

## 외국의 보건교육 정책현황 및 시사점

보건교육은 건강증진의 두 축인 건강환경조성과 개인의 행태 변화 유도 중 국민건강증진 결정요인에서 중요한 변수인 개인의 건강관리능력의 개발을 유도하여 국민건강수준을 증진시키는 데 기여하는 사업이다. 우리나라에서는 1995년 국민건강증진법이 제정되었고, 보건교육사업에 대한 관심이 고조되고는 있으나, 아직 체계적으로 진행되고 있지 못한 편이다. 본고에서는 일본, 미국, 싱가포르, 영국 4개국의 보건교육 현황과 이에 대한 시사점을 통하여 우리나라 보건교육 정책방향을 살펴보았다.

徐美卿

한국보건사회연구원 부연구위원

최근 우리 나라에서 국민건강을 위협하는 질환은 뇌혈관질환, 심장질환 등 만성질환이 대부분이며, 만성질환으로 인한 고통은 앞으로도 당분간 지속될 전망이다. 건강보호 또는 건강증진이라는 관점에서 만성질환의 특성은 전통적인 의료서비스에 의한 사후 치료보다는 운동, 영양관리 등의 개인의 생활 습관에 의하여 더 많은 영향을 받는다. 이에

따라 국민건강증진 결정요인에서 개인 및 지역사회 건강관리 역량이 주요 요인으로 자리잡게 되었고, 이러한 개인과 지역사회가 가지고 있는 건강 잠재력을 최대한 이끌어 내는 역량강화가 주요 관건이 되고 있다. 보건교육은 건강증진의 두 축인 건강환경조성과 개인의 행태 변화 유도 중 후자인 행태 변화 유도 영역으로, 정보 제공을 통한 개인

과 집단의 행태 변화를 유도하는 사업이다. 즉, 국민건강증진 결정요인에서 중요한 변수인 개인의 건강관리능력의 개발을 유도하여 우리 나라의 국민건강수준을 증진시키는 데 기여하는 사업이다.

우리 나라에서는 1995년 국민건강증진법이 제정되었고, 보건교육사업에 대한 관심이 고조되고는 있으나, 보건교육사업은 아직 체계적으로 진행되고 있지 못한 편이다. 현재 우리 나라의 주요질환인 고혈압, 심장질환, 위암, 구강질환 등과 관련되는 생활 및 행동요인으로는 흡연, 음주, 영양, 운동, 비만, 스트레스, 건강검진, 예방접종, 구강관리, 운수 사고예방관리 등을 꼽을 수 있는데, 이러한 행동 및 생활요인의 행태 현황 및 태도는 두 가지로 요약된다. 첫째, 우리나라 국민의 건강생활습관은 바람직하지 않은 편으로 건강생활습관을 유도하여야 할 보건교육의 대상이 매우 많은 것으로 나타났다. 한 예로 성인남자의 61%가 흡연을 하고, 건강에 도움이 되는 운동실시자의 비율은 33.4%에 불과하다(남정자 외, 국민건강영양조사결과 보고, 1999). 이는 보건교육에 인력, 시간, 비용을 많이 투자하여야 함을 의미한다. 둘째, 인구사회적 특성별로 건강생활습관이 다르게 나타난다. 성, 연령, 지역, 교육수준, 소득수준에 따라 건강생활습관의 차이가 나타나는데, 일반적으로 교육수준과 소득수준이 낮은 집단에서 흡연, 음주, 운동부족, 나쁜 구강관리 습관을 보여주고 있다. 따라서 보건교육 대상은 건강생활습관별 문제집단과, 소득수준이나 교육수준이 낮은 취약계층에 대

한 통합적인 보건교육적 접근이 필요하다.

이러한 보건교육 수요에 비하여, 현재까지 진행되고 있는 보건교육 정책은 미비한 수준이다. 우리 나라에서 공공부문에서의 보건교육의 주체인 보건복지부에서 실시하는 보건예산은 1999년 국고 171억, 건강증진기금 129억원을 합하여 300억원이며, 이 중 일부가 보건교육에 할당되었는데, 이는 캘리포니아주 건강증진법(proposition 99)의 보건교육비인 3조 9천억원(1년)에 훨씬 못 미치는 액수로 보건교육에 대한 예산의 투자가 저조하다. 보건교육 행정체계는 중앙(보건복지부 건강증진과)→시·도청(보건교육 담당부서)→시·군·구(보건교육 담당부서, 보건소)의 체계를 거치고 있고, 시·도청 단위와 시·군·구 단위마다 건강생활실천협의회가 설치되어 건강증진 및 보건교육업무 협의기구의 역할을 하고 있다. 그러나 아직 보건교육 전담부서가 설치되어 있지 않는 관계로 상대적으로 보건교육의 역할이 부수적이거나 축소되어 있다. 보건교육의 공급 또한 양과 질에 있어서 미미하다. 중앙, 시·도청, 시·군·구, 보건소 등에서의 보건사업은 예산이 적은 관계로 수요에 비하여 교육 실시 횟수(캠페인, 건강교실 등) 또는 발간부수(교육자료)가 매우 적어 실제로 필요로 하는 대상자에게 접근이 어려운 실정이다. 또한 중앙단위에서 보건교육 중점주체의 선정이나, 역할의 배분 등 일관성 있으면서 통합된 보건교육을 시·도, 시·군·구, 민간단체에 배분하여 실시하도록 유도하고 있지 못하다. 따라서 보건교육이 산발적으로 이루어지는 양상을 보이고

있으며, 이루어지고 있는 보건교육 또한 대상의 범위가 성인, 학생(유치원~중학생) 등 연령의 범위가 넓고 인구사회적 특성을 전혀 고려하지 않고 진행되고 있어서 참가자의 흥미를 유도하기 어렵다.

### 1. 외국의 보건교육 현황 및 시사점

일본, 미국, 싱가포르, 영국의 4개국은 공통적으로 만성질환에 의한 유병률 및 사망률이 높은 나라로, 이와 관련하여 만성질환 자체 또는 만성질환 관련 건강행위에 대한 중점 보건교육 주제를 선정하여 보건교육을 실시하고 있다. 일본은 휴양, 운동, 영양을 중점적으로 다루고 있으며, 미국은 신체활동(운동), 영양, 성보건, 사고, 흡연, 약물남용을, 영국에서는 심장병, 뇌혈관질환, 암, 사고, 정신질환, 성보건을 중점 건강증진 및 보건교육과제로 선정하고 있다. 싱가포르에서는 흡연, 건강생활실천, AIDS, 정신보건, 암, 당뇨병에 대한 캠페인 및 교육프로그램을 운영하고 있다.

선정된 중점 보건교육 주제는 국가적인 차원에서 각 주제별로 다양한 방법(캠페인, 전화, 인터넷, 자료의 개발, 검진 및 상담, 건강교실 등)을 동원하여 장기간 종합적인 보건교육을 실시하고 있다. 미국에서는 국가 또는 주단위의 운동, 영양, 비만관리 캠페인(Physical Activity for Adolescence, 5-a-day Program, Sister Together: Move More, Eat Better 등)을 주제별로 운영하면서 세부사업으로 건강검진, 상담, 보건교육, 소규모의

Wellness Fair를 실시하는 등 하나의 캠페인 아래 다양한 보건교육프로그램을 실시하며, 건강감시체계(BRFSS)를 통하여 즉각적이고 지속적인 건강행동의 변화를 측정하고 있다. 일본에서는 영양, 운동, 휴양 부분에 대하여 영양지침은 1985년에, 운동지침은 1993년에, 휴양지침은 1994년에 작성하여 지속적으로 3가지 주제에 대한 캠페인을 실시하고 있다.

영국에서는 흡연(Smokeline) 및 마약(National Drugs and Solvent Helpline) 무료상담전화를 별도로 운영하고, 국가적인 차원에서의 암검진프로그램을 운영하는 등 국가단위 또는 주단위에서 보건교육을 이끌어가면서 다른 종류의 서비스프로그램을 병행하여 운영하고 있다. 싱가포르에서는 암, 흡연 등의 중점 주제에 대하여 건강체험관 운영(Health Zone), 생활방식중재 상담 및 훈련(Staywell Center), 정보의 제공(Health Information Center), 대중매체를 통한 교육(대중매체전달과) 등 종합적인 접근을 통하여 보건교육을 실시하고 있다.

보건교육 행정체계로는 4개의 국가 모두 보건교육 전담기관이 중앙과 지방에 있으며, 행정체계 외에도 국가 단위의 건강정보망, 건강무료전화를 운영하여 일반 주민에 대한 직접 보건교육을 실시하고 있다. 또한 민간 단체와 연계한 보건교육사업을 실시하고 있다. 미국은 보건사회부, 보건서비스분과에서 담당분야에 대한 보건교육을 실시하며, 지방에서는 해당지역의 크기에 따라 보건교육과와 보건교육분과를 운영하고 있다. 또한 국립보건원(NIH), 식품 및 의약품청, 질병관리

및 예방센터(CDC) 등에서도 각 해당기관의 분야별 보건교육을 실시하고 있으며, 이들의 연계체계로서 국가단위에서 건강정보망(인터넷), 건강핫라인(전화) 등을 운영한다. 영국은 중앙에서는 보건부가 보건교육을 담당하고, 각 주별로 해당지역의 보건교육국에서 보건교육을 담당한다. 잉글랜드지역에서는 별도로 건강증진정보센터를 운영하여 건강정보를 제공하고 있다. 또한 흡연, 마약 등 무료건강상담전화 운영, 담배와 건강, 알코올 컨선(Alcohol Concern) 등 민간단체에서 활발한 사업을 실시한다.

일본은 중앙에서는 후생성이, 지방에서는 위생국이 주관하여 보건교육서비스를 제공한다. 일본의 보건교육은 각 지방자치단체에서 주관하며, 보건소를 중심으로 건강가꾸기 대책 추진위원회(도·도·부·현), 건강가꾸기 추진협의회(시·정·촌), 건강과학센터에서 보건교육사업을 실시한다. 또한 동경도 보건의료정보센터 등 지방자치단체 중심의 보건정보센터도 운영한다. 싱가폴은 독립된 보건교육부내에 보건교육과, 대중매체전달과, 건강증진과, 평가 및 자원개발과에서 전반적인 보건교육업무를 담당한다.

보건교육 전담행정체계와 같이 보건교육 전담인력의 도입도 미국과 일본에서는 보편화되어 있으며, 영국에서는 의사나 간호사가 보건교육을 담당하고 보건교육수당을 국가에서 지급하고 있다. 미국에는 보건교육전문가제도와 보건교육사제도가 있으며, 이들은 4년제 대학에서 보건교육을 전공한 사람에 대하여 국가 또는 협의회 등에서 자격을 부

여한 전문가들이다. 일본에서는 보건교육을 보건소의 위생담당, 보건부가 담당하며, 건강만들기사업재단, 학회 등에서 건강운동실천지도자와 같은 전문자격을 부여하고 있다. 영국은 의사 또는 간호사가 보건교육을 담당하며, 보건교육서비스 제공에 대한 별도의 수당을 국가에서 지급한다. 스코틀랜드에서는 별도의 보건교육전문가가 보건교육을 전담하고 있다.

## 2. 우리 나라의 보건교육 정책 방향

우리 나라에서의 보건교육 중점 주제 선택에서 고려할 사항은 많은 사람에게 영향을 미치는 건강상의 문제와 밀접한 관계가 있는 주제로 보건교육에 의한 개선의 가능성을 고려하여 선정하여야 한다. 이렇게 볼 때 우리 나라에서 유병률이 높은 질환과 사망률이 높은 질환에 영향을 미치는 요소 중 보건교육에 의하여 개선이 가능한 건강행동을 선정하는 것이 바람직하다. 우리나라에서 유병률이 높거나 사망률이 높은 질환은 뇌혈관질환, 심장질환(허혈성 심장질환 및 기타질환), 운수사고, 간질환, 위암, 소화성궤양 및 위염, 관절염, 기타근골격계질환, 치아우식증, 고혈압이다. 이러한 질환에 영향을 미치는 행동적요소는 운동, 흡연, 음주, 영양, 비만, 스트레스, 예방접종, 건강검진, 구강관리관련 예방행동, 운수사고관련 예방행동이다. 이러한 중점보건교육 주제에 의한 보건교육은 40대 이후 주요질환의 예방에 전적으로 영향을 미치게 되며, 대부분의 20~

표 1. 외국의 보건교육 현황

구분	미 국	일 본
건강 증진 목적	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 건강한 삶의 연장: 정신과 육체적 손상과 활동 제한, 만성질환</li> <li>2. 건강불평등의 제거: 신체활동, 영양, 성보건, 사고, 흡연, 약물남용, 식품 및 약품 안전, 환경보건, 산업보건, 전염병, 보건서비스, 정신보건서비스, 구강보건, 가족계획, 모자보건, 공중보건정보 체계, 교육, 폭력, 건강취약계층대상 불평 등 제거</li> <li>3. 삶의 질 증가</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 평등한 건강 서비스 기회 향유</li> <li>• 국민건강가꾸기 운동: 생애를 통한 건강가꾸기 체계정비, 건강가꾸기의 기반정비(구시·정·촌 보건센터의 설치, 보건부 활용), 건강가꾸기 보급계발 활동 추진</li> </ul>
보건 교육 행정 체계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중앙: 보건사회부(DHHS: Department of Health and Human Services)의 보건서비스 분과(CDC, FDA, NIH, ATSDR, IHS, HRSA, SAMHSA, AHCPH), 질병예방 및 건강증진분과(OHP)에서 각 분야별로 보건교육 담당</li> <li>• 지방(캘리포니아주): 지방보건과의 보건교육과와 그 하부기관인 보건교육분과에서 담당(공중보건교육과와 협력하여 진행함.) - 보건교육 계획, 평가, 인력 및 예산의 배정 등 행정적인 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중앙: 후생성에서 주관, 보건소와 시·정·촌 보건센터를 중심으로 도·도·부·현의 건강가꾸기대책추진위원회, 시·정·촌 건강가꾸기 추진협의회, 건강과학센터에서 진행</li> <li>• 지방(동경도): 위생국이 주관하며, 범 부처적 사업으로 진행함.</li> </ul>
보건 교육 인력 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건교육담당자의 자격: 보건교육 4년제 대학, 대학원졸업자 보건교육 실시             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문보건교육사: 보건교육 4년제 대학, 대학원졸업자 중에서 시험을 통과한 사람에게 수여(인정제도)</li> <li>- 보건교육교사: 학교에서 보건교육을 가르침/ 보건교육 4년제 대학, 대학원 졸업자에게 주 정부에서 수여</li> </ul> </li> <li>※ 이 외에도 일반적인 보건교육은 특별한 과정이나 자격증이 없어도 실시할 수 있음.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공공: 보건소 위생교육담당자, 보건부가 공공부분 보건교육 전담</li> <li>• 민간: 건강운동실천지도자, 건강운동지도사 등을 건강만들기 사업재단, 일본체육협회 등 민간단체 등에서 수여</li> </ul>
주요 보건 교육 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 흡연: 환경조성(규제)</li> <li>• 운동: 전국 캠페인(Physical Activity: it's Everywhere You Go), The Physical Assessment and Counselling for Exercise Project, Physical Activity and Nutrition Project for Adolescents 등의 사업 진행, The Behavioral Risk Factor Surveillance and the Youth Risk Behavior Survey 체계 구축</li> <li>• 영양: 5-A-day Program, 영양감독체계(Nutrition Surveillance System) 구축</li> <li>• 비만: Sisters Together: Move More, Eat Better 프로그램 운영 등</li> <li>• 암관리: 유방암, 자궁암, 전립선암, 피부암, 직장암, 종합적인 암관리 프로그램 운영</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 영양: 영양성분, 식생활지침개발(1985) 보급</li> <li>• 운동: 운동소요량, 운동지침 개발(1993) 보급</li> <li>• 휴양: 마음의 건강가꾸기, 정신보건대책사업, 휴양지침 개발(1994) 보급</li> <li>※ 질병예방분야로 건강진단, 구강보건관리, 흡연, 음주가 있음.</li> </ul>

표 1. 외국의 보건교육 현황(계속)

구분	영 국	싱 가 폴
건강 증진 목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 평균수명의 연장과 건강증진 전략: 공공정책개선, 환경개선, 건강생활습관 유도, 보건서비스의 질 향상</li> <li>• 보건교육의 목표: 건강에 관한 정보의 보급 및 건강생활의 유도 (2) 건강정보를 제공하는 전문보건인과 단체 지원, (3) 보건교육에 대하여 정부 자문</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강한 생활습관유도, 건강환경 조성, 지역사회 참여 및 협동 강화</li> </ul>
보건 교육 행정 체계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중앙: 보건부(Department of Health)</li> <li>• 지방: 4개의 주에 보건교육국(Health Education Authority)에서 담당</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건교육부                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 보건교육 및 건강증진 업무 담당, 보건교육 및 건강증진 사업계획 및 수행, 관련기관에 대한 자문, 보건교육자료 Resource Center</li> <li>- 보건교육과(Health Zone, Staywell Center, 건강정보센터 운영), 대중매체전달과, 건강증진과, 평가 및 자원개발과에서 보건교육 담당</li> </ul> </li> <li>※ 전반적인 보건서비스는 보건국, 환경국, 인력국에서 실시함.</li> </ul>
보건 교육 인력 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 스코틀랜드에는 보건교육전문가가 있음. 일반적으로 의사·간호사들이 보건교육을 실시함.</li> <li>• 보건교육위원회(72인)를 운영함.</li> <li>※ 벨기에, 서독, 스웨덴, 아일랜드, 스코틀랜드에는 보건교육전담자가 있음.</li> </ul>	
주요 보건 교육 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 운동: Active for Life Campaign 실시</li> <li>• 흡연: 무료상담전화(Smokeline)의 운영, 정규교과과정에서 교육, 담배광고 통제, 공공장소에서의 흡연 통제 등</li> <li>• 음주: 음주예방프로그램의 실시, 민간단체(Alcohol Concern), 술제조업자 등과 협조하여 진행</li> <li>• 영양: 영양 및 식습관 정책(Medical Asepects of Food and Nutrition Policy) 수립, 영양작업팀, 스코티시식이행동그룹 등에서 영양개선사업 실시</li> <li>• 암관리: 유방암, 자궁암, 피부암에 대한 중점관리</li> <li>• 마약, AIDS, 전염병관리에 대한 보건교육 실시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 흡연: 금연 및 흡연예방 목적으로 연중 실시</li> <li>• 건강생활실천: 10년 이상 지속적으로 실시</li> <li>• AIDS</li> <li>• 정신보건교육프로그램: 스트레스관리, 주요정신장애 조기치료 등</li> <li>• 암관리: 유방암, 자궁암, 직장암에 대한 중점관리</li> <li>• 당뇨병: 당뇨위험요인 인식, 조기발견</li> </ul>

주: 건강행위증진분야는 신체활동, 영양, 성보건, 사고, 흡연, 약물남용임.  
 자료: 서미경 외, 『국민건강증진을 위한 보건교육전략 수립』, 2000.에서 재구성.

40대에서의 주요질환 예방에도 영향을 미치게 된다. 각 주제별로 중점 보건교육 대상도 인구사회적특성, 지역, 교육수준, 건강행동수준에 따라 별도로 명확히 설정하여야 한다.<sup>1)</sup> 또한 중점보건교육주제에서 제외되는 질환 및 대상에 대한 별도의 보건교육계획 수립도 필요하다.<sup>2)</sup>

보건교육의 전문화 역시 시급히 이루어져야 할 과제로서 이는 행정체제와 전문인력의 전문화가 우선적으로 이루어져야 할 사항으로, 행정체제의 전문화는 보건교육 전담부서를 중앙단위부터 말단까지 설치 운영하는 방안, 또는 정보 및 자료의 구심점인 정보망, 전화를 운영하여 보건교육 관련 부서를 특정 정보망, 또는 전화를 중심으로 통합하고 일반인 입장에서는 정보망이나 전화를 통하여 모든 보건교육관련 정보를 입수하고 관련서비스를 받을 수 있는 제도의 수립을 고려할 수 있다.

세계보건기구(WHO)에서는 국가에서 보건

교육 전문가를 두도록 권고하고 있으며, 미국과 일본에서는 이미 보건교육사에 대한 인증제도를 실시하고 있다. 우리 나라에서도 보건교육사 인증제도의 도입을 통한 보건교육 전담인력인증제도 또는 보건교육 자격증 부여제도의 도입을 고려하여야 한다. 보건교육 전문인력의 양성에는 두 가지 방향을 두어야 하는데 현재 보건교육담당자들(보건소의 보건교육담당자)에 대하여 보수교육 실시 후 보건교육 자격증을 수여하여 보건교육을 담당하게 하는 것과 보건관련대학에서 보건교육을 전공한 학생에 대하여 보건교육교사 자격증을 수여하여 졸업후 보건교육을 실시하도록 하는 방안이다. 보건교육 전문인력 양성 제도 도입에 있어서는 이 두 가지 인력에 대하여 국가 공인 형태이든 공신력 있는 학회나 협회 명의로 자격시험을 통해 인정함으로써 그들의 자질을 높여나가는 것이 중점이 되어야 한다. 백지

1) 예를 들면, 흡연에 있어서 우선 보건교육 대상은 남자이며, 연령, 교육수준, 소득, 거주지에 구별이 없음. 음주(과량음주)는 남자의 경우는 40세 이상(특히 60세 이상), 무학군, 월소득 150만원 미만 저소득층(특히 50만원 미만군), 군지역 거주자가 중점 대상이며, 여자의 경우도 50세 이상, 중졸군 이하(특히 국졸 이하), 월소득 50만원 미만, 군지역 거주자가 중점 교육 대상임.

2) 20, 30대의 여성비노생식기계질환, 0~9세사이의 선천성기형, 주산기질환, 영아급사증후군과 19세 미만에서의 사고성 익수, 20대에서의 추락사고 등 안전사고가 해당됨. 요약하면 30세 미만자에 대한 안전사고예방, 영유아가 있는 어머니에 대한 영유아 안전사고 예방, 가임기여성에 대한 모자보건교육이 별도로 필요하다.