 수립 및 사후관리(implementing) 단계 등으로 구분한다. 스크리닝 단계는

건강영향평가를 위한 정책을 파악하는 단계이다. 스코핑 단계는 건강영향평가를 위한 구체적인 방법을 기술하는 단계로서 과업지시서를 작성하게 된다. 구체적인 방법은 빠른 건강영향평가(Rapid Health Impact Appraisal), 심층적인 건강영향분석(Health Impact Analysis), 건강영향검토(Health Impact Review) 등이 있다(그림 2-2 참조).

〔그림 2-2〕 건강영향평가의 개념과 수행과정



자료: European Center for Health Policy, Health Impact Assessment, main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper, WHO Regional Office for Europe, Brusssels, 1999.

건강영향의 수행방법의 과정에는 지역사회의 프로화일을 점검하고, 정책을 분석하고, 데이터수집, 영향분석, 우선적인 영향 파악, 권고사항의 개발,

모니터링과 평가(evaluate) 등이 포함된다.

건강영향평가의 방법의 종류와 유형은 정부기관 등에서 나온 이차적 자료의 수집과 분석, 이해관계자와 심층 토론, 생물리학적, 사회적, 제도적 환경과 관련된 필드 관찰, Geographical Information Systems를 사용한 맵핑(mapping), 관련된 과학적 공식적 문헌고찰 및 비공식적 'gray' 문헌고찰, 댐 건설과 같이 장기적 프로젝트인 경우 종단적인 역학적 조사 실시 등이 있다. 여러 부문의 방법이 결합된 종합적인 평가를 하게 되면 시간을 절약하고 비용을 줄일 수 있는 장점이 있다(표 2-1 참조).

〈표 2-1〉 건강영향평가의 방법

방법	특성	장점	단점
행렬 (Matrices)	· 열: 각기 다른 사업 활동 및 단계 · 행: 건강에 대한 다른 관점 나열	· 단순함. · 각기 다른 종류의 사업이나 영향에 적용 가능 · 가중치나 서열화 등 변경 가능	· 공간적 시간적 고려사항이 잘 반영되지 않음. · 가중치나 서열화가 없으면 영향의 크기를 나타내지 못함.
지도(Mapping) 및 지리정보시스템 (GIS)	· 점이나 다각형자료를 이용하여 영향의 공간적 정도 평가 · 지도는 사업과 건강 위험지역간의 관계를 보여줌. · 지리정보시스템은 보다 정교한 분석을 제공함.	· 공간적 분석 가능 · 시계열적 분석 가능 · 단순 또는 다양한 원인으로부터 요인을 통합 가능	· 원인-결과의 인과관계가 명확하지 않음. · 공간 관련 자료가 많이 필요 · 유용한 자료를 만들기 위해 시간과 자원 소요
위험성 평가 (Risk assessment)	· 건강영향의 정량적인 위험성을 개인적 노출과 관련하여 예측	· 원인-결과를 확률함수로 나타낼 수 있음. · 과학적 분석가능	· 공간적 고려가 안됨. · 일부 건강영향에만 적용 가능 · 검증이 어려움.
설문조사 (Survey)	· 표본추출을 통한 조사 · 통계적 결과분석	· 기초건강정보수집 · 대중의 관심파악 · 잠재적 영향 집단 포함 가능	· 시간과 비용 소요 · 대표성 있는 표본을 위해 많은 무작위 표본 필요 · 결과에 편차발생가능 · 응답비율이 저조할 수 있음. · 대조군이 필요할 수 있음.

방법	특성	장점	단점
Network analysis 및 Flow diagram	· 사업활동과 1,2,3차 영향의 단계간 설명 가능한 그림	· 단순하고 비용 저렴 · 인과관계 설명 가능	· 공간적 시간적 고려가 안됨. · 영향의 크기를 알 수 없음.
Group method	· 선택된 집단의 토론에 기반함. 포커스그룹 인터뷰 포함.	· 대립되는 견해에 대해 협의 및 균형 가능 · 기초상태결정 및 영향 예측 가능	· 참가자들의 의견일치에 시간이 소요될 수 있음. · 대표성 부족 · 결과해석에 조사자의 편견이 반영될 가능성이 있음.
Expert method	· 개인 또는 집단적 전문가 활용	· 전문지식과 경험활용 · 시간 및 자원이 한정되어 있을 때 유용함. · 대립되는 견해에 대한 협의 및 균형가능	· 참여한 전문가에 따라 결과가 다를 수 있음.

제2절 건강마을에 대한 건강영향평가 적용과 고려사항

건강마을은 건강에 중심을 둔 사업이므로 건강영향평가의 대상이 되지 않을 수도 있다. 그러나 지역사회에서 건강마을이 다양한 형태로 다양한 목적을 가지고 진행될 가능성이 많기 때문에 건강에 긍정적인 영향을 줄 수 있는 방향인지에 대한 사전적 점검이 필요하고, 당위성이 있다고 하겠다. 건강영향평가의 과정별로 건강마을사업을 조망하여 본 결과는 아래와 같다.

□ 스크리닝

○ 건강영향평가 적용의 필요성

건강마을사업의 도입은 정부 및 지자체의 예산과 행정적 역량이 투입되는 사업이다. 건강마을의 사업의 투입에 대비하여 건강영향의 정도와 부정적 건강영향요인에 대한 사전적 평가가 필요하다. 즉 건강을 위한 투자 사업으로서 적절한지 평가가 필요하다.

○ 건강영향평가 적용의 적절성

건강마을사업은 그 중심이 되는 요소에 따라 건강의 결정요인에 다른 영향을 줄 수 있다. 경제성장이나 지역개발을 목적으로 하는 건강마을사업은 건강에 영향을 주지 않거나 오히려 부정적 영향을 줄 수 있으므로 건강영향평가의 대상사업으로 적절하다.

□ 스코핑

건강마을사업에 대한 건강영향평가의 범위는 지역주민의 인구사회학적 특성과 건강요구도(health need)이다. 인구집단의 성, 연령, 건강수준(주관적, 객관적)의 동향이 파악되어야 하고, 지역 주민의 건강요구도가 파악되어야 한다. 건강마을이 실시되는 지역의 건강요구도 분석이 필요하게 된다.

건강영향평가의 방법으로는 문헌고찰(건강마을의 결과 평가에 대한 문헌분석 포함), 건강조사자료의 분석, 전화조사를 통한 현지주민의 인지도 분석 등이 포함될 수 있다.

□ 자료수집

자료수집의 단계는 건강영향평가의 스코핑에서 구체화된 과업지시서에 따라 관련된 자료를 분석하는 단계이다. 주요 내용은 아래와 같다.

○ 지역사회/인구집단의 프로화일 분석(연령, 성, 지역별 건강)

○ 자료수집 : 국내외 건강마을과 관련된 자료를 수집하여 특성분석, 건강마을과 관련된 공통적인 범위와 표준 분석

○ 정보 : 건강마을의 종류, 유사건강마을의 유형에 대한 정보

□ 평가/사정

평가와 사정의 단계는 건강마을사업에서 오는 건강영향의 우선순위를 구체화하는 단계이다.

○ 건강영향의 우선순위와 관련된 정보종합 : 취약계층의 취약성 요인분석 및 적용, 단기적, 중장기적 우선순위 분석

○ 평가 : 지역사회자원 대비 건강취약계층의 접근성, 영향력 평가

□ 의사결정 및 권고

건강영향평가의 결과에 따라 건강에 주는 긍정적인 영향을 극대화하기 위한 의사결정과 권고를 하는 단계이며 다음과 같은 사항이 고려될 수 있다.

○ 건강마을의 영향력을 긍정적 측면에서의 의사결정사항: 예상되는 긍정적인 결과들의 우선순위 개발

○ 부정적 영향을 최소화하거나 피하기 위한 권고안 개발

○ 모니터링 및 추후조사에 대한 권고

제3절 건강의 결정요인

건강의 결정요인은 개인이나 인구집단의 건강에 영향을 주는 요인을 총칭하는 의미를 가진다. 건강의 결정요인은 생물학적 요인, 환경적요인, 라이프 스타일, 보건의료시스템 등 다양한 요인이 있다. 건강의 결정요인에 영향을 줌으로써 건강에 긍정적인 결과를 가져오게 하려는 것이 건강과 관련된 정책들을 수행하는 목적이라고 할 수 있다.

즉, 건강의 결정요인은 건강에 긍정적 효과나 혹은 부정적 효과를 가져올 수 있는 요인이다. 대부분의 건강의 결정요인들은 그 연관되는 효과가 “전적으로 있거나 전혀 없는 것(all or nothing)”이 아니라 폭로되는 시간의 흐름에 따라 그 효과가 점진적으로 증가 혹은 감소하는 특성이 있다. 건강의 결정요인은 질병을 발현시키는 “상대적 위험(relative risk)”과 절대적 위험(absolute risk)"을 가져오며 그 양상이 다양하다. 건강의 결정요인은 만성퇴행성질병에 걸리는 것뿐만 아니라 그 합병증의 지속과 예후에도 영향을 주게 된다. 또한 건강의 결정요인은 개인의 사회 활동과 참여하는 방법에도 영향을 줄 수 있다고 한다.[7)]

캐나다의 라론데(1974년)는 건강의 결정요인을 생물학적 요인, 환경, 라

이프스타일, 보건의료정책 등으로 보았다. 세계보건기구의 오타와 선장(1986년)에서는 정치적, 경제적, 사회적, 문화적, 환경적, 행동적, 과학적, 생물학적 제요인을 건강의 결정요인으로 보았다.[8]

□ 주요 국가의 건강의 결정요인

○ 호주정부에서 추진하는 건강정책과 관련된 건강의 결정요인은 행의학적 유전적 요인, 건강행태, 사회경제적 요인과 환경적 요인들이 있다. 개인과 인구집단의 건강의 결정하는 요인들은 대요소와 세부적 요소로 구분된다. 대요소에는 일반적 배경요인, 환경적 요인, 사회경제적 특성과 지식 및 태도, 건강행태와 심리학적 효과와 안전요인 등이 있다. 세부요소에서 일반적인 환경요인은 문화, 자원, 체계, 정책, 부, 사회적 융화, 매체 등이 포함된다. 환경요인에는 조경, 기후, 화학적 환경, 인공적 환경 등이 포함된다. 사회경제적 요인에는 교육, 고용, 소득, 가족, 이웃, 서비스 접근도 등이 포함된다. 사람들의 지식 및 태도, 심리적 효과, 안전요인 외에 건강행위요인에는 식습관, 신체활동, 흡연, 음주, 불법약물사용, 예방접종, 성생활 등이 포함된다. 생의학적 요인에는 체중, 혈압, 혈중 콜레스테롤, 혈당, 면역 등이 포함된다. 이 요소들은 개인의 육체적, 심리적, 유전요인, 세대간 요인, 노화 및 생애주기에 따른 요인들과 상호작용한다.[9]

○ 2000년 미국정부[10]에서 제시한 바 있는 국민건강의 결정요인은 개인을 중심으로 행위와 생물학적 요인, 물리적 사회적 환경이 서로 상호작용하며 정책이나 사업, 보건의료서비스에의 접근성이 영향을 주게 된다(그림 2-3 참조).

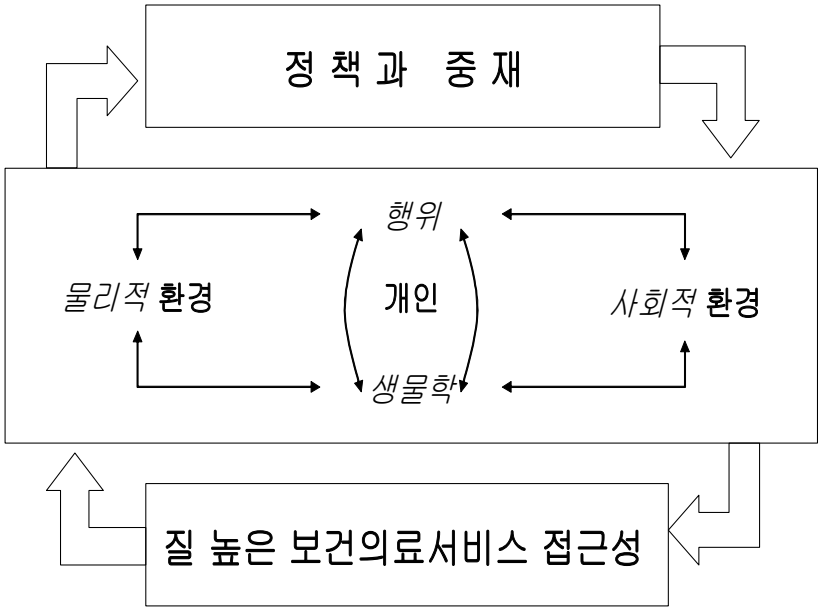
---

7) 최은진 등, 근거기반의 건강증진사업추진 활성화전략, 한국보건사회연구원, 2007.
8) 무도 다가시·후구와다리 야스시(방숙 옮김), 보건교육 및 건강증진의 평가방법, 정책연구자료 98-02, 한국보건사회연구원, 1998.
9) 서미경·박윤형·문옥륜 등, 건강영향평가제도 법제화 및 실행방안 연구, 한국보건사회연구원, 건강증진사업지원단, 2008.
10) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office, November 2000.

생물학적 요인이란 개인의 유전적 조합(인간이 태어날 때 가지는 요인들), 가족력(질병에 걸릴 위험), 그리고 일생동안의 후천적인 신체적, 정신적 건강 문제와 관련이 있다. 노화, 식이, 운동, 흡연, 스트레스, 알코올 또는 불법약물남용, 상해 또는 폭행, 혹은 감염성/독성 병원체는 질병과 장애의 결과를 가져올 수 있으며, 개인에게 있어 '새로운' 생물학적 요인을 만들 수도 있다.

행위란 내적 자극과 외적 조건에 대한 개인의 반응을 말한다. 행위는 생태와 상호 관련성을 가진다고 할 수 있다; 다시 말해, 한 쪽은 다른 쪽에 대해 반응할 수 있다는 것이다. 예를 들어, 흡연(행위)는 폐 내 세포를 변화시키고, 호흡의 단축, 폐기종, 암(생태)을 일으킨다. 그리고 나서 개인으로 하여금 담배를 끊도록(행위) 유도한다. 비슷하게, 심장질환(생태) 등의 가족력은 개인이 좋은 식이습관으로 발전시키고, 담배를 피하고, 활동적인 생활방식(행위)를 유지하는데 동기가 되며, 이는 자신의 심장질환(생태)이 발전되는 것을 예방할 수도 있다.

〔그림 2-3〕 미국 Healthy People 2010에 제시된 건강의 결정요인과 정책의 관계



자료 : US Dept. of Health and Human Services. Healthy People 2010. Nov. 2000.

개인의 선택과 개인 주변의 사회·물리적 환경은 행위로 구체화할 수 있다. 사회·물리적 환경은 개인의 생활에 긍정적으로 또는 부정적으로 영향을 미치는 모든 요인을 포함하며, 이중 많은 부분은 즉각적이거나 직접적인 조정 하에 생기지 않는다.

사회적 환경은 가족, 친구, 동료, 그리고 지역사회 내 사람들과의 상호작용을 포함한다. 또한 법적 강제와 직장, 교회 또는 사원, 학교 등과 같은 사회적 제도를 망라한다. 지역사회 내 주택, 공공 운송수단, 폭력의 유무는 사회적 환경의 기타 구성요소들 사이에 있다. 사회적 환경은 더 넓은 지역사회의 건강에 대한 것만큼 개인의 건강에도 충분한 영향을 가지고 있으며, 문화적 관습, 언어, 인격, 종교, 신앙적 신념 때문에 독특한 성격을 띤다. 동시에, 각각의 개인과 그 행위는 사회적 환경의 질적인 면에 기여한다.

물리적 환경은 보고, 만지고, 느끼고, 냄새를 맡고, 맛을 볼 수 있음으로써 판단할 수 있다. 그러나 물리적 환경 또한, 복사에너지와 오존과 같이 만져서 알기 힘든 요소들까지 내포하고 있다. 물리적 환경은 개인과 지역사회 건강에 해로울 수도 있으며, 특히 개인과 지역사회가 독성물질, 자극성 물질, 감염성 병원체, 가정, 학교, 직장에서의 물리적 위험물에 노출될 때 더욱 해롭다. 물리적 환경은 또한, 예를 들어, 일하고, 운동하고, 놀기에 깨끗하고 안전한 환경을 제공함으로써 건강을 향상시킬 수도 있다.

정책과 중재는 개인과 지역사회 건강에 강력하고 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 예로, 흡연을 예방하기 위한 건강증진캠페인, 차량 내 어린이 안전벨트착용 정책, 어린이, 청소년, 성인 대상 면역요법과 같은 질병 예방 서비스, 정신건강관리 향상과 같은 의료서비스를 포함한다. 정책과 중재는 개인과 지역사회 건강을 증진하며, 운송수단, 교육, 에너지, 주택, 노동, 사법, 기타 장소 또는 교회 및 사원, 지역사회 기반의 조직, 시민단체, 사업과 같이 다양한 기관에 의해 수행된다.

개인과 지역사회의 건강은 질적 건강관리에의 접근에 크게 의존하기도 한다. 질적 건강관리에의 접근 확대는 건강불균형을 제거하고 미국 내 거주하는 모든 사람들의 건강수명과 삶의 질을 향상시키는데 중요하다. 가장 광

대한 의미에서의 건강관리는 보건의료제공자를 통해서 받는 서비스뿐만 아니라 지역사회 내 다른 장소를 통하여 받는 건강정보와 서비스도 포함한다.

건강결정요인(개인의 생물학적 요인과 행위, 물리적·사회적 환경, 정책과 중재, 질 높은 보건의료서비스에의 접근)은 개인, 지역사회, 국가 전체의 건강에 중대한 영향을 미친다. 이들 결정요인에 대한 평가는 건강을 향상시키기 위해 어떤 전략을 개발하는데 중요한 부분 중 하나이다.

□ 세계보건기구에서 제시하는 건강의 결정요인

건강의 결정요인의 핵심은 개인의 생물학적 요인들이며, 성, 연령, 유전적 특성 등이 포함된다. 개인의 생물학적 요인들에 밀접하게 관련된 요인이면서 직접적인 영향을 줄 수 있는 요인은 개인의 라이프스타일과 관련된 요인이다. 흡연, 음주, 운동, 스트레스 및 그 대처기술 등이 포함된다. 개인의 라이프스타일에 영향을 주는 관련 요인에는 사회적 영향요인과 지역사회영향요인인 사회적 환경요인 등이 있다. 사회적 영향요인과 사회적 환경요인은 개인이 속해있는 생활여건과 작업조건 등의 영향을 받는다. 개인과 인구집단에 전반적으로 영향을 주는 일반적 요인으로는 사회적 경제적 조건, 문화적 조건 그리고 환경적 조건들이 포함된다. 세계보건기구에서 제시하는 건강의 결정요인은 수입과 사회적 신분, 교육, 물리적 환경, 고용과 작업환경, 사회적지지 망, 문화, 유전적 특질, 개인의 행동과 대처방법, 건강서비스, 성(性) 등으로 구분된다(최은진 등, 2007; 표 2-2 참조).

〈표 2-2〉 세계보건기구와 선진국들이 제시한 건강의 결정요인 비교

건강의 결정요인	WHO	캐나다	호주	미국
수입과 사회적 신분	0	0	0	0
교육	0	0	0	0
물리적 환경	0	0	0	0
고용과 작업조건	0	0	x	0
사회적지지 망	0	0	0	0
문화	0	x	0	0
개인의 행동과 대처수기	0	0	0	0

건강의 결정요인	WHO	캐나다	호주	미국
건강서비스	0	0	0	0
성(性)	0	x	x	0
건강에 이로운 아동발달	x	0	x	x
생의학적 요인	x	x	0	0
유전적 특질	0	0	0	0
정책과 중재	x	x	x	0

자료: 서미경 등, 건강영향평가제도 법제화 및 실행방안연구, 한국보건사회연구원, 건강증진사업지원단, 2008.

□ 건강의 결정요인과 건강행위의 결정요인

개인과 지역사회의 건강은 국가 전체의 건강을 결정지을 수 있고 그 과정은 다양할 수 있다. 다양한 요인이 어떻게 건강의 결정요인이 되는지에 대한 연구와 근거를 통해 건강의 불균형의 요인을 밝혀내게 되고, 삶의 질 및 건강수명 연장에 영향을 주는 요인을 규명하게 된다.

앞서 살펴본 건강의 결정요인의 대부분은 역학적 접근방법에서 나왔고, 기타 예방적인 이론이나 접근방법에 의해 도출된 것들이 많다. 많은 경우 건강의 결정요인에서 개인의 유전적 소인 외에는 라이프스타일과 사회적 환경적 요인으로 크게 구분하고 있다. 개인 및 인구집단의 라이프스타일은 건강행위로 구분되며 여기에는 사회문화적, 경제사회적 영향이 있다. 개인의 건강행위는 개인의 자아(신념체계, 동기체계, 규범적 체계로 구분)와 행동적 의도를 통해 구현되는데 이 과정에는 개인의 지식과 기술(심리운동적 요소, 사회적 상호작용, 자기규제방법), 환경(물리적, 사회경제적, 사회문화적 요인) 등이 영향을 준다.[11]

제4절 건강마을과 건강증진사업

건강한 마을사업은 지역주민의 건강개선과 건강증진을 목적으로 마을개발에 초점을 둔 환경조성 프로그램이다.[12] 건강마을사업은 주로 농촌지역

11) Keith Tones의 건강행위모델; 최은진 등, 건강증진; 계획과 전략, 계축문화사, 2004.

에서 건강을 우선적인 과제로 하여 사회개발과 인간개발에 초점을 둔 사업이다. 건강서비스의 접근성과 포괄성, 환경개선과 지역사회의 기초적인 사회경제적 요구를 충족시켜서 사회개발을 위해 지역사회의 구조를 개선하는 사업이다.[13]

건강한 마을(Healthy village)[14]사업은 건강증진의 장소(setting)접근에서 나온 하나의 형태이다. 건강한 마을은 건강을 위한 여러 장소 중의 하나이다. 장소접근법의 핵심은 장소의 신념과 활동이 상호 보완적이고, 장소 안에서 살거나 일하거나 보호받는 사람의 건강과 안녕을 증진하는 방향으로 공동 협력해 나가는 것을 의미한다. 이는 건강증진이 장소의 모든 면과 통합되고, 그 장소를 접하는 모든 사람들을 포함하는 것을 의미한다. 장소접근법의 출현은 '건강이란 사람들이 배우고 일하고 놀고 사랑하는 일상생활의 장소 안에서 그들에 의해 만들어지고 존재하는 것이다.'라는 Ottawa 헌장의 주장을 뒷받침을 해 왔다. 장소접근법에 대한 방침은 자카르타(Jakarta)선언에서도 승인되었다(WHO, 1997). 그 내용은 특정 장소가 총체적 전략을 수행하기 위한 실질적 기회를 제공하는 장소이며, 이는 대도시, 섬, 도시, 지자체, 지역사회, 시장, 학교, 직장, 건강관리 시설들을 포함한다. 초기 WHO의 건강장소(settings)구상은 건강도시프로젝트였고, 이것은 1987년에 수립되었으며, 당시 약 11개 유럽 도시들이 속해 있었다(그림 2-4 참조). 장소접근법은 잇달아 빠르게 확산되어, 현재 유럽에는 1,000개 이상의 건강도시와 건강마을이 있고, 이러한 접근법의 원리는 다른 장소에도 적용되었다. 그 중 일부 장소는 세계보건기구의 네트워크를 통해서 세계적으로 연계되어 있다(예: 건강도시 네트워크).[15]

12) World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Frequently Asked Questions about Community-based Initiatives, 2003.
13) WHO, Empowering people, building healthier lives, 2009.
14) 세계보건기구의 건강마을은 건강한 마을(healthy village)이며 건강체험장으로서의 마을이라기보다는 건강생활이 가능한 지역사회를 총칭함.
15) 최은진·홍주희·최부근·정지윤 권은주·이혜진·김경남, 건강증진: 계획과 전략(번역서 ISBN 89-5629-102-0), 계축문화사, 2006.

〔그림 2-4〕 장소중심의 건강증진사업 사례

건강을 위한 장소(settings)의 예
– 건강도시 Healthy cities – 건강마을 Healthy villages – 건강 섬 Healthy islands – 건강증진병원 Health Promoting hospitals – 건강증진학교 Health promoting schools – 감옥내 건강 Health in Prisons – 건강장터 Healthy marketplaces – 직장건강증진 Workplace health promotion

03

건강관련 마을의 국내외 사례분석

제3장 건강관련 마을의 국내외 사례분석

제1절 건강마을관련 선행연구의 분석

우리나라에서 연구된 건강마을은 모든 국민들이 건강생활 습관을 올바르게 개선하고 건강증진 향상을 도모하여 전 국민이 신체적·정신적으로 최고의 건강수준에 도달함을 목적으로 하는 입소 공간이다. 정부의 적극적·능동적 개입을 통해 건강관리시스템을 구축한다는 데 중점을 둔다.[16]

국내의 유사 건강마을로는 힐리언스 선마을이 있다. 2007년 강원도 홍천군에 건립하여 운영 중이다. 프로그램으로는 생활습관 개선 프로그램과 비만 프로그램, 마음습관 프로그램, 기타 건강관리 프로그램으로 구성된다.

서울시 영어마을이나 인천 영어마을은 마을의 개념을 도입하여 청소년이 영어를 문화 속에서 체험하고 건전하게 변화한다는 의미를 가지고 있다고 판단된다. 우리나라 건강마을은 지나치게 상업용, 관광용이며, 일회성이라는 인상을 준다. 또한 그 지역 공동체에 대한 배려를 하지 않음으로써 건강한 지역 공동체 형성이라는 건강마을의 취지에 부합하지 않는 것으로 분석된 바 있다.

박형근 등(2008)의 건강마을연구에서 분석한 해외사례는 일본의 아이치현 건강마을, 일본 후쿠오카시 아이레프 건강증진센터, 일본 아이치현 건강마을, 태국 트라이아 리조트 등이 있었다. 일본의 아이치현 건강마을은 건강 증진을 위한 시설과 상업적 시설 의료시설이 함께 어울린 복합 단지라

16) 박형근 등, 건강마을의 개념 및 설치방안, 제주대학교, 건강증진사업지원단, 2008.

는 점에서 의의가 컸다. 건강에 대한 연구와 이에 대한 교육도 중시한다는 점에서 높이 평가되며, 건강마을의 소득 수준 향상을 위해 농작물 직거래 장터라든지 온천 등 관광상품을 함께 개발한 것도 특징이었다. 그러나 건강마을의 개념은 그 마을의 건강한 이미지를 심는 것이 아니라 실제 주민 건강을 유도하는 것이므로, 저소득층이나 사회적 배제 집단이 건강관리 프로그램이나 의료 서비스에 접근할 수 있는 형평성 차원의 프로그램을 만드는 것이 과제였음. 또한 시설이나 프로그램에 국한되는 것이 아니라 환경 자체를 개선하는 것에도 관심을 가져서 마을의 소득 불평등이나 상대적 박탈감 등을 감소시킬 수 있는 거시적 프로그램이 필요하였다. 일본 후쿠오카시 아이레프 건강증진센터는 건강증진센터와 중앙보건소가 함께 존재함으로써 의료전달체계의 효율성을 도모한다는 점에서 다른 마을과 차별성이 존재하였고, 주민들 대상의 가정방문과 맞춤형 운동 처방 등은 저소득층에게 더욱 효과가 있는 방법이 될 수 있었다. 건강거리 등의 형성을 통해 일상생활에서 건강을 체험할 수 있도록 구성한 것도 있었다. 그러나 이것도 이러한 거리의 수요 창출의 문제가 나타날 수 있고 지속성의 문제가 나타날 수 있는 단점이 있었다. 건강증진센터 하나에 너무 의존함으로써 마을 전체의 환경 변화를 도모하는 데는 역부족이 될 수도 있었다. 일본 아이치현 건강마을은 다른 건강마을에 비해서 장애인과 노인에 대한 배려가 집중되어 있다는 차별성을 지니고 있었다. 즉, 사회적 약자에 대한 고려가 있으므로 다른 마을에 비해 형평성 측면을 많이 고려하였다. 또한 다른 마을에 비해서 교류의 장을 많이 마련했는데, 이는 네트워크를 형성하는 데 중요하다고 생각되었다. 건강 유지를 위해서는 물리적 요소뿐 아니라 정신적 지지 체계의 존재가 중요한 역할을 수행하기 때문이었다. 상대적으로 상업성적은 마을형태였다. 태국의 트라이아 리조트는 건강리조트의 개념으로 설립된 모형이었다. 일회적인 건강 체험적 성격이 짙고, 건강 리조트의 존재가 저소득층의 상대적 박탈감을 오히려 증가시킬 가능성이 있었다. 리조트가 벌어들인 수익을 사회적 배제 집단의 건강을 위해서 활용하는 방법을 모색하는 것이 필요하였다.

건강마을은 무엇보다도 그 지역 공동체가 건강해져야 한다는 것에 목표가 있다. 따라서 지역 주민 모두가 건강 프로그램의 효과를 누릴 수 있도록 유도하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 보건소와 같은 1차 기관의 역할이 중요하다. 신체적 건강 뿐 아니라 정신적 건강을 위한 건강관리 모든 건강 마을에서 부족하였다. 한편, 의료적 서비스만이 아니라 네트워크 형성을 촉진함으로써 사회적 자본을 축적, 근본적인 정신적 건강을 도모하는 것도 필요할 것이다. 건강마을이 경제적 소득 안정화를 통해 소득 불평등을 줄이고 그에 따른 건강 형평성을 추구하는 것은 의미가 있다. 따라서 건강마을 공동체가 자체 소득을 창출할 수 있도록 유도하는 것이 필요하다. 하나의 시설이나 프로그램에 의지하는 것이 아니라 의료접근성을 높일 수 있도록 거시적으로 의료전달 체계를 단순화하고, 건강관리 프로그램이 사회적 배제 집단에게까지 전달될 수 있는 방법이 함께 모색되어야 할 것으로 판단된다.

박형근(2008)등의 연구에서 소개된 건강마을시범사업 모형에서는 대상별 기능별로 건강증진프로그램을 개발하였다. 건강체험관, 건강교육관, 건강증진센터, 건강복지관, 실버라이프, 건강거주지, 건강거리, 건강테마공원 등의 8개 부분으로 구성하여 입소자들이 건강체험프로그램을 이용하기 전에 건강증진센터에서 기본 건강검진을 실시하고, 건강체험과 및 건강교육관에서 정규 프로그램을 학습하는 것으로 구성되어 있다. 65세 이상의 고령자는 실버라이프 시설에서 별도의 프로그램을 이용하도록 되어 있다. 건강거리와 건강테마공원은 가족단위, 기업체 및 단체 등을 대상으로 일일 견학프로그램을 운영할 수 있게 하였다. 건강마을 체험프로그램의 주요내용은 금연, 절주, 비만, 스트레스, 생활습관개선, 65세 이상 노인을 위한 실버웰라이프, 건강검진 등으로 구성된다. 건강마을의 개발면적은 69,927m^2로 건강마을프로그램 구역과 수익사업을 위한 부대시설 등 두 가지 형태로 구성된다. 주된 건강마을만 개발할 경우 271억 9616만 원이 소요될 것으로 추산되었고, 두 가지 유형을 모두 개발하는 경우 369억 7380만 원이 소요되나 수익시설의 개발분양이익금을 뺄 경우 239억 7380만 원이 소요될 것으로 전망하였다.

영리성을 강조한 건강마을의 모형은 근거자료가 취약하여 향후 건강증진에의 기여도 등을 평가하는 데 어려울 것으로 사료된다. 건강증진의 요구도는 높아지고 있으나 공공성이 배제된 건강증진서비스의 성과에 대해서는 많은 논란이 있으며, 근거가 미약하다.

제2절 우리나라의 특성화 마을정책 분석

우리나라에서는 여러 가지 형태의 특성화 마을 개발 사업이 추진되고 있다. 농촌진흥청의 농촌건강장수마을과 농촌관광마을이 있다. 농촌관광마을로는 농림부의 녹색농촌체험마을, 해양수산부의 어촌체험마을, 문화관광부의 문화역사마을, 행정자치부의 아름마을, 농촌진흥청의 농촌전통테마마을, 산림청의 산촌체험마을이 있다(국회예산정책처, 2006). 이외에 건강과 관련된 마을로는 녹색마을, 건강도시의 건강마을 등이 있다. 건강도시의 건강마을사업은 비교적 최근에 2008년부터 도입되고 있는 생활터 중심 사업으로서 전국 53개의 건강도시 중에서 10개의 건강마을사업이 있다.

1. 녹색마을

녹색성장의 의미는 경제성장을 하되, 경제성장의 패턴을 환경친화적으로 전환 시키자는 개념이다.[17] '아·태 환경과 개발에 관한 장관회의('05년)'에서 "녹색성장을 위한 서울이니셔티브(SI)"가 채택되어 UN 아·태경제사회위원회(UNESCAP) 등 국제사회의 논의가 본격화되었고, OECD 각료회의 이사회('09.6.24) 선언문에 녹색성장 관련 내용을 포함하고 있다. 환경과 경제의 선순환, 삶의 질 개선 및 생활의 녹색혁명을 지향한다. 삶의 질 개선 및 생활의 녹색혁명에는 저탄소형 국토개발, 생태공간조성확대, 녹색교

17) 녹색성장위원회, http://www.greengrowth.go.kr/index.do

통체계, 대중교통활성화, 녹색소비를 위한 녹색시장 조성 등이 포함된다. 생활의 녹색혁명은 환경의 보존을 최대화하는 생활양식을 의미한다. 생활에서 중요한 부분을 차지하는 녹색소비란 합리적인 소비와 환경파괴를 최소화하는 소비생활을 의미한다. 녹색 마을이란 "에너지자립 녹색마을"이라는 의미로 더 많이 사용된다. 지역의 바이오매스를 이용하여 마을의 에너지 자립도를 높인 마을을 의미한다. 즉 이산화탄소(CO_2) 배출이 적고, 환경적인 지속가능성이 확보된 소수의 가구가 사는 마을을 의미한다. 국내에서 녹색마을은 지역경제를 촉진시키는 방안으로 주로 개발되고 있다. 녹색농촌체험마을, 녹색관광마을 등이 그 예이다.

녹색마을의 배경에는 생활의 녹색혁명을 통하여 삶의 질을 개선하고 국가위상을 강화한다는 취지가 있다. 특히 녹색성장에 대한 국민인식을 제고하여 대국민 녹색성장 공감대를 확대하기 위하여 녹색성장교육 및 녹색시민 양성기반구축, 녹색생활의 실천 확산, 녹색소비 활성화, 녹색마을조성 및 운동전개, 생태관광활성화 등을 주요 전략과 추진방향으로 하고 있다.[18]

녹색마을과 관련된 형태로 녹색농촌체험마을이 있다. 원래 이것은 농촌체험관관의 일환으로 농촌전통테마마을(농촌진흥청), 녹색농촌체험마을(농림수산식품부), 아름마을가꾸기(행자부) 등의 형태로 시작되었다. 외부의 투자에 의한 개발보다는 기존의 농촌문화를 활용한 관광프로그램이라는 점에서 환경의 지속가능성을 공유하는 것으로 보여진다(정재용, 2008). 우리나라의 지속가능개발네트워크 한국본부는 지역 엔지오단체들과 함께 '녹색마을 의제 21'을 추진해 왔다. '녹색마을 그리기와 마을 의제 21'을 주제로 2000년 10월 31일 세미나를 개최하였고, 지역 풀뿌리 엔지오들과 함께 녹색마을네트워크를 만들어 서로의 경험과 정보를 공유하고 있다.[19] 녹색마을 만들기는 먼저 마을에 대한 현장조사를 통해 그 지역의 미래 청사진을 제시한 뒤 추진 주체를 구성해 지역특성에 맞는 사업을 벌여 나가는 방식으로

18) 녹색성장위원회, 녹색성장5개년계획(2009-2013), 2009.

19) 지속가능개발네트워크: 환경과 개발이라는 상충된 목표를 해결하기 위해 국제 환경 정보를 각국이 공유하자는 취지에서 유엔 개발 회의가 각국에 개설을 지원하고 있는 정보망. 현재 전 세계 45개국 정도가 개설, 운용하고 있다

진행된다. 물론 지자체와의 협력은 필수적이다. 대구의 담장허물기 운동, 강원도 태백의 폐광을 활용한 마을 만들기, 경기도 양평의 환경농업마을, 충남의 전통문화와 역사경관이 어우러진 마을 만들기 등이 있다. 영국의 친환경 마을 '토트네스'에서는 주민들이 뜻을 모아 자연주의 생활 방식을 따르고 있는 곳이다. 먹을거리는 가급적 스스로 조달한다는 것이 원칙이다. 주민들은 마을 공동 텃밭에서 함께 농사를 지으면서 식자재를 공수하고 있다. 새 건물을 지을 때 진흙과 건초 등 환경 친화적 건축 재료만 이용하고, 냉난방도 태양열 등 최대한 자연을 이용하도록 설계하고 있다.

국민건강보험공단에서 추진하는 '녹색 건강마을 조성 프로그램'은 '건강마을 가꾸기'와 '녹색 마을 가꾸기'로 운영된다. '건강마을가꾸기'는 마을주민들의 혈당, 혈압, 골밀도 등 측정과 건강검진을 실시하고 건강체조, 금연, 절주, 비만 예방교실 등을 운영해 개인별 건강 이력을 관리하는 것으로, '녹색마을 가꾸기'는 고혈압, 당뇨 등 만성질환의 안 먹는 약 수거운동과 사회 공헌활동을 통해 폐비닐 수거로 쾌적한 마을 환경을 가꾼다.

마을의 녹색화와 관련된 한 건강증진 연구에 의하면 가정의 정원에 녹색채소를 재배하게 함으로써 저소득가정에서 채소섭취를 늘이는데 효과적인 것으로 분석되고 있다(Faber et al, 2002). 녹차재배지역에서 녹차 잎의 소비가 만성위축성위염 예방에 효과가 있다는 보고가 있다(Shibata et al, 2000). 특히 저소득가정일수록 아동비만 등 만성질환위험요인이 큰 것으로 보고되고 있기 때문에 건강에 이로운 식물재배를 적용한 녹색환경조성이 건강증진에 도움이 될 것으로 전망된다. 녹색마을이 건강증진에 도움이 될 수 있도록 상호보완적인 역할을 해야 함을 시사하고 있다.

2. 농촌관광마을

농촌관광마을은 전통테마마을과 녹색농촌체험마을이 발전한 형태의 마을이다. 농촌전통체험마을은 학교교육과 연계된 농업농촌체험프로그램이며, 녹색농촌체험마을은 지역 경쟁력을 강화하는 차원에서 추진해온 사업이었

다. 이 두 가지 마을이 체험형 관광사업의 형태로 발전한 것이 농촌관광마을이다. 농촌관광은 오랫동안 농촌의 사회경제적 개발과 재생의 효과적인 촉매제로 평가되어 왔다. 농촌관광의 특성은 체류기간이 1주일 정도로 비교적 짧은 기간 내에 농촌의 삶의 방식이나 자연과 가까이 접촉하는 프로그램을 가지고 있다는 데 있다. 윤유식(2007)의 조사 분석에 의하면 농촌체험프로그램은 1박 2일이 가장 만족도가 높았고, 기간이 길러질수록 만족도가 감소하는 것으로 나타났다. 인기 있는 프로그램은 교육과 학습, 건강 등 다양한 체험프로그램이 있었고, 생활편의시설 개발도 중요한 요인으로 분석되었다.[20]

농촌관광마을은 전통적인 농업형태의 산업이 줄어들고 있는 농촌지역에서 소득과 고용을 창출하는 방안으로 추진하게 된 산업형태이다. 선진국에서도 이러한 형태의 산업이 농촌지역에서 증가하는 경향이 있고, 우리나라도 2000년 이후 농촌관광마을 사업이 조금씩 확산되고 있다. 농촌관광마을 사업은 과거의 농가 개별 보조사업과 달리 마을 공동사업만 지원하고, 주민의 참여를 강조하여 주민 스스로 사업계획을 수립하고 추진하도록 하는 상향식 사업이라는 특징이 있다.[21]

농촌 활성화를 위한 농촌관광마을 만들기에 있어 주민참여의 특징과 그로 인한 마을 만들기의 효과를 분석한 안종현(2008)의 논문에서는 농림부의 녹색농촌체험마을 시범사업에 선정되어 농촌관광마을 만들기가 진행된 광양시 봉강면 '신촌마을'과 장흥군 회진면 '진목마을' 주민의 주민참여의 경험적 분석을 통하여 마을 만들기의 효과에 대해 분석하였다. 녹색농촌체험마을 사업의 목표에 대한 인식이 다양한 것으로 나타났다. 신촌마을 주민은 '도로나 주택, 상하수도 등 마을의 기반시설을 개선' 하는 것을 목표로 생각했고, 진목마을 주민은 '농산물 판로 개척 및 신규 소득작목을 개발' 하

20) 윤유식, 강원도지역 농촌관광마을활성화를 위한 관광마을 방문객특성 및 선호도분석, 강원발전연구원, 2007.

21) 안종현, 농촌관광마을 만들기와 주민참여: 광양시 신촌마을과 장흥군 진목마을의 사례, 광주: 전남대 대학원 박사학위논문, 2008.

는 것을 목표로 인식하고 있었다. 사업참여 이유에 있어서 신촌마을 주민은 '미래 효과를 위해'를 가장 높은 이유로 생각한 반면, 진목마을 주민은 '소득증대에 직접적으로 도움이 되기 때문' 이라는 응답이 많았다고 한다.

체험프로그램의 운영에서 활성화가 잘 안 되는 원인은 인력부족도 문제였으나 자체소득발생에 대한 기대가 적다는 인식에서도 찾을 수 있었다. 그러나 소득이 발생할 수 있는 주된 요인이 체험프로그램이라는 것은 주민이 공통적으로 인식하는 요소였다. 왜냐하면 체험프로그램에는 음식판매, 민박, 특산품 판매 등이 포함될 수 있기 때문이다. 이러한 상업적 요소들을 연계하여 농촌관광 상품을 개발하는 것이 우선적인 과제인 것으로 평가되었다.

안종현(2008)의 논문에서도 마을의 자원과 프로그램이 경제적 성과를 가져오는 데 중요한 것으로 분석되었다. 신촌마을은 여름철에 많은 피서객이 방문함으로써 마을소득을 올리고 있었다. 마을창고를 리모델링해 마을의 생활편의시설을 한층 강화시키고 있었으며, 황토찜질방 운영을 통해 운영비의 일부를 충당하고 있었다. 진목마을은 인터넷 홈페이지의 쇼핑몰을 통하여 호박 판매와 '못 생긴 호박축제'를 통한 음식, 특산물 판매 등의 경제활동을 하고 있었지만 다목적체험관 등 시설물에 의한 경제적 효과는 전혀 발생하지 않았다. 마을별로 특산품 판매가 증가한 것으로 나타났는데, 신촌마을과 진목마을 모두 배, 호박 등 마을특산품의 판매가 체험마을로 선정되기 전보다 증가하였다.

농촌관광마을에서 사회적인 측면에서 마을리더의 리더쉽이 중요한 것으로 분석되었다. 두 마을 모두 마을리더와 주민들 간에 크고 작은 마찰과 분쟁이 있어 왔으나 결과적으로는 두 마을의 리더의 특성에 따라 다른 결과를 가져왔다. 신촌마을은 체험마을추진위원장과 마을 이장을 겸임하는 마을리더가 뛰어난 리더쉽으로 마을을 이끈 결과, 2007년에 행정자치부의 정보화시범마을에 선정되어 마을에 3억원을 유치하는 등 역할을 하고 있는 반면, 진목마을은 사업출범 당시 이장이 마을사무장으로 직을 바꿔 사업을 추진하다가 추진위원간 갈등이 생겨 완전히 사업에서 손을 떼어 마을의 사업에 대한 추진력이 약화된 것으로 분석되었다.

농촌관광마을을 추진한 두 마을의 성과를 평가해 볼 때 두 마을 모두 기본적으로 다른 마을에 비해 여러 가지 편의시설이 신축 또는 리모델링됨에 따라 정주환경이 개선되는 효과를 가져왔다는 특성이 있었다. 특산품인 배와 호박이 마을별로 브랜드를 가지고 판매됨으로써 사업 전보다 훨씬 체계적인 판매와 유통이 이루어지게 되었다. 한편 운영과정상으로는 문제가 발생되었는데, 마을리더와 주민들 간에 협조체계가 미흡한 단점이 있었다. 결과적으로 주민들의 실질적인 소득과 연계되는 사업이 부족한 경우 지속성이 줄어들 가능성이 높다는 점이 지적되었다.

농촌관광마을사업을 추진하는데 있어 중요한 것은 분명한 목표설정이 되어야 하고, 마을주민의 동의와 적극적인 참여 등이다. 또한 경제적인 효과가 있도록 사업내용이 개발되어야 하므로 이러한 점이 목표설정에 반영되어야 한다. 마을주민이 참여하고 주도할 수 있도록 하기 위해서는 지역주민의 리더의 리더쉽도 중요할 것으로 분석된다.

농촌관광마을은 농촌지역의 경제 활성화라는 측면에서 각광받고 있으나 지역주민의 적극적 참여와 활동이 그 지속가능성을 위한 선결요인이라고 할 수 있다. 박용순(2009)의 연구에서는 지역주민의 사회구조적 측면을 다룬 연구를 하였는데 특히 지역공동체에 기반 한 신뢰구축, 사회적 네트워크 형성, 제도와 규범 등의 사회적 자본에 대하여 분석하였다. 사회적 자본은 많은 경우 사회관계가 주된 내용이고, 사회관계를 통해 만들어지는 비실체적인 자본형태를 의미한다. 객관적인 사회자본의 형태로는 구조적인 제도, 조직체 참여 등이 있고, 보다 주관적인 형태로는 공동체의 가치공유, 사회관계에 대한 신뢰 등이 있다.[22] 농촌지역의 농촌관광을 활성화하기 위하여 사회구조적인 문제를 해결할 수 있는 방안으로 제시되는 부분이 지역공동체에 기반 한 신뢰구축, 사회적 네트워크 형성, 제도와 규범 등의 사회적 자본이라고 할 수 있다. 구조적, 인지적 측면이 농촌관광마을에 거주하고

22) 박용순, 사회적 자본이 농촌관광마을에서 주민통합과 삶의 질 만족에 미치는 영향, 수원: 경기대 대학원 박사학위논문, 2009.

있는 지역주민에게 투여됨으로써 주민통합이나 삶의 질 만족, 그리고 추가 사업과 관련한 태도에 어떠한 영향을 미치는 가를 중요시해야 한다. 농촌관광과 지역적 특성과의 관계는 상호의존적으로 어느 한 부분만을 우선시 하는 것은 문제가 있기 때문이다. 지역적 특성을 고려하여 지역사회를 통합하고, 지역사회 통합화의 기반 위에서 사업을 추진하게 될 때 지역주민 사이의 갈등문제를 줄일 수 있고, 지역주민 간의 공동체를 유지 또는 회복할 수 있게 한다. 주민간의 신뢰나 마을의 공통적 규범인식 등과 관계가 있는 인지적 사회적 자본은 주민통합과 삶의 질 만족에 절대적인 영향을 주기 때문이다. 특히 농촌관광마을사업은 주민간의 협력과 신뢰를 기초로 하여 주민주도형 사업으로 추진되어야 성과를 볼 수 있기 때문에, 이 경우 행정적인 지원이나 외부 전문가의 컨설팅 지원 등의 구조적 사회적 자본은 보조적인 역할로 한정되어야 하는 것으로 분석되었다. 주민통합은 추가적으로 개발하는 사업에 대한 태도에도 영향이 있으며, 이는 농촌관광 사업을 추진할 때 기본적으로 마을의 단합과 협동, 그리고 주민간의 신뢰가 형성되는 것이 중요하다는 것을 시사한다. 지역주민의 사업의 추진주체로써 의미는 단순한 참여뿐만 아니라 의사결정, 사업에 대한 충분한 이해, 문화적인 동질감과 공동체의 복원 등 마을의 내부적 역량강화를 의미한다.

제3절 농촌건강장수마을

농촌건강장수마을사업은 농촌진흥청에서 지원하는 사업이다. 농촌사회에 활력을 불어넣고, 노인이 건강하게 독립적인 삶을 영위할 수 있도록 지원하는 데 목적이 있다.[23] 2005년에 100개 마을에 대한 신규사업을 수립하였고, 2012년까지 800개 마을을 육성하는 것을 목표로 하고 있다.[24] 현재는 334개 마을이 있고, 2016년까지 계속 추진할 계획으로 있다. 예산은 국비

23) http://www2.rda.go.kr/jangsu/default.asp
24) 농촌진흥청, 농촌지도사업보고서, 2008.

와 지방비를 매칭하는 사업으로 마을당 4200만 원에서 4500만 원 정도가 각 마을에 지원 되었고, 2010년부터는 지방비를 포함하여 각 마을마다 연간 5000만 원이 확보될 수 있게 되었다. 농촌건강장수마을 이전에는 농촌진흥청에서 1993년에서 1998년까지 비예산사업으로 추진한 노인생활지도 마을시범사업이 있었고, 1999년부터 2004년까지는 마을당 3년간 매년 200만 원씩 지원하여 219개 마을을 중심으로 전개문화전승지반조성, 봉사활동 및 공동부업, 교양 및 건강관리교육 등을 추진하였다.[25)]

농촌건강장수마을은 농촌노인에게 건강관리, 학습과 사회활동, 환경, 소득 및 경제 등 4가지 영역에 대하여 중점적으로 사업을 개발조성하고 농촌다문화 가족의 생활적응 및 생활농업기술을 습득하게 하는 사업이기도 하다. 영역별 효과분석에서는 4가지 영역 중 건강관리분야와 환경정비 분야의 효과가 큰 것으로 나타났다(농촌진흥청, 2008).

다른 연구에서도 농촌의 다원적 기능이 강조되고 있는 시점에서 농촌건강장수마을사업은 농촌의 활성화에 긍정적인 효과를 나타내고 있는 것으로 평가되고 있다. 특히 농촌인구의 감소 및 노령화·여성화가 급진전되고 있는 상황에서 농촌진흥사업으로 추진되는 농촌건강장수마을사업은 농촌주민의 참여도 및 만족도가 높으며, 개인적으로는 건강관리, 여가 및 사회활동의 증가가 나타났고 마을단위로는 쾌적한 마을환경조성, 농촌생활의 활력소가 증가된 것으로 나타났다[26)].

제4절 생태마을, 슬로우 시티

생태마을사업은 환경부의 지속가능한 개발사업의 하나로 에코시티, 그린시티 등의 형태로 지원되고 있다. 환경친화적인 지속가능한 모델을 제시하

25) 도란주, 농촌건강장수마을 노인들의 삶의 질 향상을 위한 원예치료 프로그램 적용과 효과, 서울시립대학교 산업대학원 석사학위논문, 2007.

26) 허미영 · 공미혜, 농촌마을 활성화와 성별요인: 농촌건강장수마을사업을 중심으로, 農村社會. 제17집 제2호 (2007년 12월), pp.155-182

는 사업이다. 생태마을과 비슷한 형태인 슬로우시티는 현대인의 속도 지향적 삶은 사회와 개인의 라이프스타일에 대하여 대안적 삶을 제안하는 사업이며 운동이다. 슬로시티는 1999년 이탈리아에서 시작되어 유럽을 중심으로 발전하였고, 최근에는 국내에 도입되고 있다. 슬로우시티는 빠르고 단일화된 가공되는 생산품이 쏟아지는 세계에 대한 저항하는 운동이기도 하다. 문화의 다양성을 인정하고 지역의 특성을 살린 생활양식을 존중하는 문화운동이다.[27]

2008년 9월 현재 13개국 108개 도시가 있고, 우리나라에는 4곳이 선정되어 있다(전라남도 담양군, 완도군, 신안군, 장흥군).[28] 원지윤(2009)의 연구에서는 지역 문화환경 분석, 정책 추진 현황 분석의 두 가지로 효과를 분석하였다. 지역 문화환경 분석은 국내 슬로시티 네 지역의 일반현황과 역사문화자원을 문화재, 관광자원, 생활자원으로 분류하여 각 지역별 현황 및 특징을 알아보았다. 정책 추진 현황 분석은 슬로시티 사업 담당자 대상 설문과 정책 추진 현황 평가의 두 가지를 실시하였다. 슬로시티 사업 담당자 대상 설문은 담양군, 장흥군을 대상으로 실시하였으며, 정책 추진 현황 평가는 평가 틀을 통해 국내 네 지역과 영국 아일샴(Aylsham)과 비교를 통하여 정책별, 지역별로 슬로시티 정책 추진 현황을 평가하였다.

슬로시티 사업 담당자 대상 설문 분석 결과, 슬로시티의 가입과 함께 가져올 여러 기대효과에 부응하는 발전을 유지하기 위해서는 지역 고유의 가치와 장기적인 발전 계획의 수립이 중요하다고 인식하고 있었다. 그러나 사업 담당 인력 부족, 예산확보의 어려움, 지자체의 일시적이며 부족한 관심도 등이 사업 추진의 의지를 저하시키는 것으로 나타났다.

정책 추진 현황 평가 분석 결과를 전체적으로 살펴보면, 국내 슬로시티의 정책 추진은 대체로 인프라 구축과 지역 경관 정비 등의 하드웨어 중심의 정책에 집중되어 있는 것으로 나타났다. 현지 농수산업의 활성화에 비해

27) http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Cittaslow&printable=yes
28) 원지윤, 한국 슬로시티 정책 추진 방향에 관한 연구: 담양, 완도, 장흥, 신안을 중심으로, 인천: 인하대 대학원, 2009.

지역 문화의 보호 및 발전, 지역성의 발굴 과 관련된 정책이 많이 미비하여 지역 고유의 가치와 경제성이 균형을 이루지 못함을 알 수 있었다. 그러므로 환경정책과 지역민들의 인식 확대 정책에 대한 고려가 가장 부족한 것으로 나타났다.

슬로우시티 사업발전을 위해서는 사업 추진 기구의 별도 구성, 지역민 및 공무원 대상의 지속적 교육 실시, 지역 기반 조성을 위한 장기 기본계획 수립, 환경보존을 위한 다양한 정책 개발, 현지특산품 생산 및 판매 정책 추진 시 차별성 부여, 관광객 수용 정책과 지역민 인식확대 정책의 균형 유지가 국내 슬로시티 발전에 있어 필요하다.

제5절 건강체험장의 사례

1. 영국 Bristol city의 건강테마파크 : Knowle West Health Park[29)]

Knowle West는 브리스톨시의 남부에 위치한 지역으로 건강과 경제면에서 취약한 지역이다. Bristol Regeneration Partnership, City Council, Avon Health Authority가 공동으로 브리스톨시의 복원을 위하여 Health Park 사업을 개발하였다. 이 사업은 7년(1996~2003)으로 계획된 것으로 질병치료, 외래환자 및 지역주민 서비스, 사회서비스, 아동측정, 여가시설, 의학연구 및 훈련시설, 건강교육, 가족센터, 채소밭, 놀이터 등을 갖춘 방대한 시설이다.

Health Park 설립의 근본 목적은 질병을 예방하고 주민이 보다 활발하게 자신의 건강을 증진시키도록 하는데 있었다. 특히 Health Park의 취지는 육체적 정신적, 사회경제적 및 환경적 측면에서 건강문제를 다루고 개인

29) 김미숙·남정자·박인화·최은진·박민정, 건강박람회 2000 성과평가와 발전방향, 한국보건사회연구원, 보건복지부, 2001.

의 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 지원하는데 있었다. Health Park이 설치된 지역은 저소득층 지역으로 실업률이 높고 저소득층이고 미혼모, 흡연율, 문맹률 등 각종 사회경제적인 문제를 안고 있는 지역이었다. 이 사업의 특성은 지역주민의 참여와 지역의 부흥을 목적으로 하면서 첫째, 지역주민의 건강과 안녕을 위한 가용 자원을 동원하고, 둘째, 건강과 관련하여 지역주민과 공공기관, 민간기관과의 연계를 구축하며, 셋째, Health Park의 시설을 개발하는데 가능한 많은 주민을 참여시키고, 넷째, 지역의 개혁을 뒷받침하는 데 주력하는 데 목적이 있다. 주요 사업내용은 건강관리 외에 보육, 문화, 스포츠여가 등의 서비스를 함께 제공하는 시설을 포함하고 있었다. 결과적으로 이 사업은 경제 사회적으로 취약한 지역주민들이 의료기관 및 건강관련 정보와 서비스에 대한 접근성을 높이는데 효과를 가져왔다.

2. 싱가포르의 Health Zone

싱가포르의 Health Zone은 Health Promotion Board조직에서 운영하고 있다. 이용 대상은 일반 국민들(어린이, 청소년, 성인, 노인 등)뿐만 아니라 건강증진 또는 보건전문가를 포함한다. Health Zone은 국민들이 건강한 건강생활을 실천하도록 기획 운영되는 사업이며 보건부의 장기적인 협조 하에 사업을 수행한다. 전시물들은 방문객에게 그들의 건강행위가 육체적 정신적 건강에 어떻게 영향을 미치는가를 보여주며 그들의 삶을 통해서 좋은 건강습관을 실천하도록 동기를 부여하는 것을 목표로 하고 있다. Health Zone은 다음과 같은 9가지 중요한 주제를 다루고 있다.

- 운동 (Exercise and Fitness)
- 영양 (Diet and Nutrition)
- 흡연 (Smoking)
- 약물남용 (Substance Abuse)
- 구강보건 (Dental Care)
- 안과 보건 (Eye Care Growth and Development)

- 노인 보건 (Health of the Elderly)
- 정신 보건 (Mental Health)
- 생활양식으로 인한 질병 (Lifestyle Disease)

Health Zone은 각각의 주제별 전시를 통하여 방문객들이 정보를 체험하고 학습할 수 있는 기회를 제공한다. 가상적인 전시들, 컴퓨터 게임, 영상물, 오락물과 같이 건강에 관한 정보를 제공하는 매체를 통한 전시 등을 접할 수 있도록 하였다.

싱가포르 Health Zone의 특징은 일상생활에서 관리할 수 있는 건강주제별로 정보를 제공하고 이해하기 쉽게 정보를 취득할 수 있는 기회를 제공한다는 데 의의가 있다. 건강에 대한 최첨단 기술을 통한 정보를 제공하고 여러 가지 설비나 기구들을 직접 만지거나 이용할 수 있도록 하여 보다 생생하게 건강증진에 대한 의식을 고취하고 있다. 교육적인 면과 함께 오락적인 측면을 첨가하여 대중이 쉽게 주요 건강위험요인에 대한 정보를 얻을 수 있도록 하였다.

3. 체험적인 보건교육의 정책적 함의

우리나라는 지난 20~30년간 만성질환의 증가에 따라 의료비 부담이 급격히 늘어나면서 기존의 보건의료 공급체계로는 만성질환자의 장기적인 보건의료 수요에 적절히 대응할 수 없다는 한계를 드러내고 있다. 이러한 문제는 정도의 차이는 있을 지라도 선후진국을 막론하고 세계 모든 나라가 당면한 과제이다. 1999년도 세계보건기구의 연차보고서에 의하면 질병으로 인한 부담중 만성질환이 차지하는 비율은 1998년의 43%에서 2020년에는 73%로 늘어날 것으로 추정하고 있다.

질병양상이 일단 이환되면 지속적 관리가 필요한 만성병 위주로 변화되어 가는 여건 하에서는 무엇보다도 먼저 건강할 때 건강을 지키도록 하는 것이 중요하며, 개인의 적극적 건강관리 역할이 강조된다. 이와 같은 배경

에서 우리보다 먼저 질병구조의 전환을 경험한 선진국에서는 '건강증진'(health promotion)이라는 새로운 패러다임에 토대를 두고, 건강증진과 질병예방을 위한 보건교육과 건강증진서비스에 초점을 두는 방향으로 보건정책을 전환하고 있다.

제6절 세계 장수 마을 Blue Zone

본 절에서는 세계장수마을을 고찰한 보고서를 토대로 하여 건강노인이 주로 거주하는 지역의 사회문화적, 지역적 특성을 분석하였다. 여기에 검토된 사례는 인위적으로 조성한 마을이 아니라 자연적으로 오랜 기간 장수노인이 살고 있는 지역들이라는 데 특징이 있다.

1. 샤르데냐(이탈리아)

○ 지역적 특성 : 고립된 지역이다.
○ 문화적 특성 : 많은 전쟁으로 인한 이방인에 대한 경계심이 많다 → 내향적 성향과 가족 중심 성향, 문화적 고립으로 인한 새로운 문화 적응 스트레스가 적다.
○ 유전적 특성 : 지역적 고립과 이방인에 대한 적개심은 지역사람들끼리의 결혼 성향을 만들어 왔다 → G6PD유전자(잠두 중독증, 말라리아 면역)
○ 식단의 특성 : 통곡물 빵, 적포도주, 염소젖(노화 관련 병 예방), 유향오일(항균성, 항돌연변이) → 기름기 적은 식물 토대 식단
○ 개인적 성향 : 가족에 대한 의무와 중요성 → 사랑과 소속감·목적의식 소유·노인에 대한 공경, 특유의 유머감각과 사고방식 → 스트레스 예방, 자신에 것에 자족하는 성향이 있다.
○ 건강 행위 : 험한 지역적 특성은 자연스런 걷기를 유도한다.

2. 오키나와(일본)

○ 식단의 특성 : 낮은 염분, 생선 음식, 두부, 녹차, 발효 콩 식품, 텃밭의 쑥과 심황(항염증, 항노화, 항암), 유제품 → 기름기가 적은 채소 위주의 낮은 칼로리의 식단을 위주로 소식한다.
○ 개인적 성향 : 조상들에 대한 강한 유대감 소유-상냥하고 많이 웃음 → 스트레스를 받지 않음. 계속적 역할의 존재 → 목적의식 소유, 있는 그대로에 감사하는 경향이 있다.
○ 사회적 성향 : 지역의 네트워크 → 강력한 사회적 지원이 되고 있다.
○ 일광이 많아서 햇볕을 많이 쪼인다.

3. 로마 린다(미국캘리포니아)

○ 문화적 특성 : 재림파 신도가 많다.(재림파의 교리 : 건강유지)
○ 식단의 특성 : 과일, 채소, 통곡물, 견과류, 콩식품, 다량의 물 → 채식 위주의 식단을 한다.
○ 건강 행위 : 금연, 체중 유지를 위한 규칙적인 운동을 한다.
○ 개인적 특성 : 이타적 행동(봉사), 안식일을 통한 모임 → 스트레스 해소의 기제, 가족이나 공동체에 강하게 연결, 계속적 활동을 중시한다.

4. 니코야(중앙아메리카 코스타리카)

○ 지역적 특성 : 고립된 지역이지만 중앙아메리카 중 최고의 공중보건 시스템이 있다(훌륭한 하수시설과 면역관리 체계, 지역마다 진료소 존재).
○ 문화적 특징 : 초로테가 원주민의 특성이 잔존 → 종교를 소유하고 스트레스가 없는 자급자족 사회, 옥수수-콩 등을 재배한다.
○ 식단의 특성 : 옥수수와 콩, 다양한 열대과일(스위트레몬, 바나나, 오

렌지 : 위암 예방의 비타민 C와 베타카로틴)섭취 → 저칼로리, 저지방, 채식 위주의 식단, 지역적 특성으로 인한 칼슘(근육과 뼈에 긍정적)이 풍부한 물을 다량 섭취한다.

○ 개인적 성향 :종교를 소유 → 스트레스 해소 기제로 작용, 가족에 대한 열정과 이타적 욕구(목적의식)의 성향이 있다.

○ 사회적 성향 : 이웃과 교류 → 심리적·신체적 안전망이 있다.

5. Blue Zone 장수마을의 공통점

○ 식단의 특성 : 저칼로리, 저지방의 채소·과일 채식위주 식단, 특히 콩제품을 많이 섭취한다. 다량의 수분섭취를 특징으로 한다.

○ 개인적 특성 : 계속적으로 역할을 가지고 있다. → 목적의식의 소유, 가족이나 이웃에서 사회적 지지를 받음 → 심리적·신체적 지원망 존재, 고생의 경험이나 종교의 소유는 긍정적 사고를 가질 수 있게 함 → 스트레스 해소의 기전이 된다.

○ 건강 행위 : 운동이라고 할 수 없을 수도 있으나, 자신이 하고 있는 일 안에서 계속적으로 몸을 움직이는 경향이 있다.

⇒ 건강증진을 위한 함의는 다음과 같다.

- 노인들이 자신의 일을 가질 수 있는 방안을 마련하도록 한다.
  : 노인일자리 사업(노인의 유형을 분류하여 노동의 질을 고려한 일자리), 지역사회와 연계한 다양한 자원봉사 시스템 구축
- 지속적인 사회적 지지체계를 마련해야 한다.
  : 가족이나 지역사회의 지지를 받을 수 있는 체계 필요, 노인 돌봄의 실효성 확보를 통한 가족의 노인 부양 부담을 줄일 수 있다.
- 보건소를 이용한 건강관리 시스템 구축
  : 65세 노인을 대상으로 건강에 관한 전반적인 관리를 해줄 수 있는 전문 시스템 구축과 인력을 확보하도록 한다.

제7절 국내외 사례의 정책적 함의

초기 WHO의 건강증진개념[30]에서 건강장소(settings)구상은 건강도시프로젝트였고, 장소접근법은 잇달아 빠르게 확산되어, 현재 유럽에는 1,000개 이상의 건강도시와 건강마을이 있고, 이러한 접근법의 원리는 다른 장소에도 적용되었다. 그 중 일부 장소는 세계보건기구의 네트워크를 통해서 세계적으로 연계되어 있다. 장소접근법에 대한 방침은 자카르타(Jakarta)선언에서 공고히 승인되었다. 그 내용은 특정 장소가 총체적 전략을 수행하기 위한 실질적 기회를 제공하는 장소이며, 이는 대도시, 섬, 도시, 지자체, 지역사회, 시장, 학교, 직장, 건강관리 시설들을 포함한다. 세계보건기구의 건강도시사업 중 생활터를 중심으로 한 사업으로 건강마을 사업이 우리나라에서도 증가하고 있다. 전체 53개 건강도시 중 건강한 생활터 사업을 하는 도시는 25%였고 2010년 현재 건강마을사업을 포함한 곳은 전국적으로 10개였다. 건강마을은 2008년 3개, 2009년 6개, 2010년 10개소 등으로 증가하고 있다. 지역공동체, 네트워크 활용 등 사회적인 자본활용을 극대화하는데 초점을 두고 있다.

국내외 건강마을의 특성은 세계보건기구의 건강마을의 원리에 지역개발의 목적을 추가하여 다양한 형태로 발전하고 있다는 데 있다. 영국의 Health Park 이 사업은 지역주민의 참여와 지역의 부흥을 목적으로 하고 있다. 농촌진흥청의 농촌건강장수마을은 주민만족도나 지역개발측면에서 효과적인 사업으로 평가받고 있다. 노인을 대상으로 특화된 외국의 마을형태(블루존)의 특성은 가족이나 지역사회의 지지를 받을 수 있는 체계가 있고, 노인을 대상으로 건강에 관한 전반적인 관리를 해줄 수 있는 전문 시스템 구축과 인력 확보가 있다는 데 있었다.

노인이나 건강취약계층을 고려한 건강마을사업은 지역주민의 자발적 참여와 지역사회 자원확보가 주된 요소가 될 것으로 전망된다.

30) 건강증진이란, 사람들이 자기의 건강에 대한 관리를 증가시켜 건강을 개선할 수 있도록 하는 과정(process)이다; 세계보건기구의 Ottawa 헌장, 1986.

04

제4장 건강마을 주민의 인식도 조사결과

제4장 건강마을 주민의 인식도 조사결과

제1절 건강마을주민 인식조사 개요

건강마을 주민의 인식 및 건강관련 특성을 분석하기 위하여 전화조사를 실시하였다. 기간은 2010년 9월 7일~9월 15일(8일)간 실시하였다. 대상은 30세 이상 성인 1,000명이었다. 농촌장수마을 주민, 건강도시 주민이 주요 대상이었고, 비교집단으로 농촌장수마을이나 건강도시가 아닌 지역에 사는 30세 이상 주민을 대상으로 하였다. 조사지역인 농촌진흥청에 의해 선정된 농촌장수마을은 인천의 옹진 화두마을 외 140개 마을을 포함하였고, 건강도시는 국내건강도시 50개를 대상으로 하였다.

조사대상의 연령대를 30세 이상으로 한 것은 농촌장수마을에는 고령자가 많았기 때문이며, 비교연구를 위하여 건강도시 및 비교집단의 조사대상연령도 이에 준하여 조사대상의 연령범위를 좁혀서 추진하였다.

조사내용은 지자체의 건강증진사업(금연, 절주, 영양, 운동 등)의 이용경험 및 인지도, EQ5D[31]에 의한 건강수준(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 우울/불안 등 5개 영역) 문항과 및 EQ_VAS에 의한 주관적인 건강수준평가척도를 사용하였다. EQ5D의 5가지 영역의 척도는 세 가지 수

31) EQ5D는 1987년 EuroQol Group에 의해 개발되었고 다국적 언어로 번안되어 활용되고 있다. 건강관리 임상연구와 경제성 평가 및 일반인구집단의 건강상태에 대한 연구에 활용되고 있다. 이 도구는 건강상태를 측정하는 도구로서 현존하는 도구를 이용한 연구에 추가 적용하는 데 용이하고, 조사방법이 자가보고 형식이고 짧은 시간에 조사를 할 수 있고, 건강인 및 환자, 모든 연령군에게 사용가능하고 하나의 건강효용지표로 나타낼 수 있다는 장점이 있다(강은정 등, 2006).

준의 응답수준이 있다. 주관적 건강수준은 오늘의 건강상태를 0에서 100까지의 점수로 현 상태를 응답하는 문항이다. 전화조사용 EQ5D 및 EQ_VAS 설문문항은 EuroQol Group의 허가를 받아 사용하였다.[32] 이번 EQ5D 조사에서 TTO(time trade off)를 사용한 가치평가는 시행하지 않았다. 따라서 분석에서도 EQ5D 및 주관적인 오늘의 건강수준에 대한 응답을 기초로 하여 1차적 분석만을 시도하였고, 본 연구의 제한점이기도 하다. EQ5D점수의 가치점수 가중치는 강은정 등(2006)의 연구에서 산출된 값을 사용하여 분석하였다. 기타 조사항목에는 금연, 운동, 아침식사결식률, 건강검진수검, 예방접종 등 개인의 건강생활실천과 관련된 변수들을 포함시켰다.

제2절 조사대상자의 일반적 특성

전체 조사응답자 1,000명중 남자 49.5%, 여자 50.5%였다. 연령은 30세부터 60세 이상까지 10세 간격으로 볼 때 대체로 고른 분포였으나 대상지역특성별로 볼 때 농촌건강장수마을의 거주민 연령이 고령자가 유의하게 많았다. 대상자의 결혼 상태는 지역 간 차이는 거의 없었으며, 기혼(유배우) 상태가 84.5%로 가장 많았다.

학력은 전체적으로는 고졸 34.0%, 대졸 이상 33.0%로 가장 많았으며, 지역별로는 상대적으로 고령자가 않은 농촌장수 건강마을에서 초등졸(24.5%) 및 중졸(21.9%)의 비율이 높았다. 종교는 없거나 기타가 가장 많았고(44.3%), 불교(24.7%), 기독교(23.4%), 천주교(7.5%) 등의 순으로 나타났다. 직업은 건강도시나 일반국민에서는 사무직 및 자영업이 많았고, 농촌건강장수마을에서는 농어업이 70.4%로 가장 많았다. 적정체중(BMI)의 수준은 23.1 수준으로 지역 간의 차이는 없었다. 대상자들의 거주지는 특성에 따라 대도시, 중소도시, 군지역 등이 유의하게 다르게 나타났다(표 4-1).

32) 사용자 매뉴얼 자료,
http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Office/User_Guide_v3_April_2010_.pdf

〈표 4-1〉 조사대상의 일반적 특성

(단위: %)

	농촌건강 장수마을	건강도시	일반국민	전체
N	196	364	440	1,000
성별				
남	51.5	47.3	50.5	49.5
여	48.5	52.7	49.5	50.5
연령***				
30~39세	5.6	28.3	26.4	23.0
40~49세	16.3	27.2	27.0	25.0
50~59세	32.7	20.3	21.8	23.4
60세 이상	45.4	24.2	24.8	28.6
결혼상태				
미혼	2.0	8.5	8.9	7.4
기혼/유배우	88.8	84.9	83.2	84.9
사별	8.2	5.5	6.8	6.6
이혼/별거	1.0	1.1	1.1	1.1
학력***				
초등졸	24.5	13.1	16.1	16.6
중졸	21.9	9.2	10.6	12.3
고졸	36.7	33.6	33.0	34.0
대졸 이상	9.7	41.4	36.5	33.0
무학	7.1	2.8	3.9	4.1
종교***				
기독교	16.3	28.3	22.6	23.4
천주교	2.0	11.5	6.6	7.5
불교	33.7	20.9	23.9	24.7
기타 및 없음	48.0	39.3	46.9	44.3

	농촌건강 장수마을	건강도시	일반국민	전체
직업***				
전문직	1.0	8.5	6.6	6.2
사무직	2.6	11.8	12.7	10.4
노동근로직	1.0	6.6	5.5	5.0
자영업	6.1	19.2	14.8	14.7
판매/서비스직	2.0	3.6	5.7	4.2
농어업	70.4	5.8	9.8	20.2
주부	9.7	34.6	32.5	28.8
무직	6.1	8.8	12.3	9.8
기타	1.0	1.1	0.2	0.7
가구소득수준***				
100만원 미만	37.4	17.1	21.3	23.0
100만원~200만원 미만	29.5	17.6	18.4	20.4
200만원~300만원 미만	17.4	23.5	24.4	22.7
300만원~400만원 미만	8.4	25.9	22.7	21.0
400만원 이상	7.4	15.9	13.2	13.0
비만도 BMI[1)]				
Mean	23.3	23.1	23.1	23.1
Std. Deviation	2.9	2.8	3.1	3.0
비만도 빈도수	183	347	422	952
지역분포***				
대도시	5.1	59.3	37.7	39.2
중소도시	36.7	34.6	46.1	40.1
군지역	58.2	6.0	16.1	20.7

N=1,000 , ***p<.001

주: 1) 적정체중수준 18.5≤BMI ≤25

제3절 조사대상자의 건강수준

조사대상자의 건강수준을 분석하기 위하여 EQ5D 응답현황을 분석하였다(표 4-2 참조). 운동능력과 관련하여 30세 이상 집단에서 전체적으로 84.7%는 걷는 데 지장이 없다고 응답하였다. 고령인구가 더 많은 농촌건강장수마을에서는 20.9%가 다소 걷는 데 지장이 있다고 응답하였다. 한편 60세 이상 응답자만을 대상으로 하여 EQ5D 응답현황을 분석한 결과 지역간 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다. 60세 이상의 응답자를 대도시, 중소도시, 군지역 등의 구분으로 EQ5D 응답현황을 분석한 결과에서도 유의한 차이를 나타내지 않았다. EQ5D의 평균점수가 지역별로 유의한 차이는 없었으나 60세 이상 집단에서 농촌건강장수마을의 평균이 높게 나타났다(표 4-3 참조). 건강도시의 60세 이상 평균 점수는 오히려 일반지역보다 낮은 경향을 보였다. 질병관리본부의 국민건강영양조사의 질 가중치를 적용한 EQ5D의 평균 점수는 다소 높은 경향이 있었다(표 4-4). 한편 거주지 특성별(대도시, 중소도시, 군 지역) 연령별 EQ5D의 평균점수를 분석해 본 결과 대도시 및 중소도시에 거주하는 사람의 점수가 높게 나타났고 통계적으로도 유의하였다(표 4-5 참조). 농촌건강장수마을은 약 삼분의 이 정도의 사람이 군지역 주민임에도 불구하고 60세 이상 인구집단의 점수가 높았다는 특성이 있었다(농촌건강장수마을의 점수의 통계적 유의성은 없었음).

건강수준을 0에서 100점의 구간의 점수로 나타내는 오늘의 건강상태 문항에서는 74.6점을 나타내었고, 만성질환이 있는 경우의 점수는 69.3점, 만성질환이 없는 경우는 76.4점이었고 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 지역별로 볼 때 오늘의 건강상태는 농촌건강장수마을의 응답점수가 유의하게 높게 나타났다.

만성질환유무에 따라 EQ5D 점수, 오늘의 건강상태점수, 주관적 건강수준(5점 척도)의 평균점수간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 만성질환이 있는 경우의 지역별 차이와 만성질환이 없는 경우의 지역별 차이의 각각의 통계적 유의성은 없었다(표 4-6 참조). 오늘의 건강상태의 연령별 특

성을 보면 60세 이상에서 통계적 유의성은 없으나 농촌건강장수마을의 건강수준이 높은 것으로 나타났다(표 4-7 참조).

〈표 4-2〉 조사대상자의 EQ5D 응답현황

(단위: %)

		농촌건강장수마을	건강도시	일반국민	전체
운동능력	나는 걷는데 지장이 없다	79.1	87.9	84.5	84.7
	나는 걷는데 다소 지장이 있다	20.9	11.0	14.8	14.6
	나는 종일 누워 있어야 한다	0	1.1	0.7	0.7
자기관리	나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다	93.9	95.6	95.0	95.0
	나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다	5.1	3.6	4.3	4.2
	나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다	1.0	0.8	0.7	0.8
일상활동	나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다	81.6	90.1	86.4	86.8
	나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다	17.3	9.1	13.0	12.4
	나는 일상 활동을 할 수가 없다	1.0	0.8	0.7	0.8
통증또는불편	나는 통증이나 불편감이 없다	55.6	66.2	64.8	63.5
	나는 다소간의 통증이나 불편감이 있다	39.3	31.6	32.5	33.5
	나는 극도의 통증이나 불편감이 있다	5.1	2.2	2.7	3.0
불안또는우울	나는 불안하거나 우울하지 않다	79.1	79.1	73.2	76.5
	나는 다소 불안하거나 우울하다	17.3	19.5	25.2	21.6
	나는 극도로 불안하거나 우울하다	3.6	1.4	1.6	1.9
오늘의 건강상태					
	평균	75.6	74.8	74.0	74.6
	표준편차	17.5	15.8	16.3	16.4
	건강상태빈도수	196	364	440	1000

〈표 4-3〉 지역별 연령별 EQ5D 점수분포

종류	연령그룹	평균	표준편차	N
농촌장수건강마을	30~39세	0.873	0.279	11
	40~49세	0.918	0.117	32
	50~59세	0.851	0.205	64
	60세 이상	0.775	0.246	89
	소계	0.829	0.223	196
건강도시	30~39세	0.940	0.134	103
	40~49세	0.904	0.118	99
	50~59세	0.866	0.139	74
	60세 이상	0.734	0.286	88
	소계	0.865	0.196	364
일반국민	30~39세	0.923	0.145	116
	40~49세	0.899	0.152	119
	50~59세	0.830	0.180	96
	60세 이상	0.752	0.253	109
	소계	0.854	0.198	440
전체	30~39세	0.928	0.149	230
	40~49세	0.903	0.135	250
	50~59세	0.847	0.176	234
	60세 이상	0.754	0.261	286
	전체	0.853	0.203	1000

자료: 질 가중치 근거자료: 강은정 등, EQ5D를 이용한 건강수준에 대한 가치평가에 관한 연구, 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단, 2006.

〈표 4-4〉 국민건강영양조사 질 가중치 반영 지역별 연령별 EQ5D 점수분포

종류	연령그룹	평균	표준편차	빈도수
농촌장수건강마을	30~39세	0.913	0.219	11
	40~49세	0.962	0.059	32
	50~59세	0.917	0.136	64
	60세 이상	0.869	0.148	89
	소계	0.902	0.142	196
건강도시	30~39세	0.971	0.069	103
	40~49세	0.957	0.056	99
	50~59세	0.932	0.079	74
	60세 이상	0.834	0.217	88
	소계	0.926	0.133	364
일반국민	30~39세	0.962	0.077	116
	40~49세	0.951	0.081	119
	50~59세	0.911	0.113	96
	60세 이상	0.838	0.190	109
	소계	0.917	0.132	440
전체	30~39세	0.964	0.086	230
	40~49세	0.955	0.069	250
	50~59세	0.919	0.111	234
	60세 이상	0.846	0.188	286
	전체	0.917	0.134	1000

자료: 질 가중치 근거자료 : 남해성 등, 삶의 질 조사도구(EQ5D)의 질 가중치 추정 연구보고서, 충남대학교 질병관리본부, 2007년 7월.

〈표 4-5〉 국민건강영양조사 질 가중치 반영 거주지 특성별 EQ5D 점수분포

거주지	연령그룹	평균	표준편차	빈도수
대도시	30~39세	0.967	0.074	109
	40~49세	0.958	0.061	107
	50~59세	0.920	0.108	86
	60세 이상	0.878	0.160	90
	소계	0.934	0.110	392
중소도시	30~39세	0.968	0.067	109
	40~49세	0.956	0.066	114
	50~59세	0.928	0.122	87
	60세 이상	0.815	0.238	91
	소계	0.921	0.148	401
군지역	30~39세	0.895	0.222	12
	40~49세	0.933	0.103	29
	50~59세	0.906	0.099	61
	60세 이상	0.847	0.154	105
	소계	0.879	0.141	207
전체	30~39세	0.964	0.086	230
	40~49세	0.955	0.069	250
	50~59세	0.919	0.111	234
	60세 이상	0.846	0.188	286
	전체	0.917	0.134	1000

〈표 4-6〉 지역별 만성질환유무에 따른 EQ5D 및 오늘의 건강상태 점수 분포

만성질환 유무	종류		EQ5D점수	오늘의 건강상태	주관적 건강	빈도
있음	농촌장수 건강마을	평균	0.859	68.473	3.135	74
		표준편차	0.165	19.410	1.025	
	건강도시	평균	0.864	69.384	3.137	73
		표준편차	0.209	18.707	0.871	
	일반국민	평균	0.884	69.740	3.070	100
		표준편차	0.157	18.818	0.902	
	소계	평균	0.870	69.255	3.109	247
		표준편차	0.176	18.895	0.928	
없음	농촌장수 건강마을	평균	0.928	79.852	3.713	122
		표준편차	0.119	14.785	0.877	
	건강도시	평균	0.942	76.210	3.533	291
		표준편차	0.100	14.728	0.776	
	일반국민	평균	0.927	75.279	3.432	340
		표준편차	0.122	15.270	0.826	
	소계	평균	0.933	76.380	3.517	753
		표준편차	0.1136	15.0485	0.820	
전체	농촌장수 건강마을	평균	0.9021	75.5561	3.495	196
		표준편차	0.142	17.529	0.974	
	건강도시	평균	0.926	74.841	3.453	364
		표준편차	0.133	15.818	0.810	
	일반국민	평균	0.917	74.020	3.350	440
		표준편차	0.132	16.289	0.857	
	총계	평균	0.917	74.620	3.416	1000
		표준편차	0.134	16.366	0.866	

주: 만성질환유무별 EQ5D점수 F = 41.887 p<.0001
만성질환유무별 오늘의 건강상태 F = 36.503 p<.0001
만성질환유무별 주관적 건강수준(5점척도 높은 점수가 좋은건강) F = 42.879 p<.0001

〈표 4-7〉 연령별 지역별 오늘의 건강상태 점수

연령집단***	구분	평균	표준편차	빈도수
전체	농촌건강장수마을	75.6	17.5	196
	건강도시	74.8	15.8	364
	일반국민	74.0	16.3	440
	전체	74.6	16.4	1000
30-39세	농촌건강장수마을	82.3	16.3	11
	건강도시	77.5	14.3	103
	일반국민	78.9	15.0	116
	소계	78.4	14.7	230
40-49세	농촌건강장수마을	79.3	17.4	32
	건강도시	78.2	12.3	99
	일반국민	76.6	13.9	119
	소계	77.6	13.8	250
50-59세	농촌건강장수마을	78.4	16.4	64
	건강도시	74.7	16.2	74
	일반국민	73.6	14.6	96
	소계	75.3	15.6	234
60세 이상	농촌건강장수마을	71.3	17.8	89
	건강도시	68.1	18.7	88
	일반국민	66.4	18.7	109
	소계	68.5	18.5	286

주: F=21.732, p<.0001

제4절 조사대상자의 건강행태특성

조사대상자의 주요 건강행태지표는 2년간 건강검진, 암검진, 아침식사결식정도, 흡연행태, 음주행태 등으로 분석하였다(표 4-8 참조). 지난 2년간 건강검진경험은 건강도시의 주민이 가장 낮게 나타났다(68.1%). 농촌건강장수마을 주민의 건강검진 수검률이 유의하게 높았다(84.2%). 지난 2년간 암검진 경험도 농촌건강장수마을에서 75%로 유의하게 높았다. 아침식사를 매일 하는 비율도 농촌건강장수마을에서 비율이 85.7%로 가장 높았고 통계적으로도 유의하였다. 규칙적 운동실천율은 통계적으로 유의하지는 않았으나, 건강도시주민의 규칙적 운동실천율이 가장 높았다(48.1%).

한편 현재 흡연을 하고 있는 사람의 비율은 농촌건강장수마을에서 가장 낮았고(13.8%), 통계적으로 유의하였다. 건강도시의 매일흡연율은 19.5%, 일반지역의 응답자는 23.4%로 가장 높았고, 전국 흡연율 통계 27.7%[33]보다는 낮았다.

평소의 음주습관은 농촌건강장수마을이 빈도는 다른 지역에 비하여 높은 것으로 나타났다. 일주일에 3~4회 음주하는 경우가 23.5%였다. 일회 음주시 주량은 전체적으로 평균 6.39잔으로 소주 한 병 미만이었으며, 지역별로 유의한 차이는 없었다.

〈표 4-8〉 건강마을 주민의 주요 건강행태지표 비교

(단위: %)

	농촌건강장수마을	건강도시	일반국민	전체
지난 2년간 신체검사나 건강검진 수검율***	84.2	68.1	70.2	72.2
지난 2년간 암검진 수검율***	75.0	53.8	59.8	60.6
규칙적 운동실천율	38.3	48.1	45.2	44.9

33) 질병관리본부 국민건강영양조사, 2008.

	농촌건강장수마을	건강도시	일반국민	전체
아침식사***				
매일	85.7	69.2	71.6	73.5
아침을 거르는 때가 있다	10.2	19.2	18.4	17.1
평소 거의 아침을 먹지 않음	4.1	11.5	10.0	9.4
	100	100	100	100
흡연유무**				
현재 흡연을 하고 있다	13.8	19.5	23.4	20.1
과거에는 했으나, 현재는 하지 않음	25.5	14.3	16.8	17.6
전혀 하지 않음	60.7	66.2	59.8	62.3
	100	100	100	100
평소음주횟수**				
1주 3~4번 이상	23.5	11.8	13.2	14.7
1주 1~2번	14.3	17.3	15.5	15.9
1달에 1번	10.2	9.3	15.5	12.2
거의 하지 않음	13.3	10.7	12.3	11.9
전혀 하지 않음	38.8	50.8	43.6	45.3

주: **p<.01 ***p<.001

조사대상자의 건강증진사업이용경험은 농촌건강장수마을의 경우 다른 지역에 비하여 경험률이 높았고, 특히 만성질환관리(60.2%), 영양(12.8%), 운동(48.5%) 등의 분야에서 높게 나타났다. 일반지역이나 건강도시의 경우 보건소의 건강증진사업에 대하여 전혀 모르는 경우가 과반수에서 80%를 상회하는 것으로 나타났다(표 4-9 참조).

〈표 4-9〉 보건소 건강증진사업 인지도

(단위: %)

		농촌건강 장수마을	건강도시	일반국민	전체
금연사업	사용해 보았다	9.2	1.1	4.8	4.3
	사용한적 없으나 들어보았다	60.7	45.1	43.2	47.3
	전혀 모른다	30.1	53.8	52.0	48.4
절주사업	사용해 보았다	7.7	0.5	2.0	2.6
	사용한적 없으나 들어보았다	52.0	25.5	26.1	31.0
	전혀 모른다	40.3	73.9	71.8	66.4
운동사업	사용해 보았다	48.5	4.4	6.1	13.8
	사용한적 없으나 들어보았다	29.6	26.9	29.3	28.5
	전혀 모른다	21.9	68.7	64.5	57.7
영양사업	사용해 보았다	12.8	0.5	2.0	3.6
	사용한적 없으나 들어보았다	31.1	14.6	16.1	18.5
	전혀 모른다	56.1	84.9	81.8	77.9
정신건강 센타	사용해 보았다	12.2	0.3	2.0	3.4
	사용한적 없으나 들어보았다	38.3	21.7	19.3	23.9
	전혀 모른다	49.5	78.0	78.6	72.7
비만예방 관리	사용해 보았다	21.9	0.3	3.4	5.9
	사용한적 없으나 들어보았다	42.3	26.1	31.8	31.8
	전혀 모른다	35.7	73.6	64.8	62.3
만성질환 관리	사용해 보았다	60.2	8.2	13.9	20.9
	사용한적 없으나 들어보았다	30.6	39.0	38.2	37.0
	전혀 모른다	9.2	52.7	48.0	42.1

제5절 조사결과의 함의

본 연구에서는 농촌건강장수마을주민과 건강도시 주민의 주관적 건강수준과 건강행태, 건강증진사업이용 및 인지도에 대해서 조사하였다. 농촌건강장수마을 주민의 주관적인 건강상태 수준은 다른 지역에 비하여 높은 것으로 분석되었다. 건강도시 주민의 건강상태 수준도 다른 일반지역에 비하여 높게 나타났다. 주관적인 오늘의 건강상태 수준을 만성질환 유무에 따라 분석하여 볼 때 만성질환이 있는 사람의 경우 주관적인 건강감은 매우 낮게 나타나는 것으로 분석되었다.

한편 흡연, 식이행동 등은 농촌건강장수마을에서 긍정적인 라이프스타일을 보이는 것으로 나타났다. 오히려 건강도시주민이 아침식사를 거르는 비율이 일반지역보다 약간 높게 나타났다. 국민건강영양조사의 2008년도 아침식사 결식률이 21.5%였던 것에 비하면 본 전화조사대상의 응답에 따른 결식률 9.4%는 매우 낮게 나타나 긍정적인 결과를 보여준다. 다만 본 조사의 표본이 전국을 대표할 수 없다는 단점은 있다. 상대적으로 젊은 층에서 아침식사결식률이 높은 것을 감안하면 연령이 높은 층에서 아침식사 등 건강관리를 더 잘하는 것으로 추정할 수 있다. 한편 같은 30세 이상 연령층이었던 점을 감안할 때 건강도시의 주민이 규칙적 운동실천을 더 잘하는 것으로 나타났다(48.1%). 2008년 국민건강영양조사의 신체활동지표 중 가장 높은 비율을 나타내는 지표인 걷기실천율 46.9%보다 더 높은 수준이다.

김종인(2010)의 연구에 의하면 수명을 연장하고 노인의 건강증진을 위해서는 금연과 금주습관실천, 노인보건의료서비스의 접근성 향상, 근채류와 마늘을 재배하는 지역사회, 환경오염이 적은 저탄소 녹색성장의 노인보건환경정책이 필요하다. 본 조사결과에서도 이러한 건강증진서비스와 건강생활실천이 중요한 요인임을 설명해주고 있다.

05

제5장 결론 및 정책제언

제5장 결론 및 정책제언

제1절 건강영향평가 적용의 함의

건강영향평가는 신체, 정신, 사회적 건강 등 광범위한 건강의 정의에 기초한다. 건강을 유지 증진하기 위한 범위가 확대되는 것을 의미한다. 이를 위해서는 건강에 영향을 미치는 요소를 파악하여야 하고, 건강에 영향을 미치는 요소에 대한 중재 노력이 수행되어야 한다. 건강영향평가는 정책, 프로그램, 계획(plan)이 인구집단의 건강에 영향을 미치는 지를 판단하는 과정(procedure), 방법(method), 도구(tool)의 혼합이다.[34] 건강영향평가는 정책, 계획(project), 프로그램이 궁극적으로 건강에 미치는 결과 -긍정적, 부정적-를 고려한다. 건강영향평가는 단순히 건강에의 긍정부정적 효과만을 판단하는 것이 아니다. 보건외의 부문의 정책이 건강에 도움을 주고, 또한 사람들이 자신과 자신의 가족의 건강을 증진시킬 수 있도록 지원하는 새로운 기회를 창조한다.

건강영향평가는 특정계획이 사람들의 건강에 미칠 수 있는 영향, 또는 잠재적 영향을 판단할 수 있는 틀을 제공한다. 제안된 정책에 의하여 영향을 받을 수 있는 대상들의 의견을 고려하여 다부문협력을 도모하는 참여과정이다.

건강영향평가는 주로 소지역단위(regional/ local level) 또는 사업별로 수행된다. 정책, 프로그램의 개발 과정에서 건강증진에 더 기여할 수 있게, 건강의 형평성을 제고하기 위하여 권고안이 제안된다.

34) WHOEURO, CHBreeze and K Lock (eds.) Health impact assessment as part of strategic environmental assessment, 2001.1 advanced copy,

건강영향평가에서 관심을 가지는 부분은 소위 “건강의 결정요인”이다. 사람의 건강은 여러 인자들이 다양하게 조합한 요소들에 의해 영향을 받아 결정된다는 것을 앞에서 고찰하였다. 건강의 결정요인이란 어떤 특정한 인구집단이나 개인의 건강의 수준을 높이거나 낮추는 요인들을 총칭한 것이다. 적절한 건강수준이 달성되려면 인간의 생물학적 요인, 생활양식, 그리고 사회경제적 그리고 자연적(물리적)환경 요인, 보건의료서비스 요인들이 상호 작용하여 긍정적인 방향으로 발현되어야 하고 또는 불건강 요인을 변화시킬 수 있어야 한다. 건강정책이나 중재프로그램, 그리고 다부문적 협력적 정책을 통하여 변화가 가능하다.

건강의 결정요인으로 규명된 요소들은 개인과 인구집단의 건강상의 추세를 설명하고 예측하는 데 도움을 주며, 어떤 개인이나 집단이 다른 개인이나 집단보다 더 건강하거나 혹은 더 나쁜 이유를 설명하는 데도 도움을 준다. 따라서 건강의 결정요인들은 건강의 증진을 비롯하여 질병과 상해의 예방에 있어서 중요하게 고려되어야 할 핵심적 관건이라고 할 수 있다. 건강의 결정요인들은 만성퇴행성질병과 그 합병증의 지속과 예후에도 영향을 미치며, 개인의 사회 활동과 참여하는 방법에도 영향을 준다.

건강마을사업에서 건강영향평가를 실시하는 것은 건강마을사업이 건강의 결정요인에 실질적인 영향을 주는 지 검토하는 기반이 될 수 있다. 본 연구에서 건강영향평가를 적용하여 도출된 함의는 아래와 같다.

□ 스크리닝

○ 건강영향평가 적용의 필요성 및 적절성

건강마을사업은 정부 및 지자체의 건강투자정책이 될 수 있으며 건강과 경제성장 모두를 아우를 가능성이 있는 사업이다. 한편 건강마을사업이 지역개발정책과 관련되어 추진되는 한, 건강의 결정요인 관련 요소보다 경제성장과 같은 다른 요인에 더 치중할 가능성이 있기 때문에 건강영향평가의 적용이 필요하다. 건강마을사업이 건강투자의 효과를 제대로 얻을 수 있도록 하기 위해서 건강영향평가를 적용하는 것은 적절하다.

□ 스코핑

건강마을사업에 대한 건강영향평가의 범위는 지역주민의 인구사회학적 특성과 건강요구도(health need)이다. 본 연구에서는 농촌건강장수마을과 건강도시, 일반지역의 인구집단의 성, 연령, 건강수준(주관적, 객관적)의 동향을 분석하여 보았고, 건강위험요인을 중심으로 한 건강요구도를 분석하기 위해 조사를 실시하였다. 전화조사를 통하여 얻은 지역주민의 건강수준 및 건강관련 요인에 대한 자료는 그 지역사회에 대한 건강프로화일의 역할을 할 수 있다.

□ 자료수집

본 연구에서는 건강마을사업과 관련된 자료수집을 하였고, 특히 국내외의 건강마을의 특성을 분석하였고, 조사결과자료를 분석하였다.

본 연구에서 조사 분석한 자료는 주관적 건강수준 또는 건강행동을 위험요인의 변화를 위한 intervening factor로 보았다. 그런데, 본 연구에서 실시한 조사는 단면적 조사였기 때문에 기존 사업의 효과를 평가하기 위한 전후관계를 볼 수 있는 데이터는 아니었다. 따라서 본 연구에서 실시한 전화조사는 인구집단의 프로화일을 분석하는 데 첫째 목적이 있었고, 둘째로 지역특성에 따라 인구집단의 건강행동의 차이를 관찰하는 데 목적이 있었다.

□ 평가/사정

평가와 사정의 단계는 건강마을사업에서 오는 건강영향의 우선순위를 구체화하는 단계이다. 본 연구에서는 고령자의 건강수준과 관련된 건강위험요인을 중심으로 연구하였기 때문에 고령화와 관련된 우선적인 건강정책의 요소를 분석하는 데는 용이하였다.

□ 의사결정 및 권고

일반적으로 건강영향평가의 결과에 따라 건강에 주는 긍정적인 영향을 극대화하기 위한 의사결정과 권고를 하게 된다. 본 연구결과에서는 건강마을로 특화된 지역에서 건강행동이 좀 더 긍정적인 것으로 평가할 수 있었다.

제2절 건강마을사업 추진을 위한 정책제언

건강한 마을(Healthy village)사업은 세계보건기구 건강증진사업의 장소(setting)접근에서 나온 하나의 형태이다. 건강한 마을은 건강을 위한 여러 장소 중의 하나이다. 건강한 마을은 지역주민의 건강개선과 건강증진을 목적으로 마을개발에 초점을 둔 환경조성 프로그램이다. 장소접근법의 핵심은 장소의 신념과 활동이 상호 보완적이고, 장소 안에서 살거나 일하거나 보호받는 사람의 건강과 안녕을 증진하는 방향으로 공동 협력해 나가는 것을 의미한다. 이는 건강증진이 장소의 모든 면과 통합되고, 그 장소를 접하는 모든 사람들을 포함하는 것을 의미한다. 장소접근법의 출현은 '건강이란 사람들이 배우고 일하고 놀고 사랑하는 일상생활의 장소 안에서 그들에 의해 만들어지고 존재하는 것이다.'라는 Ottawa 헌장의 건강증진의 정의[35]를 뒷받침을 해 왔다. 장소접근법에 대한 방침은 자카르타(Jakarta)선언에서 공고히 승인되었다. 그 내용은 특정 장소가 총체적 전략을 수행하기 위한 실질적 기회를 제공하는 장소이며, 이는 대도시, 섬, 도시, 지자체, 지역사회, 시장, 학교, 직장, 건강관리 시설들을 포함한다.

건강마을이 건강도시사업과 다른 점은 주로 농촌지역에서 지역주민의 건강을 보호하고 증진함과 동시에 지역여건을 개선하는 데 초점을 둔 사업이다. 초기에 세계보건기구에서는 저개발국가 주민의 건강보호와 증진에 중점을 두고 이 사업을 추진해 왔다. 한편 선진국에서도 건강마을사업이 지역의 건강증진을 위해 개발되어 왔고, 만성질환치료비용에 비하여 훨씬 저렴한 비용으로 질병을 예방할 수 있다는 결과가 도출되었다. 건강마을사업은 질병예방 및 건강증진을 위해서 효과적인 사업으로 추진할 수 있는 다양성을 가진 사업이라고 할 수 있다.

건강마을사업은 우리나라의 건강도시사업에서도 점차 증가하고 있다. 전체 53개 건강도시 중 건강한 생활터 사업을 하는 도시는 25%였고 2010년

35) 건강증진이란, 사람들이 건강에 대한 관리를 증가시켜 건강을 개선할 수 있도록 하는 과정(process)이다; 세계보건기구의 건강증진정의(1986)

현재 건강마을사업을 포함한 곳은 전국적으로 10개였다. 건강마을은 2008년 3개, 2009년 6개, 2010년 10개소 등으로 증가하고 있다. 지역공동체, 네트워크활용 등 사회적인 자본활용을 극대화하는 데 중점을 두고 개발된 사업이다. 생활터를 중심으로 하여 지역주민의 네트워킹과 참여를 이끌어내는데 효과적인 사업으로 평가되고 있다. 따라서 지역주민의 자발적인 참여를 도출하고 사전예방적인 건강관리지식과 실천을 확산시키는 데 효과적인 사업으로 자리매김할 가능성이 크다고 할 수 있다.

사회경제적 상황 때문에 우리나라의 건강마을은 다양한 형태로 개발되고 있다. 일자리창출을 통한 경제적 여건개선 등 우리나라 건강마을은 서민생활개선에 긍정적인 역할을 할 수 있을 것으로 분석된다. 노인인구가 증가하고 있기 때문에 건강취약계층이 증가할 전망이며 예방적인 건강증진의 기회조성과 경제사회적 안정을 위해 건강마을사업이 소규모 지역을 중심으로 발전할 기회가 많을 것으로 사료된다.

건강측면에서 건강마을사업의 지속가능성 확보가 최우선 과제가 된다. 지역주민의 자발적이고 적극적인 참여가 최우선 과제이다. 이와 더불어 지역의 건강증진 인프라, 역량, 재원확보, 홍보와 교육 등의 기반조성이 필요하다.

지역주민의 건강증진서비스 접근성 확보를 위한 여건조성이 필요하다. 건강마을의 건강의 결정요소, 법적, 제도적 영향요소 등을 특성화 : 유사건강마을의 주요 요소를 중심으로 건강영향요인을 특성화할 필요가 있다. 건강의 결정요소로는 정신적, 신체적, 사회적 건강요소를 고려하고, 법적 제도적 인프라 측면에서도 영향요인을 고려하여 개발하여야 한다.

건강마을을 건강취약지역을 중심으로 도입 확산할 필요가 있다. 건강서비스, 건강정보 등에 대한 접근성확보에 중점을 두도록 해야 한다. 지역의 경제적 발전과 접목된 녹색관광마을 같은 유사건강마을을 건강에 긍정적인 영향을 줄 수 있도록 보완하여 발전시킬 수 있도록 해야 한다.

참고문헌

강은정 외(2006). EQ5D를 이용한 건강수준에 대한 가치평가에 관한 연구.

국회예산정책처(2006). 농촌관광마을사업평가.

김미숙·남정자·박인화·최은진·박민정(2001). 건강박람회 2000 성과평가와 발전방향. 한국보건사회연구원·보건복지부.

김종인(2010). 노인의 생존백세장수지표에 미치는 건강요인의 영향력. 보건교육건강증진학회지, 27(2), pp.109-119.

녹색성장위원회(2009). 녹색성장 5개년계획(2009-2013).

댄 뷰트너(2009). 세계장수마을 블루존. (신승미 옮김). 살림출판.

도란주(2007). 농촌건강장수마을 노인들의 삶의 질 향상을 위한 원예치료 프로그램 적용과 효과. 서울시립대학교 산업대학원 석사학위논문.

무도 다가시 · 후구와다리 야스시(1998). 보건교육 및 건강증진의 평가방법, 정책연구자료 98-02, (방숙 옮김). 한국보건사회연구원.

박용순(2009). 사회적 자본이 농촌관광마을에서 주민통합과 삶의 질 만족에 미치는 영향. 박사학위논문, 경기대 대학원, 수원.

박영일(2008). 체험유형 선호에 따른 농촌체험관광마을태도가 방문의도에 미치는 영향에 관한 연구. 박사학위논문, 상명대 대학원, 서울.

박형근 외(2008). 건강마을의 개념 및 설치방안. 제주대학교·건강증진사업지원단.

보건복지부·건강증진사업지원단(2010.10.26). 지속가능한 건강도시를 위한 도전화 기회. 대한민국 국가 건강도시 네트워크설립을 위한 포럼 자료집.

서미경·박윤형·문옥륜 외(2008). 건강영향평가제도 법제화 및 실행방안 연구. 한국보건사회연구원・건강증진사업지원단.

안종현(2008). 농촌관광마을 만들기와 주민참여: 광양시 신촌마을과 장흥군 진목마을의 사례. 박사학위논문, 전남대 대학원, 광주.

윤유식(2007). 강원도지역 농촌관광마을 활성화를 위한 관광마을 방문객 특성 및 선호도 분석. 강원발전연구원.

원지윤(2009). 한국 슬로시티 정책 추진 방향에 관한 연구: 담양, 완도, 장흥, 신안을 중심으로, 인천: 인하대 대학원.

최은진·김동진·박수진·이선희·김공현(2007). 근거기반의 건강증진사업추진 활성화전략. 한국보건사회연구원.

최은진·노정미 외(2008). 건강영향평가제도의 시행방안: 건강영향평가포럼. 한국보건사회연구원.

최은진·홍주희·최부근·정지윤·권은주·이혜진·김경남(2006). 건강증진: 계획과 전략(번역서 ISBN 89-5629-102-0). 계축문화사, .

허미영·공미혜(2007). 농촌마을 활성화와 성별요인: 농촌건강장수마을사업을 중심으로, **農村社會**, 17(2), pp.155-182.

Belloc, N. B., L. Breslow (1972). *Relationship of physical health status and health practices, Preventive Medicine, 1(3),* PP. 409-421.

European Center for Health Policy (1999). *Health Impact Assessment, main concepts and suggested approach*, Gothenburg consensus paper, WHO Regional Office for Europe, Brusssels.

International Association for Impact Assessment (Sept 2006). Health Impact Assessment; International Best Practice Principles, *Special Publication Series No.5*.

U.S. Department of Health and Human Services (November 2000). *Healthy People 2010*. 2nd ed. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office.

Whitehead M, Dahlgren G. (1991) What can be done about inequalities in health? *The Lancet, 338,* pp.1059-1063

WHO (2009). *Empowering people, building healthier lives*.

WHO, MOE, KEI (2007). *National Workshop on Health Impact Assessment.* Kroea.

World Health Organization (2003). Regional Office for the Eastern Mediterranean, *Frequently Asked Questions about Community-based Initiatives*.

부 록

부 록

[전화조사 설문지]

『건강마을 인식조사』 (2010. 9. 8~9.13.)

안녕하세요. 저는 연구기관인 한국보건사회연구원에 근무하는 _____라고 합니다. 이번에 저희 연구원에서는 '건강마을 인식조사'를 실시하고 있습니다. 바쁘시더라도 잠시만 시간을 내주시면 저희 연구에 귀중한 자료가 될 것입니다.

A1. 실례지만 만으로 연세가 어떻게 되시는지요?

만 (　　)세(만 30세 이상)

A2. 성별***(목소리를 듣고 기록할 것)***

① 남　　② 여

A3. 거주지역***(전화번호부를 보고 기록할 것)***

① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전 ⑦ 울산 ⑧ 경기
⑨ 강원 ⑩ 충북 ⑪ 충남 ⑫ 경북 ⑬ 경남 ⑭ 전북 ⑮ 전남 ⑯ 제주

상세지역명 _____

A4. 규모별 거주지 (***기록***)　① 대도시　② 중소도시　③ 군지역

우선, 정부의 건강증진사업에 대해서 몇 가지 여쭈어 보겠습니다

1. 보건소에서는 건강증진과 관련하여 다음과 같은 사업을 수행하고 있습니다. 이에 대하여 지난 1년간 사용해 보시거나 들어보았습니까?

사업명	사업내용	사용해 보았다	사용한적 없으나 들어보았다.	전혀 모른다
1.금연사업	금연공익광고, 금연클리닉, 상담전화 등			
2.절주사업	음주예방캠페인,절주교육			
3.운동사업	노인체조 보급, 체력단련실 운영, 운동처방			
4.영양사업	영양플러스, 영양상담			
5.정신건강센타	정신건강상담, 음주문제 관리 등			
6.비만예방관리	체중조절관리			
7.만성질환관리	혈압혈당측정, 고혈압, 당뇨, 대사증후군관리 등			
8. 건강도시	건강한 직장, 건강한 학교, 건강한 아파트			
9. 건강마을	건강증진서비스			

다음은 건강생활에 관한 질문입니다

2. 귀하가 생각하는 본인의 평소 건강상태는 어떻습니까?

① 매우건강함 ② 건강한편 ③ 보통 ④ 허약한편 ⑤ 매우허약함

EQ-5D 설문

우리는 귀하의 건강에 대한 당신의 생각을 알아보고자 합니다. 먼저 오늘 귀하의 건강 상태와 관련하여 짧고 간단한 질문을 몇 가지 드리겠습니다. 그 다음에는 눈금자에서 귀하의 건강을 평가하도록 요청하는, 조금 색다른 과제를 드리겠습니다. 진행하면서 과제를 완전히 설명해드리겠습니다만 이해가 안 되거나 분명하지 않은 점이 있으면 언제든 말씀해 주십시오. 또한 정답이나 오답이 없다는 사실도 기억하여 주시기 바랍니다. 이번 인터뷰에서는 귀하의 개인적 견해만 관심이 있습니다.

먼저 몇몇 질문을 읽어 드리겠습니다. 각 질문은 3개 응답 중 하나를 선택하는 방식입니다. 오늘 귀하의 건강상태를 가장 잘 나타내는 응답을 선택해 주시기 바랍니다.

각 질문 그룹에서 1개의 응답만 고르십시오.

(인터뷰 진행자 참고사항: 응답자에게 기준 시간은 오늘이라는 사실을 정기적으로 상기시킬 필요가 있을 수 있습니다)

EQ-5D(운동 능력)질문 1: 먼저 귀하에게 운동 능력에 대하여 묻고자 합니다.
귀하께서는 1번, 걷는데 지장이 없다, 2번, 걷는데 다소 지장이 있다, 3번, 종일 누워 있어야 한다 중 어떻다고 말하겠습니까?

① 나는 걷는데 지장이 없다 □
② 나는 걷는데 다소 지장이 있다 □
③ 나는 종일 누워있어야 한다 □

EQ-5D(자기 관리)질문 2: 이어 자기 관리에 대하여 묻고자 합니다.
귀하께서는 1번, 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다, 2번, 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 문제가 있다, 3번, 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다 중 어떻다고 말하겠습니까?

① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다 □
② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다 □
③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다 □

EQ-5D(일상 활동)질문 3: 이제 일, 공부, 가사, 가족활동 또는 여가 활동 등 귀하의 일상 활동에 대하여 묻고자 합니다.
귀하께서는 1번, 일상 활동을 하는데 지장이 없다, 2번, 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다, 3번, 일상 활동을 할 수 없다 중 어떻다고 말하겠습니까?

① 나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다 □
② 나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다 □
③ 나는 일상 활동을 할 수가 없다 □

EQ-5D(통증/불편)질문 4: 이어서 통증 또는 불편에 대하여 묻고자 합니다.
귀하께서는 1번, 통증이나 불편감이 없다, 2번, 다소간의 통증이나 불편감이 있다, 3번, 극도의 통증이나 불편감이 있다 중 어떻다고 말하겠습니까?

① 나는 통증이나 불편감이 없다 □
② 나는 다소간의 통증이나 불편감이 있다 □
③ 나는 극도의 통증이나 불편감이 있다 □

EQ-5D(불안/우울) 질문 5: 마지막으로 귀하에게 불안 또는 우울에 대하여 묻고자 합니다. 귀하께서는 1번, 불안하거나 우울하지 않다, 2번, 다소 불안하거나 우울하다, 3번, 극도로 불안하거나 우울하다 중 어떻다고 말하겠습니까?

① 나는 불안하거나 우울하지 않다 □
② 나는 다소 불안하거나 우울하다 □
③ 나는 극도로 불안하거나 우울하다 □

==========

EQ VAS 안내

이제 귀하께 좀 더 다른 과제를 하도록 요청하고자 합니다.
귀하의 건강 상태가 얼마나 좋은지 또는 나쁜지 표현하도록 돕기 위하여 온도계와 약간 비슷하게 생긴 눈금자를 마음속으로 떠올려보셨으면 합니다. 당신이 그것을 할 수 있습니까? 귀하께서 상상할 수 있는 최고의 건강 상태는 눈금자제일 윗부분에 100(백)으로 표시되어 있으며 상상할 수 있는 최악의 건강 상태는 가장 아랫부분에 0(영)으로 표시되어 있습니다.
이제 당신 자신의 오늘 건강 상태를 본 눈금자의 점수로 말씀해 주셨으면 합니다.

_____ 점

3. 귀하는 고혈압이나 당뇨병 등 만성질환을 앓고 있습니까?
   ① 예 ② 아니오

4. 귀하는 평소에 어느 정도 술자리를 하시는지요?
   ① 1주 3-4번 이상 ② 1주 1-2번 ③ 1달에 1번 ④ 거의 하지 않음

4-1 한 번의 보통주량이 어느 정도입니까?

소주로 _____잔

5. 당신은 현재 흡연을 하십니까?
① 현재 흡연을 하고 있다.
② 과거에는 했으나, 현재는 하지 않음.

6. 귀하의 키와 몸무게는 현재 얼마입니까?
(임산부의 경우 임신 전의 통상적인 몸무게)
6-1. 키 : _____ cm ☐ 모름
6-2. 몸무게 : _____ kg ☐ 모름

7. 귀하는 평소 건강을 위하여 운동을 규칙적으로 하고 계십니까?
① 한다 어떤 운동 _____ ② 안 한다

8. 평소 아침식사를 드십니까?
① 매일 ② 아침을 거르는 때가 있다. ③ 평소 거의 아침을 먹지 않음.

9. 귀하는 음식을 짜게 드시는 편입니까?
① 자주 짜게 먹는다 ② 보통이다. ③ 항상 싱겁게 먹는다.

10. 음식을 먹을 때 과식을 하는 편입니까?
① 자주 과식한다 ② 보통 알맞게 먹는다. ③ 평소 적게 먹으려 노력한다.

11. 최근 1년 동안 귀하께서 병의원에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?
① 항상 그렇다. ② 거의 그렇다. ③ 보통 그렇다.
④ 거의 그렇지 않다. ⑤ 전혀 그렇지 않다.

12. 최근 1년 동안 인플루엔자(독감)예방접종을 받은 적이 있습니까?

① 있다 ② 없다

13. 지난 2년 동안에 신체검사나 건강검진을 받은 적이 있습니까?

① 있다 ② 없다

14. 지난 2년 동안에 암 검사를 받은 적이 있습니까?

① 있다 ② 없다

15. 귀하는 지난 1년 동안 환경보호운동이나 자원봉사활동, 또는 무료 서비스 제공 등 주민이나 지역사회의 복지를 위한 활동을 하신 적이 있습니까?

① 있다 ② 없다

16. 귀하는 지난 1년 동안 인터넷에 홈페이지를 개설해 활동하고 있는 모임에 참여하고 있습니까?

① 있다 (모임이름 :)

② 없다

17. 집에 혼자 있을 때, 폭력이나 범죄로부터 안전하다고 느끼십니까?

① 항상 그렇다. ② 거의 그렇다. ③ 보통 그렇다.

④ 거의 그렇지 않다. ⑤ 전혀 그렇지 않다.

마지막으로 일반사항 몇 가지만 여쭈어보겠습니다.

D1. 귀하의 결혼상태는?

① 미혼 ② 기혼/유배우 ③ 사별 ④ 이혼/별거

D2. 귀하의 학력은?

① 초등졸 ② 중졸 ③ 고졸 ④ 대졸/재 ⑤ 대학원졸 이상

D3. 실례지만 지금 무슨 일을 하고 계시는지요? (직업)

① 전문직 ② 사무직 ③ 노동근로직 ④ 자영업 ⑤ 판매/서비스직

⑥ 농어업 ⑦ 주부 ⑧ 무직 ⑨ 학생 ⑩ 기타( )

D4. 귀하의 종교는?

① 기독교(개신교) ② 천주교 ③ 불교 ④ 기타_____ ⑤ 없음.

D5. 귀댁의 월평균 가구 소득수준은 어느 정도 되십니까? (세금 포함)

① 없음 ② 100만원 미만 ③ 100만원~200만원 미만

④ 200만원~300만원 미만 ⑤ 300만원~400만원 미만

⑥ 400만원 이상

바쁘신 중에도 끝까지 응답해 주셔서 대단히 감사합니다.

조사일시	_월__일	조사시간	(오전/오후): _____시_____분

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 268 한국보건사회연구원 지식관리센터 간행물 담당자 (Tel: 02-380-8234)

도서판매처

- 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

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000
연구 2010-02	희귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실비아	5,000
연구 2010-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	미정
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	미정
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정선	5,000
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000
연구 2010-12	한국 제3섹터 육성방안에 대한 연구	노대명	8,000
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년: 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000
연구 2010-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	미정
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000
연구 2010-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000
연구 2010-19	아동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	미정
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000
연구 2010-23	민간 복지자원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	미정
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	미정
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	2010년 한국의 보건복지 동향	장영식	미정
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	미정
연구 2010-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	미정
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산율 관계 연구	김은정	5,000
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000
연구 2010-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지(외부)	6,000
연구 2010-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	미정
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	미정
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	미정

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	미정
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	미정
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000
연구 2010-30-19	예비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	미정
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	미정
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-30-22	저출산고령사회 대응관련 쟁점 연구	이소정	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000
연구 2010-31-2	2010 보건복지재정의 정책과제	유근춘	미정
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	미정
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000
연구 2010-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	8,000
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	11,000
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	미정
연구 2010-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000
연구 2010-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	9,000
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	미정
연구 2010-35	취약위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(II)	정영호	미정
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서	정영호	미정
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	미정
연구 2010-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-03	신의료기술의 패턴 변화에 따른 의사결정제도의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박실비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (1)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	아동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 Ⅱ: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합·연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 -법제정 10년의 제도운영 점검-	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶: 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급외자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000