[연구보고서 2026-12]

경상북도 고령여성의 건강 증진 지원체계 구축 방안

연구책임 : 김혜경(경북여성정책개발원 선임연구위원)
공동연구진 : 김민아(경북여성정책개발원 연구위원)

경북여성정책개발원
Gyeongbuk Women's Policy Development Institute

경상북도 고령여성의 건강 증진 지원체계 구축 방안

발 행 인 : 하 금 숙
발 행 일 : 2026. 10. 30.
발 행 처 : 경북여성정책개발원
주 소 : (36849) 경북 예천군 호명면 도청대로 53 동행관 3층
전 화 : 054-650-7900
홈페이지 : https://forwoman.or.kr
디자인·인쇄 : 대구전환서비스센터

*본 저작물의 저작권은 경북여성정책개발원에 있으며, 저작권자의 허락 없는 무단전재와 복제를 금합니다.

연구요약

Ⅰ. 서론

□ 연구의 필요성

1) 전 세계적 고령화 추세에 따른 건강노화 대응 필요성 부각

- 65세 이상 인구는 2021년 7억6,100만 명에서 2050년 16억 명으로 2배 이상 증가할 전망이며(UN, 2023), 이는 장기요양 수요 증가, 사회보장 지출 부담 가중, 취약 노인의 건강격차 심화, 돌봄 사각지대 확대 요인으로 작용함. 수명이 늘어난 만큼 건강하게 보내는 기간이 확보되지 않으면 신체·정신적 기능 저하와 돌봄 의존 기간이 늘어날 수 있다는 것이 WHO(2025)의 경고임. 고령화 대응에서 중요한 것은 얼마나 오래 사는가가 아니라 얼마나 건강하게 사는가이며, 정책의 초점도 여기에 두어야 함
- WHO는 2020년 '유엔 건강노화 10년(2021~2030)'을 추진하며 건강노화를 사회·환경·전달체계 차원의 구조적 과제로 규정하였고, 4대 행동영역으로 연령차별 대응, 고령친화적 환경 조성, 사람 중심 통합돌봄·통합보건 강화, 질 높은 장기요양 접근성 확대를 제시함(WHO, 2020)
- 우리나라는 2024년 12월 65세 이상 인구 비중이 20%를 넘어 초고령사회에 진입하였으며, 2025년 12월 말 기준 그 비중은 21.2%에 이름(행정안전부, 2026). 향후 65세 이상 고령인구 비중은 2072년 47.7%까지 증가할 전망임(국가데이터처, 2023). 기대수명도 2026년 84.7세에서 2040년 87.2세로 높아질 것으로 추계되나(KOSIS 국가통계포털, 2022), "얼마나 건강하고, 덜 의존하며, 지역사회에서 존엄하게 생활하는 기간을 늘리는가"에 초점을 둔 건강노화 정책과 지역사회 기반 지원체계를 마련할 필요가 있음

2) 경상북도 고령화 심화에 따른 '고령여성 건강격차' 대응의 시급성

- 경상북도의 2025년 12월 말 기준 65세 이상 인구 비율은 27.5%, 여성 고령인구 비율은 31.0%(남성 24.0%)이며, 이러한 상황은 '지방소멸' 위험과 결합하여 시군 간, 도농 간 인프라 공급 불균형을 심화시키고 고령자의 건강관리 접근성을 악화시킬 가능성이 큼(윤현우 등, 2025)
- 여성은 기대수명이 남성(2024년 출생아 기준 80.8년)보다 긴 86.6년이고(국가데이터처, 2025), 독거·돌봄 부담·빈곤 위험에 노출될 가능성이 상대적으로 높아(강은나, 이민홍, 2018) 건강노화의 결과가 성별에 따라 다르게 나타날 수 있음
- 초고령사회에서는 노쇠·낙상·인지저하로 일상 기능이 저하되기 전에 예방 중심 개입을 생활권 단위에서 촘촘히 제공하는 체계가 핵심임

3) "경북형 예방-연계-생활권" 중심의 건강증진 지원체계 구축 필요

- 경북은 농산어촌이 광범위하고 교통 접근성이 취약한 곳이 다수여서 거점 병원 중심의 의료 모델만으로는 대응하기 어려우며, 생활권 내에서 예방과 사회참여, 취약계층 발굴·지원이 분절되지 않고 연결되는 건강증진 지원체계로 전환될 필요가 있음
- 고령여성의 건강노화 준비도는 신체활동, 정신건강 및 인지기능, 사회적지지, 디지털 문해 등 다양한 요인의 결합 결과이나, 경북은 22개 시군별 인프라 격차와 이동환경 및 정보 접근성 차이로 인해 실행 수준이 다를 수 있음
- 경상북도는 시단위와 군단위 지역 간 격차뿐 아니라 같은 시·군 안에서도 격차가 크게 나타남. 시 지역은 시청 소재지인 동과 그 외 읍, 군 지역은 군청 소재지인 읍과 면 간에 건강증진 관련 인프라의 분포와 이동 여건이 달라, 어느 생활권에 속하는지에 따라 서비스에 도달하는 조건이 달라짐
- 이에 본 연구는 시군 단위 구분보다 시·군 내 지역별 차이를 고려하여 접근성이 양호한 지역과 취약한 지역으로 구분하여 지원체계를 마련하고자

함. 구분 기준은 도시의 형태를 갖춘 지역인지 여부, 시청·군청 등 행정 중심지 여부 등이며, 시 지역은 동을 양호지역으로, 읍을 취약지역으로, 군 지역은 군청 소재지 읍을 양호지역으로, 그 외 면을 취약지역으로 구분함

- 이러한 구분은 고령여성이 거주하는 생활권 안에서 건강증진 서비스를 체계적으로 제공받을 수 있는 조건을 확인하기 위한 것으로, 접근성이 취약한 지역에 우선 필요한 지원방식을 도출하고자 함

□ 연구의 목적

- 경북 고령화 및 여성건강 특성 진단 - 경북의 고령화 구조(시·군 단위 격차 포함)와 고령여성의 건강 특성을 분석하되, 22개 시군 간 격차와 시 지역의 동·읍, 군 지역의 읍·면 사이 접근성 차이를 함께 살펴 시군 단위 비교로는 드러나지 않는 지역 내부의 건강격차를 확인함. 노쇠 및 기능저하 위험, 정신건강·인지기능, 사회적 고립, 건강행태, 의료·건강관리 접근성 등 핵심 건강지표를 중심으로 성별·지역별 건강격차의 발생 양상과 위험요인을 분석함
- 건강증진 정책·사업 및 지역사회 지원 여건 분석 - 중앙정부 및 경상북도의 고령자 건강증진·질병예방 관련 주요 정책과 사업을 분석함. 아울러 해외 선진국(일본, 독일, 덴마크, 미국, 싱가포르 등)의 건강노화 예방사례를 검토하여 경북 적용 시사점을 도출함
- 실태 및 수요조사를 통한 생활권 기반 필요 서비스 도출 - 경북 고령여성의 건강노화 준비도(신체적·정신적·사회적 기능 수준)와 예방적 건강관리 요구를 실증적으로 파악함. 조사는 접근성 양호지역과 취약지역의 65세 이상 80세 미만 여성을 각 200명씩 할당하여 직접방문 방식으로 실시하고, 두 지역 유형의 응답을 비교하여 차이가 큰 항목을 우선순위 도출의 근거로 삼음
- 경북형 '예방-연계-생활권' 건강증진 지원체계 모델 및 정책 제언 제시

-현황분석·해외 사례·수요조사 결과를 종합하여 생활권 단위에서 작동 가능한 건강증진 지원체계의 원칙·구성요소·추진 전략을 제시함. 특히 경로당·보건지소·마을단위 조직 등 기존 지역자원을 활용한 지속가능한 예방 중심 모델을 설계하고, 인프라 여건을 고려한 실행 방안을 제안함

- 지역유형별 적용 방안 제시 : 동일한 사업을 모든 지역에 동일하게 적용하기보다 접근성 양호지역과 취약지역의 여건에 맞추어 제공 방식과 거점을 달리하는 적용 방안을 제시하고자 함

II. 이론적 배경 및 국내외 정책 동향

1) 건강노화의 개념과 핵심요소

- 건강의 개념 전환 : '질병이 없음'에서 '기능적 삶의 유지'로 - 건강은 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 일상생활을 기능적으로 유지하며 가치 있는 삶을 살아갈 수 있는 상태로 이해되어야 하며, 고령인구의 경우 만성질환을 보유하면서도 일상생활을 독립적으로 영위하고 사회적 관계와 참여를 유지하는 것이 현실적인 건강의 목표임. 이에 고령사회의 건강 정책은 질병 예방·치료 지원에서 노년기에도 가치 있게 여기는 삶을 지속할 수 있도록 지지하는 방향으로 전환되어 왔고, 국제사회는 이를 건강노화·활동적 노화·성공적 노화 등으로 설명하고 있음
- 주요 개념 비교 - 건강노화(WHO, 2015)는 노년기에 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발·유지하는 과정이며, 활동적 노화(WHO, 2002)는 건강·참여·안전의 기회를 최적화하는 과정이고, 성공적 노화(Rowe & Kahn, 1997)는 낮은 질병·장애 위험, 높은 신체·인지 기능 유지, 적극적 참여라는 세 요소의 복합임. 생산적 노화(Caro, Bass & Chen, 1993)는 유급이든 무급이든 상품과 서비스를 생산하거나 그 역량을 개발하는 노인의 모든 활동을 뜻하며, SOC 모델(Baltes & Baltes, 1990)은 자원 감소에 따라 목표를 선택하고 최적화하며 기능저하를 보상하는 적응 과정으로 설명함
- 공통 핵심 - 용어와 강조점에는 차이가 있으나 모두 노화에서 중요한 것

은 질병의 유무가 아니라 신체·인지·사회적 기능을 유지하며 스스로 가치 있는 삶을 지속하는 것이라는 관점을 공유함. 그리고 그러한 삶을 가능하게 하는 것은 개인의 의지나 습관만이 아니라 지역사회의 환경·서비스·접근성·사회적 인식 등 구조적 조건이라는 점이 점점 더 강조되고 있음

- WHO 건강노화의 구성요인 - 기능적 능력은 기본 욕구 충족, 학습·성장·의사결정, 이동, 관계 유지, 사회 기여를 포함하며, 본 연구에서 의학적 건강지표보다 일상 기능·이동·사회참여·관계망 유지를 중심으로 실태와 수요를 파악하는 근거가 됨. 내재역량은 의료진단 목적이 아니므로 주관적 기능 어려움 수준에서 파악하고 환경·접근성 요인과 결합해 해석함. 환경은 가정·지역사회·사회 전반의 물리적 환경과 사람과의 관계, 태도와 가치, 보건·사회정책, 지원 시스템과 서비스까지 포함하는 조건으로서 공공개입의 핵심 지점이며, 경북처럼 농산어촌 비중이 높고 교통·정보 접근성 격차가 큰 지역에서는 생활권 단위 접근성·정보 전달체계·사회적 인식 개선에 초점을 둘 필요가 있음

2) 경상북도 고령화 실태 및 건강증진 인프라 현황

- 경상북도의 2025년 고령인구 비율은 27.5%로 전국 평균(21.2%)을 크게 상회하여 초고령사회에 진입하였으며, 65세 이상 인구 688,172명 중 여성은 383,278명(55.7%)으로 남성보다 78,384명 많음. 2025년 기대수명도 여성 86.54세로 남성(80.58세)보다 약 6년 길게 나타남. 모든 시·군에서 여성 고령인구가 남성보다 많고 여성의 기대수명 또한 더 길어, 고령화의 여성화 현상이 지역 전반에 걸쳐 공통적으로 나타나고 있음
- 독거노인가구 비율은 14.3%로 전국 평균(10.3%)보다 높은 수준임. 2024년 경북 사망률은 인구 10만 명당 997.8명으로 전국(702.6명)보다 높고, 65세 이상 사망률은 3,331.1명임
- 경북은 지역별 보건소 접근성에 상당한 차이를 보이며 북부권 및 산간지역으로 갈수록 접근이 상대적으로 낮게 나타나, 초고령사회 지역임에도

보건서비스 접근성이 취약한 것으로 확인됨(최단비, 2024; 윤소연 외, 2024)

- 시사점 - 경북 고령여성 건강문제는 고령화·여성화·독거화·의료취약성이 중첩된 구조적 문제로 이해할 필요가 있으며, 지역 간 의료자원 분포의 불균형으로 지역 맞춤형 건강 지원체계 구축이 요구됨. 고령여성의 건강 문제는 신체적 건강 문제뿐 아니라 우울, 사회적 고립, 돌봄 공백 등 사회·정서적 문제와 복합적으로 연결되어 있어, 질병 치료 중심의 접근을 넘어 예방·건강관리·정신건강·사회참여를 통합적으로 지원하는 방향으로 전환될 필요가 있음

3) 국내 고령자 건강증진 정책 및 지역사회 지원체계 현황

- 정책 범위의 확대 : 우리나라는 초고령사회 진입과 만성질환 및 돌봄 수요 증가에 대응하여 고령자 건강정책의 범위를 질병의 치료 중심에서 건강증진과 예방, 만성질환 관리, 기능저하 예방, 의료·요양·돌봄의 통합지원으로 확대하고 있음. 「국민건강증진법」에 근거한 「국민건강증진 종합계획」을 비롯하여 지역사회 통합건강증진사업, 방문건강관리사업, 국가건강검진, 일차의료 만성질환관리, 치매관리사업, 정신건강 및 자살예방사업 등을 중심으로 추진되고 있음
- 지원체계 구성 : 보건소를 중심으로 지역사회 통합건강증진사업과 방문건강관리사업이 추진되고, 만성질환은 국가건강검진과 1차의료기관을 중심으로 조기발견·관리되며, 치매는 치매안심센터, 정신건강은 정신건강복지센터와 자살예방 전달체계를 중심으로 대응함. 건강 및 기능저하로 일상생활 지원이 필요한 고령자에게는 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스 등 돌봄서비스가 제공되며, 이처럼 고령자의 건강 및 기능상태에 따라 필요한 지원의 범위와 강도가 달라지는 구조를 형성하고 있음
- 지역사회 통합지원체계로의 전환 : 정부는 2018년 지역사회 통합돌봄 기본계획 발표 이후 2019년 선도사업을 추진하고, 2023년 「노인 의료·돌

봄 통합지원 시범사업」을 도입한 데 이어 2024년 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」을 제정하여 2026년 3월 27일부터 시행함. 이로써 지역사회 통합지원은 시범사업에서 법적·제도적 기반을 갖춘 국가적 지원체계로 전환되었으며, 개별 기관과 사업 중심으로 제공되던 서비스를 고령자의 복합적인 욕구를 중심으로 지역 단위에서 통합·연계하는 체계로 바뀌고 있음

- 통합지원은 기존 서비스를 하나의 목록으로 묶는 것이 아니라 대상자 중심의 통합적 사정, 개인별 지원계획, 서비스 조정과 연계, 지속적인 모니터링을 가능하게 하는 전달체계의 재구조화가 필요함. 특히 통합돌봄이 필요한 기능저하 고령자뿐 아니라 건강한 고령자와 건강위험군까지 포함하는 예방적 접근이 중요함. 또한 현행 고령자 건강정책은 주로 연령·질환·기능상태를 중심으로 대상을 설정하고 있어, 고령 여성의 독거 및 사회적 고립, 돌봄관계, 경제적 여건, 이동 및 의료서비스 접근성 등을 함께 고려할 필요가 있으며, 경북과 같이 도시와 농산어촌이 함께 존재하고 지역별 자원 분포와 교통·이동여건에 차이가 있는 지역에서는 획일적인 서비스 공급보다 지역적 특성과 고령 여성의 생활여건을 함께 고려한 지원체계가 요구됨

4) 해외 정책사례

- (일본) 지역포괄케어와 생활권 기반 지원체계 - 고령자가 살던 지역에서 생활을 지속할 수 있도록 주거·의료·개호·예방·생활지원이 연계되는 지역포괄케어 체계를 추진하고, 무장애 설계와 생활상담·안부확인을 결합한 서비스 고령자용 임대주택을 운영하며, 생애현역사회 구축을 기본 방향으로 생애현역지원창구·실버인재센터·생애현역촉진지역연계사업 등 사회참여와 지역활동을 지원함. 시사점은 고령자의 건강한 생활을 의료·돌봄서비스에만 한정하지 않고 주거 안정, 생활지원, 예방, 사회참여를 지역사회 안에서 통합적으로 조직한다는 점임
- (독일) 이웃돌봄·무장애 주거·공동체 기반 계속거주 - 지역 이웃과 가족 구성원을 하나의 네트워크로 구성해 장보기·동행·말벗·가사노동 지원 등을 제공하

고, 참여자가 주당 2~4시간의 자율적 자원봉사부터 주당 8~40시간의 시간제·전일제 고용까지 참여할 수 있는 '참여의 사다리'를 형성함. 무장애 주택 개조 비용을 저리 대출 최대 50,000유로, 보조금 최대 6,250유로로 지원하고, 다세대 공동주거 모델도 운영함. 시사점은 건강증진 지원체계가 개인의 건강행태 개선뿐 아니라 관계망과 생활환경 개선을 함께 포함해야 한다는 점임

- (덴마크) Aging in Place와 예방방문 중심의 자립생활 지원 - 노인의 자립생활을 목표로 Aging in Place 정책을 추진하여 1987년「노인주거법」개정으로 신규 요양시설 건설을 금지하고 기존 시설을 적응형 거주 형태로 전환하였으며, 중앙정부가 정책 설계와 재정을, 98개 지방자치단체가 홈케어·생활지원·예방 가정방문·주택개조를 담당함. 만 82세 이상 또는 취약 고령자를 대상으로 정기 예방 방문을 실시하고 재활 중심의 reablement 프로그램을 운영함. 시사점은 건강증진 정책이 사후 대응보다 사전예방과 생활기능 유지에 초점을 두어야 한다는 점임
- (미국·싱가포르·영국) 사회참여와 전달체계 - 미국은 연령차별금지 원칙에 따라 고령자를 단일한 보호대상으로 분리하기보다 취업 장애요인을 가진 고령층을 지원하며, SCSEP로 55세 이상 저소득 고령자에게 지역사회 서비스 일자리를 제공하고 AARP·SCORE 등 민간·비영리단체가 고령자의 경험을 지역사회 기여활동으로 연결함(조성은 외, 2021). 싱가포르는 정부·노동조합·고용주가 함께 참여하는 삼자 협력체계를 통해 정년 연장과 재고용 정책을 추진하고, Careers Connect, SkillsFuture 등 파트너기관이 역할을 나누는 전달체계를 운영함(조성은 외, 2021). 영국은 Age Positive 캠페인으로 고령 인력에 대한 부정적 인식을 개선하고 Jobcentre Plus를 통해 고용서비스와 복지급여 관리를 통합적으로 제공함(조성은 외, 2021)

III. 경북지역 고령여성 건강 지원 실태 및 수요조사

1) 건강상태 및 신체기능

- 평소 건강상태를 보통으로 보는 응답이 가장 많았으나 스스로 건강이 나

쁘다고 인식하는 고령여성도 4명 중 1명(25.0%)에 이름. 좋은 편 37.5%, 보통 37.5%, 나쁜 편 25.0%이며 접근성 취약지역의 부정 응답(27.0%)이 양호지역(23.0%)보다 다소 높았으나 유의미한 차이는 없었음

- 피로는 지역 구분 없이 대부분의 고령여성이 겪고 있는 문제이며, 지난 한 달간 피로 경험 응답이 87.5%(양호 87.0%, 취약 88.0%)에 이르고 이 가운데 '항상' 또는 '거의 대부분' 느낀다는 응답도 16.5%로 적지 않음. 일상적인 피로를 노화에 따른 자연스러운 현상으로 넘기기보다 수면·영양·신체활동과 연결해 관리할 필요가 있음
- 다만 계단오르기와 보행능력의 저하는 접근성 취약지역에서 뚜렷하게 드러남. 쉬지 않고 계단 10개를 오르기 힘들다는 응답은 25.3%로 취약지역(30.0%)이 양호지역(20.5%)보다 9.5%p 높았고(χ^2=4.782, p<.05), 도움 없이 300m를 혼자 이동하기 힘들다는 응답도 18.8%로 취약지역(23.5%)과 양호지역(14.0%)의 격차가 9.5%p로 같았음(χ^2=5.924, p<.05). 생활권 안에서 참여할 수 있는 근력·보행 유지 프로그램을 먼저 배치하고 이동 지원과 묶어 운영할 필요가 있음
- 만성질환을 5개 이상 보유한 응답자는 11.5%(46명)로 지역에 따른 차이가 없었고, 특별한 이유 없이 체중이 5% 이상 줄었다는 응답은 1.8%(7명)에 그쳤음. 일상의 기능을 유지할 수 있도록 저하가 나타나기 전에 개입하는 예방 중심 접근이 필요함

2) 정신건강·인지·사회적관계

- 현재 생활에 만족한다는 응답이 87.0%로 높았으나 지루함 14.0%과 외로움 8.5%는 절망감 4.5%, 외출활동 기피 4.0%, 무가치함 3.8%에 비해 상대적으로 높게 나타났으며 모든 항목에서 지역 간 차이는 유의미하지 않았음. 여가와 관계 형성을 통한 정서지원을 지역 구분 없이 운영할 필요가 있음
- 가족·친척 관계는 대체로 유지되고 있으나 실제로 기댈 수 있는 관계는

넓지 않음. 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척이 2명 이하(1명 30.0%+2명 43.3%)가 73.3%, 필요할 때 도움을 받을 수 있는 가족·친척이 2명 이하(1명 27.5%+2명 46.5%)가 74%로 대부분을 차지하였고, 전혀 없다는 응답도 각각 5.3%(21명), 5.5%(22명) 있었음. 따라서 관계망이 좁거나 교류관계가 없는 고령여성을 먼저 찾아내고 가족을 대신할 지원체계를 마련할 필요가 있음

- 친구 관계는 지역 유형에 따라 양상이 반대로 나타남. 한 달에 한 번 이상 만나거나 연락하는 친구가 5명 이상이라는 응답은 취약지역 43.5%로 양호지역 24.0%보다 높았고(χ^2=38.891, p<.001), 반대로 속마음을 나눌 친구가 전혀 없다는 응답은 양호지역 10.5%(21명)가 취약지역 4.5%(9명)보다 많았음(χ^2=30.624, p<.001). 도움을 요청할 친구가 전혀 없다는 전체 응답은 13.0%(52명)로 가족·친척보다 높았음. 마을 공동체가 살아있는 취약지역과 달리 시설 접근성이 좋은 양호지역에서 오히려 관계의 공백이 드러난다는 점에서 양호지역에는 소모임·동아리를 통한 관계 형성 지원을 따로 두어야 함
- 정기적인 사회참여는 경제활동(55.8%)과 경로당(50.5%)에 집중되어 있고 참여 양상은 지역별로 차이가 나타남. 경로당 참여율은 취약지역 78.5%로 양호지역 22.5%를 크게 앞섰고(χ^2=125.453, p<.001), 경제활동(양호지역 72.5% vs 취약지역 39.0%, χ^2=45.492, p<.001)과 동호회(양호지역 16.5% vs 취약지역 7.0%, χ^2=8.704, p<.01)는 양호지역이 높았음. 자원봉사활동 참여율은 10.5%로 두 지역이 같았고 노인복지회관 이용률도 8.3%(취약지역 9.0%, 양호지역 7.5%)로 두 지역 모두 10% 미만이었음. 취약지역은 경로당을 서비스 전달의 거점으로 삼고, 양호지역은 보건소·복지관·동호회 등 여러 접점을 활용하는 방식으로 참여 경로를 나눠 설계할 필요가 있음

3) 건강행태 및 생활습관

- 전체적으로 규칙적으로 운동하고 있다는 응답은 61.5%로 나타났고, 접근성 양호·취약지역이 동일하게 61.5%는 규칙적으로 운동하고 있으나 10명 중 4명(38.5%)은 운동을 하지 않고 있는 것으로 나타남
- 규칙적인 운동을 하고 있다고 응답한 246명 가운데 주된 운동이 걷기라는 응답이 82.9%, 장소가 집 주변이라는 응답이 66.7%였음. 규칙적인 운동 실천자 123명씩을 놓고 보면 취약지역은 체조·스트레칭(30.1%)과 경로당 운동(24.4%)이, 양호지역은 민간 체육시설(15.4%)이 각각 더 많았음. 근력운동을 하고 있다는 응답은 3.7%(9명)에 그쳐, 앞서 확인된 하지 근력 저하를 감안하면 걷기 위주 운동에 근력운동을 강화하는 건강습관을 형성하도록 지원하고, 개인의 운동을 집단 활동으로 연결하여 운동의 지속성을 확보하도록 지원해야 함

4) 서비스 접근성, 전달경로, 연계 실태

- 병원에 가고 싶었지만 가지 못한 경험은 4.5%(18명)로 낮았고 지역 간 차이도 없었으나, 의료기관 이용은 스스로 이동하거나 가족의 차량에 기대는 구조임. 도보 36.3%, 버스·택시 단독 이용 35.5%, 가족·이웃 차량 동행 25.0% 순이었고 이동이 어려워 가지 못한다는 응답도 1.8%(7명) 있었음. 4명 중 1명(25.0%)이 가족·이웃 차량 동행에 의존하고 있다는 것은 신체기능이 떨어지면 의료 접근이 제약될 수 있다는 것으로 이동·동행 지원을 미리 마련해 둘 필요가 있음
- 보건소까지 걸리는 시간은 평균으로 보면 도보 20.1분, 차량 10.1분으로 부담이 크지 않으나, 평균 이상으로 장시간 소요되는 경우를 지원하는 방안이 필요함
- 여러 기관에서 같은 설명을 반복했다는 응답 9.0%(36명), 어디에 무엇을 신청할지 몰라 서비스를 받지 못했다는 응답 6.3%(25명)로 연계·신청의 어려움은 크지 않았음. 다만 마을 안에서 건강관리를 도와줄 곳을 어디로

보는지는 지역에 따라 달랐음. 전체적으로 보건지소·보건진료소라는 응답이 53.3%로 가장 많았고 경로당을 꼽은 비율은 취약지역 43.5%로 양호지역 12.0%를 크게 앞섰음. 반대로 도움받을 곳이 없다는 응답은 양호지역 31.0%로 취약지역 15.5%의 두 배였음. 시설이 있는데도 고령여성이 그것을 접점으로 인식하지 못할 수 있으므로, 안내와 연결을 정비하는 일이 함께 따라야 함

5) 건강증진 서비스 이용경험 및 수요

- 건강증진 서비스는 대체로 알고 있으나 실제 이용으로 이어지지 않는 경우가 많고 서비스별 편차도 큼. 이용 경험은 치매 조기검진 43.3%, 경로당 건강 프로그램 38.3%, 구강 관리 33.5%, 운동·체조교실 27.0% 순이었고, 방문건강관리 2.3%(9명), 영양교육·상담 3.3%(13명), 낙상 예방 교육 5.0%(20명)는 눈에 띄게 낮았음. '알고 있으나 이용하지 않음'이 50% 안팎에서 80% 수준이었고, 영양교육·상담(31.0%)과 낙상 예방 교육(30.5%)은 서비스 자체를 모른다는 응답도 30% 안팎이었음. 특히 낙상 예방 교육은 신체기능 저하가 확인된 상황에서 이용률이 5.0%에 그쳤다는 점에서 내용과 전달 방식을 개선하여 고령여성의 참여를 유도해야 함
- 실제 이용은 시설 등 인프라가 부족한 취약지역에서 오히려 활발한데 그 중심에 경로당이 있음. 경로당 건강 프로그램(취약지역 59.0% vs 양호지역 17.5%), 치매 조기검진(59.0% vs 27.5%), 구강 관리(45.0% vs 22.0%), 운동·체조교실(37.0% vs 17.0%) 모두 취약지역이 양호지역의 두 배를 넘었고 차이도 유의미했음($p<.001$). 서비스가 도움이 되었다는 응답도 취약지역 74.0%로 양호지역 35.5%를 크게 앞섰음($t=8.134$, $p<.001$). 종합하면 인프라가 좋은 접근성 양호지역에서 오히려 건강증진 서비스 이용으로 이어지지 않았으므로, 경로당을 매개로 한 찾아가는 전달구조는 취약지역에서 유지·확대하고 양호지역에 맞는 전달경로를 따로 설계할 필요가 있음

- 앞으로 이용하고 싶은 서비스는 운동·신체활동(37.8%)과 기억력·인지건강(19.3%)에 모여 있고 만성질환 관리 교육(11.5%)과 구강 건강관리(9.8%)가 뒤를 이음. 받고 싶은 장소는 취약지역이 경로당·마을회관(70.5%), 양호지역이 보건소·보건지소(40.5%)로 차이가 있었음(χ^2=73.026, p<.001). 향후 건강증진 서비스는 수요를 반영하여 운동·인지건강을 공통 핵심으로 삼되, 취약지역은 경로당 거점형으로, 양호지역은 보건기관을 중심에 두고 제공할 필요가 있음
- 계속 여기서 살고 싶다는 응답은 96.0%로 두 지역이 같았음. 대부분이 현재 생활권에서 노후를 보내고자 한다는 뜻이므로, 건강증진 서비스는 결국 거주지 안에서 제공되고 활용될 수 있도록 방안을 마련해야 함

6) 디지털 기기·건강정보 및 정책인식

- 스마트폰 보유와 디지털 정보 활용에서 지역 격차가 뚜렷함. 본인 명의 스마트폰 보유율은 전체 77.5%였으나 양호지역 89.5%, 취약지역 65.5%로 차이가 컸음(χ^2=33.630, p<.001). 전체적으로 건강정보는 TV·라디오, 신문·잡지(68.0%)를 통한 습득이 가장 많았고, 인터넷·스마트폰 활용은 양호지역 36.5%로 취약지역 19.5%보다 높은 반면 경로당·복지관 게시판 활용은 취약지역 26.0%로 양호지역 5.0%보다 훨씬 높았음. 양호지역은 모바일을 통한 정보 제공을 넓히고, 취약지역은 전화·문자와 경로당 게시판, 보건기관 안내 등 오프라인 경로를 함께 가져갈 필요가 있음
- 지역 노인 건강증진 서비스 만족도는 취약지역이 높고, 생활환경 만족도는 양호지역이 높게 나타남. 서비스 만족도는 취약지역 3.64점으로 양호지역 3.49점(5점 만점)보다 높았고(t=2.335, p<.05), 반대로 의료시설(양호 3.83 vs 취약 2.79), 상업시설(3.85 vs 2.86), 공공기관(3.77 vs 3.05), 대중교통(3.84 vs 3.33) 등 생활환경 만족도는 양호지역이 모두 유의미하게 높았으며(p<.001) 취약지역의 의료시설·상업시설 만족도는 3점에 미치지 못했음. 한편 이웃과의 교류 기회 만족도는 3.96점으로 조사

항목 가운데 가장 높았고 지역 차이도 없었음(양호 3.99점, 취약 3.93점). 이웃과 경로당, 마을리더 등 이미 형성된 관계를 건강증진 사업의 자원으로 활용하는 방안을 고려해 볼 수 있음

IV. 결론 및 제언

1. 주요 연구결과 요약

- 본 연구는 건강노화 이론, 국내외 정책동향, 경북 고령화 실태 및 건강증진 인프라 분석, 도내 고령여성 400명 생활실태·수요조사를 종합하여 지원체계 구축 방안을 도출하고자 수행함
- 건강노화는 질병이 없는 상태가 아니라 노년기에 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발·유지하는 과정이며(WHO, 2015), 그 결정 요인이 개인의 내재역량과 지역사회 환경의 상호작용에 있다는 점(WHO, 2020), 활동적 노화와 생산적 노화 역시 노인을 참여·기여의 주체로 본다는 점은 고령여성의 건강을 개인의 건강행태로만 볼 것이 아니라 지역사회 안에서 건강하게 살아갈 수 있는 환경을 만들어야 한다는 기본 방향을 제공함
- 경북은 2025년 기준 고령인구 비율 27.5%로 전국 평균(21.2%)을 크게 상회하는 초고령사회이며, 65세 이상 688,172명 가운데 여성이 383,278명(55.7%)으로 남성보다 많고 기대수명도 여성(86.54세)이 남성(80.58세)보다 약 6년 길어 고령화의 여성화가 지역 전반에 공통적으로 나타남. 문제는 이러한 고령여성이 의성군(49.2%), 청도군(46.5%), 봉화군(45.4%) 등 인구의 45% 이상이 고령인 농산어촌에 집중되어 있고, 청송·영양·봉화 등에서는 의료자원 불균형으로 의료 취약성과 고령화가 그대로 겹친다는 점임. 고령여성의 건강문제를 개인 건강관리 차원이 아닌 고령화·여성화·독거화·의료취약성이 중첩된 구조적 문제로 보고 지역사회 차원의 대응체계를 마련해야 할 필요성을 보여줌
- 해외 사례도 같은 방향을 보여줌. 일본의 지역포괄케어, 독일의 이웃돌봄, 덴마크의 예방 가정방문을 축으로 한 Aging in Place 정책은 모두 개별

프로그램 확대가 아니라 생활권 단위의 자원연계, 사전예방적 개입, 고령자의 사회활동 참여를 함께 추진하고 있으며, 단순히 프로그램을 늘리는 것만으로는 고령자의 건강을 지킬 수 없다는 점이 공통된 시사점임

- 실태조사에서는 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식하는 응답이 37.5%에 그친 반면 피로 경험 87.5%, 계단 오르기 어려움 25.2%, 300m 보행 어려움 18.8%였고 만성질환 5개 이상 보유자도 11.5%(46명)에 이름. 질병 유무보다 일상의 신체기능 유지와 낙상예방이 먼저 자리 잡아야 함을 보여줌. 서비스별 이용 경험은 치매 조기검진 43.3%, 경로당 건강 프로그램 38.3%, 구강 관리 33.5%인 반면 낙상 예방 교육 5.0%, 영양교육·상담 3.3%, 방문건강관리 2.3%에 그쳐 서비스가 있어도 이용으로 이어지지 않는 구조가 확인되었고, 특히 신체기능 저하가 확인된 상황에서 낙상 예방 교육 이용이 5.0%에 머문 점은 전달 방식 개선이 필요함을 보여줌
- 고령여성은 고립감, 소외감, 지루함, 외로움을 일부 경험하고 있지만 전반적으로 정신건강 상담 이용 경험은 7.8%에 불과해 신체 건강과 정서지원을 함께 다룰 필요가 확인됨. 규칙적 운동 실천율은 61.5%이지만 종목이 걷기(82.9%)에, 장소가 집 주변(66.7%)에 편중되고 근력운동 실천은 3.7%에 그쳐 확장할 여지가 큼. 희망 서비스는 운동·신체활동(37.8%), 기억력·인지건강(19.3%), 만성질환 관리(11.5%) 순이었고, 현재 거주지에 계속 거주하겠다는 의향이 96.0%로 매우 높아 거주지 기반 지원체계 마련이 바람직함
- 특히 접근성 양호지역과 취약지역의 여건 차이가 주목됨. 취약지역은 의료시설 이용 편의성 만족도(2.79점)와 스마트폰 보유율(65.5%)이 낮은 대신 경로당 참여율이 78.5%에 이르고 건강증진 서비스가 도움이 되었다는 응답도 74.0%로 높아 경로당·마을회관 거점형 지원, 이동·동행 지원, 오프라인 정보제공이 유효할 것으로 확인됨. 반면 양호지역은 스마트폰 보유율(89.5%)과 경제활동 참여율(72.5%)이 높음에도 건강증진 서비스를 알고 있으나 이용하지 않았다는 응답이 전반적으로 취약지역보다 많았고, 개인적 고민을 나눌 친구가 전혀 없다는 응답이 10.5%로 취약지역

(4.5%)보다 오히려 높아(χ^2=30.624, p<.001) 시설 접근성이 좋다고 해서 건강지원으로 이어지지는 않으며 정서적 지지체계가 상대적으로 협소함을 보여줌. 희망 제공 장소도 양호지역은 보건소·보건지소(40.5%), 취약지역은 경로당·마을회관(70.5%)으로 뚜렷이 갈라져(χ^2=73.026, p<.001) 같은 서비스를 일률적으로 공급하는 방식보다 지역 특색을 고려한 접근법이 바람직함

2. 고령여성 건강 증진 지원체계 구축 방안

- 고령여성 건강증진 지원체계는 고령여성이 거주하는 생활권 안에서 건강증진 서비스를 체계적으로 제공받을 수 있도록 지원하는 것이 가장 큰 목적임. 경북은 22개 시·군 간에도 차이가 있지만 같은 시·군 안에서도 지역간 차이가 크므로, 시군 단위로 지역을 구분하기보다 시군 내 건강증진 인프라 접근성의 차이를 고려하여 접근성 양호지역과 접근성 취약지역으로 구분하고, 이를 기준으로 지원체계를 제안함. 두 지역은 여건이 다르므로 접근 방식과 중심 거점도 달리하는 방안을 함께 제안함. 또 새로운 시설이나 인력을 배치하기보다 경로당 행복선생님, 노인맞춤돌봄서비스 생활지원사, 보건소·보건지소·보건진료소 전문인력, 읍·면·동 행정복지센터, 도내에서 추진 중인 의료·요양·돌봄 통합지원체계 등 이미 지역에서 활동하고 있는 인력과 사업을 연계하는 방식으로 제안함
- 건강위험 예방과 역량강화 : 생활권 안에서 건강위험을 조기에 발견해 전문기관으로 연계하고(① 생활권 건강위험 조기발견 및 전문기관 연계), 주거와 생활환경의 안전위험을 미리 점검함(② 고령친화 생활환경 조성 및 안전위험 예방). 경로당 행복선생님과 노인맞춤돌봄 생활지원사가 관찰자이자 연결자 역할을 맡고, 보건소가 건강관리 전문기관으로서 건강상태 확인과 서비스 연결을 담당함
- 이와 함께 운동·영양·인지건강·만성질환 예방관리를 묶은 통합형 건강노화 프로그램을 운영하고(③ 통합형 건강노화 프로그램 운영), 일상에서 건강생활

을 지속하도록 생활권 인력을 건강 코디네이터로 양성해 자기관리 역량을 강화함(④ 일상 기반 건강 실천과 자기관리 역량 강화). 프로그램은 취약지역은 경로당 중심의 마을거점형으로, 양호지역은 보건소·복지관·체육시설을 연계한 기관연계형으로 운영함

- 지역사회 기반 건강지원체계 구축 : 별도의 건강시설을 신설하기보다 보건소·보건지소·보건진료소, 읍·면·동 행정복지센터, 경로당·마을회관 등 기존 자원을 활용해 지역유형별 건강거점을 운영하고(⑤ 지역유형별 건강거점 운영), 이동이 어려운 고령여성에게는 찾아가는 건강관리와 이동·동행 지원을 제공함(⑥ 찾아가는 건강관리 및 이동·동행 지원)
- 건강 및 기능상태가 변화해도 서비스가 끊기지 않도록 생활권 인력의 조기발견과 전문기관의 사례관리를 연결하고(⑦ 사례관리 및 서비스 연속성 강화), 온·오프라인을 병행한 건강정보 전달로 디지털 격차를 완화함(⑧ 건강정보 전달체계 구축 및 디지털 격차 완화). 이를 통해 살던 곳에서 필요한 서비스를 이용하며 생활을 지속하는 지역사회 계속거주를 뒷받침함
- 관계·참여 기반 지속가능성 확보 : 고령여성을 고립예방 지원의 수혜자로만 두지 않고 스스로 모임을 만들고 서로를 돌보는 주체로 참여시켜 마을 단위 모임망을 지원하고(⑨ 고립·외로움 예방 관계망 지원), 마트·동네병원·반찬가게 등 고령여성의 주요 생활시설을 안부거점으로 삼아 고립 위험을 조기에 발견함(⑩ 생활 접점 안부거점 운영). 모임에 나올 수 있는 고령여성에게는 관계망을, 나오기 어려운 고령여성에게는 안부거점의 연결을 통해 고립예방 지원의 빈틈을 메움
- 아울러 마을에 오래 살아온 고령여성의 경험과 생활 노하우를 일자리로 연결하고(⑪ 고령여성 건강 참여형 노인일자리 확대), 걷기동아리 등 건강공동체의 자조활동과 건강리더를 지원해(⑫ 건강공동체 자조활동과 건강리더 지원) 건강활동이 관계와 참여 속에서 지속되도록 함
- 이와 같은 연구결과를 종합하면, 건강위험을 생활권 안에서 조기에 발굴하고 예방하는 체계, 지역 여건에 맞게 건강지원이 실제로 전달되는 체계, 관계와 참여를 통해 건강활동이 지속되는 기반을 함께 갖추어야 하며, 그

동안 개별 사업 중심으로 운영되어 온 유사 기능의 프로그램과 자원을 하나의 체계로 재구성하는 방식으로 접근할 필요가 있음. 이에 본 연구는 "경북 고령여성이 살던 곳에서 건강하게 생활하는 예방 중심 생활권 건강 지원체계 구축"을 비전으로 설정하고, 「건강위험 예방과 역량강화」, 「지역사회 기반 건강지원체계 구축」, 「관계·참여 기반 지속가능성 확보」의 3개 정책영역과 6개 추진과제, 12개 세부과제로 구성되는 경북형 고령여성 건강증진 지원체계를 제안함

<표 1> 경북 고령여성 건강 증진 지원체계 구축 방안

정책영역	추진과제	세부과제
건강위험 예방과 역량강화	건강위험의 조기발견과 기능유지	① 생활권 건강위험 조기발견 및 전문기관 연계 ② 고령친화 생활환경 조성 및 안전위험 예방
	생활실천형 건강역량 강화	③ 통합형 건강노화 프로그램 운영 ④ 일상 기반 건강 실천과 자기관리 역량 강화
지역사회 기반 건강지원체계 구축	지역맞춤형 서비스 전달체계 구축	⑤ 지역유형별 건강거점 운영 ⑥ 찾아가는 건강관리 및 이동·동행 지원
	건강·의료·돌봄 연계와 계속거주 지원	⑦ 사례관리 및 서비스 연속성 강화 ⑧ 건강정보 전달체계 구축 및 디지털 격차 완화
관계·참여 기반 지속가능성 확보	고립예방과 정서지원 체계 구축	⑨ 고립·외로움 예방 관계망 지원 ⑩ 생활 접점 안부거점 운영
	고령여성 건강참여 기반 조성	⑪ 고령여성 건강 참여형 노인일자리 확대 ⑫ 건강공동체 자조활동과 건강리더 지원

목 차

Ⅰ. 서론 ····· 1
1. 연구의 필요성 및 목적 ····· 3
2. 연구범위 및 연구내용 ····· 8
3. 연구방법 및 연구 수행 절차 ····· 9

Ⅱ. 이론적 배경 및 국내외 정책 동향 ····· 11
1. 건강노화의 개념과 핵심요소 ····· 13
2. 경상북도 고령화 실태 및 건강증진 인프라 현황 ····· 18
3. 국내 고령자 건강증진 정책 및 지역사회 지원체계 현황 ····· 27
4. 해외 정책사례 ····· 34

Ⅲ. 경북지역 고령여성 건강 지원 실태 및 수요조사 ····· 41
1. 조사개요 ····· 43
2. 조사결과 ····· 45
3. 조사결과 요약 및 시사점 ····· 112

Ⅳ. 결론 및 제언 ····· 119
1. 주요 연구결과 요약 ····· 121
2. 고령여성 건강 증진 지원체계 구축 방안 ····· 125

참고문헌 ····· 149
부록 ····· 155

표 목 차

<표 Ⅱ-1> 노화의 핵심 정의 ····· 16
<표 Ⅱ-2> 경상북도 고령인구비율(2025년 기준) ····· 19
<표 Ⅱ-3> 경상북도 기대수명 ····· 19
<표 Ⅱ-4> 경상북도 독거노인가구비율(2026년 기준) ····· 20
<표 Ⅱ-5> 경상북도 사망원인(2024년 기준) ····· 21
<표 Ⅱ-6> 경상북도 고령여성의 주요 사망원인 현황(남성 대비 사망률이 높은 질환, 2024년 기준) ····· 23
<표 Ⅱ-7> 경상북도 공공의료기관 및 지역 현황(2024년 12월 말 기준) ····· 24
<표 Ⅱ-8> 지역사회 지원체계 운영 현황 ····· 30

<표 Ⅲ-1> 대상 지역 ····· 44
<표 Ⅲ-2> 응답자 특성 ····· 45
<표 Ⅲ-3> 건강상태 ····· 46
<표 Ⅲ-4> 지난 한 달 동안 피로 경험 ····· 47
<표 Ⅲ-5> 계단오르기 수행 능력 ····· 48
<표 Ⅲ-6> 300m 보행 능력 ····· 49
<표 Ⅲ-7> 만성질환 5개 이상 보유 여부 ····· 50
<표 Ⅲ-8> 체중 5% 이상 감소 여부 ····· 51
<표 Ⅲ-9> 일주일 동안 경험한 기분과 감정 ····· 52
<표 Ⅲ-10> 일주일 동안 경험한 기분과 감정 ····· 53
<표 Ⅲ-11> 고립감 ····· 55
<표 Ⅲ-12> 소외감 ····· 56
<표 Ⅲ-13> 단절감 ····· 56
<표 Ⅲ-14> 월 1회 이상 연락·만남 가족·친척 수 ····· 57
<표 Ⅲ-15> 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척 수 ····· 58

<표 Ⅲ-16> 필요 시 도움을 받을 수 있는 가족·친척 수 ····· 59
<표 Ⅲ-17> 월 1회 이상 연락·만남 친구 수 ····· 60
<표 Ⅲ-18> 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 친구 수 ····· 61
<표 Ⅲ-19> 필요 시 도움을 요청할 수 있는 친구 수 ····· 62
<표 Ⅲ-20> 정기적으로 참여하는 모임 ····· 63
<표 Ⅲ-21> 동호회 ····· 64
<표 Ⅲ-22> 친목단체 ····· 65
<표 Ⅲ-23> 자원봉사활동 ····· 66
<표 Ⅲ-24> 경로당 ····· 67
<표 Ⅲ-25> 노인복지회관 ····· 68
<표 Ⅲ-26> 경제활동 ····· 69
<표 Ⅲ-27> 규칙적인 운동 ····· 70
<표 Ⅲ-28> 주된 운동 ····· 71
<표 Ⅲ-29> 주요 운동 장소 ····· 73
<표 Ⅲ-30> 최근 1년간 병원에 가지 못한 경험 ····· 74
<표 Ⅲ-31> 병원에 가지 못한 주된 이유 ····· 75
<표 Ⅲ-32> 도보 ····· 76
<표 Ⅲ-33> 차량(버스, 승용차) ····· 77
<표 Ⅲ-34> 도보로 갈 수 없고 차량만 가능 ····· 78
<표 Ⅲ-35> 의료기관 방문 시 주 이동수단 ····· 79
<표 Ⅲ-36> 동일한 설명 반복 ····· 80
<표 Ⅲ-37> 서비스 신청 정보 부족 ····· 80
<표 Ⅲ-38> 지역 내 건강관리 지원받을 수 있는 시설 ····· 81
<표 Ⅲ-39> 이용해 본 건강증진 서비스 ····· 82
<표 Ⅲ-40> 방문건강관리 ····· 83
<표 Ⅲ-41> 운동·체조교실 ····· 84
<표 Ⅲ-42> 영양교육·상담 ····· 85
<표 Ⅲ-43> 치매 조기검진 ····· 86

<표 Ⅲ-44> 구강관리 ····· 87
<표 Ⅲ-45> 만성질환 관리 교육 ····· 88
<표 Ⅲ-46> 낙상 예방 교육 ····· 89
<표 Ⅲ-47> 정신건강 상담 ····· 90
<표 Ⅲ-48> 경로당 건강 프로그램 ····· 91
<표 Ⅲ-49> 찾아가는 의료서비스 ····· 92
<표 Ⅲ-50> 이용 서비스 실제 도움 정도 ····· 93
<표 Ⅲ-51> 서비스 이용 시 불편한 점 ····· 94
<표 Ⅲ-52> 향후 받고 싶은 건강증진 서비스 ····· 96
<표 Ⅲ-53> 희망하는 건강증진 프로그램 제공 장소 ····· 97
<표 Ⅲ-54> 현 거주지 유지 의향 ····· 98
<표 Ⅲ-55> 본인 명의 휴대전화 보유 여부 ····· 99
<표 Ⅲ-56> 건강정보 습득 경로 ····· 100
<표 Ⅲ-57> 지역의 노인 건강증진 서비스 전반적 만족도 ····· 101
<표 Ⅲ-58> 현재 살고 있는 지역사회 만족도 ····· 102
<표 Ⅲ-59> 상업시설 이용 편의성 ····· 103
<표 Ⅲ-60> 의료시설 이용 편의성 ····· 104
<표 Ⅲ-61> 공공기관 이용 편의성 ····· 105
<표 Ⅲ-62> 대중교통 이용 편의성 ····· 106
<표 Ⅲ-63> 공원 및 녹지 이용 편의성 ····· 107
<표 Ⅲ-64> 주변 도로의 보행 안전 ····· 108
<표 Ⅲ-65> 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태 ····· 109
<표 Ⅲ-66> 이웃과의 교류 기회 ····· 110
<표 Ⅲ-67> 지역사회 환경 전반 ····· 111

<표 Ⅳ-1> 경북 고령여성 건강 증진 지원체계 구축 방안 ····· 124

그 림 목 차

[그림 Ⅰ-1] 연구절차 ····· 10

[그림 Ⅱ-1] 경상북도 지역 공공보건의료 접근성 ····· 25

[그림 Ⅲ-1] 건강상태 ····· 46
[그림 Ⅲ-2] 지난 한 달 동안 피로 경험 ····· 47
[그림 Ⅲ-3] 계단오르기 수행 능력 ····· 48
[그림 Ⅲ-4] 300m 보행 능력 ····· 49
[그림 Ⅲ-5] 만성질환 5개 이상 보유 여부 ····· 50
[그림 Ⅲ-6] 체중 5% 이상 감소 여부 ····· 51
[그림 Ⅲ-7] 일주일 동안 경험한 기분과 감정 ····· 52
[그림 Ⅲ-8] 고립감 ····· 54
[그림 Ⅲ-9] 소외감 ····· 55
[그림 Ⅲ-10] 단절감 ····· 56
[그림 Ⅲ-11] 월 1회 이상 연락, 만남 가족·친척 수 ····· 57
[그림 Ⅲ-12] 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척 수 ····· 58
[그림 Ⅲ-13] 필요 시 도움을 받을 수 있는 가족·친척 수 ····· 59
[그림 Ⅲ-14] 월 1회 이상 연락, 만남 친구 수 ····· 60
[그림 Ⅲ-15] 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 친구 수 ····· 61
[그림 Ⅲ-16] 필요 시 도움을 요청할 수 있는 친구 수 ····· 62
[그림 Ⅲ-17] 정기적으로 참여하는 모임 ····· 63
[그림 Ⅲ-18] 동호회 ····· 64
[그림 Ⅲ-19] 친목단체 ····· 65
[그림 Ⅲ-20] 자원봉사활동 ····· 66
[그림 Ⅲ-21] 경로당 ····· 67

[그림 Ⅲ-22] 노인복지회관 ····· 68
[그림 Ⅲ-23] 경제활동 ····· 69
[그림 Ⅲ-24] 규칙적인 운동 ····· 70
[그림 Ⅲ-25] 주된 운동 ····· 71
[그림 Ⅲ-26] 주요 운동 장소 ····· 72
[그림 Ⅲ-27] 최근 1년간 병원에 가지 못한 경험 ····· 73
[그림 Ⅲ-28] 병원에 가지 못한 주된 이유 ····· 74
[그림 Ⅲ-29] 도보 ····· 75
[그림 Ⅲ-30] 차량(버스, 승용차) ····· 76
[그림 Ⅲ-31] 도보로 갈 수 없고 차량만 가능 ····· 77
[그림 Ⅲ-32] 의료 서비스 기관 방문 시 주 이동수단 ····· 78
[그림 Ⅲ-33] 동일한 설명 반복 ····· 79
[그림 Ⅲ-34] 서비스 신청 정보 부족 ····· 80
[그림 Ⅲ-35] 지역 내 건강관리 지원받을 수 있는 시설 ····· 81
[그림 Ⅲ-36] 이용해 본 건강증진 서비스 ····· 82
[그림 Ⅲ-37] 방문건강관리(간호사 가정 방문) ····· 83
[그림 Ⅲ-38] 운동·체조교실 ····· 84
[그림 Ⅲ-39] 영양교육·상담 ····· 85
[그림 Ⅲ-40] 치매 조기검진 ····· 86
[그림 Ⅲ-41] 구강 관리 ····· 87
[그림 Ⅲ-42] 만성질환 관리 교육 ····· 88
[그림 Ⅲ-43] 낙상 예방 교육 ····· 89
[그림 Ⅲ-44] 정신건강(우울·불안) 상담 ····· 90
[그림 Ⅲ-45] 경로당 건강 프로그램 ····· 91
[그림 Ⅲ-46] 찾아가는 의료서비스 ····· 92
[그림 Ⅲ-47] 이용 서비스 실제 도움 정도 ····· 93
[그림 Ⅲ-48] 서비스 이용 시 불편한 점 ····· 94
[그림 Ⅲ-49] 향후 이용하고 싶은 건강증진 서비스 ····· 95

[그림 Ⅲ-50] 희망하는 건강검진 프로그램 제공 장소 ····· 96
[그림 Ⅲ-51] 현 거주지 유지 의향 ····· 97
[그림 Ⅲ-52] 본인 명의 휴대전화 보유 여부 ····· 98
[그림 Ⅲ-53] 건강정보 습득 경로 ····· 99
[그림 Ⅲ-54] 지역의 노인 건강증진 서비스 전반적 만족도 ····· 100
[그림 Ⅲ-55] 현재 살고 있는 지역사회 만족도 ····· 102
[그림 Ⅲ-56] 상업시설 이용 편의성 ····· 103
[그림 Ⅲ-57] 의료시설 이용 편의성 ····· 104
[그림 Ⅲ-58] 공공기관 이용 편의성 ····· 105
[그림 Ⅲ-59] 대중교통 이용 편의성 ····· 106
[그림 Ⅲ-60] 공원 및 녹지 이용 편의성 ····· 107
[그림 Ⅲ-61] 주변 도로의 보행 안전 ····· 108
[그림 Ⅲ-62] 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태 ····· 109
[그림 Ⅲ-63] 이웃과의 교류 기회 ····· 110
[그림 Ⅲ-64] 지역사회 환경 전반 ····· 111

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 연구범위 및 연구내용
3. 연구방법 및 연구 수행 절차

Ⅰ. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

1) 연구의 필요성

□ **전 세계적 고령화 추세에 따른 건강노화에 대한 관심과 대응책 마련 필요성 부각**

○ 전 세계는 급속한 고령화 국면에 진입해 있으며, 65세 이상 인구는 2021년 7억 6,100만 명에서 2050년 16억 명으로 2배 이상 증가할 것으로 전망됨(UN, 2023b). 이는 단순한 인구구조 변화에 그치지 않고 사회 전반의 돌봄·의료·소득보장 체계에 구조적 부담을 확대시키는 요인으로 작용함

○ 고령인구의 증가는 장기요양 수요 증가, 연금·의료비 등 사회보장 지출 부담 가중, 취약 노인의 건강격차 심화, 돌봄 사각지대 확대 등 복합적인 사회문제를 수반함. 이에 UN(2023a)은 실제로 이미 많은 국가에서 공공지출이 증가하는 장기요양 수요를 충분히 감당하지 못하고 있음을 지적하고 있음

○ 기대수명 연장이 곧바로 삶의 질 향상으로 직결되지 않음. WHO(2025b)는 늘어난 수명만큼 건강하게 보내는 기간이 충분히 확보되지 않을 경우, 늘어난 생존기간이 오히려 신체·정신적 기능 저하와 돌봄 의존 기간의 증가로 연결될 수 있음을 경고하며 이에 대한 대책마련이 시급함을 강조하였음. 따라서 고령화 대응은 단순히 '얼마나 오래 사는가'가 아니라 노년기에도 기능적·정신적·사회적으로 덜 의존적이며 필요한 역량을 발휘할 수 있도록 지원하는 건강노화(Healthy Ageing) 중심으로 정책 패러다임의 전환이 필요함

○ 이러한 문제의식 속에서 WHO는 2020년 '유엔 건강노화 10년(UN Decade of Healthy Ageing, 2021~2030)'을 추진하며, 건강노화를 개인의 생활습관 개선만으로 해결할 수 없는 사회·환경·전달체계 차원의 구조적 과제로 규정하였음. WHO가 제시한 4대 행동영역은 (1) 연령차별(ageism) 대응, (2) 고령친화적 환경 조성, (3) 사람 중심 통합돌봄·통합보건(integrated care) 강화, (4) 질 높은 장기요양(long-term care) 접근성 확대이며, 이는 건강노화가 지역사회 환경과

인식, 서비스 전달체계 개선, 돌봄 접근성까지 포괄하는 과제임을 보여줌(WHO, 2020)

○ 우리나라는 2024년 12월 65세 이상 인구 비중이 20%를 넘어 초고령사회에 진입하였으며, 2025년 12월 말 기준 그 비중은 21.2%에 이름(행정안전부, 2026). 향후 65세 이상 고령인구 비중은 2072년 47.7%까지 증가할 전망(국가데이터처, 2023)될 만큼 고령화 속도가 OECD 국가 중 가장 빠른 수준임. 기대수명 역시 지속해 증가하여 2026년 84.7세에서 2040년 87.2세까지 높아질 것으로 예측되고 있으나(KOSIS 국가통계포털, 2022), 단순히 '얼마나 오래 사는가'만으로는 노년기의 삶의 질을 평가하기 어려운 국면에 접어들고 있음. 기대수명은 늘어나는 반면, 만성질환과 기능저하로 일상생활 수행이 어려운 기간이 함께 길어진다면 노년기 빈곤·의존·사회적 고립이 심화되고, 의료·돌봄 지출 부담 또한 급증하게 될 것임. 따라서 우리나라 역시 급속한 초고령사회 진입에 대비하여, "얼마나 오래 사는가"가 아니라 "얼마나 건강하고, 덜 의존하며, 지역사회에서 존엄하게 생활하는 기간을 늘리는가"에 초점을 둔 건강노화 정책과 지역사회 기반 지원체계를 서둘러 마련할 필요가 있음

□ **경상북도 고령화 심화에 따른 '고령여성 건강격차' 대응의 정책적 시급성**

○ 경상북도 고령화 수준은 전국 평균보다 높은 수준임. 2025년 12월 말 기준 65세 이상 인구 비율은 27.5%이고, 특히 여성의 고령인구 비율은 31.0%(남성 고령인구 비율 24.0%)로 나타남. 이러한 인구학적 상황은 '지방소멸' 위험과 결합하면서, 시군 간, 도농 간 보건·복지·돌봄 인프라의 공급 불균형(지역 간 격차)을 심화시키고 고령자의 건강관리 '접근성'을 악화시킬 가능성이 큼(윤현우 등, 2025)

○ 여성은 평균적으로 기대수명(2024년 출생아 기준 86.6년)이 남성(2024년 출생아 기준 80.8년)보다 길고(국가데이터처, 2025), 독거·돌봄 부담·빈곤 위험에 노출될 가능성이 상대적으로 높아(강은나, 이민홍, 2018) 동일한 고령화 환경에서도 건강노화의 결과가 성별에 따라 다르게 나타날 수 있다는 점에서 정책적 관심이 필요함

○ 또한 초고령사회에서는 '치료' 중심 접근만으로는 지속가능성이 낮으며, 노쇠(frailty)·낙상·인지저하 등으로 인해 일상 기능이 저하되기 전에 예방 중심 개입을 생활권 단위에서 촘촘히 제공하는 체계가 핵심이 됨. 고령사회를 이미 경험한 일

본은 근력, 구강기능, 인지+운동 결합 프로그램 등이 지역사회에 확산되는 방식을 통해 고령사회에 적극적으로 대응하고 있음

□ **“경북형 예방-연계-생활권” 중심의 건강증진 지원체계 구축 필요**

○ 경상북도는 농산어촌 지역이 광범위하고 교통 접근성이 취약한 곳이 다수 존재하여, 거점 병원 중심의 의료 모델만으로는 고령여성의 건강노화 수요에 효과적으로 대응하기 어려움. 이에 따라 경북의 고령여성 건강정책은 개별 사업의 확대만으로는 한계가 있으며, 이는 생활권 내에서 예방(신체활동·영양·인지·정신건강 관리 등)과 사회참여, 취약계층 발굴·지원이 분절되지 않고 연결되는 건강증진 지원체계로 전환될 필요가 있음. WHO가 건강노화의 핵심 조건으로 제시한 ‘기능적 능력(functional ability)의 유지·발휘를 위한 환경 조성’과도 맥을 같이하며, 돌봄이 아닌 예방의 관점에서 지역사회 자원을 재구조화하는 접근임

○ 특히 고령여성의 건강노화 준비도는 단일요인에 의해 결정되기보다는 신체활동, 정신건강 및 인지기능, 사회적지지, 디지털 문해 등 다양한 요인의 결합 결과로 판단할 수 있음. 그러나 경북의 경우 22개 시군별 인프라 격차와 이동환경 및 정보 접근성 등의 차이로 인해 ‘건강하게 오래 살기’에 대한 인식과 실행 수준은 다를 수 있음. 따라서 이를 실증적으로 점검하여 생활권 기반 건강증진 지원체계 구축 방안에 대해 살펴볼 필요가 있음

○ 22개 시군으로 구성된 경상북도는 시단위와 군단위 지역간의 격차가 크게 발생할 뿐만 아니라 같은 시·군 안에서도 격차가 크게 나타남. 시 지역에서는 시청 소재지인 동 지역과 그 외 읍 지역 간에, 군 지역에서는 군청 소재지인 읍과 면 지역 간에 보건기관·복지시설·체육시설·의료기관 등 건강증진 관련 인프라의 분포와 이동 여건이 다르게 나타남. 그래서 같은 시·군에 거주하는 고령여성이라도 어느 생활권에 속하는지에 따라 건강증진 서비스에 도달하는 조건이 달라짐

○ 이에 본 연구에서는 22개 시군을 단위로 지역을 구분하여 비교하기보다, 시·군 단위 내 지역별 차이를 고려하여 건강증진 관련 인프라 접근성이 양호한 지역과 취약한 지역으로 구분하여 살펴보고자 함. 구분의 기준은 해당 지역이 도시의 형태를 갖춘 지역인지 여부와 시청·군청 등 행정 중심지에 해당하는지

여부, 보건소·보건지소·보건진료소 및 의료기관 등 건강증진 관련 자원이 소재하는지 여부 등으로 삼음. 시 지역은 시의 중심 기능이 모여 있는 동 지역을 양호지역으로, 시 기능이 미치지 않는 읍 지역을 취약지역으로 구분하고, 군 지역은 군의 중심지인 군청 소재지 읍을 양호지역으로, 그 외 면 지역을 취약지역으로 구분함

❍ 이러한 구분은 고령여성이 거주하는 생활권 안에서 건강증진 서비스를 체계적으로 제공받을 수 있는 조건을 확인하기 위한 것임. 접근성이 취약한 지역에 우선적으로 필요한 지원방식을 도출하고, 고령여성이 이동 부담 없이 일상 가까이에서 예방 중심의 건강관리와 사회참여를 이어가도록 함으로써, 신체기능과 정신건강을 유지하며 지역사회에서 존엄하게 생활하는 기간을 늘리는 건강노화의 달성으로 이어지도록 하고자 함

2) 연구의 목적

□ 경북 고령여성 건강노화 지원체계의 현황·공백 진단 및 개선 방향 도출

❍ 본 연구의 목적은 경북지역 고령여성의 건강노화 수준과 건강 증진 여건을 다각도로 살펴보고, 고령여성 대상 건강증진 현황 및 수요조사를 바탕으로 예방 중심의 생활 밀착형 '경북형 건강증진 지원체계' 구축 방안을 제시하는 데 있음. 여기서 '건강증진 지원체계'란 신체활동·인지·정신건강 등 다영역의 건강노화 역량을 생활권 내에서 유지·강화할 수 있도록 하는 예방적 기반을 의미함. 본 연구는 지역을 시군 단위로만 구분하지 않고 시·군 내에서 건강증진 관련 시설 접근성이 양호한 지역과 취약한 지역으로 구분하여 접근하고자 함

❍ 이를 통해 초고령사회 환경 속에서 '얼마나 오래 사는가'가 아니라 '얼마나 건강하고 덜 의존적으로 지역사회에서 생활하는가'라는 건강노화 관점에서 경상북도 차원의 실행 가능한 정책·사업 대안을 도출하고자 함

□ 세부 목적

❍ 경북 고령화 및 여성건강 특성 진단

- 경상북도의 고령화 구조(시·군 단위 격차 포함)와 고령여성의 건강 특성을 다각도

로 분석함. 특히 22개 시군 간 격차와 함께 시 지역의 동·읍, 군 지역의 군청 소재지 읍·면 사이에 나타나는 건강증진 관련 시설 접근성 차이를 함께 살펴봄으로써, 시군 단위 비교만으로는 드러나지 않는 지역 내부의 건강격차를 확인함. 만성질환 유병률, 노쇠(frailty) 및 기능저하 위험, 정신건강·인지기능, 사회적 고립, 건강행태, 의료·건강관리 접근성 등 핵심 건강지표를 중심으로, 성별·지역별 건강격차의 발생 양상과 위험요인을 분석하되 지역 구분은 접근성 양호지역과 취약지역으로 나누어 비교함

○ 건강증진 정책·사업 및 지역사회 지원 여건 분석

- 중앙정부 및 경상북도에서 추진 중인 고령자 건강증진·질병예방 관련 주요 정책과 사업을 정리함. 아울러 초고령사회에 선제적으로 대응해 온 해외 선진국의 건강노화 예방사례(일본, 독일, 덴마크, 미국, 싱가포르 등)를 검토하여 경북 적용 시사점을 도출함

○ 실태 및 수요조사를 통한 생활권 기반 필요 서비스 도출

- 경북 고령여성의 건강노화 준비도(신체적·정신적·사회적 기능 수준)와 예방적 건강관리 요구를 실증적으로 파악함. 조사는 접근성 양호지역과 취약지역의 65세 이상, 80세 미만 여성을 지역별로 나누어 각 200명씩 할당하고 직접방문 방식으로 실시하며, 두 지역 유형의 응답을 비교하여 차이가 큰 항목을 우선순위 도출의 근거로 삼음. 기존 서비스 이용 경험에서의 장벽과 미충족 수요를 함께 고려하여, 생활권 단위에서 우선 도입·확충해야 할 건강증진 서비스를 도출함

○ 경북형 '예방-연계-생활권' 건강증진 지원체계 모델 및 정책 제언 제시

- 현황분석·해외 사례·수요조사 결과를 종합하여, 생활권 단위에서 작동 가능한 건강증진 지원체계의 원칙·구성요소·추진 전략을 제시함. 특히 경로당·보건지소·마을단위 조직 등 경북의 기존 지역자원을 활용한 지속가능한 예방 중심 모델을 설계하고, 경북의 재정·인프라 여건을 고려한 단계별 실행 방안을 제안함
- 지역유형별 적용 방안 제시 : 동일한 사업을 모든 지역에 동일하게 적용하기보다 접근성 양호지역과 취약지역의 여건에 맞추어 제공 방식과 거점을 달리하는 적용 방안을 제시하고자 함

2. 연구범위 및 연구내용

1) 연구범위

○ 본 연구는 경상북도 전 지역을 대상으로 하며 분석의 중심은 경북에 거주하는 고령여성(65세 이상)의 건강노화 및 건강증진 여건에 둠

○ 경북은 도시와 농산어촌·산간지역이 함께 존재해 생활권 조건(이동·교통, 의료·돌봄 인프라, 지역자원 등)에 따라 건강관리 접근성이 달라질 수 있음. 이러한 차이는 22개 시·군 사이에서도 나타나지만 같은 시·군 안에서도 나타나므로, 본 연구에서는 시군 단위로 지역을 구분하기보다 시·군 내 건강증진 인프라 접근성의 차이를 고려하여 접근성 양호지역과 접근성 취약지역으로 나누어 살펴봄. 이를 바탕으로 고령여성이 실제로 겪는 건강관리의 어려움(예방·관리·돌봄 연계 포함)과 서비스 이용 경험, 미충족 수요 및 정책 요구를 지역 특성과 함께 종합적으로 검토함

2) 연구내용

○ 고령여성 건강·생활 여건 현황 분석

- 경상북도 고령여성의 인구·사회적 특성과 건강 관련 특성(만성질환, 기능저하 위험, 정신건강 등)을 통계청 등의 공표자료 및 유관기관 발표 각종 보고서 등을 종합적으로 정리함

○ 중앙정부 및 경상북도 고령자 건강증진 정책 및 지역사회 지원체계 현황 분석

- 중앙정부 및 경상북도에서 추진 중인 고령자 건강증진, 질병예방 관련 주요 정책·사업을 분석하고, 기존의 돌봄·요양 중심 정책과의 접점 및 차별 지점을 검토하여 예방 중심 접근의 제도적 수용 가능성을 진단함
- 더불어 해외 선진국의 고령자 건강증진 지원 우수사례를 분석하여 경상북도 적용 시사점을 도출하고자 함

○ 경북 고령여성 정책 수요조사

- (건강증진 서비스 이용경험 및 체감효과 점검) 고령여성이 그간 이용한 건강증진 서비스(보건소 프로그램, 찾아가는 건강관리, 경로당 기반 활동 등)에 대해 "도움

이 된 부분"과 "이용 과정에서의 장벽"을 중심으로 체감도를 파악하고 개선이 필요한 지점을 정리함

- (우선 정책수요 도출) 고령여성이 요구하는 핵심 지원영역(예: 신체활동·낙상예방, 영양, 우울·고립, 인지, 구강, 정보·디지털 접근 등)을 정리하고, 정책적으로 우선 보완이 필요한 수요를 도출함

❍ 고령여성 건강증진 지원체계 구축을 위한 정책제언 도출

- 현황분석 및 수요조사 결과를 종합하여 경북의 지역 여건을 고려한 정책 추진방향(원칙)을 세우고, 이를 바탕으로 정책영역과 추진과제, 세부과제를 제시함. 아울러 접근성 양호지역과 취약지역에 각각 적용하는 방안을 제시함

3. 연구방법 및 연구 수행 절차

1) 연구방법

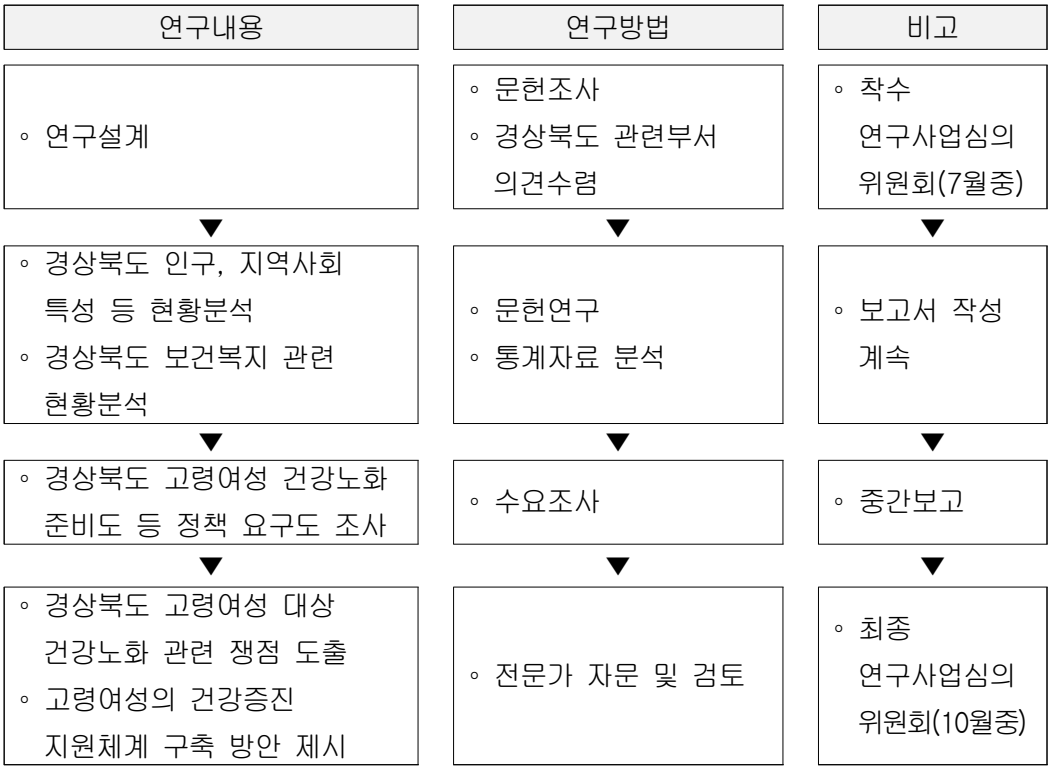
□ 문헌조사 : 통계청, 국회입법조사처, 보건복지부 등에서 발간하는 고령인구 관련 통계 및 연구결과 분석과 함께, 중앙정부 및 경상북도가 추진하는 고령자 건강증진·질병예방 관련 정책·사업 자료를 검토함

□ 수요조사 : 경북지역 거주 고령여성(65세 이상 ~ 80세 미만) 대상 건강노화 준비도 및 건강관련 요구조사(400명)로, 조사 대상은 접근성 양호지역과 취약지역에 거주하는 65세 이상 80세 미만 여성으로 하되 두 지역 유형에 각 200명씩 총 400명을 할당하여 지역 간 비교가 가능하도록 구성함

□ 자문회의 및 의견수렴 : 고령사회 대응 관련 전문가 4인 대상 자문을 통해 의견을 수렴함

2) 연구 수행 절차

❍ 본 연구는 다음과 같은 연구절차에 따라 연구를 수행하고자 함


연구내용
연구방법
비고
◦ 연구설계
◦ 문헌조사
◦ 경상북도 관련부서 의견수렴
◦ 착수 연구사업심의 위원회(7월중)
◦ 경상북도 인구, 지역사회 특성 등 현황분석
◦ 경상북도 보건복지 관련 현황분석
◦ 문헌연구
◦ 통계자료 분석
◦ 보고서 작성 계속
◦ 경상북도 고령여성 건강노화 준비도 등 정책 요구도 조사
◦ 수요조사
◦ 중간보고
◦ 경상북도 고령여성 대상 건강노화 관련 쟁점 도출
◦ 고령여성의 건강증진 지원체계 구축 방안 제시
◦ 전문가 자문 및 검토
◦ 최종 연구사업심의 위원회(10월중)

[그림 Ⅰ-1] 연구절차

Ⅱ. 이론적 배경 및 국내외 정책 동향

1. 건강노화의 개념과 핵심요소
2. 경상북도 고령화 실태 및 건강증진 인프라 현황
3. 국내 고령자 건강증진 정책 및 지역사회 지원체계 현황
4. 해외 정책사례

Ⅱ. 이론적 배경 및 국내외 정책 동향

1. 건강노화의 개념과 핵심요소

1) 건강의 개념 전환 : '질병이 없음'에서 '기능적 삶의 유지'로

□ 건강의 재개념화와 고령사회 정책 의제의 변화

○ 건강은 단순히 질병이 없는 상태를 의미하는 것이 아니라, 개인이 일상생활을 기능적으로 유지하며 가치 있는 삶을 살아갈 수 있는 상태로 이해되어야 함. 특히 고령인구의 경우, 만성질환을 보유하면서도 일상생활을 독립적으로 영위하고 사회적 관계와 참여를 유지하는 것이 현실적인 건강의 목표이므로, '질병 유무'보다 '기능적 삶을 가능하게 하는 조건'이 정책 설계의 핵심 기준이 되어야 함

○ 이러한 맥락에서 볼 때, 고령사회의 건강 정책은 단순히 질병을 예방하고 치료를 지원하는 접근법에서 노년기에도 개인이 가치 있게 여기는 삶을 지속할 수 있도록 지지하는 방향으로 전환되어 왔음. 국제사회에서는 이를 건강노화(healthy ageing), 활동적 노화(active ageing), 성공적 노화(successful aging) 등의 개념으로 설명하고 있으며, 표현 방식과 강조점에는 약간의 차이가 있으나 모두 '노화 과정에서 중요한 것은 질병의 유무가 아니라, 기능적 삶의 유지가 가능한 상태를 만드는 것'이라는 핵심 관점을 공유하고 있음

□ 노화 관련 다양한 개념 비교

○ 건강노화(Healthy ageing): 기능적 능력 유지와 환경의 역할(WHO, 2015)

- WHO는 2015년 『세계 노화와 건강 보고서(World Report on Ageing and Health)』에서 건강노화를 노년기에 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발·유지하는 과정으로 정의하였음. 여기서 기능적 능력이란 개인이 스스로 가치 있다고 여기는 일을 하고 삶을 영위할 수 있게 하는 역량으로, 기본 욕구 충족, 이동, 학습·의사결정, 관계 유지, 사회 기여 등의 능력을 포함함
- WHO는 이러한 기능적 능력이 개인의 내재역량(intrinsic capacity)과 환경(environment)의 상호작용에 의해 결정된다고 설명함. 환경은 가정·지역사회·사

회 전반의 물리적 조건뿐 아니라, 인간관계, 태도와 가치, 보건·사회정책과 서비스 전달체계까지 포괄함. 즉, 건강노화는 개인의 생활습관만의 문제가 아니라, 지역사회의 인프라, 접근성, 사회적 인식, 서비스 전달체계 등 구조적 환경의 영향을 받는 정책 과제임을 명확히 함

○ 활동적 노화(Active ageing):건강·참여·안전의 정책 프레임(WHO, 2002)

- WHO는 2002년 Active Ageing: A Policy Framework에서 활동적 노화를 "나이가 들어가면서 삶의 질을 향상시키기 위해 건강(health), 참여(participation), 안전(security)의 기회를 최적화하는 과정"으로 정의하였음. 여기서 '활동적(active)'이란 신체적 활동만을 의미하는 것이 아니라, 사회·경제·시민·문화 활동에 지속적으로 참여하는 것을 포함하는 광의의 개념임
- 활동적 노화는 고령자를 복지서비스의 수혜 대상으로만 보지 않고, 사회에 적극적으로 참여하고 기여하는 주체로 인식하는 관점의 전환을 담고 있음. 특히 '참여'를 핵심 가치로 두고 건강과 안전을 이를 가능하게 하는 조건으로 설정함으로써, 지역사회 기반의 교육·프로그램·캠페인을 정책 수단으로 정당화하는 이론적 근거를 제공함

○ 성공적 노화(Successful aging)(Rowe & Kahn, 1997):기능·참여 중심의 고전 학술 모델

- Rowe & Kahn(1997)은 성공적 노화를 (1)질병 및 장애 위험이 낮음, (2)높은 신체·인지적 기능 유지, (3)삶에 대한 적극적 참여(사회적 관계·생산적 활동)라는 3가지 요소로 구성되는 다차원적 개념으로 제시하며, 노년기의 '좋은 삶'을 질병 유무가 아니라 기능과 참여 수준으로 설명하였음
- 다만 이 모델은 '질병이나 기능 저하가 있는 노인'이 성공적 노화의 범주에서 배제될 수 있다는 규범성 논쟁이 제기된 바 있음. 이에 최근의 정책 담론은 WHO의 건강노화 관점으로 무게중심이 이동하고 있으며, 질병·장애 여부와 무관하게 기능적 삶의 유지를 정책 목표로 삼는 방향이 강조되고 있음

○ 생산적 노화 (Productive Ageing)(Bass, Caro & Chen, 1993)

- Bass, Caro와 Chen(1993)은 생산적 노화를 '유급이든 무급이든, 상품과 서비스를 생산하거나 그 역량을 개발하는 노인의 모든 활동'으로 정의하였음

- 이 개념은 노인을 사회적 수혜자·의존자가 아닌 사회적 기여자로 재정의한다는 점에서 정책적 의의가 큼. 무급 돌봄, 가사, 자원봉사, 손자녀 양육 등 시장 외부에서 이루어지는 활동도 생산적 노화에 포함됨. 이는 특히 경북 농촌 고령여성이 오랫동안 담당해 온 비공식 돌봄 역할과 지역공동체 참여를 조명하는 데 유효한 시각임. 다만, 생산성 중심의 해석이 자칫 노인에게 과도한 역할 부담을 요구하는 논리로 전용될 수 있다는 비판적 시각도 고려해야 함

○ 선택·최적화·보상 모델 (SOC 모델)(Baltes & Baltes, 1990)

- Baltes와 Baltes(1990)는 노화를 단순한 쇠퇴가 아닌 적응적 발달 과정으로 보는 SOC(Selective Optimization with Compensation) 모델을 제시하였음

• 선택(Selection): 자원과 에너지가 줄어드는 상황에서 중요한 목표와 영역을 선택·집중
• 최적화(Optimization): 선택한 영역에서 역량을 최대화하도록 노력
• 보상(Compensation): 기능 저하가 발생하면 보조기구, 타인의 도움, 대안 전략 등으로 보완

- 이 모델은 성공적 노화를 손실 회피가 아닌 자원의 적응적 조절로 재정의함으로써, 기능이 일부 저하된 고령자도 스스로 삶을 조율해 나갈 수 있음을 이론화하였음. 경북 고령여성이 이동 불편·만성질환에도 불구하고 어떻게 일상을 유지·조율하는지를 설명하는 분석틀로 활용할 수 있음

2) 공통 핵심은 질병 제거가 아니라 기능적 삶의 가능 조건 만들기

○ 건강노화, 활동적 노화, 성공적 노화는 용어와 강조점에 차이가 있으나, 모두 아래 하나의 공통된 핵심을 가리킴. 즉, 고령인구의 노화에 있어 중요한 것은 질병 없이 건강하게 사는 것이 아니라, 신체·인지·사회적 기능을 유지하며 스스로 가치 있는 삶을 지속하는 것임. 그리고 그러한 삶을 가능하게 하는 것은 개인의 의지나 습관만이 아니라, 지역사회의 환경·서비스·접근성·사회적 인식 등 구조적 조건이라는 점이 점점 더 강조되고 있음

<표 Ⅱ-1> 노화의 핵심 정의

개념	저자	핵심정의	정책 강조점
건강 노화	WHO (2015)	-노년기의 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력(FunctionalAbility)을 개발·유지하는 과정 -내재역량+환경의 상호작용	환경·서비스·접근성 개선, 연령친화 환경조성, 통합돌봄 강화
활동적 노화	WHO (2002)	삶의 질 향상을 위해 건강(Health), 참여(Participation), 안전(Security)의 기회를 최적화하는 과정	사회참여 촉진, 평생학습·지역사회 활동, 은퇴후 역할 지속
성공적 노화	Rowe & Kahn (1997)	① 낮은 질병·장애 위험 ② 높은 신체·인지기능 유지 ③ 적극적 사회·생산적 참여	예방적 건강관리, 기능유지 프로그램, 사회활동 지원
생산적 노화	Caro, Bass &Chen (1993)	유급이든 무급이든, 상품과 서비스를 생산하거나 그 역량을 개발하는 노인의 모든 활동(돌봄·봉사·가사 포함)	비공식 돌봄 역할 인정, 자원봉사·지역기여 지원, 사회적 기여자로서의 노인인식
SOC 모델	Baltes & Baltes (1990)	자원 감소에 따라 목표를 선택(Selection)하고, 선택 영역을 최적화(Optimization)하며, 기능 저하를 보상(Compensation) 전략으로 대응하는 적응 과정	기능 저하에도 자율적 삶 유지, 보조 서비스·기기 지원, 개인맞춤형 적응 전략 프로그램

□ 건강노화의 핵심은 질병유무가 아니라 기능적 삶의 유지

○ WHO는 건강노화를 “노년기에 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력(functional ability)을 개발·유지하는 과정”으로 정의함. 이때 기능적 능력은 개인의 내재역량(intrinsic capacity), 환경(environment), 그리고 둘의 상호작용으로 구성된다고 설명함. 즉 건강노화는 개인의 건강행태를 넘어, 지역사회 환경과 서비스 체계가 ‘노년기 삶의 기능’을 어떻게 지지하는지를 핵심으로 다루는 정책 개념임(WHO, 2020)

○ 또한 WHO는 건강노화가 질병·허약이 전혀 없는 상태를 전제로 하지 않으며, 만성질환이 있더라도 적절히 관리되면 웰빙을 유지할 수 있음을 명시함. 따라서 건강노화는 치료 중심 접근만으로는 달성되기 어렵고, 접근성·정보·관계·참여를 포함한 ‘생활권 기반 지원체계’가 핵심 과제가 됨(WHO, 2020)

❍ WHO는 건강노화의 핵심 구성요인을 기능적 능력, 내재역량, 환경과 같이 3가지로 제시하였음. 세부 내용을 살펴보면 다음과 같음(WHO, 2020)

1) 기능적 능력(Functional ability): 노년기 웰빙의 '결과 지표'

- WHO는 기능적 능력이 개인이 가치 있게 여기는 것을 "할 수 있도록 하는 능력"이며, 예시로 (1)기본 욕구 충족, (2)학습·성장·의사결정, (3)이동, (4)관계 유지, (5)사회 기여를 제시함. 이는 본 연구에서 '의학적 건강지표'보다 일상 기능·이동·사회참여·관계망 유지를 중심으로 실태와 수요를 파악할 수 있는 근거가 됨

2) 내재역량(Intrinsic capacity): 기능적 삶을 가능하게 하는 개인 역량

- WHO는 내재역량을 개인이 활용할 수 있는 정신·신체 역량의 총합(걷기, 생각하기, 보기, 듣기, 기억하기 등)으로 설명함. 다만 본 연구는 의료진단 목적이 아니므로, 내재역량은 임상평가 대신 주관적 기능 어려움(이동/시청각/기억·집중/기분·활력 저하 등) 수준에서 간단히 파악하고, 환경·접근성 요인과 결합해 해석하는 방식이 적절함

3) 환경(Environment): 건강노화의 '조건'이며 공공이 개입할 수 있는 지점임

- WHO는 환경을 가정·지역사회·사회 전반과 그 안의 물리적 환경, 사람과 관계, 보건·사회정책, 지원 시스템과 서비스까지 포함하는 폭넓은 개념으로 정의함. 따라서 경북처럼 농산어촌 비중이 높고 교통·정보 접근성 격차가 큰 지역에서는 환경 요인이 곧 건강노화 격차에 영향을 미칠 수 있으며, 고령정책은 개인의 건강관리보다는 고령층이 거주하는 생활권 단위 접근성·건강증진 정보 전달체계·건강 관련 사회적 인식 개선에 초점을 둘 필요가 있음

2. 경상북도 고령화 실태 및 건강증진 인프라 현황

○ 경상북도는 초고령사회에 진입하였으며, 고령 여성 비중 또한 지속적으로 증가하고 있음. 그러나 고령여성이 집중된 농촌지역은 의료·복지 등 건강증진 인프라가 상대적으로 부족하여 건강 불평등이 심화될 가능성이 높음. 따라서 지역 간 건강격차를 완화하고 고령여성의 건강권을 보장하기 위해서는 예방·건강관리·돌봄·사회참여를 종합적으로연계한 지역기반 건강증진 지원체계 구축이 필요함

○ 〈표 Ⅱ-2〉에 따르면, 경상북도의 2025년 고령인구 비율은 27.5%로 전국 평균(21.2%)을 크게 상회하여 초고령사회에 진입한 상태임. 우리나라는 일반적으로 65세 이상 인구 비율이 7% 이상~14% 미만이면 고령화사회, 14% 이상~20% 미만이면 고령사회, 20% 이상이면 초고령사회로 구분함. 경상북도의 65세 이상 인구는 688,172명이며, 이 중 여성은 383,278명(55.7%), 남성은 304,894명(44.3%)으로 여성 고령인구가 남성보다 78,384명 많은 것으로 나타남

○ 지역별로는 의성군(49.2%), 청도군(46.5%), 봉화군(45.4%), 청송군(45.3%), 영덕군(45.0%) 등이 전체 인구의 45% 이상이 고령인구로 구성되어 있어 초고령화가 매우 심각한 수준임. 특히 이러한 지역은 농산어촌 지역이 다수를 차지하고 있어 향후 건강관리 및 돌봄서비스 수요가 지속적으로 증가할 것으로 예상됨

○ 한편, 〈표 Ⅱ-3〉에 따르면 2025년 기준 기대수명은 여성 86.54세, 남성 80.58세로 여성이 남성보다 약 6년 더 긴 것으로 나타남. 이는 여성의 노년기 기간이 상대적으로 길다는 것을 의미하며, 만성질환 관리, 치매 예방, 신체기능 유지, 돌봄 지원 등에 대한 수요가 더욱 높을 수 있음을 시사함

○ 이와 같이 경상북도는 모든 시·군에서 여성 고령인구가 남성보다 많고, 여성의 기대수명 또한 더 길게 나타나 고령화의 여성화 현상이 지역 전반에 걸쳐 공통적으로 나타나고 있음. 따라서 고령여성의 건강문제를 단순한 노인복지 차원이 아닌 건강·돌봄·사회참여를 포괄하는 통합적 관점에서 접근할 필요가 있으며, 지역 특성을 반영한 맞춤형 건강증진 지원체계 구축이 요구됨

<표 Ⅱ-2> 경상북도 고령인구비율(2025년 기준)

구분	고령인구비율 (A÷B×100)(%)	65세이상 인구			전체인구 (B)(명)	비고
		전체(A)(명)	남(명)	여(명)		
전국	21.2	10,840,822	4,834,149	6,006,637	51,117,378	초고령
경북	27.5	688,172	304,894	383,278	2,506,526	초고령
포항시	23.9	116,943	52,944	63,999	488,707	초고령
경주시	28.9	70,432	30,959	39,473	244,055	초고령
김천시	28.9	38,720	16,925	21,795	133,791	초고령
안동시	29.8	45,475	19,690	25,785	152,610	초고령
구미시	14.2	57,260	26,150	31,110	403,883	고령
영주시	33.4	32,480	14,061	18,419	97,162	초고령
영천시	35.6	33,609	15,244	18,685	95,185	초고령
상주시	38.5	34,609	14,821	19,788	89,888	초고령
문경시	37.8	24,731	10,596	14,135	65,348	초고령
경산시	22.0	58,007	25,605	32,402	263,853	초고령
의성군	49.2	23,570	10,351	13,219	47,902	초고령
청송군	45.3	10,588	4,660	5,928	23,698	초고령
영양군	43.0	6,850	2,928	3,922	15,941	초고령
영덕군	45.0	14,718	6,018	8,700	32,698	초고령
청도군	46.5	18,650	8,392	10,258	40,117	초고령
고령군	40.0	11,872	5,418	6,454	29,667	초고령
성주군	41.5	16,762	7,851	8,911	40,720	초고령
칠곡군	21.9	22,933	10,432	12,501	104,842	초고령
예천군	34.5	18,567	8,128	10,439	53,887	초고령
봉화군	45.4	12,844	5,817	7,027	28,315	초고령
울진군	33.6	15,436	6,570	8,866	45,896	초고령
울릉군	32.2	2,796	1,334	1,462	8,696	초고령

자료 : KOSIS 국가통계포털,「고령인구비율」,「65세 이상 인구 현황」
*고령인구비율 전체 인구에서 65세 이상 인구가 차지하는 비율로서 인구의 노령화 정도를 나타냄

<표 Ⅱ-3> 경상북도 기대수명

(단위: 세)

	2025	2030	2035	2040	2045
기대수명(남)	80.58	81.87	82.95	83.98	84.89
기대수명(여)	86.54	87.44	88.15	88.86	89.53

○ 〈표 Ⅱ-4〉에 따르면, 경상북도의 독거노인가구 비율은 14.3%로 전국 평균(10.3%)보다 높게 나타났으며, 영덕군(27.0%), 의성군(26.9%), 영양군(25.3%), 봉화군(24.3%), 청도군(24.2%) 등은 독거노인가구 비율이 20%보다 높은 수준임

<표 Ⅱ-4> 경상북도 독거노인가구비율(2026년 기준)

구분	독거노인가구비율 (A÷B×100)(%)	65세 이상 1인가구 (A)(가구)	전체 일반가구 (B)(가구)
전국	10.3	2,288,807	22,294,419
경북	14.3	167,622	1,174,597
포항시	12.1	26,495	219,703
경주시	14.8	17,031	115,464
김천시	15.0	9,255	61,623
안동시	16.2	11,766	72,810
구미시	6.6	11,926	180,308
영주시	17.3	7,926	46,210
영천시	18.9	8,780	46,469
상주시	20.3	8,888	43,835
문경시	20.6	6,242	31,172
경산시	10.0	12,934	129,430
의성군	26.9	6,576	24,419
청송군	23.7	2,835	11,965
영양군	25.3	1,946	7,698
영덕군	27.0	4,550	16,834
청도군	24.2	4,683	19,368
고령군	20.8	2,932	14,069
성주군	20.2	3,848	19,015
칠곡군	10.8	5,253	48,695
예천군	20.0	4,992	25,009
봉화군	24.3	3,421	14,081
울진군	20.3	4,462	21,992
울릉군	14.7	651	4,428

자료 : KOSIS 국가통계포털,「독거노인 비율」

○ 독거노인가구 중 여성 독거노인가구의 비율이 높을 것으로 추정됨. 앞서 〈표 Ⅱ-4〉에서 확인할 수 있듯이 고령인구 중 여성의 비율이 남성보다 높게 나타남. 2024년 생명표 작성 결과(국가통계포털, 2025)에서도 경상북도 여성의 기대수명이 남성보다 5.96세 긴 것으로 보아 여성의 노년기 기간이 상대

적으로 길다는 것을 의미하며, 배우자 사별을 경험할 가능성 또한 높아 독거 노인으로 생활할 확률이 증가할 수 있음을 시사함

○ 〈표 Ⅱ-5〉는 2024년 기준 경상북도 사망원인 통계임. 먼저 사망률을 살펴보면, 경상북도는 인구 10만 명당 사망률이 997.8명으로 전국 평균(702.6명)보다 높게 나타남. 2024년 기준 경북의 65세 이상 노인 사망률은 인구 10만 명을 기준으로 1년 동안 3,331.1명이 사망한 것으로 확인됨

○ 특히 여성 노인의 경우 순환기계통 질환(771.0명), 신경계통 질환(197.4명), 감염성 질환(159.3명), 비뇨생식기계 질환(130.1명) 등의 사망률이 상대적으로 높게 나타나 만성질환 및 노인성 질환에 대한 지속적인 관리 필요성이 확인됨

<표 Ⅱ-5> 경상북도 사망원인(2024년 기준)

구분	전국		경북							
	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	65세 이상 사망자수(명)			사망률(십만명당)		
					계	남성	여성	계	남성	여성
계	358,569	702.6	25,298	997.8	21,446	10,208	11,238	3,331.1	3,624.0	3,103.3
특정 감염성 및 기생충성 질환	14,886	29.2	1,079	42.6	987	410	577	153.3	145.6	159.3
신생물	90,971	178.2	5,917	233.4	4,704	2,845	1,859	730.6	1,010.0	513.3
혈액 및 조혈기관질환과 면역매커니즘을 침범하는 특정장애	912	1.8	74	2.9	76	23	44	10.4	8.2	12.2
내분비, 영양 및 대시질환	12,552	24.6	822	32.4	689	324	365	107.0	115.0	100.8
정신 및 행동장애	3,872	7.6	289	11.4	256	104	152	39.8	36.9	42.0
신경계통의 질환	20,763	40.6	1,222	48.2	1,135	421	715	176.4	149.2	197.4
눈 및 눈부속기의 질환	3	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0
귀 및 유돌의 질환	3	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0
순환계통 질환	68.723	16.1	5,030	198.4	4,567	1,775	2,792	709.4	630.1	771.0
호흡계통의 질환	45,816	89.8	3,897	153.7	3,704	1,905	1,799	575.3	676.3	496.8
소화계통의 질환	14,659	28.7	991	39.1	686	331	335	106.6	117.5	98.0
피부 및 피하조직의 질환	508	1.0	37	1.5	37	15	22	5.7	5.3	6.1
근골격계통 및 결합조직의 질환	1,175	3.5	103	4.1	92	39	53	14.3	13.8	14.6

구분	전국		경북							
	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	65세 이상 사망자수(명)			사망률(십만명당)		
					계	남성	여성	계	남성	여성
비뇨생식계통의 질환	10,933	21.4	830	32.7	780	309	471	121.2	109.7	130.1
출생전후기의 기원한 특정병태	26	0.1	1	0.0	0	0	0	0	0	0
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	351	0.7	17	0.7	1	1	0	0.2	0.4	0
달리분류되지 않는 증상, 징후	41,787	81.9	3,052	120.4	2,730	1,045	1,689	424.0	371.0	465.3
질환이환 및 사망의 외인	29,748	58.3	1,909	75.3	1,045	1,685	1,010	156.9	234.7	96.4
모든 기타 외인					350	189	161	54.4	67.1	44.5

자료 : KOSIS 국가통계포털,「시군구 사망자수, 사망률」,「연령별 사망원인(50항목), 사망자 수, 사망률」

- 2024년 기준 경상북도 65세 이상 인구의 사망률은 여성 3,103.3명(인구 10만 명당)으로 남성(3,624.0명)보다 낮으나, 특정 질환에서는 여성의 사망률이 남성보다 높게 나타남
- 다음은 고령 남성 대비 고령 여성의 사망률이 높은 질환을 세부적으로 살펴보았음. 〈표 Ⅱ-6〉에 따르면, 고령 여성의 사망원인은 감염성 질환보다 순환계통 질환과 신경계통 질환이 높은 비중을 자치하고 있음. 특히 고혈압성 질환, 뇌혈관질환, 심장질환의 사망률이 높게 나타나고 있어 여성 노인의 혈압관리, 심뇌혈관질환 및 조기 발견을 위한 건강관리체계 강화가 필요함
- 알츠하이머병 사망률은 여성(141.4명)이 남성(87.0명)보다 현저히 높게 나타남. 이는 여성의 기대수명이 길어 치매 유병기간이 길어지는 특성과 관련이 있음. 이에 치매 조기검진, 인지기능 강화 프로그램, 치매환자 돌봄 지원 등 고령여성 중심의 인지건강 정책 확대가 요구됨
- 폐혈증, 감염성 질환, 비뇨생식계 질환 사망률이 여성에서 높게 나타난 것은 만성질환 관리뿐 아니라 영양, 위생, 의료접근성, 돌봄 부족 등의 문제가 복합적으로 작용할 가능성이 있음. 특히 배우자 사별 후 독거 상태에 있는 고령여성은 건강 악화 시 적절한 의료서비스 이용이 지연될 수 있어 지역사회 건강 돌봄 체계 구축이 중요함

<표 Ⅱ-6> 경상북도 고령여성의 주요 사망원인 현황(남성 대비 사망률이 높은 질환, 2024년 기준)

구분	65세 이상 사망자수(명)			사망률(십만명당)		
	계	남성	여성	계	남성	여성
계	21,446	10,208	11,238	3,331.1	3,624.0	3,103.3
특정 감염성 및 기생충성 질환	987	410	577	153.3	145.6	159.3
감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 대장염	71	30	41	11.0	10.7	11.3
기타 장 감염성 질환	35	13	22	5.4	4.6	6.1
호흡기 질환	112	54	58	17.4	19.2	16.0
기타 결핵	5	2	3	0.8	0.7	0.8
폐혈증	471	169	302	73.2	60.0	83.4
기타 절지동물 매개의 바이러스열 및 바이러스출혈열	6	5	1	0.9	1.8	0.3
바이러스 간염	19	7	12	3.0	2.5	3.3
코로나19	229	108	121	35.6	38.3	33.4
나머지 특정 감염성 및 기생충성 질환	39	22	17	6.1	7.8	4.7
혈액 및 조혈기관 질환과 면역 매커니즘을 침범하는 특정장애	76	23	44	10.4	8.2	12.2
빈혈	48	14	34	7.5	5.0	9.4
나머지 혈액 및 조혈기관질환과 면역메커니즘을 침범하는 특정장애	19	9	10	3.0	3.2	2.8
정신 및 행동장애	256	104	152	39.8	36.9	42.0
정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	14	11	3	2.2	3.9	0.8
나머지 정신 및 행동장애	242	93	149	37.6	33.0	41.1
신경계통의 질환	1,135	421	715	176.4	149.2	197.4
수막염	2	0	2	0.3	0	0.6
알츠하이머병	757	245	512	117.6	87.0	141.4
나머지 신경계통 질환	377	176	201	58.6	62.5	55.5
순환계통 질환	4,567	1,775	2,792	709.4	630.1	771.0
급성 류마티스열 및 만성 류마티스 심장질환	9	1	8	1.4	0.4	2.2
고혈압성 질환	716	227	489	111.2	80.6	135.0
허열성 심장 질환	820	383	437	127.4	136.0	120.7
기타 심장 질환	1,465	506	959	227.6	179.6	264.8
뇌혈관 질환	1,416	593	823	219.9	210.5	227.3
죽상경화증	11	4	7	1.7	1.4	1.9
나머지 순환계통 질환	130	61	69	20.2	21.7	19.1
비뇨생식계통의 질환	780	309	471	121.2	109.7	130.1
사구체질환 및 세뇨관-간질 질환	36	13	23	5.6	4.6	6.4
나머지 비뇨생식계통 질환	744	296	448	115.6	105.1	123.7
달리 분류되지 않는 증상, 징후	2,730	1,045	1,689	424.0	371.0	465.3

자료 : KOSIS 국가통계포털,「시군구 사망자수, 사망률」,「연령별 사망원인(104항목), 사망자 수, 사망률」

❍ 또한, 정신 및 행동장애 관한 사망률 역시 여성이 더 높게 나타남. 고령여성은 배우자 사별, 사회적 고립, 경제적 취약성 등을 경험할 가능성이 높으므로 우울, 인지저하, 사회적 고립을 함께 관리하는 통합 건강증진 서비스가 필요함

❍ 결과적으로 여성의 사망원인은 단순 질병 문제가 아니라 고령화, 장수, 독거, 돌봄 공백, 만성질환 누적과 밀접하게 연관되어 있음. 따라서 경상북도는 일반 노인 건강정책에서 나아가 고령여성의 생애 특성을 반영한 건강증진 지원체계를 구축할 필요가 있음

❍ 한편, 〈표 Ⅱ-7〉 경상북도 공공의료 인프라를 살펴보면 포항, 안동, 김천, 상주 등 일부 지역은 공공병원과 노인병원을 보유하고 있으나, 청송군과 울릉군은 보건의료원 중심의 의료체계를 유지하고 있으며 영양군, 영덕군, 성주군 등은 보건소와 보건진료소 중심으로 운영되고 있음

<표 Ⅱ-7> 경상북도 공공의료기관 및 지역 현황(2024년 12월 말 기준)

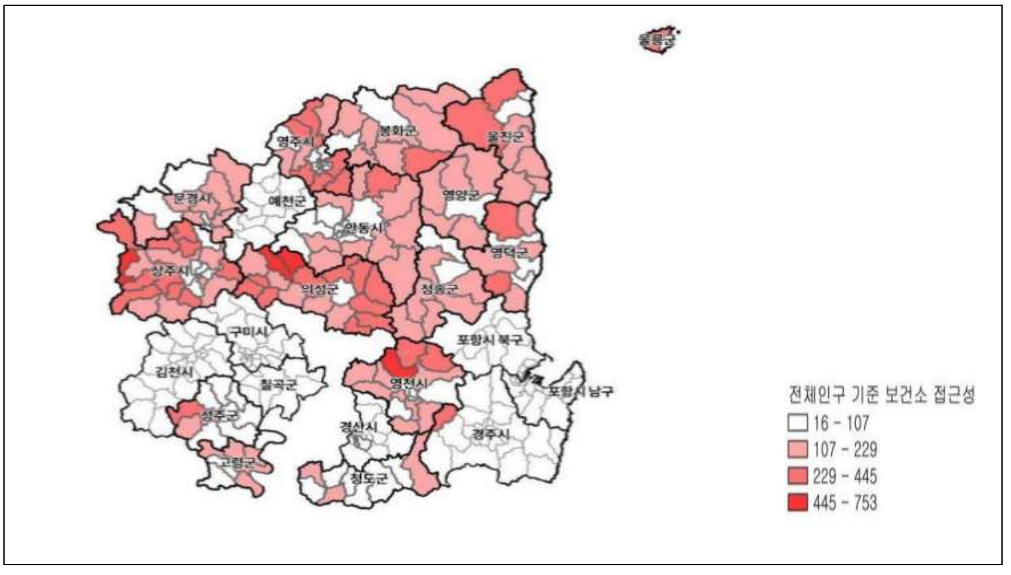
구분	의료기관			보건의료원	보건소	보건진료소 ·보건지소)
	일반진료 중심	특수대상중심	노인병원			
경북	7	1	14	2	19	515
포항시	1	1	1		2	36
경주시			1		1	28
김천시	1		1		1	32
안동시	1		1		1	39
구미시			1		1	21
영주시	1		1		1	23
영천시					1	24
상주시	1		1		1	43
문경시			1		1	22
경산시	2		1		1	18
의성군			1		1	38
청송군				1		14
영양군					1	13
영덕군					1	21
청도군			1		1	18
고령군			1		1	17
성주군					1	20
칠곡군			1		1	17
예천군					1	26
봉화군			1		1	16
울진군			1		1	24
울릉군				1		5

자료 : 보건복지부, 지역보건의료기관 현황

❍ 특히 울릉군은 보건의료원 1개소와 보건진료소 5개소에 의존하고 있어 전문 의료서비스 접근에 한계가 존재함. 또한 의성군(38개), 안동시(39개), 상주시(43개) 등은 넓은 생활권을 보완하기 위해 다수의 보건진료소를 운영하고 있으나 이는 지역의 의료 접근성이 취약함을 보여주는 간접적 지표로 해석할 수 있음

❍ 경상북도 인구감소지역과 공공보건의료기관 접근성에 관한 연구를 수행한 최단비(2024)에 따르면, 경상북도는 지역별 보건소 접근성에 상당한 차이를 보이고 있음. 〈그림 Ⅱ-1〉에 따르면, 경상북도 북부권 및 산간지역으로 보건소 접근이 상대적으로 낮게 나타났으며, 이러한 지역은 초고령사회 지역으로 건강관리가 필요한 고령인구 비중이 높음에도 불구하고 보건서비스 접근성이 상대적으로 취약한 것으로 나타남. 윤소연 외(2024) 연구에서도 경상북도 북부지역 의료접근성 문제점을 지적하였음

❍ 고령 여성은 남성에 비해 평균 수명이 길고 독거 비율이 높으며 이동수단 확보가 어려운 경우가 많아 보건소 접근의 저하는 건강검진, 만성질환 관리, 치매 예방 서비스 이용감소로 이어질 수 있음



출처: 최단비(2024),「경상북도 인구감소지역 공공보건의료기관 접근성에 관한 연구」, p.67

[그림 Ⅱ-1] 경상북도 지역 공공보건의료 접근성

- ❍ 앞서 논의된 고령화 실태 및 건강증진 인프라 현황을 기반으로 시사점을 논의하자면, 다음과 같음. 경상북도는 전국 평균을 크게 상회하는 초고령사회로 진입하였으며, 고령층 내 여성 비중 또한 지속적으로 증가하고 있음. 특히 농산어촌 지역을 중심으로 고령화와 인구감소가 동시에 진행되면서 고령여성의 건강관리와 돌봄 수요가 빠르게 증가하고 있음. 이는 고령여성 건강문제를 단순한 개인 건강 차원이 아닌 지역사회의 지속가능성과 직결된 정책과제로 접근할 필요가 있음을 시사함
- ❍ 또한 경상북도는 지역 간 의료자원 분포의 불균형으로 청송·영양·봉화·의성·영덕 등 초고령지역은 의료취약성과 고령화가 중첩되는 특성을 보이고 있음. 특히 고령여성은 이동성 제약, 독거 비율 증가, 만성질환 유병률 증가 등으로 인해 의료기관 접근성의 한계가 건강 불평등으로 이어질 가능성이 높아 생활권 기반 맞춤형 건강지원체계 구축이 요구됨
- ❍ 고령여성의 건강문제는 심뇌혈관질환, 근골격계 질환, 치매 등 신체적 건강문제뿐 아니라 우울, 사회적 고립, 돌봄 공백 등 사회·정서적 문제와 복합적으로 연결되어 있음. 따라서 건강증진 정책은 질병 치료 중심의 접근을 넘어 예방, 건강관리, 정신건강, 사회참여를 통합적으로 지원하는 방향으로 전환될 필요가 있음
- ❍ 특히 독거 고령여성이 많은 농촌지역은 의료·복지·돌봄 자원의 접근성이 상대적으로 낮아 건강취약성이 더욱 심화될 가능성이 있음. 이에 따라 보건소와 보건진료소를 중심으로 방문건강관리, 건강생활실천 프로그램, 정신건강 서비스, 사회참여 프로그램 등을 연계한 지역사회 기반 건강증진체계를 강화할 필요가 있음
- ❍ 아울러 의료취약지역의 구조적 한계를 보완하기 위해 찾아가는 건강서비스, 방문간호, 지역사회 통합돌봄, 디지털 헬스케어 등을 적극 활용할 필요가 있음. 특히 의료·보건·복지·돌봄 기관 간 연계를 강화하여 고령여성의 건강문제를 조기에 발견하고 지속적으로 관리할 수 있는 통합지원체계를 구축해야 함
- ❍ 종합하면, 경상북도 고령여성 건강문제는 고령화·여성화·독거화·의료취약성이 중첩된 구조적 문제로 이해할 필요가 있으며, 향후 경북형 고령여성 건강증진 지원체계는 예방적 건강관리, 의료접근성 개선, 통합돌봄, 사회참여 확대를 중심으로 설계되어야 함. 이는 건강수명 연장과 삶의 질 향상은 물론 지역 간 건강격차 해소와 초고령사회 대응 역량 강화에도 기여할 것으로 기대됨

3. 국내 고령자 건강증진 정책 및 지역사회 지원체계 현황

1) 고령자 건강증진 주요 정책

○ 우리나라는 초고령사회 진입과 만성질환 및 돌봄 수요 증가에 대응하여 고령자 건강정책의 범위를 질병의 치료 중심에서 건강증진과 예방, 만성질환 관리, 기능저하 예방, 의료·요양·돌봄의 통합지원으로 확대하고 있음. 특히 고령자의 건강은 개인의 질병이나 신체적 기능뿐 아니라 주거환경, 사회적 관계, 지역사회 환경 및 서비스 접근성 등 다양한 요인의 영향을 받는다는 점에서 개인 중심의 건강관리만으로는 한계가 있음

○ 선행연구에서도 고령자의 건강과 삶의 질을 지원하기 위해서는 개인적 요인뿐 아니라 물리적·사회적 환경을 함께 고려해야 함이 강조되고 있음. 임연옥(2016)은 농촌과 도시지역 고령자 1,000명을 대상으로 지역사회 계속거주(Aging in Place)의 영향요인을 분석한 결과, 개인요인뿐 아니라 주택 및 지역사회 환경, 이웃관계, 사회서비스 접근성, 사회활동 등 다양한 환경요인이 지역사회 계속거주와 관련되어 있으며, 그 영향경로가 농촌과 도시에서 다르게 나타남을 확인하였음

○ 이는 고령자의 건강한 노후를 지원하기 위해 개인의 건강관리와 함께 지역의 물리적·사회적 환경과 서비스 접근성을 고려할 필요가 있음을 보여줌(임연옥, 2016)

○ 국가 차원의 고령자 건강증진 정책은 「국민건강증진법」에 근거한 「국민건강증진종합계획」을 비롯하여 지역사회 통합건강증진사업, 방문건강관리사업, 국가건강검진, 일차의료 만성질환관리, 치매관리사업, 정신건강 및 자살예방사업 등을 중심으로 추진되고 있음. 이와 함께 건강 및 기능저하로 일상생활 지원이 필요한 고령자를 대상으로 노인장기요양보험, 노인맞춤돌봄서비스, 재택의료 등 의료·요양·돌봄 서비스가 제공되고 있음

○ 먼저 고령자의 건강증진 및 질병 예방을 위해 보건소를 중심으로 지역사회 통합건강증진사업과 방문건강관리사업이 추진되고 있음. 지역사회 통합건강증진사업은 지역의 건강문제와 주민의 건강수요를 고려하여 신체활동, 영양, 심뇌혈관질환 예방관리 등 다양한 건강증진서비스를 제공하고 있음. 방문건강관리사업은 건강관리

서비스 이용이 어려운 건강취약계층을 대상으로 건강상태와 건강위험요인을 파악하고 건강상담·교육, 만성질환 관리 및 필요한 보건·복지서비스 연계를 지원하고 있음. 최근에는 스마트기기를 활용한 비대면·맞춤형 건강관리도 확대되고 있음

- ❍ 만성질환의 조기발견 및 관리를 위해서는 국가건강검진과 일차의료기관을 중심으로 건강위험요인과 질환을 조기에 발견하고 지속적으로 관리하는 정책이 추진되고 있음. 특히 고혈압·당뇨병 등 주요 만성질환에 대해서는 환자의 건강상태와 생활습관 등을 고려한 관리계획을 수립하고 교육·상담과 생활습관 개선을 지원함으로써 질환의 악화와 합병증을 예방하는 데 중점을 두고 있음
- ❍ 치매 예방 및 관리는 지역의 치매안심센터를 중심으로 추진되고 있음. 치매안심센터에서는 치매 조기검진과 상담, 치매환자 등록 및 사례관리, 치매예방·인지강화 프로그램, 치매환자 가족지원 등을 제공하고 있으며, 이를 통해 치매의 예방과 조기발견부터 치료·돌봄 및 가족지원에 이르는 지역사회 치매관리체계를 구축하고 있음
- ❍ 정신건강 및 자살예방 영역에서는 정신건강복지센터와 자살예방 관련 전달체계를 중심으로 우울 및 자살위험군의 조기발견, 상담, 사례관리 및 전문기관 연계 등이 이루어지고 있음. 고령자의 정신건강은 개인의 심리적 특성뿐 아니라 사회적 관계와 지역사회 생활환경의 영향을 받을 수 있다는 점에서 보건·복지·정신건강서비스의 연계가 중요함. 특히 지역사회에서의 관계망과 사회활동, 서비스 접근성 등을 함께 고려할 필요가 있음
- ❍ 한편, 건강 및 기능저하로 일상생활에 지원이 필요한 고령자에게는 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스 등 돌봄서비스가 제공되고 있음. 장기요양보험을 통해 방문요양·방문간호·주야간보호 등 재가급여와 시설급여가 제공되고 있으며, 노인맞춤돌봄서비스 등을 통해 안전지원, 사회참여, 생활교육 및 일상생활지원 등이 제공되고 있음
- ❍ 이와 관련하여 Aging in Place에 관한 국내 연구들은 고령자가 단순히 자신의 주택에 계속 거주하는 것만으로는 충분하지 않으며, 익숙한 지역사회에서 관계를 유지하면서 필요한 서비스를 이용할 수 있는 환경이 함께 조성되어야 함을 제시하고 있음. 백옥미(2016)는 고령자의 관점에서 주거 경험과 욕구를 이해할 필요성을 강조하였으며, 김유진(2016)은 농촌 독거노인의 공동생활 사례를 통해 지역사회에

서의 계속거주를 위해서는 공식적인 돌봄서비스뿐 아니라 기존 이웃관계와 지역공동체 등 비공식적 관계망을 함께 고려할 필요가 있음을 보여주었음. 따라서 고령자 건강증진정책은 건강서비스 제공에 한정하기보다 주거와 사회관계, 돌봄 및 지역사회 환경을 포괄하는 방향으로 접근할 필요가 있음

○ 이와 같이 국가 차원의 고령자 건강정책은 건강한 고령자의 건강증진과 예방, 건강위험군의 조기발견 및 관리, 만성질환 및 치매·정신건강 관리, 기능저하 고령자의 의료·요양·돌봄, 지역사회 통합지원으로 이어지는 연속적인 지원체계로 확대되고 있음

2) 고령자 건강증진 지원체계

○ 고령자 건강증진 지원체계는 중앙정부의 정책 수립을 기반으로 지방자치단체, 보건소, 의료기관, 국민건강보험공단, 치매안심센터, 정신건강복지센터, 장기요양기관 및 지역사회 복지기관 등이 참여하여 예방·건강증진에서 질병관리, 의료, 요양, 돌봄 및 일상생활지원에 이르는 서비스를 제공하고 연계하는 구조로 운영되고 있음

○ 보건복지부는 고령자 건강증진, 보건의료, 치매, 정신건강, 장기요양 및 돌봄정책의 기본방향과 제도를 마련하고 있으며, 지방자치단체와 보건소는 지역사회 건강관리의 핵심 전달체계로서 건강증진, 방문건강관리, 건강위험군 발굴 및 관련 서비스 연계를 담당하고 있음. 의료기관은 질환의 진단과 치료, 만성질환 관리 및 방문진료 등의 역할을 수행하며, 치매안심센터와 정신건강복지센터는 치매와 정신건강 영역의 조기발견·상담·사례관리 및 전문서비스 연계를 담당하고 있음

○ 또한 국민건강보험공단은 건강보험 및 장기요양보험을 기반으로 건강검진, 장기요양 인정 및 관련 지원체계에서 주요 역할을 담당하며, 장기요양기관은 방문요양·방문간호·주야간보호 등의 재가서비스와 시설서비스를 제공함. 노인복지관 등 지역사회 복지기관은 사회참여, 건강·여가 프로그램, 일상생활 및 사회관계 지원 등을 통해 고령자의 지역사회 생활을 지원하고 있음

○ 선행연구에서도 고령자의 지역사회 계속거주를 지원하기 위해서는 개별 서비스의 양적 확대뿐 아니라 지역사회 내 서비스의 접근성과 다양한 자원의 연계가 중요함

이 제시되고 있음. 임연옥(2016)의 연구에서는 서비스 접근성을 포함한 지역사회 환경요인이 Aging in Place와 관련되어 있었으며, 특히 농촌과 도시 고령자에게 작용하는 경로가 다르게 나타났음. 이는 전국적으로 동일한 서비스체계를 구축하는 것만으로는 충분하지 않으며, 지역의 의료·복지자원과 교통, 주거 및 사회적 관계망 등 지역적 특성을 고려한 지원체계를 구축할 필요가 있음을 시사함

<표 Ⅱ-8> 지역사회 지원체계 운영 현황

구분	주요 지원 주체	핵심 사업 및 역할
건강증진·예방	보건소, 보건지소·진료소	• 지역사회 통합건강증진, 신체활동·영양·심뇌혈관질환 예방, 방문건강관리, 스마트기기 기반 건강관리, 노쇠예방
건강검진·만성질환 관리	의료기관, 보건소, 국민건강보험공단	• 국가건강검진, 고혈압·당뇨병 등 만성질환 관리, 건강상담·교육 및 생활습관 개선
치매관리	치매안심센터, 의료기관	• 치매 조기검진, 상담·등록 및 사례관리, 치매예방·인지강화, 가족지원, 전문치료 연계
정신건강·자살예방	정신건강복지센터, 자살예방관리 기관, 의료기관	• 우울, 자살위험 조기발견, 상담 및 사례관리, 정신의료기관 연계
의료·재택건강관리	의료기관, 재택의료기관, 보건소	• 방문진료, 방문간호, 퇴원환자 지역사회 연계, 재활, 복약 등 재택 건강관리
장기요양·돌봄	국민건강보험공단, 장기요양기관, 노인맞춤돌봄 수행기관	• 장기요양 인정, 방문요양, 방문간호, 주야간보호 등 재가서비스, 시설서비스, 안전·생활 및 사회참여 지원
통합지원	읍면동 보건소, 국민건강보험공단 및 지역 서비스 제공기관	• 대상자 발굴, 종합판정, 개인별 지원계획 수립, 의료·요양·돌봄서비스 연계, 모니터링 및 재평가

○ 특히 고령자의 건강 및 기능상태에 따라 필요한 지원의 범위와 강도가 달라지는 구조를 형성하고 있음. 비교적 건강한 고령자에게는 건강증진과 질병예방을 중심으로 지원하고, 만성질환이나 건강위험요인이 있는 경우 건강검진과 지속적인 질환관리 및 건강상담을 제공하며, 노쇠나 기능저하로 일상생활에 어려움이 발생한

경우에는 방문의료, 장기요양 및 돌봄서비스 등으로 지원 범위가 확대됨

3) 지역사회 통합지원체계로의 전환

- ❍ 최근 국가 차원의 고령자 지원정책에서 가장 중요한 변화는 개별 기관과 사업을 중심으로 제공되던 서비스를 고령자의 복합적인 욕구를 중심으로 지역 단위에서 통합·연계하는 체계로 전환하고 있다는 점임
- ❍ 정부는 2018년 지역사회 통합돌봄 기본계획 발표 이후 2019년 지역사회 통합돌봄 선도사업을 추진하였으며, 2023년에는 「노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업」을 도입하여 고령자의 의료·요양·돌봄 욕구를 종합적으로 파악하고 필요한 서비스를 연계하는 체계를 시범적으로 운영하였음. 이러한 정책적 흐름을 바탕으로 2024년 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」이 제정되었으며, 2026년 3월 27일부터 시행되면서 지역사회 통합지원은 시범사업에서 법적·제도적 기반을 갖춘 국가적 지원체계로 전환되었음
- ❍ 통합돌봄에 관한 최근 연구 역시 개별 서비스의 존재 여부보다 지역 단위에서 이를 어떻게 연결하고 조정할 것인가가 중요한 정책과제임을 보여주고 있음. 강혜규 외(2025)는 의료·요양·돌봄 통합지원체계의 구축을 위해 서비스 인프라뿐 아니라 전달체계, 전문인력, 중앙정부와 지방자치단체 및 관련 기관 간 연계·협력, 재원, 데이터 구축 등을 종합적으로 고려할 필요가 있음을 제시하였음. 또한 이윤경 외(2025)는 의료·요양·돌봄 통합지원 사업계획을 분석하면서 기존 노인 의료·요양·돌봄 및 사례관리 사업과 통합지원제도 간 관계를 검토하고, 제도의 안정적인 운영을 위한 기반 마련이 필요함을 제시하였음
- ❍ 이는 통합지원이 단순히 기존 서비스를 하나의 목록으로 묶는 것이 아니라 대상자 중심의 통합적 사정, 개인별 지원계획, 서비스 조정과 연계, 지속적인 모니터링을 가능하게 하는 전달체계의 재구조화를 필요로 함을 의미함
- ❍ 현재 통합지원체계에서는 시·군·구를 중심으로 대상자의 신청과 발굴, 의료·요양·돌봄 필요도에 대한 조사 및 종합판정, 개인별 지원계획 수립, 서비스 제공·연계 및 모니터링이 이루어지고 있음. 이에 따라 기존의 보건소, 의료기관, 치매안심센터, 정신건강복지센터, 국민건강보험공단, 장기요양기관 및 복지기관 등이 각각 서

비스를 제공하던 방식에서 다음과 같은 대상자 중심의 연속적인 지원체계로 변화하고 있음

- ❍ 보건복지부(2026)는 통합지원의 지원절차를 상자 발굴·신청 → 건강·기능 및 돌봄 욕구 평가 → 개인별 지원계획 수립 → 보건의료·건강관리·요양·돌봄서비스 연계·제공 → 모니터링으로 제시하고 있으며, 시·군·구가 중심이 되어 관련 기관과 협력하여 전 과정을 수행하도록 하고 있음
- ❍ 특히 이러한 변화는 고령자의 건강문제를 특정 질환이나 서비스 이용 여부만으로 판단하기보다 건강상태와 신체·인지기능, 일상생활 수행능력, 돌봄욕구 및 생활환경 등을 종합적으로 고려하여 필요한 서비스를 연결한다는 점에서 의미가 있음

4) 종합 및 시사점

- ❍ 국가 차원의 고령자 건강증진 및 지원정책은 개별 질환의 치료와 사후적 돌봄 중심에서 예방·건강증진, 만성질환 관리, 기능저하 예방, 재택의료 및 의료·요양·돌봄의 통합지원으로 확대되고 있음. 이에 따라 고령자의 건강 및 기능상태 변화에 대응하여 건강증진과 예방에서부터 조기발견, 질환관리, 의료·요양·돌봄 및 일상생활지원까지 연속적으로 지원하는 지역사회 중심의 체계가 강화되고 있음
- ❍ 이러한 정책 변화는 고령자의 건강을 개인의 질병이나 신체기능만의 문제로 접근하기보다 주거환경, 사회적 관계, 돌봄, 서비스 접근성 등 지역사회 생활환경과 함께 고려해야 한다는 관점의 변화를 반영함. 임연옥(2016)은 지역사회 계속거주가 개인적 요인뿐 아니라 주택 및 지역사회 환경, 이웃관계, 사회서비스 접근성, 사회활동 등과 관련되며 농촌과 도시에서 그 영향경로가 다르게 나타남을 제시하였음. 또한 김유진(2016)은 농촌 독거노인의 지역사회 생활에서 공식적인 돌봄서비스와 함께 이웃관계와 지역공동체 등 비공식적 관계망의 중요성을 제시하였음
- ❍ 최근 의료·요양·돌봄 통합지원체계로의 전환은 이러한 지역사회 중심 접근을 제도적으로 강화한다는 점에서 의미가 있음. 강혜규 외(2025), 이윤경 외(2025)의 연구에서도 통합지원의 실효성을 확보하기 위해서는 개별 서비스의 확충뿐 아니라 지역 단위의 전달체계, 전문인력, 기관 간 연계·협력, 지역자원 및 정보체계 등을

함께 구축할 필요성이 제시되고 있음. 따라서 향후에는 기존 서비스를 단순히 병렬적으로 제공하기보다 대상자 발굴–욕구 및 건강상태 평가–개인별 지원계획–서비스 연계·조정–모니터링으로 이어지는 대상자 중심의 지원체계를 강화할 필요가 있음

- ❍ 특히 고령자 건강증진의 관점에서는 통합돌봄이 필요한 기능저하 고령자뿐만 아니라 건강한 고령자와 건강위험군까지 포함하는 예방적 접근이 중요함. 즉, 건강증진과 만성질환 예방, 노쇠 예방, 정신건강, 사회적 고립 예방 등을 의료·요양·돌봄 체계와 연속적으로 연결함으로써 건강상태가 악화되기 이전부터 지역사회에서 건강을 관리할 수 있는 체계를 구축할 필요가 있음
- ❍ 한편, 이러한 국가 차원의 지원체계를 고령 여성의 특성과 욕구에 비추어 검토할 필요가 있음. 현행 고령자 건강정책은 주로 연령, 질환 및 기능상태를 중심으로 대상자를 설정하고 있어 고령 여성에게 나타날 수 있는 건강위험과 생활조건을 충분히 반영하고 있는지에 대한 검토가 요구됨. 따라서 고령 여성의 신체·정신건강과 만성질환 및 기능상태뿐만 아니라 독거 및 사회적 고립, 돌봄관계, 경제적 여건, 이동 및 의료서비스 접근성 등 건강에 영향을 미치는 다양한 요인을 함께 고려할 필요가 있음
- ❍ 특히 경상북도와 같이 도시와 농산어촌이 함께 존재하고 지역별 의료·보건·복지자원의 분포와 교통·이동여건에 차이가 있는 지역에서는 획일적인 서비스 공급보다 지역적 특성과 고령 여성의 생활여건을 함께 고려한 건강증진 지원체계가 요구됨. 이에 경상북도 고령 여성 건강증진 지원체계는 기존의 보건소, 보건지소·보건진료소, 의료기관, 치매안심센터, 정신건강복지센터, 장기요양기관 및 지역사회 복지기관 등의 자원을 활용하면서 지역별 자원 격차와 서비스 접근성을 보완할 수 있는 연계체계를 구축하는 방향으로 검토할 필요가 있음
- ❍ 궁극적으로 고령 여성의 건강증진 지원체계는 ‘건강증진·예방, 건강위험 조기발견, 만성질환 및 정신건강 관리, 노쇠·기능저하 예방, 의료·요양·돌봄 연계, 지역사회 생활 유지’로 이어지는 연속적인 체계를 지향할 필요가 있음. 이를 통해 고령 여성이 건강 및 기능상태의 변화에도 불구하고 자신이 살아온 지역사회에서 건강하고 안정적인 노후생활을 지속할 수 있도록 지원하는 것이 중요함

4. 해외 정책사례

1) 일본 : 지역포괄케어와 생활권 기반 고령자 지원체계

□ 일본은 고령자가 살던 지역에서 생활을 지속할 수 있도록 주거·의료·개호·예방·생활지원이 연계되는 지역포괄케어 체계를 추진하고 있음

○ 일본의 지역포괄케어시스템은 고령자가 존엄을 유지하면서 지역사회에서 생활할 수 있도록 의료, 개호, 예방, 주거를 통합적으로 지원하는 체계로 설명됨. 특히 재택생활을 지원하기 위해 왕진과 방문진료를 구분하고, 24시간 연락·왕진·방문간호가 가능한 재택요양지원 진료소 및 병원 제도를 운영하고 있음. 이는 의료서비스 자체의 확대라기보다, 고령자의 지역사회 계속 거주를 뒷받침하는 생활권 지원체계의 한 요소로 이해할 수 있음(구슬이·양동욱, 2024)

□ 일본은 고령자의 주거 안정과 생활지원을 결합한 서비스 고령자용 임대주택 정책도 추진하고 있음

○ 일본의 서비스 고령자용 임대주택은 만 60세 이상 또는 요양이 필요한 고령자를 대상으로 함. 주거와 돌봄을 한곳에 묶은 방식이며, 무장애 설계와 생활상담, 안전·건강 안부확인 서비스가 함께 제공됨. 25㎡ 이상 규모에 주방·화장실·욕실을 갖추는 것이 입주 조건이고, 손잡이·경사로·비상벨 등 무장애 설계가 기본으로 들어감. 낮 시간대에는 간호사 또는 요양보호사 등 전문 인력이 상주함. 민간사업자, 사회복지법인, 의료법인 등이 운영 주체이고 지자체 심사와 국가 등록제도를 거친다는 점에서, 고령자가 지역사회에서 계속 살아가도록 주거와 생활지원을 묶어 놓은 모델로 정리할 수 있음(정지현, 2025)

□ 고령자를 보호대상이 아닌 지역사회 활동 주체로 보는 정책도 함께 추진되고 있음

○ 일본 고령자 고용정책의 기본 방향은 ‘생애현역사회’ 구축이고, 헬로워크(Hellowork) 내 생애현역지원창구, 실버인재센터, 생애 현역촉진 지역연계사업 등이 고령자의 사회참여와 지역활동을 뒷받침하는 통로가 됨. 헬로워크

안에 자리한 생애현역 지원창구에서는 60세 이상 고령자의 직업상담과 일자리 매칭이 이루어지고, 실버인재센터를 통해서는 임시적·단기적·경미한 업무가 제공되어 사회참여와 보충적 소득 기회가 마련됨. 지자체와 실버인재센터, 노사단체, 금융기관, 대학 등이 협의회를 구성해 지역 특성에 맞는 고령자 일자리를 발굴하는 것이 생애 현역촉진 지역연계 사업임(조성은 외, 2021)

□ 일본 사례는 고령여성 건강증진 지원체계가 단순 건강프로그램 제공을 넘어 생활권 단위의 주거, 예방, 생활지원, 사회참여 자원을 연계해야 함을 보여줌

○ 일본 사례의 시사점은 고령자의 건강한 생활을 의료서비스나 돌봄서비스에만 한정하지 않고, 주거 안정, 생활지원, 예방, 사회참여를 지역사회 안에서 통합적으로 조직한다는 점에 있음. 따라서 경북 고령여성 건강증진 지원체계도 개별 프로그램 확대보다 생활권 내 자원연계, 건강정보 접근성, 고령여성의 참여 역할, 지역 특성별 거점 운영에 초점을 둘 필요 있음

2) 독일 : 이웃돌봄·무장애 주거·공동체 기반 지역사회 계속거주 지원

□ 독일은 지역 이웃을 돌봄 네트워크로 묶는 이웃돌봄을 통해 고령자의 지역사회 생활을 지원하고 있음

○ 독일의 이웃돌봄은 지역사회 내 이웃과 가족 구성원을 하나의 네트워크로 구성하여 돌봄이 필요한 노인이나 장애인을 지원하는 방식임. 주요 활동은 장보기, 동행, 말벗, 가사노동 지원, 개인관리 등이며, 복잡한 돌봄서비스는 전문 요양보호사가 담당함. 인구 1,500~2,000명 규모의 지역에서는 돌봄 대상자 1명당 3~6명의 이웃이 하나의 네트워크를 형성하고, 사례관리 담당자가 약속 조율, 가족 및 이웃의 참여 계획, 당사자 간 소통을 지원함(권민정, 2026)

□ 이웃돌봄은 자원봉사에서 고용까지 이어질 수 있는 유연한 참여구조를 가지고 있음

○ 이웃돌봄 참여자는 주당 2~4시간의 자율적 자원봉사부터 주당 8~40시간의 시간제 또는 전일제 고용까지 다양한 방식으로 참여할 수 있음. 이러한 구조는 자원봉사에서 시작해 점차 안정적인 고용으로 이어지는 '참여의 사다리'를 형성함. 또한 참여자는 교육을 받은 업무만 수행하도록 하며, 의료 업무는 제

외됨. 이는 지역주민의 자발적 참여를 기반으로 하되, 교육과 사례관리를 통해 서비스의 질을 관리하는 방식이라고 볼 수 있음(권민정, 2026)

□ 독일은 고령자의 자택 생활을 지원하기 위해 무장애 주택 개조와 공동거주 모델을 함께 운영하고 있음

○ 독일은 고령자나 장애인이 자택에서 안전하게 거주할 수 있도록 무장애 주택 개조 비용을 저리융자 또는 보조금 형태로 지원함. 주요 지원 항목은 문턱 제거, 욕실 개선, 넓은 문 설치, 조명 개선, 안전 손잡이 설치, 바닥 평탄화, 접근 공간 확보 등임. 지원 방식은 저리 대출 최대 50,000유로, 보조금 최대 6,250유로로 제시됨(정지현, 2025)

○ 독일도 다세대 공동주거 모델인 Mehrgenerationenhäuser를 운영함. 고령자, 장애인, 청년, 가족 등이 함께 거주하거나 교류하는 공동체 기반 주거 모델임. 설계와 운영 보조금은 중앙정부가 대고, 실제 운영은 지자체가 맡음. 여기에 시민단체와 교회 등 지역사회 자원봉사자들도 참여함. 이는 주거와 공동체 관계망을 결합한 고령자 지원방식임(정지현, 2025)

□ 독일 사례는 건강증진 지원체계가 개인의 건강행태 개선뿐 아니라 관계망과 생활환경 개선을 함께 포함해야 함을 보여줌

○ 독일 사례의 핵심은 고령자가 살던 곳에서 생활을 유지할 수 있도록 이웃관계, 주거안전, 공동체 참여를 하나의 지원구조로 연결하고 있다는 데 있음. 이는 경북 고령여성 건강증진 지원체계에서도 건강짝꿍, 안부연결망, 경로당·마을회관 기반 관계망, 낙상예방을 위한 생활환경 개선 등을 주요 과제로 삼아야 함을 시사함

3) 덴마크 : Aging in Place와 예방방문 중심의 자립생활 지원

□ 덴마크는 노인의 자립생활을 목표로 Aging in Place 정책을 추진하고 있음

○ 덴마크는 고령자가 가능한 한 오래 자기 집에서 자립적으로 생활할 수 있도록 Aging in Place 정책을 운영하고 있음. 덴마크는 1987년 「노인주거법」을 개정하여 신규 요양시설 건설을 금지하는 대신 기존 시설을 적응형 거주 형태로의 전환을 추진하였음. 이를 통해 고령자 주거정책의 목표를 시설보호 중심

에서 자립생활 중심으로 전환하였음(정지현, 2025)

□ 덴마크는 중앙정부와 지방자치단체가 역할을 분담하여 예방방문, 홈케어, 주택개조를 지원하고 있음

○ 덴마크의 Aging in Place 정책은 중앙정부가 정책 설계와 재정을 담당하고, 98개 지방자치단체가 실제 운영을 담당하는 방식으로 추진됨. 지자체는 청소, 세탁 등 홈케어와 목욕, 식사 보조 등 생활지원, 예방 가정방문, 주택 개조 비용 지원을 수행함. 주택 개조는 경사로 설치, 문턱 제거, 욕실 개조, 리프트 설치, 손잡이 설치 등을 포함하며, 비용은 일부 또는 전액 보조될 수 있음(정지현, 2025)

□ 덴마크는 예방 가정방문을 통해 고령자의 기능저하와 자립생활 어려움을 조기에 파악하고 있음

○ 덴마크에서는 만 82세 이상 또는 취약 고령자를 대상으로 예방 방문을 정기적으로 실시함. 주택 개조 이후에도 혼자 생활하기 어려운 경우에는 예방 가정방문을 통해 요양원 입소 필요성을 판단함. 또한 재활 중심의 reablement 프로그램을 통해 고령자가 가능한 한 자립적인 생활을 유지할 수 있도록 지원함(정지현, 2025)

□ 덴마크 사례는 건강증진 정책이 사후 대응보다 사전예방과 생활기능 유지에 초점을 두어야 함을 보여줌

○ 덴마크의 사례는 고령자 건강지원이 질병 발생 이후의 치료나 돌봄에 한정되지 않고, 일상생활 기능이 저하되기 전 예방적으로 개입하는 방식으로 설계되어야 함을 보여줌. 따라서 경북 고령여성 건강증진 지원체계도 건강위험 사전점검, 낙상예방, 주거 내 위험요인 개선, 계절성 건강위험 대응 등 생활기능 유지 중심의 예방체계로 구성할 필요가 있음

4) 미국 : 민간·비영리기관을 활용한 지역사회 기여형 사회참여 지원

□ 미국은 고령자를 위한 별도 보호정책보다 취약요인에 따른 고용·사회참여 지원을 강조함

○ 미국은 연령차별금지 원칙에 따라 고령자를 단일한 보호대상으로 분리하기보

다는, 저소득, 실업, 재취업 어려움 등 취업 장애요인을 가진 고령층을 지원하는 방식을 취하고 있음. 대표적으로 SCSEP는 55세 이상 저소득 고령자를 대상으로 지역사회 서비스 일자리를 제공하고, 민간 고용으로의 전환을 지원함(조성은 외, 2021)

□ 민간·비영리단체가 고령자의 경험을 지역사회 기여활동으로 연결하고 있음

○ AARP는 고령자의 고용지원과 SCSEP 운영에 참여하고 있으며, SCORE는 은퇴한 경영인이 소상공인과 창업자에게 자원봉사 멘토링을 제공하는 방식으로 운영됨. 이는 고령자의 경험과 역량을 지역사회 기여활동으로 연결하는 사례라고 볼 수 있음(조성은 외, 2021)

5) 싱가포르 : 파트너기관 협력 기반의 고령자 활동지원 전달체계

□ 싱가포르는 정부, 노동조합, 고용주가 함께 참여하는 노사정 협력구조를 통해 고령자 지원정책을 추진하고 있음

○ 싱가포르는 고령자 고용정책에서 정부, 노동조합, 고용주가 함께 참여하는 삼자 협력체계를 강조함. 고령 근로자 삼자 워크그룹은 정년 연장과 재고용 정책에 관한 권고를 제시하고, 노동조합 산하 e2i는 근로자 교육과 고용서비스를 담당하며, 고용주단체는 기업 대상 보조금 관리에 참여함(조성은 외, 2021)

□ 싱가포르 사례는 하나의 기관이 모든 서비스를 제공하기보다 파트너기관이 역할을 나누는 전달체계의 중요성을 보여줌

○ Careers Connect는 개인별 커리어 코칭과 구직지원 서비스를 제공하고, SkillsFuture는 중장년층의 직업 전환과 재교육을 지원함. 이는 고령자 지원정책이 정부 단독의 사업이 아니라 파트너기관 간 역할분담과 협력 속에서 운영될 수 있음을 보여줌(조성은 외, 2021)

6) 영국 : 인식 개선과 통합전달체계 기반의 고령자 사회참여 지원

□ 영국은 고령자를 노동시장과 지역사회에서 배제하지 않기 위해 인식 개선과 통합서비스를 함께 추진하고 있음

❍ 영국은 Age Positive 캠페인을 통해 고령 인력에 대한 부정적 인식을 개선하고, 고령자의 장점을 홍보하는 정책을 추진하였음. 또한 Jobcentre Plus를 통해 고용서비스와 복지급여 관리를 통합적으로 제공함으로써 고용과 복지를 연계하는 전달체계를 운영하고 있음(조성은 외, 2021)

□ 영국 사례는 고령여성 건강증진에서도 보호 중심 관점보다 활동과 참여 중심 관점이 필요함을 시사함

❍ 고령자를 지원대상으로만 보지 않고, 사회참여와 활동의 주체로 보는 관점은 경북 고령여성 건강증진 지원체계에도 적용될 수 있음. 즉, 고령여성을 건강프로그램 이용자에 머물게 하기보다 건강리더, 정보전달자, 걷기모임 참여자 등 지역사회 건강활동의 주체로 참여시키는 구조가 필요함

Ⅲ. 경북지역 고령여성 건강 지원 실태 및 수요조사

1. 조사개요
2. 조사결과
3. 조사결과 요약 및 시사점

Ⅲ. 경북지역 고령여성 건강 지원 실태 및 수요조사

1. 조사개요

○ 경상북도는 농어촌 지역의 비중이 높고 고령화가 빠르게 진행됨에 따라, 지역 여건과 고령연구의 특성을 반영한 맞춤형 건강증진 정책의 필요성이 증대되고 있음

○ 특히 고령여성은 평균수명이 길고 신체기능 저하, 정신건강 문제, 사회적 고립 등 다양한 건강 위험요인에 노출될 가능성이 높아 지역, 연령별 특성을 고려한 체계적인 건강관리 지원이 요구되고 있음

○ 이에 경상북도에 거주하는 65세 이상 여성의 건강상태와 건강관리 실태, 건강행태 및 서비스 이용 현황을 종합적으로 파악하고, 건강관리 과정에서 겪는 어려움과 필요한 서비스 및 정책 수요를 확인하고자 함. 이를 통해 고령여성의 건강 특성과 지역별 여건을 반영한 맞춤형 건강증진 지원체계 구축을 위한 기초자료로 활용하고자 함

1) 조사대상

○ 본 연구는 경상북도에 거주하는 65세 이상 80세 미만 고령여성 400명을 대상으로 설문조사를 실시하였음. 고령여성의 건강증진을 위한 맞춤형 지원체계를 마련하기 위해서는 지역별 건강지원 인프라, 관련 정보 접근성, 서비스 이용 여건 등의 차이를 고려할 필요가 있음

○ 이에 따라 본 연구에서는 조사 대상지역을 건강지원 인프라 접근성이 상대적으로 양호한 지역과 접근성이 상대적으로 취약한 지역으로 구분하여 설문조사를 실시하였음. 구체적인 대상지역 구분은 〈표 Ⅲ-1〉과 같음

- 접근성 양호지역은 도시의 형태를 갖춘 지역으로서 해당 시의 동 지역과 군청 소재지 읍을, 접근성 취약지역은 그 밖의 지역으로서 시의 읍 지역과 군의 면 지역을 말함(「지방자치법」제3조제4항, 제10조제3항)

<표 Ⅲ-1> 대상 지역

구분	대상지역
접근성 양호지역	시 : 포항시 죽도동, 안동시 옥동 등 동 단위 군 : 칠곡군 왜관읍, 예천군 예천읍, 고령군 대가야읍 등 읍 단위
접근성 취약지역	시 : 포항시 흥해읍, 안동시 풍산읍 등 읍 단위 군 : 칠곡군 약목면, 예천군 유천면, 개포면, 고령군 개진면 등 면 단위

2) 조사방법

○ 구조화된 질문지(Structured Questionnaire)를 이용한 직접방문조사를 실시함

3) 조사기간

○ 2026년 7월 31일 ~ 2026년 8월 26일

4) 조사내용

○ 「고령여성 건강증진 지원체계 구축을 위한 실태조사」는 고령여성의 건강노화 수준과 건강증진 서비스 수요를 다각도로 파악하기 위해 6개 대영역으로 구성함

- 건강상태 및 신체기능 : 주관적 건강상태, 피로경험, 계단오르기 수행능력, 300m 보행능력, 만성질환 5개 이상 보유 여부, 체중 5% 이상 감소 여부
- 정신건강·인지·사회적관계 : 일주일 동안 경험한 기분과 감정(현재생활 만족도, 지루함, 절망감, 외출활동 기피, 무가치함, 외로움), 외로움 관련 경험(고립감, 소외감, 단절감), 몸이 아프거나 어려운 일 발생 시 도움 및 지원, 정기적으로 참여하는 모임(동호회, 친목단체, 자원봉사활동, 경로당, 노인복지회관, 경제활동)
- 건강행태 및 생활습관 : 규칙적 운동(주된운동, 주요 운동 장소)
- 서비스 접근성, 전달경로, 연계실태 : 최근 1년 동안 병원을 가고 싶었으나 가지 못한 경험, 보건소까지 이동 소요시간, 의료서비스 이용 시 교통수단, 의료서비스 기관 방문 시 경험, 지역 내 건강관리 지원받을 수 있는 시설 등
- 건강증진 서비스 이용경험 및 수요 : 10종 건강증진 서비스(방문건강관리, 운동체조교실, 영양교육·상담 등) 이용 여부, 서비스 체감 효과, 이용 장벽, 희망 서비스(1~3순위), 희망 제공 장소, 현 거주지 유지 의향

- 디지털 기기·건강정보 및 정책인지 : 휴대전화 유형, 건강정보 습득 경로, 건강증진 서비스 전반적 만족도, 지역사회 만족도(상업시설 이용 편의성, 의료시설 이용 편의성, 공공기관·대중교통·공원 및 녹지 이용 편의성, 주변 도로의 보행 안전, 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태 등)

2. 조사결과

1) 응답자 특성

○ 실태조사에 참여한 응답자 특성은 아래와 같음

<표 Ⅲ-2> 응답자 특성

(단위 : N, %)

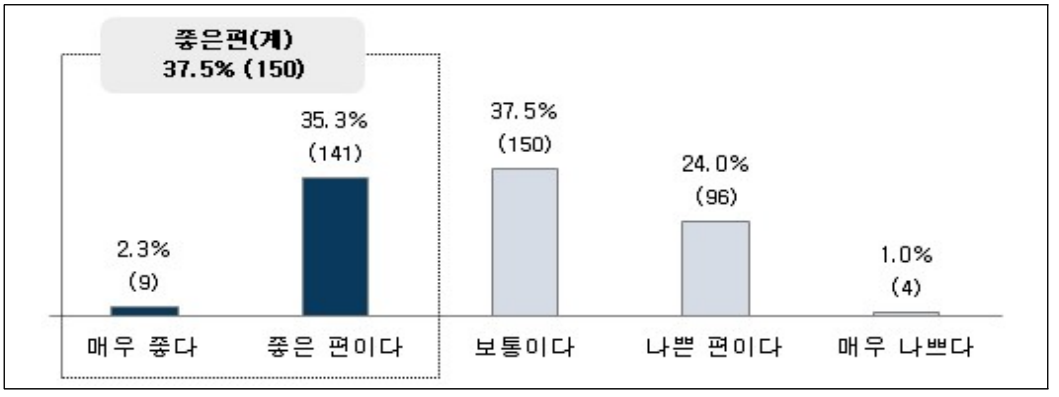
구 분		응답자 특성	
		응답 수(N)	%
전 체		400	100.0%
지역	접근성 양호지역	200	50.0%
	접근성 취약지역	200	50.0%
연령대	65~70세 미만	131	32.8%
	70~75세 미만	125	31.3%
	75~80세 미만	144	36.0%
가족 구성원 (중복응답)	혼자(독거)	167	41.8%
	배우자	186	46.5%
	자녀 또는 그 배우자	41	10.3%
	기타	6	1.5%
가구 월소득	50만원 미만	32	8.0%
	50~100만원 미만	162	40.5%
	100~200만원 미만	136	34.0%
	200~300만원 미만	58	14.5%
	300만원 이상	12	3.0%
돌봄이 필요한 가족 직접 돌봄 여부	돌봄 제공자	13	3.3%
	해당 없음	387	96.8%
(돌봄 제공자 응답자 한함) 돌봄으로 인한 어려움 -본인 건강관리 어려움	자주	5	38.5%
	가끔	5	38.5%
	거의 없음	3	23.1%
(돌봄 제공자 응답자 한함) 돌봄으로 인한 어려움 -사회활동 어려움	자주	5	38.5%
	가끔	5	38.5%
	거의 없음	3	23.1%

2) 건강상태 및 신체기능

가. 건강상태

○ 평소 본인의 건강상태를 살펴본 결과, 좋은 편이라는 응답이 37.5%(매우 좋다 2.3% + 좋은 편이다 35.3%), 보통 37.5%, 나쁜 편 25.0%(나쁜 편이다 24.0% + 매우 나쁘다 1.0%)으로 나타나, 대체로 보통 수준의 건강상태로 인식함

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-1] 건강상태

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 긍정 응답이 41.0%로 접근성 취약지역 34.0%보다 높고, 접근성 취약지역의 부정 응답은 27.0%로 접근성 양호지역 23.0%보다 다소 높았음. 다만 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았으며, 접근성 취약지역의 부정적 건강 인식이 상대적으로 높게 나타난 점을 고려한 지원이 필요함

<표 Ⅲ-3> 건강상태

(단위 : N, %)

구 분			평균(점)	건강상태									
				매우 좋다		좋은 편이다		보통이다		나쁜 편이다		매우 나쁘다	
전 체		400	2.8	9	2.3%	141	35.3%	150	37.5%	96	24.0%	4	1.0%
지역	접근성 양호지역	200	2.8	6	3.0%	76	38.0%	72	36.0%	44	22.0%	2	1.0%
	접근성 취약지역	200	2.9	3	1.5%	65	32.5%	78	39.0%	52	26.0%	2	1.0%
t-test				t=1.491(df=398)									

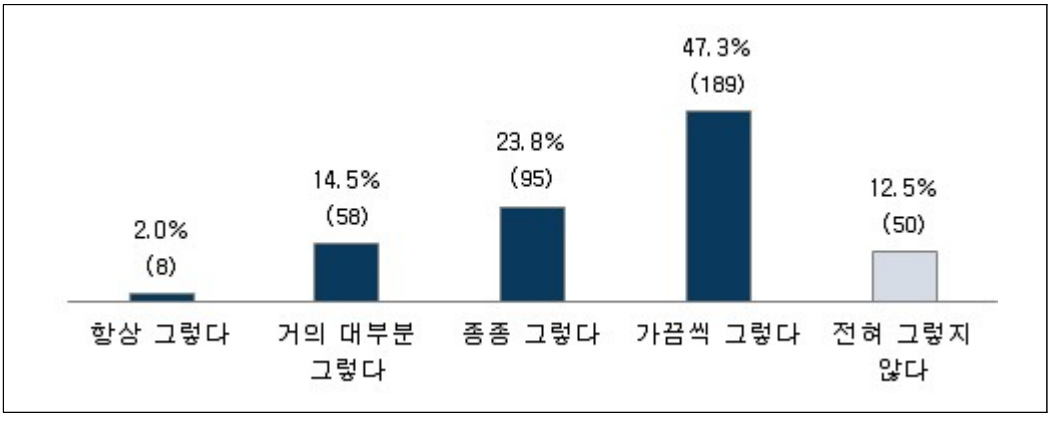
*5점척도 : 매우좋다(1점) ~ 매우 나쁘다(5점)

나. 지난 1년간 경험

(1) 지난 한 달 동안 피로 경험

○ 지난 한 달간 피로 경험은 '가끔씩 그렇다' 47.3%, '종종 그렇다' 23.8%, '거의 대부분 그렇다' 14.5% 순으로 나타났으며, '전혀 그렇지 않다'는 12.5%에 불과해 대부분의 고령여성이 일상적으로 피로를 경험하고 있는 것으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-2] 지난 한 달 동안 피로 경험

○ 지역별 피로 경험률은 접근성 양호지역 87.0%, 접근성 취약지역 88.0%로 유사하였으며, t-test 결과 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않음. 이에 따라 피로 경험은 지역 유형에 따른 차이보다 고령여성 전반의 건강관리 필요성을 보여주는 결과로 해석됨

<표 Ⅲ-4> 지난 한 달 동안 피로 경험

(단위 : N, %)

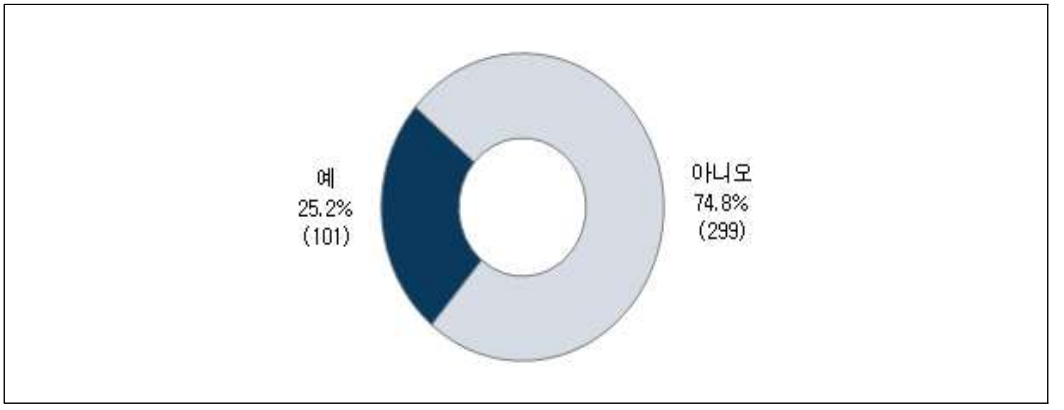
구 분			평균 (점)	지난 한달 동안 피로 경험									
				항상 그렇다		거의 대부분 그렇다		종종 그렇다		가끔씩 그렇다		전혀 그렇지 않다	
전 체		400	3.5	8	2.0%	58	14.5%	95	23.8%	189	47.3%	50	12.5%
지역	접근성 양호지역	200	3.5	3	1.5%	37	18.5%	45	22.5%	89	44.5%	26	13.0%
	접근성 취약지역	200	3.6	5	2.5%	21	10.5%	50	25.0%	100	50.0%	24	12.0%
t-test				t=-0.995(df=398)									

*5점척도 : 항상 그렇다(1점) ~ 전혀 그렇지 않다(5점)

(2) 계단오르기 수행 능력

○ 계단 오르기 수행 가능 여부를 살펴본 결과, 전체 응답자의 25.2%가 혼자서 쉬지 않고 10개 계단을 오르는데 힘이 든다고 응답한 반면, 74.8%는 그렇지 않다고 하며 계단오르기 수행 능력은 전반적으로 양호하다는 응답이 많았음

(단위 : %, N)



주: 예=계단 오르기 힘들다, 아니오=계단 힘들지 않다

[그림 Ⅲ-3] 계단오르기 수행 능력

○ 지역별로는 접근성 취약지역의 힘들다는 응답 비율이 30.0%로 접근성 양호지역 20.5%보다 9.5%p 높게 나타났으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의미하였음(χ^2=4.782, p<.05)

<표 Ⅲ-5> 계단오르기 수행 능력

(단위 : N, %)

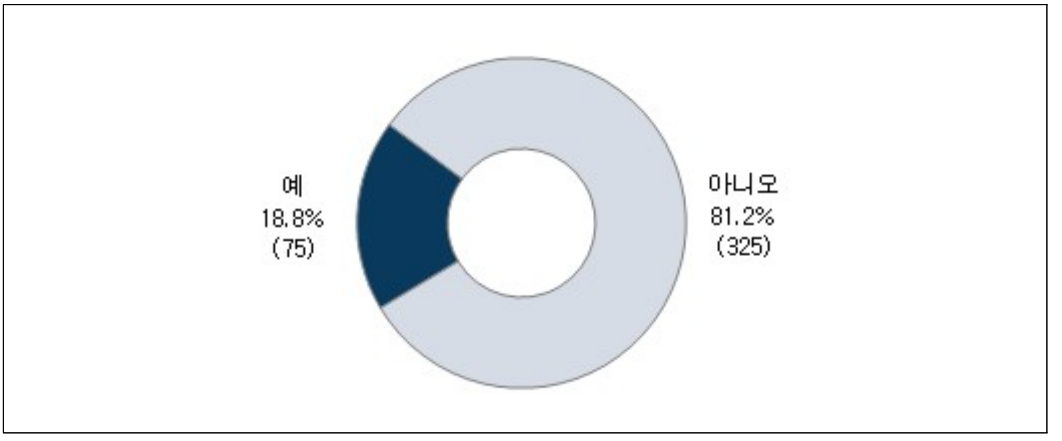
구 분			계단오르기 수행 능력			
			힘들다		힘들지 않다	
전 체		400	101	25.3%	299	74.8%
지역	접근성 양호지역	200	41	20.5%	159	79.5%
	접근성 취약지역	200	60	30.0%	140	70.0%
x^2 test			x^2 =4.782(df=1)*			

주 : *** p<.001, **p<.01, *p<.05 이하동일

(3) 300m 보행 능력

○ 도움 없이 300미터를 혼자서 이동하는데 힘이 든다는 응답이 18.8%(75명)로 나타남

(단위 : %, N)



주: 예=도움 없이 300미터 혼자 이동하기 힘들다, 아니오=도움 없이 300미터 혼자 이동하기 힘들지 않다

[그림 Ⅲ-4] 300m 보행 능력

○ 300m 보행 능력은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음

- 도움 없이 300m를 혼자서 이동하는데 힘이 든다는 응답이 접근성 취약지역에서 23.5%로 접근성 양호지역(14.0%)에 비해 상대적으로 높게 나타남(χ^2=5.924, p<.05)

<표 Ⅲ-6> 300m 보행 능력

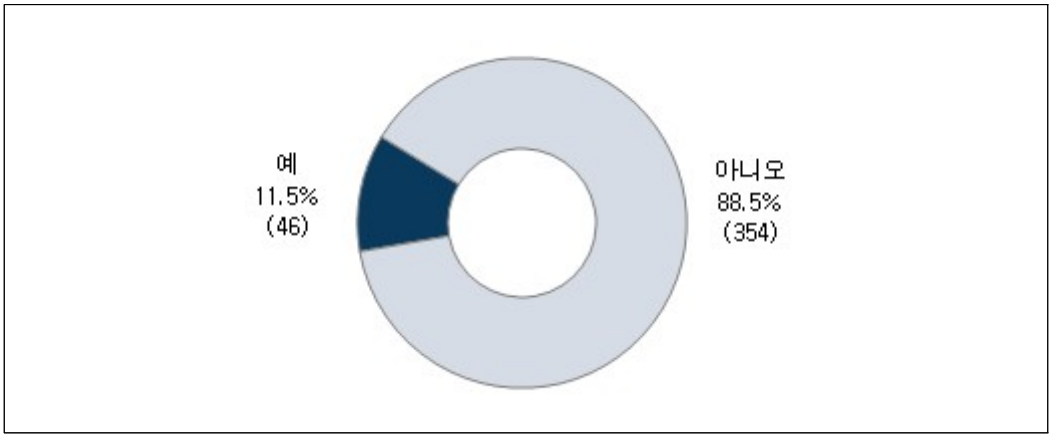
(단위 : N, %)

구 분			300m 보행 능력			
			힘들다		힘들지 않다	
전 체		400	75	18.8%	325	81.3%
지역	접근성 양호지역	200	28	14.0%	172	86.0%
	접근성 취약지역	200	47	23.5%	153	76.5%
x^2 test			x^2 =5.924(df=1)*			

(4) 만성질환 5개 이상 보유 여부

❍ 고혈압, 당뇨, 암, 만성폐질환, 심근경색 등 의사 진단을 받은 만성질환을 5개 이상 보유하고 있다는 응답이 11.5%(46명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-5] 만성질환 5개 이상 보유 여부

❍ 만성질환을 5개 이상 보유한 응답자는 전체의 11.5%로 나타났으며, 대부분인 88.5%는 해당하지 않는 것으로 나타남. 지역별로는 접근성 양호지역 13.0%, 접근성 취약지역 10.0%로 양호지역이 다소 높았으나, 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않음

<표 Ⅲ-7> 만성질환 5개 이상 보유 여부

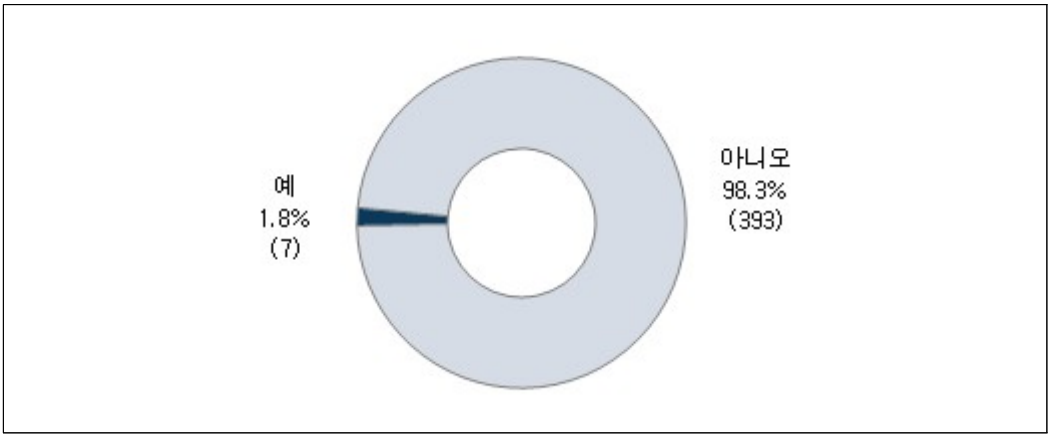
(단위 : N, %)

구 분			만성질환 5개 이상 보유 여부			
			예		아니오	
전 체		400	46	11.5%	354	88.5%
지역	접근성 양호지역	200	26	13.0%	174	87.0%
	접근성 취약지역	200	20	10.0%	180	90.0%
x^2 test			x^2 =0.884(df=1)			

(5) 체중 5% 이상 감소 여부

❍ 최근 1년간 특별한 이유 없이 체중이 5% 이상 감소했다는 응답이 1.8%(7명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-6] 체중 5% 이상 감소 여부

❍ 체중이 5% 이상 감소한 응답자는 전체의 1.8%로 매우 낮게 나타남. 지역별로도 접근성 양호지역 1.5%, 접근성 취약지역 2.0%로 큰 차이가 없었으며, 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않음

<표 Ⅲ-8> 체중 5% 이상 감소 여부

(단위 : N, %)

구 분			체중 5%이상 감소 여부			
			예		아니오	
전 체		400	7	1.8%	393	98.3%
지역	접근성 양호지역	200	3	1.5%	197	98.5%
	접근성 취약지역	200	4	2.0%	196	98.0%
χ^2 test			χ^2 =0.145(df=1)			

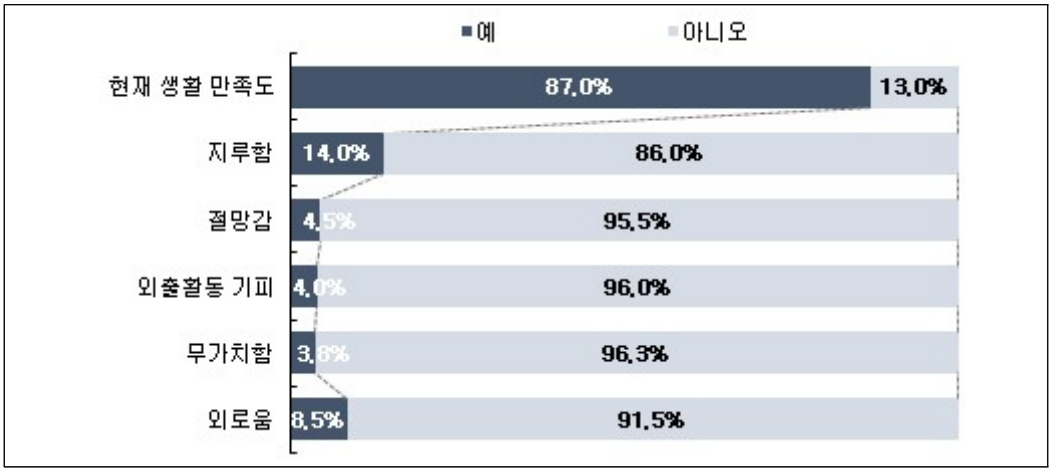
3) 정신건강·인지·사회적관계

가. 일주일 동안 경험한 기분과 감정

○ 조사에 참여한 응답자들은 대체로 현재 생활에 만족(87.0%)하는 것으로 나타남

○ 일주일 동안 경험한 기분과 감정을 살펴보면, 생활이 지루하게 느껴질때가 많았다는 응답이 14.0%로 가장 많았고, 이어서 자주 외로움을 느꼈다(8.5%), 절망적이라는 느낌을 받았다(4.5%), 바깥에 나가기 싫고 집에만 있고 싶었다(4.0%), 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느껴졌다(3.8%) 순으로 나타남

(단위 : %)



[그림 Ⅲ-7] 일주일 동안 경험한 기분과 감정

<표 Ⅲ-9> 일주일 동안 경험한 기분과 감정

(단위 : N, %)

구 분		일주일 동안 경험한 기분과 감정			
		예		아니오	
1) 현재 생활 만족도	400	348	87.0%	52	13.0%
2) 지루함	400	56	14.0%	344	86.0%
3) 절망감	400	18	4.5%	382	95.5%
4) 외출활동 기피	400	16	4.0%	384	96.0%
5) 무가치함	400	15	3.8%	385	96.3%
6) 외로움	400	34	8.5%	366	91.5%

(1) 일주일 동안 경험한 기분과 감정

○ 지난 일주일 동안의 기분과 감정을 살펴본 결과, 현재 생활에 만족한다는 응답이 87.0%로 높게 나타남. 부정적 감정 경험은 지루함 14.0%, 외로움 8.5%, 절망감 4.5%, 외출활동 기피 4.0%, 무가치함 3.8%로 전반적으로 낮은 수준을 보임

○ 지역별로는 생활만족도와 부정적 감정 경험 모두 접근성 양호지역과 접근성 취약지역 간 차이가 크지 않았으며, 카이제곱 검정 결과 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않음

○ 다만 지루함과 외로움은 다른 부정적 감정에 비해 상대적으로 높게 나타나, 고령여성의 정서적 안정과 사회적 관계 형성을 위한 지원이 필요함

<표 Ⅲ-10> 일주일 동안 경험한 기분과 감정

(단위 : N, %)

구 분			현재 생활 만족도			
			예		아니오	
전 체		400	348	87.0%	52	13.0%
지역	접근성 양호지역	200	173	86.5%	27	13.5%
	접근성 취약지역	200	175	87.5%	25	12.5%
x^2 test			x^2=0.088(df=1)			
구 분			지루함			
			예		아니오	
전 체		400	56	14.0%	344	86.0%
지역	접근성 양호지역	200	27	13.5%	173	86.5%
	접근성 취약지역	200	29	14.5%	171	85.5%
x^2 test			x^2=0.083(df=1)			
구 분			절망감			
			예		아니오	
전 체		400	18	4.5%	382	95.5%
지역	접근성 양호지역	200	10	5.0%	190	95.0%
	접근성 취약지역	200	8	4.0%	192	96.0%
x^2 test			x^2=0.233(df=1)			
구 분			외출활동 기피			
			예		아니오	
전 체		400	16	4.0%	384	96.0%
지역	접근성 양호지역	200	8	4.0%	192	96.0%

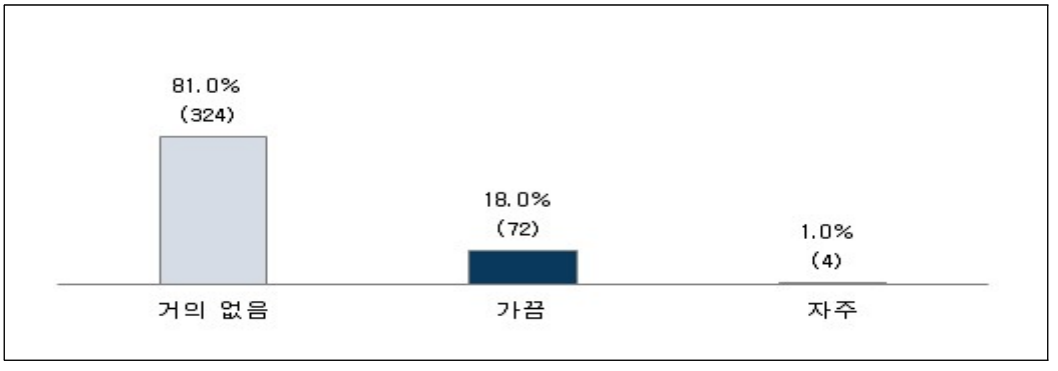
	접근성 취약지역	200	8	4.0%	192	96.0%
x^2 test			x^2=0.000(df=1)			
구 분			무가치함			
			예		아니오	
전 체		400	15	3.8%	385	96.3%
지역	접근성 양호지역	200	8	4.0%	192	96.0%
	접근성 취약지역	200	7	3.5%	193	96.5%
x^2 test			x^2=0.069(df=1)			
구 분			외로움			
			예		아니오	
전 체		400	34	8.5%	366	91.5%
지역	접근성 양호지역	200	15	7.5%	185	92.5%
	접근성 취약지역	200	19	9.5%	181	90.5%
x^2 test			x^2=0.514(df=1)			

나. 외로움 관련 경험

(1) 고립감

○ 고립감에 대해 살펴본 결과, 주변에 함께할 사람이 부족하다고 느낀다는 응답이 19.0%(자주 1.0% + 가끔 18.0%)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-8] 고립감

○ 지역별로는 접근성 양호지역이 '거의 없음' 79.5%, '가끔' 19.5%, '자주' 1.0%로, 접근성 취약지역('거의 없음' 82.5%, '가끔' 16.5%, '자주' 1.0%)에 비해 고립감

을 다소 자주 느끼는 경향이 있었으나, χ^2=0.611(df=2)로 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않음

<표 Ⅲ-11> 고립감

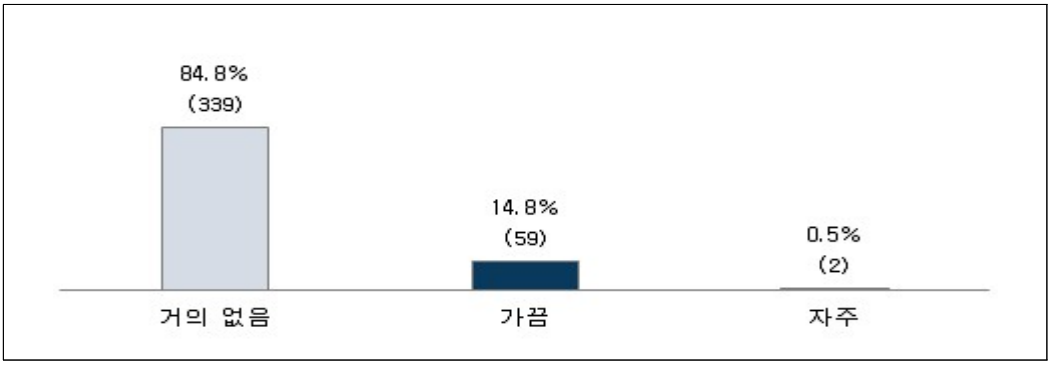
(단위 : N, %)

구 분			고립감					
			거의 없음		가끔		자주	
전 체		400	324	81.0%	72	18.0%	4	1.0%
지역	접근성 양호지역	200	159	79.5%	39	19.5%	2	1.0%
	접근성 취약지역	200	165	82.5%	33	16.5%	2	1.0%
χ^2 test			χ^2 =0.611(df=2)					

(2) 소외감

○ 소외감에 대해 살펴본 결과, 소외감을 느낀다는 응답이 15.3%(자주 0.5% + 가끔 14.8%)로 나타남

(단위 : %)



[그림 Ⅲ-9] 소외감

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 '거의 없음' 응답이 86.5%로 접근성 취약지역 83.0%보다 높고, 접근성 취약지역의 '가끔' 이상 응답은 17.0%로 접근성 양호지역 13.5%보다 다소 높았음. 다만 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았으며, 접근성 취약지역의 소외감이 상대적으로 높게 나타난 점을 고려한 사회적 관계망 지원이 필요함

<표 Ⅲ-12> 소외감

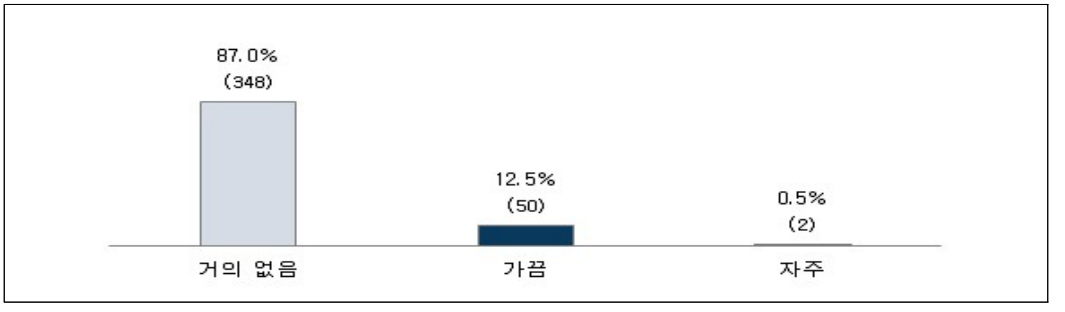
(단위 : N, %)

구 분			소외감					
			거의 없음		가끔		자주	
전 체		400	339	84.8%	59	14.8%	2	.5%
지역	접근성 양호지역	200	173	86.5%	26	13.0%	1	.5%
	접근성 취약지역	200	166	83.0%	33	16.5%	1	.5%
x^2 test			x^2=0.975(df=2)					

(3) 단절감

○ 단절감에 대해 살펴본 결과, 다른 사람과 단절되어 있다고 느낀다는 응답이 13.0%(자주 0.5% + 가끔 12.5%)로 나타남

(단위 : %)



[그림 Ⅲ-10] 단절감

○ 지역별로는 접근성 양호지역과 접근성 취약지역 모두 '거의 없음' 응답이 87.0%로 동일하게 나타나는 등 통계적으로도 유의미한 차이는 나타나지 않았으며(χ^2=0.000, df=2), 단절감 수준에 있어 지역 간 차이는 확인되지 않음

<표 Ⅲ-13> 단절감

(단위 : N, %)

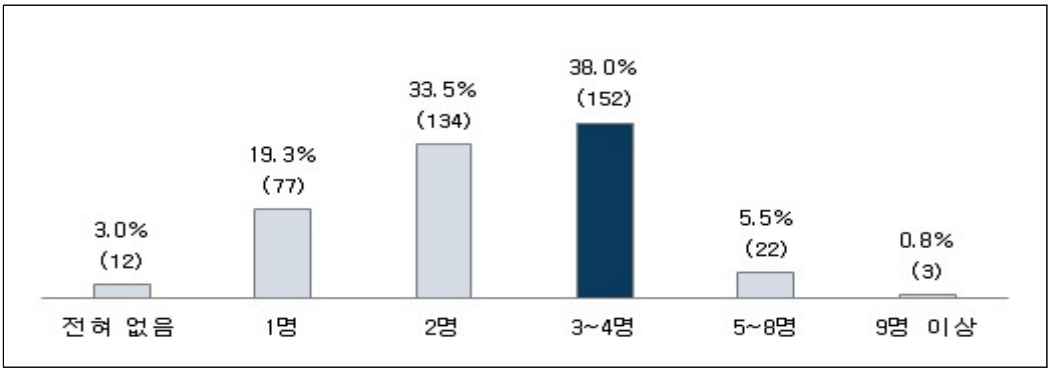
구 분			단절감					
			거의 없음		가끔		자주	
전 체		400	348	87.0%	50	12.5%	2	.5%
지역	접근성 양호지역	200	174	87.0%	25	12.5%	1	.5%
	접근성 취약지역	200	174	87.0%	25	12.5%	1	.5%
x^2 test			x^2 =0.000(df=2)					

다. 몸이 아프거나 어려운 일 발생 시 도움 및 지원

(1) 월 1회 이상 연락, 만남 가족·친척 수

○ 월 1회 이상 연락하거나 만남을 가지는 가족·친척 수는 3~4명이 38.0%로 가장 높게 나타났고, 이어서 2명(33.5%), 1명(19.3%), 5~8명(5.5%), 9명 이상(0.8%) 등의 순으로 나타남. 전혀 없음도 3.0%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-11] 월 1회 이상 연락, 만남 가족·친척 수

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 '전혀 없음' 응답이 1.0%로 접근성 취약지역 5.0%보다 낮고, '3~4명' 응답은 접근성 양호지역 40.5%로 접근성 취약지역 35.5%보다 다소 높았음. 다만 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았으며(x^2=7.333, df=5), 접근성 취약지역에서 정기적 연락·만남이 전혀 없는 고령여성의 비율이 상대적으로 높게 나타난 점을 고려한 관계망 지원이 필요함

<표 Ⅲ-14> 월 1회 이상 연락·만남 가족·친척 수

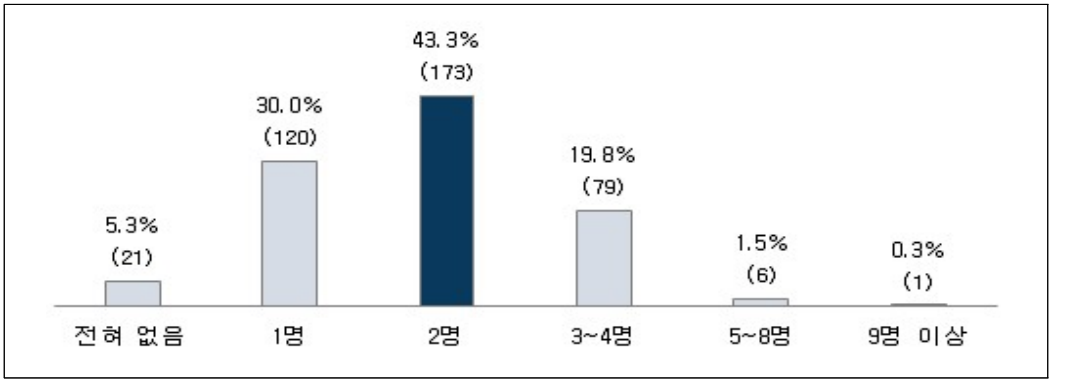
(단위 : N, %)

구 분			월 1회 이상 연락·만남 가족·친척 수					
			전혀 없음	1명	2명	3~4명	5~8명	9명 이상
전 체		400	12 3.0%	77 19.3%	134 33.5%	152 38.0%	22 5.5%	3 .8%
지역	접근성 양호지역	200	2 1.0%	39 19.5%	64 32.0%	81 40.5%	13 6.5%	1 .5%
	접근성 취약지역	200	10 5.0%	38 19.0%	70 35.0%	71 35.5%	9 4.5%	2 1.0%
x^2 test			x^2 =7.333(df=5)					

(2) 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척 수

○ 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척 수는 2명이 43.3%로 가장 높게 나타났고, 이어서 1명(30.0%), 3~4명(19.8%), 5~8명(1.5%), 9명 이상(0.3%) 등의 순으로 나타남. 전혀 없음도 5.3%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-12] 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척 수

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 '전혀 없음' 응답이 4.5%로 접근성 취약지역 6.0%보다 낮고, '3~4명' 응답은 접근성 양호지역 21.0%로 접근성 취약지역 18.5%보다 다소 높았음. 다만 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았으며(χ^2=2.828, df=5), 접근성 취약지역에서 고민을 나눌 상대가 없는 고령여성에 대한 정서적 지지체계 마련이 필요함

<표 Ⅲ-15> 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척 수

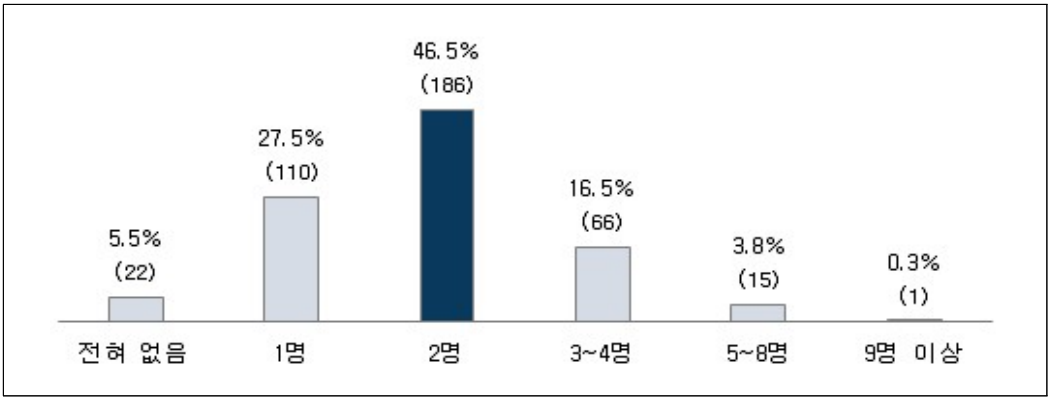
(단위 : N, %)

구 분			개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척 수					
			전혀 없음	1명	2명	3~4명	5~8명	9명 이상
전 체		400	21 5.3%	120 30.0%	173 43.3%	79 19.8%	6 1.5%	1 .3%
지역	접근성 양호지역	200	9 4.5%	62 31.0%	83 41.5%	42 21.0%	4 2.0%	
	접근성 취약지역	200	12 6.0%	58 29.0%	90 45.0%	37 18.5%	2 1.0%	1 .5%
χ^2 test			χ^2 =2.828(df=5)					

(3) 필요 시 도움을 받을 수 있는 가족·친척 수

○ 필요할 때 도움을 요청할 정도로 가깝게 느끼는 가족·친척 수는 2명이 46.5%로 가장 높게 나타났고, 이어서 1명(27.5%), 3~4명(16.5%), 5~8명(3.8%), 9명 이상(0.3%) 등의 순으로 나타남. 전혀 없음도 5.5%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-13] 필요 시 도움을 받을 수 있는 가족·친척 수

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 '전혀 없음' 응답이 6.0%로 접근성 취약지역 5.0%보다 다소 높으나, '3~4명' 응답은 접근성 양호지역 20.0%로 접근성 취약지역 13.0%보다 높게 나타남. 다만 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았으며(χ^2=5.029, df=5), 두 지역 모두 2명 이하에 응답이 집중되어 있어 실제 도움 가능 관계망이 협소한 점을 고려한 대체 지원체계가 필요함

<표 Ⅲ-16> 필요 시 도움을 받을 수 있는 가족·친척 수

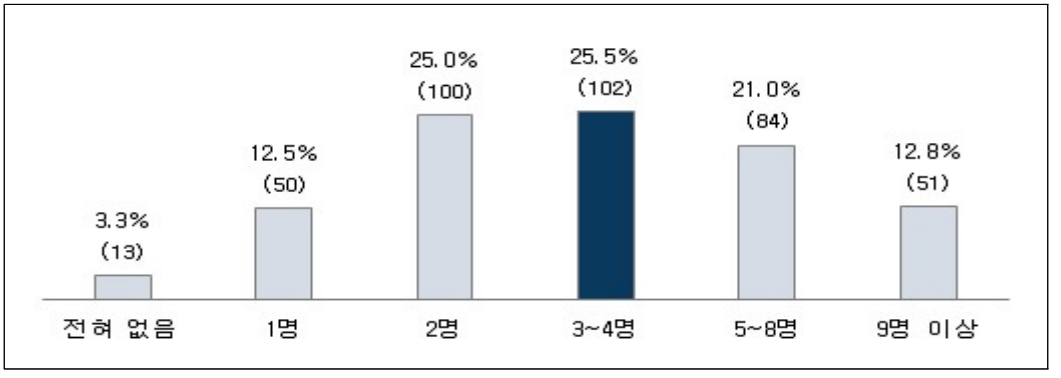
(단위 : N, %)

구 분			필요 시 도움을 받을 수 있는 가족·친척 수					
			전혀 없음	1명	2명	3~4명	5~8명	9명 이상
전 체		400	22 5.5%	110 27.5%	186 46.5%	66 16.5%	15 3.8%	1 .3%
지역	접근성 양호지역	200	12 6.0%	54 27.0%	87 43.5%	40 20.0%	7 3.5%	
	접근성 취약지역	200	10 5.0%	56 28.0%	99 49.5%	26 13.0%	8 4.0%	1 .5%
χ^2 test			χ^2 =5.029(df=5)					

(4) 월 1회 이상 연락, 만남 친구 수

○ 월 1회 이상 연락하거나 만남을 가지는 친구 수는 3~4명이 25.5%로 가장 높게 나타났고, 이어서 2명(25.0%), 5~8명(21.0%), 9명 이상(12.8%), 1명(12.5%) 등의 순으로 나타남. 전혀 없음도 3.3%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-14] 월 1회 이상 연락, 만남 친구 수

○ 지역별로는 접근성 취약지역의 '5~8명' 응답이 29.5%로 접근성 양호지역 12.5%보다 크게 높고, '3~4명'도 접근성 취약지역 29.5%로 접근성 양호지역 21.5%보다 높았음. 반면 접근성 양호지역은 '2명' 응답이 35.5%로 접근성 취약지역 14.5%보다 두 배 이상 높게 나타남. 이러한 차이는 통계적으로도 유의미하였으며(χ^2=38.891, df=5, p<.001), 접근성 취약지역에서 정기적으로 연락·만남을 가지는 친구 관계망이 상대적으로 폭넓게 형성되어 있는 것으로 확인됨

<표 Ⅲ-17> 월 1회 이상 연락·만남 친구 수

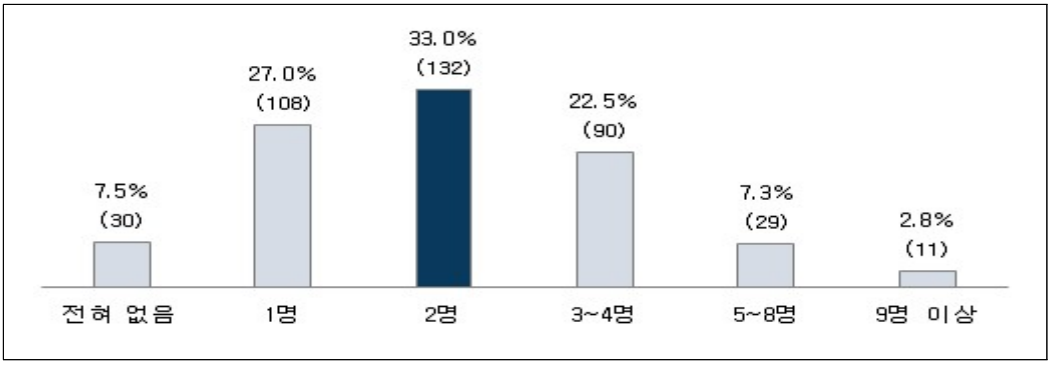
(단위 : N, %)

구 분			월 1회 이상 연락·만남 친구 수					
			전혀 없음	1명	2명	3~4명	5~8명	9명 이상
전 체		400	13 3.3%	50 12.5%	100 25.0%	102 25.5%	84 21.0%	51 12.8%
지역	접근성 양호지역	200	10 5.0%	28 14.0%	71 35.5%	43 21.5%	25 12.5%	23 11.5%
	접근성 취약지역	200	3 1.5%	22 11.0%	29 14.5%	59 29.5%	59 29.5%	28 14.0%
χ^2 test			χ^2 =38.891(df=5)***					

(5) 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 친구 수

○ 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 친구 수는 2명이 33.0%로 가장 높게 나타났고, 이어서 1명(27.0%), 3~4명(22.5%), 5~8명(7.3%), 9명 이상(2.8%) 등의 순으로 나타남. 전혀 없음도 7.5%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-15] 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 친구 수

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 '전혀 없음' 응답이 10.5%로 접근성 취약지역 4.5%보다 높고, '5~8명' 응답은 접근성 취약지역 13.0%로 접근성 양호지역 1.5%보다 크게 높았음. 이러한 차이는 통계적으로도 유의미하였으며(χ^2=30.624, df=5, p<.001), 접근성 취약지역에 비해 접근성 양호지역에서 고민을 나눌 친구가 전혀 없는 고령여성의 비율이 상대적으로 높게 나타난 점을 고려한 정서적 지지체계 마련이 필요함

<표 Ⅲ-18> 개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 친구 수

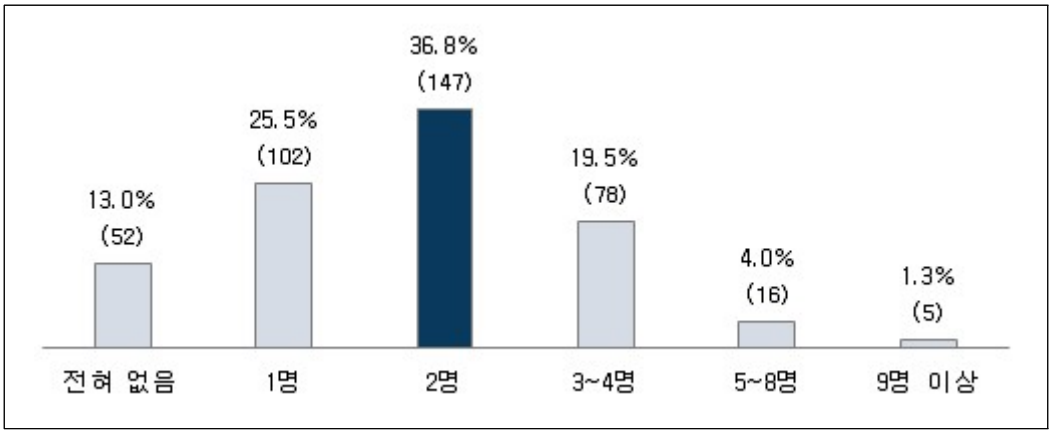
(단위 : N, %)

구 분			개인적인 고민을 털어놓을 수 있는 친구 수					
			전혀 없음	1명	2명	3~4명	5~8명	9명 이상
전 체		400	30 7.5%	108 27.0%	132 33.0%	90 22.5%	29 7.3%	11 2.8%
지역	접근성 양호지역	200	21 10.5%	46 23.0%	79 39.5%	45 22.5%	3 1.5%	6 3.0%
	접근성 취약지역	200	9 4.5%	62 31.0%	53 26.5%	45 22.5%	26 13.0%	5 2.5%
χ^2 test			χ^2 =30.624(df=5)***					

(6) 필요 시 도움을 요청할 수 있는 친구 수

○ 필요할 때 도움을 요청할 정도로 가깝게 느끼는 친구 수는 2명이 36.8%로 가장 높게 나타났고, 이어서 1명(25.5%), 3~4명(19.5%), 5~8명(4.0%), 9명 이상(1.3%) 등의 순으로 나타남. 전혀 없음도 13.0%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-16] 필요 시 도움을 요청할 수 있는 친구 수

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 '전혀 없음' 응답이 14.5%로 접근성 취약지역 11.5%보다 높고, '5~8명' 응답은 접근성 취약지역 7.0%로 접근성 양호지역 1.0%보다 높았음. 이러한 차이는 통계적으로 유의미하게 나타났으며(x^2=13.268, df=5, p<.05), 접근성 양호지역에서 실제 도움을 요청할 수 있는 친구가 없는 고령여성에 대한 대체 지원체계가 필요함

<표 Ⅲ-19> 필요 시 도움을 요청할 수 있는 친구 수

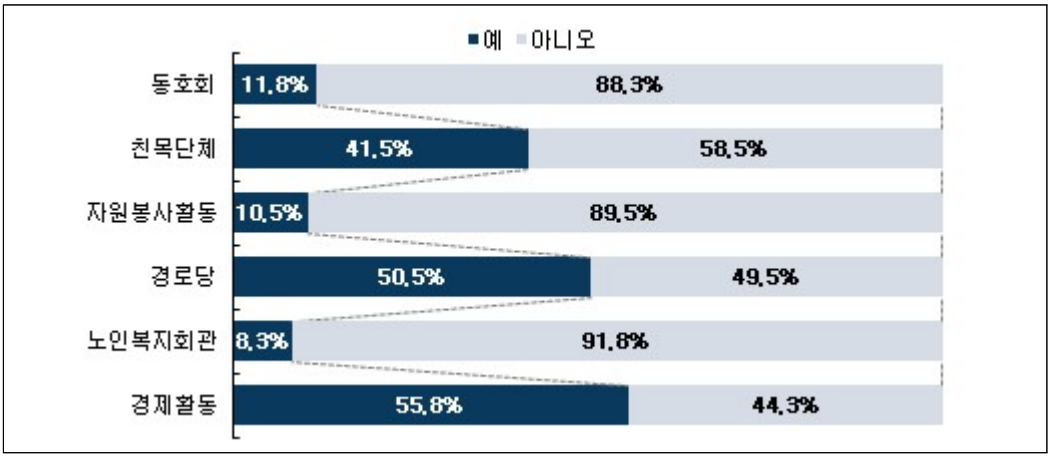
(단위 : N, %)

구 분			필요 시 도움을 요청할 수 있는 친구 수					
			전혀 없음	1명	2명	3~4명	5~8명	9명 이상
전 체		400	52 13.0%	102 25.5%	147 36.8%	78 19.5%	16 4.0%	5 1.3%
지역	접근성 양호지역	200	29 14.5%	46 23.0%	77 38.5%	42 21.0%	2 1.0%	4 2.0%
	접근성 취약지역	200	23 11.5%	56 28.0%	70 35.0%	36 18.0%	14 7.0%	1 .5%
x^2 test			x^2 =13.268(df=5)*					

라. 정기적으로 참여하는 모임

○ 조사에 참여한 응답자들이 정기적으로 참여하는 모임을 살펴보면, 경제활동이 55.8%로 가장 많았고, 이어서 경로당(50.5%), 친목단체(41.5%), 동호회(11.8%), 자원봉사활동(10.5%), 노인복지회관(8.3%) 순으로 나타남

(단위 : %)



[그림 Ⅲ-17] 정기적으로 참여하는 모임

<표 Ⅲ-20> 정기적으로 참여하는 모임

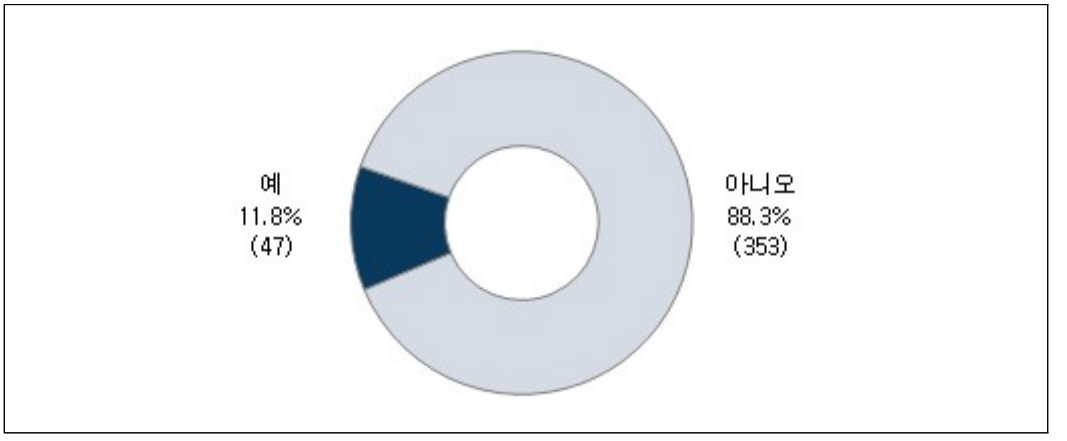
(단위 : N, %)

구 분		정기적으로 참여하는 모임			
		예		아니오	
1) 동호회	400	47	11.8%	353	88.3%
2) 친목단체	400	166	41.5%	234	58.5%
3) 자원봉사활동	400	42	10.5%	358	89.5%
4) 경로당	400	202	50.5%	198	49.5%
5) 노인복지회관	400	33	8.3%	367	91.8%
6) 경제활동	400	223	55.8%	177	44.3%

(1) 동호회

❍ 조사에 참여한 응답자 중 정기적으로 동호회에 참여한다는 응답자는 11.8%(47명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-18] 동호회

❍ 지역별로는 접근성 양호지역의 동호회 참여율이 16.5%로 접근성 취약지역 7.0%보다 두 배 이상 높았음. 이러한 차이는 통계적으로도 유의미하게 나타났으며(χ^2=8.704, df=1, p<.01), 접근성 취약지역의 동호회 등 자율적 사회참여 기반이 상대적으로 취약한 점을 고려한 참여 확대 지원이 필요함

<표 Ⅲ-21> 동호회

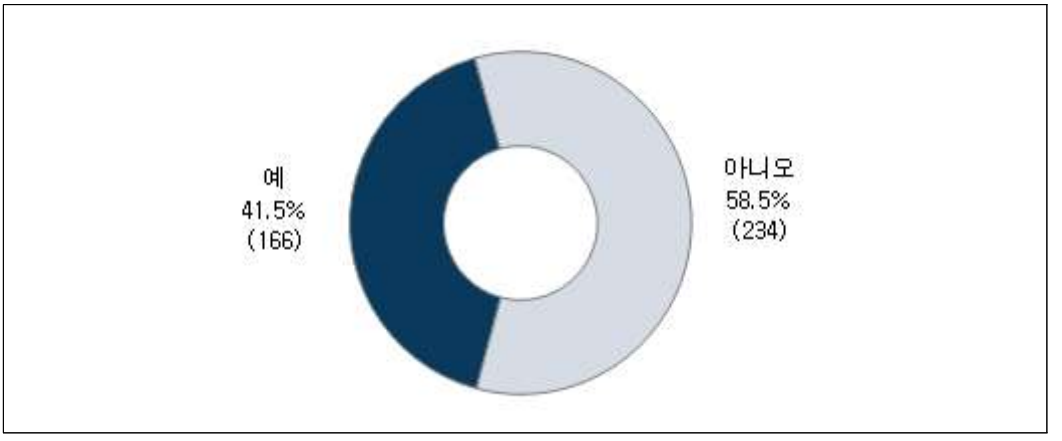
(단위 : N, %)

구 분			동호회			
			예		아니오	
전 체		400	47	11.8%	353	88.3%
지역	접근성 양호지역	200	33	16.5%	167	83.5%
	접근성 취약지역	200	14	7.0%	186	93.0%
x^2 test			x^2 =8.704(df=1)**			

(2) 친목단체

○ 조사에 참여한 응답자 중 정기적으로 친목단체에 참여한다는 응답자는 41.5%(166명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-19] 친목단체

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 친목단체 참여율이 46.0%로 접근성 취약지역 37.0%보다 높게 나타났음. 다만 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았으며 (x^2=3.336, df=1), 접근성 취약지역에서도 3명 중 1명 이상이 친목단체에 참여하고 있어 마을 단위 관계망 자체는 일정 수준 유지되고 있는 것으로 확인됨

<표 Ⅲ-22> 친목단체

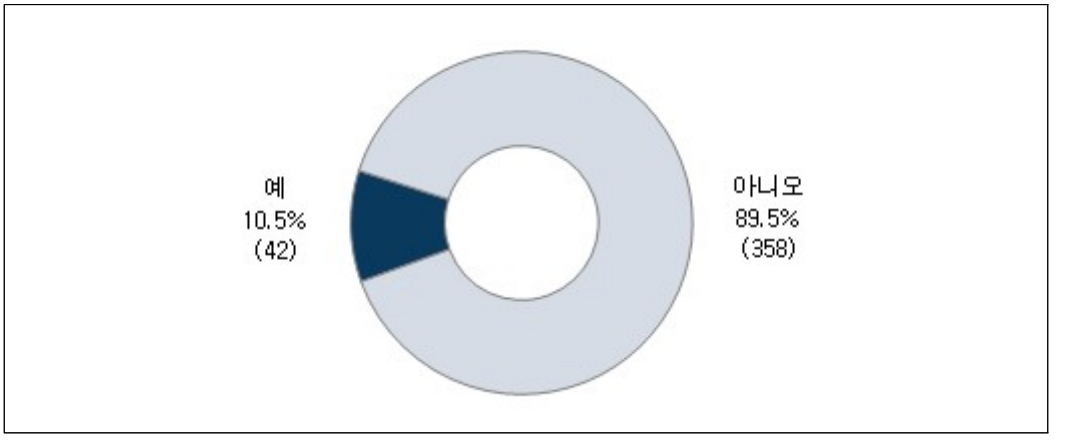
(단위 : N, %)

구 분			친목단체			
			예		아니오	
전 체		400	166	41.5%	234	58.5%
지역	접근성 양호지역	200	92	46.0%	108	54.0%
	접근성 취약지역	200	74	37.0%	126	63.0%
x^2 test			x^2 =3.336(df=1)			

(3) 자원봉사활동

❍ 조사에 참여한 응답자 중 정기적으로 자원봉사활동에 참여한다는 응답자는 10.5%(42명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-20] 자원봉사활동

❍ 지역별로는 접근성 양호지역과 접근성 취약지역 모두 자원봉사활동 참여율이 10.5%로 동일하게 나타났으며, 통계적으로도 유의미한 차이는 없었음(x^2=0.000, df=1). 두 지역 모두 자원봉사 참여 수준이 낮은 것으로 확인되어, 고령여성이 참여할 수 있는 봉사활동 기회를 발굴하는 공통 과제가 필요함

<표 Ⅲ-23> 자원봉사활동

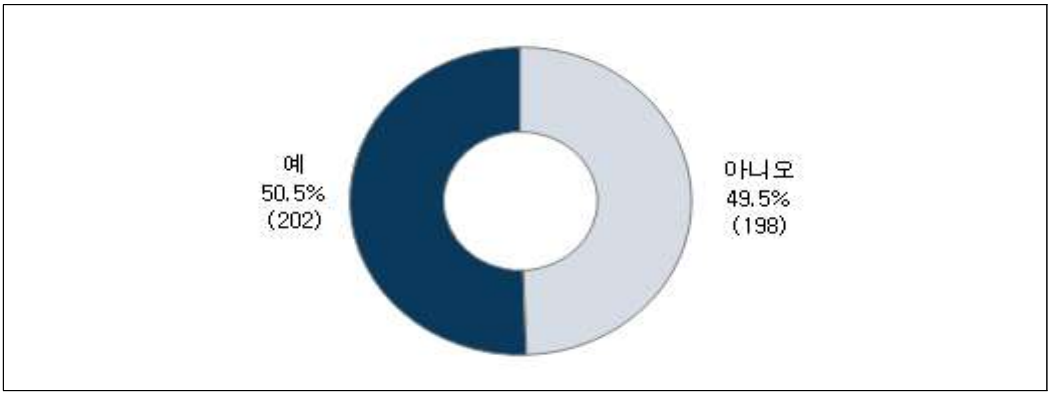
(단위 : N, %)

구 분			자원봉사활동			
			예		아니오	
전 체		400	42	10.5%	358	89.5%
지역	접근성 양호지역	200	21	10.5%	179	89.5%
	접근성 취약지역	200	21	10.5%	179	89.5%
x^2 test			x^2 =0.000(df=1)			

(4) 경로당

○ 조사에 참여한 응답자 중 정기적으로 경로당에 참여한다는 응답자는 50.5%(202명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-21] 경로당

○ 지역별로는 접근성 취약지역의 경로당 이용률이 78.5%로 접근성 양호지역 22.5%보다 크게 높았음. 이러한 차이는 통계적으로도 유의미하게 나타났으며(χ^2=125.453, df=1, p<.001), 접근성 취약지역에서 경로당이 고령여성의 일상적 생활·관계의 핵심 거점으로 기능하고 있음을 보여줌. 따라서 접근성 취약지역은 경로당을 건강증진 전달의 중심 접점으로 활용하는 전략이 요구되는 반면, 접근성 양호지역은 경로당 의존도가 낮은 만큼 보건소·복지관 등 다른 접점을 통한 접근 경로 설계가 필요함

<표 Ⅲ-24> 경로당

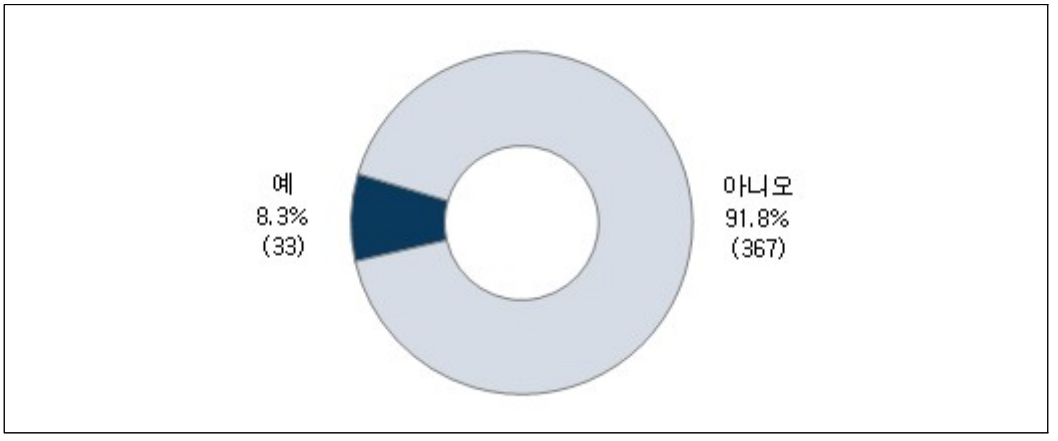
(단위 : N, %)

구 분			경로당			
			예		아니오	
전 체		400	202	50.5%	198	49.5%
지역	접근성 양호지역	200	45	22.5%	155	77.5%
	접근성 취약지역	200	157	78.5%	43	21.5%
χ^2 test			χ^2 =125.453(df=1)***			

(5) 노인복지회관

❍ 조사에 참여한 응답자 중 정기적으로 노인복지회관에 참여한다는 응답자는 8.3%(33명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-22] 노인복지회관

❍ 지역별로는 접근성 취약지역의 노인복지회관 이용률이 9.0%로 접근성 양호지역 7.5%보다 다소 높았으나, 두 지역 모두 10% 미만으로 이용률 자체가 낮게 나타났음. 통계적으로 유의미한 차이는 없었으며(χ^2=0.297, df=1), 노인복지회관이 고령여성의 주요 이용시설로 기능하지 못하고 있어 접근성 개선과 함께 이용 유인을 높이는 방안이 필요함

<표 Ⅲ-25> 노인복지회관

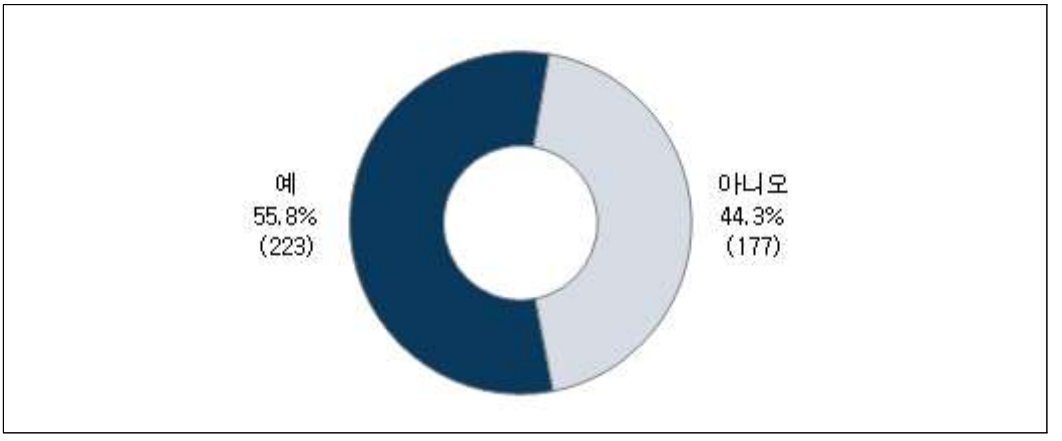
(단위 : N, %)

구 분			노인복지회관			
			예		아니오	
전 체		400	33	8.3%	367	91.8%
지역	접근성 양호지역	200	15	7.5%	185	92.5%
	접근성 취약지역	200	18	9.0%	182	91.0%
χ^2 test			χ^2 =0.297(df=1)			

(6) 경제활동

○ 조사에 참여한 응답자 중 정기적으로 경제활동에 참여한다는 응답자는 55.8%(223명)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-23] 경제활동

○ 지역별로는 접근성 양호지역의 경제활동 참여율이 72.5%로 접근성 취약지역 39.0%보다 크게 높았음. 이러한 차이는 통계적으로도 유의미하게 나타났으며(χ^2=45.492, df=1, p<.001), 접근성 취약지역에서 경제활동 기회가 상대적으로 제한되어 있는 점을 고려한 일자리 및 소득활동 연계 지원이 필요함

<표 Ⅲ-26> 경제활동

(단위 : N, %)

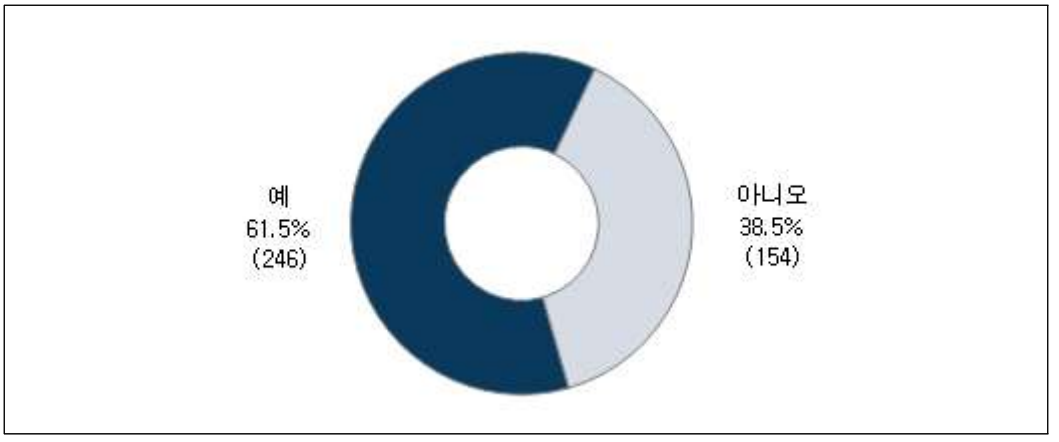
구 분			경제활동			
			예		아니오	
전 체		400	223	55.8%	177	44.3%
지역	접근성 양호지역	200	145	72.5%	55	27.5%
	접근성 취약지역	200	78	39.0%	122	61.0%
χ^2 test			χ^2 =45.492(df=1)***			

4) 건강행태 및 생활습관

가. 규칙적인 운동

○ 조사에 참여한 응답자들을 대상으로 규칙적인 운동을 하고 있는지 살펴본 결과, 규칙적으로 운동하고 있다는 응답이 61.5%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-24] 규칙적인 운동

○ 규칙적 운동 실천율은 전체 61.5%이며, 접근성 양호지역과 취약지역이 모두 61.5%로 차이가 없음(χ^2=0.000, df=1). 다만 실천하지 않는 비율이 40% 수준에 이르고 있어, 지역 구분 없이 참여를 유도하는 공통 과제로 다뤄질 필요가 있음

<표 Ⅲ-27> 규칙적인 운동

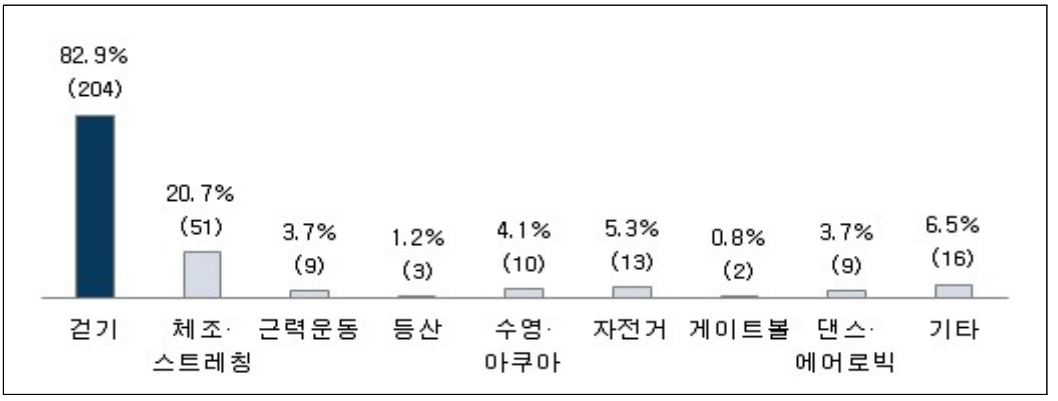
(단위 : N, %)

구 분			규칙적인 운동			
			예		아니오	
전 체		400	246	61.5%	154	38.5%
지역	접근성 양호지역	200	123	61.5%	77	38.5%
	접근성 취약지역	200	123	61.5%	77	38.5%
χ^2 test			χ^2 =0.000(df=1)			

(1) 주된 운동

○ 평소 규칙적인 운동을 하고 있는 응답자를 대상으로 주 운동 종목을 살펴본 결과, 걷기가 82.9%로 대부분을 차지하였고, 이어서 체조·스트레칭(20.7%), 자전거(5.3%), 수영·아쿠아(4.1%) 등의 순으로 나타남. 기타로는 파크골프, 요가, 헬스 등이 있었음

(중복응답, 단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-25] 주된 운동

○ 지역별로는 접근성 취약지역에서 체조·스트레칭 30.1%·자전거 8.9%로 접근성 양호지역(각 11.4%·1.6%)보다 높고, 근력운동은 접근성 양호지역 5.7%로 접근성 취약지역 1.6%보다 높았음. 접근성 취약지역의 운동이 실내·자기수행형에 집중되어 있는 점을 고려한 경로당 기반 운동프로그램 구성이 필요함

<표 Ⅲ-28> 주된 운동

(중복응답, 단위 : N, %)

구 분			주된 운동									
			걷기		체조·스트레칭		근력운동		등산		수영·아쿠아	
전 체		246	204	82.9%	51	20.7%	9	3.7%	3	1.2%	10	4.1%
지역	접근성 양호지역	123	103	83.7%	14	11.4%	7	5.7%	2	1.6%	4	3.3%
	접근성 취약지역	123	101	82.1%	37	30.1%	2	1.6%	1	.8%	6	4.9%

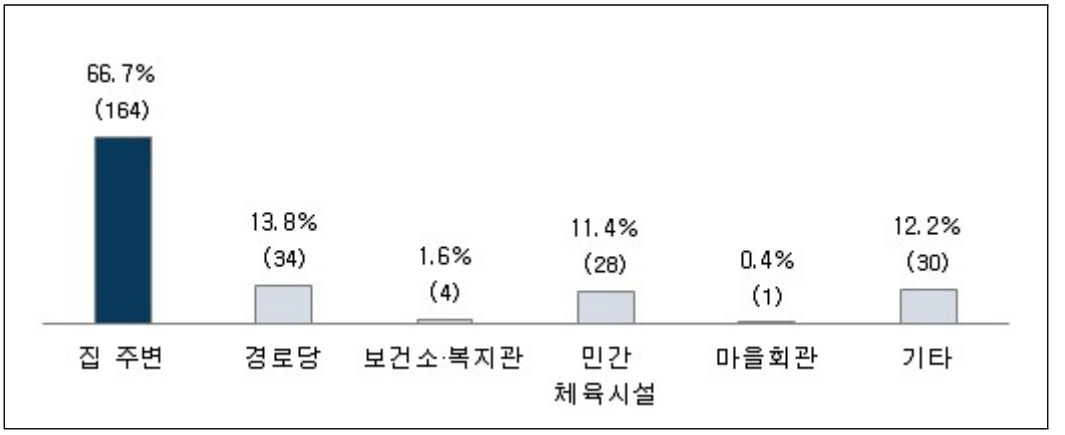
(계속)

구 분			주된 운동							
			자전거		게이트볼		댄스·에어로빅		기타	
전 체		246	13	5.3%	2	.8%	9	3.7%	16	6.5%
지역	접근성 양호지역	123	2	1.6%	1	.8%	5	4.1%	11	8.9%
	접근성 취약지역	123	11	8.9%	1	.8%	4	3.3%	5	4.1%

(2) 주요 운동 장소

○ 평소 규칙적인 운동을 하고 있는 응답자를 대상으로 주요 운동 장소를 살펴본 결과, 집 주변이 66.7%로 가장 높게 나타났고, 이어서 경로당(13.8%), 민간 체육시설(11.4%), 보건소·복지관(1.6%), 마을회관(0.4%) 등의 순으로 나타남
- 기타로는 강변, 고수부지, 공설운동장 등이 있었음

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-26] 주요 운동 장소

○ 지역별로는 경로당 이용이 접근성 취약지역 24.4%로 접근성 양호지역 3.3%보다 크게 높고, 민간 체육시설 이용은 접근성 양호지역 15.4%로 접근성 취약지역 7.3%보다 높았음. 접근성 취약지역에서 경로당이 실질적 운동거점으로 기능하고 있는 점을 고려한 거점별 프로그램 배치가 필요함

<표 Ⅲ-29> 주요 운동 장소

(중복응답, 단위 : N, %)

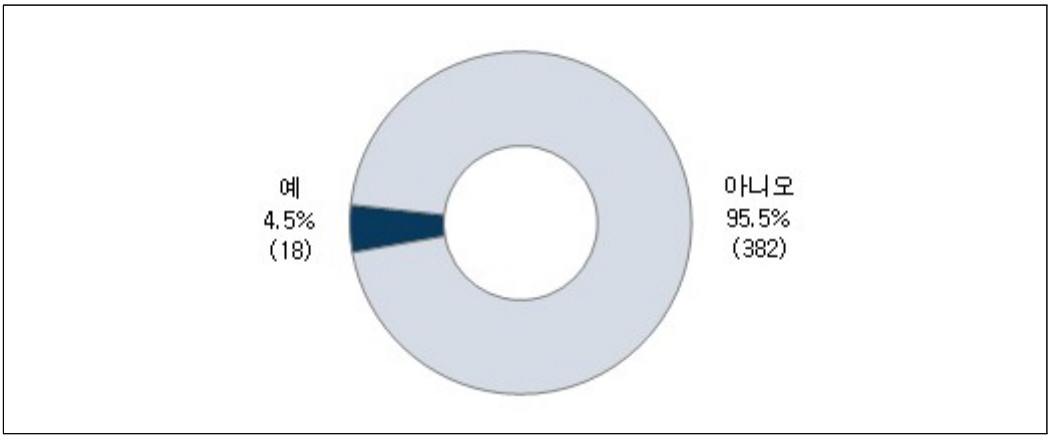
구 분			주요 운동 장소									
			집 주변		경로당		보건소·복지관		민간 체육시설		마을회관		기타	
전 체		246	164	66.7%	34	13.8%	4	1.6%	28	11.4%	1	.4%	30	12.2%
지역	접근성 양호지역	123	82	66.7%	4	3.3%	2	1.6%	19	15.4%			24	19.5%
	접근성 취약지역	123	82	66.7%	30	24.4%	2	1.6%	9	7.3%	1	.8%	6	4.9%

5) 서비스 접근성, 전달경로, 연계 실태

가. 최근 1년간 병원에 가지 못한 경험

○ 최근 1년간 병원에 가고 싶었으나 가지 못한 경험이 있다는 응답이 4.5%(18)로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-27] 최근 1년간 병원에 가지 못한 경험

○ 최근 1년간 병원에 가지 못한 경험이 있다는 응답은 전체 4.5%로 낮게 나타났으며, 지역별로는 접근성 양호지역 5.5%, 접근성 취약지역 3.5%로 유의미한 차이는 없었음(x^2=0.931, df=1)

<표 Ⅲ-30> 최근 1년간 병원에 가지 못한 경험

(단위 : N, %)

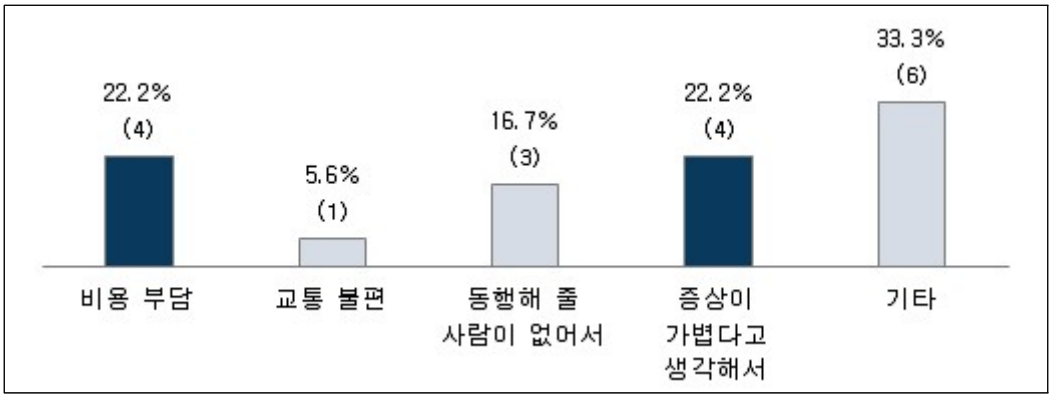
구 분			최근 1년간 병원에 가지 못한 경험			
			예		아니오	
전 체		400	18	4.5%	382	95.5%
지역	접근성 양호지역	200	11	5.5%	189	94.5%
	접근성 취약지역	200	7	3.5%	193	96.5%
x^2 test			x^2 =0.931(df=1)			

(1) 병원에 가지 못한 주된 이유

○ 최근 1년간 병원에 가고 싶었으나 가지 못한 응답자를 대상으로 병원에 가지 못한 주된 이유를 살펴보면 결과, 비용 부담과 증상이 가볍다고 생각해서가 각 22.2%로 가장 높게 나타났고, 이어서 동행해 줄 사람이 없어서(16.7%), 교통 불편(5.6%)로 나타남

- 기타로는 돌봄대상자의 병간호 때문에, 시간적 여유가 부족해서 등의 응답이 있었음

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-28] 병원에 가지 못한 주된 이유

○ 지역별로 병원에 가지 못한 이유를 살펴보면, 접근성 양호지역에서는 비용 부담과 증상이 가볍다고 생각해서(각 27.3%), 접근성 취약지역에서는 동행해 줄 사람이 없어서(42.9%) 가지 못했다는 응답이 가장 높게 나타남

<표 Ⅲ-31> 병원에 가지 못한 주된 이유

(중복응답, 단위 : N, %)

구 분			병원에 가지 못한 주된 이유									
			비용 부담		교통 불편		동행해 줄 사람이 없어서		증상이 가볍다고 생각해서		기타	
전 체		18	4	22.2%	1	5.6%	3	16.7%	4	22.2%	6	33.3%
지역	접근성 양호지역	11	3	27.3%					3	27.3%	5	45.5%
	접근성 취약지역	7	1	14.3%	1	14.3%	3	42.9%	1	14.3%	1	14.3%

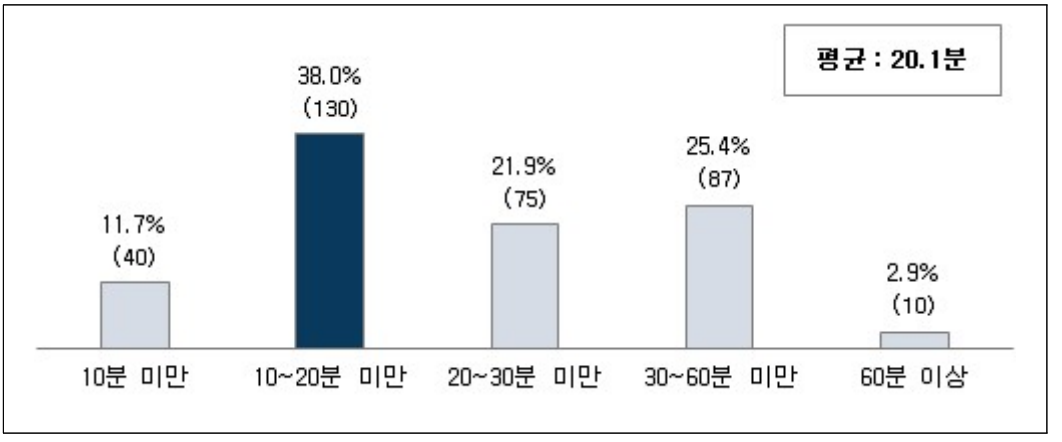
나. 보건소 이동 소요 시간

(1) 도보

❍ 보건소까지 이동하는데 도보 기준으로 소요되는 시간을 살펴보면, 10~20분 미만이 38.0%로 가장 높게 나타났고, 이어서 30~60분 미만(25.4%), 20~30분 미만(21.9%), 10분 미만(11.7%), 60분 이상(2.9%) 순으로 나타남

- 도보 기준 평균 20.1분이 소요되는 것으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-29] 도보

❍ 도보 기준 평균 20.1분(접근성 양호지역 21.4분, 접근성 취약지역 19.8분), 도보로 60분 이상 걸린다는 응답은 접근성 취약지역 4.7%로 접근성 양호지역 0.7%보다 높게 나타나, 평균 이외의 장시간 소요군에 대한 관리가 필요함

<표 Ⅲ-32> 도보

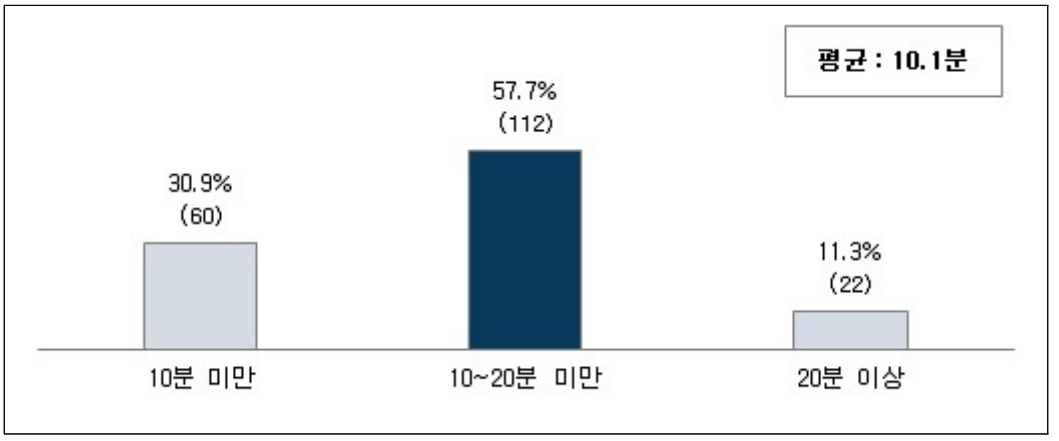
(단위 : N, %)

구 분			평균 (분)	도보				
				10분 미만	10~20분 미만	20~30분 미만	30~60분 미만	60분 이상
전 체		342	20.1	40 11.7%	130 38.0%	75 21.9%	87 25.4%	10 2.9%
지역	접근성 양호지역	151	20.4	9 6.0%	63 41.7%	36 23.8%	42 27.8%	1 .7%
	접근성 취약지역	191	19.8	31 16.2%	67 35.1%	39 20.4%	45 23.6%	9 4.7%

(2) 차량(버스, 승용차)

○ 보건소까지 이동하는데 버스, 승용차 등 차량 기준으로 소요되는 시간을 살펴보면, 10~20분 미만이 57.7%로 가장 높게 나타났고, 이어서 10분 미만(30.9%), 20분 이상(11.3%) 순으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-30] 차량(버스, 승용차)

○ 차량 기준 보건소 이동 시간은 평균 10.1분으로 나타났으며, 접근성 양호지역 10.1분, 취약지역 10.1분으로 유사한 수준을 보임. 차량 이용이 가능한 경우에는 지역 간 이동시간 차이가 크지 않은 것으로 나타남

<표 Ⅲ-33> 차량(버스, 승용차)

(단위 : N, %)

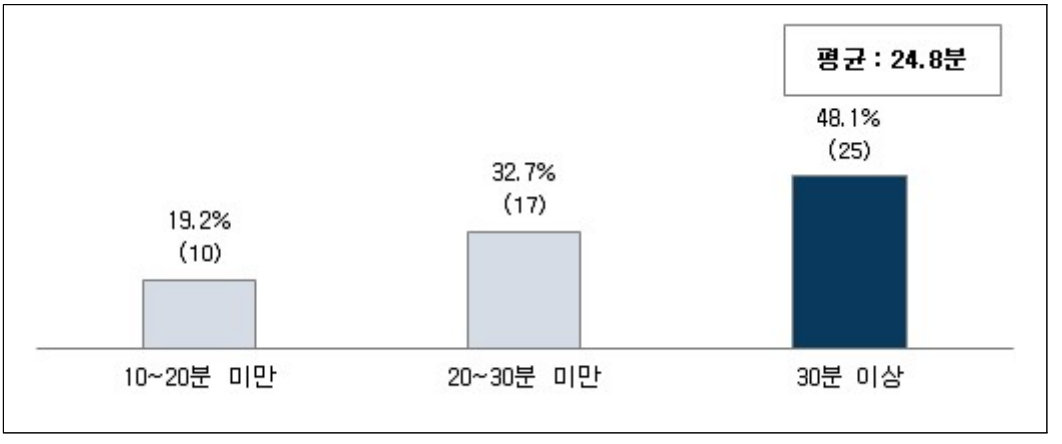
구 분			평균 (분)	차량(버스, 승용차)					
				10분 미만		10~20분 미만		20분 이상	
전 체		194	10.1	60	30.9%	112	57.7%	22	11.3%
지역	접근성 양호지역	89	10.1	26	29.2%	53	59.6%	10	11.2%
	접근성 취약지역	105	10.1	34	32.4%	59	56.2%	12	11.4%

(3) 도보로 갈 수 없고 차량만 가능

○ 가장 가까운 보건소가 도보로는 갈 수 없고 차량만 갈 수 있는 곳의 소요되는 시간을 살펴보면, 30분 이상이 48.1%로 가장 높게 나타났고, 이어서 20~30분 미만(32.7%), 10~20분 미만(19.2%) 순으로 나타남

- 차량 기준 평균 24.8분이 소요되는 것으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-31] 도보로 갈 수 없고 차량만 가능

○ 지역 특성별로 살펴보면, 접근성 양호지역이 평균 24.8분으로 접근성 취약지역 25.7분에 비해 상대적으로 보건소까지 이동하는데 소요되는 시간이 적은 것으로 나타남

<표 Ⅲ-34> 도보로 갈 수 없고 차량만 가능

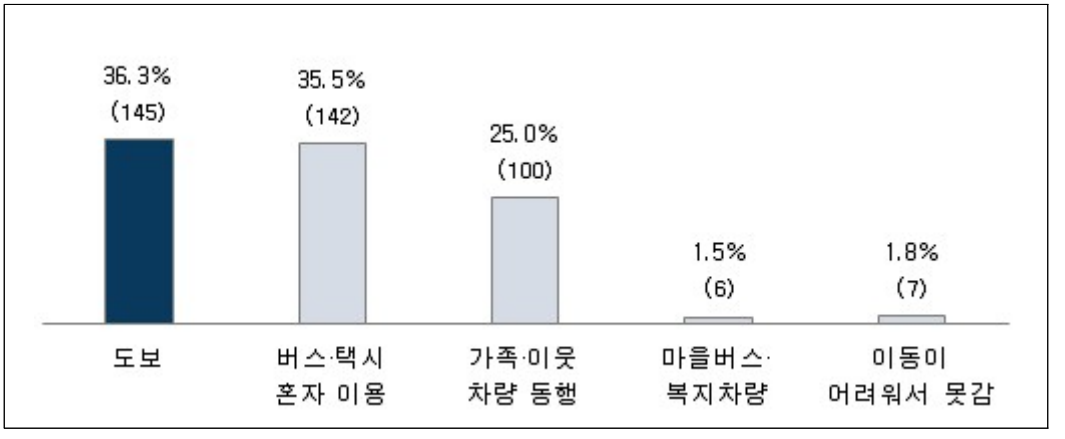
(단위 : N, %)

구 분			평균 (분)	도보로 갈 수 없고 차량만 가능					
				10분 미만		10~20분 미만		20분 이상	
전 체		52	24.8	10	19.2%	17	32.7%	25	48.1%
지역	접근성 양호지역	45	24.7	8	17.8%	14	31.1%	23	51.1%
	접근성 취약지역	7	25.7	2	28.6%	3	42.9%	2	28.6%

다. 의료 서비스 기관 방문 시 주 이동수단

❍ 의료 서비스 기관 방문 시 주 이동수단을 살펴보면, 도보가 36.3%로 가장 높게 나타났고, 이어서 버스·택시 혼자 이용(35.5%), 가족·이웃 차량 동행(25.0%) 등의 순으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-32] 의료 서비스 기관 방문 시 주 이동수단

❍ 지역별로는 접근성 양호지역에서 버스·택시 혼자 이용(37.5%), 접근성 취약지역에서 도보(37.0%)가 가장 높았으나 유의미한 차이는 없었음(χ^2=1.016, df=4). 두 지역 모두 자력 이동 비중이 70%를 넘고 동행 의존 비중이 4분의 1 수준인 점을 고려한 이동 지원체계 마련이 필요함

<표 Ⅲ-35> 의료기관 방문 시 주 이동수단

(단위 : N, %)

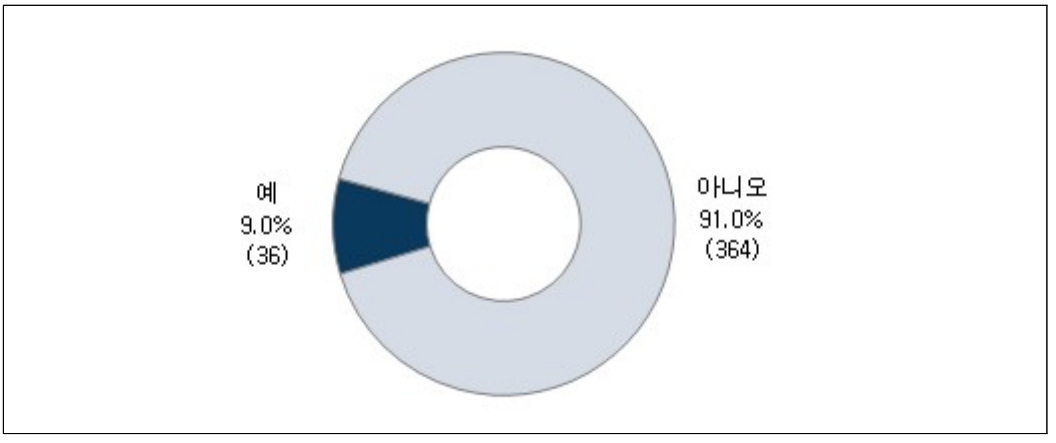
구 분			의료기관 방문 시 주 이동수단				
			도보	버스·택시 혼자 이용	가족·이웃 차량 동행	마을버스·복지차량	이동이 어려워서 못감
전 체		400	145 36.3%	142 35.5%	100 25.0%	6 1.5%	7 1.8%
지역	접근성 양호지역	200	71 35.5%	75 37.5%	47 23.5%	3 1.5%	4 2.0%
	접근성 취약지역	200	74 37.0%	67 33.5%	53 26.5%	3 1.5%	3 1.5%
x^2 test			x^2 =1.016(df=4)				

라. 의료 서비스 기관 방문 시 경험

(1) 동일한 설명 반복

❍ 보건소, 복지관, 병원 등 의료 서비스 기관 방문 시 여러 기관에서 같은 설명을 반복해야 했다는 응답이 9.0%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-33] 동일한 설명 반복

❍ 동일한 설명을 반복해야 했다는 응답은 9.0%(접근성 양호지역 11.0%, 접근성 취약지역 7.0%)로 낮게 나타났으며 유의미한 차이도 없었음(x^2=1.954, df=1)

<표 Ⅲ-36> 동일한 설명 반복

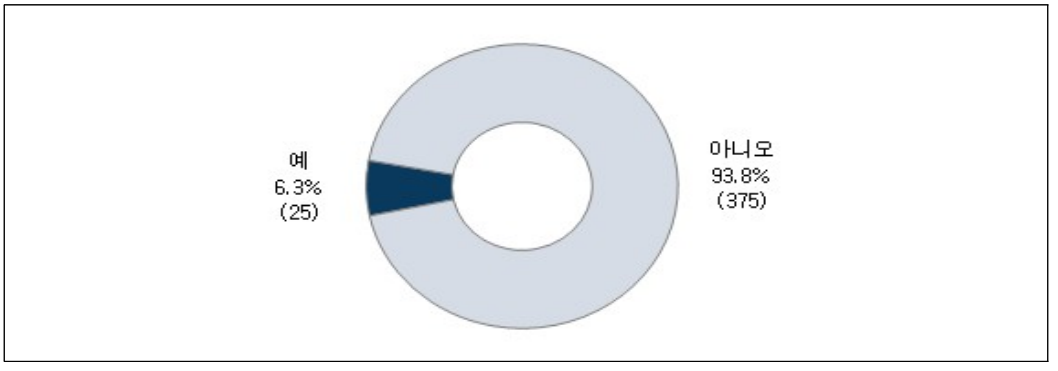
(단위 : N, %)

구 분			동일한 설명 반복			
			예		아니오	
전 체		400	36	9.0%	364	91.0%
지역	접근성 양호지역	200	22	11.0%	178	89.0%
	접근성 취약지역	200	14	7.0%	186	93.0%
x^2 test			x^2=1.954(df=1)			

(2) 서비스 신청 정보 부족

○ 보건소, 복지관, 병원 등 의료 서비스 기관 방문 시 어디에 무엇을 신청할지 몰라서 받지 못한 서비스가 있다는 응답이 6.3%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-34] 서비스 신청 정보 부족

○ 무엇을 신청할지 몰라 받지 못한 서비스가 있다는 응답은 6.3%(접근성 양호지역 5.5%, 접근성 취약지역 7.0%)로 낮게 나타났으며 유의미한 차이도 없었음(χ^2=0.384, df=1)

<표 Ⅲ-37> 서비스 신청 정보 부족

(단위 : N, %)

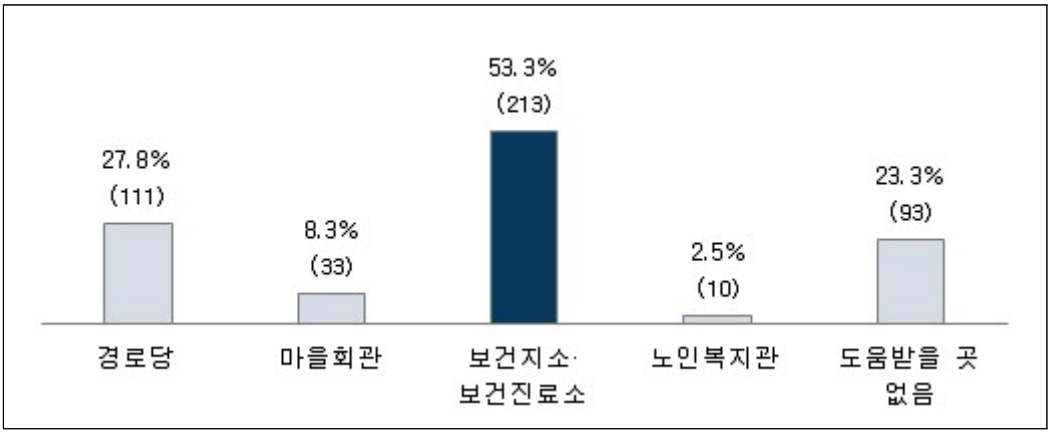
구 분			서비스 신청 정보 부족			
			예		아니오	
전 체		400	25	6.3%	375	93.8%
지역	접근성 양호지역	200	11	5.5%	189	94.5%
	접근성 취약지역	200	14	7.0%	186	93.0%
x^2 test			x^2=0.384(df=1)			

마. 지역 내 건강관리 지원받을 수 있는 시설

○ 현재 살고 있는 마을에서 건강관리 도움을 받을 수 있는 시설을 살펴보면, 보건지소·보건진료소가 53.3%로 가장 높게 나타났고, 이어서 경로당(27.8%), 마을회관(8.3%), 노인복지회관(2.5%) 순으로 나타남

- 도움받을 곳 없다는 의견도 23.3%로 나타남

(중복응답, 단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-35] 지역 내 건강관리 지원받을 수 있는 시설

○ 지역별로는 경로당을 선택한 비율이 접근성 취약지역 43.5%로 접근성 양호지역 12.0%보다 높고, 도움받을 곳이 없다는 응답은 접근성 양호지역 31.0%로 접근성 취약지역 15.5%보다 두 배 높았음. 접근성 양호지역에서 시설 접근성과 별개로 실제 접점을 인지하지 못하는 상황을 고려한 서비스 연결·안내체계 정비가 필요함

<표 Ⅲ-38> 지역 내 건강관리 지원받을 수 있는 시설

(중복응답, 단위 : N, %)

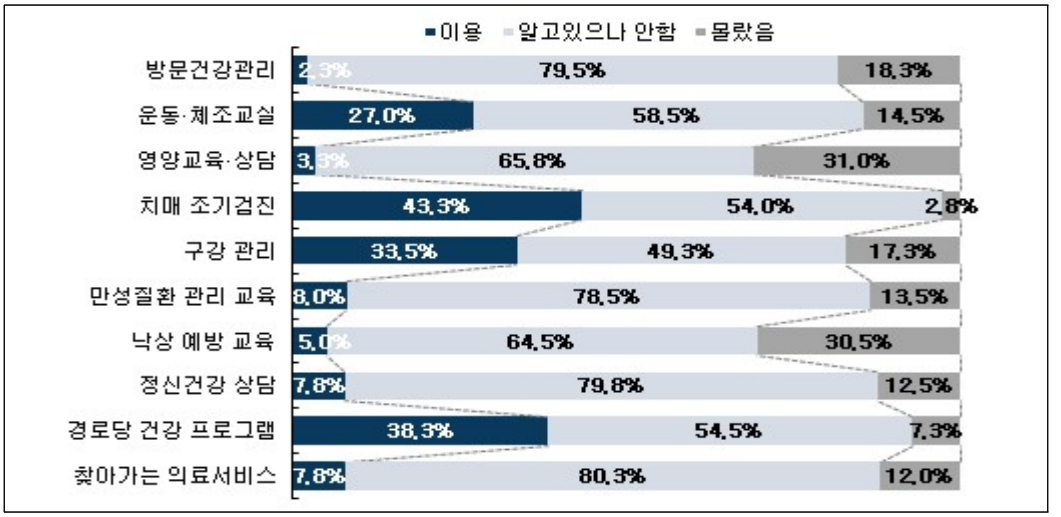
구 분			지역 내 건강관리 지원받을 수 있는 시설				
			경로당	마을회관	보건지소·보건진료소	노인복지회관	도움받을 곳 없음
전 체		400	111 27.8%	33 8.3%	213 53.3%	10 2.5%	93 23.3%
지역	접근성 양호지역	200	24 12.0%	20 10.0%	103 51.5%	9 4.5%	62 31.0%
	접근성 취약지역	200	87 43.5%	13 6.5%	110 55.0%	1 .5%	31 15.5%

6) 건강증진 서비스 이용경험 및 수요

가. 이용해 본 건강증진 서비스

○ 지금까지 이용해 본 건강증진 서비스를 살펴보면, 치매 조기검진이 43.3%로 가장 높게 나타났고, 이어서 경로당 건강 프로그램(38.3%), 구강 관리(33.5%), 운동·체조교실(27.0%) 등의 순으로 나타남

(단위 : %)



[그림 Ⅲ-36] 이용해 본 건강증진 서비스

<표 Ⅲ-39> 이용해 본 건강증진 서비스

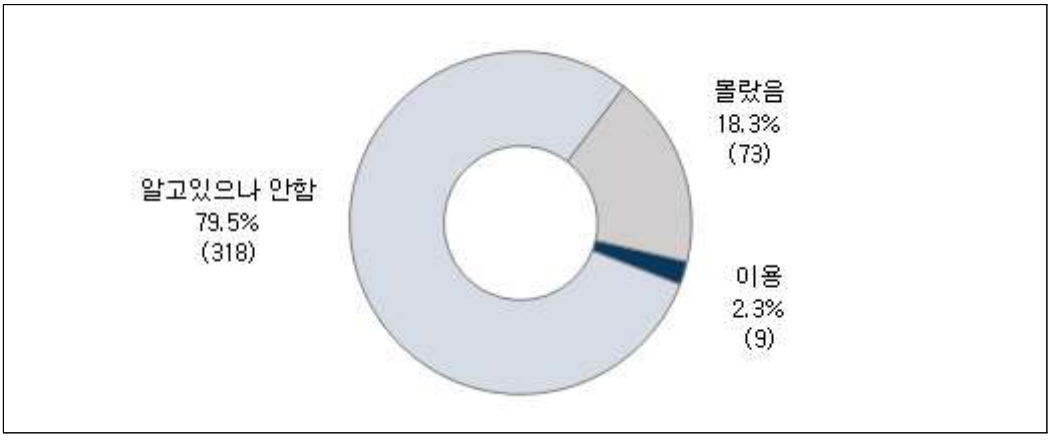
(단위 : N, %)

구 분		이용해 본 건강증진 서비스					
		이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
1) 방문건강관리	400	9	2.3%	318	79.5%	73	18.3%
2) 운동·체조교실	400	108	27.0%	234	58.5%	58	14.5%
3) 영양교육·상담	400	13	3.3%	263	65.8%	124	31.0%
4) 치매 조기검진	400	173	43.3%	216	54.0%	11	2.8%
5) 구강 관리	400	134	33.5%	197	49.3%	69	17.3%
6) 만성질환 관리 교육	400	32	8.0%	314	78.5%	54	13.5%
7) 낙상 예방 교육	400	20	5.0%	258	64.5%	122	30.5%
8) 정신건강 상담	400	31	7.8%	319	79.8%	50	12.5%
9) 경로당 건강 프로그램	400	153	38.3%	218	54.5%	29	7.3%
10) 찾아가는 의료서비스	400	31	7.8%	321	80.3%	48	12.0%

(1) 방문건강관리(간호사 가정 방문)

○ 건강증진 서비스 중 방문건강관리 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 2.3%, 알고있으나 안함 79.5%, 몰랐음 18.3%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-37] 방문건강관리(간호사 가정 방문)

○ 지역별로는 접근성 양호지역에서 이용 경험이 없는 반면 접근성 취약지역 4.5%로 상대적으로 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(x^2=9.215, df=2, p<.05). 방문형 서비스가 접근성 취약지역에 상대적으로 공급되고 있는 점을 고려한 지속적 운영이 필요함

<표 Ⅲ-40> 방문건강관리

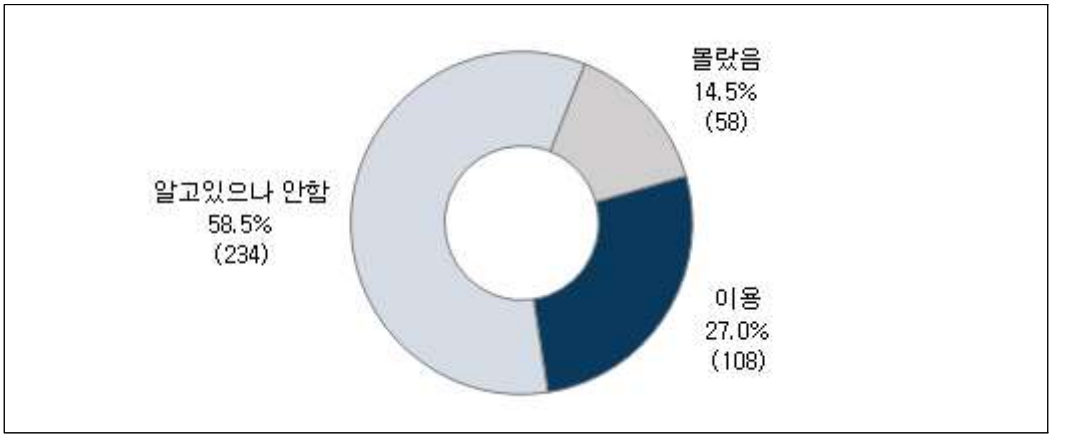
(단위 : N, %)

구 분			방문건강관리					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	9	2.3%	318	79.5%	73	18.3%
지역	접근성 양호지역	200			163	81.5%	37	18.5%
	접근성 취약지역	200	9	4.5%	155	77.5%	36	18.0%
x^2 test			x^2 =9.215(df=2)*					

(2) 운동·체조교실

❍ 건강증진 서비스 중 운동·체조교실 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 27.0%, 알고있으나 안함 58.5%, 몰랐음 14.5%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-38] 운동·체조교실

❍ 지역별로는 접근성 취약지역 37.0%로 접근성 양호지역 17.0%보다 두 배 이상 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(x^2=24.544, df=2, p<.001). 접근성 취약지역에서 활발히 운영되고 있는 점을 고려하여, 이용이 실제 기능 유지 성과로 이어지도록 관리하는 방안을 검토할 필요가 있음

<표 Ⅲ-41> 운동·체조교실

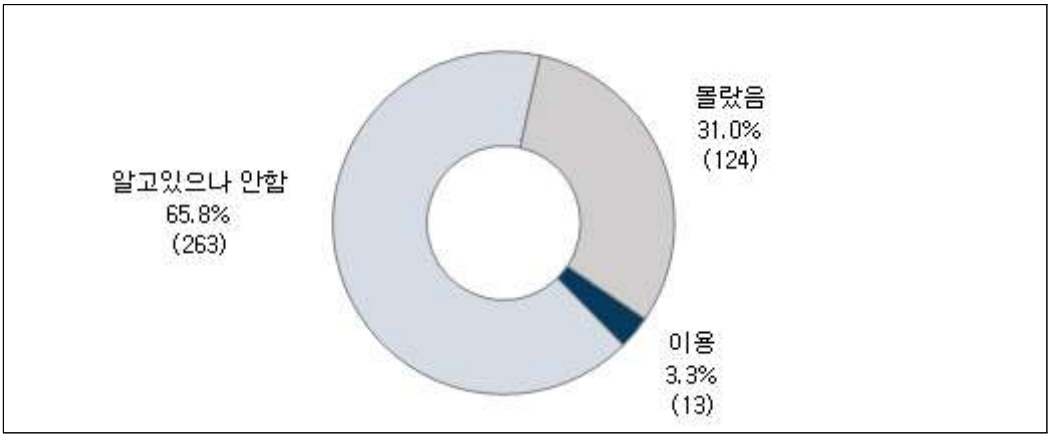
(단위 : N, %)

구 분			운동·체조교실					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	108	27.0%	234	58.5%	58	14.5%
지역	접근성 양호지역	200	34	17.0%	126	63.0%	40	20.0%
	접근성 취약지역	200	74	37.0%	108	54.0%	18	9.0%
x^2 test			x^2 =24.544(df=2)***					

(3) 영양교육·상담

❍ 건강증진 서비스 중 영양교육·상담 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 3.3%, 알고있으나 안함 65.8%, 몰랐음 31.0%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-39] 영양교육·상담

❍ 지역별로는 접근성 취약지역 5.0%, 접근성 양호지역 1.5%로 유의미한 차이는 없었음(x^2=5.026, df=2). 이용률이 한 자릿수이고 정보 미도달 비중이 30% 내외로 높게 나타난 점을 고려한 홍보 및 접점 확대가 필요함

<표 Ⅲ-42> 영양교육·상담

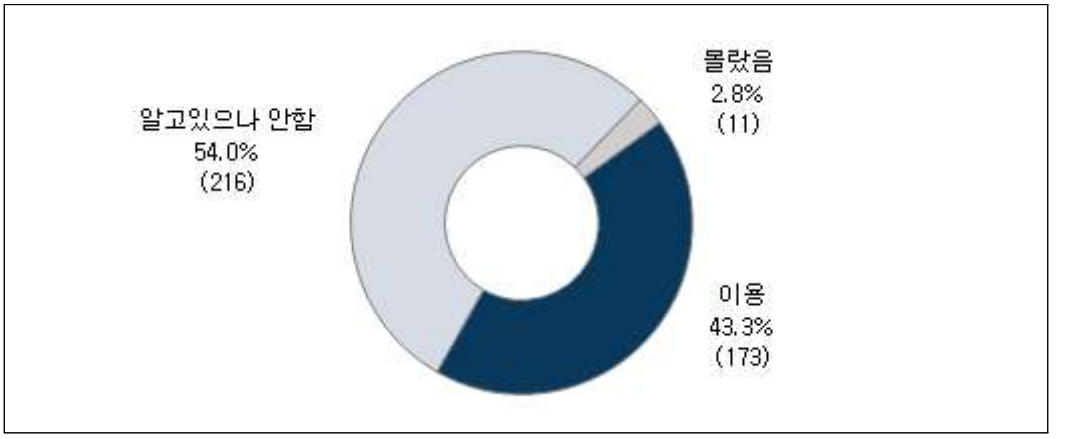
(단위 : N, %)

구 분			영양교육·상담					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	13	3.3%	263	65.8%	124	31.0%
지역	접근성 양호지역	200	3	1.5%	129	64.5%	68	34.0%
	접근성 취약지역	200	10	5.0%	134	67.0%	56	28.0%
x^2 test			x^2 =5.026(df=2)					

(4) 치매 조기검진

○ 건강증진 서비스 중 치매 조기검진 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 43.3%, 알고있으나 안함 54.0%, 몰랐음 2.8%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-40] 치매 조기검진

○ 지역별로는 접근성 취약지역 59.0%로 접근성 양호지역 27.5%보다 두 배 이상 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(χ^2=41.915, df=2, p<.001). 접근성 취약지역에서 검진 연계가 실제로 작동하고 있는 점을 고려하여, 이와 같은 전달구조를 다른 서비스로 확장하는 방안을 검토할 필요가 있음

<표 Ⅲ-43> 치매 조기검진

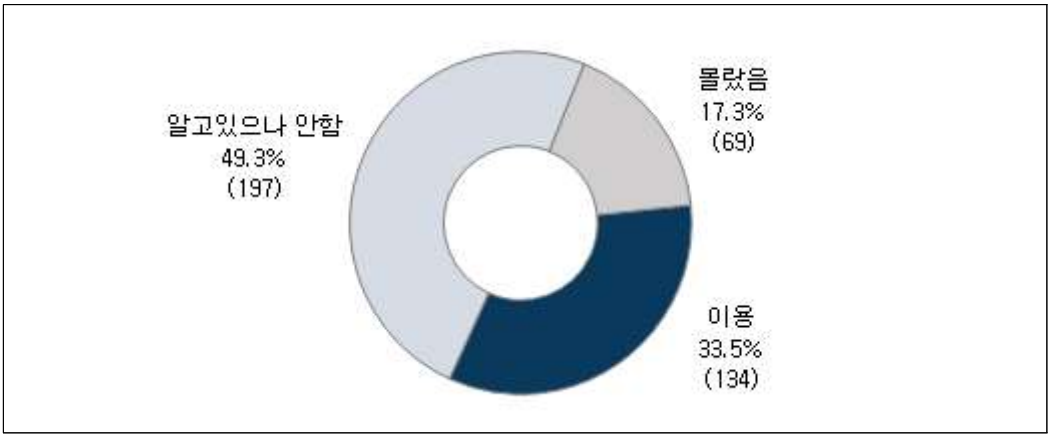
(단위 : N, %)

구 분			치매 조기검진					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	173	43.3%	216	54.0%	11	2.8%
지역	접근성 양호지역	200	55	27.5%	136	68.0%	9	4.5%
	접근성 취약지역	200	118	59.0%	80	40.0%	2	1.0%
χ^2 test			χ^2 =41.915(df=2)***					

(5) 구강 관리

❍ 건강증진 서비스 중 구강 관리 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 33.5%, 알고 있으나 안함 49.3%, 몰랐음 17.3%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-41] 구강 관리

❍ 지역별로는 접근성 취약지역 45.0%로 접근성 양호지역 22.0%보다 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(x^2=25.307, df=2, p<.001). 접근성 취약지역의 서비스 접점을 활용한 구강관리 지속체계 마련이 필요함

<표 Ⅲ-44> 구강관리

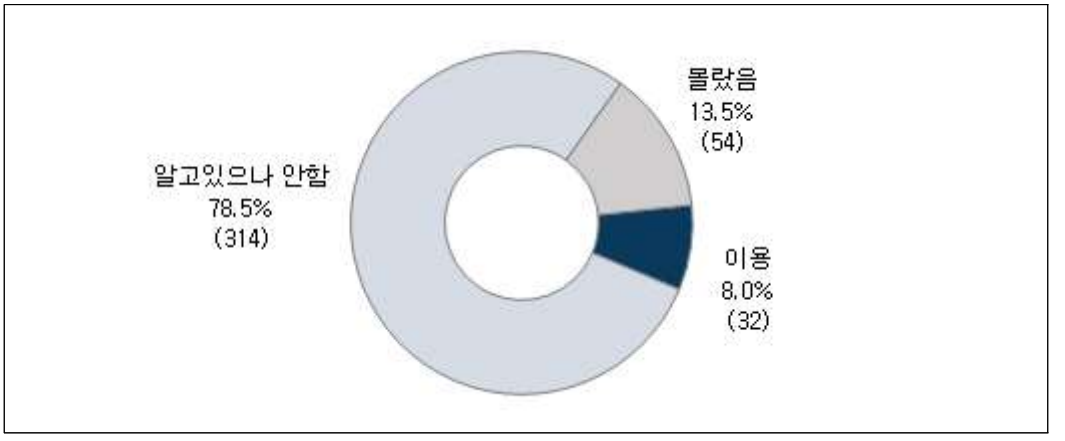
(단위 : N, %)

구 분			구강관리					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	134	33.5%	197	49.3%	69	17.3%
지역	접근성 양호지역	200	44	22.0%	120	60.0%	36	18.0%
	접근성 취약지역	200	90	45.0%	77	38.5%	33	16.5%
x^2 test			x^2 =25.307(df=2)***					

(6) 만성질환 관리 교육

❍ 건강증진 서비스 중 만성질환 관리 교육 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 8.0%, 알고있으나 안함 78.5%, 몰랐음 13.5%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-42] 만성질환 관리 교육

❍ 지역별로는 접근성 취약지역 11.0%로 접근성 양호지역 5.0%보다 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(χ^2=9.292, df=2, p<.05). 두 지역 모두 이용률이 10% 내외에 그치고 있는 점을 고려한 접점 확대와 인지도 제고가 필요함

<표 Ⅲ-45> 만성질환 관리 교육

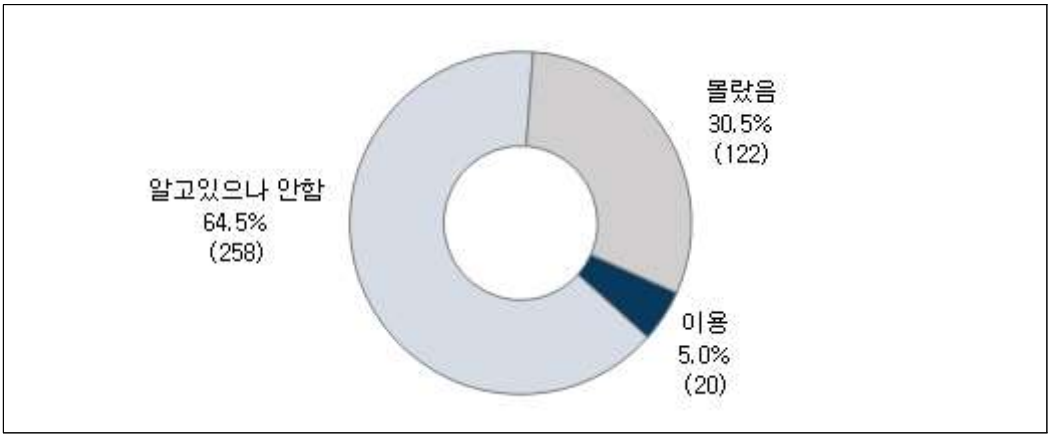
(단위 : N, %)

구 분			만성질환 관리 교육					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	32	8.0%	314	78.5%	54	13.5%
지역	접근성 양호지역	200	10	5.0%	155	77.5%	35	17.5%
	접근성 취약지역	200	22	11.0%	159	79.5%	19	9.5%
χ^2 test			χ^2 =9.292(df=2)*					

(7) 낙상 예방 교육

○ 건강증진 서비스 중 낙상 예방 교육 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 5.0%, 알고있으나 안함 64.5%, 몰랐음 30.5%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-43] 낙상 예방 교육

○ 지역별로는 접근성 취약지역 9.0%로 접근성 양호지역 1.0%보다 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(x^2=14.042, df=2, p<.01). 기능 취약과 직결되는 항목임에도 이용률이 낮고 정보 미도달이 30% 수준인 점을 고려한 서비스 확대와 전달경로 정비가 필요함

<표 Ⅲ-46> 낙상 예방 교육

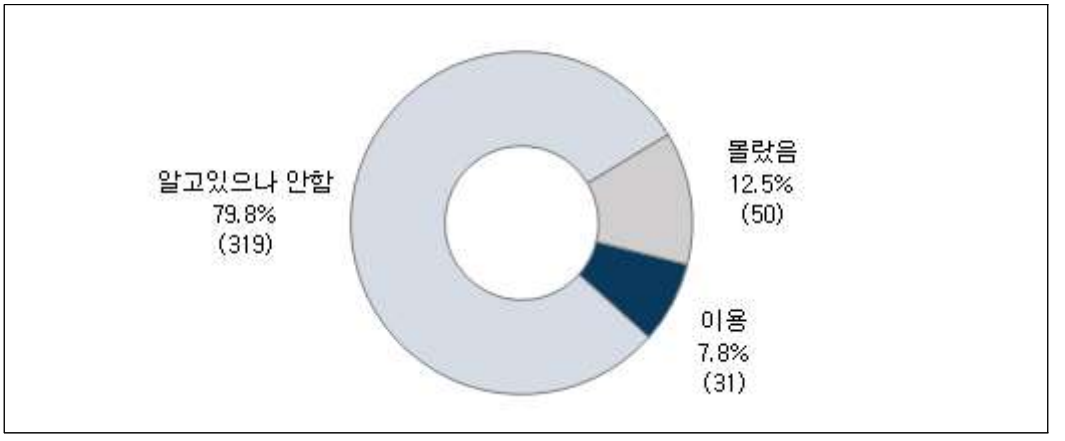
(단위 : N, %)

구 분			낙상 예방 교육					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	20	5.0%	258	64.5%	122	30.5%
지역	접근성 양호지역	200	2	1.0%	131	65.5%	67	33.5%
	접근성 취약지역	200	18	9.0%	127	63.5%	55	27.5%
x^2 test			x^2 =14.042(df=2)**					

(8) 정신건강(우울·불안) 상담

○ 건강증진 서비스 중 정신건강(우울·불안) 상담 서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 7.8%, 알고있으나 안함 79.8%, 몰랐음 12.5%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-44] 정신건강(우울·불안) 상담

○ 지역별로 정신건강 상담 이용은 접근성 취약지역 11.5%로 접근성 양호지역 4.0%보다 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(x^2=7.963, df=2, p<.05). 전반적으로 이용률이 낮아 우울·불안 등 정서지원 서비스에 대한 접근성을 높일 필요가 있음

<표 Ⅲ-47> 정신건강 상담

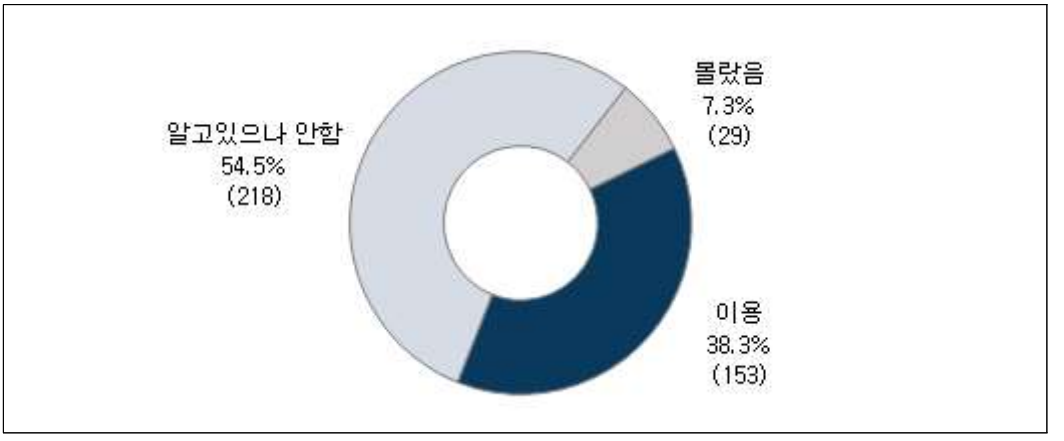
(단위 : N, %)

구 분			정신건강 상담					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	31	7.8%	319	79.8%	50	12.5%
지역	접근성 양호지역	200	8	4.0%	167	83.5%	25	12.5%
	접근성 취약지역	200	23	11.5%	152	76.0%	25	12.5%
x^2 test			x^2=7.963(df=2)*					

(9) 경로당 건강 프로그램

○ 건강증진 서비스 중 경로당 건강 프로그램을 이용해 본 적 있다는 응답이 38.3%, 알고있으나 안함 54.5%, 몰랐음 7.3%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-45] 경로당 건강 프로그램

○ 지역별로는 접근성 취약지역 59.0%로 접근성 양호지역 17.5%보다 세 배 이상 높았으며, 이러한 차이는 유의미하게 나타남(x^2=73.331, df=2, p<.001). 접근성 취약지역에서 경로당이 건강증진 서비스 전달의 핵심 거점으로 기능하고 있는 점을 고려한 경로당 기반 프로그램의 확대·정례화가 필요함

<표 Ⅲ-48> 경로당 건강 프로그램

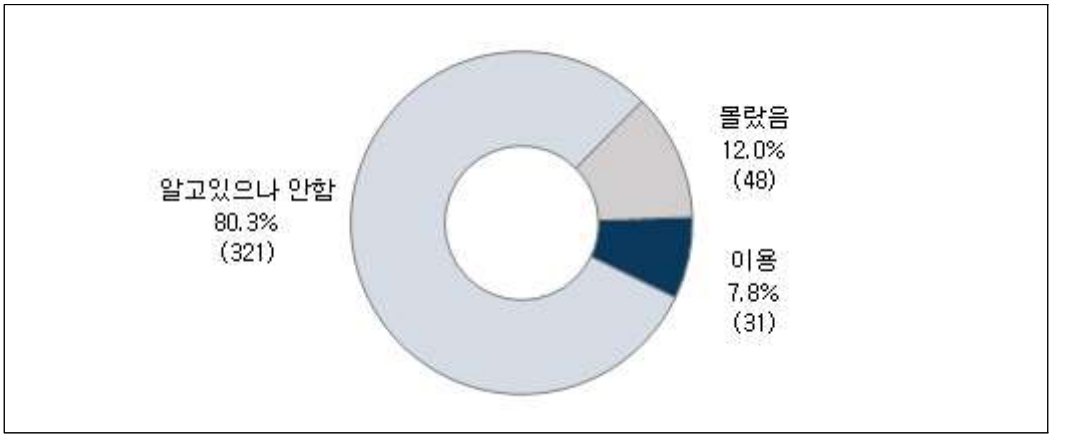
(단위 : N, %)

구 분			경로당 건강 프로그램					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	153	38.3%	218	54.5%	29	7.3%
지역	접근성 양호지역	200	35	17.5%	144	72.0%	21	10.5%
	접근성 취약지역	200	118	59.0%	74	37.0%	8	4.0%
x^2 test			x^2=73.331(df=2)***					

(10) 찾아가는 의료서비스

❍ 건강증진 서비스 중 찾아가는 의료서비스를 이용해 본 적 있다는 응답이 7.8%, 알고있으나 안함 80.3%, 몰랐음 12.0%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-46] 찾아가는 의료서비스

❍ 찾아가는 의료서비스 이용 경험은 전체 7.8%로 낮게 나타남. 접근성 취약지역의 이용 경험이 10.0%로 양호지역 5.5%보다 다소 높았으나, 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않음. 이동이 어려운 고령여성을 대상으로 한 찾아가는 서비스 확대 필요성이 있음

<표 Ⅲ-49> 찾아가는 의료서비스

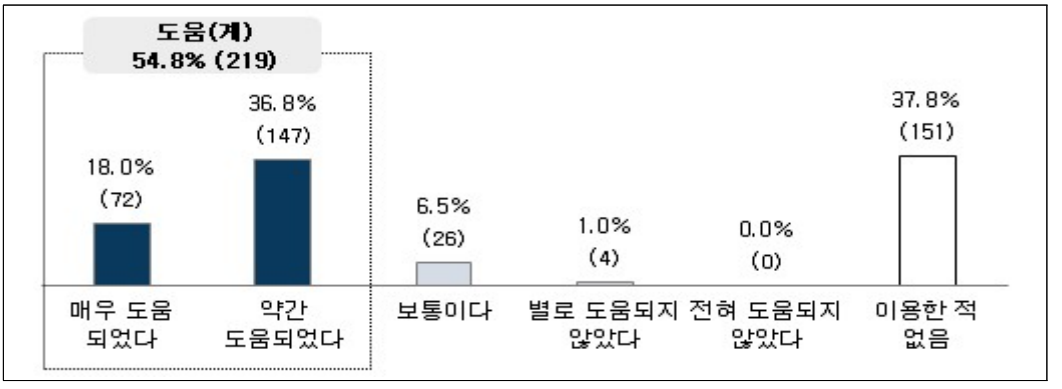
(단위 : N, %)

구 분			찾아가는 의료서비스					
			이용함		알고있으나 안함		몰랐음	
전 체		400	31	7.8%	321	80.3%	48	12.0%
지역	접근성 양호지역	200	11	5.5%	166	83.0%	23	11.5%
	접근성 취약지역	200	20	10.0%	155	77.5%	25	12.5%
x^2 test			x^2=3.073(df=2)					

나. 이용 서비스 실제 도움 정도

○ 이용한 건강증진 서비스의 실제 도움 정도를 살펴보면, 도움되었다는 응답이 54.8%(매우 도움되었다 18.0% + 약간 도움되었다 36.8%), 보통 6.5%, 도움되지 않았다 1.0%로 나타남. 이용한 적 없다는 응답이 37.8%로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-47] 이용 서비스 실제 도움 정도

○ 지역별로는 접근성 취약지역의 도움 응답이 74.0%로 양호지역 35.5%보다 크게 높았으며, 통계적으로 유의미한 차이가 나타남. 또한 '이용한 적 없음' 응답은 취약지역이 21.0%로 양호지역 54.5%보다 낮아, 취약지역의 서비스 이용 경험과 도움 인식이 상대적으로 높은 것으로 나타남

<표 Ⅲ-50> 이용 서비스 실제 도움 정도

(단위 : N, %)

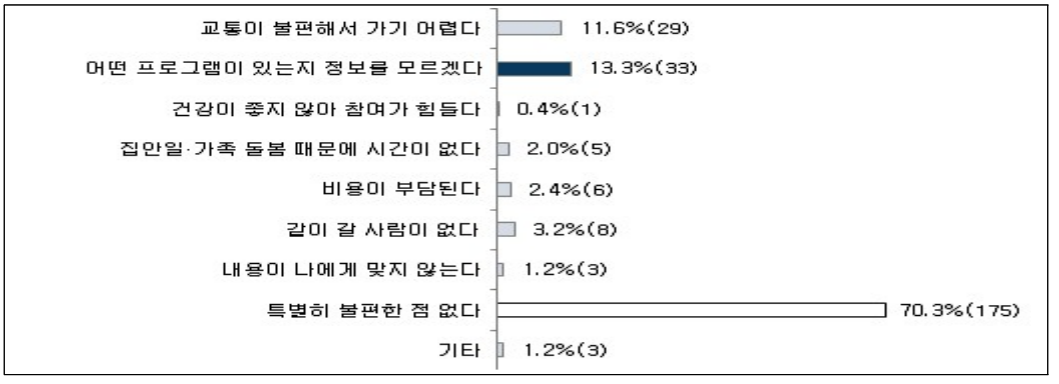
구 분			평균(점)	이용 서비스 실제 도움 정도					
				매우 도움 되었다	약간 도움 되었다	보통이다	별로 도움되지 않았다	전혀 도움되지 않았다	이용 한 적 없음
전 체		400	3.4	72 18.0%	147 36.8%	26 6.5%	4 1.0%	0 0.0%	151 37.8%
지역	접근성 양호지역	200	4.2	18 9.0%	53 26.5%	18 9.0%	2 1.0%		109 54.5%
	접근성 취약지역	200	2.6	54 27.0%	94 47.0%	8 4.0%	2 1.0%		42 21.0%
t-test				t=8.134(df=398)***					

*5점 척도 : 매우 도움되었다(1점) ~ 전혀 도움되지 않았다(5점)

다. 서비스 이용 시 불편한 점

○ 서비스 이용 시 불편한 점을 살펴보면, 어떤 프로그램이 있는지 정보를 모른다는 응답이 13.3%로 가장 높게 나타났고, 이어서 교통이 불편해서 가기 어렵다(11.6%) 등의 순으로 나타남. 특별히 불편한 점 없다는 응답이 70.3%로 대부분을 차지함

(중복응답, 단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-48] 서비스 이용 시 불편한 점

○ 지역별로는 접근성 취약지역의 '불편 없음' 응답이 77.2%로 양호지역 58.2%보다 높았음. 반면 접근성 양호지역은 취약지역에 비해 프로그램 정보 부족, 교통 불편, 시간 부족 응답이 상대적으로 높게 나타났음. 이는 인프라 접근성이 높더라도 실제 서비스 이용 과정에서는 정보 제공, 이용시간, 이동 편의 개선이 필요함을 보여줌

<표 Ⅲ-51> 서비스 이용 시 불편한 점

(중복응답, 단위 : N, %)

구 분			서비스 이용 시 불편한 점									
			교통이 불편해서 가기 어렵다		어떤 프로그램이 있는지 정보를 모르겠다		건강이 좋지 않아 참여가 힘들다		집안일·가족 돌봄 때문에 시간이 없다		비용이 부담된다	
전 체		249	29	11.6%	33	13.3%	1	.4%	5	2.0%	6	2.4%
지역	접근성 양호지역	91	12	13.2%	14	15.4%			4	4.4%	3	3.3%
	접근성 취약지역	158	17	10.8%	19	12.0%	1	.6%	1	.6%	3	1.9%

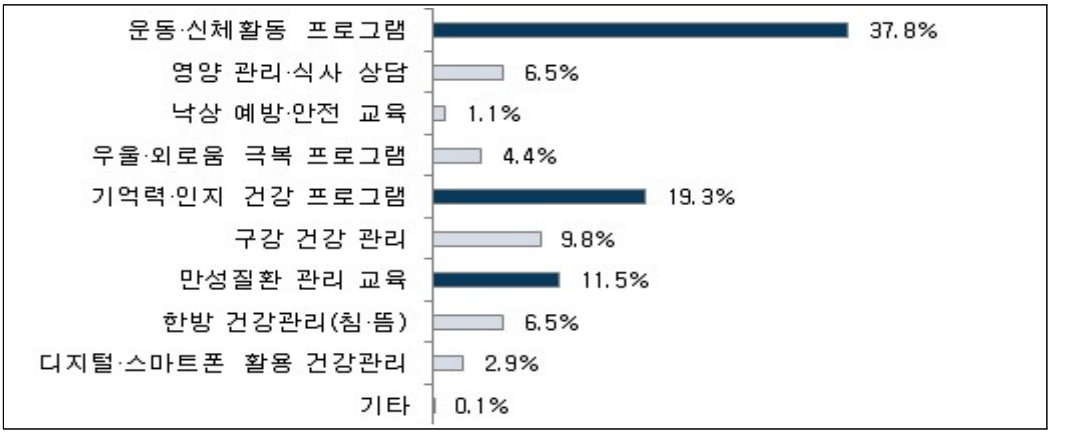
(계속)

구 분			서비스 이용 시 불편한 점							
			같이 갈 사람이 없다		내용이 나에게 맞지 않는다		특별히 불편한 점 없다		기타	
전 체		249	8	3.2%	3	1.2%	175	70.3%	3	1.2%
지역	접근성 양호지역	91	3	3.3%	3	3.3%	53	58.2%	3	3.3%
	접근성 취약지역	158	5	3.2%			122	77.2%		

라. 향후 이용하고 싶은 건강증진 서비스

○ 향후 이용하고 싶은 건강증진 서비스를 살펴보면, 운동·신체활동 프로그램이 37.8%로 가장 높게 나타났고, 이어서 기억력·인지 건강 프로그램(19.3%), 만성질환 관리 교육(11.5%) 등의 순으로 나타남

(순위별가중치, 단위 : %)



[그림 Ⅲ-49] 향후 이용하고 싶은 건강증진 서비스

○ 지역별로 향후 받고 싶은 건강증진 서비스는 유사한 양상을 보임. 지역에 상관없이 운동·신체활동 프로그램에 대한 수요가 가장 높았고(접근성 양호지역 38.3%, 접근성 취약지역 37.3%), 기억력·인지 건강 프로그램(17.5%, 21.2%) 순으로 나타났음. 접근성 양호지역은 그 뒤를 이어서 만성질환 관리 교육(13.1%), 구강건강 관리(8.6%) 순으로 나타났고, 접근성 취약지역은 구강 건강 관리(11.1%), 만성질환 관리 교육 (9.9%) 순으로 나타남

<표 Ⅲ-52> 향후 받고 싶은 건강증진 서비스

(순위별가중치, 단위 : %)

구 분			향후 받고 싶은 건강증진 서비스				
			운동·신체활동 프로그램	영양 관리·식사 상담	낙상 예방·안전 교육	우울·외로움 극복 프로그램	기억력·인지 건강 프로그램
전 체		400	37.8%	6.5%	1.1%	4.4%	19.3%
지역	접근성 양호지역	200	38.3%	6.7%	1.0%	6.0%	17.5%
	접근성 취약지역	200	37.3%	6.3%	1.3%	2.8%	21.2%

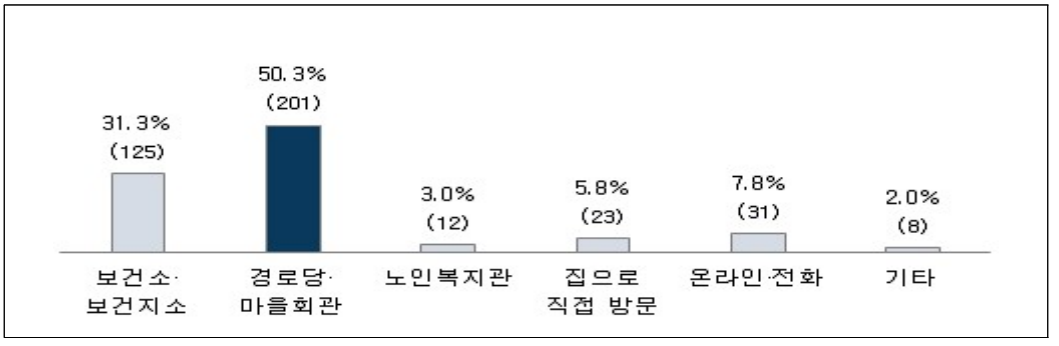
(계속)

구 분			향후 받고 싶은 건강증진 서비스				
			구강 건강 관리	만성질환 관리 교육	한방 건강관리 (침·뜸)	디지털·스마트폰 활용 건강관리	기타
전 체		400	9.8%	11.5%	6.5%	2.9%	0.1%
지역	접근성 양호지역	200	8.6%	13.1%	6.3%	2.7%	
	접근성 취약지역	200	11.1%	9.9%	6.8%	3.1%	0.3%

마. 희망하는 건강증진 프로그램 제공 장소

○ 건강증진 프로그램 제공 시 희망하는 장소를 살펴보면, 경로당·마을회관이 50.3%로 가장 높게 나타났고, 이어서 보건소·보건지소(31.3%), 온라인·전화(7.8%) 등의 순으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-50] 희망하는 건강검진 프로그램 제공 장소

○ 건강증진 프로그램 제공 장소는 지역에 따른 유의미한 차이가 있음

- 접근성 양호지역에서는 보건소·보건지소(40.5%), 접근성 취약지역에서는 경로당·

마을회관(70.5%)을 희망한다는 응답이 가장 높게 나타남(χ^2=73.026, p<.001). 접근성 취약지역의 경우 생활권 내에서 쉽게 이용할 수 있는 거점 중심 서비스 제공이 중요할 것으로 판단됨

<표 Ⅲ-53> 희망하는 건강증진 프로그램 제공 장소

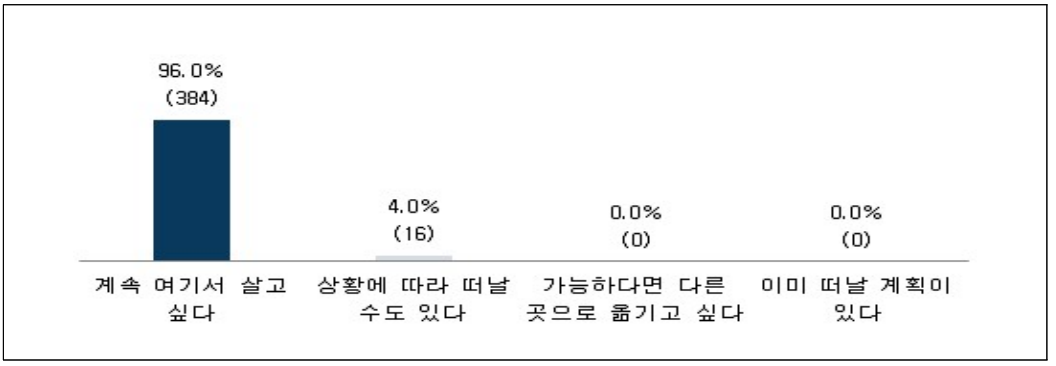
(단위 : N, %)

구 분			희망하는 건강증진 프로그램 제공 장소					
			보건소·보건지소	경로당·마을회관	노인복지관	집으로 직접 방문	온라인·전화	기타
전 체		400	125 31.3%	201 50.3%	12 3.0%	23 5.8%	31 7.8%	8 2.0%
지역	접근성 양호지역	200	81 40.5%	60 30.0%	10 5.0%	21 10.5%	21 10.5%	7 3.5%
	접근성 취약지역	200	44 22.0%	141 70.5%	2 1.0%	2 1.0%	10 5.0%	1 .5%
χ^2 test			χ^2 =73.026(df=5)***					

바. 현 거주지 유지 의향

○ 현 거주지 유지 의향을 살펴보면, 계속 여기서 살고 싶다는 응답이 96.0%로 대부분을 차지하였고, 이어서 상황에 따라 떠날 수도 있다(4.0%) 순으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-51] 현 거주지 유지 의향

○ 현재 거주지에서 계속 살고 싶다는 응답은 전체적으로 매우 높았으며, 지역 간 차이도 거의 나타나지 않았음. 이는 접근성 유형과 관계없이 고령여성 대부분이 현재 생활권 내에서 노후를 보내고자 함을 보여줌. 따라서 지역 내 건강관리, 이동지원, 생활지원 체계를 강화할 필요가 있음

<표 Ⅲ-54> 현 거주지 유지 의향

(단위 : N, %)

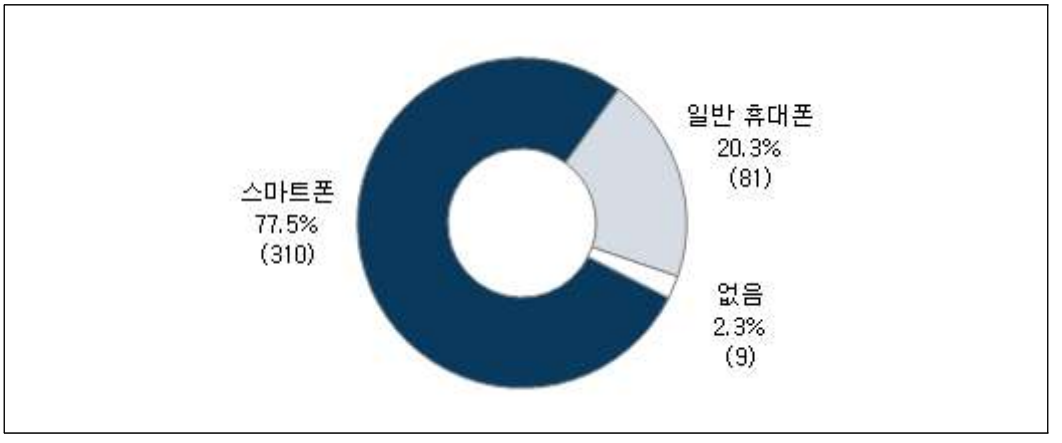
구 분			현 거주지 유지 의향							
			계속 여기서 살고 싶다		상황에 따라 떠날 수도 있다		가능하다면 다른 곳으로 옮기고 싶다		이미 떠날 계획 있다	
전 체		400	384	96.0%	16	4.0%	0	0.0%	0	0.0%
지역	접근성 양호지역	200	192	96.0%	8	4.0%				
	접근성 취약지역	200	192	96.0%	8	4.0%				
x^2 test			x^2=0.000(df=1)							

7) 디지털 기기·건강정보 및 정책 인식

가. 본인 명의 휴대전화 보유 여부

○ 조사에 참여한 응답자들의 77.5%가 본인 명의에 스마트폰을 가지고 있다고 응답했고, 이어서 일반 휴대폰(20.3%), 없음(2.3%) 순으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-52] 본인 명의 휴대전화 보유 여부

○ 본인 명의 휴대전화 보유는 지역에 따른 유의미한 차이가 있음

- 접근성 양호지역에서 99.5%로 접근성 취약지역(96.0%)에 비해 상대적으로 보유하고 있다는 응답이 높게 나타남(χ^2=33.630, p<.001)
- 스마트폰 보유율은 접근성 양호지역이 89.5%로 취약지역 65.5%보다 높게

나타났음. 이는 양호지역에서는 모바일 기반 정보 제공이 비교적 활용 가능하지만, 취약지역에서는 디지털 정보 접근에 한계가 있을 수 있음을 보여줌. 취약지역에는 전화, 문자, 경로당 게시판, 보건기관 안내 등 오프라인 홍보 방식이 함께 필요할 것임

<표 Ⅲ-55> 본인 명의 휴대전화 보유 여부

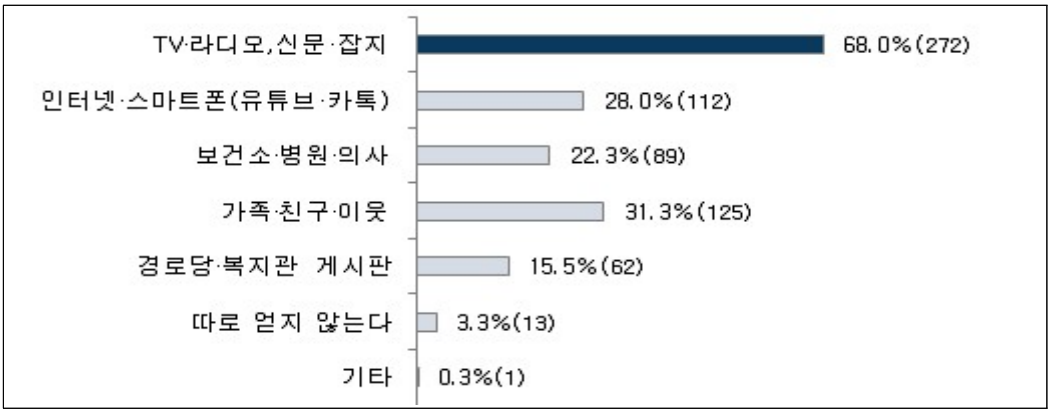
(단위 : N, %)

구 분			본인 명의 휴대전화 보유 여부					
			스마트폰		일반 휴대폰		없음	
전 체		400	310	77.5%	81	20.3%	9	2.3%
지역	접근성 양호지역	200	179	89.5%	20	10.0%	1	.5%
	접근성 취약지역	200	131	65.5%	61	30.5%	8	4.0%
χ^2 test			χ^2 =33.630(df=2)***					

나. 건강정보 습득 경로

○ 평소 건강정보 습득 경로를 살펴보면, TV·라디오, 신문·잡지가 68.0%로 가장 높게 나타났고, 이어서 가족·친구·이웃(31.3%), 인터넷·스마트폰(28.0%), 보건소·병원·의사(22.3%) 등의 순으로 나타남

(중복응답, 단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-53] 건강정보 습득 경로

○ 지역별로는 접근성 양호지역에서 인터넷·스마트폰 활용이 상대적으로 높았고, 접근성 취약지역은 경로당, 복지관, 보건기관 등 지역 거점 기반 정보 의

존도가 높게 나타났음. 따라서 건강정보 제공 방식도 지역별 정보 접근 특성을 반영할 필요가 있음

<표 Ⅲ-56> 건강정보 습득 경로

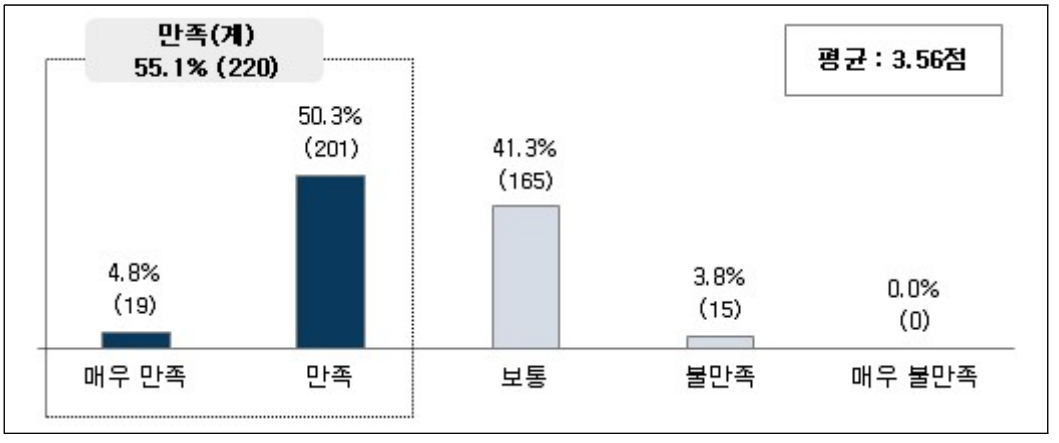
(중복응답, 단위 : N, %)

구 분			건강정보 습득 경로											
			TV·라디오, 신문·잡지		인터넷·스마트폰 (유튜브·카톡)		보건소·병원·의사		가족·친구·이웃		경로당·복지관 게시판		따로 얻지 않는다		기타	
전 체		400	272	68.0%	112	28.0%	89	22.3%	125	31.3%	62	15.5%	13	3.3%	1	.3%
지역	접근성 양호지역	200	141	70.5%	73	36.5%	40	20.0%	63	31.5%	10	5.0%	9	4.5%	1	.5%
	접근성 취약지역	200	131	65.5%	39	19.5%	49	24.5%	62	31.0%	52	26.0%	4	2.0%		

다. 지역의 노인 건강증진 서비스 전반적 만족도

○ 현재 살고 있는 지역의 노인 건강증진 서비스 만족도를 살펴보면, 만족한다는 응답이 55.1%(매우 만족 4.8% + 만족 50.3%), 보통 41.3%, 불만족 3.8%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.56점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-54] 지역의 노인 건강증진 서비스 전반적 만족도

○ 노인 건강증진 서비스 전반적 만족도는 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 취약지역에서 3.64점으로 접근성 양호지역(3.49점)에 비해 상대적으

로 만족도가 높게 나타남(t=2.335, p<.05)

- 이는 취약지역에서 실제 제공되는 건강증진 서비스에 대한 체감 만족도가 상대적으로 높음을 보여줌. 다만 양호지역은 서비스 접근성은 높더라도 이용자 기대 수준에 맞는 프로그램 질, 정보 제공, 이용 편의성 개선이 필요함

<표 Ⅲ-57> 지역의 노인 건강증진 서비스 전반적 만족도

(단위 : N, %)

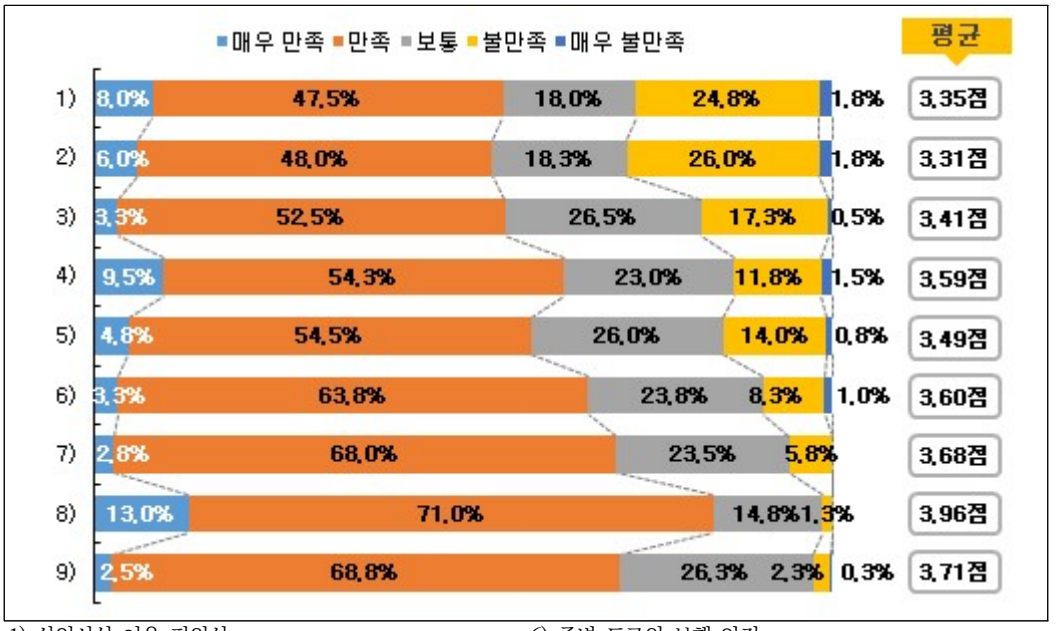
구 분			평균 (점)	지역의 노인 건강증진 서비스 전반적 만족도				
				매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
전 체		400	3.56	19 4.8%	201 50.3%	165 41.3%	15 3.8%	0 0.0%
지역	접근성 양호지역	200	3.49	9 4.5%	88 44.0%	94 47.0%	9 4.5%	
	접근성 취약지역	200	3.64	10 5.0%	113 56.5%	71 35.5%	6 3.0%	
t-test			-	t=2.335(df=398)*				

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

라. 현재 살고 있는 지역사회 만족도

❍ 현재 살고 있는 지역사회 만족도를 살펴보면, 이웃과의 교류기회가 3.96점으로 가장 높게 나타났고, 이어서 지역사회 환경 전반(3.71점), 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태(3.68점), 주변 도로의 보행 안전(3.60점), 대중교통 이용 편의성(3.59점) 등의 순으로 나타남

(단위 : %)



1) 상업시설 이용 편의성
2) 의료시설 이용 편의성
3) 공공기관 이용 편의성
4) 대중교통 이용 편의성
5) 공원 및 녹지 이용 편의성
6) 주변 도로의 보행 안전
7) 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태
8) 이웃과의 교류 기회
9) 지역사회 환경 전반

[그림 Ⅲ-55] 현재 살고 있는 지역사회 만족도

<표 Ⅲ-58> 현재 살고 있는 지역사회 만족도

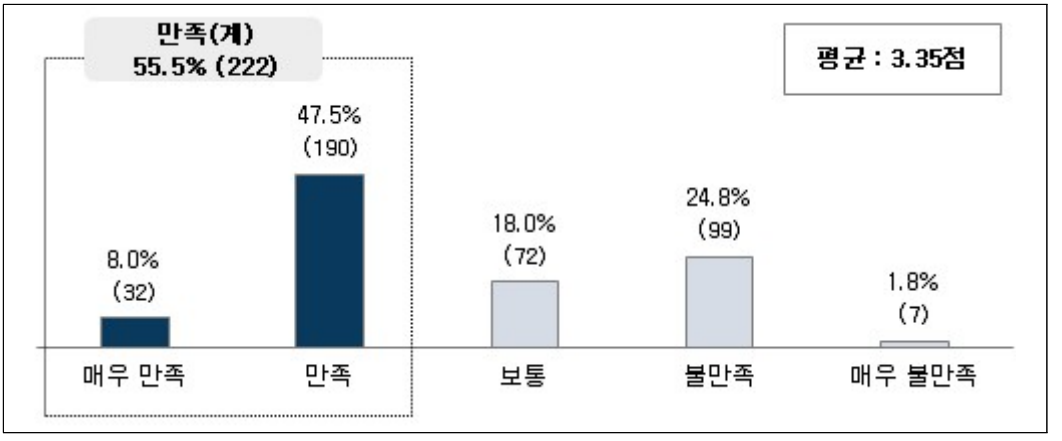
(단위 : %, 점)

구 분		평균 (점)	현재 살고 있는 지역사회 만족도 감정				
			매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
1) 상업시설 이용 편의성	400	3.35	8.0%	47.5%	18.0%	24.8%	1.8%
2) 의료시설 이용 편의성	400	3.31	6.0%	48.0%	18.3%	26.0%	1.8%
3) 공공기관 이용 편의성	400	3.41	3.3%	52.5%	26.5%	17.3%	0.5%
4) 대중교통 이용 편의성	400	3.59	9.5%	54.3%	23.0%	11.8%	1.5%
5) 공원 및 녹지 이용 편의성	400	3.49	4.8%	54.5%	26.0%	14.0%	0.8%
6) 주변 도로의 보행 안전	400	3.60	3.3%	63.8%	23.8%	8.3%	1.0%
7) 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태	400	3.68	2.8%	68.0%	23.5%	5.8%	0.0%
8) 이웃과의 교류 기회	400	3.96	13.0%	71.0%	14.8%	1.3%	0.0%
9) 지역사회 환경 전반	400	3.71	2.5%	68.8%	26.3%	2.3%	0.3%

(1) 상업시설 이용 편의성

○ 현재 살고 있는 지역의 상업시설 이용 편의성을 살펴보면, 만족한다는 응답이 55.5%(매우 만족 8.0% + 만족 47.5%), 보통 18.0%, 불만족 26.6%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.35점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-56] 상업시설 이용 편의성

○ 상업시설 이용 편의성은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 양호지역에서 3.85점으로 접근성 취약지역(2.86점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=11.532, p<.001). 취약지역은 일상생활에 필요한 상점, 시장, 편의시설 이용에서 불편을 느끼는 정도가 큰 것으로 보임

<표 Ⅲ-59> 상업시설 이용 편의성

(단위 : N, %)

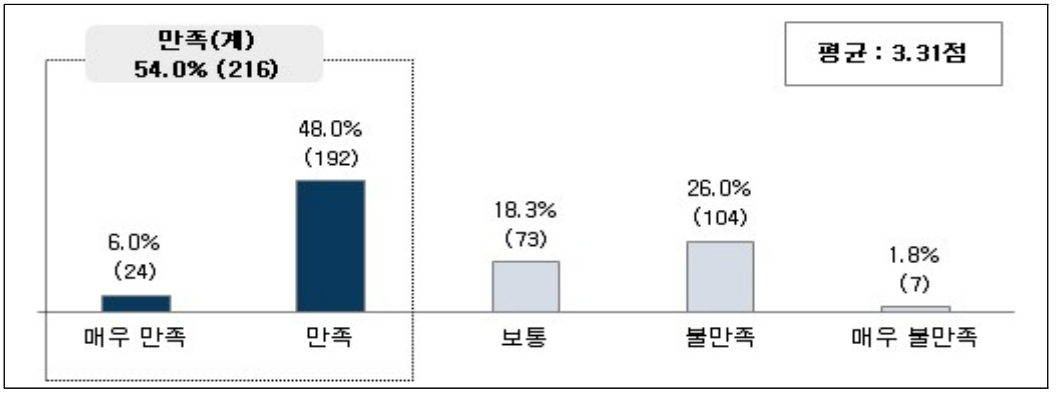
구 분			평균 (점)	상업시설 이용 편의성									
				매우 만족		만족		보통		불만족		매우 불만족	
전 체		400	3.35	32	8.0%	190	47.5%	72	18.0%	99	24.8%	7	1.8%
지역	접근성 양호지역	200	3.85	25	12.5%	139	69.5%	19	9.5%	15	7.5%	2	1.0%
	접근성 취약지역	200	2.86	7	3.5%	51	25.5%	53	26.5%	84	42.0%	5	2.5%
t-test			-	t=-11.532(df=398)***									

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(2) 의료시설 이용 편의성

❍ 현재 살고 있는 지역의 의료시설 이용 편의성을 살펴보면, 만족한다는 응답이 54.0%(매우 만족 6.0% + 만족 48.0%), 보통 18.3%, 불만족 27.8%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.31점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-57] 의료시설 이용 편의성

❍ 의료시설 이용 편의성은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 양호지역에서 3.83점으로 접근성 취약지역(2.79점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=12.520, p<.001). 이는 취약지역 고령여성이 병원, 의원, 약국 등 의료자원 이용에서 상대적으로 불리한 여건에 있음을 보여줌. 취약지역에는 찾아가는 건강관리, 이동지원 등의 강화가 필요함

<표 Ⅲ-60> 의료시설 이용 편의성

(단위 : N, %)

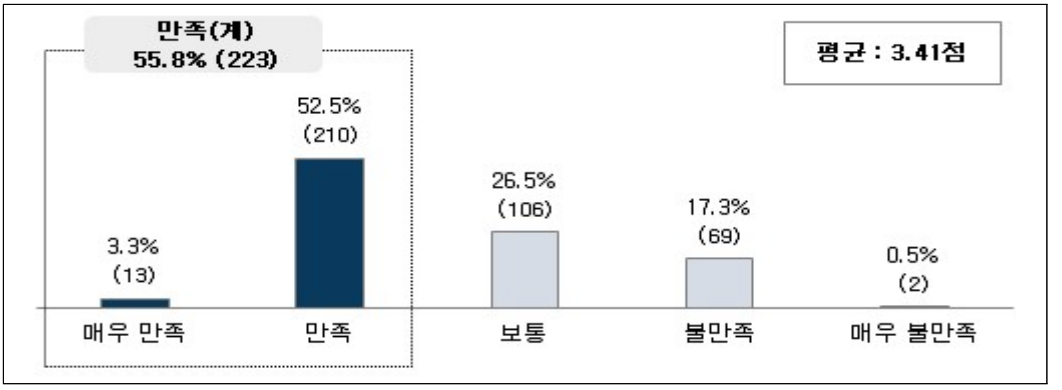
구 분			평균 (점)	의료시설 이용 편의성									
				매우 만족		만족		보통		불만족		매우 불만족	
전 체		400	3.31	24	6.0%	192	48.0%	73	18.3%	104	26.0%	7	1.8%
지역	접근성 양호지역	200	3.83	21	10.5%	141	70.5%	21	10.5%	16	8.0%	1	.5%
	접근성 취약지역	200	2.79	3	1.5%	51	25.5%	52	26.0%	88	44.0%	6	3.0%
t-test			-	t=-12.520(df=398)***									

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(3) 공공기관 이용 편의성

○ 현재 살고 있는 지역의 공공기관 이용 편의성을 살펴보면, 만족한다는 응답이 55.8%(매우 만족 3.3% + 만족 52.5%), 보통 26.5%, 불만족 17.8%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.41점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-58] 공공기관 이용 편의성

○ 공공기관 이용 편의성은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 양호지역에서 3.77점으로 접근성 취약지역(3.05점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=9.585, p<.001). 취약지역은 행정복지센터, 보건기관 등 공공서비스 이용에서도 접근성 제약을 경험할 가능성이 있음. 공공서비스 안내와 방문형·거점형 지원 등의 방안 마련이 필요함

<표 Ⅲ-61> 공공기관 이용 편의성

(단위 : N, %)

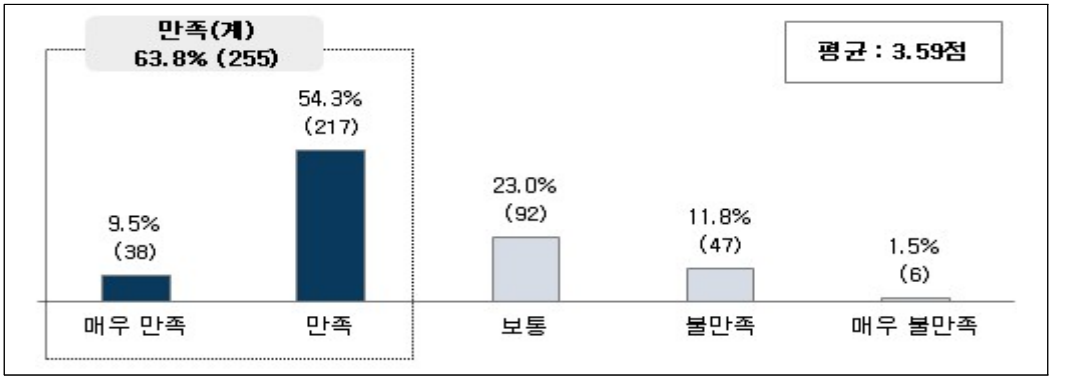
구 분			평균 (점)	공공기관 이용 편의성				
				매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
전 체		400	3.41	13 3.3%	210 52.5%	106 26.5%	69 17.3%	2 .5%
지역	접근성 양호지역	200	3.77	13 6.5%	141 70.5%	33 16.5%	12 6.0%	1 .5%
	접근성 취약지역	200	3.05		69 34.5%	73 36.5%	57 28.5%	1 .5%
t-test			-	t=-9.585(df=398)***				

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(4) 대중교통 이용 편의성

❍ 현재 살고 있는 지역의 대중교통 이용 편의성을 살펴보면, 만족한다는 응답이 63.8%(매우 만족 9.5% + 만족 54.3%), 보통 23.0%, 불만족 13.3%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.59점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-59] 대중교통 이용 편의성

❍ 대중교통 이용 편의성은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 양호지역에서 3.84점으로 접근성 취약지역(3.33점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=6.112, p<.001). 취약지역은 교통 여건의 제약으로 건강증진 서비스 이용에도 어려움이 발생할 수 있으므로 취약지역 대상 프로그램은 이동지원 또는 생활권 내 서비스 제공 방식과 연계될 필요 있음

<표 Ⅲ-62> 대중교통 이용 편의성

(단위 : N, %)

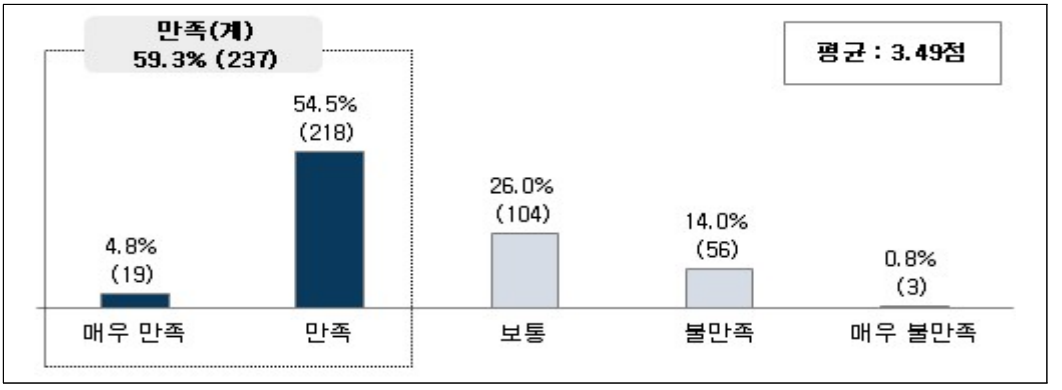
구 분			평균 (점)	대중교통 이용 편의성									
				매우 만족		만족		보통		불만족		매우 불만족	
전 체		400	3.59	38	9.5%	217	54.3%	92	23.0%	47	11.8%	6	1.5%
지역	접근성 양호지역	200	3.84	27	13.5%	134	67.0%	21	10.5%	16	8.0%	2	1.0%
	접근성 취약지역	200	3.33	11	5.5%	83	41.5%	71	35.5%	31	15.5%	4	2.0%
t-test			-	t=-6.112(df=398)***									

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(5) 공원 및 녹지 이용 편의성

○ 현재 살고 있는 지역의 대중교통 이용 편의성을 살펴보면, 만족한다는 응답이 59.3%(매우 만족 4.8% + 만족 54.5%), 보통 26.0%, 불만족 14.8%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.49점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-60] 공원 및 녹지 이용 편의성

○ 공원 및 녹지 이용 편의성은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 양호지역에서 3.69점으로 접근성 취약지역(3.29점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=5.028, p<.001). 취약지역은 일상적으로 걷기, 운동, 여가활동을 할 수 있는 공간 접근성이 상대적으로 낮은 것으로 보임. 생활권 내 신체활동 공간 확보와 경로당 중심 운동 프로그램 확대가 필요함

<표 Ⅲ-63> 공원 및 녹지 이용 편의성

(단위 : N, %)

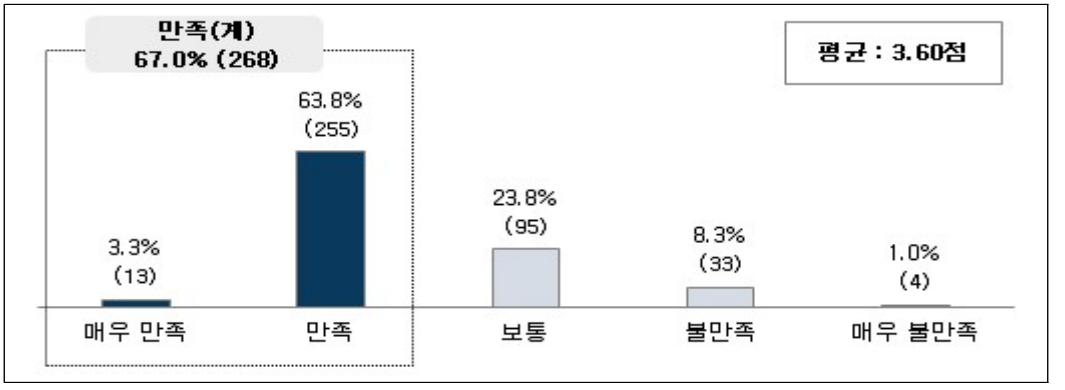
구 분			평균 (점)	공원 및 녹지 이용 편의성				
				매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
전 체		400	3.49	19 4.8%	218 54.5%	104 26.0%	56 14.0%	3 .8%
지역	접근성 양호지역	200	3.69	14 7.0%	127 63.5%	42 21.0%	16 8.0%	1 .5%
	접근성 취약지역	200	3.29	5 2.5%	91 45.5%	62 31.0%	40 20.0%	2 1.0%
t-test			-	t=-5.028(df=398)***				

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(6) 주변 도로의 보행 안전

❍ 현재 살고 있는 지역의 주변 도로의 보행 안전 상태를 살펴보면, 만족한다는 응답이 67.0%(매우 만족 3.3% + 만족 63.8%), 보통 23.8%, 불만족 9.3%로 나타남 - 5점 만점으로 환산 시 평균 3.60점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-61] 주변 도로의 보행 안전

❍ 주변 도로의 보행안전은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음

- 접근성 양호지역에서 3.80점으로 접근성 취약지역(3.40점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=5.700, p<.001). 취약지역은 보행환경, 도로 안전, 이동 중 사고 위험에 대한 불안이 상대적으로 클 수 있음. 고령여성의 외출과 건강활동 참여를 위해 보행환경 개선과 안전한 이동 여건 조성이 필요함

<표 Ⅲ-64> 주변 도로의 보행 안전

(단위 : N, %)

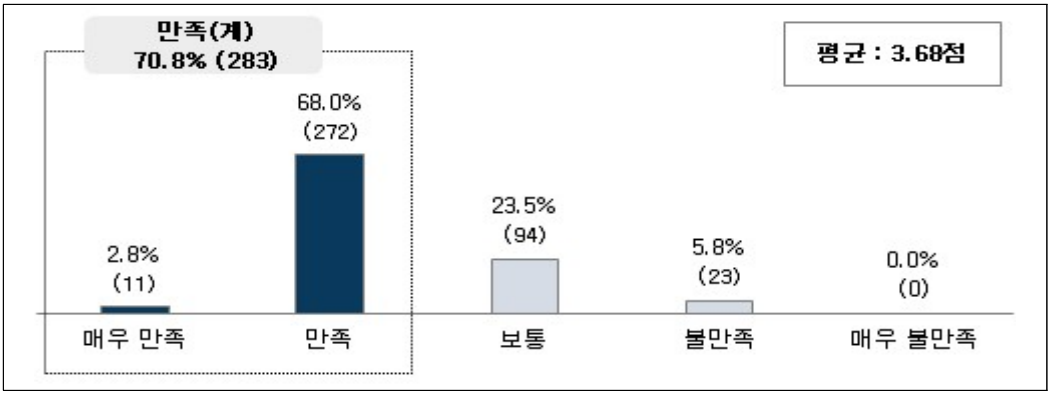
구 분			평균 (점)	주변 도로의 보행 안전				
				매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
전 체		400	3.60	13 3.3%	255 63.8%	95 23.8%	33 8.3%	4 1.0%
지역	접근성 양호지역	200	3.80	12 6.0%	147 73.5%	30 15.0%	11 5.5%	
	접근성 취약지역	200	3.40	1 .5%	108 54.0%	65 32.5%	22 11.0%	4 2.0%
t-test			-	t=-5.700(df=398)***				

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(7) 치안 및 범죄 등에 대한 방범

○ 현재 살고 있는 지역의 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태를 살펴보면, 만족한다는 응답이 70.8%(매우 만족 2.8% + 만족 68.0%), 보통 23.5%, 불만족 5.8%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.68점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-62] 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태

○ 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태는 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 양호지역에서 3.84점으로 접근성 취약지역(3.52점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=5.388, p<.001). 건강증진 프로그램 운영 시 이동시간, 장소 안전성, 귀가 지원 등 안전 요소를 함께 고려할 필요 있음

<표 Ⅲ-65> 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태

(단위 : N, %)

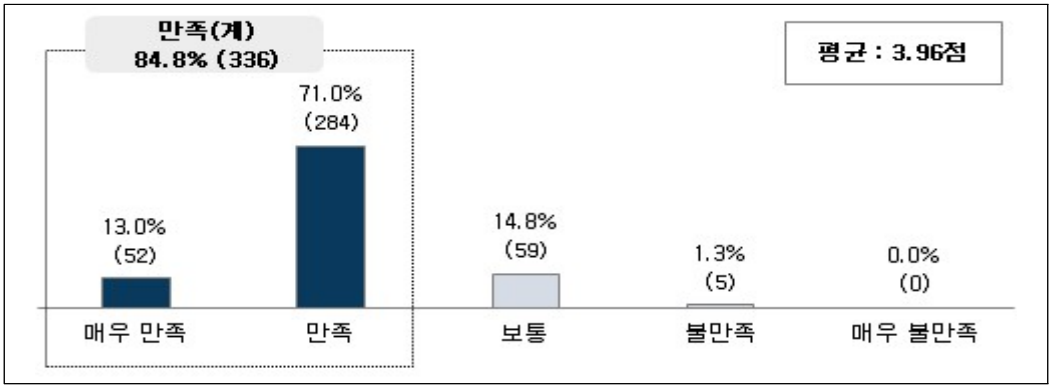
구 분			평균 (점)	치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태				
				매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
전 체		400	3.68	11 2.8%	272 68.0%	94 23.5%	23 5.8%	0 0.0%
지역	접근성 양호지역	200	3.84	11 5.5%	151 75.5%	33 16.5%	5 2.5%	
	접근성 취약지역	200	3.52		121 60.5%	61 30.5%	18 9.0%	
t-test			-	t=-5.388(df=398)***				

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(8) 이웃과의 교류 기회

❍ 현재 살고 있는 지역의 이웃과의 관계를 살펴보면, 만족한다는 응답이 84.8%(매우 만족 13.0% + 만족 71.0%), 보통 14.8%, 불만족 1.3%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.96점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-63] 이웃과의 교류 기회

❍ 이웃과의 교류 기회 만족도는 거주지역에 따른 평균은 양호지역 3.99점, 취약지역 3.93점으로 유사한 수준으로 나타남. 이는 양호지역과 취약지역 모두에서 이웃 관계가 중요한 지역사회 자원으로 작용할 수 있음을 보여줌. 향후 건강증진 사업 추진 시 이웃, 경로당, 마을리더 등 지역관계망을 활용하는 방안을 고려해볼 필요 있음

<표 Ⅲ-66> 이웃과의 교류 기회

(단위 : N, %)

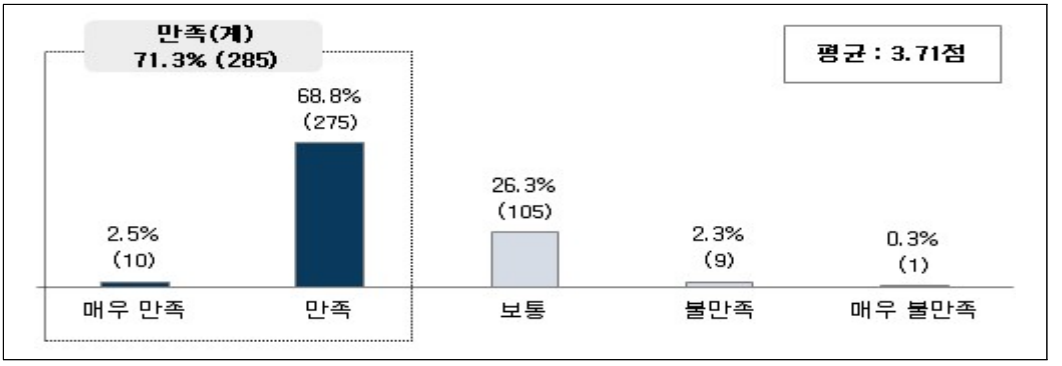
구 분			평균 (점)	이웃과의 교류 기회				
				매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
전 체		400	3.96	52 13.0%	284 71.0%	59 14.8%	5 1.3%	0 0.0%
지역	접근성 양호지역	200	3.99	27 13.5%	144 72.0%	28 14.0%	1 .5%	
	접근성 취약지역	200	3.93	25 12.5%	140 70.0%	31 15.5%	4 2.0%	
t-test			-	t=-0.962(df=398)				

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

(9) 지역사회 환경 전반

○ 현재 살고 있는 지역사회 환경 전반적인 부분을 살펴보면, 만족한다는 응답이 71.3%(매우 만족 2.5% + 만족 68.8%), 보통 26.3%, 불만족 2.6%로 나타남
- 5점 만점으로 환산 시 평균 3.71점으로 나타남

(단위 : %, N)



[그림 Ⅲ-64] 지역사회 환경 전반

○ 지역 사회 환경 전반은 지역에 따른 유의미한 차이가 있음
- 접근성 양호지역에서 3.83점으로 접근성 취약지역(3.59점)에 비해 상대적으로 만족도가 높게 나타남(t=4.360, p<.001). 취약지역은 의료, 교통, 생활편의, 안전 등 다양한 생활환경 영역에서 상대적으로 낮은 만족도를 보였음. 따라서 취약지역에는 단순 건강프로그램 제공을 넘어 이동, 정보, 생활권 인프라를 함께 고려한 통합적 건강증진 지원체계가 필요할 것임

<표 Ⅲ-67> 지역사회 환경 전반

(단위 : N, %)

구 분			평균 (점)	지역사회 환경 전반				
				매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
전 체		400	3.71	10 2.5%	275 68.8%	105 26.3%	9 2.3%	1 .3%
지역	접근성 양호지역	200	3.83	10 5.0%	149 74.5%	38 19.0%	3 1.5%	
	접근성 취약지역	200	3.59		126 63.0%	67 33.5%	6 3.0%	1 .5%
t-test			-	t=-4.360(df=398)***				

*5점척도 : 매우만족(1점) ~ 매우 불만족(5점)

3. 조사결과 요약 및 시사점

1) 건강상태 및 신체기능

○ 평소 건강상태를 보통 수준으로 보는 응답이 가장 많았으나, 스스로 건강이 나쁘다고 인식하는 고령여성도 4명 중 1명(25.0%)에 이름
- 좋은 편 37.5%, 보통 37.5%, 나쁜 편 25.0%이며, 접근성 취약지역의 부정 응답(27.0%)이 양호지역(23.0%)보다 다소 높았으나 통계적으로 유의미한 차이는 아니었음
- 지역을 가리지 않고 건강인식이 낮은 고령여성을 찾아 지원하는 접근이 필요함

○ 피로는 지역 구분 없이 대부분의 고령여성이 겪고 있는 문제임
- 지난 한 달간 피로를 경험했다는 응답이 87.5%에 이르고, 이 가운데 '항상' 또는 '거의 대부분' 느낀다는 응답도 16.5%로 적지 않음
- 일상적인 피로를 노화에 따른 자연스러운 현상으로 넘기기보다 수면·영양·신체활동과 연결해 관리할 필요가 있음

○ 다만 계단오르기 수행능력과 보행능력의 저하는 접근성 취약지역에서 뚜렷하게 드러남
- 쉬지 않고 계단 10개를 오르기 힘들다는 응답은 25.3%로, 접근성 취약지역(30.0%)이 양호지역(20.5%)보다 9.5%p 높았음(χ^2=4.782, p<.05)
- 도움 없이 300m를 혼자 이동하기 힘들다는 응답도 18.8%였고, 접근성 취약지역(23.5%)과 양호지역(14.0%)의 격차 역시 9.5%p로 같았음(χ^2=5.924, p<.05)
- 생활권 안에서 참여할 수 있는 근력·보행 유지 프로그램을 먼저 배치하고 이동 지원과 묶어 운영할 필요가 있음

○ 만성질환을 5개 이상 보유한 응답자는 11.5%(46명)로 지역에 따른 차이가 없었고, 특별한 이유 없이 체중이 5% 이상 줄었다는 응답은 1.8%(7명)에 그쳤음
- 일상의 기능을 유지할 수 있도록 저하가 나타나기 전에 개입하는 예방 중심 접근이 필요함

2) 정신건강·인지·사회적관계

○ 현재 생활에 만족한다는 응답이 87.0%로 높았으나, 지루함(14.0%)과 외로움(8.5%)은 다른 부정 정서에 비해 상대적으로 높게 나타남
- 절망감 4.5%, 외출활동 기피 4.0%, 무가치함 3.8%와 비교하면 지루함과 외로움이 두드러지며, 모든 항목에서 지역 간 차이는 유의미하지 않았음
- 여가와 관계 형성을 통한 정서지원을 지역 구분 없이 운영할 필요가 있음

○ 고립감(19.0%)과 소외감(15.3%)은 대부분 '가끔' 느끼는 수준임
- 함께할 사람이 부족하다는 고립감 19.0%, 소외감 15.3%, 단절감 13.0%이며 '자주' 느낀다는 응답은 각각 1% 이하에 그쳤음
- 세 항목 모두 지역 간 차이가 없어, 외로움을 특정 지역의 문제가 아니라 고령여성 전반의 정서건강 과제로 다루고 조기에 찾아내는 체계가 필요함

○ 가족·친척 관계는 대체로 유지되고 있으나, 실제로 기댈 수 있는 관계는 넓지 않음
- 고민을 털어놓을 수 있는 가족·친척이 2명 이하(1명 30.0%+2명 43.3%)가 73.3%, 필요할 때 도움을 받을 수 있는 가족·친척이 2명 이하(1명 27.5%)+2명 46.5%)가 74%로 대부분을 차지하였음. 전혀 없다는 응답도 각각 5.3%(21명), 5.5%(22명) 있었음
- 따라서 관계망이 좁거나 교류관계가 없는 고령여성을 먼저 찾아내고, 가족을 대신할 지원체계를 마련할 필요가 있음

○ 친구 관계는 지역 유형에 따라 양상이 반대로 나타남
- 한 달에 한 번 이상 만나거나 연락하는 친구가 5명 이상이라는 응답은 접근성 취약지역 43.5%로 양호지역 24.0%보다 높았음(χ^2=38.891, p<.001)
- 반대로 속마음을 나눌 친구가 전혀 없다는 응답은 양호지역 10.5%(21명)가 취약지역 4.5%(9명)보다 많았음(χ^2=30.624, p<.001). 도움을 요청할 친구가 전혀 없다는 응답은 전체로 13.0%(52명)로 가족·친척보다 높았음
- 마을 공동체가 살아 있는 취약지역과 달리, 시설 접근성이 좋은 양호지역에서 오히려 관계의 공백이 드러난다는 점에서 양호지역에는 소모임·동아리를 통한 관계 형성 지원을 따로 두어야 함

○ 정기적인 사회참여는 경제활동(55.8%)과 경로당(50.5%)에 집중되어 있고, 참여 양상은 지역별로 차이가 나타남

- 경로당 참여율은 취약지역 78.5%로 양호지역 22.5%를 크게 앞섰고(χ^2=125.453, p<.001), 경제활동(접근성 양호지역 72.5% vs 취약지역 39.0%, χ^2=45.492, p<.001)과 동호회(양호지역 16.5% vs 취약지역 7.0%, χ^2=8.704, p<.01)는 양호지역이 높았음
- 자원봉사활동 참여율은 10.5%로 접근성 양호지역과 취약지역이 같았고, 노인복지회관 이용률도 8.3%(취약지역 9.0%, 양호지역 7.5%)로 두 지역 모두 10% 미만이었음. 두 활동 모두 참여 수준이 낮아 기회를 넓히는 방안 마련이 필요함
- 취약지역은 경로당을 서비스 전달의 거점으로 삼고, 양호지역은 보건소·복지관·동호회 등 여러 접점을 활용하는 방식으로 참여 경로를 나눠 설계할 필요가 있음

3) 건강행태 및 생활습관

○ 전체적으로 규칙적으로 운동하고 있다는 응답은 61.5%로 나타났고, 지역별로 살펴보면 접근성 양호·취약지역이 동일하게 61.5%는 규칙적으로 운동하고 있으나, 10명 중 4명(38.5%)은 운동을 하지 않고 있는 것으로 나타남

○ 운동의 내용과 장소는 걷기와 집 주변에 크게 쏠려 있음

- 규칙적인 운동을 하고 있다고 응답한 246명 가운데 주된 운동이 걷기라는 응답이 82.9%, 장소가 집 주변이라는 응답이 66.7%였음
- 규칙적인 운동 실천자 123명씩을 놓고 보면 취약지역은 체조·스트레칭(30.1%)과 경로당 운동(24.4%)이, 양호지역은 민간 체육시설(15.4%)이 각각 더 많았음
- 근력운동을 하고 있다는 응답은 3.7%(9명)에 그쳐, 앞서 확인된 하지근력 저하를 감안하면 걷기 위주 운동에 근력운동을 강화하는 건강습관을 형성하도록 지원해야 함. 더불어 개인의 운동을 집단 활동으로 연결하여 운동의 지속성을 확보하도록 지원해야 함

4) 서비스 접근성, 전달경로, 연계 실태

○ 병원에 가고 싶었지만 가지 못한 경험은 4.5%(18명)로 낮았고 지역 간 차이도 없었으나, 의료기관 이용은 스스로 이동하거나 가족의 차량에 기대는 구조임

- 도보 36.3%, 버스·택시 단독 이용 35.5%, 가족·이웃 차량 동행 25.0% 순이었고, 이동이 어려워 가지 못한다는 응답도 1.8%(7명) 있었음
- 4명 중 1명(25.0%)이 가족·이웃 차량 동행에 의존하고 있다는 것은 신체기능이 떨어지면 의료 접근이 제약될 수 있다는 것으로 이동·동행 지원을 미리 마련해 둘 필요가 있음

○ 보건소까지 걸리는 시간은 평균으로 보면 도보 20.1분, 차량 10.1분으로 부담이 크지 않으나, 평균 이상으로 장시간 소요되는 경우를 지원하는 방안이 필요함

○ 여러 기관에서 같은 설명을 반복했다는 응답 9.0%(36명), 어디에 무엇을 신청할지 몰라 서비스를 받지 못했다는 응답 6.3%(25명)로 연계·신청의 어려움은 크지 않았음. 다만 마을 안에서 건강관리를 도와줄 곳을 어디로 보는지는 지역에 따라 달랐음

- 전체적으로 보건지소·보건진료소라는 응답이 53.3%로 가장 많았고, 경로당을 꼽은 비율은 취약지역 43.5%로 양호지역 12.0%를 크게 앞섰음
- 반대로 도움받을 곳이 없다는 응답은 양호지역 31.0%로 취약지역 15.5%의 두 배였음. 시설이 있는데도 주민이 그것을 접점으로 인식하지 못한다는 뜻이므로, 안내와 연결을 정비하는 일이 함께 따라야 함

5) 건강증진 서비스 이용경험 및 수요

○ 건강증진 서비스는 대체로 알고 있으나 실제 이용으로 이어지지 않는 경우가 많고, 서비스별 편차도 큼

- 이용 경험은 치매 조기검진 43.3%, 경로당 건강 프로그램 38.3%, 구강 관리 33.5%, 운동·체조교실 27.0% 순이었음
- 방문건강관리 2.3%(9명), 영양교육·상담 3.3%(13명), 낙상 예방 교육 5.0%(20명)는 눈에 띄게 낮았음. '알고 있으나 이용하지 않음'이 50~80% 수준이었고, 영

양교육·상담(31.0%)과 낙상 예방 교육(30.5%)은 서비스 자체를 모른다는 응답도 30% 안팎이었음

- 특히 낙상 예방 교육은 신체기능 저하가 확인된 상황에서 이용률이 5.0%에 그쳤다는 점에서, 내용과 전달 방식을 개선하여 고령여성의 참여를 유도해야 함

❍ 실제 이용은 시설 등 인프라가 부족한 취약지역에서 오히려 활발한데, 그 중심에 경로당이 있음

- 경로당 건강 프로그램(취약지역 59.0% vs 양호지역 17.5%), 치매 조기검진(취약지역 59.0% vs 양호지역 27.5%), 구강 관리(취약지역 45.0% vs 양호지역 22.0%), 운동·체조교실(취약지역 37.0% vs 양호지역 17.0%) 모두 취약지역이 양호지역의 두 배를 넘었고 차이도 유의미했음($p<.001$)
- 앞서 살펴본 서비스에 비해 전반적으로 이용경험 비율이 저조했지만 정신건강 상담, 낙상 예방 교육, 방문건강관리 서비스 이용은 양호지역의 고령여성보다 취약지역 고령여성의 이용 비율이 더 높았음(정신건강 상담 23명 vs 8명, 낙상 예방 교육 18명 vs 2명, 방문건강관리 9명 vs 0명). 서비스가 도움이 되었다는 응답도 취약지역 74.0%로 양호지역 35.5%를 크게 앞섰음($t=8.134$, $p<.001$)
- 이러한 결과를 종합해보면, 인프라가 좋은 접근성 양호지역에서 오히려 건강증진 서비스 이용으로 이어지지 않는 것으로 나타남. 따라서 경로당을 매개로 한 찾아가는 전달구조는 취약지역에서 유지·확대하고, 양호지역에 맞는 전달경로를 따로 설계할 필요가 있음

❍ 앞으로 이용하고 싶은 서비스는 운동·신체활동(37.8%)과 기억력·인지건강(19.3%)에 모여 있고, 만성질환 관리 교육(11.5%)과 구강 건강관리(9.8%)가 뒤를 이음

- 받고 싶은 장소는 취약지역은 경로당·마을회관(70.5%), 양호지역이 보건소·보건지소(40.5%)로 차이가 있었고($\chi^2=73.026$, $p<.001$)
- 이를 종합해보면, 향후 건강증진 서비스는 수요를 반영하여 운동·인지건강을 공통 핵심으로 삼되, 취약지역은 경로당 거점형으로, 양호지역은 보건기관을 중심에 두고 서비스를 제공할 필요가 있음

❍ 계속 여기서 살고 싶다는 응답은 96.0%로 두 지역이 같았음

- 접근성 유형과 무관하게 대부분이 현재 생활권에서 노후를 보내고자 한다는 뜻이

므로, 건강증진 서비스는 결국 거주지 안에서 제공되고 활용될 수 있도록 방안을 마련해야 함

6) 디지털 기기·건강정보 및 정책인식

❍ 스마트폰 보유와 디지털 정보 활용에서 지역 격차가 뚜렷함

- 본인 명의 스마트폰 보유율은 전체 77.5%였으나 접근성 양호지역 89.5%, 취약지역 65.5%로 차이가 컸음(χ^2=33.630, p<.001)
- 건강정보는 TV·라디오, 신문·잡지(68.0%)를 통한 습득이 가장 많았고, 인터넷·스마트폰 활용은 양호지역 36.5%로 취약지역 19.5%보다 높은 반면, 경로당·복지관 게시판 활용은 취약지역 26.0%로 양호지역 5.0%보다 훨씬 높았음
- 양호지역은 모바일을 통한 정보 제공을 넓히고, 취약지역은 전화·문자와 경로당 게시판, 보건기관 안내 등 오프라인 경로를 함께 가져갈 필요가 있음

❍ 지역 노인 건강증진 서비스 만족도는 취약지역이 높고, 생활환경 만족도는 양호지역이 높게 나타남

- 서비스 만족도는 취약지역 3.64점으로 양호지역 3.49점(5점만점, 이하 동일) 보다 높았음(t=2.335, p<.05)
- 반대로 의료시설(양호지역 3.83점 vs 취약지역 2.79점), 상업시설(3.85점 vs 2.86점), 공공기관(3.77점 vs 3.05점), 대중교통(3.84점 vs 3.33점) 등 생활환경 만족도는 양호지역이 모두 유의미하게 높았고(p<.001), 취약지역의 의료시설·상업시설 만족도는 3점에 미치지 못했음
- 한편 이웃과의 교류 기회 만족도는 3.96점으로 조사 항목 가운데 가장 높았고 지역 차이도 없었음(양호지역 3.99점, 취약지역 3.93점). 이웃과 경로당, 마을리더 등 이미 형성된 관계를 건강증진 사업의 자원으로 활용하는 방안을 고려해 볼 수 있음

Ⅳ. 결론 및 제언

1. 주요 연구결과 요약
2. 고령여성 건강 증진 지원체계 구축 방안

Ⅳ. 결론 및 제언

1. 주요 연구결과 요약

❍ 본 연구는 건강노화 이론과 국내외 정책동향 분석, 경북 고령화 실태 및 건강증진 인프라 분석, 그리고 도내 고령여성 400명을 대상으로 한 생활실태 및 수요조사를 종합하여 도내 고령여성의 건강증진 지원체계 구축 방안을 도출하고자 수행하였음

❍ 건강노화는 질병이 없는 상태가 아니라 노년기에 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발·유지하는 과정으로 정의되고(WHO, 2015), 그 결정 요인이 개인의 내재역량과 지역사회 환경의 상호작용에 있다는 점(WHO, 2020), 활동적 노화나 생산적 노화 역시 노인을 수혜자가 아닌 참여·기여의 주체로 보고 있다는 점은 고령여성의 건강을 개인의 건강행태로만 볼 것이 아니라 지역사회 안에서 건강하게 살아갈 수 있는 환경을 만들어야 한다는 기본 방향을 제공함

❍ 경북은 2025년 기준 고령인구 비율이 27.5%로 전국 평균(21.2%)을 크게 상회하는 초고령사회로 진입하였고, 65세 이상 인구 688,172명 가운데 여성은 383,278명(55.7%)으로 남성보다 많으며, 기대수명 역시 여성(86.54세)이 남성(80.58세)보다 약 6년 긴 것으로 나타나 고령화의 여성화 현상이 지역 전반에 걸쳐 공통적으로 나타나고 있음. 문제는 이러한 고령여성이 의성군(49.2%), 청도군(46.5%), 봉화군(45.4%) 등 인구의 45% 이상이 고령인 농산어촌에 집중되어 있는데, 청송·영양·봉화 등에서는 의료자원 분포의 불균형으로 의료 취약성과 고령화가 그대로 겹치고 있다는 점임. 이는 경북 고령여성의 건강문제를 개인 건강관리 차원이 아닌 고령화·여성화·독거화·의료취약성이 중첩된 구조적 문제로 보고, 지역사회 차원의 대응체계를 마련해야 할 필요성이 있음을 보여줌

❍ 한편, 주요국의 건강노화 정책은 이러한 구조적 접근의 방향을 구체적으로 보여줌. 일본의 지역포괄케어, 독일의 이웃돌봄, 덴마크의 예방 가정방문을 축으로 한 Aging in Place 정책은 개별 프로그램을 확대하는 데 그치지 않고,

생활권 단위의 자원연계와 사전예방적 개입, 고령자의 사회활동 참여를 함께 추진하고 있음. 단순히 프로그램의 수를 늘리는 것만으로는 고령자의 건강을 지킬 수 없다는 것이 해외 사례에서 공통으로 확인되는 시사점임

○ 도내 고령여성을 대상으로 한 실태조사에서는 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식하는 응답이 37.5%에 그친 반면 피로 경험이 87.5%, 계단 오르기 어려움이 25.2%, 300m 보행 어려움이 18.8%로 나타났으며, 만성질환을 5개 이상 보유한 응답자도 11.5%(46명)에 이름. 이는 질병 유무보다 일상의 신체기능 유지와 낙상예방이 먼저 자리 잡아야 함을 보여주는 지점임. 다만 건강증진 서비스별 이용 경험은 항목에 따라 차이가 큼. 치매 조기검진 43.3%, 경로당 건강 프로그램 38.3%, 구강 관리 33.5%인 반면 낙상 예방 교육 5.0%, 영양교육·상담 3.3%, 방문건강관리가 2.3%에 그쳐, 서비스가 있어도 이용으로 이어지지 않는 구조가 확인됨. 특히 신체기능 저하가 확인된 상황에서 낙상 예방 교육 이용이 5.0%에 머물렀다는 점에서 전달 방식의 개선이 필요함

○ 고령여성은 고립감, 소외감, 지루함, 외로움을 일부 경험하고 있지만 전반적으로 정신건강 상담 이용 경험은 7.8%에 불과해 신체 건강과 정서지원을 함께 다룰 필요가 확인됨. 운동을 규칙적으로 실천하는 비율이 61.5%에 이르지만 종목이 걷기(82.9%)에, 장소가 집 주변(66.7%)에 편중되어 있고 근력운동 실천은 3.7%에 그쳐 다양한 건강활동으로 확장할 여지가 큼. 희망하는 서비스도 운동·신체활동(37.8%), 기억력·인지건강(19.3%), 만성질환 관리(11.5%) 순으로 나타났으며, 현재 거주지에 계속 거주 하겠다는 의향이 96.0%로 매우 높아 거주지 기반의 지원체계를 마련하는 것이 바람직할 것임

○ 특히 주목할 것은 접근성 양호지역과 취약지역의 여건 차이임. 취약지역은 의료시설 이용 편의성에 대한 만족도(2.79점)와 스마트폰 보유율(65.5%)이 낮은 대신 경로당 참여율이 78.5%에 이르고 건강증진 서비스가 도움이 되었다는 응답도 74.0%로 높아, 경로당·마을회관을 거점으로 한 마을거점형 지원, 이동·동행 지원, 오프라인 정보제공이 유효할 것으로 확인됨. 반면 양호지역은 스마트폰 보유율(89.5%)과 경제활동 참여율(72.5%)이 높음에도 건강증진 서비스(방문건강관리, 운동·체조교실, 영양교육·상담, 치매 조기검징 등)를 알고 있으나

이용하지 않았다는 응답이 전반적으로 취약지역보다 많은 것으로 나타났고, 개인적 고민을 나눌 친구가 전혀 없다는 응답이 10.5%로 취약지역(4.5%)보다 오히려 높아(χ^2=30.624, p<.001), 시설 접근성이 좋다는 것이 곧 건강지원으로 이어지지는 않으며 정서적 지지체계가 상대적으로 협소하다는 점을 보여줌. 희망 제공 장소 역시 양호지역은 보건소·보건지소(40.5%), 취약지역은 경로당·마을회관(70.5%)으로 뚜렷이 갈라져(χ^2=73.026, p<.001), 동일한 서비스를 일률적으로 공급하는 방식보다는 지역 특색을 고려한 접근법이 바람직할 것임

❍ 이러한 연구결과를 종합하면 경북 고령여성의 건강증진 지원체계는 건강위험을 생활권 안에서 조기에 발굴하고 예방하는 체계, 지역 여건에 맞게 건강지원이 실제로 전달되는 체계, 관계와 참여를 통해 건강활동이 지속되는 기반을 함께 갖추어야 하며, 그동안 개별 사업 중심으로 운영되어 온 유사 기능의 프로그램과 자원을 하나의 체계로 재구성하는 방식으로 접근할 필요가 있음. 이에 본 연구는 "경북 고령여성이 살던 곳에서 건강하게 생활하는 예방 중심 생활권 건강지원체계 구축"을 비전으로 설정하고, 「건강위험 예방과 역량강화」, 「지역사회 기반 건강지원체계 구축」, 「관계·참여 기반 지속가능성 확보」의 3개 정책영역과 6개 추진과제, 12개 세부과제로 구성되는 경북형 고령여성 건강증진 지원체계를 제안하고자 하며, 지원체계의 전체 구조는 〈표 Ⅳ-1〉과 같음

❍ 고령여성 건강증진 지원체계는 고령여성이 거주하는 생활권 안에서 건강증진 서비스를 체계적으로 제공받을 수 있도록 지원하는 것이 가장 큰 목적임. 앞서 살펴본 바와 같이 경북은 22개 시·군 간에도 차이가 있지만 같은 시·군 안에서도 지역 간 차이가 큼. 따라서 본 연구에서는 시군 단위로 지역을 구분하기보다는 시군 내 건강증진 인프라 접근성의 차이를 고려하여 접근성 양호지역과 접근성 취약지역으로 구분하고, 이를 기준으로 건강증진 지원체계를 제안하고자 함. 두 지역은 여건이 다르므로 접근 방식과 중심 거점도 달리하는 방안을 함께 제안함

❍ 또한 새로운 시설이나 인력을 배치하기보다는 경로당 행복선생님, 노인맞춤돌봄서비스 생활지원사, 보건소·보건지소·보건진료소 전문인력, 읍·면·동 행정

복지센터, 도내에서 추진 중인 의료·요양·돌봄 통합지원체계 등 이미 지역에서 활동하고 있는 인력과 사업을 연계하여 정책을 제안하고자 함

<표 Ⅳ-1> 경북 고령여성 건강 증진 지원체계 구축 방안

정책영역	추진과제	세부과제
건강위험 예방과 역량강화	건강위험의 조기발견과 기능유지	① 생활권 건강위험 조기발견 및 전문기관 연계 ② 고령친화 생활환경 조성 및 안전위험 예방
	생활실천형 건강역량 강화	③ 통합형 건강노화 프로그램 운영 ④ 일상 기반 건강 실천과 자기관리 역량 강화
지역사회 기반 건강지원체계 구축	지역맞춤형 서비스 전달체계 구축	⑤ 지역유형별 건강거점 운영 ⑥ 찾아가는 건강관리 및 이동·동행 지원
	건강·의료·돌봄 연계와 계속거주 지원	⑦ 사례관리 및 서비스 연속성 강화 ⑧ 건강정보 전달체계 구축 및 디지털 격차 완화
관계·참여 기반 지속가능성 확보	고립예방과 정서지원 체계 구축	⑨ 고립·외로움 예방 관계망 지원 ⑩ 생활 접점 안부거점 운영
	고령여성 건강참여 기반 조성	⑪ 고령여성 건강 참여형 노인일자리 확대 ⑫ 건강공동체 자조활동과 건강리더 지원

2. 고령여성 건강 증진 지원체계 구축 방안

정책영역 1 건강위험 예방과 역량강화	① 건강위험의 조기발견과 기능유지

□ 필요성 및 목적

○ 세계보건기구(WHO, 2015)는 건강노화를 신체·정신적 역량과 생활환경을 바탕으로 일상생활의 기능적 능력을 유지하는 과정으로 정의하며, 질병관리를 넘어 신체기능 저하 예방과 자립적 생활 유지의 중요성을 강조함

○ 특히 고령여성은 남성보다 기대수명이 길어 건강문제와 기능 제한을 경험하는 기간이 길어질 수 있으며, 만성질환과 사회경제적 여건 등 복합적 요인을 고려한 건강지원이 필요함(WHO, 2023)

○ 국내 선행연구에서도 낙상 치료 경험이 있는 고령여성의 건강 관련 삶의 질은 신체활동, 만성질환 및 사회경제적 특성 등과 관련이 있는 것으로 나타나(Song & Lee, 2021), 신체기능 유지와 생활환경의 안전성을 함께 고려한 건강증진 지원체계 마련이 필요함

○ 조사결과, 경북 고령여성의 피로 경험은 87.5%, 계단 오르기 어려움은 25.2%, 300m 보행 어려움은 18.8%로 나타나 질병관리뿐 아니라 신체기능 저하를 조기에 발견하고 예방하는 생활기능 중심의 건강관리가 필요함

○ 특히 접근성 취약지역은 300m 보행 어려움이 23.5%로 양호지역(14.0%)보다 높고 의료시설 및 교통 접근성이 상대적으로 낮은 반면, 경로당 정기 참여율은 78.5%로 높게 나타남. 이에 취약지역에서는 고령여성이 일상적으로 이용하는 경로당을 건강위험 조기발견과 건강증진서비스 제공의 생활권 거점으로 활용할 필요가 있음

○ 경북은 도내 경로당을 중심으로 건강·여가·교육·복지서비스를 제공하는 「경로당 행복선생님」 사업을 운영하고 있어, 기존 인력과 전달체계를 고령여성 건강증진체계와 연계할 수 있는 기반을 갖추고 있음. 특히 접근성이 취약한 지역의 경우 행복선생님을 '생활권 건강 연결자'로 활용하여 건강위험 징후 발견, 건강정보 제공, 건강실천 지원 및 보건소 등 전문기관 연계를 강화할 필요가 있음

□ 추진내용

○ (세부과제 1) 생활권 건강위험 조기발견 및 전문기관 연계

- 보건소를 건강관리 전문기관으로 하고, 경로당 행복선생님과 노인맞춤돌봄서비스 수행기관의 생활지원사 등 기존 생활권 인력을 활용하여 고령여성의 건강위험 조기발견 및 전문기관 연계체계를 구축함
- 경로당 행복선생님은 경로당 프로그램 운영 과정에서, 노인맞춤돌봄 생활지원사는 가정방문 및 안부확인 과정에서 고령여성의 보행 어려움, 활동 저하, 반복적인 피로 호소, 인지·정서 변화 등 건강위험 징후를 관찰할 수 있도록 공통의 건강위험 관찰 체크리스트를 개발·보급함
- 건강위험 징후가 발견된 경우 본인 동의를 바탕으로 보건소·보건지소·보건진료소 등에 연계하고, 전문인력이 건강상태를 확인하여 방문건강관리·의료·치매·정신건강서비스 등 필요한 지원으로 연결하도록 함
- 경로당 행복선생님과 노인맞춤돌봄서비스 수행기관 간 협력체계를 마련하여 경로당 이용자와 경로당을 이용하지 않는 재가 고령여성을 포괄하는 생활권 건강안전망을 구축함
- 접근성 취약지역은 경로당 이용률이 높은 지역적 특성을 활용하여 경로당–행복선생님–노인맞춤돌봄 수행기관–보건지소·보건진료소–보건소를 연계하는 마을거점형 조기발견체계를 구축함. 특히 경로당 이용이 어렵거나 외부 활동이 제한적인 고령여성은 생활지원사의 가정방문 및 안부확인 과정에서 건강위험을 조기에 발견하고 방문건강관리서비스로 연계함
- 접근성 양호지역은 보건소·복지관·의료기관 등 이용 가능한 건강자원이 상대적으로 다양한 특성을 고려하여 행복선생님과 노인맞춤돌봄 수행기관이 건강서비스 미이용자와 건강위험군을 발굴하고, 개인별 건강상태에 따라 적절한 지역 건강자원의 이용을 안내·연계하는 기관연계형 건강지원체계를 운영함

○ (세부과제 2) 고령친화적 생활환경 조성 및 안전위험 예방

- 고령여성의 신체기능 저하와 보행·이동의 어려움을 고려하여 주거공간과 일상생활권 내 안전위험요인을 사전에 점검하고, 안전하고 자립적인 생활을 유지할 수

있는 고령친화적 생활환경 조성을 지원함

- 보건소·읍면동 행정복지센터·노인맞춤돌봄 수행기관 등과 협력하여 주거 내 이동 동선, 문턱, 미끄러운 바닥, 조명 부족, 화장실·욕실 안전시설 등 주요 위험요인을 확인할 수 있는 생활환경 안전점검체계를 마련함
- 특히 노인맞춤돌봄 생활지원사가 가정방문 및 안부확인 과정에서 주거 내 낙상위험과 생활환경의 불편 사항을 파악하고, 개선이 필요한 경우 수행기관을 통해 읍면동 행정복지센터 및 기존 주거복지·집수리 지원사업으로 연계하도록 함
- 안전손잡이 설치, 미끄럼방지 시설, 야간 조명, 문턱 제거 등 소규모 주거환경 개선을 지원하고, 경로당 및 주변 보행로·계단·경사로 등 고령여성이 일상적으로 이용하는 생활공간의 안전성과 이동 편의성을 개선하도록 함
- 접근성 취약지역은 노후주택 및 단독주택 거주 고령여성을 중심으로 노인맞춤돌봄 수행기관과 협력한 찾아가는 주거안전 점검을 강화하고, 경로당 주변 보행환경과 이동 동선 등 생활권 안전환경 개선을 우선 지원함. 접근성 양호지역은 주거 내 낙상위험 예방과 함께 보건소·복지관·공원 등 주요 생활시설의 보행 접근성 및 안전환경 개선을 기존 고령친화도시·지역사회 환경개선사업과 연계함
- 생활환경 개선 이후에도 행복선생님과 노인맞춤돌봄 생활지원사 등을 통해 낙상예방 생활수칙 및 안전한 실내외 이동방법 등 생활안전 정보를 제공하고, 필요시 사후점검을 실시함

정책제안

■ **「경북 고령여성 건강지킴이」 운영**

- 경로당 행복선생님과 노인맞춤돌봄 생활지원사를 활용하여 고령여성의 건강위험을 일상에서 조기에 발견하고, 보건소 등 전문기관의 맞춤형 건강서비스로 연계하는 경북형 생활권 건강안전망 구축

【운영체계】

단계	주요 내용	수행 주체
건강위험 관찰	경로당 프로그램 및 가정방문 과정에서 보행, 근력 저하, 피로, 낙상위험 등 건강변화 관찰	행복선생님, 생활지원사 등
전문기관 연계	건강위험 징후 발견시 본인 동의 기반 보건소 등에 연계	행복선생님, 노인맞춤돌봄 수행기관
건강상태 확인 및 맞춤형 서비스 제공	전문인력 찾아가는 맞춤서비스 운영	보건소, 보건지소, 보건진료소, 관련 전문기관
지속관리	경로당, 가정에서 건강실천 지원	행복선생님, 생활지원사 등

정책영역 1 건강위험 예방과 역량강화	② 생활실천형 건강역량 강화

□ 필요성 및 목적

○ 세계보건기구(WHO, 2015)는 건강노화를 노년기 기능적 능력을 유지하는 과정으로 정의하고, 신체활동과 영양관리 등 일상적인 건강생활 실천의 중요성을 강조하고 있음. 이에 고령여성의 건강증진을 위해서는 질병관리와 건강위험 예방뿐 아니라 신체적·정신적·사회적 건강을 종합적으로 고려한 건강생활 실천 지원이 필요함

○ 본 연구의 조사결과, 경북 고령여성의 피로 경험은 87.5%, 계단 오르기 어려움은 25.2%로 나타났으며, 규칙적 운동 실천율은 61.5%로 확인됨. 또한 희망하는 건강증진 서비스는 운동·신체활동(37.8%), 기억력·인지건강(19.3%), 만성질환 관리(11.5%) 순으로 나타나, 신체활동을 중심으로 인지·영양·만성질환 관리 등을 연계한 통합형 건강노화 프로그램 운영이 필요함

○ 특히 건강증진 서비스의 도움 정도는 접근성 취약지역 74.0%, 양호지역 35.5%로 차이가 있었으며, 선호하는 서비스 제공 장소도 취약지역은 경로당·마을회관(70.5%), 양호지역은 보건소·보건지소(40.5%)로 상이하게 나타남. 이에 지역별 생활환경과 이용 특성을 고려하여 취약지역은 경로당 중심의 마을거점형, 양호지역은 보건소·복지관·체육시설 등을 활용한 기관연계형 프로그램 운영이 필요함.

○ 또한 주된 운동은 걷기(82.9%)이며 운동 장소도 집 주변(66.7%)에 집중되어 있어, 별도의 시설 이용이나 전문 프로그램 참여에 그치지 않고 일상생활에서 쉽게 실천할 수 있는 건강활동을 지원할 필요가 있음. 이에 고령여성의 건강상태와 신체기능 수준에 맞는 건강실천 방법을 제공하고, 지속적인 실천을 유도하여 자율적인 건강관리 역량을 강화하고자 함

□ 추진내용

○ (세부과제 3) 통합형 건강노화 프로그램 운영

- 고령여성의 신체기능과 건강상태, 건강증진 서비스 수요를 고려하여 운동·신체활동, 영양관리, 인지건강, 만성질환 예방관리 등을 통합적으로 지원하는 「경북 고령여성 건강노화 프로그램」을 개발·운영이 요구됨
- 보건소 전문인력과 관련 분야 강사가 프로그램의 전문적 내용을 지원하고, 경로당 행복선생님은 기존 경로당 프로그램과 연계하여 참여 안내 및 운영을 지원하는 협력체계를 마련함
- 지역별 건강증진 서비스 이용 특성과 선호 장소를 고려하여 프로그램 제공방식을 차등 운영한다면, 접근성 취약지역은 경로당·마을회관을 선호하는 비율이 70.5%로 높은 점을 고려하여 경로당 중심의 마을거점형 건강노화 프로그램을 정기적으로 운영하고, 보건소·보건지소·보건진료소의 전문인력 및 행복선생님과 연계하여 프로그램의 지속성을 확보함
- 접근성 양호지역은 보건소·보건지소 선호 비율이 40.5%로 높은 점을 고려하여 보건소·복지관·체육시설 등 기존 건강자원을 연계한 기관연계형 프로그램을 운영하고, 다양한 건강활동에 대한 선택과 참여기회를 확대함
- 프로그램 참여자의 건강상태와 기능 수준, 참여 지속 여부 및 만족도 등을 확인하여 고령여성의 건강수요에 부합하도록 프로그램을 개선함

○ (세부과제 4) 일상 기반 건강실천과 자기관리 역량 강화

- 고령여성이 건강노화 프로그램 참여 이후에도 자신의 건강상태와 신체기능 수준에 맞는 건강생활을 일상에서 지속할 수 있도록 생활권 인력을 활용한 실천 중심의 자기관리 지원체계를 마련할 필요가 있음
- 이를 위해 경로당 행복선생님 등 기존 지원 인력을 대상으로 「경북형 고령여성 건강코디네이터」를 양성하고, 보건소 및 전문기관과 협력하여 신체활동, 영양관리, 낙상예방, 건강생활 실천 지원방법 등을 중심으로 실무형 교육과정을 운영함
- 건강코디네이터는 고령여성의 건강상태와 신체기능, 생활환경 등을 고려하여 걷기, 근력·균형운동, 규칙적인 식사, 수분 섭취 등 일상에서 실천 가능한 건강생활

목표를 설정하고 실천할 수 있도록 지원함

- 건강코디네이터 교육을 이수한 경로당 행복선생님은 경로당 프로그램 운영 과정에서 건강실천 활동을 반복적으로 안내하고, 노인맞춤돌봄 생활지원사는 기존 가정방문 및 안부확인 과정에서 서비스 대상자의 건강생활 실천을 독려하는 등 기존 생활권 인력을 활용한 지속적인 실천 지원체계를 구축함
- 접근성 취약지역은 경로당을 중심으로 일상적인 건강체조와 소규모 걷기활동을 지원하고, 거동이 불편한 재가 고령여성에게는 신체기능 수준에 맞춰 가정에서 실천할 수 있는 간단한 운동과 건강관리 방법을 안내함
- 접근성 양호지역은 집 주변 걷기길, 공원, 노인복지관 및 생활체육시설 등 지역사회 건강자원과 연계하여 일상적인 신체활동 참여 기회를 확대하고, 개인별 건강실천을 지속할 수 있도록 지원함
- 건강코디네이터는 건강실천표 등을 활용하여 개인별 실천 여부와 어려움을 주기적으로 확인하고, 건강상태와 실천 수준에 따라 목표를 조정하는 등 고령여성의 자율적인 건강관리 역량을 강화함

정책제안

■ 「경북형 고령 건강코디네이터」 양성·운영

- 경로당 행복선생님 등 기존 생활권 인력을 건강코디네이터로 양성하여 고령여성의 건강노화 프로그램 참여와 일상적인 건강생활 실천을 지원

【운영체계】

단계	주요 내용
인력 발굴	경로당 행복선생님 등 기존 생활권 인력 활용
역량강화 교육	신체활동, 영양, 낙상예방 및 건강실천 지원방법 교육
건강실천 지원	개인별 건강실천 목표 설정 및 건강생활 안내
지속관리	건강실천표 활용, 실천 독려 및 어려움 확인
전문기관 협력	필요시 보건소 전문인력 연계하여 실천방법 및 목표 조정

■ 「경북 고령여성 건강노화 플러스」 운영

- 고령여성의 신체기능과 건강상태를 고려한 통합형 건강노화 프로그램을 제공하고, 건강코디네이터를 활용하여 프로그램 참여 이후에도 일상생활에서 건강실천을 지속할 수 있도록 지원하는 생활밀착형 건강증진사업 운영

【운영체계】

단계	주요 내용	수행 주체
건강수요 파악	개인별 건강상태, 신체기능 및 건강활동 수요 확인	보건소 등 전문인력
통합형 프로그램 제공	운영, 영양, 인지건강 등 건강노화 프로그램 운영	보건소, 전문강사, 행복선생님
개인별 실천목표 설정	걷기, 운동, 식생활 등 실천가능한 건강생활 목표 수립	전문인력, 건강코디네이터
일상적 건강실천	경로당, 가정, 집 주변에서 건강생활 실천 및 자기관리	건강코디네이터, 보건소
실천 지속관리	건강실천표 활용, 실천 여부 확인 및 필요시 목표 조정	건강코디네이터, 보건소

정책영역 2 지역사회 기반 건강지원체계 구축	③ 지역맞춤형 건강증진 전달체계 구축

□ 필요성 및 목적

○ 고령자의 건강서비스 접근성은 건강상태뿐 아니라 성별, 경제적 여건, 이동수단, 거주지역 및 보건의료자원 분포 등에 영향을 받으며, 특히 고령여성은 의료이용의 미충족을 경험할 가능성이 높음(Choi & Kim, 2021)

○ 조사결과, 접근성 취약지역은 경로당 정기 참여율(78.5%)과 경로당·마을회관에서의 건강서비스 제공 선호도(70.5%)가 높아 마을 내 생활거점을 중심으로 한 건강서비스 제공이 적합한 것으로 나타남. 또한 의료기관 이용 시 동행자 부재와 낮은 의료시설 만족도(2.79점)를 고려하여 찾아가는 건강관리와 이동·동행 지원이 필요함

○ 반면 접근성 양호지역은 스마트폰 보유율(89.5%)이 높고 보건소·보건지소에서의 서비스 제공 선호도(40.5%)가 높아 지역 내 건강자원 연계와 정보 제공을 통한 서비스 참여 확대가 요구됨

○ 특히 건강증진서비스가 도움이 되었다는 응답은 접근성 취약지역이 74.0%인 반면 양호지역은 35.5%로 나타나, 물리적 접근성이 상대적으로 양호하더라도 실제 건강서비스 이용과 체감으로 연결되지 않을 수 있음을 보여줌. 따라서 양호지역은 이용 가능한 자원을 실제 서비스 참여로 연결하는 적극적인 정보 제공과 참여 유인이 필요함

○ 따라서 지역별 접근성과 생활양식, 건강자원 특성을 고려하여 접근성 취약지역은 경로당·마을회관 중심의 '마을거점형', 양호지역은 보건소·복지관·민간시설 등을 연계한 '기관연계형' 건강지원체계를 구축하고, 지역 간 건강서비스 접근성 격차를 완화하고자 함

□ 추진내용

○ (세부과제 5) 지역유형별 건강거점 운영

- 경상북도는 2026년부터 도내 21개 시·군에서 의료·요양·돌봄 통합지원을 시행하

고 있으며, 보건의료·건강관리·요양·일상생활돌봄·주거환경 개선 등을 지역사회 내에서 통합적으로 연계하고 있음. 또한 농어촌 의료취약지역의 건강관리 기능 강화를 위해 보건진료소 기능강화 시범사업을 추진하고 있어, 이러한 기존 전달 체계를 고령여성의 생활권 건강지원 기반으로 적극 활용할 필요가 있음

- 이에 별도의 건강시설을 신설하기보다 보건소·보건지소·보건진료소, 읍·면·동 행정복지센터, 경로당·마을회관 등 기존 보건·복지 및 생활권 자원을 활용하여 고령여성이 거주지역 내에서 건강증진서비스를 이용할 수 있는 생활권 건강거점을 구축·운영함
- 보건소·보건지소·보건진료소의 전문인력이 생활권 건강거점을 정기적으로 방문하여 전문적인 건강서비스를 제공하고, 경로당 행복선생님은 프로그램 안내·참여 독려, 일상적인 건강실천 지원 및 전문기관 연계 등 생활권 건강 연결자 역할을 수행하도록 함
- 특히 경북에서 추진 중인 보건진료소 기능강화 사업과 연계하여 보건의료자원이 부족한 농어촌지역에서는 보건진료소가 경로당·마을회관 등 마을 건강거점과 보건소를 연결하는 지역 건강관리의 중간 거점 역할을 강화하도록 함
- 접근성 양호지역은 보건소·보건지소를 중심으로 복지관·의료기관·민간 체육시설 등 다양한 건강자원을 연계하는 '기관연계형 건강거점'을 운영함. 보건소가 지역 건강자원의 연계 중심 역할을 수행하고, 고령여성의 건강상태와 욕구에 따라 적절한 기관 및 프로그램을 선택·이용할 수 있도록 지원함
- 또한, 접근성 양호지역은 경제활동 참여율과 스마트폰 보유율이 상대적으로 높은 특성을 고려하여 프로그램 운영시간과 장소를 다양화하고, 문자·모바일 등을 활용한 건강정보 제공 및 프로그램 안내를 강화하여 건강서비스 미이용자의 참여를 촉진함
- 생활권 건강거점에서 복합적인 건강·돌봄 욕구가 확인된 고령여성은 읍·면·동 행정복지센터 및 시·군의 의료·요양·돌봄 통합지원체계로 연계하여 보건의료·건강관리·요양·일상생활지원 등 필요한 서비스를 통합적으로 이용할 수 있도록 함

❍ (세부과제 6) 찾아가는 건강관리 및 이동·동행 지원

- 신체기능 저하, 교통 불편, 동행자 부재 등으로 보건·의료기관이나 건강거점을 직접 이용하기 어려운 고령 여성을 위해 '서비스가 찾아가는 방식'과 '서비스 이용을 위한 이동을 지원하는 방식'을 병행하여 건강서비스 접근성을 강화함
- 특히 포항시에서 경북 최초로 시행하고 있는 「병원안심동행서비스」를 도내 시·군으로 단계적으로 확대하여, 독거·거동불편·보호자 부재 등으로 혼자 병원을 이용하기 어려운 고령여성이 자택 출발부터 병원 이동, 접수·진료·검사·수납, 약 처방·수령 및 귀가까지 필요한 동행지원을 받을 수 있도록 함
- 서비스 확대 시 일률적으로 적용하기보다 의료기관 접근성이 낮고 대중교통 이용이 어려운 농어촌지역과 고령인구 비율이 높은 지역 등을 우선적으로 지원하고, 시·군별 의료기관 분포와 이동거리, 기존 이동지원 자원 등을 고려하여 운영방식을 차별화함
- 병원안심동행서비스를 단순 이동지원에 그치지 않고 보건소 방문건강관리, 노인맞춤돌봄서비스 및 의료·요양·돌봄 통합지원체계와 연계하여, 병원 이용 이후에도 필요한 건강·돌봄서비스가 지속적으로 제공될 수 있도록 함
- 접근성 양호지역은 건강서비스 미이용자와 건강위험군을 중심으로 서비스 이용 연계를 강화하고, 혼자 병원을 이용하기 어려운 고령여성은 병원안심동행서비스 등 필요한 지원으로 연계함
- 궁극적으로 대상자 발굴 및 찾아가는 건강관리, 병원안심동행을 통한 전문서비스 이용, 사후 건강·돌봄 연계로 이어지는 지역사회 건강서비스 접근지원체계를 구축함

정책제안

■ 「경북 병원안심동행서비스」 농어촌 및 의료접근 취약지역을 우선적으로 확대

- 포항시에서 시행 중인 「병원안심동행서비스」를 경북 시·군으로 단계적으로 확대하여 독거, 거동불편, 보호자 부재 등으로 혼자 의료기관을 이용하기 어려운 고령자의 의료접근성을 강화
- 특히 본 조사에서 접근성 취약지역 고령여성의 의료이용 장애요인으로 '동행자 부재'가 확인된 점을 고려하여 농어촌 및 의료접근 취약지역을 우선 대상으로 단계적으로 확대함

정책영역 2 지역사회 기반 건강지원체계 구축	④ 건강·의료·돌봄 연계와 계속거주 지원

□ 필요성 및 목적

- ❍ 고령자의 건강문제는 만성질환과 신체기능 저하뿐 아니라 일상생활, 이동, 주거환경, 사회적 관계 및 돌봄 필요 등과 복합적으로 연관되어 있어 개별적인 건강·의료 서비스만으로 대응하는 데 한계가 있음. 특히 건강 및 기능상태의 변화에 따라 건강증진·예방에서 의료·요양·돌봄으로 서비스 욕구가 확대될 수 있으므로 필요한 서비스를 연속적으로 이용할 수 있는 지역사회 기반 지원체계가 필요함
- ❍ 건강노화는 질병 유무보다 일상생활에서 기능적 능력을 유지하고 가치 있는 삶을 지속하는 것을 중요하게 보며, 이는 건강과 기능이 변화하더라도 익숙한 지역사회에서 생활을 지속하는 지역사회 계속거주(Aging in Place)와 연결됨. 따라서 고령여성이 살던 곳에서 생활을 지속하기 위해서는 건강·의료·돌봄 및 일상생활 지원이 생활권 안에서 유기적으로 연계될 필요가 있음
- ❍ 특히 경상북도는 도시와 농산어촌·산간지역이 함께 존재하고 지역별 보건·의료·복지자원과 교통·이동여건에 차이가 있어, 지역 내 분산된 건강·의료·돌봄자원을 고령여성의 건강상태와 생활욕구를 중심으로 연결하는 체계가 요구됨
- ❍ 본 조사에서도 현재 거주지역에서 계속 살고 싶다는 응답이 96.0%로 매우 높게 나타났으며, 건강증진서비스 이용률도 치매조기검진 43.3%, 경로당 건강프로그램 38.3%, 구강관리 33.5%, 운동·체조 27.0% 등 서비스 및 지역에 따라 차이가 나타남. 이에 건강 및 기능상태에 따라 필요한 지역자원을 연계하고 지속적으로 관리하는 체계가 필요함
- ❍ 또한 건강정보 접근에서도 지역 간 차이가 나타남. 스마트폰 보유율은 접근성 양호지역 89.5%, 취약지역 65.5%, 인터넷·스마트폰을 통한 건강정보 이용은 각각 36.5%, 19.5%로 나타났으며, 영양교육과 낙상예방 교육을 이용하지 않은 이유로 '몰랐음'이 각각 31.0%, 30.5%로 확인됨. 따라서 디지털 활용 수준을 고려한 온·오프라인 건강정보 전달체계 강화가 요구됨

❍ 이에 지역사회 내 건강·의료·요양·돌봄 자원을 통합적으로 연계하고 지속적인 사례관리와 건강정보 전달체계를 강화하여, 고령여성이 건강 및 기능상태의 변화에도 불구하고 살던 곳에서 필요한 서비스를 이용하며 생활을 지속할 수 있는 지역사회 기반 건강지원체계를 구축하고자 함

□ **추진내용**

❍ **(세부과제 7) 사례관리 및 서비스 연속성 강화**

- 고령여성의 건강 및 신체기능 변화에 따른 서비스 단절을 예방하고, 건강증진·예방에서 의료·요양·돌봄으로 이어지는 연속적인 지원을 위해 생활권 인력의 건강위험 조기발견과 전문기관의 사례관리를 연계하는 지역사회 협력체계를 강화함
- 경로당 행복선생님과 노인맞춤돌봄 생활지원사 등 기존 생활권 인력이 경로당 프로그램과 가정방문 과정에서 고령여성의 건강·기능상태 변화를 관찰하고, 건강위험 및 돌봄 필요 발견 시 보건소 등 관련 기관으로 연계함
- 보건소 방문건강관리 담당자와 노인맞춤돌봄 전담사회복지사 등 전문인력이 건강·돌봄 욕구를 파악하고, 개인별 필요에 따라 방문건강관리, 만성질환관리, 치매조기검진 및 노인맞춤돌봄 등 적합한 서비스를 연계함
- 복합적인 건강·돌봄 욕구가 있는 고령여성은 시군 통합지원 담당부서를 중심으로 보건소, 의료기관 및 돌봄기관 등이 협력하여 개인별 지원계획을 수립하고, 서비스 이용 및 건강상태 변화를 지속적으로 점검·조정함
- 접근성 취약지역은 경로당·보건진료소 등 생활권 거점을 활용한 조기발견과 찾아가는 서비스 연계를 강화하고, 양호지역은 보건소·복지관·의료기관 등 지역자원을 활용한 맞춤형 서비스 연계를 활성화함
- 이를 통해 생활권 인력의 조기발견 → 전문인력의 욕구 평가 → 시군 중심의 서비스 연계 → 지속적인 사례관리로 이어지는 지원체계를 마련하여 고령여성의 지역사회 계속거주를 지원함

❍ (세부과제 8) 건강정보 전달체계 구축 및 디지털 격차 완화

- 건강·의료·돌봄서비스가 지역사회에 제공되고 있더라도 고령여성이 서비스의 존재나 이용방법을 알지 못하면 실제 이용으로 이어지기 어려움. 조사에서도 영양교육 및 낙상예방 교육을 이용하지 않은 이유로 '몰랐음'이 각각 31.0%, 30.5%로 나타나 서비스 공급과 함께 건강정보의 접근성과 전달체계 개선이 필요한 것으로 나타남
- 보건소, 읍·면·동 행정복지센터, 경로당, 노인복지관, 노인맞춤돌봄서비스 수행기관 등에서 제공되는 건강·의료·돌봄 정보를 연계·정리하여 고령여성이 자신에게 필요한 서비스를 쉽게 확인할 수 있도록 함
- 건강검진, 방문건강관리, 운동·인지·구강관리, 치매·정신건강서비스, 병원안심동행, 의료·요양·돌봄 통합지원 등 주요 서비스의 대상, 내용, 이용방법, 신청기관 및 연락처 등을 고령친화적인 방식으로 안내함
- 큰 글씨, 그림·도식, 쉬운 표현 등을 활용한 안내자료를 제작하고, 경로당·마을회관·보건진료소 등 고령여성이 자주 이용하는 생활공간을 통해 정보를 제공하여 정보 접근성을 높임.
- 조사 결과, 스마트폰 보유율은 접근성 양호지역 89.5%, 취약지역 65.5%, 인터넷·스마트폰을 통한 건강정보 이용은 각각 36.5%, 19.5%로 지역 간 차이가 나타난 점을 고려하여 지역 특성에 따른 정보전달 방식을 차별화함
- 접근성 취약지역은 경로당·마을회관 게시판, 안내문, 전화·문자, 마을방송 및 대면 안내 등 비디지털 정보전달을 강화하고, 행복선생님·노인맞춤돌봄 생활지원사 등 생활권 접점 인력을 통해 필요한 건강정보와 서비스 이용방법을 안내함
- 접근성 양호지역은 문자·모바일 등 디지털 채널을 활용하여 건강프로그램, 건강검진 및 예방서비스 정보를 적시에 제공하고, 정보 확인에서 서비스 신청·이용까지 연결될 수 있도록 지원함
- 스마트폰 활용이 어려운 고령여성은 기존 디지털 교육사업과 연계하여 건강정보 검색, 병원 예약, 건강서비스 신청 등 실제 건강관리에 필요한 디지털 활용역량을 강화함
- 디지털 활용이 어려운 고령여성을 위해 온라인 정보제공만으로 전환하지 않고 대

면·전화·인쇄물·디지털 방식을 병행하는 다중채널 건강정보 전달체계를 구축함

정책제안

■ 「사례관리 및 서비스 연속성 강화」

추진내용	수행주제
경로당 및 가정방문을 통해 건강, 기능상태 변화 조기발견 및 연계	경로당 행복선생님, 노인맞춤돌봄 생활지원사 등
건강·돌봄·욕구 평가 및 개인별 맞춤형 서비스 연계	보건소 방문건강관리 담당자, 노인맞춤돌봄 전담사회복지사
건강·의료·요양·돌봄서비스 통합연계 및 사례관리	시군 통합지원 담당부서, 유관기관
건강상태 및 서비스 이용 현황 점검, 지원계획 조정을 통한 서비스 연속성 확보	담당 사례관리자, 서비스 제공기관
지역별 접근성을 고려한 생활권 건강돌봄자원연계 강화	보건소, 지역사회 유관기관

■ 「경북 고령여성 정보 접근성 강화사업」

사업목적	• 고령여성이 지역 내 건강·의료·돌봄 정보를 쉽게 확인하고 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 정보 접근성 강화
주요내용	• 건강검진, 방문건강관리, 치매·정신건강, 노인맞춤돌봄, 통합지원 등 건강·돌봄 정보 통합 제공 및 고령친화적 안내서 제작·배포
추진방법	• 접근성 취약지역은 경로당·마을회관·보건진료소 및 생활권 접점 인력 중심의 대면·비디지털 안내 강화 • 접근성 양호지역은 문자·모바일 등 디지털 정보제공 강화 • 대면·전화·인쇄물·디지털을 병행하고 기존 디지털 교육과 연계하여 실생활 중심의 건강정보 활용 지원으로 정보격차 완화

정책영역 3 관계 · 참여기반 지속가능성 확보	⑤ 고립예방과 정서지원 체계 구축

□ **필요성 및 목적**

○ 고령여성의 건강한 노후생활을 위해서는 신체적 건강관리와 함께 일상에서 사람을 만나고 정서적 어려움을 나눌 수 있는 관계가 필요함. 본 연구의 실태조사에서 고령여성은 고립감 19.0%, 소외감 15.3%, 지루함 14.0%, 외로움 8.5%를 경험하는 것으로 나타남. 이러한 경험을 개인의 문제로 두기보다는 지역사회에서 관계를 유지하고 필요한 도움을 받을 수 있도록 지원할 필요가 있음

○ 특히 조사대상 두 지역은 사람을 만나고 관계를 유지하는 양상에서 차이를 보임. 접근성 취약지역은 경로당 참여율이 78.5%로 양호지역의 22.5%보다 높았으며, 월 1회 이상 만나는 친구가 5~8명이라는 응답도 취약지역 29.5%, 양호지역 12.5%로 나타남. 반면 고민을 나눌 친구가 전혀 없다는 응답은 양호지역이 10.5%로 취약지역의 4.5%보다 높았음. 이는 시설이나 서비스에 접근하기 좋은 지역에 거주하더라도 일상에서 마음을 나눌 사람이 충분하지 않을 수 있음을 보여줌

○ 이러한 차이를 고려한 맞춤형 지원체계 구축이 필요함. 취약지역은 경로당과 마을 내 모임 등 기존 관계를 활용하되, 모임에 참여하지 않거나 관계에서 소외된 고령여성까지 함께 살펴보아야 함. 양호지역은 가까운 곳에서 부담 없이 참여할 수 있는 소규모 활동을 통해 새로운 관계를 맺을 기회를 마련하는 데 중점을 둠. 사람을 얼마나 자주 만나는지뿐 아니라, 어려울 때 이야기를 나누고 도움을 청할 사람이 있는지도 함께 고려할 사항임

○ 한편 정신건강 상담 이용 경험은 7.8%로 나타남. 정서적 어려움을 느끼는 고령여성이 어디에서 도움을 받을 수 있는지 쉽게 알 수 있도록 안내가 필요함. 이에 본 과제는 지역별 관계 특성을 고려한 동료 간 교류와 정서지원 활동을 확대하고, 일상생활 가까이에서 고립 위험을 알아차려 상담과 지역 활동으로 연결할 수 있는 지원체계를 제안하고자 함

❍ 경북은 경상북도사회적고립예방지원센터(경북행복재단)를 통해 고립 위험가구 발굴, 안부확인, 복지서비스 연계 등을 추진 중임. 의성군의 경우 지역 반찬가게 이용을 통해 고립 위험군의 외출을 유도하고 안부를 확인하는 사업을 함께 운영함. 이러한 기반을 활용하되, 고령여성이 일상에서 사람을 만나고 고민을 나눌 관계를 형성할 수 있도록 지원 내용을 보완할 필요가 있음. 특히 실태조사에서 확인된 지역별 관계 특성을 고려하여, 기존 마을 관계를 활용하는 지원과 새로운 관계를 맺도록 돕는 지원을 구분하여 추진하고자 함

□ **추진내용**

❍ **(세부과제 9) 고립·외로움 예방 관계망 지원**

- 고령여성 주도 모임 형성 지원: 고령여성을 고립예방 지원의 수혜자로만 두지 않고, 스스로 모임을 만들고 서로를 돌보는 주체로 참여시키기 위하여 일본의 시니어살롱 사례를 참고하여 지역(마을) 단위 모임망 형성을 지원함
- 일본의 시니어살롱은 가까이 사는 노인들이 정기적으로 모여 취미와 관심사를 나누고 홀로 사는 이웃의 집에 일손을 보태는 상호지원 모임임. 2007년 지바현 마쓰도시가 '고독사 제로 프로젝트'의 일환으로 살롱과 노인 간 비상연락망을 구축한 결과 50세 이상 고독사가 2003년 90명에서 2006년 72명으로 약 20% 감소한 것으로 평가됨. 살롱 참여가 주기적인 안부확인과 신체활동 증가, 외출 위축 예방으로 이어진다는 점에서 고독사 예방의 대안으로 주목받아 옴(세계일보, 2018)
- 후쿠오카시 단지의 살롱활동에 대한 사례연구에서도 참여한 고령자가 외출과 대화·교류의 기회를 얻고 프로그램을 통해 건강을 증진하며, 살롱에서 맺은 인간관계가 살롱 밖의 일상으로 확장되는 것으로 확인되어 고립예방 효과가 뒷받침됨(공영주, 2015)
- 이러한 사례의 공통점은 모임을 관 주도로 열어주는 것이 아니라 고령자가 주체가 되도록 운영 원칙을 설계한 것임. 이에 살롱은 고령여성이면 누구나 부담 없이 오고 나갈 수 있는 자유참여를 원칙으로 하고, 프로그램은 참여자가 원하는 활동을 스스로 정해 운영하도록 함

- 살롱 운영은 관심 있는 고령여성(건강리더와 연계)이 주도하되, 운영자의 고령화와 책임 부담이 활동 지속을 가로막지 않도록 담당기관이 운영 교육·활동비·보험 등을 지원하고 운영자가 혼자 책임지지 않도록 살롱 간 연결망과 정기 리더 모임을 함께 마련함
- 살롱 거점은 지역 여건에 맞추어 취약지역은 경로당·마을회관을, 양호지역은 보건소·복지시설의 여유 공간을 활용하도록 함. 일본이 살롱 문화를 확산하며 한국의 경로당을 벤치마킹한 사례(세계일보, 2018)를 고려하면 경북은 살롱 거점 공간이 이미 갖추어져 있는 만큼 열린 운영 원칙만 접목하면 된다는 강점이 있음
- 한편, 살롱 참여는 상대적으로 외출이 가능한 고령여성의 관계망을 유지·확장하는 효과가 큰 반면, 고립 가능성이 높은 고령여성은 살롱에 나오지 않는다는 한계가 사례연구에서도 지적되었으므로(공영주, 2015), 살롱 모임망은 다음 세부과제 10의 생활 접점 안부거점과 짝을 이루어 운영함. 살롱에 나올 수 있는 고령여성에게는 관계망을, 나오기 어려운 고령여성에게는 안부거점과 연결처방으로 접근하여 고립예방 지원의 빈틈을 메움

○ (세부과제 10) 생활 접점 안부거점 운영

- 생활 접점을 활용한 안부확인과 교류 지원: 의성군의 반찬가게 쿠폰 지원사업과 서울의 '아름다운 동행가게' 사례를 참고하여, 고령여성의 생활중심지를 기준으로 안부확인·교류의 접점을 마련함. 거점은 지역 특색에 맞게 양호지역은 보건소·복지시설 등을, 취약지역은 경로당·마을회관을 중심으로 운영하되, 이러한 기존 거점 시설을 이용하지 않는 고령여성은 안부확인이나 교류 지원을 받을 수 없는 공백이 생기므로, 마트, 동네병원, 반찬가게, 옷가게 등 고령여성의 주요 생활시설로 안부거점을 확대하여 활용함. 협력 가게의 역할은 고립 판단이나 상담이 아닌, 이용하는 고령여성에게 말을 걸고 안부를 묻고, 평소와 다른 모습이 관찰될 때 담당기관에 연락하고, 복지서비스 안내물을 비치하는 수준으로 정하여 상인의 참여 부담을 가볍게 함. 아울러 반찬가게 쿠폰과 같이 방문 이유가 되는 매개를 함께 두어 안부거점 방문이 일회성 확인으로 그치지 않고 정기적 외출과 접촉으

로 이어지도록 하되, 쿠폰 미사용 등 이용이 뜸해진 고령여성에 대해서는 담당기관이 안부확인을 실시하여 공백을 점검함. 단순히 방문 여부를 확인하는 데 그치지 않고 식사, 장보기, 가벼운 체험활동 등을 매개로 자연스럽게 대화하고 다시 방문할 기회를 제공함

추진사례

■ 의성군 '외출유도용 반찬가게 쿠폰 지원사업'

1) 주요내용: 2026년 4월부터 고독사 위험군과 사회적 고립 우려가 있는 1인가구 등 42명에게 월 1회, 2만 원 상당의 반찬가게 이용 쿠폰을 지원함. 의성읍·안계면의 반찬가게 4개소와 연계하며, 쿠폰 미사용 대상자에게는 안부확인과 이용 독려를 병행함

2) 확대·보완 방향: 경북에서도 지역 상점을 활용한 외출·안부확인 사업이 실행되고 있음을 보여주는 사례임. 이를 참고하여 다른 시군의 생활 여건에 맞는 접점을 마련하고, 외출 이후 동료모임이나 지역 활동으로 연결하는 지원을 보완할 수 있음

자료 : 데일리대구경북뉴스(2026.6.15.), 의성군, '외출유도용 반찬가게 쿠폰 지원사업' 추진

■ 서울시 '아름다운 동행가게'

1) 주요내용: 복지관을 지역거점기관으로 지정하고 지역 상점과 고립가구를 연결함. 상점의 식사·미용·생필품 등 나눔활동과 함께 원예수업, 요리수업, 장보기, 일상적인 대화 등 '동행활동'을 운영함. 2025년에는 108개 상점이 참여하였으며, 2026년에는 지역거점기관을 15개소로 확대하고 동행가게 230개소 발굴을 추진하고 있음

2) 경북 적용 시 참고점: 상점을 물품 지원이나 안부확인에만 활용하지 않고, 반복적인 만남과 교류를 돕는 장소로 활용한다는 점을 참고할 수 있음. 도내 생활 접점 사업에도 지역 복지기관의 참여를 결합하여 관계 형성 활동을 보완하는 방향이 적절함

자료 : 서울시 보도자료(2026.3.6.), `동네 단골가게가 든든한 이웃` 서울시, 아름다운 동행가게 사업 확장 추진

정책제안

■ 「경북 고령여성 고립예방 관계망 지원사업」

1) 사업목적 : 고립감·외로움을 경험하는 고령여성이 일상 가까이에서 사람을 만나 관계를 유지하고, 고립 위험이 있으면 상담과 지역 서비스로 연결될 수 있도록 지역별 맞춤 고립예방 지원

2) 주요내용 :

- 고령여성 주도 생활권 모임 지원: 고령여성이면 누구나 자유롭게 참여하는 마을 단위 모임을 형성하고, 참여자가 활동을 직접 정해 운영하도록 하며, 운영 교육·활동비·보험 및 모임 간 연결망·리더 정기 모임을 지원
- 생활 접점 안부거점 운영: 마트·동네병원·반찬가게·옷가게 등 고령여성의 주요 생활시설을 안부확인 협력처로 지정하고, 방문 매개(쿠폰 등)를 연계하며 이용이 뜸해진 고령여성에 대한 안부확인 실시

3) 추진방법

- 접근성 취약지역: 경로당·마을회관 거점 중심으로 기존 마을 관계를 활용한 모임을 활성화하되, 모임에 참여하지 않거나 소외된 고령여성까지 포함하여 관리
- 접근성 양호지역: 보건소·복지시설 공간을 활용한 소규모 모임을 지원하고, 생활 동선에서 직접 찾아가 소개·초대하는 방식으로 새로운 관계 기회를 제공
- 별도 전담기구 신설 없이 경북사회적고립예방지원센터, 행복기동대, 읍면 및 지역 복지기관과 연계하여 운영하고, 고립 위험이 확인되면 관계망 활동·생활지원·전문상담으로 연결

정책영역 3 관계 · 참여기반 지속가능성 확보	⑥ 고령여성 건강참여 기반 조성

□ 필요성 및 목적

○ 사회참여는 고령기의 건강을 유지하기 위한 핵심 요인으로 평가받고 있음. 세계보건기구는 외로움과 사회적 고립이 건강에 심각한 영향을 미치며, 전 세계적으로 시간당 약 100명의 사망과 관련되는 것으로 분석하였음(WHO, 2025a). 국내에서도 사회활동에 참여하는 노인의 우울증상 위험이 낮게 나타나며, 특히 모임활동에 참여한 노인여성의 우울증상 위험은 참여하지 않은 경우의 0.51배로 참여 효과가 노인여성에서 두드러지는 것으로 확인됨(Choi et al., 2021). 고령여성은 배우자 사별과 독거 비율이 높은 집단이므로(경북 고령여성 독거가구 비율 14.3%, 전국 10.3%; KOSIS 국가통계포털 「독거노인가구비율」, 각 년도), 참여 기회가 부족할 경우 관계 단절이 건강 저하로 이어질 가능성이 큼. 따라서 고령여성의 건강증진을 위해서는 건강관리와 함께 사회참여의 길을 열어주는 것이 필요함

○ 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 실태조사에서도 참여자의 61.8%가 여성으로 여성·고령층의 비중이 높게 나타났고, 참여 이후 흡연·음주 감소와 숙면 개선 등 건강행태가 양호해진 것으로 확인되었음(한국노인인력개발원, 2025)

○ 본 연구의 실태조사에서도 참여 여건의 지역 간 차이가 확인됨. 경제활동 참여율은 접근성 양호지역 72.5%, 취약지역 39.0%였고, 동호회 등 모임활동 참여율도 양호지역 16.5%, 취약지역 7.0%로 차이를 보였으며, 자원봉사 참여율은 두 지역 모두 10.5%에 머물렀음. 이에 고령여성이 자신의 경험과 역량을 활용해 참여할 수 있는 활동을 마련하고, 이웃과의 교류 속에서 건강실천을 함께 이어갈 수 있는 건강참여 기반을 조성할 필요가 있음

□ 추진내용

○ (세부과제 11) 고령여성 건강 참여형 노인일자리 확대

- 사업개요: 마을에 오래 살아온 고령여성은 어느 집에 누가 혼자 사는지, 어디에 무슨 시설이 있는지, 누구와 어떻게 어울려 지내는지를 알고 있음. 병원에 갈 때 무슨 서류가 필요한지, 어떤 절차를 거쳐야 하는지도 겪어서 알고 있음. 이런 경험과 노하우는 마을 안에서 그대로 서비스가 될 수 있고, 활동 자체가 정기적인 외출과 만남을 만들어 참여자의 건강에도 도움이 됨. 여기서는 이 역량을 활용할 수 있는 일자리 유형을 제안하고자 함
- 일자리 유형:
  ① 독거·고립 어르신 방문형 - 마을 사정을 잘 아는 고령여성이 관내 독거·고립 가구를 정기적으로 찾아가 안부를 확인하는 일임. 방문 중에 건강이 나빠졌다거나 정서적으로 불안해 보인다거나 집안 환경이 평소와 다르다는 것을 알아차리면 복지기관이나 공공서비스에 알려주는 역할을 함
  ② 마을 정착 지원형 - 마을에 오래 살아 생활 노하우를 갖춘 고령여성을 지역정착 지원 인력으로 키워서, 이주가족이나 외국인 근로자와 만남을 주선하는 일임. 마을 지리와 생활정보, 지역 음식에 익숙한 고령여성의 역량이 그대로 직무가 되고, 활동을 하면서 참여자 자신도 마을 안에서 새로운 관계를 만들게 되어 외로움을 덜게 됨. 활동은 두 가지로 나눌 수 있음. 가족지원센터나 지자체 프로그램에서 마을 소개, 전통 음식 만들기, 생활백서 같은 소주제 강좌를 맡는 강사 파견형과, 초기 정착 이주가족이나 계절근로자와 짝을 이루어 월 1~2회 만나고 마을 행사에 함께 가거나 장보기·요리하기를 함께하는 멘토멘티형임
- 참여방식 및 참여자격: 참여를 신청한 마을 거주 고령여성을 대상으로 유형에 맞는 기초교육을 하고, 교육을 마친 사람을 활동에 배치함. 교육은 보건소와 가족센터, 외국인지원기관이 함께 맡으며, 이상 징후를 알아보는 방법과 연계 절차, 생활정보 안내 요령, 다문화 이해, 개인정보 보호, 응급 상황 대응 등을 다룸. 활동에 필요한 이동이 가능하고 주민과 이야기할 수 있는 사람이면 참여할 수 있으며, 안전과 고립 방지를 위해 2인 1조 활동을 권장함
- 운영방식: 시니어클럽이나 노인복지관 등 기존 노인일자리 수행기관이 참여자를

관리하고, 보건소(건강증진과)와 가족센터·K드림외국인지원센터, 읍·면 행정복지센터가 교육과 수요처 연계를 맡음. 멘토멘티는 센터가 짝을 지어주고 이후에도 살펴 문제가 생기지 않도록 함. 활동 중에 어르신 건강이 나빠지면 활동량을 줄이거나 다른 역할로 옮길 수 있도록 함. 활동비는 노인역량활용사업 수준(월 76만 원 내외)을 참고하여 정함(보건복지부, 2026). 시범운영은 계절근로자가 많이 배정되는 농촌 시군, 이민가족이 늘어나는 지역, 고립 위험이 큰 지역을 나누어 검토하고, 발굴·의뢰·연계 실적과 참여자의 건강과 만족도를 함께 살펴 확대 여부를 판단함

추진사례

■ 부산시 'ESG여행 도슨트'

1) 주요내용: 부산시가 한국관광공사와 협약하여 사전교육을 이수한 장노년층이 여행지에서 해설을 맡는 시니어 일자리를 만들었고, 보건복지부 신규 노인일자리 모델로 채택되어 2027년까지 445개 일자리 창출을 계획하고 있음

자료 : 부산시 보도자료, 부산시, 한국관광공사와 "환경(ESG)여행 도슨트" 양성해 시니어 일자리445개 창출한다(2025,5.8)

❍ **(세부과제 12) 고령여성 건강공동체 자조활동과 건강리더 지원**

- 도내에서도 성주군·포항시·영주시·고령군 등 여러 시군 보건소가 걷기동아리를 운영·지원하고 있으며, 고령군보건소는 관내 걷기동아리 39개 팀을 대상으로 순회교육을 실시하는 등 모임 지원의 기반이 마련되어 있음. 광주 남구보건소는 생활권 중심 걷기동아리를 운영하면서 매월 우수 모임에 인센티브를 지급하여 모임의 지속가능성을 높이고 있음(광주 남구보건소, 2024)
- 건강리더 발굴과 자발적 활동 지원: 건강공동체가 자발적으로 생길 수 있도록, 지역에서 건강소모임을 이끌 수 있는 건강리더를 지속적으로 발굴함. 아울러 건강리더와 모임원들이 걷기에 한정하지 않고 근력운동, 식생활 관리, 마음건강 등 다양한 건강증진 활동을 자발적으로 기획·실천할 수 있도록 프로그램 지원과 인센티브 지원 등을 제공해야 함. 이때 인센티브는 모임의 지속 참여를 돕는 동기부여 수준으로 함

정책제안

■ 「경북 고령여성 건강참여 활성화 지원사업」

1) 사업목적 : 고령여성이 지역 여건에 맞는 일자리와 모임 활동에 참여하여 건강도 챙기면서 경제활동·사회적 교류를 지속할 수 있도록 건강참여 기회 확대

2) 주요내용 :

- 다문화 이웃멘토형 노인일자리(지역정착 지원 직무) 신설: 마을에 오래 거주해 생활 노하우를 갖춘 고령여성을 기초교육 이수 후 지역정착 지원 인력으로 양성하고, 이주가족·외국인 근로자와의 만남 주선·동행 등을 역할로 하는 신규 노인일자리 모델을 강사 파견형·멘토멘티형으로 운영
- 고령여성 건강공동체 자조활동 지원: 시군 보건소 걷기동아리 등 기존 모임 기반 위에서 건강리더를 지속 발굴하고, 걷기에 한정하지 않는 근력운동·식생활 관리·마음건강 등 자발적 활동을 프로그램·인센티브로 지원하여 모임의 지속성 확보

3) 추진방법

- 시니어클럽·노인복지관 등 기존 노인일자리 수행기관이 참여자를 관리하고, 가족지원센터·K-드림외국인지원센터가 기초교육·멘토링 매칭·수요처 연계를 분담하는 방식으로 추진
- 시범운영은 외국인인구 규모가 큰 농촌 시군과 이주가족 정착이 증가하는 지역으로 구분하여 추진하고, 이주가족의 적응 정도와 참여자의 건강·만족도를 함께 평가
- 건강공동체 인센티브는 모임의 지속 참여를 돕는 동기 부여 수준으로 운영하고, 단회성 종료가 아닌 정기적 활동 지원으로 연간 운영계획에 반영

참고문헌

참고문헌

강은나·이민홍 (2018), 노년기 삶에 대한 독거효과 분석 연구:성향매칭분석을 통한 독거노인과 비독거노인 비교, 보건사회연구, 38(4), 196-226.

강혜규·김세진·이정은·황주희·주하나·김이배·민소영·유애정·이혜진 (2025), 의료·요양·돌봄 통합지원 실태조사 및 기본계획 수행방안 연구. 한국보건사회연구원. 2025-036.

공영주 (2015), 고령자살롱활동의 사회적 고립방지 효과와 한계: 후쿠오카시 S단지의 Y고령자살롱 활동에 대한 사례연구, 한국지역사회복지학회 2015년 춘계학술대회 발표논문집.

구슬이·양동욱 (2024), 내 집에서 나이들기'를 위한 방문진료 활성화: 노인의 지역사회 계속 거주(Aging In Place)를 위한 주요 과제, NARS 현안분석, 제342호, 국회입법조사처.

권민정 (2026), 해외동향 독일: 이웃돌봄 네트워크 기반의 재가요양, WELFARE ISSUE TODAY, VOL.162.

김유진 (2016), '지역 공동체 내에서 나이 들어가기' 관점에서 살펴 본 농촌 독거노인 공동생활거주제에 관한 연구, 노인복지연구, 71(1), 251-273.

백옥미 (2016), 노년기 거주지의 경험과 의미: 노인복지주택 거주자와 지역사회 거주자의 비교를 중심으로, 노인복지연구, 71(4), 267-301.

보건복지부 (2024), 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률.

보건복지부 (2026), 2026년 의료요양 통합돌봄 사업 안내.

보건복지부 (2026), 제6차 국민건강증진계획(2026-2030).

보건복지부 (2026), 지역사회 통합돌봄 한눈에 보기.

윤현우·강전영·이시령·정난주·정아린 (2025), 지역별 노인인구 추계와 의료서비스 접근성에 대한 공간분석 연구, 한국노년학연구, 34(1), 1-18.

이윤경·김세진·이정은·황안나·강혜규·이영숙·최재우·이현지 (2025), 의료·요양·돌봄 통합지원 사업계획 적정성 분석 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원 용역보고서, 2025-114.

임연옥 (2016), 친숙한 지역사회에서 존엄하게 늙어가는 것은 어떻게 가능할까?: 농촌과 도시 거주 노인 간 Aging in Place 모델과 경로 비교 분석, 노인복지연구, 71(3), 411-43.

정지현 (2025). 고령화 사회에 대응하는 주택 관련 정책 해외 사례, 주택금융 리처치, 통권 39호, 9월.

조성은·안준기·이주원·김민서 (2021), 고령자 고용정책 해외사례 연구, 기본연구 2021-012, 한국고용정보원.

Baltes, P.B., M. M. Baltes (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes and M.M. Baltes(Eds), Successful aging In Perspectives from the behavioral sciences(pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Bass, S.A, Caro, F. G. & Chen, Y. P. (1993). 「Achieving a Productive Aging Society」. Westport, CT: Auburn House.

Choi, E., Han, K. M., Chang, J., Lee, Y. J., Choi, K. W., Han, C., & Ham, B. J. (2021). Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: Emotional social support as a mediator. Journal of Psychiatric Research, 137, 589–596.

Choi, J. A., & Kim, O. (2021). Factors Influencing Unmet Healthcare Needs among Older Korean Women. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(13), 6862.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. The Gerontologist, 37(4), 433–440. https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433

Song, J., & Lee, E. (2021). Health-Related Quality of Life of Elderly Women with Fall Experiences. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(15), 7804. https://doi.org/10.3390/ijerph18157804

UN (2023a). World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world (Chapter 1: An ageing world), 17~34.

World Health Organization (2015), World report on ageing and health, World Health Organization. (https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042)

World Health Organization (2020), UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030.

World Health Organization (2023), Progress Report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023.

World Health Organization (2025a), From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies. Report of the WHO Commission on Social Connection. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2025b), Aging and health(https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health).

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.https://iris.who.int/handle/10665/67215

한국노인인력개발원 (2025), 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 실태조사.

【보도자료】

국가데이터처 보도자료 (2023.12.14.), 장래인구추계: 2022~2072년 (https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=207&list_no=428476&act=view&mainXml=Y).

국가데이터처 보도자료 (2025.12.3), 2024년 생명표 작성 결과 (https://www.mods.go.kr/board.es?act=view&bid=208&list_no=439533&mid=a10301010000).

데일리대구경북뉴스 (2026.6.15.), 의성군, '외출유도용 반찬가게 쿠폰지원 사업' 추진 (https://www.dailydgnews.com/news/article.html?no=254362).

부산시 보도자료 (2025.5.8.), 부산시, 한국관광공사와 "환경(ESG)여행 도슨트" 양성해 시니어 일자리445개 창출한다(https://www.busan.go.kr/nbtnewsBU/1679686).

서울시 보도자료 (2026.3.5.), '동네 단골가가게 든든한 이웃' 서울시, 아름다운 동행가게 사업 확장 추진(https://www.seoul.go.kr/news/news_report.do?nttNo=453464).

세계일보 (2018.11.24.), 노인천국 日, 시니어 살롱으로 고독사 예방 (https://www.segye.com/newsView/20181123002938).

전남광주통합특별시 남구 블로그 (2024.4.15.), 생활권 중심 뚜벅뚜벅 걷기동아리 참여자 모집(20개팀)(https://m.blog.naver.com/gwangjunamgu/223833665593).

UN(2023b), UN report calls for re-thinking social protection as the world ages(https://news.un.org/en/story/2023/01/1132392).

【홈페이지】
KOSIS 국가통계포털(www.kosis.or.kr)
행정안전부(jumin,mois.go.kr), 지역별 고령인구 현황(2026).

【법령】
국가법령정보센터, 「지방자치법」 제3조, 제10조
국가법령정보센터, 「국민건강증진법」 제4조
국가법령정보센터, 「노인장기요양보험법」 제23조
국가법령정보센터, 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 제4조, 제10조~제14조

부록

부록) 설문지

통계법 33조(비밀의 보호)에 의거 본 조사에서
법인이나 단체의 비밀에 속하는 사항은 엄격히 보호됩니다.

ID

고령여성 건강증진 지원체계 구축을 위한 실태조사

안녕하십니까?

경상북도에 거주하는 65세 이상 여성 어르신의 건강 상태와 건강관리 실태, 필요한 서비스가 무엇인지 파악하여 더 나은 건강증진 정책을 마련하기 위한 연구입니다.

응답하신 모든 내용은 통계적 분석 목적으로만 사용되며, 「통계법」 제33조에 따라 개인정보와 응답 내용은 철저히 보호됩니다. 또한 조사 결과는 개인을 식별할 수 없는 형태로만 처리됩니다.

바쁘시더라도 귀하의 경험과 의견을 솔직하게 응답해 주시면, 보다 실효성 있는 고령여성 맞춤 건강증진 체계를 마련하는 데 큰 도움이 될 것입니다. 감사합니다.

2026. 08

경상북도 GYEONGSANGBUK-DO 경북여성정책개발원

▶ 주관기관 : **경북여성정책개발원**
▶ 수행기관 :

개인정보 제공 동의서

◘ 개인정보 수집 • 활용 • 제3자 제공에 동의하십니까? 연구 목적으로만 활용될 개인정보 활용에 동의해 주시면 설문을 진행하겠습니다.

① 개인정보 제공 동의 후 설문 참여 ② 개인정보 제공 동의하지 않고, 설문하지 않음

[개인정보 제3자 제공 동의 안내]

■ 기본 개인정보 수집 • 활용 • 제3자 제공 동의

개인정보의 항목	개인정보의 수집.이용의 목적	개인정보 이용기간 및 보
성명, 휴대폰 연락처	데이터 검증	용도 완료 시까지 활용, 완료 후

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용 외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을
거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있음

※ 「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함

Part A 응답자 정보 및 거주환경

1. 거주지	( )시/군 ( )/읍/면/동 ( )
2. 출생년도	( )년 ※ 1946년~1961년 대상(65세 이상 ~ 80세 미만)
3. 가구 월 소득	① 50만원 미만 ② 50~100만원 미만 ③ 100~200만원 미만 ④ 200~300만원 미만 ⑤ 300만원 이상
※ 연금·자녀 지원금·근로소득·기초연금 등 모두 포함	

A1. 귀 하는 **현재 누구와 함께** 살고 계십니까? **(해당사항 모두 선택)**

① 혼자 산다(독거) ② 배우자와 함께 산다 ③ 자녀(또는 그 배우자)와 함께 산다

④ 손자녀와 함께 산다 ⑤ 기타 친척·형제자매와 함께 산다

⑥ 기타 ( )

A2. 현재 가족 중 **돌봄이 필요한 분(배우자, 부모, 손자녀 등)을 직접 돌보고 계십**니까?

① 돌봄 제공자이다☞ A2-1로 이동 ② 해당 없음☞ PART. B로 이동

A2-1. **(돌봄 제공자에 한해) 돌봄으로 인해 겪는 어려움에 대한 질문**입니다. **해당 사항에 체크(√)**하여 주십시오.

문 항	자주	가끔	거의 없음
① 본인 건강관리(운동, 병원 방문)를 못함	①	②	③
② 모임, 외출 등 사회활동을 못함	①	②	③

Part B 건강상태 및 신체기능

B1. 평소 본인의 **건강 상태**가 어떻다고 생각하십니까?

① 매우 좋다② 좋은 편이다③ 보통이다④ 나쁜 편이다⑤ 매우 나쁘다

B2. 다음 각 항목에 대해 **지난 1년간 경험에 대한 내용**입니다. **해당 항목에 체크(√)**하여 주십시오.

문 항	항상 그렇다	거의 대부분 그렇다	종종 그렇다	가끔씩 그렇다	전혀 그렇지 않다
① 지난 한 달 동안 피곤하다고 느낀 적이 있습니까?	①	②	③	④	⑤

문 항	예	아니오
② 도움 없이 혼자서 쉬지 않고 10개의 계단을 오르는 데 힘이 듭니까?	①	②
③ 도움 없이 300미터를 혼자서 이동하는 데 힘이 듭니까?	①	②
④ 의사 진단을 받은 만성질환이 5개 이상 있습니까? (고혈압, 당뇨, 암, 만성폐질환, 심근경색, 심부전, 협심증, 천식, 관절염, 뇌경색, 신장질환)	①	②
⑤ 최근 1년간 특별한 이유 없이 체중이 5% 이상 감소했습니까?	①	②

Part C 정신건강 · 인지 · 사회적관계

C1. 다음 각 문항은 지난 **1주일 동안 귀 하가 경험한 기분과 감정**에 대한 내용입니다. **해당 항목에 체크(√)**하여 주십시오.

문 항	예	아니오
① 현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까?	①	②
② 생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까?	①	②
③ 절망적이라는 느낌이 자주 드십니까?	①	②
④ 바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까?	①	②
⑤ 지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?	①	②
⑥ 얼마나 자주 외로움을 느끼십니까?	①	②

C2. 다음 각 문항은 **외로움**에 대한 내용입니다. **해당 항목에 체크(√)**하여 주십시오.

문 항	거의 없음	가끔	자주
① 얼마나 자주 주변에 함께할 사람이 부족하다고 느끼십니까?	①	②	③
② 얼마나 자주 소외감을 느끼십니까?	①	②	③
③ 얼마나 자주 다른 사람들과 단절되어 있다고 느끼십니까?	①	②	③

C3. 다음 각 문항은 **몸이 아프거나 어려운 일이 생겼을 경우**에 대한 내용입니다. **해당 항목에 체크(√)**하여 주십시오.

문 항	전혀 없음	1명	2명	3~4명	5~8명	9명 이상
① 보통 한 달에 한 번 정도 연락하거나 만나는 가족· 친척이 몇 명이나 있습니까?	①	②	③	④	⑤	⑥
② 개인적인 문제에 관해 털어놓을 만큼 편안하게 느끼는 가족·친척이 몇 명이나 있습니까?	①	②	③	④	⑤	⑥
③ 필요할 때 도움을 요청할 정도로 가깝게 느끼는 가족·친척이 몇 명이나 있습니까?	①	②	③	④	⑤	⑥
④ 보통 한 달에 한 번 정도 연락하거나 만나는 친구가 몇 명이나 있습니까?	①	②	③	④	⑤	⑥
⑤ 개인적인 문제에 관해 털어놓을 만큼 편안하게 느끼는 친구가 몇 명이나 있습니까?	①	②	③	④	⑤	⑥
⑥ 필요할 때 도움을 요청할 정도로 가깝게 느끼는 친구가 몇 명이나 있습니까?	①	②	③	④	⑤	⑥

C4. 귀하가 다음 중 **정기적으로 참여하는 모임을 체크(√)**하여 주십시오.

문 항	예	아니오
① 동호회	①	②
② 친목단체	①	②
③ 자원봉사활동	①	②
④ 경로당	①	②
⑤ 노인복지회관	①	②
⑥ 경제활동	①	②

Part D 건강행태 및 생활습관

D1. 귀하는 **평소 규칙적으로 운동**을 하십니까?**(땀이 날 정도, 1회 30분 이상, 주 3회 이상)**

① 예☞ D1-1로 이동 ② 아니오

D1-1. (D1에서 ① 응답자만) 주로 어떤 운동을 하십니까?**(해당 사항 모두 선택)**

① 걷기 ② 체조·스트레칭 ③ 근력 운동(아령·밴드 등)

④ 등산 ⑤ 수영·아쿠아 ⑥ 자전거

⑦ 게이트볼 ⑧ 댄스·에어로빅 ⑨ 기타 ( )

D1-2. (D1에서 ① 응답자만) 운동은 주로 어디에서 하십니까?

① 집 주변 ② 경로당 ③ 보건소·복지관

④ 민간 체육시설 ⑤ 마을회관 ⑥ 기타 ( )

Part E 서비스 접근성, 전달경로, 연계 실태

E1. **최근 1년 동안 병원에 가고 싶었으나 가지 못한 적**이 있습니까?

① 예☞ E1-1로 이동 ② 아니오☞ E2로 이동

E1-1. (E1에서 ① 응답자만) 병원에 가지 못한 주 된 이유는 무엇입니까?

① 비용 부담 ② 교통 불편 ③ 동행해 줄 사람이 없어서

④ 증상이 가볍다고 생각해서 ⑤ 어느 병원을 가야 할지 몰라서 ⑥ 기타 ( )

E2. 귀 댁에서 가장 가까운 **보건소(보건지소·보건진료소)까지 이동하는데 소요되는 시간**은 얼마나 됩니까?

문 항	소요시간
① 도보	( )분
② 차량(버스, 승용차)	( )분
③ 도보로 갈 수 없고 차량만 가능	( )분

E3. 귀하는 **의료서비스를 받으러 가실 때 주로 어떻게 이동**하셨습니까?

① 도보 ② 버스·택시 혼자 이용 ③ 가족·이웃 차량 동행

④ 마을버스·복지차량 ⑤ 이동이 어려워 못 감

E4. **의료 서비스 기관(보건소·복지관·병원 등)을 다닐 때 다음 경험**이 있습니까?

문 항	예	아니오
① 여러 기관에서 같은 설명을 반복해야 했다	①	②
② 어디에 무엇을 신청할지 몰라 못 받은 서비스가 있다	①	②

E5. 현재 살고 계신 마을에서 **건강관리에 도움을 받을 수 있는 곳**은 어디입니까?**(해당사항 모두 선택)**

① 경로당 ② 마을회관 ③ 보건지소·보건진료소 ④ 노인복지관

⑤ 이장·통장·부녀회 ⑥ 종교시설 ⑦ 도움받을 곳 없음

Part F 건강증진 서비스 이용경험 및 수요

F1. 다음 각 문항은 **지금까지 이용해 보신 건강증진 서비스에** 대한 내용입니다. **해당 항목에 체크(√)**하여 주십시오.

문 항	이용함	알고있으나 안함	몰랐음
① 방문건강관리(간호사 가정 방문)	①	②	③
② 운동·체조교실	①	②	③
③ 영양교육·상담	①	②	③
④ 치매 조기검진	①	②	③
⑤ 구강 관리(틀니·스케일링 등)	①	②	③
⑥ 만성질환 관리 교육	①	②	③
⑦ 낙상 예방 교육	①	②	③
⑧ 정신건강(우울·불안) 상담	①	②	③
⑨ 경로당 건강 프로그램	①	②	③
⑩ 찾아가는 의료서비스(이동진료)	①	②	③

F2. 이용한 서비스가 **실제로 건강에 도움**이 되었습니까?

① 매우 도움되었다② 약간 도움되었다 ③ 보통이다 ④ 별로 도움되지 않았다

⑤ 전혀 도움되지 않았다 ⑥ 이용한 적 없음

F3. (서비스 경험 있다는 응답자에 한해) 서비스를 이용할 때 가장 불편한 점은 무엇입니까? **(해당사항 모두 선택)**

① 교통이 불편해서 가기 어렵다② 어떤 프로그램이 있는지 정보를 모르겠다
③ 건강이 좋지 않아 참여가 힘들다 ④ 집안일·가족 돌봄 때문에 시간이 없다
⑤ 비용이 부담된다 ⑥ 같이 갈 사람이 없다
⑦ 내용이 나에게 맞지 않는다 ⑧ 특별히 불편한 점 없다 ⑨ 기타 ( )

F4. 향후 어떤 건강증진 서비스를 받고 싶으십니까? **받고 싶은 서비스 순서대로 3가지**만 골라 수십시오.

1순위		2순위		3순위	

① 운동·신체활동 프로그램 ② 영양 관리·식사 상담 ③ 낙상 예방·안전 교육
④ 우울·외로움 극복 프로그램 ⑤ 기억력·인지 건강 프로그램 ⑥ 구강 건강 관리
⑦ 만성질환 관리 교육 ⑧ 한방 건강관리(침·뜸)
⑨ 디지털·스마트폰 활용 건강관리 ⑩ 기타 ( )

F5. 건강증진 프로그램이 제공된다면 어디에서 받기를 가장 원하십니까?

① 보건소·보건지소 ② 경로당·마을회관 ③ 노인복지관
④ 집으로 직접 방문 ⑤ 온라인·전화 ⑥ 기타 ( )

F6. 앞으로도 **지금 살고 계신 마을(동네)에서 계속 살고** 싶으십니까?

① 계속 여기서 살고 싶다 ② 상황에 따라 떠날 수도 있다
③ 가능하다면 다른 곳으로 옮기고 싶다 ④ 이미 떠날 계획이 있다

Part G 디지털 기기 · 건강정보 및 정책 인식

G1. 현재 **본인 명의의 휴대전화**가 있습니까?

① 스마트폰(카톡·인터넷 가능) ② 일반 휴대전화(버튼식) ③ 없음

G2. 평소 **건강에 관한 정보**를 주로 어디에서 얻습니까? **(해당사항 모두 선택)**

① TV·라디오,신문·잡지 ② 인터넷·스마트폰(유튜브·카톡) ③ 보건소·병원·의사

④ 가족·친구·이웃 ⑤ 경로당·복지관 게시판 ⑥ 따로 얻지 않는다
⑦ 기타 ( )

G3. 내가 사는 **지역의 노인 건강증진 서비스**에 대해 전반적으로 얼마나 만족하십니까?
① 매우 만족② 만족③ 보통④ 불만족⑤ 매우 불만족

G3. 내가 사는 **지역의 노인 건강증진 서비스**에 대해 전반적으로 얼마나 만족하십니까?
① 매우 만족② 만족③ 보통④ 불만족⑤ 매우 불만족

G4. 다음 각 문항은 **현재 살고 있는 지역사회 환경에** 대한 내용입니다. **해당 항목에 체크(√)**하여 주십시오.

구 분	문 항	매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족
시 설	① 상업시설 이용 편의성(시장, 대형마트 등)	①	②	③	④	⑤
	② 의료시설 이용편의성(병원, 의료복지시설 등)	①	②	③	④	⑤
	③ 공공기관 이용편의성 (시청, 행정복지센터, 경찰서, 복지관 등)	①	②	③	④	⑤
대중교통	④ 대중교통 이용편의성(버스, 택시 등)	①	②	③	④	⑤
녹지공간	⑤ 공원 및 녹지 이용편의성(공원,녹지,수변 등)	①	②	③	④	⑤
치안 및 교통안전	⑥ 주변 도로의 보행 안전	①	②	③	④	⑤
	⑦ 치안 및 범죄 등에 대한 방범 상태	①	②	③	④	⑤
이웃과 관계	⑧ 이웃과의 교류 기회	①	②	③	④	⑤
전체	⑨ 지역사회 환경 전반	①	②	③	④	⑤

G5. 지금까지 이용한 **건강증진 서비스나 건강하게 나이 드는 것에 대해 하고 싶은 말씀이 있으면 자유롭게 말씀**해 주십시오.

∞ 끝까지 응답해 주셔서 대단히 감사합니다. ∞