



■ 정책보고서 2015-

## 제3차 농어촌 기본계획 수립 방향 및 추진과제 발굴

- 제3차 농어촌 보건복지 기본계획

김동진 · 강은나 · 김태완 · 박세경 · 박은자 · 윤강재  
이상립 · 전진아 · 황남희 · 김영란 · 김형준 · 마상진  
윤상용 · 조미형 · 김대은 · 채수미 · 이정아 · 채희란

**【책임연구자】**

김동진 한국보건사회연구원 부연구위원

**【주요저서】**

**【공동연구진】**

강은나 한국보건사회연구원 부연구위원  
김태완 한국보건사회연구원 연구위원  
박세경 한국보건사회연구원 연구위원  
박은자 한국보건사회연구원 부연구위원  
윤강재 한국보건사회연구원 부연구위원  
이상림 한국보건사회연구원 부연구위원  
전진아 한국보건사회연구원 부연구위원  
황남희 한국보건사회연구원 부연구위원  
김영란 목포대학교 사회복지학과 교수  
김형준 부천대학교 사회복지학과 교수  
마상진 한국농촌경제연구원 연구위원  
윤상용 충북대학교 아동복지학과 교수  
조미형 한국농촌경제연구원 부연구위원  
김대은 한국보건사회연구원 전문연구원  
채수미 한국보건사회연구원 전문연구원  
이정아 한국보건사회연구원 연구원  
채희란 한국보건사회연구원 연구원

---

## 제출문 <<

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「제3차 농어촌 기본계획 수립 방향 및 추진과제 발굴」 연구의 최종보고서로 제출합니다.

2015년 4월  
한국보건사회연구원장  
최 병 호



# 목 차

요약 .....	1
제1부 계획 수립 배경 .....	15
제1장 서론 .....	17
제1절 연구의 필요성 및 목적 .....	19
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	20
제3절 농어촌 환경변화 .....	22
제2장 제2차 기본계획 평가 .....	35
제1절 평가방법 및 내용 .....	37
제2절 설문조사를 이용한 기본계획 평가 결과 .....	46
제3절 질적조사를 이용한 기본계획 평가 결과 .....	57
제3장 계획 수립 기본 방향 .....	81
제1절 계획 수립 틀 .....	83
제2절 사업 영역별 추진과제 .....	86
제2부 제3차 기본계획 중점 추진 과제 .....	91
제4장 생애주기별 보건복지 안전망 강화 .....	93
제1절 아동·청소년기 .....	95
제2절 청년기 .....	128
제3절 중·장년기 .....	134
제4절 노년기 .....	167

<b>제5장 취약인구 대상 보건복지 서비스 강화</b>	<b>181</b>
제1절 저소득층	183
제2절 장애인	193
제3절 다문화	202
제4절 요보호가구(집중개입가구)	213
<b>제6장 취약지역 대상 보건복지 접근성 강화</b>	<b>223</b>
제1절 의료취약지	225
제2절 복지취약지	233
<b>제7장 지속가능한 계획 추진 기반 구축</b>	<b>239</b>
제1절 연계 및 협조 체계 마련을 통한 계획 추진 기반 강화	241
제2절 중앙 및 지자체 간 역할 분담 기반 마련	251
제3절 계획 추진 거버넌스 강화	261
<b>제8장 결론</b>	<b>271</b>
제1절 주요 연구 결과	273
제2절 정책 제언	278
<b>참고문헌</b>	<b>281</b>
<b>부록</b>	<b>283</b>

## 표 목차

〈표 1- 1〉 농어촌의 가구 및 인구 .....	23
〈표 1- 2〉 농가의 연령별 인구 구성 .....	24
〈표 1- 3〉 어가의 연령별 인구 구성 .....	24
〈표 1- 4〉 농림어업인구 현황 .....	25
〈표 1- 5〉 농어촌의 출생아수 .....	26
〈표 1- 6〉 농어촌의 가구원수 및 독거가구 .....	26
〈표 1- 7〉 농어촌의 15세 이상 인구의 교육수준 .....	27
〈표 1- 8〉 노인의 인구학적 특성별 가구형태 .....	27
〈표 1- 9〉 농어촌의 고령화율과 노년부양비 .....	28
〈표 1-10〉 농림어업인종사자와 외국인 아내와의 혼인 .....	29
〈표 1-11〉 농어촌의 외국인 인구수 및 증감률 .....	29
〈표 1-12〉 농어촌 지역특성별 외국인 인구 증감률(2000년 대비 2010년 증감률) .....	30
〈표 1-13〉 농어촌의 도시근로자가구 대비 장애인가구의 소득수준 .....	31
〈표 1-14〉 농어촌의 공공의료시설 이용 경험 .....	31
〈표 1-15〉 농어촌의 응급실 이용 경험 .....	32
〈표 1-16〉 농어촌의 의료기관 이용시 편도 소요시간 .....	32
〈표 1-17〉 농어촌의 주로 이용하는 의료기관 .....	33
〈표 1-18〉 농어촌의 국민기초생활보장 수급 가구 .....	33
〈표 1-19〉 농어촌의 지방자치단체 재정자립도 .....	34
〈표 1-20〉 농어촌의 복지예산 비중 .....	34
〈표 2- 1〉 설문조사 응답자의 일반적인 특성 .....	40
〈표 2- 2〉 조사내용 .....	41
〈표 2- 3〉 질적조사 참여자 .....	43
〈표 2- 4〉 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 보건 분야 제공자 평가 항목 .....	45
〈표 2- 5〉 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 복지 분야 제공자 평가 항목 .....	45
〈표 2- 6〉 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 보건·복지 분야 이용자 평가 항목 .....	45
〈표 2- 7〉 제2차 농어촌 보건복지기본계획 비전과 목표의 적절성(제1차 계획과 비교하여) ...	46
〈표 2- 8〉 제2차 계획에서 설정된 비전과 목표의 문제점 .....	47
〈표 2- 9〉 제3차 기본계획 수립을 위한 중점 추진 과제 .....	48

〈표 2-10〉	농어촌 보건복지 기본계획과 농어업인 삶의 질 향상 계획의 인지도	49
〈표 2-11〉	농어촌 보건복지 기본계획과 농어업인 삶의 질 향상 계획에 대한 의견	49
〈표 2-12〉	농어촌 보건복지 기본계획 추진을 위한 지자체의 기반 강화가 필요한 영역	50
〈표 2-13〉	보건과 복지의 연계에 대한 찬성의견	51
〈표 2-14〉	보건과 복지의 연계 방식에 대한 의견	51
〈표 2-15〉	중앙정부와 지방정부의 역할분담에 대한 의견	52
〈표 2-16〉	보건 및 복지서비스 제공의 기본 대상	52
〈표 2-17〉	제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여한 정도	53
〈표 2-18〉	직무에 따른 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여한 정도에 대한 의견	53
〈표 2-19〉	제2차 기본계획의 기여부문	54
〈표 2-20〉	농어촌 보건복지 개선에 도움이 되지 않은 이유	55
〈표 2-21〉	제2차 기본계획의 세부과제의 주민 체감만족도	56
〈표 3- 1〉	사업영역별 과제 구성	84
〈표 3- 2〉	사업영역별 과제 구성 :생애주기별 보건복지 안전망 구축	86
〈표 3- 3〉	사업영역별 과제 구성 :취약인구 대상 보건복지 서비스 강화	88
〈표 3- 4〉	사업영역별 과제 구성 :취약지역 대상 보건복지서비스 접근성 강화	89
〈표 3- 5〉	사업영역별 과제 구성 :지속가능한 계획추진 기반 구축	89
〈표 4- 1〉	지역특성별 아동·청소년 인구 현황(2010 인구총조사 기준)	96
〈표 4- 2〉	지역특성별 아동인구, 생산가능인구 및 노인인구 비율 비교(2010 인구총조사 기준)	96
〈표 4- 3〉	시도별 국민기초생활보장제도 수급율 및 아동 수급율(2011년 기준)	97
〈표 4- 4〉	시도별 전체 사회복지 예산대비 아동·청소년 관련 자체사업 비중	98
〈표 4- 5〉	지역특성에 따른 아동 및 주양육자의 아동권리협약에 대한 인지 수준 비교	109
〈표 4- 6〉	연도별 다문화가정 자녀 연령별 규모	110
〈표 4- 7〉	전국 시도별 요보호 아동수 대비 관련 보호서비스 제공기관 설치 현황	113
〈표 4- 8〉	아동보호전문기관의 관할 시군구 규모별 인력 현황	114
〈표 4- 9〉	아동보호전문기관의 관할 시군구 규모별 전문상담원 1인당 아동인구수	114
〈표 4-10〉	지역별 청소년 최초 흡연 시기	124
〈표 4-11〉	지역별 청소년 최초 음주 시기	125
〈표 4-12〉	지역별 고용현황	131
〈표 4-13〉	지역별 및 종사자 지위별 월평균 임금	131



〈표 4-14〉	지역개발사업 방향 .....	132
〈표 4-15〉	연령별/성별 농가 인구 .....	135
〈표 4-16〉	농어촌 지역 결혼이민자 현황 (2013년 1월 1일 기준) .....	135
〈표 4-17〉	15세 이상 농가인구의 특성 .....	137
〈표 4-18〉	주간 노동시간 비교(1주에 일한 시간) .....	137
〈표 4-19〉	베이비붐 세대 국민연금 가입현황(2011년 11월 기준) .....	143
〈표 4-20〉	공적연금 가입현황(%) .....	146
〈표 4-21〉	민간의료보험 및 개인연금 가입률(%) .....	147
〈표 4-22〉	지역별 고령화 추이 .....	167
〈표 4-23〉	저출산·고령사회 기본계획 고령사회 분야 주요변천 .....	169
〈표 4-24〉	지역별 노인의 가구형태 .....	172
〈표 4-25〉	지역별 노인단독가구 유지기간 .....	173
〈표 4-26〉	지역별 평균 노인장기요양기관 수 현황1) .....	175
〈표 4-27〉	지역별 노인이 필요를 느끼는 서비스 .....	175
〈표 4-28〉	65세 이상 노인의 자살사망률 .....	178
〈표 5- 1〉	군지역의 노인 독거가구 수 변화 .....	183
〈표 5- 2〉	귀농귀촌 가구 변화 .....	184
〈표 5- 3〉	군지역의 조손 가구수 변화 .....	184
〈표 5- 4〉	농어촌 노후주택 규모 .....	186
〈표 5- 5〉	지역별 절대 및 상대 빈곤율 추이1) .....	187
〈표 5- 6〉	지역별 수급자 현황 .....	188
〈표 5- 7〉	국민연금 지원 변화 .....	189
〈표 5- 8〉	거주주택 슬레이트지붕주택 해당 여부 .....	193
〈표 5- 9〉	거주지역별 장애인의 연령대 비중 .....	194
〈표 5-10〉	사회 및 국가에 대한 요구사항 .....	195
〈표 5-11〉	거주지역별 장애인의 장애인복지관련 사업 실시기관 이용 희망 .....	196
〈표 5-12〉	연도별 장애인주택개조사업 실적 .....	197
〈표 5-13〉	시도별 장애인직업재활시설 분포비율 및 기초지자체 평균 시설수 .....	197
〈표 5-15〉	교통수단 이용시 어려움 인지 정도 .....	199
〈표 5-16〉	시도별 장애인복지관수 .....	201
〈표 5-17〉	결혼이민자·귀화자 등의 배우자의 지난 3개월 월평균 임금 수준 .....	208

〈표 5-18〉 농어촌 가구형태별 비율 .....	213
〈표 5-19〉 군지역의 조손 가구수 변화 .....	214
〈표 5-20〉 결혼이민자 및 다문화가족 자녀 현황 .....	214
〈표 5-21〉 농촌 지역 장애인 현황 .....	215
〈표 5-22〉 농어촌 지역 장애인수 대비 주간보호시설·직업재활시설 비율 .....	216
〈표 6- 1〉 의료기관 종별·지역별 입원진료 병상 현황(2013년) .....	226
〈표 6- 2〉 의료취약지(2차)와 비취약지의 의료자원 분포 및 건강수준 .....	227
〈표 7- 1〉 농어촌 보건복지 기본계획 중 타 부처 참여 사업 사례(제2차 계획 사례) .....	242
〈표 7- 2〉 보건복지부 소속 각종 위원회 현황 .....	246
〈표 7- 3〉 농어촌 보건복지 기본계획 관련 보건복지부 내 유관 부서(제2차 계획 기준) .....	248
〈표 7- 4〉 민간인력 현황(2014. 12월 기준) .....	263
〈표 7- 5〉 보건·고용서비스 시범사업 결과(2014) .....	263
〈표 7- 8〉 금산 다락원 시설 구성 .....	268

## 그림 목차

[그림 1]	제2차 보건복지기본계획의 평가방법 및 평가영역 .....	3
[그림 2]	제3차 보건복지 기본계획 수립 틀 .....	9
[그림 1-1]	연구의 진행 절차 .....	22
[그림 2-1]	제2차 보건복지기본계획의 평가방법 및 평가영역 .....	39
[그림 3-1]	제3차 보건복지 기본계획 수립 틀 .....	83
[그림 4-1]	거주지역별 빈곤율 .....	112
[그림 4-2]	연령계층별 인구변화 추이: 1980-2030 .....	129
[그림 4-3]	농업에서 성별 노동투하량 변화 .....	136
[그림 4-4]	OECD 국가의 인구 10만 명당 자살사망률 .....	140
[그림 4-5]	베이비 부머의 출생연도별 인구구조: 1955-1963 .....	142
[그림 4-6]	자살시도자의 도농별 연령분포 .....	178
[그림 5-1]	전체가구대비 및 도시근로자가구대비 농가소득 추이 .....	185
[그림 5-2]	농가슬레이트 현황 .....	192
[그림 5-3]	농촌지역(읍면 단위) 전체 혼인에서 국제결혼의 비율 추이 .....	204
[그림 5-4]	국내 국제결혼에서 농촌지역(읍면 단위)의 비율 추이 .....	205
[그림 5-5]	혼인이주여성들의 연령분포 추산 .....	206
[그림 5-6]	외국인 신부와 혼인한 한국인 남편의 학력 및 직업구성 .....	209
[그림 5-7]	내국인 간 혼인과 국제결혼의 부부 연령 분포 .....	209
[그림 5-8]	혼인이주 여성들의 서비스 제공 기관 인지 및 이용 경험 .....	212
[그림 6-1]	GIS 접근성 분석을 통한 수요-공급비 분석 개념도(안) .....	229



## 1. 연구의 배경 및 목적

- 2004년 대내외 시장개방으로 소득감소가 우려되는 농어촌지역을 지원하기 위해 『농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법』이 제정
  - 동 특별법에 기초하여 「제1차 농어촌 보건복지 기본계획(’05~’09)」과, 「제2차 농어촌 보건복지 기본계획(’10~’14)」가 각각 수립·시행되어 왔음.
  - 이에 따라 2015년부터는 「제3차 농어촌 보건복지 기본계획(’15~’19)」이 시행되어야 하는 시점임.
- 사회경제적 변화에 대응능력이 약한 취약계층의 경우 경제위기로 인한 타격을 가장 많이 받을 수밖에 없으며, 특히 대표적인 취약계층이라고 할 수 있는 독거노인, 조손가정, 다문화가정 등이 밀집되어 있는 농어촌의 경우 경제위기로 인해 생활여건은 더욱 열악해질 수밖에 없음.
- 그러나 농어촌은 지역 특성상 주민들이 필요로 하는 기초서비스에 대한 공급이 적절히 이루어지지 못하는 한계가 있음.
  - 농어촌은 인구의 과소화로 인해 시장에 의한 서비스 공급과 공공에 의한 서비스 공급에서 모두 어려움을 겪고 있으며, 이러한 이유로 농어촌 주민들은 도시 주민들에 비해 삶의 질 유지를 위해 필요한 서비스 공급에 있어 상대적 박탈을 경험하고 있음.
- 때문에 제3차 계획 수립시에는 이러한 농어촌 지역 주민들의 미충족 보건복지 욕구를 반영하고자 하는 정부의 적극적 노력이 필요한 시점임.
- 본 연구에서는 제2차 계획에 대한 평가와 문제점을 바탕으로 향후 제3차 기본 계획 수립에 포함될 주요 과제들을 발굴하는데 의미가 있음.

- 발굴된 주요 과제들은 농어촌 지역주민의 보건복지 수준을 높이고 그들의 삶의 질을 향상시키는데 기여할 수 있을 것임.

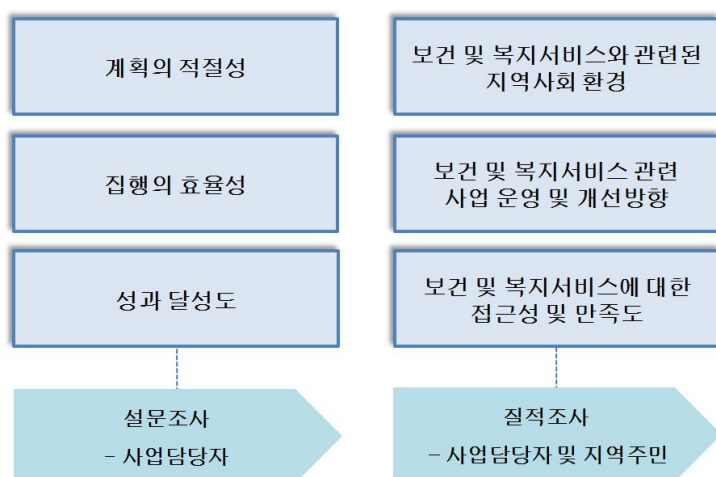
## 2. 주요 연구결과

### 가. 제2차 기본계획 평가

#### 1) 평가방법 및 내용

- 농어촌 보건복지기본계획과 관련된 보건 및 복지사업의 주요 참여자를 통해 사업을 평가하였음.
  - 참여자는 사업의 제공자 측면으로는 지역의 보건 및 복지 사업 담당자, 사업의 이용자 측면으로는 지역주민 대표가 해당됨.
  - 두 가지 조사를 통해 평가가 이루어졌는데, 하나는 전체 농어촌 지역의 전반적인 의견을 수렴하기 위한 설문조사이며, 다른 하나는 설문조사로 파악하기 어려운 현상, 변화과정, 인과관계 등을 면밀하게 파악하기 위한 질적조사임.
- 제2차 보건복지 기본계획의 평가 영역은 1차 계획 평가에서 살펴보았던 ‘계획의 적절성’, ‘집행의 효율성’, ‘성과 달성도’의 세 가지로 구성하였음(김태완 외 2010).
  - 질적조사 결과는 일반화하기 어렵다는 단점이 있음에도 설문조사 또는 양적 지표들로 이해하기 어려운 현상을 반영한다는 강점이 있으므로, 이러한 특수성을 반영하여 평가영역의 제목에 차이를 두었으나 두 가지 조사에 포함된 세 개의 평가 영역은 나란한 의미를 갖고 있음.

[그림 1] 제2차 보건복지기본계획의 평가방법 및 평가영역



## 2) 설문조사를 이용한 기본계획 평가 결과

### □ 계획의 적절성

- 제2차 기본계획의 비전과 목표는 1차 계획과 비교하여 61.7%가 적절했다고 평가하였지만, 12.5%는 다양한 분야를 포괄하고 있어서 실현이 용이하지 못한 측면 등을 지적하며 적절하지 못하다고 하였음.
- 제3차 기본계획 수립을 위한 과제 개발시 중점적으로 추진해야 하는 과제로는 의료취약지에 대한 의료서비스 접근성 제고(14.1%), 일자리 지원을 위한 사회적 기업 및 사회적 일자리 지원(13.6%), 복지서비스전달체계 개선(12.7%)을 꼽은 경우가 많음.

### □ 집행의 효율성

- 제2차 기본계획에 대한 광역시도 및 시군의 담당 공무원들의 인지도가 낮은 것으로 나타나 기본계획의 비전과 목표를 달성하기 위해서는 기본계획에 대한 홍보를 통해 담당 공무원들의 인지도 개선을 위한 방안을 모색해야 함.
  - 제2차 기본계획을 잘 알고 있는 경우가 19.6%, 들어본 적 있다고 응답한 경

우는 42%, 잘 모른다고 응답한 경우도 38.4%에 이르러 중앙의 계획이 지방에 충분히 전달되지 않는 것으로 나타남.

○ 농림축산식품부의 농어업인 삶의 질 향상 계획과의 효율적인 연계방안을 모색해야 한다는데 동의하고 있음.

－ 두 부처가 연계하여 하나의 계획을 수립해야 한다는 의견의 비중(47.8%)이 높았고, 현재와 같이 별도로 계획을 수립하더라도 각 부처의 업무와 특성을 고려하여 계획을 조정해야 한다는 의견(34.2%)이 뒤를 이었음.

○ 보건복지 기본계획 추진을 위해 지자체의 기반 강화가 필요한 영역은 지역맞춤형 사업 개발을 위한 지역 내 거버넌스의 강화(20.7%)와 활용 가능한 보건 및 복지 자원의 지원(20.2%)로 나타났음.

○ 보건과 복지의 연계에 대해서 보건직의 83.3%, 사회복지직의 83.1%가 찬성하였는데, 그 방식은 기존의 조직은 그대로 두고 기능적으로만 연계할 수 있는 방식(63.7%)을 주로 선호하였음.

○ 서비스 제공방식에 대하여, 보건서비스는 현재대로 지역중심으로 접근해야 한다는 의견(57.7%)이 많았으나, 취약인구집단 중심으로 변경하여 접근해야 한다는 의견(42.3%)도 적지 않았음. 복지서비스는 현재대로 인구집단 중심으로 접근해야 한다는 의견은 36.7%이지만 취약지역을 중심으로 접근해야 한다는 의견은 63.3%로 주를 이룸.

#### □ 성과 달성도

○ 제2차 기본계획은 전반적으로 농어촌 보건복지 개선에 기여했다고 평가할 수 있음(62.2%).

－ 부문별로는 농어촌 보건의료 기반이 가장 두드러지게 개선이 되었다고 체감하고 있으며(59.5%), 사회보험료 지원을 통해 농어촌 및 농어민에 대한 부담이 많이 경감되었다고 느끼는 의견도 37.8%를 차지하였음.

－ 하지만 계획 집행을 위한 인력보완 등의 개선이 수반되지 않았고(25.0%), 농어촌 환경변화(노인 및 다문화가족 증가 등)에 대응하는 계획 수립이 부



족하였으며(22.2%), 중앙 및 지방정부차원에서의 농어촌 보건복지에 대한 관심이 상대적으로 부족하였다(19.4%)는 이유로 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 도움이 되지 않은 것으로 평가되었음.

- 주민체감만족도가 가장 높은 것으로 나타난 세부과제는 노인복지서비스의 강화(76.9%), 다문화 가족 지원(72.4%)이었고, 반면 주민체감만족도가 가장 낮은 것으로 평가된 세부과제는 응급의료기관 육성 및 지원(33.7%), 공공보건의료강화 및 민간 병원 지원 육성(38.8%)등 이었음.

### 3) 질적조사를 이용한 기본계획 평가 결과

#### 가) 보건분야

##### □ 보건의료와 관련된 지역사회 환경

- 인구가 감소하고, 고령화되어 있으며, 독거노인의 비율이 증가하는 등 농촌 인구구조의 특성이 계속적으로 심화되고 있음.
- 지역 인구의 30~50%가 노인으로 복합, 만성질환의 문제가 일반적이며, 농업에 종사하는 경우가 많아 근골격계 질환의 문제를 안고 있었음.
- 농번기에는 필요한 의료서비스 뿐만 아니라 건강증진 프로그램 등의 보건사업에 대한 요구가 낮음.

##### □ 보건의료에 대한 접근성 및 만족도

- 지역주민의 민간의료 이용에 대한 욕구가 높으나, 거리적 접근성과 질 높은 의료서비스에 대한 접근성이 낮았음.
  - 보건소, 보건진료소에서 수행하는 사업도 접근성이 높은 지역주민 중심으로 이루어져 관할 지역 주민 모두가 혜택을 받지 못하고 있음.
- 의료취약지에 대한 공공의료서비스의 실효성에 관련된 문제가 지적되었음.
  - 찾아가는 의료서비스의 경우 제공되는 의료서비스의 범위가 제한되어 있는

등 필요한 때에 필요한 의료를 제공받기에 한계가 있음.

- 지역주민은 지방의료원을 의료의 질이 낮고, 취약집단이 이용하는 곳으로 인식하고 있으며 민간의료기관을 선호하는 경향이 있었음.
- 실제 지방의료원은 적자가 심각하고, 서비스의 질이 낮으며 의료 인력의 확보가 용이하지 않음.

○ 응급의료에 대한 접근성에 대해서, 과거에 비해 구급차가 도착하여 가까운 응급의료센터로 가기까지 소요되는 시간이 상당히 단축된 것으로 보임.

- 그러나 도시화가 진행된 농어촌에서도 여전히 응급医료를 이용하는 데 소요되는 시간이 짧지 않으며, 인근 응급의료센터에서 해결하지 못하는 의료 문제가 많아 다른 의료기관으로 이동하게 되는 등 골든타임을 놓치는 일이 많았음.

#### □ 보건의료 관련 사업 운영 및 개선방향

- 농어촌의 인구구조를 보았을 때 사업의 주요 대상은 수요가 가장 많은 노인을 중심으로 강화해야 할 필요가 있음.
- 중앙의 계획에 지역의 특성이 반영될 수 있도록 해야 하며, 수립된 계획에 따라 지방의 사업이 운영될 수 있도록 중앙과 지방이 연계 협력하고 소통해야 함.
- 보건과 복지 사업의 대상자가 일치하는 경우가 많을 것이어서 수혜자에게 효율적으로 지원이 이루어지려면 보건과 복지 사업이 공유되어야 함.

#### 나) 복지분야

##### □ 복지서비스와 관련된 지역사회 환경

- 지역에 따라 고령화의 정도에 차이가 있기는 하지만, 지역주민의 30% 이상이 노인이며, 중장년이나 아동이 적음.
- 독거노인가구, 조손가정, 다문화가정, 가족 중 장애인 또는 정신질환자가 있는 가구 등 국가의 지원이 필요한 가구 구성이 많음.

- ‘젊은’ 노인들은 경제적인 이유, 사회참여에 대한 강한 욕구를 가지고 있는데 이것은 주로 농한기 때에 제한적으로 나타남. 반면, 농촌의 특성상 농업에 종사하는 노인 비율이 높은 상황에서 경제활동을 해야 하는 젊은 세대의 근로 욕구가 낮아 인력난을 겪고 있음.
- 농촌의 경제적 수준에 대해서는 의견이 다양한데, 국가 지원 대상에 해당될 만큼 낮은 경제적 수준을 가진 경우가 많지는 않으나 가용자산이 없어 대체로 경제적 어려움을 겪고 있는 것으로 해석할 수 있음.
- 대체로 농어촌은 의료, 문화, 교통, 편의시설 등에 대한 접근성이 떨어지는데, 도시화가 진행되고 있는 지역의 경우 일반적인 농촌의 특성과 차이를 보이고 있어 지역별로 차별화된 복지 정책이 필요함.

#### □ 복지서비스에 대한 접근성 및 만족도

- 인프라가 향상되고 서비스의 종류가 다양해지는 등 농촌의 복지서비스는 개선되었으나 여전히 복지수요를 적절히 커버하지 못하고 있음.
- 농어촌 복지서비스는 노인을 중심으로 이루어지고 있는데, 주로 공동생활가정, 경로당을 중심으로 하는 프로그램들이 활성화 되어 있고 노인들의 호응이 좋아 지속적으로 지원이 이루어지고 있는 편임. 특히 일자리 사업에 대한 수요는 매우 커서 추가적으로 확장할 필요가 있음.
- 일반적으로 아동, 청소년의 수가 적어서 사업이 활성화되지 않는 편이지만, 질 높은 다양한 교육 프로그램에 접근하기 어려운 취약아동을 중심으로 지속되어야 함.
- 다문화 여성에 대한 지원은 복지 혜택을 받지 못하는 일반 지역주민들이 역차별이라고 생각할 만큼 다양하고 많다는 의견이 지배적인데, 이들에 대한 지원을 줄이기보다는 건강한 가정을 유지할 수 있도록 가족상담서비스를 지원하는 등 방향을 변경할 필요가 있는 것으로 보임.
- 청장년을 대상으로 하는 복지시스템은 거의 마련되어 있지 않으며, 이들의 욕구는 잘 드러나지 않음. 그러나 교육, 가족 상담과 같은 사회적 지지가 부족한 것으로 나타났으며, 특히 청장년 중에서도 장애인에 대한 지원이 필요함.

- 정신질환자를 보호하고 관리할 수 있는 인프라가 부족함.
- 농어촌의 행정구역은 도시에 비해 넓어 거리적 접근성을 확보하기 어려우므로 소프트웨어를 통한 접근성 확보 방안이 마련되어야 함.

□ 복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향

- 농어촌의 기초지자체는 대체로 재정자립도가 낮아 중앙의 매칭사업을 수용하기에 큰 부담을 안고 있으며, 제한된 자원으로는 지역별로 다양하게 나타나는 복지 욕구를 충족시키기에 어려움이 있음.
- 중앙부처의 복지 계획이 지역에 분명히 전달되어 수행되지 못하고 계획으로만 남는 경우가 있으며, 현실적으로 불필요한 사업이 포함되기도 함.
- 복지 사업 결과에 대한 평가가 양적인 부분에 치중되어 있어, 주민의 삶의 질이 향상될 수 있는 실질적 지원이 이루어지지 못하고 형식적인 지원이 이루어지는 경우가 있음.
- 다양한 재원과 조직을 통해 제공되는 복지서비스의 효율성과 형평성 제고를 위해, 보건과 복지, 사례관리 등 지역의 보건복지를 하나로 통합하고 연결하는 읍면 단위의 ‘컨트롤 타워’가 필요함.

나. 계획 수립 기본 방향

□ 비전 및 목표

- 향후 5년 동안 농어촌 지역의 보건복지 정책의 모태가 될 제3차 농어촌 보건복지 기본계획의 비전은 “더불어 함께 행복하고 건강한 농어촌”으로 설정
- 농어촌 지역 주민의 보건복지 증진을 위한 사업 구성의 기본 원칙은 다음의 세 가지로 설정
  - － 사회통합적 접근을 통한 사업 구성 및 사업 추진
  - － 농어촌 주민 개개인이 주체적인 삶을 영위할 수 있는 여건 조성
  - － 사업 추진을 위한 거버넌스 강화

[그림 2] 제3차 농어촌 보건복지 기본계획 수립 틀



#### □ 영역별 사업부문 구성

○ 농어촌 보건복지 기본계획의 사업 영역은 다음과 같이 네 가지 영역으로 설정

- － 생애주기별 보건복지: 아동·청소년기, 청년기, 중·장년기, 노년기
- － 취약인구 대상 보건복지서비스 강화: 저소득층, 장애인, 다문화, 요보호가구
- － 취약지역 대상 보건복지 접근성 강화: 의료취약지, 복지취약지
- － 지속가능한 계획 추진 기반 구축: 지속가능한 계획추진을 위한 연계 및 협조체계, 중앙-광역시도-시군 역할 분담, 계획추진 거버넌스 강화

#### 다. 생애주기별 보건복지 안전망 강화

□ 생애주기별 보건복지 안전망 강화 영역은 4개 부문(아동·청소년기, 청년기, 중·장년기, 노년기)으로 나누어, 16개 중점과제와 44개 세부추진과제를 개발

## □ 중점 및 세부추진과제

부문	중점과제	세부추진과제
아동· 청소년기	농어촌 아동의 행복감 증진 및 아동권리 인식 확산	① 농어촌 아동의 생활실태 및 지역적 특성을 고려한 입체적 계획 수립 ② 아동권리에 대한 인지도 제고방안 마련
	아동보호체계 개편에 따른 통합조정기구의 거점화 및 보호기능 강화	① 지역별 요보호아동 발생현황과 아동보호체계 관련 자원 연계 ② 아동보호체계 개편에 따르는 보호서비스 확충 및 서비스 전문성 제고
	농어촌 보육여건개선	① 농어촌 어린이집의 지속적인 확대 및 보육여건 개선 ② 농어촌형 종합 아동복지기관 모델 개발 ③ 농어촌 보육·정보통합센터 설치 운영
	농어촌 청소년 교육 여건 개선	① 농어촌 진로교육 프로그램 ② 다문화가족 자녀 교육 지원 ③ 농어촌지역 청소년 방과후 활동 관련 마을학교 배움터 및 농촌 유학 활성화 ④ 농어촌 청소년 문화 활동 지원 ⑤ 농어촌 청소년 통학환경 개선
	청소년기 건강증진 사업 강화	① 지역사회 자원과 연계한 흡연 및 음주 예방사업 접근성 제고 ② 흡연 청소년 대상 금연 치료 강화 ③ 취약가구 중심 아동·청소년의 비만 관리 프로그램 강화
청년기	농어촌 청년세대의 일과 여가문화 환경조성	① 청년적합형 농촌 일자리 창출 ② 청년세대 여가문화 기반 확대
중·장년기	중장년층 소득보장 기반 확보	① 농어촌형 노후설계서비스 보급 ② 지역맞춤형 일자리창출 지원사업을 활용한 베이비붐 세대의 직업훈련지원 ③ 귀농귀촌생활 정착을 위한 지원 고도화 ④ 지역사회밀착형 사회적경제 조직 활성화
	농어촌 여성의 노동관련 복지 강화	① 여성의 농어업 활동의 공식화 노력 ② 농어촌 여성에게 적합한 농업외 일자리 창출과 취업지원 ③ 농어촌 여성의 경제활동 제약 요소 제거
	농어촌 여성을 위한 복지·문화 서비스 인프라 강화	① 농어촌 여성을 위한 복지(문화) 바우처 제공을 통해 복지·문화향유 기회보장 ② 여성농업인센터 설치 확대 노력 ③ 여성의 폭력에 대한 개입 지원 강화
	농어촌지역에서 비폭력·양성평등 의식 강화	① 농어촌 여성의 사회적 지위 강화 ② 농어촌 주민을 대상으로 폭력, 학대, 차별과 관련한 의식 강화
	농어촌 중장년층 대상 건강증진 프로그램 강화	① 농어촌형 금연사업모델 개발 ② 농어촌지역사회의 건강증진 역량 강화 ③ 건강검진 효과 제고
	만성질환자 대상 맞춤형 건강관리 강화	① 심뇌혈관질환 예방을 위한 건강행동변화 지원사업

부문	중점과제	세부추진과제
	농어촌 지역 주민의 정신건강 증진을 위한 기반 강화	① 농어촌 지역 주민 대상 정신건강 예방·교육·홍보 강화 ② 농어촌 주민의 정신건강 수준 조사 및 데이터 구축 ③ 농어촌 지역 맞춤형 기초 정신건강증진센터 설치 및 운영 ④ 농어촌 지역의 정신건강증진 체계 구축 및 연계 ⑤ 조기 스크리닝 및 지역사회 사례관리 사업
노년기	농어촌 노인의 활기찬 생활환경 조성	① 고령친화적 공동주거 및 이용시설 확충
	농어촌 노인의 돌봄 서비스 강화	① 노인요양보호 서비스 강화 ② 허약노인의 건강지원서비스 실시 ③ 치과 의료서비스 접근성 확보
	농어촌 노인 대상 자살 예방프로그램 및 체계 구축	① 정신건강증진센터 부설 자살예방센터 확대 개편 ② 농어촌 지역 노인의 자살예방 및 자살고위험군 조기 발견을 위한 교육 및 홍보

#### 라. 취약인구 대상 보건복지 서비스 강화

□ 취약인구 보건복지서비스 강화 영역은 4개 부문(저소득층, 장애인, 다문화, 요보호가구)으로 나누어, 10개 중점과제와 15개 세부추진과제를 개발

#### □ 중점 및 세부추진과제

부문	중점과제	세부추진과제
저소득층	국민기초생활보장제도 개선 및 자활지원 강화	① 기초생활보장제도 개편을 통한 빈곤정책대상 확대 ② 협동조합형 자활기업에 자활기금 지원
	사회보험료 지원 강화	① 국민연금 보험료 기준소득금액 상향조정 ② 건강보험료 소득수준별 차등지원 및 결손처분 확대
	농어촌 주택개량 사업 확대 및 지원기준 완화	① 농어촌 주택개량사업 지원조건 및 상환방식의 변환
	농어촌 슬레이트 지붕 개선 사업 소득수준별 지원	① 농어촌 슬레이트 지붕 철거 및 지붕개량 사업에 대한 소득수준별 지원
장애인	이동약자를 위한 특별한 송서비스(해피콜) 확대	① 농어촌 교통약자를 위한 해피콜 접근성 지원
	장애인복지관 및 기능 강화	① 농어촌 지역 장애인 복지관 특화서비스 확대
다문화	농어촌 다문화가족의 사회·경제적 자립역량 강화	① 여성결혼이민자 대상 직업능력 훈련 및 취업 알선
		② 여성결혼이민자 대상 영농교육의 개선 및 다문화가족 영농 지원
		③ 여성결혼이민자 대상 맞춤형 한국어교육

부문	중점과제	세부추진과제
	농어촌 다문화가족 지원 관련 서비스 전달체계 개선	① 지역 내 서비스 접근성 제고 방안 모색 및 통합서비스 제공
요보호 가구	농어촌지역 통합사례관리사 역할 지원	① 통합사례관리의 전문성 강화를 위한 종합대책 마련
	정신건강 관련 서비스 확충(연계) 방안	① 지역 여건을 고려하여 농어촌형 정신보건센터 특성화 ② 농어촌지역 주민의 특성을 반영한 정신보건서비스 개발

#### 마. 취약지역 대상 보건복지 접근성 강화

□ 취약지역 보건복지 접근성 강화 영역은 의료취약지와 복지취약지 부문으로 나누어, 5개 중점과제와 13개 세부추진과제를 개발

#### □ 중점 및 세부추진과제

부문	중점과제	세부추진과제
의료 취약지	의료취약지 설정에 '생활권' 개념 도입	① “진료생활권” 개념을 이용한 취약지 설정 방식으로 개편 ② 의료취약도에 대한 지속적 평가
	분만, 응급 등 취약 분야 지원 강화 및 다각화	① 분만취약지 지원 다각화 ② 응급의료취약지 지원 다각화
	의료취약지 최소화를 위한 기반 확충	① 의료취약지 특성을 고려한 건강보험 수가체계 개발 ② 지자체 정부합동평가시 취약지 해소 노력 반영 ③ 의료취약지에서의 원격의료 활용방안 검토
복지취약지	복지취약지 실태 조사 및 군단위 복지취약지역 선정	① 면단위 복지 수요 파악 ② 면단위 복지 자원 파악 ③ 각 군단위 복지취약지역(면) 선정
	마을(리)단위 복지공동체 구축을 위한 시범사업 및 모델 정립	① 면사무소 복지전담 공무원의 지역사회조직역량 강화 ② 마을공동체 회복 및 내부 역량 강화 위한 마을복지대학 시범운영 ③ 마을 복지공동체 모범 사례 발굴 및 모델 정립



## 바. 지속가능한 계획 추진 기반 구축

□ 계획추진기반 구축 영역은 3개 부문(연계 및 협조체계 마련을 통한 계획추진 기반 강화, 중앙 및 지자체간 역할분담 기반 마련, 계획 추진 거버넌스 강화)으로 나누어, 6개 중점과제와 14개 세부추진과제를 개발

### □ 중점 및 세부추진과제

부문	중점과제	세부추진과제
연계 및 협조 체계 마련을 통한 계획 추진 기반 강화	관련 부처간 연계체계 마련	① 농어촌 보건복지와 관련된 사항에 대한 부처 간 협조를 위해 ‘(가칭) 농어촌 보건복지 정책 협의체’ 설치
	보건복지부내 유관 계획 간 협조체계 강화	① 농어촌 보건복지 기본계획 관련 보건복지부내 협의체 구성
중앙 및 지자체간 역할 분담 기반 마련	중앙정부와 광역시도, 시군의 역할 분담	① 중앙정부와 광역시도의 역할 규정
		② 기본계획 내에서 광역시도와 시군의 역할 정립
		③ 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 실행을 위한 광역시도의 역할 및 책임성 강화
		④ 농어촌 보건복지 실천계획 수립 및 실행을 위한 광역시도의 역량 강화
계획 추진 거버넌스 강화	평가 및 환류체계 강화	① 농어촌 보건복지 기본계획 평가의 원칙과 방향 정립
	계획 추진을 위한 중앙정부의 거버넌스 강화	② 평가 및 환류체계 마련
		③ 실질적인 보상체계 마련
		① 중앙정부 차원의 거버넌스 강화를 위해 ‘(가칭)농어촌 보건복지 전문위원회’ 설치
		② 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 실행의 전문성 강화를 위한 ‘(가칭)농어촌 보건복지 기본계획 지원센터’ 설치
	농어촌 복지기능 강화를 위한 서비스 연계통합	③ 농어촌 보건복지 기본계획의 연차별 모니터링 강화
		① 서비스 연계를 위한 민간자원 배치 및 활용
		② 읍면-본청(희망복지지원단) 기능 정립

### 3. 결론 및 시사점

- 현재까지의 농어촌 보건복지정책은 농업의 산업적인 특성이나 농어촌의 지역적인 특성 등을 제대로 반영하지 못하고 있어 사각지대가 광범위하게 나타나고 있음(프레시안, 2014).
- 현재 농어촌 보건복지와 관련된 정부의 대표적인 계획은 농림축산식품부의 ‘삶의 질 계획’과 보건복지부의 ‘농어촌 보건복지 기본계획’ 두 가지가 있으나, 이 계획들이 조화를 이루어 농어촌 주민의 복지체감도가 증가할 수 있는 방안 마련이 시급함.
- 농어촌 보건복지 기본계획이 매우 방대하고 중요한 분야로써 다양한 계획들을 포괄하고 있음에도 몇 가지 측면에서 한계를 지니고 있음.
  - 첫째, 제3차 기본계획수립의 기초자료라 할 수 있는 제2차 기본계획에 대한 심층적인 평가가 이루어지지 않음
  - 둘째, 타부처의 유사계획이나 보건복지부 내 유관 계획과는 다른 보건복지 기본계획 만의 성격 규정과 다른 계획들과의 관계에 대한 분석이 필요함.
  - 셋째, 중앙에서 수립된 제3차 기본계획의 실행을 위한 하부 단위, 즉 시도 혹은 시군구 공무원들이 기본계획의 성과제고를 위해 노력할 유인이 마련되지 않음.
- 보건복지제도는 특성상 하나의 대상자 및 지역을 조건으로 제도가 만들어지기는 어려우나, 제도를 도입하거나 운영하는 과정상에 작은 관심과 배려는 과거에 비해 소득과 지역적 여건, 환경 및 문화적인 측면에서 왜소화되고 있는 농어촌에 있어서 큰 힘이 될 수 있을 것임
- 본 연구에서 지적한 문제와 한계들이 향후의 기본계획에서는 충분히 고려되고 반영될 수 있기를 기대함.

\*주요용어: 농어촌, 보건복지, 기본계획, 삶의 질



## 제1부

### 계획 수립 배경





# 제1장 서론

- 제1절 연구의 필요성 및 목적
- 제2절 연구의 내용 및 방법
- 제3절 농어촌 환경변화



## 제1절 연구의 필요성 및 목적

- 2004년 대내외 시장개방으로 소득감소가 우려되는 농어촌지역을 지원하기 위해 『농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법』이 제정(김태완 등, 2010)
  - 동 특별법에 기초하여 「제1차 농어촌 보건복지 기본계획('05~'09)」과, 「제2차 농어촌 보건복지 기본계획('10~'14)」가 각각 수립·시행되어 왔음.
  - 이에 따라 2015년부터는 「제3차 농어촌 보건복지 기본계획('15~'19)」이 시행되어야 하는 시점임.
- 정부의 농촌정책의 방향에 부합하고 그간의 대내외 환경변화, 제2차 계획의 추진 실적에 대한 평가와 개선사항을 반영한 체계적인 농어촌보건복지대책 수립 필요
- 특히 경제위기 시에는 일자리와 소득이 감소되어 중산층은 서민으로, 서민층은 빈곤층으로 떨어지는 경우가 많아지고 취약계층의 보건복지 수요도 증가하는 것이 일반적임(김동진 등, 2013).
  - 글로벌 금융위기 여파에 따라 우리나라 경제도 침체기에 있으며, 이에 따른 서민층의 복지 수요도 크게 증가하고 있음.
  - 사회경제적 변화에 대응능력이 약한 취약계층의 경우 경제위기로 인한 타격을 가장 많이 받을 수밖에 없으며, 특히 대표적인 취약계층이라고 할 수 있는 독거노인, 조손가정, 다문화가정 등이 밀집되어 있는 농어촌의 경우 경제위기로 인해 생활여건은 더욱 열악해질 수밖에 없음.
- 그러나 농어촌은 지역 특성상 주민들이 필요로 하는 기초서비스에 대한 공급이 적절히 이루어지지 못하는 한계가 있음.

- 농어촌은 인구의 과소화로 인해 시장에 의한 서비스 공급과 공공에 의한 서비스 공급에서 모두 어려움을 겪고 있으며, 이러한 이유로 농어촌 주민들은 도시 주민들에 비해 삶의 질 유지를 위해 필요한 서비스 공급에 있어 상대적 박탈을 경험하고 있음.
- 때문에 제3차 계획 수립시에는 이러한 농어촌 지역 주민들의 미충족 보건복지 욕구를 반영하고자 하는 정부의 적극적 노력이 필요함.
- 본 연구에서는 제2차 계획에 대한 평가와 문제점을 바탕으로 향후 제3차 기본 계획 수립에 포함될 주요 과제들을 발굴하는데 의미가 있음.
- 발굴된 주요 과제들은 농어촌 지역주민의 보건복지 수준을 높이고 그들의 삶의 질을 향상시키는데 기여할 수 있을 것임.

## 제2절 연구의 내용 및 방법

### 1. 연구 내용

- 농어촌 정책환경 변화 분석
  - 농어촌 인구구조 변화, 가족구조변화, 다문화가족 증가 등으로 인한 변화와 최근의 경제여건 변화 등 농어촌 정책환경 변화에 대한 분석
- 제2차 농어촌 보건복지 기본계획 평가
  - 지난 5년 동안 추진되어 「제2차 농어촌 보건복지 기본계획」에 대한 성과 평가 실시
    - 보건 및 복지 부문별 광역시도 및 시군 공무원 면담, 설문조사
    - 지역사회 주민대표 면담



□ 제3차 농어촌 보건복지 기본 계획 수립을 위한 기본 방향 설정

○ 정책 추진을 위한 비전 및 목표 및 사업 부문 설정

- 생애주기별 보건복지 안전망 강화
- 취약인구 대상 보건복지 서비스 강화
- 취약지역 대상 보건복지 접근성 강화
- 지속가능한 계획 추진 기반 구축

□ 부문별, 사업 영역별 중점 추진과제 도출

○ '15~'19년 기간 동안 농어촌 보건복지 증진을 위해 중점적으로 다루어야 할  
사업 영역별 중점 추진과제 도출

○ 중점 추진과제별 세부 시행과제 도출

## 2. 연구 방법

□ 농어촌 정책 환경 분석을 위한 문헌연구

○ 최근 농어촌지역의 대내외적인 환경변화 및 농어촌 관련 제도와 계획의 성과 분석

□ 관련 설문조사 및 면담조사

○ 농어촌 보건복지 계획 수립 및 집행에 참여한 공무원을 대상으로 한 설문조사  
실시

○ 농어촌 지역에 근무하는 보건진료소장을 대상으로 한 면담실시

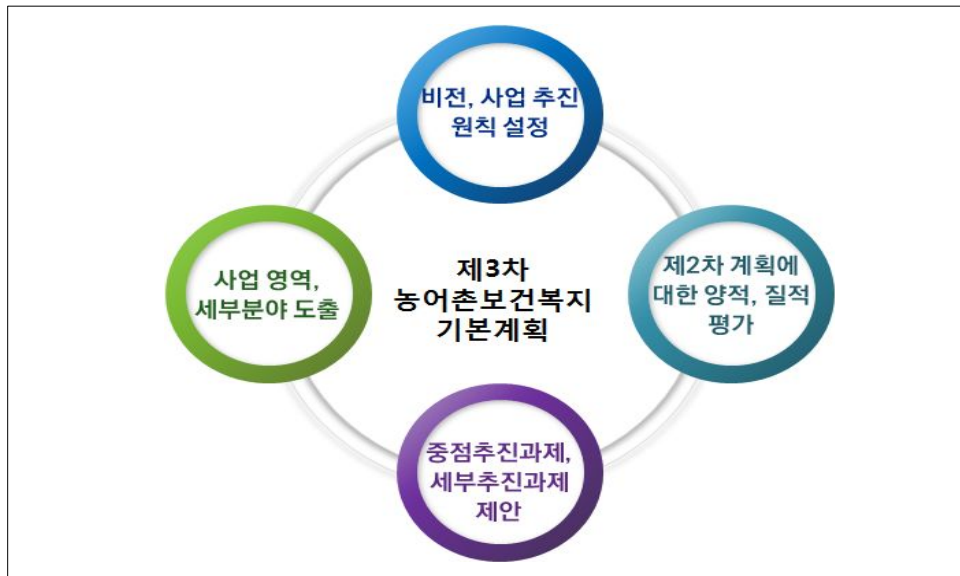
○ 시군 및 읍면 단위에 근무하는 사회복지사 등 관련 공무원 및 서비스 제공자를  
대상으로 한 면담 실시

○ 지역사회 주민 대상 면담 실시

□ 계획 추진을 위한 비전 및 추진과제 발굴을 위한 전문가 의견 수렴

- 비전 및 중점추진과제 수립을 위한 관련 전문가 간담회 수행
- 분야별 중점 추진과제 및 세부 시행과제 도출을 위한 관련 분야 전문가 참여

[그림 1-1] 연구의 진행 절차



## 제3절 농어촌 환경변화

### 1. 인구사회학적 특성

#### 가. 인구

- 우리나라 전체 인구 및 가구수는 연도별로 증가하였으나, 농어촌의 인구 및 가구수는 급격히 감소하였음.
- 1970년 우리나라 전체 가구 중 농가 및 어가가 차지하는 비율은 각각 42.4%, 3.3%였으나, 2011년에는 6.6%, 0.4%로 낮아짐.
- 2011년 농가와 어가의 인구는 전체 인구 중 각각 6.0%, 0.3%를 차지함(표 1-1).

〈표 1-1〉 농어촌의 가구 및 인구

(단위: 천호, 천명, %)

연도	전체		농가				어가			
	가 구	인 구	가 구		인 구		가 구		인 구	
	천호	천명	천호	구성비	천명	구성비	천호	구성비	천명	구성비
1970	5,857	32,241	2,483	42.4	14,422	44.7	195	3.3	1,165	3.6
1980	7,969	38,124	2,155	27.0	10,827	28.4	157	2.0	844	2.2
1990	11,355	42,869	1,767	15.6	6,661	15.5	122	1.1	496	1.2
2000	14,312	47,008	1,383	9.7	4,031	8.6	82	0.6	251	0.6
2001	14,834	47,357	1,354	9.1	3,933	8.3	78	0.5	234	0.5
2002	15,064	47,622	1,280	8.5	3,591	7.5	73	0.5	215	0.5
2003	15,465	47,859	1,264	8.3	3,530	7.4	73	0.5	212	0.5
2004	15,720	48,039	1,240	8.0	3,415	7.1	73	0.5	210	0.4
2005	15,971	48,138	1,273	8.0	3,434	7.1	80	0.5	221	0.5
2006	16,289	48,372	1,245	7.7	3,304	6.8	77	0.5	212	0.5
2007	16,543	48,598	1,231	7.5	3,274	6.8	74	0.4	202	0.4
2008	16,791	48,949	1,212	7.3	3,187	6.6	71	0.4	192	0.4
2009	17,052	49,182	1,195	7.1	3,117	6.4	69	0.4	184	0.4
2010	17,359	49,410	1,177	6.8	3,063	6.4	66	0.4	171	0.4
2011	17,687	49,779	1,163	6.6	2,962	6.0	63	0.4	159	0.3
2012	17,951	50,004	1,151	6.4	2,912	5.8	62	0.3	153	0.3

자료: 농림수산식품부(2013). 농림수산식품 주요통계

□ 농어촌은 점차 고령화되어 2011년 65세 이상 인구가 차지하는 비율이 농가의 경우 33.8%, 어가의 경우 25.4%였음.

○ 14세 이하 인구는 농가의 경우 1970년 43.5%였다가 2005년에 10% 이하로 떨어졌고 점차 감소하여 2011년에는 8.0%로 나타났음. 어가는 1970년 39.1%에서 2011년 8.5%로 낮아짐(표 1-2, 표 1-3).

〈표 1-2〉 농가의 연령별 인구 구성

(단위: 천명, %)

연도	인구수	14세이하 <sup>1)</sup>	15-59세	60세 이상	65세 이상
1970	14,422	43.5	48.6	7.9	4.9
1980	10,827	29.8	59.7	10.5	6.8
1990	6,661	20.6	61.6	17.8	11.5
2000	4,031	11.4	55.5	33.1	21.7
2001	3,933	11.3	52.5	36.2	24.4
2002	3,591	10.7	51.1	38.2	26.2
2003	3,530	10.7	50.3	39.0	27.8
2004	3,415	10.3	49.4	40.3	29.3
2005	3,434	9.8	50.9	39.3	29.1
2006	3,304	9.5	49.7	40.8	30.8
2007	3,274	9.4	48.6	42.0	32.1
2008	3,187	9.0	47.5	43.5	33.3
2009	3,117	8.5	46.8	44.7	34.2
2010	3,063	8.8	49.4	41.8	31.8
2011	2,962	8.0	47.9	44.2	33.8
2012	2,912	7.5	46.4	46.1	35.6

주 : 1) 70년도는 13세 이하임.

자료: 농림수산물부(2013). 농림수산물 주요통계

〈표 1-3〉 어가의 연령별 인구 구성

(단위: 천명, %)

연도	인구수	14세이하 <sup>1)</sup>	15-59세	60세 이상	65세 이상
1970	912.6	39.1	54.7	6.2	
1980	725.3	36.3	56.8	6.8	
1990	496.1	24.9	64.2	11.0	
2000	251.3	13.2	66.1	20.8	
2001	234.4	12.8	61.9	25.3	
2002	215.2	12.4	63.4	24.2	
2003	212.1	12.2	61.6	26.2	15.9
2004	209.9	12.3	60.6	27.0	17.1
2005	221.1	10.9	60.8	28.3	18.8
2006	211.6	10.5	59.2	30.3	20.2
2007	201.5	10.1	57.8	32.1	22.1
2008	192.3	10.2	56.2	33.7	22.7
2009	183.7	9.6	54.2	36.2	24.8
2010	171.2	9.2	56.5	34.3	23.1
2011	159.3	8.5	54.6	37.0	25.4
2012	153.1	8.0	52.2	39.9	26.5

주 : 1) 70, 80년은 연령별이 14세 미만임

자료: 농림수산물부(2013). 농림수산물 주요통계

□ 우리나라 경제활동인구 중 취업률은 90%를 넘지만, 농림어업에 종사하는 인구는 1970년 50.4%에서 지속적으로 감소하여 2012년 6.2%에 그침(표 1-4).

〈표 1-4〉 농림어업인구 현황

(단위: 천명, %)

연도	경제활동인구수	취업자		농림어업	
	인구수	인구수	취업률	인구수	구성비
1970	10,062	9,617	95.6	4,846	50.4
1980	14,431	13,683	94.8	4,654	34.0
1990	18,539	18,085	97.6	3,237	17.9
2000	22,134	21,156	95.6	2,243	10.6
2001	22,471	21,572	96.0	2,148	10.0
2002	22,921	22,169	96.7	2,069	9.3
2003	22,957	22,139	96.4	1,950	8.8
2004	23,417	22,557	96.3	1,825	8.1
2005	23,743	22,856	96.3	1,815	7.9
2006	23,978	23,151	96.6	1,785	7.7
2007	24,216	23,433	96.8	1,726	7.4
2008	24,347	23,577	96.8	1,686	7.2
2009	24,394	23,505	96.4	1,648	7.0
2010	24,784	23,829	96.1	1,566	6.6
2011	25,099	24,244	96.6	1,542	6.4
2012	25,501	24,681	96.8	1,528	6.2

자료: 농림수산식품부(2013). 농림수산식품 주요통계

□ 우리나라 출생아의 수는 해를 거듭하며 감소하고 있는데, 2013년 출생아 수 436,455명 중 농어촌 출생아는 16.3%(읍부 9.7%, 면부 6.6%)에 불과함(표 1-5).

〈표 1-5〉 농어촌의 출생아수

(단위: 명, %)

연도	전국	동부	읍부	면부
2000	634,501	81.4	8.7	9.7
2001	554,895	81.1	8.9	9.8
2002	492,111	81.4	9.6	8.6
2003	490,543	82.1	9.3	8.2
2004	472,761	82.1	9.7	8.1
2005	435,031	82.1	9.5	8.2
2006	448,153	82.7	9.2	8.0
2007	493,189	82.5	9.5	8.0
2008	465,892	82.6	9.3	8.1
2009	444,849	82.3	9.8	7.8
2010	470,171	82.2	10.1	7.6
2011	471,265	82.7	10.0	7.3
2012	484,550	83.1	9.8	7.1
2013	436,455	83.7	9.7	6.6

자료: 통계청, 인구동향조사.

□ 2010년 기준으로 우리나라에는 약 1,734만 가구가 있으며 평균 2.69명이 한 가구에 생활하는 것으로 나타났는데, 도시보다 농어촌이 가구원수가 적고 1, 2인 가구가 많음.

○ 동의 평균 가구원수가 2.74명인데 반해, 읍은 2.68명, 면은 2.33명으로 적었음

○ 독거가구 비율은 동과 읍이 23% 수준인데 반해, 면은 30.3%로 높았음(송미령, 노승철 2013)(표 1-6).

〈표 1-6〉 농어촌의 가구원수 및 독거가구

(단위: 명, %, 천가구)

	평균 가구원수	1인 가구 비율	2인 가구 비율	전체 가구수
전국	2.69	23.9	24.3	17,339
동	2.74	23.1	22.5	14,031
읍	2.68	23.3	26.9	1,487
면	2.33	30.3	35.7	1,821

주: 일반가구만을 대상으로 집계함

자료: 통계청(2010). 인구주택총조사, 재인용: 송미령, 노승철(2013).

□ 대학교 졸업 이상 고학력자는 도시 지역 거주자의 23.4%였는데, 읍과 면 지역은 거주자의 각각 14.1%, 8.9%였음.

○ 초등학교 졸업자의 비율은 도시 지역이 7.7%였던 반면, 읍은 13.0%, 면은 24.1%로 높았음(송미령, 노승철, 2013)(표 1-7) .

〈표 1-7〉 농어촌의 15세 이상 인구의 교육수준

(단위: 천명, %)

	15세 이상 인구수	초등학교	대학교 졸업 이상
전국	40,204	9.8	21.2
동	32,863	7.7	23.4
읍	3,384	13.0	14.1
면	3,957	24.1	8.9

주: 각 학력에는 졸업, 재학, 유학, 중퇴가 포함되어 있음.

자료: 통계청(2010). 인구주택총조사, 재인용: 송미령, 노승철(2013).

#### 나. 노인

□ 2011년도 노인실태조사에 의하면, 도시거주 노인에 비하여 농어촌 거주 노인에 게서 독거노인의 비율이 월등히 높은 특징을 보임.

○ 65세 이상 노인의 독거가구 비율은 19.8%인데, 동부는 전체 평균보다 낮은 17.6%였고 읍·면부는 23.9%로 높았음.

○ 노인의 27.0%가 자녀와 동거하였는데, 동부는 32.1%로 높았고, 읍·면부는 17.1%로 차이를 보였음(정경희 외, 2014)(표 1-8).

〈표 1-8〉 노인의 인구학적 특성별 가구형태

(단위: 명, %)

특성	노인독거가구	노인부부가구	자녀동거가구	기타가구	계(명)
전체	19.8	48.6	27.0	4.6	100.0(10,544)
지역					
동부	17.6	45.3	32.1	5.0	100.0(7,257)
읍·면부	23.9	55.2	17.1	3.8	100.0(3,417)

자료: 정경희 외(2014).

- 2012년 주민등록인구 기준에 따르면, 15~64세 미만 인구의 17.1%(읍 8.4%, 면 8.7%)가 농어촌에 거주하고 있는 반면, 65세 이상 인구의 31.3%(읍 10.2%, 면 8.7%)가 농어촌에 거주하고 있어 고령층의 농어촌 집중 현상이 뚜렷함.
- 도시의 고령화율은 9.9%인 반면, 읍과 면은 각각 13.6%, 25.0%임.
- 도시의 노년부양비는 13.3%이었으며, 읍과 면은 각각 19.4%, 38.7%로 고령인구의 증가와 젊은 층의 감소가 함께 나타나고 있음(송미령, 노승철, 2013)(표 1-9).

〈표 1-9〉 농어촌의 고령화율과 노년부양비

(단위: 천명, %)

	동	읍	면	전국
총인구	41,413 (81.3)	4,487 (8.8)	5,047 (9.9)	50,948 (100.0)
15~64세 인구	30,953 (82.9)	3,132 (8.4)	3,259 (8.7)	37,344 (100.0)
65세 이상 인구	4,109 (68.7)	609 (10.2)	1,262 (21.1)	5,980 (100.0)
고령화율(%)	9.9	13.6	25.0	11.7
노년부양비(%)	13.3	19.4	38.7	16.0

주: 고령화율=(65세 이상 인구/총인구)\*100 / 노년부양비=(65세 이상 인구/15~64세 인구)\*100  
 자료: 통계청(2012). 인구주택총조사, 재인용: 송미령, 노승철(2013).

#### 다. 다문화

- 농림어업종사자의 외국인 아내 비율은 2013년 22.7%였는데, 도시보다 농어촌에 외국인 아내와 혼인한 경우가 많음.
- 동부(13.7%)는 평균보다 낮은 반면 읍부(20.9%)와 면부(28.0%)는 동부에 비해 크게 높음(표 1-10).



〈표 1-10〉 농림어업인종사자와 외국인 아내와의 혼인

(단위: 명, %)

연도	농림어업종사자				농림어업종사자의 외국인 아내 비율			
	전국	동부	읍부	면부	전국	동부	읍부	면부
2000	9,523	2,062	1,582	5,648	11.4	6.4	10.5	13.2
2005	7,578	1,663	1,245	4,633	38.0	29.9	34.9	41.8
2006	8,292	1,793	1,401	5,078	42.5	29.5	37.7	48.5
2007	7,669	1,718	1,342	4,606	41.3	30.4	36.5	46.9
2008	6,459	1,499	1,143	3,816	38.3	29.0	34.3	43.1
2009	5,640	1,295	1,035	3,306	35.2	23.7	33.2	40.4
2010	5,971	1,481	1,111	3,378	33.9	22.8	33.7	38.8
2011	5,355	1,395	975	2,984	29.1	19.1	25.5	34.9
2012	5,396	1,352	1,008	3,034	25.9	16.2	25.5	30.3
2013	5,204	1,440	1,003	2,755	22.7	13.7	20.9	28.0

자료: 통계청, 인구동향조사.

□ 우리나라 외국인은 10년간 3배 이상 증가하였는데, 면에서는 내국인이 8% 감소한 반면 외국인은 약 3.4배 증가하여 농어촌에 외국인이 빠르게 유입되고 있음(송미령, 노승철, 2013)(표 1-11).

〈표 1-11〉 농어촌의 외국인 인구수 및 증감률

(단위:천 명, %)

	2010년 인구수			2000년 대비 2010년 증감률(%)		
	총인구수	내국인	외국인	총인구수	내국인	외국인
전국	49,158	48,534	624	6.5	5.5	313.5
동	40,139	39,661	479	7.6	6.7	310.2
읍	4,227	4,176	51	13.8	12.8	295.0
면	4,791	4,697	94	-6.6	-8.0	343.3

자료: 통계청(2000;2010). 인구주택총조사, 재인용: 송미령, 노승철(2013).

○ 읍면을 지역별로 나누어보면, 읍에서도 광역시, 도농복합시는 10년 사이 내국인이 27% 가량 증가하고 외국인은 2.8배가량 늘어났는데, 군은 내국인이 4.8% 감소하고 외국인은 3.2배 증가함.

- 면에서는 내국인이 모두 감소하였는데, 광역시, 도농복합시보다 군의 면에서 특히 더 많이 감소하였고(-10.6%), 외국인은 광역시(1.9배), 도농복합시(3.2배)보다 군의 면(4.1배)에서 더 많이 증가함(송미령, 노승철, 2013)(표 1-12).

〈표 1-12〉 농어촌 지역특성별 외국인 인구 증감률(2000년 대비 2010년 증감률)

(단위: %)

	계	내국인	외국인
읍	소계	13.8	295.0
	광역시	27.3	288.1
	도농복합시	28.6	282.8
	군	-4.0	323.1
면	소계	-6.6	343.3
	광역시	-0.6	192.4
	도농복합시	-4.0	321.6
	군	-9.5	408.3

자료: 통계청(2000; 2010), 인구주택총조사, 재인용: 송미령, 노승철(2013).

## 라. 장애인

- 통계청의 도시근로자 가계소득과 장애인실태조사의 가구소득액을 비교분석한 결과, 도시보다 농어촌의 장애인가구 소득이 낮았음.
- 장애인 가구소득액은 2000년에 전국 평균 108만원, 농어촌 지역은 84만원이었고, 2005년에는 전국 평균 157만원, 농어촌 지역은 128만원으로 나타남.
- 대도시 지역에 거주하는 장애인의 가구소득액은 도시근로자 가계소득의 50% 정도였는데(2000년 51.5%, 2005년 58.8%), 농어촌 지역의 장애인은 도시근로자 가계소득 대비 40% 내외의 수준(2000년 36.0%, 2005년 42.2%)으로 도시보다 농어촌의 장애인 소득이 더 낮음(변용찬 외, 2007)(표 1-13).

〈표 1-13〉 농어촌의 도시근로자가구 대비 장애인가구의 소득수준

(단위: 만원, %)

구분	2000년		구분	2005년	
	가구소득액	가구소득액 /도시근로자 가계소득		가구소득액	가구소득액 /도시근로자 가계소득
대도시	120.29	51.5	서울시	177.5	58.8
			광역시	162.2	53.7
중소도시	118.25	50.7	중소도시	168.1	55.7
읍·면부	83.98	36.0	읍·면부	127.5	42.2
계	108.21	46.4	계	157.2	52.1

자료: 변용찬 외(2007).

## 2. 보건

□ 공공의료시설의 이용 경험은 의료접근성이 낮은 농어촌이 더 많았음.

○ 도시는 21.9%가 공공의료시설을 이용하였던 반면, 읍은 41.0%, 면은 48.4%로 차이가 있음(표 1-14).

〈표 1-14〉 농어촌의 공공의료시설 이용 경험

(단위: 개, %)

		사례수 (개)	경험층 (%)	비경험층 (%)
도시/농어촌	도시	1,194	21.9	78.1
	농어촌	2,764	45.1	54.9
읍/면	읍	1,226	41.0	59.0
	면	1,538	48.4	51.6
영농여부	농가	912	55.5	44.5
	비농가	1,852	40.0	60.0

자료: 통계청(2013). 농촌진흥청 농어업인복지실태조사.

□ 응급의료접근성이 낮은 농어촌 지역 거주자는 응급실이용 경험이 도시에 비해 낮음

○ 응급실 이용 경험은 읍(17.3%)보다 면(12.2%)이 더 낮음(표 1-15).

〈표 1-15〉 농어촌의 응급실 이용 경험

(단위: 개, %)

		사례수	경험층	비경험층
도시/농어촌	도시	1,194	19.1	80.9
	농어촌	2,764	14.4	85.6
읍/면	읍	1,226	17.3	82.7
	면	1,538	12.2	87.8
영농여부	농가	912	11.7	88.3
	비농가	1,852	15.8	84.2

자료: 통계청(2013). 농촌진흥청 농어업인 복지실태조사.

□ 의료기관까지의 편도 시간은 도시의 경우 평균 15.3분이었으나 농어촌은 26.6분으로 차이가 있으며, 읍(22.6분)보다 면지역(29.8분)이 더 많이 소요됨.

○ 편도 소요시간이 10분 미만인 경우는 도시 거주자의 22.9%, 읍 거주자의 16.5%, 면 거주자의 9.0%였음(표 1-16).

〈표 1-16〉 농어촌의 의료기관 이용시 편도 소요시간

(단위: 개, %)

		사례수	평균(분)	10분 미만	10-30분 미만	30-1시간 미만	1시간 이상
도시/농어촌	도시	1,163	15.3	22.9	63.4	10.6	3.1
	농어촌	2,703	26.6	12.3	49.6	27.6	10.5
읍/면	읍	1,195	22.6	16.5	55.8	20.9	6.9
	면	1,508	29.8	9.0	44.8	32.9	13.3
영농여부	농가	896	30.7	8.1	43.6	35.4	12.9
	비농가	1,807	24.6	10.4	52.6	23.8	9.3

자료: 통계청(2013). 농촌진흥청 농어업인복지실태조사.

□ 의료기관까지 소요되는 시간이 도농간 차이가 있었으나, 도시와 농어촌 모두 민간 의료기관을 선호하는 것으로 나타남.

○ 주로 이용하는 의료기관은 병(의)원으로, 도시가 81.2%, 농어촌이 76.4%였음(표 1-17).

〈표 1-17〉 농어촌의 주로 이용하는 의료기관

(단위: 개, %)

		사례수	보건진료소	보건소(지소)	병(의)원	한방병(의)원	종합병원	기타
도시/농어촌	도시	1,194	0.6	0.8	81.2	2.2	14.7	0.5
	농어촌	2,746	3.7	3.0	76.4	2.3	13.9	0.7
읍/면	읍	1,219	2.7	2.7	76.9	2.2	14.9	0.7
	면	1,527	4.6	3.3	75.9	2.5	13.1	0.6
영농여부	농가	903	6	4.2	71.9	3.2	14.2	0.4
	비농가	1,843	2.6	2.4	78.5	1.9	13.7	0.8

자료: 통계청(2013)., 농촌진흥청 농어업인복지실태조사.

## 3. 복지

□ 국민기초생활보장 수급 가구는 도시가 1.2%, 읍과 면이 각각 3.0%, 3.7%였으며, 차상위계층도 도시보다 농어촌이 더 많음(표 1-18).

〈표 1-18〉 농어촌의 국민기초생활보장 수급 가구

(단위: 개, %)

		사례수	국민기초생활보장 수급 가구 (가구원 중 일부수급가구 포함)	차상위계층	해당없음
도시/농어촌	도시	1,193	1.2	0.9	97.9
	농어촌	2,703	3.4	1.5	95.1
읍/면	읍	1,183	3.0	0.9	96.1
	면	1,519	3.7	1.9	94.3
영농여부	농가	903	2.4	0.9	96.7
	비농가	1,800	4	1.8	94.3

자료: 통계청(2013)., 농촌진흥청 농어업인복지실태조사.

□ 농어촌은 도시에 비해 복지수요가 높으나 재정자립도가 낮아 복지예산 확보에 어려움이 예상된다.

○ 2013년 도와 시의 재정자립도는 각각 34.1%, 36.8%로 높지만, 군은 16.1%로 상당한 차이가 있음(표 1-19).

〈표 1-19〉 농어촌의 지방자치단체 재정자립도

(단위: %)

시·도별	평 균 (순계규모)	특별시· 광역시 (총계규모)	도 특별자치도 (총계규모)	시 (총계규모)	군 (총계규모)	자치구 (총계규모)
2012	52.3	69.1	34.8	37.1	16.4	36.0
2013	51.1	66.8	34.1	36.8	16.1	33.9

주: 시·도별 전국평균 재정자립도는 순계예산 규모로 산출함에 따라 단체별보다 다소 높게 나타남(의존재원인 국고 보조금 등 중복계상분 공제)

자료: 농림수산식품부(2012). 농림수산식품 주요통계; 농림수산식품부(2013). 농림수산식품 주요통계.

○ 군에 취약계층과 고령인구가 다른 지역에 비해 많음에도 불구하고 지자체 예산에서 복지 예산의 비중은 일반시(28.0%)와 도농복합시(22.0%)에 비해 낮음 (송미령, 노승철 2013)(표 1-20).

〈표 1-20〉 농어촌의 복지예산 비중

(단위: %)

	일반시	도농복합시	군
일반회계 복지예산(사회보장) 비중	28.0	22.0	15.3

주: 각 집단 내 시·군의 평균임

자료: 송미령, 노승철(2013).



## 제2장

### 제2차 기본계획 평가

제1절 평가방법 및 내용

제2절 설문조사를 이용한 기본계획 평가 결과

제3절 질적조사를 이용한 기본계획 평가 결과





# 2

## 제2차 기본계획 평가 <

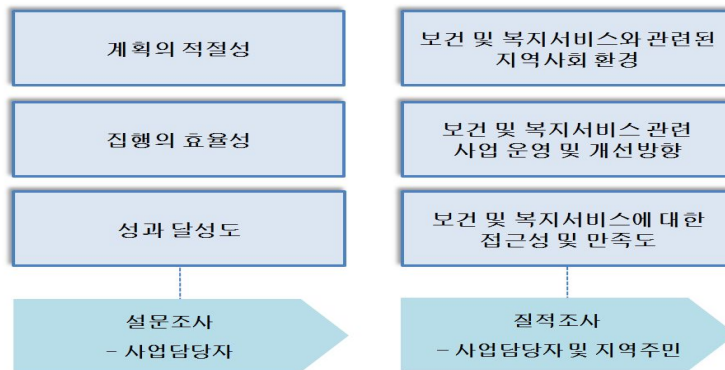
&lt;

### 제1절 평가방법 및 내용

- ‘제2차 농어촌 보건복지 기본계획’은 농어촌 주민의 기본생활을 보장하고 사회통합을 강화하며, 농어촌 주민의 질병을 예방하고 건강을 증진하는 것을 목표로 하고 있음.
- 2차 계획이 담고 있는 이러한 목표가 얼마나 잘 달성되었는지를 평가하기 위하여 사업이 얼마나 많이 시행되었는가, 얼마나 잘 시행되었는가를 모두 살펴볼 필요가 있음.
- 그런데 농어촌 보건복지 기본계획을 위한 사업의 내용은 도시와 다른 농어촌의 특수한 환경을 바탕으로 수립 및 이행하는 것이 중요함. 그렇기 때문에 계획이 포괄하는 개별 사업들의 양적 증감뿐 아니라 농어촌 지역의 환경, 인구집단의 특성에 대한 이해를 바탕으로 사업이 어떻게 운영되고 있으며, 왜 문제가 되는지를 정성적으로 살펴보는 것이 특히 의미가 있음.
- 이러한 맥락에 따라 본 계획과 관련된 보건 및 복지사업의 주요 참여자를 통해 사업을 평가하고자 하였음.
  - 참여자로는 사업을 제공하는 측면에서 평가할 수 있는 지역의 보건 및 복지 사업 담당자와 사업을 이용하는 측면에서 평가할 수 있는 지역주민 대표가 해당됨.
- 평가방식은 두 가지 다른 조사를 통해 이루어졌는데, 하나는 전체 농어촌 지역의 전반적인 의견을 수렴하기 위한 설문조사이며, 다른 하나는 설문조사로 파악하기 어려운 현상, 변화과정, 인과관계 등을 면밀하게 파악하기 위한 질적조사임.
- 제2차 보건복지기본계획의 평가 영역은 1차 계획 평가에서 살펴보았던 ‘계획의 적절성’, ‘집행의 효율성’, ‘성과 달성도’의 세 가지로 구성하였음(김태완 외, 2010).

- 조사 방법에 따라 세부적인 평가항목 및 범위에 차이가 있으므로 구체적인 평가항목을 표준화하는 것이 적절하지 않고, 각각의 조사에 세 개의 평가영역을 최대한 반영할 수 있는 항목들을 다루고자 하였음.
- 질적조사 결과는 일반화하기 어렵다는 단점이 있음에도 설문조사 또는 양적 지표들로 이해하기 어려운 현상을 반영한다는 강점이 있으므로, 이러한 특수성을 반영하여 평가영역의 제목에 차이를 두었으나 두 가지 조사에 포함된 세 개의 평가 영역은 나란한 의미를 갖고 있음.
  - 보건복지 기본계획을 적절하게 설정하는 것은 보건 및 복지서비스와 관련된 지역사회 환경을 이해하는 것에서 비롯됨. 농어촌 지역의 주요 문제와 원인을 파악하여 어느 정도의 수준까지 해결해야 할 것인지 목표를 설정하여야 적절한 계획이 수립될 수 있음.
  - 다음으로 계획이 효율적으로 집행되기 위해서는 적절한 사업 및 프로그램이 마련되어야 하고, 그것이 농어촌 지역 주민에게 효과적으로 전달될 수 있도록 필요한 자원이 투입 및 배분되어야 함. 따라서 농어촌에서 시행되고 있는 관련 사업의 운영과 이용 실태를 살펴보고 개선점을 도출함으로써 집행의 효율성을 향상시킬 수 있음.
  - 마지막으로 계획의 비전과 목표의 달성정도는 보건 및 복지서비스에 대한 지역주민의 접근성 향상과 체감만족도를 통해 간접적으로 파악할 수 있음 (그림 2-1).

[그림 2-1] 제2차 보건복지기본계획의 평가방법 및 평가영역



## 1. 설문조사

- 설문조사는 지역의 보건복지 사업의 집행을 담당하는 공무원들을 대상으로 이루어졌으며, 이들의 의견을 통해 제2차 농어촌 보건복지 계획의 적절성, 계획 집행의 효율성, 계획의 성과 달성도에 대한 정성적인 평가를 수행하며, 제3차 기본계획 수립의 개선방안을 파악하기 위하여 진행되었음.

### 가. 조사방법

#### □ 조사대상

- 설문조사는 중앙정부를 제외하고 농어촌 보건복지 기본계획의 적용을 받는 광역시도와 시군 지역의 보건 및 복지 담당 공무원을 대상으로 진행되었음.
  - 보건복지부에서 설문조사 참여 협조 공문을 발송하였고, 회신은 이메일을 이용하였음.
- 총 112명의 지역 공무원들이 설문에 응답하였고, 이들의 일반적인 특징은 아래 표와 같음.
  - 응답자의 성별은 남성이 41.4%, 여성이 58.6%였고, 응답자 중 가장 높은 비율을 차지한 직종은 사회복지직(60.6%)였으며, 행정직(22.0%), 보건직

(11.0%)의 순서로 많았음.

- 지역별로 광역시도 공무원은 20.4%, 시군 단위 공무원은 79.6%를 차지하였음.
- 광역시 중 농어촌 지역이 포함된 지역이 있기 때문에 광역시의 공무원들도 설문 대상에 포함되었음(표 2-1).

〈표 2-1〉 설문조사 응답자의 일반적인 특성

구분		명	%
성별 (N=111)	남	46	41.4
	여	65	58.6
직무 (N=109)	행정직	24	22.0
	사회복지직	66	60.6
	보건직	12	11.0
	기타	7	6.4
지역구분 I (N=101)	광역시도	21	20.4
	시군	82	79.6
지역구분 II (N=111)	경기	15	13.5
	강원	22	19.8
	충북	7	6.3
	충남	11	9.9
	전북	10	9.0
	전남	13	11.7
	경북	13	11.7
	경남	4	3.6
	대구	4	3.6
	인천	4	3.6
	광주	4	3.6
	울산	3	2.7
	세종	1	0.9

#### □ 조사기간

- 조사는 2014년12월부터 2015년1월까지 약 한 달간 진행되었음 .

#### □ 설문의 구성

- 설문조사의 문항은 1) 제2차 기본계획에 대한 인지도, 2) 제2차 기본계획에 대

한 평가, 3) 제3차 기본계획 수립 시 고려해야 할 사항, 4) 기본계획 추진을 위한 기반확충에 대한 질문으로 구성되어 있음(표 2-2).

〈표 2-2〉 조사내용

구분	내용
1) 제2차 기본 계획에 대한 인지도	① 농어촌 보건복지 기본계획 및 농어업인 삶의 질 향상 계획에 대한 인지도 ② 농어촌 보건복지 기본계획과 농어업인 삶의 질 향상 계획의 연계방안
2) 제2차 기본 계획에 대한 평가	① 제2차 기본 계획 비전과 목표의 적절성 ② 제2차 기본 계획의 농어촌 보건복지 개선 기여도 ③ 제2차 기본계획 세부과제별 주민 체감 만족도
3) 제3차 기본 계획 수립시 고려사항	① 제3차 기본 계획 수립 시 중점 추진과제 ② 제3차 계획 수립 시 보건과 복지 서비스 제공 방식
4) 기본 계획 추진을 위한 기반확충	① 농어촌 보건복지 기본계획 추진을 위한 기반 강화 ② 보건과 복지의 연계 ③ 중앙정부와 지방정부의 역할 분담

## 2. 질적조사

### 가. 조사방법

□ 질적조사를 이용한 평가의 참여자는 사업을 이행하는 자와 사업의 적용을 받는 자로 구분하였음.

○ 보건분야의 사업 제공자로는 의료취약지역의 의료를 담당하고 있는 보건진료소장을 대상으로 하였으며, 복지분야의 사업 제공자로는 복지사업 담당 공무원과 지역의 위기가구를 관리하는 희망복지지원단 통합사례관리사를 대상으로 하였음.

－ 이들은 지역주민과 계속적으로 접촉할 뿐만 아니라 실제 농어촌이나 근접한 지역에 거주하기 때문에 지역의 보건 및 복지 수요와 문제를 가장 현실적으로 파악하고 있음.

○ 이용자로는 마을에 장기간 거주하여 보건 및 복지 문제를 체감하고 있는 지역

의 이장, 부녀회장 등으로 선정하였음.

□ 대상자 선정은 일부 대상자를 조사한 후 조사의 분류에 해당되는 대상자를 추천 받아 선정해 나아가는 눈덩이 표집 방법을 활용하였음.

○ 보건분야에서는 보건진료소장을 첫 번째 조사 대상자로 하였는데, 보건진료소 장회에 조사의 취지를 설명하고 도농복합, 농어촌, 도서산간 벽오지 지역에 근무하는 보건진료소장을 추천받아 구성하였음.

○ 복지분야의 경우 한국보건사회연구원의 기초보장 모니터링 요원으로 활동한 바 있는 사회복지 전담 공무원을 추천받거나, 지역사회 복지 수상 경험이 있는 농어촌 지역의 복지업무 담당자에게 조사를 요청하였음. 이어 보건 및 복지 분야의 공무원을 통해 통합사례관리사, 지역주민 대표와의 면접이 가능하였음.

○ 최종적으로 조사에 참여한 대상자는 제공자 측면에서는 보건과 복지가 각각 8명, 11명이었으며, 이용자는 5명이었음(표 2-3).

□ 조사는 2014년 12월부터 2015년 2월까지 진행하였으며, 참여자의 동의를 구하여 응답 내용을 녹음하였음.

□ 조사 장소는 회의 참여에 익숙한 공무원의 경우 참석자의 접근성이 높은 별도의 회의실이나, 참여자가 근무하는 군청의 회의실, 보건진료소를 이용하였음. 지역 주민은 녹음기를 켜 둔 상황에서 안면이 없는 연구진과 대화를 진행하는 것에 거부감이 있을 수 있으므로, 참여자의 거주 지역에서 가까운 읍의 카페나 보건지소 등을 조사 장소로 활용하였음.

□ 조사는 짧게는 약 40분에서 최대 2시간 정도 소요되었으며, 조사를 시작하기 전 본 연구의 주요 내용과 조사 목적, 녹음 결과의 활용에 대해 설명하고, 조사 내용 및 방법에 동의를 구하였음.

〈표 2-3〉 질적조사 참여자

구분	분야	대상	대상자수	일정
제공자	보건	지역구분별(도농복합, 농어촌, 도서산간) 보건진료소장 : 경기, 강원, 충남, 전북	6명	2014. 12
		보건진료소장: 충남	1명	2015. 02
		보건진료소장: 충북	1명	2015. 02
	복지	복지담당공무원, 사회복지시설 관계자: 강원	2명	2014. 12
		복지담당공무원: 충남 및 충북	3명	2015. 01
		희망복지지원단 통합사례관리사: 충남	2명	2015. 02
		희망복지지원단 통합사례관리사: 충북	2명	2015. 02
		복지담당무원: 전북	2명	2015. 02
이용자	보건 및 복지	복지지도자 협의회장, 지역주민: 강원	2명	2015. 02
		이장, 부녀회장: 충남	2명	2015. 02
		이장: 충북	1명	2015. 02

## 나. 조사내용

### □ ‘보건 및 복지서비스와 관련된 지역사회 환경’ 평가

- 보건과 복지분야에서 공통된 항목으로 이를 평가하기 위하여, 세부적으로는 현재 지역주민의 인구사회학적 특성과 변화, 지역주민의 보건 및 복지 수요에 대해 제공자와 이용자 측면에서 평가하도록 하였음.

### □ ‘보건의료에 대한 접근성 및 만족도’ 평가

- 제공자 입장에서 의료취약지의 현황과 문제점을 다루고, 전반적인 지역의 공공 및 민간 의료에 대한 접근성 개선 정도를 평가하였음. 이와 함께 응급의료에 대한 접근성과 만족도에 대해서도 평가하였음.
  - 여기에는 의료서비스의 적절성, 의료 인력과 장비 및 시설의 질, 필요한 진료과목에 대한 접근성 등도 포함됨.
- 이용자 측면의 평가항목은 의료이용을 하면서 느끼는 지역의 의료서비스에 대한 접근성과 만족도, 농어촌 지역주민의 미충족 의료의 실태와 개선 정도임.

□ ‘보건의료 관련 사업 운영 및 개선방향’ 평가

- 제공자 평가 항목으로 보건진료소의 사업 운영과 관련된 사항이 포함되었음.
  - － 보건진료소는 의료취약지의 농어촌 지역주민과 가장 가까운 곳에서 의료를 제공하는 공공의료의 하부 단위로서, 지역 주민의 실질적 요구를 반영할 수 있도록 개선해 나아가는 것이 의미가 있음.
- 또한 보건의료계획 수립, 전달, 평가체계, 그리고 인력 및 예산의 확보와 분배 등에 제공자 측면에서 평가가 가능한 항목들을 포함하였음.
- 이용자 측면에서의 평가 항목으로는 보건서비스의 전달체계와 의료자원의 배분에 대해 평가하여 농어촌 보건복지 기본계획 운영의 개선점을 도출하고자 하였음.

□ ‘복지서비스에 대한 접근성 및 만족도’

- 제공자 평가의 경우 농어촌 지역의 복지서비스에 대한 접근성의 현황과 개선 정도를 평가하였음.
- 그리고 현재 인구집단 중심의 복지서비스 제공 방식으로 소외될 수 있는 복지 취약지의 문제를 짚어보고자 하였음.
- 이용자 측면의 평가에서는 지역주민이 이용할 수 있는 복지서비스에 대한 접근성과 서비스에 대한 만족도 평가를 포함하였음.

□ ‘복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향’

- 최근 일련의 사건으로 사회적 이슈가 되고 있는 복지사각지대 발굴, 생애주기별 복지서비스 운영 등 복지서비스 전달체계의 문제를 다루었고, 복지계획 수립, 전달, 평가체계 항목을 포함하였음. 특히 복지욕구가 증가함에 따라 복지욕구를 수용하기 어려운 제한된 자원의 효율적 배분의 문제를 다루었음.
- 이용자 측면의 평가에서는 농어촌 지역주민이 가장 필요로 하지만 충족되지 않은 복지 서비스, 국가의 지원이 필요한 취약집단에 대한 지원 등 복지서비스의 전달체계와 자원배분에 대한 평가가 이루어졌음(표 2-4, 표 2-5, 표 2-6).



〈표 2-4〉 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 보건 분야 제공자 평가 항목

평가영역	평가항목
보건의료와 관련된 지역사회 환경	· 지역주민의 인구사회학적 특성 · 지역주민의 의료수요
보건의료에 대한 접근성 및 만족도	· 의료취약지 현황 · 지역의 공공 및 민간 의료에 대한 접근성 · 응급의료에 대한 접근성
보건의료 관련 사업 운영 및 개선방향	· 보건진료소의 사업 운영 · 보건의료계획 수립, 전달, 평가체계 · 의료자원

〈표 2-5〉 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 복지 분야 제공자 평가 항목

평가영역	평가항목
복지서비스와 관련된 지역사회 환경	· 지역주민의 인구사회학적 특성 · 지역주민의 복지수요
복지서비스에 대한 접근성 및 만족도	· 지역의 공공 및 민간 복지서비스에 대한 접근성 · 복지취약지 현황
복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향	· 복지서비스 전달체계 : 복지사각지대 발굴, 생애주기별 복지서비스 제공 · 복지계획 수립, 전달, 평가체계 · 자원배분

〈표 2-6〉 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 보건·복지 분야 이용자 평가 항목

평가영역	평가항목
보건 · 복지서비스와 관련된 지역사회 환경	· 지역주민의 인구사회학적 특성 · 지역주민의 보건 · 복지수요
보건 · 복지서비스에 대한 접근성 및 만족도	· 지역의 의료서비스에 대한 접근성 및 만족도 · 미충족 의료 · 지역의 복지서비스에 대한 접근성 및 만족도
보건 · 복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향	· 보건 및 복지서비스 전달체계 · 자원배분

## 제2절 설문조사를 이용한 기본계획 평가 결과

### 1. 계획의 적절성

□ 계획의 적절성은 계획수립 및 정책수단의 적절성, 목표치의 적합성 등으로 평가를 할 수 있음(김태완 외, 2010).

□ 제2차 기본계획의 비전과 목표<sup>1)</sup>는 제1차 기본계획<sup>2)</sup>과 비교하여 대체로 적절한 편이라고 평가할 수 있음.

○ 응답자의 61.7%는 제2차 기본계획의 비전과 목표 설정이 적절하다고 보았던 반면, 적절하지 못하다고 평가하는 경우는 12.5%로 적었음.

○ 그런데 응답자의 1/4 정도는 모르겠다고 하여 제2차 기본계획에 대한 관심이 적은 것으로 보임(표 2-7).

〈표 2-7〉 제2차 농어촌 보건복지기본계획 비전과 목표의 적절성(제1차 계획과 비교하여)

구분 (N=112)	명	%
매우 적절함	6	5.4
적절함	63	56.3
적절하지 못함	12	10.7
전혀 적절하지 못함	2	1.8
잘 모르겠음	29	25.9

□ 제2차 기본계획의 비전과 목표는 다양한 분야를 담고 있어서 실현이 용이하지 못한 측면이 있었음.

○ 약 10% 정도의 응답자가 제2차 기본계획의 비전과 목표가 적절하지 못하다고 응답하였는데, 적절하지 못한 이유로 계획이 너무 다양한 분야를 담고 있어서 실현이 용이하지 않았다는 의견이 가장 많았음.

- 
- 1) 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 비전 : 더불어 행복한 농어촌, 건강하고 활력 있는 농어촌  
제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 목표 : 농어촌 주민의 기본생활 보장 및 사회통합 강화, 농어촌 주민의 질병 예방 및 건강증진
- 2) 제1차 농어촌 보건복지 기본계획의 비전 : 건강하게 더불어 사는 농어촌, 탈농재촌이 가능한 농어촌  
제1차 농어촌 보건복지 기본계획의 목표 : 도농간 보건복지격차 해소, 농어촌성장과 분배의 선순환

○ 하지만 기본계획의 특성상 소외되는 지역 혹은 대상이 없도록 포괄적인 비전과 목표를 설정할 필요성도 있음.

□ 농어촌 지역의 현실과악이 부족한 채 지나치게 이상적인 비전과 목표가 설정되었다는 의견도 있었는데, 농어촌 지역의 현 상태를 파악하고 실현 가능한 계획을 수립해야 함(표 2-8).

〈표 2-8〉 제2차 계획에서 설정된 비전과 목표의 문제점

구분 (N=12)	명	%
농어촌에 대한 현실과악이 부족한 채 너무 이상적인 비전과 목표가 설정되었다	7	33.3
다양한 분야를 담고 있어 실현이 용이하지 않았다	13	50.0
비전과 목표가 추상적으로 설정되어 구체적이지 못하다	3	16.7

□ 제3차 기본계획 수립 시 중점추진과제

○ 제3차 기본계획 수립을 위한 과제 개발시 중점추진과제로는 의료취약지에 대한 의료서비스 접근성 제고, 일자리 지원을 위한 사회적 기업 및 사회적 일자리 지원, 복지서비스전달체계 개선을 꼽은 경우가 많음.

－ ‘노인 복지 서비스의 강화’는 제2차 기본계획 세부과제 중 주민 체감만족도에서 가장 높게 평가되었는데, 제3차 기본계획 수립을 위한 중점과제로 약 11.3%(4번째로 높은 수준)의 선택을 받아서 제3차 기본계획 수립시에도 중요하게 고려해야 할 영역으로 볼 수 있음.

－ 반면, ‘다문화가족지원’은 주민 체감만족도가 두 번째로 높았지만 제3차 기본계획 수립을 위한 중점추진과제로는 약 6.1%(12개 과제 중 8번째)만이 선택하였음.

－ 소수 의견으로 지역별 복지서비스 접근성의 형평성 제고, 보건복지서비스 연계도 중점추진과제로 고려해야 할 필요성이 있고, 이어서 소득보장 강화를 위한 지원방안 마련, 정신건강증진 서비스 강화, 여성·아동의 복지서비스 강화가 중점적으로 추진되어야 할 과제로 제안되었음(표 2-9).

〈표 2-9〉 제3차 기본계획 수립을 위한 중점 추진 과제

구분(2개 중복선택)	명	%
소득보장 강화를 위한 지원방안: 국민연금, 건강보험료 지원	17	8.0
일자리 지원을 위한 사회적 기업 및 사회적 일자리 지원	29	13.6
노인의 복지서비스 강화	24	11.3
여성, 아동의 복지서비스 강화	10	4.7
결혼이민자 등 다문화가족을 위한 지원대책	13	6.1
장애인 복지시설 확충	4	1.9
의료취약지에 대한 의료서비스 접근성 제고	30	14.1
신체건강증진 서비스 강화(금연 등)	3	1.5
정신건강증진 서비스 강화	11	5.2
지역별 복지서비스 접근성의 형평성 제고	24	11.3
보건복지서비스 연계	22	10.3
복지서비스전달체계 개선	27	12.7
계	214	100

## 2. 집행의 효율성

□ 집행의 효율성은 집행 담당자의 계획 인지도, 관련 기관정책과의 연계 및 협조 체계 구축·운영 여부, 자원의 효율적 집행 여부 등으로 판단할 수 있음(김태완 외, 2010).

□ 제2차 기본계획 내의 세부사업들을 실제 집행하는 담당 공무원들의 제2차 기본계획에 대한 인지도는 낮은 편이고, 인지도 개선을 위한 정책 홍보 등의 노력이 필요함.

○ 제2차 기본계획의 인지도를 묻는 설문조사에서 담당 공무원의 19.6% 만이 계획을 잘 알고 있다고 응답하였고, 들어본 적 있다고 응답한 경우는 42%, 잘 모른다고 응답한 경우도 38.4%에 이르러 중앙의 계획이 지방에 충분히 전달되지 않는 것으로 나타남.

○ 농림축산식품부의 농어업인 삶의 질 향상 계획의 인지도는 보건복지부의 농어촌 보건복지기본계획에 비해 인지도가 더욱 떨어지는 것으로 나타남.

- 삶의 질 향상 계획에 대해서는 5.5% 만이 잘 알고 있었고, 56.4%는 잘 모르고 있었음(표 2-10).

〈표 2-10〉 농어촌 보건복지 기본계획과 농어업인 삶의 질 향상 계획의 인지도

구분		명	%
농어촌 보건복지 기본계획 (N=112)	잘 알고 있다	22	19.6
	들어본 적 있다	47	42.0
	잘 모르겠다	43	38.4
농림어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역개발 5개년 계획 (N=110)	잘 알고 있다	6	5.5
	들어본 적 있다	42	38.2
	잘 모르겠다	62	56.4

□ 지역에서 실제로 사업을 집행하는 담당 공무원들은 세부사업에 대해서는 알고, 세부사업 시행의 근거가 되는 기본계획에 대한 인지도는 낮을 수 있다는 점을 고려할 수 있지만, 기본계획 수립 시의 목표를 달성하기 위해서는 계획의 집행을 직접 담당하고 있는 공무원들의 능동적인 참여가 필수적이라는 점을 감안하면 제3차 기본계획 수립 시에는 담당 공무원들의 인지도 개선을 위한 방안을 모색해야 할 것으로 보임.

□ 설문을 통해 두 계획의 연계와 조정에 대한 담당 공무원들의 의견을 확인하였는데, 압도적으로 높은 비율(82%)로 두 계획이 연계조정이 필요하다는 의견이 나타났음.

○ 47.8%의 응답자는 2개 부처가 연계하여 하나의 계획을 수립해야 한다고 응답하였고, 34.2%의 응답자는 현재와 같이 별도로 수립하지만, 각 부처의 업무와 특성을 고려하여 계획을 조정해야 한다고 응답하였음(표 2-11).

〈표 2-11〉 농어촌 보건복지 기본계획과 농어업인 삶의 질 향상 계획에 대한 의견

구분	명 (N=111)	%
농어촌을 대상으로 하는 계획이므로 2개 부처가 연계하여 하나의 계획을 수립해야 한다	53	47.8
현재와 같이 2개 부처가 별도로 계획을 수립하여야 한다	9	8.1
현재와 같이 2개 부처가 별도로 계획을 수립하되, 각 부처의 업무와 특성을 고려하여 계획을 조정해야 한다	38	34.2
기타	2	1.8
잘 모르겠다	9	8.1

#### □ 농어촌 보건복지 기본계획 추진을 위한 지자체 기반 강화

- 지역 내의 거버넌스를 강화하여 지역 맞춤형 사업을 개발할 수 있도록 해야함
  - 이를 위해 공무원의 역량강화와 주민의 자발적인 참여를 이끌어 낼 수 있는 방안을 마련해야 함.
- 지자체에서 농어촌 보건복지 기본계획을 원활히 추진하기 위한 충분한 지원이 필요함.
  - 활용가능한 보건 및 복지 자원의 부족과 사업 추진을 위한 자체예산 확보, 중앙정부의 예산 지원시 매칭 재원 마련의 어려움 등 자원 부족에 대한 내용이 높은 비율로 선택되었음(표 2-12).

〈표 2-12〉 농어촌 보건복지 기본계획 추진을 위한 지자체의 기반 강화가 필요한 영역

구분(2개 중복선택)	명	%
지역실정에 맞는 계획 수립을 위한 공무원 역량 강화	21	9.7
지역 맞춤형 사업 개발을 위한 지역 내 거버넌스 강화	45	20.7
사업 추진을 위한 자체 예산 확보	38	17.5
중앙정부의 예산 지원시 매칭 재원 마련의 어려움	29	13.4
활용 가능한 보건 및 복지 자원의 부족	44	20.2
기술자문을 구할 수 있는 전문가의 부족	14	6.5
주민의 자발적인 참여도 저조	25	11.5
추진계획에 대한 평가와 인센티브 부족	2	1.0
계	218	100

#### □ 보건과 복지 서비스의 연계

- 현재 정부에서 추진 중인 보건과 복지 서비스의 연계는 그 방향성이 바람직한 것으로 평가할 수 있으며, 연계방식을 보완하여 지속적으로 추진해야 한다는 의견이 주를 이룸.
  - 보건과 복지 서비스의 연계에 대해서는 대부분 찬성 의견을 보이고 있으며, 광역시도 근무 공무원에 비해서 시군 공무원의 찬성 비율이 다소 높게 나타났다(표 2-13).

〈표 2-13〉 보건과 복지의 연계에 대한 찬성의견

구분		명	%
직무	행정직 (N=22)	16	72.7
	사회복지직 (N=65)	54	83.1
	보건직 (N=12)	10	83.3
	기타 (N=7)	7	100
지역구분	광역시도 (N=21)	16	76.2
	시군 (N=79)	67	84.8

○ 연계의 방식은 조직의 통합 보다는 현재의 조직은 유지한 채 기능적으로 연계하는 방식을 채택하고, 필요한 경우 TF 조직을 통해서 연계할 수 있도록 하는 방안을 고려할 수 있음.

－ 응답자의 63.7%가 기존의 조직은 그대로 두고 기능적으로만 연계할 수 있는 방안을 찾는 방식을 선택하였고, 기존의 조직은 그대로 두고 새로운 형태의 TF 조직을 만드는 방식은 19.8%가 동의하였고, 마지막으로 보건과 복지 부문의 조직을 통합하는 방식에 대해서는 16.5%가 선택하였음(표 2-14).

〈표 2-14〉 보건과 복지의 연계 방식에 대한 의견

구분 (N=91)	명	%
보건과 복지 부문의 조직을 통합하여야 한다	15	16.5
기존의 조직은 그대로 두고 새로운 형태의 TF 조직을 만든다	18	19.8
기존의 조직은 그대로 두고 기능적으로만 연계할 수 있는 방안을 찾는다	58	63.7

#### □ 중앙과 지방정부의 역할분담 방식

○ 농어촌 보건복지 기본계획의 수립, 추진에 대한 패러다임이 변화되어야 할 필요성이 제기되고 있지만, 역할분담의 방식에 대해서는 추가적인 논의를 통해 개선해 나갈 필요성이 있음.

－ 지역의 담당 공무원들의 의견은 중앙정부에서는 비전과 목표, 핵심과제만을 설정하고, 5년간 추진해야 할 기본계획과 연차별 추진계획은 광역시도별로 수립하는 역할 분담 방식으로의 패러다임 변화에 대해 절반정도의 찬성(50.9%)을 나타내었음(표 2-15).

〈표 2-15〉 중앙정부와 지방정부의 역할분담에 대한 의견

구분	전체(N=104)	
	명	%
중앙정부와 지방정부의 역할 분담이 필요하다	53	50.9
현재와 같이 중앙에서 기본계획을 수립하고 지방에서는 연차별 추진계획 위주로 수립하는 것이 바람직하다	51	49.1

## □ 보건과 복지서비스 제공의 접근 방식의 개선

○ 현재 보건서비스는 보건진료소를 중심으로 하는 지역 중심으로 제공이 되고 있으며, 복지서비스는 노인, 다문화가구, 장애인 등 인구집단을 중심으로 제공이 되고 있음.

- 보건과 복지서비스 제공의 접근 방식에 대한 의견을 묻는 질문에서는 보건 분야의 경우 현재대로 지역중심으로 접근해야 한다는 의견(57.7%)이 취약 인구집단 중심으로 변경하여 접근해야 한다는 의견(42.3%)에 비해 다소 우세하였으나 보건직 공무원들의 의견은 취약인구집단 중심으로 변경하여 접근해야 한다는 의견(58.3%)이 오히려 더 많았음.

○ 복지서비스에 대해서도 보건서비스와 같이 마을단위의 지역별 서비스 제공방식이 필요한 것으로 나타남.

- 취약 인구집단 별로 접근을 하면 중복 수혜 등 복지서비스 제공에서 비효율이 발생할 가능성이 존재함.
- 복지분야의 경우, 현재대로 인구집단 중심으로 접근해야 한다는 의견(36.7%)보다 취약지역을 중심으로 접근해야 한다는 의견(56.8%)이 우세하게 나타났고, 복지직 공무원들만의 의견도 이와 유사하게 나타났음(표 2-16).

〈표 2-16〉 보건 및 복지서비스 제공의 기본 대상

구분		해당직무 <sup>1)</sup>		전체	
		명	%	명	%
보건분야	현재대로 지역중심으로 접근	5	41.7	64	57.7
	취약인구집단 중심으로 변경하여 접근	7	58.3	47	42.3
복지분야	현재대로 인구집단 중심으로 접근	27	41.5	40	36.7
	취약지역을 중심으로 접근	38	58.5	69	63.3

주1)보건분야 : 보건직, 복지분야 : 복지직



### 3. 성과 달성도

□ 계획의 성과 달성도는 사업목적 및 목표의 달성 수준, 국민 및 이해당사자의 만족도, 자체평가 내용 및 방식의 적정성 등으로 평가할 수 있음(김태완 외, 2010).

□ 제2차 농어촌 보건복지 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여했다고 평가하는 경우가 많았음.

○ 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여한 정도를 묻는 질문에 대해 62.2%의 응답자가 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여했다고 응답하였고, 37.8%는 기여하지 못했다고 응답하였음(표 2-17).

〈표 2-17〉 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여한 정도

구분 (N=111)	명	%
매우 기여함	3	2.7
기여함	66	59.5
기여하지 못함	37	33.3
전혀 기여하지 못함	5	4.5

○ 응답자 직무에 따라서 기여도에 대한 의견이 달랐는데, 사회복지직의 경우 행정직과 보건직에 비해서 기본계획이 보건복지 개선에 기여하지 못했다고 응답한 비율이 높게 나타났음(표 2-18).

〈표 2-18〉 직무에 따른 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여한 정도에 대한 의견

구분 (N=108)	기여함 (N=68)		기여하지 못함 (N=40)	
	명	%	명	%
행정직	18	26.5	6	15.0
사회복지직	33	48.5	33	82.5
보건직	11	16.2	1	8.3
기타	6	8.8	0	0

□ 부문별로는 농어촌 보건의료 기반개선이 가장 두드러진 개선사항으로 볼 수 있음.

○ 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 기여했다고 응답한 사람들 중 기여한 부분을 묻는 질문에 대해 전체 응답자 중 59.5%가 농어촌 지역의 보건의료 기반 향상을 선택하였고, 37.8%는 사회보험료 지원을 통한 농어민의 재정부담 경감을 선택하였으며, 농어촌 지역의 사회복지시설 확충과 농어촌 보건복지 예산 및 인력 자원의 증대를 36.5% 응답자가 선택하였음(표 2-19).

〈표 2-19〉 제2차 기본계획의 기여부문

구분 (2개 중복선택)	명	%
사회보험료 지원을 통해 농어촌 및 농어민에 대한 부담이 많이 경감되었다	28	37.8
농어촌 지역의 사회복지 시설이 확충되었다	27	36.5
농어촌 지역의 보건의료 기반이 향상되었다	44	59.5
농어촌 지역의 보건복지 예산 및 인력지원이 늘었다	27	36.5
기타	5	6.8

○ 제1차 계획에 대한 평가에서는 제1차 기본계획이 ‘사회복지시설의 확충’에 가장 큰 기여를 한 것으로 나타난 것에 비해, 제2차 계획에서는 ‘농어촌 지역 보건의료 기반의 개선’에 가장 큰 기여를 한 것으로 나타났음(김태완 외, 2010).

○ 보건복지 예산 및 인력지원이 많이 늘었다는 응답은 제1차 기본계획에 대한 평가에서는 낮은 수치를 나타냈지만, 제2차 계획에 대한 평가에서는 높은 평가를 얻었음(김태완 외, 2010).

□ 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 도움이 되지 않았던 것은 정부의 농어촌 보건복지에 대한 관심부족, 계획 집행을 위한 불충분한 지원을 가장 큰 원인으로 평가할 수 있음.

○ 개선에 도움이 되지 않은 이유를 묻는 질문에 대해 계획 집행을 위한 인력보완 등의 개선(25%)과 중앙 및 지방정부차원에서의 농어촌 보건복지에 대한 관심 부족(19.4%) 등 중앙 정부의 불충분한 관심과 지원이 높은 비율로 선택되었음(표 2-20).

〈표 2-20〉 농어촌 보건복지 개선에 도움이 되지 않은 이유

구분(N=36)	명	%
농어촌 보건복지 사업에 대한 예산 집행이 효율적이지 않았다	2	5.6
계획 집행을 위한 인력보완 등의 개선이 수반되지 않았다	9	25.0
농어촌 지역 주민의 욕구와 실태파악이 부족하였다	5	13.9
농어촌 환경변화(노인 및 다문화가족 증가 등)에 대응하는 계획수립이 부족하였다	8	22.2
중앙 및 지방정부차원에서의 농어촌 보건복지에 대한 관심이 상대적으로 부족하였다	7	19.4
계획을 집행하는 부문간(보건, 복지 등) 적극적인 협조와 노력이 부족하였다	3	8.3
5년 내에 달성하기 어려운 장기계획들로 구성되었다	0	0.0
기타	2	5.6

□ 이외에도 농어촌 환경변화(노인 및 다문화가족 증가 등)에 대응하는 계획수립이 부족하였다는 의견(22.2%)이 많은 비율을 차지하였고, 따라서 농어촌의 현실과 환경변화를 충분히 고려한 계획 수립이 필요함.

○ 제1차 계획에 대한 평가에서도 집행의 효율성에 대한 지적이 가장 많이 있었음 (김태완 외, 2010).

□ 세부과제별 주민들의 체감만족도를 묻는 질문에 대해 전체적으로 약 51.3%의 응답자가 만족한다고 응답하였고, 42.2%의 응답자는 변화 없음으로, 6.6%는 불만족한다고 응답하였음.

□ 기초생활보장강화, 연령·세대 사회통합, 보건의료기반 개선 및 건강증진의 대부분 류에 따라서 평균적인 체감만족도에서 차이가 있는데, 만족한다는 의견은 절반수준에 머물렀고 나머지 절반은 변화를 느끼지 못하거나 불만족하였음.

○ 기초생활보장강화 영역 세부과제의 체감만족도는 평균 54.8%의 만족한다는 의견, 42.0%의 변화없다는 의견, 3.4%의 불만족한다는 의견이 있었음.

○ 연령·세대 사회통합 영역 세부과제의 체감만족도는 평균 55.6%의 만족한다는 의견, 38.2%의 변화없다는 의견, 6.2%의 불만족한다는 의견이 있었음.

○ 보건의료기반 개선 및 건강증진 영역 세부과제의 체감만족도는 평균 46.6%의 만

족한다는 의견, 45.6%의 변화없다는 의견, 7.8%의 불만족한다는 의견이 있었음.

○ 노인복지서비스의 강화(76.9%), 다문화 가족 지원(72.4%)에서 주민 체감 만족도가 높은 것으로 평가되었고, 공공보건의료 강화 및 민간병원 지원 육성(38.8%), 응급의료기관 육성 및 지원(33.7%), 한의약공공보건사업 및 한의약 보건 사업 활성화(33.7%)는 주민 체감 만족도가 가장 낮은 것으로 평가되었음(표 2-21).

〈표 2-21〉 제2차 기본계획의 세부과제의 주민 체감만족도

구분		만족		변화없음		불만족	
		명	%	명	%	명	%
기초생활 보장강화	기초생활보장 및 자활지원 (N=105)	59	56.2	41	39.1	5	4.8
	사회보험지원 (N=105)	56	53.3	47	44.8	2	1.9
연령·세대 사회통합	노인 복지서비스 강화 (N=104)	80	76.9	22	21.2	2	1.9
	보육기반 확충 (N=105)	53	50.5	44	41.9	8	7.6
	아동·청소년 지원 강화 (N=105)	44	41.9	49	46.7	12	11.4
	장애인 복지 증진 (N=105)	49	46.7	49	46.7	7	6.7
	다문화가족 지원 (N=105)	76	72.4	27	25.7	2	1.9
	민간의 복지서비스 전달기능 활성화 (N=104)	47	45.2	49	47.1	8	7.7
보건의료 기반 개선 및 건강증진	공공보건의료 강화 및 민간병원 지원 육성 (N=103)	40	38.8	52	50.5	11	10.7
	응급의료기관 육성 및 지원 (N=104)	35	33.7	54	51.9	15	14.4
	구강건강서비스 강화 (N=105)	55	52.4	43	41.0	7	6.7
	암관리 강화 (N=102)	59	57.8	41	40.2	2	2.0
	정신보건 강화 (N=105)	51	48.6	48	45.7	6	5.7
	한의약공공보건사업 및 한의약보건 사업 활성화 (N=104)	35	33.7	57	54.8	12	11.5
	취약계층 영양지원 확대 (N=105)	64	61.0	37	35.2	4	3.8
평균		54	51.3	44	42.2	7	6.6

### 제3절 질적조사를 이용한 기본계획 평가 결과

#### 1. 보건분야

##### 가. 보건의료와 관련된 지역사회 환경

□ ‘보건의료와 관련된 지역사회 환경’에서 파악할 수 있었던 것은 인구가 감소하고, 고령화되어 있으며, 독거노인의 비율이 증가하는 등 농촌 인구구조의 특성이 계속적으로 심화되고 있다는 점이며, 이에 따라 의료에 대한 요구가 변화하여 기존의 보건 사업 내용과 제공 방식 등이 조정되거나 조정되어야 할 필요가 있었다는 점임.

□ 중심에서 얼마나 멀리 떨어져 있는가에 따라 차이가 있기는 하지만, 전반적으로 보건 진료소의 환자가 많이 감소하였는데, 이러한 현상은 노인 인구의 사망 및 요양시설로의 이동, 젊은 인구 유입 감소 등 전체적인 인구의 감소가 주요 원인으로 작용함.

□ 영유아의 수도 희박하여 보건진료소에서 해왔던 예방접종에 대한 수요가 거의 없고, 농어촌의 젊은 인구는 주로 결혼이민자로 구성되는데, 이들도 경제활동이 가능한 지역으로 유출되고 있었음.

“10년 전에 근무했던 보건진료소를 10년 후에 다시 근무하게 되었습니다. 갔는데 환자가 많이 줄었어요. 그래서 병원이 면 단위에 생겨서 그런가 하고 보니까 돌아가셔가지고 사람이 없어요. 그리고 새로운 젊은 층 인구가 안 들어오는 거예요. 그래서 제가 생각한 게 야 정말 농촌 큰 일 났다. 10년 뒤에는 정말 누가 남아있을 것인가. 굉장히 심각하게 생각을 처음으로 해봤어요. 그리고 젊은 사람이 있어야 다문화 가정인 있는 거지 아이들을 볼 수가 없습니다. 그래서 어린이 약을 시키잖아요. 해열제 이런 거 그냥 남아서 폐기해야 될 것이 너무 많은 거예요. 아예 시키지를 않습니다.”

“제가 근무하는 보건진료소는 일반농촌형 지역에 해당되는데, 제가 80년대 왔을 때는 영유아 예방접종을 다 했는데, 근 5년 동안에 태어난 아이가 없어요. 그리고

제가 이 지역에 처음 왔을 때 초등학교 아이들이 150명이었는데 지금 18명이에요. 그리고 초등학교에 아이 1명 입학했는데 축하 현수막이 붙었습니다.”

□ 지역 인구의 30~50%가 노인으로 복합, 만성질환의 문제가 일반적이며, 농업에 종사하는 경우가 많아 근골격계 질환의 문제를 안고 있었음. 또한 노인의 우울증 관리와 특정 집단이 아닌 전체 지역주민을 대상으로 하는 비만관리가 필요함.

□ 또한 재가에서 적절한 관리를 받지 못한 채 남아있는 말기암환자도 상당히 많은 것으로 나타났음.

□ 보건진료소의 의료 및 보건사업에 거동이 불편한 노인들이 참여하기 어려워 가정 방문이나 이동서비스가 필요한 상황이며, 특히 독거노인의 경우 겨울에 움직임이 없고 집 안에서 대부분의 시간을 혼자 보내고 있어 이들의 건강문제를 파악하고 해결하는 것이 하나의 과제였음.

“ (독거 할머니를) 유심히 보면 그 분이 안 하던 행동을 하시고 같은 말을 반복 하시거든요. 가족들이 오면 (지역주민인) 제가 업마 모시고 가서 일단 좀 검사를 받아보라 하는데, 자기네들 보기에는 괜찮으니까 차일피일...안 믿고 방치를 하다보면 어느 틈엔가 진행이 되고...제가 병원에 모시고 가서 진단을 받아서 약을 드시게 하고 싶어도 저한테 권한이 없잖아요. 그러니까 그게 제일 많이 안타깝죠. 지역에 평안하신가 아닌가를 한 바퀴 돌면서 확인하는 분들(노인돌보미) 이 계시는데 그건 충분하지 않아요. 1시간이라도 그 분이 행동하는 것, 말씀하시는 것을 보고, 주변 사람들 의견도 들어야...”

□ 농촌 지역의 특성상 농업에 종사하는 지역주민들은 농번기에는 필요한 의료서비스 뿐만 아니라 건강증진 프로그램 등의 보건사업에 대한 요구가 낮았으나 관련 예산의 집행이 농번기에 집중적으로 이루어져야 하는 구조 때문에 수요와 공급의 시기가 일치하지 않음.

“올해 ○○사업을 농번기에 하는데 정말 힘들었어요. 너무 화가 나더라고. 주민들이 농번기 때 자기들 오지도 못하는데... (중략) ...이장님이 걱정되니까 오셔서 방송을 이렇게 하는 거야. (보건진료)소장님 혼자 와 계시니까 소장님 얼굴 봐서 빨리 나오시라고...그러니까 한 6, 7명이 나왔어요. 정말 일해야 되는데 소장님 얼굴보고 나왔다고 강제로 한 거예요. 그러니까 이런 게 필요가 없다. 효율성도 떨어지고...내년에는 농한기 때만 하는 걸로...”

#### 나. 보건의료에 대한 접근성 및 만족도

□ ‘보건의료에 대한 접근성 및 만족도’에 대한 평가는 크게 세 가지로 요약되는데, 첫째는 지역주민의 민간의료 이용에 대한 욕구가 높으나, 거리적 접근성과 질 높은 의료서비스에 대한 접근성이 낮았으며, 둘째는 의료 접근성을 보장하기 위해 제공되는 취약 지역의 공공의료서비스는 주민의 욕구를 해소하기에 어려움이 있었고, 마지막으로 응급의료에 대한 접근성은 과거에 비해 향상되기는 하였으나 여전히 기능이 원활하지 않고 향후 개선가능성에 대한 기대가 낮았음.

□ 지역주민이 일상적인 의료문제에 대해 가장 많이 이용하는 의료기관은 민간 의원 이었고, 읍면에는 필요한 진료과목의 민간의료기관이 어느 정도 확보되어 있으나, 읍면에서 멀리 떨어진 마을에서 그곳까지 이동은 쉽지 않았음.

○ 대중교통이 원활하지 않기도 하고, 이동이 불편한 노인들은 대중교통을 이용하는 것 자체에 무리가 있음.

○ 시간적 접근성의 문제는 농번기에 더욱 크게 나타나는데, 농촌의 인력부족, 인건비에 대한 부담 때문에 농사에 전념하여 먼 거리에 있는 의료기관을 방문하지 못하는 경우가 많음.

“저희 지역 읍에는 병원이 열 몇 개가 들어와 있어요. 근데 중요한 게 뭐냐면 노인들이 가기가 힘들다는 거죠. 왜냐면 차도 별로 안 다니고 거동이 불편해서 갈 수가 없는 거예요. 버스를 일단 올라타기가 힘든 거죠.”

□ 이러한 상황에서 보건진료소는 지역주민과 지리적으로 가깝고 자택으로 방문하기 때문에 경미한 의료 문제에 대하여 응급처치를 담당하고 있음. 그러나 보건소, 보건진료소에서 수행하는 사업도 접근성이 높은 지역주민 중심으로 이루어지고, 관할 지역 주민 모두가 혜택을 받지 못하고 있음.

“아무리 병원이 20개 있어도 다니시기가 너무 힘들니까 그게 문제지요. 그런데 보건진료소는 인접해 있고, 또 너무나 힘들시면 저희가 가기도 하고 그래서 좀 진료소를 이용하게 되는 거예요.”

“보건소도 가지만 대부분 일반 병원(의원)을 많이 가죠. 보건소 접근이 힘들게 교통... 시골은 버스가 시간대별로 (드물게) 있잖아요. 갔다가 오려고 해도 힘들니까 아예 읍내 병원으로 가지요. 읍내 가면 병원 진료 보고 다른 일도 보고 올 수 있으니까”

□ 거리적 접근성에 대한 문제와 더불어 질 높은 의료기관에 대한 접근성이 낮다는 문제가 있었음. 특히 농어촌 지역의 의원은 낮은 수익성으로 인해 어려움을 겪고 있는 상황이며, 이로 인해 일부 의원에서는 왜곡된 의료 제공 행태가 나타나기도 하였음.

○ 예를 들어 전문 과목을 넘어서는 의료 행위가 이루어지기도 하고, 의료시설이 비위생적인 경우도 있으며, 환자에게 개별 연락이나 이동서비스를 제공함으로써 환자를 유인하기도 함.

○ 그럼에도 불구하고 이용자는 충분한 의료기관이 없는 현실 속에서 질이 담보되지 않은 의료기관이라 하더라도 전반적인 건강 문제 해결수단으로 의존할 수밖에 없음.

□ 의료취약지에 대한 공공의료서비스의 실효성에 대한 문제가 지적되었음.

○ 찾아 가는 의료서비스의 경우 국민건강보험법에 따라 간단한 건강 체크, 교육 등을 할 수 있을 뿐이고 약 처방이 이루어지지 않는 등 제공되는 의료서비스의 범위가 제한되어 있음.



- 게다가 모든 마을에 방문할 만큼 차량이 충분하지 않고, 방문횟수가 적어 이용자의 입장에서는 필요한 때에 필요한 의료를 제공받기에 한계가 있어 의료접근성에 기여하는 측면이 적었음.
- 또한 공공의료에 대한 지역주민의 인식도 낮았는데, 지방의료원은 의료의 질이 낮고, 취약집단이 이용하는 곳으로 인식하고 있어 민간의료기관을 선호하는 경향이 있었음.
- 실제 지방의료원은 적자가 심각하고, 서비스의 질이 낮으며 의료 인력의 확보가 용이하지 않음.
  - 전국 38개의 지방의료원과 적십자 병원을 이용하여 농어촌의 낮은 의료접근성을 개선하기 위한 방안의 하나로 지역거점병원을 운영하고 있음.
  - 지자체의 입장에서는 공공의료기관의 운영이 투자의 우선순위에서 높지 않은 경우가 있음.
  - 게다가 고급인력을 확보하거나 지방의료원에서 고급인력으로 성장한 경우 결국 개원을 하거나 민간병원으로 빠져나가기도 하는데, 그럴 경우 의사를 따라 환자도 함께 빠져나가 의료원 운영에 심각한 문제로 이어질 가능성이 있었음.
  - 최근 들어서는 우수한 의료인력을 안정적으로 확보하기 위하여 대학병원과 MOU를 체결하여 지방의료원에 의사인력을 파견할 경우 인건비를 지원함으로써 의료인력난을 일정부분 해소하려는 노력이 있음.
- 의료 인력에 대해 조금 더 언급하면, 공보의 공급이 주민의 기대에 미치지 못하였다는 점임.
  - 공보의가 배치되는 보건지소의 경우 한명의 인력이 두 지역을 담당하거나 요일별로 업무를 보기도 함.
  - 또한 공보의가 농어촌 지역의 보건의료 기반 개선을 위해 적극적으로 참여할 수 있도록 하는 유인이나 동기가 필요함.

□ 마지막으로 응급의료에 대한 접근성에 대한 평가에서, 과거에 비해 구급차가 도착하여 가까운 응급의료센터로 가기까지 소요되는 시간이 상당히 단축된 것으로 보임.

○ 이와 같이 개선된 것은 의료기관이 증가하기 보다는 119서비스와 교통이 좋아진 영향이 주요함.

□ 그러나 도시화가 진행된 농어촌에서도 여전히 응급의료를 이용하는 데 소요되는 시간이 짧지 않으며, 인근 응급의료센터에서 해결하지 못하는 의료문제가 많아 다른 의료기관으로 이동하게 되는 등 골든타임을 놓치는 일이 많았음.

○ 농어촌 지역의 인구가 감소하고 있는 상황에서 응급의료기관이 증설되기에는 어려움이 있어 제공자와 이용자 모두 향후 응급의료 접근성에 대해 낙관적이지 않았음.

“저희 지역(도농복합)은 굉장히 많은 의료기관이 있음에도 불구하고 응급의료기관이 없어요. 한 개가 응급의료기관으로 지정 됐었는데 사업성이 맞지를 않았으니까...얼마 전 가족 중에서 응급환자가 발생이 됐어요. 그 곳이 제일 가까웠어요. 119를 타고 거의 도착을 해서 전화를 했는데 의사가 없대요. 결국은 다른 데로 가다가 돌아가셨거든요. 나중에 보니 며칠 전에 그게 (응급의료기관 지정이) 취소가 된 거예요. 법적으로 따질 것이 없더라고요. 그러더니 한 달 뒤에 그게 폐업이 되었고...도시화가 되었다고 하는 곳에서도 이런 체계...응급의료의 기능을 못하는 거죠. 도착하기 전에 사망하시는 거예요.”

“시골에 별장 잘 지어놓고 노인네 모셔다 놓고 갑니다. 그러면 유배지에요...(중략)...택시 불러서 병원도 갈 수 있고 뭐 먹고 싶으면 전화만 하면 되는 곳에서 살아야 돼요.”

“시골에 살면서 (응급의료) 대책은 하나밖에 없다고 생각해. 젊은 사람이 시골로 가고 늙은 사람이 도시로 가고.”

## 다. 보건의료 관련 사업 운영 및 개선방향

□ ‘보건의료 관련 사업 운영 및 개선방향’ 평가의 주요 결과는 첫째, 농어촌의 보건 사업은 노인을 중심으로 이루어지는 것이 적절하고, 둘째, 계획 수립시 지역별로 다른 특성이 반영되어야 하며, 셋째, 계획의 수립과 공유를 위해 중앙과 지방이 연계 협력하고 소통해야 하며, 넷째, 보건과 복지 사업이 효율성 향상을 위해 사업을 공유해야 하며, 마지막으로 의료 접근성 향상을 위하여 자원을 효율적으로 운영해야 함.

□ 생애주기별 사업의 필요성은 공감하고 있지만, 농어촌의 인구구조를 보았을 때 사업의 주요 대상은 수요가 가장 많은 노인을 중심으로 강화해야 할 필요가 있음.

○ 농어촌에서는 노인 다음으로 아동, 영유아의 순서로 사업이 활성화되고 있으며, 청·장년 등은 대상이 충분하지 않아 사업이 거의 운영되지 않고 있음.

“저희 지역(도농복합)도 어린아이들이 적기는 해요. 생산연령층은 상당히 많아요. 그런데 생애주기별 사업을 못해요. 거의 노년을 위주로 할 수밖에 없는 것이 생산연령층은 집에 계신 분이 하나도 없는 거예요. 그러니까 우리가 하려면 근무시간 외에 주말을 이용해서 해야 되는데...”

□ 농어촌 지역이라고 하더라도 보건진료소의 사업을 획일적으로 시행하기 보다는 지역의 특성을 반영하여 자유롭게 운영할 수 있는 여건이 마련되어야 함.

○ 보건진료소 운영에서 어려움을 겪고 있는 점은 인구수가 적어 사업 참여자수를 확보하기가 어렵고, 실적평가를 고려한 사업들도 수행해야 하는 상황에서 관할 지역의 특성에 맞는 독립 사업에 집중할 수 있는 여건이 마련되지 않음.

○ 주요 사업 대상자가 노인이어서 거동이 불편하거나 교통이 원활하지 않아 보건진료소 보다는 마을로 이동해서 사업을 시행해야 함.

○ 농어촌이라고 하더라도 취약 정도가 다른데, 도시화가 진행되는 지역은 의료기관의 수가 증가함에 따라 지역주민의 의료에 대한 기대가 높아지고 있음.

- 지역의 상황에 따라 보건진료소의 역할이 달라져야 하는데, 도농복합은 건강증진과 같이 진료 외의 기능을, 일반농어촌은 1차 의료와 진료 외 기능의 중간 형태, 도서산간지역은 1차 의료를 강화하고 응급의료를 지원해야 함.
- 이에 따라 농어촌에 공통적으로 실시하는 사업보다는 지역의 요구에 맞는 특성화된 사업을 시행하는 것이 효과가 높으므로, 사업 내용에 대한 자율성이 부여되어야 함.

□ 중앙의 계획에 지역의 특성이 반영될 수 있도록 해야 하며, 수립된 계획에 따라 지방의 사업이 운영될 수 있도록 중앙과 지방이 연계 협력하고 소통해야 함.

○ 중앙의 목표와 방향이 현장에까지 공유되지 않는다는 문제가 제기됨.

- 보건복지부에서는 ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에 기반 한 농어촌 보건복지 기본계획, 농림축산식품부에서는 삶의 질 특별법에 기반 한 삶의 질 기본계획을 수립하여 시행하고 있으나, 현장에서는 이러한 법과 계획에 근거하여 사업을 시행하고 있다는 것을 인식하지 못하였음.
- 통합건강증진사업의 경우 예산 사용의 자율성을 부여하기 위한 것임에도 시도에서 하부 단위로 예산이 전달되면서 제대로 기능을 하지 못하고 있음.

“저는 농어촌 기본 계획, 삶의 질 기본 계획이란 것이 있는 것조차 몰랐는데 내가 이렇게 몰랐나, 아니면 우린한테까지 이렇게 홍보가 안됐나, 그리고 이런 것에 의해서 사업을 해봤다는 기억이 아무것도 없는 거예요. 단지 제 예산으로 일한 것 밖에는 없는데, 어떤 사업이 계획과 연관이 있는지 혼자 계속 머리를 굴려봤어요.”

- 현실적으로 정량적인 평가가 가능한 사업 위주로 진행이 되다보니 지역에서 실제로 필요한 사업들이 수행되지 못하는 경향이 있어, 결과 평가 방식이 개선되고 적절한 환류시스템이 마련되어야 할 필요가 있음.
- 지역 특수성을 고려하여 자체적으로 운영하는 프로그램에 대한 지원이 필요하고, 이를 위해 지방의 요구가 중앙에 전달될 수 있는 소통체계가 필요함.

□ 보건과 복지 사업의 대상자가 일치하는 경우가 많을 것이어서 수혜자에게 효율적으로 지원이 이루어지려면 보건과 복지 사업이 공유되어야 함.

○ 보건과 복지에서 각기 시행하는 방문사업의 경우 대상자나 사업 내용이 중복되기도 하고, 서비스의 내용이 보건과 복지의 영역을 넘어서면서 불필요한 또는 잘못된 서비스가 전달되기도 함.

○ 복지서비스와의 공유가 규정으로 이루어지면 효과적인 서비스를 제공할 수 있을 것임.

“(보건과 복지가) 중복되는 것을 좀 명확하게 하는 게 제일 필요한 것 같아요. 복지관에서, 무슨 재단에서 지원하면 저희가 독거노인한테 물어서 여기에서 이런 것을 하는구나 하고 알게 돼요. 연계를 할 수 있는 법적이랄까 규정이 좀 있으면 대상자한테 훨씬 더 효과적인 서비스를 잘 줄 수 있지 않을까”

“어떤 할머니 한 분이 혈압 약을 드셔야 되는데 약을 몇 달 동안 안 드셨어요. 제가 병원으로 의뢰를 했기 때문에 병원에 다니시는 줄 알고 신경을 안 썼거든요. 근데 엇그저께 오셨을 때 물어니 안다니셨대요. 독거노인 관리사나 노인생활 보호..이 사람들이 혈압을 재주고 영양제를 주니까 그게 혈압약인 줄 알고 혈압 약을 안 드신 거예요.”

□ 의료 접근성 향상을 위하여 추가적인 자원 투입이 필요한 경우도 있으나, 기존의 자원을 효율적으로 조정하는 방안도 생각해야 함.

○ 의료접근성을 강화하기 위해 지역 보건소에 앰블런스와 응급의사, 간호사들을 보강해야 하는데, 특히 야간에 근무하는 간호사, 의사 인력이 필요함.

○ 또는 공공의료기관 근처에 노인공동거주시설을 만들어 지역 내에서도 흩어져 있는 노인들이 한 곳에 모이도록 하고, 긴급 연락이 가능하도록 하는 방안도 고려해 볼만함.

○ 의료접근성 향상을 위한 보건진료소 역할 변화를 위해 보건사업을 운영할 수

있는 물리적 공간 확보, 대상자 이동지원, 보조 인력 추가배치 등 인프라 개선이 중요하고 시급함.

- 응급의료접근성 개선을 위해 보건소가 응급센터 역할을 하거나, 보건소에 공중보건의를 24시간 상주하게 하는 방법이 있음. 또는 민간의료기관을 지정하여 야간진료에 대한 인센티브를 주거나, 당번제로 야간진료를 운영할 수도 있음.

## 2. 복지분야

### 가. 복지서비스와 관련된 지역사회 환경

- ‘복지서비스와 관련된 지역사회 환경’에서 파악할 수 있었던 것은 첫째, 농촌의 인구학적 특성은 고령화되어 중장년과 아동의 수가 적다는 것, 둘째, 독거노인가구, 조손가정, 다문화가정, 가족 중 장애인 또는 정신질환자가 있는 가구 등 국가의 지원이 필요한 가구 구성이 많다는 것, 셋째, 지역주민의 일자리에 대한 요구와 풀타임 인력부족의 문제가 공존한다는 것, 넷째, 보편적으로 경제적 수준이 낮지 않음에도 경제적으로 어려움을 겪고 있다는 것, 마지막으로 농촌의 환경변화에 따라 지역별로 어메니티의 차이가 있다는 점임.
- 지역에 따라 고령화의 정도에 차이가 있기는 하지만, 지역주민의 30% 이상이 노인이며, 중장년이나 아동이 적음.
- 일반적으로 농어촌 지역의 아동, 청소년의 수가 적지만, 도농복합 지역 또는 질 높은 교육이 이루어지는 학교가 있는 지역을 중심으로 젊은 인구와 초등학교생이 거주함. 그러나 중, 고등학교가 거의 없어 자녀가 청소년기에 이르면 다른 지역으로 이동함.
- 면단위 지역의 초등학교는 주로 다문화 가정의 자녀로 구성될 만큼 농촌의 아동은 다문화 가정의 자녀로 이루어져 있음.
- 경제활동의 이유로 농어촌 지역에 머무르는 중장년 인구의 경우 실제 거주지는 인근의 대도시인 경우가 많음.

- 독거가구는 전반적으로 의료나 경제적 지원을 필요로 하는 경우가 많은데, 주로 독거노인이 많고 특히 마을에서도 떨어진 곳에 거주하여 고립되어 있는 경우 요구를 파악하는 것이 불가능함. 조손가정은 경제적 어려움 뿐 아니라 교육에 대한 접근성이 충분하지 않다는 문제가 있음.
- 돌봄이 필요한 가족이 포함되어 있는 경우가 상당히 있는데, 젊은 장애인의 경우 근로능력이 부족하여 다른 가족에 의존하고 있고, 알코올 중독, 지적장애, 정신질환자들이 진단이나 적절한 치료를 받지 못한 채 재가에 방치되어 있음.
  - 이들 중에는 국가의 지원을 받을 수 있는 조건이 충족되지 않는 경우가 많고, 본인이나 가족이 외부에 노출되기를 원하지 않는 경우가 있음.
- 다문화 가정은 이주여성이 우리나라에 정착하는 데 겪고 있는 어려움 외에도 가장이 근로능력이 없거나 정신질환을 갖고 있는 등 정상적인 가정을 이루기 어려운 경우가 많음. 이러한 환경에서 보호받지 못하는 자녀의 문제가 2차로 발생하고 있음.
  - 다문화 가정의 자녀들이 정서적으로 불안정한 가정환경 속에서 자라고, 학교에 적응하지 못하여 충분한 교육을 받지 못한다면, 향후 이들이 성장하였을 때 사회적으로 문제를 일으킬 우려가 있음.
- ‘젊은’ 노인들은 경제적인 이유 뿐 아니라 사회참여에 대한 강한 욕구를 가지고 있어 고용복지에 대한 요구가 높는데, 이는 주로 농한기 때에 나타남.
  - 지역의 자활사업에 참여하기를 희망하는 노인이 많아 모두 수용하기에 충분하지 않은 상황임.
  - 그러나 이들의 근로능력은 정상적인 근로조건을 충족하지 못하였고 자활업무에 참여할 수 있는 정도의 수준이어서 농촌의 인력난에 기여하지 못함.
  - 베이비부머가 노인으로 접어드는 가까운 미래에는 일자리에 대한 수요가 더욱 높아질 것으로 전망됨에 따라 이들의 노후 대책을 고려해야 함.

“군 단위에 노령인구가 20~30%선으로 분포되어 있는 상황이다 보니까 사실 노인문제가 가장 시급한 문제 중 하나죠. 근데 쉽게 말해서 노인들이 기초연금 20만원 받고 그냥 멍뚱멍뚱 세월을 보낼 수도 없는 것이고, 뭔가 일자리에 대한 욕구가 굉장히 많은데 그런 부분을 해결할 수 있는 정책이 좀 필요해요.”

“인구의 30%가 노인이고 주로 농사를 지으니까 정상적으로 365일 출근해서 일하려고 하는 사람은 별로 없죠. 저희 지역은 어촌, 산촌도 있는데, 농사도 하고 바닷가에서 김 양식도 하고 계절적인 직업이 많거든요. 요양사 같은 경우는 365일 일하잖아요. 이런 직업(풀타임으로 일하는 직업)을 원하지 않아서 인적 자원이 굉장히 부족해요. 간호사, 요양사, 공장... 그런 곳도 인력조달이 안된다고 하더라고요.”

□ 반면, 농촌의 특성상 농업에 종사하는 노인 비율이 높은 상황에서 경제활동을 해야 하는 젊은 세대의 근로 욕구가 낮아 인력난을 겪고 있음.

○ 농촌의 열악한 교육환경으로 인해 교육수준이 낮다는 점이 청년들의 낮은 일자리 욕구로 이어졌을 가능성이 있음.

□ 농촌의 경제적 수준에 대해서는 의견이 다양한데, 국가 지원 대상에 해당될 만큼 낮은 경제적 수준을 가진 경우가 많지는 않으나 대체로 경제적 어려움을 겪고 있는 것으로 해석할 수 있음.

○ 도시와 달리 농촌에서는 대규모의 농사, 공장 운영 등으로 상당한 부를 축적할 수 있는 기회가 있는 반면, 근로의욕이나 능력이 낮은 사람들은 경제적으로 매우 취약함.

○ 농촌에서는 부동산을 소유한 경우가 많아 실제 가용 재산이 없어 경제적으로 어렵기도 하고, 재산을 보유하고 있어야 한다거나 또는 자녀에게 증여해야 한다는 인식 때문에 사용하지 못하는 경우가 많음.

○ 농촌의 생활환경이 다양하지 않아 도시에 비해 상대적으로 비용이 많이 들지 않고, 교육수준이 비슷하여 대체로 소득수준이 매우 높거나 낮은 경우가 많지 않다고 보기도 하였음.



“주거환경도 열악하고 일상생활이 어려우신 독거노인들이 서류상으로 조사하면 재산이 있어요. 금융은 사실은 없으세요. 시골이다 보니까 농지나 밭, 임야 이런 게 있는 거예요. 그래서 수급자 신청도 안내를 하고 긴급복지를 안내하고 싶은데 딱 거기 선에 걸리는 거예요. 그런데 그 분들은 재산을 사용 못 하세요. 예를 들면 나 죽으면 장례비로 쓰겠다거나... 저희가 봤을 때는 너무 답답하죠.”

□ 대체로 농어촌은 의료, 문화, 교통, 편의시설 등에 대한 접근성이 떨어지는데, 도시화가 진행되고 있는 지역의 경우 일반적인 농촌의 특성과 차이를 보이고 있어 차별화된 복지 정책이 필요함.

○ 도농복합 지역은 병원, 편의시설 등에 대한 접근성이 높고 아파트가 늘어나 주거 형태가 변화하는 등 도시의 특성이 혼합되어 있으며, 혁신도시로 지정되거나 산업단지가 조성되는 지역은 젊은 인구가 유입되고 있음.

“우리 마을에 구멍가게가 딱 두 개 있고, 머리 해 주는 여자 이용사 한 명 있어요. 그 외에는 뭔가 찾아볼 수가...식당 하나도 없어요. 복지나, 문화나, 교육이나 제일 뒤떨어진 게 저희 고장이고요. 또 인력이 너무 고령화됐고 사람 구경을 못합니다. 목욕한 번 하려고 해도, 머리를 깎으려고 해도, 장을 보려고 해도 다 읍내로...”

“시골에도 복지시설 잘 만들어서 도시에서 젊은이들이 귀촌, 귀향해서 인구 좀 늘었으면 좋겠어. (면을 벗어나서) 읍예라도 나가서 살아야겠다는 마음이 들어요... (중략) ...부부가 아무 일 없이 앉아 있을 수도 없고 TV 앞에서 하루 종일 앉아 엉덩이만 아프고...바람도 쐬고 싶은데 지나가는 사람도 없고 답답할 때가 한 두 번이 아니야.”

#### 나. 복지서비스에 대한 접근성 및 만족도

□ 복지서비스는 여러 공공 및 민간의 조직과 재원이 관련되어 있으며 지역별로 다양한 형태의 서비스가 제공되고 있어, 복지서비스의 실태를 모두 파악하기에는

어려움이 있으나 공통적으로 언급되는 주요 이슈 또는 중요한 시사점을 중심으로 다룸.

□ ‘복지서비스에 대한 접근성 및 만족도’의 측면에서 나타난 주요한 결과는 아래와 같음.

- 첫째, 공공재원을 통한 현금지원이 복지의 큰 부분을 차지하며, 인프라가 향상되고 서비스의 종류가 다양해지는 등 농촌의 복지서비스는 개선되었으나 여전히 복지수요를 적절히 커버하지 못하고 있다는 점임.
  - 둘째, 농어촌의 가장 많은 연령 집단인 노인을 대상으로 하는 사업이 활성화되어 있으며, 향후 베이비부머의 노후를 대비하는 등 일자리 사업에 대한 지원이 강화되어야 함.
  - 셋째, 아동의 수가 적어 관련 사업이 활성화되지는 않으나, 조손가정, 다문화가정의 아동 등 취약 아동을 위한 지원이 계속적으로 이루어져야 하며,
  - 넷째, 다문화 여성을 위한 사업은 상대적으로 다양하고 중복되는 측면이 있으나, 건강한 가정을 유지할 수 있는 정서적 지지가 부족함.
  - 다섯째, 생애주기에서 경제활동이 가장 활발하게 이루어지는 청장년의 경우 사회적으로 그들의 요구가 주목받지 못하고 있기도 하고, 지원이 필요한 경우에도 문제를 외부에 노출하기를 원하지 않는다는 점임.
  - 여섯째, 농어촌에 상당히 분포하고 있는 정신질환자에 대한 관리가 취약하며,
  - 일곱째, 복지 접근성이 보다 취약한 지역이 있으나, 적극적인 지원이 어려운 상황임.
- 제공되는 복지서비스의 유형은 기초연금, 효도연금, 아동 보육료, 장애인 연금, 여성 한부모 가정지원 등의 현금지원과 연탄, 쌀 등의 현물지원이 있는데, 지자체에서 직접적으로 운영하기 보다는 자활센터, 사회복지관, 보육시설, 장애인복지관 등 민간기관 위탁으로 제공함.
- 복지서비스는 주로 공공재원으로 이루어지며 순수한 민간재원은 일시적, 비체계적으로 이루어짐.

- 정부사업을 민간에서 위탁받아 수행하는 위탁법인 복지관은 국가가 정하고 있는 사업을 수행하는 데 소요되는 보조금, 자율적으로 사용할 수 있는 외부지원 사업비 및 후원금, 그리고 법인전입금 등을 재원으로 하고, 주로 국가사업을 수행하고 이외에 수익을 창출하는 자체사업은 수행하지 않음.
- 복지서비스를 제공하는 공공 및 민간 기관이 다양한데 지원 대상자와 지원 내용에 대한 공유가 이루어지지 않아 자원이 고르게 배분되지 못하는 문제가 있음.

“각 기관별로 사례관리를 하고 있고, 여력 개인이나 기관에서 후원을 받아서 물품을 지원하기 때문에 중복되는 경우가 너무 많아요. 이 기관에서 김치서비스를 하면 타 기관에서도 김치서비스를 해요. 대상자 명단이 공유가 안 되니까 어떤 사람이 2박스를 받고 어떤 사람은 3박스를 받고...그러면 민원이 들어오기도 해요. 이 사람은 이렇게 받았는데 나는 왜 이것밖에 안주냐고.”

- 다양한 욕구를 가진 대상자에게 보건, 복지, 주거, 교육 등 필요한 공공 및 민간 서비스를 연계해 주는 통합사례관리 사업이 운영되고 있음.
- 통합사례관리사가 직접적으로 현물, 현금서비스를 제공하는 것은 아니고, 지역주민의 복지에 대한 인식이 부족하여 대상자에게 접근하기까지 상당한 시간과 노력이 필요함.
- 복지서비스 연계를 위한 대상자 기준이 개선될 필요가 있는데, 실질적으로 긴급 지원이 필요함에도 불구하고 행정상의 요건에 부합하지 못하여 대상자로 선정되지 못하는 경우가 많으며, 평가자에 따라 사례 관리 대상자 선정 기준에 차이가 있어 혼란이 있음.
- 과거에 비해 복지 인프라가 향상되고, 다양한 서비스가 제공되고 있으며, 복지에 대한 홍보가 증가하고, 공공과 민간의 연계, 협력, 그리고 시스템 전산화로 중복 수혜를 점검하는 등 농어촌의 복지서비스가 개선된 측면이 있음.
- 그러나 급격히 증가하는 복지 욕구를 충족시키기에 한계가 있으며, 다른 한편으로는 복지서비스에 대한 지역주민의 인식이 높지 않아 복지 지원이 원활하

지 않은 경우도 일부 있음.

“대상자분들한테 나가면 처음부터 마음을 열어주시는 분들이 있는 반면, 아예 상담자체를 거부하시는 분도 있어요. 저희가 나가기 전에 항상 먼저 전화를 하고 나가거든요. 어디라고 소속을 밝히고 어려움이 있으신 것 같아서 보러 가겠다고 그러면 전화 끊어버리는 분들 계세요. 그래도 저희는 가거든요. 두세 번 찾아가다보면 마음을 여시는 분도 있고요.”

□ 농어촌 복지서비스는 노인을 중심으로 이루어지고 있는데, 주로 공동생활가정, 경로당을 중심으로 하는 프로그램들이 활성화 되어 있고 노인들의 호응이 좋아 지속적으로 지원이 이루어지고 있는 편임. 특히 일자리 사업에 대한 수요는 매우 커서 추가적으로 확장할 필요가 있음.

○ 노인을 대상으로 하는 복지 사업은 수요가 높아 지자체의 재정자립도가 높은 지역에서 충분한 예산만 지원되면 잘 운영되고 확산되어 추가적인 효과를 얻을 수 있음.

– 경로당 활성화 사업으로 에어로빅, 건강교실 등 보건소 사업 뿐 아니라 요가, 노래교실, 건강강좌, 수지침 등 농한기에 노인들이 활동할 수 있는 다양한 프로그램이 운영되고 있음. 이러한 사업은 예산을 크게 투입하지 않고도 지역주민의 만족도를 높일 수 있는 효과적인 사업이며, 다양한 프로그램의 강사를 초청하여 인력개발에도 도움이 됨.

– 특정 프로그램을 운영함으로써 또 다른 효과로 이어지는 경우가 있는데, 예를 들어 건강교실에서 시작된 김장활동이 여러 지역으로 확산되어 민간 후원이 생겨나고, 후원회가 조직화되기도 하였음. 후원회는 제도권 안에서 보호받지 못하는 대상자를 발굴하고 지원하는 역할을 하고 있음.

○ 독거노인의 안전, 농한기 여가생활, 건강한 겨울나기를 위해 공동생활가정이 운영되고 있는데, 지역에 따라 활성화된 경우도 있었으나 노인들 간의 갈등으로 위축되기도 함.

○ 노인 대상 복지사업 중 크게 인기를 끌고 있는 것은 일자리 사업으로 치열한 경

쟁률을 보이고 있으며, 지자체의 적극적인 지원으로 로컬푸드를 생산하여 제품화 하는 사례도 있음.

- 일자리 사업은 경제적 효과를 추구하기 보다는 몇 달간 지속되는 농한기에 노인들의 사회적 참여를 통해 정서적, 경제적으로 지지한다는 취지를 갖는 것이 필요함.

- 노인복지관은 퇴직자, 또는 소비가 가능한 노인이 모여 사교활동을 하는 곳으로 활용되고 있어 저소득층 노인들의 접근성은 낮은 편이며, 복지관 설립과 운영에 대해 국가가 일부만 지원하고 있어 지자체에서 부담을 가지고 있음.
- 노인 복지에서 주목해야 할 또 하나의 문제는 이와 같은 사업들이 비교적 건강한 노인들이 참여할 수 있는 사업들이라는 점으로, 거동이 불편한 재가 노인들을 위한 복지가 마련되어야 함.

□ 농어촌에는 일반적으로 아동, 청소년의 수가 적어서 사업이 활성화되지 않는 편이지만, 질 높은 다양한 교육 프로그램에 접근하기 어려운 취약아동을 중심으로 지속되어야 함.

- 전반적으로 교육에 대한 접근성이 낮은 상황에서 조손가정, 다문화가정 등 취약아동들은 더욱 복지 지원에 의존할 수밖에 없으며, 실제로 지역아동센터가 중요한 역할을 하고 있음.
- 농어촌 가정의 아동들에 대한 교육이 상당히 취약하며 일부 면지역의 경우 돌봄 서비스에 대한 접근성이 낮음.
- 특히 다문화 가정의 아이들이 학교, 사회에 적응할 수 있도록 정서적으로 지원하는 일이 시급함.

□ 다문화 여성에 대한 지원은 복지 혜택을 받지 못하는 일반 지역주민들이 역차별이라고 생각할 만큼 다양하고 많다는 의견이 지배적인데, 이들에 대한 지원을 줄이기보다는 방향을 변경할 필요가 있는 것으로 보임.

- 다문화 여성에 대한 지원은 경제적 지원보다는 취업, 문화, 교육 등 정착을 돕

는 지원이므로 과도한 것이 아니라 필수적이라고 보는 경우도 있음.

○ 다문화 가정의 경우 건강한 가정을 유지할 수 있는 가족상담 서비스가 필요하지만 관련 전문가가 없다는 문제가 있음.

○ 다문화 여성의 불안과 스트레스로 인해 돌봄이 부족한 자녀들에 대한 관심과 지원이 시급함.

□ 생애주기에 있어서 청장년을 대상으로 하는 복지시스템은 거의 마련되어 있지 않으며, 이들의 욕구는 잘 드러나지 않음. 그러나 교육, 가족 상담과 같은 사회적 지지가 부족한 것으로 나타났으며, 특히 청장년 중에서도 장애인에 대한 지원이 필요함.

○ 청장년은 경제활동이 활발하여 자립 능력이 가장 높은 인구집단이기 때문에, 한정된 복지 예산에서 우선순위가 낮은 상황임. 지자체의 지역주민 욕구조사도 소외계층을 중심으로 하기 때문에 조사 대상에 포함되지 않아 그동안 이들이 가지고 있는 욕구가 파악되지 않았음.

○ 청장년층은 타인의 시선을 중요시하는 경향이 크기 때문에, 개인적인 어려움을 노출하고 지원을 받는 것을 기피하는 편임. 실제로 가족상담실을 운영하였으나 이용자가 많지 않았음.

○ 특히 30~40대 젊은 여성의 욕구가 잘 나타나지 않으며, 전체 지역주민을 대상으로 하는 평생학습, 댄스, 한지 공예 등의 교육 프로그램에도 이들의 참여도가 낮음.

○ 농어촌에는 청장년층을 위한 자격증 취득, 교육 과정이 부족하고, 원거리에 있는 교육 프로그램에는 교통이 불편하여 참여하는 데 제약이 있음. 미혼자들을 위한 결혼 지원을 필요로 하는 경우가 있었음.

○ 근로 능력이 부족한 청장년 장애인을 위한 보호작업장이 부족함.

– 단순히 일자리만 지원해서는 안 되고 생산품의 시장성이 확보될 수 있도록, 생산품을 상품화하고 유통을 보장해 줄 수 있는 보호 장치가 함께 마련되어야 함.

□ 정신질환자를 보호하고 관리할 수 있는 인프라가 부족한데, 특히 지적장애인은 지역의 정신보건센터에서 계속적으로 보호받을 수 없기 때문에 지역사회에 방치

되어 있는 경우가 많음. 뿐만 아니라 농어촌에 상당히 많은 알코올 중독자를 관리할 수 있는 시설과 전문가가 부족함.

□ 농어촌의 행정구역은 도시에 비해 넓어 지역주민의 거리 접근성이 확보되지 않기 때문에 복지 취약지역이 존재함. 찾아가는 복지서비스를 지원하고 있으나 복지여건이 충분하지 않고, 거리적 접근성을 확보하기 어려우므로 소프트웨어를 통한 접근성 확보 방안이 마련되어야 함.

○ 복지이장, 희망지기 제도 등을 도입하여 찾아가는 복지를 지원하고 있으며, 통합사례관리를 통해 대상자에게 접근하는 노력을 지속하고 있으나, 대상자를 발굴하여 적절한 지원이 이루어지기까지 한계가 있음.

○ 취약 집단 발굴을 위한 노력은 지자체의 관심과 예산의 영향을 받아 지속적으로 연결되지 않음.

“대학, 사회복지관하고 연계해서 1년 동안 복지지도자 협의회 교육을 받았어요. 수료한 분들로 조직이 만들어졌는데요. 처음에는 잘 모르고 그냥 와서 해요. 교육 끝나고 수료 받으면 개인적인 사업이나 모든 일에 도움이 될까 하고 오시는데, 봉사라는 것을 알면 돌아가는 사람이 많죠... (중략) ...협의체가 만들어져서 처음에는 동네마다 행정적으로 지원을 못 받는 진짜 어려운 분들을 발굴해서 도움을 주자했는데 예산이 없으니까... (복지지도자 교육 수료자) 1기, 2기까지 하고 끝났어요.”

“농촌지역에 어떤 센터를 세운다는 생각을 하면 안 될 것 같아요. 왜냐면 어디에 만들어도 접근성이 다 떨어져요. 여기에 두면 저 쪽에 계신 분들이 못 오고요. 농촌 지역 어디든지 다 마찬가지일거예요. 그러니까 하드웨어 개념으로 어디에 딱 만들어 놓고 이용할 수 있게 한다는 이런 생각은 좀 안 하시는 게 좋을 것 같아요. 시스템으로 자주 갈 수 있게 아니면 거점 방식으로 해야 해요.”

□ 이 밖에도 몇 가지 복지 접근성에 대한 소수의견이 있었음.

- 농어촌에 목욕시설이 부족하다는 의견이 있었는데, 일부 지역에서 시행되고 있는 이동목욕서비스는 이용자의 인권 문제가 제기되어 확산되지 못함.
- 교통복지의 일환으로 시행되는 희망택시 사업의 경우 홍보가 잘 되지 않고 이용자의 만족도도 낮음.

#### 다. 복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향

□ ‘복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향’의 측면에서의 주요 시사점은 아래와 같음.

- 첫째, 재정자립도가 부족한 농어촌에서 매칭사업을 시행하거나, 지역 주민의 복지욕구를 충족시키기에 재정적 어려움이 있으며,
- 둘째, 지역의 특성에 맞는 계획을 수립할 수 있는 여건이 마련되어 있지 않고,
- 셋째, 향후 실효성 있는 복지사업 운영을 위해서는 합리적인 평가방식이 도입되어야 하며, 마지막으로 자원 분배의 형평성을 위해 지역의 복지사업을 관리하는 컨트롤타워가 구축되어야 한다는 것임.

□ 농어촌의 기초지자체는 대체적으로 재정자립도가 낮아 중앙의 매칭사업을 수용하기에 큰 부담을 안고 있으며, 제한된 자원으로는 지역별로 다양하게 나타나는 복지 욕구를 충족시키기에 어려움이 있음.

“새로운 사업을 시행하거나 지역의 발전을 생각하기에 앞서서 모든 것이 돈하고 관련되니까 예산이 확보되지 않으면 아무리 좋은 아이디어라도 사업을 할 수 없는 입장이고... (중략) ...정권이 어떻게 초점을 맞추는가에 따라서 확확 변화하니까 내가 계획을 했던 것이 전혀...”

“시골에서 복지관을 못 짓는 이유가 복지관 운영비는 국가에서 안하고 지자체에서 하기 때문이에요. 복지관 하나 지으면 운영비가 5~6억 들어요. 많이 부담되



표. 국가에서 복지관을 다 지어주는 하는데 내부 시설이 하나도 안 들어가니까 이것은 다 군비로 집어넣어야 해요. 360억이 들었다 그러면 150은 지역에서 부담해야 될 금액이거든요.”

□ 중앙의 복지 계획이 지역의 여건을 적절히 고려하지 못하고 있으며, 지역에서도 예산, 인력 등이 뒷받침되지 않아 실효성 있는 사업을 계획하거나 시행하지 못함.

○ 중앙부처의 복지 계획이 지역에 분명히 전달되어 수행되지 못하고 계획으로만 남는 경우가 있으며, 현실적으로 불필요한 사업이 포함되기도 함.

－ 농어촌에는 실제 결식아동이 거의 없어, 결식아동 지원 사업은 빈민가가 포함되어 있는 대도시지역에 맞는 모델임.

－ 같은 농어촌지역이라고 해도 아파트가 밀집되어 있는 마을과 벽오지 지역에 동일한 정책을 시행하는 것은 적절하지 않음.

“무료 경로식당을 운영하는 것이 있는데 사실은 어르신들이 결식해서는 아니에요. 거동이 불편해서 스스로 식사를 준비해서 드시기 어렵기 때문이거든요. 그런데 저희 지역은 워낙 동선이 멀어요. 거동 불편한데 언제 여기까지 나와서 드시겠어요. 도시락을 보낸다고 해도 그 어르신 한 집 가기는 너무나...90%를 지방비로 하게끔 하면서 마치 이게 도나 중앙의 사업인 것처럼 하는 건 아닌 것 같아요. 획일적으로 얼마씩 배정되어서 반드시 해야 하는데 차라리 지자체 사업으로 준다면가 이렇게 해야”

○ 4년마다 시행되는 지역사회복지계획은 올해로 3기에 접어드는데, 초기에는 자발적으로 진행되었으나 점차 정해진 틀에 따라 모든 지역에서 시행하는 정책들로 구성되고, 지역의 특성과 여건을 고려하지 못하고 있음.

○ 농어촌의 복지계획은 통계에서 드러난 취약계층만을 근거로 해서는 안 되고, 파악되지 않은 복지 욕구와 제도에서 아우를 수 없는 사각지대까지 고려해야 함.

“농어촌 보건복지기본 계획에서는 농촌이 도시의 인구분포하고는 틀리다는 것을 감안했으면 좋겠어요. 노인도 많지만 장애인도 많잖아요. 장애 등록 안했어도 경제선상의 장애인이라든가, 다문화 가정이라든가, 아니면 정신질환자들 정상적이지 않은 사람들이 생각보다 굉장히 많아요. 이것을 밑바탕에 깔지 않고 도시의 유형을 생각해서 복지계획을 세우면 안 될 것 같아요. 취약계층이 도시가 20%라고 하면 시골은 50%라고 해야 할까... 이것을 (취약계층의 비율을) 두부자르듯이 정할 것이 아니라 농촌의 특성에 맞는 어떠한 서비스가 들어가야 된다는 것을 전제로 계획을 세우셨으면 좋겠어요.”

○ 지자체의 복지담당 인력이 충원되어야 하고, 복지업무에 집중할 수 있는 여건이 마련되어야 함.

– 중앙에 제출해야 하는 자료의 양식이 자주 변경되고, 보고 및 평가자료 작성 등에 소요되는 시간이 상당하여 지역의 복지서비스 향상에 기여할 수 있는 여력이 충분하지 않음.

□ 복지 사업 결과에 대한 평가가 양적인 부분 치중되어 있어, 주민의 삶의 질이 향상될 수 있는 실질적 지원이 이루어지지 못하고 형식적인 지원이 이루어지는 경우가 있음.

○ 시간이 많이 소요되는 지원 사례, 프로그램에 충분히 집중하기 어렵고, 사업건수로 집계 가능한 사업에 치중해야 하는 문제를 개선해야 함.

○ 사업평가에서 양적평가 뿐 아니라 정성적 평가 등 평가지표를 합리화해야 함.

○ 복지사업의 수를 계속적으로 늘리기 보다는 효과를 평가하여 불필요한 사업을 줄임으로써, 중요하지 않지만 기본적으로 수행해야 하는 사업들에 소요되는 시간과 자원을 중요한 사업에 투입할 수 있도록 해야 함.

○ 국책 사업에 대한 평가체계를 마련하고 그 결과를 모두가 공유할 수 있어야 함.

“서비스를 여러 가지 받는다고 해서 좋은 것은 아니에요. 수박겉핥기식으로 하니까요. 집수리를 해준다면 완전히 새집은 아니더라도 독거노인이 생을 마감할 때까지라도 편안하게 살 수 있도록 기능을 갖추 주는 것이 정말 제대로 된 것이 아닌가 싶어요. 그런데 예산에 맞춰서 하다 보니 겉만 하는 거죠. 시골은 흙집이 많은데 비가 새는 곳을 고치지 않고 도배만 해주니까 두세 달 지나면 옛날 상태로 다시 돌아가요. 그 분들은 최소 2~3년 이상이 지나야 집수리를 받을 수 있거든요. 그러면 3년 후에 또 신청을 하는 거예요. 그러면 그 예산은 또 없어지는 거잖아요. 저희 일반 가정도 3년마다 도배 안하잖아요.”

□ 다양한 재원과 조직을 통해 제공되는 복지서비스의 효율성과 형평성 제고를 위해, 보건과 복지, 사례관리 등 지역의 보건복지를 하나로 통합하고 연결하는 읍면 단위의 ‘컨트롤 타워’가 필요함.

○ 수혜 조건이 부합하는 일부 대상자에게 지원이 집중되지 않도록 조정해야 하며, 복지지원이 절박함에도 조건이 맞지 않아 혜택을 받지 못하는 경우가 없도록 지원 기준을 현실적으로 조정해야 함.

“없으려면 아주 없어야 되고, 중간에 있으면 살기가 더 어려워. 영세민을 하려면 아주 영세민을 해야지 그렇지 않으면 어렵지.”

“가장 문제 되는 게 복지 사각지대인데, 기초수급자로 된 분들은 어차피 관리가 되니까 괜찮은데 사실 기초수급자보다 더 어려운 상황인데도 서류상 자녀가 있고 뭐 이태서 혜택을 못 보는 분들이 상당히 많죠.”

○ 취약집단(복지수혜자)을 선정하기 위한 욕구를 파악하고, 지원 대상자의 선정 기준을 명확히 하여 혼란이 없도록 해야 함

“후원물품이 있으면 주로 명절 전후에 이장이 영세한 정도를 감안해서 주민들에게 전달하도록 하고, 그렇지 않으면 (대상자) 명단을 제출해서 담당직원이 직접 갖다 주기도 해요.”

“적십자 지원이 저 집 들어가면 그 집은 안 주고 이쪽 집 주고 이렇게 해야 하는데... 이장님이 알아서 골고루 배분해야 하는데 그렇게 안 되는 데가 있어요.”

“복지혜택을 받는 사람들도 부익부 빈익빈이라 오픈돼 있는 수급자들한테는 계속 가니까 이 사람들은 귀찮은 거예요. 나는 김치 한 통이면 되는데 이 단체에서 저 단체에서 계속 오고... 지금 각 단체에서 연말 되면 김치를 하거든요. 그러면 이걸 나눠줘야 되는데 명단이 없으니까... 그렇게 하지 말고 김치은행을 설립해서 각 단체에서 만든 김치를 전부 김치은행에 납부하고 관리하면 골고루 혜택이 돌아가지 않냐 그런 것도 제안을 해놓은 상태인데...”



## 제3장

### 계획 수립 기본 방향

제1절 계획 수립 틀

제2절 사업 영역별 추진 과제



# 3

## 계획 수립 기본 방향 <

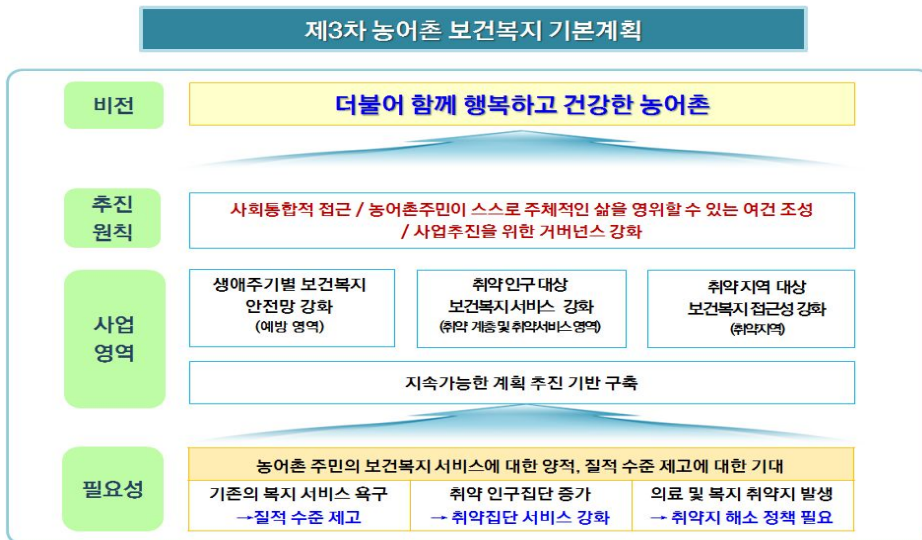
<

### 제1절 계획 수립 틀

#### 1. 비전 및 목표

- 향후 5년 동안 농어촌 지역의 보건복지 정책의 모태가 될 제3차 농어촌 보건복지 기본계획의 비전은 “더불어 함께 행복하고 건강한 농어촌”으로 설정
- 농어촌 지역 주민의 보건복지 증진을 위한 사업 구성의 기본 원칙은 다음의 세 가지로 설정
  - 사회통합적 접근을 통한 사업 구성 및 사업 추진
  - 농어촌 주민 개개인이 주체적인 삶의 영위할 수 있는 여건 조성
  - 사업 추진을 위한 거버넌스 강화

[그림 3-1] 제3차 보건복지 기본계획 수립 틀



## 2. 영역별 사업부문 구성

□ 농어촌 보건복지 기본계획의 사업 영역은 다음과 같이 네가지 영역으로 설정

- 생애주기별 보건복지 안전망 강화: 아동·청소년기, 청년기, 중·장년기, 노년기
- 취약인구 대상 보건복지서비스 강화: 저소득층, 장애인, 다문화, 요보호가구
- 취약지역 대상 보건복지 접근성 강화: 의료취약지, 복지취약지
- 지속가능한 계획 추진 기반 구축: 지속가능한 계획추진을 위한 연계 및 협조체계, 중앙-광역시도-시군 역할 분담, 계획추진 거버넌스 강화

〈표 3-1〉 사업영역별 과제 구성

영역	부문	과제
생애주기별 보건복지 안전망 강화	아동·청소년기	- 아동·청소년 보호 - 보육·교육 - 건강증진
	청년기	- 청년복지 - 건강증진
	중·장년기	- 중장년복지 - 여성건강 - 건강증진 - 정신건강
	노인	- 노인복지 - 건강증진 - 노인자살
취약인구 대상 보건복지 서비스 강화	저소득층 장애인 다문화 요보호가구	- 소득보장 - 장애인복지 - 다문화가구 - 집중개입가구 대책
취약지역 대상 보건복지 접근성 강화	의료취약지 복지취약지	- 의료취약지 서비스 접근성 강화 - 복지취약지 서비스 개선 방안
지속가능한 계획 추진 기반 구축	연계 및 협조체계 마련을 통한 계획 추진 기반 강화	- 관련 유관부처간 연계 방안 - 복지부내 유관 계획간 협조체계 강화
	중앙 및 지자체간 역할분담 기반 마련	- 중앙정부와 광역시도, 시군의 역할 분담 - 평가 및 환류 강화
	계획 추진 거버넌스 강화	- 기본 계획 추진을 위한 중앙정부의 거버넌스 강화 - 농어촌 복지기능 강화를 위한 서비스 연계·통합



### 3. 기존 계획과의 차별성

- 전통적인 보건과 복지 영역 위주의 사업구성에서 탈피하여 서비스 수요자 중심의 사업 영역 구성
  - 지금까지 수립되어 왔던 제1차 및 제2차 기본계획의 경우 보건복지부의 사업 영역인 보건부문과 복지부문을 구분하여 사업부문별로 과제를 구성하였으나, 제3차 기본 계획은 보건복지 서비스를 구분하지 않고 서비스 수요자 중심으로 통합적인 과제 구성
  - 기본적으로 서비스 수요자를 생애주기별로 구분하고, 건강이나 복지 욕구가 특히 강한 취약인구집단을 별도로 영역화 하였음.
  - 조손가구, 노인단독가구 등 취약가구가 많은 농어촌의 특성을 반영하여 가구 별 접근을 위한 중점추진과제를 개발하였음.
- 인구집단별 접근과 지역적 접근의 조화를 시도
  - 생애주기별 접근과 취약인구집단별 접근의 단점을 보완하기 위해 취약지역 주민의 미충족 욕구를 고려한 영역 구성
    - 보건의료분야의 경우 최근 들어 의료취약지 해소를 위한 노력을 정책화 한 바 있음.
    - 복지분야 또한 전통적인 인구집단별 접근 방식으로 인해 일부 지역 주민이 느낄 수 있는 복지 서비스 접근성 저하를 보완하기 위한 과제 구성
- 계획 수립 및 추진의 거버넌스 강화
  - 현재 농어촌 보건복지 기본계획 수립과 실행, 평가의 전 과정에 걸쳐 보건복지 부를 지원해 줄 수 있는 기능이 부재함에 따라 이를 보완하기 위한 과제 구성
  - 또한 중앙정부와 광역시도, 그리고 시군의 역할을 명확히 설정하고 분담하여 계획 수립 및 추진의 효율성과 실효성을 확보하기 위한 과제를 구성

□ 타부처 연계 및 유관계획간 협조 체계 강화

- 농어촌 보건복지 기본계획과 관련 있는 농림축산식품부, 여성가족부, 교육부, 국민안전처 등과의 연계 체계 공식화를 제안
- 아울러 복지부내 유관 계획(지역보건의료계획, 지역사회복지계획 등)과의 협조체계 강화 필요

## 제2절 사업 영역별 추진과제

### 1. 생애주기별 보건복지 안전망 구축

〈표 3-2〉 사업영역별 과제 구성 : 생애주기별 보건복지 안전망 구축

영역	부문	중점과제	세부추진과제
생애주기별 보건복지 안전망 강화	아동· 청소년 기	농어촌 아동의 행복감 증진 및 아동권리 인식 확산	① 농어촌 아동의 생활실태 및 지역적 특성을 고려한 입체적 계획 수립 ② 아동권리에 대한 인지도 제고방안 마련
		아동보호체계 개편에 따른 통합조정기구의 거점화 및 보호기능 강화	① 지역별 요보호아동 발생현황과 아동보호체계 관련 자원 연계 ② 아동보호체계 개편에 따르는 보호서비스 확충 및 서비스 전문성 제고
		농어촌 보육여건개선	① 농어촌 어린이집의 지속적인 확대 및 보육여건 개선 ② 농어촌형 종합 아동복지기관 모델 개발 ③ 농어촌 보육·정보통합센터 설치 운영
		농어촌 청소년 교육 여건 개선	① 농어촌 진로교육 프로그램 ② 다문화가족 자녀 교육 지원 ③ 농어촌지역 청소년 방과후 활동 관련 마을학교 배움터 및 농촌 유학 활성화 ④ 농어촌 청소년 문화 활동 지원 ⑤ 농어촌 청소년 통학환경 개선
		청소년기 건강증진사업 강화	① 지역사회 자원과 연계한 흡연 및 음주 예방사업 접근성 제고 ② 흡연 청소년 대상 금연 치료 강화 ③ 취약가구 중심 아동·청소년의 비만 관리 프로그램 강화
		청년기	① 청년적합형 농촌 일자리 창출
	청년기	농어촌 청년세대의 일과 여가문화 환경조성	

영역	부문	중점과제	세부추진과제
	중·장 년기		② 청년세대 여가문화 기반 확대
		중장년층 소득보장 기반 확보	① 농어촌형 노후설계서비스 보급
			② 지역맞춤형 일자리창출 지원사업을 활용한 베이비붐 세대의 직업훈련지원
			③ 귀농귀촌생활 정착을 위한 지원 고도화
			④ 지역사회밀착형 사회적경제 조직 활성화
		농어촌 여성의 노동관련 복지 강화	① 여성의 농어업 활동의 공식화 노력
			② 농어촌 여성에게 적합한 농업의 일자리 창출과 취업지원
			③ 농어촌 여성의 경제활동 제약 요소 제거
		농어촌 여성을 위한 복지· 문화 서비스 인프라 강화	① 농어촌 여성을 위한 복지(문화) 바우처 제공을 통해 복 지·문화향유 기회보장
			② 여성농업인센터 설치 확대 노력
			③ 여성의 폭력에 대한 개입 지원 강화
		농어촌지역에서 비폭력· 양성평등 의식 강화	① 농어촌 여성의 사회적 지위 강화
			② 농어촌 주민을 대상으로 폭력, 학대, 차별과 관련한 의식 강화
		농어촌 중장년층 대상 건강 증진 프로그램 강화	① 농어촌형 금연사업모델 개발
			② 농어촌지역사회의 건강증진 역량 강화
			③ 건강검진 효과 제고
		만성질환자 대상 맞춤형 건강관리 강화	① 심뇌혈관질환 예방을 위한 건강행동변화 지원사업
		농어촌 지역 주민의 정신 건강 증진을 위한 기반 강화	① 농어촌 지역 주민 대상 정신건강 예방·교육·홍보 강화
			② 농어촌 주민의 정신건강 수준 조사 및 데이터 구축
			③ 농어촌 지역 맞춤형 기초 정신건강증진센터 설치 및 운영
			④ 농어촌 지역의 정신건강증진 체계 구축 및 연계
			⑤ 조기 스크리닝 및 지역사회 사례관리 사업
	노년기	농어촌 노인의 활기찬 생활환경 조성	① 고령친화적 공동주거 및 이용시설 확충
		농어촌 노인의 돌봄서비스 강화	① 노인요양보호 서비스 강화
			② 허약노인의 건강지원서비스 실시
			③ 치과 의료서비스 접근성 확보
		농어촌 노인 대상 자살예방 프로그램 및 체계 구축	① 정신건강증진센터 부설 자살예방센터 설치
			② 농어촌 지역 노인의 자살예방 및 자살고위험군 조기 발견을 위한 교육 및 홍보

## 2. 취약인구 대상 보건복지 서비스 강화

〈표 3-3〉 사업영역별 과제 구성 :취약인구 대상 보건복지 서비스 강화

영역	부문	중점과제	세부추진과제
취약인구 대상 보건 복지 서비스 강화	저소득층	국민기초생활보장제도 개선 및 자활지원 강화	① 기초생활보장제도 개편을 통한 빈곤정책대상 확대 ② 협동조합형 자활기업에 자활기금 지원
		사회보험료 지원 강화	① 국민연금 보험료 기준소득금액 상향조정 ② 건강보험료 소득수준별 차등지원 및 결손처분 확대
		농어촌 주택개량 사업 확대 및 지원기준 완화	① 농어촌 주택개량사업 지원조건 및 상환방식의 변환
		농어촌 슬레이트 지붕 개선 사업 소득수준별 지원	① 농어촌 슬레이트 지붕 철거 및 지붕개량 사업에 대한 소득수준별 지원
	장애인	이동약자를 위한 특별운송 서비스(해피콜) 확대	① 농어촌 교통약자를 위한 해피콜 접근성 지원
		장애인복지관 기능강화	① 농어촌 지역 장애인 복지관 특화서비스 확대
	다문화	농어촌 다문화가족의 사회·경제적 자립역량 강화	① 여성결혼이민자 대상 직업능력 훈련 및 취업 알선 ② 여성결혼이민자 대상 영농교육의 개선 및 다문화가족 영농 지원 ③ 여성결혼이민자 대상 맞춤형 한국어교육
			③ 여성결혼이민자 대상 맞춤형 한국어교육
	요보호 가구	농어촌지역 통합사례관리사업 역할 지원	① 통합사례관리의 전문성 강화를 위한 종합대책 마련
		정신건강 관련 서비스 확충 (연계) 방안	① 지역 여건을 고려하여 농어촌형 정신보건센터 특성화 ② 농어촌지역 주민의 특성을 반영한 정신보건서비스 개발

### 3. 취약지역 대상 보건복지서비스 접근성 강화

〈표 3-4〉 사업영역별 과제 구성 : 취약지역 대상 보건복지서비스 접근성 강화

영역	부문	중점과제	세부추진과제
취약지역 대상 보건 복지 접근성 강화	의료 취약지	의료취약지 설정에 ‘생활권’ 개념 도입	① “진료생활권” 개념을 이용한 취약지 설정 방식으로 개편 ② 의료취약도에 대한 지속적 평가
		분만, 응급 등 취약 분야 지원 강화 및 다각화	① 분만취약지 지원 다각화 ② 응급의료취약지 지원 다각화
		의료취약지 최소화를 위한 기반 확충	① 의료취약지 특성을 고려한 건강보험 수가체계 개발 ② 지자체 정부합동평가시 취약지 해소 노력 반영 ③ 의료취약지에서의 원격의료 활용방안 검토
	복지 취약지	복지취약지 실태 조사 및 군단위 복지취약지역 선정	① 면 단위 복지 수요 파악 ② 면단위 복지 자원 파악 ③ 각 군단위 복지취약지역(면) 선정
		마을(리)단위 복지공동체 구축을 위한 시범사업 및 모델 정립	① 면사무소 복지전담 공무원의 지역사회조직역량 강화 ② 마을공동체 회복 및 내부 역량 강화 위한 마을복지대학 시범 운영
			③ 마을 복지공동체 모범 사례 발굴 및 모델 정립

### 4. 지속가능한 계획추진 기반 구축

〈표 3-5〉 사업영역별 과제 구성 : 지속가능한 계획추진 기반 구축

영역	부문	중점과제	세부추진과제
지속 가능한 계획 추진 기반 구축	연계 및 협조 체계 마련을 통한 계획 추진 기반 강화	관련 부처간 연계체계 마련	① 농어촌 보건복지와 관련된 사항에 대한 부처 간 협조를 위해 ‘(가칭) 농어촌 보건복지 정책 협의체’ 설치
		보건복지부내 유관 계획 간 협조체계 강화	① 농어촌 보건복지 기본계획 관련 보건복지부내 협의체 구성

영역	부문	중점과제	세부추진과제
	중앙 및 지자체 간 역할 분담 기반 마련	중앙정부와 광역시도, 시군의 역할 분담	① 중앙정부와 광역시도의 역할 규정
			② 기본계획 내에서 광역시도와 시군의 역할 정립
			③ 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 실행을 위한 광역시 도의 역할 및 책임성 강화
			④ 농어촌 보건복지 실천계획 수립 및 실행을 위한 광역시 도의 역량 강화
	평가 및 환류체계 강화	평가 및 환류체계 강화	① 농어촌 보건복지 기본계획 평가의 원칙과 방향 정립
			② 평가 및 환류체계 마련
			③ 실질적인 보상체계 마련
	계획 추진 거버넌 스 강화	계획 추진을 위한 중앙정 부의 거버넌스 강화	① 중앙정부 차원의 거버넌스 강화를 위해 ‘(가칭)농어촌 보건복지 전문위원회’설치
			② 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 실행의 전문성 강화를 위한 ‘(가칭)농어촌 보건복지 기본계획 지원센터’ 설치
			③ 농어촌 보건복지 기본계획의 연차별 모니터링 강화
		농어촌 복지기능 강화를 위한 서비스 연계통합	① 서비스 연계를 위한 민간자원 배치 및 활용 ② 읍면-본청(희망복지지원단) 기능 정립



## 제2부

### 제3차 기본계획 중점 추진 과제







## 제4장

### 생애주기별 보건복지 안전망 강화

제1절 아동·청소년기

제2절 청년기

제3절 중·장년기

제4절 노년기



# 4

## 생애주기별 보건복지 안전망 < 강화 <

### 제1절 아동·청소년기

#### 1. 여건진단 및 평가

##### 가. 정책추진 현황

□ 농어촌 지역(군부 또는 읍면부)에 거주하면서 이들 본인이 직접 농어업에 종사하거나 또는 가족원이 농어업에 종사하는 경우, 아울러 농어촌 지역에 거주만 하는 경우 등을 포괄함.

○ ‘아동’은 아동복지법 제3조 1의 규정에 따라 만 18세 미만이 사람을 의미하고, 청소년기본법 상의 청소년 연령기준은 9세 이상 24세 이하이며, 청소년보호법에서는 이와 별도로 만 19세 미만으로 청소년을 규정하고 있음.

○ 이에 본 3차 계획에서는 관련 법적 근거를 바탕으로 아동과 청소년 일부가 포함된 아동·청소년을 아동기로 구분하여 보건복지 안전망 강화 방안을 제시함.

□ 5년 주기의 인구총조사의 최근 자료(통계청, 2010)에 따르면 전국의 18세 미만 아동기 인구는 9,847천여 명으로 전체 인구의 20.5%를 차지하고 있음.

○ 아동기 인구의 분포를 동부와 읍면부 지역 특성별로 살펴보면 면부 지역에 거주하는 아동의 비율(14.7%)은 동부와 읍부 아동의 비율인 21.0%와 22.6%와 비교하여 상대적으로 적은 것을 확인할 수 있음.

○ 아동기 인구비율의 감소는 65세 이상 노인인구 비율의 증가와 맞물려 농어촌 지역의 인구구조를 더욱 왜곡되게 만들 수 있는데, 이러한 현상은 향후 더욱 가속화될 것으로 예상되고 있음.

－ 읍면부 아동인구 비율은 18.5%로 동부의 아동인구 비율 21.0% 보다 뚜렷

하게 적고, 면부의 경우 아동인구 비율이 14.7% 수준에 머물고 있음.

- 한편, 생산가능인구 규모를 살펴보더라도 면부의 경우 동부의 생산가능인구 비율 보다 13.8%p 낮은 60.5%에 불과한데, 특히 청장년층의 일자리와 자녀 양육에 대한 거주 지역 선택에서 탈농현상이 심화되고 있기 때문임.

○ 농어촌 지역의 공동화 현상과 이와 맞물린 아동인구 감소는 비단 최근의 현상은 아니며, 본 3차 계획에서 주목해야 할 이슈는 아동인구의 감소 측면보다는 농어촌 지역에 거주하는 아동기 인구집단 자체에 집중해야 하며, 나아가 청장년층이 자녀양육을 이유로 도시로 이동하지 않고 정주할 수 있는 방안이 동시에 모색되어야 할 것임(표 4-1, 표 4-2).

〈표 4-1〉 지역특성별 아동·청소년 인구 현황(2010 인구총조사 기준)

(단위: 천명)

	0~4세	5~9세	10~14세	15~17세	만 18세 미만	15~19세	20~24세
전국	2,219	2,395	3,173	2,060	9,847	3,438	3,055
동부	1,838	1,993	2,670	1,750	8,250	2,922	2,640
읍면부	382	401	504	310	1,596	519	415
읍부	233	242	290	174	940	284	213
면부	148	159	214	136	657	232	202

자료: 통계청(2010). 인구총조사 KOSIS 국가통계포털 연령 및 성별 인구-읍면동.

〈표 4-2〉 지역특성별 아동인구, 생산가능인구 및 노인인구 비율 비교(2010 인구총조사 기준)

(단위: 천명, %)

	18세 미만 아동인구 (비율)	15~64세 생산가능인구 (비율)	65세 이상 노인인구 (비율)	전체인구
전국	9,847 (20.5)	34,779 (72.5)	5,425 (11.3)	47,991
동부	8,250 (21.0)	29,245 (74.3)	3,618 ( 9.2)	39,363
읍면부	1,596 (18.5)	5,535 (64.2)	1,806 (20.9)	8,627
읍부	940 (22.6)	2,824 (68.1)	560 (13.5)	4,149
면부	657 (14.7)	2,710 (60.5)	1,247 (27.8)	4,478

자료: 통계청(2010). 인구총조사 KOSIS 국가통계포털 연령 및 성별 인구-읍면동.

□ 2011년 기준, 농어촌 군지역의 빈곤율은 경상소득 기준 9.76%로 대도시(서울, 광역시 및 도농복합도시) 4.07%와 중소도시 4.34%의 2배에 이르고 있고(남상호, 2011), 소득불평등도를 반영하는 지니계수의 경우에도 농어촌이 0.3524, 대도시 0.3015, 중소도시 0.3095로 나타나 아동빈곤의 문제는 도시지역과 비교하여 더욱 심각할 것으로 예상

○ 빈곤은 아동의 신체적 발달은 물론 사회적, 정서적, 인지적 발달 전반에 걸쳐 부정적 영향을 줄 수 있으며, 아동기뿐만 아니라 성장발달 과정 전반에 치명적 영향을 주어 성인기 이후 막대한 사회비용을 초래할 수 있음.

○ 빈곤을 비롯하여 가족갈등 및 해체, 자연재해, 범죄 등 각종 생활사건, 가족자원의 결핍, 질병, 열악한 주거환경이나 부적절한 양육행동 등은 대표적인 아동기 발달위기 요인으로 작용(표 4-3)

〈표 4-3〉 시도별 국민기초생활보장제도 수급율 및 아동 수급율(2011년 기준)

시도	총인구	총 수급자수	총수급율	아동수 (0-19)	수급 아동수 (0-19)	아동 수급율 (0-19)	아동 수급율 (6-12)
전국	50,734,284	1,379,865	2.72	11,356,974	170,595	1.50	3.43
서울	10,249,679	194,119	1.89	2,040,165	21,942	1.08	1.95
부산	3,550,963	134,837	3.80	694,822	15,376	2.21	4.04
대구	2,507,271	98,791	3.94	567,466	13,330	2.35	4.21
인천	2,801,274	67,929	2.42	646,204	8,974	1.39	2.58
광주	1,463,464	59,470	4.06	380,975	9,791	2.57	4.44
대전	1,515,603	43,539	2.87	370,050	6,414	1.73	3.18
울산	1,135,494	16,194	1.43	281,985	2,012	0.71	1.33
경기	11,937,415	186,896	1.57	2,915,316	22,575	0.77	1.39
강원	1,536,448	58,949	3.84	329,414	7,102	2.16	4.15
충북	1,562,903	47,909	3.07	357,043	5,950	1.67	3.19
충남	2,101,284	61,713	2.94	471,440	7,553	1.60	3.08
전북	1,874,031	97,559	5.21	422,230	13,084	3.10	6.03
전남	1,914,339	90,643	4.73	410,672	10,740	2.62	4.44
경북	2,699,195	106,949	3.96	556,768	11,840	2.13	4.18
경남	3,308,765	92,674	2.80	768,091	10,436	1.36	2.48
제주	576,156	21,694	3.77	144,333	3,456	2.39	4.36

자료: 통계청·보건복지부(2011). 2011년 국민기초생활보장 수급자 현황.

- 발달위기는 도시·농어촌 생활환경과 상관없이 어느 누구에게나 발생 또는 경험할 수 있는 외적 요인이나, 위기로부터 아동을 보호할 수 있는 제도적 시스템이나 인적, 물적 자원이 취약한 농어촌 아동에게는 더욱 치명적일 수 있음.
- 도시지역과 비교하여 상대적으로 높은 농어촌 아동의 빈곤율을 고려할 때, 농어촌 사회안전망 수립에 있어 아동기에 대한 정책적 관심의 중요성을 반증하는 것임.

□ 농어촌 아동이 도시지역의 아동과 비교하여 발달위기에 노출될 가능성·개연성이 상대적으로 높음에도 불구하고, 이로부터 아동을 보호할 수 있는 기본적 자원은 상대적으로 더 열악한 실정

- 시도별 전체 사회복지 예산 규모대비, 아동·청소년 보호와 복지를 위한 자체예산의 비중은 전국적으로 1.9% 수준에 불과함(표 4-4).

〈표 4-4〉 시도별 전체 사회복지 예산대비 아동·청소년 관련 자체사업 비중

구분	전체 사회복지 예산대비 자체사업 비중		제정자립도
	아동	청소년	
전국	1.1	0.8	52.2
서울	3.1	0.8	83.4
부산	0.4	0.2	54.1
대구	0.7	0.2	52.7
인천	0.8	0.8	70.0
광주	0.8	0.0	43.2
대전	1.2	0.1	52.1
울산	1.1	0.5	60.2
경기	1.9	1.3	59.3
강원	0.4	2.0	20.8
충북	1.5	1.2	25.1
충남	0.6	0.8	24.0
전북	0.1	0.5	17.3
전남	0.4	0.5	11.5
경북	0.7	0.6	21.7
경남	1.0	0.5	34.2
제주	—	—	—

자료: 김미숙 외(2012). 아동의 발달단계별 기초자치단체의 복지예산에 영향을 미치는 요인. 복지재정DB 학술대회 자료집, 한국보건사회연구원.

- 재정자립도가 83.4%에 이르는 서울도 3.9% 수준에 머물고 있으며, 재정자립도가 가장 낮은 전라남도(11.5%)나 전라북도(17.3%)의 경우 아동·청소년 자체 사업 비중이 각각 0.9%와 0.6%에 머물고 있음

#### □ 보육사업

- 정부의 주요 보육예산 지원은 ① 보육료 지원, ② 양육수당 지원, ③ 시설별 지원 등 크게 세 가지 형태로 살펴볼 수 있음(보건복지부, 2011).
  - 보육료 지원은 국공립, 법인, 직장보육시설, 가정보육시설, 부모협동보육시설, 민간보육시설을 이용하는 영유아를 대상으로 보육료를 지원하는 사업임.
  - 양육수당지원은 보육시설이나 유치원을 이용하지 않는 아동의 건강한 성장 발달을 돕고 지원의 사각지대를 해소하기 위한 것임. 농어민 양육수당 지원 아동, 기초생활보장 아동 중 보육시설 재원 아동 등은 중복 지원받을 수 없음. 차상위 이하 가구의 36개월 미만 아동을 대상으로 매월 10~20만원을 현금 지급함.
  - 시설별 지원은 보육시설 설치 및 시설의 운영과 관련한 지원
    - ① 보육시설 운영지원: 시설 운영을 위한 종사자 인건비 및 기본 보육료 지원
    - ② 보육시설 지원: 차량운영비 지원, 민간보육시설의 교재·교구비 지원 등이 있음. 농어촌 지역 모든 보육시설에 개소당 월 20만 원씩 지원
    - ③ 보육시설 기능보강비 지원: 국공립보육시설 설치비 및 증개축비, 개보수비 지원
- 이밖에 정부는 영유아 교육 전반에 대한 정보 제공 및 상담을 통해 보육 수요자에게 보육에 대한 편의를 도모하고 보육시설과의 연계체계를 구축하여 보육시설 운영의 효율성을 제고하기 위한 목적으로 보육정보센터를 운영함.
- 소규모 보육시설 확충
  - 농어촌지역의 실정에 맞는 소규모 보육시설 확대 및 이동 장난감놀이차량 지원 등으로 농어촌지역의 보육여건을 개선하고자 하는 사업
  - 사업대상자는 보육시설이 없는 읍면지역을 대상으로 소규모보육시설을 설치하거나 이동식놀이차량을 운영(위탁포함)하려는 시도 또는 시군

－ 주요 지원내용 및 조건

- ① 소규모 보육시설 : 보육수요가 존재하나 보육시설이 없는 농어촌지역(읍·면)에 보육시설을 설치하려는 시군
  - 보육시설이 설치되어 있지 않은 농어촌 지역
  - 보육시설이 설치되어 있음에도 불구하고, 지역 면적이 넓어 실질적으로 기존 보육시설을 이용하는 것이 불가능한 경우
  - 유희공공시설(마을회관, 노인회관 등)을 리모델링하거나 자체예산을 추가하여 신설
- ② 이동식 놀이교실 : 보육수요가 존재하나 보육시설이 없는 농어촌지역(읍면)을 중심으로 광범위한 지역을 순회하면서 영유아에게 놀이도구를 빌려주거나 놀이프로그램을 운영하는 지자체(시·도 또는 시·군 그룹)

- － 소규모 보육시설 수 : ('10) 5개소 → ('11) 10개소 → ('12) 7개소 → ('13) 6개소 → ('14) 3개소

○ 농어촌 보육교사 특별 근무수당

- － 농어촌지역의 실정에 맞는 소규모 보육시설 확대 및 농어촌 근무 보육교사 특별근무수당 지원 등으로 농어촌지역의 보육여건을 개선하고자 함.
- － 사업대상은 농어촌지역에 소재하는 어린이집(국공립·법인·법인 외·민간·가정·부모합동)의 보육교사(특수교사, 치료사 포함)
- － 이 사업에서는 농어촌 보육교사 특별근무수당(11만원/월)을 지급 함. 시설장이 보육통합정보시스템(CIS)을 통하여 신청하면 시·군·구에서 보육교사 개인별 계좌로 지급(국고48%, 지방비52%)
- － 특별근무수당 지원(11만원/월·인) : ('10) 33천명, 212억원 → ('14) 44천명, 279억원

○ 농어업인 영유아 양육비 지원

- － 농촌의 과소화·노령화 추세에 대응하여 농어업인의 영농활동에 부담이 큰 영유아 양육에 대한 지원을 통해 농가 소득안정 및 농업생산성 제고에 기여하고, 젊은층의 농촌거주 유도 및 농촌 지역사회의 활력을 유지시키기 위해



농림축산식품부가 2004년부터 시행(2012년부터는 보건복지부가 주도)

- 농어업인에 대한 영유아 양육비 지원을 통해 농어업인의 안정적인 영농활동을 보장하고 젊은 층의 농촌 거주를 유도함으로써 농촌의 급격한 노령화 추세 및 출산율 저하를 완화하기 위함.
- 도시에 비해 상대적으로 보육여건이 열악하고 양육비 부담이 큰 농촌 현실을 고려하고, 도·농간 소득격차의 확대 및 농산물 개방의 진전 등으로 어려움을 겪고 있는 농어업인에 대한 다양한 직불제의 일환으로 추진함.
- 사업추진주체는 지자체(시장·군수·구청장)이고, 사업 지원대상은 농어촌 거주 농어업인의 초등학교 취학 전 아동

#### □ 교육사업

- 연중돌봄학교 육성사업은 교육부가 학교 교육력 강화, 학생에 대한 365일 교육복지 지원을 표방하고 추진한 국가 재정지원 사업임(2011년부터 전원학교 사업으로 단일화하여 통합·운영).
  - 교육부가 86개 군의 면단위 농산어촌 학교에 1개 군당 3억원, 연간 총 258억원을 3년간(2009.3-2012.2) 투입<sup>3)</sup>하여 연간 학생 1인당 지원액 1백만원 수준을 유지하고, 사업 학교의 학생 총수를 기준으로 학교별로 차등 지원함.
  - 연중돌봄학교 사업대상 학교는 선택과 집중에 의한 공모제를 중심으로 2009년도에 378개교, 2010년에 383개교, 2011년 382개교가 선정·운영하였음.
- 전원학교 육성사업은 교육부가 ‘학력이 우수한 학교’, ‘학생이 돌아오는 학교’를 표방하며 2009년 6월 최초로 기본계획을 수립하고 특별교부금으로 재원을 확보하여 추진한 국가 재정지원 사업임.
  - 전원학교는 시설과 프로그램을 모두 지원하는 종합형, 시설만 지원하는 시설형, 프로그램만 지원하는 프로그램형 등 세 가지 유형 110교로 출발함, 110교에 3년간(2009-2011) 총 1,392억원을 지원하였음.
  - 2011년 정부의 유사사업 통합 방침에 따라 연중돌봄학교 육성사업을 통합

3) 특별교부금을 재원으로 하되 2차 년도부터 시·도교육청의 대응투자 30%를 의무화함.

시키고, 전원학교 확대 운영계획에 따라 신규 통폐합본교 및 통합운영학교를 전원학교로 지정하여 운영하게 되었음.

- 기숙형 고교 사업은 농촌과 도농복합시 지역에 소재하는 일반계고등학교 중에서 2008년 82교, 2009년 68교 총 150교를 선정 지원한 사업으로 특별교부금으로 기숙사 시설비 소요액의 50%를 지원하였음.
- 초·중·고 통합운영학교의 학교 급간 통합수준 확대와 내실화를 지원하기 위해 2010년 7-8월 사업공모를 통하여 3년간(2010-2012) 연차적 재정지원을 추진하였음.
  - 특별교부금을 재원으로 하여 매년 1천만원을 지원하는 기본 프로그램 89교, 매년 2천5백만원을 지원하는 특별프로그램 21교를 선정·육성하였음.
  - 2010년 4월 1일 기준 전체 통합운영학교 102교 중에서 기본프로그램 90개, 특별프로그램 29개가 신청 접수되었고, 심사를 거쳐 총 119개 프로그램 중에서 110개 프로그램이 선정되었음.
  - 기본프로그램과 특별프로그램은 중복 지원되기 때문에 학교수로는 89교가 참여하였음. 2013년에는 전국에서 5개의 연구학교를 운영하였음(학교당 8백만원 지원).
- 농어촌 지역 방과후 교육 활동 활성화 지원: 농어촌 학교에 대한 방과후학교 운영 지원을 통해 학생의 특기 적성 및 소질 계발에 기여
- 다문화가정 학생 지원(2007~): 한국어·학습 능력 향상 프로그램 및 멘토링, 다문화 이해교육, 외국어 교육 등에 다문화가정 학부모를 강사로 활용
- 원어민 원격 화상강의 사업(2009~2011): 원어민 강사 확보가 어려운 농산어촌, 도서벽지, 교육복지우선지역 초·중·고에 IT 기술을 활용한 쌍방향 원어민 원격 화상강의 실시
- 지역균형선발제 운영으로 농촌지역 학생들에게 균등한 대학진학 기회 제공
  - 지방대학에 한하여 해당 지역소재 고등학교 졸업자 중 일정 비율을 선발할 수 있는 법적 근거 마련

- 지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률('14.1.28 제정)

○ 농업인 자녀 등에 대한 학자금 지원

- (학자금) 농촌출신 대학생 학자금 무이자 융자 지원
  - 학자금 지원규모('09~'13): 167천명, 국고 2,251억원, 총 융자액 4,990억원
- (장학금) 농업인 자녀 및 농업후계인력 대상 장학금 지원 및 농업연수 실시
  - 장학금 지원규모('09~'13, 마사회적립금): 46천명, 589억원
  - 농업연수 추진실적('09~'13, 마사회적립금): 1,977명, 3,345백만원

□ 청소년 건강증진사업 실시 현황

- 흡연, 음주, 식이행태 등 건강증진과 관련된 건강행동이 주로 청소년기에 형성되며, 청소년기에 습득된 건강행동이 성인기, 노년기 건강행동으로 이어진다는 점에서 청소년 대상 건강증진사업이 매우 중요함.

○ 흡연예방·금연사업

- 제3차 국민건강증진종합계획에서도 청소년 흡연을 감소, 흡연 시작률 감소를 목표로 제시하고 있음.
- 지역 회 내 공공기관, 직장(공장 등), 중·고등·대학교 등 교육기관, 민간단체(의사, 약사, 간호사, 청소년, 학생보건 단체)와 협력·연계하여 지역사회에 필요한 금연교육·상담·홍보 프로그램 실시
- 금연지도자 교육, 청소년 금연교실, 미성년자에 대한 담배 판매 모니터링

○ 절주사업(지역사회 음주폐해 예방관리)

- 청소년 대상 절주 교육 및 홍보

○ 신체활동 및 영양사업

- 청소년 비만 예방·관리를 위한 운동프로그램 운영
- 건강새싹 프로그램
- 지역아동센터 영양교육사업

- 지역아동센터 참여 대상자 대상 영양교육 프로그램 실시(고열량저영양식품, 당 섭취 저하, 건강체중 인식 등)
- 학교기반 영양관리사업
  - 학교내 영양교사를 활용한 학생 건강식생활 교육
  - 건강학교 운영시 영양프로그램 지원

○ 구강보건사업

- 학교 양치시설 운영
  - 초등학교, 특수학교, 지역아동센터에서 양치시설 운영
  - 바른 양치와 손 씻기 유도 및 구강보건교육 실시
- 불소용액 양치사업
  - 수돗물 불소농도조정사업을 실시하지 않는 지역의 초등학교, 특수학교, 중학교 학생을 대상으로 불소용액 양치 실시 및 불소용액분배기 설치
- 어린이 불소도포 사업
  - 15세 이하 아동을 대상으로 년 2회 불소 및 치아 홈 메우기 실시

나. 향후 5년간 대내·외적 여건과 전망

- 관련 정책의 추진으로 점차 나아지고 있지만, 여전히 도시에 비해 보육·교육 여건이 미흡
  - 전체 영·유아 중 도시에 82.9%, 농촌에 17.1%가 살고 있음.
  - 보육시설이 없는 읍면 412개소로 전체 읍면의 29.2%(‘13년)
  - 지난 30년간 도시 인구 증가와 더불어 영유아 인구의 도시 집중이 지속되어 왔고, 농촌 내부에서도 면지역은 지속적의 비중은 지속적으로 줄어왔지만, 읍지역의 집중도는 도시 집중도와 마찬가지로 높아져 왔고, 앞으로도 이러한 경향은 지속될 전망이다.

□ 먼단위를 중심으로 농어촌의 초등학교 수가 지속적으로 감소

- 농어촌 지역의 초등학교는 2002년 대비 2010년 3.6% 감소, 중학교는 변동이 거의 없는 것으로 나타났으나, 도시지역의 경우 초등학교와 중학교 모두 20% 정도 증가되었음.
- 더욱이 읍 지역에서는 초·중·고등학교 전체 학교 수는 10년 사이 6.6% 증가하였으나 면지역에서는 6.4%만큼 감소하여 농어촌 학교 감소에 가장 큰 요인으로 작용함.

□ 농어촌 면지역의 초등학교 입학할 예정 학생수를 10~14세와 5~9세의 인구수로 추정해 본 결과 25.4%나 감소하는 것으로 파악되어 향후 농어촌 지역의 학생수 감소는 더욱 심각해질 것으로 예상됨(나승일, 2012).

- 농어촌 학생수 감소로 소규모 학교 수는 점차 증가될 것으로 예상되며, 2020년에는 2010년 대비 50% 이상 증가될 것으로 추정됨.
- 농어촌의 출산율 저하, 청장년층의 감소 및 고령화, 이촌향도 현상 등이 지금처럼 지속된다면 통폐합 대상인 60명 이하의 소규모학교는 전체 학교의 67%(2020년)로 증가될 것으로 예상됨.
  - － 읍면·도서벽지 학교 현황('13) : 학생수 60명 이하 초등학교 비율 49.9%, 복식학급 운영 초등학교 수 595개교(2,779개교 중 21.4%)

□ 가정해체 확산

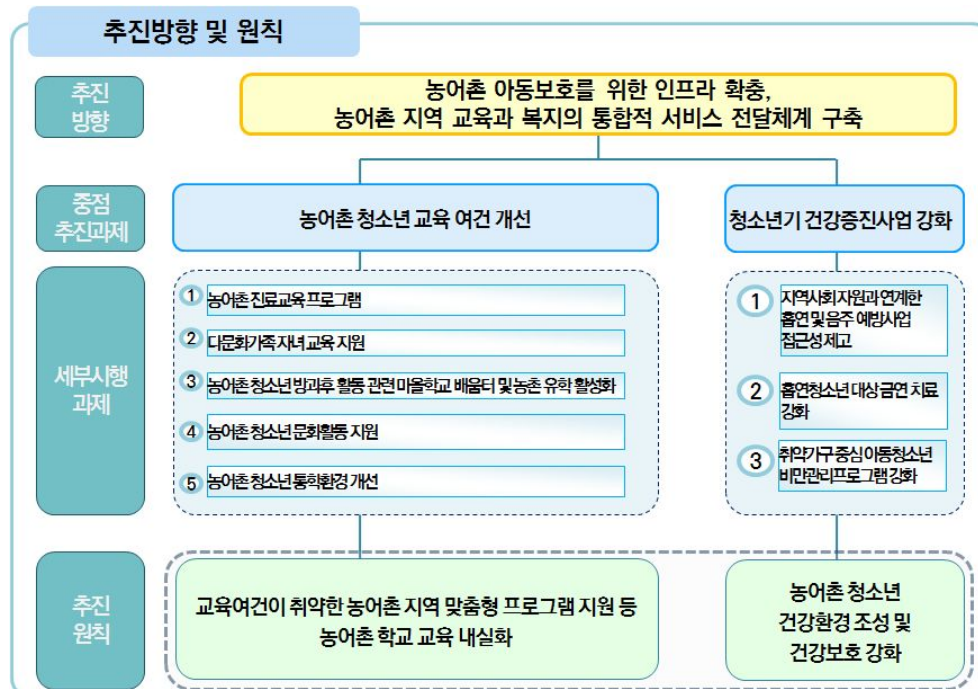
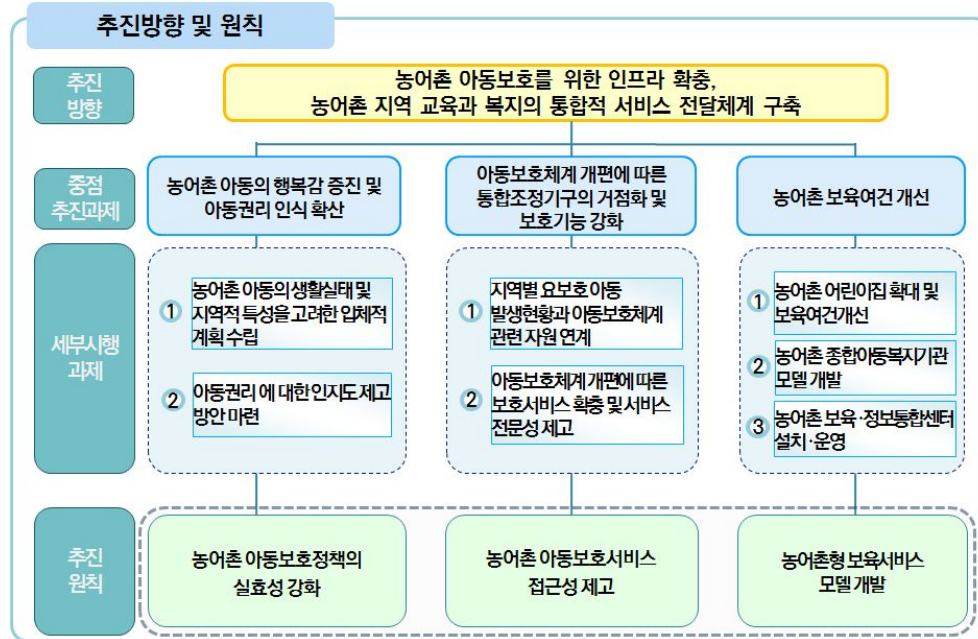
- 조손가구, 소년소녀가장 가구의 경우 가정에서 흡연, 음주 등 건강위험행동을 제어할 기전이 낮음.
- 가정해체는 청소년의 영양섭취 부족과 패스트푸드 등 부적절한 식품의 과다섭취의 원인이 될 수 있음.

□ 농어촌 청소년의 부적절한 식이 섭취

- 저소득 가구 증가는 청소년의 부적절한 식이 섭취의 원인이 됨.

- 농촌지역 청소년의 과일섭취율과 우유섭취율은 각각 26%, 11%로 대도시 34.2%, 13.8%보다 뚜렷하게 낮음(박순우, 2009).
- 스트레스 대처를 위해 청소년이 흡연과 음주를 선택할 가능성이 커짐.

## 2. 추진방향 및 원칙



### 3. 중점 추진과제

#### 가. 농어촌 아동의 행복감 증진 및 아동권리 인식 확산

##### 1) 현황 및 문제점

- 농어촌 지역의 아동빈곤률은 도시 지역과 비교하여 상대적으로 높고 국민기초생활보장제도 수급아동 비율도 높아 빈곤문제에 대한 정책적 관심이 절실함.
- 농어촌 지역의 조손가구, 다문화 가족이 경험하는 가족문제와 사회경제적 소외로 인해 적절한 보호를 받지 못하는 방임 아동이 증가하고 있지만 이들을 위한 보호 인프라가 취약하여 아동의 교육과 복지수준 전반에 부정적 영향을 초래하고 있음.
- 사회경제적 요인으로 인해 전체적인 발달 수준이 낮거나 복지 사각지대에 노출될 가능성이 높고, 이로 인해 빈곤의 대물림, 교육격차의 심화 등이 우려되고 있음 실정임.
- 높은 노인인구 비율과 지역적 폐쇄성 등으로 아동의 가치에 대한 전통적 가치관이 잔존하고 있는 농어촌에서는 아동을 존엄성과 권리의 주체로 보고, 이들의 생존, 발달, 보호에 관한 기본 권리의 보장에 대한 인식이 낮을 것으로 추정됨.
- 아동권리 보장에 대한 낮은 인식수준은 결국, 아동의 보호에 있어 소극적이거나 수동적인 태도를 보일 수 있음.
  - － 아동 스스로의 아동권리협약에 관한 인지 수준은 대도시 지역의 아동과 크게 차이가 없으나, 주양육자의 인지수준은 대도시의 경우 8.2%가 들어봤고 내용을 약간 또는 잘 알고 있다고 응답한 반면, 농어촌의 경우 그 비율이 3.2%에 불과(표 4-5)



〈표 4-5〉 지역특성에 따른 아동 및 주양육자의 아동권리협약에 대한 인지 수준 비교

(단위: %, 명)

	아동의 인지수준				주양육자의 인지수준			
	들어본적 없다	들어봤으나 내용 모름	들어봤고 내용약간 알고있음	들어봤고 잘 알고 있음	들어본적 없다	들어봤으나 내용 모름	들어봤고 내용약간 알고있음	들어봤고 잘 알고 있음
대도시	68.2	28.3	3.3	0.3	52.6	39.2	7.5	0.7
중소도시	65.4	28.1	5.3	1.1	49.6	42.3	6.2	1.9
농어촌	77.1	18.9	3.5	0.5	56.4	40.3	2.0	1.2
전체	67.3	27.6	4.3	0.7	51.3	40.8	6.6	1.3

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2014). 아동종합실태조사.

○ 농어촌 아동은 보호자가 부재한 나홀로 아동의 비율이 상대적으로 높고, 주양육자는 물론 지역사회 성인의 성폭력에 대한 인식의 부족, 취약한 사회적 안전망, 열악한 치안환경 등으로 폭력에 노출될 가능성이 높음.

○ 도시지역 아동과 비교하여 한부모가정, 조손가정, 빈곤가정의 비율이 높아 성장기 아동의 보호 문제에 대해 적극적인 입장을 견지해야 하는 보호자가 부재한 경우가 비일비재함.

□ 농어촌 아동인구의 비율이 도시지역에 비해 상대적으로 낮지만 농촌지역을 중심으로 증가하는 다문화가구의 영향으로 아동 규모는 꾸준히 증가하고 있음.

○ 다문화 가정의 아동은 도시 지역아동에 비해 상대적으로 생활만족도가 낮게 나타나는데, 주요 원인 중의 하나로 가정기능 약화와 가족해체 문제 및 열악한 복지인프라 등이 지적되고 있음.

－ 국제결혼 수는 점진적으로 감소하고 있으나, 다문화가족의 자녀 수 및 가족해체의 증가 등으로 다문화 한부모가정 아동수가 증가하고 있으며, 언어능력이 차이가 나면서 학습부진과 문화적 배경에서 오는 정체성 혼란, 또래관계의 어려움 등을 호소

○ 다문화 한부모가정 아동은 한국 교육체계 및 문화 적응을 위한 적절한 지원과

보호를 받지 못해 복지 사각지대에서 한국사회의 또 다른 빈곤 및 사회적 소외 계층으로 전락될 가능성이 농후한 실정임.

○ 따라서 농어촌 아동의 행복감 증진을 위해서는 그 규모가 빠르게 증가하고 있는 다문화 가정 아동에 대한 정책적 배려가 시급한 실정임(표 4-6).

〈표 4-6〉 연도별 다문화가정 자녀 연령별 규모

	만 6세 이하	만7~12세	만13~15세	만16~18세	계
2013	116,696	45,156	18,395	11,081	191,328
2012	104,694	40,235	15,038	8,616	168,583
2011	93,537	37,590	12,392	7,635	151,154
2010	75,776	30,587	8,688	6,884	121,935
2009	64,040	28,922	8,082	6,645	107,689
2008	33,140	18,691	3,672	2,504	58,007
2007	26,445	14,392	2,080	1,341	44,258

자료: 김숙현(2015), 다문화 대한민국을 위한 모색, 재인용: 여의도연구원.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌 아동의 생활실태 및 지역적 특성을 고려한 입체적 계획 수립

○ 중앙정부에서 추진하고 있는 제1차 아동정책기본계획(2015~2019) 수립시 농어촌 지역의 아동 생활실태와 지역적 특성 등을 고려하여 계획이 수립되도록 노력

－ 중앙정부의 제1차 아동정책기본계획은 부처와 지자체가 수립 시행하는 분야별 대책의 방향성을 정립하고 사업 운영실태 및 성과평가 등을 통해 국가 아동정책 조정의 기반 역할을 수행하도록 하고 있음.

－ 아동정책기본계획의 이행력을 확보하기 위해 기본 계획상의 주요 정책과제에 대한 정량지표 중심의 성과지표를 설정하고 이의 모니터링과 실적지표 공개 등으로 이행 관리 방안이 검토되고 있음.

• 아울러 관련 실태조사시에도 농어촌 특성을 고려하여 조사가 설계되도록 노력

－ 또한 지역사회와 지자체, 그리고 가족과 NGO 등 각종 단체 간의 역할분담

과 협업을 통해 아동문제에 대한 협력적, 종합적 대응을 강조하고 있음.

#### □ 아동권리에 대한 인지도 제고방안 마련

- 노인인구의 비율이 높고 가정해체 등으로 자녀양육에 대한 관심이 상대적으로 낮으며, 아동관련 인프라가 취약한 농어촌 지역은 아동권리에 대한 인지 수준이 상대적으로 더 낮음.
- 읍면 기초자치단체, 학교, 교육청 지역사회 기관 등을 활용하여 부모교육과정을 개발·운영하고, 부모교육 과정 중에 아동권리 존중의 가치를 전달하도록 함.
- 제1차 아동정책기본계획 수립 과정에서 아동, 지역사회, 아동관련 종사자, 기업인 등을 대상으로 하는 아동권리 인지도 제고 방안을 포함하도록 함.
  - UN아동권리협약 이행에 관한 UN아동권리위원회의 98개 권고사항 중 우리나라에 대한 일반이해 조치로서 국민 인식 제고가 포함(2011. 10).

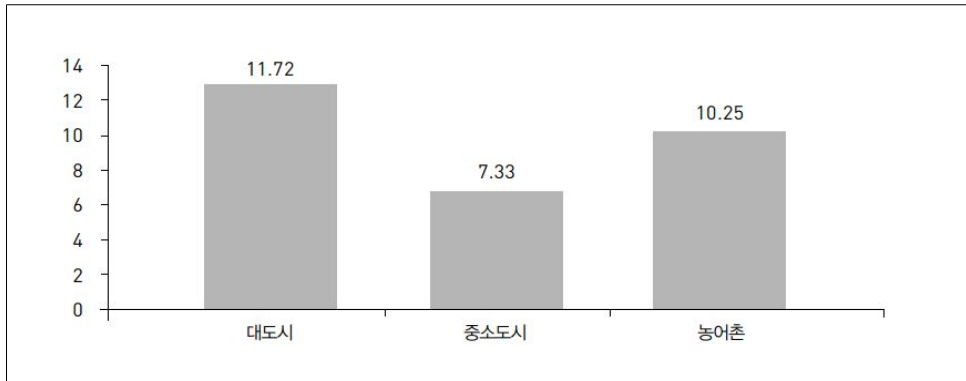
### 나. 아동보호체계 개편에 따른 통합조정기구의 거점화 및 보호기능 강화

#### 1) 현황 및 문제점

- 아동빈곤이나 가족해체의 문제가 주로 도시형 복지문제로 인식되면서 농어촌 지역특성을 반영한 정책논의가 본격화되지 못하고 있음.
- 농어촌 지역은 도시 지역과 달리 아동을 보호하고 복지서비스를 제공하기 위한 인프라가 매우 취약한 실정임(그림 4-1).

[그림 4-1] 거주지역별 빈곤율

(단위: %)



주: 대도시에 거주할 경우와 중소도시에 거주할 경우의 빈곤율만 유의미한 차이가 있음( $p < .05$ ).  
 자료: 김미숙 외(2013); 정은희(2015)

- 각종 발달위기로부터 아동을 보호하기 위한 각종 보호정책에 근거하여 서비스 제공기관 설치율은 전국 시도지역에 따라 1.7~4.2%의 편차가 나타나고 있음.
- 특히 긴급한 위기상황으로 아동을 분리하여 일시보호서비스를 제공해야 하는 아동일시보호시설은 크게 부족한 실정으로 긴급 격리 및 일시보호 기능을 수행하는데 차질이 불가피한 실정
- 학대아동 보호기능을 전문적으로 수행하는 아동보호전문기관의 경우에도 경상남도의 경우, 1개 아동보호전문기관에서 최대 11개 시군구를 관할하고 있음
  - 아동보호전문기관의 전문상담원 1인당 경남지역의 경우 관할 아동수가 4만 7천여 명에 이르는 경우도 있음(표 4-7, 표 4-8, 표 4-9).

〈표 4-7〉 전국 시도별 요보호 아동수 대비 관련 보호서비스 제공기관 설치 현황

행정 구역	아동 보호 전문 기관	드림 스타트	가정 위탁 센터	입양 기관	건강 가정 지원 센터	아동 양육 시설	청소년 수련관	CYS -Net	전국 가출 청소년 쉼터	보호대상 아동규모 대비 설치율	
										A	B
서울	8	20	1	2	26	35	33	24	11	2.5	0.3
부산	2	14	1	1	8	19	8	5	5	2.1	0.3
대구	1	7	1	1	7	18	5	2	4	1.7	0.2
인천	2	9	1	1	9	9	8	8	8	2.8	0.2
광주	1	5	1	1	5	9	5	3	4	2.4	0.3
대전	1	5	1	1	1	12	4	1	5	2.3	0.2
울산	1	5	1	1	2	1	1	4	4	2.2	0.2
세종	—	—	1	—	1	1	—	—	—	3.1	0.5
경기	8	31	1	1	31	27	28	31	21	4.2	0.4
강원	3	17	1	1	7	9	14	9	5	2.5	0.4
충북	3	12	1	1	4	11	9	12	5	2.6	0.4
충남	2	15	1	1	10	13	9	15	6	2.7	0.5
전북	3	14	1	1	6	14	11	14	5	3.7	0.5
전남	3	20	1	1	9	21	13	18	4	2.4	0.3
경북	4	18	1	1	9	15	16	15	6	2.4	0.4
경남	2	17	1		12	24	14	20	5	3.0	0.4
제주	2	2	1	1	2	5	3	2	5	2.8	0.4
전국	46	211	17	16	150	243	181	183	103	2.5	0.3

주: 보호대상 아동수 산출에 있어 A는 요보호아동(공식) + 시설보호아동 + 학대판정 아동수의 합, B는 A에 국민기초생활보장 대상 아동수 포함.  
 자료: 보건복지부 내부자료(2014).

〈표 4-8〉 아동보호전문기관의 관할 시군구 규모별 인력 현황

행정 구역	아동보호전문기관 관할 시군구 수											시도 소계
	1개 시군구	2개 시군구	3개 시군구	4개 시군구	5개 시군구	6개 시군구	7개 시군구	8개 시군구	9개 시군구	10개 시군구	11개 시군구	
서울		12	17			21						50
부산						6				6		12
대구			9		8							17
인천	9	6					7					22
광주					8							8
대전					9							9
울산					8							8
경기도	5	21	14	15	20							75
강원도	6							8	8			22
충북			13			11						24
충남						5				9		14
전북				7	18							25
전남							14	8				22
경북					15	8	8					31
경남							7				11	18
제주도	12											12
전 국	32	39	53	22	86	51	36	16	8	15	11	369

자료: 보건복지부 내부자료(2014).

〈표 4-9〉 아동보호전문기관의 관할 시군구 규모별 전문상담원 1인당 아동인구수

행정 구역	아동보호전문기관 전문상담원 1인당 평균 관할 아동 인구수											시도 평균
	1개 시군구	2개 시군구	3개 시군구	4개 시군구	5개 시군구	6개 시군구	7개 시군구	8개 시군구	9개 시군구	10개 시군구	11개 시군구	
서울		26,606.3	26,840.5			42,178.2						31,155.8
부산						40,306.0				51,135.2		45,720.6
대구			19,435.4		34,524.6							26,980.0
인천	7,014.7	26,831.0					44,593.3					26,146.3
광주					38,821.3							38,821.3
대전					33,974.3							33,974.3
울산					28,833.5							28,833.5
경기도	28,333.0	33,820.7	33,447.5	38,886.7	31,054.6							33,657.3
강원도	10,647.8							12,528.9	12,813.9			11,996.9
충북			6,089.2			19,146.4						10,441.6
충남						14,370.6				37,745.4		26,058.0
전북				18,739.4	10,367.6							13,158.2
전남							19,069.1	7,695.5				15,277.9
경북					10,980.1	20,252.9	15,346.0					14,389.8
경남							16,846.4				46,988.4	31,917.4
제주도	9,672.7											9,672.7
전 국	13,068.2	30,250.9	22,378.8	32,171.0	24,095.8	29,738.7	22,984.8	10,112.2	12,813.9	44,440.3	46,988.4	25,012.5

자료: 보건복지부 내부자료(2014).

- 아동보호서비스 제공기관의 지역적 편중의 문제로 인해, 농어촌 아동의 발달 위기 노출에 따른 사건, 사고 이후의 후속조치를 위한 사후 대응 중심의 서비스 공급에 급급한 실정임.
- 이에 따라 잠재위기 아동을 사전에 파악하여 위기·돌발 상황의 발생을 예방하고 대비하는 예방서비스 공급이 현실적으로 불가능한 상황

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 지역별 요보호아동 발생현황과 아동보호체계 관련 자원 연계

- 시군, 읍면 단위의 아동보호체계 운영 실태와 발달위기 아동의 발생현황을 파악하여 아동보호체계 관련 지역자원을 연계함.
- 농어촌 지역의 자원 구축 현황을 파악하기 위해 중앙정부(관계부처 합동)는 실태진단 가이드라인을 제시하여야 할 것임.

### □ 아동보호체계 개편에 따르는 보호서비스 확충 및 서비스 전문성 제고

#### ○ 아동보호전문기관 확충 및 드림스타트 기능 강화

- 읍면 또는 시군 단위에서 발생하고 있는 학대아동 수의 규모와 지리적 분포, 기관까지의 물리적·지리적 접근성, 자원연계의 효율성 등을 종합적으로 판단하여 농어촌 지역의 아동보호전문기관을 권역별로 우선 확충
- 아동보호전문기관의 신규 설치 및 운영지원에 있어 중앙정부의 적극적인 사업추진 계획에 따라 농어촌 우선 확충하도록 함.
- 드림스타트를 통한 지역사회 통합서비스의 전달 및 서비스 간의 연계·협력 활성화를 위해 농어촌 지역을 우선으로 기능강화를 위한 인력의 추가배치

#### ○ 농어촌 아동대상의 특화 정서지원서비스 확대

- 학습지원 중심의 기존 복지서비스를 농어촌 아동의 정서적 안녕과 건강한 사회성, 심리·정서적 건강을 회복할 수 있는 정서지원 프로그램 위주로 확충하여 제공하도록 함.

- 이를 위해서는 농어촌 취약지역에서 서비스를 안정적으로 공급할 수 있는  
제공기관의 육성이 관건이 되는 바, 농어촌 지역에서 활동하는 제공기관 및  
제공인력에 대한 추가 인센티브 지원으로 민간의 적극적 참여를 유도

## 다. 농어촌 보육 여건 개선

### 1) 현황 및 문제점

#### □ 영유아 양육시설 현황

- 영유아 양육시설로 보건복지부 관할하의 어린이집과 교육부 관할하의 유치원  
으로 나누어짐. 농어촌 어린이집은 영유아수를 고려할 때 적지는 않았지만 공  
공시설에 비해 민간시설이 도시에 비해 상대적으로 적음.
  - 2012년 현재 전국에는 42,527개의 어린이집이 있는데, 대도시에는  
15,461개, 중소도시에는 18,589개, 농어촌에는 8,477개가 있음.
  - 전국 어린이집 중 농어촌에 위치한 어린이집은 20.4% 수준으로, 전국의 영유  
아 중 농어촌에 사는 영유아 비율을 감안하면 절대수치상으로 적은 것은 아님.
  - 농어촌 어린이집은 설립유형별로 보면 국공립 어린이집이, 법인어린이집,  
법인의 어린이집 등 공공성이 강한 어린이집은 19.9%로 대도시(11.2%),  
중소도시(5.9%)에 비해 많은 반면, 민간(개인)의 운영 어린이집이 상대적으  
로 적음.
- 농어촌 어린이집의 충원율은 도시보다 떨어짐.
  - 2012년 농어촌 어린이집의 정원을 보면, 429,588명으로 전국 어린이집 총  
정원의 25%, 현원대비 23.3%를 차지함.
  - 농어촌 어린이집의 충원율은 81.2%로 대도시(89.3%), 중소도시(87.0%)보  
다 낮은 수준임.
- 농어촌의 유치원은 기관수로는 인구 대비 많았지만, 다니는 영유아수는 전체  
영유아수에 비례함.



- 농어촌의 유치원수는 2,971개로 전체 유치원의 34.8%를 차지하고 있었고, 학급수 기준으로는 22.6%(6,640개)를 차지함.
- 농어촌 유치원 학생수는 96,146명으로 전체 유치원 학생의 15.7%임

#### □ 영유아 양육시설 접근성

- 농어촌 주민들은 주변 가까이에 어린이집이 충분하지 않다는 점, 있어도 만족스럽게 보낼만한 곳이 없다는 불만을 가지고 있음.
- 한국농촌경제연구원(2011)의 조사에 의하면 주변에 어린이집과 유치원이 충분한가에 대해 농어촌(읍면) 지역 부모들이 도시지역 보다 어린이집과 유치원에 대해서는 불충분하다고 인식하고 있음.
- 보육통계(2012)에 의하면 어린이집이 미설치된 지역 대부분이 읍면지역이었음.
- 2012년 현재 어린이집 미설치지역은 453개로 이중 대다수(423개)가 읍면 지역이었음.

#### □ 영유아 양육비용

- 도시와 비교할 때 농어촌 학부모의 양육부담액수 자체가 소득에 비해 상대적으로 높지 않았고, 어린이집 및 유치원 이용에 있어 비용을 상대적으로 덜 느끼고 있음.
- 대도시 가정의 소득대비 양육비용의 비율은 6.8%, 중소도시는 7.0%인데 비해 농어촌은 5.2%로 낮았음.
- 어린이집 교육비가 가계에 부담이 된다는 비율이 농어촌은 대도시, 중소도시보다 훨씬 낮음.

#### □ 영유아 양육시설 이용 만족도

- 도시보다는 농어촌 영유아의 어린이집 및 유치원 등 양육시설에 대한 이용률이 높음
- 어린이집이나 유치원을 이용하고 있는 학생은 도시는 55.3%인데 비해, 농어촌은 74.9%임.

- 도시의 경우 어린이집이나 유치원외에 민간 또는 개인 양육의 수단(학원, 문화센터 등 시설기관, 예체능 방문교육 등)이 많은 반면, 농어촌의 경우 어린이집 및 유치원 외에 선택할 수 있는 수단이 상대적으로 적기 때문인 것으로 판단됨.

○ 어린이집 이용에 대한 만족도 측면에서 농어촌은 대도시나 중소도시에 비해 상대적으로 높음(보건복지부, 2012).

## 2) 향후 5년간 세부 추진 과제

### □ 농어촌 어린이집의 지속적인 확대 및 보육여건 개선

- 농어촌의 어린이집을 지속 확충(매년 10개소)하고, 농어촌 어린이집 차량운영비 및 사회복지법인 어린이집 운영비 지원
- 농어촌 소규모 어린이집, 이동식 놀이교실, 주말 돌봄방 등 농어촌형 어린이집 프로그램 확대하고, 농어촌지역 어린이집 교사 특별근무수당 지원
  - \* 주말 돌봄방 설치(누계) : ('15) 15개소 → ('16) 20개소 → ('17) 25개소 → ('18) 30개소 → ('19) 35개소

### □ 농어촌형 종합 아동복지기관 모델 개발

- 복지 인프라가 절대 부족한 농어촌을 중심으로 종합적인 기능을 제공하는 아동복지기관 모델 개발 필요
  - 보육, 일시(단기)보호, 안전, 돌봄, 교육, 문화, 사례관리, 재가복지 서비스 등
  - 농어촌의 아동복지 인프라는 읍 지역에 집중되어 있기 때문에 먼 단위 이하 아동에 대한 서비스 접근성 제고를 위한 노력이 요구

### □ 농어촌 보육·정보통합센터 설치·운영

- 농어촌 영유아 보육과 관련하여 시설이 절대수가 부족한 것은 아니지만 어린이집이 없는 지역도 있고, 있다 해도 도시지역에 비해 만족스럽게 보낼만한 시설은 상대적으로 적음.

○ 농어촌의 보육 문제는 농어촌의 여성 문제의 복지와 경제활동 문제와 직결되어 있음.

- 경제활동인구조사(통계청, 2010) 결과에서 나타나는 30~50대 여성이 직장을 구하지 않는 이유를 분석해보면, 도시 여성은 ‘원하는 임금수준, 근로조건이 맞는 일자리가 없을 것 같아서’가 24.4%로 가장 많았고, 그 다음이 육아, 가사의 순이었음.
- 농어촌 여성에게 가장 많은 이유가 육아(23.5%)였으며, 그 다음이 ‘이전에 찾아보았지만 일자리가 없었기 때문’(18.9%), ‘원하는 임금수준, 근로조건에 맞는 일자리가 없을 것 같아서’ 등의 순이었음.

○ 농어촌 영유아 보육문제는 농어촌 여성의 사회참여 그리고 제한적인 농어촌 공공시설의 복합적 활용의 측면에서 접근할 필요가 있음.

- 경상북도에서는 복권 기금 등 총 39억 원을 투입(도비 20억 원, 시·군·구비 19억 원)하여 영유아 보육 사업 및 다양한 프로그램 등을 통해 여성농업인이 농촌노동의 공동경영자로서의 지위를 확보하고 문화·복지공간을 통한 삶의 질 향상을 도모할 수 있도록 하기 위하여 농촌보육·정보센터를 운영<sup>4)</sup>.
  - 이 센터는 여성농업인센터를 원형으로 하였으며, 사업내용은 어린이집 운영과 정보시설 운영으로 구성되어 있음.
  - 어린이집은 40인 미만 국공립시설로 설치하여 보육기능을 담당하며 이외 방과후 학습지도, 여성농업인의 고충 상담, 여성농업인 삶의 질 향상을 위한 교육·문화 활동을 지원하고 있음<sup>5)</sup>.
- 센터 운영 기간이 오래되지 않았음에도 불구하고, 농촌보육·정보센터는 보육의 탄력적인 운영, 국제결혼 가정 아동에 대한 고려, 주변 유치원과의 협력체계 등 농촌지역에 실정에 맞는 보육 사업 운영을 통해 농촌지역 보육관련 기관의 적정한 모형으로 인식되고 있음.

4) 2005년 3월에 개소한 상주농촌보육·정보센터를 시작으로 대부분 2005년 하반기에 설립되어 경상북도 11개 시·군에 걸쳐 현재 12개소가 운영 중에 있음.

5) 경상북도청 농업정책과에서 관리하며 매년 도비 27.3%, 시·군비 63.7% 정도로 1개소당 연 91백만원을 지원하고 있고, 어린이집은 국비로 운영되고 있음. 또한 부정기 사업으로 문화교육이나 전문성 교육, 도농 교육 등을 실시하고 있음.

- 기존의 여성농업인센터, 다문화가족지원센터, 건강가족지원센터, 지역아동센터 등 유사한 기능을 수행할 수 있는 기관의 연계 또는 가장 역량이 있는 기관을 중심으로 보육교육 그리고 여성에 대한 서비스를 통합적으로 제공하게 하는 것임.
- 필요한 경우 광역지자체의 예비 사회적 기업 형태로 운영될 수 있도록 함으로써, 서비스의 공공성을 높임과 동시에 지역의 일자리 창출에 기여할 수 있도록 해야 함.

## 라. 농어촌 청소년 교육 여건 개선

### 1) 현황 및 문제점

- 농어촌 지역은 특히 사회적 취약계층과 빈곤계층 가정에서 성장하고 있는 학생들의 수가 도시에 비해 월등히 많음.
- 취약계층 중 특히 조부모 가정과 다문화 가정의 경우에는 도시 지역보다 농어촌 지역이 3배 이상 크게 나타남(나승일 2012)
  - 전체다문화학생수(명) : 38,678('11) → 46,954('12) → 55,780('13) → 67,806('14)
  - 농어촌다문화학생수(명) : 14,391('11) → 16,655('12) → 19,491('13) → 23,543('14)
- 저학년 보다는 고학년으로 갈수록 빈곤계층 학생들의 분포에서 도시와 농촌 간 격차가 존재함. 저학년 때는 빈곤층의 비율은 도시와 농촌이 차이가 없었으나 초등학교 상급학년부터 중등학교 단계까지 격차가 확대됨(이두휴, 2011).
- 사교육비 환경요건은 다른 요인들에 비해 도농간의 격차가 매우 심각한 요소로 분석되는데, 거의 모든 사교육 인력 및 기관이 도시지역에 분포되어있음.
- 대부분의 사교육이 도시에 집중화되어 있으며 이러한 현상은 10년 전후를 비교했음에도 큰 차이가 없음.

- 농어촌 지역의 사교육비는 전국 평균에 비교하여 훨씬 못 미치는 수준이나 사교육 참여율은 고학년으로 갈수록 더욱 격차가 벌어짐.
- 문화 인프라가 부족하고, 다양한 문화·예술 향유 기회 부족
  - 스마트폰 및 스마트패드 등의 보유 차이로 정보 습득과 간접적인 문화체험 기회도 제약
  - 스마트기기 보유비율 : 농촌 66.5% < 도시 69.9%('13, 교육부 스마트 교육 환경 조사)
- 기초학력미달 학생의 비율은 농어촌 지역에서 높게 나타났으며, 특히 사교육에 많이 의존하고 있는 수학과 영어에서 더 큰 격차가 나타남.
  - 학업난이도가 올라가고 사교육에 영향을 받는 고학년일수록 그 격차가 벌어짐.
  - 고등학교 1학년의 경우 기초학력미달 학생비율이 도시에 비해 2배 가까이 많고, 우수학력 학생비율 전체적으로 도농간 10% 정도의 차이가 나타남.
- 진로 교육 측면에서도 농어촌 학교가 도시 학교에 비해 교육 여건이 취약함(김승보, 2014).
  - 근무 여건이 좋은 지역에 대한 교원의 근무 선호가 높음에 따라 정책적 배려가 필요한 도서벽지, 농산어촌 지역에 우수한 교원 유치를 위하여 다양한 제도적 지원 필요
  - 선택 교과인 「진로와 직업」 교과의 편성·운영은 중학교의 경우 농어촌 학교가 37.2%로 대도시 63.0%, 중소도시 53.4%에 비해 현저히 떨어지고 있음.
  - 농어촌 지역 중학교의 진로 진학상담교사 배치율이 17.4%로, 대도시(42.9%), 중소도시(40.3%)에 비해 매우 낮음.
  - 다만 창의적 체험 활동의 진로활동 편성이 된 학교가 농어촌 지역의 중학교는 86.8%인데 비해 대도시는 89.9%, 중소도시 88.1%에 비해 다소 떨어짐.

## 2) 향후 5년간 세부 추진 계획

### □ 농어촌 진로교육 프로그램

#### ○ 직업체험 기회가 적은 농어촌 학생을 위해 진로교육 프로그램 지원

- 진로진학상담교사를 모든 중·고등학교로 확대 배치
  - 도서벽지·소규모학교 등에는 순회교사 형태로 운영
- '18년까지 농어촌 전체 중·고교에 학교진로교육프로그램(SCEP) 확산
- 진로체험, 심리검사, 상담·멘토링 지원 추진, 진로교육 교과 운영
  - 시범학교를 중심으로 생활권 내 협력학교(10~20개교)를 연계하여 진로 교육 실시
- 원격화상 시스템으로 전문직업인 멘토를 매칭하여 직업 체험지원
  - ('13) 57교 → ('14) 408교 → ('15) 900교 → ('16) 1,400교 → ('17) 2,000교

### □ 다문화가족 자녀 교육 지원

#### ○ 농어촌지역의 학교 여건을 고려한 예비학교와 중점학교를 운영하여 다문화학생의 언어·문화이해교육 및 학교적응을 지원

#### ○ 다문화학생의 기초학습, 진로·진학 상담 등을 위한 대학생 멘토링 지원

### □ 농어촌 지역 청소년 방과후 활동 관련 마을학교 배움터 및 농촌 유학 활성화

#### ○ 농어촌 지역에서 자생적으로 활동하는 교육공동체 지원: 면단위 이하에서 2개 이상의 교육주체(학교, 마을, 기관, 단체 등)가 협업하는 교육공동체 운영 지원

- 방과 후, 주말, 방학 등을 활용한 학습지원, 진로교육, 지역주민과 함께하는 공동교육 등 아동·청소년 대상 교육프로그램 운영
  - 매년 20개소, 개소당 최대 25백만원 이내 차등지원

#### ○ 도시 아이들이 농촌에서 6개월 이상 생활하며 농촌 학교를 다니는 농촌유학 활성화를 위한 제도 정비 및 지원 확대('14년 16개소)

- 농촌유학의 정의 및 지원근거 법제화, 시설 및 교사채용 기준 등 가이드라인 마련

#### □ 농어촌 청소년 문화 활동 지원

- ‘학교 예술강사 지원’, ‘예술꽃씨앗학교 운영 지원’ 등 농어촌 지역 청소년 대상 문화예술교육 확대
- 정규교과 및 돌봄교실·자유학기제(교육부)와 연계, 초·중·고 예술강사 지원 확대을 확대하고 도서벽지 출강시 별도 수당 지급 등 우대
- 문화소외지역 학교의 전교생에게 예술활동을 지원하는 예술꽃 씨앗학교 선정 시 농어촌 지역 우대
  - 예술꽃씨앗학교 (‘14) 43개교 → (‘19) 60개교

#### □ 농어촌 청소년 통학환경 개선

- 농어촌 학생의 교육 접근성을 보장하고 안전한 통학 여건 조성
  - 통학버스 운행에 관한 예산 편성, 학생통학구역에 관한 사항 등 농어촌 지역 통학환경 개선 방안 마련(시·도교육청)
  - 지역단위의 통학 지원 등 통학여건 개선 우수 모델 발굴·확산
    - 통학여건 개선사업 우수 모델 발굴·분석(‘15~’16), 확산 지원(‘17~)

### 마. 청소년기 건강증진사업 강화

#### 1) 현황 및 문제점

- 청소년 흡연은 도시와 농어촌지역 모두에서 문제가 되나, 농어촌지역 청소년은 흡연에 취약한 환경에 노출되어 있음.
- 사회경제적 수준이 낮을수록 청소년의 흡연 위험이 증가됨.
  - 부모의 교육수준이 낮을수록 남녀청소년의 흡연 경험이 유의하게 증가함

(강영호 등, 2005).

- 지역의 낮은 소득과 정체된 분위기는 청소년에게 스트레스를 유발하며, 스트레스 해소를 위해 흡연을 선택할 수 있음.
- 농촌지역 청소년의 흡연경험률이 31.8%로 도시지역의 27%보다 높았으며, 만취경험을 또한 38.6%로 도시지역보다 높았음(박순우, 2009).

○ 흡연, 음주에 대해 관대한 문화적 맥락 또한 청소년의 흡연시작에 영향을 미침

- 농촌지역 초등학교에 대한 조사에서 응답자의 10%가 어른의 권유로 첫 흡연을 하였다고 밝힘(이상원&박순우, 2005).

○ 농어촌지역은 지역이 넓어 금연캠페인 노출강도가 약하고, 도시에 비해 간접 흡연 규제(금연거리, 금연아파트 등)가 강하지 않아 청소년이 흡연을 시작하지 않는 것에 대한 동기부여가 미약함.

#### □ 도시지역에 비해 빠른 청소년 최초 흡연시기

- 선행연구에 의하면 우리나라 청소년들의 최초 흡연 연령은 점차 낮아지고 있는 추세임.
- 특히, 읍면 단위에 거주하는 청소년의 경우 대도시나 중소도시에 거주하는 청소년에 비해 처음 담배를 피운 시기가 더 빠른 것으로 나타나고 있음(표 4-10).

〈표 4-10〉 지역별 청소년 최초 흡연 시기

		N	취학전	초1	초2	초3	초4	초5	초6	중1	중2	중3	고1	고2	고3	무응답	평균(세)
전체		2,806	3.8	1.1	1.5	3.6	3.0	9.1	17.9	21.8	18.0	11.3	3.7	0.6	0.0	4.4	13.5
도시 규모	대도시	1,300	3.6	1.3	1.4	3.0	2.6	8.1	19.3	23.3	18.6	10.5	3.0	0.6	0.1	4.6	13.5
	중소도시	1,122	3.9	1.0	1.4	3.3	2.9	10.3	17.0	21.1	18.9	11.4	4.5	0.6	0.0	3.7	13.5
	읍면	383	3.9	1.0	2.0	6.5	5.0	8.5	15.7	19.2	13.6	13.9	4.0	0.8	0.0	6.1	13.3

자료: 보건복지가족(2008), 청소년유해환경정착종합실태조사, 재인용: 김현철 외(2010). 보편적통합적 청소년정책 수립 연구.



- 청소년 음주문제 역시 흡연 문제와 같이 심각한 사회적 문제를 야기 시키는 것으로 음주에 대한 관대한 사회적 현상이 청소년 음주 문제를 더욱 부추기고 있음.
- 부모에 의한 음주 권유, 각종 기념일에 대한 음주의 묵인 등으로 음주를 역시 점차 증가 추세이며, 초등학교 이전에 음주를 경험한 비율이 매우 높은 것은 심히 우려할 수준임(이복근, 2010).
- 특히, 도시규모별로 구분하였을 때, 대도시에 비해 규모가 작은 도시와 지역에서 청소년이 처음으로 음주한 시기가 더 빠른 것으로 나타났음. 또한, 가족의 형태도 양친 가정에 비해 기타 가정의 경우가 최초 음주시기가 더 이른 것으로 나타났음.
- 이러한 조사결과로 유추하였을 때, 읍면 거주 청소년의 경우 대도시 지역에 비해 음주에 노출되는 시기가 더 이른 것으로 예상할 수 있음(표 4-11).

〈표 4-11〉 지역별 청소년 최초 음주 시기

		N	취학 전	초1	초2	초3	초4	초5	초6	중1	중2	중3	고1	고2	고3	무응답	평균(세)
전체		1,399	0.7	0.4	0.5	1.4	2.4	7.0	16.8	23.6	19.8	11.6	3.9	1.0	0.2	10.7	14.1
도시 규모	대도시	857	0.5	0.4	0.2	0.7	2.2	5.6	14.9	22.1	21.2	14.4	5.5	1.2	0.2	11.0	14.3
	중소도시	542	1.1	0.6	0.9	2.4	2.6	9.2	19.7	26.0	17.5	7.2	1.5	0.7	0.2	10.3	13.6
가족 형태	양친 가정	442	0.5	0.2	0.5	0.9	1.1	5.9	12.9	25.8	21.9	12.7	4.3	1.1	0.2	12.0	14.3
	기타 가정	957	0.8	0.5	0.5	1.6	2.9	7.5	18.6	22.6	18.8	11.1	3.8	0.9	0.2	10.1	13.9

자료: 보건복지가족(2008). 청소년 유해환경접촉 종합실태조사, 재인용: 김현철 외(2010). 보편적·통합적 청소년정책 수립 연구.

- 농어촌 지역 청소년의 비만도가 도시지역보다 높고 도농간 격차가 증가하고 있어, 농어촌 지역 청소년 비만관리에 대한 관심이 필요함.
- 교육부가 전국 초중고생을 대상으로 한 ‘건강검사 표본조사’ 결과 대도시 지역

에 거주하는 학생에 비해 읍면 지역에 거주하는 학생들의 비만도가 더 높은 것으로 나타남(2013년 학교건강검사 표본조사 결과).

- 초등학생 비만율: (대도시) 12.8%, (읍면지역) 17.0%
- 중학생 비만율: (대도시) 14.5%, (읍면지역) 16.1%
- 고등학생 비만율: (대도시) 17.1%, (읍면지역) 17.4%

○ 도농간 비만율 차이는 중학생이 2012년 0.5%에서 2013년 1.6%로, 초등학생이 2012년 1.1%에서 2013년 4.2%로 증가하였음.

○ 농어촌 지역의 차량 이용 증가, 패스트푸드 섭취 증가 등이 영향을 미치는 것으로 보이며, 청소년기 비만은 성인기 비만으로 이어질 수 있고, 신체건강뿐만 아니라 청소년의 자아존중감, 우울감 등 정신건강에도 영향을 미칠 수 있으므로 적극적인 관리가 필요함.

□ 반면, 농어촌 지역 청소년이 건강증진을 위해 이용할 수 있는 지역사회내 프로그램이나 시설이 부족하고, 관련 연구가 미흡함.

○ 민간 시설 부족으로 청소년의 정서에 맞는 신체활동 프로그램에 대한 접근성이 떨어짐.

○ 농어촌 지역 청소년의 비만실태 및 원인, 비만을 줄일 수 있는 중재에 대한 연구가 거의 실시되지 않음.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

□ 지역사회 자원과 연계한 흡연 및 음주 예방사업 접근성 제고

○ 지역사회 자원과 연계하여 청소년 대상 흡연·음주예방사업의 접근성 제고 방안 마련

- 현재 보건소를 중심으로 학교 등과 연계하여 청소년 흡연·음주 예방 사업 등이 실시되고 있음.
- 여기에 드림스타트센터, 지역아동센터, 건강가족지원센터, 다문화가족지원

센터 등과 연계하여 흡연예방사업과 금연사업의 연속성을 확보하고, 희망복지지원단 등의 가구단위로 접근 가능한 사례관리팀과도 연계하여 위기가구 내 청소년의 유해환경 노출을 사전에 예방하거나 적절히 대처할 필요가 있음.

□ 흡연 청소년 대상 금연 치료 강화

- 보건소를 중심으로 한 금연치료 강화 외에 지역 의료기관과 연계하여 금연 침 등 무료시술 제공
- 학교 기반 금연프로그램 개발, 보급: 청소년 수련시설, 단체 등을 통해 청소년 금연 교실 운영 등
- 방문간호사업, 희망복지지원단 등 가구 단위로 접근하는 사업의 경우 위기가구 내 흡연 청소년이 방치될 경우 이를 보건소 등의 금연치료 사업에 연계

□ 취약가구 중심 아동·청소년의 비만 관리 프로그램 강화

- 취약가구 아동·청소년의 식이 개선 및 신체활동 실천 지원
  - 보건소, 학교, 지역사회 자원 등과 연계하여 건강한 생활습관에 대한 정보를 제공하고, 드림스타트센터, 지역아동센터 등을 중심으로 운동클럽 활동 지원
  - 사례관리팀과 연계하여 위기 취약가구에 방치된 아동의 식이 등에 문제가 있을 경우 방문간호팀이나 보건소 등과 공동으로 사업 실시
- 비만 아동·청소년 대상 상담서비스 제공
  - 지역정신보건센터와 연계하여 비만으로 인해 우울감이 있거나 자기효능감이 낮은 아동에 대해 상담서비스 제공

## 제2절 청년기

### 1. 여건진단 및 평가

#### 가. 그 동안의 정책추진 현황 및 평가

□ 농어촌 지역의 청년세대를 대상으로 한 보건복지정책은 찾아보기 힘든 실정임.  
제1차 및 제2차 농어촌 보건복지 기본계획은 주로 영유아(보육서비스), 아동청소년(요보호아동 및 돌봄), 장애인, 노인, 다문화가족 등의 계층을 중심으로 사회적 안전망을 확대해 왔음.

○ 20~30대 청년은 자력으로 자신들의 삶을 주도해가는 세대로 간주되어 왔음.  
그러나 청년실업, 청년세대 일자리의 비정규직화 등의 문제가 사회적 문제로 확대됨에 따라 최근 몇 년 사이 청년층도 아동·청소년 또는 중장년층과 마찬가지로 정책대상의 범주에 포함되기 시작함.

– 이로 인해 청년세대의 진로지원, 취업과 창업지원, 해외취업 등을 위한 청년고용정책이 수립되어 추진되고 있음. 그러나 청년들의 농어촌 지역의 청년 일자리 현황과 지원정책에 관한 연구는 물론 농어촌 지역의 사업특성을 반영한 청년일자리 실태나 창출에 관한 연구와 정책은 찾아보기 힘들.

○ 농어촌지역의 문화·여가 인프라는 주로 청소년 또는 노인의 수요에 맞춰 구축되어 상대적으로 인구비중이 높지 않은 20-30대 젊은 층이 향유할 수 있는 문화여가 공간이나 프로그램을 취약한 실정임.

○ 고령사회의 마을소멸이나 과소인구지역의 확대를 지연시키고 전국적으로 균형발전을 위해 농어촌 지역의 청년의 일자리와 문화복지여건 확대를 위한 정책적 지원이 시급함.

#### 나. 향후 5년간 대내·외적 여건 분석

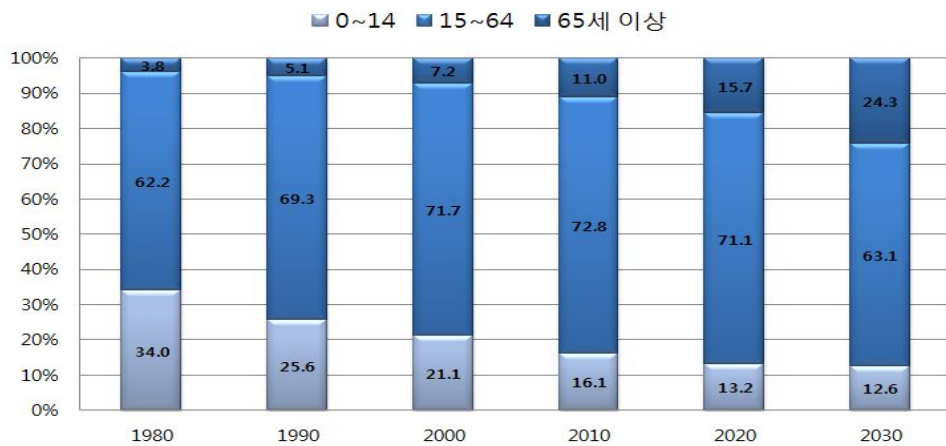
□ 우리나라 생산가능인구 및 청년인구는 지속적으로 감소할 전망

○ 우리나라의 연령대별 인구는 2010년 현재 생산가능 인구(15~64세)가 72.8%, 고령인구(65세 이상)가 11.1%, 유소년인구(0~14세)가 16.1%임. 그러나 생산가능 인구는 2016년 72.9%를 정점으로 감소하여 2060년 49.7% 수준으로 감소할 것으로 예측되고 있음.

－ 반면 고령인구는 2010년 11%, 2030년 24.3%, 2060년 40.1%로 3배 이상 증가하는 것으로 전망되고 있어 결국 2060년에는 10명중 생산가능 인구가 5명, 고령자가 4명, 유소년이 1명으로 급변할 것으로 보임(그림 4-2).

[그림 4-2] 연령계층별 인구변화 추이: 1980-2030

(단위: 명, %)



자료: 통계청(2011). 장래인구추계: 2010년~2060년.

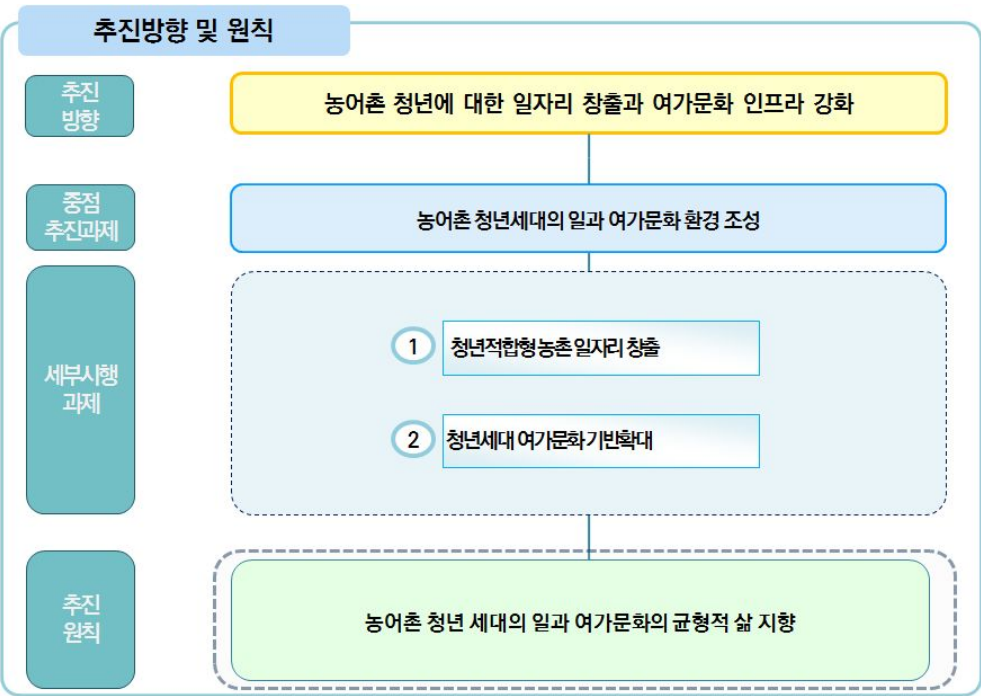
#### □ 농촌 인구 및 지역경제여건의 다변화

○ 농촌지역 인구는 2010년을 저점으로 증가세로 전환되어 2015년 919만 명, 2020년 983만 명에 이를 것으로 전망(한국농촌경제연구원, 2012). 총인구에 대한 농어촌 인구 비율은 2010년 18.0%에서 2015년 18.1%, 2010년 19.1%로 증가할 것으로 예측

○ 농촌경제에서 농업 비중은 감소되고, 국내 산업의 위축으로 일자리가 줄어들어 농어촌 취업자 수도 2020년까지 연평균 0.28% 감소할 것으로 예측되고 있

음. 그러나 농촌관광, 교육(평생학습), 의료 등의 수요가 늘어남에 따라 사업서비스 부문의 일자리는 증가할 것으로 예측되며, 고령화에 따라 농촌의 노인복지수요도 증대될 것으로 전망됨.

2. 추진방향 및 원칙



3. 중점 추진과제

가. 농어촌 청년세대의 일과 여가문화 환경조성

1) 현황 및 문제점

□ 청년층을 위한 양질의 일자리 부족

○ 농촌지역은 일반시나 도농복합시에 비해 경제활동 참가율과 고용율은 높은 수준임.

- 일반시와 도농복합시의 경제활동참가율은 각각 58.1%와 60.5%이지만, 군 지역의 경제활동참가율은 66.3%로 상대적으로 높으며, 경제활동인구 천명당 일자리수도 군지역이 가장 높음(표 4-12).

〈표 4-12〉 지역별 고용현황

(단위: %, 개)

구분	경제활동참가율	고용률	경제활동인구 천명당 일자리수
일반시	58.1	56.2	683
도농복합시	60.5	59.4	940
군지역	66.3	65.6	1,082

주: 각 집단내 시·군의 평균이며, 군에 광역시 내 5개 군은 포함되지 않음.

자료: 통계청(2013). 지역별 고용조사 2013년 상반기, 재인용: 심재현, 노승철(2013). 농촌 일자리 실태조사 결과와 정책적 시사점.

○ 농어촌 지역에 거주하는 종사자는 도시 지역 종사자에 비해 임금수준이 낮음

- 읍·면지역 종사자는 동 지역 종사자의 약 80~90% 수준의 임금을 받으며, 임시 및 일용종사자간 임금 격차보다 상용종사자간 임금 격차가 더 큼(표 4-13).

〈표 4-13〉 지역별 및 종사자 지위별 월평균 임금

(단위: 만원/월)

구분		전국	동	읍	면
전체종사자		203.7	212.4	184.6	142.9
임금근로자	상용종사자	235.9	240.2	218.3	189.9
	임시종사자	113.1	113.8	110.4	107.7
	일용종사자	115.8	119.6	109.3	93.9
비임금근로자	고용주	347.3	355.2	324.9	271.3
	자영업자	163.6	181.3	148.9	117.2

주: 무급가족종사자는 제외

자료: 한국고용정보원(2009). 산업·직업별 고용구조조사, 재인용: 심재현, 노승철(2013). 농촌 일자리 실태조사 결과와 정책적 시사점.

### □ 농어촌지역 거주 젊은 층을 위한 문화여가 기반 미흡

- 현재 거주하고 있는 지역의 발전을 위해 필요한 지역개발사업으로 30대 이하 연령층은 ‘문화여가복지여건 개선(37.3%)’이 가장 시급하다고 응답함(농촌진흥청, 2014).
- 50대 이상 연령층에서 ‘농어촌산업육성’을 가장 우선시하는 것과는 차이가 있으며, 농어촌지역의 젊은층일수록 문화여가활동에 대한 욕구가 큰 것을 볼 수 있음.
- ‘문화여가복지여건 개선’에 대한 욕구는 읍지역 거주 및 비농어가에서 비중이 높음(표 4-14).

〈표 4-14〉 지역개발사업 방향

구분		빈도	농어촌 산업 육성	문화 여가 복지 여건 개선	기초 거주 환경 개선	농수산 물생산. 가공. 유통기 반 정비	관광 휴양 자원 개발	주민 역량 강화	주민 공동 체복 원	도시 민유 치	기타
합계		2,731	23.5	22.4	20.0	15.9	6.7	4.4	2.0	1.8	2.3
지역	읍 면	1,206	16.5	34.2	18.2	12.6	6.4	4.9	3.7	1.6	1.9
		1,525	29.1	13.1	21.5	18.5	6.9	4.0	2.3	2.0	2.6
영농 여부	농어가	906	31.9	10.2	18.3	25.2	5.2	3.8	2.8	1.7	.9
	비농어가	1,825	19.4	28.4	20.9	11.3	7.4	4.7	3.0	1.9	3.0
연령	30대이하	498	18.7	37.3	19.4	10.2	5.0	3.7	2.1	1.8	1.8
	40대	529	19.1	28.9	19.5	14.2	7.0	6.0	2.9	.8	1.6
	50대	547	25.9	20.3	15.1	16.6	8.4	4.5	3.0	3.3	2.7
	60대	490	25.0	15.1	20.4	19.6	7.3	4.5	2.9	2.6	2.6
	70대	656	27.2	13.1	24.7	18.4	5.9	3.5	3.5	.9	2.7

자료: 농촌진흥청(2014). 2013년 농어업인 복지실태조사 보고서.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 청년적합형 농촌 일자리 창출

#### ○ 6차 산업 활성화

- 1차 산업(생산), 2차 산업(제조, 가공), 3차 산업(서비스업)을 연계시키는 산업으로 ‘생산-가공-판매’를 연계하거나 ‘생산-가공-농촌관광’을 연계하



는 등의 방식으로 농어촌의 부가가치를 확대하는 활동임.

- 농촌융복합산업지원센터 및 지역사회내 취창업 관련 기관을 통해 청년세대의 지식과 기술을 적용가능한 6차산업 시범사업을 지원하고, 불필요한 규제를 발굴하여 완화시키는 작업 필요
- 이러한 융복합 경제활동 기반이 확대되어 고학력 청년인력이 농어촌의 6차 산업에 유입되어 농어촌의 6차 산업 활성화와 청년인구 유출을 예방 가능

#### ○ 사회서비스 일자리 확대와 지역

- 청년층이 선호하는 업종은 금융 및 보험업, 출판, 예술, 스포츠 및 여가 서비스업, 교육서비스업 등으로 농어촌 지역에 부족한 스포츠 및 여가서비스, 교육서비스 등의 청년 일자리를 창출하여 지역사회에 필요한 문화여가, 교육 등의 사회서비스를 활성화시키는 방안도 적극적으로 추진해야 할 것임.

#### □ 청년세대 여가문화 기반 확대

- 농어촌지역 청년세대의 문화적 욕구와 지역사회 내 여가문화 인프라에 대한 조사 및 연구가 선행되어야 할 것임. 도시와 달리 지리적 공간이 넓고, 여가문화 인프라에 대한 접근성이 낮은 농어촌지역의 문화여가서비스를 확대하기 위한 효과적이고 효율적인 방안이 도출되어야 함.
- 청년층을 대상으로 한 여가문화프로그램 개발과 소모임을 지원함으로써 농촌 청년세대의 자발적인 여가문화 형성을 도모하고, 중장기적으로는 아동과 청년, 청년과 노년층의 세대통합적 여가문화환경 조성을 위한 연구와 시범사업을 실시
- 농어촌지역 내 청년계층의 수요에 맞는 여가환경을 조성하고, 문화행사, 소모임 지원, 지역축제, 문화활동가 양성, 농촌청년세대의 문화여가지표 개발 등을 통해 농어촌 거주 청년세대의 문화적 삶의 질을 증진시킴.

## 제3절 중·장년기

### 1. 여건진단 및 평가

#### 가. 그 동안의 정책추진 현황 및 평가

##### □ 중장년층을 위한 소득보장 및 사회서비스 지원 정책의 부족

○ 그간의 농어촌 보건복지기본계획에서는 주로 유아, 아동청소년, 장애인, 그리고 다문화가정을 중심으로 추진되어 왔으며, 중장년층을 위한 소득보장 및 사회서비스 지원정책은 찾아보기 힘든 실정임.

－ 제2차 저출산고령사회기본계획에서는 베이비붐세대의 고령화 대응체계 구축을 위해 고령자 고용연장, 맞춤형 고령자 전직 및 취업지원 서비스 강화, 중고령 인력의 전문성 활용 제고, 고용상 연령차별 금지제도의 조기정착 등의 정책과제를 제안함.

－ 제1차 사회보장 기본계획(2014-2018)에서는 중장년층 대상의 정책과제로 ‘자기주도의 은퇴 후 준비 지원’을 위해 노후생활 설계 강화 및 평생학습 기회 확대를 제시하고 있음.

－ 제2차 농림어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역개발 5개년 기본계획(2010-2014)에서는 농어업인 생활안정 강화에서 국민연금보험료 지원 과제가 중장년층 소득보장정책의 하나로 볼 수 있음.

##### □ 농어촌 여성인구의 증가 추세와 농어촌 여성 인구 특징

○ 농어촌 농가인구는 1995년 4,851천명에서 2012년 2,912천명으로 지속적으로 감소

－ 65세 이상 인구 구성비는 785천명(16.2%)에서 1,037천명(35.6%)으로 19.4%p 증가해 빠르게 고령화 진행

○ 농어촌의 여성인구는 50세 이상부터 증가하여 농어촌 고령노인에 여성이 차지하는 비율이 높음(표 4-15).

〈표 4-15〉 연령별/성별 농가 인구

(단위 : 천명)

연도	전체			14세 이하			15~19세			20~49세			50~59세			60세 이상			65세 이상
		남	여		남	여		남	여		남	여		남	여		남	여	
1995	4,851	2,373	2,478	680	352	328	423	212	211	1,626	845	781	867	394	473	1,255	570	685	785
2000	4,031	1,971	2,060	459	242	217	262	134	128	1,301	682	619	676	311	366	1,333	603	730	876
2005	3,434	1,667	1,757	335	178	157	158	83	75	989	516	473	601	282	319	1,351	618	733	1,000
2010	3,063	1,501	1,562	270	142	129	133	71	62	793	414	380	587	278	309	1,279	596	683	973
2011	2,962	1,456	1,506	236	128	108	128	68	60	698	360	338	593	280	313	1,308	621	687	1,000
2012	2,912	1,424	1,488	217	116	100	125	66	59	654	342	313	573	269	304	1,343	632	712	1,037

자료: 통계청. 농업조사, 농림어업총조사, 재인용: 김동진 외(2013).

○ 농어촌 지역에 거주하고 있는 전체 주민등록인구 대비 결혼이민자의 비율(0.60%)은 도시지역의 결혼이민자 비율(0.44%)보다 높음(표 4-16).

〈표 4-16〉 농어촌 지역 결혼이민자 현황 (2013년 1월 1일 기준)

구분	주민 등록 인구(명)	결혼이민자											
		계			국적미취득자			국적취득자			자녀현황		
		계	남	여	계	남	여	계	남	여	계	남	여
전체	50,948,272	231,520	25,151	206,369	147,591	20,887	126,704	83,929	4,264	79,665	166,333	84,932	81,401
농어촌	4,605,372	27,663	732	26,931	17,855	637	17,218	9,808	95	9,713	29,181	14,887	14,294
도시	46,229,783	203,252	24,385	178,867	129,299	20,221	109,078	73,953	4,164	69,789	136,647	69,781	66,866

주: 9월 28일 기준으로 여주군은 시로 승격되었으나, 데이터 자체는 여주가 군으로 속해 있었을 당시 조사된 것이므로 이 연구에서는 군(농촌)으로 간주하여 분석하였음.

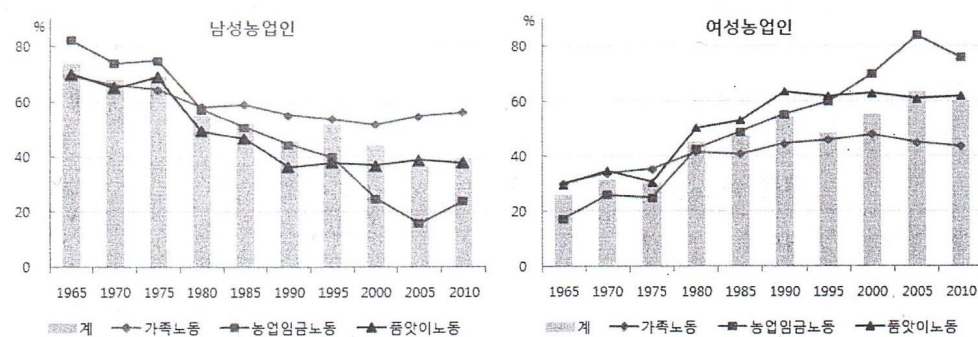
자료: 행정안전부(2013). 지방자치단체 외국인 주민현황, 재인용: 김동진 외(2013).

○ 뿐만 아니라 농림축산식품부의 집계 결과 귀농·귀촌 가구 수는 2001년 880호에서 2012년 상반기까지 8,706호를 기록(성인주, 박문호, 2013)

－ 가구 단위의 귀농이나 귀촌을 통해 농촌에 지속적으로 여성이 유입될 것으로 예상됨.

- 2010년 통계청의 농업총조사에 따르면, 15세 이상 농가가구의 평균 연령은 남성 53.9세, 여성 56.3세로 여성이 높으며, 60세 이상에서 여성의 비중이 높음.
  - 특히 사별이나 이혼으로 혼자살고 있는 여성은 20.0%로, 남성 5.8%에 비해 비중이 높음.
  - 여성 가구주는 전체 여성 중 13.8%인 반면, 남성 가구주는 전체 남성 중 72.1%이며, 여성 경영주 역시 전체 여성 중 15.2%인데 비해, 남성 경영주는 전체 남성 중 70.6%로 나타남.
- 통계청의 농가경제통계연보에 따르면, 여성의 농업노동투하량은 남성에 비해 증가하고 있음(그림 4-3) .

[그림 4-3] 농업에서 성별 노동투하량 변화



주: 1995년, 2000년은 고용노동통계 없음

자료: 통계청(각년도). 농가경제통계연보, 재인용: 정은미, 민자혜(2013).

- 연중 농업종사기간이 6개월 이상 되는 여성은 전체 여성의 68.2%에 해당되며, 주종사분야 역시 농림어업인 경우가 전체 여성의 68.2%를 나타내 같은 영역에서의 남성 비중(각각 66.3%, 65.5%)에 비해 다소 높음.
  - 한편, 농업종사시간이 없거나 주종사분야가 없다고 한 여성은 전체 여성의 각각 21.6%, 15.1%로, 농사를 짓지 않거나 고용상태에 있지 않은 여성도 상당한 비중을 차지하고 있음.
  - 특히 이들 비농가 여성들은 직업만족도에서 ‘불만’이라고 응답한 비율이 20.3%로, 농가 여성의 15.8%에 비해 높음(정은미, 민자혜, 2013)(표 4-17).

〈표 4-17〉 15세 이상 농가인구의 특성

(단위: %)

	연령(세)						혼인상태			가구주	경영주
	15~19	20~49	50~59	60~69	70대 이상	평균	미혼	배우자	사별/이혼		
남	5.2	30.4	20.5	21.9	22.0	53.9	20.4	73.9	5.8	72.1	70.6
여	4.4	26.4	21.5	22.6	25.0	56.3	12.2	67.7	20.0	13.8	15.2

	농업종사기간(개월)					주종사분야				
	없음	1개월 미만	1~3	3~6	6개월 이상	농림어업	제조/건설업	도소매/숙박	기타 산업	없음
남	16.4	2.4	5.8	9.1	66.3	65.5	4.9	2.4	17.0	10.3
여	21.6	2.6	5.6	7.3	68.2	68.2	1.4	3.6	11.6	15.1

자료: 통계청(2010). 농업총조사, 재인용: 정은미, 민자혜(2013).

- 주당 노동시간의 경우 농가 여성이 비농가 여성에 비해 평균 6.2시간 길며, 주당 40시간 일하는 농가 여성 비중은 37.3%인 반면, 비농가 여성 비중은 33.8%로 농가 여성이 비농가 여성에 비해 장시간 노동함(표 4-18).

〈표 4-18〉 주간 노동시간 비교(1주에 일한 시간)

(단위: %)

	15세 이상 농가 인구		비농가 여성
	남	여	
10시간 미만	23.9	36.5	54.0
10~39시간	26.7	26.2	12.2
40~49시간	23.1	20.1	19.9
50시간 이상	26.2	17.2	13.9
평균(시간)	32.9	26.0	19.8

자료: 통계청(2010). 경제활동 인구 조사, 재인용: 정은미, 민자혜(2013).

- 현재의 농어촌은 여성(혹은 여성성)에 대한 고려와 복지가 매우 부족한 상황으로 여성 고유 영역에 따른 복지서비스가 제공되고 있지 않음.

- 고령 여성의 경우 노인복지 서비스 대상으로 흡수되고 있고, 결혼이주여성은 다문화영역으로, 귀농·귀촌여성은 귀농·귀촌 관련 영역으로 포함되어 서비스가 제공되고 있을 뿐임.
  - 농어촌 여성에게 일반 복지기관 뿐 아니라 여성을 위한 복지기관에 대한 접근성은 취약함. 그 이유는 첫째는 일반적으로 농어촌에는 복지기관 자체가 부족하고, 둘째 농촌의 특성을 반영한 서비스가 부족하기 때문임.
    - 여성 농업인의 고충 상담부터 보육지원, 교육문화 사업을 담당하는 유일한 여성 농업인 지원 시설인 ‘여성농업인센터’는 전국 163개 시·군 중 43곳뿐이며, 내년부터는 여성농어업인센터 사업비가 분권교부세에서 보통교부세로 전환(이하나, 2014)
    - 가정폭력, 성폭력, 성매매 등으로 긴급한 구조·보호를 필요로 하는 여성을 위한 ‘여성긴급전화1366’은 전국 16개 시·도(서울, 경기 1개소 추가)에 설치되어 있으나 농어촌지역을 완전히 포괄하기 어려움.
    - 여성의 직업상담, 직업교육훈련, 취업알선 등 경력단절여성의 취업을 지원하는 ‘여성새로일하기센터’는 전국적으로 시단위에 설치되고, 극히 일부의 군단위에만 존재할 뿐임.
  - 농촌진흥청의 2013년 농어업인 복지실태조사 보고에 따르면, 농어촌에서 지난 1년간 지역의 복지관 등 복지시설을 이용한 경험층은 7.6%로 도시와 별 차이를 보이지 않았지만 이용의 만족 수준에서는 도시에 비해 낮음.
    - 특히 65세 이상 어르신 있는 가구의 이용만족도가 높아서, 중년층의 복지서비스에 대한 고려가 요구됨. 문화여가와 관련한 참여 제약 이유로, ‘시간적 여유가 없다’(32.9%), ‘원하는 시설이 없다’(13.9%), ‘비용이 부담된다’(13.3%) 순으로 나타났으며 도시에 비해 ‘만족’ 비중이 낮은 반면 ‘불만족’ 비중은 높음(농촌진흥청, 2014).
- 상대적으로 도시에 비해 부족한 민간 의료기관에 대한 접근성으로 인해 농어촌 거주 중장년층에 대해서는 보건기관 중심의 만성질환 예방 및 관리서비스가 강화될 필요가 있음.

○ 중장년기는 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 발생이 늘어나는 시기로, 만성질환의 위험요인인 흡연, 음주, 비만 등 건강행태를 바꾸고 질병의 조기발견을 위해 정기적으로 검진하는 것이 필요함.

－ 우리나라에서는 암검진사업, 구강보건사업을 농어촌에 우선적으로 실시하도록 하고 있음<sup>6)</sup>.

#### ○ 암검진사업

－ 암은 사망률이 높고 가장 많은 의료비를 발생하는 질환으로 조기검진과 적절한 치료를 통해 사망률을 낮추고 생존율을 높일 수 있음.

－ 제3차 국민건강증진종합계획에서는 국가암검진사업 수검률의 지역편차를 줄이는 것을 목표로 하고 있음.

• 2008년 8.3% → 2020년 5%

－ 천경수 등(2002)은 농촌지역 여성의 자궁경부암 검진 경험율이 54%로 도시의 63.1%보다 현저히 낮았으며 일회성으로 실시하는 경향이 높았다고 보고하였음.

#### ○ 구강보건사업

－ 상대적으로 치과 의원이 부족한 농어촌 지역과 군단위 지역의 주민들은 보건소 구강보건서비스를 절실히 원하고 있으며, 보건소 구강보건서비스 이용률이 높음(김남희 등, 2014).

－ 때문에 일부 지자체에서는 농어촌지역 주민의 의료기관 접근성을 높이고자 이동진료장비가 갖추어진 차량을 이용하여 교통편이 원활하지 않은 지역을 주기적으로 순회하는 사업을 실시하고 있음.

#### ○ 지역사회 통합건강증진사업

－ 지역사회 주민의 건강수준 향상을 위한 사업을 지자체가 주도적으로 발굴하여 추진함으로써 지역주민의 건강증진사업 체감도 향상하고자 지역사회 통합건강증진사업을 실시하고 있음.

6) 농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법 제15조(암검진사업의 우선 실시), 제16조(정신보건사업의 우선 실시), 제17조(구강보건사업의 우선 실시)

- 금연, 절주, 신체활동, 영양사업, 건강위험군에 대한 만성질환 예방 및 관리 사업, 치매검진사업을 필수사업으로 지정하고 있으며, 이 외 사업은 지자체가 선택적으로 추진함.

○ 심뇌혈관질환 예방관리사업

- 심근경색증, 뇌졸중의 발생, 사망, 장애를 감소하고 고혈압·당뇨병의 관리수준을 향상하는 것을 목표로 함.
- 의료기관, 약국을 통해 노인 고혈압·당뇨병환자 등록
- 질환 관리 교육 및 만성질환 자가관리 지원
- 심뇌혈관질환 예방관리 홍보
- 레드써클 캠페인 및 만성질환 관리를 위한 광고 제작

□ 한국의 높은 자살사망률과 미흡한 정신건강증진 서비스의 유기적 전달체계

- 2013년 고의적 자해(자살)에 의한 사망률은 28.5%로 지속적으로 증가하는 추세이며, 10년 전에 비해 사망원인 순위가 5위에서 4위로 순위가 상승함(통계청, 2014).
- 남자의 자살사망률이 여자보다 높게 나타남(남자 10만 명당 39.8명, 여자 10만 명당 17.3명)(그림 4-4).

[그림 4-4] OECD 국가의 인구 10만 명당 자살사망률



자료: 통계청(2014). 2013년 사망원인통계.



- 한국 성인 인구의 약 1/4는 평생 동안 한 번 이상 정신 장애를 앓은 적이 있음 (조맹제 외, 2011).
  - 니코틴 사용 장애를 제외하고는 성인의 24.7%가 평생 동안, 13.5%가 지난 1년간 한 번 이상 정신 장애를 앓은 적이 있는 것으로 나타남.
- 정신건강은 건강행동(예, 음주 및 흡연), 신체질환(예, 만성질환), 자살과 연관성이 높음.
  - 현재 전 세계적으로 우울증으로 야기되는 부담이 세 번째로 큰 것으로 나타났다으며, 2020년에는 10개의 주요장애 원인 중에는 정신장애가 5개가 포함될 것으로 보고함(WHO, 2008).
- 때문에 정신건강 예방, 스크리닝, 조기개입, 치료 및 개입, 사후관리로 이어지는 연속적인 정신건강 증진 서비스 체계 구축 필요
  - 특히, 다양한 부처에서 이루어지고 있는 사업들 간 유기적 연계체계 구축이 필요
  - 보건복지부의 정신건강증진체계(예, 정신건강증진센터, 통합중독대응센터) 및 정신의료기관을 기반으로 미래창조과학부(인터넷 중독대응사업), 여성가족부(예, 청소년 대상 CYS-Net), 교육부(예, Wee Center), 문화체육관광부(도박중독대응사업), 식품의약품안전처(약물중독대응사업)에서 다양한 대상 및 정신건강 문제에 대한 접근이 이루어지고 있으나, 각 부처의 사업 간 연계 부족

#### 나. 향후 5년간 대내·외적 여건 분석

##### □ 베이비부머의 고령화와 인구구조변화

- 한국의 베이비부머는 전쟁직후인 1955년부터 산아제한 정책을 실시하기 시작한 1963년까지 9년 사이에 태어난 인구집단을 말함.
  - 2010년 현재 우리나라의 베이비부머는(만 47세~55세) 695만 명으로 전체 인구(4,799만 명)의 14.5%로(통계청, 2012)<sup>7)</sup> 베이비붐 세대의 고령화가

7) 베이비 부머 인구규모의 경우, 인구주택 총조사는 2010.11.1. 기준(베이비 부머 695만명)으로 외국인인 미 포함되

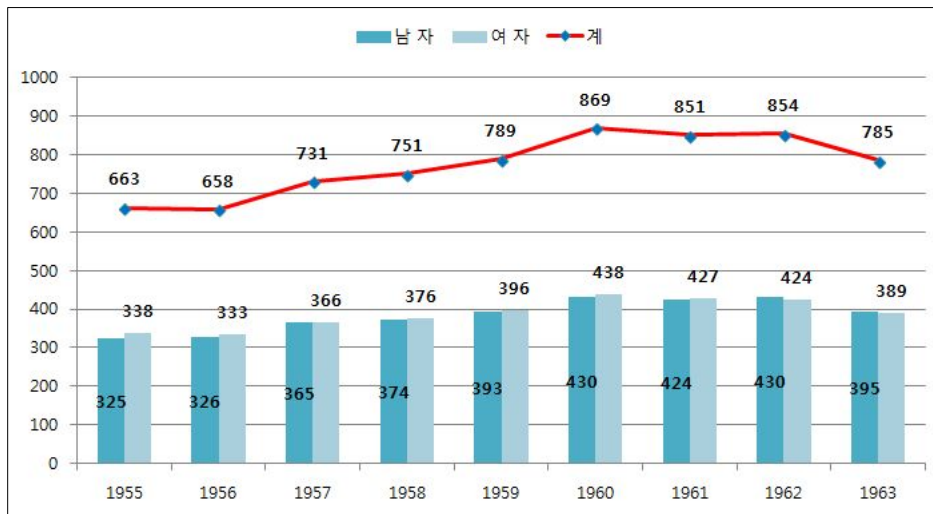
미치는 영향력은 우리나라 인구구조변화 뿐만 아니라 사회경제적으로 파장이 클 것으로 전망되고 있음.

○ 2015년부터 베이비부머의 만형인 1955년생이 60세로 진입하면서 다수의 국민연금 수급자가 발생하고, 이들이 65세 노인으로 진입하는 2020년에는 본격적으로 사회적 부양부담이 증대될 것으로 예측됨.

－ 또한, 베이비붐 세대 중 가장 많은 비중을 차지하는 1960년생이 65세에 접어드는 2025년경부터 우리사회는 초고령사회로 접어들 것으로 전망됨(그림 4-5).

[그림 4-5] 베이비 부머의 출생연도별 인구구조: 1955-1963

(단위: 천명)



자료: 통계청(2012). 베이비부머 및 에코세대의 인구·사회적 특성분석.

며, 장래인구추계는 외국인과 조사누락보정분이 포함되어 2010.7.1. 기준(베이비부머 714만명)으로 더 큰 규모로 추계됨(통계청, 2012).

## □ 베이비붐 세대의 경제활동참여 현황

- 베이비부머의 상당 부분은 노후준비 수준은 미흡하며, 은퇴 후 연금 소득에 의존해야 하지만 베이비붐 세대의 절반 정도만 연금혜택을 받을 수 있어 퇴직 이후에도 생계형 일자리에 대한 욕구가 크다고 할 수 있음(표 4-19).

〈표 4-19〉 베이비붐 세대 국민연금 가입현황(2011년 11월 기준)

(단위: 만 명, %)

구분	1955년~1963년	인원	비중
가입자	현재 보험료 납부 중	373	49.2
	실직, 사업 중단 등으로 납부 예외(미납 중)	101	13.3
미가입자	특수 직역연금 가입	40	5.3
	조기 노령연금 수령	3	0.4
	전업주부 등 미가입 대상	241	31.8

자료: 국민연금공단(2011). 베이비부머 노후준비 상태 현황 분석, 재인용: 손유미(2014). 베이비붐 세대의 일자리 현황과 과제. The HRD Review. 한국직업능력개발원.

- 베이비붐 세대의 고용형태 변화를 분석한 결과(2008~2013년), 정규직은 연평균 1.3% 감소한 반면, 비정규직은 1.5% 증가하였으며, 시간제근로자의 급증이 특징 중의 하나로 나타났음.
  - 이와 함께 정규직과 비정규직의 임금상승률은 상대적으로 낮아 베이비붐 세대 일자리의 질 악화가 우려되고 있음(이삼식 외, 2014).
- 2010년부터 베이비붐 세대의 정년퇴직이 시작되면서 2011년부터 50대의 귀농귀촌자가 급증하고 있으며(박시현, 최용욱, 2014), 은퇴한 베이비부머의 귀농귀촌 현상은 당분간 지속될 것으로 보임.
  - 베이비붐세대의 50% 이상이 농촌을 고향으로 하고, 평균 3억 안팎의 부동산 자산과 200만원에 못 미치는 연금수준으로 인해 은퇴 후에도 생계를 위한 근로활동이 요구되고 있음.

□ 농어촌 지역 내에서 건강증진과 관련된 인구사회학적 특성 및 물리적 환경은 점점 도시에 비해 불리해지고 있음.

○ 소득계층 간 건강행동 실천 격차가 커지고 있음.

- 소득수준이 낮은 남자의 흡연율은 47.5%로 소득수준이 높은 남자의 36.6%보다 높으며, 소득수준이 하인 여성의 흡연율 또한 9.6%로 소득수준이 상인 여성(4.0%)보다 높음(보건복지부, 2014).

○ 인구 노령화로 노인 환자수가 급속하게 증가하고, 이로 인한 의료비 및 사회경제적 부담이 급증할 것으로 예측

- '09년 노인진료비는 12조 4,236억원으로 '02년에 비해 3.4배 증가
  - 노인진료비 추계 : ('09) 31.4% → ('15) 37.9% → ('20) 45.6% → ('25) 56.1% → ('30) 65.4%

- 노인진료비 상위 질환은 고혈압, 대뇌혈관질환, 골관절염, 당뇨, 치매 순

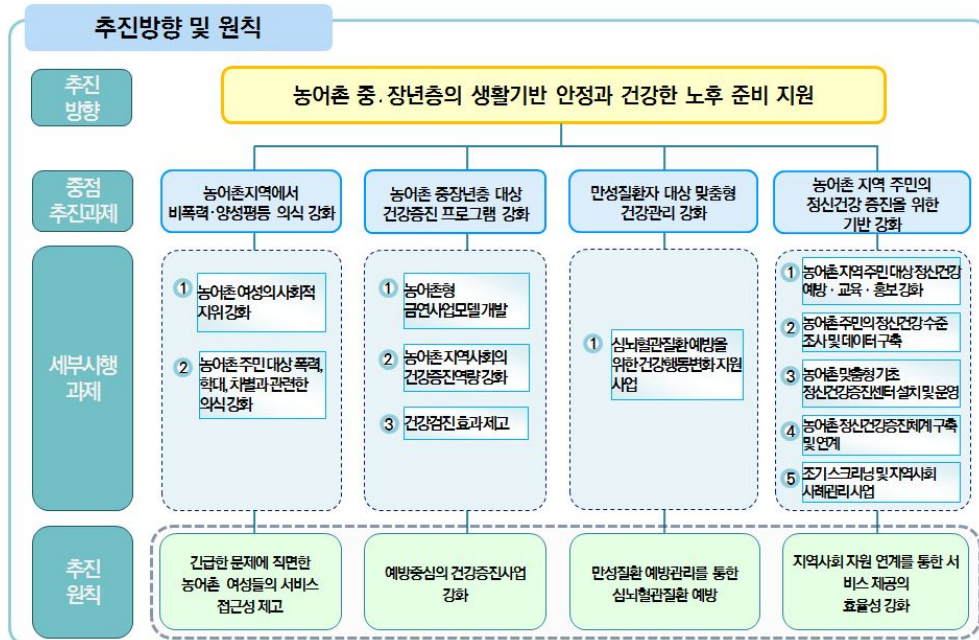
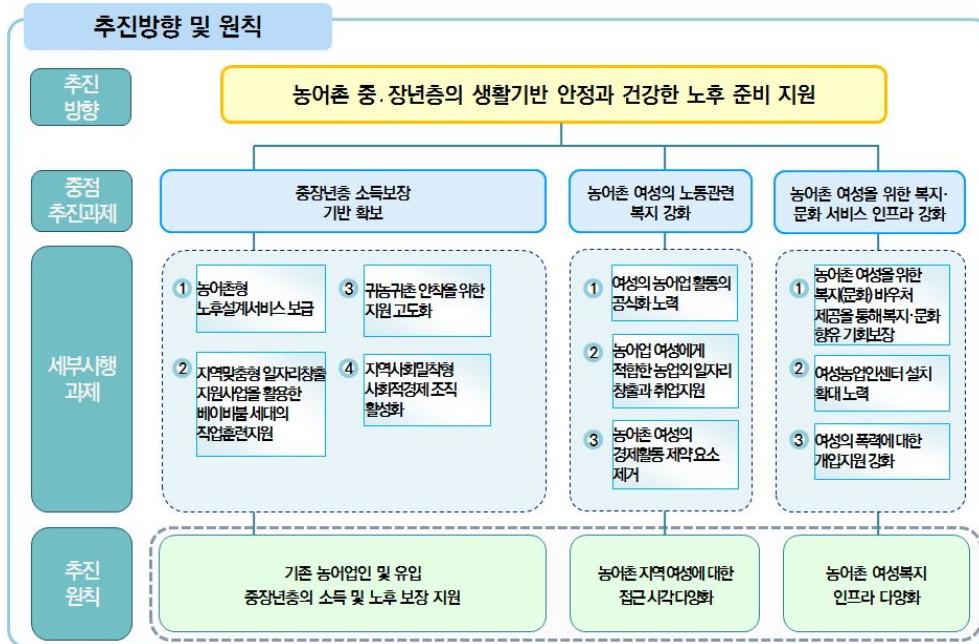
○ 도시지역의 경우 의료기관 중심의 만성질환 관리사업 실시를 위한 기반이 조성되어 있으나, 농어촌의 경우 부족한 민간의료기관으로 인해 사업 실시 기반이 상대적으로 취약

- 보건소와 약국을 중심으로 한 사업 수행 체계 강화를 고려할 필요

○ 농어촌의 도로망이 발달하고 차량 이용이 보편화되면서 농어촌 거주자의 신체 활동이 과거에 비해 감소하였으며, 상대적으로 도시에 비해 농어촌 지역의 운동시설이 부족함.

- 농촌지역 음주, 흡연 등 건강관리 실태 조사 결과 33.7%가 운동시설이 열악하다고 응답하였으며, 33.3%가 운동시설이 없다고 응답함(한국농촌경제연구원, 2013).

## 2. 추진방향 및 원칙



### 3. 중점 추진과제

#### 가. 중장년층 소득보장 기반 확보

##### 1) 현황 및 문제점

□ 농어업인 공적연금 가입률은 도시지역에 비해 낮은 수준임.

○ 농어업인 복지실태조사(2013)에 의하면, 농어촌에 거주하는 농어업인의 33.7%는 공적연금에 가입하지 않은 것으로 나타났으며, 산업별 국민연금 가입현황에서는 농림어업에 종사하는 자영업자의 39.2%는 국민연금에 가입하지 않은 것으로 나타남(통계청, 2013).

– 도시지역 인구에 비해 ‘국민연금’ 가입률은 약 14.8%p 낮은 반면, 공적연금에 가입하지 않은 비중은 약 14.1%p 높음.

– 연령대가 낮을수록 공적연금 보험료가 부담도가 높으며, 특히 30대 이하 연령층의 약 60%가 공적연금 보험료 부담을 느끼는 것으로 나타남(표 4-20).

〈표 4-20〉 공적연금 가입현황(%)

구분	빈도(명)	국민연금	공무원연금	사학연금	군인연금	미가입
농어촌	(2,764)	62.2	3.9	.9	.8	33.7
도시지역	(1,194)	77.0	3.1	1.0	.4	19.6

자료: 농촌진흥청(2014). 2013년 농어업인 복지실태조사 보고서.

○ 공적연금 이외에 도시지역에 비해 농어촌 지역 가구의 민간의료보험 및 사적연금 가입률도 낮은 수준임(농촌진흥청, 2014).

– 민간의료보험 가입률은 46.5%로 도시지역에 비해 10.5% 낮으며, 개인연금 가입률은 21.6%, 농지연금 가입률은 2.6%에 불과함(표 4-21).

〈표 4-21〉 민간의료보험 및 개인연금 가입률(%)

구분	민간의료보험	개인연금	농지연금
농어촌	46.5	21.6	2.6
도시지역	57.0	25.3	—

자료: 농촌진흥청(2014). 2013년 농어업인 복지실태조사 보고서.

□ 50대 연령층의 귀농귀촌 비중이 가장 높으며, 매년 증가하고 있는 추세임(박시현, 최용욱, 2014).

○ 귀농·귀촌 가구는 2001년 880가구에서 2011년 10,503가구, 2012년 27,008가구, 2013년 32,424가구 등 매년 증가하고 있음.

－ 귀농·귀촌 동기에 대해서는 농촌이 좋아서가 5점 만점에 4.19점으로 가장 높았고, 도시생활 염증(3.5점), 영농 차원(3.44점), 건강(3.42점) 순이었음.

○ 2013년 귀농자의 평균 연령은 53.1세로 세대별로는 50대가 39.3%로 가장 많고, 40대 23.0%, 60대 20.9%, 30대 이하 12.0%임. 귀촌자의 연령도 귀농자와 유사하게 50대가 25.3%, 40대 22.1%, 60대 20.7% 등으로 2012년에 비해 2013년 40대와 50대의 비중이 높아짐.

○ 귀농귀촌자의 약 90% 이상은 경제활동에 종사하며, 이 중 77%는 농업 관련 직종에 종사하고 있음. 귀농인의 평균 연령은 52.8세로 상대적으로 젊지만, 귀농귀촌자의 농업여건은 열악한 수준으로 농업소득으로 생활비 충당이 어려워 농업 이외의 다양한 경제활동을 수행하고 있는 것으로 나타남.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌형 노후설계서비스 보급

○ 삶의 전반적인 영역으로 재무영역 뿐만 아니라 사회적 관계, 건강, 여가영역에 걸친 체계적인 준비가 필요함. 특히, 농어촌지역 거주 베이비붐 세대의 특성과 지역여건 등을 고려한 「농어촌형 노후설계프로그램」 개발이 시급함.

－ 농어촌지역에 거주하는 베이비부머의 생활 양식을 토대로 노후소득보장을

위한 컨설팅과 함께 사회적 관계망의 변화, 건강과 여가생활의 특성, 그리고 농어촌지역의 사회서비스 인프라 특성 등에 대한 자료축적과 지속적인 연구를 통해 농어촌형 노후설계서비스를 개발하고 실시해야 할 것임.

□ 지역맞춤형 일자리창출 지원사업을 활용한 베이비붐 세대의 직업훈련지원

- 농어업을 둘러싼 사회 환경 변화는 산업구조 변화에 따라 농어업 기술만으로는 안정적인 소득창출을 어렵게 하고 있음. 이로 인해 농어업 이외의 부가적인 소득원을 가지고 있거나 농어업과 타 업종과의 연계, 협력을 통해 부가 가치를 높일 필요가 있음.
- 기존의 농어업 인구뿐만 아니라 유입되는 귀농귀촌 베이비붐 세대가 은퇴 전 일자리에서 가졌던 경력을 살려 농어업과 가공과 판매·유통, 관광산업 등과 접목할 수 있는 직업훈련을 다양화할 필요가 있음.
- 고용노동부에서는 지역의 고용문제 해결을 위하여 해당 지역의 자치단체 주도로 “비영리법인 또는 비영리단체” 등과 컨소시엄을 구성하여 지역주민의 일자리창출, 고용촉진, 직업능력개발 등을 추구하는 특화사업과 이와 관련된 지역 고용 포럼사업과 연구 사업을 실시하고 있음.
- 지자체에서 고용노동부의 이러한 사업을 활용하여 지역 특성에 적합한 사업을 발굴하여 농어촌 지역의 일자리 창출에 기여할 수 있도록 함.

□ 귀농귀촌생활 정착을 위한 지원 고도화

- 베이비부머의 은퇴에 따른 귀농귀촌 증가는 농촌인구의 증가와 함께 1차 산업의 인력공백을 줄이는데 기여하고 있으나, 이들의 안정적 정착과 생계를 위한 소득보장에 대한 요구가 높아지고 있음.
- 귀농귀촌자의 안정적인 소득보장 지원
  - － 귀농귀촌의 전제조건으로 ‘생활을 할 수 있는 소득원’에 대한 욕구가 가장 높은 것으로 나타남(김동원, 박혜진, 2014).
  - 귀농귀촌을 위해 개선이 필요한 부분으로는 ‘정부 지원정책과 프로그램’



이 30.6%로 가장 높았으며, 다음으로 ‘귀농관련 기관의 교육 및 정보제공(21.5%)’, ‘지자체의 유치노력과 투자(18.9%)’ 등

- 귀농귀촌자의 창업자금 지원대상과 지원 조건 개선, 농지 임차료 지원, 농가 외 소득창출 지원(시간제 일자리 지원 등) 등의 중앙정부와 지자체의 지원 확대

#### ○ 귀농귀촌인을 위한 저비용 주거지원

- 현재 추진 중에 있는 농어촌주택개량사업, 전원마을 조성사업, 뉴타운조성사업 등은 주택구입을 전제로 하므로 주거지 마련에 높은 초기비용이 필요
  - 현재 주택구입지원으로 세대당 5천만원 한도 내에서 2.7% 금리로 지원하고 있음(대출기간 5년 거치, 10년 분할상환).
- 이에 대한 대안으로 농촌빈집재활용사업이나 임시거주지 제공(낮은 비용의 전월세), 장기임대 등을 적극적으로 추진할 필요(박시현, 최용욱, 2014).
  - 이와 함께 농어촌형 임대주택 조성과 농어촌주택소유자 양도소득세 감면 등 각종 세제 지원 강화

#### □ 지역사회밀착형 사회적경제 조직 활성화

- 베이비붐 세대의 전략 산업으로 보건복지서비스업, 사회서비스업, 운수업, 농업어업 등이 제시되고 있음(이삼식 외, 2014).
  - 이러한 전략산업에 기반 하여 은퇴한 베이비붐 세대가 집수리나 목공, 아동이나 노인돌봄, 조리 등의 기술을 바탕으로 지역사회에 요구하는 지역밀착형 서비스의 수혜자이면서 공급자의 역할을 수행가능(손유미, 2014)
- 사회적기업, 협동조합, 공동체회사 등 다양한 사회적경제 조직의 형태로 지역사회의 부족한 사회서비스를 개발하고 서비스 제공을 통한 수익을 창출하는 대안적 일자리 모델을 강화할 필요가 있음.

## 나. 농어촌 여성의 노동관련 복지 강화

### 1) 현황 및 문제점

#### □ 농촌지역 여성의 노동참여 증가

- 국내 농가의 평균 경지면적은 1.46ha로 규모가 영세하고, 농업이 주 소득원인 전업농가의 비중은 53%이며, 도시근로자가구 대비 농가소득률은 2010년 67%에 불과(정은미, 민자혜, 2013).
  - 농가의 영농규모의 영세성과 고령화로 인해 농가소득이 낮아지고 있는 상황에서 여성이 노동에 참여함으로써 낮은 소득을 보완하려는 경향 증가
- 특히 최근 농가 생산 작목의 변화, 다양한 농어촌 마을 사업의 출현, 농어촌의 도시화와 교통 편리에 따른 농업외 직종의 출현 등으로 인해 농어촌여성의 노동시장 진입이 과거에 비해 용이
  - 따라서 농어업에 종사하거나 다른 직업을 갖으면서 두 가지 노동을 병행하는 여성이 늘고 있고, 이와 더불어 가사, 돌봄(특히 시부모와 동거하는 여성), 보육 등 여성의 노동투하량이 증가할 수밖에 없는 처지에 있음.
  - 단적인 예로, 농림축산식품부 실시한 2013년 여성농업인 실태조사의 응답자 중 31.1%가 여성농업인을 위해 시급히 해결해야 할 문제로 ‘노동부담의 경감’을 선택하였음.

#### □ 농어촌 노동시장에서의 여성 노동참여 관련 정책 부족

- 한편, 농어촌의 노동시장은 아직까지 여성의 노동참여에 관한 호의적 제도, 정책, 서비스를 갖추고 있지 못함.
  - 특히 이러한 문제는 경제활동가능연령에 진입한 여성과 농어촌에서 일정기간 적응된 결혼이주여성을 도시 전출로 이끌고, 귀농·귀촌 의도를 가진 여성의 농어촌 진입을 막는데 영향을 줄 것으로 보임.
- 여성들이 주로 담당하는 특용작물, 일반밭작물에 대한 기계화율이 낮으므로,

여성의 특성에 맞는 농기계 개발, 생산, 보급에 관심 확대 필요

- 농업생산에서 여성농업인은 상대적으로 남편에 비해 전문성이 부족하여 여성의 농어업 노동을 낮게 평가함.

- 농산물 가공, 직거래, 농촌체험 관광 등 여성이 참여할 만한 경제활동은 증가하였지만 여성에게는 노동집약적 역할이 부여되고 그에 대한 대가도 공식적인 노동임금에 준하기 보다는 가사노동의 연장선에서 희석되는 경향이 있음.
- 농어업 소득의 보완책으로서 투입되는 여성노동으로 인해 경제활동을 하는 여성에게 여전히 '가사와 양육이 우선'이라는 전통적인 성별의식을 강요함.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 여성의 농어업 활동의 공식화 노력

- 여성의 농어업 활동을 유급노동으로 간주하고 사회보험체계에 진입할 수 있도록 사회적 분위기 조성
  - '가족경영협약'<sup>8)</sup>이나 여성농업인의 공동경영주 등록 등 여성의 농어업 노동이 시장노동체계에 흡수되고, 그에 따라 사회보험에 개인으로 가입될 수 있는 제도 마련
- 여성의 농어업 노동에 대한 노동법관련 지원
  - 마을 품앗이 노동, 여성농업이주노동자 노동, 체험관광 등 마을사업에서의 노동에서 여성이 받는 불이익에 대한 법적 지원
  - 이상과 같은 경우에서 발생할 수 있는 노동법 상의 이슈들을 안내책자로 제작하여 배포
  - 이동복지관 등의 복지서비스 패키지에 노동법에 관한 서비스 포함 권유

8) 가족경영협약은 가족구성원이 동등하게 경영에 참여하고, 그 성과를 함께 공유하도록 농업에서 역할 분담을 명확히 하고, 공동의 경영목표와 계획을 수립하며, 또한 노동에 따른 보수, 휴가, 경영승계와 같은 항목들에 대하여 가족끼리 대화를 통해 결정하고 문서로 작성하여 실천하는 것임. 현재 우리나라에서는 2004년 대전시를 시작으로 약 150여 농가 부부가 가족경영협약을 체결하였으며, 2007년부터 농가들이 지역단위 네트워크를 구축하고 정기적인 친목모임 진행중임.

□ 농어촌 여성에게 적합한 농업외 일자리 창출과 취업지원

- 농어촌 여성이 농어업외에 농어촌 특성에 맞게 취업할 수 있는 직종개발
  - 광역지자체 산하의 여성개발원, 여성인력개발원 등을 통해서 농어촌형 여성 일자리 개발 연구에 지원
- 경력단절 여성 재취업을 위한 농촌지역 새일센터(‘14년 9개소) 확대
  - 육아·가사 등으로 경력이 단절된 여성을 대상으로 ‘여성새로일하기센터’를 통해 직업상담, 교육 등 취업·창업 종합 지원
  - 농어촌 지역 여성 대상 직업상담, 직업교육훈련, 인턴십, 구인·구직 연계, 취업 후 사후관리 등 종합 취업지원 서비스 제공
  - ‘여성새로일하기센터’ 서비스 전달을 위해 농어촌지역 출장 지원

□ 농어촌 여성의 경제활동 제약 요소 제거

- 현행 출산전후 여성농업인 도우미서비스의 대상자와 지원 확대
  - 여성농업인에 한해서 제공되는 출산 영농도우미서비스를 농어촌 거주 비농업분야 취업 여성에게 확대 적용하고, ‘출산 도우미서비스’로 명칭변경
  - 출산도우미 지원액(예: 1일 3만원에서 4만원) 상향조정과 지원 일수(예: 30일에서 45일) 확대
- 마을공동식당 운영 지원
  - 농어촌의 마을 경로당을 중심으로 마을공동식당을 운영하여 농번기에는 농사일과 가사일을 병행하는 여성농업인의 부담을 감소하고 평소에는 경로당 어르신들의 식사문제를 해결<sup>9)</sup>
  - 마을공동식당에 대한 운영은 부녀회나 청년회에서, 식사준비는 마을의 건강한 어르신들이 담당

9) 2007년 전남 나주에서 최초로 ‘농업인 마을공동급식조례’를 제정하고 마을공동급식사업을 진행하여 2013년에는 시내 300개소로 증가함. 경북은 ‘농촌마을 공동급식시설 지원사업’을 통해 공동급식에 필요한 급식시설 개보수 및 장비 구입비 등 개소당 2천만 원의 사업비를 지원하고 마을 부녀회원의 순번제 근무 방식으로 운영하여 2013년까지 48개소가 있음.

## 다. 농어촌 여성을 위한 복지·문화 서비스 인프라 강화

### 1) 현황 및 문제점

#### □ 농어촌 지역내 여성복지 인프라 부족

○ 농어촌의 과소화와 더불어 인구유출문제의 해결책으로 중심지(읍단위) 활성화 정책을 도입하면서부터 면과 리 단위에서의 서비스가 중단되거나 확장되지 못하는 것은 국·내외 농어촌의 공통적인 문제임.

- 국내에서는 노인복지관이나 종합복지관, 경로당이 농어촌의 특성(노령율이 높은)에 적합한 복지기관으로 판단, 지자체 복지재정의 한계상황에서 기타 종별 복지기관의 설치에 자제되어 온 결과 복지인프라가 다양하게 구축되지 못했음.
- 더불어 인구가 적은 농어촌지역에서 시장경쟁의 논리에 충실한 민간영역이 복지와 문화 활동을 하는 것을 기대하기 어려운 실정임.
- 따라서 농어촌(특히 면과 리 단위)의 여성은 복지와 문화 서비스에 대해 상대적으로 혜택을 누리지 못하고 있음. 일례로, 2009년 농어촌의 문화·예술 시설 공간 수는 도시의 약 1/4 수준에 머물렀음(농촌진흥청, 2014).

#### □ 농어촌 지역 여성의 여가를 위한 시설과 서비스 부족

○ 경제성장과 더불어 과거에 비해 복지와 여가에 대한 중요성이 강조되고 있으며, 신체와 정신에 대한 염려와 관심이 높아지고 있는 상황에서 여성들은 복지·문화서비스가 다양한 지역을 주거지로 선호하는 경향이 두드러짐.

- 이러한 인프라 부족은 여성들로 하여금 농어촌 지역 정주를 회피하는 이유를 제공함.
- 여성농업인 관련 예산의 80% 이상이 다문화가족 지원, 취약노인, 영유아, 고교생학비 지원 등으로 소요되고 있는 것에 대해서 농어촌 여성의 불만이 높음(오순이, 2013).
- 도시민이 희망하는 농어촌 이주 의향에서 조사 참여 도시민의 35.5%가 취

미와 여가생활을 하겠다고 구상하나(성주인·박문호, 2013) 실제로 농어촌은 그런 희망을 현실화하기에 부적절함.

- 귀촌여성을 비롯하여 농어업에 종사하지 않은 여성들의 경우 노동시간은 가사에 국한되어 나머지 여유 시간을 자기성장과 사회참여에 할애할 수 있는 기회를 제공할 필요가 있음.

□ 지리적 특성으로 인해 성폭력, 가정폭력 등 긴급 상황에서 신속한 개입 곤란

○ 일반적인 복지·문화 뿐 아니라 성폭력, 가정폭력, 성매매 등과 같이 여성에게 긴급하고 심각한 문제가 발생한 때에도 농어촌의 경우 신속하게 개입하기 어려운 지리적 여건을 가지고 있음. 그럼에도 불구하고 긴급서비스 기관은 광역 지자체단위에만 설치되어 있음.

- 이런 상황에서 광역지자체단위의 서비스기관에서는 인력부족, 예산부족으로 읍, 면, 리 단위에서의 서비스 개입을 위한 출장이 제약적이고, 서비스의 적시성과 충분성을 달성하지 못하여 개입의 성과를 거두기 어려움.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

□ 농어촌 여성을 위한 복지(문화) 바우처<sup>10)</sup> 제공을 통해 복지·문화 향유 기회보장

○ 바우처를 활용할 수 있는 복지·문화 공간의 확보를 위해 농어촌의 학교, 경로당, 종교기관 등의 공간 변경·활용 지원

- 면과 리 소재 학교, 마을 경로당, 성당, 교회, 사찰 등의 공간을 마을의 복지·문화 복합 공간으로 활용할 목적으로 공간 리모델링을 원할 경우 사업비 지원

○ 면과 리 단위의 복지·문화 기회 보장을 위해 거점지역 복지관의 이동서비스 사업 권장

- 면과 리 단위 이동서비스 사업을 거점지역 복지관(노인복지관이나 종합복지

10) 충청북도는 가구당 농지소유 면적 50,000m<sup>2</sup> 미만인 농가 또는 이에 준하는 축산·어업경영가구 중 실제 영농에 종사하는 여성농업인을 대상으로 '충북여성농어업인 복지바우처 카드'를 발급함. 연간 15만원(자부담 2만원) 한도 내에서 건강관리를 위한 병·한의원, 종합병원, 건강검진센터, 약국 등과 문화생활 향상을 위한 영화관람, 미용실 이용, 도서구입 등의 비용을 전국 어디서나 사용할 수 있도록 함.

- 관)의 의무 수행 사업으로 지정하거나 평가 시 가점을 부여하여 사업을 권장
- 면과 리 단위 이동서비스 사업을 광역지자체의 공모사업으로 지정하고, 이런 사업을 수행하여 사업비를 제공하는 광역지자체에는 지자체 행정 평가 시 가점 부여

○ 농어촌지역의 복지·문화 서비스 제공자에 대한 훈련과 고용 지원

- 지역 주민 중 복지·문화 서비스를 제공할 수 있는 전문가를 훈련하고 지자체가 고용하여 서비스 인력 확보<sup>11)</sup>

□ 여성농업인센터 설치 확대 노력

○ 여성농업인센터 미설치 군에 설치가 확대 되도록 노력

- 여성농업인센터의 공공성에 입각해서 농어촌에서 거의 유일한 여성 복지·문화 기관의 활성화를 위해 자부담을 최소화하고 지자체에서 안정적으로 지원하도록 개선

○ 기존의 여성농업인센터가 시행했던 영유아보육과 아동 방과후 교육을 탈피하고 프로그램을 여성에 집중

- 농업종사 여성 뿐 아니라 비농업종사 여성, 귀촌여성, 결혼이주여성 등 다양한 집단적 특성과 연령 특성, 농업과 농촌의 특성을 고려한 프로그램 개발과 제공시 평가 가점 부여 혹은 인센티브 제공

□ 여성의 폭력에 대한 개입 지원 강화

○ 권역별 여성긴급전화 1366 설치

- 현재 광역지자체 수준에서 각 1개소씩 설치된 여성긴급전화 1366(서울, 경기도의 경우 2개소)은 관할지역의 지리적 규모를 다 아우르기 어려움.
- 비록 전화 상담으로 피해자의 서비스 접근성에는 문제가 없으나 긴급을 요하는 상황에서의 출동, 피해자의 보호를 위한 인도, 분리 후 쉼터의 수용능력 등 실질적인 서비스 제공에는 한계적

11) 전남 완도군에서는 군내 20~40대 여성을 대상으로 여가지도자 교육과정을 수료하면 여가지도자 자격증을 수여하고, 군 소재 경로당의 여가지도자로 고용하고 있음.

- 따라서 농어촌을 포함하고 있는 광역지자체를 4개의 권역(동, 서, 남, 북)으로 나누고, 권역마다 1개소의 센터가 배정될 수 있도록 조정

○ 농어촌 등 소외지역 대상으로 찾아가는 성폭력 예방 및 상담 서비스 확대

- 여성상담센터, 여성긴급전화 1366 등을 비롯하여 모든 복지·상담 기관에서 여성의 폭력과 관련한 사례로 인해 방문 상담이나 서비스를 수행해야 할 경우에 발생하는 출장에 대한 서비스 비용을 공식적으로 책정(교통비와 식비등의 출장비, 외근수당)하여 예산 지원
- 이주여성을 비롯하여 청각장애 여성 등 피해자와의 의사소통에 어려움이 있는 경우 통역·수화비에 대한 예산 지원

라. 농어촌지역에서 비폭력·양성평등 의식 강화

1) 현황 및 문제점

□ 도시에 비해 농어촌 지역 여성의 사회적 지위 강화를 위한 정책 부족

○ 도시에 비해 농어촌지역에서는 가부장의식이 강하고, 지리적·문화적 특성으로 인해 폭력의 가시화가 덜 되며, 알코올중독자(도시에 비해 높은 비율)나 결혼이주여성의 남편 등에 의한 폭력 사례가 많은 것으로 판단됨.

- 특히 최근 국가인권위원회(2013)의 농축산업 종사 외국인 이주 노동자의 인권보고서에 따르면, 여성 이주농업노동자가 가운데 성희롱이나 성폭행을 당한 경험이 있는 경우가 30.8%에 이름.
- 폭력 대응 서비스 공급이 제한적인 상황에서 의식화교육을 통한 예방과 신고를 통한 초기단계 개입에 주력할 필요가 있음.

○ 제4차 여성정책기본계획이나 제3차 여성농업인육성기본계획에는 여성(농업인)의 지위와 권리 향상과 더불어 성차별 개선에 대한 계획이 포함되어 있으나 실효를 거두지 못하고 있음.

- 2001년에 여성농업인육성법이 제정되었으나, 현재 전국 229개 시·군 중



59개에서 여성농업인육성조례가 제정되었고 오직 경기도만 시행규칙을 제정하였음.

- 여성의 농정관련 위원회 참여비율은 2012년 전국 9개도 평균 30.4%이고, 농협/수협 조합원으로 여성의 참여비율은 전국 평균 28.9%, 임원으로 여성의 참여비율은 전국 평균 3.4%에 불과함(오순이, 2013).
- 2013년 여성농업인실태조사에 따르면, 여성농업인 본인 명의의 농지를 소유한 비율은 27.4%이고, 96.1%의 응답자가 농업소득을 별도로 분배받지 않고 있다고 함.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌여성의 사회적 지위 강화

#### ○ 지자체 여성농업인 육성정책의 현실화

- 여성농업인육성법은 여성농업인의 법적 지위를 보장하고 여성인력을 전문화하며 그들의 복지향상을 위한 정책의 근거가 되는 만큼 조례제정 시군 확대에 주력

#### ○ 여성농업인단체의 지도자(집행부) 교육

- 농어촌 여성의 권리를 옹호하고 사회참여를 확대하는데 기여하는 여성농업인단체의 지도자를 대상으로 사회복지와 양성평등 의식을 고양하는 교육을 보건복지부와 여성가족부의 지원으로 년 1회 실시

### □ 농어촌 주민을 대상으로 폭력, 학대, 차별과 관련한 의식 강화

#### ○ 농어촌의 휴먼서비스분야 전문가 집단(지자체 공무원, 교사, 사회복지사, 의사, 간호사 등)과 주민 지도자 집단(이장, 여성단체장 등)을 대상으로 양성평등, 폭력과 학대에 관한 예방 교육 의무화

- 보건복지부와 여성가족부, 국가인권위원회가 협력 하에 농어촌 소재 각 전문가 협회와 지도자 집단이 해당 교육을 받을 수 있도록 조치

○ 폭력, 학대, 양성평등에 대한 주민 인식 강화

- 폭력과 학대, 양성평등에 대한 농어촌용 홍보물(피해 신고 절차 포함)을 제작하여 면사무소 비치
- 폭력 등 피해에 대한 처리 절차를 안내하는 다국어 유인물 제작·배포

마. 농어촌 중장년층 대상 건강증진 프로그램 강화

1) 현황 및 문제점

□ 도시에 비해 불리한 농어촌 지역의 금연 및 비만관리 여건

○ 도시와 비교하여 농어촌지역의 흡연률이 높고 금연율이 낮음.

- 성인 남자의 현재흡연률은 동지역이 40.9%, 읍면지역이 47.4%로 농어촌 지역이 높은 반면, 금연계획률은 동지역 18.4%, 읍면지역 13.0%로 농어촌 지역이 낮음(보건복지부, 질병관리본부, 2013)<sup>12)</sup>.

○ 현재 간접흡연 규제가 실내공간 중심으로 실시되어 실외에서 생활시간이 많은 농어촌지역은 상대적으로 간접흡연 규제가 부족함. 간접흡연 규제는 흡연자가 금연하게 되는 요인 중 하나로 알려져 있음.

- 직장실내 간접흡연노출률은 읍면지역이 45.7%로 동지역 47.5% 보다 낮으나 가정실내 간접흡연노출률은 읍면지역 12.0%, 동지역 10.8%로 읍면지역이 높음. 특히 읍면지역 거주여성의 간접흡연노출률은 27.4%에 달함(보건복지부·질병관리본부, 2014).
- 서울 대도시에서는 지자체에서 주도적으로 실외금연구역을 설치하고 있으나, 농어촌에서는 실외공간에 대한 간접흡연 규제가 부족함.

○ 전국적으로 도로망이 확대되고 자가용 사용이 늘어나면서 농어촌지역의 차량 이용이 보편화되는 반면, 운동시설에 대한 접근성은 떨어짐.

12) 보건복지부, 질병관리본부(2014). 2013 국민건강통계

- 도시와 다른 농어촌지역의 생활환경이 주민의 건강행동에 영향을 주나 농어촌 주민의 식이패턴, 신체활동수준에 대한 연구가 거의 없음.

□ 만성질환 예방을 위한 건강검진 활성화 부족<sup>13)</sup>

- 인구가 노령화되고 만성질환 유병률이 상승하면서 건강검진을 통한 만성질환 조기 발견의 중요성이 대두됨.
  - 특히 암은 사망률이 높고 가장 많은 의료비를 발생하는 질환으로 조기검진과 적절한 치료를 통해 사망률을 낮추고 생존율을 높일 수 있음.
- 우리나라에서는 건강보험공단에서 무료로 건강검진서비스를 제공하고 있으나, 지역에 따라 수진율에 차이가 있고, 자비를 들어 민간의료기관에서 받는 건강검진이 늘어나고 있음.
  - 읍면지역 건강검진수진율(59.8%)이 동지역(55.0%)보다 낮음(질병관리본부, 2014).
    - 남자: 동지역 62.0%, 읍면지역 58.9%,
    - 여자 동지역 57.7%, 읍면지역 50.8%
  - 암검진수진율 또한 동지역 44.0%, 읍면지역 40.6%로 읍면지역이 다소 낮음(질병관리본부, 2014).
    - 남자: 동지역 36.9%, 읍면지역 33.6%,
    - 여자 동지역 51.0%, 읍면지역 48.7%
- 농어촌 지역은 도시에 비해 건강검진기관에 대한 접근성이 떨어지며, 소득수준, 가구형태(독거가구, 다문화가구 등) 등 건강검진 이용이 취약한 특성이 있음.
  - 읍면지역보다 동지역에 거주할 경우, 유배우자일 경우 자궁암 검진율이 높았음(김민경 외, 2006).
  - 농촌지역 여성의 유방암 검진에 영향을 주는 요인은 연령, 가족수, 이전 검진 유무, 간염백신 접종 여부, BMI였으며, 혼자 사는 여성의 경우 검진율이

13) 보건복지부, 질병관리본부(2014). 2013 국민건강통계

매우 낮았음(박정돈 외, 2004).

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌형 금연사업모델 개발

○ 농어촌지역에서는 흡연자에게 금연프로그램을 제공할 수 있는 의료기관이 부족하므로 보건소, 보건지소, 진료소를 중심으로 금연사업을 실시하며, 지역사회 구성원(의·약사, 이·통·반장, 마을 부녀회장, 청년지도회장 등)과의 네트워크를 구축하여 능동적인 참여를 이끌어 냄.

#### ○ 금연환경 구축

- 공동작업장, 경로당, 마을회관, 음식점에서의 흡연 규제 및 흡연구역 설치
- 가정내 금연 유도
- 지역사회 리더(이장, 청년회장)의 금연 유도 및 인센티브 부여
- 여성, 만성질환자 등 특성별 금연교육 및 캠페인

#### ○ 금연실천 지원

- 보건지소, 보건진료소를 중심으로 금연프로그램 제공
- 상담 및 금연보조제(니코틴패취 등) 제공
- 마을단위, 가족단위 금연 지지
- 농한기 금연교실 운영

### □ 농어촌지역사회의 건강증진 역량 강화

○ 금연, 절주, 비만 관리를 위해서는 개인의 노력뿐만 아니라 개인이 거주하는 지역사회에서 건강행동을 실천하는 분위기가 조성되어야 함.

#### ○ 농어촌지역주민의 건강증진 수요 분석

- 농어촌 거주자의 식이패턴 및 신체활동량 상세조사
- 귀농가구, 다문화가정, 여성농업인의 건강증진 수요 조사

## ○ 보건소의 건강증진사업 강화

- 농어촌지역은 의료기관이 적고 신체활동 프로그램을 제공할 수 있는 민간시설이 부족하여 보건소를 중심으로 건강증진사업을 강화하는 것이 필요함.
- 현재 지역사회 특성 및 수요를 반영할 수 있도록 실시되고 있는 통합건강증진사업 중 농어촌지역에서 사업효과가 높은 사업을 발굴하여 평가 후 전국으로 확산
- 농어촌 중장년주민 대상 비만방문관리
  - 우리나라 45-64세 남성의 비만율은 40.8%, 여성의 비만율은 35.4%로, 당뇨병, 고혈압 등 주요 만성질환의 위험요인이 되므로 적극적으로 비만을 관리할 필요가 있음(김남순 외, 2014).
  - 지역별로 비만관리 소그룹을 구성하고 정기적인 방문 및 연락을 통해 세부적인 비만관리정보를 제공하고 개인별 평가를 통해 행동변화를 유도함.

## ○ 건강친화적 지역사회 환경 조성

- 지역사회 리더(이장, 부녀회장)의 금연, 절주, 신체활동 실천 유도
- 건강증진프로그램 및 관련 시설에 대한 정보 제공
- 마을단위 건강행동 개선 프로그램 제공 및 인센티브 부여

## □ 건강검진 효과 제고

- 국가에서 제공하는 암건강검진, 생애전환기 건강검진에 대한 농어촌지역 교육홍보 강화
  - 검진의 필요성에 대한 홍보 강화
  - 참여를 높일 수 있도록 지역사회 검진기관에 대한 정보 제공 및 농한기를 이용한 검진 지원
  - 국가 건강검진 미참여자에 대한 조사 및 참여 독려
- 생애전환기 건강검진결과를 활용하여 고위험군에 대한 건강증진 강화
- 농어촌지역의 국가건강검진 사후관리 및 민간의료기관 검진이용 현황 조사

## 바. 만성질환자 대상 맞춤형 건강관리 강화

### 1) 현황 및 문제점

#### □ 만성질환 고위험군에 대한 통합적인 관리 부족

- 서울시 ‘대사증후군 오락프로젝트’ 등 대도시 지자체를 중심으로 만성질환 고위험군인 대사증후군 관리사업이 진행되고 있으나, 농어촌지역은 상대적으로 사업이 활성화되지 못함.
- 대사증후군 관리는 수요자 관점에서 금연, 비만관리에 대한 통합적인 서비스를 제공한다는 장점이 있음.

#### □ 농어촌 만성질환자의 건강행동 개선 부족

- 심뇌혈관질환의 선행질환이 되는 고혈압, 당뇨병환자가 질환을 효과적으로 관리하기 위해서는 의약품 복용과 함께 흡연, 신체활동 등 건강행동이 개선되어야 함.
  - 그러나 지역사회건강조사 결과 고혈압·당뇨병 등 만성질환자의 금연·절주·운동·체중관리 등 건강관리 개선이 미흡한 것으로 나타남(보건복지부, 2013).
- 만성질환자 관리 사업이 전국적으로 진행되고 있으나 대도시에 비해 농어촌 지역에서는 상대적으로 사업 인프라가 부족함.
  - 농촌 지역사회 노인조사결과 건강증진사업의 우선순위로 ‘고혈압 및 당뇨병 예방 및 관리’가 중요하다고 응답(이보영 외, 2008)
  - 의원급 만성질환관리 인센티브 기관수가 서울은 고혈압 양호기관이 982개, 당뇨병 양호기관이 647개인데 비해, 전남은 고혈압 양호기관 279개, 당뇨병 양호기관 82개로 만성질환 관리에 지역별 편차가 큼(2014년 고혈압, 당뇨병 의원급 적정성 평가결과).
  - 대도시에 비해 농어촌 지역의 의료기관수가 부족함을 감안한다면 만성질환 관리를 위한 인프라의 양적인 수준은 물론 질적인 수준에서도 도농간

격차가 있음을 나타냄.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 심뇌혈관질환 예방을 위한 건강행동변화 지원사업

○ 고혈압, 당뇨병 등 선행 질환 예방관리를 위해서는 위험요인을 조기에 차단하고, 지속적으로 질환을 관리하는 것이 중요

－ 국가건강검진 체계를 활용하여 고혈압, 당뇨병 등 선행질환자를 조기에 발견하여 보건소 등에서 환자 등록 관리

－ 고혈압, 당뇨병 등의 초기질환자의 질환관리를 위해 각종 정보 등을 문자메시지 등의 개인매체를 활용하여 지속적으로 제공

• 금연, 절주, 식이 조절, 적정 신체활동 등에 대한 정보 제공을 통해 심뇌혈관질환 발생을 예방하거나 지연시킴.

• 수요자 관점에서 흡연, 음주, 식이, 신체활동에 대한 통합적 관리프로그램 제공

○ 지역내 보건의료기관간 연계를 통해 선행질환에 대한 질병치료를 지원하는 동시에 자가건강관리 지원

－ 의약품 복용순응, 흡연, 음주, 식이, 신체활동, 혈압·혈당 자가체크 등

－ 자가건강관리가 부족한 고혈압·당뇨병환자에 대한 중재프로그램 강화

• 복약불순응, 흡연, 고위험음주, 신체활동 부족, 부적절한 식이 중 3개 이상에 해당되는 경우

## 사. 농어촌 지역 주민의 정신건강 증진을 위한 기반 강화

### 1) 현황 및 문제점

□ 농어촌 지역 주민의 정신건강 관련 인지도 파악 어려움.

- 지역 내 정신건강 서비스에 대한 농어촌 지역 주민들의 인지도가 파악되지 않음. 이는 농어촌 지역 특성에 맞는 정신건강 증진사업을 운영하기 어렵게 만들며, 또한 낮은 정신건강 서비스 이용률과도 연관이 있음.
  - 지자체에 따라 지역 내 정신건강증진 체계에 대한 인지도를 조사하는 경우는 있음<sup>14)</sup>.

□ 농어촌 지역 주민의 낮은 정신건강 서비스 이용률

- 한국의 정신의료서비스 이용률은 15.3%로 외국에 비해 낮은 수준임(조맹제 외, 2011).
  - 일반적으로 정신문제 상담 경험률<sup>15)</sup> 역시 매우 낮게 나타나나, 동 지역의 경우 정신문제 상담 경험률이 1.2%로 나타나는데 반해 읍면 지역은 0.9%로 더 낮음(보건복지부·질병관리본부, 2013).

□ 농어촌 지역의 정신건강 수준 파악되지 않아 근거 기반의 정신건강증진사업 운영 어려움.

- 농어촌 지역 주민의 정신건강 수준 및 정신질환보유 여부 파악이 가능한 주기적인 실태조사 및 데이터 구축이 이루어지지 않아 농어촌 지역의 특성에 맞는 정신건강증진사업 운영이 어려움.

□ 농어촌 지역 정신건강 증진 연계 서비스 체계 구축 미흡

- 농어촌 지역의 정신건강관련 시설 부족으로 인한 취약한 접근성
  - 기존의 정신보건증진체계의 경우 도시를 중심으로 광역 및 기초정신건강증진센터가 설치 및 운영되고 있어, 농어촌 지역의 경우 정신보건시설에의 접근성이 취약함(보건복지부, 2014).
- 농어촌 지역의 정신건강관련 전문인력 부족으로 인한 조기발견, 개입, 사후관

14) 경상북도(2014), 경상북도 정신보건 실태조사 보고서, 경상북도

15) 우울감 경험 때문에 방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 또는 치료와 같은 도움을 청한적이 있는 분을



리의 어려움.

- 정신보건전문요원의 경우 도시지역은 센터 당 4.7명인데 반해, 농어촌 지역은 센터 당 0.23명에 불과함(농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌 지역개발 위원회, 2014).

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌 지역 주민 대상 정신건강 예방·교육·홍보 강화

- 정신건강에 대한 인지 강화 및 편견해소를 위한 농어촌 지역 주민 대상 예방·교육·홍보 사업
  - 복지이장, 농어촌 지역 보건소 인력 대상 예방·교육·홍보
  - 정신건강의 주간 활용 및 정신건강전화(1577-0199) 홍보 강화
  - 팸플렛 등을 활용한 홍보: 지역 내 정신건강증진센터, 정신요양시설, 정신의료기관, 사회복귀시설, 알코올상담센터 등의 위치 제공 및 정신건강의 중요성에 대한 내용 포함

### □ 농어촌 주민의 정신건강 수준 조사 및 데이터 구축

- 농어촌 주민의 정신건강 실태 파악 및 추이분석을 위해 농어촌 지역 주민을 대상으로 5년 주기의 정신건강 실태조사 및 데이터 구축
  - 농어촌 주민의 정신건강 수준을 파악함으로써, 농어촌 주민의 정신건강 증진을 위한 목표 및 추진 방향을 설정하도록 함.
  - 실태조사 및 데이터 구축을 통해 농어촌 지역의 정신건강 증진 목표 달성 여부 모니터링 기능 수행
  - 기초정신건강증진센터, 정신요양시설 및 사회복귀시설 설치의 근거로 활용

### □ 농어촌 지역 맞춤형 기초 정신건강증진센터 설치 및 운영

- 농어촌 주민의 정신건강 실태조사 결과를 기반으로 농어촌 지역 기초 정신건

강증진센터 확대, 시설 및 장비 지원

○ 농어촌 지역 인구특성에 따른 기초정신건강증진센터 설치 및 운영

- 농어촌 인구의 고령화 등의 지역 여건을 반영하여 지역 여건에 맞는 프로그램 개발 및 운영 강화

□ 농어촌 지역의 정신건강증진 체계 구축 및 연계

○ 농어촌 지역의 정신건강 수준 조사 및 데이터 구축을 기반으로 정신요양시설, 사회복귀 시설 등 정신건강 증진 체계 구축

- 시설 및 장비 지원

○ 농어촌 지역의 기존 정신요양시설, 사회복귀 시설 등의 정신건강증진 체계 간 연계 강화

□ 조기 스크리닝 및 지역사회 사례관리 사업

○ 읍면 인적안전망을 활용한 조기 스크리닝 및 지역사회 사례관리

- 복지이장제, 읍면 민관협의체 대상 정신건강 교육 및 홍보
- 읍면 인적안전망을 정신건강 문제를 갖고 있는 농어촌 주민의 사회적 지지 체계 및 모니터링 도구로 활용

○ 농어촌 지역의 중증정신질환관리사업 확대

- 정신건강증진센터 미설치 농어촌 지역의 경우 중증정신질환 관리사업 우선 수행
- 농어촌 지역의 정신건강 수준 조사 및 데이터 구축을 기반으로 정신건강 증진사업으로 확대

## 제4절 노년기

### 1. 여건진단 및 평가

#### 가. 그 동안의 정책추진 현황 및 평가

□ 우리나라 노인인구의 비율은 2014년 기준 12.7%로 고령화사회에 속하지만, 지역별 고령화 격차가 크게 나타나며 농어촌의 고령화 진전속도가 매우 가파름.

○ 읍면부 농어촌 지역 노인은 2000년 전체인구 대비 14.7%로 이미 고령사회이며, 2010년은 20.9%로 초고령사회의 진입을 목전에 두고 있음.

– 동부 지역에서 노인인구는 2000년 전체인구 대비 5.5%에서 2005년 7.2%, 2010년 9.2%로 고령화사회에 속함.

○ 따라서 지역별 고령화 격차를 고려한 맞춤형 노인복지정책에 대한 필요성이 증가함 (표 4-22).

〈표 4-22〉 지역별 고령화 추이

(단위 : 명, %)

구분	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년
읍면부					
전체 인구	11,100,319	9,561,746	9,342,841	8,703,735	8,627,388
65세 이상	1,003,669 (9.0)	1,125,688 (11.8)	1,370,465 (14.7)	1,618,385 (18.6)	1,806,380 (20.9)
동부					
전체 인구	32,290,055	34,991,964	36,642,448	38,337,699	39,363,373
65세 이상	1,158,570 (3.6)	1,514,517 (4.3)	2,001,341 (5.5)	2,746,833 (7.2)	3,618,287 (9.2)

주: ( )는 비율을 의미함.

자료: 통계청(각년도). 인구주택총조사.

□ 고령화 이슈를 범정부차원에서 대응하기 위해 우리 정부는 2006년부터 「제1차 저출산고령사회기본계획(2006-2010)」 수립을 시작으로 5년 마다 기본계획을 수립하여 시행하고 있음.

○ 2015년 현재는 「제2차 저출산고령사회기본계획 고령사회분야보완관(2012-2015)」에

의해 다음과 같은 4대 세부추진 목표를 선정하여 정책과제를 추진 중임.

- 안정된 노후소득 보장: 실질적 다층노후 소득보장 체계 구축(공사적연금제도 개선으로 소득 대체율 확대), 소득보장의 사각지대 해소, 자산시장 대응 기반 마련
- 건강수명 연장: 스스로 미리 지키는 건강증진 체계 추진, 지역사회중심의 건강지킴이 체계 마련, 노인건강정책 인프라 확충 및 효율화
- 적극적 노년의 삶: 더 많은 고령자가 더 많이 일할 수 있는 제도 기반 마련, 평생교육 확대로 고령인력 생산성 강화, 자원봉사 및 여가문화 활성화
- 안전하고 편리한 생활: 고령자 특성에 맞는 주거환경시설 개선, 고령자 이동권을 보장하는 교통환경정비(교통사고율 및 이용편의 개선), 고령자가 살기 좋은 농어촌 생활환경 정비

□ 그동안 저출산고령사회기본계획에서 고령사회 분야의 주요 변천내용을 살펴보면, 정책대상 및 정책범위의 확대, 민간의 책임성 강화와 역할 분담 등이 특징임.

○ 제1차 저출산고령사회기본계획(2006-2010)은 노인을 대상으로 노후소득보장과 요양보호를 위한 큰 틀을 구축한 점에서 의미가 있음.

- 제2차 저출산고령사회기본계획(2011-2015)은 예비노인인 베이비붐세대를 정책대상으로 포함하여 소득과 건강 외에 일자리·사회참여·주거 등 사회 전반적인 대응책을 마련하기 위한 목적을 갖으며, 또한 민간부문의 참여를 제고하기 위한 정책이 수립됨.

○ 제2차 저출산고령사회기본계획 고령사회분야 보완관(2012-2015)은 예비노인에 보다 집중하여 사전예방적인 정책을 수립하고, 정책 목표대상을 2차 베이비붐세대(1964-1972년생)로 확대함. 또한 국민적 수요가 높은 건강·소득·사회참여(일자리)·주거·교통분야에 대해 집중 보완함.

- 특히 주거·교통분야에서는 고령친화적 농어촌 주거환경 재정비와 농어촌 지역의 대중교통 개선 노력이 정책과제로 선정되어 농어촌의 특성을 반영하려는 정책적 관심이 엿보임.

○ 그러나 그간의 노력에도 불구하고 지역별 특성을 고려한 정책적 대응으로는

미흡하여 노년층의 체감 정책효과는 크지 않다는 한계가 있음.

- 도농 간의 고령화 격차를 정교하게 반영한 정책수립 및 추진이 필요함(표 4-23).

〈표 4-23〉 저출산·고령사회 기본계획 고령사회 분야 주요변천

제1차 저출산·고령사회 기본계획	제2차 저출산·고령사회 기본계획	제2차 저출산·고령사회 기본계획 : 고령사회 분야 보완관
2006-2010	2011-2015	2011-2015(2012.10)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 노후소득보장과 요양보호를 위한 큰 틀 구축</li> <li>· 기초노령연금</li> <li>· 노인장기요양서비스</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 베이비붐세대 포함</li> <li>- 소득건강일자리사회참여주거 등 사회 전반적 대응책 마련</li> <li>- 민간부문 참여 제고</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 예비노인에 집중하여 사전예방적 정책 수립</li> <li>- 베이비붐세대 및 전후세대(1946-1954년생, 1955-1963년생, 1964-1972년생)로 대상 확대</li> <li>- 국민적 수요가 높은 건강소득사회참여(일자리)주거 교통 분야 집중 보완</li> </ul>

□ 농어촌 보건복지 기본계획은 농어촌 지역 노인을 대상으로 보건복지 증진을 위한 정책을 수립 및 시행하였으며, 노인보호체계 강화 및 사회참여 활성화를 지원하기 위해 인프라와 서비스 등 양적 확대 정책을 중점적으로 추진하였음.

○ 제1차 농어촌 보건복지 기본계획(2005-2009)에서는 농어촌 노인의 사회참여 활성화를 위해 시군구별 1개 이상의 노인복지관 설립 및 노인인력운영센터 설치 추진하였음.

- 그러나 2005년부터 노인여가복지사업이 지방이양사업으로 변경되어 재정 자립도가 낮은 농어촌지역에서 복지관 등 인프라 확충은 곤란한 실정임(김동진 외, 2013).

○ 제2차 농어촌 보건복지계획(2010-2014)은 2008년 하반기 노인장기요양보험 제도 도입 전후 요양시설 인프라 부족문제가 대두되면서 농어촌 지역 노인보호시설 확대에 역점을 둠.

- 노인돌봄서비스의 운영과 노인요양시설 확충을 통해 노인보호에 대한 양적 확대가 일정부분 이루어졌지만, 여전히 다음과 같은 한계가 있음.
  - 시설에 입소하여 생활하는 노인요양시설은 지속적으로 증가하였지만, 노인이 집

에서 생활하며 이용할 수 있는 재가서비스는 방문요양서비스 중심으로 이루어져  
주야간보호 및 방문간호 서비스 등 다양화가 부족함 실정임(김동진 외, 2013).

- 주야간보호 및 방문간호 서비스에 대한 수요가 충분한 도시지역에 한하여 지속적으로 확대되고 있지만, 수요가 충분하지 않은 농어촌 지역에서는 인프라가 부족함. 따라서 도농간 노인보호서비스의 지역간 격차가 큼(김동진 외, 2013).

□ 정부에서는 2016년까지 65세 이상 노인 대상 임플란트와 틀니의 보험 적용을 계획하고 있음.

- 2014년 75세 이상 노인에 대해 건강보험에서 임플란트가 급여되었으며 2015년 70세 이상, 2016년 65세 이상으로 적용범위가 확대됨.

#### 나. 향후 5년간 대내·외적 여건 분석

□ 후기노인 인구비중의 증가, 베이비부머를 포함한 예비노년층이 조만간 노인층으로 대거 진입할 것으로 전망되는 등 노인 보건복지정책의 새로운 수요에 대응하기 위한 노력이 요구됨.

- 80세 이상 후기노인의 경우 전기노인과 다른 보건복지 욕구가 있으며, 소득과 건강 지원 등 보다 적극적인 정책적 개입이 필요한 인구집단임.
- 예비노년층은 현 세대 노인에 비해 교육수준, 건강수준 등이 양호하여 향후 노인보건복지 욕구는 다양화 될 것으로 예상됨.

□ 자녀와 동거하는 노인비율이 지속적으로 감소하고 있어 노인 단독가구의 증가 현상이 유지될 것으로 전망됨.

- 전체가구 중 노인 1인 가구 비율: 농어촌 13.3%(읍 8.1%, 면 17.6%), 도시 4.5%(통계청 인구총조사, 2010)
  - 노인독거는 우울감 발생, 사회적 고립, 주거비 부담 등 노후생활에 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려짐.
  - 또한 식이의 양과 질이 모두 부족하며, 동거자가 있는 경우에 비해 금연, 절

주 등 건강증진행동에 대한 동기부여가 낮음.

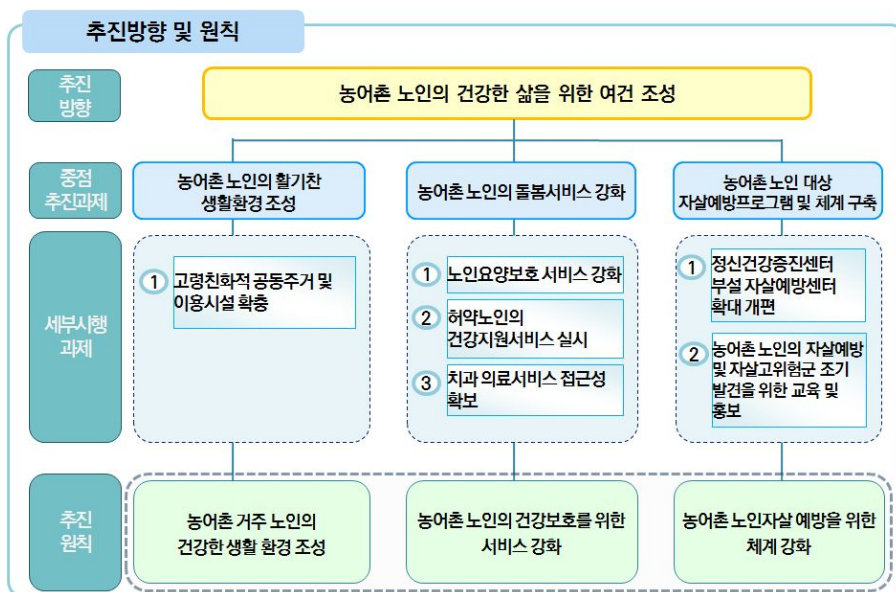
○ 노인만으로 구성된 노인부부가구도 노후 일상생활을 영위하는데 불편함이 많지만, 노인독거가구에 비해 상대적으로 정책적 관심이 적은 상황이므로 이에 대한 보건복지욕구가 발생할 것임.

□ 노후생활에 대한 긍정적인 인식 변화, 사회공헌 및 여가활동에 대한 가치관 변화, 건강수명의 증가 등으로 노인의 사회참여 욕구가 지속적으로 증가할 것으로 전망됨.

○ 수명 증가에도 불구하고 노동시장에서 은퇴연령은 변화가 없기 때문에 노인은 여생을 위해 새로운 인생설계가 필요하다는 사회적 인식이 확산되고 있음.

○ 사회공헌 및 평생교육, 취업활동, 여가문화 활동 등을 통한 노후 삶에 대한 바람직한 상을 제시하고 지원하기 위한 공적지원체계가 서울시<sup>16)</sup> 등 일부 대도시지역에서 설치되고 있음.

## 2. 추진방향 및 원칙



16) 서울인생이모작지원센터(<http://www.seoulsenior.or.kr>)

### 3. 중점 추진과제

#### 가. 농어촌 노인의 활기찬 생활환경 조성

##### 1) 현황 및 문제점

□ 농어촌의 인구고령화와 함께 노인 혼자 또는 노인부부만이 거주하는 노인 단독가구의 증가 경향이 나타남.

○ 읍면부 농어촌 노인의 가구형태는 노인부부 55.2%와 노인독거 23.9%로, 노인 단독가구의 비율이 79.1%에 이르며, 자녀와 동거하는 경우는 17.1%에 불과함.

－ 도시 노인은 노인 단독가구 비율이 62.9%로(노인부부 45.3%, 노인독거 17.6%), 농어촌 노인에 비해 16.2% 낮고, 자녀동거 비율이 32.1%로 15.0% 높음(표 4-24).

〈표 4-24〉 지역별 노인의 가구형태

(단위 : %)

구분	노인단독			자녀동거	기타	전체
	전체	노인독거	노인부부			
읍면부	79.1	23.9	55.2	17.1	3.8	100
동부	62.9	17.6	45.3	32.1	5.0	100

주: 전체응답자 10,674명을 대상으로 한 비율임.

자료: 정경희 외(2012). 2011년 노인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원.

○ 노인끼리만 생활하는 노인 단독가구의 유지기간이 농어촌 노인이 평균 15년으로 도시 노인의 12년 보다 긴 것으로 나타남.

－ 농어촌 노인의 노인 단독가구 유지기간이 20년 이상인 경우가 34.3%로 도시 노인의 20.8% 보다 13.5% 높음.

－ 반면 농어촌 노인은 노인 단독가구 유지기간 10년 미만이 27.3%로 도시 노인의 41.5%보다 14.2% 낮음(표 4-25).



〈표 4-25〉 지역별 노인단독가구 유지기간

(단위 : %, 년)

구분	5년 미만	5~10년 미만	10~20년 미만	20~30년 미만	30년 이상	평균기간
읍면부	13.4	13.9	38.4	26.0	8.3	15.03
동부	22.5	19.0	37.8	13.9	6.9	12.14

주: 단독가구로 생활하고 있는 7,159명을 대상으로 한 비율임.

자료: 정경희 외(2012). 2011년 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 노인 단독가구에 대한 정책적 관심이 필요하며, 특히 일부 지역에서 추진되고 있는 독거노인 공동거주제를 농어촌 전 지역으로 확산 시행할 필요가 있음.
- 농어촌에서 조손가구가 증가하고 있다는 점에서 기존의 독거노인 공동거주제에 조손가구를 포함하여 고령친화적 공동주거 및 이용시설로 활용하는 방안 방안을 고려해 볼 수 있을 것임.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 고령친화적 공동주거 및 이용시설 확충

- 노인독거가구 증가에 대응하고, 단독가구(독거+부부) 노인의 일상생활 편의를 증진하기 위해 마을 단위 노인 공동생활홈, 공동급식시설, 공동목욕시설 등을 조성
  - 자가보유주택이 있는 농어촌 지역과 노인의 특성에 맞춰 기존 공공시설을 리모델링하여 주간 및 동절기 거주 및 식사공간 등을 공동으로 이용할 수 있도록 추진
  - 취사와 식사 등 공동생활 외에 독립적인 생활공간 구성
  - 독거노인이 혼자 생활함으로써 발생할 수 있는 고독사, 의식주 문제를 공동 생활을 통해 해결함으로써 농어촌 거주 노인들의 생활수준을 향상
- 독거고령층이 함께 생활하는 공동생활홈 또는 공동생활가정에 겨울철(11월에서 차년도 3월까지)에 한해 유류비를 지원함으로써 노인들의 삶이 질을 향상
  - 공동생활경비 및 동절기 난방비 절감, 외로움 해소 및 사회적 접촉 기회 확

### 대가 가능하도록 구성

- 고령친화적 공동주거 및 이용시설의 운영모형 개발 및 시범사업 실시
  - 농림축산식품부에서 2014년 고령자 공동이용시설 75개소(공동생활홈 35개소, 공동급식시설 26개소, 작은 목욕탕 14개소), 2015년 고령자 공동이용시설 71개소 조성을 업무계획으로 추진하고 있음.
  - 고령자공동이용시설에 보건 및 여가복지기능 강화
    - 보건복지부·농림축산식품부문화체육관광부 등 부처간 협업을 통해 고령자 맞춤형 복지·문화 프로그램 등을 연계하여 서비스 이용 편의 제고

## 나. 농어촌 노인의 돌봄서비스 강화

### 1) 현황 및 문제점

- 농어촌 보건복지계획에 의한 노인돌봄서비스의 운영과 노인요양시설 확충으로 노인보호에 대한 양적 확대가 일정부분 이루어졌지만, 여전히 다음과 같은 한계가 있음.
  - 대도시와 중소도시의 평균 보호시설기관수는 각각 28.13개소와 26.46개소인데 반해, 농어촌은 10.35 개소로 1/2 수준에 못 미침.
  - 재가보호기관수의 도농간 격차가 더욱 커서 대도시와 중소도시의 재가보호기관수는 각각 100.50개소, 51.55개소이지만, 농어촌은 17.76개소로 대도시의 1/5, 중소도시의 1/3 수준임.
  - 한편, 재가서비스는 방문요양서비스 중심으로 이루어지고 있어, 주야간보호 및 방문간호 서비스 등 다양화가 요구됨(김동진 외, 2013)(표 4-26).

〈표 4-26〉 지역별 평균 노인장기요양기관 수 현황<sup>1)</sup>

(단위: 개소)

지역2)	지역수(A)	기관수(B)		평균 기관수(B/A)	
		시설보호	재가보호	시설보호	재가보호
대도시	48	1,350	4,824	28.13	100.50
중소도시	97	2,567	5,000	26.46	51.55
농어촌	82	849	1,456	10.35	17.76
전체	227	4,766	11,280	21.00	49.69

주: 1) 2014년 6월말 장기요양기관 소재지 기준임.

2) 대도시는 특별시 및 광역시의 구 단위, 중소도시는 시 단위, 농어촌은 군 단위(광역시 군 포함)로 구분함.  
자료: 국민건강보험(2014), 2014년 상반기 노인장기요양보험 주요통계, 국민건강보험.

□ 노인장기요양보험제도는 기능상태가 중증 이상인 요양필요노인이 대상이므로, 경증 또는 허약노인에 대한 보호체계는 상대적으로 부족함.

○ 농어촌 노인은 자녀동거 비율이 낮을 뿐만 아니라 원거리 거주 자녀가 많아서 신체 및 정신 기능 약화로 인한 돌봄서비스에 대한 욕구가 높음. 따라서 노인의 기능상태에 따라 체계적인 요양서비스를 제공할 필요가 있음.

○ 농어촌의 요양서비스 제공인력 부족 문제가 지속적으로 발생할 것으로 전망되므로(김동진 외, 2013), 농어촌 지역의 요양보호 인력 양성이 요구됨(표 4-27).

〈표 4-27〉 지역별 노인이 필요를 느끼는 서비스

(단위: %)

구분	지역	
	동부	읍·면부
없음	4.3	4.7
건강관리 서비스	56.0	58.1
문화여가 서비스	3.2	2.4
금융·자산관리 서비스	8.1	4.1
장묘환경 및 장례서비스	2.4	1.4
일상활동 도우미 서비스	11.0	12.6
병(의)원 및 노인장기요양시설	6.9	9.4
주택건설 및 주택개조서비스	4.1	5.3
정보컨텐츠서비스	1.8	0.5
영농지원서비스	1.0	0.9
미용서비스	0.8	0.6

구분	지역	
	동부	읍·면부
기타	0.3	0.0
계	100.0	100.0

자료: 정경희 외(2012), 2011년 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 노인요양보호 서비스 강화

#### ○ 주간보호서비스가 확대될 수 있도록 제도 기반 마련

- 농어촌 지역 노인의 서비스 선택권 보장을 위해 주간보호 서비스가 제공되지 않거나, 서비스가 부족한 지역에 주간보호 설치 및 운영을 지원
- 공공기관 및 종교법인 등에서 주간보호를 유인할 수 있는 제도 마련
- 농어촌형 주야간 전문인력(간호사, 물리치료사 등)의 완화, 송영(이동) 서비스 지원 강화 등 추진

### □ 허약노인의 건강지원서비스 실시

#### ○ 농촌 노인이 이용할 수 있는 건강증진서비스는 도시지역에 유사한 수준이 될 수 있도록 프로그램의 질과 접근성 강화

- 기 개발된 허약노인 대상 건강프로그램 실시 확대
  - 2013년 노인 맞춤형 운동처방서비스를 제공하는 군 지역은 전체 60개 시·군·구 중 6개<sup>17)</sup>에 불과(조미형 외, 2013)하므로, 건강보험공단 운동프로그램 등 노인의 허약수준 측정 후 맞춤형 운동 확대 실시<sup>18)</sup> 필요
  - 치매예방운동법, 표준운동프로그램, 요가 및 기체조 등 농한기를 이용한 집중강습 추진
- 전문 강사 방문 최소인원 요건인 15명(보건소, 국민건강보험공단 건강 체조 교실 기준)을 충족하기 어렵거나, 면단위에서 1개소 경로당이 1개의 프로그램

17) 영동군, 화순군, 장흥군, 고창군, 진안군, 완주군

18) 한국형 노인건강수준 평가도구(2012, 복지부) 활용

램 실시하는 경우 건강수준에 맞춘 프로그램 운영이 곤란한 경우 대중교통 체계 지원을 통한 서비스 접근성 강화

#### □ 치과 의료서비스 접근성 확보

- 현재 내년(2016년)까지 65세 이상 노인 대상 임플란트와 틀니의 보험 적용을 계획하고 있어, 노인이 많은 농어촌 지역에서 임플란트, 틀니 시술이 증가할 수 있으나, 시술이 가능한 치과가 부족함.
- 노인 대상 임플란트와 틀니의 보험 적용이 실효성이 있기 위해서는 농어촌지역 치과 서비스에 대한 접근성이 강화되어야 함.
  - 임플란트/틀니의 건강보험 적용 대상 및 기준 등에 대한 지역주민 홍보
  - 시술이 가능한 의료기관 연계 및 구강보건 이동진료차량 운영
  - 임플란트/틀니의 사후관리방법 교육

#### 다. 농어촌 노인 대상 자살예방프로그램 및 체계 구축

##### 1) 현황 및 문제점

#### □ 65세 이상 노인의 높은 자살사망률

- 65세 이상 노인의 고의적 자해(자살)에 의한 사망률은 인구 10만 명당 64.2명으로 나타남(통계청, 2014).
  - 남자 노인의 자살사망률이 여자 노인보다 높게 나타남.
    - 남자 노인의 자살사망률은 인구 10만 명당 102.3명이나 여자 노인의 자살사망률은 인구 10만 명당 37.3명
  - 연령이 높아질수록 자살사망률이 높게 나타남.
    - 65-69세의 경우 자살사망률이 인구 10만 명당 42.2명인데 반해 80세 이상인 경우 자살사망률이 인구 10만 명당 94.7명으로 높게 나타남(표 4-28).

〈표 4-28〉 65세 이상 노인의 자살사망률

(단위: 인구 10만 명당)

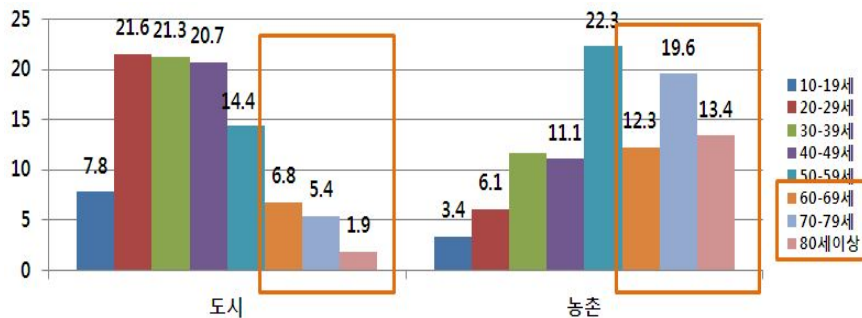
	2000	2005	2010	2011	2012	2013
65세 이상	35.5	80.3	81.9	79.7	69.8	64.2
남 자	55.6	128.6	128.5	128.6	107.7	102.3
여 자	23.6	49.3	50.1	46.1	43.5	37.3
65~69세	25.9	62.5	60.0	54.0	45.8	42.2
70~74세	34.4	74.5	76.1	76.5	67.4	59.5
75~79세	45.5	88.8	94.7	96.1	81.5	77.7
80세 이상	51.0	126.7	123.3	116.9	104.5	94.7

자료: 통계청(2014). 2013년 사망원인통계.

○ 자살시도자의 연령분포를 보면 도농에 따라 차이가 뚜렷하게 나타남(보건복지부, 2013).

– 도시의 경우 자살시도자 중 60대 이상이 차지하는 비율이 14.1%이나 농촌의 경우 45.3%로 나타나, 농촌에서 고령자의 비율이 훨씬 높게 나타남(그림 4-6).

[그림 4-6] 자살시도자의 도농별 연령분포



자료: 보건복지부(2013). 2013년도 자살실태조사 요약보고서.

○ 노인의 자살시도의 방법 중 농약음독 및 약물음독의 비율이 높게 나타남(보건복지부, 2013).

– 50-69세의 경우 약물음독이 57.1%, 농약음독이 23.1%로 나타났으며, 70세 이상인 경우 약물음독이 48.6%, 농약음독이 34.0%로 나타남.

- 도시지역의 경우 농약음독을 자살시도 방법으로 활용한 경우는 8%인데 반해 농어촌지역의 경우 40.6%로 높게 나타남.

#### □ 우울 등의 정신건강 문제와 자살과의 높은 연관성

- 우울, 불안, 수면 등의 정신건강 문제와 자살은 높은 연관성을 보임(보건복지부, 2013).
- 자살자들의 경우 1년 동안 우울증 약물 및 수면제 이용 증가가 뚜렷하게 나타남.

#### □ 노인의 높은 만성질환과 정신질환 간 복합질환 양상

- 노인의 경우 만성질환과 정신질환을 동시에 보유하는 경우가 대부분임.
- 만성질환을 보유하고 있는 65세 이상 노인의 경우 평균 4.1개의 만성질환을 가지고 있으며, 만성질환 보유자 중 71%가 3개 이상의 복합만성질환을 가지고 있음(정영호, 2013).
- 2개 이상의 정신질환을 보유하거나 만성질환과 1개 이상의 정신질환을 보유한 복합 정신질환 유병률이 다른 연령대에 비해 65세 이상 노인에게서 높게 나타남(전진아, 2014).
- 정신질환의 복합질환은 미치료 혹은 낮은 치료참여도, 치료불순응, 높은 재입원율과 같은 의료이용에 부정적 영향을 미침(Hunt et al., 2002).

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

#### □ 정신건강증진센터 부설 자살예방센터 확대 개편

- 정신건강증진센터 내 자살예방센터가 설치되지 않은 지역을 중심으로 기존 조직을 자살예방센터로 확대 개편 추진
- 자살고위험군 계층을 대상으로 진단 및 상담, 서비스 연계, 모니터링 등을 강화하기 위해 기존의 자살예방팀을 정신건강증진센터 또는 보건소 부설의 자살예방센터로 확대 개편

- 자살예방센터에 전담인력 1인을 두고, 이들로 하여금 자살고위험군 진단 및 상담, 서비스 연계, 모니터링, 교육 및 홍보 등 업무 수행

□ 농어촌 지역 노인의 자살예방 및 자살고위험군 조기 발견을 위한 교육 및 홍보

- 기존 정신건강증진체계, 읍면 인적안전망, 보건소 및 보건지소, 보건진료소장 등의 인력을 대상으로 한 자살예방, 자살고위험군 게이트키퍼 양성 교육 강화
  - 농어촌 지역의 특성에 따라 노인 및 노인독거가구, 다문화가정 등의 정신건강 및 자살 문제에 전문성을 가진 인력 양성
- 농어촌 지역의 특성에 기반한 보건-복지 연계노인자살예방 사업 모델 개발을 통해 민관 자원을 효율적으로 연계한 노인자살예방시스템개발·보급
  - 농어촌 지역 노인 중 신체 및 정신 복합질환자를 대상으로 한 사업모델 개발 등





## 제5장

# 취약인구 대상 보건복지 서비스 강화

제1절 저소득층

제2절 장애인

제3절 다문화

제4절 요보호가구(집중개입가구)



# 5

## 취약인구 대상 보건복지 서비스 < 강화 <

### 제1절 저소득층<sup>19)</sup>

#### 1. 여건진단 및 평가

- 농어촌지역은 지속적인 인구감소와 고령화 현상으로 인해 도시와 달리 빠르게 고령사회에 진입
  - 고령층의 증가는 농업을 기반으로 하는 농어촌지역에서 생산성을 약화시키고 농어촌 주민의 소득이 줄어들게 하는 방향으로 작동
  - 특히 혼자 사는 독거노인의 증가는 노인 소득, 안전, 생활여건 등 여러 측면에서 발생하는 문제는 농어촌 거주 고령층의 생활수준을 질적으로 약화시키는 문제를 야기(표 5-1)

〈표 5-1〉 군지역의 노인 독거가구 수 변화

(단위: 호, %)

구분	가구(A)			노인독거 가구(B)		
	2000년	2005년	2010년	2000년	2005년	2010년
전국	14,152,576	15,887,128	17,339,422	542,690 (3.8)	782,708 (4.9)	1,066,365 (6.1)
도시	11,102,416	12,744,940	14,031,069	263,233 (2.4)	415,899 (3.3)	625,639 (4.5)
군	3,050,160	3,142,188	3,308,353	279,457 (9.2)	366,809 (11.7)	440,726 (13.3)

주: 백분율은 좌측(가구)의 상응하는 칸을 분모로 하는 노인 독거가구의 비율, 즉, B/A를 뜻함.  
자료: 통계청. 인구주택총조사, 재인용: 한국농촌경제연구원(2012). 농업전망 2012.

- 최근 농어촌에 대한 긍정적 요소로서 귀농 및 귀촌가구가 증가함에 따라 농어촌 사회를 바라보는 시각이 부정적(생활편의 시설 불편, 낮은 소득 등)시각에서 긍정

19) 본 절의 주요내용중 일부는 농림축산식품부 “제3차 농어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역개발 5개년 기본계획”, 김동진 외(2013), “농어촌 보건복지 현황 및 정책과제”, 한국보건사회연구원 등의 발표 및 연구내용을 재인용하고 있음.

적 시각(건강친화적 환경, 관광 및 소득개선 등)으로 변경되고 있음.

- 하지만 준비되지 않은 귀농 및 귀촌은 농어업 부채 증가, 생활유지 곤란의 문제 등도 함께 발생하고 있다는 점에서 귀농 및 귀촌가구의 안정적 생활유지를 지원하는 방안이 함께 강구되어야 함(표 5-2).

〈표 5-2〉 귀농귀촌 가구 변화

(단위: 가구)

구분	계	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
계	89,514	880	769	885	1,302	1,240	1,754	2,384	2,218	4,080	4,067	10,503	27,008	32,424
귀농	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,075	11,220	10,923
귀촌	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	428	15,788	21,501

주: 귀촌가구는 2012년부터 집계되어 발표되기 시작함

자료: 박시현 외(2014). 귀농귀촌요인과 농촌 사회경제에 미치는 영향, 재인용: 한국농촌경제연구원.

- 농어촌 지역의 취약가구(한부모, 조손가구 등)의 절대적 수치는 도시지역에 비해 적지만, 농어촌의 넓은 지역적 특성, 전체 가구대비 취약가구의 규모를 볼 때 도시지역에 비해서는 열악한 조건에 처해져 있음.

- 농어촌은 도시와 달리 기업, 산업 시설 등 소득을 창출할 수 있는 기반이 취약하며, 있어도 접근성의 문제가 있다는 점에서 이들 취약가구들이 안정적 생활을 유지하기는 어려운 상황임(표 5-3).

〈표 5-3〉 군지역의 조손 가구수 변화

(단위: 호, %)

구분	가구(A)			조손 가구(B)		
	2000년	2005년	2010년	2000년	2005년	2010년
전국	14,152,576	15,887,128	17,339,422	45,225 (0.32)	58,101 (0.37)	119,294 (0.69)
도시	11,102,416	12,744,940	14,031,069	25,996 (0.23)	36,468 (0.29)	86,668 (0.62)
군	3,050,160	3,142,188	3,308,353	19,229 (0.63)	21,633 (0.69)	32,626 (0.99)

주: 백분율은 좌측(가구)의 상응하는 칸을 분모로 하는 조손 가구의 비율, 즉, B/A를 뜻함.

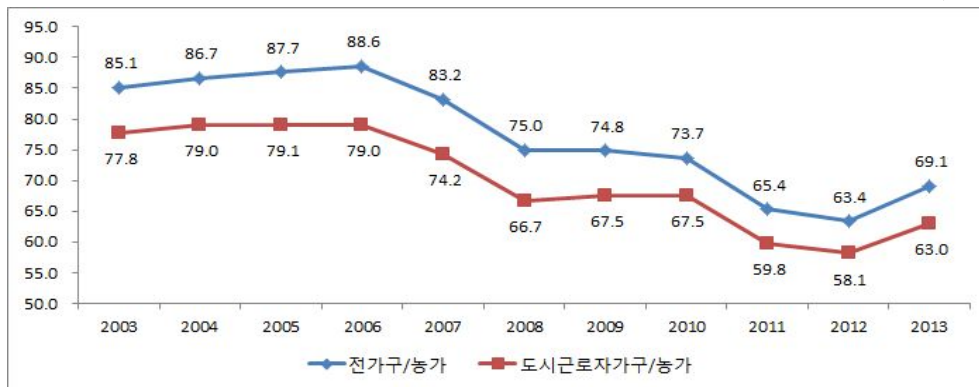
자료: 통계청. 인구주택총조사, 재인용: 한국농촌경제연구원(2012). 농업전망 2012.

□ 정부는 농어업 시장이 개방됨에 따라 농어업 소득 감소를 해결하기 위해 각종 직불제도, 지원제도를 두고 있지만, 지속적으로 도농간의 소득격차가 벌어지고 있는 실정임.

○ 2005년 도시근로자 대비 농가소득은 79.1%까지 올라갔지만, 2012년에는 58.1%까지 감소함(그림 5-1).

[그림 5-1] 전체가구대비 및 도시근로자가구대비 농가소득 추이

(단위: %)



자료: 통계청, 『KOSIS』, 저자 정리.

□ 도시지역은 대규모 지역개발과 아파트단지 조성을 통해 신규 주택이 지속적으로 공급되고 있음. 반면에 농어촌은 인구감소와 고령화로 인해 신규주택에 대한 공급이 도시에 비해 크지 않은 상황임.

○ 도시에 비해 대부분의 주택이 노후화되고 1970년대 진행된 새마을 운동의 영향으로 노후주택의 대부분이 슬레이트 지붕으로 만들어져 있다는 점에서 주민의 건강 및 환경적 문제를 유발하고 있음(표 5-4).

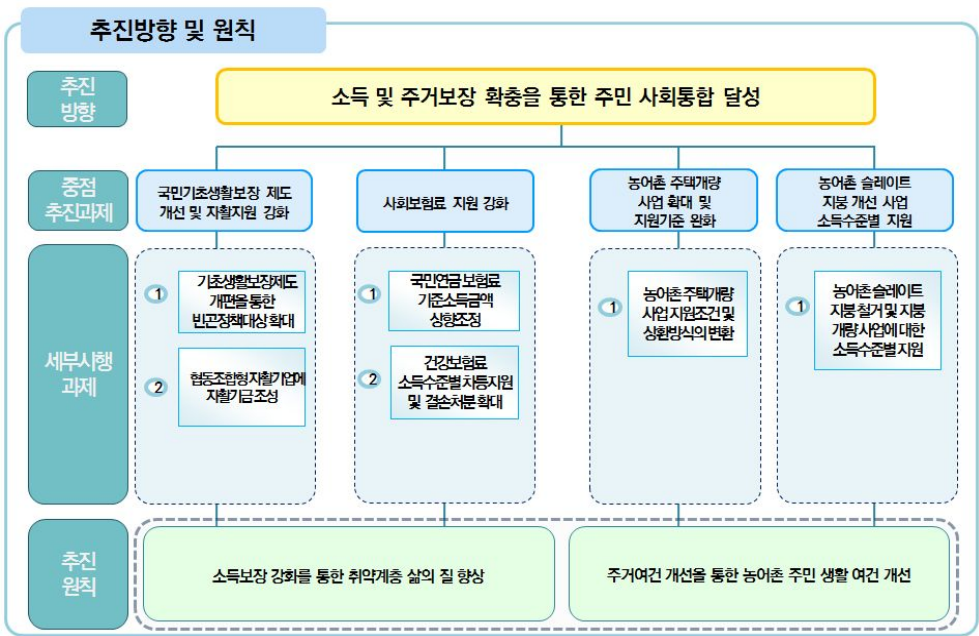
〈표 5-4〉 농어촌 노후주택 규모

(단위: 호, %)

지역	계	1979년이전	1980~1994년	1995~2004년	2005~2010년
전국	13,883,571 (100.0)	1,349,081 (9.7)	4,976,596 (35.8)	5,383,734 (38.8)	2,174,160 (15.7)
동부	10,806,290 (100.0)	712,632 (6.6)	4,144,082 (38.3)	4,306,888 (39.9)	1,642,688 (15.2)
읍부	1,352,033 (100.0)	171,205 (12.7)	362,019 (26.8)	525,671 (38.9)	293,138 (21.7)
면부	1,725,248 (100.0)	465,244 (27.0)	470,495 (27.3)	551,175 (31.9)	238,334 (13.8)

자료: 이창호(2012). 농어촌주택개량정책의 현황과 향후 과제, 이슈와 논점 460호, 재인용: 국회입법조사처.

2. 추진방향 및 원칙



### 3. 중점 추진과제

#### 가. 국민기초생활보장제도 개선 및 자활지원 강화

##### 1) 현황 및 문제점

- 도시와 농어촌간 빈곤율격차를 보면 최저생계비를 기준으로 농가의 빈곤율은 2006년 18.3%에서 지속적으로 상승하여 2012년 24.0%, 2013년에는 23.2%까지 증가
- 비농가의 경우에는 2006년 9.0%에서 2013년 9.0%로 동일한 수준을 유지하고 있다는 점에서 농어업의 소득감소 현상이 많은 영향을 미치고 있음을 알 수 있음. 농가와 비농가의 빈곤율격차가 2006년 이후 2.5배 가량 벌어짐.
- 중위 50%의 상대빈곤율을 기준으로해도 농가는 2006년이후 지속적으로 빈곤율이 늘어나고 있지만, 도시는 큰 수준의 변화를 보이고 있지 않음(표 5-5).

〈표 5-5〉 지역별 절대 및 상대 빈곤율 추이<sup>1)</sup>

(단위: %)

구분	최저생계비 기준			중위 50% 미만		
	전체	농가	비농가	전체	농가	비농가
2006	9.6	18.3	9.0	14.3	26.0	13.5
2007	9.8	19.5	9.1	14.8	27.8	13.9
2008	10.1	20.6	9.4	15.2	28.4	14.3
2009	11.1	23.0	10.4	15.3	28.5	14.5
2010	9.4	20.4	8.8	14.9	29.7	14.0
2011	10.6	25.9	9.6	15.2	33.6	14.0
2012	9.8	24.0	9.1	14.6	33.7	13.6
2013	9.8	23.2	9.0	14.6	33.0	13.6

주: 1) 가처분 소득 기준임

자료: 통계청(각년도), 소득분배 지표 원자료.

- 지역별 국민기초생활보장수급 현황을 보면 시와 구의 수급규모가 군의 수급규모에 비해 현저하게 많은 수준임.

- 농가의 대부분이 군지역에 거주하는 것을 고려하였을 때, 농가와 비농가의 빈

곤율격차(2~3배)에 비해 농가의 국민기초생활보장제도의 지원을 충분히 받고 있지 못한 상황임(표 5-6).

〈표 5-6〉 지역별 수급자 현황

(단위: 가구, 명, %)

구분		시	구	군	전체
2012	수급가구	345,978	355,158	120,743	821,879
	수 급 자	544,311(2.30)	575,954(2.54)	180,234(3.89)	1,300,499
2013	수급가구	338,144	358,437	113,972	810,553
	수 급 자	521,521(2.17)	569,552(2.52)	167,509(3.69)	1,258,582

주: ( )는 시군구 주민등록 인구대비 시군구 수급자 비율임  
자료: 보건복지부(각년도). 국민기초생활보장수급자 현황.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 기초생활보장제도 개편을 통한 빈곤정책대상 확대

- 부양의무자의 소득 및 부양비 부과기준 완화('15) 등으로 농어촌 지역의 빈곤층을 포함한 기초생활보장제 사각지대 해소
  - 소득·부양비 부과기준(부양의무자 4인, 수급자 1인 가구): (현행) 290 / 212만원 → (개선) 464 / 404만원 ('15.하반기 시행)

### □ 협동조합형 자활기업에 자활기금 지원

- 2012년 협동조합법이 만들어지면서 많은 협동조합들이 만들어지고 있으며, 자활기업 역시 협동조합으로 역할이 제고됨.
- 초기 협동조합 전환시 초기 자본이 필요하지만 저소득층이 주축이 되는 협동조합형 자활기업의 경우 이를 충분히 조달할 수 없음.
- 현재 충분히 활용되고 있지 못한 자활기금의 일부를 협동조합형 자활기업에 지원
- 향후 실태조사 등을 통해 협동조합형 자활기업의 특성과 현황을 파악하고 지원이 필요한 계획을 단계적으로 수립 지원함으로써 저소득층의 근로를 통한 탈빈곤 지원



## 나. 사회보험료 지원 강화

### 1) 현황 및 문제점

□ 제1차 및 2차 농어촌 보건복지 기본계획을 통해 농어업에 종사하는 사람을 대상으로 건강보험 및 국민연금 보험료의 일부를 지원해주고 있음.

○ 국민연금 보험료 지원의 경우 연차적으로 기준소득금액을 상향조정하면서, 농어업인의 보험료 부담을 지속적으로 완화함(표 5-7).

〈표 5-7〉 국민연금 지원 변화

구 분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
지원기준소득(천원)	480	520	620	730	790	790	790	790
사 업 비(억원)	673	731	793	917	940	869	924	1,059
지 원 대 상(천명)	301	288	278	253	243	219	230	257

주: 1) 2007년까지는 등급을 기준으로 지원하는 것에서 2008년부터 기준소득월액을 기준으로 함  
자료: 김동진 외(2013). 농어촌 보건복지 현황 및 정책과제.

□ 국민연금의 경우 실제 받게 되는 노령연금이 적게 되어 실질적인 노후보장수단이 되고 있지 못함. 따라서 가구 내 개인보다는 부부가 함께 연금급여를 수급할 수 있도록 지원함으로써 보험료 지원 대상을 확대할 필요가 있음.

○ 2010년 이후 부족한 노후소득을 위해 농어업 종사자의 협업배우자에 대한 보험료 지원이 발표된 바가 있지만 여전히 미흡한 실정임.

○ 2013년 처음으로 경영주가 아닌 여성 농어업인에 대한 연금 보험료에 대한 지원이 포함되어 있음(14천명, 58억원).

□ 농어업종사자를 대상으로 농어촌 특별세를 통해 건강보험료의 28%를 지원하고 있으며, 농어촌 지역에 거주함으로써 인한 의료서비스 이용의 불균형해소를 위해 국민건강보험법을 통해 22%를 경감함으로써 전체적으로 50%의 건강보험료를 경감해주고 있음.

○ 사회통합과 저소득 농어업인의 부담완화를 통한 소득증대를 위해 건강보험료

를 현행 일률적 지원방식에서 소득수준에 따라 차등 지원하도록 함.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 국민연금 보험료 기준소득금액 상향조정

- 농어업 종사자들의 노후생활안정을 위해 현재 지원기준이 되는 보험료 기준소득금액을 상향조정
- 현행 91만원인 기준소득금액을 단계적으로 상향조정함으로써 농어민의 보험료 부담을 경감

### □ 건강보험료 소득수준별 차등지원 및 결손처분 확대

- 현재 농어업 종사자의 건강보험료 부담에 대한 실태조사를 통해 연금 보험료의 기준소득금액과 같이 보험료부과점수구간별로 보험료 경감비율을 차등적용
- 건강보험료 결손처분 기준 완화를 통해 농어업인 중 생활이 어려운 취약계층을 지원하는 방안 검토
  - 현행 “소득이 없고 재산금액 300만원 이하인 자”인 결손처분 기준을 “소득이 없고 재산금액 450만원 이하인 자(보험료 재산요소 중 최저등급 구간 준용)”로 확대

## 다. 농어촌 주택개량 사업 확대 및 지원기준 완화

### 1) 현황 및 문제점

- 농림축산식품부의 농어촌 주택개선사업은 농협을 중심으로 운영되고 있으며, 지원방식은 용자를 통해 지원되고 있음. 하지만 지원사업의 규모를 볼 때 농어촌의 노후화된 주택규모에 비해 낮은 상황임.
- 용자 기준은 노후·불량주택을 개량하고자 하는 상환능력이 있는 농어촌 주민(무주택자 포함)과 농어촌 지역으로 이주하고자 하는 자 중 시장군수구청장이

추천한 자임.

- 지원금액은 최대 5천만원, 연리 3%, 5년 거치 15년 분할 상환하는 저리 융자하는 방식임.

□ 농어촌 주택개량사업이 농어촌의 노후주택과 주거복지 향상을 위해 필수적인 정책이라는 점에서 금융분야의 융자사업이 아닌 복지사업으로 개선할 필요가 있음.

○ 2015년 지역발전위원회에서 농어촌 취약지역 생활여건 개선사업을 통해 농어촌 주거 및 인프라 환경개선을 위한 시범사업이 진행될 예정임. 중장기적으로 동 사업과 연계된 사업 구상과 개선이 필요

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

□ 농어촌 주택개량사업 지원조건 및 상환방식의 변환

○ 농어촌 주거복지 향상과 저소득 고령노인들의 생활여건을 향상시키기 위해 중위소득 50% 미만 저소득 고령노인들의 주택개량에 대해 전액을 정부가 지원

- 중위소득 50% 미만은 차상위 소득 기준으로 현재 국민기초생활보장제도 차상위대상자 중 농어촌 자가 소유자 및 맞춤형급여 개편시(2015년) 농어촌 자가 현물서비스 대상자에 대해 주택개량 사업비를 지원

- 가구당 연간 1,000만원 내에서 주택내부(도배, 보일러 설치 등) 및 외부(지붕, 건물 외벽 등) 등에 대한 주택 개량

- 개량가구 선정과 공사시행 업체는 지자체의 업무로 하며 사업 참여자는 자활사업을 수행하고 있는 지역자활센터의 집수리단 및 민간업체(자원봉사 포함)를 활용

- 주택개량 사업을 통해 보수된 주택은 고령 노인 사후 국가에서 관리하도록 하며 이를 귀농 귀촌하는 청장년들에게 임대주택 형식으로 지원하도록 함.

- 동 사업의 진행을 위해 초기 실태와 지원조건을 확인하기 위해 연구실태조사를 진행하며 이후 연구결과를 토대로 매년 지원대상자 선정 및 지원조건에 대한 부처 협의를 거쳐 시행하도록 함

## 라. 농어촌 슬레이트 지붕 개선 사업 소득수준별 지원

### 1) 현황 및 문제점

□ 1970년대 새마을운동의 결과 농어촌지역 많은 주택들이 여전히 슬레이트 지붕을 가지고 있는 상황임.

○ 슬레이트 지붕이 농어촌 환경과 주민의 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타나면서 슬레이트 개량사업이 진행되고 있음. 하지만 여전히 많은 농어촌의 주택들은 슬레이트 지붕을 그대로 유지하고 있는 경우가 많이 있음.

○ 일부 주택의 경우 아래 그림에서 보듯이 오래된 슬레이트 위에 철판을 얹어, 일시적으로 경관을 보기 좋게 변경하는 경우도 있지만, 실질적으로 발생하는 슬레이트 지붕의 문제를 해결하고 있지는 못한 상황임(그림 5-2).

[그림 5-2] 농가슬레이트 현황



주: 저자 촬영자료

□ 표본지역을 대상으로 한 분석에서도 농어촌 지역별로 슬레이트 지붕을 가진 주택수에 차이가 발생하고 있음.

○ 읍소재지 주택의 경우 11.7%가 슬레이트 지붕을 가진 주택이었다면, 원격마을의 경우 38.3%로 슬레이트 지붕 주택이 비율이 세배 이상 높음(표 5-8).

〈표 5-8〉 거주주택 슬레이트지붕주택 해당 여부

(단위: %)

구분	마을 유형				전체
	읍소재지	면소재지	인접마을	원격마을	
슬레이트 지붕비율	11.7	25.0	25.0	38.3	100.0

자료: 성주인 외(2013). 정주여건 변화에 대응한 농촌주거정책 추진방안, 재인용: 한국농촌경제연구원.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌 슬레이트 지붕 철거 및 지붕개량 사업에 대한 소득수준별 지원

- 농어촌의 많은 주택의 지붕들이 1970년대 새마을 운동 당시 설치한 슬레이트 지붕으로 만들어져, 노후화가 심각한 수준임.
- 농어촌의 독거노인 및 저소득층 가구는 슬레이트 철거비용 지원에도 불구하고 철거 후 지붕개량에 대한 부담으로 동 사업에 적극적으로 참여하고 있지 못함.
- 맞춤형 급여체계 도입을 계기로 중위소득을 기준으로 농어촌 독거노인 및 저소득 가구를 위한 소득수준별 슬레이트 지붕 철거 및 지붕 개량사업을 지원
  - － 주거급여 대상 이하에 대해서는 슬레이트 철거 및 지붕개량에 필요한 수리비 전액지원
  - － 특별한 욕구대상(독거노인, 조손가구, 장애인 가구 등)에 대해서는 중위소득 75%수준까지 슬레이트 지붕 철거비 전액 및 지붕개량 수리비의 75%수준까지 지원(자부담 25%)

## 제2절 장애인

### 1. 여건진단 및 평가

- 2011년 기준 우리나라 장애인구는 2,683천명으로서 전체 인구 중 장애인비율은 5.61%에 이르고 있음(보건복지부·한국보건사회연구원, 2012).

○ 장애인구의 거주지역별 분포를 살펴보면, 읍면부 농어촌 거주 장애인은 전체의 14.9%이며, 대도시 거주 장애인은 38.5%, 중소도시 거주 장애인은 46.6%임<sup>20)</sup>.

– 거주지역별 장애인구의 연령대별 분포를 살펴보면, 대도시와 중소도시의 경우 45~64세의 중장년층 비율이 각각 42.0%, 47.9%로 가장 높았던 반면, 농어촌의 경우에는 65세 이상 노인 비율이 51.4%로 가장 높아 농어촌 지역의 고령화 현상이 장애인구 집단에서도 동일하게 나타나고 있음을 확인할 수 있음(표 5-9).

〈표 5-9〉 거주지역별 장애인구의 연령대 비중

(단위 : 명, %)

연령대	대도시	중소도시	농어촌	계
18세 미만	32,832 (3.3%)	48,856 (4.0%)	8,576 (2.2%)	90,264 (3.5%)
18~44세	182,101 (18.1%)	218,404 (17.9%)	52,124 (13.4%)	452,629 (17.3%)
45~64세	421,933 (42.0%)	504,449 (47.9%)	127,766 (32.9%)	1,054,148 (40.4%)
65세 이상	368,618 (36.7%)	445,760 (36.6%)	199,707 (51.4%)	1,014,085 (38.8%)
전체	1,005,484 (100.0%)	1,217,469 (46.6%)	388,173 (100.0%)	2,611,126 (100.0%)

주: ( )는 비율을 의미함.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2011년 장애인실태조사 원자료 분석

○ 장애인구의 거주지역별 평균 가구원 수는 농어촌이 2.59명으로 가장 적었으며, 대도시는 2.89명, 중소도시는 2.84명으로 나타났다.

– 이는 농어촌 거주 장애인이 일상생활을 영위하는 데 있어서 가족이 아닌 타인의 도움을 더 필요로 한다는 것을 의미하는 결과라고 할 수 있음.

□ 농어촌 거주 장애인의 우선적 복지욕구로서 국가 및 사회에 대한 요구사항으로 꼽은 것은 소득보장(41.0%), 의료보장(34.7%), 고용보장(5.9%), 주거보장(5.4%)

20) 대도시는 서울 및 6대 광역시의 동부를 의미하며, 중소도시는 시군구의 동부, 농어촌은 광역시 및 시군구의 읍면부를 의미함.

등이었음.

- 대도시 및 중소도시 거주 장애인에 비해 소득보장과 의료보장의 비율이 더 높은 반면, 고용보장과 주거보장의 비율은 더 낮게 나타나, 농어촌 거주 장애인의 경제 및 건강상태가 대도시 및 중소도시 거주 장애인보다 더 열악하다는 것을 알 수 있음(표 5-10).

〈표 5-10〉 사회 및 국가에 대한 요구사항

(단위: %, 명)

구분	대도시	중소도시	농어촌	전체
소득보장	39.8	36.1	41.0	38.2
의료보장	31.3	30.5	34.7	31.4
고용보장	8.8	9.3	5.9	8.6
주거보장	8.7	8.4	5.4	8.0
이동권 보장	1.6	2.3	2.4	2.0
보육·교육 보장	1.8	3.2	2.4	2.4
문화여가생활 및 체육활동보장	1.0	2.2	1.5	1.6
장애인 인권보장	2.9	3.8	1.3	3.3
장애인 인식개선	1.8	1.9	3.0	1.8
장애예방	0.9	1.0	1.0	1.0
기타	0.5	0.4	1.2	0.4
없음	1.0	1.0	0.3	1.2
계	100.0	100.0	2.3	100.0
전국추정수	1,004,855	1,217,468	387,929	2,610,252

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2011년 장애인실태조사 원자료 분석.

- 농어촌 거주 장애인이 대도시 및 중소도시 거주 장애인보다 이용 희망 비중이 더 높은 시설로 꼽은 것은 장애인재활병의원, 주간·단기보호시설, 이동지원서비스센터, 장애아동보육시설 등이었음.

- 이러한 결과를 통해 볼 때, 농어촌 거주 장애인은 의료재활서비스, 돌봄 및 보육서비스 그리고 이동지원서비스에 대한 욕구가 상대적으로 높음을 알 수 있음(표 5-11).

〈표 5-11〉 거주지역별 장애인의 장애인복지관련 사업 실시기관 이용 희망

(단위: %)

구분	대도시	중소도시	농어촌	전체
직업재활시설	13.4	11.8	8.7	12.0
장애인복지관	31.3	31.8	29.3	31.2
장애인 재활병·의원	26.9	25.6	27.3	26.3
주간·단기보호시설	8.5	10.7	11.5	10.0
장애인체육관	17.9	8.8	14.9	16.5
장애인심부름센터	15.6	17.7	14.9	18.8
수화통역센터	5.6	6.0	3.3	5.4
정신의료기관	60.0	65.9	47.3	60.6
정신질환자사회복귀시설	38.0	27.9	16.8	30.2
이동지원서비스센터	30.2	29.7	30.4	30.0
장애인정보화교육기관	15.8	16.4	13.2	15.7
장애인자립생활센터	14.9	13.2	10.7	13.5
점자도서관	3.6	6.1	5.7	5.0
정신보건센터	35.4	36.7	35.1	35.9
특수학교 또는 특수학급	40.7	71.9	65.2	59.0
특수교육지원센터	33.3	62.8	57.7	50.7
성인장애인을 위한 교육시설	13.1	14.3	13.5	13.7
장애아동보육시설	25.7	35.7	38.4	32.2

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2011년 장애인실태조사 원자료 분석

□ 농어촌 보건복지계획에서는 농어촌 거주 장애인을 대상으로 하는 사업으로서 농어촌 장애인 주택개조사업과 장애인직업재활시설 확충을 추진하였음.

○ 주택의 노후와 일자리의 부족 등 도시 거주 장애인에 비해 상대적으로 열악한 환경에 처한 농어촌 거주 장애인의 특성을 고려하여 서비스 확충시, 농어촌 지역을 우선 순위로 하여 추진할 것을 명시한 것으로 볼 수 있음.

○ 농어촌 거주 장애인 주택개조 사업은 2004년 복권기금으로 지원된 재가장애인 주택개보수지원사업의 연장선상에서 2006년부터 실시하고 있는 사업임.

－ 매년 1,000가구를 목표로 수행되며 정부의 농어촌구조개선특별회계를 통한 가구별 50% 지원과 지방세 50%로 예산을 확보하여 한가구당 380만원을 지원하고 있음(표 5-12).



〈표 5-12〉 연도별 장애인주택개조사업 실적

(단위: 호, 억원)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	소계
사업대상가구	1,091	1,037	1,075	1,088	1,000	1,000	1,000	7,291
집행예산	20	19	19	19	19	19	19	19
현장기술자문	100	100	100	133	140	160	234	967

주: 사업대상가구 중 2010~2012년은 목표가구 수입.

자료: 보건복지부 장애인권익지원과, 한국장애인개발원 편의증진연구부 내부자료.

○ 2013년말 현재, 장애인직업재활시설은 전국 227개 지방자치단체 기준으로 기초자치단체당 평균 2.1개소가 설치

- 서울지역은 기초자치단체 당 4.4개소가 설치되어 있어 가장 높은 비율로 설치되어 있는 것으로 나타났으며, 대구와 제주지역은 기초자치단체당 4개소가 설치되어 있는 것으로 나타났음.
- 전국 평균 시설 수에 미치지 못하는 지역은 강원(1.8개소), 충북(1.3개소), 경북(1.3개소), 전북(1.2개소), 충남(1개소) 등이며, 전남지역의 경우 기초자치단체 평균 시설 수가 1개소도 채 되지 않아 대도시에 비해 중소도시의 직업재활시설 분포가 낮은 것으로 나타났음(표 5-13).

〈표 5-13〉 시도별 장애인직업재활시설 분포비율 및 기초지자체 평균 시설수

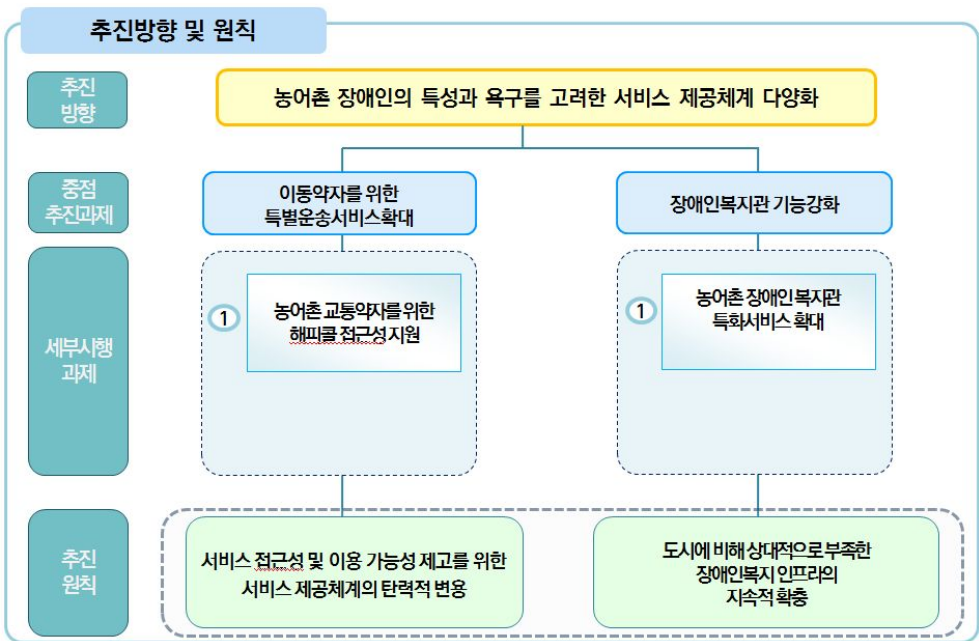
(단위: 개소, %)

구분	시설 수	시설 분포비율	기초 지자체 수	기초지자체 평균 시설 수
서울	111	23.2	25	4.4
부산	22	4.6	16	1.4
대구	32	6.7	8	4
인천	28	5.9	10	2.8
광주	17	3.6	5	3.4
대전	14	2.9	5	2.8
울산	12	2.5	5	2.4
경기	68	14.2	31	2.2
강원	33	6.9	18	1.8
충북	16	3.3	12	1.3
충남	15	3.1	15	1

구분	시설 수	시설 분포비율	기초 지자체 수	기초지자체 평균 시설 수
전북	17	3.6	14	1.2
전남	15	3.1	22	0.7
경북	31	6.5	23	1.3
경남	37	7.8	18	2.1
제주	9	1.9	0	0
세종	1	0.2	0	0
계	478	100	227	2.1

주: 제주는 행정시 자치구가 아닌 시 2개(제주시, 서귀포시) 제외. 세종시의 경우 기초자치단체(시·군·구)가 없음.  
자료: 보건복지부 내부자료(2013), 안전행정부 통계연보.

## 2. 추진방향 및 원칙



### 3. 중점 추진과제

#### 가. 이동약자를 위한 특별운송서비스(해피콜) 확대

##### 1) 현황 및 문제점

□ 농어촌 거주 장애인 중 교통수단 이용시 어려움이 있다고 응답한 비율은 34.2%로 대도시의 36.5%보다는 낮았으나, 중소도시(33.5%)보다는 높았음.

○ 그러나 교통수단 이용시 매우 어렵다고 응답한 교통약자 비율은 13.6%로서 대도시 및 중소도시의 동비율 보다 더 높게 나타나 농어촌 지역의 교통관련 인프라가 상대적으로 취약함을 보여주고 있음(표 5-15).

〈표 5-15〉 교통수단 이용시 어려움 인지 정도

(단위: %, 명)

구분	대도시	중소도시	농어촌	전체
매우 어려움	12.8	13.0	13.6	13.0
약간 어려움	23.7	20.5	20.6	21.7
거의 어렵지 않음	42.0	46.6	49.1	45.2
전혀 어렵지 않음	21.5	19.9	16.7	20.1
전국 추정수	954,116	1,165,338	363,014	2,482,468

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2011년 장애인실태조사 원자료 분석

○ 이렇듯, 도시에 비해 상대적으로 대중교통수단 인프라가 미비한 농어촌 지역의 경우, 장애인과 노인 등 이동약자의 사회참여 및 재활치료서비스 이용에 많은 어려움이 있음.

- 따라서 이들 이동약자의 이동편의 제고를 위해서는 특별운송서비스의 확대가 무엇보다 요청됨.
- 대부분 지자체에서 운영하고 있는 장애인특별운송서비스의 경우 휠체어사용 장애인에 초점을 맞추어 특장용 9인승(휠체어 1석, 일반석 5석)을 운영하고 있으나, 실제로는 비휠체어 장애인이 더 많이 이용한다는 점에서 운용

효율성이 저하되어 있음.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌 교통약자를 위한 해피콜 접근성 지원

- 해피콜을 통한 교통지원은 휠체어장애인을 위한 승합차를 위주로 마련되어 있고 차량수가 충분하지 않아 예약이 필요하므로, 즉각적으로 이용할 수 있도록 접근성을 확대
- 특히 비휠체어장애인 및 노인을 위하여 소형승용차 등 차량을 다양화하고 차량수를 증대하는 등 방안 마련

## 나. 장애인복지관 확충 및 기능강화

### 1) 현황 및 문제점

#### □ 농어촌 지역 장애인복지관 및 농어촌 지역 장애인의 특성을 반영한 서비스가 부족함.

- 2013년말 기준 전국의 장애인복지관 수는 219개소로, 시군구당 1개소에 육박하는 0.96개소가 설치되어 있음.
  - 광역자치단체별로 시군구당 장애인복지관 수를 살펴보면, 제주도가 2.5개소로 가장 많았으며, 이어서 서울(1.8개소), 대전(1.2개소), 광주(1.0개소), 경기도(1.0개소)에서 전국 평균을 상회하였음.
  - 그러나 광역시의 경우 시군구의 면적이 시도보다 훨씬 작다는 점에서 장애인복지관에 대한 접근성은 상대적으로 우월하다고 할 수 있으며, 결국 농어촌 지역이 많은 시도에서 장애인복지관의 접근성이 취약하다고 할 수 있음 (표 5-16).

〈표 5-16〉 시도별 장애인복지관수

(단위: 개소)

시도	시군구 수	장애인복지관 수	시군구당 장애인복지관 수
서울특별시	25	45	1.80
부산광역시	16	14	0.88
대구광역시	8	6	0.75
인천광역시	10	8	0.80
광주광역시	5	5	1.00
대전광역시	5	6	1.20
울산광역시	5	3	0.60
세종특별자치시	—	1	1.00
경기도	31	31	1.00
강원도	18	10	0.55
충청북도	12	11	0.92
충청남도	15	14	0.93
전라북도	14	12	0.86
전라남도	22	16	0.72
경상북도	22	16	0.72
경상남도	19	16	0.84
제주특별자치도	2	5	2.50
계	229	219	0.96

자료: 보건복지부, 2014년 장애인복지시설 일람.

○ 따라서 시도의 장애인복지관이 설치되어 있지 않은 시군구를 중심으로 농어촌 거주 장애인에게 서비스를 제공할 수 있는 장애인복지관 또는 분관의 확충이 필요함.

— 더불어 기 설치되어 있는 장애인복지관이 농어촌 거주 장애인을 위한 핵심적 서비스 전달체계의 역할을 할 수 있도록 농어촌 거주 장애인의 특성 및 욕구를 반영한 서비스 제공이 요구됨.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 농어촌 지역 장애인 복지관 특화서비스 확대

○ 농어촌 거주 장애인의 욕구 및 특성을 고려하여 특화된 서비스 제공

- 농어촌의 경우 고령으로 인한 지체장애 및 시·청각 장애인의 규모가 확대되는 만큼 이들 장애에 대한 의료적 정보 뿐 아니라 보조기기에 대한 정보 등을 알려줄 수 있는 의료재활 프로그램 및 특화서비스를 개발함.
  - 고령으로 인하여 시·청각 장애<sup>21)</sup>를 경험하고 있는 경우, 보청기에 대한 정보 및 관련 재활보조기구에 대한 정보제공 및 사용방법 등을 알려 줄 수 있도록 지역사회 장애인복지관과 지역사회 보건소와의 연계방안을 마련함.
  - 또한 고령으로 인하여 시·청각 장애를 경험하는 장애인의 경우, 장애에 적절히 대응하여 자립적으로 생활할 수 있도록 장애인복지관을 중심으로 한 신규 프로그램 개발을 지원하고, 중고령 장애인의 정신적·신체적 건강증진을 위한 스포츠 및 여가프로그램을 마련함
- 농어촌 지역 관내 타 장애인복지기관 등과의 연계 협력을 위한 통합적 장애인 복지네트워크 구축

## 제3절 다문화

### 1. 여건진단 및 평가

#### □ 혼인이주여성의 증가와 다문화가족 지원 정책

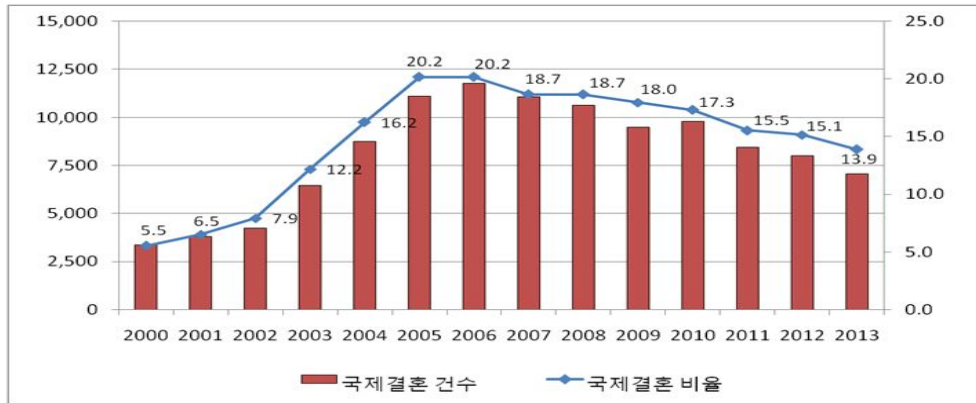
- 1990년대 후반 이후 혼인이주자의 급격한 증가와 함께 혼인이주자들의 정착과 사회통합에 대한 관심이 높아짐에 따라 정부에서는 「다문화가족지원법」의 제정(2008년) 등을 통하여 혼인이주자 및 다문화가족에 대한 체계적 지원 방안 마련
- 「다문화가족지원법」 제3조의 2에 근거한 「다문화가족지원정책 기본계획」은 다문화 가족지원 정책의 범정부적 핵심 방향과 추진 정책의 내용들을 담고 있으며, 현재 제2차 기본계획(2013~2017)이 추진 중

21) 65세 이상 고령장애인의 경우, 농어촌 거주 장애인의 경우 감각장애인의 비율이 31.4%로 도시거주 장애인 25.5%보다 5.9%p 높았음(2011년 장애인실태조사, 재분석).

- 「제2차 다문화가족지원정책 기본계획」은 ‘사회발전 동력으로서의 다문화 가족 역량 강화’와 ‘다양성이 존중되는 다문화사회 구현’을 정책 목표로 설정하고, ‘다양한 문화가 있는 다문화 가족 구현(7)’, ‘다문화가족 자녀의 성장과 발달 지원(15)’, ‘안정적인 가족생활 기반구축(16)’, ‘결혼이민자 사회경제적 진출 확대(16)’, ‘다문화가족에 대한 사회적 수용성 제고(21)’, ‘정책 추진체계 정비(11)’ 등 6개 영역에서 86개의 세부 정책과제를 추진
- 다문화가족지원 정책은 여성가족부를 중심으로 총 13개의 중앙행정기관, 법원 및 지방자치단체가 함께 추진하며, 특히 전국 시구군에 분포하는 218개의 다문화가족지원센터는 다문화 정책의 핵심적 전달기능을 담당
  - 다문화가족지원센터는 다문화가족을 위한 가족교육·상담·문화 프로그램 등 서비스 제공을 통해 결혼이민자의 사회 조기적응 및 다문화가족의 안정적인 가족생활을 지원하는데, 주로 여성가족부의 정책들의 지자체를 통한 위탁을 통해 프로그램을 진행
- 지난 다문화가족 지원 정책은 짧은 기간 내 급격한 발전을 거두었으나, 부처 간 중복 지원 및 일회성·행사성 사업 등의 한계가 지적되었고 중앙부처와 지자체 간 협력·조정 기능 강화가 필요
  - 다문화가족 복지정책 공급자 중심의 사업 운영과 다문화가족지원센터의 획일적 프로그램 구성과 정책대상의 제한 등은 다양한 정책을 실현에 대한 장애요인으로 지적
  - 더불어 한국어 및 문화 교육 등 결혼이민자들의 초기정착에 중점을 둔 프로그램 운영 등은 다양한 정책 욕구를 반영하지 못하였으며, 정책 대상에 있어서 중복 지원과 사각지대 발생의 모순적 상황이 발생
- 농촌의 국제결혼은 우리나라 혼인이주의 증가에 중요한 요인으로 작용하였으며, 이들의 정착과 출산은 농촌의 인구학적 지형을 크게 바꾸고 있음
  - 우리나라 농촌(읍면단위) 지역의 전체 결혼에서 국제결혼이 차지하는 비율은 2000년 5.5%에서 2005년에는 20.2%로 무려 4배가량이 증가하였으며, 현재는 그 비율이 다소 감소하였으나 여전히 높은 수준임(그림 5-3).

[그림 5-3] 농촌지역(읍면 단위) 전체 혼인에서 국제결혼의 비율 추이

(단위: 건, %)



자료: 통계청(각년도), 2000~2013년 인구동향조사 혼인통계.

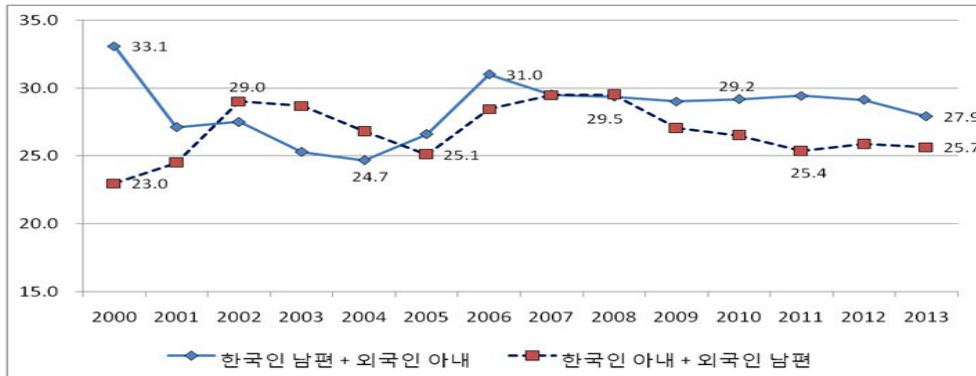
#### □ 농촌의 다문화가족지원 정책

- 이러한 농촌지역의 다문화가족 현상을 고려하여 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」에 근거한 「농어촌 보건복지 기본계획」에서도 ‘다문화가족지원센터 운영지원’ 및 ‘다문화가족 방문교육 사업’ 등의 계획이 포함됨.
- 전체 외국인 아내와의 국제결혼에서 농촌지역의 국제결혼 비율은 30% 수준이며, 외국인 남편과의 국제결혼에서는 26% 수준임(그림 5-4).
  - 농촌지역 국제결혼이 전체 국제결혼에서 차지하는 비율이 높지 않은 것은 농촌 지역 젊은 인구의 감소로 인한 결혼 건수의 감소에 크게 기인
  - 농촌 지역에 거주하고 있는 혼인이주자들의 인구는 귀화자들을 포함하여 2014년(1월 1일) 현재 24만여 명이고, 이는 전체 국내 체류 혼인이주자들의 12.5% 수준에 불과



[그림 5-4] 국내 국제결혼에서 농촌지역(읍면 단위)의 비율 추이

(단위: %)

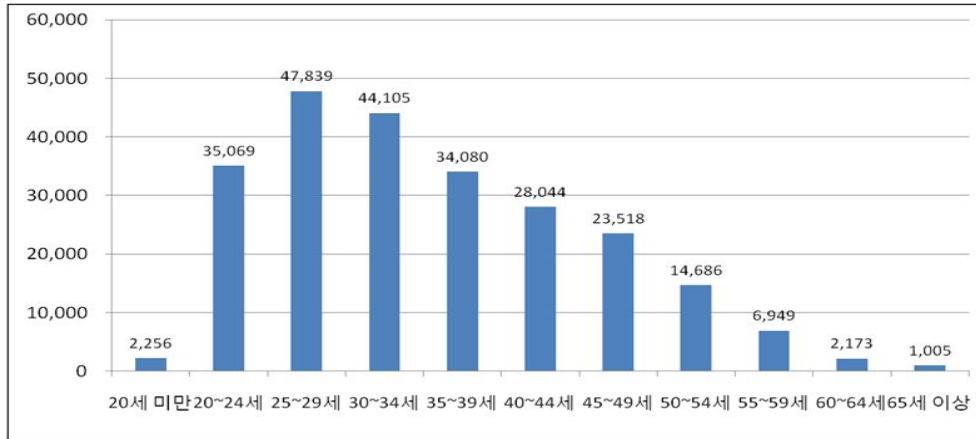


자료: 통계청(각년도). 2000~2013년 인구동향조사 혼인통계.

- 이상과 같이 전체 다문화가족 분포에서 농촌 다문화가족이 차지하는 낮은 구성비는 우리나라 다문화가족 지원정책이 농촌다문화가족의 특성이 간과된 채 도시 다문화가족의 복지 수요 중심으로 흘러갈 위험성을 시사
- 국제결혼을 통한 혼인이주자의 유입의 본격화가 약 20년가량 진행되면서 인구 규모뿐만 아니라 연령 등 인구특성에 있어서도 많은 변화가 나타나기 시작
  - 2000년부터 2010년 사이 국제결혼 자료들을 누적하여 혼인이주자의 연령 분포를 추산하면 만 35세 이상이 전체의 45.6%에 이름(그림 5-5).
  - 혼인이주자들의 생애과정 진전에 따라 지금까지 상대적으로 중요하게 다루어지지 않았던 중년 여성 취업, 중년기 가족 문제, 만성질환 등과 관련된 새로운 정책적 요구가 나타날 것으로 예상

[그림 5-5] 혼인이주여성들의 연령분포 추산

(단위: 명)



주: 2000년부터 2010년까지의 혼인통계를 누적하여 국제결혼 외국인 신부들의 2011년 현재 연령분포를 추산-이혼, 출국, 사망 등의 퇴출 정보 불포함.

자료: 통계청(각년도), 2000~2010년 인구동향조사 혼인통계.

○ 도시지역과 농촌지역의 혼인이주자 및 다문화가족 간에는 다양한 사회·인구학적 특성들의 차이가 존재

- 대표적으로 혼인이주자(외국인 및 귀화자의 합)의 출신국은 농촌의 경우에는 베트남, 중국, 중국 조선족 순이나, 도시에서는 중국, 중국 조선족, 베트남 순
- 일반적으로 베트남 여성들은 20대 초반에 혼인을 하여 입국하는 경우가 많으며, 중국 출신의 여성들은 상대적으로 연령이 더 높으며, 국내 체류 중 혼인에 이르는 경우도 다수를 차지

- 농촌(%): 베트남(40.0), 중국(17.3), 중국 조선족(12.9), 필리핀(11.2), 일본(6.5)<sup>22)</sup>
- 도시(%): 중국(24.3), 중국 조선족(21.5), 베트남(19.8), 필리핀(5.6), 일본(4.2)<sup>23)</sup>

○ 결혼이주자뿐만 아니라 남편의 특성에서도 많은 차이가 존재하는데, 농촌지역 남성의 사회경제적 지위가 상대적으로 더 낮은 수준이라고 할 수 있음.

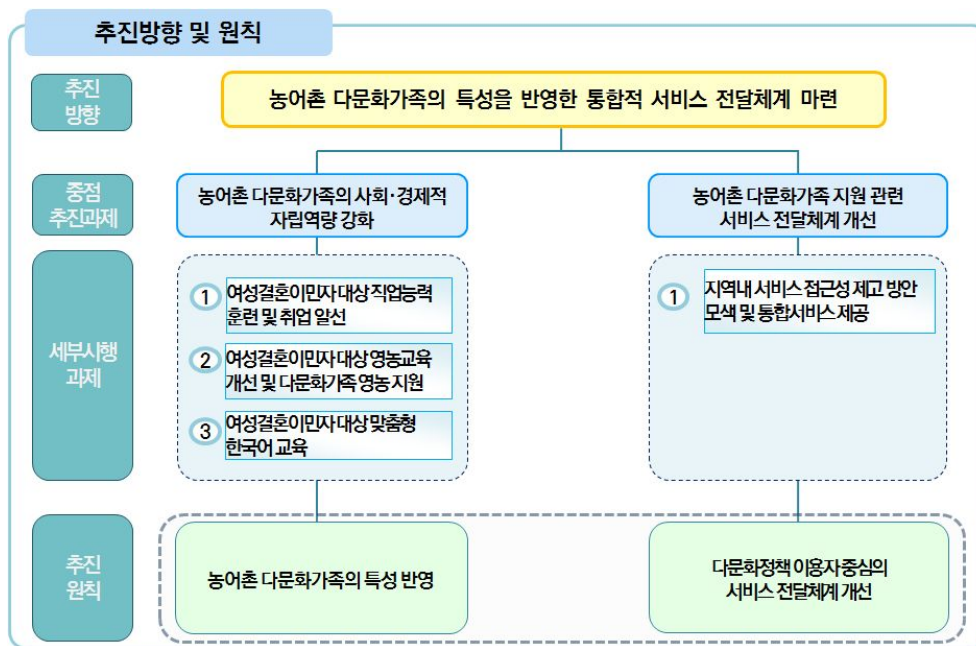
22) 안전행정부(2014) 「2014 외국인주민 현황」

23) 전계서

- 한편 혼인이주여성의 사회적응에 있어서도 농촌의 지리적 사회적 요인들로 인한 정책 전달의 어려움, 사회적 고립감, 다문화 수용성이 낮은 환경에서의 문화적 충돌 등의 문제점들이 존재

○ 농촌지역 혼인이주자 및 다문화가족이 갖는 일반 내국인 가족은 물론이고 도시 지역 다문화가족과는 구별되는 차별적 특성들을 반영할 수 있는 복지정책의 발굴이 시급

## 2. 추진방향 및 원칙



### 3. 중점 추진과제

#### 가. 농어촌 다문화가족의 사회·경제적 자립역량 강화

##### 1) 현황 및 문제점

##### □ 농촌지역 다문화가족의 경제적 취약성

- 일반적으로 외국인 신부와 혼인하는 내국인들은 국내 혼인시장에서 배우자를 찾기 어려운 경우가 많기 때문에 상대적으로 열악한 사회경제적 지위에 놓여 있을 가능성이 높으며, 특히 농촌지역 다문화가족의 내국인 남편은 도시지역에 비해 상대적으로 더욱 취약한 특성(표 5-17)
- 농촌지역 다문화가족의 내국인 남편은 학력 수준이 더 낮은 경향이 있는데, 중학 이하의 학력자는 25.8%로 더 높은 반면(도시지역 20.1%), 대학 이상 고학력자 비율은 7.9%로 도시지역의 절반 수준
- 직업구성에 있어서도 내국인 남편이 육체노동을 사용하는 직종에 종사하는 비율은 43.7%로 도시지역의 2배 이상에 달하는 한편, 관리·전문·사무직의 비율(11.9%)은 매우 낮음(그림 5-6).

〈표 5-17〉 결혼이민자귀화자 등의 배우자의 지난 3개월 월평균 임금 수준

(단위 : %)

	동부	읍면부
50만원 미만	3.0	5.8
50만원~100만원 미만	7.9	10.8
100만원~150만원 미만	20.0	21.7
300만원 이상	14.7	10.8

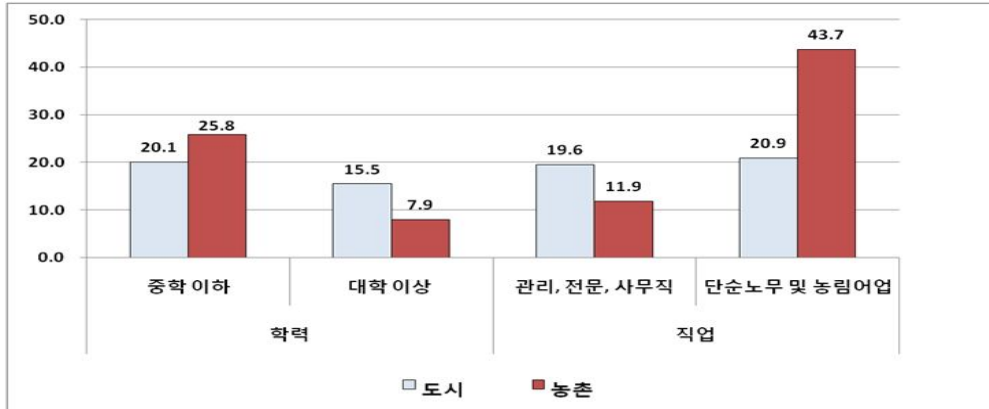
자료: 여성가족부(2013). 2012년 전국 다문화가족 실태조사 연구.

##### □ 농촌지역 다문화가족의 생애과정 진전과 빈곤화의 위험

- 이상과 같은 내국인 배우자의 낮은 사회경제적 특성들에 따라 다문화가족은 여러 가지 위기상황에 노출될 위험이 높을 뿐만 아니라, 국제결혼의 특성에 의해 생애과정의 진전에 따라 빈곤화 정도는 더욱 높아질 위험

[그림 5-6] 외국인 신부와 혼인한 한국인 남편의 학력 및 직업구성

(단위 : %)

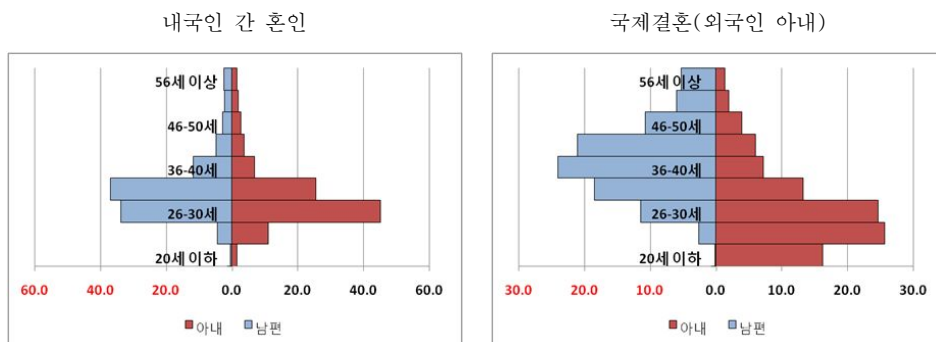


자료: 통계청(2014). 2013년 인구동향조사 혼인통계.

- 외국인 아내와의 국제결혼은 20대의 젊은 여성들과 30대 후반~50대까지 연령의 내국인 남성들과의 혼인이 대부분을 차지하는데, 이는 20여년 후 남편의 은퇴시기에 접어들면서 혼인이주 여성들이 가계를 책임져야 함을 의미
- － 내국인 간 혼인에서 부부 간의 평균 연령차는 남편이 3.6세 더 높은 반면, 외국인 및 귀화자 신부와외의 국제결혼에서는 그 차이가 10.6세(그림 5-7)

[그림 5-7] 내국인 간 혼인과 국제결혼의 부부 연령 분포

(단위 : %)



자료: 통계청(2014). 2013년 인구동향조사 혼인통계.

- 다문화가족 내에서도 부부 간 연령차 분포의 차이가 발견되는데, 전반적으로 농촌지역 다문화가족 부부 연령차의 문제가 더욱 심각
  - 부부간 연령차이가 동갑이거나 5세 이하인 경우의 비율이 도시 다문화가족에서는 24.6%, 농촌 다문화가족에서는 17.5%
  - 다문화가족 부부간 연령차이가 16세 이상인 경우는 도시지역에서는 31.7%, 농촌지역에서는 39.9%<sup>24)</sup>
- 일반적으로 혼인이주 여성들은 언어, 국내 일자리 경험 부족 및 문화적응의 문제 등으로 경제활동을 하는 데 많은 장애가 있으며, 이러한 혼인이주 여성들의 취업문제는 사회적응 속도가 상대적으로 더딘 농촌지역에서 더욱 심각
  - 농촌지역 혼인이주여성 경제활동 지원은 단기적으로 적응 지원과 다문화가족 가계지원의 목적이 있지만, 더불어 가정의 고령화에 따른 빈곤화를 예방하는 장기적 기대 효과

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 여성결혼이민자 대상 직업능력 훈련 및 취업 알선

- 현재 다문화가족 직업훈련은 다문화강사 등과 같이 자신의 출신과 관련된 특수 영역에 한정되는 경향을 보이고 있는데, 일반적 취업시장에 진출이 가능하고 현실적인 직업활동이 가능하기 위한 교육 및 지원이 필요
  - 현재의 다문화가족지원 체계 및 프로그램은 이들의 이주자로서의 특성에 초점을 맞추었으므로, 직업훈련 및 취업 알선 영역에서는 한계가 존재
  - 이에 지역의 지방 노동청 등과의 협업체계 마련이 필요하며, 농공단지 등 지역의 산업체계와의 연계성을 높일 수 있는 프로그램 마련이 필수
- 지역 농식품 관련 산업에서의 취업 활동을 적극적으로 지원하고, 다문화가족 지원센터를 통해 이들의 근로 상 어려움을 모니터링

24) 통계청, 2013년 혼인이혼 통계

#### □ 여성결혼이민자 대상 영농교육의 개선 및 다문화가족 영농 지원

- 농촌지역 혼인이주여성에 대한 영농교육 프로그램은 지자체 등에서 다양한 형태로 운영하고 있으나, 이들의 한국 적응단계, 영농가능 품목 등에 대한 다양성을 반영하는 데는 많은 한계
- 이에 혼인이주자 및 이들 가족의 특성, 지역에서 현재 재배 가능한 품종 등을 반영한 맞춤형 영농교육을 제공할 수 있어야 하며, 교육 시 교통 및 보육 서비스 제공 등의 이차적 지원 병행
  - 농한기 중심의 영농교육 여건을 구축할 필요가 있으며, 자녀 방학 프로그램 등을 병행할 필요
  - 더불어 지역 농식품 관련 산업과 연계한 영농교육 및 지원 실시

#### □ 여성결혼이민자 대상 맞춤형 한국어교육

- 농촌의 특성 상 주로 다문화가족지원센터 등에서 이뤄지고 있는 한국어 교육에 빠짐없이 참석하기에는 많은 어려움이 있기 때문에 한국어 교육에 접근성 강화
  - 마을 회관 및 다른 공공장소(보건지소 등) 등 지자체별 수요에 맞도록 교육 장소 다양화 방안 검토
- 농촌의 특성을 반영한 한국어 교육 교재 개발
  - 농업 및 농림어업 관련 내용을 포함하며, 더불어 지자체 차원에서 지역의 공공 서비스 등을 안내할 수 있는 한국어/외국어 공동 안내서 개발

### 나. 농어촌 다문화가족 지원 관련 서비스 전달체계 개선

#### 1) 현황 및 문제점

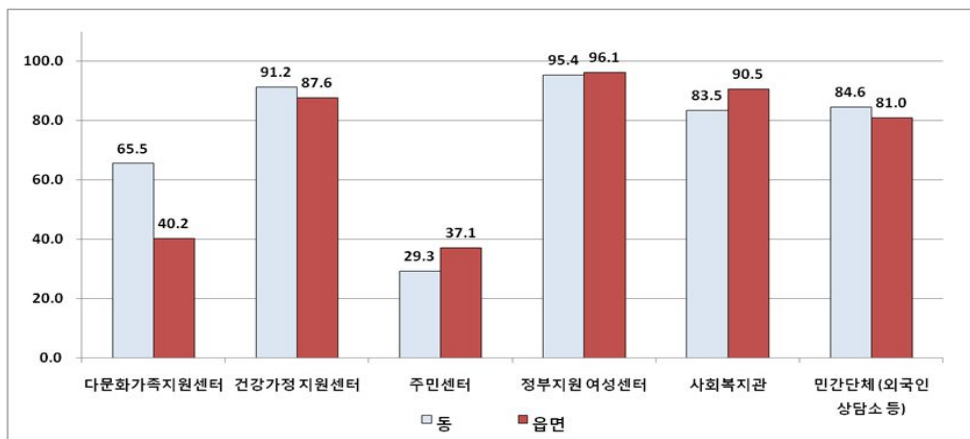
##### □ 서비스 전달체계의 편중

- 농촌지역은 지리적 요인으로 인하여 복지 서비스 전달에 어려움을 겪게 되는

데, 특히 다문화가족 지원의 경우에는 사회경제적·문화적 특성이 결합되어 그 한계가 더욱 선명하게 나타남.

- 다문화가족, 특히 혼인이주여성의 경우에는 언어 및 문화적 경험의 부족으로 서비스 제공에 대한 정보 습득에 한계가 있을 수밖에 없는 가운데 이주, 빈곤 여성의 특성들이 결합되어 서비스 접근성이 더욱 제약을 받음(그림 5-8).

[그림 5-8] 혼인이주 여성들의 서비스 제공 기관 인지 및 이용 경험



주: 다음의 서비스 기관들을 '모른다'거나 '이용한 적이 없다'고 응답한 경우의 합  
 자료: 여성가족부(2013). 2012년 전국 다문화가족 실태조사 연구.

- 실제 서비스 전달은 다문화가족지원센터에 집중되는 경향이 나타나며, 이에 따라 다양한 서비스 제공 확산의 장애, 교육 및 서비스 프로그램의 획일화, 실제적 서비스 수요 미반영 등의 문제점을 낳을 수 있음.
  - 농촌지역에서는 다문화가족지원센터에 대한 인지와 이용 경험률이 비교적 높은 수준이며 특히 도시지역에 비해서도 월등히 높음.
  - 그러나 건강가족지원센터, 여성센터, 사회복지관 등의 다른 영역의 복지서비스 제공 기관에 대해서는 인지도가 매우 낮으며, 그 이용도도 매우 낮음.
- 서비스 제공 기관별로 분산되어 있는 서비스 내용을 수요자 중심으로 개편할 필요



## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

## □ 지역 내 서비스 접근성 제고 방안 모색 및 통합 서비스 제공

- 지역의 농협 혹은 기타 행정기관을 이용하여 지역 내 권역별 다문화가족지원 지원 프로그램을 운영하여 지역의 서비스 접근성을 향상
- 다문화가족 지원 프로그램 등에 이동 복지행정서비스 및 행정 상담을 제공하여 원스톱 서비스 이용체계 마련
- 지역 행정기관, 다문화가족 지원센터, 지역 복지센터, 교육청 등에서 협력 회의를 정례화 하여 각각의 서비스를 가족단위로 확대할 수 있는 방안들을 마련하고, 교차적 상호교류를 통해 복지 및 서비스 사각지대를 해소
- 지역 내 농협, 사회적 기업 등 민간 영역과의 협업 증대

## 제4절 요보호가구(집중개입가구)

## 1. 여건진단 및 평가

□ 농어촌지역은 도시에 비해 일반가구의 비율은 낮고, 단독가구의 비율이 높음.

- 또한, 한부모가구의 비율은 도시에 비해 낮은 반면, 조손가구의 비율은 높음. 농어촌지역 조손가구가 안고 있는 문제에 대한 개입이 필요할 것임(표 5-18).

〈표 5-18〉 농어촌 가구형태별 비율

(단위 : %)

구분	단독가구		한부모가구		조손가구	일반가구
			모자가구	부자가구		
농어촌	33.8	0.4	0.2	0.2	1.0	64.8
도시	23.4	1.9	1.4	0.5	0.6	74.1
전체	25.7	1.6	1.2	0.4	0.7	72.0

자료: 한국보건사회연구원(2012). 한국복지패널조사, 재인용: 김동진 외(2013).

□ 군 지역의 조손가구 수가 크게 증가하고 있음. 전체 가구의 1% 정도가 조손가구인 것으로 나타났음.

○ 2000년 19,229가구에서 2010년 32,626가구로 지난 10년 동안 13,397가구가 증가하였음(표 5-19).

〈표 5-19〉 군지역의 조손 가구수 변화

(단위: 호, %)

구분	가구(A)			조손 가구(B)		
	2000년	2005년	2010년	2000년	2005년	2010년
전국	14,152,576	15,887,128	17,339,422	45,225 (0.32)	58,101 (0.37)	119,294 (0.69)
도시	11,102,416	12,744,940	14,031,069	25,996 (0.23)	36,468 (0.29)	86,668 (0.62)
군	3,050,160	3,142,188	3,308,353	19,229 (0.63)	21,633 (0.69)	32,626 (0.99)

주: 백분율은 좌측(가구)의 상응하는 칸을 분모로 하는 조손 가구의 비율, 즉, B/A를 뜻함.  
자료: 통계청. 인구주택총조사; 한국농촌경제연구원(2012). 농업전망 2012, 재인용: 김동진 외(2013).

□ 농어촌 지역 결혼이민자는 2012년 1월 기준 총 81,342명으로 2006년 23,959명에 비해 3.4배 정도 증가하였음.

○ 다문화가족 자녀가 차지하는 비율이 증가하고 있으며, 군 지역에서는 3.9%로 도시지역(1.5%)에 비해 높음. 특히 6세 미만 아동 중에는 다문화가족 자녀 비율이 7.2%에 이르고 있음(표 5-20).

〈표 5-20〉 결혼이민자 및 다문화가족 자녀 현황

(단위: 명, %)

구분		결혼이민자 <sup>1)</sup>			다문화가족 자녀 수 <sup>2)</sup>			다문화가족 자녀 연령대별('12)		
		'06	'10	'12	'06	'10	'12	0~6세	7~13세	14~17세
인구	전체	65,006	181,671	220,267	25,147	121,917	168,318	104,429	45,980	15,296
	도시	41,047	120,931	138,925	11,792	68,155	90,880	54,899	25,837	8,604
	소계	23,959	60,740	81,342	13,355	53,762	77,438	49,530	20,143	6,692
	농촌	15,177	39,696	55,660	6,058	33,784	49,873	32,115	12,678	4,329
	군	8,782	21,044	25,682	7,297	19,978	27,565	17,415	7,465	2,363

구분			결혼이민자 <sup>1)</sup>			다문화가족 자녀 수 <sup>2)</sup>			다문화가족 자녀 연령대별(12)		
			'06	'10	'12	'06	'10	'12	0~6세	7~13세	14~17세
구성 비율	도시						1.0	1.5	2.7	1.1	0.5
	농촌	시					1.2	1.8	3.4	1.2	0.6
		군					2.7	3.9	7.2	2.8	1.2

주: 1) 결혼이민자는 한국국적을 가지지 않은 자 중 결혼이민자와 한국국적을 취득한 혼인귀화자를 합한 수치  
 2) 다문화가족 자녀 수는 해당 연령대 전체 인구수 대비 비율  
 자료: 안전행정부(2006; 2010; 2012), 지자체별 외국인 주민 현황(각 연도 1월 1일 기준), 재인용: 조미형 외(2014).

□ 주간보호나 직업재활·사회재활 등의 서비스가 부재한 농어촌 지역에서는 정신·지적·자폐성 장애인이 있는 가구에 복합적인 문제가 발생하고 있음.

○ 군 지역 전체 주민 중 장애인 비율은 8.2%로 도시 지역(4.3%)에 비해 2배에 이름.

○ 2012년에는 2010년에 비해 전체 장애인 수는 증가하지 않았지만, 정신·지적·자폐성 장애인의 수는 증가하였음(표 5-21).

〈표 5-21〉 농촌 지역 장애인 현황

(단위: 명, %)

구분			전체			정신·지적·자폐성 장애		
			'07	'10	'12	'07	'10	'12
인구	전체		2,104,859	2,510,178	2,511,641	236,799	271,958	284,801
	도시		1,203,689	1,427,981	1,426,449	125,994	146,115	153,079
	농촌	소계	901,170	1,082,197	1,085,192	110,805	125,843	131,722
		시	594,354	713,862	718,356	71,313	81,544	85,817
		군	306,816	368,335	366,836	39,492	44,299	45,905
구성 비율	도시				4.3			10.7
	농촌	시			5.4			11.9
		군			8.2			12.5

주: 시·군별 전체 인구대비 비율과 정신·지적·자폐성 장애비율은 전체 장애인 대비 비율  
 자료: 보건복지부(2007; 2010; 2012), 사·군·구 장애인 등록현황, 재인용: 조미형 외(2014).

○ 장애인 숫자에 비해 주간보호시설이나 직업재활시설의 수는 적음.

－ 전체 장애인 중에서 군 지역에 거주하는 비율은 14.6%이지만, 장애인직업재활시설의 11.5%, 장애인주간보호시설 6.1%만이 군 지역에 위치하고 있음(표 5-22).

- 특히 군 지역 장애인주간보호시설이 매우 부족함. 지역사회에 거주하면서 낮 시간 동안 이용할 수 있는 재활이나 교육 등의 서비스가 없는 것임(조미형 외, 2014).

〈표 5-22〉 농어촌 지역 장애인수 대비 주간보호시설·직업재활시설 비율

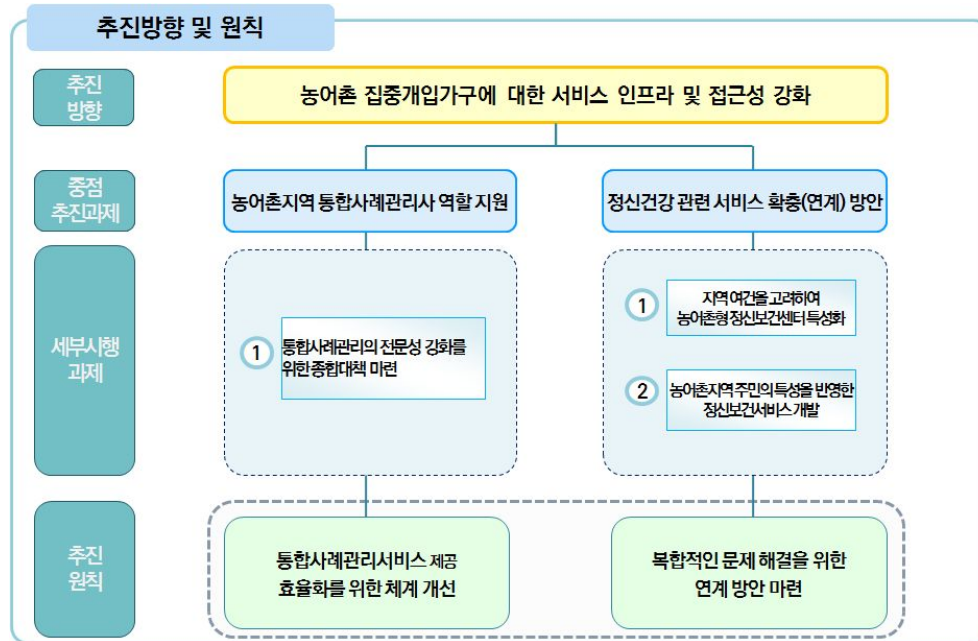
(단위: %)

	전체	도시	농촌		
			소계	도농 복합시	군
장애인 수	2,511,641명	56.8	43.2	28.6	14.6
장애인주간보호시설 수	525개소	69.5	30.5	24.4	6.1
장애인직업재활시설 수	494개소	59.5	40.5	28.9	11.5

자료: 보건복지부(2012), 사·군·구 장애인 등록현황(2012년 말 기준); 보건복지부(2013), 2013 장애인복지시설 일람표(2012년 말 기준), 재인용: 조미형 외(2014).

- 정신보건센터는 지방비 50%(7,650만원) 이상 매칭을 전제로 국비 50%가 지원되는 사업임.
  - 지자체에서 50%를 부담하면 국비가 지원됨에도 불구하고, 정신보건센터를 설치하지 않는 것은 지자체의 관심이 부족하거나 사업을 추진할 전문 인력 부족 때문인 것으로 보임.
  - 실제로 경남, 경북 등의 지역에는 광역정신보건센터를 운영하겠다는 기관이 없어서 설치를 못하고 있는 실정임.
- 농어촌 지역은 적은 예산이 노인 복지예산에 집중되는 경향이 있고, 복합적인 문제를 가진 가구에겐 제공할 서비스가 없음.
  - 규모의 논리에 의해 대상별로 아동·청소년, 장애인, 문제별로 학대나 폭력 문제 등은 뒷전으로 밀리고 있음.
- 집중개입가구의 대부분이 정신건강 관련 문제를 안고 있으며, 일상생활 지원, 인력이나 금전 지원 등으로는 문제가 해결되기 어려움.

## 2. 추진방향 및 원칙



## 3. 중점 추진과제

## 가. 농어촌지역 통합사례관리사 역할 지원

## 1) 현황 및 문제점

□ 2012년 희망복지지원단이 출범하면서 취약가구들에 대한 공공의 사례관리가 시작되었음. 민간 서비스 제공기관이 부족한 농어촌지역에서는 발굴된 사례가구에 대해 연계할 서비스가 부족함.

○ 복합적인 문제를 가진 가구의 경우 근본적인 문제가 해결되지 않아 사례관리 대상자 지정이 반복되고 있음.

－ 시·군 내에서 연계 가능한 서비스가 부족하며, 지속적인 개입이나 관리가 필요한 경우임.

- 특히 지적장애 가구 비율이 높고, 한부모가정이나 조손가정, 다문화가정, 알코올이나 정신질환 문제를 갖고 있는 가구가 많음.
- 다문화가정의 경우 결혼이주여성의 한국 사회 적응 문제, 아동의 학습 및 적응, 부모(노인)의 건강, 가정의 경제활동 등의 복합적인 문제가 얹혀 있음.
- 조손가정의 경우, 양육자인 조부모의 부양 부담과 함께 손자녀인 아동에게 적절한 양육 환경이 제공되지 못하는 문제가 있음.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

### □ 통합사례관리의 전문성 강화를 위한 종합대책 마련

- 찾아가는 서비스, 통합사례관리 등 지역밀착형 서비스 제공을 위해 읍면에 통합사례관리사를 배치하고, 시군구에서 슈퍼바이저 역할을 강화하는 등 사례관리의 전문성 강화
  - 중앙지원센터에서는 사례관리 컨설팅 등 추진
- 필요시 농어촌 지역 전문 통합사례관리사를 광역 차원에서 배치하여 2-3개 군 지역을 담당, 지원할 수 있도록 하는 방안 마련
  - 복합적인 문제를 가진 가구의 경우, 문제가 해결되지 않고 반복되고 있음. 이들에 대해서는 전문가의 지속적인 개입 및 관리가 필요함. 현재 통합사례관리사가 수행하기에 한계가 있음.
  - 통합사례관리사의 슈퍼바이저 역할을 수행하여 단순 서비스 연계 수준의 통합사례관리의 수준을 높여 종결된 사례가 재진입하는 비율을 낮출 수 있도록 함.

## 나. 정신건강 관련 서비스 확충(연계) 방안<sup>25)</sup>

### 1) 현황 및 문제점

□ 농어촌지역 사회복지 실무자들이 토로하는 공통된 고충 중 하나가 정신질환자 사례관리임.

○ 정신질환자가 사례로 발굴되면, 지역사회에 연계할 서비스가 없어서 난감한 상황임.

－ 농어촌지역일수록 방치되어 있는 정신 장애인들이 상대적으로 많고, 일부는 지역 주민들에게 불안을 주고 있음.

□ 농어촌지역에는 정신분열증 등 정신병적 장애 비율이 도시에 비해 높음에도 불구하고, 중증정신질환자 사례관리를 주된 사업으로 하는 정신보건센터가 설치되지 않은 군 지역이 48개소에 이름.

○ 2011년 정신질환실태 역학조사에 의하면, 농어촌 여성의 경우, 정신병적 장애를 가진 사람이 1.5%, 기분장애를 가진 사람은 5.6%로, 도시 여성의 0.2%, 2.4%에 비해 높았음.

－ 2011년 장애인실태조사 자료를 이용한 도농 간 정신장애 실태 비교 결과에 의하면, 정신분열증 비율이 동부(70.4%)에 비해 읍·면부(80.3%)가 높은 것으로 나타났음.

□ 다문화가족의 이주여성뿐만 아니라, 남편이나 자녀 등 가족 구성원도 정신건강 문제를 안고 있음.

○ 이주여성긴급지원센터를 통해 접수되는 사례에서 외상후스트레스장애(PTSD), 정신분열증 등 정신건강 관련 문제를 안고 있는 이주여성들이 증가하고 있음.

25) 본 장절의 내용은 조미형 외(2013) 연구의 “정신보건센터” 정책 개선방안을 요약한 것임.

- 이주여성의 경우 정신질환 문제로 진단되면, 가족으로부터 버려지는 경우가 많아 일반적 상담을 넘어서 이들에 대한 전문적인 서비스가 제공되어야 함.
- 2013년 기초정신보건센터 질적 평가 결과에 의하면, 도시에 비해 농어촌지역이 가장 열악한 지표가 ‘사회재활지원체계의 적절성’인 것으로 나타났음.
- 대도시 센터의 충족비율은 71.1%인데 비해, 농어촌 센터의 20.6%만이 해당 기준을 충족하였음.
  - 즉 농어촌지역은 중증정신질환자를 위한 사회재활, 직업재활, 주거서비스 등이 부족함.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

- 지역 여건을 고려하여 농어촌형 정신보건센터 특성화
  - 현재 광역과 기초로 구분된 정신보건센터를 세분화할 필요가 있음. 기초 정신건강증진센터를 농어촌, 혹은 인구규모 및 구성에 따라 사업내용을 특성화하여 운영할 수 있도록 함.
    - 농어촌지역에서는 정신보건센터, 알코올상담센터 등을 개별적으로 설치해서 운영하기보다는 정신보건센터가 지역사회에서 필요로 하는 정신보건서비스를 특성화할 수 있도록 지원기반 마련
  - 현재 정신보건전문요원 교육과정에 알코올중독 관련 교과목은 포함되어 있지 않으므로 농어촌지역의 정신보건센터 인력을 대상으로 알코올 중독 관련 교육을 강화
  - 농어촌지역의 정신보건사업 우수사례를 발굴하여 중앙정부 차원에서 확산·보급하여 정신질환에 대한 인식 개선 및 지자체의 관심 유도 필요
    - 영광군정신보건센터의 ‘노인우울 및 자살예방사업’을 농어촌지역 특성을 반영한 사례로 제시
    - 중앙정부에서 내려오는 사업이 아닌 지역사회에서 사업 운영 초기에 프로



그럼의 효과성 검증 과정을 거쳐 가용할 수 있는 자원 범위 내에서 점증적으로 확대해 나가야 할 것임.

#### □ 농어촌지역 주민의 특성을 반영한 정신보건서비스 개발

##### ○ 알코올중독, 노인 우울증 등에 초점을 맞춘 정신보건사업 추진 필요

- 도시지역에 비해 농어촌지역에서는 알코올중독자 비율이 높음에도 불구하고 알코올상담 등을 위한 중독관리통합지원센터의 접근성이 매우 낮은 실정임.

- 현재 중독관리통합지원센터(구, 알코올상담센터)는 전국 50개소에 불과

- 또한, 기존 정신건강증진센터에서는 인력, 예산 등의 부족으로 알코올중독자를 전문적으로 관리할 수 있는 역량이 부족함.

##### ○ 다문화가족 대상 정신건강서비스 제공을 위한 기관간 서비스 연계

- 이주여성 이외에 남편이나 자녀 등 가족구성원이 안고 있는 정신건강 관련 서비스 제공 필요

- 이주여성의 경우 언어 문제로 인해 의사소통에 어려움이 있어 현재 정신보건센터 체계에서 접근하기는 쉽지 않으므로 다문화가족지원센터나 이주여성긴급지원센터, 정신보건센터가 협력·연계한 정신보건사업 추진

##### ○ 농사일을 활용한 재가 정신장애인 대상 직업재활·사회재활 프로그램 개발

- 일부 신체 건강한 정신장애인의 경우, 농번기에는 일손을 보탬 수 있으므로, 농사일을 접목한 직업재활·사회재활프로그램 개발·운영

##### ○ 지적·정신·자폐성 장애인이 지역사회에 거주하면서 낮 시간 동안 이용할 수 있는 주간보호서비스 확대

- 보건진료소의 생활공간 등 기존 시설을 주간보호시설로 전환





## 제6장

### 취약지역 대상 보건복지 접근성 강화

제1절 의료취약지

제2절 복지취약지



# 6

## 취약지역 대상 보건복지 접근성 < 강화 <

### 제1절 의료취약지

#### 1. 여건진단 및 평가

- 국민 전체를 대상으로 하는 거시적 의료접근성 개선과 양적 확충 달성
  - 전국민(건강보험 적용: 97.2%, 의료급여 적용: 2.8%) 대상 의료보장체계 구축으로 접근성 개선<sup>26)</sup>
  - 의료인력을 제외한 병상·고가의료장비 등 의료자원 및 의료이용 측면에서 ‘비효율적 과잉 공급·이용’ 문제가 제기될 정도로 양적 확충 성과<sup>27)</sup>
    - 인구 1,000명당 총 병원병상수 10.3병상(OECD 평균 4.8병상)
    - 국민 1인당 연평균 외래진료 횟수 14.3회(OECD 평균 6.9회)
- 국가 전체의 의료접근성 개선에도 불구하고 도시와 농촌간 의료자원의 불균형 분포와 농촌 지역의 의료서비스 이용 제한 등의 문제 상존
  - 의료기관간 경쟁이 치열해지면서 의료수익이 상대적으로 보장되는 서울 등 수도권으로의 의료자원 집중과 환자 집중
    - 2013년 현재 병원급 의료기관의 88.1%, 의원급 의료기관의 92.9%, 병원병상의 87.7%가 도시 지역에 집중<sup>28)</sup>
    - 농어촌지역에서 병원 및 요양병원을 중심으로 병상의 양적 확대가 이루어졌으나, 소위 ‘Big 5’를 중심으로 한 수도권 대형의료기관으로의 지방환자 집중 현상은 심화(표 6-1)

26) 국민건강보험공단(2014). 2014년 3분기 건강보험 주요 통계.

27) OECD(2014). OECD Health Data.

28) 보건복지부(2014). 보건복지통계연보.

〈표 6-1〉 의료기관 종별·지역별 입원진료 병상 현황(2013년)

	전체		시부		군부	
	병상수	(%)	병상수	(%)	병상수	(%)
전 체 <sup>1)</sup>	550,543	(100.0)	482,608	(87.7)	67,935	(12.3)
종합병원	141,425	(100.0)	135,443	(95.8)	5,982	(4.2)
병 원	155,861	(100.0)	128,397	(86.1)	27,464	(13.9)
요양병원	192,659	(100.0)	165,817	(82.4)	26,842	(17.6)

주: 1) 전체에는 치과병원, 한방병원, 정신병원이 포함되어 있으므로 하단의 3개 기관(종합병원, 병원, 요양병원)의 합과 일치하지 않음.

자료: 보건복지부(2014). 보건복지통계연보.

○ 형평성 있는 의료서비스 제공은 보건의료정책의 중요한 지향점이나, 현실에서는 지역별·계층별·분야별로 해결해야 할 취약성 문제가 여전히 존재

- 소득세법 시행규칙 제7조제4항<sup>29)</sup>에 따른 의료취약지역(벽지): 전국 58개 군지역
- 특히 분만, 응급 등 수익성이 낮은 분야를 중심으로 취약지역의 문제 심각
  - 분만취약지 및 준취약지<sup>30)</sup>: 33개 지역<sup>31)</sup>
  - 응급의료기관이 없는 군: 18개 지역<sup>32)</sup>

29) 제7조(벽지의 범위) 영 제12조제15호에서 “기획재정부령이 정하는 벽지”라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 지역을 말한다.

4. 별표1의 의료취약지역(「의료법」 제2조의 규정에 의한 의료인의 경우로 한정한다)

구분	지역
경기(1)	연천군
강원(10)	양양군, 고성군, 화천군, 양구군, 평창군, 횡성군, 인제군, 철원군, 영월군, 정선군
충북(7)	증평군, 괴산군, 단양군, 보은군, 옥천군, 영동군, 진천군
충남(3)	청양군, 태안군, 당진군
전북(5)	장수군, 무주군, 진안군, 임실군, 순창군
전남(12)	신안군, 완도군, 담양군, 곡성군, 진도군, 강진군, 장흥군, 구례군, 무안군, 함평군, 장성군, 고흥군
경북(11)	울릉군, 영양군, 군위군, 고령군, 성주군, 울진군, 청송군, 봉화군, 예천군, 영덕군, 청도군
경남(9)	산청군, 고성군, 함양군, 남해군, 의령군, 거창군, 하동군, 함안군, 함천군

30) 분만취약지: 60분내 분만이 30% 미만이고, 분만가능한 산부인과로부터 1시간 이상 떨어진 취약지 가 임여성 인구비율이 30% 이상인 시·군

분만 준취약지: 60분내 분만이 30% 미만이고, 관내 분만실이 없는 지역

31) 보건복지부(2015), “분만취약지 6개지역에 산부인과 개설·운영 지원” 보도참고자료(‘15.4.8.)

32) 보건복지부(2013), 2013~2017 응급의료기본계획(안)

- 7개 필수서비스(내과·외과·산부인과·소아과·응급실·분만실·수술실) 구비 정도로 파악한 ‘2차 취약지’는 전국 36개 시·군에 이름<sup>33)</sup>.
- 병의원 미치료자 중 ‘교통불편’을 미치료이유로 응답한 비중은 도시지역(4.1%)에 비해 농어촌지역(8.0%)이 2배 가까이 높음<sup>34)</sup>.

□ 의료서비스 공급의 지역간 불균형은 기본적 의료수요의 미충족을 야기함과 아울러 취약지-비취약지간 건강수준의 불평등 원인으로 작용

- 2012년 현재 인구 10만명당 연령표준화 사망률은 도시 지역(404.9명)에 비해 농어촌 지역(452.0명)이 높으며<sup>35)</sup>,
- 전국 36개 ‘2차 취약지’는 비취약지에 비해 의료자원 배치와 접근성이 열악하며, 연령표준화 사망률, 자살률 등이 높은 것으로 나타남<sup>36)</sup>(표 6-2).

〈표 6-2〉 의료취약지(2차)와 비취약지의 의료자원 분포 및 건강수준

구분	100km <sup>2</sup> 당 병원 수	100km <sup>2</sup> 당 응급실 수	10만명당 병상 수	10만명당 산부인과 전문의	연령표준화 사망률
취약지	0.4	0.2	668.6	1.8	454.1
비취약지	15.9	3.7	854.8	3.5	415.0

자료: 국립중앙의료원·보건복지부(2013).

33) 국립중앙의료원·보건복지부(2013), 의료취약지 도출에 따른 거점의료기관 모델 및 관리방안 연구

34) 보건복지부·질병관리본부(2014), 2013 국민건강통계

35) 국립중앙의료원(2014), 지역별 의료실태 분석을 통한 의료취약지 도출방안 연구

36) 국립중앙의료원·보건복지부(2013), 앞의 보고서

## 2. 추진방향 및 원칙



## 3. 중점 추진과제

### 가. 의료취약지 설정에 ‘생활권’ 개념 도입

#### 1) 현황 및 문제점

□ 현재의 의료취약지의 선정 기준은 행정구역 단위의 관내의료이용률(RI) 활용

○ 관내의료이용률(RI)은 ‘지역 환자가 해당 지역의 의료기관을 이용하는 비율’로서, 취약지역으로 분류된 지역 내 의료이용만 반영되어 수요자의 실질적 진료 생활권 반영에 한계

－ 교통수단의 발달, 의료서비스 이용에 있어서 지역적 제한장치를 두고 있지 않은 우리 의료체계 등을 고려할 때, 단편적 관내의료이용률 만으로 의료취약지를 설정하기에는 많은 한계가 존재

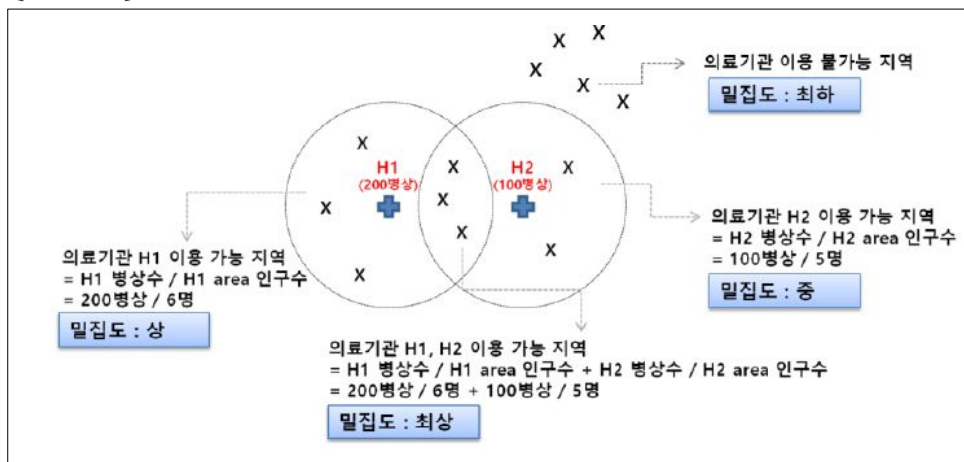


## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

## □ “진료생활권” 개념을 이용한 취약지 설정 방식으로 개편

- 행정구역 단위의 관내의료이용률을 보완하여 ‘주민들의 실제 의료기관까지의 접근성을 고려한 이용률’로 개선
- 접근성, 관내의료이용률, 기준 시간 내 의료이용률(TRI)을 종합적으로 고려하여 의료취약지 선정
  - 예1: GIS 등을 활용하여 ‘생활권’의 의료수요-공급비 분석
  - 예2: 건강보험데이터를 활용, 해당 기준 시간(예: 1시간) 내 의료이용 여부를 분석하고, 환자주소와 병원간 이동 소요시간을 분석하여 취약도에 반영 (그림 6-1)

[그림 6-1] GIS 접근성 분석을 통한 수요-공급비 분석 개념도(안)



자료: 국립중앙의료원(2014), 2014년 의료취약지 모니터링 결과

## □ 의료취약도에 대한 지속적 평가

- 현재 개발중인 Health Map을 통해 지속적으로 의료취약도를 평가하고, 이를 해당 지방자치단체 및 거점의료기관과 공유할 수 있는 체계 구축
- 의료취약도 모니터링을 위한 통계 개발 및 정기적 결과 발표

## 나. 분만, 응급 등 취약 분야 지원 강화 및 다각화

### 1) 현황 및 문제점

- 의료서비스의 양적 확충에도 불구하고 농어촌 지역을 중심으로 분만, 응급 등의 분야를 중심으로 필수 의료서비스 미제공 문제가 해소되지 않는 취약지 존재
- 이들 분야는 수익성(민간), 효율성(공공) 등에 한계가 있어 '의료기관 신설'이라는 방식으로 취약성을 해소하는 것에 한계
- 따라서 지역 특성에 따라 산부인과 및 응급실 설치·운영비 지원부터 원격협진을 활용한 네트워크와 이송체계 확충, 지원 다각화가 필요

### 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

#### □ 분만취약지 지원 다각화

- 분만취약 농어촌에 산부인과 설치·운영 지원
  - 「분만취약지 지원사업」을 활용, 지역내 산부인과가 부재하고 산모들의 원거리 산전진찰 및 출산이 지속적인 지역을 선정
  - 지역내 병원급 의료기관에 산부인과를 개설·운영할 수 있도록 예산을 지원하고, 외래·순회진료산부인과 운영비 지원
  - 지역 특성에 따라 분만과 같은 의료서비스와 더불어 산전진찰, 임산부영양·보건사업 등 보건사업 제공을 위한 지원
- 분만취약지 산부인과 지속운영을 위한 지원
  - 1회성 시설장비 지원과 아울러 분만취약지의 경우 의료인력 인건비의 일정 부분을 지속적으로 지원
  - 중장기적으로 분만취약지역 해소를 위한 대상 지역 및 지원액 확대방안 검토
- 지역 내 및 인근 지역 의료기관과 및 상급의료기관과의 고위험 산모 이송, 신생아 서비스 제공을 위한 전달·연계체계 구축

#### □ 응급의료취약지 지원 다각화

○ 전국 어디서나 30분내 응급의료서비스가 제공될 수 있도록 농어촌 취약지에 응급의료기관 육성 및 지원

- 지역응급의료기관 운영지원 확대(시설·장비 및 운영비 보조)
- 농어촌 지역 응급의료시설에 대한 전문의 등 의료인력 확충 및 24시간 운영을 위해 필요한 인건비 지원
- 응급의료기관으로 지정할 의료기관이 없는 경우 다양한 서비스제공 방안 마련
  - 대도시 거점병원으로부터의 응급실 위탁운영 시범사업을 추진하되, 이송체계 개선과 병행하여 사각지대 최소화

○ 응급의료취약지 이송체계 확충

- 취약지역 특성에 따른 이송체계 구축
  - 구급차 공백 상황시에도 신속한 응급처치 및 구급활동이 가능한 펌블런스(소방펌프차 + 구급차) 차량 배치 확대
  - 오·벽지 응급상황 발생시 범부처 헬기 공동활용 체계 구축·운영, 나르미 병원선 운영 등
- 도서, 산간 등 취약지역 응급환자의 신속한 이송을 위한 닥터헬기 추가 확보
  - 운항거리 반경 확대, 야간 운항, 악천후 대응 등 닥터헬기 운영상의 실효성 제고방안 보완
  - 관계 부처(국민안전처) 협의를 통해 헬기착륙장 안전성 확보방안 마련

#### 다. 의료취약지 최소화를 위한 기반 확충

##### 1) 현황 및 문제점

□ 보건의료공급체계에서 민간 영역이 차지하는 비중을 고려할 때, 중앙 정부나 지방자치단체가 운영하는 공공보건의료기관만으로 취약지 해소는 불가능

○ 취약지역 내 의료기관의 소위 ‘공익적 활동’ 또는 ‘착한 적자’를 보전할 수 있는 유인체계 마련 필요

□ 농어촌 지역 기관의 의료인력 수급 문제가 심각한 상황으로서 공중보건 의사 감소, 상대적으로 낮은 처우 등의 문제가 심화

□ 의료취약지 해소를 위한 지자체의 노력을 객관적으로 평가하고, 취약도 개선에 적극적으로 참여하도록 유인하는 인센티브와 페널티 등의 기제가 필요

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

□ 의료취약지 특성을 고려한 건강보험 수가체계 개발

○ 의료취약지 수가가산체계를 완비하여 취약지 내 의료기관의 진료행위에 대한 인센티브 부여<sup>37)</sup>

- 의료취약도 해소를 위한 공익적 의료 활동에 대한 보상기전 마련의 의미와 아울러 지속적인 서비스 제공을 위한 유인대책으로서 의미
- 필수의료에 대한 수가부터 적용

○ 지방의료원 등 공공의료기관의 취약지·취약계층 해소 활동에 대한 별도의 수가 체계(신포괄수가제) 적용

- 지방의료원의 ‘착한 적자’ 보전을 위해 신포괄수가제를 적용하고, 다른 공공의료기관으로의 확대는 건강보험 재정상황과 성과 평가를 통해 검토

□ 지자체 정부합동평가지 취약지 해소 노력 반영

○ 정부 합동평가에 ‘지역내 의료취약지 해소 노력’ 지표 반영 검토

- 취약지 해소를 위한 적극적 활동으로 우수한 평가를 받은 지자체에 추가적인 서비스 운영비 지원 등 인센티브 부여

37) 현재 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」에서 2017년까지 ‘필수의료 취약지에 대한 건강보험 지원체계 개발’ 포함

- 의료취약지 및 분만·응급취약지에 해당하는 지자체의 경우 지역보건의료계획에 취약지 해소를 위한 계획 반영
- 의료취약지에서의 원격의료 활용방안 검토
  - 원격의료 시범사업에 의료취약지를 포함시키고, 현행 의료법이 허용하는 “의료인-의료인” 형태의 원격의료 적용방안 강구

## 제2절 복지취약지

### 1. 여건진단 및 평가

- 도시지역에 비해 상대적으로 높은 농어촌 지역의 복지 수요 계층 비율(조미형, 2014)
  - 대부분의 지역이 이미 초고령사회임.
    - 83개 군지역의 노인인구 비율이 평균 22.4%
      - 65세 이상 노인 1명당 18세 미만 아동이 0.7명으로 인구 구성이 불균형적임.
      - 만 6세 이하 영유아중 다문화가족 자녀가 7.2%로 비율이 높아짐.
  - 증가하는 국민기초생활수급자
    - 국민기초생활수급자 비율이 4.0%로 도시지역의 2.3%보다 높음.
  - 장애인비율은 8.2%로 도시지역(4.3%)보다 높음.
- 반면, 복지공급면에서는 도시보다 부족한 실정
  - 사회복지관이 없는 농어촌 지역이 15개에 이름.
    - 설치되어 있는 지역에서도 민간위탁운영보다는 군직영체계가 많음.
      - 군직영복지관의 경우 종사자의 수가 평균 4.6명으로 민간위탁의 11.2명보다 현저하게 적어 복지전문인력의 절대수가 부족한 실정
  - 군단위에서 장애인직업재활시설이 없는 지역 42개, 장애인주간보호시설이 없는 지역은 57개이며, 정신보건센터가 없는 지역은 50개, 사회복지시설이 없는

지역은 53개에 이릅니다.

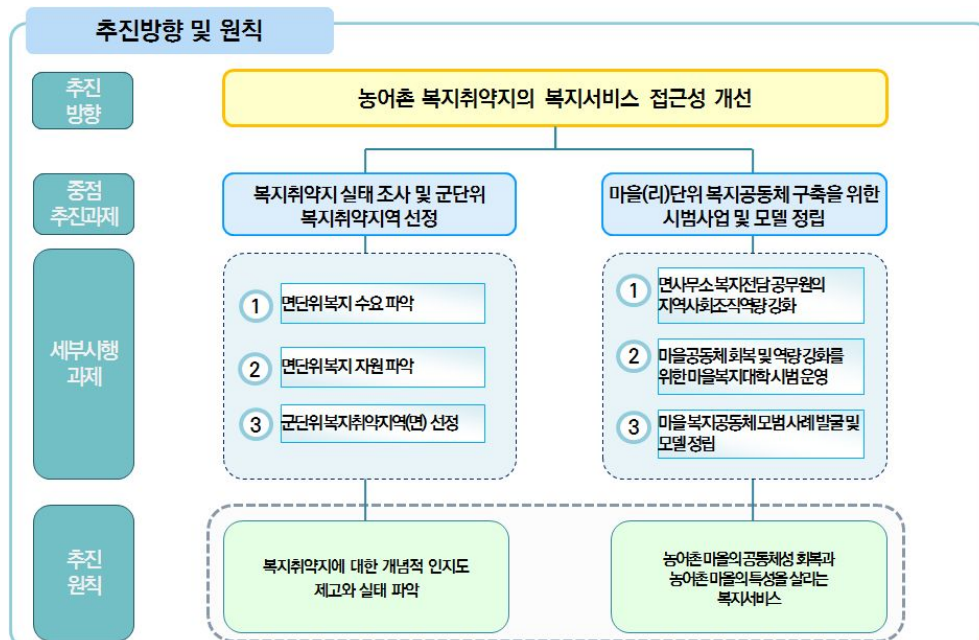
□ 현저하게 떨어지는 접근성

○ 이미 설치된 사회복지관등의 사회복지시설들도 대부분이 군청소재지거나 거점지역이라고 할 수 있는 읍단위에 주로 설치되어 있어 면단위에서의 서비스 이용이 쉽지 않음.

－ 교통 등의 열악한 인프라로 서비스에 대한 접근성이 매우 낮음.

- 도농복합지역인 포항의 경우(동 지역 15개, 읍·면 지역 14개)에도 버스가 운행되지 않는 오지 지역이 6개 읍·면 지역, 14개 마을(696세대, 주민 1,363명)이며 이용 수요 부족으로 버스가 하루 2회 밖에 운행하지 않는 대중교통 불편 지역도 3개 면, 8개 마을(주민 12,411명)로 조사됨(정웅기, 2014).
- 농어촌의 대부분의 면지역이 대중교통 소외지역임을 감안할 때 이동권의 보장이 매우 시급함.

## 2. 추진방향 및 원칙



### 3. 중점 추진과제

#### 가. 복지취약지 실태 조사 및 군단위 복지취약지역 선정

##### 1) 현황 및 문제점

□ 최근 들어 83개 군지역의 복지 수요, 공급체계에 대한 조사가 이루어지기 시작함 (김태완 외, 2014; 조미형 외 2014).

○ 그러나 군청소재지인 읍 단위에 비해 면단위의 복지 수요, 공급에 대해서는 실태 파악이 이루어지지 않음.

－ 사회복지관등 군단위의 사회복지시설 대부분이 군청소재지(읍)에 설치되어 있어 표면적인 도시, 농촌 간 복지 인프라 비교에서는 차이가 더 적어 보이는 효과가 있음.

• 군청소재지(읍)에 종합사회복지관과 장애인복지관, 노인복지관이 모두 있는 읍도 여러 개 있음.

• 면에는 해당 시설이 상당히 부족하기 때문에, 면지역의 경우 대부분이 복지 취약지라고 할 수 있음.

##### 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

□ 면단위 복지 수요 파악

○ 군 단위를 통합적으로 분석할 경우, 면에 비해 상대적으로 좋은 인프라를 구축하고 있는 읍의 효과 때문에 군의 복지 현황이 상대적으로 좋게 나올 수 있음.

－ 군내 복지 취약지라고 할 수 있는 면지역을 대상으로 면주민의 인구구성 및 취약계층 파악이 필요

○ 면단위 주민의 복지 욕구를 파악하고 이에 맞는 사회복지서비스를 개발할 필요가 있음.

－ 면 주민들의 사회복지서비스 이용 현황을 파악하여 접근성 강화등의 보완책을 찾아야 함.

#### □ 면단위 복지 자원 파악

- 농어촌 지역의 사회복지시설이 대부분 군청소재지에 집중되어 있는 특징을 감안하여 면단위에 있는 사회복지시설 파악
- 면단위에 있는 주민조직 파악
- 면단위에서 실시되고 있는 사회복지서비스 현황 파악
  - 부족하지만 존재하고 있는 면단위의 복지조직과 이미 있는 주민 조직간의 복지협력망 구축이 필요함.
  - 읍에 있는 사회복지관 등의 사회복지조직들이 면단위 주민들을 위한 복지 서비스를 강화할 수 있는 체계 구축을 지원해야 함.

#### □ 각 군 단위 복지취약지역(면) 선정

- 복지취약지 선정 및 지원
  - 사회복지시설 수나 마을 조직 등의 자원현황과 수요 계층 비율 등, 복지취약지 선정을 할 수 있는 지표를 마련해야 하며, 이를 위한 사전 연구 필요
  - 복지취약지 지표에 따라 복지취약성이 높은 지역을 취약지로 선정하여 지원할 수 있는 제도적 장치 마련을 고려해 볼 필요
  - 다만, '15.7.1 시행예정인 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제48조에 보건, 복지, 고용, 주거, 문화 등 지역사회보장 서비스가 취약한 지역을 사회보장 특별지원구역으로 선정하여 지원할 수 있도록 법적 근거가 마련되어 있으므로, 이와 연계하는 방안을 모색<sup>38)</sup>

38) 동법 제45조 및 제46조에 지역간 사회보장의 균형발전 지원 등 업무를 효과적으로 수행하기 위하여 지역사회보장균형발전지원센터를 설치·운영하도록 하였으며, 지원센터의 기능은 농어촌보건복지기본계획에서 담고 있는 지역사회보장 조사, 수급분석에 대한 내용을 포함하고 있음.



## 나. 마을(리)단위 복지공동체 구축을 위한 시범사업 및 모델 정립

### 1) 현황 및 문제점

□ 전달체계와 인력 등의 문제로 면단위의 특성이 고려되지 않고 도시와 비슷한 획일적인 복지서비스가 제공되고 있음.

○ 이러한 서비스가 농촌마을 고유의 자발성 및 공동체성을 와해시키기도 함(조미형, 2014).

－ 독거노인 돌보미 사업은 이웃 돌봄 등 상호부조의 전통이 약화되고, 일자리 사업이 주민의 자원봉사활동 참여의 길을 막고 있는 상황임.

□ 마을단위의 복지공동체 구축에는 공공의 지원이 필요함. 이중 면단위의 공공조직(면사무소와 보건지소)이 마을과 가장 밀접하고 체계적인 지원이 가능한 곳임.

○ 그러나 현재 면단위의 복지행정력이 마을에 까지 미치지 못하는 실정.

－ 이에 면사무소의 사회복지전담공무원의 역할 제고가 필요함.

### 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

□ 면사무소 복지전담 공무원의 지역사회조직역량 교육 강화

○ 현행, 빈곤계층 관리 등의 행정업무 위주에서 면지역내의 마을복지 현황을 파악하고 지원하는 지역사회조직업무가 더 강조될 필요가 있음.

－ 권역별 사회복지사와 마을 주민대표 등과의 협력을 지원해야 함.

○ 농어촌 복지의 중요성에 대한 교육으로 가치 부여

－ 면사무소 전담 공무원에 대한 농어촌복지에 대한 소명의식 및 사명감 고취가 필요

□ 마을공동체 회복 및 내부 역량 강화를 위한 마을복지대학 시범 운영

○ 마을 주민을 대상으로 마을의 의미와 이웃과 공동체성의 중요성, 주민의 역할

등에 대한 교육으로 공동체의식 강화

- 복지자원 총량확대와 민관협력 성공노하우 확산을 위하여 2014년도부터 추진 중인 읍면 단위 민관협력 활성화 사업을('14년 총 5개소, 1억원) 강화하여 추진
- 현재는 읍면 단위의 지역주민-공무원 네트워크(협의체)를 구성하여 복지대상자 및 자원 발굴, 모니터링 및 지원확대를 추진

○ 상호 돌봄 마을 만들기

- 마을 주민간 상호 돌봄의 일상화
- 위급 상황 등 주민의 힘으로 해결되지 못하는 사안에 대해서는 권역센터 및 사회복지시설 혹은 공공기관 연계가 자연스럽게 이루어지는 시스템 구축

□ 마을 복지공동체 모범 사례 발굴 및 모델 정립

○ 전국 차원의 농어촌 마을 복지공동체 구축을 위한 모범사례 발굴

- 복지대상자 및 지역자원 발굴 등과 관련한 민관협력 성공노하우 확산을 위해 복지부에서 수행하고 있는 우수사례 공모·선정, 사례집 발간, 권역별 교육 사업을 이용하여 농어촌에 차별화된 사례 발굴 강화
- 현재는 모든 시군구를 대상으로 시행중이며, '14년도 총 45개 시군구 선정(포상금 9.5억원)

○ 농어촌 마을 복지공동체 운영 모델 정립 및 확산

- 다양한 형태의 마을 복지 공동체의 사례를 통해 농어촌형 공동체 모델을 연구, 개발할 필요



## 제7장

# 지속가능한 계획 추진 기반 구축

제1절 연계 및 협조 체계 마련을 통한 계획 추진 기반 강화

제2절 중앙 및 지자체 간 역할 분담 기반 마련

제3절 계획 추진 거버넌스 강화



# 7

## 지속가능한 계획 추진 기반 구축 <



### 제1절 연계 및 협조 체계 마련을 통한 계획 추진 기반 강화

#### 1. 여건진단 및 평가

##### 가. 그 동안의 정책추진 현황 및 평가

□ 그 동안 정부는 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」(’04.1.29.)에 따라 「제1차 농어촌보건복지 기본계획(’05~’09)」, 「제2차 농어촌보건복지 기본계획(’10~’14)」을 연이어 수립하여왔음.

○ 그 결과 농어촌 주민의 다양한 사회안전망 확충과 농어촌 지역의 보건의료 및 복지서비스에 대한 접근성이 향상되어 왔음.

○ 그럼에도 불구하고, 농어촌 보건복지 기본계획 추진을 위해 실질적인 부처간 협업은 물론이고 보건복지부 내 관련 계획이나 사업과의 연계가 이루어지지 않아 보다 효과적이고 효율적인 사업추진에 한계를 노출하고 있음.

□ 농어촌 보건복지 기본계획은 농어촌의 지역적, 인구학적, 그리고 지리적 특성상 보건복지부 외에도 농림축산식품부, 여성가족부, 국민안전처 등이 유관 기관으로서 계획에 참여하고 있음.

○ 제2차 기본계획의 사례에서, 건강보험 개선, 국민연금 지원, 다문화 가족 지원, 취약지 응급의료기관 육성 등에 있어서 타 부처가 참여하였음.

○ 이 외에도 농어촌 지역의 보건의료 기반 강화를 위해 보건복지부가 주도적으로 추진하고 있는 ‘농어촌 의료서비스 개선 사업<sup>39)</sup>’의 경우에도 농특세를 사용하고

39) 1993년 우루과이 라운드, 1995년 출범한 세계무역기구(WTO) 체제에 대응하여 농어촌의 위기 극복과 농정개혁을 위한 방안으로 ‘농어촌발전위원회’ 설치와 농어촌발전특별세(농특세)의 신설이 이루어짐.

있으므로, 그 재원의 특성상 농림축산식품부가 잠정적 유관기관이 될 수 있음.

- 농어촌의료서비스 개선 사업은 농어촌 보건의료기관의 시설 및 장비를 보강함으로써 양질의 1차, 2차 의료서비스를 제공하고 농어촌 주민의 지리적, 경제적 의료접근도를 제고하며 도시농촌 간 의료서비스 수준의 질적 격차를 완화하는데 목적이 있음(KDI 공공투자관리센터·한국보건사회연구원, 2006).

〈표 7-1〉 농어촌 보건복지 기본계획 중 타 부처 참여 사업 사례(제2차 계획 사례)

과제번호	과제명	담당부서
1.	기본생활 보장강화	
1-2.	사회보험 지원	
1-2-1.	건강보험 개선	보건복지부 보험정책과 농림축산식품부 농촌복지여성과
1-2-2.	국민연금 지원	보건복지부 국민연금정책과 농림축산식품부 농촌복지여성과
2.	연령·세대 사회통합	
2-5.	다문화가족지원	
2-5-1.	다문화가족지원 강화	여성가족부 다문화가족정책과
2-5-2.	다문화가족 방문교육서비스 제공	여성가족부 다문화가족정책과
3.	보건의료 기반 개선 및 건강증진	
3-2.	응급의료기관 육성 및 지원	
3-2-1.	취약지역 응급의료기관 육성	보건복지부 응급의료과
3-2-2.	119구급지원센터 설치 및 특수구급차 확충	국민안전처 119구급과

□ 기본계획이 효과적으로 수립되고, 효율적으로 실행되기 위해서는 부처간 연계뿐만 아니라 복지부 내에서도 관련 부서 간 협조가 필요함.

○ ‘농어촌 보건복지 기본계획’ 외에 현재 보건복지부에서 담당하고 있는 보건복

1994년 7월부터 2004년까지 15조원 농특세 자금 중 4,785억원을 농어촌 보건의료 기능 강화 사업에 지원하여 부족한 농어촌 보건의료자원을 획기적으로 발전시킬 계기를 만들었음(KDI 공공투자관리센터·한국보건사회연구원, 2006). 1994년부터 시작된 농어촌의료서비스 개선사업은 2004년까지 한시적으로 시행되는 사업이었으나 새로운 환경의 변화로 2014년까지 1차 연장된 바 있으며, 2014년에 다시 2024년까지로 사업이 연장됨.

지 분야의 농어촌 관련 계획이 다수 존재함. 가장 대표적인 계획으로는 지역보건의료계획, 지역사회복지계획, 공공보건의료기본계획, 응급의료기본계획, 사회보장기본계획, 국민건강증진종합계획 등이 있음.

- 이 계획들 중에서 농어촌 보건복지 기본계획과 가장 관련성이 높은 계획은 지역보건의료계획과 지역사회복지계획으로, 지역보건의료계획은 지역보건법 제3조<sup>40)</sup>에 따라, 지역사회복지계획은 사회복지사업법 제15조의3<sup>41)</sup>에 따라 수립, 집행되고 있음.

## 나. 향후 5년간 대내·외적 여건 분석

- 농어촌 주민이 인식하는 삶의 질 여건이 개선되고 있으며 귀농·귀촌 가구가 증가하는 등 긍정적 인식 확산되고 있으며, 이러한 현상은 당분간 지속될 것으로 예상
- 농업인 농촌 생활 만족도<sup>42)</sup>: ('07) 17.8% → ('10) 23.3% → ('13) 31.3%
- 귀농·귀촌 가구수<sup>43)</sup>: ('01) 880 → ('11) 10,503 → ('12) 27,008 → ('13) 32,424

40) 지역보건법 제3조(지역보건의료계획의 수립 등)

① 시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 지역주민, 보건의료관계기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 당해 시·군·구의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·군·구의회의 의결을 거쳐 특별시장·광역시장·도지사에게 제출하여야 한다.

② 제1항의 규정에 의하여 관할 시·군·구의 지역보건의료계획을 제출받은 시·도지사는 관할 시장·군수·구청장, 지역주민, 보건의료관계기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 시·도의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·도회의의 의결을 거쳐 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

41) 사회복지사업법 제15조의3(지역사회복지계획의 수립)

① 시장·군수·구청장은 지역주민 등 이해관계인의 의견을 들은 후 지역사회복지협의체의 심의를 거쳐 해당 시·군·구의 지역사회복지계획을 수립하고 이를 시·도지사에게 제출하여야 한다. 이 경우 「지역보건법」 제3조제1항에 따른 지역보건의료계획 및 「사회보장기본법」 제20조에 따른 사회보장 증진을 위한 장기발전방향과 연계되도록 하여야 한다.

② 시·도지사는 제1항에 따라 받은 시·군·구의 지역사회복지계획을 종합·조정하여 제7조에 따른 사회복지위원회의 심의를 거쳐 시·도의 지역사회복지계획을 수립하고 이를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. 이 경우 「지역보건법」 제3조제2항에 따른 지역보건의료계획 및 「사회보장기본법」 제20조에 따른 사회보장 증진을 위한 장기발전방향과 연계되도록 하여야 한다.

③ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항 또는 제2항에 따른 지역사회복지계획(이하 "지역복지계획"이라 한다)을 수립할 때 필요하다고 인정하면 사회복지 관련 기관·단체 등에 자료 제공 및 협력을 요청할 수 있다.

④ 보건복지부장관이나 시·도지사는 지역복지계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하면 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 조정을 권고할 수 있다.

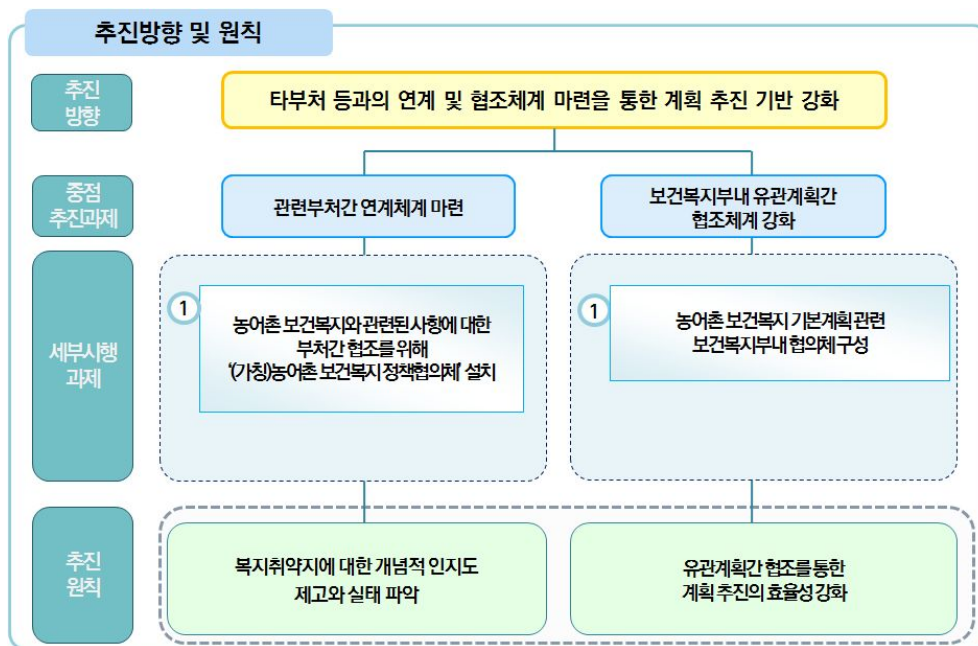
⑤ 지역복지계획의 수립방법 및 수립시기 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

42) 관계부처 합동, 제3차 농어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역개발 5개년 기본계획(안), 2014

43) 관계부처 합동, 제3차 농어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역개발 5개년 기본계획(안), 2014

- 향후에도 농어촌 삶의 질 향상을 위한 종합적 정책기틀이 마련·추진되고, 사회·경제자본 부족 등 농어촌 여건을 감안한 특화 정책이 확산될 것으로 예상
- 특히, 자원 배분의 도농간 격차를 완화하기 위해서는 정책분야간 연계를 통한 시너지 효과를 위한 정책적 노력에 대한 문제제기가 이어질 수 있음.

## 2. 추진방향 및 원칙





### 3. 중점 추진과제

#### 가. 관련 부처간 연계체계 마련

##### 1) 현황 및 문제점

##### □ 농어촌 보건복지 증진과 관련된 공식적인 부처간 협의 체계 부재

○ 농림축산식품부에서 주관하는 「농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌 지역개발 5개년 계획」(이하 삶의 질 계획)의 경우 민·관 합동의 ‘삶의 질 향상 위원회(위원장: 국무총리)’가 컨트롤 타워의 역할 수행

－ 여기에는 농림축산식품부와 보건복지부 외에 기획재정부, 교육부, 미래창조과학부, 행정자치부, 문화체육관광부, 환경부, 고용노동부, 여성가족부, 국토교통부, 해양수산부, 국민안전처 등이 참여하고 있고, 실무위에는 통계청, 경찰청, 농촌진흥청, 산림청 등이 아울러 참여하고 있음.

○ 그러나 ‘삶의 질 향상 위원회’에서는 거의 모든 중앙행정부의 사업을 아우르는 삶의 질 계획에 대해 큰 틀에서 논의하고 의결하는 기구로서 농어촌 보건복지에 대한 세부 사항을 논의하기는 어려움.

－ 삶의 질 계획에서 다루고 있는 보건복지 분야는 7개 부문 중의 하나로서 포함되어 있으며, 농어촌 주민의 삶의 질 향상을 위한 필수적인 항목을 포함하고 있으나 전문성은 다소 낮은 한계가 있음.

□ 보건복지부에서는 특정 사업과 관련된 심의나 부처간 협의를 위해 각종 위원회를 설치, 운영하고 있으나 농어촌 보건복지와 관련된 논의를 위한 위원회는 구성되어 있지 않음.

○ 현재 보건복지부에는 39개 위원회가 운영 중에 있으나, 기존의 보건복지부 소속 위원회 중 농어촌 보건복지와 관련된 위원회는 보건의료정책심의위원회, 건강증진정책심의위원회, 중앙응급의료위원회 등으로 나누어져 종합적인 심의가 어렵고, 농림축산식품부의 참여 통로가 마련되어 있지 않아 실질적인 협업이 이루어지기 힘든 구조임(표 7-2).

〈표 7-2〉 보건복지부 소속 각종 위원회 현황

위원회명	설치근거
감염병관리위원회	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제9조
건강보험공표심의위원회	국민건강보험법 제85조의3
건강보험분쟁조정위원회	국민건강법 제77조의2
건강보험정책심의위원회	국민건강보험법 제4조
국가건강검진위원회	건강검진기본법 제8조
국가보존묘지심사위원회	장사등에관한법률 제34조
국가암관리위원회	암관리법 제6조
국가치매관리위원회	치매관리법 제7조
국민건강증진정책심의위원회	국민건강증진법 제5조
국민연금기금운용위원회	국민연금법 제103조
국민연금심의위원회	국민연금법 제5조
국민연금재심사위원회	국민연금법 제111조
모자보건심의회	모자보건법 제6조
보건의료기술정책심의위원회	보건의료기술진흥법 제6조
보건의료정책심의위원회	보건의료기본법 제20조
신의료기술평가위원회	의료법 제54조
연계급여심의위원회	국민연금과 지역연금의 연계에 관한 법률 제22조
의료기관인증위원회	의료법 제58조의2
의사상자심사위원회	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제4조
인체조직안전관리자문위원회	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률 제6조
장기등이식윤리위원회	장기 등 이식에 관한 법률 제7조
장기요양심판위원회	노인장기요양보험법 제56조
장기요양위원회	노인장기요양보험법 제45조
장애판정위원회	장애인복지법 제32조
제대혈 위원회	제대혈 관리 및 연구에 관한 법 제6조
제약산업육성지원위원회	제약산업육성 및 지원에 관한 특별법 제6조
중양보육정책위원회	영유아보육법 제6조
중양생활보장위원회	국민기초생활 보장법 제20조
중양응급의료위원회	응급의료에 관한 법률 제13조의3
중양의료급여심의위원회	의료급여법 제6조
중양정신보건심의위원회	정신보건법 제27조
중양치료보호심사위원회	마약류관리에 관한 법률 제40조
중증장애인생산물우선구매촉진위원회	중증장애인생산물우선구매 특별법 제5조
직장어린이집명단공표심의위원회	영유아보육법 제14조의2
천연물신약연구개발정책심의회	천연물신약연구개발촉진법 제4조
편의증진심의회	장애인,노인,임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률 제12조의2
한방산업육성협의회	한의약육성법 제12조
한의약육성발전심의위원회	한의약육성법 제6조
혈액관리위원회	혈액관리법 제5조

자료: 위키백과, 대한민국의 보건복지부 소속 위원회 목록.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

- 농어촌 보건복지와 관련된 사항에 대한 부처간 협조를 위해 ‘(가칭) 농어촌 보건복지 정책 협의체’를 설치
  - 현재 ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에는 부처간 협업이나 연계를 위한 창구가 마련되어 있지 않으므로 법을 개정하여 농어촌 보건복지 정책 연계를 위한 협의체를 구성할 수 있도록 명시
    - 보건복지부를 비롯하여, 농림축산식품부, 기획재정부, 교육부, 행정자치부, 국무총리실 등 관계부처가 참여하도록 함.

## 나. 보건복지부 내 유관 계획간 협조체계 강화

### 1) 현황 및 문제점

- 농어촌 보건복지 기본계획은 농어업인의 소득보장, 보건의료, 건강증진, 그리고 인구집단별 복지서비스 제공과 관련된 사업들을 다수 포함.
  - 때문에 보건복지부 소관의 다수의 사업이나 계획들이 농어촌 보건복지 기본계획과 관련이 있으며, 다만, 공간적인 범위만 농어촌으로 한정되어 있다는 차이가 있음.
  - 제2차 농어촌 보건복지 기본계획의 경우 복지분야 14개과, 보건분야 8개과 합쳐 총 22개과가 관여되어 있었음(표 7-3).

〈표 7-3〉 농어촌 보건복지 기본계획 관련 보건복지부 내 유관 부서(제2차 계획 기준)

과제번호	과제명	담당부서
1.	기본생활 보장강화	
1-1.	기초생활보장 및 자활지원 강화	
1-1-1.	국민기초생활보장제도 개선	보건복지부 기초생활보장과
1-1-2.	지역자활센터 활성화 지원	보건복지부 자립지원과
1-2.	사회보험 지원	
1-2-1.	건강보험 개선	보건복지부 보험정책과 농림수산식품부 농어촌복지여성과
1-2-2.	국민연금 지원	보건복지부 국민연금정책과 농림수산식품부 농어촌복지여성과
2.	연령·세대 사회통합	
2-1.	노인복지서비스 강화	
2-1-1.	노인돌봄서비스 확대	보건복지부 노인정책과
2-1-2.	노인요양시설 확충	보건복지부 요양보험운영과
2-2.	보육기반 확충	
2-2-1.	국공립보육시설 확충	보건복지부 보육기반과
2-2-2.	만5세아 무상보육 조기 실시	보건복지부 보육사업기획과
2-2-3.	시간연장형 보육시설 운영	보건복지부 보육사업기획과
2-2-4.	농어촌 보육시설 차량운영비 지원	보건복지부 보육기반과
2-3.	아동·청소년 지원 강화	
2-3-1.	요보호아동 그룹홈 확충 및 내실화	보건복지부 아동복지정책과
2-3-2.	아동·청소년 방과 후 돌봄 사업 확대	보건복지부 아동권리과
2-4.	장애인 복지 증진	
2-4-1.	농어촌 장애인 주택개조 지원 확대	보건복지부 장애인권익지원과
2-4-2.	장애인 직업재활시설 확충	보건복지부 장애인자립기반과
2-6.	민간의 복지서비스 전달기능 활성화	
2-6-1.	민간사회복지서비스 전달체계 개선	보건복지부 사회서비스자원과
2-6-2.	농·수협, 연금공단 우체국과 연계한 지역복지 활성화	보건복지부 지역복지과
3.	보건의료 기반 개선 및 건강증진	

과제번호	과제명	담당부서
3-1.	공공보건의료 강화 및 민간병원 지원 육성	
3-1-1.	지역거점 공공병원 시설 현대화	보건복지부 공공의료과
3-1-2.	농어촌지역 보건기관 기능보강 지원	보건복지부 건강정책과
3-1-3.	보건소의 방문건강관리 확대	보건복지부 건강증진과
3-1-4.	민간의료기관 육성	보건복지부 의료기관정책과
3-2.	응급의료기관 육성 및 지원	
3-2-1.	취약지역 응급의료기관 육성	보건복지부 응급의료과
3-3.	구강건강서비스 강화	
3-3-1.	농어촌 치과이동차량 및 장비지원	보건복지부 구강생활건강과
3-3-2.	노인의치보철 지원	보건복지부 구강생활건강과
3-4.	암관리 강화	
3-4-1.	국가 암조기 검진 수검율 제고	보건복지부 질병정책과
3-4-2.	농어촌 재가암환자 서비스 강화	보건복지부 질병정책과
3-5.	정신보건 강화	
3-5-1.	정신보건센터 확충	보건복지부 정신건강정책과
3-5-2.	농어촌 노인자살예방 프로그램 운영	보건복지부 정신건강정책과
3-6.	한의학공공보건사업 및 한의약보건사업 활성화	
3-6-1.	한의학 건강증진 Hub보건소 확대	보건복지부 한의약정책과
3-6-2.	보건소 한방기능 보강 지원	보건복지부 한의약정책과
3-6-3.	한의학 지역보건서비스 강화	보건복지부 한의약정책과
3-7.	취약계층 영양지원 사업 확대	
3-7-1.	영양플러스 사업 확대	보건복지부 건강정책과

□ 보건복지부내 농어촌 보건복지 기본계획과 관련된 부서간 협조체계 미비

- 앞서 말한 농어촌 보건복지 계획의 특수성으로 인해 계획의 수립과 집행에 있어 실효성을 강화하기 위해서는 보건복지부내 유관 계획과 사업들간의 협조체계가 마련되고, 실질적으로 작동되어야 하지만 현재로서는 그러한 체계가 미비한 상태임.

□ 농어촌 보건복지 기본계획과 유관 계획간 연계체계 미비

- 지자체에서 작성되는 지역보건의료계획, 지역사회복지계획 등은 사업내용의 구성이나 계획의 수립 및 수행체계 상 농어촌 보건복지 기본계획과의 연관성이 매우 높음.
- 농어촌 보건복지 기본계획의 경우 사업추진을 위한 재원이나 인센티브가 특별히 마련되어 있지 않기 때문에 지역보건의료계획이나 지역사회복지계획과 연계할 경우 사업의 실효성 확보가 용이할 수 있음.
- 중앙정부가 수립한 계획에 따라 실천계획을 수립해야 하는 지자체의 입장에서도 지역보건의료계획이나 지역사회복지계획과 농어촌 보건복지 기본계획은 사업의 구성에 따른 변별력이 없어 인지도가 낮은 상태임.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

□ 농어촌 보건복지 기본계획 관련 보건복지부내 협의체 구성

- 농어촌 보건복지 기본계획은 ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에 기반하여 추진되며, 이 법은 주민의 보건복지 증진을 위한 시책을 마련하기 위해 다른 법률의 규정에 우선하여 적용하도록 되어 있음<sup>44)</sup>.
- 때문에 ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에 따라 운영되는 농어촌 보건복지 기본계획의 실효성 확보를 위해 타 계획 등에 우선하여 계획을 수립·시행하여야 함.

44) 농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법 제4조(다른 법률과의 관계) 이 법은 농어촌보건복지사업에 관하여 다른 법률의 규정에 우선하여 적용한다.

- 특히, 계획이 올바르게 수립되고 시행되기 위한 평가와 환류를 위해 유관 계획과의 연계를 위한 협의체를 구성하여 설치할 필요가 있음.
- 특히 시군구와 광역시도의 입장에서는 농어촌 보건의료 기본계획의 사업 내용과 지역보건의료계획 및 지역사회복지계획의 사업내용에 큰 차이를 보이지 않기 때문에 이러한 계획들을 연계하여 계획을 수립, 평가, 그리고 환류할 수 있다면 현재 보다 효율적인 계획 실행 체계가 수립될 수 있음.
- 다만, 농어촌 보건복지 기본계획은 5년 주기로 계획이 수립되고 있으나, 지역보건의료계획과 지역사회복지계획의 경우 지자체장의 임기에 맞추어 4년 주기 계획으로 수립되고 있음.

## 제2절 중앙 및 지자체 간 역할 분담 기반 마련

### 1. 여건진단 및 평가

#### 가. 그 동안의 정책추진 현황 및 평가

- 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」('04.1.29.)에는 농어촌보건복지 기본계획을 매 5년마다 수립(법 제7조)하도록 하고 있음.
- 이에 따라 기본계획의 차질 없는 추진을 위하여 보건복지부장관 및 시·도지사는 매년 추진계획을 수립·추진(법 제8조)하도록 하고 함.
- 시장 및 군수는 추진계획에 따라 농어촌보건복지와 관련된 소관 주요추진계획의 실천계획(이하 "실천계획"이라 한다)을 매년 수립·시행(법 제8조)하도록 하고 있음.
- 이에 따라 대부분의 광역시도에서 농어촌 보건복지 증진을 위한 추진계획을 매년 수립하여 왔음.
- 2014년의 경우 서울과 대전을 제외한 부산, 대구, 인천, 광주, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주 등이 계획 수립에 참여하였음.

- 농어촌 보건복지 기본계획은 중앙 부처 수립된 계획을 바탕으로 지역 주민의 욕구를 반영하고 지역의 특수성에 맞는 추진계획과 실천계획이 수립될 때 계획의 목적 달성을 기대할 수 있음.
  - 기본계획이 기대효과를 달성하기 위해서는 각 지역별로 주민들의 욕구를 파악하고 지역의 보건복지 문제를 진단하여 수립된 계획이 문제 해결에 적합하고 충분한지에 대한 검토와 평가 필요
  - 평가 결과에 따라 지역에서 농어촌 보건복지 증진을 위해 필요로 하는 사업을 자율적으로 계획하고 실행하려는 노력이 요구
  - 그러나 현실적으로는 대부분의 복지정책들이 중앙에서 계획되어 지방으로 하달되는 상황에서 시·도나 시·군·구에서 자율적으로 계획을 수립할 수 있는 여지는 매우 제한적
- 광역시도와 시군의 경우 매년 수립의무가 있는 농어촌 보건복지 추진계획과 실천계획을 법에서 정하고 있는 목적에 부합하도록 별도의 절차에 의해 수립하기 보다는 기존의 지역복지계획과 지역보건의료계획에 의해 수행되고 있던 사업에 기초하여 작성되는 한계가 있음.
  - 지역사회복지계획은 사회복지사업법 제15조의4에 따라 다음의 내용을 포함하고 있음.
    - 복지 수요의 측정 및 전망, 사회복지시설 및 재가복지의 장기·단기 공급대책, 인력·조직 및 재정 등 복지자원의 조달 및 관리, 사회복지 전달 체계, 사회복지 및 보건의료서비스의 연계 제공 방안, 지역사회복지에 관련된 통계의 수집 및 정리, 사회복지시설에 종사하는 사람의 처우 개선 사항, 기타사항
  - 지역보건의료계획은 지역보건법 제4조에 따라 다음의 내용을 포함하고 있음.
    - 보건의료수요 측정, 보건의료에 관한 장단기 공급대책, 인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리, 보건의료의 전달체계, 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리
    - 아울러 동법 시행령 제3조제1항에는 시군구 지역보건의료계획의 내용에 다음



사항이 포함되어야 한다고 규정하고 있음: 지역보건의료계획의 달성목표, 지역현황과 전망, 지역보건의료기관과 민간의료기관간의 기능분담 및 발전방향, 법 제9조의 규정에 의한 보건소업무의 추진현황과 추진계획, 지역보건의료기관의 확충 및 정비계획, 지역보건의료와 사회복지사업간의 연계성확보계획

#### 나. 향후 5년간 대내·외적 여건 분석

□ 농어촌 지역의 고령화, 가족 구조의 변화, 건강취약 계층의 증가 등은 향후 발생하게 될 사회복지 서비스 제공 상의 변화와 개연되어 있음.

○ 과거 복지가 부족하던 시절에는 새로운 사업과 사업 수행에 필요한 기관을 세우는 것이 주된 계획이었으나, 현재는 중앙정부의 복지사업이 290여개 이상이고, 지방정부에서 집행되는 복지사업 또한 170여 가지에 이릅니다<sup>45)</sup>.

□ 이러한 복지환경의 변화는 전통적인 관료행정의 위기 또한 불러오고 있음.

○ 지역주민의 보건복지 욕구가 급증하고 중앙정부만으로는 공적 대응이 어려워지면서 지방정부의 지역사회 문제에 대한 공적 책임과 대응에 대한 요구가 높아지고 있음<sup>46)</sup>.

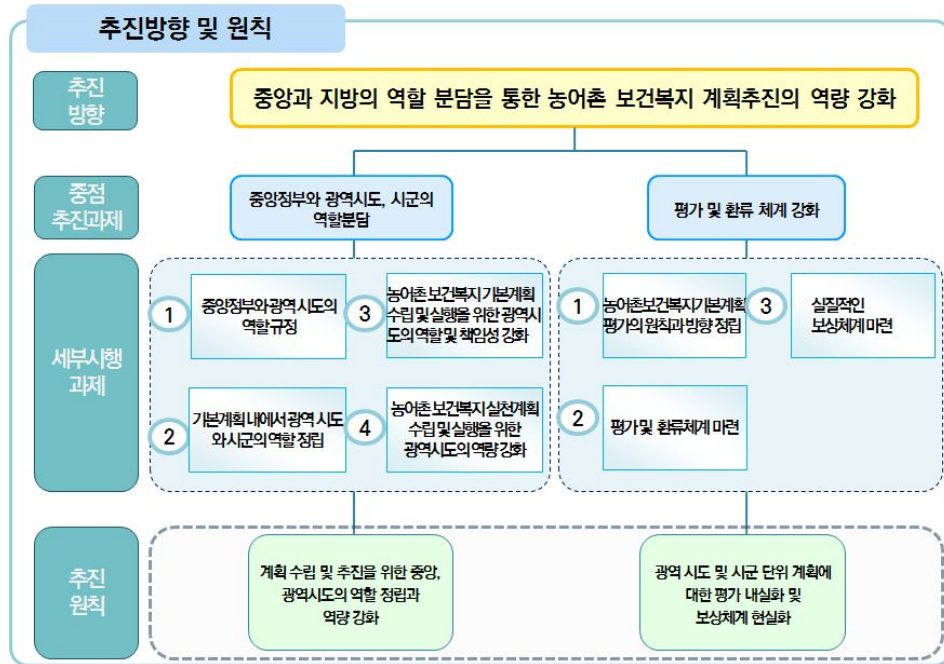
○ 이미 선진국에서 전형적인 관료주의 행정은 7~80년대를 기점으로 변화를 맞이하였고, 현재에는 공적 책임 아래 다양한 지역주체 간 협업을 통해서 실질적으로 지역의 문제를 해결해야 하는 거버넌스 중심적인 패러다임이 되고 있음<sup>47)</sup>.

45) 관계부처 합동(2013). 국민 중심의 맞춤형 복지전달체계 구축방안-지자체 복지행정 체계 개편 및 민관협력 활성화, 사회보장위원회, 9월 10일 의안 제2호, 재인용: 김보영(2014). 제3기 지역사회복지계획 전략과 방향.

46) 전계서

47) 전계서

## 2. 장기 발전 방향 및 목표



## 3. 중점 추진과제

### 가. 중앙정부와 광역시도, 시군의 역할 분담

#### 1) 현황 및 문제점

□ ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’내 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 추진과 관련된 내용 중 중앙과 지방의 역할이 모호

○ ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에 근거하여 수립되어야 할 농어촌 보건복지 기본계획의 내용은 다음과 같으며, 이러한 내용을 충실히 수행하기 위해서는 중앙과 지방의 역할 분담이 필요함.

- 농어촌보건복지정책의 기본목표 및 추진방향
- 주요 추진과제 및 추진방법

- 재원조달 방법
- 농어촌보건복지의 전달체계
- 그 밖에 농어촌보건복지증진을 위하여 특히 필요하다고 보건복지부장관이 인정하는 사항

□ 중앙 및 지방의 역할 분담 미비로 상명하달식의 획일적 계획 실행

- 농어촌 보건복지 기본계획과 관련된 지자체의 역량 및 책임성 저하로 인해 중앙정부 주도로 대부분의 기획·집행되고 있는 현실은 농어촌 지역 주민의 삶의 질 증진에 장애로 작용하고 있음.
- 중앙에서는 농어촌 보건복지 증진을 위한 전반적인 방향과 원칙을 정립하고 지자체에 대한 지원 및 평가를 담당하는 한편, 지자체는 지역의 보건복지 증진을 위한 실질적인 주체로서 지역의 특수성과 지역주민의 욕구를 반영한 신규 사업을 개발하고 집행하여야 할 책임이 있음.
- 때문에 계획의 수립과 집행단계에서 지방정부의 역할과 기능을 구체적으로 명시하는 법적·제도적 근거 마련을 고려할 필요가 있음.

□ 농림축산식품부 삶의 질 계획의 경우 광역시도 및 시군의 삶의 질 향상 정책 추진 역량을 강화할 수 있도록 민관협력 거버넌스 구축

- 중앙과 지역의 공감대 형성을 위해 관계 부서 및 민간전문가가 참여하는 T/F 팀 설치 등을 통해 계획 수립·집행에 분야 간 연계와 지역 공간 통합적 접근 강화 시도
- 시군의 농업·농촌종합발전계획, 포괄보조사업계획 등과 연계, 지자체별 역점적 삶의 질 개선 과제에 대한 실행력 확보
  - 지자체 삶의 질 향상 정책 발표대회를 통해 포상 등 인센티브 제공
- 지자체는 시군 역량강화사업 등을 활용하여 현장요구를 정책에 적극 반영하고, 민간의 정책참여를 단계적으로 확대
  - (광역) 시도 활성화지원센터 등을 통해 전문가(총괄계획가) 매칭, 다양한 영

역의 지자체 정책 기획·집행 과정을 지원

- (기초) 지자체 정책과 현장을 매개하는 중간지원조직 활성화

## 2) 향후 5년간 세부 추진 과제

### □ 중앙정부와 광역시도의 역할 규정

○ ‘농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에서 규정한 농어촌보건복지 기본계획의 수립 등(제6, 7, 8조)의 내용 상에서 중앙과 광역시도의 역할과 업무 분담

- 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 계획을 체계적으로 수립하고 장기적인 추진 동력을 확보하기 위하여 중앙, 광역 시도, 시군 간 연계체계 마련 및 역할분담 필요

- 중앙과 지방의 역할을 조정·관리하기 위해서는 국가중점관리 영역의 선정, 국가(중앙-지방)의 역할범위 등이 결정될 필요가 있음.

- 중앙과 지방은 보건복지 강화를 위한 방향 설정, 계획 수립, 평가, 예산 확보 및 배분, 사업조직 확보 등에서 역할분담이 필요

- 특히 지방정부는 광역시도를 중심으로 지역 주민의 보건복지 욕구를 파악하고 이를 충족하기 위한 책임을 강화하는 방식으로 역할분담이 이루어져야 함.

○ 농어촌 보건복지 기본계획 상 중앙은 계획 추진을 위한 전반적인 방향설정 및 중점 추진과제를 수립하고, 광역 시도별로 중점 과제를 수행할 수 있도록 지원하는 것이 주요 역할로 설정할 수 있음.

- 이에 따라, 광역시도는 실질적인 추진계획을 수립·집행하고 시군에서 수립된 실천계획을 평가하는 역할을 담당하여야 함.

- 한편, 광역 시도에서는 지역 내 주민의 보건복지 증진을 위해 중앙에서 전달된 예산을 배분하고, 효율성 확보를 위해 지역 내 공공·민간 자원이 네트워크를 형성하도록 유도하여야 함.

- 또한 광역 시도에서는 시군에서 수립한 실천계획에 대한 지원방안을 마련하

고, 지역보건의료계획·지역사회복지계획과 농어촌 보건복지 기본계획과의 연계방안을 마련하여야 할 것임.

#### □ 기본계획 내에서 광역시도와 시군의 역할 정립

##### ○ 농어촌 보건복지 기본계획을 수립하고 집행하기 위한 광역시도와 시군 간의 관계 구축

- 광역시도와 시군간의 협력과 조정을 통해 보다 효과적이고 효율적인 사업 수행을 기대
- 광역시도는 광역자치단체 내에서 요구되는 보건복지 추진계획을 수립하고, 시군에서는 지역 내 욕구 조사를 바탕으로 실천계획을 수립, 집행
- 시군에서는 지역별, 계층별, 분야별 보건복지 불균형을 해소하기 위한 세부적인 방안을 발굴하고, 지역 내 미충족 욕구를 해결하는 데 주도적인 역할을 담당

##### ○ 광역시도와 시군의 역할 정립과 연계체계 마련을 위해 중앙에서는 광역 시도와 시군 공동으로 사업을 개발하거나 수행하는 경우 인센티브 제공

- 광역 시도에서 수립한 실천계획 평가 시 광역시도와 시군이 협력적으로 사업을 수행할 경우 인센티브 제공
- 아울러 지역 내 공공-민간 간 지속적이고 안정적인 협력체계를 구축할 수 있는 기전 마련 필요

#### □ 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 실행을 위한 광역시도의 역할 및 책임성 강화

##### ○ 시도지사는 광역시도 내 보건복지의 취약성 문제를 인식하고, 이를 해소하기 위해 지역사회 주민의 욕구를 파악하고 그에 부합하는 추진계획 마련의 책임이 있음.

- 광역시도는 그 동안 중앙 시책을 시군에 전달하는 단순 역할에서 벗어나 촉진자로서의 기능과 동시에 지방자치제 시대에 걸맞는 보건복지사업의 중추적 기능을 수행하기 위하여 관리능력과 전문성 확보 필요

##### ○ 지역보건의료계획·지역사회복지계획과 농어촌 보건의료 기본계획이 상호 연

계되고, 보완되어 시너지 효과가 발생할 수 있도록 광역시도에서 조정자 역할을 수행 필요

□ 농어촌 보건복지 실천계획 수립 및 실행을 위한 광역시도의 역량 강화

○ 중앙-지방의 역할 분담을 위해서는 우선 지자체별로 지역별 보건복지 증진을 위한 정책 마련 및 집행 능력이 마련될 수 있도록 역량 강화 필요

－ 실질적인 지역내 농어촌 보건복지 정책을 주도할 수 있도록 역량을 강화

○ 광역 시도에서 농어촌 보건복지와 관련된 거버넌스를 강화하기 위한 협의체 구성

－ 광역 시도에서 농어촌 보건복지 실천계획을 수립 및 집행하고, 궁극적으로 지역 내 보건복지 취약성 해소 및 서비스에 대한 접근성 강화를 위한 정책 자문기구로 활용

－ 지역 내 보건 복지 서비스 공급자, 지역사회 주민, 각급 보건의료 기관 및 사회복지 시설 대표 등이 참여하여 정기적으로 지역내 보건복지 문제 해결을 위한 협의 진행

나. 평가 및 환류체계 강화

1) 현황 및 문제점

□ 보건복지 유관 계획 간 연계 부재, 계획별 분절적 평가 실시로 인한 계획들 간 상호보완효과 기대 어려움

○ 평가시 지역보건의료계획, 지역사회복지계획 등과의 연계 부재

□ 광역시도에 대한 실천계획 평가시 사업별 실적 평가 위주로 진행되고 있어 실질적인 지역 주민의 보건 복지 만족도에 대한 실질적 평가가 어려움.

□ 평가 결과를 실제 지역별 보건복지 서비스 개선에 반영할 수 있는 실질적 환류체계 미비

- 평가 결과와 평가에 대한 인센티브 간 연동이 이루어지지 않아 평가의 실효성이 높지 않은 상황
- 농림축산식품부 삶의 질 계획의 경우 중앙 정부와 광역 시도 및 시군 단위 계획 평가 절차가 별도로 마련되어 있음.
  - 각 부처별 계획 추진실적 점검 평가
    - 정책 추진성과를 평가지침에 따라 각 부처별로 자체평가하고, 민간전문가가 현장 점검 등을 실시하여 분과위원회 심의
    - 계획, 실행·관리, 성과·환류 단계별 공통지표 활용 평가
      - 연차별 삶의 질 시행계획에 포함된 전체 사업
      - 정책과제별, 정책 분야별, 부처별 평가 추진
    - 사업 개선의견 및 자원배분 방향 제시, 위원회 심의
  - 시도 및 시군 계획 평가
    - 시도 및 시군에서는 자체점검 평가 실시단을 구성하여 점검
  - 현장의 정책체감도 모니터링·평가
    - 농어촌 지역주민, 시도 및 시군 정책 담당자 등으로 구성하고 분야별·지역별 정책동향 간담회 등으로 현장 의견을 수시 수렴
    - 개선 의견은 정책지원 네트워크를 통해 제도화
- 농림축산식품부의 삶의 질 기본계획과 달리 농어촌 보건복지 기본계획은 별도의 평가를 두고 있지 않아 보건복지부의 중앙계획에 따라 시도 및 시군에서 추진한 결과를 단순 취합하여 정리함으로써 평가와 결과에 대한 피드백 등이 없이 진행되는 한계가 있음.

## 2) 향후 5년간 세부 추진 과제

- 농어촌 보건복지 기본계획 평가의 원칙과 방향 정립

- 광역시도 및 시군구에 대한 평가는 보건복지 취약성 해소 노력과 지역주민의 욕구 충족을 통해 보건복지 증진에 중점을 둘 필요가 있음.
- 보건복지 서비스의 질 향상, 인구집단간 서비스 이용 격차 해소 등 사업실적 위주의 과정지표보다는 거시적이고 결과지표 위주로 평가지표 구성
- 농어촌 보건복지 기본계획 평가는 타 유사 평가와의 중복을 배제하는 한편 유사 계획에 대한 평가와 연계하여 통합적인 평가체계 마련
  - 보건복지부에서 광역시도 및 시군을 대상으로 실시하는 각종 평가와 연계하여 평가의 효과를 극대화 할 수 있는 체계 마련 필요

#### □ 평가 및 환류체계 마련

- 광역시도 및 시군의 농어촌 보건복지 계획에 대한 평가는 지역 주민이 체감할 수 있는 보건의료 및 복지 서비스의 질적 수준 제고를 평가할 수 있도록 평가지표 마련
- 농어촌 보건복지 계획은 5년마다, 지역보건의료계획과 지역사회복지계획은 4년마다 다시 수립하도록 되어있어, 향후에는 평가 시점이 연결될 수 있도록 조정하는 것을 검토 필요
- 지역보건의료계획·지역사회복지계획 등 타 계획과 연계하여 통합적으로 계획을 평가하고, 평가결과에 대해서도 통합적으로 환류 할 수 있는 체계 마련
  - 타 부처에서 실시하는 평가나 사업과 중복되지 않고 효율성을 강화하는 방안 마련 필요
- 다양한 환류 체계 활용을 통해 효과성 극대화 모색
  - 가장 전통적인 방법으로 평가결과보고서를 작성, 해당기관에 통보하여 공보건의료계획의 수립에 활용
  - 지자체 장이나 담당자가 참석하는 평가협의회 또는 평가세미나, 심포지움 등의 형태로 다수간의 의견을 수렴



□ 실질적인 보상체계 마련

- 지자체가 적극적으로 농어촌 보건복지 기본계획 수립, 실행에 나설 수 있도록 적절하고 실질적인 보상체계 마련 중요
  - － 지자체가 수립한 실천계획 중 우수 계획에 대해서는 다양한 재정적, 행정적 지원을 통해 보상할 필요

### 제3절 계획 추진 거버넌스 강화

#### 1. 여건진단 및 평가

##### 가. 거버넌스 강화

- ‘농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’ 8조에 의해 기본계획이 수립되면 보건복지부 및 광역·시도는 각 주요시책에 대한 추진계획을 매년 수립하도록 하고 있음
  - 보건복지부에서는 매년 초 당해 연도 추진계획 수립지침을 시·도에 송부
  - 시·도는 기본계획 및 추진계획 수립지침에 따라 연차별 추진계획을 수립하여 매년 3월까지 시·군에 시달하고, 보건복지부에 관련 자료를 제출
  - 시·군은 시도 추진계획에 따라 소관 주요추진계획의 연차별 실천계획을 수립·시행
- 기본계획에 대한 추진실적을 점검·평가하여 다음 연도 추진계획에 연동 반영
  - 보건복지부는 매년 투자계획의 집행실적 및 사업추진성과 등을 점검 평가하여 그 결과를 장관에게 보고
  - 시·도는 매년 시도 및 관내 시·군의 추진실적을 점검·평가하여 자체계획을 보완하고 평가결과를 보건복지부에 제출

- 이와 같이 중앙정부에서 기본계획을 수립하고, 그에 따라 광역시도 단위에서 실천계획을 수립하며, 그와 관련된 평가를 진행하는 절차 내에서 중앙정부나 광역시도를 지원할 수 있는 기능이 현재는 마련되어 있지 않음.
- 지난 계획을 평가하고 신규 과제를 발굴하여 구체적인 추진계획을 수립하는 한편, 추진될 과제에 대한 평가계획을 수립하기 위해서는 현장에서의 경험은 물론 관련 분야 전문가의 참여가 요구되나 현재로서는 이들의 참여구조가 마련되어 있지 않은 상태임.
- 반면, 농림축산식품부에서 추진하고 있는 삶의 질 계획의 경우 계획의 수립 및 추진을 위한 거버넌스를 구축하여 상시적인 지원활동을 계획하고 있음.
- 분과위원회, 특별위원회 신설 등 위원회 개편
  - 교육·문화·복지·정주생활기반 분과위 신설('15년 법령개정)
    - 민간위원장·관계부처 국장·전문가로 구성, 분야별 정책토론 활성화
- 시의성 있는 현안 등에 탄력적 대응을 위해 특별위 신설
- 삶의 질 계획 전문지원기관을 통해 삶의 질 정책 네트워크 구축
  - 현재 농촌경제연구원으로 지정되어 있는 전문지원기관 내 '삶의질정책지원센터'를 설치하고 분야별 국책연구기관, 시도연구원 등과 상시 협력체계 구축 예정
    - 계획 평가, 영향평가 등에 상시 협업
    - 통합적 통계 구축을 통해 정책 모니터링, 평가기반 제공

#### 나. 서비스 연계·통합

- 보건복지부에서는 읍면동 복지기능강화 시범사업의 일환으로 복지·보건·고용 등 연계강화 방안을 모색
- 상담·사례관리 중심 시범사업팀 구성, 복지코디네이터 배치 등

〈표 7-4〉 민간인력 현황(2014. 12월 기준)

구분	계	통합사례관리사	방문간호사	직업상담사	정신보건 사회복지사
총인원(명)	62(52)	28(25)	18(11)	11(11)	5(5)
개소당 평균인원(명)	4.4(3.7)	2.0(1.8)	1.3(0.8)	0.8(0.8)	0.4(0.4)

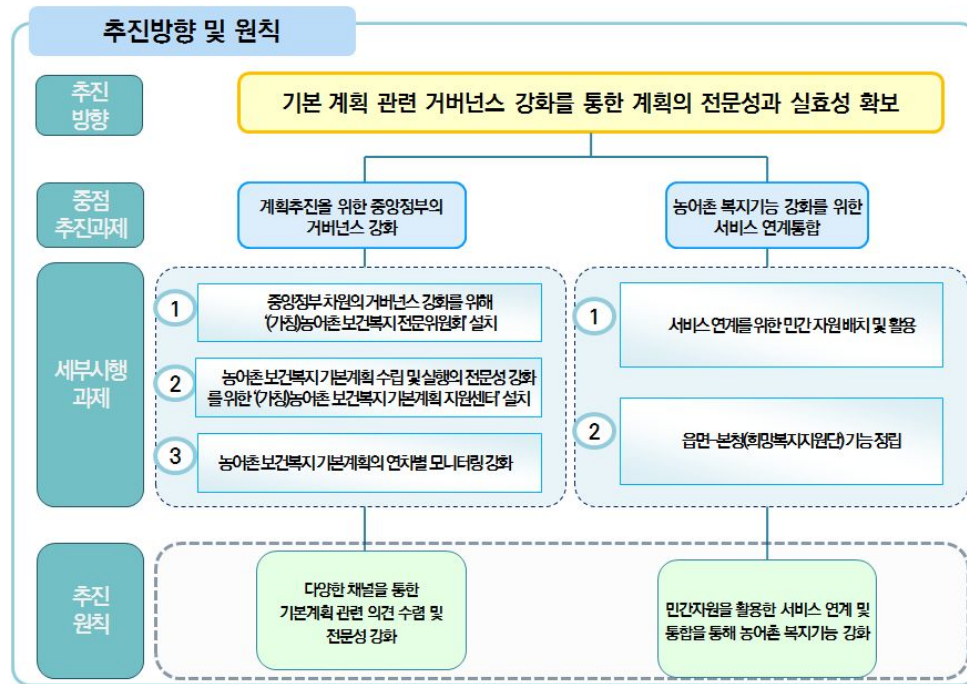
주: 괄호 안은 시범사업 계기 증원인원

○ 2014년 시범사업 결과, 보건·고용분야 민간 인력 활용, 전문상담 및 연계서비스 제공, 연계실적인 각각 월평균 21건, 6건 등으로 활발하지 않은 상황(2014. 7~11월 기준)(표 7-5)

〈표 7-5〉 보건·고용서비스 시범사업 결과(2014)

구분	보 건			고 용	
	상 담	병의원·보건소 연계	복지서비스 연계	상 담	일자리 연계
월평균 실적(건)	143	11	10	59	6

## 2. 추진방향 및 원칙



## 3. 중점 추진과제

### 가. 계획 추진을 위한 중앙정부의 거버넌스 강화

#### 1) 현황 및 문제점

- 중앙정부의 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 추진을 위한 지원기능 미비
  - 농림축산식품부의 삶의 질 계획의 경우 계획 수립 단계에서부터 실행, 그리고 모니터링 및 평가에 걸친 단계별 지원 기능이 확보되어 있음.
  - 반면 보건복지부의 농어촌 보건복지 기본계획은 계획 수립은 물론 실행과 성과 평가에 있어서도 전담 지원조직이 없어 체계적인 과제 발굴 및 투자성과에 대한 정확한 진단이 용이하지 않음.

- 특히 기본계획에 대한 환류기능이 마련되어 있지 않아 계획 수립시 신규과제 발굴에 어려움을 겪고 있음.
- 계획의 수립, 집행과 관련된 공무원, 관련 전문가, 지역사회 주민 등의 의견 수렴 창구 미비
  - 계획 수립 및 집행에 참여하는 광역시도, 시군, 읍면단위 공무원, 보건 및 복지 전문가, 지역사회 주민, 관련 정책 분야별 전문가 등이 참여하여 소통할 수 있는 구조가 마련되어 있지 않아 실제 현장에서의 계획 작동과 관련된 문제점과 성과 파악이 어려움.

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

- 중앙정부 차원의 거버넌스 강화를 위해 ‘(가칭)농어촌 보건복지 전문위원회’ 설치
  - 농어촌 보건복지 기본계획의 수립 시 중앙정부 차원에서 거버넌스를 구축하고, 관련 전문 전문가들로 구성된 ‘농어촌 보건복지 전문위원회’를 설치하여 중앙정부 차원에서의 계획수립을 지원
- 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 실행의 전문성 강화를 위한 ‘(가칭)농어촌 보건복지 기본계획 지원센터’ 설치
  - 농어촌 보건복지 기본계획 수립 및 추진의 전반적인 과정에 걸쳐 중앙정부의 역량 강화
    - － 농어촌 주민의 체감도가 높은 정책 발굴을 위한 전문위원회 지원 등
  - 향후 5년간의 농어촌 보건복지 정책에 대한 중앙정부의 방향성과 이를 실천하기 위한 광역시도 단위의 역할 등에 대한 교육 기능 부여
    - － 광역시도 워크숍, 정책 컨퍼런스 등을 통해 기본계획에 대한 의견을 수렴하고 중앙정부의 정책 방향과 의지를 설명
  - 범부처 협업 및 광역 시도·시군의 의견을 수렴하는 창구로 활용

□ 농어촌 보건복지 기본계획의 연차별 모니터링 강화

- ‘농어촌 보건복지 현장 모니터링단’을 구성하여 농어촌 보건복지 기본계획에 대한 모니터링과 평가를 실시하여 계획과 실적간의 상호연계성 강화
  - － 모니터링단은 ‘(가칭)농어촌 보건복지 기본계획 지원센터’를 중심으로 학계, 현장전문가 등 보건복지 분야별 전문가로 구성된 자문단을 구성
- 기본계획에 대한 내실화 및 농어촌 지역 주민의 체감 복지 증진을 위한 모니터링 및 평가 시행
  - － 광역 시도 및 시군에서 수립되는 연차별 계획 등에 대한 추진 점검 및 평가
- 기본계획에 대한 농어촌 지역주민의 체감도를 측정하고, 지역별로 차별화된 정책 발굴의 근거 확보

나. 농어촌 복지기능 강화를 위한 서비스 연계·통합

1) 현황 및 문제점

- 보건복지부에서는 농어촌 지역의 맞춤형 통합서비스 제공을 위해 복지서비스 전달체계 개편을 진행
  - (목적) 지자체 복지갈때기 해소 및 국민 중심의 맞춤형 통합서비스 제공을 위해 최일선 기관인 읍면 복지기능 강화 추진
  - (추진방향) 시범사업을 통해 표준모델을 마련하고, 공무원, 민간전문인력 등 복지인력 확충에 따른 단계적 확산 추진('15년~)
  - (사업내용) 읍면의 공무원, 민간전문인력 등 확충을 통한 찾아가는 서비스, 통합사례관리, 보건·복지연계 등 지역밀착형 서비스 제공
    - － 통합사례관리사, 방문간호사, 직업상담사, 정신보건복지사 등 전문인력 배치
  - (시범사업지역) 농촌시범지역은 경북 성주군과 경남 거창군
    - － 경남 거창군 희망복지지원단 강화 사례: 본청 희망복지지원단 외 3개 권역

행복나르미센터(거창읍권, 북서부권, 남동부권) 운영, 통합사례관리, 생활  
밀착형 서비스, 보건·복지 통합서비스, 복지자원관리·연계

- 지역별로는 농어촌의 경우 특정 지역의 상황에 크게 좌우하는 한편, 취업 비희망  
고령자 비율이 높아 고용상담연계 실적 낮은 편
- (사례관리) 읍면과 본청(희망복지지원단)간 사전적 기능 미조정으로 사례 분담  
방식 이원화 및 본청의 지원 역할 미정립
  - (10개 지역) 신규사례는 읍면, 기존사례는 본청에서 담당
  - (4개 지역) 신규와 기존사례 모두 읍면에서 담당
- (연계) 보건소 파견 인력(10명)과 달리, 신규배치(8명) 방문간호사의 경우 지역  
보건의료정보시스템 활용, 의약품·장비 이용에 애로

## 2) 향후 5년간 세부 시행 과제

- 서비스 연계를 위한 민간자원 배치 및 활용
  - '16년 전국 확산에 맞춰 연계·통합서비스 제공을 위한 인력 충원방식 및 유관  
기관과의 협업체계 구축 추진
    - (통합사례관리사) '15~'17년 확충되는 복지공무원으로 대체 검토
    - (방문간호사·정신보건사회복지사) 보건소·정신건강증진센터 인력의 읍면 파  
견·순환배치 등 협업체계 제도화 방안 검토
    - (직업상담사) 농어촌지역 등 배치기준 추가 검토, 본청 인력의 파견·순환배  
치 방안 검토(지자체 협조)
- 읍면-본청(희망복지지원단) 기능 정립
  - (사례관리) 연차별 복지공무원 확충 상황에 맞춰 본청 수행중인 사례관리 업무  
읍면으로 단계적 이관
    - 다만, 총괄·조정, 교육·자문 등 읍면 단위 수행이 곤란하거나 다양한 전문가

자원 활용이 필요한 경우 등은 본청에서 계속 수행

○ (민관협력) 읍면 민관협력을 확대하는 정책방향에 맞춰 선도 시군 확산 전략으로 전환

– ‘15년도 민관협력 활성화사업(공공주도형 30개소)과 합동 교육·컨설팅 및 성과 공동 관리

○ (금산군 금산다락원) 기존의 낡은 시설과 없었던 문화, 체육, 복지시설의 합리적 운영을 위해 복합 다기능적 시설을 타운화

– 문화·복지·교육·체육과 관련한 7개 중앙부서 12개 시설사업을 단일사업으로 통합하여 추진하여 예산절감 및 사업의 효율성 제고

〈표 7-8〉 금산 다락원 시설 구성

시 설 명	주 요 시 설
계	14개 동
생명의집	대공연장(727석), 소공연장(280석), 키빈실, 카페테리아
건강의집 (보건소)	소장실, 건강증진연구실, 의사지도연구실, 회의실, 소회의실, 방문보건팀실, 정신보건센터, 예방접종상담실 등
만남의집	관리사무실, 대·소회의실, 프레스센터/휴게실, 금산교육사랑장학재단, 교육장1.2.3
문화의집	문화사랑방, 풍류방, 금산향토사연구소, 합창단실, 서예방, 그림방, 글방, 연공방, 소리방, 도자기방
청소년/ 장애인의집	정보화교육실, 건강증진실, 인터넷실, 물품관리실, 예절방, 춤방, 노래방, 그림방, 소교육장, 기계실 심리치료실, 언어치료실, 어학실, 수화통역센터, 휴게/다목적실, 수화통역센터
노인의집	일반, 특수목욕실, 체력단련실, 소교육장, 사회교실, 노인회지회, 사랑방(남,여)
여성의집	생활교육실, 예절방, 놀이방, 요리준비실, 요리실습실, 식품가공실, 취미교실, 인삼요리실습실, 이통장협의회
농민의집	인삼고을명품판매장, 관리실, 농업발전연구실, 컴퓨터방, 자료전시실, 농업정보실, 금산군식품제조협회
스포츠센터	실내수영장, 헬스장, 건강증진실, 정신건강증진센터, 다목적실, 실내체육관, 재활운동실
기적의 도서관	책나라열람실, 아가들방, 이야기방, 디지털자료실, 도움방, 지킴이방
인삼고을 도서관	향토자료실, 전자정보/디지털자료실, 일반열람실, 문화사랑방, 보존서고, 도우미실, 자원봉사자실
청산회관	전시실, 지구촌민속박물관, 열람실, 세미나실, 소극장(135석)
청산아트홀	다목적 전시공간
금산향토관	민속전시관, 역사전시관, 농악전시관, 다목적회의실, 모자인삼상



- (서천군 어메니티복지마을) 노인들이 주거에서부터 의료, 요양, 문화·경제활동 등 노후생활의 모든 것을 한 곳에서 해결 할 수 있도록 복지시설들의 단지화 추진
  - (시설) 군유지 2만여 평에 기반시설을 조성 후 노인복지 관련 시설을 연차적으로 입주시켜 타운화
    - 한 곳에서 필요 서비스를 모두 제공 받을 수 있는 등 ‘이용의 효율성’ 제고
    - 노인복지관, 노인요양시설, 장애인종합복지관, 노인요양병원, 한방찜질방, 장애인보호작업장, 고령자용 국민임대주택, 야외공연장, 공동농장, 노인건강체육시설(게이트볼장, 파크골프장), 생태하천, 녹색복지공간(목교, 교목, 관목, 초화류, 산책로 시설 등)





## 제8장 결론

제1절 주요 연구 결과  
제2절 정책 제언



## 제1절 주요 연구 결과

- 『농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법』에 의한 「제3차 농어촌 보건복지 기본계획(’15~’19)」 마련을 위해 계획의 추진방향과 추진과제를 발굴하였음.
- 본 연구에서는 ‘제3차 기본계획’ 수립을 위해 ‘2차 기본계획’에 대한 평가를 아울러 실시하였음.
  - 지난 5년 동안 추진되어 온 ‘제2차 기본계획’에 대한 성과와 한계점을 파악하고자 하였으며, 평가는 다음의 두 가지 방법을 활용하였음.
    - 보건 및 복지 부문별 광역 시도 및 시군 공무원 면담, 설문조사
    - 지역사회 주민대표 면담
  - 설문조사를 통한 평가는 1차 계획 평가에서 살펴보았던 ‘계획의 적절성’, ‘집행의 효율성’, ‘성과 달성도’의 세 가지 영역에 대하여 평가함.
    - 계획의 적절성
      - 제2차 기본계획의 비전과 목표는 1차 계획과 비교하여 61.7%가 적절했다고 평가하였지만, 12.5%는 다양한 분야를 포괄하고 있어서 실현이 용이하지 못한 측면 등을 지적하며 적절하지 못하다고 하였음.
      - 제3차 기본계획 수립을 위한 과제 개발 시 중점적으로 추진해야 하는 과제로는 의료취약지에 대한 의료서비스 접근성 제고(14.1%), 일자리 지원을 위한 사회적 기업 및 사회적 일자리 지원(13.6%), 복지서비스전달체계 개선(12.7%)을 꼽은 경우가 많음.
    - 집행의 효율성
      - 제2차 기본계획에 대한 광역시도 및 시군의 담당 공무원들의 인지도가 낮은 것으로 나타나 기본계획의 비전과 목표를 달성하기 위해서는 기본계

획에 대한 홍보를 통해 담당 공무원들의 인지도 개선을 위한 방안을 모색해야 함.

- 농림축산식품부의 농어업인 삶의 질 향상계획과의 효율적인 연계방안을 모색해야 한데 동의하고 있음.
- 보건과 복지의 연계에 대해서 보건직의 83.3%, 사회복지직의 83.1%가 찬성하였는데, 그 방식은 기존의 조직은 그대로 두고 기능적으로만 연계할 수 있는 방식을 주로 선호하였음.

#### － 성과 달성도

- 제2차 기본계획은 전반적으로 농어촌 보건복지 개선에 기여했다고 평가할 수 있음.
- 부문별로는 농어촌 보건의료 기반이 가장 두드러지게 개선이 되었다고 체감하고 있으며, 사회보험료 지원을 통해 농어촌 및 농어민에 대한 부담이 많이 경감되었다고 느끼는 의견도 다수를 차지하였음.
- 하지만 계획 집행을 위한 인력보완 등의 개선이 수반되지 않았고, 농어촌 환경변화(노인 및 다문화가족 증가 등)에 대응하는 계획 수립이 부족하였다는 의견이 있었음.
- 주민체감만족도가 가장 높은 것으로 나타난 세부과제는 노인복지서비스의 강화, 다문화 가족 지원 등이었음.

○ 질적조사를 통한 평가의 평가영역은 ‘보건 및 복지서비스와 관련된 지역사회 환경’, ‘보건 및 복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향’, ‘보건 및 복지서비스에 대한 접근성 및 만족도’의 세 가지임.

#### － 보건 분야

- ‘보건의료와 관련된 지역사회 환경’에서 파악할 수 있었던 것은 인구 감소, 고령화, 독거노인 증가 등 농촌 인구구조의 특성이 심화되고 있다는 점이며, 이에 따라 의료에 대한 요구가 변화하여 기존의 보건사업 내용과 제공 방식 등이 조정되거나 조정되어야 할 필요가 있었다는 점임.
- ‘보건의료에 대한 접근성 및 만족도’ 측면에서는 첫째, 지역주민의 민간

의료 이용에 대한 욕구가 높으나, 거리적 접근성과 질 높은 의료서비스에 대한 접근성이 낮았으며, 둘째는 의료 접근성을 보장하기 위해 제공되는 취약 지역의 공공의료서비스는 주민의 욕구를 해소하기에 어려움이 있었고, 마지막으로 응급의료에 대한 접근성은 과거에 비해 향상되기는 하였으나 여전히 기능이 원활하지 않고 향후 개선가능성에 대한 기대가 낮은 것으로 나타남.

- ‘보건의료 관련 사업 운영 및 개선방향’ 평가의 주요 결과는 첫째, 농어촌의 보건사업은 노인을 중심으로 이루어져야 하고, 계획 수립시 지역별로 다른 특성이 반영되어야 하며, 둘째, 계획의 수립과 공유를 위해 중앙과 지방이 연계 협력하고 소통해야 하며, 셋째, 보건과 복지 사업이 효율성 향상을 위해 사업을 공유해야 하며, 마지막으로 의료 접근성 향상을 위하여 자원을 효율적으로 운영해야 한다는 것임.

#### － 복지 분야

- ‘복지서비스와 관련된 지역사회 환경’에서 파악할 수 있었던 것은 첫째, 고령화되어 중장년과 아동의 수가 적다는 것, 둘째, 독거노인가구, 조손가정, 다문화가정, 가족 중 장애인 또는 정신질환자가 있는 가구 등 국가의 지원이 필요한 가구 구성이 많다는 것, 셋째, 지역주민의 일자리에 대한 요구와 풀타임 인력부족의 문제가 공존한다는 것, 넷째, 보편적으로 경제적 수준이 낮지 않음에도 경제적으로 어려움을 겪고 있다는 것, 마지막으로 농어촌에서도 지역별로 어메니티의 차이가 있다는 점임.
- ‘복지서비스에 대한 접근성 및 만족도’의 측면에서 나타난 주요한 결과는 첫째, 인프라 향상, 서비스 종류의 다양화 등 복지서비스가 개선되었으나 여전히 복지수요를 적절히 커버하지 못하고 있다는 점임. 둘째, 노인 대상 사업이 활성화되어 있으며, 일자리 사업에 대한 지원이 강화되어야 함. 셋째, 조손가정, 다문화가정의 아동 등 취약 아동을 위한 지원이 계속적으로 이루어져야 하며, 넷째, 다문화 여성을 위한 사업은 상대적으로 다양하고 중복되는 측면이 있으나, 건강한 가정을 유지할 수 있는 정서적 지지가 부족함. 다섯째, 청장년 요구는 사회적으로 주목받지 못하고 있

고, 지원이 필요한 경우에도 외부에 노출하기를 원하지 않는다는 점임. 여섯째, 농어촌에 상당히 분포하고 있는 정신질환자에 대한 관리가 취약하며, 일곱째, 복지 접근성이 보다 취약한 지역이 있으나, 적극적인 지원이 어려운 상황임.

- ‘복지서비스 관련 사업 운영 및 개선방향’의 측면에서의 주요 시사점은 첫째, 재정자립도가 부족한 농어촌에서 매칭사업을 시행하거나, 지역 주민의 복지욕구를 충족시키기에 재정적 어려움이 있으며, 둘째, 지역의 특성에 맞는 계획을 수립할 수 있는 여건이 마련되어 있지 않고, 셋째, 향후 실효성 있는 복지사업 운영을 위해서는 합리적인 평가방식이 도입되어야 하며, 마지막으로 자원 분배의 형평성을 위해 지역의 복지사업을 관리하는 컨트롤타워가 구축되어야 한다는 것임.

□ 제3차 기본계획의 비전은 “더불어 함께 행복하고 건강한 농어촌”으로 설정

○ 농어촌 지역 주민의 보건복지 증진을 위한 사업 구성의 기본 원칙은 다음의 세 가지로 설정

- 사회통합적 접근을 통한 사업 구성 및 사업 추진
- 농어촌 주민 개개인이 주체적인 삶의 영위할 수 있는 여건 조성
- 사업 추진을 위한 거버넌스 강화

□ 제3차 기본계획은 다음과 같이 4개 영역, 13개 부문, 38개 중점과제와 92개 세부추진과제로 개발되었음.

○ 생애주기별 보건복지 안전망 강화

- 생애주기별 보건복지 안전망 강화 영역은 다시 4개 부문(아동·청소년기, 청년기, 중·장년기, 노년기)으로 나누어, 16개 중점과제와 44개 세부추진과제를 개발하였음.

○ 취약인구 대상 보건복지서비스 강화

- 취약인구 보건복지서비스 강화 영역은 4개 부문(저소득층, 장애인, 다문화, 료



보호가구)으로 나누어, 10개 중점과제와 15개 세부추진과제를 개발하였음.

○ 취약지역 대상 보건복지 접근성 강화

- 취약지역 보건복지 접근성 강화 영역은 의료취약지와 복지취약지 부문으로 나누어, 5개 중점과제와 13개 세부추진과제를 개발하였음.

○ 지속가능한 계획 추진 기반 구축

- 계획추진기반 구축 영역은 3개 부문(연계 및 협조체계 마련을 통한 계획추진 기반 강화, 중앙 및 지자체간 역할분담 기반 마련, 계획 추진 거버넌스 강화)으로 나누어, 6개 중점과제와 14개 세부추진과제를 개발하였음.

□ 3차 기본계획의 과제는 지난 1, 2차 계획과는 다른 몇 가지 특징을 가지고 구성되어 있음.

○ 전통적인 보건과 복지 영역 위주의 사업구성에서 탈피하여 서비스 수요자 중심의 사업 영역 구성

- 제3차 기본 계획은 보건복지 서비스를 구분하지 않고 서비스 수요자 중심으로 통합적인 과제 구성
- 기본적으로 서비스 수요자를 생애주기별로 구분하고, 건강이나 복지 욕구가 특히 강한 취약인구집단을 별도로 영역화
- 아울러 조손가구, 노인 단독가구 등 취약가구가 많은 농어촌의 특성을 반영하여 가구별 접근을 위한 추진과제를 별도로 개발

○ 인구집단별 접근과 지역적 접근의 조화를 시도

- 생애주기별 접근과 취약인구집단별 접근의 단점을 보완하기 위해 취약지역 주민의 미충족 욕구를 고려한 영역 구성

○ 계획 수립 및 추진의 거버넌스 강화

- 현재 농어촌 보건복지 기본계획 수립과 실행, 평가의 전 과정에 걸쳐 중앙 정부를 지원해 줄 수 있는 기능을 강화하기 위한 과제를 추가
- 또한 중앙정부와 광역시도, 그리고 시군의 역할을 명확히 설정하고 분담하

여 계획의 지속가능성을 확보하기 위한 과제를 구성

○ 타부처 연계 및 유관계획간 협조 체계 강화

- 농어촌 보건복지 기본계획과 관련 있는 농림축산식품부, 여성가족부, 교육부, 국민안전처 등과의 연계 체계를 공식화를 제안
- 아울러 복지부내 유관 계획(지역보건의료계획, 지역사회복지계획 등)과의 협조체계 강화를 제안

## 제2절 정책 제언

□ 초고령화, 조손가정·독거노인·다문화가족 증가, 가족·이웃·지역공동체 약화, 농가경제 약화, 양극화 심화<sup>48)</sup> 등 현재 우리의 농어촌의 현실을 나타내는 수식어는 대부분 부정적인 표현들이 대다수임.

○ 농어촌의 변화는 어느 하나의 특정원인 때문이라기보다는 여러 가지 동시다발적인 사회, 정치, 경제적 변화의 결과물이라고 할 수 있으며, 이에 따라 농어촌 지역에 거주하는 지역주민의 보건복지 수요는 급증하고 있음.

□ 그러나 현재까지의 농어촌 보건복지정책은 농업의 산업적인 특성이나 농어촌의 지역적인 특성 등을 제대로 반영하지 못하고 있어 사각지대가 광범위하게 나타나고 있음<sup>49)</sup>.

○ 경제적 양극화와 사회적 고립이 심해지는 농어촌 지역에서 저소득층이 소외되거나 불이익을 받지 않도록 하기 위해서는 농어촌 지역의 특성에 맞는 정책이 수립, 집행되어야 함.

□ 현재 농어촌 보건복지와 관련된 정부의 대표적인 계획인 농림축산식품부의 ‘삶의 질 계획’과 보건복지부의 ‘농어촌 보건복지 기본계획’의 두 가지임.

○ 두 계획 모두 농어촌 보건복지와 관련된 내용을 포함하고 있으며, 5개년 계획

48) 프러시안, ‘농촌복지도 사라지고 있다’, 2014.1.21. 작성, 2015. 2. 26. 접근

49) 프러시안, ‘농촌복지도 사라지고 있다’, 2014.1.21. 작성, 2015. 2. 26. 접근

인 두 계획은 동일한 시기에 수립, 집행되고 있어 그 동안 두 계획의 차별성에 대한 논란이 있었음.

○ 농림축산식품부는 농어촌 지역 주민의 삶의 질 증진이라는 점에서, 그리고 복지부는 농어촌 지역에 특화된 보건복지 계획이라는 점에서 타 보건복지 계획과 구분되고 있지만, 그럼에도 현장에서의 농어촌 보건복지 수준에 대한 평가가 저조하여 두 계획 모두 그 실효성에 대한 문제가 제기되고 있음.

– 농어촌 보건복지와 관련된 사업들이 두 개 부처의 계획에 나누어져 있다 보니 분산투자로 인한 효과성 저하와 중복투자로 인한 효율성 문제에 대한 지적이 있음.

□ 때문에 이상의 두 가지 계획이 조화를 이루어 농어촌 주민의 복지체감도가 증가할 수 있는 방안 마련이 시급함.

□ 농어촌 보건복지 기본계획이 매우 방대하고 중요한 분야로써 다양한 계획들을 포괄하고 있음에도 몇 가지 측면에서 한계를 지니고 있음.

○ 첫째, 제3차 기본계획수립의 기초자료라 할 수 있는 제2차 기본계획에 대한 심층적인 평가가 이루어지지 않음

– 이는 ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’상 별도 평가에 대한 사항을 포함하지 않고 있지 않은 이유도 있음.

– 그러나 보다 체계적인 계획 수립을 위해서는 계획에 대한 심층적인 평가와 그 결과에 대한 심도 깊은 논의에 바탕을 두는 것이 마땅하나, 이를 위한 법적, 제도적 유인이 마련되어 있지 않음.

○ 둘째, 타 부처의 유사계획이나 보건복지부 내 유관 계획과는 다른 보건복지 기본계획 만의 성격 규정과 다른 계획들과의 관계에 대한 분석이 필요함.

– 이러한 분석 작업 없이는 ‘삶의 질 계획’ 등 타 부처 계획과는 다른 제3차 기본계획만의 고유한 영역 설정이 쉽지 않고 그에 따른 차별화된 과제 마련이 용이하지 않음.

- 셋째, 중앙에서 수립된 제3차 기본계획의 실행을 위한 하부 단위, 즉 시도 혹은 시군구 공무원들이 기본계획의 성과제고를 위해 노력할 유인이 마련되지 않음.
  - 제3차 기본계획이 중앙에서 만들어지긴 하나 실제 사업들은 시도나 시군구 단위에서 이루어지는 경우가 많음.
  - 때문에 지방정부의 노력 여부가 제3차 기본계획의 성공 여부에 큰 영향을 미칠 수 있기 때문에 이들이 계획 집행을 위해 노력할 수 있는 동기마련이 필요함.

□ 농어촌 보건복지 기본계획은 ‘농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에 의거한 것으로 앞으로도 계속 계획이 수립이 될 것이고, 또한 농어촌거주 주민과 농업 종사자는 물론 관련되는 많은 사람들의 지속적인 주목을 받게 될 것임(김태완 등, 2010)

- 보건복지제도는 특성상 하나의 대상자 및 지역을 조건으로 제도가 만들어지기는 어려우나, 제도를 도입하거나 운영하는 과정상에 작은 관심과 배려는 과거에 비해 소득과 지역적 여건, 환경 및 문화적인 측면에서 왜소화되고 있는 농어촌에 있어서 큰 힘이 될 수 있을 것임
- 본 연구에서 지적한 문제와 한계들이 향후의 기본계획에서는 충분히 고려되고 반영될 수 있기를 기대함.

## 참고문헌 <

- 국가인원위원회(2013). 『농축산업 이주노동자 인권상황 실태조사』 .
- 국가통계포털 인출 자료(<http://kosis.kr>)
- 국민연금공단(2011). 베이비부머 노후준비 상태 현황 분석.
- 김동원, 박혜진(2014). 농업농촌에 대한 2014년 국민의식 조사 결과. KREI 농정포커스, 제 100호. 한국농촌경제연구원
- 김동진 외(2013). 『농어촌 보건복지 현황 및 정책과제』 . 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김태완 외(2014). 농촌지역 사회복지수요 및 자원현황 분석 연구. 한국농촌경제연구원·한국보건사회연구원.
- 김충구(2008). 충북 공공체육시설의 관리체제 효율화 방안. 충북개발연구원.
- 농림축산식품부(2014). 『2013 여성농업인 실태조사』 .
- 농촌진흥청(2014). 2013년 농어업인복지실태조사
- 박대식, 조미형, 한태녕(2013). 농촌 노인일자리 현황과 정책과제. 연구 2013-31-22. 한국보건사회연구원·한국농촌경제연구원.
- 박순우(2009). 농촌지역 청소년의 건강행태. 농촌의학·지역보건학회지, 34(2), pp.202-213.
- 박시현, 최용욱(2014). 귀농·귀촌 요인과 농촌 사회·경제에 미치는 영향. 한국농촌경제연구원.
- 박정돈, 강복수, 이경수(2004). 농촌지역 여성의 유방암 및 자궁경부암의 검진행위에 영향을 미치는 요인. 한국모자보건학회지. 제8권 제1호, pp.49-64.
- 보건복지부, 질병관리본부(2014). 2013 국민건강통계
- 변용찬, 김성희, 윤성용, 강민희, 최미영, 이병화(2007). 복지욕구 다양화에 따른 장애인복지지표 개발 연구. 한국보건사회연구원
- 성주인, 박문호(2013). 농어촌 활성화를 위한 귀농·귀촌 정책의 방향과 과제. 『농업전망 2013 (Ⅱ): 새로운 희망 새로운 선택』 . 한국농촌경제연구원. 809-838.
- 송미령, 노승철(2013). 통계로 살펴보는 농어촌 주민의 삶의 질. 한국농촌경제연구원
- 손유미(2014). 베이비붐 세대의 일자리 현황과 과제. The HRD Review(2014. 05). 한국직업능력개발원
- 신영석 외(2013). 향후 5년간 사회보장분야의 기본 방향 및 핵심과제 발굴. 한국보건사회연구원.
- 심재현, 노승철(2013). 농촌 일자리 실태조사 결과와 정책적 시사점. 현안분석, 제2호

- (2014.9.24.). 한국농촌경제연구원
- 여성가족부(2013). 『2013~2017 제4차 여성정책기본계획』 .
- 오순이(2013). '전남 여성농어업인육성기본계획 중간평가와 여성농민을 위한 정책과제'. 『농도 전남, 여성농업인정책 어떻게 할 것인가?』 . 전남 여성농업인정책 토론회 자료집. 3-18.
- 이광모, 김형준, 박재홍(2008). 농촌지역 복지전달체계 구축 방안 연구. 한국공공정책학회.
- 이보영, 조희숙, 이해진, 유승현(2008). 일개 농촌 지역사회 노인들의 건강증진사업 우선순위 비교. 지역사회간호학회지, 19(1), pp.57-65.
- 이영숙(2009). 농촌 건강증진 시범사업 지역주민과 비 시범사업 지역주민의 건강증진생활 행태 비교. 농촌의학·지역보건학회지, 34(1), pp.124-134.
- 이하나(2014). '여성농업인센터, 법적지위 마련하라'. 여성신문 인터넷판. [http://www.womennews.co.kr/news/78348#.VP63OpUfq\\_4](http://www.womennews.co.kr/news/78348#.VP63OpUfq_4)
- 전택기, 임상봉, 박윤희, 김정찬, 김미영, 양현석(2008). 농촌 정주환경 지표 및 자료관리 체계 구축방안. 한국농촌공사 농어촌연구원.
- 정경희, 오영희, 황남희, 권중돈, 박보미(2014). 노인단독가구의 생활 현황과 정책 과제. 한국보건사회연구원
- 정웅기(2014). 대중교통 소외지역, 수요응답형 교통(DRT)으로 해결, 「대경 CEO Briefing」 제 386호
- 정은미, 민자혜(2013). 여성농업인의 경제활동 실태와 활성화 방안. 『농업전망 2013(Ⅱ): 새로운 희망 새로운 선택』 . 한국농촌경제연구원. 839-870.
- 조미형, 박대식, 남승희(2014). 농촌 지역사회기반 복지시스템 구축방안 연구. 한국농촌경제연구원.
- 조주희(2013). 폐경기 증상에 대한 행동 양식과 여성건강관련 실태 조사. 질병관리본부삼성서울병원.
- 천경수, 전태희, 정태흠, 황혜현, 선우성, 김영(2002). 농촌과 도시 여성의 자궁경부암 검진 수검률 및 인식도 차이. 대한임상건강증진학회지. 2 (1), pp.34 ~ 45.
- 통계청(2013). 경제활동인구조사: 비임금근로 부가조사
- 한국농촌경제연구원(2013). 주간 농업·농촌 동향, 4, pp.7-10.
- 한국농촌경제연구원(2012). 농업·농촌의 중장기 변화 전망과 정책 과제. 정책세미나 자료 (2012.3.28.)

부록 1. 제3차 농어촌 보건복지 기본계획 수립을 위한 담당 공무원조사

안내말씀

안녕하십니까?

보건복지부에서는 ‘농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법’에 따라 5년마다 농어촌 보건복지 기본계획을 수립하고 있으며, 제2차 기본계획(2009~2014)이 종료됨에 따라, 현재 3차 계획 수립을 위한 준비 중에 있습니다. 본 조사는 제3차 기본계획 수립에 앞서 제2차 기본계획에 대한 간단한 평가와 제3차 기본계획의 방향과 목표 설정에 대한 의견수렴을 통해 보다 실효성 있는 농어촌 보건복지 기본계획 수립을 위해 기초자료를 마련하는 데 그 목적이 있습니다.

과중한 업무로 바쁘실 줄 아오나, 향후 수립될 농어촌 보건복지 정책에 대한 주민의 체감 만족도 향상을 위해 귀중한 기초자료가 될 것이오니 잠시만 시간을 내어 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

2015년 1월  
한국보건사회연구원

\*설문에 대한 의문사항이나 건의사항은 아래의 연락처로 연락주시기 바랍니다.  
한국보건사회연구원 채희란(044-287-8180, heeranchae@kihasa.re.kr)  
한국보건사회연구원 김동진(044-287-8278, djkim@kihasa.re.kr)

## 1 제2차 기본 계획에 대한 인지도

※ 보건복지부에서 수립시행중인 “농어촌 보건복지 기본계획(이하 보건복지 기본계획)”과는 별도로, 농림수산식품부에서도 “농림어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역 개발 5개년 계획(이하 삶의 질 계획)”을 수립하고 있습니다.

1-1. 귀하께서는 두 가지 계획에 대해 어느 정도 잘 알고 계십니까?

1-1-1. 농어촌 보건복지 기본계획	① 잘 알고 있다
	② 들어본 적 있다
	③ 잘 모르겠다
1-1-2. 농림어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역 개발 5개년 계획	① 잘 알고 있다
	② 들어본 적 있다
	③ 잘 모르겠다

1-2. 보건복지부 “보건복지 기본 계획”과 농림수산식품부의 “삶의 질 계획”에 대해 어떻게 생각하십니까?(보건복지부문에 한해)

- ① 농어촌을 대상으로 하는 계획이므로 2개 부처가 연계하여 하나의 계획을 수립해야 한다
- ② 현재와 같이 2개 부처가 별도로 계획을 수립하여야 한다
- ③ 현재와 같이 2개 부처가 별도로 계획을 수립하되, 각 부처의 업무와 특성을 고려하여 계획을 조정해야 한다
- ④ 기타( )
- ⑤ 잘 모르겠다

## 2 제2차 기본 계획에 대한 평가

※ 보건복지부 “제1차 농어촌 보건복지 기본계획”은 지난 5년간 다음과 같은 비전과 목표에 따라 추진되어 왔습니다.

- 비전 : 건강하게 더불어 사는 농어촌, 탈농재촌이 가능한 농어촌
- 목표 : 도농간 보건복지격차 해소, 농어촌성장과 분배의 선순환

※ 보건복지부 “제2차 농어촌 보건복지 기본계획”은 지난 5년간 다음과 같은 비전과 목표에 따라 추진되어 왔습니다.

- 비전 : 더불어 행복한 농어촌, 건강하고 활력 있는 농어촌
- 목표 : 농어촌 주민의 기본생활 보장 및 사회통합 강화, 농어촌 주민의 질병 예방 및 건강증진



2-1. 귀하는 제2차 농어촌 보건복지기본계획의 비전과 목표가 제1차와 비교하였을 때 적절하게 설정되었다고 생각하십니까?

- ① 매우 그렇다(☞2-2) , ② 그렇다(☞2-2)  
 ③ 그렇지 않다(☞2-1-1) ④ 전혀 그렇지 않다(☞2-1-1) ③ 잘 모르겠다(☞2-2)

2-1-1. 만약 아니라고 생각하신다면 귀하께서는 제2차 계획에서 설정된 비전과 목표의 문제점이 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 농어촌에 대한 현실과악이 부족한 채 너무 이상적인 비전과 목표가 설정되었다  
 ② 다양한 분야를 담고 있어 실현이 용이하지 않았다  
 ③ 비전과 목표가 추상적으로 설정되어 구체적이지 못하다  
 ④ 기타( )

※ 제2차 농어촌 보건복지는 “기초생활보장 강화”, “연령·세대 사회 통합”, “보건의료 기반개선 및 건강증진”의 세가지 분야로 나누어 추진되어 왔습니다.

2-2. 귀하께서는 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 얼마나 기여했다고 생각하십니까?

- ① 매우 기여했다(☞2-2-1) ② 기여했다(☞2-2-1)  
 ③ 기여하지 않았다(☞2-2-2) ④ 전혀 기여하지 않았다(☞2-2-2)

2-2-1. 귀하께서는 제2차 기본계획이 어느 부문에서 기여했다고 생각하십니까?

	V 표시 (2개 선택)
① 사회보험료 지원을 통해 농어촌 및 농어민에 대한 부담이 많이 경감되었다	
② 농어촌 지역의 사회복지 시설이 확충되었다	
③ 농어촌 지역의 보건의료 기반이 향상되었다	
④ 농어촌 지역의 보건복지 예산 및 인력지원이 늘었다	
⑤ 기타( )	

2-2-2. 제2차 기본계획이 농어촌 보건복지 개선에 도움이 되지 않았다면, 가장 큰 이유가 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 농어촌 보건복지 사업에 대한 예산 집행이 효율적이지 않았다  
 ② 계획 집행을 위한 인력보완 등의 개선이 수반되지 않았다  
 ③ 농어촌 지역 주민의 욕구와 실태과악이 부족하였다  
 ④ 농어촌 환경변화(노인 및 다문화가족 증가 등)에 대응하는 계획수립이 부족하였다  
 ⑤ 중앙 및 지방정부차원에서의 농어촌 보건복지에 대한 관심이 상대적으로 부족하였다  
 ⑥ 계획을 집행하는 부문간(보건, 복지 등) 적극적인 협조와 노력이 부족하였다  
 ⑦ 5년 내에 달성하기 어려운 장기계획들로 구성되었다  
 ⑧ 기타 ( )

2-3. 제2차 보건복지 기본계획에서 제안된 세부과제들을 지난 5년동안 각 분야별로 추진된 결과에 대한 질문입니다. 다음과 같은 제2차 기본계획의 세부과제들은 주민 체감 만족도는 어떠하였다고 생각하십니까? (해당되는 곳에 V 표시 해주십시오)

대분류	중분류	매우 만족	다소 만족	변화 없음	불만족	매우 불만족
		①	②	③	④	⑤
기초생활보 장강화	기초생활보장 및 자활지원					
	사회보험지원					
연령· 세대 사회 통합	노인 복지서비스 강화					
	보육기반 확충					
	아동·청소년 지원 강화					
	장애인 복지 증진					
	다문화가족 지원					
	민간의 복지서비스 전달기능 활성화					
보건의료기 반 개선 및 건강증진	공공보건의료 강화 및 민간병원 지원 육성					
	응급의료기관 육성 및 지원					
	구강건강서비스 강화					
	암관리 강화					
	정신보건 강화					
	한의학공공보건사업 및 한의약보건사업 활성화					
	취약계층 영양지원 확대					

## 3

## 제3차 기본 계획 수립시 고려사항

3-1. 귀하께서는 제3차 기본계획 수립을 위한 과제 개발시 놓여온 보건복지 증진을 위한 중점 추진과제는 무엇으로 설정되어야 한다고 생각하십니까?

	V 표시 (2개 선택)
① 소득보장 강화를 위한 지원방안: 국민연금, 건강보험료 지원	
② 일자리 지원을 위한 사회적 기업 및 사회적 일자리 지원	
③ 노인의 복지서비스 강화	
④ 여성, 아동의 복지서비스 강화	
⑤ 결혼이민자 등 다문화가족을 위한 지원대책	
⑥ 장애인 복지시설 확충	
⑦ 의료취약지에 대한 의료서비스 접근성 제고	
⑧ 신체건강증진 서비스 강화(금연 등)	
⑨ 정신건강증진 서비스 강화	
⑩ 지역별 복지서비스 접근성의 형평성 제고	
⑪ 보건복지서비스 연계	
⑫ 복지서비스 전달체계 개선	

※ 현재 보건의료는 시군단위, 읍면동 단위로 보건소나 보건지소가 설치되어 지역중심의 접근이라고 볼 수 있고, 복지서비스의 경우 노인, 아동, 장애인 등 인구집단 중심의 접근이라고 볼 수 있습니다.

3-2. 귀하께서는 제3차 기본계획 수립시 보건이나 복지서비스의 제공의 기본 대상을 어떻게 설정하는 것이 바람직하다고 생각하십니까?

보건분야	① 현재대로 지역중심으로 접근 ② 취약인구집단 중심으로 변경하여 접근 1
복지분야	① 현재대로 인구집단 중심으로 접근 ② 취약지역 중심으로 접근하여 접근2

## 4 기본 계획 추진을 위한 기반확충

4-1. 지자체에서 농어촌 보건복지 기본계획의 추진을 위한 기반을 강화하고자 할 때 가장 시급히 해결하여야 할 항목은 무엇입니까?

	V 표시 (2개 선택)
① 지역실정에 맞는 계획 수립을 위한 공무원역량 강화	
② 지역 맞춤형 사업 개발을 위한 지역내 거버넌스 강화	
③ 사업 추진을 위한 자체 예산 확보	
④ 중앙정부의 예산 지원시 매칭 재원 마련의 어려움	
⑤ 활용 가능한 보건 및 복지자원의 부족	
⑥ 기술자문을 구할 수 있는 전문가의 부족	
⑦ 주민의 자발적인 참여도 저조	
⑧ 추진계획에 대한 평가와 인센티브 부족	

4-2. 현 정부는 농어촌 지역에서의 효율적인 서비스 전달을 위해 보건과 복지 연계를 추진하고 있습니다. 귀하께서는 보건과 복지 연계에 대해 어떻게 생각하고 계십니까?

- ① 보건과 복지 연계에 대해서 반대한다(☞4-3)
- ② 보건과 복지 연계에 대해서 찬성한다(☞4-2-1)

4-2-1. 보건과 복지의 연계 방식에 대해서는 어떻게 생각하십니까?

- ① 보건과 복지 부문의 조직을 통합하여야 한다.
- ② 기존의 조직은 그대로 두고 새로운 형태의 TF 조직을 만든다
- ③ 기존의 조직은 그대로 두고 기능적으로만 연계할 수 있는 방안을 찾는다.

※ 농어촌 보건복지 기본계획의 수립, 추진에 대한 패러다임이 변화되어야 한다는 의견이 있습니다. 즉, 현재와 같이 상명하달식 계획 추진보다는 중앙정부와 지방정부의 역할을 분담하자는 의견이 있습니다.

중앙정부는 기본계획의 전반적인 비전과 목표설정, 그리고 핵심과제만을 제시하고, 5년간 추진하여야 할 기본계획과 연차별 추진계획은 광역시도별로 특성에 맞게 수립하되 광역시도에서 수립된 계획은 중앙정부에서 평가를 하여 평가에 따라 적절히 재원을 분배하는 것으로 중앙과 지방이 역할을 분담하자는 의견이 제시되고 있습니다.

4-3. 위의 의견에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 중앙정부와 지방정부의 역할 분담이 필요하다
- ② 현재와 같이 중앙에서 기본계획을 수립하고 지방에서는 연차별 추진계획 위주로 수립하는 것이 바람직하다.

## 5 응답자 특성

5-1. 성별	① 남자      ② 여자		
5-2. 주요 직무	① 행정직    ② 사회복지직1    ③ 보건직      ④ 기타 (      )		
5-3. 총 근무기간	년    개월	5-4. 현 근무지 근무기간	년    개월
5-5. 근무지역 1	① 부산                  ② 대구                  ③ 인천                  ④ 광주 ⑤ 대전                  ⑥ 울산                  ⑦ 세종                  ⑧ 경기 ⑨ 강원                  ⑩ 충북                  ⑪ 충남                  ⑫ 전북 ⑬ 전남                  ⑭ 경북                  ⑮ 경남                  ⑯ 제주		
5-6. 근무지역 2	① 광역시도    ② 시군		

조사표 작성에 응해주셔서 대단히 감사합니다