

건강보험공단 통계를 이용한 장애인의 건강검진 현황 및 건강형태(신체활동 등)에 대한 소고

김석진* · 정진성†

건국대학교 체육학과, 대전대학교 스포츠과학부
(2018년 5월 31일 접수; 2018년 6월 23일 수정; 2018년 6월 27일 채택)

A Study on the Current Status of Health Screening and the Health Type(Physical Activity, and etc) of the Disabled by Using the Statistics of Health Insurance Corporation

Seck-Jin Kim · Jin-Sung Jung†

*Department of Physical Exercise, Kunkok Univ.
Department of sport science, DaeJeon Univ.*

(Received May 31, 2018; Revised June 23, 2018; Accepted June 27, 2018)

요약 : 본 연구는 국민건강보험공단의 장애와 건강통계 자료를 분석하여 장애인 건강검진 수검률을 살펴보고 건강검진에 따른 문제점과 향후 개선방안을 제시하고 건강검진 문진조사 결과를 바탕으로 장애인의 건강관리 형태 등을 소고하고자 한다. 연구대상은 장애인복지법 제2조에 따른 신체적, 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 제약을 받고, 2015. 12. 31. 기준 등록된 장애인 2,479,080명 중 건강검진과 건강형태 조사에 참여한 장애인으로 한정하여 정책적 의견을 제시하였다. 결론으로 장애인 건강검진은 첫째, 장애인에 적합한 건강검진 서비스를 준비하기 위해서는 장애인 당사자들의 의견이 필요할 것이다. 둘째, 장애유형 및 중증도별 건강검진 항목 개발이 필요할 것으로 생각된다. 셋째, 장애인 건강검진 의료장비 및 편의시설에 대하여 고민해 보아야 할 것이다. 넷째, 서비스 제공자에 대한 인력 확보와 교육이 필요할 것으로 생각된다. 다섯째, 장애인의 이동권을 확보할 수 있도록 하여야 할 것이다. 장애인의 건강형태는 첫째, 장애인 건강증진을 위한 각 영역별 전문가 협의체를 구성하여야 할 것이다. 둘째 장애인 건강증진 프로그램과 이를 운영하는 시설 현황분석이 필요할 것으로 생각된다. 셋째, 장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률에 나와 있는 중앙장애인 보건의료센터에서 장애유형 및 중증도별 표준화된 건강증진 프로그램 개발이 필요할 것으로 생각된다. 지금까지 장애인 건강검진과 건강형태에 대한 내용을 살펴보고 이에 따른 정책적 의견을 제시하였다. 따라서 향후 연구로 본 연구에서 제시하고 있는 과제를 바탕으로 세부적인 연구들이 추진되길 바라며 장애인의 건강과 관련된 프로그램의 인과관계가 지속적으로 밝혀져야 할 것이다.

주제어 : 장애인, 건강검진, 건강형태, 건강증진, 신체활동, 국민건강보험공단

†Corresponding author
(E-mail: jin3@dju.kr)

Abstract : This study aims to examine the screening rate of health screening of the disabled by screening the data of disability and health statistics of the National Health Insurance Corporation, to suggest the problems of health examination and the future improvement measures, and also to review the type of health management of the disabled based on the results of health examination interview. As people with limited daily life or social life for a long time because of their physical/psychological disabilities in accordance with the Article2 of <The Welfare of the Disabled Act>, out of 2,479,080 registered people with disabilities on the basis of December 31st 2015, the research subjects were limited to people with disabilities who participated in the health screening and health type for presenting the opinions about policies. In conclusion, regarding the health screening for the disabled, first, it would be necessary to collect the opinions from people with disabilities in order to prepare the health screening service suitable for them. Second, it would be needed to develop the health screening items for each type of disability and severity. Third, it would be necessary to consider the medical equipments and amenities of health examination for the disabled. Fourth, there should be the securement of manpower and education for service providers. Fifth, the mobility right of the disabled should be secured. Regarding the health type of the disabled, first, the expert consultative group in each area should be composed for the health enhancement of the disabled. Second, it would be necessary to screening the current status of health enhancement programs for the disabled and operating facilities. Third, the Central Health Medical Center for the Disabled, shown in the law on the securement of health rights & medical accessibility of the disabled should develop the standardized health enhancement programs for each disability type and severity. After examining the contents of health examination and health type of the disabled, the opinions about policies were suggested. Thus, in the future, there should be more detailed researches based on the tasks suggested by this study, and also the causal relations between health of the disabled and relevant programs should be continuously revealed.

Keywords: Disable, Health Screening, Health Type, Physical Activity, National Health Insurance

1. 서론

세계보건기구(WHO)의 2011년 세계장애보고서에 따르면 세계장애인구가 2010년 기준 15% 정도로 약 10억 인구가 넘는 사람들이 장애를 가지고 살아가는 것으로 추정할 수 있으며 1970년 장애인 인구 10%보다 더 증가한 것으로 보고하고 있다[1].

국내 장애인 인구는 2016년 보건복지부 등록 장애인 기준 2,511,051명으로 2011(2,517,312명)~2015(2,486,595명)년까지 장애 인구수가 감소하는 경향을 나타냈다가 2016년에 다시 소폭으로 증가하는 것으로 나타났다. 장애유형 분포는 지체장애인이 50.5%, 청각장애인 10.8%, 시각장애인 10.1%, 뇌병변장애인 10%순으로 보고하고 있다 [2].

이처럼 장애 인구의 증가는 장애 인권에도 영

향을 주고 있으며, 국제연합(UN)은 장애인의 고유한 존엄성과 인간의 위대한 가치를 높이기 위하여 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disability, CRPD)을 제정하였고 장애인의 인권과 존엄성에 대한 가치를 높이는 것은 국가의 책무임을 밝히고 있다[1].

또한 장애인의 건강할 권리를 위한 세계장애보고 ICF (International Classification Functioning Disability and Health) 국제기능장애건강분류표를 살펴보면 장애인의 건강상태, 신체기능과 구조, 참여, 환경요인, 개인요인, 활동이 상호 유기적으로 구성되어 있으며 장애인의 건강에 대한 다차원적인 접근을 시도하고 있음을 알 수 있다 [1.3].

현재 국내 장애인들은 여러 가지 건강상의 문제를 가지고 있으며 장애발생 이후 이차적 장애 및 동반질환, 지속적인 노화도 건강의 취약함을

높이는 하나의 원인으로 나타나고 있다[4]. 이와 관련하여 2014년 장애인 실태조사를 통하여 장애인의 평소 건강상태에 대한 주관적 상태를 살펴볼 때 나쁨으로 응답한 비율은 53.3%로 비장애인 16.6%에 비해 36.8%가 높은 것으로 나타났다. 우울감 경험률은 24.5%, 자살에 대한 생각은 19.9%로 비장애인 보다 약 3배 이상이 높은 것으로 나타났으며, 만성질환의 지표 중 비만은 40.4%, 고혈압 유병률은 42.9%, 당뇨병 유병률은 19.1%로 비장애인 비만 31.5%, 고혈압 28.9%, 당뇨병 11.1%보다 높은 것으로 나타났다[5].

비장애인은 장애인에 비해 질병이나 손상 이후에 잔존기능 회복이 빠르고 정신적으로도 쉽게 안정기에 들어갈 수 있으나 장애인들은 2차 질환이나 추가 손상 등이 쉽게 발생되고 회복도 더디게 이루어져 건강을 관리할 수 있는 준비조차 어렵다. 또한 장애 당사자들이 사각지대에 놓여있는 것은 부정할 수 없는 현실이다[4].

Dejong[6], 박종혁[7]은 장애인의 보건의료는 인간의 가장 기본적인 요소로서 건강한 삶과 일상생활의 안정을 위하여 건강증진, 예방, 치료로 나눌 수 있고 보고하였으며 첫째, 장애인은 비장애인 대비 건강에서 취약한 부분이 존재함. 둘째, 장애인은 건강을 유지하거나 질병 예방을 위한 서비스를 받을 기회가 비장애인보다 적음. 셋째, 장애인은 비장애인에 비해 만성질환이 조기 발병할 수 있음. 넷째, 장애인은 일차 장애로 이차 장애의 발생 위험을 가지고 있어 노화와 관련된 건강문제에 대한 취약성을 높게 가지고 있다고 보고하였다.

국내 장애인 건강관리는 다각적으로 관리가 필요한 필수 관리 영역임에도 제대로 고려되지 못하고 있으며, 건강증진 및 만성질환에 대한 기초자료가 턱없이 부족하다.

현재 정부는 장애인의 취약한 건강상태를 향상시키고자 장애인권리 협약 제25조(건강)을 통하여 장애인의 건강권을 강조하고 있으며 미국을 비롯한 주요국가에서 장애인의 건강에 대한 다양한 정책을 수립하고 있어 국내에서도 장애인건강권 법을 근거로 실행계획을 마련하고 있다. 장애인건강권 법의 기본이념은 첫째, 장애인은 최적의 건강관리와 보호를 받을 권리를 가진다. 둘째, 장애인은 장애를 이유로 건강관리 및 보건의료에 있어 차별을 받지 아니한다. 셋째, 장애인은 건강관리 및 보건의료 서비스의 접근에 있어 비장애

인과 동등한 접근성을 가질 권리를 가진다[3].고 설명하고 있으며 제4차 국민건강증진계획(2016~2020)이 진행됨에 따라 장애인과 비장애인간의 건강 불균형을 줄이기 위해 건강증진, 이차질환 및 예방 등의 계획을 마련하고 관련 서비스를 제공함으로써 장애인과 비장애인 간의 건강 관련한 불평등 해소와 삶의 질을 개선시킬 수 있는 정책 등이 추진될 것으로 기대할 수 있을 것이다[8].

한편 그동안 국내 장애등록자 전체를 대상으로 건강 관련된 데이터를 분석 한다는 것은 현실적으로 쉽지 않았고 기초자료로서 활용하기에도 턱없이 부족한 자료들이 많았다. 그러나 최근 장애인에 대한 관심이 높아지면서 국가적 수준의 대규모 연구를 통하여 근거를 마련하고 다양한 영역에서 장애인과 건강에 대한 기초자료 분석이 필요하다고 장애당사자와 전문가들의 의견이 모아지고 있다[4]. 따라서 이 연구는 2015년 건강데이터베이스(건강보험공단) 자료를 활용하여 장애등록자의 건강상태 및 관리형태 등의 현황 등을 분석하고 향후 장애인의 건강증진을 위한 방안과 역할들에 대하여 정책적 의견을 제시하고자 한다.

2. 연구방법

2.1. 연구대상

장애인복지법 제2조에 따른 신체적, 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 제약을 받은 자로 동법 제32조에 따라, 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령이 정하는 보호자는 장애상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장에게 2015. 12. 31. 기준으로 등록한 장애인으로 2,479,080명 중 건강검진과 건강형태에 참여한 장애인으로 한정하여 정책적 의견을 제시하였다[4,8]. 연구대상의 특징은 <표 1>과 같다.

2.2. 연구내용

본 연구는 국민건강보험공단의 장애와 건강통계 자료를 분석한[4,8] 내용을 바탕으로 2015년 장애인 건강검진 수검율을 살펴보고 건강검진에 따른 문제점과 향후 개선방안 무엇이고 건강검진 문진조사표 결과를 바탕으로 장애인의 건강관리를 형태 등을 소고하고자 한다.

Table 1. Characteristics of research subjects

Factor	Variable	Contents
Demographic Characteristic	Sex	Disability Persons 2,479,080 / General Examiner / Men 667,929 Woman 434,233
	Age	40year or older, Life cycle, 65years or older
	Medical Assistance	Rectal, Area, Medical grade
	Residence	17 regions(Seoul etc)
Disability Characteristic	Type	External Disabled, Inside Disabled, Mental Disabled
	Rating	1st, 2st, 3st, 4st, 5st, 6st grade
	Shape	Severe(1st~3st), Mild(4st~6st)
	Term	10years low, 10years up, 20years up

Table 2. Health type

Configuration	Item	Paper Index
Smoking	Currently Smoking	Condition Smoking
	Daily Smoking	Daily Average Smoking
Drinking	Weekly, Daily Drinking	Weekly Drinking
	1time Drinking	Overdose
		High risk Drinking
Daily Average Drinking	Daily Average Drinking	
Physical Activity	High Physical Activity	High Physical Activity daily
	Moderate Physical Activity	Moderate Physical Activity daily
	Waking	Waking daily

2.3. 일반건강검진 내용

2.3.1. 1차 건강검진 실시범위

일반건강검진 1차 검진 대상자는 지역가입자로서 세대주 및 만40세 이상(1973. 12. 31.이전 출생자)세대원 중 짝수년도 출생자이며, 직장가입자는 비사무직근로자전체 사무직 근로자 중 격년제 실시에 따른 2015 대상자임 또한 직장피부양자는 만 40세 이상 직장피부양자 중 짝수년도 출생자로 구분한다[4. 8].

2.3.2. 1차 건강검진 기준

정상A는 1차 검진결과 건강이 양호한자이고, 정상B(경계)는 1차 검진결과 건강에 이상이 없으나 식생활습관, 환경개선 등 자기관리 및 예방조치가 필요한자임, 일반 질환의심은 1차 검진결과 질환으로 발전가능성이 있어 추적 검사나 전문 의료기를 통한 정확한 진단과 치료가 필요한 자를 나타낸 것이고, 고혈압, 당뇨 질환의심(2차 검

진 대상자)자는 1차 검진결과 고혈압, 당뇨병이 의심되어 치료와 관리가 필요한 자임, 유전질환의 경우 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증, 폐결핵으로 판정받고, 현재 약물치료를 받고 있는 자로 구성된다.

2.4. 건강형태 내용

건강에 영향을 미치는 요인들은 시대의 흐름 속에 변화되고 있으며 과거 많은 연구결과를 토대로 건강결정 요인은 환경, 생활양식, 보건의료조직, 인간생물학적 4가지로 구성되어 있다. 특히 생활양식은 인간이 살아가는 방식 중 습관, 태도 등이 건강한 행태에 매우 밀접한 연관이 있고, 행위로는 운동, 식습관, 흡연, 음주, 수면휴식, 체중관리, 스트레스 관리 등 있는 것으로 보고하고 있다[9]. 이에 국민건강보험공단의 문진자료에 제시하고 있는 흡연, 음주, 신체활동을 건강형태로 제한하여 논의하고자 한다. 국민건강보험공단 문진표는 <표 2>와 같다.

2.4.1. 흡연 관련 문진문항

흡연 관련 문진 내용으로는 흡연상태, 과거 흡연기간, 현재 흡연량, 흡연기간으로 나누어져 있으며 <표 3>와 같이 세부문항으로 나누어져 있다.

2.4.2. 음주 관련 문진문항

음주 관련 문진 내용으로는 음주일수와 1회 음주량으로 나누어져 있으며 <표 4>와 같이 세부문항으로 나누어져 있다.

2.4.3. 신체활동 관련 문진문항

신체활동 관련 문진 내용으로는 음주 일수와 1회 음주량으로 나누어져 있으며 <표 5>와 같이 세부문항으로 나누어져 있다.

2.4.4. 대사증후군 위험요인

대사증후군 위험요인으로 아시아기준 (NEEP-ATP Ⅲ)으로 첫째, 복부비만은 허리둘레 남성 90cm이상, 여성 85cm 이상 또는 문진표상 '고혈압'으로 현재 약물치료 중인자. 둘째, 높은 혈압은 수축기 혈압 130mmHg 이상 또는 문진표상 고혈압으로 현재 약물치료 중인 자. 셋째, 높은 혈당은 공복 혈당 100mg/dL이상 또는 문진표상 '당뇨병'으로 현재 약물치료 중인 자. 넷째, 높은 중성지방혈증은 혈관 내 중성지방(트리글리세라이드)150mg/dL 이상 또는 문진표상 이상지질혈증으로 약물 치료중인 자. 다섯째, 낮은 HDL 콜레스테롤 혈증은 HDL콜레스테롤 남성 40mg/dL 미만, 여성 50mg/dL 이상 또는 문진표상 이상지질혈증으로 현재 약물치료 중인가로 판

Table 3. Smoking Question

Item	Question
Currently Smoking	Experience smoking more than five cigarettes a lifetime NO <input type="checkbox"/> No Smoking <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/>
Smoking in the Past	Pre-Smoking Period(open ended ceremony)
Amount of Smoking	Daily average Smoking(open ended ceremony)
Smoking Period	Current Smoking Period(open ended ceremony)

Table 4. Drinking Question

Item	Question
Daily Drinking	Weekly Average Drinking 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
1time Drinking	1time Drinking(open ended ceremony)

Table 5. Physical Activity Question

Item	Question
Daily Physical-Activity	The number of days of strong activity over the past week that lasted more than 20minutes a day 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
	The number of days of moderate activity over the past week that lasted more than 30minutes a day 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
	During the past week, 10~30 minutes of walking days 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>

Table 6. Metabolic Syndrome Question

Item	Question
Careful	1~2 of 5risk factors for metabolic syndrome
Metabolic Syndrome	3~5 of 5risk factors for metabolic syndrome

단하다. 대사증후군 위험요인의 지표는 <표 6>와 같다.

2.4.5. 만성질환 위험요인

만성질환 유병률 위험요인으로 첫째, 비만 유병률 체질량지수(kg/m²) 25이상인 분을 둘째, 수축기 혈압이 140mmHg이상이거나 이완기 혈압이 90mmHg이상 또는 고혈압 약물을 복용한 분을 셋째, 공복혈당이 126mg/dL이상이거나 혈당강하제를 복용한 분으로 판단한다.

3. 장애인건강검진에 대한 소고

장애인의 건강은 개인별 지역 및 계층 등 건강 불평등(Health inequality)에 관한 원인 규명 및 의료 문제가 커지면서 사회적 이슈가 되었고 관련 연구들이 진행되었다[10]. 이와 관련한 연구로 건강 불평등에 관한 애치슨의 독립적 조사[11]가 있으며 전 세계적으로 건강 불평등 해소를 위한 방법과 광범위한 정책들을 제시하고 있다.

장애인의 건강은 질병이나 결점이 없는 상태가 아닌 신체적, 정신적, 그리고 사회적 안녕의 상태라고 WHO 세계장애보고서[1]에는 정의하고 있다. 인간의 건강상태를 결정짓는 요소로는 다양하며 개인적 요소, 환경적 요소, 사회경제적 요소, 문화적 요소, 보건의료서비스에 대한 접근성 등이 포함되고 있으나 국내 장애인은 다양한 생활요소 중 장애당사자들은 보건의료에 욕구가 충족되지 않고 있다고 판단하고 있으며 비장애인과 비교하여 불평 등의 문제가 발생되고 있는 것이 현실이다[4].

장애인들은 과거 건강에 대한 개념보다 치료 관점이 주를 이루었으나[12] 지금은 치료보다 건강에 관한 관심이 더욱 높고 예방이 필요하다고 목소리를 높이고 있다[13]. 또한 조건에 맞는 보건의료서비스가 제공되어야 한다고 보고하고 있

다[1]. 첫째, 일차 건강상태(Primary health condition) 일차 건강상태는 손상, 활동제한, 혹은 참여제약 등의 출발점이 될 수 있다[14]

둘째, 이차 건강상태(Secondary conditions)는 일차 건강상태의 발현을 전제로 하는 추가적인 건강상태의 문제로 정의하고 있다[15]. 이차 건강상태의 질병종류는 요로감염증, 압박궤양, 우울증 등이 있으며 삶의 질을 낮추어 의료비를 증가시킬 뿐만 아니라 수명도 단축시키고 있다[16, 17]. 이러한 점을 해결하기 위해서는 장애인들도 비장애인들에 못지않은 건강관리 서비스가 필요하고 특히 건강검진 시스템 마련과 예방을 위한 건강 증진, 만성질환 관리 등의 의료서비스 도입을 제안하고 있다[18].

최근 국내에서도 장애인들의 건강할 권리를 마련하기 위하여 2015년 장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률이 제정되었다. 주목적은 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 하고 있으며 제7조 장애인건강검진사업이 포함되어 있다[3].

현재 장애인들의 건강검진 수검률은 2015년 장애인 전체인구 대비 63.5%로 2014년 65.6%에 비해 2.1%가량 감소하였으며, 비장애인 건강검진 수검률 75.6%인 점을 감안하면 10% 차이가 나는 것을 <그림 1>과 같이 알 수 있다. 또한 중증과 경증을 나누게 되면 중증52.7%, 경증 68.9%로 16.2%의 차이가 났으며, 성별에 따른 건강검진 수검률은 남성 64.7%, 여성 61.7% 남성에 비해 여성이 수검률이 떨어지는 것으로 나타났다. 장애유형으로는 외부장애 65.7%, 정신적 장애 50.7%, 내부장애 48.4% 순으로 나타났다[2].

장애인의 건강검진의 장애요인으로 보건복지부[5]는 건강검진에 대한 인식부족으로 증상이 가벼워서, 병의원의 기다림이 싫어서, 교통편이 불편과 편의시설 부족과 공단 검진의 경제적 부담

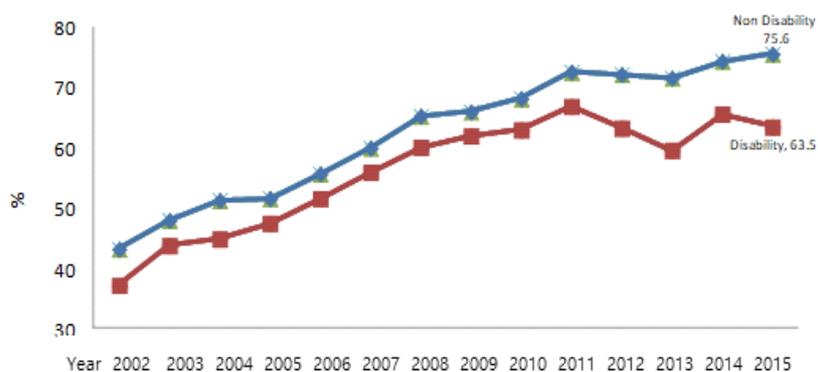


Fig 1. Number of Health Screening.

에 대한 인지부족과 병원의 예약, 의사소통, 시설미비점에 대한 문제를 요인으로 보고하였고, 서비스 기관인 병의원은 검진시간의 제약과 의료기관에 대한 보상이 적절치 않은 문제, 장애인을 위한 편의시설 설치예산, 인력부족 등의 문제가 있는 것으로 나타났다. 검진 항목으로는 비장애인에 맞는 항목으로 장애유형 및 특성에 따른 검진 항목은 전무하여 장애인 당사자들이 원하는 항목이 한계가 있는 것으로 나타났다

장애인 건강검진 관련하여 선진 국가 현황을 본다면 영국의 경우 NHS 내 건강검진 프로그램은 암 검진 사업을 추진하고 있으며, 유방암, 자궁경부암, 대장암 검진을 각기 별도로 운영하고 전립선암에 대해서는 별도의 검진 프로그램은 없지만 선택적 검사를 위한 서비스는 제공하고 있다[19] 호주 국민들을 대상으로 만들어진 프로그램 중 장애인도 함께 할 수 있도록 장애유형별 특성 등을 고려하여 수검률을 높이는 방법을 적용하고 있다[20]. 미국의 장애인 건강검진 사업의 경우 지역별 주마다 내용은 틀리지만 다양한 건강검진 서비스를 제공하고 있다. 오리건 주는 장애와 건강 프로그램을 제공하고 있으며 오리건 주 보건과학대학 발달 및 장애연구소에서 여성들이 자신의 장애 상태를 고려하여 유방암 검진을 받을 수 있도록 적절한 정보를 제공하고 있다. 또한 뉴욕 주에서는 장애와 보건의료인센터와 미국립재활원에서 제작한 신체 장애인을 위한 질병 예방 자료집을 살펴보면 장애유형에 따라 필요한 지원 내용을 체크리스트로 정리 할 수 있도록 하고 점자나, 수화, 이해도 등을 수록하여 서비스 제공자가 장애인에 대해 쉽게 이해 할 수 있는

문항으로 구성하고 있으며, 장애인에게 건강검진을 제공하고 있다[21]. 한편 미국 장애인검진 서비스 제공에 따른 부정적 공통 요인으로는 비용, 접근성, 의료인의 불편함, 물리적, 인지적 장애요인이 나타난다고 하였고[22], 암 검진 수검률을 높이기 위한 방법으로 장애인 검진에 특화시킨 전문 의료인력 양성과 지자체의 적극적인 참여, 장애인을 위한 건강증진 프로그램을 늘려 건강의 인식을 긍정적으로 변화시키려는 노력을 하고 있다.[23].

현재 보건복지부(2017)는 장애인의 건강관리를 위한 정책으로 장애인 건강검진을 추진 준비 중에 있으며 중앙장애인보건의료센터가 지정되면서 [8] 장애인 건강검진 사업을 추진하기 위한 준비가 이루어질 것으로 생각된다. 이에 본 연구는 장애인 건강검진에 대한 소고를 다음과 같이 하고자 한다.

첫째, 장애인에 적합한 건강검진 서비스를 준비하기 위해서는 장애인 당사자들의 의견이 무엇보다 중요할 것이다. 장애인이 건강상태는 의료인 외에 당사자가 가장 잘 이해하고 있을 것이다. 당사자가 생각하는 내용들을 충분히 받아들이고 이해할 수 있는 준비가 되어야만 장애인 건강검진 수검률이 증가하고 장애인이 만족할 만한 건강관리 서비스가 이루어질 것으로 생각된다.

둘째, 장애유형 및 중증도별 건강검진 항목 개발이 필요할 것으로 생각된다. 현재 장애분류는 15개 유형으로 나누어져 있다. 큰 범위로는 외부장애, 내부장애, 정신적장애로 나눌 수 있으며[4] 장애인의 신체적 특징을 고려한다면 항목을 개발하는 것은 많은 어려움이 따를 수 있다. 그러나

건강검진을 전문으로 하는 의료인과 재활의학영역에서 관심을 갖고 항목 개발을 추진한다면 장애인에게 꼭 필요한 항목들이 마련될 것이고 건강검진을 통해 질병으로부터 얼마나 예방 효과가 있는지 살펴 볼 수 있을 것으로 기대할 수 있을 것이다.

셋째, 장애인 건강검진 의료장비 및 편의시설에 대하여 고민해 보아야 할 것이다. 우리나라 지체장애인은 1,289,982명[국립통계]이다. 이중 중증장애인 기준으로 953,185명이 휠체어를 이용하는 대상자라고 한다면 지체 장애인 건강검진을 받는다는 것은 어려움이 있을 것이다. 장애인이 검사할 수 있는 장비도 부족하고 휠체어를 이용하는 여성에게 유방암 검사시 이용되는 장비는 고가이기 때문에 장애인을 위해 장비를 선택한다는 것은 많은 고민이 필요할 것이다[7]. 또한 장애인 편의시설로는 엘리베이터가 없는 곳도 있을 것이며, 접수대나 수납공간이 비장애인에 맞추어져 장애인들이 이용하기에 한계가 있을 것이다. 따라서 보건복지부와 지자체가 협조를 통하여 예산을 확보 할 수 방안 마련 등 노력이 필요할 것으로 생각된다.

넷째, 서비스 제공자에 대한 인력 확보와 교육이 필요할 것으로 생각된다. 청각장애인은 수화가 필요할 것이고, 시각장애인들은 건강검진을 받을 수 있는 기회가 많지 않을 것이다, 또한 지적장애인이 정신적으로 겪을 수 있는 문제점, 지체장애인은 내시경 검사에 따른 강직과 같은 문제가 나타날 수 있기 때문에[7. 13] 중앙장애인보건의료센터에서는 서비스제공자 확보를 위한 노력과 적절한 교육을 마련하고, 서비스대상자에게 제공할 수 있는 장려책등을 마련해야 할 것으로 생각된다.

다섯째, 장애인의 이동권을 확보할 수 있도록 하여야 할 것이다. 장애인 당사자가 건강검진을 필요로 하지만, 이동할 수 있는 방법이 없다면 건강관리가 힘들 것으로 생각된다. 따라서 장애인 콜택시나 활동 보호자들을 활용하여 이동권을 확보할 수 있다면 장애인 건강검진을 적극적으로 참여할 수 있을 것으로 기대할 수 있을 것이다.

4. 장애인 건강형태에 대한 소고

국내 장애인실태조사에[5]에 따르면 장애인의 유병률 중 다빈도 질환 1위는 목, 허리 통증과

같은 근골격계질환이고 2위는 본태성 고혈압, 3위는 만성신장질환, 5위는 인슐린-비의존성 당뇨병으로 심혈관계 질환 지표인 만성질환 및 중증질환이 상위에 분포되어있는 것으로 보고하고 있다[7].

선진 국가 만성질환 유병률에 있어 호주의 경우 관절염, 척추관련 질환, 청각질환, 고혈압, 심장병, 시각관련 질환들이 장애와 관련된 것으로 보고하고 있으며 소음, 언어, 당뇨, 뇌졸중, 우울증, 치매 등이 뒤를 따르는 것으로 나타났다[7]. 또한 2006년 캐나다에서 실시한 성인장애인에 대한 연구에서 장애와 관련 된 가장 일반적인 건강상태 문제는 관절염, 척추질환, 청력질환 외에 심장병, 점액낭염 및 섬유근육통과 같은 연조직질환, 천식, 시력 관련 질환, 당뇨 등이 나타나는 것으로 보고하였다[24]. 미국 2006~2012년 National Health Insurance Survey 자료에 따르면[25] 장애인은 비장애인에 비해 관상동맥 심장질환, 암, 당뇨, 비만, 고혈압 등의 만성질환이 생길 확률은 약 1.5~3배 높은 것으로 나타났고 장애유형별로는 차이가 없는 것으로 보고하였다[7. 10]. 또한 비만과 관련된 내용으로 비장애인에 비해 장애인이 1.2~3.9배가 높은 것으로 나타났다. 미국의 3차 국민건강영양조사에 따르면 비장애인은 30%가 비만이라고 보고하였고, Havercamp[26]는 비장애인의 비만을 56.8%가 발달장애인은 59.6%, 기타장애인은 66.2%로 보고하였다.

우리나라의 장애인 건강형태 보고[2]에 따른 흡연율은 장애인 전체인구 대비 2014년 21.3%, 2015년 19.5%로 1.8% 감소한 것으로 나타났으며, 비흡연율의 경우 2014년 59.4%, 2015년 59.5%로 소폭 증가한 것으로 나타났다. 장애유형별로는 외부장애(지체, 뇌병변 등) 20%, 내부장애 11.7%, 정신적장애 17.9%가 흡연을 하는 것으로 나타났다. 흡연량의 경우 남성은 하루 평균 15.3±7.5개, 여성은 10.6±6.9개로 남성의 흡연상태가 높은 것으로 나타났다. 장애유형별로는 외부장애 15.2±7.4개, 내부장애 13.3%±7.3개, 정신적장애 14.2±8.7개로 외부장애인(지체, 뇌병변 등)이 흡연상태가 높은 것으로 나타났다.

장애인 음주율은 2014년 주간음주율 36%, 2015 주간음주율 36.3%로 나타났으며, 폭음률은 2014년 43.2%, 2015년 43.7%, 고위험음주율 2014년 32.5%, 2015년 32.9%로 2014년에 비해 소폭 증가하는 것으로 나타났다. 장애유형에 따른

음주율은 외부장애 주간음주율 38.8%, 폭음을 44.3%, 고위험음주율 33.5%로 나타났다. 내부장애는 주간음주율 19.5%, 폭음을 28.0%, 고위험음주율 19.0%로 나타났으며 정신적장애는 주간음주율 13.3% 폭음을 32.2%, 고위험음주율 21.5%로 외부장애가 음주율이 높은 것으로 나타났다. 성별에 따른 하루 평균 음주량을 살펴보면 남성은 6.0 ± 4.4 잔, 여성은 3.6 ± 3.0 잔으로 남성이 여성에 비해 하루 평균 음주율이 높은 것으로 보고되었다. 또한 장애유형별 하루 평균 음주율은 외부장애 6.0 ± 4.4 , 내부장애 4.7 ± 3.9 , 정신적장애 4.9 ± 4.7 로 외부장애가 하루 평균 음주율이 높은 것으로 보고되었다.

장애인의 신체활동 실천율은 격렬한 신체활동 2014년 16.0%, 2015년 16.2%로 나타났으며 중등도신체활동 2014년 9.5%, 2015년 9.4%, 걷기 실천율 2014년 29.4%, 2015년 30.1%로 2015년 신체활동은 중등도 신체활동을 제외하고 소폭 상승한 것으로 나타났다. 성별에 따른 신체활동 수준은 격렬한 신체활동 남성, 18.7%, 여성 12.1%, 중등도 신체활동 남성 10.5%, 여성 7.8, 걷기 실천율 남성 31.1%, 여성 28.1%로 남성이 여성에 비해 활동량이 높은 것으로 나타났으며, 특히 격렬한 신체활동에서 남성의 활동이 높은 것으로 나타났다. 장애등급에 따른 신체활동은 격렬한 신체활동 1급 10.4%, 2급 12.9%, 3급 14.6%, 4급 14.7%, 5급 16.8%, 6급 18.7%로 나타났고, 중등도 신체활동은 1급 6.6%, 2급 8.0%, 3급 9.1%, 4급 9.1%, 5급 9.8%, 6급 10.2%로 나타났다. 또한 걷기 실천율은 1급 20.6%, 2급 26.8%, 3급 29.4%, 4급 30.5%, 5급 30.7%, 6급 31.7%로 나타났다.

장애인의 건강형태 관련 흡연, 음주, 신체활동은 장애인 건강관리를 위한 지표로서 활용되고 있다. 2017년 장애와 건강통계[2] 결과에서 장애인의 흡연율은 감소하는 것으로 나타났고, 신체활동량은 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다. 이는 장애인이 치료 후 건강관리를 위한 욕구가 높다고 볼 수 있다[4].

이와 관련하여 최근 만성기 장애인과 고령화에 따른 장애인 건강증진에 대한 필요성이 대두 되고 관련 기관에서는 다양한 프로그램 개발을 준비 중에 있다. 근거로는 장애인건강권법[3]에서 찾아볼 수 있으며 제3조제4항 '장애인 건강보건 관리사업이란 장애인을 위한 건강검진, 주기별 질환관리, 진료 및 재활, 건강증진사업 등 장애인

건강보건관리를 위한 각종 활동 및 지원 사업을 말한다.'고 정의하여 장애인도 건강할 권리를 위한 프로그램이 필요하다.

선진 국가 사례로 미국 미시간 주의 장애인 건강증진 계획을 살펴보면 2007년부터 장애인의 건강증진을 위한 조직적인(coordinated) 공공보건 역량을 기르고 미시간 주 장애인 건강 상황 자료를 추적 관리할 시스템을 개발하고 있다. 또한 장애인 건강팀(Disability Health Unit)이 만들어졌고, 자문단이 구성되었고 2008년에는 60개 이상의 공공보건 및 장애인 단체 등과 파트너십(the Partnership for Health and Disability)을 구성하였다[27]. 관련 서비스로는 장애인 관련 기관에서 장애인 당사자의 건강관리 능력 향상을 목표로 하는 Personal Action Toward Health (PATH) 워크숍을 개최해 장애인의 자가 관리 능력을 향상시키고 있으며 건강증진 일환으로 흡연 관리 프로그램 등에 장애인 건강증진 요소를 포함시켰다[27, 28]. 미국 버지니아(Virginia)주의 5개년 장애인 건강증진 계획은 장애인 당사자, 관련 주 기관, 대학교, 봉사자, 기타 장애인 및 건강 관련 기관과 협의의 추진하며 1단계 지역 의견수렴, 2단계 전략개발을 위한 장애인건강증진 위원회가 구성되고 3단계 주 장애인 건강증진 계획 초안을 마련한다. 4단계는 계획된 내용을 5년에 걸쳐 시행하게 된다[7]. 특히 영양 및 신체활동에 대한 내용으로 장애인의 신체활동 및 건강한 영양 섭취 기회를 확대하고자, 1차 년도 장애인이 신체활동에 참여하는데 겪는 문제점을 조사하고 장애인의 신체활동, 식이영양 등을 검사할 수 있는 기존 도구를 조사한다. 2차 년도 장애인을 대상으로 영양정보를 제공하거나 상담서비스를 제공하는 기관을 조사하고, 장애인을 대상으로 하는 신체활동 운영기관을 조사한다. 3차 년도 신체활동과 영양에 대한 문제점을 해결하기 위하여 전문가 자문을 통하여 각 기관별 문제점을 해결할 수 있는 솔루션을 제공한다. 4차 년도 장애인 대상 신체활동 및 영양 프로그램을 운영할 수 있는 곳을 선정하여 참여할 수 있도록 하고 홍보를 추진한다. 5차 년도 신체활동 및 영양 프로그램 등 장점을 살려 지속적으로 운영 할 수 있도록 지원하는 것으로 보고하고 있다[7].

최근 보건복지부[9]에서는 장애인의 건강증진을 위한 전략으로 신체활동 영역과 생활습관 영역에 중점을 두고 건강관리를 위한 계획들을 수립하고 있다. 이에 본 연구에서는 장애인건강관련

통계자료와 선행연구를 통하여 장애인의 건강증진 방안에 대한 내용을 다음과 같이 소고하고자 한다.

첫째, 장애인 건강증진을 위한 협의체를 구성하여야 할 것이다. 의료영역도 중요하지만, 사회복지 영역, 신체활동을 위한 체육영역 등이 포함 되어 장애인이 되는 초기부터 지역사회에 있는 만성장애인가까지 건강을 관리할 수 있는 솔루션 시스템을 구축하여 운영을 준비하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

둘째, 장애인 건강증진 프로그램과 이를 운영하는 시설의 현황분석이 필요할 것으로 생각된다. 현재 국내 장애인을 위한 건강증진 프로그램을 수행하는 기관이 얼마나 되는지 건강증진 프로그램을 종료는 어떻게 되며 참여 대상과 프로그램 대기 시간은 얼마나 걸리는지 관련된 정보가 부족하여 장애인이 활동하기에는 한계가 있을 것으로 생각된다.

셋째, 장애인 건강권 법에 나와 있는 중앙장애인 보건의료센터는 장애유형 및 중증도별 표준화된 건강증진 프로그램 개발이 필요할 것으로 생각된다. 신체적 제약을 가지고 있는 장애인을 대상으로 프로그램을 운영한다는 것은 매우 어려울 수 있다. 이에 효과성이 검증된 프로그램을 가이드라인으로 제공한다면 서비스 제공기관이나 장애인 당사자도 안전하게 프로그램을 이용 할 수 있을 것이다.

지금까지 장애인 건강검진과 건강형태에 대한 내용을 조사하고 이에 따른 의견을 제시하였다. 최근 평창패럴림픽을 이후로 국내에서도 장애인에 대한 관심이 높아지고 있는 것이 현실이다. 장애인 당사자도 비장애인들 못지않게 활동하기를 원하고 있으며 특히 장애인의 건강증진에 대한 관심이 높아지면서 안전하고 검증된 서비스를 요구하고 있다. 이에 향후에는 본 연구에서 제시하고 있는 과제를 바탕으로 세부적인 연구들이 이루어져야 할 것이고 장애인의 건강과 관련된 프로그램과 인과관계가 지속적으로 밝혀져야 비장애인들과 장애인이 함께 할 수 있는 통합적 사회를 구축할 수 있을 것이다.

5. 결론

본 연구는 국민건강보험공단의 장애와 건강통계 자료를 분석한 내용을 바탕으로 장애인 건강

검진 수검률을 살펴보고 건강검진에 따른 문제점과 향후 개선방안을 제시하였다. 또한 건강검진 문진조사표 결과를 바탕으로 장애인의 건강관리를 형태 등을 다음과 같이 소고하고자 한다.

장애인 건강검진은 첫째, 장애인에 적합한 건강검진 서비스를 준비하기 위해서는 장애인 당사자들의 의견이 필요할 것이다. 둘째, 장애유형 및 중증도별 건강검진 항목 개발이 필요할 것으로 생각된다. 셋째, 장애인 건강검진 의료장비 및 편의시설에 대하여 고민해 보아야 할 것이다. 넷째, 서비스 제공자에 대한 인력 확보와 교육이 필요할 것으로 생각된다. 다섯째, 장애인의 이동권을 확보할 수 있도록 하여야 할 것이다.

장애인의 건강형태는 첫째, 장애인 건강증진을 위한 협의체를 구성하여야 할 것이다. 둘째 장애인 건강증진 프로그램과 이를 운영하는 시설의 현황분석이 필요할 것으로 생각된다. 셋째, 장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률에 나와 있는 중앙장애인 보건의료센터는 장애유형 및 중증도별 표준화된 건강증진 프로그램 개발이 필요할 것으로 생각된다.

지금까지 장애인 건강검진과 건강형태에 대한 내용을 조사하고 이에 따른 의견을 제시하였다. 현재 국내 장애인의 주관적 건강상태는 비장애인 15.4%, 장애인 54.5%로 당사자가 인지하고 있는 건강수준은 매우 부정적인 것으로 나타나고 있다 [5]. 이에 장애인의 건강증진을 위한 대책 마련이 시급하다고 할 수 있다. 따라서 장애인의 건강증진을 위하여 향후 본 연구에서 제시하고 있는 과제를 바탕으로 세부적인 연구가 필요하며, 관련 연구들의 인과관계가 지속적으로 밝혀져야 할 것이다.

References

1. World Health Organization. *World Report on Disability*. p.19-43, World Health Organization, (2011)
2. National Rehabilitation Center for with Disabilities. *Statistical Yearbook of Persons with Disabilities*. p.124-163, National Rehabilitation Center (2017).
3. National Rehabilitation Center. National Legislation Information Center website. <http://www.nrc.go.kr/> eng. (accessed.,

- May, 2017).
4. National Rehabilitation Center. *Disability Health Care 2016*, p.56-80, National Rehabilitation Center, (2017).
 5. Ministry of Health and Welfare. *Survey of the disabled*, p.56-80, Ministry of Health and Welfare. (2014)
 6. A. S. Goktepe. Bone density loss after spinal cord injury: Elite paraplegic basketball players vs. paraplegic sedentary persons. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.83, pp. 279-283, (2014)
 7. J. H. Park. *Strategies for Improving Health for the Disabled*, p.98-132. Seoul National University, (2015).
 8. Ministry of Health and Welfare. National Rehabilitation Center. <http://www.nrc.go.kr/eng>. (accessed., May, 2018).
 9. Ministry of Health and Welfare-Korea Health Promotion Development Institute. *The 4th Health Plan 2020*, p.56-92, Ministry of Health and Welfare, (2015).
 10. L. Iezzoni. Eliminating Health And Health Care Disparities Among The Growing Population of People With Disabilities. *Health Affairs*, p.1947-1954, (2011)
 11. D. Acheson. *The Acheson Report, full titled the Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. A report published in 1998 by a United Kingdom in quiry headed. p.187-220, (1998).
 12. D. X. Cifu, Stewart D. G, Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation interventions*, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 73, pp. 431-436, (1999).
 13. National Spinal Cord Injury Statical Center. *Annual statistical report for the spinal cord injury model systems*, Alabama: p.17-18, National Spinal Cord Injury Statistical Center, (2010).
 14. E. Mola, J. A. DeBonis, R. Giancane, Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. *The European Journal of General Practice*, Vol. 14, pp. 89-94, (2008).
 15. W. A. Steiner. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, Vol. 82, pp. 1098-1107, (2002).
 16. G. Stucki, J. D. Reinhardt, G. Grimby, Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II: Conceptual descriptions and domains for research. *Journal of Rehabilitative Medicine*. Vol. 39, pp. 299-307, (2007).
 17. J. H. Rimmer. Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 8, pp. 1087-1095, (2006).
 18. G. Stucki. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 27, pp. 353- 359. (2005).
 19. NHS Screening Programmes in England. *Equal Access to Breast and Cervical Screening for Disabled Women Sheffield: Duffield Printrs, Cancer Screening Series No 2*. p.4-27, Public Health England, (2006).
 20. L. Norton, *Spinal cord injury, Australia 2007-08. Australian Canberra: Institute of Health and Welfare*. p.15-16. Australian Government, (2010).
 21. U. S. Department of Justice, U. S. Department of Health and Human Services. *Access to medical care for individuals with mobility Disabilities*. p.34-80. NW Washington, DC. (2010).
 22. United Nations, *Department of Economic and Social Affairs. Demographic Yearbook 2004*. Demographic Yearbook(book 56), pp. 105-196. New York, United Nations.

- (2007).
23. J. Angus, L. Seto, N. Barry, N. Cechetto, S. Chandani, J. Devaney, S. Feranando, L. Muraca, F. Odette. Access to cancer screening for women with mobility disabilities. *Journal of Cancer Education*, Vol. 27, pp. 75–82, (2012).
 24. K. Johnson, R. Strong, L. Hillier, M. Pitts. Screened out: women with disabilities and preventive health, *Scandinavian Journal of Disability Research*, Vol. 8, pp. 150–160, (2006).
 25. A. Dixon, W. Horner. Peer Reviewed: Disability Status as an Antecedent to Chronic Conditions: National Health Interview Survey, 2006–2012. *Preventing Chronic Disease*, Vol. 11, pp. 184–193, (2014).
 26. S. M. Havercamp, D. Scandlin, M. Roth. (2004). Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health reports*, Vol. 119(4), pp. 418–426, (2004).
 27. America NCHPAD Disable. Health promotion program. website <http://www.nchpad.org/Directories/Programs>. (accessed., May, 2017).
 28. C. T. Wang, N. Greenwood, L. F. White, J. Wilkinson. Measuring Preparedness for Mammography in Women with Intellectual Disabilities: A Validation Study of the Mammography Preparedness Measure. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. 28, pp. 212–222, (2015).