

연구진

연구책임 | 조준 (동신대학교)

공동연구 | 최정민 (국립목포대학교)

유은화 (전라남도장애인종합복지관)

공동연구기관 | 전라남도지역장애인보건의료센터

목차

제1장 서론	1
제1절 연구의 배경	3
제2절 연구의 목적	8
제2장 이론적 배경	9
제1절 장애인 건강권법	11
제2절 장애인 건강권법의 주요 내용	13
제3절 장애인 건강 및 의료이용 실태	30
제3장 연구방법	37
제1절 연구대상	39
제2절 조사도구	40
제3절 분석방법	42

목차

제4장 분석결과	43
제1절 장애인의 일반적 특성	45
제2절 신체건강 및 정신건강	49
제3절 건강생활 습관	60
제4절 응급상황 및 외출지원	81
제5절 의료서비스 이용	90
제6절 의료지원 프로그램	119
제7절 건강 관련 삶의 질	146
제5장 결론	157
제1절 주요 조사결과 요약	159
제2절 향후 개선방안	171
참고문헌	177

표목차

〈표 1〉 표본수	39
〈표 2〉 측정도구	41
〈표 3〉 인구사회학적 특성	45
〈표 4〉 결혼 및 가족 특성	46
〈표 5〉 경제 특성	47
〈표 6〉 장애 특성	48
〈표 7〉 건강상태	50
〈표 8〉 만성질환 유무	52
〈표 9〉 만성질환 종류	53
〈표 10〉 스트레스	55
〈표 11〉 우울감 경험	57
〈표 12〉 우울감 경험 이유	59
〈표 13〉 건강관리	61
〈표 14〉 아침식사 빈도	63
〈표 15〉 아침식사 결식 이유	65
〈표 16〉 하루 7시간 이상 숙면	67
〈표 17〉 숙면하지 못하는 이유	69
〈표 18〉 운동 빈도	71
〈표 19〉 운동을 하지 않는 이유	73
〈표 20〉 음주 빈도	75
〈표 21〉 음주 이유	78
〈표 22〉 흡연 유무	80
〈표 23〉 혼자 외출 가능 유무	82
〈표 24〉 외부활동 불편 유무	84
〈표 25〉 외출 시, 이동보조기	86
〈표 26〉 응급시 도와줄 사람	89

표목차

〈표 27〉 최근 의료기관 이용 유무	91
〈표 28〉 이용 의료시설	93
〈표 29〉 이용 의료시설 만족도	95
〈표 30〉 의료서비스 불만족 이유	98
〈표 31〉 최근 1년간 병의원에 가지 못한 경험	100
〈표 32〉 병의원에 가지 못한 이유	103
〈표 33〉 최근 2년간 건강검진 경험	105
〈표 34〉 최근 2년간 건강검진 받지 못한 이유	108
〈표 35〉 최근 1년간 병원입원 경험	110
〈표 36〉 치과진료를 받지 못한 경험	112
〈표 37〉 치과진료를 받지 못한 이유	114
〈표 38〉 정기적인 스케일링 경험	116
〈표 39〉 사보험 가입	118
〈표 40〉 신체재활서비스	123
〈표 41〉 성재활 서비스	128
〈표 42〉 건강증진프로그램	133
〈표 43〉 가족지원 프로그램	137
〈표 44〉 지역사회 참여 프로그램	142
〈표 45〉 보조기구 지원	145
〈표 46〉 건강 관련 삶의 질: 운동능력	147
〈표 47〉 건강 관련 삶의 질: 자기관리	149
〈표 48〉 건강 관련 삶의 질: 일상생활	151
〈표 49〉 건강 관련 삶의 질: 통증/불편	153
〈표 50〉 건강 관련 삶의 질: 불안/우울	155

1장

서론

제1절 연구의 배경

제2절 연구의 목적

1장

서론

제1절 연구의 배경

□ 장애인 인권

- 장애가 신체적 요인뿐만 아니라 사회·환경적 요인에 의해서도 누구에게나 발생할 수 있다는 인식이 확산되면서 장애를 가진 사람도 그렇지 않은 사람과 똑같은 삶을 누릴 권리가 있다는 인식이 생겨남. 실제로 장애인은 보건의료, 고용, 교육, 정치 참여 등에서 비장애인과 동등한 접근성을 보장받지 못하는 경우가 많음. 또한 장애 때문에 폭력, 학대, 편견, 무례에 시달리기도 하며, 자신의 의지와는 달리 시설에 수용되거나 법적 무능력자로 간주되는 등 존엄성과 자율성을 보장받지 못하는 경우도 많음.
- 제1차, 제2차 세계대전을 거치며 커다란 인적 피해뿐만 아니라 새로운 장애인구가 나타나면서 사회적 대안과 함께 장애에 대한 탐구가 현대적 의미에서 시작되었음. 서구권을 중심으로 법으로 장애인 고용을 의무화하며 의료 재활, 교육 재활, 직업 재활을 중심으로 하는 장애인 복지제도가 마련되기 시작했음. UN은 1971년 ‘정신지체인의 권리선언’을 통해 “장애인은 그 장애의 원인 및 특질 정도에 상관없이 같은 연령의 시민과 동등한 기본적 권리를 가진다.”라고 했고, 1975년 ‘장애인 권리선언’을 통해 장애인도 비장애인과 마찬가지로 모든 사회 활동에 참여할 권리가 있으며 모든 국가는 장애인의 이 같은 권리를 보호하고 이를 보장하는 시책을 시행하도록 촉구했음.

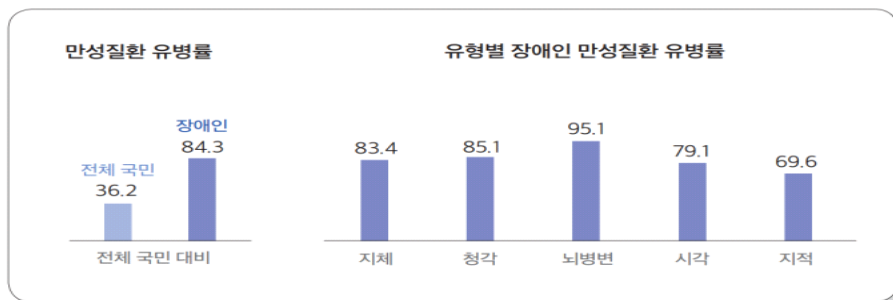
4 전라남도 장애인의 건강실태 및 의료서비스 이용 현황 조사

- 이후 장애인의 인권 문제를 논의하기 위해 ‘장애인에 관한 세계행동계획’ 1982, ‘아동의 권리에 관한 협약’, 1989, ‘장애인의 기회균등에 관한 표준 규칙’ 1993 등 국제사회에서의 다양한 움직임이 있었으며, 1990년대에는 40개 이상의 국가에서 장애인차별금지법을 채택했음.
- 특히 미국은 ‘미국장애인법’, 1990을 제정해 장애 문제의 해결은 장애인의 인권 보장을 바탕으로 하고, 장애인의 평등하고 완전한 사회참여를 위해 균등한 기회가 주어져야 하며, 이를 가로막는 사회적·물리적 장벽을 제거하도록 명시했음. 미국장애인법은 장애인을 고용할 때 차별 금지 규정, 교통 등 공공 서비스, 공공 시설물 이용, 통신 서비스 이용 등 사회적·물리적 환경에 대해 포괄적인 내용을 담고 있으며 차별을 금지하고 차별을 당했을 경우 그 구제까지 규정하였음.
- 2006년 제61차 유엔총회에서는 ‘UN장애인권리협약’(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 이하 CRPD)을 채택. CRPD는 장애인 인권에 대해 가장 최신의 그리고 가장 광범위한 인식을 담고 있으며, 장애인의 시민적·문화적·정치적·사회적·경제적 권리를 개괄적으로 규정하고 있음. UN CRPD의 목적은 ‘장애인이 모든 인권과 기본적인 자유를 완전하게 그리고 평등하게 누릴 수 있도록 증진하고 보호하고 보장하며, 장애인의 타고난 존엄성을 존중’하기 위한 것으로, 어떤 종류든 장애가 있는 모든 사람들의 존엄성, 권리를 보장하기 위해 만들어진 협약임. UN CRPD는 장애인을 그저 수동적으로 혜택을 받기만 하는 ‘대상’이 아닌, 자유에 근거해 자신의 권리를 동등하게 주장하는 ‘주체’로 보아야 한다는 관점을 제시. 즉 장애인의 직접 참여 아래 인권의 틀을 이용해 합법적인 장애의 개혁을 진전시켰으며 장애가 있는 사람들에 대한 비장애인의 시각이나 태도 등의 패러다임 전환을 이끌어냈다는 점에서 중요한 의의를 지님.

□ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제정(약칭: 장애인 건강권법) 및 시행

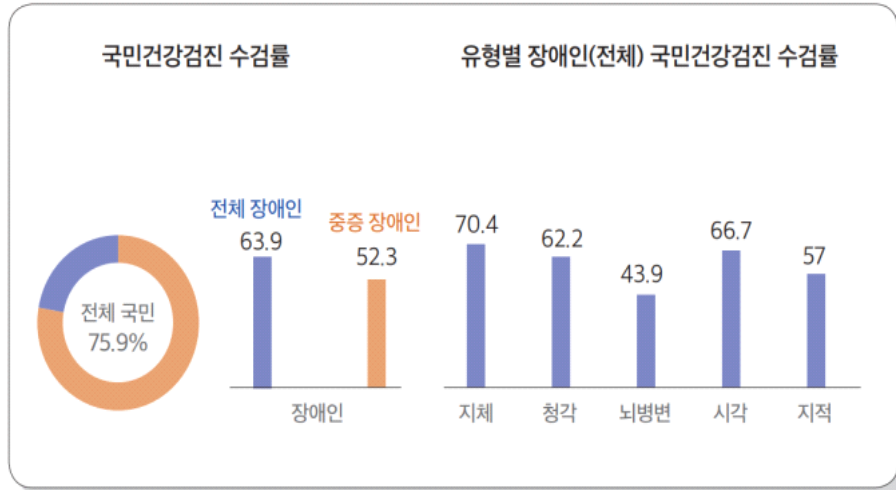
- 만성질환 및 각종 사고와 재해 등으로 장애 인구가 지속적으로 늘어나면서 장애인의 보건의료 서비스에 대한 수요가 증가하며, 이에 따라 장애의 관리 및 치료와 관련된 사회적 부담도 급증하고 있음.
- 그러나 아직까지 장애인을 위한 편의 시설이나 교통편 부족 등으로 인한 물리적 접근의 어려움과 의료인의 장애와 장애인에 대한 이해 부족 때문에 적절한 조기 진료 및 예방적 건강관리가 어려워 장애인의 건강 상태가 열악한 상황임. 또한 장애인의 시의적절한 집중 재활치료가 가능한 회복기 재활의료기관이 선진국에 비해 부족한 상황이며, 재활 의료·복지의 지역사회 전달 체계가 제대로 갖추어져 있지 않아 장애인의 입원 기간과 사회복귀율은 선진국과 큰 격차를 보이고 있음. 또한 장애인은 높은 만성질환률, 우울감 경험률 등 건강관리에서 비장애인에 비해 상대적으로 매우 취약하지만, 장애 때문에 비장애인 보다 의료접근성이 떨어져 건강관리에 더 취약해지는 악순환이 반복되고 있음.

그림 1-1 장애인 만성질환 유병률



출처: <2020 장애인 건강보건관리 사업 안내>

그림 1-2 장애인 국민건강검진 수검률



출처: <2020 장애인 건강보건관리 사업 안내>

- 그동안의 장애인 관련 법률은 복지적 관점에서 소득 보장, 교육 제공, 서비스 이용의 질적·양적 확대 등을 지원하는 데 집중되어 있어 장애인의 ‘건강권’이라는 개념에 한정적으로 접근하고 있고 장애인건강권을 보장하기 위한 제도적 시스템과 인식이 부족했음. ‘장애인정책종합계획’, ‘국민건강증진종합계획’ Health Plan 2020 등 장애인을 위한 여러 가지 정책이 있었지만 장애인의 건강 형평성을 제고하는 데 많은 제한이 있었음. 한마디로 장애인의 건강권에 대해 구체적으로 규정한 법률이 없는 실정이었음.
- 이에 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항 등을 종합적·체계적으로 규정함으로써 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 ‘장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 (약칭 「장애인건강권법」)’이 2015년 12월 29일 제정되어 2017년 12월 30일부터 시행되었음.

□ 장애인 건강 실태

- 2023년 장애인 실태조사에 따르면, 19세 이상 장애인 중 만성질환을 가지고 있는 비율은 84.8%이며, 평균 2.5개의 만성질환을 갖고 있는 등 건강이 취약한 것으로 나타남. 30세 이상에서 전체 인구와 비교 시, 장애인은 고혈압 52.9%(전체 인구 34.8%), 당뇨병 26.8%(전체 인구 14.8) 등 유병률이 더 높은것으로 조사되었음.
- 국가·사회에서 가장 우선적으로 요구하는 사항은 ‘소득보장’ 43.9%, ‘의료보장’ 26.9%, ‘고용보장’ 7.9%, ‘주거보장’ 6.5%, ‘장애인 건강관리’ 4.2% 등으로 나타남. 장애인의 주관적 건강인식은 ‘좋다’고 인식하는 경우가 18.9%로 2020년 14.0%에 비해 높아졌지만, 전체 인구 36.2%에 비해서는 낮았음.

(단위: %)

		장애인			전체 인구 ²⁾
		2017년	2020년	2023년	
주관적 건강상태	좋음	14.9	14.0	18.9	36.2
	보통	33.8	37.3	33.9	45.0
	나쁨	51.3	48.7	47.2	18.8
계		100.0	100.0	100.0	100.0

- 국내 장애인 건강관리는 다각적으로 관리가 필요한 필수 관리 영역임에도 제대로 고려되지 못하고 있으며 건강증진 및 만성질환에 대한 기초자료가 턱없이 부족함. 특히 전라남도의 경우 전라남도 거주 장애인의 의료이용실태에 대한 연구가 전무한 상황임.

제2절 연구의 목적

- 전라남도 장애인의 건강 실태 및 의료서비스 현황 조사
 - 도내 장애인의 건강 실태와 의료서비스 이용 실태 분석
 - 도내 장애인 의료서비스 지원 전달체계 현황 및 문제점 분석
 - 도내 장애인의 의료서비스 이용을 저해하는 요인 파악
- 전라남도 장애인의 의료서비스 증진을 위한 정책 제언
- 전라남도 장애인 의료서비스 지원 중장기 계획 수립을 위한 기초 자료 제공

2장

이론적 배경

제1절 장애인 건강권법

제2절 장애인 건강권법 주요 내용

제3절 장애인 건강 및 의료이용 실태

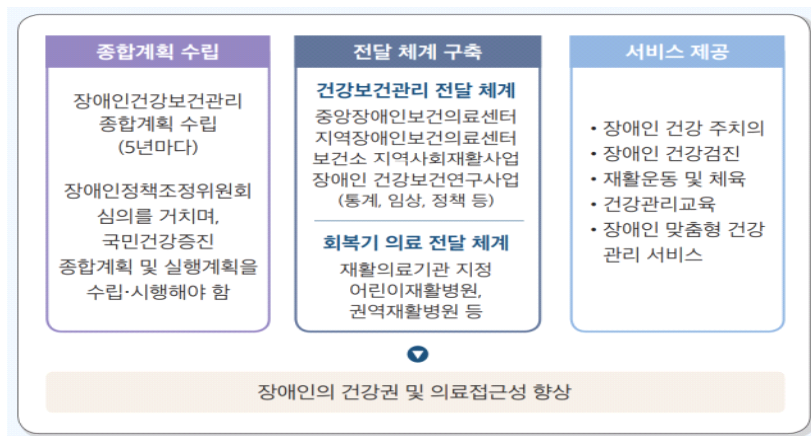
2장

이론적 배경

제1절 장애인 건강권법

- 장애인건강권법은 장애인이 장애를 이유로 건강관리 및 보건의료에서 차별 대우를 받지 않아야 하고, 이와 관련한 서비스 접근에서 비장애인과 동등한 접근성으로 최적의 건강관리와 보호받을 권리를 가져야 함을 명시하고 있음. 이를 위해 장애인-비장애인 간, 장애인 간의 건강 격차 해소, 보건의료 서비스 이용 격차 해소와 지역사회 복귀를 위한 지원 강화 및 지역사회 인프라 확충이 주요 목표가 되었음.
- 「장애인건강권법」에서 명시하고 있는 용어에 대해 다음과 같이 규정하고 있음.
 - ‘건강권’이란 질병 예방, 치료 및 재활, 영양 개선, 재활 운동, 보건교육 및 건강생활의 실천 등에 관한 제반 여건의 조성을 통해 최선의 건강 상태를 유지할 권리를 말하며, 보건과 의료 서비스를 제공받을 권리를 포함함.
 - ‘장애인 건강보건관리’란 장애 유무, 장애 유형 및 정도, 성별 등의 특성에 따라 장애인과 비장애인 간이나 장애인 간에 건강 수준 격차가 발생하지 아니하도록 보건의료 접근성을 향상하는 등 장애인의 건강권 보장을 위한 제반 보건의료 활동을 말함.
 - ‘장애인 건강보건관리사업’이란 장애인을 위한 건강검진, 주기별 질환 관리, 진료 및 재활, 건강증진 사업 등 장애인 건강보건관리를 위한 각종 활동 및 지원사업을 말함.
- 장애인건강권법에 따르면 보건복지부 장관은 「장애인복지법」 제11조에 따른 장애인정책조정위원회의 심의를 거쳐 장애인 건강보건관리종합계획을 5년마다 수립하고, 「국민건강증진법」 제4조 및 제4조의 2에 따라 국민건강증진종합계획 및 실행계획을 수립·시행함에서 장애인 건강보건관리종합계획이 포함되도록 하고 있음(「장애인건강권법」제6조).

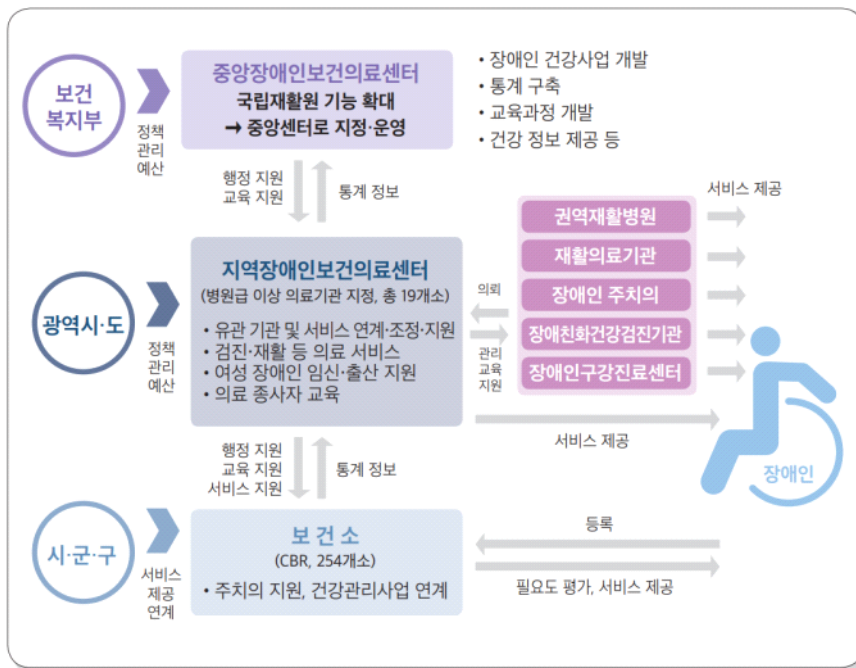
- 「장애인건강권법」 제7조 및 제8조에서 국가와 지방자치단체는 장애인의 건강증진 및 질환 예방 등을 위한 장애인 건강검진사업과 장애인의 생애 주기별 질환 관리를 위한 장애인 건강관리사업을 시행할수 있도록 규정하고 있음.
- 또한 국가와 지방자치단체는 장애인의 의료기관 등 접근 보장을 위해 이동 편의 및 의료기관 이용 시 적절한 편의를 제공할 수 있도록 하고, 의료기관 등을 직접 이용하기 어려운 장애인을 위해 방문 진료 사업을 수행할 수 있도록 근거 규정을 두고 있다(동법 제9조). 보건복지부 장관은 장애인의 건강증진을 위하여 장애인 건강보건연구사업, 장애인 건강보건통계 사업을 시행하도록 하고 있으며(동법 제10조 및 제11조), 국가 및 지방자치단체는 중증 장애인에 대하여 장애인 건강 주치의 제도를 시행할 수 있도록 하고 있음.(동법 제16조).
- 특히 보건복지부 장관은 장애인 건강보건관리사업의 기획 및 장애인 건강보건관리 전달 체계 구축 등의 업무를 수행하는 중앙장애인보건의료센터를 지정할 수 있도록 하고, 시·도지사는 장애인의 건강검진, 진료 및 치료 등의 의료서비스 제공 등의 업무를 수행하는 지역장애인보건의료센터를 지정할 수 있음.(동법 제19조 및 제20조).



제2절 장애인 건강권법 주요 내용

1. 장애인 건강보건관리 전달체계

- 장애인 건강보건관리 전달체계는 지역사회 보건의료-복지 서비스의 의사 결정 주체들 간의 연계·조정으로 장애인이 자신이 속한 지역사회에서 자원 활용을 통해 건강하고 주체적인 삶을 살아갈 수 있도록 지원하는 것임. 이를 위해 장애인보건의료센터 설치와 보건소 지역사회중심재활사업 확충 등 중앙-시도-시군구가 연계하는 장애인 건강보건관리 전달 체계를 구축하고 있음.



출처 : 중앙장애인보건의료센터 홈페이지 <https://www.nrc.go.kr>

1) 중앙장애인보건의료센터

- 장애인에게 종합적이고 체계적인 건강보건관리를 제공함으로써 장애인의 건강증진과 삶의 질 향상에 기여하고자 하며 지역장애인보건의료센터, 권역 재활병원, 관련 전문 의료기관, 보건소의 지역사회 중심 재활 사업 등과 연계해 사업운영 지원 등 총괄 기능을 수행하고 있음.

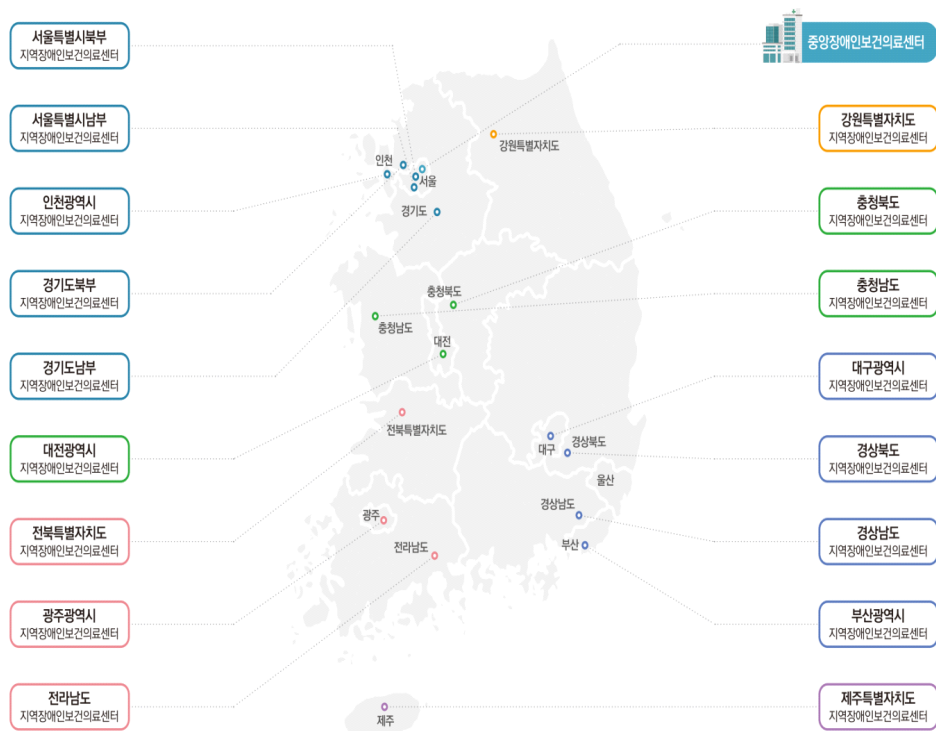
건강 접근성 제고	- 건강보건관리사업 기획 및 장애인 건강보건관리 전달 체계 구축 - 지역장애인보건의료센터에 대한 지원 및 평가 - 장애인 건강보건 관련 사항 홍보
포괄적 건강관리 강화	- 장애인의 진료 및 재활 - 여성 장애인의 임신과 출산 시 전문 의료 서비스 제공 - 장애인 건강검진, 건강 주치의 지원 - 장애의 예방, 진료, 재활 등에 관한 신기술·가이드라인의 개발 및 보급
건강보건관리 기반 확대	- 장애인 건강보건관리 서비스를 제공하는 인력의 교육·훈련 - 건강보건관리에 관한 연구 - 건강보건 관련 국제 협력 강화 - 장애인 건강보건 관련 정보, 통계 수집, 분석 및 제공

2) 지역장애인보건의료센터

- 광역시·도 단위 지원 기관으로 지역 내 연계 병원, 주치의, 보건소 간의 장애인 건강보건관리사업 조정·연계, 의료 인력 교육, 검진·재활·진료 등의 역할을 수행함.

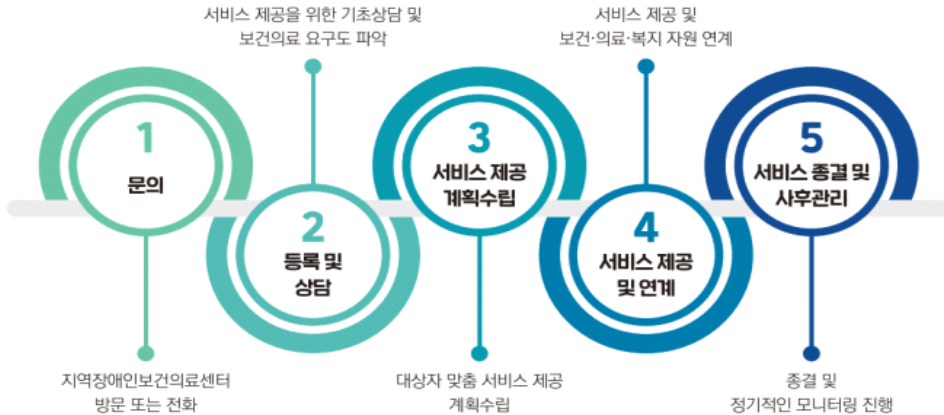
건강보건관리 및 재활의료 사업	- 지역 협력 및 사업 관리(정보 통계 구축으로 장애인 보건의료 정보 플랫폼 운영 등) - 보건의료접근성 보장(의료기관 이동 지원 연계, 보건소 지역사회 중심 재활 사업 지원 등)
여성 장애인 모성 보건 사업	- 임신 여성 장애인 등록 관리(DB 구축), 의료 서비스 제공 - 산모 교실(당사자 교육) 및 참여형 동아리(자조 모임) 지원
보건의료 인력 및 장애인·가족 교육	장애인건강권에 대한 교육(의료 인력, 장애인 건강 주치의, 의료기관에 종사하는 비의료인, 장애인·가족, 공공 기관 관련 인력)
건강검진, 진료, 재활 등 의료 서비스 제공	- 재활의료 서비스 제공(지역사회 복귀 프로그램 연계) - 장애 소아 청소년 재활의료 서비스, 장애인 건강 주치의, 건강검진 제공 (직접 또는 연계)

○ 현재 2024년도에 개소한 전라남도 지역장애인보건의료센터를 포함하여 총 17개가 지정되어 운영하고 있음.



출처 : 중앙장애인보건의료센터, 장애인건강 두런 두런(2024)

지역장애인보건의료센터 서비스 이용안내

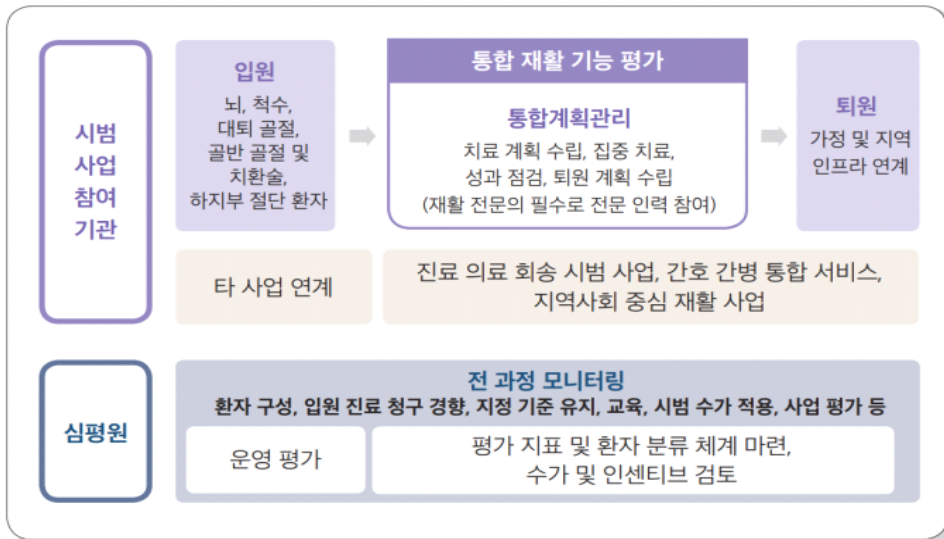


출처 : 중앙장애인보건의료센터, 장애인건강 두런 두런(2024)

2. 재활의료기관 지정 및 운영

□ 인구 고령화에 따른 만성질환 증가로 재활 의료 수요는 증가하고 있으나 시의적절한 치료를 위한 여건은 미흡한 상태이다. 기능 회복 시기에 적절한 재활치료를 받지 못해 장애가 고착되거나 입원 기간 및 진료비 지출은 증가했으나 대상자의 사회복귀율은 높지 않았음. 이 같은 문제의 가장 큰 원인은 급성기 병원에서 재활치료를 제공하나 입원료체감제 등으로 충분한 치료를 받지 못한 채 다른 병원으로 입·퇴원을 반복하는 것. 또 다른 원인으로 회복기 재활치료를 위한 인프라 부족을 들 수 있는데, 재활 전문 병원과 권역 재활병원이 운영되고 있지만 수가 적어 급증하는 재활치료 및 회복기 재활치료 수요를 충족시키기에는 어려운 실정임.

□ 이처럼 현 체계에서는 구조적, 제도적 한계가 있으므로 이를 개선해 회복기 집중 재활을 통한 사회 복귀 및 환자 기능 개선을 도모하고 환자 회복을 위한 재활 의료 전달 체계를 구축하고자 재활의료기관을 지정 운영.

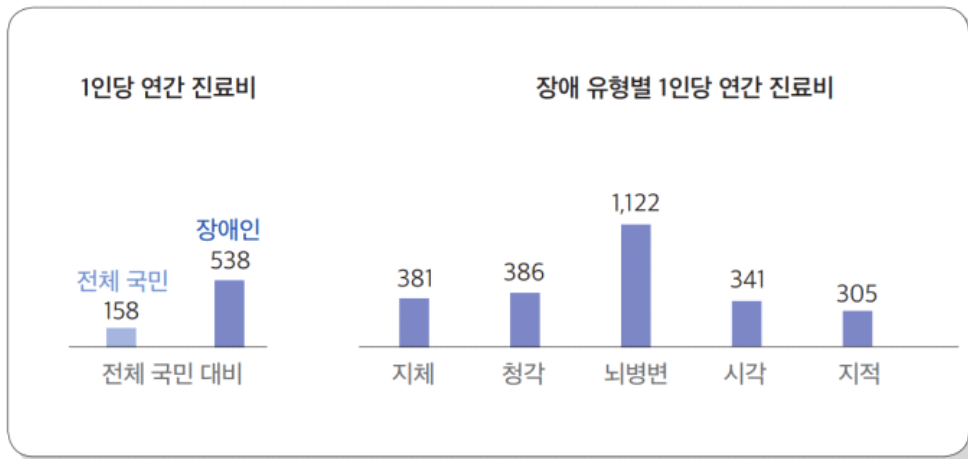


출처 : 보건복지부, 2024년 장애인 건강보전관리 사업 안내

- 현재 시범 사업을 거쳐 수가 신설 및 성과 보상 체계, 사업 평가 및 성과 평가가 진행되었고 이를 바탕으로 현재 서울 7개소, 부산 6개소, 인천 3개소, 대구 5개소, 대전 4개소, 광주 3개소(광주365재활병원, 우암병원, 호남권역재활병원), 경기 11개소, 강원 1개소, 충북 4개소, 충남 2개소, 전북 1개소, 경북 2개소, 경남 3개소, 제주 1개소 총 53개소가 운영되고 있으며, 전남은 지정 병원이 없는 실정임.

3. 장애인 건강보건관리 서비스

- 장애인 의료이용 실태조사 결과에 따르면 장애인의 만성질환 보유율은 전체 국민 유병률보다 높으나 건강검진과 같은 예방적 의료 서비스 이용은 비장애인에 비해 낮은 실정임. 그 결과 의료비 부담 역시 전체 국민 대비 3배 이상 되는 것으로 조사되었음.



출처 : <2020 장애인 건강보건관리 사업 안내>, 보건복지부(2020)에서 인용

- 이러한 문제를 해결하고 장애인에게 지속적, 포괄적인 건강관리 서비스를 제공하기 위해 장애인 건강 주치의, 장애친화 건강검진 등의 서비스가 도입되었음.

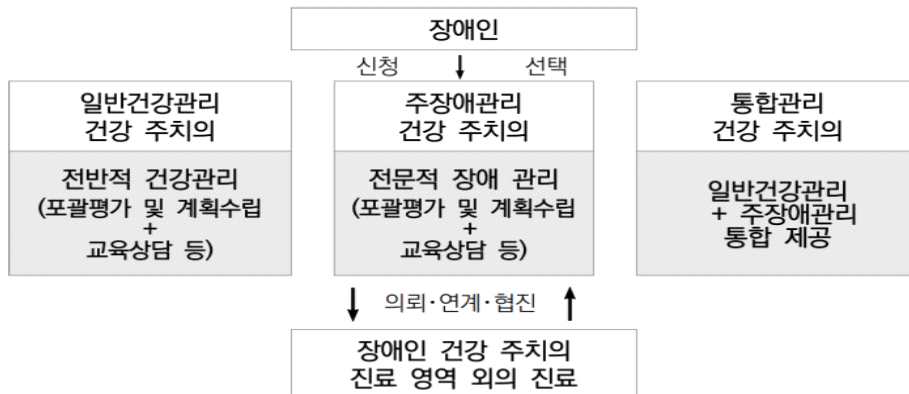
1) 장애인 건강 주치의 시범 사업 및 장애인 치과 주치의 시범 사업

- 장애인 건강 주치의 시범 사업은 2018년 의과 분야에서 처음으로 실시되었으며 2020년 5월부터 장애인 치과 주치의가 신설되어 두 가지 유형(의과, 치과)으로 구분됨.

□ 장애인 건강 주치의 시범 사업

- 장애인 건강 주치의 시범 사업의 목적은 장애인의 필수적 의료 서비스 이용접근성을 향상시키고 장애인이 거주하는 지역사회에서 주치의에게 지속적·포괄적 건강관리를 받을 수 있도록 하여 만성질환 및 2차 장애로의 이환을 방지하는 것임.
- 「장애인건강권법」제16조에 의거해 국가 및 지방자치단체에서 건강에 대한 특별한 보호가 필요한 ‘장애 정도가 심한 장애인(이하 중증 장애인)’을 대상으로 하며, 장애인 건강 주치의 제도의 기본 운영 방향은 장애인-주치의 간 등록을 통해 지속적·포괄적 건강관리, 포괄 평가 및 건강관리 계획 수립을 통한 질환 및 장애 관련 체계적 건강관리, 교육·상담 서비스를 통한 장애인의 자가 건강관리 역량 강화, 방문 진료·간호를 통한 거동이 불편한 장애인에 대한 관리 강화로 나누어 볼 수 있음.

<장애인 건강 주치의 운영모형 >



○ 장애인 건강 주치의 시범 사업은 일반 건강관리, 주 장애 관리, 통합 관리의 세가지 주치의 활동 유형을 제시하고 있음. 실제 임상에서 일반 건강관리와 주 장애 관리 두 영역은 서로 밀접하게 연관되어 있어 명확하게 구분하기 어려우며 상호 협진 등 긴밀한 협력이 요구됨. 일반 건강관리는 중증 장애인에게 질병 예방, 고혈압·당뇨 등 만성질환 관리, 건강증진 프로그램을 제공하고, 필요한 경우에는 지역장애인보건의료센터, 권역 재활병원, 보건소 지역사회 중심재활 사업 등 지역사회 보건의료 자원 조정 및 연계 서비스를 제공함. 주 장애 관리는 중증 장애인에게 장애 상태 개선 및 유지, 장애로 인한 합병증 예방 및 치료, 장애인의 지역사회 복귀를 위한 전환기 돌봄등을 제공하는 역할을 담당함. 의원급·병원급·종합병원급 의료기관에 소속된 지체·뇌병변·시각장애를 진단하는 전문의만 주 장애 관리 주치의로 등록할 수 있음. 통합 관리 는 의원급 의료기관에 소속된 지체·뇌병변·시각장애를 진단하는 전문의가 일반 건강관리와 주 장애 관리 서비스를 모두 제공하는 유형임.

구분	일반 건강관리	주 장애 관리	통합 관리
대상자	모든 중증 장애인	지체·뇌병변·시각장애 중증 장애인	지체·뇌병변·시각장애 중증 장애인
관리 범위	만성질환 등 전반적 건강관리	전문적 장애 관리 (지체·뇌병변·시각장애)	일반 건강관리와 주 장애 관리
대상 기관	의원	의원·병원·종합병원 (상급종합병원, 요양병원 제외)	의원
주치의	의사	주 장애 유형별 전문의	주 장애 유형별 전문의
서비스	포괄 평가 및 계획 수립	포괄 평가 및 계획 수립	포괄 평가 및 계획 수립
	중간 점검	중간 점검	중간 점검
	교육·상담	교육·상담	교육·상담
	환자 관리	환자 관리	환자 관리
	방문 진료, 방문 간호	방문 진료, 방문 간호	방문 진료, 방문 간호

- 사업대상은「장애인건강권법」 제16조 및 동 법률 시행령 제5조에 따른 장애인으로 만성질환 또는 장애에 대한 건강관리를 받고자 건강 주치의가 소속된 의료기관을 방문하여 시범사업에 대하여 충분한 설명을 듣고 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 및 이용 신청사실통지서를 작성한 장애인임.

□ 장애인 치과 주치의 시범 사업

- 장애인 치과 주치의 시범 사업의 목적은 장애인 치과 주치의가 장애인에 대한 주기적 구강 관리를 통해 장애인의 구강 건강을 증진하고 급성, 중증 구강 질환으로의 이환을 방지, 상급 의료기관의 개입 필요성을 낮추고자 하는 것임. 「장애인건강권법」 제16조에 의거해 구강 건강관리가 필요한 중증 장애인(단, 약물 진정, 행동 조절 필요 없이 물리적 숙박만으로 진료 협조가 가능한 자)을 사업 대상으로 하여 장애인 치과 주치의는 포괄 평가 및 계획 수립, 예방 진료, 구강 보건교육 등 포괄적 구강 건강관리 서비스를 제공해 장애인의 구강 건강을 증진하는 것을 목표로 함.

구분	구강 건강관리
대상자	모든 장애 유형별 중증 장애인
관리 범위	포괄적 구강 건강관리
대상 기관	치과의원, 치과병원, 병원, 종합병원, 상급 종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원
주치의	치과 의사
서비스	포괄 평가 및 계획 수립
	구강 건강관리(불소 도포, 구강 보건교육, 치석 제거)

- 사업대상은 「장애인 건강권법」 제16조 및 동 법률 시행령 제5조에 따른 '장애인 중 장애의 정도가 심한 장애인 또는 장애의 정도가 심하지 않은 뇌병변·정신 장애인'으로 구강건강관리가 필요하여 치과주치의가 소속된 의료기관을 방문하여 시범사업에 대하여 충분한 설명을 듣고 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 및 이용 신청사실 통지서를 작성한 장애인임.

22 전라남도 장애인의 건강실태 및 의료서비스 이용 현황 조사

전라남도 장애인건강(치과)주치의 의료기관 현황(24년 12월 현재)

병원명	주소	연락처
대불제일의원	영암군 삼호읍 삼호중앙로 162	061-464-1821
별교김내과의원	보성군 별교읍 흥암로 19	061-858-2220
새신성의원	나주시 봉황면 봉황로 767	061-337-7524
영광고운의원	영광군 영광읍 신남로 180 3층	061-353-0017
해남우리종합병원	해남군 옥천면 해남로 597	061-530-7000
운남소망의원	무안군 운남면 신월로 8	061-453-3233
장흥우리병원	장흥군 장흥읍 흥성로 83	061-862-6262
정남진정형외과의원	여수시 신월로 735 (봉산동)	061-642-7878
탐내과가정의학과의원	여수시 신월로 804 2층	061-643-8275
우리들연합의원	광양시 진등길 19 2층 (중동)	061-795-9339
더맑은정신건강의학과의원	담양군 담양읍 지침3길 13	061-938-9920
서울연합의원	영광군 염산면 천년로 20-1	061-351-9530
섬등포 팔팔정형외과의원	진도군 조도면 창유1길 25	061-543-7533
압해연합의원	신안군 압해읍 압해로 871-3	061-271-7583
탐치과의원	여수시 새터로 65 (신기동)	061-590-2468
우리치과의원	목포시 연산백련로 4-6 2층	061-262-2875
좋은생각 정신건강의학과의원	함평군 함평읍 중앙길 80 1층	061-322-1119
지도성심의원	신안군 지도읍 봉리길 7	061-277-9700
연세수안과의원	여수시 좌수영로 1 4층 (서교동)	061-643-7575

출처 : 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)

검색방법 : 홈페이지 ⇒ 건강iN ⇒ 검진기관/병원찾기 ⇒ 병(의)원정보 ⇒

장애인 건강주치의 의료기관 찾기 ⇒ 지역선택 ⇒ 검색

2) 장애친화 건강검진 사업

- 장애친화 건강검진 사업은 「장애인건강권법」 제7조에 따라 장애인의 건강검진 이용을 가로막는 장벽을 개선 또는 제거하여 장애인과 비장애인 간, 장애유형 간 국가건강검진 수검률 격차를 해소하고, 장애인의 건강 위험요인 및 질병의 조기 발견으로 장애인의 효과적인 건강관리를 도모하여 삶의 질 향상에 이바지함을 목적으로 운영되고 있음. 장애친화 건강검진기관은 ‘건강검진기본법’에 따른 일반 검진기관 및 암 검진기관, 구강검진기관으로 지정받은 병원급 이상 의료기관을 대상으로 장애인이안전하고 편리한 환경에서 검진을 받을 수 있도록 시설·장비·인력·운영 기준을 충족하도록 하고 있음.

장애인 건강검진 서비스 운영기관(2024년 12월 현재)

지역	운영기관명	지역	운영기관명
서울	서울의료원	제주	중앙병원
서울	국립재활원	제주	서귀포의료원
부산	부산광역시의료원	부산	좋은삼선병원
부산	부산성모병원	전남	순천의료원
부산	연제일신병원	경북	경북안동병원
인천	인천광역시의료원	경남	마산의료원
대전	대청병원	경남	양산부산대학교병원
경기	경기도의료원 수원병원	경남	진주고려병원
강원	원주의료원	경남	조은금강병원
충북	청주의료원	경남	경남밀양병원
경북	안동의료원	경북	경북권역재활병원

- 장애친화 건강검진은 일반 건강검진, 암 검진 등 국가건강검진을 장애인이 안전하고 편리하게 이용할 수 있도록 장애 특성을 고려한 지원 서비스를 제공하며, 등록 장애인이면 누구나 장애친화 건강검진기관을 이용할 수 있으나, 장애친화 건강검진기관에서 제공하는 장애인 건강검진 보조 등의 서비스는 장애 정도가 심한 장애인(중전 1~3급)을 대상으로 지원되므로 장애인 복지 카드를 꼭지참해야 함. 검진 항목은 국민건강보험공단에서 실시하는 국가건강검진과 동일함.

4. 권역재활병원

□ 권역재활병원은 전문재활의료기관의 지역적 분포를 고려하여 재활의료 사각지대에 양질의 재활의료서비스를 제공함으로써 장애인의 사회복귀를 지원하고 지역적 의료불균형을 해소하고 민간 재활의료기관과 차별되는 기능을 수행하는 경쟁력을 갖춘 권역별 재활병원을 확충하여, 잠재적 장애유발 질환이나 손상으로 급성기 치료 후 잔존장애에 대한 진단 및 평가와 재활치료를 통해 장애를 최소화 함을 그 목적으로 함.

구분	기관명	대표 번호	위치	규모	연면적	병상수	사업비 (건축비)	건축 기간	개원 일	운영 기관
경인	경인권역 재활병원	032 -899 -4595	인천광역시 연수구 원인재로 263	지하1층 지상4층	16,645㎡	150병상	국고 185억 지방비 185억	'07 ~ '09년	'10. 9.30	대한 적십자사, 인천광역시
강원	강원특별 자치도 재활병원	033 -248 -7711	강원특별자치도 춘천시 충열로 142번길 24-16	지하 1층 지상 5층	11,089㎡	165병상	국고 135억 지방비 135억	'06 ~ '12년	'12. 10.31	강원대학교 병원
충청	대전충청권역 의료재활센터	042 -338 -2352	대전광역시 중구 문화로 266	지하 3층 지상 8층	17,542㎡	152병상	국고 135억 지방비 135억	'09 ~ '12년	'13. 4.10	충남대학교 병원
호남	호남권역 재활병원	062 -613 -9066	광주광역시 북구 하서로 590	지하 1층 지상 4층	16,500㎡	156병상	국고 135억 지방비 135억	'10 ~ '12년	'13. 1.23	조선대학교
영남	영남권역 재활병원	055 -360 -4205	경상남도 양산시 물금읍 금오로 20	지하 2층 지상 6층	13,699㎡	150병상	국고 135억 지방비 135억	'09 ~ '11년	'11. 10.18	양산부산 대학교 병원
경북	경북권역 재활병원	053 -230 -8800	경상북도 경주시 미래로 120	지상 4층	26,472㎡	150병상	국비 135억 지방비 189억	'18~ '20년	'21. 3.30	경북대학교
제주	제주권역 재활병원	064 -730 -9054	제주특별자치도 서귀포시 동문로 1	지하 2층 지상 7층	19,019㎡	150병상	국고 135억 지방비 135억	'09 ~ '13년	'14. 1.21	서귀포 의료원

※ 건립·개원 예정 : 가칭 「전북 권역재활병원」, 「충남 권역재활병원」('17년 선정, '26년 개원 예정)

- 또한 국립재활원과 현행 지역사회중심재활사업을 수행하는 보건소 등과의 연계로 장애인 건강 보건관리의 공공의료재활 전달체계 기반을 구축하고, 재활치료가 필요한 장애인에 신체적·정신적 기능을 최대화 시켜 조기 사회복귀와 독립적 생활이 가능하도록 지속적인 서비스를 제공하기 위한 목적도 가지고 있음.
- 사업대상은 권역재활병원 내원 환자 및 지역사회 장애인으로 공공재활프로그램을 필요로 하는 자로, 저소득층(기초생활수급자, 차상위 계층)의 경우, 우선 선정 가능함.

5. 보건소 지역사회중심재활사업

1) 사업 목적

- 지역장애인의 건강상태 개선 및 자가 건강관리능력 향상
- 의료 전달체계의 유지기 역할을 위한 장애인 대상 지역사회 인프라 구축

2) 사업 목표

- 지역장애인 중, 보건의료 미충족 대상자에 대한 건강보건 행태 개선
 - 지방자치단체의 사례관리 공공조직을 통한 대상자 발굴 및 의뢰
 - 맞춤형 장애인 보건의료 서비스 지원
 - 지역 내 보건의료-복지 서비스의 연계 지원으로 통합적 서비스 제공
- 재활의료기관 등에서 의뢰되는 자(지역장애인보건의료센터에서 보건소로 연계되는 예비장애인 및 장애인)에 대한 지역사회 내 사회복귀 지원

3) 법적·정책적 근거

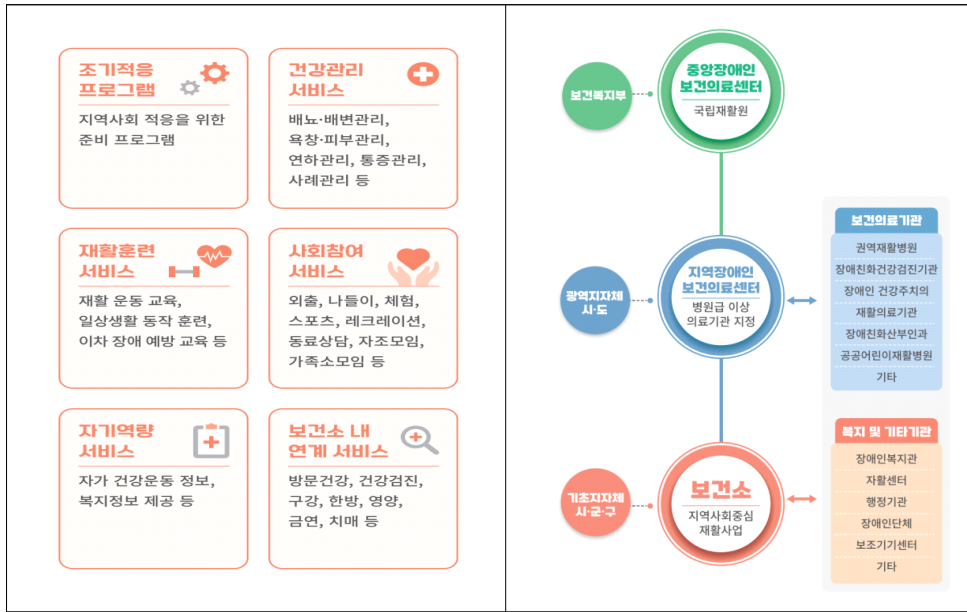
- 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제4조
- 「장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제31조
- 「공공보건의료에 관한 법률」 제7조
- 제5차 국민건강증진종합계획 2021~2030, 중점과제 21. 장애인

4) 주요 사업 내용

‘국민건강증진종합계획 2030’ 장애인 건강 목표치

지표명	2018기준	2030목표
21-1. 국가단위 장애인 건강통계를 강화한다.		
국가단위 장애인 건강DB구축 및 건강통계 산출	0%	100.0%
21-2. 장애인 건강검진 수검률을 제고한다.		
- 성인장애인 건강검진 수검률	64.9%	69.9%
- 성인남성 장애인 건강검진 수검률	66.6%	71.6%
- 성인여성 장애인 건강검진 수검률	62.5%	67.5%
- 중증장애인 건강검진 수검률(만 20세 이상)	54.0%	59.0%
- 성인남성 중증장애인 건강검진 수검률(만 20세 이상)	55.8%	60.8%
- 성인여성 중증장애인 건강검진 수검률(만 20세 이상)	51.2%	56.2%
- 중증장애인 구강검진 수검률(만 20세 이상)	18.1%	23.1%
- 장애친화 건강검진기관 지정수	8개	100개
21-3. 장애인의 건강관리 실천율을 비장애인 수준으로 제고시킨다.		
- 장애인 연간음주율(만 20세 이상)	44.4%	43.4%
- 장애인 현재흡연율(만 12세 이상)	18.3%	16.3%
- 장애인 현재흡연자의 금연시도율(만 12세 이상)	22.8%	24.8%
- 장애인 생활체육 실행률	23.8%	33.8%
- 장애인 노인 일상생활수행능력(ADL) 장애율	46.5%	42.5%
21-4. 장애인의 만성퇴행성 질환과 발병 위험요인일 관리한다.		
장애인 비만 유병률(만 20세 이상)	43.4%	42.4%
장애인 고혈압 유병률(만 20세 이상)	44.9%	44.9%
장애인 당뇨병 유병률(만 20세 이상)	21.4%	21.4%
- 장애인 골다골증 유병률	13.8%	13.8%
21-5. 장애인 정신건강 수준을 향상한다.		
- 장애인 우울증 유병률	12.1%	12.1%
- 장애인 스트레스 인지율	58.1%	48.1%
- 장애인 자살 시도율	1.4%	1.4%
- 장애인 자살 사망률	61.2명	51.2명
21-6. 장애인의 건강보건의료서비스의 수혜율을 높인다.		
- 공공 어린이 재활병원/센터 비율	11.1%	100%
- 장애인 미충족 의료 이용률	17.2%	17.2%
- 장애인건강보건관리 서비스 수혜율	4.7%	5%
21-7. 장애인의 의료비 부담을 감소시킨다.		
- 보장구 건강보험 급여율	90%	90%
- 장애인 의료비 본인부담률	0%	0%
- 장애인 주관적 건강인지율	16.2%	18.2%
- 장애인의 삶의 만족도	58.6%	60.6%

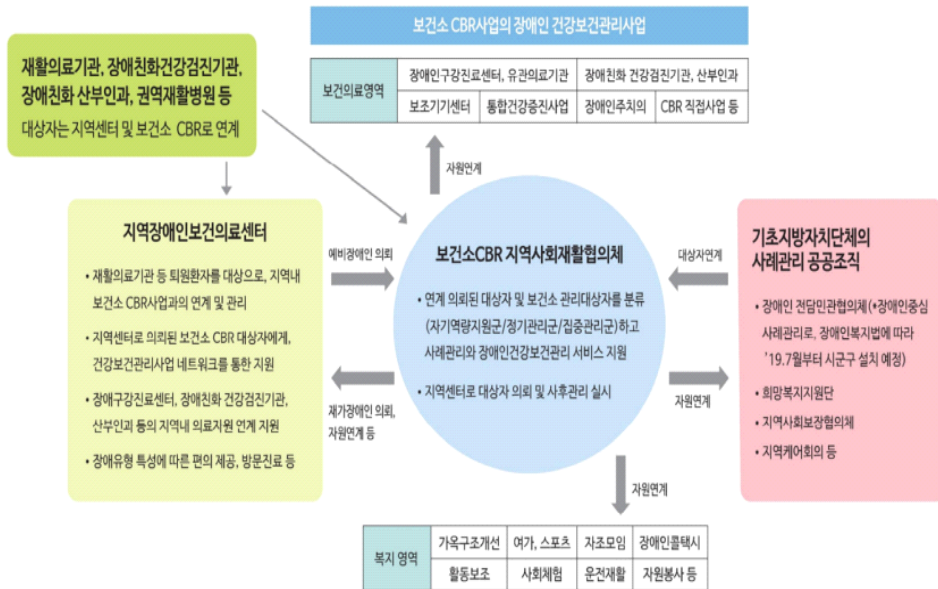
(1) 보건소 지역사회중심재활사업 내용 및 연계 모형



(2) 보건소 지역사회중심재활사업 세부 사업



(3) 보건소 지역사회중심재활사업 제공 과정



(4) 의료기관 퇴원 예비장애인 지원



6. 공공어린이 재활병원

- 공공어린이재활병원은 민간에서 제공되기 어려운 장애아동에 대한 공공 재활의료서비스를 제공하여 장애아동 가족의 의료수요에 부응하고, 장애아동의 특성상 지속적 재활치료가 필요함에도 이동하여 치료받는 경우가 많아 거주지역을 기반으로 한 공급 필요성에 근거하여 설치 운영되어지고 있음.
- 공공어린이재활병원은 건립 혹은 지정되어 운영되고 있으며 지역별 현황은 다음과 같음.

종별	지역	기관명	선정년도
건립	병원	충남권	충남대병원
		경남권	창원경상대병원
	의료센터	전남권	호남권역재활병원
			목포중앙병원
		강원권	강원특별자치도재활병원
			원주의료원
		경북권	계명대 동산병원
			안동의료원
		충북권	청주의료원
		전북권	전주예수병원
지정 (운영중)	병원	수도권	서울재활병원
			국민건강보험 일산병원
	의료센터	제주권	제주권역재활병원

병원: 접근성 좋은 중심지, 소아재활거점기능 수행/의료센터: 지역 내 이동이 어려운 경우 외래 중심 치료

지정: 기존의 우수한 소아재활 전문병원

* 건립기관은 2023년부터 순차적으로 운영 중

- 전라남도에는 서부권인 목포 중앙병원에서 운영하고 있으며, 동부권이나 중부권에서는 운영되고 있지 않은 실정임.

제3절 장애인 건강 및 의료이용 실태

1. 장애인 현황

- 2023년 현재 우리나라 등록 장애인은 2,641,896명이고, 전라남도 등록 장애인은 136,472명임. 시도별 등록장애인 비율을 비교해 보면 전라남도가 7.6%로 가장 높은 비율을 나타내고 있음.

[2023 시도별, 장애 유형별 등록장애인수]

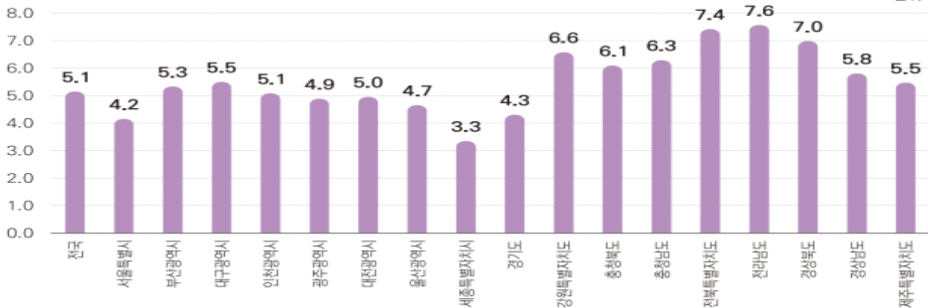
단위 : 명

시도별	2023							
	장애인구(합계)	지체	청각	시각	뇌병변	지적	자폐성	기타장애
전국	2,641,896	1,153,501	432,854	248,360	240,546	229,780	42,744	294,111
서울특별시	389,795	160,403	63,858	40,706	38,940	28,025	8,305	49,558
부산광역시	175,467	73,936	27,198	17,583	18,616	12,862	2,862	22,410
대구광역시	130,521	49,676	28,780	11,854	12,228	11,129	1,802	15,052
인천광역시	152,226	66,609	28,060	13,794	13,281	11,749	2,343	16,390
광주광역시	69,314	28,340	10,257	7,097	6,646	7,645	1,191	8,138
대전광역시	71,440	30,718	10,060	6,811	6,887	7,176	1,329	8,459
울산광역시	51,383	22,632	8,037	4,788	4,745	4,792	900	5,489
세종특별자치시	12,944	5,784	1,806	1,231	1,098	1,233	352	1,440
경기도	586,421	260,670	89,417	54,685	54,230	49,698	11,767	65,954
강원특별자치도	100,520	48,186	15,018	9,210	8,720	8,675	1,068	9,643
충청북도	97,117	43,778	14,251	8,702	8,203	11,177	1,155	9,851
충청남도	134,004	60,854	22,892	12,051	10,438	12,924	1,586	13,259
전북특별자치도	130,189	60,330	21,236	10,844	10,947	12,848	1,210	12,774
전라남도	136,472	65,662	19,974	13,125	10,647	12,613	1,202	13,249
경상북도	178,340	75,032	37,170	15,103	14,704	16,864	1,823	17,644
경상남도	188,825	86,998	28,085	16,783	16,835	16,620	2,964	20,540
제주특별자치도	36,918	13,893	6,755	3,993	3,381	3,750	885	4,261

* 기타 장애 : 언어, 정신, 신장, 심장, 호흡기, 간, 안면, 청루 요루, 뇌전증장애

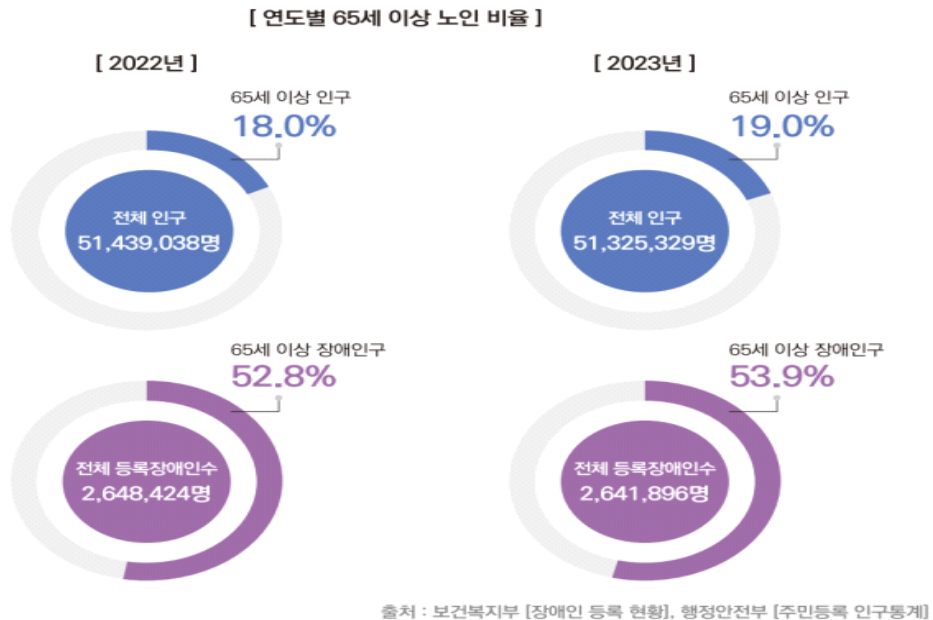
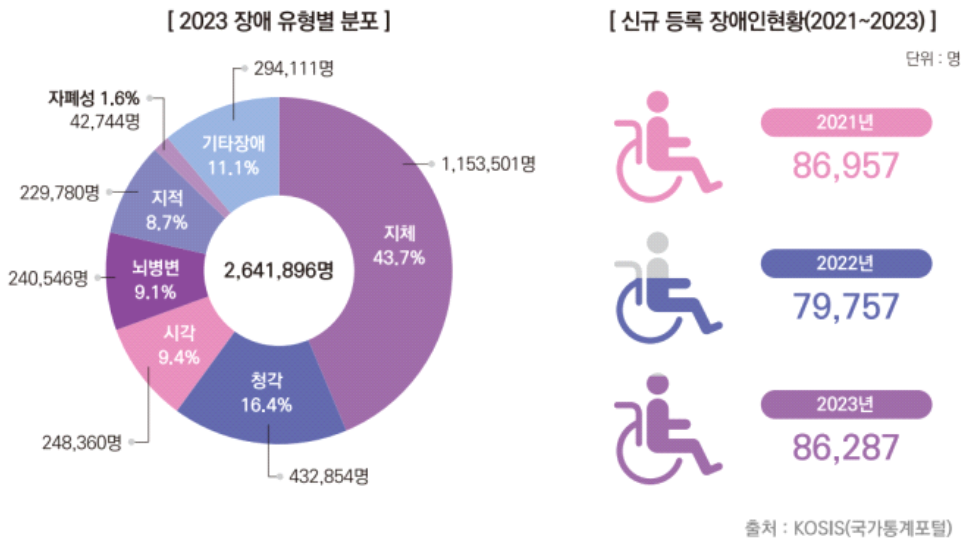
[2023 시도별, 장애인구 비율]

단위 : %



출처 : KOSIS(국가통계포털)

- 장애유형별로 비교해 볼 때 지체장애, 청각장애, 시각장애인 순으로 그 수가 많은 것으로 나타났으며, 65세이상 장애인구도 점점 증가하는 것으로 나타난다.

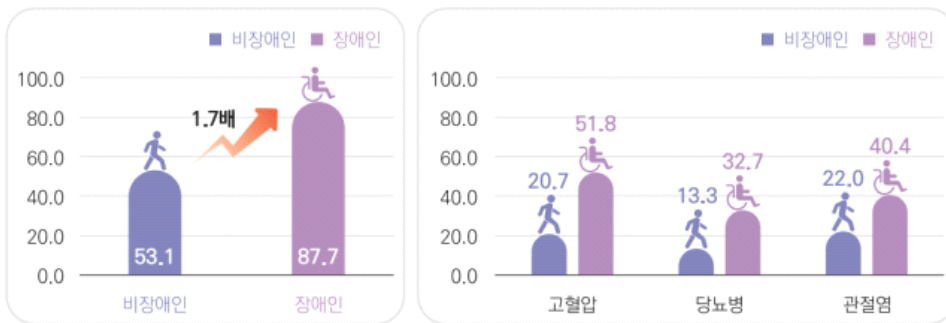


2. 장애인 만성질환 유병률 및 건강검진 수검률

- 국립재활원 재활연구소의 2024년 연구자료에 따르면 장애인은 비장애인에 비해 만성질환 유병률이 1.7배나 높은 것으로 나타났는데, 고혈압과 당뇨병, 관절염 유병률 모두 더 높은 것으로 나타남.

【 장애인, 비장애인 만성질환 유병률 】

단위 : %

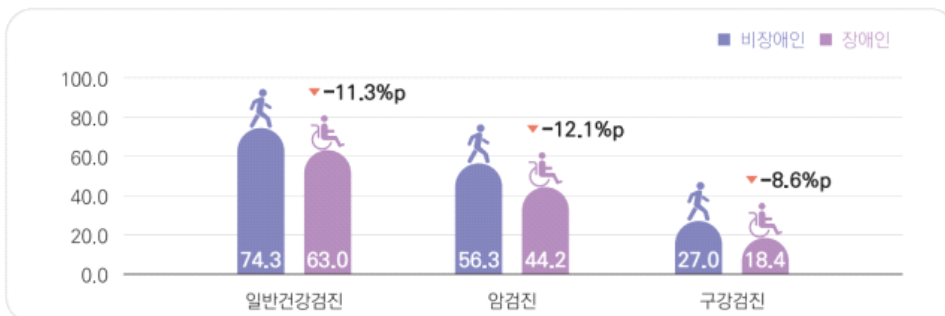


출처 : 2023 장애인 건강보건관리사업, 국립재활원 재활연구소(2024)

- 장애인과 비장애인의 건강검진종별 수검률 비교에서는 일반건강검진과 암검진, 구강검진 모두 장애인이 비장애인보다 더 낮은 것으로 나타남.

【 장애인과 비장애인 건강검진종별 수검률 】

단위 : %

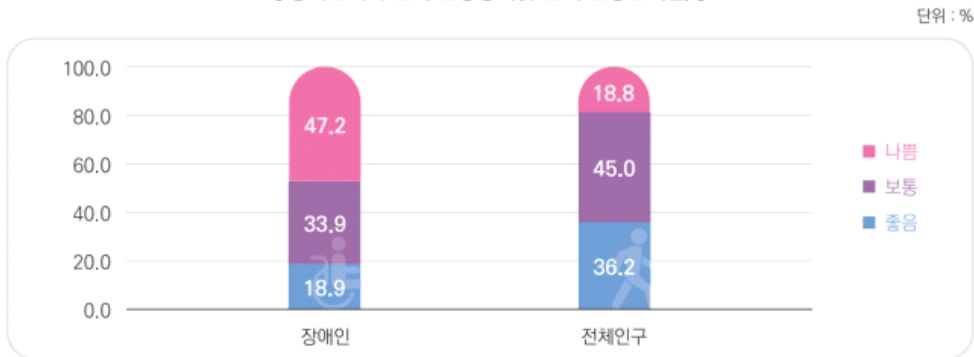


출처 : 2023 장애인 건강보건관리사업, 국립재활원 재활연구소(2024)

3. 2023 장애인 건강실태 조사 결과

- 3년마다 실시되는 장애인 실태조사의 2023년 조사결과에 따르면, 장애인들이 생각하는 주관적 건강상태는 전체인구 대비 건강이 나쁘다고 생각하는 비율이 2배이상 높게 나타났음.

【 장애인의 주관적 건강상태(주관적 건강인지율) 】



출처 : 2023년 장애인 실태조사

(단위 : %)

		장애인			전체 인구 ²⁾
		2017년	2020년	2023년	
주관적 건강상태	좋음	14.9	14.0	18.9	36.2
	보통	33.8	37.3	33.9	45.0
	나쁨	51.3	48.7	47.2	18.8
계		100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1) 19세 이상

2) 2022년 국민건강통계(질병관리청)

- 한편 2023년 실태조사 결과 정기적·지속적으로 보건의료서비스를 이용하는 장애인 비율은 88.5%로 2020년 76.3%보다 더 높아진 것으로 나타남. 연간 미충족 의료율 비율은 17.3%로 이전 2020년 32.4%에 비해 현저히 줄어들었는데, 이는 지역장애인보건의료센터의 확대와 장애인건강주치의 제도 등의 확대에 기인한 것으로 판단됨.

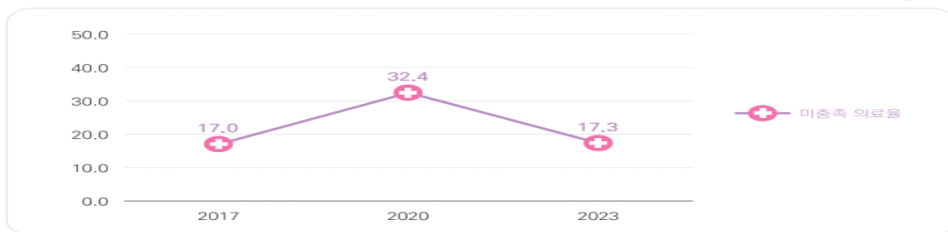
34 전라남도 장애인의 건강상태 및 의료서비스 이용 현황 조사

(단위: %)

구분	2011년	2014년	2017년	2020년	2023년
지속적 진료 받음	72.4	78.3	82.3	76.3	88.5
지속적 진료 받고 있지 않음	27.6	21.7	17.7	23.7	11.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

【연간 미충족 의료율】

단위: %

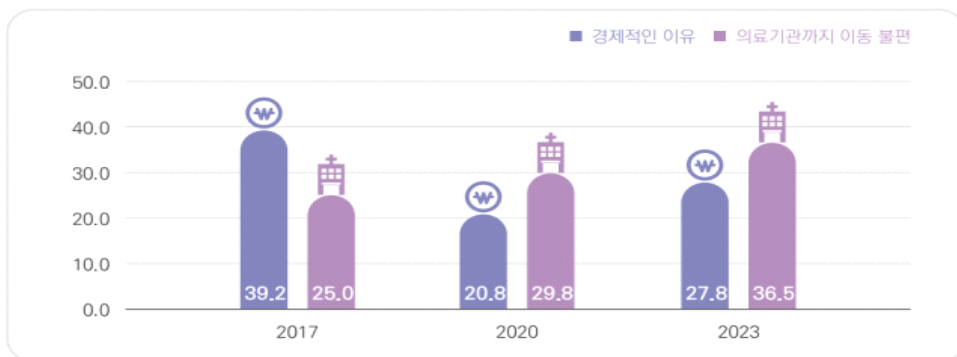


* 미충족 의료율: 최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험

- 미충족 의료서비스 경험 이유로는 이동불편(36.5%), 경제적 이유(27.8%), 시간이 없어서(13.0%), 동행자가 없어서(7.1%) 등으로 나타나, 장애인의 의료 이용에 이동 문제가 가장 큰 어려움으로 나타남.

【미충족 의료 주된 이유】

단위: %



출처: 2023년 장애인 실태조사

- 장애인들의 정신건강과 관련된 조사에서 장애인의 우울감 경험률은 12.4%로 2020년 18.2%에 비해 낮아졌지만 전체 인구 4.7%와 비교하면 높은 수준이었음. 장애인의 자살생각 경험률은 8.9%로 2020년 11.1%에 비해 낮아졌지만 역시 전체 인구의 5.7%에 비교하면 높게 나타남.

(단위: %)

	2020년	2023년	전체 인구
우울감 경험	18.2	12.4	4.7 ²⁾
자살 생각	11.1	8.9	5.7 ³⁾

주: 1) 19세 이상 기준

2) 2022년 국민건강통계(질병관리청), 우울증 선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 분율임

3) 2022년 사회조사(통계청), 13세 이상 기준

- 장애인들의 스트레스 인지율을 조사한 결과장애인의 우울감 경험률은 31.2%로 2020년 33.7%에 비해 낮아졌지만 전체 인구 25.6%와 비교하면 높은 수준이었음.

(단위: %)

구분	2020년	2023년			전체 인구 ³⁾
		전체	19-64세	65세 이상	
(대단히 많이 - 많이 느끼는 편임)	33.7	31.2	35.7	27.6	25.6
(조금 느끼는 편임)	52.1	45.8	45.7	45.9	57.8
(거의 느끼지 않음)	14.2	23.0	18.6	26.5	16.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주 : 1) 19세 이상

2) 평소 스트레스 인지율에 대한 4점 척도 (대단히 많이 느낌-많이 느끼는 편-조금 느끼는 편-거의 느끼지 않음)

3) 2022년 국민건강통계(질병관리청)

- 장애인의 재활치료 이용 비율은 조금씩 증가하고 있는 것으로 나타났음.

(단위: %)

	2011	2014	2017	2020	2023
전체 연령	23.0	25.4	26.0	22.9	23.7
18세 미만	63.7	68.5	73.8	74.9	83.5
65세 이상	28.1	31.8	31.4	24.1	25.9

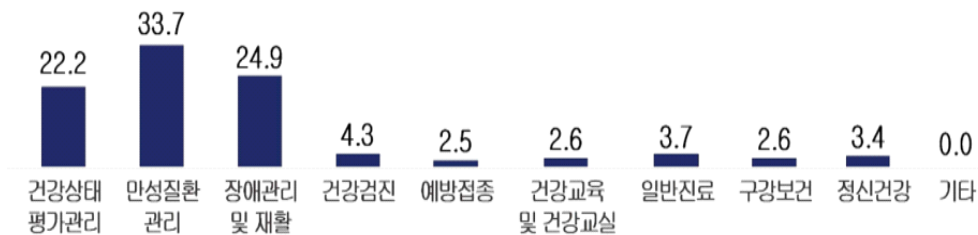
□

주: 재활치료서비스 - 물리치료, 작업치료, 언어치료, 음악치료, 놀이치료, 미술치료, 심리행동치료, 기타

- 조사결과 18세 미만 장애아동들의 재활치료서비스 이용률이 83.5%로 높게 나타났고, 이전 조사보다 더 높아진 반면, 65세 이상 장애인의 재활치료서비스 이용률은 25.9%로 2020년 조사보다는 높아졌지만 증가 되었으나, 2017년과 2014년, 2011년 조사보다 더 낮아 이에 대한 원인 분석과 대안 마련이 필요해 보임.

- 장애인들은 장애인 건강증진을 위해 정부가 강화해야 한다고 생각하는 보건 의료, 건강서비스로 만성질환 관리(33.7%), 장애관리 및 재활서비스 (24.9%), 건강상태 평가 및 관리(22.2%)를 응답하였음.

강화해야 할 보건 의료, 건강 관련 서비스



3장

연구방법

제1절 연구대상

제2절 조사도구

제3절 분석방법

3장

연구 방법

제1절 연구대상

- 본 연구는 전라남도에 거주하는 장애인들의 건강 상태와 의료 서비스 이용 현황을 조사하고 이를 분석하는 데 목적이 있다. 이를 위해, 전라남도에 거주하는 장애인을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 장애인 복지시설과 보건소를 직접 방문하여 이루어졌음.
- 조사 방법으로는 대상자가 설문지를 직접 읽고 작성하는 자기기입식 방식과, 대리인이 설문문항을 설명하고 응답을 대신 기입하는 방식이 함께 활용되었다. 이러한 방식은 설문에 참여한 장애인들이 다양한 방식으로 자신의 의견을 반영할 수 있도록 고려한 것이다. 설문조사는 총 759부가 수거되었으며, 이 중 일부는 불완전한 응답이나 비유효한 자료로 분류되어 최종적으로 752부의 설문지를 분석에 사용하였음.

〈표 1〉 표본수

시군	빈도	퍼센트	시군	빈도	퍼센트
목포시	46	6.1	장흥군	35	4.7
여수시	52	6.9	강진군	35	4.7
순천시	49	6.5	해남군	35	4.7
나주시	36	4.8	영암군	31	4.1
광양시	39	5.2	무안군	38	5.1
담양군	31	4.1	함평군	33	4.4
곡성군	26	3.5	영광군	28	3.7
구례군	35	4.7	장성군	34	4.5
고흥군	34	4.5	진도군	24	3.2
보성군	28	3.7	완도군	32	4.3
화순군	30	4.0	신안군	21	2.8

제2절 조사도구

- 본 연구는 전라남도에 거주하는 장애인들의 전반적인 건강 상태와 이들이 이용하는 의료 서비스의 현황을 종합적으로 분석하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해, 선행연구인 장애우권익문제연구소(2014)에서 실시한 "장애인 건강권 증진을 위한 실태조사" 연구를 참고하여, 연구에 필요한 문항을 체계적으로 개발 및 수정하였음.
- 설문 문항의 타당성을 검증하기 위해 먼저 내용타당도를 평가하는 과정을 진행하였으며, 이를 통해 전문가 집단의 검토와 의견을 수렴하였다. 전문가들은 각 문항이 연구의 목적과 부합하는지, 또한 해당 문항이 조사하고자 하는 내용을 명확히 반영하고 있는지를 중점적으로 평가하였다. 이 과정에서 일부 문항의 적합성을 높이기 위해 수정 및 보완이 이루어졌다. 이어서, 설문 문항의 실효성을 보다 정확히 검증하기 위해 사전조사(pre-test)를 실시하였다. 사전조사는 연구 대상 집단과 유사한 특성을 지닌 소규모 집단을 대상으로 실시되었으며, 이 결과를 바탕으로 응답자들의 이해도, 응답의 일관성, 그리고 문항의 적합성을 다시 한번 평가하였다. 이를 통해 일부 문항에서 나타난 모호한 표현이나 이해가 어려운 부분을 수정하였고, 최종적으로 보다 신뢰도 높고 타당한 설문지를 완성하였음.
- 구체적으로는 설문문항은 장애인의 일반적인 인구사회학적 특성, 신체 및 정신 건강 상태, 건강 생활 습관, 응급상황 대처 및 외출 지원 여부, 의료 서비스 이용 현황, 의료 지원 프로그램의 접근성 및 활용도, 그리고 건강과 관련된 삶의 질에 대한 세부 문항을 포함하였다. 이러한 항목들을 통해 전라남도에 거주하는 장애인들이 겪는 다양한 건강 관련 이슈와 이들이 받는 의료적 지원의 실태를 보다 심층적으로 파악하고자 함.

〈표 2〉 측정도구

구분	내용
장애인의 일반 특성	- 인구사회학적 특성: 성별, 연령, 학력, 거주지역 - 결혼 및 가족 특성(결혼상태, 가구유형, 가구원 수) - 경제 특성(빈곤지위, 경제만족도) - 장애 특성(장애등록, 장애 등록을 하지 않은 이유, 장애유형, 장애정도)
신체건강 및 정신건강	- 건강상태, 만성질환 유무, 만성질환 종류, 스트레스, 우울감 경험, 우울감 경험 이유
건강생활 습관	- 건강관리, 아침식사, 아침식사 결식 이유, 하루 숙면, 숙면하지 못하는 이유, 운동 빈도, 운동을 하지 않는 이유, 음주 빈도, 음주 이유, 흡연 유무
의료서비스 이용	- 의료기관 이용 유무, 이용 의료시설, 이용 의료시설 만족도, 의료서비스 불만족 이유, 병의원에 가지 못한 경험, 병의원에 가지 못한 이유, 건강검진 경험, 건강검진 받지 못한 이유, 병원입원 경험, 치과진료 받지 못한 경험, 치과진료를 받지 못한 이유, 정기적인 스케일링 경험, 사보험 가입
의료지원 프로그램	- 신체재활서비스: 의료상담 및 진료(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 물리치료(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 작업치료(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 수치료(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도)
	- 성재활 서비스: 성재활 관련 전문가 상담(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 성재활 관련 동료 및 부부상담(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 성재활 교육(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 약물 및 수술(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 성재활 가이드(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도)
	- 건강증진 프로그램: 스트레스 관리 프로그램(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 운동 프로그램(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 낙상, 화상 등 사고예방 프로그램(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 재발 및 2차 장애 예방 프로그램(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도)
	- 가족지원 프로그램: 가족도우미 파견(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 정서적 지지(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 장애인 가족 모임(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도)
	- 지역사회 참여 프로그램: 동료상담 및 자조모임(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 외출지원 프로그램(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 재활정보 제공(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 건강주치의(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도)
	- 보조기구 지원: 보행보조도구(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도), 의사소통 보조도구(인지, 이용경험, 서비스 제공기관, 만족도)
건강 관련 삶의 질	- 운동능력, 자기관리, 일상생활, 통증/불편, 불안/우울

제3절 분석방법

□ 본 연구에서 수집된 자료는 통계패키지 SPSS를 활용하였고, 세부적인 분석 방법은 다음과 같음.

첫째, 주요변인의 경향성을 이해하기 위해, 빈도분석을 실시하였음.

둘째, 주요 변인 분포의 차이를 분석하기 위해, 교차분석을 실시하였음. 특히 응답자가 복수를 선택한 문항은 다중응답분석을 활용하여, 다중응답에 대한 빈도분석 또는 교차분석을 실시하였음.

4장

분석결과

제1절 장애인의 일반 특성

제2절 신체건강 및 정신건강

제3절 건강생활 습관(식사, 수면, 운동, 음주, 흡연)

제4절 응급상황 및 외출지원

제5절 의료서비스 이용

제6절 의료지원 프로그램

제7절 건강 관련 삶의 질

4장

분석 결과

제1절 장애인의 일반 특성

1. 인구사회학적 특성

□ 성별로는 남성이 53.6%로 여성(46.4%)보다 높은 비율을 차지한 것으로 나타났다. 연령대별로는 노년층(60세 이상)이 41.2%로 가장 높았으며, 그 다음으로 중장년층(40세~59세)이 32.8%, 청년층(20세~39세)이 25.9%로 나타났다. 장애인 중 노년층이 가장 많은 비율을 차지함을 알 수 있다. 학력을 기준으로 보면, 고졸이 39.2%로 가장 높았고, 초졸 이하가 31.5%, 중졸이 17.6%로 뒤를 이었다. 반면, 초대졸(2년제)은 5.0%, 대졸(4년제)은 3.9%, 대학원 이상은 0.7%로 나타나, 전반적으로 낮은 학력 수준이 확인되었음. 거주지역에서는 군 지역에 거주하는 장애인이 70.5%로 시 지역(29.5%)보다 현저히 높은 비율을 보였음.

〈표 3〉 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

구분		인구사회학적 특성		비고
		빈도	퍼센트	
성별	남성	403	53.6	
	여성	349	46.4	
연령	20세 ~ 39세	195	25.9	
	40세 ~ 59세	247	32.8	
	60세 이상	310	41.2	
학력	초졸이하	233	31.5	
	중졸	130	17.6	
	고졸	290	39.2	
	초대졸(2년제)	37	5.0	
	대졸(4년제)	29	3.9	
	대학원 이상	5	0.7	
	기타	16	2.2	
거주지역	시지역	222	29.5	
	군지역	530	70.5	

2. 결혼 및 가족 특성

- 결혼 상태를 살펴본 결과, 미혼 상태가 47.9%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 유배우인 경우는 29.2%로 나타났다. 그 외 사별한 경우가 14.8%, 이혼한 경우는 6.5%로 확인되었다. 결혼 상태를 통해 미혼 장애인이 많은 비율을 차지하고 있음을 알 수 있음.
- 가구 유형을 분석한 결과, 부부(부모)+자녀 가구가 30.5%로 가장 높았으며, 1인 가구가 28.2%로 두 번째로 많았음. 부부 가구는 20.3%를 차지했으며, 한부모+자녀 가구가 11.6%로 뒤를 이었음. 또한, 조부모+부부+자녀 가구가 2.3%, 형제자매 등이 3.2%, 기타는 2.4%로 나타났다. 이를 통해 다양한 가구 유형에서 장애인들이 생활하고 있음을 추정 할 수 있음.
- 가구원 수를 기준으로 보면, 2명 가구가 34.8%로 가장 높은 비율을 보였으며, 1명 가구가 26.3%, 3명 가구가 19.1%, 4명 이상 가구가 19.7%로 나타났다. 이는 소규모 가구가 다수임을 보여주며, 특히 1인 가구 비율이 높다는 점이 눈에 띈다.

〈표 4〉 결혼 및 가족 특성

구분		결혼 및 가족 특성		비고
		빈도	퍼센트	
결혼상태	미혼	359	47.9	
	유배우	219	29.2	
	사별	111	14.8	
	이혼	49	6.5	
가구유형	1인 가구	211	28.2	
	부부	152	20.3	
	부부(부모)+자녀	228	30.5	
	조부모+부부+자녀	17	2.3	
	한부(모)+자녀	87	11.6	
	조부(모)+손자녀	11	1.5	
	형제자매 등	24	3.2	
	기타	18	2.4	
가구원 수	1명	198	26.3	
	2명	262	34.8	
	3명	144	19.1	
	4명 이상	148	19.7	

3. 경제 특성

- 빈곤 지위를 분석한 결과, 빈곤 상태에 있는 장애인이 60.1%로 비빈곤 상태(39.9%)보다 훨씬 높은 비율을 차지했음. 이를 통해 장애인 집단 내에서 경제적 어려움을 겪는 인구가 다수를 차지하고 있음을 알 수 있음.
- 경제 만족도에서는 만족하는 비율이 66.6%로 불만족(33.4%)보다 높은 것으로 나타났음. 이는 비록 빈곤 상태에 있는 장애인이 많지만, 일정 부분 경제 상황에 대한 긍정적인 인식이 존재함을 시사함. 경제적 어려움에도 불구하고, 만족도가 상대적으로 높은 이유는 다른 복지 혜택이나 지원과 관련이 있을 가능성이 있음.

〈표 5〉 경제 특성

(단위: 명, %)

구분		경제 특성		비고
		빈도	퍼센트	
빈곤지위	빈곤	433	60.1	
	비빈곤	288	39.9	
경제 만족도	불만족	247	33.4	
	만족	492	66.6	

4. 장애 등록 여부

- 장애 등록 여부를 살펴본 결과, 등록된 장애인이 97.6%로 대부분을 차지했으며, 미등록 장애인은 2.4%로 나타났다.
- 장애를 등록하지 않은 이유에 대해서는, 등록 절차에 대해 잘 몰라서와 등록을 해도 도움이 되지 않을 것 같아서, 그리고 장애인이라고 생각하지 않아서가 각각 21.4%로 동일하게 나타났다. 주변에 장애 여부를 알리고 싶지 않아서는 7.1%였으며, 기타 이유가 28.6%로 가장 높았다. 이는 장애 등록 절차와 관련된 정보 부족과 장애 인식의 문제 등이 장애 등록을 하지 않는 주요 요인임을 시사함.
- 장애 유형을 보면, 신체장애가 52.3%로 정신장애(47.7%)보다 조금 더 높은 비율을 차지했음. 신체장애가 다소 많은 비중을 차지하고 있지만, 정신장애 비율도 상당히 높음을 알 수 있음.
- 장애 정도에서는 중증장애인이 70.6%로 경증장애인(29.4%)보다 훨씬 많은 비율을 차지하고 있음. 이는 장애인 중 중증장애인이 다수를 차지하고 있음을 보여주며, 이들이 필요로 하는 지원이 중증장애 중심으로 강화될 필요가 있음을 시사함.

〈표 6〉 장애 등록 여부

(단위: 명, %)

구분		장애특성		비고
		빈도	퍼센트	
장애 등록	미등록 등록	18 731	2.4 99.6	
장애 등록을 하지 않은 이유	등록 절차에 대해 잘 몰라서 주변에 장애 여부를 알리고 싶지 않아서 등록을 해도 도움이 되지 않을 것 같아서 장애인이라고 생각하지 않아서 기타	3 1 3 3 4	21.4 7.1 21.4 21.4 28.6%	
장애 유형	신체장애 정신장애	391 356	52.3 47.7	
장애 정도	중증장애인 경증장애인	528 220	70.6 29.4	

제2절 신체건강 및 정신건강

1. 건강상태

- 먼저 성별에 따른 건강 상태를 살펴보면, 남성의 경우 건강 상태가 ' 좋음'이라고 평가한 비율이 56.3%로, 여성의 51.4%보다 높게 나타났음. 반면, '나쁨'으로 평가한 비율은 남성이 43.7%, 여성이 48.6%로 나타나, 남성이 여성보다 건강 상태를 긍정적으로 평가하는 경향이 있음을 알 수 있음. 이는 성별에 따라 건강 인식과 평가가 다를 수 있음을 시사함.
- 연령대에 따른 건강 상태를 분석하면, 연령이 높아질수록 건강 상태에 대한 부정적 평가가 증가하는 경향을 보임. 청년층(20세~39세)의 경우 건강 상태를 ' 좋음'이라고 평가한 비율이 80.9%로 가장 높았고, '나쁨'으로 평가한 비율은 19.1%로 매우 낮았음. 중장년층(40세~59세)은 ' 좋음' 비율이 56.7%, '나쁨' 비율이 43.3%로 청년층에 비해 건강 상태를 부정적으로 평가하는 경향이 증가했음. 노년층(60세 이상)은 '나쁨' 비율이 64.8%로 가장 높았으며, ' 좋음' 비율은 35.2%에 그쳐, 연령이 높아질수록 건강 상태가 부정적으로 평가되는 경향이 두드러졌음. 이는 나이가 들수록 건강 문제가 증가할 가능성이 크다는 것을 반영한 결과로 볼 수 있음.
- 거주지역에 따른 건강 상태를 보면, 시 지역 거주자의 경우 ' 좋음' 비율이 59.5%, '나쁨' 비율이 40.5%로 나타났음. 군 지역 거주자는 ' 좋음' 비율이 51.8%, '나쁨' 비율이 48.2%로, 시 지역에 비해 건강 상태를 부정적으로 평가하는 비율이 더 높았음. 이는 의료 서비스 접근성 등 지역적 차이가 건강 상태 평가에 영향을 미칠 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 건강 상태 분석에서는, 중증장애인이 ' 좋음'이라고 평가한 비율이 56.0%, '나쁨' 비율이 44.0%로 나타났음. 경증장애인의 경우 ' 좋음'과 '나쁨' 비율이 각각 50.0%로 동일하게 나타나, 중증장애인에 비해 경증장애인의 건강 상태에 대한 평가는 더 균등하게 분포되었음. 이는 중증장애인들이 경증장애인보다 건강 상태를 더 긍정적으로 평가하는 비율이 높음을 의미하며, 장애의 정도가 건강 상태 평가에 미치는 영향이 복합적임을 보여줌.

- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 건강 상태를 '나쁨'으로 평가한 비율이 60.9%로 나타났고, ' 좋음' 비율은 39.1%로 신체적 불편이 건강 상태에 부정적인 영향을 미친다고 평가하는 경향이 강했음. 반면 정신장애인은 ' 좋음' 비율이 70.7%, '나쁨' 비율이 29.3%로 신체장애인에 비해 건강 상태를 더 긍정적으로 평가하는 경향을 보였음.
- 마지막으로 빈곤 지위에 따른 건강 상태를 분석하면, 빈곤 상태에 있는 장애인의 경우 ' 좋음'이라고 평가한 비율이 54.7%, '나쁨' 비율이 45.3%로 나타났음. 비빈곤 장애인의 경우 ' 좋음'과 '나쁨' 비율이 각각 50.0%로 동일하게 나타나, 경제 상태가 건강 상태 평가에 영향을 미치는 중요한 요인임을 알 수 있음.
- 종합적으로, 건강 상태는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따라 다르게 평가되며, 특히 연령이 높아지거나 군 지역에 거주하며 신체장애를 가진 중증장애인일수록 건강 상태를 부정적으로 평가하는 경향이 두드러졌음. 이 결과는 장애인의 건강 상태 개선을 위한 정책적 지원이 필요함을 시사하며, 특히 지역적 접근성 및 장애 유형에 따른 맞춤형 의료 서비스가 요구됨.

〈표 7〉 건강상태

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			나쁨	좋음	
전체		100.0(751)	45.9	54.1	
성별	남성	100.0(403)	43.7	56.3	
	여성	100.0(348)	48.6	51.4	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	19.1	80.9	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	43.3	56.7	
	60세 이상	100.0(310)	64.8	35.2	
거주지역	시지역	100.0(222)	40.5	59.5	
	군지역	100.0(529)	48.2	51.8	
장애정도	중증장애인	100.0(527)	44.0	56.0	
	경증장애인	100.0(220)	50.0	50.0	
장애유형	신체장애	100.0(391)	60.9	39.1	
	정신장애	100.0(355)	29.3	70.7	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	45.3	54.7	
	비빈곤계층	100.0(288)	50.0	50.0	

2. 만성질환 유무

- 성별에 따른 분석에서 남성의 경우 54.5%가 만성질환이 있다고 응답한 반면, 여성은 60.5%로 남성보다 더 높은 비율을 보였음. 이는 여성 장애인들이 남성보다 만성질환을 더 많이 겪고 있음을 시사함.
- 연령대별로 살펴보면, 청년층(20세~39세)은 만성질환이 있다고 응답한 비율이 25.6%로 비교적 낮은 편이지만, 중장년층(40세~59세)에서는 55.7%, 노년층(60세 이상)에서는 78.4%로 크게 증가함. 이는 나이가 들수록 만성질환 발생 비율이 높아지는 일반적인 경향을 반영하고 있음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역(57.7%)과 군 지역(57.1%) 모두 비슷한 수준의 만성질환 발생 비율을 보였으며, 지역 간 큰 차이는 나타나지 않았음.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 경증장애인의 경우 67.7%가 만성질환이 있다고 응답했으며, 중증장애인은 53.0%로 경증장애인보다 낮은 비율을 보였음. 이는 경증장애인이 중증장애인보다 만성질환을 더 자주 겪고 있음을 보여줌.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 73.3%가 만성질환이 있다고 응답해, 정신장애인(39.7%)보다 훨씬 높은 비율을 보였음. 이는 신체장애인이 만성질환을 더 많이 경험하고 있음을 시사함.
- 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층(57.9%)과 비빈곤층(60.1%) 모두 만성질환이 있다고 응답한 비율이 유사하게 나타났음. 경제적 상황에 따라 만성질환 유무에 큰 차이는 나타나지 않았으나, 비빈곤층의 만성질환 비율이 다소 높게 나타난 점은 주목할 만함.

- 종합적으로, 만성질환 유무는 성별, 연령대, 장애 정도 및 유형에 따라 크게 차이를 보였음. 특히 나이가 많을수록, 여성일수록, 신체장애를 가졌을수록 만성질환 발생 비율이 높아지는 경향이 뚜렷하게 나타났음. 이는 만성질환 예방과 관리를 위해 각 집단별 특성에 맞춘 맞춤형 접근이 필요함을 시사함.

〈표 8〉 만성질환 유무

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			있음	없음	
전체		100.0(749)	57.3	42.7	
성별	남성	100.0(400)	54.5	45.5	
	여성	100.0(349)	60.5	39.5	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	25.6	74.4	
	40세 ~ 59세	100.0(244)	55.7	44.3	
	60세 이상	100.0(310)	78.4	21.6	
거주지역	시지역	100.0(220)	57.7	42.3	
	군지역	100.0(529)	57.1	42.9	
장애정도	중증장애인	100.0(525)	53.0	47.0	
	경증장애인	100.0(451)	67.7	32.3	
장애유형	신체장애	100.0(389)	73.3	26.7	
	정신장애	100.0(355)	39.7	60.3	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(432)	57.9	42.1	
	비빈곤계층	100.0(286)	60.1	39.9	

3. 만성질환 종류

- 분석 결과, 가장 높은 비율을 차지한 만성질환은 고혈압(45.3%)으로, 이는 조사 대상자의 거의 절반이 고혈압을 겪고 있음을 보여줌. 당뇨병(35.2%)과 허리통증(26.4%) 역시 높은 비율을 차지하고 있어, 대사성 질환과 만성 통증이 장애인의 주요 건강 문제임을 시사함.
- 골관절염(22.8%) 역시 흔한 만성질환으로 나타났으며, 이는 신체의 퇴행성 질환이 장애인의 생활에 미치는 영향을 강조함. 그 외에도 고지혈증(20.5%), 뇌혈관질환(15.8%), 목허리디스크(8.8%), 심장질환(6.0%), 신장질환(4.7%) 등의 다양한 만성질환이 보고되었음.
- 이러한 데이터는 장애인들이 여러 만성질환을 동시에 겪고 있음을 보여주며, 이들이 신체적, 대사적 건강 문제뿐만 아니라 복합적인 만성질환으로 인해 삶의 질이 크게 영향을 받을 수 있음을 나타냄.

〈표 9〉 만성질환 종류

(단위: 명, %)

구분	반응		케이스 중 %	비고
	N	퍼센트		
골관절염(퇴행성 관절염)	88	12.1%	22.8%	다중 응답
허리통증	102	14.0%	26.4%	
엉덩이통증	12	1.6%	3.1%	
목허리디스크	34	4.7%	8.8%	
뇌혈관질환	61	8.4%	15.8%	
고혈압	175	24.0%	45.3%	
당뇨병	136	18.7%	35.2%	
심장질환	23	3.2%	6.0%	
신장질환	18	2.5%	4.7%	
고지혈증	79	10.9%	20.5%	
전체	728	100.0%	188.6%	

4. 스트레스

- 성별에 따른 스트레스 경험을 살펴보면, 남성의 48.0%가 '전혀 느끼지 않았다'고 응답한 반면, 여성은 40.3%로 남성보다 상대적으로 스트레스를 덜 느끼는 비율이 낮았음. 반면 '자주 느꼈다'고 응답한 비율은 여성(16.2%)이 남성(12.2%)보다 높았으며, 이는 여성들이 스트레스를 더 자주 경험하고 있음을 시사함.
- 연령대별로 분석해보면, 청년층(20세~39세)에서 스트레스를 '항상 느꼈다'고 응답한 비율은 8.2%로 중장년층(7.3%)과 노년층(5.2%)보다 높게 나타났다. 이는 젊은 층에서 상대적으로 스트레스를 더 많이 경험하고 있음을 보여줌. 하지만 전반적으로 연령대에 상관없이 '전혀 느끼지 않았다'는 응답이 가장 많은 비율을 차지했음.
- 거주지역에 따른 스트레스 경험은 시 지역과 군 지역 간 큰 차이가 나타나지 않았음. 시 지역 거주자의 44.5%, 군 지역 거주자의 44.4%가 '전혀 느끼지 않았다'고 응답했으며, '항상 느꼈다'고 응답한 비율도 각각 6.4%와 6.8%로 유사했음.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인(45.5%)이 경증장애인(42.7%)보다 스트레스를 '전혀 느끼지 않았다'고 응답한 비율이 높았음. 반면, 경증장애인 중 '자주 느꼈다'는 응답 비율(16.8%)은 중증장애인(12.8%)보다 높았으며, 이는 경증장애인이 상대적으로 더 자주 스트레스를 경험하고 있음을 시사함.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 40.0%가 스트레스를 '전혀 느끼지 않았다'고 응답한 반면, 정신장애인은 49.4%로 신체장애인보다 스트레스를 덜 느끼는 비율이 높았음. 그러나 신체장애인의 17.7%는 '자주 느꼈다'고 응답해, 정신장애인(10.2%)보다 더 자주 스트레스를 경험하고 있음을 보여줌.

□ 빈곤지위에 따른 분석에서는 빈곤층의 46.2%가 '전혀 느끼지 않았다'고 응답한 반면, 비빈곤층은 42.2%로 나타나 경제적 상황이 스트레스 경험에 어느 정도 영향을 미치는 것으로 보임. 그러나 '자주 느꼈다'고 응답한 비율은 비빈곤층(15.0%)이 빈곤층(14.0%)보다 다소 높았음.

□ 종합적으로, 스트레스 경험은 성별, 연령대, 장애 정도 및 유형, 경제 상황에 따라 차이를 보였음. 특히 여성, 청년층, 경증장애인, 신체장애인, 비빈곤층에서 스트레스를 더 자주 경험하는 경향이 나타났으며, 이는 스트레스 관리와 심리적 지원이 특정 집단에 더 필요함을 시사함.

〈표 10〉 스트레스

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)				비고
			①	②	③	④	
전체		100.0(752)	44.4	34.8	14.1	6.7	
성별	남성	100.0(402)	48.0	32.6	12.2	7.2	
	여성	100.0(345)	40.3	37.4	16.2	6.1	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	44.3	36.6	10.8	8.2	
	40세 ~ 59세	100.0(245)	42.4	35.9	14.3	7.3	
	60세 이상	100.0(308)	46.1	32.8	15.9	5.2	
거주지역	시지역	100.0(220)	44.5	38.2	10.9	6.4	
	군지역	100.0(527)	44.4	33.4	15.4	6.8	
장애정도	중증장애인	100.0(523)	45.5	35.0	12.8	6.7	
	경증장애인	100.0(220)	42.7	33.6	16.8	6.8	
장애유형	신체장애	100.0(390)	40.0	35.4	17.7	6.9	
	정신장애	100.0(352)	49.4	33.8	10.2	6.5	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(429)	46.2	32.9	14.0	7.0	
	비빈곤계층	100.0(287)	42.2	37.3	15.0	5.6	

■ 응답문항

- ① 전혀 느끼지 않는다
- ② 가끔 느꼈다
- ③ 자주 느꼈다
- ④ 항상 느꼈다

5. 우울감 경험

- 성별에 따른 우울감 경험을 살펴보면, 여성의 39.1%가 우울감을 경험했다고 응답해 남성(29.5%)보다 더 높은 비율을 보였음. 이는 여성들이 남성보다 우울감을 더 자주 경험하고 있음을 시사함. 반면, '없다'고 응답한 비율은 남성(70.5%)이 여성(60.9%)보다 높았음.
- 연령대별 분석에서는 중장년층(40세~59세)에서 우울감을 경험한 비율이 37.0%로 가장 높았으며, 청년층(32.0%)과 노년층(32.8%)에서도 비슷한 수준으로 나타났음. 이는 연령대에 상관없이 상당수의 장애인들이 우울감을 경험하고 있음을 보여주며, 중장년층이 상대적으로 더 높은 비율로 우울감을 겪고 있음을 시사함.
- 거주지역에 따른 분석에서는 군 지역 거주자(35.3%)가 시 지역 거주자(30.8%)보다 우울감을 더 많이 경험하는 것으로 나타났음. 이는 군 지역 거주자들이 생활 환경이나 접근성 등의 문제로 인해 더 많은 심리적 부담을 겪고 있을 가능성을 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인의 34.5%가 우울감을 경험한 반면, 경증장애인의 경우 32.9%가 우울감을 경험했다고 응답했음. 이는 장애의 심각성에 상관없이 우울감을 겪는 장애인의 비율이 높은 수준을 유지하고 있음을 보여줌.
- 장애 유형별 분석에서는 신체장애인이 36.8%로 우울감을 더 많이 경험한 반면, 정신장애인은 31.1%로 상대적으로 낮은 비율을 보였음. 이는 신체적 장애가 정신적 고통과 더 많이 연결될 수 있음을 시사함.
- 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층(34.3%)과 비빈곤층(34.0%) 모두 우울감 경험 비율이 거의 비슷하게 나타났으며, 경제적 상황이 우울감 경험에 큰 영향을 미치지 않는 것으로 보임.

- 종합적으로, 우울감 경험은 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형에 따라 차이를 보였으며, 특히 여성, 중장년층, 군 지역 거주자, 신체장애인에 서 우울감을 더 많이 경험하는 경향이 나타났음. 이는 특정 집단에서 심리적 지원과 우울증 예방이 중요하다는 점을 시사함.

〈표 11〉 우울감 경험

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			있다	없다	
전체		100.0(752)	34.0	66.0	
성별	남성	100.0(400)	29.5	70.5	
	여성	100.0(348)	39.1	60.9	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	32.0	68.0	
	40세 ~ 59세	100.0(246)	37.0	63.0	
	60세 이상	100.0(308)	32.8	67.2	
거주지역	시지역	100.0(221)	30.8	69.2	
	군지역	100.0(527)	35.3	64.7	
장애정도	중증장애인	100.0(525)	34.5	65.5	
	경증장애인	100.0(219)	32.9	67.1	
장애유형	신체장애	100.0(389)	36.8	63.2	
	정신장애	100.0(354)	31.1	68.9	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(429)	34.3	65.7	
	비빈곤계층	100.0(288)	34.0	66.0	

6. 우울감 경험 이유

- 성별에 따른 우울감의 이유를 살펴보면, 남성의 경우 신체적 건강이 좋지 않아서가 38.3%로 가장 높은 비율을 차지하며, 남성들이 우울감을 느끼는 주된 원인으로 작용하고 있음. 이어서 가족 구성원의 지지 부족(18.3%)과 장애로 인한 차별 경험(10.8%)이 중요한 요인으로 나타났음. 반면, 여성은 신체적 건강이 좋지 않아서가 42.6%로 남성보다 더 높은 비율을 보였으며, 가족 구성원의 지지 부족(11.6%)과 경제적 어려움(7.8%)도 우울감의 주요 원인으로 작용하고 있음.
- 연령대별로 보면, 청년층(20세~39세)은 취업의 실패 및 고용 불안(8.3%)과 장애로 인한 차별 경험(11.7%)이 주요 요인으로 나타나고 있으며, 신체적 건강 문제는 20.0%로 상대적으로 낮은 비율을 차지하고 있음. 중장년층(40세~59세)은 신체적 건강이 좋지 않아서가 38.9%로 주요 원인으로 나타났고, 노년층(60세 이상)은 신체적 건강 문제가 54.5%로 가장 큰 비중을 차지했음. 나이가 많아질수록 신체적 건강이 우울감의 주요 이유로 작용하고 있음을 알 수 있음.
- 거주지역별로 살펴보면, 시 지역에서는 신체적 건강이 좋지 않아서가 43.9%로 가장 큰 원인이었으며, 군 지역도 비슷하게 신체적 건강 문제가 39.3%로 가장 높은 비율을 차지하고 있음. 다만, 군 지역에서는 장애로 인한 차별 경험이 시 지역보다 더 높은 비율로 나타나, 지역 간 차별 경험의 차이가 우울감에 영향을 미치고 있음을 보여줌.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 경증장애인(50.7%)이 중증장애인(36.2%)보다 신체적 건강 문제로 인한 우울감을 더 많이 경험하고 있으며, 중증장애인의 경우 장애로 인한 차별 경험이 10.2%로 나타나 경증장애인보다 높았음.

□ 장애 유형별로 살펴보면, 신체장애인은 신체적 건강이 좋지 않아서가 48.9%로 가장 큰 원인으로 작용하고 있으며, 정신장애인의 경우 장애로 인한 차별 경험(10.1%)과 취업의 실패 및 고용 불안(5.5%)이 상대적으로 높은 비율로 나타났음. 이는 신체장애인과 정신장애인이 겪는 우울감의 원인이 다소 다름을 보여줌.

□ 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층과 비빈곤층 모두 신체적 건강 문제가 주요 요인으로 나타났으며, 비빈곤층(46.2%)이 빈곤층(38.8%)보다 더 높은 비율을 보였음. 빈곤층에서는 경제적 어려움과 취업의 실패 및 고용 불안이 상대적으로 더 큰 영향을 미치고 있는 것으로 나타났음.

〈표 12〉 우울감 경험 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)						비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	
전체		100.0(249)	4.0	7.6	14.9	8.8	40.6	24.1	
성별	남성	100.0(120)	4.2	10.8	18.3	10.0	38.3	18.3	
	여성	100.0(129)	3.9	4.7	11.6	7.8	42.6	29.5	
연령	20세 ~ 39세	100.0(60)	8.3	11.7	20.0	10.0	20.0	30.0	
	40세 ~ 59세	100.0(90)	5.6	10.0	11.1	6.7	38.9	27.8	
	60세 이상	100.0(99)	0.0	3.0	15.2	10.1	54.5	17.2	
거주지역	시지역	100.0(66)	4.5	6.1	18.2	6.1	43.9	21.2	
	군지역	100.0(183)	3.8	8.2	13.7	9.8	39.3	25.1	
장애정도	중증장애인	100.0(177)	3.4	10.2	15.3	8.5	36.2	26.6	
	경증장애인	100.0(71)	5.6	1.4	14.1	9.9	50.7	18.3	
장애유형	신체장애	100.0(139)	2.9	5.8	13.7	10.1	48.9	18.7	
	정신장애	100.0(109)	5.5	10.1	16.5	7.3	29.4	31.2	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(147)	4.8	8.8	14.3	8.8	38.8	24.5	
	비빈곤계층	100.0(93)	3.2	5.4	15.1	7.5	46.2	22.6	

■ 응답문항

- ① 취업의 실패 및 고용 불안(직업이 없어서) ② 장애로 인한 차별 경험
 ③ 가족 구성원의 지지(관심)가 없어서 ④ 경제적 어려움
 ⑤ 신체적 건강이 좋지 않아서 ⑥ 기타

제3절 건강생활 습관(식사, 수면, 운동, 음주, 흡연)

1. 건강관리

- 먼저 성별에 따른 건강관리 관심도를 살펴보면, 남성의 경우 건강관리에 '관심 없음'이라고 응답한 비율이 16.7%, 여성은 '관심 없음' 비율이 22.5%로, 남성보다 건강관리에 관심이 없다는 응답 비율이 더 높았음. 이는 성별에 따라 건강관리에 대한 관심이 달라질 수 있음을 시사하며, 특히 여성의 경우 건강관리에 대한 관심이 상대적으로 낮은 경향을 보였음.
- 연령대에 따른 분석 결과, 청년층(20세~39세)의 경우 건강관리에 '관심 없음'이라고 응답한 비율이 25.4%로, 중장년층(17.6%)과 노년층(17.1%)에 비해 가장 높았음. 반면, 중장년층과 노년층에서는 각각 82.4%와 82.9%가 건강관리에 관심이 없다고 응답하여 연령대가 높아질수록 건강관리의 중요성을 더 인식하고 있음이 드러났음. 청년층의 낮은 관심은 건강관리의 필요성을 덜 느낄 가능성을 반영함.
- 거주지역에 따른 건강관리 관심도를 보면, 시 지역 거주자의 '관심 없음' 비율은 16.9%로 군 지역(20.4%)보다 낮게 나타났다. 이는 시 지역 거주자들이 상대적으로 건강관리에 더 관심을 기울이는 경향이 있으며, 이는 도시 지역의 의료 접근성이나 건강 관련 정보의 접근성에서 차이가 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 건강관리 관심도를 보면, 중증장애인의 경우 '관심 없음' 비율이 20.8%로 경증장애인(15.9%)보다 높게 나타났다. 이는 중증장애인이 일상적인 건강관리보다는 다른 생존과 관련된 문제에 더 집중하고 있음을 시사할 수 있으며, 경증장애인은 상대적으로 건강관리에 더 관심을 가질 가능성이 있음.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 '관심 없음' 비율이 17.9%로, 정신장애인의 21.0%보다 낮게 나타났다. 이는 신체장애인이 건강관리에 대해 더 많은 관심을 기울이는 경향이 있음을 보여줌. 신체적 장애인은 일상적인 건강관리가 더 필수적일 수 있으며, 반면 정신장애인의 경우 건강관리에 대한 접근이 제한되거나 필요성을 덜 느낄 가능성이 있음.

- 빈곤지위에 따른 건강관리 관심도를 보면, 빈곤층의 '관심 없음' 비율이 18.8%, 비빈곤층의 경우 20.3%로 나타났다. 흥미롭게도 빈곤층이 비빈곤층보다 건강관리에 더 관심을 보이는 것으로 나타났는데, 이는 빈곤층에서 자신의 건강 상태를 더 신경 쓸 필요성을 느낄 수 있음을 시사함.
- 종합적으로, 건강관리 관심도는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따라 차이를 보였음. 특히 여성, 청년층, 군 지역 거주자, 중증장애인, 정신장애인, 비빈곤층에서 건강관리에 대한 관심이 상대적으로 낮은 경향을 보였음. 이 결과는 각기 다른 집단의 특성에 맞춘 건강관리 교육과 지원이 필요함을 시사하며, 특히 관심이 낮은 그룹에 대한 맞춤형 접근이 필요함.

〈표 13〉 건강관리

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			관심 없음	관심 있음	
전체		100.0(748)	19.4	80.6	
성별	남성	100.0(401)	16.7	83.3	
	여성	100.0(347)	22.5	77.5	
연령	20세 ~ 39세	100.0(193)	25.4	74.6	
	40세 ~ 59세	100.0(245)	17.6	82.4	
	60세 이상	100.0(310)	17.1	82.9	
거주지역	시지역	100.0(219)	16.9	83.1	
	군지역	100.0(529)	20.4	79.6	
장애정도	중증장애인	100.0(524)	20.8	79.2	
	경증장애인	100.0(220)	15.9	84.1	
장애유형	신체장애	100.0(391)	17.9	82.1	
	정신장애	100.0(352)	21.0	79.0	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(432)	18.8	81.3	
	비빈곤계층	100.0(286)	20.3	79.7	

2. 아침식사

- 성별에 따른 아침식사 빈도를 살펴보면, 남성의 경우 '매일 하는 편이다'라고 응답한 비율이 81.3%로 나타나, 68.5%인 여성보다 더 높은 아침식사 빈도를 보였음. 남성은 '주 3회 이상' 하는 비율도 낮아, 전반적으로 여성보다 더 규칙적으로 아침식사를 하는 경향이 있었음. 반면, 여성은 '주 3회 이상 하는 편'이라는 응답 비율이 19.2%로 남성보다 높아 아침식사 빈도가 상대적으로 불규칙한 경향을 보였음.
- 연령대에 따른 분석에서는 연령이 높아질수록 아침식사 빈도가 증가하는 경향을 보였음. 청년층(20세~39세)은 '매일 하는 편이다'라고 응답한 비율이 68.7%로 가장 낮았고, 반면, 중장년층(40세~59세)과 노년층(60세 이상)은 각각 76.0%와 79.0%가 '매일 아침식사를 한다'고 응답해, 연령대가 높아질수록 아침식사를 규칙적으로 하는 경향이 강해졌음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 군 지역 거주자의 경우 '매일 아침식사를 한다'는 비율이 77.9%로 시 지역(69.2%)보다 높게 나타났음. 시 지역에서는 '주 3회 이상 하는 편이다'라는 응답이 10.0%로 군 지역(9.1%)보다 많아, 군 지역 거주자가 시 지역보다 아침식사를 더 규칙적으로 하는 경향을 보였음. 이는 지역적 환경이나 생활 패턴이 아침식사 습관에 영향을 미칠 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 아침식사 빈도를 보면, 중증장애인의 경우 '매일 아침식사를 한다'는 비율이 77.6%로 경증장애인(70.5%)보다 높았다. 경증장애인은 '주 3회 이상' 아침식사를 한다는 비율이 14.5%로 상대적으로 높은 반면, 중증장애인은 7.0%로 더 낮은 비율을 보였음. 이는 중증장애인이 경증장애인보다 더 규칙적인 식사 습관을 유지하고 있음을 보여줌.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 '매일 아침식사를 한다'는 비율이 78.3%로, 정신장애인(72.4%)보다 높게 나타났다. 또한, 정신장애인은 '주 3회 이상 아침식사를 한다'는 비율이 21.1%로 신체장애인(10.0%)에 비해 높았음. 이는 신체장애인이 더 규칙적인 아침식사 습관을 유지하는 반면, 정신장애인의 경우 불규칙한 식사 패턴이 나타날 수 있음을 시사함.

- 종합적으로, 아침식사 빈도는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따라 차이가 나타났다. 남성, 노년층, 군 지역 거주자, 중증 장애인, 신체장애인, 비빈곤층에서 아침식사를 규칙적으로 하는 경향이 강하게 나타났으며, 특히 청년층, 여성, 정신장애인, 빈곤층은 아침식사 습관이 더 불규칙한 경향을 보였다. 이러한 결과는 각기 다른 집단에 맞춘 영양 교육 및 건강 지원 프로그램이 필요함을 시사함

〈표 14〉 아침식사 빈도

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)			비고
			매일	주3회	하지 않음	
전체		100.0(751)	75.4	9.3	15.3	
남성 여성	성별	100.0(402)	81.3	6.7	11.9	
		100.0(349)	68.5	12.3	19.2	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	68.7	9.2	22.1	
	40세 ~ 59세	100.0(246)	76.0	6.1	17.9	
	60세 이상	100.0(310)	79.0	11.9	9.0	
거주지역	시지역	100.0(221)	69.2	10.0	20.8	
	군지역	100.0(530)	77.9	9.1	13.0	
장애정도	중증장애인	100.0(527)	77.6	7.0	15.4	
	경증장애인	100.0(220)	70.5	14.5	15.0	
장애유형	신체장애	100.0(391)	78.3	11.8	10.0	
	정신장애	100.0(355)	72.4	6.5	21.1	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	73.2	10.4	16.4	
	비빈곤계층	100.0(288)	78.5	8.3	13.2	

3. 아침식사 결식 이유

- 먼저, 성별에 따른 아침결식 이유에서 남성은 '습관이 되었기 때문에'(58.0%)라는 응답이 가장 높았으며, '먹기 싫거나 귀찮기 때문에'(30.0%)가 그 뒤를 이었다. 여성 역시 '습관이 되었기 때문에'(48.5%)가 가장 큰 비율을 차지했지만, '먹기 싫거나 귀찮기 때문에'(35.3%) 응답 비율이 남성보다 높게 나타나, 남성과 여성 모두 아침결식을 습관화하는 경향이 있지만, 여성은 더 자주 귀찮음이나 식욕 부족을 이유로 들었음.
- 연령대에 따른 분석에서는 모든 연령대에서 '습관이 되었기 때문에'라는 이유가 가장 높았으나, 청년층(54.5%)과 중장년층(57.8%)에서 그 비율이 높게 나타났음. 반면, 노년층에서는 '먹기 싫거나 귀찮기 때문에'(37.9%)라는 응답이 가장 높아, 나이가 들수록 아침을 결식하는 이유가 습관보다는 귀찮음이나 식욕 부족으로 바뀌는 경향이 있었음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역과 군 지역 모두에서 '습관이 되었기 때문에'가 가장 큰 이유였으나, 군 지역(49.3%)보다 시 지역(57.4%)에서 더 높았음. 군 지역에서는 '먹기 싫거나 귀찮기 때문에'(33.8%)가 두 번째로 높았음.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인과 경증장애인 모두 '습관이 되었기 때문에'가 주요 이유였으나, 경증장애인의 경우 '먹기 싫거나 귀찮기 때문에'(41.7%) 비율이 높았음. 이는 경증장애인이 아침을 더 자주 결식하는 이유가 기호적인 요소와 관련이 있음을 시사함.
- 장애 유형에서는 신체장애인과 정신장애인 모두 '습관'이 가장 큰 이유였으나, 신체장애인은 '먹기 싫거나 귀찮기 때문에'(26.8%)가 두 번째로 많이 응답되었음.
- 빈곤지위에 따른 분석에서는 빈곤층과 비빈곤층 모두 '습관이 되었기 때문에'가 가장 큰 이유로 나타났으며, 빈곤층은 '먹기 싫거나 귀찮기 때문에'(36.1%)라는 응답 비율이 비빈곤층보다 높았음.

□ 요약하면, 대부분의 집단에서 아침결식 이유로 '습관'이 가장 주요한 원인이었으나, 연령대나 경제적 상태에 따라 아침을 먹지 않는 이유는 다소 차이가 있었음. 특히 귀찮음이나 식욕 부족은 여성, 노년층, 경증장애인, 빈곤층에서 더 중요한 이유로 나타났으며, 이러한 결과는 아침식사 습관 형성에 있어 개인적 및 사회적 요인들이 복합적으로 작용함을 시사함.

〈표 15〉 아침식사 결식 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)						비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	
전체		100.0(118)	4.2	6.8	33.1	2.5	52.5	0.8	
성별	남성	100.0(50)	2.0	6.0	30.0	4.0	58.0	0.0	
	여성	100.0(68)	5.9	7.4	35.3	1.5	48.5	1.5	
연령	20세 ~ 39세	100.0(44)	4.5	6.8	31.8	2.3	54.5	0.0	
	40세 ~ 59세	100.0(45)	2.2	6.7	31.1	2.2	57.8	0.0	
	60세 이상	100.0(29)	6.9	6.9	37.9	3.4	41.4	3.4	
거주지역	시지역	100.0(47)	4.3	4.3	31.9	0.0	57.4	2.1	
	군지역	100.0(71)	4.2	8.5	33.8	4.2	49.3	0.0	
장애정도	중증장애인	100.0(81)	3.7	7.4	28.4	1.2	58.0	1.2	
	경증장애인	100.0(36)	5.6	5.6	41.7	5.6	41.7	0.0	
장애유형	신체장애	100.0(41)	7.3	7.3	26.8	4.9	53.7	0.0	
	정신장애	100.0(76)	2.6	6.6	35.5	1.3	52.6	1.3	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(72)	4.2	4.2	36.1	2.8	51.4	1.4	
	비빈곤계층	100.0(40)	5.0	7.5	30.0	2.5	55.0	0.0	

■ 응답문항

- ① 혼자 먹을 수 없거나 활동지원사 등 도움 줄 사람이 없기 때문에 ,
 ② 소화불량, 배설의 어려움 등 장애가 아닌 다른 질병 때문에, ③ 먹기 싫거나 귀찮기 때문에,
 ④ 씹는 능력이 없어서 , ⑤ 습관이 되었기 때문에, ⑥ 소득이 적기 때문에

4. 하루 숙면

- 성별에 따른 숙면 여부를 보면, 남성의 경우 73.0%가 하루 7시간 이상 숙면한다고 응답한 반면, 여성은 63.6%만이 숙면한다고 응답하여 남성이 여성보다 숙면 비율이 높게 나타났음. 반면, 숙면하지 못한다는 응답은 여성이 36.4%로 남성(27.0%)보다 더 높아, 여성이 상대적으로 수면의 질이 낮음을 시사함.
- 연령대에 따른 분석에서는 연령이 높아질수록 숙면 비율이 감소하는 경향이 나타났음. 청년층(20세~39세)은 79.5%가 숙면한다고 응답해 가장 높은 비율을 보였으며, 중장년층(40세~59세)은 70.4%, 노년층(60세 이상)은 60.3%로 숙면 비율이 점차 감소했음. 특히 노년층에서는 숙면하지 못한다는 응답이 39.7%로 나타나, 연령이 증가할수록 수면의 질이 떨어지는 경향이 있었음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역 거주자의 72.1%가 숙면한다고 응답해, 군 지역 거주자(67.2%)보다 숙면 비율이 높게 나타났음. 숙면하지 못한다고 응답한 비율은 시 지역이 27.9%, 군 지역이 32.8%로, 군 지역 거주자가 숙면을 취하지 못하는 비율이 더 높았음. 이는 지역적 요인, 특히 생활환경이 수면의 질에 영향을 미칠 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 숙면 여부에서는 중증장애인의 71.2%가 숙면한다고 응답해, 경증장애인(63.2%)보다 높은 숙면 비율을 보였음. 반면, 경증장애인의 경우 숙면하지 못한다는 응답 비율이 36.8%로 중증장애인(28.8%)보다 높아, 경증장애인이 더 큰 수면 문제를 겪고 있음을 시사함.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 61.9%가 숙면한다고 응답했으며, 정신장애인은 76.4%로 더 높은 숙면 비율을 보였음. 반면 신체장애인의 38.1%는 숙면하지 못한다고 응답해, 신체적 불편이 수면의 질에 더 큰 영향을 미칠 수 있음을 나타냈음.

- 마지막으로 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층의 69.1%가 숙면한다고 응답한 반면, 비빈곤층의 67.0%가 숙면한다고 응답해 큰 차이는 없었음. 그러나 숙면하지 못한다는 응답 비율은 비빈곤층이 33.0%, 빈곤층이 30.9%로 나타났음.
- 종합적으로, 숙면 여부는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형에 따라 차이를 보였음. 남성, 청년층, 시 지역 거주자, 중증장애인, 정신장애인에서 숙면 비율이 더 높았으며, 반면 여성, 노년층, 군 지역 거주자, 경증장애인, 신체장애인은 숙면을 취하지 못하는 비율이 더 높았음. 이 결과는 수면의 질을 개선하기 위해 성별, 연령대, 지역, 장애 유형별 맞춤형 지원이 필요함을 시사함.

〈표 16〉하루 7시간 이상 숙면

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			숙면한다	숙면하지 못한다	
전체		100.0(752)	68.6	31.4	
성별	남성	100.0(403)	73.0%	27.0%	
	여성	100.0(349)	63.6%	36.4%	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	79.5%	20.5%	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	70.4%	29.6%	
	60세 이상	100.0(310)	60.3%	39.7%	
거주지역	시지역	100.0(222)	72.1%	27.9%	
	군지역	100.0(530)	67.2%	32.8%	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	71.2%	28.8%	
	경증장애인	100.0(220)	63.2%	36.8%	
장애유형	신체장애	100.0(391)	61.9%	38.1%	
	정신장애	100.0(356)	76.4%	23.6%	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	69.1%	30.9%	
	비빈곤계층	100.0(288)	67.0%	33.0%	

5. 숙면하지 못하는 이유

- 성별에 따른 숙면 방해 요인을 보면, 남성은 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 47.0%로 가장 많았으며, '호흡불안, 욕창, 강직 등 장애로 인한 어려움'(21.0%)이 그 뒤를 이었음. 반면, 여성은 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답 비율이 59.0%로 남성보다 높았으며, '스트레스, 고민 등 정서적 이유'(25.6%)도 여성에게 더 중요한 숙면 방해 요인으로 작용했음. 이는 여성들이 상대적으로 더 많은 정서적 문제와 수면장애를 경험하고 있음을 시사함.
- 연령대에 따른 분석에서는, 모든 연령대에서 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 가장 큰 비율을 차지했음. 청년층(20세~39세)의 경우 43.2%가 이유 없이 잠을 이루지 못한다고 응답했으며, 그다음으로 '밤에 활동하는 것을 좋아한다'는 응답 비율이 18.9%로 높았음. 반면, 노년층(60세 이상)에서는 62.1%가 이유 없이 잠을 이루지 못한다고 응답했으며, '스트레스, 고민 등 정서적 이유'는 18.1%로 나타났음. 이는 연령대에 따라 수면 방해 요인이 다소 달라지며, 특히 노년층에서 불면증이 더 심각한 문제임을 시사함.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역과 군 지역 모두에서 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 가장 많았음(각각 53.6%, 53.4%). 시 지역에서는 '스트레스, 고민 등 정서적 이유'로 숙면하지 못한다는 응답이 28.6%로 군 지역(21.1%)보다 높았으며, 군 지역에서는 '호흡불안, 욕창 등 장애로 인한 어려움'이 17.4%로 시 지역(10.7%)보다 더 많은 숙면 방해 요인으로 작용했음. 이는 지역별 생활 환경이나 스트레스 요인이 수면에 영향을 미칠 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인의 경우 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 52.5%로 나타났으며, '호흡불안, 욕창 등 장애로 인한 어려움'이 18.0%로 나타나 숙면에 중요한 방해 요소였음. 반면 경증장애인은 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 53.3%로 더 많았으며, '스트레스, 고민'이 29.3%로 중증장애인보다 더 큰 비율을 차지했다. 이는 장애 정도에 따라 숙면 방해 요인이 다를 수 있음을 보여줌.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 55.0%로 나타났으며, '호흡불안, 욕창 등 장애로 인한 어려움'(15.0%)이 그다음으로 많았음. 정신장애인은 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 48.6%로 다소 낮았으나, '정서적 이유'(21.6%)가 주요 숙면 방해 요인으로 나타났다. 이는 신체장애인과 정신장애인 사이에서 수면 방해 요인이 다르게 작용함을 시사함.

□ 마지막으로 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층의 경우 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 50.0%로 가장 많았으며, '정서적 이유'로 인해 숙면하지 못한다는 응답 비율이 25.8%로 나타났다. 비빈곤층은 '이유 없이 잠이 안 온다'는 응답이 58.9%로 더 높았으며, '호흡불안 등 장애로 인한 어려움'은 상대적으로 적었음. 이는 경제적 지위가 수면의 질과 정서적 이유에 미치는 영향을 보여줌.

□ 종합적으로, 숙면하지 못하는 주요 요인은 성별, 연령대, 장애 유형 및 정도, 거주 지역, 경제 상태에 따라 다르게 나타났다. 남성과 청년층은 주로 이유 없는 불만을 겪고 있는 반면, 여성과 노년층은 정서적 요인과 장애로 인한 신체적 어려움이 더 큰 숙면 방해 요인으로 작용하고 있음. 이 결과는 각기 다른 집단에 맞는 수면 개선 전략과 지원이 필요함을 시사함.

〈표 17〉 숙면하지 못하는 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)				비고
			①	②	③	④	
전체		100.0(217)	15.7	23.0	7.8	53.5	
성별	남성	100.0(100)	21.0	20.0	12.0	47.0	
	여성	100.0(117)	11.1	25.6	4.3	59.0	
연령	20세 ~ 39세	100.0(37)	16.2	21.6	18.9	43.2	
	40세 ~ 59세	100.0(64)	15.6	32.8	7.8	43.8	
	60세 이상	100.0(116)	15.5	18.1	4.3	62.1	
거주지역	시지역	100.0(56)	10.7	28.6	7.1	53.6	
	군지역	100.0(161)	17.4	21.1	8.1	53.4	
장애정도	중증장애인	100.0(139)	18.0	20.1	9.4	52.5	
	경증장애인	100.0(75)	12.0	29.3	5.3	53.3	
장애유형	신체장애	100.0(140)	15.0	24.3	5.7	55.0	
	정신장애	100.0(74)	17.6	21.6	12.2	48.6	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(120)	17.5	25.8	6.7	50.0	
	비빈곤계층	100.0(90)	14.4	17.8	8.9	58.9	

■ 응답문항

- ① 호흡불안(가래 끓음 등), 욕창, 강직 등 장애로 인한 어려움 때문에
- ② 스트레스, 고민 등 정서적 이유 때문에
- ③ 밤에 TV 시청, 독서, 친구들과 놀기 등 활동하는 것을 좋아하기 때문
- ④ 이유 없이 잠이 안 오기 때문에

6. 운동 빈도

- 성별에 따른 운동 빈도를 살펴보면, 남성은 32.8%가 '거의 매일' 운동을 한다고 응답해 여성(24.1%)보다 운동 빈도가 높았음. 반면, '운동을 하지 않는다'는 응답 비율은 남성 21.1%, 여성 28.2%로 나타나, 여성의 경우 운동을 하지 않는 비율이 남성보다 높았음. 남성은 일주일에 2~3번 정도 운동을 하는 비율도 21.6%로, 여성(27.0%)보다 약간 낮은 편이었음. 이는 남성이 운동을 더 자주 하는 경향을 보이며, 여성은 비교적 덜 자주 운동을 하는 경향이 있음을 시사함.
- 연령대에 따른 분석에서는, 청년층(20세~39세)과 중장년층(40세~59세)의 운동 빈도가 비슷한 경향을 보였다. 청년층의 29.4%와 중장년층의 29.1%가 '거의 매일' 운동을 한다고 응답했으며, '일주일에 2~3번 정도' 운동하는 비율도 각각 29.9%와 29.1%로 유사했음. 그러나 노년층(60세 이상)은 '운동을 하지 않는다'는 비율이 31.6%로 가장 높았으며, '거의 매일' 운동하는 비율은 28.1%로 나타나, 연령이 높아질수록 운동 빈도가 감소하는 경향을 보였음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역 거주자와 군 지역 거주자 간의 운동 빈도 차이가 상대적으로 적었음. 시 지역 거주자의 27.6%와 군 지역 거주자의 29.2%가 '거의 매일' 운동한다고 응답했으며, '운동을 하지 않는다'는 응답 비율은 각각 22.2%와 25.3%로 나타났음. 이는 거주 지역에 따른 큰 차이 없이, 두 지역 모두 운동 빈도가 비슷함을 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인과 경증장애인 간의 운동 빈도 차이가 나타났음. 중증장애인의 27.9%가 '거의 매일' 운동한다고 응답했으며, 경증장애인은 31.4%로 중증장애인보다 높은 운동 빈도를 보였음. 반면, '운동을 하지 않는다'는 응답은 중증장애인에서 25.0%, 경증장애인에서 22.7%로 나타났음. 이는 경증장애인이 중증장애인에 비해 더 자주 운동을 하는 경향을 보여줌.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인과 정신장애인 간의 운동 빈도 차이가 확인되었음. 신체장애인의 29.4%가 '거의 매일' 운동한다고 응답했으며, 정신장애인은 28.2%로 유사한 비율을 보였음. 그러나 '운동을 하지 않는다'는 응답 비율은 신체장애인이 28.4%로 정신장애인(20.0%)보다 높아, 신체장애인이 정신장애인보다 운동 참여도가 다소 낮음을 시사했음.

- 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층과 비빈곤층 모두에서 '거의 매일' 운동한다는 응답이 각각 30.9%와 27.2%로 나타났으며, 빈곤층에서 운동 빈도가 약간 더 높았음. '운동을 하지 않는다'는 비율은 빈곤층에서 23.6%, 비빈곤층에서 26.1%로, 빈곤층이 운동에 대한 참여가 조금 더 활발한 경향을 보였음.
- 종합적으로, 운동 빈도는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따라 차이를 보였음. 남성, 중장년층, 군 지역 거주자, 경증장애인, 정신장애인, 빈곤층에서 상대적으로 운동 빈도가 더 높았으며, 반면 여성, 노년층, 시 지역 거주자, 중증장애인, 신체장애인, 비빈곤층에서는 운동 참여도가 다소 낮게 나타났음. 이는 운동 참여도를 높이기 위한 맞춤형 프로그램이 필요함을 시사함.

〈표 18〉 운동 빈도

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)						비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	
전체		100.0(751)	24.4	3.9	7.6	24.1	11.3	28.8	
성별	남성	100.0(403)	21.1	4.2	7.7	21.6	12.7	32.8	
	여성	100.0(348)	28.2	3.4	7.5	27.0	9.8	24.1	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	22.7	3.1	7.2	29.9	7.7	29.4	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	16.6	4.5	8.1	29.1	12.6	29.1	
	60세 이상	100.0(310)	31.6	3.9	7.4	16.5	12.6	28.1	
거주지역	시지역	100.0(221)	22.2	3.2	9.0	26.7	11.3	27.6	
	군지역	100.0(530)	25.3	4.2	7.0	23.0	11.3	29.2	
장애정도	중증장애인	100.0(527)	25.0	2.1	7.4	26.0	11.6	27.9	
	경증장애인	100.0(220)	22.7	8.2	7.7	20.0	10.0	31.4	
장애유형	신체장애	100.0(391)	28.4	5.1	7.4	17.6	12.0	29.4	
	정신장애	100.0(355)	20.0	2.5	7.6	31.5	10.1	28.2	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	23.6	2.3	7.4	24.9	10.9	30.9	
	비빈곤계층	100.0(287)	26.1	5.9	7.3	22.6	10.8	27.2	

■ 응답문항

- ① 안한다, ② 한 달에 1번, ③ 한 달에 2~3번 정도, ④ 일주일에 2~3번 정도, ⑤ 일주일에 4~5번 정도
⑥ 거의 매일

7. 운동을 하지 않는 이유

- 성별에 따른 운동을 하지 않는 이유를 보면, 남성과 여성 모두에서 '장애로 인한 신체적 한계'가 가장 큰 이유로 나타났음. 남성의 75.8%, 여성의 78.2%가 이 이유를 선택했음. 다만, 여성은 '시간적 여유가 없어서'(10.3%)가 남성(7.6%)보다 더 큰 비율을 차지했으며, 남성은 '사람들의 시선이 신경 쓰이기 때문에'(6.1%) 비율이 여성(2.6%)보다 높았음. 이는 남성보다 여성이 시간 부족을 더 큰 장애 요인으로 느끼고, 남성은 여성보다 타인의 시선을 더 의식하는 경향을 나타냄.
- 연령대에 따른 분석에서는 연령이 높아질수록 '장애로 인한 신체적 한계'가 운동을 하지 않는 주된 이유로 나타났음. 청년층(20세~39세)의 34.8%만이 이 이유를 꼽았으며, 중장년층(40세~59세)에서는 71.9%, 노년층(60세 이상)은 89.9%로 가장 높은 비율을 보였음. 청년층은 '시간적 여유가 없어서'(26.1%)가 중요한 이유였으며, 노년층에서는 '사람들의 시선'과 '경제적 부담'이 운동을 하지 않는 이유로 거의 작용하지 않았음. 이는 연령에 따라 운동 참여에 있어 신체적 한계가 점점 더 큰 요인이 됨을 시사함.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역과 군 지역 모두에서 '장애로 인한 신체적 한계'가 운동을 하지 않는 주요 원인으로 나타났음. 시 지역 거주자의 80.0%, 군 지역 거주자의 76.0%가 이 이유를 선택했음. 그러나 군 지역에서는 '시간적 여유가 없어서'(9.6%)와 '헬스장이나 스포츠 센터의 접근성'(8.7%)이 시 지역보다 더 큰 문제로 나타났음. 이는 군 지역에서의 생활환경이 운동 참여를 더 어렵게 만들 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인(79.0%)과 경증장애인(72.1%) 모두 '장애로 인한 신체적 한계'가 운동을 하지 않는 주요 이유로 나타났음. 하지만 경증장애인은 '시간적 여유가 없어서'(14.0%) 비율이 더 높아, 경증장애인은 중증장애인에 비해 운동 참여에 있어 시간 제약을 더 느끼고 있음을 보여줌.

- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 87.4%가 '장애로 인한 신체적 한계'를 가장 큰 이유로 들었으며, 정신장애인은 50.0%로 이 비율이 낮았음. 정신장애인의 경우 '시간적 여유가 없어서'(17.5%)와 '헬스장 접근성'(17.5%)이 더 큰 문제로 나타났음. 이는 신체적 장애인들이 신체적인 제약으로 인해 운동 참여에 어려움을 겪는 반면, 정신적 장애인들은 시간과 환경적 요인에서 더 많은 제한을 받는다는 것을 시사함.

〈표 19〉 운동을 하지 않는 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)					비고
			①	②	③	④	⑤	
전체		100.0(144)	77.1	7.6	9.0	4.2	2.1	
성별	남성	100.0(66)	75.8	7.6	7.6	6.1	3.0	
	여성	100.0(78)	78.2	7.7	10.3	2.6	1.3	
연령	20세 ~ 39세	100.0(23)	34.8	21.7	26.1	8.7	8.7	
	40세 ~ 59세	100.0(32)	71.9	9.4	3.1	12.5	3.1	
	60세 이상	100.0(89)	89.9	3.4	6.7	0.0	0.0	
거주지역	시지역	100.0(40)	80.0	5.0	7.5	5.0	2.5	
	군지역	100.0(104)	76.0	8.7	9.6	3.8	1.9	
장애정도	중증장애인	100.0(100)	79.0	7.0	7.0	5.0	2.0	
	경증장애인	100.0(43)	72.1	9.3	14.0	2.3	2.3	
장애유형	신체장애	100.0(103)	87.4	3.9	5.8	1.9	1.0	
	정신장애	100.0(40)	50.0	17.5	17.5	10.0	5.0	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(81)	80.2	7.4	7.4	3.7	1.2	
	비빈곤계층	100.0(59)	76.3	8.5	10.2	1.7	3.4	

■ 응답문항

- ① 장애로 인한 신체적 한계 때문에
- ② 집 근처에 접근할 수 있는 헬스장이나 수영장, 스포츠 센터가 없기 때문에
- ③ 시간적 여유가 없어서
- ④ 사람들의 시선이 신경 쓰이기 때문에
- ⑤ 경제적으로 부담되기 때문에

8. 음주 빈도

- 성별에 따른 음주 빈도를 보면, 남성의 경우 76.4%가 '최근 1년간 전혀 마시지 않았다'고 응답한 반면, 여성은 이 비율이 89.4%로 남성보다 높았다. 음주 빈도가 더 자주 나타난 응답에서는 남성이 여성보다 모든 빈도에서 더 높았으며, '일주일에 4번 이상' 마신다는 응답도 남성(2.7%)이 여성(0.9%)보다 많았음. 이는 남성이 여성에 비해 음주 빈도가 더 높은 경향을 나타냄.
- 연령대에 따른 분석에서는 청년층(20세~39세)의 85.1%가 '최근 1년간 전혀 마시지 않았다'고 응답해 가장 높은 비율을 보였음. 중장년층(40세~59세)은 78.5%, 노년층(60세 이상)은 83.9%가 음주하지 않았다고 응답했음. 한편, '한 달에 1번 정도' 음주를 하는 비율은 중장년층(7.3%)에서 가장 높게 나타났음. 연령대에 따라 청년층은 상대적으로 음주 빈도가 낮고, 중장년층에서 음주 빈도가 더 높았음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역과 군 지역 모두에서 '최근 1년간 전혀 마시지 않았다'는 비율이 비슷하게 나타났음(시 지역 82.0%, 군 지역 82.6%). 그러나 군 지역에서는 '일주일에 2~3번 정도' 음주하는 비율이 2.8%로 시 지역(1.4%)보다 높아, 군 지역 거주자들이 상대적으로 음주 빈도가 더 높을 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 음주 빈도를 살펴보면, 중증장애인의 83.9%가 '최근 1년간 전혀 마시지 않았다'고 응답해 경증장애인(79.1%)보다 음주를 하지 않는 비율이 더 높았음. 경증장애인의 경우 '한 달에 1번 미만' 음주 비율이 6.4%로 중증장애인(3.6%)보다 더 높았으며, '일주일에 4번 이상' 음주하는 비율도 경증장애인(2.7%)이 중증장애인(1.5%)보다 높았음.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인과 정신장애인 모두 '최근 1년간 전혀 마시지 않았다'는 응답이 80% 이상으로 나타났으며, 두 그룹 간의 음주 빈도에 큰 차이는 없었음. 그러나 신체장애인은 '일주일에 2~3번 정도' 음주하는 비율이 2.6%로 정신장애인(2.2%)보다 다소 높았음.

- 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층과 비빈곤층 모두에서 '최근 1년간 전혀 마시지 않았다'는 비율이 각각 82.9%와 81.3%로 큰 차이는 없었음. 그러나 비빈곤층에서 '한 달에 1번 미만' 음주하는 비율(5.2%)이 빈곤층(3.9%)보다 높았고, 비빈곤층은 '한 달에 2~4번' 음주하는 비율도 더 높았음.
- 종합적으로, 음주 빈도는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따라 차이를 보였음. 남성과 중장년층, 군 지역 거주자, 경증장애인에서 음주 빈도가 상대적으로 더 높게 나타났으며, 여성, 청년층, 중증장애인, 빈곤층에서는 음주를 하지 않는 비율이 더 높았음. 이러한 결과는 음주 행태에 있어 각기 다른 집단의 특성을 고려한 건강 관리와 음주 예방 교육이 필요함을 시사함.

〈표 20〉 음주 빈도

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)						비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	
전체		100.0(752)	82.4	4.4	5.1	3.9	2.4	1.9	
성별	남성	100.0(403)	76.4	5.2	6.7	5.5	3.5	2.7	
	여성	100.0(349)	89.4	3.4	3.2	2.0	1.1	0.9	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	85.1	4.6	4.1	3.1	2.1	1.0	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	78.5	5.3	7.3	4.5	2.4	2.0	
	60세 이상	100.0(310)	83.9	3.5	3.9	3.9	2.6	2.3	
거주지역	시지역	100.0(222)	82.0	4.5	7.7	2.7	1.4	1.8	
	군지역	100.0(530)	82.6	4.3	4.0	4.3	2.8	1.9	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	83.9	3.6	5.1	3.4	2.5	1.5	
	경증장애인	100.0(220)	79.1	6.4	5.0	4.5	2.3	2.7	
장애유형	신체장애	100.0(391)	81.8	4.1	4.9	4.3	2.6	2.3	
	정신장애	100.0(356)	83.4	4.5	5.3	3.1	2.2	1.4	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	82.9	3.9	5.5	3.2	1.8	2.5	
	비빈곤계층	100.0(288)	81.3	5.2	4.2	5.2	3.5	0.7	

■ 응답문항

- ① 최근 1년간 전혀 마시지 않았다, ② 한 달에 1번 미만, ③ 한 달에 1번 정도
 ④ 한 달에 2~4번, ⑤ 일주일에 2~3번 정도, ⑥ 일주일에 4번 이상

9. 음주 이유

- 성별에 따른 음주 이유를 살펴보면, 남성의 경우 '스트레스, 고민 등 심리적, 정서적 이유'(37.2%)와 '사회생활 또는 대인관계 형성의 일환'(32.6%)이 주요 음주 이유로 나타났음. 또한, 남성의 30.2%는 '술이 좋기 때문'이라고 응답해, 남성은 음주 자체를 선호하는 경향이 강하게 나타났음. 반면, 여성은 '스트레스, 고민 등 심리적, 정서적 이유'로 음주하는 비율이 45.7%로 남성보다 높았으며, '술이 좋기 때문'이라고 응답한 비율은 17.1%로 남성보다 낮았음. 이는 여성이 남성에 비해 정서적 이유로 음주를 더 많이 하며, 음주 자체에 대한 선호도는 상대적으로 낮음을 보여줌.
- 연령대에 따른 분석에서는 청년층(20세~39세)의 경우 '술이 좋기 때문'(38.5%)이 음주 이유 중 가장 높았으며, '스트레스, 고민 등 심리적 이유'가 46.2%로 그 뒤를 이었음. 중장년층(40세~59세)에서는 '스트레스, 고민 등 심리적 이유'(50.0%)가 주요 음주 이유였고, 노년층(60세 이상)은 '사회생활 또는 대인관계 형성의 일환'(48.8%)이 주요 음주 이유로 나타났음. 이는 연령대가 높아질수록 음주 이유가 사회적 활동이나 대인관계 형성으로 바뀌며, 청년층은 음주 자체를 즐기는 경향이 상대적으로 강함을 시사함.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역과 군 지역 모두에서 '스트레스, 고민 등 심리적 이유'가 주요 음주 이유로 나타났음. 시 지역에서는 35.1%가 이 이유를 선택한 반면, 군 지역에서는 41.7%가 이 이유로 음주한다고 응답했음. 시 지역에서는 '술이 좋기 때문'(32.4%)이 더 중요한 이유로 나타났으며, 군 지역에서는 '사회생활 또는 대인관계 형성의 일환'(33.3%)이 음주 이유로 더 많았음. 이는 시 지역 거주자들이 개인적 이유로 음주하는 경향이 강한 반면, 군 지역에서는 사회적 요인에 의한 음주가 더 두드러짐을 보여줌.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인과 경증장애인 간의 음주 이유 차이가 나타났음. 중증장애인의 경우 '스트레스, 고민 등 심리적 이유'(44.0%)가 주요 음주 이유로 나타났으며, 경증장애인은 '사회생활 또는 대인관계 형성의 일환'(46.7%)을 주요 음주 이유로 들었음. 또한 중증장애인은 '술이 좋기 때문'(29.3%)이라는 비율이 경증장애인(22.2%)보다 높아, 중증장애인들이 음주 자체를 더 선호하는 경향을 보였음.

- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 '사회생활 또는 대인관계 형성의 일환'(46.7%)을 주요 음주 이유로 들었음. 또한 중증장애인은 '술이 좋기 때문'(29.3%)이라는 비율이 경증장애인(22.2%)보다 높아, 중증장애인들이 음주 자체를 더 선호하는 경향을 보였음.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 '사회생활 또는 대인관계 형성의 일환'(46.2%)이 주요 음주 이유로 나타난 반면, 정신장애인은 '스트레스, 고민 등 심리적 이유'(57.3%)가 주요 음주 이유로 나타났음. 신체장애인은 음주를 대인관계 형성의 도구로 사용하는 경향이 있는 반면, 정신장애인은 정서적 이유로 음주하는 경향이 더 강하게 나타났음.
- 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층과 비빈곤층 모두에서 '스트레스, 고민 등 심리적 이유'가 주요 음주 이유였으나, 빈곤층에서 그 비율이 44.3%로 비빈곤층(29.8%)보다 더 높았음. 비빈곤층에서는 '사회생활 또는 대인관계 형성의 일환'(38.3%)과 '술이 좋기 때문'(31.9%)이라는 응답 비율이 상대적으로 높아, 비빈곤층은 음주를 사회적 활동의 연장선으로 더 인식하는 경향이 있었음.
- 종합적으로, 음주 이유는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따라 다르게 나타났음. 남성과 청년층(20세~39세), 시 지역 거주자, 중증장애인, 비빈곤층은 음주 자체를 즐기거나 사회적 활동의 연장선으로 음주를 하는 경향이 더 강했음. 반면 여성, 중장년층과 노년층, 군 지역 거주자, 정신장애인, 빈곤층은 스트레스와 고민 등 심리적 이유로 음주하는 경향이 더 높았음.
- 이는 음주 예방 및 관리 정책에서 각 집단의 특성을 반영한 접근이 필요함을 시사함.

〈표 21〉 음주 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)				비고
			①	②	③	④	
전체		100.0(121)	0.8	39.7	33.1	26.4	
성별	남성	100.0(86)	0.0	37.2	32.6	30.2	
	여성	100.0(35)	2.9	45.7	34.3	17.1	
연령	20세 ~ 39세	100.0(26)	0.0	46.2	15.4	38.5	
	40세 ~ 59세	100.0(52)	1.9	50.0	28.8	19.2	
	60세 이상	100.0(43)	0.0	23.3	48.8	27.9	
거주지역	시지역	100.0(37)	0.0	35.1	32.4	32.4	
	군지역	100.0(84)	1.2	41.7	33.3	23.8	
장애정도	중증장애인	100.0(75)	1.3	44.0	25.3	29.3	
	경증장애인	100.0(45)	0.0	31.1	46.7	22.2	
장애유형	신체장애	100.0(65)	1.5	27.7	46.2	24.6	
	정신장애	100.0(54)	0.0	53.7	18.5	27.8	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(70)	1.4	44.3	31.4	22.9	
	비빈곤계층	100.0(47)	0.0	29.8	38.3	31.9	

■ 응답문항

- ① 몸의 떨림, 강직완화 등 장애로 인한 고통 절감의 효과가 있기 때문에
- ② 스트레스, 고민 등 심리, 정서적 이유 때문에
- ③ 사회생활 또는 대인관계 형성의 일환이기 때문에
- ④ 술이 좋기 때문에

10. 흡연 유무

- 성별에 따른 흡연 유무를 살펴보면, 남성의 경우 12.7%가 '흡연 중'이라고 응답한 반면, 여성은 2.0%만이 '흡연 중'이라고 답해 남성이 여성보다 흡연율이 훨씬 높았음. 여성의 98.0%가 '흡연하지 않음'이라고 응답한 반면, 남성은 87.3%가 비흡연자로 나타나, 성별에 따라 흡연율에서 큰 차이를 보였음.
- 연령대에 따른 분석에서는 중장년층(40세~59세)의 흡연율이 11.8%로 가장 높았으며, 청년층(20세~39세)은 7.2%, 노년층(60세 이상)은 4.8%로 흡연율이 연령이 높아질수록 감소하는 경향을 보였음. 이는 중장년층이 상대적으로 흡연을 많이 하지만, 나이가 들수록 흡연율이 낮아지는 현상을 반영한 것임.
- 거주지역에 따른 분석에서는 군 지역 거주자의 흡연율이 8.3%로 시 지역 거주자(6.3%)보다 높았음. 시 지역에서는 비흡연자 비율이 93.7%로 나타났으며, 군 지역은 91.7%로 시 지역에 비해 흡연율이 더 높았음. 이는 지역적 차이가 흡연 행동에 영향을 미칠 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 흡연율을 살펴보면, 중증장애인의 흡연율은 8.5%, 경증장애인은 5.9%로 나타나, 중증장애인이 경증장애인보다 흡연율이 더 높았음. 중증장애인의 비흡연율은 91.5%, 경증장애인은 94.1%로 비슷한 경향을 보였으나, 중증장애인의 흡연율이 더 높은 점에서 장애 정도에 따른 흡연 행동의 차이를 알 수 있음.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 7.4%, 정신장애인의 8.1%가 흡연 중이라고 응답해, 두 그룹 간 흡연율 차이는 크지 않았음. 다만, 정신장애인의 비흡연율은 91.9%로 신체장애인의 92.6%보다 조금 더 낮아, 정신장애인이 신체장애인보다 다소 더 높은 흡연율을 보였음.

- 마지막으로 빈곤 지위에 따른 분석에서는 빈곤층의 흡연율이 8.5%로 비빈곤층(6.6%)보다 높게 나타났다. 비흡연율은 빈곤층이 91.5%, 비빈곤층이 93.4%로 나타나, 경제적 여건이 흡연 행동에 일정 부분 영향을 미치는 것으로 보임.
- 종합적으로, 흡연 유무는 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따라 차이를 보였음. 남성, 중장년층, 군 지역 거주자, 중증장애인, 정신장애인, 빈곤층에서 상대적으로 흡연율이 더 높았음. 반면, 여성, 노년층, 시 지역 거주자, 경증장애인, 비빈곤층에서 흡연율이 상대적으로 낮았음. 이는 흡연율 감소를 위한 정책이 각기 다른 집단에 맞춤형으로 적용될 필요가 있음을 시사함.

〈표 22〉 흡연 유무

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			피움	피우지 않음	
전체		100.0(751)	7.7	92.3	
성별	남성	100.0(403)	12.7	87.3	
	여성	100.0(348)	2.0	98.0	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	7.2	92.8	
	40세 ~ 59세	100.0(246)	11.8	88.2	
	60세 이상	100.0(310)	4.8	95.2	
거주지역	시지역	100.0(222)	6.3	93.7	
	군지역	100.0(529)	8.3	91.7	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	8.5	91.5	
	경증장애인	100.0(220)	5.9	94.1	
장애유형	신체장애	100.0(391)	7.4	92.6	
	정신장애	100.0(356)	8.1	91.9	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	8.5	91.5	
	비빈곤계층	100.0(287)	6.6	93.4	

제4절 응급상황 및 외출지원

1. 혼자 외출 가능 유무

- 성별에 따른 외출 가능성을 보면, 남성의 77.4%가 혼자 외출이 가능하다고 응답했으며, 여성의 경우 75.1%가 외출이 가능하다고 응답해 남성보다 약간 낮은 비율을 보였음. 반면, 혼자 외출이 불가능하다고 응답한 비율은 여성(24.9%)이 남성(22.6%)보다 약간 높았음.
- 연령대별로 분석해보면, 청년층(20세~39세)에서 혼자 외출이 가능한 비율은 71.3%로 중장년층(76.1%)과 노년층(79.6%)보다 낮게 나타났음. 이는 청년층에서 상대적으로 외출 제한이 더 많을 수 있음을 시사함. 반면, 노년층은 79.6%가 혼자 외출이 가능하다고 응답했으며, 이는 나이가 들어도 여전히 혼자 외출할 수 있는 비율이 상당히 높음을 보여줌.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시 지역과 군 지역 간 큰 차이는 없었으며, 시 지역 거주자의 78.4%, 군 지역 거주자의 75.4%가 혼자 외출이 가능하다고 응답했음. 이는 지역적 차이가 외출 가능성에 크게 영향을 미치지 않음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 경증장애인(86.8%)이 중증장애인(72.0%)보다 혼자 외출이 가능하다고 응답한 비율이 높았음. 이는 장애의 정도가 외출 가능성에 중요한 영향을 미치고 있음을 보여주며, 중증장애인일수록 혼자 외출이 어려운 경우가 많다는 것을 나타냄.
- 장애 유형별 분석에서는 신체장애인(77.4%)과 정신장애인(75.0%) 모두 비슷한 비율로 혼자 외출이 가능하다고 응답했다. 그러나 정신장애인의 경우 혼자 외출이 불가능하다고 응답한 비율이 25.0%로, 신체장애인(22.6%)보다 약간 더 높았음. 이는 정신적 제약이 외출 가능성에 더 큰 영향을 미칠 수 있음을 시사함.

□ 빈곤 지위에 따른 분석에서는 비빈곤층(80.9%)이 빈곤층(74.1%)보다 혼자 외출이 가능하다고 응답한 비율이 높게 나타났음. 이는 경제적 상황이 외출 가능성에도 영향을 미칠 수 있음을 보여줌. 빈곤층에서는 혼자 외출이 불가능하다고 응답한 비율이 25.9%로, 비빈곤층(19.1%)보다 높게 나타나, 경제적 어려움이 외출의 제약 요인으로 작용할 수 있음을 나타냄.

□ 종합적으로, 혼자 외출이 가능한 비율은 성별, 연령대, 장애 정도, 경제 상태에 따라 다소 차이를 보였음. 특히 중증장애인과 빈곤층에서 혼자 외출이 어려운 경우가 많았으며, 여성과 정신장애인도 남성이나 신체장애인보다 외출의 제약을 더 자주 경험하는 경향이 있었음. 이는 각 집단에 대한 외출 지원 및 이동성 향상을 위한 정책적 노력이 필요함을 시사함.

〈표 23〉 혼자 외출 가능 유무

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			가능	불가능	
전체		100.0(751)	76.3	23.7	
성별	남성	100.0(402)	77.4	22.6	
	여성	100.0(349)	75.1	24.9	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	71.3	28.7	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	76.1	23.9	
	60세 이상	100.0(309)	79.6	20.4	
거주지역	시지역	100.0(222)	78.4	21.6	
	군지역	100.0(529)	75.4	24.6	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	72.0	28.0	
	경증장애인	100.0(219)	86.8	13.2	
장애유형	신체장애	100.0(390)	77.4	22.6	
	정신장애	100.0(356)	75.0	25.0	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(432)	74.1	25.9	
	비빈곤계층	100.0(288)	80.9	19.1	

2. 외부활동 불편 유무

- 성별에 따른 외부활동 불편 유무를 살펴보면, 남성의 29.8%, 여성의 32.3%가 외부활동에 불편함을 느끼는 것으로 나타났다. 여성의 경우 외부활동 시 불편함을 느끼는 비율이 남성보다 조금 더 높았으며, 이는 여성이 외부환경에서 더 많은 제약을 경험할 가능성이 있음을 시사함. 반면, 남성의 70.3%, 여성의 67.7%는 외부활동에 큰 불편함이 없다고 응답했음.
- 연령대별 분석에서는 연령이 높아질수록 외부활동에 불편함을 느끼는 비율이 증가하는 경향이 나타났다. 청년층(20세~39세)의 경우 24.6%가 외부활동에 불편함을 느꼈지만, 노년층(60세 이상)은 37.1%로 가장 높은 비율을 보였음. 이는 나이가 들수록 신체적 제약이나 이동의 어려움이 외부활동에 큰 영향을 미친다는 점을 보여줌.
- 거주지역에 따른 차이는 크지 않았지만, 군 지역 거주자가 시 지역보다 약간 더 많은 외부활동 불편을 보고했음. 군 지역 거주자의 31.6%, 시 지역 거주자의 29.3%가 외부활동 시 불편함을 느꼈으며, 이는 군 지역에서의 교통 및 인프라 부족이 외부활동에 제약을 줄 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인의 33.4%가 외부활동에 불편함을 느끼는 반면, 경증장애인은 25.0%만이 불편을 보고했음. 중증장애인이 외부환경에서 더 많은 불편을 겪고 있음을 알 수 있으며, 이는 중증장애인에 대한 이동성 지원이 더욱 필요함을 보여줌.
- 장애 유형별 분석에서는 신체장애인(37.2%)이 정신장애인(24.2%)보다 외부활동에 더 많은 불편함을 느끼는 것으로 나타났다. 신체적 제약으로 인해 이동에 어려움을 겪는 신체장애인들이 외부활동에서 더 큰 어려움을 경험하는 반면, 정신장애인들은 상대적으로 낮은 비율을 보였음.

□ 빈곤지위에 따른 차이는 거의 나타나지 않았다. 빈곤층과 비빈곤층 모두 비슷한 비율로 외부활동에 불편함을 느꼈으며, 각각 30.5%, 30.8%의 비율을 보였음. 이는 경제적 지위와 상관없이 외부활동에 대한 불편함이 전반적으로 유사한 경향을 보인다는 점을 시사함.

□ 종합적으로, 외부활동 불편 유무는 성별, 연령대, 장애 정도 및 유형에 따라 다소 차이를 보였음. 특히 여성, 노년층, 중증장애인, 신체장애인이 외부활동에 불편함을 느끼는 비율이 높았으며, 이들 집단에 대한 이동성 지원과 환경 개선이 필요함을 보여줌.

〈표 24〉 외부활동 불편 유무

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			그렇다	아니다	
전체		100.0(747)	30.9	69.1	
성별	남성	100.0(400)	29.8	70.3	
	여성	100.0(347)	32.3	67.7	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	24.6	75.4	
	40세 ~ 59세	100.0(245)	28.2	71.8	
	60세 이상	100.0(307)	37.1	62.9	
거주지역	시지역	100.0(222)	29.3	70.7	
	군지역	100.0(525)	31.6	68.4	
장애정도	중증장애인	100.0(527)	33.4	66.6	
	경증장애인	100.0(216)	25.0	75.0	
장애유형	신체장애	100.0(387)	37.2	62.8	
	정신장애	100.0(355)	24.2	75.8	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(430)	30.5	69.5	
	비빈곤계층	100.0(286)	30.8	69.2	

3. 외출 시, 이동보조기

- 혼자 외출 시 이동보조기 사용을 종속변수로 분석한 결과, 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 빈곤 지위에 따른 차이가 나타났다.
- 성별에 따른 이동보조기 사용을 보면, 남성의 78.4%, 여성의 72.8%가 이동보조기기를 사용하지 않는다고 응답했음. 남성은 지팡이(9.5%)와 전동기(7.6%)를 주로 사용하며, 여성은 지팡이(12.1%)와 전동기(11.8%) 사용 비율이 높았음. 전반적으로 여성이 남성보다 이동보조기기를 사용하는 비율이 약간 더 높게 나타났다.
- 연령대별 분석에서는, 청년층(20세~39세)의 96.6%가 이동보조기기를 사용하지 않으며, 지팡이와 수동휠체어 사용 비율이 각각 1.4%, 2.0%에 불과했음. 반면, 노년층(60세 이상)은 지팡이(20.0%)와 전동기(18.8%) 사용 비율이 높았으며, 이동보조기기를 사용하지 않는 비율이 55.4%로 상대적으로 낮았음. 이는 연령이 증가할수록 이동보조기 사용이 증가하는 경향을 보여줌.
- 거주지역별로 보면, 시 지역 거주자의 79.9%, 군 지역 거주자의 74.1%가 이동보조기기를 사용하지 않는다고 응답했음. 군 지역 거주자는 전동기(10.5%)와 지팡이(11.6%)를 더 많이 사용하는 경향을 보였으며, 이는 지역적 접근성 및 인프라의 차이가 이동보조기 사용에 영향을 미치는 요인으로 작용할 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인의 79.5%, 경증장애인의 68.7%가 이동보조기기를 사용하지 않는다고 응답했음. 경증장애인은 지팡이(15.2%)와 전동기(12.1%)를 더 많이 사용하며, 중증장애인보다 이동보조기기 사용 비율이 상대적으로 높았음. 이는 경증장애인이 외출 시 더 많은 보조기기가 필요할 수 있음을 보여줌.

- 장애 유형별로 보면, 신체장애인의 경우 이동보조기기 사용 비율이 상대적으로 높았음. 신체장애인의 17.8%가 전동기를 사용하며, 18.1%는 지팡이를 사용하는 것으로 나타났음. 반면, 정신장애인은 97.1%가 이동보조기기를 사용하지 않으며, 전동기 사용 비율은 0%였음. 이는 신체적 제약이 있는 장애인들이 외출 시 더 많은 보조기기를 필요로 한다는 점을 보여줌.

〈표 25〉 외출 시, 이동보조기

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)					비고
			①	②	③	④	⑤	
전체		100.0(600)	10.7	2.7	9.5	1.3	75.8	
성별	남성	100.0(328)	9.5	3.4	7.6	1.2	78.4	
	여성	100.0(272)	12.1	1.8	11.8	1.5	72.8	
연령	20세 ~ 39세	100.0(147)	1.4	2.0	0.0	0.0	96.6	
	40세 ~ 59세	100.0(193)	5.2	1.6	4.1	1.6	87.6	
	60세 이상	100.0(260)	20.0	3.8	18.8	1.9	55.4	
거주지역	시지역	100.0(179)	8.4	4.5	7.3	0.0	79.9	
	군지역	100.0(421)	11.6	1.9	10.5	1.9	74.1	
장애정도	중증장애인	100.0(400)	8.3	3.0	8.3	1.0	79.5	
	경증장애인	100.0(198)	15.2	2.0	12.1	2.0	68.7	
장애유형	신체장애	100.0(321)	18.1	4.7	17.8	1.9	57.6	
	정신장애	100.0(276)	1.8	0.4	0.0	0.7	97.1	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(338)	8.0	2.7	8.3	0.9	80.2	
	비빈곤계층	100.0(242)	15.3	2.5	11.6	2.1	68.6	

■ 응답문항

① 지팡이, ② 수동휠체, ③ 전동기, ④ 워커, ⑤ 기타

4. 응급시 도와줄 사람

- 성별별로 보면, 남성은 부모(29.3%)와 돌봄제공자(34.7%)의 도움을 받는 비율이 높았음. 남성은 배우자(16.6%)보다 돌봄제공자의 도움에 더 의존하는 경향이 강했음. 이에 반해, 여성은 자녀(20.6%)와 부모(25.2%)에게서 많은 도움을 받았고, 돌봄제공자의 지원 비율은 남성보다 약간 낮은 27.8%로 나타났음. 이는 여성이 자녀나 부모 등 가족으로부터 더 많은 지원을 받는 경우가 많다는 것을 시사함.
- 연령대에 따라 응급 시 도움을 받는 대상이 크게 달라졌다. 청년층(20세~39세)의 경우 부모(64.6%)가 주된 도움 제공자로 나타났으며, 이 연령대는 아직 독립적인 생활보다는 부모에게 의존하는 경향이 컸음. 중장년층(40세~59세)은 돌봄제공자(41.3%)의 지원 비율이 가장 높았고, 배우자나 형제자매의 도움도 비중 있게 나타났음. 노년층(60세 이상)은 자녀(31.6%)와 돌봄제공자(28.4%)의 도움을 많이 받았는데, 이는 나이가 들어감에 따라 가족과 전문가의 지원을 받는 비율이 높아지는 것을 의미함.
- 장애 정도에 따른 차이도 뚜렷했음. 중증장애인들은 부모(33.5%)와 돌봄제공자(32.6%)에게 주로 의지했으며, 배우자나 형제자매의 도움도 일정 부분 차지했음. 경증장애인은 배우자(24.5%)와 자녀(22.3%)로부터 더 많은 도움을 받았으며, 이는 경증장애인이 가족 내에서 도움을 받을 가능성이 더 높다는 점을 보여줌. 중증장애인은 상대적으로 전문가나 돌봄제공자의 도움을 더 많이 필요로 하는 반면, 경증장애인은 가족으로부터 더 많은 지원을 받았음.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인의 경우 배우자(25.3%)와 자녀(23.0%)가 주요 도움 제공자였으며, 돌봄제공자의 도움 비율은 31.5%로 비교적 높게 나타났음. 반면, 정신장애인은 부모(47.5%)에게 크게 의존하는 모습을 보였고, 돌봄제공자의 도움을 받는 비율도 31.7%로 신체장애인과 유사했음. 신체적 제약이 있는 장애인들은 주로 가족과 돌봄 제공자에게 도움을 받는 반면, 정신장애인들은 부모의 지원에 더 많이 의존하는 것으로 나타났음.

- 거주지역별로 살펴보면, 시 지역에서는 돌봄제공자(34.2%)의 도움을 받는 비율이 높았고, 부모(27.5%)나 자녀(14.4%)로부터도 많은 지원을 받았음. 군 지역은 돌봄제공자(30.4%)에 대한 의존도가 시 지역보다 다소 낮았지만, 이웃이나 형제자매와 같은 지역 내 사회적 관계에 의존하는 경우가 더 많았음. 군 지역에서는 이웃(2.6%)의 도움을 받는 비율이 시 지역보다 높아, 지역사회 내 네트워크가 더 활발하게 작용하는 모습을 보여주었음.
- 경제적 상태에 따라서도 차이가 나타났음. 빈곤층은 돌봄제공자(40.4%)에게 의존하는 비율이 가장 높았으며, 배우자나 자녀보다도 돌봄제공자의 지원을 더 많이 필요로 했음. 반면, 비빈곤층은 배우자(29.2%)와 자녀(18.4%)로부터 더 많은 도움을 받았으며, 돌봄제공자의 도움을 받는 비율은 18.8%로 상대적으로 낮았음. 이는 경제적 여유가 있는 비빈곤층이 가족 내에서 도움을 받을 수 있는 가능성이 더 높다는 점을 시사함.
- 종합적으로 보면, 응급 상황에서 도움을 받는 대상은 성별, 연령대, 장애 정도와 유형, 경제적 상태, 거주 지역에 따라 다양한 차이를 보였다. 특히 중증 장애인, 노년층, 군 지역 거주자는 돌봄제공자나 가족 외부의 지원에 더 많이 의존하는 경향이 있었음.

〈표 26〉 응급 시 도와줄 사람

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)										비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	
전체		100.0(752)	15.7	27.4	13.8	6.1	0.5	1.5	0.9	2.1	31.5	0.4	
성별	남성	100.0(403)	16.6	29.3	7.9	6.7	0.5	1.2	1.0	1.7	34.7	0.2	
	여성	100.0(349)	14.6	25.2	20.6	5.4	0.6	1.7	0.9	2.6	27.8	0.6	
연령	20세 ~ 39세	100.0(528)	11.7	33.5	10.0	7.4	0.6	1.1	0.6	2.1	32.6	0.4	
	40세 ~ 59세	100.0(220)	24.5	13.2	22.3	3.2	0.5	2.3	1.8	2.3	29.5	0.5	
	60세 이상	100.0(195)	2.6	64.6	0.0	5.1	1.5	0.0	0.0	1.5	24.1	0.5	
거주지역	시지역	100.0(247)	12.1	28.7	2.4	10.5	0.4	1.6	1.6	1.2	41.3	0.0	
	군지역	100.0(310)	26.8	2.9	31.6	3.2	0.0	2.3	1.0	3.2	28.4	0.6	
장애정도	중증장애인	100.0(433)	7.6	25.6	11.5	8.8	0.7	1.6	0.7	2.5	40.4	0.5	
	경증장애인	100.0(288)	29.2	26.0	18.4	2.4	0.3	1.4	1.4	1.7	18.8	0.3	
장애유형	신체장애	100.0(222)	16.2	27.5	14.4	5.0	0.5	0.9	0.5	0.9	34.2	0.0	
	정신장애	100.0(530)	15.5	27.4	13.6	6.6	0.6	1.7	1.1	2.6	30.4	0.6	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(391)	25.3	9.5	23.0	3.8	0.3	1.8	1.5	2.8	31.5	0.5	
	비빈곤계층	100.0(356)	4.8	47.5	3.4	8.7	0.8	1.1	0.3	1.4	31.7	0.3	

■ 응답문항

- ① 배우자, ② 부모, ③ 자녀(며느리, 사위 포함), ④ 형제자매, ⑤ 조부모, ⑥ 손자녀, ⑦ 친척, ⑧ 친구, ⑨ 이웃,
 ⑩ 돌봄제공자(활동지도사, 기관종사자), ⑪ 기타

제5절 의료서비스 이용

1. 의료기관 이용 유무

- 성별에 따른 분석에서, 남성의 82.6%가 최근 의료기관을 이용했으며, 여성은 79.3%가 이용한 것으로 나타났다. 이는 남성이 여성보다 약간 더 높은 비율로 의료기관을 이용했음을 보여줌.
- 연령대별로는 나이가 많을수록 의료기관 이용률이 증가하는 경향이 보였음. 청년층(20세~39세)에서는 69.6%가 의료기관을 이용한 반면, 중장년층(40세~59세)에서는 82.5%, 노년층(60세 이상)에서는 87.1%가 최근 의료기관을 방문했음. 이는 연령이 높아질수록 건강 문제로 인해 의료기관을 자주 방문할 필요성이 커지기 때문으로 해석할 수 있음.
- 거주지역을 기준으로 보면, 시 지역 거주자의 81.4%가 최근 의료기관을 이용한 반면, 군 지역 거주자는 80.9%로 약간 낮았음. 하지만 두 지역 간의 차이는 크지 않아, 전반적으로 시와 군 지역 모두에서 비슷한 비율로 의료기관을 이용한 것으로 나타났다.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인의 80.4%, 경증장애인의 82.3%가 의료기관을 이용해, 경증장애인이 중증장애인보다 약간 더 높은 이용률을 보였음. 이는 중증장애인들이 이동성 등의 물리적 제약으로 인해 의료기관을 방문하기 어려울 수 있음을 반영할 수 있음.
- 장애 유형별로는 신체장애인이 84.7%로 높은 이용률을 보였고, 정신장애인의 경우 77.1%가 의료기관을 방문했음. 신체장애인이 상대적으로 더 많은 치료와 관리가 필요할 가능성이 크다는 점을 시사함.
- 빈곤지위에 따른 분석에서는 비빈곤층의 85.8%가 최근 의료기관을 이용한 반면, 빈곤층은 79.9%로 비빈곤층보다 약간 낮은 이용률을 보였음. 경제적 여건이 좋을수록 의료기관에 더 쉽게 접근할 수 있는 경향을 반영하는 결과임.

- 이 결과들은 성별, 연령대, 경제적 여건, 장애 유형과 정도에 따라 의료기관 이용 여부에 차이가 있음을 보여주며, 특히 연령과 경제적 요인이 의료기관 이용에 중요한 영향을 미친다는 점을 시사함.

〈표 27〉 최근 의료기관 이용 유무

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			그렇다	아니다	
전체		750	81.1	18.9	
성별	남성	100.0(402)	82.6	17.4	
	여성	100.0(348)	79.3	20.7	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	69.6	30.4	
	40세 ~ 59세	100.0(246)	82.5	17.5	
	60세 이상	100.0(310)	87.1	12.9	
거주지역	시지역	100.0(221)	81.4	18.6	
	군지역	100.0(529)	80.9	19.1	
장애정도	중증장애인	100.0(526)	80.4	19.6	
	경증장애인	100.0(220)	82.3	17.7	
장애유형	신체장애	100.0(391)	84.7	15.3	
	정신장애	100.0(354)	77.1	22.9	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(432)	79.9	20.1	
	비빈곤계층	100.0(288)	85.8	14.2	

2. 이용 의료시설

- 성별에 따른 의료시설 이용을 살펴보면, 남성과 여성 모두 종합병원과 병(의)원을 가장 많이 이용한 것으로 나타났다. 남성은 종합병원을 46.3% 이용한 반면, 여성은 45.5%로 큰 차이는 없었음. 병(의)원 이용률도 남성(43.6%)과 여성(43.7%)에서 거의 동일하게 나타났다. 하지만, 치과병(의)원 이용은 남성(4.8%)이 여성(2.5%)보다 높았음.
- 연령대별로는, 중장년층(40세~59세)이 종합병원을 48.0%로 가장 많이 이용했고, 노년층(60세 이상)은 병(의)원 이용률이 46.0%로 가장 높았음. 청년층(20세~39세)은 다른 연령대에 비해 치과병(의)원(5.9%)과 약국(2.2%) 이용률이 상대적으로 높았지만, 전반적으로 연령대에 상관없이 종합병원과 병(의)원이 가장 많이 이용되는 의료시설이었음.
- 거주지역에 따른 분석에서는, 시 지역 거주자들이 종합병원(48.6%)을 더 많이 이용한 반면, 군 지역 거주자들은 병(의)원(45.2%)을 더 많이 이용한 것으로 나타났다. 이는 시 지역의 종합병원 접근성이 군 지역보다 높을 수 있음을 시사함.
- 장애 정도에 따라서는 경증장애인이 종합병원(47.0%)을 더 많이 이용한 반면, 중증장애인은 병(의)원(43.8%)을 자주 방문한 것으로 나타났다. 중증장애인의 경우 이동이 제한적일 수 있기 때문에 병(의)원 등 접근성이 더 쉬운 시설을 주로 이용한 것으로 분석할 수 있음.
- 장애 유형별로는 신체장애인이 병(의)원(45.0%)을 더 많이 이용했으며, 정신장애인은 치과병(의)원(6.2%)과 약국(2.6%)의 이용률이 상대적으로 높았음. 이는 정신장애인의 경우 정기적인 치과 진료나 약물 관리가 더 중요한 요소일 수 있음을 반영함.

□ 빈곤지위에 따른 차이도 나타났음. 비빈곤층은 종합병원(49.2%)을 더 많이 이용한 반면, 빈곤층은 병(의)원(43.4%) 이용률이 높았음. 이는 경제적 여건이 의료 선택에 영향을 미칠 수 있음을 보여주며, 비빈곤층이 종합병원 같은 대형 의료시설을 더 자주 이용하는 경향이 있음을 알 수 있음.

□ 종합적으로, 이용 의료시설은 성별, 연령대, 장애 정도, 거주 지역, 경제적 여건에 따라 다르게 나타났으며, 전반적으로 종합병원과 병(의)원 이용률이 가장 높았음을 알 수 있음. 각 그룹의 특성에 따라 치과병(의)원, 약국, 보건소 등 특수한 의료시설을 이용하는 경향도 관찰되었음.

〈표 28〉 이용 의료시설

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)						비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	
전체		612	45.9	43.6	3.8	2.1	3.3	1.3	
성별	남성 여성	100.0(335)	46.3	43.6	4.8	2.1	2.4	0.9	
연령	20세 ~ 39세 40세 ~ 59세 60세 이상	100.0(277)	45.5	43.7	2.5	2.2	4.3	1.8	
거주지역	시지역 군지역	100.0(136)	44.9	41.9	5.9	2.9	2.2	2.2	
장애정도	중증장애인 경증장애인	100.0(204)	48.0	41.7	4.9	1.5	2.0	2.0	
장애유형	신체장애 정신장애	100.0(272)	44.9	46.0	1.8	2.2	4.8	0.4	
빈곤지위	빈곤계층 비빈곤계층	100.0(181)	48.6	39.8	6.6	2.2	0.6	2.2	

■ 응답문항

- ① 종합병원, ② 병(의)원, ③ 치과병(의)원, ④ 한의원(한방병원), ⑤ 보건소,
⑥ 약국(한약국)

3. 이용 의료시설 만족도

- 성별에 따른 만족도를 보면, 남성과 여성 모두에서 "약간 만족"이라고 응답한 비율이 가장 높았으며, 남성(50.6%)과 여성(49.6%) 모두 비슷한 수준이었다. "매우 만족" 응답도 남성(30.5%)과 여성(29.7%)에서 큰 차이가 없었음. 전체적으로 성별에 따른 큰 차이는 없었지만, 남성이 약간 더 높은 만족도를 보였음.
- 연령대별로 살펴보면, 청년층(20세~39세)이 "매우 만족" 응답 비율이 39.3%로 다른 연령대보다 높았고, 노년층(60세 이상)에서는 "매우 불만족" 응답 비율이 1.8%로 가장 높았음. 중장년층(40세~59세)과 노년층에서는 "약간 만족" 응답 비율이 각각 49.8%와 50.7%로 비슷하게 나타났으며, 청년층은 비교적 높은 만족도를 보이는 반면 노년층에서는 만족도가 다소 낮았음.
- 거주지역을 기준으로 분석하면, 시지역 거주자들은 "약간 만족"(55.8%) 응답 비율이 군지역 거주자(47.8%)보다 더 높았음. 반면, 군지역 거주자들은 "매우 만족" 응답 비율이 30.8%로 시지역(28.7%)보다 약간 높았음. 이는 시지역의 의료시설 접근성이 더 좋음에도 불구하고, 군지역 거주자들의 기대 수준이 낮아 만족도가 높게 나타난 것일 수 있음.
- 장애정도에 따른 분석에서는 중증장애인이 경증장애인에 비해 만족도가 더 높았다. 중증장애인의 53.2%가 "약간 만족"이라고 응답했으며, "매우 불만족" 응답 비율은 0.9%로 매우 낮았음. 반면, 경증장애인의 경우 "보통"이라고 응답한 비율이 22.4%로 상대적으로 높아, 중증장애인에 비해 만족도가 다소 낮았음.
- 장애유형별로는 정신장애인이 신체장애인보다 더 높은 만족도를 보였음. 정신장애인의 35.3%가 "매우 만족"이라고 응답한 반면, 신체장애인은 25.5%로 나타났음. 또한, 정신장애인의 "매우 불만족" 비율은 0.4%로 매우 낮아, 전반적으로 정신장애인의 의료시설 만족도가 더 높았음.

□ 마지막으로 빈곤지위에 따른 분석에서는 빈곤층이 비빈곤층보다 만족도가 더 높게 나타났다. 빈곤층의 35.0%가 "매우 만족"이라고 응답했으며, 비빈곤층은 23.4%에 그쳤음. 이는 빈곤층에서 의료서비스에 대한 기대치가 상대적으로 낮을 수 있음을 시사하며, 서비스 제공에 대한 만족도가 높을 가능성을 보여줌.

□ 종합적으로, 의료시설 만족도는 성별, 연령대, 거주지역, 장애정도, 장애유형, 빈곤지위 등 다양한 요인에 따라 차이를 보였으며, 특히 장애유형과 빈곤지위에 따른 만족도 차이가 두드러지게 나타났다.

〈표 29〉 이용 의료시설 만족도

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)					비고
			매우만족	약간만족	보통	약간불만족	매우불만족	
전체		610	30.2	50.2	15.1	3.6	1.0	
성별	남성	100.0(334)	30.5	50.6	14.1	3.9	0.9	
	여성	100.0(276)	29.7	49.6	16.3	3.3	1.1	
연령	20세 ~ 39세	100.0(135)	39.3	49.6	8.9	2.2	0.0	
	40세 ~ 59세	100.0(203)	30.5	49.8	15.3	3.9	0.5	
	60세 이상	100.0(272)	25.4	50.7	18.0	4.0	1.8	
거주지역	시지역	100.0(181)	28.7	55.8	13.3	1.7	0.6	
	군지역	100.0(429)	30.8	47.8	15.9	4.4	1.2	
장애정도	중증장애인	100.0(423)	31.0	53.2	11.8	3.1	0.9	
	경증장애인	100.0(183)	27.9	43.7	22.4	4.9	1.1	
장애유형	신체장애	100.0(333)	25.5	49.2	19.5	4.2	1.5	
	정신장애	100.0(272)	35.3	51.8	9.6	2.9	0.4	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(346)	35.0	49.4	11.0	3.2	1.4	
	비빈곤계층	100.0(248)	23.4	51.2	21.4	3.6	0.4	

4. 의료서비스 불만족 이유

- 성별에 따른 분석을 먼저 살펴보면, 남성과 여성 간에 불만족 이유가 다소 차이가 있었음. 남성의 경우, 불만족의 가장 큰 이유는 치료결과가 미흡했기 때문이라는 응답이 37.5%로 가장 높았음. 이는 남성들이 병원 방문 후 건강 상태 개선에 대한 기대치가 높으며, 이에 부응하지 못했을 때 불만이 커지는 경향을 반영함. 또한, 진료가 불성실했다는 응답도 12.5%로 비교적 높은 비중을 차지했음. 반면 여성의 경우, 불친절한 의료진과 병원 직원들(27.3%)과 진료의 불성실(27.3%)에 대한 불만이 주된 이유로 나타났음. 이는 여성들이 의료진과의 상호작용에서 느끼는 감정적 요소가 더 중요한 불만 요인으로 작용하고 있음을 시사함.
- 연령대별로 보면, 각 연령대는 불만족의 이유가 조금씩 달랐음. 청년층(20세 ~ 39세)에서는 의료진의 불친절함(33.3%)과 진료의 불성실함(33.3%)이 주요 불만족 요인으로 작용했으며, 이는 청년층이 의료진과의 소통과 관계를 중시하는 경향을 나타냈음. 중장년층(40세 ~ 59세)은 의료비 부담(22.2%)과 진료의 불성실(22.2%)에 대한 불만이 주를 이뤘음. 이들은 의료 서비스 이용에서 경제적 요인과 의료진의 신뢰성에 대해 더 민감하게 반응하는 것을 보여줌. 노년층(60세 이상)에서는 치료결과의 미흡(40.0%)이 불만의 주된 원인으로 나타났는데, 이는 노인들이 신체적 건강 회복에 대한 기대치가 높고, 그 결과에 실망했을 때 불만이 크게 발생함을 나타냄.
- 거주지역에 따라서는 시지역과 군지역 사이에도 차이가 있었음. 시지역에 거주하는 응답자들은 진료 대기 시간이 길거나(25.0%) 진료 결과가 미흡했다는(25.0%) 이유로 불만을 느끼는 경우가 많았음. 이는 대도시의 병원들이 많은 환자들을 처리해야 하는 구조적 문제와 관련이 있을 수 있음. 반면, 군지역에서는 치료결과가 미흡했다는 응답이 30.4%로 가장 높았고, 진료가 불성실했다는 응답도 21.7%로 나타났음. 이는 군지역에서 의료 서비스의 질적 차이가 존재할 수 있으며, 접근성 문제와 함께 의료진의 신뢰성에 대한 기대가 충족되지 않는 경우가 많다는 것을 반영함.

- 장애정도에 따른 분석에서는, 중증장애인과 경증장애인 간에도 차이가 나타났다. 중증장애인의 경우, 치료결과가 미흡했다는 응답이 43.8%로 가장 높았으며, 이들은 자신의 건강 상태에 있어 보다 강력한 개선을 기대하고 있음을 보여줌. 반면 경증장애인은 진료의 불성실함(45.5%)에 대한 불만이 가장 컸으며, 이는 의료진이 장애인 진료에 있어 보다 세심한 관심을 기울이지 않는 경우 불만으로 이어지는 것을 의미함.
- 장애유형별로는 신체장애와 정신장애 사이의 차이가 뚜렷했다. 신체장애인은 치료결과와 미흡(33.3%)과 의료비 부담(16.7%)을 주된 불만 이유로 꼽았으며, 이는 신체적 회복에 대한 기대가 크고, 경제적 부담 또한 중요한 요인임을 나타냄. 반면, 정신장애인은 불친절한 의료진(33.3%)과 진료의 불성실함(22.2%)에 대한 불만이 더 컸음. 이는 정신장애인들이 의료진과의 상호작용에서 느끼는 정서적, 감정적 요소가 더 큰 영향을 미친다는 것을 시사함.
- 마지막으로, 빈곤지위에 따른 분석을 보면, 빈곤층과 비빈곤층의 불만 이유에도 차이가 존재했음. 빈곤층에서는 불친절한 의료진(25.0%)과 진료의 불성실함(25.0%)이 주요한 불만 요인으로 작용했으며, 이는 의료 서비스에서 인격적 대우를 받지 못한다고 느끼는 경우가 많음을 나타냄. 비빈곤층은 치료결과와 미흡(44.4%)에 대한 불만이 가장 높았으며, 이들은 경제적 여유가 있는 만큼 더 나은 치료 결과를 기대하고 있음을 보여줌.
- 이와 같이, 의료시설에 대한 불만족 이유는 각 집단의 특성에 따라 다르게 나타났으며, 특히 치료결과와 미흡과 의료진의 태도가 주요 불만 요인으로 작용하고 있음. 이는 의료 서비스 제공자들이 환자들의 기대와 필요를 보다 세심하게 고려할 필요가 있음을 시사함.

〈표 30〉 의료서비스 불만족 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)									비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
전체		27	18.5	14.8	29.6	18.5	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	
성별	남성	100.0	12.5	12.5	37.5	12.5	6.3	6.3	6.3	6.3	0.0	
	여성	100.0	27.3	18.2	18.2	27.3	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	
연령	20세 ~ 39세	100.0	33.3	0.0	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	40세 ~ 59세	100.0	11.1	22.2	11.1	22.2	11.1	11.1	0.0	11.1	0.0	
	60세 이상	100.0	20.0	13.3	40.0	13.3	0.0	0.0	6.7	0.0	6.7	
거주지역	시지역	100.0	25.0	0.0	25.0	0.0	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	
	군지역	100.0	17.4	17.4	30.4	21.7	0.0	0.0	4.3	4.3	4.3	
장애정도	중증장애인	100.0	18.8	12.5	43.8	0.0	6.3	6.3	0.0	6.3	6.3	
	경증장애인	100.0	18.2	18.2	9.1	45.5	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	
장애유형	신체장애	100.0	11.1	16.7	33.3	16.7	5.6	5.6	5.6	0.0	5.6	
	정신장애	100.0	33.3	11.1	22.2	22.2	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	
빈곤지위	빈곤계층	100.0	25.0	6.3	18.8	25.0	6.3	6.3	0.0	6.3	6.3	
	비빈곤계층	100.0	11.1	22.2	44.4	11.1	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	

■ 응답문항

- ① 의료진 및 병원 직원들이 불친절 했기 때문에, ② 의료비(약값)가 높기 때문에, ③ 치료결과가 미흡했기 때문에,
 ④ 진료가 불성실했기 때문에, ⑤ 진료대기 및 입원대기 시간이 길었기 때문에, ⑥ 의료시설이 낙후되거나 미비했기 때문에,
 ⑦ 필요 이상으로 진료(검사 등)를 많이 했기 때문에, ⑧ 전문 의료 인력이 부족했기 때문에, ⑨ 기타

5. 병의원에 가지 못한 경험

- 성별에 따른 차이를 살펴보면, 남성(15.9%)과 여성(17.5%) 사이에 큰 차이는 없으나, 여성이 병원에 가지 못한 경험이 약간 더 높게 나타났음. 이는 남성과 여성 모두 비슷한 수준의 의료 접근성을 갖고 있지만, 여성들이 조금 더 자주 의료 접근에 어려움을 겪고 있음을 시사함.
- 연령대별로 보면, 중장년층(40세~59세)에서 병원에 가지 못한 경험이 19.1%로 가장 높았고, 청년층(15.4%)과 노년층(15.5%)에서는 유사한 수준으로 나타났음. 중장년층은 일상에서의 경제적 부담, 직업적 스트레스 등이 병원 방문을 방해하는 요소일 수 있으며, 청년층과 노년층은 상대적으로 병원을 찾는 빈도가 낮기 때문에 경험이 더 적을 수 있음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 군지역(17.0%)에 거주하는 장애인들이 시지역(15.8%)보다 병원에 가지 못한 경험이 조금 더 높은 것으로 나타났음. 이는 농촌 지역의 의료 접근성이 도시 지역에 비해 부족할 수 있다는 점을 반영함. 군지역에서는 병원까지의 거리, 의료 서비스의 부족 등이 이러한 경험을 증가시키는 요인이 될 수 있음.
- 장애정도별로는 경증장애인(20.0%)이 중증장애인(15.4%)보다 병원에 가지 못한 경험이 더 많았음. 이는 경증장애인들이 상대적으로 의료 서비스에 대한 긴급성이나 필요성을 덜 느낄 수 있으며, 중증장애인들은 병원 방문의 필요성이 더 크기 때문에 그들이 더 자주 병원을 방문했을 가능성이 있음.
- 장애유형을 보면 신체장애인(19.2%)이 정신장애인(13.8%)보다 병원에 가지 못한 경험이 더 높게 나타났음. 이는 신체적 장애인들이 이동의 어려움으로 인해 병원 방문을 어려워할 가능성이 있다는 점을 시사함. 반면, 정신장애인은 신체적 제약보다는 정신적 상태로 인해 병원을 더 자주 방문해야 하는 경우가 많을 수 있음.

□ 빈곤지위에 따라서는 비빈곤층(19.1%)이 빈곤층(15.3%)보다 병원에 가지 못한 경험이 더 많았음. 이는 경제적으로 더 여유가 있는 비빈곤층이 의료 서비스 이용에 대해 더 높은 기대를 가지고 있을 가능성을 반영할 수 있으며, 빈곤층은 아예 의료서비스를 포기하는 경향이 있을 수 있음.

□ 종합적으로 볼 때, 병원에 가지 못한 경험은 여러 사회적, 경제적 요인에 따라 차이가 나며, 특히 거주지역, 장애정도, 장애유형, 빈곤지위가 중요한 요인으로 작용함.

〈표 31〉 최근 1년간 병의원에 가지 못한 경험

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			있음	없음	
전체		751	16.6	83.4	
성별	남성	100.0(402)	15.9	84.1	
	여성	100.0(349)	17.5	82.5	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	15.4	84.6	
	40세 ~ 59세	100.0(246)	19.1	80.9	
	60세 이상	100.0(310)	15.5	84.5	
거주지역	시지역	100.0(221)	15.8	84.2	
	군지역	100.0(530)	17.0	83.0	
장애정도	중증장애인	100.0(527)	15.4	84.6	
	경증장애인	100.0(220)	20.0	80.0	
장애유형	신체장애	100.0(391)	19.2	80.8	
	정신장애	100.0(355)	13.8	86.2	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(432)	15.3	84.7	
	비빈곤계층	100.0(288)	19.1	80.9	

6. 병원에 가지 못한 이유

- 성별에 따른 분석을 살펴보면, 남성과 여성 모두에서 '경제적 이유'가 병원에 가지 못한 주요한 이유로 나타났음. 남성의 경우 29.5%, 여성의 경우 27.6%로 경제적 부담이 중요한 장애물임을 확인할 수 있었음. 또한, '의료기관 이동이 불편해서'라는 이유도 남성(26.2%)과 여성(27.6%) 모두에서 두 번째로 많이 나타났음. 이러한 결과는 이동의 제약이 성별에 관계없이 병원 방문을 어렵게 하는 주요 원인임을 보여줌. 그러나 세부적으로 살펴보면 남성은 '동행할 사람이 없어서'(21.3%) 병원에 가지 못한 경우가 여성(19.0%)보다 조금 더 많았고, 이는 남성이 병원 방문 시 더 큰 동행자의 지원이 필요함을 시사함. 반면, 여성은 '의료진의 장애 이해 부족'을 이유로 병원에 가지 못한 비율이 남성보다 더 높았는데(여성 1.7%, 남성 0.0%), 이는 의료 서비스에서의 장애 이해가 여성 장애인에게 더 중요한 문제로 작용할 수 있음을 보여줌.
- 연령대별로 살펴보면, 연령이 높아질수록 병원에 가지 못한 이유가 변화하는 경향이 나타났음. 청년층(20세 ~ 39세)은 '동행할 사람이 없어서'(34.5%) 병원에 가지 못한 경우가 많았음. 이는 학업이나 직장생활로 인해 의료기관을 방문할 시간적 여유가 부족한 청년층의 현실을 반영함. 또한, 청년층에서는 '의사소통이 어려워서'(24.1%) 병원 방문에 어려움을 겪는 비율도 높았음. 반면, 중장년층(40세 ~ 59세)은 '경제적 이유'(34.9%)와 '의료기관 이동이 불편해서'(25.6%)가 병원에 가지 못한 주요 이유로 나타났으며, 이는 중장년층이 경제적인 부담과 이동의 불편함에 직면해 있음을 보여줌. 노년층(60세 이상)에서는 '의료기관 이동이 불편해서'(36.2%)가 가장 높은 비율을 차지했으며, 이는 노화로 인한 신체적 제약이 노년층의 의료기관 접근성을 제한하고 있음을 시사함.
- 거주지역에 따른 분석에서는 군지역 거주자가 '의료기관 이동이 불편해서'(29.4%) 병원에 가지 못한 비율이 시지역(20.6%)보다 높았음. 이는 군지역에 거주하는 장애인들이 시지역보다 상대적으로 의료기관 접근성이 낮고, 교통 수단이 부족한 상황을 반영함. 또한, 군지역에서는 '의사소통이 어려워서'(9.4%) 병원 방문이 어려운 경우도 시지역(5.9%)보다 높게 나타나, 의료기관 이용 시 의사소통 문제가 더 크게 작용하는 것으로 보임. 이러한 결과는 군지역 거주자들이 의료 서비스 접근에서 이중적인 어려움을 겪고 있음을 나타냄.

- 장애정도를 기준으로 한 분석에서는 중증장애인이 '의사소통이 어려워서'(10.5%) 병원에 가지 못한 비율이 경증장애인(4.7%)보다 훨씬 높았음. 이는 중증장애인이 의료진과의 소통에서 더 많은 어려움을 겪고 있음을 보여줌. 또한, 중증장애인은 '동행할 시간이 없어서'(21.1%) 병원에 가지 못한 비율도 높아, 중증장애인은 병원 방문 시 더욱 많은 지원이 필요함을 시사함. 반면, 경증장애인은 '경제적 이유'(30.2%)와 '의료기관 이동이 불편해서'(30.2%)가 주요한 병원 방문 장애 요인으로 작용했으며, 이는 경증장애인들이 경제적 부담과 이동의 불편함에 더 큰 영향을 받고 있음을 보여줌.
- 장애유형에 따른 분석에서는 신체장애인이 '의료기관 이동이 불편해서'(31.5%) 병원에 가지 못한 비율이 높았음. 이는 신체장애인이 이동에 있어 더 큰 제약을 받고 있음을 의미하며, 이동 수단 부족과 물리적 접근성의 제한이 신체장애인들에게 큰 장애물로 작용하고 있음을 시사함. 반면, 정신장애인은 '의사소통이 어려워서'(15.2%) 병원에 가지 못한 경험이 더 많았는데, 이는 정신장애인이 의료진과의 대화나 이해 과정에서 어려움을 겪고 있음을 나타냄.
- 마지막으로, 빈곤지위에 따른 분석에서는 빈곤층이 '의료기관 이동이 불편해서'(34.4%) 병원에 가지 못한 비율이 가장 높게 나타났음. 이는 경제적 어려움이 교통 수단 이용이나 의료기관 접근에 미치는 영향을 반영하며, 빈곤층은 경제적 어려움뿐만 아니라 이동의 어려움도 동시에 겪고 있음을 보여줌. 비빈곤층에서는 '경제적 이유'(34.0%)가 병원에 가지 못한 주요 이유로 나타났으며, 이는 경제적 여건이 병원 방문에 있어 중요한 역할을 하고 있음을 시사함.
- 종합적으로 볼 때, 병원에 가지 못한 이유는 경제적 문제, 의료기관 접근성의 어려움, 의사소통의 문제 등으로 나뉘며, 이 요인들은 성별, 연령대, 장애정도, 장애유형, 빈곤지위 등 각 집단별로 다르게 작용하고 있음.

〈표 32〉 병의원에 가지 못한 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)								비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
전체		119	28.6	26.9	8.4	10.9	20.2	2.5	0.8	1.7	
성별	남성	100.0(61)	29.5	26.2	8.2	11.5	21.3	1.6	0.0	1.6	
	여성	100.0(58)	27.6	27.6	8.6	10.3	19.0	3.4	1.7	1.7	
연령	20세 ~ 39세	100.0(29)	10.3	13.8	24.1	10.3	34.5	0.0	3.4	3.4	
	40세 ~ 59세	100.0(43)	34.9	25.6	4.7	20.9	9.3	2.3	0.0	2.3	
	60세 이상	100.0(47)	34.0	36.2	2.1	2.1	21.3	4.3	0.0	0.0	
거주지역	시지역	100.0(34)	29.4	20.6	5.9	14.7	23.5	2.9	0.0	2.9	
	군지역	100.0(85)	28.2	29.4	9.4	9.4	18.8	2.4	1.2	1.2	
장애정도	중증장애인	100.0(76)	27.6	25.0	10.5	11.8	21.1	1.3	0.0	2.6	
	경증장애인	100.0(43)	30.2	30.2	4.7	9.3	18.6	4.7	2.3	0.0	
장애유형	신체장애	100.0(73)	30.1	31.5	4.1	9.6	19.2	4.1	0.0	1.4	
	정신장애	100.0(46)	26.1	19.6	15.2	13.0	21.7	0.0	2.2	2.2	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(61)	26.2	34.4	8.2	11.5	14.8	1.6	1.6	1.6	
	비빈곤계층	100.0(53)	34.0	18.9	5.7	11.3	24.5	3.8	0.0	1.9	

■ 응답문항

- ① 경제적 이유, ② 의료기관 이동이 불편해서, ③ 의사소통이 어려워서, ④ 시간이 없어서, ⑤ 동행할 사람이 없어서,
⑥ 의료기관을 몰라서, ⑦ 증상이 가벼워서, ⑧ 의료진의 장애 이해 부족으로

7. 건강검진 경험

- 성별에 따른 분석을 보면, 남성의 74.6%와 여성의 75.1%가 건강검진을 받은 경험이 있다고 응답해, 성별에 따른 큰 차이는 나타나지 않았음. 이는 남성과 여성 모두 건강검진을 비교적 비슷한 비율로 받았음을 보여줌.
- 연령대별로 살펴보면, 청년층(20세 ~ 39세)에서는 건강검진을 받은 비율이 62.6%로 가장 낮았으며, 노년층(60세 이상)에서는 85.1%로 가장 높았음. 중장년층(40세 ~ 59세)은 71.4%로 중간 수준을 보였다. 이는 나이가 들수록 건강검진의 필요성을 인식하고 정기적으로 검진을 받는 경향이 강해지는 것을 시사함.
- 거주지역에 따른 분석에서는, 시지역과 군지역 간의 차이가 크지 않았음. 시지역 거주자의 76.4%, 군지역 거주자의 74.2%가 건강검진을 받은 것으로 나타났음. 이는 지역적 차이에 상관없이 건강검진 경험이 비교적 고르게 분포되어 있음을 보여줌.
- 장애정도에 따른 분석에서는 경증장애인이 76.4%, 중증장애인이 74.0%로 건강검진을 받은 비율이 비슷한 수준으로 나타났음. 그러나 경증장애인이 중증장애인보다 약간 더 높은 비율을 보였는데, 이는 중증장애인이 의료기관 접근에 더 큰 어려움을 겪고 있음을 암시할 수 있음.
- 장애유형별로 살펴보면, 신체장애인의 82.3%가 건강검진을 받은 반면, 정신장애인은 66.3%로 상대적으로 낮은 비율을 보였음. 이는 정신장애인이 신체장애인에 비해 건강검진의 필요성을 덜 인식하거나, 의료기관에서의 접근성이 부족하다는 점을 시사함.
- 빈곤지위에 따른 분석에서는 비빈곤층이 82.5%로 빈곤층의 71.8%보다 건강검진을 받은 비율이 높았음. 이는 경제적 여건이 건강검진을 받는 데 중요한 영향을 미친다는 것을 의미하며, 빈곤층은 경제적 부담이나 접근성 문제로 인해 건강검진을 받지 못하는 경우가 더 많은 것으로 보임.

- 종합적으로 보면, 건강검진 경험은 연령대, 경제적 상태, 장애유형 등에 따라 차이를 보이며, 특히 청년층, 정신장애인, 빈곤층에서 건강검진 경험이 상대적으로 적은 경향이 나타남. 이는 이들 집단에 대해 건강검진의 중요성을 높이고, 의료 접근성을 강화하는 정책적 지원이 필요하다는 점을 시사함.

〈표 33〉 최근 2년간 건강검진 경험

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			있음	없음	
전체		744	74.9	25.1	
성별	남성	74.6%	25.4%	100.0%(398)	
	여성	75.1%	24.9%	100.0%(346)	
연령	20세 ~ 39세	62.6%	37.4%	100.0%(190)	
	40세 ~ 59세	71.4%	28.6%	100.0%(245)	
	60세 이상	85.1%	14.9%	100.0%(309)	
거주지역	시지역	76.4%	23.6%	100.0%(220)	
	군지역	74.2%	25.8%	100.0%(524)	
장애정도	중증장애인	74.0%	26.0%	100.0%(520)	
	경증장애인	76.4%	23.6%	100.0%(220)	
장애유형	신체장애	82.3%	17.7%	100.0%(389)	
	정신장애	66.3%	33.7%	100.0%(350)	
빈곤지위	빈곤계층	71.8%	28.2%	100.0%(429)	
	비빈곤계층	82.5%	17.5%	100.0%(285)	

8. 건강검진 받지 못한 이유

- 성별에 따른 분석을 살펴보면, 남성과 여성 모두 '별다른 증상이 없고 건강하다고 생각해서'가 주요 이유로 나타났음. 남성의 경우 38.7%가 이 이유를 들었고, 여성은 31.7%로 나타났음. 이 외에도 남성은 '검진기관까지 이동이 불편해서'라는 이유가 11.8%로 나타났으며, 이는 여성(8.5%)보다 더 높은 비율임. 이는 남성들이 상대적으로 이동 편의성에 더 큰 문제를 느끼고 있음을 시사함. 반면, 여성은 '검진 시 동행할 사람이 없어서'라는 이유가 7.3%로 남성보다 두 배 이상 높아, 여성들이 검진을 받을 때 동반자가 필요한 상황이 더 많다는 것을 알 수 있음. 또한, 여성은 '검진 결과에 대한 불안감'을 4.9%로 응답해 남성보다 조금 더 높은 심리적 불안을 경험하는 경향이 있었음.
- 연령대에 따라 분석하면, 청년층(20세~39세)은 건강하다고 생각해 검진을 받지 않은 경우가 40.6%로 다른 연령대에 비해 가장 높았음. 이는 청년층이 상대적으로 건강에 대한 자신감이 크고, 증상이 없을 경우 검진의 필요성을 덜 느끼는 경향이 있음을 보여줌. 그러나 동시에 '정보 부족'이 23.4%로 나타나, 청년층이 검진에 대한 정보에 접근하지 못해 검진을 받지 못한 경우도 상당수였음. 중장년층(40세~59세)에서는 '정보 부족'이 27.9%로 높았으며, 이 연령대에서 이동의 불편함(10.3%)이나 의사소통의 어려움(11.8%)도 중요한 요인으로 나타났음. 이는 중장년층이 건강 정보를 얻기 위한 경로나 의료 서비스 접근에서 어려움을 겪고 있음을 의미함. 노년층(60세 이상)에서는 '검진기관까지 이동이 불편해서'라는 이유가 20.9%로 가장 많이 언급되었으며, 이는 노년층이 이동에 어려움을 겪고 있음을 보여줌. 특히 노년층에서는 '검진 결과에 대한 불안감'(9.3%)도 다른 연령대에 비해 높았으며, 건강 상태에 대한 불확실성이 심리적 장벽으로 작용하는 것으로 나타났음.
- 거주지역에 따른 분석에서는 시지역과 군지역 간의 차이가 분명하게 드러났음. 시지역 거주자는 '건강하다고 생각해서'라는 이유로 검진을 받지 않은 비율이 39.6%로 높았음. 반면 군지역에서는 '검진기관까지 이동이 불편해서'라는 이유가 12.6%로 시지역에 비해 훨씬 높은 비율을 차지했음. 이는 군지역 거주자들이 의료 시설에 대한 접근성 부족으로 인해 검진을 받지 못하는 경우가 많다는 것을 시사한다. 또한 군지역에서는 '의사소통의 어려움'(11.0%) 역시 시지역(2.1%)에 비해 상당히 높게 나타나, 지역적 특성에 따라 의사소통 문제도 검진을 받지 못하는 중요한 이유로 작용하고 있음을 보여줌.

- 장애정도에 따른 분석에서는 중증장애인과 경증장애인 간에 차이가 나타났음. 중증장애인은 '별다른 증상이 없고 건강하다고 생각해서'라는 이유가 33.1%로 가장 많았지만, '정보 부족'(25.2%)과 '이동의 불편'(9.4%)이 주요 장애 요소로 작용했음. 특히 중증장애인들은 이동에 더 큰 어려움을 느끼고 있어, 검진기관에 가는 것이 현실적으로 어렵다는 것을 알 수 있음. 반면 경증장애인은 '별다른 증상이 없어서'(41.7%)라는 이유가 중증장애인보다 더 높은 비율을 보였고, 정보 부족(20.8%)과 이동 불편(12.5%)도 주된 장애 요소였음.
- 장애유형별로는 신체장애인이 '검진기관까지 이동이 불편해서'(22.1%)라는 이유가 높게 나타났으며, 이는 신체적 장애로 인해 이동에 큰 어려움을 겪고 있음을 보여줌. 또한, '검진 결과에 대한 불안감'(4.4%)과 '의사소통의 어려움'(8.8%)도 신체장애인에게 중요한 장벽으로 작용했음. 반면 정신장애인은 '정보 부족'(31.8%)이 가장 큰 이유로 나타났으며, 이는 정신장애인들이 검진에 대한 정보 접근에 어려움을 겪고 있음을 시사함.
- 빈곤지위에 따른 분석에서는 빈곤층에서 '정보 부족'(25.2%)이 가장 높은 비율을 차지했으며, 이는 경제적 어려움뿐만 아니라 정보에 대한 접근성에서도 빈곤층이 어려움을 겪고 있음을 보여줌. 또한, 빈곤층은 '이동 불편'(10.4%)과 '의사소통의 어려움'(9.6%)도 검진을 받지 못하는 중요한 이유로 꼽았음. 반면 비빈곤층에서는 '검진기관까지 이동이 불편해서'(12.5%)라는 이유가 높았으며, '검진 결과에 대한 불안감'(6.3%)도 빈곤층에 비해 높게 나타나, 경제적으로 여유가 있는 층에서도 건강 결과에 대한 불안감이 중요한 장애 요소로 작용할 수 있음을 보여줌.
- 이와 같이, 건강검진을 받지 못한 이유는 다양한 요인에 의해 영향을 받으며, 성별, 연령대, 거주지역, 장애정도, 장애유형, 빈곤지위에 따라 서로 다른 양상을 보임. 특히 정보 부족과 이동의 불편함이 전반적인 주요 장애 요소로 나타나, 이를 해결하기 위해서는 정보 접근성을 강화하고, 이동 편의를 제공하는 정책적 지원이 필요함.

〈표 34〉 최근 2년간 건강검진 받지 못한 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)										비고
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	
전체		175	35.4	10.3	4.0	0.6	4.6	8.6	24.0	3.4	2.9	6.3	
성별	남성	100.0(93)	38.7	11.8	3.2	1.1	2.2	8.6	22.6	3.2	1.1	7.5	
	여성	100.0(82)	31.7	8.5	4.9	0.0	7.3	8.5	25.6	3.7	4.9	4.9	
연령	20세 ~ 39세	100.0(64)	40.6	3.1	1.6	0.0	7.8	7.8	23.4	4.7	4.7	6.3	
	40세 ~ 59세	100.0(68)	35.3	10.3	2.9	0.0	2.9	11.8	27.9	2.9	2.9	2.9	
	60세 이상	100.0(43)	27.9	20.9	9.3	2.3	2.3	4.7	18.6	2.3	0.0	11.6	
거주지역	시지역	100.0(48)	39.6	4.2	8.3	0.0	6.3	2.1	27.1	2.1	0.0	10.4	
	군지역	100.0(127)	33.9	12.6	2.4	0.8	3.9	11.0	22.8	3.9	3.9	4.7	
장애정도	중증장애인	100.0(127)	33.1	9.4	2.4	0.8	6.3	10.2	25.2	3.9	3.1	5.5	
	경증장애인	100.0(48)	41.7	12.5	8.3	0.0	0.0	4.2	20.8	2.1	2.1	8.3	
장애유형	신체장애	100.0(68)	32.4	22.1	4.4	1.5	4.4	8.8	11.8	4.4	2.9	7.4	
	정신장애	100.0(107)	37.4	2.8	3.7	0.0	4.7	8.4	31.8	2.8	2.8	5.6	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(115)	35.7	10.4	3.5	0.9	4.3	9.6	25.2	2.6	1.7	6.1	
	비빈곤계층	100.0(48)	33.3	12.5	6.3	0.0	6.3	4.2	18.8	4.2	6.3	8.3	

■ 응답문항

- ① 별다른 증상이 없고 건강하다고 생각되어서, ② 검진기관까지 이동하기가 불편해서, ③ 검진 결과에 대한 불안감 때문에,
 ④ 검진기관의 시설 및 장비 미비, ⑤ 검진 시 동행할 사람이 없어서, ⑥ 의사소통에 어려움이 있어서, ⑦ 정보부족, ⑧ 시간부족,
 ⑨ 두려움, ⑩ 기타

9. 병원입원 경험

- 병원입원 경험에 대한 분석을 살펴보면 성별에 따라 입원 경험의 차이가 다소 존재함. 남성 중 병원에 입원한 경험이 있는 비율은 26.6%로, 여성의 32.1%보다 낮음. 이 결과는 여성이 남성보다 병원 입원 경험이 조금 더 많다는 점을 시사함.
- 연령대별로 살펴보면, 연령이 증가할수록 병원 입원 경험이 증가하는 경향을 확인할 수 있음. 청년층(20세 ~ 39세)에서는 25.8%가 병원 입원 경험이 있다고 답한 반면, 중장년층(40세 ~ 59세)에서는 28.7%, 노년층(60세 이상)에서는 31.7%가 입원 경험이 있다고 응답했음. 이는 나이가 들수록 건강 문제가 증가함에 따라 병원 입원 경험이 높아지는 자연스러운 결과로 보임.
- 거주지역에 따른 차이도 주목할 만함. 시 지역에 거주하는 응답자 중 31.4%가 병원 입원 경험이 있는 반면, 군 지역에서는 28.2%가 입원 경험이 있다고 답했음. 시 지역 거주자의 입원 경험이 다소 높은 것은 의료 접근성이나 의료 시설의 차이 때문일 수 있음.
- 장애 정도에 따라서는 중증장애인 중 28.7%, 경증장애인 중 29.8%가 입원 경험이 있다고 답했음. 경증장애인이 중증장애인보다 약간 더 높은 비율을 보이지만 큰 차이는 아님. 장애 유형별로 살펴보면, 신체장애인의 입원 경험이 29.8%로, 정신장애인의 28.0%보다 다소 높았음.
- 마지막으로, 빈곤지위에 따른 차이를 보면, 빈곤층에서는 31.4%가 병원 입원 경험이 있다고 답한 반면, 비빈곤층에서는 25.8%만이 입원 경험이 있다고 답했음. 이는 경제적 여건에 따른 건강 문제의 차이로 해석될 수 있으며, 빈곤층이 건강 관리에 더 큰 어려움을 겪고 있음을 시사함.

- 종합적으로 병원 입원 경험은 성별, 연령대, 거주지역, 장애 정도, 장애 유형, 그리고 빈곤지위에 따라 차이가 나타나며, 특히 연령이 증가할수록, 그리고 경제적 어려움이 있을수록 병원 입원 경험이 많아지는 경향이 있음.

〈표 35〉최근 1년간 병원입원 경험

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			있음	없음	
전체		744	29.2	70.8	
성별	남성	100.0(398)	26.6	73.4	
	여성	100.0(346)	32.1	67.9	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	25.8	74.2	
	40세 ~ 59세	100.0(244)	28.7	71.3	
	60세 이상	100.0(306)	31.7	68.3	
거주지역	시지역	100.0(220)	31.4	68.6	
	군지역	100.0(524)	28.2	71.8	
장애정도	중증장애인	100.0(522)	28.7	71.3	
	경증장애인	100.0(218)	29.8	70.2	
장애유형	신체장애	100.0(386)	29.8	70.2	
	정신장애	100.0(353)	28.0	72.0	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(427)	31.4	68.6	
	비빈곤계층	100.0(287)	25.8	74.2	

10. 치과진료 받지 못한 경험

- 치과 진료를 받지 못한 경험에 대한 분석을 살펴보면 성별에 따른 차이는 크게 나타나지 않았음. 남성의 7.8%가 치과 진료를 받지 못한 경험이 있다고 응답한 반면, 여성은 10.3%로 약간 높은 수치를 보인다. 이는 남성보다 여성이 조금 더 치과 진료에 대한 접근이 어려움을 겪는다는 것을 시사할 수 있음.
- 연령대별로 보면, 청년층(20세 ~ 39세)의 7.7%가 치과 진료를 받지 못한 경험이 있다고 답한 반면, 중장년층(40세 ~ 59세)은 9.7%, 노년층(60세 이상)은 9.1%로, 연령이 높아질수록 치과 진료를 받지 못한 경험이 증가하는 경향을 보였음. 이는 나이가 들수록 치과 진료의 필요성은 증가하지만, 동시에 여러 가지 이유로 치과 진료에 대한 접근이 어려워질 수 있음을 시사함.
- 거주 지역에 따른 차이도 주목할 만하다. 시 지역에 거주하는 장애인 중 4.5%만이 치과 진료를 받지 못한 경험이 있다고 답한 반면, 군 지역에서는 이 비율이 10.8%로 더 높았음. 이는 시 지역이 의료 인프라가 더 잘 갖춰져 있어 치과 진료를 받는 데 있어 더 용이한 반면, 군 지역에서는 의료 접근성이 떨어질 수 있음을 나타냄.
- 장애 정도에 따라서는 중증장애인 중 7.8%, 경증장애인 중 11.9%가 치과 진료를 받지 못한 경험이 있다고 답했음. 경증장애인이 중증장애인보다 치과 진료를 받지 못한 경험이 많다는 결과는 예상과 달리, 경증장애인들이 치과 진료를 받기 위한 도움을 덜 받을 수 있거나 치과 진료를 덜 중요하게 여길 가능성이 있음.
- 장애 유형별로는 신체장애인의 11.6%가 치과 진료를 받지 못한 경험이 있다고 답한 반면, 정신장애인은 6.2%로 나타났음. 신체장애인들이 치과 진료를 받지 못하는 경우가 더 많은 것은 이동이나 신체적 제약으로 인해 치과 방문이 어렵기 때문일 수 있음.

□ 마지막으로, 빈곤지위에 따른 차이를 보면, 빈곤층에서는 9.0%, 비빈곤층에서는 8.7%로 큰 차이는 보이지 않았음. 이는 경제적 여건이 치과 진료를 받지 못한 경험에 큰 영향을 미치지 않는다는 것을 의미할 수 있음.

□ 종합적으로 성별, 연령대, 거주 지역, 장애 정도, 장애 유형, 그리고 빈곤지위에 따라 치과 진료를 받지 못한 경험에 다소 차이가 나타나며, 특히 군 지역 거주자와 경증장애인이 치과 진료를 받지 못한 경험이 많다는 점이 눈에 띈.

〈표 36〉 치과진료를 받지 못한 경험

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			있다	없다	
전체		749	8.9	91.1	
성별	남성	100.0(400)	7.8	92.3	
	여성	100.0(349)	10.3	89.7	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	7.7	92.3	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	9.7	90.3	
	60세 이상	100.0(307)	9.1	90.9	
거주지역	시지역	100.0(222)	4.5	95.5	
	군지역	100.0(527)	10.8	89.2	
장애정도	중증장애인	100.0(527)	7.8	92.2	
	경증장애인	100.0(218)	11.9	88.1	
장애유형	신체장애	100.0(388)	11.6	88.4	
	정신장애	100.0(356)	6.2	93.8	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(432)	9.0	91.0	
	비빈곤계층	100.0(286)	8.7	91.3	

11. 치과진료를 받지 못한 이유

- 치과진료를 받지 못한 이유에 대한 분석을 살펴보면, 다양한 요인들이 영향을 미치고 있음을 알 수 있음. 성별에 따른 차이를 보면, 남성의 44.0%는 동네 치과의 편의시설 부족, 교통 불편, 활동지원사 부재 등 물리적 한계를 주된 이유로 꼽았고, 여성의 경우 45.8%가 경제적 부담을 주된 이유로 꼽았음. 이는 남성이 물리적 접근성의 문제를 더 많이 겪는 반면, 여성은 경제적 어려움을 더 크게 느끼고 있음을 시사함.
- 연령대별로 분석해보면, 청년층(20세 ~ 39세)의 경우 33.3%가 경제적 이유를, 중장년층(40세 ~ 59세)은 33.3%가 동네 치과의 편의시설 부족 등을 문제로 꼽았으며, 노년층(60세 이상)은 50.0%로 경제적 부담을 가장 큰 이유로 지적했음. 연령이 높아질수록 경제적 부담이 치과진료를 받지 못하는 주요 원인이 되는 경향이 나타남.
- 거주 지역에 따른 차이를 보면, 시 지역에서는 경제적 이유(37.5%)가 가장 큰 이유였으며, 군 지역에서는 동네 치과의 편의시설 부족과 교통 불편(36.6%)이 주요한 문제로 나타났음. 이는 군 지역이 상대적으로 치과 접근성이 더 낮다는 점을 시사하며, 시 지역에서는 경제적 이유가 주요 장애 요인임을 보여줌.
- 장애 정도에 따른 분석을 보면, 중증장애인들은 물리적 한계(39.3%)를, 경증장애인들은 경제적 부담(42.9%)을 치과진료를 받지 못한 주된 이유로 꼽았음. 중증장애인은 치과 접근성의 어려움을 겪고 있는 반면, 경증장애인은 경제적 문제를 더 크게 인식하고 있음을 알 수 있음.
- 장애 유형에 따른 차이도 주목할 만하다. 신체장애인은 36.8%가 물리적 한계를, 정신장애인은 36.4%가 경제적 부담을 가장 큰 이유로 꼽았음. 이는 신체적 제약으로 인한 접근성 문제와 정신장애로 인한 경제적 어려움이 주요 요인으로 작용하고 있음을 보여줌.

□ 마지막으로, 빈곤지위에 따른 분석에서는 빈곤층에서 물리적 한계(44.8%)가 가장 큰 문제로 지적되었으며, 비빈곤층은 경제적 이유(52.9%)가 가장 큰 장애 요인으로 나타났음. 이는 경제적 여건에 따라 치과진료에 대한 접근성의 차이가 나타날 수 있음을 시사함.

□ 종합적으로, 치과진료를 받지 못한 이유는 성별, 연령대, 거주 지역, 장애 정도 및 유형, 그리고 빈곤지위에 따라 다르게 나타나며, 특히 물리적 한계와 경제적 부담이 주요 장애 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있음.

〈표 37〉 치과진료를 받지 못한 이유

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)				비고
			①	②	③	④	
전체		49	10.2	34.7	38.8	16.3	
성별	남성	100.0(25)	12.0	44.0	32.0	12.0	
	여성	100.0(24)	8.3	25.0	45.8	20.8	
연령	20세 ~ 39세	100.0(9)	11.1	33.3	33.3	22.2	
	40세 ~ 59세	100.0(18)	16.7	33.3	27.8	22.2	
	60세 이상	100.0(22)	4.5	36.4	50.0	9.1	
거주지역	시지역	100.0(8)	12.5	25.0	37.5	25.0	
	군지역	100.0(41)	9.8	36.6	39.0	14.6	
장애정도	중증장애인	100.0(28)	7.1	39.3	35.7	17.9	
	경증장애인	100.0(21)	14.3	28.6	42.9	14.3	
장애유형	신체장애	100.0(38)	10.5	36.8	39.5	13.2	
	정신장애	100.0(11)	9.1	27.3	36.4	27.3	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(29)	3.4	44.8	31.0	20.7	
	비빈곤계층	100.0(17)	17.6	17.6	52.9	11.8	

■ 응답문항

- ① 장애인치과병원의 예약이 너무 많기 때문에
- ② 동네 치과의 편의시설 부족, 교통 불편, 활동지원사 부재 등 물리적 한계 때문에
- ③ 경제적으로 부담되기 때문에
- ④ 의사가 장애특성을 이해하지 못해 치과진료를 받기 힘들기 때문에
- ⑤ 기타

12. 정기적인 스케일링 경험

- 성별에 따른 차이를 보면, 남성의 34.9%가 정기적인 스케일링을 받았다고 응답한 반면, 여성은 32.1%로 남성보다 조금 낮은 비율을 보였음. 이는 남성이 여성보다 정기적인 스케일링을 받는 비율이 약간 더 높음을 시사함. 다만, 두 성별 모두에서 다수는 스케일링을 받지 않았다고 응답해, 정기적인 구강 건강 관리가 충분히 이루어지지 않고 있음을 나타냄.
- 연령대별로 분석해보면, 청년층(20세 ~ 39세)은 33.3%가, 중장년층(40세 ~ 59세)은 35.9%가 스케일링을 경험했다고 응답하여 중장년층이 약간 더 높은 비율을 보였음. 하지만 노년층(60세 이상)은 31.9%로 가장 낮은 비율을 기록했음. 이는 연령이 증가할수록 정기적인 스케일링 경험이 줄어드는 경향을 보여줌. 노년층은 치아 건강 관리에 더 많은 관심이 필요함에도 불구하고, 실제로 정기적인 스케일링 경험이 적다는 점에서 주목할 필요가 있음.
- 거주 지역에 따른 차이도 나타난다. 시 지역에서는 39.6%가 스케일링을 경험했다고 응답한 반면, 군 지역에서는 31.1%만이 정기적인 스케일링을 받은 것으로 나타났음. 이는 시 지역에서 의료 및 치과 서비스에 대한 접근성이 더 높아 정기적인 스케일링을 받는 비율이 더 높다는 것을 의미함. 군 지역에서는 치과 서비스에 대한 접근성이 상대적으로 낮아 스케일링 경험이 적을 수 있다는 점을 보여줌.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인과 경증장애인의 스케일링 경험 비율이 약간 차이를 보였음. 중증장애인은 32.1%가, 경증장애인은 37.3%가 정기적인 스케일링을 받은 것으로 나타났음. 경증장애인이 상대적으로 더 정기적인 스케일링을 받는 이유는, 신체적 제약이 덜하여 치과 방문이 더 용이하기 때문일 수 있음.
- 장애 유형에 따른 분석에서는 신체장애인이 34.6%, 정신장애인이 32.7%로 나타났음. 신체장애인은 이동과 같은 물리적 제약이 크지만, 스케일링을 받는 비율은 상대적으로 높았고, 정신장애인은 상대적으로 신체적 이동 제약이 적더라도 정기적인 구강 관리 경험이 적은 경향을 보였음. 이는 구강 관리에 대한 인식과 접근성 차이가 영향을 미친 것으로 보임.

- 빈곤지위에 따른 차이도 눈에 띄는 부분이다. 빈곤층에서 33.9%가, 비빈곤층에서 34.1%가 정기적인 스케일링을 경험했다고 응답해, 큰 차이는 없었음. 그러나 빈곤층에서 구강 건강에 대한 추가 지원이 필요할 가능성이 높다는 점에서, 이 비율도 충분한 관리 수준이라고 보기 어려움.
- 전체적으로 볼 때, 정기적인 스케일링 경험은 성별, 연령대, 거주 지역, 장애 정도 및 유형, 그리고 빈곤지위에 따라 다양한 차이를 보임. 특히, 연령이 높아질수록, 군 지역 거주자일수록, 그리고 중증장애인일수록 정기적인 스케일링 경험이 줄어드는 경향이 있어, 이들에 대한 구강 건강 관리 지원이 필요함을 시사함.

〈표 38〉 정기적인 스케일링 경험

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)		비고
			그렇다	아니다	
전체		750	33.6	66.4	
성별	남성	100.0(401)	34.9	65.1	
	여성	100.0(349)	32.1	67.9	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	33.3	66.7	
	40세 ~ 59세	100.0(245)	35.9	64.1	
	60세 이상	100.0(310)	31.9	68.1	
거주지역	시지역	100.0(222)	39.6	60.4	
	군지역	100.0(528)	31.1	68.9	
장애정도	중증장애인	100.0(526)	32.1	67.9	
	경증장애인	100.0(220)	37.3	62.7	
장애유형	신체장애	100.0(390)	34.6	65.4	
	정신장애	100.0(355)	32.7	67.3	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	33.9	66.1	
	비빈곤계층	100.0(287)	34.1	65.9	

13. 사보험 가입

- 성별에 따른 사보험 가입 현황을 보면, 남성과 여성 모두에서 사보험 미가입률이 상당히 높음. 남성의 경우 57.5%가 사보험에 가입하지 않았으며, 여성은 54.1%로 비슷한 수준임. 남성은 암보험(23.2%)과 병원비, 입원비 등(20.0%) 항목에서 비교적 많은 가입률을 보였으며, 여성은 병원비, 입원비 등(27.2%) 항목에서 가장 높은 가입률을 나타냈음. 여성은 또한 간병보험 가입률이 남성보다 높았으나(여성 4.5%, 남성 2.9%), 상해보험에서는 남성과 큰 차이가 없었음.
- 연령대별 분석에서는, 청년층(20세 ~ 39세)에서 사보험 미가입률이 50.9%로 다소 낮았으며, 병원비, 입원비 등 보험(32.1%)의 가입률이 상대적으로 높았음. 중장년층(40세 ~ 59세)과 노년층(60세 이상)에서는 사보험 미가입률이 각각 57.3%, 57.0%로 비슷한 수준이었으며, 암보험(24.0%)과 병원비, 입원비 등 보험(20.8%)에서 가장 높은 가입률을 보였음. 나이가 들어감에 따라 간병보험 가입률이 다소 증가하는 경향이 있지만, 전반적으로 가입률은 낮았음.
- 거주지역에 따른 차이를 보면, 시지역과 군지역 모두에서 사보험 미가입률이 높았음(시지역 57.8%, 군지역 55.1%). 그러나 군지역에서는 병원비, 입원비 등 보험(24.6%)의 가입률이 시지역(20.6%)보다 더 높았으며, 시지역은 상해보험 가입률(12.8%)이 군지역(10.7%)보다 다소 높았음. 이는 지역에 따른 사보험 접근성 및 경제적 여건의 차이를 시사함.
- 장애 정도에 따른 분석에서는, 중증장애인의 58.0%가 사보험에 가입하지 않았으며, 경증장애인은 52.0%로 상대적으로 낮은 미가입률을 보였음. 경증장애인은 병원비, 입원비 등 보험(28.0%)과 상해보험(14.5%)에 대한 가입률이 중증장애인보다 높았음. 이는 경증장애인이 경제적 여건 및 이동성 측면에서 사보험에 더 쉽게 접근할 수 있음을 보여줌.

□ 장애유형에 따른 분석을 보면, 지체장애인은 미가입률이 55.2%로 나타났으며, 뇌병변장애인의 경우 41.0%로 상대적으로 낮았음. 특히 뇌병변장애인은 병원비, 입원비 등 보험에 대한 가입률이 38.6%로, 다른 장애유형보다 높았음을 알 수 있음. 이는 특정 장애 유형에 따라 의료비 부담을 줄이기 위해 병원비 관련 보험에 대한 수요가 높다는 것을 시사함.

□ 결론적으로, 사보험 가입 여부는 성별, 연령대, 장애 정도 및 유형, 거주 지역, 빈곤지위 등 다양한 요인에 의해 영향을 받고 있음. 미가입률이 전체적으로 높으며, 특히 경제적 여건이 좋지 않은 집단에서 사보험 가입률이 현저히 낮다는 점에서, 이들에 대한 금융적 지원과 의료비 부담 완화가 필요함을 시사함.

〈표 39〉 사보험 가입

(단위: 명, %)

구분		N	응답문항(%)					비고
			①	②	③	④	⑤	
전체		677	55.9%	22.0%	23.3%	3.6%	11.3%	다중응답 (케이스 중 %)
성별	남성	315	57.5	23.2	20.0	2.9	11.1	
	여성	268	54.1	20.5	27.2	4.5	11.6	
연령	20세 ~ 39세	112	50.9	16.1	32.1	2.7	8.9	
	40세 ~ 59세	92	57.3	24.0	20.8	3.1	13.5	
	60세 이상	279	57.0	22.9	21.5	4.3	10.8	
거주지역	시지역	180	57.8	21.7	20.6	4.4	12.8	
	군지역	403	55.1	22.1	24.6	3.2	10.7	
장애정도	중증장애인	379	58.0	23.2	20.6	2.6	9.5	
	경증장애인	200	52.0	19.5	28.0	5.5	14.5	
장애유형	신체장애	210	55.2	23.8	20.5	3.3	13.8	
	정신장애	83	41.0	22.9	38.6	6.0	14.5	
빈곤지위	빈곤계층	294	67.3	17.0	15.0	1.7	6.8	
	비빈곤계층	38	65.8	21.1	13.2	5.3	7.9	

■ 응답문항

① 미가입, ② 암보험, ③ 병원비, 입원비, ④ 간병보험 ⑤ 상해보험

제6절 의료지원 프로그램

1. 신체재활서비스

1) 의료상담 및 진료

- ☐ 의료상담 및 진료에 대한 인지도와 이용 경험을 분석한 결과, 전반적으로 인지도는 높은 수준이었으며, 이용 경험자들 사이에서 매우 높은 만족도를 보였음.
- ☐ 우선, 의료상담 및 진료에 대한 인지도는 69.4%로, 응답자의 약 70%가 관련 서비스에 대해 알고 있다고 응답했음. 반면, 30.6%는 해당 서비스에 대해 모른다고 답해, 일부 응답자들에게는 여전히 의료상담 및 진료 서비스에 대한 정보가 부족함을 시사함.
- ☐ 의료상담 및 진료를 실제로 이용한 경험에 대한 조사에서는 응답자의 83.3%가 이용 경험이 있다고 답했음. 이는 많은 장애인들이 인지하고 있는 만큼 실제로 의료상담 및 진료 서비스를 적극적으로 이용하고 있음을 나타냄. 반면, 16.7%는 이용하지 않은 것으로 나타나, 여전히 일부 장애인들은 서비스를 접하지 않았거나 이용하지 않은 것으로 분석됨.
- ☐ 서비스 제공기관별로 분석해보면, 재활병원이 78.0%로 가장 많은 비율을 차지했음. 이는 대부분의 의료상담 및 진료 서비스가 재활병원에서 이루어지고 있음을 보여줌. 그 외에도 정부기관(12.1%), 민간단체(7.6%), 기타 기관(2.4%)에서 제공되는 서비스도 적지 않은 비율을 차지하고 있음.
- ☐ 서비스 만족도 조사에서는 응답자의 95.0%가 만족한다고 답해, 매우 높은 만족도를 나타냈음. 불만족하다는 응답은 5.0%로, 만족도가 높은 이유는 의료상담 및 진료 서비스의 질이 전반적으로 우수하다는 것을 보여줌.
- ☐ 종합적으로 보면, 의료상담 및 진료 서비스에 대한 인지도와 이용률은 상당히 높은 수준이며, 이용자들의 만족도 역시 매우 높다. 다만, 여전히 약 30%의 장애인들이 이 서비스에 대해 모르고 있어, 서비스 인지도 향상을 위한 추가적인 홍보와 정보 제공이 필요함.

2) 물리치료

- 물리치료에 대한 인지도는 77.7%로, 응답자 중 대부분이 물리치료에 대해 알고 있는 것으로 나타났음. 그러나 22.3%의 응답자는 물리치료에 대해 모른다고 답해, 여전히 일부 장애인들에게는 물리치료에 대한 정보가 부족할 수 있음을 시사함.
- 물리치료를 실제로 이용한 경험에 대한 조사에서는 응답자의 77.5%가 이용 경험이 있다고 답했으며, 22.5%는 이용 경험이 없는 것으로 나타났음. 이 결과는 많은 장애인들이 물리치료를 인지하고 실제로 이용하고 있다는 것을 보여줌.
- 물리치료 서비스 제공기관에 대한 조사에서는 재활병원이 59.9%로 가장 많은 비율을 차지했음. 또한, 민간단체(23.9%)와 정부기관(15.3%)에서도 물리치료 서비스가 제공되고 있으며, 기타 기관에서의 제공 비율은 0.9%로 비교적 적은 편임. 이는 물리치료 서비스가 주로 재활병원에서 제공되며, 다양한 기관에서도 이용할 수 있음을 나타냄.
- 서비스 만족도 조사에서는 응답자의 94.1%가 물리치료 서비스에 만족한다고 답해, 전반적으로 높은 만족도를 보였음. 반면, 불만족 응답은 5.9%로, 물리치료 서비스의 전반적인 질이 높은 수준임을 확인할 수 있음.
- 종합적으로 보면, 물리치료에 대한 인지도와 이용 경험은 매우 높은 수준이며, 이용자들은 대체로 만족하고 있음. 다만, 인지도가 부족한 일부 응답자를 대상으로 추가적인 정보 제공과 홍보가 필요할 수 있음.

3) 작업치료

- 우선, 작업치료에 대한 인지도를 보면, 응답자의 79.9%가 작업치료를 알고 있는 반면, 20.1%는 이에 대해 모른다고 답했음. 이는 물리치료에 비해 작업치료에 대한 인지도가 상대적으로 낮다는 것을 시사하며, 이에 대한 홍보와 교육이 추가로 필요할 수 있음.
- 작업치료 이용 경험에 대해서는 응답자의 53.1%가 실제로 작업치료를 받은 경험이 있다고 답한 반면, 46.9%는 이용한 적이 없다고 답해, 이용 경험이 반반으로 나뉘었음. 이는 작업치료에 대한 접근성이 다른 치료에 비해 다소 낮을 수 있음을 보여줌.
- 작업치료 서비스 제공기관에 대한 조사에서는 재활병원이 50.0%로 가장 많은 비율을 차지했으며, 민간단체(24.4%)와 정부기관(21.8%)에서도 작업치료가 제공되고 있음을 확인할 수 있음. 기타 기관에서의 제공 비율은 3.8%로 나타났음. 이는 작업치료 서비스가 재활병원 외에도 다양한 기관에서 제공되고 있음을 시사하며, 특히 민간단체와 정부기관의 역할이 중요함을 보여줌.
- 작업치료에 대한 만족도는 매우 긍정적인 평가를 받았음. 응답자의 96.2%가 작업치료에 만족한다고 답해, 높은 만족도를 보였으며, 불만족 응답은 3.8%로 낮은 비율에 그쳤음. 이는 작업치료 서비스가 전반적으로 질 높은 서비스를 제공하고 있음을 시사함.
- 종합적으로 보면, 작업치료의 인지도는 개선이 필요하지만, 실제로 이용한 장애인은 높은 만족도를 보이고 있음. 이에 따라 작업치료에 대한 홍보와 더불어 이용 접근성을 높이는 방안이 필요할 것임.

4) 수치료

- 이용 경험에 대해서는 응답자의 36.8%만이 실제로 수치료를 받은 경험이 있다고 답했으며, 63.2%는 수치료를 이용해 본 적이 없다고 응답했음. 이는 수치료에 대한 접근성이 제한적일 수 있음을 보여줌.
- 수치료를 제공하는 기관으로는 재활병원이 61.3%로 가장 많은 비중을 차지했으며, 정부기관에서의 제공 비율이 25.8%로 나타났다음. 민간단체(6.5%) 및 기타 기관(6.5%)도 수치료를 제공하고 있음을 알 수 있음. 특히 정부기관의 비중이 비교적 높은 점이 눈에 띄며, 이는 공공 재활치료 서비스의 중요성을 나타냄.
- 수치료의 만족도는 매우 긍정적인 평가를 받았음. 응답자의 96.9%가 수치료에 만족한다고 답했으며, 불만족 응답은 3.1%에 그쳤음. 이는 수치료를 받은 장애인들이 대체로 높은 만족도를 보였음을 시사하며, 수치료가 효과적인 재활치료 방법으로 자리 잡고 있음을 의미함.
- 종합적으로 보면, 수치료에 대한 인지도와 이용 경험은 낮지만, 이를 이용한 장애인들은 매우 긍정적인 평가를 하고 있음. 따라서 수치료에 대한 홍보와 접근성을 높이기 위한 노력이 필요하며, 특히 재활병원뿐만 아니라 더 다양한 기관에서 수치료를 제공할 수 있도록 시스템을 확장하는 것이 중요할 것임.

〈표 40〉 신제재활서비스

(단위: 명, %)

구분	인지			이용경험			서비스 제공기관*					만족도			비고
	계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)				계(수)	응답문항(%)		
		안다	모른다		예	아니오		①	②	③	④		불만족	만족	
의료상담 및 진료	100 (733)	69.4	30.6	100 (509)	83.3	16.7	100 (422)	78.0	12.1	7.6	2.4	100 (423)	5.0	95.0	
물리치료	100 (734)	77.7	22.3	100 (570)	77.5	22.5	100 (439)	59.9	15.3	23.9	0.9	100 (441)	5.9	94.1	
작업치료	100 (731)	20.1	79.9	100 (147)	53.1	46.9	100 (78)	50.0	21.8	24.4	3.8	100 (78)	3.8	96.2	
수치료	100 (731)	11.9	88.1	100 (87)	36.8	63.2	100 (31)	61.3	25.8	6.5	6.5	100 (32)	3.1	96.9	

* 서비스 제공기관

① 재활병원, ② 정부기관(보건소, 동사무소), ③ 민간단체(복지관, 종교단체, 시민단체, 장애인 관련 단체, ④ 기타

■ 이용경험이 있는 응답자가 서비스 제공기관, 만족도에 대해 정보를 제공함

2. 성재활 서비스

1) 성생활 관련 전문가 상담

- 성재활 관련 전문가 상담에 대한 인지 여부를 보면, 6.4%가 해당 상담을 알고 있는 반면, 93.6%는 알지 못한다고 응답했음. 이는 대다수의 장애인들이 성재활 관련 전문가 상담에 대한 인지도가 낮다는 것을 보여줌. 또한 실제 이용 경험을 살펴보면, 31.9%만이 성재활 관련 상담을 이용한 경험이 있다고 응답했으며, 68.1%는 이용 경험이 없다고 답변했음. 이는 낮은 인지도에 비해 이용률은 상대적으로 높다는 점을 시사함.
- 성재활 상담 서비스 제공 기관으로는 민간단체가 46.7%로 가장 높은 비율을 차지했으며, 재활병원이 40.0%, 정부기관이 13.3%로 뒤를 이었음. 이는 민간단체가 성재활 상담에서 중요한 역할을 하고 있음을 나타냄.
- 서비스에 대한 만족도는 비교적 높은 편으로, 93.3%가 만족한다고 응답했으며, 6.7%는 불만족하다고 답변했음. 이는 성재활 관련 전문가 상담 서비스의 질이 대체로 긍정적으로 평가되고 있음을 알 수 있음.
- 전체적으로 성재활 관련 상담에 대한 인지도는 낮지만, 상대적으로 실제 이용 경험이 높기 때문에 이를 통해 보다 많은 장애인들이 성재활 관련 상담을 활용할 수 있도록 접근성과 인식 제고가 필요할 것으로 보임.

2) 성재활 관련 동료 및 부부상담

- 성재활 관련 동료 및 부부 상담에 대한 인지도를 보면, 4.4%가 해당 상담을 알고 있다고 답변했으며, 95.6%는 알지 못한다고 응답했음. 이처럼 대부분의 장애인들이 성재활 관련 동료 및 부부 상담에 대한 인식이 낮은 것으로 나타났으며, 실제 이용 경험을 살펴보면, 31.3%가 상담을 이용한 경험이 있다고 답변했으며, 68.8%는 이용 경험이 없다고 답했음. 이는 상담에 대한 인지도가 낮음에도 불구하고 실제 이용률은 높은 편임을 보여줌.

- 상담 서비스 제공 기관으로는 재활병원이 60.0%로 가장 높은 비율을 차지했으며, 민간단체가 20.0%, 정부기관이 10.0%, 기타 기관이 10.0%를 차지했음. 이는 성재활 동료 및 부부 상담이 주로 재활병원에서 이루어지고 있음을 나타내며, 민간단체와 정부기관의 역할도 일부 존재한다는 것을 보여줌.
- 상담 서비스에 대한 만족도는 높은 편으로, 90.0%가 만족한다고 답변했으며, 10.0%는 불만족하다고 답변했다. 전반적으로 성재활 관련 동료 및 부부 상담은 이용자들에게 긍정적인 평가를 받고 있음을 알 수 있음.
- 결과적으로 성재활 동료 및 부부 상담은 인지도가 낮지만, 실제 이용률은 다소 높은 편임. 이를 통해 보다 많은 장애인들이 성재활 상담을 쉽게 이용할 수 있도록 인식 제고와 접근성을 높이는 노력이 필요할 것으로 보임.

3) 성재활 교육

- 성재활 교육에 대한 인지도를 살펴보면, 7.1%가 해당 교육을 알고 있다고 답변했으며, 92.9%는 알지 못한다고 응답했음. 이로써 대부분의 장애인들이 성재활 교육에 대해 인식하지 못하고 있음을 보여줌. 또한, 성재활 교육의 실제 이용 경험을 살펴보면, 61.5%가 교육을 받은 경험이 있다고 답변한 반면, 38.5%는 이용 경험이 없다고 답했음. 이는 성재활 교육의 인지도가 낮은 것에 비해 실제 참여 비율도 상대적으로 높다는 점에서 교육 프로그램에 대한 접근성이 꽤 넓음을 보여줌.
- 성재활 교육의 서비스 제공 기관으로는 민간단체가 66.7%로 가장 큰 비율을 차지하고 있으며, 재활병원(15.2%)과 기타 기관(15.2%)이 그 뒤를 따르고, 정부기관이 3.0%를 차지했음. 이는 성재활 교육이 주로 민간단체에 의해 제공되고 있음을 나타냄.
- 교육 서비스에 대한 만족도는 매우 높은 편으로, 90.9%가 만족한다고 답변했으며, 9.1%는 불만족하다고 답했음. 이는 성재활 교육이 전반적으로 긍정적인 평가를 받고 있음을 시사함.

- 결과적으로, 성재활 교육은 낮은 인지도와 함께 비교적 높은 참여율을 보이며, 만족도 역시 높다. 앞으로는 민간단체뿐만 아니라 다양한 기관에서도 더 많은 성재활 교육이 제공되어, 더 많은 장애인들이 교육을 받을 수 있는 기회가 확대될 필요가 있음.

4) 약물 및 수술

- 성재활 관련 약물 및 수술에 대한 인지도를 살펴보면, 8.3%가 해당 정보를 알고 있다고 답변했으며, 91.7%는 알지 못한다고 응답했음. 이는 많은 장애인들이 약물 및 수술과 관련된 정보를 인식하지 못하고 있음을 보여줌. 또한 실제로 이용 경험을 살펴보면, 47.5%가 약물 및 수술을 받은 경험이 있다고 답변한 반면, 52.5%는 이용한 적이 없다고 답해, 인지도에 비해 실제 이용률은 상대적으로 높은 편임을 알 수 있음.
- 약물 및 수술의 서비스 제공 기관으로는 재활병원이 58.6%로 가장 많은 비율을 차지하고 있으며, 그 뒤로 정부기관이 24.1%, 기타 기관이 13.8%, 민간단체가 3.4%를 차지했음. 이는 약물 및 수술이 주로 재활병원을 통해 제공되고 있으며, 정부기관에서도 비교적 큰 역할을 하고 있음을 시사함.
- 만족도 측면에서는 92.9%가 만족한다고 답변했으며, 7.1%가 불만족하다고 응답했음. 이는 약물 및 수술 서비스에 대한 전반적인 만족도가 매우 높다는 것을 의미함.
- 결론적으로, 성재활 관련 약물 및 수술은 인지도가 낮으며, 주로 재활병원과 정부기관을 통해 제공되고 있음. 만족도 또한 높게 나타나, 서비스의 질은 전반적으로 긍정적으로 평가되고 있으나, 이용률을 높이기 위한 추가적인 접근성 개선이 필요할 수 있음.

5) 성재활 가이드

- 성재활 가이드에 대한 인지도를 보면, 3.6%가 해당 정보를 알고 있다고 응답했고, 96.4%는 알지 못한다고 답변했음. 이는 성재활 가이드에 대한 인지도가 매우 낮음을 나타냄. 또한, 실제로 이용한 경험이 있는 장애인은 15.4%에 불과하고, 84.6%는 이용한 적이 없다고 응답하여, 인지도와 실제로 이용한 비율 모두 상당히 낮은 것으로 나타났음.
- 서비스 제공기관으로는 재활병원이 50.0%로 절반을 차지하고 있으며, 정부기관과 민간단체가 각각 25.0%로 나타났음. 이는 성재활 가이드가 다양한 기관을 통해 제공되고 있지만, 재활병원이 가장 중요한 역할을 하고 있음을 보여줌.
- 만족도 측면에서는 100%가 만족한다고 응답하여, 성재활 가이드 서비스에 대한 만족도가 매우 높은 수준임을 확인할 수 있음. 불만족을 표한 응답자는 한 명도 없었음.
- 결론적으로, 성재활 가이드는 인지도와, 실제 이용률은 모두 상당히 낮은 것으로 나타났으나, 이용자들의 만족도가 매우 높은 만큼, 접근성과 이용 기회를 확대함으로써 더 많은 장애인들이 혜택을 받을 수 있도록 하는 것이 중요할 것임.

〈표 41〉 성재활 서비스

(단위: 명, %)

구분	인지			이용경험			서비스 제공기관*					만족도			비고
	계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)				계(수)	응답문항(%)		
		안다	모른다		예	아니오		①	②	③	④		불만족	만족	
성재활 관련 전문가 상담	100 (731)	6.4	93.6	100 (47)	31.9	68.1	100 (15)	40.0	13.3	46.7	0.0	100 (15)	6.7	93.3	
성재활 관련 동료 및 부부상담	100 (731)	4.4	95.6	100 (32)	31.3	68.8	100 (10)	60.0	10.0	20.0	10.0	100 (10)	10.0	90.0	
성재활 교육	100 (731)	7.1	92.9	100 (52)	61.5	38.5	100 (33)	15.2	3.0	66.7	15.2	100 (33)	9.1	90.9	
약물 및 수술	100 (731)	8.3	91.7	100 (61)	47.5	52.5	100 (29)	58.6	24.1	3.4	13.8	100 (28)	7.1	92.9	
성재활 가이드	100 (731)	3.6	96.4	100 (26)	15.4	84.6	100 (4)	50.0	25.0	25.0	0.0	100 (4)	0.0	100.0	

* 서비스 제공기관

① 재활병원, ② 정부기관(보건소, 동사무소), ③ 민간단체(복지관, 종교단체, 시민단체, 장애인 관련 단체, ④ 기타

■ 이용경험이 있는 응답자가 서비스 제공기관, 만족도에 대해 정보를 제공함

3. 건강증진 프로그램

1) 스트레스 관리 프로그램

- 스트레스 관리 프로그램에 대한 인지도를 보면, 43.4%가 해당 프로그램에 대해 알고 있는 반면, 56.6%는 알지 못한다고 응답했음. 즉, 절반 이상이 스트레스 관리 프로그램을 인지하지 못하고 있다는 점을 알 수 있음.
- 프로그램을 실제로 이용한 경험이 있는 장애인은 68.5%로 다수이며, 31.5%는 이용하지 않은 것으로 나타났음. 이는 절반 이상이 인지하지 못하는 것에 반해 이용률은 상대적으로 높은 편임을 알 수 있음.
- 서비스 제공기관을 살펴보면, 민간단체가 84.2%로 가장 큰 비율을 차지하며 스트레스 관리 프로그램을 주로 제공하는 주체로 나타났음. 그다음으로 정부기관이 13.5%, 재활병원이 2.3%를 차지하고 있음. 민간단체의 역할이 매우 크다는 점에서 민간 주도의 스트레스 관리 프로그램이 활성화되어 있음을 알 수 있음.
- 만족도 측면에서는 97.7%가 만족한다고 응답해, 프로그램을 이용한 대다수의 사용자가 긍정적인 평가를 내리고 있음. 불만을 표한 응답자는 2.3%에 불과하여, 전반적인 프로그램의 품질이 높다는 것을 확인할 수 있음.
- 결론적으로, 스트레스 관리 프로그램은 인지도와 이용률이 높은 편이며, 특히 민간단체에서 주도적으로 운영되고 있음. 이용자들의 만족도가 매우 높다는 점에서 앞으로도 지속적으로 프로그램을 확산시키고, 더욱 많은 장애인들이 참여할 수 있는 기회를 제공하는 것이 중요할 것임.

2) 운동 프로그램

- 운동 프로그램에 대한 인지도를 보면, 74.5%의 응답자가 프로그램을 알고 있으며, 25.5%는 인지하지 못하고 있음. 인지도가 높은 편이라는 점에서 운동 프로그램에 대한 관심이 상당히 확산되어 있음을 보여줌.
- 이용 경험을 살펴보면, 응답자의 76.6%가 운동 프로그램을 실제로 이용한 적이 있다고 응답한 반면, 23.4%는 이용하지 않은 것으로 나타났음. 높은 이용률은 인지도가 높을수록 실제 참여율 또한 높다는 경향을 보여주고 있음.
- 운동 프로그램을 제공하는 주체를 보면, 민간단체가 81.1%로 가장 많은 비율을 차지하고 있으며, 재활병원이 3.4%, 정부기관이 12.6%를 차지하고 있음. 민간단체의 주도적 역할이 크다는 점에서 운동 프로그램의 운영은 주로 민간 주도로 이루어지고 있음을 알 수 있음. 또한, 기타 기관에서 제공하는 비율은 2.9%로 나타났음.
- 만족도를 살펴보면, 98.3%가 프로그램에 만족한다고 응답한 반면, 불만족한 응답자는 1.7%에 불과함. 이는 프로그램의 질이 높으며, 이용자들의 전반적인 만족도가 매우 높다는 것을 의미함.
- 결론적으로, 운동 프로그램은 인지도와 이용률이 모두 높은 편이며, 민간단체가 주요 제공기관으로 자리 잡고 있음. 높은 만족도를 보이고 있어 향후에도 프로그램의 유지 및 확산을 통해 더욱 많은 장애인들에게 혜택을 제공할 필요가 있음.

3) 낙상, 화상 등 사고예방 프로그램

- 낙상, 화상 등 사고예방 프로그램에 대한 인지도를 보면, 44.2%의 응답자가 프로그램을 알고 있다고 응답한 반면, 55.8%는 인지하지 못하고 있다. 이는 인지도가 절반 이하로 낮다는 것을 의미하며, 사고 예방에 대한 인식 제고가 필요함을 보여 준다.
- 이용 경험을 살펴보면, 66.3%의 응답자가 실제로 사고예방 프로그램을 이용한 경험이 있다고 답했고, 33.7%는 이용하지 않았다고 응답했음. 이는 인지도가 낮음에도 불구하고, 한 번 인지한 장애인들 중 많은 수가 실제 프로그램을 이용하고 있음을 시사함.
- 프로그램의 제공 기관을 보면, 민간단체가 76.9%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 정부기관이 18.4%, 재활병원이 2.8%로 나타났다. 이는 주로 민간단체가 이 프로그램을 주도적으로 제공하고 있다는 것을 보여주며, 정부기관의 역할도 어느 정도 반영되고 있음. 기타 기관에서 제공하는 비율은 1.9%로 상대적으로 적음.
- 만족도는 매우 높은 수준으로 나타났는데, 98.1%의 응답자가 프로그램에 만족하고 있다고 답한 반면, 불만족을 표시한 응답자는 1.9%에 불과함. 이는 프로그램의 내용과 질이 이용자들에게 큰 만족감을 주고 있다는 것을 시사함.
- 종합적으로 볼 때, 낙상, 화상 등 사고예방 프로그램은 인지도는 낮지만 이용한 장애인들 사이에서는 높은 만족도를 보이고 있음. 앞으로 인지도를 더욱 높이는 노력이 필요하며, 민간단체뿐만 아니라 다양한 기관의 참여가 사고 예방 프로그램의 효과성을 높이는 데 기여할 것으로 기대됨.

4) 재발 및 2차 장애 예방 프로그램

- 재발 및 2차 장애 예방 프로그램에 대한 인지도를 보면, 32.6%의 응답자가 프로그램을 알고 있다고 응답했으며, 67.4%는 인지하지 못하고 있다고 답했음. 이 수치는 아직 많은 장애인들이 이 프로그램에 대해 잘 알지 못하고 있음을 시사함.
- 이용 경험을 보면, 인지한 장애인들 중 78.1%가 실제로 프로그램을 이용해 본 경험이 있다고 응답했고, 21.9%는 이용하지 않았다고 답했음. 이는 프로그램을 인지한 장애인들 중 다수가 이를 활용하고 있다는 긍정적인 신호로 볼 수 있음.
- 프로그램의 제공 기관을 살펴보면, 민간단체가 74.6%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 정부기관이 22.1%, 재활병원이 3.3%로 나타났다. 민간단체가 이 프로그램을 주도적으로 운영하고 있음을 알 수 있으며, 정부기관의 참여도 어느 정도 반영되고 있음.
- 만족도를 보면, 98.4%의 응답자가 프로그램에 만족하고 있다고 답했으며, 불만족을 표시한 응답자는 1.6%로 매우 적었음. 이는 프로그램의 효과성이나 내용에 대해 이용자들이 높은 만족도를 가지고 있음을 나타냄.
- 종합적으로, 재발 및 2차 장애 예방 프로그램은 인지도가 상대적으로 낮지만, 실제 이용자들 사이에서의 만족도는 매우 높은 수준을 보이고 있음. 앞으로 이 프로그램에 대한 홍보와 인지도를 높이는 노력이 필요하며, 이를 통해 더 많은 장애인들이 재발 방지와 2차 장애 예방을 위한 도움을 받을 수 있을 것으로 기대됨.

〈표 42〉 건강증진프로그램

(단위: 명, %)

구분	인지			이용경험			서비스 제공기관*					만족도			비고
	계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)				계(수)	응답문항(%)		
		안다	모른다		예	아니오		①	②	③	④		불만족	만족	
스트레스 관리 프로그램	100 (730)	43.4	56.6	100 (317)	68.5	31.5	100 (215)	2.3	13.5	84.2	0.0	100 (216)	2.3	97.7	
운동 프로그램	100 (729)	74.5	25.5	100 (543)	76.6	23.4	100 (413)	3.4	12.6	81.1	2.9	100 (415)	1.7	98.3	
낙상, 화상 등 사고예방 프로그램	100 (730)	44.2	55.8	100 (323)	66.3	33.7	100 (212)	2.8	18.4	76.9	1.9	100 (212)	1.9	98.1	
재발 및 2차 장애 예방 프로그램	100 (728)	32.6	67.4	100 (237)	78.1	21.9	100 (181)	3.3	22.1	74.6	0.0	100 (183)	1.6	1.6	

* 서비스 제공기관

① 재활병원, ② 정부기관(보건소, 동사무소), ③ 민간단체(복지관, 종교단체, 시민단체, 장애인 관련 단체), ④ 기타

■ 이용경험이 있는 응답자가 서비스 제공기관, 만족도에 대해 정보를 제공함

4. 가족지원 프로그램

1) 가족도우미 파견

- ☐ 가족도우미 파견 서비스에 대한 인지도를 보면, 16.5%의 응답자가 이 서비스를 알고 있다고 답한 반면, 83.5%는 인지하지 못하고 있었음. 이는 이 서비스의 인지도가 아직 널리 확산되지 않았음을 나타냄.
- ☐ 이용 경험을 살펴보면, 인지한 장애인들 중 46.7%가 실제로 가족도우미 파견 서비스를 이용한 경험이 있다고 응답했으며, 53.3%는 이용하지 않았다고 답했음. 인지한 장애인들의 절반 정도가 이 서비스를 적극적으로 이용하지 않았음을 알 수 있음.
- ☐ 서비스 제공 기관을 보면, 정부기관이 50.9%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 민간단체가 40.4%, 재활병원이 8.8%로 나타났다. 이는 정부기관이 주로 가족도우미 파견 서비스를 제공하고 있으며, 민간단체도 중요한 역할을 하고 있음을 보여줌.
- ☐ 만족도 조사에서, 93.0%의 응답자가 서비스에 만족한다고 답했고, 7.0%는 불만을 표시했음. 이는 서비스를 이용한 장애인들이 대체로 높은 만족도를 보이고 있음을 의미함.
- ☐ 전체적으로, 가족도우미 파견 서비스는 인지도가 낮지만, 이용자들의 만족도가 높다는 점에서 효과적인 서비스임을 보여줌. 앞으로 이 서비스에 대한 홍보와 접근성을 높이는 노력이 필요하며, 더 많은 장애인들이 이 혜택을 받을 수 있도록 개선할 여지가 있음.

2) 정서적 지지

- 정서적 지지 서비스에 대한 인지도는 8.9%의 응답자가 이 서비스를 알고 있다고 답한 반면, 91.1%는 인지하지 못한 것으로 나타났다. 이 결과는 이 서비스에 대한 정보가 여전히 부족하다는 점을 시사함.
- 이용 경험을 보면, 40.0%가 정서적 지지 서비스를 이용한 적이 있다고 답했으며, 60.0%는 이용한 적이 없었음. 인지한 장애인들 중 약 절반이 이 서비스를 이용하지 않았음을 보여줌.
- 서비스 제공 기관을 살펴보면, 민간단체가 48.0%로 가장 많이 제공하고 있었으며, 정부기관이 36.0%, 재활병원이 16.0%로 나타났다. 민간단체가 정서적 지지 서비스 제공에서 중요한 역할을 하고 있음을 보여줌.
- 만족도 조사에서 92.0%의 응답자가 서비스에 만족한다고 답했고, 8.0%는 불만족을 표시했음. 이는 정서적 지지 서비스를 이용한 장애인들 대다수가 긍정적인 경험을 가지고 있음을 의미함.
- 종합적으로, 정서적 지지 서비스는 인지도가 낮고 이용 경험도 제한적이지만, 이용자들의 만족도는 높은 편임. 이 서비스에 대한 인지도를 높이고 더 많은 장애인들이 쉽게 접근할 수 있도록 개선이 필요함.

3) 장애인 가족 모임

- 장애인 가족 모임에 대한 인지와 이용 경험을 분석한 결과, 전체 응답자의 17.7%만이 이 모임에 대해 알고 있었으며, 나머지 82.3%는 인지하지 못한 것으로 나타났다. 이는 장애인 가족 모임의 인지도가 비교적 낮은 편임을 보여준다. 서비스 인지도가 낮음에도 불구하고, 이 모임을 실제로 이용한 경험이 있는 응답자는 44.2%로, 인지한 장애인들 중 절반 가량이 이 서비스를 이용한 것으로 나타났다. 이는 서비스가 알려질 경우 더 많은 장애인들이 참여할 수 있는 가능성이 있음을 시사함.
- 서비스 제공 기관을 살펴보면, 민간단체가 64.3%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 정부기관이 23.2%, 재활병원이 7.1%, 기타 기관이 5.4%로 나타났다. 이는 장애인 가족 모임이 주로 민간단체를 통해 제공되고 있음을 보여주며, 민간단체가 이 모임에서 중요한 역할을 하고 있음을 시사함.
- 만족도 조사에서는, 장애인 가족 모임을 이용한 응답자 중 98.2%가 만족한다고 답변한 반면, 1.8%는 불만족을 표했음. 이는 대다수 이용자가 장애인 가족 모임에 대해 긍정적인 평가를 하고 있음을 의미하며, 서비스가 가족 간의 지지와 소통을 강화하는 데 실질적인 도움을 주고 있음을 시사함.
- 종합적으로, 장애인 가족 모임은 이용자들로부터 높은 만족도를 받고 있지만, 인지도가 상대적으로 낮아 더 많은 장애인들에게 알려질 필요가 있음. 이를 위해 관련 정보를 적극적으로 홍보하고, 접근성을 높이는 노력이 필요하며, 이를 통해 더 많은 장애인 가족들이 혜택을 받을 수 있을 것임.

〈표 43〉 가족지원 프로그램

(단위: 명, %)

구분	인지			이용경험			서비스 제공기관*					만족도			비고
	계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)				계(수)	응답		
		안다	모른다		예	아니오		①	②	③	④		불만족	만족	
가족도우미 파견	100 (729)	16.5	83.5	100 (120)	46.7	53.3	100 (57)	8.8	50.9	40.4	0.0	100 (57)	7.0	93.0	
정서적 지지	100 (729)	8.9	91.1	100 (65)	40.0	60.0	100 (25)	16.0	36.0	48.0	0.0	100 (25)	8.0	92.0	
장애인 가족 모임	100 (729)	17.7	82.3	100 (129)	44.2	55.8	100 (56)	7.1	23.2	64.3	5.4	100 (57)	1.8	98.2	

* 서비스 제공기관

① 재활병원, ② 정부기관(보건소, 동사무소), ③ 민간단체(복지관, 종교단체, 시민단체, 장애인 관련 단체, ④ 기타

■ 이용경험이 있는 응답자가 서비스 제공기관, 만족도에 대해 정보를 제공함

5. 지역사회 참여 프로그램

1) 동료상담 및 자조모임

- 동료상담 및 자조모임에 대한 분석 결과, 전체 응답자의 37.2%가 해당 모임에 대해 알고 있는 것으로 나타났으며, 나머지 62.8%는 인지하지 못한 것으로 조사되었음. 이는 동료상담 및 자조모임의 인지도가 제한적임을 보여주며, 보다 적극적인 홍보와 정보 제공이 필요함을 시사함.
- 이용 경험을 살펴보면, 해당 모임을 실제로 이용한 응답자는 69.0%로, 인지한 장애인들 중 상당수가 이 서비스를 이용하고 있음을 알 수 있음. 이는 동료상담 및 자조모임이 인지된 후에는 높은 이용률을 보이는 서비스를 제공하고 있음을 의미함.
- 서비스 제공기관에 대한 조사 결과, 응답자 대부분이 민간단체를 통해 동료상담 및 자조모임을 이용하고 있는 것으로 나타났음. 민간단체가 83.9%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 정부기관이 14.0%, 재활병원이 0.5%, 기타 기관이 1.6%로 나타났음. 이는 민간단체가 동료상담 및 자조모임 제공에 중요한 역할을 하고 있음을 보여줌.
- 만족도에 대한 조사에서는, 98.4%의 응답자가 모임에 만족한다고 답변하였으며, 1.6%만이 불만족을 표시하였음. 이는 동료상담 및 자조모임이 대부분의 이용자에게 긍정적인 영향을 미치고 있음을 보여주며, 서비스의 품질이 전반적으로 우수하다는 평가를 받을 수 있음을 시사함.
- 종합적으로, 동료상담 및 자조모임은 높은 만족도를 보이고 있는 서비스이지만, 여전히 인지도에서 한계가 있다. 이를 개선하기 위해서는 보다 광범위한 정보 제공과 접근성을 강화하여, 더 많은 장애인들이 이러한 모임을 통해 심리적 지원과 동료 간 소통을 경험할 수 있도록 해야 할 것임.

2) 외출지원 프로그램

- 외출지원 프로그램에 대한 조사 결과를 분석한 결과, 응답자의 30.5%가 이 프로그램에 대해 알고 있는 것으로 나타났으며, 69.5%는 이 프로그램을 인지하지 못한 것으로 조사되었음. 이는 프로그램에 대한 인식이 상대적으로 낮아 보다 적극적인 홍보가 필요함을 시사함.
- 이용 경험을 살펴보면, 73.1%의 응답자가 외출지원 프로그램을 실제로 이용한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 나머지 26.9%는 이용하지 않은 것으로 조사되었음. 인지도가 높지 않음에도 불구하고, 인지한 장애인들 중 많은 수가 서비스를 실제로 활용하고 있어, 서비스 이용에 대한 장벽이 상대적으로 낮음을 보여줌.
- 서비스 제공기관에 대한 분석에서는 민간단체가 주요 제공기관으로 확인되었음. 민간단체가 81.0%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 정부기관이 17.2%, 재활병원이 0.6%, 기타 기관이 1.2%로 나타났음. 이는 외출지원 프로그램에서 민간단체가 중요한 역할을 하고 있음을 보여주며, 공공기관보다 민간단체가 외출 지원을 주도하고 있음을 시사함.
- 만족도에 대한 조사에서는 응답자의 98.8%가 외출지원 프로그램에 만족하고 있다고 응답하였으며, 불만족 비율은 1.2%에 불과했음. 이는 외출지원 프로그램이 대부분의 이용자에게 긍정적인 경험을 제공하고 있음을 보여주며, 서비스 품질이 매우 높다는 것을 나타냄.
- 종합적으로, 외출지원 프로그램은 높은 만족도를 보이는 유용한 서비스이지만, 여전히 인지도 면에서 개선이 필요함. 프로그램에 대한 정보를 더 널리 알리고, 접근성을 확대하여 더 많은 장애인이 외출지원 프로그램을 통해 일상 생활에서의 이동성을 향상시킬 수 있도록 해야 할 것임.

3) 재활정보 제공

- 재활정보 제공 프로그램에 대한 조사 결과를 살펴보면, 응답자의 15.4%가 이 프로그램을 인지하고 있었으며, 84.6%는 이 프로그램에 대해 알지 못한 것으로 나타났음. 이는 재활정보 제공 프로그램의 인지도가 낮은 편임을 시사하며, 향후 이를 개선하기 위한 홍보와 접근성 확대가 필요함을 보여줌.
- 이용 경험에 대한 분석에서는 56.3%의 응답자가 재활정보 제공 프로그램을 실제로 이용한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 43.8%는 이용하지 않았다고 응답했음. 절반 이상의 응답자가 프로그램을 이용한 것으로 나타났으나, 인지도가 낮다는 점을 고려할 때, 이 프로그램의 효과적인 안내와 이용 촉진이 중요할 것으로 보임.
- 서비스 제공기관으로는 정부기관이 45.6%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 민간단체가 31.6%, 재활병원이 22.8%로 뒤를 잇고 있음. 이는 재활정보 제공에 있어 정부기관의 역할이 매우 크다는 것을 의미하며, 민간단체와 재활병원도 중요한 제공자 역할을 하고 있음을 보여줌.
- 만족도는 매우 긍정적이다. 모든 응답자가 재활정보 제공 프로그램에 만족하고 있다고 답했으며, 불만족 응답은 0%로 나타났음. 이는 이 프로그램이 이용자들에게 매우 긍정적인 경험을 제공하고 있음을 나타내며, 서비스의 질이 높다는 것을 시사함.
- 종합적으로, 재활정보 제공 프로그램은 높은 만족도를 보이고 있지만, 인지도가 낮아 보다 적극적인 홍보와 안내가 필요함. 더 많은 장애인들이 이 프로그램을 인지하고 활용할 수 있도록 접근성을 확대하는 것이 필요할 것임.

4) 건강주치의

- 건강주치의 프로그램에 대한 조사 결과를 보면, 응답자의 10.7%만이 이 프로그램을 인지하고 있는 것으로 나타났다. 이는 건강주치의 프로그램의 인지도가 매우 낮은 수준임을 시사하며, 해당 프로그램에 대한 홍보가 더 필요함을 보여줌. 반면, 89.3%의 응답자는 이 프로그램에 대해 모르고 있다고 답해, 접근성 개선과 함께 프로그램에 대한 전반적인 안내가 부족한 상태를 확인할 수 있음.
- 이용 경험에 관한 결과를 살펴보면, 30.8%의 응답자가 건강주치의 프로그램을 이용한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 69.2%는 이용한 적이 없다고 답했음. 이는 프로그램을 인지한 이들 중 일부만이 실제로 프로그램을 이용했음을 의미하며, 이용률을 높이기 위한 추가적인 지원이나 안내가 필요하다는 점을 시사함.
- 서비스 제공기관으로는 정부기관과 민간단체가 각각 37.5%씩 차지해, 이 프로그램에서 중요한 역할을 하고 있음을 알 수 있음. 재활병원도 25.0%의 비중을 차지하며, 다양한 기관들이 이 프로그램을 제공하고 있음을 보여줌. 이는 건강주치의 프로그램이 다양한 경로를 통해 제공되고 있다는 것을 의미하지만, 각 기관 간의 협력과 역할 강화가 필요할 수 있음.
- 만족도는 매우 긍정적이었다. 응답자의 100%가 프로그램에 만족한다고 답했으며, 불만족 응답은 전혀 없었음. 이는 건강주치의 프로그램이 실제 이용자들에게 매우 만족스러운 경험을 제공하고 있음을 시사함.
- 종합적으로, 건강주치의 프로그램은 높은 만족도를 보이고 있으나, 낮은 인지도와 이용률을 감안할 때 더 많은 장애인들에게 다가갈 수 있도록 홍보를 강화하고, 프로그램에 대한 접근성을 개선하는 것이 필요함.

〈표 44〉 지역사회 참여 프로그램

(단위: 명, %)

구분	인지			이용경험			서비스 제공기관*					만족도			비고
	계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)				계(수)	응답문항(%)		
		안다	모른다		예	아니오		①	②	③	④		불만족	만족	
동료상담 및 자조모임	100 (729)	37.2	62.8	100 (271)	69.0	31.0	100 (186)	0.5	14.0	83.9	1.6	100 (186)	1.6	98.4	
외출지원 프로그램	100 (730)	30.5	69.5	100 (223)	73.1	26.9	100 (163)	0.6	17.2	81.0	1.2	100 (164)	1.2	98.8	
재활정보 제공	100 (729)	15.4	84.6	100 (112)	56.3	43.8	100 (57)	22.8	45.6	31.6	0.0	100 (61)	0.0	100.0	
건강주치의	100 (729)	10.7	89.3	100 (78)	30.8	69.2	100 (24)	25.0	37.5	37.5	0.0	100 (9)	0.0	100.0	

* 서비스 제공기관

① 재활병원, ② 정부기관(보건소, 동사무소), ③ 민간단체(복지관, 종교단체, 시민단체, 장애인 관련 단체, ④ 기타

■ 이용경험이 있는 응답자가 서비스 제공기관, 만족도에 대해 정보를 제공함

6. 보조기구 지원

1) 보행보조도구

- 보행보조도구에 대한 조사 결과를 보면, 응답자의 31.3%만이 보행보조도구에 대해 알고 있다고 응답해, 이 도구의 인지도가 다소 낮은 수준임을 알 수 있음. 반면 68.7%는 보행보조도구에 대해 잘 모르고 있다고 답했으며, 이는 해당 도구의 존재와 중요성에 대한 추가적인 홍보가 필요함을 시사함.
- 이용 경험을 살펴보면, 47.4%의 응답자가 보행보조도구를 사용해본 경험이 있다고 답한 반면, 52.6%는 사용해본 적이 없다고 답했음. 이는 보행에 어려움을 겪는 장애인들이 있지만, 보행보조도구에 대한 접근성이나 인식 부족으로 인해 활용되지 못하고 있을 가능성을 나타냄.
- 서비스 제공기관으로는 정부기관이 46.4%로 가장 많은 비율을 차지하고 있으며, 민간단체가 22.7%, 재활병원이 12.7%를 차지했음. 기타 기관도 18.2%로 다양한 경로를 통해 보행보조도구가 제공되고 있음을 알 수 있음. 이는 정부기관이 주요한 역할을 하고 있음을 보여주며, 다양한 기관들이 협력해 더 많은 보행보조도구 지원이 필요할 수 있음.
- 만족도 측면에서는 응답자의 95.6%가 보행보조도구에 만족한다고 답했고, 불만족은 4.4%에 불과했다. 이는 보행보조도구를 사용하는 장애인들이 대체로 만족하고 있음을 시사함.
- 종합적으로, 보행보조도구는 사용자의 만족도가 매우 높은 반면, 인지도가 낮고 이용률이 상대적으로 떨어지는 부분이 있어 더 많은 장애인들에게 알리고 접근성을 높이는 노력이 필요함.

2) 의사소통 보조도구

- 의사소통 보조도구에 대한 조사 결과를 보면, 응답자의 10.2%만이 이 도구에 대해 알고 있다고 응답해, 의사소통 보조도구의 인지도가 매우 낮은 편임을 알 수 있음. 반면 89.8%는 이에 대해 알지 못한다고 답해, 의사소통 보조도구에 대한 교육 및 홍보가 절실히 필요한 상황임.
- 이용 경험을 살펴보면, 오직 16.2%의 응답자만이 의사소통 보조도구를 사용해본 경험이 있다고 답했으며, 83.8%는 사용해본 적이 없다고 답했음. 이는 의사소통에 어려움을 겪는 장애인들이 많음에도 불구하고, 보조도구가 충분히 활용되지 못하고 있음을 나타냄.
- 서비스 제공기관의 경우, 민간단체가 50.0%로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 재활병원이 25.0%, 정부기관이 16.7%를 차지했음. 기타 기관도 8.3%로 다양한 기관을 통해 제공되고 있지만, 여전히 많은 장애인들이 이 의사소통 보조도구를 접하지 못하고 있음을 알 수 있음.
- 만족도 측면에서는 응답자 모두가 의사소통 보조도구에 만족한다고 답했으며, 불만을 표한 장애인은 없었음. 이는 의사소통 보조도구가 사용자의 필요를 충족시키고 있다는 점을 시사함.
- 결론적으로, 의사소통 보조도구는 사용자의 만족도가 매우 높지만, 인지도가 극히 낮고 이용률이 저조한 점에서 더 많은 장애인들에게 이를 알리고 접근성을 높이는 노력이 필요함.

〈표 45〉 보조기구 지원

(단위: 명, %)

구분	인지			이용경험			서비스 제공기관*				만족도			비고	
	계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)		계(수)	응답문항(%)				계(수)	응답문항(%)		
		안다	안다		예	아니오		①	②	③	④		불만족		만족
보행보조도구	100 (729)	31.3	68.7	100 (228)	47.4	52.6	100 (110)	12.7	46.4	22.7	18.2	100 (114)	4.4	95.6	
의사소통 보조도구	100 (729)	10.2	89.8	100 (74)	.2	83.8	100 (12)	25.0	16.7	50.0	8.3	100 (12)	0.0	100.0	

* 서비스 제공기관

① 재활병원, ② 정부기관(보건소, 동사무소), ③ 민간단체(복지관, 종교단체, 시민단체, 장애인 관련 단체, ④ 기타

■ 이용경험이 있는 응답자가 서비스 제공기관, 만족도에 대해 정보를 제공함

제7절 건강 관련 삶의 질

1. 건강 관련 삶의 질 하위요인: 운동능력

- 성별에 따른 운동능력을 살펴보면, 남성과 여성 모두 대다수가 "나는 걷는데 지장이 없다"고 답했으나, 남성의 경우 65.0%가 걷기에 문제가 없다고 답한 반면, 여성은 63.0%로 약간 낮은 수치를 보였음. 반면, 걷는데 다소 지장이 있다고 답한 비율은 여성이 35.2%로 남성보다 약간 높았음. 종일 누워 있어야 한다고 답한 응답자는 남성(2.5%)이 여성(1.7%)보다 소폭 높았음.
- 연령대별로 분석했을 때, 청년층(20세 ~ 39세)은 86.7%가 걷기에 전혀 지장이 없다고 답했으며, 이는 중장년층(40세 ~ 59세) 77.7%와 노년층(60세 이상) 39.0%에 비해 매우 높은 수치임. 노년층에서는 걷는데 지장이 있다는 응답이 58.7%로 대다수를 차지했으며, 종일 누워 있어야 한다는 응답도 2.3%로 나타나, 고령층일수록 운동능력이 크게 감소하는 경향을 보였음.
- 거주지역에 따른 차이를 보면, 시지역과 군지역 모두 비슷한 비율로 걷는데 지장이 없다는 응답이 각각 64.4%와 64.0%로 나타났으나, 군지역에서 종일 누워 있어야 한다는 응답이 2.6%로 시지역(0.9%)보다 다소 높았음. 이는 지역 간의 의료 접근성이나 생활환경이 운동능력에 일부 영향을 미쳤을 가능성을 시사함.
- 장애정도에 따른 운동능력 차이에서는 중증장애인의 68.2%가 걷기에 문제가 없다고 답한 반면, 경증장애인은 54.5%만이 걷는데 지장이 없다고 답했음. 이는 중증장애인들 중 일부가 걷는 데 지장이 있지만 그럼에도 불구하고 일부 활동을 지속할 수 있음을 보여줌. 그러나 경증장애인에서는 걷는데 다소 지장이 있다는 응답이 44.5%로 높은 수치를 기록했음.
- 장애유형에 따라서는 신체장애인들의 운동능력이 상대적으로 낮았음. 신체장애인의 40.2%만이 걷기에 문제가 없다고 답했으며, 56.3%는 다소 지장이 있다고 응답했음. 반면, 정신장애인의 경우 90.4%가 걷기에 전혀 문제가 없다고 답해, 신체적 장애와 정신적 장애 간 운동능력 차이가 크다는 것을 알 수 있음.

□ 마지막으로, 빈곤지위에 따른 운동능력을 보면, 빈곤층의 69.7%가 걷기에 문제가 없다고 답한 반면, 비빈곤층에서는 53.5%가 같은 응답을 보였음. 이는 경제적 어려움이 운동능력 유지에 미치는 영향이 제한적임을 시사하지만, 빈곤층에서도 걷기에 다소 지장이 있다는 응답이 28.4%로 비빈곤층에 비해 낮은 수치를 보였음.

□ 결론적으로, 운동능력은 성별, 연령대, 장애정도, 장애유형 등에 따라 큰 차이를 보이며, 특히 고령층, 신체장애인, 비빈곤층에서는 운동능력의 저하가 두드러지는 경향이 있음. 이러한 결과는 운동능력 향상을 위해서는 연령과 장애유형에 따른 맞춤형 재활과 운동 프로그램이 필요함을 시사함.

〈표 46〉건강 관련 삶의 질: 운동능력

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)			비고
			①	②	③	
전체		100.0(752)	64.1	33.8	2.1	
성별	남성	100.0(403)	65.0	32.5	2.5	
	여성	100.0(349)	63.0	35.2	1.7	
연령	20세 ~ 39세	100.0(195)	86.7	11.8	1.5	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	77.7	19.8	2.4	
	60세 이상	100.0(310)	39.0	58.7	2.3	
거주지역	시지역	100.0(222)	64.4	34.7	0.9	
	군지역	100.0(530)	64.0	33.4	2.6	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	68.2	29.2	2.7	
	경증장애인	100.0(220)	54.5	44.5	0.9	
장애유형	신체장애	100.0(391)	40.2	56.3	3.6	
	정신장애	100.0(356)	90.4	9.0	0.6	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	69.7	28.4	1.8	
	비빈곤계층	100.0(288)	53.5	44.1	2.4	

■ 응답문항

① 나는 걷는데 지장이 없다 ② 나는 걷는데 다소 지장이 있다 ③ 나는 종일 누워 있어 하

2. 건강 관련 삶의 질 하위요인: 자기관리

- 성별에 따른 차이를 살펴보면, 남성과 여성 모두 대부분이 "나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다"고 답했지만, 남성의 경우 75.9%, 여성은 78.7%로 여성이 약간 더 높은 비율을 보였음. 반면, "혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다"고 답한 비율은 남성과 여성 모두 18.1%로 같았으며, "혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다"고 답한 비율은 남성이 6.0%로 여성(3.2%)보다 다소 높았음. 이 결과는 여성의 자기관리 능력이 남성보다 약간 더 나은 경향이 있음을 보여줌.
- 연령대별로 분석해 보면, 청년층(20세 ~ 39세)은 83.5%가 목욕이나 옷 입기에 전혀 지장이 없다고 답한 반면, 노년층(60세 이상)은 69.7%로 이 비율이 낮아짐. 특히 노년층에서는 "혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다"는 응답이 24.8%로 나타나, 나이가 들수록 자기관리 능력이 감소하는 경향이 뚜렷해짐. 청년층에서는 다소 지장이 있다는 응답이 12.9%, 혼자 할 수 없다는 응답이 3.6%로, 나이가 젊을수록 자기관리 능력이 더 우수한 것으로 나타났음.
- 거주지역에 따른 차이를 보면, 시지역과 군지역 모두 자기관리 능력에 큰 차이는 없었음. 시지역에서는 74.3%가 "목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다"고 답했으며, 군지역에서는 78.4%로 약간 더 높은 비율을 보였음. 이는 도시나 농촌에서 큰 차이가 없음을 시사하지만, 군지역의 응답자 중 혼자 할 수 없다는 비율이 약간 더 낮았음.
- 장애정도에 따른 분석 결과, 중증장애인의 경우 77.3%가 목욕이나 옷 입기에 지장이 없다고 답한 반면, 경증장애인은 77.2%로 비슷한 비율을 보였음. 그러나 "혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다"고 답한 중증장애인은 5.9%로, 경증장애인(1.8%)에 비해 높아, 장애의 정도가 높을수록 자기관리 능력이 떨어질 가능성이 있음을 시사함.
- 장애유형별로 보면, 신체장애인의 경우 68.8%가 목욕이나 옷 입기에 지장이 없다고 답한 반면, 정신장애인은 86.5%가 지장이 없다고 답해, 신체장애인들이 상대적으로 더 큰 어려움을 겪고 있음을 알 수 있음. 신체장애인의 경우 24.3%가 다소 지장이 있다고 답했으며, 6.9%는 혼자 할 수 없다고 응답했음. 반면, 정신장애인에서는 "혼자 할 수 없다"고 답한 비율이 2.3%에 불과해, 신체장애에 비해 정신장애가 자기관리 능력에 미치는 영향이 상대적으로 적은 것으로 나타났음.

□ 마지막으로 빈곤지위에 따른 분석 결과, 빈곤층에서는 78.1%가 목욕이나 옷 입기에 지장이 없다고 답한 반면, 비빈곤층에서는 74.9%가 같은 응답을 했음. 이는 경제적 상황이 자기관리 능력에 큰 영향을 미치지 않는다는 점을 시사함. 하지만 빈곤층에서는 혼자 할 수 없다는 응답이 6.0%로, 비빈곤층(3.1%)에 비해 약간 더 높게 나타나, 경제적 어려움이 심각한 장애인에게는 일부 영향을 미칠 수 있음을 보여줌.

□ 결론적으로 자기관리 능력은 연령, 장애유형, 장애정도에 따라 큰 차이를 보이며, 특히 고령층과 신체장애인에서 자기관리 능력이 저하되는 경향이 뚜렷함. 이에 따라 고령층과 신체장애인에게는 맞춤형 지원과 도움을 제공할 필요가 있으며, 장애 정도에 따라 다양한 지원 프로그램이 필요함.

〈표 47〉 건강 관련 삶의 질: 자기관리

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)			비고
			①	②	③	
전체		100.0(751)	77.2	18.1	4.7	
성별	남성	100.0(403)	75.9	18.1	6.0	
	여성	100.0(348)	78.7	18.1	3.2	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	83.5	12.9	3.6	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	81.8	13.8	4.5	
	60세 이상	100.0(310)	69.7	24.8	5.5	
거주지역	시지역	100.0(222)	74.3	20.7	5.0	
	군지역	100.0(529)	78.4	17.0	4.5	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	77.3	16.9	5.9	
	경증장애인	100.0(219)	77.2	21.0	1.8	
장애유형	신체장애	100.0(391)	68.8	24.3	6.9	
	정신장애	100.0(355)	86.5	11.3	2.3	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	78.1	15.9	6.0	
	비빈곤계층	100.0(287)	74.9	22.0	3.1	

■ 응답문항

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

3. 건강 관련 삶의 질 하위요인: 일상생활

- 성별에 따른 일상생활 능력을 보면 남성의 65.3%와 여성의 63.2%가 일상 활동에 지장이 없다고 답했으며, 이는 남녀 간 큰 차이가 없음을 시사함. 하지만 "다소 지장이 있다"고 응답한 비율은 여성(32.2%)이 남성(29.3%)보다 약간 높았음. "일상활동을 할 수 없다"고 답한 비율은 남성(5.5%)이 여성(4.6%)보다 소폭 높았으며, 이는 남성의 일부가 일상생활에서 더 큰 어려움을 겪고 있음을 나타냄.
- 연령대별로, 청년층(20세~39세)의 74.7%가 일상활동에 지장이 없다고 답해 가장 높은 비율을 보였으며, 이는 젊은 층이 상대적으로 일상생활 능력이 우수함을 의미함. 반면, 노년층(60세 이상)은 52.3%만이 지장이 없다고 응답했으며, 42.3%가 "다소 지장이 있다"고 답해 연령이 높아질수록 일상생활에 어려움을 겪는 비율이 증가하는 경향이 나타났음. 특히 노년층에서 "일상활동을 할 수 없다"고 답한 비율이 5.5%로 다른 연령대에 비해 상대적으로 높았음.
- 거주지역별로 살펴보면, 시지역과 군지역 간 차이는 크지 않다. 시지역에서는 63.1%가 일상활동에 지장이 없다고 답했으며, 군지역에서는 64.8%가 같은 응답을 했음. 하지만 시지역에서는 "다소 지장이 있다"고 답한 비율이 32.4%로 군지역(29.9%)보다 조금 더 높았음. 이러한 결과는 지역에 따른 일상생활의 차이가 크지 않음을 시사함.
- 장애정도에 따른 분석을 보면, 중증장애인과 경증장애인의 일상생활 능력에는 뚜렷한 차이가 없음. 두 그룹 모두 64.4%가 일상활동에 지장이 없다고 응답했으며, 다만 "일상활동을 할 수 없다"고 답한 비율은 중증장애인이 6.1%로 경증장애인(2.7%)보다 더 높게 나타났음. 이는 장애의 심각도가 일상생활에 미치는 영향이 클 수 있음을 시사함.
- 장애유형별로는 신체장애인의 53.2%만이 일상활동에 지장이 없다고 답했으며, 이는 정신장애인(76.6%)보다 훨씬 낮은 수치임. 특히 신체장애인의 7.4%는 일상활동을 전혀 할 수 없다고 답해, 신체장애가 정신장애보다 일상생활에 더 큰 영향을 미친다는 점이 드러남. 반면, 정신장애인의 경우 다소 지장이 있는 비율은 20.8%로 신체장애인(39.4%)보다 낮았음.

□ 층에서는 61.7%가 같은 응답을 했다. 하지만 빈곤층에서는 "일상활동을 할 수 없다"고 답한 비율이 6.2%로 비빈곤층(3.8%)보다 다소 높았음. 이는 경제적 어려움이 일상생활에 어느 정도 영향을 미칠 수 있음을 보여줌.

□ 결론적으로, 일상생활 능력은 성별보다는 연령대와 장애유형, 장애정도에 따라 크게 달라짐. 특히 노년층, 신체장애인, 중증장애인에서 일상생활의 어려움이 두드러지며, 이러한 그룹에 대한 추가적인 지원이 필요함.

〈표 48〉 건강 관련 삶의 질: 일상생활(일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가활동 등)

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)			비고
			①	②	③	
전체		100.0(751)	64.3	30.6	5.1	
성별	남성	100.0(403)	65.3	29.3	5.5	
	여성	100.0(348)	63.2	32.2	4.6	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	74.7	20.6	4.6	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	71.3	23.9	4.9	
	60세 이상	100.0(310)	52.3	42.3	5.5	
거주지역	시지역	100.0(222)	63.1	32.4	4.5	
	군지역	100.0(529)	64.8	29.9	5.3	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	64.4	29.5	6.1	
	경증장애인	100.0(219)	64.4	32.9	2.7	
장애유형	신체장애	100.0(391)	53.2	39.4	7.4	
	정신장애	100.0(355)	76.6	20.8	2.5	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	65.4	28.4	6.2	
	비빈곤계층	100.0(287)	61.7	34.5	3.8	

■ 응답문항

- ① 나는 일상활동을 하는데 지장이 없다 ② 나는 일상활동을 하는데 다소 지장이 있다
③ 나는 일상활동을 할 수가 없다.

4. 건강 관련 삶의 질 하위요인: 통증/불편

- 성별에 따른 통증이나 불편감의 차이를 보면, 남성의 60.3%가 통증이나 불편감을 느끼지 않는다고 답한 반면, 여성은 51.7%만이 같은 응답을 했음. 이는 여성이 남성보다 통증을 더 많이 경험하고 있음을 시사함. 또한, 여성은 "다소 통증이나 불편감이 있다"는 응답이 42.0%로 남성(33.0%)보다 높았음. "매우 심한 통증"을 느끼는 비율도 남성(6.7%)과 여성(6.3%) 간에 큰 차이는 없지만, 전반적으로 여성들이 더 큰 통증을 경험하는 경향을 보임.
- 연령대별로 분석하면, 통증의 경험은 나이가 들수록 증가하는 경향을 보임. 청년층(20세~39세)의 경우, 78.9%가 통증이나 불편감을 느끼지 않는다고 응답한 반면, 노년층(60세 이상)은 37.4%만이 같은 응답을 했음. 특히 노년층에서는 "다소 통증이나 불편감이 있다"는 응답이 51.9%로 가장 높았으며, "매우 심한 통증"을 느끼는 비율도 10.6%로 다른 연령대보다 높았다. 이는 나이가 들수록 통증이나 불편감이 더욱 빈번하게 나타나는 것을 시사함.
- 거주지역에 따른 차이를 보면, 시지역에서 통증이나 불편감을 느끼지 않는다는 응답이 64.9%로 군지역(52.7%)보다 높았음. 반면, 군지역에서는 "다소 통증이나 불편감이 있다"는 응답이 39.5%로 시지역(31.5%)보다 더 많이 나타났으며, "매우 심한 통증"을 느끼는 비율도 군지역(7.8%)이 시지역(3.6%)보다 높았음. 이는 거주환경의 차이에 따라 통증 관리나 접근성에서 차이가 있을 수 있음을 보여줌.
- 장애정도별로는 중증장애인의 63.4%가 통증을 느끼지 않는다고 응답했으나, 경증장애인 중에서는 39.7%만이 통증이 없다고 답했음. 경증장애인에서는 "다소 통증이 있다"는 응답이 52.5%로 중증장애인(30.7%)보다 높았으며, "매우 심한 통증"을 느끼는 비율도 경증장애인이 중증장애인보다 높았음. 이는 경증장애인이 상대적으로 더 큰 통증을 경험하는 경향이 있음을 나타냄.
- 장애유형별로는 신체장애인 중에서는 39.6%만이 통증을 느끼지 않는다고 응답했으며, 50.6%는 다소 통증을 느끼고, 9.7%는 매우 심한 통증을 경험한다고 답했음. 반면, 정신장애인의 경우 74.6%가 통증을 느끼지 않는다고 답해 신체장애인보다 통증 경험이 훨씬 적었음. 이는 신체장애가 정신장애보다 통증이나 불편감의 경험에 더 큰 영향을 미칠 수 있음을 의미함.

□ 빈곤지위에 따른 분석에서는, 빈곤층의 58.9%가 통증을 느끼지 않는다고 답한 반면, 비빈곤층에서는 49.5%만이 통증을 느끼지 않는다고 응답했음. 이는 빈곤층이 통증을 덜 경험하는 것으로 보이지만, 다소 통증을 느끼는 비율은 빈곤층(35.1%)이 비빈곤층(42.5%)보다 낮았음. 다만 "매우 심한 통증"을 느끼는 비율은 빈곤층(6.0%)과 비빈곤층(8.0%) 사이에 큰 차이는 없었음.

□ 결론적으로, 통증이나 불편감은 성별, 연령대, 거주지역, 장애정도, 장애유형, 빈곤지위에 따라 다양한 차이를 보임. 특히 여성, 노년층, 군지역 거주자, 경증장애인, 신체장애인에서 통증이나 불편감을 더 자주 경험하는 경향이 있으므로, 이들 그룹에 대한 체계적인 통증 관리가 필요함.

〈표 49〉 건강 관련 삶의 질: 통증/불편

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)			비고
			①	②	③	
전체		100.0(751)	56.3	37.2	6.5	
성별	남성	100.0(403)	60.3	33.0	6.7	
	여성	100.0(348)	51.7	42.0	6.3	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	78.9	18.6	2.6	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	62.3	33.2	4.5	
	60세 이상	100.0(310)	37.4	51.9	10.6	
거주지역	시지역	100.0(222)	64.9	31.5	3.6	
	군지역	100.0(529)	52.7	39.5	7.8	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	63.4	30.7	5.9	
	경증장애인	100.0(219)	39.7	52.5	7.8	
장애유형	신체장애	100.0(391)	39.6	50.6	9.7	
	정신장애	100.0(355)	74.6	22.5	2.8	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	58.9	35.1	6.0	
	비빈곤계층	100.0(287)	49.5	42.5	8.0	

■ 응답문항

① 나는 통증이 불편감이 없다 ② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다

③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다

5. 건강 관련 삶의 질 하위요인: 불안/우울

- 성별에 따른 분석 결과를 보면, 남성의 69.2%가 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 응답했으며, 28.5%는 다소 불안하거나 우울하다고 응답했고, 2.2%는 매우 심한 불안이나 우울을 경험하고 있다고 답변했음. 반면 여성의 경우, 62.1%가 불안이나 우울을 느끼지 않지만, 33.6%가 다소 불안하거나 우울하다고 했고, 4.3%가 매우 심한 불안이나 우울을 경험한다고 응답했음. 이를 통해 남성보다 여성이 불안과 우울을 조금 더 많이 경험하고 있음을 알 수 있음.
- 연령대별로 살펴보면, 청년층(20세~39세)의 69.6%가 불안이나 우울을 느끼지 않으며, 26.8%가 다소 불안하거나 우울하다고 응답했음. 중장년층(40세~59세)에서는 64.8%가 불안과 우울을 느끼지 않는다고 했으며, 32.0%는 다소 불안하거나 우울하다고 했음. 노년층(60세 이상)에서는 64.5%가 불안과 우울을 느끼지 않는다고 했으며, 32.6%가 다소 불안하거나 우울하다고 응답했다. 연령대가 증가할수록 불안이나 우울을 경험하는 비율이 소폭 증가하는 경향을 보이며, 노년층이 중장년층과 비슷한 수준으로 높은 비율의 불안과 우울을 경험하는 것을 알 수 있음.
- 거주 지역에 따른 차이도 존재함. 시 지역에 거주하는 장애인 중 70.7%가 불안이나 우울을 느끼지 않지만, 군 지역에 거주하는 장애인의 경우 63.9%만이 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 응답했음. 군 지역의 장애인들이 시 지역에 비해 더 높은 비율로 불안이나 우울을 경험하고 있음을 알 수 있음.
- 장애 정도에 따른 분석에서는 중증장애인의 65.9%가 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 했으며, 경증장애인은 65.8%가 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 응답했음. 이는 장애의 심각성과 불안 및 우울의 경험이 크게 다르지 않음을 시사하지만, 중증장애인이 경증장애인에 비해 약간 더 높은 비율로 심각한 불안과 우울을 경험하고 있는 것을 확인할 수 있음.

□ 장애 유형에 따라서는 신체장애인의 60.6%가 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 응답했으며, 정신장애인은 71.3%가 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 응답했음. 신체장애인들이 정신장애인에 비해 불안과 우울을 더 많이 경험하는 경향을 보임. 이는 신체적 제약이 불안과 우울의 중요한 요인이 될 수 있음을 시사함.

□ 마지막으로, 빈곤지위에 따른 분석에서는 빈곤층의 64.4%가 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 했으며, 비빈곤층에서는 67.9%가 불안이나 우울을 느끼지 않는다고 응답했음. 빈곤층이 비빈곤층에 비해 더 높은 비율로 불안과 우울을 경험하고 있는 것을 확인할 수 있음. 경제적 어려움이 불안과 우울을 특히 성별, 연령대, 거주지역, 장애정도, 장애유형, 빈곤지위에 따라 그 정도가 달라짐을 알 수 있음. 이는 불안과 우울을 효과적으로 관리하기 위해서는 각 집단의 특성과 상황을 고려한 맞춤형 지원이 필요함을 보여줌.

〈표 50〉 건강 관련 삶의 질: 불안/우울

(단위: 명, %)

구분		계(수)	응답문항(%)			비고
			①	②	③	
전체		100.0(751)	65.9	30.9	3.2	
성별	남성	100.0(403)	69.2	28.5	2.2	
	여성	100.0(348)	62.1	33.6	4.3	
연령	20세 ~ 39세	100.0(194)	69.6	26.8	3.6	
	40세 ~ 59세	100.0(247)	64.8	32.0	3.2	
	60세 이상	100.0(310)	64.5	32.6	2.9	
거주지역	시지역	100.0(222)	70.7	26.6	2.7	
	군지역	100.0(529)	63.9	32.7	3.4	
장애정도	중증장애인	100.0(528)	65.9	30.5	3.6	
	경증장애인	100.0(219)	65.8	32.0	2.3	
장애유형	신체장애	100.0(391)	60.6	34.5	4.9	
	정신장애	100.0(355)	71.3	27.3	1.4	
빈곤지위	빈곤계층	100.0(433)	64.4	32.1	3.5	
	비빈곤계층	100.0(287)	67.9	28.9	3.1	

■ 응답문항

① 나는 불안하거나 우울하지 않다 ② 나는 다소 불안하거나 우울하다

③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다

5장

결론

1절 주요조사결과 요약

제2절 향후 개선 방안

5장

결론

제1절 주요 조사결과 요약

1. 건강생활 습관

- 신체건강: 좋음(54.1) > 나쁨(45.9)
 - 남성이 여성보다, 연령이 낮을 수록, 시지역거주자일수록 좋다는 응답이 높게 나옴.
- 만성질환: 있음(57.3) > 없음(42.7)
 - 여성이 남성보다, 연령이 높을 수록, 신체장애인일수록 있다는 응답이 높게 나옴.
- 만성질환 종류
 - 고혈압 > 당뇨 > 허리통증 > 골관절염순으로 응답이 높게 나옴.
- 스트레스: 느낀다(55.6) > 느끼지 않는다(44.4)
 - 여성이 남성보다, 신체장애인이 정신장애인보다 스트레스 지수가 높다는 응답이 높게 나옴.
- 우울감경험: 없음(66.0) > 있음(34.0)
 - 여성이 남성보다, 40세~59세 사이, 군지역거주자, 신체장애인이 스트레스가 있다는 응답이 높게 나옴.

☐ 우울감경험 이유

- 건강이 좋지 않아서 > 가족구성원의 지지가 없어서 > 경제적 어려움
순으로 응답이 높게 나옴.

☐ 일상생활: 지장이 없다(64.3) > 지장이 있다(35.7)

- 남성이 여성보다, 연령이 낮을 수록, 정신장애인 일수록 지장이 없다는
응답이 높게 나옴.

☐ 통증/불편: 없음(56.3) > 있음(43.7)

- 남성이 여성보다, 연령이 낮을 수록, 정신장애인일수록 없다는 응답이
높게 나옴.

☐ 불안/우울: 없음(65.9) > 있음(34.1)

- 남성이 여성보다, 연령이 낮을 수록, 시지역일수록 없다는 응답이
높게 나옴.

☐ 건강관리: 관심 있음(80.6) > 관심 없음(19.4)

- 남성이 여성보다, 연령이 높을 수록, 시지역거주자일수록 있다는 응답이
높게 나옴.

☐ 아침식사: 매일(75.4) > 하지 않음(15.3) > 주3회(9.3)

- 남성이 여성보다, 연령이 높을 수록, 군지역거주자일수록 매일한다는
응답이 높게 나옴.

☐ 아침식사 결식 이유

- 습관이 되어서 > 먹기 싫거나 귀찮아서 > 소화불량 등 다른 질환 때문에
순으로 응답이 높게 나옴.

- 7시간 숙면여부: 숙면한다(68.6) > 숙면하지 못한다(31.4)
 - 남성이 여성보다, 연령이 낮을 수록, 시지역거주자일수록 숙면한다는
응답이 높게 나옴.
- 숙면하지 못하는 이유: 이유없이 잠이 오지 않아서 > 스트레스, 고민 때문
에 > 장애로 인한 어려움 순으로 응답이 높게 나옴.
- 운동빈도: 거의 매일(28.8) > 안한다(24.4) > 일주일에 3~4번(24.1)
- 운동을 하지 않은 이유: 장애 때문에(77.1) > 시간적 여유가 없어서 >
집근처에 운동할 시설이 없어서
- 음주: 최근 1년간 마시지 않았다(82.4) > 마신적이있다(17.6)
- 음주 이유: 스트레스, 고민 때문 > 사회생활하려고 > 술이 좋아서
- 흡연: 피우지 않음(92.3) > 피움(7.7)

2. 응급상황 및 외출지원

- 외부활동 불편 유무: 불편하지 않다(69.1) > 불편하다(30.9)
- 외출시사용하는 이동 보조기: 지팡이 > 전동기기 > 수동휠체어
- 응급 시 도와줄 수 있는 사람: 이웃 > 부모 > 배우자 > 자녀

3. 의로서비스 이용

☐ 최근 의로기관 이용 여부: 이용함(81.1) > 이용 않함(18.9)

○ 남성이 여성보다, 연령이 높을 수록, 신체장애인일수록 이용했다는 응답이 높게 나옴.

☐ 이용 의로시설: 종합병원 > 병의원 > 치과병원 > 보건소

☐ 이용 의로시설 만족도: 만족(80.4) > 보통(15.1) > 불만족(4.6)

☐ 이용 의로시설 불만족 이유: 치료결과 미흡 > 의로진 불친절 > 진료 불성실 > 의로비 부담 순으로 응답이 높게 나옴.

☐ 최근 1년간 병의원에 가지 못한 경험: 없음(83.4) > 있음(16.6)

☐ 병의원에 가지 못한 이유: 경제적 이유 > 이동 불편 > 동행할 사람이 없어서 순으로 응답이 높게 나옴.

☐ 최근 2년간 건강검진 경험: 있음(74.9) > 없음(25.1)

☐ 건강검진 받지 못한 이유: 건강하다고 생각되어 > 정보 부족 > 이동 불편 > 의사소통의 어려움 순으로 응답이 높게 나옴.

☐ 최근 1년간 병원입원경험: 없음(70.8) > 있음(29.2)

☐ 치과진료를 받지 못한 경험: 없음(91.1) > 있음(8.9)

☐ 치과진료를 받지 못한 이유: 경제적 부담 > 편의시설 부족, 교통불편 등 물리적 한계 > 의사가 장애 특성을 이해하지 못하기 때문에 순으로 응답이 높게 나옴.

☐ 정기적인 스케일링 경험: 없음(66.4) > 있음(33.6)

☐ 민간 의로보험 가입: 미가입(55.9) > 가입(44.1)

4. 의료지원프로그램 인지 및 이용 경험

1) 의료상담 및 진료

- ☐ 인지여부: 안다(69.4) > 모른다(30.6)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(83.3) > 미이용(16.7)
- ☐ 이용기관: 재활병원(78.0) > 보건소, 동사무소 > 장애인 복지관 등 민간 기관
- ☐ 만족도: 만족(95.0) > 불만족(5.0)

2) 물리치료

- ☐ 인지여부: 안다(77.7) > 모른다(22.3)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(77.5) > 미이용(22.5)
- ☐ 이용기관: 재활병원(59.9) > 장애인 복지관 등 민간 기관 > 보건소, 동사무소
- ☐ 만족도: 만족(94.1) > 불만족(5.9)

3) 작업치료

- ☐ 인지여부: 안다(20.1) < 모른다(79.9)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(53.1) > 미이용(48.9)
- ☐ 이용기관: 재활병원(50.0) > 장애인 복지관 등 민간 기관 > 보건소, 동사무소
- ☐ 만족도: 만족(96.2) > 불만족(3.8)

4) 수치료

- ☐ 인지여부: 안다(11.9) <모른다(88.1)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(36.8) <미이용(63.2)
- ☐ 이용기관: 재활병원(61.3) > 보건소, 동사무소 > 복지관 등 민간 기관
- ☐ 만족도: 만족(96.9) > 불만족(3.1)

5) 성재활 관련 전문가 상담

- ☐ 인지여부: 안다(6.4) <모른다(93.6)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(31.9) <미이용(68.1)
- ☐ 이용기관: 재활병원(60.0) > 장애인 복지관 등 민간 기관 > 보건소, 동사무소
- ☐ 만족도: 만족(90.0) > 불만족(10.0)

6) 성재활 관련 동료 및 부부 상담

- ☐ 인지여부: 안다(4.4) <모른다(95.6)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(31.3) <미이용(68.7)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(46.7) > 재활병원 > 보건소, 동사무소
- ☐ 만족도: 만족(93.3) > 불만족(6.7)

7) 성재활 교육

- ☐ 인지여부: 안다(7.1) < 모른다(92.9)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(61.5) > 미이용(38.5)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(66.7) > 재활병원 > 보건소, 동사무소
- ☐ 만족도: 만족(90.9) > 불만족(9.1)

8) 성재활 약물 및 수술

- ☐ 인지여부: 안다(8.3) < 모른다(91.7)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(47.5) < 미이용(52.5)
- ☐ 이용기관: 재활병원(58.6) > 보건소, 동사무소 > 복지관 등 민간기관
- ☐ 만족도: 만족(92.9) > 불만족(7.1)

9) 성재활 가이드

- ☐ 인지여부: 안다(3.6) < 모른다(96.4)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(15.4) < 미이용(84.6)
- ☐ 이용기관: 재활병원(50.0) > 보건소, 동사무소, 복지관 등 민간기관
- ☐ 만족도: 만족(100.0) > 불만족(0.0)

5. 건강증진 프로그램

1) 스트레스 관리

- ☐ 인지여부: 안다(43.4) < 모른다(56.6)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(68.5) > 미이용(31.5)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(84.2) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(97.7) > 불만족(2.3)

2) 운동프로그램

- ☐ 인지여부: 안다(74.5) > 모른다(25.5)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(76.6) > 미이용(23.4)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(81.1) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(98.3) > 불만족(1.7)

3) 낙상, 화상 예방 프로그램

- ☐ 인지여부: 안다(44.2) < 모른다(55.8)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(66.3) > 미이용(33.7)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(76.9) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(98.1) > 불만족(1.9)

4) 재발 및 2차 장애예방 프로그램

- ☐ 인지여부: 안다(32.6) < 모른다(67.4)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(78.1) > 미이용(21.9)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(74.6) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(98.4) > 불만족(1.6)

5) 가족도우미 파견

- ☐ 인지여부: 안다(16.5) < 모른다(83.5)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(46.7) < 미이용(53.3)
- ☐ 이용기관: 보건소, 동사무소(50.9) > 복지관 등 민간기관 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(93.0) > 불만족(7.0)

6) 정서적 지지

- ☐ 인지여부: 안다(8.9) < 모른다(91.1)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(40.0) < 미이용(60.0)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(48.0) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(92.0) > 불만족(8.0)

7) 장애인 가족 모임

- ☐ 인지여부: 안다(17.7) < 모른다(82.3)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(44.2) < 미이용(55.8)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(64.3) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(98.2) > 불만족(1.8)

6. 지역사회 참여 프로그램

1) 동료상담 및 자조모임

- ☐ 인지여부: 안다(37.2) < 모른다(62.8)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(69.0) > 미이용(31.0)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(83.9) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(98.4) > 불만족(1.6)

2) 외출지원 프로그램

- ☐ 인지여부: 안다(30.5) < 모른다(69.5)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(73.1) > 미이용(26.9)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(81.0) > 보건소, 동사무소 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(98.8) > 불만족(1.2)

3) 재활정보 제공

- ☐ 인지여부: 안다(15.4) < 모른다(84.6)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(56.3) > 미이용(43.8)
- ☐ 이용기관: 보건소, 동사무소(45.6) > 복지관 등 민간기관 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(100.0) > 불만족(0.0)

4) 건강주치의

- ☐ 인지여부: 안다(10.7) < 모른다(89.3)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(30.8) < 미이용(69.2)
- ☐ 이용기관: 보건소, 동사무소(37.5), 복지관 등 민간기관(37.5) > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(100.0) > 불만족(0.0)

7. 보조기구 지원

1) 보행 보조도구

- ☐ 인지여부: 안다(31.3) < 모른다(68.7)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(47.4) < 미이용(52.6)
- ☐ 이용기관: 보건소, 동사무소(46.4) > 복지관 등 민간기관 > 재활병원
- ☐ 만족도: 만족(95.6) > 불만족(4.4)

2) 의사소통 보조도구

- ☐ 인지여부: 안다(10.2) < 모른다(89.8)
- ☐ 이용경험(안다라고응답한 경우): 이용(16.2) < 미이용(83.8)
- ☐ 이용기관: 복지관 등 민간기관(50.0) > 재활병원 > 보건소, 동사무소
- ☐ 만족도: 만족(100.0) > 불만족(0.0)

제2절 향후 개선 방안

1. 장애인 건강지원 인프라 확대

- 전라남도는 2024년에 순천의료원에 지역장애인보건의료센터를 개소하여 장애인 의료지원의 기반을 구축하였음. 그리고 각 지자체 보건소에서 수행하고 있는 지역사회중심재활사업과 연계하여 지역 장애인의 건강권 보장을 위해 노력하고 있음. 그러나 장애인 건강권을 보장하는데 필수적인 지원 기관인 재활의료기관이나 장애인 주치의 의료기관, 장애인건강검진기관, 권역 재활병원, 공공어린이 재활병원, 장애인화산부인과 등의 신설 및 지정 확대가 필요함.
- 특히 아직 전남지역에 한 곳도 없는 권역재활병원과 재활의료기관, 장애인화산부인과 의원등이 속히 설치되어야 하고, 실질적인 도움이 될 수 있는 장애인 주치의 의료기관의 추가지정도 필요함. 아직 장애인 주치의 의료기관이 지정되어 있지 않은 기초지자체도 있으며, 지정되어 있는 지자체라 할 지라도 10여 개가 넘는 읍면동 중 1개 읍면동에만 지정되어 있는 지역이 많아 추가 지정이 시급한 실정임

장애인 주치의 의료기관 지정 현황 (2024년 12월 현재)

지역	지정 병의원	지역	지정 병의원
목포시	1(치과)	신안군	2
여수시	3, 1(치과)	담양군	1
나주시	1	함평군	1
순천시	1(순천의료원)	진도군	1
광양시	1	고흥군	0
해남군	1	장성군	0
무안군	1	곡성군	0
영암군	1	화순군	0
보성군	1	완도군	0
영광군	2	구례군	0
장흥군	1	강진군	0

2. 공공의료기관의 장애친화 건강검진기관 지정

□ 보건복지부는 2021년 5월에 16개소의 장애친화 건강검진기관 선정을 위해 공모하였으나, 의료기관의 저조한 참여로 인해 8월에 재공모하였음. 이처럼 장애친화 건강검진기관에 대한 신청이 저조한 것은 시설기준에 따른 공간 마련의 어려움, 적절한 수어통역사의배치 문제, 중증장애인의 검진에 따른 추가적 시간 소요와 사고 위험성에 대한 우려, 장애인에게 불편감제공 시 발생할 수 있는 민원에 대한 우려 등 때문임. 더구나, 상급종합병원 검진센터조차도 넓은 복도와 휴게공간에 비해 휠체어가 들어가서 회전하기 어려운 신체계측실과 화장실 등 장애 특성에 대한 이해가 부족한 상황임.

□ 장애친화 건강검진기관으로 지정되면 시설·장비비를 지원하고 검진 건당 장애인 안전편의 관리비를 추가 지급하고 있지만, 유인책으로는 아직 부족해 보임. 이와 같은 요인들을 고려하여 장애친화 건강검진기관 신청을 유인할 수 있는 보완책을 구체적으로 마련해야 향후 지정이 원활할 것으로 여겨짐. 이런 상황을 고려하여 장애친화 건강검진기관을 원활하게 지정하기 위해 기존 공공의료기관의 건강검진센터를 장애친화 건강검진기관으로 지정하는 방안을 검토할 필요성이 있음. 전남지역의 경우 현재 순천의료원 1곳만 지정되어 있어 권역별 추가 지정이 시급한 실정임.

3. 장애 맞춤형 건강검진 실시

□ 장애인 건강검진은 별도의 장애 맞춤형 건강검진 항목이 없으며, 「국민건강보험법」 제52조에 따라 실시하는 국가건강검진 항목과 동일함. 「장애인건강권법」이 2017년 12월 30일부터 시행되었지만, 보건복지부에 따르면 장애 맞춤형 건강검진 항목 마련과 관련해서는 여전히 검토 중임. 또한, 2021년 9월 30일부터 시행한 장애인건강주치의 3단계 시범사업을 통해 사업 참여 중증장애인 중 고혈압·당뇨병 환자에게 무료 검진 바우처를 제공하여 만성질환 관리의 활성화를 도모하고 있지만, 건강주치의 사업의 참여율과 바우처의 선별적 제공을 감안하면 즉각적 개선은 힘들 것으로 보임.

- 장애인의 만성질환 유병률과 장애유형별 질병 특성을 고려하면, 장애 맞춤형 건강검진 항목을 마련하지 않고 비장애인과 동일하게 건강검진을 적용하는 것은 장애인의 효과적인 건강관리와 건강한 삶을 도모하고자 하는 장애친화 건강검진 사업의 목적과 거리가 있다고 볼 수 있음. 장애유형별로 건강검진수검에영향을 미치는 부분이 다를 수 있기 때문에 장애인 일괄적인 정책보다는 장애 맞춤형으로 접근하는 방법이 필요함.

4. 구급차 이용 및 의료기관 이동 등 의료접근성 향상

- 미충족의료 경험의 주된 이유 중 하나인 ‘의료기관까지의 이동 불편’은코로나19 발생 전부터 꾸준히 증가하고 있으며, 이동의 어려움은 이용할 수 있는 이동수단의 제한에서 발생하며, 특히 전신마비이거나인공호흡기가 필요한 중증장애인은 휠체어 탑승설비 등을 장착한 버스나 콜택시로의 이동마저도불가능하므로 의료기관에 대한 물리적 접근성을 보장받지 못함.
- 전신마비이거나인공호흡기가 필요한 중증장애인이 진료 등을 위해 의료기관을 방문하는 경우 구급차 이용에 대한 지원정책의 공백으로 인해 사설 구급차를 이용하고 있으며, 개별적으로 구급차 이용요금을 부담하고 있음. 하지만, 엘리베이터가 없는 건물의 고층에 거주하는 중증장애인은 이동의 어려움과 사고 발생의 위험성으로 인해 사설 구급차 업체의 이용에 있어서도 어려움을 겪고 있음
- 의료기관에서 장애인을 위한 접수창구 혹은 장애인우선접수 방법이 필요하며, 기관내 의료동행서비스를 제공하여 접근성을 더욱 향상시키고 원활한 서비스를 이용하도록 도움이 필요함.

5. 장애인건강주치의 사업 참여 유도 및 활성화

- 장애인건강주치의 사업은 장애인 본인부담금, 의료기관의 제한, 재활서비스 부재 등이 사업 활성화의 걸림돌로 작용하고 있음. 장애인은 동 사업을 이용함으로써 평소 발생하는 진료비 외에 추가 비용(연 21,300원~25,600원, 방문서비스 별도)을 부담하는 것이므로 비용 측면에서 효용이 높지 않음. 특히, 중증장애인의 경우 동 사업의 시행 전부터 주장애틀 장애 관련 만성질환, 기타 합병증 등을 관리하기 위해서 상급종합병원을 이용해오며 따라, 현재 상급종합병원이 동 사업에 참여할 수 없음에도 불구하고 담당 의사와의 신뢰, 의료이용의 편의성 등을 이유로 장애인건강주치의 의료기관을 활용하지 않고 있음. 현재 주치의 사업 진행 시 어려움에 대해 조사하였을때의료기관 측면에서 물리적 장벽·심리적 장벽·경제적 문제를 겪고 있고, 물리적 장벽으로는 장애인들이 접근하기 쉽도록 친화 시설·장비를 마련해야 하는데 현실적으로 일반의원에서 이를 개선하기가 쉽지 않는 것으로 나타났음. 심리적 장벽은 의료진 입장에서 장애인을 꺼리는 인식이 있는데, 이를 개선되기 위해 장애인식개선 교육 등이 필요하다고 보임.
- 또한, 장애인건강주치의 사업을 대부분 장애인이 인식하지 못하고 있으며, 대중매체·장애인 활동 기관(복지관, 보건소)·장애인 등록을 진행하는 읍면동사무소등을 통한 적극적인 홍보가 필요함.

6. 장애인 의료비 및 보장구지원 확대

- 장애인실태조사에 의하면 장애로 인한 추가비용이 있었다는 장애인이 60%를 상회하는데, 추가비용발생 요인은 의료비, 교통비, 보호간병비순으로 나타남. 이 세가지 비용에 대한 지원이 제대로 이루어진다면 장애로 인한 추가 비용은 절반 이하로 크게 감소할 수 있음. 또한, 장애인 들은 건강문제로 MRI, 임플란트 등 비급여에 해당하는 검사도 받고 싶었으나 경제적 문제로 포기하는 경우도 있는 것으로 보고되고 있음. 장애인의 의료비 부담 경감을 위해 본인 부담을 지원하고 건강보험 급여 확대가 필요함.

- 장애인실태조사에서는 필요한 보조기기가 있다고 응답한 장애인 중 보조기기를 구입하지 않은 이유를 파악한 결과, 여전히 장애인가구의 낮은 소득으로 인한 경제적 부담이 장애인보조기기의 구입을 제한하는 가장 큰 요인으로 나타나고 있음. 장애인 보조기기가 신체 일부를 대체하거나 신체 기능을 보완하는 기기라는 점에서 장애인이 신체 특성에 맞는 보조기기를 사용해야 하는 것은 당연하며, 따라서 개인별 특성에 맞는 상담 또는 안내서비스와 맞춤형 개조, 보완, 제작이 가능하도록 하는 것은 장애인 보조기기 지원사업에서 우선적으로 추진해야 할 사항임.
- 동시에 건강보험 및 의료급여의 보장구급여, 보건복지부 및 지방자치단체 교부사업 등 주요 공적 지원제도의 지원 품목 확대와 급여 비용의 인상 등도 지속적으로 추진되어야 할 것임.

7. 장애인 건강권의 적극적 홍보 확대로 접근성 강화

- 보건복지부는 장애인의 건강권보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 장애인 건강권법에 따라 장애인건강보건관리종합계획을 5년마다 수립하고 중앙-지역-보건소의 건강보건관리 전달체계를 구축하여 장애인 건강주치의, 건강검진, 건강관리서비스 등의 사업을 실시하고 있음.
- 조사결과 아직 이에 대한 정보가 부족한 경우가 많은 점을 고려하여 공공기관 차원에서의 공문서를 통한 홍보가 아닌 수요자 입장을 고려하여 장애인들이 보건의료 정보를 취득하게되는 경로인 동료 장애인, 대중매체, 복지관·보건소, 읍면동사무소등을 활용하여 적극적인 홍보가 필요할 것으로 보임.
- 또한, 장애인들에게 건강권홍보를 위한 매체로써 보건의료서비스, 기관 현황, 제도 안내 등을 수요자 입장에서 쉽게 알 수 있는 책자(ex: 대전광역시 보건·의료·복지서비스 안내), 영상(ex: 중앙장애인보건 의료센터 장애인건강권) 등으로 제작하여 안내하는 방법도 필요할 것임.

8. 지역사회 중심의 협력 강화

- ☐ 지역 보건소, 복지관, 장애인 단체와 협력하여 건강검진 캠페인을 시행하고, 각 지역의 장애인들이 쉽게 접근할 수 있는 프로그램이 필요함.

9. 데이터 기반 정책 설계

- ☐ 장애유형별, 지역별 건강검진 참여 데이터를 지속적으로 수집·분석하여 맞춤형 지원 방안을 마련해야 함.

참고문헌

참고문헌

장애우권익문제연구소(2014). 장애인 건강권 증진을 위한 실태조사: 서울시

중증장애인을 중심으로

광주광역시공공의료보건지원단(2022), 광주광역시 장애인건강검진 수검 및 필수의료

서비스 이용 현황 분석

건강보험심사평가원(2024), 장애인건강주치의제도 방문재활서비스 도입방안

한국보건사회연구원(2024), 2023 장애인 실태조사