

연구보고서 2024-30

지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

김동진
최지희·황도경



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



연구진

연구책임자	김동진	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	최지희	한국보건사회연구원 전문연구원
	황도경	한국보건사회연구원 연구위원

연구보고서 2024-30

지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

발행일 2024년 12월
발행인 강혜규
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 에코디자인

© 한국보건사회연구원 2024
ISBN 979-11-7252-047-2 [93510]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2024.30>

발|간|사

지방소멸은 저출산 고령화와 함께 현재 우리나라가 당면하고 있는 가장 중요한 사회적 이슈 중 하나이다. 우리나라 전체 인구 중 절반 이상이 수도권에 거주하고 있으며, 6대 광역시까지 포함하면 인구의 70% 이상이 대도시에 거주하고 있다. 수도권과 대도시에 인구가 집중될수록 지방의 인구는 점차 감소하여 이제는 소멸의 위기에 직면해 있다.

지방소멸 위기 이전에도 의료자원의 수도권 집중 문제가 이미 거론되고 있었고, 지역 간 의료불평등 문제 해결이 정책 어젠다로 대두되어 공공의료 확충의 필요성이 강조되기도 하였다. 그러나 수도권과 지방의 의료불평등은 쉽게 개선되지 않았고, 그동안 인구감소와 지방 의료시장 약화가 가속화되면서 수도권과 지방의 의료격차는 점점 더 커지고 있다.

이미 잘 알려진 것과 같이 지방에서는 소아청소년과, 산부인과, 응급의료 등 필수의료 제공체계가 매우 취약하다. 특히, 의사와 간호사 등 양질의 의료서비스를 제공할 전문인력이 매우 부족하다. 그동안 부족한 지방의 의료인력을 대체하던 공중보건의사의 수는 점차 감소하고 있고, 공중보건 위기 상황과 최근 의사들의 집단행동의 여파로 인해 놓여준 지역의 보건지소는 장기간 의료 공백 상태에 놓여 있다.

따라서 지방의 의료서비스 접근성과 질을 개선하기 위한 체계적인 정책 대안을 마련하는 것이 매우 시급하다. 본 연구에서는 인구감소로 인한 지방의 의료체계 현황을 점검하고 문제 해결을 위한 대안을 모색하기 위해 인구감소지역을 중심으로 지방소멸에 대응하는 의료 및 건강관리 서비스 개선 방안을 제안한다.

이 보고서는 김동진 연구위원의 책임하에 황도경 연구위원, 최지희 전문연구원이 연구진으로 참여하였다. 모든 연구진의 노고에 감사드린다.

아울러 연구 수행 과정에서 인구감소지역의 의료 여건 개선을 위한 인터뷰와 설문에 흔쾌히 참여해주신 각 지역 보건소장, 보건의료원장, 지방의료원장들께 깊이 감사드립니다. 끝으로 보고서 작성과 관련하여 유익한 의견을 주신 박은자 연구위원, 한국농촌경제연구원의 한이철 센터장, 그리고 익명의 평가자께도 감사의 말씀을 전한다. 마지막으로 본 보고서의 내용은 본원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2024년 12월

한국보건사회연구원장 직무대행

강혜규





요 약	1
제1장 서 론	15
제1절 연구의 필요성 및 목적	17
제2절 연구 내용 및 방법	20
제3절 연구의 차별점	26
제2장 우리나라 인구감소지역 현황	39
제1절 인구감소지역 지정 현황	41
제2절 인구감소지역의 여건	43
제3절 인구감소지역 관련 정책 현황	73
제4절 소결	81
제3장 인구감소지역 주민 대상 설문조사	85
제1절 조사 개요	87
제2절 조사 내용 및 분석 방법	92
제3절 조사 결과	95
제4절 소결	116
제4장 인구감소지역 주민의 건강 수준	119
제1절 연구 목적 및 내용	121
제2절 연구 자료 및 방법	122
제3절 연구 결과	125
제4절 소결	142

제5장 일본의 인구 과소지역 의료 확보 대책	149
제1절 인구 과소지역 대책 배경	151
제2절 인구 과소지역의 현황	152
제3절 인구 과소지역 지원 대책 방향	163
제4절 인구 과소지역 의료 확보 대책	167
제5절 소결	191
제6장 인구감소지역 건강관리서비스 개선을 위한 정책 방안	195
제1절 공공보건의료서비스 기반 강화	197
제2절 필수의료서비스 확보를 위한 재정지원 강화	209
제3절 보건의료인력 확보 및 효율적 활용 방안 모색	218
제4절 보건의료서비스 접근성 제고 방안	230
제5절 소결	237
제7장 결론	243
참고문헌	249
부 록	259
[부록 1] 인구감소지역 주민 의료이용 인식조사	259
[부록 2] 인구감소지역 의료서비스 개선 및 건강증진사업 현황 조사	268
Abstract	275

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 지역 순이동의 연령구조 유형 변화	28
〈표 1-2〉 인구감소 면 지역 보건의료시설 변화	30
〈표 1-3〉 인구감소에 대응하는 보건의료 대책 선행연구	33
〈표 1-4〉 지역 단계별 거점의료기관 분류	36
〈표 2-1〉 행정안전부 고시에 따른 인구감소지역	42
〈표 2-2〉 인구감소지역의 인구, 면적 현황	43
〈표 2-3〉 광역자치단체별 인구감소지역 현황	44
〈표 2-4〉 연도별 인구감소지역 인구 규모 변화	46
〈표 2-5〉 최근 5년간 인구감소지역 평균 청년 순이동률 변화	47
〈표 2-6〉 인구감소지역 인구 변화(2014~2023년): 시군구 단위 변화	48
〈표 2-7〉 인구감소지역 인구 변화(2014~2023년): 읍면동 단위 변화	49
〈표 2-8〉 인구감소지역 중 소규모 읍면동 현황(2023년)	50
〈표 2-9〉 연도별 요양기관 종별 분포(2019~2023년)	51
〈표 2-10〉 인구감소지역 의료기관 접근성	53
〈표 2-11〉 인구감소지역 예방 가능한 입원율: 고혈압, 당뇨 만성 합병증	57
〈표 2-12〉 인구감소지역의 주요 지원 특례	75
〈표 2-13〉 지방소멸대응기금 광역지자체 배분액(2022~2023년)	77
〈표 2-14〉 지방소멸대응기금 기초지방자치단체 배분액 상위 6곳과 하위 6곳	78
〈표 2-15〉 지방소멸대응기금 투자계획(2022~2023년)	79
〈표 2-16〉 지방소멸대응기금 분야별 사업(2022~2023년)	79
〈표 2-17〉 인구감소지역대응기본계획 수립의 개요	80
〈표 3-1〉 목표 모집단 지역	87
〈표 3-2〉 층별 모집단 분포	89
〈표 3-3〉 층별 표본 분포(만 19세 이상 59세 이하)	90
〈표 3-4〉 층별 표본 분포(만 60세 이상 74세 이하)	90
〈표 3-5〉 주요 조사 문항	92
〈표 3-6〉 인구사회학적 특성	95

〈표 3-7〉 현 거주지 거주 기간 및 거주 이유: 생애주기별	97
〈표 3-8〉 현 거주지 거주 기간 및 거주 이유: 거주지역별	97
〈표 3-9〉 정주 만족도: 생애주기별	98
〈표 3-10〉 정주 만족도: 거주지역별	100
〈표 3-11〉 삶의 만족도 및 주관적 행복감: 생애주기별	101
〈표 3-12〉 삶의 만족도 및 주관적 행복감: 거주지역별	101
〈표 3-13〉 주관적 건강 및 건강 관련 삶의 질: 생애주기별	102
〈표 3-14〉 주관적 건강 및 건강 관련 삶의 질: 거주지역별	103
〈표 3-15〉 거주지역의 의료서비스 여건에 대한 인식: 생애주기별	104
〈표 3-16〉 거주지역의 의료서비스 여건에 대한 인식: 거주지역별	105
〈표 3-17〉 연간 미충족 의료율: 생애주기별	106
〈표 3-18〉 연간 미충족 의료율: 거주지역별	107
〈표 3-19〉 단골 의료기관 보유 여부: 생애주기별	108
〈표 3-20〉 단골 의료기관 보유 여부: 거주지역별	109
〈표 3-21〉 지역 의료기관 만족도: 생애주기별	110
〈표 3-22〉 지역 의료기관 만족도: 거주지역별	111
〈표 3-23〉 이주 계획: 생애주기별	112
〈표 3-24〉 이주 계획: 거주지역별	113
〈표 3-25〉 분야별 생활환경 만족도와 이주 계획	114
〈표 3-26〉 주관적 건강상태 및 미충족 의료와 이주 계획	115
〈표 3-27〉 거주지역의 의료서비스 여건과 이주 계획	115
〈표 4-1〉 주요 변수 설명	123
〈표 4-2〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 인구 및 사회경제적 특성 비교(2021년) ..	126
〈표 4-3〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 건강행태 및 이환 수준(2021년)	127
〈표 4-4〉 인구감소지역 특성별 건강행태 및 이환 수준(2021년)	128
〈표 4-5〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과 (2021년)	130



〈표 4-6〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 인구 및 사회경제적 특성 비교(2022년) ..	132
〈표 4-7〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 건강행태 및 이환 수준(2022년)	133
〈표 4-8〉 인구감소지역 특성별 건강행태 및 이환 수준(2022년)	134
〈표 4-9〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과 (2022년)	136
〈표 4-10〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 인구 및 사회경제적 특성 비교(2023년)	137
〈표 4-11〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 건강행태 및 이환 수준(2023년)	138
〈표 4-12〉 인구감소지역 특성별 건강행태 및 이환 수준(2023년)	139
〈표 4-13〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과 (2023년)	141
〈표 4-14〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과 (2021~2023년)	146
〈표 5-1〉 일본의 과소지역 지정 요건	153
〈표 5-2〉 일본의 과소지역 수, 인구, 면적 현황	154
〈표 5-3〉 도도부현별 과소 시정촌 현황(2022년 4월 현재)	154
〈표 5-4〉 시정촌 결산 현황	158
〈표 5-5〉 과소 시정촌의 재정력 지수	160
〈표 5-6〉 진료시설 정비 현황	161
〈표 5-7〉 주요 전문과목별 의사	162
〈표 5-8〉 과소지역 내 무의촌 현황	163
〈표 5-9〉 「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」 제20조 의료의 확보	168
〈표 5-10〉 지속가능발전계획의 항목별 사업비 실적액(2021년)	169
〈표 5-11〉 낙도 지역 특례: 오키나와 진흥개발금융공사 자금 대여 사례	170
〈표 5-12〉 벽지 보건의로 대책을 위한 후생노동성 국고보조사업	170
〈표 5-13〉 후생노동성 벽지 보건의로 대책 예산 개요(2023년)	172
〈표 5-14〉 닥터헬기 배치 실적	178
〈표 5-15〉 지역의료개호증확보기금 대상 사업	180

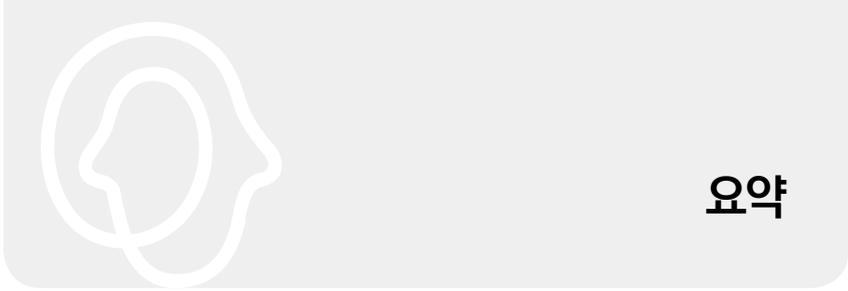
〈표 5-16〉 지역의료개호종합확보기금(의료분) 대상 사업 내용	181
〈표 5-17〉 지역의료개호종합확보기금(개호분) 대상 사업 내용	183
〈표 5-18〉 총무성 병원사업: 지방독립행정법인화	185
〈표 5-19〉 총무성 병원사업: 기능 분화	187
〈표 5-20〉 총무성 병원사업: 디지털 전환	190
〈표 6-1〉 인구감소지역 노인인구 비율	197
〈표 6-2〉 평창군의료원 사례: 필수의료 제공 기능 강화	200
〈표 6-3〉 지역보건법: 보건의료원 설치 근거	201
〈표 6-4〉 보건의료원 설치 현황(2022년 12월 말 기준)	201
〈표 6-5〉 공중보건조사 배치 기준	202
〈표 6-6〉 지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률	203
〈표 6-7〉 하동군 보건소 사례: 보건의료원 전환	204
〈표 6-8〉 청송군 보건의료원 사례: 진료 기능 민간 위탁	204
〈표 6-9〉 보건의료원, 군립병원, 지방의료원 비교	205
〈표 6-10〉 정선 군립병원 사례: 재정 및 인력 지원	206
〈표 6-11〉 부안군 사례: 지역 응급의료기관 지원	207
〈표 6-12〉 남해군 사례: 소아청소년과 운영 지원	207
〈표 6-13〉 해남군 사례: 소아청소년과 운영 지원	208
〈표 6-14〉 진도군 사례: 인공신장실 운영 지원	209
〈표 6-15〉 청송군 보건의료원 사례: 지방소멸대응기금의 의료인력 인건비 활용	210
〈표 6-16〉 남해군 보건소 사례: 응급실 의료인력 인건비 활용	211
〈표 6-17〉 지방소멸대응기금 사업 범위 확대	212
〈표 6-18〉 진안군의료원 사례: 의료원 운영 정상화를 위한 공공정책 수가 필요성	214
〈표 6-19〉 인구감소지역 중 응급의료 취약지역	215
〈표 6-20〉 고향사랑기부금에 관한 법률	217
〈표 6-21〉 영암군 사례: 고향사랑기부금 활용	218
〈표 6-22〉 부안군보건소 사례: 퇴직 의사 활용	220



〈표 6-23〉 보건소 등 설치 기준	221
〈표 6-24〉 공중보건 의사 연도별 종별 신규 배치 현황	222
〈표 6-25〉 공중보건 의사 보건지소 배치 현황	223
〈표 6-26〉 남원시 보건소 사례: 보건지소 및 보건진료소 개편	227
〈표 6-27〉 청송군 보건의료원 사례: 의료진 주거 및 근무 여건 개선 노력	229
〈표 6-28〉 영암군 사례: 농어촌 간호·복지 인력 기숙사 건립	230
〈표 6-29〉 의료취약지 원격협진 사업과 비대면진료 시범사업 비교	231
〈표 6-30〉 남원시 보건소 사례: 원격의료	232
〈표 6-31〉 해남군 의료취약지 원격협진 사업	232
〈표 6-32〉 평창군·정선군 디지털헬스케어 혁신센터 조성	234
〈표 6-33〉 남원시 치매환자 24시간 스마트 건강·돌봄서비스	236
〈표 6-34〉 정책 대안별 참여 주체	241

그림 목차

[그림 1-1] 주요 연구 내용 및 방법	23
[그림 1-2] 인구이동의 인구학적 사회적 파급효과(인구이동에 의한 종합적 악순환 구조) 29	
[그림 1-3] 인구감소에 따른 농촌 면 지역 생활서비스 임계인구	31
[그림 2-1] 종별 요양기관 폐업률(전체)	61
[그림 2-2] 종별 요양기관 폐업률(시 지역)	63
[그림 2-3] 종별 요양기관 폐업률(군 지역)	66
[그림 2-4] 종별 요양기관 폐업률(구 지역)	68
[그림 2-5] 인구감소지역의 지역 단위별 종별 요양기관 폐업률	71
[그림 3-1] 조사표 개발 과정	91
[그림 4-1] 인구감소지역의 연도별 건강행태 변화(2021~2023년)	144
[그림 4-2] 인구감소지역 특성별 연간 미충족 의료를 변화(2021~2023년)	145
[그림 5-1] 과소-비과소지역 인구 추이	156
[그림 5-2] 과소지역 인구 증감(사회 증감 및 자연 증감) 추이	157
[그림 5-3] 인구 과소지역 연령대별 인구 구성비 추이	158
[그림 5-4] 2020년도 시정촌 세입 결산 상황	159
[그림 5-5] 「과소지역 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」 추진체계	166
[그림 5-6] 원격의료 사업 내용	175
[그림 5-7] 도시마초 현황	176
[그림 5-8] 닥터헬기 사업 내용	177
[그림 5-9] 지역의료개호종합확보기금 사업 추진체계	179
[그림 5-10] 연도별 지역의료개호종합확보기금 예산액(2014~2023)	181
[그림 6-1] 인구감소지역의 현재 공중보건 의사(의과) 수 및 필요 공중보건 의사(의과) 수 224	
[그림 6-2] 인구감소지역 공보의(의과) 미배치 보건지소 수	225
[그림 6-3] 인구감소지역의 보건지소 등 역할 및 기능 재구조화 필요성 인식	226
[그림 6-4] WHO가 제시한 의사의 지역 근무에 영향을 미치는 요인	228
[그림 6-5] 원격협진 서비스 모형	233
[그림 6-6] 인구감소지역에서 강조되어야 할 통합건강증진사업 성과지표	235



1. 연구의 배경 및 목적

최근 인구의 자연 감소와 함께 수도권으로의 인구 집중 현상이 가속화되었고, 2019년 12월 말에는 수도권 인구가 처음으로 비수도권 인구를 초과하였다. 수도권과 비수도권 간 인구 규모의 격차는 더욱 커지고 있고, 인구 고령화를 넘어선 인구 초고령화 양상의 지역 간 격차도 지속해서 심화되고 있다.

특히 인구감소지역 지정 및 관련 정책 대응에도 불구하고, 다양한 지역 인구 동태 양상에 따른 지역 인구의 감소 문제는 더욱 심각해지고 있다. 인구감소지역 대부분은 지난 2000년대 초반 내지는 그 이전부터 이미 지역 인구 규모 감소가 시작된 것으로 나타나며, 이러한 경향은 특히 사회적 감소에 크게 기인한 것으로 밝혀졌다. 따라서 지방소멸 위기에 대응하기 위한 정책 방향도 저출산 대응 중심에서 지방의 인구 유출을 막고 지방으로 인구 유입을 유도할 수 있는 정책으로 전환하는 것이 필요하다.

지방소멸 위기의 이면에는 필수의료뿐만 아니라 의료 공백과 의료 인프라 부실 문제가 원인이자 결과로 작용하고 있다. 지역에서의 의료 미충족과 부실한 건강관리서비스는 지역의 인구 유출과 고령화를 촉진하여 지방소멸 위험을 가중시킬 수 있으며, 인구감소가 지역의료 수요 감소와 민간 의료기관 폐업의 악순환으로 이어지고 있는 실정이다. 이에 따라 소멸 위기에 처한 지방에 거주하고 있는 주민의 건강 수준을 개선하고 지역 주민의 건강과 삶의 질 확보를 위한 종합적인 연구가 필요하다.

2. 주요 연구 내용

가. 인구감소지역 읍면동별 인구 변화

인구감소지역의 인구 변화를 자세히 파악하기 위해 인구감소지역에 속한 1,036개 읍·면·동의 최근 10년간(2014~2023년) 인구 변화를 분석하였다. 연평균 인구감소율은 면 지역 -1.44%, 동 지역 -1.18%, 읍 지역 -0.94%로 면 지역의 인구감소율이 가장 심각한 것으로 나타났다. 2023년 현재 인구 감소지역에 속한 면 지역의 71.4%는 인구 3천 명 이하의 소규모 행정 구역이었다.

인구감소지역 구성으로 볼 때, 인구감소 현상은 도시보다는 농어촌에 집중되어 있으며, 농어촌 중에서도 읍 지역보다 면 지역에서의 인구감소가 더 심각한 것으로 나타났다. 인구감소는 지역의 기초생활시설 변화를 유도하는 것으로 나타나기 때문에 우리나라 면 지역의 70% 이상은 보건 의료서비스에 대한 접근성에서 어려움을 겪고 있으며, 40%에 가까운 면 지역에서는 일상생활 전반에 걸쳐 어려움을 느낄 가능성이 높은 것으로 예측된다.

나. 인구감소지역의 의료기관 접근성

국립중앙의료원에서 생산하는 공공보건의료통계 자료를 활용하여 급성병원 병상 수, 90분 내 300병상 이상 종합병원 접근이 불가능한 인구 비율, 30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구 비율, 외래 진료 민감질환으로 인한 입원율을 전국 평균과 비교하였다.

전국 급성병원 병상 수 평균은 인구 10만 명당 562.1개인데 비해 인구 감소지역 중 64개 지역에 설치된 급성병원 병상은 그보다 낮은 수준이었다.

90분 내 300명상 이상 종합병원에 접근이 불가능한 인구의 전국 평균 비율은 2021년 기준 5.2%였으며, 인구감소지역 중에서 전국 평균보다 양호한 지역은 18개 지역에 불과하였다. 30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구의 전국 평균 비율은 2021년 기준 11.8%였으며, 인구감소지역 중에서 전국 평균보다 양호한 지역은 시 지역인 4개 지자체에 불과하였다. 특히 인구감소지역에 속하는 24개 지자체에서는 지역 전체가 30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 지역으로 나타났다.

외래진료 민감질환은 적시에 효과적으로 외래의료서비스를 이용할 경우 질병 발생을 예방하거나 조기에 질병을 관리함으로써 입원 가능성을 감소시킬 수 있기 때문에, 외래진료 민감질환으로 인한 입원율로 1차 의료의 질과 접근성을 평가할 수 있다. 고혈압의 예방 가능한 입원율 전국 평균은 인구 10만 명당 8.8명으로 나타났으며, 인구감소지역 중 전국 평균보다 양호한 지역은 10개 지역에 불과하였다. 당뇨 만성 합병증의 예방 가능한 입원율 전국 평균은 인구 10만 명당 2.9명으로 나타났으며, 인구감소지역 중 전국 평균보다 양호한 지역은 19개 지역이었다.

다. 인구감소지역의 의료기관 폐업

지역의 인구감소로 인한 환자 수 감소는 지역 민간의료기관의 경영 악화와 폐업으로 이어지고 지역 의료접근성 악화를 초래한다. 인구감소지역과 비인구감소지역 간 요양기관 폐업률에 차이가 있는지를 살펴보기 위해 건강보험심사평가원에서 발표한 요양기관 수 자료를 활용해 2018년부터 2023년까지 지역별, 종별 요양기관 폐업률을 산출하였다.

코로나19 유행이 절정에 달하던 2021년에 병원과 의원 등의 폐업률이 증가하였는데, 특히 인구감소지역에서 코로나19로 인한 영향이 더 크게 반영된 결과가 나타났다. 인구감소지역 내에서도 시군구별로 의료기관

4 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

폐업률 양상이 상이하였는데, 의료접근성이 낮은 것으로 평가되는 군 지역에서 의원 폐업률이 높았고, 최근에는 병원 폐업률도 증가하는 추세를 보였다.

라. 인구감소지역 주민 설문조사

지방소멸 위기가 지역주민의 의료 여건과 건강 수준에 미칠 수 있는 영향을 탐색하기 위해 인구감소지역에 거주하는 만 19세 이상 74세 이하 성인 약 600여 명을 대상으로 설문조사를 실시하였다.

현재 거주지에 대한 정주 만족도를 조사한 결과, 세대별로는 청년층에서 문화·체육, 주거, 교통, 자연, 지역 공동체 항목에서 만족하지 못하는 응답자의 비율이 높았을 뿐 아니라, 중·장년층 및 노년층과의 격차가 컸다. 또한 인구감소지역에 거주하는 청년층의 삶의 만족도와 주관적 행복감은 중·장년층 및 노년층에 비해 낮은 것으로 나타났고, 통계적으로도 유의하였다.

현재 거주하고 있는 지역의 의료서비스 여건을 조사한 결과 응급의료, 다양한 진료과목 이용, 질적 수준에 대해 특히 부정적인 인식이 많았고, 미충족 의료율이 높은 것으로 나타났다. 생애주기별로 청년층의 미충족 의료율은 33.3%, 중장년층의 미충족 의료율도 22.9%로 나타났으며, 전국 수준의 연간 미충족 의료율 6.7%(2021년)와 비교하였을 때(질병관리청, 2024b) 인구감소지역의 미충족 의료가 매우 높은 수준임을 알 수 있었다.

정주 만족도와 이주 계획 여부의 상관관계를 파악하기 위해 교차분석을 실시한 결과, 대체로 정주 여건에 만족하지 못하는 집단에서 이주 계획이 있는 것으로 나타났으며, 특히 교통과 일자리에 만족하지 못하는 집단에서 이주 의향이 높았다. 또한 상대적으로 주관적 건강상태를 나쁘게 평가

하거나 연간 미충족 의료율이 높았던 집단에서 이주 의향이 높은 것으로 나타났다.

마. 인구감소지역의 건강 수준

인구감소지역과 비인구감소지역의 건강 및 의료이용 수준을 비교하기 위해 지역사회건강조사 최근 3년(2021~2023년) 자료를 분석한 결과는 다음과 같다. 첫째, 인구감소지역은 비인구감소지역에 비해 평균 연령이 높고, 전문사무직 종사자의 비율이 낮으며, 교육 수준과 월 가계수입은 상대적으로 낮은 수준이었다. 인구집단 간 건강행태를 다룬 기존 연구에 따르면, 사회경제적 수준은 개인의 건강에 영향을 미치는 건강의 사회적 결정요인일 뿐만 아니라 인구집단 간 건강불평등을 유발하는 주요한 요인이다. 그러므로 인구감소지역과 비인구감소지역의 사회경제적 수준의 격차는 곧 건강 수준의 격차로 이어질 수 있기 때문에 위의 분석 결과는 건강관리서비스를 강화해야 할 필요성을 강하게 시사하고 있다.

둘째, 인구감소지역과 비인구감소지역의 건강지표 비교 결과 인구감소지역에서 일부 불건강지표에 유의미한 차이가 발견되었다. 인구감소지역에서는 현재흡연율이 높고, 걷기 실천율이 낮았으며, 자신의 건강을 나쁘게 인지하는 사람의 비율이 높았고, 2023년 조사 결과를 제외하면 인구감소지역에서 연간 미충족 의료율도 높게 나타나는 등 인구감소지역에 대한 건강관리사업을 강화해야 할 필요성이 나타났다.

셋째, 인구감소지역을 광역시도의 구 또는 시, 일반 군, 보건의료원 설치 군의 3개 지역으로 분류하여 건강행태 및 이환 수준의 차이를 비교한 결과, 보건의료원 설치 지역에서 주관적 건강 인지율은 낮고, 연간 미충족 의료율과 고혈압·당뇨병 의사 진단 경험률은 높은 수준이었다. 보건의료원은 주민의 의료접근성을 개선할 목적으로 운영되고 있으나 그럼에도 여전히 이들

지역의 연간 미충족 의료율이 높은 것으로 나타나고 있으므로 이들 지역에서 의료접근성 개선을 위한 추가적인 조치가 필요함을 시사하였다.

넷째, 다중로지스틱 회귀분석 결과, 연구 기간(2021~2023년) 동안 인구감소지역과 비인구감소지역 간의 차이가 일관되게 나타난 지표는 중등도 이상 신체활동 실천율, 걷기 실천율, 우울감 경험률, 주관적 건강 인지율, 고혈압·당뇨병 진단 경험자(30세 이상) 치료율, 연간 인플루엔자 예방접종률 등으로 나타났다. 또한 인구감소지역에서 걷기 실천율, 주관적 건강 인지율이 낮아 전반적으로 이들의 건강 수준을 향상할 수 있는 건강관리사업을 강화해야 할 필요성을 시사하였다.

바. 일본의 인구 과소지역 의료 확보 사례

일본에서 과소지역에 대해 추진하고 있는 의료 지원 대책은 한국의 인구감소지역 관련 정책과 비교하여 몇 가지 차이점이 있는 것으로 나타났다. 첫째, 과소지역 대책 수립과 추진을 위한 중앙정부와 지방정부의 역할 분담이다. 과소지역 대책에서 과소지역의 지속적인 노력이 중요하기 때문에 대책의 주체는 시정촌이며, 도도부현은 협력하고 중앙정부는 과소지역법에서 정한 특례 조치를 통해 지원하는 역할을 맡고 있다.

둘째, 도도부현 및 시정촌에서 수립된 계획에 따라 과소지역에서 지역 여건에 맞는 의료를 확보하기 위해 지자체의 요구와 지역 자율성이 반영되는 통로를 마련하고 있다. 후생노동성이 벽지 보건의료 대책에서 벽지 의료지원기구와 벽지 보건의료 대책에 관한 협의회를 설치하여 지역 요구에 맞는 의료 확보를 위한 자율성과 책임성을 부여하고 있는 것이 특징이다.

셋째, 일본의 과소지역 대책에서는 다양한 의료지원 사업이 계획, 추진되고 있다. 예를 들어, 과소지역 내 거점의료기관 확보, 벽지 보건진료소

설치 및 운영, 환자 수송에 필요한 이동 수단 정비, 순회진료, 원격의료, 의료인력 확보 등을 계획에 따라 체계적으로 수행하고 있다.

넷째, 일본은 지역의 인구감소에 대응하기 위한 다양한 재원을 마련하고 과소지역의 의료 확보를 위해 재원을 투입하고 있다. 일본은 과소지역법에 근거한 국고 지원 외에도 지역의 의료구조 개혁을 위해 마련된 지역의료 개호종합확보기금을 적극적으로 활용하고 있다. 또한 일부 지역에서는 과소대책사업채권 발행, 일본 정책금융기관으로부터의 저리 융자 등을 통해 재원을 마련하여 과소지역별로 중장기적인 지역 인프라 구축에 활용하고 있다.

다섯째, 일본 과소지역에서는 인구감소와 더불어 가속화되는 인구 고령화에 대응하기 위해 지역 여건에 맞는 의료기능을 확보하기 위한 노력을 기울이고 있다. 특히 중앙에서 지원하는 의료개호종합확보기금을 활용해 지역주민의 의료 욕구를 충족시키기 위한 각종 사업을 추진하고 있다.

사. 인구감소지역의 건강관리서비스 개선 방안

1) 공공보건의료서비스 기반 강화

인구감소지역에서는 응급의료를 비롯하여 필수의료에 대한 수요는 매우 높은 반면, 의료자원은 상대적으로 부족하여 의료서비스에 대한 접근성이 매우 낮은 편이다. 따라서 지역주민의 건강관리를 위해서는 의료 수요에 따른 의료서비스 제공 기능을 유지할 필요가 있으며, 특히 핵심 의료기능을 민간 대신 공공보건의료기관에서 담당해야 할 필요가 있다. 인구감소 지역의 공공보건의료기관에서는 지역 내 필수의료 제공 기능을 강화해야

한다는 필요성을 인식하고 있으며, 일부 지역에서는 지역 의료 수요를 분석하여 중장기 계획을 수립하는 등 대응 방안을 모색하고 있다.

또한 인구감소지역 중 민간의료기관이 부족하여 지역주민의 의료 수요를 충족할 수 없는 경우 공공의 의료 제공 기능을 강화하고자 보건소를 보건 의료원으로 전환하려는 지역이 점차 증가하고 있다. 병원의 요건을 갖춘 보건의료원은 지역보건의료기관으로서 기능을 유지할 수 있도록 보건소에 비해 공중보건의사가 더 많이 배치되는 장점이 있다. 그러나 일부 지역은 의료인력 확보와 지역의 어려운 재정 여건 등으로 보건의료원 설치에 어려움을 겪고 있으며, 보건의료원 중 의료인력 확보와 재정적인 부담에서 일부 벗어나기 위해 진료 기능을 민간에 위탁하여 운영하는 지역도 있다.

인구감소지역에서 필수의료 기능을 유지하기 위한 방안으로 민·관이 협력하는 사례도 있다. 일부 지자체에서는 민간의료기관이 폐업하지 않고 기능을 유지할 수 있도록 조례를 제정하여 민간의료기관에 대해 재정을 지원하고 있다. 지역에 따라 응급의료기관, 소아청소년과, 신장투석실 등 운영을 지원하고 있으며, 의료인력에 대한 인건비를 지원하거나 누적된 적자를 보전해주는 방식으로 지원한다.

2) 필수의료서비스 확보를 위한 재정지원 강화

지방소멸대응기금은 주거, 교통, 복지 및 의료, 문화관광, 경제 등 일상과 직접 관련된 생활 인프라 관련 투자 계획을 반영하되, 단순 국고비 매칭 사업과 현금지원 사업, 인건비와 경상비 등 소모성 경비로 사용되는 것은 지양하고 있다. 일부 지역에서는 의료시설과 의료장비 보강을 위해 지방소멸대응기금을 활용하는 사례도 있다. 그러나 인구감소지역에서 양질의 보건의료서비스를 제공하기 위해서는 무엇보다 의료인력을 충분히 확보

하는 것이 중요하므로, 지방소멸대응기금을 인건비로 활용할 수 있도록 관련 규정을 개정할 필요가 있다.

공공정책 수가는 필수의료의 공백과 지역별 불균형을 해소하는 데 기여할 수 있는데, 진료량이 아닌 필요에 기반하여 충분한 수익을 보상하는 등 유연한 수가 조정을 가능하게 하여 행위별 수가제의 한계를 극복하는 방안으로 활용할 수 있다. 인구감소지역에 설치된 군립의료기관 등 지자체에서 설치한 의료기관은 필수의료 제공 기능을 담당하고 있으나 지역 인구의 감소와 고령화, 공공병원의 특성 등으로 인해 매년 적자를 벗어나기 어려워 공공정책 수가 등 지역의료를 살리기 위한 정부의 조치를 기대하고 있다.

고향사랑기부제는 개인의 자발적인 기부를 통한 지방재정 확충과 지역 경제 활성화를 목적으로 2023년부터 시행되고 있다. 2024년부터는 기부자가 원하는 사업을 지정하여 기부하는 지정기부 제도가 신설·운영되고 있다. 이에 따라 일부 지역에서는 소아청소년과 등 지역의 부족한 의료기능 확보를 위해 지정기부제의 기부금을 활용하는 등 다양한 자원 확보를 위한 사례도 생겨나고 있다.

3) 보건의료인력 확보 및 효율적 활용 방안 모색

보건복지부는 근로 의향이 있는 퇴직 의사와 지역의 공공의료기관을 연계하는 사업을 추진하기 위해 2023년 8월부터 대한의사협회, 국립중앙의료원과 함께 '시니어 의사 활용' 사업을 추진하고 있다. 또 2024년 4월에는 지역·필수의료 분야 및 공공의료기관에서의 시니어 의사 활용을 지원하기 위한 국립중앙의료원 '시니어 의사 지원센터'를 개소하였다.

그러나 보건복지부에서 추진하고 있는 시니어 의사 매칭 사업은 병원급 공공의료기관에만 해당되며, 퇴직 의사 활용을 원하는 보건소나 보건

의료원은 해당되지 않아 일선 공공보건의료기관으로 사업을 확대할 필요가 있다.

인구감소지역의 보건소(보건의료원)장을 대상으로 실시한 설문조사 결과, 공중보건의사(의과)가 배치되지 않은 보건지소의 비율은 40.1%로 나타났다. 또한 보건소(보건의료원) 및 보건지소가 정상적으로 운영되기 위해 필요한 공중보건의사(의과) 수는 평균 12.1명인데, 현재 배치된 공중보건의사(의과) 수는 평균 8.5명으로, 3.6명이 부족한 것으로 응답하였다.

이와 같이 공중보건의사 숫자가 줄어들면서 보건지소에 파견되어야 할 의사가 없어서 면 단위의 진료 공백 위험이 증가하고 있다. 공중보건의사가 배치되지 않는 지역에 대해서는 요일별 순환진료의 형태로 지역주민의 의료 욕구에 대응하고 있으나, 최근 코로나19 같은 공중보건 위기 상황과 의사들의 집단행동으로 인한 진료 공백 사태 등으로 지역 보건지소의 공중보건의사가 다른 기관으로 파견되는 상황마저 벌어지고 있어, 읍·면 단위의 의료 공백 문제는 점점 증가하는 실정이다. 따라서 인구감소지역을 비롯한 일선 농어촌 지역 보건소에서는 부족한 공중보건의사를 보다 효율적으로 활용할 방안을 모색해야 한다. 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장 설문조사 결과, 공중보건의사(의과) 미배치 보건지소 증가와 인구감소의 특성 등을 고려하였을 때, 면 단위 이하 지역보건의료기관의 역할과 기능에 대한 재구조화 필요성을 인식하는 비율이 매우 높게 나타났다. 면 단위 이하 지역보건의료기관의 기능을 개편하는 방안으로, 관내 읍·면 지역 중 민간 의료기관이 운영하는 읍·면에서는 보건지소 대신 건강생활지원센터 또는 치매안심센터 분원 등을 설치해 의료 대신 건강증진이나 질병 예방 중심으로 기능을 전환하고, 의료인력은 무의촌 지역으로 집중하는 형태의 운영 방안을 고려할 수 있다.

한때 특정 지역의 보건의료원에서 매우 높은 연봉 수준에도 불구하고 의사를 채용하기 어렵다는 보도가 사회적으로 이슈가 되었으나, 의사의

지역 근무에는 경제적 요인뿐 아니라 다양한 사회적, 환경적 요인들이 영향을 미칠 수 있다. 따라서 인구감소지역 등 지방에서 의사를 채용할 경우 충분한 수준의 경제적 보상 외에도 근무 여건과 주거 여건 등 지역 근무에 영향을 미치는 다양한 요인을 개선하는 노력이 함께 이뤄져야 한다. 이와 관련해 일부 지역에서는 교통이 불편한 지역 특성을 감안해 의료진 숙소를 신축하여 안정적인 정주 여건을 제공하고 있고, 지역 내 민간의료 기관과 협조하여 근무시간 조정이 가능하도록 협업체계를 구축한 사례도 있다. 특히 인구감소지역에서 근무하는 의료진의 숙소를 신축, 제공함으로써 교통 접근성이 낮은 지리적 특성 때문에 근무하기 어려운 지역이라는 인식을 개선하고 의료진을 확보하는 데 노력을 기울이고 있다.

4) 보건의료서비스 접근성 제고 방안

코로나19 이후 실시되고 있는 ‘비대면진료 시범사업’은 주로 민간의료 기관 중심으로 이뤄지기 때문에 민간의료기관이 부족한 인구감소지역에서는 공공보건의료기관에서 원격의료 사업에 참여하는 사례가 증가하고 있다. 원격의료는 보건지소 또는 보건진료소 간호인력이 재가 환자를 방문할 때 진료와 처방이 필요한 경우 보건소 또는 보건지소에 근무하는 의사와 환자 사이에 이루어지거나, 보건진료소에 내원한 환자에 대해 보건지소 공중보건의사의 진료와 처방이 필요할 때 실시되고 있다. 이때 지역에서의 의료 경험이 부족한 공중보건의사는 원격진단과 처방에 대한 부담이 있으므로 원격의료 활성화를 위해서는 공중보건의사를 지원하기 위한 교육과 가이드라인이 필요하다.

인구감소지역은 의료서비스뿐 아니라 건강증진서비스를 강화할 필요성도 높다. 지역사회 건강조사와 인구감소지역 보건소(보건의료원)장 설문조사 분석 결과, 걷기 등 신체활동 관련 사업과 고혈압·당뇨병 등 심뇌혈관질환

예방관리 사업을 강화해야 할 필요성이 드러났다. 중앙정부에서도 이와 같은 인구감소지역의 특성에 기반해 통합건강증진사업을 추진할 필요가 있다. 인구감소지역은 노인인구의 비율이 높고, 주민의 신체활동 실천율은 낮으며, 고혈압·당뇨병 등의 관리 필요성이 높다. 따라서 연차별 지역보건 의료계획 등 지자체에서 사업 계획을 수립할 때 신체활동 및 심뇌혈관질환 예방관리 사업을 강화하도록 유도하고, 이들 사업과 관련된 성과지표 중심으로 평가할 필요가 있다.

3. 결론 및 시사점

지방의 인구감소 문제를 해결하기 위해 저출산이 주요 정책 대상이 되어 왔으나, 지방의 인구감소는 인구의 자연적 감소 못지않게 사회적 감소의 영향도 크다는 것이 실증연구를 통해 밝혀졌다. 이에 따라 인구감소지역의 정책 대상 또한 의료를 포함한 지방의 정주 여건 개선으로 무게 중심이 옮겨 갈 필요가 있다.

인구감소지역의 주민을 대상으로 실시한 설문조사에서 인구감소지역에 거주하는 청년층의 절반 이상이 이주 의향을 가진 것으로 나타났다. 이주를 계획하게 된 주된 이유는 일자리, 주거 여건, 교통 여건 등이었으나, 주관적 건강상태를 나쁘게 평가하거나 연간 미충족 의료율이 높았던 집단에서도 이주 의향이 높은 것으로 나타났다. 이는 향후 인구감소지역에 대한 대응책으로 젊은 연령층을 대상으로 한 유출 방지 정책을 심도 있게 고려해야 할 필요성을 시사한다.

인구감소지역에서는 지역 인구의 유출을 막고 남아 있는 주민들의 건강과 삶의 질을 확보하기 위해 보건의료 기반 강화, 의료인력 및 새로운 자원 확보 등 다양한 정책 대안을 시도하고 있는 것으로 나타났다. 부분적으로는 이러한 노력들이 성과로 나타나고 있기는 하지만, 기초지자체가

독자적으로 완결적인 의료서비스 제공체계를 구축하거나 필요한 의료 인력을 확보하는 데 어려움을 겪고 있다.

인구감소지역에서 지역주민들의 의료접근성 확보와 건강 관리를 위해서는 보다 체계적이고 종합적인 지원이 필요하다. 특히 인구감소지역에 대한 전문 지원체계와 사업 방향에 대한 지침이 부족한 실정이다.

일본은 과소지역의 의료 확보를 위한 중장기 계획하에 거점의료기관 확보, 벽지 보건진료소 설치 및 운영, 환자 수송에 필요한 이동수단 정비, 순회진료, 원격의료, 의료인력 확보 등이 근거를 기반으로 체계적으로 수행되는 것으로 파악되었다. 일본의 사례와 비교했을 때 우리나라의 인구감소지역 의료서비스 접근성 제고 노력은 구체적인 사업 내용보다는 사업 수행의 거버넌스와 사업 계획 수립 측면에서 특히 부족한 것으로 볼 수 있다. 지역주민의 건강과 삶의 질을 확보하기 위해서는 종합적인 계획 수립과 사업 수행이 체계적으로 이뤄져야 한다.

인구감소지역의 의료서비스를 개선하기 위해서는 보건의료서비스를 형성하고 있는 정책 축을 고려해야 한다. 공공보건의료 부문과 민간의료 부문을 구분하여 접근해야 하는데, 민간의료 부문은 기존의 보건의료 시장 작동 원리를 활용하되 인구감소지역의 특수성을 반영하여 공공정책 수가 등의 정책을 반영할 필요가 있다. 공공보건의료 부문은 지역의 의료 인력 확보와 현재 개별적으로 수행되고 있는 의료취약지 지원사업을 체계적이고 효율적으로 추진해야 한다. 또 다른 축으로 중요하게 고려되어야 할 정책은 정부와 지방자치단체, 특히 광역지자체와 기초지자체의 균형 있는 역할 설정이다. 보건의료, 특히 공공의료에 대한 책임과 권한은 광역지자체와 기초지자체에 대폭 넘기되, 재정이 취약한 인구감소지역에 대한 재정지원을 강화하고, 근거에 기반한 의료 확보를 위해 중장기 계획 수립에 대한 기술 지원이 필요하다.

14 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

이 연구에서는 인구감소지역의 보건의료서비스 여건 개선을 위한 다양한 정책과 사업을 제시하였다. 이러한 정책 대안은 지역의 인구사회학적 특성과 보건의료 및 정책 환경에 따라 모듈 형식으로 적절히 조합되어 추진되어야 한다.

주요 용어: 인구감소지역, 보건의료, 건강관리, 일본 과소지역

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제3절 본 연구의 차별점



제 1 장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

최근 인구의 자연 감소와 함께 수도권으로의 인구 집중 현상이 가속화 되었고, 2019년 12월 말에는 수도권 인구가 처음으로 비수도권 인구를 초과하였다. 2022년 12월 말 기준으로 수도권 거주 인구 비율은 전국 인구의 50.5%에 달하며, 이로 인해 지방은 인구감소를 넘어서 지방소멸에 대한 우려가 점차 증가하고 있다(하혜영, 2023, p. 1).

이에 따라 「인구감소지역 지원 특별법」을 제정하고 지방소멸대응기금을 설치하는 등 지방의 인구감소에 대응하기 위한 적극적인 정책이 시도되고 있지만, 그럼에도 다양한 지역 인구 동태 양상에 따른 지역 인구감소는 여전히 계속되고 있고, 인구 고령화를 넘어선 인구 초고령화 양상의 지역 간 격차도 지속해서 심화되고 있다(장인수, 정찬우, 2022, p. 3).

인구감소지역 대부분은 지난 2000년대 초반 내지는 그 이전부터 이미 지역 인구 규모 감소가 시작된 것으로 나타나고 있으며, 이러한 경향은 특히 사회적 감소에 크게 기인하는 것으로 나타났다(장인수, 정찬우, 2022, p. 3). 2000~2020년 동안 인구감소지역의 인구감소 특성을 살펴본 연구(장인수, 정찬우, 2022)에서, 2000~2009년 기간에는 사회적 감소가 지방의 인구감소를 크게 견인했고, 반면, 2010~2020년 기간에는 자연적 감소가 사회적 감소보다 지방의 인구감소에 더 크게 기여한 것으로 나타났다(장인수, 정찬우, 2022, pp. 8-9).

인구감소지역의 인구감소 특성은 인구감소에 대한 정책적 대응 면에서 중요한 함의를 갖는다(이상림 외, 2018, p. 73). 비록 지자체의 출산 정책이 우리나라의 저출산 대응 정책이나 지역주민의 생애과정을 지원하는 복지정책의 차원에서는 중요한 의미를 갖지만, 이는 지역 인구의 사회적 감소에 대응하는 데는 그리 효과적인 수단은 아니라고 할 수 있다(이상림 외, 2018, p. 73).

이러한 측면에서 지방소멸 위기에 대응하기 위해서는 인구 유출을 막고 나아가 새로운 인구 유입을 유도할 수 있는 적극적인 정책으로 전환하는 것이 필요하다. 특히 지역의 정주 여건에 영향을 미치는 보건의료서비스 접근성은 중요한 의미를 가지며, 지역의 보건의료서비스 역량을 유지·증진하려는 정책적 노력은 지방 인구감소에 대비하는 필수적인 정책 요소로 자리매김할 필요가 있다(김동진, 2024, p. 98).

그러나 현재 지방의 보건의료서비스의 접근성 제고 정책은 지방소멸 대응을 위한 핵심 정책으로 자리 잡지 못하고 여전히 주변적 위치에 머물고 있다. 「인구감소지역 지원 특별법」에 따라 의료 분야에 관한 특례 조항을 마련하고 있음에도 그와 관련된 실제 정책 사례는 흔하지 않다. 2023년 12월 18일 발표된 ‘제1차 인구감소지역 대응 기본계획’에서 일자리 창출, 산업 및 관광 자원 확보 등을 통한 지역경제 활성화가 강조되고 있는데, 그에 반해 지역주민에 대한 보건복지서비스는 비대면 진료와 맞춤형 돌봄 서비스 확충 등만 포함되어 인구감소지역의 보건의료서비스가 중요성에 비해 주목받지 못했다(행정안전부, 2023, p. 8). 이와 함께 인구감소지역별 자체 정책의 측면에서도 의료서비스 개선과 관련된 내용은 상대적으로 부족하여 지방소멸대응기금을 활용한 사업 중 의료서비스 개선과 관련된 사업 사례는 많지 않았다(행정안전부, 2022, p. 3).

지방소멸 위기의 이면에는 필수의료를 비롯한 의료 공백과 의료 인프라 부실 문제가 원인이자 결과로 작용하고 있다. 지역에서의 의료 미충족과

부실한 건강관리서비스는 지방의 인구 유출과 고령화를 촉진하여 지방소멸 위험을 가중시킬 수 있으며, 인구감소가 지역의료 수요 감소와 민간의료 기관의 폐업으로 이어지는 악순환이 계속되고 있기 때문이다.

인구 유출과 의료 쇠퇴의 악순환을 끊기 위해서는 지역 보건의료 및 건강 관리 서비스에 대한 접근성을 획기적으로 강화하고, 이를 통해 지역주민의 건강관리체계를 개선하는 노력이 요구된다. 지방소멸 위기에 대응하기 위한 보건의료서비스 개선 방안을 적극적으로 마련해야 하며, 지역주민의 건강과 삶의 질을 보장하기 위한 종합적이고 심도 있는 연구가 절실한 시점이다.

2. 연구 목적

지역 내 의료 미충족과 부실한 건강관리서비스는 지방의 인구 유출을 촉진하여 지역소멸 위험을 가중시킬 수 있다. 열악한 보건의료서비스 접근성으로 인구 유출이 가속화되고 인구가 감소하면 의료시장의 시장성 악화로 지역 내 의료기관이 점차 감소해 의료접근성은 더 나빠질 수 있다. 이 연구의 목적은 지방의 인구감소와 보건의료 접근성 저하의 악순환의 고리를 끊고 나아가 지방소멸을 지연시킬 방안을 모색하는 것이다.

이 연구의 세부적인 목표는 다음과 같다. 첫째, 인구감소지역의 일반 현황, 건강 수준 등을 분석하고 비인구감소지역과 비교하여 인구감소 지역에서의 보건의료서비스 강화 필요성을 도출하는 것이다. 둘째, 지방소멸에 대응하는 보건의료서비스 개선 관련 국내외 현황과 사례를 분석하여 시사점을 도출하는 것이다. 일본의 경우 우리나라보다 앞선 1970년대 부터 관련 법을 제정하고 인구감소지역에 대한 대책을 마련하여 인구 감소 대응 정책의 근거를 확보하고 있을 뿐 아니라, 중앙정부에서 마련된 재원을 활용하여 다양한 사업을 수행하고 있다. 특히 일본은 우리나라와

의료시스템이 유사하여 소멸 위기 지역에 대한 보건의료서비스 개선 사례는 우리나라에 적지 않은 시사점을 줄 수 있을 것으로 기대된다. 셋째, 설문조사와 국내외 사례 조사 결과 등을 근거로 지역 보건의료서비스를 개선하는 데 활용될 수 있는 정책 방안을 제시하는 것이다.

그동안 인구소멸 위험이 있는 지자체들은 대부분 저출산 정책에만 집중해 왔고, 지방의 인구감소가 대부분 사회적 이동에 의해 결정된다는 근거가 보편적으로 인정된 이후에는 청년 유입을 위한 일자리 정책 등 지역 개발 정책으로 지역소멸 대응 정책의 초점을 옮겼으나 인구감소에 대응하기 위한 보건의료서비스를 개선한 사례는 드물었다. 따라서 인구감소지역의 보건의료서비스 개선 방안과 관련된 연구 결과는 지방소멸 대응을 위한 정책 영역을 확장하는 데 도움을 줄 것으로 기대한다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

제1장의 서론에 이어 제2장에서는 인구감소지역의 주요 현황을 분석하였다. 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」 제2조 및 같은 법 시행령 제3조에 따라 2021년에 지정된 전국 89개 인구감소지역을 대상으로 시군구·읍면동별 인구 변화, 주요 의료자원 분포 및 의료기관 접근성, 요양기관 폐업 현황 등 보건의료 여건을 분석하였다. 그리고 인구감소지역과 관련된 법·제도 현황을 파악하기 위하여 「지방자치법」, 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」, 「인구감소지원 특별법」 중 관련 내용을 정리하였고, 지방소멸대응기금, 인구감소지역대응기본계획 등 관련 정책에 대해서도 정리하였다.

제3장에서는 인구감소지역 주민을 대상으로 실시한 설문조사 결과를 분석하였다. 이 연구에서는 인구감소지역 주민의 정주 환경(문화, 일자리, 주거, 교육, 의료, 돌봄, 교통, 공동체, 자연환경)에 대한 만족도, 의료이용 현황 및 미충족 의료, 단골 의료기관 만족도, 이주 계획 및 이유, 이주에 영향을 주는 요인으로서 의료서비스의 중요성 등에 대한 조사 결과를 제시하였다.

제4장에서는 인구감소지역의 건강 수준에 대해 분석하였다. 인구감소지역은 고령 인구가 많고 의료접근성은 낮기 때문에 인구감소지역의 건강 수준에 대한 모니터링을 통해 건강 문제를 확인하고 그에 맞는 해결 방안을 모색하는 것은 지방소멸 위기 대응을 위해서도 반드시 필요할 것으로 생각된다. 따라서 이 연구에서는 지역사회건강조사 자료를 이용하여 인구감소지역과 비인구감소지역의 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환 및 의료이용 특성별 분포와 지역별 차이 여부를 확인하였다. 특히 이 연구에서는 인구감소지역 사이에서도 지역의 특성과 규모에 따른 차이가 있는 점을 감안해 인구감소지역을 광역시도의 구·시, 일반 군, 보건의료원 설치 군으로 나누어 분석하였다. 그리고 다변량분석을 통해 인구사회학적 변수를 통제한 상태에서 인구감소지역과 비인구감소지역 주민의 건강행태와 건강 수준 등을 비교, 분석하였다.

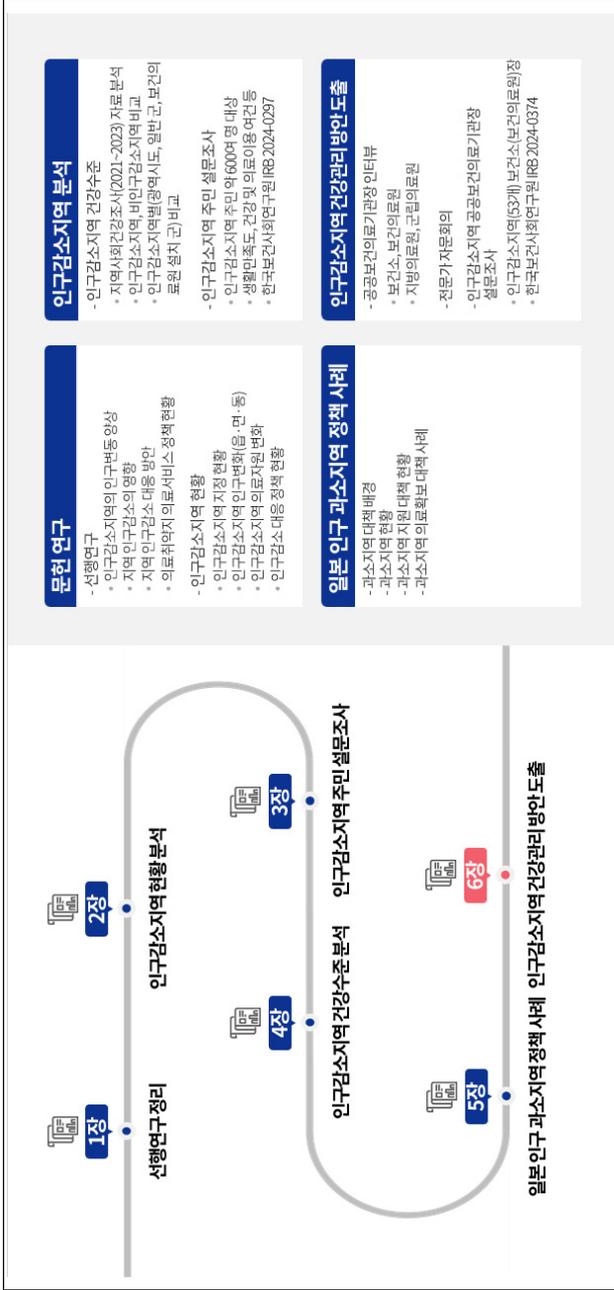
제5장에서는 일본의 과소지역 의료 확보 대책 사례와 시사점을 제시하였다. 일본은 이미 1950~1960년대 이후에 지방의 인구감소 현상이 나타났고, 인구감소로 인한 지역사회 제반 문제에 대처하기 위해 10년 주기로 관련 법을 제정하여 과소지역을 지원해 왔다. 2021년 4월에는 「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」을 새롭게 제정하여 향후 10년간의 과소지역에 대한 종합적 대책을 마련하였다. 특히 과소지역에 대한 지원 대책의 일환으로 ‘의료의 확보’를 명시하고 있어, 이와 관련된 주요 정책 내용과 사례를 파악하고 시사점을 도출해 우리 정책에 참고할

필요가 있다. 그리고 일본은 지역의료발전을 위해 조성한 ‘지역의료개호 종합확보기금’(2023년 기준 1,763억 엔 규모)을 활용한 지원 시책을 추진하고 있는데, 이것이 우리나라에 적지 않은 시사점을 제공해줄 수 있다. 이에 따라 이 연구에서는 일본 과소지역¹⁾의 일반 현황, 의료자원 현황, 과소지역 지원 대책 추진 방향(국고 지원, 규제 개선 등), 의료 확보 대책 관련 법 내용, 과소지역 의료 확보 대책 사례로서 후생노동성의 벽지 보건 의료 대책 사례, 총무성의 병원사업 사례 등을 정리하였고, 우리나라 인구감소지역에 대한 보건의료서비스 개선 방안 마련을 위해 참고할 수 있는 시사점을 도출하였다.

제6장에서는 인구감소지역 의료서비스 개선을 위한 정책 방안을 도출하였다. 이 연구에서는 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장, 지방의료원장 등 지방 공공보건의료기관장의 인터뷰와 설문조사를 바탕으로 인구감소지역 주민의 건강관리서비스 개선 방안을 도출하였다. 특히 인구감소지역의 보건의료서비스 개선을 위해 필요한 의료인력 충원, 의료 공급체계 확보를 위한 중앙정부의 정책지원 방향과 제도 개선사항을 중심으로 제언을 도출하였다.

1) 우리나라의 인구감소지역과 같은 의미의 용어로 일본에서는 ‘과소지역’을 사용하는데, 이는 일본의 대도시 같은 인구 ‘과밀지역’에 대응하는 개념으로 볼 수 있음.

[그림 1-1] 주요 연구 내용 및 방법



2. 연구 방법

이상의 연구 내용을 차질 없이 수행하기 위해 이 연구에서는 문헌 연구, 2차 자료 분석, 주민 설문조사, 인구감소지역의 공공보건의료기관장 인터뷰 및 설문조사, 전문가 자문회의 등을 진행하였다.

문헌 연구를 통해 선행연구를 분석하고 국내 인구감소지역 현황을 파악하였다. 선행연구는 인구감소지역의 인구변동 양상, 지역 인구감소의 영향과 대응 방안, 의료취약지의 의료서비스 정책 현황과 관련 법·제도를 정리하였다. 우리나라 89개 인구감소지역 현황 파악을 위해서 인구감소지역의 인구 변화(읍·면·동), 의료자원 변화, 대응 정책 현황 등을 정리하였다. 또한 문헌 연구를 통해 일본의 인구 과소지역에 대한 의료 대책 사례를 정리하였다. 일본의 과소지역 의료 확보 대책을 파악하기 위해 일본 총무성과 후생노동성 홈페이지에 게시된 과소지역 대책 현황 자료를 수집하여 정리하였다.

인구감소지역 분석을 위해 주민 설문조사와 2차 자료 분석을 실시하였다. 주민 설문조사는 인구감소지역 주민 6백여 명을 대상으로 온라인 및 면접 설문조사 방식으로 실시하였다. 조사 내용은 사회경제적 상태, 정주 환경, 건강 수준, 보건의료서비스 여건, 보건의료서비스가 이주 계획에 미치는 영향 등이었으며, 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인(RPMS 제2024-0297호)하에 2024년 6월 28일부터 2024년 7월 29일 까지 진행하였다.

인구감소지역 주민의 주요 건강 문제를 파악하기 위한 2차 자료 분석을 위해 지역사회건강조사 최근 3년(2021~2023년) 자료를 사용하였다. 지역사회건강조사의 설문조사는 가구조사와 개인조사로 이루어지며, 가구 조사에서는 표본가구당 만 19세 이상 성인 1인에게 세대 유형, 기초생활 수급자 여부, 가구소득을 조사하고, 개인조사는 가구원 모두에게 건강행태,

예방접종 및 검진, 이환, 의료이용, 사고 및 중독, 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회 물리적 환경, 교육 및 경제활동 등을 조사하고 있다 (질병관리청, 2024a, p. 30).

인구감소지역의 보건의료서비스 제공 여건과 제도의 개선사항 등을 도출하기 위해 지역의 공공보건의료기관장을 대상으로 인터뷰와 설문 조사를 실시하였다. 먼저 인구감소지역의 공공보건의료기관장 인터뷰는 17개²⁾ 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장, 지방의료원장, 군립병원장 등을 대상으로 실시하였다. 온라인으로 진행한 인터뷰는 반구조화 설문지를 사전에 작성하여 지역주민의 건강 수준과 보건의료서비스 제공 수준, 의료접근성 제고를 위해 실시하고 있는 사업과 정책 사례에 대해 조사 하였으며, 지역의 의료서비스 제공 여건을 개선하는 데 필요한 제도 개선 사항에 대해 논의하였다.

인구감소지역의 건강증진사업 현황 및 개선사항을 도출하기 위해 인구 감소지역의 보건소(보건의료원)장을 대상으로 온라인 설문조사를 진행 하였으며, 최종 60개 지역에서 응답하였다. 설문 내용은 통합건강증진 사업 내용의 변화 필요성, 인구감소지역 특성을 반영한 사업 성과지표 우선순위, 지역보건의료기관 역할의 변화 필요성 등이었으며, 한국보건 사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인(RPMS 제2024-0374호)하에 2024년 9월 19일부터 10월 11일까지 진행하였다.

끝으로, 연구 수행 단계별로 연구 진행 상황에 대한 원내외 전문가의 검토와 논의 절차를 거쳐 진행하였다.

2) 17개 지역의 광역시도별 분포는 경기 1개 지역, 강원 3개 지역, 충남 2개 지역, 전북 4개 지역, 전남 4개 지역, 경북 1개 지역, 경남 2개 지역임.

제3절 연구의 차별점

1. 선행연구 현황

가. 지방 인구변동 요인

지방의 인구증감에 영향을 미치는 요소는 개인의 선호, 경제적 요인, 사회 및 문화적 요인까지 다양하지만, 그 가운데 지방의 인구증감은 인구 이동이라는 사회적 증감과 출생과 사망이라는 자연적 증감의 두 가지 요소에 의해 결정된다고 볼 수도 있다(김현호 외, 2021, p. 52).

한때 언론 보도에서 “저출산의 영향으로 지방 인구가 감소한다”는 언급이 자주 등장하고, 정부 자료에서도 저출산을 인구감소의 주요 원인으로 지목한 적이 있었으나(이상림 외, 2018, p. 67), 이후 실증연구를 통해 지방의 인구 규모를 좌우하는 것은 지역 간 인구이동, 특히 전입과 전출에 의한 사회적 증감에 보다 큰 영향을 받는 것으로 밝혀졌다(김현호 외, 2021, p. 52).

이상림 외(2018)는 지역 인구감소의 원인을 출산율 감소와 연관된 자연 감소와 인구이동의 결과인 사회적 감소로 구분해 살펴보았는데, 우리나라 대부분 지역의 인구 규모 변동은 출생과 사망에 따른 자연 증감보다 인구 이동에 따른 사회적 증감에 더 많은 영향을 받고 있었다(이상림 외, 2018, p. 73). 아울러 인구감소의 폭이 큰 지역에서 자연 감소의 폭도 상대적으로 높게 나타난 것은 출생아 수가 적어서가 아니라 지역의 높은 고령화 수준으로 인하여 조사망률이 높기 때문으로 해석하는 것이 적절하다고 강조하였다(이상림 외, 2018, p. 73).

차미숙 외(2021)의 연구에서도 2000~2020년 기간에 시군구의 인구 증감 요인 분석을 실시했는데, 인구감소지역은 공통적으로 사회적 감소가 더 크게 나타났다(차미숙 외, 2021, p. 72).

장인수와 정찬우(2022)의 연구에서도 89개 인구감소지역 대부분은 지난 2000년대 초반 내지는 그 이전부터 이미 지역 인구 규모 감소가 시작된 것으로 나타났으며, 이러한 경향은 특히 자연적 증가에도 불구하고 이를 압도하는 사회적 감소에 크게 기인한 것으로 관측되었다(장인수, 정찬우, 2022, p. 13).

나. 인구감소지역의 인구변동 양상

인구감소지역의 전반적 인구 변화 추이를 살펴보면, 지난 20년간 평균적인 인구감소가 계속 진행된 것으로 나타나 상당히 오랜 기간에 걸쳐 누적적으로 소멸 위기가 만들어졌다는 것을 보여준다(이상림, 최인선, 2023, pp. 76-77).

지역 인구 규모의 변화는 인구이동에 의해 더 크게 영향받기 때문에 인구이동의 규모뿐 아니라 인구이동 구조의 변화를 살펴보는 것이 의미가 있다. 이상림과 최인선(2023)은 2020년을 기준으로 인구감소지역의 연령별 순이동 구조를 살펴보았는데, 예상과는 달리 실제로는 40대 중년층 이후 연령층에서 순유입이 나타나는 경우가 많았고, 모든 인구감소지역에서 청년 연령대의 순유출이 일어나는 것도 아닌 것으로 나타났다(이상림, 최인선, 2023, p. 78).

또한 연령구조별로 인구 순이동 양상을 총 7개의 조합으로 유형화 하였는데, 그중 예외적인 연령집단 순이동 조합들을 제외하면 인구이동 연령구조의 유형은 ‘모든 연령 순유출’, ‘중장년인구만 순유입’, ‘청년 인구만 순유출’, ‘모든 연령 순유입’의 4가지 정도로 요약된다(이상림, 최인선, 2023, p. 80).

〈표 1-1〉 지역 순이동의 연령구조 유형 변화

(단위: 개)

	2003년	2013년	2020년
모든 연령 순유출	57	9	24
청년인구만 순유입	2	-	1
중장년인구만 순유입	10	45	45
유소년인구만 순유출	-	2	1
유소년인구만 순유입	1	-	1
청년인구만 순유출	14	28	13
모든 연령 순유입	5	5	4
계	89	89	89

출처: “국내 인구의 이동의 변동 양상과 정책적 함의”, 이상립, 최인선, 2023, 한국보건사회연구원, p. 80.

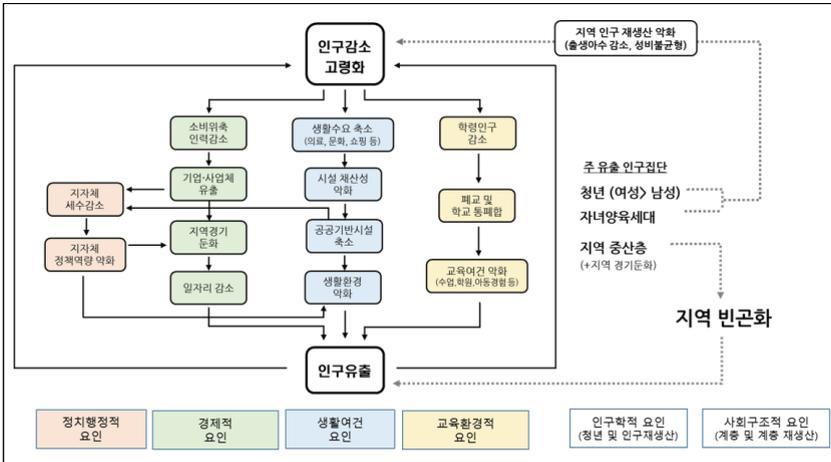
2003년에는 인구감소지역의 모든 연령대에서 순유출이 일어난 유형이 57개로 가장 많았던 대표적 유형이었는데, 2020년에는 이 수가 24개로 크게 감소한 반면, 중장년인구만 순유입되는 유형이 45개로 크게 증가하였다(이상립, 최인선, 2023, p. 80). 이는 인구 규모의 측면에서는 긍정적 요인을 포함하고 있으나, 지역의 고령화를 강화하는 요인으로 작용할 수 있음을 시사한다(이상립, 최인선, 2023, p. 81). 한편 청년 인구만 순유출이 일어나는 지역은 2013년에 증가하였다가 2020년에는 다시 감소하는 현상이 나타났다.

최근에는 인구이동과 관련된 현안 대응을 넘어 인구 문제가 발생하는 종합적인 원인 분석과 근본적 대응 방안 중심으로 논의가 발전하고 확대 되어 왔으며, 저출산 문제와 청년의 생애과정 이행, 그리고 ‘지방소멸’로 일컬어지는 지역 인구 위기와 수도권 집중 문제에 관한 논의들이 새로운 의제로 부각되고 있다(이상립, 최인선, 2023, p. 9). 특히 인구이동은 인구를 잃게 되는 출발지와 인구가 유입되는 목적지 간의 인구 규모의 증감이라는제로서 그치는 문제가 아니라, 이동의 선택에 의해 특정 인구가 더 많이 이동하게 되면서 지역 간 인구 불균형이 발생하게 되고, 이 과정을

통해 지역의 경제적 활력과 생활 여건의 문제 등에도 종합적인 영향을 미치게 된다(이상림, 최인선, 2023, p. 10).

Elis(2008)는 지역의 인구 유출로 지역의 경제, 생활, 교육환경이 악화 되면서 다시 인구 유출을 유도하는 인구 유출의 악순환 구조를 통해 인구 이동과 지역의 사회경제적 환경들의 상관성을 설명했다(이상림, 최인선, 2023, p. 89 재인용). 특히 청년이 지역을 떠나면서 출생아 수의 감소세가 강화되고, 이는 지역의 고령화와 인구감소를 더욱 강화하는 요인이 될 수 있으며, 이것이 다른 사회경제적 요인들과 결합해 지역의 인구 위기를 악화 시키는 것으로 설명할 수 있다(이상림, 최인선, 2023, p. 89).

[그림 1-2] 인구이동의 인구학적 사회적 파급효과(인구이동에 의한 종합적 악순환 구조)



출처: “국내 인구이동의 변동 양상과 정책적 함의”, 이상림, 최인선, 2023, 한국보건사회연구원, p. 91.

다. 지역 인구감소로 인한 의료기관 수의 변화

기초생활서비스와 기초생활시설은 동일한 개념이 아니므로 시설이 존재 하더라도 서비스가 공급되지 않을 수 있고, 서비스를 공급하더라도 주민들이 이용하기 어려울 수 있다(한이철 외, 2022, p. 97). 그럼에도 불구하고 한이철 외(2022)는 시설이 운영되고 있는 것은 최소한의 서비스가 제공되고 있다고 간주하고, 기초생활시설의 운영 여부를 통해 농촌의 기초생활서비스 제공 여부를 파악하고자 인구가 감소하는 612개 면 지역을 대상으로 현재 운영 중인 기초생활시설 수를 계산하였다(한이철 외, 2022, p. 97).

인구가 감소하는 면 지역에서 의원급 의료기관과 약국조차 없는 지역이 증가해, 전체 면의 약 60%는 주민이 간단한 진료를 받고 약을 타기 위해서 다른 읍·면으로 이동해야 하는 상황이다(한이철 외, 2022, p. 97).

〈표 1-2〉 인구감소 면 지역 보건의료시설 변화

(단위: 개소, %)

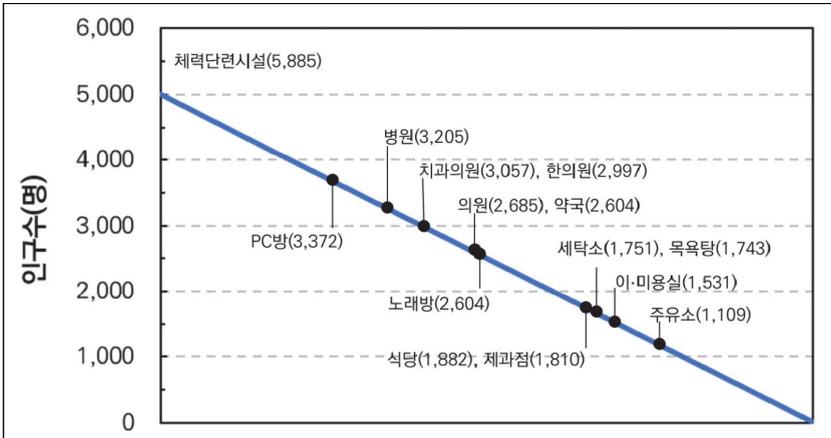
구분	평균 시설 수		시설이 없는 면 수		
	2010년	2020년	2010년	2020년	증감률
병원	0.16	0.18	547(89.4)	538(87.9)	-1.5
의원	0.73	0.64	375(61.3)	401(65.5)	4.2
치과의원	0.17	0.22	536(87.6)	523(85.5)	-2.1
약국	0.79	0.74	345(56.4)	362(59.2)	2.8
한의원	0.32	0.40	471(77.0)	448(73.2)	-3.8

출처: “인구감소 농촌 지역의 기초생활서비스 확충 방안”, 한이철 외, 2022, 한국농촌경제연구원, p. 99. 일부 발췌

기초생활시설·서비스가 운영되기 위해서는 최소한의 수요가 있어야 하며, 만약 수요가 부족하면 시설·서비스는 폐업하게 되어 인구 유출을 가속화하는 악순환을 초래하게 되는데, 이는 의료기관도 마찬가지이다(한이철 외, 2022, p. 100).

한이철 외(2022)는 최근 10년간의 기초생활시설 변화 추이를 살펴 보았는데, 그중 의료기관의 경우 인구가 3,000명 이하로 감소하면, 병원, 치과의원, 한의원, 의원, 약국 등 보건의료서비스 시설들이 폐업하기 시작하면서 지역의 보건의료 접근성에 문제가 발생할 것으로 예측했다(한이철 외, 2022, p. 101). 또한 인구가 3,000명 이하인 곳이면서 보건 의료시스템에 문제가 발생했거나 발생할 가능성이 큰 읍·면은 전체의 47.4%에 달하며, 이들 지역에서는 기본적인 진료와 투약 체계에 문제가 있거나 또는 그럴 가능성이 클 것으로 예측했다(한이철 외, 2022, pp. 101-102).

[그림 1-3] 인구감소에 따른 농촌 면 지역 생활서비스 임계인구



주: 임계인구는 612개 인구감소 면 지역에서 2010~2020년간 폐업한 기초생활시설들을 추출하고, 각 시설별 폐업 시점 인구들의 중위값으로 산출함.

출처: “인구감소 농촌 지역의 기초생활서비스 확충 방안”, 한이철 외, 2022, 한국농촌경제연구원, p. 101.

라. 지역 인구감소 대응 방안

지방 인구감소의 원인이 인구이동 등 사회적 증감으로 밝혀진 것은 지방의 인구감소와 관련한 정책적 대응 면에서도 중요한 함의를 갖는다(이상립 외, 2018, p. 73). 지자체의 출산 정책이 우리나라의 저출산 정책 집행이나 지역주민의 복지정책의 차원에서는 중요한 의미를 갖지만, 이러한 지역 단위 저출산 정책이 지방 인구감소에 대응하는 측면에서는 그리 효과적인 수단은 아니라고 할 수 있다(이상립 외, 2018, p. 73).

지금까지 지방소멸 대응을 목적으로 실시된 국내 연구 결과들은 정주 여건 개선,³⁾ 지역 개발,⁴⁾ 재정지원,⁵⁾ 산업육성 및 경제활성화⁶⁾ 등 광범위하고 다양한 영역에서 개선이 필요하다고 제안하고 있으나(김현호 외, 2021, p. 62), 상대적으로 지방의 보건의료 여건 개선과 관련된 내용은 많지 않다.

3) 문화여가시설, 주거환경, 보육, 교육, 의료·요양, 유희공간, 공동 주거 등

4) 압축 개발, 지역 연계 등

5) 세급 감면, 보조금 등

6) 산업단지, 상업지역, 일자리, 특산물 판매, 관광화 등

〈표 1-3〉 인구감소에 대응하는 보건 의료 대책 선행연구

저자(연도)	연구 대상 지역	보건 의료 대응 정책 내용
박진경 외 (2017)	전국 시군구	- 고령자에 대한 의료 및 보건서비스 확충
박진경 외 (2020)	전국 시군구	- 방문의료서비스 등의 강화를 위해 의료기관의 개설 없이 의료 행위가 가능하도록 규제 완화 - 인구감소지역 보건(지)소 24시간 운영 - 지역 의료기관과의 협약을 통한 마을 주치의 제도 도입
송미령 외 (2021)	전국 시군구	- 농촌형 비대면 의료 및 돌봄 서비스 모델(디지털 헬스케어, 원격의료 모니터링, 원격의료 디지털 인프라 구축 등) 발굴
한이철 외 (2022)	전국 시군구	- 방문 서비스 복합화를 통한 서비스 확대 - 농촌 의료취약지역 비대면 의료서비스 시범사업 실시
신동훈 외 (2018)	광주, 전남	- 사전예방적 보건복지 정책 강화 - 지역사회 중심 의료 및 돌봄 통합서비스 체계로의 전환 - 만성질환에 대한 상담 및 교육 강화 - 노인건강검진 비용 부담 및 검진 확대 - 노인정신건강서비스 강화를 통한 자살률 개선 - 노인 영양개선사업 등의 필요성
최정수 (2020)	경북	- AI·IoT를 활용한 ‘스마트 건강마을’ 지원 사업 - 마을요양원 조성 사업

- 출처: 1) “인구구조 변화에 대응한 유형별 지역발전전략 연구”, 박진경, 김상민, 2017, 한국지방행정연구원, p. 236.
 2) “지방소멸위기지역 지원 특별법 법안 마련 연구”, 박진경 외, 2020, 한국지방행정연구원, pp. 169-173.
 3) “인구감소 시대, 농촌 삶의 질 향상 정책 개선 방안 연구”, 송미령 외, 2021, 한국농촌경제연구원, p. 116.
 4) “인구감소 농촌지역의 기초생활서비스 확충 방안”, 한이철 외, 2022, 한국농촌경제연구원, pp. 162-163.
 4) “인구감소에 따른 광주전남 대응방향”, 신동훈 외, 2018, 광주전남연구원, pp. 107-112.
 5) “지방쇠퇴시대 경북의 지역적응력 제고 방안”, 최정수, 2020, 대구경북연구원, pp. 78-85.

먼저, 전국 단위 연구 중 박진경 외(2017)의 연구에서는 인구감소 시대에 대비한 새로운 발전정책의 필요성을 주장하였다. 지역별 인구구조 변화의 원인을 정확하게 진단하고 이에 대비한 지역 특성별 장기 전략 마련의 필요성을 강조하였다(박진경 외, 2017, pp. 219-222). 또한 박진경 외(2017)는 인구구조와 지역 특성에 따라 지역을 유형화하여 대응 전략을

제시하고 있는데, 예를 들어 각종 기반 시설이 부족한 농촌 지역의 경우 문화·의료 등의 기반 시설 부족 때문에 인구가 유출되고 있으므로 이에 대한 대응이 필요하며, 특히 고령자에 대한 보건의료서비스를 확충하여 생활 여건을 개선하는 것이 귀농·귀촌 인구를 포함한 고령자 인구의 유입을 촉진할 수 있다고 주장하였다(박진경 외, 2017, p. 234).

또한 박진경 외(2020)에서는 지방의 의료접근성 제고를 위한 방문의료 서비스의 강화를 위해 의료기관의 개설 없이 의료행위가 가능하도록 규제를 완화할 것과 인구감소지역에 대해 보건(지)소가 24시간 운영될 수 있도록 지원하는 방안을 제안하였다(박진경 외, 2020, pp. 169-170). 그리고 의료 사각지대를 해소하기 위해 지역 의료기관과의 협약을 통해 마을 주치의 제도를 도입해야한다고 강조하였다(박진경 외, 2020, pp. 172-173).

지역을 대상으로 진행된 지방 인구감소 대응 연구 중 보건의료와 관련된 정책을 제시한 연구는 신동훈 외(2018), 최정수(2020) 등이 있다. 신동훈 외(2018)는 광주전남 지역 인구감소 대응 정책 도출을 위한 연구에서 인구 구조 변화에 대응하기 위해 보건복지서비스를 확충해야 한다고 강조하였으며, 구체적으로는 사전예방적 보건복지 정책 강화, 지역사회 중심 의료 및 돌봄 통합서비스 체계로의 전환, 만성질환에 대한 상담 및 교육 강화, 노인건강 검진 비용 부담 및 검진 확대, 노인 정신건강서비스 강화를 통한 자살률 개선, 노인 영양개선사업 등의 필요성을 제안하였다(신동훈 외, 2018, pp. 109-112).

최정수(2020)는 경북의 인구감소에 대한 대응과 지역 적응력 제고 방안 마련을 위한 연구에서 지역 적응력 제고를 위해 중심거점지역의 생활 서비스 기능 정비 필요성을 주장하였는데, 생활서비스의 일환으로 보건소, 건강생활지원센터, 국민체육센터, 노인요양병원, 치매안심센터 등 건강 의료복지 거점시설에 대한 접근성을 제고해야 한다고 강조하였다(최정수,

2020, p. 72). 또한 일본 사례를 활용하여 AI·IoT를 활용한 ‘스마트 건강 마을 지원사업’과 빈집 등을 활용한 ‘마을요양원 조성사업’을 제안하였다 (최정수, 2020, pp. 78-85).

마. 의료취약지의 의료서비스 개선

의료자원 분포의 불균형으로 일부 농어촌 지역은 거주지가 아닌 다른 지역에서 필수의료서비스를 받는 등 지역별 의료접근성에 차이가 발생하고 있다. 지역 간 의료서비스 접근성의 격차는 취약지역 주민의 의료서비스 이용을 어렵게 해 결과적으로 건강 수준에도 영향을 미치게 된다 (보건복지부, 2022, p. 1). 이에 따라 우리나라는 「공공보건의료에 관한 법률」에서 의료 공급이 부족한 지역을 의료취약지로 지정하고, 취약지 거점의료기관 지원을 위한 근거를 마련해 시설·장비·인력을 지원하고 있다(보건복지부, 2022, p. 1).

정부의 정책지원을 위해 의료취약지 지정·지원·평가를 위한 연구가 수행되어 왔다. 문정주 외(2013)는 의료취약지 거점의료기관을 기초-지역-권역별로 지정하여 지역 단위별로 필요한 기본적 의료서비스가 생활권역 내에서 제공될 수 있도록 제안하였다(문정주 외, 2013, p. 123). 특히 농어촌 시·군 단위에 기초거점병원을 지정하고, 거점의료기관에서 의료취약지 내 입원, 수술 등 필수 보건의료서비스를 제공할 것을 강조하였다(문정주 외, 2013, p. 123).

이태호 외(2020)는 도서·산간 등 의료 공급이 부족한 지역에 대한 인프라·서비스 개선 방안을 도출하였다(이태호 외, 2020, p. 1). 이 연구에서는 문정주 외(2013)에서 제안한 기초거점의료기관의 기준 및 범위를 도출하고, 취약지 보건의료 인력 확보를 위해 지역책임의료기관 인력 파견,

공중보건 의사 배치 기준 변경, 공중보건 장학생 활용, 남자 간호사 병역 대체 복무제도 도입 등을 제안하였다(이태호 외, 2020, pp. 62-69).

〈표 1-4〉 지역 단계별 거점의료기관 분류

유형	지역적 범위	거점의료기관	의료서비스 범위
권역	16개 시·도를 10여 개 권역으로 구분	권역거점병원 (상급종합병원급)	암, 심뇌혈관 등 중증질환에 대한 최종적인 보건의료서비스 제공
지역	인구 5~30만	지역거점병원 (지방의료원 등 300명상 이상의 종합병원급)	포괄적 보건의료서비스 제공
기초	농어촌 시·군 단위	기초거점병원 (기초거점의료기관, 병원급)	필수 보건의료서비스 제공 (일반적인 입원, 수술, 진료)

출처: 1) “의료취약지 도출에 따른 거점의료기관 모델 및 관리방안 연구”, 문정주 외, 2013, 국립중앙의료원, p. 123.

2) “도서·산간 등 의료취약지 보건의료서비스 개선 연구”, 이태호 외, 2020, 국립중앙의료원, p. 5. 재인용.

그리고 의료취약지 보건의료서비스 강화를 위해 예방·퇴원 분야에서 주민 참여에 기반한 보건진료소 사업 수행, 보건소 모바일 헬스케어 사업과 공공보건의료 협력 연계 강화를 제안하였다. 경증·만성 분야에서는 책임 의료기관 퇴원환자 중 만성질환 환자 연계, 전문의 방문외래센터 설치를 통한 주기적인 외래서비스 제공, 순회 전문의 진료를 담당하는 지역 병의원 공모, 지역보건의료기관 의료인 컨설팅 그룹 운영, 의료취약지 원격협진 사업 활성화, 도서지역 일차의료 서비스 질 강화 등의 필요성을 강조하였고, 중증·응급 분야에서는 의료취약지-책임의료기관 간 중증 응급 협력 네트워크 구축을 제안하였다(이태호 외, 2020, pp. 89-127).

바. 인구감소지역 주민의 건강 및 의료이용

최근 발표된 연구 결과를 보면, 인구감소로 쇠퇴한 지역의 거주민들의 건강 문제가 개인 수준을 넘어 지역, 국가적 수준의 현안임을 확인할 수 있다(최홍석 외, 2022, p. 816).

인구감소지역의 건강 수준을 다룬 국내 연구는 많지 않지만, 이 지역에서 흡연, 음주 등의 불건강행태는 물론 당뇨병 등 만성질환 유병률이 더 높은 것으로 나타났다(최홍석 외, 2022; 설진주 외, 2021). 또한 소멸 위험이 높은 지역과 건강과의 상관관계를 분석한 일련의 연구들(이현지 외, 2021; 설진주 외, 2021; 박지해 외, 2023)에 의하면 소멸 위험이 높은 지역일수록 치료 가능 사망률(amendable mortality)이 높고, 만성질환 등으로 인한 의료이용이 많은 것으로 나타났다.

2. 본 연구의 차별점

지방소멸과 관련된 연구는 지역 쇠퇴에 대한 논의에서 지방의 인구감소와 지방소멸 대응 연구로 흐름이 옮겨가고 있다(김현호 외, 2021, p. 14). 하지만 아직까지 지방소멸 위기 대응 방안으로서 지역의 의료접근성 및 건강관리서비스 개선에 관한 연구는 많지 않다. 지금까지 살펴본 선행 연구들과 비교해 이 연구는 다음과 같은 차별점이 있다.

인구감소지역의 건강 수준과 의료이용을 다룬 기존 연구들(최홍석 외, 2022; 이현지 외, 2021; 설진주 외, 2021; 박지해 외, 2023)은 인구감소 지역과 비 인구감소지역의 의료이용 또는 건강 수준의 상관관계를 분석하고 있다. 그런데 기존 연구 중 최홍석 외(2022)를 제외한 나머지 연구들은 일본 마스다 히로야(増田 寛也)의 '소멸위험지수'를 활용하고 있어, 행정안전부의 '인구감소지역 지정 고시에 따른 인구감소지역'과 연구 대

상이 다르다. 또한 이 연구는 인구감소지역의 건강 수준과 의료 여건에 대한 분석을 실시해 비 인구감소지역과의 차이를 비교하는 데 머물지 않고, 한 발 나아가서 분석 결과를 근거로 지역소멸 위기 대응 방안을 도출하는 데 최종 목적이 있다. 또 인구감소지역의 건강 수준과 의료이용 여건에 영향을 미칠 수 있는 의료자원의 분포를 포함하여 인구감소지역 주민의 건강관리 여건을 종합적으로 분석하는 것 또한 기존 연구와 구별된다고 할 수 있다.

인구소멸에 대응하기 위한 정책 방안 연구들은 대부분 지역 개발과 경제 활성화를 포함한 광범위한 정책영역을 다루다 보니 보건의료와 관련된 시책은 기존 사업의 확대나 강화 같은 일반적인 의료서비스 접근성 제고 수준에 머문 것이 대부분이었고, 인구감소지역의 특성을 충분히 반영하지 못하거나 정책의 근거를 충분히 확보하지 못한 채 추상적이거나 선언적인 수준에 그치는 경우 또한 많았다.

이 연구는 인구감소지역에 대한 일반 현황, 의료자원, 건강 수준 등 포괄적인 현황 분석과 일본 사례 검토, 지역 보건의료 전문가 인터뷰와 설문조사 등을 바탕으로 근거에 기반한 인구감소지역 건강관리서비스 문제 해결을 위한 접근이라는 점에서 기존 연구와 차별화될 수 있다.

이와 같은 기존 연구와의 차별점으로 인해 이 연구에서 제시하는 방안은 인구감소지역 주민의 건강관리서비스 개선을 위한 정책을 설계하는데 보다 유용하게 활용될 것으로 기대한다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

우리나라 인구감소지역 현황

제1절 인구감소지역 지정 현황

제2절 인구감소지역 여건

제3절 인구감소지역 관련 정책 현황

제4절 소결



제 2 장 우리나라 인구감소지역 현황

제1절 인구감소지역 지정 현황

우리나라는 2020년 인구 5,184만 명을 정점으로 기록한 이후 감소 추세에 있다. 인구감소는 국가적 과제임이 분명하지만 그 심각성에 대한 인식은 지역에 따라 차이가 있다. 특히 인구감소지역으로 지정된 지방자치단체들은 인구의 감소뿐만 아니라 인구구조 변화로 인해 지역의 지속가능성을 위협받는 심각한 위기에 직면하고 있다(이현정, 2024, p. 145).

이에 따라 인구감소 위기에 처한 지역을 체계적으로 지원하고자 행정안전부는 2021년 10월 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」 제2조 및 같은 법 시행령 제3조에 따라 89개 기초자치단체를 인구감소지역으로 지정하였다.⁷⁾ 광역시도별로는 강원, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남의 경우 기초지자체의 50% 이상이 인구감소지역으로 지정되었으며, 기초지자체 숫자로는 전남 16개, 경북 15개, 강원 12개, 경남 11개, 전북 10개 등으로 많았다. 특히 전라, 경상 지역에서는 광역시 주변을 제외한 대부분의 지역이 인구감소지역으로 지정되어 있다.

아울러 행정안전부는 2022년 6월 「인구감소지역 지원 특별법」(이하 인구감소지역법)을 제정하여 이들 지역에 대한 지원 근거를 마련하였다. 인구감소지역법은 인구감소지역을 지원하기 위한 상향적 계획 수립과 함께 지역발전을 위한 각종 특례를 포함하는 등 그동안 여러 법률에 의해

7) 인구감소지역 지정 고시, 행정안전부고시 제2021-66호. 인구감소지역의 지정은 고시일로부터 5년마다 국가균형발전위원회의 심의를 거쳐 행정안전부장관이 지정·고시함(인구감소지역 지정 고시 부칙 제2조).

42 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

단편적으로 시행되던 인구감소지역에 대한 지원을 보다 체계적으로 제공하기 위한 법적 근거를 마련하였다는 데 의의가 있다(하혜영, 2023, p. 1).

〈표 2-1〉 행정안전부 고시에 따른 인구감소지역

광역시도	시군구
부산(3)	동구, 서구, 영도구
대구(3)	남구, 서구, 군위군
인천(2)	강화군, 옹진군
경기(2)	가평군, 연천군
강원(12)	고성군, 삼척시, 양구군, 양양군, 영월군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군
충북(6)	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군, 제천시
충남(9)	공주시, 금산군, 논산시, 보령시, 부여군, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군
전북(10)	고창군, 김제시, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군
전남(16)	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 담양군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군, 화순군
경북(15)	고령군, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 안동시, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군
경남(11)	거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 산청군, 의령군, 창녕군, 하동군, 함안군, 함양군, 합천군

출처: “인구감소지역 지정”, 행정안전부, n.d.a., 행정안전부 홈페이지, 2024. 1. 30. 검색, <https://www.mois.go.kr/frt/sub/a06/b06/populationDecline/screen.do>

인구감소지역법에는 인구감소지역의 정주 여건 개선을 위해 보육, 교육, 주거·교통, 문화, 외국인, 노후·유휴시설 관리, 산업단지, 그리고 의료 등의 분야에 관한 특례를 두고 있다. 이 중 인구감소지역에 대한 의료분야 특례는 방문 진료사업 지원, 지역보건의료기관 간 협력 강화, 필수의료 제공 의료기관에 대한 지원, 의료취약지 거점의료기관 지정 및 우선 지원 등이 포함되어 있다.

제2절 인구감소지역의 여건

1. 인구 및 면적

전국 89개 인구감소지역에 거주하는 인구는 2023년 12월 현재 479만여 명으로 우리나라 인구의 9.3%에 해당되나, 면적으로는 국토의 59.4%를 차지하고 있다.

〈표 2-2〉 인구감소지역의 인구, 면적 현황

(단위: 개, 명, km², %)

구분	시군구	인구	면적
전국	250(100.0)	51,325,329(100.0)	100,444(100.0)
인구감소지역	89(35.6)	4,793,533(9.3)	59,658(59.4)
비인구감소지역	161(64.4)	46,531,796(90.7)	40,786(40.6)

주: 1) 인구수는 2023년 12월 현재 행정구역(시군구)별 주민등록인구 수입.

2) 면적은 2022년 현재임.

출처: 1) “주민등록인구현황”, 행정안전부, 2023, KOSIS 홈페이지, 행정구역(시군구)별, 성별 인구수, 2024. 3. 21. 검색,
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040A3&conn_path=I3
 2) “지적통계”, 국토교통부, 2022, KOSIS 홈페이지, 행정구역별 지목별 국토이용현황, 2024. 3. 21. 검색,
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=116&tblId=DT_MLTM_2300&conn_path=I3

44 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

인구감소지역의 인구수는 경북이 83만 9,000명, 전남 68만 명 순으로 많고, 면적은 경북 12,816km², 강원 11,873km² 순으로 넓다.

〈표 2-3〉 광역자치단체별 인구감소지역 현황

(단위: 개, 천 명, km², %)

시도	시군구 수		인구수		면적	
	전체	인구감소지역	전체	인구감소지역	전체	인구감소지역
계	207 (100.0)	89 (43.0)	36,912 (100.0)	4,794 (13.0)	98,143 (100.0)	59,658 (60.8)
부산	16 (100.0)	3 (18.8)	3,293 (100.0)	298 (9.1)	1,543 (100.0)	38 (2.5)
대구	9 (100.0)	3 (33.3)	2,375 (100.0)	326 (13.7)	1,770 (100.0)	648 (36.6)
인천	10 (100.0)	2 (20.0)	2,997 (100.0)	89 (3.0)	2,134 (100.0)	584 (27.4)
경기	42 (100.0)	2 (4.8)	13,631 (100.0)	104 (0.8)	10,200 (100.0)	1,522 (14.9)
강원	18 (100.0)	12 (66.7)	1,528 (100.0)	468 (30.6)	16,830 (100.0)	11,873 (70.5)
충북	14 (100.0)	6 (42.9)	1,593 (100.0)	319 (20.0)	7,407 (100.0)	4,473 (60.4)
충남	16 (100.0)	9 (56.3)	2,130 (100.0)	638 (29.9)	8,247 (100.0)	5,113 (62.0)
전북	15 (100.0)	10 (66.7)	1,755 (100.0)	484 (27.6)	8,073 (100.0)	6,140 (76.1)
전남	22 (100.0)	16 (72.7)	1,804 (100.0)	680 (37.3)	12,361 (100.0)	9,361 (75.7)
경북	23 (100.0)	15 (65.2)	2,554 (100.0)	839 (32.8)	19,036 (100.0)	12,816 (67.3)
경남	22 (100.0)	11 (50.0)	3,251 (100.0)	549 (16.9)	10,542 (100.0)	7,090 (67.3)

주: 1) 인구수는 2023년 12월 현재 행정구역(시군구)별 주민등록인구 수임.

2) 면적은 2022년 현재임.

출처: 1) “주민등록인구현황”, 행정안전부, 2023, KOSIS 홈페이지, 행정구역(시군구)별, 성별 인구수, 2024. 3. 21. 검색, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040A3&conn_path=I3

2) 지적통계”, 국토교통부, 2022, KOSIS 홈페이지, 행정구역별 지목별 국토이용현황, 2024. 3. 21. 검색, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=116&tblId=DT_MLTM_2300&conn_path=I3

2. 인구 변화

가. 인구감소지역의 인구 변화

인구감소지역 지정과 각종 지원을 위한 근거 마련에도 불구하고, 다양한 인구 동태 양상에 따른 지방 인구감소는 여전히 진행 중이다(장인수, 정찬우, 2022, p. 3). 수도권외의 인구 규모가 비수도권의 인구 규모를 추월한 지난 2020년 이후 수도권과 비수도권 간 인구 규모의 격차는 더욱 커졌고, 인구 고령화를 넘어선 인구 초고령화 양상의 지역 간 격차도 확대되고 있다(장인수, 정찬우, 2022, p. 3).

인구감소지역 대부분은 지난 2000년대 초반 내지는 그 이전부터 이미 지역 인구감소가 시작되었으며, 이러한 경향은 특히 사회적 감소에 크게 기인하는 것으로 나타났다(장인수, 정찬우, 2022, p. 3). 장인수와 정찬우(2022)가 2000~2020년간 인구감소지역의 인구감소 특성을 분석한 결과, 지역 인구감소에는 사회적 감소가 자연적 감소보다 더 크게 기여한 것으로 나타났다(장인수, 정찬우, 2022, p. 8). 인구감소지역은 20여 년 동안 평균 1만 7,026.5명 감소하였으며, 자연적으로는 평균 4,501.7명 감소, 사회적으로는 1만 2,524.8명 감소한 것으로 나타났다. 다만 관측 기간 초반인 2000~2009년에는 사회적 감소가 지역 인구감소를 견인했던 반면, 2010~2020년에는 자연적 감소가 사회적 감소보다 더 큰 것으로 나타났다(장인수, 정찬우, 2022, pp. 8-9).

46 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

〈표 2-4〉 연도별 인구감소지역 인구 규모 변화

(단위: 명)

구분	연도	인구 규모 변화	자연적 변화	사회적 변화
전체 지역 (228개 시군구)	2000~2020년	16733.1	16893.3	-160.2
	2000~2009년	9309.8	10985.2	-1675.4
	2010~2020년	6444.7	5908.4	536.3
인구감소지역 (89개 시군구)	2000~2020년	-17026.5	-4501.7	-12524.8
	2000~2009년	-11071.5	-1326.0	-9745.5
	2010~2020년	-5424.8	-3175.7	-2249.0

- 출처: 1) “인구동향조사”, 통계청, 2000-2020, 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구, KOSIS 홈페이지, 2024. 3. 21. 검색, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5&conn_path=I2
- 2) “인구동향조사”, 통계청, 2000-2020, KOSIS 홈페이지, 출생아수(시도/시/군/구), 2024. 3. 21. 검색, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=INH_1B81A01&conn_path=I2
- 3) “인구동향조사”, 통계청, 2000-2020, KOSIS 홈페이지, 시군구/성/연령(5세)별 사망자수(1997~), 사망률(1998~), 2024. 3. 21. 검색, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B80A18&conn_path=I3
- 4) “인구감소지역의 인구 변화 특성과 향후 정책 방향”, 장인수, 정찬우, 2022, GRI연구논총, p. 9. 재인용 후 일부 수정.

또한 인구감소지역을 떠나는 사람들과 남아 있는 사람들의 평균 연령 차이를 살펴본 결과, 2015년에는 인구감소지역을 떠나는 이들의 평균 연령이 43.9세, 인구감소지역에 남아 있는 이들의 평균 연령이 60.2세인 것으로 나타났고, 2020년에는 각각 47.6세와 62.0세로 나타났다(장인수, 정찬우, 2022, p. 19). 두 집단 간 평균 연령의 차이는 2015년 약 16.3세, 2020년 14.4세인 것으로 나타났다(장인수, 정찬우, 2022, p. 19).

특히 청년인구 유출은 지방소멸 위기의 가장 큰 요인으로 지적되고 있어 지역별로 청년인구 이동의 변화를 살펴보는 것은 향후 인구감소 추세를 예측하는 측면에서 의미가 있다.

최근 5년간 인구감소지역의 평균 청년 순이동률은 전국 평균보다 높은 음의 값을 보여, 이는 해당 지역에서 청년인구의 순유출이 진행되고 있다고 해석할 수 있다(이소영 외, 2023a, p. 22).

〈표 2-5〉 최근 5년간 인구감소지역 평균 청년 순이동률 변화

	2017	2018	2019	2020	2021
전국 평균	-1.5%	-2.1%	-2.4%	-3.0%	-2.8%
인구감소지역	-4.2%	-5.4%	-6.0%	-7.7%	-7.5%
비인구감소지역	0.6%	0.5%	0.3%	0.3%	0.2%

주: 청년 순이동률은 청년기본법 제2조 제1항에 근거한 청년층(19~34세)의 연앙인구 대비 순이동자 변화를 통해 지역 인구의 사회적 이동 추이를 확인하는 지표로서 인구감소지수 세부 지표로 사용되고 있음(이소영 외, 2023a, p. 22).

출처: “국내인구이동통계”, 통계청, 2017-2021, KOSIS 홈페이지, 시군구/성/연령(5세)별 순이동자수; “인구감소지역 대응계획 수립 및 지원방안 연구용역”, 이소영 외, 2023a, 행정안전부, p. 22 일부 발췌.

나. 인구감소지역 읍면동별 인구 변화

인구감소지역의 인구 변화를 자세히 파악하기 위해 시·군·구 및 읍·면·동의 최근 10년간(2014~2023년) 인구 변화를 분석하였다.

인구감소지역의 인구는 2014년 535만 5천 명에서 2023년 479만 4천 명으로 56만여 명 감소하였고, 이 기간 연평균 1.22%의 인구가 감소한 것으로 나타났다.

최근 10년간 인구감소지역 89개 시·군·구 단위 연평균 인구감소율은 구 지역에서 -1.96%로 가장 높았고, 다음으로 군 지역은 -1.15%, 시 지역은 -1.04%의 순으로 높게 나타났다.

48 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

〈표 2-6〉 인구감소지역 인구 변화(2014~2023년): 시군구 단위 변화

(단위: 명)

구분	전체	시 지역 (15개)	군 지역 (69개)	구 지역 (5개)
2014년	5,354,458	1,559,771	3,075,643	719,044
2015년	5,319,165	1,549,937	3,064,931	704,297
2016년	5,269,378	1,540,767	3,043,510	685,101
2017년	5,213,026	1,526,084	3,019,677	667,265
2018년	5,138,756	1,507,916	2,978,412	652,428
2019년	5,065,376	1,494,089	2,934,792	636,495
2020년	4,988,175	1,471,555	2,888,910	627,710
2021년	4,898,121	1,449,778	2,837,159	611,184
2022년	4,840,438	1,435,288	2,803,994	601,156
2023년	4,793,533	1,419,720	2,772,109	601,704
인구 변화	-560,925	-140,051	-303,534	-117,340
연평균 감소율	-1.22%	-1.04%	-1.15%	-1.96%

주: 2014~2023년에 발생한 행정구역 변화를 고려하여 지명이 바뀌거나, 면에서 읍으로 변환된 지역은 모두 2023년 기준으로 정리함.

출처: “주민등록인구현황”, 행정안전부, 2014-2023, KOSIS 홈페이지, 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~), 2024. 3. 21. 검색

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tbId=DT_1B04005N&conn_path=13

인구감소지역에 속한 1,036개 읍·면·동의 최근 10년(2014~2023년) 동안 인구 변화를 분석한 결과, 면 지역의 연평균 인구감소율은 -1.44%로 가장 높았고, 동 지역은 -1.18%, 읍 지역 -0.94%의 순으로 나타났다.

인구감소지역 지정 현황으로 볼 때 인구감소지역은 도시보다는 농어촌에 집중되어 있는데, 이 연구의 분석 결과 농어촌 중에서도 읍 지역보다 면 지역에서의 인구감소가 더 심각한 것으로 나타났다.

〈표 2-7〉 인구감소지역 인구 변화(2014~2023년): 읍면동 단위 변화

(단위: 명)

구분	전체	읍 지역 (113개)	면 지역 (766개)	동 지역 (157개)
2014년	5,354,458	1,440,041	2,294,042	1,620,375
2015년	5,319,165	1,437,627	2,275,849	1,605,689
2016년	5,269,378	1,429,537	2,253,964	1,585,877
2017년	5,213,026	1,419,680	2,229,649	1,563,697
2018년	5,138,756	1,405,675	2,191,052	1,542,029
2019년	5,065,376	1,388,847	2,152,862	1,523,667
2020년	4,988,175	1,370,287	2,111,524	1,506,364
2021년	4,898,121	1,347,207	2,070,701	1,480,213
2022년	4,840,438	1,333,321	2,043,172	1,463,945
2023년	4,793,533	1,323,003	2,013,721	1,456,809
인구 변화	-560,925	-117,038	-280,321	-163,566
연평균 감소율	-1.22%	-0.94%	-1.44%	-1.18%

주: 2014~2023년에 발생한 행정구역 변화를 고려하여 지명이 바뀌거나, 면에서 읍으로 변환된 지역은 모두 2023년 기준으로 정리함.

출처: “주민등록인구현황”, 행정안전부, 2014~2023, KOSIS 홈페이지, 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~), 2024. 3. 21. 검색,

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=I3

인구감소의 심화로 인해 행정구역별 인구수도 점차 감소하고 있는데, 2023년 현재 인구가 3천 명 이하인 행정구역은 3개 읍, 547개 면, 5개 동으로 나타났고, 인구 2천 명 이하인 행정구역도 1개 읍, 303개 면, 1개 동이었다. 그리고 32개 면은 인구가 1천 명 이하였다.

50 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

〈표 2-8〉 인구감소지역 중 소규모 읍면동 현황(2023년)

(단위: 개)

	읍 지역	면 지역	동 지역
전체	113	766	157
인구 3천 명 이하	3(2.7%)	547(71.4%)	5(3.2%)
인구 2천 명 이하	1(0.9%)	303(39.6%)	1(0.6%)
인구 1천 명 이하	-	32(4.2%)	-

주: 2014~2023년에 발생한 행정구역 변화를 고려하여 지명이 바뀌거나, 면에서 읍으로 변환된 지역은 모두 2023년 기준으로 정리함.

출처: “주민등록인구현황”, 행정안전부, 2023, KOSIS 홈페이지, 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~), 2024. 3. 21. 검색,

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=13

기초생활시설이나 서비스가 유지되기 위한 임계인구를 추정한 연구에 따르면, 민간의료기관이 폐업하게 되는 임계인구를 3천 명, 그리고 사람의 생활에 필수적인 의·식과 관련된 식당, 제과점, 세탁소 등이 폐업하는 임계인구를 2천 명으로 제시한 바 있다(한이철 외, 2022, p. 101).

따라서 우리나라 면 지역의 70% 이상은 민간의료기관의 폐업으로 인해 의료접근성에 어려움을 느낄 가능성이 있다고 예측할 수 있으며, 40%에 가까운 면 지역에서는 의·식과 관련된 기초생활시설의 폐업으로 인해 일상생활 전반에 걸쳐 어려움을 겪고 있을 가능성이 있다.

국민은 어디에 살든지 생활에 필요한 필수 서비스를 이용할 수 있어야 한다. 적절한 기초생활시설·서비스의 유지 방안을 마련하는 것은 현재 거주하는 주민뿐만 아니라 새로운 삶의 터를 찾아 유입되는 인구가 지역에 만족하며 살아가기 위한 최소한의 장치가 될 수 있다(한이철 외, 2022, p. 102). 따라서 인구감소에도 불구하고 남아 있는 주민들의 삶의 질이 유지되기 위해 이들 지역에 대해 보건의료서비스를 비롯한 기초생활서비스가 제공될 방안을 마련해야 한다.

3. 의료자원

가. 의료접근성

인구감소지역의 의료자원 분포를 파악하기 위해 최근 5년 동안 요양기관 종별 의료기관 분포를 전국 평균과 비교·분석하였다. 2023년 기준으로 인구감소지역에 설치된 상급종합병원은 인구 10만 명당 0.1개, 종합병원은 0.8개, 병원은 2.9개, 의원은 52.2개 등으로 나타났다. 요양기관 종별로 전국 평균과 비교하면 인구감소지역의 상급종합병원, 종합병원, 병원의 분포는 전국 평균과 비슷한 수준이었으나, 의원과 치과병의원 분포는 전국 평균에 비해 낮은 수준이었다.

〈표 2-9〉 연도별 요양기관 종별 분포(2019~2023년)

(단위: 개, 인구 십만 명당)

연도	구분	상급종합 병원	종합 병원	병원	의원	치과 병의원	한방 병의원	요양 병원	약국
'19	전국	42 (0.08)	314 (0.61)	1,489 (2.87)	32,491 (62.66)	18,202 (35.11)	14,760 (28.47)	1,577 (3.04)	22,493 (43.38)
	감소	6 (0.12)	38 (0.75)	176 (3.47)	2,536 (50.07)	1,218 (24.05)	1,306 (25.78)	252 (4.97)	2,386 (47.10)
'20	전국	42 (0.08)	319 (0.62)	1,515 (2.92)	33,115 (63.89)	18,496 (35.69)	14,874 (28.70)	1,582 (3.05)	23,305 (44.97)
	감소	6 (0.12)	38 (0.76)	177 (3.55)	2,531 (50.74)	1,229 (24.64)	1,308 (26.22)	253 (5.07)	2,403 (48.17)
'21	전국	45 (0.09)	319 (0.62)	1,397 (2.71)	33,912 (65.67)	18,589 (36.00)	15,005 (29.06)	1,464 (2.84)	23,773 (46.04)
	감소	5 (0.10)	40 (0.82)	145 (2.96)	2,523 (51.51)	1,240 (25.32)	1,291 (26.36)	231 (4.72)	2,400 (49.00)

52 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

연도	구분	상급종합 병원	종합 병원	병원	의원	치과 병의원	한방 병의원	요양 병원	약국
'22	전국	45 (0.09)	328 (0.64)	1,398 (2.72)	34,958 (67.96)	18,851 (36.65)	15,095 (29.35)	1,435 (2.79)	24,302 (47.24)
	감소	5 (0.10)	40 (0.83)	137 (2.83)	2,509 (51.83)	1,258 (25.99)	1,271 (26.26)	230 (4.75)	2,407 (49.73)
23	전국	45 (0.09)	331 (0.64)	1,403 (2.73)	35,717 (69.59)	19,032 (37.08)	15,151 (29.52)	1,392 (2.71)	24,707 (48.14)
	감소	5 (0.10)	40 (0.83)	137 (2.86)	2,502 (52.20)	1,264 (26.37)	1,261 (26.31)	222 (4.63)	2,410 (50.28)

주: 1) 감소: 인구감소지역

2) 요양기관 수는 각 연도 4분기 현재임.

3) 인구수는 각 연도별 행정구역(시군구)별 주민등록인구 수임.

출처: 1) “지역별 중별 요양기관수”, 건강보험심사평가원, 2019-2023, HIRA빅데이터개방포털, 2024. 6. 1. 검색, <https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapYadmStatInfoTab2.do>

2) “주민등록인구현황”, 행정안전부, 2019-2023, KOSIS 홈페이지, 행정구역(시군구)별, 성별 인구수, 2024. 3. 21. 검색, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040A3&conn_path=13

인구감소지역의 의료접근성을 파악하기 위해 국립중앙의료원에서 생산하는 공공보건의료통계 자료를 활용하여 급성병원 병상 수, 90분 내 300병상 이상 종합병원 접근이 불가능한 인구 비율, 30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구 비율을 전국 평균과 비교한 결과는 다음과 같다.

전국 급성병원 병상 수 평균은 인구 10만 명당 562.1개인데 비해 인구 감소지역 중 64개 지역에 설치된 급성병원 병상은 이보다 낮은 수준이었다. 특히 강원 고성과 양양, 충북 단양에서는 지역 내 급성병상이 전무한 것으로 나타났다.

90분 내 300병상 이상 종합병원에 접근하는 것이 불가능한 인구의 비율은 양질의 의료에 대한 주요 접근성 지표 중 하나로서, 2021년 기준 전국 평균은 5.2%였다. 인구감소지역 중에서 전국 평균보다 양호한 지역은 18개 지역에 불과했고, 강원 철원군과 고성군, 경북 울진군과 울릉군은

지역 전체가 90분 내에 300병상 이상 종합병원에 접근하는 것이 불가능한 것으로 나타났다.

30분 내에 지역응급의료센터에 접근하는 것이 불가능한 인구의 비율은 응급의료서비스에 대한 주요 접근성 지표로 사용되는데, 2021년 기준 전국 평균은 11.8%였다. 인구감소지역 중에서 전국 평균보다 양호한 지역은 시 지역인 4개 지자체에 불과했고, 강원 태백시, 평창군, 정선군, 철원군, 화천군, 양구군, 전북 무주군, 전남 고흥군, 장흥군, 강진군, 해남군, 영광군, 완도군, 진도군, 경북 청송군, 영양군, 영덕군, 청도군, 봉화군, 울진군, 울릉군, 경남 남해군, 거창군, 합천군 24개 지자체에서는 지역 전체가 30분 내에 지역응급의료센터에 접근하는 것이 불가능한 것으로 나타났다.

〈표 2-10〉 인구감소지역 의료기관 접근성

(단위: 인구 10만 명당 병상 수, %, %)

시도	시군구	급성병원 병상 수 (인구 10만 명당)	90분 내 300병상 이상 종합병원 접근이 불가능한 인구 비율	30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구 비율
전국 평균		562.1	5.2	11.8
경기도	연천군	121.7	19.7	97.9
경기도	가평군	287.5	4.8	98.0
강원도	태백시	810.4	99.9	100.0
강원도	삼척시	394.1	9.8	28.7
강원도	홍천군	498.8	22.8	99.8
강원도	횡성군	221.6	6.5	55.4
강원도	영월군	622.6	99.9	89.5
강원도	평창군	48.8	68.6	100.0
강원도	정선군	557.8	98.3	100.0
강원도	철원군	221.5	100.0	100.0
강원도	화천군	70.3	42.2	100.0
강원도	양구군	772.5	99.3	100.0
강원도	고성군	0.0	100.0	58.4

54 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

시도	시군구	급성병원 병상 수 (인구 10만 명당)	90분 내 300병상 이상 종합병원 접근이 불가능한 인구 비율	30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구 비율
강원도	양양군	0.0	7.7	22.6
충청북도	제천시	400.5	5.6	5.9
충청북도	보은군	351.3	10.5	99.0
충청북도	옥천군	327.4	9.0	40.7
충청북도	영동군	351.7	72.9	93.1
충청북도	괴산군	537.7	7.3	92.2
충청북도	단양군	0.0	86.8	77.3
충청남도	공주시	367.4	0.0	22.9
충청남도	보령시	461.3	5.9	97.4
충청남도	논산시	600.1	0.0	3.7
충청남도	금산군	120.8	4.2	85.6
충청남도	부여군	116.0	2.4	60.1
충청남도	서천군	161.6	1.9	33.7
충청남도	청양군	39.4	0.2	95.4
충청남도	예산군	554.7	0.0	13.7
충청남도	태안군	165.8	97.0	54.0
전라북도	정읍시	553.1	4.8	6.9
전라북도	남원시	474.6	94.1	7.5
전라북도	김제시	634.0	0.0	46.1
전라북도	진안군	908.5	29.4	99.1
전라북도	무주군	126.3	96.6	100.0
전라북도	장수군	138.3	93.1	92.6
전라북도	임실군	437.7	6.7	81.8
전라북도	순창군	245.8	23.5	97.5
전라북도	고창군	779.2	25.1	84.6
전라북도	부안군	1,114.3	35.1	80.8
전라남도	담양군	186.2	0.0	24.7
전라남도	곡성군	432.2	10.6	98.1
전라남도	구례군	384.4	10.0	90.7
전라남도	고흥군	1,891.3	82.9	100.0

시도	시군구	급성병원 병상 수 (인구 10만 명당)	90분 내 300병상 이상 종합병원 접근이 불가능한 인구 비율	30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구 비율
전라남도	보성군	1,135.2	30.6	99.1
전라남도	화순군	2,422.4	0.0	12.7
전라남도	장흥군	1,132.8	44.0	100.0
전라남도	강진군	589.6	5.9	100.0
전라남도	해남군	1,479.9	1.1	100.0
전라남도	영암군	766.9	0.5	55.8
전라남도	함평군	447.7	1.9	98.0
전라남도	영광군	952.2	85.8	100.0
전라남도	장성군	698.7	0.0	31.4
전라남도	완도군	246.8	90.5	100.0
전라남도	진도군	449.0	97.0	100.0
전라남도	신안군	157.0	79.0	87.9
경상북도	안동시	1,381.8	0.2	12.5
경상북도	영주시	719.0	10.6	99.6
경상북도	영천시	225.7	2.4	99.2
경상북도	상주시	428.0	11.1	68.9
경상북도	문경시	1,222.7	0.4	18.3
경상북도	의성군	489.8	19.8	97.7
경상북도	청송군	195.6	61.7	100.0
경상북도	영양군	306.4	99.8	100.0
경상북도	영덕군	206.7	79.4	100.0
경상북도	청도군	1,122.0	0.7	100.0
경상북도	고령군	258.0	1.5	69.6
경상북도	성주군	128.4	7.9	86.1
경상북도	봉화군	315.3	91.5	100.0
경상북도	울진군	169.3	100.0	100.0
경상북도	울릉군	236.8	100.0	100.0
경상남도	밀양시	1,133.1	6.5	95.6
경상남도	의령군	220.3	23.9	99.3
경상남도	함안군	596.4	0.0	31.0

56 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

시도	시군구	급성병원 병상 수 (인구 10만 명당)	90분 내 300병상 이상 종합병원 접근이 불가능한 인구 비율	30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구 비율
경상남도	창녕군	427.4	2.5	99.0
경상남도	고성군	416.0	1.5	96.3
경상남도	남해군	336.0	83.4	100.0
경상남도	하동군	651.3	20.6	99.9
경상남도	산청군	87.3	20.0	86.4
경상남도	함양군	347.2	99.4	99.9
경상남도	거창군	509.2	99.6	100.0
경상남도	합천군	1,232.1	73.5	100.0

주: 인구감소지역 중 부산, 대구, 인천 등 광역시 소속 시·군은 제외
출처: “2022년 공공보건의료통계집”, 국립중앙의료원, 2023, 국립중앙의료원, pp. 69-78.

예방 가능한 입원율은 외래진료 민감질환으로 인한 입원율로 주로 1차 의료의 질을 평가하는 지표로 사용(국립중앙의료원, 2023, p. 10)된다. 특히 외래진료 민감질환은 적시에 효과적으로 외래의료서비스를 이용할 경우, 질병 발생을 예방하거나 조기에 질병을 관리함으로써 입원 가능성을 감소시킬 수 있기 때문에(국립중앙의료원, 2023, p. 10), 1차 의료의 질과 접근성을 평가할 수 있다.

고혈압의 예방 가능한 입원율 전국 평균은 인구 10만 명당 8.8명으로 나타났다. 인구감소지역 중 전국 평균보다 양호한 지역은 10개 지역에 불과했고, 전남 해남군, 고흥군, 전북 부안군은 고혈압의 예방 가능한 입원율이 매우 높게 나타났다. 당뇨 만성 합병증의 예방 가능한 입원율 전국 평균은 인구 10만 명당 2.9명으로 나타났다. 인구감소지역 중 전국 평균보다 양호한 지역은 19개 지역이었고, 전남 해남군, 영광군은 전국에서 당뇨 만성 합병증으로 인한 예방 가능한 입원율이 높게 나타났다.

〈표 2-11〉 인구감소지역 예방 가능한 입원율: 고혈압, 당뇨 만성 합병증

(단위: 인구 1,000명당 입원환자 수)

시도	시군구	예방 가능한 입원율: 고혈압 (20세 이상)	예방 가능한 입원율: 당뇨 만성 합병증 (20세 이상)
전국 평균		8.8	2.9
경기도	연천군	9.1	2.6
경기도	가평군	8.5	3.1
강원도	태백시	12.8	3.9
강원도	삼척시	14.8	4.0
강원도	홍천군	6.4	3.4
강원도	횡성군	9.9	2.1
강원도	영월군	9.5	2.6
강원도	평창군	10.7	1.9
강원도	정선군	12.6	2.9
강원도	철원군	11.0	4.6
강원도	화천군	7.2	2.3
강원도	양구군	6.9	3.2
강원도	고성군	11.9	3.1
강원도	양양군	10.8	2.7
충청북도	제천시	8.5	2.5
충청북도	보은군	10.1	3.3
충청북도	옥천군	10.7	3.4
충청북도	영동군	10.1	3.8
충청북도	괴산군	10.2	3.7
충청북도	단양군	9.4	2.3
충청남도	공주시	7.9	2.7
충청남도	보령시	8.8	4.1
충청남도	논산시	12.2	5.5
충청남도	금산군	9.3	3.2
충청남도	부여군	10.8	4.2
충청남도	서천군	10.6	2.8
충청남도	청양군	9.1	3.4

58 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

시도	시군구	예방 가능한 입원율: 고혈압 (20세 이상)	예방 가능한 입원율: 당뇨 만성 합병증 (20세 이상)
충청남도	예산군	9.4	3.1
충청남도	태안군	9.4	3.4
전라북도	정읍시	11.0	5.4
전라북도	남원시	9.2	3.3
전라북도	김제시	13.2	4.9
전라북도	진안군	10.0	3.2
전라북도	무주군	9.5	2.7
전라북도	장수군	10.3	4.1
전라북도	임실군	11.0	4.1
전라북도	순창군	12.3	4.0
전라북도	고창군	13.8	5.4
전라북도	부안군	16.4	6.1
전라남도	담양군	11.4	3.5
전라남도	곡성군	11.0	3.7
전라남도	구례군	10.7	2.6
전라남도	고흥군	16.6	5.5
전라남도	보성군	13.6	5.3
전라남도	화순군	14.1	4.3
전라남도	장흥군	12.8	5.0
전라남도	강진군	11.2	4.1
전라남도	해남군	16.8	8.2
전라남도	영암군	11.9	5.7
전라남도	함평군	12.3	5.6
전라남도	영광군	11.9	8.3
전라남도	장성군	12.4	4.1
전라남도	완도군	15.1	5.6
전라남도	진도군	13.5	4.7
전라남도	신안군	14.0	6.3
경상북도	안동시	9.4	3.0
경상북도	영주시	8.5	2.5

시도	시군구	예방 가능한 입원율: 고혈압 (20세 이상)	예방 가능한 입원율: 당뇨 만성 합병증 (20세 이상)
경상북도	영천시	8.2	2.4
경상북도	상주시	7.7	2.7
경상북도	문경시	9.4	3.2
경상북도	의성군	11.7	3.7
경상북도	청송군	11.0	3.1
경상북도	영양군	12.8	3.9
경상북도	영덕군	11.1	3.8
경상북도	청도군	11.5	2.7
경상북도	고령군	10.9	2.3
경상북도	성주군	10.4	2.7
경상북도	봉화군	10.9	3.1
경상북도	울진군	12.0	3.2
경상북도	울릉군	12.6	3.2
경상남도	밀양시	12.3	3.0
경상남도	의령군	8.3	3.3
경상남도	함안군	8.8	3.3
경상남도	창녕군	11.6	3.1
경상남도	고성군	12.1	6.7
경상남도	남해군	11.4	5.1
경상남도	하동군	10.7	4.3
경상남도	산청군	10.3	4.1
경상남도	함양군	13.1	3.6
경상남도	거창군	9.4	2.8
경상남도	합천군	10.4	3.5

주: 인구감소지역 중 부산, 대구, 인천 등 광역시 소속 시·군은 제외
출처: “2022년 공공보건의료통계집”, 국립중앙의료원, 2023, 국립중앙의료원, pp. 145-152.

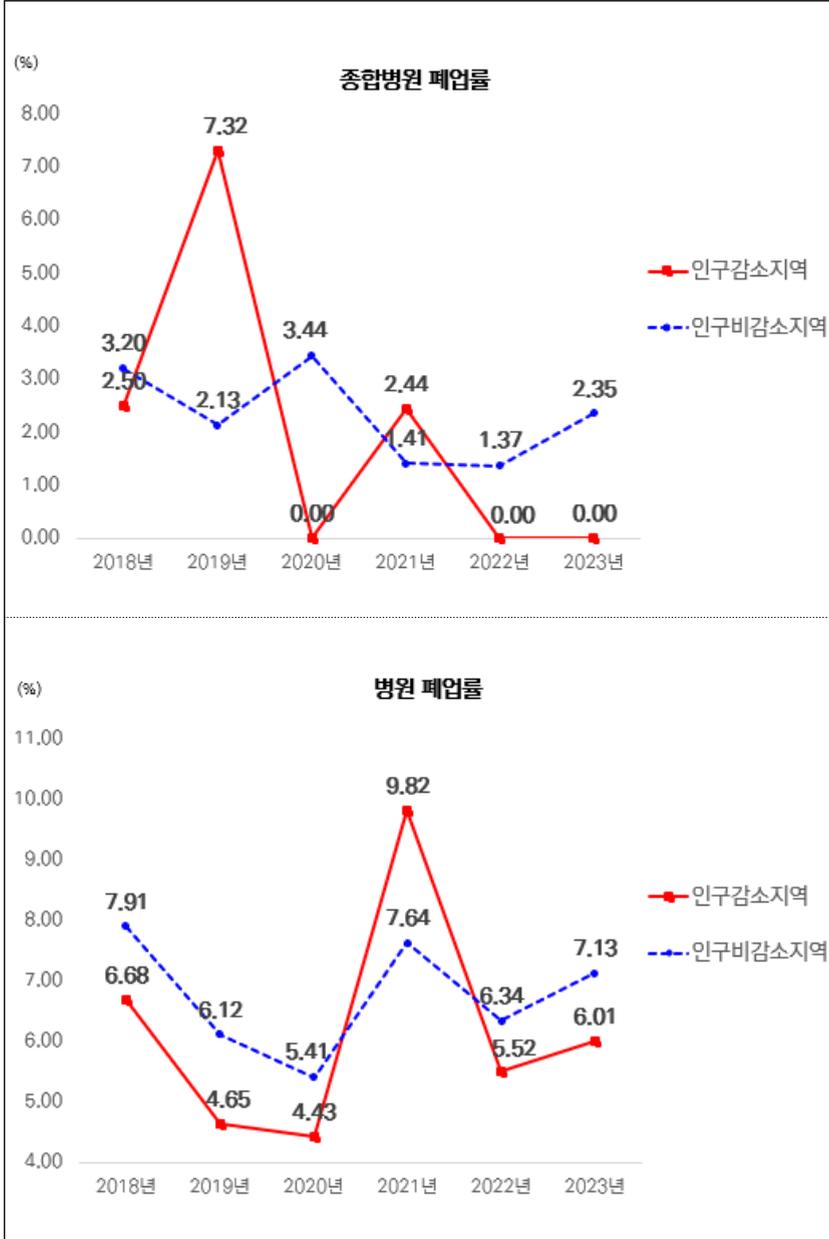
나. 요양기관 폐업 현황

수도권 대형병원의 환자 쏠림 현상은 과거부터 지속적으로 제기된 문제이다. 하지만 현재까지 이렇다 할 대안을 찾지 못하고 있으며, 상황의 심각성은 점차 더해지는 실정이다. 관련 통계에 따르면, 2021년 수도권 상급종합병원을 찾은 지방 거주 환자는 총 93만 5백여 명으로, 전년도 83만 5천여 명보다 약 11.3% 증가한 것으로 나타났다. 또한 지방 거주 환자의 수도권 쏠림은 상급종합병원에 그치지 않아, 2021년 수도권 전체 의료기관에서 진료받은 지방 거주 환자 수가 전년도보다 4.8% 증가한 것으로 확인되었다(이정환, 2022.9.21.). 이와 같은 수도권 환자 쏠림은 지역 의료 환경이 만들어낸 결과인 동시에 지역 간 의료 격차를 심화시키는 원인으로 작용할 수 있으며, 특히 인적·재정적 여건이 열악한 인구감소지역은 다른 지역보다 더 민감하게 영향을 받을 수 있다.

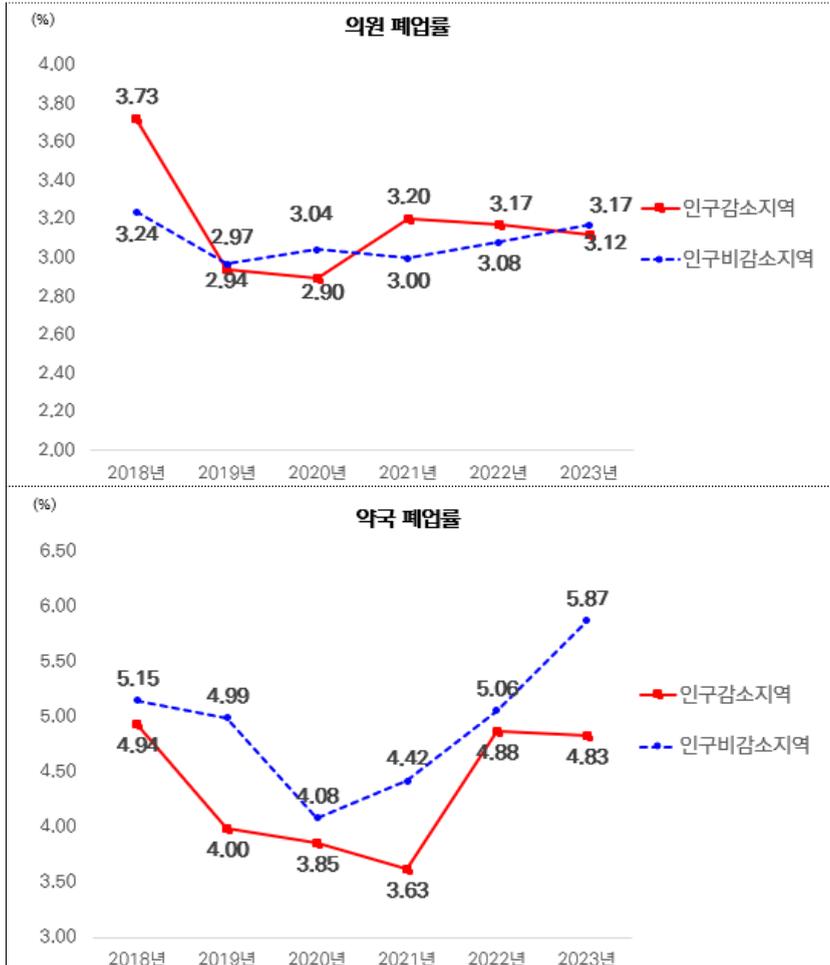
따라서 실제 인구감소지역과 비인구감소지역 사이에 요양기관 폐업률에 차이가 있는지를 살펴보기 위해 건강보험심사평가원에서 발표한 요양기관 수 자료를 활용해 2018년부터 2023년까지 지역별, 종별 요양기관 폐업률을 산출하였다.

2018년부터 6년간 폐업한 기관이 없었던 상급종합병원을 제외하고, 종합병원, 병원, 의원, 약국을 중심으로 살펴보면 전반적으로 비인구감소지역이 인구감소지역보다 요양기관 폐업률이 높은 것으로 나타났다. 다만 코로나19 유행이 절정에 달하던 2021년 종합병원, 병원, 의원의 폐업률은 인구감소지역에서 더 높은 것으로 나타나, 코로나19로 인한 영향이 상대적으로 컸던 것으로 해석할 수 있다.

[그림 2-1] 종별 요양기관 폐업률(전체)



62 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

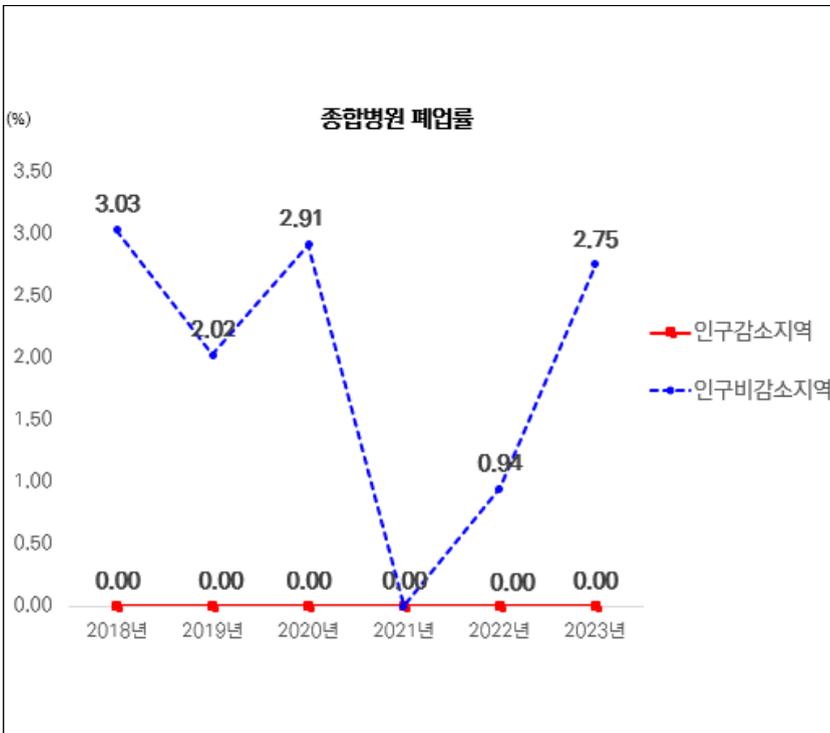


- 주: 1) 폐업률=해당 연도 폐업기관/(해당 연도 폐업기관+해당 연도 운영기관)*100
 2) 2021년 자료부터 병원급 중 정신병원 운영 현황이 추가 발표됨. 이에 따라 2018~2020년 병원급 요양기관 집계 시 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 포함하였고, 2021년 이후는 전술한 요양기관에 정신병원을 추가하여 집계함.
 3) 전체 관찰 연도에 대해 의원급 요양기관 집계 시 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.
- 출처: 1) “지역별 종별 요양기관수”, 건강보험심사평가원, 2019-2023, HIRA빅데이터개방포털, 2024. 6. 1. 검색, <https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapYadmStatInfoTab2.do>
 2) “건강보험심사평가원 요양기관 폐업 현황”, 건강보험심사평가원, 2018-2023, 공공데이터포털, 2024. 6. 1. 검색, <https://www.data.go.kr/data/15051056/fileData.do#/tab-layer-file>

다음으로 지역 단위에 따라 요양기관 폐업률에 차이가 있는지를 파악하기 위해 시군구별 인구감소지역과 비인구감소지역 간의 폐업률 추이를 살펴보았다.

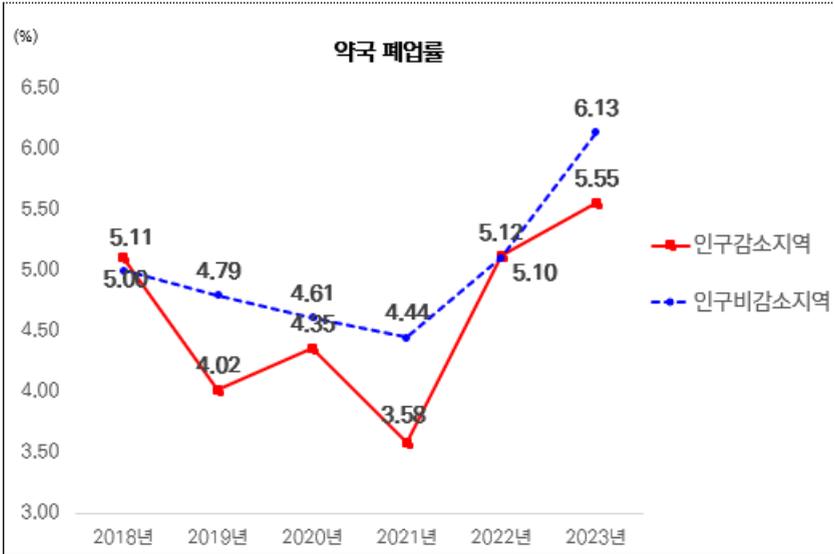
시 지역 상급종합병원의 경우 인구감소지역에서는 운영 중인 곳이 없고, 비인구감소지역에서는 폐업이 발생하지 않았다. 인구감소지역에 병원과 의원 폐업률은 2021년에 증가하였고, 특히 의원 폐업률은 2021년 이후 증가 추세로 나타났다. 인구감소지역의 약국 폐업률은 2022년부터 급격하게 증가하는 경향을 보여 향후 추이를 지속적으로 관찰할 필요가 있다(그림 2-2 참조).

[그림 2-2] 종별 요양기관 폐업률(시 지역)



64 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구





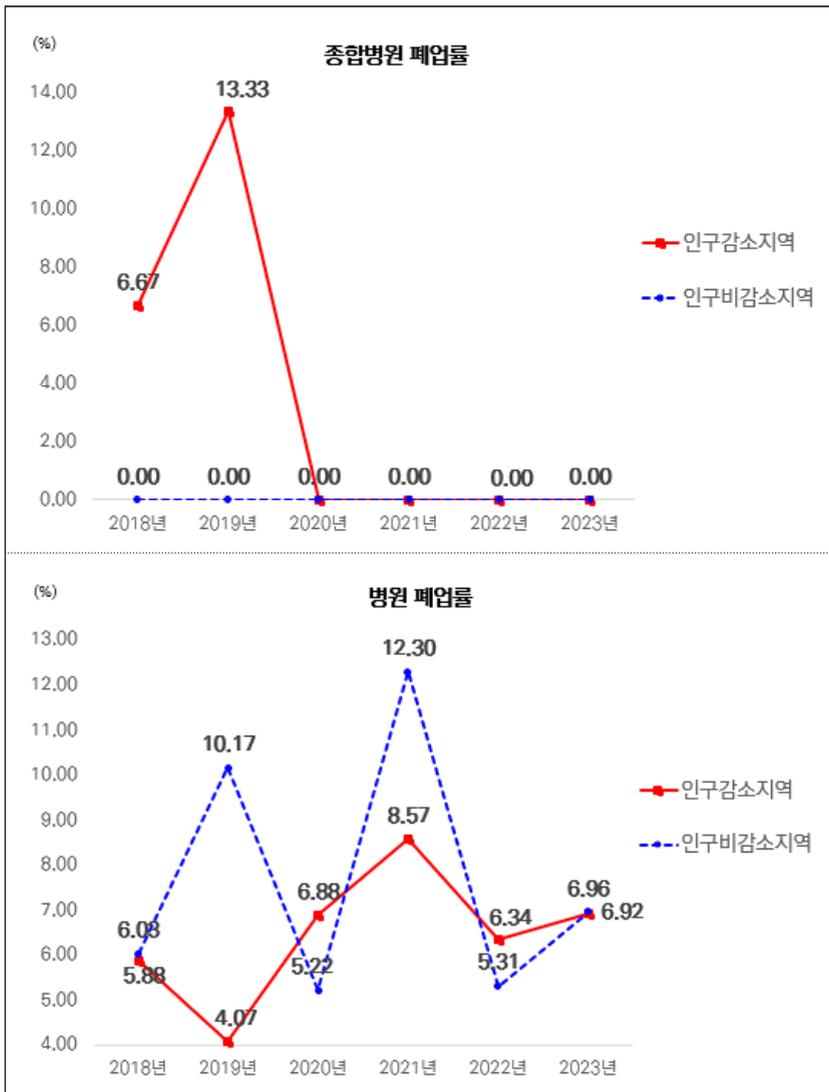
- 주: 1) 폐업률=해당 연도 폐업기관/(해당 연도 폐업기관+해당 연도 운영기관)*100
 2) 2021년 자료부터 병원급 중 정신병원 운영 현황이 추가 발표됨. 이에 따라 2018~2020년 병원급 요양기관 집계 시 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 포함하였고, 2021년 이후는 전술한 요양기관에 정신병원을 추가하여 집계함.
 3) 전체 관찰 연도에 대해 의원급 요양기관 집계 시 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.

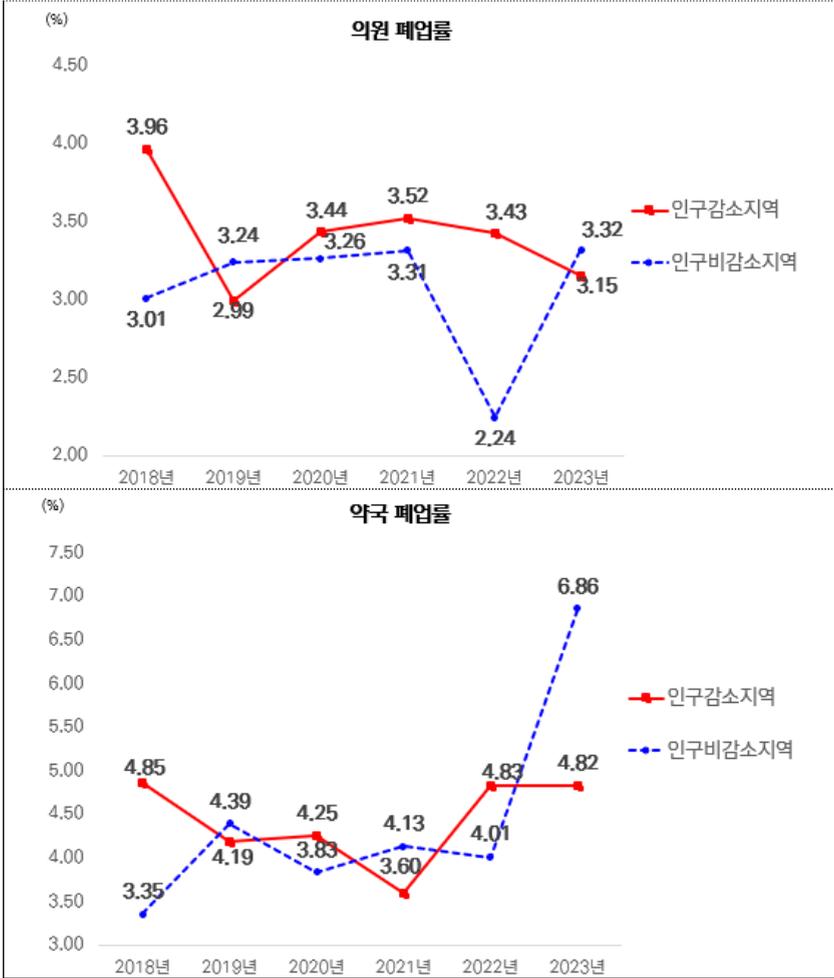
- 출처: 1) “지역별 종별 요양기관수”, 건강보험심사평가원, 2019-2023, HIRA빅데이터개방포털, 2024. 6. 1. 검색,
<https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapYadmStatInfoTab2.do>
 2) “건강보험심사평가원 요양기관 폐업 현황”, 건강보험심사평가원, 2018-2023, 공공데이터포털, 2024. 6. 1. 검색,
<https://www.data.go.kr/data/15051056/fileData.do#/tab-layer-file>

군 지역 상급종합병원은 현재 인구감소지역에서 단 한 개 기관(화순전남대병원)만 운영 중이고, 비인구감소지역에서 운영 중인 상급종합병원은 없었다. 병원 폐업률은 비인구감소지역이 인구감소지역보다 전반적으로 높았고, 반면 의원 폐업률은 인구감소지역에서 전반적으로 높게 나타났다. 인구감소지역 중에서도 특히 의료접근성이 낮은 것으로 평가되는 군 지역에서 의원급 의료기관의 폐업률이 높게 나타나 향후 의료접근성이 더 악화될 가능성을 시사하였다. 인구감소지역의 의원급 의료기관 폐

업률은 2022년 이후 다소 감소하는 것으로 나타나고 있으나, 같은 시기 병원급 의료기관의 폐업률은 증가하였다(그림 2-3 참조).

[그림 2-3] 종별 영양기관 폐업률(군 지역)





주: 1) 폐업률=해당 연도 폐업기관/(해당 연도 폐업기관+해당 연도 운영기관)*100
 2) 2021년 자료부터 병원급 중 정신병원 운영 현황이 추가 발표됨. 이에 따라 2018~2020년 병
 원급 요양기관 집계 시 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 포함하였고, 2021년 이후는
 전술한 요양기관에 정신병원을 추가하여 집계함.

3) 전체 관찰 연도에 대해 의원급 요양기관 집계 시 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.

출처: 1) "지역별 종별 요양기관수", 건강보험심사평가원, 2019-2023, HIRA빅데이터개방포털,
 2024. 6. 1. 검색,

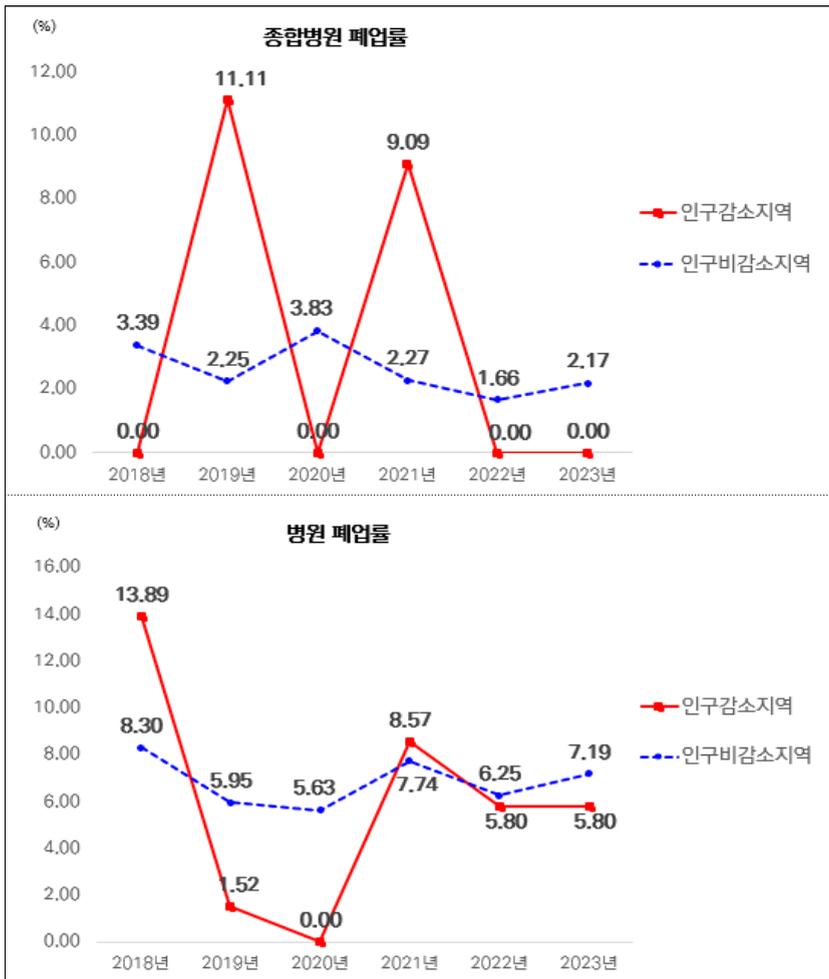
<https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapYadmStatInfoTab2.do>

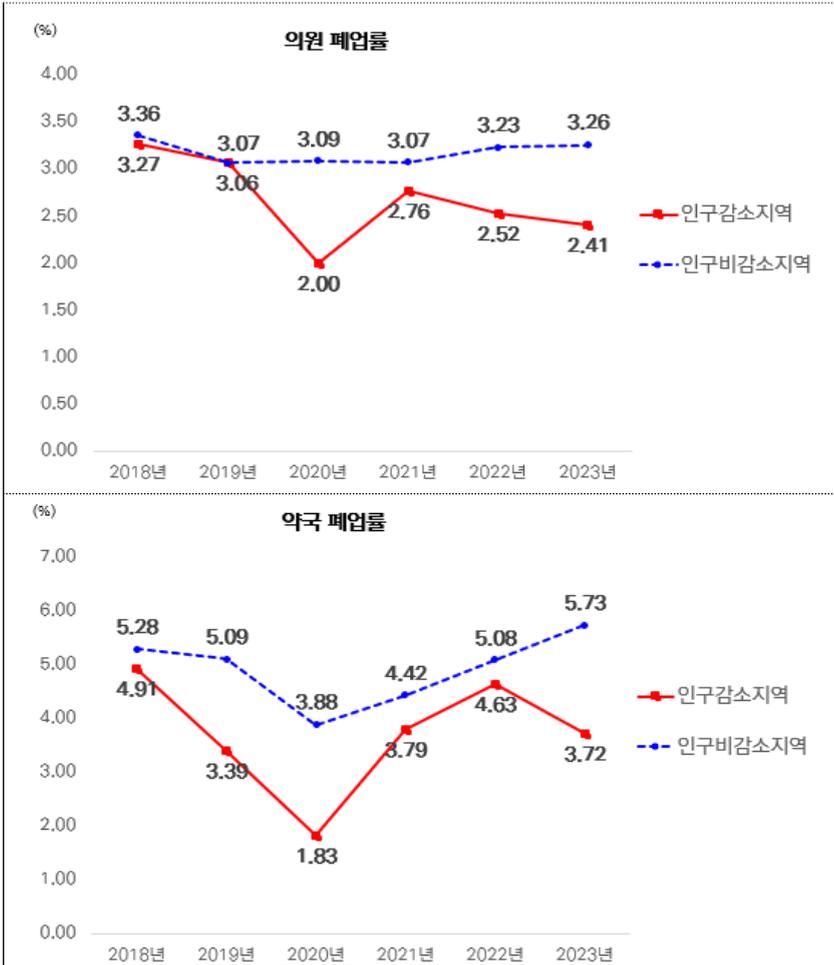
2) "건강보험심사평가원 요양기관 폐업 현황", 건강보험심사평가원, 2018-2023, 공공데이
 터포털, 2024. 6. 1. 검색,

<https://www.data.go.kr/data/15051056/fileData.do#/tab-layer-file>

구 지역 상급종합병원은 인구감소지역과 비인구감소지역 모두 폐업이 발생하지 않았다. 인구감소지역에서의 종합병원, 병원 폐업률은 연도별로 변동폭이 크게 나타났다. 의원과 약국 폐업률은 인구감소지역에서 상대적으로 낮게 나타났다(그림 2-4 참조).

[그림 2-4] 종별 요양기관 폐업률(구 지역)



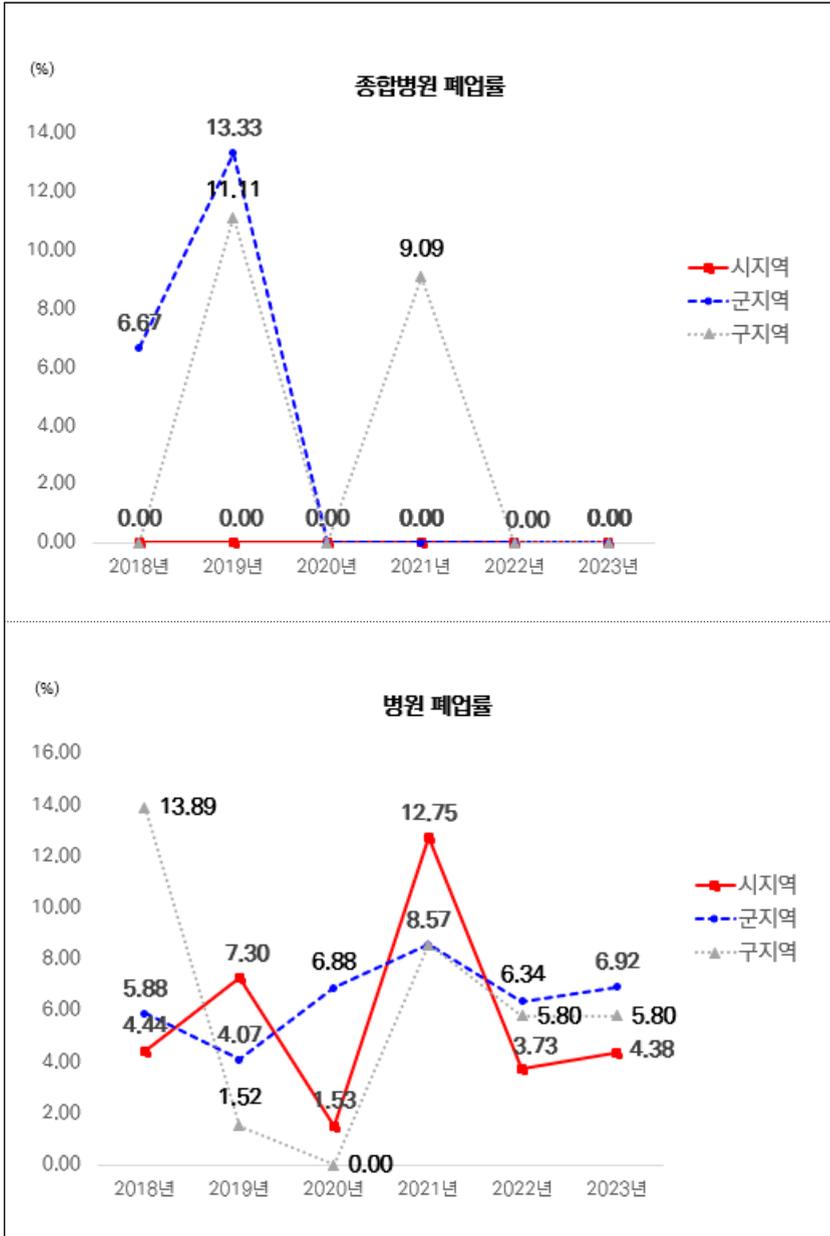


주: 1) 폐업률=해당 연도 폐업기관/(해당 연도 폐업기관+해당 연도 운영기관)*100
 2) 2021년 자료부터 병원급 중 정신병원 운영 현황이 추가 발표됨. 이에 따라 2018~2020년 병원급 요양기관 집계 시 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 포함하였고, 2021년 이후는 전술한 요양기관에 정신병원을 추가하여 집계함.
 3) 전체 관찰 연도에 대해 의원급 요양기관 집계 시 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.

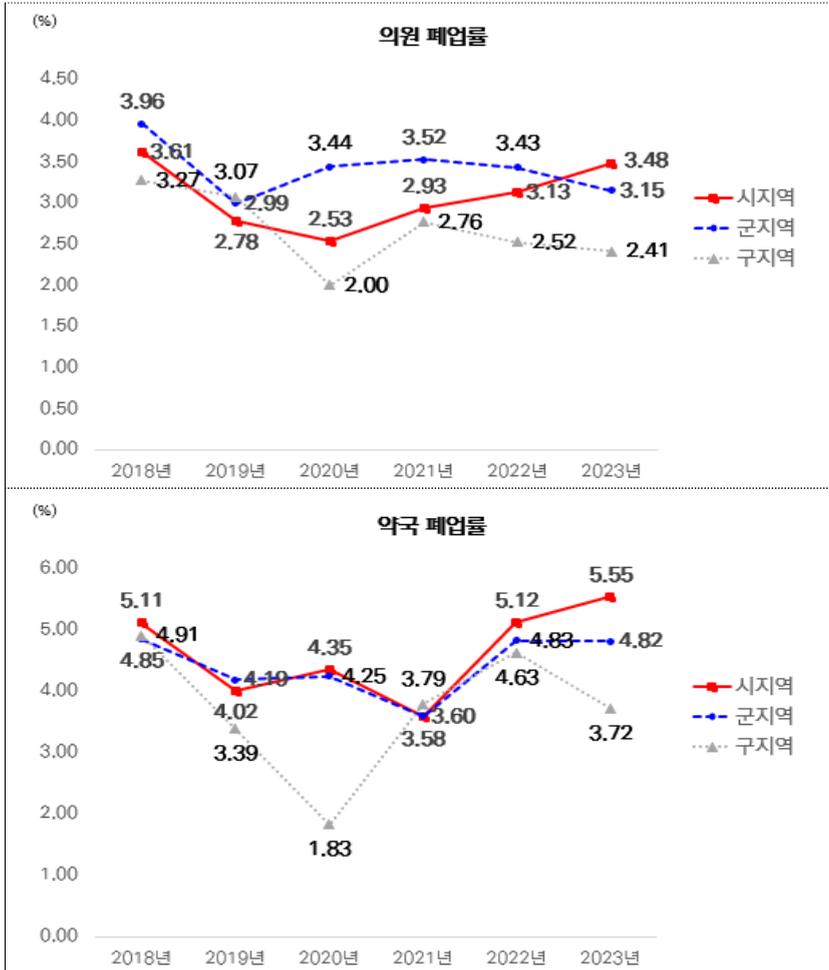
출처: 1) "지역별 중별 요양기관수", 건강보험심사평가원, 2019-2023, HIRA빅데이터개방포털, 2024. 6. 1. 검색, <https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapYadmStatInfoTab2.do>
 2) "건강보험심사평가원 요양기관 폐업 현황", 건강보험심사평가원, 2018-2023, 공공데이터포털, 2024. 6. 1. 검색, <https://www.data.go.kr/data/15051056/fileData.do#/tab-layer-file>

인구감소지역 내에서 시·군·구별 종별 요양기관 폐업률을 비교한 결과, 지역별로 의료기관 폐업률 양상이 다르게 나타났다. 종합병원은 군 지역에서 2019년 13.33%로 가장 높은 폐업률을 기록하였고, 구 지역에서도 2019년과 2021년 각각 11.11%, 9.09%의 폐업률을 보였으나, 현재 운영 중인 종합병원 개소수가 적은 만큼 지속적인 폐업은 발생하지 않은 것으로 나타났다. 병원 폐업률은 연도에 따라 높은 폐업률을 나타낸 지역이 상이했으나, 관찰 기간에 군 지역에서 폐업률이 다소 높았던 것으로 나타났다. 의원급 또한 군 지역에서 여러 차례 폐업률이 높게 나타났다. 인구감소지역 중에서도 의료접근성이 낮은 것으로 평가되는 군 지역에서 일상 의료를 뒷받침해야 할 의원 폐업률이 가장 높았던 점은 주목할 필요가 있으며, 의원 폐업률이 다소 감소한 2023년에는 병원 폐업률이 증가한 것으로 나타나 군 지역 의료접근성에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다고 생각된다.

[그림 2-5] 인구감소지역의 지역 단위별 종별 요양기관 폐업률



72 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구



- 주: 1) 폐업률=해당 연도 폐업기관/(해당 연도 폐업기관+해당 연도 운영기관)*100
 2) 2021년 자료부터 병원급 중 정신병원 운영 현황이 추가 발표됨. 이에 따라 2018~2020년 병원급 요양기관 집계 시 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원을 포함하였고, 2021년 이후는 전술한 요양기관에 정신병원을 추가하여 집계함.
 3) 전체 관찰 연도에 대해 의원급 요양기관 집계 시 의원, 치과의원, 한의원을 포함함.

출처: 1) “지역별 중별 요양기관수”, 건강보험심사평가원, 2019-2023, HIRA빅데이터개방포털, 2024. 6. 1. 검색, <https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapYadmStatInfoTab2.do>
 2) “건강보험심사평가원 요양기관 폐업 현황”, 건강보험심사평가원, 2018-2023, 공공데이터포털, 2024. 6. 1. 검색, <https://www.data.go.kr/data/15051056/fileData.do#/tab-layer-file>

제3절 인구감소지역 관련 정책 현황

1. 관련 법 현황

가. 지방자치법

「지방자치법」은 지방자치단체의 종류와 조직, 운영에 관한 사항 등을 정하고 있는데, 인구감소지역 관련 내용은 법 제198조(대도시 등에 대한 특례 인정)에서 제2항의 2 “실질적인 행정수요, 지역균형발전 및 지방소멸 위기 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준과 절차에 따라 행정안전부장관이 지정하는 시·군·구”에 대해 특례를 둘 수 있다는 내용이 명시된 것이 전부이다(지방자치법, 법률 제19241호, 2023). 즉 지자체의 특례 대상을 선정하는 기준으로 지방소멸 위기를 명시하고 있으나 지방소멸 위기에 대한 정의는 법에 나타나 있지 않다. 대부분의 관계 법령이 ‘인구감소지역’이라는 용어를 사용하고 있지만, 「지방자치법」에서는 ‘지방소멸’이라는 용어를 사용한 것이 특징이라 볼 수 있다.

나. 지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법

인구감소지역 대상 지원에 대한 제도적 근거는 2021년 6월 「국가균형발전특별법」에 의해 마련되었다. 당시 개정된 법률안에 따르면 인구감소지역은 소멸이 우려되는 시군구를 대상으로 각종 인구지표를 고려하여 대통령령으로 정하는 지역으로 규정하였다(이소영 외, 2023b, p. 25). 이후 2023년 「국가균형발전특별법」과 「지방자치분권 및 지방행정체제 개편에 관한 특별법」이 폐지되고, 대신 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」(이하 지역균형발전특별법)이 제정되었다.

2023년 6월 제정되어 7월 1일부터 시행된 지역균형발전특별법 제2조 제12호에서 인구감소지역을 “인구감소로 인한 지역소멸이 우려되는 시(특별시는 제외하고 광역시, 특별자치시 및 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조 제2항에 따른 행정시는 포함한다)·군·구를 대상으로 출생률, 65세 이상 고령인구, 14세 이하 유소년인구 또는 생산가능인구의 수 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 지역”(지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법, 법률 제19154호, 2023)으로 정의하고 있다.

또한 인구감소지역에 대한 시책과 관련하여 “국가와 지방자치단체는 인구감소지역에서 생활서비스 여건 개선·확충, 교통·물류망 및 통신망 확충, 일자리 창출, 청년인구의 유출 방지 및 유입 촉진, 공동체 지원 및 활성화, 주민과 지역의 역량 강화, 지방자치단체 간 시설 및 인력 공동 활용 등 공공서비스 전달체계 개선 등에 관한 시책을 추진하여야 한다”라고 규정하고 있다(지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법, 법률 제19154호, 2023). 아울러 인구감소지역에 대해 “사회간접자본 정비, 교육·문화·관광시설 확충, 농림·해양·수산업 지원, 주택건설 및 개량, 산업단지 지정 특례에 관한 사항 등”에 대한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다”라고 규정하고 있다(지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법, 법률 제19154호, 2023).

다. 인구감소지역지원 특별법

「인구감소지역 지원 특별법」(이하 인구감소지역법)은 지역이 주도하여 인구감소 및 지방소멸 문제에 효과적으로 대응하고, 국가는 행·재정적 지원을 위한 제도 기반 마련을 위해 2022년 6월 제정, 2023년 1월부터 시행되었다.

인구감소지역법은 인구감소 문제 대응체계를 중앙정부가 아닌 지역 주도 대응체제로 개편하는 데 목적이 있다. 특히 인구감소 문제를 철저히 분석하고 지역 여건을 고려한 맞춤형 정책 추진을 위해 지자체가 ‘인구감소지역대응기본계획’과 ‘연도별 시행계획’을 수립하고 정부가 이를 지원하는 상향식 정책 수립체계를 구축하는 데 의의가 있다.

인구감소지역법에서는 ‘인구감소지역대응기본계획’ 수립 시 「지방자치단체 기금관리기본법」에 따른 지방소멸대응기금 교부 지원금을 지방소멸대응 투자계획과 연계되도록 규정하고 있다(인구감소지역 지원 특별법, 법률 제19430호, 2023). 또한 인구감소지역법에서는 인구감소지역의 정주 여건 개선을 위해 보육, 교육, 의료, 주거·교통, 문화, 외국인, 노후·유휴시설 관리, 산업단지 등의 분야에 관한 특례를 두고 있다(하혜영, 2023, p. 2).

〈표 2-12〉 인구감소지역의 주요 지원 특례

분야	주요 내용
보육	국공립어린이집 우선 설치, 기부채납이나 무상임대 방식으로 민간어린이집·가정어린이집을 국공립어린이집으로 전환 등
교육	유·초·중·고등학교의 시설·설비 및 교원 등의 통합 운영, 학교 설립 기준 및 인가 특례, 교육시설 설치 및 해당 지역으로 이전하려는 자에게 행·재정적 지원, 지방대학 지원 강화 등
의료	의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 대상으로 방문진료사업 지원, 지역보건의료기관 간 협력 강화, 의료취약지 거점의료기관 지정 및 우선 지원 등
주거 교통	이주자에게 공공임대 주택 우선 공급, 신축 및 주택개·보수비용 일부 지원, 섬주민 및 섬주민 차량에 대해 운임 및 요금 지원, 대중교통 취약지역 주민의 교통서비스 지원 등
문화	단독주택에 작은도서관 설립, 문화·관광·체육시설 설치 및 해당 지역으로 이전하려는 자에게 행·재정적 지원 등
외국인	체류 외국인에게 사증 발급절차, 체류자격 변경 등
노후·유휴시설	노후·유휴시설 관리실태 주기적 점검, 노후·유휴시설 복합적 활용 촉진을 위해 필요한 지원과 시책강구 등
산업	산업단지 활력 증진을 위한 행·재정 지원

출처: 인구감소지역 지원 특별법. (2023); “인구감소지역 지원 특별법 시행 및 향후 과제”, 하혜영, 2023, 국회입법조사처, p. 2. 재인용.

2. 인구감소 대응 정책 현황

가. 지방소멸대응기금

지역인구감소에 따른 지방소멸 이슈가 사회적으로 부각되자 행정안전부는 2017년부터 2021년까지 5년간 공모를 통해 36개 인구감소지역에 특별교부세를 지원하기로 하였고, 2021년 행정안전부가 인구감소지역과 관심지역을 지정하고 지방기금관리기본법을 개정하여 지방소멸대응기금을 설치하였다(최정우, 2023, p. 3).

지방소멸대응기금은 지역이 주도하여 지방소멸 대응 사업을 추진하도록 하기 위한 재정 지원을 목적으로 2022년부터 향후 10년(2022~2031년)간 매년 1조 원 규모로 지원되며, 기초자치단체에 75%, 광역자치단체에 25%의 재원이 각각 배분된다(행정안전부, 2022; 하혜영, 2023, p. 2 재인용). 지원 대상은 총 122개 지자체로 광역은 서울과 세종을 제외한 15개 광역지자체와 기초는 107개 지자체(인구감소지역 89개, 관심지역 18개)이지만, 지방소멸 대응이라는 목적 달성을 위해 인구감소지역에 집중(95%) 지원된다(행정안전부, n.d.b.). 기금 배분 방법은 광역지자체는 인구감소지수, 재정·인구 여건 등을 고려하여 배분하고, 기초지자체는 투자계획을 평가하여 결과에 따라 차등 배분한다(행정안전부, n.d.b.).

기금을 지원받는 지자체는 「지방자치단체 기금관리 기본법」 제27조의 지방소멸대응기금 투자계획에 따라 지방소멸 대응을 위한 투자계획을 수립하여 지방소멸대응기금심의위원회에 제출해야 한다(이소영 외, 2023b, p. 30). 2023년 광역지방자치단체 배분액은 전남분청, 경북분청, 강원분청 순으로 많았는데, 광역은 인구감소지수, 재정·인구 여건 등을 고려하여 정액 배분하므로 배분액이 많을수록 지방소멸의 우려가 큰 지역으로 볼 수 있다(송윤정, 2023, p. 2).

〈표 2-13〉 지방소멸대응기금 광역지자체 배분액(2022~2023년)

(단위: 억 원, %)

구분	2023년	2022년
계	2,496(100.0)	1872(100.0)
전남본청	504(20.2)	378(20.2)
경북본청	484(19.4)	363(19.4)
강원본청	344(13.8)	258(13.8)
전북본청	320(12.8)	240(12.8)
경남본청	297(11.9)	223(11.9)
충남본청	239(9.6)	179(9.6)
충북본청	159(6.4)	119(6.4)
부산본청	34(1.4)	26(1.4)
대구본청	32(1.3)	24(1.3)
광주본청	19(0.8)	14(0.7)
제주본청	19(0.8)	14(0.7)
인천본청	16(0.6)	12(0.6)
대전본청	12(0.5)	9(0.5)
울산본청	12(0.5)	9(0.5)
경기본청	5(0.2)	4(0.2)

출처: 용혜인 국회의원실 제공 자료: “2022~2023 전국 지방자치단체 지방소멸대응기금 사업 내역”, 송윤정, 2023, 나라살림연구소, 나라살림 브리핑 343호, pp. 2-3. 재인용,
<https://www.narasallim.net/report/525>

2023년 시 단위 기초지방자치단체 배분액은 경남 밀양시, 경북 영천시 가장 많았고, 경남 통영시, 경기 동두천시가 가장 적었다(송윤정, 2023, p. 3). 군 단위 기초지방자치단체 배분액은 경남 함양군, 경북 의성군, 전남 신안군, 충남 금산군이 가장 많았고, 강원 인제군이 가장 적었으나, 강원 인제군의 평가 등급은 B등급으로 이는 인제군이 인구감소지역이 아닌 관심지역이기 때문으로 보인다(송윤정, 2023, p. 3). 구 지역의 지방소멸 대응기금은 대구 남구와 서구, 부산 서구가 가장 많았고, 대전 대덕구가 가장 적었다. 다만 배분액 하위지역에 속한 6개 지자체는 모두 인구감소 지역이 아닌 관심지역으로 지정되었다.

78 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

〈표 2-14〉 지방소멸대응기금 기초지방자치단체 배분액 상위 6곳과 하위 6곳

(단위: 억 원)

시				군				구			
순위	지자체	등급	배분액	순위	지자체	등급	배분액	순위	지자체	등급	배분액
1	경남 밀양시	B	96	1	경남 함양군	A	120	1	대구 남구	D	80
2	경북 영천시	B	96	2	경북 의성군	A	120	2	대구 서구	C	80
3	강원 삼척시	C	80	3	전남 신안군	A	120	3	부산 서구	C	80
4	강원 태백시	C	80	4	충남 금산군	A	120	4	부산 영도구	D	72
5	경북 문경시	C	80	5	강원 정선군	B	96	5	부산 동구	E	64
6	경북 영주시	C	80	6	강원 평창군	B	96	6	광주 동구	A	30
20	경기 포천시	C	20	65	전남 담양군	E	64	7	대전 동구	C	20
21	경남 사천시	C	20	66	전남 진도군	E	64	8	대전 중구	C	20
22	경북 경주시	C	20	67	전남 화순군	E	64	9	부산 중구	C	20
23	경북 김천시	C	20	68	충남 예산군	E	64	10	부산 금정구	D	18
24	경기 동두천시	D	18	69	충북 단양군	E	64	11	인천 동구	D	18
25	경남 통영시	E	16	70	강원 인제군	B	24	12	대전 대덕구	E	16

출처: 홍익표 국회의원실 제공 자료; “2022~2023 전국 지방자치단체 지방소멸대응기금 사업 내역”, 송운정, 2023, 나라살림연구소, 나라살림 브리핑, pp. 3-4. 재인용, <https://www.narasallim.net/report/525>

지방소멸대응기금 배분을 위해 각 지자체가 제출한 투자계획은 2022년 대상 사업 811건, 2023년 대상 사업 880건 규모의 사업이 포함되었다(행정안전부, 2022, p. 2). 분야별로는 2022, 2023년 모두 문화·관광, 산업·일자리, 주거 3개 분야가 사업 건수에서 70% 이상 비중을 차지하였고, 의료 관련 사업은 2022년 5.8%, 2023년 5.0%에 불과하였다.

〈표 2-15〉 지방소멸대응기금 투자계획(2022~2023년)

(단위: 개)

	계 (122개)	기초지자체(107개)			광역지자체 (15개)
		인구감소지역 (89개)	관심지역 (18개)	소계	
2022년	811	637	63	700	111
2023년	880	691	66	757	123

출처: “전국 122개 지방자치단체, 지방소멸대응기금 투자계획 제출”, 행정안전부, 2022, 행정안전부 홈페이지, 2024. 5. 31. 검색,
https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000008&nttId=92987

〈표 2-16〉 지방소멸대응기금 분야별 사업(2022~2023년)

(단위: 개, %)

	2022년	2023년
계	811(100.0)	880(100.0)
문화·관광	226(27.9)	232(26.4)
산업·일자리	190(23.4)	221(25.1)
주거	167(20.6)	193(21.9)
교육	84(10.4)	85(9.7)
노인·의료	47(5.8)	44(5.0)
보육	43(5.3)	47(5.3)
교통	24(3.0)	24(2.7)
기타	30(3.7)	34(3.9)

주: (문화·관광) 산책로·캠핑장 개발, 예술·공연·여행 프로그램 등, (산업·일자리) 기업 유치를 위한 클러스터 조성, 청년층 창업·취업 지원 등, (주거) 노후주택·빈집 리모델링, 골목재생사업 등, (교육) 교육 시설 건립, 청년 정착 맞춤형 교육 등, (노인·의료) 요양병원·건강센터 등 운영, 건강관리 사업, 의료인력 정주 환경 개선 등, (보육) 육아나눔터·놀이터 카페 등 보육 시설 조성, 각종 돌봄 프로그램 운영 등, (교통) 교통약자 보행로 조성, 대중교통 인프라 구축 등, (기타) 재난·안전 시스템 구축, 생활인구 확대 사업 등

출처: “전국 122개 지방자치단체, 지방소멸대응기금 투자계획 제출”, 행정안전부, 2022, 행정안전부 홈페이지, p. 3, 2024. 5. 31. 검색,
https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000008&nttId=92987

행정안전부는 우수 기금사업을 발굴한 자치단체에 더 많은 기금이 배분되어 지방소멸 위기 극복에 기여할 수 있도록 최고 등급 배분 금액을 확대하고 실효성 있는 사업에 대하여 더 많은 지원이 이루어지도록 기금 운영

방향을 설정하고 있다(송윤정, 2023, p. 4). 그러나 지방소멸대응기금은 10년의 한시적인 기금으로 이후에는 없어질 것이라는 불확실성 때문에 장기 사업을 발굴하기 어렵고, 연례적 소규모 사업의 반복 문제(류영아, 2022, p. 43)와 함께 일부 분야의 사업 편중 문제 등 한계에 노출되어 있다.

나. 인구감소지역대응계획

인구감소지역법의 시행에 따라 인구감소지역으로 선정된 시군구 및 인구감소지역을 관할하는 시도, 국가는 인구감소지역대응기본계획 및 시행계획을 의무적으로 수립해야 한다(윤소연, 2023, p. 2). 인구감소지역대응기본계획은 지역의 인구 활력 제고를 위해 국내 최초로 수립·추진되는 법정 계획으로서 지역 주도로 수립되며, 무엇보다 시군구-시도-국가 순으로 계획이 수립되는 상향적 접근 방식이 특징이다(윤소연, 2023, p. 2).

〈표 2-17〉 인구감소지역대응기본계획 수립의 개요

구분		내용
계획 수립 주체		인구감소지역으로 선정된 시군구 및 인구감소지역을 관할하는 시도, 국가
계획 수립 범위	시간	5년(2022~2026년)
	공간	지자체의 관할 영역 및 생활권에 해당하는 영역
	내용	지역의 인구증감 및 인구구조, 인구가동 변화 분석, 인구감소 대응 기본구상 및 전략, 중점과제, 추진체계, 재원조달 및 투자계획 등
계획 수립 원칙	상향적 방식	시도 기본계획 및 시행계획은 시군구 기본계획 및 시행계획을 바탕으로, 국가 기본계획은 시도 기본계획 및 시행계획을 바탕으로 수립해야 함
	주민참여·의견 수렴	계획 수립 시 중점적으로 추진해야 할 과제와 그 우선순위를 정하고 지역주민과 전문가 등 민간 부문의 참여와 의견을 충분히 수렴해야 함
	재원 확보 노력	지자체는 기본계획 및 수립계획의 시행을 위하여 필요한 재원의 계획적·안정적 확보를 위해 노력해야 함
법적 근거		「인구감소지역 지원 특별법」

출처: 행정안전부 내부자료: 인구감소지역 지원 특별법, 법률 제19430호(2023); “지역이 주도하는 인구감소지역 대응계획 수립 방안”, 윤소연, 2023, 한국지방행정연구원, p. 2. 재인용.

2023년 12월 18일 확정된 범정부 ‘제1차 인구감소지역대응기본계획’은 지방소멸 위기를 극복하고 지역에 활력을 도모하기 위해 수립되었다. ‘제1차 인구감소지역대응기본계획’의 3대 전략은 인구감소지역에서 경제적 격차(일자리), 인프라 열악(정주 여건), 인구감소(사람)가 큰 위협 요인으로 판단됨에 따라 (전략1) 지역 맞춤형 일자리 창출 및 산업 진흥, (전략2) 매력적인 정주 여건 조성 지원, (전략3) 생활인구 유입 및 활성화 도모로 설정되었다(행정안전부, 2023, p. 2). 또한 기업의 지방 이전 촉진, 지역특화 일자리 창출을 통한 청년인구 유입, 낙후지역 인프라 확충, 의료 및 돌봄 사각지대 해소 등 16대 추진 과제 및 43개 실천 과제가 포함되어 있다(행정안전부, 2023, p. 2). 이 중 인구감소지역과 관련된 보건 의료 대응 과제는 ‘의료접 근성 향상 도모’가 포함되어 있으며, 구체적 내용은 의료 사각지대 해소를 위한 ‘비대면 진료’가 유일하다.

제4절 소결

전국 89개 인구감소지역에 거주하는 인구는 2023년 12월 현재 479만여 명으로 우리나라 인구의 9.3%이나, 해당 지역의 면적은 전체 국토의 59.4%를 차지하고 있다.

인구감소지역의 인구 변화를 자세히 파악하기 위해 시·군·구 및 읍·면·동의 최근 10년(2014~2023년) 동안 인구 변화를 분석한 결과, 인구감소지역의 인구는 2014년 535만 5천 명에서 2023년 479만 4천 명으로 56만여 명 감소하였고, 이 기간 연평균 1.22%의 인구가 감소한 것으로 나타났다. 특히 인구감소지역에 속한 1,036개 읍·면·동의 최근 10년(2014~2023년) 동안 인구 변화를 살펴보면 면 지역의 연평균 인구감소율은 -1.44%로 가장 높았고, 동 지역은 -1.18%, 읍 지역 -0.94%의 순으로 나타났다.

인구감소지역은 지정 현황으로 볼 때 도시보다는 농어촌에 집중되어 있는데, 농어촌 중에서도 읍 지역보다 면 지역에서의 인구감소가 더 심각한 것으로 나타났다. 인구감소로 인한 기초생활시설 변화로 인해 우리나라 면 지역의 70% 이상은 보건의료서비스 접근성에 어려움을 겪고 있으며, 40%에 가까운 면 지역에서는 일상생활 전반에 걸쳐 어려움을 느낄 가능성이 높은 것으로 나타났다.

의료접근성과 관련하여, 전국 급성병원 병상 수 평균은 인구 10만 명당 562.1개인데 비해 인구감소지역 중 64개 지역에 설치된 급성병원 병상은 이보다 낮은 수준이었다. 90분 내 300병상 이상 종합병원에 접근이 불가능한 인구 비율은 2021년 기준 전국 평균은 5.2%였으며, 인구감소지역 중에서 전국 평균보다 양호한 지역은 18개 지역에 불과하였다. 30분 내 지역응급의료센터 접근이 불가능한 인구 비율은 2021년 기준 전국 평균은 11.8%였으며, 인구감소지역 중에서 전국 평균보다 양호한 지역은 시 지역인 4개 지자체에 불과하였다. 특히 인구감소지역에 속하는 24개 지자체에서는 지역 전체가 30분 내에 지역응급의료센터에 접근하는 것이 불가능한 것으로 나타났다.

지역의 인구감소로 인한 환자 수 감소는 지역 민간의료기관 경영 악화와 폐업으로 이어졌으며 지역 의료접근성이 더욱 악화되는 결과를 초래하였다. 인구감소지역과 비인구감소지역 간의 의료접근성 격차는 요양기관 폐업률에서도 일부 드러났는데, 2018~2023년 지역별, 종별 요양기관 폐업률 산출 결과, 코로나19 유행이 절정에 달했던 2021년 병원과 의원의 폐업률 증가에 비인구감소지역보다 인구감소지역이 더 큰 영향을 미친 것으로 나타났다. 또한 인구감소지역 내에서도 시군구별로 의료기관 폐업률 양상이 상이했는데, 의료접근성이 낮은 것으로 평가되는 군 지역에서 의원 폐업률이 높았고, 최근에는 병원 폐업률도 다시 증가 추세인 것으로 나타났다.

이와 관련해 정부에서는 인구감소 문제에 본격적으로 대응하고자 지방자치법 및 인구감소지역법상 특례 조항을 마련하고, 지방자치분권 및 지역균형발전특별법을 통해 인구감소지역과 관련 시책 영역을 정의한 바 있다. 구체적인 정책 단위에서는 지역 주도형 지방소멸대응 사업 추진을 위한 지방소멸대응기금이 2022년부터 지원되고 있으나 10년간의 한시적 지원에 해당하며, 인구감소지역 대응계획으로 16대 추진 과제 및 43개 실천 과제가 포함됐으나 이 중 인구감소 문제에 대응하는 의료분야의 실천 과제는 비대면 진료만이 유일하다.





제3장

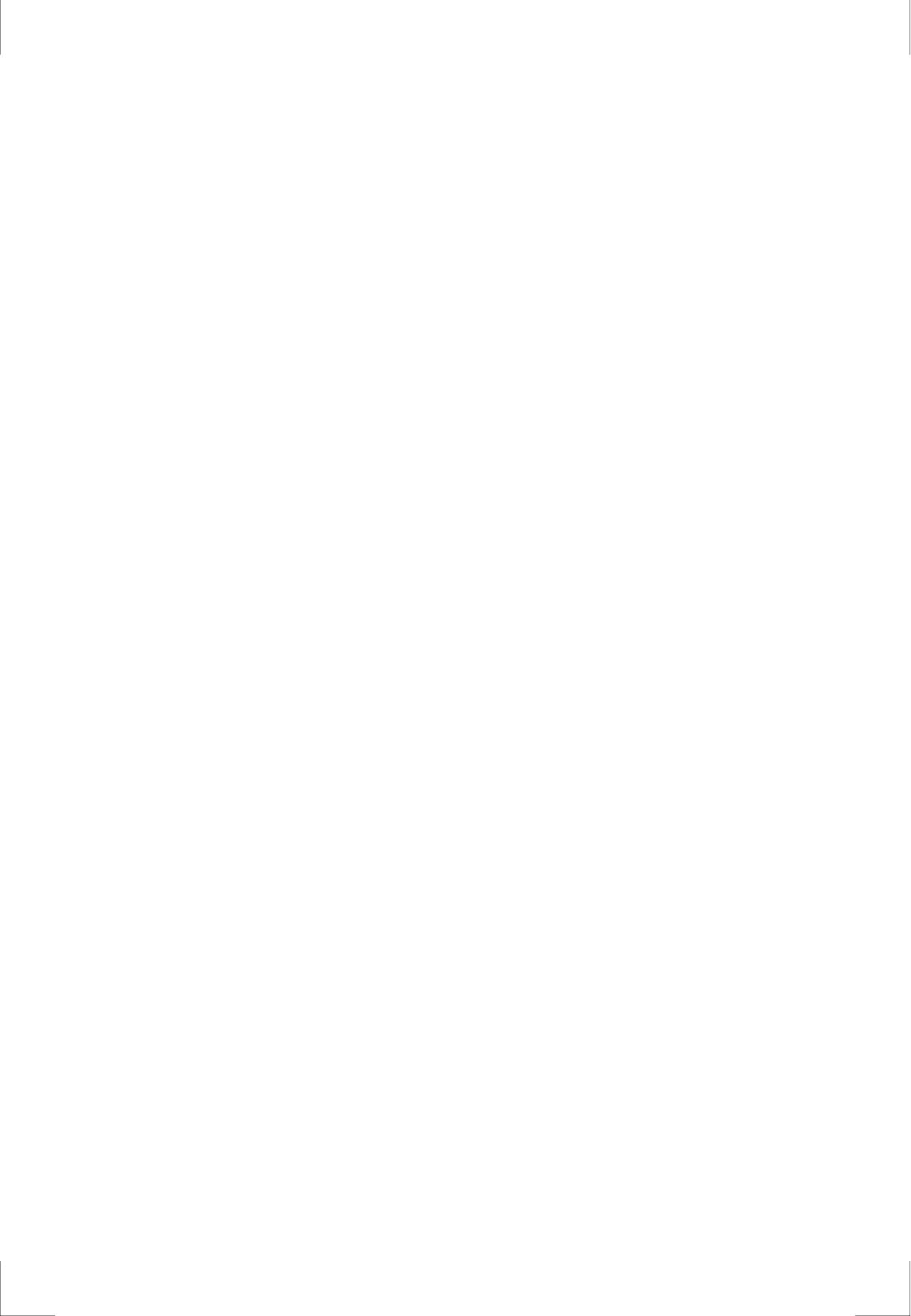
인구감소지역 주민 대상 설문조사

제1절 조사 개요

제2절 조사 내용 및 분석 방법

제3절 조사 결과

제4절 소결



제 3 장 인구감소지역 주민 대상 설문조사

제1절 조사 개요

이 연구에서는 인구감소지역 주민의 정주 여건과 이주 의향에 영향을 미치는 요인으로서 의료서비스의 중요성을 파악하기 위해 인구감소지역 주민을 대상으로 설문조사를 수행하였다.

주요 질문 영역은 ‘생활 만족도’, ‘건강 및 의료이용’, ‘이주 희망’으로, 인구감소지역 주민의 거주지 특성과 정주 만족도, 행복감, 건강 수준, 의료이용 경험과 여건, 이주 계획 등을 조사하였다.

1. 조사 대상 및 표본설계

조사 대상은 인구감소지역에 거주하는 만 19세 이상 74세 이하 성인으로, 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」 제2조 및 같은 법 시행령 제3조에 의해 인구감소지역으로 지정된 89개 지자체 중 광역시에 속한 8개 지자체를 제외한 81개 지자체 읍·면 지역 거주 성인을 목표 모집단으로 하였다.

〈표 3-1〉 목표 모집단 지역

광역시도	시군구
경기(2)	가평군, 연천군
강원(12)	고성군, 삼척시, 양구군, 양양군, 영월군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군

광역시도	시군구
충청(15)	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군, 제천시
	공주시, 금산군, 논산시, 보령시, 부여군, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군
전라(26)	고창군, 김제시, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군
	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 담양군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군, 화순군
경상(26)	고령군, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 안동시, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군
	거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 산청군, 의령군, 창녕군, 하동군, 함안군, 함양군, 합천군

표집틀은 조사위탁 업체에서 보유하고 있는 전국 조사패널을 활용하였다. 해당 패널은 약 117만 명 규모의 대규모 패널로, 주민등록 인구통계와 유사한 인구비례를 따르고 있다. 목표 표본 수는 600명이며, 표본오차는 95% 신뢰수준에서 $\pm 4\%$ 이다. 목표 표본은 모집단 구성 인구의 연령 특수성을 고려해 일차적으로 만 19세 이상 59세 이하 연령군과 만 60세 이상 74세 이하 연령군을 5:5의 비율로 할당한 후, 2024년 5월 주민등록 인구통계를 기준으로 모집단(광역도)의 성별, 연령별, 지역별 인구구성비에 맞게 비례 배분하였다. 단, 인구감소지역의 수가 상대적으로 적은 경기 지역은 성별, 연령별, 지역별 비례 추출 시 총 표본 수가 16명에 불과하므로, 표본 안정성과 신뢰성을 높이기 위해 30명으로 과표집하였다. 또한 인구감소지역의 거주자라 하더라도 인구감소 속도가 상대적으로 둔화된 동 지역 거주자는 조사 대상에서 제외하고, 읍·면 지역 거주자에 한해 조사를 진행하였다.

최종적으로 614명이 조사에 응답하였으며, 과표집한 경기 지역은 모집단을 대표할 수 있도록 주민등록인구통계를 기준으로 실제 인구비례에 맞게 사후 가중치를 부여하였다.

〈표 3-2〉 증별 모집단 분포
제3장 인구감소지역 주민 대상 설문조사 89
(단위: 명)

지역	계	만 19~29세		만 30~39세		만 40~49세		만 50~59세		만 60~64세		만 65~69세		만 70~74세	
		남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
전체	2,939,378	195,503	145,292	158,107	131,497	238,836	203,608	378,797	315,622	232,555	214,240	214,450	204,245	147,737	158,889
경기	78,363	6,338	4,341	5,305	4,054	6,095	5,306	9,329	8,083	5,896	5,467	5,793	5,339	3,501	3,516
강원	348,375	25,792	17,491	20,712	16,267	28,233	24,315	43,583	36,822	27,763	25,452	26,190	23,897	15,670	16,188
충북	236,555	16,344	12,657	12,390	10,219	18,088	16,175	29,835	26,338	18,723	17,567	17,981	16,759	11,613	11,866
충남	462,208	30,930	24,558	25,772	21,206	38,415	32,746	57,373	49,365	35,163	33,445	32,799	32,479	23,126	24,831
전북	340,494	22,667	17,443	17,515	15,711	28,244	24,247	45,714	36,963	26,421	23,735	23,596	22,588	17,059	18,591
전남	474,510	31,266	23,421	23,759	20,665	39,961	31,229	65,498	49,661	38,723	33,471	34,108	31,668	24,450	26,630
경북	607,715	39,337	29,452	33,678	27,633	48,963	42,603	76,407	65,099	47,499	45,067	43,441	42,281	31,453	34,802
경남	391,158	22,829	15,929	18,976	15,742	30,837	26,987	51,058	43,291	32,367	30,036	30,542	29,234	20,865	22,465

90 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

〈표 3-3〉 총별 표본 분포(만 19세 이상 59세 이하)

(단위: 명)

지역	계	만 19~29세		만 30~39세		만 40~49세		만 50~59세	
		남	여	남	여	남	여	남	여
전체	308	34	26	28	26	42	35	65	52
경기	17	2	2	2	2	2	2	3	2
강원	36	4	3	4	3	5	4	7	6
충북	24	3	2	2	2	3	3	5	4
충남	48	5	4	4	4	7	6	10	8
전북	36	4	3	3	3	5	4	8	6
전남	48	5	4	4	4	7	5	11	8
경북	62	7	5	6	5	8	7	13	11
경남	37	4	3	3	3	5	4	8	7

주: 경기 지역은 표본 안정성 및 신뢰성을 위해 과표집하였으며(만 19세 이상 59세 이하 목표 표본 수 : 실제 조사 표본 수), 분석 시 모집단의 인구비례를 고려한 가중치를 적용해 계산하였음.

〈표 3-4〉 총별 표본 분포(만 60세 이상 74세 이하)

(단위: 명)

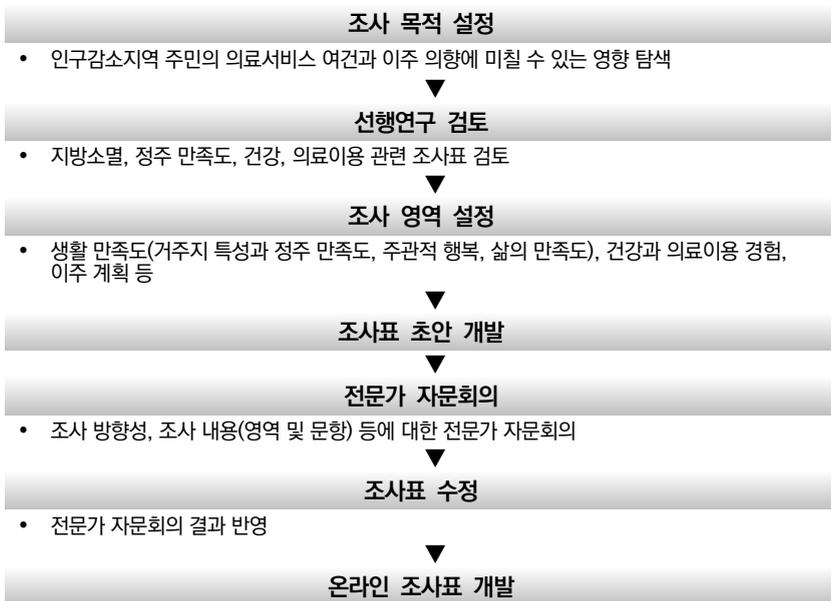
지역	계	만 60~64세		만 65~69세		만 70~74세	
		남	여	남	여	남	여
전체	306	61	57	56	52	38	42
경기	13	3	2	2	2	2	2
강원	35	7	7	7	6	4	4
충북	24	5	4	5	4	3	3
충남	46	9	9	8	8	6	6
전북	34	7	6	6	6	4	5
전남	49	10	9	9	8	6	7
경북	63	12	12	11	11	8	9
경남	42	8	8	8	7	5	6

주: 경기 지역은 표본 안정성 및 신뢰성을 위해 과표집하였으며, 분석 시 모집단의 인구비례를 고려한 가중치를 적용해 계산하였음.

2. 조사 방법

선행연구 및 전문가의 검토 의견을 반영하여 구조화된 설문지를 개발하였고, 만 19세 이상 59세 이하 성인에게는 온라인조사,⁸⁾ 만 60세 이상 74세 이하 노인에게는 개별 면접조사를 실시하였다. 이는 조사 대상 가운데 노인인구의 비중이 높은 점을 고려한 것으로, 대상자의 참여 편의성 및 응답률을 높이고자 연령군별로 조사 방식을 구분하였다. 본 조사는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회의 승인(제2024-056호(RPMS 제 2024-0297호))을 받았으며, 조사는 2024년 6월 28일부터 2024년 7월 29일까지 진행하였다.

[그림 3-1] 조사표 개발 과정



8) 온라인조사 응답률(조사 완료자 수/(조사 완료자+중단자 수)×100)은 9.1%로 확인됨.

제2절 조사 내용 및 분석 방법

1. 조사 내용

조사 영역은 크게 ‘생활 만족도’, ‘건강 및 의료이용’, ‘이주 희망’으로 구성되며, 주요 조사 문항은 <표 3-5>와 같다. ‘생활 만족도’ 영역에서는 과거 및 현재의 거주지 특성과 정주 만족도, 현재의 행복감 및 삶의 만족도에 대한 주관적인 인식을 조사하였다. ‘건강 및 의료이용’ 영역에서는 주관적 건강상태와 건강 관련 삶의 질 문항을 활용해 지역주민의 건강 수준을 파악하고, 미충족 의료, 단골 의료기관, 의료기관 만족도 등 의료이용 경험을 기반으로 지역 내 의료서비스 제공 여건을 파악하였다. ‘이주 희망’ 영역에서는 이주 계획이 있는지, 있다면 의료서비스 제공 여건을 포함해 어떠한 사유로 이주하고자 하는지를 응답하도록 하였다.

<표 3-5> 주요 조사 문항

영역	문항	(분석 시) 항목 구분
생활 만족도	귀하께서 현재 거주하시는 지역의 생활환경에 대한 만족 여부를 가장 잘 나타내는 항목에 표시하여 주십시오. 1) 여가를 누릴 수 있는 문화·체육 환경 2) 창업, 취업을 할 수 있는 일자리 환경 3) 생활하는 데 충분한 주택과 깨끗한 마을 등 주거 환경 4) 초등학교, 중학교, 고등학교, 평생교육 등 교육 환경 5) 필요할 때 이용할 수 있는 의료 환경 6) 영유아, 노인 등에 대한 돌봄 환경 7) 편리한 대중교통 등 교통 환경 8) 깨끗한 공기, 빼어난 경관 등 자연환경 9) 친한 이웃 등 공동체 환경	각 항목에 대해 이분형으로 구분 ① 매우 만족함~ ⑤ 전혀 만족하지 않음
	주관적 행복도 귀하는 어제 어느 정도 행복하셨습니다?	이분형으로 구분 ① 매우 행복했음~ ⑤ 전혀 행복하지 않았음

영역	문항		(분석 시) 항목 구분	
생활 만족도	삶의 만족도	귀하는 요즘 삶에 전반적으로 만족하십니까?	이분형으로 구분 ① 매우 만족함~ ⑤ 전혀 만족하지 않음	
건강 및 의료이용	주관적 건강상태	평소에 귀하의 건강은 어떻다고 생각하십니까?	이분형으로 구분 ① 매우 좋음~ ⑤ 매우 나쁨	
	건강 관련 삶의 질	아래의 각 문항에서 귀하의 오늘 건강상태를 가장 잘 설명하는 하나의 항목에 표시해 주십시오. 1) 운동 능력 2) 자기관리 3) 일상 활동 4) 통증/불편 5) 불안/우울	각 항목에 대해 이분형으로 구분 ① 지장이 없다 ② 다소 지장이 있다 ③ 매우 지장이 있다	
	의료 여건	아래의 각 문항에서 귀하께서 거주하시는 지역의 의료서비스 여건을 가장 잘 나타내는 항목에 표시하여 주십시오. 1) 병원 이용이 어렵지 않다 2) 약국 이용이 어렵지 않다 3) 필요한 진료과목을 이용할 수 있다 4) 의료서비스 수준이 양호하다 5) 응급의료 이용이 어렵지 않다	이분형으로 구분 ① 매우 그러함~ ⑤ 전혀 아님	
	미충족 의료	최근 1년 동안 본인이 생각하기에 병원원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었지만 병원에 가지 못한 적이 한 번이라도 있습니까?	① 예 ② 아니오	
	의료기관 만족도	귀하는 최근 1년 동안 지역 내 의료기관을 방문하신 적이 있습니까?		① 예 ② 아니오
		방문하신 의료기관에 대해서 만족하십니까? 1) 의료기관까지의 거리 2) 의료진에 대한 신뢰 3) 충분한 진료과목 4) 의료시설·환경 5) 친절도 6) 치료 결과 7) 과잉 없는 진료·검사 8) 대기시간		각 항목에 대해 이분형으로 구분 ① 매우 만족함~ ⑤ 전혀 만족하지 않음
이주 희망	이주 계획	귀하께서는 현재 살고 계신 곳 외에 다른 곳으로 이주할 계획이 있으십니까?	① 그렇다 ② 아니다	
	이주	귀하께서 다른 지역으로 이주하시려는 이유	① 더 나은 일자리,	

영역	문항		(분석 시) 항목 구분
이주 희망	계획 이유	는 무엇입니까? 가장 주된 이유부터 순서대로 3개를 선택해 주십시오.	② 더 나은 교육, ③ 더 나은 주거, ④ 더 나은 교통, ⑤ 더 편리한 생활환경, ⑥ 더 나은 돌봄, ⑦ 더 나은 의료이용, ⑧ 더 나은 자연환경, ⑨ 기타
일반사항	연령	귀하의 연령은 만으로 몇 세입니까? 주민등록 기준으로 응답해 주십시오.	① 19~34세 ② 35~64세 ③ 64~74세
	성별	귀하의 성별은 무엇입니까?	① 남자, ② 여자
	지역	귀하의 현재 거주지는 어떤 지역입니까?	① 읍, ② 면

2. 분석 방법

인구감소지역 주민의 생활 만족도와 의료이용 여건, 그리고 이주 희망 등에 대한 차이를 파악하기 위해 조사 대상자의 거주 지역(읍 지역, 면 지역)에 따라 분석하였다. 또한 성, 연령, 거주 지역, 교육 수준, 소득 수준, 경제활동 상태 등 사회경제적 특성과 함께 의료 만족도 및 이주 희망에 영향을 줄 수 있는 변수로서 건강 수준, 의료 여건, 정주 여건 등을 응답자 특성 변수로 활용하였다.

아울러 분석 결과에서 비율은 모집단 비례조정 가중치를 적용한 값으로 제시하였다.

제3절 조사 결과

1. 응답자의 특성

조사에 참여한 최종 응답자는 614명으로 남성이 52.8%, 여성이 47.2%이다. 응답자의 연령은 청년(19~34세) 13.8%, 중년(35~49세) 17.1%, 장년(50~64세) 38.5%, 노년(65~74세) 30.7%로 나타났다.

응답자의 교육 수준은 고졸이 40.6%로 가장 많았고, 가구소득은 200만 원대(26.1%)와 300만 원대(22.8%)가 많았다. 직업은 숙련·기능 종사자가 31.5%, 서비스·판매 종사자가 30.2%로 많았고, 거주지역은 먼 지역 50.9%, 읍 지역 49.1%로 나타났다.

〈표 3-6〉 인구사회학적 특성

구분		빈도(명)	비율(%)
성별	남성	324	52.83
	여성	290	47.17
연령(1)	19~29세	60	9.67
	30~39세	54	8.67
	40~49세	77	12.50
	50~59세	117	19.17
	60~74세	306	50.00
연령(2)	19~34세	86	13.75
	35~49세	105	17.08
	50~64세	235	38.50
	65~74세	188	30.67
교육 수준	초졸 이하	50	8.25
	중졸	104	17.08
	고졸	250	40.58
	대졸 이상	210	34.08

구분		빈도(명)	비율(%)
가구소득 (월평균)	100만 원 미만	47	7.58
	100만 원대	108	17.50
	200만 원대	161	26.11
	300만 원대	139	22.81
	400만 원대	64	10.50
	500만 원 이상	95	15.50
경제활동 상태	임금근로자	228	36.92
	자활근로, 공공근로, 노인일자리 등	17	2.83
	자영업자	179	29.28
	무급가족종사자	47	7.75
	비경제활동(주부, 학생, 군복무, 실업 등)	143	23.22
직업 ²⁾	관리자/전문가	48	10.20
	사무종사자	93	19.65
	서비스/판매 종사자	144	30.21
	농림어업/숙련/기능 종사자	147	31.48
	단순노무 종사자/기타	39	8.47
1인 가구 여부	1인 가구	88	14.06
	다인 가구	526	85.94
거주 지역	읍 지역	300	49.08
	면 지역	314	50.92

주: 1) 비율은 모집단 비례조정 가중치를 적용한 값임.

2) 비경제활동인구를 제외한 471명

2. 생활 만족도

가. 현재 거주지의 거주 기간

현재 거주지에 거주한 기간은 연령이 높을수록 더 오랜 기간 거주한 것으로 나타났으나 거주하게 된 이유는 세대별로 달랐다. 청년층과 노년층의 경우 현 거주지가 고향이라는 응답이 가장 많았으나, 중·장년층에서는

현재 거주지로 이주했다는 응답이 많아 귀농 귀촌의 비율이 다소 높은 것으로 추측되었다. 거주지역별로는 면 지역 거주자의 거주 기간이 길었고, 읍 지역 거주자는 타지역에서 이주해 온 사람들의 비율이 높았다.

〈표 3-7〉 현 거주지 거주 기간 및 거주 이유: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
거주 기간 (연)	현 거주지 거주 기간 평균	15.47	28.27	50.49	0.0000*
현 거주지 거주 이유	현 거주지역이 고향임	40.61	35.28	46.47	0.0009*
	현 거주지역이 고향이지만 타지역에 거주하다 돌아옴	20.00	18.39	25.27	
	고향은 타지역이지만 현 거주지로 이주해 옴	38.18	46.33	28.26	
	기타	1.21	0.00	0.00	
현 거주지 외 타지역 추가 거주지	있다	22.42	13.19	0.82	0.0000*
	없다	77.58	86.81	89.33	

주: * $p < 0.05$

〈표 3-8〉 현 거주지 거주 기간 및 거주 이유: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
거주 기간 (연)	현 거주지 거주 기간 평균	28.23	38.24	0.0000*
현 거주지 거주 이유	현 거주지역이 고향임	38.94	39.93	0.0085*
	현 거주지역이 고향이지만 타지역에 거주하다 돌아옴	15.96	25.31	
	고향은 타지역이지만 현 거주지로 이주해 옴	45.10	34.42	
	기타	0.00	0.33	
현 거주지 외 타지역 추가 거주지	있다	13.92	7.53	0.0110*
	없다	86.08	92.47	

주: * $p < 0.05$

나. 정주 만족도 및 행복감

1) 정주 만족도

현재 거주지에 대한 만족도를 문화·체육, 일자리, 주거, 교육, 의료, 돌봄, 교통, 자연경관, 지역 공동체 측면에서 질문한 결과 일부 항목에서는 세대별로 차이가 나타났고, 또 다른 항목에서는 모든 세대에 걸쳐 불만족 비율이 높게 나타나기도 하였다.

세대별로 살펴보면, 청년층에서는 다른 세대에 비해 문화·체육, 주거, 교통, 자연, 지역 공동체 항목에서 만족하지 못하는 응답자의 비율이 높았고, 중·장년층 및 노년층과의 격차가 크게 나타났다. 일자리, 교육, 의료, 돌봄에서는 모든 세대에서 불만족 비율이 높게 나타났고, 세대별 격차도 크지 않았다.

〈표 3-9〉 정주 만족도: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
현 거주지 만족도: 문화·체육	매우 만족/만족	12.12	25.39	23.37	0.0017*
	보통	30.91	35.83	44.02	
	불만족/매우 불만족	56.97	38.78	32.61	
현 거주지 만족도: 일자리	매우 만족/만족	10.30	10.00	11.14	0.1947
	보통	27.88	34.23	41.30	
	불만족/매우 불만족	61.82	55.77	47.55	
현 거주지 만족도: 주거	매우 만족/만족	36.97	45.93	64.40	0.0000*
	보통	24.85	37.08	24.73	
	불만족/매우 불만족	38.18	16.99	10.87	

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
현 거주지 만족도: 교육	매우 만족/만족	23.03	18.64	15.76	0.5045
	보통	38.18	45.93	44.29	
	불만족/매우 불만족	38.79	35.43	39.95	
현 거주지 만족도: 의료	매우 만족/만족	15.15	15.19	14.13	0.5542
	보통	32.73	40.43	43.48	
	불만족/매우 불만족	52.12	44.38	42.39	
현 거주지 만족도: 돌봄	매우 만족/만족	20.00	21.24	25.82	0.0612
	보통	40.00	48.18	51.36	
	불만족/매우 불만족	40.00	30.58	22.83	
현 거주지 만족도: 교통	매우 만족/만족	12.73	17.39	17.12	0.0086*
	보통	21.82	31.63	40.49	
	불만족/매우 불만족	65.45	50.97	42.39	
현 거주지 만족도: 자연	매우 만족/만족	63.64	70.26	83.97	0.0006*
	보통	26.06	24.64	13.86	
	불만족/매우 불만족	10.30	5.10	2.17	
현 거주지 만족도: 공동체	매우 만족/만족	21.21	49.03	77.17	0.0000*
	보통	43.64	38.08	19.57	
	불만족/매우 불만족	35.15	12.89	3.26	

주: * $p < 0.05$

거주지역별로 면 지역 응답자는 읍 지역 응답자에 비해 문화·체육, 교육에 대한 불만족 비율이 높았고, 읍 지역 응답자는 면 지역 응답자에 비해 주거, 교통, 지역 공동체에 대한 불만족 비율이 높았다. 다만 주거, 자연, 지역 공동체에 대해서는 전체적으로 불만족 비율보다 만족하는 응답자 비율이 더 높았다.

〈표 3-10〉 정주 만족도: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
현 거주지 만족도: 문화·체육	매우 만족/만족	24.96	21.00	0.0362*
	보통	40.86	34.59	
	불만족/매우 불만족	34.18	44.41	
현 거주지 만족도: 일자리	매우 만족/만족	10.58	10.20	0.9826
	보통	35.65	35.41	
	불만족/매우 불만족	53.76	54.39	
현 거주지 만족도: 주거	매우 만족/만족	49.86	50.86	0.0076*
	보통	27.56	35.52	
	불만족/매우 불만족	22.58	13.64	
현 거주지 만족도: 교육	매우 만족/만족	27.50	9.55	0.0000*
	보통	41.43	47.19	
	불만족/매우 불만족	31.07	43.26	
현 거주지 만족도: 의료	매우 만족/만족	13.58	16.09	0.6794
	보통	41.14	39.50	
	불만족/매우 불만족	45.27	44.41	
현 거주지 만족도: 돌봄	매우 만족/만족	26.20	18.88	0.0873
	보통	46.52	49.48	
	불만족/매우 불만족	27.28	31.64	
현 거주지 만족도: 교통	매우 만족/만족	19.24	14.18	0.0127*
	보통	27.50	38.30	
	불만족/매우 불만족	53.25	47.52	
현 거주지 만족도: 자연	매우 만족/만족	74.65	72.50	0.8104
	보통	20.43	22.59	
	불만족/매우 불만족	4.92	4.91	
현 거주지 만족도: 공동체	매우 만족/만족	47.59	59.85	0.0028*
	보통	35.60	30.82	
	불만족/매우 불만족	16.81	9.33	

주: * p < 0.05

2) 삶의 만족도 및 주관적 행복감

삶의 만족도와 주관적 행복감은 세대별로 연령이 높을수록 더 높게 나타났다. 통계적으로도 유의하였다. 거주지역별로는 삶의 만족도에서 면 지역 응답자의 만족도가 높았고, 주관적 행복감에서는 지역 간 차이가 유의하지 않았다.

〈표 3-11〉 삶의 만족도 및 주관적 행복감: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
삶의 만족도	매우 만족/만족	32.12	47.78	60.87	0.0000*
	보통	41.21	38.08	31.52	
	불만족/매우 불만족	26.67	14.14	7.61	
주관적 행복감	매우 행복/행복	33.33	52.02	63.86	0.0001*
	보통	49.70	35.18	29.08	
	불행/매우 불행	16.97	12.79	7.07	

주: * $p < 0.05$

〈표 3-12〉 삶의 만족도 및 주관적 행복감: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
삶의 만족도	매우 만족/만족	44.31	54.77	0.0185*
	보통	38.82	34.26	
	불만족/매우 불만족	16.86	10.97	
주관적 행복감	매우 행복/행복	48.10	57.88	0.0541
	보통	39.28	31.48	
	불행/매우 불행	12.62	10.64	

주: * $p < 0.05$

3. 건강 및 의료이용

가. 주관적 건강 및 건강 관련 삶의 질

건강 관련 삶의 질(EuroQol-5Dimension, 이하 EQ-5D)은 ‘운동능력(Mobility)’, ‘자기관리(Self-Care)’, ‘일상활동(Daily Activity)’, ‘통증/불편(Pain/Discomfort)’, ‘불안/우울(Anxiety/Depression)’의 다섯 가지 항목에 대해 각각 ‘지장이 없다’, ‘다소 지장이 있다’, ‘매우 지장이 있다’의 3가지 응답으로 측정하였고, 조사된 EQ-5D는 질병관리본부의 가중치 공식을 적용하여 계산하였다(유정숙 외, 2020, p. 377).

분석 결과, 생애주기별로 연령이 높을수록 EQ-5D 값이 높게 나타나, 일반적으로 연령이 높을수록 EQ-5D 값이 낮아지는 결과와는 다르게 나타났다. 다만 이러한 결과는 자신의 건강상태를 비교적 양호하게 평가하는 농어촌 노인들의 경향성이 반영된 것으로 보이며, 함께 조사된 주관적 건강상태도 연령이 높을수록 자신의 건강을 양호하게 평가하는 응답자 비율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 주관적 건강 및 건강 관련 삶의 질: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
주관적 건강상태	매우 좋음/ 좋음	25.45	43.98	48.37	0.0057*
	보통	50.30	41.63	39.13	
	나쁨/매우 나쁨	24.24	14.39	12.50	
EQ-5D		0.9059	0.9066	0.9252	0.0039*

주: * $p < 0.05$

거주지역별로 읍 지역과 면 지역 거주자의 주관적 건강상태 및 EQ-5D 차이는 유의하지 않았다.

〈표 3-14〉 주관적 건강 및 건강 관련 삶의 질: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
주관적 건강상태	매우 좋음/좋음	39.45	45.99	0.2429
	보통	45.10	39.12	
	나쁨/매우 나쁨	15.45	14.89	
EQ-5D		0.9137	0.9109	0.6685

주: * $p < 0.05$

나. 의료서비스 여건 및 미충족 의료

1) 거주지역의 의료서비스 여건에 대한 인식

현재 거주하고 있는 지역의 의료서비스 여건을 병의원 접근성, 약국 접근성, 다양한 진료과목 이용, 서비스의 질적 수준, 응급의료 이용 접근성 측면에서 조사하였다. 그 결과 응급의료, 다양한 진료과목 이용, 질적 수준에 대해 부정적인 인식이 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-15〉 거주지역의 의료서비스 여건에 대한 인식: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
거주지역의 의료 여건: 병의원 이용 접근성	매우 좋음/좋음	43.03	44.78	41.58	0.3851
	보통	26.67	34.03	35.60	
	나쁨/매우 나쁨	30.30	21.19	22.83	
거주지역의 의료 여건: 약국 이용 접근성	매우 좋음/좋음	55.15	60.17	50.27	0.0683
	보통	26.67	29.04	37.77	
	나쁨/매우 나쁨	18.18	10.79	11.96	
거주지역의 의료 여건: 다양한 진료과목 이용 접근성	매우 좋음/좋음	36.36	27.04	13.86	0.0000*
	보통	24.24	34.43	27.45	
	나쁨/매우 나쁨	39.39	38.53	58.70	
거주지역의 의료 여건: 질적 수준	매우 좋음/좋음	31.52	28.79	29.35	0.5382
	보통	32.12	41.88	41.85	
	나쁨/매우 나쁨	36.36	29.34	28.80	
거주지역의 의료 여건: 응급의료 이용 접근성	매우 좋음/좋음	27.88	28.29	19.29	0.2113
	보통	31.52	32.53	33.97	
	나쁨/매우 나쁨	40.61	39.18	46.74	

주: * p < 0.05

거주지역별로는 질적 수준을 제외한 나머지 항목, 즉 병의원과 약국의 접근성, 다양한 진료과목 접근성, 응급의료 접근성에 대해서는 면 지역 거주 응답자의 부정적 인식이 유의하게 높았다.

〈표 3-16〉 거주지역의 의료서비스 여건에 대한 인식: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
거주지역의 의료 여건: 병원 이용 접근성	매우 좋음/좋음	52.18	35.24	0.0002*
	보통	28.41	38.41	
	나쁨/매우 나쁨	19.41	26.35	
거주지역의 의료 여건: 약국 이용 접근성	매우 좋음/좋음	68.19	45.12	0.0000*
	보통	23.15	39.33	
	나쁨/매우 나쁨	8.66	15.55	
거주지역의 의료 여건: 다양한 진료과목 이용 접근성	매우 좋음/좋음	30.56	18.22	0.0016*
	보통	29.26	32.46	
	나쁨/매우 나쁨	40.18	49.32	
거주지역의 의료 여건: 질적 수준	매우 좋음/좋음	32.99	25.80	0.1338
	보통	37.58	43.37	
	나쁨/매우 나쁨	29.43	30.82	
거주지역의 의료 여건: 응급의료 이용 접근성	매우 좋음/좋음	28.52	22.53	0.0121*
	보통	35.82	29.95	
	나쁨/매우 나쁨	35.65	47.52	

주: * $p < 0.05$

2) 연간 미충족 의료 경험

인구감소지역에서는 의료접근성이 낮아 미충족 의료율 또한 높은 것으로 나타났다. 생애주기별로 청년층의 미충족 의료율은 33.3%, 중장년층의 미충족 의료율도 22.9%로 나타났다. 이를 전국 수준의 연간 미충족 의료율 6.7%(질병관리청, 2024b)와 비교하였을 때 인구감소지역의 미충족 의료가 매우 높은 수준임을 알 수 있다.

미충족 의료의 이유는 세대별로 다르게 나타났는데, 청년층은 ‘시간이 부족해서’, ‘의료비가 부담되어서’ 등 시간적, 금전적 이유로 인한 미충족

의료율이 높았다. 중·장년층과 노년층은 ‘필요한 검사나 치료가 가능한 병원이 없어서’가 가장 많았다. 그 외에 노년층은 ‘교통이 불편해서, 거리가 멀어서’라는 응답이 많았다.

〈표 3-17〉 연간 미충족 의료율: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
연간 미충족 의료율	있음	33.33	22.93	10.77	0.0001*
	없음	66.67	77.07	89.23	
미충족 의료 이유	의료비가 부담되어서	21.74	17.78	0.00	0.0061*
	일을 못해서 생기는 금전적 손실 때문에	2.17	8.89	2.56	
	시간을 내기 어려워서	32.61	22.22	15.38	
	필요한 검사나 치료가 가능한 병원이 없어서	17.39	31.11	35.90	
	어느 병원에 가야 할지 몰라서	6.52	2.96	5.13	
	내가 원하는 때에 문을 열지 않거나 예약이 안 돼서	0.00	5.19	0.00	
	교통편이 불편해서, 거리가 멀어서	19.57	7.41	30.77	
	거동이 불편해서	0.00	4.44	0.00	
기타	0.00	0.00	10.26		

주: * p< 0.05

미충족 의료율과 미충족 의료의 이유에 대한 응답은 거주지역별로 유의한 격차가 나타나지 않았다.

〈표 3-18〉 연간 미충족 의료율: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
연간 미충족 의료율	있음	22.13	18.51	0.2904
	없음	77.87	81.49	
미충족 의료 이유	의료비가 부담되어서	17.70	13.08	0.4087
	일을 못 해서 생기는 금전적 손실 때문에	7.08	5.61	
	시간을 내기 어려워서	23.89	22.43	
	필요한 검사나 치료가 가능한 병원이 없어서	31.86	26.17	
	어느 병원에 가야 할지 몰라서	5.31	2.80	
	내가 원하는 때에 문을 열지 않거나 예약이 안 돼서	3.54	2.80	
	교통편이 불편해서, 거리가 멀어서	10.62	17.76	
	거동이 불편해서	0.00	5.61	
	기타	0.00	3.74	

주: * $p < 0.05$

다. 단골 의료기관

인구감소지역에 거주하는 주민들을 대상으로 주로 이용하는 의료기관에 대해 질문하였다. 생애주기별로는 연령이 높을수록 단골 의료기관이 있다는 응답이 많았다. 단골 의료기관의 종류는 모든 연령 계층에서 의원이나 병원의 비율이 높았다. 그 외 청년층에서는 대학병원이라는 응답이 상대적으로 많았고, 노인층에서는 보건소 등 보건의료기관이라는 응답이 많았다.

〈표 3-19〉 단골 의료기관 보유 여부: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
단골 의료기관 보유 여부	있음	65.45	80.51	98.37	0.0000*
	없음	34.55	19.49	1.63	
단골 의료기관 종류	의원(한방 포함)	44.44	47.30	53.59	0.0166*
	병원(한방 포함)/종합병원	40.74	37.80	31.22	
	대학병원	11.11	8.38	4.97	
	보건소(보건의료원)/지소/진료소	1.85	6.52	10.22	
	기타	1.85	0.00	0.00	
단골 의료기관 위치	현재 읍면	52.78	57.85	59.94	0.1161
	현재 시군내 다른 읍면	16.67	19.24	24.86	
	다른 시군	11.11	11.92	7.73	
	다른 광역도	2.78	3.17	2.21	
	다른 광역시	11.11	6.70	4.42	
	서울	5.56	1.12	0.83	

주: * p< 0.05

거주지역별로 면 지역 거주자의 경우 단골 의료기관이 있다는 응답이 많았다. 농어촌 의료기관은 대부분 인구가 많은 읍 지역에 위치한 경우가 많으므로 읍 지역 거주자의 단골 의료기관 위치도 거주지역과 동일한 경우가 많았다.

〈표 3-20〉 단골 의료기관 보유 여부: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
단골 의료기관 보유 여부	있음	79.12	88.54	0.0016*
	없음	20.88	11.46	
단골 의료기관 종류	의원(한방 포함)	50.00	48.61	0.1197
	병원(한방 포함)/종합병원	37.77	34.01	
	대학병원	7.51	7.39	
	보건소(보건의료원)/지소/진료소	4.29	9.98	
	기타	0.43	0.00	
단골 의료기관 위치	현재 읍면	65.67	51.51	0.0011*
	현재 시군 내 다른 읍면	13.30	27.60	
	다른 시군	10.30	10.35	
	다른 광역도	3.43	2.22	
	다른 광역시	5.15	7.39	
	서울	2.15	0.92	

주: * $p < 0.05$

라. 의료기관 만족도

최근 1년 동안 지역 내 의료기관을 이용한 경험이 있는 사람들을 대상으로 지역 의료기관에 대한 만족도를 거리, 의료진 신뢰, 충분한 진료과목 구비, 의료시설 및 환경, 친절도, 치료 결과, 과잉 없는 진료, 대기시간 등의 측면에서 조사하였다.

세대별로 의료기관 만족도를 비교한 결과, 청년층의 경우 다른 세대에 비해 대부분의 항목에서 불만족 비율이 높았고, 과잉 없는 진료를 제외한 나머지 항목에서는 연령집단 간 차이가 통계적으로도 유의하였다. 전반적으로는 충분한 진료과목과 거리에 대한 불만족 비율이 높았다.

〈표 3-21〉 지역 의료기관 만족도: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
1년 내 지역 의료기관 이용 경험	있음	72.73	82.16	91.30	0.0004*
	없음	27.27	17.84	8.70	
지역 의료기관 만족도: 거리	매우 만족/만족	35.83	52.62	48.81	0.0334*
	보통	30.00	30.60	29.17	
	불만족/매우 불만족	34.17	16.79	22.02	
지역 의료기관 만족도: 의료진 신뢰	매우 만족/만족	41.67	46.47	61.31	0.0006*
	보통	34.17	42.58	29.76	
	불만족/매우 불만족	24.17	10.95	8.93	
지역 의료기관 만족도: 충분한 진료과목	매우 만족/만족	35.00	23.66	19.94	0.0272*
	보통	28.33	45.13	38.99	
	불만족/매우 불만족	36.67	31.20	41.07	
지역 의료기관 만족도: 의료시설 및 환경	매우 만족/만족	30.00	34.85	52.68	0.0005*
	보통	40.00	45.74	32.44	
	불만족/매우 불만족	30.00	19.40	14.88	
지역 의료기관 만족도: 친절도	매우 만족/만족	54.17	59.55	75.89	0.0011*
	보통	30.00	31.45	19.35	
	불만족/매우 불만족	15.83	9.00	4.76	
지역 의료기관 만족도: 치료 결과	매우 만족/만족	43.33	48.18	68.15	0.0001*
	보통	34.17	37.96	24.11	
	불만족/매우 불만족	22.50	13.87	7.74	
지역 의료기관 만족도: 과잉 없는 진료	매우 만족/만족	47.50	50.55	61.61	0.1371
	보통	39.17	38.08	31.25	
	불만족/매우 불만족	13.33	11.37	7.14	
지역 의료기관 만족도: 대기시간	매우 만족/만족	38.33	44.95	56.85	0.0201*
	보통	34.17	38.08	27.68	
	불만족/매우 불만족	27.50	16.97	15.48	

주: * p < 0.05

거주지역별로는 면 지역에서 거리에 대한 불만족 비율이 높았고, 읍 지역과 면 지역 모두 의료시설 및 환경에 대한 불만족 비율이 높았다.

〈표 3-22〉 지역 의료기관 만족도: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
1년 내 지역 의료기관 이용 경험	있음	84.04	83.31	0.8069
	없음	15.96	16.69	
지역 의료기관 만족도: 거리	매우 만족/만족	56.03	42.83	0.0042*
	보통	28.42	31.63	
	불만족/매우 불만족	15.56	25.54	
지역 의료기관 만족도: 의료진 신뢰	매우 만족/만족	48.35	53.31	0.5210
	보통	39.53	35.10	
	불만족/매우 불만족	12.12	11.59	
지역 의료기관 만족도: 충분한 진료과목	매우 만족/만족	24.04	23.51	0.9872
	보통	41.08	41.06	
	불만족/매우 불만족	34.88	35.43	
지역 의료기관 만족도: 의료시설 및 환경	매우 만족/만족	32.19	48.07	0.0001*
	보통	49.63	31.83	
	불만족/매우 불만족	18.18	20.10	
지역 의료기관 만족도: 친절도	매우 만족/만족	58.25	70.33	0.0174*
	보통	32.05	22.53	
	불만족/매우 불만족	9.70	7.14	
지역 의료기관 만족도: 치료 결과	매우 만족/만족	47.14	61.23	0.0024*
	보통	39.93	26.00	
	불만족/매우 불만족	12.93	12.77	
지역 의료기관 만족도: 과잉 없는 진료	매우 만족/만족	49.36	58.28	0.0703
	보통	40.88	31.11	
	불만족/매우 불만족	9.76	10.61	
지역 의료기관 만족도: 대기시간	매우 만족/만족	44.11	52.06	0.1386
	보통	38.11	30.26	
	불만족/매우 불만족	17.78	17.68	

주: * $p < 0.05$

3. 이주 희망

1) 이주 계획

인구감소지역의 인구감소 이유는 출산과 사망 등 자연 감소의 영향 못 지않게 대도시 등으로의 인구 유출 등 사회적 감소의 영향도 적지 않은 것으로 밝혀진 바 있다. 이에 따라 이 연구에서도 조사 대상자들의 이주 계획 여부에 대해 질문하였다.

세대별로 이주 계획 여부에 대한 응답이 달라 청년층의 경우 이주 계획이 있다는 응답이 58.8%로 매우 높았고, 3년 내에 이주할 계획이라는 응답도 27.9%로 나타났다. 이주를 계획하게 된 이유는 일자리, 주거 여건, 교통 여건 등의 순으로 응답이 많았다.

〈표 3-23〉 이주 계획: 생애주기별

(단위: %)

변수	범주	생애주기			집단 간 차이
		19~34세	35~64세	65~74세	
이주 계획	있음	58.79	19.79	1.36	0.0000*
	없음	41.21	80.21	98.64	
3년 내 이주 계획	있음	27.88	8.25	0.00	0.0000*
	없음	72.12	91.75	100.00	
이주 이유	더 나은 일자리 여건	45.65	36.36	-	0.3791
	더 나은 교육 여건	4.35	18.18	-	
	더 나은 주거 여건	21.74	23.64	-	
	더 나은 교통 여건	13.04	3.64	-	
	더 편리한 생활환경	4.35	10.91	-	
	더 나은 의료이용 여건	4.35	7.27	-	
	기타	6.52	0.00	-	

주: * p< 0.05

거주지역별로는 읍 지역 거주자의 28.4%, 면 지역 거주자의 11.0%가 타지역으로 이주를 희망하고 있었으며, 읍 지역 거주자의 12.6%는 3년 내에 이주를 계획하고 있는 것으로 나타났다. 이주 이유는 일자리, 주거, 교육 여건 등으로 나타났다.

〈표 3-24〉 이주 계획: 거주지역별

(단위: %)

변수	범주	거주지역		집단 간 차이
		읍 지역	면 지역	
이주 계획	있음	28.35	10.97	0.0000*
	없음	71.65	89.03	
3년 내 이주 계획	있음	12.56	4.42	0.0003*
	없음	87.44	95.58	
이주 이유	더 나은 일자리 여건	45.95	25.93	0.6759
	더 나은 교육 여건	10.81	14.81	
	더 나은 주거 여건	22.97	22.22	
	더 나은 교통 여건	5.41	14.81	
	더 편리한 생활환경	5.41	14.81	
	더 나은 의료이용 여건	5.41	7.41	
	기타	4.05	0.00	

주: * $p < 0.05$

2) 정주 여건과 이주 계획

정주 만족도가 이주 계획 여부에 영향을 미치는지 분석하기 위해 정주 만족도와 이주 계획의 교차분석을 실시하였다. 대체로 정주 여건에 만족하지 못하는 집단에서 이주 계획이 있는 것으로 나타났는데, 특히 교통과 일자리에 만족하지 못하는 집단에서 이주 의향이 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-25〉 분야별 생활환경 만족도와 이주 계획

(단위: %)

변수	범주	이주 계획		집단 간 차이
		있음	없음	
현 거주지 만족도: 문화체육	매우 만족/만족	15.38	24.78	0.0006*
	보통	29.91	39.54	
	불만/매우 불만	54.70	35.68	
현 거주지 만족도: 일자리	매우 만족/만족	10.68	10.32	0.0105*
	보통	23.93	38.34	
	불만/매우 불만	65.38	51.35	
현 거주지 만족도: 주거	매우 만족/만족	35.04	54.07	0.0000*
	보통	29.91	32.02	
	불만/매우 불만	35.04	13.91	
현 거주지 만족도: 교육	매우 만족/만족	22.22	17.43	0.1094
	보통	35.90	46.41	
	불만/매우 불만	41.88	36.16	
현 거주지 만족도: 의료	매우 만족/만족	13.68	15.15	0.0196*
	보통	30.34	42.72	
	불만/매우 불만	55.98	42.13	
현 거주지 만족도: 돌봄	매우 만족/만족	19.66	23.15	0.0125*
	보통	39.74	50.03	
	불만/매우 불만	40.60	26.81	
현 거주지 만족도: 교통	매우 만족/만족	10.26	18.22	0.0002*
	보통	22.65	35.51	
	불만/매우 불만	67.09	46.27	
현 거주지 만족도: 자연	매우 만족/만족	62.39	76.26	0.0008*
	보통	26.92	20.22	
	불만/매우 불만	10.68	3.52	
현 거주지 만족도: 공동체	매우 만족/만족	23.08	61.28	0.0000*
	보통	44.87	30.33	
	불만/매우 불만	32.05	8.39	

주: * $p < 0.05$

또한 상대적으로 주관적 건강상태를 나쁘게 평가하거나 연간 미충족 의료율이 높았던 집단에서 이주 의향이 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-26〉 주관적 건강상태 및 미충족 의료와 이주 계획

(단위: %)

변수	범주	이주 계획		집단 간 차이
		있음	없음	
주관적 건강상태	매우 좋음/좋음	29.06	46.10	0.0000*
	보통	42.74	41.89	
	나쁨/매우 나쁨	28.21	12.01	
미충족 의료 경험	없음	59.39	84.30	0.0000*
	있음	40.61	15.70	

주: * $p < 0.05$

거주지역의 의료서비스 여건과 이주 계획의 상관관계를 파악하기 위해 교차분석을 실시한 결과 대체로 의료서비스 여건을 나쁘게 평가하는 집단에서 이주 의향이 높게 나타났으며, 병의원 접근성과 질적 수준에서도 이주 의향 차이가 통계적으로 유의하였다.

〈표 3-27〉 거주지역의 의료서비스 여건과 이주 계획

(단위: %)

변수	범주	이주 계획		집단 간 차이
		있음	없음	
거주지역의 의료 여건: 병의원 이용 접근성	매우 좋음/좋음	37.18	45.10	0.0015*
	보통	27.35	34.99	
	나쁨/매우 나쁨	35.47	19.91	
거주지역의 의료 여건: 약국 이용 접근성	매우 좋음/좋음	50.85	57.80	0.2319
	보통	32.91	31.02	
	나쁨/매우 나쁨	16.24	11.18	

변수	범주	이주 계획		집단 간 차이
		있음	없음	
거주지역의 의료 여건: 다양한 진료과목 이용 접근성	매우 좋음/좋음	24.36	24.26	0.9994
	보통	30.77	30.92	
	나쁨/매우 나쁨	44.87	44.82	
거주지역의 의료 여건: 질적 수준	매우 좋음/좋음	22.22	31.06	0.0001*
	보통	31.62	42.68	
	나쁨/매우 나쁨	46.15	26.26	
거주지역의 의료 여건: 응급의료 이용 접근성	매우 좋음/좋음	26.07	25.33	0.1127
	보통	25.21	34.68	
	나쁨/매우 나쁨	48.72	39.99	

주: * $p < 0.05$

제4절 소결

지방소멸 위기가 지역주민의 의료 여건과 건강 수준에 미칠 수 있는 영향을 탐색하기 위해 인구감소지역에 거주하는 만 19세 이상 74세 이하 성인을 대상으로 설문조사를 실시하였다.

조사에 참여한 최종 응답자는 남성이 52.8%, 여성이 47.2%였고, 응답자의 연령은 청년(19~34세) 13.8%, 중년(35~49세) 17.1%, 장년(50~64세) 38.5%, 노년(65~74세) 30.7%의 분포를 나타냈다.

현재 거주지에 대한 정주 만족도를 조사한 결과 세대별로는 청년층에서 문화·체육, 주거, 교통, 자연, 지역 공동체 항목에서 만족하지 못하는 응답자의 비율이 높았을 뿐 아니라, 중·장년층 및 노년층과의 격차가 컸다. 또한 인구감소지역에 거주하는 청년층의 삶의 만족도와 주관적 행복감은 중·장년층 및 노년층에 비해 낮은 것으로 나타났고, 통계적으로도 유의하였다.

현재 거주하고 있는 지역의 의료서비스 여건을 조사한 결과 응급의료, 다양한 진료과목 이용, 질적 수준에 대해 특히 부정적인 인식이 많았고, 미충족 의료율이 높은 것으로 나타났다. 생애주기별로 청년층의 미충족 의료율 33.3%, 중장년층의 미충족 의료율 22.9%로 나타나 인구감소지역의 미충족 의료가 매우 높은 수준임을 알 수 있었다.

인구감소지역의 인구감소 이유는 출산과 사망 등 자연 감소의 영향 못지않게 대도시로의 인구 유출 등 사회적 감소의 영향이 적지 않은 것으로 밝혀진 바 있다. 세대별 이주 의향에 대해서는 청년층의 경우 이주 계획이 있다는 응답이 58.8%에 달했고, 특히 3년 내에 이주할 계획이라는 응답도 27.9%로 나타났다. 이주를 계획하게 된 이유는 일자리, 주거 여건, 교통 여건 등의 순으로 응답이 많았다.

정주 만족도와 이주 계획 여부의 상관관계 파악을 위해 교차분석을 실시한 결과, 대체로 정주 여건에 만족하지 못하는 집단에서 이주 계획이 있는 것으로 나타났으며, 특히 교통과 일자리에 만족하지 못하는 집단에서 이주 의향이 높은 것으로 나타났다. 또한 상대적으로 주관적 건강상태를 나쁘게 평가하거나 연간 미충족 의료율이 높았던 집단에서 이주 의향이 높은 것으로 나타났다.





제4장

인구감소지역 주민의 건강 수준

제1절 연구 목적 및 내용

제2절 연구 자료 및 방법

제3절 연구 결과

제4절 소결



제4장 인구감소지역 주민의 건강 수준

제1절 연구 목적 및 내용

우리 사회에서 비혼 및 만혼, 자녀 양육에 대한 경제적, 정서적 부담 등으로 인한 저출산은 새로운 인구학적 현상이 되었다. 이에 더하여 지방 인구의 수도권 유입이 가속화되면서 수도권 인구 과밀과 함께 지자체의 인구감소가 점차 증가하고, 나아가 지방소멸 위기에 이를 만큼 인구감소 문제가 심각해지고 있다.

인구감소지역 주민의 건강과 의료이용 수준에 대한 선행연구 결과(최흥석 외, 2022; 설진주 외, 2021; 이현지 외, 2021; 박지해 외, 2023)를 종합하면 인구감소지역은 그렇지 않은 지역에 비해 주민들의 건강행태는 상대적으로 양호하지 않고, 만성질환 등으로 인한 의료이용 욕구는 높은 것으로 나타나 건강증진사업과 만성질환 관리 사업이 모두 강화될 필요가 높은 것으로 나타났다. 따라서 인구감소지역의 건강 수준에 대한 지속적인 모니터링을 통해 건강 문제를 확인하고 그에 맞는 해결 방안을 모색할 필요가 있다. 인구감소지역의 건강 문제가 무엇인지 파악하는 것은 나쁜 건강 결과에 대한 근본적인 원인 탐색과 문제해결책을 마련하는 과정의 출발점이 될 것이다(최흥석 외, 2022, pp. 816-817).

이 연구는 최근 3년(2021~2023년) 간의 지역사회건강조사 자료를 활용하여 지역보건정책 수립 시 주요하게 사용하고 있는 수정 가능한 건강지표(modifiable health indicators)에 대한 인구감소지역의 특성을 분석하였다. 분석 결과는 효율적인 건강관리 정책 수립·집행에 필요한 근거자료로 활용 가능하다(최흥석 외, 2022, p. 817).

제2절 연구 자료 및 방법

1. 연구 자료

이 연구에서는 인구감소지역과 비인구감소지역의 건강 및 의료이용 수준을 비교하기 위해 지역사회건강조사 최근 3년(2021~2023년) 자료를 사용하였다. 지역사회건강조사는 질병관리청이 지역보건법 제4조 및 동법시행령 제2조에 의거하여 2008년부터 매년 실시하고 있는 시군구 단위 건강조사로, 생산된 지역건강통계는 지역보건의료계획 수립 및 평가를 위한 기초자료로 활용되고 있다(질병관리청, 2021; 최홍석 외, 2022, p. 817 재인용).

지역사회건강조사의 조사 모집단은 시군구의 동·읍·면 내 통·반·리의 표본 지점을 1차 추출 단위로 하며, 선정된 통·반·리의 표본 지점 내 주거용 주택(아파트, 일반주택)에 거주하는 만 19세 이상의 성인이다(질병관리청, 2024a, p. 28). 조사대상은 조사시점에 표본가구에 거주하는 만 19세 이상의 성인이며, 조사단위는 가구(가구조사) 및 가구원(개인조사)이다(질병관리청, 2024a, p. 29). 지역사회건강조사의 설문조사는 가구 조사와 개인조사로 이루어지며, 가구조사에서는 표본가구당 만 19세 이상 성인 1인에게 세대 유형, 기초생활 수급자 여부, 가구소득을 조사하고, 개인조사는 가구원 모두에게 건강행태, 예방접종 및 검진, 이환, 의료이용, 사고 및 중독, 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회 물리적 환경, 교육 및 경제활동 등을 조사한다(질병관리청, 2024a, p. 30).

지역사회건강조사는 지역보건의료계획 수립 및 평가를 위한 기초자료 제공이 목적이므로, 국민건강영양조사 등 국민의 건강 수준을 측정하는 다른 조사와 표본추출 방식이 다르다. 따라서 측정 결과도 전국 평균과 같은 하나의 값을 제시하기보다는 지표별로 시군구 중앙값을 제시하거나 지역별 추이를 제시하는 것이 특징이라고 할 수 있다.

2. 연구 방법

가. 변수 정의

이 연구에서는 지역사회건강조사 자료 중 연령(만), 성별 등 기본 정보와 가구소득, 교육, 직업 등 사회경제적 변수, 흡연, 음주, 신체활동 등 건강행태 변수, 고혈압 및 당뇨병 진단 경험 등 이환 변수, 그리고 미충족 의료 등 의료이용 변수를 활용하였다. 이 연구에서 활용한 변수에 대한 자세한 내용은 다음과 같다.

〈표 4-1〉 주요 변수 설명

변수	지표 정의
연령	만 나이
성별	여자, 남자
교육 수준	고등학교 졸업 미만, 고등학교 졸업 이상
직업	비전문·사무직, 전문·사무직
가계수입	월 100만 원 미만, 100~200만 원, 200~300만 원, 400만 원 이상
현재흡연율	평생 5갑(100개비) 이상 흡연한 사람으로서 현재 흡연하는 사람("매일 피움" 또는 "가끔 피움")의 분율
고위험음주율	최근 1년 동안 주 2회 이상 한 번의 술자리에서 남자는 7잔(또는 맥주 5캔) 이상, 여자는 5잔(또는 맥주 3캔) 이상 음주한 사람의 분율
중등도 이상 신체활동 실천율	최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1일 20분 이상 주 3일 이상 또는 중등도 신체활동을 1일 30분 이상 주 5일 이상 실천한 사람의 분율
걷기 실천율	최근 1주일 동안 1회 10분 이상, 1일 30분 이상 걷기를 주 5일 이상 실천한 사람의 분율
우울감 경험률	최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 사람의 분율
주관적 건강 인지도	평소에 본인의 건강이 "매우 좋음" 또는 "좋음"이라고 응답한 사람의 분율
연간 인플루엔자 예방접종률	최근 1년 동안 인플루엔자(독감) 예방접종을 한 적이 있는 사람의 분율

변수	지표 정의
고혈압 진단 경험률 (만 30세 이상)	의사에게 고혈압을 진단받은 30세 이상의 분율
고혈압 진단 경험자(만 30세 이상)의 치료율	의사에게 고혈압을 진단받은 30세 이상 중 현재 혈압조절 약을 한 달에 20일 이상 복용한 사람의 분율
당뇨병 진단 경험률 (만 30세 이상)	의사에게 당뇨병을 진단받은 30세 이상의 분율
당뇨병 진단 경험자(만 30세 이상)의 치료율	의사에게 당뇨병을 진단받은 30세 이상 중 혈당을 관리하기 위해 인슐린 주사 사용 또는 당뇨병약 (경구 혈당강하제)을 복용하고 있는 사람의 분율
연간 미충족 의료율 (병의원)	최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때 가지 못한 사람의 분율

출처: “2023 지역건강통계한눈에보기”, 질병관리청, 2024a, 질병관리청, pp. 220-228.

나. 분석 방법

지역사회건강조사의 표본은 복합표본설계(complex sampling design)하에서 추출되어 복합표본 분석 방법을 권고하고 있기 때문에, 이 연구에서도 지역사회건강조사 원시자료 분석지침에 따라 복합표본 설계 조사 요소인 층화변수, 집락변수, 가중치를 반영하여 분석하였다(이하나, 조영태, 2019, pp. 389-390). 자료 분석은 Stata 15.0 프로그램을 이용하였으며 자료 분석 과정은 아래와 같다.

첫째, 인구감소지역과 비인구감소지역의 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환 및 의료이용 특성별 분포와 지역별 차이 여부를 확인하기 위하여 백분율을 제시한 기초분석과 카이제곱 검정을 실시하였다. 둘째, 인구감소지역 내에서의 특성별 분포와 차이 여부를 확인하기 위하여 인구감소지역을 광역시도의 구·시, 일반 군, 보건의료원 설치 군으로 나누어 백분율을 제시한 기초분석과 카이제곱 검정을 실시하였다. 셋째, 인구사회학적 변수를 통제된 상태에서 인구감소지역 여부가 흡연, 고위험음주, 신체활동 등 건강행태, 주관적 건강 수준 및 우울감 경험률, 고혈압

및 당뇨병 이환 수준, 미충족 의료 경험과 인플루엔자 예방접종 등 의료 이용 수준에 영향을 미치는지 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 시행하여 오즈비(Odds ratio, OR)와 95% 신뢰구간(95% Confidence Interval, 95% CI)을 제시하였다(이하나, 조영태, 2019, p. 390).

제3절 연구 결과

1. 2021년 지역사회건강조사 분석 결과

가. 인구감소지역 및 비인구감소지역의 사회경제적 특성

2021년 지역사회건강조사 분석에 활용된 연구 대상자의 일반적 특성은 <표 4-2>와 같다. 연령은 인구감소지역에서 평균 7.7세 더 많았고, 두 지역 모두 남자보다 여자가 조금 더 많았으나 지역 간 차이는 없었다. 직업은 인구감소지역에 비해 비인구감소지역에서 전문사무직 비율이 높았고, 월 단위 가구 수입 또한 비인구감소지역에서 유의하게 높았다.

〈표 4-2〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 인구 및 사회경제적 특성 비교(2021년)

(단위: 세, %)

변수	범주	인구감소지역	비인구감소지역	집단 간 차이
연령(만)	-	56.1	48.4	0.000*
성별	여자	50.2	50.4	0.449
	남자	49.8	49.6	
교육 수준	고등학교 미만	39.6	17.2	0.000*
	고등학교 이상	60.4	82.8	
직업	비전문사무직	76.5	53.5	0.000*
	전문사무직	23.5	46.5	
가계수입(월)	100만 원 미만	19.2	7.9	0.000*
	100~200만 원 미만	18.4	10.4	
	200~300만 원 미만	16.8	13.9	
	300~400만 원 미만	13.3	14.8	
	400만 원 이상	32.3	53.0	

주: 1) *p<0.05

2) 직업 구분 중 비전문사무직(서비스종사자, 판매종사자, 농림어업 종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치, 기계조작 및 조립종사자, 단순노무종사자, 직업군인), 전문사무직(관리자, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자)

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2021, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

나. 인구감소지역의 건강 수준

2021년 연구 대상자의 지역별 건강행태 및 이환 수준은 〈표 4-3〉과 같다. 건강행태는 현재흡연율, 고위험음주율, 증등도 이상 신체활동 실천율, 걷기 실천율, 우울감 경험률, 주관적 건강 인지율 등을 분석하였다. 이중 고위험음주율은 인구감소지역과 비인구감소지역 사이에서 차이가 나타나지 않았으나 나머지 변수들에서는 지역 간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

인구감소지역의 경우 비인구감소지역에 비해 현재흡연율(18.0%)이 높고, 걷기 실천율(36.8%)이 낮았으며, 자신의 건강을 나쁘게 평가하는 사람들이 비율(19.8%)이 더 높았다. 우울감 경험률(6.7%)은 인구감소지역에서 더 낮게 나타났다.

〈표 4-3〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 건강행태 및 이환 수준(2021년)

(단위: %)

변수	범주	인구감소지역	비인구감소지역	집단 간 차이
현재흡연율	비흡연	82.0	82.7	0.001*
	흡연	18.0	17.3	
고위험음주율	비고위험음주	90.2	90.2	0.791
	고위험음주	9.9	9.8	
중등도 이상 신체활동 실천율	실천	20.6	18.3	0.000*
	비실천	79.4	81.7	
걷기 실천율	실천	36.8	46.1	0.000*
	비실천	63.3	53.9	
우울감 경험률	미경험	93.3	92.8	0.000*
	경험	6.7	7.2	
주관적 건강 인지율	좋음/보통	80.2	88.7	0.000*
	나쁨	19.8	11.4	
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험	64.8	75.2	0.000*
	경험	35.2	24.8	
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료	96.4	93.4	0.000*
	미치료	3.6	6.6	
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험	84.6	89.2	0.000*
	경험	15.4	10.8	
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료	93.1	91.9	0.001*
	미치료	6.9	8.1	
연간 미충족 의료율	미경험	94.0	95.0	0.000*
	경험	6.0	5.0	
연간 인플루엔자 예방접종률	접종	60.6	51.6	0.000*
	미접종	39.4	48.8	

주: *p<0.05

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2021, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

30세 이상 연구 대상자의 고혈압 의사 진단 경험률은 인구감소지역에서 35.2%로 비인구감소지역 경험률인 24.8%에 비해 높았고, 당뇨병의 의사 진단 경험률도 인구감소지역에서 더 높았다(인구감소지역 15.4%, 비인구감소지역 10.8%). 연간 미충족 의료율은 비인구감소지역(5.0%)에 비해 인구감소지역(6.0%)에서 더 높았고, 연간 인플루엔자 예방접종률은 인구감소지역에서 더 높았다.

다음으로는 인구감소지역의 특성에 따라 구분하여 지역주민의 건강행태 및 이환 수준을 비교하였다. 인구감소지역으로 지정된 89개 지자체의 경우 광역시 구, 광역도의 시, 도농복합 형태의 시, 일반 군, 보건의료원⁹⁾ 설치 군 등 지역적 특성이 각기 다른 것으로 볼 수 있다. 이에 따라 이 연구에서는 인구감소지역을 광역시도의 구 또는 시, 일반 군, 보건의료원 설치 군의 3개 지역으로 분류하여 건강행태 및 이환 수준의 차이를 비교하였다.

현재흡연율은 광역시도의 구·시에서 가장 높았고, 일반 군과 보건의료원 설치 군은 비슷한 수준이었다. 걷기 실천율은 광역시도의 구·시, 일반 군, 보건의료원 설치 군의 순으로 높았다. 우울감 경험률은 광역시도의 구·시, 보건의료원 설치 군, 일반 군의 순으로 나타났고, 주관적 건강 인지율은 보건의료원 설치 군과 일반 군에서 더 나쁜 것으로 나타났다.

고혈압의 경우 의사 진단 경험률은 보건의료원 설치 군과 일반 군에서 광역시도의 구·시보다 높았다. 미충족 의료율 또한 보건의료원 설치 군, 일반 군, 광역시도의 구·시 순으로 높았다.

〈표 4-4〉 인구감소지역 특성별 건강행태 및 이환 수준(2021년)

(단위: %)

변수	범주	인구감소지역			집단 간 차이
		광역시도 구·시	일반 군	보건의료원 설치 군	
현재흡연율	비흡연 흡연	81.5	82.4	82.3	0.027*
		18.5	17.6	17.7	
고위험음주율	비고위험음주 고위험음주	90.1	90.2	90.3	0.874
		9.9	9.8	9.7	
중등도 이상 신체활동 실천율	실천 비실천	19.4	21.1	23.9	0.000*
		80.6	78.9	76.1	

9) 보건의료원은 보건소에 비해 의료가능이 강화된 형태의 지역보건의료기관으로 이 연구에서 보건의료원이 설치된 지역은 민간의료기관의 접근성이 낮은 것으로 간주함.

변수	범주	인구감소지역			집단 간 차이
		광역시도 구·시	일반 군	보건의료원 설치 군	
걷기 실천율	실천 비실천	38.2	36.6	31.5	0.000*
		61.8	63.4	68.5	
우울감 경험률	미경험 경험	92.7	93.8	93.5	0.000*
		7.3	6.2	6.5	
주관적 건강 인지율	좋음/보통 나쁨	80.7	79.8	79.7	0.020*
		19.3	20.2	20.3	
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험 경험	66.6	63.6	62.8	0.000*
		33.4	36.4	37.2	
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료 미치료	95.8	96.9	97.0	0.001*
		4.2	3.2	3.0	
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험 경험	84.8	84.4	84.6	0.540
		15.2	15.6	15.4	
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료 미치료	92.8	93.7	90.6	0.001*
		7.2	6.3	9.4	
연간 미충족 의료율	미경험 경험	94.6	93.8	92.6	0.000*
		5.5	6.2	7.4	
연간 인플루엔자 예방접종률	접종 미접종	57.8	62.0	65.1	0.000*
		42.2	38.0	34.9	

주: 1) * $p < 0.05$

2) 지역분류는 다음과 같음(질병관리청, 2024a, p. 255)

광역시도 구·시: 광역시의 구, 인구 30만 명 미만의 시, 도농복합 형태의 시 등 20개 지역

보건의료원이 설치된 군: 보건의료원이 설치된 15개 지역

일반 군: 그 외 인구감소지역 54개 지역

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2021, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

다. 인구감소지역과 비인구감소지역의 주요 건강지표: 다중회귀분석

인구감소지역과 비인구감소지역에서 건강행태, 질병이환, 의료이용 수준에 차이가 있는지 확인하기 위해 성, 연령, 교육 수준, 직업, 가계수입(월) 등 인구사회경제적 특성을 통제하여 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

〈표 4-5〉는 2021년 자료를 이용하여 인구감소지역의 변수별 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과이다. 인구감소지역에서는 건강행태 중 고위험음주율, 걷기 실천율, 주관적 건강 인지율에서 양호하지 못한 것으로 나타났다. 그리고 인구감소지역에서 당뇨병 진단 경험률과 연간 미충족 의료율이 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-5〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과(2021년)

변수	범주	오즈비	95% 신뢰구간		집단 간 차이
			하한	상한	
현재흡연율	비흡연(Ref.) 흡연	- 1.023	- 0.984	- 1.064	0.249
고위험음주율	비고위험음주(Ref.) 고위험음주	- 1.101	- 1.053	- 1.152	0.001*
중등도 이상 신체활동 실천율	실천(Ref.) 비실천	- 0.697	- 0.675	- 0.720	0.000*
걷기 실천율	실천(Ref.) 비실천	- 1.501	- 1.467	- 1.550	0.000*
우울감 경험률	미경험(Ref.) 경험	- 0.742	- 0.696	- 0.791	0.000*
주관적 건강 인지율	좋음/보통(Ref.) 나쁨	- 1.326	- 1.266	- 1.389	0.000*
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	- 1.014	- 0.978	- 1.052	0.453

변수	범주	오즈비	95% 신뢰구간		집단 간 차이
			하한	상한	
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료(Ref.) 미치료	- 0.711	- 0.620	- 0.816	0.000*
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	- 1.054	- 1.004	- 1.107	0.036*
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료(Ref.) 미치료	- 0.809	- 0.707	- 0.926	0.002*
연간 미충족 의료율	미경험(Ref.) 경험	- 1.162	- 1.089	- 1.241	0.000*
연간 인플루엔자 예방접종률	접종(Ref.) 미접종	- 0.915	- 0.888	- 0.942	0.000*

주: 1) * $p < 0.05$

2) 연령, 성, 교육 수준, 직업, 가계수입(월)에 따른 차이를 보정한 값임.

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2021, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

이와 같이 인구감소지역에서는 비인구감소지역에 비해 대체로 건강행태를 덜 하고, 만성질환 진단 경험이 높을 가능성이 있고, 만성질환 치료율은 높았으나 의료이용에 대한 미충족 수요 또한 높은 것으로 나타났다.

2. 2022년 지역사회건강조사 분석 결과

가. 인구감소지역 및 비인구감소지역의 사회경제적 특성

2022년 지역사회건강조사 분석에 활용된 연구 대상자의 일반적 특성은 <표 4-6>과 같다. 연령은 인구감소지역에서 평균 7.8세 더 많았고, 두 지역 모두 남자보다 여자가 약간 더 많았으나 지역 간 차이는 없었다. 직업은 인구감소지역에 비해 비인구감소지역에서 전문사무직 비율이 높았고, 월 단위 가구 수입 또한 비인구감소지역에서 유의하게 높았다.

<표 4-6> 인구감소지역 및 비인구감소지역의 인구 및 사회경제적 특성 비교(2022년)

(단위: 세, %)

변수	범주	인구감소지역	비인구감소지역	집단 간 차이
연령(만)	-	56.7	48.9	0.000*
성별	여자	50.2	50.5	0.339
	남자	49.8	49.5	
교육 수준	고등학교 미만	39.3	17.3	0.000*
	고등학교 이상	60.7	82.7	
직업	비전문사무직	76.3	53.4	0.000*
	전문사무직	23.8	46.6	
가계수입(월)	100만 원 미만	17.8	6.9	0.000*
	100~200만 원 미만	17.9	9.7	
	200~300만 원 미만	16.3	12.9	
	300~400만 원 미만	12.9	14.4	
	400만 원 이상	35.2	56.1	

주: 1) *p<0.05

2) 직업 구분 중 비전문사무직(서비스종사자, 판매종사자, 농림어업 종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치, 기계조작 및 조립종사자, 단순노무종사자, 직업군인), 전문사무직(관리자, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자)

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2022, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

나. 인구감소지역의 건강 수준

2022년 연구 대상자의 지역별 건강행태 및 이환 수준은 <표 4-7>과 같다. 건강행태의 경우 인구감소지역에서 양호하게 나타난 지표는 고위험음주율, 중등도 이상 신체활동 실천율로 나타났다. 반면 현재흡연율, 걷기 실천율, 주관적 건강 인지율은 인구감소지역에서 양호하지 못했다.

<표 4-7> 인구감소지역 및 비인구감소지역의 건강행태 및 이환 수준(2022년)

(단위: %)

변수	범주	인구감소지역	비인구감소지역	집단 간 차이
현재흡연율	비흡연	81.8	82.3	0.047*
	흡연	18.2	17.8	
고위험음주율	비고위험음주	89.2	88.7	0.003*
	고위험음주	10.8	11.3	
중등도 이상 신체활동 실천율	실천	23.0	22.2	0.000*
	비실천	77.0	77.8	
걷기 실천율	실천	40.0	51.2	0.000*
	비실천	60.0	48.9	
우울감 경험률	미경험	92.8	92.6	0.088
	경험	7.2	7.4	
주관적 건강 인지율	좋음/보통	78.8	87.9	0.000*
	나쁨	21.2	12.1	
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험	64.0	74.1	0.000*
	경험	36.0	25.9	
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료	96.7	93.1	0.000*
	미치료	3.3	6.9	
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험	84.3	88.4	0.000*
	경험	15.7	11.6	
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료	94.2	92.3	0.000*
	미치료	5.8	7.7	
연간 미충족 의료율	미경험	93.9	94.7	0.000*
	경험	6.1	5.3	
연간 인플루엔자 예방접종률	접종	57.7	46.9	0.000*
	미접종	42.3	53.1	

주: *p<0.05

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2022, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

2021년 조사 결과에 이어 2022년 조사 결과에서도 인구감소지역에서는 30세 이상 연구 대상자의 고혈압·당뇨병 의사진단 경험률이 더 높게 나타났다. 아울러 인구감소지역에서 연간 미충족 의료율이 더 높았다.

다음으로는 인구감소지역을 광역시도의 구 또는 시, 일반 군, 보건의료원 설치 군의 3개 지역으로 세분하여 비교한 결과이다.

현재흡연율은 광역시도의 구·시에서 가장 높았고, 일반 군과 보건의료원 설치 군은 비슷한 수준이었다. 중등도 이상 신체활동 실천율은 보건의료원 설치 군, 일반 군, 광역시도의 구·시 순으로 높았고, 우울감 경험률은 광역시도의 구·시, 보건의료원 설치 군, 일반 군의 순으로 높게 나타났다. 주관적 건강 인지율은 보건의료원 설치 군과 일반 군에서 더 나쁜 것으로 나타났다.

고혈압과 당뇨병의 경우 의사진단 경험률은 보건의료원 설치 군과 일반 군에서 광역시도의 구·시보다 높았다.

〈표 4-8〉 인구감소지역 특성별 건강행태 및 이환 수준(2022년)

(단위: %)

변수	범주	인구감소지역			집단 간 차이
		광역시도 구·시	일반 군	보건의료원 설치 군	
현재흡연율	비흡연 흡연	80.9 19.1	82.5 17.5	82.1 17.9	0.000*
고위험음주율	비고위험음주 고위험음주	88.9 11.1	89.5 10.6	89.0 11.0	0.142
중등도 이상 신체활동 실천율	실천 비실천	20.4 79.6	24.6 75.4	25.7 74.3	0.000*
걷기 실천율	실천 비실천	40.7 59.3	39.6 60.4	38.6 61.4	0.004*
우울감 경험률	미경험 경험	92.2 7.8	93.4 6.6	92.5 7.5	0.000*
주관적 건강 인지율	좋음/보통 나쁨	80.1	77.9	77.8	0.000*

변수	범주	인구감소지역			집단 간 차이
		광역시도 구·시	일반 군	보건의료원 설치 군	
		19.9	22.1	22.2	
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험 경험	66.7 33.3	62.3 37.7	61.8 38.2	0.000*
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료 미치료	96.1 3.9	97.1 2.9	96.5 3.6	0.001*
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험 경험	85.1 14.9	83.8 16.2	83.6 16.4	0.000*
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료 미치료	94.6 5.4	94.2 5.9	92.6 7.4	0.004*
연간 미충족 의료율	미경험 경험	94.4 5.6	93.7 6.3	92.7 7.3	0.000*
연간 인플루엔자 예방접종률	접종 미접종	53.5 46.5	60.3 39.7	62.2 37.8	0.000*

주: 1) *p<0.05

2) 지역 분류는 다음과 같음(질병관리청, 2024a, p. 255)

광역시도 구·시: 광역시의 구, 인구 30만 명 미만의 시, 도농복합 형태의 시 등 20개 지역

보건의료원이 설치된 군: 보건의료원이 설치된 15개 지역

일반 군: 그 외 인구감소지역 54개 지역

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2022, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

다. 인구감소지역과 비인구감소지역의 주요 건강지표: 다중회귀분석

2022년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 인구감소지역의 변수별 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 <표 4-9>와 같다. 인구감소지역에서 고위험음주율, 걷기 실천율, 주관적 건강 인지율이 양호하지 않은 것으로 나타났다. 고혈압 의사 진단 경험률은 지역 간 차이가 유의하지 않았으나 당뇨병 의사 진단 경험률은 인구감소지역이 약간 낮았고, 고혈압·당뇨병 치료율은 인구감소지역에서 양호하였다.

〈표 4-9〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과(2022년)

변수	범주	오즈비	95% 신뢰구간		집단 간 차이
			하한	상한	
현재흡연율	비흡연(Ref.) 흡연	- 0.985	- 0.947	- 1.024	0.446
고위험음주율	비고위험음주(Ref.) 고위험음주	- 1.049	- 1.006	- 1.095	0.027*
중등도 이상 신체활동 실천율	실천(Ref.) 비실천	- 0.752	- 0.729	- 0.776	0.000*
걷기 실천율	실천(Ref.) 비실천	- 1.555	- 1.513	- 1.599	0.000*
우울감 경험률	미경험(Ref.) 경험	- 0.757	- 0.712	- 0.805	0.000*
주관적 건강 인지율	좋음/보통(Ref.) 나쁨	- 1.247	- 1.193	- 1.303	0.000*
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	- 0.976	- 0.941	- 1.011	0.179
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료(Ref.) 미치료	- 0.628	- 0.553	- 0.713	0.000*
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	- 0.949	- 0.905	- 0.994	0.028*
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료(Ref.) 미치료	- 0.788	- 0.688	- 0.902	0.001*
연간 미충족 의료율	미경험(Ref.) 경험	- 1.043	- 0.980	- 1.110	0.187
연간 인플루엔자 예방접종률	접종(Ref.) 미접종	- 0.884	- 0.858	- 0.910	0.000*

주: 1) *p<0.05

2) 연령, 성, 교육 수준, 직업, 가계수입(월)에 따른 차이를 보정한 값임.

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2022, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

3. 2023년 지역사회건강조사 분석 결과

가. 인구감소지역 및 비인구감소지역의 사회경제적 특성

2023년 지역사회건강조사 분석에 활용된 연구 대상자의 일반적 특성은 <표 4-10>과 같다. 연령은 인구감소지역에서 평균 7.9세 더 많았는데, 큰 차이는 아니지만 2021~2023년 기간 동안 인구감소지역과 비인구감소지역 간 인구 격차는 조금씩 확대되었다. 성별 비율은 지역 간 차이가 없었고, 직업은 인구감소지역에 비해 비인구감소지역에서 전문사무직 비율이 높았다. 월 가구 수입 또한 비인구감소지역에서 유의하게 높았는데, 400만 원 이상 비율의 지역 간 격차는 연구 대상 연도별(2021~2023년)로 점차 확대되었다.

<표 4-10> 인구감소지역 및 비인구감소지역의 인구 및 사회경제적 특성 비교(2023년)

(단위: 세, %)

변수	범주	인구감소지역	비인구감소지역	집단 간 차이
연령(만)	-	57.1	49.2	0.000*
성별	여자	50.2	50.5	0.208
	남자	49.8	49.5	
교육 수준	고등학교 미만	38.4	16.6	0.000*
	고등학교 이상	61.6	83.4	
직업	비전문사무직	75.8	53.1	0.000*
	전문사무직	24.2	46.9	
가계수입(월)	100만 원 미만	15.9	6.1	0.000*
	100~200만 원 미만	17.0	9.1	
	200~300만 원 미만	16.2	12.3	
	300~400만 원 미만	13.3	13.8	
	400만 원 이상	37.6	58.9	

주: 1) *p<0.05

2) 직업 구분 중 비전문사무직(서비스종사자, 판매종사자, 농림어업 종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치, 기계조작 및 조립종사자, 단순노무종사자, 직업군인), 전문사무직(관리자, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자)

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2023, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

나. 인구감소지역의 건강 수준

2023년 지역사회건강조사 연구 대상자의 지역별 건강행태 및 이환 수준은 <표 4-11>과 같다. 인구감소지역은 비인구감소지역에 비해 현재흡연율, 걷기 실천율, 주관적 건강 인지율이 양호하지 않은 것으로 나타났다.

<표 4-11> 인구감소지역 및 비인구감소지역의 건강행태 및 이환 수준(2023년)

(단위: %)

변수	범주	인구감소지역	비인구감소지역	집단 간 차이
현재흡연율	비흡연	81.0	81.8	0.000*
	흡연	19.0	18.2	
고위험음주율	비고위험음주	89.0	88.3	0.000*
	고위험음주	11.0	11.7	
중등도 이상 신체활동 실천율	실천	23.9	23.2	0.001*
	비실천	76.1	76.8	
걷기 실천율	실천	41.8	52.8	0.000*
	비실천	58.3	47.2	
우울감 경험률	미경험 경험	93.0 7.0	92.0 8.0	0.000*
주관적 건강 인지율	좋음/보통 나쁨	78.3 21.7	87.4 12.6	0.000*
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험 경험	63.1 36.9	73.7 26.3	0.000*
	치료 미치료	96.7 3.3	93.7 6.3	
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험 경험	83.8 16.2	88.3 11.7	0.000*
	치료 미치료	95.9 4.1	93.7 6.3	
연간 미충족 의료율	미경험 경험	94.3 5.7	94.3 5.7	0.967
연간 인플루엔자 예방접종률	접종 미접종	61.1 38.9	50.2 49.9	0.000*

주: *p<0.05

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2023, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

30세 이상 고혈압 의사 진단 경험률은 인구감소지역이 36.9%로 비인구감소지역 26.3%에 비해 높았고, 당뇨병 의사 진단 경험률도 인구감소지역에서 더 높았다.

인구감소지역을 각각의 특성에 따라 건강행태 및 이환 수준을 세분하여 비교한 결과, 현재흡연율은 광역시도의 구·시에서 가장 높았고, 일반 군과 보건의료원 설치 군은 비슷한 수준이었다. 중등도 이상 신체활동 실천율은 보건의료원 설치 군과 일반 군에서 광역시도의 구·시보다 높았다. 우울감 경험률은 광역시도의 구·시에서 보건의료원 설치 군과 일반 군보다 높았고, 주관적 건강 인지율은 보건의료원 설치 군에서 가장 나쁜 것으로 나타났다.

고혈압 의사 진단 경험률은 보건의료원 설치 군에서 가장 높았고, 당뇨병 의사 진단 경험률은 일반 군에서 가장 높았다. 미충족 의료율은 보건의료원 설치 군에서 가장 높았다.

〈표 4-12〉 인구감소지역 특성별 건강행태 및 이환 수준(2023년)

(단위: %)

변수	범주	인구감소지역			집단 간 차이
		광역시도 구·시	일반 군	보건의료원 설치 군	
현재흡연율	비흡연 흡연	80.1 19.9	81.7 18.3	81.1 18.9	0.000*
고위험음주율	비고위험음주 고위험음주	89.2 10.8	88.9 11.1	88.6 11.5	0.396
중등도 이상 신체활동 실천율	실천 비실천	22.3 77.7	25.0 75.0	25.1 74.9	0.000*
걷기 실천율	실천 비실천	42.2 57.8	41.6 58.4	40.7 59.3	0.078
우울감 경험률	미경험 경험	93.5 7.3	93.2 6.8	93.2 6.8	0.061
주관적 건강 인지율	좋음/보통 나쁨	80.0 20.0	77.2 22.8	76.7 23.4	0.000*
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험 경험	66.3 33.7	60.9 39.1	60.6 39.5	0.000*

변수	범주	인구감소지역			집단 간 차이
		광역시도 구·시	일반 군	보건의료원 설치 군	
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료	96.6	96.7	97.2	0.000*
	미치료	3.4	3.3	2.8	
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험	84.6	83.1	83.8	0.000*
	경험	15.4	16.9	16.2	
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료	96.7	95.4	95.9	0.007*
	미치료	3.3	4.7	4.1	
연간 미충족 의료율	미경험	94.4	94.5	93.1	0.000*
	경험	5.6	5.6	6.9	
연간 인플루엔자 예방접종률	접종	56.6	64.1	65.6	0.000*
	미접종	43.4	35.9	34.4	

주: 1) *p<0.05

2) 지역 분류는 다음과 같음(질병관리청, 2024a, p. 255)

광역시도 구·시: 광역시의 구, 인구 30만 명 미만의 시, 도농복합 형태의 시 등 20개 지역

보건의료원이 설치된 군: 보건의료원이 설치된 15개 지역

일반 군: 그 외 인구감소지역 54개 지역

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2023, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

다. 인구감소지역과 비인구감소지역의 주요 건강지표: 다중회귀분석

2023년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 인구감소지역과 비인구감소지역 간의 사회경제적 특성을 통제한 이후 건강행태, 질병이환, 의료이용 수준 등을 비교한 결과, 인구감소지역에서 걷기 실천율, 주관적 건강 인지율이 양호하지 못한 것으로 나타났다. 고혈압·당뇨병 의사 진단 경험률은 지역 간 차이가 없었고, 고혈압·당뇨병 치료율은 인구감소지역에서 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-13〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과(2023년)

변수	범주	오즈비	95% 신뢰구간		집단 간 차이
			하한	상한	
현재흡연율	비흡연(Ref.) 흡연	- 1.024	- 0.986	- 1.063	0.227
고위험음주율	비고위험음주(Ref.) 고위험음주	- 1.033	- 0.990	- 1.077	0.132
중등도 이상 신체활동 실천율	실천(Ref.) 비실천	- 0.758	- 0.735	- 0.781	0.000*
걷기 실천율	실천(Ref.) 비실천	- 1.548	- 1.506	- 1.591	0.000*
우울감 경험률	미경험(Ref.) 경험	- 0.736	- 0.693	- 0.782	0.000*
주관적 건강 인지율	좋음/보통(Ref.) 나쁨	- 1.225	- 1.174	- 1.278	0.000*
고혈압 진단 경험률 (30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	- 0.998	- 0.964	- 1.034	0.927
고혈압 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료(Ref.) 미치료	- 0.722	- 0.633	- 0.822	0.000*
당뇨병 진단 경험률 (30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	- 1.000	- 0.955	- 1.047	0.990
당뇨병 진단 경험자(30세 이상)의 치료율	치료(Ref.) 미치료	- 0.831	- 0.705	- 0.980	0.028*
연간 미충족 의료율	미경험(Ref.) 경험	- 0.969	- 0.910	- 1.031	0.321
연간 인플루엔자 예방접종률	접종(Ref.) 미접종	- 0.910	- 0.884	- 0.937	0.000*

주: 1) * $p < 0.05$

2) 연령, 성, 교육 수준, 직업, 가계수입(월)에 따른 차이를 보정한 값임.

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2023, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

제4절 소결

우리 사회에서 비혼 및 만혼, 자녀 양육에 대한 경제적, 정서적 부담 등으로 인한 저출산은 새로운 인구학적 현상이 되었다. 이에 더하여 지방 인구가 수도권으로 유입되는 현상이 가속화되면서 수도권 인구 과밀과 함께 지자체의 인구감소가 점차 증가하고, 나아가 지방소멸 위기에 이를 만큼 인구감소 문제가 심각해지고 있다.

저출산에 의한 지방의 인구감소 문제는 수도권과 지방을 구분하지 않고 전국적으로 나타나는 현상이다. 그러나 수도권으로 지역 인구가 유출되는 것은 지역의 생활 여건 저하에 따른 삶의 질 저하가 큰 기여를 했다고 볼 수 있으므로, 지역의 여건을 개선하는 것은 지방소멸 위기에 대처하기 위한 새로운 과제이다. 특히 지역의 생활 여건 중에서도 필수 의료 및 건강관리 서비스에 대한 접근성은 지역의 정주 여건을 결정하는 가장 중요한 요인으로 고려된다.

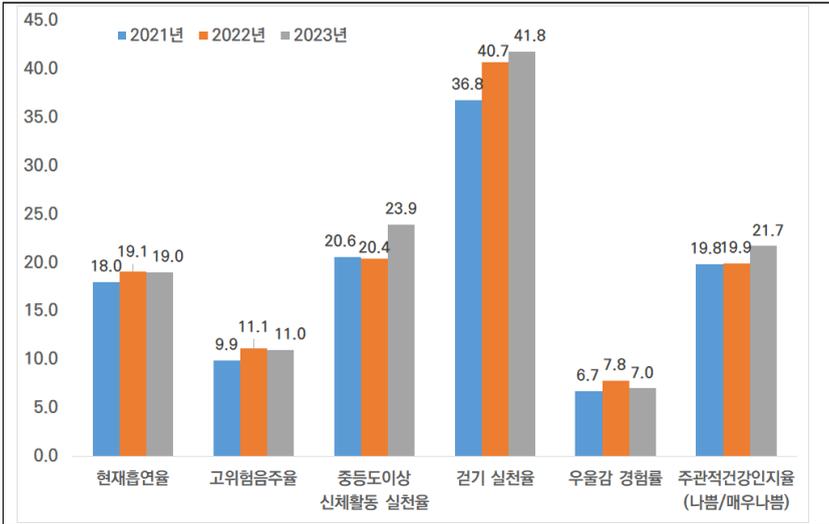
따라서 이 연구에서는 2021~2023년 지역사회건강조사 자료를 활용하여 인구감소지역과 비인구감소지역을 연구 대상으로 하여 이들 지역 간의 건강 수준을 비교·분석하고, 인구감소지역의 건강 격차를 개선하기 위한 함의를 도출하고자 하였다.

본 연구의 주요 연구 결과는 다음과 같다. 첫째, 인구감소지역은 비인구감소지역에 비해 평균 연령이 높고, 전문사무직 종사자 비율이 낮으며, 교육 수준과 월 가계수입이 낮은 것으로 나타났다. 인구집단 간 건강형평성을 다룬 기존의 연구(WHO CSDH, 2008; 신영전 외, 2009; 강영호 외, 2012; 김동진 외, 2013, pp. 93-102 재인용)에서 직업, 교육, 소득 수준은 개인의 건강에 영향을 미치는 건강의 사회적 결정요인일 뿐만 아니라, 인구집단 간 건강불평등을 유발하는 주요한 요인으로 지목받고, 인구집단 혹은 지역 간 건강불평등 완화를 위해 지속적 모니터링이 필요한 지표로 분류되었

다(김동진 외, 2013, pp. 93-102). 따라서 이 연구에서 나타난 바와 같이 인구감소지역과 비인구감소지역의 사회경제적 수준의 격차는 곧 건강 수준의 격차로 이어질 수 있기 때문에 사회경제적 취약집단을 중심으로 건강관리서비스를 강화해야 할 필요성을 강하게 시사한다고 할 수 있다.

둘째, 인구감소지역과 비인구감소지역 간의 건강지표를 비교한 결과, 인구감소지역에서는 현재흡연율이 높고, 걷기 실천율이 낮았으며, 자신의 건강을 나쁘게 인지하는 사람들의 비율이 높게 나타났으며, 우울감 경험률은 상대적으로 양호한 것으로 나타났다. 또한 30세 이상 고혈압과 당뇨병 의사 진단 경험률도 대체로 높은 것으로 나타났으나 상대적으로 진단 경험자의 치료율도 높았다. 그리고 2023년의 조사 결과를 제외하면 인구감소지역에서 연간 미충족 의료율도 높게 나타났다. 인구감소지역의 주요 건강행태 변화를 연도별로 보면, 현재흡연율과 고위험음주율은 2021년에 비해 2022~2023년 다소 악화되었고, 주관적 건강 인지율도 연도별로 나쁨의 비율이 증가하는 것으로 나타났다. 중등도 이상 신체활동 실천율과 걷기 실천율은 점차 개선된 것으로 나타났다. 이에 따라 인구감소지역에 대한 금연 및 절주 사업 등 건강관리사업 강화 필요성이 있는 것으로 나타났다.

[그림 4-1] 인구감소지역의 연도별 건강행태 변화(2021~2023년)

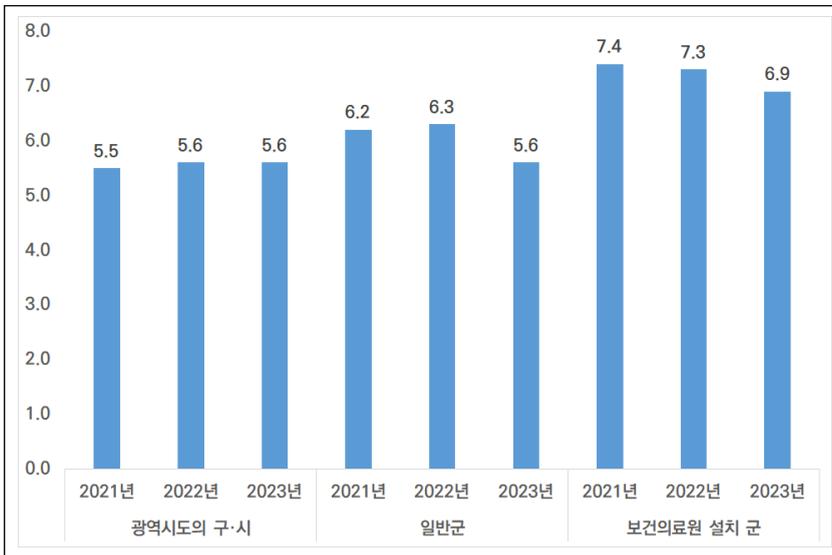


출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2021-2023, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

셋째, 전국 89개 인구감소지역은 최근 지역 내 인구가 점차 감소하고 있다는 공통된 특성이 있으나, 광역시 구, 광역도의 시, 도농복합 형태의 시, 일반 군과 민간의료기관에 대한 접근성이 특히 낮아, 보건소 대신 보건의료원이 설치된 군의 지역적 특성이 각기 다르다. 이에 따라 이 연구에서는 인구감소지역을 광역시도의 구 또는 시, 일반 군, 보건의료원 설치 군의 3개 지역으로 분류하여 건강행태 및 이환 수준의 차이를 비교하였다. 그 결과 현재흡연율, 우울감 경험률, 중등도 이상 신체활동 실천율은 광역시도의 구·시에서 가장 양호하지 못한 것으로 나타났고, 주관적 건강 인지율은 보건의료원 설치 군에서 가장 나쁜 것으로 나타났다. 또한 고혈압·당뇨병 의사 진단 경험률은 보건의료원 설치 군 또는 일반 군에서 상대적으로 높게 나타났다. 특히, 연간 미충족 의료율은 광역시도의 구·시 지역에 비해 일반 군, 보건의료원 설치 군의 순으로 높았고, 연도별로

도 이러한 격차가 크게 개선되지 않는 것으로 나타났다. 보건의료원은 종합병원급 민간의료기관의 접근성이 취약한 지역에 주로 설치되는 공공보건의료기관으로 주민의 의료접근성을 개선할 목적으로 운영되고 있다. 그러나 여전히 이들 지역의 연간 미충족 의료율이 높은 것으로 나타나고 있으므로, 이를 개선할 수 있도록 추가적인 의료접근성 개선 방안 마련이 요구된다. 이와 같이 인구감소지역과 비인구감소지역 간의 차이뿐만 아니라 인구감소지역 내에서도 지역 특성별로 건강지표의 경향성이 서로 달라 지역 특성에 맞게 보건의료사업을 기획할 필요가 있는 것으로 나타났다.

[그림 4-2] 인구감소지역 특성별 연간 미충족 의료율 변화(2021~2023년)



주: 1) 지역 분류는 다음과 같음(질병관리청, 2024b, p. 255)

광역시도 구·시: 광역시의 구, 인구 30만 명 미만의 시, 도농복합 형태의 시 등 20개 지역

보건의료원이 설치된 군: 보건의료원이 설치된 15개 지역

일반 군: 그 외 인구감소지역 54개 지역

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2021-2023, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>

넷째, 인구감소지역과 비인구감소지역의 차이에 따른 건강행태, 질병 이환, 의료이용 수준에 차이가 있는지 확인하기 위하여 성, 연령, 교육 수준, 직업, 가계수입(월) 등 인구사회경제적 특성을 통제하여 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 연구 기간(2021~2023년) 동안 인구감소지역과 비인구감소지역 간의 차이가 일관되게 나타난 변수는 중등도 이상 신체활동 실천율, 걷기 실천율, 우울감 경험률, 주관적 건강 인지율, 고혈압·당뇨병 진단 경험자(30세 이상) 치료율, 연간 인플루엔자 예방접종률이었다. 이 중 인구감소지역에서는 걷기 실천율, 주관적 건강 인지율이 양호하지 못한 것으로 나타났다. 따라서 전반적으로 이들의 건강 수준을 향상할 수 있는 건강관리사업을 보다 강화할 필요가 있다.

〈표 4-14〉 인구감소지역 및 비인구감소지역의 주요 건강지표 비교: 로지스틱 회귀분석 결과(2021~2023년)

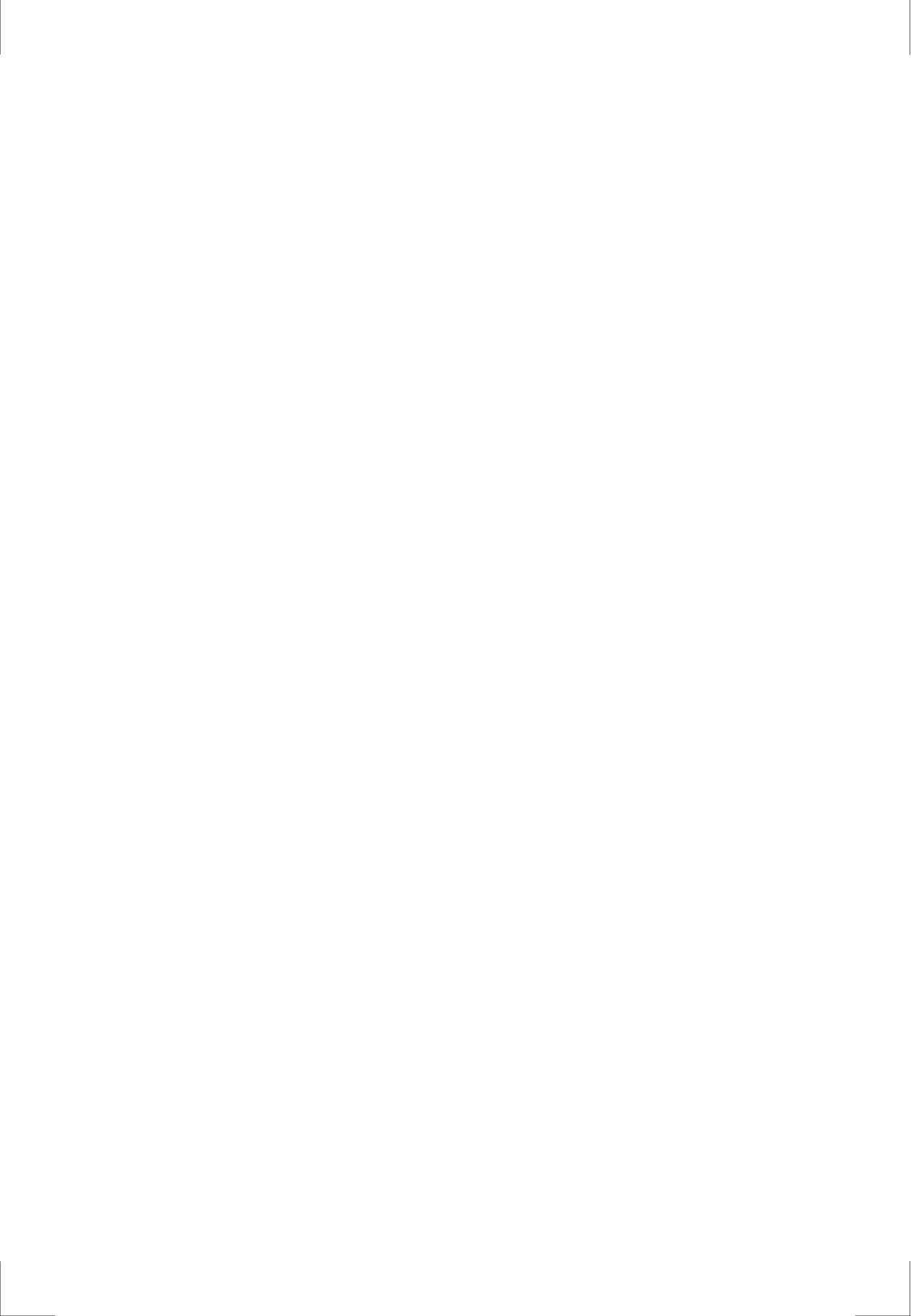
변수	범주	오즈비(95% 신뢰구간)		
		2023년	2022년	2021년
현재흡연율	비흡연(Ref.) 흡연	1.024 (0.986-1.063)	0.985 (0.947-1.024)	1.023 (0.984-1.064)
고위험음주율	비고위험음주(Ref.) 고위험음주	1.033 (0.990-1.077)	1.049 (1.006-1.095)*	1.101 (1.053-1.152)*
중등도 이상 신체활동 실천율	실천(Ref.) 비실천	0.758 (0.735-0.781)*	0.752 (0.729-0.776)*	0.697 (0.675-0.720)*
걷기 실천율	실천(Ref.) 비실천	1.548 (1.506-1.591)*	1.555 (1.513-1.599)*	1.501 (1.467-1.550)*
우울감 경험률	미경험(Ref.) 경험	0.736 (0.693-0.782)*	0.757 (0.712-0.805)*	0.742 (0.696-0.791)*
주관적 건강 인지율	좋음/보통(Ref.) 나쁨	1.225 (1.174-1.278)*	1.247 (1.193-1.303)*	1.326 (1.266-1.389)*
고혈압 진단 경험률(30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	0.998 (0.964-1.034)	0.976 (0.941-1.011)	1.014 (0.978-1.052)
고혈압 진단 경험자(30세 이상) 치료율	치료(Ref.) 미치료	0.722 (0.633-0.822)*	0.628 (0.553-0.713)*	0.711 (0.620-0.816)*

변수	범주	오즈비(95% 신뢰구간)		
		2023년	2022년	2021년
당뇨병 진단 경험률(30세 이상)	미경험(Ref.) 경험	1.000 (0.955-1.047)	0.949 (0.905-0.994)*	1.054 (1.004-1.107)*
당뇨병 진단 경험자(30세 이상) 치료율	치료(Ref.) 미치료	0.831 (0.705-0.980)*	0.788 (0.688-0.902)*	0.809 (0.707-0.926)*
연간 미충족 의료율	미경험(Ref.) 경험	0.969 (0.910-1.031)	1.043 (0.980-1.110)	1.162 (1.089-1.241)*
연간 인플루엔자 예방접종률	접종(Ref.) 미접종	0.910 (0.884-0.937)*	0.884 (0.858-0.910)*	0.915 (0.888-0.942)*

주: 1) *p<0.05

2) 연령, 성, 교육 수준, 직업, 가계수입(월)에 따른 차이를 보정한 값임.

출처: “지역사회건강조사”, 질병관리청, 2021-2023, 질병관리청 홈페이지, 지역사회건강조사 원시자료, 2024. 3. 21. 검색, <https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>





제5장

일본의 인구 과소지역 의료 확보 대책

제1절 인구 과소지역 대책 배경

제2절 인구 과소지역의 현황

제3절 인구 과소지역 지원 대책 방향

제4절 인구 과소지역 의료 확보 대책

제5절 소결



제 5 장

일본의 인구 과소지역 의료 확보 대책¹⁰⁾

제1절 인구 과소지역 대책 배경

1950~1960년대 이후 일본 경제의 고도성장 과정에서 농산어촌을 중심으로 한 지방의 인구가 급격히 대도시로 유출된 결과, 지방에서는 일정한 생활 수준과 지역사회의 기초적 여건 유지가 어려워지는 등 심각한 문제가 발생하였다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, p. 1).

인구감소와 고령화가 진행된 지역에서는 빈집 문제나 상점 폐쇄, 대중교통과 도로, 수도 등 인프라 부족 등의 문제가 발생하고 있다. 특히, 의사는 지방보다는 도시에 집중 거주하는 경향이 있기 때문에 의사 부족으로 지역 간 의료격차가 발생하였고, 고령자가 의료시설까지 이동하는 수단도 부족하여 노인이 안심하고 병원에 다닐 수 있는 여건을 갖추기 어려운 실정이었다.

일본에서는 인구감소로 인한 지역사회의 제반 문제에 대처하기 위해 10년 주기로 관련 법을 제정하여 과소지역을 지원해 왔다. 1970년 「과소지역대책긴급조치법」, 1980년에는 「과소지역진흥특별조치법」, 1990년에는 「과소지역 활성화 특별조치법」이 제정되었다. 2000년대 이르러서는 「과소지역 자립촉진 특별조치법」이 제정되었고, 가장 최근인 2021년에는 「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」이 제정되어 과소지역에 대해 국가의 재정, 금융, 세제 등 종합적인 지원 대책이 강구되고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, p. 1).

10) 김동진. (2024). 일본 인구 과소지역의 의료 확대 대책 사례와 시사점. 국제사회보장리뷰 가을호 Vol. 30. 86~101을 보완함.

제2절 인구 과소지역의 현황¹¹⁾

1. 과소지역의 정의 및 지정 요건

일본에서 지역의 ‘과소화’란 지방에서 도시로 인구가 유출됨에 따라 인구가 급감하는 상태를 표현하는 것으로, 도시 인구가 ‘과밀화’되는 것과 대응하는 개념으로 볼 수 있다.

과소지역 선정과 관련된 구체적인 요건은 시대별로 매번 수정되었는데, 현행법에서는 과소지역의 요건으로 인구 요건과 재정력 요건 두 가지를 규정하고 있다. 인구 요건은 1975~2015년의 40년간 인구감소율과 최근 25년간(1990년~2015년) 인구감소율이 사용되고 있다. 이는 장기간 인구가 지속적으로 감소하는 지역은 물론, 최근 인구가 크게 감소한 지역 또한 심각한 과소인구 문제가 발생할 수 있다고 판단할 수 있기 때문이다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 18). 또한 지속적인 인구감소로 인해 노인이 증가하고 청년이 감소하는 상황이 지역 사회의 활력 저하로 이어진다는 점에서 고령자 비율과 청년인구 비율도 함께 사용되고 있다.

재정 요건의 지표로는 재정 건전성 지수 등이 사용되는데, 과소지역 지원을 위한 특별조치법은 인구감소에 대응하기 위한 행정적·재정적 특례 제공을 규정하고 있으므로, 인구감소지역 중 재정 능력이 충분한 지자체는 과소지역 지정에서 제외하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, pp. 143-144). 과소지역을 규정하는 인구 요건 및 재정력 요건은 <표 5-1>과 같다.

11) 總務省 地域力創造グループ過疎対策室. (2023a). 令和3年度版 過疎対策の現況(概要版). pp. 1~16을 정리함.

〈표 5-1〉 일본의 과소지역 지정 요건

	인구 요건	재정 요건
I	- 1975~2015년 기간 동안 인구감소율이 28% 이상(재정력 지수가 전체 시정촌 평균(0.40) 이하인 경우 '23% 이상 감소'로 완화). 단, 1990~2015년 기간의 인구증가율이 10% 미만	- 2017~2019년도까지의 3년 평균 재정력 지수가 0.51 이하이고, 공영경기에 관한 수입이 40억 엔 이하
II	- 1975~2015년 기간에 인구감소율이 23% 이상이고, 고령자(65세 이상) 비율이 35% 이상 - 1975~2015년 기간의 인구감소율이 23% 이상이고, 청년층(15세 이상 30세 미만)의 비율이 11% 이하. 단, 1990~2015년 기간의 인구증가율이 10% 미만	- 2017년도부터 2019년도까지의 3년 평균 재정력 지수가 0.51 이하이고, 공영경기에 관한 수입이 40억 엔 이하일 것.
III	- 1990~2015년 기간의 인구감소율이 21% 이상	- 2017~2019년도까지의 3년 평균 재정력 지수가 0.51 이하이고, 공영경기에 관한 수입이 40억 엔 이하

주: 공영경기에 관한 수입은 경마, 경륜, 경정, 자동차 경주 등에 의한 수입임.

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況”, 總務省 地域力創造グループ 過疎対策室, 2023b, 總務省 地域力創造グループ 過疎対策室, pp. 18-19.

과소지역 외에도 1999년 4월 1일~2021년 3월 31일 기간에 통합된 시정촌 중 상기 요건에 해당하지 않는 지역의 경우, 통합 전의 과소지역에 한정하여 ‘일부 과소지역’ 제도를 마련하고 있다. 또한 「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」에서는 5년마다 발표되는 인구조사 결과를 반영하여 지정 요건을 재검토하여 과소지역을 추가 고시하고 있다(總務省 地域力創造グループ 過疎対策室, 2023b, p. 19).

2. 과소지역 수

과소지역에 해당하는 시정촌 수는 885개로 전체 시정촌의 51.5%를 차지하고, 면적으로는 일본 국토의 63.2%를 차지하지만, 인구는 전체의 9.3%에 불과하다. 한편 2021년 기준으로 41개 시정촌은 더 이상 과소지역의 요건을 충족하지 못해 비과소지역으로 전환되었다.

154 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

〈표 5-2〉 일본의 과소지역 수, 인구, 면적 현황

(단위: 개, 명, km², %)

구분	시정촌 수	인구	면적
전국	1,719(100.0)	126,146,099(100.0)	377,976(100.0)
과소지역	885(51.5)	11,668,630(9.3)	238,675(63.2)
비과소지역	793(46.1)	114,185,350(90.5)	132,110(34.9)
비과소 전환 지역	41(2.4)	292,119(0.2)	7,191(1.9)

주: 1) 시정촌 수는 2022년 4월 1일 현재임.
 2) 인구수와 면적은 2020년 조사 결과임.
 3) 비과소 전환 지역은 과소지역 요건을 더 이상 충족하지 못하는 시정촌 수입(2021년 기준).
 출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p.1.

지역별로는 2022년 현재 일본의 47개 도도부현 모두 최소 1개 이상의 시정촌이 과소 시정촌으로 지정되어 있으며, 시마네현(県)은 현 내의 모든 시정촌이 과소 시정촌으로 지정되어 있다. 아키타현과 가고시마현의 시정촌도 90% 이상이 과소지역으로 지정되어 있다.

〈표 5-3〉 도도부현별 과소 시정촌 현황(2022년 4월 현재)

(단위: 개)

구분	전체 시정촌			과소 시정촌			비율(B/A)
	시	정촌	계(A)	시	정촌	계(B)	
전체	790	928	1,718	311	574	885	51.5
홋카이도	35	144	179	22	130	152	84.9
아오모리현	10	30	40	6	24	30	75.0
이와테현	14	19	33	11	14	25	75.8
미야기현	13	22	35	6	10	16	45.7
아키타현	13	12	25	12	11	23	92.0
야마가타현	13	22	35	5	17	22	62.9
후쿠시마현	13	46	59	6	28	34	57.6
이바라키현	32	12	44	7	4	11	25.0
도치기현	14	11	25	3	3	6	24.0
군마현	12	23	35	4	9	13	37.1
사이타마현	40	23	63	1	6	7	11.1
지바현	37	17	54	8	5	13	24.1
도쿄도	26	13	39	0	7	7	17.9

구분	전체 시정촌			과소 시정촌			비율(B/A)
	시	정촌	계(A)	시	정촌	계(B)	
가나가와현	19	14	33	0	1	1	3.0
니가타현	20	10	30	14	5	19	63.3
도야마현	10	5	15	3	1	4	26.7
이시카와현	11	8	19	5	5	10	52.6
후쿠이현	9	8	17	3	5	8	47.1
야마나시현	13	14	27	6	8	14	51.9
나가노현	19	58	77	9	31	40	51.9
기후현	21	21	42	10	7	17	40.5
시즈오카현	23	12	35	2	5	7	20.0
아이치현	38	16	54	1	3	4	7.4
미에현	14	15	29	6	4	10	34.5
시가현	13	6	19	3	1	4	21.1
교토부	15	11	26	6	6	12	46.2
오사카부	33	10	43	0	4	4	9.3
효고현	29	12	41	10	6	16	39.0
나라현	12	27	39	3	16	19	48.7
와카야마현	9	21	30	4	19	23	76.7
돗토리현	4	15	19	2	13	15	78.9
시마네현	8	11	19	8	11	19	100.0
오카야마현	15	12	27	10	9	19	70.4
히로시마현	14	9	23	9	5	14	60.9
야마구치현	13	6	19	7	3	10	52.6
도쿠시마현	8	16	24	4	9	13	54.2
가가와현	8	9	17	4	6	10	58.8
에히메현	11	9	20	6	8	14	70.0
고치현	11	23	34	9	20	29	85.3
후쿠오카현	28	32	60	9	14	23	38.3
사가현	10	10	20	6	5	11	55.0
나가사키현	13	8	21	12	3	15	71.4
구마모토현	14	31	45	10	22	32	71.1
오이타현	14	4	18	12	3	15	83.3
미야자키현	9	17	26	7	9	16	61.5
가고시마현	19	24	43	18	24	42	97.7
오кина와현	11	30	41	2	15	17	41.5

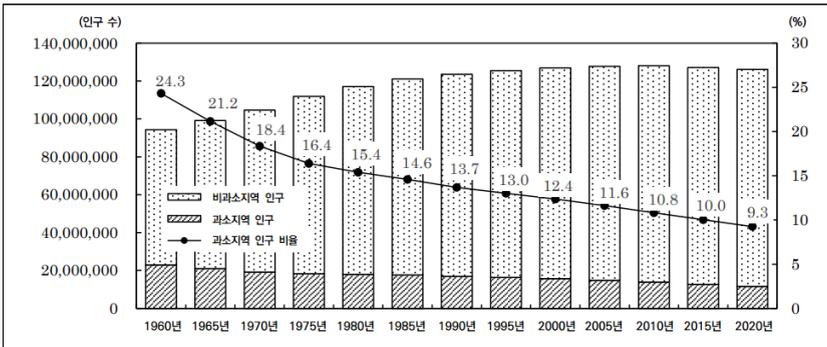
출처: “過疎市町村等の数”, 一般社団法人全国過疎地域連盟, n.d., 一般社団法人全国過疎地域連盟 홈페이지, 2024. 3. 7. 검색,

<https://www.kaso-net.or.jp/publics/index/19/#block193>

3. 인구 동향

전체 인구 대비 과소지역의 인구 비율의 추이를 보면, 과소지역 인구 문제가 표면화되기 시작한 1960년에는 24.3%였으나, 이후 과소지역의 인구 비율은 계속 감소하여 2020년에는 9.3%를 차지하고 있다.

[그림 5-1] 과소-비과소지역 인구 추이



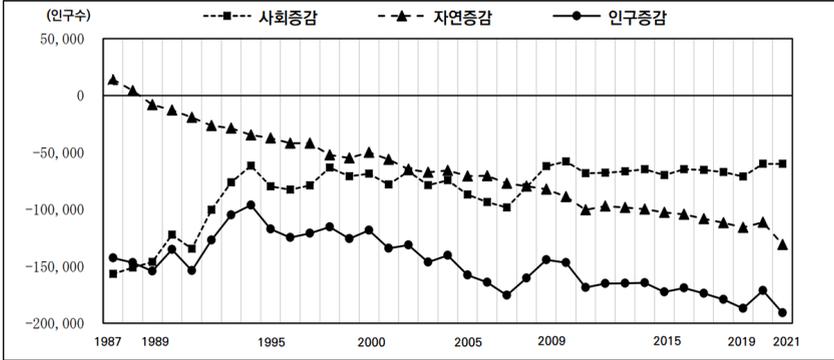
주: 1) 각 연도 인구조사 결과임.

2) 과소지역은 2022년 4월 1일 현재임.

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 2.

과소지역의 인구 증감 요인을 사회 증감과 자연 증감으로 구분해서 보면, 1988년 이전에는 자연 감소보다 사회적 이동으로 인해 인구가 감소했으나, 1989년 이후에는 사회적 이동과 자연 감소 모두 인구감소 요인으로 작용하고 있다. 또한 2009년도 이후에는 자연 감소가 사회적 감소를 상회하여 인구감소를 주도하고 있다.

[그림 5-2] 과소지역 인구 증감(사회 증감 및 자연 증감) 추이

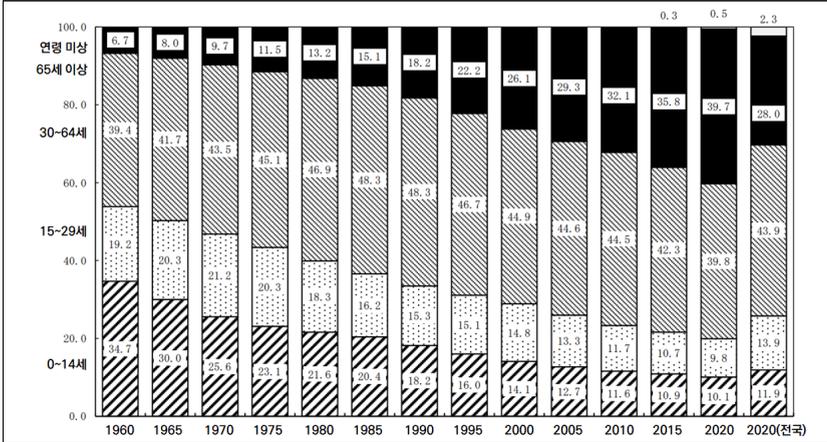


주: 데이터 취득이 불가능한 일부 과소지역은 포함하지 않음.

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 2.

1960년부터 2020년까지 과소지역의 연령계층별 인구 추이를 살펴보면, 0~14세 계층의 구성비는 34.7%에서 10.1%로 크게 감소했으며, 생산연령인구인 15~29세 계층도 19.2%에서 9.8%로 감소하였다. 반면 65세 이상 고령층은 6.7%에서 39.7%로 크게 증가한 것으로 나타났다. 이를 전국의 연령계층별 비율과 비교하면, 64세 이하 모든 연령층에서 과소지역의 인구구성비가 전국보다 낮은 것으로 나타났다. 반면 과소지역의 65세 이상 고령층 비율은 전국의 비율 28.0%보다 11.7%포인트 더 높은 것으로 나타났다.

[그림 5-3] 인구 과소지역 연령대별 인구 구성비 추이



주: 1) 각 연도 인구조사 결과임.

2) 과소지역은 2022년 4월 1일 현재임.

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 2.

4. 재정 현황

2020년 기준 인구 과소지역 지자체당 재정 규모는 세입과 세출 모두 전국 시정촌 평균의 약 3분의 1에 불과했다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 62).

<표 5-4> 시정촌 결산 현황

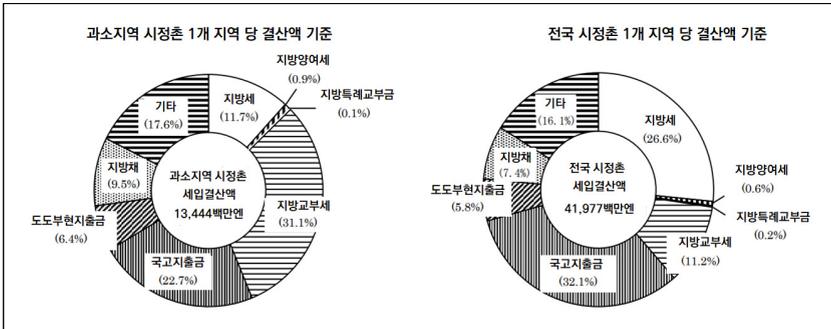
(단위: 백만 엔)

구분		2020년 기준	
		결산액	시정촌 1곳당 결산액
인구 과소 시정촌	세입	9,773,845	13,444
	세출	9,386,563	12,911
전국 평균	세입	72,115,653	41,977
	세출	70,032,511	40,764

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 62.

과소지역의 재정 현황은 재원이 부족하고 재정 구조가 대체로 취약한 것으로 나타났다. 과소 시정촌의 세입에서 지방세 수입이 차지하는 비율은 11.7%로 전국 평균의 26.6%에 비해 현저하게 낮은 반면, 지방자치단체의 재원을 조정하는 지방교부세는 과소 시정촌의 전체 세입 중 31.1%를 차지해, 전국 시정촌 평균인 11.2%보다 월등히 높았다. 또한 총세입 대비 국고지출금 비율은 과소 시정촌에서 22.7%로 전국 지자체 평균인 32.1%보다 낮았지만, 도도부현 지출금(과소 시정촌 6.4%, 전국 시정촌 5.8%)과 지방채 비율(과소 시정촌 9.5%, 전국 시정촌 7.4%)은 더 높았다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室. 2023b, p. 62).

[그림 5-4] 2020년도 시정촌 세입 결산 상황



주: 과소 시정촌에 일부 과소 시정촌은 포함되지 않음.

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 4.

시군구의 재정력을 나타내는 재정력 지수를 보면, 2020년도 전국 시정촌 평균이 0.51인 반면, 과소 시정촌 평균은 0.27로 크게 낮아 과소 시정촌의 재정력이 매우 취약한 것으로 나타났다(總務省 地域力創造グループ 過疎対策室. 2023b, p. 67).

〈표 5-5〉 과소 시정촌의 재정력 지수

(단위: 개, %)

구분		2019년	2020년
과소 시정촌	0.1 미만	8(1.2)	8(1.1)
	0.1~0.2 미만	195(29.2)	189(26.0)
	0.2~0.3 미만	239(35.8)	257(35.4)
	0.3~0.4 미만	162(24.3)	184(25.3)
	0.4~0.5 미만	61(9.1)	85(11.7)
	0.5 이상	3(0.4)	4(0.6)
	소계	668(100.0)	727(100.0)
평균(A)		0.26	0.27
전국 평균(B)		0.51	0.51
B-A		0.26	0.24

주: 과소 시정촌은 2022년 4월 1일 현재임.

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 4.

5. 의료자원 현황

과소지역의 의료 여건은 꾸준히 정비되고 있지만 여전히 비과소지역과의 접근성 격차는 남아 있는 것으로 나타났다.

과소지역 의료기관 현황을 살펴보면, 1970년 이후 과소지역의 인구 1만 명당 병상 수가 전국 평균보다 낮았으나, 전국적인 병상 수 감소와 과소지역의 인구감소로 2005년부터 과소지역 인구 1만 명당 병상 수가 전국 평균보다 더 많은 것으로 나타나고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 118).

〈표 5-6〉 진료시설 정비 현황

(단위: 개소, 병상)

구분	1970년		1980년		1990년		2000년		2005년	
	과소지역	전국								
병원 수	652	8,212	607	9,356	642	10,436	673	9,331	960	9,063
의원 수	4,666	88,835	4,759	110,227	4,596	130,220	6,282	151,280	9,427	158,349
병상 수	77,649	1,280,023	79,110	1,607,870	90,726	1,951,338	95,327	1,870,020	153,798	1,806,480
1만 명당 병상 수	78.1	122.4	92.6	137.4	118.9	158.4	123.9	148.1	161.2	142.2
구분	2010년		2015년		2018년		2019년		2020년	
	과소지역	전국								
병원 수	1,027	8,343	977	8,254	955	8,197	932	8,095	995	8,212
의원 수	10,159	154,928	10,009	159,942	9,857	162,068	9,678	163,138	10,523	163,138
병상 수	161,129	1,658,957	150,516	1,629,778	144,401	1,595,828	137,844	1,577,544	147,976	1,557,927
1만 명당 병상 수	151.9	129.5	154	128.2	147.7	125.6	133.2	125.1	126.8	123.5

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況”, 總務省 地域力創造グループ 過疎対策室, 2023b, 總務省 地域力創造グループ 過疎対策室, p. 118.

반면, 과소지역에서 근무하는 의사 수는 전국 평균에 비해 크게 부족한 것으로 나타났다. 인구 1만 명당 전문과목별 의사 수는 이비인후과, 산부인과, 안과가 가장 적은 것으로 나타났고, 내과, 소아과, 외과 등 필수 진료과목 의사 수도 전국 평균에 비해 더 적었다.

〈표 5-7〉 주요 전문과목별 의사

(단위: 명)

구분		계	내과	소아과	외과	산부인과
과소 지역	의사 수	17,391	7,861	788	1,716	486
	1만 명당 의사 수	14.9	6.7	0.7	1.5	0.4
전국	의사 수	323,700	116,288	17,997	26,603	11,678
	1만 명당 의사 수	25.7	9.2	1.4	2.1	0.9
구분		이비인후과	안과	임상수련의	기타	
과소 지역	의사 수	356	621	675	4,888	
	1만 명당 의사 수	0.3	0.5	0.6	4.2	
전국	의사 수	9,598	13,639	18,310	109,587	
	1만 명당 의사 수	0.8	1.1	1.5	8.7	

주: 의사 수 및 인구수는 2020년 조사 결과임.

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 11.

전국적으로 무의촌¹²⁾ 지역이 감소하고 있는 가운데, 과소 시정촌 내 무의촌 지역은 1978년 1,168개에서 2028년 522개로 감소했으나 비과소 시정촌에 비해 감소 속도가 느려서 무의촌 지역의 90% 이상이 과소지역 내에 존재하는 것으로 나타났다.

12) 무의촌은 의료시설이 없고, 지역 중심점으로부터 반경 약 4km 이내에 50명 이상이 거주하며, 의료시설을 쉽게 이용할 수 없는 지역으로 정의한다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 119).

〈표 5-8〉 과소지역 내 무의촌 현황

(단위: 개, %)

구분		1978	1984	1994	1999	2004	2009	2014	2019	증감률
과소지역	무의촌 수	1,168	887	725	715	621	565	574	522	△55.3
	무의촌이 있는 시정촌 수	555	463	389	368	312	203	219	206	△62.9
비과소지역	무의촌 수	582	389	272	199	165	140	63	34	△94.2
	무의촌이 있는 시정촌 수	323	230	156	127	97	86	37	79	△75.5

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 11.

제3절 인구 과소지역 지원 대책 방향

1. 최근 동향

일본에서는 1970년대부터 시작된 과소지역 대책을 통해 산업육성, 교통·정보통신·생활환경·복지 등 시설 개선, 지역 의료 보장, 교육 기회 확보 등에서 일정한 성과가 있었다고 평가해 왔다. 그럼에도 불구하고 현재 과소지역에서 인구감소가 가속화되고 있고, 경제 지표와 공공시설 정비 수준의 격차가 여전히 남아 있으며, 과소지역의 대중교통 확보, 의료·복지 여건 측면에서는 여전히 개선의 여지가 있다는 점에 주목하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 141).

또한 지난 2018년 일본 총무성이 실시한 ‘과소지역 사회적 가치에 관한 설문조사’에 따르면, 도시 지역 주민을 포함한 과반의 국민이 과소지역에 대한 지원과 대책 필요성을 인식하고 있는 것으로 나타났으며(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 142), 이와 같은 조사 결

과를 바탕으로 과소지역에 대한 지원 대책을 지속적으로 추진할 필요가 있다는 점이 강조되었다.

2. 과소지역 지원 대책 추진 방향

가. 시정촌 단위 계획 수립

현행 과소법에서는 지방자치단체가 국고보조금 또는 과소대책사업체권의 특례를 활용하고자 하는 경우에는 지방자치단체의 계획을 수립하여 지방의회의 승인을 받도록 규정하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 144).

이때, 지역 실정에 맞는 과소 대책을 수립하기 위해 지역주민 등의 참여와 충분한 검토를 거쳐 시정촌 계획을 수립해야 하며, 과소지역의 미래 비전을 지역주민, 공무원, 기타 관계자가 공유하도록 하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 144).

또한 계획의 실효성 제고를 위해 시정촌 간 협력과 도도부현과의 연계 또한 고려하여 계획이 수립되고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 145).

나. 국고보조 등 지원

국조보조 사업을 통해 ‘지역과 주민, 학교의 협력을 통한 인재 육성’, ‘사람과 지역 간의 인적 흐름과 연계성 창출’, ‘정주지의 정비 및 활성화’, ‘정보통신 인프라의 정비’, ‘산업 육성’, ‘의료 확보’, ‘대중교통 확보’ 등에 관한 시책을 추진하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 144).

다. 과소대책사업채권의 활용

시정촌 계획에 따른 사업 재원 마련을 위해 과소대책사업채권을 발행할 수 있으며, 과소대책사업채권은 하드웨어 사업과 소프트웨어 사업 모두에 활용할 수 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 144-145).

하드웨어 사업에는 공공시설의 보완·통폐합·용도 전환·철거 등이 포함될 수 있고, 소프트웨어 사업은 교육, 의료, 교통 등의 체계 구축과 인재 육성, 중간 지원 조직 육성 등 중장기적으로 지역의 자산이 될 수 있는 사업에 충당할 수 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 144-145).

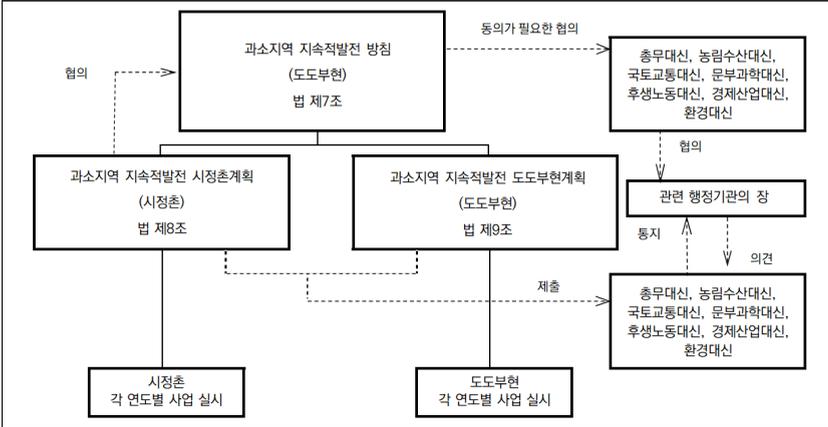
라. 규제 개선

과소지역 등 여건이 불리한 지역의 실정을 감안한 규제 개선이 필요하며, 특히 정책 환경이 변화함에 따라 과소지역의 실정에 맞도록 개선 과제 발굴이 요구되고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 145).

3. 과소지역 지원 대책의 거버넌스

과소 대책은 과소지역의 지속적인 노력이 핵심이므로 대책의 주체는 기본적으로 시정촌에 있으며, 도도부현은 협력하고 중앙정부는 특례 조치를 통해 지원하는 방식으로 추진된다. 「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」에 따르면, 도도부현이 수립하는 ‘과소지역 지속적 발전 방침’ (이하 ‘지속적 발전 방침’)을 바탕으로 시정촌과 도도부현은 각각 ‘과소지역 지속가능발전 시정촌 계획’(이하 ‘시정촌 계획’) 및 ‘과소지역 지속가능발전 도도부현 계획’(이하 ‘도도부현 계획’)을 수립하여 과소지역 대책에 참여한다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 151).

[그림 5-5] 「과소지역 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」 추진체계



출처: “令和3年度版 過疎対策の現況”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 151.

‘지속적 발전 방침’은 도도부현이 과소지역의 지속 가능한 발전을 촉진하기 위해 설정한 핵심 시책으로, 시정촌 계획 또는 도도부현 계획의 수립 지침으로 활용된다. 특히 도도부현이 수립하는 지속적 발전 방침은 국가 정책 및 시책과의 일관성을 확보하기 위해 중앙정부의 동의를 얻어야 하는데, 지속적 발전 방침 수립 과정에서 총무대신, 농림수산대신, 국토교통대신, 문부과학대신, 후생노동대신, 경제산업대신, 환경대신 등 관련 주무대신과 반드시 협의하여야 한다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 151).

‘시정촌 계획’은 과소 시정촌의 지속 가능한 발전을 위한 종합계획 및 지역계획의 성격을 지니며, 각 지역의 특성과 상황을 반영하여 낙도진흥계획, 산촌진흥계획 등 유관 계획들과 조화를 이루도록 수립된다. 시정촌 계획을 수립할 때에는 도도부현과 사전 협의를 진행해야 하며, 최종적으로 해당 시정촌 의회의 의결을 받아야 한다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 151).

‘도도부현 계획’은 도도부현이 과소 시정촌과 협력하여 추진하는 계획으로, 도도부현이 자체적으로 수행하는 광역 사업과 시정촌 사업의 원활한 시행을 위해 필요한 조치 등을 포함하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 151).

‘지속적 발전 방침’과 마찬가지로 ‘시정촌 계획’ 및 ‘도도부현 계획’ 역시 중앙정부의 관련 부처 및 유관기관의 검토 절차를 거쳐 국가의 정책 및 시책과의 정합성을 확보하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 152).

제4절 인구 과소지역 의료 확보 대책

1. 「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」에 의한 의료 확보 대책

「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」 제20조에서는 과소지역의 의료 확보를 위해 도도부현 지사에게 과소지역 무의촌에 대한 진료소 설치, 환자 수송을 위한 차량 또는 선박의 정비, 정기적 순회진료, 보건지도 등의 활동, 그리고 공공의료기관의 협력체계 정비 및 기타 의료 확보에 필요한 사업 수행 의무를 부여하고 있으며, 국가는 관계 규정에 따라 해당 사업비의 2분의 1을 보조하도록 하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 232). 특히 무의촌의 의사·치과의사 확보를 위해 국가 및 도도부현의 노력을 강조하는 규정을 두고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 232).

〈표 5-9〉 「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」 제20조 의료의 확보

<p>제20조 도도부현은 과소지역의 의료를 확보하기 위하여 도도부현 계획에 따라 무의료지구 에 관하여</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 다음 각 호의 사업을 실시하여야 한다. <ol style="list-style-type: none"> ① 진료소 설치 ② 환자수송차량(환자수송 선박을 포함한다)의 정비 ③ 정기적인 순회진료 ④ 보건사에 의한 보건지도 등의 활동 ⑤ 의료기관의 협력체제(응급의료용 장비를 장착한 헬리콥터 등으로 환자를 수송하고, 그 이송 중에 의료를 실시하는 체제를 포함한다)의 정비 ⑥ 기타 무의료지구의 의료 확보에 필요한 사업 2. 도도부현의 지사는 전항에서 규정된 사업을 시행하는 경우 특히 필요하다고 인정할 때에는 병원 또는 진료소의 개설자 또는 관리자에게 다음 각 호의 사업에 대한 협조 를 요청할 수 있다. <ol style="list-style-type: none"> ① 의사 또는 치과의사의 파견 ② 순회진료차량(순회진료 선박을 포함한다)에 의한 순회진료 3. 국가 및 도도부현은 과소지역 내 무의료지구에서 진료에 종사하는 의사, 치과의사 또 는 이를 보조하는 간호사(제7항 및 제8항에서 "의사 등"이라 한다)의 확보와 그 밖에 해당 무의료지구에서의 의료 확보(해당 지역에서 근무하는 의사 또는 치과의사를 파 견하는 병원에 대한 보조를 포함한다)를 위해 노력하여야 한다. 4. 도도부현의 지사는 제1항 및 제2항에 규정된 사업의 실시에도 필요한 비용을 부담한다. 5. 국가는 전항의 비용 중 제1항 제1호부터 제3호까지에 해당하는 사업 및 제2항에 규 정된 사업 실시를 위해 규정으로 정하는 바에 따라 2분의 1을 보조한다. 다만, 다른 법령에 따라 2분의 1을 초과하는 국가의 부담 비율이 정해져 있는 경우에는 그러하지 아니한다. 6. 국가 및 도도부현은 과소지역의 의료를 확보하기 위하여 과소지역의 시정촌이 시정촌 계획에 따라 제1항 각 호의 사업을 실시하고자 할 때에는 해당 사업이 원활하게 시행 될 수 있도록 지원하여야 한다. 7. 도도부현은 의료법(1948년 법률 제25호) 제30조의 4제 1항에 규정된 의료계획을 작 성할 때 과소지역의 의료의 특수한 사정을 감안하여 과소지역에서 의사 등의 확보, 병 상 확보 등 필요한 의료가 확보될 수 있도록 지원하여야 한다. 8. 국가 및 지방자치단체는 전 항에 규정된 것 외에 과소지역에서 필요한 의사 등의 확 보, 정기적 순회진료, 의료기관의 협력체제의 정비 등 의료의 제공을 위해 필요한 지 원을 하여야 한다.
--

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, 總務省 地域力
創造グループ過疎対策室, pp. 287-288.

「과소지역의 지속적 발전지원에 관한 특별조치법」에 근거한 ‘지속가능
발전계획(도도부현 계획 및 시정촌 계획)’에 따르면 지자체의 사업비 실
적액은 총 4조 8,844억 엔이었다. 2021년도 지속가능발전계획의 항목별
예산실적을 보면 ‘교통시설 정비, 교통수단 확보’가 전체의 38.6%를 차

지하고 있으며, 다음으로 ‘산업 진흥’(27.5%), ‘생활환경 정비’(11.6%)가 뒤를 이었고, ‘의료의 확보’는 1,024억 엔으로 전체의 2.1%를 차지하고 있었다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, p. 12).

〈표 5-10〉 지속가능발전계획의 항목별 사업비 실적액(2021년)

(단위: 억 엔, %)

사업 구분	실적
합계	48,844(100.0)
이주-정착-지역 간 교류 촉진, 인재 양성	531(1.1)
산업 진흥	13,430(27.5)
지역 정보화	1,602(3.3)
교통시설 정비, 교통수단 확보	18,846(38.6)
생활환경정비	5,646(11.6)
육아 환경의 확보, 노인 등의 보건 및 복지 향상 및 증진	3,198(6.5)
의료의 확보	1,024(2.1)
교육진흥	2,051(4.2)
마을정비	292(0.6)
지역문화진흥 등	350(0.7)
재생에너지 이용 촉진	174(0.4)
기타	1,701(3.5)

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)”, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023a, 總務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 12.

가. 과소지역 대상 시책: 낙도 및 과소지역 특례

낙도 및 과소지역의 의료시설 정비를 위한 병원 신축이나 증·개축에 필요한 자금 대출 한도액의 특례를 설정한다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 232).

〈표 5-11〉 낙도 지역 특례: 오키나와 진흥개발금융공사 자금 대어 사례

대출 대상자	오키나와 진흥 특별조치법 제3조 제3호 및 과소지역 지속발전 지원에 관한 특별조치법 제2조 제1항에 규정된 지역에서 병원 등의 신축 또는 증개축을 하는 자
대출금리(연이율)	상환 기간 및 보증인 유무 등에 따라 다르다.
상환기간	30년(유예기간 3년) 이내
대출한도	7억 2,000만 엔(진료소는 5억 엔) 범위 내에서 필요한 자금의 금액

출처: “令和3年度版 過疎対策の現況”, 総務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, 総務省 地域力創造グループ過疎対策室, p. 232.

나. 과소지역 관련 시책: 벽지 보건의로 대책

벽지 보건의로 대책으로는 기존의 도서벽지 의료거점병원 운영, 도서벽지 진료소 및 환자 이송 차량 정비, 도서벽지 순회진료 실시 등을 포함하여 각종 시책을 종합적으로 추진하고 있다.

〈표 5-12〉 벽지 보건의로 대책을 위한 후생노동성 국고보조사업

사업명	내용	보조비율
도서벽지 의료지원기구 운영비 보조금 제도	낙후지역 의료 대책의 각종 사업을 원활하고 효율적으로 수행하기 위해 도도부현 단위로 ‘낙후지역 의료지원기구’를 설치하고, 낙후지역 진료소 등으로부터의 대체의사 파견 요청 등 낙후지역 의료지원에 관한 광역적 조정 등을 수행한다. 이를 위해 운영비, 오지 근무 의사 등의 확보 경비 등을 보조한다.	1/2
도서벽지 의료거점병원 정비비 등 보조금 제도	농어촌의료지원기구 등의 조정-지도하에 농어촌 의료에 관한 각종 사업을 수행하는 농어촌의료거점병원에 대해 건물정비, 의료장비 구입비 및 농어촌 의료활동 등의 운영비를 보조한다.	1/2
도서벽지 보건지도소 정비비 등 보조금 제도	무의촌 지역 중 인구 규모가 200명 이상이고 가까운 의료기관까지 일반 교통수단을 이용하여 30분 이상 소요되는 지역에 보건진료소를 설치하여 그곳에 전담 보건의를 배치하여 무의촌 지역 주민의 건강지도 활동을 한다. 이를 위해 벽지 보건진료소 건물 정비, 순회 보건지도 등에 필요한 자동차 구입비 및 운영비를 보조한다.	1/2, 1/3

사업명	내용	보조비율
벽지 진료소 정비비 등 보조금 제도	무의촌 지역 중 인구가 1,000명 이상이며, 가장 가까운 의료기관까지 일반 교통수단을 이용하여(교통수단이 없는 경우 도보로) 30분 이상 소요되는 지역에 오지 진료소를 설치하여 지역 주민의 의료를 확보한다. 이 오지 진료소로서 필요한 진료과목, 해당 진료소에 근무하는 의사-간호사의 주택 건물정비 및 의료장비 구입비 및 운영비를 보조한다.	1/2, 2/3
도서벽지 환자수송차량(보트) 정비비 등 보조금 제도	인구가 50명 이상이고, 가까운 의료기관까지 일반 교통수단을 이용하여 15분 이상 소요되는 무의촌 지역에 대하여 도도부현 또는 시군구 등이 환자를 가까운 의료기관까지 이송할 목적으로 설치하는 벽지 환자 이송 차량(보트)의 정비에 소요되는 경비 및 운영비를 보조한다	1/2
도서벽지 순회진료차(선박) 정비비 등 보조금 제도	무의촌(치과 포함) 지역에 대한 순회진료를 실시하기 위해 필요한 순회진료차량(선박)의 정비에 소요되는 비용 및 운영비를 보조한다.	1/2
벽지 진료 지원 시스템 등 도입	낙도 등 진료소 의사의 진료활동을 지원하기 위해 도서벽지 의료 거점병원과 도서벽지 진료소 간 고정형 영상전송장치 등을 도입하고, 그 운영비를 보조한다.	1/2, 2/3
낙도 치과 진료반 파견비 보조금 제도	치과 진료 기회가 부족한 낙도에 치과 진료반을 파견하여 지역 주민의 치과 의료를 확보하기 위해 도도부현이 시행하는 낙도 치과 진료반 파견에 소요되는 치과 의료장비 정비비 및 운영비를 보조한다.	1/2
관외 특정 진료소 등에 대한 진료비 보조금 제도 등	과소지역 등에서의 안과, 이비인후과 또는 치과의 특정 진료과목의 의료에 대해 해당 시정촌 내에 안과, 이비인후과 또는 치과의 진료기능을 가진 의료기관이 없는 경우에는 해당 진료과목의 의료 확보를 위해 필요한 진료소 정비에 필요한 경비를 보조한다.	1/2

출처: “令和13年度版 過疎対策の現況”, 總務省 地域力創造グループ 過疎対策室, 2023b, 總務省 地域力創造グループ 過疎対策室, pp. 232-233.

2. 후생노동성의 벽지 보건의료 대책¹³⁾

후생노동성의 ‘2023년 과소 대책 관계 예산’에 포함된 사업은 크게 ① 벽지 보건의료 대책, ② 지역의료개호종합확보기금(의료, 개호) 사업, ③

13) “令和5年度過疎対策関係予算”, 厚生労働省, n.d.a, https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf를 정리함.

환자 본인부담 경감으로 나눌 수 있다. 벽지 보건의료 대책으로는 벽지의 료지원기구·거점병원·산부인과 등 운영, 순회진료 실시, 도서벽지 환자 이송 차량(선박, 항공기) 운행 지원, 의료시설·장비 정비, 원격의료 설비 도입, 닥터 헬기 도입 등이 있다. 후생노동성에서 과소지역의 의료 확보를 위해 실시하고 있는 사업 내용과 사례는 다음과 같다.

〈표 5-13〉 후생노동성 벽지 보건의료 대책 예산 개요(2023년)

항목	내용	금액 (백만 엔)
① 벽지 의료지원 기구 운영	도도부현 단위의 광역 지원체제를 구축하기 위해 각 도도부현에 '도서벽지 의료지원기구'를 설치하여 지원사업의 기획, 조정 및 의사 파견의 실시 등을 보조한다.	259
② 벽지 의료거점 병원 등 운영	벽지에서 의료 제공 등 지원 사업을 실시하는 의료기관 등의 운영에 필요한 경비를 보조한다. 가. 벽지 의료거점병원 운영비 나. 벽지 보건지소 운영비 다. 벽지 진료소 운영비 라. 벽지 진료소 의사파견 강화 사업	6,571
③ 벽지 순회진료 실시	무의촌 등에서의 의료 확보를 위해 의사 등의 인건비 및 순회진료 차량 등의 운행에 필요한 경비를 보조한다. 가. 도서벽지 순회진료 차량(선박)(의과·치과) 나. 도서벽지 순회진료 항공기(의과) 다. 낙도 치과 진료반	150
④ 산부인과 의료 기관 운영	분만 가능한 산부인과 의료기관을 확보하기 위해 산부인과 의료기관 운영에 필요한 경비를 보조한다.	281
⑤ 도서벽지 환자 이송 차량(선박, 항공기) 운행 지원	무의촌 등의 의료 확보를 위해 무의촌 등에서 인근 의료기관 등으로의 이송에 필요한 경비를 보조한다. 가. 도서벽지 환자수송 차량(선박) 나. 메디컬 제트기(도서벽지 환자수송 항공기)	229

출처: “厚生労働省 令和5年度過疎対策関係予算”, 厚生労働省, n.d.a, 厚生労働省 홈페이지, 2024. 3. 7. 검색, https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf

가. 벽지 의료지원기구의 설치¹⁴⁾

과소지역을 포함한 벽지 의료 대책에 포함된 각종 사업을 원활하고 효율적으로 수행하기 위해 각 도도부현에 1개소씩 ‘벽지 의료지원기구’를 설치하고 전담 담당자를 배치한다. 벽지 의료지원기구는 도도부현 정부 또는 벽지 의료지원 기능을 수행할 수 있는 의료기관에서 운영하며, 벽지에서 진료 경험이 있는 의사를 전담인력으로 지정해 의료취약지 의료지원기구의 책임자로서 역할을 수행하도록 한다. 또한 벽지 의료지원기구, 유관 지자체 및 의료기관, 지역주민 대표(벽지 의료거점병원, 벽지 진료소, 해당 시정촌, 공립병원, 공공의료기관, 대학병원, 대학병원 부속병원, 지역의료 지원 병원, 임상수련병원, 구급센터, 지역 의사회 및 지역주민 대표)로 구성되는 ‘벽지 보건의료 대책에 관한 협의회’를 설치해, ① 의사 확보 방안, ② 치과 의사 확보 방안, ③ 진료 지원 방안, ④ 벽지 의료의 보급·개발 등에 대해 검토한다.

이처럼 ‘벽지 의료지원기구’는 도도부현에서 실시하는 각종 벽지 의료 사업에 관한 실질적인 자문과 조정 기능을 수행하고 있으며, 구체적으로는 벽지 의료거점병원에 대한 의사 파견 요청, 벽지 의료거점병원의 의사·치과 의사 업무에 관한 지도·조정, 진료사업의 기획 및 조정, 벽지 의료기관 파견 의사 확보를 위한 인력풀 작성, 벽지 지역의료 분석 등의 업무를 담당하고 있다.

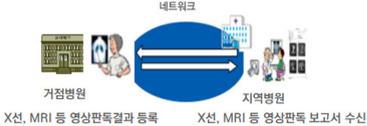
14) 厚生労働省. (n.d.c), へき地医療支援機構の役割等について(案), <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/10/dl/s1030-12c.pdf>를 정리함.

나. 원격의료설비 정비

원격의료설비 정비사업은 정보기술을 응용한 원격의료를 실시하여 의료의 지역격차를 해소하고 의료의 질 및 신뢰성을 확보하는 것을 목적으로 한다. 정보통신기기를 활용해 벽지 환자의 병리 영상·X선 영상 등을 원격지 의료기관에 전송하고 전문의의 진단과 자문을 통해 적절한 대응이 가능하게 하며, 의학적 관리가 필요한 만성질환자 중 지리적 여건으로 내원이나 통원이 어려운 환자에게 화상전화 등 장비를 대여해 원격지에서 진료를 지원한다. 원격의료는 1) 의사-의사 간에 행해지는 원격상담, 2) 원격 화상진단, 3) 원격 병리진단, 4) 의사-환자(간호사가 참여 가능) 간에 행해지는 원격진료가 있다. 첫째, 원격상담은 영상 등을 공유하여 원격지 의사에게 환자 상태에 대한 조언을 구할 수 있으며, 이는 의료의 지역 간 격차 해소, 환자와 보호자의 만족도 증가 등의 효과가 있다. 둘째, 원격 화상진단은 방사선 사진이나 영상을 통신으로 전송해 원격지에 있는 전문의가 진단하는 방식으로, 전문의의 전문적인 진단을 받을 수 있다. 셋째, 원격병리진단은 신체 조직 영상과 현미경 영상을 현지의 의사가 송수신하고, 원격지의 전문의가 수술 등을 위해 실시간으로 원격진단을 활용할 수 있다. 마지막으로 원격진료는 정보통신기기로 측정된 생체 정보(체온, 혈압, 맥박, 요당 등)와 환자의 영상·음성 등을 네트워크를 통해 원격지의 의사에게 전송하여 환자를 진료하는 방식이다. 이처럼 원격의료는 교통 인프라가 부족하거나 고령화, 인구 과소화로 인해 진료를 받기 어려운 환자들에게도 의료서비스를 제공할 수 있도록 한다.

원격의료설비 지원 사업은 도도부현, 시정촌 등을 대상으로 한다. 일본 정부는 사업비의 3분의 1을 국고보조로 지원하고 있으며, 최근 사업 실적은 2019년 6개소 23,054천 엔, 2020년 8개소 27,634천 엔, 2021년 15개소 105,609천 엔 등이다.

[그림 5-6] 원격의료 사업 내용

원격상담(의사-의사)	원격화상진단(의사-의사)
<p>[개요] 영상을 통해 원격지의 의사와 환자 사례 등 검토</p> <p>[효과] 지역간 의료격차 해소, 환자와 보호자의 진료 만족도 증가</p> 	<p>[개요] 개요] X선 사진, MRI 화상 등을 통신으로 전송해, 원격지의 전문의가 진단</p> <p>[효과] 전문의에 의한 전문적 진단 가능</p> 
원격병리진단(의사-의사)	원격진료(의사-환자(또는 환자 및 간호사))
<p>[개요] 신체조직검사 이미지나 영상 등 원격지 의사가 수술 중 실시간으로 원격 진단</p> <p>[효과] 실시간으로 수술범위 결정 등 전문의와의 협업 가능</p> 	<p>[개요] 의사-환자 간 정보통신기기를 통해 환자의 진찰 및 진단, 진단결과 전달, 처방 등 진료행위를 실시간으로 수행</p> <p>[효과] 의료에 대한 접근성 보장과 양질의 의료를 받을 수 있는 기회 확보</p> 

출처: “令和5年度過疎対策関係予算”, 厚生労働省, n.d.a, 厚生労働省 홈페이지, 2024. 3. 7. 검색, https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf

[사례] 가고시마현 도시마촌(村)에서의 원격진료 사업(2021년)

- 배경: 도시마촌(村)은 가고시마시(市)에서 남쪽으로 200km 떨어진 해상에 위치한 낙도 마을로 남북으로 160km 해역에 있는 7개의 유인도와 5개의 무인도로 구성되어 있음. 교통수단은 마을 정기선이 주 2회 운항하고 있으며, 의료기관은 유인도에 벽지 진료소가 설치돼 있으나 상근의사는 없고 간호사만 상주함.
- 원격진료: 마을 주민에 대한 질환 관리 및 응급상황 대비를 위해 가고시마 적십자병원과 도시마촌 유인도의 원격 진료소 간 원격의료 지원 시스템을 설치함. 의사가 상주하지 않는 섬에서는 간호사가 재가 환자를 방문할 때 태블릿PC를 지참하고 필요시 원격지 의사에게 환자의 영상, 심전도 등 생체 데이터를 실시간으로 전달하고, 간호사는 원격지 의사의 지시에 따라 적절히 환자 처치를 실시함.

[그림 5-7] 도시마촌 현황



출처: “令和5年度過疎対策関係予算”, 厚生労働省, n.d.a, 厚生労働省, p. 10,
2024. 3. 7. 검색, https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf

다. 닥터헬기 도입

지역에서 필요한 응급의료가 적시에 적절하게 제공될 수 있는 체계 구축을 목표로 조기 치료 개시와 신속한 이송이 가능한 닥터헬기 운항체계를 구축하고 있다.

닥터헬기 사업은 도도부현에서 주관하되 사업 비용의 절반은 국고에서 지원하며, 닥터헬기 운행 실적에 따라 보조금이 달라지게 된다.¹⁵⁾

[그림 5-8] 닥터헬기 사업 내용



출처: “令和5年度過疎対策関係予算”, 厚生労働省, n.d.a, 厚生労働省 홈페이지, 2024. 3. 7. 검색, https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf

닥터헬기 사업은 2022년 4월 18일 현재 46개 도도부현에서 56대가 배치되어 운영되고 있으며, 홋카이도현, 니가타현 등에서는 2대 이상의 닥터헬기가 운영되고 있다.

15) 비행시간에 따른 보조기준액은 다음과 같다(厚生労働省, n.d.a. p. 11).
 - 비행시간 300시간 이상: 3억 3100만 엔
 - 비행시간 200시간 이상 300시간 미만: 3억 700만 엔
 - 비행시간 200시간 미만: 2억 8900만 엔

〈표 5-14〉 닥터헬기 배치 실적

<ul style="list-style-type: none"> • 2001년: 오카야마현, 시즈오카현, 시즈오카현, 지바현, 아이치현, 후쿠오카현 • 2002년: 가나가와현, 와카야마현 • 2005년: 홋카이도, 나가노현 • 2006년: 나가사키현 • 2007년: 사이타마현, 오사카부, 후쿠시마현 • 2008년: 아오모리현, 군마현, 오키나와현 • 2009년: 지바현(2호기), 시즈오카현(2호기), 홋카이도(2호기, 3호기), 토치기현 • 2010년: 효고현, 이바라키현, 기후현, 야마구치현, 고치현 • 2011년: 시마네현, 나가노현(2호기), 가고시마현, 구마모토현, 아키타현, 미에현 • 2012년: 아오모리현(2호기), 이와테현, 야마가타현, 니가타현, 니가타현, 야마나시현, 도쿠시마현, 오이타현, 미야자키현 • 2013년: 히로시마현, 효고현(2호기), 사가현 • 2014년: 홋카이도(4호기) • 2015년: 시가현, 도야마현 • 2016년: 미야기현, 니가타현(2호기), 나라현, 에히메현, 가고시마현(2호기) • 2017년: 돗토리현 • 2018년: 이시카와현 • 2021년: 후쿠이현, 도쿄도 • 2022년: 가가와현 • 2023년: 아이치현(2호기)
--

출처: “令和5年度過疎対策関係予算”, 厚生労働省, n.d.a, 厚生労働省 홈페이지, 2024. 3. 7. 검색,
https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf

라. 지역의료개호종합확보기금 사업¹⁶⁾

후생노동성에서는 과소지역의 의료 확보를 위해 ‘지역의료개호종합확보기금’을 활용하여 사업을 실시하고 있다. ‘지역의료개호종합확보기금’은 지역의 열악한 의료기능을 증진하기 위해 조성한 기금이기 때문에 과소지역만을 대상으로 실시하는 사업은 아니지만 사업 대상 지역에 과소지역도 포함되어 있다.

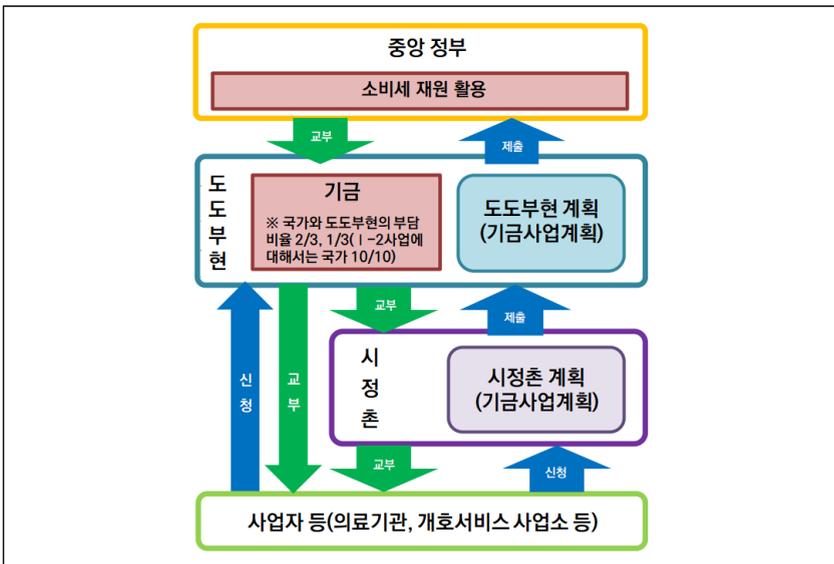
2025년은 일본의 베이비붐 세대가 75세 이상이 되는 해로 노인에 대한 효율적 의료 제공을 위해서는 병상의 기능 분화 및 연계, 재택의료와

16) 厚生労働省. (n.d.b.), 地域医療介護総合確保基金,
<https://www.mhlw.go.jp/content/001287155.pdf>를 정리함.

개호서비스 추진, 의료 및 개호 종사자 확보와 근무환경 개선 등 ‘효율적이고 질 높은 의료 제공체계 구축’과 ‘지역포괄케어시스템 구축’이 시급한 과제이다.

이를 위해 2014년도부터 소비세 증세분 등을 활용한 재정지원제도인 ‘지역의료개호종합확보기금’을 신설하여 각 도도부현에 설치하였고, 각 도도부현은 계획서를 작성하여 기금을 활용한 각종 사업을 실시하고 있다. 특히 지역 단위에서 필요한 사업을 계획하고, 중앙에서는 수립된 계획을 검토하여 재정을 지원하는 것으로 역할을 분담한 것이 특징이다.

[그림 5-9] 지역의료개호종합확보기금 사업 추진체계



출처: “地域医療介護総合確保基金”, 厚生労働省, n.d.b, 厚生労働省, p. 1, <https://www.mhlw.go.jp/content/001287155.pdf>

도도부현은 2차 의료권과 노인복지서비스 제공 권역을 고려하여 의료개호종합확보기금 사업의 구역을 설정하고, 시정촌은 일상생활권역을 고

려하여 사업구역을 설정한다. 또한 도도부현은 시정촌의 사업을 평가하고, 중앙정부는 도도부현의 사업을 평가하여 기금을 배분하는 데 활용한다. 지역의료개호종합확보기금 대상 사업은 크게 의료사업과 개호사업으로 나눌 수 있으며, 세부적인 내용은 다음과 같다.

〈표 5-15〉 지역의료개호종합확보기금 대상 사업

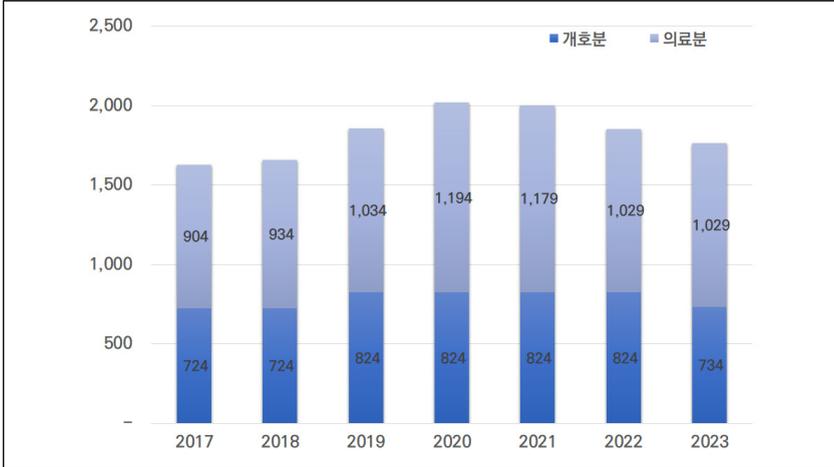
I-1. 지역 의료 구상 달성을 위한 의료기관의 시설 또는 장비의 정비에 관한 사업
I-2. 지역 의료 구상 달성을 위한 병상 기능 또는 병상 수의 변경에 관한 사업
II. 재택 등에서의 의료 제공에 관한 사업
III. 개호시설 등의 정비에 관한 사업(지역 밀착형 서비스 등)
IV. 의료종사자 확보에 관한 사업
V. 개호종사자 확보에 관한 사업
VI. 근무의사의 노동시간 단축을 위한 체계 정비에 관한 사업

출처: “地域医療介護総合確保基金”, 厚生労働省, n.d.b, 厚生労働省, p. 1,
<https://www.mhlw.go.jp/content/001287155.pdf>

지역의료개호종합확보기금의 2023년도 예산안은 1,763억 엔이며, 이 중 의료분은 1,029억 엔(국비 751억 엔), 개호분은 734억 엔(국비 489억 엔)을 차지하고 있다.

연도별로는 2014년도에 의료 확보를 위한 I-1, II, IV 사업이 신설되었고, 2015년도부터는 개호 확보를 위한 III, V 사업이 추가되었다. 2020년도부터는 의료 확대를 위해 VI 사업이, 2021년도부터는 의료 확대를 위한 I-2 사업이 추가되었다.

[그림 5-10] 연도별 지역의료개호종합확보기금 예산액(2014~2023)



출처: “地域医療介護総合確保基金”, 厚生労働省, n.d.b, 厚生労働省, p. 2,
<https://www.mhlw.go.jp/content/001287155.pdf>

지역의료개호종합확보기금 대상 사업 중 의료와 관련된 사업의 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈표 5-16〉 지역의료개호종합확보기금(의료분) 대상 사업 내용

사업 구분	사업 개요	사업 내용
I-1. 지역 의료 구상 달성을 위한 의료기관 시설 또는 장비의 정비에 관한 사업	급성기 병상에서 회복기 병상으로의 전환 등 지역 의료 구상의 달성을 위한 병상 기능의 분화 및 연계 사업 참여 의료기관의 시설과 장비 보조금 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 병상의 기능 분화 및 연계를 추진하기 위한 기반 정비 등 의료 제공체계의 개혁을 위한 시설 및 장비 등의 정비 • 지역 의료 구상에 따른 병상 기능 전환 등 시설 및 장비 정비에 대한 보조금 지원 사업 • ICT를 활용한 지역 의료 정보 네트워크 구축 사업
I-2 지역 의료 구상 달성을 위한 병상 기능 또는 병상 수의 변경에 관한 사업	지역 의료 구상 조정회의 등의 의견을 바탕으로 병상 기능 재편 및 병상 감소에 따른 의료기관 통합에 대한 보조금을 지급	<ul style="list-style-type: none"> - 단독 의료기관의 노력에 대한 재정지원 • 병상 기능 전환에 참여하는 의료기관에 대한 지원 - 복수 의료기관의 노력에 대한 재정적 지원 • 병상 수 감소 계획에 참여하는 의료기관에 대한 지원 • 의료기관 통합할 시 잔여채무를 승계하는 의료기관에 대한 이차 지원

사업 구분	사업 개요	사업 내용
II 재택 등에서의 의료 제공에 관한 사업	재택의료 실시에 관한 거점 기관 정비 및 연계 체계 확보를 위한 지원 등 재택의료 제공체계 정비를 위한 보조금 지급	<ul style="list-style-type: none"> - 재택의료 실시에 관한 거점 및 지원체계 정비 • 재택의료 거점 기관 정비 • 재택의료에 관한 의료 연계 체계의 운영 지원 • 재택의료추진협의회 설치, 운영 등 - 재택의료 및 방문간호 담당 인력 확보 및 양성에 기여하는 사업 • 재택의료 종사자 및 주치의의 육성 • 방문간호 촉진, 인력 확보를 위한 교육 등의 실시 등 - 기타 재택의료의 추진에 기여하는 사업 • 재택치과 의료 실시에 관한 거점 및 지원체계의 정비 • 재택의료 및 말기 의료에 필요한 위생자재 및 의료용 마약 등의 원활한 공급 지원 등
IV 의료종사자 확보에 관한 사업	의사 등의 편중 해소, 의료기관 근무환경 개선, 팀의료 추진 등의 사업에 보조금을 지원함으로써 의사, 간호사 등 지역에 필요한 양질의 의료인력 확보 및 양성	<ul style="list-style-type: none"> - 의사 확보 대책 • 지역 의료지원센터 운영 • 의과-치과 연계에 기여하는 인재 양성을 위한 연수 실시 • 졸업 후 지역 의료에 종사할 의대생에 대한 학업자금 대여 • 산부인과, 응급의학과, 소아과 등 부족한 진료과목의 의사 확보 지원 • 여성인 의사, 치과의사, 약사, 치과위생사, 치과기공사의 복직 및 재취업 지원 등 - 간호사 등 확보 대책 • 신규 간호사에 대한 교육 및 기존 간호사 등의 질적 향상을 위한 교육 실시 • 간호사가 도도부현 내에 정착하기 위한 지원 • 간호사 등 양성소 시설·설비 정비, 간호직원 정착 촉진을 위한 숙소 정비 등 - 의료종사자 근무환경 개선 대책 • 의료 근무환경 개선지원센터 운영 • 각 의료기관의 근무환경 개선 및 재취업 촉진 대책에 대한 지원 • 소아 환자에 대한 전화상담 체계 및 휴일, 야간 소아 응급의료체계 정비 등
VI 근무 의사의 노동시간 단축을 위한 체제 정비에 관한 사업	의사 노동시간 단축을 위한 계획을 수립하고, 근무환경 개선을 위한 제도 정비에 노력하는 의료기관에 대한 보조금을 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 노동시간 단축을 위한 종합적인 노력에 대한 재정적 지원 • 근무 간격 및 연속 근무시간 제한의 적정 설정 • 당직 후 근무 부담 완화 • 복수 주치의제 도입 • 여성 의사 등에 대한 단시간 근무 등 다양하고 유연한 근무 방식 추진

출처: “地域医療介護総合確保基金”, 厚生労働省, n.d.b, 厚生労働省, pp. 3-4.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001287155.pdf>

지역의료개호종합확보기금 사업 중 개호 사업은 향후 급증하는 고령 1인 가구, 부부 단독가구, 치매노인 등이 본인이 살던 익숙한 지역에서 지속적으로 생활할 수 있게 하는 것이 목적이다. 따라서 도도부현의 계획에 따라 지역 실정에 맞는 개호서비스 제공체계 등 지역포괄케어시스템 구축을 위해 다음의 사업을 실시한다.

〈표 5-17〉 지역의료개호종합확보기금(개호분) 대상 사업 내용

사업 구분	사업 내용
지역 밀착형 서비스 시설 등의 정비에 대한 보조금 지원	<ul style="list-style-type: none"> 가능한 한 살던 지역에서 안심하고 생활할 수 있도록 지역 밀착형 서비스 시설·사업소 등의 정비 지원 시설 간 합병하는 경우 각각 보조단가의 0.5%를 가산하여 지원 빈집을 활용한 지역 밀착형 서비스 시설·사업소 등의 정비 지원 노후화된 광역형 시설에 대한 대규모 개선과 내진화 지원(2023년까지 실시) 재해 지역에 위치한 노후화된 광역형 요양시설의 이전·개축 비용 지원(2023년도에 추가)
요양시설 개설 준비 비용 등 지원	<ul style="list-style-type: none"> 특별양로원 등의 개원 비용 지원(※정원 30명 이상의 광역형 시설 포함) 재가 요양생활에 따른 의료 수요 증가에 대응하기 위해 방문간호 스테이션의 대형화 및 위성형 사업소 설치에 필요한 시설비 등 지원 토지 취득이 어려운 지역의 시설 정비를 지원하기 위해 정기임차권(일정 조건하에서 일반임차권) 설정을 위한 비용 지원 시설정비 후보지(사유지)의 적극적인 발굴을 위해 지역 내 부동산 사업자 등을 포함한 협의체 설치 등 지원 요양시설에서 근무하는 직원 등을 확보하기 위해 시설 내 보육시설의 정비, 요양보호사 숙소의 정비 지원(2023년까지 실시)
특별양호요양시설의 다인실 프라이버시 보호를 위한 개보수 등으로 요양 서비스 개선	<ul style="list-style-type: none"> 요양병원 및 병설된 단기보호시설의 다인실 프라이버시 보호를 위한 개보수 비용 지원. 특별양호노인요양시설 등의 단위화 개보수 비용 지원 요양형 의료시설 등에서 노인보건시설 등(요양병원 포함)으로의 전환 지원 임종에 대응할 수 있는 환경을 정비하기 위해 임종 및 가족 등의 숙박을 위한 개인실 확보 비용 지원 공생형 서비스 사업소의 정비를 촉진하기 위해 개호보험사업소에서 장애 아동·장애인을 수용하기 위해 필요한 개보수 지원

출처: “令和5年度過疎対策関係予算”, 厚生労働省, n.d.b. 厚生労働省, p. 13,
https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf

3. 총무성 병원사업¹⁷⁾

일본 총무성에서는 전국의 공공병원에 대한 경영개혁을 추진 중인데, 인구감소로 의료 여건이 점차 악화되는 지역에서도 지속 가능한 지역의료 제공 체제를 구축하고, 공공병원의 기대 역할을 충실히 수행할 수 있도록 의료기관 독립행정법인화, 기능 분화, 디지털 전환(digital transformation) 등의 사업을 추진하고 있다.

가. 공공병원 지방독립행정법인화 및 지역특화

일본 총무성에서는 필수의료를 안정적이고 지속적으로 제공하기 위해 공공병원 개혁 플랜을 주관하고 있으며, 이에 근거한 지방 공공병원의 구조조정과 네트워크화 등 경영 개선을 위한 사업을 추진하고 있다. 특히 지방독립행정법인화는 인구감소와 고령화에 따라 기존의 의료서비스 제공체계에서는 불가능한 지역 완결형 서비스 제공체계를 구축하기 위해 공공병원뿐 아니라 민간병원까지 사업 대상에 포함하고 있다. 또한 급만성 의료는 물론 개호서비스와 관련된 지역주민의 의료 및 돌봄 욕구를 반영하기 위해 지역의사회, 공무원, 주민대표 등이 참여한 협의체를 구성하여 의사결정에 참여하고 있다는 점이 특징이다.

예컨대 오카야마현(県) 타마노시(市)에서는 의사의 고령화, 신규 의사 확보가 어려운 상황이 지속되고 병원 시설의 노후화가 진행되면서 지역 의료를 재검토할 필요성이 대두되었다. 이러한 과제를 해결하기 위해 시에서 핵심 기관 및 관계자들이 참여하는 협의체를 구성하여 지역 의료체

17) 総務省. (n.d.). 病院事業, https://www.soumu.go.jp/main_content/000870688.pdf 를 정리함.

계에 대한 검토를 진행하였다. 효고현(県) 가코가와시(市)에서는 인구감소로 경영이 어려워진 지역의 공립병원과 민간병원을 경영 통합하여 지방독립행정법인으로 전환함으로써 의료기관 간 연계와 의료 제공 체제를 안정적으로 지속할 수 있는 체제를 구축하였다. 또한 다쓰노시(市)에서는 시립병원을 의료와 간호서비스를 제공하는 재택의료 지원 병원으로 전환하여 방문진료, 방문간호사업 등 고령화에 따른 지역 내 재택의료 욕구를 충족시킬 수 있게 되었다.

〈표 5-18〉 총무성 병원사업: 지방독립행정법인화

지역	사업 제목	사업 내용	향후 추진계획
홋카이도 히로오초	시립병원의 지방독립행정법인화	인구감소와 의료 수요의 변화로 시립병원의 악화되는 경영상황을 개선하기 위해 지방독립행정법인으로 전환하고 지역 의료 수요에 맞추어 진료과 재배치 마을 내 유일한 입원 병상을 가진 의료 기능을 유지하기 위해 지방독립행정법인화하여 경영 개선을 도모	의료진 확보 및 주민의 요구에 맞는 진료체계의 충실화 추진
나가노현	현립병원 등의 지방독립행정법인화	의사, 간호사 부족 등 병원사업을 둘러싼 환경이 점점 더 어려워지고 있는 상황에서 환경 변화에 유연하게 대응하고 현민의 기대에 부응하는 의료를 지속적으로 제공하기 위해 현립 5개 병원 및 2개 요양노인보건의시설을 일괄적으로 지방독립행정법인으로 전환	양질의 의료를 지속적으로 제공하기 위해 경영 개선 노력
효고현 가코가와시	시립병원과 민간병원 재편	공립병원과 민간병원을 지방독립행정법인으로 경영 통합하여 의사 확보와 의료 기능의 충실을 도모하고 종합적이고 안정적인 의료 제공 체제를 실현	다른 의료기관과 연계하여 의료 제공 체제를 안정적으로 지속할 수 있는 체제를 구축
효고현 다쓰노시	시립병원의 지방독립행정법인화	시민이 건강하게 살 수 있는 마을 실현을 위해 병원을 안정적으로 운영하고 지역에서의 역할을 장기적으로 유지하기 위해 지방독립행정법인으로 전환	지역포괄케어시스템을 지원하는 재택의료지원병원으로서 방문진료, 방문간호사업 등 지역 내 재택의료의 내실화를 도모

지역	사업 제목	사업 내용	향후 추진계획
오카야마현 타마노시	시립병원과 민간병원 재편	인구감소에 따른 장래의 의료 수요 감소를 감안하여 병상 수를 감축하고 2개 병원을 연계, 통합 운영함으로써 단독 병원으로는 대응할 수 없었던 분야(감염병 대응 등)의 의료체계를 확보	병원을 중심으로 시내 의료기관, 의사회 등과 연계 강화

출처: “病院事業”, 総務省, n.d., 総務省, pp. 1-27,
https://www.soumu.go.jp/main_content/000870688.pdf

나. 기능 분화

저출산 고령화에 따른 의료 수요 변화와 인구감소에 따른 경영 악화에 대응하기 위해 지역 내 최소 2개 이상의 병원이 참여하는 기능 분화 사업을 추진하고 있다. 구체적으로는 주로 급성기를 담당하는 거점병원과 회복기를 담당하는 병원으로 기능을 분화하고, 거점병원에서 그 외의 병원에 대한 의사 파견을 통해 연계를 강화하고 있다. 일본에서는 병원 간 기능 분화를 통해 공공과 민간의 적절한 역할 분담과 지역에 필요한 의료 제공 체계를 확보하는 것을 목표로 하고 있다.

이와테현에서는 현 내의 9개 2차 의료권 모두에 핵심적 의료를 담당하는 거점병원(9개 병원)을 지정하는 한편, 교통 사정이나 의료자원이 부족한 지역에서는 지역의 1차 의료를 담당하는 지역병원(11개 병원 6개 지역진료센터)을 설치하여 시립병원과 함께 지역의료 제공 체제의 유지·확보를 도모하고 있다. 또한 이와테현에서는 의사와 진료과목의 지역 편중이 심하여 의사 확보가 가능한 거점병원에서 의사가 부족한 지역 병원(현립병원, 시립병원)에 의사 파견 사업을 실시하고 있는데, 2021년 한 해 동안 8,747건의 의사 파견이 이뤄졌고, 이때 간호사, 사무직원의 파견도 함께 진행되었다.

효고현의 히메지(姫路)순환기센터는 진료과가 한정되어 있어 합병증 대응이 미흡했고, 히로바타(広畑)병원은 거의 모든 진료과를 표방하고 있었으나 순환기 질환에 의료가 취약했다. 효고현은 도내에서 의사가 가장 부족한 지역으로 의사 확보를 위해 의료기관을 정비할 필요가 높았으며, 이에 따라 현립 공공병원인 히메지 순환기센터와 민간 종합병원인 히로바타병원을 통합하여 '효고현립 하리마히메지(はりま姫路) 종합의료센터'를 개원하였다.

나라현의 난화(南和)보건의료권은 산간지역으로 고령화율이 현저하게 높고 의료 수요가 많은 과소지역이다. 지역 내에는 급성기를 담당하는 3개의 공립병원이 있었으나, 인구감소로 인한 환자 수 감소, 의료인력 감소로 의료기능 유지에 어려움을 겪고 있었다. 이에 따라 공립병원의 기능 분화 및 연계 강화를 목표로 사업을 추진하였으며, 난화보건의료권역에 해당하는 현과 12개 시정촌이 조합을 설립해 새로운 의료 제공 체제를 구축하였다. 3개 공립병원에 대해 급성기와 회복기를 담당하는 1개 병원(미나미나라(南奈良) 종합의료센터)과 회복기와 만성기를 담당하는 2개 요양병원(요시노(吉野)병원과 고조(五條)병원)으로 기능을 분화하였으며, 이와 같은 기능 분화를 통해 향후 안정적인 의료기능을 제공할 수 있는 기반을 마련하게 되었다.

〈표 5-19〉 총무성 병원사업: 기능 분화

지역	사업 제목	사업 내용	향후 추진계획
이와테현	거점병원에서 의료인력 부족지역 등 중소병원에 의료인력 파견 지원	현립병원(센터, 거점병원)에서 의사 부족이 심각한 지역의 병원(현립병원, 시립병원, 시마치무라병원 등)에 의사를 파견하여 지역 의료 제공 체제 유지, 확보 의료기관 간 연계가 이루어지고, 기능 분화 및 연계 강화에 기여. 일방적인 지원이 아닌 부족한 진료과에 대한 상호 지원	병원의 기능 분화를 지속적으로 추진하면서 의료종사자 파견을 위한 노력을 지속

지역	사업 제목	사업 내용	향후 추진계획
효고현	도립병원과 민간병원 재편	현립 전문병원인 히메지 순환기센터와 민간 종합병원인 히로바타 병원을 통합 재편하여 효고현립 하리마히메지 종합 의료센터를 개원하여 종합적인 진료기능과 다양한 질환에 대응하는 응급의료 제공	의료 인재 육성의 거점 기관으로 젊은 의사들의 연수 환경 개선 인근 대학과 연계하여 임상연구 및 의료기기 개발 강화
	현립병원과 공립병원의 재편	지역의 핵심병원인 효고현립 카시와하라 병원과 카시와하라 적십자병원을 통합 재편하여 효고현립 단바의료센터를 개설하고, 고령자가 익숙한 지역에서 생활할 수 있도록 고도 예방-의료-재활-재택 요양까지 연계한 지역포괄케어시스템 구축	지역 의료기관과의 연계를 더욱 강화하여 권역 내 지역포괄케어 시스템의 거점 역할을 지속적으로 수행
나라현	현립병원과 시립병원의 재편	현과 12개 시정촌이 일부 사무조합을 설립하여 새로운 의료 제공 체계를 구축 3개 공립병원을 급성기-회복기를 담당하는 1개 병원과 회복기-만성기를 담당하는 2개 요양병원으로 재편 인근 진료소와 전자 의료 기록 시스템 정보를 공유함으로써 응급 의료 시 환자 정보 파악 등을 가능하게 함	3개 병원의 병상 통합 및 효율적 운영 등 통합적 운영을 강화

출처: “病院事業”, 総務省, n.d., 総務省, pp. 1-27,
https://www.soumu.go.jp/main_content/000870688.pdf

다. 디지털 전환

인력 부족으로 의료 수요를 충족하지 못하거나, 지리적 접근성 문제로 충분한 서비스를 제공받지 못하는 문제에 대응하기 위해 디지털을 활용한 의사-환자 간 원격진료가 활발히 제공되고 있다. 나가노현의 한 마을에서는 마을진료소의 의사가 퇴직한 후 현립병원 파견 의사가 주 1회 대면 진료를 제공하고 있으나, 추가 수요에 대응하고자 마을진료소와 현립병원 간 온라인 진료시스템을 도입해 대면 진료가 없는 날에는 마을진료소에 상주하는 간호사의 지원을 받아 환자를 진료하는 온라인 진료를 제공하고 있다. 구마모토현 미나마타시 역시 지역 전체가 만성적인 의사 부족으로 의료기능이 저하된 가운데, 고령자가 많은 산간벽지 진료소의 의

료기능을 유지하기 위해 ICT를 활용한 연계형 원격진료 모델을 도입했다. 특히 오지에서의 온라인 연계 진료 모델 도입으로 과소지역을 포함한 지역 전체에서 급성기부터 재택의료까지 연속적인 지역의료 제공 체제를 확보할 수 있었다.

의사-환자 간 원격진료 외에도 의사-의사 간에 이루어지는 원격상담도 이뤄지고 있다. 이와테현에서는 현립병원의 기능 분화를 위해 모든 현립 병원(20개 병원, 6개 지역진료센터)의 진료 정보¹⁸⁾를 환자별로 열람할 수 있는 시스템을 도입하였고, 이에 따라 서로 다른 현립병원의 의사들이 동일한 환자의 진료기록을 보면서 전원과 치료 상담이 가능해졌다. 또한 의뢰처 병원에서의 치료 경과 확인이나 환자의 치료 상황을 확인하여 향후 치료계획을 수립할 수 있게 되었고, 응급 시 다른 현립병원의 처방 내용을 확인할 수 있어 치료와 투약 시 안전성을 확보할 수 있게 되었다.

일본의 원격의료는 지역 여건을 반영한 사업계획이 마련되고 있으며, 나가노현과 같이 기존의 의료서비스 확보사업(거점병원 의사 파견)으로 지역주민의 의료 욕구를 충족하기 어려울 때 보완적인 방법으로 활용하는 것이 특징이다.

18) 진료 정보 표준화 및 디지털화는 투약, 주사, 검체 검사 외에도 진료 정보 제공서, 퇴원 시 요약서, 방사선 영상, 초음파 영상, 심전도 파형, 내시경 영상, 순환기 영상, 방사선 보고서, 병리 보고서, 초음파 검사 보고서, 내시경 보고서, 심장 카테터 보고서 등에 대해 이루어짐.

〈표 5-20〉 총무성 병원사업: 디지털 전환

지역	사업 제목	사업 내용	향후 추진계획
이와테현	병원 간 진료 정보 공유 시스템 구축	현립병원의 기능 분화 및 연계 강화를 추진하기 위해 진료 정보의 백업과 병원 간 공유 추진 모든 현립병원(20개 병원, 6개 지역진료센터)의 진료 정보를 환자별로 열람할 수 있는 시스템을 도입 서로 다른 현립병원의 의사들이 동일한 환자의 같은 화면을 보면서 전원과 치료 상담 및 컨퍼런스 가능 의뢰처 병원에서의 치료 경과 확인 및 치료 상황을 확인 가능 긴급 검사 등 시 다른 현립병원의 처방 내용을 확인 가능	공유 가능한 정보 추가 정비 검토
나가노현	도립병원에서 마을 진료소에 온라인 진료 도입 추진	의사가 없는 마을 진료소(오지 진료소)에서 오지 의료 거점병원인 현립병원의 의사가 병원 내에서 온라인으로 진료하는 시스템을 도입 병원과 마을 진료소를 인터넷 회선으로 연결하여 병원에 있는 의사가 마을 진료소 간호사의 지원을 받아 환자를 진료하는 온라인 진료를 도입. 기존 주 1회 진료에서 주 2회 진료(대면 1회, 온라인 1회)를 실현	의사 부족이 문제가 되고 있는 변두리 의료의 새로운 모델
구마모토현 미나마타시	도서벽지 진료소 의사 확보를 위한 원격진료 모델 구축	만성적인 의사 부족과 의료자원의 편중을 겪고 있는 오지 진료소의 의사 확보를 지속하기 위한 수단으로 쿠마모토 메디컬 네트워크를 활용한 원격진료 모델을 구축 온라인 연계 진료 모델 도입으로 의사 파견 횟수를 약 24% 감소시켜 의사의 부담을 경감 오지에서의 온라인 연계 진료 모델 도입으로 과소지역을 포함한 지역 전체에서 급성기부터 재택의료까지 끊김 없는 지역 의료 제공 체제 확보	고령자 등 의료접근이 어려운 사람들이 언제든지 의료기관을 이용할 수 있는 환경을 ICT 기술로 지원
	의료접근이 어려운 계층을 지원하는 원격 연계 진료 모델 구축	고령자, 암환자 등 의료접근이 어려운 사람들의 생활을 지원하는 구조로 의사-간호사 등과의 연계 진료를 결합한 '온라인 연계 진료 모델'을 구축	

출처: “病院事業”, 総務省, n.d., 総務省, pp. 1-27,
https://www.soumu.go.jp/main_content/000870688.pdf

제5절 소결

한국에서는 ‘제1차 인구감소지역 대응 기본계획’을 수립하고 지방소멸 대응기금을 교부하여 지방의 인구감소에 대응하는 다양한 사업을 추진하고 있다. 하지만 지방의 민간의료기관은 지속적으로 감소하고 공공의료기관의 서비스 제공 역량은 여전히 부족한 상황이다. 특히 시군 단위에서 독자적으로 의료서비스 제공체계를 구축하거나 필요한 의료인력을 확보하는 데 어려움을 겪고 있으나 이들 지역을 지원하기 위한 구체적인 지원 체계나 사업 방향에 대한 지침이 부족한 실정이다.

일본에서 과소지역에 대해 추진하고 있는 의료지원 대책은 한국의 인구감소지역 관련 정책과 비교하여 몇 가지 차이점이 있다. 첫째 과소지역 대책 수립과 추진을 위한 중앙정부와 지방정부의 역할 분담이다. 과소지역 대책에서 과소지역의 지속적인 노력이 중요하기 때문에 대책의 주체는 시정촌이며, 도도부현은 협력하고 중앙정부는 과소지역법에서 정한 특례조치를 통해 지원하는 역할을 맡고 있다. 과소지역법에서는 도도부현이 수립하는 ‘과소지역 지속적 발전 방침’(이하 지속적 발전 방침)에 근거하여 과소지역 시정촌 및 도도부현이 각각 과소지역 대책에 참여하도록 하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 151). 한편 중앙정부는 각 도도부현이 수립한 지속적 발전 방침을 부처별로 검토한 후 사업별로 재정을 지원하고 있으며, 도도부현별 계획과 국가 계획의 정합성을 확보하기 위한 조정 역할을 수행하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 151).

둘째, 도도부현 및 시정촌에서 수립된 계획에 따라 과소지역의 지역 여건에 맞는 의료 확보를 위해 지자체의 요구와 지역 자율성이 반영되는 통로를 마련하고 있다. 예를 들어, 후생노동성 벽지 보건의료 대책에서 벽지 의료지원기구와 벽지 보건의료 대책에 관한 협의회 설치를 통해 지역

요구에 맞는 의료 확보를 위한 자율성과 책임성을 부여하고 있는 것이 특징이다.

셋째, 한국과 비교하여 일본의 과소지역 대책에서는 다양한 의료지원 사업이 계획, 추진되고 있다. 한국의 제1차 인구감소지역 대응 기본계획에는 일자리 창출, 산업 및 관광 자원 확보 등 지역경제 활성화와 관련된 사업들이 주를 이루고 있는 반면, 지역의료 여건 개선을 위한 사업에는 비대면 진료만 포함되어 있다. 인구감소지역별 지방소멸대응기금 사업도 의료서비스 개선과 관련된 사례는 드문 것으로 나타나고 있다. 그러나 일본은 과소지역 내 거점의료기관 확보, 벽지 보건진료소 설치 및 운영, 환자 수송에 필요한 이동수단 정비, 순회진료, 원격의료, 의료인력 확보 등을 계획에 따라 체계적으로 수행하려는 노력이 나타나고 있다.

넷째, 일본은 지역의 인구감소에 대응하기 위한 다양한 재원을 마련하고 과소지역 의료 확보를 위해 재원을 투입하고 있다. 한국은 중앙정부 주도로 연간 1조 원 규모의 '지방소멸대응기금'을 마련해 지난 2022년부터 2031년까지 10년간 지원하고 있다. 이외에도 고향사랑기부제, 지역 활성화 펀드 등 지방소멸 대응을 위한 재원이 마련되고 있으나 이러한 재원이 지역의료 확보를 위한 재원으로 활용되는 경우는 많지 않다. 이에 반해 일본은 과소지역법에 근거한 국고 지원 외에도 지역의 의료 구조 개혁을 위해 마련된 지역의료개호종합확보기금을 적극적으로 활용하고 있다. 또한 일부 지역에서는 과소대책사업채권 발행, 일본 정책금융기관으로부터의 저리 융자 등을 통해 재원을 마련하여 과소지역별로 중장기적인 지역 인프라 구축에 활용하고 있다.

다섯째, 일본 정부는 전국의 공공병원에 대한 경영개혁을 추진하고 있다. 특히 과소지역에서는 인구감소와 더불어 가속화되는 인구 고령화에 대응하기 위해 지역 여건에 맞는 의료기능을 확보하기 위한 중앙주도의 정책적 노력이 경주되고 있다. 의료인력이 부족하여 적절한 의료서비스

를 이용하기 어려운 지역에서는 거점병원의 의사 파견, 원격의료 시스템 구축 등 지역주민의 의료 욕구를 충족하기 위해 필요한 자원을 증강으로부터 지원받고 있다.

일본에서는 1970년대부터 시작된 과소지역 대책이 산업육성, 교통·정보통신·생활환경·복지 등의 시설 개선, 지역의료 보장, 교육 기회 확보 등에서 일정한 성과가 있었다고 평가해 왔다. 그럼에도 불구하고 현재 과소지역의 인구감소가 가속화되고 있고, 경제 지표와 공공시설 정비 수준에서 격차가 여전하며, 과소지역에 대한 대중교통, 의료·복지 여건 등의 문제가 심각하다는 점에 주목해 과소지역에 대한 지원 대책을 계속 추진하고 있다(總務省 地域力創造グループ過疎対策室, 2023b, p. 141). 한국도 향후 인구감소지역이 확대되고 그로 인한 사회적 문제가 심화될 것으로 예상되므로, 지역 인구감소에 대응하기 위한 의료 확보 계획 마련과 추진을 위해 정책적 노력을 경주해야 한다.





제6장

인구감소지역 건강관리서비스 개선을 위한 정책 방안

제1절 공공보건의료서비스 기반 강화

제2절 필수의료서비스 확보를 위한 재정지원 강화

제3절 보건의료인력 확보 및 효율적 활용 방안 모색

제4절 보건의료서비스 접근성 제고 방안

제5절 소결



제 6 장

인구감소지역 건강관리서비스 개선을 위한 정책 방안

제1절 공공보건의료서비스 기반 강화

1. 필수의료서비스 제공 가능 강화를 위한 중장기 계획 수립

인구감소지역은 전체 인구 중 아동·청소년의 비율이 낮은 대신 65세 이상 노인인구의 비율은 매우 높다. 2021년 기준 전국의 노인인구 평균 비율은 17.1%이나 89개 인구감소지역의 노인인구 비율은 모두 20%를 훨씬 넘었으며, 경북 의성군 43.2%, 전남 고흥군 42.2%, 경남 합천군 41.0% 등 40%가 넘는 지역도 있다.

인구감소지역의 높은 노인인구 비율은 곧 의료 수요가 높다는 것을 의미하기도 한다. 대표적으로 치매, 고혈압, 당뇨, 뇌혈관질환, 퇴행성 질환, 백내장, 치주질환 등 노인 증후군이나 노인에게서 흔한 질환으로 인한 의료 수요가 많아지게 된다.

〈표 6-1〉 인구감소지역 노인인구 비율

시도	전국	노인인구 비율(%)	시도	전국	노인인구 비율(%)
전국 평균			전라남도	담양군	31.7
경기도	연천군	27.7	전라남도	곡성군	37.2
경기도	가평군	27.4	전라남도	구례군	35.5
강원도	태백시	26.4	전라남도	고흥군	42.2
강원도	삼척시	26.6	전라남도	보성군	39.9
강원도	홍천군	27.9	전라남도	화순군	27.5

198 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

시도	전국	노인인구 비율(%)	시도	전국	노인인구 비율(%)
강원도	횡성군	31.1	전라남도	장흥군	35.6
강원도	영월군	31.0	전라남도	강진군	35.9
강원도	평창군	30.0	전라남도	해남군	33.6
강원도	정선군	29.2	전라남도	영암군	27.7
강원도	철원군	23.8	전라남도	함평군	37.9
강원도	화천군	23.7	전라남도	영광군	30.1
강원도	양구군	22.5	전라남도	장성군	31.2
강원도	고성군	30.2	전라남도	완도군	33.8
강원도	양양군	31.1	전라남도	진도군	34.6
충청북도	제천시	23.3	전라남도	신안군	37.7
충청북도	보은군	36.1	경상북도	안동시	25.7
충청북도	옥천군	31.1	경상북도	영주시	28.3
충청북도	영동군	33.4	경상북도	영천시	29.4
충청북도	괴산군	35.6	경상북도	상주시	32.6
충청북도	단양군	32.8	경상북도	문경시	31.4
충청남도	공주시	27.6	경상북도	의성군	43.2
충청남도	보령시	27.3	경상북도	청송군	38.8
충청남도	논산시	27.8	경상북도	영양군	38.7
충청남도	금산군	32.7	경상북도	영덕군	39.2
충청남도	부여군	36.4	경상북도	청도군	39.3
충청남도	서천군	38.1	경상북도	고령군	33.2
충청남도	청양군	37.1	경상북도	성주군	33.6
충청남도	예산군	32.9	경상북도	봉화군	38.3
충청남도	태안군	32.7	경상북도	울진군	29.3
전라북도	정읍시	28.7	경상북도	울릉군	27.0
전라북도	남원시	29.2	경상남도	밀양시	30.0
전라북도	김제시	33.1	경상남도	의령군	38.4
전라북도	진안군	36.2	경상남도	합안군	26.8
전라북도	무주군	34.3	경상남도	창녕군	32.6
전라북도	장수군	35.6	경상남도	고성군	32.8
전라북도	임실군	37.8	경상남도	남해군	38.9

시도	전국	노인인구 비율(%)	시도	전국	노인인구 비율(%)
전라북도	순창군	35.3	경상남도	하동군	36.3
전라북도	고창군	35.7	경상남도	산청군	38.3
전라북도	부안군	34.5	경상남도	함양군	35.2
			경상남도	거창군	28.7
			경상남도	합천군	41.0

주: 인구감소지역 중 부산, 대구, 인천 등 광역시 소속 시·군은 제외
출처: “행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구”, 통계청, 2022, KOSIS 홈페이지, 주민등록인구 현황; “2022년 공공보건의료통계집”, 국립중앙의료원, 2023, 국립중앙의료원, p. 59. 재인용.

인구감소지역은 인구 고령화 등으로 의료 수요가 높은 반면 의료자원은 상대적으로 부족해 의료서비스에 대한 접근성이 매우 낮은 편이다. 지역의 인구감소로 인해 환자 수가 줄어들면 폐업하는 민간의료기관이 늘어나게 되며 민간의료기관 폐업 시 의료접근성은 더 열악해질 것으로 예상된다.

제2장 [그림 2-1]~[그림 2-5]와 같이 입원의료, 응급의료, 만성질환 관리 등 필수의료서비스에 대한 접근성이 매우 낮으며, 지역에 따라서는 1차 의료, 건강검진, 재활, 투석 등에 대한 수요가 높은 것으로 나타났다.

지역 내 필수의료 제공 기능 강화 필요성을 인식하고 있는 일부 인구감소지역에서는 지역 의료 수요 분석을 통한 중장기 계획 수립 등 대응 방안을 마련하고 있으며, 특히 지자체 자체적으로 의료 제공 기능을 충분히 확보하기 어려운 경우 인근 지역의 공공·민간의료기관과 연계하는 방안을 모색하기도 한다.

〈표 6-2〉 평창군의료원 사례: 필수의료 제공 기능 강화

평창군 인구는 41,150명(2022년 6월)이고, 65세 이상 노인인구 비율은 30.64%임. 세대별로는 전체 21,845세대 중 1인 세대가 10,675세대로 48.9%를 차지하고 있음. 평창군 면적은 1,463.9㎢로 전국 군 중 세 번째로 넓은 지역임. 평창군 관내 병원급 의료기관은 요양병원 2개소만 운영되고 있으며, 의원급 의료기관은 의원 15개, 약국 20개에 불과하며 의료인력도 부족함. 공공보건의료기관은 보건의료원 1개소, 보건지소 6개소, 보건진료소 15개소 운영되고 있음. 평창군 지역 주민은 암, 심뇌혈관질환 사망률이 높고, 고위험음주, 신체활동 및 걷기 실천율이 낮음. 평창군은 돌봄서비스와 1, 2차 의료에 대한 접근성이 낮으며 평창군 지역 전체가 30분 내에 지역응급센터 접근이 불가능함. 이와 같이 평창군의 넓은 면적 대비 민간의료기관 수가 적고 기능이 취약하므로 공공에서 의료를 제공해야 할 필요가 큼. 지역사회 의료서비스 개선 필요성에 비해 현재 평창군 보건의료원의 의료서비스 제공 역량은 부족함. 이에 따라 평창군에서는 관련 연구용역을 실시하고, 공공의료 강화를 위한 계획을 수립 중에 있으며, 지역 진단 과정에서 향후 지역 내 의료 수요를 분석하는 등 필수의료 제공 기능 강화를 모색하고 있음.

출처: “제8기 지역보건의료계획(2023년~2026년)”, 평창군, 2023, 한국건강증진개발원,
<https://www.khepi.or.kr/kps/localHealthPlan/planList.do?menuId=MENU01118>

2. 지역보건의료기관 의료서비스 제공 기능 강화: 보건의료원 전환

인구감소지역 중 민간의료기관 부족으로 지역주민의 의료 수요를 충족할 수 없는 경우 보건소를 보건의료원으로 전환해 공공의 의료 제공 기능을 강화하려는 지역이 점차 늘어나고 있다. 보건의료원의 설치 근거는 지역보건법 제10조 제1항과 제12조이며, 「의료법」에 따른 병원의 요건을 갖추었다는 점에서 보건소와 구별된다.

2022년 12월 말 기준으로 전국에 15개의 보건의료원이 설치되어 있는데, 지역별로는 경기도 1개소, 강원특별자치도 2개소, 충청남도 2개소, 전라북도 4개소, 전라남도 3개소, 경상북도 2개소, 경상남도 1개소 등이다.

〈표 6-3〉 지역보건법: 보건의료원 설치 근거

제10조(보건소의 설치) ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.

제12조(보건의료원) 보건소 중 「의료법」 제3조 제2항 제3호 가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

출처: 지역보건법. (2024).

〈표 6-4〉 보건의료원 설치 현황(2022년 12월 말 기준)

번호	광역시도	시군구	보건의료원
1	경기도	연천군	연천군보건의료원
2	강원특별자치도	평창군	평창군보건의료원
3		화천군	화천군보건의료원
4	충청남도	청양군	청양군보건의료원
5		태안군	태안군보건의료원
6	전라북도	무주군	무주군보건의료원
7		장수군	장수군보건의료원
8		임실군	임실군보건의료원
9		순창군	순창군보건의료원
10	전라남도	곡성군	곡성군보건의료원
11		구례군	구례군보건의료원
12		완도군	완도군보건의료원
13	경상북도	청송군	청송군보건의료원
14		울릉군	울릉군보건의료원
15	경상남도	산청군	산청군보건의료원

출처: “2022년 하반기 전국 지역보건의료기관 주소록”, 보건복지부, 2024, 보건복지부, <https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10412000000&bid=0020>

병원의 요건을 갖춘 보건의료원이 지역보건의료기관으로서 기능을 유지할 수 있도록 보건소보다 더 많은 공중보건의사가 배치되는데, 의과 5인 이내, 그리고 응급실 운영 시 의과 3인의 공중보건의사가 추가 배치된다. 특히 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과 전문의를 우선적으로 배치하는 것이 원칙이다. 다만 최근 1년 이내 병상을 운영하지 않거나 진료 기

능을 외부에 위탁하여 운영할 경우 이보다 적은 수의 공중보건직사가 배치된다(보건복지부, 2023a, pp. 4-5).

〈표 6-5〉 공중보건직사 배치 기준

보건소	보건의료원
<p>① 군(郡)지역 보건소에는 의과 2인 이내 배치하되, 광역시 군 소재 보건소는 의과 1인 이내 배치</p> <p>※ 당직의료기관으로 운영되는 군위군·하동군·의성군 보건소는 1인 이내 추가 배치한다.</p> <p>※ 「경상북도와 대구광역시 간 관할구역 변경에 관한 법률」이 시행(23.7.1.)됨에 따라, 대구광역시로 편입되는 군위군은 광역시 군 소재 보건소 배치기준의 적용을 유예하되, 유예 시기는 '23년 4월 배치된 인원이 자연감소(근무지 변경, 복무만료)될 때까지로 한정한다.</p> <p>② 시(市)지역 보건소에는 의과 1인 이내 배치</p> <p>※ 도서지역 순회진료팀을 운영하는 군산시 보건소는 1인 이내 추가 배치한다.</p> <p>③ 한의과 2인 이내 배치</p> <p>④ 치과는 2인 이내 배치</p>	<p>① 의과 5인 이내 배치(내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과 4개 과 전문의 우선 배치)</p> <p>※ 단, 최근 1년 이내 실제 병상을 운영하고 있지 않은 보건의료원은 의과 4인 이내 배치</p> <p>※ 산부인과 전문의는 분만 취약지역에 우선 배치하되, 도서지역인 경우에는 최우선 배치</p> <p>※ 진료 기능을 외부에 위탁하여 운영하는 경우에는 보건의료원이 아닌 보건소 배치기준 적용</p> <p>② 응급실 운영 시 의과 3인 추가 배치</p> <p>※ 단, 최근 1년 이내 실제 응급실을 운영하지 않은 경우 배치 제외</p> <p>③ 수술실 운영 시 의과 1인 추가 배치</p> <p>※ 단, 최근 1년 이내 실제 수술실을 운영하지 않은 경우 배치 제외</p> <p>④ 도서지역(울릉군)의 경우 의과 2인 추가 배치</p> <p>⑤ 한의과 2인 이내 배치</p> <p>⑥ 치과는 2인 이내 배치</p> <p>☞ 다만, 2023년 지침 개정으로 배치 인원을 초과하는 경우, 시·도지사 및 시·군·구청장은 기존 배치된 공보의의 복무가 만료될 때까지 타 기관으로의 전출을 유예할 수 있음</p> <p>☞ 보건의료원 내 상황에 따라 배치인원 내에서 외래진료·응급실·수술실 등 적정 인원 조정 가능</p>

출처: "2023 공중보건직사제도 운영지침". 보건복지부, 2023a, 보건복지부, pp. 4-5.
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&tag=&act=view&list_no=375746

인구감소지역의 의료취약성 해소를 위해 보건의료원에 대한 국가 지원을 확대할 필요가 있다. 현재 공중보건직사를 추가로 배치하는 것 외에 보건의료원에 대한 지원은 많지 않은데, 주로 의료취약지역에 보건의료원이

설치되는 만큼 의료취약성 해소를 위해 정부의 지원이 확대될 필요가 있다. 특히 보건의료원이 설치된 지역은 재정 여건이 열악하고 의료인력 확보도 어려워 기초지자체에서 24시간 응급의료, 소아청소년과, 산부인과 등 필수 의료서비스를 전적으로 담당하기 어렵기 때문에 보건의료원에 대한 재정 지원, 인력 지원, 기술 지원 등을 강화해야 할 필요가 있다.

보건의료원은 보건소 등과 함께 “농어촌의료서비스개선사업”을 통해 농어촌 지역보건의료기관의 시설·장비 등 기능보강 지원 대상이 되며, 노후화된 시설·장비 등 인프라를 지원받고 있다. 그럼에도 여전히 의료인력 확보 등 충분한 지원이 이루어지고 있다고 보기는 어렵다.

지방의료원법 제17조에 따르면, 국가는 지방의료원의 설립, 시설·장비 확충 및 의료인력 확보에 드는 경비의 일부를 예산 지원할 수 있도록 규정하고 있으므로(지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, 2022, 법률 제 17893호), 의료접근성이 취약한 인구감소지역에 설치된 보건의료원에 대해서도 기능 강화를 위한 보다 적극적인 지원이 이루어질 필요가 있다.

〈표 6-6〉 지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률

- 제17조(보조금 등) ① 국가는 공공보건의료 시책을 수행하기 위하여 필요한 경우에는 지방의료원의 설립, 시설·장비 확충 및 우수 의료인력 확보 등 공공보건의료사업에 드는 경비의 일부를 예산의 범위에서 지원할 수 있다.
- ② 지방자치단체는 지방의료원의 설립에 드는 경비를 출연(出捐)하거나 운영에 필요한 경비를 보조할 수 있다.
- ③ 국가 또는 지방자치단체는 지방의료원이 제7조 제1항 제2호 및 제4호부터 제7호까지의 사업과 「공공보건의료에 관한 법률」 제17조 제1항에 따른 원칙을 준수하는 데에 드는 비용을 조사할 수 있다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 제1항 및 제2항에 따른 경비를 지원하거나 출연·보조할 때 제3항에 따라 조사된 비용을 고려하여 지원의 규모 등을 조정할 수 있다.
- ⑤ 개인·법인 또는 단체는 지방의료원의 사업을 지원하기 위하여 지방의료원에 금전이나 그 밖의 재산을 기부할 수 있다.

출처: 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률. (2022).

한편, 하동군 등 일부 지역의 경우 병원급 의료기관이 없어 보건소를 보건의료원으로 전환할 계획을 수립하고 있으나, 의료인력 확보와 지역의 어려운 재정 여건 등으로 보건의료원 설치에 어려움을 겪고 있다.

〈표 6-7〉 하동군 보건소 사례: 보건의료원 전환

하동군은 인구 4만여 명이 65세 이상 노인인구가 39.9%로 노인인구가 많고, 특히 노인 인구 중 독거노인 비율이 44.5%를 차지하고 있어 독거노인 비율도 높음. 한편, 하동군에는 유일한 병원급 의료기관이었던 민간의료기관이 폐업한 이후 병원급 의료기관이 없는 상태이며, 2021년 의료취약지 모니터링 연구 결과, 응급의료, 소아청소년과, 인공신장실, 분만 등 의료취약지로 지정되는 등 필수의료에 대한 의료접근성이 매우 낮음. 특히, 민간 의료기관 1개소를 당직의료기관으로 지정하고 있으나 야간 등 응급의료 기능은 매우 부족하여 응급의료에 대한 지역주민의 수요가 매우 높은 상황이며, 아울러 지역 내 건강검진 기능 확보, 퇴원환자 관리와 재활의료에 대한 주민 요구 또한 높음. 특히 하동군에서는 향후에도 병원급 민간의료기관의 설치는 어려울 것으로 예상하여 하동군 보건소를 보건의료원으로 전환·운영할 계획을 수립하고 있음. 그러나 보건의료원 추진 과정에서 만성 적자(적자 보전) 문제가 지속적으로 제기되고 있음. 공공의료기관의 경우 환자가 많을수록 적자폭이 커지는 구조이므로 보건의료원 운영을 기초지자체에만 맡겨 놓을 경우 공공의료 기능을 충분히 수행하기 어려울 것으로 중앙정부나 광역지자체에서의 지원을 확대해줄 것을 희망하고 있음.

그리고 보건의료원 중 의료인력 확보와 재정적인 부담에서 일부 벗어나기 위해 청송군 보건의료원과 같이 진료 기능을 민간에 위탁하여 운영하는 지역도 있다.

〈표 6-8〉 청송군 보건의료원 사례: 진료 기능 민간 위탁

청송군 보건의료원에서는 관외 지역의 민간 종합병원과 협약을 맺고 지난 13년 동안 계속해서 위탁운영 중임. 청송군 보건의료원에서는 현재 8개 진료과를 운영 중인데, 이 중 내과, 정형외과는 봉직의가 서비스를 제공하고, 소청과, 재활의학과, 응급실은 공중보건 의사를 활용하여 운영하고 있음. 그 외 과/서비스에 대해서는 민간위탁병원 인력을 활용함. 또한 농어촌에서 접근성이 낮은 안과 등에 대해 주말진료를 실시하는 등 지역주민의 의료 욕구 충족을 위해 노력하고 있음. 특히, 지역 내 의료취약성 해소를 위해 보건소의 보건 의료원 전환을 모색하면서도 의료인력 확보가 어려운 경우가 많기 때문에, 보건의료원 설치를 계획하고 있는 다수의 지역으로부터 청송군 보건의료원의 진료 기능 민간위탁 사례가 벤치마킹의 대상으로 고려되고 있음.

3. 군립의료기관 지원 강화

지역 내 병원급 민간의료기관이 설치되지 않았거나 폐업으로 의료서비스에 대한 지역주민의 수요를 충족시키기 어렵고, 지리적으로 고립되어 의료 이용을 위해 인근 지역으로 이동하는 것도 어려운 지역의 경우 전문 의료 제공을 위해 지자체에서 군립의료기관을 설치하여 운영하는 경우도 있다.

군립의료기관은 의료인력 확보의 유연성 정도와 공보의 배치 측면에서 보건의료원이나 지방의료원과 주요한 차이가 있다.

〈표 6-9〉 보건의료원, 군립병원, 지방의료원 비교

	군립병원	지방의료원	보건의료원
관리 주체	기초지자체	광역지자체/ 기초지자체	기초지자체
관리 부처	보건복지부	보건복지부	행안부, 보건복지부
의사 신분	계약직	계약직	계약직
직원 신분	정규직/계약직	정규직/계약직	공무원
예산	독립채산제 (운영비 일부: 지자체)	독립채산제 (시설장비: 국비, 운영비 일부: 지자체)	기초지자체
공보의	미배치	배치	배치
관련 법률	-	지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률	지역보건법
관련 계획	공공보건의료계획	공공보건의료계획	지역보건의료계획
담당 부서	-	보건복지부 공공의료과	보건복지부 건강정책과, 건강증진과

출처: “평창군 공공의료체계 개선 방안 연구 최종보고자료”, 김명희, 근간, 국립중앙의료원, p. 41.

그러나 최근 계속되는 인구감소로 환자 수가 적어 진료 수익만으로는 운영이 어렵고 지자체의 재정 자립도 또한 낮아 자체적으로는 지속가능한 운영이 점점 어려운 상황에 놓여 있다. 따라서 군립의료기관을 운영

중인 인구감소지역에서는 공공의료기관의 운영 적자 보전을 위해 정부에 지원을 요청하고 있다.

〈표 6-10〉 정선 군립병원 사례: 재정 및 인력 지원

강원도 정선군은 탄광산업으로 인해 한때 인구가 13만여 명에 달할 정도였으나, 탄광산업의 쇠퇴와 함께 인구가 감소하여 2022년 현재 35천여 명 수준임. 환자 수 감소에 따라 관내 민간종합병원이 폐업하게 되고 지역 내 의료서비스 공백이 발생하자 2015년 12월 전국 최초로 군립병원을 개원하였음. 2023년 7월 현재 정선군 관내에 정선 군립병원 외에 근로복지공단 정선병원이 운영되고 있으나 진규폐환자 전문 산재병원으로 내과와 응급실만 운영되고 있어 지역주민들이 찾을 수 있는 병원급 의료기관은 정선 군립병원이 유일함. 그 외에 의원급 의료기관 7개, 한의원 5개, 치과의원 5개 운영되고 있어 의료서비스 체고 여건이 열악한 상황임.

정선 군립병원은 내과, 외과, 소아청소년과, 정형외과 이외 응급실(당직의료기관) 혈액투석실 운영하고 있음. 소아청소년과, 혈액투석실, 응급실은 국가 의료취약지 지원사업 보조받고 있지만 운영 적자를 메우기 위해 연평균 군비 약 35억 원을 출연하고 있으며 정선군 재정 여건이 열악하기 때문에 군립병원 운영에 어려움이 큼. 또한, 군립병원 운영의 가장 큰 문제는 의사 채용에 어려움이 있음. 내과와 응급실 근무 의사를 추가 채용하고자 하나 지원자가 없어 채용하지 못하는 상황임. 군립병원 응급실의 경우 공보의 지원이 절실함. 해마다 공보의 배치 요청하고 있으나 군립병원은 공보의 배치 대상 의료기관에서 제외되어 있어 배치되고 있지 않음.

현재 정선 군립병원은 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제2항의 “공공보건의료사업”을 기능을 수행하고 있으며, 동법 제2조 제3항에 따른 “공공보건의료기관”으로 볼 수 있지만 정부 지원에서는 제외되고 있음. 따라서 의료 제공 여건이 취약한 인구감소지역에서 운영하는 공공의료기관도 정부 지원을 받을 수 있도록 법적 기반이 마련되기를 희망하고 있음. 특히, 정선군에서는 혈액투석을 위한 내과, 소아청소년과, 산부인과 등 민간의료기관이 외면하고 있는 필수의료 서비스를 제공하고 있으며, 주민 수요에 따라 산부인과, 정신건강의학과 등 진료과목을 확대하는 만큼 적자가 늘어날 것으로 예상됨. 의료취약지역에 원격의료가 활성화될 수 있도록 제도개선이 필요함.

4. 민간 협력을 통한 필수의료서비스 유지·확보

인구감소지역에서는 필수의료 기능을 유지하기 위해 공공부문의 의료 기능을 강화하여 필요한 의료서비스를 직접 제공하는 것 외에도 지역 내 민간의료기관이 폐업하지 않고 기능을 유지할 수 있도록 민간의료기관에 대해 재정을 지원하고 있다.

전북 부안군은 지역 응급의료서비스 정상화를 위해 지역의 유일한 응급의료기관에 재정을 지원하고 서비스를 개선하는 정책을 추진하고 있다. 이를 위해 ‘지역응급의료기관 지원에 관한 조례’를 제정하고, 민간 응급의료기관 운영을 위한 전문의와 간호사 인건비를 지원하고 있다.

〈표 6-11〉 부안군 사례: 지역 응급의료기관 지원

전라북도 부안군은 2022년 현재 인구 50,257명으로 군 단위 인구감소지역 중에서 상대적으로 인구가 많은 편이고, 관내 종합병원 1개, 병원 5개, 요양병원 2개, 의원급 의료기관은 25개로 상대적으로 운영 중인 의료기관 수도 많은 편임. 그러나 부안군의 경우에도 응급의료에 대한 접근성과 질적 수준은 상대적으로 낮은 편임. 부안군민 중 지역응급의료센터에 30분 내 접근 불가 인구가 84.3%에 달하고, 부안군 관내 종합병원에서 운영 중인 유일한 지역응급의료기관의 경우에도 전문 의료인력이 부족하여 인근 도시의 지역응급의료기관이나 권역응급의료센터로 재이송되는 비율이 높음. 이 경우 재이송에 소요되는 비용은 물론 이송 시간 지연으로 골든 타임을 놓치게 될 위험이 높아 응급의료서비스 개선에 대한 지역 주민들의 욕구가 높은 편임. 이에 따라 부안군에서는 “부안군 지역응급의료기관 지원에 관한 조례”를 수립하여 지역응급의료기관에 대한 개선을 계획하고 있으며, 지역응급의료기관에 대한 재정적 지원을 통해 응급의료의 질적 수준을 제고하고 관내 응급의료기관의 최종 치료 제공률이 제고되기를 희망하고 있음.

경남 남해군에서도 지역의 필수의료 기능 확보를 위해 공공보건의료기관의 의료기능 확대 대신 민간의료기관을 지원하는 것으로 방향을 잡고, 지역 내 2차 의료기관의 일부 기능을 유지하도록 지원함으로써 지역 내 필수의료서비스 제공 기능을 확보하였다.

〈표 6-12〉 남해군 사례: 소아청소년과 운영 지원

경남 남해군은 연륙교로 육지와 연결되어 있으나 지리적으로 고립되어 의료접근성이 상대적으로 낮으며, 관외 의료이용률이 높은 지역임. 지역 내 의료취약지 거점의료기관으로 지정된 민간의료기관 또한 매년 적자가 누적되어 운영이 어려운 상황이었으며, 특히 응급실과 소아청소년과의 적자가 전체 적자의 45%를 차지하고 있었음. 이에 따라 남해군에서는 지역 필수의료기능이 유지될 수 있도록 민간의료기관에 대해 재정을 지원할 것을 결정하고, ‘응급의료 지원에 관한 조례’ 일부를 개정하여 응급의료기관의 기능 유지를 위한 운영비 지원 및 손실금 보전의 법적 근거를 마련함.

전남 해남군에서도 야간에 진료하는 소아청소년과가 없어 야간에 환자가 발생할 경우 인근 지역까지 이동해서 진료를 받아야 하는 불편이 있었다. 이에 따라 해남군에서는 ‘해남군 의료서비스 개선을 위한 민간의료기관 지원 조례’를 마련하고(2023. 3. 2), 민간 소아청소년과에서 야간 진료가 가능하도록 하여 전문 의료인력을 확보할 수 있도록 지원하고 있다.

〈표 6-13〉 해남군 사례: 소아청소년과 운영 지원

전라남도 해남군은 지역 내 소아 환자들의 야간 진료를 위한 의료인 확보를 위해 ‘해남군 의료서비스 개선을 위한 민간의료기관 지원 조례’를 마련하고(2023. 3. 2), 민간의료기관을 지원하고 있음. 해남군은 그동안 소아청소년 야간 진료 기관이 없어 야간에는 대도시까지 이동해야 하는 불편을 고려해 지역 내 야간 진료 시스템 구축을 적극 추진해 왔음. 해남군은 민간의료기관 지원 조례에 따라 관내 민간의료기관에 소아청소년과 전문의와 간호사 인건비를 지원하여 소아청소년과 야간 진료(평일 밤 12시까지)를 운영하게 함으로써 야간에 타지역 의료기관을 이용해야 했던 어린이 환자와 보호자의 불편을 해소함.

전남 진도군은 관내에 신장투석실이 없어 만성 신부전증 환자가 신장 투석을 받기 위해 타지역으로 원정진료를 가야 하는 불편함이 있었는데, 이 점을 해소하기 위해 민간의료기관 지원 조례를 제정하여 관내 민간의료기관이 신장투석실을 지속적으로 운영할 수 있도록 재정을 지원하고 있다. 또한 최근 진도군에서 최초로 소아청소년과 진료가 가능해졌는데, 진도군에서는 관련 조례를 개정하여 필요한 간호사의 인건비를 지원하고 있다.

〈표 6-14〉 진도군 사례: 인공신장실 운영 지원

전라남도 진도군은 인구 28천여 명 중 65세 이상 인구의 비율이 40%에 육박하고, 의료기관이 대부분 읍 지역에 편중되어 있어 의료 여건이 매우 열악함. 특히 주민이 거주하고 있는 45개 섬 지역을 비롯해 6개 면 중 5개 면 지역에서 병원급 의료기관이 없어서 면 단위에서 의료접근성이 특히 취약함.

특히, 만성 신부전증 환자의 경우 신장 투석을 받기 위해 해남, 목포 등 인근 지역의 의료기관을 이용하는 등 시간적 경제적으로 큰 어려움을 겪어 왔으나, 진도군은 '진도군 보건 의료 향상을 위한 민간의료기관 지원 조례'를 제정하고 민간병원 인공신장실 운영 지원사업을 추진하였음. 이에 따라 관내의 만성 신부전증 환자는 지역 내의 의료기관에서 투석을 받을 수 있게 되었음.

또한, 진도군은 전국에서 소아청소년과가 없는 58개 지자체에 속했으나 2023년 민간의료기관에 대한 인건비 지원을 통해 처음으로 소아청소년과가 개소하였음. 이를 위해 진도군에서는 보건복지부 소아청소년과 의료취약지 지원사업에 지원하여 국비와 도비를 확보하였고, 간호인력을 확보하기 위해 관련 조례를 개정하여 인건비를 확보하여 민간의료기관에 지원하였음.

제2절 필수의료서비스 확보를 위한 재정지원 강화

1. 지방소멸대응기금 개선

지방소멸대응기금은 지방소멸 및 지역의 인구감소에 대응하기 위해 「지방자치단체 기금관리기본법」 제22조를 근거로 설치되었으며, 지방자치단체 주도로 계획을 수립하고 집행하도록 정하고 있다.

지방자치단체는 지방소멸대응기금에서 교부되는 재원을 활용한 사업을 추진하기 위해 투자계획서를 제출해야 하는데, 투자계획서에는 중·장기적 관점에서 목표 및 전략을 수립하고 연차별 추진계획을 제시할 필요가 있다. 또한 주거, 교통, 복지 및 의료, 문화관광, 경제 등 일상과 직접 관련된 생활 인프라 관련 투자 계획을 반영하되, 단순 국고비 매칭 사업과 현금지원 사업, 그리고 인건비와 경상비 등 소모성 경비는 제외된다.

인구감소지역에서 양질의 보건의료서비스를 제공하기 위해서는 의사, 간호사, 물리치료사 등 의료인력을 충분히 확보하는 것이 중요한데 열악

한 지역 재정 여건으로 여의치 않은 경우가 많다. 따라서 인구감소지역의 보건의료서비스를 담당하는 일선 공무원들은 지방소멸대응기금을 지역 보건의료 인력 확보를 위한 인건비로 활용할 수 있도록 관련 규정이 개정되기를 희망하고 있다.

경상북도에는 15개 기초지자체가 인구감소지역으로 지정되어 인구감소지역이 가장 많이 분포하고 있으며, 청송군도 그중 하나이다. 청송군은 노인 인구의 비율이 38.8%로 이미 초고령화 지역으로 근골격계질환 등 노인성 질환에 대한 대응이 필요하다. 청송군에서는 지역 내 의료 수요에 대응하기 위해 지방소멸대응기금을 활용하여 보건의료원에서 운영하는 물리치료실의 시설과 장비를 보강하였는데, 물리치료실을 운영하기 위한 물리치료사의 인건비는 기금의 사용이 제한되어 있어서 별도의 재원으로 충당하고 있다.

〈표 6-15〉 청송군 보건의료원 사례: 지방소멸대응기금의 의료인력 인건비 활용

청송군은 65세 이상 노인인구의 비율이 40%에 달하는 등 노인인구가 많아 이와 관련된 건강 문제에 대한 대응이 필요함. 실제로 제8기 지역보건의료계획상에 나타난 주민 요구도 조사를 보면, 고혈압, 당뇨, 암, 치매관리, 근골격계질환 등 노인성 질환 관리에 대한 주민 수요가 가장 높은 것으로 나타남.

청송군 보건의료원은 지역 유일의 병원급 의료기관으로서 지역주민의 건강관리를 위해 진료 기능을 민간에 위탁하는 등 지역 특성에 맞는 가장 효율적인 방법으로 지역 주민의 의료 수요에 대응하고 있음.

특히, 2024년에는 노인환자가 많은 지역 특성에 맞게 근골격계질환에 치료를 위한 물리치료실을 확장하고 의료장비를 보강하였으며, 이 과정에서 청송군은 물리치료실 시설 및 장비 보강을 위해 지방소멸대응기금을 활용하였음. 그러나 물리치료실 운영을 위해서는 시설과 장비 외에도 물리치료사 인력을 확보하는 것이 무엇보다 중요하지만 현재 지방소멸대응기금으로는 인건비 지출이 불가능하여 별도의 재원을 통해 인건비를 충당하고 있으나 지역 재정 여건상 부담이 적지 않음. 이에 따라 인구소멸지역에 대해서는 지방소멸대응기금을 인건비로 활용할 수 있도록 관련 규정이 개정되기를 희망하고 있음.

경상남도에는 인구감소지역으로 지정된 11개 시·군 모두가 응급의료분야 의료취약지로 지정돼 응급의료 공백 사태가 발생할 위기에 봉착해 있다. 특히 기존 응급의료기관의 경우 응급환자를 진료하더라도 적자가 누적되는 운영구조로 인해 응급실에 대한 투자의 동기가 부족한 상황이다.

이 같은 상황은 남해군의 경우에도 마찬가지로, 남해군은 조례를 개정하여 지자체에서 지역 응급의료기관에 재정을 지원하고 있으나 재정자립도가 10% 이하의 열악한 수준이기 때문에 지원하는 데 한계가 있다. 특히 남해군은 도시에서 멀리 떨어진 지리적 특성으로 인해 의료인력 공급이 어렵고, 농어촌 지역 근무 기피로 인해 도시지역보다 높은 임금을 지불해야 하는 부담이 따르고 있다. 따라서 안정적으로 응급의료서비스를 제공하기 위해서는 의료취약지의 응급의료기관에 대해 운영비용을 지원하고, 특히 지방소멸대응기금을 인건비와 경상비에 활용하는 것이 가능하도록 개선되기를 희망하고 있다.

〈표 6-16〉 남해군 보건소 사례: 응급실 의료인력 인건비 활용

경남 남해군은 연륙교로 육지와 연결되어 있으나 지리적으로 고립되어 상대적으로 의료 접근성이 낮음. 민간의료기관에서 지역 내 유일한 응급실을 운영하고 있으나 환자 수 감소와 인건비 상승 등으로 병원 경영이 악화됨에 따라 남해군에서는 응급실 기능 유지를 위해 조례를 개정하여 민간의료기관의 적자를 보전하고 있음. 그러나 남해군의 재정자립도가 낮고 환자 수는 점차 감소하여 누적된 적자 구조를 해소하기 어려운 상황에 직면하고 있음. 이에 따라 남해군에서는 응급의료인력 인건비 등, 지역 내 응급의료기능 유지를 위해 지방소멸대응기금 활용을 원하고 있음. 그러나 지방소멸대응기금의 사용 범위가 인프라 구축에만 국한되어 중앙부처에 인구소멸지역 내 취약지 의료기관에 지방소멸대응기금을 지원할 수 있도록 제도 개선을 요구하고 있음.

「인구감소지역 지원 특별법」 제23조 제4항에 따르면, “국가와 지방자치단체는 응급·심혈관·뇌혈관 등 생명과 직결된 필수의료로 수행할 수 있도록 의료시설, 인력, 의료서비스의 품질 등 국가 또는 지방자치단체가 정하는 기준을 충족하여 필수의료 제공이 가능한 의료기관을 지정하고 의료시설 및 인력 확충과 의료서비스의 품질 향상 등에 드는 비용을 보조하거나 지원할 수 있다”고 명시하고 있다. 이에 따라 인구감소지역에서 안정적인 응급의료서비스를 제공할 수 있도록 지방소멸대응기금의 활용 범위를 현실에 맞게 확대할 필요가 있다.

최근 행정안전부는 지방소멸대응기금의 사업 범위를 확대하여, 물리적인 기반시설 조성 외에도 지역 활력 제고를 위한 다양한 사업을 추진할 수 있도록 운용방안을 개정한 바 있다. 2024년까지는 기금을 통해 조성한 기반시설을 활용하는 경우로 사업 범위를 한정하였으나 2025년부터는 지방소멸을 방지하기 위한 사업 전반에 기금을 활용할 수 있게 되었다 (행정안전부, 2024, p. 2).

인구감소지역의 보건의료서비스를 확보하기 위해서는 의료시설 및 장비 확보도 중요하지만, 시설과 장비를 활용할 인력을 확보하는 것이 무엇보다 중요하다. 사회적으로 큰 이슈가 되었던 산청의료원 사례처럼, 지방의 의료인력 확보는 무엇보다 중요하지만 동시에 어려운 문제이다. 따라서 의료분야에서는 지방소멸대응기금으로 인건비를 활용할 수 있도록 예외 조항을 마련하는 등의 조치를 고려해 볼 필요가 있다.

〈표 6-17〉 지방소멸대응기금 사업 범위 확대

2024년	⇒	2025년
기반시설을 활용한 프로그램 사업		지방소멸 방지와 지역활력 제고를 위한 소프트웨어적 사업 전반

출처: “지방소멸대응기금 효과적으로 사용될 수 있도록 운용방안 개선”, 행정안전부, 2024, 행정안전부, p. 2.

https://mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMS TR_000000000008&nttId=108908

2. 공공정책 수가¹⁹⁾ 도입

코로나19로 인한 중증환자 발생 대응 및 감염관리 체계의 필요성, 소아청소년과 전공의 층위 난항과 지역별 어린이 전담 입원진료의 공백 발생이 사회적 문제로 부상하면서 응급의료체계, 분만체계, 소아 의료서비스 제공체계 등 필수의료서비스 제공체계가 여러 차례 이슈화됐으며, 이에 힘입어 필수의료 제공 기반 강화에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있다(신현웅 외, 2023, p. 6).

정부에서도 필수의료서비스 제공체계에 대한 재정 지원 필요성을 인식하여 110대 국정과제에 포함²⁰⁾시켰으며, 국민생명과 직결되는 감염병·응급·중증외상·분만 등 필수·공공의료 인력·인프라 강화를 위해 예산·공공정책 수가·새로운 지불제도 도입 등 다양한 방식의 필수의료 지원 확대 목표를 명시하고 있다(신현웅 외, 2023, p. 7).

특히 국민 생명에 필수적인 의료서비스의 제공에서 지역별 불균형이 발생한 원인 중 하나로 건강보험 보상체계의 한계가 지목돼, 필수의료서비스 제공체계를 확충하고 건강보험제도의 단점을 보완하기 위한 방안으로 공공정책 수가 마련이 모색되고 있다.

인구감소지역인 진안군은 근처의 무주군, 장수군과 함께 의료기능이 취약한 지역으로, 지역주민에 대한 의료서비스 제공을 위해 지난 2015년 진안군의료원을 개원하여 유일한 병원급 의료기관으로서 필수의료 제공 기능을 담당하고 있다. 그러나 지역의 인구감소와 고령화, 그리고 공공병원의 특성으로 인해 매년 적자를 벗어나기 어려워 공공정책 수가 등 지역 의료를 살리기 위한 정부의 조치를 기대하고 있다.

19) '공공정책 수가'는 공공의료와 건강보험 수가의 합성어로 공공의 이익을 위한 의료에 대해 건강보험이 정책적 목적을 가지고 보상을 지원하는 수가로 이해할 수 있음(신현웅 외, 2023, p. 126).

20) 110대 국정과제 중 66대 과제 "필수의료 기반 강화 및 의료비 부담 완화"

〈표 6-18〉 진안군의료원 사례: 의료원 운영 정상화를 위한 공공정책 수가 필요성

진안군의료원은 3개 군(진안, 무주, 장수)을 진료권역으로 인구 약 69천 명(진안 25천 명, 장수 21천 명, 무주 23천 명)에 대해 서비스를 제공할 목적으로 2015년에 개원하여 현재 78병상 규모로 운영되고 있음. 진안군의료원은 지역거점공공병원으로 지역주민에 대한 의료서비스 제공 외에도 지역의 건강 안전망 구축을 위한 공공보건의료사업과 감염병 대응체계 구축을 위한 사업을 수행 중임.
진안군의료원은 국고 보조와 지자체 출연금을 재원으로 운영되고 있으나 지자체 재정자립도가 낮아 재정 부담이 크고, 공공병원의 특성 상 환자를 진료할수록 적자가 누적되어 병원 운영에 어려움이 적지 않음.
이에 따라 진안군의료원에서는 「공공보건의료에 관한 법률」에 의한 의료취약지(소아, 분만, 응급 등) 지원 규모의 확대가 필요하고, 공공정책 수가를 신설하여 지역에서 필수요리가 지속적으로 제공될 수 있는 여건이 마련되기를 기대함.

인구감소지역에서는 필수의료 미충족이 지역 인구 유출로 이어져 지방소멸이 가속화되고 있다. 경영 적자와 인력난 등으로 신규 의료기관이 더 이상 진입하지 않고 기존 의료기관도 폐업하는 사례가 이어지고 있다. 특히 89개 인구감소지역 중 78개(87.6%) 시·군이 응급의료분야 의료취약지에 해당하여 지역 필수의료서비스 제공 공백 사태가 심각하게 우려되고 있다.

그러나 인구감소지역에서는 환자 수가 적고, 응급환자를 진료하더라도 수익이 발생하는 않는 구조이기 때문에 응급실에 대한 투자 동기가 없으며, 기초지자체가 재정을 지원하는 경우에도 재정자립도가 낮아 지원에 한계가 있다. 또한 인구감소지역의 응급의료기관은 응급실에 근무할 의료인력을 확보하기 어렵고, 농어촌 지역 근무 기피로 도시지역보다 인건비가 높아 응급의료기관의 적자가 가중되고 있다. 이에 따라 인구감소지역 응급의료기관의 정상적인 운영을 위해서는 공공정책 수가의 도입으로 적자가 보전될 수 있는 재정구조를 담보해야 할 필요가 매우 높다.

〈표 6-19〉 인구감소지역 중 응급의료 취약지역

광역시도	응급의료 취약지역	응급의료 비 취약지역
부산		동구, 서구, 영도구
대구		남구, 서구, 군위군
인천	강화군, 옹진군	
경기	가평군, 연천군	
강원	고성군, 삼척시, 양구군, 양양군, 영월군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군	
충북	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군	제천시
충남	공주시, 금산군, 보령시, 부여군, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군	논산시
전북	고창군, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군	김제시
전남	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 담양군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군	화순군
경북	고령군, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군	안동시
경남	거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 산청군, 의령군, 창녕군, 하동군, 함안군, 함양군, 합천군	

출처: 1) “인구감소지역 지정”, 행정안전부, n.d.a., 행정안전부 홈페이지, 2024. 1. 30. 검색, <https://www.mois.go.kr/frt/sub/a06/b06/populationDecline/screen.do>
 2) “응급의료분야 의료취약지 지정”, 보건복지부, n.d., 보건복지부 홈페이지, 2024. 8. 29. 검색, https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010100&bid=0043&act=view&list_no=376912&tag=&cg_code=&list_depth=1

공공정책 수가는 현행 건강보험지불제도의 한계에 기인한 필수의료 공백 문제를 근본적으로 해결하기 위한 정책적 기전으로 활용 가능하다(신현웅 외, 2023, p. 127). 특히 진료량이 아닌 필요에 기반하여 충분한 수익을 보상하며, 행위 단위에서 지역, 네트워크, 기관, 인력 단위 등으로 보상 구조를 다양화하는 등 유연한 수가 조정을 가능하게 하여 행위별 수가제의 한계를 극복하기 위한 방안으로 활용 가능하다(신현웅 외, 2023, pp. 129-130).

국민건강보험법 제5조에 따라 국내에 거주하는 국민은 건강보험 가입자 또는 피부양자가 되어 건강보험료를 일괄 부담하며, 국가와 지방자치단체는 보건의료기본법 제4조 2항에 따라 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시켜야 할 의무가 있다(신현웅 외, 2023, p. 132). 하지만 지역별 필수의료서비스의 질과 접근성 격차가 심화되고 있으므로, 보험 가입자의 필수의료서비스 접근성 및 의료의 질 형평성을 확보하기 위해 서비스 제공체계 공백을 해소하는 등 건강보험의 책임성을 강화할 필요가 있다(신현웅 외, 2023, p. 132). 예컨대 공공정책 수가를 필요한 분야와 지역에 집중적으로 지원하여 시급도·중요도가 높은 과제를 우선 해결할 수 있는데, 인구감소지역과 같이 의료기관이 부족하고 지속적으로 의료접근성이 낮을 것으로 예상되는 지역을 지원하는 방안으로 공공정책 수가를 활용할 필요가 있다.

3. 고향사랑기부제 등 다양한 재원 확보

전라남도 영암군은 2개 읍, 9개 면으로 이루어져 있고 인구 5만 2천여 명 중 노인인구 비율이 28.5%를 차지한다. 영암군은 지역 내에 종합병원이 없고 병원급 의료기관은 2개소가 운영되고 있어 의료접근성이 좋지 못한 편이며, 9개 면 중 4개 면에는 운영 중인 민간의료기관이 없다. 이에 따라 지역주민 다수는 광주, 나주, 목포 등 인근 도시지역의 의료기관을 이용하는 실정이다. 지역 내 보건의료기관은 보건소 1개소, 보건지소 10개소, 보건진료소 13개소가 설치, 운영 중이다. 특히 영암군에서는 응급 의료와 소아청소년과 의료가 취약한 편으로, 소아청소년과의 경우 지난 2004년에 민간의료기관이 폐업한 이후 의료기관이 없어 소아청소년과 전문 진료를 받기 위해서는 영암군에서 인근 도시지역까지 이동해야 하는 불편을 겪어 왔다.

이에 따라 영암군에서는 고향사랑기부제를 활용하여 소아청소년과 설치 사업비 마련을 모색하였다. 고향사랑기부제는 「고향사랑 기부금에 관한 법률」을 근거로 개인의 자발적 기부를 통한 지방재정 확충과 지역경제 활성화를 목적으로 2023년부터 시행되고 있다. 기부자는 개인으로, 개인이 원하는 지자체나 특정 사업에 기부할 수 있으며, 지자체는 기부금을 모아 주민 복리에 사용할 수 있다. 2024년부터는 기부자가 미리 정해진 자치단체의 사업 중에서 본인의 기부금이 사용되기를 원하는 사업을 지정하는 ‘지정기부’ 제도가 신설되었다(고향사랑 e음, n.d).

〈표 6-20〉 고향사랑기부금에 관한 법률

<p>제11조(고향사랑기부금의 설치 등) ① 지방자치단체는 모금·접수한 고향사랑 기부금의 효율적인 관리·운용을 위하여 기금을 설치하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 기금(이하 “고향사랑기부금”이라 한다)은 고향사랑 기부금을 재원으로 하고, 제3항에 따른 모집·운용 비용 및 제4항에 따른 답례품 제공에 필요한 비용에 충당하는 경우 외에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 목적으로만 사용되어야 한다. 다만, 제8조의 2 제2항에 따라 사업 또는 목적을 지정하여 기부한 고향사랑 기부금의 경우 해당 사업 또는 목적으로만 사용되어야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 사회적 취약계층의 지원 및 청소년의 육성·보호 2. 지역 주민의 문화·예술·보건 등의 증진 3. 시민참여, 자원봉사 등 지역공동체 활성화 지원 4. 그 밖에 주민의 복리 증진에 필요한 사업의 추진 <p>③ 지방자치단체는 고향사랑기부금의 일부(전년도 고향사랑 기부금액의 100분의 15 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 비율을 초과하지 아니하는 금액으로 한정한다)를 고향사랑 기부금의 모집과 운용 등에 필요한 비용에 충당할 수 있다.</p> <p>④ 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 한도를 초과하지 아니하는 범위에서 고향사랑기부금의 일부를 제9조에 따른 답례품 제공에 필요한 비용에 충당할 수 있다.</p> <p>⑤ 제1항 및 제2항에 따른 고향사랑기부금의 관리·운용 등에 필요한 세부적인 사항은 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방자치단체의 조례로 정한다.</p>
--

출처: 고향사랑기부금에 관한 법률, 법률 제20314호. (2024).

영암군에서는 지정기부제의 기부금을 활용해 소아청소년과 전문의를 초빙하고 2024년 8월부터 운영을 시작했으며, 새로 설치된 ‘고향사랑 소아청소년과’는 소아청소년이 많이 거주하고 있는 삼호권역 보건지소에서 주 3일, 영암군 보건소에서 주 2일 운영하고 있다.

〈표 6-21〉 영암군 사례: 고향사랑기부금 활용

영암군 내 의료접근성은 전반적으로 좋지 못하여 지역 주민들은 나주, 광주, 목포 등 인접 지역 의료기관을 많이 이용함. 특히, 해마다 200여 명에 가까운 신생아가 출생하고 지역 내 소아청소년(0~17세) 인구가 5천 8백여 명이나 되지만, 지역 내 소아과가 없어 전문 진료를 받기 위해서는 30km 이상 떨어진 인근 지역까지 이동해야 하는 불편을 겪어왔음. 이에 따라 영암군에서는 고향사랑기부금을 활용하여 지역 내 소아청소년과 설치를 위한 비용을 모금하였고, 기부금으로 소아청소년과 전문의와 간호사 인건비를 충당하여 20년 만에 소아청소년과 운영을 시작하게 되었음(2024년 8월). 영암군에서는 소아청소년과 설치를 통해 소아 경증환자 일차의료 공백을 해소하고 아이 키우기 좋은 환경 조성으로 거주 인구 유출을 방지하는 효과를 기대하고 있음.

출처: “보건(지)소 소아청소년과 신설계획[영암군 내부자료.]”, 영암군 보건소, 2024.

유사한 사례로 전라남도 곡성군에서도 지역 내 소아청소년과를 설치하기 위해 ‘곡성에 소아과를 선물하세요’라는 문구를 내걸고 기부금을 모금하였고, 현재는 곡성 옥과통합보건지소에 소아청소년과를 설치하여 주 2일 운영하고 있다.

제3절 보건의료인력 확보 및 효율적 활용 방안 모색

1. 시니어 의사 활용 제도 확대

보건복지부는 근로 의향이 있는 퇴직 의사와 지역의 공공의료기관을 연계하기 위해 2023년 8월부터 대한의사협회, 국립중앙의료원과 함께 ‘시니어 의사 활용’ 사업을 추진하였다(보건복지부, 2023b, p. 1). 또한 2024년 4월에는 지역·필수의료 분야 및 공공의료기관에서의 시니어 의사 활용을 지원하기 위한 국립중앙의료원 ‘시니어의사 지원센터’를 개소하였다(보건복지부, 2024, p. 1).

‘시니어 의사 지원센터’는 대학병원 등에서 근무 경험이 많은 퇴직(또는 예정) 의사가 지역·필수의료 분야 및 공공의료기관에서 계속 근무할

수 있도록 지원하는 시니어 의사 지원 사업 전담 조직으로, 국립중앙의료원 공공 보건의료교육훈련센터에 설치되었다(보건복지부, 2024, p. 1).

시니어 의사 활용 사업은 국립중앙의료원에서 공공병원의 구인 정보를 수집·검토하여 대한의사협회로 전달하면 협회에서 적절한 인력을 매칭하여 국립중앙의료원으로 회신하는 방식이며, 지방의료원 35개소, 적십자병원 6개소, 보훈병원 6개소, 근로복지공단 소속 병원 9개소 등 56개의 의료기관이 참여하고 있다(보건복지부, 2023b, pp. 1-5).

보건복지부의 자료를 보면 지난해 12월 기준 50~79세 의사 중 활동하지 않는 의사는 4,166명으로, 50대는 1,368명, 60대 1,394명, 70대 1,404명이다. 최근 5년간 전국 의대에서 퇴직한 교수는 누적 1,269명이다(김향미, 김태훈, 2024). 그러나 보건복지부에서 추진하고 있는 시니어 의사 매칭 사업은 병원급 공공의료기관에만 해당해, 매칭 시스템을 이용하기 어려운 일선 보건소나 보건의료원은 지자체에서 직접 퇴직 의사를 구해야 하는 어려움이 있어 시니어 의사 파견 대상 기관으로 지역보건의료기관까지 확대할 필요가 있다. 또한 시니어 의사는 대학병원 등 도시의 대형병원에서 은퇴한 의사들로, 농어촌 등 전혀 다른 의료환경에서의 경험이 많지 않을 것이므로 필요시 지역의료 여건에 대한 현장 교육이 진행되어야 한다.

〈표 6-22〉 부안군보건소 사례: 퇴직 의사 활용

전라북도 부안군은 우리나라 남서쪽 변산반도에 위치한 곳으로 1개 읍, 12개 면으로 이루어져 있으며, 그중 1개 면(위도면)은 인구 1,113명이 거주하는 도서지역임. 부안군 인구는 2022년 현재 50,257명으로 최근 10년간 지속적으로 인구가 감소하고 있으며, 부안군 인구의 41.1%는 읍 소재지에 거주하고 있음. 부안군의 노인인구 비율은 35.5%인데, 부안군 생산가능인구의 64.4%가 읍 소재지에 거주함에 따라 읍 소재지의 노인인구 비율은 상대적으로 낮은 반면, 12개 면의 평균 노인인구 비율은 40%가 넘음. 부안군 관내 병원급 의료기관은 6개, 의원급 의료기관은 24개 운영되고 있는데, 대부분 읍 소재지에 위치하여 면 지역주민의 의료접근성은 상대적으로 낮은 편임. 면 단위에 설치된 보건지소 중 공보의 부족으로 공보의가 배치되지 못한 지역은 순회진료 형태로 지역주민의 의료 수요에 대응하고 있으나 최근 의사 집단행동에 따른 '비상진료체계' 운영으로 공보의 2인이 차출되면서 면 지역의 의료 공백이 지속되고 있음. 부안군에서는 최근의 면 지역 의료 공백 외에도 점차 공보의 부족에 대비하여 주민들의 의료 욕구에 대한 지속가능한 대응 방안을 마련하기 위해 퇴직 의사 활용 계획을 모색하고 있음. 이에 따라 부안군 보건소에서는 “부안군 지역보건의료사업 업무 대행에 관한 조례안”을 지역 의회에 상정하였으며, 조례안이 통과되면 인근 도시지역의 퇴직 의사를 채용하여 활용할 수 있기를 희망함. 퇴직 의사는 진료 경험이 많아 지역주민의 건강관리는 물론 관련 정보를 제공하는 데에도 능숙하여 지역 주민의 주치의 역할을 수행할 것으로 기대할 수 있으며, 지리적 접근성이 낮은 점을 고려해 종일 근무보다는 근무시간을 유연하게 설정하여 근무시간에 대한 부담을 낮추어 지역 근무의 불편함을 해소할 수 있을 것으로 예상함.

2. 공중보건역사의 효율적 활용 및 지역보건의료기관의 기능 재검토

우리나라의 공공보건의료기관은 보건소(보건의료원), 보건지소, 보건진료소가 있다. 보건소(보건의료원)는 「지역보건법」 제10조에 따라 시군구별로 설치되어 있다. 보건지소는 「지역보건법 시행령」 제10조에 따라 시군구 이하 읍면마다 1개씩 설치 가능하다. 보건지소에는 공중보건역사를 배치하여 읍면에 거주하는 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위해 필요한 의료서비스를 제공하고 있다.

〈표 6-23〉 보건소 등 설치 기준

구분	설치근거	설치기준
보건소	「지역보건법」 제10조 「동법 시행령」 제8조	시·군·구별 1개소 (필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 설치)
보건지소	「지역보건법」 제13조 「동법 시행령」 제10조	읍·면별 1개소 (필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 및 통합 설치·운영)(보건소 설치 읍·면 제외)
건강생활 지원센터	「지역보건법」 제14조 「동법 시행령」 제11조	읍·면·동별 1개소 (보건소 설치 읍·면·동 제외)
보건진료소	「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조 「동법 시행규칙」 제17조	동·리 단위의 오·벽지에 설치

출처: “보건복지백서”, 보건복지부, 2023c, 보건복지부, p. 573.

보건진료소는 1980년에 제정된 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」을 근거로 의사가 없는 무의촌 지역에 설치, 보건진료전담공무원이 겸미한 의료 행위를 할 수 있도록 하였다(보건복지부, 2023c, p. 573).

‘공중보건의사제도’는 농어촌 등 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위해 1978년 12월 「국민보건의료를 위한 특별조치법」의 제정과 함께 시행되었다. 이후 1980년 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」이 제정되면서 1981년부터 본격적으로 공중보건의사를 배치하기 시작하였다(김동진 외, 2023, p. 65). 의대생 정원 인력 확대 및 한의과 공중보건의사 배치로 2002년 이후 신규 공중보건의사는 1,600명 이상 배치되었으나 치·의학 전문대학원 도입(2005년)으로 2009년부터 매년 감소하는 추세이다(보건복지부, 2023c, p. 579). 특히 2010년까지 매년 1천여 명에 달하던 신규 의과 공중보건의사는 2022년 511명으로 50% 수준으로 감소하였다.

〈표 6-24〉 공중보건기사 연도별 종별 신규 배치 현황

(단위: 명)

연도	합계	의사			치과의사	한의사
		소계	일반의	전문의·인턴		
2005	1,712	1,008	324	684	411	293
2006	1,513	965	305	660	296	252
2007	1,613	1,003	367	636	292	318
2008	1,962	1,278	598	680	340	344
2009	1,740	1,137	456	681	222	381
2010	1,500	966	308	658	204	330
2011	1,318	809	286	523	189	320
2012	1,241	761	349	412	177	303
2013	1,336	851	248	603	122	363
2014	1,242	785	280	505	116	341
2015	1,071	622	257	365	124	325
2016	1,193	694	285	409	155	344
2017	1,366	814	338	476	169	383
2018	1,006	512	385	127	156	338
2019	1,207	663	387	276	188	356
2020	1,309	742	345	397	201	366
2021	1,033	478	105	373	231	324
2022	1,048	511	159	352	206	331

주: 각 연도말 기준

출처: “2022 보건복지백서”, 보건복지부, 2023c, 보건복지부, p. 580.

정부는 보건지소 공중보건기사의 배치 비율을 최대한 유지하고자 하나, 전체 공중보건기사 수 감소에 따라 보건소 및 보건지소에 배치되는 공중보건기사 수마저 줄어 2022년 보건지소에 배치된 공중보건기사가 최초로 3천 명 이하로 감소하였다.

〈표 6-25〉 공중보건 의사 보건지소 배치 현황

(연도 말 기준, 단위: 명)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
보건지소 수	3,626	3,488	3,612	3,537	3,540	3,499	3,524	3,365
배치 인원 수	3,048	3,002	3,128	3,099	3,090	3,036	3,042	2,901
배치 비율	84.1%	86.1%	86.6%	87.6%	87.3%	86.8%	86.3%	86.2%

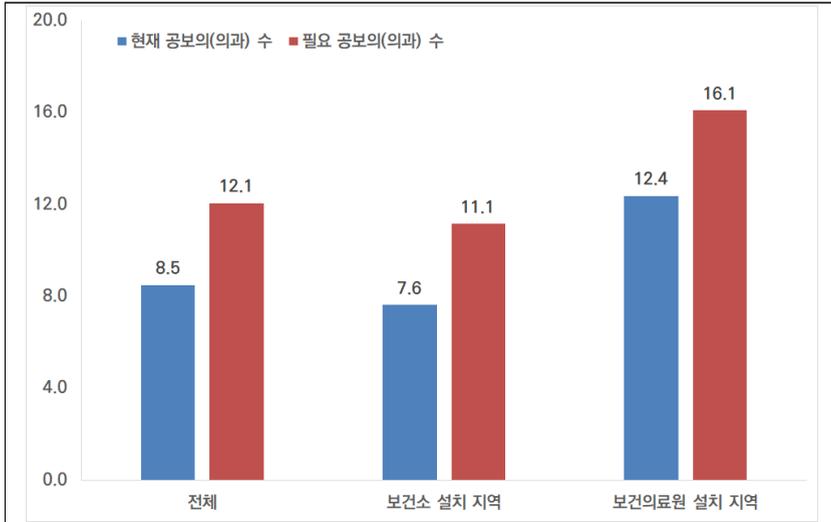
출처: “보건복지백서”, 보건복지부, 2023b, 보건복지부, p. 580. 일부 발췌.

이처럼 공중보건 의사 숫자가 줄어들면서 보건지소에 파견되어야 할 의사가 없어 면 단위의 진료 공백 위험이 커지고 있다. 2023년 5월 말 기준 공중보건 의사 배치 대상 보건지소 1,217곳 중 340곳(27.9%)에 공보의가 배치되지 않은 것으로 나타났다(민서영, 2023).

이 연구에서 인구감소지역 보건소(보건의료원)장을 대상으로 실시한 설문조사 결과, 공중보건 의사(의과)가 배치되지 않은 보건지소의 비율은 40.1%로 나타났고, 보건의료원 설치 지역 보건지소의 공중보건 의사(의과) 미배치율(38.0%)보다 보건소 설치 지역 보건지소의 공중보건 의사(의과) 미배치율(41.0%)이 더 높은 것으로 나타났다.

보건소(보건의료원) 및 보건지소가 정상적으로 운영되기 위해 필요한 공중보건 의사(의과) 수는 평균 12.1명이나 현재 배치된 공중보건 의사(의과) 수는 평균 8.5명으로 3.6명이 부족한 것으로 응답하였다.

[그림 6-1] 인구감소지역의 현재 공중보건조사(의과) 수 및 필요 공중보건조사(의과) 수

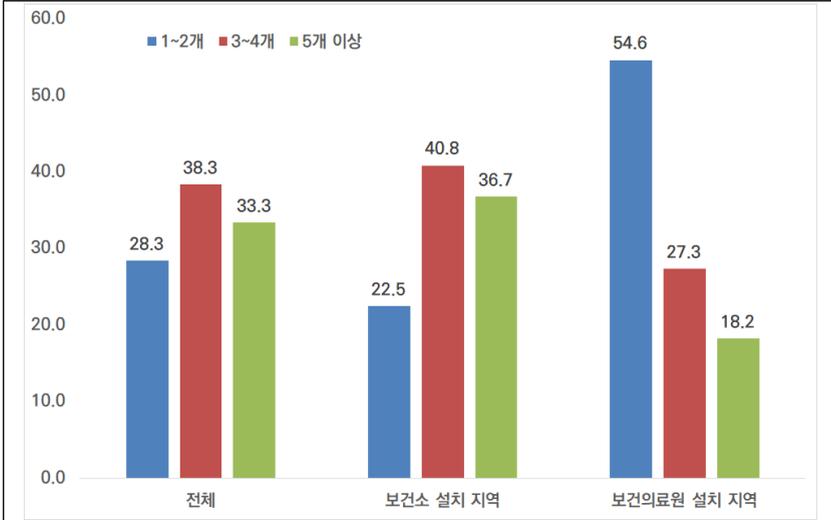


주: 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장 대상 설문조사 분석 결과임. 광역시 소재 인구감소지역을 제외한 81개 지역 중 60개 지역 보건소(보건의료원)장이 응답하였음.

설치된 보건의료기관 종류별로는 보건소 설치 지역의 필요 공중보건조사(의과) 수는 11.1명이지만 배치된 공중보건조사(의과) 수는 7.6명으로 3.5명이 부족한 것으로 인식하고 있었고, 보건소에 비해 의료기능이 강화된 보건의료원 설치 지역의 필요 공중보건조사(의과) 수는 16.1명이지만, 배치된 공중보건조사(의과) 수는 12.4명으로 3.7명이 부족한 것으로 인식하고 있었다.

공중보건조사(의과) 수가 부족함에 따라 공중보건조사(의과)가 배치되지 못하는 보건지소가 점차 늘어나고 있는데, 보건의료원 설치 지역보다는 보건소 설치 지역에서 공중보건조사(의과) 미배치 보건지소가 더 많은 것으로 나타났고 지역에 따라서는 5개 이상의 보건지소에 공중보건조사(의과)가 배치되지 못한 것으로 응답하였다.

[그림 6-2] 인구감소지역 공보의(의과) 미배치 보건지소 수

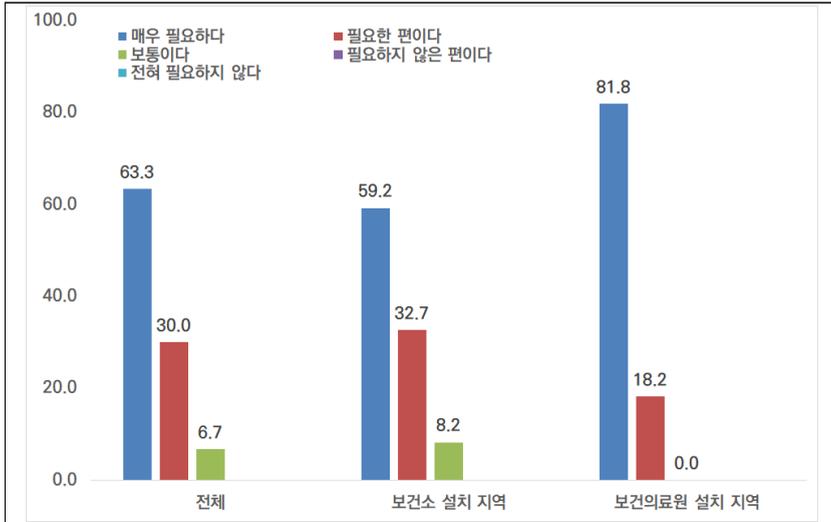


주: 인구감소지역 보건소(보건의료원)장 대상 설문조사 분석 결과임. 광역시 소재 인구감소지역을 제외한 81개 지역 중 60개 지역 보건소(보건의료원)장이 응답하였음.

공중보건 의사가 배치되지 않는 지역에서는 요일별 순환진료 형태로 지역주민의 의료 욕구에 대응하고 있는 형편이다. 그러나 최근 코로나19 같은 공중보건 위기 상황이나 의사 집단 행동으로 인한 진료 공백 사태로 지역 보건지소의 공중보건 의사가 다른 기관으로 파견되는 상황마저 벌어져 읍·면 단위의 의료 공백 문제는 더 커지고 있다. 이에 따라 인구감소지역을 비롯한 일선 농어촌 지역 보건소에서는 부족한 공중보건 의사 인력의 효율적 활용 방안을 찾기 위해 노력하고 있다.

인구감소지역의 보건소(보건의료원)장 설문조사 결과, 공중보건 의사(의과) 미배치 보건지소 증가와 인구감소의 특성 등을 고려하였을 때, 면 단위 이하 지역보건 의료기관의 역할과 기능에 대한 재구조화 필요성을 인식하는 비율이 매우 높은 것으로 나타났다.

[그림 6-3] 인구감소지역의 보건지소 등 역할 및 기능 재구조화 필요성 인식



주: 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장 대상 설문조사 분석 결과임. 광역시 소재 인구감소지역을 제외한 81개 지역 중 60개 지역 보건소(보건의료원)장이 응답하였음.

따라서 민간의료기관이 운영 중인 읍·면에서는 보건지소 대신 건강생활지원센터 또는 치매안심센터 분원 등을 설치해 의료 기능 대신 건강증진이나 질병 예방 중심으로 기능을 전환하고, 공중보건 의사 등 의료인력은 무의촌 지역으로 집중시키는 형태의 운영 방안을 고민해 볼 수 있다.

남원시는 읍·면 단위의 의료인력을 효율적으로 활용하기 위한 지역보건의료기관 개편을 고민하고 있다. 남원시 내의 15개 면 지역에 설치된 보건지소는 6명의 의과 공중보건 의사가 순회진료를 하며 운영하고 있다. 그러나 앞으로 공중보건 의사가 더 축소될 것으로 예상돼, 부족한 인력을 효율적으로 운영하기 위해 일부 보건지소의 통합을 고려하고 있다. 또한 보건지소와 보건진료소의 간호인력을 효율적으로 활용하는 것도 고려될 수 있다.

〈표 6-26〉 남원시 보건소 사례: 보건지소 및 보건진료소 개편

전라북도 남원시 공공보건의료기관은 지역거점 공공병원인 남원의료원이 있고, 그 외 보건소 1개, 보건지소 15개, 보건진료소 25개가 설치되어 있음. 관내 15개 면 중에서 14개 면에서는 민간의료기관이 없어 공공보건의료기관의 1차 의료 제공 기능 강화가 요구됨. 남원시 내의 15개 면 지역에 설치된 보건지소는 6명의 공보의가 순회진료를 하면서 운영하고 있으나 남원시에 배정된 공보의가 점차 더 축소되어 의료접근성은 계속 열악해지고 있음. 이에 따라 지역에 배정된 공보의를 더 효율적으로 운영하기 위해 일부 보건지소를 통합하는 것을 고려 중이며, 보건지소의 간호인력과 보건진료소 간호인력을 효율적으로 활용하는 것도 고려하고 있음.

15개 면 중에서 민간의료기관이 있는 면의 보건지소나 진료소의 인력을 다른 지역으로 이동 배치하고 대신 그곳을 건강지원센터 또는 치매안심센터 분원 등으로 기능을 전환하여 의료기능은 민간이, 예방 및 건강증진 기능은 지역보건의료기관에 집중하는 방안도 고려하고 있음.

단, 이는 지역 주민의 의료접근성이 유지될 수 있다는 전제하에서 고려될 수 있음. 특히, 지역 주민과 민간의료기관 등 이해관계자의 반발이 예상될 수 있으므로 보건진료운영위원회 등 지역 의견을 수렴하고 충분한 협의 과정이 필요함. 또한, 원격진료와 방문진료 등 기존 보건지소의 역할을 대신할 수 있는 다양한 대안을 마련해 주민의 건강을 유지할 수 있는 방안을 지속적으로 마련해 나갈 필요가 있음.

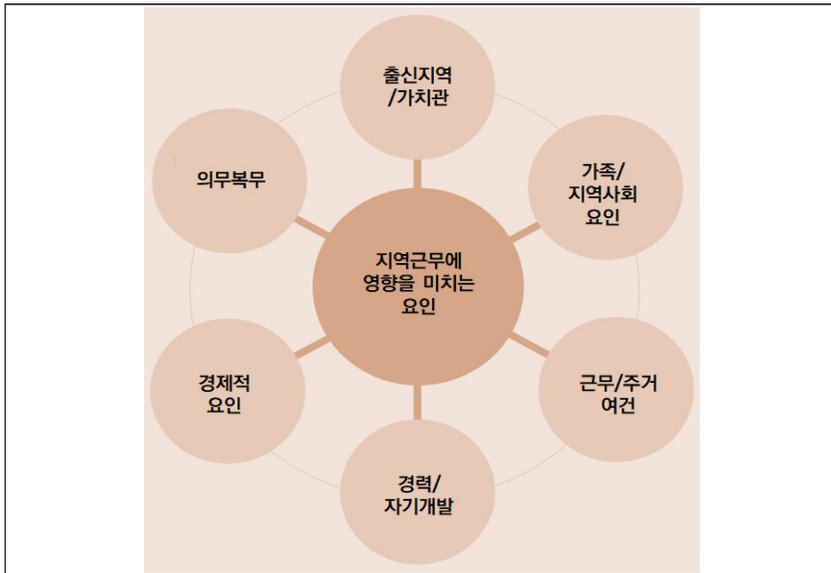
3. 지역 공공보건의료 인력의 근무 여건 개선

의료인력이 인구감소지역으로 이주해 근무하는 데 영향을 미치는 요인에 대한 상세한 분석은 의료인력을 유인하기 위해 필요한 단계이다. 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)에 따르면 의사의 지역 근무에 영향을 미치는 요인은 개인적인 요인뿐 아니라 국가 및 지역 사회의 사회적, 경제적, 환경적 요인들이 모두 반영된다(WHO, 2010, p. 14). 따라서 인구감소지역에서 의사 인력을 확보하고 근무를 지속할 수 있도록 유인하기 위해서는 의사 인력의 특성을 고려한 다양한 접근이 필요하다(김계현 외, 2022, pp. 4-5).

WHO에서 제시한 모형 중 개인적 요인은 출신 지역, 가치관이나 가치, 이타심 등이고, 가족 및 지역사회 요인은 의사 개인뿐 아니라 가족이 함께 이주했을 때 고려가 필요한 자녀의 교육환경, 지역사회 공동체 의식, 지역 내 공공시설 여건 등을 의미한다. 경제적 요인은 급여 수준 외에도

수당, 복리후생 제도 등을 의미하고, 의무복무 요인은 의과대학과 연계한 지역 의사 양성 프로그램이 있는 경우 일정 기간 동안 지역에 의무적으로 근무해야 하는 조건 등을 말한다(WHO, 2010, p. 14).

[그림 6-4] WHO가 제시한 의사의 지역 근무에 영향을 미치는 요인



출처: “Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations”, World Health Organization, 2010, p. 14, <https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>

한때 특정 지역의 보건의료원에서 매우 높은 연봉 수준에도 불구하고 의사를 채용하기 어렵다는 보도가 사회적으로 이슈가 된 바 있다. 당시에는 고액의 연봉에도 오지에서 근무하지 않으려는 현실만이 강조되었으나 그 이면에는 수도권에서 멀리 떨어진 ‘지역적 특성’ 외에도 신분이 불안정한 계약직이라는 점, 불명확한 업무 범위와 의료사고에 대한 책임, 격무가 예상되는 근무조건 등이 복합적으로 작용한 결과였다(조운, 2023).

따라서 인구감소지역 등 지방에서 의사를 채용할 경우 충분한 수준의 경제적 보상 외에도 근무 여건과 주거 여건 등 지역 근무에 영향을 미치는 다양한 요인을 개선하는 노력이 함께 이뤄져야 한다.

일부 지역에서는 교통이 불편한 지역 특성을 감안해 의료진의 숙소를 신축하여 안정적인 정주 여건을 제공하고 있고, 지역 내 민간의료기관과의 협조를 통해 근무시간 조정이 가능하도록 협업체계를 구축한 사례도 있다. 청송군의 경우 지자체에서 재정을 투입하여 지역보건의료기관에 근무하는 의료진의 숙소를 신축하였다. 청송군은 의료진 숙소를 신축, 제공함으로써 외부로부터의 교통 접근성이 낮은 지리적 특성 때문에 근무하기 어려운 지역이라는 인식을 개선하고 의료진을 확보하는 데 도움이 될 것으로 기대하고 있다.

〈표 6-27〉 청송군 보건의료원 사례: 의료진 주거 및 근무 여건 개선 노력

청송군 보건의료원은 유일한 종합병원급 의료기관으로 지역 내 의로서비스 제공을 담당하고 있음. 노인인구 비율이 매우 높고(65세 이상 인구 비율 42.5%), 상급의료기관에 대한 접근성이 매우 낮기 때문에 지역 내 다양한 의료 수요를 감당하기 위해 내과, 가정의학과, 재활의학과 봉직의를 채용함. 특히, 주거와 교통이 불편한 지역 특성을 감안할 때 의료진의 안정적인 주거환경 확보 필요성에 따라 2022년 군비 52억을 투자하여 3개 동 28세대 규모의 의료진 숙소를 신축함. 실제로 재활의학 전문의 등 채용 시 의료진 숙소가 장점으로 작용함.

또한, 주민진료를 제공하는 봉직의에 대해서는 별도의 인센티브를 지급하고, 민간병원과의 협업을 통해 의료진의 근무시간 조정이 가능하도록 근무 여건 개선을 위한 노력도 함께 이루어짐.

영암군에서도 지역에서 근무하는 간호·복지 청년 인력을 위한 기숙사를 건립하여 간호·복지 인력의 정주 여건을 개선하고, 군민에게 양질의 보건의료서비스를 제공하기 위해 노력하고 있다. 간호·복지 인력 기숙사 건립 사업은 전라남도가 지방소멸대응기금을 활용해 도서지역의 정주 여건 개선과 의료인력의 안정적 확보를 위해 추진하는 공모사업으로, 영암군을 시작으로 진도군과 신안군에서도 추진되고 있다.

〈표 6-28〉 영암군 사례: 농어촌 간호·복지 인력 기숙사 건립

전라남도 영암군은 관내 의료기관, 복지시설에 취업 예정이거나 취업 중인 간호사, 사회복지사 등이 거주할 수 있는 기숙사 건립을 추진하고 있음. 기숙사는 전라남도가 지방소멸대응기금 등을 활용하여 추진하고 있는 공모사업으로 도서지역의 정주 여건 개선과 의료인력 확보를 위해 추진되고 있음.

영암군의 경우 병원급 의료기관이 2개소 운영되고 있으나, 종합병원이 없고 의원급 의료기관이 폐업하는 등 의료접근성이 양호하지 못한 상황이며, 그간 간호사 등 의료인력의 확보 또한 용이하지 않았음. 새로 건립되는 기숙사는 민간병원 간호사 등을 포함하여 지역 내 간호·복지 인력의 정주 여건을 개선하여 지역에 정착을 유도하는 데 도움 될 것으로 기대하고 있음.

이와 같이 의료인이 지역에 근무할 수 있는 여건을 조성하여 지역 근무로 인한 위험과 불편함을 해소함으로써 지역에서 의료서비스를 제공하는 것을 의무와 봉사로 여기지 않고 그 자체로 가치를 부여할 수 있도록 근무환경을 개선할 필요가 있다.

이와 함께 민간과의 협조체계 구축을 통해 협력진료 모형을 도입하고, 지역에서 근무하는 의료인이 사회적 역할을 자신감 있게 수행할 수 있도록 이들에게 필요한 역량을 재정립할 수 있는 교육과정 지원이 고려될 필요가 있다.

제4절 보건의료서비스 접근성 제고 방안

1. 원격협진

인구감소지역에서는 의료기관 수도 부족하고 지역 내에서도 읍 지역으로 의료기관이 편중되는 등의 문제가 발생하고 있다. 이에 따라 면 지역 등 의료접근성이 특히 낮은 지역에 대한 의료전달체계 구축 방법으로 원격협진을 고려할 수 있다.

코로나19 이후 시범사업으로 진행 중인 ‘비대면진료 시범사업’이 주로 민간 병·의원 중심으로 이뤄지는 것과는 달리 의료취약지 원격협진 사업은 보건지소, 보건진료소 등 지역보건의료기관 중심으로 실시되기 때문에 민간 의료기관이 부족한 인구감소지역 주민의 의료접근성 제고에 도움이 된다.

〈표 6-29〉 의료취약지 원격협진 사업과 비대면진료 시범사업 비교

구분	의료취약지 원격협진 사업	비대면진료 시범사업
목적	의료취약지·취약계층에게 ICT 활용 비대면 의료서비스, 의료 사각지대 해소	환자에게 상시적이고 전문적 의료서비스 제공으로, 건강증진 및 의료접근성 제고
서비스 수행	의사 ↔ 의사, 간호사 등 의료인 간 자문·의뢰 협진 서비스	의사 ↔ 환자 간 의료서비스
법적 근거	의료법 제34조(원격의료)	보건의료기본법 제44조(보건의료시범사업)
운영체계	보건소, 보건진료소 등 지역보건의료기관 중심	민간 병의원 중심 (지역보건의료기관 제외)
ICT 연계	디지털 의료지원 시스템(DHIS), 화상장비 활용	민간 플랫폼, 전화 등

출처: “2024년 의료취약지 원격협진사업 주요내용 안내”, 한국건강증진개발원, 2024, 한국건강증진개발원, p. 10.

2024년부터 ‘의료취약지 원격협진 사업’은 기존의 대면진료 및 방문건강관리서비스와 연계하고, 사업 대상자를 지자체 특성에 맞게 설정하는 등의 세부 사업 방향을 설정하고 있으며 2024년 현재 8개 시·도, 55개 시·군·구의 701개 지역보건의료기관에서 참여하고 있다.

남원시에서는 거동 불편, 교통 불편으로 의료접근성이 취약한 면 지역의 만성질환자 관리를 위해 원격협진사업에 참여하고 있으며, 고혈압·당뇨 등 만성질환으로 정기적으로 보건지소를 이용하는 재가 환자를 대상으로 방문간호사와 보건지소 공중보건 의사 간 원격협진을 실시하고 있다. 아울러 도내 대학병원과의 원격협진체계를 구축하여 정기적으로 멀리 떨어진 의료기관을 방문해야 하는 환자의 편의성 제고 방안도 모색하고 있다.

232 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구

〈표 6-30〉 남원시 보건소 사례: 원격의료

전라북도 남원시는 7개 동, 1개 읍, 15개 면으로 이루어져 있으며, 인구 7만 9천여 명으로 노인인구의 비율은 29.2%에 달함. 공공보건의료기관은 지역거점 공공병원인 남원의료원이 있고, 그 외 보건소 1개, 보건지소 15개, 보건진료소 25개가 설치되어 있음. 민간 1차 의료기관으로는 치과·한의원 의원 20여 개, 일반 의원 50여 개가 운영되고 있는데, 대부분 동 지역에 밀집되어 있고, 15개 면 중 14개 면은 의료기관이 없어 면 지역 주민의 의료접근성이 낮음.

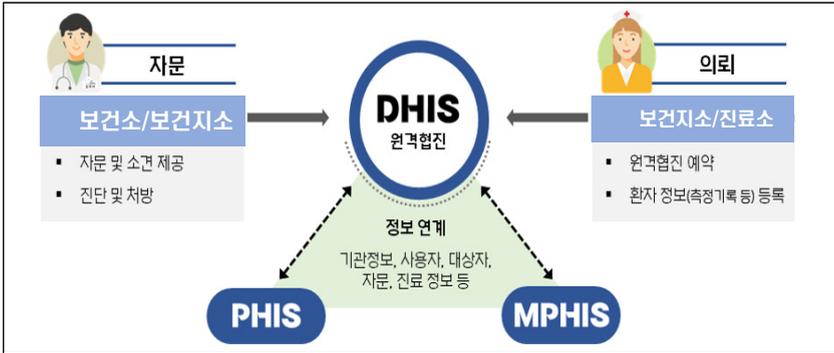
남원시에 배치된 의과 공보의 7명 중 보건소에 배치된 1명을 제외한 나머지 6명은 공보의 배치가 필요한 15개 지소의 환자를 담당하기 위해 공보의 1인당 2-3개 지소를 요일별로 방문하여 순회진료 형태로 운영하고 있음. 이는 최근 공보의 숫자가 계속 감소하였기 때문에 향후 공보의 숫자는 더 감소될 것으로 예상할 수 있으며, 이를 보완하기 위해 2024년부터 원격진료를 도입함. 보건지소의 공보의와 방문진료 간호사의 도움을 받아 환자에 대한 상태를 관찰하고 진료. 자문, 복약지도 등을 실시함. 원격진료는 환자의 안전성 확보가 중요하기 때문에 공보의에 대해 원격진료의 필요성과 사업 방식, 원칙 등에 대한 충분한 설명과 설득 과정을 거쳐 공감대가 형성된 상태에서 사업을 추진함. 사업에 참여하는 공보의와 간호사 등에게 교육에 참여하도록 하여 불안감 해소를 위한 노력을 병행함. 원격진료에 참여한 공보의에 대해서는 인센티브 지급을 추진함. 향후에도 공보의 숫자는 줄어들 것으로 예상되므로 원격진료를 계속 추진할 예정임.

해남군은 전체 의료기관의 55%가 읍 지역에 위치하는 등 의료자원의 불균형적 분포로 면 지역 주민의 의료접근성을 보완하는 의료서비스가 필요하다. 최근에는 공중보건 의사가 감소하여 공중보건 의사가 배치되지 않는 보건지소가 발생하였는데, 이들 지역 주민의 고혈압, 당뇨, 관절염 관리를 위해 ‘의료취약지 원격협진 사업’에 참여하고 있다.

〈표 6-31〉 해남군 의료취약지 원격협진 사업

해남군은 관내 병·의원 71개소 중 약 55% 이상이 해남읍에 있으며, 14개 읍·면 중 4개 면은 진료받을 수 있는 병·의원이 없음. 이와 같이 해남군 내 의료자원의 불균형적 분포로 인해 일부 지역 주민은 의료이용 접근성이 저하되어 이를 보완하기 위한 의료서비스 제공 방식이 필요함. 또한 최근 공중보건 의사가 감소하여 13개 보건지소 중 3개 보건지소에는 공중보건 의사가 없어 권역별로 순회진료를 하며 주민들의 의료 욕구에 대응하고 있음. 이에 따라 해남군에서는 취약지역 주민의 의료접근성 제고를 위해 보건복지부에서 실시하는 ‘의료취약지 원격협진 사업’에 참여하고 있으며, 해남군의 보건소-보건지소(13개)-보건진료소(18개)를 연결하고 고혈압, 당뇨병 등 만성질환자에게 효율적인 건강관리를 추진하고 있음.

[그림 6-5] 원격협진 서비스 모형



출처: “2024년 의료취약지 원격협진 사업계획[해남군보건소 내부자료]”, 해남군, 2024.

이외에도 청양군에서는 보건지소 또는 보건진료소의 간호사가 재가 환자를 진단·처방하기 위해 보건지소의 공중보건 의사와 원격진료를 실시하고 있고, 하동군에서는 보건진료소에 내원하는 환자의 진료를 위해 보건지소 공중보건 의사와 원격협진을 실시하고 있다.

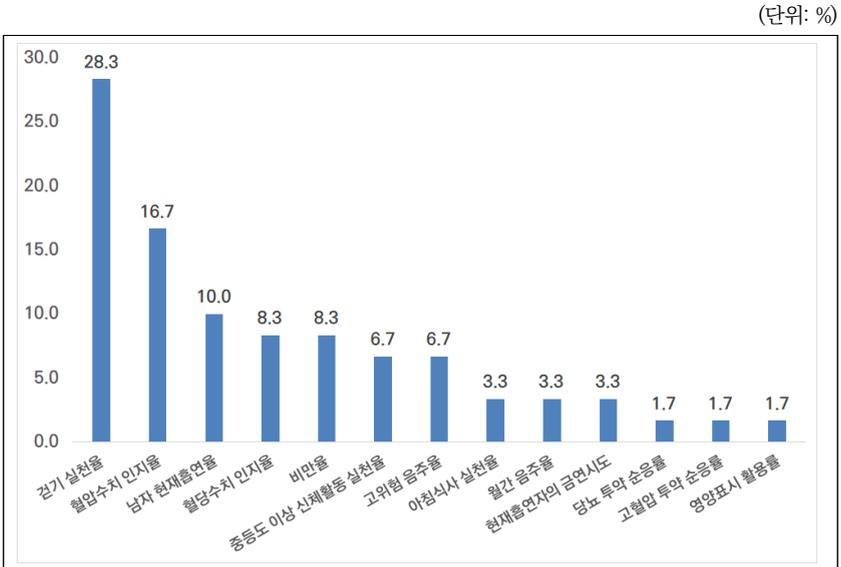
이와 같이 원격진료를 실시하고 있는 지역에서는 보건지소에서 근무하고 있는 공중보건 의사를 활용하고 있다. 그러나 공중보건 의사가 의료 경험이 부족한 경우 원격진단과 처방으로 인한 의료사고 발생 부담이 있으므로 원격진료를 위한 교육과 자료가 많이 개발되어야 한다.

강원도 평창군의료원과 정선군 보건소는 전문 진료를 통한 의료서비스의 질을 제고하기 위해 인근 대학병원과의 원격협진시스템 구축을 추진하고 있다. 특히 평창군과 정선군은 지방소멸대응기금을 활용하여 스마트 통합 건강관리서비스 제공체계를 구축하여 만성질환 예방·관리와 자가 건강관리 능력을 높여 초고령화와 지방소멸 문제에 대응하고 있다.

16.7%, ‘남자 현재흡연율’ 10.0%, ‘혈당수치 인지율’ 8.3%의 순으로 나타났다.

이와 같이 지역사회 건강조사 분석 결과와 인구감소지역 보건소(보건 의료원)장 설문조사 결과 모두 걷기 등 신체활동 관련 사업과 고혈압·당뇨병 등 심뇌혈관질환 예방관리 사업 등을 강화해야 하는 필요성을 드러냈다. 따라서 중앙정부에서도 인구감소지역의 특성에 기반하여 통합건강증진사업 등을 추진할 필요가 있다. 인구감소지역은 노인인구의 비율이 높고, 신체활동 실천율이 낮고, 고혈압·당뇨병 등 관리 필요성이 높음에 따라, 연차별 지역보건의료계획 등 지자체별 사업 계획을 수립할 때 신체활동 및 심뇌혈관질환 예방관리 사업을 보다 강화하도록 유도하고, 이들 사업과 관련된 성과지표를 중심으로 평가할 필요가 있다.

[그림 6-6] 인구감소지역에서 강조되어야 할 통합건강증진사업 성과지표



주: 인구감소지역 보건소(보건의료원)장 대상 설문조사 분석 결과임. 광역시 소재 인구감소지역을 제외한 81개 지역 중 60개 지역 보건소(보건의료원)장이 응답하였음.

3. ICT 활용 스마트 돌봄서비스

우리나라의 고령화는 빠르게 진행되고 있으며, 특히 인구감소지역의 노인인구 비율이 매우 높다. 2021년 기준 전국 평균 노인인구 비율은 17.1%이지만 89개 인구감소지역의 노인인구 비율은 20% 이상이다. 경북 의성 등 40%가 넘는 지역도 있으며, 특히 면 지역의 노인인구 비율은 50%가 넘기도 한다.

따라서 노인에 대한 돌봄서비스 제공 인프라를 충분히 확보할 필요가 있으나, 인구감소지역에서는 의료인력뿐 아니라 돌봄인력 또한 부족하여 충분한 돌봄서비스를 제공하기 어려운 경우가 많다. 이와 관련하여 남원 시에서는 치매환자에 대한 스마트 돌봄서비스 제공체계를 개발하여 돌봄 서비스 수요에 대응하고 있다.

〈표 6-33〉 남원시 치매환자 24시간 스마트 건강 돌봄서비스

(치매환자 24시간 스마트 건강 돌봄 서비스) 남원시는 2023년부터 관내 독거 또는 부부 치매환자 가구(2024년 200가구)를 대상으로 24시간 스마트 돌봄체계를 구축함. 남원시는 스마트 돌봄 플랫폼과 가정 내 ICT 기기(게이트웨이, 태블릿PC, 응급벨, 동작감지센서, 온-습도 센서, 조도센서, 출입문 센서, 방범센서, 화재감지센서, 레이더센서) 설치를 통해 환자의 일상활동을 분석하여 돌발 상황을 예측하고, 응급상황이 발생하면 119 또는 112에 자동 신고됨은 물론 보건소와 보호자에게 문자로 알려 신속 대응할 수 있는 서비스를 제공하고 있음. 또한 대상자와 보건소 간 쌍방향 의사소통 기능을 통하여 위험 상황에 신속하게 대응할 수 있고 개인별 건강관리와 비대면 인지훈련까지 하여 치매 악화를 방지할 수 있음.

(치매환자 배회감지기 연구개발사업) 남원시는 민간기업과 공동으로 관내 치매환자들의 실종 방지를 위해 '배회감지기' 개발을 추진 중임. 개발 중인 배회감지기는 착용 거부감 및 배터리 지속 기간을 개선하고, 산간지역 등에서도 위치 확인이 가능하도록 기능을 개선하였음. 향후 정신지체자, 독거노인 등까지 적용 대상자 확대를 고려하고 있음.

출처: 1) "남원시, 치매환자 200가구에 24시간 스마트 건강돌봄서비스 지원", 서도연, 2024, 아시아뉴스전북, 2024. 8. 12.

<https://www.mjeonbuk.com/news/articleView.html?idxno=85680>

2) "디지털 헬스케어 기술 활용 남원시 보건사업[남원시 보건소 내부자료]", 남원시 보건소, 2024.

제5절 소결

인구감소지역은 의료 수요가 높은 반면 의료자원은 상대적으로 부족하여 의료서비스에 대한 접근성이 매우 낮은 편이다. 지역주민의 건강 관리를 위해서는 의료 수요에 따른 의료서비스 제공 기능을 유지할 필요가 있으며, 특히 핵심 의료기능을 민간 대신 공공보건의료기관에서 담당해야 한다. 이에 따라 인구감소지역 공공보건의료기관에서는 지역의 필수의료 제공 기능 강화를 위해 인근 대학병원이나 지역의료원과 연계하여 지역 공공보건의료기관의 의료서비스 제공 기능 강화를 모색하고 있다.

인구감소지역 중 민간의료기관이 부족해 연계나 협업이 어려운 경우에 지역보건의료기관의 자체적인 의료기능 강화를 위해 보건소를 보건의료원으로 전환하려는 지역이 점차 증가하고 있다. 그러나 일부 지역은 의료인력 확보 문제와 지역의 재정 여건 등으로 보건의료원 설치에 어려움을 겪고 있으며, 보건의료원 중 의료인력 확보와 운영 적자 부담으로 인해 진료 기능을 민간에 위탁해 운영하는 지역도 있다. 한편 일부 지역에서는 전문 의료 제공을 위해 군립의료기관을 설치하였으나 재정 적자 누적 등으로 운영이 어려워져 정부 지원 및 지원 근거 마련을 위한 제도 개선을 요구하고 있다. 또한 인구감소지역 의료기관의 만성적인 재정 적자를 보전하기 위해 진료량이 아닌 필요에 기반하여 충분한 수익을 보상하는 공공정책 수가 도입을 요구하고 있다.

반면 지역 내 필수의료 기능을 유지하기 위해서 민간의료기관이 폐업하지 않고 기능을 지속할 수 있도록 조례를 제정해 재정을 지원하는 사례도 적지 않다. 예를 들어 지역 내 응급의료기관 운영을 지원하기 위해 ‘지역응급의료기관 지원에 관한 조례’를 제정하고, 민간 응급의료기관 운영을 위한 전문의와 간호사 인건비를 지원하는 사례도 있다. 그리고 지역 내 신장투석실이 없어 만성 신부전증 환자가 타지역으로 원정진료를 가

는 어려움을 해소하기 위해 민간의료기관 지원 조례를 제정하여 관내 민간의료기관이 신장투석실을 지속적으로 운영할 수 있도록 재정을 지원하는 경우도 있다. 또한 지역 내에 소아청소년과 진료를 위해 조례를 개정하여 필요한 간호사 인건비를 지원하는 사례도 있다.

지방소멸대응기금은 인구감소지역의 지역재생과 활성화를 위해 지난 2022년부터 도입되어, 주거, 교통, 문화관광, 경제 등 일상생활 인프라 투자에 활용되고 있다. 이에 따라 일부 지역에서는 의료시설이나 건강증진시설 및 장비 보강을 위해 지방소멸대응기금을 활용하는 사례도 점차 증가하고 있다. 다만 인구감소지역에서 양질의 보건의료서비스 제공을 위해서는 무엇보다 의료인력을 충분히 확보하는 것이 중요하므로, 지방소멸대응기금을 인건비로 활용 가능하도록 관련 규정 개정을 검토해 볼 필요가 있다. 특히 수도권에서 멀리 떨어진 지역일수록 의료인력 확보에 어려움을 겪고 있기 때문에 인구감소지역의 의료취약성 해소를 위해 의료 인력에 한정해 지방소멸대응기금을 인건비로 활용할 수 있도록 제도 개선을 검토해야 한다.

인구감소지역의 의료취약성 해소를 위한 재원 활용 측면에서 최근에는 고향사랑기부제를 활용하는 사례도 있다. 고향사랑기부제는 개인의 자발적 기부를 통한 지방재정 확충과 지역경제 활성화를 목적으로 2023년부터 시행되고 있는데, 2024년부터는 기부자가 특정 사업에 대한 ‘지정기부’ 제도가 신설되었다. 이에 따라 일부 지역에서는 지역 내 소아청소년과 설치 등 의료 확보를 위한 사업을 내세워 기부를 유도하는 사례가 있다.

보건복지부는 근로 의향이 있는 퇴직 의사와 지역의 공공의료기관 연계 사업을 추진하기 위해 2023년 8월부터 대한의사협회, 국립중앙의료원과 함께 ‘시니어 의사 활용’ 사업을 추진하고 있으며, 2024년 4월에는 지역·필수의료 분야 및 공공의료기관에서의 시니어 의사 활용을 지원하기 위한 국립중앙의료원 ‘시니어 의사 지원센터’를 개소하였다. 그러나

보건복지부에서 추진하고 있는 시니어 의사 매칭 사업은 병원급 공공의료기관만 해당되고, 퇴직 의사 활용을 희망하는 보건소나 보건의료원은 해당되지 않아 일선 공공보건의료기관으로 사업을 확대하는 것이 필요하다.

공중보건의사는 의료인력이 부족한 농어촌 지역의 의료기능 유지를 위해 중요한 역할을 하고 있다. 그러나 최근 공중보건의사 숫자가 줄어들면서 보건지소에 파견되어야 할 의사가 없어서 면 단위 진료 공백 위험이 증가하고 있다. 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장을 대상으로 실시한 설문조사 결과, 보건소(보건의료원) 및 보건지소가 정상적으로 운영되기 위해 필요한 공중보건의사(의과) 수는 평균 12.1명이나 현재 배치된 공중보건의사(의과) 수는 평균 8.5명으로 3.6명이 부족한 것으로 응답하였다. 최근 코로나19 같은 공중보건 위기 상황이나 의사 집단행동으로 인한 진료 공백 사태로 지역 보건지소의 공중보건의사가 다른 기관으로 파견되는 상황마저 벌어져 읍·면 단위 의료 공백 문제는 더 커지고 있다. 이에 따라 인구감소지역을 비롯한 일선 농어촌 지역 보건소에서는 부족한 공중보건의사 인력의 효율적인 활용 방안을 찾기 위해 노력하고 있다. 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장 설문조사 결과, 공중보건의사(의과) 미배치 보건지소 증가와 인구감소의 특성 등을 고려하였을 때, 면 단위 이하 지역보건의료기관의 역할과 기능에 대한 재구조화 필요성을 인식하는 비율이 매우 높은 것으로 나타났다. 예를 들어 의료인력은 민간의료기관이 없는 지역으로 집중하는 대신 민간의료기관이 있는 읍·면에는 건강생활지원센터나 치매안심센터 분원 등을 설치하여 건강증진과 예방 중심으로 기능 전환을 고려할 수 있다.

한때 높은 연봉을 제시하여도 지역에서 근무할 의사를 찾기 어렵다는 언론보도가 사회적으로 이슈가 된 적이 있었다. 의료인력을 인구감소지역에서 지속 근무할 수 있도록 유인하는 데는 경제적 요인뿐 아니라 사회적, 환경적 요인들이 모두 반영되기 때문에 의사 인력의 특성을 고려한

다양한 접근이 필요하다. 특히 의료인이 지역에 근무할 수 있는 여건을 조성함으로써 지역 근무로 인한 위험과 불편함을 해소하여 지역에서 의료서비스를 제공하는 것이 의무와 봉사가 아닌 그 자체로서 매력적인 일 자리로서 가치를 부여할 수 있도록 근무환경을 개선할 필요가 있다. 이에 따라 일부 지역에서는 지역에서 근무하는 의사나 간호사 등을 위한 숙소를 마련하여 제공하는 사례도 점차 늘어나고 있다.

원격협진은 인구감소지역의 부족한 의료접근성을 보완하기 위한 수단으로 점차 확대되고 있다. 보건의료기관의 간호사가 재가 환자를 방문할 때 의사에 대한 진료와 처방을 위해 사용하거나, 보건지소 공보의가 보건진료소 내원 환자의 진료 및 처방을 위해 사용하고 있다. 그러나 지역 의료 경험이 부족한 공중보건학의사는 원격진단과 처방에 대한 부담이 있으므로 원격의료 활성화를 위해서는 인프라 구축을 위한 지원 외에도 공중보건학의사에 대한 교육과 가이드라인 등이 보완되어야 할 시점이다.

이 연구에서 인구감소지역을 대상으로 한 지역사회 건강조사 분석 및 인구감소지역의 보건소(보건의료원)장 설문조사 결과, 걷기 등 신체활동 관련 사업과 고혈압·당뇨병 등 심뇌혈관질환 예방관리 사업을 강화해야 할 필요성이 드러났다. 따라서 중앙정부에서도 인구감소지역의 특성에 기반하여 통합건강증진사업을 추진할 필요가 있다. 인구감소지역은 노인 인구의 비율이 높고, 신체활동 실천율은 낮으며, 고혈압·당뇨병 등의 관리 필요성이 높다. 따라서 연차별 지역보건의료계획 등 지자체별 사업 계획을 수립할 때 신체활동 및 심뇌혈관질환 예방관리 사업을 보다 강화하도록 유도하고, 이들 사업과 관련된 성과지표 중심으로 평가할 필요가 있다.

이상과 같이 인구감소지역에서 의료취약성을 해소하고 지역주민의 건강을 관리하기 위한 다양한 정책과 사업을 정리하였고, 효율적인 사업 추진을 위해 필요한 제도 개선사항을 제안하였다. 이 연구에서 제안된 여러 가지 정책 대안들을 추진하기 위해서는 인구감소지역의 노력이 중요하지만,

광역지자체나 중앙정부 수준에서 주도적으로 풀어나가거나 적극적으로 개입해야 할 문제들도 적지 않다. 이 연구에서 제안된 사업을 기초지자체, 광역지자체, 중앙정부, 민간 등의 관련 주체별로 정리하면 다음과 같다.

〈표 6-34〉 정책 대안별 참여 주체

구분		기초 지자체	광역 지자체	중앙정부	민간 의료기관
공공보건 의료서비스 기반 강화	필수의료서비스 제공 기능 강화를 위한 중장기 계획 수립	○	○		
	지역보건의료기관 의료서비 스 제공 기능 강화	○			
	군립의료기관 지원 강화	○		○	
	민관 협력을 통한 필수의료 서비스 유지·확보	○			○
필수의료 서비스 확보를 위한 재정 지원 강화	지방소멸대응기금 개선	○	○	○	
	공공정책 수가 도입			○	
	고향사랑기부제 등 다양한 재원 확보	○			
보건의료 인력 확보 및 효율적 활용 방안 모색	시니어 의사 활용 제도 확대			○	
	공중보건조사 효율적 활용 및 지역보건의료기관 기능 재검토	○		○	
	지역 공공보건의료 인력 근 무 여건 개선	○			
보건의료 서비스 접근성 제고 방안	원격협진	○		○	
	인구감소지역 특성을 반영 한 통합건강증진사업 강화	○		○	
	ICT 활용 스마트 돌봄서비스	○			



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제7장

결론



제 7 장 결론

지방의 인구감소 문제 해결을 위해 저출산이 주요 정책 대상이 되어 왔으나, 지방의 인구감소는 인구의 자연적 감소 못지않게 사회적 감소의 영향도 크다는 것이 실증연구를 통해 밝혀졌다. 이에 따라 인구감소지역의 정책 대상 또한 의료를 포함한 지방의 정주 여건 개선으로 무게 중심이 옮겨 갈 필요가 있다.

이 연구에서 인구감소지역의 주민을 대상으로 실시한 설문조사에서도 인구감소지역에 거주하는 청년층의 절반 이상이 이주 의향을 가진 것으로 나타났다. 이주를 계획하게 된 주된 이유는 일자리, 주거 여건, 교통 여건 등이었으나, 주관적 건강상태를 나쁘게 평가하거나 연간 미충족 의료율이 높았던 집단에서도 이주 의향이 높은 것으로 나타났다. 이는 향후 인구감소지역에 대한 대응책으로 젊은 연령층을 대상으로 한 유출 방지 정책을 심도 있게 고려해야 할 필요성을 시사한다.

지방소멸 위기의 이면에는 필수의료를 비롯한 의료 공백과 의료 인프라 부실 문제가 원인이자 결과로 작용하고 있다. 지역에서의 의료 미충족과 부실한 건강관리서비스는 인구 유출을 촉진하여 지역소멸 위험을 높이고, 인구감소가 지역의료의 수요 감소와 민간의료기관의 폐업으로 이어지는 악순환이 발생할 수 있다. 선행연구에서 민간의료기관 유지를 위한 최소한의 수요를 의미하는 임계인구가 3천 명으로 나타났는데(한이철 외, 2022, p. 101), 이 연구 결과에 따르면, 2023년 현재 인구가 3천 명 이하인 3개 읍, 547개 면 등의 지역에서는 민간의료기관의 폐업으로 인한 의료접근성에 문제가 발생했을 가능성이 높을 것으로 예측되며, 이들

지역에 거주하는 주민은 간단한 진료를 받고 약을 타기 위해서 멀리 이동해야 하는 현실에 처해 있다.

이러한 현실에 대응하고자 인구감소지역에서는 부족한 보건의료서비스를 보완하기 위해 여러 시도를 모색하고 있는 것으로 나타났다. 보건소를 보건의료원으로 전환하여 의료서비스 제공 기능을 강화하거나 지자체에서 별도의 의료시설을 건립하는 등 필요한 의료서비스를 직접 제공하는 사례도 있다. 또한 민간의료기관에 대한 지원을 통해 응급의료 등 지역내 필수의료서비스 제공 기능을 유지하게 하려는 노력도 꾸준히 이뤄지고 있다. 특히 인구감소지역의 경우 재정자립도가 10%도 채 되지 못하는 지역이 많아 지역 내 의료서비스 제공 기능 강화를 위한 재원확보 노력도 이어지고 있다. 대부분 중앙정부나 광역지자체의 사업에 참여하여 예산 지원을 받거나, 또는 기초지자체의 자체 예산을 활용하는 경우가 대부분이지만, 그 외에도 지방소멸대응기금을 활용하거나 최근에는 고향사랑기부제 등 별도의 재원을 마련하기 위해 노력하는 사례도 증가하고 있다.

보건의료자원은 보건의료서비스가 제공되는 데 필요한 의료기관 시설 및 장비, 의료인력 등으로, 좋은 보건의료자원이 투입되면 바람직한 건강 결과로 나타날 수 있기 때문에 양질의 보건의료자원을 확보하는 것은 매우 중요하다(나백주, 2023, p. 11). 인구감소지역의 공공보건의료기관장 인터뷰에서 드러났지만, 의료서비스 제공 기능 강화를 위해 가장 필요하면서도 가장 어려운 과제는 의료인력 확보였다. 의료인력 수급의 문제는 수도권에서 먼 지역일수록 더 심한 것으로 나타났으며 전라권과 경상권에서 특히 의사인력 채용에 어려움을 호소하고 있었다. 이로 인해 지방에서 의료인력 채용 조건으로 높은 연봉 수준을 제시하는 것은 기본이었고, 경제적 인센티브 외에 숙소 제공이나 근무시간 유연화 등 거주 환경이나 근무조건을 개선해 의료인력을 유인하려는 지역도 점차 늘어나고 있었다.

인구감소지역의 의료 확보를 위한 자체적인 노력이 효과적인 결과로 이어지기 위해서는 중앙정부의 적극적인 지원이 뒷받침되어야 한다. 지역 공공의료기관의 의료인력을 확보하기 위해 시작된 ‘시니어 의사 활용 제도’는 현재 병원급 공공의료기관에만 해당하는데, 이를 지역의 보건소나 보건의료원까지 확대하여 인구감소지역의 의료인력 확보를 지원할 필요가 있다. 또 의료 인프라 확충을 위한 자원 확보에 지방소멸대응기금을 활용하는 지자체가 늘어나고 있지만, 인건비로는 활용하는 것이 어려워 보건의료 관련 시설과 장비 확보에 제한적으로 활용하고 있다. 지방의 의료 확보를 위해서는 시설과 장비를 갖추는 것뿐 아니라 갖춰진 시설을 활용하기 위한 전문 의료인력을 확보하는 것이 무엇보다 중요하므로, 의사·간호사 등 의료인력에 대해 제한적으로 인건비로 활용할 수 있도록 기금 사용 목적을 확대할 필요가 있다.

인구감소지역의 의료서비스 개선을 위해서는 보건의료서비스를 형성하고 있는 정책 축을 고려해야 한다. 우선 공공보건의료 부문과 민간의료 부문을 나누어서 민간의료 부문은 수가 등 기존의 보건의료시장 작동 원리를 활용하여 지방 의료기관이 적자로 폐업하는 사례가 늘어나지 않도록 해야 한다(나백주, 2023, p. 13). 아울러 공공보건의료 부문은 지방의 부족한 의료인력을 공급할 수 있는 장단기 방안을 마련해야 한다. 특히 WHO 권고와 같이 재정적 인센티브 외에도 주거환경 개선이나 의사로서의 경력 개발을 위한 인센티브를 함께 고려할 필요가 있다.

또 다른 축으로 중요하게 고려되어야 할 정책 축은 정부와 지방자치단체, 특히 광역지자체와 기초지자체의 균형 있는 역할 설정이다(나백주, 2023, p. 13). 이 연구에서 제안된 여러 가지 정책 대안들 또한 인구감소지역의 노력이 중요하지만, 광역지자체나 중앙정부 수준에서 주도적으로 풀어나가야 할 문제들이 적지 않다. 특히 제도 개선이 필요하거나 광역단위에서의 정책 연계 협력이 필요한 경우에는 더 그렇다.

우리나라도 일본과 같이 광역지자체와 기초지자체의 보건의료, 특히 공공의료에 대한 책임과 권한을 강화하되, 중앙정부는 인구감소지역과 재정 여건이 어려운 지방자치단체 및 도서벽지 등 취약지에 대한 재정지원을 강화하는 방식으로의 정책 접근이 필요하다(나백주, 2023, p. 13). 또한 광역-기초지자체 역할 분담과 관련해, 도서벽지 등 의료취약지의 공공보건기관 진료 지원을 위한 원격진료자문과 교육훈련, 환자 이송 등에 광역지자체가 중심적 역할을 하고 필요한 의료인력을 파견, 배치하거나 정기 순회 근무 등의 조치가 이루어져야 한다(나백주, 2023, p. 14).

이 연구에서는 인구감소지역의 보건의료서비스 여건 개선을 위한 다양한 정책과 사업을 제시하였다. 이러한 정책 대안은 지역의 인구사회학적 특성과 보건의료 및 정책 환경에 따라 모듈 형식으로 적절히 조합되어 추진되어야 한다.



〈국내 문헌〉

- 국립중앙의료원. (2023). 2022년 공공보건의료통계집. 서울: 국립중앙의료원.
- 김계현, 임선미, 박정훈, 임지연. (2022). 의사의 지역근무 현황 및 유인·유지 방안 연구-의사의 근무지역 선택 및 이동 관련 요인을 중심으로. KMA 의료정책연구소.
- 김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미, 윤태호, 장숙량, 정최경희, 채희란, 이정아. (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김동진, 이나경, 윤강재, 전진아, 박나영. (2023). 농어촌 방문진료 모델발굴 연구. 세종: 농림축산식품부, 한국보건사회연구원.
- 김동진. (2024). 일본 인구 과소지역의 의료 확대 대책 사례와 시사점. 국제사회보장리뷰. 가을호 Vol. 30, 86-101.
- 김명희. (근간). 평창군 공공의료체계 개선 방안 연구 최종보고자료. 서울: 국립중앙의료원.
- 김현호, 이제연, 김도형. (2021). 국가위기 대응을 위한 지방소멸 방지전략의 개발. 원주: 한국지방행정연구원.
- 나백주. (2023). 보건의료자원의 지역 불평등 해결 전략. 한국건강형평성연구, 제2권 제1호, 10-16.
- 류영아. (2022). 지방소멸대응기금의 도입 및 향후 과제: 중장기적 정책과 거점전략화. NARS 입법·정책, 제108호. 서울: 국회입법조사처.
- 문정주, 이기환, 이태호, 이흥훈, 곽미영, 임준, 정백근. (2013). 의료취약지 도출에 따른 거점의료기관 모델 및 관리방안 연구. 서울: 국립중앙의료원.
- 박지해, 오재환, 강제구, 정윤지, 이광수. (2023). 지역소멸수준과 지역의 총 의료이용 간의 관계. 보건행정학회지, 33(3), 253-263.
- 박진경, 김삼민. (2017). 인구구조 변화에 대응한 유형별 지역발전전략 연구. 원주: 한국지방행정연구원.

- 박진경, 이소영, 조기현, 김상민, 임태경, 김도형, 조정찬, 심미경, 안성조. (2020). 지방소멸위기지역 지원 특별법 법안 마련 연구. 원주: 한국지방행정연구원.
- 보건복지부. (2022). 2022년 의료취약지 지원사업 안내. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2023a). 2023 공중보건의사제도 운영지침, 세종: 보건복지부, https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&tag=&act=view&list_no=375746
- 보건복지부. (2023c). 2022 보건복지백서. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010200&bid=0019&act=view&list_no=1478782&tag=&nPage=1
- 설진주, 호형경, 이현지, 이광수. (2021). 소멸위험지역과 치료 가능 사망률 간의 관계. 보건행정학회지, 31(2), 188-196.
- 송미령, 성주인, 김광선, 심재현, 정문수, 한이철, 민경찬, 정학성. (2021). 인구 감소 시대, 농촌 삶의 질 향상 정책 개선 방안 연구. 나주: 한국농촌경제연구원.
- 송윤정. (2023). 2022~2023 전국 지방자치단체 지방소멸대응기금 사업 내역. 나라살림 브리핑, 343호, 2024. 3. 19. 검색, <https://www.narasallim.net/report/525>
- 신동훈 조상필, 임형섭, 김재철, 김대성, 민현정, 문경년, 심미경, 박현주, 류영해. (2018). 인구감소에 따른 광주전남 대응 방향. 광주: 광주전남연구원.
- 신현용, 김희년, 여나금, 장성인, 유정훈, 문선영. (2023). 필수의료 지원강화를 위한 건강보험 공공정책수가 도입 방안. 세종: 보건복지부. 한국보건사회연구원.
- 유정숙, 김윤미, 김현영. (2020). “만성콩팥병이 우울, 주관적 건강인식 및 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향: 2014년과 2016년 국민건강영양조사자료 이용”. Korean Journal of Adult Nursing, Vol. 32, No. 4, 374-384.
- 윤소연. (2023). 지역이 주도하는 인구감소지역 대응계획 수립 방안. 지방자치 정책 Brief, No.162. 원주: 한국지방행정연구원.

- 이상림, 이지혜, Bernhard Köppen, 임소정, 성백선. (2018). 지역 인구공동화 현상과 정책적 함의. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이상림, 최인선. (2023). 국내 인구가동의 변동 양상과 정책적 함의. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이소영, 김도형, 김민영, 김지수, 박진경, 양원탁, 윤소연, 이원도, 이제연, 전성만, 김현오, 여효성, 윤준호, 강현정. (2023a). 인구감소지역 대응계획 수립 및 지원방안 연구용역. 세종: 행정안전부.
- 이소영, 이제연, 김도형, 양원탁, 윤준호, 최민정. (2023b). 더 나은 미래를 위한 도전-지방소멸대응전략. 원주: 한국지방행정연구원.
- 이태호, 이흥훈, 조정하, 광미영, 김미영, 임도희, 이승진, 신한수, 이선화, 박해인, 윤기쁨, 조경은, 박주원, 정백근, 조준영, 조희숙. (2020). 도서·산간 등 의료취약지 보건의료서비스 개선 연구. 서울: 국립중앙의료원.
- 이하나, 조영태. (2019). 중년 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 질병 이환 비교. 보건사회연구, 39(3), 380-407.
- 이현정. (2024). 인구감소지역 지방교부세 현황과 개편 방향 모색에 관한 연구. 한국지방재정학회 2024 춘계학술대회 자료집, http://www.kalf.or.kr/bbs/board.php?bo_table=seminar&wr_id=957&page=2
- 이현지, 오재환, 김재현, 이광수. (2021) 지역 소멸위험지수와 지역의 만성질환 의료이용의 관계. 보건행정학회지, 31(3), 301-311.
- 장인수, 정찬우. (2022). 인구감소지역의 인구 변화 특성과 향후 정책 방향. GRI 연구논총, 24(4), 1-27.
- 차미숙, 김승중, 남기찬, 민성희, 서연미, 김수진, 이보경, 최예술, 조은주, 이인규. (2021). 지방소멸 대응 대책 수립 연구, 세종: 행정안전부.
- 최정수. (2020). 지방쇠퇴시대 경북의 지역적응력 제고 방안. 대구: 대구경북연구원.
- 최정우. (2023). 지방소멸대응기금의 운영과 과제. 한국지방재정학회 2023년 동계학술대회 및 한·일지방재정학회 정기교류 세미나.

http://www.kalf.or.kr/bbs/board.php?bo_table=seminar&wr_id=927&page=4

최홍석, 송금주, 고윤실, 채승훈, 안윤진. (2022). 인구감소지역의 주요 건강지표 현황. 주간 건강과 질병, 제15권, 제13호, 846-828.

하혜영. (2023). 「인구감소지역 지원 특별법」 시행 및 향후 과제. 이슈와 논점 제 2054호. 서울: 국회입법조사처.

한국건강증진개발원. (2024). 2024년 의료취약지 원격협진사업 주요내용 안내. 서울: 한국건강증진개발원.

한이철, 이순미, 정확성, 박대식, 안규미. (2022). 인구감소 농촌 지역의 기초생활서비스 확충 방안. 한국농촌경제연구원.

〈국의 문헌〉

Elis, V. (2008). The Impact of the Ageing Society on Regional Economies. in *The Demographic Challenge: A Handbook about Japan*, edited by F. Coulmas, H. Conrad, A. Schad-Seifert, and G. Vogt. 861-878. Brill.

World Health Organization. (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations.

<https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>

總務省 地域力創造グループ過疎対策室. (2023a). 令和3年度版 過疎対策の現況(概要版). 2024. 3. 7. 검색,

https://www.soumu.go.jp/main_content/000875712.pdf

總務省 地域力創造グループ過疎対策室. (2023b). 令和3年度版 過疎対策の現況. 2024. 3. 7. 검색,

https://www.soumu.go.jp/main_content/000875712.pdf

- 總務省. (n.d.b.), 病院事業, 2024. 3. 7. 검색,
https://www.soumu.go.jp/main_content/000870688.pdf
- 一般社団法人全国過疎地域連盟. (n.d.). 過疎市町村等の数, 2024. 3. 7. 검색,
<https://www.kaso-net.or.jp/publics/index/19/#block193>
- 總務省 地域力創造グループ過疎対策室. (2023a). **令和3年度版 過疎対策の現況(概要版)**. https://www.soumu.go.jp/main_content/000875712.pdf
- 總務省 地域力創造グループ過疎対策室. (2023b). **令和3年度版 過疎対策の現況**.
https://www.soumu.go.jp/main_content/000875710.pdf
- 厚生労働省. (n.d.a.). **令和5年度過疎対策関係予算**.
https://www.soumu.go.jp/main_content/000875950.pdf
- 厚生労働省. (n.d.b.). **地域医療介護総合確保基金の概要**.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001287155.pdf>
- 厚生労働省. (n.d.c), **へき地医療支援機構の役割等について(案)**,
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/10/dl/s1030-12c.pdf>

〈법률〉

- 고향사랑기부금에 관한 법률, 법률 제20314호 (2024).
- 인구감소지역 지원 특별법, 법률 제19430호 (2023).
- 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, 법률 제17893호 (2022).
- 지방자치법, 법률 제19241호 (2023).
- 지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법, 법률 제19154호 (2023).
- 지역보건법, 법률 제19903호 (2024).

〈산문 및 보도자료〉

- 김향미, 김태훈. (2024. 3. 24.). 정부, 다음달부터 ‘시니어 의사’ 활용 추진...취지는 참 좋은데. 경향신문.
<https://www.khan.co.kr/national/health-welfare/article/202403241456001>

민서영, (2023. 6. 26). 보건지소 4곳 중 1곳은 '공보의 없다'..취약지 의료공백 우려. 경향신문.

<https://www.khan.co.kr/national/health-welfare/article/202306261037001>

보건복지부. (2023(b). 6. 27). 퇴직의사 등을 활용해 지역공공의료기관 의료인력 지원 강화한다[보도자료],

https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&act=view&list_no=376924&tag=&nPage=51

보건복지부. (2024. 4. 16.). 지역 필수의료 인력 확충을 위한 '시니어의사 지원센터' 개소[보도자료],

https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&list_no=1481100&act=view

서도연. (2024. 8. 12). 남원시, 치매환자 200가구에 24시간 스마트 건강돌봄서비스 지원. 아시아뉴스전북.

<https://www.mjeonbuk.com/news/articleView.html?idxno=85680>

이정환. (2022.9.21.). 수도권 환자 쏠림 심화...작년 93만명 원정진료 '최대치'. 데일리팜.

<https://www.dailypharm.com/Users/News/NewsView.html?ID=292070>

조운. (2023. 1. 19). 연봉 3억6000만원 산청의료원 의사의 실상은 '염전노예'.

메디게이트뉴스. <https://medigatenews.com/news/1687012386>

행정안전부. (2022. 7. 7.). 전국 122개 지방자치단체, 지방소멸대응기금 투자계획 제출[보도자료].

https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000008&nttId=92987

행정안전부. (2023. 12. 18.). 인구감소지역, 소멸 위기 극복하고 대한민국 새로운 활력으로[보도자료].

<https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardAr>

icle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000008&nttId=105803
 행정안전부. (2024. 4. 29.). 지방소멸대응기금 효과적으로 사용될 수 있도록 운
 용방안 개선[보도자료].
[https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardAr
 ticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000008&nttId=108908](https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000008&nttId=108908)

〈웹페이지 및 데이터세트〉

건강보험심사평가원. (2018-2023). 지역별 종별 요양기관수 [데이터세트],
 HIRA빅데이터개방포털. 2024. 6. 1. 검색,
<https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapYadmStatInfoTab2.do>
 건강보험심사평가원. (2018-2023). 건강보험심사평가원 요양기관 폐업 현황
 [데이터세트]. 공공데이터포털, 2024. 6. 1. 검색,
<https://www.data.go.kr/data/15051056/fileData.do#/tab-layer-file>
 고향사랑e음. (n.d). 고향사랑기부제 안내.
<https://www.ilovegohyang.go.kr/donation/guide1.html>
 국토교통부. (2022). 지적통계 [데이터세트]. KOSIS 홈페이지, 2024. 3. 21. 검색,
[https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=116&tblId=DT_MLTM_2
 300&conn_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=116&tblId=DT_MLTM_2300&conn_path=I3)
 보건복지부. (2024). 2022년 하반기 전국 지역보건의료기관 주소록, 세종: 보건
 복지부.
<https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10412000000&bid=0020>
 보건복지부. (n.d). 응급의료분야 의료취약지 지정. 2024. 8. 29. 검색,
[https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010100&bid=00
 43&act=view&list_no=376912&tag=&cg_code=&list_depth=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010100&bid=0043&act=view&list_no=376912&tag=&cg_code=&list_depth=1)
 질병관리청. (2021-2023). 지역사회건강조사 원시자료 [데이터세트]. 질병관리
 청 지역사회건강조사.
<https://chs.kdca.go.kr/chs/rdr/rdrInfoProcessMain.do>
 질병관리청. (2024a). 2023 지역건강통계한눈에보기(본문). 2024. 4. 4. 검색,

<https://chs.kdca.go.kr/chs/stats/statsMain.do>

질병관리청. (2024b). 만성질환건강통계 - 연간미충족의료율(병의원).

<https://chs.kdca.go.kr/cdhs/biz/pblcVis/details.do?ctgrSn=70>

통계청. (2000-2020). 인구동향조사: 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구 [데이터세트]. KOSIS 홈페이지. 2024. 3. 21. 검색,

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5&conn_path=I2

통계청. (2000-2020). 인구동향조사: 출생아수(시도/시/군/구) [데이터세트]. KOSIS 홈페이지. 2024. 3. 21. 검색,

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=INH_1B81A01&conn_path=I2

통계청. (2000-2020). 인구동향조사: 시군구/성/연령(5세)별 사망자수(1997~), 사망률(1998~) [데이터세트]. KOSIS 홈페이지. 2024. 3. 21. 검색,

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B80A18&conn_path=I3

한국건강증진개발원. (n.d.) 제8기 지역보건의료계획(2023년~2026년).

<https://www.khepi.or.kr/kps/localHealthPlan/planList.do?menuId=MENU01118>

행정안전부. (2014-2023). 주민등록인구현황: 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~) [데이터세트]. KOSIS 홈페이지, 2024. 3. 21. 검색,

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=I3

행정안전부. (2019-2023). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별, 성별 인구수 [데이터세트]. KOSIS 홈페이지. 2024. 3. 21. 검색,

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040A3&conn_path=I3

행정안전부.(n.d.a). 인구감소지역 지정, 2024. 1. 30. 검색,

<https://www.mois.go.kr/frt/sub/a06/b06/populationDecline/scr>

een.do

행정안전부. (n.d.b). 지방소멸대응기금. 2024. 3. 19. 검색,

<https://www.mois.go.kr/frt/sub/a06/b06/localextinctionFund/screen.do>





[부록 1] 인구감소지역 주민 의료이용 인식조사

「인구감소지역 주민 의료이용 인식조사」

안녕하십니까?

한국보건사회연구원은 국무총리실 소속 국가 정책 연구기관으로, 보건복지정책의 현안을 분석하고 이에 근거한 정책 방안을 마련하고 있습니다. 2024년도에 수행하는 「지방소멸위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구」에서는 지방소멸위기가 지역주민의 의료여건과 그로 인한 건강격차에 미칠 수 있는 영향을 탐색하고, 대안을 마련하고자 합니다.

이에, 본 조사는 인구감소지역 주민들의 거주 환경 및 의료이용 여건에 대한 만족도와 그로 인한 영향 등을 파악하는 것을 목적으로 합니다.

이 조사는 인구감소지역에 거주하는 만 19세 이상 ~ 만 74세 이하 성인을 조사대상으로 하며, 조사 시간은 약 30분 내외로 소요될 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제든지 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다.

연구의 결과물(연구보고서, 마이크로데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 또한 개인정보보호법 시행령 30조(개인정보의 안정성 확보 조치)에 의거해 보안처리가 되어있는 한국보건사회연구원 연구진 컴퓨터에 파일로 보관할 예정입니다.

조사 참여에 따라 예상되는 위험 및 손실은 없으며, 이 조사를 통해 수집된 개인정보와 응답하신 내용은 통계법 제33조(비밀의 보호 등), 제34조(통계종사자 등의 의무)에 의거하여 비밀이 보장되고 연구 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니, 적극적인 참여와 정확하고 솔직한 응답을 부탁드립니다. 감사합니다.

* 통계법 제33조(비밀의 보호)

- ① 통계의 작성과정에서 알려진 사항으로서 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다.
- ② 통계의 작성을 위하여 수집된 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 자료는 통계작성 외의 목적으로 사용되어서는 아니된다.

* 통계법 제34조(통계종사자 등의 의무)

통계종사자, 통계종사자이었던 자 또는 통계작성기관으로부터 통계 작성업무의 전부 또는 일부를 위탁받아 그 업무에 종사하거나 종사하였던 자는 직무상 알게 된 사항을 업무 외의 목적으로 사용하거나 다른자에게 제공하여서는 아니된다.

조사 관련 문의: (주)글로벌리서치 신지혜 과장(02-3456-1854 / jhshin@globalri.co.kr)

조사 기간: 2024. 7. 1. ~ 2024. 7. 19.



SQ. 조사대상 선별

[연령]

SQ1. 귀하의 연령은 만으로 몇 세입니까? 주민등록 기준으로 응답해 주십시오.

1. 만 _____세
2. 만 나이 모름 (출생연도: _____년 _____월)

[선택] 만19-59세 연령만 진행 [PGM] '만 나이 모름' 선택 시 출생연도 기입하여 만나이 자동계산

SQ1-1. 연령대 (자동입력)

1. 만 19-29세 2. 30대 3. 40대 4. 50대

[자동 입력] SQ1 응답 기준 [활당]

[성별]

SQ2. 귀하의 성별은 무엇입니까?

1. 남성 ② 여성

[활당]

[지역]

SQ3. 귀하의 현재 거주지는 어디입니까?

- | | | | |
|-------------|-------------|----------|------------|
| 1. 서울특별시 | 2. 부산광역시 | 3. 대구광역시 | 4. 인천광역시 |
| 5. 광주광역시 | 6. 대전광역시 | 7. 울산광역시 | 8. 세종특별자치시 |
| 9. 경기도 | 10. 강원특별자치도 | 11. 충청북도 | 12. 충청남도 |
| 13. 전북특별자치도 | 14. 전라남도 | 15. 경상북도 | 16. 경상남도 |
| 17. 제주특별자치도 | | | |

SQ3-1. 귀하께서 거주하고 계시는 시/군/구는 어디입니까?

[PGM] SQ3 응답에 따라 SQ3-1 시/군/구 보기 선택할 수 있도록 제시(엑셀 리스트 별도 송부)
→ 인구감소지역에 해당하는 지역만 조사 진행, 그 외 지역은 조사 종료 [활당]

SQ3-1. 귀하의 현재 거주지는 어떤 지역입니까?

1. 읍 지역 2. 면 지역 3. 동 지역

[선택] '1. 읍 지역'과 '2. 면 지역'만 조사 진행 / '3. 동 지역'은 조사 종료

A. 생활 만족도

【거주기간】

문1. 귀하께서는 현재 거주지에 몇 년 동안 사셨습니까? _____ 년

[숫자] 1 이상, SQ1 본인의 연령보다 작거나 같아야 함

【현재주지 및 이전 거주지】

문1-1. 귀하께서는 현재 거주지에 어떻게 살게 되셨습니까?

- | | |
|-------------------------------|------------|
| 1. 현재 거주지가 고향이고 계속 거주하였음 | ▶ 문2로 이동 |
| 2. 현재 거주지가 고향이지만 타 지역에 살다 돌아옴 | ▶ 문1-2로 이동 |
| 3. 고향은 타 지역이지만 현재 거주지로 이주해 옴 | ▶ 문1-2로 이동 |
| 4. 기타() | ▶ 문1-2로 이동 |

문1-2. 귀하께서 현재 거주지로 오기 전에 어느 지역에 사셨습니까?

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. 현재 시·군의 다른 읍지역 | 2. 현재 시·군의 다른 면지역 |
| 3. 현재 시의 다른 동지역 | 4. 다른 시·군의 읍지역 |
| 5. 다른 시·군의 면지역 | 6. 다른 시·군의 동지역 |
| 7. 특별시 및 광역시 | 8. 기타() |

[대상] 문1-1=2~4

【현재주지 외 추가 거주지】

문2. 귀하께서는 현재 생활하시는 거주지 외에 다른 지역에서도 거주하고 계십니까?

다른 지역 거주 예시

1. 평상시 주중에는 가족사/자취방 등에서 생활하고, 주말에는 타 지역 본가로 가서 지내는 경우
2. 현재 주로 생활하는 거주지 이외에 평균적으로 일주일에 00일 이상 타 지역에 거주하는 경우
3. 이미 타 지역으로 출가하였으나 고향 본가에 일시적으로 단기간 방문하는 경우는 제외

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. 그렇다 ▶ 문2-1로 이동 | 2. 아니다 ▶ 문3으로 이동 |
|-------------------|------------------|

문2-1. 귀하께서는 별도로 거주하시는 주택은 어디에 위치해 있습니까?

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. 현재 시·군의 다른 읍지역 | 2. 현재 시·군의 다른 면지역 |
| 3. 현재 시의 다른 동지역 | 4. 다른 시·군의 읍지역 |
| 5. 다른 시·군의 면지역 | 6. 다른 시의 동지역 |
| 7. 특별시 및 광역시 | 8. 기타() |

[대상] 문2=1

[정주만족도] (주민정주만족도 조사 문항, 지방소멸기금 투자 분야)

문3. 귀하께서 현재 거주하시는 지역의 생활환경에 대한 만족 여부를 가장 잘 나타내는 항목에 표시하여 주십시오.

거주지역의 생활환경에 대한 만족도	매우 만족함	만족하는 편임	보통임	만족하지 않는 편임	전혀 만족하지 않음
1. 여기를 누릴 수 있는 문화체육 환경	1	2	3	4	5
2. 창업, 취업을 할 수 있는 일자리 환경	1	2	3	4	5
3. 생활하는 데 충분한 주택과 깨끗한 마을 등 주거 환경	1	2	3	4	5
4. 초등학교, 중학교, 고등학교, 평생교육 등 교육 환경	1	2	3	4	5
5. 필요할 때 이용할 수 있는 의료 환경	1	2	3	4	5
6. 영유아, 노인 등에 대한 돌봄 환경	1	2	3	4	5
7. 편리한 대중교통 등 교통 환경	1	2	3	4	5
8. 깨끗한 공기, 배어남 경관 등 자연 환경	1	2	3	4	5
9. 친한 이웃 등 공동체 환경	1	2	3	4	5

[주관적행복도] (사회통합조사 문항)

문4. 귀하는 어제 어느 정도 행복하십니까?

매우 행복했음	행복한 편임	보통임	행복하지 않은 편임	전혀 행복하지 않았음
1	2	3	4	5

[삶의 만족도] (사회통합조사 문항)

문5. 귀하는 요즘 삶에 전반적으로 만족하십니까?

매우 만족함	만족하는 편임	보통임	만족하지 않는 편임	전혀 만족하지 않음
1	2	3	4	5

B. 건강 및 의료이용

[주관적 건강상태] (국민건강영양조사 문항)

문6. 평소에 귀하의 건강은 어떻다고 생각하십니까?

매우 좋음	좋음	보통	나쁨	매우 나쁨
1	2	3	4	5

[건강관련 삶의 질] (한국의료패널조사 문항)

문7. 아래의 각 문항에서 귀하의 오늘 건강 상태를 가장 잘 설명하는 하나의 항목에 표시해 주십시오

7-1. 운동 능력

1. 나는 걷는 데 지장이 없다
2. 나는 걷는 데 다소 지장이 있다
3. 나는 종일 누워 있어야 한다

7-2. 자기관리

1. 나는 목욕을 하거나 옷을 입는 데 지장이 없다
2. 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는 데 다소 지장이 있다
3. 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다

7-3. 일상 활동(예: 일, 공부, 가사, 가족 또는 여가활동 포함)

1. 나는 일상활동을 하는 데 지장이 없다
2. 나는 일상활동을 하는 데 다소 지장이 있다
3. 나는 일상활동을 할 수가 없다

7-4. 통증/불편

1. 나는 통증이나 불편감이 없다
2. 나는 다소 통증이나 불편감이 있다
3. 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다

7-5. 불안/우울

1. 나는 불안하거나 우울하지 않다
2. 나는 다소 불안하거나 우울하다
3. 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다

[PGM] 문7-1 ~ 문7-5 상단에 문7 질문 문구 워딩 고정

[의료여건] (주민정주만족도 조사 문항)

문8. 아래의 각 문항에서 **귀하께서 거주하시는 지역의 의료서비스 여건을 가장 잘 나타내는 항목에 표시하여 주십시오.**

거주지역의 의료서비스 여건	매우 그러함	그런 편임	보통임	아닌 편임	전혀 아님
1. 평소에 병의원을 어렵지 않게 이용할 수 있다	1	2	3	4	5
2. 평소에 약국을 어렵지 않게 이용할 수 있다	1	2	3	4	5
3. 필요한 진료과목의 의료서비스를 대부분 이용할 수 있다	1	2	3	4	5
4. 평소에 이용하는 의료서비스의 수준이 양호하다	1	2	3	4	5
5. 응급상황 발생 시 신속하게 응급의료를 이용할 수 있다	1	2	3	4	5

[미충족의료] (의료패널조사 문항)

문9. 최근 1년 동안 본인이 생각하기에 병원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었지만 병원에 가지 못한 적이 한 번이라도 있습니까?

- 1. 예 ▶ 문9-1로 이동
- 2. 아니요 ▶ 문10으로 이동
- 3. 병원 진료(검사 또는 치료)가 필요한 적이 없었다 ▶ 문10으로 이동

문9-1. 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 이유는 무엇입니까? 가장 주된 이유부터 순서대로 3개를 선택해 주십시오.

우선순위 1순위: _____, 우선순위 2순위: _____, 우선순위 3순위: _____

- 1. 의료비(교통비 포함)가 부담되어서
- 2. 일을 못 해서 생기는 금전적 손실이 부담되어서
- 3. 시간을 내기가 어려워서
- 4. 필요한 검사나 치료가 가능한 병원이 주변에 없어서
- 5. 어느 병원에 가야 할지 몰라서
- 6. 내가 원하는 때에 문을 열지 않거나 예약이 되지 않아서
- 7. 교통편이 불편해서, 거리가 멀어서
- 8. 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려워서
- 9. 병의원 등의 예약 절차가 어렵고 복잡해서
- 10. 기타()

[대상] 문9=1 [순위] 필수 3순위

[단골 의료기관] (의료패널조사 문항)

문10. 다음은 주로 이용하는 의료기관에 대한 질문입니다. 만약 주로 이용했던 의료기관이 두 곳 이상인 경우, 그 중에서도 더 많이 방문했던 곳을 기준으로 응답합니다.

문10-1. 귀하는 아들 때나 검사 또는 진료를 받고자 할 때, 주로 방문하는 의료기관이 있습니까?

- 1. 예 ▶ 문10-2로 이동
- 2. 아니요 ▶ 문11로 이동

C. 이주희망

문12. 귀하께서는 현재 살고 계신 곳 외에 다른 곳으로 이주할 계획이 있으십니까?

1. 그렇다 ▶ 문12-1로 이동 2. 아니다 ▶ 문13으로 이동

문12-1. 귀하께서 다른 지역으로 이주를 계획하고 있는 시기는 언제입니까?

1. 6개월 이내 2. 6개월-1년 이내
3. 1-3년 이내 4. 3년 이후
5. 구체적 시기는 미정 6. 기타()

[대상] 문12=1

문12-2. 귀하께서 다른 지역으로 이주하시려는 이유는 무엇입니까? 가장 주된 이유부터 순서대로 3개를 선택해 주십시오.

우선순위 1순위: ____ , 우선순위 2순위: ____ , 우선순위 3순위: ____

1. 더 나은 일자리여건(취업, 이직 등)을 위해
2. 더 나은 교육여건을 위해
3. 더 나은 주거여건(주거환경, 주거비용 등)을 위해
4. 더 나은 교통여건을 위해
5. 더 편리한 생활환경(마트, 읍면사무소, 은행 등)을 위해
6. 더 나은 돌봄(아동, 노인) 여건을 위해
7. 더 나은 의료이용 여건을 위해
8. 더 나은 자연환경을 위해
9. 기타()

[대상] 문12=1 [순위] 필수 3순위

D. 일반사항

[학력]

문13. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까? (졸업 기준)

1. 초등학교 졸업 이하
2. 중학교 졸업
3. 고등학교 졸업
4. 대학 졸업(전문대학 포함) 이상

[직업 및 고용형태]

문14. 귀하의 현재 경제활동 참여 상태는 어떻게 되십니까? (2021년 의료패널 문항)

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. 임금근로자 | ▶ 문14-1로 이동 |
| 2. 자활근로, 공공근로, 노인 일자리, 희망근로 | ▶ 문14-1로 이동 |
| 3. 자영업자 | ▶ 문14-1로 이동 |
| 4. 무급가족종사자 | ▶ 문14-1로 이동 |
| 5. 비경제활동인구(주부, 학생, 군복무 등) | ▶ 문15로 이동 |

문14-1. 귀하의 직업은 어떻게 되십니까?

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 관리자 | 2. 전문가 및 관련 종사자 |
| 3. 사무 종사자 | 4. 서비스 종사자 |
| 5. 판매종사자 | 6. 농림어업 숙련 종사자 |
| 7. 기능원 및 관련 기능 종사자 | 8. 장차기계 조작 및 조립종사자 |
| 9. 단순노무종사자 | 10. 기타() |

[대상] 문14=1~4

[가구원 수]

문15. 귀하의 가구에 함께 살고 있는 사람은 귀하를 포함하여 총 몇 명입니까? _____ 명

※ 군대, 직장, 학업 등의 이유로 일시적으로 떨어져 사는 가족, 혈연관계가 아니지만 함께 살고 있는 사람도 모두 포함
[숫자] 1~100

[건강보장] (2022년 국민건강영양조사 문항)

문16. 귀하께서는 어떤 건강보험에 가입되어 있습니까?

- | | | |
|-----------|---------|------------|
| 1. 국민건강보험 | 2. 의료급여 | 3. 미가입, 모름 |
|-----------|---------|------------|

[소득수준]

문17. 귀하의 월 평균 가구소득은 얼마입니까? (세전 소득 기준)

※ 월 평균 가구소득: 모든 가구원의 월 근로소득 + 임대/이자 소득 + 공적/민간연금 + 따로 사는 가족에게 받는 용돈 + 정부 지원금 (생계급여, 양육·아동수당 등)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 100만 원 미만 | 2. 100만 원 이상 ~ 200만 원 미만 |
| 3. 200만 원 이상 ~ 300만 원 미만 | 4. 300만 원 이상 ~ 400만 원 미만 |
| 5. 400만 원 이상 ~ 500만 원 미만 | 6. 500만 원 이상 |

[부록 2] 인구감소지역 의료서비스 개선 및 건강증진사업 현황 조사

「인구감소지역 의료서비스 개선 및 건강증진사업 현황 조사」

안녕하십니까?

한국보건사회연구원은 국무총리실 소속 국가 정책 연구기관으로, 보건복지정책의 현안을 분석하고 이에 근거한 정책 방안을 마련하고 있습니다. 2024년도에 수행하는 「지방소멸위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구」에서는 지방소멸위기가 지역주민의 의료여건과 그로 인한 건강격차에 미칠 수 있는 영향을 탐색하고, 대안을 마련하고자 합니다.

이에 본 조사는 **인구감소지역 주민들의 의료이용 및 건강관리 여건 개선을 위해 보건소/보건의료원에서 제공 하는 사업 현황 파악**을 목적으로 합니다.

이 조사는 **인구감소지역 보건소/보건의료원장님**을 조사대상으로 하며, 조사 시간은 약 30분 내외로 소요될 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제든지 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 조사를 완료해주신 분에 대해 자문비(10만원)를 지급할 예정입니다.

연구의 결과물(연구보고서, 마이크로데이터 등)은 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화 절차를 거친 이후 공개될 수 있습니다. 또한 개인정보보호법 시행령 30조(개인정보의 안정성 확보 조치)에 의거해 보안처리가 되어있는 한국보건사회연구원 연구진 컴퓨터에 파일로 보관할 예정입니다.

조사 참여에 따라 예상되는 위험 및 손실은 없으며, 이 조사에서 응답하신 내용과 자문비 지급을 위해 수집된 개인정보는 통계법 제33조(비밀의 보호) 등, 제34조(통계종사자 등의 의무)에 의거하여 비밀이 보장되고 연구 및 자문비 지급 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니, 적극적인 참여와 정확하고 솔직한 응답을 부탁드립니다. 감사합니다.

*** 통계법 제33조(비밀의 보호)**

- ① 통계의 작성과정에서 알려진 사항으로서 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다.
- ② 통계의 작성을 위하여 수집된 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 자료는 통계작성 외의 목적으로 사용되어서는 아니된다.

*** 통계법 제34조(통계종사자 등의 의무)**

통계종사자, 통계종사자이었던 자 또는 통계작성기관으로부터 통계 작성업무의 전부 또는 일부를 위탁받아 그 업무에 종사하거나 종사하였던 자는 직무상 알게 된 사항을 업무 외의 목적으로 사용하거나 다른자에게 제공하여서는 아니된다.

조사 관련 문의: ㈜글로벌리서치 신지혜 과장(02-3456-1854 / jhshin@globalri.co.kr)

조사 기간: 2024. 9. 19. ~ 2024. 10. 11.

SQ. 조사 대상 선별

SQ1. 귀 보건의료기관은 어느 지역에 위치하고 있습니까?

- | | | | |
|------|------|------|------|
| ① 경기 | ② 강원 | ③ 충북 | ④ 충남 |
| ⑤ 전북 | ⑥ 전남 | ⑦ 경북 | ⑧ 경남 |

SQ2. 귀 보건의료기관은 어느 곳입니까?

- | | |
|-----------|-------------|
| ① 가평군 보건소 | ② 연천군 보건의료원 |
|-----------|-------------|

※ SQ1에서 '① 경기'를 선택했을 때 제시되는 보기값 예시

A. 지역보건의료기관 인력 및 사업 현황

[보건소 및 보건진료소]

문1. 귀 보건소(보건의료원)에 속한 보건지소와 보건진료소 현황에 대해 응답하여 주십시오.

① 전체 보건지소 수(개소)	② 공보의(의과) 미배치 보건지소 수(개소)	③ 보건진료소 수(개소)

[공중보건 의사]

문2. 귀 보건소(보건의료원)가 정상적으로 운영되기 위해 필요한 공보의(의과) 수와 현재 공보의(의과) 수를 응답하여 주십시오.

① 현재 공보의(의과) 수(명)	② 보건소(보건의료원)가 정상적으로 운영되기 위해 필요한 공보의(의과) 수(명)

B. 통합건강증진사업

문3. 지역 인구감소 및 노령 인구 증가 등 인구감소지역의 특성을 반영할 때 기존 통합건강증진사업 제공 방식이나 사업 내용에 변화가 필요하다고 생각하십니까?

건강증진사업 내용	사업 변화			
	사업 추진방식의 개선이 필요하다	사업 내용의 변화가 필요하다	추진방식과 내용 모두 변화가 필요하다	변화가 필요 없다
① 구강보건	①	②	③	④
② 모바일헬스케어	①	②	③	④
③ 비만예방관리	①	②	③	④
④ 신체활동	①	②	③	④
⑤ 영양	①	②	③	④
⑥ 흡주	①	②	③	④
⑦ 한의약건강증진	①	②	③	④
⑧ 심뇌혈관질환예방관리	①	②	③	④
⑨ 아토피·천식예방관리	①	②	③	④
⑩ 여성·어린이특화	①	②	③	④
⑪ 지역사회중심재활	①	②	③	④
⑫ 금연	①	②	③	④
⑬ 방문건강관리	①	②	③	④
⑭ 치매관리	①	②	③	④

문4. 인구감소지역의 특성을 반영할 때 지역주민의 건강 관리를 위해 사업별로 향후 확대 필요성은 어떻게 평가하십니까?

건강증진사업 내용	사업별 확대 필요성				
	매우 필요하다	필요한 편이다	보통임	필요하지 않은 편이다	전혀 필요하지 않다
①구강보건	①	②	③	④	⑤
②모바일헬스케어	①	②	③	④	⑤
③비만예방관리	①	②	③	④	⑤
④신체활동	①	②	③	④	⑤
⑤영양	①	②	③	④	⑤
⑥절주	①	②	③	④	⑤
⑦한의학건강증진	①	②	③	④	⑤
⑧신뇌혈관질환예방관리	①	②	③	④	⑤
⑨아토피·천식에방관리	①	②	③	④	⑤
⑩여성·어린이특화	①	②	③	④	⑤
⑪지역사회중심생활	①	②	③	④	⑤
⑫금연	①	②	③	④	⑤
⑬방문건강관리	①	②	③	④	⑤
⑭치매관리	①	②	③	④	⑤

문5. 인구감소지역의 특성을 반영할 때 가장 강조되어야 할 성과지표는 어떤 것이라고 생각하십니까?
(우선순위를 고려하여 세 개까지 선정)

핵심성과지표	강조되어야 할 성과지표		
	1순위	2순위	3순위
①남자 현재흡연율	①	②	③
②현재흡연자의 금연시도율	①	②	③
③현재비흡연자의 직장실내 간접흡연 노출율	①	②	③
④절간 음주율	①	②	③
⑤고위험 음주율	①	②	③
⑥영양표시 활용율	①	②	③
⑦아침식사 실천율	①	②	③
⑧걷기 실천율	①	②	③
⑨중등도 이상 신체활동 실천율	①	②	③
⑩비만율	①	②	③
⑪모유수유 실천율	①	②	③
⑫어제 점심식사 후 칫솔질 실천율	①	②	③
⑬혈당수치 인지율	①	②	③
⑭혈당수치 인지율	①	②	③
⑮1년 후 300일 이상 고혈압 투약 순응율	①	②	③
⑯1년 후 300일 이상 당뇨 투약 순응율	①	②	③
⑰기타()	①	②	③

문6. 인구감소지역의 특성을 반영한 효과적인 건강증진사업 수행을 위해 필요한 제도 개선이나 정부 지원 사항에 대한 의견을 기술해 주시기 바랍니다.

C. 의료서비스 여건

문7. 인구감소지역으로서 지역 의료서비스 여건 개선을 위해 현재 추진하고 있는 사업이 있습니까?

- ① 있다 ▶ 문7-1로 이동
- ② 없다 ▶ 문8로 이동
- ③ 의료서비스 여건 개선이 필요 없다 ▶ 문8로 이동

문7-1. 지역 의료서비스 여건 개선을 위해 어떤 사업을 추진하고 있습니까? 해당되는 사업은 모두 선택하여 주시기 바랍니다.

- ① 경로당 등 마을별 이동 진료
- ② 의료기관 등 방문 시 교통편의 제공
- ③ 원격진료(보건소-의료기관, 보건지소-보건진료소 등)
- ④ 민간의료기관 신규 유치
- ⑤ 기존 민간의료기관 시설 및 장비 지원
- ⑥ 기존 민간의료기관의 추가 의료인력(의사, 간호사) 확보 지원
- ⑦ 지역보건의료기관 의료기능 강화(보건의료원 전환, 진료과목 확충 등)
- ⑧ 인근 지역 민간의료기관과의 협업 체계 구축
- ⑨ 인근 지역 공공보건의료기관과의 협업 체계 구축
- ⑩ 기타()

문8. 공중보건역사가 줄어들면서 공중보건역사가 배치되지 않는 보건지소가 증가하고 있습니다. 이와 관련하여 면단위 주민들에 대한 진료 공백 위험에 대해 어떻게 생각하십니까?

① 매우 심각하다	② 다소 심각한 수준이다	③ 보통이다	④ 심각한 수준은 아니다	⑤ 전혀 심각하지 않다

문9. 공중보건역사 미배치 보건지소 증가와 인구감소지역의 특성 등을 고려하였을 때, 보건지소와 보건진료소 등 면단위 이하 지역보건의료기관의 역할과 기능에 대한 재구조화 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다 ▶ 문9-1로 이동
- ② 필요한 편이다 ▶ 문9-1로 이동
- ③ 보통이다 ▶ 문9-1로 이동
- ④ 필요하지 않은 편이다 ▶ 문10으로 이동
- ⑤ 전혀 필요하지 않다 ▶ 문10으로 이동

문9-1. 보건소와 보건진료소 등 면단위 이하 지역 보건의료기관의 역할과 기능에 대한 개편을 가정하였을 때, 개편 방향에 대해서는 어떻게 생각하십니까?

- ① 의료기능 강화
- ② 질병예방 및 건강증진 강화
- ③ 기타(_____)

문10. 「인구감소지역 지원 특별법」에 따르면 국가는 인구감소지역의 보건의료 여건 개선을 목표로 의료 기반 확충을 위해 지원할 필요가 있습니다. 이에 따라 귀 보건소(보건의료원)에서 지역 의료서비스 여건 개선을 위해 필요한 지원 사항은 무엇입니까?

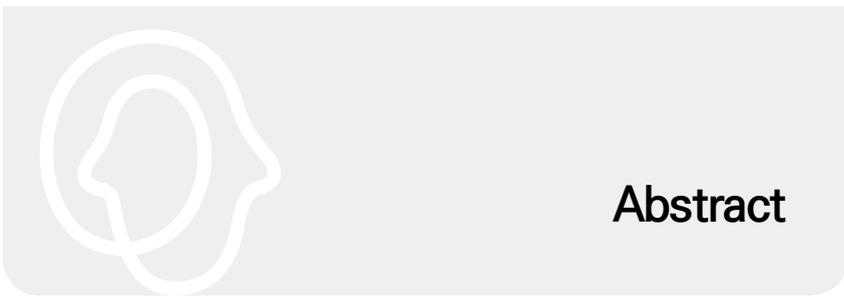
※ 인구감소지역 지원 특별법

- 제23조(의료기반의 확충) ① 국가와 지방자치단체는 인구감소지역 주민의 건강 증진과 노인의 만성질환 예방·치료 등을 위하여, 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행 하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.
- ② 국가와 지방자치단체는 제1항에 따른 사업을 실시하기 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다)과 업무협약을 맺을 수 있다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 인구감소지역의 보건의료 여건을 개선하기 위하여 의료기관의 설치와 의료인(「의료법」 제2조에 따른 의료인을 말한다) 확보에 필요한 시책을 수립·시행하고, 지역보건의료기관(「지역보건법」 제2조제1호에 따른 지역보건의료기관을 말한다) 간 협력이 강화될 수 있도록 하여야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 응급·심혈관·뇌혈관 등 생명과 직결된 필수요료를 수행할 수 있도록 의료시설, 인력, 의료서비스의 품질 등 국가 또는 지방자치단체가 정하는 기준을 충족하여 필수요료 제공이 가능한 의료기관을 지정하고 의료시설 및 인력 확충과 의료서비스의 품질 향상 등에 드는 비용을 보조하거나 지원할 수 있다.
- ⑤ 시·도지사는 「공공보건의료에 관한 법률」에 따른 의료취약지이면서 인구감소지역에 소재한 의료기관 중에서 의료취약지 거점의료기관을 지정하고 우선 지원할 수 있다.

문10-1. 중앙정부에 대한 지원 요청 사항을 간략히 기술해 주시기 바랍니다.

문10-2. 광역지자체에 대한 지원 요청을 대해 간략히 기술해 주시기 바랍니다.





Abstract

Research on How to Improve Healthcare Services in Depopulated Areas

Project Head: Kim, Dongjin

Despite the designation of depopulated areas and related policy responses, local population decline continues to intensify, driven by various demographic dynamics. In most depopulated areas, population decline began in the early 2000s or even earlier, primarily due to social factors. Therefore, policy responses must shift focus from merely addressing declining birthrates to preventing population outflows and attracting new residents.

A key driver of rural depopulation is the lack of adequate healthcare infrastructure and services. Unmet healthcare needs and insufficient services can contribute to out-migration and local population aging, creating a vicious cycle: declining populations reduce local healthcare demands, leading to the closure of private healthcare facilities, which further exacerbates rural population decline.

To improve healthcare services in depopulated areas, this study suggests several policy options. These include strengthening public healthcare institutions, improving support systems for depopulated areas, securing and efficiently utilizing medical personnel in depopulated areas, and implementing region-

Co-Researchers: Choi, Jihee-Hwang, Dokyung

alization measures to improve healthcare access. The policy alternatives proposed in this study should be combined and implemented in a modular format depending on the demographic and healthcare characteristics and policy environment of the region.

Key words: Depopulated Areas, Healthcare Service, Japan