

소생활권 중심 공중보건사업의 현황 분석 및 접근성 향상을 위한 모형 개발*

한영란** · 함옥경*** · 최혜영**** · 안지숙***** · 이건아*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 2018년 고령사회로 진입 후 2025년 초 고령사회로의 진입이 예상된다. 노인들은 평균 1.9개의 만성질환을 가지고 있고, 복합만성질환자 비율은 2011년 44.3%에서 2017년 51.0%로 급격히 증가하였다. 또한, OECD 국가 중 우리나라의 의료비는 가장 빠르게 증가하고 있으며, 노인의 1인당 진료비와 본인부담 의료비는 전체 인구와 비교했을 때, 각각 2.8배, 2.7배 높다(Ministry of Health & Welfare [MoHW] Press Release, 2022). 우리나라의 평균 기대수명은 83.6세로 OECD 평균 80.3년보다 3.3년이 긴 것으로 나타나 최장수국가 대열에 합류하였다(MoHW & KIHS, 2024). 그러나, 건강수명은 기대수명 연장 속도에 미치지 못하여 2008년 기대수명과 건강수명의 격차는 12.0년이었으나, 2020년에는 13.6세로 오히려 증가하였다

(Korea Health Promotion Institute, 2024). 이는 지역사회에서 질병이나 장애를 가지고 살아가는 노년기 삶의 기간이 길어짐을 의미한다.

인구고령화 및 만성질환 유병기간의 증가와 함께 가족의 돌봄 공백 등으로 지역사회 내의 보건의로 수요가 증가하고 있으며, 보건서비스 요구도 다양화되고 있다. 이에 대응하기 위한 정부의 보건정책 방향은 건강한 고령화를 위한 지역사회 중심의 보건의료체계 구축과 예방적 건강관리 기반 확충으로(MoHW & Korea Health Promotion Institute [KHPI], 2020), 일차보건의료 원칙 중 하나인 접근성(Accessibility) 높은 사업을 통하여 취약하고 소외된 사람들을 위한 보편적 건강보장으로 건강불평등 감소에 기여할 수 있다(World Health Organization [WHO], 2023). 이를 위하여 지리적, 경제적, 사회문화적 장벽을 해소하기 위한 접근성 확대 방안이 모색되어야 할 필요성이 있기에(WHO, 2023), 본 연구에서 소생활권 중심 보건사업 모형을 제안하였다. 소생활권이란 생활조건에 의해 밀접하게 결합되어

* 본 연구는 2023년 대한간호학회 보건간호사회 정책연구비 지원으로 수행되었음.

** 동국대학교 간호대학 교수(<https://orcid.org/0000-0002-0539-0496>)

*** 인하대학교 간호대학 교수(<https://orcid.org/0000-0001-9063-4020>) 교신저자 E-mail: okkyung@inha.ac.kr

**** 이화여자대학교 간호대학 초빙교수(<https://orcid.org/0000-0002-5690-6149>)

***** 경남대학교 간호학과 부교수(<https://orcid.org/0009-0009-6008-2208>)

***** 청주대학교 간호학과 조교수(<https://orcid.org/0000-0002-6581-8853>)

• Received: 15 October 2024 • Revised: 16 November 2024 • Accepted: 25 November 2024

• Address reprint requests to: Ham, Ok Kyung

College of Nursing, Inha University

100 Inha-ro, Michuhol-gu, Incheon, Korea 22212

Tel: +82-32-860-8211, Fax: +82-32-874-5880, Email: okkyung@inha.ac.kr

있는 범위를 말하며 물리적, 사회적 환경을 포함한 소생활권 근린주거지역 내 다양한 서비스 제공은 건강결정요인으로 작용하여 주민의 건강에 영향을 미치고 있다(Yoon et al., 2023). 따라서, 소생활권이라 할 수 있는 읍, 면, 동 단위의 지역밀착형 공중보건 서비스는 이러한 접근성 보장을 위한 최적화된 서비스라고 할 수 있다.

현재 공공기관에서 보건의료서비스 접근성을 위하여 소생활권 중심으로 주민 가까이에서 보건서비스를 제공하는 사업으로는 보건소 방문건강관리사업, 건강생활지원센터, 주민자치형 공공서비스 구축사업의 찾아가는 보건복지서비스(주공), 부산시 마을건강센터, 서울시 찾아가는 동주민센터의 방문간호(찾동) 등 다양한 유형의 서비스가 제공되고 있다. 이처럼 주민의 접근성을 고려한 다양한 유형의 보건사업이 시행되고 있으나 각각의 유형별로 서비스 제공 주체, 서비스 제공인력 및 내용, 자원 등이 다르며, 중복되거나 유사한 서비스가 제공되고 있고(Oh et al., 2015), 일부 사업은 특정 지역에서만 이루어지는 등 제한점이 많은 실정이다. 그리고 이렇게 다양한 유형의 서비스 제공 현황을 통합적으로 분석한 연구는 그동안 수행되지 않았다. 이에 본 연구에서는 초고령화 사회를 앞두고 지역사회통합돌봄이 요구되는 현시점에서 국내 소생활권 중심 보건사업 현황을 파악하고 소생활권 주민의 취약성과 보건의료 서비스 요구 수준을 반영한 보건서비스 접근성 향상 모형을 제시하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 현재 시행되고 있는 대표적인 소생활권 중심 보건사업의 현황을 파악하고 주민의 보건서비스 접근성 향상을 위한 모형을 제시하고자 하며, 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 소생활권 중심 보건사업인 보건소 방문건강관리사업, 건강생활지원센터, 주공사업, 부산시 마을건강센터 사업, 그리고 서울시 찾동사업 등 각각의 보건사업 현황을 파악하고자 사업목표, 사업대상, 사업내용, 서비스 제공인력, 자원 등을 분석한다.
- 각 사업의 특성, 서비스 전략, 사업의 장점과 문제, 그리고 주민접근성 향상전략에 대해 탐색하고 보건서

비스 접근성 모형에 근거하여 분석한다.

- 주민의 보건서비스 접근성 향상을 위한 모형을 제시한다.

II. 연구 방법

본 연구는 국내외 문헌고찰, 초점집단 인터뷰, 전문가 자문회의를 통하여 현재 시행되고 있는 대표적인 소생활권 중심 보건사업 현황을 파악하고 주민의 보건서비스 접근성 향상을 위한 모형을 제시하기 위한 정책연구의 일환으로 수행되었다. 본 연구에 포함된 소생활권 중심 보건사업으로는 국내에서 지역밀착형으로 제공되고 있는 5개 사업(보건소 방문건강관리, 건강생활지원센터, 주공사업, 부산시 마을건강센터, 찾동사업)이 분석에 포함되었다. 특히, 보건소 방문건강관리사업은 시군구 단위로 보건소에서 수행되고 있으나, 실제 방문활동은 동담당제로 운영되고 있기에 본 연구에 소생활권 중심 보건사업으로 분석에 포함되었다.

1. 국내외 문헌고찰

2013~2023 보건소 방문건강관리사업 지침서, 2014~2023 건강생활지원센터 사업 안내서 및 매뉴얼, 2019~2023 주민자치형 공공서비스 구축사업의 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼, 부산시 마을건강센터 사업 운영 매뉴얼(Yoon et al., 2023), 2015~2021 서울시의 찾아가는 동주민센터의 방문간호 매뉴얼을 분석하였고, DBpia, RISS, KISS, Pub Med, Medline with Full Text (EBSCO) 등 국내외 전자 데이터베이스 그리고 법제처, 보건복지부, 한국건강증진개발원 등 정부 기관의 사이트에서 일차보건의료와 보건서비스 접근성, 일차보건의료서비스의 접근성 향상 프레임워크, 주민밀착형 사업의 개념과 필요성 관련 문헌을 검색하여 고찰하였다.

2. 초점집단 인터뷰

1) 연구 참여자

초점집단 인터뷰 참여자는 소생활권 중심 보건사업에 종사하는 간호사 면허를 소지한 간호직 공무원 또는 공무원 간호사로 서울, 부산, 인천, 광주, 경기, 강원,

경북, 충남, 경북지역을 편의표집 하여 대도시형, 중소도시형, 농촌형 및 도농복합형 등 읍면동 단위의 지역적 특성을 대표할 수 있도록 소생활권 지역을 선정하였다. 연구참여자 선정 기준은 해당 사업에서 6개월 이상 근무 경력을 가진 자로 제한하였다. 해당 기준에 부합하는 간호사를 대한간호협회 보건간호사회 또는 한국건강증진개발원, 도청 사업관계자로부터 추천을 받은 후 연구의 목적과 내용, 참여방법에 대하여 설명한 후, 이에 대해 이해하고, 자발적 참여에 동의한 총 22명을 연구참여자로 선정하였다. 연구 주제의 구조화 정도, 포화에 적절한 초점집단의 수, 각 집단에 포함될 연구참여자의 낮은 이질성 등을 고려하여(Morgan, 1998), 연구참여자를 각 사업별로 5-6명씩 4개 팀으로 구성하였다.

2) 자료수집 방법 및 절차

자료수집은 2023년 7~8월 중에 총 3회의 집단 대면회의와 2회의 zoom을 이용한 집단 비대면 회의로 진행하였고, 부산시 마을건강센터 사업의 경우는 총 5회에 걸쳐 일대일 대면 인터뷰로 자료수집을 진행하였다. 서울시 찾동사업은 2015년부터 2022년까지 실시되었으나, COVID-19 이후 동행센터 사업으로 변경되어 현재는 실시되지 않고 있기에 초점집단 인터뷰는 진행하지 않았다. 면담질문은 연구팀 회의에서 동 단위 보건사업의 특성, 주요 대상자, 사업의 장점과 진행 과정에서의 문제점, 서비스 접근성 현황, 및 지역주민의 보건서비스 접근성 향상을 위한 개선방안을 공통질문으로 개발하고 필요시 각 사업별 특성에 맞는 세부질문을 추가하였다.

3) 자료 분석

인터뷰 내용은 대상자의 동의를 얻은 후 녹취하였고, 인터뷰 종료 후 녹취된 내용을 필사하였다. 각 연구진은 자료 분석의 단계에서 필사된 자료를 반복하여 읽으며 전체적인 의미를 파악하였다. 참가자들의 주요 의견은 주제 분석(Thematic analysis)을 기본으로 하여 각 연구자가 일차적으로 오픈코딩을 통해 유의미한 코드를 도출한 후 주제와 관련된 범주(Category)를 확인하고 내용을 도출하였다. 분석된 자료는 연구진들 간의 상호 검토를 통해 수정 및 보완 단계를 거쳤다.

3. 보건서비스 접근성 향상 프레임워크에 따른 동 단위 지역밀착형 사업 분석

문헌고찰과 초점집단 결과를 종합하여 보건서비스 접근성 모형(Model of access to health care)에 제시하는 공급자 측면의 접근성 향상 요소인 접근가능성 (Approachability), 수용가능성 (Acceptability), 이용가능성(Availability), 비용적절성(Affordability), 적합성(Appropriateness)에 대하여 소생활권 중심 주민밀착형 보건서비스를 5개 영역별로 높음, 보통, 낮은의 3개 척도로 분석하였다(Davy et al., 2016; Levesque et al., 2013).

4. 소생활권 중심 보건사업 모형 개발을 위한 자문회의

문헌고찰과 초점집단 인터뷰 내용, 접근성 향상 프레임워크 분석결과를 중심으로 지역사회간호학 전공교수 3인과 지역사회보건사업 근무 경력이 20년 이상인 보건간호사 3인(총 6인)을 대상으로 전문가 자문회의를 개최하여 주민의 보건서비스 접근성 향상을 위한 모형을 개발하고 사업 전략을 도출하였다. 본 연구의 모형에서 제안하는 접근성 향상을 위한 보건사업 대상자는 기본적으로 소생활권 주민 전체를 목표집단으로 하고 있으나, 제한된 인력과 자원을 고려하여 일부 서비스는 우선순위 집단을 중심으로 제안하였다.

III. 연구 결과

1. 지역밀착형 사업 매뉴얼 분석 결과

소생활권 중심 지역밀착형 사업에 해당하는 5개 사업의 현황을 분석하기 위하여 각 사업의 매뉴얼과 사업 안내서를 검토하여 요약하였다. 각 사업의 특징적 명명, 비전, 목적 및 목표, 설치조건, 사업대상자, 서비스 제공자, 주요 서비스, 재원, 사업전략 등을 분석하여 (Table 1)에 제시하였다.

1) 사업 특성

사업 특성으로는 방문건강관리사업은 보건소에서 실

시하는 등 담당제 기반의 맞춤형 찾아가는 방문건강관리를 제공하고, 건강생활지원센터는 소생활권 중심의 건강증진 기능 특화 지역보건으로 사업을 수행하며, 주공사업과 서울시 찾동사업은 읍면동을 기반으로 방문간호를 통하여 보건과 복지서비스를 제공하며, 부산시 마을건강센터는 동 단위 마을공동체 중심의 건강증진 서비스를 제공하고 있다.

2) 사업 대상

사업대상으로는 방문건강관리사업, 건강생활지원센터, 주공사업은 관할지역의 취약계층을 주 대상으로 하며, 마을건강센터에서는 마을주민 전체를 대상으로 구분류에 의한 서비스를 제공하고, 찾동에서는 생애주기에 따른 노인 및 출산가정과 정신건강문제를 가진 대상자에게 서비스를 제공하고 있다.

3) 주요 서비스

주요서비스로 방문건강관리사업은 건강상태 스크리닝, 건강관리 서비스와 자원연계 서비스를 제공하고, 건강생활지원센터에서는 통합건강증진사업의 13개 사업(금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만예방관리, 구강보건, 심뇌혈관질환 예방관리, 한의약 건강증진, 아토피·천식 예방관리, 여성어린이 특화, 치매관리, 지역사회중심재활, 방문건강관리)과 지역특화사업을 수행한다. 주공사업에서는 행정 및 기획과 복지사각지대 대상자 발굴 및 교육·상담, 통합사례관리 등의 업무를 수행하며, 마을건강센터에서는 지역현황 파악을 통하여 지속가능한 마을 생태계조성 및 주민참여 건강공동체 활성화 사업을 수행하고 있다. 마지막으로 서울시 찾동사업에서는 지역진단과 사업계획을 통하여 방문건강관리를 통한 허약 예방, 건강소모임 운영 등을 수행하고 있다. 사업전략으로는 주민참여 활성화, 공공서비스 확대, 지역사회 연계·협력을 공통으로 활용하였다. 보건소 방문건강관리사업과 건강생활지원센터는 다학제팀으로 운영되고, 주공사업은 간호사와 사회복지사가 동행하여 보건과 복지 서비스를 함께 제공하며, 마을건강센터와 찾동사업에서는 간호사가 중심이 되어 서비스를 제공하고 있다.

2. 초점집단 인터뷰 분석 결과

초점집단 분석결과, 보건소 방문건강관리사업과 주공사업은 전국적으로 이루어지고 있고 건강생활지원센터는 전국에 143개 설치되어 있으나, 부산시 마을건강센터는 자치형 사업으로 72개소에 설치되어 있었다. 따라서 센터가 설치되거나 간호사가 배치된 지역은 동 단위의 주민밀착형 서비스로서 장점을 공통적으로 가지고 있었지만, 사업의 내용, 인력 배치와 예산 지원 그리고 사업 공간 등 업무환경이 각기 다르기에 각각 다양한 문제점을 가지고 있었으며 그에 따른 사업의 활성화 및 접근성 향상을 위한 제언을 하였다.

1) 초점집단인터뷰 참여자의 일반적 특성

초점집단 인터뷰 참여자 22명은 모두 여성이었고, 평균연령은 40.86세 이었다. 기혼이 72.7%(16명)이었고, 학력은 대졸이 68.2%(15명), 대학원 졸업이 18.2%(4명) 이었으며, 공무원 5급~8급이 72.7%, 계약직이 27.3% 이었다. 사업별로 살펴보면 보건소 방문건강관리사업에 6명, 건강생활지원센터에 5명, 주공 방문간호사 5명, 그리고 부산시 마을건강센터 6명이었다. 각 사업별로 접근성 측면의 장점, 사업의 문제점, 접근성 향상을 위한 대안에 대해 분석하였으며 일부 결과를 (Table 1)에 함께 제시하였다.

2) 접근성 측면의 장점

접근성 측면에서 보건소 방문건강관리사업은 전국 보건소에서 실시하며 가장 오랫동안 실시된 사업으로 주민의 인지도가 높으며, 주민과 신뢰관계가 형성되어 있다는 장점이 있고, 건강생활지원센터는 지역사회 요구에 기반한 특화된 서비스를 포괄적으로 제공한다는 장점이 있다고 하였다.

주공과 찾동사업은 읍면동 사무소에 위치하여 주민의 접근성이 뛰어나다는 장점이 공통적이며, 주공사업의 경우 동사무소의 주민 데이터를 활용하여 대상자 발굴이 용이하며 보건과 복지 통합서비스를 제공한다는 장점이 있었다. 부산시 마을건강센터는 행정복지센터나 복합커뮤니티센터 등 지역시설 내 위치하여 주민의 접근과 지역자원 연계가 용이하다는 장점이 있었다.

3) 사업의 문제점

사업의 문제점으로는 보건소 방문건강관리사업은 양적평가를 달성하기 위해 질적서비스를 제공하는 것이

어렵고, 사업제공 인력이 감소되어 제한적인 서비스가 제공되고 있었으며, 다학제팀 역량강화를 위한 교육프로그램이 부족하다고 하였다. 건강생활지원센터의 경우 인력부족에 따른 서비스 질과 연속성 문제는 공통적으로 제시하였고, 공간부족과 COVID-19 이후 사업이 후퇴하는 등 과도기 단계로 인식하고 있었다. 주공사업은 사업 초기단계로 예산과 인력부족, 주민의 관심 부족, 복지요구는 없으나 건강문제가 있는 대상자는 서비스에서 소외될 가능성이 있고, 간호사 역량에 따라 서비스의 질적인 차이가 있으며, 보건소와 사업이 중복되는 등의 문제점이 있다고 하였다. 부산시 마을건강센터도 간호사 역량에 대한 의존성이 크고, 마을건강센터에 대한 인지도가 낮으며, 재정 및 인프라 부족 등의 문제점은 주공사업과 동일하게 인식하였고, 사업의 일관성이 미흡하다고 인식하고 있었다.

4) 접근성 향상을 위한 제언

접근성 향상을 위한 제언으로는 달성할 수 있는 현실적인 평가지표의 설정이 필요하고 방문건강관리 인력 증원과 비대면 사업의 확충, 및 다학제팀의 역량강화를 위한 교육이 필요하고 (보건소 방문건강관리사업), 모셔오는 내소서비스의 확대와 공간과 예산지원 확대, 인력의 연속성 보완, 동단위 사업의 경우 인프라가 열악하므로 기본형 중심의 확대전략이 요구된다고 하였다(건강생활지원센터). 주공사업은 주민에게 홍보가 필요하며, 간호사 교육 및 훈련강화, 간호사 역할확대, 동간호사와 보건소 방문간호사의 협업 필요성에 대하여 언급하였다. 마을건강센터는 홍보전략 개선, 마을건강센터에 대한 일관된 정책과 예산확보, 정규인력 확충, PHIS (public health information system)와 연계, 업무매뉴얼 업데이트 등으로 체계적인 운영을 위한 노력이 요구된다고 하였다.

3. 보건서비스 접근성 향상 프레임워크에 따른 동 단위 지역밀착형 사업 분석

본 연구에서는 소생활권 중심 보건사업의 접근성 향상을 위한 개선방안을 모색하기 위하여 보건서비스 접근성 모형(model of access to health care)을 채택하였다(Davy et al., 2016; Levesque et al., 2013).

특히, 서비스 공급자 측면에서 접근성 향상을 위해 고려해야 할 5가지 요소인 접근가능성 (Approachability), 수용가능성(Acceptability), 이용가능성(Availability), 비용적절성(Affordability), 적합성(Appropriateness)을 중심으로 5개 보건사업을 분석하였다 (Levesque et al., 2013). 접근가능성은 보건서비스에 대한 인식, 정보, 지식 측면에서의 서비스 접근성을 향상시키는 것이며, 수용가능성은 보건서비스의 사회문화적 요인을 고려한 대상자 측면의 적절성을 의미하고, 이용가능성은 물리적(기관의 분포, 교통의 편이성 등)으로 적시에(서비스 이용절차, 운영시간 등) 이용가능한지의 의미를 포함한다. 비용적절성은 대상자가 보건서비스를 이용하기에 합리적인 가격을 의미하며, 적합성은 서비스의 양, 제공된 서비스 기술 등이 대상자의 건강요구에 적합한지 여부와 관련된 보건서비스의 전반적인 질을 의미한다. 각 사업의 접근성을 분석한 결과, 모든 사업에서 비용적절성은 '높음'으로 평가되었으며, 수용가능성과 이용가능성 또한 전반적으로 높다고 분석되었다. 이에 반해 해당 서비스에 대한 주민의 인식을 뜻하는 접근가능성은 방문건강관리사업은 높음으로 분석되었으나, 이외에는 모두 '보통' 또는 '보통-낮음'으로 분석되었다. 또한, 전반적인 서비스의 질을 의미하는 적합성도 '보통'에서 '보통-낮음'에 해당하는 수준으로 분석되었다(Table 2).

4. 소생활권 중심 공중보건사업의 접근성 향상을 위한 모형 제안

본 연구에서는 국내 소생활권 중심 지역밀착형 사업에 대한 지침서 및 매뉴얼 검토, 문헌고찰, 초점집단 인터뷰 분석 결과 등을 종합하여 다음과 같이 '소생활권 중심 보건사업 모형인 건강관리지원센터 모형'을 제시하였다. 제안된 모형은 현재 전국적으로 운영되고 있는 건강생활지원센터 사업을 기본으로, 방문건강관리사업 등을 추가한 형태로 읍·면·동 단위로 설치하는 마을형과 수 개의 '읍·면·동'을 포괄하는 확장형 모형의 2가지 유형으로 제안하였다(Table 3).

분석에 포함된 5개 보건사업의 대상자는 각 사업별로 다양하지만 기본적으로는 전체 지역사회주민을 대상으로 하며, 취약계층(저소득층, 노인, 장애인 등)을 우선

Table 1. Analysis of Instruction Guidelines and Focus Group Interview Results Regarding Small Living Zone Health Care Services

	Visiting health care	Healthy lifestyle support center	Public service through citizen autonomy	Village health center (Busan)	Reach out community center (Seoul)*
Characteristics	Dong responsibility strategy (District nursing): Visiting health care service	Small living zone health promotion	Town office based visiting nursing & welfare service	Small community-centered health promotion	Town office based visiting nursing service
Vision	Health equity & expansion of healthy lifespan	Improving health status & reducing health disparities	Creating community with social ties	Vision 2030: Health for all residents	Resident-led welfare community
Goals & Objectives	<ul style="list-style-type: none"> - Improving self-care & prevent frailty - Promoting healthy lifestyle - Chronic disease management & prevention of complications 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevention & management of chronic disease & promoting healthy lifestyles - Needs-based community health promotion 	<ul style="list-style-type: none"> - Quality of life & restoring community values - Community-centered administrative system through community participation 	<ul style="list-style-type: none"> - Improving the health of village residents - Reducing health disparities between and within communities - Improving health autonomy 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoting social welfare & community control - Resident-centered administrative innovation - Problem solving through community organization
Installation	- City, County, District level public health center (n=259)	- Town offices (Dong) in urban areas (n=143) • Single-town unit • Multi-town unit	• Town offices (Eup, Myeon, & Dong) across Korea (n=2,332)	• Town offices (Eup, Myeon, & Dong) or community centers in Busan (n=70+)	• Town offices (Dong) in Seoul
Target population	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerable people in need of healthcare but with limited access to services - Priority group • elder population • low-income family • living alone • multicultural family • single-parent family • grandparents-children family • disabled etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Entire community residents - Priority group • vulnerable populations with health care needs (low-income, disabled etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Basic livelihood recipients - Newborn family (3-12 months) - Parenting family (3-5 years old) • Elders entering the age of 65 & 75 - Crisis family • high-risk single-person household • child abuse family 	<ul style="list-style-type: none"> Entire community residents • Providing health information - Risk group • people who need regular health care - Case management group • multiple health problems 	<ul style="list-style-type: none"> Entire community residents with life cycle transition • elders entering the age of 65 & 75 (vulnerable elders) • family with newborns (under 24 months) • mental disease
Provider	<ul style="list-style-type: none"> - Visiting health care team • visiting nurse • physician/OMD • pharmacist • PT, OT, DH, NA • nutritionist • social worker (The workforce composition varies by region) 	<ul style="list-style-type: none"> - Legal minimum of 5 personnel - Recommended 8-10 personnel - Workforce • nurse • physician/OMD (part-time) • PT, NA • physical education instructor • nutritionist 	<ul style="list-style-type: none"> - Visiting nurse - Social worker 	<ul style="list-style-type: none"> - Nurse - Village health worker - Others (rotating workers) • smoking cessation counselor • PT, DH • exercise therapist • nutritionist 	<ul style="list-style-type: none"> - Visiting nurse - Social worker - Mental health specialist
Service component	<ul style="list-style-type: none"> - Health screening - Health care services for priority groups - Linkage services with community resources 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrated health promotion project • smoking cessation • moderation of alcohol consumption • physical activity 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative service • community needs assessment • networking for collaboration with community resources 	<ul style="list-style-type: none"> - Building sustainable village infrastructure • establishing health governance - Creating healthy communities through community participation 	<ul style="list-style-type: none"> - Community needs assessment & health program planning - Visiting nursing • management of chronic diseases & preventing complications

DH: dental hygienist, NA: nursing assistant, OMD: oriental medicine doctor, OT: occupational therapist, PT: physical therapist

Table 1. Analysis of Instruction Guidelines and Focus Group Interview Results Regarding Small Living Zone Health Care Services (Continued)

	Visiting health care	Healthy lifestyle support center	Public service through citizen autonomy	Village health center (Busan)	Reach out community center (Seoul)*
		<ul style="list-style-type: none"> • nutrition • obesity • oral health • cardio-vascular disease etc. - Specialized project based on local needs 	<ul style="list-style-type: none"> • health program planning involving health & welfare services - Health care service • case management • case finding (hard to reach group) • health education & counseling - Locally specialized program 	<ul style="list-style-type: none"> • creating health-friendly environment - Community-based health care • chronic disease management for priority group - Monitoring & evaluation of village health services 	<ul style="list-style-type: none"> • preventing frailty - Supporting community-initiated health project • small group activities - Case finding & referral of high-risk groups for mental health
Finance	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel expenses: national taxes - Program expenses: national/local taxes (50%:50%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel expenses: local taxes - Program expenses: national & local taxes (66.7%:33.3%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel & program expenses: national taxes 	<ul style="list-style-type: none"> - Local taxes (city & district, 50%:50%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Local taxes (city)
Service strategy	<ul style="list-style-type: none"> ① Tailored disease prevention for each life cycle ② Providing visiting nursing care to improve service accessibility ③ Case management according to risk group ④ Nurse-centered multidisciplinary care team 	<ul style="list-style-type: none"> ① Community-based ② Community participation ③ Collaboration with local resources ④ Locally specialized program based on community needs 	<ul style="list-style-type: none"> ① Expanding public service platform functions ② Collaboration with local organizations ③ Support community empowerment 	<ul style="list-style-type: none"> ① Building sustainable village health ecosystem ② Promoting healthy communities through community participation ③ Community-based health care practice 	<ul style="list-style-type: none"> ① Strengthening public responsibility ② Fostering public-private partnership ③ Building healthy communities ④ Ensuring continuity of service
Accessibility [†]	<ul style="list-style-type: none"> ① Located in public health centers nationwide ② Visiting health services for people with limited access to services ③ Building trusted relationship with clients ④ Increased awareness due to long history of services 	<ul style="list-style-type: none"> ① Improving access to services at village or district level ② Comprehensive & tailored health promotion programs ③ Active community participation through community organization 	<ul style="list-style-type: none"> ① Located in town offices nationwide ② Improving access to services at town level ③ Easy to case finding using resident data from town offices 	<ul style="list-style-type: none"> ① Located in town office or community center ② Improving access to services & linkage to community resources 	<ul style="list-style-type: none"> ① Located in town office ② Improving access to services at town level ③ Visiting nursing care for all community residents during life cycle transition
Strength [‡]	<ul style="list-style-type: none"> ① Team-based tailored visiting health care service ② Essential healthcare services for people with limited access 	<ul style="list-style-type: none"> ① Small living zone health services close to local residents ② Active collaboration with local resources 	<ul style="list-style-type: none"> ① Integrating health & welfare service ② High accessibility to services ③ Contribute to the health of local residents through 	<ul style="list-style-type: none"> ① High accessibility to services and easy community participation ② Develop health programs that reflect local needs 	<ul style="list-style-type: none"> ① Providing universal health & welfare services for those in life cycle transition ② Integrating visiting health & welfare services

*Reach out community center: Weakness and measures to improve accessibility were described based on the literature review. [†]Focus group interview
PHIS: public health information system

Table 1. Analysis of Instruction Guidelines and Focus Group Interview Results Regarding Small Living Zone Health Care Services (Continued)

	Visiting health care	Healthy lifestyle support center	Public service through citizen autonomy	Village health center (Busan)	Reach out community center (Seoul) [†]
	③ Highly competent visiting nurses ④ Effective chronic disease management	③ Locally specialized program ④ Comprehensive health care through integrated health promotion project	visiting nursing & locally specialized programs ④ Sufficient time for comprehensive assessment and referral	③ Protecting the health & capacity building of local residents	③ Improving service accessibility through case management for vulnerable groups
Weakness [‡]	① Difficulty providing high-quality services due to quantitative evaluation indicators ② Service limitations due to workforce reduction ③ Insufficient service contents ④ Lack of in-service training for health personnel ⑤ Difficulty finding new cases	① Limited quality & continuity of services due to limited manpower (single-town unit) ② Lack of space ③ Lack of financial support ④ Slow expansion of new centers since COVID-19 ⑤ Broad target population but challenges in engaging vulnerable groups in the program	① Lack of budget & manpower ② Lack of resident awareness of the program ③ People who have health problems but do not need welfare services may be excluded from services ④ Service overlap with public health centers ⑤ Service quality varies depending on nurse competency ⑥ Difficulty providing services to non-adherent clients	① Service quality varies depending on nurse competency ② Lack of resident awareness of the Village Health Center ③ Difficulty collaborating with local organizations ④ Lack of financial support & insufficient infrastructure ⑤ Lack of consistent program ⑥ Community organization takes a long time	① Inefficient use of human resources ② Need to build organic public-private partnership ③ Need to develop various programs for families with young children
Measures to improve accessibility [‡]	① Set realistic & achievable health outcome indicators ② Increase manpower ③ Selection and concentration of target people ④ Differentiate service with other visiting health services ⑤ Diversification of service methods (i.e., smart health care) ⑥ Close public-private collaboration ⑦ In-service training for health personnel	① Untact services, and pick-up service for vulnerable groups ② Ensure continuity of workforce ③ Securing space & expanding budget ④ Encouraging community participation ⑤ Small living zone health promotion & expansion of locally specialized program ⑥ Expansion of multi-town unit	① Raising awareness of public service ② In-service education & training ③ Collaboration with local clinics ④ Expanding roles of visiting nurses (lab tests etc.) ⑤ Establishment of a linkage system to public health centers using PHIS ⑥ Collaboration with visiting health team in public health centers	① Improvement of promotional strategy: using home page, SNS, & partner organizations ② Need for consistent policy for village health center operation ③ Secure budget ④ Employment of regular workers ⑤ Empowering & capacity building of health personnel ⑥ Effort for systematic operation: PHIS linkage, program manual update	① Reorganized into the Companion Center program: Focusing services on families in crisis

[‡]Reach out community center: Weakness and measures to improve accessibility were described based on the literature review. [†]Focus group interview
PHIS: public health information system

순위 집단으로 하고 있다. 이에, 본 모형에서는 건강증진 서비스의 경우에는 관할지역 주민 전체를 대상으로 하지만, 만성질환 예방·관리나 방문건강관리 등의 사업

은 내소가 어렵거나 서비스 접근성이 상대적으로 낮은 취약계층(저소득층, 장애인, 65세 이상 노인, 독거노인 등)을 우선순위 집단으로 선정하였다. 서비스 내용은 1)

Table 2. Analysis of Health Care Services in Small Living Zone Based on the Model of Access to Health Care

	Visiting health care	Healthy lifestyle support center	Public service through citizen autonomy	Village health center (Busan)	Reach out community center (Seoul)*
Approachability	High • Awareness of the service is high due to long history of services since 2007	Medium • Only 143 centers nationwide • Raising resident awareness only in areas where healthy lifestyle support centers are located	Medium/Low • Awareness of the welfare service is high but with the recent introduction of visiting nursing, awareness of visiting nursing service is low	Medium/Low • Only 70 village health centers in Busan • Awareness of the center service is varied by the region from medium to low	Medium/Low • Improving service awareness through community participation • Low awareness of the program among residents who are not eligible for services including visiting nursing
Acceptability	High/Medium • Case management services tailored to socio-cultural characteristics • Most of case management clients are 65 years or older	High • High acceptability due to active participation of local residents in the center program decision-making process	High • By providing services mainly to the vulnerable groups, acceptability among basic livelihood beneficiaries is high	High • As a participatory health promotion projects, resident acceptability to center program is high • Community participation through planning & evaluation	High/Medium • Visiting nursing care for pregnant women and families with infants based on their needs • Proactive participation of residents in decision making • Support for participatory health projects (small health groups), but selective & limited
Availability	High • Implemented at the public health centers nationwide using Dong responsibility strategy	Medium • Single-town unit: physical distance is close • Multi-town unit: physical distance is not close • Providing pick-up and visiting nursing services	High • High availability in terms of physical distance • Providing visiting nursing care for people with ADL limitations	High • Good availability in physical distance • Finding new cases using village health workers or collaboration with public health centers	High • Located in all town offices in Seoul • High availability in terms of physical distance with visiting nursing care
Affordability	High • Free service	High • Free service	High • Free service	High • Free service	High • Free service
Appropriateness	Medium • Providing disease management & referral according to risk classification • Not enough quality of services	High(multi)/Low(single) • Providing comprehensive services (multi-town unit) • Limited service contents and quality (single-town unit)	Medium/Low • Lack of in-service training • Service quality varies depending on nurse competency • Difficulty providing sufficient nursing care	Medium • Provide integrated services through case management and referral • Difficulty providing high-quality services due to limited budget and infrastructure, and lack of consistent policies	Medium • Maintain continuity of services and referral to local resources based on client health condition • Lack of follow-up after referral to local resources

*Reach out community center were analyzed based on the literature review. ADL: activities of daily living

Table 3. A Model for Improving Accessibility to Health Care Services in Small Living Zone

Health Care Support Center	
Characteristics	<ul style="list-style-type: none"> • Small living zone health service system close to local residents • Small living zone based health promotion & locally specialized programs
Vision	<ul style="list-style-type: none"> • Improving health of all residents, reducing health disparities between regions
Goals & Objectives	<ul style="list-style-type: none"> - Improving self-care & prevent frailty - Promoting healthy lifestyle - Chronic diseases management & prevention of complications
Location	<ul style="list-style-type: none"> • Town offices nationwide (Eup, Myeon, Dong) - Type 1: Multi-town model (Expanded area model) - Type 2: Single-town model (Village model)
Target population	<ul style="list-style-type: none"> • All residents under jurisdiction • Priority group: Vulnerable population (low-income, disabled, elders 65 years or older or living alone)
Provider	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse-centered multidisciplinary team • Minimum employment (FTE) <ul style="list-style-type: none"> - Type 1 (Expanded area model): 8-10 employees <ul style="list-style-type: none"> * Workforce composition: Physician or oriental medicine doctor (1, part-time) nurse (6), physical therapist or exercise therapist (1) nutritionist (1) - Type 2 (Village model): 5-7 employees (at least 2 full-time public official) <ul style="list-style-type: none"> * Workforce composition: Physician or oriental medicine doctor (1, part-time) nurse (3), physical therapist or exercise therapist (1) nutritionist (1)
Service component	<ol style="list-style-type: none"> ① Health promotion for all residents : Smoking cessation, moderation of alcohol consumption, physical activity, nutrition etc, ② Chronic disease prevention & management for high risk groups ③ Visiting health care (transfer public health center's visiting health care to 'Health Care Support Center' & select one Type A or B depending on local needs) <ul style="list-style-type: none"> - Type A (Linked type): Providing services in connection with visiting nursing centers (Long-Term Care Insurance) and home care nursing institutions (Health Insurance) - Type B (Integrated type): Providing both visiting nursing & home care nursing services at 'Health Care Support Center' <ul style="list-style-type: none"> * Need to employ family nurse practitioner ④ Locally specialized programs based on community needs & healthy communities project ⑤ Linkage to community resources/services & referral
Service strategy	<ol style="list-style-type: none"> ① Community-based specialized health promotion, case finding, & visiting health care <ul style="list-style-type: none"> - Identification of community health issues and strengths - Establishment of health care governance - Planning health programs based on local needs ② Community participation throughout entire process of 'Health Care Support Center' programs <ul style="list-style-type: none"> - Capacity building for community residents, training local health leaders, organizing voluntary activities of community residents, community initiated health programs, Increasing awareness of the 'Health Care Support Center' using multiple media ③ Collaboration with community & linkage to community resources and services <ul style="list-style-type: none"> - Mapping & networking with community services - Strengthening competencies of health personnel - Comprehensive health services based on local needs ④ Multidisciplinary services <ul style="list-style-type: none"> - High quality, professional & comprehensive services ⑤ Multiple service contents & strategies <ul style="list-style-type: none"> - Establishment of health programs for vulnerable groups - Client-centered services (pick-up service & visiting health care service) - Various untact services using AI & IoT - Flexible service hours (night, weekend etc.)
Prerequisites	<ol style="list-style-type: none"> ① Securing manpower & ensuring continuity of employment <ul style="list-style-type: none"> - Continuous in-service training for competency building - Human resources management to ensure service quality ② Secure sufficient space for health programs <ul style="list-style-type: none"> - Integrated health promotion, visiting health care services, community initiated health programs, & community participation ③ Secure sufficient budget <ul style="list-style-type: none"> - Government support for facility installation costs, program operation costs, & personnel expenses

FTE: full time equivalent, AI & IoT: artificial intelligence and the internet of things

금연, 절주, 신체활동, 영양사업 등 포괄적 건강증진서비스, 2) 건강위협군에 대한 만성질환 예방 및 관리사업, 3) 방문건강관리사업, 4) 지역 요구에 기반한 건강증진 특화사업 그리고 5) 지역사회자원 의뢰 및 연계사업으로 구성하였다. 개발된 모형에서는 기존에 보건소에서 시행하던 방문건강관리사업을 건강관리지원센터로 이전하는 것을 전제로 하며, 각 지역의 의료기관 가정간호와 장기요양 방문간호의 인프라 구축 정도에 따라, 기존 보건소의 방문건강관리사업을 가정간호, 장기요양 방문간호와 연계하거나, 또는 3가지 방문간호서비스(방문건강관리, 가정간호, 장기요양 방문간호)를 통합하여 운영하는 형태로 지역 특성에 따라 선택하도록 제시하였다. 지역사회자원 의뢰 및 연계는 주공사업의 방문간호사와 긴밀한 연계·협력을 통해 보건-복지 연계를 강화하거나 보건소 또는 지역내 다양한 공공·민간 자원과 연계하도록 모형에 제안하였다.

주요 전략으로는 주민의 건강요구 및 강점 파악에 근거한 지역사회 기반의 특화사업, 주민참여 활성화를 위한 주민 역량강화 사업, 건강지도자 양성, 다학제간 팀 접근을 통한 서비스 질향상과 수요자 중심의 찾아가고 모셔오는 서비스 등의 운영으로 서비스 접근 전략을 다양화하도록 제안하였다.

IV. 논 의

본 연구에서는 현재 국내에서 시행되고 있는 소생활권 중심 보건사업의 현황을 분석하기 위하여 5개 보건사업의 매뉴얼과 사업 안내서를 검토하고, 문헌고찰, 초점집단 인터뷰와 개별면담을 실시하여 분석결과를 제시하였다. 또한, 보건서비스 접근성 모형(Model of access to health care)에 근거하여(Davy et al., 2016; Levesque et al., 2013) 국내 소생활권 보건사업을 분석한 결과를 바탕으로 소생활권 중심 보건사업의 접근성 향상을 위한 모형을 제시하였다.

Levesque 등(2013)이 제안한 보건서비스 접근성 모형(Model of access to health care)의 공급자 측면 접근성 향상 전략(접근가능성, 수용가능성, 이용가능성, 비용적절성 및 적합성)을 적용하여 본 연구에 포함된 다섯 개 보건사업의 접근성을 각각 분석한 결과, 비용적절성은 모든 사업에서 '높음'이었고, 수용가능성과 이

용가능성 또한 전반적으로 높은 반면, 해당 서비스에 대한 주민의 인식을 뜻하는 접근가능성과 전반적인 서비스의 질을 의미하는 적합성은 '보통'에서 '보통-낮음'에 해당하는 수준으로 분석되었다. 첫째, 접근가능성의 경우 방문건강관리사업은 2007년부터 사업이 시작되어 상대적으로 주민들의 사업 인지도가 높았으나, 나머지 사업은 비교적 최근에 도입된 사업들로 주민의 인지도가 다소 낮거나 주민 간 사업 인지도에 편차가 있었다(Han et al., 2023; Yang et al., 2024).

둘째, 수용가능성은 건강생활지원센터, 주공사업, 부산 마을건강센터가 '높음'이었고 방문건강관리사업과 찾동사업이 '높음-보통'이었는데, 전자의 경우 주민참여 활성화를 통하여 주민의 요구를 반영한 서비스를 제공하거나 대상자 개인의 상황에 맞는 맞춤형 서비스의 제공으로 주민 입장에서 수용성이 높은 것으로 분류하였고, 후자의 경우 다양한 사회문화적 특성을 가진 대상자의 서비스 이용률이 낮으며, 주민의 의사를 반영한 주민 주도적 사업이 제한적으로 이루어지고 있어 '높음-보통'으로 분류하였다(Han et al., 2023). 셋째, 이용가능성은 방문건강관리사업, 주공사업, 부산 마을건강센터, 찾동사업이 대상자에게 직접 방문하는 형태이거나 동 주민센터 등에 설치되어 물리적 접근성을 확보했다는 측면에서 '높음'으로 분석되었으나, 건강생활지원센터는 기본형의 경우 동 단위형에 비해 물리적 접근성이 다소 떨어져 '보통'으로 분석되었다(Han et al., 2023). 넷째, 비용적절성은 모든 사업이 무료로 제공되고 있어 모두 '높음'으로 분석되었다. 다섯째, 적합성은 기본형 건강생활지원센터의 경우 지역주민의 요구에 기반한 특화사업과 활발한 지역자원 연계를 통한 포괄적 서비스를 제공하므로 '높음'으로 분석되었으나, 방문건강관리사업의 경우 집중관리군 이외에는 방문 주기가 길어서 질적으로 충분한 서비스 제공이 어렵다고 하여 '보통'으로 분석하였다. 그 외, 인프라 부족으로 다양한 서비스와 질 관리 부족(동 단위형 건강생활지원센터), 간호사 교육 및 훈련 부족과 간호사 역할 제한에 따른 충분한 간호서비스 제공 부족(주공사업), 예산 및 인프라 부족과 일관된 정책 부재 등에 따른 양질의 서비스 부족(부산 마을건강센터), 대상자 추후관리 부족(찾동사업) 등의 이유로 '보통' 또는 '낮음'으로 분석되었다(Han et al., 2023).

이상과 같이 각 소생활권 중심 보건사업마다 접근성 영역별 일부 수준의 차이가 존재하였으나 전체적인 접근성 분석 현황과 보건서비스 접근성 모형(Davy et al., 2016; Levesque et al., 2013)에 기반하여 소생활권 중심 보건사업 접근성 향상을 위하여 '건강관리지원센터 모형'을 제안하였으며, 대상자의 보건서비스 이용 과정에 따라 다양한 매체를 활용한 서비스 정보제공 및 적극적 홍보, 소생활권 특성화 서비스, 다양한 시간대의 서비스와 교통편의 제공, 무료 서비스 제공, 다학제적 팀 구성 강화 등은 본 연구에서 제시한 '건강관리지원센터 모형'의 접근성 향상전략으로 제안되었다.

본 연구에서 제시된 '건강관리지원센터 모형'은 기존 건강생활지원센터 사업을 기본으로 여기에 방문건강관리사업을 통합하고, 주공사업의 방문간호사와의 긴밀한 연계·협력 서비스를 강화하도록 제안하였다. 건강관리지원센터의 주요 전략(지역사회 기반, 주민참여, 지역자원 협력, 다학제간 팀 접근, 서비스 내용과 접근 전략의 다양화)을 통해 접근성이 통합적으로 향상될 수 있도록 제안하였다. 사업대상은 기본적으로 관할지역 주민 전체를 대상으로 하지만 방문건강관리 등의 서비스에 있어서는 보건의료서비스 접근성이 떨어지는 취약계층을 우선순위 집단으로 선정하였다. 건강증진 서비스의 경우 보건소 단위의 사업만으로는 지리적 접근성이 낮아 이용이 어려운 소생활권 주민의 접근성 향상에 기여할 수 있을 것으로 생각되며, 특히 소생활권 주민의 요구를 반영한 지역특화 사업의 수행으로 주민참여와 만족도를 향상시키는 한편 모든 사람의 건강증진(Health for All)에 기여할 수 있을 것이다.

주요 전략을 살펴보면 첫째, 지역사회 기반은 지역사회의 환경 및 여건을 고려하여 관할지역에 적합한 건강활동 계획을 수립하는 것을 의미하며, 특히 서비스의 수용가능성과 적합성을 향상시킬 수 있는 전략이다(Davy et al., 2016; Stanhope & Lancaster, 2019). 구체적으로는 지역건강문제 및 강점 파악, 지역건강 거버넌스 구축, 지역건강 활동계획 수립 등을 통하여 관할지역 주민의 요구에 기반한 특화된 사업내용 및 사업추진전략을 개발하는 것이 포함된다. 둘째, 주민참여는 건강관리지원센터사업의 전 과정에 주민 참여를 활성화하여 지역사회 건강문제를 지역주민이 주도적으로 해결하려는 전략으로써, 특히 서비스 적합성을 향상시킬 수

있는 전략이다(Davy et al., 2016; Han et al., 2022). 구체적으로 건강활동 참여주민의 확대, 주민 역량강화 및 건강지도자 양성, 주민의 자발적 활동 조직화, 주민 주도적 건강활동 수행을 포함한다(Levesque et al., 2013; MIS & MoHW, 2020). 셋째, 지역자원 연계 및 협력은 제한된 서비스 인력으로 인한 문제를 효율적으로 해결할 수 있는 방법이자 지역사회 요구에 반응하여 목표를 달성하기 위한 보건사업의 필수 요소로써, 특히 서비스 적합성을 향상시킬 수 있는 전략이다. 구체적으로 지역자원 발굴과 협력 네트워크망 구축, 담당인력 역량 강화, 지역특성에 맞는 통합적 보건서비스 제공을 포함한다(Han et al., 2022; Levesque et al., 2013; Levy, 2019). 넷째, 다학제적 팀 접근은 전문적, 통합적 서비스 제공과 서비스 질 향상을 위한 전략으로, 특히 서비스 적합성을 향상시킬 수 있는 전략이다(Levesque et al., 2013; Stanhope & Lancaster, 2019). 다섯째, 서비스 내용과 접근 전략의 다양화는 특히 취약계층 주민의 서비스 접근가능성과 이용가능성을 향상시킬 수 있는 전략이다. 구체적으로 취약계층을 위한 건강프로그램 구축과 활성화, 수요자 중심의 찾아가고 모셔오는 서비스, ICT를 활용한 다양한 비대면 사업, 적극적인 서비스 홍보와 교육 등의 접근 방안을 포함한다(Levy, 2019).

건강관리지원센터의 두 개 모형 중 1형(확장형)을 적용하는 지역의 경우 특히 건강관리지원센터와 상대적으로 지리적 접근성이 떨어지는 원거리 지역주민의 접근성 향상을 위해 서비스 홍보 및 편리한 교통수단 제공, 비대면 사업 등 접근가능성과 이용가능성 개선을 위한 노력이 필요하며, 2형(마을형)의 경우는 서비스 적합성과 질 확보를 위해 다학제 팀의 인력과 주민의 이용이 편리한 공간 등 인프라를 확보하려는 노력이 우선되어야 한다. 결과적으로 본 연구의 모형에서 제시하는 보건서비스 접근성 향상전략은 초고령사회로 진입하고 있는 현실점에서 지역사회통합 돌봄의 안정적 정착과 보건서비스 접근성 향상을 통한 모든 사람의 건강증진과 건강형평성 확보에 기여할 수 있을 것이다(Han et al., 2022; Stanhope & Lancaster, 2019).

본 연구의 제한점으로는 분석 내용이 방대하여 소생활권 중심 보건사업 분석표의 일부로 초점집단 인터뷰 결과를 제시하였으며, 참여자의 진술문 등을 본문에 제

시하지 못하였다는 제한이 있다. 또한 지침서와 사업안 내서를 통하여 분석된 내용은 실제 지역사회 현장에서 제공되는 서비스 현황과 차이가 있을 수 있음을 연구의 제한점으로 제시한다.

V. 결 론

본 연구에서는 현재 국내에서 시행되고 있는 대표적인 소생활권 중심 보건사업인 보건소 방문건강관리사업, 건강생활지원센터, 주민자치형 공공서비스 구축사업의 찾아가는 보건복지서비스, 부산시 마을건강센터 사업, 그리고 서울시 찾아가는 동주민센터 사업의 현황을 파악하고 주민의 보건서비스 접근성 향상을 위한 대안을 제시하고자, 각 사업의 매뉴얼과 사업 안내서를 검토하고, 문헌고찰과, 초점집단 인터뷰를 실시하였다. 이를 바탕으로 Levesque 등(2013)의 보건서비스 접근성 모형(Model of access to health care)에 근거하여 접근가능성, 수용가능성, 이용가능성, 비용적절성, 적합성 측면의 5개 구성요소로 각 사업을 분석하였고, 이를 바탕으로 소생활권 중심의 보건사업 접근성 향상을 위한 모형을 제시하였다.

본 연구에서 제시된 소생활권 중심 보건사업 접근성 향상 모형인 '건강관리지원센터 모형'은 기존 건강생활지원센터 사업을 기본으로 여기에 방문건강관리사업을 통합하고, 주공사업의 방문간호사와의 긴밀한 연계·협력 서비스를 강화하도록 제안하였다. 건강관리지원센터 모형의 주요 전략으로는 지역건강 문제 및 강점 파악에 근거한 지역사회 기반의 특화사업 운영으로 수용가능성을 향상시키고, 주민참여 활성화를 위한 주민 역량강화와 건강지도자를 양성하는 한편, 다학제간 팀 접근을 통한 질 높은 서비스의 제공으로 서비스 적합성을 확보하도록 하였다. 또한, 수요자 중심의 찾아가고 모셔오는 서비스 등의 다양화 전략으로 서비스 접근가능성과 이용가능성을 향상시켜 궁극적으로 모든 주민의 건강증진에 기여할 수 있도록 제안하였다.

References

Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., &

Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health, 15* (163), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>

Han, Y. R., Kwon, M. S., Kim, Y. H. Kim, J. K., Kim H. S., Um, S. O., Lee, S. Y., Lee, Y. H., Lee, J. E., Lee, H. J., Im, M. L., Han, S. J., Ham, O. K., Hyun, S. S., Lee, W. Y., & Chang, Y. E. (2022) *Community & public health nursing*. Hyunmoonsa.

Han, Y. R., Ham, O. K., Choi, H. Y., Ahn, J. S., & Lee, G. A. (2023). *Current status and future direction of public health services in Dong-level to improve access to health services*. Korea Public Health Nurses Association. https://www.kphn.org/bbs/board.php?bo_table=notice&wr_id=88

Korea Health Promotion Institute (2024, October 14). *Healthy lifespan gap*.

<https://www.khepi.or.kr/hpn/healthLife/healthLifeDiff.do?menuId=MENU01313>

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centered access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health, 12*(18), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Levy, B. S. (2019). *Social justice & public health* (3rd ed.). Oxford University Press.

Ministry of Health [MoHW] and Welfare & Korea Health Promotion Institute [KHPI] (2020). *2020 Joint briefing session on community health promotion projects & policies*. Ministry of Health and Welfare.

https://www.khepi.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00888&page_no=B2017003&board_idx=10289

Ministry of Health and Welfare [MoHW] & Korea

- Institute for Health and Social Affairs [KIHSA] (2024). *2024 OECD health statistics* (2024-09-25). Ministry of Health and Welfare.
<https://www.bioin.or.kr/board.do?num=327234&cmd=view&bid=policy>
- Ministry of Health and Welfare Press Release (2022, September 29). *2022 Senior citizen statistics*. Statistics Korea.
https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=10820&tag=&act=view&list_no=420896&ref_bid
- Ministry of the Interior and Safety [MIS]· Ministry of Health and Welfare [MoHW] (2020). *Developing public service infrastructure for community control: On-site health & welfare service manual 2019* (11-1741000-000166-10). Ministry of Health and Welfare.
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010200&bid=0019&tag=&act=view&list_no=349721
- Morgan, D. L. (1998). *The focus group guidebook*. Sage Publications, Inc.
- Oh, E. G., Lee, H. J., Kim, Y., Sung, J. H., Park, Y. S., Yoo, J. Y., & Woo, S. (2015). Current status of home visit programs: Activities and barriers of home care nursing services. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(5), 742-751.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.5.742>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2019) *Public Health Nursing: Population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.
- World Health Organization (WHO) (2023). *Improving service access and quality*.
<https://www.who.int/activities/improving-service-access-and-quality>
- Yang S. J., Yoon, O. J., Han, Y. R., Ham, O. K., Whang, R. I., Jung, S. O., Oh, C. H., & Shin, H. W. (2024). *Development of visiting nursing model in the community for linkage·integration of nursing, social, and home care system* (2023 Research Report). Korean Nursing Association.
- Yoon, T. H., Kim, Y. H., Kim, H. J., Bae, E. S., Bae, E. J., Seok, Y. S., Sohn, J. H., Lee, D. H., Lee, H. Y., Choi, M. H., & Hong, Y. K. (2023). *Busan village health center program manual* (52-6260000-000627-10). Busan Metropolitan City.

A Model for Improving Public Health Service Accessibility in the Small Living Zone

Han, Young Ran (Professor, College of Nursing, Dongkuk University-WISE, Gyeongju, Korea)

Ham, Ok Kyung (Professor, College of Nursing, Inha University, Incheon, Korea)

Choi, Hye Young (Visiting professor, College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea)

An, Ji Sook (Associate professor, Department of Nursing, Kyungnam University, Changwon, Korea)

Lee, Guna (Assistant professor, Department of Nursing, Cheongju University, Cheongju, Korea)

Purpose: The study aimed to develop a small living zone public health program model to improve access to health care services based on the analysis of several public health programs. **Methods:** A literature review, focus group interviews, and advisory committee meeting were conducted. Visiting health care (Public health center), Healthy Lifestyle Support Centers, public service through citizen autonomy (Eup, myeon, & dong), village health centers (Busan), and reach out community centers (Seoul) were included in the analysis. The literature review included program guidelines and instructions published by the government. The focus groups discussed strengths, weaknesses, and measures to improve accessibility. **Results:** The study proposed two types of 'Health Care Support Centers' located in the town offices. Type 1 is an expanded area model and Type 2 is a village model. Service component included health promotion for all residents, chronic disease prevention and management for high-risk groups, and visiting health care. Depending on local needs, visiting nursing (Long-term care insurance) or home care nursing services (Health insurance) may be integrated into the 'Health Care Support Center'. **Conclusion:** The proposed model will help to improve health for all residents and reduce health disparities between regions by improving self-care and promoting healthy lifestyles among all residents.

Key words : Health services accessibility, Public health nursing, Vulnerable populations

** This study was supported by the 2023 Nursing Policy Research Fund from the Korean Nursing Association · Public Health Nurses Association.*