

정책연구자료 1996-04

國民健康增進事業의 效果的 推進方案

卞鍾和 編著

韓國保健社會研究院

머 리 말

정부에서는 국민들의 健康 欲求增大와 만성퇴행성질환 중심의 傷病樣相 變化에 적극적인 政策對應으로서 1995년 國民健康增進法을 제정하여 국민 건강증진을 위한 施策의 講究와 事業의 活性化를 도모하고 있다.

국민건강증진사업의 활성화와 효과적 추진을 위해서는 국민건강증진사업을 통하여 이룩할 目標의 設定과 이를 달성하기 위한 戰略 樹立이 필요하며, 事業組織 및 制度를 整備 強化하고 주요 건강증진사업을 효과적으로 추진할 수 있는 방안을 모색하여 保健所·學校·事業場 등에서 健康增進事業이 活性化되어야 할 것이다.

따라서 본 연구원에서는 1995년에 『國民健康增進 目標와 戰略』에 관한 연구를 수행한 바 있으며, 이 보고서는 國民健康增進을 위한 制度的 接近戰略 摸索, 中央과 地方의 役割定立, 平生健康管理體系와 資料體系의 構築 方案들을 제시하고, 國民健康生活實踐運動, 國民保健教育 弘報를 위한 大衆媒體의 活用方案, 醫療保險 健康檢診事業 등의 效果的 推進方案과 保健所, 學校 및 事業場에서의 健康增進事業 活性化 方案들을 제시하고 있다.

이 보고서에서 제시하고 있는 국민건강증진사업의 活性化와 效果的 推進을 위한 政策代案들이 앞으로 우리나라 국민건강증진사업의 발전에 많은 도움이 될 것으로 기대하며, 국민건강증진과 관련된 政策部署의 關係官과 學界 및 關聯研究機關 專門家들에게 一讀을 권하고 싶다.

이 보고서는 본원의 卞鍾和 研究委員을 위시하여 서울大學校 保健大學院의 鄭慶均 院長, 金花中 教授, 文玉綸 教授, 李承旭 教授, 醫科大學의 許鳳烈 教授, 梨花女子大學校 教育工學科 金英洙 教授, 韓國産業安全公團의 李京男 産業保健指導局 局長 등 많은 관계 전문가들에 의하여 작성되었으며, 이들 研究陣이 담당한 研究分野를 소개하면 다음과 같다.

要 約(卞鍾和)

國民健康增進을 위한 制度的 接近 戰略(文玉綸)

國民健康增進을 위한 中央과 地方의 役割(金漢中)

保健所의 健康增進事業 活性化 方案(卞鍾和)

學校保健教育의 改善 強化方案(金花中)

事業場 健康增進事業 推進方案(李京男)

醫療保險 健康檢診事業의 效率的 推進方案(柳承欽)

國民健康增進을 위한 平生健康管理 體系 構築方案(許鳳烈)

國民健康生活實踐運動의 效果的 推進方案(鄭慶均)

國民保健教育 弘報를 위한 大衆媒體 活用方案(金英洙)

國民健康增進을 위한 資料體系 構築 方向(李承旭)

본 연구원의 研究責任者는 본 보고서 작성에 참여해 주신 院外 執筆者들
에게 심심한 謝意를 표하고 있으며, 또 본 보고서를 읽고 귀중한 論評을 하
여 준 趙南勳 副院長과 曹在國 研究委員께 깊이 감사하며, 보고서의 原稿整
理와 編輯 및 수정작업에 노고가 많았던 崔瓊允 研究員과 李蘭姬 研究助員
에게 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 研究內容은 研究陣의 個人的 意見이며,
本 研究院의 公式見解가 아님을 밝혀둔다.

1996年 12月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 淸

目 次

要 約	13
I. 國民健康增進을 爲한 制度的 接近戰略	22
1. 序論	22
2. 健康信念 模型과 健康增進	26
3. 個人的 接近을 통한 健康增進	30
4. 集團的 接近을 통한 健康增進	36
5. 社會的 마케팅 接近을 통한 健康增進	44
6. 地域社會組織 및 開發의 接近을 통한 健康增進	54
7. 結論	65
II. 國民健康 增進을 위한 中央과 地方의 役割	68
1. 序論	68
2. 外國의 中央과 地方間 健康增進 事業分擔 事例	69
3. 國內 中央과 地方에서의 健康增進 事業 現況	75
4. 中央과 地方의 役割과 機能	79
5. 中央과 地方의 健康增進 事業內容	81
6. 結論	86
III. 保健所의 健康增進事業 活性化 方案	88
1. 序論	88
2. 現況 및 問題點	89
3. 事業活性化 方案	99
4. 結論	114

IV. 學校 保健教育의 改善 強化 方案	117
1. 序論	117
2. 學校保健教育의 概念	120
3. 學校保健教育의 現況과 問題點	135
4. 學校保健教育의 改善 強化方案	146
5. 結論 및 提言	164
V. 事業場 健康增進 事業推進方案	168
1. 序論	168
2. 勤勞者 健康增進 事業의 背景	169
3. 勤勞者 健康增進事業의 效果的 推進方案	199
4. 結論	206
VI. 醫療保險 健康檢診事業의 效率的 推進方案	207
1. 健康增進事業과 健康檢診 프로그램	207
2. 醫療保險 健康檢診事業 現況	209
3. 效率的 增進方案	240
4. 結論	249
VII. 國民健康增進을 위한 平生健康管理體系의 構築 方案	251
1. 平生健康管理體系 構築의 必要性	251
2. 平生健康管理體系의 內容	253
3. 平生健康管理體系 構築을 위한 政府의 役割	261
4. 平生健康管理體系 構築을 위한 民間部門의 役割	268
5. 結論	269

VIII. 國民健康生活實踐運動의 效果的 推進方案	270
1. 序論	270
2. 健康增進 戰略理論과 先進國의 事例 考察	272
3. 國民健康生活實踐運動 推進方案	283
4. 結論	295
IX. 國民保健教育 弘報를 위한 大衆媒體의 活用方案	297
1. 序論	297
2. 保健教育弘報에 있어서의 大衆媒體 活用實態	298
3. 保健教育弘報를 위한 大衆媒體 活用 方案	318
4. 結論	322
X. 國民健康增進을 위한 資料體系 構築	324
1. 序論	324
2. 資料體系 構築의 必要性	325
3. 資料體系 構築 方向	332
4. 結論	370
參考文獻	372

表 目 次

〈表 I-1〉	保健増進 活動指標의 理論的 區分	60
〈表 III-1〉	保健所의 類型別 健康増進事業 組織 및 人力 現況(1995)	96
〈表 IV-1〉	調査對象者의 職種別 年齡別 分布	119
〈表 IV-2〉	既存의 學校保健教育和 健康増進을 위한 學校保健教育의 差異	131
〈表 IV-3〉	健康増進을 위한 學校保健事業 模型	133
〈表 IV-4〉	學生의 健康増進을 위한 26가지 事業內容	134
〈表 IV-5〉	各國의 學校保健과 保健教育	136
〈表 IV-6〉	保健教育 內容別 教育實施 程度	143
〈表 IV-7〉	保健教育 實施程度에 대한 職種別 年齡別 評價	144
〈表 IV-8〉	保健教育의 內容別 教育의 必要程度	145
〈表 IV-9〉	學校保健教育의 必要性에 대한 職種別 年齡別 認識	146
〈表 IV-10〉	保健教科 新設에 대한 職種別 態度	152
〈表 IV-11〉	保健教科 新設에 대한 職種別 年齡別 態度	152
〈表 IV-12〉	保健教師의 適切性에 대한 職種別 意見	154
〈表 IV-13〉	敎職員의 健康増進 프로그램 開發 段階	157
〈表 IV-14〉	學校保健教育의 活性化를 위한 國家의 支援	161
〈表 V-1〉	最近 6年間 勤勞者 健康診斷 結果	169
〈表 V-2〉	'92年과 '93年의 一般疾病 有所見 結果	170
〈表 V-3〉	最近 5年間 勤勞者의 年齡別 分布變化	171
〈表 V-4〉	'94 安全保健管理者 選任現況	175
〈表 V-5〉	應答事業場의 規模別 分布	177
〈表 V-6〉	保健指導 事業別 遂行現況	178
〈表 V-7〉	保健指導 內容別 必要性	178
〈表 V-8〉	勤勞者 保健指導를 위한 調査內容	178
〈表 V-9〉	勤勞者 個人健康記錄簿 作成 實態	179

〈表 V-10〉	勤勞者 保健指導時 參與可能 人力現況	179
〈表 V-11〉	調査對象事業場의 保健管理者 數와 資格	180
〈表 V-12〉	健康管理室 保有現況	180
〈表 V-13〉	保健教育實施 現況	181
〈表 V-14〉	運動指導 內容別 遂行 現況	182
〈表 V-15〉	運動指導 內容別 必要性	182
〈表 V-16〉	體力測定을 實施하는 22個 事業場의 體力測定 實態	183
〈表 V-17〉	職場體操를 實施하는 事業場(55個所)의 體操實施 現況	183
〈表 V-18〉	事業場의 體育施設 保有實態	184
〈表 V-19〉	事業場의 營養指導 事業別 遂行現況	184
〈表 V-20〉	營養指導 事業別 必要性	185
〈表 V-21〉	調査對象事業場의 營養指導人力 保有 現況	185
〈表 V-22〉	心理指導 事業別 遂行現況	185
〈表 V-23〉	相談種類別 實施事業場數	186
〈表 V-24〉	健康增進關聯事業의 意思決定 經路	186
〈表 V-25〉	健康增進事業을 위한 意思決定機構	187
〈表 V-26〉	健康增進事業에 대한 事業場의 現況	187
〈表 V-27〉	健康增進 指導者 養成 修了者 現況(1986.10~1995.3)	195
〈表 VI- 1〉	1990年度 非感染性疾患 關聯檢診事業 現況(1990年 現在)	209
〈表 VI- 2〉	公務員 및 私立學校教職員에 대한 健康診斷의 施行過程	211
〈表 VI- 3〉	年度別 被保險者 健康診斷 受檢人員	213
〈表 VI- 4〉	年度別 被保險者 健康診斷費 支給現況	214
〈表 VI- 5〉	年度別 健康診斷 種目 變更 內譯	215
〈表 VI- 6〉	檢診療養機關 指定方法	218
〈表 VI- 7〉	療養機關 種別 檢診療養機關	219
〈表 VI- 8〉	支部別 檢診療養機關	219
〈表 VI- 9〉	綜合判定結果	220
〈表 VI-10〉	年齡群別 綜合判定 結果	220
〈表 VI-11〉	年度別, 性別, 年齡群別 有疾患率	221
〈表 VI-12〉	年度別, 疾患別 有疾患率	221

〈表 VI-13〉	癌檢査 實施結果	223
〈表 VI-14〉	被扶養者 成人病 檢診 實施 對象者와 法的根據	224
〈表 VI-15〉	被扶養者 健康診斷 受檢人員 및 健康診斷費 支給現況	225
〈表 VI-16〉	健康檢診 種目 및 檢診對象者	225
〈表 VI-17〉	性, 年齡別 綜合判定 現況	227
〈表 VI-18〉	疾患別 有所見率	228
〈表 VI-19〉	健康診斷事業 對象 豫想人員 및 豫算	230
〈表 VI-20〉	年度別 保健豫防事業 規模	231
〈表 VI-21〉	年度別 成人病 檢診種目 變化 現況	232
〈表 VI-22〉	年度別 事業實績	233
〈表 VI-23〉	年度別 事業規模	234
〈表 VI-24〉	肝炎檢査의 年度別 事業實績	235
〈表 VI-25〉	肝炎의 年度別 事業規模	237
〈表 VI-26〉	敎育弘報의 年度別 事業規模	237
〈表 VI-27〉	年度別 事業實績	238
〈表 VI-28〉	對象事業 및 選定基準	238
〈表 VI-29〉	對象人員(1995)	238
〈表 VI-30〉	所要豫算(1995)	239
〈表 VI-31〉	成人病 檢診項目	239
〈表 VI-32〉	平生 健康모니터링 制度의 10個 區間	241
〈表 VI-33〉	平生 健康모니터링 制度의 區間目標와 方法	242
〈表 VI-34〉	醫療保險者가 現物給與하는 年齡別 性別 豫防保健 서비스—美國	244
〈表 VI-35〉	우리나라에서 施行할만한 年齡別 早期診斷, 早期治療를 위한 1次 檢診項目	248
〈表 VII- 1〉	平生健康管理 對象疾病, 選定基準 및 選別檢査 種類	257
〈表 VII- 2〉	平生健康管理 專門家 委員會의 構成案	262
〈表 VII- 3〉	平生健康管理手帖의 記載內容	263
〈表 VII- 4〉	勤勞者 1次健康診斷 項目과 平生健康管理 프로그램의 比較	267
〈表 VII- 5〉	運動 評價와 處方을 위한 施設	268

〈表 VIII- 1〉	우리나라 死亡原因構造의 變遷(40歲 以上 男子) ……………	275
〈表 VIII- 2〉	우리나라 死亡原因構造의 變遷(40歲 以上 女子) ……………	275
〈表 VIII- 3〉	歐美의 健康·體力增進活動 小史 ……………	280
〈表 VIII- 4〉	健康行爲·健康增進의 定義 別 事業一覽 ……………	284
〈表 VIII- 5〉	國民健康生活實踐運動 推進에 있어서 國民과 政府의 責任 ……	285
〈表 VIII- 6〉	法人 現況(1995) ……………	289
〈表 VIII- 7〉	一次動員可能 法人組織 一覽(1995) ……………	290
〈表 IX- 1〉	保健社會部 教育·弘報資料 發刊 現況(1992~1993) ……………	309
〈表 IX- 2〉	保健關聯機關의 教育·弘報 資料 發刊 現況(1992~1993) ……	311
〈表 IX- 3〉	4대 主要 日間紙에 掲載된 保健關聯記事 現況分析(1996) ……	314
〈表 IX- 4〉	主要 라디오放送社에 編成된 保健關聯 프로그램 現況分析 ……	316
〈表 IX- 5〉	主要 TV放送社에 編成된 保健關聯 프로그램 現況分析 ……	315
〈表 X- 1〉	保健福祉統計年報의 收錄 統計內容 ……………	328
〈表 X- 2〉	OECD에서 聚合하고 있는 保健指標의 種類 ……………	334
〈表 X- 3〉	保健社會統計部門 發展計劃에서 제시된 統計指標 ……………	337
〈表 X- 4〉	各 病院에서 生産하고 있는 患者診療統計 內容 ……………	346
〈表 X- 5〉	保健診療所의 月別 報告內容 ……………	349
〈表 X- 6〉	保健支所의 訪問保健事業 實績報告 內容 ……………	351
〈表 X- 7〉	保健支所와 保健診療所의 活動 報告內容 ……………	353
〈表 X- 8〉	Uniform Ambulatory Medical Care Minimum Data Set ……	361

圖 目 次

[圖 I- 1]	健康信念 모델 ……………	24
[圖 I- 2]	健康信念 模型의 變形을 통한 健康增進活動 履行 模型 ……	25
[圖 I- 3]	健康增進事業 推進組織의 參與模型 ……………	62

[圖 II- 1]	日本の 健康가꾸기事業 推進體系圖	7
[圖 III- 1]	保健所의 基本組織 模型	108
[圖 IV- 1]	保健敎科 模型 例示	150
[圖 V- 1]	事業場 安全保健 管理體制	173
[圖 V- 2]	삼성웰니스 增進計劃	189
[圖 V- 3]	健康檢診 및 處方指導 節次	190
[圖 V- 4]	日本勤勞者 健康增進事業 推進體系	192
[圖 V- 5]	勤勞者의 健康評價 및 指導 內容	193
[圖 V- 6]	事業場內 自體人力에 의한 健康增進事業	196
[圖 V- 7]	外部 指導機關에 部分 委託實施 健康增進事業	197
[圖 V- 8]	서비스機關의 支援에 의한 健康增進事業	197
[圖 V- 9]	事業主 單獨 實施하는 事業에 대한 支援體系	198
[圖 V-10]	事業主·서비스機關·指導機關 등 共同實施 事業에 대한 支援體系	198
[圖 V-11]	勤勞者 健康增進事業의 推進體系	200
[圖 V-12]	健康測定 및 指導를 위한 實施節次 및 內容	201
[圖 VI- 1]	被保險者 健康診斷 受檢節次	217
[圖 VI- 2]	被扶養者 健康診斷 受檢節次	226
[圖 VI- 3]	概括的 健康診斷 模型	243
[圖 VI- 4]	疾病豫防 및 健康增進을 위한 組織參與 模型	247
[圖 VII- 1]	平生健康管理體系의 概要	255
[圖 VIII- 1]	School Health Program Components and Outcomes	278
[圖 VIII- 2]	國民健康生活 推進組織體系	294
[圖 X- 1]	中長期目標 達成 推進過程과 保健指標 資料體系의 活用	331
[圖 X- 2]	保健情報制度의 行政網 體系圖	364

要 約

1. 研究背景 및 內容

- 現代産業社會로의 발전에 따른 인구의 고령화추세와 생활양식 및 환경의 변화에서 오는 만성퇴행성질환이 國民 健康과 삶의 質을 저해하는 주요 요인이 되고 있음.
- 政府에서는 위 건강문제에 대한 적극적인 정책대응으로서 1995년 국민건강증진법을 제정하여 國民健康增進事業을 개선, 강화할 수 있는 「제도적인 기본틀」을 마련하였음.
- 그러나 국민건강증진법령이 제정 시행된지 1년이 지났음에도 중앙이나 지방에서의 健康增進事業이 活性化되지 못하고 있으며, 이는 국민건강증진사업추진의 원동력이 되는 기금이 조성되지 못한데도 그 이유가 있겠으나 보다 根本的인 問題는 사업추진과 관련된 제도 및 조직의 정비나, 중앙과 지방의 役割 및 事業組織間의 협력체계등이 구축되어 있지 않고, 건강증진을 위한 사업 개발의 부족과 함께 健康增進事業의 주요 실시주체인 보건소, 학교 및 사업장 등에서의 效果的인 사업 추진방안이 제시되지 못하고 있었기 때문임.
- 따라서 본 연구에서는 향후 국민건강증진사업의 活性化와 효과적 추진과 관련된 주요 政策課題를 중심으로 그 발전방향과 정책대안의 제시에 목적을 두고, 國民健康增進을 위한 제도적 접근전략, 中央과 地方의 역할정립, 평생건강관리 및 자료체계의 구축방향, 국민건강생활 실천운동, 대중매체를 이용한 교육홍보사업, 의료보험 검진사업 등의 효과적 추진방향과

보건소, 학교, 사업장의 건강증진사업 추진방안 모색을 주 연구내용으로 하고 있음.

2. 國民健康增進을 위한 制度的 接近戰略

- 個人的 접근전략으로서 보건의료기관을 통한 환자교육 의무화와 주민대상의 豫防서비스 제공유도를 위한 주치의 등록제를 도입함.
- 집단적 사업활동을 통한 접근전략으로서 학교보건교육의 개선강화를 위한 보건교육 교과과정의 정립 및 학교건강증진사업 평가제를 도입하고, 사업장의 健康增進事業 活性化를 유도하기 위하여 보건소등 지역보건의료기관을 통한 사업지원체계를 확립함.
- 운동처방사 및 보건교육사 등 特殊 專門人力의 국가공인 자격인정제 도입, 건강증진사업 소요경비의 손비처리를 통한 세제상 혜택부여와 기업체 등으로부터 건강증진 사업비 조달을 위한 기부금 조성방안 등을 강구함.

3. 中央과 地方의 役割

- 中央政府는 사업방향과 목표설정, 장단기 사업계획 수립 및 시책개발, 사업실시에 필요한 각종지침 및 기준 설정 등과 豫算, 人力, 施設 裝備 조달과 조직 및 제도정비를 위한 행정적 지원방안을 마련해야 하며, 사업실시에 필요한 교육홍보매체의 개발보급, 사업담당인력의 교육훈련 및 대중매체를 이용한 교육홍보 활동과 사업개발 평가 등의 기술적 지원활동을 담당함.
- 관련 연구기관으로 하여금 사업지원적인 研究活動의 活性化와 관련 단체들의 국민건강생활 실천운동 및 계몽교육과 건강검진 등의 健康增進事業

에 적극적인 참여 및 협력을 유도함.

- 地方政府는 보건소 등 공공보건조직으로 하여금 지역설정에 맞는 사업계획의 수립 시행, 법령 및 사업시행과 관련된 지방조례 제정 등 제도적 보완조치와 공공보건조직의 개편 강화, 地域社會 참여를 유도하기 위한 건강생활실천협의회 구성 운영, 관련기관·단체의 사업참여 및 협력유도, 地域 住民들의 건강생활 실천여건조성을 위한 건강증진시설 확충과 각종 행정규제 및 지원조치 강구 등을 담당함.

4. 保健所의 健康增進事業 活性化 方案

- 中央 및 시·도 단위의 사업지원활동 강화로서 중앙에 「보건교육개발센터」를 설치하여 보건교육홍보매체의 개발보급 및 대중매체를 이용한 교육홍보 활동강화, 사업요원 교육훈련 등의 기술적인 사업지원 활동을 강화하고, 관련 연구기관 등으로 하여금 事業開發, 評價와 研究 開發 등의 사업지원적 연구활동을 활성화 함.
- 國民健康增進事業을 국가관리의 중점사업으로 지정하고 사업평가체계를 구축하여 정기적인 사업평가대회를 개최함으로써 지역간 정보교류와 사업촉진을 유도하고, 중앙 및 시·도의 건강증진사업을 관리할 행정조직을 개편 강화하고 사업분야별 專門擔當人力을 두어 사업발전을 위한 기획 및 현지사업지도를 強化함.
- 국민건강증진기금을 조속히 확보하여 이에 의한 적극적인 재정지원을 통하여 중앙 및 지방의 健康增進事業을 活性化하고, 보건교육사와 운동처방사 등 전문인력의 자격인정제도를 도입하고 이들 전문인력을 현지에 배치, 활용토록 하며, 건강증진 示範保健所의 운영을 活性化하고 이를 거점으로 보건소의 효과적인 건강증진사업 추진방안을 확대 실시토록 함.

- 시·군·구 보건소 자체의 사업 활성화 방안으로서 시·군·구청장에서 지방 의회의원들의 사업참여 기회를 확대하여 健康增進事業에 대한 관심 및 이해를 증진시켜 적극적인 행정지원을 유도함.
- 保健所의 건강증진사업 조직을 개편·강화하고 필요인력 및 시설·장비를 확충하여 주민대상의 良質의 건강관리서비스를 제공하고, 시·군·구의 건강생활실천협의회의 운영을 활성화하여 地域社會의 相關기관 및 단체와 학교·사업장 등 지역사회조직의 사업참여 및 협력을 유도함.
- 시·군·구 및 보건소가 자체적인 사업예산 확보방안을 다각적으로 강구하여 健康增進事業을 활성화함.

5. 學敎保健敎育의 改善 強化 方案

- 학교보건교육의 活性化를 위하여는 학교보건교육을 위한 독립된 교육과정 및 보건교과를 개발하여 정규교과로 편성하고 學校保健敎育을 전담할 보건교사를 양성 활용하는 것으로 현 양호교사를 보건교사로 활용하는 방안을 제시함.
- 학교보건교육 교과과정 및 보건교과목의 내용으로 學生들의 건강에 가장 直接的으로 영향을 줄 수 있는 흡연, 음주, 약물 오남용, 성교육, 사고 및 안전, 영양, 체력단련, 예방적인 건강관리서비스 利用 및 衛生生活, 스트레스 관리 등을 강화하고 학교의 건강관리 및 환경관리사업 등과 연계시켜 敎育을 실시토록 함.
- 學校保健敎育의 일차적 대상은 학생이지만 교직원의 健康衣食 및 健康生活實踐이 학생들에게 크게 영향을 줄 수 있기 때문에 교직원 대상의 건강증진교육을 개발 실시하도록 하고, 교직원 대상의 교육은 교육청 또는 교육구청 단위로 실시하는 것이 바람직함.

- 학교보건교육의 活性化를 위하여 국가에서 학교보건교육 정책을 강화하고 전문직 보건교사의 養成 및 學校保健教育의 실시에 필요한 자원동원 등에 대한 행정지원을 강화함.

6. 事業場 健康增進事業의 活性化 方案

- 勞動部와 한국산업안전공단은 사업장 건강증진사업의 지침개발, 담당인력의 교육훈련, 교육자료의 개발 보급, 건강검진장비 및 운동기기 지원 등을 담당함.
- 사업장 안전보건위원회 및 노·사협의회 등 勞·使 대표조직을 활용하여 勞·使의 적극적인 참여와 협력을 유도하고, 노사간의 협력체계를 통하여 사업의 활성화를 도모함.
- 事業場 건강증진사업 추진인력은 事業場의 보건관리자를 주축으로 산업보건의, 영양사, 체육지도사, 상담요원 등이 있으나 이들 人力의 채용은 사업장의 업종 및 규모에 따라 임용상 제약을 받고 있기 때문에 지역사회 보건소, 병원, 학교 등의 협조를 받아 사업을 실시토록 함.
- 보건관리자의 양성과정에 事業場의 건강증진업무 수행능력을 높일 수 있도록 건강증진 활동내용을 추가 強化하고 사업장 근로자들의 건강증진활동에 대한 指導者 養成을 위하여 현재 산업안전공단과 관련 전문교육기관 등에 건강증진사업 지도자의 양성과정을 개설토록 함.
- 勞使代表 교육시 건강증진사업 홍보기회 확대, 교육홍보매체 등을 통한 홍보활동 확대, 건강증진사업 평가대회를 통한 정보교류, 건강증진시범사업장 운영, 사업장 사업지도인력의 배치 등을 통하여 健康增進事業의 活性化를 도모함.

- 健康増進事業을 활발히 추진하고 있는 사업장을 대상으로 그 사업실적을 産災豫防實績 평가에 반영하여 정부포상시 우선 추천토록 하고, 참여 사업장이 기술자문 및 교육훈련, 장비지원 요구시 적극 支援토록 함.

7. 醫療保險 健康檢診事業의 效率的 推進方案

- 1차 건강진단시 건강설문조사 실시를 통하여 정밀진단 대상자를 파악하고, 이들을 대상으로 정밀검진을 실시하여 의심질환을 早期에 발견 관리토록 함으로써 疾病豫防效果를 제고함.
- 의료보험 檢診事業의 效率性을 제고하기 위하여 국민건강증진사업과 연계운영방안을 강구하고, 이를 위하여 건강검진사업에 있어 정부부담 능력분을 제시하고 나머지는 醫療保險組合과 본인부담분을 예시하여 조합의 재정형편에 따라 자율적으로 결정 시행토록 함.
- 의료보험에 의한 건강검진결과를 保健所에 통보하여 보건소의 예방관리 프로그램에 의하여 추구관리 서비스를 받을 수 있도록 함.
- 檢査의 效率性과 검진비용의 절감을 위해서 매년 같은 검사항목을 검사할 것이 아니라 平生健康管理 개념을 도입하여 검사항목별로 검사주기를 설정하여 매년, 2년, 3년 또는 4~5년을 주기로 실시토록 하고, 개인별 검진결과를 모니터링하고, 이를 개인건강상담 및 보건교육 기초자료로 활용함.

8. 國民健康増進을 위한 平生 健康管理體系의 構築方案

- 현재 시행되고 있는 醫療保險 및 勤勞者 健康檢診制度를 근본적으로 개선하여 평생건강관리체계로 전환하도록 하고, 이를 效果的으로 추진하기

위하여 관계전문가들로 평생건강관리프로그램의 內容과 方法을 개발하고 표준화할 전문위원회를 구성 운영함.

- 사업초기에는 示範保健所를 중심으로 지역사회 평생건강관리사업을 개발 운영하고 이를 전국으로 확대 적용토록 하며, 地域社會 보건의료기관들이 지역주민 대상의 검진, 처방, 지도 등의 예방적인 건강관리서비스를 개선 강화할 수 있도록 制度的인 지원 및 유인책을 강구하고, 평생건강관리서비스를 제공하는 보건의료기관을 대상으로 사업실시에 필요한 교육훈련을 실시함.

9. 國民健康生活實踐運動의 效果的 推進方案

- 국민건강생활실천운동의 추진목표로서 生活樣式의 개선에 중점을 둔 단기, 중기, 장기목표를 설정하고 보건의료조직을 동원한 건강검진 등 예방서비스와 국민보건교육을 강화함.
- 研究企劃組織으로 한국보건사회연구원에 건강실천운동관련 연구부서를 두어 그 機能과 組織을 대폭 강화하고, 사업지원적 연구와 교육홍보매체의 개발보급, 교육훈련 등의 기능을 담당토록 함.
- 국민건강생활실천운동의 지원조직으로서 국무총리실 직속의 지원기구로서 『國民健康生活推進委員會』를 두어 정책입안 및 부처간 업무조정, 재정보호, 부처별 지원 및 단체동원 등의 기능을 담당하며, 위원회의 구성은 총리실 행정조정실장이 위원장에, 보건복지부 차관을 간사로 하고, 관련부처 차관을 위원으로 하며, 관련부처의 국장급으로 집행위원회를 구성 운영함.
- 실행조직으로는 民間組織으로서 부처별로 산하단체의 대표로 국민건강생활추진협의회를 구성 운영하며, 시·도 및 시·군·구 단위에도 협의회를

구성 운영하고 주민과 직장인의 健康生活實踐을 촉진하기 위하여 주민 및 직장단위 건강생활클럽을 운영토록 함.

10. 國民保健教育 弘報를 위한 大衆媒體의 活用方案

- 國民保健教育資料 개발을 위한 전문기구를 설치하고 신문사와 방송사에 정기적으로 건강관련 보도자료를 작성 제공하도록 하며, 이를 위하여 월별 단위로 각 大衆媒體를 통하여 교육·홍보할 정보자료를 정리 분석하고 月別로 시기에 맞는 건강관련보도자료를 제공함.
- 大衆媒體를 이용한 건강캠페인시에는 하나의 중심매체를 선정하여 그 매체가 集中的으로 캠페인 내용을 다루도록 하고 다른 매체가 그 내용을 인용하여 보도하도록 함.
- TV 및 라디오 방송프로그램에 건강프로그램을 개발 편성하여 건강관리 정보를 고정적인 시간대에 방송할 수 있도록 하며, 여러 大衆媒體의 기관과 긴밀한 협력관계를 갖고 각 기관에서 요청이 있을 때는 요청자료를 수시로 제공할 수 있도록 함.
- 전국지와 지방지, 전국방송과 지역방송의 특성을 살릴 수 있도록 전국지와 전구방송사에는 모든 國民에게 관련된 건강정보를, 지방지와 지방방송사에는 그 地域에 해당되는 情報를 제공하여 교육 홍보를 하도록 함.

11. 國民健康增進을 위한 資料體系 構築方向

- 국민건강증진 목표설정 및 사업계획 수립과 사업 추진실태과약 및 효과평가를 위한 資料로 活用할 수 있는 통계자료를 생산하도록 함.

- 우리나라의 OECD가입으로 OECD가 요구하는 삶의 期間 및 質, 건강관련 소비행위 및 의료비, 투입 및 산출, 공공 및 民間部門의 보건의료 등에 관한 統計資料 및 指標를 생산토록 함.
- 中央政府는 지역간 일관성이 유지될 수 있는 통계자료생산 및 활용을 위한 지침개발과 교육훈련을 담당하고, 지방정부는 필요한 통계자료를 수집할 수 있는 組織 및 體制를 갖추도록 함.

I. 國民健康增進을 爲한 制度的 接近戰略

1. 序 論

國民健康增進法の 제정으로 보건정책의 기초가 종전처럼 治療事業을 중시해 왔던 것과는 달리 健康增進과 保健教育 및 保健豫防事業 위주로 방향을 선회할 조짐을 보이고 있다.

醫療保險法の 제39조 2항(건강진단)의 신설도 건강진단을 국민의 생활에서 보편화시켜 질병을 조기에 발견하기 위한 全國民健康增進의 도구로 삼기 위함을 목적으로 하고 있다. 또한 保健所法 改定 역시 지역보건의료를 증진시키기 위한 사업법적 성격을 가지고 있는데, 앞으로 지역보건의 핵심적 기능을 수행할 것으로 보인다. 머지 않아 의료보호 대상자를 위한 健康增進 方案도 필요하게 될 전망이다.

이러한 시기를 당면하여 國民健康增進을 효율적으로 달성하기 위한 사회적 노력을 체계화해서 우리나라 실정에 알맞는 비용효과적인 사회제도를 모색해야 할 필요성이 대두되고 있다. 國民健康增進法을 가리켜 가장 선진적인 保健立法이라고들 부르는데, 이에는 다음과 같은 이유가 있는 것 같다.

첫째, 법치가 민주주의의 기본인데, 국민의 健康增進을 위한 立法을 준비함으로써 國民保健福祉의 基本法의 하나가 마련되었기 때문이다. 즉, 국민의 기본권의 하나인 건강권을 보장하기 위해 健康增進事業을 입법화함으로써 국민보건복지의 기본적 권리를 보다 구체화시켰다.

둘째, 공중보건의 기본 이념인 豫防保健서비스의 價値를 담보해 줄 수 있는 가장 구체화된 형태의 보건사업 메시지를 담고 있기 때문이다. 건강증진이야말로 예방의 미학을 살리는 왕도이다.

셋째, 財源調達 방법을 명시함으로써 健康增進事業의 재정적 터전(물적기

반)을 확실히 하고 있기 때문이다. 國民健康增進基金의 마련이 바로 그것이다.

Becker의 건강신념 모형은 가장 널리 알려져 있는 그리고 가장 대표적인 의료이용을 설명하는 도구이다. 그러므로 이 모형의 틀을 사용하여 健康增進事業의 制度的 活性化 방안을 마련해 볼 필요가 있다. 본 연구는 이러한 의도에서 문헌고찰과 기술적 방법 위주로 실시되었다.

본 연구의 목적은 국민건강증진을 효율적, 효과적으로 달성하기 위한 社會制度的 接近方法을 도출하기 위함이다. 구체적으로 다음의 세 가지이다.

첫째, 보건신념 모형을 우리 나라 상황에 적합하도록 변용함과 동시에 이의 적용 가능성을 모색한다. 이러한 과정을 통해서 건강증진적 생활 활동을 조장하기 위한 制度的 方便을 강구한다.

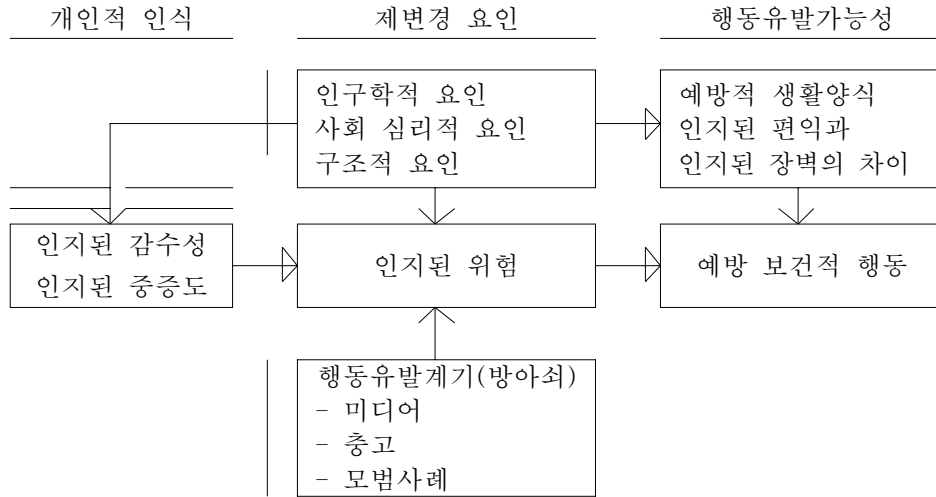
둘째, 國民健康增進을 위한 社會制度的 接近方案에 대한 문헌고찰을 한다.

셋째, 우리나라 國民健康增進事業의 바람직한 制度的 接近方案을 모색한다.

보건신념모형(Health Belief Model; HBM)을 이용하여 健康增進方案을 모색하되, 이의 活性化를 위한 制度的 接近策을 도출한다. 즉 본 연구에서는 건강신념모형의 制度的 接近方案에 대하여 고찰한다. [圖 I-1]의 건강신념모형을 [圖 I-2]로 변형시킨 후, 사회제도적 접근 수단을 개발하고 이에 대하여 해석을 시도한다. 즉 사회제도적 접근을 통하여 어떠한 行動의 誘發契機를 誘導해낼 것인가를 고찰한다. 여기서 행동유발 계기는 ① 개인적 접근, ② 집단적 접근, ③ 사회적 마케팅 접근, ④ 지역사회 조직을 통한 접근으로 나누고, 사회제도적으로 이들 각각에 대하여 어떻게 접근할 것인가에 대하여 분석한다. 그러나 [圖 I-1]과 [圖 I-2]간에는 다음과 같은 차이가 있다.

첫째, [圖 I-2]에서는 개인적 인식의 차원에서 保健活動의 가치나 健康生活에 대한 知識이나 信念이 추천된 豫防活動을 수행하도록 하는데 도움이 된다. 그리고 이것은 감수성(또는 질병 X에 대해 인식된 이환가능성)이나 어떤 질병의 중증도를 인지하는 데에도 영향을 미치며, 인구학적 변수 등의 제변경 요인에도 영향을 끼치게 된다.

[圖 I-1] 健康信念 모델



資料: M. Becker, *The Health Belief Model And Personal Health Behavior*, New York, 1994.

둘째, 어떤 질병에 대한 認知된 重症度나 罹患 可能性이 각종 행동유발 계기에 직접 또는 간접적으로 영향을 미치게 된다. 그 중에서도 大衆媒體나 地域社會 運動部門에서 특히 그러하다.

셋째, [圖 I-1]에서는 미디어 캠페인, 충고, 통지엽서, 가족 또는 친지의 질병 등으로 個別 行動의 誘發 契機를 나열하고 있으나 [圖 I-2]에서는 이들 요인을 대인관계, 집단교육, 대중매체, 지역사회조직 및 개발 등 방법론을 중심으로 하여 보다 계통적으로 분류하고 있다.

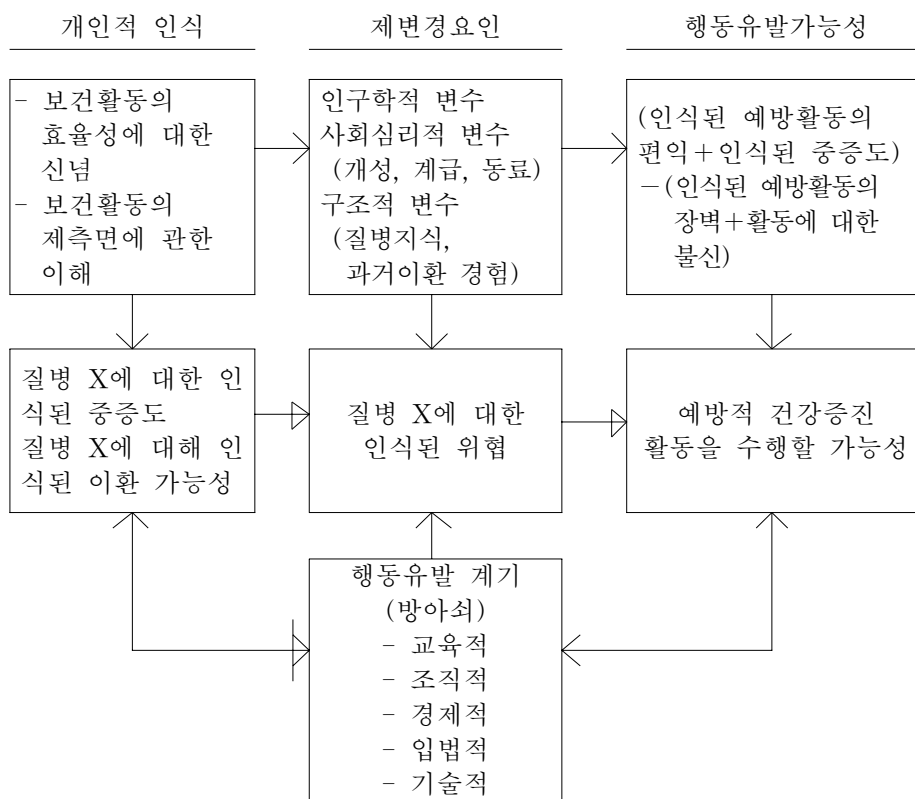
넷째, [圖 I-1]에서는 行動誘發 可能性이 인식된 편익과 인식된 장애간의 차이로 단순화되어 있으나, [圖 I-2]에서는 이외에도 症勢의 重症도와 各種 活動에 대한 不信 등이 추가로 고려되고 있다.

다섯째, 行動誘發 契機가 질병 X에 대한 인식된 위협에 영향을 끼칠뿐만 아니라 보다 원천적으로 질병 X에 대한 인식된 重症度나 인식된 罹患 可能性에도 영향을 끼치며 이와는 별개로 豫防的 活動(여기서는 건강증진활동)

을 수행하도록 영향을 끼치게 된다. 다시 말해서 이 수정된 모형에서도 행동유발 방아쇠의 역할이 결정적으로 중요하다.

본 연구에서는 보다 넓게는 社會制度的으로, 보다 좁게는 醫療制度的으로 행동유발 계기를 마련하는데 있다. 이들은 教育的, 組織的, 經濟的, 立法的 및 技術的 側面에서 고찰하되 ① 개인적 접근, ② 집단적 접근, ③ 사회적 마케팅(대중매체) 접근, ④ 지역사회조직 및 개발접근을 통하여 분석하기로 한다. 이러한 접근방법들은 상호 배타적인 것이 아니고 상당부분 상보적 관계를 갖고 있다.

[圖 1-2] 健康信念 模型의 變形을 통한 健康增進活動 履行 模型



註: 저자가 Becker의 건강신념모델을 변형한 것임.

2. 健康信念 模型과 健康增進

가. 健康信念 模型의 概要

健康에 대한 信念模型은 원래 사회심리학자들이 의료의 이용에 대한 설명을 시도하는 과정에서 얻어낸 사회심리적 모형이다. 즉 왜 사람들은 의료를 이용하는가? 또는 왜 사람들은 豫防醫療를 이용하지 않는가? 라는 예방적인 의료이용 행태를 설명하기 위하여 이론을 정립하기 시작했으나, 점차 질병에 대응하는 행위로 또는 질병으로부터 회복하는데 필요한 행동을 설명하는데 적용되어왔다.

이 모델은 처음 Rosenstock에 의해 개발되었는데, 두 개의 변수에 의존한 행위를 예측하는 期待價値理論(Expectancy Value Theory)에 기초한다. 특정 목표에 관하여 개인에 의해 설정된 가치, 그리고 주어진 행동이 그 목표를 성취할 가능성의 개인적인 평가, 健康增進의 맥락에서 건강신념모형의 기본적인 가정은 건강문제나 질병에 대한 인지된 심각성과 취약성이 개인들을 추천된 豫防健康行爲를 취하도록 할 것이라는 것이다.

위의 [圖 I-1]에서 보듯이 이 모형에 따르면 개인적 인식 이외에도 人口學的 要因과 社會心理的 및 構造的 要因이 행동결정의 제변경요인으로 작용한다. 이 모든 요인들은 질병 X에 대해 인식된 위협에 영향을 주게 된다. 이 위협에 대하여 行動誘發契機가 작용하게 되며, 그리고 동시에 예방적 활동의 편익이 장애보다는 클 때 예방적 활동을 행동으로 옮기게 된다는 이론이다. 즉 행동을 취하려는 個人的 主觀的인 狀態가 이 모형의 출발점이 되는데, 이는 특정질병에 대하여 개인적으로 인지된 감수성과 그 병의 중증도 등이 좌우하게 된다. 그리고 각자가 알려져 있는 건강활동을 타당성과 효과(편익과 장애)에 따라 평가하는데, 이때 육체적, 재정적 및 기타 비용을 고려하게 된다. 구체적으로 行動誘發은 內部的(예: 증상)이거나 外部的(예: 대인관계, 대중매체의 영향)인 자극에 의하여 야기된다.

나. 健康增進과 健康信念 模型

1) 認知된 重症도와 感受性

지각의 영역에서 볼 때 개인이 어떤 질환에 이환될 경우 주어진 상태의 심각성이나 이환된 질병과 건강문제에 대해 취약하다는 믿음에 대한 확신이 각자로 하여금 健康活動을 취하도록 誘導한다. 이 모델은 건강문제가 그들에게 어떤 어려움을 만들 것인지 아닌지에 대한 인지적인 판단하에서 심각성의 정도를 평가하게 된다. 즉 사망, 신체장애, 정신장애, 그리고 기능의 저하, 가족생활이나 사회적 관계에 비추어 보면서 판단을 내린다.

健康信念 모델에 따르면, 질병에 걸릴 것에 대한 자각된 심각성에 따라 자식들에게 예방주사를 맞출 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다. 즉 경한 질병에 대하여는 예방주사를 맞추지 않는 경향이 있다(Henderson, 1990). 사람에 따라서 특정질환에 대한 인지된 심각도에는 각기 차이가 있다. 그리고 전문가의 인지 상태와 일반인의 그것 간에도 차이가 있다. 뿐만 아니라 질병에 걸릴 感受性和 脆弱性만으로서 예방적 행위가 야기되는 것은 아니다. 경우에 따라서는 효과적인 치료방법이 없다고 인식한 경우에는 진단 그 자체를 늦추기도 한다. 암환자를 예로 들 수 있다.

2) 人口學的 變數

인구학적 변수나 사회심리학적 변수가 건강행태에 영향을 미칠 것은 자명하다. 예를 들어 청소년들은 깍연을 마치 성인이 되기 전의 통과의례쯤으로 생각할 수 있다. 그리고 질병에 대한 지식이나 과거의 경험 역시 개인으로 하여금 건강한 생활 스타일을 가지도록 유도하게 된다. 따라서 보다 건강한 lifestyle을 증진시키도록 하는 환경을 제공하거나 개인의 결함보다 능력에 초점을 두고 스트레스를 받았을 때 개인의 對處하는 能力을 強化시키도록 도와주는 것이 바람직하다(WHO, 1986). 즉 健康增進이라 함은 단순

하게 보건의료 서비스를 제공하는 것이 아니다. 보건정책이 각자의 lifestyle 이 健康增進的인 것이 되도록 社會 經濟的 環境을 創造하는 것이 중요하다. 즉 保健醫療가 生活技術과 自助行爲를 增強시키고, 정책이 각자 건강을 돌보도록 하는 動機, 技術 및 確信을 심어주는 것이 필요하다(Peters, 1987). 단순히 지식을 전달하거나 동기를 부여하는 것만으로는 불충분하다.

그러나 건강에 대한 신념모형은 개인으로 하여금 직접적으로 긍정적인 행동을 취하도록 하는 사회적 승인 변수를 명확히 정의하지는 않고 있다. 실제로 사회적 영향력은 특정 행동에 대한 가치나 기대와는 무관할 수 있다(Montano, 1983). 예를 들어서 건강상 걱정체중을 유지하기 위함보다는 남자 친구에게 잘 보이기 위해서 식이조절 요법을 하는 것이 상례적이다. 이처럼 동료나 친구 또는 영향력 있는 인구집단으로부터의 고려가 중요하다. 보건의료인들은 이러한 準據集團을 충분히 活用할 필요가 있다.

3) 動機化와 順應

健康信念模型은 개인의 건강이 우리가 추구할 수 있는 최고의 가치의 하나라는 것을 전제로 하고 있다. 그러므로 사람들은 자신의 건강을 유지·증진하기 위하여 豫防的 活動을 할만한 유인이 필요하다는 것을 가정하고 있다. 그러나 이 모형은 개인의 동기부여라는 면에서는 관습적 행동, 미학적 요인을 고려하지 않는 등 제한적인 셈이다. 예를 들어서 양치질이나 껌 씹는 습관적 행위는 건강에 큰 영향을 끼치지만 위의 社會心理的 意思決定 過程은 제외되어 있다.

Henderson(1990)의 예방접종에 관한 연구는 비록 부모들이 예방접종을 찬성하지만, 자식들에게 예방접종을 하려면 다음의 세 가지 조건이 갖추어져야 함을 보여주고 있다. 첫째, 그 대상 질환이 매우 심각한 질환일 것, 둘째, 예방접종의 효과를 신뢰할 수 있을 것, 셋째, 예방접종의 부작용이 질병의 영향 그 자체보다 크지 않을 것. 이러한 소견은 부모의 치료순응행위가 고도로 선택적이라는 것을 시사해 주고 있다. 따라서 설사 건강에 가치를

두고 있다고 누가 말한다고 해서 반드시 健康順應的 行動을 그로부터 기대할 수는 없는 일임이 분명하다.

4) 行動誘發 契機

健康信念模型의 핵은 행동유발 방아쇠를 당기도록 하는 계기에 있다. 內部的 契機로는 질병의 증세나 질병으로 인하여 심하게 다친 사람에 대한 회상 등이 된다. 外部的 契機로는 대인관계에 의한 상호작용, 대중매체, 의료인 등이 보내주는 주의환기용 카드와 같은 외부적 자극이 된다. 인간의 건강행동을 예측하는데 있어서 행동유발 계기의 기여에 대하여는 충분하게 연구되어 있지 않다(Becker & Maiman, 1975; Rundal & Wheeler, 1979; Cummings, et al., 1979; Larson, et al., 1982; Pender, 1987). Pender에 의하면 이 분야의 연구가 부진한 이유는 방아쇠의 기능이 순간적인 성격을 띠고 있으며, 健康增進에 관련된 자극을 회상해내는 어려움 때문이다.

Henderson(1990)에 의하면 부모들이 양호교사로부터 예방접종에 관한 환기용 카드를 받아왔지만, 그러나 이것만으로는 예방접종의 순응에 決定的인 要因이 되지 못한다는 것을 보여주고 있다. 그러나 Henderson(1990)은 保健醫療人과 부모간의 對人關係와 意思疏通이 健康增進의 방아쇠 役割에서 중요한 변인임을 밝히고 있다. 본 연구에서는 이러한 방아쇠를 教育的, 組織的, 經濟的, 立法的 및 技術的으로 나누어서 접근하고 내적 및 외적 계기로 단순화하기보다는 個人的 接近, 集團的 接近, 社會的 마케팅, 및 地域社會 組織 및 開發接近으로 구분하였다.

5) 健康增進과 認知된 便益 및 障壁

각자가 健康活動에의 順應이 가져다주는 潛在的 便益과 認知된 障壁을 비교해 보면서 추천된 행동을 취하게 된다는 것이 健康增進模型의 기본 가정이다. 여기서 편익이라 함은 질병으로부터의 豫防이나 症勢가 輕減되는

것을 의미하며 장벽이라 함은 비용, 불편, 불쾌함 또는 통증과 부작용 등이 될 것이다. 예방접종을 받아도 충분한 면역이 되지 않는 볼거리(Mumps)나 홍역의 경우에는 예방접종률이 떨어질 수밖에 없는데, 이들 질병의 경과가 가볍기 때문에 불편과 비용 소요라는 인지된 장벽이 잠재적 편익을 증가하기 때문일 것이다. 일반적으로 保健教育을 健康增進과 동일시하는 경향이 있는데, 保健教育이 健康增進의 한 부분인 것이 명확하지만 그것만이 건강증진이 아니다. 다시 말해서 사람들의 보건교육이 안되어서 또는 소득수준이 낮아서 豫防的 保健活動을 취하지 않는 것이 아닌 것이다. 사람들이 왜 예방적 건강행위를 하는지에 대한 의사결정 과정을 검토해 볼 필요가 있다. 세계보건기구의 오타와(Ottawa)현장에는 “健康增進이라 함은 사람들의 각자의 건강에 대한 통제력을 증가시키게 하거나 또는 건강을 향상시키도록 하는 과정이다. ……(중략) 건강증진은 더 나은 건강을 얻기 위해 優先順位를 결정하거나 意思決定을 요구한다.”라고 기술되어 있다.

즉 오타와 현장은 각자가 자신의 건강에 책임을 지거나 자신의 건강을 증진시키는데 책임이 있음을 강조한다, 이것은 의사결정과 치료에의 順應을 포함하게 되는데, 건강지식이 있다고 하더라도 반드시 치료순응이 나타나지는 않는다. 이에겐 흡연자가 한 예가 될 수 있다. 그러므로 무차별적으로 보건의 위해에 대한 보건정보를 제공하기보다는 治療順應行爲에 대한 복잡한 意思決定過程을 이해한 후 적절한 전략을 구사하는 것이 바람직하다. 건강에 관한 신념 모형은 이러한 과정을 도와주게 된다.

3. 個人的 接近을 통한 健康增進

가. 個人的 接近의 必要性

保健教育을 통하여 健康增進을 도모하자면 개인에 초점을 맞추어 1 대 1 접근이 필수적이다. 이에겐 의사 대 환자, 간호사 대 어머니 또는 조산원

대 산모가 예가 된다. 개인적 접근은 두 가지 측면에서 필수적이다.

① 대상집단이 너무 커지면 전달하려는 메시지의 전달력이 떨어져서 효과가 떨어질 수 있다. 즉, 의사소통이 원만하게 일어나기 어렵다. ② 건강에 관한 정보는 대개 기술적이고, 복잡하기 때문에 대중이 이를 쉽게 이해하도록 하려면 대인관계를 통한 보다 친밀한 접근이 요구된다.

健康增進에 관한 정보는 그 종류가 다양하고 널리 유포되어 있기 때문에, 公信用이 뒷받침이 될 필요가 있다. 그러므로 건강증진과 같이 개인적인 습관이나 사생활에 밀접하게 관련되는 사안의 경우에는 個人的인 接近이 바람직하다.

나. 一次的 健康增進

健康增進은 개인의 건강에 대한 잠재력을 향상시키는 것이어서 疾病 豫防과는 달리 健康한 生活 그 자체가 관심의 초점이 된다. 이러한 의미에서 1차적 健康增進이 2차적 또는 3차적 건강증진보다 더욱 重要하고 效果的이다. 즉 병원성(pathogenic)인 상태로 되기 이전에 生活樣式이 健康增進의인 것이 되도록 하는 것이 1次的 健康增進이다.

Breslow 등이 밝힌 코호트 연구결과에 따라 건강한 생활양식을 실천하도록 하는 것이 가장 費用效果的이다. ① 간식을 삼가고 하루 세끼를 먹는다. ② 1주일에 최소한 3회 이상의 적당한 운동을 한다. ③ 매일 밤 7시간 내지 8시간 수면을 취한다. ④ 금연을 실천한다. ⑤ 정상 체중을 유지한다. ⑥ 필요한 경우에도 적당한 만큼의 음주를 한다. 흔히들 이를 Alameda 6라고 부른다.

만약 45세 남자가 위의 6가지 생활양식 중에서 절반만 실천한다면, 확률적으로 21.6년을 더 살 수 있으며, 6가지 모두를 실천할 경우에는 33.1년을 더 살 수 있다(Belloc, 1972). 이러한 연구결과를 보충해서 Taylor(1982) 등은 건강증진의 실행, 적당한 음주, 영양, 체중관리, 금연, 적당한 의약품의 사용, 휴식 및 수면, 스트레스 관리로 나누어 설명하고 있다. 이러한 내용을 전달하는 방식은 다양한 통로를 통할 수 있다.

1) 教育的 接近

각급 학교교육에서 건강한 생활 습성을 취급하도록 하고, 특히 국민학교 등 저학년 교육과정에서 집중적으로 건강한 생활양식을 익히도록 한다. 예를 들어서 Alameda 6 등을 익혀서 생활화하도록 한다.

2) 組織的 接近

家庭保健(看護)制度가 活性化되면 보건요원이 가정 방문시 개인적으로 健康增進 活動을 할 수 있다. 그러므로 병원이나 보건소 등을 중심으로한 가정방문제도의 구축이 필요하다.

3) 經濟的, 立法的 手段

불건강적 생활양식, 예를 들어서 공공장소에서의 깃연, 폭음 또는 폭식, 운전시 안전벨트의 미착용 등에 대하여 벌금을 부과하든지, 폭음으로 인한 조퇴 및 결근을 고가 평점에 반영하든지 또는 도로안전 교통법을 고쳐서 안전벨트 미착용 상태의 주행에 대하여 벌금을 부과한다.

4) 技術的 內容

환자나 개인을 대상으로 하는 교육자료는 기술적으로 구분해서 취급해야 한다. 예를 들어서 내용이 정보적인 것(예: 영양교육), 처방에 관한 것(예: 당뇨병 식이요법) 또는 평가적인 것(예: 스트레스 관계)에 따라서 각기 그 내용을 달리 구성해야 한다. 그리고 각기 프로그램화된 학습자료를 만들어 내는 것이 바람직하다. 1次的 豫防과 健康增進은 1대 1의 개인적 방식으로 접근하기에는 너무나 비용이 많이 소요되는 결점이 있다. 왜냐하면 대개의 사람들은 평생 한번도 그러한 질병에 이환되지 않기 때문이다. 이러한 경우에는 集團的 方法이나 大衆媒體 또는 地域社會 組織 및 開發接近을 통하는 것이 더욱 效果的이다.

다. 二次的 健康增進

個人的 健康增進 方法은 2차적 또는 3차적 예방과 밀접한 관계를 가지는데 2차적 건강증진이라 함은 早期에 症勢를 더욱 輕減시키든지, 역전시켜 아예 없애는 것이 된다. 3次的 健康增進은 이미 존재하는 疾病의 進行結果를 늦추든지 아예 停止시키는 것이 된다(예: 심장발작).

2차적 건강증진에는 危險要素의 査定이 포함된다. 검사는 개인과 집단으로 할 수 있으며, 한가지 특정 질병을 검사하는 것과 여러 가지 질병을 검사하는 것으로 구분된다.

라. 患者教育

개인적 접근방법과 관련되는 典型的인 3次的 健康增進으로는 患者教育을 들 수 있다. 회복기 환자는 가장 피암시성이 강하기 때문에 이때 患者教育을 시키면 가장 치료 순응도가 높은 것으로 되어 있다. 그러므로 미국 보건교육학회(1976)는 포괄적 보건의료체계가 患者教育 프로그램을 환자 관리의 한 부분으로 취급할 것을 권고하고 있다. 이 프로그램의 개발에는 각 진료과목에서 골고루 참여하도록 해야 하며 患者教育 目標의 設定에는 환자를 참여시켜야 하고, 評價를 위한 計量的 目標를 設定할 것을 권고하고 있다. 미국 공중보건협회의 만성병 교육작업 위원회(1980)에서도 다음의 다섯 가지 원칙을 강조하고 있다. ① 환자는 그들의 요구가 충족되었거나 의사결정 과정에 참여했을 때 행동을 하게 된다. ② 목적이 이해되어야 변화가 용이하다. ③ 교육 프로그램이 개인의 요구와 관련되어야 한다. ④ 환자들은 그들 자신이 직접 참여해서 프로그램을 수행하도록 한다. ⑤ 환자들은 환류프로그램이 있어야 더 배우고 동기가 부여될 수 있다.

병원에서의 患者教育은 入院프로그램과 外來프로그램으로 나뉘는데, 전자는 본격적인 特定 疾患別 教育이 가능하며, 스스로 자기가 혼자서 할 수 있는 프로그램화된 학습법의 개발이 가능하다. 그러나 후자는 환자의 체류시

간이 짧기 때문에 健康增進과 같은 大衆教育에 적합하다.

예를 들어서 컴퓨터를 이용한 사실적 지식전달에 유리하다. 그러므로 모든 병원에서 환자교육 프로그램을 도입하도록 하고 이를 병원서비스 평가 내용에 포함시키도록 한다. 뿐만 아니라 患者의 權利章典에도 환자가 교육을 받을 권리를 첨부하도록 한다. 그리고 환자교육용 전문적인 매체 제작소를 육성하도록 하며, 의사를 위시한 보건의료인이 患者教育에 출선하도록 患者教育 專門家를 養成한다. 그리고 약국을 健康增進 프로그램에 연결해서 약국이 지나는 住民 接近容易性을 活用하도록 한다.

마. 個人的 健康增進을 위한 制度的 接近方案

1) 醫療機關에서의 患者教育 義務化

費用效果 側面에서 個人的 接近方法의 健康增進에는 한계가 있지만, 복합적이고 기술적인 메시지를 전달하자면 얼굴을 맞대고 하는 대인관계의 의사소통 방법이 효과적인 경우도 많다. 특히 1次的 豫防보다는 患者教育에서 효과가 크다. 그러므로 병원에서의 患者教育을 義務化 시키도록 한다. 보다 구체적인 방법으로는 환자 교육을 환자의 권리장전에 포함시켜서 制度化 해나가는 것이 가장 바람직하다. 즉 환자는 입원 교육기간 동안에 특정 질병에 대한 환자 교육을 받을 권리가 있다. 대한병원협회로 하여금 自律的으로 施行하게 할 수도 있을 것이다.

2) 健康診斷制度의 活性化

재작년에는 勤勞者 健康診斷 事業이 의료보험의 영역으로 편입되었다. 그리고 작년부터는 지역의료보험에도 40세 이상의 피보험자에 대한 건강진단이 실시됨에 따라 全國民健康診斷時代로 돌입하고 있다. 의료보험의 保健豫防事業이 強化되기 시작한 셈이다. 일반적으로 2次 豫防으로는 危險要素의

健康事情과 스트레스 管理法이 있다. 질병을 早期에 發見하고 早期治療 할 수 있도록 制度的으로 通報해 주는 것은 個人적 수준에서 健康증진을 도모하게 해주는 확실한 方法이 된다. 환자 또는 예비환자의 治療에 대한 皮압 示성이 가장 크기 때문에 如此하다.

3) 家庭訪問 保健制度的 活性化

慢性退行性 疾患의 增加와 病院으로부터 早期退院 患者의 增加는 家庭訪問 保健事業의 必要性을 크게 增加시켰다. 서울지역을 위시하여 全國의 各 保健소에서 지역保健사업이라는 名칭으로 이 事業을 이미 실시하고 있으며 일부 病院(예: 원주기독病院)에서도 시범사업이 계속되고 있다. 『하이텍』의 료기술시대가 될수록 방문보건제도를 통한 保健요원 차원에서의 健康增進 事業이 活性化 될 전망이다.

4) 學習媒體의 開發과 必要情報에 대한 接近性的 提高

個人적 접근을 통하여 健康增進事業을 活性化하자면 프로그램화된 학습 매체를 개발하는 것이 시급하다. 이러한 자료개발 없이는 個人적인 수준에서 의 효과적인 患者教育이란 불가능하다. 뿐만 아니라 健康增進 實行에 필요 한 各種 정보에 대한 접근성이 보장되어야 한다. 그리고 이를 위해서는 주치의 등록제도를 활용하든지 아니면 건강에 관한 자료를 용이하게 이용할 수 있는 경로가 확보되어야 하는데 약국, 保健소, 방문보건제도, PC통신의 健康코너를 이용할 수 있을 것이다.

5) 主治醫 登錄制度的 定着

우리나라의 경우에는 保健의료 이용에 있어서 단골의사나 단골약사의 개념이 희박하다. 따라서 각자의 필요와 자유의사에 따라서 保健醫療機關을 이용하는 경우가 많기 때문에 診療의 繼續성이 떨어지는 편이다. 예를 들어

서 보험진료의 월간 환자당 동일의료기관 외래이용 횟수는 2.1회(1994)에 불과하다.¹⁾ 이러한 요건은 양질의료를 추구하는데 걸림돌의 하나가 되고 있다. 이러한 장벽을 극복하자면 1차 의료의 기저가 되는 家庭醫制度(또는 단골의사제도) 내지 단골 藥師制度를 뿌리내리도록 하는 것이 필요하다.

정부에서는 금년도에 主治醫 登錄制度를 시범적으로 실시할 방침인 것으로 알려져 있다. 즉 의사에게는 등록비를 지불하고, 국민들에게는 추가 서비스의 제공 및 진료비의 할인 등 유인책을 부여해서 단골 관계를 형성하게 되면 의사장보기 등 바람직하지 못한 의료이용 형태가 줄어들 것으로 예상되며, 의사와 환자간의 신뢰회복에도 도움이 될 것으로 보인다. 만약 이러한 제도가 정착이 되면, 主治醫를 중심으로 한 健康增進事業 模型을 開發해서(예: 평생건강관리제도 등) 活性化시킬 수도 있다. 가정의 등 가장 믿을 만한 1차 진료원이 국민 모두의 주치의가 되는 시대가 도래되면 健康增進事業도 자연스럽게 主治醫를 中心으로 하여 전개될 수밖에 없을 것이다.

4. 集團的 接近을 통한 健康增進

가. 集團的 接近의 必要性

集團的 接近方法이라 함은 健康增進을 敎訓的 方式(예: 강의, 세미나) 또는 經驗的 方式(예: 기술훈련, 시뮬레이션/게임 등)으로 전수시키는 것이다. 前者는 意思疏通이나 知識傳達이 목적일 때 주로 사용되고, 後者는 집단 과정과 수행할 수 있도록 하는 技術傳達을 強調하게 된다. 敎訓的 方式은 지식의 내용과 교수법과 질문에 명확하게 대답하는 것을 요구한다. 經驗的 集團學習은 달성하고자 하는 행동의 결과가 복잡하고 행동이론모형의 각 구

1) 이 통계자료에는 진단명이 표준화되어 있지 않으며 의료장보기 현상이 상당할 것임을 시사해 준다. 그리고 진료비를 청구한 월간의 의료이용자료를 라는 취약점이 있어서 동일진단에 따른 환자 1명당 외래이용 빈도라는 개념과는 차이가 있다.

성성분(예: 태도, 장벽, 신념 등)에 대한 구체적인 개발에 적합하다.

健康增進의 目的을 集團的 方式으로 달성해야 할 필요성은 다음과 같은 두 가지 점에서 그러하다.

첫째, 비용효과적인 측면에서 볼 때 個人的 接近方式이 效率性이 낮기 때문에 이를 보완해야 할 필요성이 있다. 즉 集團的 方式의 效率性은 지역사회 전체를 동원하는 방식보다는 떨어지지만 個人的 接近方式 보다는 效率的이므로 집단적 방식이 필요하다.

둘째, 특정집단에 속해 있는 사람들은 그 모임의 단체 성격이나 회원자격에 영향을 받기 마련이다. 이러한 사실은 健康增進戰略을 세우는데 있어서, 집단에 초점을 맞추으로써 個人的 健康增進에 큰 효과를 거둘 수 있음을 시사해준다.

나. 學校에서의 健康增進 方案

1) 個人的 行態變化를 겨냥한 健康增進 方案

가) 동아리 등 小集團을 活用한 健康增進 教育

사춘기 아동들은 동료그룹의 영향을 크게 받는다. 고등학교 학생들도 성지식을 주로 동료나 선배를 통해서 얻는다(김화자, 1995). 그러므로 또래집단의 영향을 이용하여 이들의 의사소통 통로에 영향을 미칠 수 있는 기전을 고려한 保健教育 프로그램 開發이 필요하다.

나) 大衆미디어를 利用한 健康增進 方案

청소년은 매스미디어의 주요 이용자이다. 주요 이슈에 대한 이해를 높이고 역할 모델을 제시하고 行爲意圖를 強化하는 데 있어서 大衆媒體의 影響力은 매우 크다. 건강행위에 영향을 미치는 데 대중매체가 가진 한계가 있을 수 있지만 유용한 청소년의 네트워크 이용과 학교에서의 保健教育을 結合하여 청소년들에게 통합된 보건교육을 제공하는 것은 단일 수단만을 이

용하는 것에 비해 훨씬 효과적일 것이다.

다) 教師나 外部 專門家를 利用한 講義 教育

健康增進 行爲를 등한시함으로써 발생하는 부정적인 결과(예를 들어 양치를 하지 않았을 경우로서 충치, 상한 잇몸 등)에 대한 엑스레이 필름, 사진, 圖 등을 이용하여 위협적인 충격을 가함으로써 호소력을 높이도록 한다. 전문가에 의한 적나라한 사례제시가 도움이 된다.

라) 父母-學校間의 意思疏通

학교 보건교육 프로그램의 일환으로 숙제나 가정통신문을 보내 부모들로 하여금 학생들의 健康增進 行爲에 대한 의식을 고양시킬 수 있다.

마) 健康管理事業

건강문제를 가진 사람이나 그룹을 선별해내고 적절한 대책을 세우도록 한다. 학생들의 健康狀態를 觀察하고 身體檢査와 豫防接種 등을 실시하며 지역사회에 있는 의료인을 선택하여 의뢰하는 행위 등도 포함한다. 학교급식 프로그램도 건강관리 사업의 일환으로 볼 수 있다.

2) 社會制度的 接近을 통한 學校 健康增進 方案

가) 保健教育의 體系化와 教科課程의 獨立

현재 학교의 保健教育은 여러 과목으로 분산되어 任意的으로 實施되고 있다. 즉 담당교사는 양호교사, 담임교사, 기타 관련 교과 교사(가정, 생물, 체육, 교련)들에 의해, 개인위생, 약물 오남용, 성교육, 영양(비만), 흡연, 음주, 정신건강의 주제에 관해 실시되고 있다. 그러나 健康增進과 保健教育의 重要性에 비추어 독립된 교과로서 保健教育課程을 편성하는 것이 고려되어야 할 것이다. 이 경우 보건교육내용의 체계화 및 학습의 통합화를 이루어야 할 것이다. 국가 수준의 교육과정을 형성할 때 관련 교과 교육과정에 포

함될 보건교육내용의 상호관련성을 밝히고 체계성을 살려 조직하는 것이 바람직하다.

나) 研究開發의 活性化를 통한 學校保健事業의 支援

學校保健教育事業이 가장 비용효과가 큰 健康增進事業의 하나임을 고려하여 장·단기적 지원이 필요하다. 健康增進事業 實施에 필요한 보건교육, 영양관리, 운동처방지도, 구강건강관리 등을 위시한 각종 健康增進 프로그램 및 事業關聯 情報體系의 開發이나 調查研究 및 評價를 통한 현황 및 문제점 진단과 효과적 사업추진 방안 모색, 사업계획 수립 및 평가에 필요한 통계 및 정보자료의 수집, 교육 훈련에 필요한 교과과정 및 교재개발 등의 역할을 수행하여야 한다. 또한 각종 건강증진에 관련된 정보를 학교와 지역 사회에 지속적으로 제공하여 학교보건사업 수행에 도움을 주어야 할 것이다.

다) 健康增進 콘테스트의 實施

學校別 健康增進 프로그램의 내용과 實踐程度를 평가한 후 그 결과에 대하여 시상함으로써 경쟁을 통한 건강증진을 모색한다. 도 보건사회국이 이 사업을 주관하도록 하고 전문가의 지원을 받아서 평가팀을 구성하도록 한다.

다. 事業場의 健康增進 方案

1) 個人 및 集團의 健康行態 變更 誘導

가) 自己健康管理 戰略의 樹立 및 實踐

근로자들에게 각자 자기건강관리 전략을 수립하도록 하고, 건강증진 담당자가 이를 도와주도록 한다. 즉, 사업장에서 집단활동이나 개별적으로 자율 학습 도구, 책, 테이프 등을 이용하여 자신의 健康增進行爲를 實踐하는 方法에 대하여 자문을 구하도록 한다. 또는 점심시간이나 교대 직후에 교육 등을 통해 근로자가 담배를 끊거나 체중 감소, 혈압과 콜레스테롤 조절, 스

트레스 관리, 또는 규칙적인 운동을 시작하는 방법을 스스로 배울 수 있도록 한다. 자신의 혈압과 체중을 스스로 체크하도록 권고하고 건강카드를 제공하여 혈압과 체중을 기록하고 그 변화추이를 근로자가 직접 관찰할 수 있도록 한다. 점심시간이나 퇴근 후 시간을 이용하여 健康增進 세미나를 組織하는 것도 바람직하다.

나) 經濟的 動機의 附與

각종 연구결과는 경제적 유인이 고혈압관리, 금연, 체중조절 등에 긍정적인 효과를 보이고 있다. 그러므로 소집단(예: 생산작업 단위)에게 特定 健康增進 프로그램의 實施 目標量을 주어서 이의 성취도가 우수한 집단에게 포상을 실시하도록 한다. 목표량에 대한 도전과 유인은 회사내에서 이 프로그램에 참여하지 않는다 할지라도 근로자들에게 건강에 대한 자각을 불러 일으킬 수 있다. 회사는 전 회사 차원의 집담회를 정기적으로 운영하여 기업의 건강증진 실무자, 외부 전문가들을 참여시켜 회사내 건강증진 프로그램의 진행정도를 검토하고 자원과 요구에 대하여 재사정을 하며 革新的인 接近과 遂行에 대하여 表彰을 하도록 한다.

다) 會社內 弘報活動의 強化

근로자의 건강유지·증진의 의의, 사업주의 방침, 각종 행사, 건강유지·증진에 관한 정보를 전 근로자에게 철저히 주지시키는 것이 필요하다. ① 사내 월간지, 사내 정보지, ② 팜플렛, ③ 건강증진달력, 포스터, 표어, 입간판, 벽신문, 자료, 사내방송, 경영간부의 방침, ④ 건강유지증진 행사사진, 슬라이드, 비디오 등이 홍보를 위한 수단으로 사용될 수 있다. 건강측정결과에 따라 상담지도가 필요하다고 판단된 경우 또는 근로자 자신이 지도를 희망하는 경우에는 스트레스에 대한 解消 및 弛緩療法 指導 등을 提供한다. 또한 과식, 식염, 알코올 등의 과잉 섭취, 식생활의 문제가 안정된 근로자에 대하여 건강상의 문제를 해결하기 위하여 食生活의 評價와 그 改善을 指導한다.

라) 健康危險 評價制와 追後管理制度的 導入

개별 근로자를 대상으로 健康危險評價를 實施하고 그 결과에 따른 지도를 실시하는 것이 개인 또는 집단의 行動變化를 誘導하기 위한 健康증진에 매우 중요한 요소이다.

2) 支持的 環境의 造成

가) 健康指向的 職場文化의 形成

문화가 인간의 의식과 행동을 규제하기 때문에 직장생활의 양식을 健康指向的으로 誘導하는 것이 중요하다. 회사 풍토가 이렇게 변화되면 健康증진의 추구가 직장문화의 일부가 되도록 발전시켜 나갈 수 있다. 예를 들어서 회사내 금연구역을 선포하고 깃연을 옥외로 추방하며, 구내식당에서 제공하는 음식이 健康식이 되도록 검토한다. 그리고 비공식적인 健康유지 동호인회(예: 에어로빅, 등산 등)의 구성을 적극 지원하는 것도 한 방법이다. 기업정책의 일환으로 健康增進의 風土를 造成해 나가도록 하는 것이 기업의 발전에도 도움이 된다.

나) 健康情報센터의 設置 運營

사원들에게 지속적으로 健康增進에 대한 情報를 提供하고 교육할 수 있는 조직을 회사내에 설치한다. 정기적으로 근로자 자신이 健康에 대한 현재의 권고사항에 대해 전 가족이 정보를 나누어 받아 볼 수 있도록 각 가정으로 健康과 체력에 관한 잡지를 제공한다. 생활양식 세미나, 금연, 운동, 스트레스 관리, 영양, 체중조절 등에 대한 一般的인 健康知識을 提供한다. 그리고 정보센터에는 체중계, 각종 운동기구 등의 體力增進 機構를 設置하고 레크레이션 도구를 갖추도록 한다.

3) 社會制度的 接近을 통한 事業場 健康增進 方案

근로자는 생애의 매우 많은 시간을 직장에서 보내기 때문에, 국가나 사회가 구성원들의 일터가 건강증진적 제 조건을 갖추도록 지원하는데 인색하지 말아야 할 것이다.

가) 教育的 接近

회사내 건강증진 문화를 정착시켜 나갈 수 있도록 사업장근로자 들을 위한 教育媒體의 開發이 시급하다. 그리고 보건소나 의료기관으로 하여금 健康增進 專門家들을 確保하도록 해서 관내 사업장을 정기적으로 지도할 수 있도록 해야 할 것이다. 회사에서는 健康增進 情報센터를 운영하고 기본적인 健康增進 機構를 갖추어야 할 것이다.

나) 組織的 接近

사업장의 건강증진실과 의료보험조합 그리고 보건소나 요양취급기관을 유기적으로 엮어서 직장인의 건강관리가 효과적으로 수행되도록 事業場 健康增進體系를 確立해야 할 것이다. 이를 위해서 의료보험의 保健豫防事業이 活性化되어야 하며 보건소나 의료기관은 건강증진 전문가를 파견해서 事業場 健康增進 體系를 支援하는 고리를 형성해야 할 것이다.

다) 經濟的 接近

사업장 건강증진사업에 투여하는 일체의 경비가 사업장의 손비로 처리되어 세금감면혜택을 받도록 해야 할 것이다. 이에는 체육시설 이외에도 옷장, 샤워장, 휴게실 등의 物理的 環境의 造成에 소요되는 경비가 전부 포함되어야 할 것이다. 우리나라 가족계획 사업에서 사업장의 가족계획사업비를 손비처리토록 함으로써 세금감면혜택을 부여하였으며, 이러한 經濟的 接近 方法을 援引할 필요가 있다.

라) 立法的 接近

健康增進을 促進시킬 專門家の 養成이 필요하다. 종래의 保健教育師를 健康增進師 또는 健康增進管理師로 改칭하고 이들을 보건소나 의료기관에 배치토록 제도화할 경우 새로운 人력의 養成과 배치에 따른 立法的 措置가 필요하다. 運動요법사의 필요성도 날로 增加하고 있는데 이 역시 資格附與를 위한 制度化가 필요한 영역이다.

마) 技術的 接近

건강증진에 관한 研究결과를 현실에 적용하기 위해서는 국가수준에서 전문지식을 정리하고, 사업을 기획하며 조정 및 통제하고, 평가하는 역할을 담당하는 실체가 필요하다. 韓國保健社會研究院內에 설치될 研究開發評價委員會가 이 역할을 맡아서 수행해야 할 것이다. 그리고 동 研究원의 부설기구로 설치될 예정인 保健教育開發센터가 중심이 되어 教育媒體의 生産을 전담해야 할 것이다. 그리고 경제정의실천연합회에서 매년 실시하고 있는 기업평가제도의 평가 항목에 健康增進의 實踐에 관한 사항을 포함시킴으로써 전사회적인 관심을 불러 일으킬 수 있을 것이다.

라. 其他 制度的 方法

1) 地域社會 學校保健委員會의 活性化

학교보건을 수행하는 학교당국과 보건당국과의 연계가 잘 이루어지지 않고 있다. 학교보건법 제17조와 시행령 제7조에 의하면 學校保健委員會를 構成하도록 되어있으나, 1981년 5월 29일 정부의 각종 위원회 정비계획의 일환으로 현재까지 운영되지 않고 있다. 이처럼 중앙에서의 기능 중지로 인하여 학교보건 문제가 체계적으로 심의, 평가되기 어렵기 때문에 體系的인 學校保健業務의 推進이 곤란한데 하루 속히 이 機能을 活性化시켜야 할 것이다.

만약 學校保健委員會를 통한 學校保健事業의 活性化가 현실적으로 어려

을 경우에는 현재 개정작업이 진행중에 있는 지역보건법의 시행령에 이를 규정하여 地域社會가 市·郡·區 學校保健事業 擔當者와 地域保健 擔當者가 상호 협력할 수 있는 길을 터야 할 것이다. 이는 地域社會 學校保健委員會의 構成으로 가능할 것이다.

2) 地域社會 産業保健委員會의 活性化

산업보건분야 역시 지역단위에서의 협조체제가 제대로 이루어 지지않고 있다. 산업안전보건법은 産業場의 安全保健管理 規定이지만, 산업장과 지역 사회와의 관계는 명확하게 규정하지 않고 있다. 그러므로 위에서 본 학교보건에서와 마찬가지로 보건소를 중심으로 한 地域社會 産業保健委員會 組織을 設立·活性化시키는 것이 바람직하다.

5. 社會的 마케팅 接近을 통한 健康增進

가. 社會的 마케팅 接近의 必要性

정보를 알리고 확산시키는 데 사용되는 매체는 그 대상범위에 따라 크게 大衆媒體와 非大衆媒體로 나눌 수 있다. 특히 TV, 라디오, 신문 등의 대중매체는 그 보급률이 거의 100%에 달하고 있으며, 情報提供 通路로서 현대인들의 삶 속에 없어서는 안될 위치에 있다. 건강과 질병에 대한 대중의 인식과 행위결정에 대한 영향력 또한 예외가 아니어서 최근들어 대중매체는 건강과 의학에 관한 일반국민의 중요한 정보원으로 등장하고 있다. 또한 이러한 大衆媒體의 情報提供能力과 波及力을 이용해 保健教育的 側面에 適用하거나 계획한 예는 서구 여러 나라에서 흔히 발견할 수 있다.

우리나라의 경우 1981년부터 1990년까지 10년간 총 371종의 보건교육자료가 보건사회부와 관련보건단체 및 의료보험기관 등을 통해 개발, 보급되

었고 그간의 다양한 保健 事業에 活用되어 온 것으로 집계되고 있다. 그 자료형태 별로는 영화, VTR이 총 101건, 슬라이드가 65건, 책자나 소책자 등이 139건, 팸플렛이나 포스터가 66건으로 분류되고 있으며, 그 내용은 인구 및 성교육, 식품 및 환경, 전염병관리, 성인병, 기생충관리 순으로 많았다(한국보건사회연구원, 1994). 또한 보건복지부는 健康生活實踐을 誘導하기 위하여 각종 자료들을 全國 關聯機關을 통해 配布하기도 하였다.

그러나 관 주도의 이런 홍보나 계몽활동은 중앙에서의 참여만 눈에 띄는 시·도 및 시·군 보건소에서는 극히 일부에서만 추진되고 있는 등 형식에 그치고 있는 것으로 보인다. 무엇보다도 일반대중이 흔히 접할 수 있는 통로인 대중매체를 활용하여 健康行爲 關聯 弘報를 한 경우는 극히 미미한 실정이다. 따라서 대중매체를 통한 건강관련내용의 프로그램은 다분히 시청율을 의식한 방송국의 임의적인 계획에 의해 일회적이고 단편적이며 豫防보다는 疾病의 治療와 관련한 健康知識 爲主로 提供되고 있다고 보아도 좋을 것이다. 더 나아가서는 국민의 健康生活樣式에 반하는 내용의 상업적 광고들이 공익성 광고가 부재한 공간을 이용해 범람하는 등 국민건강차원에서 볼 때 심각한 상황에 이르러도 이에 대해 적절히 대처할 법이 없어 속수무책일 수 밖에 없었다.

다행히 최근 들어서는 전국민적 차원에서 건강에 대한 인식이 새롭게 제기되고 있으며, 그에 대한 반영으로 國民健康增進法이 제정되어 제한적으로나마 술, 담배 등의 健康危害性 食品廣告에 대한 規制 措置와 함께 국가 및 지방자치단체의 건강관련 홍보 의무를 규정하게 되었다.

팸플렛, 정보지, 뉴스레터, 포스터, 스티커 등 非大衆媒體는 간단히 제작하여 활용할 수 있다는 장점을 가지고 있어 保健事業의 教育手段으로 흔히 사용되어 왔으나, 내용의 생산, 실행, 이후의 평가와 개선의 과정이 체계화되지 못한 것이 사실이다. 시행되는 보건사업의 효과를 높이는데 보다 유효하게 기여할 수 있도록 다양한 媒體의 開發과 內容生産이 不足하다 하겠다.

최근 방송국이나 신문사는 높아진 국민들의 건강에 대한 관심을 사로잡고

자 건강상식코너 등의 이름으로 정보를 제공하는 빈도가 크게 증가하고 있다. 하지만 건강정보의 내용이 주로 疾病에 관한 知識 爲主이며 이것마저도 논란이 있는 내용을 일방적으로 방송 내지 게재하거나, 過大表現, 不正確한 表現 등으로 일반국민의 건강상식에 대한 혼란만을 가중시키고 있다.

오늘날 국민의 건강의 관리를 위해서는 疾病의 治療뿐 아니라 豫防과 건강증진이 차지하는 비중이 날로 커지고 있는 현실에서 國民의 健康實踐行爲를 誘導할 수 있는 사회적 마케팅의 制度的인 施行이 아쉬운 실정이다.

이상에서와 같이 종래의 健康增進 關聯教育을 위한 媒體의 活用은 상업적 광고에 비해 매우 제한적이었으며, 양적, 질적인 수준은 健康增進을 위한 사회적 필요를 충족시키기엔 턱없이 부족했을 뿐 아니라 그 효과도 의심스러웠던 것이 사실이다. 따라서 이 장에서는 범국민적 健康增進勞力을 성공적으로 이끌고, 국민의 健康實踐行爲를 획기적으로 개선시키기 위해 社會的 마케팅의 效果的인 施行 可能性과 媒體의 制度的 活用方案에 대하여 고찰하고자 한다.

나. 健康增進의 社會的 마케팅

社會的 마케팅이란 商業的 마케팅과는 달리 대상집단 내에 사회적으로 이익이 되는 생각과 동기의 수용성을 높이기 위해 프로그램을 구상, 실행, 통제하는 과정에 마케팅의 개념과 기술을 적용하는 것을 말한다. 상업적 마케팅은 대상 시장의 요구와 필요를 만족시키는 것을 목표로 하는 반면, 사회적 마케팅은 對象集團의 態度나 行爲를 變化시키고자 하는 것이다. 따라서 사회적 마케팅은 다음과 같은 특성을 지닌다(Rothschild, 1975; Novelli, 1981).

① 사회적 마케팅은 長期的인 便益을 가져다 주며, 보건분야의 경우 더욱 그렇다. ② 社會的으로 바람직한 行爲를 誘導하기 위한 마케팅이므로 시간과 노력이 많이 든다. ③ 건강과 관련된 행위들은 개인이 처한 社會的 環境과 無關한 경우가 많다. ④ 상업적인 마케팅은 대상 상품의 정의가 쉽지만, 保

健分野에서는 어렵고, 抽象的인 경우가 많다. ⑤ 보건분야의 마케팅이 담고 있는 메시지는 종종 對象集團이 가진 習慣이나 態度에 반대되는 변화를 요구한다. ⑥ 사회적 마케팅은 깊이 배어있고 강화된 습관의 저항을 받는다. ⑦ 건강행위들은 극도로 복잡한 경우가 많다. ⑧ 보건분야의 사회적 마케팅은 정치적 압력과 재원의 부족에 영향을 받기 쉬우며, 따라서 캠페인 기간이 제한된다. ⑨ 사회적 마케팅은 훨씬 多樣한 經路를 통하므로 통제가 어렵다. ⑩ 대부분의 사회적 마케팅은 개인의 이익보다는 集團의 利益을 強調한다.

豫防的 健康行爲를 비롯한 무형의 아이디어를 마케팅하는 것은 유형의 재화와 서비스를 마케팅하는 것에 비해 더욱 복잡하고 힘든 과정임에 틀림없다. 따라서 商業的 마케팅과 社會的 마케팅의 대상 메시지가 서로 대립되는 경우에 상업적 마케팅이 支配的인 效果를 보이는 경우를 간혹 볼 수 있다. 따라서 상업적 마케팅에 경쟁할 수 있는 있도록 사회적 마케팅의 내용과 형식의 질을 보완하는 것이 무엇보다도 필요하며, 이는 곧 健康增進메시지 創出을 擔當할 專門家들로 구성된 機構를 설립해야 할 근거를 제공한다.

이 때, 健康增進에 관한 社會的 마케팅의 目標은 올바른 건강증진을 위한 生活樣式에 대한 大衆의 認識을 提高시켜 궁극적으로 健康實踐行爲를 취하게 함으로써 전체 사회의 건강을 향상시키는데 두어야 할 것이다. 또한 이에 따른 마케팅의 내용으로는 균형있는 바른 식생활, 적당한 운동실시, 적당한 휴식 및 레크리에이션 활동, 정신적 건강생활 유지, 금연 및 절주, 개인위생관리, 건강검진 및 예방접종, 질서의식 및 안전생활, 적당한 체중 유지 등이 있을 수 있다.

社會的 마케팅의 運營過程은 일반적으로 목표집단의 정의, 메시지의 개발, 예비운영, 수정, 운영, 평가의 단계로 구별된다. 豫防的 健康行爲를 보다 효과적으로 마케팅하기 위해서는 목표로 하는 수용자에 대한 이해가 가장 우선이 된다. 수용자의 속성과 수용자가 처한 個人的, 社會的, 媒體變因을 폭넓게 파악해야 한다. 이에 근거해 전체대상집단을 유사한 속성을 지닌 하위집단으로 분할하고 그에 적합한 마케팅의 목표를 설정한다. 수용자를 정

확히 파악해야 할 필요성은 특정소스나 채널이 수용자에게 부합되는 것인지를 결정하기 위해서도 절대적이다.

다. 效果的인 社會的 마케팅과 失敗 要因

대중매체가 개인이나 집단에 강력한 영향력을 발휘할 수 있다는 널리 알려진 가정과는 달리 保健教育에서 大衆媒體를 활용한 社會的 마케팅은 만족할만한 성과를 보이지 않았던 것으로 밝혀지고 있다(Budd & McCron, 1981). 매스미디어가 적절히 조직화 된다면 인식의 변화를 초래할 지는 모르지만, 태도와 그에 따른 행동의 변화를 유도하는 데는 적합하지 않다는 주장이 제기되고 있는가 하면(Tones, 1981), 대중매체의 속성상 기존 관념이나 견해를 변화시키기 보다는 강화시키는 경향이 크다는 주장이 제기되고 있기도 하다. 기존의 健康實踐行爲에 대한 마케팅이 失敗하게 된 主要原因은 다음과 같다.

첫째, 커뮤니케이션 과정의 개념이 충분하지 못했다는 사실과 대상집단을 커뮤니케이션 교환과정의 적극적인 참여자로 보지 않고 단순히 受動的인 需用者의 立場으로 잘못 바라본 데 있다.

둘째, 마케팅 과정에서 성급하게 行動變化까지를 기대하는 메시지를 제시함으로써 변화를 유도하지 못하거나, 오히려 逆效果를 가져왔다.

셋째, 메시지의 질보다는 매체를 통해 대중에 전달되는 메시지의 양에 의존한 것이 사실이다.

넷째는 大衆媒體의 影響力을 過信하여, 對人接觸의 重要性을 看過한 결과이다. 소득, 교육수준이 낮은 주민들에게는 대중매체보다는 오히려 對人接觸이 效果的일 수 있음을 간과한 것이다.

그러나, 지난 수년 동안 보건관련 정보의 효과적인 마케팅을 통해 성공한 사례들도 적지 않다. 이는 대상집단의 특성과 부합되는 대중매체의 선정, 질적인 메시지와 신뢰성있는 커뮤니케이터를 통한 효과적인 아이디어의 전

달, 전달형식에 기술적인 요소의 도입 등을 통한 마케팅이 충분히 성공할 수 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다.

실례를 들어 미국 스탠포드대학교에서는 1972년부터 1975년까지 실시한 심장병 예방캠페인으로 캠페인 대상지역에서의 순환기질환을 획기적으로 줄일 수 있었는데, 이는 대중매체와 대인 커뮤니케이션을 적절히 이용한다 따른 것이었다.

신뢰성있는 커뮤니케이터를 동원, 쉬운 언어로 사실적 정보를 제공함으로써 수용성을 높이기 위해 오락적인 스타일을 활용한 것으로 성병에 관한 교육내용인 'VD Blues'라는 텔레비전 프로그램을 들 수 있을 것이다. 이 프로그램은 폭넓은 수용자들의 관심 속에서 성병의 심각성을 효과적으로 알림으로써 캠페인 실시후 성병 이환율의 감소에 결정적인 영향을 미쳤다.

이외에도 퀴즈 형식을 프로그램에 도입함으로써 무미건조한 분야의 토픽에 관심을 갖게한 사례들을 들 수 있을 것이다. 효과적인 마케팅을 위해서는 크게 커뮤니케이션 정보원, 메시지의 구성, 채널에 대한 고려가 중요하다. 이들 각각을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 정보원의 信賴度가 마케팅의 影響力을 좌우한다. 정보원의 신뢰도가 높은 프로그램의 경우 그렇지 못한 경우에 비교해 마케팅 효과가 크다. 수용자를 설득하여 행태를 변화시키고자 할 경우에 제공자가 믿음직해야 하며, 수용자들은 자신들과 유사한 입장에 있는 정보원을 더 신뢰하는 경향이 있다. 健康增進行爲를 提高시키기 위한 프로그램은 메시지가 복잡하거나 전문지식을 요구하므로 정보원의 專門性을 높이는 것이 信賴度를 提高시키는 관건이 된다.

둘째, 메시지의 횟수, 스타일, 내용적 호소방법 등 메시지의 여러 측면이 마케팅의 성공여부에 영향을 미친다. 연구에 따르면 메시지의 양이 많을수록 效率性은 減少되지만 影響力과는 正의 相關關係를 가지는 것으로 보이며, 적절한 반복횟수 역시 중요하게 고려되어야 한다. 메시지의 전달을 위한 호소방법으로는 크게 理性的 呼訴와 恐怖造成的 方法이 있을 수 있다.

이성에 호소하는 방법은 이해력 있고 교양을 지닌 수용자에게 보다 효율적이고 印刷 媒體에 적합하며 認知的 變化를 추구하는데 효율적이라고 한다.

반면, 恐怖造成 등을 이용한 感性的 方法은 무지한 수용자의 관심을 불러일으키는데 유리하고 放送媒體에 適合한 方法이며 즉각적 행동을 취하도록 하기 위해 보건캠페인에서 많이 활용된 방법이긴 하나 수용자와 커뮤니케이터의 신뢰 등을 고려해 채택되어야 한다.

셋째, 適合한 채널 選定이 메시지의 효과적인 전달에 필수적이다. 의사전달의 기능을 하는 채널은 크게 매체에 의한 방법과 대인 의사소통방법이 있을 수 있다. 건강증진 메시지의 전달을 위해서는 매체의 적절한 선택과 활용이 중요하며 이는 다시 大衆媒體와 非大衆媒體로 나눌 수 있다. TV, 라디오, 신문 등의 대중매체는 그 普及이 普遍化되어 있어 전국민을 대상으로 一般的인 健康增進 關聯메시지를 전달하는데에 적합하며 대중의 주목을 쉽게 끌 수 있다는 장점이 있다. 그러나 각 매체마다 장단점이 있으므로 이들을 複合的으로 活用하는 것이 가장 效率的이다.

비대중매체의 경우는 대상은 한정되지만 상황에 따라 손쉽게 활용할 수 있다는 잇점이 있다. 뉴스레터는 정보의 계속성을 유지시킬 수 있고, 포스터는 시각적이고 이미지 호소가 강하며, 티셔츠는 정체성을 가진 착용자들에 의해 그들이 알리고자 하는 바를 보여주는 개인화된 포스터와 같다.

라. 社會的 마케팅의 制度的 接近方案

1) 反健康增進的 마케팅의 規制

우리나라에서는 현재 술, 담배 등 잘못된 생활양식에 대한 사회적 마케팅은 부족한 반면, 이들의 소비를 부추기는 광고나 선전은 경쟁적으로 증가하고 있어 상업성에 뿌리를 둔 마케팅의 폐해가 우려되고 있다. 실제로 TV드라마, 영화, 쇼 프로그램에서 음주관련장면을 규제하는 법이 없고 17도 이하의 알코올 광고도 시간적인 제약이 있긴 하나 放映되고 있는 것이 현실

이다. 大衆媒體를 통한 商業性 廣告는 상품의 존재나 효능을 널리 알리기 위해 제작된 것이므로 항상 긍정적인 면만을 感覺적으로 提供하고 태도를 바꾸기 보다는 강화하며 동기를 형성시키는데 기여하는 측면이 크다.

무엇보다도 이같은 상업적 마케팅은 국민의 건강실천을 유도하기 위한 公益廣告나 각계의 노력에 위배됨으로써 相殺效果를 가져올 수 있다는 점에서 마땅히 規制되어야 한다. 실제로 외국의 경우를 살펴 보면 캐나다에서는 1981년에 이미 알코올 광고 중 음주를 바람직한 행위로 묘사한 광고는 금지하였다. 스웨덴의 경우는 모든 알코올 광고를 금지하고 있으며, 프랑스도 이미 1987년 1도 이상의 주류는 TV광고를 제한하는 법을 통과시켰다. 호주의 빅토리아주 의회 역시 시민의 건강을 위해 옥외와 영화관에서의 광고 금지, 시연을 위한 소량 담배 판매 및 선전 금지를 주 내용으로 하는 담배법을 제정하였다.

우리나라는 최근 國民健康增進法의 制定으로 알코올에 대한 선전이나 廣告를 規制할 수 있게 되었다. TV의 경우는 오전 7시~오후 3시, 라디오의 경우는 오후 5시~오후 8시 사이에 술광고 방송을 금지하며, 알코올 도수 17도 이상의 술은 TV나 라디오에서 전혀 廣告放送을 못하도록 규정했다. 또한 담배사업법에 의한 담배의 제조자 또는 수입판매업자는 담배갑 포장지 앞·뒷면에 담배의 흡연이 건강에 해롭다는 내용이 명확히 표현된 警告文句를 表示하여야 한다고 명시했다.

알코올 광고에 많이 노출된 청소년일수록 과도한 음주를 하게 되고, 청소년의 시청율이 높은 시간대에 알코올 소비를 촉진하는 광고가 나갈수록 그 영향력이 크다는 연구결과에 비추어 볼 때 이는 시의적절한 조치라고 할 수 있다. 그러나, 현재 청소년들의 TV 시청시간이 늦추어지고 있으며, 라디오의 경우 주요 시청자들이 청소년들임을 고려할때 다분히 形式的이고 制限的인 措置에 불과하며 따라서 보다 合理的이고 積極的인 規制가 요망된다 하겠다. 또한 음주를 시작하는 청소년들이 대부분 저 알코올 주류를 처음 경험하고 그에 대한 접근도가 가장 높기 때문에 廣告放送 規制對象을

17도 이상으로 하는 것은 필연적 근거를 찾기는 어렵다. 따라서 앞으로 反健康增進的 商品에 대한 상업적 마케팅의 규제수준을 점차로 높여가기 위한 長期計劃과 措置가 뒤따라야 한다. 덧붙여, 각종 TV드라마, 코미디, 쇼프로 등에서 음주 및 흡연 장면을 여과없이 내보냄으로써 그러한 반건강적 행위가 마치 자연스러운 日常行爲로 보여질 수도 있다는 점에 유의하여 適切한 規制가 이루어져야 한다.

2) 健康增進的 마케팅의 活性化

가) 大衆媒體의 健康增進 마케팅 義務化

TV, 라디오, 신문은 일반 국민의 일상생활에 깊숙히 파고들어 있어 시청자 및 구독자로 하여금 그들의 인식에 결정적인 영향력을 행사하고 있다. 이 사실만으로도 국민의 건강한 생활의식 고취를 위한 大衆媒體의 責任을 正當化할 수 있는 충분한 근거가 될 것이다. 따라서 보건복지부는 각 매체의 총광고 중 일정 비율을 健康增進 關聯廣告에 할애하도록 의무화할 수 있는 制度的 基盤을 마련해야 한다. 이는 종래의 방송이나 신문이 국민의 건강에 반하는 상업적 광고가 자유롭게 범람할 수 있는 주무대를 제공한 것에 따른 조치이며 건강관련 정보에 대해 다분히 일회적인 프로그램을 편성한 데 따른 問題點을 是正하고자 하는 것이다.

나) 專門機構의 設置

모든 국민이 일상생활 속에서 건강한 생활양식에 관한 정보를 얻을 수 있도록 정보의 생산, 마케팅, 운영, 평가를 담당할 專門機構가 필요하다. 금연, 절주, 적당한 운동, 수면, 규칙적인 식사습관 등의 메시지를 보다 전문적으로 생산하고, 효과적으로 전달하며 마케팅의 평가와 지속성을 담보할 수 있어야 한다. 마케팅의 지속성을 유지하기 위해 복지부로 하여금 關係部處(문화부)와의 協議下에 방송의 고정시간, 신문과 잡지의 고정난을 무상으로 확보하도록 하는 방안도 생각해 볼 수 있겠다. 또한 위 기구는 범람하는

健康關聯 情報에 대한 標準化를 할 책임을 갖는다. 논란이 있는 부분에 대해 보다 客觀的이고 科學的인 知識에 기반한 통일된 기준을 마련하고 제시할 수 있어야 한다.

다) 保健關聯團體와의 連繫活動

성공적인 健康增進의 사회적 마케팅을 위해서 保健關聯團體나 機關을 活用하거나 보건사회연구원 부설 保健教育開發센터가 공동으로 프로그램을 추진하는 방안이 필요하다. 의료보험자단체, 대한보건협회, 한국성인병예방협회, 한국금연운동협의회 등 민간보건관련단체와의 有機的인 協助下에 메시지의 생산과 교환이 이루어질 수 있도록 하며 공동으로 캠페인들을 조직하는 것이 그것이다. 특히 地域社會 藥局은 주민과 가장 일상적으로 접촉을 갖고 건강관련상담을 하는 등 국민의 健康增進 實踐行爲를 誘導할 一차적인 메시지 전달의 통로로서 기능할 수 있는 적합한 위치에 있다.

따라서 우선 약사들에 대해 國民健康增進의 必要性和 重要性을 教育하고 책임과 역할을 부여하는 制度的 根據를 마련하는 과정이 필요하다. 다음으로는 약국을 통한 메시지 전달의 효과적인 수단에 대한 검토가 있어야 하며 이의 자발적 운영을 유도하여야 한다.

현재와 같이 중앙수준에서만 한시적으로 이루어지는 캠페인성 사업에 머무를 것이 아니라, 지방 행정조직과 각급 보건의료기관의 적극적인 참여를 유도하여 地方水準에 맞는 事業을 開發하여 運營하도록 해야 한다. 예를 들어 「건강의 날」, 「건강의 달」 등을 제정하여 가두캠페인이나 현수막, 포스터를 게시하는 등의 홍보전략을 생각해 볼 수 있겠다. 또한 보건소 등에서는 인근 지역사회 보건의료기관과의 연계하에 정기적인 건강증진교실을 개설하고 홍보하는 등의 健康增進마케팅을 하도록 義務化하여야 한다. 또한 방문보건사업을 통해 개인 및 가족의 수준에서 불건강행위를 변화시키고 健康的 生活樣式을 採擇할 수 있도록 기회를 제공한다.

라) 健康增進 마케팅 財源의 確保

健康增進 메시지의 社會的 마케팅은 국민의 건강을 향상시키기 위한 社會的 消費行爲이므로 별도의 財源에 대한 安定的인 確保가 필요하며, 財源의 安定적 확보는 곧 사업의 지속성을 의미한다. 현재 보건복지부 예산의 대부분이 의료보장부문에 충당됨으로써 豫防保健事業豫算이 차지하는 비중은 극히 미미할 뿐 아니라, 이 중 보건교육 및 홍보사업비는 91년도 기준으로 볼 때 약 12.1%로 책정되어 있어 국민건강과 질병퇴치를 위한 豫防과 健康增進事業의 重要性을 반영하지 못하는 예산구조를 보이고 있다. 따라서 향후 이처럼 취약한 건강증진 예산구조를 극복하고 건강증진사업 및 마케팅을 위한 健康增進基金을 造成하는 것이 중요한 정책과제로 나서고 있다.

6. 地域社會組織 및 開發的 接近을 통한 健康增進

가. 地域社會組織 開發的 接近의 必要性

현대사회에서 대중매체의 위력이 강한 것은 틀림없는 사실이지만 그것만으로써 健康增進의 目的을 달성할 수 없다는 것은 너무도 자명하다²⁾. 대중매체는 적절하지 못한 시간에 적절하지 못한 대상에게 적절하지 못한 메시지를 전달하므로써 채택되지 않을 가능성이 있는 것이다. 그러므로 주민의 건강증진 문제를 地域社會의 課題로 認識하게 될 경우에는 미디어를 통한 사회적 마케팅 접근 이외에도 地域社會 組織的 또는 地域社會 開發的인 接近이 필요하게 된다. 지역사회는 공통된 문화를 공유하고 있으면서 사회적 구조내에서 배열되고, 그룹으로서 그들의 정체성의 자각을 나타내는 한정된 지리학적인 경계 내에 사는 특정한 사람들의 그룹이다. 현대사회에서

2) 조직적, 경제적 그리고 환경적 변화가 행동변화의 목적을 가능하게 하거나 의사소통이 보장되지 않는 한, 매스 미디어 단독으로서는 효과적이지 못하다(Green & McAlister, 1984).

개인들은 단일의 특정 지역사회에 소속되는 것이 아니고 지역, 직업, 사회적 계약과 여가관심과 같은 변수들에 기초한 다수의 지역사회 성원 자격들을 보유한다(Nutbeam, 1986).

이러한 지역사회의 정의에 따르면, 個人的 또는 集團指向的인 健康增進戰略들은 또한 지역사회 프로그램들과 관련될 수 있다. 예를 들어 조직적인 행동의 경우에 있어, 바람직한 결과는 전체지역사회에 영향을 미치는 것이 된다. 지역사회 개발 과정 역시 비록 주된 관심이 더 넓은 지역사회 기반이지만 일차적으로는 개인들의 그룹에서 시작한다. 지역사회 중심의 健康增進活動의 強調點은 고위험 개인보다는 지역사회내의 모든 개인들의 平均危險을 낮추는데 주어진다.

따라서 우리들이 주민들의 요구가 무엇인지 또는 주민들에게 어떠한 종류의 健康增進事業이 가장 알맞은 것인지에 대하여 잘 알고 있다고 가정하는 것은 사실이 아닐 수도 있고 지나친 일이기도 하다. 왜냐하면 우리들이 설사 전문가라 할지라도 개인적 지식의 한계와 편견을 극복해야 하는데 이것이 어렵기 때문이다. 이에 비하면 地域社會 保健醫療組織이야말로 바로 주민들의 이러한 요구를 파악해서 적절하게 반응해야 할 책임이 있는 것이다. 조직내에서 意思決定過程을 거치는 것이 민주적일 뿐만 아니라 오류를 범할 가능성이 덜한 것이다.

지역사회 조직 및 개발접근의 필요성을 다음과 같이 구체화할 수 있다. 첫째, 주민의 보건증진에는 지역사회의 참여와 행동이 필수적이며, 이러한 활동은 더욱 강화되어야한다. 오타와 헌장을 보면, 健康增進은 보다 나은 건강을 달성하기 위한 우선순위의 결정, 최종의사 결정, 전략의 기획과 집행과정에서 구체적이고 효과적인 지역사회 행동을 통해서 가능하다. 그리고 이러한 과정의 핵심은 모든 권한을 地域社會로 還元시키는 것이라고 되어 있다. 이처럼 사태의 핵심은 가치있는 보건자원への 접근과 통제를 지역사회가 意思決定하도록 권한을 부여하는 것이다.

둘째, 기존의 지역사회 보건조직은 충분히 활용되기 위해서 존재한다는

점이다. 보건진료소, 보건지소, 보건소 그리고 병의원 조직은 지역사회의 요구를 해결하기 위해서 존재하기 때문에 우리 모두에게는 既存의 資源을 최대한 活用해야 할 의무가 부여되어 있는 셈이다.

셋째, 健康增進事業은 한 순간의 활동이 아니고 주민들의 한 평생을 통하여 이루어가야 하는 일이다. 이와 같은 사업의 계속성에 대한 요구는 일시적인 강의나 세미나 또는 대중매체를 통한 사회적 마케팅 접근으로서는 충분하지 않다. 이는 지역사회에 뿌리를 두고서 주민들의 건강문제 해결에 촉각을 곤두세우고 있는 地域社會組織에 依存할 수밖에 없다.

나. 健康增進과 地域社會組織

지역사회조직의 종류와 특성이 매우 다양하기 때문에, 지역사회조직을 통한 문제해결 방법 역시 각기 그 조직에 따라 차이가 날 수 밖에 없다. 그러나 그것이 지역사회조직의 문제해결 방식인 이상 다음과 같은 공통적인 요소를 지니고 있다(Egger, et al., 1992). 地域社會의 健康增進 關聯組織의 機能도 이와 마찬가지로다.

첫째, 地域社會의 保健醫療 要求決定: 해결하고자 하는 문제점의 파악없이 어떠한 해결도 불가능하다. 그러므로 주민의 요구를 정확하게 파악하는 것이 중요한데, 지역사회 보건조직은 이러한 작업을 충실히 수행하기 위해서 조사연구와 역학적 탐구와 통계학적 추론을 계속하게 된다. 국가나 지방자치단체나 또는 민간단체 예산의 상당부분이 이러한 활동에 투여된다.

둘째, 健康增進計劃 樹立에 있어서 地域社會의 參與: 지역사회는 존속발전하기 위해서 사회계획을 수립하게 되는데, 이러한 과정에 지역사회조직의 지도자뿐만 아니라 각종 이익집단이나 또는 주민대표들이 참여하게 된다. 민주적인 조직일수록 이러한 참여가 잘 보장될 뿐만 아니라, 그러한 지역사회조직일수록 계획실행에 저항이 적고 집행이 용이해 진다.

셋째, 地域社會 行動의 促進: 지역사회조직과 계획과정은 그 결과물로서

行動代案을 産出해내어야 한다. 이러한 대안은 보건자원의 추가적 동원과 투입일 수도 있고, 특정 이해 집단의 배제일 수도 있으며, 우선순위의 재정립일 수도 있다. 결국 地域社會 健康增進 關聯事業도 이러한 과정과 결정에 영향을 받을 수밖에 없다.

넷째, 地域社會 要求나 必要의 變更: 지역사회조직은 지역사회의 요구나 필요에 의해서 생성된 조직이고, 이 조직은 기존의 요구나 필요를 변경시키기 위해서 존재한다. 여기서 변경이라 함은 健康狀態의 向上일 수도 있고, 원래의 要求나 必要의 變化일 수도 있으며, 경우에 따라서는 特定 對象者의 隔離나 身體障礙나 死亡을 의미할 수도 있다. 그러므로 건강증진 관리자를 포함한 모든 보건의료인들은 지역사회 요구나 필요가 원래의 상태와는 다른 바람직한 방향으로 변화되도록 노력해야 할 것이다.

알마아타 선언에 의하면 1차 보건의료는 주민의 健康增進 目標를 달성하기 위하여 지역사회가 부담할 수 있는 수준의 필수적 서비스를 제공해야 하며, 이를 위하여는 地域社會의 自立과 參與가 必須的이다. 여기서 地域社會 參與라 함은 1차 보건의료의 기획, 운영 및 통제에 있어서 地域社會組織의 積極的인 介入과 凝集力 強化를 말한다. 각기 사업목적을 달리하면서 존재하고 있는 지역사회조직을 건강증진이라는 공통의 목표달성을 위해서 組織體間 機能調整(inter-organisational coordination) 및 多數組織體의 協同(multi-organisational cooperation)을 일구어내는 작업이 된다. 동일한 작업이 보건사업조직체간 또는 다수 보건사업조직체간에서도 이루어져야 한다.

앞서 언급한 바와 같이 지역사회조직 접근법은 개인적, 집단적 또는 대중매체를 통한 사회적 마케팅 접근방법과 배타적이지 않고 상호밀접하게 연계되어 있다. 다시 말해서 주민의 건강증진을 효과적으로 달성하자면 個人的 接近, 集團的 接近, 社會的 마케팅 接近 또는 地域社會 組織 및 開發 接近方法 모두를 충분하게 잘 활용해야 한다³⁾.

3) 대중매체만에 의한 접근법은 이 방법과 지역사회조직접 근법을 조합한 방법보다 최종결과가 못하다는 것이 밝혀져 있다(Flay, 1987; Redman, et al., 1990).

다. 健康增進과 地域社會開發

地域社會開發은 건강과 관련되는 요인들에 관한 의사결정을 하는데 있어 보다 철저하게 지역사회를 포함시키는 과정을 의미한다. 그것은 주민과 더불어 일하며 지역사회로 하여금 당면 과제에 대응하는 것은 물론 그들의 저력을 개발하도록 하고, 미래에 대한 자신감을 쌓도록 하는 것이다(Baum, 1989). 地域社會開發 接近法은 지역사회조직 접근법보다 意思決定過程과 統制가 상대적으로 더욱 일반주민의 손아귀에 있다는 점에서 차이가 있다.

1950년 이전에는 지역사회개발과정이라 함은 낙후된 지역 주민들에게 그들의 토지와 건강을 잘 관리하도록 기술을 가르치고, 식민시대의 교육, 건강과 복지를 극복하도록 하는 것이었다. Dixon(1989)에 의하면 60년대 이후부터 공공정책학 분야의 용어로서 지역사회발전은 그 의미가 달라지기 시작하였다. 즉 이것은 지역서비스 전달에서 참여를 조장하고, 자문을 통하여 지역지도자의 견해와 순응을 획득하며, 자조와 자발과 비용절감적 분권화를 촉진하는 인기있는 수단이었다. 최근에는 더 나아가서 무기력과 아노미(사회적 무질서)문제에 대응하며, 단체행동을 추진하도록 하는 공감대의 확보가 지역경제개발, 지역사회정신보건, 성인교육과 사회복지분야에서 가치있는 것으로 각광을 받고 있다.

한편, 보건부문에서도 지역사회개발이 붐을 조성했는데, 흔히들 地域社會保健開發로 불리워져 왔으며, 이는 지역사회개발의 한 부문으로서의 보건개발 보다는 보다 구체적이고 독립적으로 성장해 왔다. Fiske(1989) 등에 의하면 보건에 있어서 지역사회개발은 보다 근원적인 이슈를 제기하게 되는데, 즉 전통적인 치료에서의 개인주의적 강조에 대한 도전을 하고 있다. 다시 말해서 治療서비스는 地域社會의 支持를 構築하는 방향이든지 또는 주민들이 소속한 地域社會에서 환자와 가족을 隔離시키는 방향으로 제공되는데, 그렇게 함으로써 환자들은 오히려 地域社會의 지지를 부정하거나 그러한 地域社會를 弱화시키게 된다.

종래 건강증진부문에서의 지역사회개발이 건강증진관리자는 지역사회가 원하는 것이면 무엇이라도 다 해주는 그러한 것이었으나, 오늘날에 와서는 보다 엄격한 접근이 시도되고 있다(Lin, 1989). 즉 健康增進에서의 지역사회 개발적 시각은 건강증진 프로그램을 地域社會와의 妥協된 同伴者 關係로서 강조하기에 이르렀는데, 이러한 협력과 참여는 건강증진관리자가 찾고 있는 바이기도 하다. 타협의 전제조건은 해당지역사회가 제안된 건강증진 프로그램 설계를 적합하지 않다고 간주하거나 管理統制 責任을 分擔해야 한다는 사실을 인정하는 것이다.

지역사회개발에는 지역내 多數 人力과 組織의 參與가 필수적이며 이에는 막대한 자원이 소요된다. 그리고 지역사회개발을 요하는 사업은 그 종류가 다양하고 지역주민들의 우선순위도 일정하지 않다. 이러한 상황에서 건강증진사업을 추진하기 위해서는 이 사업의 特定化와 客觀化가 필수적으로 요구된다. 건강증진사업을 특정화하기 위해서는 中央 政府의 積極的인 關心 表明이 선행되어야 하고, 이에 상응하는 豫算支援이 따라야 할 것이다. 마찬가지로 지방자치단체에서도 관심을 가지도록 해야 하는데 이를 위해서는 地方議會 議員들을 敎育 및 說得하는 것이 바람직하다. 각 지방자치단체들이 경쟁적으로 이 사업을 실시하도록 地域의 與件과 雰圍氣를 造成해야 한다.

한편, 건강증진사업을 효과적으로 추진하자면 기술적으로 두 가지가 선행되어야 할 것이다. 우선 지역사회에서 응용할 수 있는 과학적으로 증명된 健康增進 技法의 目錄을 만드는 일이 시급하다. 수돗물 불소화 작업을 예로 들 수 있는데 이미 여러 곳에서(예: 과천시) 성공적으로 실시되고 있다. 그 다음으로는 이 사업의 추진과 관련된 業務의 計量化 내지 客觀化가 요구된다. 이를 위해서는 건강증진사업의 지표를 개발하는 것이 첩경이다. 이 지표는 健康增進事業의 投入과 構造에 대한 것에서부터 건강증진사업의 전개에 관한 過程指標와 結果指標로서 구성될 수 있는데 이를 이론적으로 더욱 구체화하면 다음과 같다(表 I-1 참조).

〈表 1-1〉 保健增進 活動指標의 理論的 區分

구 분	육체적	정신적	사회적
개인적 활동	개인이 취한 위험예방 및 육체적 안녕증진 활동	개인이 취한 위험예방 및 정신적 안녕 증진활동	개인이 취한 위험예방 및 사회적 안녕 증진활동
사회적 활동	사회적 단위로 수행된 위험예방 및 육체적 안녕 증진활동	사회적 단위로 수행된 위험예방 및 정신적 안녕 증진활동	사회적 단위로 수행된 위험예방 및 사회적 안녕 증진활동

資料: Kar, S. B., *Health Promotion Indicators and Actions*, Springer Publishing Co., 1989.

지역사회보건개발은 지역보건문제를 궁극적으로는 주민의 손에 의해서 해결하는 것을 최고의 이상으로 한다. 그러나 이러한 이상은 단번에 이룰 수 있는 성질의 것은 못된다. 자질과 역량을 갖춘 지도자가 있어야 하고 바람직하기로는 地域社會 自體의 開發潛在力이 있어야 한다. 그 동안의 경험에 의하면 지역사회개발접근은 저개발국가나, 저소득계층, 원주민이나 불이익차등집단에 적용할 경우 성공률이 높은 것으로 알려져 있다. 그러나 약물남용이나 알콜중독과 같은 특정 영역에서는 地域社會 開發接近法이 모든 소득계층에서 영향을 미칠 수 있다. 이러한 성공사례에서 보는 건강증진전문가의 역할은 활동의 촉진자라는 사실이 기억되어야 한다.

라. 地域社會組織 및 開發接近의 制度的 接近方案

1) 能力있는 健康增進 管理者의 培養

健康增進 專門家로 양성될 사람은 지역사회와 더불어 일할 사람이므로 지역사회조직이나 지역사회개발의 이론과 실제를 충분히 교육 및 훈련받아야 할 것이다. 이들의 1차적인 임무는 健康增進 事業을 推進하는 것이지만, 이를 위해서는 地域社會의 開發 潛在力 自體를 키워야 하는데 유능한 건강증진 전문가는 바로 이러한 역할을 촉진하는 사람이 된다. 만약 이러한 전

문가를 가질수 없는 상황이면 능력있는 自願奉仕者를 培養해내는 것도 대안이 될 수 있다. 조기 퇴직하는 유능한 노령자나 뜻있는 주부가 1차적인 대상이 될 수 있을 것이다.

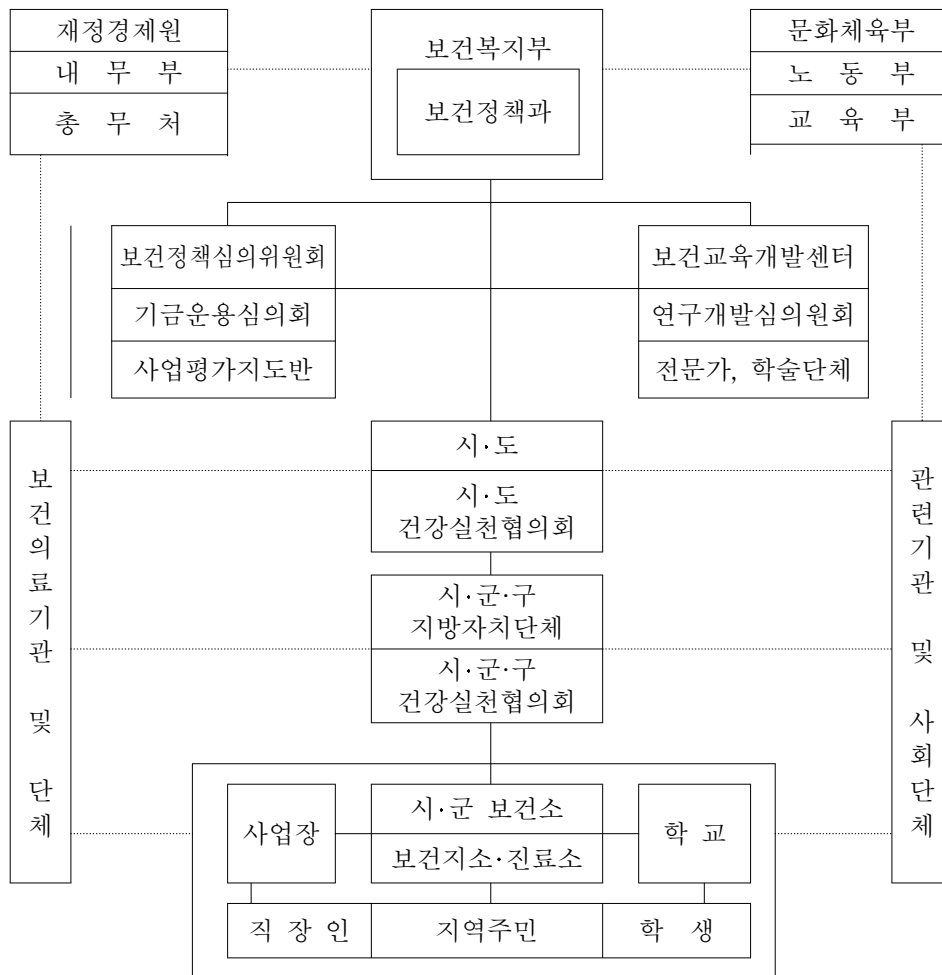
2) 地域社會組織의 活用 및 健康增進 事業評價 大會의 定例化

시·군·구는 보건소를 중심으로 주민들의 健康增進 및 疾病豫防을 위한 대민 보건서비스를 제공하며, 주변의 환경을 조성하고 지역사회 참여를 유도해야 한다. 이를 위해서는 기존의 보건조직을 활용할 수도 있겠지만, 國民健康增進法 제10조에 따라 구성하도록 되어있는 市·郡·區 健康生活實踐 協議會를 구성하여 집중적으로 保健教育 및 健康增進 캠페인을 전개하는 것이 바람직하다. 이에 지역사회의 모든 관련기관 및 민간단체의 참여가 요구된다(圖 I-3 참조). 이처럼 성격이 다른 기관 및 단체간의 협의체를 원만하게 운영하기 위해서는 健康增進 關聯行事를 개최해서 공동관심사를 만들어야 할 것이다. 시·군·구 단위 또는 시·도 단위의 健康增進事業評價 大會를 開催하는 것도 하나의 방법이 된다.

3) 健康增進 示範保健所 運營의 活性化

정부에서는 地域社會 健康增進事業의 效果的인 推進을 위하여 각 시·도 별로 1개소씩 15개의 示範保健所를 指定 運用할 계획으로 있다. 건강증진사업의 추진에는 상당한 비용이 소요되기 때문에 이 사업의 추진에는 효율성을 높이기 위한 시범보건소의 건강증진 프로그램 개발이 선행되어야 할 것이다. 그리고 보건소 건강증진 사업조직을 신설·개편하고, 훈련받은 담당자를 배치 활용해야 할 것이다. 이를 위해서는 외국에서의 선진 모형을 면밀하게 검토해서 우리의 여건에 적응시키는 과정이 필요하다.

[圖 1-3] 健康增進事業 推進組織의 參與模型



資料: 한국보건사회연구원, 『국민건강증진 기본시책안』, 1995

4) 國民健康增進基金의 調達과 活用の 多元化

國民健康增進基金의 財源은 담배사업법에 의한 公益基金 出捐金과 의료 보험법 및 공·교의료보험법에 의한 保險者의 豫防保健을 위한 事業費(건강

진단비에 소요되는 비용을 포함한다) 중 100분의 10이내의 범위안에서 대통령령이 정하는 負擔金 및 기타 기금의 운용으로 생기는 收益金으로 국한되어 있다. 기금의 조성원을 이처럼 국한시키는 것은 사업을 위축시킬 우려가 있다. 본 사업의 뜻에 찬동하여 기여하고자 하는 기업체 등 민간부문으로부터의 성금을 이 기금으로 활용하는 길을 터야 할 것이다.⁴⁾ 財源造達의 통로는 넓게 열어두는 것이 좋다.

한편, 법 제25조에 의하면 기금의 활용은 ① 건강생활의 지원사업, ② 보건교육 및 그 자료의 개발, ③ 건강증진 및 만성퇴행성 질환의 예방을 위한 조사·연구, ④ 질병의 조기발견을 위한 검진, ⑤ 국민영양관리사업, ⑥ 구강건강관리사업, ⑦ 보건소장이 행하는 건강증진사업, ⑧ 기금의 관리·운용에 필요한 경비, ⑨ 기타 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업으로만 한정되어 있다.

이 중 ⑨ 기타 국민건강증진사업으로서 기금의 사용은 동 시행령 제30조에 의하면 ① 만성퇴행성 질환의 관리사업, ② 법 제27조의 규정에 의한 지도·훈련사업, ③ 건강증진을 위한 체육활동 지원사업에만 국한되어 있다.

그러므로 건강증진 사업평가에 따른 시상·포상금에 대한 것이 제외되어 있는데 시행령에 이 부분을 추가하는 것이 좋을 것이다. 앞으로 이 사업이 정착되기까지의 상당기간 동안 特定 地域社會 組織이나 健康增進實積이 우수한 단체를 포상해야 할 일이 많기 때문에 그러하다.

5) 各界 社會指導層에 대한 健康增進 教育의 活性化

國民健康增進法은 보건교육 담당자나 국민영양조사 및 지도원 또는 유관 공무원의 지도와 훈련에 대한 것은 법27조에 규정하고 있으나 社會指導層人士에 대한 健康增進 教育을 放置하고 있다. 그러므로 언론인, 민간부문의

4) 담배인삼공사측이 현재 담배를 판 이익금으로 조성하는 공익기금 중 일부(담배 한 갑에 20원씩 떼어내고 이 중 6원임)를 國民健康增進基金에 내놓기를 거절하고 있는 바, 이러한 상황에서는 더욱 그러하다.

保健醫療人과 各급 機關長과 團體長들에 대한 教育을 實施 함으로써, 이 사업의 중요성을 일깨우고 지지 세력을 넓혀서 사업의 과급효과를 배가할 수 있을 것이다. 가족계획사업의 추진에서 본 바와 같이 사업 초창기에 사회 지도층으로부터의 광범한 지지를 얻는 것은 사업의 성공을 담보하기 위한 조건의 하나가 된다.

6) 地域社會 保健增進指標의 開發과 適用

地域社會組織 및 開發接近法이 진실로 효과적인 것이 되려면, 계획의 추진과 달성에 관한 지표가 개발되어서 이를 토대로 한 實績의 改良化가 필수적이다. 즉 健康增進事業의 構造的 側面과 過程的 側面 그리고 그 結果에 대한 評價가 이루어져야 한다.

7) 健康增進 技術의 地域社會 適用

수돗물 불소화 사업과 같은 주민들의 예민한 健康增進 技術은 이의 도입에 고도의 地域社會 組織 및 開發接近이 필요하다. 수돗물 불소화 사업의 가장 큰 애로는 수돗물의 불신에 있는 것으로 알려져 있다. 따라서 지역주민들을 이러한 새로운 건강증진 기술에 대하여 교육하고 설득함이 없이는 수돗물에 대한 불신을 해소할 수 없다. 최근의 연구결과에 따르면 우리나라의 경우 전국에서 수질이 가장 나빠 수돗물 음용률이 가장 낮은 부산에서조차도 수돗물 불소화를 실시하면 경제적 채산성이 있을 것이라고 밝히고 있다⁵⁾. 그러므로 이러한 최신지견을 이용하여 수돗물 불소화 사업을 실시하자면 科學的 研究에 대한 信賴와 地域社會 組織의 指導性을 발휘해야 할 것이다.

5) 우리나라의 수돗물 불소화 사업의 편익비용비는 최소한으로 추산하여도 4.2배에서 4.9배 정도로 추정된다(김진범, 1996).

7. 結 論

生活樣式과 관련된 健康行態나 慢性疾患者의 遵從도 등의 연구에 가장 보편적으로 적용되고 있는 모형인 健康信念模型에 따르면 개인의 신념이나 태도를 豫防的 健康行爲의 중요한 결정요인으로 바라보고 있다. 이런 사실에 비추어 볼 때, 충고를 받아들이거나 매체를 통해 건강관련 메시지를 전달하는 것은 개인의 변화가능한 신념이나 태도에 영향을 미침으로써 건강관련 행위를 유도하기 위한 행동계기를 제공하기 위한 한 방법이라고 볼 수 있다. 본 연구에서는 이러한 행동계기를 교육적, 조직적, 경제적, 입법적 그리고 기술적 측면에서 찾아보도록 노력하였다. 그리고 이에 대한 접근방법으로는 個人的, 集團的, 社會的 마케팅, 地域社會 組織 및 開發接近의 네 가지로 구분하였다.

健康增進을 위한 個人的 接近方案으로는 의료기관에서 患者教育을 義務化하고, 이를 환자의 권리장전에 포함시키는 방안을 고려해 볼 수 있다. 전국민에게로 확대되고 있는 건강진단의 내실을 도모함으로써 위험요소를 줄이는 것은 2次 豫防의 領域이 된다. 가정의 등 1차 진료의사를 활용하여 환자와 의사 관계를 통한 건강증진을 도모하자면 현재 정부가 구상 중에 있는 主治醫 登錄制度를 導入해야 할 것이다. 그리고 만성퇴행성 질병의 시대를 맞이하여 건강증진과 관련하여 家庭訪問 保健制度를 活性化시키거나 藥局利用을 活性化시키는 것도 주치의 등록제와 유사한 효과를 가져올 것이다. 이러한 모든 제도적 장치는 종국적으로 건강증진에 필요한 정보와 매체를 개발해서 모든 사람들이 쉽게 접근할 수 있도록 하는 데서 출발된 것이다. 그러나 비용효과의 측면에서 個人的 接近方法의 健康增進은 한계가 있다.

集團的 健康增進方法은 개인적 접근방법을 보완하는 것인데, 이에에는 전통적인 敎訓的 方法과 기술습득 위주의 經驗的 方法이 있다. 실제로는 學校教育을 통한 健康增進과 事業場 健康增進이 주가 된다. 전자는 學校의 保健教育 內容을 보다 體系化하고 이를 독립된 교과목으로 분리시켜야 한다. 학교

건강증진사업의 실천정도를 평가·표창해서 학교간 경쟁을 유발시키는 방법을 고려해 봄 직하다. 사업장 건강증진을 위해서는 건강증진을 企業文化 政策의 一環으로 定着시켜나가도록 하는 것이 발전의 첩경이 될 것이다. 즉 건강지향적 직장문화를 형성해 나가도록 健康情報센터를 회사내에 설치하는 것을 권장하고 건강증진사업에 소요되는 일체의 경비는 손비처리되어야 할 것이다. 그리고 경실연의 기업평가 내용에 健康增進 프로그램을 포함시키도록 중용하는 것이 바람직하다. 뿐만 아니라 地域社會 學校保健委員會와 地域社會 産業保健委員會 등의 지원조직을 활성화시켜 공공보건정책을 수행해가는 보건소의 활동을 강화할 필요가 있다. 지방자치시대에 市·道 健康實踐協議會와 保健所가 이러한 조직의 중심점이 되는 것은 너무도 당연하다. 그리고 건강증진 관리자 또는 운동요법사 등의 새로운 인적자원이 필요하다.

건강증진메시지의 사회적 마케팅을 제도적으로 보장하기 위해서는 우선 反健康增進的 각종 마케팅에 대한 規制를 強化해야 할 것이다. 뿐만 아니라 국민의 건강관련인식에 무차별적으로 영향을 미칠 수 있는 방송과 신문에 대한 건강증진 마케팅을 의무화시켜야 할 것이다. 건강증진메시지를 생산하고 표준화 할 전문인으로 구성된 기구를 설치해야 하는데, 이는 한국보건사회연구원 산하에 설립하도록 되어있는 保健教育開發센터 조직 등을 이용하는 것이 바람직하다. 그리고 적절한 보건의료기관(예: 보건기관, 약국, 의원, 병원 등)에 地域住民 健康增進의 役割을 附與하고 적극지원해야 하며, 健康增進 메시지의 마케팅을 위한 별도의 財源을 確保해야 할 것 등이 요구된다.

지역사회조직 및 개발 방식의 制度的 接近方案으로는 건강증진사업을 위한 組織과 人力과 豫算과 弘報戰略이 수립되어야 한다. 시·군·구 건강생활 실천협의회 조직과 보건소를 정점으로 하는 지역사회조직이 건강증진사업의 주체가 되어야 할 것이다. 건강관리 전문가가 필요한데, 이러한 인력을 새로 창출해내는 것도 중요하지만, 능력있는 자원봉사자를 발굴해내는 것도 필요하다. 健康增進 示範保健所를 運營하는 일이나 健康增進 事業評價大會를 정기적으로 개최하는 일, 그리고 각급 사회지도층에 대한 健康增進 教育

을 活性化하는 것이 매우 효과적이다. 이에는 가족계획사업에서의 경험이 크게 도움이 될 것이다. 이러한 사업의 추진에는 健康增進基金의 確保가 필수적인데, 기업체 등 민간부문으로부터의 기부금을 받아들일 수 있도록 財源調達의 방식을 개정할 필요가 있다. 그러나 충분한 기금을 마련하는 것도 중요하지만, 이 기금을 활용해서 건강증진의 효율과 효과를 올리는 것은 더욱 중요하기 때문에 포상금 등 사업의 목적에 관련된 여타 활용에도 기금을 활용할 수 있도록 길을 터야 할 것이다.

地域社會 組織 및 開發接近方法은 進술한 개인적, 집단적 또는 대중매체를 통한 社會的 마케팅 接近方法과 배타적이기보다는 相互補完的이다. 다시 말해서 이 네 가지 접근 수단은 가능한 한 모두를 충분하게 활용해야 한다. 그리고 기존의 국민건강증진 관련 수단과 기법뿐 아니라 새로운 經濟的 誘引과 社會的 立法 措置, 公共政策, 弘報事業 그리고 새로운 기술적인 개입의 비용효과적인 분석이 따라야 할 것이다.

Ⅱ. 國民健康 增進을 위한 中央과 地方의 役割

1. 序 論

1995년 1월 國民健康 增進法이 制定 施行됨에 따라 國民健康 增進을 도모하기 위한 政策方案에 대한 논의가 활발하게 전개되고 있다. 國民健康 增進은 이미 일본을 비롯하여 미국, 캐나다 호주 등 주요 선진국에서 향후 보건의료 분야의 주요 정책 방향으로 설정하고 국가적인 사업으로 추진해오고 있는 분야이다. 우리나라의 경우에도 건강증진과 관련하여 의료보험 조직을 중심으로 한 健康檢診事業이나 成人病 豫防事業 그리고 보건사회부의 國民健康生活指針 配布와 弘報, 보건소와 민간단체의 保健教育 活動 등의 노력들이 있어 왔으나 산발적이고 단편적으로 진행해온 실정이었다.

이제는 질병구조와 국민 생활양식의 변화 등으로 우리나라 역시 國民健康 增進을 국가적인 정책으로서 추진해나가지 않으면 안될 전환기에 와 있으며 保健醫療의 長短期 發展計劃과 연계하여 장기적이고 종합적인 國民健康 增進 事業의 청사진과 事業體系가 構築되어야 할 시점이다. 특히 본격적인 지방자치시대를 맞아 중앙과 지방간의 적절한 役割分擔과 效率的인 연계가 政策目標의 效果的 達成을 위해 그 어느 때보다도 중요한 관건이 되고 있다. 외국의 경우 정부가 중심이 되어 각종 사업단체들의 활동을 총괄하고 지원, 조정해 나가므로써 健康增進 事業을 성공적으로 추진해나가고 있음을 볼 때 우리나라에서도 건강증진 사업에서의 정부의 역할 그리고 장 단기 목표에 의거하여 中央과 地方政府間의 役割을 究明하는 研究가 필요하다고 하겠다. 이에 이 글에서는 健康增進에 있어 中央과 地方의 主要 役割을 구명해보고자 하며 구체적으로 다음의 사항들을 살펴보고자 한다.

첫째, 외국에서 수행된 건강증진사업과 관련하여 중앙과 지방의 역할을 살펴 본다.

둘째, 국민건강 증진과 관련하여 현재 국내에서 수행해온 중앙과 지방의 활동 또는 정책들을 분석한다.

셋째, 향후 중앙과 지방의 역할 분담 방향과 원칙을 설정한다.

넷째, 중앙과 지방에서 수행해야 할 구체적인 사업내용을 설정한다.

2. 外國의 中央과 地方間 健康增進 事業分擔 事例

세계 선진국가들은 疾病構造의 變化, 國民 生活樣式의 變化 그리고 醫療費의 增加와 같은 醫療環境의 變化에 직면하여 1980년대부터 보건의료 정책의 우선순위를 국민건강 증진에 두고 다양한 정책들을 추진하여 왔다. 각 국가별 健康增進事業은 국가별 고유의 保健醫療體系와 社會文化的 體系의 특성에 따라 다양한 형태를 띠고 있으나 健康增進事業에 있어 중앙과 지방의 역할을 살펴 보면 대체로 일관된 특성들을 찾아볼 수 있다. 즉 中央政府는 健康增進과 관련된 國家施策을 종합적으로 계획, 수립하고 방향을 선도해나가는 한편 地方組織에서는 그 원칙과 방향에 따라 地方實情에 부합하는 다양한 事業類型들을 開發, 推進해나간다는 점이다.

中央政府에서 사업의 원칙과 방향을 제시한 대표적인 경우가 미국의 후생성에서 발간한 2000년의 국민건강증진 목표를 제시하고 있는 ‘2000년의 건강한 국민(Healthy People 2000)’과 캐나다의 보건성 장관인 Epp가 제시한 ‘모든 사람들의 건강달성을 위한 건강증진의 틀(Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion)’ 등이라고 할 수 있으며 세계보건기구에서 추진한 ‘건강한 도시만들기’는 건강증진을 추진하는데 있어 地域社會의 役割을 총괄적으로 제시한 사업모형이라고 할 수 있다.

다음에서는 우리나라의 健康增進 事業模型을 設定하는데 유용한 정보를 줄 수 있는 주요 국가사례로서 미국, 호주, 일본의 사례들을 살펴보기로 하겠다.

가. 美國

미국 후생성에서는 1979년 보건국장의 보고서인 『건강한 국민』과 1990년의 『2000년의 건강한 국민(Healthy People 2000)』을 발간함으로써 미국인의 健康增進과 疾病豫防을 위한 國家的 目標과 戰略을 제시하였으며 이를 계기로 保健政策의 주요 관심이 健康增進과 健康에 대한 個人의 責任에 모아지게 되었다. 이 보고서에서는 예방가능한 死亡과 不具의 減少, 삶의 質 向上, 건강에 관한 社會階層間 不平等 緩和 등을 國家目標로 설정하고 있으며 각 분야별로 健康水準 및 健康生活 實踐에 관한 구체적 목표들을 명시하고 있다.

이와 같이 체계적으로 健康增進事業을 발전시켜 온 미국에서는 健康增進事業에 대한 국가와 지방자치단체간의 役割 分擔도 비교적 뚜렷하게 구분되어 있다. 中央政府는 건강증진사업의 기본방향 설정, 재정지원, 기술지원, 교육훈련 등 補助的이고 支援的인 役割을 하는 반면 각 地方政府의 保健當局에서는 중앙정부가 제시한 원칙을 토대로 지방에 부합되는 구체적인 건강증진사업을 기획, 추진하고 있으며 지방별로 健康增進 水準 역시 실정에 맞게 재조정하여 설정하고 있다. 물론 1990년 9월 발표된 健康增進과 疾病豫防에 대한 國家的 目標과 1990년대에 추진해야 할 疾病豫防 課題처럼 목표와 우선순위의 기본골격을 中央政府가 제시하기도 하나 이러한 우선순위의 수정과 구체적 전략 마련은 州保健當局의 役割인 것이다.

예를 들어 국민들의 健康行態와 知識을 모니터링하고 이를 건강증진 사업평가와 계획에 활용하기 위하여 전국적으로 시행되고 있는 健康危險要因 評價體系(Behavioral Risk Factor Surveillance System)도 중앙정부가 전액 지원하고 있으며 評價項目 등도 中央政府가 고안하지만 州保健當局은 자체 필요에 의해 평가항목들을 추가하거나 스스로의 健康增進事業을 평가하고 개발하기 위해 이 자료를 사용할 수도 있다. 또다른 예로서 질병관리센터가 개발한 지역사회건강접근계획(Planned Approach To Community Health: PATCH) 프로그램의 경우 疾病管理센터와 주의 保健局 그리고 地域社會

保健部署가 합동하여 운영하지만 프로그램의 내용은 地域社會 診斷의 企劃 原則에 근거하여 사업을 선정, 실시한다. 따라서 건강증진사업과 관련하여 운동시설, 종교시설, 음식점, 상품판매소 및 가정, 학교, 병원 등 다양한 장소에서 다양한 유형의 프로그램들이 개발, 적용되고 있다.

또한 미국의 健康增進事業중 특징적인 것으로 豫防示範事業所(prevention centers)를 들 수 있다. 이 示範事業所는 대학과, 주 또는 기초자치단체 보건당국, 또는 HMO와 같은 새로운 醫療供給組織間의 架橋役割을 하고 있다. 이러한 시범사업을 통해 건강증진을 위한 實踐戰略을 評價 補完하고 가장 효과적인 健康增進 方案들을 필요로 하는 사람들에게 홍보·확산시키고 있다. 콜럼비아대학 보건대학원, 존스홉킨스대학 보건대학원, 노스캐롤라이나대학 보건대학원 등 12개 대학이 각각 시범사업을 운영하고 있다.

나. 濠洲

호주정부는 1988년 ‘모든 호주인들에게 건강을(Health For All Australian)’을 선언함으로써 健康增進을 국가 주요 시책으로 추진하여 왔다. 그러나 호주의 경우 지방에서의 다양한 健康增進 活動을 중앙정부에서 수렴하여 政策的 重要性을 부여한 나라로서 地域社會 組織과 民間機關들의 활동이 돋보이는 점이 주목할 만하다. 가장 대표적인 경우가 빅토리아주로서 빅토리아주에서 제출한 保健敎育과 健康增進에 관한 장관보고(1986)와 빅토리아 健康계획보고서(1987)는 호주에서의 健康增進事業의 시발점이 되었다. 1987년 11월 빅토리아주 의회는 공공보건 전반을 위하여 기금을 증액시키는 담배법을 통과시켰으며 조성된 기금은 빅토리아 健康增進財團이 관장하여 건강증진 프로그램 개발과 운영, 공공보건 관련 연구사업에 지원되었다. 이 과정에서 民間 保健醫療 慈善團體인 빅토리아 암예방위원회는 지속적인 政治活動과 基金募金을 통하여 담배법 통과와 健康增進財團의 출범에 중요한 역할을 수행하였다.

1989년에는 빅토리아주 건강증진위원회(Victoria Better Health Committee)가 구성되므로써 地域社會의 健康增進事業을 추구하기 위한, 정부 각 부처는 물론 민간기관으로서 암예방위원회, 국가심장재단, 음주 및 약물예방재단간의 有機的인 協助體系의 가능성을 제시하였다. 빅토리아주의 활동들은 다른 지방정부들에게도 영향을 주어 1988년 지방정부 차원에서 健康增進事業을 지원하는 것을 골자로 하는 健康法이 통과되었고 국가적인 차원에서 健康增進事業이 활성화되는 계기가 되었다.

다. 日本

일본은 노인인구의 증가와 함께 健康增進의 費用效果를 일찍이 인식하고 국가적 시책을 수립·시행해 온 국가 중 하나이다. 健康增進과 관련된 대표적 활동으로서 ‘국민건강가꾸기 사업’에서의 中央과 地方의 역할을 살펴보기로 하겠다.

1978년 후생성은 ‘제1차 국민건강가꾸기 대책’을 발표하므로써 치료에 역점을 두었던 保健醫療行政으로부터 1차 예방(健康增進, 疾病의 豫防), 2차 예방(早期發見, 早期治療)을 중시하는 정책방향으로 전환하였다. 이 사업의 골간을 이루는 세 가지의 주요 내용을 살펴보면 첫째, 국민이 태어나 죽기까지 일생 동안 건강을 유지 증진하는데 필요한 健康診斷과 保健指導에 대해 일관된 체계를 확립하고자 하는 ‘생애를 통한 건강가꾸기 사업’을 들 수 있다. 둘째, 건강가꾸기의 基盤整備로서 인력과 시설을 확충하고자 기존의 건강증진센터를 정비하고 市·町·村 保健센터를 확충하였다. 셋째, ‘건강, 체력가꾸기 사업재단’을 발족하여 국민의 健康教育에 대한 전국적 弘報活動을 추진하였으며 지역활동을 위해 ‘건강가꾸기 추진협의회’를 설치하였다.

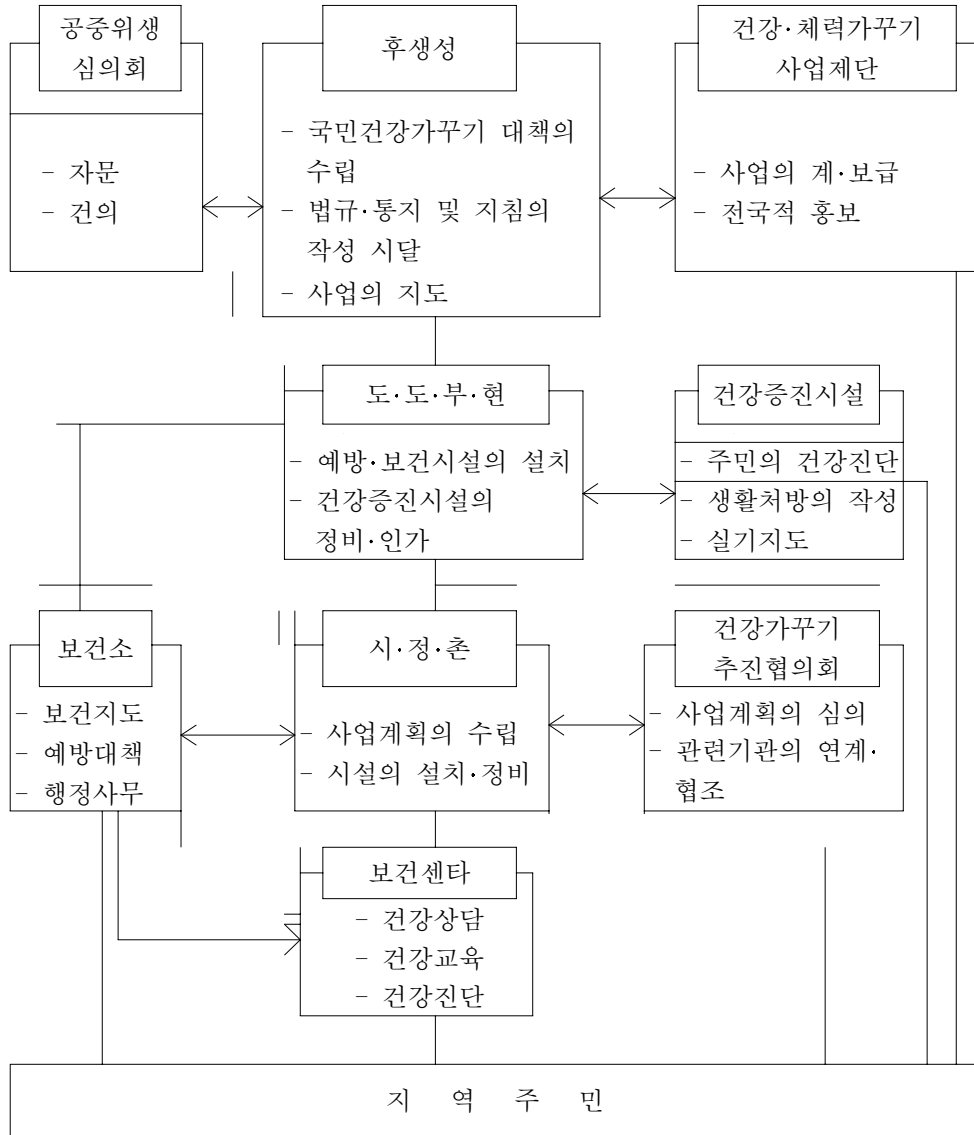
이 과정에서 중앙조직으로서 후생성은 이 사업의 구심점이 되어 사업계획과 방향을 수립하고 法規整備 및 行政措置, 指針을 作成 示達하였으며 사업을 총괄적으로 지도해나가는 역할을 수행하였다. 후생성의 활동을 기술적

으로 자문하는 公衆衛生協議會를 두었고 건강, 체력가꾸기 재단은 후생성이 계획한 사업을 전국적으로 보급, 홍보하는 역할을 담당하였다.

地方組織으로서 都·道·府·縣에서는 사업의 구체적인 수행을 위한 예방, 보건시설을 설치하고 健康增進施設의 整備와 認可業務를 담당하였으며 健康增進施設을 관장하므로써 주민의 健康診斷과 生活處方에 대한 指導業務를 담당하였다. 市·町·村에서는 각 지역별 事業計劃을 수립하고 擔當人力을 확보하여 산하에 있는 보건센터를 통해 지역주민에 대한 健康相談과 教育, 健康診斷 등을 실시하는 한편 보건소, ‘건강가꾸기추진협의회’ 등 지역조직과 상호 연계하였다. 이상의 과정을 도시하면 [圖 II-1]과 같다.

이같은 역할은 2차 국민건강가꾸기 운동에서도 지속되었으며 특히 운동에 대해 역점을 둔 이 사업에서 후생성은 사업의 전체적인 청사진과 함께 運動指導者 養成을 위한 認定法律과 健康增進 施設 認定規定을 제정하여 法的 支援을 하는 한편 건강증진 시설에 대한 정책금융방안을 마련하였다. 健康運動指導師의 養成은 건강, 체력가꾸기 사업재단에서 담당하였으며 지방조직에서는 ‘運動普及推進員’이라는 자원봉사자를 주축으로 運動學習의 普及, 지역이벤트나 ‘고향21 건강장수의 마을가꾸기 운동’ 등을 통해 각종 계몽활동을 전개하였다. 정부조직외에 健康增進에 대한 관심이 높은 지방들에서는 地域住民 組織을 結成, 행정과 시민의 교량역으로 활용하였는 바 ‘地域保健推進員’이나 ‘營養改善推進員’ 등 市民組織과 제휴 地域住民의 意識變換에 주체적으로 참여하도록 하였으며 문화단체, 체육단체 등 民間組織을 적절히 활용하고 있는 점은 주목할만하다. 이상과 같이 일본의 예를 살펴볼 때 健康增進事業은 합리적인 事業方向의 설정도 중요하지만 궁극적으로 개개인의 行態變化를 유도한다는 점에서 政府組織과 다양한 民間組織 그리고 시민들의 주체적인 노력이 유기적으로 연계될 때 사업의 소기성과를 거둘 수 있음을 깨닫게 된다.

[圖 II-1] 日本의 健康가꾸기事業 推進體系圖



資料: 김수춘·이충섭, 『국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1990.

3. 國內 中央과 地方에서의 健康增進 事業 現況

가. 事業現況

1) 政府組織

가) 中央

국민건강 증진사업을 담당하고 있는 中央의 政府組織은 保健福祉部, 保健局의 保健政策課가 사업을 총괄관리하는 주무과의 기능을 담당하고 있으며 疾病管理課, 生活保健課, 防疫課, 地域醫療課, 保險給與課 등은 협력부서로서의 지원역할을 수행하고 있다. 또한 보건복지부내에 국민건강 증진을 위한 保健政策 및 事業에 대한 자문기구로서 保健政策審議委員會를 설치운영하고 있으며 시·도 및 시·군 보건소에 총 280여명의 보건교육 담당자를 지정하는 등 保健教育 支援體系를 構築하고 있으나 활동은 아직 미미한 수준에 머무르고 있다.

정부차원에서 健康增進 活動들은 주로 中央政府가 중심이 되어 왔다고 볼 수 있다. 대표적인 활동들로서 國民健康生活指針의 制定, 國民健康手帖 示範事業, 國民營養 改善事業 등을 들 수 있다. ‘國民健康生活指針’은 복지부가 1984년 7월 14일 건강과 관련된 올바른 행태를 유도할 목적으로 7가지 실천사항을 제정한 것으로 이를 관련기관 및 대중매체에 배포하고 홍보하였다. 1993년 10월에는 일부 내용을 현실정에 맞도록 개정하여 秩序意識 提高 및 安全事故 豫防과 健康한 環境維持를 위한 쓰레기 줄이기 운동을 추가하였다. ‘國民健康手帖 示範事業’은 1986년부터 1988년까지 3개년 동안 충남 천안시, 전북 부안군의 2만 6천명을 대상으로 健康手帖을 배포하고 개인별 건강상태의 기록 및 유지를 통해 健康管理 能力向上을 도모한 사업이다. 사업기간 동안 國民健康手帖의 무료 보급, 간염을 비롯한 健康診斷 事業 등을 실시하였는데 사업평가결과 소지상의 난점, 보관유지관리에 따른

문제점, 기록 내용의 연속성 유지의 어려움, 유료화에 따른 보급상의 문제 등이 지적되어 확대실시에 이르지 못하는 못하였다.

國民營養은 건강의 주요 결정요소이다. 복지부에서는 國民營養 改善事業의 하나로서 食品衛生法 제70조와 國民營養改善令 및 同施行規則에 근거하여 國民營養調査를 매년 실시하고 있다. 주요 조사항목으로는 국민의 식품 섭취사항, 영양섭취상태 및 건강상태 파악 등이 있으며 國民營養改善, 國民榮養目標 設定 및 食糧需給計劃을 위한 기초자료로 活用되고 있다.

나) 地方

지방의 경우에는 주민에 대한 健康增進 專擔組織을 따로 두지 않고 주로 시·군 보건소와 보건지소, 보건진료소에서 保健教育을 부분적으로 담당하여 왔으며 家族保健係 및 母子保健係에서 家族計劃, 母子保健, 結核管理, 成人病 管理 등 유사 보건사업들을 수행해 왔다.

다) 其他 部處

건강증진과 관련된 사업으로서 주무 부서인 보건복지부 외에 '産業安全 保健法'에 의거한 사업들은 노동부가 관장하고 있으며 주로 事業場別 健康相談, 教育 및 作業場 衛生管理, 勤勞者 健康檢診 등을 수행하고 있다. 교육부의 경우엔 '學校保健法'을 근거로 학교별 학급수에 따른 學敎醫나 養護敎師의 배치를 義務化하고 學生과 敎職員의 健康增進을 도모하고 있으며 구체적으로 學生 및 敎職員에 대한 身體檢査와 保健教育을 실시하고 있다. 그러나 빈약한 豫算과 事業의 구체적인 프로그램의 결여로 소기의 성과를 거두지 못한 채 형식에 그치고 있는 실정이다.

2) 醫療保險 組織

醫療保險 조직은 醫療保險 대상자의 특성에 따라 地域醫療保險과 職場醫療保險 그리고 公·敎 醫療保險으로 구분된다. 이 중 公·敎 醫療保險은 健康

增進과 관련된 健康診斷事業을 가장 먼저 도입하므로써 이 분야에 대해 오랜 경험을 축적하여 왔으며 매 2년마다 被保險者 대상의 健康診斷 사업과 가족간염 검사를 실시하고 있다. 또한 중앙의 醫療保險管理工團과 시·도 지부는 保健教育 및 醫療保險 弘報資料를 제작 보급하고 보건교육에도 힘써 오고 있다. 직장조합의 경우에도 일부 被扶養者만을 대상으로 成人病 檢診事業을 실시해오고 있으나 사업 대상자수는 미미한 형편이며 적용인구가 가장 많은 지역의료보험의 경우엔 재정형편상 豫防保健事業을 실시하지 못하고 있어 향후 保險者로서 적극적인 활동이 모색될 필요가 있다.

3) 民間團體

民間團體중 保健關聯團體로서 健康增進 목적의 사업을 실시하고 있는 단체로는 한국건강관리협회, 대한보건협회, 한국금연운동협의회, 대한결핵협회, 대한가족계획협회, 대한산업보건협회, 한국성인병예방협회, 대한적십자사 등이 있다. 이들 단체들에서는 疾病豫防 및 健康增進 활동으로 保健教育 및 弘報資料의 개발과 보급에 힘쓰고 있으며 特殊疾患 및 成人病 檢診 등의 健康檢診 事業을 실시하고 있다.

나. 健康增進 關聯 事業의 問題點

그간 健康增進과 관련하여 수행되어온 사업의 문제점을 살펴 보면 다음과 같다.

첫째, 健康增進을 국가의 政策課題로서 추진해나감에 있어 종합적이고 장기적인 사업목표와 구체적인 戰略方案이 부재하였다. 이에 대해서는 최근 건강증진법 제정을 계기로 장단기 사업목표와 내용에 대한 논의들이 다양하게 개진되고 있기 때문에 빠른 시일내에 건강증진 사업에 대한 국가적 청사진이 마련될 것으로 기대된다.

둘째, 健康增進과 관련된 사업을 추진하는 사업주체간에 연계가 없이 단

편적, 산발적으로 사업이 수행되므로써 사업내용이 중복되거나 비효율을 초래하였다. 특히 主務部署인 保社部の 중앙활동을 사업현장에서 구체적으로 실천할 기반조직이 미비하였으며 內務部나 教育部 등 관련 行政機關과의 협조체계도 원활하지 못하였다.

셋째, 民間이 保健醫療 供給體系의 주축을 이루고 있음에도 불구하고 公共組織과 民間團體間의 연계가 미약할 뿐만 아니라 公共과 民間간의 적절한 역할분담이 이루어지지 못하였다. 이로 인해 민간의 경우 이윤동기를 충족시킬 수 있는 일부 사업들에만 관여하거나 健康增進 프로그램의 상업화를 심화시키는 등 사업의 왜곡을 가져왔으며 결과적으로 醫療費 增加에 寄與하였다.

넷째, 健康增進 事業을 실질적으로 수행하기 위한 기반으로서 豫算이 미비하였다. 國民健康 增進과 관련된 豫算規模를 살펴보면 우선 主務部處인 保社部の 豫算이 1991년도 정부 총 예산의 5%로서 1988년에 비해 2배 이상의 규모로 증가하였으나 예산의 증가분이 대부분 醫療保障 部門에 충당되므로써 保健 및 生活環境에 배당된 豫算比率은 1988년의 19.4%에서 1991년 13.1%로 오히려 줄어들었다(변중화 등, 1992). 1991년 豫防保健事業 豫算은 47억 6천만원으로 전체 保健社會部 豫算의 0.35%에 불과하며 이중 保健教育 및 弘報事業費는 12.1%이고 나머지는 健康檢診事業費로 母子保健, 急性 傳染病 管理, 原爆被害者 健康診斷 등에 사용되고 있어 健康檢診이 정부차원의 健康增進 事業의 주가 되고 있음을 알 수 있다. 최근 제정된 健康增進法에서 健康增進 事業을 위한 재원을 명시하고 있어 향후 이 분야에 대한 재원확보의 전망을 밝게 하고 있으나 지속적인 재원확보를 위한 다양한 노력들이 강구될 필요가 있다.

다섯째, 健康增進과 관련하여 우리 실정에 맞는 구체적인 프로그램과 이를 담당할 專門人力, 施設, 裝備 등이 부재하다.

여섯째, 健康과 관련된 정보가 체계적으로 수집되거나 정리되지 못하므로써 현재 우리나라 健康增進 事業의 수준을 파악하기가 어렵다.

4. 中央과 地方의 役割과 機能

중앙과 지방, 공공조직과 민간조직간의 機能分擔에 관한 논의는 각 분야의 國家政策 樹立過程에서 가장 기본적으로 검토되는 주제이다. 특히 1995년 自治團體長 選舉實施로 地方自治時代가 도래함에 따라 中央行政의 연장으로서의 地方行政은 주민지배와 참여의 자치행정으로 대치되며 地方自治團體의 役割과 機能이 강화되고 政府組織과 機能이 재조정되는 큰 변화를 맞고 있다. 自治團體의 주기능이 福祉行政이라고 볼 때 국민건강 향상과 관련된 보건행정 업무의 중심도 中央政府에서 각 自治團體로 옮겨질 것으로 전망된다. 그러나 전통적인 中央集權的 行政文化의 형성, 財政의 과도한 中央集權的 構造 그리고 그 결과로서 地方自治團體의 相對的 無氣力 등 현실적인 여건은 地方自治時代의 運營이 순조롭지만은 않을 것임을 예고한다. 그럼에도 불구하고 보다 良質의 專門的이고 迅速한 행정서비스 향상을 바라는 국민의 욕구증대에 적극적으로 對應하기 위해서는 中央政府와 地方自治團體間의 적절한 機能配分이 필요하며 또한 權威的인 強要에 依存하던 과거의 공공과 민간조직간의 관계에 대해서도 개선의 노력이 요구된다.

中央과 地方의 役割分擔에 대해서는 다양한 견해들이 제시되고 있는데 行政中心의 분류이기는 하지만 대체로 다음의 사항들을 고려하여 분담이 이루어지고 있다. 첫째, 본질상 그 기능의 성질이 中央政府 機能이나 地方自治團體의 機能이나에 관한 측면, 둘째, 行政處理過程에서 該當業務를 效率的으로 擔當할 능력이 있는 政府水準은 어디인가? 셋째, 中央 또는 地方團體 중 어느 수준에서 수행되었을 때 더 나은 行政效果를 거둘 수 있는가? 등이다. 이상의 사항들을 고려하여 정경배 등(1993)은 統一性이 강하고 劃一的이며, 通治行爲에 가까운 業務와 規模의 經濟效果가 크고, 企劃性이 강하며 專門性이 큰 업무는 中央에서 담당하는 반면 多樣性이 강하여 地域近接性이 높고, 執行性과 單純性이 있고 현지 이익에 직결되며 비용절감 효과가 큰 경우에는 地方이 擔當하는 것으로 原則을 제시한 바 있다.

이러한 측면에서 볼 때 保健醫療 分野는 어느 분야보다도 專門性과 技術的인 지원이 요구되기 때문에 지방자치시대일지라도 中央의 支援業務가 持續적으로 중요할 수 있다. 김한중(1995)은 地方自治時代를 맞아 保健醫療分野에 있어 機能分擔을 다음과 같이 제시하였다. 즉 지방자치가 시작되고 안정적인 기반을 구축하기까지의 轉換期에는 地方財政이 脆弱하고, 보건에 대한 지역의 우선순위가 낮으며 自治團體內에서 保健業務를 수행할 專門性이 부족한 현실을 감안하여 중앙은 지방의 취약한 부분에 대한 지원과 대체의 역할을 담당하며 특히 財政的 支援이 중요하다.

지방자치의 기반이 안정된 이후엔 上記에 기술한 一般的인 機能分擔 原則에 따라 중앙과 지방의 역할을 설정한다. 健康增進事業 역시 保健醫療 政策의 한 分野로서 中央과 地方의 役割은 이상에서 제시한 役割分擔 原則에 준할 것으로 판단된다. 세계보건기구기구가 추진하고 있는 ‘건강한 도시만들기’사업이 標榜하는 사업목적은 개인이 아닌 公共이나 民間組織的 次元에서 수행해야 할 역할을 제시하고 있다는 점에서 조직의 역할을 설정하는데 시사하는 바가 크다. 즉 이 사업의 다섯 가지 목적을 살펴보면 첫째, 건강을 유도하는 公共政策의 樹立, 둘째, 건강을 지지하는 環境의 造成, 셋째, 건강을 향한 地域社會活動의 振作, 넷째, 개개인의 건강을 위한 技術의 開發, 다섯째, 보건의료서비스와 지역사회에 근거한 보건의료시스템을 健康增進 指向的인 것으로의 再編 등이다.

따라서 이상의 사항들을 종합해 볼 때 건강증진에 대한 중앙과 지방의 역할을 설정하는데 있어 다음과 같은 원칙들을 제시해 볼 수 있겠다. 中央政府는 健康增進 事業의 방향과 國家的 目標를 設定하고 國家次元의 事業體系를 構築하며 사업을 위한 豫算確保, 技術的인 支援과 基準을 提示하며 자치단체 차원에서 양성하기 어려운 專門人力과 施設의 確保에 주력하여야 한다. 地方自治團體는 國家 全體의 目標를 토대로 지역실정에 부합하는 事業目的과 內容을 設定하고 地域住民의 需要에 副應할 수 있는 서비스제공에 역점을 두어야 한다. 健康增進 事業은 개개인의 가치와 행태변화를 지향

해야 하기 때문에 民間團體와 地域社會組織의 參與가 중요하며 우선적으로 민간 학술전문단체들은 健康增進과 관련된 研究와 技術的 諮問 등을 담당하는 것이 바람직할 것이다. 기존의 각 분야에서 활동하고 있는 民間團體들은 健康增進事業이 地域社會에 定着되고 생활화될 수 있도록 啓蒙과 弘報 活動을 擔當하여야 하며 특히 이러한 민간단체가 적극적으로 사업에 참여할 수 있도록 공공조직은 행정적 지원은 물론 參與誘引을 提供하여야 한다.

5. 中央과 地方의 健康增進 事業內容

앞서 제시한 바 있는 健康增進事業에 있어서 中央과 地方의 役割과 機能에 대한 원칙들을 토대로 具體的인 機能들을 설정해보면 다음과 같다. 다만 保健所와 保險者 組織에 대한 사항은 다른 글에서 논의될 예정이기 때문에 구체적인 사항은 언급하지 않기로 한다.

가. 中央의 役割

1) 公共組織

보건복지부의 보건정책과가 주무부서로서,

① 國民 健康增進 事業의 長短期 計劃 樹立 및 施策開發

② 法的 基盤마련

- 공중이용시설내의 흡연금지
- 담배자판기 설치 규제
- 미성년자 대상의 담배·술 판매 억제
- 유해식품의 생산유통 규제 등
- 환경부와 연계하여 각종 공해에 대한 법적 지원
- 노동부와 연계하여 작업장 건강검진 사업에 대한 법적 지원

- 교육부와 연계하여 학교보건에서의 건강검진 사업에 대한 법적 지원

③ 行政的 支援方案 마련

- 건강증진사업 추진에 소요되는 예산, 인력, 장비조달을 위한 행정지원 강화
- 사업조직간 연계의 활성화를 위해 각종 행정적 지원
- 정책수행에 대한 행정부처간 연계체계 구축

④ 資源 確保 및 支援

- 건강증진 사업에 대해 예산외에 지속적인 재원확보 방안 마련
- 전문인력은행 설치 운영과 지역에 대한 지원

⑤ 國民 健康增進 事業體系 構築과 總括的인 調整·監督

健康增進 事業活動의 效果的 推進과 活性化를 위하여 중앙에서 지방에 이르는 事業組織體系 構築이 필요하며 이를 위해

- 중앙의 주무 부처와 지역부처, 그리고 각 부처별 업무내용에 대한 범위 설정
- 시·도 및 시·군 등의 공공 보건기관의 건강증진 사업조직 개편
- 각종 문화, 체육 관련단체와 전문학회 등 민간단체들의 사업참여 유도

⑥ 國民健康增進과 관련된 각종 基準과 事業 指針 制定

- 건강증진 사업지침 및 건강관리 지침
- 국민건강생활지침
- 질병예방 및 건강관리 지침
- 식생활 및 구강건강관리 지침

⑦ 健康增進施設 設置基準과 專門人力 資格基準 開發

- 건강증진시설로서 건강검진센터, 지역체육센터, 건강상담 및 교육센터 등에 대한 기준 설정
- 건강증진 전문인력으로서 건강상담 및 교육원, 영양지도사, 운동지도사 등에 대한 기준 설정

⑧ 健康增進事業의 技術的 支援을 위한 研究開發 事業支援

2) 健康增進事業 專擔機構 設立

국민건강 증진사업과 관련된 기술적 업무와 전문성을 지원하기 위하여 복지부 산하에 專擔 機構를 設立할 필요가 있으며 該當 機構의 役割은 다음과 같다.

① 國民 健康增進 事業의 長短期 計劃 樹立 및 施策開發

② 각종 健康增進 政策 및 事業開發 및 評價

③ 健康增進 事業을 위한 專門人力 訓練

- 인력개발 장단기 계획 수립
- 인력 개발을 위한 교과 과정 및 교재 개발
- 인력훈련을 위한 각종 세미나와 워크숍 개최

④ 國民健康增進과 관련된 각종 基準과 統計提示 및 情報管理

우리나라에 적합한 健康增進 模型과 指針을 開發하기 위한 토대로서,

- 건강증진사업 관련 통계 개발 및 제시
- 국민건강증진과 관련된 각종 문헌수집과 정보관리
- 사업관리 정보체계 개발
- 건강증진사업 평가 및 모니터링 체계 개발

⑤ 保健教育 情報센터로서의 役割

- 국민의 보건교육 요구 및 교육매체의 효과 평가
- 교육매체와 프로그램 개발 및 제작
- 대중매체를 이용한 교육정보 배포
- 건강증진에 대한 문화행사에 기술적 지원
- 보건교육 자료실 운영

3) 保健福祉部 傘下 關係 研究機關 및 保健團體

① 健康增進事業의 技術的 支援을 위한 研究開發 事業擔當

- 國民의 健康실태 파악을 위한 조사연구
 - 國民건강 및 보건의식 行태조사
 - 國民건강검진 및 영양조사
 - 구강보건 실태조사
 - 國民건강검진 및 영양조사
 - 구강보건 실태조사
 - 國民체력 평가 및 운동 실태조사
 - 특수 계층의 흡연·음주 실태조사
- 만성퇴행성 질환의 예방관리에 관한 역학적 조사 연구
 - 암, 뇌혈관질환, 당뇨병, 만성 간질환 등의 위험요인에 대한 역학적 조사
- 건강수준과의 相關성에 관한 연구
- 사고예방 및 식품안전 관리에 관한 연구
- 건강증진 및 질병예방과 相關된 경제, 사회학적 연구

② 健康增進事業에 대한 協力과 參與

③ 汎國民的 健康增進 運動에 대한 支援團體

나. 地方의 役割

1) 公共組織

① 地域實情에 부합된 地方의 健康增進事業 計劃 樹立

② 國民健康增進法令 施行을 위한 制度 補強과 法令 執行

- 건강증진법 시행과 相關된 지방조례 제정
- 건강증진 相關 시설과 인력에 대한 지방조례 개정 보장

- 지역주민의 건강증진을 위한 각종 운동시설, 공원 및 휴양시설, 위생시설 등의 확충을 위한 관련 지방조례의 개정 보장
- 각종 행정 규제 및 지원
 - 담배 및 주류에 대한 경고문구의 표기
 - 광고·관촉활동의 금지 및 제한
 - 담배 자동판매기의 설치 제한
 - 금연구역과 흡연구역의 구분지정
 - 미성년자에 대한 담배판매금지 등
 - 사업기관간 협조체계 구축을 위한 행정적 지원

③ 健康增進 地域事業體系 構築

- 공공보건체계의 기능개편
 - 보건소, 보건지소, 보건진료소를 지역별 건강증진 사업추진의 구심점으로 기능설정, 시설과 인력확충
 - 건강증진과 관련된 각종 프로그램 개발과 인력교육
 - 건강검진과 건강증진 상담, 건강평가 및 지도센터, 운동지도
 - 보건교육, 건강생활실천운동, 영양관리, 구강건강관리,
 - 건강고위험자 등록관리, 질병의 조기발견관리,
- 시·군·구청의 관련 부서와 협조체계 구축
- 지역사회 각종 민간 단체와 민간 의료기관 등의 사업참여 유도
- 기존의 지역사회 주민조직과의 연계
- 지역의 자원 봉사자들의 활용

④ 保健教育 實施

- 대중매체이용 교육홍보
- 교육홍보매체 개발보급(팸플렛, 리후렛, 정보지, 소책자 등)
- 대중매체를 활용한 교육 프로그램 개발
- 각종 자원 봉사자들에 대한 교육훈련
- 지역사회 중심의 교육홍보행사, 건강교실, 강연회, 좌담회 개최

- 학교, 직장에 대한 보건교육 특강 지원

⑤ 地域社會 次元의 健康增進 運動 推進

- 민간단체와 관련공무원, 언론기관, 학계 등으로 구성된 지역사회 자문 조직과 자원봉사자로 구성된 사업조직 운영
- 건강증진과 관련된 각종 문화행사와 이벤트 기획

⑥ 健康增進을 위한 環境 造成

- 수돗물 불소화 사업
- 공해산업 감시
- 유해 건강식품 감시: 민·관 협동의 공동감시체계 구축
- 금연 및 절주 환경 조성
- 건강증진 시설의 확충 유도
건강증진 시설의 신설 및 기존 관련 기관(민간의료기관, 체육관, 직장 강당)의 공간활용

나) 民間團體

- 언론기관, 시민단체, 학교교사, 각종 주민조직(새마을조직, 어머니회 조직, 청년회 조직 등)의 사업참여 유도
- 사업추진과정에서 주민에 대한 주요 접근통로로 활용
- 사업추진과 여론을 선도하는 주민지도자로서 육성 활용

6. 結 論

건강증진은 기존의 보건의료가 추구해온 疾病中心과 診療中心의 사고에서 탈피하여 건강한 집단에 대한 관심을 促求하는 能動的인 意識의 轉換을 요구한다. 또한 疾病診療에 우선을 두는 保健醫療 專門家들의 意識改革에서부터 일반 국민들의 생활행태 변화와, 나아가선 궁극적으로 社會 全般的인 價値의 健康性을 追求해야 한다는 점에서 事業의 목표와 목적을 달성하기

가 용이하지 않다. 그러나 최근 우리나라 보건 의료 환경이 健康增進 事業의 展望을 밝게 하는 몇 가지 고무적인 변화를 보이고 있다. 첫째, 그간 침체를 보이고 있던 公共保健組織으로서 保健所가 地域住民에게 보다 積極적으로 다가가려는 노력들을 보이기 시작했고 健康增進에 대한 다양한 관심과 事業의 可能性을 摸索하고 있다는 점이다. 보건소의 이러한 움직임에 대하여 中央政府 次元에서 組織적이고 持續적인 人力과 財源, 技術的 支援이 이루어질 경우 健康增進 事業은 짧은 기간내에 좋은 성과를 기대할 수 있으며 公共保健組織을 중심으로 한 건강증진 사업의 독특한 모형의 가능성을 提示할 수도 있을 것이다.

둘째, 본격적인 지자체 시대에 돌입하므로써 地方組織이 活性化되기 시작하고 있으며 지자체의 기반구축은 과거에 비해 지역실정에 부합하는 健康增進事業의 推進을 容易하게 할 것이다. 아울러 다양한 地域住民組織의 活用과 民間機關과의 連帶 또한 다른 어느 때 보다도 높은 현실성을 가질 수 있다.

셋째, 全國民醫療保險 體系가 構築되고 地域醫療保險을 제외한 醫療保險 財政이 安定基調에 들어감에 따라 보험자의 건강증진에 대한 능동적인 역할을 기대할 수 있게 되었다.

따라서 이러한 환경의 변화를 최대한 활용하고 건강증진 사업의 원활한 추진을 위해서는 다른 나라에서처럼 中央과 地方, 公共과 民間組織 등 事業組織間의 有機的 連繫方案을 摸索하는 것이 무엇보다도 중요하다. 保健醫療分野외의 많은 분야에서도 각 組織間의 連繫가 필요한 사업들이 계획, 집행되었으나 중앙과 지방간, 공공과 민간조직간 이해부족과 불신으로 사업의 목적을 달성하지 못했던 예는 무수히 많다. 이러한 과거의 전철을 되풀이하지 않기 위해서는 中央이나 公共組織의 一方的인 결정보다는 社會 各界의 충분한 意見收斂과 參與 誘導가 필요하며 民主的인 意思通路 構築, 事業組織間의 明確한 機能設定 등의 다양한 노력들이 경주될 필요가 있겠다.

Ⅲ. 保健所의 健康增進事業 活性化 方案

1. 序 論

정부에서는 국민들의 건강 및 삶의 질 향상욕구 증대와 상병양상 변화 등에 대한 적극적인 정책대응으로서 1995년에 國民健康增進法을 제정하고 中央 및 地方에서의 國民健康增進事業의 活性化를 추진하고 있다.

국민건강증진법에서는 국가 및 지방자치단체로 하여금 국민들 스스로 건강생활실천을 통하여 건강을 유지·증진할 수 있도록 건강생활실천 여건조성과 함께 국민보건교육을 강화하고, 질병위험요인의 조기발견관리를 위한 예방서비스의 개선강화와 영양 및 체력관리사업 등을 추진토록 규정하고 있으며, 특히 보건소를 중심으로 지역사회 건강증진사업을 강화하도록 규정하고 있다.

健康增進事業은 지역주민들 스스로 건강생활실천을 통해서 자신의 건강을 유지·증진시킬 수 있도록 하는 保健教育實施와 健康檢診 및 相談指導 등의 대민적인 건강관리서비스가 主要事業 活動이므로 保健所를 중심으로 地域社會 健康增進事業을 活性化하는 것이 바람직하다. 왜냐하면 보건소는 시·군·구 단위의 유일한 公共保健機關으로서 수익성이 낮아 民間醫療機關이 기피하는 豫防中心의 보건의료서비스를 제공하고 있으며, 지역주민들이 경제적 큰 부담없이 이용할 수 있고 지역적으로 쉽게 이용할 수 있는 위치에 있기 때문이다.

또 地方自治制의 실시와 함께 1995년 말에 保健所法이 지역보건의료사업의 활성화와 효율적 추진을 위한 地域保健法으로 개정되었기 때문에 保健所를 중심으로 한 地域社會 健康增進事業의 活性化 與件이 마련된 셈이다.

國民健康增進을 위하여는 지역주민대상의 실질적인 건강증진사업활동이

활성화되어야 하며, 이를 위하여는 保健所를 중심으로 한 지역사회 健康増進事業의 活性化가 이루어져야 한다.

이 연구에서는 保健所가 지역주민의 건강관리를 담당하는 地域社會 公共 保健機關으로서 중추적인 역할과 기능을 할 수 있도록 보건소를 중심으로 건강증진사업을 활성화하고 효과적으로 추진할 수 있는 방안을 모색코자 하며, 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 현재 보건소의 건강증진사업과 관련된 中央 및 地方에서의 業務活動, 組織, 人力, 裝備施設 및 財政現況과 問題點을 분석한다.

둘째, 향후 보건소가 지역주민의 건강관리를 위한 지역사회 중심기관으로서의 역할과 기능을 할 수 있도록 保健所 中心의 地域社會 健康増進事業의 活性化와 效果的 推進方案을 모색한다.

2. 現況 및 問題點

가. 中央 및 市·道の 事業支援 活動現況

시·군·구의 건강증진사업의 활성화와 효과적 추진을 위하여는 中央 및 市·道에서 건강증진사업 추진에 필요한 技術的 및 行政的 支援이 있어야 하며, 이러한 사업지원 활동이 활성화될 때 시·군·구 등 一線事業活動의 效果的 推進을 기대할 수 있다.

保健福祉部는 국민건강증진법을 기초로 국민건강증진 사업의 기본목표와 추진전략, 사업추진의 기본방향, 중앙과 시·도 및 시·군·구에서 추진해야할 주요 사업활동내용, 사업계획수립 지침 등을 중심으로 國民健康増進 基本施策을 수립하고 이를 각 시·도 및 시·군·구에 통보하여 건강증진사업을 추진토록 하고 있다.

國民健康増進 基本施策에 의하면 보건복지부는 시·도 및 시·군·구 등의 건강증진사업 활동지원을 위하여 국민건강증진에 관한 목표설정 및 정책개

발, 국민건강증진법령 집행지침 시달 등과 함께 직접적인 사업지원책으로서 시·도 및 시·군·구의 事業評價와 技術支援을 위한 評價指導班을 운영하고 건강증진사업 추진에 소요되는 豫算, 人力, 裝備調達을 위한 行政支援을 하도록 되어 있다.

또 보건복지부 산하의 국책연구기관인 韓國保健社會研究院에서는 보건교육등 건강증진사업에 관한 각종 정보자료의 수집 및 교육홍보자료의 개발 보급, 대중매체를 이용한 교육홍보, 건강증진에 관한 사업개발 및 평가, 건강증진사업 담당 및 관련인력의 교육훈련 등의 技術的 支援 業務 遂行을 통한 一線事業活動을 지원토록하고 있다. 또 시·도의 경우 시·군·구의 事業調整 및 評價指導, 教育訓練, 事業豫算 및 人力調達을 위한 行政支援 등의 업무를 수행토록 하고 있다.

중앙 및 시·도에서의 사업지원활동이나 시·군·구의 사업추진에는 많은 예산이 필요하며, 이러한 所要豫算의 財源確保로서 국민건강증진법에 國民健康增進基金을 設置 運營토록 되어 있으나 건강증진기금의 재원확보에 가장 큰 비중을 차지하고 있는 담배사업자가 국민건강증진기금에 출연토록 되어 있는 기금지원이 關係法令(담배사업법 제25조의 2와 동법 시행규칙 제19조의 4, 제19조의 5 제2항, 제19조의 6 제2항 삭제)의 改定에 따라 어렵게 됨으로써 중앙 및 지방에서의 건강증진사업 추진에 많은 차질을 빚고 있다. 이러한 中央 및 市·道の 技術 및 行政支援 活動上의 問題點을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 시·군·구의 건강증진사업 추진에 필요한 豫算 및 人力, 裝備 調達을 위한 行政支援이 미흡하다. 시·군·구의 일선 사업지원을 위한 기획관리 업무로서의 국민건강증진 목표설정과 정책개발, 금연·절주를 위한 규제법령의 집행지침시달, 시·도 및 시·군·구의 사업지도 강화 등을 통한 간접적인 사업지원활동은 비교적 활발히 추진되고 있으나 시·군·구의 건강증진사업 추진에 소요되는 예산, 인력, 장비조달 등의 행정지원은 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 왜냐하면 국민건강증진사업의 재정지원을 당초 國民健康增

進 基金에서 일부 지원키로 계획되어 있었으나 국민건강증진 기금이 확보되지 않아 중앙에서의 적극적인 行政 및 財政支援이 어려운 실정에 있다. 건강증진기금은 초창기에 있는 국민건강증진사업의 활성화를 위한 불씨의 역할을 할 수 있다는 점에서 그 필요성이 강조되고 있다.

둘째, 사업의 효과적 추진을 위한 教育弘報媒體의 開發普及 및 教育訓練 등의 支援活動이 부족하다. 건강증진사업의 주요활동 내용은 국민들의 건강의식 개선 및 건강생활실천 유도를 위한 保健啓蒙教育弘報活動과 각종 疾病危險要因의 早期發見管理를 위한 주민대상의 예방서비스 개선강화, 健康生活環境與件 造成을 위한 금연·절주조치와 유해한 식품 및 의약품의 생산유통 억제 등 그 사업활동 내용이 다양하고 이제까지의 보건소업무와는 비교적 생소한 사업활동이다. 따라서 이러한 건강증진사업의 효과적 추진을 위해서는 中央에서 사업실시에 필요한 각종 保健教育 弘報媒體의 製作·普及나 사업담당인력 대상의 教育訓練 實施 등을 통한 一線事業活動에 대한 적극적인 지원이 필요하다.

보건복지부의 國民健康増進 基本施策에는 중앙단위 건강증진사업 활동의 하나로서 보건복지부 산하의 한국보건사회연구원에 「保健教育開發센터」를 설치하여 보건교육에 관한 정보·자료의 수집·개발·보급과 교육훈련, 조사연구 및 사업개발 평가 등의 技術的 支援業務를 수행토록 계획되어 있었으나 이러한 사업추진에 필요한 건강증진 기금이 확보되지 않아 사업실시가 지연되고 있다.

셋째, 중앙에서의 研究開發 및 事業評價活動을 통한 事業支援 機能이 미약하다. 건강증진사업의 효과적 추진을 위해서는 시·군·구의 보건소등 일선사업기관에서 효과적으로 실시할 수 있는 健康増進 프로그램 및 戰略開發이나 사업평가를 통한 問題點 診斷 및 改善代案 講究 그리고 현지 출장이나 세미나 및 평가대회 개최 등을 통한 事業指導·監督이 필요하나 이를 위한 중앙이나 시·도에서의 사업활동이 활성화되지 못하고 있다.

나. 保健所의 健康增進事業 現況

1) 健康增進의 概念과 事業活動 內容

보건소의 건강증진사업활동 현황을 분석하기 위해서는 먼저 健康增進의 概念과 이를 위한 事業活動內容을 살펴보고 건강증진사업을 명확히 규정할 필요가 있다.

국민건강증진법 제2조에서는 국민건강증진사업을 保健教育, 疾病豫防, 營養改善, 健康生活實踐 등을 통하여 국민의 건강을 증진하는 사업으로 정의하고 있으며, 동법 제19조에서 시장·군수·구청장이 지역주민의 건강증진을 위하여 보건소장으로 하여금 보건교육 및 건강상담, 영양관리, 구강건강관리, 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방, 지역사회 보건문제 조사연구, 기타 건강교실 운영 등 건강증진사업을 추진토록 하고 있다. 그리고 동법 제25조와 제18조에서 각각 영양개선사업과 구강건강사업의 세부사업내용에 관한 사항을 규정하고 있다.

또 國民健康增進法 제8조에서 國家 및 地方自治團體는 금연과 절주를 위한 教育弘報와 調查研究事業支援을 하도록 규정하고 제9조에서 금연을 위한 조치로서 제조담배에 관한 광고제한과 담배자동판매기 설치제한, 19세 미만 자에 대한 담배판매금지, 공중이용시설의 금연·흡연구역의 구분지정 등을 강제 실시토록 규정하고 있다.

健康增進은 상병이 발생한 후에 취하는 治療 目的의 醫療的 活動이 아니라 상병이 발생하기 전에 주로 건강인을 대상으로 건강에 위해를 줄 수 있는 生活樣式 및 環境與件을 개선하여 건강할 수 있는 잠재력을 기르고, 豫防保健 서비스의 改善 등을 통하여 疾病危險要因을 조기에 發見管理함으로써 건강을 유지·증진하려는 적극적인 健康向上策이다.

이를 위한 접근수단으로는, 첫째, 教育的 手段으로서 국민들의 건강의식을 제고하고 건강생활실천을 유도하기 위한 보건교육홍보와 건강생활실천운동전개, 둘째, 豫防醫學的 接近手段으로서 주민대상의 예방서비스의 접근

도를 높이기 위한 지역사회 보건의료기관 및 기타 관련조직의 예방사업 활성화, 셋째, 保健環境的 手段으로서 건강한 생활환경조성을 위한 건강증진 시설확충(체육 및 레저시설, 공원, 위생안전시설 등)과 건강위해적 환경요소 규제(국민건강증진법령상의 담배, 술의 규제사항 등) 등의 3가지의 대민적인 접근 수단이 있다(변종화 외, 1995).

保健福祉部는 1996년 3월에 국민건강증진법령에 규정한 금연·절주를 위한 조치와 건강증진사업들을 기초로 國民健康増進 基本施策을 수립하고, 이를 각 시·도와 시·군·구 등에 통보하여 건강증진사업을 추진토록 하고 있다.

국민건강증진 기본시책에 제시된 市·郡·區에서 추진할 健康増進事業은 보건교육홍보, 건강생활실천운동, 운동지도, 영양관리, 구강건강관리, 모자보건, 질병위험요인의 조기발견관리를 통한 성인병 예방관리, 건강생활환경조성으로서의 금연·절주를 위한 환경여건개선, 수돗물 불소화사업, 건강증진 시설 확충, 학교·사업장의 건강증진사업 지원 등이 있다.

환경오염방지와 식품·의약품의 안전관리도 건강한 환경여건 조성의 중요한 요소이긴 하나, 이에 대하여는 별도의 법령과 조직이 있으므로 건강증진 사업에서는 다루지 않기로 한다.

疾病危險要因의 早期發見 管理事業은 사업대상을 영아기, 유아기, 학령기·청소년기, 성인기, 노년기로 구분하여 건강검진 및 체력평가 등을 통하여 健康危險要因의 早期發見과 處方 및 教育指導 등의 건강관리 서비스를 生涯의 各 時期別 特性에 따라 지속적으로 제공하는 平生健康管理事業으로 발전시켜 나가야 할 사업이다.

2) 健康増進事業 推進現況

위에서 살펴본 바와 같이 市·郡·區의 보건소에서 추진하여야 할 健康増進事業은 국민건강증진법과 국민건강증진 기본시책에 명시되어 있는 것처럼 10여 가지에 이르고 있으나 事業實施에 필요한 與件이 제대로 마련되어 있지 못하여 활성화되지 못하고 있는 실정이다.

보건복지부의 國民健康增進事業 評價資料(한국보건사회연구원, 1996)에 의하면 시·군·구의 건강증진사업활동은 국민건강증진법령 시행이후 健康增進事業의 活動內容이 多樣化되고, 事業活動 實績도 법시행 이전에 비하여 많이 增加한 것으로 나타났다(박기준, 1996).

특히 시·군·구 보건소에서 吸煙·飲酒에 관한 규제법령의 執行業務에 置重하여 전국 공중이용시설의 금연·흡연구역 지정과 담배판매인 영업소 대상의 단속 지도 실적이 40,875개소에 이르고 이 중 경고처분이 779건에 이르고 있다.

또 일부지역에서는 주민대상의 保健教育 弘報活動으로서 지역 유선방송망을 이용한 교육홍보, 각종 건강교실운영, 시청각교실 운영, 강연·좌담회 등의 활동을 비교적 활발히 추진하고 있긴하나 이처럼 적극적인 사업활동을 전개하고 있는 보건소는 조사대상 16개 보건소중 반 수 이하이며, 특히 健康檢診 및 處方指導와 營養管理, 運動指導 등의 건강관리를 위한 對民的 豫防서비스의 실적은 매우 저조한 것으로 나타났다.

최근 일부 보건소를 대상으로 조사된 保健所의 業務 活動調查結果에 의하면 보건소의 주요 업무중 고혈압, 당뇨병, 암 등의 만성퇴행성 질환 예방관리, 의약지도, 방문보건사업, 모자보건·가족계획, 전염병관리 등의 업무수행 정도는 비교적 높으나 금연·절주 등의 건강생활실천을 위한 교육홍보, 구강건강관리, 영양개선 등의 健康增進事業과 精神保健, 老人保健 등의 事業活動은 그 수행 정도가 매우 낮은 것으로 나타났다(송건용 외, 1996).

이처럼 保健所의 健康增進事業이 활성화되지 못하고 있는 것은 국민건강증진법령이 제정시행된 기간이 짧아 건강증진사업을 활성화하고 효과적으로 추진할 수 있는 事業基盤이 構築되어 있지 못한 데다 사업실시에 필요한 財源이 확보되지 못한 데 있다. 즉 중앙 또는 시·도에서 시·군·구 등의 일선 건강증진사업의 활성화와 효과적 추진에 필요한 保健教育 弘報媒體 및 健康增進 프로그램의 開發普及이나 사업담당 및 관계자에 대한 教育訓練 등의 技術的 支援活動이 미약하고, 사업조직의 강화와 인력, 예산, 시설·장비 등

자원확보를 위한 行政支援이 미약하며, 시·군·구의 자치단체장을 위시한 事業管理階層의 건강증진사업에 대한 關心 및 理解不足 등으로 積極的인 行政支援이 이루어지지 않고 있어 보건소 자체의 건강증진사업 추진에 필요한 組織·人力, 施設·裝備, 豫算 등이 확보되지 못하는데 그 이유가 있다.

그러나 國民健康増進法令에서 규정하고 있는 禁煙·節酒를 위한 措置로서의 광고규제, 공중이용시설의 금연·흡연구역의 구분지정, 19세 미만 자에 대한 담배판매금지, 담배 자판기 설치 제한 등은 주로 指導·監督과 教育弘報 活動事項으로서 豫算支援 없이도 사업수행이 가능하기 때문에 중앙 및 각 지방자치단체가 보건복지부에서 시달한 국민건강증진법령 집행지침 등에 따라 指導·團束 등의 활동을 강화하고 있어 앞으로 국민들의 意識轉換과 制度定着에 크게 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

다. 保健所の 健康増進事業 組織 및 資源 現況

1) 組織 및 人力

보건소의 조직은 지역특성에 따라 特別市型, 廣域市型, 統合市型, 一般市·郡型 등 4개의 조직형태가 있다.

特別市の 경우 보건소장 산하에 保健行政課, 保健指導課, 醫藥課, 地域保健課 등 4개 과가 있고 건강증진 업무를 담당하고 있는 주무 부서는 保健指導課의 保健指導係이나 가족계획 및 구강보건을 담당하고 있는 家族保健係도 담당업무로 볼 때 건강증진업무를 담당하는 조직이라 하겠다.

보건지도계에는 모성보건실과 영유아 보건실이 있고, 보건지도계와 가족보건계의 所屬 人力은 모두 합쳐 8~10명으로 되어 있으나 실제적인 擔當業務의 多樣성과 業務量에 비하여 인력이 부족한 상태로 평가되고 있다. 특히 건강증진사업 수행에 필요한 特殊專門人力으로서의 의사와 간호사외에 보건교육, 영양관리, 구강건강관리, 운동처방지도 등을 담당할 專門人力이 확보되어 있지 않은 상태이다.

〈表 III-1〉 保健所の 類型別 健康増進事業 組織 및 人力 現況(1995)

구분	특별시형	광역시형	통합시형	일반시·군형
인구수	428천명	274천명	236천명	107천명
조직체계	4과 11계	3계	2과 7계	4계
총인력	84명	32~56명	39~62명	25~37명
건강증진 인력	9명	7~15명	9~23명	6~16명
주무부서	보건사업과 보건지도계	가족보건계	의무과 방문보건계	가족보건계

資料: 한국보건사회연구원, 『건강증진시범보건소 운영계획』, 1995.

廣域市의 경우 보건소의 조직체계는 보건소장을 보좌하는 사무장 직제를 두고 保健行政係, 家族保健係, 豫防醫藥係 등 3개 계를 두고 있으며, 부산과 인천의 경우는 3개 계 외에 檢査係를 두어 모든 검사업무를 관장토록 하고 있다. 건강증진 업무를 담당하는 主務部署는 家族保健係로서 가족보건계의 인력은 7~15명으로 지역에 따라 많은 차이가 있으며, 주로 간호사와 보건직, 기능직 인력으로 구성되어 있다.

統合市의 경우 보건소 조직은 2課(보건사업과·의무과), 7係(보건행정계, 가족보건계, 의약계, 방역계, 진료계, 검사계, 방문보건계)로 구성되는 조직체계를 두고 있으며, 건강증진 업무를 담당하는 主務部署는 醫藥課의 訪問保健係이나 업무성격상 保健事業課의 家族保健係도 건강증진사업 조직으로 볼 수 있다. 방문보건계와 가족보건계의 인력은 각각 7~17명과 4~6명으로서 건강증진업무를 담당하는 인력은 11~23명에 이르고 있어 전체적인 인력 수는 비교적 많은 편에 속한다. 이들 건강증진 업무를 담당하는 인력은 간호사, 보건직, 의료기술직, 기능직 등으로 구성되어 있으며, 창원시 보건소의 경우 영양사를 배치하여 비교적 다양한 전문인력을 갖고 있다.

一般市·郡의 경우 보건소 조직은 대부분이 保健行政係, 家族保健係, 豫防醫藥係, 母子保健係를 두고 있고, 건강증진업무를 담당하는 主務部署는 家族保健係이나 母子保健係도 업무성격상 건강증진사업 조직으로 볼 수 있다.

충북 단양군 보건소의 경우 모자보건계 대신에 健康管理係를 두고 있으며, 健康管理係가 건강증진업무를 담당하는 主務部署이다. 이들 시·군 보건소의 경우 건강증진업무를 담당하는 주무부서인 가족보건계와 건강관리계의 인력은 5~7명으로 모자보건계의 인력을 합치면 약 10~12명이며, 인력 구성은 간호인력이 과반수이고 보건직 및 기능직 등으로 구성되어 있다.

보건소의 각 부서별 인력배분이 업무의 특성 및 업무량 등을 기준으로 합리적으로 배분될 때 업무의 효율성을 높이고 인력의 효율적 활용을 기대할 수 있다.

1992년 보건소 소장을 대상으로 한 설문조사에 의하면 현 보건소의 인력 규모가 사업수행에 적정하다는 응답률은 18% 미만이고, 60% 이상이 부족한 것으로 조사되었으며, 보건소의 전문인력이 해당업무에 적정배치되지 않았다고 한 응답률이 39.5%에 이르고 있다(임중권 외, 1992). 또 일부 보건소의 부서별 인력배분 조사에 의하면 保健行政部署의 人力이 전체 보건소 인력의 40~50%를 점유하고 있어 실제 주민대상의 보건의료서비스를 제공하는 家族保健, 豫防醫藥部署의 人力比重은 낮은 것으로 지적되고 있다(송건용 외, 1996).

보건소의 건강증진사업 조직과 인력은 지역에 따라 많은 차이가 있다. 그러나 대체로 건강증진 업무의 다양성과 업무량에 비하여 건강증진사업 조직이 취약하고 인력이 부족한 편이다. 특히 건강증진사업 수행에 필요한 특수전문인력으로서 건강검진 의사, 보건교육사, 영양사, 운동처방지도사, 치과의 및 치위생사 등의 特殊專門人力은 新規採用 補強해야 할 인력이다.

시·군·구등 지역사회의 건강증진사업이 효과적으로 이루어지기 위해서는 事業擔當人力의 確保와 함께 건강증진사업을 담당할 기존 보건인력에 대한 敎育訓練이 필요하나 아직 중앙이나 시·도 단위에서의 교육훈련이 실시되지 못하고 있어 사업담당인력의 건강증진 업무수행 능력이 부족한 실정이고 주민대상의 보건교육, 건강생활실천운동, 영양관리, 구강건강관리 운동처방지도, 질병위험요인의 조기발견관리를 위한 건강검진 및 처방지도 등을

위한 구체적인 健康增進 프로그램이 開發·普及되지 못하고 있어 일선 보건소에서의 효과적인 건강증진사업 실시를 기대하기 어려운 실정이다.

2) 施設 및 裝備

健康增進 示範保健所로 지정된 15개 보건소를 중심으로 施設 및 裝備 現況을 살펴보면 다음과 같다.

서울의 강북구 보건소와 제주도의 서귀포시 보건소를 제외한 대부분의 보건소의 건축면적은 약 450평 정도이며, 서울 강북구 보건소는 900여평의 건축면적을 갖고 있으나 제주도의 서귀포시 보건소는 건축 면적이 230평에 불과하다. 그러나 건강증진시범보건소로 지정되지 않은 많은 보건소 건축물이 주민대상의 보건의료서비스를 제공하는 건축공간이 협소한 것으로 조사되었다.

1992년의 보건소장 대상의 설문조사결과에 의하면 215명의 응답자중 보건소 시설이 사업수행에 적당하다는 응답률은 28%에 불과하며, 38.2%의 응답자는 적정치 않다는 응답을 하고 있으며, 이들 부정적인 응답자의 대부분이 보건소 건축물이 협소함을 지적하고 있다(임종권 외, 1992). 보건소의 健康增進事業 推進에 필요한 建築面積은 새로이 추가될 人力 및 裝備 등을 고려할 때 적어도 50평 이상의 建築空間이 요구되며, 이러한 건축공간의 확보가 쉽지는 않을 것이다. 또 건강증진사업의 추진을 위하여는 건강검진, 체력평가, 보건교육, 구강건강관리, 모자보건, 영양관리 등에 필요한 장비가 필요한데 현재 15개 보건소중 이러한 건강증진사업용 장비를 제대로 갖추고 있는 보건소는 한 군데도 없는 것으로 파악되었다.

1992년 보건소장을 대상으로한 조사보고(임종권 외, 1992)에 의하면 보건소의 각종 기자재에 대하여 적정치 않다는 응답률이 26%나 되었으며, 일반진료, 치과진료, 방사선 검사 등을 위한 기자재는 어느 정도 구비하고 있으나 병리검사 및 위생검사, 보건교육용 기자재는 종류 및 절대수량, 성능 등에서 매우 부족한 것으로 나타났다.

그러나 住民對象의 良質의 健康管理서비스를 효과적으로 提供하기 위해서는 施設 및 裝備確保가 수반되어야 하며, 이러한 건강증진사업용 장비 및 인력의 확보 등은 보건소의 이미지 쇄신을 위하여 선결되어야 할 과제이다.

3) 財政

保健所에서 추진해야 할 주요 健康増進事業만도 10여 가지에 이르고 이들 건강증진사업 중 대다수가 기존의 보건소 사업활동에서는 유명무실한 상태로 신규로 착수해야 할 사업내용들이므로 보건소의 健康増進事業 推進 및 活性化를 위하여는 많은 豫算이 필요하다.

그러나 保健所 豫算의 90~99%가 지방비로 地方財政이 취약한 시·군·구의 경우 保健所의 豫算確保는 쉽지가 않다. 보건소 예산은 시·군·구의 전체 예산중 2.0~4.5%에 불과하며, 특히 지방재정이 취약한 郡地域과 小都市 保健所의 경우 예산비중이 2.0~3.0%로써 특별시나 광역시 등 대도시에 비하여 적다. 그러나 군지역 보건소가 병원화 보건소인 保健醫療院으로 운영되는 경우는 병원으로서의 기능이 덧붙여 있기 때문에 예외적으로 豫算比重이 4.5%로 가장 높은 비중을 차지하고 있다(임종권 외, 1992).

保健所의 財政은 지방재정의 자립도가 높은 지역이거나 地方自治團體長의 보건에 관한 關心 및 理解도가 높은 경우가 아니고서는 필요한 재정을 제대로 확보하기가 어렵다.

3. 事業活性化 方案

보건소를 중심으로 한 市·郡·區單位 健康増進事業의 活性化 方案은 앞에서 검토한 문제점 개선에 초점을 두어 우선 外的 強化要因으로서 중앙 및 시·도의 健康増進事業 支援活動의 改善強化方案과 內的強化 요인으로서 시·군·구 및 보건소 자체의 事業 活性化 方案으로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

가. 中央 및 市·道單位의 事業支援活動의 改善強化

- 1) 中央에 「保健教育開發센터」를 設置·運營하여 保健教育 弘報媒體의 開發 普及, 大衆媒體를 利用한 教育弘報活動 支援強化 및 事業要員 教育訓練 등을 통한 一線事業活動에 대한 技術的 支援活動을 強化한다.

保健所의 健康增進事業은 지역주민들의 건강의식행동개선과 질병위험요인의 조기발견관리를 위한 保健啓蒙教育和 豫防서비스가 中心活動으로서 이러한 사업활동을 효과적으로 추진하기 위해서는 무엇보다도 중앙에서 보건교육 매체의 제작보급과 사업담당 인력에 대한 교육훈련 등의 技術的 支援이 있어야 한다. 一線 事業要員들이 지역주민대상의 보건계몽교육 등을 위시한 건강증진사업을 추진함에 있어 공통적으로 느끼는 問題點은 保健教育媒體의 不足과 함께 건강증진사업 실시에 필요한 실제적인 知識 및 技術이 부족하다는 것이다.

교육홍보매체는 교육홍보하고자 하는 내용을 구체화하거나 명확히 이해하는데 도움이 되는 시청각 기자재나 자료들로서 효과적인 教育弘報媒體의 開發을 위해서는 專門的인 知識 및 技術을 필요로 하기 때문에 일선 보건소에서 개발제작하기는 어렵다. 그러므로 전국에서 공통적으로 이용할 수 있는 교육홍보매체는 中央에서 開發·普及하는 것이 효과적이다. 또 중앙에서 전국적인 보급망을 갖고 있는 TV나 라디오 및 일간신문 등의 大衆媒體를 이용한 保健啓蒙教育活動을 強化하는 것은 결국 일선 보건소에서의 健康增進事業活動을 용이하게 하는 間接적인 支援活動이 된다.

또 지역사회 건강증진사업의 종류 및 활동내용이 매우 다양하고 대부분이 新規 事業的 性格을 지니고 있어 일선 보건요원들이 사업을 효과적으로 추진하기 위해서는 사업실시에 필요한 知識 및 技術習得이 요구되고 있으며, 이러한 지식 및 기술습득을 위해서는 중앙 및 시·도에서의 건강증진사업 실시에 관한 教育訓練이 強化되어야 한다. 보건인력에 대한 교육훈련이 효과적으로 수행되기 위해서는 먼저 교육훈련대상 인력의 특성에 따른 教

科課程 및 教材開發이 우선되어야 할 것이다. 이러한 교육훈련 대상에는 事業擔當 人力뿐만 아니라 市·道 및 市·郡·區의 事業管理 階層에 속하는 市·道 보건담당국·과장이나 市·군·구의 시장·군수 및 담당과장, 보건소장 등을 참여시켜 이들로 하여금 건강증진사업에 대한 중요성 인식 및 이해를 증진 시킴으로써 건강증진사업에 대한 적극적인 行政支援을 誘導하도록 한다.

국민건강증진법 제14조에 의하면 보건복지부 장관은 韓國保健社會研究院으로 하여금 保健教育에 관한 情報·資料의 收集·開發과 調査 및 評價 등의 업무를 수행토록 하고 있으며, 이를 근거로 국민건강증진 기본시책에서는 한국보건사회연구원 내에 保健教育開發部署(假稱 保健教育開發센터)를 설치 운영토록 하여 보건교육 정보·자료의 수집개발·보급, 사업개발 및 평가, 조사·연구, 교육훈련 등의 技術的 支援 業務를 수행토록 하고 있다.

따라서 市·군·구 보건소 등의 일선 건강증진사업의 활성화와 효과적 추진을 위하여는 국민건강증진법과 정부의 기본시책에 따라 韓國保健社會研究院 내에 「保健教育開發센터」를 設置·運營하여 건강증진사업 실시에 필요한 교육홍보자료의 개발보급, 교육훈련, 사업개발·평가 등을 통한 技術的 支援과 대중매체를 이용한 保健教育弘報活動이 강화되어야 한다.

2) 國策研究機關이나 大學 등 關聯研究機關으로 하여금 健康増進事業의 開發, 評價, 調査研究 등의 一線事業의 技術的 支援研究를 活性化하도록 한다.

중앙이나 지방의 健康増進事業의 活性化나 效果的 推進을 위하여는,

첫째, 직접적인 기술지원연구로서의 효과적인 건강증진 프로그램의 개발, 국민건강증진사업의 장단기 계획수립 및 시책개발, 사업운영지침 및 건강관리지침개발, 기초통계 생산 및 사업관리정보체계 개발, 시범사업을 통한 건강증진 프로그램의 개발, 사업평가를 통한 현황 및 문제점 파악과 개선대안 모색 등을 위한 연구활동이 활성화되어야 한다. 이러한 直接的인 支援研究는 주로 보건복지부 산하의 國策연구기관인 韓國保健社會研究院 등이 擔當·遂行토록 한다.

둘째, 국민건강증진사업의 間接的인 技術支援 연구에 속하는 국민건강실태 파악을 위한 조사연구(건강 및 의식행태조사, 영양 및 구강건강관리 실태조사, 특정질환의 이환 및 보건의료이용조사 등), 만성퇴행성 질환의 역학적 조사연구, 기타 건강증진 및 질병예방과 관련된 연구는 一般 研究機關이나 大學 등에서 연구를 담당 수행토록 하며 이러한 연구활동에 필요한 연구비는 國民健康增進基金에서 支援토록 함으로써 研究活動을 活性化해야 한다.

- 3) 國民健康增進事業을 國家管理의 重點事業으로 指定하고 事業評價體系를 構築하여 定期的인 事業評價大會를 開催함으로써 地域間 情報交流과 事業促進을 誘導하도록 한다.

국민건강증진사업은 국민들의 건강장수와 삶의 질 향상을 목표로 하는 국민보건복지의 중요한 정책수단이므로 國家管理의 重點事業으로 지정추진토록 하고, 중앙 및 시·도 단위에서의 評價體系가 構築되어 定期的인 事業評價가 이루어지도록 해야 한다. 이러한 사업관리 및 평가체계의 구축은 시·도 및 시·군·구 단위의 건강증진사업의 활성화에 크게 기여할 수 있다.

1960년대 우리나라에서의 家族計劃事業의 成功도 가족계획사업이 국가경제개발계획의 일환으로서 國家管理의 重點事業으로 강력히 추진한 결과라 하겠다. 당시 가족계획사업의 추진실적은 대통령 보고사항의 하나로서 가족계획사업의 평가체계를 구축하고 중앙에서 시·도 및 시·군·구의 사업을 대상으로 매년 평가대회를 개최하였으며, 이러한 사업평가 결과가 시·도 및 시·군·구의 지역 행정평가의 중요한 요소로 반영됨으로써 중앙 및 지방의 중요한 관심사항으로 적극적인 행정지원이 유도되었다. 그러므로 國民健康增進事業을 國家管理의 重點事業으로 지정 추진토록 하고, 정기적인 사업평가체계를 구축하여 健康增進事業의 評價結果를 國民健康基金 支援에 반영함으로써 사업 활성화를 유도하도록 한다. 그리고 매년 중앙에서 事業評價大會를 개최함으로써 지방행정가의 중요한 관심사항으로 부각시켜 적극적인 事業推進을 誘導하고 地域間 情報交流에 의한 사업활성화를 유도한다.

- 4) 中央 및 市·道の 健康増進事業을 管理할 行政組織을 強化하고 事業分野別 專門擔當人力을 두어 現地事業指導를 強化하도록 한다.

중앙에서 국민건강증진사업을 담당하는 부서는 保健福祉部 保健局의 保健政策課로서 국민건강증진업무를 담당하는 인력은 과장 및 사무관 2인을 포함하여 모두 6인으로 이들 인력이 국민건강증진을 위한 여러분야 사업의 企劃管理, 行政支援, 事業指導 등의 업무를 효과적으로 수행하기는 어려운 실정이다. 국민건강증진 사업의 중요성과 막대한 업무량에 비추어 볼 때 중앙에서도 건강증진사업을 담당하는 行政組織을 改編強化하는 방안을 모색하고 分野別 專門擔當人力을 두어 보다 전문적이고 능률적인 사업지원을 도모하도록 해야 할 것이다. 전문담당인력으로서 적어도 疾病豫防, 保健教育, 營養管理, 口腔健康管理, 運動處方 指導 등의 전문인력을 두어 이들로 하여금 각 분야별 사업을 기획관리하고 이들 전문인력을 중심으로 現地事業 指導班을 편성하여 市·道 및 市·郡·區의 事業指導·監督을 강화하도록 한다.

- 5) 國民健康増進基金을 早速히 確保하고 이에 의한 積極的인 財政支援을 통하여 中央 및 地方의 健康増進事業을 活性化하도록 한다.

재정자립도가 높은 서울특별시나 대도시를 위시한 일부지역을 제외하고는 대부분의 市·郡·區의 경우 재정자립도가 매우 낮아 건강증진사업 추진에 필요한 자체적인 財政確保가 어렵기 때문에 國民健康増進 基金 등에 의한 中央에서의 健康増進事業 豫算支援이 필요하다. 특히 건강증진사업이 거의 대부분이 새로이 시작하는 프로그램이 라는 점에서 건강증진기금에 의한 一線 事業資金의 支援은 초창기의 사업활성화를 위한 촉진제의 역할을 할 수 있다는데서 그 필요성이 강조되고 있다.

國民健康増進 基金造成은 국민건강증진법에 규정한 담배사업자 및 수입 판매업자의 공익사업 출연금에 의한 것이 중요한 몫을 차지하였으나 정부에서 이와 관련된 담배사업법을 개정하여 출연금을 폐지키로 함으로써 사실상 이에 의한 기금조성은 어렵게 되었다. 따라서 保健福祉部에서는 基金

造成的 代案으로서 관련부처와의 협의를 통하여 關聯法令(담배사업법과 국민건강증진법령)을 改正하여 담배사업자 및 수입판매업자에게 직접 일정금액의 健康負擔金을 부과징수하는 방안을 강구 중에 있다.

또 국민건강증진 기금조성을 위한 대안으로서 國內生産 酒類와 外國産 輸入酒類에 대하여 健康增進基金을 부과하는 방안도 검토하고 있으므로 국민건강증진 기금의 조성이 확실시되고 있으나 건강증진기금의 조속한 확보를 통하여 당초 계획한 건강증진사업이 조기에 실현될 수 있도록 하여야 한다.

6) 國民保健 啓蒙教育과 運動處方指導 등과 같이 專門的인 知識 및 技術을 必要로 하는 健康增進事業의 效果的 推進을 위하여 保健教育師와 運動處方師 등 專門人力의 資格認定 制度를 導入하고 이들 專門人力을 現地에 配置, 活用토록 한다.

保健教育師는 건강증진사업중 가장 중요시되는 保健啓蒙教育을 실시함에 있어 核心的인 役割을 담당할 전문인력이며, 運動處方師는 현대 생활양식의 운동부족에서 오는 각종 성인병의 예방을 위한 運動處方指導를 담당할 專門人力이다. 시·군·구 보건소 등에서 효과적인 건강증진 서비스 제공을 위하여는 이들 전문인력의 활용이 필수적으로 요구되고 있음에도 이들 專門人力에 대한 國家公認의 資格認定制度가 없어 공무원 임용규정상 이들 전문인력을 시·도 보건과나 시·군·구 보건소 등에서 임용할 수 없는 실정이다. 그러나 국민건강증진사업의 효과적 추진을 위하여 保健教育師와 運動處方師의 資格認定制度를 導入하고 이들 전문인력을 시·도 보건과나 시·군·구 보건소 등 보건의료기관에 配置, 活用토록 하는 방안이 강구되어야 한다.

이를 위하여는 보건교육사와 운동처방사의 자격인정제도 도입을 현재 정부에서 추진하고 있는 保健福祉制度 改革課題로 선정하여 이들 전문인력의 양성실태와 외국의 자격인정제도를 파악하여 우리나라에서의 資格認定制度 導入의 妥當性을 檢討하고, 제도도입에 필요한 關係法令의 制定 등 필요한 조치를 취하도록 한다.

- 7) 健康増進 示範保健所の 運營을 活性化하고 이를 據點으로 保健所の 效果的인 健康増進事業 推進方案을 開發 擴大하도록 한다.

保健福祉部에서는 보건소의 건강증진사업에 대한 효과적인 실시방안을 개발보급하기 위하여 全國 各 市·道別로 1개 보건소를 健康増進 示範保健所로 指定하였다. 이를 위하여 보건복지부는 韓國保健社會研究院으로 하여금 건강증진시범보건소의 운영모형과 일부 건강증진프로그램을 개발토록 하였으며, 健康増進 示範保健所에 대하여는 건강증진사업 추진에 필요한 교육홍보자료의 개발보급과 사업요원에 대한 교육훈련 등의 技術支援을 담당토록 하고, 保健福祉部는 사업예산 및 장비지원과 인력 배치 등을 위한 行政的 支援 措置를 強化하도록 하고 있다. 이러한 건강증진시범보건소 운영계획에 따라 시범보건소로 지정된 15개 보건소에서는 건강증진사업계획을 수립하여 보건복지부에 제출하고 사업시행을 위한 行政措置를 講究 중에 있다.

현재 국민건강증진기금 조성이 지연되어 시범보건소의 운영을 위한 기술 및 행정지원이 이루어지지 않고 있어 시범보건소 운영이 활성화되지 못하고 있으나 기금이 확보되는 데로 示範保健所의 運營을 活性化하고 이를 거점으로 보건소의 건강증진사업을 확대발전시켜 나가도록 해야 한다.

나. 市·郡·區 및 保健所 自體의 改善方案

- 1) 市·郡·區廳長이나 地方議會議員 등 地域社會 指導級 人士의 健康増進事業 參與機會를 擴大하여 健康増進事業에 대한 關心 및 理解를 增進시켜 事業實施에 必要한 積極的인 行政支援을 誘導하도록 한다.

지방자치제의 실시로 地方自治團體長이나 地方議會 議員들의 權限이나 役割은 막강하다. 地域社會 健康増進事業의 活性化를 위하여는 시·군·구의 건강생활실천협의회 구성·운영 및 건강생활환경조성과 관련된 지방조례 제정, 보건소의 건강증진사업 조직의 개편강화 및 인력보강, 사업예산확보, 지역사회의 참여 및 협력 유도 등을 위한 행정지원조치가 필요하다.

이러한 행정지원조치가 원만히 이루어지기 위해서는 行政支援措置의 意思決定權을 갖고 있는 市·郡·區廳長이나 地方議會議員들의 건강증진사업에 대한 필요성 인식과 이해를 증진시켜야 하며, 이를 위해서는 이들 의사결정권자들이 건강증진사업의 계획수립에서부터 시행 및 평가에 이르기까지의 事業遂行 過程에 參與機會를 擴大해야 한다. 이를 위한 방안의 하나로써 시·군·구의 건강증진사업추진에 있어 중요한 의사결정기구라 할 수 있는 “市·郡·區 健康生活實踐協議會”의 運營을 活性化하고 협의회를 통하여 行政支援 問題를 論議토록 하는 것이다. 왜냐하면 시·군·구청장이나 의회의원, 주요기관 및 단체의 대표 등 地域社會의 指導級 人士가 協議會委員으로 되어 있으므로 건강생활실천협의회의 운영을 활성화하고 협의회를 통하여 건강증진사업 계획, 사업시행에 필요한 예산·인력확보 등이 주요안건으로 상정 논의 될 경우 이들 협의회 위원들의 건강증진사업에 대한 관심 및 이해를 증진시킬 수 있고 積極的인 事業參與 및 協力을 誘導할 수 있기 때문이다.

- 2) 保健所를 中心으로 한 地域單位 健康增進事業의 活性化를 위하여는 事業擔當組織 및 人力補強이 必須的으로 要求되기 때문에 保健所의 健康增進事業 組織을 改編強化하고 必要人力을 補強한다.

앞에서 살펴본 바와 같이 보건소의 조직과 인력은 지역에 따라 차이가 있으나 대체로 건강증진업무의 다양성이나 업무량에 비하여 事業組織이 脆弱하고 사업추진에 필요한 專門人力이 不足하다. 보건소의 건강증진사업은 事業對象이 全地域 住民을 대상으로 할뿐만 아니라 건강증진사업 내용이 보건교육홍보, 예방서비스, 건강생활환경조성 등을 중심으로 10여 가지에 이르고 있으며, 향후 국민들의 健康欲求增大에 따라 健康增進서비스에 대한 需要가 더욱 增大될 것으로 예상된다. 보건소가 이러한 상황변화에 효과적으로 대응하기 위해서는 보건소의 조직개편강화와 필요한 전문인력을 보충하여 保健所가 이미지를 쇄신하여 지역주민들의 건강관리를 위한 地域社會의 中心센터로서의 役割과 機能을 하는 곳으로 발전시켜나가야 할 것이다.

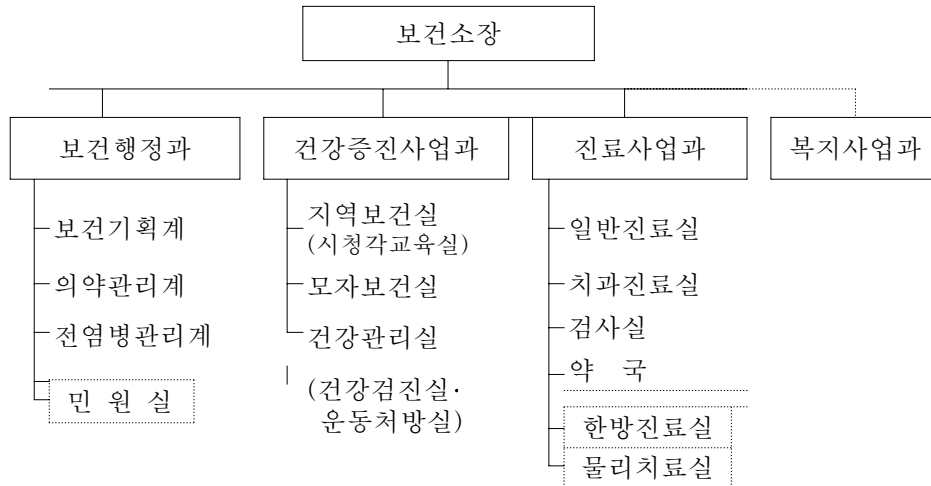
이를 위해서는 보건소의 조직을 현재 係單位 組織에서 課單位 組織으로 改編強化하고 건강증진사업에 필요한 專門人力과 裝備 施設 등을 대폭 보강해야 한다. 보건소의 조직 개편강화는 경직된 縱的인 系線 組織으로의 강화보다는 橫的인 業務協助를 擴大 強化하는 방향으로 개편하는 것이 바람직하다. 보건소의 조직개편은 서울특별시와 통합시의 경우 현재 과단위 조직 형태를 갖고 있어 새로이 개편하기보다는 부서별 업무조정을 통하여 실질적인 건강증진사업 조직을 강화할 수 있다.

서울특별시의 보건소의 경우 보건지도과에서 건강증진업무를 담당하되 保健指導係에서 지역주민, 학교 및 사업장 대상의 보건교육, 건강생활실천운동, 영양조사 등의 업무를 담당토록 하고 家族保健係에서는 가족계획·모자보건, 구강건강관리 등의 업무를, 健康管理係에서는 건강검진, 운동처방지도, 정신보건, 노인보건, 장애인 재활 등의 업무를 담당토록 하며, 흡연·음주에 대한 관리·감독 등의 건강생활환경조성과 관련된 업무는 업무성격상 지역보건과나 보건행정과에서 담당토록 하는 것이 바람직하다. 統合市の 경우 현행 보건소 조직형태를 유지하되 검사계를 健康檢診係로 명칭을 변경하여 健康檢診 및 各種檢査業務를 담당토록 하는 방안이 강구될 수 있다.

서울특별시와 통합시를 제외한 其他 市·郡地域의 경우는 보건복지부의 국민건강증진 기본시책에 제시된 健康増進 示範保健所の 組織 模型(변중화, 1995)을 기본으로 지역의 人口規模 및 都市·農村 등의 地域 特性에 따라 課 또는 係 單位의 下部組織을 갖도록 하는 것이 좋다.

健康増進 示範保健所の 기본조직모형은 보건소의 업무 및 기능을 기초로 保健行政, 健康増進, 診療事業 등 3개 부서를 두고, 지역의 인구규모 등에 따라 課 또는 係 組織으로 개편하며, 보건행정과는 산하에 系組織을 두되 健康増進事業課와 診療事業課는 대민보건서비스를 제공하는 부서로서의 이미지 쇄신을 위하여 주민들에게 위압감을 주지 않도록 계조직 대신에 「室」을 두도록 하였다.

[圖 III-1] 保健所の 基本組織 模型



資料: 변종화 외, 『건강증진 시범보건소 운영을 위한 기술 지원 연구』, 한국보건사회연구원, 1994.

健康増進課는 산하에 지역보건실, 모자보건실, 건강관리실 등 3개 실을 두도록 하였으며, 診療事業課는 일반진료실, 치과진료실, 검사실, 약국 등을 두도록 하였다. 農村 保健所의 경우 지역의 필요에 따라 診療事業課에 한방진료실, 물리치료실 등을 선택적으로 설치하도록 하고 있다.

健康管理室은 그 기능상 건강검진실과 운동처방 지도실로 구분되며, 地域 保健室에서는 지역주민들의 보건교육을 위한 시청각 교육실을 운영토록 한다. 이러한 보건소의 각 部署別 主要 業務分掌은 다음과 같이 설정하면 될 것이다.

○ 保健行政課

- 보건기획계: 지역보건 기획·평가, 보건통계 작성, 문서관리, 예산·물품 관리, 회계, 민원·사무 등
- 의약관리계: 의료관리, 약물관리, 마약·향정신성 의약품 관리, 지소·진료소 지도 등

- 전염병 관리계: 방역, 각종 전염병 관리, 예방접종, 식품위생, 공중 위생 등
- 민원실: 민원업무, 진단서 발급, 환자 접수 등

○ 健康増進課

- 지역보건실: 주민보건교육, 학교·사업장 건강증진사업 지원, 구강예방 보건, 건강생활실천운동, 건강생활실천협의회 운영, 건강 교실 운영 등
- 모자보건실: 가족계획, 영유아 건강관리, 임산부 건강관리, 영양관리, 건강교실 운영 등
- 건강관리실: 건강검진, 운동처방지도, 건강상담·지도, 방문보건, 정신보건, 만성질환 예방관리, 건강교실 운영 등

○ 診療事業課

- 일반진료실: 일반환자진료, 이동진료, 응급진료 등
- 치과진료실: 치과환자진료, 이동진료 등
- 검사실: 병리검사, 방사선 검사, 타의료기관 의뢰검사, 기타 보건에 관한 각종 검사 등
- 약국: 처방에 의한 조제·투약 및 약품관리 등
- 한방진료실: 환자진료, 기타 건강증진업무 등
- 물리치료실: 환자의 물리치료 서비스 등

이러한 부서별 업무를 효과적으로 그리고 효율적으로 추진하기 위해서는
 향시 각 부서별 인력배정을 공정화시켜줄 것이 아니라 사업의 필요에 따라
 수시로 必要人力을 差出하여 사업별 「팀」을 구성하여 사업을 추진토록 하
 는 유연한 組織運營體系를 갖는 것이 바람직하다. 이러한 사업별 팀제의 운
 영은 보건소내의 專門人力을 여러 사업에 활용할 수 있게 됨으로써 事業效
 과를 높일 수 있고, 一時的 遊休人力을 활용할 수 있어 人力活用の 效率性

을 높일 수 있다. 현재 보건소의 보건의료인력은 보건의료수요 증대에 따른 專門人力의 增員要求에도 불구하고 필요전문인력의 임용이 公務員 定員이 凍結되어 있는데다 公務員 任用規程上 해당직렬이 아니어서 신규채용이 어렵다. 國民健康增進法의 制定施行에 따라 보건소의 健康增進業務活動이 증가하였고, 특히 신규사업적 성격의 사업활동이 크게 증가하였다. 이러한 건강증진사업 활동을 효과적으로 추진하기 위해서는 事業分野別 專門人力이 필수적으로 요구되고 있다. 국민건강증진법에 의한 건강증진사업의 실시 내용 중 이제까지 보건소에서 실시하지 않았던 신규 사업적 성격을 지니고 있거나 소홀히 다루어 왔던 사업활동으로서 건강위험요인의 조기발견관리를 위한 건강검진 및 처방지도, 지역사회 보건교육, 금연·절주 등의 건강생활실천운동, 영양관리, 운동처방지도, 구강예방보건 등의 사업활동을 활성화하여야 하며, 이러한 新規 事業의 性格을 지닌 事業活動은 既存 保健所 人力만으로는 감당하기 어렵다.

그러므로 보건소의 건강증진사업을 효과적으로 추진하고 地域住民 對象의 良質의 健康增進 서비스를 제공하기 위해서는 건강검진 의사, 치과 의사, 보건교육사, 영양사, 운동처방사, 치위생사, 전산요원 등의 特殊專門人力을 追加 補充해야 하며, 건강증진업무를 담당할 既存 保健要員에 대한 補修訓練도 강화되어야 한다.

그런데 보건교육사와 운동처방사의 경우 이들 인력이 대학이나 기타 전문기관 및 단체 등에서 양성 배출되고 있긴 하나 國家에서 公認하는 資格認定制度가 없어 실제 보건소등 공공보건의료기관에서 채용하려해도 공무원 임용규정상 합당한 직군 및 직렬이 아니어서 임용할 수 없는 실정이다.

현재 보건복지부에서 보건교육사와 운동처방사의 자격인정제도 도입을 검토하고 있으나 이를 위해서는 그 타당성을 입증할 수 있는 외국의 제도 등에 관한 자료의 수집이나 공청회 개최 등을 통하여 제도도입의 필요성을 인식시키도록 하고, 관련법령을 개정 또는 제정해야 하므로 1997년에 가서야 이들 전문인력에 대한 공무원으로서의 임용이 가능할 것으로 보여진다.

3) 地域住民들에게 良質의 健康増進서비스를 提供할 수 있도록 保健所の 施設 및 裝備를 擴充 補強한다.

현재 보건소중 약 반수는 건축시설이 낡거나 협소하여 증개축이 요구되고 있다. 보건소가 지역주민들이 많이 이용하는 지역사회 건강관리의 중심처로 발전하기 위해서는 교통이 편리한 위치에 쾌적한 건축공간을 확보하고, 위생 공학적인 설계로 건축되어야 한다.

보건복지부의 농어촌 의료서비스 개선사업 지침(1995)에 의하면 保健所の 建築資金支援 基準으로 인구규모가 10만 이상에 속하는 統合市 保健所の 경우 보건소의 건축면적을 최소 450평 이상으로, 그리고 郡地域 保健所는 최소 350평 이상으로 설정하고 있다. 이러한 건축기준의 설정은 보건소의 건축물이 보건소에 근무하는 직원들이나 보건소 이용 주민들이 불편하지 않도록 쾌적한 건축공간을 확보하기 위한 것으로 이는 결국 직원들의 쾌적한 業務 活動空間이 확보됨으로써 능률적이고 친절한 대민 보건서비스의 제공이 가능하고, 이용주민들에게도 쾌적감을 주는 좋은 건강관리 서비스의 提供處로 인식되어 지역주민들의 보건소 이용률을 높일 수 있다.

보건소의 건강증진사업 실시를 위하여는 구비하여 할 作業施設로서 건강검진실, 운동처방지도실, 시청각 교육실, 구강보건실, 영유아 보건실, 모성보건실, 영양실습 지도실 등이 있어야 한다. 이러한 시설은 모두가 對民保健 서비스를 提供하는 場所이므로 건축면적이 적어도 7~8평 이상이 되어야 하며, 특히 運動處方指導室과 視聽覺 教育室은 여러가지 필요한 機資材들을 設置해야 하므로 최소 10평 이상은 되어야 할 것이다. 따라서 건강증진사업 추진에 필요한 건축면적은 새로이 추가될 인력의 勤務空間이나 裝備設置 등에 필요한 건축공간 등을 고려할 때 적어도 50평 이상의 建築空間이 추가로 요구된다.

1994년부터 1998년까지 5년간에 걸쳐 실시 계획인 농어촌 특별세 관리 특별회계에 의한 농어촌 의료서비스 개선사업계획이 본격적으로 추진될 경우 統合市와 農漁村 保健所の 建築施設은 大幅 改善 될 것으로 보여진다.

보건소에서 주민대상의 良質의 健康增進서비스를 提供하기 위해서는 보건교육, 건강검진, 임상검사, 운동부하검사 및 체력평가, 구강건강관리, 모자보건, 영양실습지도, 정보관리 등에 필요한 40~50종에 달하는 장비(구체적 장비품목은 국민건강증진 기본시책 참조)를 구비하여야 한다. 이러한 各種 健康增進事業用 裝備를 일시에 모두 구입하기는 어려울 것이므로 重點事業으로 추진되는 사업부터 年次的으로 具備토록 하는 것이 좋다.

統合市나 農村地域 保健所의 경우 이러한 건강증진사업용 장비를 위시한 보건소의 필요장비를 놓여준 의료서비스 개선사업 지원금에서 구입토록 하는 방안을 강구하는 것이 좋을 것이며, 其他 保健所는 自體 豫算確保나 國民健康增進 基金支援 등을 통하여 구비하는 방안을 강구해야 할 것이다.

- 4) 地域社會의 保健醫療機關間의 連繫活動을 強化하고 關聯機關 및 團體와 學校·事業場 등의 事業參與를 誘導하여 이들 地域社會 資源들이 健康增進事業 活性化에 活用되도록 한다.

보건소는 保健支所, 保健診療所, 病醫院 등 지역사회 보건의료기관들이 건강증진사업에 참여하도록 하고 이들과의 連繫的인 事業活動을 활성화한다. 예를 들면 보건지소 및 보건진료소나 민간의료기관 등에서 의뢰한 검진 환자를 대상으로 보건소에서 건강검진 및 검사를 실시하고 발견된 위험요인에 대한 검진결과와 함께 환자를 회송시켜 추서관리 서비스를 받도록 한다. 또 보건소에서 당뇨병, 고혈압, 비만증이나 임산부 및 주부 또는 노인대상의 건강관리 및 금연 등을 위한 각종 건강교실을 운영할 경우 보건소 자체 인력만으로 운영할 것이 아니라 지역사회의 병·의원 및 대학 등의 전문 인력을 활용하는 것이 효과적이다. 또 보건소는 지역사회의 關連기관 및 단체나 학교 및 사업장 등이 자체적으로 건강증진사업활동을 활발히 추진하도록 긴밀한 협력관계를 유지하고, 이들에 대한 사업지원활동을 강화한다.

事業支援活動으로서 협조공문의 발송, 교육홍보자료의 제공, 교육강사지원, 대표자 또는 사업담당자 회의개최, 건강생활실천협의회 위원위촉, 소속직원

대상의 건강검진 서비스 제공 등 여러 가지가 있을 수 있다. 또 그 지역 학교의 교사와 학생들로 하여금 건강증진사업에 대한 교육홍보를 위한 메신저로서의 역할이나 자원봉사자로서의 역할을 담당하도록 하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 지역사회 의 새마을 조직이나 어머니회, 청년회, 번영회 등 既存民間組織을 이용한 교육홍보활동을 활성화하거나 시·군·구 및 읍·면·동 健康生活指導委員을 위촉하여 이들이 輿論指導者의 役割을 하도록 한다. 이러한 지역사회참여의 活性化는 결국 健康増進事業 추진에 地域社會資源의 活用을 유도하여 건강증진사업의 활성화와 효과적 추진에 기여할 수 있다.

5) 保健所長이 市·郡·區와 緊密한 紐帶를 갖고 行政能力을 發揮하여 事業豫算 確保方案을 講究하여 健康増進事業을 活性化하도록 한다.

事業豫算의 確保는 健康増進事業 推進의 原動力이 되기 때문에 보건소의 건강증진사업 활성화를 위해서는 무엇보다도 사업실시에 필요한 예산의 확보가 가장 중요시된다. 보건소 예산의 90% 이상이 시·군·구 자체의 지방비로 구성되어 있기 때문에 건강증진사업 예산도 시·군·구 자체에서 조달해야 하며, 이를 위해서는 保健所長의 行政能力 發揮가 매우 중요하다. 서울특별시나 광역시등 대도시를 제외한 대부분의 시·군·구는 地方財政이 취약하기 때문에 지방비에서의 보건소의 건강증진사업 예산 조달이 쉽지 않을 것이다. 보건소의 건강증진사업 예산확보를 위해서는 먼저 地域診斷 등을 통하여 地域住民들이 요구하는 保健事業과 그 地域社會의 主要 保健問題가 무엇인가를 규명하고, 이를 해결하기 위한 수단으로서 합리적이고 현실성 있는 健康増進事業計劃을 樹立하여 지방자치단체장이나 지방의회 의원들의 關心과 理解를 促求하는 것이다.

보건소의 건강증진사업비 조달을 위한 방안의 하나로서 주민대상의 건강검진, 체력진단, 각종 검사, 구강예방서비스 등에 대하여는 일정한 수가를 설정하여 검진비를 수납토록 하고 이를 歲入外 收入代替 經費的인 方法을 적용하여 健康増進事業費에 再投資되도록 하는 것이다. 이럴 경우 건강증진

사업이 새로이 시작되는 프로그램이라는 점을 고려하여 검진비의 수가를 一般醫療機關보다는 저렴한 실비를 기준으로 정하며, 의료보호대상자등 低所得層에 대하여는 無料 또는 差等酬價를 적용토록 하여야 할 것이다.

또 보건소 건강증진사업의 財政調達을 위한 방안의 하나로서 지역사회의 우수한 기업체로부터의 寄附金造成 등을 통하여 특정한 건강증진사업용 장비의 구입비를 지원받도록 하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 농어촌 및 통합시 보건소의 경우 보건소의 시설 및 장비확보는 1994년부터 農漁村 特別稅管理 特別會計에 의하여 지원되고 있는 농어촌 의료서비스 개선사업비 중에서 豫算調達方案을 강구할 수도 있을 것이다. 향후 중앙에서 國民健康增進基金에 의한 예산지원이 각 시·군·구의 합리적인 사업계획의 수립이나 사업실적 보고 등의 사업평가를 기초로 이루어 질 것이므로 이에 의한 豫算確保 方案도 강구되어야 할 것이다.

4. 結 論

1995년 國民健康增進法令의 制定施行으로 국민건강증진을 위한 시책 및 사업추진을 활성화할 수 있는 制度的 基盤이 구축되었다. 보건복지부에서는 국민건강증진을 위한 基本施策과 法令執行 指針들을 작성하여 各 市·道 및 市·郡·區에 통보하고 일부 교육홍보물의 제작배부와 현지사업 지도 등을 통하여 지방에서의 健康增進事業 推進을 위한 支援活動을 펴오고 있으며, 이러한 지침에 따라 시·도 및 시·군·구는 국민건강증진법령 시행을 위한 行政措置를 講究하고 健康增進事業의 活性化를 도모하고 있다.

市·郡·區 保健소의 경우 국민건강증진법 시행이후 健康增進事業內容의 多樣化와 事業實績의 增加現狀을 보이고 있긴 하나 사업활동이 활발한 보건소의 수는 반수이하로서 전반적으로 보건소의 健康增進事業活動이 不振한 것으로 평가되고 있다. 그러나 향후 국민들의 健康欲求 增大와 傷病樣相變化로 건강증진서비스에 대한 요구 및 수요가 한층 증대될 것으로 예상되

며, 이러한 國民健康 要求變化에 효과적 대응을 위해서는 무엇보다도 주민 대상의 건강증진서비스를 제공하는 保健所の 健康増進事業活動이 活性化되어 보건소가 지역사회 주민들의 건강관리를 위한 센터로서의 역할과 기능을 할 수 있도록 육성, 발전시켜나가야 한다.

이를 위해서는 중앙이나 시·도에서의 시·군·구 보건소의 건강증진사업에 대한 技術 및 行政的인 支援活動이 強化되어야 하며, 시·군·구 보건소가 자체적으로 健康増進事業活動을 活性化할 수 있는 基盤을 構築하도록 해야 한다. 중앙 및 시·도의 사업지원활동 개선강화를 위해서는,

첫째, 중앙에 「保健教育開發센터」를 설치하여 보건교육 홍보매체의 개발 보급, 대중매체를 이용한 교육홍보 활동강화 및 사업담당인력 대상의 교육 훈련 등을 통한 일선사업에 대한 지원활동을 강화해야 한다.

둘째, 국책연구기관이나 대학 등 關聯 研究機關 등으로 하여금 건강증진사업의 활성화와 효과적 추진에 필요한 事業支援的인 研究活動을 活性化해야 한다.

셋째, 국민건강증진사업을 國家管理의 重點事業으로 指定하고 사업평가체계를 구축하여 定期的인 事業評價大會를 개최함으로써 地域間 情報交流와 事業促進을 誘導한다.

넷째, 중앙 및 시·도의 건강증진사업을 관리할 行政組織을 強化하고 分野別 專門人力을 두어 能率的인 事業企劃管理와 行政支援을 도모해야 한다.

다섯째, 국민건강증진사업 추진에 있어 새로이 요구되는 保健教育師와 運動處方師 등 특수전문인력에 대한 國家公認의 資格認定制度를 導入하고 이들 전문인력의 보건소 배치 활용방안을 강구한다.

여섯째, 현재 추진중인 국민건강증진법의 개정을 통하여 國民健康増進基金을 조속히 確保토록하고 이에 의한 적극적인 財政支援을 통하여 중앙 및 지방에서의 健康増進事業을 活性化 하도록 한다.

일곱째, 각 시·도별로 지정된 健康増進 示範保健所の 運營을 活性化하여 지역사회 건강증진센터로서의 기능과 역할을 할 수 있도록 육성, 발전시키

고 이를 거점으로 보건소의 건강증진사업을 확대·발전시키도록 한다.

시·군·구 및 보건소 자체의 사업개선 및 활성화방안으로서는,

첫째, 지역의 특성 및 건강문제를 기초로 合理的인 事業計劃을 樹立하여 市·郡·區廳長이나 地方議會 議員들의 건강증진사업에 대한 關心 및 理解를 증진시킴으로써 사업실시에 필요한 積極的인 行政支援을 誘導한다.

둘째, 보건소의 健康增進事業 組織을 改編·強化하고 必要人力 및 施設·裝備를 擴充하여 주민대상의 양질의 건강관리서비스를 제공함으로써 보건소가 지역사회 건강증진센터로서의 기능과 역할을 할 수 있도록 한다.

셋째, 市·郡·區의 健康生活實踐協議會의 運營을 活性化하여 社會의 有關機關 및 단체와 學校·사업장 등 社會의 組織의 事業참여 및 協력을 유도한다.

넷째, 시·군·구 및 보건소가 自體的인 事業豫算確保 方案을 講究하여 건강증진사업을 활성화하도록 한다.

위에서 언급한 보건소의 건강증진사업 활성화 방안을 실현시키기 위해서는 중앙이나 지방에서의 共同勞力을 필요로 하고 있으나 특히 중앙에서는 國民健康增進 基金造成을 통한 事業支援活動 強化에 역점을 두어야 하며, 지방에서는 지방자치단체장 및 지방의회의원들의 건강증진사업에 대한 이해를 증진시켜 積極的인 行政支援을 誘導하는데 역점을 두는 것이 事業 活性化의 要諦라 하겠다.

IV. 學校 保健教育의 改善 強化 方案

1. 序 論

최근 健康增進事業에 대한 保健醫療界의 관심이 높아지면서 世界保健機構를 중심으로 여러 전문 분야가 각자의 특성에 따라 인간의 건강을 증진시키려는 사업의 개발에 열중하고 있다. 종래 학생 및 교직원의 건강을 유지 증진한다는 목표 아래 학생 및 교직원의 健康管理, 保健授業, 건강한 環境管理事業을 전개해 온 學校保健의 분야에서도 기존의 學校保健事業에 健康增進事業을 포괄하는 이론적 모형을 개발하고, 이에 따라 健康增進을 강화한 學校保健事業이 강조되고 있다(Lavin 1992). 예컨대, Kolbe(1986)는 기존의 學校保健事業內容 즉 健康管理, 保健授業, 건강한 環境管理의 세 가지에 더하여 地域社會 健康增進事業과의 연계, 체육교육, 학교급식, 건강상담, 교직원의 健康增進事業을 포괄하는 광범위한 시각의 學校健康增進事業을 제안하고 있다.

우리 나라는 1951년 身體檢査 規則을 제정하였고, 1967년 學校保健法과 1969년 學校保健法 施行令을 마련하면서, 이들 법을 기초로 공식적으로 실시된 學校保健 事業이 45년의 역사를 갖게 되었다. 그 동안 교육계의 인식이 부족한 상황에서도 예방집중을 통하여 전염병의 만연을 방지해 왔으며, 학교에 養護教師가 배치되어 학생들의 건강을 돌봄으로써 편안한 학교생활을 도모하였고, 1979년 교육계에 學校保健을 전담하는 保健職 公務員의 배치로 學校保健 行政이 발전함으로써 學校保健事業에 동력을 갖게 되었다. 그리고 최근에는 學校給食事業이 확대되면서 學校保健事業이 健康增進事業으로 발돋움하는데 기여하고 있다. 그러나 學校保健의 궁극 목표는 건강을 증진하는 것이라고 표방해 오면서도 이를 축점으로 한 사업은 미약하였다.

적극적인 健康增進事業보다는 예방접종과 신체검사와 같은 豫防事業 또는 응급처치와 같은 健康保護事業이 주축을 이루어 온 것이다.

한편 어느 분야보다도 學校保健 분야가 인간의 健康增進을 위한 토대를 마련하는데 가장 중요한 장이라는 것은 保健醫療界에 잘 알려진 사실이다. 왜냐하면 인간의 健康增進은 健康管理 能力 開發에서 출발할 뿐만 아니라 이것이 토대가 되었을 때 健康增進은 계속적으로 이루어지기 때문이다. 健康管理 能力은 여러가지 다양한 학습 경험을 통하여 습득되며 특히 學校教育에 의한 學習 經驗이 매우 효과적이다.

또한 학생들에 대한 교육은 학생들의 가족에게까지 과급효과를 미친다. 그러므로 학교에서 체계적인 保健教育을 실시해야 할 필요성이 오래 전부터 강조되어 왔다. 그럼에도 불구하고 학교에서의 保健教育은 전염병 유행 시기에 전염병 예방교육, 신체검사 실시 전에 신체검사의 중요성과 같은 내용으로 학생의 당면한 보건문제를 일시적으로 해결하기 위한 수단으로만 활용되었다. 이러한 保健教育은 정기적으로 실시하는 정규교과교육에 비하여 그 비중이 낮게 취급되었음은 물론이다.

그런데 최근 健康增進法の 制定이 말해 주듯이 우리나라 국민과 정부의 건강에 대한 인식이 높아지면서 교육계에서도 인식의 변화가 이루어지는 느낌이다. 당연히 변화해야 하는 일이다. 교육계가 學校保健教育의 개념이나 내용을 사회 변화에 따라 체계적으로 발전시키려는 의지와 노력이 매우 절실한 상황이 되었다고 하겠다.

이에 본 연구는 學校保健教育의 개념과 내용을 현대 사회가 요구하는 健康增進事業과 통합하여 정립하고, 이를 실천할 수 있는 방안을 모색하고자 한다. 이를 위한 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 학교보건교육의 개념을 규명한다.

둘째, 학교보건교육의 현황 및 문제점을 진단한다.

셋째, 학교보건 교과개발을 비롯한 學校保健教育 강화 방안을 제시한다.

본 연구의 목적 중 學校保健教育의 개념을 규명하고 學校保健教育課程을

개발하기 위하여 기존의 文獻과 정부의 공식문서, 初·中·高 保健關聯教科書 등을 수집하였다. 이들 자료를 토대로 學校保健, 學校保健事業, 學校保健教育, 學校保健授業, 學校保健教育課程, 健康增進事業의 개념과 이들 간의 관계를 규명하고, 健康增進을 포괄하는 學校保健教育課程, 保健教科模型, 學校保健教育 강화 방안을 제시하였다.

본 연구의 목적 중 學校保健教育의 현황 및 문제점을 분석하기 위하여 설문조사를 실시하였다. 調査對象은 校監, 體育教師, 養護教師이었으며, 교감은 1개 도의 교감 자격연수 교사 전원, 체육교사는 1개 시의 체육교사 전원, 양호교사는 1개 도의 양호교사 전원을 대상으로 學校保健教育의 실시정도와 필요정도, 보건교과의 신설 및 보건교과 교사에 관련된 設問紙를 배포하고 無記名으로 응답하도록 하였다. 應答者의 직종별 연령별 분포는 <表 IV-1>과 같다.

<表 IV-1> 調査對象者의 職種別 年齡別 分布

(단위: 명, %)

직종/연령	20~29세	30~39세	40~49세	50세 이상	계
양호교사	167(22.6)	110(14.9)	15(2.0)	10(1.4)	302(40.9)
체육교사	37(5.0)	95(12.9)	171(23.2)	42(5.7)	345(46.7)
교 감	0(0.0)	0(0.0)	35(4.7)	56(7.6)	91(12.3)
계	204(27.6)	205(27.8)	221(29.9)	108(13.7)	738(100.0)

資料: 본 저자가 이 연구의 일환으로 학교보건교육의 현황과 문제점을 파악하기 위하여 일부 초·중·고등학교의 교감, 체육교사, 양호교사를 대상으로 실시한 설문조사 결과임.

조사된 設問紙의 보건교육 실시 정도, 보건교육에 대한 필요정도, 보건교과 신설요구 정도는 5點尺度를 사용하여 점수화하고 이를 頻度와 百分率 및 平均點數로 산출하여 분석하였다. 즉 ‘매우 동의하지 않는다’는 1점, ‘동의하지 않는다’는 2점, ‘보통이다’는 3점, ‘동의한다’는 4점, ‘매우 동의한다’는 5점을 부여하였다. 그리고 保健教科 擔當 教師로 누가 가장 적합한가에 대

한 의견을 ‘擔任教師’, ‘體育教師’, ‘養護教師’, ‘保健教育教師 별도 양성’, ‘기타’ 중에서 하나만 고르도록 하고 이를 빈도와 백분율로 산출하여 분석하였다.

2. 學校保健教育의 概念

‘學校保健教育’이라는 용어를 사용하고, 또 이 사업을 추진하고 있는 學校保健 專門家 및 保健醫療專門家들은 그들이 이해하고 있는 學校保健教育에 대한 개념이 서로 달라 의사소통이 잘 안되는 경우가 많다. 이는 사회가 변화하고 保健醫療가 발전하면서 學校保健에 대한 사회적 요구가 달라지고, 保健醫療 傳達體系의 유형에 따라서도 學校保健에 대한 이해의 폭이 달라져 왔기 때문이다. 그러므로 그 사회의 요구변화 및 保健醫療 傳達體系의 발전과 궤를 같이하면서 學校保健의 개념은 그 시대의 요구에 걸맞게 정립되어야 할 필요가 있다(Jackson, 1994).

이러한 관점에서 學校保健教育의 개념을 규명하기 위하여, 첫째로 學校保健事業과 學校保健教育과의 관계를 살펴보고, 둘째로는 이를 기초로 學校保健教育의 目標, 다시 말하면 무엇을 위하여 학교보건교육을 하는지를 규명해 보고, 셋째로 學校保健教育의 對象은 누구이며, 넷째로 학생의 健康增進을 위한 學校保健教育課程을 모색해 보고자 한다.

가. 學校保健事業과 學校保健教育과의 關係

學校保健은 학생 및 교직원의 건강을 유지·증진하는 것을 궁극목적으로 한다. 이는 사회가 변화하여도 변하지 않는 學校保健의 목적이다. 이를 위하여 學校保健事業을 전개하는데, 사회현상의 변화에 따라 學校保健 事業의 목적은 변화하며, 사업내용도 달라진다. 즉 궁극목적은 불변이지만 이를 달성하는 수단이 되는 사업의 목적과 내용은 시대와 나라에 따라 달라지는

것이다. 현재 우리나라의 學校保健事業을 본다면, 學生 및 敎職員의 健康管理, 保健教育, 環境衛生, 學校給食이 그 내용을 이루고 있다. 學校保健事業은 변화하여 왔고 또 현재에도 변화하고 있다. 예를 들면 전염병이 만연하던 시대에는 전염병 예방을 위한 豫防接種 事業이 學校保健事業의 중심이었으며, 전염병의 만연이 없어진 다음에는 미국에서는 학생의 身體檢査를 주축으로, 영국에서는 保健教育 위주의 學校保健事業을 전개하였다.

미국과 영국의 學校保健事業 내용에 차이가 있었던 것은 그 나라의 保健醫療 傳達體系의 영향을 받았기 때문이다. 다시 말하면 미국은 自由放任型 保健醫療 傳達體系를 운영하고 있기 때문에 醫療가 商品이고 이의 소비는 국민 개인의 부담에 의하여 이루어지고 있다. 그러므로 학교에서는 학생의 身體檢査를 실시하여 건강문제를 발견함으로써 의료 시장이 활성화되고 이를 통해서 학생의 일생을 건강하게 살아갈 수 있도록 건강의 토대를 마련하는 데에 기여하였다. 그러나 영국은 국가보건의 체계를 운용하여 保健醫療가 완전무료이므로 의료 수요가 폭등하고 있는 상황에서 保健教育을 통하여 의료수요를 줄일뿐 아니라 학생의 건강을 스스로 관리할 수 있는 능력을 개발시켜 건강을 유지하고 증진함으로써 일생의 건강을 관리하는 토대를 마련해 주었다.

우리나라는 미국과 유사한 保健醫療 傳達體系를 운영하고 있어 1951년 身體檢査規則을 제정하고 身體檢査와 예방접종 위주의 學校保健事業을 실시하여 왔다. 그러나 현재 우리나라는 정치, 경제, 사회가 급속도로 발전하였고, 保健醫療 분야에서 부각되는 문제가 달라졌으며, 전국민의료보험에 의한 국민의 醫療費 支拂保障과 保健醫療 시설·장비의 현대화에 따른 醫療技術의 발전이 현저하게 이루어졌고 국민의 건강에 대한 의식 수준도 높아졌다. 이에 學校保健事業의 변화는 필수적으로 이루어져야 하며 교육계도 이를 위하여 준비하지 않으면 안되는 절박한 상황에 있다고 할 수 있다. 더욱이 우리나라는 自由企業型 保健醫療 傳達體系를 운용하는 나라이므로 醫療消費者를 준비시켜 현명한 의료소비가 이루어지도록 할 뿐 아니라 개방

되는 外國醫療에 대하여 분별력 있는 消費者가 되도록 해야 한다. 이는 學校保健事業이 감당해야 할 부분이다. 이상의 간단한 예로 우리는 學校保健事業이 社會의 健康要求와 그 나라의 保健醫療 傳達體系의 영향을 받아 변화하고 있음을 알 수 있다.

최근에는 學校保健을 保健事業이 아니라 教育事業으로 파악하고 실천해야 한다는 주장이 높다. 이는 社會의 健康要求와 保健醫療 傳達體系의 변화에 따른 필연적인 요구라고 할 수 있다. 우리나라의 경우에도 急性傳染病보다는 慢性退行性 疾患과 事故로 고통을 받거나 사망하는 경우가 대부분이다. 이들 慢性退行性 疾患이나 事故는 건강한 生活習慣으로 예방할 수 있으며 이는 초·중·고 학교교육에서 습득되어야 한다는 것이다. 또한 우리나라는 自由企業型 保健醫療 傳達體系를 운용하는 나라로서 保健醫療는 상품이므로 국민은 醫療消費者가 되어 의료를 필요로 할 때는 자신의 保健醫療에 대한 지식과 기술수준에서 醫療商品을 선택하게 된다. 이를 위하여 學校保健이 국민을 醫療消費者로 준비시켜 주어야 한다. 醫療를 이용하지 않아도 되도록 병이 나지 않도록 가르쳐야 하고, 병이 발생했을 때는 적절한 醫療機關에 가서 적절한 醫療人에게 최소의 값으로 최대의 치료와 서비스를 받을 줄 아는 능력있는 국민을 만들 책임이 學校保健에 있다. 이를 위하여 기존의 學校保健事業을 學校保健 教育課程으로 전환하여 學校保健教育事業으로 전개해야 한다는 것이다(English, 1994). 이상의 學校保健에 대한 변화를 學校保健事業과 學校保健教育 측면으로 정리하면 다음과 같다. 學校保健事業과 學校保健教育의 관계를 보는 시각은 세 가지가 있다.

첫째는, 學校保健教育을 學校保健事業의 일환으로 보는 시각이다. 이는 기존의 學校保健事業의 내용 중 保健教育이 삽입되어 있기 때문이다. 이때의 學校保健教育은 學校保健事業 중 학생의 건강관리와 학교의 환경위생관리를 위한 수단으로 실시되었다. 예를 들면, 예방접종을 실시하기 위하여 사전에 학생들에게 예방접종의 중요성을 설명하고 위생적인 식수공급을 위하여 물을 끓여 먹도록 교육하는 것이었다. 이와 같은 시각은 일반적으로

保健醫療界에 있는 전문가들이 가지고 있으며 이러한 경우에는 保健教育이 소극적으로 이루어질 수밖에 없다.

둘째는, 學校保健事業과 學校保健教育을 별개로 보는 시각이다. 學校保健事業은 양호교사가 학생의 건강을 유지·증진하기 위한 保健事業을 학교에서 실시하는 것이며 學校保健教育은 체육, 생물, 가정, 즐거운 생활과 같은 정규교과에 保健知識이 포함되어 이루어진다고 보는 것이다. 이와 같은 시각은 일반적으로 教育界에 있는 교육자들이 가지고 있다. 그러나 이들 保健知識은 체육, 생물, 가정, 즐거운 생활 등의 교과의 교육목적에 달성하기 위하여 가르쳐지고 있어 健康管理 能力開發이라는 保健教育의 목적을 달성하는 것과는 무관하므로 이를 學校保健教育이라고 할 수 없다는 견해이다. 예를 들면, 생물에서 人間의 解剖構造와 生理機能을 아주 자세히 배우고 있지만 학생들은 자신의 몸이라는 관점에서 이해하고 이를 건강하게 관리하는 능력이 학습되지 않는 것이다.

셋째는 學校保健事業을 學校保健 教育課程으로 보는 시각이다. 이는 學校保健事業의 내용과 學校保健과 관련된 교과에서 가르치는 보건지식 내용 모두를 學校保健 教育課程으로 이해하는 것이다. 다시 말하면 학생 및 교직원의 健康管理, 保健授業, 건강한 生活環境의 유지와 같은 學校保健事業을 教育課程으로 이해하여 학생 및 교직원의 健康管理과 건강한 生活環境은 非正規 教科課程으로 하고, 保健授業은 正規 教科課程으로 운용하는 것이다. 이는 교실의 保健授業에서 이루어지는 理論과 健康管理室과 학교의 환경에서 이루어지는 健康管理의 實際가 병행되어 學校保健의 목적달성에 매우 효과적이다. 이와같은 시각은 1979년 미국의 Rash(1979)라는 학자가 주장하면서 이에 대한 구체적인 모형을 제시하였다. 그리고 최근 健康增進에 대한 관심이 고조되면서 우리나라의 學校保健界에서도 기존의 學校保健事業에 健康增進事業을 강화하려면 學校保健事業을 포괄적인 學校保健教育으로 개념전환이 있어야 한다는 주장이 대두하였다(Lohmann, 1987; Belzer, 1994).

나. 學校保健이 追求하는 目標

1) 健康의 概念

學校保健이 추구하는 목표는 健康이다. 健康이 무엇인지에 대한 정의는 학자마다 그들이 전공하는 학문의 시각에 따라 여러 측면에서 제시되어 왔다. 保健醫療界에서 흔히 사용하고 있는 健康의 정의로는 ‘질병이 없는 상태’를 健康이라고 하는 의학적 이론을 근거로 한 것이다. 여기에 몇 가지의 개념을 추가하여 만든 世界保健機構의 健康의 정의는 ‘疾病이 없을뿐 아니라 身體的, 精神的, 社會的 安寧狀態’라고 하였다.

그러나 사회가 변화하고 발전하면서 이 정의로도 인간의 健康을 설명하기에는 부족함을 느끼게 되었다. 이에 保健醫療界의 각 학문 분야에서는 그들이 추구하는 健康의 개념을 연구 개발하기에 이르렀다. 예를 들면 精神的 安寧狀態를 더 세밀하게 나누어 情緒的·知的·靈的 安寧狀態로 하고 인간의 健康 領域을 신체적·정서적·정신적·지적·영적·사회적 安寧狀態로 포괄하는 개념으로 健康을 확대하여 정의하기도 하였다. 최근에는 인간의 健康 領域을 하나로 통합하여 健康을 개념화해야 한다는 주장도 있다. 이와 같이 健康을 보는 시각이 다양해지면서 健康을 狀態로 보기보다는 環境과의 適應으로 이해하거나 혹은 인간의 自己健康 管理能力으로 이해해야 한다는 견해도 있다. 이들 정의를 시대적 흐름과 학문영역의 확대에 기초를 두어 분류하면 다음의 네 가지를 들 수 있다.

첫째, 인간의 解剖構造와 生理機能이 정상범위에 있는 상태를 健康이라고 하고 이 범위를 이탈한 것을 疾病이라고 하였다. 이는 生醫學的 理論을 기초로 정의된 것이며, 병원에서 질병을 치료하는 과정에서 흔히 사용되고 있다. 일반적으로 질병이 없는 것을 健康이라고 한다. 이러한 정의에 의해서 健康을 지키려면 인간이 가지고 있는 해부구조를 머리에서부터 발끝까지 정상으로 유지해야 하며 生理機能에 문제가 없도록 관리해야 한다. 이것이 健康이다. 그리고 소화기능을 담당할 위가 소화기능을 못한다면 이는 질병이라고

한다. 이때 위의 生理機能을 정상으로 회복시키기 위하여 투여되는 행동을 치료라 하고 解剖構造나 生理機能이 정상이 아닌 사람을 환자라고 한다. 이와 같이 임상적 모형에 의한 健康을 정의한다면 教育界보다는 保健醫療界에 學校保健이 존재하여 학생 및 교직원의 健康을 관리해야 하는 것이다.

둘째, 질병이 없을뿐 아니라 身體的·精神的·社會的으로 安寧한 狀態를 健康이라고 하였다. 解剖構造나 生理機能이 정상이라 하더라도 정신적으로 사회적으로 불편하면 건강하다고 할 수 없다는 것이다. 주위에서 이러한 경우를 흔히 볼 수 있다. 신체적으로 건강하지만 정신적으로 항상 고민이 많고 불안과 초조 속에서 살며 사회적으로 적응을 못하여 괴로움을 겪는 사람들이 있다. 이들은 건강하다고 할 수 없다. 그러므로 健康은 신체적 질병이 없는 것은 물론 신체적, 정신적, 사회적으로 편안한 상태를 의미한다. 그리고 신체적, 정신적, 사회적인 영역이 서로 깊이 관련되어 최상의 安寧狀態로 유지되어야 한다는 것이다. 健康은 자신이 지키고 유지하는 것이다. 신체적, 정신적, 사회적으로 편안한지 스스로를 점검하고 항상 편안하게 유지되도록 노력한다. 편안이라는 것은 자신의 느낌이다. 특히 정신적, 사회적 편안함은 자신이 생각하고 마음먹기에 달린 것들이 대부분이다.

셋째, 인간이 신체적, 정신적, 사회적으로 환경에 적응하여 最適의 便安함을 유지하는 狀態를 健康이라고 하였다. 이는 環境에 대한 人間의 適應程度로 健康狀態를 측정하는 것이다. 인간이 최상의 安寧狀態를 유지하려면 環境과의 끊임없는 相互作用이 긍정적인 방향으로 이루어져야 한다. 健康을 環境과의 適應이라는 관점으로 이해하는 것이다. 앞의 첫번째와 두번째 건강의 정의에서 인간을 靜的이고 構造的으로 이해한 것에 비하여, 세번째의 정의는 인간을 動的이고 環境과 무한히 상호작용하는 존재로서 이해하면서 環境과 適應을 잘하는 상태를 健康이라고 하였다. 인간은 병원균을 비롯한 각종 유해요인들과 상호작용을 하며 이들에게 약해질 때, 질병이 발생하게 된다는 것이다. 이러한 견해는 生態學的 論理와 適應理論을 기초로 하고 있다.

넷째, 인간이 자신의 신체적, 정서적, 정신적, 사회적, 영적 안녕상태를 유

지하기 위해 최대의 潛在力을 발휘한 상태를 健康이라고 하였다. 인간은 스스로 자신의 健康을 관리할 수 있는 능력을 가지고 있으며, 이 능력의 개발 정도에 따라 健康 程度가 달라진다는 논리이다. 이는 機能理論을 기초로 하고 있으며, 인간을 능동적이고 健康管理 潛在力을 지닌 존재로 규명하고 있다. 이점에서 바로 保健教育이 필요하게 된 것이다. 다시 말해 인간의 自己健康管理 潛在力을 개발하여 스스로 健康을 관리할 수 있도록 保健教育이 개입해야 한다는 것이다. 건강관리 能力이 곧 자신의 健康을 결정하기 때문이다.

이상의 健康에 대한 정의들을 살펴보면, ① 人間の 解剖構造와 生理機能 이 정상범위에 있는 것, ② 身體的, 精神的, 情緒的, 靈的, 社會的으로 安寧한 것, ③ 身體的, 精神的, 情緒的, 靈的, 社會的으로 適應을 잘하는 것, ④ 身體的, 精神的, 情緒的, 靈的, 社會的으로 自己健康 管理機能을 잘 발휘하는 것(Horowitz, 1985) 등이다. 한마디로 우리가 추구해야 할 건강을 정의한다면, 解剖構造와 生理機能이 正常이면서 신체적, 정서적, 정신적, 영적, 사회적으로 環境과 適應을 잘할 뿐만 아니라 스스로의 건강을 관리하는 기능을 발휘하여 최상의 安寧狀態를 유지하는 것이라고 할 수 있다.

이를 위하여 인간의 健康管理 潛在力(Hayes, 1990)을 개발해야 하며, 이를 學校保健事業이 감당해야 한다. 이것이 곧 學校保健이 教育界에 존재해야 하는 당위성을 제공하고 있는 것이다. 건강의 개념은 인간의 건강을 유지증진하여 안녕한 삶을 오랫동안 영위하자는 상위 목표를 놓고, 그 하위 목표로 각 전문분야의 특성이나 시대의 변화에 맞도록 발전하여 왔음을 알 수 있다. 學校保健의 초기에 건강의 개념은 生醫學的인 이론에 의한 것으로 전염병 예방을 중심으로한 學校保健事業의 목표를 제시하였다. 그러나 현대의 學校保健은 機能理論에 의한 自己健康管理 能力開發을 學校保健의 목표로 하면서 學校保健教育이 그 중심사업으로 떠오르게 되었다고 할 수 있다(Horowitz, 1985). 이제는 학교에서 질병을 조기발견하기 위하여 身體檢査를 하거나 전염병예방접종을 실시하는 수준에 머물지 않고 인간의 健康管理 能力을 개발하여 스스로 健康을 관리함으로써 편안한 삶을 오랫동안 영

위하도록 하는 데에 주안점을 두게 된 것이다. 이것은 곧 學校가 가지고 있는 國民의 能力開發이라는 社會的 責任을 인간의 健康과 관련된 부분에서도 다하는 것이라고 할 수 있다.

2) 自己健康管理

健康을 관리한다는 것은 ‘신체적, 정신적, 정서적, 영적, 사회적으로 安寧, 適應, 機能하도록 하는 조직적이고 과학적인 조치’들이다. 여기에는 의학, 간호학, 약학 등 여러 학문이 수 세기를 통하여 많은 노력을 기울여 왔다. 그러나 최근에는 保健醫療에 관련된 학문이나 전문가들의 노력만으로는 인간의 건강을 보장하기에 부족하고 무엇보다도 스스로 자신의 건강을 지키려는 노력(Lawrance, 1986)이 기본적으로 수반되어야 한다는 의견이 지배적이다. 인간의 건강이 관리되기 위해서는 保健醫療 專門家와 건강해야 할 인간 모두의 힘이 모아져야 한다.

인간은 누구나 건강할 權利가 있다. 이것이 곧 健康權이며, 이는 인간의 기본권으로 국가가 보장해야 한다. 우리나라의 憲法도 健康權을 基本權으로 명시하고 있다. 국가는 國民의 健康權을 보장하기 위하여 保健福祉部와 같은 행정 부서를 두어 國民의 건강을 관리하고 있다. 그렇지만 인간의 건강은 스스로 지키려고 할 때에만 보장된다는 점이 무엇보다도 중요하다. 즉 國民의 健康管理은 국가의 行政的 管理, 保健醫療 專門家の 保健醫療 提供, 개인의 自己健康管理의 통합이다. 그런데 이는 근본적으로 國民 스스로의 自己健康管理가 먼저 이루어져야만 통합기능을 제대로 살릴 수 있는 것이다. 다시 말하면, 國民이 자기의 건강을 잘 알아서 관리할 수 있다면, 자기의 건강을 관리하는 데에 필요한 국가의 行政的 管理나 保健醫療 專門家들의 保健醫療가 무엇인지 알게 되어 국가의 주인된 國民으로서 이들을 조정 통제하고 곧바로 활용할 수 있게 된다. 그럼에도 불구하고 우리나라 國民들은 自己健康管理 能力의 개발기회를 갖지 못하여 健康管理에 무지한 편이다. 더욱이 근래에 國民들의 건강에 대한 관심이 무척이나 높아진 것에 비

교한다면 그 무지의 정도가 아주 심하다고 할 수 있다. 단편적인 지식이나 매우 특수한 기법이 마치 종합적이고 일반적인 健康行爲인 것처럼 휩쓰는 현상이 바로 自己健康管理에 대한 욕구는 큰데 그 능력을 개발할 정상적인 기회가 제공되지 못하고 있음을 보여주는 예증이기도 하다. 그러므로 우리나라는 국가의 行政的 健康管理나 保健醫療專門家를 통한 保健醫療의 提供이 무엇보다도 국민의 自己健康管理 能力開發에 초점을 맞추어야 하는 시급한 상황이라고 하겠다.

인간의 自己健康管理은 신체적, 정신적, 정서적, 영적, 사회적 건강을 첫째, 日常生活 健康管理, 둘째, 成長發達 健康管理, 셋째, 健康逸脫 管理, 넷째, 不具 不能의 再活管理로 구분해 볼 수 있다. 日常生活 健康管理은 매일 살아가는 과정에서 먹고, 배설하고, 숨쉬고, 자고, 일하고, 쉬고, 운동하는 것 등을 건강하게 조치하는 것이다. 成長發達 健康管理은 인간이 태어나서 죽을 때까지 각 成長發達 段階에 맞춰 건강하게 성숙되어 가도록 조치하는 것이다. 健康逸脫 管理은 인간의 건강상태가 정상범위에서 벗어나 不健康 狀態로 변화되는 초기부터 질병상태를 거쳐 죽음에 이르는 순간까지 건강을 회복하도록 조치하는 것이다. 不具不能의 再活管理는 인간의 건강이 정상범위를 벗어나 회복이 불가능한 경우 즉 불구불능 상태인 경우 그 상태에서 건강한 생활을 할 수 있도록 조치하는 것이다. 이 관리는 個人 健康管理, 家庭 健康管理, 社會 健康管理의 차원에서 실현된다. 그러므로 인간의 健康管理을 위해서는 개인, 가정, 사회의 건강을 관리할 줄 아는 능력이 개발되어야 한다.

다. 學校保健教育의 對象

1) 學生

學校保健教育의 대상은 일차적으로 학생이다. 學校保健教育 대상으로서의 학생의 특성을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 學生은 그 사회인구의 약 1/4 정도를 차지한다. 그러므로 이들의 건강문제는 곧 그 사회의 건강문제가 되고, 특히 이들은 학교에서 집단으로 共同體 生活을 하고 있어 신체적, 정신적, 사회적 건강에 서로 의존적이다.

둘째, 學生時節은 일생 중 疾病發生이 가장 낮고 成長發達이 왕성한 시기이다. 인간은 이 시기에 가장 강인하여 질병에 걸리지 않을 뿐만 아니라 성장발달을 도모하도록 태어났다. 그러므로 이 시기에 건강을 잘 관리하여 질병에 걸리지 않는 것은 물론 성장발달이 최대한 건강하게 이루어지도록 해야 한다. 그러나 반대로 학생 시기에 질병을 앓게 된다면 신체적, 정신적, 사회적 성장발달이 건강하게 이루어지지 못하게 된다. 이는 개인의 건강과 삶을 위한 토대의 마련은 물론 건강한 국민의 육성에도 큰 손실을 가져오는 일이다.

셋째, 학생시절은 學習能力이 가장 뛰어난 시기이다. 물고기를 잡아서 먹여 주기보다는 한 마리의 물고기를 잡는 능력의 개발이 더 중요하고 필요하다. 學校保健에서도 마찬가지이다. 질병을 치료해 주는 것보다 더 중요한 것이 학생 스스로 질병에 걸리지 않도록 하는 健康管理 能力을 개발하는 것이다. 학생은 학습능력이 뛰어나므로 이 시기에 스스로 건강을 관리하는 지식, 기술, 태도의 함양은 물론 건강생활의 습관화가 이루어지도록 해야 한다. 학생시기에 습관화된 健康管理能力은 일생을 건강하게 살도록 보장한다.

요약하자면 學校保健 對象으로서의 學生은 우리나라 인구의 1/4이며 일생에 질병발생률이 가장 낮고 신체적, 정신적, 사회적 성장발달이 가장 왕성한 시기에 있을 뿐만 아니라 학습능력이 가장 뛰어난 시기에 있다는 특성을 갖는다.

2) 教職員

學校保健教育의 대상은 일차적으로 학생이지만, 教育界의 健康權 保障을 온전히 함에 있어서 뿐만 아니라 교직원들의 건강생활과 건강활동이 학생들에게 모형으로 기능하게 된다는 점에서 教職員의 健康을 유지·증진하기

위한 노력도 학생들 못지 않게 중요하다. 교직원도 학생에 대하여 그 일거 일동이 표본이 되며 敎育界라는 지성의 집단을 형성하여 사회에 대하여도 모범이 되고 있다. 그러므로 敎職員の 健康狀態, 健康行爲 등은 학생뿐만 아니라 地域社會의 다른 사람들에게도 큰 영향을 주게 된다.

최근에 健康增進 事業이 확대되면서 교직원의 健康增進 프로그램도 활발하게 개발되고 있다. 미국의 McKenzie(1988)라는 학자는 교직원을 위한 學校保健敎育事業의 중요성을 주장하면서 이 사업의 개발단계를 12가지로 나누어 제시하고 있다. 여기에서 특히 敎職員の 健康問題로 심혈관계 질병, 고혈압, 당뇨병, 백내장, 혈중지방, 암, 빈혈, 약물오용 등을 제시하면서 이들의 健康增進을 위하여 체력단련, 금연, 체중조절, 스트레스관리, 사고예방, 응급처치, 심폐소생술, 자가치료법, 척추근육관리, 여성건강, 영양敎育 등의 프로그램을 운영해야 한다고 하였다.

라. 健康增進을 위한 學校保健 敎育課程

學校保健敎育은 학생 및 교직원을 대상으로 건강을 유지증진하기 위하여 健康管理 能力을 개발하는 科學的인 實踐이다. 이 과학적인 실천은 學校保健 敎育課程의 운영에 의하여 이루어진다. 學校保健敎育課程은 그 시대의 요구에 의하여 항상 새로운 형태로 개발되고 있다. 1991년 영국의 Young이라는 학자가 기존의 學校保健敎育에 健康增進 敎育이 포괄되어야 한다는 주장과 더불어 기존의 學校保健敎育과 健康增進을 포괄하는 保健敎育의 차이를 다음과 같이 10가지로 제시한 바 있다고 소개하면서 이를 미국의 중학교 보건敎育에 반영해야 한다고 하였다(Allensworth, 1994).

學校保健이 健康增進이라는 적극적 목표를 수용하게 되면, 學校保健의 개념이 확대되면서 이를 달성하는 가장 중요한 수단으로 保健敎育이 부각되는 것은 자연스러운 일이다. 왜냐하면 健康增進이란 일시적 부분적으로는 남에게 의존할 수 있지만 중국에는 自己健康管理能力에 의해서 좌우되는 것이며, 自己健康管理能力은 敎育을 통해서 함양되는 것이기 때문이다.

〈表 IV-2〉 既存의 學校保健教育과 健康增進을 위한 學校保健教育의 差異

기존의 학교보건교육	건강증진을 위한 학교보건교육
1. 지식, 태도변화에 의한 행동의 변화를 강조한다.	다양한 이론과 모델을 적용하여 건강 증진행위를 위한 증재를 개발한다.
2. 보건수업을 10개 분야로 조직한다.	10개 분야 내에서 우선순위에 따라 6가지의 건강행위에 중점을 둔다.
3. 학교보건사업을 보건수업, 보건서비스, 건강한 학교환경의 세 측면에서 바라본다.	학교보건사업에 급식서비스, 체육교육, 상담, 학교와 지역사회의 협력까지 포함시킨다.
4. 보건수업을 부분적인 중재전략으로 생각한다.	다양한 전략을 가진 건강증진모델을 통해 보건수업모형을 개발한다.
5. 보건교육을 제한된 교실학습으로만 생각한다.	교과과정을 통해 학습내용을 주입하는 것 이외에도 학교와 지역사회의 건강 증진사업도 포함시킨다.
6. 학교보건자문위원회를 통해 보건 교육사업을 조정한다.	여러 학문과 기관의 상호협력을 통해 학교보건사업을 조정한다.
7. 교수법, 교사주도의 보건수업과 지식의 습득을 강조한다.	수업목적에 일치하는 수업방식을 택하여 학생의 적극적인 참여를 유도한다.
8. 일련의 문제나 급한 문제를 처리하는 방식의 대응경향을 보인다.	다양한 건강문제를 해결하는 방법을 인식하고 교과과정에 포함시킨다.
9. 보건수업의 결과는 건강증진행위의 실천으로 본다.	학교생활의 모든 면과 지역사회와의 관계를 더욱 폭넓은 시각으로 바라본다.
10. 일반적으로 학교보건사업에 학부모가 적극적으로 참여하지 않는다.	보건수업에의 가족 참여를 학교건강 증진을 위한 핵심으로 생각한다.

資料: Allensworth, "The Research Base for Innovative Practice in School Health Education at the Secondary Level", *Journal of School Health*, 1994.

동시에 이 때의 保健教育은 종래 學校保健事業의 한 구성부분을 이루어 온 保健授業의 차원으로 이해되는 것이 아니고 學校保健事業 전체를 學校保健教育의 개념으로 파악하게 된다. 즉 保健教育은 다른 學校保健事業과 수평적 관계에 있는 保健授業을 지칭하는 것이 아니고 모든 사업을 포괄하는 상위개념인 것이다.

學校保健教育의 구성부분 즉 學校保健事業의 하나인 保健授業만을 본다면, 오히려 그 범위를 축소하면서 종래의 10개 분야(Cortese 1993) 즉 地域社會 保健, 消費者 健康, 環境保健, 家庭健康, 成長發達, 營養, 個人健康, 疾病의 豫防管理, 安全과 事故, 藥物의 使用과 誤用 가운데에서 健康增進을 위하여 좀 더 간절하다고 판단되는 6가지 분야에 우선순위를 두도록 제안하고 있다. 그 6가지도 營養, 運動, 事故豫防, 飲酒와 藥物使用, 吸煙, 生理라는 더욱 구체화된 분야이다.

이를 자세히 보면 미국의 초·중·고교 보건수업에서 가르쳤던 10개 분야(Collins, 1995) 중 成長發達, 營養, 個人健康, 疾病의 豫防管理, 安全과 事故, 藥物의 使用과 誤用の 6개 분야를 집중적으로 가르치기를 권하면서 이 중 특히 營養, 運動, 事故豫防, 飲酒와 藥物使用, 吸煙, 生理를 강조하고 있음을 알 수 있다.

健康增進이라는 목표가 學校保健事業의 영역을 확대·심화시키는 현상은 <表 IV-3>의 健康增進을 위한 學校保健事業模型(Kolbe, 1986)에서 잘 볼 수 있다. 즉 健康增進을 위한 學校保健事業은 기존의 학생의 健康管理, 保健授業, 건강한 환경뿐만 아니라 학교와 지역사회의 통합된 健康增進活動(DeGraw, 1994), 체육교육, 학교급식 서비스, 학교상담, 교직원을 위한 健康增進事業 등을 포함하는 것이다. 이 가운데 학교와 지역사회의 통합된 健康增進活動, 학교급식서비스, 교직원을 위한 健康增進事業은 健康管理의 영역을 확대함과 동시에 건강한 環境造成을 강화하는 사업이며, 學校相談은 학생의 健康管理에 포함되어 있던 내용을 강조해서 강화하는 것으로 이해된다.

<表 IV-3> 健康增進을 위한 學校保健事業 模型

사업의 구성요소	즉시적 성과	단기적 성과	장기적 성과
학생의 건강관리	-	건강상태	건강상태
학교보건교육	학생의 건강관련행위	인지적 성취도	교육적 성취
건강한 환경	-	-	-
학교와 지역사회의 통합된 건강증진활동	-	-	-
체육교육	-	-	-
학교급식서비스	-	-	-
학교상담	-	건강상태	-
교직원을 위한 건강증진사업	교직원의 건강관련행위	인지적 성취도	-

資料: Kolbe, *Indicators for Planning and Monitoring School Health Programs*, University of California Press, 1986.

한편 體育教育을 學校保健事業의 영역으로 파악한 것은 보건관련교과와의 연계를 강화함으로써 學校保健事業이 목표로 하는 健康增進을 효율적으로 달성하려는 의도라고 하겠다.

<表 IV-3>의 모형에서 이미 學校保健事業을 學校保健教育으로 포괄하려는 지향을 볼 수 있지만, 이로부터 좀 더 구체적으로 나가서 학생의 健康增進을 위하여 특별히 관심을 가지고 교육을 해야할 12가지 영역의 26가지 목표에 관한 제안 <表 IV-4>를 보면, 學校保健事業과 學校保健教育의 표리관계가 더욱 뚜렷해진다. 여기에 제시된 사업내용은 美國에서 學校保健에 기대하는 측정가능한 구체적 목표이다(Kolbe, 1989).

이들 목표를 달성하자면 학생 스스로의 행동변화가 있어야만 가능하고, 행동변화는 교육을 통해서만 가능하다는 것을 금방 알 수 있다. 이 때의 교육은 단지 保健授業만을 의미하는 것이 아니다. 물론 保健授業은 학생의 自己健康管理能力을 길러주는 핵심적이고 기본적인 사업이지만 學校保健의

모든 사업이 학생들로 하여금 스스로 건강의 증진을 위하여 自己管理를 할 줄 아는 능력을 길러주는 데에 초점을 맞추어야 그 효과를 극대화할 수 있게 되는 것이다.

〈表 IV-4〉 學生의 健康增進을 위한 26가지 事業內容

	사 업 내 용
I. 고혈압 관리	1. 흡연 학생수를 감소시킨다. 2. 학생의 식염섭취량을 감소시킨다. 3. 비정상체중의 학생수를 감소시킨다. 4. 정기적으로 혈압을 측정하는 학생수를 증가시킨다.
II. 가족계획	5. 성관계는 결혼 후에 갖는 것이 바람직하다는 인식을 갖는 학생수를 증가시킨다. 6. 효과적으로 피임방법을 아는 학생수를 증가시킨다.
III. 임신과 영아건강	7. 성인이 되어 임신하고 아이를 잘 키울 수 있는 능력을 증가시킨다.
IV. 예방접종	8. 알맞은 시기에 예방접종을 받는 학생수를 증가시킨다. 9. 일정한 형태의 공식적 예방접종기록을 보유한 학생수를 증가시킨다.
V. 성병관리	10. 결혼외 성관계를 가지는 수를 줄인다. 11. 성병이 의심되는 증상을 아는 학생수를 증가시킨다.
VI. 사고예방 및 안전관리	12. 안전벨트를 착용하는 학생수를 증가시킨다.
VII. 불소처리 및 치아건강	13. 학생의 충치유발음식의 섭취량을 감소시킨다. 14. 올바른 방법으로 양치질을 하는 학생수를 증가시킨다. 15. 정기적인 치과검진을 받는 학생수를 증가시킨다. 16. 스포츠 활동에 참여할 때 치아 보호기구를 착용하는 학생수를 증가시킨다.
VIII. 음주 및 약물의 오남용	17. 약물복용후 운전하거나 음주운전을 하는 학생수를 감소시킨다. 18. 음주 학생수를 감소시킨다. 19. 상용매약, 조제약, 불법약물 등을 부적절하게 사용하는 학생수를 감소시킨다.

〈表 IV-4〉 계속

	사 업 내 용
VIII. 음주 및 약물의 오남용	17. 약물복용후 운전하거나 음주운전을 하는 학생수를 감소시킨다. 18. 음주 학생수를 감소시킨다. 19. 상용매약, 조제약, 불법약물 등을 부적절하게 사용하는 학생수를 감소시킨다.
IX. 영양	20. 학생의 콜레스테롤 섭취량을 감소시킨다. 21. 학생의 총지방섭취량을 감소시킨다. 22. 학생의 섬유질섭취량을 증가시킨다.
X. 신체적응 및 운동	23. 학생이 에어로빅활동에 참여하는 시간을 증가시킨다.
XI. 만성질환 관리	24. 유방자가검진을 올바르게 시행하는 학생수를 증가시킨다. 25. 각종 만성질환자의 발생을 감소시킨다.
XIII. 정신건강	26. 필요한 경우 적절한 정신건강 서비스를 받는 학생수를 증가시킨다.

資料: Kolbe, "Indicating for Planning and Monitoring School Health Programs," *Health Promotion Indicators and Actions*, Springer Publishing Co., 1989.

3. 學校保健教育의 現況과 問題點

學校保健教育의 개념 즉 學校保健 事業과 學校保健 教育과의 관계, 學校保健의 목표, 學校保健教育의 대상, 健康增進을 위한 學校保健教育에 대하여 위에서 정리해 본 내용은 우리나라의 學校保健教育을 분석하고 앞으로의 방향을 모색하는 데에 여러가지를 시사해 준다. 이제 우리의 문제를 논의하기 위하여, 學校保健教育의 개념을 염두에 두고, 먼저 外國의 學校保健教育을 살펴본 연후에 우리나라 學校保健의 현황과 문제점을 분석해 보고자 한다.

가. 外國의 學校保健教育 現況

學校保健教育은 그 나라의 保健醫療 傳達體系와 學校保健事業에 의하여 영향을 받는다. 주요 각국의 保健醫療 傳達體系와 學校保健事業 및 保健教育의 특성을 상호연관시켜 대비해 보면 <表 IV-5>와 같다.

<表 IV-5> 各國의 學校保健과 保健教育

국 가	호주	캐나다	칠레
보건의료 전달체계	<ul style="list-style-type: none"> - 자유방임형 - 의료보험 중심, 접근성 개선에 정책 주안점 - 질병중심, 치료위주 - 민간기관 우세 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장형 - 공공기금과 전국민 의료보험제도에 의한 운영 - 접근성, 포괄성, 보편성, 기동성 추구 	<ul style="list-style-type: none"> - 자유방임형 - 민간의료보험 위주의 민간의료와 저소득층 대상의 무료 공공 의료 공존 - 전달체계는 1, 2, 3차 수준으로 구분
학교보건 사업	<ul style="list-style-type: none"> - 민간기관의 참여가 더 많다. - 학교간호사 배치소수 - 예방접종, 집단검진 위주 	<ul style="list-style-type: none"> - 책임기관: 지방정부 기관과 각급 학교장 - 학교보건요원: 보건간호사, 위생사, 치과의사 - 의료서비스(예방접종, 신체검사, 전염병관리, 상담, 의뢰), 가정방문 서비스(내과적 문제학생), 특수교육(언어치료), 매년치과검진, 지역사회협조 환경관리 	<ul style="list-style-type: none"> - 1, 2, 3차의 세단계로 전개 - 신체검사와 예방접종 사업: 정부의 보조 - 정부주도 학교보건 사업이 미약하여 민간단체가 관여 - 학생보건교육 프로그램 개발이 가장 중요한 과제
보건교육	<ul style="list-style-type: none"> - 6개 주 중 3개 주에 보건 교과 개설 - 전문교사 수요 낮음 (중학교에 소수), 담임교사가 담당 - 비전문 보건교사: 보수교육으로 양성 	<ul style="list-style-type: none"> - 절반의 주에서 연간 50시간 보건수업 배정 - 초등학교: 담임교사가 비정규로 담당 <ul style="list-style-type: none"> · 중학교: 과학, 가정, 종교, 체육교사 담당 - 최근 보건교과 독립추세, 포괄적 보건교육권장 - 3개 사범대에 보건 교육학 전공, 다른 대학은 선택과목 	<ul style="list-style-type: none"> - 정부 보건조정교사 (health coordinator-teacher) 훈련 - 이들이 일반교사 및 학부모 대상의 보건 교육 실시 - 성장발달, 신체검사 기술, 예방접종, 응급 처치, 영양, 위장질환, 피부이상, 구강보건등 - 학생보건교육과정미비

〈表 IV-5〉 계속

국가	영국	구서독	일본
보건 의료 전달체계	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장형 - 1948년 국가보건사업 (National Health Service) 창설: 지불 능력에 불구한 예방과 치료서비스 제공 추구 → 거의 모든 보건의료 서비스가 무료 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장형 - 국민의 90%가 의료비 거의 전액을 부담하는 정부보조기금 회원, 나머지는 민간보험의존 - 외래진료(개업의), 병원진료, 공중보건 서비스(환경, 전염병)의 구조 	<ul style="list-style-type: none"> - 자유기업형/사회보험 의존: 정부, 고용주 재정지원, 보험가입자 가족전체 혜택, 소득 비례보험료 - 대부분 민간의료기관 (대규모 지역병원만 공공으로 의과대학운영) - 의료비 지출 급상승
학교 보건 사업	<ul style="list-style-type: none"> - 집단검진과 발육평가 제공·학교보건사업과 병행하여 일반의가 제공하는 1차보건의료가 청소년건강담당 (모든 국민이 일반의에게 등록) - 최근 건강증진학교 개념이 발전함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 학교보건 의료의 책임: 공중보건의, 공중보건 치과의 - 내용: 학부모, 학생 건강상담, 특수질병 검진, 의뢰, 학생의 건강상태 평가 	<ul style="list-style-type: none"> - 학교보건요원: 의사, 치과의사, 약사, 양호 교사 - 내용: 신체검사, 상담, 치료, 의뢰, 환경보건 - 집단검진제도(치과 검진 포함) 발달
보건교육	<ul style="list-style-type: none"> - 보건교육의 오랜 전통, 시대에 따라 중점 변화 - 15년에 걸친 교과과정 개발 사업으로 보건 교육도 주된 교과로서 표준안 간행됨 - 지방교육청에 보건 교육장학관 임명, 지방보건기관도 학교에 보건교육관 지원 - 교육위주의 보건을 보건 위주의 교육으로 전환 추구 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건교육 교과과정이 개발되어 있지 않고 사범대 보건교육학 전공이 없음. - 정부주관의 보건교사 양성 프로그램이 있다. - 생물학, 체육 등의 과목에 보건교육에 관한 내용이 부분적으로 포함 	<ul style="list-style-type: none"> - 양호교사가 보건교과 수업 및 학교보건사업 조정 - 양호교사 자격: 대학 졸업자(특별 의학교육 훈련과정 이수), 간호학 교졸업자(보건교습과정 이수) - 체육교육이라는 용어를 쓰지만 보건교육에 상응개념

〈表 IV-5〉 계속

국가	멕시코	중국	스와질랜드
보건 의료 전달체계	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장형 - 공공보건의료와 사회보험위주, 10% 인구만 민간의료 의존 - 치료에 과도예산 할당 - 의료보조자 활용 - 일차보건의료 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회주의형 - 정부의 통제하에 존재 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장형 - 정부가 주도, 민간부분 관여 - 보건의료체계 (전문의 병원, 지역병원, 진료소) - 의료지원의 고른 분포
학교 보건 사업	<ul style="list-style-type: none"> - 학교위생국에 의해 운영 - 학교보건사업의 요소 보건교육, 건강한 학교 환경연구, 시청각 자료 - 시력장애 검진 및 치료 널리 시행 	<ul style="list-style-type: none"> - 학교전담의사 간호사 4,000명 - 농촌지역은 양호교사 및 학교의가 부족: 인근병원에서 관리 - 학교환경, 보건교육, 식수, 영양: 공중보건 담당 - 내용: 시력장애, 예방, 구강 - 예방서비스 점차 확대 	<ul style="list-style-type: none"> - 공중보건서비스의 일부로 간호사와 간호보조사로 구성된 소그룹 → 4개 행정구역 마다 배치 - 서비스의 주요대상: 유치원, 초등학교 - 내용: 신체검사, 예방접종, 보건교육, 의뢰, 상담, 환경관리, 학교급식관리
보건교육	<ul style="list-style-type: none"> - 보건교사의 자격규정 없음. - 보건교육에 상당한 비중 - 초등학교: 자연과학 과목에 통합(보건단원) - 중학교: 생물, 과학, 정신학 과목에 보건주제 - 성장발달, 환경보건, 영양, 질병, 사고, 성교육 등 9개 분야 	<ul style="list-style-type: none"> - 중학교와 초등학교에서 보건수업 강화 - 보건교육의 내용: 신체에 대한 이해, 질병예방, 개인건강, 음식과 영양, 정신 건강, 안전사고 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건교육원칙은 있지만 정책 마련이 부족 - 다른 교과목에 보건 수업내용을 통합 - 유치원 보건교육의 비중이 큼 - 초등학교: 가정관리와 과학교과의 일부 - 중학교: 가정관리, 농업과목의 일부

〈表 IV-5〉 계속

국가	북유럽 국가	미국
보건의료 전달체계	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장형 - 공공보건의료체계가 지배적 - 일차보건의료는 지방자치화되어 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 자유방입형, 자유기업형 - 민간의료보험: 개인, 가족단위가입 또는 직장의 복지제도로 가입 - 빈곤층 의료보조 있으나 전부 포괄 못함: 1988년 10~18세의 15%가 의료보호 외에 방치 (보호자의 의료보험 미가입)
학교보건 사업	<ul style="list-style-type: none"> - 학교보건서비스는 <ul style="list-style-type: none"> · 아이스랜드: 중앙집권화 · 다른나라: 지방분권화 - 대부분 학교의와 학교간호사: 일차보건의료의 여타부문 종사 (학교보건 겸직) - 스웨덴의 학교 간호사: 1년간 전문화 교육과정 (정규 혹은 시간제고용) - 내용: 신체검사, 예방접종, 응급처치, 보건교육, 상담, 학교환경위생/검진 비중 감소, 일차보건의료 증가 	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 내용: 집단건강검진, 신체 검사, 의뢰, 예방접종, 건강기록, 응급처치, 상담, 교육 - 학교내 진료소나 인근 진료소 운영 - 학교 간호사 채용에 관한 규칙은 대부분 마련되어 있음 - 장애아동교육 계획 포함됨. - 학교환경관리: 위생, 난방, 조명, 안전 - 주에 따라 큰 차이 있음.
보건교육	<ul style="list-style-type: none"> - 보건교육의 역사는 깊으나 독립교과가 아니고 여러 관련교과에 분산교육 - 핀란드 외의 국가는 특별한 자격 갖춘 보건교사가 없다. - 보건교과 독립 필요성 부각: 이를 전담할 능력있는 교사 확보문제 장애 - 독립된 보건교육전공이 없고, 사회학, 종교학, 생물학, 가정관리학 등에 일부 포함됨. 	<ul style="list-style-type: none"> - 전체 주의 3/4 이상이 보건교육에 관한 법적인 기초마련 - 거의 대부분의 주가 중학교 보건교사에게 자격증을 요구함. - 초등학교 교사 양성과정에 보건 교육과정이 포함된 주는 37개. - 300개의 전문대학과 4년제 대학교 사범대학내에 학교 보건교육학 전공과정 개설

資料: 저자가 미국의 Journal of School Health에 수록된 각국의 학교보건사업 및 보건교육 실태를 분석 요약한 것임.

이 표는 Journal of school health에 소개된 각 나라의 학교보건을 보건의료 전달체계, 학교보건사업, 학교보건교육으로 분류하여 비교하도록 작성되었다. 保健醫療 傳達體系와 學校保健 및 保健教育의 상호연관을 달관적으로 다음과 같이 말할 수 있을 것이다.

보건교육에 대한 관심은 社會主義型, 社會保障型, 自由放任型(自由企業型)

保健醫療傳達體系의 순으로 높다. 보건교육에 대한 관심이 높을수록 학교보건에 대한 관심도 높고, 學校保健에서 保健教育이 중요시된다. 社會主義型 및 社會保障型의 국가에서 保健教育이 중요시되는 것은 보건의료에 대한 수요를 국가 또는 사회가 책임지고 충족시켜야 하는 입장에서 공급의 증가도 중요하지만 이에 못지않게 수요를 감소시키는 일이 중요했기 때문일 것이다. 교육을 통해서 自己健康管理 能力이 높아지면 질병을 예방하고 건강을 증진시킴으로써 국민의 유병율이 낮아지고 그만큼 의료기관의 조치를 요하는 수요가 줄어들기 때문에 국고나 사회보험의 醫療財政을 절감할 수 있게 된다. 구체적으로는 구소련과 중국, 그리고 영국 등에서 保健教育에 대한 높은 관심과 적극적 실천을 확인할 수 있다.

이에 비하여 自由放任型 또는 自由企業型의 醫療傳達體系에서는 대체로 保健教育에 큰 관심이 없고 學校保健도 保健教育보다는 응급조치와 집단적 예방활동 및 身體檢査를 통한 조기발견 등에 그 주안점을 두는 경향이다. 保健醫療 서비스의 공급을 自由企業型의 私的 醫療機關에 주로 의존하는 까닭에 身體檢査에 의한 異狀의 발견과 依賴는 그 개인을 위해서나 醫療傳達體系의 전체적 운영을 위해서 긴요한 일이 된다고 하겠다. 즉 學校保健은 保健醫療 서비스를 일부 공급하기도 하지만 그 需要를 창출하는 기능이 더 크다고 볼 수 있다. 호주, 칠레 등이 그러한 사례이다.

그런데 自由放任型을 대표하는 국가라고 할 수 있는 미국의 경우는 保健教育이 아주 강조되고 있다. 이에 따라 특히 學校保健이 保健教育의 큰 몫을 담당해야 할 필요성이 제기되면서 保健教育이 學校保健의 핵심사업으로 주목받고 나아가 學校保健의 전체를 保健教育의 관점에서 파악하는 데에까지 이른 것이다. 미국도 당초에는 自由放任型의 전형적인 모습을 보였지만, 保健醫療 서비스 이전에 스스로 건강을 증진시키고자 하는 욕구가 커지는 한편으로 自由市場에서 醫療商品을 구매해야 하는 일반시민을 醫療消費者로 준비시켜야 할 필요성이 사회문제가 되고 공감을 얻으면서 보건교육의 중요성이 크게 부각되었다고 하겠다. 비록 크게 보아서 같은 유형의 保健醫

療傳達體系를 가졌더라도 국가간에 경제·사회·문화 수준의 차이에 따라 學校保健教育의 발전정도가 다르다는 것도 美國과 다른 自由放任型 國家의 대비를 통해서 알 수 있는 점이다. 社會保障型 保健醫療 傳達體系를 운영하는 나라들 간에도 學校保健事業의 내용이나 保健教育의 강화정도가 다른 것은 마찬가지이다. 그렇더라도 대체의 큰 흐름을 본다면, 保健醫療傳達體系의 유형에 따라서 保健教育에 대한 관심이 다르고 이는 學校保健의 내용에 영향을 주는바, 그 출발점에서의 필요성과 취지는 다르지만 결국 社會主義型 및 社會保障型이나 自由放任型 또는 自由企業型 모두가 각각의 保健醫療傳達體系를 건설하게 효율적으로 운용하기 위해서 국민에 대한 保健教育을 중요시하게 되었다고 요약할 수 있다. 이는 곧 學校保健에서 保健教育을 중요시하게 만들었고, 다시 국민의 保健教育에서 차지하는 學校保健의 중요성이 국민보건 가운데 學校保健의 비중을 그만큼 높여주었으며, 드디어는 學校保健을 學校保健教育으로 보는 관점과 실천으로 발전한 것이다.

우리나라는 미국, 일본과 유사한 保健醫療傳達體系를 운영하고 있어 學校保健事業이나 保健教育의 발전방향에서도 여러가지로 참고가 된다. 일본보다 미국의 學校保健이 앞서고 있다 하겠는데, 이는 현재 美國의 경우 自由放任型 醫療傳達體系가 가지고 있는 단점에 의한 피해가 심각하여 이를 극복하려는 노력이 學校保健教育을 통한 醫療消費者 준비에 박차를 가하는 방향으로 나타나고 있기 때문이라고 해석된다. 한편 國家保健體系를 가진 英國의 경우에는 국민의 健康管理 能力開發을 통한 유병률의 감소가 국가의 재정에 크게 도움이 되므로 교육의 기초과목이나 핵심과목으로 保健授業을 실시하게 되는 것이 당연한 현상이라고 할 수 있다. 미국과 같은 自由企業型이면서도 미국과는 달리 醫療保險을 개인보험이 아니라 社會保險으로 운영하는 우리의 경우에는 美國과 英國이 모두 타산지석이 된다고 볼 수 있다. 더욱이 우리와 매우 유사한 체계를 운영하는 日本에서 이미 의료비지출의 과다현상을 우려하고 있다는 점도 시사하는 바가 크다.

나. 우리나라의 學校保健教育 現況

이제 학교에서 이루어지는 學校保健의 일체를 學校保健教育으로 이해하는 넓은 의미의 학교보건교육 개념을 가지고 우리나라 學校保健의 현황을 분석하고 문제점을 제시해 보고자 한다.

學校保健教育은 학생 및 교직원의 健康管理을 통한 교육, 保健授業을 통한 교육, 건강한 學校環境을 통한 교육, 學校保健教育과 관련된 敎科를 통한 교육을 통해서 수행된다. 우리나라 學校保健에서는 아직 保健授業만을 學校保健教育으로 보는 인식이 일반적이라고 할 수 있다. 학생 및 교직원의 健康管理, 건강한 學校環境, 關聯 敎科 등이 學校人口의 健康增進, 좀 더 근본적으로는 이를 위한 自己健康管理 能力開發이라는 목표를 향해서 學校保健教育이라는 틀 안에 통합되는 단계에까지 나가지 못하고 있는 것이다. 우선 그러한 발전방향에 대하여 공감대를 형성해 가면서 활발한 논의와 부분적 시도가 진행되는 예비적 단계라고 보아야 할 것이다. 保健教育이라고 할 때에 가장 직접적으로 연상되는 保健授業을 통한 保健教育은 非正規的으로 養護敎師에 의해서 이루어지고 있다. 1987년 서울시 교육청은 양호교사 1인당 1주일에 6시간 정도의 교육을 실시하도록 행정지침을 시달하여 현재까지 실시하고 있다. 김(1988)의 연구에 의하면 養護敎師들의 保健授業은 一般敎師와 學生들에게 환영을 받고 있다고 보고하고 있다. 이의 영향으로 다른 市·道 敎育廳에서도 양호교사에게 1주일에 4시간에서 6시간 정도의 保健授業을 하도록 행정지도를 하고 있다. 그러나 이들의 수업은 비정규교과이므로 조직적이고 체계적인 保健教育이 이루어지기는 어렵다. 그리고 일부 敎育界의 이해 부족으로 保健授業 時間을 할애받지 못하는 경우도 있다. 한편 保健關聯敎科에서 保健知識을 전달하기도 한다. 그러나 이는 保健教育이라고 하기는 어렵다. 생물, 체육, 가정, 즐거운 생활의 교과에서 보건과 관련된 지식이 전달된다고 하더라도 학생의 健康管理 能力開發이라는 保健教育 目的에 그 초점이 맞추어지지 못하고 이에 효과적으로 기여하지 못하는 것이다.

우리나라의 學校保健教育의 실상에 대하여 學校現場에서 일하는 校監, 體育教師, 養護教師들은 어떠한 인식을 가지고 있는지를 설문조사를 통하여 알아보았다. 이들은 학교현장에서 學校保健教育과 가장 관계가 깊은 직책이다.

먼저 學校保健教育의 실시정도를 보면, 전체적으로 學校保健教育이 실시되고 있는가에 대하여 잘되고 있다고 보는 교사가 응답자의 18.4%인데 비하여 안되고 있다고 생각하는 교사는 전체의 34.0%나 되었다. 말을 바꾸어 健康增進教育에 관하여 물은 결과 잘되는 편에 24.9%, 안되는 편에 26.3%가 응답하였다. 양쪽 모두 48% 내외가 보통이라고 응답한 점을 고려해 보면 學校保健教育보다는 健康增進教育이 더 잘되고 있다는 인식을 가진 셈인데, 아마도 체육교육과 같은 보건관련 교육을 保健教育은 아니지만 健康增進教育의 범위에는 포함되는 것으로 본 결과라고 해석된다. 어쨌건 學校保健教育이든 健康增進教育이든 잘되고 있다는 평가보다는 잘 안되고 있다는 평가에 다소 기울어 있다.

〈表 IV-6〉 保健教育 內容別 教育實施 程度

(단위: 명, %)

구분	아주안됨	안됨	보통	잘됨	아주잘됨
학교보건교육	30(4.1)	221(29.9)	351(47.6)	125(16.9)	11(1.5)
흡연교육	174(23.6)	305(41.3)	185(25.1)	54(7.3)	20(2.7)
마약교육	249(33.8)	313(42.5)	120(16.3)	34(4.6)	21(2.8)
음주교육	222(30.1)	310(42.0)	158(21.4)	32(4.3)	16(2.2)
폭행예방교육	102(13.8)	200(27.1)	299(40.5)	116(15.7)	21(2.8)
안전교육	12(1.6)	68(9.2)	279(37.8)	295(40.0)	84(11.4)
환경교육	23(3.1)	84(11.4)	312(42.3)	247(33.5)	72(9.8)
질병관리교육	34(4.3)	150(20.3)	332(45.0)	191(25.9)	33(4.5)
의료기관이용	94(12.7)	265(35.9)	271(36.7)	95(12.9)	13(1.8)
건강증진교육	36(4.9)	158(21.4)	361(48.9)	151(20.5)	32(4.3)
계	976(13.2)	2,074(28.1)	2,668(36.2)	1,340(18.2)	323(4.3)

學校保健教育의 실시 정도에 대한 응답을 5점 척도로 환산했을 때 양호교사, 체육교사, 교감의 직종별 평균이 모두 3에 미달하는 데에서 이러한

평가가 3개 직종에 공통됨을 알 수 있다. 養護教師, 體育教師, 校監의 순으로 더 낮게 평가하고 있는데, 특히 수업을 직접 담당하는 양호교사(2.92)와 체육교사(2.88)에 비하여 감독 및 관리자라고 할 校監(2.22)이 훨씬 비판적이라는 점이 주목된다. 그리고 모든 직종이 공통으로 높은 연령층일수록 후한 평가를 하고, 젊은 연령층에서 더 비판적인데, 특히 양호교사의 경우에 연령층에 따르는 평가의 차이가 뚜렷하다. 즉 體育教師의 경우에는 20대와 50대 이상의 5점척도 평균의 차가 0.31인데 비하여 養護教師는 무려 1.12나 된다. 잘되고 안되는 데 대한 평가에는 기대수준과 과거와의 대비가 큰 영향을 주리라고 판단되는데, 높은 연령층의 양호교사는 과거에 대비하여 후한 평가를 내린 반면에 젊은 연령층으로 갈수록 과거와의 대비보다는 당장의 學校保健教育에 대한 期待水準이 높은 것으로 추측된다(表 IV-7 참조).

〈表 IV-7〉 保健教育 實施程度에 대한 職種別 年齡別 評價

(단위: 5점 척도)

직종/연령	20~29세	30~39세	40~49세	50세 이상	평 균
양호교사	2.45	2.70	2.97	3.57	2.92
체육교사	2.70	2.80	3.00	3.01	2.88
교 감	-	-	2.18	2.25	2.22

교육내용별로는 吸煙教育, 麻藥教育, 飲酒教育과 같은 健康增進 관련 내용의 교육이 특히 잘 안되고 있다는 인식이다. 즉 각각 64.9%, 73.6%, 72.1%의 응답자가 비판적 평가인데 아주 안되고 있다는 응답도 아주 높게 나타났다. 이에 비하여 安全教育和 環境教育에 대해서는 각각 51.4%와 43.3%가 잘되고 있다는 쪽인 반면에 10.8%와 14.5%만이 잘 안되고 있다고 응답하였다. 근래에 안전과 환경이 강조되는 사회분위기가 保健教育에도 반영되어 비교적 잘되고 있는 반면에, 흡연, 마약, 음주 등 청소년 문제로 심각하게 제기되어온 주제에 대해서는 그 필요에 비하여 실제의 교육은 매우 불충분하다는 인식을 보여준다고 하겠다. 그 밖에 疾病管理教育은 보통(45.0%)이라는 평가가, 暴行豫防教育和 醫療機關利用教育은 잘 안되고 있다

(각각 40.9%, 48.6%)는 평가가 우세하였다(表 IV-6 참조).

이제 保健教育의 必要性에 대한 인식을 보자. 우선 學校保健教育 또는 健康增進教育의 必要性에 대해서는 90% 내외의 응답자가 적극적 必要性을 인정하였고 보통의 인정까지 포함하면 99% 내외에 달한다. 구체적인 교육내용에 대한 교육의 적극적 必要性도 모두 80% 이상이 인정하였다. 그 중에서도 현재 비교적 잘되고 있는 편이라고 보는 安全教育和 環境教育에 대한 必要性의 인정도가 95.5%와 95.2%로 아주 높고, 현재 특히 잘 안되고 있다고 보는 吸煙, 癮藥, 飲酒教育에 대한 必要性은 80% 내외로 비교적 낮은 가운데 3.8~5%는 필요없다는 응답을 보였다. 이러한 차이는 必要性을 인정하는 경우에도 안전과 환경 교육은 거의 70%가 절대로 필요하다고 보는 반면에 흡연, 마약, 음주 교육에 대해서는 단순 필요와 절대 필요가 비등한 데에서도 볼 수 있다. 매우 흥미 있는 반응이라고 할 수 있는데 향후 學校保健教育의 내용별 우선순위를 정하는 데에 있어서 좀 더 정밀한 조사와 분석이 필요한 대목이다. 暴行豫防教育和 疾病管理教育에 대해서도 90% 내외가 적극적으로 그 必要性을 인정하고 있으며, 醫療機關利用에 관한 교육의 必要性도 적극적 인정이 84.8%로 높지만 다른 분야에 비하여는 다소 낮은 편이다(表 IV-8 참조).

〈表 IV-8〉 保健教育의 內容別 教育의 必要程度

(단위: 명, %)

구 분	절대 필요없음	필요없음	보통	필요	절대필요
학교보건교육	0(0.0)	5(0.7)	70(9.5)	211(28.6)	452(61.2)
흡연교육	6(0.8)	22(3.0)	99(13.4)	297(40.2)	314(42.5)
마약교육	11(1.5)	26(3.5)	113(15.3)	284(38.5)	304(41.2)
음주교육	8(1.1)	29(3.9)	123(16.7)	309(41.9)	269(36.4)
폭행예방교육	2(0.3)	7(0.9)	43(5.8)	245(33.2)	441(59.8)
안전교육	2(0.3)	1(0.1)	30(4.1)	195(26.4)	510(69.1)
환경교육	2(0.3)	3(0.4)	30(4.1)	187(25.3)	516(69.9)
질병관리교육	3(0.4)	6(0.8)	56(7.6)	258(35.0)	415(56.2)
의료기관이용	2(0.3)	13(1.8)	97(13.1)	315(42.7)	311(42.1)
건강증진교육	3(0.4)	7(0.9)	60(8.1)	211(28.6)	457(61.9)
합 계	39(0.5)	119(1.6)	721(9.8)	2,512(40.0)	3,989(54.0)

이를 직종별로 보면 <表 IV-9>에서 보듯이 모든 職種이 5점 척도로 4점 이상의 높은 평균치를 보이는 가운데 체육교사보다 양호교사가 保健教育의 필요성을 더 크게 느끼고 있으며, 교감이 그 중간을 나타내고 있다. 養護教師의 경우에 保健教育을 자기의 과업으로 인식하는 데에서 가장 높은 반응을 보였다고 추측되는데, 다른 측면에서는 이를 자기의 과업으로 수용하는 데에 양호교사들이 스스로 매우 적극적인 자세를 갖추고 있음을 엿볼 수 있다. 연령별로는 30대와 40대의 연령층이 다른 연령층에 비하여 保健教育의 必要性을 높게 인식하였고, 50세 이상이 상대적으로 가장 낮은 반응을 보였다. 여기에서 직종과 연령층에 따라 보건교육의 필요성을 절감하는 정도에 다소의 의미 있는 차이가 발견되지만, 그보다는 모든 직종이 필요성에 공감하고 있다는 점이 더 큰 의미를 갖는다고 하겠다.

<表 IV-9> 學校保健教育의 必要性에 대한 職種別 年齡別 認識
(단위: 5점 척도)

직종/연령	20~29세	30~39세	40~49세	50세 이상	평 균
양호교사	4.63	4.66	4.62	4.39	4.58
체육교사	4.04	4.15	4.17	3.72	4.02
교 감	-	-	4.56	4.20	4.38

4. 學校保健教育의 改善 強化方案

이론상으로 學校保健教育이 필요하고 실제에 있어서도 그 필요성에 대한 공감대가 형성되어 있다면, 마땅히 이를 실현할 방안을 강구해야 할 것이다. 우리의 현실에 가장 알맞는 모형개발에 힘을 기울여야 함은 물론이다. 그리고 다른 많은 분야가 그러하듯이 學校保健에 있어서도 이른바 後發性의 利益을 누릴 줄 알아야 하겠다. 그러자면 우리나라 學校保健教育의 실상으로부터 출발하되 學校保健教育에 관한 외국의 사례와 동향을 참고해야 할 것이다.

이러한 관점에서 學校保健教育의 활성화 방안을 크게 3측면으로 나누어 생각해 볼 수 있다. 첫째는 學校保健教育課程의 개발이며, 둘째는 교직원을 學校保健教育의 틀 안에 명확히 정치시키기 위한 교직원의 健康增進教育 개발이고, 셋째는 이들을 포함하여 學校保健을 총체적으로 學校保健教育의 관점에서 이해하고 파악하며 실천할 수 있도록 뒷받침하는 정책지원이다.

가. 學校保健教育課程 開發

1) 學校保健教育課程의 概念

학교에서의 保健教育은 學校保健教育課程의 운영에 의해서 이루어진다. 學校保健教育課程은 학생이 학교에 입학하여 졸업할 때까지의 정규, 비정규 보건의 관련 학습경험의 총체이다. 이는 지식의 전달뿐만 아니라 태도의 변화, 궁극적으로는 행동의 변화까지 도모하여 학생이 自己健康管理能力을 가질 수 있도록 하는 것이다. 즉 학생이 자기의 건강을 스스로 관리할 수 있는 능력을 갖도록 하기 위하여, 健康管理에 긍정적으로 영향하는 지적 영역, 정의적 영역, 심동적 영역의 학습경험을 제공하는 과정이라고 할 수 있다. 이는 인간의 全生涯 過程에서 필수적으로 요구되는 건강을 유지하고 증진하는 기반을 구축하게 된다.

學校保健教育課程은 네 가지의 주요 구성요소가 있다. ① 건강한 環境, ② 健康管理事業, ③ 保健授業, ④ 保健 關聯科目 講義이다. 그 중 저학년에는 건강한 環境에 좀더 중점을 두고 학년이 올라갈수록 保健授業이 차지하는 비중이 커지도록 한다. 이들 각 구성요소를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 건강한 環境이란 위생적인 환경, 학교급식 프로그램, 학교와 지역사회 통합된 健康增進 活動, 교직원을 위한 健康增進事業 등과 관련한 학생들의 경험의 총체이다. 이러한 경험은 매우 중요한 學習經驗으로 학교생활 전 과정에서 계속된다. 이러한 경험이 적절한 계획과 노력에 의하여 이루어

진다면 학생의 健康管理 能力開發을 통한 健康增進에 크게 기여하게 된다.

둘째는 학생 및 교직원의 健康管理事業이다. 健康管理事業은 학생 및 교직원에게 많은 경험을 하게 한다. 그러므로 健康管理事業은 본질적으로 교육적이라고 할 수 있다. 健康管理事業의 가장 간단한 형태는 학생들의 건강상태를 관찰하는 것이다. 그리고 상처를 깨끗이 소독하고, 무균적으로 상처를 보호하고, 시력을 검사하고, 身體檢査 및 예방접종을 하는 등의 사업은 그 나름의 독특한 保健教育의 기회를 제공한다.

지역사회에 있는 의료자원과 의료인을 선택하여 의뢰하는 행위도 학생들이 성인이 되었을 때, 성인으로서 역할을 할 수 있도록 준비하는 것을 도와주는 것이다. 양호실에서 學生 및 敎職員들과의 相談은 이들의 건강증진을 위한 개별교육으로 매우 효과적이다. 학생들의 교육에 초점을 맞추어 健康管理事業의 範圍를 결정하고 이것이 學校保健 教育目的에 어느 정도 도달하는가를 결정한다. 健康管理事業을 통한 경험이 교육적 경험이 되도록 계획하는 것이 중요하다.

셋째는 保健授業이다. 이는 直接教育이라고도 할 수 있겠다. 보건교과는 초등학교, 중학교, 고등학교에 따라, 그리고 학년에 따라 成長發達 段階에 따른 健康問題와 그 社會가 당면한 健康問題를 교육하는 내용으로 이루어져 있다. 保健授業은 學校保健教育課程의 핵심으로 고려할 수 있다. 이는 새로운 지식, 태도, 행위를 획득할 기회를 준다. 그리하여 건강하지 않은 태도나 행위는 버리고, 건강한 태도와 행위는 강화하며, 다양한 보건교육의 경험을 건강한 행동 양상으로 통합할 수 있도록 한다.

마지막으로 保健關聯教科目的 授業에서는 보건과 관련한 내용이 강의된다는 것이다. 다른 교과목과 保健敎科가 서로 연관되어 수업이 이루어진다면 보건관련 교과목이나 보건교과 모두가 도움이 된다. 여기에 체육교육이 중요하다. 그리고 예를 들면 생물에서 가르쳐지는 인체구조와 기능이 보건교과에서 가르치는 인체의 구조와 기능을 건강하게 관리하도록 하는 내용과 연계되어 수업해야 서로의 교육목적에 도달하는 데 도움이 된다는 것이다.

지금까지 學校保健教育課程을 설명하면서 학교보건교육과정의 주요 구성 요소인 健康한 環境, 健康管理事業, 保健授業, 保健關聯 科目 授業에 대하여 각각 살펴보았다. 이를 설명하면서 학생들이 학교에서 하고 있는 경험이 교육에 중요하다는 점을 지적하였는데, 학교에서 경험하는 것이라고 해서 모두 教育課程의 일부가 되는 것은 아니다.

教育課程의 개념은 학교의 프로그램으로서 체계적으로 조직화되고, 계획된 경험만을 포함한다. 그렇다고 하여 保健教育의 科程에 기여할 수 있는 계획되지 않은 經驗을 배제하는 것은 아니다. 다만, 계획된 經驗이 아니면, 이것이 우연히 다시 일어날 가능성은 적기 때문에, 學校保健 教育課程이 아니라고 인식하는 것이 바람직하다는 것이다.

2) 學校保健 教科의 開發

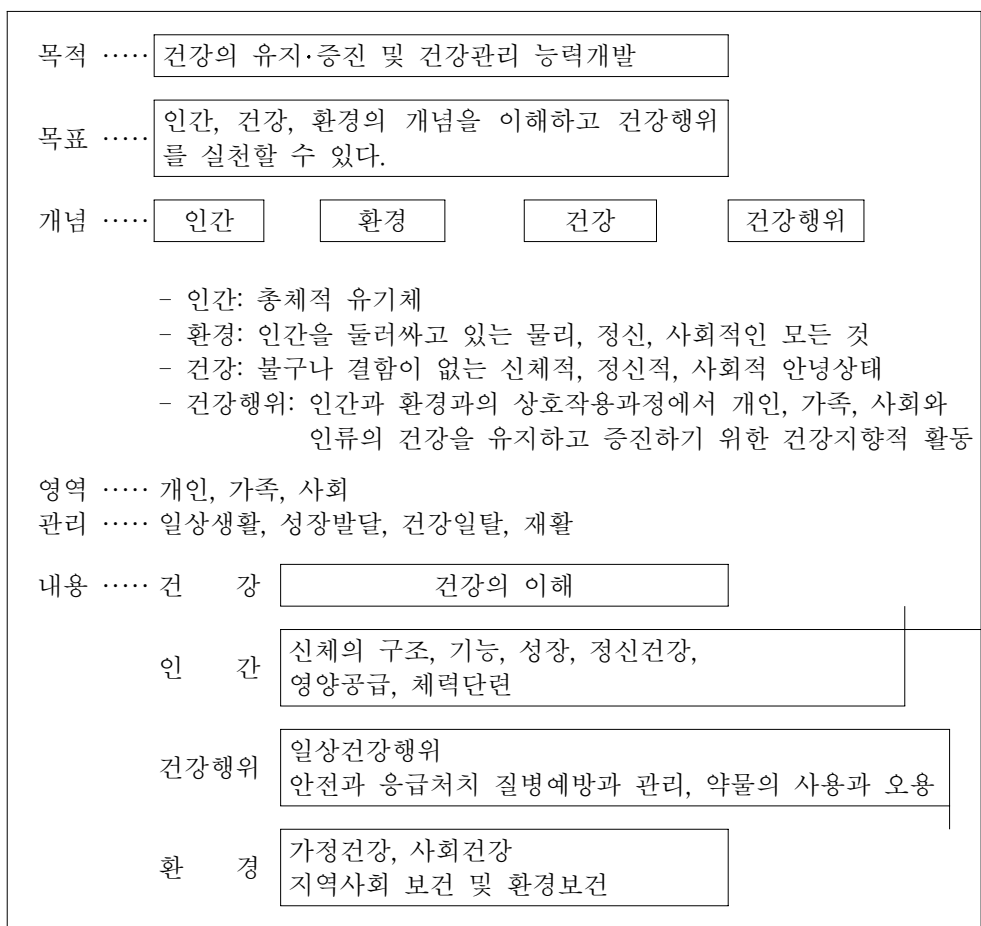
學校保健教育課程은 학생의 健康管理, 보건교과 수업, 건강한 환경, 보건 관련과목 수업을 정규 혹은 비정규 교육으로 운영하여 學校保健教育의 목적을 달성하게 된다. 현재 우리나라에서는 학생의 健康管理, 건강한 환경, 보건관련과목 수업은 나름대로 진행되고 있으나, 가장 중요한 保健教科 授業이 이루어지지 않고 있다. 그러므로 여기에서는 보건교과의 개발 측면에 초점을 맞추어 기술하고자 한다.

保健教科 授業은 학생의 健康管理, 건강한 환경, 보건 관련수업을 포괄하는 개념으로 이루어져야 한다. 즉, 保健教科 授業의 계획 속에서 학생의 健康管理, 건강한 학교환경조성이 이루어져, 마치 保健教科의 實習으로 학생의 健康管理가 양호실에서 이루어지는 개념으로 이해하는 것이다.

초·중·고 학교 보건교과는 두 가지의 이론적 토대 위에 개발한다. 하나는 학생의 신체적, 정서적, 정신적, 영적, 사회적 成長發達 段階에 따라 그들이 감당할 수 있는 健康管理 能力을 개발하는 것이며, 다른 하나는 그 학생이 속한 社會가 당면한 健康問題의 解決能力을 개발하는 것이다. 이를 기초로 初·中·高 保健教科 模型의 예를 보면 다음과 같다.

이 모형은 인간, 환경, 건강, 건강행위를 개인, 가족, 사회의 차원에서 日常生活 健康管理, 成長發達 健康管理, 健康逸脫 健康管理, 再活 健康管理로서 설명하는 이론적 틀에서 출발하였다. 이 모형의 이론적 개념 틀을 학습목적, 학습목표, 주요개념과 관련시켜 도시하면 [圖 IV-1]과 같다.

[圖 IV-1] 保健教科 模型 例示



資料: 본 저자가 우리나라와 미국의 학교에서 시행되고 있는 학교보건교육의 내용을 비교분석하여 제시한 것임.

保健教科 模型에서 제시된 내용은 保健教科의 目的, 目標, 概念, 領域, 管理範圍를 기초로 고안되었으며 미국 대부분의 학교에서 보편적으로 시행하고 있는 것과 우리나라에서 흔히 敎育되고 있는 것들을 비교검토하고 현재 健康增進 프로그램에서 강조되고 있는 것들을 고려하였다. 이들은 健康의 이해, 신체의 구조 기능 성장, 정신건강, 영양공급, 체력단련, 일상건강생활, 안전과 응급처치, 질병예방과 관리, 약물의 사용과 오용, 가정건강, 사회건강, 지역사회보건 및 환경보건의 11개 분야로 되었다.

이 중 초·중·고교 학생들의 健康증진에 가장 직접적으로 影響하는 飲酒, 吸煙, 藥物 誤濫用, 事故, 營養, 體力鍛鍊, 慢性疾病 豫防을 위한 日常健康生活 管理, 스트레스 管理 등을 강조하고 이는 교실에서 保健授業을 통하여 敎育이 이루어지는 동시에 양호실에서 이루어지는 健康管理事業과 학교의 環境管理에 반영되어 敎育이 이루어지도록 해야 한다.

3) 保健教科의 新設

保健教科가 개발되더라도 保健이 正規科目으로 편성되지 않으면 敎育목적을 달성하기 어렵다. 우리나라는 원칙적으로 5년마다 初·中·高 敎育課程을 개편하므로 지금부터 준비하여 오는 2000년부터는 保健教科가 필수과목이 되도록 노력하여야 한다. 이는 保健教科의 개발에 필요한 기간이기도 하며, 이로써 모든 국민이 자기건강을 관리할 줄 알고 保健醫療 서비스 시장에서 유능한 消費者가 될 수 있게 하는 21세기를 맞아야 할 것이다. 保健教科는 이러한 능력의 개발에 가장 중요한 도구가 되는 것이므로, 매 5년마다 그 간의 시행착오와 변화를 반영하는 개정이 이루어져야 할 것이다.

保健教科를 신설하는 문제에 대한 일선 학교 敎育자들의 반응은 <表 IV-10> 및 <表 IV-11>과 같다.

〈表 IV-10〉 保健教科 新設에 대한 職種別 態度

(단위: 명, %)

태도/직종	양호교사	체육교사	교 감	계
적극 동의한다	287(95.0)	95(27.5)	59(64.8)	441(59.7)
동의한다	14(4.6)	168(48.7)	30(33.0)	212(28.7)
보통이다	0(0.0)	49(14.2)	2(2.2)	51(6.9)
반대한다	0(0.0)	28(8.1)	0(0.0)	28(3.8)
적극 반대한다	1(0.3)	5(1.5)	0(0.0)	6(0.8)

〈表 IV-11〉 保健教科 新設에 대한 職種別 年齡別 態度

(단위: 5점 척도)

직종/연령	20~29세	30~39세	40~49세	50세 이상	전 체
양호 교사	4.95	4.93	4.80	5.00	4.94
체육 교사	3.57	3.83	3.98	4.38	4.02
교 감	-	-	4.71	4.31	4.44

保健教科의 신설에 대하여 응답자의 98.4%가 동의한 반면에 반대는 4.6%에 불과하였고, 나머지 6.9%는 중립적이라고 하겠다. 반대의견은 體育教師에게서만 10% 정도에 달하였다. 현재 體育教科의 내용에 保健에 관한 내용이 삽입되어 있다는 점과 관련이 있을 것으로 추측된다. 이에 따라 5점 척도로 산정한 평균치도 體育教師가 가장 낮게 나타났고, 가장 높은 것은 養護教師이며, 校監이 중간이었다. 學校保健教育의 필요성에 대한 응답과 같은 양상이다. 다만, 學校保健教育의 必要性에 대해서는 양호교사(4.58)와 체육교사(4.02)의 척도차이가 0.56이었는데 保健教科의 신설에 대해서는 양호교사(4.94)가 체육교사(4.02)보다 0.92만큼 높았다.

體育教師의 경우에 학교보건교육의 필요성과 보건교과의 신설 필요성에 대한 동의율에 변함이 없는데 비하여, 養護教師의 경우에는 學校保健教育이라는 추상적이고 넓은 범위의 문제보다도 교육시킬 마땅한 場이 제공되지 않고 있다는 구체적인 문제에서 훨씬 더 절실한 필요를 느끼는 것이라고 해석된다. 그러나 직종간에 이와 같은 차이가 엇보임에도 불구하고 모든 직

중에서 保健教科의 新設에 높은 동의율을 나타냈다는 점을 더욱 증시해야 할 것이다.

연령층에 따르는 반응의 차이는 體育教師에게서 보이는데, 學校保健教育의 필요성에 대한 반응과는 대조적으로 50세 이상이 그 이하 연령층보다 높은 동의율을 나타낸 것이다. 또한 50세 미만의 체육교사만을 보면 미세한 차이이지만 젊은 연령층으로 갈수록 學校保健教育이나 保健教科 신설의 필요성에 대한 지지가 낮아져서, 20대 체육교사(3.57)와 50세 이상 체육교사(4.38) 사이에 0.81이라는 상당히 큰 평균척도의 차를 보이고 있다. 대체로는 學校保健教育이 필요 없다고 보는 체육교사와 保健教科의 신설에 반대하는 체육교사가 일치하겠지만 일부 괴리가 있음을 알 수 있다. 그 구체적인 사유를 추측하기는 어려우나, 體育教師의 경우에 50세 이상은 學校保健教育의 필요성(3.72)보다도 훨씬 절실하게 保健教科의 新設(4.38)을 바라고 있는 반면에, 젊은 연령층으로 갈수록 학교보건교육의 필요성에 대한 지지율보다 보건교과의 신설에 대한 지지율이 떨어진다는 사실은 주목된다. 향후 좀 더 심층분석이 필요한 대목이라 하겠다. 아무튼 學校保健教育을 활성화하려면 保健教科가 신설되어야 한다는 점이 교육현장의 필요성에 의해서도 뒷받침되고 있다. 여기에 학생 및 교직원의 건강관리, 건강한 환경의 관리 등 學校保健事業을 保健教育의 관점에서 보건교과와 연계되는 비정규교과로 운영함으로써 포괄적인 學校保健 教育課程을 통한 건강증진이 이루어지도록 해야 할 것이다.

4) 保健教師의 養成

保健教科가 개발되고 정규과목으로 편성되더라도 이를 맡아 가르칠 적격 교사가 없으면 실천에 옮길 수 없다. 이는 북구의 사례가 잘 말해 주는 일이다. 즉 保健教育의 중요성에 대한 사회적 공감대 커지면서 그 동안 여러 교과에서 나누어 맡아오던 保健教育을 獨立教科로 다루어야 한다는 주장도 커졌지만, 기존의 保健關聯科目을 담당하는 교사 중에서 어느 누구도 이를 혼

자서 담당할 수 없다는 능력의 한계가 그 실행을 가로막는 중요한 장애가 되고 있는 것이다.

學校保健 教育課程은 健康管理, 保健授業, 건강한 環境管理를 正規 및 非正規 教科로 운영하여 학생 및 교직원의 健康管理 能力을 향상시키는 것을 목적으로 한다. 그러므로 이를 교육하는 교사는 健康管理, 保健授業, 건강한 環境管理를 포괄적이고 체계적으로 교육할 수 있어야 한다. 여기에는 기존의 擔任教師, 養護教師, 體育教師를 활용하는 방안과 별도의 保健教師를 양성하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 최적의 선택을 위해서는 자원의 효율적 활용과 관련하여 예산과 기존 인력의 활용을 고려해야 하는 한편으로 무엇보다도 學校保健教育의 목적을 달성해 낼 수 있는 능력을 중요시해야 할 것이다.

保健教師로 누가 가장 적합하다고 보는가에 대한 교감, 체육교사, 양호교사들의 의견은 <表 IV-12>와 같다.

<表 IV-12> 保健教師의 適切性에 대한 職種別 意見

(단위: 명, %)

구 분	담임교사	양호교사 활용	체육교사 겸임	사범대학 보건교육과 졸업자
양호교사	1(0.3)	300(99.4)	1(0.3)	0(0.0)
체육교사	106(30.7)	166(48.1)	9(2.6)	64(18.6)
교 감	16(17.6)	47(51.7)	0(0.0)	28(30.7)
계	123(16.6)	513(69.5)	10(1.4)	92(12.5)

<表 IV-12>에서 보듯이 保健教科 教師로는 養護教師를 활용하자는 의견이 69.4%로 가장 많았다. 양호교사의 경우 거의 전원이 스스로 자임하는 것이 가장 바람직하다는 의견을 내놓았고, 체육교사와 교감의 경우에는 각각 절반 정도가 양호교사를 선택하였다. 그리고 담임교사는 16.6%가 선택하였고, 師範大學 保健教育科를 신설하여 별도의 保健教師를 양성하자는 의견에는 12.5%가 찬성했는데, 體育教師는 담임교사 쪽에 30.7%의 지지를 한

반면에 校監은 같은 비율로 保健教育科 卒業者를 선호하였고, 체육교사의 18.6%가 保健教育科 卒業者를 선호한 데 대하여 교감은 거의 비슷한 17.6%가 담임교사를 선택하였다. 體育教師가 겸직해야 한다는 의견에는 체육교사의 극히 일부만이 동의하였다.

교감 선생님들이 다른 직종에 비하여 師範大學 保健教育科를 많이 지지한 것은 사범교육에 대한 호의와 신뢰가 작용했으리라고 추측된다. 즉 專門教師는 모름지기 사범대학을 통해서 육성되어야 한다는 의식이다. 반대로 體育教師들이 담임교사를 상대적으로 높게 선호한 것은 생소한 직종에 대한 경계심이 작용했을지도 모른다. 또 양호교사에 대한 전체 선호도가 70%에 달하는 데에는 응답자의 수가 다른 직종보다 훨씬 많다는 점이 크게 영향을 주고 있다. 그럼에도 불구하고 다른 두 직종에서 공통적으로 50% 안팎이 養護教師를 적임자로 선호했다는 것은 매우 큰 의미를 갖는다. 즉 教育現場에서는 保健教科를 맡을 保健教師로서 養護教師가 가장 적임이라고 평가한다는 사실이다.

이는 이론적으로도 뒷받침된다. 첫째, 양호교사를 활용하는 것은 기존의 인력을 활용하는 것이므로 양성과 운용의 비용이 절감된다. 현재 學校保健法에 의하여 양호교사가 배치되고 있는바, 이들을 保健教師로 활용하는 경우에는 인력의 낭비와 부족을 적절히 조절하는 운용이 가능하여 예산의 효율성을 높일 수 있는 것이다. 둘째는 이들은 이미 健康管理, 環境管理를 실시하고 있으며, 비정규적으로나마 保健授業을 담당하여 왔으므로, 제도적 뒷받침이 이루어진다면 즉시 활용이 가능하다. 셋째는 양호교사의 양성과정에 비추어 볼 때, 양호교사는 保健教科 內容을 가장 잘 가르칠 수 있는 知識과 技術을 가지고 있을 뿐만 아니라, 학생 및 교직원의 健康管理과 環境管理를 연계하여 保健授業을 할 수 있는 위치에 있다. 다만, 補修教育을 통하여 교육기법 등 師範教育을 보강할 필요가 있을 것이지만, 이는 적은 노력으로 충분히 가능한 일이다.

保健知識을 갖춘 새로운 교직자를 양성하는 경우에 비용도 문제이지만

保健教科를 가르침에 있어서 看護師로서의 실습을 거치고 現場感을 가진 養護教師에 비하여 더 유능할 것인가도 의문이다. 더욱이 보건관련 교과의 교사들과 연계하여 건강에 관련된 내용을 조직적으로 수업할 수 있도록 教育計劃을 수립하고 지원하는 일은 양호교사가 아니고는 쉽지 않을 것이다.

歐美 여러나라의 경우에도 養護教師가 배치된 학교에서는 이들이 保健教育을 담당하는 사례가 많다. 다만, 학교의 규모가 작아서 양호교사를 두기 어렵거나, 學校保健事業을 保健所 등의 외부기관에서 전적으로 제공해 준다거나 하는 등의 이유로 학교에 養護教師가 없으므로 일반적인 사례는 못되는 형편이다. 이러한 사정이 養護教師를 保健教師로 활용하는 제도의 개발을 제약하리라고 추측된다.

결론적으로 우리의 경우에 養護教師는 學校保健의 주요 사업을 직접 담당하는 한편으로 이를 통하여 學校保健을 전체적으로 學校保健教育의 관점에서 조직화하고 운용할 수 있는 능력을 가진 既存의 可用人力이다. 이는 앞으로 적정인력의 양성과 수급에 대하여 더욱 깊은 연구와 논의가 필요하다 하더라도 출발단계에서 學校保健教育을 활성화시키는 데에 즉시 활용가능한 인력이라는 의미이므로 매우 중요하다고 하겠다. 더욱이 교육현장의 인식이 양호교사의 保健教師 活用に 긍정적인 것은 아주 고무적이고 다행스러운 일일 것이다.

나. 教職員의 健康增進 教育 開發

教職員의 건강을 증진하기 위한 교육은 논리적으로 學校保健教育을 완결하기 위해서 꼭 필요한 일이며, 실제에서도 매우 중요하다. Kolbe(1986)라는 학자는 學校保健教育은 학생에게만 중요한 것이 아니라 교직원에게도 매우 중요함을 역설하였다. 이 사업을 통하여, 첫째, 교직원의 健康에 대한 관심이 높아지고 자신의 건강을 증진시키려는 노력이 증가되며, 둘째, 이에 따라 교직원의 生産力이 증가되고, 셋째 學生을 위한 건강한 學校環境과 保

健敎育의 제공에 대하여 관심이 증가되며, 넷째로 敎職員이 學生의 健康行 爲標本이 된다는 것이다. 그 동안의 學校保健에서 敎職員의 健康에 대한 관심은 소홀하였다. 그러나 學校保健法에는 學生 및 敎職員의 健康을 유지증 진하는 것을 학교보건 의 목표로 명시하고 있다. 學校保健에 敎職員의 健康 이 중요하기 때문이었다. 健康增進 事業이 강조되면서 敎職員의 健康도 學校 保健에서 그 위치를 잡아가는 경향이다.

최근 美國에서 敎職員의 健康增進 프로그램을 개발하는 단계를 제시한 예(McKenzie 1988)를 하나 소개하면 <表 IV-13>과 같다.

<表 IV-13> 敎職員의 健康增進 프로그램 開發 段階

단 계	내 용
1. 개념설정	<ul style="list-style-type: none"> - 정부의 지원을 받기 위해 健康증진敎育이 學校의 敎職員 개 개인뿐만 아니라 學校전체에 유익하다는 근거를 제시하고 지 원요청서를 제출한다. - 그러한 근거가 될 수 있는 健康증진敎育의 효과들은, 敎職員 의 사기증진, 人間관계 개선, 생산성 향상, 결근이나 이직률의 저하, 의료보험지불률 감소, 고용인의 이미지 쇄신 등이다.
2. 기획위원회의 구성	<ul style="list-style-type: none"> - 健康증진敎育사업을 계획할 위원회를 구성한다. - 지도자 선임과 임원 구성 - 임원은 각 學校의 정책을 고려하여 여러 學校에서 선출해야 하며 사업의 목적에 따라 임원들을 정기적으로 재평가하고 새임원을 추가모집한다. - 위원회는 모든 學校를 대표할 수 있어야 하고 응집력이 있어야 한다.
3. 변수의 정의	<ul style="list-style-type: none"> - 사업을 계획하기전 여러 변수들을 고려해야 한다. <ul style="list-style-type: none"> ① 敎職員을 위한 健康증진敎育에 대한 政府의 시각 ② 政府가 인정하는 사업의 형태(제도화 또는 일회적인 사업) ③ 政府가 지원하는 자원의 형태(재정, 인력, 시간, 장소, 장비) ④ 健康증진敎育을 위해 설립된 政府기관의 유무

<表 IV-13> 계속

단 계	내 용
4. 요구의 사정	- 사업의 효용성을 증가시키기 위해 전교직원의 요구를 사정한다. - 요구사정자료의 수집, 분석을 통해 건강문제들을 규명한다.
5. 사업목적과 목표의 설정	- 규명된 건강문제들로부터 사업의 목적과 목표를 도출한다. - 목적과 목표는 사업의 방향을 제시해주고 평가를 위한 기초를 제공한다. - 목표설정의 세 수준: 과정, 영향, 결과
6. 사업의 구성 요소의 고려	- 포괄적인 건강증진 프로그램을 위한 요소를 고려한다. ① 건강위험요인의 규명: 일반검진, 특수검진 ② 건강위험요인의 조절: 고혈압, 당뇨 등의 만성질환의 치료 ③ 건강증진활동의 제공: 금연, 체중조절, 응급처치, 안전, 심폐소생술, 자가치료, 집단치료, 여성건강, 영양교육, 사고예방, 스트레스 관리 ④ 참여자의 건강변화 감시: 사업수행자와 참여자에 대한 정보회귀 제공
7. 사업을 위한 재정자원	- 사업을 위한 재정적 자원의 수준은 사업의 범위와 가용자원에 따라 다양 ① 내부사업: 모두 학교의 자원으로 충당한다. ② 외부사업: 학교는 사업을 수행할 외부집단을 고용한다. ③ 혼합: 학교는 내부와 외부의 자원을 활용해 사업을 수행한다
8. 사업진행시 고려할 세부 사항	- 사업의 원만한 진행을 위해 고려해야 할 몇 가지 사항이 있다. ① 교육시기와 빈도, ② 각 수업당 배정시간, ③ 사업수행의 기간, ④ 교육제공시 사용할 지침서, ⑤ 학교부담 보험급여의 범위, ⑥ 참가비의 지불방법, ⑦ 기록, ⑧ 공간, 장비, 직원의 배치와 활용방법, ⑨ 응급의료절차의 개발여부
9. 사업에 대한 정보제공	- 교직원의 참여를 돕기위해 사업에 대한 간단한 소개를 한다. - 이후 포스터나 교직원 모임을 통한 발표, 개인적 접촉 등을 통해 정보제공 - 주요인물의 영향을 활용한다.

〈表 IV-13〉 계속

단 계	내 용
10. 대상자의 참여유지	- 대상자가 계속적으로 참여하도록 하기 위해 계약, 지지그룹, 보상 등을 활용 - 전화나 카드활용을 통해 추후관리에 주력한다.
11. 수행 전략	- 예상치 못한 문제로 인한 사업실패 가능성을 피하기 위한 3단계 ① 소집단을 대상으로 한 예비사업 ② 사업의 종류를 단계적으로 확대하거나 대상학교를 단계적으로 확대 ③ 수행의 완료
12. 사업에 대한 평가	- 평가를 수행하는 주요 이유는 관계자들에 대한 책임, 효과의 증명, 사업의 활성화, 교직원의 동기화, 비교자료로의 활용 등 1) 최종평가: 사업종결후 세 수준에서 평가 ① 과정평가: 사업의 방법(시설, 공간, 자원 등의 적절성) ② 영향평가: 지식, 기술, 태도, 신념, 행동의 변화 ③ 결과평가: 사망률, 이환율의 변화 2) 형성평가: 정보회귀를 위하여 사업과정 중에 이루어짐.

資料: McKenzie J. F., "Twelve Steps in Developing a Schoolsite Health Education/Promotion Program for Faculty and Staff", *J. Sch Health*, 1988; 58(4), pp.149~153.

이 제안은 健康增進 프로그램의 순환과정을 12단계로 나누고 있다. 즉 개념설정, 기획위원회 구성, 변수 정의, 요구 사정, 목표 설정, 사업 구성요소 고려, 재정자원의 파악과 동원, 세부고려사항, 사업 홍보, 대상자 관리, 사업 수행, 사업 평가이다. 그 내용을 살펴보면 전체적으로 건강증진 프로그램과 보건교육이 표리의 관계를 이루고 있음을 알 수 있다. 또한 하나하나가 매우 실제적인 지침을 제공하고 있다. 그 가운데 우리나라의 學校保健교육과 관련하여 특히 관심을 끄는 몇 가지 사항만 검토해 보고자 한다.

첫째 단계인 健康增進 프로그램의 概念設定과 다섯번째 단계로 제시된 目標의 設定이다. 모든 일이 그러하듯이 概念과 目標가 뚜렷해야 참여자와 협조자의 명확한 행동을 도출하여 효율적으로 운영할 수 있다. 목표는 가용

자원과 교직원의 건강요구를 대비하여 바람직하면서도 달성가능한 범위에서 설정해야 함은 물론이다. 過程, 影響, 結果의 세 수준에서 측정가능한 목표를 제시해야 한다. 過程目標은 사업방법 즉 시설, 공간, 자원 등의 투입계획이다. 여기에는 인력과 시간의 투입계획도 포함되어야 할 것이다. 影響目標은 지식, 기술, 태도, 신념, 행동의 변화를 적시한 목표이다. 그리고 結果目標은 사망률이나 이환율의 저하와 같은 최종목표이다. 그러나 결과목표에 못지않게 영향목표가 중요하다는 점을 명심할 필요가 있다. 영향목표의 달성없이 결과목표에 도달할 수 없기도 하지만 영향목표 자체가 健康增進과 保健教育의 좀 더 직접적인 목표로서 더욱 효과적인 경우가 많기 때문이다. 이러한 목표는 事業 評價의 基準이기도 하다.

다음으로 여섯번째 단계로 제시된 포괄적인 건강증진 프로그램의 구성요소이다. 제안된 내용을 보면, ① 健康危險要因의 규명 활동(일반검진, 특수검진), ② 규명된 健康危險要因의 조절 활동(고혈압, 당뇨 등의 만성질환 치료), ③ 健康增進活動의 제공(금연, 체중조절, 응급처치, 안전, 심폐소생술, 자가치료, 집단치료, 여성건강, 영양교육, 사고예방, 스트레스 관리), ④ 參與者의 健康變化 監視 活動이다. 그리고 이러한 활동을 원만히 진행하려면 교육시기와 빈도, 수업당 배정시간, 참가비 등 여러가지 세부사항을 고려해야 한다는 점을 여덟번째 단계에서 제시하고 있다.

끝으로 두번째 단계의 企劃委員會나 열한번째 단계의 遂行戰略을 보면, 학교단위의 사업보다도 우리나라 같으면 教育廳 또는 教育區廳 단위의 사업을 고려해 볼 필요가 있다. 학교단위의 교직원으로는 대상인구규모가 작아서 효율적인 사업을 수행하기 어렵기 때문이다. 그러나 학교 단위에서는 敎職員의 健康增進事業을 독립적으로 볼 것이 아니라 학생의 健康增進 및 健康管理 能力開發 事業과 연결하는 방안을 강구함으로써 사업을 활성화하고 그 효율성을 높이는 노력이 필요하다고 할 것이다.

다. 國家의 政策的 支援

健康增進을 위한 學校保健教育의 活性化를 위하여 국가의 정책이 뒷받침되어야 함은 두말할 나위가 없다. <表 IV-14>는 學校保健教育의 活性化를 위하여 국가가 어떠한 정책적 지원(CSHE 1993)을 해야 하는가를 잘 보여 준다. 즉, 첫째로 學校保健教育에 대한 정책을 입안하고, 둘째로 學校保健教育에 대한 인식을 제고시키며, 셋째로는 專門職 教師를 준비하고, 넷째로 학부모, 가족, 지역사회를 참여시키며, 다섯째로 교육 후의 결과에 대한 평가를 실시하고 그 표준을 설정하는 일이며, 여섯째로 필요한 자원을 동원하여 學校保健教育을 뒷받침하는 일이다.

<表 IV-14> 學校保健教育의 活性化를 위한 國家의 支援

활성화 방안	활성화 내용
정 책	① 지도력 ② 합의의 구축 ③ 목적
중요성의 인식	① 연구 ② 정보제공 ③ 지도력
전문직 교사의 준비	① 교육 준비 ② 일반 교사의 보건교육 ③ 질적인 보수교육 ④ 전문직의 표준
부모, 가족, 지역사회 참여	① 기획과 지도력 ② 합의의 구축 ③ 연구
교육결과에 대한 평가와 표준	① 국가 수준의 표준화 ② 연구
자 원	① 인적자원 ② 정보 ③ 재원 ④ 지원기관

資料: Comprehensive School Health Education, "National Action Plan for Comprehensive School Health Education", *J.Sch Health*, 1993; 63(1), pp.46~66.

1) 政策

국가 정책이 學校保健教育을 지원하는 방향으로 수립되어야 한다. 여기에는 다음의 세 가지의 노력이 이루어져야 한다.

- ① 모든 정부수준(국가, 지방)에서의 정책이 학교아동들의 건강권을 보장하고, 그들이 건강하고 생산적인 삶에 이르도록 하는데 있어 지도력을 발휘하는 것
- ② 전국 아동들 모두의 건강과 교육수준을 향상시키기 위한 전략으로서의 포괄적 학교보건교육에 대해 일반적인 합의를 구축하는 것

- ③ 프로그램의 개발과 표준설정 과정을 일관성 있게 이끌기 위한 포괄적 학교보건교육의 목적을 설정하는 것

2) 重要性의 認識

學校保健教育의 重要性을 국가의 차원에서 홍보하고 국민의 인식을 높여야 한다. 여기에는 다음의 방법들이 있다.

- ① 중요성을 인식시키기 위한 특정 방법의 효과를 평가하기 위한 연구를 수행하는 것
- ② 일반대중에게 포괄적 학교보건교육의 중요성에 대한 설득력 있는 메시지를 전달하기 위한 전략을 세우는 것
- ③ 효과적인 의사소통 능력을 갖고 있으면서 많은 사람들과 기관들로부터 신임을 얻고 있는 ‘지도자’를 내세우는 것

3) 專門職 教師의 養成

學校保健教育을 실시하기 위해서는 유능한 교사를 양성하고 배치하는 일이 중요하다. 그 내용을 보면 다음과 같다.

- ① 학교교사를 능숙하고 포괄적인 학교보건교육의 제공자로서 준비시키기 위한 훈련 프로그램의 개발과 수준을 높이는 것
- ② 전공분야와 상관없이 모든 교사들을 보건교육 교과과정의 적용대상에 포함시킴으로써 보건에 관한 인식수준을 높이려는 노력을 확대하는 것
- ③ 모든 교사들에게 질적인 보건교과 의 내용과 교과과정, 그리고 전문직 교사 개발 프로그램을 공개하는 것
- ④ 보건교육의 책임과 능력에 일치하는 전문직의 표준과 자격조건을 개발하고 강화하고 감독하는 것

4) 父母, 家族, 地域社會의 參與

學校保健教育에 대한 부모, 가족, 지역사회의 영향은 매우 중요하다. 그러므로 이들을 적극 참여시켜 學校保健教育의 발전을 도모해야 한다.

- ① 학부모, 가족, 지역사회가 포괄적 학교보건교육에 참여하도록 유도하기 위한 계획 및 지도력을 개발하는 것
- ② 포괄적 학교보건교육을 국가정책의 최우선 순위로 끌어올리기 위한 일반적인 합의를 구축하는 것
- ③ 학부모, 가족 그리고 지역사회 전체를 대상으로 포괄적 학교보건교육의 중요성에 대해 효과적으로 설명하는 것
- ④ 가족과 지역사회가 현재 가지고 있는 자원을 사정하고, 포괄적 학교보건교육을 지원하고 증진시키기 위한 새로운 자원을 개발하는 것
- ⑤ 포괄적 학교보건교육의 효과와 가치를 증명하는 평가와 특정 연구들로부터 정보를 얻고 이용하고 개발하는 것

5) 教育缺課에 대한 評價와 標準

學校保健教育의 발전을 위하여 이를 평가하는 일과 評價를 위한 표준을 설정하는 일은 매우 중요하다. 이의 내용을 보면 다음과 같다.

- ① 포괄적 학교보건교육을 위한 국가적 표준을 설정하고 적용하고 널리 보급하는 것
- ② 포괄적 학교보건교육이 학생의 성취를 증진시키는데 미치는 효과에 대한 근거가 되는 연구보고서를 검토하고 알리는 것

6) 資源

學校保健教育을 위하여 많은 자원이 요구된다. 이의 내용을 보면 다음과 같다.

- ① 사회 각계각층의 개인, 기관, 공공단체 등을 그들이 지원할 프로그램의 계획, 수행, 평가에 참여시키는 것
- ② 다음의 모든 수준에서 정보를 얻을 수 있도록 뒷받침하는 것

- 입법활동
 - 정책과 지침
 - 모범적인 프로그램
 - 교육이수과정
 - 교육도구
 - 연구결과
 - 건강상태에 관한 자료
- ③ 포괄적 학교보건교육을 수행하는데 필요한 안정적이고 충분한 재정자원을 확보하는 것
- ④ 포괄적 학교보건교육의 수행을 돕기 위해 국가 그리고 지방 수준에서 필요한 기관을 설립하는 것

5. 結論 및 提言

이 연구는 국민건강증진을 위한 學校保健教育의 活性化 方案을 모색하기 위하여 그 이론적 배경이 되는 학교보건교육의 개념을 규명하고, 학교보건교육의 실상을 진단한 후에, 이를 기초로 學校保健教育의 強化 方案을 제시해 보았다. 문헌 고찰과 함께 실상의 파악과 방안의 제시에는 학교현장에서 학교보건과 가장 관련이 깊다고 할 수 있는 養護教師, 體育教師, 校監의 세 직종을 대상으로 한 설문조사 결과도 활용하였다.

이제 지금까지의 논의를 제언을 중심으로 요약해 보면 다음과 같다.

- ① 학교보건교육의 개념은 健康增進이라는 적극적 목적이 學校保健에 수용되면서 여러가지 學校保健事業이 自己健康管理 能力의 개발에 초점을 맞추는 學校保健教育의 관점으로 통합되는 과정을 배경으로 형성되었음을 알게 되었다. 종래 學校保健教育을 좁게 해석하여 保健授業으로 한정해 보던 때에는 보건교육이 여러가지 學校保健事業 가운데 하나로 이해

되었지만, 오늘의 學校保健教育은 바로 學校保健 전체를 지칭하는 확대된 개념이 되었다. 다시 말하면 保健授業 뿐만 아니라 학생 및 교직원의 健康管理, 건강한 學校環境, 學校給食과 같은 學校保健事業도 모두 保健教育에 연계되는 수단적 활동으로 파악하며, 나아가 보건관련 교과와 수업까지도 學校保健教育의 틀 속에서 파악하려는 노력이라고 하겠다.

- ② 학교보건교육의 추세를 보면, 당초에 社會主義型和 社會保障型 保健醫療傳達體系를 가진 나라들에서 의료수요를 억제하기 위하여 국민에 대한 保健教育에 노력하였고, 보건교육에서 가장 큰 몫을 맡게되는 學校保健이 중요시되었지만, 근래에는 自由放任型의 미국에서 自由企業型 醫療供給에 대응하는 유능한 醫療消費者를 양성하는 차원의 훨씬 의욕적이고 질 높은 보건교육이 추진되면서 종래의 醫療需要 創出型 學校保健事業이 學校保健教育에 통합되는 변화를 가져오고 있다.
- ③ 우리나라의 學校保健은 아직 보건수업만을 學校保健教育으로 보는 인식이 일반적이라고 하겠으며, 保健授業도 양호교사에 의하여 비정규적으로 실시되고 있다. 이에 대하여는 교육현장에서도 보건교육이 잘 실시되지 않고 있다는 인식을 하고 있으며, 그 필요성을 양호교사, 체육교사, 교감의 모든 직종에서 크게 느끼고 있다.
- ④ 건강증진을 위한 학교보건교육의 활성화 방안은 크게 보아, 學校保健教育課程의 開發, 敎職員의 健康增進教育 개발, 학교보건을 뒷받침하는 정책지원의 3측면으로 나누어 생각해 볼 수 있다.
- ⑤ 학교에서의 보건교육은 學校保健教育課程의 운영에 의해서 이루어지는 바, 이는 학생이 학교에 입학하여 졸업할 때까지의 정규, 비정규 보건관련 학습경험의 총체이다. 학교보건교육과정은 건강한 環境, 健康管理事業, 保健授業, 保健 關聯科目 講義라고 하는 4 가지의 주요 구성요소로 이루어진다. 이를 개발하려면 보건교과를 개발하여 정규교과로 편성하는 한편 담당교사를 확보해야 한다. 보건교과의 개발과 신설에 대하여는 교

육현장의 3 직종이 모두 동의하고 있으며, 保健教師로는 양호교사가 가장 적합하다는 데에 의견을 같이하고 있다. 養護教師를 保健教師로 활용하는 것은 기존 인력의 효율적 사용과 예산의 절약뿐만 아니라 保健授業을 담당하고 健康管理과 環境管理 등을 담당하면서 모든 학교보건사업을 保健教育으로 연계시키며 보건관련교과의 수업까지 學校保健教育의 틀 속에 통합 조정할 수 있는 능력이 인정된다는 점에서 이론상으로도 최적의 인적 자원으로 인정된다.

- ⑥ 保健教科의 내용은 건강의 이해, 신체의 구조 기능 성장, 정신건강, 영양 공급, 체력단련, 일상건강생활, 안전과 응급처치, 질병예방과 관리, 약물의 사용과 오용, 가정건강, 사회건강, 지역사회보건 및 환경보건의 11개 분야이며 이 중 초·중·고교 학생들의 건강증진에 가장 직접적으로 영향하는 음주, 흡연, 약물 오남용, 사고, 영양, 체력단련, 만성질병 예방을 위한 日常健康生活 管理, 스트레스 管理 등을 강조하고 이는 교실에서 保健授業을 통하여 교육이 이루어지는 동시에 양호실에서 이루어지는 健康管理事業과 학교의 環境管理에 반영되어 교육이 이루어지도록 해야 한다.
- ⑦ 學校保健教育의 대상은 일차적으로 학생이지만, 教育界의 健康增進을 온전히 함에 있어서 뿐만 아니라 교직원들의 건강생활과 건강활동이 학생들에게 모형을 기능하게 된다는 점에서 교직원의 건강을 유지·증진하기 위한 노력도 학생들 못지 않게 중요하다. 그럼에도 불구하고 그 동안 學校保健에서 교직원의 건강에 관심을 소홀히 한 편이었다. 學校保健法도 학생 및 교직원의 건강을 유지증진하는 것을 學校保健의 目標로 명시하고 있지만, 健康增進 事業이 강조되면서 敎職員의 健康이 學校保健에서 그 위치를 잡아가는 경향이므로, 우리도 우리 실정에 맞는 敎職員의 健康增進教育을 개발해야 할 것이다. 이를 위해서 학교단위로는 대상인구가 과소하므로 교육청(교육구청) 단위의 연합교육이 바람직하지만, 학교 단위로도 학생의 보건교육과 연계시키는 사업을 모색해야 할 것이다.

- ⑧ 健康增進을 위한 學校保健教育의 活性化를 위하여 국가의 정책이 뒷받침되어야 함은 두말할 나위가 없다. 學校保健教育에 대한 정책을 입안하고, 學校保健教育에 대한 인식을 제고시키며, 專門職 教師를 준비하고, 학부모, 가족, 지역사회를 참여시키며, 교육 후의 결과에 대한 평가를 실시하고 그 표준을 설정하며, 필요한 자원을 동원하여 學校保健教育을 뒷받침하는 일에 정부의 지원이 요청된다.

이 연구의 결론 삼아 총괄적으로 말한다면, 學校保健을 學校保健事業이 아니라 學校保健教育으로 파악하고 이해하는 인식의 전환을 서두르자는 것, 그리고 이에 합당한 준비와 실천 즉 學校保健教育을 활성화하자는 것, 이로써 국민의 건강을 증진시키고 우리나라 국민 모두가 自己健康을 스스로 관리할 줄 아는 保健醫療 서비스의 유능한 消費者로서 21세기를 맞이하자는 제안이 될 것이다. 또한 이를 위하여 後發性的의 利益을 최대한 살리자는 것이다.

美國이 이미 겪고 있으며 日本이 우려하고 있는 醫療費 支出의 過多로 인한 국민경제의 곤란을 우리는 미리 피해가야 할 것이다. 保健教育이 이에 대한 절대적이며 유일한 해결책은 아닐 것이나, 아주 유력한 방안임은 분명하다. 더욱이 소극적으로 어떠한 폐단을 막기 위한 保健教育이 아니라 적극적으로 국민의 삶의 질을 향상시키는 健康增進을 위한 保健教育을 추구해야 할 것이다.

또한 여러나라가 이러한 방향을 쫓아 학교교육에서 보건교육을 獨立의 正規教科로 발전시켜야 할 필요성을 공감하고 실천에 많은 노력을 하는 과정에서 겪고 있는 애로를 우리 나름으로 극복하자는 것이다. 이로써 세계에서 가장 선구적이며 실효성이 있는 學校保健教育 및 學校保健事業의 模範을 우리가 만들어 누릴 수 있고 세계에 보여줄 수 있다. 이는 이론과 교육현장의 공감을 기초로 높은 實踐性을 가진다고 하겠다.

V. 事業場 健康増進 事業推進方案

1. 序論

1960년 이후의 지속적인 經濟成長으로 사업장과 근로자의 수가 크게 증가하였으며 다양한 作業環境으로 인하여 勤勞者들의 健康에 影響을 미치는 有害要因들이 계속 증가되고 있다. 또한 경제수준의 향상과 생활의 변화는 勤勞者 疾病構造의 變化를 가져왔고 健康을 基本人權으로 보호받고자 하는 근로자의식의 변화는 産業保健 서비스의 內容 및 提供體制에 대한 변화를 요구하고 있어 이에 대한 社會的인 關心과 政府의 勞力이 增大되고 있다.

이에 國民健康増進事業과 並行하여 事業場 勤勞者의 경우 근로인구 규모의 增加趨勢와 勤勞者의 健康은 기업의 생산성과 산업재해와도 직결되는 요인이 되고 있는 特性上 事業場에서의 勤勞者 健康増進을 위한 事業活動은 勤勞者와 事業主는 물론 國民健康増進의 側面에서도 적극적인 추진이 요구되고 있다.

그러므로 사업장 건강증진사업은 過去 職業病豫防을 위한 定期的 健康診斷 중심의 健康管理뿐만 아니라 事業主의 義務로서 提供되어야 할 産業保健서비스와 작업 특성에 따라 제공되어야 할 産業保健서비스 그리고 근로자의 건강을 지키기 위한 積極的인 健康増進事業으로 발전해야 할 것이다.

본 연구의 목적은 근로자건강증진사업 기반구축에 영향을 미치는 諸般實態를 把握하여 事業場의 健康増進事業을 推進하기 위한 적정 모델 개발과 이를 토대로 勤勞者 健康増進을 위한 事業推進 方向을 提示하기 위함이다.

본 연구의 방법은 勤勞者健康増進事業 展開를 위한 사업장 전반의 여건을 檢討하기 위해 勤勞者健康増進 事業에 活用할 수 있는 기존 제도, 시책을 종합적으로 조사하였으며 이를 위하여 관련문헌 연구와 함께 간호사로

보건관리자가 임명되어 있는 350개의 사업장을 대상으로 우편설문조사를 실시하였으며, 응답완료된 85개 사업장의 실태를 분석하였다.

2. 勤勞者 健康増進 事業의 背景

가. 勤勞者 疾病構造의 變化

최근 수 년간의 勤勞者 健康診斷 結果 統計를 보면 作業關聯 疾病 및 一般疾病 有所見者가 급격하게 증가되고 있으며 이러한 추세는 지속될 것으로 전망된다.

〈表 V-1〉 最近 6年間 勤勞者 健康診斷 結果

(단위: 명, %)

구분	1988	1989	1990	1991	1992	1993
수진자수	3,279,490	3,467,135	3,529,516	3,434,919	3,550,219	3,731,346
일반질병 유소견건수	77,856	78,891	80,042	110,779	134,485	157,624
유소견율	2.37	2.28	2.27	3.21	3.79	4.22
직업병 유소견건수	8,408	7,568	7,742	7,187	5,942	4,346
유소견율	0.26	0.22	0.22	0.21	0.17	0.12

資料: 노동부, 『근로자 건강진단 실시결과 분석』, 1989~1994.

1988~93년까지의 勤勞者 健康診斷 結果를 보면 <表 V-1>에서와 같이 職業病 有所見者는 1988년 8,408명에서 1993년 4,346명으로 減少趨勢를 보이고 있으나 일반질환 유소견자는 '93년부터는 15만명을 훨씬 넘어서고 있다.

특히 급속한 증가추세를 나타내는 일반질환 유소견자의 1992년, 1993년도 健康診斷 結果를 對備하여 보면 <表 V-2>에서와 같이 1993년도 일반질환 유소견자수는 1992년 134,485건보다 23,139건(17.2%)이 증가한 것으로 나타났고, 질병별로는 혈액조혈기질환이 1,676건(28.7%)으로 가장 많이 증가하였

고, 신경감각기질환이 1,010건(22.2%), 소화기질환이 12,122건(21.7%) 增加한 것으로 나타난 반면 호흡기결핵은 438건(5.3%)이 減少한 것으로 나타났다.

〈表 V-2〉 1992年과 1993年의 一般疾病 有所見 結果

(단위: 명, %)

구분	1992		1993		'92대비증감 (비율)
	유소견건수	비율	유소견건수	비율	
계	134,485	100.0	157,624	100.0	23,139(17.2)
순환기	40,184	29.9	46,747	29.7	6,563(16.3)
호흡기	3,028	2.3	3,118	2.0	90(3.0)
소화기	55,862	41.5	67,984	43.1	12,122(21.7)
호흡기결핵	8,226	6.1	7,788	4.9	△438(△5.3)
알레르기	11,718	8.7	13,497	8.6	1,779(15.2)
내분비영양등					
혈액조혈기	5,842	4.3	7,518	4.8	1,676(28.7)
신경감각기	4,541	3.4	5,551	3.5	1,010(22.2)
기타질환	5,084	3.8	5,421	3.4	337(6.6)

資料: 노동부, 『근로자 건강진단 실시결과 분석』, 1993~1994.

매년 일반질병 유소견건수에서 소화기질환, 순환기질환, 혈액조혈기질환, 신경감각기질환 등의 成人病이 增加하고 있는 것은 社會環境의 變화와 勤勞者의 年齡階層이 점차적으로 高齡化되어 가는 傾向에 기인한 것으로 이러한 현상은 長期勤續者가 계속 증가하는 추세에 있어 앞으로도 계속 지속 될 것이다.

2) 勞動力 構造의 變化

가) 勤勞者의 中·高齡化

인구구조의 변화는 산업사회에서도 勤勞者의 中·高齡化를 초래하여 勞動部 勞動實態調査 報告書에 의하면 <表 V-15>에서와 같이 中·高齡勤勞者

의 比率이 점차적으로 增加하는 趨勢를 나타내고 있다. 특히 고령근로자(만 55세 이상)의 취업은 크게 증가하고 있어, '90년 2.7%, '92년 3.7%에 비해 '93년에는 4.8%로 증가하였으며, 50세 이상 근로자는 <表 V-3>에서와 같이 전체근로자의 11.7%로 '92년 9.3%에 비해 23.0%가 증가한 것으로 나타났다. 이러한 中·高齡勤勞者는 健康診斷에서도 유소견율이 높게 나타나 기업의 노동력 확보라는 면에서 中·高齡勤勞者의 健康管理의 必要性은 더욱 증대되고 있다.

<表 V-3> 最近 5年間 勤勞者의 年齡別 分布變化

(단위: 명, %)

구분	전연령	연소근로자 (18세미만)	청년기 (18~29세)	중년기 (30~39세)	장년기 (40~49세)	노년기 (50세이상)
1988	5,127,972 (100.0)	85,989 (1.7)	2,565,538 (50.0)	1,427,291 (27.8)	746,375 (14.6)	302,779 (5.9)
1990	5,419,613 (100.0)	57,610 (1.1)	2,413,123 (44.9)	1,693,565 (30.6)	864,981 (16.1)	390,334 (7.3)
1991	5,460,794 (100.0)	43,160 (0.8)	2,327,630 (42.6)	1,700,754 (31.1)	930,044 (17.0)	459,206 (8.4)
1992	5,882,773 (100.0)	32,952 (0.6)	2,285,397 (38.8)	1,817,279 (30.9)	1,202,676 (20.4)	544,469 (9.3)
1993	5,733,837 (100.0)	33,307 (0.6)	2,141,424 (37.3)	1,880,358 (32.8)	1,009,036 (17.6)	669,712 (11.7)

資料: 노동부, 『노동백서』, 1994.

나) 女性勤勞者의 增加

女性勤勞者의 就業實態는 '93년의 경우 전체근로자 5,733,837명의 28.6%인 1,639,381명으로 繼續적으로 增加하는 趨勢이며, 向後 結婚·育兒 등으로 인한 勤勞生活中斷 후 재취업도 증가할 것으로 예측되므로 出産·育兒 등에 대비한 勤勞者의 健康管理를 비롯하여 취업과 가정생활을 양립할 수 있는 支援對策이 要求되고 있다.

3) 産業構造의 變化

가) 産業構造의 變化

産業構造의 最近 變化 趨勢는 '88년에 1차산업, 2차산업, 3차산업의 사업장수의 분포가 2.1%, 48.2%, 49.7%였으나, '93년에는 1.5%, 43.4%, 55.1%로 변화되었고, 勤勞者數에 있어서도 0.5%, 62.7%, 36.8%에서 0.6%, 49.8%, 49.6%로 변화해 왔다. 이러한 산업구성의 변화는 勤勞者 作業形態에도 變化를 가져와 健康管理에서도 새로운 對策을 必要로 하고 있다.

나) 作業樣相의 變化

産業構造의 變化는 作業樣相에서도 많은 변화를 가져와 많은 작업이 수작업에서 機械的 作業으로 變化되었고 컴퓨터의 대중화, 業務의 自動化가 進行되어 많은 작업에서 機械 運轉作業이 監視, 調整作業으로 變化되었다. 事務作業에서도 事務自動化機器의 도입, 보급으로 事務處理에 관한 작업양태가 현저히 變化되고 있다. 이러한 작업양상의 변화는 작업으로 인한 운동 부족과 정신적 부하가 점점 가중될 것으로 예상되어 이에 대한 精神健康管理 면에서의 特別한 對策이 要求되고 있다.

4) 健康 및 福祉에 대한 欲求 增加

생활수준이 향상됨에 따라 사회적으로나 개인적으로 건강이 중대한 관심사로 되고있다. 이에 사업장에서도 過去 職業病豫防 중심의 정기적인 身體檢診, 作業중 身體損傷에 대한 應急處置, 職業病治療, 産災補償 정도의 근로자 건강관리만으로는 勤勞者의 健康欲求에 對處하기 어려운 상황이다. 이에 이제까지의 治療中心의 健康管理의 概念에서 벗어나 건강에 대한 포괄적인 개념으로 다양한 건강관리를 사업장내에서 제공함으로써 개개인의 生活 全般에 걸친 健康管理과 자기책임의식에 바탕을 둔 건강증진 활동이 요구되고 있다.

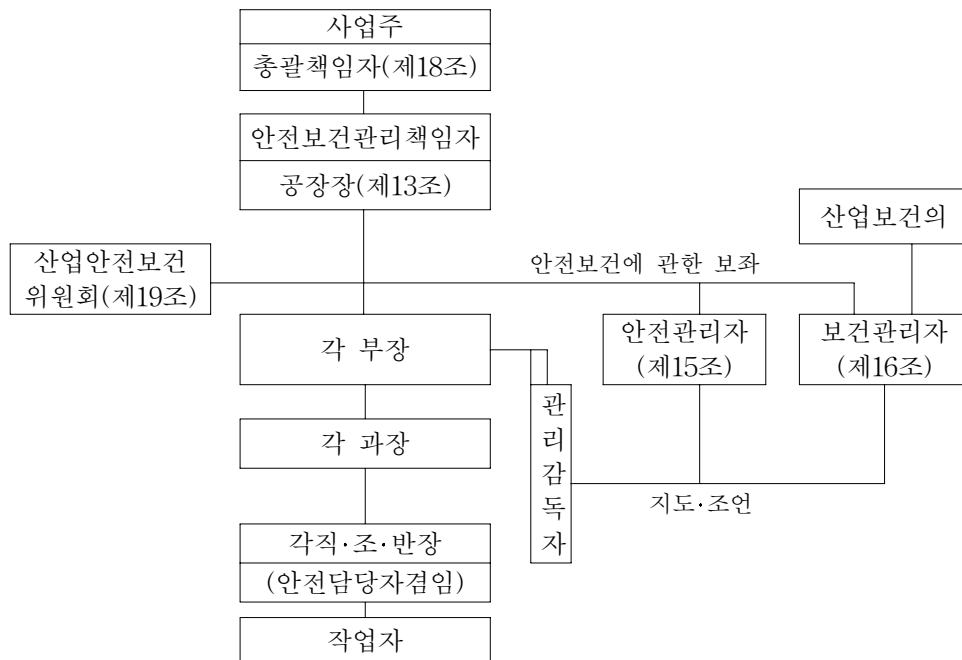
나. 勤勞者 健康管理 現況

1) 事業場 保健管理 體制

가) 安全保健管理 體制

사업장에서 근로자 건강과 관련되는 주된 부분은 安全·保健分野로 이 부분의 管理責任은 궁극적으로 事業主에게 있으나 이를 技術的으로 補助하기 위하여 安全管理者 및 保健管理者를 두도록 하고 있으며 그 중에서도 보건에 관한 기술인 사항은 保健管理者가 擔當하도록 産業安全保健法에 規程되어 있고, 이러한 체제를 圖으로 표시하면 [圖 V-1]과 같다.

[圖 V-1] 事業場 安全保健 管理體制



資料: 본 연구자가 사업장 안전보건관리체계를 분석하여 도식화한 것임.

나) 事業場 保健管理 人力

사업장의 보건관리인력으로는 産業保健醫와 保健管理者로 크게 나누어지며 산업보건의의 선임대상은 産業安全保健法 施行令 제20조에서 50인 이상 事業場으로서 醫師가 아닌 保健管理者를 두는 사업장으로 한다(건설업 및 보건관리대행기관 위탁사업장 제외). 産業醫의 資格은 동법 시행령 21조에서 豫防醫學 專門醫 또는 産業保健에 관한 學識과 經驗이 있는 醫師로 그 직무는 시행령 22조에서 ① 법 43조 規程에 의한 健康診斷實施 結果의 檢討 및 그 結果에 따른 作業配置, 作業轉換, 勤勞時間短縮 등 勤勞者의 健康保護 措置와, ② 勤勞者의 健康障害의 原因調査와 再發防止를 위한 醫學的 措置, ③ 기타 勤勞者의 健康維持와 增進을 위하여 필요한 醫學的 措置에 관하여 노동부장관이 정하는 사항으로 되어 있다.

또한 保健管理者의 경우 산업안전보건법 시행령 제16조에 의하여 事業의 種類, 規模에 따라 保健管理者의 數와 資格을 달리 선임토록 하고 있다. 또한 동령 17조에서는 保健管理者의 職務를 다음과 같이 정하고 있다.

- 1) 안전보건관리규정 및 취업규칙에서 정한 직무
- 2) 보건에 관련되는 보호구의 구입시 적격품의 선정
- 3) 화학물질의 유해성조사 및 그 조사결과에 따른 적절한 조치
- 4) 산업보건의의 직무
- 5) 근로자의 건강상담 및 보건교육
- 6) 당해 사업장의 근로자보호를 위한 의료행위
 - ① 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료
 - ② 응급을 요하는 자에 대한 응급조치
 - ③ 상병의 악화방지를 위한 처치
 - ④ 건강진단결과 발견된 질병자의 요양지도 및 관리
 - ⑤ 이상의 의료행위에 따르는 의약품의 투여
- 7) 작업장내에서 사용되는 전체환기장치 및 국소배기장치 등에 관한 설비의 점검과 작업장치의 공학적 개선, 지도

- 8) 사업장 순회 점검·지도 및 조치의 건의
- 9) 직업병 발생의 원인조사 및 대책 수립
- 10) 법 또는 법에 의한 명령이나 안전보건관리 규정 및 취업규칙중 보건에 관한 사항을 위반한 근로자에 대한 조치의 건의
- 11) 기타 근로자의 건강관리 또는 작업환경의 개선 및 유지·관리에 관하여 노동부장관이 정하는 사항 등이다.

이러한 安全保健管理人力의 事業場 選任現況은 <表 V-4>에서와 같다.

<表 V-4> 1994 安全保健管理者 選任現況

(단위: 명, %)

구 분	대상	선임	선임률
안전보건관리책임자	11,398	11,170	97.9
안전보건총괄책임자	3,862	3,747	97.0
안전관리자	21,508	20,374	96.4
(안전관리대행)	-	(8,604)	-
보건관리자	10,843	10,005	93.1
(보건관리 대행)	-	(5,563)	-
산업보건의	9,680	9,213	95.2

資料: 노동부, 『노동백서』, 1995.

2) 事業場內 健康増進 事業推進時 可用人力

사업장의 산업보건의, 보건관리자, 안전관리자의 근로자 건강증진사업에 참여 할 수 있는 가용인력으로는 營養士, 體育指導者, 相談員 등이 사업장에서 活動하고 있으며, 인력별 내용은 다음과 같다.

가) 營養士

식품위생법 시행령 제19조에 의하여 영양사를 두어야 할 事業場은 상시 1회 50인(製造業의 경우 100인) 이상에게 식사를 提供하는 集團給食所로 정하여져 있으며 상시 1회 給食人員이 200인 미만인 中小企業에서는 보건복

지부령이 정하는 바에 의하여 공동으로 영양사를 둘 수 있다고 규정되어 있으며 또한 동법 시행규칙 제44조에 의한 영양사의 직무는, ① 식단작성 검식 및 배식관리, ② 구매식품의 검수 및 관리, ③ 급식시설의 위생적관리, ④ 집단급식소의 운영일지 작성, ⑤ 종업원에 대한 영양 및 위생에 관한 교육 등으로 規程되어 있다.

나) 體育指導者

國民體育振興法에 의하면 상시 勤勞者 500인 이상인 事業場에서는 勤勞者의 體力增進을 目的으로 체육지도자를 선임토록 規程하고 勸獎하고 있다.

다) 相談員

女性勤勞者와 年少勤勞者의 근로조건개선 및 權益保護를 위해 事業場 自體 相談員을 배치 活動하도록 권장하고 있다.

나. 勤勞者 健康管理 實態調査

1) 調査方法

勤勞者 健康增進事業은 事業場의 業種·規模에 따라 推進形態에 차이는 있으나 아직은 전반적으로 시작단계에 있다. 이에 근로자 건강증진사업이 앞으로 더욱 면밀한 계획과 체계적인 시행단계를 거쳐 명실공히 勤勞者 健康水準의 向上을 誘導할 수 있도록 정착화시켜야 할 것이므로 勤勞者 健康增進 事業과 관련된 인력, 사업내용, 근로자 및 사업주의 인지도 등을 중심으로 事業場의 實態를 파악하여 勤勞者 健康增進事業 모델開發에 活用할 目的으로 다음과 같은 설문조사를 실시하였다.

- ① 조사대상: 보건관리자가 선임되어 있는 사업장 350개소의 간호사 보건관리자
- ② 조사기간: 1995. 12. 15~12. 30.
- ③ 조사방법: 조사표에 의한 우편 설문조사

2) 調査結果

調査期間 중 設問에 응한 事業場 95개소 중 製造業 82개소를 對象으로 分析하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

가) 一般現況

응답 사업장의 규모는 <表 V-5>에서와 같이 500~999명 規模의 事業場이 45개소로 57.0%, 1,000명 이상 사업장이 26개소로 32.9%, 300~499명의 사업장 6개소 7.6%, 300인 미만 사업장 2개소로 2.5%이다.

<表 V-5> 應答事業場의 規模別 分布

(단위: 개소, %)

규모	수(비율)
300명 미만	2(2.5)
300~499명	6(7.6)
500~999명	45(57.0)
1,000명 이상	26(32.9)
합 계	79(100.0)

註: 무응답 제외

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

나) 勤勞者 保健指導의 實態와 必要性

事業場 保健指導事業의 내용별 遂行實態는 <表 V-6>에서와 같이 고혈압, 간염, 난청관리 등의 건강문제 순으로 사업이 수행되고 있으며 계획중인 保健指導 내용은 요통, 응급처치교육의 순으로 조사되었다. 또한 保健指導 事業의 必要性에 있어서는 <表 V-7>에서와 같이 소음성난청 근로자관리, 간염예방접종, 고혈압근로자관리, 요통근로자관리 부분에서 높다와 매우 높다는 事業場이 각각 70.8%, 67.1%, 64.6%, 56.7%로 반 수 이상에서 必要性이 높다고 應答하였다. 勤勞者 保健指導를 위하여 勤勞者를 對象으로 調査하는 健康情報는 <表 V-8>에서와 같이 신체변화 및 자각증상(29.1%), 직업력(26.0%), 본인 및 가족병력(24.5%), 운동습관, 식습관 등의 생활상황(20.4%)의 순으로 조사되었다.

〈表 V-6〉 保健指導 事業別 遂行現況

(단위: 개소, %)

보건지도내용	수행중	계획중	계획없음	계
요통근로자 관리	31(40.8)	32(42.1)	13(17.1)	76(100.0)
고혈압근로자 관리	62(78.8)	11(13.8)	6(7.4)	80(100.0)
간염예방접종	59(73.7)	11(13.8)	10(12.5)	80(100.0)
응급처치교육	31(40.8)	31(40.8)	14(18.4)	76(100.0)
임신·출산등 모성건강관리	9(12.8)	17(24.3)	44(62.9)	70(100.0)
소음성난청 근로자 관리	47(63.5)	20(16.4)	7(9.5)	74(100.0)

註: 복수응답수를 포함함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

〈表 V-7〉 保健指導 內容別 必要性

(단위: 개소, %)

보건지도내용	매우낮다	낮다	보통	높다	매우높다	계
요통근로자관리	2(2.6)	1(1.3)	18(23.7)	35(46.2)	20(26.3)	76(100.0)
고혈압근로자관리	2(2.5)	2(2.5)	24(30.5)	29(36.7)	22(27.8)	79(100.0)
간염예방접종	1(1.3)	2(2.6)	22(28.9)	33(43.4)	18(23.7)	76(100.0)
응급처치교육	2(2.8)	6(8.4)	35(49.3)	21(29.7)	7(9.8)	71(100.0)
임신·출산등 모성건강관리	14(20.6)	21(30.8)	17(25.0)	10(14.8)	6(8.8)	68(100.0)
소음성난청 근로자 관리	2(2.8)	4(5.5)	15(20.8)	24(33.3)	27(37.6)	72(100.0)

註: 개소수는 복수응답수를 포함한 것임.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

〈表 V-8〉 勤勞者 保健指導를 위한 調査內容

(단위: 개소, %)

내 용	수(비율)
직업력	51(26.0)
운동습관, 식습관, 생활상황	40(20.4)
본인 및 가족병력	48(24.5)
신체변화 및 자각증상	57(29.1)
계	196(100.0)

註: 개소수는 복수응답수를 포함한 것임.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

事業場の 勤勞者 個人健康 記録部 作成 實態는 45.1%의 사업장에서 전근로자의 個人健康 記録部를 作成하고 있으며, 36.6%의 사업장에서 건강문제 보유근로자에 한하여 개인건강 기록부를 작성, 勤勞者 健康管理를 實施하고 있었다(表 V-9 참조).

〈表 V-9〉 勤勞者 個人健康記録簿 作成 實態

(단위: 개소, %)

내 용	수(비율)
전근로자의 개인건강기록부 작성	37(45.1)
건강문제보유 근로자에 한하여 작성	30(36.6)
현재 작성하지 않으나 계획중	15(18.3)
작성하지 않을 예정	-
계	82(100.0)

註: 개소수는 복수응답수를 포함한 것임.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

건강증진사업 수행시 근로자 보건지도에 참여할 수 있는 사업장인력에 대한 조사에서는 <表 V-10>에서와 같이 간호사인 보건관리자가 58.7%로 가장 높게 나타났으며, 산업보건의, 산업위생기사의 경우는 16.7%, 15.2%로 나타나 보건지도 인력으로 참여할 수 있는 가능성이 낮은 것으로 나타났다.

〈表 V-10〉 勤勞者 保健指導時 參與可能 人力現況

(단위: 개소, %)

구 분	수(비율)
산업보건의	23(16.7)
사업장의사	9(6.5)
간호사 보건관리자	81(58.7)
위생기사 보건관리자	21(15.2)
기타(영양사, 물리치료사, 안전관리자)	4(2.9)
계	138(100.0)

註: 개소수는 복수응답수를 포함한 것임.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

保健管理者 選任現況은 <表 V-11>에서와 같이 2명의 保健管理者가 選任된 事業場이 43.8%로 가장 많았으며 保健管理者의 資格은 간호사가 52.9%로 가장 높게 나타났다.

<表 V-11> 調査對象事業場의 保健管理者 數와 資格

(단위: 개소, %)

	인 원				자 격				
	1명	2명	3명	계	의사	간호사	위생기사	기타	계
개소	23	35	22	80	11	63	15	30	119
비율	28.7	43.8	27.5	100.0	9.2	52.9	12.7	25.2	100.0

註: 보건관리자의 자격별 사업장 수에 복수응답수를 포함한 것임.
資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

健康管理室의 保有實態는 <表 V-12>에서와 같이 96.3% 事業場에서 健康管理室을 保有하고 있는 것으로 나타났다.

<表 V-12> 健康管理室 保有現況

(단위: 개소, %)

구 분	수 (비율)
있 다	78 (96.3)
없 다	3 (3.7)
합 계	81 (100.0)

註: 무응답 제외
資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

勤勞者 保健教育에 관한 調査結果 保健教育의 대상은 <表 V-13>에서와 같이 41.7%의 事業場에서 근로자전원을 대상으로 實施하였고, 38.3%의 事業場에서 健康診斷結果 유소견자를 대상으로 실시하였다. 教育方法은 講義中心으로 集體教育을 實施하는 事業場이 36.7%, 계시관활용 사업장 35.9%, 社內放送, 사보게재가 19.8%의 순으로 나타났고 教育內容作成 人力은 77.5%

의 事業場에서 사내 保健管理者가 作成하였다. 保健教育資料는 57.7% 事業場에서 自體作成하여 活用하였으며, 26.9%의 사업장에서 外部機關의 資料를 活用하였다.

〈表 V-13〉 保健教育實施 現況

(단위: 개소, %)

구 분	수 (비율)
교육대상	115 (100.0)
근로자전원	48 (41.7)
안전보건관리 감독자	17 (14.8)
건강진단결과 유소견자	44 (38.3)
기타	6 (5.2)
교육방법	131 (100.0)
강의중심의 집체교육	52 (36.7)
사내방송, 사보게재	26 (19.8)
게시판 활용	47 (35.9)
기타	6 (4.6)
교육내용 작성자	89 (100.0)
사업장 보건관리자	69 (77.5)
외부의뢰	20 (22.5)
교육자료 활용	97 (100.0)
자체작성	56 (57.7)
보건의료외부기관	26 (26.9)
안전공단	7 (7.2)
기타	8 (8.2)

註: 응답 개소수에 복수응답수를 포함한 것임.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

다) 勤勞者 運動指導의 實態와 必要性

사업장 운동지도사업의 내용별 수행실태는 <表 V-14>에서와 같이 勤勞者 基礎體力測定 및 評價는 16.2%의 事業場에서 實施하고 근로자 개인별 運動處方 및 指導는 8.3%의 事業場에서 實施하였고 職場體操를 實施하는 事業場은 48.7%로 조사되었다.

〈表 V-14〉 運動指導 內容別 遂行 現況

(단위: 개소, %)

내용	수행중	계획중	계획없음	계
근로자 체력측정 및 평가	12 (16.2)	22(29.7)	40(54.1)	74(100.0)
개인별 운동처방 및 지도	6 (8.3)	21(29.2)	45(62.5)	72(100.0)
직장체조 실시	37 (48.7)	23(30.3)	16(21.0)	76(100.0)

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

運動指導 事業의 必要性에 대하여는 <表 V-15>에서 직장체조실시에서 59.4%가 必要性이 높다고 應答하였고 勤勞者 體力測定 및 評價 부분은 42.5%, 개인별 운동처방 및 지도부분은 45.0%가 必要性이 높다고 應答하였다.

〈表 V-15〉 運動指導 內容別 必要性

(단위: 개소, %)

구분	근로자 체력측정 및 평가	개인별 운동처방 및 지도	직장체조
매우 낮다	3(4.1)	2(2.9)	4(5.4)
낮다	9(12.3)	7(10.0)	1(1.4)
보통	30(41.1)	29(42.0)	25(33.8)
높다	23(31.5)	25(36.3)	24(32.4)
매우 높다	8(11.0)	6(8.7)	20(27.0)
계	73(100.0)	69(100.0)	74(100.0)

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

勤勞者 體力測定을 實施하는 事業場 22개소 중 自體 體力測定室을 갖고 있는 事業場은 6개소로 27.3%였고 測定項目은 근력이 24.4%로 가장 많았고 유연성 19.5% 근지구력, 민첩성, 평형성이 각각 14.6%였으며, 측정담당자는 保健管理者가 60.3%로 가장 많았고 社內 運動指導者는 26.7%의 事業場에만 配置되어 있었고 61.5%의 事業場에서 運動處方을 提供하고 있지 않았다.

〈表 V-16〉 體力測定을 實施하는 22個 事業場의 體力測定 實態

(단위: 개소, %)

내 용	수(비율)
체력측정 있다 / 없다	6(27.3) / 16(72.7)
측정항목 근력(악력, 배근력) / 근지구력	10(24.4) / 6(14.6)
민첩성 / 평형성	6(14.6) / 6(14.6)
유연성 / 전신 지구력	8(19.5) / 5(12.2)
측정담당자 보건 관리자 / 사내체육지도자	6(60.0) / 3(30.0)
관계직원	1(10.0)
운동지도자 있다 / 없다	4(26.7) / 11(73.3)
운동처방 제공함 / 제공안함	5(38.5) / 8(61.5)

註: 무응답은 제외함.
 資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

<表 V-17> 職場體操를 實施하는 事業場(55個所)의 體操實施 現況

(단위: 개소, %)

내 용	수(비율)
실시 근로자 전 사원 / 부서별	25(45.5) / 30(54.5)
체조종류 맨손체조 / 요통예방체조	41(77.4) / 9(16.9)
기타	3(5.7)
실시형태 작업시작전 / 작업중 휴식시간	48(88.9) / 2(3.7)
기타	4(7.4)

註: 무응답은 제외함.
 資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

對象事業場 82개소의 體育施設保有 現況은 <表 V-18>에서와 같이 事業

場에서 운동장을, 50%의 事業場에서 體力鍛鍊室을, 기타 體育施設로는 탁구대를 가장 많이 保有하고 있었다.

〈表 V-18〉 事業場の 體育施設 保有實態

(단위: 개소)

내 용	수(비율)
운동장	53(64.6)
체력단련실	41(50.0)
기타(탁구실)	63(76.8)
테니스코트	39(47.6)
실내체육관	7(8.5)
에어로빅실	11(13.4)
구기시설	47(57.3)

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

라) 勤勞者 營養指導의 實態와 必要性

事業場 營養指導事業의 內容別 遂行實態는 <表 V-19>에서와 같이 질병자 식이요법 지도에 대한 事業遂行이 29.3%로서 勤勞者 個人營養評價 및 指導 18.5%보다 높게 나타났다.

〈表 V-19〉 事業場の 營養指導 事業別 遂行現況

(단위: 개소, %)

내 용	수행중	계획중	계획없음	계
질병자 식이 지도	22(29.3)	19(25.3)	34(45.3)	75(100.0)
개인영양평가 및 지도	6(18.5)	16(22.9)	48(68.6)	70(100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

營養指導 事業에 있어서는 <表 V-20>에서와 같이 질병자 식이지도의 必要性이 64.8%로 높다고 應答하였다.

〈表 V-20〉 營養指導 事業別 必要性

(단위: 개소, %)

내 용	매우낮다	낮다	보통	높다	매우높다	계
질병자 식이 지도	3(4.2)	7(19.6)	15(21.1)	35(49.3)	11(15.5)	71(100.0)
개인영양평가 및 지도	3(4.7)	8(12.5)	28(43.8)	21(32.8)	4(6.3)	64(100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

사업장내 營養指導 人力은 <表 V-21>에서와 같이 82개 사업장 중 72개 사업장에 營養士가 배치되어 있었다.

<表 V-21> 調査對象事業場の 營養指導人力 保有 現況

(단위: 개소, %)

내 용	수(비율)
있 다	72(87.8)
없 다	10(12.2)
계	82(100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

마) 勤勞者 心理指導의 實態와 必要性

事業場 心理指導 事業의 內容別 遂行實態는 <表 V-22>에서와 같이 대부분의 事業場에서 心理指導 事業을 遂行하고 있지 않고 있으나 스트레스 관리를 위한 心理指導는 39.7%의 事業場에서 계획중인 것으로 응답하였다.

<表 V-22> 心理指導 事業別 遂行現況

(단위: 개소, %)

내 용	수행중	계획중	계획없음	계
스트레스관리	1(1.4)	29(39.7)	43(58.9)	73(100.0)
직장적응지도	3(4.5)	17(25.8)	46(69.7)	66(100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

현재 사업장에서 실시되고 있는 相談의 種類는 <表 V-23>에서와 같이 고충처리 상담이 59.5% 가장 높았고 상담을 유도하기 위한 苦衷處理 建議 涵의 사내설치율은 63.4%를 차지하였다.

<表 V-23> 相談種類別 實施事業場數

(단위: 개소, %)

내 용	수 (비율)
고충처리 상담	47 (59.5)
성 폭 력 상담	18 (22.8)
장 애 인 상담	14 (17.7)
계	79 (100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995

바) 健康增進 事業推進을 위한 事業場 推進 體系

調査對象 事業場에서의 건강증진 관련 사업의 의사결정 경로는 <表 V-24>에서와 같이 보건관리자 → 담당부서장 → 안전보건위원회의 경로를 갖고 있는 事業場이 89.8%로 가장 많았다.

<表 V-24> 健康增進關聯事業의 意思決定 經路

(단위: 개소, %)

내 용	수 (비율)
보건관리자→담당부서장→안전보건위원회	53 (89.8)
보건관리자→노동조합→노·사협의회	2 (3.4)
보건관리자→담당부서장	4 (6.8)
계	59 (100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

健康增進 事業推進에 관한 바람직한 의사결정 기구에 대한 문항에서는 <表 V-25>에서와 같이 既存 安全保健委員會가 51.9%로 가장 높게 應答되었다. 건강증진사업 추진에 대한 사업장의 현황에 대한 조사는 <表 V-26>

에서와 같이 健康増進事業에 대한 認識에 관해서는 健康増進事業에 대한 認識이 높다는 應答이 사업주에서 34.6%, 관리감독자는 26.7%로 나타났으며, 반면 健康増進事業 實施에 대한 事業主의 制度的 財政的 支援은 낮다는 應答이 37.6%로 應答되었고 健康増進事業에 대한 勤勞者들의 이해 및 참여 의식은 보통(49.4%), 낮다(33.4%)로 나타났으며, 健康増進事業에 대한 보건 관리자의 知識 및 經驗은 70.4%에서 보통이라고 應答하였다.

〈表 V-25〉 健康増進事業을 위한 意思決定機構

(단위: 개소, %)

내 용	수 (비율)
안전보건위원회	40 (51.9)
노·사협의회	17 (22.1)
새로운 의사결정 기구	17 (22.1)
기타	3 (3.9)
계	77 (100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

〈表 V-26〉 健康増進事業에 대한 事業場의 現況

(단위: 개소, %)

내용	매우낮다	낮다	보통	높다	매우높다	계
사업주의 인식	11 (13.4)	13(16.0)	29(35.8)	22(27.2)	6(7.4)	81(100.0)
사업주의 제도적, 재정적 지원	7 (8.8)	23(28.8)	29(36.2)	20(25.0)	1(1.3)	80(100.0)
관리감독자등 중간 관리층의 인식	5 (6.4)	23(29.5)	29(37.2)	20(25.6)	1(1.3)	78(100.0)
근로자들의 이해 및 참여의식	2 (2.5)	25(30.9)	40(49.4)	13(16.0)	1(1.2)	81(100.0)
보건관리자의 지식 및 경험	1 (1.2)	10(12.3)	57(70.4)	13(16.0)	-	81(100.0)

註: 무응답은 제외함.

資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나자료』, 1995.

다. 勤勞者 健康增進 事業 事例

勤勞者 健康增進事業이 자율적으로 實施되고 있는 狀態에서 勤勞者 個人의 健康管理를 법정 정기 건강진단만을 실시하는 소극적인 방법보다 健康管理의 새로운 개념을 도입 體系的으로 推進하고 있는 事業場은 國內에서는 삼성그룹의 事業場과 포항제철로 이 중 '94년부터 삼성그룹의 사업장에서 추진하고 있는 健康增進事業을 紹介하면 다음과 같다.

1) 삼성 웰니스 增進計劃

사원들의 健康增進을 위한 웰니스사업 전개는 삼성웰니스 增進計劃 (Samsung Wellness Promotion Plan: SWPP)에 의해 施行하고 있으며 이 웰니스增進計劃은 [圖 V-2]와 같다.

이 增進計劃은 소프트웨어와 하드웨어로 나뉘어져 있으며, 소프트웨어면에서는 간단한 醫學檢査 및 綜合體力檢査를 컴퓨터로 진단·평가할 수 있도록 되어있고 이 결과에 의해 각 개인의 체력, 연령, 성별을 고려하여 運動處方箋을 提示하도록 되어 있다.

하드웨어면에서는 체력단련실을 만들어 이곳에서 각 개인에게 주어진 運動處方에 의해 심폐기능 및 근력, 근지구력, 유연성 강화 및 체중조절 등 건강에 필요한 體力要素를 強化시킬 수 있도록 되어있고, 이와 같은 業務는 專門的인 體育 및 運動指導者를 두고 運營하고 있다.

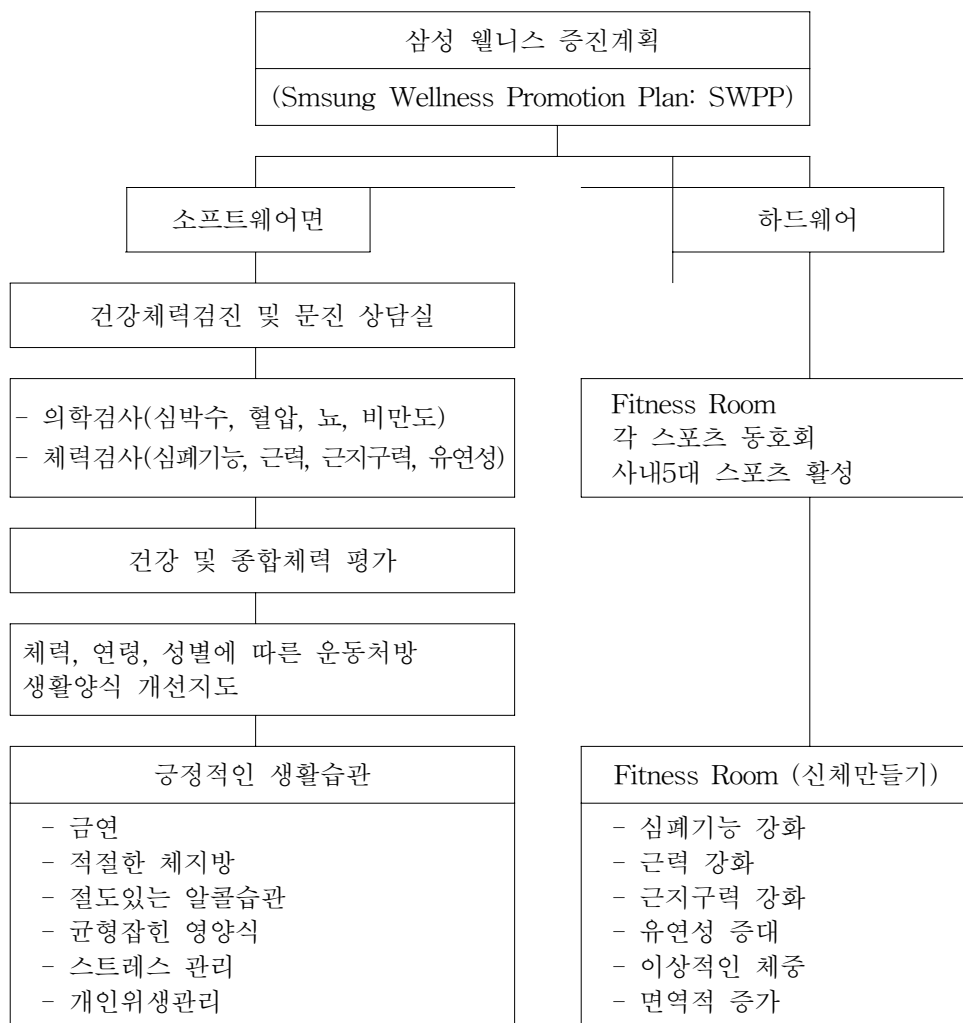
2) 웰니스클리닉의 事業內容

가) 問診檢査

웰니스클리닉의 利用은 먼저 문진검사로부터 시작되는데 여기에서는 日常生活樣式, 식생활패턴, 신체활동 정도, 本人 및 家族의 健康來歷, 스트레스調査 등을 먼저 設問으로 調査하며, 이러한 資料는 指導者가 각 個人의

生活様式과 현재의 체력간의 相關關係를 把握하고 앞으로 生活様式을 指導하고 조언 해주는데 參考資料로 삼는다. 또한 운동시 主意를 요하는 사람을 스크린하는 자료로도 活用한다.

[圖 V-2] 삼성웰니스 增進計劃



資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화방안』, 『산업안전보건대회 기술세미나 자료』, 1995.

나) 健康 및 體力檢査

문진검사가 끝나면 健康 및 體力檢査로 들어가게 되는데 여기서는 당뇨, 혈압, 안정시 심박수, 신장, 체중, 비만도, 폐기능, 심폐지구력(최대산소섭취량), 악력, 배근력, 복근지구력, 유연성 등의 檢査를 하게 된다. 여기서의 體力檢査는 많은 體力要素 중에서 健康에 필요한 5가지 體力要素를 實施한다.

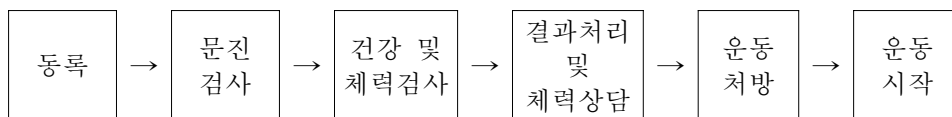
다) 結果處理 및 體力管理 相談

측정한 개인의 데이터는 메모리카드에 입력되고 후에 컴퓨터에 내장된 웰니스 프로그램에 의해 分析, 診斷 및 運動處方이 내려진다. 이 결과는 운동이 끝나는 대로 바로 분석이 이루어지며 곧이어 먼저 실시한 문진검사 결과와 함께 指導者와의 體力相談이 이루어진다. 이 과정까지 약 50분 정도가 소요된다. 이 검사는 一定期間(3개월 혹은 6개월)의 運動이 끝나면 재검사를 통해 本人의 體力向上度를 確因하도록 되어 있다.

라) 運動處方箋

運動處方箋은 각 개인의 체력, 연령, 성별을 고려하여 450가지의 처방전을 준비해 놓고 있다. 이 처방전은 체력이 가장 약한 사람을 기준으로 運動處方을 내릴 때 40주(약 10개월)에 걸쳐 건강증진의 상태(여기서는 유지프로그램)로 갈 수 있도록 하였다. 각 프로그램은 4주를 單位로 한단계씩 運動強度를 올려 실시하며 각 단계에서 충분히 적응하고 난뒤 안전하게 다음 단계로 넘어간다.

[圖 V-3] 健康檢診 및 處方指導 節次



資料: 한국산업안전공단, 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 산업안전보건대회 세미나 자료, 1995.

라. 日本의 勤勞者 健康増進計劃(Total Health Promotion Plan)

1) 概要

日本의 勤勞者 綜合健康増進計劃은 '88년 5월 근로자 건강증진의 계속적, 계획적인 실시를 주요사항으로 하는 勞動安全衛生法の 改定으로 동년 10월 1일부터 실행되고 있으며, 이를 계기로 노동성과 중앙로동재해 방지협회는 1979년부터 추진해 오던 中·高齡 勤勞者の 健康増進運動(Silver Health Plan)을 보다 발전시켜 모든 勤勞者를 對象으로 한 心身健康増進運動(Total Health Promotion)을 推進하고 있다.

일본 근로자 건강증진의 특색은 健康増進事業이 安全衛生管理의 일환으로,

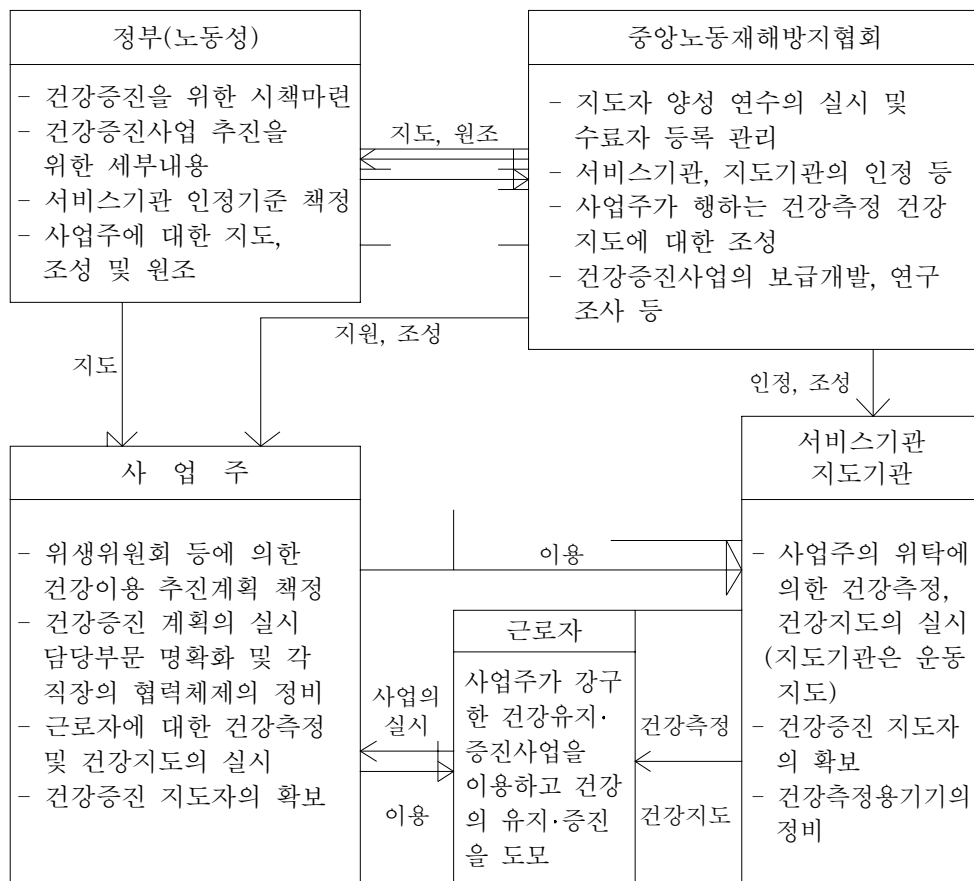
- ① 노동안전위생법에 의한 건강증진
- ② 중·고령자뿐만 아니라 젊어서부터의 건강증진
- ③ 심신양면을 중시하는 건강증진
- ④ 서비스기관 등의 지원으로 중소기업도 건강증진에 참가
- ⑤ 건강증진에 대한 국가의 조성제도 등의 실시로 수행되고 있다.

또한 사업장에서는 勞動安全衛生法에 의해 노동대신이 공표한 「健康増進指針」에 따라 사업장의 衛生委員會 등의 심의를 거쳐 健康増進計劃을 樹立決定하며 각 직장에서는 健康増進 協力團體를 만들고 健康増進計劃에 의거하여 의사를 중심으로 6분야의 專門人力이 각각의 전문성을 갖고 개인의 건강증진을 추진하도록 하고 있다. 사업내용에서는 健康保險組合과 연계 추진하며 中央勞動 災害防止協會에서는 1988년부터 專門人力의 養成研修와 指導者の 登録管理를 실시하고 있다.

2) 推進體系

근로자 건강증진사업의 추진체계는 [圖 V-4]에서와 같이 勞動省, 中央勞動災害防止協會, 事業主, 서비스기관, 指導機關이 주축을 이루며 건강증진사업을 추진하고 있다.

[圖 V-4] 日本勤勞者 健康增進事業 推進體系

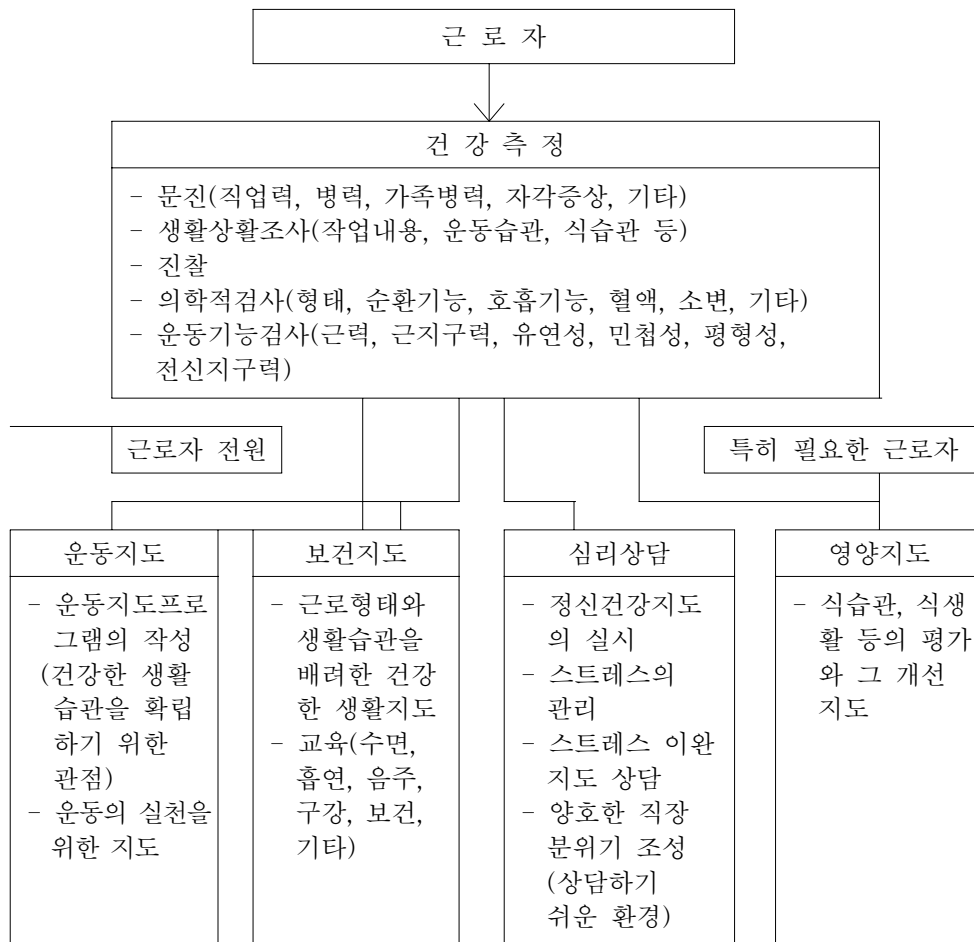


資料: 日本 勞務行政研究所 勞動省勞動衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

3) 實施內容

勤勞者 健康増進事業의 주된 內容은 勤勞者 個人的 健康測定과 健康指導 實施로 자세한 內容은 [圖 V-5]와 같다.

[圖 V-5] 勤勞者의 健康評價 및 指導 內容



資料: 日本 勞務行政研究所 勞働省勞働衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

4) 實施人力 및 人力養成

勤勞者 健康増進을 推進하는 人力과 人力養成을 위한 過程의 種類는 다

음과 같다.

가) 健康測定(産業醫)研修

- 연수기간: 3일
- 수강대상: 의사자격을 가진 자

나) 保健管理訓練擔當者 養成研修

- 연수기간: 강의·실기 포함 23일
- 수강대상: ① 학교교육에 의해 대학에서 體育系列, 保健系列의 정규학과를 졸업한 者
- ② Health Care Leader로써 運動實踐指導 經驗을 3년 이상 가진 者
- ③ 기타 동등 자격을 가졌다고 認定되는 者

다) 保健管理指導者 養成研修

- 연수기간: 4일
- 수강대상: ① 학교교육법에 의해 대학에서 體育系列, 保健系列의 正規學科를 졸업한 者
- ② 보건부 또는 간호사 資格 所持者
- ③ 위생관리자 자격을 소지한 자로서 健康에 관한 面接, 相談 經驗이 5년 이상인 者
- ④ 기타 同等資格 所持者로 인정되는 者

라) 心理相談員 養成研修

- 연수기간: 3일

- 수강대상: ① 학교교육법에 의해 대학에 있어서 心理學系列, 社會福祉系列, 保健系列 政規學科를 졸업한 者
- ② 保健部 또는 간호사 資格 所持者
- ③ 위생관리자 자격을 소지한 자로서 健康에 관한 面接, 相談 經驗이 5년 이상인 者
- ④ 기타 同等資格 所持者로 認定되는 者

마) 産業營養指導者 養成研修

- 연수기간: 3일
- 수강대상: ① 管理營養士資格 所持者
- ② 영양사자격 소지자로서 營養指導 實務經驗이 2년 以上인 者

바) 産業保健指導 養成研修

- 연수기간: 3일간
- 수강대상: ① 保健看護師 資格所持者
- ② 간호사 자격 소지자로서 生活指導 實務經驗이 3년 以上인 者

〈表 V-27〉 健康増進 指導者 養成 修了者 現況(1986.10~1995.3)

(단위: 명)

분야	계	건강 측정	보건관리 훈련담당자	보건관리 지도자	심리 상담원	산업영양 지도자	산업보건 지도자
수료자수	27,974	2,531	2,310	9,192	6,350	3,258	4,333

資料: 日本 勞務行政研究所 勞動省勞動衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

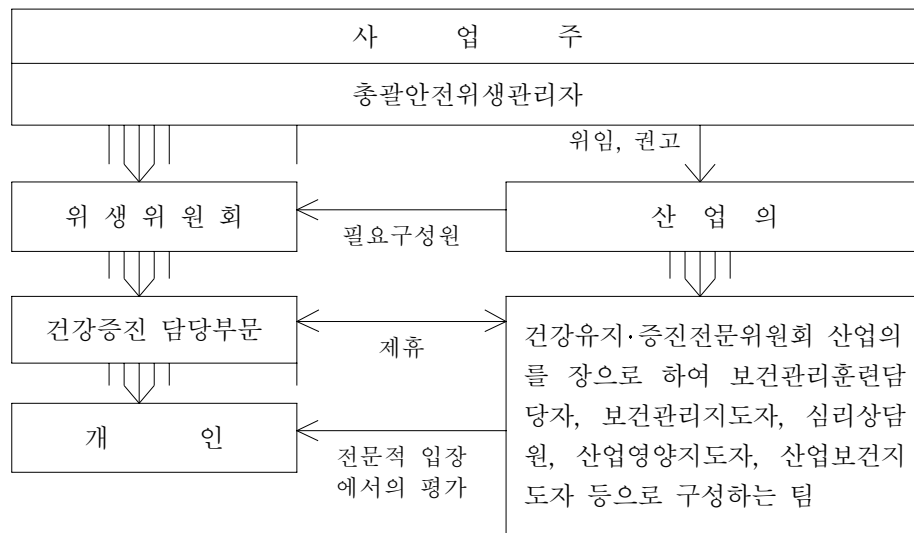
5) 實施形態

가) 實施形態

건강증진 사업의 추진형태는 크게 사업주가 실시하는 健康測定, 健康指導와 서비스機關, 指導機關 또는 事業主가 共同으로 實施하는 건강증진 활동 등에 대한 두 종류가 있으며 支援制度의 세 가지 유형은 다음과 같다.

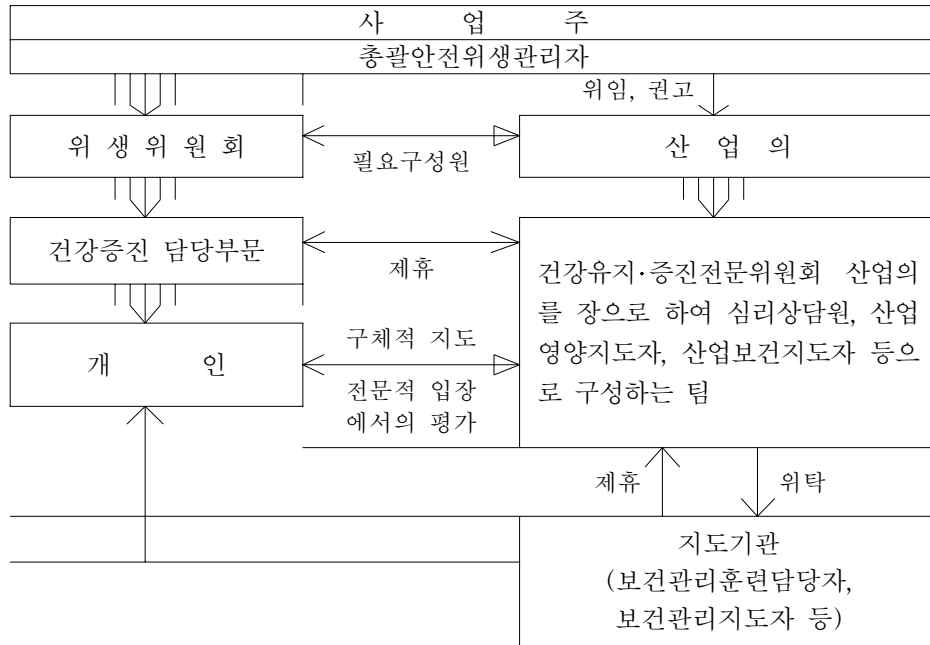
- ① 사업장 내 6분야의 스태프가 한 팀으로 構成, 健康增進을 實施하는 경우 (圖 V-6 참조)
- ② 부분적으로 指導機關에 委託하여 健康增進事業을 推進하는 경우(圖 V-7 참조)
- ③ 健康增進事業 전체를 서비스機關이 支援하여 推進하는 경우 (圖 V-8 참조)

[圖 V-6] 事業場內 自體人力에 의한 健康增進事業



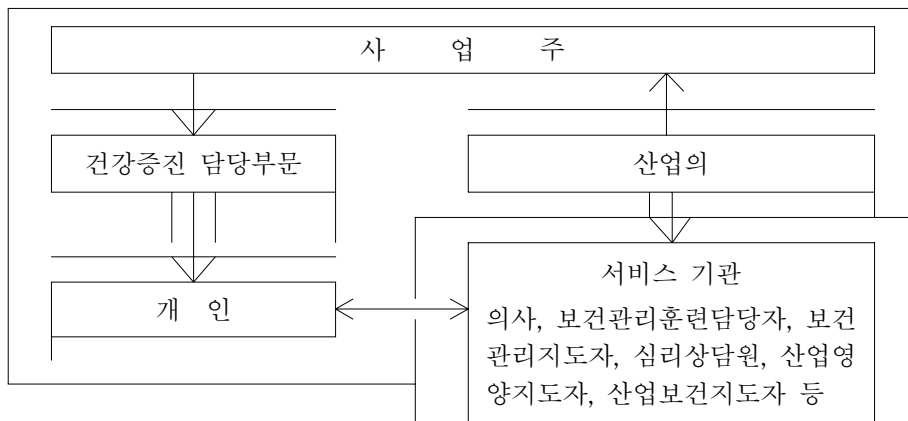
資料: 日本 勞務行政研究所 勞動省勞動衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

[圖 V-7] 外部 指導機關에 部分 委託實施 健康増進事業



資料: 日本 勞務行政研究所 勞動省勞動衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

[圖 V-8] 서비스機關의 支援에 의한 健康増進事業

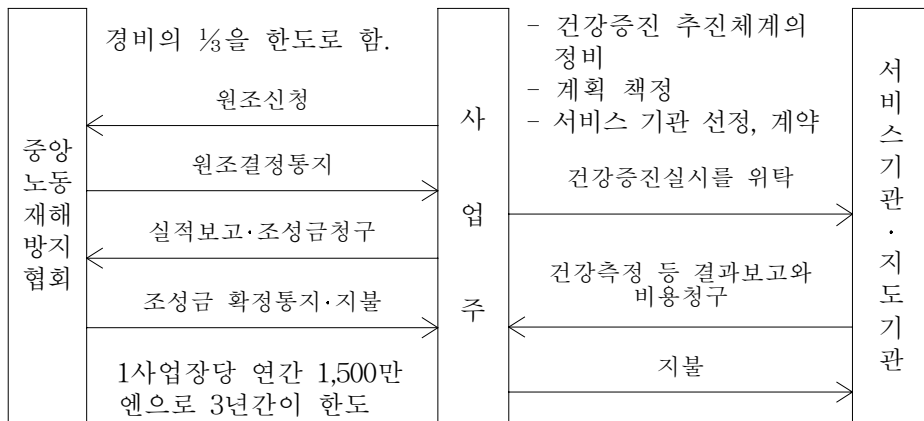


資料: 日本 勞務行政研究所 勞動省勞動衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

나) 支援制度의 種類

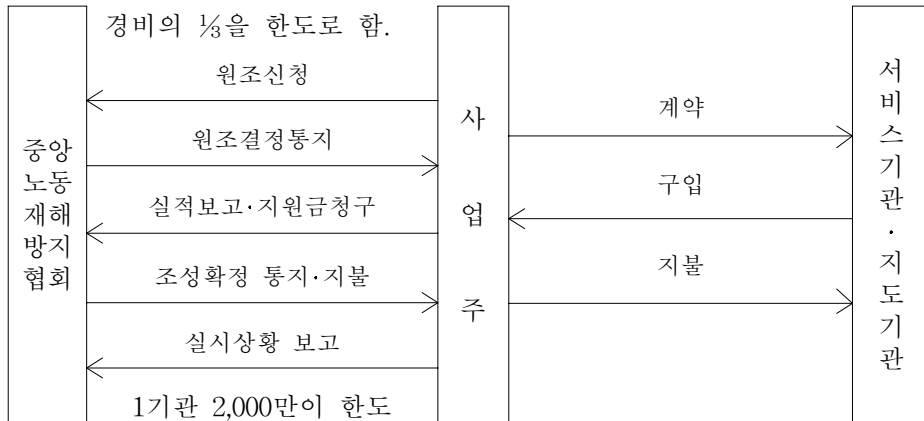
- 健康測定, 健康指導에 대한 支援制度의 具體的 內容은 다음과 같다.

[圖 V-9] 事業主 單獨 實施하는 事業에 대한 支援體系



資料: 日本 勞務行政研究所 勞動省勞動衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

[圖 V-10] 事業主·서비스機關·指導機關 등 共同實施 事業에 대한 支援體系



資料: 日本 勞務行政研究所 勞動省勞動衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 1994.

3. 勤勞者 健康增進事業의 效果的 推進方案

가. 健康増進 事業 推進體系

事業場 健康増進 事業을 추진하기 위한 접근 전략으로는 먼저 사업 지지 기반을 구축하기 위하여 정부차원에서는 [圖 V-11]에서와 같이 健康増進 事業에서 필요되는 각 분야의 전문가들로 구성된 諮問委員會를 構成·運營하고 사업추진에 필요한 事業指針 開發, 事業推進 人力의 教育, 訓練, 資料의 開發普及, 事業場의 技術支援 등을 추진하도록 한다.

사업장에서의 추진체계는 安全保健管理責任자가 총괄책임자로 기능하며, 保健管理者는 健康増進 事業의 實行管理者로서의 기획 및 실시기능을 하도록 하며 事業場 安全保健委員會 또는 노·사협의회 등의 노·사 대표조직을 健康増進事業의 의사결정 기구로 활용하는 健康増進 事業의 實施體制를 確立하고 사내관련 人力과의 協力體制를 構築하여 사업을 추진토록 한다.

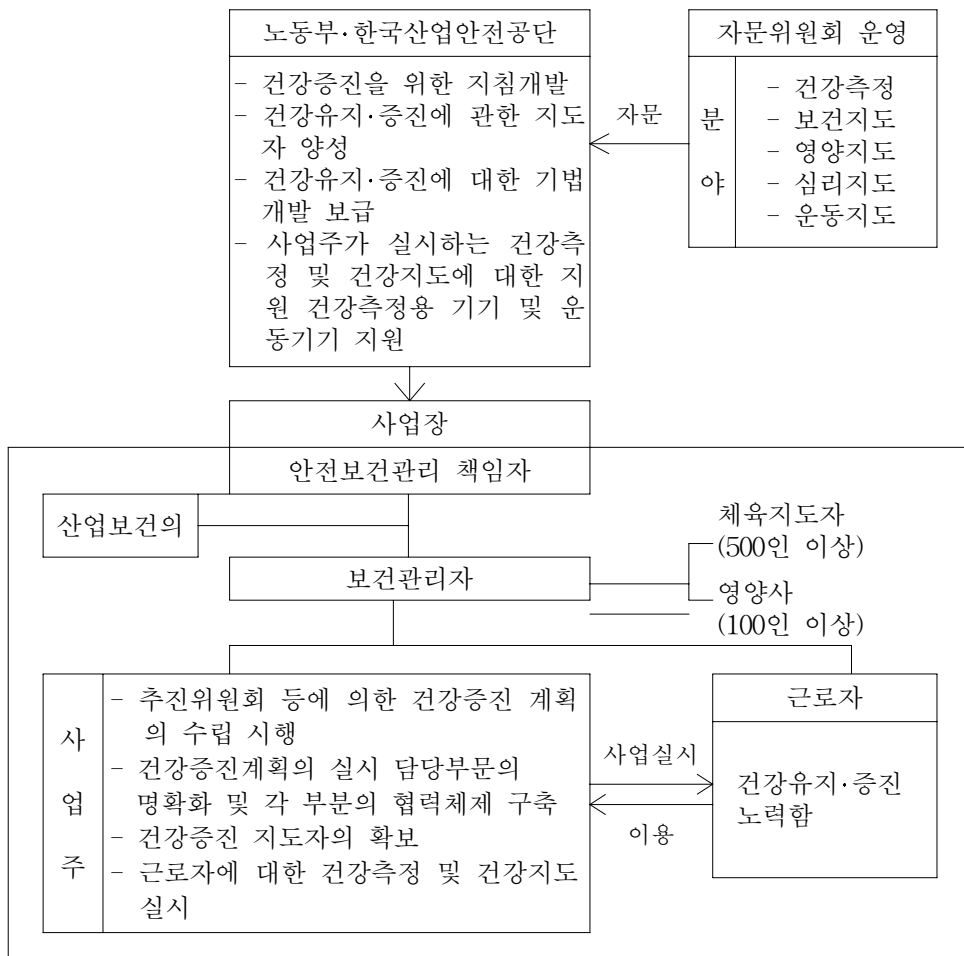
나. 健康増進 事業內容

健康増進 事業에 적용할 구체적 내용은 지금까지의 勤勞者 健康管理가 健康診斷을 主軸으로 健康障礙와 疾病의 有無에 대한 확인과 질병 유소견자에 대한 사후관리를 중심으로 실시되어 왔다면, 健康増進 事業에서는 健康管理對象의 範圍를 健康診斷結果 이상이 없는 것으로 판정된 95% 이상 대부분의 근로자에게도 그들의 健康水準을 測定하고 그 결과를 토대로 하여 각자의 健康狀態에 따라 보다 좋은 健康으로 질 높은 勤勞生活를 營爲해 갈 수 있도록 指導와 相談을 實施하는 내용을 강화한다.

이러한 勤勞者 健康水準의 測定을 위하여 추가 조사되어야 할 항목으로는 [圖 V-12]에서와 같이 健康測定을 위하여 勤勞者의 生活狀況(life style) 및 과거병력, 가족병력, 자각증상 등의 調査를 追加하여 건강진단시 시행되는 醫學的 檢査와 診斷, 基礎體力測定을 위한 運動機能檢査를 並行 實施토록 하여 개인의 건강상태에 대한 綜合的인 判定을 한 후 개인에 맞는 健康指導를 해당 分野別로 實施토록 한다. 또한 사업장에서의 事業展開는 勤

勞者 個人의 健康測定結果를 토대로 근로자 집단의 주된 健康問題를 把握하고 健康危險要因別로 대상자를 選定, 疾病豫防과 健康增進事業을 事業主의 支援하에 추진토록 하고 근로자들이 자발적으로 참여토록 유도한다.

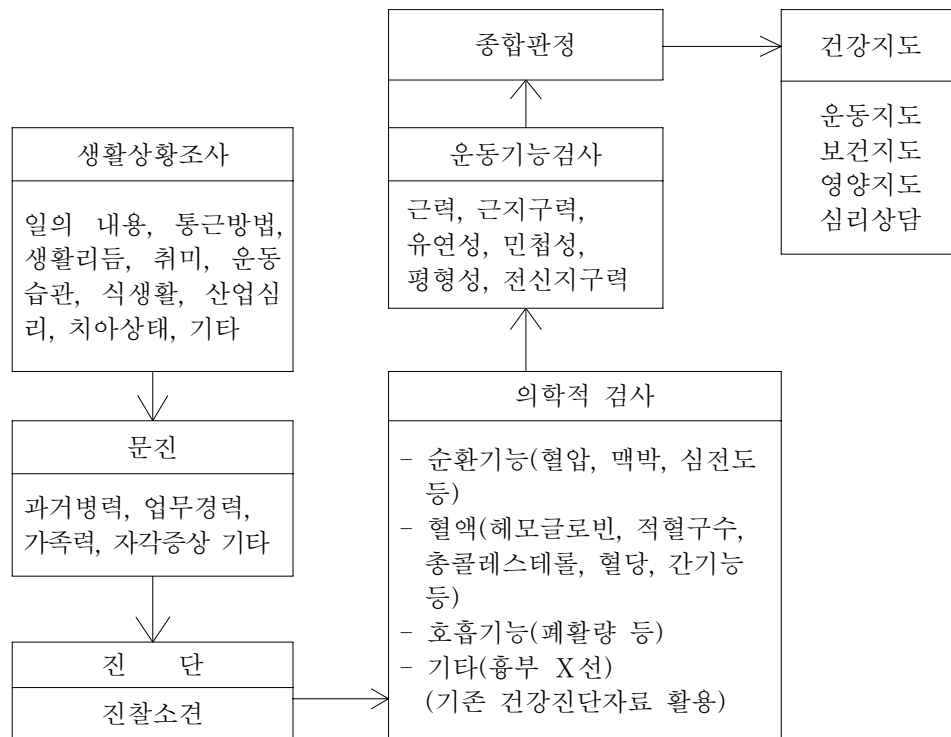
[圖 V-11] 勤勞者 健康增進事業의 推進體系



資料: 우리나라의 『산업안전보건법』상의 관련사항을 중심으로 도식화한 것이다. 健康增進 事業推進 人力

계속적이고 계획적인 健康増進 事業 遂行을 위하여는 사업장의 건강증진 대책을 추진하기 위한 指導人力의 確保와 分野別 專門人力의 明確한 業務 遂行이 필요로 된다. 현재 事業場 健康増進事業 推進人力으로는 사업장의 보건관리를 맡고 있는 保健管理者를 主軸으로 産業保健醫, 營養士, 體育指導者, 相談要員 등을 사업에 활용할 수 있으나 이는 사업장의 업종, 규모에 따라 選任狀態가 각기 달리 적용되므로 健康増進事業을 시작하는 현 단계에서는 保健管理者가 主軸이 되어 관련 인력을 사업장내에서 확보하거나 사내확보가 어려운 경우에는 地域社會 關聯 機關을 活用하도록 유도한다.

[圖 V-12] 健康測定 및 指導를 위한 實施節次 및 內容



라. 事業場 健康増進事業 推進의 法的根據 마련

근로자 건강검진 결과 질병유소건율의 급격한 증가, 업무상 災害認定基準擴大로 인한 산재보상금의 증가, 아울러 勤勞者의 건강권을 保障하기 위하여는 현재 일부 事業場에서 自律적으로 推進되고 있는 健康增進事業의 법적 근거를 確保하여 대기업뿐만 아니라 업종이나 규모를 고려하여 단계적으로 확산될 수 있도록 하는 것이 필요하므로 이를 위해 國民健康增進法の 시행과 함께 勤勞者의 健康增進을 目的으로하는 産業安全保健法에서 관련 근거를 設定하는 方案을 檢討하고자 한다.

1) 推進目的에 관한 關聯法令: 第1條(目的)

산업안전보건법의 목적은 법 제1조에 産業安全保健에 관한 基準을 確立하고 그 責任의 所在를 明確하게 하며 産業災害를 豫防하고 쾌적한 作業環境을 造成함으로써 근로자의 安全과 保健을 維持·增進함을 目的으로 한다고 規定하고 있으나 사업장 건강증진활동을 위한 具體的인 規定(조문)은 마련되어 있지 않으므로 이 규정(目的)에 근거한 內容補強이 必要한 바 關聯規程을 檢討하면 다음과 같다.

2) 推進主體에 관한 關聯法令: 第4條(政府의 責務)

推進主體 關聯法令으로 제4조(정부의 책무)에서 정부는 산업안전보건법의 목적달성을 위한 産業安全保健政策의 樹立, 執行, 調整 및 統計, 安全保健衣食의 弘報·教育, 안전보건을 위한 技術의 研究·開發 및 施設의 設置·運營, 기타 근로자의 위험 및 健康障害의 豫防措置에 관한 사항 등을 이행할 책무를, 또 이들의 효율적 수행을 위한 시책을 강구하며, 필요시 공단등 관련 기관에 행정적·재정적 지원을 하도록 規定하고 있으므로 동조에 健康增進事業의 행정적·재정적 지원에 관한 事項을 追加하여 정부가 적극적으로 健康增進 事業을 展開할 수 있는 根據를 마련한다.

3) 推進人力 및 組織에 관한 法令: 第13條(安全保健管理 責任者), 第16條(保

健管理者), 第19條(産業安全保健委員會)

事業場 健康増進 推進體系와 관련된 法令으로는 제13조에서 事業主는 안전보건 업무를 總括 管理하는 안전보건관리책임자를 선임토록 하고 있고, 제16조에는 保健管理를 위한 保健 管理者를 選任토록 하고 있으며, 제19조에는 근로자, 사용자가 동수로 構成된 産業安全保健委員會(또는 노·사협의회)를 設置·運營을 하도록 하고 있으나 健康増進에 관한 구체적인 직무나 책무가 規定되어 있지 않으므로 이를 보완하여 사업주의 주관하에 體系的인 健康増進事業이 推進되도록 한다.

특히 安全保健管理規程은 事業場의 安全保健政策의 근간이 되는 것이므로 동규정에 노·사 합의에 의한 자사의 특징적인 健康増進 事業體系, 內容, 方法 등을 상세하게 규정하여 운영하는 것이 필요하며 이는 현재의 법체제에서도 가능한 것으로 본다.

4) 推進內容에 관한 關聯 法令: 第20條(安全保健關聯規程의 作成·申告), 第31條(安全·保健教育)

事業場에서 健康増進을 위한 活動內容과 관련된 법령으로는 제20조의 安全保健管理規程의 작성·신고에 관한 규정과 제31조의 안전·보건교육 실시 등이 규정되어 있으나, 勤勞者 健康増進에 관한 내용이 미흡하므로 이를 보완하여 자율적으로 사업이 추진되도록 하여야 한다.

이러한 産業安全保健法외에도 國民健康増進法에서는 地域社會住民의 健康増進事業과 아울러 500인 이상 사업장의 보건교육실시 등이 健康増進 活動을 규정하고 있으며, 中小企業 勤勞者 福祉振興法에도 勤勞者의 健康維持에 관련된 내용들이 규정되어 있으므로 이들 법령과 연계 추진방안을 적극 검토하여 정부에서는 事業場 健康増進 推進 要領을 事業場 規模 및 業種別로 提示하여 標準화된 健康増進活動을 展開하도록 하는 것이 필요로 된다.

마. 健康增進 事業推進 專門人力 養成

事業場 健康增進 活動의 체계적인 추진을 위하여는 健康增進事業에 관여하는 전문인력들이 다기능적으로 連繫 推進되어야 하므로 健康增進事業이 初期段階에 있는 우리나라의 실정에서는 專門人力의 養成이 시급하며 우선 다음과 같은 양성방안을 검토할 수 있다.

1) 專門課程 開設

事業場 健康增進活動 추진시 實行管理者로 機能하여야 할 保健管理者의 건강증진활동 遂行能力(근로자의 건강측정 결과를 토대로 개인별 지도를 실시하거나 필요시 지도를 실시하는 인력에 대한 지도를 지도할 수 있는 정도의 능력)培養을 위한 養成課程과 사업장내에서 근로자들의 리더로서 활동할 수 있는 健康增進活動 實踐리더의 養成이 필요한 바 이를 위한 과정은 현재 安全公團, 關聯專門機關 등에 동 과정의 開設을 推進하여야겠다.

2) 事業場의 既存 他人力活用

앞서 技術한 바와 같이 現行 각 제도에서 健康增進 分野에 參與하여야 할 인력 즉 營養士, 體育指導者 등을 活用, 事業에 連繫시키는 方案으로 관련단체들과의 긴밀한 협의하에 養成課程을 마련하도록한다. 또한 이러한 人力들은 팀을 構成하여 活動할 수 있도록 각기 기준을 마련 역할을 분명히 하도록 한다.

바. 健康增進 技法開發 普及

事業場의 業種과 勤勞者 特性에 따라 다르게 나타나는 직업성, 비직업성 건강문제를 중심으로 健康增進을 推進할 수 있는 標準화된 技法들이 開發·普及되어야겠으며 그 구체적 내용은 다음과 같다.

- 근로자 건강평가를 위한 測定道具의 開發
- 勤勞者 健康管理指導 및 事後管理가 용이한 개인별 건강관리 소프트웨어 개발
- 사업장의 업종 및 규모에 적절한 技法 및 資料開發
- 건강증진 활동분야별(운동지도, 영양지도, 정신보건, 중·고령자 건강관리 등) 活用技法 開發·普及
- 健康増進事業 效果測定技法 등

사. 專門機關 및 關聯機關의 健康増進事業 補強

건강증진사업이 사업장 보건관리의 일환으로 추진되려면 事業場 安全保健技術 서비스業務를 擔當하는 專門機關 및 關聯機關의 다음과 같은 역할 강화가 요구된다.

- 事業場의 健康増進活動 定着誘導: 건강증진 사업을 사업주가 수행하는 건강관리의 적극적 추진과 근로자의 자율적인 노력이 정착되도록 한다.
 - 노·사대표 각종 교육시 홍보기회 확대
 - 안전보건관련 보도매체, 간행물을 통한 홍보활동 확대
 - 건강증진사업의 우수사례 발표 및 정보교류 기회 제공
 - 건강증진사업 시범사업장 확대운영 등이다.
- 專門指導機關에 健康増進 專門人力 配置: 건강증진활동을 추진하고자 하는 사업장을 지도·지원할 수 있는 인력을 배치 전문적 지원체계 구비
- 健康測定用 裝備確保 및 支援制度 마련: 건강증진활동을 추진하고자 하는 사업장에서 자체적으로 추진할 수 있을 때까지 건강측정용 장비 및 기술을 지원하여 사업장 기반을 조성토록 지원한다.

아. 參與事業場 支援 및 인센티브제 方案 摸索

현재 자율적으로 진행되고 있는 사업장에서의 건강증진사업이 활성화되기 위하여는 산업안전보건법상 법정사업으로 制度化되는 것과 아울러 自律

的으로 추진하는 事業場에 대하여는 다음과 같은 制度的 支援이 要求된다.

- 산재예방에 관한 정부포상 추진시 우선 추천
- 참여 사업장 기술자문 및 교육훈련 등 요구시 적극협조

4. 結 論

이상 기술한 바와 같이 事業場에서의 勤勞者 健康增進事業은 '95년 9월부터 시행된 國民健康增進事業과 함께 시작단계로써 특히 産業化가 급속도로 진행된 우리나라에서는 더욱 적극적인 대응책이 필요로 되고있다. 이에 우리나라의 경우 1980년대 후반부터 일부 대기업에 국한되어 추진되고 있는 事業場 健康增進事業의 體系的 遂行이 필요로 됨에 따라 본 연구에서는 우리나라 실정에 맞는 事業場 健康增進事業 모델 開發을 위하여 사업장의 근로자 건강관리제도 및 실태분석, 선진외국의 제도조사 및 현재 한국산업안전공단에서 진행중인 健康增進示範事業場 運營結果 등을 토대로 연구 검토하였다. 그러나 제한된 연구기간 및 관련 자료부족 등으로 國民健康增進事業, 勤勞者 健康診斷制度, 醫療保險 部分의 豫防事業 등과의 체계적인 연계 역할분담 등에서 향후 단계적인 연구가 필요로 되고 있음을 밝히며 향후 사업장 건강증진사업의 활성화를 위하여 몇 가지 정책적 제언을 하면 다음과 같다. 事業場 健康增進事業의 추진을 위하여는, 첫째 사업장에 노·사가 적극적으로 참여하여 의사결정을 할 수있는 체계의 구축이 필요하다.

둘째, 勤勞者의 健康狀態를 보다 정확하게 측정할 수 있는 방법과 내용의 보완이 요구된다.

셋째, 健康增進事業의 효과적 추진을 위한 전문인력의 양성과 관리제도가 마련되어야 한다.

넷째, 事業場에서 健康增進事業에 적극적으로 참여하도록 유인할 수 있는 제도적 지원과 각종 인센티브제의 개발이 필요하다.

VI. 醫療保險 健康檢診事業의 效率的 推進方案

1. 健康增進事業과 健康檢診 프로그램

가. 健康增進

1인당 國民總生産이 1995년에 美貨 1만달러를 넘게 되었으며, 이러한 所得水準이 향상됨에 따라 국민들은 福祉와 醫療에 대하여 보다 많이 期待를 하게 되었다. 이러한 국민들의 기대에 보다 效果的이고 效率的으로 부응하기 위하여 政府는 國民健康增進法을 制定하였고 具體的인 事業을 實施하려 준비중이다. 健康增進은 疾病豫防의 내용과 상당 부분 중복되며, 전통적으로 一次豫防, 二次豫防, 그리고 三次豫防으로 분류되는 예방프로그램 중에서 일차예방에 해당된다(유승흠, 1995). 일차예방은 營養狀態, 신체적합도, 정서적 안정, 感染病에 대한 豫防接種 그리고 安全한 環境 등을 개개인과 지역사회 전체의 努力을 통해서 成就하므로서 건강을 증진하는 것이다 (Last, 1983). 즉 일차예방의 古典的 정의에 이미 健康增進이 言及되어 있으며 그 내용은 현재 健康增進의 概念과 비슷하다고 할 수 있다. 傳統的인 疾病의 豫防概念과 健康增進의 概念의 주요 차이점은 目標에 있지 않고 초점에 있다는 견해가 있다. 즉 豫防은 疾病을 겨냥한 개념이고 健康增進은 건강을 겨냥하고 있는 초점의 差異라고 볼 수 있다.

그런데 健康을 增進하기 위하여는 疾病을 早期에 발견하여 早期에 治療하는 일차예방의 개념의 도입이 필수적이다. 즉 영양, 신체적합도, 예방접종, 환경 등을 적절하게 하므로서 건강을 증진하되, 질병의 자연사 중에서 일단 초기병원성기에 접어들면 질병을 早期發見하여 早期治療하므로서 건강을 빨리 회복하도록 한다.

나. 健康檢診

健康增進을 위하여는 健康診斷 또는 檢診 프로그램이 중요한 의미를 갖는다. 健康診斷이란 증상이 없는 사람을 대상으로 질병을 초래하는 危險要素를 결정하거나 그 질병을 증상이 없는 초기에 발견하기 위한 검진계획을 말한다(유승흠 등, 1990). 증상이 없다는 것은 건강하다는 의미가 아니라 다만 특정질병의 임상적 증거가 없음을 뜻한다. 건강진단의 기본적인 목적은 건강문제가 생기기 전에 초기단계에서 숨은 疾病 또는 危險要因을 찾아내는 데 있다.

健康診斷은 모든 사람에게 같은 종목을 千篇一律적으로 適用하는 것이 아니라 差別化 하여야 한다. 해당 지역사회에서의 특정질환의 有病率과 罹患率, 死亡率 등을 감안하여 對象疾病을 選定하고, 개개인의 年齡, 性, 過去病歷, 家族病歷, 危險要因, 職業 등에 따라서 필요한 檢診種目を 달리 한다.

한편 健康診斷은 특정 人口集團에서 특정 질병을 가진 사람을 찾아내는 集團檢診과 구분된다. 集團檢診은 일정 人口集團에서 특정 질병을 찾아내기 위하여 특정 진단방법을 適用하여 實施하는 것이다.

外國에서는 한세기 전부터 연례적인 건강진단프로그램이 보편적이었다. 미국에서는 1923년에 公衆保健協會에서 생일마다 定期健康診斷을 받자고 권장하였다(Charap, 1981). 그러나 1970년대 후반부터는 선별적 정기건강진단의 效用性이 대두되었으며(Hudson, 1988), 1980년대 후반부터는 平生健康管理프로그램이 國家的인 事業으로 대두되었다(Canadian Task Force, 1979; U.S. Preventive Task Force, 1979).

우리나라에서는 産業安全保健法에 의한 勤勞者 健康診斷, 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險法에 의한 被保險者 健康診斷, 母子保健法에 의한 임신부 및 영유아 건강관리, 學校保健法에 의한 학생과 교직원의 보건관리, 각급 의료기관에서 하는 綜合健康檢診 프로그램, 韓國健康管理協會의 檢診事業 등이 다양하게 施行되고 있다.

醫療保險管理公團의 被保險者를 대상으로 한 健康檢診事業의 비용편익 분석결과 비용과 편익 비는 4~10배로 추정되었다(유승흠 등, 1987, 1989). 한편 疾病豫防管理方案, 健康增進과 疾病豫防을 위한 健康 스스로 가꾸기 戰略開發 등이 연구된 바 있다(유승흠 등, 1988, 1990). 健康診斷프로그램에 대하여는 여러가지 안이 제시되었는데 크게 다르지는 않다. 1993년에는 大韓家庭醫學會를 중심으로 심포지움을 開催하여 平生健康管理 프로그램을 紹介하였고(김영식, 1993) 이를 토대로 하여 우리 실정에 맞게 프로그램을 開發 提示한 것이 단행본으로 소개된 바 있다(대한가정의학회, 1995).

〈表 VI-1〉 1990年度 非感染性疾患 關聯檢診事業 現況(1990年 現在)

사업명	대상인구	예산(원)
노인건강진단(보건복지부)	약 174만명	약 113억
성인병 진단사업(보건복지부)	약 280만명	약 90억
피보험자 건강진단(의료보험관리공단)	약 90만명	약 118억
예방보건사업(의료보험연합회)	약 338만명	약 270억
근로자 일반건강검진(노동부)	약 340만명	약 290억
학교보건사업(교육부)	약 1,000만명	약 90억
영유아 건강진단사업(보건복지부)	약 160만명	약 1억
계	약 2,382만명	약 963억

資料: 조병륜, 『대한병원협회지』, 1992, p.441.

2. 醫療保險 健康檢診事業 現況

醫療保險의 目的은 國民의 疾病, 負傷, 分娩 또는 死亡 등에 대하여 保險 給與를 실시함으로써 國民保健을 向上시키고 社會保障의 增進을 도모하는 데 있다(의료보험법 제1조). 醫療保險의 健康檢診事業은 어떤 疾病에 罹患 되었을 때 받게되는 많은 經濟的 損失과 患者의 苦痛에 대한 事前豫防을 통하여 질병에 전환되지 않도록 하므로써 健康한 생활을 영위할 수 있도록 하고, 또한 이미 罹患된 疾病은 早期에 發見, 治療하여 질병의 重症進行을

防止함으로써 건강의 早期回復을 통한 건강의 維持增進과 나아가 개인의 경제적 손실을 최소화함은 물론 長期的으로는 保險給與費의 支出을 줄일 수 있는 效果를 거두고자 하는데 있다.

이러한 目的에 따라 醫療保險管理公團과 職場, 地域 醫療保險組合에서는 나름대로의 健康檢診事業을 計劃, 運營하고 있다. 事業主體別 健康檢診 프로그램의 主要內容은 다음과 같다.

가. 醫療保險管理公團(公務員 및 私立學校 敎職員)의 健康檢診事業

1) 沿革

公務員 健康診斷은 ‘公務員 年金法(法律 第 1133號, 1962. 8. 31)’ 第21條 및 同法 施行令 第31條에 의거 公務員 年金法의 適用을 받는 公務員을 對象으로 1963년에 시작되었는데, 1973년 이전까지는 기관 자체 예산으로, 1973년부터는 總務處 年金給與로 實施되었다. 私立學校敎職員 健康診斷은 ‘私立學校敎員年金法(法律 第 2650號, 1973. 12. 30)’ 제42조 및 동법 시행령 제44조에 의거 私立學校敎員年金法의 適用을 받는 職員을 대상으로 1975년부터 私立學校敎員 年金管理公團 年金給與로 實施되었다.

그러다가 1977년 12월 31일에 ‘公務員 및 私立學校敎職員醫療保險法(이하 “공·교의료보험법”이라 한다)’이 制定되면서 동법 제29조 및 동법 시행령 제25조에 의거 公務員과 私立學校敎職員의 健康診斷을 醫療保險圈으로 吸收하여 醫療保險管理公團이 主管하여 實施하도록 하는 根據를 마련하였다. 주기로 보아 1979년에 공단 주관으로 최초의 건강진단이 실시되었어야 하나 公團 創立初期로 準備가 未洽하여 실시하지 못하고 1980년부터 실시하게 되었다.

2) 被保險者를 對象으로 한 健康診斷事業

가) 實施對象 및 施行過程

公務員 및 私立學校敎職員을 대상으로 하고 있는 건강진단사업의 法的 根據와 健康診斷 施行過程을 정리하면 <表 VI-2>와 같다.

<表 VI-2> 公務員 및 私立學校敎職員에 대한 健康診斷의 施行過程

구 분	공 무 원	사립학교敎직원
법적근거	공무원연금법 제21조 및 동법 시행령 제31조(구법) 법률 제1133호(1962년 8월 31일)	사립학교 敎원연금법 제42조 및 동법시행령 제44조(구법) 법률 제2650호(1973년 12월 30일)
대 상	공무원연금법을 적용받는 공무원 군인, 임시직 또는 조건부공무원 제외	사립학교敎원연금법을 적용받는 직원 1975~77년까지는 敎원만 적용
비용부담		
1963~1973	기관자체 예산	학교자체 예산
1973~1977	총무처(연금급여)	사립학교 敎직원 연금관이 공단 연금
1980~현재	의료보험급여(공·교 의료보험법 제29조)	

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.18.

나) 實施區分

檢診은 1차 및 2차 健康診斷으로 區分 實施하였으며, 1차 健康診斷은 全 被保險者에게 일률적으로 해당 검진항목을 실시하였고, 2차 健康診斷은 1차 건강진단결과 有所見者에게 한하여 該當疾患別로 실시하였다.

1980년부터 1984년까지는 전체 대상자에게 일률적으로 같은 종목을 적용하여 실시하였으나 1986년부터는 檢診 種目を 年齡階層(30세 기준), 性別로 區分 實施하여, 1984년 1월 1일 이후 新規資格 取得者는 全種目を 실시하고 女性에게만 血색소 검사를 실시하였으며, 血당 등 5종목의 검사를 실시하는 것은 費用/效果面에서 바람직하지 못하다고 판단되어 매 6년마다 일제 검

사를 실시하기로 한 데에 따른 것이다.

1988년에는 法定 傳染病人 肺結核 및 性病(TPHA양성자) 既往歷者는 受檢者의 수검편의를 도모하기 위하여 1, 2차 건강진단을 통합 실시하였고, 2종으로 분리되어 있던 1, 2차 건강진단카드를 1종으로 통합함으로써 과거의 건강진단 결과 및 當該年度 1, 2차 건강진단 성적을 相互連繫하여 判定할 수 있도록 개선하였다.

1990년에는 1986~1988년 건강진단 결과 有疾患者로 判定된 受檢者에 대해 1, 2차 건강진단을 동시에 실시하였고, 일정주기(6년)별 일제검사제도를 확립하여 性, 年齡別 구분없이 전종목 검진을 실시하도록 하였다. 또한 위장, 간장, 직장, 유방, 자궁경부의 5개 부위에 대한 癌檢査를 희망하는 被保險者에 대해 실시하는 希望 癌檢診制度 및 家族 肝炎檢査制度를 도입하여 실시하였다. 1992년에는 전회 검사결과 유질환자에 대해서 1, 2차 건강진단을 동시에 실시하였다. 1994년에는 肺結核 既往歷者중 完治者에 대해서는 1차 胸部 X-線 直接 撮影結果 異常 所見者에 한하여 結核菌 檢査를 실시하므로써 完治者에 대한 불필요한 검사를 하지 않도록 하였으며, B형 肝炎 保菌者에 대한 家族 肝炎檢査는 未實施하는 대신 1995년도 피부양자 건강진단시 실시하기로 하였으며, B형 肝炎 豫防接種은 未實施者에 대한 검사결과 保菌率이 극히 저조하여 실시하지 않기로 하였다.

다) 受檢人員 現況

公團이 실시하고 있는 健康診斷事業의 根據는 공·교의료보험법 제26조 및 제29조, 동법 시행령 제25조인데, 동 법령에서는 “... 건강진단을 실시한다.”, “... 실시하여야 한다”라고 각기 규정하여 건강진단실시를 公團의 義務事項으로 하고 있다. 被保險者를 對象으로 한 건강진단은 2년을 週期로 하고 있으며 1980년부터 1994년까지 8회에 걸쳐 연인원 727萬名에게 검진을 실시하였는데, 年度別 實施人員은 1980년에는 약 76만명이었으나 1994년에는 111만명으로 年平均 增加率은 2.8%이었다(表 VI-3 참조).

<表 VI-3> 年度別 被保險者 健康診斷 受檢人員

(단위: 명, %)

연도	1차건강진단			2차건강진단		
	대상인원	수검인원	수검률	대상인원	수검인원	수검률
1980	780,949	760,671	97.4	110,662	99,472	89.9
1982	797,283	770,503	96.6	129,665	122,153	94.2
1984	873,762	809,035	92.6	163,150	150,274	92.1
1986	906,554	864,304	95.3	125,118	110,751	88.5
1988	967,771	915,221	94.6	127,002	115,634	91.0
1990	1,035,438	978,349	94.5	158,067	147,257	93.2
1992	1,117,809	1,054,947	94.4	195,630	182,827	93.5
1994	1,177,961	1,112,721	94.5	199,205	183,192	92.0
계	7,657,527	7,265,751	94.9	1,208,499	1,111,560	92.0

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.19.

라) 實施期間

최초 건강진단 실시년도인 1980년과 1982년에는 1차 건강진단 결과 再檢 必要者는 별도의 기간을 정하여 2차 건강진단을 실시하였으나, 1984년부터는 실시기간 중 1, 2차 검진을 並行實施토록 하였다. 1990년부터는 건강진단 실시방법을 개선하여 수검기간 단위별 集團 檢診과 希望者에 한하여 個別 檢診을 병행 실시토록 하였으며, 被保險者의 편의를 위하여 실시기간도 대폭 연장하였다. 1996년 被保險者 健康診斷부터는 個別 檢診을 原則으로 하게 됨에 따라 연중 실시할 方針으로 있다.

마) 診斷費 支給現況

健康診斷費 支給에 있어서 1994년 被保險者의 健康診斷의 경우는 약 146 억원이 소요되어 受檢人員 1인당 평균 健康診斷費는 13,110원이었다. 연도별 健康診斷費 支給現況은 <表 VI-4>와 같다.

〈表 VI-4〉 年度別 被保險者 健康診斷費 支給現況

(단위: 명, 원)

연도	실인원	금액
1980	760,671	3,209
1982	770,503	4,248
1984	809,035	6,682
1986	864,304	6,967
1988	915,221	11,658
1990	978,349	8,528
1992	1,054,947	13,597
1994	1,112,721	14,586
계	7,265,751	76,814

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.20.

바) 健康診斷 種目

1980년에 종래의 일반적인 身體檢査種目에 附加하여 血색소, 총단백, 총 콜레스테롤, 혈청 GOT, 요소질소, 혈당, 요당, 요단백 등을 추가하였다. 1982년에는 요산도 검사를 검사종목에서 除外하였고, 1차 검진종목이던 요소질소, 콜레스테롤 검사를 2차 종목으로 하고, 2차 검사에 혈압을 追加하였다. 1984년에는 1차 검진에 간염항원, 항체검사 및 매독침강반응검사를 추가하고, 2차 검진의 경우 TPHA, 총단백 검사 등을 추가하는 대신 요소질소, 콜레스테롤, 간염항원검사 등은 제외하였다(表 VI-5 참조).

1986년에는 成人病의 早期發見을 위하여 검진종목을 대폭 개선 보완하였는데, 1차 검진시에 혈청지피티 및 크레아티닌을 추가하였고 2차 검진의 경우 法定傳染病人 肺結核에 결핵균 배양검사를 추가하는 등 모두 5종목을 보완하여 檢診을 실시하였다. 1988년에는 1984년이후 간염검사를 실시하지 않은 被保險者에 대해서 일률적으로 간염 항원, 항체 검사를 실시하여 1988년도 건강진단 종료시에는 전 피보험자에 대한 간염검사를 완료하였으며, 2차 검사종목에 HDL-cholesterol, LDH, 결핵균약제, 감수성 검사 등 5종목을 추가하였다.

〈表 VI-5〉 年度別 健康診斷 種目 變更 內譯

연도	1차 건강진단	2차 건강진단
1980	혈당 등 18종목	폐결핵 등 7개질환 19종목
1982	혈당 등 15종목 - 요산소, 요소질소, 콜레스테롤 검사 제외	폐결핵 등 7개질환 22종목 - 혈압, 콜레스테롤, 요소질소 검사추가
1984	혈당 등 18종목 - 간염항원, 항체검사 및 매독 침강 반응검사 추가	폐결핵 등 8개질환 20종목 - TPHA, 총단백검사 등 추가 - 요소질소, 콜레스테롤, 간염항원 검사 등 제외
1986	혈당 등 21종목 - 요잠혈, 혈청지피티, 크레아티닌 검사 추가 - 문진표 시범실시	폐결핵 등 8개질환 26종목 - 진찰, 감마-GPT, 결핵균 배양검사 등 12종목 추가 - 소화기계질환, 혈청지피티, 크레아티닌 제외
1988	혈당 등 21종목 - 문진표에 의한 문진 전면 실시	폐결핵 등 8개질환 31종목 - HDL-cholesterol, LDH, 결핵균 약제 감수성 검사 등 5종목 추가
1990	혈당 등 20종목 - 크레아티닌 검사 제외	폐결핵 등 9개 질환 33종목 - 순환기계질환군을 고혈압성 질환과 고지혈성 질환으로 구분 실시 - 알파휘도단백, 크레아티닌 검사 추가
1992	혈당 등 20종목 - 혈당, 총코레스테롤, 혈청 지오티, 혈청지피티 등 4종목은 30세 이상에게만 실시 - 혈액소 검사는 여자에게 만 실시	폐결핵 등 9개 질환 33종목
1994	혈당 등 21종목 - 자궁경부암 검사 추가 희망검진에서 정기 건강 진단 종목으로 전환 - 혈액검사에서 매독반응 검사 제외	폐결핵 등 8개질환 32종목 - 당뇨병검사에 정밀안저 검사추가 - 빈혈중에 적혈구수를 추가하고 분변충란검사 제외 - VDRL정량검사 및 TPHA제외

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.23.

1990년에는 1차 종목이던 크레아티닌 검사를 2차 종목으로 하는 등 1, 2차 健康診斷 種目を 改善하고 순환기계질환군을 고혈압성 질환과 고지혈성 질환으로 구분 실시하였으며, 피보험자중 희망자에 한하여 검진에 소요되는 비용을 醫療保險診療酬價 基準으로 本人이 全額 負擔하여 위장 및 암검사를 選別的으로 실시하였다.

1994년에는 1992년부터 希望者에 한하여 선별적으로 실시하던 암검사 종목 중 자궁경부암 검사를 定期診斷 種目으로 轉換하여 실시하였고, 혈액검사중 매독반응검사는 제외하였다. 또한 2차 종목 중 당뇨병에 정밀안저검사를 추가하였다. 빈혈증검사에 있어서 병적인 상황에서 적혈구수와 혈색소간의 관계 규명이 容易하다는 이유로 적혈구수 검사를 추가하고 분변충란 검사는 寄生蟲 發見率이 저조(1992년 48명 발견)하여 종목에서 제외하였다.

사) 檢診方法 및 節次

1994년에 실시한 健康檢診方法 및 節次를 要約하면 다음과 같다.

(1) 檢診方法

檢診地域은 醫療保險取扱機關 所在地 中診療圈으로 하며 交通, 地理的 與件 등을 勘案하여 檢診地域을 調整할 수도 있다. 검진방법은 통원검진을 原則으로 한다. 그러나 검진지역내에 療養機關이 없거나 脆弱地域으로서 公團 管轄地域 支部에서 사전 승인한 경우에는 巡廻檢診을 실시할 수 있다.

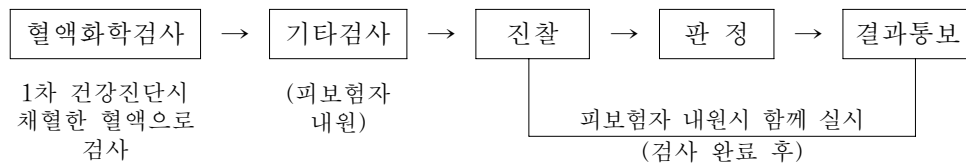
(2) 檢診實施 單位

수검기관 단위로 검진을 실시하며 受檢機關과 同機關 所屬 單位機關 또는 派遣勤務者가 檢診機關을 달리하거나 또는 동일 검진지역내에 있다 할지라도 수검자의 수검편의상 필요할 경우에는 單位機關 또는 派遣勤務地別로 檢診을 실시할 수 있다. 개별검진을 희망하는 被保險者는 醫療保險證에 명기된 中診療圈內 檢診療養機關에서 個別檢診을 받을 수 있다.

(3) 檢診節次

피보험자 건강진단 2차 수검절차는 [圖 VI-1]과 같다.

[圖 VI-1] 被保險者 健康診斷 受檢節次



아) 檢診療養機關 指定

검진요양기관 지정에 있어서는 전국에 散在해 있는 被保險者의 分布狀況과 地理的인 條件, 交通上의 便利 등 諸般要素를 감안하여 地域別로 選定하되, 施設·人力·裝備 및 其他 필요한 諸般施設을 具備한 療養機關으로서 大韓臨床 病理學會와 大韓臨床檢査程度管理協會의 支援으로 公團이 주관 실시한 臨床 檢査 程度管理成績이 우수한 기관 中 選定優先順位(療養機關 種別 等) 등을 複合的으로 考慮하여 適正 療養機關을 指定하여 오고 있다(表 VI-6, 表 VI-7, 表 VI-8 참조). 指定된 檢診機關은 各種 血液檢査의 正確도와 精密度를 維持 하기 위하여 內部 程度管理(quality control)에 철저를 기하도록 하였으며, 1990년부터 檢진요양기관의 指定契約期間을 2년에서 3년으로 연장하였다.

자) 檢診結果

(1) 綜合判定

1994년 健康診斷 受檢人員 1,112,721명에 대한 1, 2차 健康診斷 綜合判定結果는 <表 VI-9>에서 보는 바와 같이 정상판정 84.3%, 이상판정 14.1%, 기타 1.5%이었는데 정상판정 中에서 完全정상자는 62.8%, 주의의 건강자는 21.5%, 이상 판정자중에서 휴무요양 0.1%, 단순요양 6.4%, 주의의는 7.6%였다.

〈表 VI-6〉 檢診療養機關 指定方法

연 도	지 정 방 법
1980	- 전국에 산재해 있는 피보험자의 분포상황과 지리적인 조건, 교통상의 편리 등 제반요소를 기안하여 지역별고 선정
1982	- 서울특별시, 부산직할시, 대구직할시, 인천직할시 및 시·군·구 단위를 건강진단 실시지역으로 설정하여 지역별로 검진요양기관 지정
1984	- 시설, 인력, 장비 및 기타 필요한 제반 시설 구비 - 공단 주관임상검사 정도관리 측정에서 적합반정을 받은 기관 - 1차 검진기관 또는 1, 2차 동시 검사기관으로 구분 지정 · 1차 기관: 단과병원 및 의원급 의료기관 · 동시기관: 종합병원 및 병원(4과 이상 개설 병원)
1986	- 시설, 인력, 장비 및 기타 필요한 제반시설 구비 - 1, 2차 임상검사 정도관리 측정에서 적합관정 받은 기관 - 검진지역내 피보험자수 등을 감안 적정수의 요양기관만 지정 - 1차 검진기관 또는 1, 2차 동시 검진기관으로 구분 지정
1988	- 시설, 인력, 장비 및 기타 필요한 제반시설 구비 - 대한림상병리학회와 대한임상검사정도관리협회의 지원으로 공단이 주관 실시한 임상검사 정도관리 성적 우수기관 선별 실시 - 검진지역내 피보험자수 및 의료기관의 수준 등을 감안 적정수의 의료기관만 지정
1990	- 1988년과 동일
1992	- 시설, 인력, 장비 및 기타 필요한 제반시설 구비 - 대한임상병리학회와 대한임상검사정도관리협회의 지원으로 공단이 주관 실시한 임상검사 정도관리 성적 우수기관 선별 실시 - 다음과 같은 선정 우선순위에 따라 검진지역내 검진인원 등을 복합적으로 고려한 적정요양기관을 지정 · 1순위: 국·공립병원, 지방공사병원, 종합병원, 의료취약지역 소재지 민간병원 · 2순위: 내과를 포함한 4과 이상 개설병원, 보건의료원 (병원화 보건소) · 3순위: 2순위에 포함되지 않은 4과 이상 개설병원 및 종합검사를 주 목적으로 개설한 병·의원 · 4순위: 상기 순위에 포함되지 않은 병원 및 5병실 이상 보유병원
1994	- 1992년과 동일

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, pp.31~32.

〈表 VI-7〉療養機關 種別 檢診療養機關

(단위: 개소)

연도	종합병원	병원	의원	계
1980	90	63	45	198
1982	120	81	39	240
1984	129	125	37	291
1986	172	133	28	333
1988	182	141	33	356
1990	222	150	44	416
1992	221	162	31	414
1994	232	182	41	455

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.32.

〈表 VI-8〉支部別 檢診療養機關

(단위: 개소)

구분	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994
서울 지부	23	31	34	41	46	50	51	48
서울 동부	9	16	19	33	34	39	37	47
서울 북부	6	10	10	16	18	19	17	21
부산 지부	13	15	18	24	28	32	32	33
대구 지부	8	9	11	11	12	13	13	15
인천 지부	3	6	11	12	14	16	16	17
광주 지부	6	7	6	10	11	14	13	13
대전 지부	5	4	5	6	7	7	7	9
경기 지부	18	22	25	25	30	30	29	32
경기 북부	7	8	11	7	9	13	12	13
강원 지부	7	10	11	9	10	16	15	18
강원 동부	5	5	8	8	8	8	8	9
충북 지부	13	16	17	12	14	16	17	19
충남 지부	8	10	14	13	13	14	14	16
전북 지부	8	9	11	11	10	16	17	19
전남 지부	13	13	20	24	26	33	33	33
경북 지부	28	24	24	31	31	36	36	41
경남 지부	15	22	31	34	29	37	41	46
제주 지부	3	3	5	6	6	3	6	6
계	198	240	291	333	356	416	414	455

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.33.

〈表 VI-9〉 綜合判定結果

(단위: 명, %)

구분	수검인원	정 상			이 상				기타
		건강	요주의 건강	계	휴무 요양	단순 요양	요주의	계	
남자	811,468 (100.0)	479,653 (59.1)	176,404 (21.7)	656,057 (80.8)	1,266 (0.16)	65,364 (8.1)	74,835 (9.2)	141,465 (17.4)	13,946 (1.7)
여자	301,253 (100.0)	219,408 (72.8)	63,271 (21.0)	282,679 (93.8)	104 (0.03)	5,929 (2.0)	9,446 (3.1)	15,479 (5.1)	3,095 (1.7)
계	1,112,721 (100.0)	699,061 (84.3)	239,675 (21.5)	938,736 (84.3)	1,370 (0.1)	71,293 (6.4)	84,281 (7.6)	156,944 (14.1)	17,041 (1.5)

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.80.

綜合判定 結果를 年齡別로 보면 <表 VI-10>에서 보는 바와 같이 正常判定가 가장 높은 연령군은 19세 이하(96.4%)이며, 60세 이상(65.0%)이 가장 낮았다. 치료를 요하는 單純療養, 休務療養의 比率은 연령에 비례해서 점점 높아지는 양상을 보였다.

〈表 VI-10〉 年齡群別 綜合判定 結果

(단위: 명, %)

구분	19세 이하	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60세 이상	계	
정 상	정상	1,427 (80.9)	178,815 (80.1)	268,479 (66.7)	149,752 (56.0)	88,361 (46.8)	12,227 (42.2)	699,061 (62.8)
	요주의 건강	273 (15.5)	34,178 (15.3)	86,009 (21.3)	66,316 (24.8)	46,286 (24.4)	6,613 (22.8)	239,675 (21.5)
치 료 대 상	단순 요양	13 (0.7)	2,934 (1.3)	17,014 (4.2)	21,509 (8.0)	25,226 (13.4)	4,597 (15.9)	71,293 (6.4)
	휴무 요양	0 (0.0)	92 (0.0)	343 (0.1)	394 (0.1)	480 (0.3)	61 (0.2)	1,370 (0.1)
요주의	41 (2.3)	5,686 (2.6)	26,495 (1.1)	24,565 (9.2)	23,282 (12.3)	4,212 (14.6)	84,281 (7.6)	
기타	10 (0.6)	1,503 (0.7)	4,266 (1.1)	4,727 (1.8)	5,301 (2.8)	1,234 (4.3)	17,041 (1.5)	
수검인원	1,764 (100.0)	223,208 (100.0)	402,606 (100.0)	267,263 (100.0)	188,936 (100.0)	28,944 (100.0)	1,112,721 (100.0)	

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.81.

(2) 疾患別 有疾患率

年度別 被保險者 健康診斷 有疾患率은 1994년에 723명으로 가장 높았으며 1986년에 437명으로 가장 낮았다. 性別 有疾患率을 보면 男子(916명)가 女子(204명)보다 약 4배 정도 높았으며, 年齡群別 有疾患率은 주로 成人病을 대상으로 하고 있으므로 年齡이 增加할수록 현저히 증가하였으며 40세 이후부터는 平均 有疾患率을 上廻하였다(表 VI-11 참조).

〈表 VI-11〉 年度別, 性別, 年齡群別 有疾患率

(단위: 명, 유질환율: 수검인원 10,000명당)

구분	1994	1992	1990	1988	1986
남	915.9	751.2	677.7	575.6	527.7
여	203.7	169.9	155.1	118.9	116.7
19세 이하	68.0	119.6	114.8	74.6	83.1
20~29세	129.1	121.9	151.5	92.3	107.3
30~39세	446.2	349.2	313.0	246.9	262.7
40~49세	917.6	762.1	714.2	617.5	610.2
50~59세	1,567.5	1,386.3	1,265.0	1,117.4	965.6
60세 이상	1,887.8	1,642.8	1,579.4	1,457.4	1,237.3
계	723.1	601.4	547.4	468.8	436.8

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.87.

疾患別 有疾患率은 循環器械 疾患과 肝疾患이 높은 有疾患率을 보였으며, 기타 胸部疾患과 肺結核이 낮은 有疾患率을 보였다(表 VI-12 참조).

〈表 VI-12〉 年度別, 疾患別 有疾患率

(단위: 명, 유질환율: 수검인원 10,000명당)

구분	1994	1992	1990	1988	1986
폐결핵	14.8	17.4	22.1	28.8	35.7
순환기계질환	300.7	231.8	195.9	171.3	134.4
간질환	229.8	172.2	154.5	100.2	105.2
당뇨병	137.1	130.7	119.8	107.5	87.1
신질환	21.3	16.9	17.4	13.8	20.2
빈혈증	13.4	6.5	6.4	3.2	2.2
기타흉부질환	6.0	4.6	4.0	3.0	5.4

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995, p.87.

차) 健康診斷 事後管理

1980년부터 健康診斷 終了後 개인별 건강진단 성적과 日常生活에 필요한 각종 健康守則을 안내하였다. 1984년에는 미수검자에 대하여 未受檢 事由를 確認하여 그 내역을 컴퓨터에 收錄 保管하여 同 被保險者에 대해서는 차기 건강진단 실시시 누락되지 않도록 하였으며, TPHA양성자에 대해서는 過去 完治者 등의 양성반응에 따른 사후관리사항 및 본인 任意 投藥을 防止하기 위한 안내문을 個別通知하였다.

1986년부터는 保健教育 資料의 開發普及과 有疾患者로 判定된 수검자에 대한 事後管理 案内 등을 실시하였으며, 일상생활에 필요한 건강관리 안내문을 檢診 終了後 즉시 受檢機關을 경유하여 본인에게 배부하였다. 1992년에는 健康生活 文庫等 30여 만 부를 製作하여 醫療保險取扱機關, 有疾患者 및 豫防管理 對象者에게 배부하였으며, 1994년부터는 ‘要注意 健康者’를 綜合判定의 한 범주로 신설하여 早期治療 및 疾病豫防을 시도하였으며 健康 相談室을 통해서 개인적인 選擇的 豫防醫療서비스를 제공하고 있다.

3) 被保險者를 對象으로 한 希望 癌檢診制度

가) 內容

1988년 12월 30일 총무처로부터 당시 보건사회부에 소화기, 암, 에이즈 등 수검자가 희망하는 종목을 추가로 실시하는 公務員 健康診斷制度 改善에 관한 협조 요청이 있어, 보건사회부에서는 동 개선방안에 대한 意見提出을 公團에 지시하였다. 공단에서는 이를 검토하여 胃潰瘍 등 3개 질환의 胃腸檢査 및 胃癌 등 5개 종목의 癌檢査를 對象으로 定期診斷時 希望者에 한하여 選別 實施하는 改善案을 1989년 3월 13일 보건사회부에 제출하였다. 이에 보건사회부는 수검자가 희망하는 종목은 그 費用을 受檢者가 負擔함을 原則으로 하는 制度 改善에 따른 細部計劃을 수립, 공단에 지시하여 공단에서 1990년부터 희망 암검사를 실시하게 되었다. 그 내용은 被保險者中

希望者에 한하여 胃腸 癌檢査를 選別的으로 실시하되, 1차 선별 검사비용은 의료보험진료수가 기준으로 本人이 全額 負擔하고, 2차 確認費用 檢査는 公단이 전액 부담하도록 하였다. 1994년에 위장, 간장, 결·직장 및 유방암 검사는 전회와 같이 실시하되, 자궁경부암 검진을 희망 암검진에서 定期 健康 診斷種目에 포함시켰다.

나) 癌檢査 結果

1994년 被保險者 癌檢査는 모두 8,087명이 희망하였는데 위장 5,009명, 간장 5,867명, 결·직장 3,973명, 유방 1,228명 등 4개 부위에 연인원 16,077명이 1차 선별 검사를 받았다. 被保險者 癌檢査 希望檢診 1, 2차 검사 종합판정 결과 위장에서 5명의 惡性腫瘍 患者를 발견하였으며, 惡性腫瘍외의 再檢對象과 기타 疾患은 위장질환 1,823명, 간장질환 1,632명, 결·직장질환 52명, 유방질환 64명을 발견하였다(表 VI-13).

〈表 VI-13〉 癌檢査 實施結果

(단위: 명, %)

구분	위 장	간 장	결·직장	유 방	연인원
판정 내역					
정상	3,125(62.4)	4,163(71.0)	3,838(96.6)	1,136(100.0)	12,262(76.3)
재검대상	16(0.3)	11(0.2)	8(0.2)	11(0.9)	46(0.3)
악성종양	5(0.1)	-	-	-	5(0.0)
기타질환	1,807(36.1)	1,621(27.6)	44(1.1)	53(4.3)	3,525(22.0)
미수검	56(1.1)	72(1.2)	83(2.1)	28(2.3)	239(1.5)
수검인원	5,009(100.0)	5,867(100.0)	3,973(100.0)	1,228(100.0)	16,007(100.0)

註: 실인원은 8,087명임.

資料: 의료보험관리공단, 「1994년도 피보험자 건강진단 결과분석」, 1995, p.153.

4) 被扶養者를 對象으로 한 成人病 檢診事業

1993년부터 40세 이상의 被扶養者에게도 成人病 檢診을 실시토록 하였으며 이를 격년제로 실시하고 있다.

가) 實施對象 및 法的根據

被扶養者 成人病檢診 實施 對象者와 法的根據는 <表 VI-14>과 같다.

<表 VI-14> 被扶養者 成人病 檢診 實施 對象者와 法的根據

구 분	내용	비 고
법적근거	공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 제26조	
대 상	40세 이상 피부양자(1953년 12월 31일 이전에 자격을 취득한 국내 거주 피부양자	제외: 1993년도 피부양자 건강진단의 대상질환에 이환되어 입원 또는 통원 치료중인자, 1993년 7월 1일 이후 공단 에서 실시하는 피부양자 건강진단과 동일 수준 이상의 건강진단을 받은자
실시기간	1993. 7. 15.~11. 15.	

나) 實施區分

- ① 被扶養者 健康診斷은 1회 내원으로 受檢을 終了하고, 건강진단 결과 精密檢診이 필요한 疾患疑心者인 경우는 醫療保險 療養給與토록 한다.
- ② 트리크리세라이드, 요소질소, 크레아티닌 등 3종목은 擔當醫師의 所見에 따라 건강진단 실시결과 異常 所見者에 한하여 既 採血한 혈청으로 追加檢査를 실시한다.
- ③ 婦人科的 細胞學的 檢査는 여자 피부양자에 한하여 실시한다.

다) 受檢人員 및 健康診斷費 支給 現況

1993년 被扶養者 건강진단 대상인원 1,072,245명 중 437,467명이 수검받아 健康診斷 平均 受檢率은 40.80%였으며, 健康診斷費 支給에 있어서 약 73억 원이 소요되어 수검인원 1인당 平均 件當 診療費는 16,870원이었다(表 VI-15 참조).

<表 VI-15> 被扶養者 健康診斷 受檢人員 및 健康診斷費 支給現況

구분	수검인원(명)			건강진단비 지급 (백만원)
	대상	수검	수검률(%)	
1993년	1,072,245	437,467	40.80	7,340

資料: 의료보험관리공단, 『1993년도 피부양자 건강진단 결과분석』, 1994.

라) 健康診斷 種目 및 對象者

공무원 및 사립학교교직원 의료보험의 건강진단시 검사종목과 해당 검진 대상자는 <표 VI-16>과 같다.

<表 VI-16> 健康檢診 種目 및 檢診對象者

건강진단종목		검진대상자
기본검사 진찰(시진, 촉진 등) 체위검사	진찰료 병원관리료	40세 이상 피부양자
흉부 X-선 간접촬영	촬영료, 판독료, 재료대	40세 이상 피부양자
요검사	요당, 요단백, 요삼혈	40세 이상 피부양자
혈액검사	혈색소, 백혈구, 혈청지오티, 혈청지피티, 총콜레스테롤, 혈당, 총단백, 트리그리세라이드, 요소질소, 크레아티닌	40세 이상 피부양자 트리그리세라이드: 총콜레스테롤 검사결과 이상 소견자에 한함 요소질소 및 크레아티닌: 요단백 검사결과 이상소견자에 한함.
세포학적검사	부인과적 세포학적검사	40세 이상 피부양자중 여자에 한함.
계	남자 20종목, 여자 21종목	

資料: 의료보험관리공단, 『1993년도 피부양자 건강진단 결과분석』, 1994.

마) 檢診方法 및 節次

- ① 檢診方法: 檢診地域은 醫療保險證에 表記된 中診療圈(복수진료지역 포함)으로 한다. 단, 해당 중진료권내에 지정된 檢診療養機關이 없거나 기

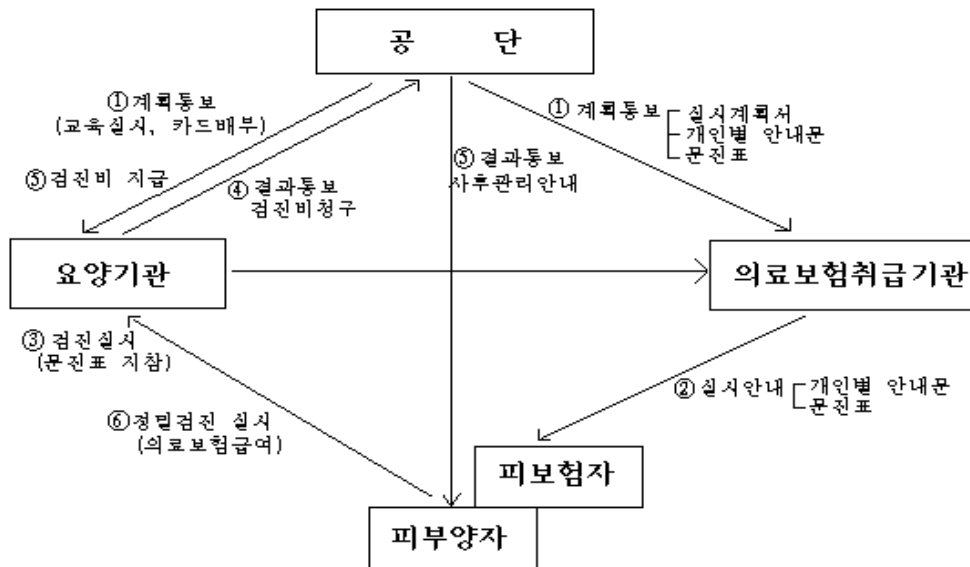
타 부득이한 사유로 他 中診療圈內 檢診療養機關에서의 檢診이 편리할 경우에는 예외로 한다. 檢診方法은 통원검진을 원칙으로 하며, 도서벽지 등 醫療脆弱 地域에 한해서는 巡廻檢診을 실시한다. 巡廻檢診에 관한 사항은 公團 支部(出張所)長에 정하는 바에 의한다.

- ② 檢診實施單位: 수검자 개별 단위로 검진을 실시한다(개별검진)
- ③ 檢診療養機關 指定現況

구분	종합병원	병원	의원	보건의료원	계
지정요양기관수	218	166	40	15	439

- ④ 檢診節次: 檢診節次는 [圖 VI-2]와 같다

[圖 VI-2] 被扶養者 健康診斷 受檢節次



資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 세부계획』, 1995.

바) 檢診結果

(1) 綜合判定

1993년도 被扶養者 健康診斷 受檢人員 437,467명에 대한 綜合判定 結果는 <表 VI-17>과 같이 正常判定이 58.29%인 254,980명이고 疾患疑心 判定이 182,487명이었다. 피부양자 건강진단의 성별 綜合判定結果는 남자의 경우 수검인원 96,284명 중 正常判定이 53,292명(55.4%), 질환의심判定이 42,992명(44.7%)이었으며, 여자의 경우는 수검인원 341,183명 중 正常判定이 201,688명(59.1%), 질환의심判定이 139,495명(40.9%)으로 여자보다 남자가 3.76% 더 높았다.

<表 VI-17> 性, 年齡別 綜合判定 現況

(단위: 명, %)

구분	수검인원	정상판정		질환의심	
		인원	수검자중	인원	수검자중
남	96,284	53,292	55.4	42,992	44.7
여	341,183	201,688	59.1	139,495	40.9
40~44세	64,843	46,855	72.3	17,988	27.7
45~49세	59,388	39,364	66.3	20,024	33.7
50~54세	73,024	43,675	59.8	29,349	40.2
55~59세	76,302	42,867	56.2	33,435	43.8
60~64세	66,297	35,224	53.1	31,073	46.9
65~69세	47,465	24,003	50.6	23,462	49.4
70세 이상	50,148	22,992	45.9	27,156	54.2
계	437,467	254,980	58.3	182,487	41.7

資料: 의료보험관리공단, 『1993년도 피부양자 건강진단 결과분석』, 1994, p.18.

正常判定이 가장 높은 연령군은 40~44세(77.3%)로서 이는 전체 평균(58.3%)보다 14% 더 높은 正常判定率이며, 疾患疑心 判定이 가장 높은 연령군은 70세 이상으로 疾患疑心 判定率이 54.2%로서 이는 전체 평균(41.7%)보다 12.4% 더 높은 것이다. 年齡別 綜合判定 結果는 40세를 기준으로 연령이 높을수록 정상으로 판정된 비율은 점점 낮아지는 반면, 질환의심 판정율은 연령에 비례해서 점점 높아지는 양상을 보였다.

(2) 婦人科的 細胞學的 檢査

婦人科的 細胞學的 檢査結果 正常者로 判定된 인원은 99.4%였으며, 자궁경부암 의심자로 判定된 인원은 0.6%이었다. 연령별 자궁경부암 유소견율은 연령이 높을수록 높은 양상을 보이고 있어 受檢人員 10,000명당 有所見率이 가장 높은 年齡群은 70세 이상인 반면, 40~44세군은 가장 낮았다.

(3) 疾患別 有所見率 現況

有所見者 現況은 被扶養者 健康診斷의 綜合判定을 基準으로 9개 질환(폐결핵, 고혈압, 고지혈증, 간질환, 당뇨질환, 신질환, 빈혈증, 기타흉부질환, 기타질환)으로 구분한 것인데 平均 有所見率이 가장 높은 질환은 고혈압으로 受檢人員 10,000명당 1,653명이 有所見者였으며, 平均 有所見率이 가장 낮은 질환은 빈혈증으로 수검인원 10,000명당 211명이었다(表 VI-18 참조).

〈表 VI-18〉 疾患別 有所見率

구 분	유소견율(수검인원 10,000명당)
폐결핵	225
고혈압	1,652
고지혈증	425
간질환	470
당뇨질환	543
신질환	649
빈혈증	211
기타흉부질환	237
기타질환	379

資料: 의료보험관리공단, 『1993년도 피부양자 건강진단 결과분석』, 1994, p.18.

사) 事後措置

건강진단 결과 疾患疑心者로 判定된 수검자는 檢診을 받은 의료기관에서 즉시 醫療保險 療養給與에 의한 精密檢査를 받도록 弘報하고 있으며, 該當

疾患別로 ‘건강관리 안내문’을 개인별로 송부하고 있다. 공단으로부터 건강진단 결과통보서와 건강관리안내문을 통보받은 疾患疑心者는 健康診斷 結果通報書와 醫療保險證을 지참, 가급적 건강진단을 받은 요양기관을 방문하여 醫療保險으로 精密檢診과 治療를 받도록 하고 있다. 檢診療養機關은 疾患疑心者가 내원한 경우 수검자가 지참한 건강진단 결과통보서를 診療依賴書로 같음하여 적절한 保險給與를 실시하도록 하고 있다.

5) 被扶養者를 대상으로 한 家族 肝炎檢査

1990년부터 受檢對象을 擴大하여 B형 肝炎檢査 결과 항원 양성자의 동거 가족에 대해서 가족 간염검사(1차 간염, 2차 간기능검사)를 실시하였다. 이는 당시 사회적으로 문제가 되고 있던 B형 간염은 肝炎患者나 保菌者와의 身體接觸, 患者血液의 輸血 및 分泌物 등의 오염으로 인해 感染되는데 우리나라의 경우 감염될 가능성 높다고 판단되어 被扶養者에 대한 검진제도가 처음 도입되었다.

나. 職場醫療保險組合의 健康檢診事業

1) 沿革

1981년 12월 31일 醫療保險法 第 26條에 의거 保健豫防事業의 실시 근거를 마련하였으며, 1982년에 충북 제1지구를 대상으로 마을 단위 健康組織事業, 一般體操의 普及 等 保健管理 豫防示範事業을 실시하였다. 1983년부터 1987년까지는 組合自律的으로 寄生蟲 救濟 事業을 실시하였으며, 1988년부터는 일부 조합에서 독자적으로 실시하던 보건예방사업은 보건사회부의 “保健豫防事業 實施指針”에 근거하여 비로서 체계적인 보건예방사업이 시작되었다고 할 수 있다. 이때 보건예방사업 실시계획을 제시한 조합은 154개 조합중 108개 조합으로 70.1%에 이르렀다. 1989년부터는 준비금 적립률 70% 이상 職場組合에서 保健教育, 弘報, 成人病 檢診, 肝炎豫防 등의 사업

을 실시가능하도록 하였으며, 1993년에는 전년도 법정급여비의 10% 범위내에 全 職場組合에서 실시가능토록 개선하였으며, 1994년부터는 만 35세 이상의 被扶養者에게도 成人病 檢診事業을 실시하여 오다가 1995년에는 被扶養者 對象年齡을 만40세 이상으로 상향조정하였으며 격년제로 실시하기로 하였다. 1995년부터 직장피보험자인 사업장 근로자에게 事業主 主管(비용부담)으로 실시하여 온 ‘勤勞者 一般健康檢診’을 공·교의료보험 피보험자와 동일수준으로 各 職場醫療保險組合이 비용을 부담하여 실시하였다.

2) 職場 被保險者를 對象으로 한 健康診斷事業 對象人員 및 豫算(1995年)

1995년도부터 職場 被保險者도 健康診斷을 실시함에 따라 예상되는 인원과 예산은 <表 VI-19>와 같다.

<表 VI-19> 健康診斷事業 對象 豫想人員 및 豫算

(단위: 천명, %, 백만원)

사업종별			대상인원	수검율	예상검진 인원	1인당 평균비용	소요액
일반	직장	소계	4,249	87.0	4,018		60,391
건강	피보	1차			3,696	15,180원	56,105
진단	협자	2차			322	13,310원	4,286

資料: 의료보험관리공단, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석, 1995.』

3) 年度別 保健豫防 事業 規模

事業豫算 規模는 증가추세를 보여왔으나 1994년에 다소 감소하였는데 이는 조합별 임의사업으로 전개하여 온 肝炎豫防事業의 縮小에 따른 것이라고 본다(表 VI-20 참조).

<表 VI-20> 年度別 保健豫防事業 規模

(단위: 백만원, %)

연도	계 획		실 적		집행률
	조합수	예산액	조합수	예산액	
1988	115	12,516	91	7,751	61.9
1989	115	19,491	84	9,474	88.6
1990	108	27,072	95	13,309	49.2
1991	103	25,473	91	11,859	46.6
1992	125	37,433	116	20,784	55.5
1993	127	37,711	127	20,142	53.4
1994	150	36,353	139	15,116	41.6
계	-	196,049	-	98,435	50.2

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『94 보건예방사업실적 분석』, 1988~1994.

2) 事業別 現況

가) 成人病 檢診事業

- ① 對象: 만 40세 이상(1955년 12월 31일 以前 出生)의 被扶養者
- ② 實施: 成人病 檢診 對象은 실시 초기인 1988년 이전에는 피보험자 위주였으나, 被保險者는 産業安全保健法에 의거 매년 또는 격년제로 근로자 일반 건강진단 등을 주기적으로 받고 있는 점을 감안하여 대부분 조합에서 成人病 檢診事業 對象을 피부양자로 전환하였으며 1991년에는 5인 未滿 事業場의 被保險者로 制限하였고, 1994년은 만 35세 이상 피부양자에 한하여 실시하여 오다가 1995년부터는 공·교 공단 피부양자와 함께 만 40세 이상을 대상으로 격년제로 실시하고 있다.
- ③ 檢査種目: 성인병 검진 종목은 기본진찰과 흉부 방사선 검사, 소변검사, 혈액검사로 구분되어 있으며 年度別 變化內容은 <表 VI-21>과 같다.
- ④ 檢診方法 및 節次: 공·교 공단의 검진방법과 유사하다

<表 VI-21> 年度別 成人病 檢診種目 變化 現況

검사 항목	기본진찰		흉부방사선 검사	소변검사	혈액검사	비 고
	진찰	체위 검사				
1989	시진 촉진 청진 문진	체중 신장 시력	흉부방사선 간접 촬영	- 요당 - 요단백	- 혈색소·혈당 - 총콜레스테롤 - 혈청지피티 - 감마지피티	
1990	상 동	상 동	상 동	상 동	상 동	
1991	상 동	상 동	상 동	- 요당 - 요단백 - PH - 요잠혈 - 유로빌 - 리노겐 - 빌리루빈	- 혈색소·혈당 - 총 콜레스테롤 - 혈청 지피티 - 혈청 지오티 - 백혈구수 - 헤마토크리트 - 총 단백정량 - 트리트리세라이드 * 요소질소 * 크리아티닌	요단백 검사결과 이상소견자에 대하여 요소질소 크리아티닌 항목을 추가 실시
1992	상 동	상 동	상 동	- 요당 - 요단백 - 요잠혈	- 혈색소·혈당 - 총 콜레스테롤 - 혈청 지피티 - 혈청 지오티 - 백혈구수 - 총 단백정량 - 트리트리세라이드 * 요소질소 * 크리아티닌	상 동
1993	상 동	상 동	상 동	상 동	- 혈색소·혈당 - 총 콜레스테롤 - 혈청 지피티 - 혈청 지오티 - 백혈구수 - 총 단백정량 * 트리트리세라이드 * 요소질소 * 크리아티닌	①은 총콜레스테롤 검사결과 이상 소견 자에 실시 ②,③은 요단백 검사 결과 이상 소견자에 실시
1994	상 동	상 동	상 동	상 동	상 동	상 동
1995	상 동	상 동	상 동	상 동	상 동	알콜성 감염에 유의 성 있는 감마-지피티 추가 총단백검사 제외

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『'94 보건예방사업실적 분석』, 1988~1995.

⑤ 年度別 事業實績: 1990년까지 受檢率은 被保險者가 被扶養者에 비해 월 등히 높았는데 이는 실시 초기년도 규모가 큰 사업장에 출장 검진함에 따른 것이며, 피부양자는 전국에 산재하여 조합별로 홍보접근이 어려운 점 등이 있어 연평균 23.0%에 불과하였다(表 VI-22 참조).

〈表 VI-22〉 年度別 事業實績

(단위: 명, %)

연도	계획인원			실시인원			실시율(실시/계획)		
	계	피보험자	피부양자	계	피보험자	피부양자	계	피보험자	피부양자
1988	449,248 (100.0)	427,486 (95.2)	21,762 (4.8)	313,057 (100.0)	306,067 (97.8)	6,990 (2.2)	69.7	71.6	32.1
1989	477,115 (100.0)	427,486 (95.2)	297,116 (62.3)	178,427 (100.0)	115,576 (64.8)	62,851 (35.2)	37.4	64.2	21.2
1990	374,743 (100.0)	179,999 (37.7)	316,432 (84.4)	152,481 (100.0)	37,432 (24.5)	115,049 (75.5)	40.7	64.2	36.4
1991	2,325,818 (100.0)	58,311 (15.6)	1,792,744 (77.1)	466,946 (100.0)	110,142 (23.6)	356,804 (76.4)	20.1	20.7	19.9
1992	1,942,773 (100.0)	533,074 (22.9)	1,665,870 (85.7)	489,585 (100.0)	128,690 (26.3)	360,895 (73.7)	25.2	46.5	21.7
1993	1,722,603 (100.0)	276,903 (14.3)	1,688,696 (98.0)	461,749 (100.0)	12,017 (2.3)	449,732 (97.7)	26.8	35.4	26.6
1994	1,695,127 (100.0)	33,907 (2.0)	1,695,127 (100.0)	368,247 (100.0)	-	368,247 (100.0)	21.7	-	21.7
계	8,987,427	1,509,680	7,477,747	2,430,492	709,924	1,720,568	27.0	47.0	23.0

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『'94 보건예방사업실적 분석』, 1988~1994.

⑥ 年度別 事業規模

수검자 1인당 성인병 검진 평균비용은 1988년에 7,305원에서 1990년에 11,942원, 1994년 17,521원으로 증가하였는데 이렇게 1인당 검진 평균비용이 연도별로 차이를 보는 이유는 成人病 檢診項目의 年度別 變化, 醫療保險 酬價 등의 要因을 들 수 있다(表 VI-23 참조).

〈表 VI-23〉 年度別 事業規模

(단위: 백만원, %)

연도	계 획		실 적		집행률
	조합수	예산액	조합수	예산액	
1988	25	3,816	20	2,287	59.9
1989	46	5,846	29	2,224	38.0
1990	41	4,181	39	1,821	43.6
1991	89	13,356	81	5,743	43.0
1992	103	15,983	106	7,426	46.5
1993	117	16,619	117	8,553	51.5
1994	112	16,473	106	6,452	39.2
계	-	76,274	-	34,506	45.2

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『'94 보건예방사업실적 분석』, 1988~1994.

나) 肝炎檢査 및 豫防接種

- ① 對象: 만 50세 미만(1945년 1월 1일 이후 출생)의 被保險者 및 被扶養者
肝炎豫防接種을 받았거나 항원 또는 항체 양성보유자는 제외
- ② 實施: 간염예방 대상은 실시초기에는 피보험자 위주였으나 1990년부터 피부양자를 점차 확대 실시하고 있다. 被保險者는 産業安全保健法에 의거 매년 또는 격년제로 勤勞者 一般健康診斷 등에 肝炎檢査를 포함하여 주기적으로 받고 있어, 주로 피부양자로 구성되어 있고, 이는 수직감염 위험이 높은 여성군과 어린이 등을 대상으로 실시하였기 때문으로 보인다. 肝炎檢査의 年度別 事業實積은 <表 VI-24>와 같다.
- ③ 年度別 事業規模: 1992년부터 成人病 檢診事業 위주로 保健豫防事業의 방향이 전환됨에 따라 상대적으로 간염예방사업의 예산규모가 감소추세에 있다. 수검자 1인당 간염예방사업의 평균비용은 1988년에 7,943원에서 1990년에 10,099원, 1994년에 9,545원으로 증가하다가 다시 감소하는 양상을 보이고 있으며, 예산집행실적도 감소추세에 있다(表 VI-25 참조).

〈表 VI-24〉 肝炎檢査의 年度別 事業實積

(단위: 명, %)

구분	계획 인원	검사 인원	검사결과 판정 ¹⁾			접종 실적 ²⁾		
			간염 보균자	항체 보유자	접종 대상자	1차	2차	3차
1988								
피보험자	869,840	647,047 (74.4)	38,894 (6.0)	208,599 (32.2)	399,554 (61.8)	273,715 (68.5)	254,262 (63.6)	222,749 (55.7)
피부양자	87,832	18,610 (21.2)	964 (5.2)	6,787 (36.5)	10,859 (58.4)	639 (5.9)	596 (5.5)	562 (5.2)
계	957,672	665,657 (69.5)	39,858 (6.0)	215,386 (32.4)	410,413 (61.7)	274,354 (66.8)	254,858 (62.1)	223,311 (54.4)
1989								
피보험자	1,065,340	752,594 (70.6)	45,270 (6.0)	254,271 (33.8)	453,053 (60.2)	333,670 (73.6)	310,499 (68.5)	292,732 (64.6)
피부양자	95,187	24,114 (25.3)	1,132 (4.7)	6,832 (28.3)	16,150 (67.0)	10,804 (66.9)	10,255 (63.5)	9,646 (59.7)
계	1,160,527	776,708 (66.9)	46,402 (6.0)	261,103 (33.6)	469,203 (60.4)	344,474 (73.4)	320,754 (68.4)	302,378 (64.4)
1990								
피보험자	1,206,457	877,227 (72.7)	52,137 (5.9)	320,504 (36.5)	504,586 (57.5)	450,714 (89.3)	413,731 (82.0)	375,923 (74.5)
피부양자	661,698	246,932 (37.3)	11,399 (4.6)	75,075 (30.4)	160,458 (65.0)	120,295 (75.0)	109,778 (68.4)	104,243 (65.0)
계	1,868,155	1,124,159 (60.2)	63,536 (5.7)	395,579 (35.2)	665,044 (59.1)	571,009 (85.9)	523,509 (78.7)	480,166 (72.2)
1991								
피보험자	876,238	250,161 (28.5)	14,140 (5.7)	81,351 (32.5)	154,670 (61.8)	126,133 (81.5)	113,381 (73.3)	100,868 (65.2)
피부양자	1,946,136	302,925 (15.6)	16,832 (5.6)	107,348 (35.4)	178,745 (59.0)	126,827 (71.0)	104,418 (58.4)	92,102 (51.5)
계	2,822,374	553,086 (19.6)	30,972 (5.6)	188,699 (34.1)	333,415 (60.3)	252,960 (75.9)	217,799 (65.3)	192,970 (57.9)

〈表 VI-24〉 계속

구분	계획 인원	검사 인원	검사결과 판정 ¹⁾			접 종 실 적 ²⁾		
			간염 보균자	항체 보유자	접종 대상자	1차	2차	3차
1992								
피보험자	1,217,032	790,359 (64.9)	44,286 (5.6)	314,572 (39.8)	431,501 (54.6)	357,402 (82.8)	326,885 (75.8)	297,695 (69.0)
피부양자	1,662,730	290,382 (17.5)	13,674 (4.7)	113,624 (39.1)	163,084 (56.2)	90,114 (55.3)	83,806 (51.4)	75,552 (46.3)
계	2,879,762	1,080,741 (37.5)	57,960 (5.4)	428,196 (39.6)	594,585 (55.0)	447,516 (75.3)	410,691 (69.1)	373,247 (62.8)
1993								
피보험자	829,053	506,714 (61.1)	26,830 (5.3)	201,234 (39.7)	278,650 (55.0)	239,266 (85.9)	218,331 (78.4)	190,945 (68.5)
피부양자	1,524,206	352,363 (23.1)	15,269 (4.3)	150,715 (42.8)	186,379 (52.9)	150,409 (80.7)	140,539 (75.4)	124,092 (66.6)
계	2,353,259	859,077 (36.5)	42,099 (4.9)	351,949 (41.0)	465,029 (54.1)	389,675 (83.8)	358,870 (77.2)	315,037 (67.8)
1994								
피보험자	922,310	521,299 (56.5)	26,004 (5.0)	220,824 (42.3)	274,471 (52.7)	225,799 (82.3)	201,171 (73.3)	171,514 (62.5)
피부양자	1,068,818	179,777 (16.8)	6,766 (3.8)	78,217 (43.5)	94,794 (52.7)	70,213 (74.1)	65,258 (68.8)	56,781 (59.9)
계	1,991,128	701,076 (35.2)	32,770 (4.7)	299,041 (42.6)	369,265 (52.7)	296,012 (80.2)	266,429 (72.2)	228,295 (61.8)
계								
피보험자	6,986,270	4,345,401 (62.2)	247,561 (5.7)	1,601,355 (36.8)	2,496,485 (57.5)	2,006,699 (80.4)	1,838,260 (73.6)	1,652,426 (66.2)
피부양자	7,046,607	1,415,103 (20.1)	66,036 (4.7)	538,598 (38.1)	810,469 (57.2)	569,301 (70.2)	514,650 (63.5)	462,978 (57.1)
계	14,032,877	5,760,504 (41.1)	313,597 (5.4)	2,139,593 (37.2)	3,306,954 (57.4)	2,576,000 (77.9)	2,352,910 (71.2)	2,115,404 (64.0)

註: 1) 간염검사결과 판정은 검사인원 대비 실적임.

2) 접종실적은 접종 대상인원 대비 실적임.

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『'94 보건예방사업실적 분석』, 1988~1994.

〈表 VI-25〉 肝炎의 年度別 事業規模

(단위: 백만원, %)

연도	계 획		실 적		집행률
	조합수	예산액	조합수	집행액	
1988	57	8,140	60	5,287	65.0
1989	54	11,207	59	7,215	64.4
1990	72	18,558	75	11,353	61.2
1991	91	8,776	67	4,841	55.2
1992	81	16,261	84	10,904	67.1
1993	80	15,980	80	9,322	58.3
1994	83	14,884	74	6,692	45.0
계	-	93,806	-	55,614	59.3

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『'94 보건예방사업실적 분석』, 1988~1994.

다) 保健教育 및 弘報事業

보건교육 및 홍보사업은 保健豫防事業에서 차지하는 그 중요성으로 볼때 다소 부진한 면이 있으나 1993년부터는 必須事業으로 보건교육 사업 예산을 책정토록 하여 활성화되고 있는데 各 組合의 事業內容은 주로 건강관련 소책자 발간에 치중하고 있다(表 VI-26, 表 VI-27 참조).

〈表 VI-26〉 教育弘報의 年度別 事業規模

(단위: 백만원, %)

연도	계 획		실 적		집행률
	조합수	예산액	조합수	집행액	
1991	90	2,638	75	754	28.6
1992	116	4,946	109	2,454	49.6
1993	117	5,112	117	2,267	44.3
1994	150	4,996	136	1,972	39.5
계	-	17,692	-	7,447	42.1

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『'94 보건예방사업실적 분석』, 1991~1994.

〈表 VI-27〉 年度別 事業實積

(단위: 부)

연 도	소책자	팸플렛	포스터	유소견안내	스티커	표 어
1993	3,525,620	949,145	152,290	377,825	61,500	18,610
1994	4,017,392	682,337	112,811	307,787	96,450	19,348
계	7,543,012	1,631,482	265,101	685,612	157,950	37,958

資料: 의료보험연합회 내부자료, 『94 보건예방사업실적 분석』, 1991~1994.

다. 地域醫療保險組合의 健康檢診事業

1) 沿革 및 對象

공·교 공단 및 직장조합 피부양자에게만 격년으로 실시하고 있는 ‘成人病 檢診’을 1995년부터는 地域醫療保險組合 被保險者에게도 실시하기로 하였다. 對象事業別 選定基準 및 對象者는 <表 VI-28>, <表 VI-29>와 같다.

〈表 VI-28〉 對象事業 및 選定基準

사 업 명	대상자 및 선정기준	비 고
보건교육사업	피보험자	각 보험자별 실시
성인병검진사업	만 40세 이상(1995.12.31 이전 출생)의 전체(피보험자 중 1/2을 대상으로 실시)	각 보험자별 실시
간염예방사업	만 50세 미만(1946. 1. 1 이후 출생)의 피보험자 중 간염검사 또는 기본접종을 실시 받지 아니한자	각 보험자별 임의 실시

資料: 보건복지부, 『95년도 지역 및 직장의료보험 예산편성지침』, 1995.

〈表 VI-29〉 對象人員(1995)

사업종별	피보험자수	수검 대상자수	수검률	수검 예상자수
성인병 검진 지역 피보험자	21,322	3,035	40.0	1,214

資料: 보건복지부, 『95년도 지역 및 직장의료보험 예산편성지침』, 1995.

나) 豫算

保健教育 事業 및 成人病 檢診事業은 모두 地域組合이 반드시 예산을 편성하여야 하되, 보건교육 사업비는 전체 보건예방사업비의 5% 이상에 해당하는 금액을 편성한다. 소요예산은 <表 VI-30>과 같다.

<表 VI-30> 所要豫算(1995)

(단위: 천명, %, 백만원)

성인병검진	대상인원	수검률	예상검진인원	1인당평균비용	소요액
지역피보험자	3,035	40.0	1,214	18,730원	22,738
계	7,284		5,232		83,129

資料: 보건복지부, 『95년도 지역 및 직장의료보험 예산편성지침』, 1995.

3) 成人病 檢診項目

성인병 검진항목에 관한 내용은 다음 <표 VI-31>과 같다.

<表 VI-31> 成人病 檢診 項目

검진종목	내 용	비 고
진찰 및 상담	진찰 및 체위검사 (신장, 체중, 시력, 청력, 혈압, 비만도, 구강검사(치주질환)) 병원관리료	1) 표는 총콜레스테롤 검사 결과 이상 소견자에 한하여 실시 2) 표는 요단백 검사결과 이상 소견자에 한하여 실시
방사선 검사	간접촬영 및 판독	- 총단백검사는 유소견을
요검사	요당, 요단백, 요잠혈	(2.94%)이 낮으므로 제외
혈액검사	혈색소(광전비색법), 백혈구수 혈청지오티, 혈청지피티 혈당, 총콜레스테롤 감마 지피티, 트리그리세라이드 요소질소, 크레아티닌	- 알콜성간염에 유의성이 있는 감마-지피티 추가
세포학적검사	부인과적 세포학적 검사	

資料: 보건복지부, 『95년도 지역 및 직장의료보험 예산편성지침』, 1995.

3. 效率的 增進方案

가. 醫療保險의 健康檢診 프로그램

이상에서 살펴본 바와 같이 醫療保險의 窮極的인 目標가 의료보험 가입자들의 건강증진에 있으므로 健康增進法에서 피하는 건강증진 프로그램과 본질적으로 같은 내용이다. 그러므로 醫療保險에서의 健康增進 프로그램을 健康增進法에서의 健康增進 프로그램과 連繫 運用하면 국민건강증진을 보다 효율적으로 할 수 있게 된다. 실제로 定期健康檢診을 2회 연속 받은 군과 받지 않은 군은 의료이용량과 진료비 지출에 統計學的으로 有意하게 差異가 있었다(박태수, 1987). 그러므로 의료보험에서의 건강증진 프로그램을 효과적으로 운용하므로서 의료보험 가입자들의 건강증진을 피하고 의료보험의 財政을 效率的으로 支出할 수 있게 된다.

나. 定期健康檢診制度의 具備事項

定期健康檢診制度가 갖추어야 할 사항은 여러가지 보고가 있으나 세계보건기구에서는 다음과 같이 열가지를 提案하였다(Spitzer, 1975).

- ① 健康診斷制度를 통하여 疾病을 早期發見하였을 경우에 궁극적으로 健康向上이 있어야 한다.
- ② 早期治療를 하였을 경우 질병의 진행과정을 변화시켜 수검자에게 生命延長이나 技能向上 등의 도움이 있어야 한다.
- ③ 확진 가능한 진단방법이 있어야 하며 지속적인 치료서비스가 가능하여야 한다.
- ④ 早期診斷을 하여 症狀이 없는 患者群으로 判명된 수검자는 早期治療에 적극적으로 협조하여야 한다.
- ⑤ 장기적인 평가 결과 有益한 效果가 있어야 한다.
- ⑥ 檢査項目의 效果를 個別的으로 檢討한 후에 다시 조합하여 多角的으로 檢診에 이용하여야 한다.

- ⑦ 건강검진제도에 의한 편익은 科學的인 方法으로 證明되어야 한다.
- ⑧ 집단검진이나 장기치료에 대한 費用-便益, 費用-效果 내용이 알려져 있어야 한다.
- ⑨ 건강진단 결과 발견된 疾患은 治療를 해주어야 한다.
- ⑩ 건강진단 검사항목에 대한 費用, 感受性, 特異性, 受容度가 알려져 있어야 한다.

다. 定期健康檢診 對象

健康檢診이 필요하다고 해서 누구에게나 適用실시할 수 없으며 또 모든 검사항목을 적용할 수도 없다. 世界保健機構에서 指摘한 건강검진제도의 具備事項을 勘案하여 效率的이고도 效果的인 프로그램을 開發 運用할 것이 필요하다. 이를 위하여는 인구집단의 특성을 파악하여 이에 알맞는 프로그램을 실시하여야 한다. 效率的인 豫防事業을 위하여는 여러가지 方案들이 提示된 바 있는데 이 중 모든 사람에게 일률적인 제도로 하기 보다는 사람의 일생을 10개 區間으로 나누어 운용하는 平生 健康모니터링 制度(表 VI-32)가 소개된 바 있다(Breslow, 1977).

〈表 VI-32〉 平生 健康모니터링 制度의 10個 區間

구 간	연 령
임신기 및 주산기 ¹⁾	임산부 및 주산기 영아
영아기 ²⁾	0세
학령전 아동	1~5세
학동기	6~11세
청소년기	12~17세
청년기	18~24세
청장년기	25~39세
중년기	40~59세
노년 전기	60~74세
노년 후기	75세 이상

註: 1) 주산기 임신 29주 이후부터 생후 1주간을 말함.

2) 주산기 영아제외

資料: Breslow L., Somers A.R., *The lifetime health-monitoring program*, N. Engl. J. Med., 1977; 296, pp.601~608.

즉 구간화된 연령층에 따라서 해당 시기에 適合한 目標을 세우고 이 時期에 施行하여야 할 프로그램을 設定하므로써 豫防事業이 費用-效果的이면서 건강향상에 도움을 줄 수 있도록 運營되어야 한다고 하였다. 평생건강모니터링 제도의 年齡區間別 目標와 豫防프로그램을 소개하면 <表 VI-33>과 같다.

<表 VI-33>平生 健康모니터링 制度의 區間目標와 方法¹⁾

구 간	연령(세)	목 표	예 방 사 업
청년기	18~24	<ul style="list-style-type: none"> - 육체적, 정신적 성숙을 극대화하여 독립된 생활을 영위할 수 있도록 한다. - 적합한 직장을 구하고 건전한 사회생활을 할 수 있도록 한다. 	<ul style="list-style-type: none"> - 결혼전에 1회 이상 의사를 방문하여 전반적 이학적 검사 및 검사항목을 시행한다. ① 성병검사 ② 영양상태조사 ③ 고혈압검사 ④ 콜레스테롤 검사 - 건강교육 및 상담 - 구강검사 및 예방처치(2년마다)
청장년기	25~39	<ul style="list-style-type: none"> - 육체적, 정신적 능력을 극대화하여 장기간 유지토록 한다. - 효과적인 조기발견과 조기치료를 통하여 만성질환의 발생을 억제토록 한다. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2회(30세, 35세) 의사를 방문하여 검사항목을 시행한다. ① 고혈압검사 ② 빈혈검사 ③ 콜레스테롤검사 ④ 자궁경부암 및 유방암검사 - 건강상담 ① 영양, 운동, 음주 ② 생활습관 ③ 자가진단법 훈련²⁾ - 구강검사 및 예방처치(2년마다)
중년기	40~59	<ul style="list-style-type: none"> - 폐경기 이후의 적응을 포함하여 육체적, 정신적 활동을 최적의 상태로 장기간 유지토록 한다. - 주요 만성질환(고혈압, 심장병, 당뇨병, 신생물, 시정각 장애, 치아 결손 등)을 조기 발견하도록 한다. 	<ul style="list-style-type: none"> - 매 5년마다(4회: 40, 45, 50, 55세) 의사를 방문하여 전반적 이학적 검사 및 검사항목을 시행한다. ① 만성질환검사 ② 적절한 면역조치 시행 ③ 직업에 대한 상담 및 음주, 흡연, 약물복용 등을 포함한 건강상담 - 50세 이상에서 매년 시행할 검사 ① 고혈압검사 ② 비만으로 인한 질환검사 ③ 신생물검사 - 치과적 예방치료(매년)

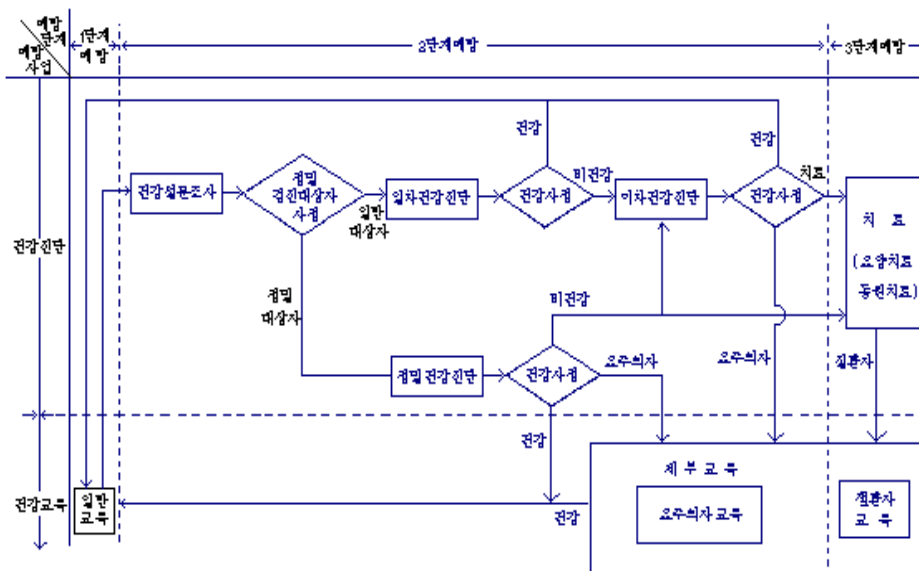
註: 1) Breslow 등(1977)의 제도 중 공무원 및 사립학교 교직원의 주요 연령분포에 대한 것을 요약하였다.
 2) 자가진단법이란 예를 들어 유방암의 경우 본인 스스로 유방을 만져보면서 진단을 내려 의심이 될 때 병원에서 확진을 받도록 하는 조기진단제도의 일종이다.
 資料: Breslow L., Somers A.R., *The lifetime health-monitoring program*, N. Engl. J.

Med., 1977; 296, pp.601~608

라. 健康管理 프로그램 模型

건강진단 프로그램 운영의 여러가지 문제점을 종합 검토할 때 우리나라 醫療保險을 통한 健康增進 事業으로서 [圖 VI-3]과 같은 접근방안 모형이 제시된 바 있다(유승흠 등, 1988).

[圖 VI-3] 概括的 健康診斷 模型



資料: 유승흠·노재훈·이해중 외, 『피보험자의 질병예방 관리방안에 관한 연구』, 의 료보험관리공단, 1988.

〈表 VI-34〉 醫療保險者가 現物給與하는 年齡別 性別 豫防保健 서비스—
美國

건강검진항목	18개월	2~3세	4세	5세	6~10세	11~15세
시 력	-	○	○	○	-	-
혈 압	-	-	○	○	-	○
키/몸무게	-	-	-	-	○	○
세포진검사	-	-	-	-	-	여자
약물/음주	-	-	-	-	-	○
혈청콜레스테롤	-	-	-	-	-	-
대변검사	-	-	-	-	-	-
유방검진	-	-	-	-	-	-
유방조영술	-	-	-	-	-	-
건강상담	-	-	-	-	-	-
영 양	○	○	○	○	○	○
자동차안전	○	○	○	○	○	○
사 고	○	○	○	○	○	○
치과상담	○	○	○	○	○	○
흡 연	-	-	-	-	-	○
운 동	-	-	-	-	-	○
요 통	-	-	-	-	-	○
에이즈	-	-	-	-	-	-
예방접종	-	-	-	-	-	-
D.P.T.	○	-	-	○	-	-
소아마비	○	-	-	○	-	-
풍 진	-	-	-	-	여자	-
파상풍	-	-	-	-	-	-
감 기	-	-	-	-	-	-
폐렴구균	-	-	-	-	-	-
시 력	-	-	매5년	매5년	매5년	매5년
혈 압	매년	○	○	○	○	○
키/몸무게	○	○	○	○	○	○
세포진검사	여자	여자	매3년	매3년	매3년	매3년
약물/음주	○	○	○	○	○	○
혈청콜레스테롤	-	매5년	매5년	매5년	매5년	매5년
대변검사	-	○	○	○	○	○
유방검진	-	-	○	○	○	○
유방조영술	-	-	-	○	○	○

〈表 VI-34〉 계속

건강상담	16~20세	21~40세	41~50세	51~60세	61~70세	71세이상
영 양	○	○	○	○	○	○
자동차안전	○	○	○	○	○	○
사 고	○	○	○	○	○	○
치과상담	○	○	○	-	○	○
흡 연	○	○	○	○	○	○
운 동	○	○	○	○	○	○
요 통	○	○	○	○	○	○
에이즈	○	○	○	○	○	○
풍 진	여자	-	-	-	-	-
파상풍	○	○	매10년	매10년	매10년	매10년
감 기	-	-	-	-	60세이상 매년	○
폐렴구균	-	-	-	-	65세이상 한번	65세이상 한번

資料: Davis K., *Preventive health services coverage and payment methods under third party plans. Department of Health Policy and Management, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1988.*

건강검진 프로그램은 被保險者의 健康을 增進시키고 질병의 早期發見을 위한 업무로서 二次豫防을 하는 段階이다. 보다 効果적이고 효율적인 건강검진을 위하여는 事前에 健康設問調査를 하여 判定된 피보험자의 健康狀態에 따라 一次健康診斷을 할 것인지 또는 精密健康診斷을 할 것인지를 判定하는 것이 바람직하다. 즉 건강설문조사에 의하여 별 문제가 없다고 判定된 경우에는 일차건강진단을 하며 질병을 가질 가능성이 있다고 判定된 경우에는 해당 질병에 대하여 細部的인 健康診斷을 하는 精密檢査를 실시하는 방안이다. 이러한 방안은 一次健康診斷을 실시한 후 다시 일정기간이 경과한 후 二次檢診을 하는 것보다 일차건강진단 시에 發見可能性이 있는 疾患에 대한 檢査를 同時에 실시하므로써 질병을 보다 빨리 확인할 수 있기 때문이다. 다만 이 때 費用을 누가 負擔할 것인지에 대한 고려가 필요하다.

마. 國民健康增進事業과 連繫運用 方案

일반적으로 제삼자 지불제 의료보험에서는 健康增進 分野에 대하여 醫療 保險給與를 하지 않으며, 早期診斷과 早期治療의 일부분만 포함하는 것이 통례이다. 그러나 앞에서 살펴본 바와 같이 社會保險 성격을 가진 우리나라 의료보험에서는 職場醫療保險組合, 地域醫療保險組合, 醫療保險管理公團 등에서 수준과 정도의 차이는 있지만 그 동안 健康診斷 프로그램을 運營하여 왔다. 이러한 프로그램의 具備條件과 定期檢診 對象 그리고 定期診斷檢査를 하기 위한 모형 등을 검토하였다. 그러므로 이미 부분적으로 실시하고 있는 健康診斷 프로그램을 健康增進法에 의한 프로그램과 連繫運用하는 것이 보다 효과적이고 효율적이 될 수 있겠다. 이를 위하여는 다음과 같은 전략으로 접근하는 것이 바람직하다.

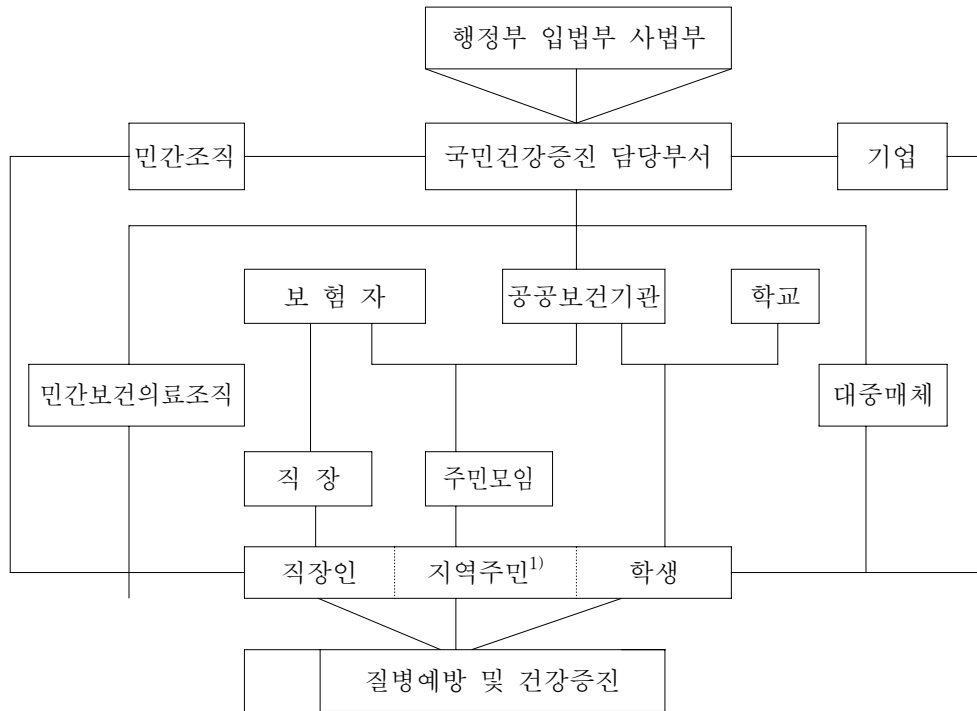
1) 事業팀의 構成

全國民의 健康增進을 꾀하기 위하여 事業計劃팀을 구성한다. 이 팀은 예컨대 保健福祉部(保健局) 산하의 保健政策審議委員會를 主軸으로 하여 전문가와 의료보험 측 관련자들이 參與한 계획팀이 사업을 成功的으로 計劃할 수 있을 것이다. 여기에서는 企劃, 評價, 開發, 研究의 4분과로 나누어 事業의 目標와 內容, 豫算 등 사업운용을 위한 指針 등 基本 프로그램을 기획한다. 이 중 예산은 정부의 부담 능력분을 제시하고 나머지는 의료보험조합 부담과 본인부담분을 예시하면 조합의 재정형편에 따라 자율적으로 부담을 결정하도록 한다. 팀의 構成은 醫療保險團體뿐만 아니라 各種 民間團體를 포함한다. 專門家들이 年齡群別로 健康診斷 프로그램을 開發 提示하면 의료보험조합은 이에 따라 平生 健康管理 概念에 立脚하여 健康檢診을 실시한다. 앞에서 살펴본 대로 건강설문지를 活用하는 것이 바람직하다.

한편 地域別로 특별한 문제가 있을 경우에는 專門家들의 諮問을 받아 追加로 健康診斷 項目을 추가할 수 있다. 本人이 원하여 폐암, 위암, 자궁암, 유방암 등 特定 癌에 대한 檢査를 원할 때에는 事業計劃 指針에 따라 本人負擔으로 追加 檢査를 받을 수 있도록 한다. 이 때에는 保險酬價를 適用한

다. 一定 年齡 以上에 대하여는 의료보험에서 一部를 부담하는 것도 좋겠다.

[圖 VI-4] 疾病豫防 및 健康增進을 위한 組織參與 模型



註: 1) 직장인 및 학생제외

資料: 유승흠 외, 『피보험자의 질병예방 관리방안에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1988.

나) 平生 健康管理 概念의 導入

健康檢診 프로그램이 효과적이고 효율적으로 운영되기 위해서는 平生 健康管理 概念을 도입한다. 건강검진은 매년 같은 檢査項目을 適用할 必要가 없다. 따라서 위의 事業計劃팀에서 論議하여 항목별로 매년, 격년, 매3년, 매5년, 일정 연령 이상 등으로 차별화한다. 그리고 의료보험조합에서는 個人別 健康診斷 結果를 모니터링하도록 하고 이를 個人健康相談 또는 保健

敎育과 連繫한다. 우리나라에서 시행할만한 연령별 조기진단, 조기치료를 위한 최소한의 항목을 검토한 바는 <表 VI-35>와 같다.

<表 VI-35> 우리나라에서 施行할만한 年齡別 早期診斷, 早期治療를 위한 1次 檢診項目

	0	1~4	5~6	7~10	11~15	16~19	20~39	40~49	50~59	60세 이상
영유아건강검진 ¹⁾	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-
정신건강검진*	-	-	-	-	○	○	-	-	-	-
산전산후관리 ²⁾	-	-	-	-	-	여자	여자	-	-	-
자궁암검진 ³⁾	-	-	-	-	-	-	-	여자	여자	-
당뇨병검진 ⁴⁾	-	-	-	-	-	-	-	○	○	○
위암 검진**	-	-	-	-	-	-	-	○	○	○
고혈압검진 ⁵⁾	-	-	-	-	-	-	○	○	○	○
간기능검진 ⁶⁾	-	-	-	-	-	-	-	○	○	-
백내장검진 ⁷⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	○	○
예방접종확인 ⁸⁾	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-
구강검진 ⁹⁾	-	-	○	○	○	○	○	○	○	○
시력검진 ¹⁰⁾	-	○	○	-	-	-	-	○	○	-
매독검진 ¹¹⁾	-	-	-	-	-	○	○	○	○	-

註: 1) 선천성기형, 정상발육검사

2) 임신이상, 풍진검사, B형 간염검사, 빈혈검사, 혈당검사, 임질검사 포함

3) 자궁경부 세포진검사

4) 혈당검사

5) 혈압측정검사, 혈청내 콜레스테롤검사

6) SGOT

7) 안과 의사의 검진

8) 추천계획달 시행여부확인

9) 치과 의사의 구강검진 2년에 1회

10) 1~9세는 매년 1회

11) 매독 침강반응 적성검사

* : 보호자 요청에 의해 실시

** : 본인의 요청에 의해 실시

○: 2년에 1회 실시

여자: 여자에만 실시

資料: 유승흠 등, 『건강증진과 질병예방을 위한 “건강 스스로 가꾸기” 전략 개발에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1990, p.88.

4. 結 論

健康增進은 既存의 疾病豫防과 상당부분 일치되는 概念이기는 하지만 주

요 차이점은 예방의 경우는 질병에 대한 개념이지만 增進은 健康에 대한 개념이라는 것이다. 건강증진이란 營養, 身體的 活動, 豫防接種 및 環境 등을 適切하게 하여 건강을 維持 및 增進하되 일단 疾病에 걸리면 早期發見과 早期治療하므로서 건강을 早期回復하도록 하는 二次豫防을 포함하고 있다.

醫療保險의 健康檢診事業은 어떤 질병에 이환되었을 때 받게될 경제적인 부담과 환자의 고통에 대한 사전예방을 통하여 질병에 이환되지 않고 건강한 생활을 영위할 수 있게할 뿐만 아니라 疾病의 早期發見 및 早期治療로 疾病의 重症進行을 防止하므으로써 건강의 早期回復을 도모하여 건강을 유지하고 개인의 경제적 손실을 최소화하는데 있다. 이러한 목적에 따라 醫療保險管理公團과 醫療保險聯合會에서는 健康檢診事業을 計劃, 運營하고 있는 실정이다. 의료보험관리공단에서는 公務員 및 私立學校敎職員을 대상으로 被保險者와 被扶養者를 대상으로 健康檢診을 2년에 1회 실시하고 있으며 의료보험연합회에서는 職場醫療保險組合과 地域醫療保險組合에서 각각 成人病을 중심으로 健康檢診事業을 倂年제로 하고있다.

현재 우리나라의 醫療保險에서 실시하고 있는 健康增進 프로그램은 의료보험 가입자들의 건강증진을 위한 것으로서 健康增進法에서 말하는 건강증진 프로그램과 본질적으로 같은 내용이다. 따라서 醫療保險의 健康增進 프로그램과 健康增進法에서의 건강증진 프로그램을 連繫 運用하므으로써 국민 건강증진을 보다 효율적으로 실시할 수 있으며 더 나아가서는 의료보험의 財政을 效率的으로 支出할 수 있다. 또한 既存에 실시 중인 健康檢診 프로그램을 위하여 건강진단 검사 항목을 성, 연령, 지역 등의 인구집단 특성에 맞게 개발되어져야 한다. 健康檢診時 보다 효율적이고 효과적인 건강검진을 위해서는 사전에 健康設問調査를 실시하여 被保險者의 健康狀態에 따라서 一次健康診斷인지 精密健康診斷인지를 判定한 후 1次健康診斷時에 發生 가능한 질병을 동시에 검사하여 1차건강진단을 한 후 2차건강진단을 또 하는 것보다 질병을 빨리 확인할 수 있다.

健康增進 프로그램을 計劃 및 施行하는데 있어서 健康增進事業計劃팀을

構成한다. 보건복지부 산하의 保健政策委員會를 주축으로 專門家와 醫療保險측 관계자 및 民間團體를 포함하여 企劃, 評價, 開發, 研究 등으로 나누어 事業의 目標와 內容, 豫算 등의 지침을 기획한다. 여기서 예산안 편성에 있어서는 정부의 부담 능력분을 제시한 후 나머지는 의료보험조합 부담과 본인 부담 분으로 제시하므로 조합의 재정 형편에 따른 自律的인 費用 負擔을 결정하도록 한다. 건강검진 프로그램은 平生管理 概念을 導入하여 個人別 健康診斷 結果를 모니터하고 個人健康相談 및 保健教育을 擴大 適用하므로써 國民健康增進을 도모한다

VII. 國民健康增進을 위한 平生健康管理體系의 構築 方案

1. 平生健康管理體系 構築의 必要性

건강은 인간의 삶의 질을 결정하는데 가장 중요한 요건이다. 따라서 경제 발전의 토대 위에 국민 모두의 삶의 質을 높여야 할 과제를 안고 있는 政府는 삶의 질의 가장 중요한 요소인 健康을 增進시키려는 새로운 政策을 펼 필요가 있다. 더구나 우리 국민들은 健康增進에 대한 욕구와 동시에 각종 질병에 대한 공포 또한 커서, 건강을 보약이나 건강식품에 의지하고 있고, 費用-效果的인 측면에서 낭비가 큰 綜合檢査를 비롯한 각종 健康管理行態가 유행하고 있다.

그러므로 政府는 국민들에게 올바른 健康增進 方法을 교육하고, 국민들의 건강을 증진시킬 수 있는 효율적인 方法을 제시해야 한다. 이를 위해서 가장 시급히 요청되는 것은 현재와 미래에 우리나라 국민들의 건강에 가장 큰 영향을 미치게 될 健康危險要因들을 파악하고, 이들 문제를 해결할 수 있는 方法 중 어떤 方法이 가장 비용효과적인 方法인지를 결정하여, 이에 맞는 적절한 政策手段을 시행하는 것이다. 캐나다 보건성 장관이었으며 健康場 概念(Health Field Concept)을 주창한 라론데(Laronde)의 개념에 따르면, 건강의 수준을 결정하는 것은 유전적인 요인, 환경적인 요인, 의료적인 요인 그리고 생활습관적 요인 네 가지가 있다. 이 중 현대의 주요 질병인 各種 癌과 成人病은 생활습관과 가장 관련이 깊다.

따라서 국민들의 건강을 증진시키려면 그 무엇보다도 국민들의 생활습관을 올바르게 바꾸는 것이 가장 효과적일 것이다. 이미 미국을 비롯한 先進國에서는 과학적인 여러 연구를 통해 生活習慣을 올바르게 바꾸는 것이 얼마나

死亡率과 有病率을 낮추는가를 밝혀내고 있으며, 이에 근거해서 국민들에게 올바른 생활습관을 갖도록 교육하는데 많은 투자를 하고 있다. 또한 미국과 캐나다에서는 定期的인 健康檢診(Periodic Health Examination)과 健康增進(Health Promotion)과 有關한 特別委員會(Task Force Committee)를 설치하였고, 여기에서 연구와 전문가 의견 수렴을 통해 국가적인 차원에서 어떤 內容의 定期的인 健康檢診과 健康增進 사업을 어떤 방법으로 시행할 지를 결정하였다.

그러나 우리나라에서는 定期的인 健康檢診과 健康增進과 有關하여 정부의 지침이 부족하고, 또한 전문가 의견 수렴을 통한 제안조치 나와있지 않다. 다만 대한가정의학회에서 학회 차원에서 '平生健康管理 프로그램 開發委員會'를 설치하였고, 1995년 '韓國人의 平生健康管理(고려의학)' 책을 출판하고, 표준화된 平生健康管理 컴퓨터 프로그램을 개발, 발표하였으며, 保健福祉部의 후원으로 '一次醫療와 健康增進 심포지움'을 1995년 5월에 개최한 바 있다. 국가적인 차원에서 국민들의 健康管理과 健康增進을 위한 정책을 세우고, 이를 체계있게 시행하는 것은 반드시 필요하다. 그리고 이 平生健康管理體系에서 가장 중요한 위치를 차지하는 것이 平生健康管理 프로그램이다. 이는 의견상 건강하고 증상이 없는 사람을 대상으로 우리나라에서 중요한 각종 질병에 대한 危險要因을 결정하고, 初期 無症狀時期에 疾病을 발견하여 이에 대한 治療, 豫防 및 行動修正을 통하여 평생동안 질병을 예방하고 건강을 증진시키고자 고안된 정기적인 健康管理 計劃이다. 따라서 평생건강관리 프로그램의 목적은 개인에 있어서 어떤 특정한 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 것이다.

이를 달성하기 위한 구체적인 전략으로는 1차 의료인들이 평상시 진료에서 患者 또는 무증상자를 대상으로 평생에 걸쳐 定期的으로 科學的인 健康診斷을 시행하여 無症狀期 또는 初期에 질병을 발견하고, 아울러 질병에 대한 각종 危險要因을 평가한 후 행동수정이나 서비스를 제공하여 질병의 발생을 예방하거나, 현재의 건강상태를 더욱 증진 시키는 것이다. 이러한 平

生健康管理의 이론적인 근거와 실체를 연구하는 의학분야를 臨床豫防醫學 (Clinical Preventive Medicine)이라고 부르며 최근 세계적으로 각광을 받고 있는 분야이다. 이러한 의학적인 근거에 입각하여 국민 전체를 대상으로 하는 平生健康管理體系를 構築하는 것은, 국민의 삶의 질을 높히려는 정부의 정책우선순위에서 매우 중요한 과제일 것이다. 그리고 이러한 體系를 構築하려면 政府의 거시적인 안목과 정책적 지원이 있어야 한다. 이를 위해 中央政府와 地方政府가 적절한 役割을 맡는 것이 필요하다.

2. 平生健康管理體系의 內容

가. 概要

우리나라에서 공공부문과 民間部門의 役割을 어떻게 분담하고 이를 조정하느냐는 비단 의료부문뿐만 아니라 사회 전 분야에서 항상 이슈가 될 수 있는 문제이다. 그렇지만 政府의 役割은 民間部門을 통제하거나 간섭하기보다는 民間部門끼리의 선의의 경쟁을 보장하고 民間部門의 문제를 조정하는 것이 가장 중요하다는데는 이견이 없는 것 같다. 다만 사회복지 부문과 같이 民間部門이 참여하기 어려운 부문은 政府가 주도적으로 참여하여 사회 구성원의 형평을 추구하는 것이 필요하다.

의료부문도 마찬가지이다. 民間部門에서 담당하는 것이 더 효율적인 치료 부문은 民間部門에서 활성화되도록 政府의 규제를 최소화해야 한다. 그러나 老人이나 醫療 疎外階層을 대상으로 한 보건의료 서비스와 같이 의료서비스를 제공할 必要性이 있음에도 불구하고 民間部門의 참여가 어려운 부문에 대해서는 政府가 나서야 할 것이다.

健康增進事業과 관련된 政府의 役割도 위와 같은 기초에서 생각하여야 하며, 다음과 같은 원칙을 세워볼 수 있을 것이다.

첫째, 健康增進과 관련한 政府의 가장 중요한 역할은 민간에서 健康增進

서비스가 올바르게 시행되고, 또 활성화될 수 있도록 돕는 것이다. 이는 전문가 위원회의 구성과 연구 활용, 사업관리정보체계 개발, 對國民 健康增進 弘報, 醫療保險의 健康增進서비스 保險 適用, 平生健康管理手帖의 製作 配布 등의 정책수단을 통해 지원할 수 있을 것이다.

둘째, 政府는 건강진단서비스나 치료 서비스를 제공하여 민간기관과 경쟁하지 말고, 健康增進과 관련하여 민간에서 담당하기 어려운 부분을 담당하여 결국은 국민들이 혜택을 받으면서 民間部門의 健康增進서비스를 활성화시키는 것이다. 즉 건강증진 프로그램 개발, 영양평가와 상담, 운동 평가와 처방과 같은 서비스를 지역사회에서 제공할 수 있어야 한다.

또한 국민의 건강 증진을 위한 平生健康管理體系는 다음과 같은 理論的 背景을 기초로 構築되어야 한다.

첫째, 건강에 대한 책임은 국민 스스로 져야한다는 것이다. 즉 전통적인 치료의학에서 환자-의사 관계는 의사의 치료 방침에 환자가 수동적으로 따르는 것이었으나, 臨床豫防醫學에서는 환자가 의사의 권유에 따라 능동적으로 행동교정이나 생활습관의 변화를 통하여 스스로 건강을 증진하고 질병을 예방하는 것이다.

둘째, 대상 질병(target diseases)을 파악하여, 즉 유병률과 사망률에 있어서 중요한 위치를 차지하고 있는 질병으로서 예방의 효과가 밝혀진 질병을 대상으로 집중적인 選別檢査를 실시하여 費用-效果를 極大化하는 것이다.

셋째, 1차 예방을 최우선의 과제로 삼는다. 즉 예방접종, 심혈관 질환이나 악성질환의 예방을 위한 행동교정, 특수 질환을 예방하기 위한 豫防化學療法 등이 이에 해당된다.

넷째, 악성질환이나 만성병질환 등의 조기발견을 위한 選別檢査(2차예방)는 증상이 없고 외견상 건강한 사람에게 시행하는 것을 원칙으로 하여 이로 인한 피해를 최소화해야 한다.

따라서 성, 연령, 직업, 과거병력, 가족력 등 개인의 특성에 따라 선택적으로 選別檢査를 시행한다. 그런데 2차 예방이 효율적으로 이루어지려면 다

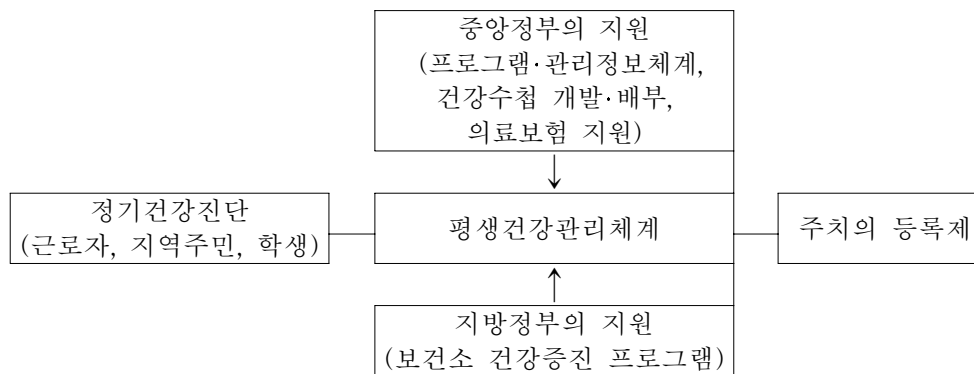
음 3가지 조건이 만족되어야 한다.

- ① 발병 초기에 임상증상이 없거나 사망을 초래하지 않는 질병으로서 질병의 초기에 발견가능한 검사방법이 있어야 하고,
- ② 검사방법의 정확도가 높고, 값도 싸고, 시행이 손쉬워야 하며,
- ③ 진단후에 그 질환을 치유할 수 있는 치료법이 있어야 한다는 것이다.

다섯째, 예방적 진료항목의 결정은 1차의료에서 가능하고, 효율성이 입증된 것을 선정하여야 한다. 즉, 選別檢査의 타당도와 신뢰도가 밝혀진 것으로 조기발견에 의해 예후에 도움을 주거나 공중보건학적인 측면에 도움을 주는 것이어야 한다.

이러한 기본적인 원칙을 참고로 설계된 平生健康管理體系를 이루는 기본적인 골격을 살펴보면 圖와 같다. 즉, 平生健康管理은 中央政府와 地方政府의 지원하에 기존의 定期的인 健康檢診과 앞으로 시행하게될 주치의 등록제를 통해 구체적인 서비스가 제공되게 될 것이다.

[圖 VII-1] 平生健康管理體系의 概要



나. 平生健康管理 프로그램의 內容

平生健康管理 體系를 構築하는데 있어서 가장 중요한 것은 어떤 健康增進 서비스를 제공하여 國民의 健康管理을 도모할 것인가를 결정하는 일이

다. 즉, 정기적인 건강검진의 내용과 방법, 건강교육 내용, 예방접종 및 예방적 화학요법의 내용 등을 정하는 것이 중요하다. 세계 보건기구에서는 選別檢査에 대한 기준으로, ① 대상질병이 지역사회 건강에 중요한 영향을 미치며, ② 효과적인 치료방법이 이용가능해야 하고, ③ 무증상 기간이 있어서 그 기간 동안에 질병을 발견하고 치료하여 이환과 사망율을 감소시킬 수 있어야 하고, ④ 정확한 검사가 적당한 비용으로 이용 가능해야 하며, ⑤ 질병의 발생정도가 건강진단을 정당화 할만큼 충분히 커야 한다는 등의 원칙을 제시한 바 있다.

질병이 개인에 미치는 영향에 대해서는 그 질병으로 인한 수명단축, 장애의 정도, 고통 및 불편의 정도, 치료에 드는 비용 및 가족에 미치는 영향을 고려해야 한다. 또 그 질병의 사망률, 이환율 및 치료에 따른 경제적 손실을 평가해서 그 질병이 사회에 미치는 영향을 생각해야 한다. 질병의 조기발견을 위한 검사를 시행할지를 결정할 때 우리가 꼭 고려해야 하는 것은 그 檢査로 인해 얻을 수 있는 利得과 危險程度를 견주어 보는 것이다. 이 때 검사방법의 민감도, 특이도 및 예측도, 안정성, 간편성, 비용, 의사 및 환자들의 수용정도, 보편성 등이 중요한 선정 기준이 될 수 있을 것이다.

이런 기준을 통해 결정된 대상질병과 검사방법을 통해 프로그램을 진행하였을 때 정말 이득이 있는지를 증명하는 것은 그리 쉽지가 않다. 더구나 우리나라의 경우에는 이런 중재 효과에 대한 연구가 매우 부족한 실정이다. 부득이 중재의 효과는 캐나다와 미국의 자료를 주로 이용할 수 밖에 없을 것이다.

대한가정의학회 平生健康管理 프로그램 開發委員會에서는 이에 대해서 연구의 설계와 우리나라 역학적인 자료, 그리고 임상적인 중요성 등을 고려해서 다음과 같이 對象疾病과 檢査方法을 정하였다.

〈表 VII-1〉 平生健康管理 對象疾病, 選定基準 및 選別檢査 種類

대상질병	대상군의 선정기준(위험요인)	선별검사
고혈압	1. 16세 이상의 모든 성인 2. 소아(만 13개월 이상~만 15세 이하)	1. 매년 1회 혈압측정 2. 정기적인 방문시에 측정
관상동맥질환	- 저위험군 (한 항목-1점) · HDL 콜레스테롤 ≥60mg/dL 고위험군과 저위험군의 항목당 점수를 더하여 계산된 점수가 2점 이상인 경우 - 고위험군 (한 항목당+1점) 1) 45세 이상 남성, 55세 이상 여성, 또는 에스트로젠 치료를 받지 않고 있는 45~55세의 폐경여성 2) 조기 관상동맥질환의 가족력(아버지나 남자 형제의 55세 이전의 심근경색이나 급사, 어머니나 여자형제의 65세 이전의 심근경색이나 급사) 3) 흡연 4) 고혈압(혈압이 140/90 이상) 5) 당뇨병 6) HDL 콜레스테롤 <35mg/dL 7) 총콜레스테롤 ≥240mg/dL	심전도 또는 운동부하검사 (선택) 심전도 또는 운동부하검사 (선택)
고콜레스테롤혈증	1. 20세 이상의 모든 성인 2. 관상동맥질환 위험요인 점수가 2점 이상인 성인 3. 조기사망이나 심근경색증 가족력(직계)이 있는 2~20세의 소아, 청소년	1. 5년마다 1회 총콜레스테롤 및 HDL 콜레스테롤 측정 2. 1~2년마다 1회 측정 3. 선택적으로 측정
당뇨병	1. 모든 임신여성 2. 고위험군 1) 인슐린 비의존성 당뇨병의 가족력 2) BMI(Body Mass Index)>25 3) 임신성 당뇨병의 병력 4) 당뇨병의 병력	1. 임신기간중 1회 공복시 혈당 측정 2. 매년 1회 공복시 혈당 측정

〈表 VII-1〉 계속

대상질병	대상군의 선정기준(위험요인)	선별검사
만성 폐쇄성 폐질환	고위험군 1) 흡연 2) 고연령(65세 이상) 3) 만성폐쇄성 호흡기 질환의 가족력 4) 유해환경이 분진인 직업	매년 1회 폐활량 측정 (선택)
빈혈	1. 모든 영아(1세 미만) 2. 임신여성 3. 15세 이하의 소아, 가임여성(15~49세)	1, 2. 이 기간중 1회 혈색소 및 헤마토크리트 측정 3. 3~5년마다 1회
폐결핵	1. 무증상 일반인 2. 1) 결핵환자와 접촉 2) 당뇨병, 스테로이드의 장기복용, 백혈병, 위절제술 3) 65세 이상의 성인 3. 결핵환자와 접촉한 소아(15세 이하)	1. 2년마다 1회 흉부방사선 촬영 2. 1년마다 흉부방사선 촬영 3. Mantoux test
위암	1. 40세 이상 모든 성인 2. 고위험군 1) 위궤양 2) 선종성 위용종 3) 만성 위축성 위염 4) 위 점막의 장이형화 5) 가족력 6) 고용량 방사선 피폭	1. 1~2년에 1회 위내시경 또는 상부위장관 촬영 2. 매년 1회 위내시경 또는 상부위장관 촬영
대장암	1. 50세 이상 모든 성인 2. 고위험군 1) 대장암의 과거력 2) 대장암의 가족력 3) 가족성 폴립증 4) 선종성 폴립 5) 자궁내막암, 난소암, 유방암의 과거력 6) 궤양성 대장염	1. 매년 1회 대변 잠혈검사와 직장수지검사 2. 매년 1회 대변잠혈검사, 대장내시경, 직장내시경, 대장조영술 중 선택
방광암	고위험군 1) 50세 이상의 흡연 남자 2) 직업 관련: 염료, 고무	소변검사 매년 1회 소변 세포진검사 (urine cytology)(선택)

〈表 VII-1〉 계속

대상질환	대상군의 선정기준(위험요인)	선별검사
유방암	1. 20세 이상의 모든 여성 2. 30~39세의 모든 여성 3. 40세 이상의 모든 여성 4. 고위험군 1) 유방암 과거력 2) 유방암의 가족력(직계)	1. 월 1회 유방자가검진 2. 2년마다 1회 의사의 유방진찰 3. 매년 1회 의사의 유방진찰 2~3년마다 1회 유방 촬영 4. 30세 이상: 매년 1회 유방진찰 2~3년마다 1회 유방촬영 40세 이상: 매년 1회 유방진찰 1~2년마다 1회 유방촬영
자궁경부암	기혼여성(성경험이 있는 모든 여성)	매년 1회 질경부세포진검사
간 암	1. 35세 이상의 B형 또는 C형 간염 보유자 2. 만성 간질환 및 간경변 환자	1. 6~12개월마다 간초음파 aFP(선택) 2. 3~6개월마다 간초음파 aFP(선택)
B형간염	HBsAg과 AntiHBs가 확인되지 않은 모든 성인과 소아	1회 HBsAg & AntiHBs
만성 간질환 및 경변증	1. 30세 이상의 모든 성인 2. B형 또는 C형 간염 보유자 3. 알콜남용 및 의존증 환자	1. 매년 1회 ALT 2. 6개월에 1회 AST/ALT 3. 6개월에 1회 AST/ALT/GGTP
골다공증	고위험군: 에스트로겐을 복용하지 않는 폐경된 여성중 1) 흡연 2) 조기폐경 3) 가족력 4) 알콜남용 5) 운동부족 6) 저칼슘 식이 7) 마른 체격(BMI<18)	골밀도검사(선택)
갑상선 질환	1. 모든 성인 2. 모든 신생아(출생 3~6일째)	1. 매년 1회 갑상선 촉진 2. 혈장 T4(또는 free T4)/TSH
무증상 세균뇨, 혈뇨 및 단백뇨	고위험군 1) 당뇨병 환자 2) 임신여성 3) 7세 이하 아동, 60세 이상 노인	매년 1회 소변검사

〈表 VII-1〉 계속

대상질병	대상군의 선정기준(위험요인)	선별검사
기생충성 질환	1. 16세 이상 성인 2. 16세 미만 모든 소아	1. 매년 1회 대변충란 검사 2. 정기방문시 항문도말검사
매독	16세 이상 모든 성인	LHMP 등록후 첫 검사시에 1회 VDRL 또는 RPR
납 중독	고위험군 - 9개월~6세된 소아 중 1) 오래된 낡은 집에 사는 어린이 2) 납을 사용하는 공장 근처, 혹은 납이 많이 배출되는 지역(고속도로 근처)에 사는 경우 3) 부모나 다른 가구원이 납과 관련된 직종에 종사하는 경우 - 납을 취급하는 직업 종사자 축전지공장, 전선제조산업, 건설업(쇠파이프), 군수산업(총알), 인쇄업, 교통표지판, 크리스탈 유리, 광학안경, TV 브라운관 제조 등	매년 1회 Erythrocyte protoporphyrin
페닐케톤뇨증	모든 신생아(28일 이하)	혈중 페닐알라닌
녹내장	고위험군 1) 고연령(65세 이상) 2) 당뇨병(혈당>140) 3) 녹내장의 가족력	1년에 1회 안압측정, 안저검사, 시야검사 중 두가지
청력손실	유해환경이 소음	청력검사
비만	모든 성인과 소아	정기적인 방문 때마다 신장, 체중, 요부와 둔부둘레 측정
뇌혈관질환	고위험군: 40세 이상의 성인에서 1) 고혈압 2) 흡연 3) 관상동맥 질환(협심증 혹은 심근경색) 4) 심방세동 5) 당뇨병 6) 고지혈증 7) 뇌혈관질환의 병력	경동맥 잡음의 청진

〈表 VII-1〉 계속

대상질환	대상군의 선정기준(위험요인)	선별검사
말초혈관 질환	고위험군 1) 50세 이상의 성인 2) 관상동맥질환(협심증, 심근경색증) 3) 흡연 4) 당뇨병 5) 고혈압 6) 고지혈증	위험인자가 2가지 이상인 경우 사지동맥의 촉진
치과질환	모든 성인과 소아	매년 1회 구강검진
시력감소	1. 학령기전 아동(7세) 2. 노인(65세 이상)	1. 취학 이전 1회 약시, 사시 등에 대해 눈검진 2. 시력검사
운동처방이 필요한 경우	1. 운동처방을 원하는 모든 성인 2. 운동처방을 원하는 관상동맥질환의 고위험군	1. 말초혈액검사, 공복시 혈당, 총콜레스테롤, 소변검사, 심전도, 체지방분율(선택) 2. 1의 검사와 운동부하검사

資料: 대한가정의학회, 『한국인의 평생건강관리』, 『고려의학』, 1995.

3. 平生健康管理體系 構築을 위한 政府의 役割

가. 中央 政府의 役割

현재 우리나라의 자유방임적인 醫療體系 내에서 국가적으로 효과적인 平生健康管理 體系를 構築하는 것은 쉽지 않을 것이다. 현재 시점에서 平生健康管理 體系 構築을 위한 中央政府의 役割을 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 국가적인 차원에서 평생건강관리의 내용과 방법을 표준화할 전문가 위원회(Task Force)의 구성이다.

둘째, 평생건강관리 수첩을 제작하여 전국민에게 배포하는 일이다.

셋째, 平生健康管理가 활성화될 수 있도록 법적, 제도적으로 지원하는 일이다.

넷째, 현재 시행되고 있는 근로자 건강진단체도를 근본적으로 개선하여,

이를平生健康管理體系로 전환해야 한다.

1) 國家的인 次元에서 平生健康管理의 內容과 方法을 定할 專門家 委員會 (Task Force)의 構成

캐나다의 정기건강검진개발 전문가팀(Canadian Task Force on the Periodic Health Examination)나 미국의 예방서비스 전문가팀의 보고(Report of the U.S. Preventive Services Task Force)와 같이 국가적인 차원에서 국민들의平生健康管理을 위한 표준화된 定期的인 건강진단방법, 건강증진 교육안을 만드는 위원회가 없다는 것이다. 하루빨리 이러한 목적을 수행할 수 있는 위원회를 구성하여 한국인의平生健康管理을 위한 체계를 구축할 수 있도록 政府가 나서기를 바란다. 이 위원회의 임무와 구성안을 다음과 같이 제안하고자 한다.

〈表 VII-2〉 平生健康管理 專門家 委員會의 構成案

구 분	구 성 안
임 무	<ul style="list-style-type: none"> - 건강증진을 위한 정책 우선 순위 자문 - 정기적인 건강진단의 대상질병과 검사방법 마련 - 건강증진을 위한 표준화된 교육자료 개발 - 평생건강관리 수첩 개발
구성원	<ul style="list-style-type: none"> - 정부관계자, 정부출연 연구기관 관계자, 저명한 학계교수, 건강관리 프로그램 개발 경험이 있는 컴퓨터 프로그래머 등
조 직	<ul style="list-style-type: none"> - 여기에는 다음과 같은 분과를 둔다. <ul style="list-style-type: none"> · 총괄진행팀 · 정기건강진단 항목 선정팀 · 성인예방접종 항목 선정팀 · 건강증진 서비스 개발 및 교육자료 개발팀 · 평생건강관리 표준화 컴퓨터 프로그램 개발팀

2) 平生健康管理 手帖 製作

현재 醫療保險에서는 健康增進이나 豫防診療를 保險適用에서 제외하고 있다. 또 健康增進을 위한 환자교육, 예를 들어 건강교육자료 제공이나 건강교육, 식이분석이나 상담, 운동처방 등은 保險適用이 되지 않기 때문에 현재 전혀 활성화되고 있지 않다. 이런 保險政策이 바로 국민에게 健康增進 서비스 제공을 어렵게 만들고 있다.

예를 들어 어떤 의료기관에 50세된 남자가 있는데 그 사람의 문제는 고혈압, 고지혈증, 비만, 알콜남용이라고 하자. 그러면 의사는 이 사람에게 어떤 약을 처방하는 것보다도 이 사람의 식이 습관과 생활습관을 잘 분석해서 올바른 식사와 생활습관을 갖도록 해주는 것이 필요하다. 아울러 이 사람의 건강문제를 종합적으로 평가해서 개선을 시키면 위의 건강문제는 해결될 수 있다. 만약 그런 개선으로도 위의 건강 문제가 해결되지 않을 때 약을 처방하는 것이 원칙이다. 그러나 이를 위해서는 30분 내지 1시간씩 여러번의 상담이 필요하다. 만약 이와같은 진료행위를 醫療保險에서 일부 보상하지 않으면 의사로서는 그런 健康增進 診療서비스를 제공할 수 없다. 그러면 의사는 어쩔 수 없이 검사나 약에 의존하는 진료를 행할 수 밖에 없다. 아니면 이런 서비스를 非保險으로 환자부담을 시키는데, 그렇다면 환자의 부담이 커지기 때문에 이런 서비스는 일부 부유층만이 누릴 수 있는 서비스가 될 것이다. 政府에서는 꼭 필요한 예방진료 서비스와 健康增進을 위한 서비스를 선별해서 일정한 원칙을 가지고 올바르게 제공되는 서비스에 대해서 保險適用을 해주는 保險政策이 요청된다. 이를 위해서는 앞으로 主治醫制의 도입 등 실시여건이 조성되어야 할 것이다.

4) 勤勞者 健康檢診을 平生健康管理 프로그램으로의 轉換

1년 내지 2년마다 실시되는 근로자의 건강진단은 비록 대상인구가 한정되어 있다고 하더라도 우리나라 근로자들을 대상으로 빠짐없이 건강진단을 할 수 있다는 장점이 있다. 더구나 최근 醫療保險組合에서 근로자 건강진단에서 제외되는 성인들을 대상으로 비슷한 內容의 건강진단 서비스를 제공하고 있

기 때문에 이 건강진단을 바람직하게 운영하는 것은 매우 중요한 일이다. 1990년 기준으로 일반 국민을 대상으로 하는 健康診斷의 對象 人口는 약 2,300만명, 그 소요예산은 약 960억원에 달한다. 이러한 일반 건강 진단 사업 외에 각 의료 기관에서 시행하는 검진 등을 감안하면 막대한 예산이 건강진단사업에 소요되고 있다. 그러나 각종 건강 진단이 효율적으로 이루어지는지는 의문이고, 이상자들이 효과적인 관리를 받고 있는 지도 논란이 많다.

법적인 근거를 갖고 시행하는 건강진단이 실제로 꼭 필요한 검사항목이 빠져있고, 또 시행하는 방법에도 문제가 많아 국민의 신뢰를 받지 못하고 있다. 따라서 많은 사람들은 건강진단을 받고서도 이를 신뢰하지 못해 다시 한번 많은 비용을 들여 綜合檢査를 받는 실정이다. 근로자 건강진단을 국민의 平生健康管理 體系의 중요한 축으로 활용하는 것이 바람직하다. 즉 이 근로자 건강진단의 항목을 위에서 열거한 平生健康管理 프로그램의 원칙하에 변화시키는 것이 필요하다. 현재 이루어지고 있는 勤勞者 健康診斷과 職場 및 地域醫療保險組合에서 제공하는 건강진단의 內容을 개선해야 한다. 그 중 시급히 개선이 필요한 것은 여성자궁암 선별검사, 여성 유방암 진찰 및 선별검사, 40세 이상 성인에서 위암 선별검사, 고위험군에 대한 간초음파 검사 등이다. 또한 건강위험평가와 같이 기초적이면서 국민교육적인 측면에서 반드시 필요한 서비스가 제공되어야 하겠다.

나. 地方政府의 役割

地方政府에서는 건강증진 시범보건소를 중심으로 다음과 같은 平生健康管理 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

1) 平生健康管理 서비스 提供

특히 취약 계층을 위한 平生健康管理 서비스를 제공할 뿐만 아니라, 일반 지역주민과 의료기관을 위하여 영양분석 서비스나 운동상담 서비스를 제공

할 수 있다. 保健所에서는 영양사를 고용하여 영양 상담 서비스를 제공할 수 있다면 민간의료기관에서 제공하기 어려운 營養分析과 營養教育을 실시할 수 있을 것이다. 보건소에서 영양상담이 가능하다면 이를 실시할 수 없는 지역민간의료기관에서는 영양상담이 필요한 사람들 즉, 당뇨병, 고혈압, 비만, 골다공증 등 많은 환자들을 의뢰해서 적절한 영양상담을 받을 수 있도록 할 수 있을 것이다. 運動 評價 및 處方은 健康增進 서비스에서 필수적인 것이며, 향후 질병 양상의 변화에 따라 그 중요성이 더욱 커질 전망이다. 그러나 이런 서비스를 제공하기 위해서는 專門人力과 施設 및 空間이 필요하여, 민간의료기관에서는 제공하기 힘들다. 현재 이를 제공하는 민간의료기관이 있기는 하지만 매우 드물고, 비용도 보통 시민들에게는 부담스럽다. 따라서 보건소에서 이와같은 서비스를 제공하는 것은 매우 바람직하다. 이에 필요한 시설과 장비를 보면, 대상인구를 매일 30명 정도에게 서비스를 제공한다고 할 때, ① 인력: 운동 평가 및 처방사 2인과 사무직원 1인, ② 공간: 총 40평 내외의 공간, ③ 시설: 운동평가 및 처방장비(표 VII-5 참조) 등 이다.

2)平生健康管理 서비스 提供 醫療機關 選定 및 教育

平生健康管理 서비스는 현재와 같이 의사 한 사람이 하루 100명 이상을 진료하는 의료기관에서는 제공할 수 없다. 그리고平生健康管理를 제공하기 위해서는 의사와 직원의 교육, 그리고 필요한 시설과 장비가 있어야 한다. 지역사회에서 이러한 資格을 審査하고 管理하는 役割을 보건소가 맡을 수 있을 것이다. 그리고 이렇게 선정된 의료기관에서 제공하는 健康管理 서비스는 현재의 의료보험 심사와 같은 과정을 거쳐 醫療保險 惠澤을 준다. 아울러 보건소에서는 선정된 의료기관에서平生健康管理 서비스가 올바르게 제공될 수 있도록 의사와 직원에 대한 健康管理 서비스 關聯 教育을 實施한다.

〈表 VII-4〉 勤勞者 1次 健康診斷 項目과 平生健康管理 프로그램의 比較

근로자 1차 건강진단 항목	20~39세 건강관리 프로그램	40~64세 건강관리 프로그램
매 1~2년	매 1~3년	매 1~2년
문진표 작성 및 진찰	건강위험평가 및 진찰(유방, 갑상선), 식이습관 분석, 운동 평가	건강평가 및 진찰(유방, 갑상선, 직장수지검사) 식이습관 분석, 운동 평가
신장, 체중, 비만도, 시력, 청력, 혈압	신장, 체중, 혈압, 비만도	신장, 체중, 혈압, 비만도
구강검사	구강검사	구강검사
흉부 방사선 간접촬영	흉부 X선	흉부 X선
요당, 요단백, 요잠혈	요검사(고위험군)	요검사(고위험)
지오티, 지피티, 감마-지티피	간기능(고위험군)	지피티, 간기능(고위험군)
혈당	혈당(고위험군)	혈당(고위험군)
총콜레스테롤	총콜레스테롤, HDL(5년)	총콜레스테롤, HDL(5년)
혈색소	혈색소(고위험군)	혈색소(고위험군)
부인과적 세포학적 검사	자궁경부세포진	자궁경부세포진
조합별 간염항원 및 항체	미확인시 간염항원 및 항체	미확인시 간염항원 및 항체
	대변검사	대변검사, 위내시경, 유방X선
2차 건강진단 실시 대상 질병: 폐결핵, 순환기, 간장, 신장, 빈혈, 당뇨, 피부질환	풍진항체, 매독(고위험군) 심전도/운동부하검사 (고위험군) 간초음파/aFP(고위험군) 위내시경/위투시(고위험군) 임질/클라미디아도말(고위험군)	매독(고위험군) 심전도/운동부하검사(고위험군) 간초음파/aFP(고위험군) 위내시경/위투시(고위험군) 임질/클라미디아도말(고위험군) 직장경/대장조영술(고위험군) 고밀도, 요세포진검사(고위험군)

資料: 임현술, 『평생건강관리 적용 전략 - 산업장에서』, 『1차의료와 건강증진 심포지움 및 워크숍 자료집』, 대한가정의학회, 1995.

〈表 VII-5〉 運動 評價와 處方을 위한 施設

(단위: 원)

검사기구	용도	단가
하버드 스텝대	심폐지구력측정	275,000
맥박측정기	맥박측정	38,5000
체진굴측정기	유연성측정	253,000
배근력계	근력측정	495,000
윗몸일으키기대	지구력측정	121,000
사이드스텝보드	민첩성측정	275,000
스톱워치	-	49,500
악력계	근력측정	253,000
점프메타	순발력측정	495,000
메트로놈	-	69,300
허리굽히기대	유연성측정(소아)	33,000
한발서기대	평형성측정	15,400
소농구공	협응성(소아)	60,500
눈감고외발서기대	평형성측정	88,000
공치기(탁구공)	민첩성측정(소아)	10,500
계		3,048,700

資料: 김경수 외, 『운동평가와 상담』, 『1차의료와 건강증진 심포지움 및 워크숍 자료집』, 대한가정의학회, 1995.

4.平生健康管理體系 構築을 위한 民間部門의 役割

위에서 제시한 정부의 노력과 지원이 있다면 民間部門에서 健康增進 서비스가 활성화되는 것은 시간문제일 것이다. 醫療保險이나 의료제도가 의사의 진료행위를 규정하듯 健康增進 서비스도 규정하고 변화를 가져올 것이 분명하다. 다만 民間部門에서 지금부터 준비할 것이 있다면 의사에 대한 교육이다. 지금도 의학교육에서 臨床豫防醫學(Clinical Preventive Medicine)을 다루는 대학은 극히 일부에 불과하다. 다만 예방의학이나 가정의학 강의에서 부분적으로 다루어질 뿐이다. 그러니 의사들의 臨床豫防醫學에 대한 지식과 이를 적용한 진료를 할 수 있는 준비가 미흡한 것이 사실이다.

그러나 의사들은 기존의 의학지식을 바탕으로 臨床豫防醫學的 診療를 쉽

게 수용하고 이를 적용할 수 있다. 더구나 정부의 정책적인 후원이 있으면 연수교육이나 개인적인 노력에 의한 재교육이 활발하게 이루어질 것이다. 그리고 환자의 健康危險行態를 개선하기 위하여 행동과학적 접근을 중시하는 진료를 통해 의사들은 좀더 의사 본연의 올바른 진료를 행할 수 있다는 것에도 만족을 얻을 수 있어 이에 대한 호응도도 높을 것이다.

5. 結 論

현재 우리나라는 경제발전의 토대위에 국민들의 삶을 질을 높이기 위하여, 또한 국민들의 의료에 대한 욕구를 비용-효과적인 방법으로 채워줄 수 있는 平生健康管理體系를 構築하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 中央政府와 地方政府가 이를 위한 적극적인 政策 樹立과 施行이 요청된다.

즉 中央政府는 국가적인 차원에서 平生健康管理의 內容과 방법을 정하는 전문가 위원회(Task Force Committee)를 하루빨리 구성해야 할 것이며, 현재 시행되고 있으나 내용적으로도 미비하고 근로자들의 신뢰도 받지 못하고 있는 健康檢診을 平生健康管理 프로그램으로 전환해야 한다. 또한 平生健康管理 手帖을 제작하여 전국민에게 배포하고, 주치의 등록제를 실시하여 이들 주치의를 平生健康管理의 가장 중요한 자원으로 활용하는 것이 필요하다. 地方政府에서는 보건소를 중심으로 취약주민을 위한 健康增進서비스를 제공하고, 민간의료기관에서 제공하기 어려운 영양평가와 교육 프로그램을 실시할 수 있을 것이다. 아울러 운동 평가 및 운동처방 서비스도 제공하여 지역 주민들을 위한 健康增進 서비스를 제공할 수 있다. 이러한 健康增進 서비스는 지역주민에게 직접적인 혜택이 돌아갈 뿐만 아니라 지역사회 민간의료기관에 종사하는 의료인들의 진료의 수준을 높이는 데도 기여하게 될 것이다.

VIII. 國民健康生活實踐運動의 效果的 推進方案

1. 序 論

人類文明은 3단계의 變遷過程을 겪어 왔다. ① 인간이 자연에게 정복당한 단계, ② 인간이 자연을 정복한 단계, 그리고 ③ 인간과 자연이 더불어 살아가는 단계가 그것이다. 그에 따라 疾病의 樣相과 健康觀도 變遷하여 왔으며 對應方式도 變하였다. 제1단계에서는 健康과 疾病을 운명적인 것으로 인식하여 종교적 의식과 수술에 의존하였으며, 제2단계에서는 疾病을 정복하기 위하여 疾病의 治療手段을 발전하여 왔으나, 지금은 자연과 인간을 조화시켜 보다 적극적 건강을 추구하는 단계에 이르렀다.

세계보건기구(WHO)의 건강의 정의를 우리는 지금까지 금과옥조처럼 되뇌어 왔지만서도, 그것도 내용을 따지고 보면 매우 추상적이고 소극적인 숨의를 내포하고 있는 것이 사실이다. 그러다가 근자에 이르러 WHO도 보다 적극적인 개념으로 健康增進을 제창하기 시작하였고, 선진제국에서는 건강 증진사업을 범정부·범국민적으로 추진하여 오고 있다.

1989년부터 록펠러재단이 중심이 되고 미국의 유수한 財團들이 힘을 합쳐서 착수한 건강변화프로그램(Health Transition Program)을 주목할 필요가 있다. 이 공동사업의 취지는 다음과 같다.

“지금까지 우리가 동원 가능한 모든 재원을 이룬바 현대의약의 발전에 집중적으로 투자하여 의료지식, 약품, 장비 및 기자재는 놀라운 발전을 가져왔으나, 그럼에도 불구하고 현대인의 질병은 전혀 정복되지 않고 오히려 예기치 않았던 여러가지 만성질환들이 우리를 계속해서 괴롭히고 있는 것이 사실이다. 우리가 집중적으로 발전시킨 이룬바 현대의약만 가지고는 해결 불가능하며, 오히려 인간의 사회 문화적 행위적 접근의 필요성이 강조되

어 향후 록펠러, 포드, 밀뱅크메모리얼재단 등 미국의 대표적 재단에서는 힘을 합쳐 재래식 투자방식을 가급적 지양하고 향후는 동원가능한 자원을 행위적 접근법의 개발에 집중적으로 투자하려는 것이다.”¹⁾

위와 같은 취지에서 이들은 제1단계로 사하라지역에서 현재 示範事業을 추진하고 있으며 이것을 토대로 단계적으로 전세계에 건강변화프로그램을 확장할 계획으로 있다. 비단, 이들의 노력뿐 아니라, 일본·미국·캐나다·구미 제국에서는 그 이전부터 國民健康運動을 추진하여 벌써 현저한 결실을 얻고 있는 것은 주지의 사실이다. 각국마다 또 각 프로그램마다 그 명칭은 약간씩 다르지만, 요컨대 그 철학을 한마디로 요약한다면 이른바 라이프스타일病을 여하히 효율적으로 예방하여 보다 적극적 건강증진을 달성할 것이다. 현대인을 괴롭히는 대부분의 慢性疾患은 잘못된 Life Style에 기인하기 때문에 모든 국민의 건강행위(health behavior)를 향상시킴으로써 건강을 증진하여야 할 필요성이 강조되는 단계에 진입한 것이다.

한국은 지금까지 보건의료에 관한 한, 古典的 接近의 울타리 안에서 외국의 長點을 도입하고 우리의 全國民 醫療保險처럼 독창적 시도를 해 오긴 하였으나, 健康增進이라는 새 조류에는 아직 참여하지 못하고 있는 것이 사실이며, 國民健康生活實踐運動이라는 측면에서 선진제국에 비하여 낙후되어 있는 점을 인정할 수밖에 없는 단계이다. 일부 부분적으로는 유사한 활동이 산재해 왔으나 건강생활 실천을 위한 운동을 범정부적·범국민적으로 전개함으로써 국민건강수준을 향상시키는 사업이 절실히 요구된다.

현대인을 괴롭히는 대부분의 만성질환은 이른바 ‘라이프스타일병’이라 할 수 있으며, 따라서 보다 적극적인 건강을 향유하기 위해서는 개인의 生活樣式을 改善하고 健康行爲를 증진시켜야 할 필요성이 있는 바, 본 논문은 전 국민의 健康生活實踐을 효과적으로 유도할 수 있는 事業方案을 제시하는 데에 그 주목적이 있다.

1) 1989년 4월 록펠러재단 Health Science Division의 부국장 Salley E. Findley로부터 입수된 서한문의 요지

구체적으로는 다음의 목적을 달성하는 방향으로 본 논문을 구성토록 한다.

- ① 건강생활실천운동 추진과 관련된 선진제국의 사례를 분석하여 우리가 채택하여야 할 전략을 도출한다.
- ② 건강생활을 범국민적으로 추진하는데 필요한 조직의 성격과 동원가능한 조직자원을 탐색한다.
- ③ 건강생활실천운동의 추진전략을 모색한다.

2. 健康增進 戰略理論과 先進國의 事例 考察

가. 保健教育戰略

國民健康生活實踐運動은 국민들의 건강의식 및 행위를 변화시키는 것으로서 이를 위해서는 保健教育的 側面에 제1차적 관심을 집중(集注)할 필요가 있다. 이 부분과 관련하여서는 Lloyd J. Kolbe의 모델에서 음미할 부분이 많다. 건강증진을 효율적으로 추진하기 위하여 Kolbe는 다음의 다섯 가지 접근법을 제창하고 있다.

- ① 행위교정이론의 개발
- ② 국민건강에 영향을 주는 제1차적 행위(Priority Behavior)의 교정
- ③ 고위험 노출인구대상의 사업활동 추진
- ④ 건강행위에 영향을 주는 정책고안
- ⑤ 통합적 접근

이들 각각의 접근법을 좀 더 구체적으로 살펴보자.

1) 理論開發

건강증진을 효율적으로 추진하기 위하여는 다음의 우선적 작업이 필요하다. 첫째, 關聯理論을 개선해야 한다. 둘째, 行爲別 結定要因에 관한 모델설정이 필요하다. 셋째, 行爲別 矯正手段을 이론정연하게 서술해 두어야 한다.

이들과 관련된 기존의 이론으로서는 건강신념모형, 통제위이론, 사회학습이론이 있다. 여러가지 학설과 모델이 계속해서 발전하기 때문에 한마디로 요약하기도 어렵다. 게다가 다음과 같은 요인들이 얽혀서 한마디로 요약하기는 어렵다. 첫째, 건강관련행위는 한 두 가지가 아니다. 둘째, 국민의 社會的·心理的 특성이 다양하다. 셋째, 주어진 상황이 경우에 따라 다양하다. 넷째, 事業接近形態에 따라 그 효과가 다를 수 있다. 다섯째, 추진 기관이 보건의료시설, 학교, 사업장, 매스미디어 등 서로 독립되고 그 성격도 각각 다르다.

다시 말해서 행위종류별로 규제할 규정도 다를 것이고, 인구층에 따라 접근조직과 설득 양식도 다를 것이기 때문에, 國民健康生活 實踐運動이라는 단어는 간단하지만 그 구체적 처방을 단순한 모델로 제시하기는 어렵다. 여기서 Green등(Green, Kreuter, Deeds, Partridge, 1980)의 PRECEDE Model은 소인적 변인, 강화 변인, 능력 변인 등 세 가지²⁾ 요인군으로 구성된다.

- ① 素因的 變因: 관련지식, 신념, 태도, 가치, 기술 등 직접적 의사전달자로 영향을 줄 수 있는 것 등
- ② 强化的 變因(Reinforcing Variables): 관련태도, 부모 동료 교사 목회자 등 주변인물의 행위
- ③ 能力賦與的 變因(Enabling Variables): 활용가능성, 접근가능성, 수용가능성 등

2) 第1次的 行爲(Priority Behaviors)

건강에 영향을 미치는 행위는 위에서 보았듯이 무수히 많지만, 더 큰 영향을 주는 행위는 그리 많지 않다. 따라서 國民健康生活實踐運動에서 권장할 항목은 몇가지에 집중할 수가 있는 것이다. Carter Center of Emory

2) 이들 요인군들과 관련하여서는 각각 세 대표적인 모델이 따로 있다. 즉 Predisposing model에 관해서는 Becker(1974)의 health belief model, Reinforcing variables는 Fishbein & Ajzen(1975)과 Banchura(1986)의 이론이 Enabling variables에 관해서는 Aday & Anderson(1974)의 이론이 대표적 이론으로 지적되고 있다.

University(1985)는 건강관련행위로 인하여 한 인구집단이 갖는 위험도를 다음과 같이 간단한 공식으로 표현하고 있다.

$$PAR = P \times (R - 1) / P \times (R - 1) + 1$$

여기서, PAR(Population Attributable Risk) = 한 인구의 속성적 위험도

P(Proportion of the total population exposed to a risk factor)

= 한 위험요인에 노출된 인구비율

R(Relative Risk) = 상대적 위험도

이 공식은 특정인구집단 속에서 死亡率을 측정·비교하는데 쓰이는 바, 이 공식에 의해서 측정한 Michigan연구에서는 다음과 같은 사실을 보고하고 있다. 즉 흡연자는 비흡연자에 비하여 心臟病으로 사망하는 비율이 1.7배, 폐암사망이 10.8배, 폐기종사망이 6.1배라는 사실을 발견하고 있다.

3) 高危險人口群

人口群에 따라서 특정질병에 노출되는 현상은 모든 연구에서 지적되는 바와 같다. 그것은 도시·농촌별, 연령별, 성별, 직업별, 사회계층별로 다르기 때문에 保健教育勞力の 接近도 인구군별로 각각 달리하여야 할 필요가 있다. 그 인구군별 접근내용을 어떻게 하여야 할 것이냐 하는 것은 체계적 연구에 의해서만 밝혀지기 때문에, 건강생활 추진이라 해서 행동과 사업만 생각할 것이 아니라 상응하는 연구사업도 중요한 사업의 構成要素가 된다는 사실을 소홀히 해서는 안된다는 것이다. 이 분야와 관련해서 미국의 보건후생성(US DHHS, 1985 a,b)이 제안한 것을 우리가 그 예로 들어 볼 필요가 있다. 즉, 健康生活實踐運動이라고 해서 무엇을 할 것인가 하는 구체적 목적을 설정하여야 하는 바, 가령 미국의 소수인종을 위해서는 암, 심장질환, 약물, 비만, 살상, 자살, 불의의 사고, 영아사망 등 구체적 증상에 관한 집중적 保健教育이 필요하다는 것을 지적하고 있다.

한국의 경우도 막연히 保健教育을 한다기보다는 최근 한국인의 주사망 원

인이 되는 질환을 증점적으로 교육하는 노력이 필요한 것이다. 우리나라의 경우는 <表 VIII-1>과 <表 VIII-2>에서 보듯, 1993년 死亡原因 構造가 남자는 신생물(26.7%), 뇌혈관질환(15.7%), 손상 및 중독(10.6%), 만성간질환(8.3%), 고혈압성질환(5.1%)의 순이고, 여자는 뇌혈관질환(21.6%), 신생물(18.3%), 고혈압성질환(7.2%), 손상 및 중독(5.7%), 당뇨병(3.8%)의 순으로 되어 있다.

<表 VIII-1> 우리나라 死亡原因構造의 變遷(40歲 以上 男子)

(단위: 명, %)

순위	1983	1988	1993	일본(1991)
총사망자수	96,982	88,880	102,817	416,205
1	신생물(14.7)	신생물(22.5)	신생물(26.7)	신생물(27.3)
2	뇌혈관질환(12.7)	뇌혈관질환(14.0)	뇌혈관질환(15.7)	뇌혈관질환(13.9)
3	고혈압성질환(9.8)	손상 및 중독(8.4)	손상 및 중독(10.6)	허혈성심질환(6.6)
4	만성간질환(6.0)	고혈압성질환(8.3)	만성간질환(8.3)	손상 및 중독(4.2)
5	손상 및 중독(5.3)	만성간질환(7.9)	고혈압성질환(5.1)	만성간질환(1.7)
계	39.2	61.1	66.4	53.7

資料: 통계청, 『사망원인통계연보』, 1994.

안윤옥, 『한국인의 상병상태의 전망』, 『보건학 40년- 그 좌표와 전망』, 서울대학교 보건대학원, 1995.

<表 VIII-2> 우리나라 死亡原因構造의 變遷(40歲 以上 女子)

(단위: 명, %)

순위	1983	1988	1993	일본(1991)
총사망자수	72,328	16,218	81,729	360,974
1	뇌혈관질환(14.4)	뇌혈관질환(17.6)	뇌혈관질환(21.6)	뇌혈관질환(17.7)
2	신생물(11.3)	신생물(15.9)	신생물(18.3)	신생물(14.4)
3	고혈압성질환(8.5)	고혈압성질환(9.0)	고혈압성질환(7.2)	허혈성심질환(6.9)
4	손상 및 중독(2.8)	손상 및 중독(4.5)	손상 및 중독(5.7)	손상 및 중독(3.5)
5	감염성질환(2.2)	만성간질환(2.3)	당뇨병(3.8)	고혈압성질환(1.7)
계	39.2	49.3	65.6	44.2

資料: 통계청, 『사망원인통계연보』, 1994.

안윤옥, 『한국인의 상병상태의 전망』, 『보건학 40년 - 그 좌표와 전망』, 서울대학교 보건대학원, 1995.

따라서 우리의 보건교육의 메시지도 막연히 추상적 건강을 외치기보다는 이와 같은 통계에 입각해서 性別, 年齡別로 가장 위험한 요인부터 豫防하는 메시지를 집중적으로 보급하여야 할 필요가 있는 것이다.

4) 健康增進 政策

국민의 건강관련 행위에 영향을 미칠 수 있는 정책은 무엇일까.

Koble 등(Koble, Tolsma & Katz)은 그와 같은 정책들을 다음의 세 가지로 분류하였다.

- ① 첫째 범주는 건강에 영향을 미치는 行爲를 促進하거나 危險要素를 防止하는 政策의 종류이다. 健康行爲促進에 해당되는 정책의 예로서는 안전벨트 착용, 애완동물 예방접종, 영유아 예방접종 등이고, 후자는 마약 금지, 음주운전, 공공시설내 금연 정책 등이다.
- ② 둘째 범주는 관계기관단체로 하여금 健康增進事業을 推進토록 하는 임무를 부여하고 필요한 資源을 支援하는 政策을 말한다. 예로 텍사스 주 정부 보건성의 공중건강증진과, 미연방정부의 질병관리센터의 건강증진 및 보건교육센터, 그리고 WHO의 건강정보 및 보건교육과가 그와 같은 정책을 중점적으로 하고 있다.
- ③ 셋째 범주는 國民健康行爲에 직접 또는 간접적으로 영향을 미치는 정책으로서 안전벨트착용의 의무화, 자동차 제조규칙상 안전장치 설치 의무화와 같은 정책을 뜻한다.

5) 統合的 接近

아무리 단순한 사업이라도 한 두 가지 단편적 접근으로는 소기의 목적을 달성할 수 없다. 가령 학교를 통한 保健教育事業도 말은 간단하지만 그 접근전략은 복합적이어야 하는 것처럼, 국민 건강생활을 총체적으로 추진하려면 몇 가지 주된 사업을 복합적으로 엮어서 추진하여야 하는 것이다. 여기서는 대표적으로 學校保健事業의 예를 들어보자.

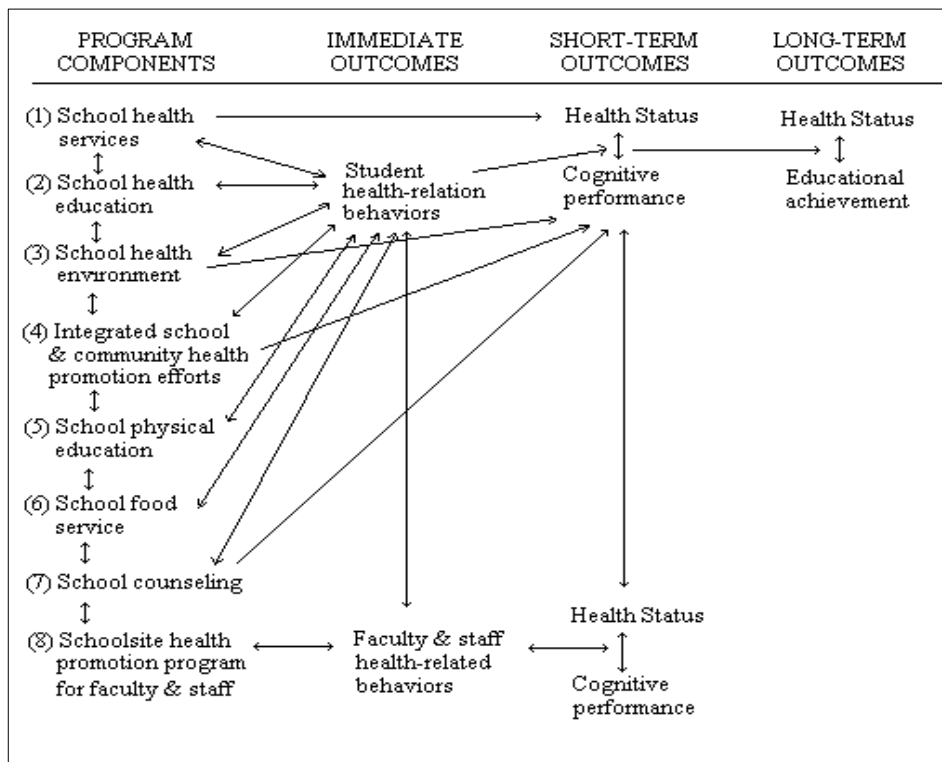
위 그림에서 보듯이, 學校保健教育事業도 적어도 여덟가지 활동을 동시에 추진하여야만 궁극적으로 교육효과를 달성할 수 있는 것이다.

6) 健康行爲指標의 設定

앞에서도 여러번 지적하였지만, 健康生活 實踐이라는 어휘는 너무나 추상적이다. 따라서 이것으로 현실화하는 사업을 추진하려면, 먼저 健康行爲의 몇가지 指標를 설정하여야만 각 지표별로 초기 단계에서 얼마였던 것이 어느 기간이 경과한 후에 어느 정도 변화하였느냐 변화가 없느냐, 그 이유는 무엇인가를 분석하고, 그에 따라 정책을 수정 보완할 수 있다. 가령 현 1996년 1월 조사시점에서 흡연율이 75%인 것을 1997년, 1998년 …2000년에 X%로 줄이며, 그에 따라 심장질환, 폐암이환율을 1996년 1월 X 수준에서 1997년… 2000년 Z 수준으로 감소시킨다는 식으로 사업을 계량화하여야 하는 것이다.

이처럼 지표의 설정 없이는 事業目標를 설정할 수도 없고, 特定事業의 效果도 측정할 수 없으며, 그 효율 여하에 따라 사업대안을 강구할 수도 없는 것이다. 健康生活 推進事業을 착안하는 제1단계 사업은 여차피 연구사업이어야 한다. 韓國政府나 保健分野에서 지금까지의 관행상 가장 처절한 맹점은, 연구사업에 대한 투자가 자원과 시간의 낭비라는 고정관점이라는 사실을 통렬하게 반성하여야 한다. 이런 경향은 비단 보건분야만의 문제는 아니며 이른바 군사문화의 하나의 병폐라고 해석 될 수도 있다. 國民 健康生活 實踐運動을 추진하는 데 있어서 제1차 선행사업은 연구개발(R&D)이라는 점에 각별히 유의할 것을 강력히 권고하고 싶다.

[圖 VIII-1] School Health Program Components and Outcomes



Source: Lloyd J. Kolbe, *The Appreciation of Health Behavior Research, in Health Behavior*, D.S. Gochman ed. 1988, p.387.

나. 先進國의 事例

우리 사업을 설계하기에 앞서 先進諸國에서는 어떻게 推進하였는가 하는 것을 먼저 검토해 보자. 先進諸國의 健康 및 體力 向上事業은 이미 1950년대 후반부터 시작하여, 1960년대 1970년대에 활발한 段階에 돌입하였다. 여기에 비하면 우리나라는 너무나 뒤져 있거니와, 健康增進·體力向上은 국가의 社會經濟的 발전 단계와 직접 관련이 있기 때문에, 지난날 우리의 經濟的 能力으로는 미처 생각할 수 없는 단계였다.

구미 선진국의 健康增進·體力向上 事業은 다음과 같은 다섯 가지 특징을 가지고 있다.

- ① 이들은 모두 先進工業國이었다.
- ② 제2차 세계대전으로 인한 社會 文化 經濟的 混亂狀態가 진정된 시기에 이 운동이 시작되었다.
- ③ 體力, 스포츠 등 身體活動을 의미하는 어휘가 국민일반에 널리 사용되는 단계에 진입하였다.
- ④ 설치, 선언, 제정 등 社會政策이 활발하게 추진되었다.
- ⑤ Trim, life be in it, Participation 등 新造語가 많이 유행하게 된다.

상기 다섯 가지 특징을 종합해서 한마디로 표현한다면, 『20세기 후반, 공업화가 달성된 나라들에서 시작한 身體活動의 普及을 목적으로 한 국민운동』이라고 요약된다. 공업화, 사업화, 도시화, 인구의 노령화에 따라 疾病構造가 변화하면서 한편으론 경제적 여유가 생길 때 국민과 정부는 적극적 건강을 추구하는 동기가 강해지는데서 건강증진·체력향상 운동이 민간과 정부 차원에서 착수되는 것이다.

선진제국에서 이 운동이 발전되어 온 과정을 정리하면 <表 VIII-3>과 같다. 이 중 대표적으로 미국과 일본의 사업을 좀 더 자세히 검토키로 한다.

1) 美國의 體力增進 事業

미국의 체력증진 사업은 Fitness라는 어휘로 불리우고 있다. 1954년 미국 청소년 대상으로 체력검사를 실시하였던 바, 그대로 방치할 경우 미국의 장래가 염려스러운 상태임을 깨닫게 되었다. 1956년 체력에 관한 대통령자문위원회(President's Council on Physical Fitness)를 보건성에 설치하고 그 임직원은 대통령이 임명하였다. 그 후 1968년 스포츠를 추가하여 체력 및 스포츠에 관한 대통령 자문위원회(President's Council on Physical Fitness & Sports)로 확대 개편하고 대통령령 제11562호에서 다음의 9가지를 목적으로 설정하였다.

〈表 VIII-3〉 歐美의 健康·體力增進活動 小史

년 도	사	항
1954	대통령	청소년 체력 심의회 설치(美)
1958	청소년 스포츠 감독국	설치(佛) 체육국 설치(日)
1959	골든 플랜	제1차 각서(西獨)
1960	제2의 길 운동개시	(西獨) 윌펠든 리포트 발표(英)
1961	스포츠 진흥법 공포	(日) 대통령 체력 스포츠 심의회 설치(美)
1963	체육법 공포	(스페인)
1964	국민건강·체력증강 대책의	가의 결정(日)
1966	니에미 위원회 설치	체육과 스포츠에 관한 유럽협력 기본방침 선언(구주회의)
1967	TRIM 15년 계획 발표	(노르웨이)
1968	부루계 레포트 발표	(구주회의)
1969	KOM 운동(식품과 운동) 개시	(스웨덴)
1970	전국민 스포츠·유업회의 개최	(구주회의) 스포츠 plus 운동개시(벨기에) 스포츠 10년 계획 발표(英)
1971	Clearing House 설치	(구주회의) Participation 운동개시(加)
1972	스포츠 카운슬 설치	(英) 스포츠와 자유시간 회의 개최(소련) 스웨덴 인 TRIM계획 발표(스웨덴)
1973	TRIM FITNESS 회의 개최	(서독) TRIM의 날 제정(오스트리아)
1974	전국민체육의 날 제정	
1975	유럽 전국민 스포츠 헌장 채택 권고	(구주회의) 체육·스포츠 진흥법 공포
1976	청소년 체육 스포츠에 관한 장관회의 개최	(유네스코) 전국민의 날 제정(영)
1977	제1회 체육·스포츠 정부간회의 개최	(유네스코)

資料: 건강·체력증진 사업재단, 체력단련지침, 체력증진 정보 No.21, No.22.

- ① 一般市民, 市民團體, 專門家集團, 아마추어 및 프로 스포츠 단체, 民間企業, 任意團體, 기타 조직의 적극적인 지원과 협력을 얻어 신체적 단련과 스포츠에 규칙적 참가를 촉진하므로써 전체 미국인의 건강증진을 도모한다.
- ② 運動의 重要性, 規則的 身體活動이 건강과 직결된다는 사실을 모든 국민에게 교육하여 활동을 추진한다.
- ③ 신체적 단련과 스포츠 참가를 촉진하기 위한 정책조정을 연방정부가 책임지고 수행한다.
- ④ 신체적 단련과 스포츠의 規則的 參與의 重要性을 지방정부 및 자치단체에 철저히 주지시킨다.
- ⑤ 지역사회에 있어서의 레크리에이션 활동, 신체적 단련, 스포츠 참가계획을 체계적으로 촉진, 아동, 청소년, 성인 및 노인별로 Fitness를 향상시킨다.
- ⑥ 적절한 신체적 단련의 실천을 장려하기 위해, 醫療人 및 關係專門團體가 공동사업을 추진한다.
- ⑦ 신체적 단련과 스포츠 실천과 관련된 研究事業을 강화한다.
- ⑧ 신체단련의 교육과 관련되는 각급 수준의 教育團體·組織을 적극 지원한다.
- ⑨ 産業體, 企業體, 政府組織, 勞動組織 등으로 하여금 피고용자의 健康增進을 위한 자체사업을 추진토록 장려 및 지원한다.

상기와 같은 활동을 전개함으로써 사인의 50%를 넘어섰던 심장병이 38%로 떨어지고, 조깅, 에어로빅, 워킹 등이 붐을 이루었다. 1985년에는 서기 2000년까지 달성할 36항목의 行動目標를 設定하였다. 그 중 주된 行動目標 몇 가지만 소개하면 다음과 같다.

- ① 서기 2000년까지 靑少年(10~17세)의 75% 이상이 최저 주3회, 1회 30분 이상 최대 산소섭취능력 50% 이상의 운동에 참여토록 한다.
- ② 兒童(6~9세)의 신체적 단련과 운동에 관한 적절한 대책을 연구, 1990년 까지 구체적 活動目標를 설정추진한다.

- ③ 兒童과 學生의 50% 이상이 體育授業을 매일 이수토록 한다.
- ④ 成人(18~64세)의 30% 이상이 靑少年과 동일한 運動量을 實施토록 한다.
- ⑤ 成人의 40% 이상이 柔軟性, 筋肉, 持久力을 재고하는 運動을 최저 주 3회, 1회 15분 이상 실시토록 한다.
- ⑥ 高齡者(65세 이상)의 30% 이상이 시간당 4.8km의 속도로 걷는 운동을 주 3회, 1일 30분 이상 실시토록 한다.
- ⑦ 高齡者의 50% 이상이 日常生活上 健康維持에 필요한 柔軟性, 步行運動, 가슴과 팔의 筋肉을 增進하는 運動을 최저 주 3회, 1회 30분 이상 실시토록 한다.
- ⑧ 從業員 500인 이상 규모 기업의 35% 이상이 직장내 체력증진 프로그램을 자체 실시토록 한다.
- ⑨ 健康에 관련된 體力 테스트의 具體的 實施基準을 年齡別·性別로 확립 보급한다.
- ⑩ 規則的 運動의 實施가 표준체중 유지, 스트레스 해소, 心疾患 豫防 등에 도움이 된다는 올바른 健康知識을 10세 이상 국민의 80% 이상이 生活化 하도록 한다.

美國의 事業內容은 21가지의 구체적인 사업목표를 건강증진, 건강보호, 예방서비스로 구분하여 나열하고, 그 각각을 다시 건강수준목표(Health Status Objectives), 위험요인감소목표, 서비스 및 건강보호적 목표 등 세 가지 具體的 目標를 지수로 제시하고 있다.

2) 日本의 體力 增進 事業

日本에 있어서의 健康·體力 增進 運動은 1964년 동경 올림픽을 계기로 그 3년전인 1961년에 「스포츠 振興法」을 공포하면서 시작되었다. 동법 제1조에서 “이 法律은 스포츠 振興에 관한 施策의 基本을 분명히 하고, 그를 통하여 國民 心身の 健全한 發達과 밝고 풍요한 國民生活 形成에 寄與하는

것을 目的으로 한다”로 뜻을 박고, 제2조에서는 “스포츠란, 운동경기 및 신체 운동(캠핑등 야외 활동 포함)으로서 심신의 건전한 발달을 도모하기 위한 모든 활동이라고 정의하고 있다. 올림픽 종료 직후 각의에서는 健康管理의 自己責任과 政府의 推進方案을 다음과 같이 명시하고 있다.

『健康은 남이 갖다주는 것이 아니라 자기 스스로가 만드는 것으로서 국민의 健康을 增進하고 體力을 增進하기 위하여 國民이 自發的 實踐運動을 촉진하지 않으면 안된다. 그리고 정부는 국민이 日常生活를 통해서 積極的으로 健康活動에 참여하도록 한 경제조건을 정비할 목적으로 다음 사항을 重點적으로 추진한다.』

- ① 保健·營養을 개선한다.
- ② 체육, 스포츠, 레크리에이션을 보급한다.
- ③ 강인한 정신력과 근성을 함양한다.

이 기본 방침을 국민운동으로 추진하는 모체로서, 1965년 『體力增進 國民會議』를 발족하였다. 이것은 11개 관계부처, 민간단체 168개로 구성하고, 당면 운동방침으로 다음 네 가지를 결정하였다.

- ① 매월 7일을 건강의 날로 결정, 國民運動 促進의 거점으로 한다.
- ② 춘추 2회 전국규모의 기념행사를 실시한다.
- ③ 地方組織의 결성 및 충실화를 도모한다.
- ④ PR 활동을 重點적으로 실시한다.

3. 國民健康生活實踐運動 推進方案

가. 目標 및 事業設定

상기에서 몇개 先進國의 事業을 예시하였거니와 대부분은 政策目標를 抽象的으로 설정하고 있는데 비하여 미국의 경우는 目標를 計量的으로 설정한 것이 매우 인상적이다. 한국의 경우도 국민건강증진 목표와 전략(변종화,

1995)에서 건강수준, 건강위험요인 감소목표와 전략을 제시하고 있는 것은 고무적이다. 향후 效果的 國民運動推進을 위해서 여기에 나열한 항목들 중 計量化가 가능한 부분은 되도록 미국의 접근방법처럼 건강수준, 위험요인감소, 서비스 및 건강보호적 환경개선 등을 위한 목표를 구체적 지수로 보완한다면 향후 사업계획서로써 효용가치가 매우 높다고 평가된다.

한국의 현단계에서는 사업종목과 목표를 설정하기 전에, 이론적 접근부분에서 논술한 내용을 잠깐 다시 음미해 볼 필요가 있다고 보여진다. 즉, 國民健康生活 實踐運動이라면, 일시에 모든 것을 착수한다는 것은 현실적으로 너무 방대하기 때문에, 健康行爲, 健康增進의 여러가지 정의 중 우리가 어떤 정의를 채택할 것이냐 하는 것을 정해 놓고, 사업종목에 따라 단기, 중기, 장기 목표를 설정하는 접근전략이 필요할 것이다. 이해를 돕기 위해 健康行爲, 健康增進의 여러 정의를 요약하면 다음과 같다.

〈表 VIII-4〉 健康行爲·健康增進의 定義 別 事業一覽

제안자	정의의 구분	사업내용	비고
Kasl과 Cobb	예방 및 보호행위	수면시간, 식생활습관, 아침식사, 체중조절, 취미운동, 절주금연	임상적접근 제외 행위적접근
미국예방의학회	의료보건학적 접근	보건의료연구와 요원 교육, 환경보호, 산업 보건, 진단과 치료, 보건경제학적 접근	보건의료접근
Green 등	사회개혁적 접근	건강촉진적 환경 조성, 수입, 주택, 식량 등 정책적 경제적 수단 및 국민보건교육	사회개혁적 장기적 접근
미국연방정부	건강행위의 강조	예방보건서비스, 공해방지산업안전 등 제도적 접근 및 건강행위 개선	예방보건서비스와 보건교육강조

資料: 제안자가 제시한 건강행위 및 건강증진의 정의에 따른 사업을 요약정리한 것임.

이상에서 보다시피 國民健康을 위해서는 위에 나열한 것 중 어느 하나도 중요하지 않은 것이 없지만, 그렇다고 이 모든 것을 일시에 추진한다는 것은 무리다. 따라서 國民運動의 내용은 Kasl 등이 제시한 行爲的 接近에 국한되, 정부의 책임이 강조되는 美國聯邦政府의 接近을 겸비하는 것이 바람직스럽다. 미국 예방의학회의 접근은 傳統的 接近으로서 費用이 엄청 들면서 국민의 생활양식 질병을 퇴치하는 일과는 다소 거리가 있고, Green 등이 제창하는 社會改革的 接近은 事業目標로 設定하기에는 우리의 經濟力이 아직 미흡하다. 그리고 國民運動이란 쉽고 그 결과가 곧 나타나는 것부터 점점 복잡한 것으로 발전하는 接近을 택하는 것이 一般的 原則임을 감안할 때, 우리로서는 Kasl 등이 제창한 것처럼 국민의 생활양식을 개선하는 것을 집중적으로 추진하는 한편, 保健醫療 組織을 동원한 診斷과 豫防保健 事業을 보완하는 방향으로 접근할 것을 권고하고 싶다. 요컨대, ‘運動의 單純化’가 國民健康生活를 推進하는 데는 가장 效果的이라는 뜻이다. 이것을 國民의 입장과 政府의 입장으로 單純化하면 다음 표와 같다.

〈表 VIII-5〉 國民健康生活實踐運動 推進에 있어서의 國民과 政府의 責任

국민의 책임	정부의 책임
적절한 수면	검진사업강화
과학적 식생활습관	예방보건사업강화
아침식사	보건교육사업강화
체중조절	건강행위연구사업강화
취미운동실천	제도 및 규정의 보완
절주 금연	

나. 可用組織과 任務

건강생활을 범국민적으로 추진하려면, 政府組織·社會團體·地域社會組織·弘報媒體 등이 총동원되어야만 실효를 얻을 수 있다는 것은 말할 여지도 없다. 국민소득 1만불을 돌파한 현 단계에서 그것이 아주 불가능하지는 않

겠지만, 사업을 어떻게 조직화하느냐하는 것이 문제이다.

미 연방정부에서는 國民健康生活을 學校·事業場·地域社會의 諸機關組織 團體·醫療保健施設 및 大衆媒體라는 다섯개의 바퀴(5wheel)에 실려서 추진하는 것을 명시하고 있다. 그러나 이것도 모두가 行動組織들일 뿐이며, 汎國民運動을 效果的으로 推進하려면, 研究企劃組織·調整支援組織·實行組織 등 3분야로 나누어서 고안하는 것이 더 구체적일 것이다.

1) 研究企劃組織

우리는 지금까지 거의 모든 분야에서 연구개발의 중요성을 너무나 등한히 하여왔다. 더구나 健康生活 實踐이라는 人間의 行爲를 矯正하는 事業이야말로 세심한 연구가 선행되어야 하는 것이다. Kolbe(1986)는 건강증진운동을 실천하기에 앞서서 ① 行爲矯正理論의 開發, ② 國民健康에 영향을 주는 제1차적 행위와 life style, ③ 高危險 露出人口群別 行爲 樣態, ④ 健康行爲에 영향을 주는 政策 등에 관한 연구가 선행되어야 함을 강조하고 있다.

한국의 경우는 保健社會研究院이 중심이 되어 그 안에 健康行爲 研究部 또는 國民健康生活研究部 등 명칭이야 어떻든 이와 같은 汎國民 健康生活 實踐運動과 관련된 研究部를 독립시켜 그 기능과 조직과 예산을 대폭 강화해야 한다. 이것이 선행되지 않고서는 만사가 공허한 구호에 그치고 말 위험이 크다. 이 연구조직은 적어도 다음의 과제들을 심도 있게 연구개발하여야 할 것이다.

- ① 可用資源開發
- ② 주된 死亡原因 疾病과 직결된 life style의 현황과 문제점의 구명
- ③ 國民의 健康知識上 부족한 내용과 잘못된 내용 확인
- ④ 疾病別 高危險 人口群의 확인 및 대안 개발
- ⑤ 국민건강 및 건강행위와 직결된 규정·제도·정책의 개선방안탐색
- ⑥ 통합적 접근·조정방안 제시
- ⑦ 分野別·目標別 성취도 평가

- ⑧ 關聯 要員 및 地域社會指導者 敎育
- ⑨ 홍보물의 개발 제작
- ⑩ 매스 미디어 동원 조정
- ⑪ 건강생활 표어의 개발 보급
- ⑫ 기타 국민교육과 관련된 연구

2) 支援調整組織

支援調整 業務는 두말할 것도 없이 정부의 몫이다. 우리는 건강과 관련된 일이라면 덮어놓고 보건복지부만의 일처럼 생각하는 경향이 있다. 그러나 國民健康生活實踐運動은 그 목표야 물론 건강에 있지만 운동의 성격은 國民生活 矯正에 있다는 점에 유의하여야 하겠다. 즉, ‘汎國民運動’의 성격을 살리기 위해서는 그 주된 핵심기능이 최소한 국무총리실에 두어야 한다. 현재도 사실상, 保健福祉部 외에 문체부의 國民體育振興運動, 노동부의 産業保健事業, 교육부의 學校保健事業, 국방부의 軍體力增進事業 등 여러부처가 사실상 國民健康 生活과 관련된 事業들을 각각 추진하고 있는 것이다. 따라서 國民健康生活實踐運動을 汎國民的으로 效果的으로 推進하기 위해서는 다음과 같은 支援·調整 組織과 任務가 필요하다. 60년대초 家族計劃事業을 汎政府的으로 實踐할 당시는 경제기획원차관이 위원장이 되고 各部 次官으로 위원회를 구성하여 효과적인 사업을 추진할 수 있었던 것을 참고 할 필요가 있다. 선진국에서도 대통령 또는 총리직속으로 健康增進運動을 전개하고 있는 점도 유념하여야 한다.

- 組織名 : 국민건강생활추진위원회
- 構 成 : 관련부처차관(보건복지부, 재정원, 문체부, 공보처, 내무부, 교육부, 노동부, 국방부, 총무처)
- 所 屬 : 총리실
- 委員長 : 총리실 행정조정실장
- 幹 事 : 보건복지부 차관

- 執行委員會 : 총리실 전담국장급 공무원을 위원장, 보건복지부 보건국장이 간사, 관련부처 담당국장으로 위원 위촉
- 任 務 : 정책입안 및 부처간 업무조정, 재정 확보, 사업진도점검, 부처별 상하단체동원 및 지원, 국가적 행사 집행

3) 實行組織

政府組織 傘下에 각종 民間團體가 허다하다. 그러나 아무리 汎國民 運動이라 해도 그들 전부를 일시에 동원하는 것은 불가능할 것이다. 장기적으로는 그들을 모두 활용한다 하더라도 우선 일차적으로 各部處 傘下 機關團體 중 健康生活과 관련되는 업무를 취급하는 組織團體들을 부처 주무 국장책임하에 ○○부 國民健康生活推進協義會를 구성하여 총리실에서 기획된 업무중 해당 업무를 추진토록 하는 것이 효과적일 것이다. 이런 성격을 가진 조직들 중 일차적으로 동원가능한 조직의 종류를 부처별로 보면 다음과 같은 것이 있을 수 있다.

- 保健福祉部 : 각종 법인 단체(별도 서술)
- 文化體育部 : 각종 체육 단체 및 주민조직
- 公 報 處 : 각 매스 미디어
- 國 防 部 : 의무감실 및 정훈감실 산하 군조직
- 內 務 部 : 지방 정부 보건조직, 지역사회조직
- 勞 動 部 : 일정 규모 이상의 산업장
- 教 育 部 : 학교보건교육 관련 업무
- 總 務 處 : 공무원 체육진흥

본 논문에서 이상 모든 부처의 산하조직을 모두 열거하기에는 시간적 제약이 따르지만, 우선 보건복지부산하조직만을 상술하기로 한다. 1995년 6월 30일 현재 保健福祉부에 등록된 法人組織은 保健福祉部許可 법인이 754개, 시도지사허가법인이 728개로 모두 1,542개가 있다(表 VIII-6 참조).

<表 VIII-6> 法人 現況(1995)

(단위: %)

종류별	소관국별	총 계	기획 관리실	사회복지정책실		보건국	식품국	의정국	약정국	연 금 보험국
				사회복지 심의관	가정복지 심의관					
총 계		1,542	1	271	442	141	32	269	11	375
보건복지부 허가	소 계	754	1	75	52	52	32	156	11	375
	특수법인 ¹⁾	6	1	1				1		3
	사단법인	162		32	33	33	16	39	9	
	재단법인	60		10		9	1	39	1	
	의료법인	85				10		75		
	사회복지 법인	52		32	19			1		
	의료보험 조합	372								
중소기업 협동조합	17					15	1	1	372	
시도 지사 허가	소 계	728		136	390	89		113		
	의료법인	120				7		113		
	사회복지 법인	608		136	390	82				
회원단체		60		60						

註: 1) 특수법인은 특별법에 의하여 설립된 법인과 각 개별법에 근거하여 설립된 법인 중 사단법인을 제외한 것임.

資料: 보건복지부, 『법인현황』, 1995.

그러나 이들을 일시에 동원하는 것은 무리이며, 우선 일차적으로 현재 國民健康生活과 관련된 法人만을 추리면 <表 VIII-7>과 같이 48개에 이르르며, 이들로써 保健福祉部 傘下 國民健康生活 推進 協議會를 구성활용하는 것은 당장 손 쉬운 일일 것이다.

〈表 VIII-7〉 一次動員可能 法人組織 一覽(1995)

기관명	정원(명)	관련 사업 내용
특 수 법 인		
한국보건사회연구원	166	- 국민보건의료에 관한 조사·연구 및 분석
대한적십자사	3,113 (현)2,825	- 재해발생시 이재민구호 - 혈액·보건·의료·간호·안전사업
한국한의학연구소	-	- 침구학 및 민간요법에 관한 조사·연구 등
의료보험연합회	1,405	- 보험재정 안정사업(보험재정 안정기금의 설치·운영) - 의료보험에 관한 교육훈련, 홍보, 조사연구 및 국제 협력
공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단	771	- 건강진단 등 예방사업 - 의료시설 또는 복지시설의 설치운영
국민연금관리공단	2,166	- 가입자 및 연금수권자를 위한 복지시설의 설치·운영 등 복지증진사업
사 단 법 인		
전국재해대책협의회	10	- 재해복구 및 이재민구호를 위한 의연금품 모집, 관리 및 구호사업과 이에 대한 기획· 통제, 조사연구 및 홍보사업 등
대한노인회	89	- 노인능력의 개발과 보급 - 노인여가시설의 개발과 보급 - 노인교육 - 노인복지에 관한 조사연구 및 정책개발
한국노인복지시설협회	21	- 노인복지시설간의 연락협조 및 조정사업 - 시설종사자의 자질향상을 위한 교육세미나 개최사업 - 노인상담과 노인복지연구사업
한국여성단체협의회	-	- 회원단체간의 사업협의 및 자료·정보교환
한국부인회총본부	-	- 부녀교양 지도사업 - 사회복지 증진을 위한 사업
대한주부클럽연합회	-	- 건전가정 육성사업 - 청소년 및 유아교육과 보식아동돕기

〈表 VIII-7〉 계속

기 관 명	정원(명)	관련 사업내용
한국부녀복지연합회	-	- 부녀복지사업에 관한 종합계획과 연락 조성 - 부녀복지법인 및 시설의 육성지도와 시범복지시설의 운영
한국여성연맹	-	- 여성교육을 통한 건전가정 육성에 관한 사업 - 여성의 복지증진에 관한 사업 - 미혼모 및 가출여성의 상담실 운영
고향을 생각하는 주부들의 모임	-	- 여성복지 증진사업 - 환경보전사업
한국여성의 전화	-	- 가정폭력 및 성폭력문제 상담사업
대한영양사회	8,000	- 식생활개선을 위한 조사연구 - 영양에 대한 대민홍보회 개최
한국건강관리협회	469	- 비전염성 질환에 대한 종합검사 및 진료 - 임상병리적 집단검사 - 성병검사 및 진료 - 기생충질환 검사 및 치료 - 보건에 관한 교육 및 홍보·계몽
대한결핵협회	280	- 결핵의 예방 및 치료, 계몽지도 교육 - 연간 벽지 농어촌주민 약 233천명에게 무료검진
대한나관리협회	205	- 나병의 예방 및 치료사업 - 나병에 관한 교육 및 계몽
한성협동회	35	- 나정착촌 협동정신 교육 및 자립기반 조성 - 부랑나환자 및 정착촌 질서유지 파괴행위자 선도 - 정착주민의 진료참여에 대한 지원
한국에이즈연맹	7	- 에이즈 예방 및 근절을 위한 위한 사업 - 에이즈에 관한 교육, 홍보사업
대한에이즈협회	21	- 에이즈 예방 및 퇴치를 위한 홍보, 계몽, 교육, 수련 - 감염자 및 그 가족의 권익옹호, 복지증진
대한가족계획협회	464	- 가족계획 및 모자보건에 관한 홍보교육 - 청소년에 대한 인구 및 성교육 - 부속의원을 통한 모자보건 및 피임기술 보급

〈表 VIII-7〉 계속

기 관 명	정원(명)	관련 사업내용
한국성인병예방협회	5	- 성인병의 예방 및 그 치료에 관한 지도·계몽 - 성인병 진료를 위한 전문 의료기관의 설치 운영 - 성인병 예방 및 치료에 관한 도서의 출판 및 보급
한국식품공업협회	29	- 위생관리인의 교육
대한의사협회	85	- 국민보건의 계몽지도에 관한 사항
대한간호협회	23	- 사회복지증진 및 대지역사회사업 강화
대한치과 의사협회	25	- 구강보건정책개발 - 장애인 구강보건 진료센터 건립
대한한의사협회	20	- 한의학 발전에 관한 사항
대한임상병리사협회	3	- 임상병리 기술학의 학술 및 기술연구 개발
대한방사선협회	4	- 방사선 기술학등 연구개발
대한물리치료사협회	3	- 물리치료학 및 물리치료 기술 연구 개발
대한치과기공사협회	4	- 국민구강보건 향상
대한치과위생사협회	3	- 국민구강보건계몽사업
사단법인 대한약사회	28	- 의약품 유통질서 확립
사단법인 한국제약협회	40	- 기술 및 경영의 향상을 위한 지도 계몽
대한한약협회	2,244	- 사회복지사업 및 회원복지사업
재 단 법 인		
한국장애인복지체육회	49	- 장애인 체육대회 개최 및 장애별 경기단체 육성지원 - 장애인 생활체육보급
한국식품위생연구원	118	- 식품위생에 관한 교육과 홍보사업 - 국민의 식생활개선 및 영양향상을 위한 사업
한국의료관리연구원	44	- 의료관련제도에 관한 연구 및 정책개발
아산사회복지사업재단	3,383	- 의료기관의 설립 및 운영
대우재단	147	- 의료기관 설립 및 운영 - 사회복지사업
재단법인한국마약퇴치운동본부	31(현:10)	- 마약류등 약물남용 방지를 위한 대국민 홍보, 계몽 등 예방활동의 전개 - 마약류등 약물남용의 폐해에 대한 각종교육 실시 - 마약류등 약물남용 관련 상담소 설치 운영 등

〈表 VIII-7〉 계속

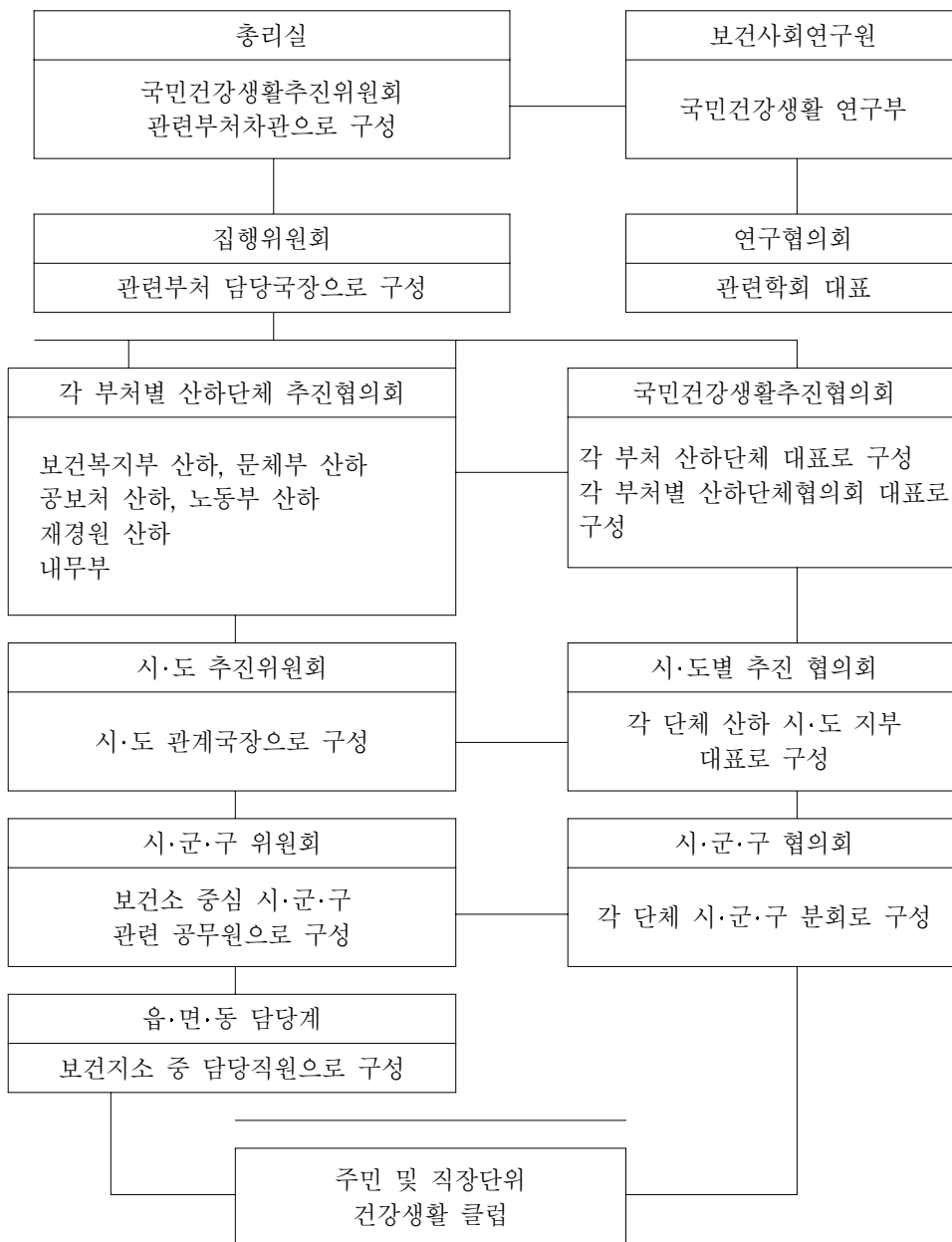
기 관 명	정원(명)	관련 사업내용
사 회 복 지 법 인		
한국사회복지협회	32	- 사회복지에 관한 조사, 연구 및 교육, 홍보 출판사업 - 어린이 새생명돕기 진료비 지원사업 등
한국사회복지관협회	9	- 종합사회복지관 운영프로그램 개발·보급
한국복지재단	359	- 아동복지시설, 영유아보육시설 및 심신 장애자시설 설치운영 및 지원사업 - 아동 및 사회복지증진을 위한 출판·홍보사업
한국응급구조단		- 응급구조 교육 및 홍보사업

資料: 보건복지부 산하의 관련단체 현황을 취합한 자료임.

4) 汎國民組織體系

앞절에서 설명한 研究企劃組織, 支援調整組織 및 實行組織 등 3개 조직망을 축으로 하여 각각 그 산하에 중앙부터 地方自治團體까지 수직적 및 行政單位別 水平組織을 구성하여 汎國民運動으로 추진하는 방안을 모색할 수 있다. 全國的인 수직 및 수평조직체계를 도식으로 표현하면 [圖 VIII-2]와 같다.

[圖 VIII-2] 國民健康生活 推進組織體系



4. 結 論

본 연구는 제1부 이론적 접근과 제2부 사업적 접근으로 구성하여 國民健康生活 實踐運動의 효과적 전개방안을 모색하였다. 제1부 이론적 접근에서는 健康生活와 가장 밀접한 健康行爲·健康增進이란 개념을 심도 있게 정의하는 과정에서 구체적으로 우리가 하여야 할 운동내용이 어떠한 것인가를 구명하였다. 이 부분 논의의 핵심은 國民健康生活이라 하여 단순한 보건의료 사업적인 것이 아니라, 汎國民的 運動이라는 결론을 도출한 점에 있다. 우리는 관념적으로 健康에 관한 논의를 할 경우, 무비판적으로 保健醫療組織과 傳統的·古典的 保健醫療事業만을 생각하는 발상에 사로 잡혀 왔으나, 國民健康生活, 즉 健康行爲라는 하나의 社會的 行爲의 개선운동을 汎國民運動으로 승화하여 건강을 증진할 수 있는 생활습관을 전국민이 몸에 배이도록 하여야 한다는 핵심적 결론에 도달하게 되는 것이다.

이처럼 健康行爲의 日常生活化를 汎國民的으로 추진하기 위하여는 政府組織과 民間組織이 총동원하여야 한다는 것은 두말 할 여지도 없다. 따라서 제2부에서는 이들 政府組織과 民間組織들로서 研究企劃組織, 支援調整組織 및 行動組織 등 3종류로 구분, 전국적 수직조직과 행정단위별 수평조직으로 체계화하여 汎國民運動으로 추진하는 방안을 제시하였다. 이 보고서를 작성하는 과정에서 事業當國에 특히 권고하고 싶다고 생각된 점을 몇 가지 첨언하면 다음과 같다.

- (建議 1) 國民健康生活 즉 健康에 관한 事業이라 하여 傳統的·觀念的 保健醫療事業이라는 인식으로부터 근본적으로 탈피, ‘汎國民運動’이라는 데에 발상과 사업의 초점을 맞추어야겠다는 점이다.
- (建議 2) 健康과 관련된 사업을 정부가 국민에게 줄 수 있는 일종의 시혜라는 소극적 관념을 고위층 및 사회지도층부터 개선하여야만 이 사업을 성공적으로 추진할 수 있다. 健康事業은 일종의 施惠事業이 아니라, 國富(國富)의 첩경이라는 인식을 고위층의 뇌리에 새겨 넣어 주어야만 하는 것이다. 생산의 주체는 국민이고 국민이 건강하

여야만 국민총생산력이 향상되어 國富를 성취할 수 있다는 강한 의지가 정권담당자의 뇌리에 새겨지지 않는 한, 하여야 할 일이 잡다한 가운데 健康生活을 汎國民組織運動으로 전개한다는 것은 시초부터 불가능할 것이다. 요컨대 우리의 제1차 保健教育對象者는 大統領을 비롯한 政府 高位公務員과 國會議員, 社會指導層으로 설정하여야 한다는 뜻이다.

- (建議 3) 이슈나 표어가 복잡하고 어려우면 국민심리와 생활속에 아무런 운동도 파고들 수 없다. 따라서 國民健康生活實踐運動의 핵심은 健康行爲(제1부의 제1정의)에 국한하고, 그에 따라 표어도 한개 내지 2개를 개발, life style병의 豫防에 초점을 맞추어야 할 것이다.
- (建議 4) 國民健康增進基金은 매년 증액하되, 그 기금은 되도록 전액을 國民健康生活實踐運動에 집중적으로 투자하여야 하며, 그것을 각기관단체별 할당금성격으로 배분하면 아무 효과도 얻을 수 없을 것이다.
- (建議 5) 모든 일은 조직과 사람이 한다. 따라서 汎國民的인 健康增進 生活運動을 담당하는 정부조직의 위상을 높이고 擔當公務員의 직급도 지금보다 과격적으로 上向調整하는 조치가 선행되어야 한다.

IX. 國民保健教育 弘報를 위한 大衆媒體의 活用方案

1. 序論

인간의 문명과 科學技術이 發展하면서 이전에는 신의 형벌로만 여겨졌던 여러 질병들의 原因과 治療方法 등이 밝혀지고 있고, 인간의 수명도 상당히 늘어났다. 반면 AIDS와 같은 現代醫學으로도 치유법을 찾아내지 못하고 예방만이 유일한 해결책으로 남아 있는 질병도 발생하고 있다. 또한 통계를 살펴보면 감염에 의한 발병보다는 健康에 대한 認識 不足과 無節制한 生活, 즉 健康에 해로운 生活樣式이나 健康習慣 등 行動的 病因에 비롯된 傷病發生이 대부분이다.

오늘날 국민들의 건강욕구 증대와 상병양상 변화를 볼 때 健康問題에 대한 效果的 對策은 傷病發生 후 치료에 의존하는 소극적 대응이 아니라 예방을 우선시하는 積極的인 健康向上策으로 國民保健教育을 講究하는 것이 바람직하다고 보여진다. 國民保健教育이란 개인이나 집단의 건강과 관계되는 지식, 태도, 행동에 영향을 미칠 목적으로 學習經驗을 베풀어 주는 과정을 말한다. 즉, 保健教育이란 사람들로 하여금 스스로의 행동과 노력으로 自己健康을 유지할 수 있도록 돕는 것이다.

따라서 1995년 1월 國民健康增進法의 制定施行으로 1996년부터는 國民健康增進을 위한 여러 가지 措置나 事業施行을 목전에 두고 있는 현시점에서 보다 효과적으로 전국민에게 保健教育弘報를 하기 위한 方案을 摸索하고 이를 실천하도록 계몽하는 것이 필요하다. 이를 위한 가장 효과적인 방법 중 한가지로써 많은 대중에게 접근할 수 있고 波及效果가 높은 大衆媒體의 利用을 생각해 볼 수 있다.

大衆媒體는 불특정 다수인에게 정보전달을 통하여 인간의 인식과 지식에

변화를 일으켜 행동이나 태도에 영향을 미친다. 그러므로 波及 效果가 높은 大衆媒體를 어떻게 이용할 것인가에 대한 연구는 國民保健教育弘報에 現實的이고 效果的 方案을 제시할 수 있다는 의미에서 연구 필요성을 갖는다.

따라서 본고에서는 大衆媒體를 통한 國民保健教育弘報 現況을 분석하고 이를 토대로 대중매체를 국민보건교육에 효과적으로 이용할 수 있는 大衆媒體 活用方案과 發展方向을 모색하고자 한다.

본 연구의 목적은 保健教育을 위해 大衆媒體를 效果的으로 活用하는 方案을 모색하는 데 있다.

이를 위해 첫째, 大衆媒體란 무엇이고 어떠한 특성을 가지고 있으며 사회적으로는 어떤 기능을 하는지를 살펴보고자 한다.

둘째는 保健教育이란 무엇이며 그 속성은 어떠한지를 살펴보고, 保健教育을 위한 大衆媒體의 特性이 어떻게 활용될 수 있는지 그리고 現在 大衆媒體가 保健教育을 위해 어떻게 활용되고 있는지를 대략적으로 살펴보고자 한다.

셋째는 현재 우리 나라에서 保健教育弘報를 위해 大衆媒體를 어떻게 活用하고 있는가를 신문과 텔레비전 매체를 중심으로 살펴본다. 구체적으로 먼저, 4대 일간지인 조선, 동아, 중앙, 한국일보를 중심으로 분석하고, 이어서 KBS1, KBS2, MBC, SBS, EBS TV의 프로그램 編成을 中心으로 살펴보고자 한다. 또한 현재 保健關係團體들이 보유하고 있는 교육·홍보자료들의 자료형태를 살펴보고자 한다.

마지막으로 이상의 연구를 통해 나타난 결과를 바탕으로 보건교육홍보를 위한 大衆媒體의 具體的 活用方案을 모색하고자 한다.

2. 保健教育弘報에 있어서의 大衆媒體 活用實態

가. 大衆媒體의 特性和 機能

산업사회 이전의 사람들에 있어서는 의사소통의 대부분은 말로 주고 받는 것이었다. 그 이후 문자를 이용한 책들이 인쇄되기는 하였으나 이를 이용할 수 있을 정도의 지식과 부를 소유한 사람은 드물었다. 그러나 산업화, 도시화, 근대화의 결과로 나타난 社會變化는 新聞, 雜誌, 텔레비전 등의 大衆媒體가 성장할 수 있는 여건을 마련하였고 大衆媒體가 發展되는데에 힘입어 社會發展이 加速化 되기도 하였다.

특히 오늘날과 같이 개인이 고립되고 原子화된 社會에서 인간은 소외와 고립을 극복하기 위해 大衆媒體를 活用하며, 이를 정치·경제·교육·종교·문화 등 社會의 全 部門에 관한 情報를 얻는 중요한 통로로 이용한다.

1990년 經濟企劃院 調査統計局이 發表한 사회 지표에 의하면 우리 국민의 신문 구독률은 67%이고, 잡지 정기 구독률과 텔레비전 시청률은 각각 28%와 94%였다. 1989년 잡지를 포함한 독서 권수는 1인당 9.5권이었고 그 분포는 잡지 46%, 교양 서적 39%, 그리고 직업 관련 서적이 16%였다. 또한 이 調査研究의 응답대상자 중 25%가 餘暇 活用으로 텔레비전 시청을 꼽았다. 이는 우리 국민의 대다수가 매일 반복적으로 大衆媒體 利用에 많은 시간을 할애하고 있음을 보여주는 한 예이다. 그렇다면 대중매체는 어떠한 특성을 가지고 있기에 현대인의 삶에 큰 비중을 차지하고 있는가? 大衆媒體는 現代人の 生活에 어떤 영향을 미치고 있는가? 다음에서는 이들 문제를 논의하여 大衆媒體를 보다 肯定的이고 效果的으로 使用하기 위한 토대를 마련하고자 한다.

1) 大衆媒體의 定義

Schramm(1954)에 의하면 媒體는 무엇인가를 傳達하는 수단이고, 大衆媒

體는 대량의 의사 소통 또는 의사 전달 수단이다.

그러나 이것은 단순한 피상적 의미이고, 大衆媒體의 속성을 보다 정확히 설명하기 위해 Harris(1989)는 大衆媒體를 ‘大衆’과 ‘커뮤니케이션’의 측면에서 설명하고 있다.

Harris는 大衆媒體가 ‘大衆’인 이유를 다음의 세 가지를 들어 설명하고 있다. 첫째, 무엇보다도 청중은 多數이며 匿名的이고 종종 異質的이기 때문이다. 즉, 이는 個人的 視聽者나 讀者 또는 그룹을 目標 受容者로 삼는 데는 한계가 있다는 의미이다. 둘째, 커뮤니케이션의 情報 源泉이 기관이거나 조직체이기 때문이다. 텔레비전 네트워크나 계열 신문사 등이 이러한 예에 속한다. 셋째, 西歐世界와 제3세계에서 대부분 媒體의 기본적인 經濟 機能은 廣告主를 위해 될 수 있는 한 가장 많은 聽衆을 끌어들이는 것이다. 대중매체가 공공에 봉사하고는 있으나 商業的 大衆媒體의 기본은 財政이고 이러한 자금은 광고주로부터 나오게 되며, 광고주가 내용에도 영향을 미치게 된다.

또한 Harris에 의하면 대중매체는 大衆이라는 屬性 이외에 또 다른 側面을 가지는데 이것이 바로 커뮤니케이션 側面으로, 상호 작용(청중으로부터의 어떤 반응)이 있음을 뜻한다. 비록 시청자는 수동적으로 시청 내용을 받아들이는 것처럼 생각되지만, 프로그램의 意味는 視聽者의 經驗과 생각에 依存을 하고 있다는 것이다.

2) 매스 커뮤니케이션의 定義

대중매체의 정의를 통해 살펴본 바에 의하면 大衆媒體의 가장 큰 特性은 異質的인 大衆과 媒體를 통해 커뮤니케이션 하는 것이다. 커뮤니케이션이란 인간의 기본적인 사회 과정이므로 심리학, 정치학, 인류학, 수학, 사회학 등 많은 분야에서 연구되어져 왔고 따라서 커뮤니케이션에 대한 정의도 다양하게 이루어졌다. 그 중 대표적인 것은 다음과 같다.

Cooley(1966)는 社會學的 定義를 내리기를, 커뮤니케이션이란 인간관계를 존속, 발전시키는 메커니즘을 말한다고 하였다. 이 메커니즘은 모든 精神的

象徴과 이를 空間的으로 傳達하고 時間的으로 保存하는 手段을 뜻한다. 상징을 전달 보존하는 수단에는 얼굴 표정, 태도와 몸짓, 목소리의 음조, 말, 쓰기, 그리기, 철도, 전보, 전화, 그리고 인간이 시간·공간을 정복하는 과정에서 최근에 이룬 모든 업적들(기술)이 포함된다고 하였다.

工學者인 Shannon(1949)에 의하면, 커뮤니케이션이란 하나의 마음이 다른 마음에 影響을 미치는 모든 과정을 뜻하는 것으로 매우 廣範圍한 意味로 使用되고 있으며, 글이나 말뿐만 아니라, 음악, 미술, 연극, 발레, 기타 人間의 모든 行爲를 包含한다고 한다. 매스커뮤니케이션 研究의 先驅者인 Schramm(1954)은, 커뮤니케이션은 정보, 생각, 태도 등의 공유를 의도하며, 커뮤니케이션이 이루어지려면 최소 세 가지 요소, 즉 送信者, 메시지, 그리고 메시지가 到達하는 目的地를 必要로 한다고 定義를 내렸다.

커뮤니케이션에 관한 이상의 정의는 自我 커뮤니케이션과 對人 커뮤니케이션에 焦點을 맞춘 것이다. 自我 커뮤니케이션은 메시지의 記號化와 解讀化에 關聯하여 나타나는 認知的, 知覺的 과정을 다루는 것이고, 대인 커뮤니케이션은 둘 이상의 대면 커뮤니케이션을 뜻한다.

그렇다면 이러한 커뮤니케이션과 매스 커뮤니케이션은 어떠한 관계에 있는가? 매스 커뮤니케이션은 送信者와 受信者가 있고, 메시지는 記號化되어 채널을 통해 傳達된 후 다시 解讀되며, 受容者의 反應이 觀察되고, 피드백 과정을 통하여 送, 受信者 사이의 상호작용이 유지된다는 점에서 위에서言及한 커뮤니케이션과 共通點을 갖는다. 그러나 몇 가지 점에서 대인 커뮤니케이션과 구분된다.

첫번째 差異는 매스 커뮤니케이션의 受容者이다.

Young(1949)에 따르면, 산업화와 더불어 분리·고립된 개인들로 구성된 광범위한 대중이 출현했고, 이들은 특수하고 多樣한 方式으로 상호 依存해 있지만 統一된 價値觀이나 目的은 缺如되어 있다. 이러한 사실에 기초하여 Blumer(1939)는 대중수용자의 성격을 다음과 같이 요약하고 있다.

① 구성의 이질성으로 사회내의 상이한 집단들에 준거한 성원으로 구성된다.

- ② 구성원들은 서로 알지 못하며, 공간적으로 서로 분리되어 있고 서로 상호작용할 수 없다.
- ③ 지도력이나 공식적 조직이 없다.

여기서 大衆受容者는 受動的이고, 不安定하며 外部의 影響을 쉽게 받는 대상으로 간주되었다. 그러나 최근에 들면서 研究者들은 분리된 개인들의 受動的 集合이라는 大衆受容者의 概念을 버리고 보다 能動的 大衆受容者의 性格을 強調하고 있다.

대중수용자의 성격을 수동적으로 혹은 능동적으로 보든간에, 중요한 점은 매스 커뮤니케이션의 대상은 한정된 수의 커뮤니케이션을 동시에 수용하는 많은 사람들이라는 것이다.

대인 커뮤니케이션과 매스 커뮤니케이션을 구분하는 두 번째 特徵은 메시지가 受容者에게 間接적으로 즉 특정의 기계적 장치를 이용하여 傳達된다는 것이다. 매스 커뮤니케이션의 送信者와 受信者는 물리적으로 같은 장소에 있지 않다. 따라서 對面的, 直接的 상호작용은 불가능하다. 또한 메시지는 기계적 장치를 통해 전달되며, 이 기계적 장치는 메시지를 再生産하고 동시에 많은 受容者들에게 이를 分配하는 役割을 한다.

이상의 내용을 정리하자면, 매스 커뮤니케이션이란 대인 커뮤니케이션과 마찬가지로 送信者와 受信者가 메시지를 주고 받는다는 共通點을 갖지만, 對人 커뮤니케이션과는 달리 多數의 受信者가 送信者와 물리적으로 떨어진 상태에서 기계장치를 통해 메시지를 전달받는다는 것이다.

3) 大衆媒體의 機能

대중을 대상으로 한 傳達手段인 新聞, 雜誌, 라디오, 텔레비전 放送과 같은 대중매체는 대중 커뮤니케이션을 가능하게 하는 기능을 한다. 具體적으로 大衆媒體의 커뮤니케이션 機能에 대해서 Harold Lasswell (1948)은 이를 사회와 연관시켜 다음과 같이 설명하고 있다.

첫째는 環境監視 機能이다. 커뮤니케이션은 卽刻的이고 멀리 떨어진 周邊 環境을 비춤으로써, 사회에 대한 위협이나 기회를 알려준다. 따라서 사회 성원들은 그들의 直接 經驗의 限界를 넘어 환경 속에 있는 장소, 사건, 사람들에까지 지식을 넓힐 수 있다. 그리고 오늘날 環境監視의 機能은 大衆媒體에 주어져 있다.

둘째는 環境에 對應하여 社會의 構成要素들을 서로 連結시키는 機能이다. 사회의 존속 여부는 社會가 環境에 얼마나 效果的으로 適應하는가에 달려 있다. 환경에 적응하기 위해서는 環境에 대한 對應이 必要하고 여기에는 노력이 필요하다. Laswell은 對應과 協同이 必要하다는 일치와 합의를 사회내에서 이루게 하는 것이 커뮤니케이션이라고 말하고 있다. 즉, 커뮤니케이션을 통해 문제를 이해할 수 있으며 이에 맞는 對應을 위한 合意에 到達할 수 있다는 것이다. 이러한 관점에서 볼 때 오늘날 대중매체는 현안 문제에 대한 충분한 資料와 公開討論을 提供함으로써 이 連結機能을 遂行하고 있다.

셋째는 社會的 遺産의 傳達 機能이다. 社會가 持續되기 위해서는 社會의 構成員들이 어떤 가치, 행동, 역할을 지녀야 하는가에 대한 합의가 있어야 한다. 한 사회의 구성원이 적절한 가치, 행동, 역할을 배우는 과정을 社會化라고 하며, 사회화의 과정에서 반드시 필요한 것이 커뮤니케이션이다. 과거에는 대면 커뮤니케이션을 통해 이루어졌던 이러한 사회화가 오늘날은 大衆媒體를 통해 빠르게 많은 대중에게 행해지며 특히 大衆媒體를 통해 정부가 국민에게 행하는 커뮤니케이션은 社會化에 있어 必須的이다.

이러한 대중매체의 社會的 機能을 綜合해 보면 大衆媒體는 送信者로서 受信者인 大衆에게 情報를 提供하고 教育·指導하며 說得하는 役割을 한다고 볼 수 있다. 따라서 전국민을 대상으로 하거나 다수를 대상으로 특정 메시지를 전달하고자 하는 경우 大衆媒體는 다른 方法보다 效果的이다. 뿐만 아니라 대중매체에서 전달되는 메시지는 대중을 상대로 한 것이므로 단순히 오락만을 제공하거나 상업성에 치우칠 것이 아니라 社會的 機能에 대한 責任感을 가지고 내용선정이 이루어져야 한다.

나. 保健敎育과 大衆媒體

1) 保健敎育을 위한 大衆媒體의 活用

保健敎育의 대상자는 전국민이므로 保健敎育弘報를 위해서는 規模가 크고 異質的인 受容者에게 效果的으로 메시지를 보낼 수 있는 영화, 텔레비전, 라디오, 신문, 책, 잡지와 같은 大衆媒體가 短時間內에 波及效果가 크다는 측면에서 이용될 수 있다.

앞에서 논의된 대중매체의 특성과 기능에서 살펴보았듯이 신문, 방송 등의 대중매체는 현대인의 생활 중에 많은 시간을 차지하며 그 影響力이 크다. 그러므로 전국민을 대상으로 한 保健敎育은 大衆媒體를 利用하여 弘報하는 것이 최선의 방법이 될 수 있다. 保健敎育弘報 중 많은 부분이 이러한 放送과 新聞 등의 대중매체를 이용함으로써 시간상의 제약과 공간상의 제약을 극복하고 意思傳達을 할 수 있다. 따라서 적은 시간에 더 많은 사람들에게 保健 關聯 메시지를 전달 함으로써 保健敎育을 效率的으로 實施할 수 있고 지리적으로 먼 거리를 직접 방문할 필요 없이 保健敎育弘報를 할 수 있다. 그러므로 大衆媒體는 保健敎育 弘報를 위한 강력한 도구이다.

다음에서는 다양한 大衆媒體 중 우리의 일상생활에서 널리 활용하는 媒體를 中心으로 그 特性과 機能, 保健敎育에의 利用을 살펴보도록 하겠다. 또한 매체는 인쇄활자로부터 컴퓨터에 이르기까지 매우 다양하므로 媒體의 特性에 따라 세 가지—인쇄매체, 방송매체, 상호작용적 매체—로 구분하여 논의하겠다

가) 印刷媒體

印刷媒體라 함은 活字를 위주로 한 媒體라고 할 수 있는데 신문, 잡지, 책, 포스터, 사보, 기타 유인물 등을 일컫는다.

현재까지 가장 폭넓게 이용되고 있으며 널리 확산된 印刷媒體는 新聞이

다. 신문은 종이나 電子 畫面 위에 문자와 사진 및 그림으로 된 情報를 定期的으로 傳達하는 매스 미디어의 일종이다(이범수, 1993). 신문도 그 특성에 따라 一般 新聞과 特殊 新聞으로 나뉠 수 있으며 全國誌와 地域新聞으로도 나뉜다. 신문은 특성상 공중의 신념, 태도와 행태에 영향을 미치는 것으로 많은 연구에서 지적되고 있다.

Wright(1975)는 保健에 관한 정보원으로서 신문, 라디오, 잡지, 텔레비전의 이용도를 비교한 연구에서 응답자들이 新聞과 雜誌를 가장 많이 利用하고 있는 것을 알 수 있었다.

따라서 新聞은 공신력이 큰 장점과 아울러 健康에 관한 情報源으로써 작용한다는 측면에서 保健教育弘報에 있어서 큰 潛在力을 갖고 있다고 볼 수 있다. 保健教育 관련자들은 이러한 장점을 지닌 신문을 弘報媒體로 활용하기 위해서 신문이 보건관련 정보를 積極的으로 提供하는 것이 바람직하다. 이를 위해서는 최신의 흥미 있는 情報를 體系的으로 정리하여 戰略的으로 提供하여야 할 것이다.

책은 보건관련 정보를 제공하는 또 하나의 중요한 印刷媒體이다. 보건관련 교과서와 전문 서적 등은 보건 정보를 제공하는 여러 종류의 出版物 중의 하나이다. 최근에는 健康에 관한 재미있고 흥미로운 정보를 알기 쉽게 써낸 책들이 많이 나와 있다. 어느 가정이나 ‘家庭醫學百科’는 한 권씩 비치되어 있다고 하여도 과언이 아니며 이는 家庭의 必需品이라고 하겠다. 책은 보건관련 종사자들에게는 “醫學知識과 經驗의 寶庫”이며 일반사람들에게는 어떻게 個人的인 保健과 革新的인 處置法을 유지하느냐에 관한 정보를 제공해 주고 있다.

雜誌는 주로 대상 讀者가 一定하다. 雜誌는 대상 讀者에 따라 나뉘어질 수도 있으며, 專門分野에 따라 나뉘어질 수도 있다. 保健從事者들을 위한 醫學雜誌들도 있지만 일반 대중의 健康을 위한 雜誌도 발행되고 있다. 專門雜誌는 최근의 보건에 관한 研究結果를 提供함으로써 중요한 정보원이 된다. 또한 雜誌는 定期的으로 발행되며 新聞보다는 깊이 있는 내용을 다룬다.

수 있다는 점, 그리고 대상독자들이 비교적 동질집단인 점을 고려하여 그 잡지 대상자들에 적합한 보건관련 정보를 제공할 수 있다는 측면에서 弘報媒體로 效果的이다.

社報는 최근 들어 강력한 매체로 대두되고 있는데 이는 企業에서 發行되는 소책자로서 企業外部人에게 企業의 이미지를 좋게 하기 위해서 발행하는 對外社報과 企業내의 組織원들의 일체감을 고양시키고 정보를 공유하기 위해서 發行하는 對內社報가 있다. 醫藥系統 또는 飲食物 系統의 社報 뿐 아니라 거의 모든 종류의 會社社報에는 독자들의 관심을 끌기 위한 有益한 情報로써 健康관 등 保健에 關聯된 內容이 包含되어 있다.

포스터는 많은 내용을 전달할 수 없지만 保健을 위한 運動法, 藥物退治, 禁煙과 같은 保健 캠페인을 振作시키는데 쓰이며 기타 유인물로는 안내책자 및 서신 등이 있다.

위에서 살펴본 바와 같은 印刷媒體는 讀者가 자신의 필요에 따라 選擇하여 볼 수도 있고 시간의 제약 없이 자신이 원하는 때에 읽을 수 있다는 큰 장점을 가지며 사람들에게 익숙한 形態이므로 保健教育에 널리 이용될 수 있다.

나) 放送媒體

대표적인 放送媒體로는 텔레비전, 라디오, 영화를 들 수 있다. 이들 중 라디오와 텔레비전은 放送媒體의 特殊한 性格으로 인하여 이들 媒體는 다양한 방송포맷을 통하여 보건관련 정보를 제공한다. 그러나 라디오는 텔레비전의 출현으로 거의 옛기능을 텔레비전에 빼앗기고 청소년, 운전자 등의 특정 청취자를 대상으로하는 특수 방송화되어 가고 있으며 따라서 건강·보건 관련 홍보가 매우 적고 홍보효과도 미미하다고 보여진다.

뉴스 프로그램은 保健에 관한 직접적인 정보를 提供할 수 있으며, 새로운 醫藥品의 發見 또는 處置法 등을 소개하며 유행병이나 전염병에 관한 기사도 報導하고 있다.

많은 교양 프로그램과 주부 대상 프로그램 등에서도 일반 시민들의 豫防醫學에 관한 관심이 높아짐에 따라 運動과 營養攝取 등의 바람직한 保健習慣을 提供하는데 많은 시간을 할당하기도 한다. 또한 드라마를 통하여 보건관련 정보를 전달하기도 하는데 이는 특히 保健 從事者들의 이미지 형성에 관한 연구를 활발하게 하였다. 뿐만 아니라 드라마는 感情的 呼訴도 同伴하기 때문에 특정 메시지에 대한 視聽者들의 理性的·感性的 關心을 끌 수 있고 波及效果도 높일 수 있다.

심층적인 다큐멘터리 포맷으로 보건관련 정보를 깊이 있게 다루기도 하는데 放送媒體 중에서도 視覺化가 可能한 媒體는 생생한 場面 報道로 衝擊的이고 강력한 효과를 나타낸다. 한 유명한 배우가 AIDS로 죽어가는 자신의 모습을 보여 주면서 AIDS에 대한 경고를 한 프로그램은 많은 視聽者들에게 큰 영향을 주었다.

새로운 放送媒體로 케이블 텔레비전을 들 수 있다. 미국 등에서는 이미 오래 전부터 실시되었으나 우리 나라에서는 최근 시작되었으므로 새롭다고 할 수 있다. 케이블 텔레비전은 잡지와 마찬가지로 대상자들이 비교적 같은 관심을 가진 同質 集團이다. 健康 프로그램만을 하는 유선 방송국이 있을 수도 있으며 교양물을 주로 하는 有線放送에서도 健康에 관한 프로그램을 다룰 수도 있고 다큐멘터리를 中心으로 하는 방송에서도 그러하다. 또한 스포츠만을 방송하는 유선방송국에서도 예방차원에서의 保健教育이라 할 수 있는 체조, 에어로빅 등을 編成하고 있다. 비디오 테잎과 영화, 슬라이드는 保健關聯 機關에서 일반적으로 사용되고 있는 教育弘報用 媒體이다. 이들 매체는 보건관리 요원들의 교육, 환자 교육, 조직내 커뮤니케이션, 보건 캠페인과 병원 PR 등을 위해서 사용된다. 그 중에서도 비디오 테잎은 가장 널리 이용되고 있는 가장 強力한 視聽覺 커뮤니케이션 媒體이다. 보건종사자들은 수술장면을 비디오 테잎으로 녹화하여 강의에 이용하기도 하고 새로운 기술을 개발하여 성공한 장면을 비디오로 담아 國際學術會議에서 發表하기도 한다. 미국에서는 출산과정을 비디오로 담아 원하는 出產豫定者들

에게 보여줌으로써 출산에 대비하게 하기도 하며 출산되기까지의 生命의 神秘를 비디오로 담아 性教育課題로 삼기도 한다.

다) 尖端媒體－컴퓨터

최근 情報通信 技術의 發達로 컴퓨터와 컴퓨터를 서로 네트워크화 하여 의사전달의 도구로 이용하고 있다. 우리 나라에서도 초고속정보 통신망 建設計劃을 세워 추진 중이며 인터넷 등 국제적인 연결망으로 국제적인 컴퓨터 통신이 활발해 질 전망이다. 앞으로의 사회에서는 모든 사람들이 컴퓨터 없이 또는 컴퓨터의 도움없이 살아가기 힘들게 될 것이므로 컴퓨터는 日常用品의 하나가 될 것이고 따라서 컴퓨터는 결코 일부 사람들을 위한 커뮤니케이션 도구가 아니라 大衆媒體로 될 展望이다.

현재 많은 컴퓨터 사용자들이 PC통신을 활발히 이용하고 있으나 앞으로는 일반 PC통신보다 훨씬 多様하고 進歩된 PC통신이 이루어질 것이다. 文字情報뿐 아니라 비디오 情報, 그래픽 情報, 音聲 情報, 音響 情報 등 여러 가지 형태의 정보를 주고 받기 편하며 컴퓨터에 비디오 카메라를 부착하여 서로의 얼굴을 보며 정보를 주고 받을 수 있게 되고 있다. 인터넷을 통하여 우리 나라에서 다른 나라 대학에 있는 資料를 檢索할 수 있으며 다른 나라에서 提供하는 많은 정보를 접할 수 있게 되었다. 우리 나라 내에서도 비행기표나 열차표 시각을 알아보고 豫約할 수도 있으며 컴퓨터 데이터베이스를 통해서 각종 정보를 얻어낼 수 있다. 컴퓨터는 시간적, 공간적 制限을 完化시켜 줄 수 있으므로 遠隔保健教育和 弘報를 실시할 수 있는 장점이 있다.

이에 따라 컴퓨터는 먼 지역으로부터 입수된 정보를 신속하게 分析·評價하고 問題解決을 위한 遠距離 情報 銀行을 수배하며, 여타 보건관리 기관에서 설정된 전례에 따라 사용자의 행태를 지시하는 데 쓰일 수 있다. 컴퓨터는 시간과 가격 면에서 效率적으로 보건 유지 절차의 成功與否를 評價하고 많은 研究結果로부터 얻은 데이터를 분석하고 보건관리 판단을 위한 관련

된 연구 및 입증자료를 찾는 데 쓰일 수 있으며 보건관련 종사자 뿐 아니라 일반 사람들도 이를 이용하여 보건관련 정보를 쉽게 얻을 수 있다.

Hawkins와 그의 동료들(1982)은 성인 컴퓨터 이용자들의 보건에 관한 구체적인 情報欲求에 부응하는 상호작용성 컴퓨터 프로그램을 개발하였다. 이 프로그램에서는 禁煙, 人間의 性生活, 스트레스 管理, 對人關係, 알코올 및 藥物中毒, 食餌療法 등 여러 保健과 關聯된 話題를 中心으로 한 保健情報가 포함되었다. 특히 이 프로그램은 사용자의 이름을 비밀로 유지해주고 그 정보를 주고 받는데 人間的 接觸이 없어서 자신의 이름을 노출시키지 않고 관심 있는 保健情報를 찾고자 하는 성인들에게 위험부담이 매우 적은 프로그램으로서 환영을 받았다.

우리 나라에서도 컴퓨터는 보건관리 요원들과 보건관리 대상자들에게 질 높은 보건 정보를 제공하기 위한 높은 潛在力을 지닌 媒體로 대두되고 있다. 컴퓨터가 공공 보건교육 도구로 즉, 大衆媒體로 되어갈 것이라고 Krep와 Thornton이 1984년에 주장한 바 있으며 이들의 예견은 오늘날 현실화되어 가고 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 新聞과 放送 등 大衆媒體가 지니고 있는 공공성과 보도기능 및 지도기능의 특성과 컴퓨터가 지니는 신속성과 데이터베이스 구축 등의 특성은 國民健康과 關聯된 事項들을 弘報하고 이를 통해 教育하는데 效果的인 方法으로 그 시사점을 갖고 있다고 하겠다.

2) 保健關聯機關의 教育·弘報資料 發刊 現況

현재 개발되어 있는 保健教育弘報 資料를 製作機關別로 분류해 보면 다음과 같다.

가) 保健福祉部

〈表 IX-1〉 保健社會部 教育·弘報資料 發刊 現況(1992~1993)

기관명	주제명	자료형태	수량
가족보건과	모자보건	소책자	3종
마약관리과	마약류	표어 포스터, 소책자, 만화, VCR 테이프	3종 각 1종
방역과	전염병	스티커 만화 포스터 리플렛 소책자 책자, 슬라이드, VCR 테이프	2종 3종 2종 3종 2종 각 1종
보건정책과	식생활 보건교육 금연	슬라이드 소책자 리플렛 VCR 테이프 리플렛	1종 1종 1종 1종 1종
	기타	책자	1종
위생정책과	식생활	리플렛 만화, 포스터, VCR 테이프	2종 각 1종
질병관리과	성인병	책자	2종

資料: 변중화 외, 『健康增進示範保健所 運營을 위한 技術指導 研究』, 한국보건사회연구원, 1994. p.184.

나) 保健關聯機關

보건관련기관의 教育·弘報 資料 發刊現況은 표에서 살펴본 바와 같이 현재(1992~1993)는 책자, VCR 테이프, 리플렛 등이 주종을 이루고 있다. 그러나 이러한 자료들이 어떠한 방법으로 얼마나 많은 사람에게 홍보되고 있는지는 나와 있지 않다.

〈表 IX-2〉 保健關聯機關의 教育·弘報 資料 發刊 現況(1992~1993)

기관명	주제명	자료형태	수량
대한가족계획협회	성교육	책자 VCR 테이프	8종 1종
	모자보건	포스터	1종
	에이즈	세미나자료	1종
	성인병	책받침	1종
	가족계획	책자, 보도자료	각 1종
	마약류	VCR 테이프	1종
	금연, 절주	VCR 테이프	1종
대한나관리협회	전염병 (나병)	책자, 소책자, 슬라이드 리플렛	각 2종 2종
대한적십자사	성인병	책자, VCR 테이프	각 1종
	에이즈 보건교육	소책자 VCR 테이프 리플렛	3종 1종 2종
한국금연운동협회	금연	책자	2종
		소책자	6종
		포스터	3종
의료보험관리공단	성인병	소책자	6종
	결핵 금연	안내문 소책자, 리플렛	3종 각 1종
		스티커	1종
	기타	책자 리플렛	5종 1종
의료보험연합회	성인병	소책자	64종
		포스터	1종
		VCR 테이프	5종
		리플렛	3종
		표어	1종
		리플렛, 소책자, 스티커	각 1종
	금연 가족계획 생활습관	소책자	1종
		소책자	3종
		소책자	3종
		포스터	2종

資料: 변중화 외, 『健康增進示範保健所 運營을 위한 技術指導 研究』, 한국보건사회연구원, 1994, pp.187~189

다. 保健教育弘報에 있어서의 大衆媒體 利用現況 調査分析

大衆媒體는 保健教育弘報에서 중요한 役割을 擔當한다. 이에 대한 예를 하나 들어보자면 1982년 10월 미국의 시카고에서 여러 사람이 타이레놀 두통 약을 약국에서 사서 복용하고 죽은 사건이 일어나자 라디오, 텔레비전, 신문, 잡지 등의 매스 미디어가 대중에게 신속히 이 사실을 알리고 그 약의 이용에 관한 경고를 하였다. 이로써 며칠만에 대다수의 대중이 이러한 상황을 알게 되어 더 이상의 사고를 막을 수 있었다. 大衆媒體가 약의 위해에 대한 긴급보도를 통하여 生命保存을 위한 중요한 정보를 提供한 것이다.

그렇다면 우리 나라의 경우 국민 건강과 직결된 건강, 보건, 환경에 관한 정보들과 홍보들이 大衆媒體를 통하여 얼마나 效果的으로 傳達되고 있을까? 먼저 印刷媒體를 살펴보자면 保健新聞 등 특수 전문지가 발간되며 健康에 관한 專門 雜誌도 다수 발행되고 있다. 放送媒體는 보건에 관한 전문 채널이 아직 없으나 케이블 텔레비전 방송이 시작되었으므로 멀지 않아 보건채널이 創設될 可能性이 높다. 전반적인 保健關聯 放送時間을 살펴보면 유선 방송국과 지역방송국의 개국으로 放送時間이 많이 늘어나 상대적으로 과거에 비해서는 保健關聯 放送이 늘었다고 분석된다. 다음에서는 우리나라의 4대 일간지인 조선, 동아, 중앙, 한국일보와 KBS1, KBS2, MBC, SBS, EBS TV 放送 프로그램, 保健關聯機關의 教育·弘報 資料를 中心으로 保健教育弘報에 있어서의 大衆媒體 活用實態를 구체적으로 검토하고자 한다.

1) 4대 日間紙(朝鮮, 東亞, 中央, 韓國日報)의 保健教育弘報 記事報道 現況分析

新聞을 통한 保健教育弘報 現況을 파악하기 위하여 전국지 중 4대 日間紙로 일컬어지는 조선, 동아, 중앙, 한국일보를 그 대상으로 선정하였다. 분석할 保健教育에 관한 내용은 醫學情報과 健康을 위한 攝生情報, 그리고 건강과 밀접한 관계가 있는 環境情報를 대상으로 하고 보도자료의 분석시기는 1995년 10월 3일 화요일부터 10월 9일 월요일까지로 하였다. 이 기간은

特定事件이 일어나지 않은 시기여서 신문보도가 特定內容에 集中되지 않은 것으로 判定되었다. 각 日間紙의 保健教育弘報에 관한 기사를 분석하면 다음과 같다.

조선일보의 보건교육홍보기사의 分析結果, 保健에 관한 내용은 10월 4일 환경에 관한 기사가 게재되었고 그 내용은 지구의 허파라 불리는 아마존의 생태계가 파괴되어 지구인의 健康에 위협을 주게 되었다는 것이었으며 이 기사는 한 면을 차지하였다. 10월 5일에는 매주 수요일에 掲載되기로 기획된 건강면이 실렸고 그 첫번째 중심 기사는 우리 나라의 경희대학교 정석환교수 팀에 의한 뒤틀린 손목뼈에 뼈 성장판을 이식수술이 세계최초로 성공하였다는 내용이었다. 그 다음은 ‘나의 健康管理’ 코너로서 명사들의 健康管理法을 소개하는 기사인데 이번에는 수영이 소개되었다. 또한 미국 국립건강연구소의 그래피박사팀이 老人의 記憶力 減退는 뇌혈관에 공급되는 피의 양이 적기 때문이라고 주장한 연구발표가 보도되었으며 이어 건강면에 계속 連載되고 있는 생활수지침 강좌가 포함되었다. 이와함께 주요 綜合病院이나 病·醫學研究機關의 소식을 알리는 健康短信이 3건 실렸다. 10월 8일에는 健康短信이 10월 9일에는 매주 企劃되는 名士들의 “라이프 스타일”란에 태극권으로 健康을 유지시키는 것이 보도되었다. 결과적으로 1주에 걸쳐서 총 10건의 보건관련기사가 보도되었음을 알 수 있었다.

한편 동아일보는 10월 3일 家庭生活面에서 비눗물 장난감이 皮膚病을 誘發한다는 기사를 보도하였으며 10월 4일에는 건강의학 기사로써 척추측만증, 백반증, 유방암, 다이어트에 관한 기사가 실렸다. 10월 5일에는 건강을 다지기 위한 레포트로써 보디빌딩을 다루었으며 가정생활란에 우리 체조를 싣고 있었다. 또한 社會面에는 땡기열 발생에 관한 기사를 보도하였다. 10월 6일에는 가전기기의 電磁波가 백혈병을 일으킬 수 있다는 보도가 실렸고 10월 8일에는 비타민 A의 과다 복용이 妊産婦에게 해롭다는 미국의 보스턴 대학의 발표를 실었다. 일주일에 걸쳐서 보도된 보건관련기사는 총 9건이었다.

중앙일보는 10월 3일 社會面에서 上水道가 汚染되었다는 보도를 하였으며 10월 4일에는 납오염으로 인해 두통, 비염이 발생하고 있다고 발표하였다. 10월 6일에는 性生活에 관한 비디오가 市中에 市販되어 利用되고 있다는 기사가 한 면에 걸쳐 자세히 다루어지고 있었으며 10월 7일에는 상수원 플랑크톤에서 毒素가 檢出되어 人體에 有害하다는 기사와 ‘피부관리실 부작용’이라는 題下에 돌팔이 醫療行爲가 많다는 기사가 게재되었다. 10월 8일에는 ‘비타민 A 過多服用이 畸形兒를 낳는다’는 미국 보스턴 대학 교수들의 보고를 다루었다. 결국 일주일간에 보도된 보건관련기사는 총 6건이었다.

한국일보는 10월 3일 렵토스피라라는 유행성 출혈열에 대한 주의보를 발표하면서 강원도에서 환자가 발생하였다는 보도를 하였으며, 10월 4일 매주 기획되는 ‘건강에세이’란에서 自然食을 강조하는 심층 기사를 다루었다. 또한 病院·醫院에서 배출되는 쓰레기 소각 확인이 의무화되었다는 의료법 개정 건의안을 보도하였으며 食品·醫藥品 業務를 총괄할 한국형 FDA 설립을 추진한다는 기사가 실렸다. 10월 5일 가정란에서는 천기저귀를 물에 오래두면 아기에게 질병을 유발한다는 서울대학교 김병기 교수의 주장을 기사화 하였으며 사회란에서 重金屬이 함유된 광산폐수로 食水가 汚染되어 住民들이 집단 관절통 증세를 보이고 있다는 기사와 ‘公共機關이 環境汚染을 부채질한다’는 기사, 그리고 뎅기열 患者가 發生했다는 기사를 싣고 있다. 10월 6일에는 ‘환경백서’에 관한 기사와 중금속 폐기물 불법매립에 관한 기사, 전자파가 백혈병을 일으킬 수 있다는 미국 방사선 保護委員會의 발표를 다루었다. 또한 적조 등 환경파괴에 대한 공단공해에 대한 讀者投稿가 있었다. 10월 7일 피부관리실 副作用이 많다는 社會面 기사가 다루어 졌으며 10월 9일 환경면에서 환경기업, 수질, 환경단체, 폐품재활용에 관한 기사가 보도되었다. 결과적으로 총13건의 보건관련기사가 일주일에 걸쳐서 보도된 것으로 나타났다.

〈表 IX-3〉 4대 主要 日間紙에 掲載된 保健關聯記事 現況分析(1996)

일시	조선일보	동아일보	중앙일보	한국일보	계(건)
10월 3일	- 생태계 파괴-하천오염	- 비눗물 장난감 피부병우려	- 상수도오염	- 유행성출혈열 주의보	4
10월 4일	- 뼈성장 팔이식 수술 성공 - 건강관리-수영 - 생활수지침강좌 - 노인기억력 감퇴 원인 발표 - 간질 임상발표 - 염색체 자동분석기 도입 - 동 의 과 학 연 구 소 창립총회	- 척추측만증 - 백반증 - 유방암 - 다이어트	- 납오염-두통, 비염 유발	- 건강식 - 의료법 개정 건의 - 한국형 FDA 설립 추진	15
10월 5일		- 보디빌딩 - 우리 체조 - 땀기열 조심		- 천기저귀 세균 증식 - 광산 폐수 식수 오염 - 공공기관기준 초과 방류수 배출 - 땀기열	7
10월 6일		- 전자파 - 백혈병 유발	- 성생활 비디오	- 오존농도 - 중금속폐기물 불법 배출 - 전자파 - 백혈병 유발 - 공단 공해	6
10월 7일			· 상수원플랑크톤독소검출 · 피부관리실 부작용	- 피부관리실 부작용	3
10월 8일	- 건강단신	- Vitamin A 과다 복용 임산부 기형아 출산위험	- Vitamin A 과다 복용 임산부 기형아 출산위험		2
10월 9일	- 태극권			- 환경기업과 수질보호	2

이상에서 볼 수 있듯이 신문지면은 과거에 비해 두 배 이상 증가되었으나 保健에 관한 기사는 하루당 1.4건으로 분석되는 적은 양이었다. 이를 다시 전체 신문지면 중 광고의 양을 제외한 순수 기사의 양으로 분석하여 보면 조선일보는 일주일에 222,011.25cm²의 기사가 보도되어 이 중 3,435cm², 즉 전체 기사 중 약 1.6%가 보건관련 기사였다.

동아일보는 일주일에 보도된 총 216,372cm²의 지면 중 약 1%인 2,117.25cm²가 보건관련기사였으며 중앙일보는 316,573cm²의 일주일 총 지면 중 2,932.5cm²를 보건관련기사가 차지하여 그 비율이 약 0.9%로 분석되었다. 한국일보는 일주일 총지면이 186,035.75cm²으로 다른 신문보다 기사전체 지면은 좁았으나 보건관련기사는 다른 신문보다 많은 3710.5cm²로 그 비율이 약 2%에 달하였다. 분석된 보건관련기사 중에서도 최근 環境에 대한 관심의 영향으로 거의 모든 新聞에서 環境에 대한 고정란이 일주일에 한 번 정도의 비율로 포함되어 있어 保健에 관한 기사분석의 반을 차지하고 있었다. 이 외에 健康에 대한 고정 기획은 한 번 또는 두 번으로 잡혀 있었고, 그 내용은 주로 健康을 유지시켜 주는 攝生이나 運動에 관한 기사였으며 그 외에는 社會面에서의 發病에 관한 기사와 最新 醫學 情報였다.

이를 종합해 보면, 신문은 가장 신뢰받는 大衆媒體이고 그 波及效果가 크다는 것을 고려할 때, 新聞을 保健教育弘報 媒體로 보다 積極적으로 활용해야 하며, 보건관련기사도 더욱 대중의 흥미를 끌 수 있도록 쉽고 체계적으로 보도하는 것이 요구된다.

2) Radio 放送의 保健教育弘報 프로그램 編成現況分析

우리 나라 Radio放送은 AM, FM放送으로 나뉘어 수도권에는 총 15개의 Radio 프로그램이 거의 모두 24시간 방송되고 있다. 그 중 AM으로 방송되는 公營放送인 KBS1, KBS2와 商業放送인 MBC, SBS를 제외하곤 음악위주의 방송이나 宗教, 交通 등 特殊 放送이므로 위 4개의 방송을 위주로 1995년 가을 개편된 기본프로그램 편성을 분석하고자 한다.

KBS1, KBS2, MBC, SBS의 일주일간 Radio 放送時間을 종합하면 週當 약 672時間에 이른다. KBS1에서 월요일에서 일요일까지 오전 10시 05분에서 10시 50분까지 약 45분간 ‘健康 365일’이 방송되며 KBS2에서는 월요일부터 토요일까지 오후 8시 10분부터 약 100분간 ‘라디오 건강쇼’가 그리고 MBC에서는 오전 8시 25분부터 5분간 ‘라디오 동의보감’을 방송하며 SBS에서는 보건교육홍보 프로그램이 편성되지 않았다.

〈表 IX-4〉 主要 Radio放送社에 編成된 保健關聯 프로그램 現況分析

방송사 요일	KBS-1	KBS-2	MBC	SBS
월	건강 365일	라디오 건강쇼	라디오 동의보감	-
화	건강 365일	라디오 건강쇼	라디오 동의보감	-
수	건강 365일	라디오 건강쇼	라디오 동의보감	-
목	건강 365일	라디오 건강쇼	라디오 동의보감	-
금	건강 365일	라디오 건강쇼	라디오 동의보감	-
토	건강 365일	라디오 건강쇼	라디오 동의보감	-
일	건강 365일	-	-	-

이들 健康關聯 프로그램의 주당 총 放送 時間은 15시간 45분으로 전체 放送時間의 2.3%를 차지하고 있다. 이를 방송사별로 살펴보면 KBS1은 3.1%, KBS2는 6%, MBC는 0.3%로서 公營放送의 성격을 띤 KBS가 가장 많은 시간을 保健教育弘報에 쏟고 있었다. Radio방송사들이 비교적 많은 시간을 보건교육홍보 프로그램에 할애하고 放送時間帶도 나쁘지 않았으나 청취율은 낮으리라 생각된다.

Radio방송은 특정 聽取者를 對象으로 하는 放送으로 變化해 가고 있다. 그러므로 교통방송은 운전자들이 알아야 할 保健關聯 事項, 教育放送은 학생들에게 필요한 保健關聯 事項을 제공하는 등, 특정 대상 청취자에 맞는 保健教育弘報 內容을 준비하여 방송하면 그 효과는 기대이상이라 할 수 있을 것이다.

3) TV放送의 保健教育弘報 프로그램 編成現況分析

우리나라 TV방송은 公營放送인 KBS1, KBS2와 商業放送인 MBC, SBS의 경우 월요일에서 금요일까지 평일에는 하루 약 12시간, 토·일요일의 주말에는 하루 약 19시간의 방송을 하고 있다. 따라서 각 TV 방송 채널당 放送時間은 주당 약 98시간이 된다. 敎育放送인 EBS의 경우는 월요일에서 토요일까지 하루 7시간 30분, 일요일에는 18시간을 放送하므로 주당 약 63시간을 방송하는 것이다. 결과적으로 KBS1, KBS2, MBC, SBS, EBS의 TV 放送時間을 綜合하면 주당 약 445시간에 이른다.

〈表 IX-5〉 主要 TV放送社에 編成된 保健關聯 프로그램 現況分析

방송사 일시	KBS1	KBS2	MBC	EBS	SBS
1995. 10. 3	-	건강 365	-	-	-
1995. 10. 4	-	건강 365	-	-	-
1995. 10. 5	-	건강 365	-	-	-
1995. 10. 6	-	건강 365	-	-	-
1995. 10. 7	-	언제나 젊음	-	-	-
1995. 10. 8	-	건강하게 삽시다	-	-	-
1995. 10. 9	-	건강 365	-	세계의 첨단의학	-

1995년 10월 3일에서 10월 9일까지의 일주일에 방영된 프로그램을 기준으로 조사하였을 때 定期的으로 방송되는 保健이나 健康關聯 프로그램은 네 가지뿐인 것으로 나타난다. 평일의 경우 KBS2에서 매일 밤 12:50분에 약 10분간 방영되는 '건강 365일'과 월요일 밤 9:20분부터 15분간 EBS에서 방송되는 '세계의 첨단의학'이 있다. 주말에는 토요일 아침 KBS2에서 6:10에 50분간 방영되는 '언제나 젊음'과 KBS2에서 일요일 아침 6:00에 40분간 放送되는 '건강하게 삽시다'가 있다.

이들 健康關聯 프로그램의 주당 放送 時間은 2시간 35분으로 전체 방송 시간의 0.6%밖에 되지 않는다. 健康關聯 프로그램이 아닌 KBS2의 '여러분 잠깐만'이나 MBC의 '정보데이트', 또는 주부대상의 교양프로 등에서 건강에

관한 정보를 방송하는 경우도 있으나 이를 합쳐도 전체 放送 時間의 1%를 넘지 않는다.

이와 같은 健康·保健 關聯 放送 프로그램의 編成 時間은 絶對量으로도 부족할 뿐 아니라 編成되는 시간대에도 問題가 있다. 大部分의 放送 프로그램이 자정 이후나 새벽에 방영된다. EBS에서 목요일 9:20분에 방송되는 프로그램도 있지만 EBS의 낮은 시청률을 고려하면 視聽者가 많지 않으리라 생각된다.

TV방송은 사람들에게 친숙성이 큰 媒體로 일반 사람들이 TV없이 사는 것을 想像할 수 없을 정도로 널리 퍼져있음을 고려할 때 주요 戰略 媒體로 使用하여야 한다. 이를 위하여 우선 TV방송사의 關係者에게 保健이 국민들의 주요 關心事이며 국가적으로도 중요한 사안이란 것을 설득하여야 하며 이를 뒷받침할 수 있는 좋은 保健關聯 情報를 제시하고 이러한 情報를 持續적으로 提供할 수 있음을 강조하여 保健關聯 프로그램의 방송 시간대를 시청율이 높은 시간대에 편성할 수 있도록 하여야 하며 그 시간도 늘릴 수 있도록 하여야 한다. 특히 전세계적으로 環境에 대한 관심과 健康에 대한 관심이 높은 것과 발맞춘 프로그램을 제작하도록 하는 것이 바람직하며 이를 다양한 포맷으로 재미있게 제공하도록 하는 것이 요구된다.

3. 保健教育弘報를 위한 大衆媒體 活用 方案

가. 大衆媒體活用時 考慮事項

보건교육홍보를 위해서 大衆媒體를 利用할 때 유의할 事項은 다음과 같다(김명호, 1985).

- ① 예산을 감안하여 채택할 수 있는 매체를 파악한다.
- ② 지역별로 수용가능한 매체를 파악한다.
- ③ 각 매체의 이용에 관해서 현황을 분석한다.

- ④ 매체별로 국민의 신뢰도를 파악한다.
- ⑤ 매체별로 장단점을 파악한다
- ⑥ 매체를 병용할 경우 상호보완 또는 상승효과를 낼 수 있는 가능성을 파악한다.
- ⑦ 효과적으로 작용할 수 있는 것인가를 숙고한다.

또한 大衆媒體를 선정할 때 教育弘報의 효과 면에서 고려해야할 네 가지 측면은 다음과 같다.

- ① 空間性과 時間性: 인쇄자료와 미술품 등은 공간적인 것이며 라디오, 전화는 시간적인데 비해서 영화, 텔레비전은 공간성과 시간성을 겸하고 있다.
- ② 參與: 매체에 따라서 시청자 또는 대상자의 참여정도가 달라진다. 참여가 많이 일어날수록 影響力이 커지며 弘報 效果도 높아진다.
- ③ 速度: 시간성으로서의 속도는 텔레비전과 라디오가 가장 빠르다. 그리고 신문도 무척 빠르며 그 다음으로 주간지, 격주간지, 월간지의 잡지가 있고 영화나 책자는 속도 면에서는 아주 느리다. 최근에는 컴퓨터 통신이 가장 빠른 情報提供者로 역할하기도 한다.
- ④ 持續性: 매체선정 시에 고려하지 않을 수 없는 것이 지속성이다. 텔레비전이나 라디오 등에서 방송된 말은 지속성이 없다. 특별히 녹화하지 않는 이상 그냥 흘러가기 쉽다. 반면에 책자는 持續性이 길다.

또한 媒體를 並行利用하는 경우에 考慮할 점은 다음과 같다.

- ① 媒體의 集中性: 광고학계에서 조사한 바에 의하면, 똑같은 예산으로 新聞廣告面 전면에 기사를 한번에 실은 효과가 몇 번에 또는 여러 군데 조금씩 나누어서 기사를 실은 것보다 크다고 한다. 가령 어떤 광고물 게재를 위한 일정액의 예산이 있을 때 작은 규모로 여러 번 내는 것보다는 한 번에 크게 내는 것이 훨씬 經濟的이고도 效果的이라는 것이다. 이 원리는 또한 여러 종류의 유인물을 제작하는 면에도 적용이 된다. 즉 여

러 가지 종류와 제목의 유인물을 각각 소량으로 제작하여 배포하는 것 보다는 한 두 가지 題目에 集中시켜서 전국의 더 많은 인구 군에게 미치도록 集中的으로 만드는 예지가 필요하다.

- ② 內容의 集中性 및 聯關性: 保健教育의 대상이 항상 新陳代謝하고 있으므로 같은 내용이 일정 시기에 반복되어야 하는 것은 당연하다. 그러나 항상 예산의 제약이라는 어려움이 따르게 마련이므로 우리의 계몽 내용도 연도별로 集中해서 普及하는 것이 필요하게 된다.
- ③ 對象의 集中性: 보건교육 대상을 年齡別, 社會經濟的 身分別, 男女別, 地域別 여러 가지로 구분하여 홍보할 수도 있고, 현실적 상황을 참작해서 일정한 대상에 집중적으로 계몽하는 것도 효과적이다. 대상을 결정하고 이들 特殊對象層에 접근하기 쉬운 매체로 필요한 내용을 가지고 집중적으로 계몽하는 전략이 절실하다.
- ④ 時期의 集中性: 읽을 자료가 너무 많고 聽取하거나 視聽한 프로그램이 증가하여 各樣各色的 情報가 범람하는 가운데서 어떤 保健問題를 두드러지게 부각시키는 방법으로서는 동일한 예산과 노력으로 연중 일정시기를 정하여 集中的으로 投與하는 것이 效果的이다. 과거에 4월을 보건의 달로 정하여 각종 매체의 일시적인 동원과 행사의 거행을 일치시킴으로써 크나큰 효과를 거두어 온 것이 사실이다.
- ⑤ 各種 媒體의 同一 補助: 여러 매체를 병용하는 것이 효과적이라 함은 위에서 처럼 그 내용과 시기와 대상이 집중적일 때이다. 이의 가장 效率的인 방법은 중심 되는 한 媒體에 특정 內容이 전달되면 다른 매체들이 때를 같이하여 이를 인용하면서 發表, 또는 이에 대한 深層分析까지 하여 서로 補完하고 지지하는 상승효과를 기대할 수 있다. 이를 能率的으로 수행하기 위해서는 적어도 중앙에 교육홍보 관제탑의 역할을 하는 기구가 필요하며 이곳에서 연중 대상, 시기, 내용, 활용매체 등에 관한 일목요연한 계획을 수립하여 體系的, 總體的으로 教育弘報가 실시되도록 하는 것이 중요하다.

나. 保健教育弘報를 위한 大衆媒體 活用戰略

다음에서는 앞서 제시한 保健教育弘報에 있어서 新聞과 라디오, 텔레비전 등의 대중매체 이용 현황분석을 토대로 保健教育弘報를 위한 구체적 방안을 모색하고자 한다. 앞의 現況調査에서 나타났듯이 新聞의 경우, 公信력이 크고 주요 情報源으로 널리 이용되고 국민의 건강·보건에 관한 관심이 높음에도 불구하고 保健教育弘報 資料로는 부족함이 많았다. 대개의 일간지는 일주일에 두 번 정기적으로 건강·보건 관련 기사가 나오고 있고, 기사의 재료는 기자의 취재 내용에 의존한다고 한다.

그러므로 保健關聯機關에서 국민에게 홍보하거나 啓蒙的 次元에서 알려야 할 정보들을 정기적으로 각 신문사와 방송사에 제공한다면 신문사와 방송사는 좋은 情報源을 갖게 되고, 保健關聯機關은 저렴하고 效果的인 弘報를 할 수 있게 될 것이다. 또한 신문기사들은 데이터베이스화하여 컴퓨터 통신을 통한 검색이 가능하도록 조치함으로써 保健關聯機關의 자료들이 PC 통신 이용자에게도 쉽게 검색될 수 있도록 하면 상승효과를 가져올 수 있을 것이다. 또한 방송 프로그램의 경우 국민의 건강에 관한 관심을 높이고 實踐的 方案들을 적극 홍보하기 위해서는 대부분의 視聽者들이 부담없이 시청할 수 있는 시간에 방영되는 固定的인 프로그램이 필요하다. 일부 교양 프로그램에서 이따금씩 건강관련 정보들을 제공하는 것은 하나 일회성이 많고 視聽者들이 固定的인 時間에 放映되는 健康프로그램이라는 인식이 없으므로 지속적인 시청을 기대할 수 없다. 이에 대한 대안으로는 뉴스나 교양 프로그램 내에 一定時間을 항상 健康 關聯 情報를 提供하는 시간으로 고정란을 만드는 방법을 통해 시청자들에게 弘報할 수 있다.

위에서 제시한 대중매체를 활용한 보건교육홍보방안은 무엇보다도 保健關聯機關이 이들 大衆媒體 關聯機關과의 긴밀한 협조하에서 업무를 추진할 때 그 효과가 증대될 것이다. 保健關聯機關이 담당해야할 과제는 다음과 같다.

- ① 1년 단위로 각 대중매체를 통해 교육·홍보할 정보를 정리·분석한다.
- ② 월별로 시기에 맞는 정보를 제공한다.
- ③ 다중 매체를 활용하는 보건 캠페인 시에는 하나의 중심매체를 선정하여 그 매체가 집중적으로 캠페인 내용을 다루도록 하고 다른 매체가 그 내용을 인용하여 사용할 수 있도록 한다.
- ④ 여러 대중매체 기관과 협력하고 각 매체기관에서 자료를 요청하면 언제든지 제공할 수 있도록 자료를 준비하고 담당할 부서를 둔다.
- ⑤ 지방지와 전국지, 지역방송과 전국방송의 특성을 살려 전국지와 전국방송사에는 모든 국민에게 관련된 정보를, 지방지와 지역방송에는 그 지역에 해당하는 정보를 제공하여 지역별 특성을 살린 교육홍보를 꾀한다.

4. 結論

세계 여러 나라들이 國民들의 健康을 增進시키기 위하여 다양한 보건사업을 추진해왔다. 그러나 대부분의 경우에 그 方法이 政府가 一方的으로 計劃하고 推進하여서는 소기의 목적을 달성하기가 어렵다. 보건사업이란 보건사업의 대상자인 國民의 협력과 참여 없이는 결국 시간과 노력, 재정의 낭비일 뿐이다. 國民의 이해와 협조가 필요하며 國民 스스로가 自己自身 또는 살고 있는 地域社會의 생활을 높이고 健康을 증진시키는데 참여하지 않는 한, 國家의 노력이 허사로 돌아가는 많은 예를 보아왔다. 따라서 國民들의 健康을 증진시키기 위하여는 國民들의 健康에 대한 이해와 健康의식을 높이는 保健教育과 弘報가 가장 중요한 선결과제라 할 수 있다.

우리 나라 보건복지부에 의해 실시되고 있는 保健教育의 목적에는 보건사업에 대한 지역사회주민들의 참여 유도, 사전예방강화로 질병 발생후의 치료시 소요되는 의료비 부담 경감이 포함되어 있다. 따라서 國民의 保健에 관한 教育과 弘報가 선행되어, 질병 발생후 치료가 아닌 질병을 예방하여 健康한 國民이 되도록 하는 것이 國民保健教育弘報의 중심이 되어야 한다.

그러므로 國民保健教育弘報를 보다 效果的으로 하기 위해서는 대중에게 친숙하고 과급효과가 큰 大衆媒體를 效果的으로 활용하여야 하고, 이때 費用·效果의 效率性도 고려하여 가능하면 신문사나 방송사 등과의 긴밀한 협조하에 이들 매체를 저렴하게 이용하고 서로 공생하는 관계가 될 수 있는 방안이 모색되어야 한다. 그리고 이러한 방안의 하나로써 保健關聯機關이 신문사나 방송사, PC통신의 자료원으로서 이들이 자료를 요청할 때 적극 제공해야 하며, 더 나아가 정기적으로 자료를 제공하는 能動性을 가져야 한다. 또한 신문사나 방송사 등에서도 保健教育弘報의 重要性을 깨닫고 이에 대한 정보를 국민에게 전달하는데 사명감을 갖고 적극성을 띠어야 한다.

X. 國民健康增進을 위한 資料體系 構築

1. 序 論

세계적으로도 찬사를 받고 있는 우리 나라의 經濟는 이제 世界 第12위의 經濟規模를 자랑하고 있으며 經濟成長率도 9%를 약간 상회하는 수준으로 발전하고 있다. 經濟成長이 꾸준히 持續된 結果 1960년의 79달러의 GNP가 1995년에는 10,148달러에 이를 것으로 豫測되어 무려 128배의 增加를 하게 되었다. 한편 이러한 우리 나라의 經濟發展을 客觀的으로 證明할만한 사례는 외국에서의, 또는 國際機構로부터의 한국에 대한 인식일 것이다.

우리 나라가 이러한 수준의 경제발전을 이룩한 이유는 여러 가지가 있겠으나 그 중의 한 가지는 經濟發展을 위하여 段階的으로 일정한 目標를 設定하고 그 目標達成을 위하여 조직적인 노력을 기울였던 것을 그 중의 하나로 꼽을 수 있다. 수차례에 걸친 經濟開發 5個年 計劃을 통하여 目標를 수립하고 汎國家的인 次元에서 經濟發展을 위하여 노력하였고 국민을 대상으로 하는 홍보로서 '7억불 수출', '1,000불 소득' 등의 구호를 외치며 매진 하였던 과거의 노력이 오늘날의 經濟發展의 原動力이 되었다는 점을 묵과할 수 없다. 이에 비추어 볼 때 우리 나라의 保健 分野는 이러한 發展哲學의 論理를 適用하여 추진된 적은 없다. 비록 부분적인 目標를 設定하고 이에 達成하기 위하여 노력을 한 적은 있으나 이는 물리적인 環境에 관한 것이 爲主였지 실제 國民保健水準의 向上을 위하여 어떠한 目標를 종합적으로 설정하여 진행된 사례는 없다.

그러나 제한된 범위내에서라도 우리 나라의 保健政策을 보면 일정한 達成目標를 設定하고 노력을 해 온 흔적은 보이기는 하나 그것의 設定過程이 總體的이거나 科學的이지도 않고 지극히 卽興的인 發想과 業績爲主의 目標

設定과 達成에 그쳐 온 감이 없지 않다.

따라서 經濟分野에 대한 것과 마찬가지로 保健分野에서도 그 발전을 위하여 基本 哲學的 基調아래 과학적인 목표를 설정하고 이를 달성하기 위한 조직적인 노력을 기울였다면 하는 아쉬움이 있다. 그러나 실제로는 경제제일주의의 국가적인 정책에서 이와 직접적인 관련을 갖지 않는 분야에 대한 푸대접이 심하였고 保健分野 역시 예외없이 疎外당하였던 것이 우리의 현실이기도 하였다. 그럼에도 불구하고 사실상 保健水準은 향상되어 왔다. 그러나 이것은 經濟發展의 과정에서 편승한 자연적인 향상의 수준에서 크게 벗어나지 않는 수준일 뿐은 아니었던가 하는 의구심을 갖게 한다. 그러나 최근의 經濟發展의 방향이 社會發展과 調和를 이루는 것으로 변하고 있고 사회적인 수준의 향상으로 건강에 관한 국민들의 관심이 높아지고 있는 차제에 國民保健水準의 향상을 지금과 같은 형식으로 추진하지 말고 지금부터라도 일정한 中長基 目標를 設定하고 이를 達成하기 위한 조직적인 노력을 범국가적으로 추진한다면 우리의 保健分野의 장래는 밝다고 판단된다.

따라서 본 연구는 21세기에 있어서 바람직한 國民健康水準으로 향상시키기 위하여 設定된 目標에 효율적으로 達成하기 위하여 각종 國民健康을 평가할 수 있는 指標 資料體系의 構築問題에 관하여 토의하기로 한다.

2. 資料體系 構築의 必要性

가. 國民健康과 保健統計

국민건강수준의 목표를 과학적으로 설정하고 달성하는 모든 과정은 결국 保健統計資料를 이용한 保健指標로서 提示될 것이다. 따라서 이를 위하여서는 현재의 保健指標의 水準이 어떠한지를 먼저 把握하고 이를 바탕으로 適正한 水準의 우리의 目標를 保健指標로서 設定하게 되는 것이 타당한 순서이다.

우리나라 보건지표 생산의 바탕이 되는 保健統計의 實情을 전반적으로

볼 때 대체로 부족하다고 평가하는 것이 일반적인 추세이다. 그 이유는 우리가 현재 필요한 保健指標를 생산할 수 있을 정도의 충분한 保健統計를 갖고 있지 못하기 때문이다. 과거의 우리 나라의 保健政策이 생산되는 保健統計를 바탕으로 組織적으로 수립된 것이 아니라 保健政策을 행정부의 필요에 따라 수립하기로 하고 그 樹立段階에서 급하게 수집된 자료를 바탕으로 그 정책을 급조하는 형식으로 그 樹立을 推進하여 온 것이 사실이다.

따라서 현재의 처지에서 國民健康을 위한 中長期 目標를 設定한다는 것은 거의 不可能하며 비록 설정한다고 하여도 과학적이지 못할 것이다. 특히 이러한 실정이 위에서 언급한 OECD 加入을 통하여 이러한 상황이 노출될 것이 예상되고 결국 그 經濟發展이 全體的인 調和를 無視한 채 기형적으로 추진된 것이라는 측면을 노출하게 될 것으로 예상된다. OECD의 가입은 단순한 經濟發展에 대한 인정이기는 하나 그 加入過程을 통하여 우리 나라의 發展狀況의 實際를 다시 한 번 재검토할 기회를 주고 있다. 즉, OECD는 모든 가입국에게 그 나라의 실태를 파악할 수 있는 統計資料를 제공하도록 의무화하고 있기 때문이다.

이에 따라 우리는 그 요구되는 統計資料를 提供하기 위한 作業을 準備하고 있다. 그 요구되는 統計資料, 특히 保健統計에 관한 내용을 檢討해 보면 우리의 保健部門의 현실과는 너무나 차이가 나고 있음을 발견할 수 있다. 즉 그들이 요구하는 統計를 원활하게 제공할 수 있을 정도로 그 資源이 풍부하지 못하다는 것이 우선 그렇고 그러한 統計數値를 提供할 수 있을 정도로 우리의 保健實態가 뒷받침하고 있지 않아 더욱 그렇다.

이러한 우리나라 保健部門의 현실은 결국 經濟는 OECD에 가입할 수 있는 水準에 이르고 있으나 保健分野는 加入할 수 있는 수준에 이르지 못하고 있음을 나타내 주는 극명한 예라고 할 수 있다. 우리 나라의 발전이 經濟至上主義로 치달아 온 탓에 全分野에 걸친 均等한 發展을 통하여 이룩되어야 할 국민의 삶의 질은 이처럼 經濟水準에 버금하지 못하고 後進性을 면하지 못하고 있다.

나. 保健統計와 保健政策

우리 나라의 保健統計는 정부와 국민의 무관심속에 오랜 세월을 지나왔다. 政府는 保健統計를 實績을 제시하는 數値로만 活用하려는 立場이어서 우리의 保健統計는 있어도 政策樹立의 基本資料로서 잘 活用되지도 못하였기 때문에 그 개선에 관하여는 그리 큰 관심을 끌지 못한 채 지나온 것이다.

현재 中長期目標를 設定하는 保健政策을 樹立하자면 現況把握을 위하여 活用할 수 있는 가장 중요하고 기초적인 保健統計資料는 현재 보건복지부가 매년 발행하는 保健福祉統計年報와 醫療保險工團과 醫療保險聯合會에서 매년 발행하는 연보가 그 대표적인 것이다. 그밖에 각종 조사보고서가 매년 또는 격년으로 발행되고 있는 것이 포함된다. 이 연보에서 발표되는 保健福祉統計指標의 내용을 보면 <表 X-1>과 같다.

이상이 대체로 우리가 確保하고 있는 保健福祉의 統計로서 이를 외국의 경우와 비교하여 보면 상당히 그 내용이 빈약함을 알 수 있다. 따라서 현재의 상태에서 國民健康增進의 目標를 設定하려고 할 때 그 指標資料가 부족하여 많은 어려움을 겪을 수밖에 없다. 우리가 과거 중장기적인 목표를 세우고 보건정책을 수립할 때 기본이 되는 保健統計의 發展을 위하여 조금만 관심을 기울였다면, 그리하여 그를 바탕으로 그 政策樹立을 組織적으로 추진하는 保健事業을 전개하는 자세를 가졌더라면 이와 같은 統計資料의 缺乏現象은 없었을 지도 모른다. 즉 組織적인 保健政策이 樹立되고 推進되지 못하였던 이유는 물론 바탕이 되는 보건통계가 충분하게 뒷받침하지 못하였기 때문이라고도 볼 수 있겠으나 그나마 保健統計는 순수한 현황을 표현하는 지표로서가 아니라 政府政策의 業績을 홍보하기 위한 부분에만 주로 치중되는 등 그 본래의 목적에 위배되어 오용되어 온 것도 사실이다.

따라서 保健指標가 충분하지 않은 현실에서 우리는 國民健康增進을 위하여 現實을 把握하여야 하며 또 이에 따른 指標開發을 國民健康增進目標設定에 앞서서 해야 하는 어려운 과제를 안고 있다.

〈表 X-1〉 保健福祉統計年報의 收錄 統計內容

구 분	내 용
1. 보건	<ul style="list-style-type: none"> - 급성전염병의 발생관련 통계 및 검역관련 통계 - 결핵관련 통계 - 가족계획사업 및 출산력통계 - 영양사면허 및 영양섭취 관련 통계 - 정신질환 시설 및 수용현황 - 성병·나병 관련 통계 - 모자보건 사업실적 - 소아발육치 - 성인병 검진실적
2. 위생	<ul style="list-style-type: none"> - 환경위생관련업소 통계 및 위생감시실적 - 위생사 및 동 시험사 면허등록 상황 - 식품위생관련업소 통계 및 위생감시실적 (집객업소, 제도가공업소, 판매운반 처리업소) - 제품검사, 과대광고 및 표시기준 위반 감시실적
3. 의정	<ul style="list-style-type: none"> - 의료인력에 관한 통계 (의사, 치과의사, 한의사, 약사, 조산사, 간호사, 간호조무사, 의료기사, 의료유사업자, 안마사 포함) - 의료기관 분포상황 - 의료기관 환자 취급현황 - 기타 구강보건사업실적, 부정의료업자, 혈액원, 헌혈실적 등
4. 약정	<ul style="list-style-type: none"> - 의약품 (수출입, 제조 및 판매업소, 검정실적 및 생산현황) - 약사 감시 상황 - 마약취급자 면허등록 상황
5. 사회복지	<ul style="list-style-type: none"> - 사회복지시설 현황 - 사회복지사업 기금 - 이재민 - 사회복지사 자격증 교부상황 - 생활보호대상자 - 부랑인 및 장애인
6. 가정복지	<ul style="list-style-type: none"> - 아동상담소 - 소년소녀 가장세대 현황 - 노인(건강진단, 취업알선, 시설수용현황) - 아동(시설수용, 요보호아동, 입양) - 여성(시설, 상담, 직업보도소, 모자보호시설) - 가정의례준칙
7. 의료보험	<ul style="list-style-type: none"> - 적용인구 - 급여상황 - 의료보호(사업실적, 질병상황) - 진료실적 - 관련 지표, 재정현황
8. 국민연금	<ul style="list-style-type: none"> - 가입자 현황 - 국민연금 기금조성 및 운용 - 연금급여 종류 및 지급현황
9. 기타	<ul style="list-style-type: none"> - 인구, 평균수명, 경제활동, 소비지출 - 취업자, 근로자 임금 및 근무일수 - 의약, 사회복지 관계 학생 현황 - 사망자 통계 - 주택, 환경 오염 실태

資料: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1994.

다. 國民健康增進과 資料體系 構築의 當爲性

인간의 생명은 유한하고 그 건강의 모습은 한도가 있다. 그 範圍內에서 우리가 누리하고자 하는 건강의 향상된 모습은 어떠한 것인가? 그 수준은 시대별로 어느 정도나 향상되어야 하는가? 國民의 平均期待餘命은 계속 증가해 오고 있는데 어디까지 증가하게 될 것인가? 현재의 우리 수준은 만족할 만한 수준인가? 과거에 열악했던 保健狀況 아래에서 保健事業을 실시할 때에는 단순히 현실과 다른 정도가 건강의 향상이라고 간주하였으나 이제 기본적인 國民健康問題가 어느 정도 해결이 된 요즈음에 와서는 과연 우리의 합리적인 건강의 모습은 무엇이고 이를 우리의 목표로 설정할 수 있는지에 대하여 다시 생각해 보고 우리가 추구하는 목표가 과연 바람직한 국민건강의 모습인지를 평가하여야 할 것이다.

國民健康의 增進을 위한 향후 중장기목표를 설정하는 것은 미래의 보다 쾌적한 인간생활을 누리기 위한 科學的인 接近方法이다. 그리고 그 목표를 달성하기 위하여 효과적이고 과학적인 保健政策을 수립하여 國民健康增進事業을 전개하여야 한다. 이에 따라 保健政策이나 保健事業의 目標은 國民健康의 增進으로 요약할 수 있다. 그러면 우선적으로 현시점에서의 현황을 구체적으로 파악하여야 하되 이를 바탕으로 21세기에 달성하고자 하는 국민건강의 모습을 달성가능한 수준의 범위내에서 목표설정을 하여야 할 것이다. 이는 우리가 經濟發展을 할 때 그 經濟成長의 水準이나 國民所得의 目標을 미리 設定하고 이에 맞추어 經濟發展計劃을 수립하는 것과 동일하다.

이와 함께 經濟發展의 水準을 設定에 따라 경제개발 계획을 수립하듯이 우리 이 목표를 달성하기 위한 國民健康事業을 體系的으로 진행하여 나가야 한다. 이를 위하여서는 國民保健의 各 分野別로 目標을 設定하고 이에 달성하기 위한 적절한 보건사업을 계속 수행하여 나가야 한다. 設定한 目標을 達成하기 위한 國民健康增進事業 過程에서 中間評價를 실시한다. 그 평가 결과 목표의 合理性을 再評價하고 그 목표를 재조정하여 보완한다. 이와 같은 補完作業을 週期的으로 실시하되 계속 보완을 하여 과소 또는 과도하

게 책정된 부분을 조정하여 계속하여 기간이 진행됨에 따른 새로운 中長期 目標을 設定하여 달성하도록 노력하여야 한다.

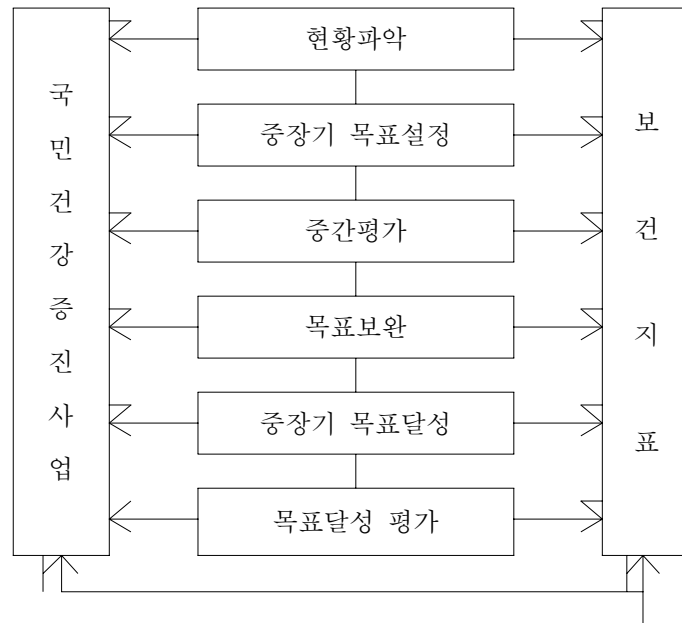
라. 保健統計資料의 役割

우리 나라 국민들의 中長期 健康增進의 目標은 어떻게 정하여야 하는가? 國民健康增進의 내용은 앞에서 언급했듯이 우선 두 가지 측면에서 고려해 보아야 한다. 첫째는 국민 개개인의 차원에서 보는 健康增進의 目標이다. 즉, 국민 각각의 健康狀態가 향상되어서 疾病治療를 위하여 병원에 출입하는 일이 줄어들든가, 有病日數가 줄든가, 수명이 길어진다든가 하는 등 개인의 건강이 향상되는 모습이다. 둘째는 國民集團의 측면에서 보는 것이다. 즉 앞에서 지적한 健康增進을 향유하는 국민의 수가 늘어나는 것이다. 즉 평균 有病日數를 줄인다든가, 平均壽命을 늘인다든가, 疾病으로 인한 1인당 入院回數나 在院日數를 줄인다든가 등등 집단의 차원에서 보는 시각이다. 즉 개인의 健康增進은 國民의 健康增進으로 직결되기 때문이다.

한편 이를 健康增進의 내용이라고 본다면 실시하는 國民健康增進事業은 이 두 가지 측면을 해결할 수 있도록 형태의 것이 되어야 한다. 국민들이 健康管理를 충분히 하여 질병을 갖는 사례가 줄도록 健康增進의 敎育을 실시한다든가 健康管理를 할 수 있도록 제반적인 편의를 도모해 준다든가 하는 것은 국민 개개인의 健康의 增進을 위한 정책적인 뒷받침이고 다음으로 는 건강증진이 이루어지지 못한 사람들의 수를 줄일 수 있도록 건강관리를 할 수 있는 諸般 施設이나 制度 그리고 實際的인 保健事業의 실시 등이 그 내용이 될 것이다.

이 모든 과정에서 일관되게 필요한 것은 指標의 活用이다. 保健統計를 수집하여야 하고 이로부터 필요한 保健指標를 생산하여 活用하는 것이 이 모든 과정에서 절대적으로 필요한 것이다. 심지어는 評價段階에서도 이 과정은 필요하다. 즉 實施段階에서부터 얻어진 모든 자료는 保健指標로 요약되고 評價된다.

[圖 X-1] 中長期目標 達成 推進過程과 保健指標 資料體系의 活用



[圖 X-1]은 國民健康增進을 위한 目標設定段階에서부터 目標達成評價段階에 이르기까지 保健指標가 어떻게 活用되고 또 目標達成을 위하여 國民健康增進事業이 무엇을 기준으로 수행되어야 하는 지를 要約한 것이다. 保健指標는 國民健康增進目標를 設定하여 達成하는 과정에서 필수적으로 필요한 자료일 뿐만 아니라 國民健康增進事業을 실시하는 과정에서도 끊임없이 생산되고 活用되어야 하는 것임을 알려 주고 있다.

保健指標는 대체로 우리가 收集하는 保健統計 資料로부터 확보하게 된다. 따라서 신뢰도가 높은 保健指標를 구하기 위해서는 그 收集되는 保健統計 資料가 정확한 것이어야 한다. 또한 그것은 항상 사용가능하도록 확보되어 있어야 함과 동시에 널리 보급되고 있어야 한다.

우리는 그 健康增進事業이 어느 정도 추진되고 있는가를 파악하여 國民健康增進에 기여한 정도를 평가할 수 있는 支援體系가 필요하다. 이러한 지

원체계는 保健指標를 중심으로 이루어지므로 國民健康增進事業이 원만하게 진행되기 위하여서는 이러한 保健指標資料를 위주로 한 支援體系의 원만한 構築이 필요하다. 결국 그 진행 정도나 평가내용은 통계자료로서 요약이 되기 때문에 保健統計資料의 確保에 관심을 쏟아야 하는 것이다. 따라서 21세기를 향하는 國民健康의 增進을 위한 사업에 있어 건강의 수준을 평가할 수 있는 資料體系를 構築하여야 하는 것은 國民健康增進을 위한 事業에서 가장 중요한 항목이다.

3. 資料體系 構築 方向

國民健康水準 評價를 위한 우리 나라의 資料體系를 構築하는데 있어 그 方向을 살펴보면 우선 첫 번째 단계로서 우리 나라의 國民健康水準을 評價할 수 있는 指標의 體系를 살펴볼 필요가 있다. 우리 나라에서도 保健統計를 끊임없이 생산하고 있는데 이에 따라 保健指標도 開發되고 있는데 우선 우리의 현황을 살펴 볼 필요가 있다.

우리나라의 통계자료 또는 정보는 대체로 ① 통계의 종류가 다양하지 못하고, ② 범위가 매우 한정적인 단점이 있는 것으로 평가된다. 活用性이 높은 統計資料는 現實感이 높은 것이어야 하는데 우리 나라의 통계는 시설이나 인력 같은 可視的인 統計에 중점을 두고 있어 실제 活用性이나 保健에 관련된 國民保健活動의 실제적인 내용이나 그 양을 측정할 수 있는 자료는 생산하지 못하고 있다. 특히 OECD는 保健活動의 내용과 그 규모에 관한 統計資料를 요구하고 있어 시설이나 인력에 관한 통계뿐만이 아니라 실질적인 삶의 내용을 측정하는 指標들을 測定할 수 있도록 보건통계를 생산할 수 있도록 그 방향을 유도하여야 한다.

우리나라의 보건복지통계는 ① 專門人力의 缺如, ② 統計生産體系의 未洽, ③ 生産에 관한 政府 意志의 微溫性, ④ 部署間 協同體制의 未備, ⑤ 生産의 目的意識 缺如, ⑥ 生産되는 統計의 各種 定意의 不在를 문제점으로

들 수 있다. 따라서 통계수치의 양은 충분하지 않으나 기존의 통계수치가 그래도 활용성을 확보하기 위하여서는 ① 有用性, ② 正確性, ③ 時宜性, 그리고 ④ 接近性을 갖도록 생산되는 保健統計여야 한다.

지방자치제의 실시와 더불어 保健統計의 生産 및 普及體系 開發에 있어 지방정부는 그 중심의 역할을 담당하여야 하며 그 특성을 조사하여 각종 保健統計를 생산하도록 하여야 한다. 地方政府에서의 資料收集의 資源은 保健所 組織, 醫療保險, 그리고 地域에 존재하는 各種 關聯機關이나 施設 등을 活用하여 資料體系를 構築하여야 할 것이다.

가. 國民健康增進現況을 評價하기 위한 統計資料의 需要

21世紀 中長期 國民健康增進目標에 따라 마련되어야 할 國民保健指標는 지금과 같이 施設이나 人力을 대상으로 하는 統計資料의 收集에서부터 앞으로 우리가 실시하게 되는 國民健康 增進事業의 내용과 規模 그리고 進行過程을 밝혀주는 統計로부터 획득할 수 있도록 하여야 한다. 이러한 내용은 특히 OECD에 우리가 제출하여야 하는 統計資料의 내용과도 일치한다. OECD에서 요구하는 統計資料는 이처럼 施設이나 人力같은 것에서부터 保健에 관련한 國民들의 行態나 그 活動內容까지 전반적인 내용의 保健統計를 요구하고 있는 바 그 指標內容을 보면 <表 X-2>과 같다.

그 내용을 항목별로 대략 살펴보면 그 統計指標內容은 다음과 같다.

1) 生命의 期間과 質에 관한 指標

- 壽命에 관한 指標
 - 出生시 기대여명 · 각 연령대에서의 기대여명
- 健康한 상태에서의 餘命
 - 장애가 없는 여명
- 早熟兒 死亡 또는 몇 가지 罹患狀態
 - 잠재적 수명손실년수

- 주산기 사망률
 - 선천기형
 - 추락
 - 가정사고
 - 약화사고
 - 영아사망률
 - 교통사고
 - 결석률
 - 의료사고
 - 충치
- 吸煙과 飲酒에 따른 保健行態 및 이에 따른 罹患狀態部門 指標
- 흡연, 음주 부문에서의 소비량 및 경제적인 지출
 - 간경변
 - 호흡기 암 등의 발생률

〈表 X-2〉 OECD에서 聚畵하고 있는 保健指標의 種類

대 분류	중 분류
Measurement of Activity and Outcomes	
Length and Quality of Life	- Length of Life - Premature Mortality and Selected Morbidity Conditions - Life Styles and Man-Made Morbidity
Expenditure, Prices and Income	- Aggregate Financing - In-patient Care Financing - Ambulatory Care Financing - Prices and Deflators - Incomes
Inputs and Throughputs	- Human Resources - In-patient Care Resources - Ambulatory Care Resources
Variations in Common Medical Practices of Large Areas	- Length of Stay - Selected Medical Procedures - Pharmaceutical Consumption
The Public-Private Mix and Social Protection	- Public-Private Mix - Social Protection Coverage - Cost-Sharing - Private Delivery Patterns

資料: OECD에서 요구하는 자료를 발췌 요약한 것임.

2) 健康에 關聯한 所費行爲, 醫療費, 醫療人的 收入部門 指標

- 건강유지에 關聯된 公적지출규모
- 의료기술개발의 투자규모
- 학교보건지출규모
- 입원환자의 경제적 부담 정도 지표
 - 급성질환관리
 - 양로사업관리경비
 - 정신과 질환관리
- 외래환자에 關한 지표
 - 전체 의료비
 - 의사-치과-각종 실험실-방사선치료-약품-Therapeutic Appliances과 같은 사용 경비
- 각종 의료비의 가격지수 자료
 - 제시된 내용의 가격지수
- 수입 지표
 - 의사당 수입
 - 치과의사당 수입
 - 보건요원당 수입
 - 약사당 등의 수입
- 의료기관의 투자규모
- 보건의료행정 지출규모
- 교도소의 보건의료비

3) 投入 및 產出部門 指標

- 人的 資源 指標
 - 개업의 수
 - 일반의 수
 - 개업 치과의 수
 - 간호사 수
 - 의료계 여성인구수
 - 전문의 수
 - 개업 약사 수
- 入院患者管理 資源 指標
 - 병상수
 - 양로원 병상수
 - 정신과 병상수
 - 입원율

- 재원기간
- 병상가동률
- 外來患者 管理(Ambulatory Care Resources)
- 의사의 상담 건수
- 치과진료 건수
- 병리 및 실험실 검사 건수
- 영상진단 건수
- 약품소비량

4) 廣域 診療에 관한 指標

- 질병별 재원일수
- 신장투석 건수
- 제왕절개
- 심장 이식
- 폐 이식
- 간 이식
- 약품별 소비

5) 公共-民間 部門의 共助와 社會扶助部門 指標

- 公共-民間 部門 共助 部門
 - 보건의료비 지불에 있어 두 부문의 감당규모
 - 공공부문 지출형식
 - 의료보험료
- 社會扶助
 - 의료비
 - 입원비
 - 외래 진료비
 - 약품비
 - 치료기자재 이용→상기 경비중 부담비율
- 經費分擔
 - 공공부문 지출규모
- 個人診療 部門
 - 입원환자의 자비부담에 관한 통계를 제시

이 지표들의 특성을 보면 대체로 우리가 이미 보유하고 있는 것도 많이 있으나 아직 부족한 것이 많다. 또한 그 특징은 우리가 주로 관심을 주어 온 施設이나 人力같은 統計資料에 附加하여 실제로 保健의 活動規模를 把握하고

자 하는 것으로 비교적 구체적인 것을 요구하고 있고 그 범위는 매우 전반적인 것으로 아직 우리가 확보하지 못하고 있는 자료가 상당히 많은 것이다.

〈表 X-3〉 保健社會統計部門 發展計劃에서 提示된 統計指標

분 야	내 용	지 표
보건의료자원	인 력	- 의사(치과 의사, 간호사) 1인당 인구 - 의사 1인당 환자수 - 지역별 의료인당 인구수 - 전문의 1인당 1일 환자수
	건 설	- 병상당 인구 - 의료기관 종별 병상분포 - 약국이용률 - 입원환자비율 - 지역별 병상분포 - 의료기관 이용률 - 개설약국당인구
보건의료상태	질 병	- 유병률 - 전염병질환신고율 - 평균재원일수 - 급만성질환 이환율 - 기생충감염률 - 발병률 - 활동제한일수 - 원인별 이환율 - 결핵유병률
	영 양	- 1인당 평균열량섭취량 - 동물성 단백질 섭취량 - 비만율 - 단백질섭취량 - 영양부족률 - 체위
보건의료활동	예방사업	- 산전(후)관리율 - 신체검사실시율 - 예방접종률 - 학령아동의 평균병결일수 - 상수도보급률 - 불량위생시설사업장비율 - 위생급수인구비율
	치료, 재활	- 분만개조율 - 사고발생률 - 의료충족도 - 직업별 이환율 - 신체장애율 - 재해발생률 - 의료요구도
	의 료 비	- GNP 대비 의료비 - 가구당 연평균 의료비 지출 - 1인당 연평균 의료비 - 외래진료 1회당 의료비 - 정부총예산대비 보건사업비 - 질환당 의료비 - 의료수가지수

資料: 경제기획원, 『제6차 5개년 계획 보건사회통계부문발전계획』, 1987~1991.

우리나라의 保健統計 改善을 위하여 이미 오래 전부터 정부에서는 <表 X-3>에서 보는 바와 같이 保健福祉部門 發展計劃을 樹立하고 이를 통하여 各種 統計指標를 提示한 바 있다. 여기에서 보면 보건부문에서 활용할 수 있는 통계지표들을 保健醫療資源側面, 保健醫療狀態側面, 保健醫療活動側面 등으로 구분하여 제시하고 있다.

위의 내용을 보면 保健統計의 改善에 대하여는 많은 사람들이 그 問題點과 必要性을 共同으로 느끼고 있고 이에 따른 保健統計의 改善方向에도 많은 공감대가 이루어져 있음을 알 수 있다. 특히 각 부문별로 볼 때 우리가 필요로 하고 있는 내용을 대부분 반영한 것임을 알 수 있다. 그러나 이러한 保健統計指標들은 計劃上으로는 마련이 되어 있으나 이러한 統計資料를 마련하기 위한 後續措置가 組織적으로 이루어지지 않아 결국 이들을 확보하지 못하였으며 본 계획의 適用期間인 1991년이 훨씬 지난 지금도 나아진 점이 별로 없다. 이러한 統計指標들이 상기의 계획대로 마련되었다면 OECD에서 요구하는 統計資料를 提出하는데 별로 어려움이 없었을 것이다.

나. 國民健康水準 評價를 위한 資料體系의 資料源

위에서 제시한 각종 지표를 얻는 가장 좋은 방법은 현존하는 資源과 資料를 最大限으로 이용하는 것이다. 이에 醫療保險을 비롯하여 여러 가지가 있는데 그 資料源을 검토해 보기로 하자.

1) 醫療保險資料

우리 나라에서 발간되는 보건통계자료로서 醫療保險公團과 醫療保險聯合會가 각각 매년 독자적으로 발간하는 醫療保險制度에서 발생한 各種 統計資料를 취합하여 발간하는 것이다. 이 통계자료는 「保健福祉統計年報」에 버금가는 統計資料로서 國民皆保險時代에 醫療機關을 이용한 환자들의 진료상 발생한 醫療經費의 請求를 위한 자료이기는 하나 診療 記錄이라는 점에서

우리 나라 전국민의 醫療機關 利用行態를 파악할 수 있는 자료가 되어 保健 統計指標를 생산할 수 있는 자료라는 점에서 그 活用 價値가 매우 크다.

우리 나라의 醫療保險制度는 1988년 1월 1일부터 國民皆保險制度로 定着 되었다. 이에 따라 국민 모두가 醫療保險에 加入되어 저렴한 비용으로 醫療 行爲를 받을 수 있으므로 모든 診療行爲의 결과는 醫療保險資料로 收斂이 되므로 傷病統計資料로서 活用할 수 있다. 선진국에서도 國民皆保險制度를 실시하지 못하고 있는 사례가 많다는 점을 볼 때 더욱 그렇다.

의료보험의 통계자료의 내용을 살펴보면 醫療保險聯合會가 發刊하고 있는 醫療保險統計年報에서는 별도로 통계를 제시하고 있는 公務員 및 私立 學校教職員 醫療保險 등도 그 대상에 포함하고 있어 이 연보는 의료보호 적용인구를 제외한 우리나라 전국민의 의료보험이용 현황을 통계로 제시하고 있다. 그 통계의 내용을 보면 保險者種別 適用現況, 保險者種別 財政現況 및 給與實績, 診療實績 및 診療費 分析, 年度別 保險者種別 醫療保險 主要 指標 등 크게 4개의 통계부문으로 나누어 제시되고 있다.

보험자종별 적용현황에서는 職場醫療保險, 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險, 地域醫療保險, 職種醫療保險, 任意地域 醫療保險 등으로 구분하여 다음과 같은 내용을 기본 통계표로 제시하고 있다.

- ① 일반 현황
- ② 적용인구현황(연령별, 시·도별, 성별)
- ③ 자격변동현황
- ④ 피보험자현황(업종별, 성별, 표준보수월액별)
- ⑤ 피부양자 현황

보험자종별 재정현황 및 급여실적에서는 財政收支, 財政分析, 給與實績, 現物給與 實績 등 주로 재정에 관련된 내용을 주로 제시하고 있다. 진료실적 및 진료비 분석에서는 診療實績, 診療費, 診療件數, 調整內譯 등을 제시하고 있다. 이상의 내용에 대한 구체적인 항목은 다음과 같다.

- 診療実績
 - 피보험자, 피부양자별 · 시도별, 지역별 요양취급기관종별
 - 지급월별 · 연령별 성별 요양취급종별 수진율
 - 17대 분류별 · 진료권별
- 診療費
 - 연령별 건당 진료비 크기별 · 진료과목별
 - 내원 일당 진료비 크기별 · 요양취급기관종별
- 診療件數
 - 56 기본 분류별 건당 진료비 크기별
 - 56 기본 분류별 연령별 성별
 - 999 분류별 다발생 순위별
 - 999 분류별 다발생 순위별 요양취급기관종별
 - 999 분류별 다발생 순위별 연령별
 - 악성 신생물 연령별 성별
 - 만성질환 연령별 성별
- 調整內譯
 - 건당 진료비 크기별 요양취급기관 종별 심사조정 실적
 - 요양취급기관 종별 조정 사유별 조정 내역
 - 요양취급기관 종별 조정항목별 조정 내역
 - 진료행태별 진료행위 구성 및 금액

연도별 보험자종별 의료보험 주요지표에서는 職場醫療保險, 公教醫療保險, 地域醫療保險, 任意地域醫療保險 등 4개의 보험자종별로 다음과 같은 내용을 제시하고 있다.

- 保險者數
- 適用現況
 - 연도말 적용인구 · 월평균 적용인구

- 財政

- 총수입
- 총지출
- 수지율(총지출/총수입)
- 보험료
- 급여비
- 순수지율(급여비/보험료)
- 수지차액(총수입-총지출)

- 診療實績

· 醫療機關

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 진료건수 | 진료비 |
| 보험자부담액 | 건당진료비(입원/외래) |
| 건당내원일수(입원/외래) | 건당진료일수(입원/외래) |
| 내원일당 진료비(입원/외래) | 연평균 1인당 내원일수(입원/외래) |
| 수진율(입원/외래) | |

· 藥局

- | | |
|-------------------|------------------|
| 조제건수 | 약제비 |
| 보험자 부담액 | 건당약제비(처방조제/직접조제) |
| 건당투약일수(처방조제/직접조제) | |

한편 다행스립제도 그 적용인구가 훨씬 적은 醫療保險公團의 경우 그 取扱對象 規模가 적은 관계로 의료비 이외의 국민상병내용에 있어 진보된 내용을 제시하고 있다. 의료보험공단에서 발간하는 통계연보에서 제시되고 있는 통계를 살펴보면 크게는 醫療保險 一般現況과 公務員 및 私立學校 教職員 醫療保險現況으로 구분되어 있다. 뒷 부분의 醫療保險現況은 다시 被保險對象者 및 財政現況, 醫療保險給與 및 診療實績, 傷病統計現況 등으로 구분되어 제시되고 있는데 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

- 醫療保險 一般現況

- 보험자수
- 적용인구현황(연도별, 시도별, 월별, 연령별, 성별, 직업별, 의료보험종류별)
- 표준 월급여액(구간별 보험자종별 피보험자 현황)

이다. 이 두번째 이유는 傷病統計의 信賴度를 떨어뜨리는 요인이 된다. 다행히 最近 診療費 請求業務의 電算處理를 위한 전자자료교환(Electronic Data Interchange, EDI) 시스템을 구축하여 醫療情報網을 개통하여 이의 適用範圍를 점차 확대해 나가는 시점에 있기 때문에 電算處理로 인한 行政管理의 속도가 빨라지게 되어 資料處理의 業務에 餘裕 空間이 생기게 되어 앞으로 기존 업무에 부가하여 좀 더 效率的인 統計處理業務를 期待할 수 있을 것으로 본다. 따라서 지금은 우리가 醫療保險資料 이용에 있어 轉換點에서 있음을 지적하고 있다. 자료의 처리가 완벽하게 전산화되면 이를 관리하여 통계자료를 생산하는 것은 그다지 어려운 일이 되지 않을 것이다. 또한 電算化를 통하여 業務處理速度가 빨라짐에 따라 시의성 있는 자료를 生産하여 統計週報, 統計月報와 같은 간행물을 통하여 자료를 생산 배포할 수 있을 것이다. 이에 따라 우리는 醫療保險 資料를 이용하여 어떠한 統計指標를 생산할 수 있는 지, 이를 어떻게 관리하고 어떻게 사용할 수 있는 지에 대하여 深層 研究 檢討하여야 한다.

2) 診療統計

傷病資料의 資源은 병원으로부터 직접 생산되기도 한다. 大韓病院協會에서는 각 병원에서 생산하고 있는 통계에 관하여 수집하는 것이 바람직한 통계지표를 선정하여 제시하고 있는데 그 진료통계는 ① 科別 患者診療實績, ② 診療統計 그리고 ③ 患者種類別 診療實績 등으로 구분된다. 한편 각 병원은 이러한 내용을 바탕으로 병원별 특성에 따라 연보 등을 발행하여 각 지표들을 생산하고 있는데 그 내용을 요약하여 보면 다음 <表 X-4>와 같다.

이와 같은 내용은 이미 病院等 機關에서 自體的으로 生産하고 있는 통계인 바 이들이 결국 우리 나라의 診療統計가 될 資源들임에도 병원들과의 資料交換이나 公開 등의 協助體制가 잘 이루어지고 있지 않아 제대로 활용되고 있지 못하다. 게다가 각 病院間의 指標產出體系가 일정하지 않아 일관된 定義가 마련되지 못하는 것이 問題點으로 지적되고 있다.

한편 각 병원은 이미 情報管理시스템을 構築하여 活用하고 있는 사례가 많으므로 전산망 등으로 정부와 연결하여 통신망을 구성하고 情報의 活用을 促求하는 것이 바람직하다. 동시에 정부는 大韓病院協會 및 關聯 專門家들을 連繫하여 각 병원에서 생산하고 있는 診療統計의 定義를 明確하고 科學적으로 정리할 수 있도록 標準化作業을 誘導하는 것이 바람직하며 이와 관련하여 診療統計의 質을 評價하는 體制를 갖는 것이 좋다. 한편 이와 같은 통계를 醫療保險의 統計와 連繫하여 比較하여 살펴보면 이 두 가지 자원으로부터의 統計의 信賴度를 검증할 수도 있을 것이다.

3) 保健所 統計

保健所는 보건복지부가 가지고 있는 地方組織으로 많은 資料를 生産할 수 있는 자원이다. 한편 보건소는 診療爲主의 醫療機關과는 다른 일반적인 保健事業을 推進하기도 하기 때문에 의료기관이나 의료보험 등에서 얻을 수 있는 통계자료와는 다른 내용의 統計資料를 얻게 된다.

農村地域의 경우는 보건소 산하에 保健支所와 保健診療所가 있어 地域적으로 세분화된 인구를 대상으로 各種 保健事業을 전개하고 있으나 시도 지역의 경우 대부분 保健所組織에 依存하고 있다. 한편 각 保健所, 保健支所, 保健診療所 등지에서는 活動狀況에 대한 보고를 각 市道知事 앞으로 하도록 되어 있다. 특히 최근 보건소에 福祉의 機能을 추가하여 保健福祉事務所로서의 機能을 發揮할 수 있도록 정부가 유도하고 있는 실정 하에서 이 자료는 각종 保健 福祉活動의 內容을 파악할 수 있는 귀중한 자료가 된다. 이에 따라 그 보고내용을 京畿道 加平郡의 예를 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

보건진료소에서는 保健所長을 經유하여 市長, 郡守에게 月別 報告하는 내용으로서 保健診療所 運營狀況報告書를 제출한다. 그 내용을 보면 우선 일반적인 부문을 비롯하여 活動狀況, 訪問保健登錄管理現況, 測定 및 檢査, 追求管理 現況, 傳單配付, 豫防接種人員, 保健教育, 口腔保健, 그리고 기타 보고부문 등 10가지의 내용으로 보고되고 있다. 이를 표로 나타내면 다음과 같다.

〈表 X-4〉 各 病院에서 生産하고 있는 患者診療統計 內容

대분류	중분류	소분류
1. 환자통계	가. 외래환자 통계	① 과별, 월별 환자종별 외래환자수 ② 성별, 연령별 외래환자수 ③ 신환, 구환별 외래환자수 ④ 초진지역별 외래환자수 (지역별 신래, 외래신환자 지역별 통계) ⑤ 초진연령별 외래환자수 ⑥ 외래환자종류별 과별입원율 ⑦ 외래환자종류별 예약환자수 ⑧ 외래환자종류별 특진환자수 ⑨ 예약자와 진찰자의 비교 ⑩ 외래환자 연인원수 ⑪ 외래환자수진장소별 추이 (외래, 특수클리닉, 응급실) ⑫ 무료진료 외래현황
	나. 입퇴원환자 통계	① 환자종류별, 과별, 연령별, 입원환자수 ② 거주지별 입원환자수 ③ 입원기간별 입원환자수 ④ 과별 전과 환자수 ⑤ 과별 협의진단수 ⑥ 과별 재입원율 ⑦ 입원경유별 입원환자수 ⑧ 입원환자실인원 ⑨ 입원환자 연인원 (입원환자 재원일수, 입원 연인원수) ⑩ 무료진료 입원현황
	다. 사망환자 통계	① 환자종류별, 과별, 연령별 퇴원환자수 ② 지역별 퇴원환자수 ③ 퇴원환자실인원(총퇴원수) ④ 퇴원환자연인원(퇴원환자 입원연일수) ⑤ 퇴원시 상태별 환자수 ⑥ 퇴원환자 치료결과별 환자수 ⑦ 전원통계 ⑧ 재원일수별 환자통계 ⑨ 평균재원일수

〈表 X-4〉 계속

대분류	중분류	소분류
	라. 진료비 관련 통계	① 과별 재원환자 연인원수 ② 월별 1일 평균재원환자수 ③ 병동별 환자통계
	마. 지역별 통계	① 의료보호지역별 통계 ② 본적지별 환자통계 ③ 지역별 전원통계
	바. 사망환자 통계	① 과별 사망환자수 ② 연령별 사망통계 ③ 사망원인별 통계
	사. 진료비 관련 통계	① 환자종류별 수입현황 ② 과별 수입현황 ③ 과별특진료 수입현황 ④ 외래환자 종별수입 ⑤ 입원환자 종별수입 ⑥ 세출 결산대비표
2. 진료실적	가. 병상이용률 통계	① 과별 병상수 및 병상가동율 ② 병동별 병상가동율
	나. 수술 및 마취실적	① 과별, 방법별 수술건수 ② 수술환자 입원, 외래 및 구분별 통계 ③ 마취종류별, 과별통계
	다. 응급실 통계	① 환자종류별 통계 ② 과별, 월별 통계 ③ 응급실인원 지역별 통계 ④ 응급환자사고별 통계 ⑤ 응급수술환자 통계 ⑥ 시간별 통계 ⑦ 처치결과별 통계 ⑧ 연탄가스환자치료현황

〈表 X-4〉 계속

대분류	중분류	소분류
	라. 중환자실 통계	① 과별중환자수 ② 과별수술환자수 ③ 과별미수술환자수 ④ 입원기간별환자수 ⑤ 연령별 환자수 ⑥ 수술부위별 환자수 ⑦ 침상이용율 ⑧ 호흡기사용에 및 사용인 ⑨ I.C.U. 검사실 검사건수
	마. 분만실 통계	① 정상분만, 제왕절개, Breech Extraction, 사산, 유산, 쌍생아, Toxemia, Abnormality, 신생아사망 Premature ② 산모연령별 분만회수 ③ 연령별 조산모와 경산모 비교
	바. 신생아실 통계	① 성별통계 ② 미숙아수 ③ 사망수 ④ Sick Baby수
	사. 병리조직 검사실	(생략)
	아. 방사선 촬영실적	(생략)
	자. 약사처방 및 조제	(생략)
3. 질병, 수술	가. 국제 질병분류에 의한 입원환자 질병분류	
	나. 국제 질병분류에 의한 입원환자 수술분류	
	다. 암등록 통계	① 지역별, 부위별 통계 ② 조직학적 분포통계 ③ 원발장기별, 성별, 연령별 통계 ④ 형태학적, 성별, 연령별 통계 ⑤ 과별 직업별 통계 ⑥ 과별 진단방법별 통계 ⑦ 과별 연령별, 성별 통계 ⑧ 과별 치료결과별 통계

資料: 신중연, 『진료통계의 현황과 나아갈 방향』, 『진료통계발전을 위한 워킹』, 1990.

〈表 X-5〉 保健診療所의 月別 報告內容

부 문	내 용
일반사항	<ul style="list-style-type: none"> - 인구수(연령별) - 인구변동(출생, 사망, 전출, 전입) - 지역사회진단(가구수, 가구원수)
활동상황	<ul style="list-style-type: none"> - 건강증진관리 <ul style="list-style-type: none"> · 학동 및 청소년 건강증진 · 성인병 및 만성질환 · 전염병관리 · 재활 - 일차진료 <ul style="list-style-type: none"> · 진찰 및 투약관리 · 검사 - 모자보건 <ul style="list-style-type: none"> · 산전, 산후관리 · 고위험임신부관리 · 영유아 예방접종 - 결핵관리 <ul style="list-style-type: none"> · 객담수집 및 의뢰 · 환자발견 · 치료종결 및 퇴록
방문보건등록관리 현황	<ul style="list-style-type: none"> - 고혈압(경계, 중증) - 당뇨(경계, 의심- 요당 및 혈당 측정) - 안보건(약시, 안질환 - 시력측정자 및 안검사) - 중앙환자 - 관절염 - 장애인 - 소화기 - 신경계 - 거동 불편자 - 가족계획 - 영유아

〈表 X-5〉 계속

부 문	내 용	
측정 및 검사	<ul style="list-style-type: none"> - 혈압측정 - 혈당검사 - 유방암 검사 - 객담검사 - 기타 	<ul style="list-style-type: none"> - 요검사 - 자궁경부암 검사 - 간염검사 - X-선 검사
추구관리 현황	<ul style="list-style-type: none"> - 가정방문(진료 및 간호) - 보건진료소 내소 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역방문(순회진료) - 기타
전담배부		
예방접종인원	<ul style="list-style-type: none"> - 유행성 출혈열 - 인플루엔자 - 렙토스피라 - 홍역 - 폴리오 - D.T. 	<ul style="list-style-type: none"> - 일본뇌염 - B형 감염 - 장티브스 - DPT - MMR - 기타
보건교육	<ul style="list-style-type: none"> - 환자, 가족 	<ul style="list-style-type: none"> - 집단
구강보건	<ul style="list-style-type: none"> - 상담 - 불소양치 	<ul style="list-style-type: none"> - 의뢰 - 기타
其他 보고항목		

한편 보건지소에서는 역시 시장, 군수 앞으로 訪問保健事業 實績報告를 하도록 되어 있는데 그 내용은 家族計劃事業, 母子保健事業, 豫防接種人員, 結核管理事業, 訪問保健事業, 그리고 藥品 및 機資材 需給現況 등 여섯 가지인데 그 구체적인 내용은 <表 X-6>과 같다.

〈表 X-6〉 保健支所の 訪問保健事業 實績報告 內容

부 문	내 용															
가족계획사업	<ul style="list-style-type: none"> - 가족계획등록 - 피임보급현황(정관, 난관, 자궁내장치, 월경조절술, 콘돔, 먹는 피임약) - 재시술(정관, 난관) 															
모자보건사업	<ul style="list-style-type: none"> - 신고(임부, 영유아) - 등록(임부- 신규 및 퇴록, 영유아- 연령별 신규 및 퇴록) - 관리(산전관리, 산후관리, 영유아 관리) - 선천성 대사이상(검사실적 및 결과) - 분만개조(시설분만, 가정분만) - 모자보건교육 															
예방접종인원	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - D.P.T. - B형 간염 - 랩토스피라 - D.T. - 유행성출혈열 - 기타 - BCG(미취학 1세 미만 및 1~5세, 국교 1, 국교 6) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Polio - 일본뇌염 - MMR - 홍역 - 장티브스 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> - D.P.T. - B형 간염 - 랩토스피라 - D.T. - 유행성출혈열 - 기타 - BCG(미취학 1세 미만 및 1~5세, 국교 1, 국교 6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Polio - 일본뇌염 - MMR - 홍역 - 장티브스 													
<ul style="list-style-type: none"> - D.P.T. - B형 간염 - 랩토스피라 - D.T. - 유행성출혈열 - 기타 - BCG(미취학 1세 미만 및 1~5세, 국교 1, 국교 6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Polio - 일본뇌염 - MMR - 홍역 - 장티브스 															
결핵관리사업	<ul style="list-style-type: none"> - 환자발견 <ul style="list-style-type: none"> · 검진자수 - 엑스선(보건소 내소, 건강검진, 이동검진) · 수질객담 가정방문 · 객담검사 - 양성(보건소 내소, 건강검진, 이동검진, 가정방문) · 요치료자수(보건소 내소, 건강검진, 이동검진, 가정방문) · 요관찰자수(보건소 내소, 건강검진, 이동검진, 가정방문) · 법정신고환자(보건소 내소, 건강검진, 이동검진, 가정방문) - 검사실적 <ul style="list-style-type: none"> · 객담(초회검사, 추구검사) · 엑스선(초회검사, 추구검사) 															
	<ul style="list-style-type: none"> - 등록환자동태 (증가환자) <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td>· 신환</td> <td>· 재발</td> <td>· 중단후 재등록</td> </tr> <tr> <td>· 진입</td> <td>· 기타</td> <td>· 관리전환</td> </tr> </table> (감소환자) <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td>· 완치</td> <td>· 완료판불</td> <td>· 심폐</td> </tr> <tr> <td>· 사망</td> <td>· 중단</td> <td>· 진출</td> </tr> <tr> <td>· 진단변경</td> <td>· 기타</td> <td>· 관리질환</td> </tr> </table> 	· 신환	· 재발	· 중단후 재등록	· 진입	· 기타	· 관리전환	· 완치	· 완료판불	· 심폐	· 사망	· 중단	· 진출	· 진단변경	· 기타	· 관리질환
· 신환	· 재발	· 중단후 재등록														
· 진입	· 기타	· 관리전환														
· 완치	· 완료판불	· 심폐														
· 사망	· 중단	· 진출														
· 진단변경	· 기타	· 관리질환														

〈表 X-6〉 계속

부 문	내 용
	<ul style="list-style-type: none"> - 신환자 및 결핵사망자 현황 <ul style="list-style-type: none"> · 신환등록(양성 및 음성- 남녀별) · 결핵사망(남녀)
방문보건사업	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회진단(가구수, 가구원) - 등록관리현황 <ul style="list-style-type: none"> · 고혈압(경계, 중증) · 당뇨(경계, 의심 - 요당 및 혈당 측정) · 안보건(약시, 안질환 - 시력측정자 및 안검사) · 중앙환자 · 간질환 · 관절염 · 뇌졸중 · 장애인 · 정신질환 · 소화기 · 호흡기 · 신경계 · 노인성 치매 · 거동 불편자 · 결핵 · 가족계획 · 임신부 · 영유아 - 건강측정 및 검사 <ul style="list-style-type: none"> · 혈압측정 · 요검사 · 혈당검사 · 빈혈검사 · 콜레스테롤 · 자궁경부암 · 유방암 · 간염검사 · 객담검사 · X-선 검사 · 기타 - 예방접종 <ul style="list-style-type: none"> · 유행성출혈열 · 일본뇌염 · 간염 · 독감 · 랩토스피라 · 장티브스 · 홍역 · DPT · 소아마비 · 기타 - 추구관리 <ul style="list-style-type: none"> · 가정방문(진료 및 간호) · 지역방문 및 진료 · 내소 · 기타 - 기타 보건활동 <ul style="list-style-type: none"> · 보건교육 · 구강보건 · 진단배부 - 보고항목
약품 및 기자재 수급현황	<ul style="list-style-type: none"> - D.P.T.(ml) 등 30종

또한 보건소에서는 지사에게 訪問保健事業 內容을 보고하도록 되어 있는 바 그 중의 하나는 각 보건지소와 보건진료소의 활동내용을 종합하여 보고

한다. 그 보고내용은 地域社會診斷, 登錄管理現況, 追求管理現況, 健康測定 및 檢査, 기타 保健活動, 豫防接種, 그리고 기타 報告 등 7가지 부문에 대한 것으로 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈表 X-7〉 保健支所와 保健診療所의 活動 報告內容

부 문	내 용
지역사회진단	총인구수, 진단완료인구수, 가구수 및 가구원수(월계, 누계)
등록관리현황	고혈압(경계, 중증), 당뇨, 안보건, 중양환자, 간질환, 관절염, 뇌졸중, 장애인, 정신질환, 소화기질환, 호흡기질환, 신경계질환, 노인성치매, 거동불편자, 결핵, 가족계획, 임산부, 영유아, 기타(전월말 현재, 월별 및 누계 등록, 퇴록 및 금월말 현재 통계를 보고)
추구관리현황	가정방문(진료-투약회수 및 인원), 간호(회수 및 인원), 지역방문 및 진료(회수 및 인원), 보건소 내소(명), 보건지소 내소(명), 보건진료소 내소(명), 기타
건강측정 및 검사	혈압측정, 요검사, 혈당검사, 빈혈검사, 콜레스테롤 검사, 자궁경부암 의뢰, 유방암의뢰, 간염검사의뢰, 객담검사의뢰, X-선 검사의뢰
기타 보건	보건교육(회수 및 인원), 구강보건(회수 및 인원), 진단배부(매)활동
예방접종	유행성출혈열, 일본뇌염, 간염, 독감, 랩토스피라, 장티브스, 홍역, D.P.T., 소아마비, 기타
기타 보고부문	

최근 보건소가 醫療行爲에 置重하는 경향이 나타나고 있으며 병원등의 시설이 부족한 農村地域이기는 하나 保健醫療員制度가 導入되어 保健活動보다는 醫療活動에 치중하게 되어 農村地域에서의 保健活動은 점차 위축되는 경향이 있고 보건소의 의료활동 역시 결국 醫療保險으로 자료가 수렴되는 체제를 갖추고 있어 보건소를 통한 보건활동에 관한 정보의 수집은 점차 미약해질 가능성이 있지 않을까 우려된다. 이를 해결하기 위한 방법은 保健所를 중심으로 保健支所, 保健診療所 그리고 관련 보건기관을 중심으로 전산화하는 것이 시급하다. 보건소를 중심으로 하고 각 支所와 郡廳과를 電

算網으로 連結하여 活用한다면 資料의 送受信에 많은 시간을 절약하고 適材適所에 醫療行爲 등을 제공할 수 있는 이점이 있다. 이는 정부의 超高速 通信網과 連繫하면 해결 가능성이 있다고 본다.

한편 1996년부터 시행 예정으로 최근에 국회를 통과한 개정된 『保健所法』인 『地域保健法』에서는 보건소의 두 번째의 업무로 규정되어 있던 『保健統計에 관한 業務』가 삭제되어 통과되었다. 사실 과거에도 保健統計에 관한 業務는 규정만 되어있었지 실질적으로 활용되지는 못하였던 것은 사실이다. 그러나 地域保健法과 같은 地方自治團體 위주로 保健事業을 전개하도록 추진하는 과정에 이러한 정부에서 支援하지 못하는 保健統計生産에 관한 業務賦與가 빠져 있음은 지방자치단체에서의 보건통계생산의 법적 근거를 상실하는 것이며 또한 보건소 조직을 통한 保健統計資料 收集의 길을 막은 지경이 되었다. 따라서 보건사업의 지역화 과정에서 더욱 필수적으로 제기되는 保健統計資料는 오히려 그 生産與件이 縮小되어 地域保健事業의 樹立 및 推進에 많은 어려움이 있을 것으로 예상된다.

4) 患者調査 統計

정부에서는 병원을 이용하는 환자의 규모를 파악하기 위하여 2년에 한번 씩 특정한 하루동안 병원에 찾아 온 外來患者들에 관한 統計와 特定한 일개월간 退院을 한 기록이 있는 患者資料를 바탕으로 全數調査를 위주로 하되 일부 기관에 대하여는 標本調査를 하여 환자의 수를 추계하기 위하여 실시되고 있는 조사로서 그 내용을 살펴보면 다음과 같다.

- 調査對象

- 외래 및 재원환자의 수: 8월 중 하루
- 퇴원환자: 6월 중 1개월간

- 調査方法

- 전수조사: 종합병원, 병원, 특수병원, 치과병원, 한방병원, 보건진료원, 보건소, 모자보건센터

- 표본조사: 일반의원, 치과의원, 한의원, 보건지소, 보건진료소, 조산소
- 調査項目
 - 기관: 기관명, 소재지, 설립구분, 가동병상수 및 종사자수, 환자수
 - 외래환자: 성별 구분, 연령, 환자주소, 진단명, 진료비 지불방법
 - 퇴원환자: 성별 구분, 연령, 치료결과, 진단명, 입퇴원일자, 치료결과, 퇴원형태, 입원경로, 내원경위, 진료비 지불방법

한편 조사를 통하여 얻게 되는 통계자료에는 다음과 같은 내용들이 있다.

- 患者數
 - 의료기관종류, 재원-외래, 설립구분별
 - 의료기관종류, 성·연령계층별 외래
 - 의료기관종류, 재원-외래, 병상규모별
 - 상병분류, 의료기관 종류별(외래)
 - 상병분류, 연령계층, 성별(외래)
 - 의료기관 종류별, 설립구분별 진료비 지불방법별(외래)
 - 병상규모, 재원-외래별, 병원 및 의원당
 - 각종 의사수별, 병상유무별, 1일 외래환자수별 의원수
 - 종사자, 재원-외래, 의료기관 종류별, 병상 규모별, 종사자 1인당 환자수
 - 의료기관 종류별 지역별, 성, 연령계층별
 - 의료기관 종류별 의료인력 및 약사 1인당 이용환자수
 - 의료기관 종류별 거주시도별 환자수(외래)
- 受診實態(受診率)
 - 성별, 연령군별, 상병분류별(외래)
 - 성별, 연령별, 상병분류별 수진율의 순위
 - 의료기관 종류별, 시도별 수진율(외래)
 - 성별, 상병분류별, 인구10만당(외래)
 - 의료기관 종류별, 거주 시도별(외래)
- 退院 患者

- 상병분류별, 재원기간별, 퇴원환자수
 - 성별, 연령군별, 상병분류별 퇴원환자수
 - 상병분류, 치료비 지불방법별, 재원기간별 퇴원환자수
 - 병원종류, 병상규모, 재원기간별 퇴원환자수
 - 설립구분별, 재원기간별, 연령별, 성별 퇴원환자수
 - 성별, 연령군별, 상병보유수별 퇴원환자수 및 구성비
 - 상병분류별, 성·연령별 평균 재원일수
 - 상병분류별, 치료결과별 퇴원환자수 및 구성비
 - 상병분류, 입원경로 및 내원경위별, 퇴원행태별 퇴원환자수 및 구성비 그리고 재원일수
- 慢性疾患
- 성·연령계층별 외래환자수 및 수진율
 - 성·연령계층별, 치료비 지불방법별, 치료결과별, 재원기간별 퇴원환자수
 - 성·연령계층별, 재원일수 및 수진율(퇴원)
 - 치료결과별, 진료비 지불방법별, 퇴원행태별, 재원기간별 퇴원환자수
 - 성별, 연령별, 질환별 평균재원일수
- 綜合分析
- 의료이용도 향상에 따른 수진율 증가
 - 의료기관 종류별 이용양상의 변화
 - 상병분류별 수진율의 이동
 - 65세 이상 노령인구의 수진율 및 재원일수의 변동

각종 保健醫療政策을 樹立하기 위하여서는 各種 疾患으로 治療를 받고 있는 사람들의 규모와 그 내용에 관한 자료가 바탕이 되고 있다. 이러한 측면에서 이 患者調査의 結果는 基本的인 資料를 提示하여 준다는 점에서 매우 중요한 통계자료이다. 특히 有病率과 같은 統計資料가 없는 실정에서 비록 하루 동안의 外來患者와 한달 동안의 退院患者를 主軸으로 하는 자료이기는 하나 疾病의 罹患行態를 파악하는데는 매우 요긴한 자료가 된다.

患者調査에서 파악하고자 하는 조사표를 보면 外來患者의 경우 단지 診療費 支拂方法만이, 그리고 퇴원환자의 경우 治療結果, 退院形態, 入院經路, 來院 經緯, 診療費 支拂方法 등이 진료명세서에 포함되지 않는 것이므로 이러한 정보를 진료명세서에 첨부하도록 할 수만 있다면 대부분의 患者調査에서 필요한 내용은 患者調査라는 별도의 방법을 통하지 않고도 經濟的方法으로 파악이 가능할 것이다. 특히 醫療保險의 診療費 請求가 電算化하고 있는 시점에 이러한 情報의 提供은 그리 어렵지 않을 것으로 본다.

5) 確保하여야 하는 其他 統計 資料

지금까지는 현재의 우리 나라에서 생산해 오던 統計資料를 중심으로 質的인 向上을 기하기 위하여 보건복지통계를 생산하는 방법에 관하여 주로 논의하였다. 이 과정에서는 주로 活用可能한 資源으로부터 필요한 統計資料를 구하도록 하는 문제에 관해서도 討議하였다. 그러나 이번에는 기존의 일반적인 統計資料에 추가하여 特殊한 內容에 관하여 별도의 다음과 같은 자료화일을 중심으로 데이터베이스를 構築하여 管理하여야 한다. 이처럼 特殊管理함으로써 各種 特殊 保健福祉統計를 생산할 수 있음은 물론 이들에 대한 集中的인 管理가 가능하기 때문이다. 이는 대부분의 선진국에서도 확보하고 있는 특수화일로서 유감스럽게도 우리 나라에서는 별로 관심을 두고 있지 않은 부분이다.

가) 死亡統計 資料 데이터베이스

이는 현재 人口動態統計중 死亡申告를 통하여 입수하고 있는 統計資料를 주축으로 구축할 수 있는 통계로서 統計廳에서 1980년부터 매년 『死亡原因 統計年報』라는 제목으로 발간 배포되고 있는 것이다. 이 統計資料에서 지적되고 있는 대표적인 문제점은 死亡申告에 漏落이 있다는 것과 申告된 死亡原因의 診斷이 분류가 어렵다는 것이다. 즉 死亡原因의 記載가 醫師에 의하지 않은 것도 상당수 있으며 記載된 死亡原因도 分類가 不可能할 정도인

매우 많다는 사실이다. 死亡의 경우 설사 醫師의 診斷을 받는다고 하더라도 醫師의 診斷이 정확하지 않거나 死亡原因을 診斷하는 方法에 따르지 않는 형식으로 기재할 경우 그 분류가 매우 어렵다. 이는 우리 나라의 人口動態 申告上의 특수한 현실을 대변하는 것이기도 하다. 따라서 분류가 가능하지 않거나 申告가 遲延 또는 漏落되거나 하는 問題點이 있으나 의사에 의하여 진단되었다 하더라도 그것이 分類 可能하지 않거나 또는 誤診의 事例가 꽤 많다. 분류가능하지 않은 이유는 醫師들이 死亡原因을 기술하는데 익숙해 있지 않은 탓으로 생각되며 誤診의 경우는 死體解剖가 널리 許容되지 않은 상태에서는 피할 수 없는 현실로 볼 수 있겠으나 死亡統計의 信憑度를 떨어뜨리는 要因임은 분명한 사실이다. 診斷內容의 問題點과는 별도로 死亡資料 管理體系의 改善이 필요하다. 즉 死亡資料를 그 원인에 의하여 분류하는 것에서 進一步하여 死亡者의 資料를 電算化하여 특수한 목적의 자료분석에 도움이 될 수 있도록 데이터베이스화 하는 것이다. 외국의 경우 이러한 死亡者의 資料를 집중적으로 관리하여 오고 있다. 미국의 경우 National Death Index라 하여 特定한 職業에 종사하던 자의 死亡原因을 調査하고자 할 때 이를 이용하여 死亡原因을 追跡할 수 있도록 資料를 管理함으로써 保健政策 樹立에 상당한 도움을 행태를 주고 있다. 캐나다의 경우도 個人의 固有番號를 바탕으로 特定한 職業에 종사한 사람들의 死亡原因調査를 비롯하여 死亡危險 確率을 산출하는 등의 작업에 많은 기여를 하고 있다. 우리나라의 경우도 死亡申告를 바탕으로 데이터베이스화하여 그 活用度를 높일도록 하는 事業이 推進되어야 한다.

나) 癌患者 統計管理 데이터베이스

우리 나라의 사망원인중 가장 높은 死因은 癌에 의한 死亡일 정도로 保健政策上 매우 중요한 統計資料이다. 癌患者 統計管理를 위하여 國立醫療院을 주축으로 癌患者 管理事業이 進行되고 있으나 전국적으로 모든 병원이 참여하고 있지 않은 탓에 자료의 완벽성 측면에서는 다소 문제가 있다. 이러한 데이터베이스 자료는 정부에서 行政力을 利用하여 管理하는 方案을

생각해 볼 수 있다. 최근 韓國保健社會研究院에서는 우리 나라 癌患者의 實態把握을 위하여 醫療保險資料를 利用하여 현재의 癌患者數를 推計하는 연구를 진행하고 있다. 이는 의료보험자료를 이용하면 전국의 癌患者를 推計하기 위한 保健統計를 구할 수 있음을 보여 주는 계기가 되기도 한다. 미국의 경우에도 전국적인 癌患者의 數는 전국적인 標本調査를 통하여 실시하고 있고 세계의 많은 나라들도 癌患者의 登錄管理를 실시하고 있는 나라가 상당히 많으므로 우리도 이러한 자료를 확보하고 있어야 함은 물론이다. 현재 推計중인 癌患者 資料를 볼 때 현재 國立醫療院을 주축으로 하는 癌患者 登錄管理對象者 數보다 거의 두 배 정도로 많이 나타나는 것은 이러한 자료의 활용 가능성을 알 수 있게 하여 준다. 따라서 癌患者登錄管理制度를 醫療保險과 連繫하면 좀 더 效率的인 登錄管理가 가능할 것이다.

다) 嬰兒死亡 및 先天畸形兒 資料 데이터베이스

국민건강의 증진을 위한 사업은 태아시절에서부터 시작되어야 한다. 그러나 우리 나라에서의 產前管理는 농촌지역을 제외하고는 대체로 산모에게 맡겨졌고 태어난 후에는 嬰乳兒 豫防接種에 관한 弘報 이외에는 정부가 별로 한 것이 없다. 거의 모든 경우가 부모의 책임에 맡겨 놓은 셈이다. 따라서 嬰兒死亡이나 先天畸形兒 資料 管理에 대하여는 그다지 큰 관심을 갖지 않는 것이 통례였다. 이러한 결과 流産과 함께 嬰兒死亡에 관하여 우리 나라의 통계는 매우 부실하였고 신고의 부실함은 영아사망율의 산출에 큰 문제점을 제기하기도 하였다. 이와는 반대로 선진외국의 경우 빠짐없이 이러한 자료화일을 保有 管理하고 있는 것을 보면 우리 나라도 이와 같은 자료화일을 構築하여야 한다고 생각한다. 嬰兒死亡率에 관한 統計는 國家 基本 統計에 속할 정도로 중요한 統計로 認識되고 있다는 점을 간과하여서는 안된다.

保健事業의 시작은 產前管理에서부터 시작된다고 보아도 무방할 정도로 산전관리가 중요성을 갖는 이유는 완벽한 產前管理는 嬰兒死亡을 방지할 수 있으며 嬰兒死亡의 減少는 전반적인 국가의 保健狀態의 指標이다. 이러한 산전관리사업에 병행하여 嬰兒死亡 및 先天畸形兒를 特殊 管理하는 統

計資料를 確保하여야 한다. 이 역시 대부분의 나라가 실시하고 있는 제도로써 영아사망을 방지하고 선천기형아를 特別管理하여 各種 保健事業을 實施하는 데 필수적인 자료화일이다.

라) 流産統計 화일 데이터베이스

유산에 관하여는 우리 나라가 법적으로 허용하고 있지 않기 때문에 이러한 統計資料를 構築하는 것은 認定이 되지 않으나 現實적으로 많은 流産이 실행되고 있는 과정에서 이의 자료에 대한 特殊管理가 필요하다. 모성의 건강을 위하여도 유산은 지양되어야 하고 이에 따른 母子保健政策을 제대로 수립하기 위하여서는 流産에 관한 統計의 特殊管理는 필요하다고 본다.

완전한 산전관리를 위하여서는 流産에 關聯한 통계화일을 관리하는 것이 중요하다. 流産統計의 경우는 많은 나라의 자료가 완벽하지 못한 것이 사실이나 그 실제로 실시되고 있는 유산의 규모를 파악하는 것은 母子保健事業을 實行하는데 있어 매우 중요한 항목이다. 특히 이 資料 역시 醫療保險資料를 잘 이용하면 가능할 것으로 보인다.

마) 病院入退院 資料 데이터베이스

병원의 입퇴원에 관한 통계자료는 傷病規模의 把握을 위하여 매우 중요한 자료이다. 우리 나라의 경우 保健福祉部에서 실시하는 「患者調査」가 이에 해당한다고 볼 수 있으나 이는 각 醫療機關을 利用하고 있는 환자의 숫자에 주로 관심을 두는 조사이나 病院入退院 調査는 病院의 利用行態에까지 統計調査를 하는 자료화일의 특성을 갖추어야 한다. 이러한 자료화일을 갖추는 경우 미국에서는 각종 자료관리에 있어 데이터베이스화하는 자료를 최소한으로 요약하여 最小자료집(Minimum Data Set) 형태로 제시하도록 권장하고 있다. 이에 따라 外來患者의 資料管理의 경우 患者側面, 醫療陣側面, 診療內容側面의 資料를 收錄하여야 하는데 그 내용을 살펴 보면 다음 <表 X-8>와 같다.

〈表 X-8〉 Uniform Ambulatory Medical Care Minimum Data Set

Data Items	Contents
Patient Data Items	<ul style="list-style-type: none"> - Personal Identification - Residence - Date of Birth - Sex - Race and Ethnic Background
Provider Data Items	<ul style="list-style-type: none"> - Provider Identification - Location or Address - Type of Practice - Profession
Encounter Data Items	<ul style="list-style-type: none"> - Date and Place of Encounter - Patient's Reason for Encounter - Diagnostic Services - Problem, Diagnosis, or Assessment - Therapeutics Services - Preventive Services - Disposition - Expected Principal Source of Payment - Total Charges

資料: 조재국 외, 『초고속정보통신과 21세기 보건의료의 도전』, 한국보건사회연구원, 1995.

이와 같은 자료를 통하여 患者의 規模를 파악할 수 있는 장점이 있다. 우리나라의 현재 환자조사는 특정한 날의 外來患者 등을 對象으로 하나 이는 자료를 連續적으로 收集하고 관리할 수 있다는 측면에서 훨씬 信賴度가 높은 患者에 關聯된 資料를 提供해 줄 것이다. 이 자료 역시 醫療保險資料를 좀 더 활용하면 가능할 수 있을 것이다.

바) 有病率 統計 데이터베이스

보건통계에서 가장 중요한 통계는 有病率統計이다. 현재 疾患別 罹患者에 대한 통계는 保健政策樹立에 매우 중요한 統計資料이다. 이는 우리 나라의 경우 전국민의료보험이 실시되고 있기 때문에 生産與件이 오히려 外國의

경우보다 우월하다는 장점을 갖고 있다. 특히 醫療保險資料는 醫師의 診斷에 의한 것이므로 그 신빙도는 일단 가장 높은 것으로 판단된다. 진료절차에서 발생하는 過剩診療나 虛偽記載 등의 문제점으로 인하여 완전성에 문제가 발생하고는 있으나 환자가 의사를 면접하고 난 뒤에 얻어지는 자료를 모두 확보할 수 있다는 점에서 資料의 構築 可能性은 매우 높다. 그러나 현실적으로 이에 대한 토의는 이루어진 적이 없다.

이러한 자료들은 連續的으로 確保되어야 하는 것이므로 위에서 언급한 病院 入退院 資料화일을 이용하여 환자들을 대상으로 特殊疾患에 罹患된 患者를 對象으로 모니터링 또는 감시체계를 構築하여 관리하는 방안도 검토할 필요가 있다.

다. 健康增進資料의 收集體系와 政府의 役割

國民健康增進 現況을 파악하기 위하여서는 이에 관련하여 각종 資料를 收集하여야 한다. 보건복지부는 중앙정부 차원에서 이러한 자료의 생산 및 보급체계를 확보하기 위하여 ① 現行 統計의 改善, ② 新規 統計의 發展 및 開發, ③ 統計資料의 活用度 提高, 그리고 ④ 制度的인 合理性이 강조된다. 구체적으로는 ① 收集體系 脆弱地域 支援과 情報의 標準化 指針 提示, ② 다른 資源과의 連繫體系 維持로 포괄적인 情報 入手, ③ 각종 조사의 일관적인 조사원칙을 유지하기 위한 技術的인 支援, ④ 對民 奉仕를 할 수 있는 窓口役割을 하는 등의 기능을 갖도록 통계조직체계의 개편이 요구된다.

地方自治團體는 國民健康增進事業의 주역이 되어야 하는데 이를 위하여서는 각 지방자치 구역별로 각종 保健福祉統計관련 생산가능자원의 발굴을 하여 資料管理體系를 開發하여야 한다. 보건소 조직, 의사회 등 각종단체, 의료기관 및 의료보험기관 등과 연계를 통하여 각종 자료를 수집하고 保健 指標資料 體系를 開發하는 것이 活用性을 提高할 수 있는 측면에서 좋은 자료원이다.

醫療保險은 國民傷病內容을 파악하고 있다는 점에서, 保健所는 보건사업 활동을 추진하는 과정에서 얻는 주민들의 保健活動에 관한 資料의 收集源이라는 측면에서, 각종 단체는 각 인력의 내용을 파악할 수 있는 자료원이라는 측면에서 매우 훌륭한 資料 收集源으로 活用되어야 한다. 이와 동시에 특수 資料體系로서 위에서 언급한 데이터베이스를 시·군·구의 地域單位가 기본이 되어 운영하고 중앙정부는 이들을 통합조정하는 역할을 하는 것이 바람직하다.

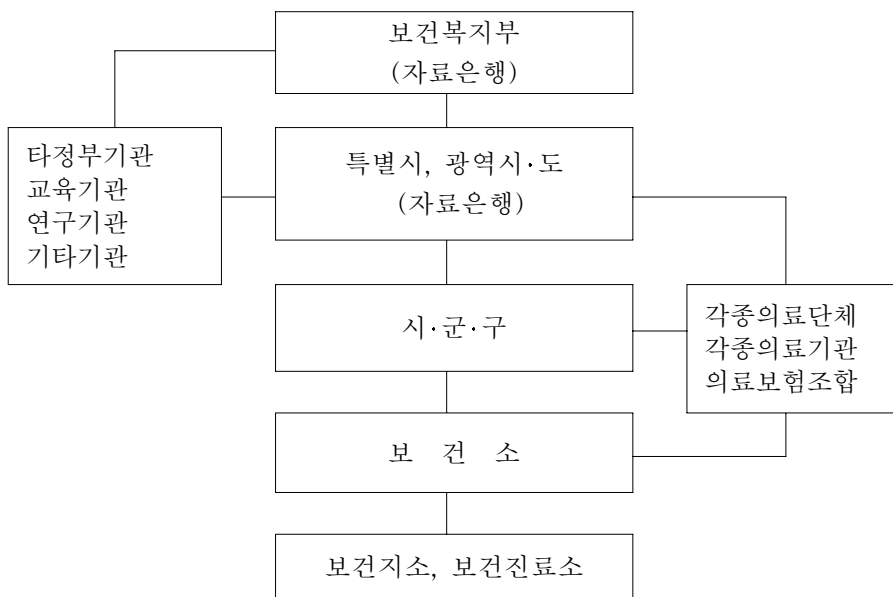
指標體系는 지역단위의 것으로만 유지될 수는 없으므로 國民福祉電算網이나 특히 2010년까지 완성할 계획으로 있는 초고속 통신망은 자료의 효과적인 관리에 많은 도움을 줄 것이다. 이 통신망을 이용하면 각 地方自治團體別로 서비스망이 構築될 것이기 때문에 地方自治團體는 1차 資料를 收集하는 과정을 담당하게 되고 필요한 統計資料를 쉽게 제공받을 수 있을 것이다.

즉 保健統計 情報體系의 構築을 위하여 시·군·구는 지방화 시대에 있어 가장 중심적인 地域單位가 되어야 한다. 한편 각종 자원을 활용하여 자료를 수집하되 情報組織體系上에서 최상의 위치에 보건복지부가 위치하여 각 시·도와 情報의 交換體制를 構築한다. 한편 시·도는 시·군·구 등과 자료를 교환할 수 있는 連繫體制를 確立하고 시·군·구는 보건소, 보건지소, 보건진료소 등과 연계하여 자료를 확보하는 情報體系를 갖추는 것이 바람직하다.

[圖 X-2]는 위에서 설명한 情報體系 構築의 기본 틀로서 시·군·구가 중심이 되고 이를 상하급 기관과 연계하여 종합적인 情報體系로 육성하기 위한 基本 模型이 된다. 시·군·구는 모든 자료 수집을 총괄하여 관리하되 전산망으로 보건소 등과 연계하여 保健所가 그 자료생산의 책임을 진다. 보건소는 해당 지역의 各種 醫療團體, 醫療機關, 醫療保險組合과의 連繫를 통하여 연속적으로 자료를 수집하고 이를 시·군·구로 보내면 이를 관리한다. 한편 수집된 자료 중 지표화하여 가공된 자료는 상위기관인 市·道로 보내고 시·도는 관할지역의 시·군·구에서 보내진 자료를 중심으로 資料銀行을 運營한다. 한편 시·도는 保健福祉部로 資料를 송부하고 보건복지부는 각 시·

도에서 보고되는 指標化된 資料를 중심으로 전국적인 資料銀行을 構築하여 운영한다. 한편 보건복지부는 통계청과 같은 타 기관과 교육 및 연구기관과 연계하여 각종 資料分析을 실시하여 政策開發課題를 제시하도록 하여 保健政策樹立과 保健事業推進에 連繫하여 保健事業을 전개한다.

[圖 X-2] 保健情報制度의 行政網 體系圖



라. 向後 課題

현재 우리 나라는 國民增進事業과 관련하여 健康資料 指標體系는 매우 어려운 실정에 있다. 즉 우리 나라의 통계는 사실상 指標體系로 活用하기에는 매우 부족한 資料가 많기 때문이다. 따라서 현실정에서는 평가를 위한 자체 정보가 매우 부족한 실정이므로 活用 가능한 資料를 우선적으로 이용하여 현황 파악을 한 연후에 國民健康增進을 위한 短期的 目標를 設定하고 이의 달성을 위하여 짧은 간격으로 評價를 실시하여 國民健康增進事業이 어느 정도 체제를 유지한 연후에 中長期의 目標를 設定하고 이를 위한 國

民健康增進事業을 실시하여야 할 것이다.

이와 동시에 지금부터라도 활용이 가능한 保健統計를 집중적으로 收集管理하는 體系를 마련하여 統計資料收集을 하여야 한다. 결국 우리는 활용성이 없는 통계를 충분히 작성하지 못한 탓에 과학적이고 합리적인 國民健康水準의 增進을 위한 실질적이고 구체적인 事業 實施段階에서 두 토끼를 쫓아야 하는 어려움을 안게 되었다.

이에 따라 21世紀 國民健康增進을 위한 健康의 資料構築의 體系 및 評價를 위하여 다음과 같은 내용을 만족하는 體系를 構築함이 바람직하다.

- ① 국민건강의 실체를 파악할 수 있는 자료체계
- ② 건강증진사업의 목표를 설정하기 위한 자료체계
- ③ 건강증진사업의 효과를 평가하기 위한 자료체계
- ④ 범국민적으로 활용할 수 있는 자료체계

이러한 전제하에 健康의 資料構築의 體系에서는 다음과 같은 내용을 해결할 수 있는 것이어야 한다.

- 1) 國民健康增進 目標의 評價 및 修整에 있어서 保健指標의 役割에 대한 認識을 높여야 한다.

현재 保健行政擔當者들에 의한 保健指標 開發에 관한 投資 意慾은 매우 낮다. 이는 과거의 보건정책의 관행이 客觀的인 事業의 評價가 活潑하게 이루어지지 않았던 탓에 기인하는 것으로 본다. 향후 地方自治制의 實施에 따른 地域保健으로의 移行過程에서는 중앙정부는 지역을 대상으로 각종 統計指標를 제시하거나 이를 통하여 관리한 형태의 업무가 증가할 것이다. 특히 지역간 均衡發展, 각종 保健事業의 實施에 따른 諮問 등의 업무는 지방자치제 하에서의 중앙정부의 역할 중의 하나일 것이다. 따라서 앞으로는 保健統計 指標 등의 활용이 필수적일 것으로 예상되며 國民健康增進目標를 設定하고 事業을 수행하는 과정에서 保健指標나 統計資料가 어떠한 역할을 하

는 지를 인식을 시키는 작업이 매우 중요하다. 이러한 認識不足은 保健指標가 제대로 마련되어 있지 않은 때문이기도 하겠으나 전반적인 이해 정도는 매우 부족하다. 따라서 보건지표의 중요성이나 역할에 대한 인식제고가 가장 우선하는 과제이다.

2) 國民健康을 現實的으로 測定할 수 있는 指標를 開發하여야 한다.

國民健康水準을 개인적으로 또는 집단적으로 평가할 수 있는 指標體系가 開發되어야 한다. 물론 이는 외국의 경우를 참고하여 우리가 활용할 수도 있겠으나 우리에게 필요한 保健指標를 開發하는 것도 매우 중요하다. 특히 최근 삶의 질에 관련한 指標開發이 활발해지고 있는 차제에 우리가 갖는 삶의 질의 評價基準은 그들과 다를 것이기 때문에 指標開發의 必要性이 대두되고 있다. 특히 건강자체에 관련하여 개발하여야 하는 지표는 두 가지 측면에서 살펴볼 수 있다. 첫째는 개인단위의 건강수준을 평가할 수 있는 臨床水準에서의 健康指標이고 두번째는 지역사회 거주하는 주민들의 집단을 대상으로 하는 健康水準의 評價 指標가 그것이다. 이들에 대한 健康의 指標를 통한 測定은 우리가 관리하기가 간편한 자료가 된다. 이는 이미 우리가 계획을 세우고는 있었으나 獲得하지 못하였던 指標들의 確保를 위주로 指標開發 작업을 시작하되 既存의 資料源을 最大限 활용하고 이를 통하여 生産可能한 指標의 내용을 집중 연구하여 개발하는 작업을 진행하여야 한다.

3) 모든 段階에서 國民健康水準을 評價할 수 있는 資料體系를 構築하여야 한다.

國民健康增進事業을 진행하는 과정에서 國民健康水準에 관한 評價는 끊임없이 이루어져야 한다. 따라서 그 사업의 실시 모든 단계에서 국민의 健康水準을 評價할 수 있는 指標의 管理體系가 중요하다. 이를 위하여 전체적으로 Monitoring System을 개발하고 이 시스템에는 현재의 상태에 관한 情報, 目標에 관한 情報과 현재 상태에서 파악되는 각종 指標水準을 포함하여야 한다. 이에 따라 최근 구축이 추진되고 있는 각종 情報體系, 超高速

通信網 등을 통하여 자료의 확산체계를 갖추고 保健統計資料를 중심으로 필요한 保健指標를 구하여 평가하도록 하여야 한다. 이러한 평가는 주기적으로 이루어져야 하고 이를 통하여 새로운 목표를 설정하며 설정된 目標의 修正을 기하도록 한다. 특히 평가 결과 등 그 일련의 과정은 보고서를 통하여 일반대중들에게 광범하게 제공되어야 한다.

- 4) 指標開發에 있어서는 健康에 關聯되는 指標만을 開發하는 것보다는 健康을 間接적으로 評價할 수 있는 삶의 質에 關聯한 指標까지를 包含하여야 한다.

일반적으로 보건지표는 施設과 人力같은 資源에 關한 統計와 사망율, 상병내용 등 인간의 健康實態에 關聯한 통계, 그리고 其他의 事項으로 구분할 수가 있다. 施設이나 人力에 關한 통계는 인간의 건강을 관리할 수 있는 資源의 規模를 제시해 준다. 死亡率과 傷病內容의 개선은 平均壽命의 延長과 疾病없는 生存期間의 增加를 가져온다. 그러나 기타의 사항은 단순한 질병없는 생존기간의 연장에서 나아가 정신적 사회적인 國民健康增進을 위하여 각종 삶의 질을 평가할 수 있는 指標體系를 開發한다. 여기에는 의료의 질에 대한 만족도를 비롯하여 자연환경, 교육, 문화, 경제, 재택성 질환자, 범죄예방, 주거환경, 교통, 여가선용, 안전, 예방접종율 등의 내용 등이 포함된다.

- 5) 各種 健康指標를 施設과 制度上의 指標를 總括하여 綜合指標를 開發하는 등 地域社會 單位의 健康의 問題點이나 目標를 設定할 수 있는 資料分析 및 評價體系를 確保하여야 한다.

우리가 현재 가지고 있는 각종 지표는 국민건강의 각 부문별로 세분화되어 측정되는 것이다. 그러나 이러한 각종 지표를 바탕으로 특정 지역사회의 건강을 評價할 수 있는 종합지표는 존재하지 않는다. 따라서 전반적인 건강의 평가를 위하여서는 합리적인 綜合 指標의 開發이 필요하다. 綜合指標를 통하여 地域사회 의 健康狀態를 評價하고 이에 부가하여 세분화된 健康指標를 통하여 세부적인 문제점을 제시할 수 있으므로 綜合指標體系의 開發은

중요한 과제로 대두된다.

- 6) 收集되는 資料는 一定한 基準으로 作成하여 地域別, 時期別로 圓滑하게 比較 評價할 수 있어야 한다.

우리 나라에서 통상적으로 개발되어 온 資料의 指標體系는 國家적인 단위에서 측정되거나 특정 시점에서 측정되고 이에 대한 追究管理는 전혀 이루어지지 않은 상태였다. 따라서 이를 개선하여 지역별로, 또 일정한 시기적으로 연속적으로 指標를 測定하여 변화하는 과정을 評價할 수 있어야 한다.

- 7) 各 地域社會別로 收集되는 統計資料를 連繫하여 國家的인 次元에서의 保健問題의 把握 및 意思決定을 할 수 있는 體制를 갖추어야 한다.

統計資料는 公共性에 바탕을 두고 있는 것이므로 정부에서는 정부 나름의 統計나 保健指標를 收集하는 것이 필연적이나 각 지역사회에서 收集되는 資料도 가능한 면 최대한으로 많이 收集하여 그 타당성을 評價한 뒤 이를 범국가적인 차원에서 각 지역사회에서 收集되는 統計資料를 收集하여 地域別 指標體系를 육성한다.

- 8) 各 地域社會에서 必要한 統計를 收集할 수 있는 組織과 體制를 確保하고 中央政府는 地域間 一貫性을 기하기 위하여 定義 制定등 必要한 指針을 開發할 수 있어야 한다.

현재 우리나라는 保健統計의 資料가 부족한 상태이나 이는 保健統計를 收集할 수 있는 組織이나 體系가 갖추어 지지 못했던 것이 중요한 원인중의 하나로 평가된다. 따라서 中央政府는 물론 地方政府 次元에서 保健統計를 확보할 수 있는 조직을 구상하고 이를 운용할 수 있는 체제를 마련하여야 한다. 한편 이와 같은 사업의 地域社會 및 組織間의 일관성을 유지하기 위하여 定義 制定 등 必要한 指針을 開發하여야 한다.

- 9) 各 中央政府, 地方政府 등의 行政體系에서는 收集되는 統計資料를 週期的으로 評價하여 進行狀況을 評價하고 反映할 수 있어야 한다.

각 조직에서 수집되는 통계를 行政部署에서는 총괄적으로 收集하고 管理하는 역할을 담당하여야 한다. 이렇게 收集되는 統計資料는 일정한 절차를 거쳐 지표로 생산되고 이를 항상 활용할 수 있도록 하되 이를 週期的으로 評價하여 실제의 國民健康增進事業에 활용이 될 수 있도록 하는 체제를 마련하여야 한다. 흔히 정부에서 생산하는 統計資料가 적기적소에 확보되지 않아 효율적인 資料管理가 되지 못하였던 것이 현실인 만큼 資料의 評價 및 반영에 活用하여야 하는 資料體系의 構築을 하여야 한다.

- 10) 各 地方政府單位에서 保健統計를 收集 生産 活用할 수 있는 既存人力的 教育 및 訓練이 이루어져야 한다.

현재 우리 나라는 보건통계의 자료가 부족한 상태이나 이는 保健統計에 대한 認識不足이 그 주요원인으로 평가된다. 또한 그 이유는 이를 收集 管理할 수 있는 능력을 소지한 전문인이 비교적 적기 때문으로 생각된다. 따라서 일단 지역사회 단위에서 기존 요원들을 대상으로 필요한 保健統計資料收集에 관한 인력을 교육하여 양성하여 활용하는 것이 중요하다.

- 11) 收集되는 各種 統計資料는 行政單位間, 各種 教育 및 研究機關, 各種 保健關聯 事業團體, 심지어는 營利를 對象으로 하는 團體 등에 끊임없이 提供되어 總體的인 國民健康增進計劃에 活用되어야 한다.

지금까지의 國民健康에 관한 保健統計資料는 그 관리의 미숙으로 國民健康增進에 그리 크게 기여하지는 못하였다. 따라서 관리의 철저를 통한 體系化로 이를 각 相關단체에 배포하여 각 전문인의 특성에 따라 活用하도록 권장하고 活用결과를 政府에서는 총체적인 國民健康增進事業에 活用할 수 있어야 한다.

- 12) 現在 散在하고 있는 各種 資料源을 保健統計 生産體制속에 包含하여 效果的으로 活用할 수 있어야 한다.

현재 각종 資料源들은 전국적으로 각 기관별로 산재되어 있다. 이를 총괄적으로 保健統計 生産體制로 吸收 또는 連繫하여 필요한 사업내용을 도출하여야 한다. 특히 國民의 健康實態를 파악하고 있는 資料라 할 수 있는 醫療保險資料, 환경적인 오염요인에 관한 환경부 汚染資料등은 그러한 자원들 중의 일부일 것이다.

- 13) 特定疾患에 대한 데이터베이스 마련으로 資料 監視體系가 確保되어야 한다.

이러한 特定疾患은 국가가 國民健康增進을 위한 事業의 일환이다. 특히 관리가 필요한 집단을 집중적으로 관리하여야 한다. 특히 AIDS, 선천기형, 영아, 어린이 사고, 근로자 산재, 암 등은 세계의 어느 나라를 막론하고 特殊管理를 하는 대표적인 데이터베이스로 취급된다. 따라서 이에 관련하여 우리는 이에 관한 데이터베이스가 거의 없다. 따라서 진행되고 있는 일부의 데이터베이스를 보강하고 새로운 자료화일을 구성하는 것이 필요하다. 한편 데이터베이스 활용은 그 내용에 관하여 평가할 수 있는 체계를 갖추어야 한다. 갖추어진 데이터베이스에 대한 Evaluating System에서는 ① 데이터베이스 설치 目標設定, ② 具體的인 設置 內容 및 規模 決定, ③ 評價指針 開發 ④ 評價指針의 信賴度와 妥當度의 검증 ⑤ 要員訓練, 그리고 ⑥ 데이터베이스 活用性 評價 및 改善 등의 순서로 그 평가를 실시하는 것도 바람직하다.

4. 結 論

물론 21세기의 국민건강의 수준이란 절대적으로 정의될 수는 없고 정확하게 예측할 수도 없다. 따라서 설령 그 수준을 설정하였다 하더라도 연속적으로 재검토되고 또 短期, 中長期, 長期 次元에서의 水準의 대한 再評價도 끊

임없이 이루어져야 한다. 이러한 목표는 政府政策 次元이나 보건학자 또는 보건사업가 등에게도 많은 도움이 되는 절대적으로 요긴한 자료가 됨은 분명한 일이다. 이에 따라 資料構築體系에서 마련되어야 할 점은 ① 保健指標의 역할에 대한 認識 提高, ② 국민건강을 현실적으로 측정할 수 있는 指標를 開發, ③ 모든 단계에서 國民健康水準을 評價할 수 있는 資料體系를 構築, ④ 健康을 간접적으로 評價할 수 있는 삶의 질에 관련한 지표까지 포함, ⑤ 지역사회 건강의 문제점이나 목표를 설정할 수 있는 資料分析 및 評價體系와 綜合指標開發, ⑥ 일정한 기준으로 保健指標를 작성하여 지역별, 시기별로 원활하게 比較 評價, ⑦ 각 수집되는 통계자료를 연계하여 保健問題의 把握 및 意思決定을 할 수 있는 체제, ⑧ 각 지역사회에서 組織과 體制를 확보하고 중앙정부는 地域간 一貫性 및 指針開發, ⑨ 각 행정체계에서는 수집되는 統計資料를 週期的으로 評價 反映, ⑩ 각 地方政府單位에서 人力의 育成, ⑪ 수집되는 각종 統計資料는 끊임없이 각 기관이나 단체에 提供, ⑫ 산재하고 있는 각종 자료원을 保健統計 生産體制 속에 包含 活用, ⑬ 특정질환에 대한 데이터베이스 마련 및 資料 監視體系 確保 등이다.

이러한 國民健康管理을 위한 資料體系의 構築은 쉬운 일은 아니며, 또 단기간에 이루어질 수 있는 일도 아니므로 2000년대를 목표시점으로 持續적으로 발전시켜 나가야 할 것이다.

參考文獻

- 강경원·김지주, 「학교보건교육에 대한 학생과 일반교사의 태도와 실천 변화에 관한 연구」, 『한국학교보건학회지』, 제4권 제2호, 1991, pp.61~77.
- 경제기획원 조사통계국, 『국가통계제도의 개선방안』, 1988.
- , 『통계관계법령집』, 1986.
- 권수진, 『청소년의 건강행위와 사회적 요인간의 상관관계 분석』, 서울대 보건대학원, 1996.
- 권이혁, 『공중보건학』, 신광출판사, 1980.
- 김경수·김명화·박용우, 「운동평가와 상담」, 『일차의료와 건강증진 심포지움 및 워크숍 자료집』, 대한가정의학회, 1995.
- 김대회, 「건강증진의 개념」, 『보건사회학 월례집담회 발표문』, 서울대 보건대학원, 1994.
- 김수영·선우성·심재용, 「컴퓨터 건강관리 프로그램」, 『일차의료와 건강증진 심포지움 및 워크숍 자료집』, 대한가정의학회, 1995.
- 김수춘·김은주, 『21세기를 향한 보건의료 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 김수춘·이충섭, 『국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 김영식, 「한국인의 평생건강관리 프로그램」, 『가정의학회지』, 제14권 제6~7호, 1993, pp.302~323.
- 김영희·신혜림·박형중, 「학교보건수업 사례분석을 통한 학교보건교육모형개발」, 『한국보건교육학회지』, 제9권 제2호, 1992, pp.103~120.
- 김지주, 「학교보건교육에 대한 학생, 일반교사, 양호교사의 태도 및 실천 분석」, 『한국학교보건학회지』, 제1권 제1호, 1988, pp.133~147.
- 김진범, 「수돗물 음용과 수돗물 불소화 사업의 효과」, 『치의신보』, 제848호, 1996.
- 김학천(역), 『현대 방송과 대중』, 나남출판사, 1992.
- 김한중, 「국민보건 향상과 지역균형에 대한 중앙정부의 역할」, 『보건협회 발표연세집』, 1995.

- 김화자·남선영·정연강·박경숙, 「고등학교 학생들의 성에 관한 인식과 성교육에 대한 조사연구」, 『한국학교보건학회지』, 1995.
- 김화중, 「학교보건교육체계와 국민학교 보건교육내용」, 『한국학교보건학회지』, 제1권 제2호, 1988, pp.3~19.
- 김화중·이인숙, 「국민학교 보건교육 교과과정의 개선방안에 대한 연구」, 『한국학교보건학회지』, 제5권 제1호, 1992, pp.36~63.
- 남정자 외, 『한국인의 보건인식행태조사』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 노동부, 『근로자 건강진단실시 결과 분석』, 1993~1994.
- _____, 『노동백서』, 1994.
- _____, 『일하는 사람의 건강』, 노동부 정책자료, 1992.
- 대한가정의학회, 「한국인의 평생건강관리」, 『고려의학』, 1995.
- _____, 『성인예방접종』, 제1판, 1994.
- 대한비만학회편, 『임상비만학』, 『고려의학』, 1995.
- 명재일, 『국민의료비와 의료비 억제정책』, 한국의료관리연구원, 1995.
- 문영환, 「산업장에서의 건강증진프로그램 개발 산업장의 집단보건관리」, 『연세대학교 보건대학원 및 산업보건연구소 자료집』, 1992.
- 문옥륜, 「국민건강증진을 위한 정부의 역할」, 『가정의학회지』, 제16권 제11호, 1995.
- 박성애·김순희·최윤희(공역), 『보건커뮤니케이션』, 나남출판사, 1990.
- 박태수, 『검진군과 비검진군의 의료이용 비교』, 연세대학교 보건대학원, 1987.
- 박형중·김공현, 「건강증진 시대의 보건교육」, 『한국보건교육협회지』, 제8권 제2호, 1991.
- 배상수, 「국민건강의 결정요인 3: 질병예방 및 의료이용행태」, 『예방의학회지』, 제26권 제4호, 1993.
- 변종화, 「2000년대의 환경변화에 대응한 건강접근 전략」, 『한국보건교육학회지』, 제7권 2호, 1990.
- _____, 「국민건강증진을 위한 전략 및 사업추진 방안」, 국민건강 증진을 위한 전략 및 입법안, 한국보건사회연구원, 1994.
- _____, 「국민건강증진 접근 전략 및 사업장 사업 추진 방안」, 『사업장 건

- 강증진사업의 활성화 방안』, 한국산업안전공단, 1995.
- 변종화·김혜련, 『1996년도 국민건강증진사업계획(안)』, 한국보건사회연구원, 1995.
- _____, 『국민건강증진 목표와 전략』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 변종화·박인화·최정수, 『질병예방 및 건강증진 전략개발연구』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 변종화·정기혜·서미경 외, 『지역사회 건강증진 모형개발』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 변종화·이순영·정기혜, 『건강증진시범 보건소 운영을 위한 기술지원 연구』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 변종화 외, 『건강증진과 질병예방을 위한 ‘건강 스스로 가꾸기’ 전략개발에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1990.
- 보건복지부, 『1993년도 직장의료보험조합 보건예방사업실시지침』, 1993.
- _____, 『1995년도 보건예방사업 실시계획』, 1995.
- _____, 『1995년도 보건예방사업 실시지침』, 1995.
- _____, 『국민건강증진 기본시책』, 1995.
- _____, 『국민건강증진법령집』, 1995.
- _____, 『법인 현황』, 1995.
- _____, 『지역의료보험조합 보건예방사업 예산편성』, 1995.
- _____, 『직장의료보험조합 보건예방사업 예산편성』, 1995.
- _____, 『보건사회백서』, 1990.
- _____, 『보건사회통계연보』, 1994.
- _____, 『보건사회 통계의 개선방향』, 관련기관 간담회 자료, 1994. 12.
- 보건사회부, 『보고통계서식집』, 1990.
- _____, 『보사통계활성화 방안』, 1988.
- _____, 『제6차 5개년 계획 보건사회부문발전계획(안)(1987~1991)』, 1985.
- _____, 『제6차 경제사회발전 5개년 계획 보건사회부문계획(1987~1991)』, 1987.

- _____, 『한국전산원, 국민복지망 기본계획(안)』, 1990.
- 송건용·남정자·김혜련, 『지역보건 활성화 방안』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 신중연, 『진료통계의 현황과 나아갈 방향』, 『진료통계 발전을 위한 육샷』, 사단법인 대한의무기록협회, 1990.
- 안윤옥, 『한국인의 상병상태의 전망, 보건학 40년 - 그좌표와 전망』, 서울대학교 보건대학원, 1995.
- 양봉민, 『의학적 처치와 비용-편익 분석』, 『가정의학회지』 제14권 제6~7호, 1993, pp.289~301.
- 오희철, 『건강증진』, 『추계학술대회 연제집』, 대한예방의학회, 1995.
- 유승흠, 『보건기획과 관리』, 수문사, 1995.
- 유승흠·노재훈·이해중 외, 『피보험자의 질병예방 관리방안에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1988.
- 유승흠·손명세·이규식 외, 『피보험자 건강진단의 비용-편익 분석, -1986년 건강진단의 비용-편익 분석을 중심으로』, 연세대학교 인구 및 보건개발연구소, 1987.
- 유승흠·오희철·전병률 외, 『건강증진과 질병예방을 위한 “건강 스스로 가꾸기” 전략개발에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1990, pp.9~15.
- 유재복, 『중학교 교과과정에 다른 보건교육 내용 분석연구』, 『한국학교보건학회지』, 제3권 제1호, 1990, pp.59~72.
- 유태우, 『평생건강관리 프로그램의 개발과 운영경험』, 『가정의학회지』, 제14권 제6~7호, 1993, pp.324~341.
- 윤은배, 『매스컴의 사회교육적 역할에 관한 연구』, 계명대학교 석사학위 청구논문, 1990.
- 의료보험관리공단, 『1993년도 피부양자 건강진단 결과분석』, 1994.
- _____, 『1994년도 피보험자 건강진단 결과분석』, 1995.
- 의료보험연합회, 『의보련사업보고』, 1990.
- _____, 『1994년도 보건예방사업 실적』, 1995.
- _____, 『1994년도 보건예방사업 실적분석(내부자료)』, 1995.
- 이경자, 『초중학생을 위한 보건교육영역 및 주요개념 선정에 관한 연구』, 『한국보건교육학회지』, 제7권 제1호, 1990, pp.10~26.

- 이선동·이기남, 「국민학교 교과서의 보건의료내용 분석연구」, 『한국학교보건학회지』, 제5권 제1호, 1992, pp.92~100.
- 이순영, 「국민건강진단조사의 추진방법」, 『보건사회논문집』, 제15권 제10호, 1995, pp.63~83.
- 이승욱, 「보건부문 관련 지역통계의 수요 및 개발과제」, 『보건학논집』, 제31권, 1994.
- , 『보건정보제도의 개발방안』, 서울대학교 보건대학원, 1987.
- 이승욱·장창곡, 「의료보험제도를 활용한 인구동태 신고개선」, 『국민보건연구소연구논총』, 제3권 제1호, pp.167~183.
- 이원유, 「양호교사의 보건교육실시경도와 이의 관련요인 분석」, 『한국학교보건학회지』, 제3권 제2호, 1990, pp.63~87.
- 이정권·손병관·김영식·이명순·이종구, 「한국인을 위한 정기 건강관리 프로그램의 임상적 적용」, 『서울대학교병원 법인화 10주년 기념 학술대회 논문집』, 1988, pp.272~276.
- 이정춘, 『매스미디어 효과이론』, 나남출판사, 1994.
- 이화연·박연수, 「초등양호교사의 보건교육실태에 관한 조사연구」, 『한국학교보건학회지』, 제6권 제1호, 1993, pp.45~47.
- 임종권 외, 『지방자치화에 따른 보건소조직 및 기능개선 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 임현술, 『평생건강관리 적용 전략-산업장에서』, 『일차의료와 건강증진 심포지움 및 워크숍 자료집』, 대한가정의학회, 1995.
- 정경배·이성기·권선진, 『중앙과 지방의 사회복지행정 기능배분에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 정문희 외 13인, 「보건소 및 산업장에서의 활용을 위한 건강증진프로그램 모형의 제안」, 『한국보건간호학회지』, 제7권 제2호, 1993, pp.3~37.
- 조병륜, 「국민건강진단체계의 모색」, 『대한의학협회지』, 제35권 제4호, 1992, pp.437~441.
- 조정인, 『산업장 근로자의 건강증진 생활양식의 실천과 그 영향요인에 관한 연구』, 서울대 보건대학원, 1996.
- 조정현, 「미국의 학교보건교과과정」, 『한국학교보건학회지』, 제5권 제2호, 1992, pp.8~15.

- 최윤희, 「매스미디어를 이용한 보건교육 전략」, 『한국보건교육학회지』, 제7권 제2호, 1990.
- 최정수 외, 『한국인의 건강과 의료이용실태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 최진영·김명, 「초·중·고등학교 보건교육에 대한 학부모의 인식 및 요구도 조사」, 『한국보건교육학회지』, 제12권 제1호, 1995, pp.47~69.
- 코리아리서치센터, 『국민건강증진법에 대한 국민여론조사 보고서』, 1996.
- 통계부문계획위원회, 『제7차 5개년 계획 통계부문계획(안)』, 통계부문계획위원회 회의자료, 1991.
- 통계청, 『통계법』, 1995. 12 개정.
- , 『1994년 사망원인통계연보』, 1995.
- , 『한국의 사회지표』, 1994~1995.
- 한국과학기술연구원 부설 연구정보개발센터, 『KRISTAL』, 1995.
- 한국보건사회연구원, 『1996년도 국민건강증진 기본시책(안)』, 1995.
- , 『국민건강증진을 위한 전략 및 입법안』, 1994.
- , 『초고속정보통신과 21세기 보건의료의 도전』, 정책토론회 자료, 1995.
- , 『국민건강증진사업관련 정책연구과제』 국민건강증진 종합연구 회의 자료, 1995.
- 한국산업안전공단, 『근로자 건강증진』, 산업안전보건대회 기술세미나자료, 1993.
- , 『사업장 건강증진사업의 활성화 방안』, 산업안전보건대회 기술세미나자료, 1995.
- , 『근로자 건강증진 프로그램 개발』, 산업안전보건연구원, 1992.
- , 『산업보건관리체제의 활성화 방안연구』, 산업안전보건연구원, 1992.
- 한국정보통신진흥협회, 『초고속통신기반구축 종합추진계획 해설서』, 1995.
- 현대의료보험조합, 『생명도 하나 건강도 하나』, 알림문, 1995.
- 日本 厚生統計協會, 『國民衛生の動向』, 1995.
- 日本 總務廳, 『青少年對策本部篇, 國民の健康・體力づくりの現況』, 1990.
- 園田恭一·米林善男 編, 『保健疾病の社會學』, 有斐閣, 1993.

- 日本 労働省労働衛生課, 『職場の健康づくり必携』, 労務行政研究所, 1994.
- 日本 財団法人 厚生統計協会, 『厚生統計揺籃』, 厚生省 대신관방 統計情報部 篇, 平成 4年版.
- Ablin, T., Brezezinski, Z. J., Carstairs, Vera, D. L., *Concepts of Health and Health Promotion, Measurement in Health Promotion and Protection*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1987.
- Allensworth, D. D. & Greene, “Perspectives in School Health”, *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.337~341.
- Allensworth, D. D., “The Research Base for Innovative Practice in School Health Education at the Secondary Level”, *J.Sch. Health* 1994, 64(5), pp.180~187.
- American School Health Association, *School Health in America*, 1989.
- Tones, B. K., *The Use and Abuse of Mass Media in Health Promotion in Health Education and the Media*, PERGANON PRESS, 1981.
- Baum, F., “Editorial: Community Development and the New Public Health in Australia and New Zealand”, *Community Health Studies*, Vol.13, No.1, 1989.
- Becker, M. H. & Maiman, B. A., “Socio-behavioural Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations”, *Medical Care*, Vol.13, No.1, 1975.
- Belloc, N. B., & Breslow, L., Relationship of Physical Health Status and Health Practices, *Preventive Medicine*, Vol.1, No.3, 1972.
- Belzer, E. & McIntyre, Jr. L., “A Model for Coordinating School Health Promotion Programs”, *J.Sch. Health* 1994, 64(5), pp.196~200.
- Berelson, B. & M. Janowitz(eds.), *Reader in Public Opinion and Communication*, NY: Free Press, 1966.
- Bin, S. C., Fu, Z. P. & Qi, Z. Z., “People’s Republic of China: Perspectives in School Health”, *J.Sch. Health* 1990, 60(7), pp.349~350.
- Blumer, B., “Elementary Collective Behavior,” in A. M. Lee(ed.), *New Outline of the Principles of Sociology*, NY: Barnes and Noble, 1939, pp.185~189.

- Breslow, L., & Somers, A. R., "The lifetime health-monitoring program. A practical approach to preventive medicine". *N. Engl. J. Med.*, 1977, 296(11), pp.601~608.
- Breslow, L., "The Potential of Health Promotion". in Mechanic D., *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*. New York: The Free Press, 1983.
- Breslow, L., Some Field of Application for Health Promotion and Disease Prevention in : Abelin T., Brzezinski Z.J., Carstairs V.P.L.(ed.) *Measurement in Health Promotion and Protection*, WHO Regional Publications, European Series No.22 Copenhagen.
- Burke, B. The Historic Role of Hospitals in Health Promotion; Insol. N. & Wilson,P.K.(eds.), *Hospital Health Promotion, Human Kinetics Books*, Campaign, Illinois, 1989.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. "Task Force Report: The Periodic Health Examination". *Can. Med. Assoc. J.*, 1979, 121:1, pp.193~1254.
- Carol Lynn Mandle, *Health Promotion throughout the Life Span*, C.V. Mosby Co., 1994.
- Charap, M. H., "The periodic health examination: Genesis of a myth.", *Annual International Medicine* 95, 1981, pp.733~735.
- Cleak, E.G. & Leavell, H. R. *Preventive Medicine for Doctor in His Community*. New York: McGraw-Hill, 1965.
- Cleary, M. J., "Is Board Certification Necessary for School Health Educators?", *J.Sch. Health* 1992, 62(4), pp.121~125.
- Collins, J. L., et al., School Health Education, *J. Sch. Health*, 1995, 65(8), pp.302~311.
- Comprehensive School Health Education, "National Action Plan for Comprehensive School Health Education", *J.Sch. Health* 1993, 63(1), pp.46~66.
- Cooley, C., "The Significance of Communication," in B. Berelson and M. Janowitz(eds.), *Reader in Public Opinion and Communication*, NY: Free Press, 1966, pp.147~155.

- Coonan W., "Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.301~307.
- Cortese, P. A., "Accomplishments in Comprehensive School Health Education", *J.Sch. Health* 1993, 63(1), pp.21~23.
- Cummings, K. M., et al., "Psychological Determinants of Immunisation Behaviour in a Swine Influenza Campaign", *Medical Care*, 17, 1979.
- Leather, D. S. et. al., *Health Education and the Media*, PERGAMON PRESS, 1981.
- Davis, K., *Preventive health services coverage and payment methods under third party plans*, *Department of Health Policy and Management*, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1988.
- Davis, R. L., et al., "Comprehensive School Health Education: A Practical Definition", *J.Sch.Health* 1985, 55(8), pp.335~339.
- DeGraw, C., "A Community-Based School Health System: Parameters for Developing a Comprehensive Student Health Promotion Program", *J. Sch. Health* 1994, 64(5), pp.192~195.
- Dixon, J. "The Limit and Potential of Community Development for Personal and Social Change", *Community Health Studies*, Vol.13, No.1, 1989.
- Dorwin Cartwright & Alvin Zander, *Group Dynamics: Research and Theory*, Harper & Row Publishers, New York, Evanston, and London, 1968.
- Egger, G., Spark, R., & Lawson J, *Health Promotion Strategies & Methods*, McGraw-Hill Book Company, 1992.
- Elan C. Paluck et. al., "Community Pharmacists' Participation in Health Education and Disease Prevention Activities", *Canadian Journal of Health*, Vol.85, No.6, 1994.
- Epp J., *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion. Report of the Minister of National Health and Welfare*, Ottawa, Canada, 1986.
- European Working Group on Concepts and Principles of Health

- Promotion, *Concepts and Principles of Health Promotion*, WHO Regional Office for Europe, 1985.
- Fiske, G., et al., The Community Development in Health Project, *Community Health Studies*, Vol.13, No.1, 1989.
- Frame P.S., "A Critical Review of Adult Health Maintenance". *J. Fam. Prac.*, 1986; 22(4), pp.341~346, 22(5), pp.417~422, 22(6), pp.511~520, 23(1), pp.29~39.
- Alan, G., E., *Community Health Analysis*, AN ASPEN Publication, 1991.
- Glaser-Moller N., Greiser E., Korte W. and Rieger-Ndakorerwa G.: "Federal Republic of Germany: Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.324~329.
- Gochman, D. S. "label, systems and motives: Some perspective for future research. In D. S. Gochman & G. S. Parcel(Eds.), Children's health beliefs and health behaviors [Special issue]." *Health Education Quarterly*, 9, 1982, 167~174.
- Green, L. "Health promotion policy and the placement of responsibility for personal health care" *Family and Community Health*, 2, 1979, pp.51~64.
- Green, L. Kreuter, M., Deeds, S., & Partridge K., *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield. 1980.
- Green, L. "National policy in the promotion of health", *International Journal of Health Education*, 22(3), 1979b, pp.161~168.
- Grout, R. E., *Health Teaching in Schools*, 5th ed. Saunders Company, 1968.
- Harlem, O., *Communication in Medicine*, Paris:S. Karger, 1977.
- Harries, D. M., & Guten, S., "Health protective behavior; An exploratory study", *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 1979, pp.17~29.
- Harris R. J., *A Cognitive Psychology of Mass Communicaton*, NY: Lawrence Erlbaum Associates, 1989.
- Hawkins, et. al., *Using Computer Programs to Provide Health Information to Adolescents*: BARNEY, paper presented to the ICA Conference, 1982.

- Hayes, D. M, Fors, S. W., "Self-Esteem and Health Instruction: Challenges for Curriculum Development", *J. Sch. Health* 1990, 60(5), pp.208~211.
- Health Education Authority, Operational Plan 1993~1995, London 1993.
- Henderson, S., *Application of Health Belief Model to Immunisation*, Unpublished Master's Dissertation, University of Western Australia, 1990.
- Henderson, S., "Compliance Behavior and Motivation in Health Promotion Using Becker's Belief Model", *A Guide to Health Worker*. 1990.
- Horowitz, L. G., "The Self-Care Motivation Model: Theory and Practice in Health Human Development", *J. Sch. Health* 1985, 55(2), pp.57~62.
- Hudson, T. W., "Foundation of the periodic health examination, In Hudson TW(ed)", *Clinical preventive medicine: Health promotion and disease prevention*, 1st ed. Little, Brown & Company, 1988.
- Budd, J. & McCron, R., *Health Education and the Mass Media: Past, Present and Potential in Health Education and the Media*, PERGANON PRESS, 1981.
- Jackson, S. A., "Comprehensive School Health Education Programs: Innovative Practices and Issues in Standard Setting", *J. Sch. Health* 1994, 64(5).
- Kasl, S. V., & Cobb, S., "Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: I. Health and illness behavior", *Archives of Environmental Health*, 12, 1966a, pp.246~266.
- Klepp, K., & Anderssen, N., "The Nordic Countries: Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.342~348.
- Knut-Inge Klepp, Norman Anderssen, The Nordic Countries: Perspectives in School Health, *Journal of School Health*, Vol.60, No.7, 1990.
- Kolbe, L. J., *Indicators for planning and monitoring school health programs*. In S. Kar, E. Berkanovic, & S. Churgin (Eds.), *Proceedings of the symposium on Indicators for Health Promotive Behaviors*. Los Angeles: University of California Press, 1986.
- , "Increasing the Impact for School Health Promotion Program: Emerging Reach Perspective", *Health Edu.*, 1986, 17(5), pp.47~53.

- , *Indicating for Planning and Monitoring School Health Programs, Health Promotion Indicators and Actions*, Springer Publishing Company, New York, 1989:230.
- , *The Application of Health Behavior Research: Health Education and Health Promotion*, David Gochman, 1988.
- Kreps, G. L. & Thornton, B. C., *Health Communication*, NY: Longman Inc., 1984.
- LaLonde, M. A., *New Perspective on The Health of Canadians*, Ottawa: Office of the Canadian Ministry of Health and Welfare, 1974.
- Langdon, M. C., Gazmuri C. & Venegas, L., "Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.313~317.
- Lasswell, H., "The Structure and Function of Communication in Society," in Alfred Smith (ed.), *Communication and Culture*(NY: Holt, Rinehart and Winston, 1966).
- Last, J. M., *A dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, 1983.
- Lavin, A. T., Shapiro, G. R. & Weill, K. S., "Creating an Agenda for School-Based Promotion:A Review of 25 Selected Reports", *J. Sch. Health*, 1992, 62(6), pp.212~228.
- Lawrence, R. S. & Mickalide, A. D., "Preventive Services in Clinical Practice: Designing the Periodic Health Examination". *J.A.M.A.*, 1987, 257(16), pp.2205~2207.
- Lawson, E. B., et al., "Do Postcard Reminders Improve Influenza Vaccinations Compliance?", *Medical Care*, 20, 1982.
- Lee, A. M.(ed.), *New Outline of the Principles of Sociology*, NY: Barnes and Noble, 1939.
- Lee, Kyu-Sik, Lee, Kwang-Suk & Jong-Ku Park, *Economic Cost of Smoking*, Institute of Population and Health, Yonsei University, 1988.
- Lee E. et al., *Hospital-Based Health Promotion Program: Report and Analyses of The 1984 Survey*, Chicago: The American Hospital Association, 1989.
- Lin, V., Education, Prevention and Social Realities, *Paper Presented at*

- Fourth National Drug Educator's Workshop*, Adelaide, 1989.
- Lohrmann, D. K., Gold, R. S. & Jubb, W. H., "School Health Education: A Foundation for School Health Programs", *J. Sch. Health* 1987, 57(10), pp.420~425.
- Loomis, M. E., *Group Process for Nurses*, The C.V. Moseby Company, St. Louis, 1979.
- McKenzie, J. F., "Twelve Steps in Developing a Schoolsite Health Education/Promotion Program for Faculty and Staff", *J Sch Health*, 1988, 58(4), pp.149~153.
- Mechanic, D., "Response factors in illness: This study of illness behavior, 1972. in E. G. Jaco(ed.), *Patients, physicians and illness: A sourcebook in behavioral science and health*(2nd ed.). New York: Free Press. (Reprinted from *Social Psychiatry*, 1966, pp.11~20.
- Montano, D. E., *Compliance with Health Care Recommendations: a Reassessment of the Health Belief Model*, Dissertation Abstract International, 44/64, University of Washington Microfilm, No.19, 1983.
- Mutter, G. W. R., Ashworth C. and Cameron H., "Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.308~312.
- Myeni, A. D. & McGrath, E., "Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.351~356.
- Netherlands Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, *The Quality of Care in the Netherlands*, 1991.
- Novelli, W. D., Developing Marketing Programs in Frederickson, L.W., Solomon, L. J. & Brehoney, K.A. (eds.), *Marketing Health Behavior: Principles, Techniques and Applications*, Plenum, New York, 1981.
- Noville Owwen, et. al., "Serial Mass-Media Campaigns to Promote Physical Activity : Reinforcing or Redundant", *American Journal of Public Health*, Vol.85, No.2, 1995.
- Nutbeam, D., "Health Promotion Glossary", *Health Promotion*, Vol.1, No.1, 1986.
- Nutbeam D., Farley P. & Smith C., "England and Wales: Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.318~323.

- Parson, T., *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press, 1951.
- Pender, N. J., *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd ed., Appleton & Lang, Norwalk, California, 1987.
- Peters, L., "A Prescription for Health Promotion", *Journal of General Practice*, 1987.
- Rash, J. K., *The Fundamental Nature of the Health Education Curriculum: The Health Education Curriculum*, John Willy and Son, 1979.
- Rebican, K., *Organization of School Health Program*, Brown and Benchmark, 1993.
- Report of the U.S. Preventive Services Task Force, *Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions*. 1989.
- Rothschild, M. L., On the Use of Multiple Methods and Multiple Situations in Political Communications Research; in Chaffee, *Political Communication*, Sage, Beverly Hills, 1987.
- Rundall, T. G. & Wheeler, J. R. C., *Factors Associated with Utilisation of the Swine Flu Vaccination Program among Seniors in Tompkins County*, Medical Care, 1979.
- Shannon, C. & Weaver, W., *The Mathematical Theory of Communication Urbana*: University of Illinois Press, 1949.
- Smith, A.(ed), *Communication and Culture*, NY: Holt, Rinehart and Winston, 1966.
- Snehendu, B., Kar, *Health Promotion Indicators and Actions*, Springer Publishing Company, New York, 1989.
- Sol, N., Wilson, P. K., *Hospital Health Promotion*, Champaign, Illinois, 1989.
- Sorochan, W. D., "Health Education—Why Do We Need It in the 70's", *Journal of School Health* 1971, p.41.
- Spencer Hagar, *Keynote in International Union for Health Promotion and Education*, XV World Conference, Japan, 1995.
- Spitzer, W. O. et al., "Unanswered questions about the periodic health examination", *Ann. Int. Med.* 1975, pp.260~261.

- Stone, E. J. & Perry, C., "Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.363~369.
- Suchman, E. A., *Stages of illness and medical care*. In E. G. Jaco (ed.), *Patients, physical and illness: A sourcebook in behavioral science and health* (2nd ed.) New York:Free Press, 1972(Reprinted from Journal of Health and Human Behavior, 1965.6, pp.114~128.
- Tan, A. S., *Mass Communication Theories and Research*, NY: John Wiley & Sons, 1985.
- Taylor, R. B., Penham, J. W., & Ureda, J. R., *Health Promotion : a Perspective in* : Taylor R.B. *Health Promotion : Principles and Clinical Applications*. Norwalk : Appleton-century-Crofts, 1982.
- U.S.A. Department of Health and Human Services, *Health of United States*, 1994.
-
- _____, *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention*. Washington DC, 1990.
-
- _____, *Healthy People 2000 Review 1992*, Maryland, 1993.
- U.S. Department of Health Education and Welfare, *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Washington D.C., 1979.
- U.S. Preventive Services Task Force, *Guide to clinical preventive services*, 1989.
- U.S. Society for Public Health Education, "SOPHE Position Statement on Patent and Family Education", *SOPHE News and Views* 5, No.2, 1972.
- Victorian Better Health Committee. *Promotion Health and Preventive Illness in Victoria*-Framework, 1991.
- Watanabe, K. et al., "Perspectives in School Health", *J. Sch. Health* 1990, 60(7), pp.330~336.
- WHO, *The Primary Health Worker*, Revised ed.: Working Guide, Guidelines for training, guidelines for adaptation, 1980.

- , "Ottawa Charter for Health Promotion", *An International Conference on Health Promotion—The Move Towards a New Public Health*, November 17~21, 1986.
- , Targets for Health for All: Target in Support of the European Regional Strategy for Health for All, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- WHO Regional Office for Europe, *Target for Health for All 2000*. Copenhagen, 1985.
- , *World Health Statistics Annual*, 1995.
- Wilbur Schramm, "How Communication Works," in W. Schramm(ed.), *The Process and Effects of Mass Communication*, Urbana: University of Illinois Press, 1954, pp.3~26.
- Williams, T. & Jones, H., School "Health Education in European Community", *J. Sch. Health* 1993, 63(3): pp.133~135.
- Wright, W., "Mass Media as Sources of Medical Information," *Journal of Communication*, v.25, 1975.
- Young, K., *Sociology*, NY: American Book, 1949.