

1st
Edition

지역사회간호학 I

Community Health Nursing

전미순 · 김미정 · 엄미정 · 김연희 · 이한이 외 공저

지역사회간호학 I

Community Health Nursing

2026년 2월 23일 인쇄

2026년 2월 27일 발행

저 자 전미순·김미정·엄미정·김연희·이한이 외

발 행 인 이문수

발 행 처 메디컬에듀케이션(Medical Education)

등 록 제 2021-000122 호

주 소 경기도 용인시 수지구 신수로 767, B동 732호(동천동, 분당수지 U-TOWER)

전 화 Tel. 02-6482-3461 Fax. 02-6499-3463

이 메 일 medu@medupub.com

홈페이지 www.medupub.com

I S B N 979-11-6900-328-5 (94510)

979-11-6900-330-8 (94510) (세트)

정 가 70,000원 (세트가)

◆ 잘못된 책은 바꾸어 드립니다.

◆ 이 책은 메디컬에듀케이션이 한국어판에 대한 출판, 판매의 독점계약에 의해 발행한 것이므로 내용, 사진, 그림 등의 전부나 일부의 무단 복제 및 무단 전사를 금합니다.

◆ 저자와의 합의로 인지는 생략합니다.



저자 명단

| 편집위원

전미순 백석대학교
김미정 두원공과대학교
엄미정 강동대학교

김연희 대원대학교
이한이 한양대학교

| 공저자

김숙희 남서울대학교
노지영 진주보건대학교
이금주 청운대학교
이수정 혜전대학교
이영주 충북보건과학대학교
이영희 충북보건과학대학교

전인경 김해대학교
정상희 강동대학교
정인경 (전) 부산과학기술대학교
차주애 전남과학대학교
한지혜 두원공과대학교

저자 머리말

급변하는 시대의 흐름 속에 질병 예방과 건강관리란 이제 우리의 일상이 되었습니다. 오늘날 지역사회 건강에 대한 관심은 사회경제적 변화와 세계화, 인구사회학적 변동, 의학의 발전, 그리고 질병 양상의 변화와 같은 건강 결정요인들에 의해 지속적으로 증대되고 있습니다. 특히 고령화 사회의 노인 문제, 가족의 다양화와 다문화 사회로의 이행, 신종 감염병의 출현, 기후 변화 및 환경 문제, 그리고 건강 불평등의 심화는 지역사회 간호가 마주한 새로운 도전 과제입니다.

이러한 인구 고령화와 만성질환의 증가는 국가 보건의료정책의 관점을 질병 치료 중심에서 예방 및 건강증진사업으로 변화시켰습니다. 이제 건강관리란 개인적 차원을 넘어 지역사회와 국가가 함께 책임져야 할 정책적 영역이 되었습니다. 이에 발맞추어 우리나라는 국민건강증진종합계획을 수립하여 건강수명 연장과 건강 형평성 제고를 지향하고 있으며, 온 국민이 함께 누리는 건강 세상을 위해 자발적인 건강생활 실천 환경을 조성하는 데 박차를 가하고 있습니다.

본 저서는 100세 시대를 맞이하여 간호학생들이 지역사회 주민의 복합적인 건강 요구를 정확히 파악하고, 그들의 눈높이에 맞는 간호를 제공함으로써 주민의 자기건강관리능력을 실무적으로 향상시킬 수 있도록 돕고자 발간되었습니다. 특히 급변하는 보건의료 환경과 교육 현장의 요구를 수용하여 대한간호협회 지역사회간호학회의 2025년 학습목표 개정안을 전면 반영하였으며, 2028년부터 시행 예정인 ‘통합형 간호사 국가시험’ 평가 영역에 최적화되도록 체계적인 9개 장으로 구성하였습니다. 본서가 간호학생들의 성장에 기여하고자 하는 핵심 방향은 다음과 같습니다.

첫째, 통합적 문제해결 능력을 갖춘 임상 판단력을 배양합니다. 2028년 도입되는 통합형 국가시험은 단순 지식 암기가 아닌 상황 대응 능력을 중시합니다. 본서는 지역사회 간호과정(3장)과 건강문제별 인구집단간호(7장)를 유기적으로 연결하여, 학생들이 복잡한 사례 앞에서도 비판적 사고를 통해 최적의 간호 판단을 내릴 수 있는 실전 역량을 키워줍니다.

둘째, 최신 교육과정에 맞춘 학습 효율성을 극대화합니다. 2025년 개정된 학습목표를 충실히 따름으로써 학교 수업과 국가시험 준비 사이의 간극을 최소화했습니다. 1장 지역사회 간호 이론부터 9장 생활터별 인구집단간호에 이르기까지 최신 보건 정책과 통계 자료를 바탕으로 구성하여, 학생들이 가장 표준화된 지식을 습득하도록 돕습니다.

셋째, 현장 실무와 이론의 가교 역할을 수행합니다. 보건소, 학교, 산업현장 등 실제 간호 현장에서 즉시 활용 가능한 실무 지침을 상세히 수록하였습니다. 특히 방문건강관리(4장)와 보건교육(5장), 재난 관리(8장) 등 학생들이 실습 현장에서 마주할 막연함을 자신감으로 바꿔줄 구체적인 길라잡이가 될 것입니다.

넷째, 미래 지향적 보건의료 리더로서의 자질을 함양합니다. 단순한 질병 관리를 넘어 건강 형평성과 국제 보건(1장), 환경과 건강(9장) 등 거시적인 관점을 제시하여, 간호학생들이 공동체 전체의 삶의 질 향상을 주도하고 정책 변화에 능동적으로 대처하는 전문직 간호사로 거듭나게 할 것입니다.

지역사회간호는 병원이라는 제한된 공간을 벗어나 대상자의 삶 속으로 깊숙이 들어가는 역동적인 학문입니다. 대상자의 손을 맞잡고 건강한 삶의 길을 함께 걷는 것이야말로 지역사회간호사의 진정한 역할이라고 생각합니다. 본서를 통해 학습하는 간호학도들이 지역사회의 건강 문제를 예리하게 진단하고, 따뜻한 마음으로 소통하며, 전문적인 간호 중재를 펼치는 전문가로 성장하기를 진심으로 기원합니다. 여러분이 내딛는 소중한 한 걸음은 우리 공동체를 더욱 건강하게 만들고, 인류의 보편적 가치인 건강권을 실현하는 견고한 초석이 될 것입니다.

끝으로 방대한 분량의 본서가 세상에 빛을 볼 수 있도록 집필과 교정에 혼신을 다해주신 교수님들께 깊은 감사를 드립니다. 또한 편집 회의에 적극적으로 참여해주신 편집위원님들과, 출간을 위해 물심양면으로 지원해주신 메디컬에듀케이션 이문수 대표님 및 편집부 임직원 여러분께도 감사의 말씀을 전합니다. 본서가 모든 간호학생의 앞날에 건강과 보람을 주는 든든한 동반자가 되기를 응원합니다.

2026년 2월
저자를 대표하여
전미순



1장 지역사회간호개론

2장 지역사회보건행정

3장 지역사회 간호과정

4장 건강증진

5장 보건교육



6장 역학

7장 생애주기별 인구집단 간호

8장 건강문제별 인구집단 간호

9장 생활터별 인구집단 간호

1장 지역사회간호개론	1
1절 지역사회의 이해	3
1. 지역사회의 정의	3
2. 지역사회의 속성	4
1) 지리적 영역의 공유	4
2) 공동체적 유대감	4
3) 사회적 상호작용	4
3. 지역사회의 유형	4
1) 구조적 지역사회	4
2) 기능적 지역사회	5
3) 감정적 지역사회	6
4. 지역사회의 기능	6
1) 경제적 기능	6
2) 사회화	6
3) 사회통제	6
4) 사회통합	7
5) 상부상조	7
2절 지역사회간호의 이해	7
1. 공중보건	7
1) 공중보건의 정의	7
2) 신공중보건	8
2. 지역사회보건	8
3. 보건간호와 지역사회간호	9
1) 보건간호의 정의	9
2) 지역사회간호의 정의	9
3) 보건간호와 지역사회간호의 비교	10
4) 지역사회간호의 구성요소	11
5) 지역사회간호의 속성	13
4. 지역사회간호사	13
1) 지역사회간호사의 업무 분야	13
2) 지역사회간호 분야의 전문간호사	15
3) 지역사회간호사의 역할	16



목차

3절	지역사회간호의 역사	19
1.	외국	19
1)	방문간호시대(1900년 이전)	19
2)	보건간호시대(1900~1960년)	20
3)	지역사회간호시대(1960년 이후)	20
2.	우리나라	21
1)	방문간호시대(1945년 이전)	21
2)	보건간호시대(1945~1980년)	22
3)	지역사회간호시대(1980년 이후~현재)	22
4절	지역사회간호의 이론	23
1.	일반체계이론	24
1)	일반체계이론의 구조	24
2)	일반체계이론과 지역사회간호	26
2.	사회교환이론	27
1)	사회교환이론의 구조	27
2)	사회교환이론과 지역사회간호	28
3.	건강관리체계이론	28
1)	건강관리체계이론의 구조	29
2)	건강관리체계이론과 지역사회간호	33
4.	자가간호이론	33
1)	자가간호이론의 구조	34
2)	자가간호이론과 지역사회간호	36
5.	적응이론	37
1)	적응이론의 구조	38
2)	적응이론과 지역사회간호	39
5절	건강형평성과 문화다양성	40
1.	건강	40
1)	건강의 개념	40
2)	건강결정요인	41
3)	건강형평성	42
4)	건강도시	46

2. 문화다양성	49
1) 다문화사회의 이해	49
2) 다문화사회의 이론	51
3) 다문화사회 현황	54
4) 다문화사회의 관련법과 정책	58
5) 문화적 다양성과 건강	61
6) 다문화가족의 지원 체계	66
2장 지역사회보건행정	71
1절 보건의료체계	73
1. 보건의료체계의 이해	73
1) 보건의료체계의 정의	73
2) 보건의료체계의 목표	73
3) 보건의료체계의 구성요소	73
2. 보건의료체계의 구성요소	74
1) 보건의료자원	74
2) 보건의료조직	86
3) 보건의료제공	92
4) 보건의료재정	92
3. 국가보건의료체계	98
1) 보건의료체계의 유형	98
2) 주요 국가의 보건의료체계	101
4. 사회보장제도와 의료보장제도	105
1) 사회보장제도	105
2) 의료보장제도	108
2절 보건정책	117
1. 정책의 이해	117
1) 정책의 개념	117
2) 공공정책의 개념	118
3) 정책의 과정	118



목차

2. 보건정책	119
3. 우리나라 보건복지정책	120
1) 정책환경	120
2) 보건복지정책의 비전과 과제	121
3) 국민건강증진종합계획	121
3절 보건사업기획	129
1. 보건사업기획의 이해	129
1) 보건사업기획의 정의	129
2) 보건사업기획의 필요성	129
3) 보건사업기획의 의의	130
4) 보건사업기획의 특성	130
5) 보건사업기획의 원칙	131
2. 보건사업기획의 모형	131
1) MAPP 모형	131
2) PATCH 모형	132
3) 논리모형	133
4) MATCH 모형	134
3. 보건사업기획의 과정	136
1) 보건사업기획팀 조직	136
2) 지역사회 현황 분석	138
4절 일차보건의료	155
1. 일차보건의료의 이해	155
1) 일차보건의료의 개념	155
2) 일차보건의료의 철학	156
3) 일차보건의료의 필수서비스	157
4) 우리나라 일차보건의료	158
2. 지역보건의료사업의 이해	158
1) 지역보건의료사업의 개념	158
2) 지역보건의료사업의 변천	159
3) 지역보건의료계획	159
4) 지역보건의료기관의 운영 및 기능	161

5절 보건정보 및 기술활용	170
1. 지역보건의료정보시스템	170
2. 지리정보시스템(GIS)	172
3. U-healthcare	174
4. 디지털헬스케어	174
1) 디지털헬스케어서비스 사례	175
6절 보건사업의 질 관리	178
1. 질 관리의 개요	178
2. 질 관리의 목적	178
3. 질 관리의 구성요소	179
1) 핵심 요소	179
2) 보완 요소	179
4. 질 관리의 접근방법	179
5. 질 관리 수행절차	180
1) 준비단계	180
2) 사업과정 설정단계 : FOCUS	180
3) 사업계획 수립단계	181
4) 사업 수행단계	181
6. 질 관리 평가방법	181
1) 질 관리 평가기준	181
2) 질 관리 평가도구	181
3) 투입 · 산출 모형	182
4) 서비스 질 평가	182
5) 경제성 평가	182
6) 성과관리에 의한 평가	183
3장 지역사회 간호과정	185
1절 지역사회 간호사정	188
1. 사정영역	189
1) 지역사회 환경 특성	189

목차

2) 인구학적 특성	189
3) 건강 상태	189
4) 생활습관 및 행동양식	189
5) 보건·복지자원	189
6) 사회·문화적 요인	189
2. 자료내용	190
1) 1차 자료	191
2) 2차 자료	191
3. 자료분석	192
4. 기준 및 지침확인	192
2절 지역사회 간호진단	193
1. 지역사회간호진단 분류체계	193
1) 오마하 체계	194
2) 오마하 문제분류체계	195
2. 우선순위 설정	206
1) 우선순위 설정의 기준	206
2) 우선순위 설정방법	207
3절 지역사회 간호계획	209
1. 목표설정	210
1) 목표 설정의 기준	210
2) 목표 기술 방법	210
2. 방법 및 수단 설정	212
1) 방법	212
2) 수단	212
3) 타당성 검토	213
3. 수행계획	213
1) 수행계획의 단계	213
4. 평가계획	214
1) 평가의 원리	214
2) 평가계획 시 고려사항	214
3) 기대되는 결과에 대한 오마하 등급척도	215

4절	지역사회 간호수행	216
1.	수행활동	216
1)	직접간호	216
2)	보건교육	216
3)	관리활동	217
2.	중재수레바퀴모델	217
1)	중재수레바퀴모델의 개념과 구성	217
3.	지역사회 간호활동	219
1)	건강관리실 운영	219
2)	방문활동	220
3)	자원활용 및 의뢰	221
4)	상담 및 보건교육	222
5)	홍보활동	223
6)	사례관리	224
5절	지역사회 간호평가	225
1.	평가내용	225
2.	평가모형	226
1)	논리모형에 따른 평가	226
2)	체계모형에 따른 평가	227
3)	투입-산출모형에 따른 평가	228
3.	평가과정	229
4.	평가결과 활용	230
6절	지역사회 간호과정의 적용	231
1.	시나리오	231
2.	간호사정 : 지역사회 자료 요약	232
3.	간호진단	233
4.	우선순위	234
5.	목표설정	235
6.	수행계획	235
7.	평가계획	236



목차

4장 건강증진	237
1절 건강증진의 이해	239
1. 건강증진의 개념	239
1) 건강증진의 정의	239
2) 건강증진의 발전과정	240
2. 우리나라 건강증진사업	249
1) 우리나라의 건강증진 발전 과정	249
2) 건강증진사업의 법적 근거	250
3) 국민건강증진종합계획	251
3. 건강증진 관련 이론	253
1) 건강신념모형	253
2) Pender의 건강증진모형	256
3) 합리적 행위이론	262
4) 계획된 행위이론	263
5) 범이론적 모형	264
6) PRECEDE-PROCEED모형	269
2절 건강증진사업	274
1. 건강증진사업의 전략	274
1) 생애주기별 건강증진사업	274
2) 생활터별 건강증진사업	276
3) 건강증진에서의 간호사 역할	281
3절 통합건강증진사업	282
1. 통합건강증진사업의 이해	282
1) 통합건강증진사업의 정의	282
2) 통합건강증진사업의 목적	284
3) 통합건강증진사업의 비전 및 전략	284
4) 통합건강증진사업의 기본 방향	284
2. 통합건강증진사업의 추진 체계	286
1) 통합건강증진사업의 체계도	286
2) 통합건강증진사업계획 및 성과관리 절차	287

3. 통합건강증진사업의 내용	287
1) 통합건강증진사업의 사업영역	288
4절 방문건강관리	308
1. 보건소 방문건강관리	308
1) 보건소 방문건강관리의 이해	308
2) ICT 융합 방문건강관리의 이해	310
3) 방문건강관리 서비스의 절차	312
4) AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 절차	314
2. 노인장기요양보험 방문간호사업	316
1) 노인장기요양보험 방문간호의 이해	316
2) 노인장기요양보험 방문간호의 내용	317
3. 의료기관 가정간호사업	319
1) 의료기관 가정간호	319
2) 의료기관 가정간호의 이해	320
5절 재택의료 시범사업	323
1. 재택의료 시범사업의 개념	323
1) 재택의료의 정의	323
2) 재택의료 시범사업의 정의	323
2. 재택의료 시범사업의 추진 배경 및 목적	323
1) 재택의료 시범사업의 추진 배경	323
2) 재택의료 시범사업의 목적	323
3. 재택의료 시범사업 대상 및 서비스 내용	324
1) 재택의료 시범사업 대상	324
2) 재택의료 시범사업 제공 서비스 내용	324
4. 재택의료 시범사업 운영체계	324
1) 운영체계	324
2) 간호사의 역할	325
5. 재택의료 시범사업의 기대 효과 및 한계	326
1) 재택의료 시범사업의 기대 효과	326
2) 재택의료 시범사업의 한계와 과제	326



목차

5장 보건교육	327
1절 보건교육의 이해	329
1. 보건교육의 개념	329
1) 보건교육의 정의	329
2) 보건교육의 목적	329
3) 보건교육의 필요성	330
4) 보건교육의 내용	331
2. 보건교육전문가	332
1) 보건교육전문가의 정의	332
2) 보건교육전문가의 자질	332
3) 보건교육전문가의 역할	332
3. 보건교육사제도	333
2절 학습이론	335
1. 행동주의 학습이론	335
1) 파블로프의 조건반사이론	336
2) 스키너의 조작적 조건형성이론	337
3) 손다이크의 시행착오적 이론	338
2. 인지주의 학습이론	339
1) 윌러의 통찰이론	339
2) 톨만의 기호형태이론	340
3) 앳킨슨과 쉬프린의 정보처리이론	340
3. 인본주의 학습이론	341
1) 매슬로우의 동기의 위계이론	341
2) 로저스의 유의미 학습이론	342
4. 구성주의 학습이론	343
1) 피아제의 인지적 구성주의	343
2) 비고츠키의 사회적 구성주의	343
3절 보건교육 프로그램 개발과정	344
1. 분석	345
1) 요구사정	345
2) 자료분석	347

3) 우선순위 설정	348
4) 보건교육 제목 또는 주제 선정	348
2. 설계	349
1) 목적 및 목표 설정	349
2) 수행계획	352
3) 교육 방법 선정	354
4) 교육 매체 선정	362
5) 평가계획	366
3. 개발	367
1) 보건교육 계획서 작성	367
2) 보건교육 매체 개발	371
4. 수행	372
1) 보건교육 수행단계	372
5. 평가	372
1) 보건교육 평가단계	372
2) 보건교육 평가유형	373
3) 보건교육 평가방법	376
참고문헌	377
찾아보기	385



01

장

지역사회간호개론

-
- 1절 ▶ 지역사회 이해
 - 2절 ▶ 지역사회간호 이해
 - 3절 ▶ 지역사회간호 역사
 - 4절 ▶ 지역사회간호 이론
 - 5절 ▶ 건강형평성과 문화다양성



학습목표

1절 지역사회 이해

1. 지역사회의 개념을 설명한다.
2. 지역사회의 속성을 설명한다.
3. 지역사회의 유형을 기술한다.
4. 지역사회의 기능을 설명한다.

2절 지역사회간호 이해

1. 공중보건의 개념을 설명한다.
2. 보건간호와 지역사회간호의 개념을 비교한다.
3. 지역사회간호의 구성요소를 나열한다.
4. 지역사회간호사의 업무분야를 분류한다.
5. 지역사회간호사의 역할을 설명한다.

3절 지역사회간호의 역사

1. 외국의 지역사회간호학의 역사를 설명한다.
2. 우리나라의 지역사회간호학의 역사를 설명한다.

4절 지역사회간호의 이론

1. 일반체계이론을 설명한다.
2. 사회교환이론을 설명한다.
3. 건강관리체계이론을 설명한다.
4. 자가간호이론을 설명한다.
5. 적응이론을 설명한다.

5절 건강형평성과 문화다양성

1. 건강의 결정요인을 나열한다.
2. 건강형평성의 개념을 설명한다.
3. 건강도시의 개념을 설명한다.
4. 다문화사회의 형성 배경을 파악한다.
5. 다문화사회의 실태를 파악한다.
6. 다문화사회의 관련법과 정책을 설명한다.
7. 문화적 다양성과 건강을 파악한다.

1절

지역사회의 이해

1 지역사회 정의

지역사회(community)의 어원은 라틴어의 ‘communis’에서 유래된 것으로, com(함께)과 munis(봉사하는 일)의 합성어로 commune(친하게 교제하다)의 의미이며 ‘community’는 공동체, 공동사회, 지역사회라는 뜻을 나타낸다.

지역사회의 사전적 정의는 ‘일정한 지역에서 그 주민들 간에 사회적 상호작용이 이루어지고 공통된 문화를 가지며 그 공동체에 대한 일체감을 갖게 하는 삶의 터전으로, 일정한 지역, 주민, 공동체 의식을 그 구성요소로 한다’라고 정의하고 있다. 세계보건기구(1974)는 ‘지역사회는 지리적 경계 또는 공동의 가치와 관심에 의해 구분되며, 특정한 사회구조 내에서 기능하고 규범, 가치, 사회제도를 창출하는 집단이다’라고 하였다. 지역사회는 일정한 지리적 구역을 전제조건으로 일정한 지역에 사는 사람들의 집합체를 의미하는 반면에 ‘공동체’는 공동의 관심과 이해관계를 전제조건으로 기능적 기준에 의해 형성되며, 그 구성원이 공동의 이익을 추구하고, 이해관계를 같이 하는 개인이나 집단조직체를 의미한다.

지역사회의 개념은 사회변화와 함께 역사성을 갖고 다양하게 변화되어 왔다. 윌리엄스(Williams)에 의하면, 커뮤니티(communitiy)라는 용어는 서구영어권에서 14세기부터 사용되었으며, 이 시기에는 지위가 높은 상급계층의 사람들과는 대비되는 ‘평범한 사람들’ 또는 ‘일반시민’을 의미하였고, 16세기에는 ‘공통적 요소를 지닌 어떤 특성’이나 ‘시민사회’를 의미하기도 하였다. 19세기 이후 지역사회는 복잡한 산업사회와 대비되는 전통사회의 지역성을 의미하였으며, 20세기는 대체로 지리적인 경계를 기준으로 언급되었으나, 21세기 정보화 사회에서는 사이버공동체, 네트워크공동체 등 새로운 사회의 형태가 나타남으로 인하여 단순한 지역성을 강조하는 지리적 의미의 지역사회는 점차 그 의미를 상실하고 있다.

급속하게 변화하는 현대사회에서 지역사회의 개념은 지리적 특성을 넘어 기능적 특성이 강조되고 있다. 로스(Ross)는 지역사회를 ‘지리적 지역사회’와 ‘기능적 지역사회’로 구분하였으며, ‘지리적 지역사회’는 일정한 지리적 공간에서 살고 있는 사람들의 집단으로, 지역의 지리적인 토대를 중심으로 추진하는 활동범위로 시·도, 시·군·구, 읍·동 등 행정구역이 해당되며, ‘기능적 지역사회’는 공통적인 관심과 이해관계에 따라 모인 사람들의 집합체로서 구성원의 공동이익을 중심으로 형성되는 이익공동체로서의 성격을 지니고 있으며 인종, 성정체성, 직업, 장애, 종교, 사회계층 등 특정한 속성 및 이해관계에 기초하여 형성된다.

따라서 지역사회의 개념은 지리적 의미와 기능적 의미를 함축하고 있으며, “일정한 지리적 범위 내의 사람들로 구성된 집단으로, 공동의 이해관계, 소속감, 문화 등에 기초하여 서로 상호작용하는 사회적 단위”라 정의할 수 있다.

2 지역사회속성

1) 지리적 영역의 공유

지역사회는 일정한 지리적 공간에 의해 구분되며 지역성이 강조되는 이유는 지역이 근접할수록 사회적 상호작용의 횟수와 강도가 높아지기 때문이며 상호협력과 협의가 절대적으로 필요한 공동체를 구성하기 위해서는 쉽게 접촉하고 의견을 교환할 수 있는 거리 자체가 중요하다. 같은 지역일 경우 사회적이거나 역사적인 공통경험을 간직하고 있을 확률이 높으며, 이에 훨씬 더 동질적인 감정을 공유할 수밖에 없다.

2) 공동체적 유대감

지역사회 자체가 공동체이기 때문에 공동체적 유대감이 중요하며, 공동체는 상호 간의 동질성과 유대감을 필수적인 조건으로 하고 있다. 공동체적 유대감이 없으면 지역사회에서 지역주민들이 협력하여 무엇을 하려고 하지 않을 것이며 나아가 지역사회가 유지될 수도 없다.

3) 사회적 상호작용

공동체적 유대감은 구성원들의 상호작용을 통해 형성되며 간접적인 상호작용도 있지만 직접적인 상호작용이 더 중요하다. TV나 책을 통해 공유하는 감정은 일시적이거나 느슨하게 구조화되는 반면, 직접적인 상호작용은 지리적으로 근접할수록 잦은 빈도와 강한 농도로 사회적 상호작용이 진행된다.

이상과 같은 지역사회 속성 외에도 지역사회의 특성을 정리하면 다음과 같다.

- **분리성**: 물리적·지역적으로 구분하는 경계가 있다.
- **독특성**: 주민의 가치, 태도, 행위 등을 창출하며 주민의 정체성을 형성한다.
- **동질성**: 지역주민 간의 공유된 문화로 동질적 지역사회를 이룬다.
- **합의성**: 공동의 목표를 합의한다.
- **자조성**: 다른 지역 또는 지역 내 상호작용을 통하여 자조를 성취한다.

3 지역사회의 유형

지역사회를 구성하는 주민을 비롯하여 지역사회의 지리적 위치, 지역사회 내의 기관 등 지역사회를 구성하는 요소의 특성에 따라 지역사회의 유형은 다양하게 구분할 수 있다. 여기서는 집단 구성원들의 결속유형을 기준으로 구조적 지역사회, 기능적 지역사회, 감정적 지역사회로 구분하여 살펴보고자 한다.

1) 구조적 지역사회

구조적 지역사회는 시간적·공간적 관계로 모인 공동체로 집합체, 대면공동체, 생태학적 공동체, 지정학적 공동체, 조직, 문제 해결 공동체 등이 있다.

(1) 집합체

사람이 모인 이유와 관계없이 ‘집합’ 그 자체로서 미혼모집단, 노숙자 집단, 노동자 집단 등이 이에 해당된다.

(2) 대면공동체

가장 기본이 되는 공동체로서 구성원 간의 상호교류가 빈번하며 친밀성과 공동의식을 소유하고 있는 집단이다. 예를 들면 가족, 이웃, 교민회 등이 있다.

(3) 생태학적 공동체

지리적 특성, 기후, 자연환경 등의 요인의 영향으로 동일한 생태학적 문제를 공유하고 있는 공동체로서 산림파괴, 산성비, 대기오염, 수질오염, 토양오염 등의 문제가 있는 지역사회를 말한다.

(4) 지정학적 공동체

지리적, 법적인 경계로 구분된 지역사회로 시·도, 시·군·구, 읍·동 등의 행정구역이 해당된다.

(5) 조직

일정한 환경에서 특정 목표를 달성하기 위하여 모인 집합체로 학교, 병원, 보건소, 교회 등이 있다.

(6) 문제 해결 공동체

문제의 정의를 내리고 공유하며 문제를 해결할 수 있는 범위 내에 있는 집단이다. 이는 항상 지리적 경계를 이루고 있지는 않으며 어떤 경우는 생태학적 공동체와 일치할 수도 있다. 그러나 미세먼지가 심각한 서울시의 경우, 미세먼지가 서울시에만 국한된 문제가 아니므로 이를 해결하기 위해 지지해 주는 환경부와 같은 정부기관이 이에 해당된다.

2) 기능적 지역사회

기능적 지역사회는 어떤 것을 성취하기 위해 동일한 목표를 중심으로 모인 집단이며 단순한 지리적 경계보다는 목표성취라는 과업의 결과를 나타내는 공동체이다. 어떤 것을 성취하는 데 도움이 되는 지역적 공감을 기반으로 하는 공동체로서 동일요구공동체, 자원공동체가 있다.

(1) 동일요구공동체

특별한 건강문제와 그 건강문제가 영향을 미치는 요인을 포함하고 있는 집단으로서 지역주민들의 공통적인 문제 및 요구에 기초를 두고 있는 공동체이다. 즉 동일한 요구를 지닌 공동체로 치매노인 가족, 장애인 가족, 불임 가족 등이 포함된다.

(2) 자원공동체

어떤 문제를 해결하기 위하여 자원의 활용 가능한 범위, 즉 자원동원 가능범위로 모인 집단이다. 동일한 문제를

해결하기 위하여 동원 가능한 자원이 있는 공동체로서 자원의 활용범위는 우리 지역에만 있는 것이 아니라 다른 지역에도 있을 수 있다. 자원으로는 경제력, 인력, 소비자, 다른 지역사회의 영향력, 물자 등이 있다.

3) 감정적 지역사회

감정적 지역사회는 정서나 감정을 공유하는 공동체로 소속공동체와 특수흥미공동체가 있다.

(1) 소속공동체

혈연, 학연, 지연 등으로 결속된 공동체로 감성적인 지역사회이다. 종친회, 동창회, 향우회 등이 있다.

(2) 특수흥미공동체

특수 분야에 동일한 관심과 목적을 가지고 형성된 집단으로 산악회, 낚사회, 독서회, 대한간호협회, 조기축구회 등이 있다.

4 지역사회 기능

길버트(Gilbert)와 스펙트(Specht)는 지역사회의 기능을 경제적 기능, 사회화, 사회통제, 사회통합, 상부상조의 기능으로 설명하고 있다.

1) 경제적 기능

지역사회 주민이 일상생활을 영위하는 데 필요로 하는 상품과 서비스를 생산·분배·소비하는 과정과 관련된 기능을 말한다. 현대사회에서 상품과 서비스를 생산하고 분배하는 기능은 기업과 정부를 위시한 각종 전문기관, 종교단체, 교육기관이 담당하고 있다. 오늘날 사람은 의식주, 보건, 교통, 고용, 여가생활 등과 관련된 다양한 영역에서 상품 및 서비스 같은 기본적인 욕구를 충족시키기 위하여 서로 의존하고 있다. 따라서 지역사회의 다양한 개인 및 조직은 이러한 기능을 수행하게 되며, 지역사회는 이러한 활동이 이루어지는 환경이 된다.

2) 사회화

지역사회가 공유하는 지식, 사회적 가치, 행동양상 등을 새롭게 창출하고 유지 전달하는 기능이다. 사회생활을 하는데 필요한 가치와 규범, 지식을 전수하는 사회화 기능은 가족제도가 담당하지만 지역사회가 공유하는 일반적 지식, 사회적 가치, 그리고 행동양식 등은 지역주민들을 통해 다른 구성원들과 구별되는 생활양식을 터득하게 된다.

3) 사회통제

사회구성원들이 사회의 규범에 순응하도록 하는 기능이다. 지역사회도 지역주민들이 지켜야 할 법, 도덕, 규칙, 규범 등을 제정하고 이를 집행함으로써 그 지역사회의 질서를 유지하고 사회해체를 막는 기능을 수행하게 된다.

4) 사회통합

사회구성원 간 또는 인간사회 내의 여러 집단, 단체, 기관들이 서로 결속력을 갖도록 하는 기능으로, 규범을 준수하여 바람직한 행동을 하도록 하는 것이다. 또한 사회참여의 의미로 지역사회가 제공하는 제반 활동에 그 주민들이 자발적으로 참여하는 것을 말한다.

5) 상부상조

지역사회 내의 경조사나 도움이 필요한 상황에서 상호지지 및 조력하는 기능이다. 전통사회에서 상부상조의 기능은 가족, 친척, 이웃, 친목단체나 자선단체 등과 같은 일차적인 집단에 의해 이루어졌으나 현대사회에서는 이러한 기능이 정부, 민간사회단체, 종교단체 등에서 이루어지고 있다.

2절

지역사회간호의 이해

1 공중보건

1) 공중보건의 정의

공중보건은 복잡한 개념이며, 아직까지 명확하게 정의되지 않았다. 사회적 환경에 따라 보건사업이 개발·변모되어 시대에 따라 공중보건의 학문체계가 확장되거나 진전되는 양상을 보인다. 즉, 초기의 공중보건의 내용은 위생대책에 국한되어 비위생과 전염성 여부가 보건사업의 과제였지만 19세기 후반에는 세균학과 면역학이 혁신적으로 발달하여 감염병예방기술이 개발됨으로써 각 개인의 질병예방문제가 중요 사업이 되었다. 그러므로 공중보건은 위생과학과 의료서비스가 통합된 복합학문으로 개인이나 대중의 질병을 예방하는 데 목표와 수단이 되는 것이다.

공중보건은 인구집단을 대상으로 한 예방의학적 활동, 즉 질병예방과 건강증진활동을 말한다. 따라서 이것은 개인을 대상으로 한 의료활동, 즉 질병진단이나 치료활동과는 크게 대비되는 개념의 예방적 활동이라고 할 수 있다. 공중보건을 좀 더 이해하기 위해서는 1920년 윈슬로(C.E.A. Winslow)가 Modern Medicine에서 정의한 것과 1985년 라스트(John M. Last)가 Dictionary of Epidemiology에 기록한 정의를 살펴볼 필요가 있다.

윈슬로(Winslow)는 ‘공중보건은 조직적인 지역사회 노력을 통해서 질병을 예방하고 생명을 연장하며 육체적, 정신적 활동의 효율성을 높이는 예술인 동시에 과학이다’라고 정의하고 있으며, 라스트(Last, 1985)는 ‘공중보건은 국민건강을 보호하고, 증진하며, 회복하기 위한 지역사회 조직된 노력들 가운데 하나’라고 정의하고 있다. 공중보건 활동의 목표라고 할 수 있는 질병예방이나 건강증진 활동에 관해서 두 정의가 조금씩 그 표현을 달리하고는 있지만 내용적으로 보면 모두 환경위생과 개인위생, 그리고 질병예방을 위한 보건교육이나 질병의 조기발견 활동 등을 강조하고 있음을 알 수 있다. 이들 정의에서 보듯이, 공중보건을 다음과 같은 측면에서 설명할 수 있다.

- 공중보건의 목적은 질병예방, 수명연장, 신체적·정신적 효율의 증진에 있다.
- 공중보건의 대상은 개인이 아닌 지역주민이며 사업수행의 최소단위는 지역사회이다.
- 목표달성을 위한 접근방법은 조직적인 지역사회의 노력을 강조하고 있다.
- 공중보건은 단순한 위생관리가 아니라 포괄적 사업을 강조하고 있다.

공중보건은 사람들의 건강을 유지, 증진시키기 위한 지역사회의 노력이며 이를 통해 육체적, 정신적으로는 물론 사회적으로도 안녕한 상태를 유지하기 위한 활동으로써, 조직된 지역사회의 노력으로 환경위생관리, 감염병관리, 개인위생을 위한 보건교육, 질병의 조기발견과 예방의료서비스 및 간호사업의 체계화, 그리고 모든 사람이 자신의 건강을 유지하는 데 적합한 생활수준을 보장하도록 사회적 제도개발 등이 포함된다.

2) 신공중보건

질병 양상이 과거의 감염병시대에서 만성퇴행성질환(생활습관병)으로 바뀌어 가면서 공중보건(public health)시대에서 신공중보건(new public health)시대로 옮겨가고 있다.

신공중보건은 전통적 공중보건을 대체하는 개념이 아니다. 지금까지의 전통을 밑바탕으로 삼아 그 외연과 내용을 각각 확대한 것이다. 신공중보건은 사회의 조직화된 노력으로 건강에 이로운 공공정책을 개발하고, 지원적 환경을 창출하며, 건강돌봄체계(health care system)를 ‘질병중심, 개인중심’에서 ‘건강중심, 사회중심’으로 전환함으로써 개인과 사회의 건강상태를 보호·유지증진하며, 형평을 추구하여 인구집단에 실존하는 건강상태의 격차를 감소시키는 등 사회 전체의 건강을 향상시키려는 사회의 종합접근방법이라고 요약할 수 있다. 즉 신공중보건사업의 대표적인 것으로 건강증진사업과 건강도시사업이 있다. 영국의 리버풀에서는 리버풀 도시건강계획(Liverpool city health plan)을 수립하여 건강증진정책과 지역 파트너십으로 일하는 전략을 개발했는데, 영국에서는 이를 신공중보건이라 부르고 있다.

2 지역사회보건

지역사회보건은 공중보건에서 비롯된 것으로, 뱅타(Banta, 1979)는 ‘지역사회보건은 인간이 생물학적·정신적·연대적인 잠재성을 실현하도록, 그리고 비교적 질병에서 벗어나 편히 살도록 허용된 환경에 잘 적응하는 것’이라고 정의하였고, 핸론과 피케트(Hanlon & Pickett, 1984)는 ‘지역사회보건은 주어진 시·공간에서 이용 가능한 지식과 자원을 가지고 높은 수준의 신체적·정신적·사회적·영적 안녕상태에 이르는 것’이라고 정의하였다.

공중보건과 신공중보건 및 지역사회보건의 정의를 비교해 보면, 감염성질환으로 인한 사망률이 감소되고 만성퇴행성질환(생활습관병)이 증가하는 질병양상의 변화로 인하여 나타나는 현상으로써 각기 강조하는 점의 변화를 볼 수 있다. 즉, 공중보건은 질병예방과 생명연장에 초점을 두었고 신공중보건은 건강증진에 초점을 두었으며, 지역사회보건은 최고도의 안녕상태 도달에 초점을 두었음을 알 수 있다.

사회학자인 밀스(C. Wright Mills, 1959)는 ‘지역사회구성원들의 건강은 개인적 문제이며, 지역사회 자체의 건강은

사회적인 이슈이다’라고 하였으며(Portnoy & Dumas, 1994), 이는 지역사회 건강상태는 그 지역사회를 구성하고 있는 개인, 가족, 집단의 건강상태로 평가된다는 것을 말하고 있다. 지역사회구성원들의 각 개인의 건강상태는 개인적인 문제로 다루어지지만 이러한 건강문제가 지역사회에 영향을 미치는 경우에는 모든 사람에게 관심을 받는 사회적 이슈가 된다는 것이다.

지역사회보건은 지역사회가 가지고 있는 모든 건강문제 및 건강관련 요인들을 파악해서 관리하는 국민의 건강보장을 위한 총괄적 건강관리의 전 영역을 말하는 것으로, 지역사회보건의 목표는 신체적·정신적·사회적·영적 안녕상태에 이르는 것이다.

지역사회보건의 기본요소에는 인적 요소, 물적 요소, 구조적 요소가 있으며 구체적인 요소는 다음과 같다.

- **인적 요소** : 지역주민, 보건전문인
- **물적 요소** : 보건의료시설과 장비, 이를 뒷받침할 자원
- **구조적 요소** : 인력, 시설과 장비, 재정요소들이 원활히 쓰일 수 있는 지역사회 조직의 구조적 틀

3 보건간호와 지역사회간호

1) 보건간호의 정의

보건간호는 간호이론과 공중보건의 이론을 종합적으로 응용한 개념으로 인구 집단의 건강을 증진하고 보호한다. 보건간호는 지역사회를 하나의 통합체로 보고, 개인·가족·집단의 건강상태는 상호 영향을 미친다는 견해에서 간호의 목적은 질병을 예방하고 장애를 교정하며, 총체적 관점에서 지역사회의 건강을 증진시키는 데 있다고 볼 수 있다.

2) 지역사회간호의 정의

지역사회간호 또는 지역사회보건간호의 개념은 공중보건사업에서 출발하였으며, 오랜 기간 동안 보건간호로 사용하여 왔다. 보건간호의 개념이 확장되고 발전하여 1980년대 초 이후 지역사회보건간호로 명칭을 바꾸어 사용하기 시작하였으며, 그 이후 지역사회간호로 변경하여 사용하고 있다.

지역사회간호의 정의는 지역과 시대에 따라 내용과 범위가 변화되고 발전하였다. 프레시맨(Freshman, 1979)은 ‘지역사회간호란 지역사회간호사가 독자적으로 또는 다른 보건요원과 더불어 교육 및 간호를 제공하여, 간호대상자인 지역사회 주민의 건강수준이 적정기능으로 유지되거나 향상될 수 있도록 기여하는 것을 목적으로 하는 과학적인 실천이다’라고 하였고, 레이페이와 페이지(Laffey & Page, 1989)는 ‘지역사회간호는 공중보건의 제 개념과 기술을 활용하여 포괄적이고 지속적인 간호활동으로 지역사회 주민이 삶의 질적 향상을 궁극적인 목적으로 하는 과학이며 예술이다’라고 주장하였다.

미국간호협회(1986)도 ‘지역사회간호 업무는 간호학과 보건학과 관련된 지식과 기술을 통합하여 인구 집단의 건강을 유지, 증진한다. 또한 포괄적이며 보편적이고, 어떤 특정한 연령이나 특별한 진단을 받은 집단에 국한하지 않

으며, 일시적인 것이 아니라 지속적이다. 지역사회 간호업무는 개인, 가족, 집단을 향한 간호를 포함하고 있지만 지배적인 책임은 전적으로 인구 전체에 두고 있다'라고 하였다.

우리나라에서는 김화중(2004)의 지역사회간호의 개념틀에서 '지역사회간호는 지역사회를 대상으로 간호제공 및 보건교육을 통해 지역의 적정기능 수준의 향상에 기여하는 것을 궁극적 목표로 하는 과학적 실천이다'라고 주장하면서 [그림 1-1]과 같이 제시하였다. 즉, 지역사회간호는 지역사회간호사가 지역사회를 대상으로 지역사회 간호과정을 통하여 간호제공 및 보건교육 간호활동을 제공함으로써 지역사회주민의 적정기능수준 향상에 기여하는 것을 목적으로 하는 과학적 실천인 것이다.

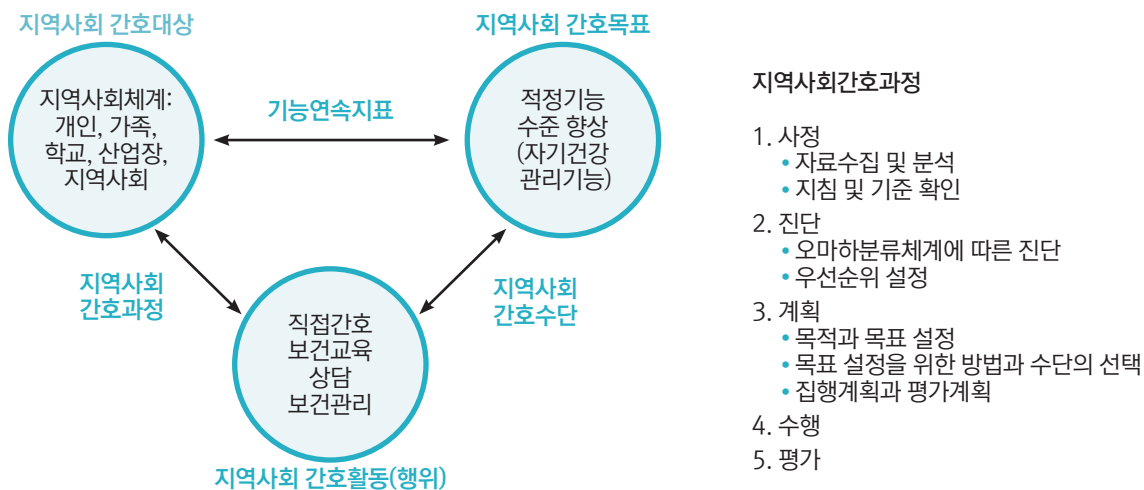


그림 1-1 김화중의 지역사회간호 개념틀

출처: 김화중 외. (2019). 지역사회간호학. 수문사.

3) 보건간호와 지역사회간호의 비교

보건간호가 지역사회간호로 명칭이 변경되면서 그 개념도 시대와 환경의 변화에 부응하여 약간의 변화가 있었다.

(1) 보건소법 제정

우리나라의 경우 부분적이고 지역적인 수준에서 지속되었던 보건사업이 1956년 보건소법이 제정되고, 1958년 보건소법 시행령이 공포되면서 보건소를 중심으로 전국적인 차원에서 보건사업이 이루어지게 되었다. 초창기 보건간호사업은 보건소와 보건지소에서 시행되었던 가족계획사업, 모자보건사업, 결핵관리사업과 같은 특수보건사업의 형식으로 진행되었다가 이들 특수보건사업을 통합하여 1985년부터 통합보건사업의 형식으로 변경하여 실시하게 되었다.

(2) 일차보건개념의 도입

1970년대 중반에 일차보건의료의 개념이 도입되면서 1978년 알마아타 선언과 더불어 1980년대에 '농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법'이 제정되었고 1981년에 농어촌 및 벽·오지에 보건진료전담공무원이 배치되면서

일차보건의료사업이 시작되었으며, 보건간호가 지역사회보건간호로 바뀌어 사용되기 시작하였고, 그 이후 지역사회간호로 명칭이 변경되었다.

(3) 지역보건법으로 개정

1995년 보건소법이 지역보건법으로 개정되면서 법적·정책적 지원을 확보하게 되어 공공보건사업의 양적·질적 변화와 발전을 이루게 되었다. 우리나라에서의 지역사회간호는 지역보건법에 의해 기초자치단체가 설립한 보건소에서 관할하는 개인, 가족, 지역사회를 대상으로 수행하게 되었다.

이상에서 살펴본 바와 같이 시대의 변화에 맞추어 보건간호에서 지역사회간호로의 개념이 발전하게 되었다. 보건간호가 선택된 인구집단이나 문제집단을 대상으로 중앙집권적 하향식 사업을 수행하는 반면에 지역사회간호는 지역사회 주민 전체를 대상으로 지방자치적 상향식 사업을 수행한다. 보건간호와 지역사회간호의 차이는 [표 1-1]과 같다.

표 1-1 보건간호, 지역사회간호, 임상간호의 비교

사업특성	보건간호 (1945~1980)	지역사회간호 (1980~현재)	임상간호
사업체계	보건사업	건강관리사업	의료사업
사업목적	질병예방 및 건강보호	지역주민의 적정기능수준 향상 (질병예방과 재활, 건강증진 등)	환자의 질 변화로서 회복 및 안위에 관한 일
사업주체	정부 및 기관	정부, 기관 및 지역사회주민	민간, 비영리기관
사업대상	선택된 인구집단이나 문제집단 (영세민, 특정질환자)	지역사회 주민 전체	개인 (스스로 선택, 환자)
사업수행방법	중앙집권식(지침 및 하향식)	지방자치적(능동적, 상향식)	하향식
사업재원	정부예산	정부예산과 지역사회자원	건강보험, 환자부담
사업진행	정부 지시에 따라	지역사회 주민의 건강요구에 따라	의사의 처방에 따라
간호활동	직접간호 < 간접간호	직접간호 < 간접간호	직접간호 > 간접간호

출처: 전미순 외. (2020). 지역사회간호학. 고문사.

4) 지역사회간호의 구성요소

김희중(2004)의 지역사회간호의 개념틀[그림 1-1]에서 살펴본 바와 같이, 지역사회간호는 지역사회간호사가 지역사회를 대상으로 지역사회 간호과정을 통하여 간호제공 및 보건교육 간호활동을 제공함으로써 지역사회주민의 적정기능수준 향상에 기여하는 것을 목적으로 하는 과학적 실천인 것이다.

(1) 지역사회간호 대상

지역사회간호의 대상은 개인, 가족, 집단/조직, 지역사회이다.

- **개인** : 건강서비스를 자율적이고 능동적으로 선택할 수 있는 건강소비자이다. 지역사회간호 대상이 될 때의 개인은 개인 자체보다 가족이나 집단과 관련된 개인으로서의 의미가 중요하다(이영란 외, 2018).
- **가족** : 지역사회의 하부체계로서 지역사회간호 제공의 가장 기본적인 단위이다.
- **집단/조직** : 학교, 산업장, 사회복지시설 등 특정한 목적에 의해 설립된 집단이나 모자보건, 결핵관리 등 특정한 요구를 가진 집단 등이 지역사회간호대상이 된다.
- **지역사회** : 지역사회간호의 대상은 전체로서의 지역사회를 말한다.

(2) 지역사회간호 목표

지역사회간호의 목표는 적정기능수준(optimum level of function)을 향상시킴으로써 대상자들이 자가간호능력(self care ability)을 향상시키는 것이다. 즉 간호대상자들이 그들의 건강문제를 스스로 해결할 수 있는 능력을 갖는 것이다.

적정기능이란 고려될 수 있는 모든 요인에 대하여 최대한으로 이룩할 수 있는 기능을 말하며, 적정기능수준에 영향을 미치는 요소는 다음과 같다.

- **정치적 요인** : 사회적 풍토, 정치철학
- **문화적 요인** : 전통과 편견, 사회적 관습, 지역사회 분위기
- **습관적 요인** : 개인행동요인(운동, 음주, 흡연 등)
- **유전적 요인** : 수정은 어려우나 영향을 최소한으로 하도록 노력
- **환경위생적 요인** : 환경오염 등
- **사회·경제적 요인** : 빈곤, 빈부격차 등
- **보건의료전달체계** : 전달체계의 효율성 및 효과성

(3) 지역사회간호 활동

지역사회간호 활동에는 직접간호제공, 보건교육 및 상담, 보건관리가 포함된다. 직접간호제공은 지역사회간호사가 예방접종, 투약, 상처치료, 영양공급, 체위변경 등 다양한 간호방법을 적용하여 서비스를 제공하는 것이며, 보건교육 및 상담은 대상자들에게 필요한 지식을 전달하여 태도와 행동이 변화되도록 하는 활동으로 가장 포괄적이고 지속적인 간호를 가능하게 한다.

지역사회간호 활동을 형태별 간호활동, 즉 직접간호, 반직접간호, 간접간호로 분류할 수 있다.

- **직접간호** : 예방접종, 투약 등 신체적 간호와 보건교육, 상담 등으로 직접 전달되는 활동
- **반직접간호** : 직접간호를 위한 준비(예방접종 물품준비, 가정방문 준비 등), 보건관련위원회 조직 등
- **간접간호** : 관리, 연구, 의뢰, 정책 형성과정의 참여 등

(4) 지역사회간호 대상과 목표와의 관계

지역사회간호 대상과 지역사회간호 목표와의 관계는 기능연속지표로 연결된다. 즉, 지역사회간호 대상자가 지역사회간호 목표를 어느 정도 성취했는지는 기능연속지표를 측정하여 확인할 수 있다.

(5) 지역사회간호 대상, 목표, 활동과의 관계

지역사회간호사는 지역사회간호의 목표를 달성하기 위하여 지역사회를 대상으로 지역사회간호 과정을 적용하여 지역사회간호 활동을 제공한다. 지역사회간호 활동을 제공하는 경우에는 클리닉활동, 방문활동, 사례관리, 홍보, 자원 활용 및 의뢰, 보건교육 등의 지역사회간호 수단을 사용한다.

5) 지역사회간호의 속성

지역사회간호는 간호 실무에 독특한 영역을 이루는 속성이 있다. 이 속성은 건강지향성, 지역사회전체 건강중시, 자율성, 지속성, 협력성, 상호작용, 공중의 책임성, 친밀성, 변화성으로 [표 1-2]와 같다.

표 1-2 지역사회간호의 속성

건강지향성	질병치료보다는 건강유지와 질병예방 강조
지역사회전체 건강 중시	개인, 가족보다 지역사회 전체 건강 강조
자율성	간호사는 대상자와 함께 건강관리 결정
지속성	포괄적이며 지속적인 건강관리 제공
협력성	타 조직보다 간호사와 대상자와의 관계는 동등하며 협력 기회 많음
상호작용	건강과 관련된 다양한 요인들과의 상호작용 인지
공중의 책임성	인구집단의 건강은 사회의 책임으로 인지
친밀성	타 영역에 비해 대상자의 삶과 실체에 대해 많이 알고 있음
변화성	건강관리 영역과 인종의 차이에 따라 각기 다른 수준의 대상자가 분포되어 있음

출처 : 김희걸 외. (2022). 지역사회간호학. 현문사.

4 지역사회간호사

지역사회간호사는 지역사회주민들의 걱정기능수준을 향상시키기 위하여 지역사회를 대상으로 간호제공 및 보건교육, 간호활동을 제공하는 간호사이다. 지역사회간호사들의 간호업무 분야와 지역사회간호 분야의 전문간호사, 지역사회간호사의 역할에 대하여 살펴보도록 하겠다.

1) 지역사회간호사의 업무 분야

지역사회간호사들의 업무분야는 보건소, 보건지소 및 보건진료소의 보건기관, 산업장, 학교, 노인장기요양기관 등이다. 업무현장에 따라 지역사회간호사들의 명칭이 보건간호사, 보건관리자, 보건교사, 방문간호사 등으로 불린다[표 1-3].

표 1-3 지역사회간호사의 업무 분야

명칭	업무현장	자격 및 채용조건	배치 근거법
보건간호사	보건소, 보건지소	간호사 + 공무원 임용시험	지역보건법
보건진료 전담공무원	보건진료소	보건진료 직렬의 공무원임용시험 + 24주간 직무교육	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법
보건관리자	산업장	간호사 + 기관별 공채 또는 특채	산업안전보건법
보건교사	학교	교직과목이수자 + 임용교사	학교보건법
간호사	요양시설(요양원)	간호사	노인장기요양보험법
장기요양 방문간호사	수급자의 가정	2년 이상의 간호업무경력자	

출처 : 이영란 외, (2018). 지역사회간호학. 신광출판사.

(1) 보건기관

지역사회주민의 건강관리를 위하여 시·도청의 지방자치단체, 보건소, 보건지소 등 보건기관에 근무하는 간호직 또는 보건직 간호사를 보건간호사라고 부른다. 이들은 지역보건법에 의해 공무원임용시험에 의하여 배치된다.

보건진료소에서 농어촌 및 벽·오지 지역주민의 건강관리를 위하여 일차보건의료서비스를 제공하는 간호사를 보건진료 전담공무원(종전 : 보건진료원)이라고 한다. 이는 간호사 또는 조산사 면허 소지자로서 보건진료 공무원 임용시험에 합격한 후 24주간 직무교육을 이수한 후 보건소장의 추천을 받아 시장, 군수, 구청장이 임명한다. 이들은 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 근거하여 배치한다.

(2) 산업장

산업장 건강관리실에서 근로자들의 건강관리를 위해 활동하는 간호사를 보건관리자라고 말한다. 근로자의 건강관리, 보건교육, 환경 및 위생관리 등을 담당하며 산업안전보건법에 근거하여 배치된다.

(3) 학교

학생 및 교직원들의 건강관리를 위해 초·중·고등학교 보건실에서 근무하는 간호사를 보건교사라고 한다. 대학·산업대학의 간호학과 졸업자 혹은 전문대학의 간호과 졸업자로서 소정의 교직학점을 취득한 간호사는 보건교사 2급 자격을 취득할 수 있고, 교원임용시험에 합격하면 국공립학교에서 보건교사로 일할 수 있다. 보건교사 2급 자격을 가진 자로서 3년 이상의 보건교사 경력을 가지고 자격연수를 받은 자는 보건교사 1급 자격을 취득할 수 있다.

(4) 노인장기요양기관

노인장기요양기관에 소속되어 노인장기요양보험 수급대상자의 가정을 방문하여 전문간호서비스를 제공하는 간호사를 장기요양 방문간호사라고 말한다. 노인장기요양보험 수급대상자는 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의

치매·뇌혈관성 질환 등 노인성질환을 가진 자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자이다. 장기요양 방문간호사는 간호사로서 2년 이상의 간호업무경력이 있어야 하며 노인장기요양보험법에 의거하여 배치한다.

(5) 기타

지역사회간호는 병원 이외의 지역사회에서 간호를 제공하는 것으로, 교정시설에서 근무하는 교정간호를 비롯하여 소방간호, 보험심사간호, 법의간호, 항공간호 등이 있다.

2) 지역사회간호 분야의 전문간호사

전문간호사는 보건복지부장관이 인증하는 전문간호사 자격을 취득하고 해당 분야에 대한 높은 수준의 지식과 기술을 습득하여 의료기관이나 지역사회 내에서 간호대상자(개인, 가족, 지역사회)에게 상급수준의 전문간호를 자율적으로 제공하는 간호사이다. 현재 의료법에서 인정하고 있는 전문간호사 분야는 보건, 마취, 가정, 정신, 감염관리, 산업, 응급, 노인, 중환자, 호스피스, 종양, 임상, 아동으로 총 13개이며 지역사회간호 분야의 전문간호사는 보건전문간호사, 가정전문간호사, 산업전문간호사, 노인전문간호사 등이 있다.

전문간호사 교육과정은 보건복지부장관이 지정하는 전문간호사 교육기관(대학원 수준)에서 2년 이상 실시하며, 10년 이내에 해당 분야에서 3년 이상 간호사로 근무한 경험이 있어야 교육과정을 신청할 수 있다. 지역사회간호 분야별 실무경력이 인정되는 기관은 [표 1-4]와 같다.

표 1-4 지역사회간호 분야의 전문간호사 교육기관 입학에 위한 실무경력 요건

자격구분	과정입학을 위한 실무경력기관
보건전문간호사	<ul style="list-style-type: none"> 지역보건법에 의한 지역보건의료기관 및 농어촌 등 보건의를 위한 특별조치법에 의한 보건진료소 시·도 및 보건복지부 보건위생업무
산업전문간호사	<ul style="list-style-type: none"> 사업장, 건강관리실 또는 부속의료기관 산업재해보상보험법에 따른 산재의료관리원 고용노동부가 지정한 특수건강진단기관 또는 보건관리대행기관(산업보건업무) 고용노동부, 한국산업안전공단, 대한산업보건협회, 한국노동연구원, 노동건강연구소, 한국산업간호협회, 근로복지공단(산업보건업무종사)
노인전문간호사	<ul style="list-style-type: none"> 의료법에 의한 의료기관 노인복지법에 의한 노인복지시설 지역보건법에 의한 지역보건의료기관 및 농어촌 등 보건의를 위한 특별조치법에 의한 보건진료소
가정전문간호사	<ul style="list-style-type: none"> 의료법에 의한 의료기관 지역보건법에 의한 지역보건의료기관 및 농어촌 등 보건의를 위한 특별조치법에 의한 보건진료소

출처 : 이영란 외. (2018). 지역사회간호학. 신광출판사.

(1) 보건전문간호사

보건전문간호사는 지역사회 주민과 기관을 대상으로 질병예방, 보건교육, 건강증진을 위한 사업을 계획하고 실시하며 평가한다. 또한 안전관리, 사고관리, 감염관리, 환경관리 등 대상자에게 영향을 미치는 환경적 건강 문제를 확인하고 해결 방안을 모색하며, 개인, 가족, 지역사회 대상자의 질병예방, 보건교육 사업 및 증진 사업 계획 등을 수립한다.

(2) 가정전문간호사

가정전문간호사는 1990년 의료법 시행규칙에 의해 만들어졌으며 환자가 있는 가정에 방문하여 조사 및 심사를 통해 가정간호 계획을 수립하고 간호서비스를 제공한다. 병원, 보건소, 장기요양기관, 건강보험공단 등 지역사회와 재가서비스 분야에서 중추적인 역할을 하고 있다. 특히, 의료기관 가정간호사업은 병원 퇴원환자를 포함해 거동이 불편한 만성질환자 및 노인, 장애인의 가정을 방문하여 전문적인 의료서비스를 제공한다.

(3) 산업전문간호사

산업전문간호사는 사업장 건강관리실에서 근무하며, 근로자의 건강관리와 보건교육, 작업환경 및 위생 관리, 사업장 안전보건체계 수립 등을 담당한다. 또한 근로자와 가장 가까운 곳에서 근로자의 건강을 돌보며 근로자 건강증진에 핵심적인 역할을 수행한다.

(4) 노인전문간호사

노인전문병원, 의료복지기관, 요양원 등에서 노인의 건강관리와 병세호전을 위해 간호계획을 수립하고 각종 프로그램을 진행하며 노인을 간호한다. 노인의 건강관리 및 병세호전을 위한 각종 재활치료 및 치료프로그램을 진행하거나 노인들의 유연한 진행을 돕는다. 노인의 응급처치 및 건강관리, 질병예방 등을 담당한다.

3) 지역사회간호사의 역할

지역사회간호사는 개인, 가족, 집단을 포함한 지역사회를 대상으로 질환관리 및 간호, 질병 및 사고 예방, 건강증진, 재활 등의 모든 간호수준과 단계에서 광범위한 역할을 수행한다. 또한 지역사회간호사는 보건팀의 일원으로 보건사업을 전개하는 경우가 많으며 지역사회간호사의 역할은 일차의료제공자, 직접간호제공자, 교육자, 상담자, 대변자/옹호자, 관리자, 의뢰자/알선자, 연구자, 변화촉진자, 협력자, 정보수집자/보존자, 조정자 등이 있다[그림 1-2].

(1) 일차의료제공자

- 대상자 상태를 사정하고 문제 확인
- 문제에 대한 치료를 계획하고 수행
- 필요시 다른 지지 서비스 소개
- 교육과 감독
- 필요시 간호계획 수정

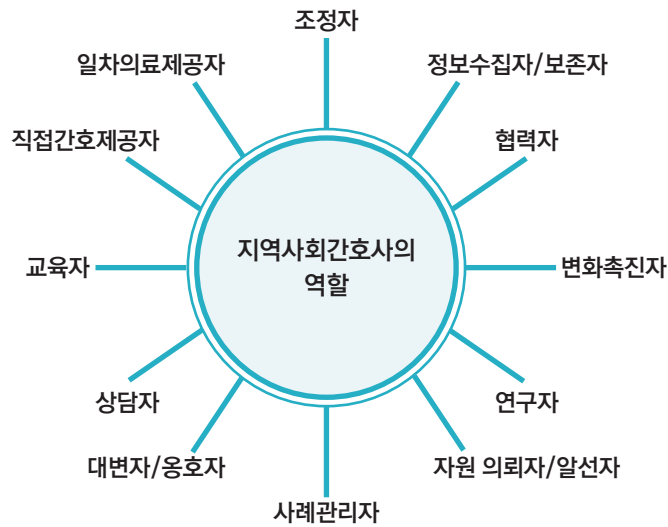


그림 1-2 지역사회간호사의 역할

- 대상자 자가간호 교육
- 건강관리서비스와 연계
- 대상자와 건강관리 체계간의 연락관으로서 봉사

(2) 직접간호제공자

- 대상자 건강상태 사정
- 간호진단 설정
- 간호수행계획 수립
- 간호수행
- 간호중재의 결과 평가

(3) 교육자

- 대상자의 교육요구 사정
- 보건교육 계획 및 수행
- 보건교육 결과 평가

(4) 상담자

- 해결할 문제를 확인 및 이해
- 선택된 해결방법을 확인하고 대상자를 도움
- 해결할 범위를 정하는 데 대상자를 도움
- 선정된 해결방법을 평가하는 데 대상자를 도움

- 대상자가 문제 해결과정을 알도록 함

(5) 대변자/옹호자

- 대변자(옹호)에 대한 요구를 결정
- 적합한 방법으로 진상 규명
- 결정자에게 대상자의 사례를 제시
- 대상자가 홀로서기 할 수 있도록 준비

(6) 사례관리자

- 사례관리의 요구를 확인
- 요구에 합당한 간호계획 및 다른 사람이 수행한 간호 감독
- 간호결과 평가

(7) 자원 의뢰자/알선자

- 지역사회 자원에 대한 정보수집
- 의뢰의 요구와 적합성을 결정
- 의뢰수행
- 의뢰에 대한 추후관리

(8) 연구자

- 연구문제 확인
- 간호연구를 계획 및 수행
- 자료수집
- 연구결과를 보급
- 연구결과를 실무에 적용

(9) 변화촉진자

- 변화상황에 작용하는 방해요인과 촉진요인을 확인
- 변화를 위한 동기부여에 노력
- 변화의 수행을 도움
- 자기 것으로 굳히도록 집단을 도움
- 의사결정에 영향력을 행사하여 보건의료를 위한 변화를 효과적으로 가져오도록 도움

(10) 협력자

- 다른 건강요원들과 의사소통

- 공동 의사결정에 참여
- 대상자의 문제 해결을 위한 공동 활동에 참여

(1) 정보수집자 및 보존자

- 간호사업 수행을 위한 필요한 정보와 보존해야 할 정보를 인지하고 이를 수집, 보존

(2) 조정자

- 대상자의 상태와 요구에 대해 다른 요원과 의사소통
- 필요시 사례 집담회 준비

3절

지역사회간호의 역사

1 외국

외국의 지역사회간호학의 역사는 방문간호시대, 보건간호시대, 지역사회간호시대로 나누어 볼 수 있다[표 1-5].

1) 방문간호시대(1900년 이전)

근세 이전의 지역사회간호활동은 일반인들이 환자의 가정을 방문하여 돌보기 시작한 방문간호사업으로 비롯되었다. 최초의 지역사회간호사는 AD 60년경의 여집사 궤뵤(Phoebe)를 꼽을 수 있다. 로마서 기록에 의하면 궤뵤는 자신이 맡고 있는 담당 교구 내 신자의 가정을 방문하여 간호서비스를 제공하였다. 1617년 폴(St.Vincent de Paul, 1576~1669)은 파리에 자녀수녀단을 조직하여 현대 방문간호의 원칙을 체계적으로 도입하였으며 가난한 환자를 가정방문하여 돌보았다. 이들의 방문간호사업은 종교적 형태의 사업이었다.

1859년 영국의 라스본(William Rathbon, 1819~1902)은 방문간호단을 조직하여 최초로 비종교적 형태의 방문간호사업을 실시하였다. 이 조직은 박애주의자들에 의해 후원을 받았고 훈련된 간호사를 채용하여 영국을 18개 구역으로 나누어 구역간호를 제공하였다. 간호사들은 담당구역 주민들의 건강요구에 대한 책임을 갖고 환자들에게 돌봄을 제공할 뿐만 아니라 사회개혁자로서 주민들의 옹호자 역할도 담당하였다. 이와 같이 라스본이 시작한 구역간호사업은 오늘날 보건소사업의 효시가 되었다.

미국에서 릴리안 월드(Lillian Wald, 1867~1940)는 구역간호와 방문간호의 개념을 보건간호로 통합하였다. 1893년 월드는 부르스터(Mary Brewster)와 함께 뉴욕 헨리가에 빈민구호소를 설립하였다. 이는 현재 뉴욕방문간호사회의 모체로서 간호대상자들이 거주하는 곳에 설치하여 가난하고 병든 자들의 가정을 방문하여 간호를 제공함으로써 간호의 접근성을 높였다. 간호에 대한 비용은 자선비용으로 충당하거나 지불능력이 있는 가족에게는 비용을 받기도 하여 체계적이며 비종교적인 방문간호사업이 전개되었다.

2) 보건간호시대(1900~1960년)

1900년 이후 구역간호사업은 가난하고 병든 사람뿐만 아니라 일반인들도 포함하는 사업의 형태로 변화되었으며 1953년까지 지속되었으나 자본주의 경제체제하의 경제개념의 부족으로 중단되는 아쉬움을 남겼다. 이 시기의 간호사업은 빈곤층 감염성 질환 예방과 관리, 환경위생 위주로 변환되었으나 세계대전을 겪으면서 개인의 건강보호와 건강증진을 위한 사회적 관심이 대두되었다.

미국(1902)에서 뉴욕시 교육위원회에서 학교간호사를 채용하고 배치하여 처음으로 학교간호사업이 시작되었다. 1910년 미국은 연방정부법에 의해 각 주 단위로 지역 주민들의 건강에 대한 제반 사업에 대해 책임을 지도록 하면서 구역간호사의 역할이 확대되었으며 명칭도 보건간호사로 바뀌었다. 이 시기에는 보건교육이나 질병예방사업, 건강증진을 위한 여러 가지 활동이 개발되었으며, 또한 특정 건강 개념이 확대되고 결핵관리, 학교보건, 산업보건, 정신보건 등과 같은 영역의 지식과 기술이 향상되었다.

1920년 모든 주와 대부분의 대도시에 보건소가 설치되었고 간호사가 주요 인력으로 활동하게 되었다. 1955년에는 보건소가 급증하여 미국 전역의 군 단위 중 72%가 전일제 보건사업을 실시하였으며 대다수의 사람들에게 일상적인 건강문제를 해결하기 위하여 가족 단위로 한 일반화된 간호사업을 제공하는 활동도 이루어졌다.

3) 지역사회간호시대(1960년 이후)

1964년에 지역사회건강센터에 재정지원이 합법화되어 모자보건, 정신보건, 정신박약 등의 보건사업과 보건사업을 위한 인력 훈련에 재정지원이 증가하였다. 1965년에 미국 노인을 위한 메디케어(Medicare), 저소득층을 위한 메디케이드(Medicaid)가 제정되어 가정간호사업으로 전환되었다. 1965년 미국 콜로라도 대학에서 전문간호사제도가 시작되어, 일차보건의료에 간호사의 적극적인 참여가 가능하게 되었다. 1970년대에 연방정부는 개인 중심의 보건의료에서 포괄적인 지역사회 중심의 보건의료제도로 전환하였다.

1978년 소련의 알마아타에서 개최된 일차보건관리 국제회의에서 'Health for All by the Year 2000'이 선언되었다. 이는 인류의 모든 삶들이 일차보건관리에 접근할 수 있도록 결의하였으며 WHO 건강증진의 보건전략으로 발전하였고, 간호전문직이 보건의료영역에서 비용 효과적인 인력으로 받아들여지게 되었다.

1980년대에는 건강증진과 질병예방에 대한 우선순위가 높아졌다. 또한 이 시기에는 보건의료의 비용효과 측면이 강조되었으며 건강유지조직(Health Maintenance Organization, HMO)의 이용과 통원치료가 권장되고 가정간호와 전문간호사의 이용이 증가하였다.

1996년에 미국 공중보건협회의 보건간호 분야에서 보건간호사의 정의와 역할이 재정의되었고, 2000년에는 미국 건강증진의 목표로 'Healthy People 2010'을 선언하고 신체활동을 포함한 10개의 건강 지표를 설정하였다. 2001년 9월 11일 뉴욕 테러사건 이후 국제적 건강위협으로부터 테러예방 및 관리자로서의 역할이 지역사회 주요 간호업무로 대두되었다.

표 1-5 외국 지역사회간호의 변천

구분	시기	주요 내용
방문간호시대	AD 60년	• 피뵈(Phoebe)
	르네상스 시대	• 성프란시스 드 세일즈 : 우정의 방문자회 • 성빈센트 드 폴 : 자녀수녀단 창설
	1850~1900년	• 나이팅게일 : 간호사 교육 • 윌리엄라스본 : 비종교적 바탕의 최초 방문간호단 • 릴리안 왈드 : 빈민구호서 설치 지불 능력 있는 사람에게 비용 받음(간호비용지불제도 시작), 환경 위생 : 사망률 감소
보건간호시대	1900~1960년	• 1902 : 학교간호사업 시작 • 1912 : 공중보건간호사회 발족 • 1920 : 보건소 설치 • 1948 : WHO 설치
지역사회간호	1960년 이후	• 1965 : 미국 - 메디케어(노인, 장애인), 메디케이드(저소득층) • 1974 : 라론드보고서 - 건강생활 실천 유도 • 1978 : 알마아타 선언 '일차보건의료' • 1996 : 미국공중보건협회 - 보건간호사의 정의와 역할 재정의 • 2000 : 미국 건강증진 목표 - Health People 2010 선언

자료 : 전미순 외. (2020). 지역사회간호학. 고문사.

2 우리나라

우리나라의 지역사회간호학의 역사도 방문간호시대, 보건간호시대, 지역사회간호시대로 변화하였다[표 1-6].

1) 방문간호시대(1945년 이전)

방문간호시대는 1901년대에 외국인 선교사에 의해 미국식 보건사업이 도입되면서 시작되어 1920년대에 활성화되었다. 우리나라의 방문간호사업은 1923년 동대문 부인병원 원장인 로선복(Rosenberger)이 태화여자관에 보건사업부를 설치하여 모자보건사업, 환경위생과 질병예방사업을 전개하면서 시작되었다.

한신광은 동대문부인병원 간호부양성소에서 간호교육을 받은 후 산파면허를 취득하였으며 이후 로선복과 함께 가정방문을 하여 영유아양육법과 임신 중 위생법을 지도하는 등 모자보건사업을 주도하였다. 후에 조산원을 개업하고 1924년 한국인 위주의 대한조산협회를 창립하고 초대회장을 지냈다.

이금전은 세브란스병원에서 간호와 조산사교육을 받고 10년 이상 모자보건 실무를 담당하였다. 1920년대부터 1960년대에 보건간호 분야의 공적을 맡았었고 우리나라 보건간호시스템을 만들려고 노력하였다.

2) 보건간호시대(1945~1980년)

해방 직후 미군정이 설치되면서 우리나라의 보건소사업은 예방보건사업 중심으로 시작되었다. 미군정하에서 일제강점기의 경무청 위생과가 보건후생국으로 승격되고, 보건후생국이 보건후생부로 개편되면서 간호사업국이 개설되는 등 지역사회보건간호사업이 제도적으로 가장 확대된 시기였으며 서울에 최초의 보건소인 모범보건소를 설립하여 운영하였다. 이때 미국식 보건행정제도가 우리나라 공중보건사업에 도입되었지만 1960년대에 들어서면서 전국적으로 실시되었다.

1948년 대한민국 정부수립 후에는 보건후생부가 사회부 보건후생국으로 축소됨에 따라 보건행정은 미군정시대보다 축소되었다. 1956년에 보건소법이 제정되어 부분적으로 지역수준의 보건간호사업이 지속되었으며 1962년 보건소법이 전면 개정됨에 따라 보건간호사업은 전국적으로 보건소를 중심으로 결핵관리, 모자보건 및 가족계획사업 등이 주된 사업으로 실시되었다.

1967년에 학교보건법이 제정되어 교육법에 명시된 보건교사의 직무가 구체적으로 명시되었다.

3) 지역사회간호시대(1980년 이후~현재)

지역사회간호시대는 1980년에 ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법’이 제정되고 1981년에 농어촌 및 벽·오지에 보건진료전담공무원이 배치되어 일차보건의료가 도입되면서 시작되었고 이후 지역사회간호사의 역할과 실무범위가 확대되는 전환기가 되었다.

1981년 산업안전보건법의 제정으로 보건관리자인 간호사를 상시근로자 300명 이상인 사업장에 배치함으로써 산업보건사업이 본격적으로 시작되었다.

1991년 학교보건법이 개정되어 보건교사가 학교에서 일차보건의료제공자로서의 독자적 역할이 강조되고 보건교육, 보건지도, 환경위생관리업무가 강화되었으며, 2002년에 양호교사의 명칭은 보건교사로 개칭되었다.

1991년 질병양상의 변화, 평균수명의 연장, 노인인구비율의 증가, 보건의료전달체계의 변화 및 사회구조의 변화 등으로 의료기관에서 퇴원 후에도 전문적이고 지속적인 간호와 의료서비스의 연계를 확립하기 위하여 병원중심 가정간호사제도가 시행되었다.

1995년 지역보건법, 건강증진법, 정신보건법 등의 제정으로 공공보건기관의 역할이 더욱 다양해지면서 보건소 중심의 지역사회간호사업이 확대되는 계기가 되었다.

2003년에 보건, 마취, 가정, 정신, 감염관리, 산업, 응급, 노인, 중환자, 호스피스 등으로 총 10개 분야로 전문간호사 제도가 도입되었으며, 2006년에는 중양, 임상, 아동 등이 추가되어 총 13개 영역으로 확정되었다.

2007년에 노인장기요양보험법이 제정되어 2008년 7월에 전면적으로 실시되었다. 간호사는 노인의료복지시설인 너싱홈을 개설할 수 있으며, 재가노인을 대상으로 방문간호사업, 방문요양, 단기보호 등의 서비스 제공자 역할을 수행하게 되었다. 2007년 이전의 방문간호사업을 재정비하여 맞춤형 방문건강관리사업을 시작하였으며, 2013년에 지역사회 통합건강증진사업으로 운영되었다.

표 1-6 우리나라 지역사회간호의 변천

구분	시기	주요 내용
방문간호시대	대한제국	간호학교 설립하여 간호사 배출 보건간호사업 시작
	일제강점기	외국인 선교사에 의해 미국식 보건사업 도입 로선복(1923) : 태화여자관에 보건사업부 설치, 모자보건사업, 환경위생, 질병예방 사업 전개 로선복, 한신광 : 가정방문하여 모자보건사업 주도 한신광(1924) : 한국인 위주 대한조산협회 창립, 초대회장 이금전 : 모자보건 실무 담당
보건간호시대	1945 ~1980년	1946 : 미군정하 보건후생국 설립, 보건후생부개편, 간호사업국 개설 모범보건소 최초 신설(서울) 1948 : 보건후생부가 사회부 보건국으로 축소, 보건행정 위축 1956 : 보건소법 제정 부분적 · 지역적인 수준의 보건간호사업 지속 1962 : 보건소법 전면 개정, 전국적 보건소 중심 결핵관리, 모자보건 및 가족계획사업 등 보건 간호사업 실시 1967 : 학교보건법 제정, 보건교사의 직무 구체화
지역사회간호 시대	1980년 이후 ~현재	1980 : ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법’ 제정 1981 : 보건진료원 배치, 일차보건의료제도 도입 지역사회간호사의 역할과 실무범위 확대 산업안전보건법 제정, 산업보건간호사업 시작 1991 : 학교보건법 개정, 보건교사 독자적 역할 강조 1991 : 병원중심 가정간호사제도 시행 1995 : 지역보건법, 건강증진법, 정신보건법 등 제정, 보건소 중심 지역사회간호사업 확대 2002 : 양호교사가 보건교사로 개칭 2003 : 전문간호사 제도 도입(보건, 마취, 가정, 정신, 감염관리, 산업, 응급, 노인, 중환자, 호스피스 등 10개 분야) 2006 : 전문간호사 13개 영역 확장(종양, 임상, 아동 등 추가) 2007 : 노인장기요양보험법 제정 2008 : 노인장기요양보험제도 실시

출처 : 전미순외. (2020). 지역사회간호학. 고문사.

4절

지역사회간호의 이론

이론(theory)이란 어떤 현상의 본질에 대한 체계적인 견해를 나타내며 기술, 설명, 예측, 처방 혹은 통제에 유용한 내적 일관성을 가진 관계 문장들의 집합이다. 즉 이론은 관심현상의 본질에 대한 새로운 생각이나 새로운 통찰력을 표현하기 위해 구성되며 앞으로 일어날 일을 예측해주고 통제할 수 있는 근거가 된다(Meleis, 2011).

지역사회간호의 이론은 지역사회 현상을 기술하고 현상들 간의 관계를 설명하고 결과를 예측하며 간호적 돌봄을 제시하는 간호의 개념 틀이 되며, 간호의 개념 틀은 인간, 환경, 건강, 간호라는 메타 패러다임 현상으로 이루어져 개념들 간의 다양한 관계를 구체화하는 데 토대가 된다(Fawcett, 1984).

지역사회간호사는 지역사회 및 지역사회 간호현상에 대한 구체적인 설명이나 기술을 확립하기 위해 관련된 이론을 적절하게 활용할 수 있어야 하므로, 지역사회간호와 관련된 일반체계이론, 사회교환이론, 건강관리체계이론, 자가간호이론, 적응이론을 소개하고자 한다.

1 일반체계이론

일반체계이론(general system theory)은 생물학자인 폰 버틀란피(Von Bertalanffy, 1952)에 의해 개발되었으며, 물리학에서의 폐쇄체계 개념에 반발하여 더 발달한 형태로서 개방체계의 우수성을 주장한 이론이다. 여기서 말하는 체계란 상호작용하고 일정 시간 동안 지속되는 요소들로 이루어진 조직화된 전체를 일컫는다. 일반체계이론은 체계의 변화기능을 강조한 이론으로 모든 유기체는 체계이며 생물체계뿐만 아니라 집단, 가족, 사회 등과 같은 사회체계에도 적용된다. 일반체계이론은 인간을 통합된 하나의 체계로 보았고, 체계 내 한 부분의 변화는 다른 부분들 간의 상호작용에 영향을 미치므로 체계 전체를 변화시킨다는 관점으로 인간을 신체, 심리, 사회적 부분으로 분리된 존재가 아닌 통합된 전체로 보았다.

일반체계이론은 이론이 아니고 하나의 현상으로 보았으며, 인간이 상호작용하는 많은 체계를 고려할 수 있는 접근방법으로 제시된다. 이 이론은 생물학적 접근과 인간의 내면을 다루는 심리학적 접근을 통합하여 이해할 수 있도록 하는 데 기여하였다. 일반체계이론은 살아 있는 생명체를 하나의 체계로 설명하고 체계란 구성요소들 간에 환경과 상호작용하며 상호 의존성을 강조한 이론이다.

체계의 특성은 개방체계와 폐쇄체계로 나뉘며, 체계의 경계를 통해 환경과 상호작용을 하는 관련 요소의 집합체를 개방체계라 하고, 반면에 환경과 닫혀 있는 관련 요소의 집합체를 폐쇄체계라 한다. 버틀란피(1968)는 개방체계를 환경과 에너지, 영향력, 정보와 물질을 교환하는 체계로 정의하였으며, 개방체계에서는 더 복잡한 역동적 과정과 회환과정을 거치면서 체계 변화의 특성을 갖는다고 하였다(Joos et al., 1985). 인간은 개방체계의 한 예이다.

1) 일반체계이론의 구조

(1) 주요 개념

① 경계(boundary)

체계를 외부환경으로부터 구분하는 것으로 경계를 통해 에너지, 자원 등이 체계 안으로 들어오고 나가고 하는 것을 의미하며, 환경과 상호작용하는 정도에 따라 개방성과 폐쇄성이 결정된다.

② 환경(environment)

경계 외부의 세계로서 체계의 속성에 영향을 미치고 속성이 변화하는 대상의 총 집합체이다.

③ 계층적 질서(hierarchy)

체계의 배열로 계층적 질서를 가지며, 체계는 하위체계 요소들의 지속적인 교환과 활동에 의해 유지된다(버틀란피, 1968).

④ 속성(attribute)

체계의 부분이나 요소들의 특성으로 설명되는 요소들을 의미한다.

(2) 일반체계이론의 기능

체계의 기능은 체계에 의해서 행해지는 활동으로 에너지를 필요로 한다. 에너지는 물질과 정보와 함께 존재하며 투입, 변환, 산출, 회환의 과정이 포함된다. 체계는 생존과 성장을 위해 투입, 변환, 산출을 포함하여 적응하며, 통합 및 의사결정을 수행하고 환경과 끊임없는 변화에 대응하게 된다(Joos et al., 1985).

체계의 기능을 간략하게 모형으로 나타내면 [그림 1-3]의 구조와 같다.

① 투입(input)

체계 내로 에너지(정보, 물질 등)가 유입되는 과정

② 변환(throughput)

체계 내에서 에너지, 물질, 정보를 사용하는 과정

③ 산출(output)

체계 내에서 보유되지 않고 나가는 에너지, 물질, 정보를 배출하는 과정

④ 회환(feedback)

체계가 완전한 기능을 발휘하기 위해 산출의 일부가 재투입되는 과정

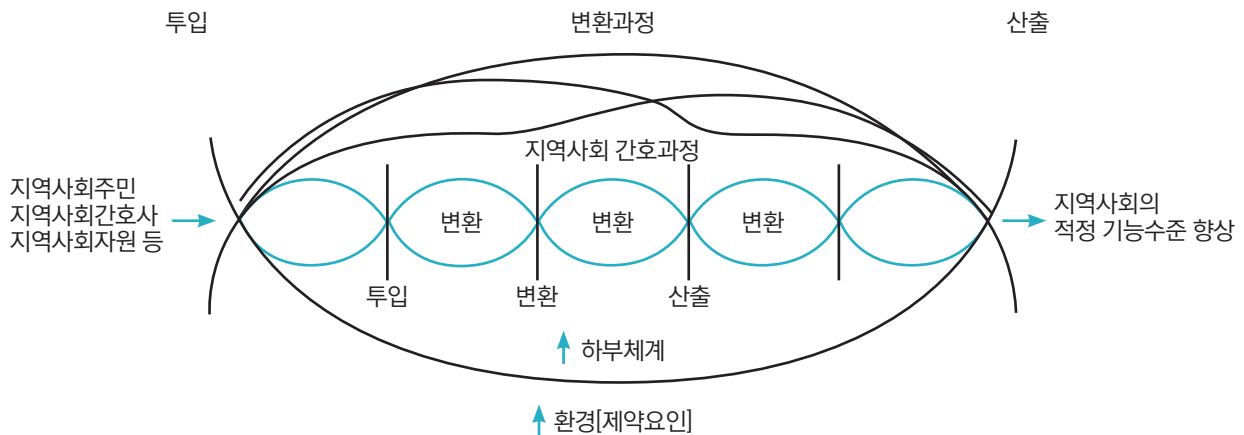


그림 1-3 일반체계모형

출처 : 김정남, 신유선 외. (2018). 지역사회간호학. 수문사.

(3) 일반체계이론의 변화

체계는 지속적으로 변화를 추구함으로써 역동적 균형상태를 유지하려고 하며 체계 내부와 외부로 구분된다. 체계 내부는 규칙과 가치를 보존하면서 안정성을 유지하려는 일련의 과정이 있다. 체계는 역동 및 진화적 속성을 지니고 있으며, 체계의 변화는 ‘항상성’, ‘엔트로피와 네겐트로피’, ‘균등종국’의 특성을 가지며 추구한다. 체계 외부는 경계선을 중심으로 개방체계와 폐쇄체계가 존재하며 환경과 물질에너지가 상호교환이 되느냐에 따라 구분된다. 일반적으로 개방체계에서는 체계가 환경과 역동적으로 연결되어 있어 에너지, 정보, 자원 등을 다른 체계들과 빈번하게 상호작용을 하지만, 반면에 폐쇄체계에서는 다른 체계들과 상호작용하지 않는 고립된 체계이므로 에너지의 투입과 산출이 거의 없다. 체계가 성장하고 발달하려면 다른 체계들로부터 투입이 어느 정도 개방적이어야 한다. 체계이론 변화의 특성은 다음과 같다.

① 항상성(homeostasis)

체계유지를 목표로 하며 체계가 균형을 위협받았을 때 회복하려 한다. 즉 계속되는 비가역적 과정이나 생성과 파괴가 일어남에도 변화하지 않고 체계 내에서 균형상태를 일정하게 유지하는 것을 의미한다.

② 엔트로피와 네겐트로피

체계의 에너지와 관련되는 개념으로 엔트로피와 네겐트로피 등이 있다.

엔트로피(entropy)는 체계가 서서히 무질서와 혼돈의 상태를 향해 나아가는 것으로 체계 내에 유용하지 않은 에너지의 정도를 의미한다. 체계 구성요소들 간의 상호작용이 감소함에 따라 유용한 에너지도 감소하고 체계 내에 질서, 형태, 분화가 없는 무질서한 상태로서 폐쇄체계의 특징과 관련된다. 완전한 폐쇄체계가 존재하지 않듯이 완전한 엔트로피 상태는 존재하지 않는다.

네겐트로피(negentropy)는 체계 내에 질서, 형태, 분화가 있는 상태로 체계 외부로부터 에너지를 유입함으로써 체계내부에 유용하지 않은 에너지가 감소되는 것을 말한다. 네겐트로피가 증가하면 체계 내의 질서와 법칙이 유지되며 정보의 필요성이 높아진다.

③ 균등종국(equifinality)

균등종국이란 시작 상태와 관계없이 과정에 방해가 있음에도 불구하고 목표에 도달되는 종국의 특성을 유지하는 것으로 개방체계의 특성을 말한다.

2) 일반체계이론과 지역사회간호

일반체계이론은 모든 과학 분야에 적용하여 인간의 행동과 사회 및 문화현상까지 설명하고자 하였다. 간호학에서 체계이론의 영향을 받은 이론은 존슨의 행위체계이론, 뉴만의 건강관리체계이론, 로이의 적응이론 등을 들 수 있고, 이 외에도 많은 이론이 체계론적 시각의 영향을 많이 받았다. 일반체계이론을 지역사회 집단에 적용하면, 지역사회도 하나의 큰 체계이다. 이러한 큰 지역사회체계는 투입, 변환, 산출이라는 회환과정을 통해 지역사회 환경과 교류하고 각 하위체계인 가족과 지역사회주민은 서로 연관되어 경계 내에서 끊임없이 구조적 관계로 질서를 유지하며 지속적으로 상호작용을 한다. 일반체계이론은 인간체계에서 발생하는 문제를 파악함으로써 다양한 관점을 제공하였기 때문에 지역사회간호사는 개인, 가족, 집단 또는 지역사회 사이의 상호적 관련성을 개념화할 수 있도록 수단을

제공하는 데 노력을 해야 한다.

2 사회교환이론

1) 사회교환이론의 구조

(1) 주요 개념과 정의

사회교환이론은 호만스(Homans)와 블라우(Blau)에 의해 형성된 이론으로, 사회적 상호작용의 중요한 형태로 교환관계에서 비롯된다는 사실을 전제로 한다. 호만스는 모든 사회적 상호작용에는 반드시 교환이 관계되어 있으며, 사람들은 이러한 교환과정에서 돌아올 보상과 지불해야 할 비용을 검토하여 최소 비용으로 최대 보상을 얻으려는 경향이 있다고 한다.

블라우(1964)는 교환이 어떤 경로를 통해 사회적 유대 또는 차별적 지위구조를 만들어내는지에 관심을 가졌고, 조직행위의 효과성을 설명하기 위해 사회적 교환(social exchange)과 경제적 교환(economic exchange)의 개념으로 구분하였다. 사회적 교환은 상대방으로부터 보상과 같은 혜택을 받았을 때 언젠가는 보답을 해야 할 것이라는 의무감을 갖는 관계를 의미한다. 즉 사회적 상호작용의 가장 기본적 성격이 호혜적(reciprocal)이라고 보는 것이 사회교환이론(social exchange theory)이다. 반면에 경제적 교환은 물건의 거래와 같은 교환 대상물의 대응방식에 기초하여, 대부분이 객관적이고 관찰이 가능하다. 특히 사회적 교환은 상호 간에 신뢰에 근거하여 자신이 받은 만큼 되돌려 주어야겠다는 마음(기대감)을 일으키도록 하는 교환관계를 형성하는 특성을 가지고 있다. 이러한 이유로 사회적 교환의 당사자들은 공정성의 지각을 상호 신뢰에 대한 평가를 통해서만 한다.

호만스(1961)는 블라우와 같은 의미로 사회적 상호작용을 ‘대가-보상’의 모형으로 설명하였고, 스키너(Skinner)의 영향을 많이 받아 상호작용의 이해에 강화(reinforcement)라는 개념을 활용하여 설명하였다. 사람들은 대인관계에서 활동(activity)과 정서(sentiments)의 두 가지 면을 가지고 있다고 보고, 이 두 가지면을 양(quantity)과 가치(value)의 차원으로 파악하였으며, 이를 기초로 하여 다섯 가지의 상호작용에 관한 기초적인 명제들을 제시하였다(Homans, 1974).

① 성공명제

어떤 사람의 특정 행동이 보상되면 그 사람은 그 행동을 반복할 가능성이 높다.

② 자극명제

특정 행위가 과거에 보상되었던 행위에 유사하면 할수록 그것이 취해질 가능성은 커진다.

③ 가치명제

특정 행위의 가치가 크면 클수록 그 행위가 취해질 가능성은 커진다.

④ 박탈·만족명제

어떤 사람이 다른 사람으로부터 최근에 특정한 도움을 많이 받으면 받을수록 그에 대한 그 도움의 가치는 저하된다.

⑤ 공격·좌절명제

사람은 자기의 행위에 대하여 기대했던 보상을 받지 못하게 되면 화를 내게 된다.

호만스의 다섯 가지 명제는 인간의 기초적 사회행동을 설명하는 데 있어서 기본이 된다. 그리고 인간은 경험에서 배우며 자신에게 이롭거나 이익을 극대화하는 방식에 따라 행동한다. 블라우와 호만스의 개념적 차이는 다소 있지만, 사회적 상호작용을 개인과 개인 간의 거래관계로 보고 있다는 점에서 동일한 관점을 취하고 있다. 사회교환이론은 보상과 대가의 개념을 통해 상호작용에서 당사자들이 느끼는 불만의 소지 등을 규명하는 데는 이바지하였지만, 상호작용 속에서 당사자들이 가지고 있는 복잡한 심리적 동기를 보상과 대가라는 경제적인 개념으로만 파악하려는 데서 오는 한계를 안고 있다(전영철, 2000).

2) 사회교환이론과 지역사회간호

사회교환이론은 인간관계에 대한 경제적 관점을 토대로 이익이나 보상에 대한 긍정적 이득을 최대화하고, 반면에 비용이나 처벌의 부정적인 손실은 최소화하는 교환의 과정이다. 지역사회는 교환이 이루어지는 장이다. 지역사회에서 교환의 불균형이 발생하거나, 교환 자원이 고갈되는 경우 지역사회 문제가 발생할 수 있다. 교환 자원은 상담, 지역사회 조직서비스, 정보, 아이디어, 정치적 영향력, 돈 등을 의미하고, 교환 발생은 거래 상태에 있는 양자가 비용에 대한 이익이나 보상이 극대화할 수 있는 교환을 선택해야 한다. 따라서 지역사회 문제가 교환관계의 단절이나 불균형으로 생길 수 있으므로 교환자원의 부족, 고갈상태에 빠지거나 가치저하 상태로 보일 때 지역사회 문제로 이어진다. 그러므로 지역사회간호사는 지역주민의 건강증진을 위해 효과적인 자원활용으로 균형 있는 교환이 이루어지도록 상호 호혜적인 관계를 위해 노력해야 한다.

3 건강관리체계이론

1960년대 뉴만(Betty Neuman)은 간호 분야의 개척자로 인정받았으며, 특히 정신보건 분야에 간호학을 연결시킨 선구자이다. 1972년에 『A Model for Teaching the Total Person Approach to Patient Problems』(Murray, 1999; Neuman & Fawcett, 2002)의 제목으로 건강관리체계이론을 출판하였다. 건강관리체계이론은 일반체계이론에 기초를 두며, 체계인 대상자(개인, 가족, 집단, 지역사회 등)와 스트레스원에 대한 대상자의 반응에 초점을 두고 있다(Neuman, 1982). 이론의 구조는 총체적 접근과 개방체계, 대상자 체계, 안녕, 질병, 스트레스원, 반응도, 예방중재, 복구 등으로 구성된다. 즉 간호의 구조는 내·외부 스트레스 요인과 환경을 정확하게 파악하여 대상자의 체계를 안정된 최상의 건강상태로 유지하는 전체 대상자 시스템을 대상으로 하고 있다.

또한, 뉴만은 건강과 안녕은 연속적이며, 안녕과 질병은 연속의 끝에서 있다고 한다. 그리고 대상자의 건강은 최적의 시스템 안정성을 유지하는 것이며, 대상자 시스템은 환경 간의 에너지 흐름이 연속적으로 이루어지면서 내·외부 환경 스트레스 요인으로 기본구조가 만족스럽거나 불안정할 수 있으므로 구성요인들을 조정해 나가야 한다(그림 1-4).

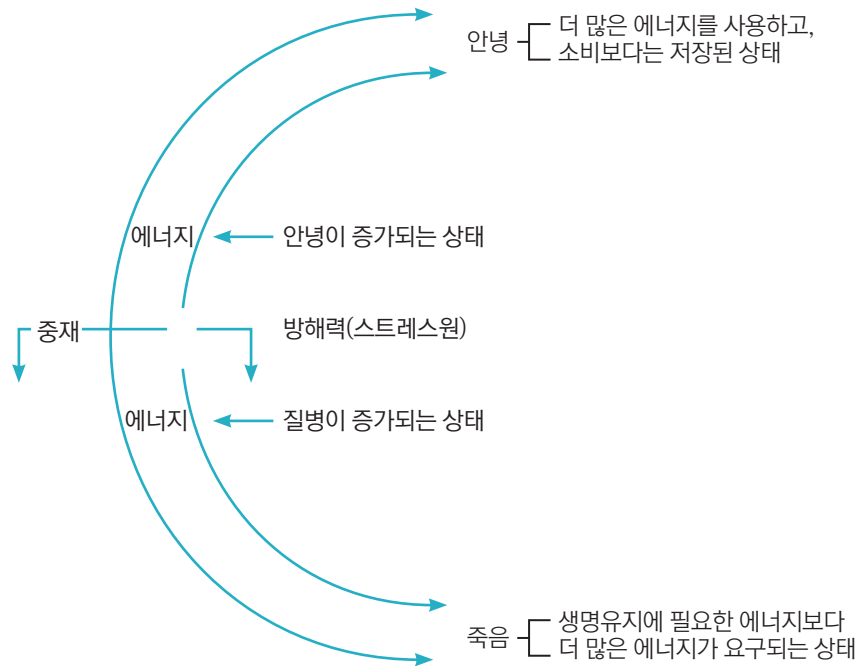


그림 1-4 뉴만의 안녕·질병 연속선

출처 : Fawcett, J. & Neuman, B., The Neuman systems model, Pearson Higher Ed., 2011.

1) 건강관리체계이론의 구조

(1) 주요 개념과 정의

대상자 체계는 5개 변수들(생리적, 심리적, 사회문화적, 발달적, 영적)로 하나의 체계를 이루어 환경과 상호작용을 하고(Neuman, 1982), 내부 중심핵(기본구조)을 저항선, 정상 방어선, 유연 방어선이 동심원을 둘러싸고 있는 구조로 되어 있다[그림 1-5]. 그리고 스트레스원은 긴장을 유발하는 자극이며, 그 특성에 따라 내적, 대인적, 외적 스트레스원으로 각각 구분하였다. 체계모델은 3단계의 간호중재(일차 예방, 이차 예방, 삼차 예방)를 제안하였고, 이는 카플란(Caplan)의 예방단계 개념을 기초화하였으며(Caplan, 1964), 예방중재의 목적은 최대한 가능한 수준으로 대상자 체계의 안정성을 획득하는 것이다.

① 총체적 접근

대상자를 전체(wholes)로 간주하며, 간호문제를 설명하고 환경과 상호작용하는 대상자를 잘 이해할 수 있는 일관된 시각으로 보았다. 체계로서의 대상자는 개인, 가족, 집단, 가족사회, 사회적 문제 등을 의미한다.

② 개방체계

복합적인 조직의 체계 구성요소들이 끊임없이 정보와 에너지를 교환하고 있는 상태를 의미한다. 스트레스와 그 스트레스에 대한 반응은 개방체계를 이루는 기본 요소이다.

③ 대상자 체계

대상자 변수를 5개 변수로 구분하였다.

- 생리적 변수: 신체 구조와 기능
- 심리적 변수: 환경과 상호작용하는 정신작용
- 사회문화적 변수: 사회문화적 조건이 미치는 효과와 역향력
- 발달적 변수: 연령에 따른 과정과 활동
- 영적 변수: 영적 신념과 작용

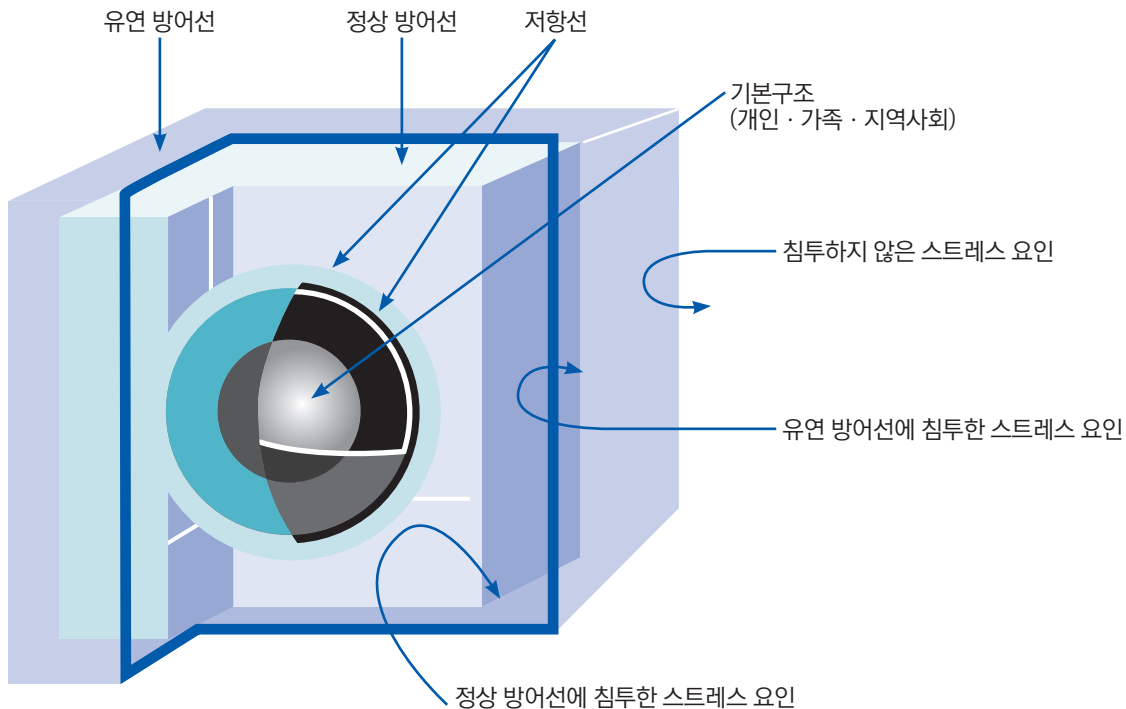


그림 1-5 뉴만의 건강관리체계이론: 스트레스원과 보호막

출처: Clark MJ. Community Health Nursing. Stamford: Appleton & Lange; 1999.

가. 대상자 기본구조

체계로서의 대상자는 중앙에 핵이 있고 그 주위를 동심원들이 둘러싸는 구조로 되어 있다. 안쪽 원은 대상자가 갖고 있는 에너지 자원 또는 기본 생존요인으로 핵심구조는 본질적 혹은 유전적 특징과 같이 “모든 종이 공통적으로 갖고 있는 기본 생존요인”을 의미한다.

나. 저항선

기본 핵 구조를 둘러싸고 있으며 가장 안쪽에 있는 방어선으로 대상자가 스트레스원에 저항하여 자신을 지킬 수 있도록 돕는 자원을 말한다. 예로, 인체의 면역반응체계를 들 수 있다. 즉 저항선이 효율적으로 작동하면 대상자가 체계를 복구하고 비효율적으로 방어하면 체계는 생명을 잃을 수도 있다. 이에 스트레스원에 대

한 저항 정도는 대상자 체계인 5개 변수들의 상호작용 결과에 따라 결정된다.

다. 정상 방어선

저항선 바깥에 존재하는 것으로 개인 혹은 체계가 안정되어 있는 상태를 말한다. 정상 방어선은 어떤 외부 자극이나 스트레스에 대해 나타나는 정상적 반응의 범위이다. 즉 정상 방어선이 확장되면 건강상태가 좋아짐을 의미하고, 축소되면 건강상태가 나빠짐을 의미한다.

라. 유연 방어선

기본 구조를 둘러싼 선 중 가장 바깥쪽에 위치하는 것으로 평소에 건강상태를 의미하는 정상 방어선을 스트레스원이 파괴하지 못하도록 막아주는 완충적인 역할을 한다.

④ 안녕

대상자 체계부분들이 전체 체계와 조화를 이루며 상호작용하는 안정된 상태로 체계요구 모두가 충족된 상태를 의미한다.

⑤ 질병

체계의 요구가 충족되지 않아 불안정하고 에너지가 고갈된 상태를 의미한다.

⑥ 스트레스원

긴장을 유발하는 자극으로 체계의 안정성을 혼란시키는 것으로 3가지로 구분한다.

- **내적 요인** : 개체 내에서 발생하는 요소로서 통증, 상실, 분노 등이 있다.
- **대인적 요인** : 개체 간에 일어나는 자극요인으로서 역할기대 등이 포함된다.
- **외적 요인** : 개체 외부에서 발생하는 요소로서 관습의 변화, 경제상황, 실직, 지진과 같은 천재지변 등이 있다.

⑦ 반응도

대상자가 스트레스원에 적응하는 데 필요한 에너지 양을 말한다.

⑧ 예방중재

예방중재는 스트레스원의 존재가 의심되거나 확인되는 초기부터 중재가 이루어져야 한다. 중재는 반응, 자원, 목적, 기대결과 등이 실재로 어느 정도 가능한지에 따라 그 단계가 결정되며, 중재단계를 일차·이차·삼차로 구분하며 다음과 같다.

가. 일차 예방

스트레스원의 존재가 의심되거나 확인될 때 이루어진다. 반응은 아직 발생하지 않았지만 위험이 확인된 상태로 중재자는 스트레스원과 만나지 않도록 하거나, 반응 발생의 가능성을 줄이기 위해 개인의 유연 방어선과 정상 방어선을 강화시켜야 한다.

나. 이차 예방

스트레스로 인해 어떤 징후가 발생한 이후에 시작하는 중재나 처치를 말한다. 중재자는 대상자의 내적 저항

선을 강화하고, 반응을 감소시키며, 저항요인을 증가시켜 체계 안정성을 유지하기 위해 대상자 안팎의 자원을 이용한다.

다. 삼차 예방

이차 예방단계나 적극적 처치단계 이후에 이루어진다. 대상자 체계가 적정상태의 안정성을 유지할 수 있도록 재적응하는 것에 중점을 둔다. 즉 반응이나 퇴행이 재발하지 않도록 스트레스원에 대한 저항력을 강화시키는 것을 목적으로 한다.

⑨ 복구

스트레스원에 반응을 처리한 이후에 이루어지며, 복구단계는 체계가 안정된 상태로 되돌아간 것을 말한다. 이때의 안정성은 스트레스원이 침범하기 전의 건강상태보다 높아질 수도 있고 낮아질 수도 있다. 여기에는 대상자 체계변수(생리적, 심리적, 사회문화적, 발달적, 영적)와 상호작용하는 대인관계 요인, 인간 내·외적 요인, 환경요인 등이 관여한다[그림 1-6].

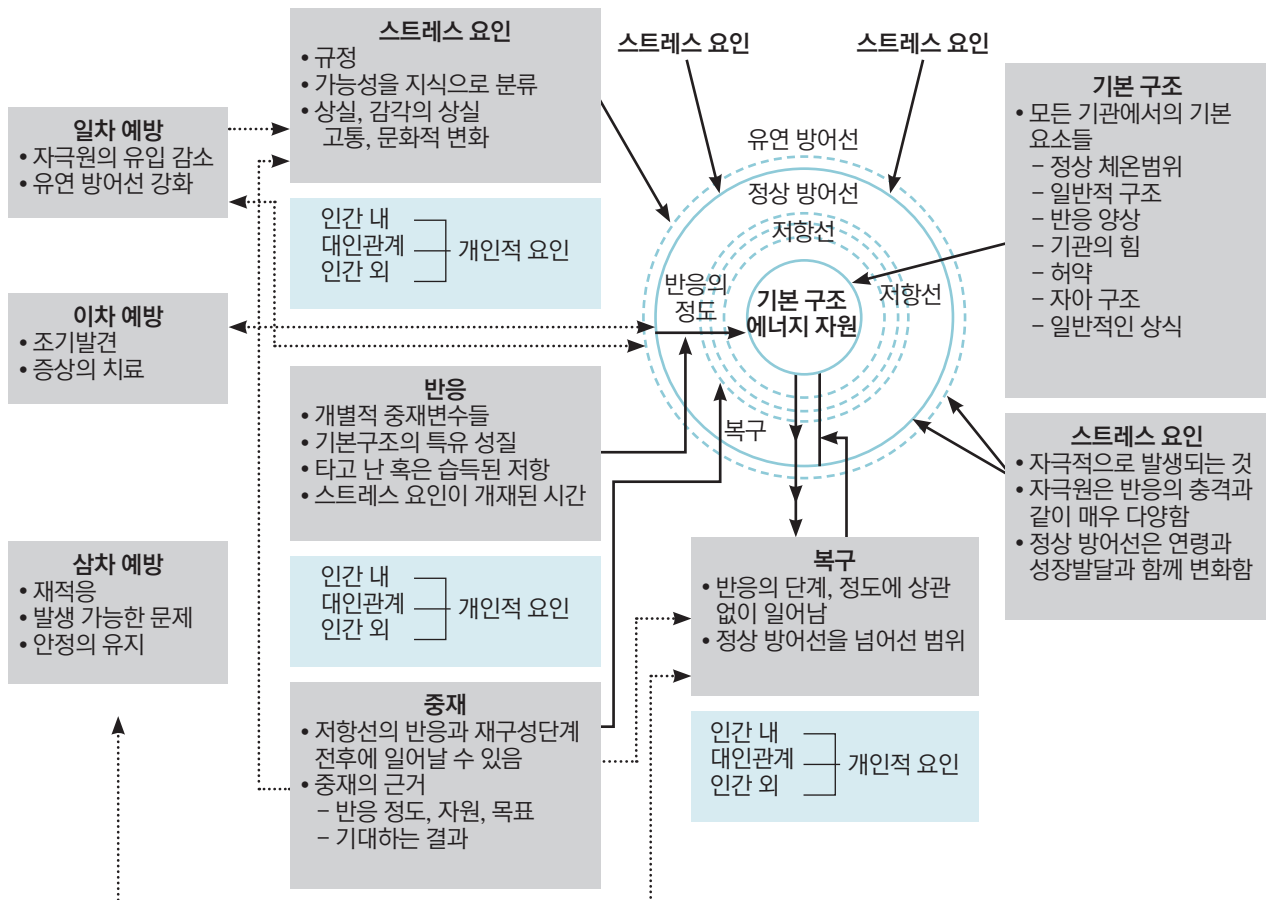


그림 1-6 뉴만의 체계모형

출처 : Neuman, B. (1995). The Neuman System Model: Application to Nursing Education and Practice, 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange, p. 17

2) 건강관리체계이론과 지역사회간호

뉴만의 건강관리체계이론은 집단을 대상으로 하는 지역사회, 병원, 요양시설, 재활센터, 호스피스 기관, 분만센터 등 많은 현장에서 대상자들에게 간호실무를 안내하기 위해 활용되고 있다. 그 밖에 행정, 실무, 교육, 연구 분야에서도 통합적 접근으로 적용하여 활용되고 있으며, 지역사회 건강문제를 중심으로 한 건강증진 프로그램 개발에 적용이 가능한 개념이라고 본다.

뉴만은 스트레스 원인은 간호중재를 통해 확인된다고 하였다(Neuman, 1995; Neuman & Fawcett, 2009). 스트레스 적응과 관련하여 가장 중요한 것은 모든 과정의 단계마다 대상자와 돌봄제공자가 서로 협력하며, 돌봄제공자가 대상자를 인지하고 확인하는 것이 중요하다고 하였다. 지역사회간호 대상자인 지역사회를 하나의 체계로 하여 기본 구조를 설명할 수 있으며, 지역사회 구성요소를 구체화할 수 있지만, 반면에 간호행위에 대한 실제적 간호행위를 수행하기 위한 수단이나 도구에 대한 제시는 부족하다. 그러나 뉴만은 간호제공자와 대상자가 지각하는 영역을 반드시 평가해야 함을 강조하면서 사정도구와 중재도구를 개발하였다. 지역사회간호사가 간호과정에 적용한 예는 [그림 1-7]이다.

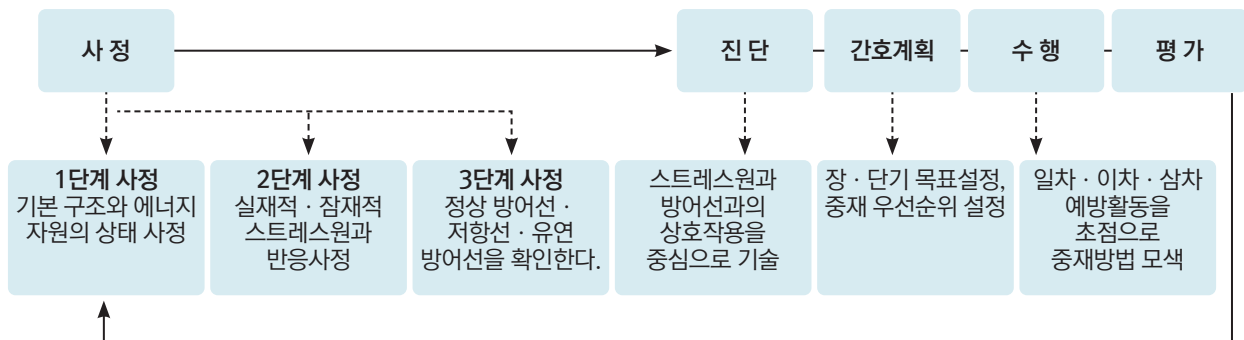


그림 1-7 뉴만의 건강관리체계이론을 적용한 간호과정

출처: 김모임 외. (2004). 대상자 중심의 지역사회간호학. 현문사.

4 자가간호이론

오렘(Orem)은 자신의 일반이론을 자가간호이론(The Self-Care Deficit Nursing Theory; SCDNT)이라 말하며, 일반이론, 간호일반이론 등으로 표현하고 있다. 자가간호이론(SCDNT)은 간호를 나타내는 완전한 전체로서 세 이론(간호체계이론, 자가간호결핍이론, 자가간호이론)으로 구성된다. 세 이론이 SCDNT를 이루고 있으며, 간호체계이론은 통합된 이론이고 모든 필수요소를 포함할 뿐만 아니라 자가간호결핍이론과 자가간호이론을 포함한다. 자가간호이론은 인간이 간호로부터 이익을 얻을 수 있는 이유가 무엇인가를 나타내고, 다른 두 이론에 기본이 되며 자가간호의 목적, 방법, 결과를 나타내고 있다. 오렘의 이론은 3개의 중심이론을 기반으로 지지되고 있으나 자가간호이론의 개념들은 [그림 1-8]과 같다.

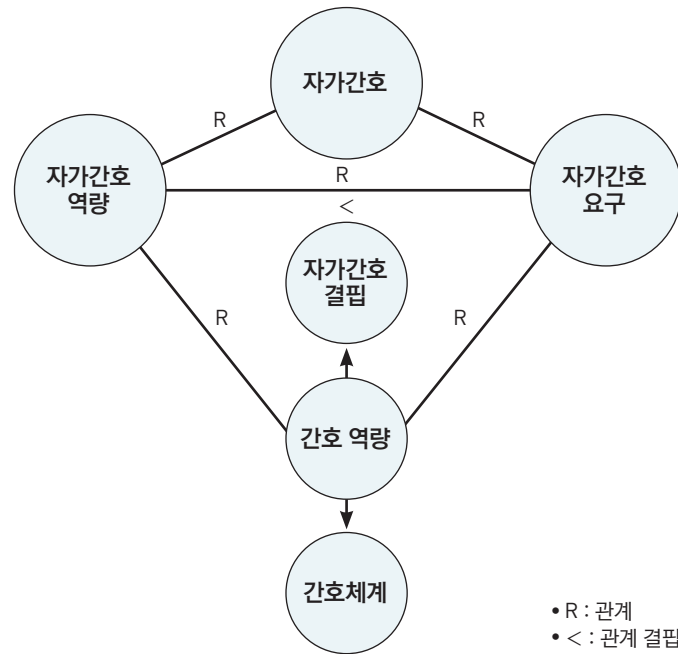


그림 1-8 오렘의 자가간호이론

출처 : Orem, D. E.(2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.

1) 자가간호이론의 구조

(1) 주요 개념과 정의

오렘(Orem)의 자가간호이론의 주요 개념은 다음과 같다.

① 자가간호 요구

자가간호 요구는 자가간호 제공을 향한 행동으로 정의하며 세 가지 범주로 구성된다.

가. 일반적 자가간호 요구

일반적 자가간호 요구는 삶의 과정과 연관이 있고 인간 구조 및 기능의 완전성 유지와 관련된 요구이다.

다음의 8가지 자가간호 요구는 남성, 여성, 어린이에게 모두 공통적으로 관련된다.

- 충분한 공기공급의 유지
 - 충분한 음식섭취의 유지
 - 충분한 수분섭취의 유지
 - 배설과정과 배설물과 관련된 간호과정
 - 활동과 휴식의 균형유지
 - 고립과 사회적 상호작용의 균형유지
 - 삶, 기능, 안녕에 위험이 되는 것을 예방
 - 인간의 잠재력, 한계, 정상적이고 싶은 인간의 욕망과 조화를 이루는 사회그룹 내에서의 기능 및 발달 증진
- 정상은 개인의 유전적 · 체질적 특성 및 기능과 관련 있는 것으로 인간의 본질적인 의미로 사용된다.

나. 발달적 자가간호 요구

발달을 촉진하는 상황이나 자기발달에 관여 또는 개입, 인간의 발달에 부정적 영향을 미치는 상태나 상황을 대비하거나 극복하는 것으로 구성되며 발달과정에서 특정하게 필요로 하는 요구이다.

다. 건강이탈적 자가간호 요구

질병, 상해의 조건에서 요구되는 상태를 진단하고 교정하는 데 발생할 수 있는 요구이다.

② 자가간호 역량

자가간호에 참여할 수 있게 하는 개인의 능력을 의미하는 것으로 자가간호를 수행할 수 있는 지식, 기술, 태도, 신념, 가치, 동기화 등을 말한다.

③ 자가간호 결핍

자가간호 결핍은 개인의 간호능력과 간호요구 사이의 관계를 나타내는 용어로 자가간호 능력이 전혀 없거나 치료적 자가간호 요구를 충족시키기에 자가간호 능력이 적절하지 않은 경우를 말하며, 간호가 필요한 때를 말한다(Orem, 2001).

④ 간호역량

자가간호 결핍이 있는 대상자에게 자가간호 요구를 충족시키기 위해 치료적 간호체계를 설계, 제공, 조절하는 간호사의 능력을 말한다.

⑤ 간호체계

간호체계는 간호사가 수행하는 일련의 연속적인 활동으로 자신의 환자가 치료적 자가간호 요구를 알고 그 요구를 충족하도록 대상자 자신의 자가간호 능력을 사용하고 발달시켜주는 활동이다. 대상자와 간호사의 활동관계에 따라 세 범주로 나뉘며 기본적인 간호체계는 [그림 1-9]와 같다.

가. 전체적 보상체계

개인이 통제된 조절이나 조작된 움직임, 의료적 처방을 요구하는 등의 자가관리 행동에 참여할 수 없는 상황을 말한다. 예를 들면, 신생아 치료, 수술이나 마취 후 회복대상자 간호관리 등이 있다.

나. 부분적 보상체계

대상자가 자가 간호행위를 수행하도록 도와주는 것으로 대상자와 간호사가 치료조치 수행에 함께 하여 간호를 수행한다. 예를 들면, 간호사는 수술 후 대상자가 보행할 수 있도록 돕고 대상자를 위해 식사 쟁반을 가져다줄 수 있다.

다. 교육적 지지 보상체계

지지개발 시스템으로 알려져 있으며, 내부 또는 외부의 지향적인 치료적 자가관리를 수행할 수 있거나, 이와 반대로 도움 및 지지 없이는 수행을 할 수 없는 경우를 말한다. 예를 들면, 간호사는 어머니에게 모유 수유하는 방법을 안내하고, 정신과 의뢰인에게 적응력 있는 대처전략에 대해 상담하도록 한다.

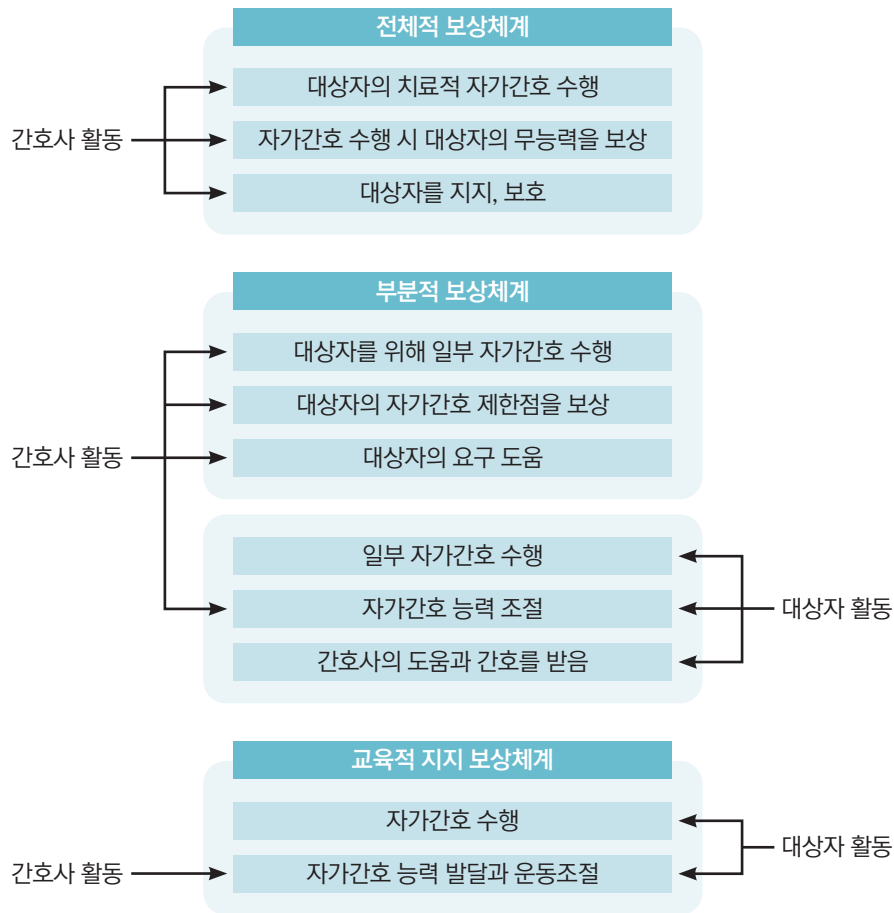


그림 1-9 오렘의 간호체계

출처 : Orem DE. Nursing. Concepts of Practice. St Louis, MO: Mosby. 2001.

2) 자가간호이론과 지역사회간호

오렘(Orem)의 SCDNT는 다양한 상황에서 간호사의 다양한 역할을 묘사하고 규명하는 데 이용되었다. 오렘은 이 이론에 근거하여 임상상황이나 건강문제로는 연령별, 성별, 가족, 노숙자, 암, 정신질환, 임신, 건강증진, 일차 간호, 특정 질병 관련 개념의 연구를 수행하였다. 오렘은 SCDNT를 적절하게 이용하려면 세 가지 이론(간호체계, 자가간호 결핍, 자가간호)을 모두 포함해야 한다고 하였다. SCDNT는 간호에 초점을 둔 이론으로 이러한 이론들은 개인뿐만 아니라 가족과 지역사회에도 자가간호 프로그램을 개발하여 적용하기에 적합한 이론이다. 또한 이 이론에서 간호사는 건강문제를 규명하고 결과를 해석하고 올바른 결론을 도출하는 능력이 중요하다. 이에 지역사회간호사는 지역주민의 건강요구와 건강문제를 규명하여 지역사회가 최적의 건강상태를 유지·증진하는 데 노력해야 한다. 지역사회간호사가 자가간호이론을 간호과정에 적용하면 **[그림 1-10]**과 같다.

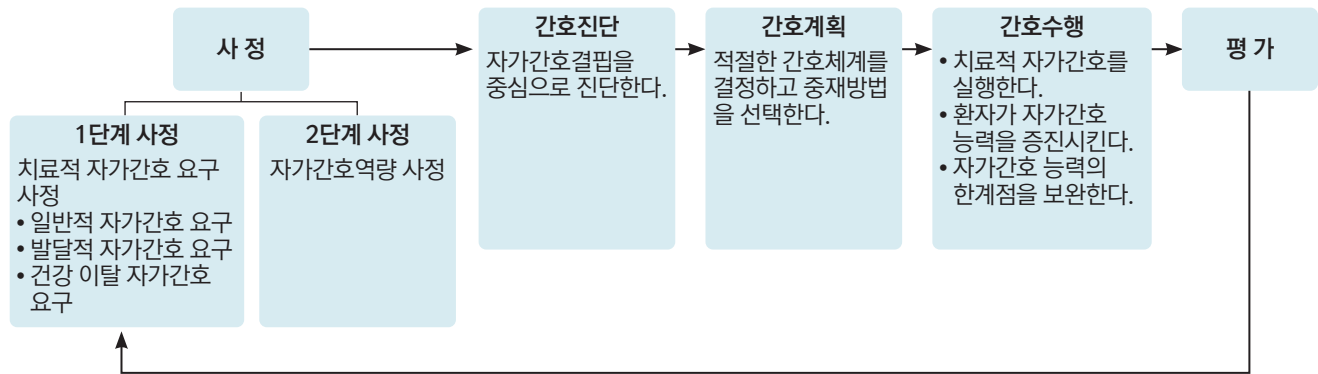


그림 1-10 오렘의 자가간호이론을 적용한 간호과정

출처 : 유호신 외. 지역사회간호학. 파주: 수문사. 2011.

5 적응이론

로이(Roy)의 적응이론(adaptation model)은 1976년에 개발되었으며 인간의 적응이라는 개념에 초점을 두고 체계화되었다. 로이는 간호대상인 인간은 변화하는 환경과 끊임없이 상호작용하는 사회적·심리적 존재로 총체적인 적응 체계로 보았다. 간호대상인 인간 체계는 개인으로서 사람, 가족, 집단에 있는 사람들을 하나의 총체로 보았으며, 인간 체계가 환경 안에서 변화에 효과적으로 대처하고 환경에 영향을 준다고 하였다(Roy & Andrew, 1991). 환경은 인간의 행위와 발달과 관련된 주변을 둘러싼 모든 상태 또는 상황을 말한다. 즉 인간은 지속적으로 환경적 자극을 경험한 다음 반응이 만들어지고 적응이 일어난다고 하였다.

적응반응은 통합성을 증진시키고 결국에는 인간이 적응이라는 목표를 달성하도록 돕는다. 반면에 이러한 적응반응은 적응적이거나 비효과적인 반응일 수도 있다. 로이의 적응이론은 환경자극, 대처기전, 적응양상의 개념으로 설명되고 4가지 적응양상의 상호 연관성에 중점 두며, 주요 개념은 다음과 같다[그림 1-11].

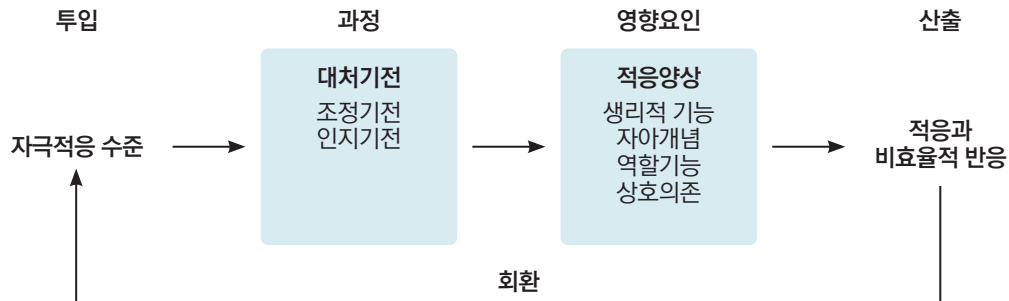


그림 1-11 로이의 적응이론

출처 : Tomey, A. M., & Alligood, M. R. Nursing Theorists and Their Work (6th ed.) St. Louis: Mosby. 2006.

1) 적응이론의 구조

(1) 주요 개념과 정의

적응모델에서 간호사는 적응 촉진자이며, 적응에 대한 행동을 평가하고 대상자가 자극에 긍정적으로 반응하도록 도와줌으로써 긍정적으로 적응하도록 촉진하고 환경과 상호작용을 향상시키도록 한다(Melanie & Evelyn, 2014). 그리고 간호사는 비효율적인 대처기전을 제거하고 더 나은 산출의 결과로 이끈다.

① 환경자극

- **초점 자극** : 개인이 즉각적으로 직면하는 자극, 일차적인 자극원(예 지진으로 인한 불안함)
- **상황관련 자극** : 환경으로부터 투입되며 내적 상태에 있는 현존 자극(예 연령, 성별, 경제상태)
- **잔여 자극** : 현재의 상황에 간접적으로 영향을 주는 신념, 태도 같은 자극, 자극을 통제하거나 사정하기 어려움(예 습관, 경험 등)

② 대처기전

- **조정기전** : 생리적 대처기전으로 신경화학적 내분비계를 포함한 신체의 조절을 통해 적응하려는 신체의 기전으로, 대개 자동적이고 무의식적인 반응을 나타낸다.
- **인지기전** : 정신적 대처기전으로 자극이 투입되었을 때 인지적 정보처리 과정, 학습, 판단, 정서과정을 통하여 사회심리적 반응을 관장하는 기전이다.

③ 적응양상

적응양상은 대처기전의 작용과 관련이 있으며 인간의 기본적인 욕구를 나타내는 행위들의 모임이라 할 수 있다.

- **생리화학적 양상** : 생리화학적 양상은 환경자극에 대해 신체적으로 반응하는 것으로, 신체의 기본 욕구에 반응하는 방법이다.

생리적 기본 욕구는 산소공급, 영양, 배설, 활동과 휴식, 감각, 수분과 전해질, 신경기능, 내분비기능 등이다.

- **자아개념** : 정신적인 통합성을 유지하기 위해 일어나는 적응양상으로, 신체적 자아와 개인적 자아로 구분된다.

신체적 자아는 신체적으로 자신을 지각하고 형성하는 능력 또는 자신의 신체에 대한 주관적인 생각을 의미하며, 개인적 자아는 자신의 성격, 기대, 가치에 대한 평가로 자기 일관성, 자기이상, 기대가 포함된다.

- **역할기능** : 역할기능은 사회구성원으로서 역할을 의미하며 사회적 통합성에 대한 적응양상이다.
- **상호 의존** : 다른 사람과의 상호작용에 초점을 둔 적응양상이다. 상호 의존성은 독립심과 의존성 사이의 균형으로 의미 있는 타인이나 지지체계와의 관계, 사랑·존경을 주고 받는 것과 관련된다.

④ 반응

적응양상은 반응, 즉 적응과 비효율적 반응으로 표현된다. 적응은 환경자극에 대하여 긍정적으로 반응하는 상태로 건강상태를 의미하며, 비효율적 반응은 자극에 대한 비적응상태로 적응이 일어나도록 간호가 요구되는 상태이다.

2) 적응이론과 지역사회간호

로이의 적응이론(adaptation model)은 개인을 주요 대상으로 적응기전을 중심으로 개발된 이론이다. 가족, 지역사회집단으로 접근하기보다는 지역사회 내의 대상자를 중심으로 하는 개인적 접근에 쉽게 이용할 수 있으며, 6단계 간호과정을 이용하는 접근방법은 [그림 1-12]와 같다.

- 1단계 : 4개의 적응양상에서 나타나는 행동을 사정한다.
- 2단계 : 자극을 사정하고, 초점, 상황별 또는 잔여 자극으로 분류한다.
- 3단계 : 사람들의 적응상태에 대한 진술이나 간호진단을 작성한다.
- 4단계 : 적응을 촉진하는 목표를 설정한다.
- 5단계 : 자극을 관리하기 위한 중재를 수행한다.
- 6단계 : 적응목표가 충족되었는지 여부를 평가한다.

로이의 적응이론에서 간호사의 역할은 대상자가 자극을 제거, 감소, 증가 또는 변경하여 자극을 조작하여 통합된 건강을 유지하도록 도움을 제공해야 한다. 지역사회 내에서 적응이론은 개인중심 건강증진사업에 적용하여 접근하는 것이 바람직하며, 반면에 빠른 행동을 필요로 하는 응급상황에서의 적용은 적용시간이 많이 걸리는 이론이므로 수행하기 어려운 점이 있다.

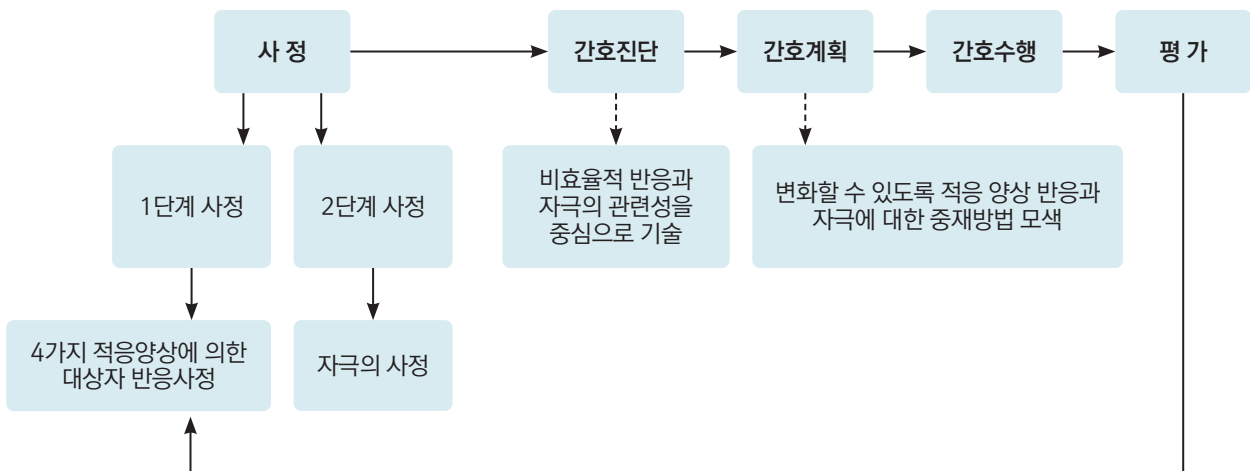


그림 1-12 로이의 적응이론을 적용한 간호과정

출처 : 김모임 외. (2004). 대상자 중심의 지역사회간호학. 현문사.
<https://nurseslabs.com>, 2019.

5절

건강형평성과 문화다양성

1 건강

1) 건강의 개념

질병을 피하고 건강을 증진시키고자 하는 노력은 인간의 생활역사와 더불어 시작되었다. 건강은 인간의 가장 기본적인 권리이며, 인간의 삶의 질을 높이고 행복한 삶을 영위하는 데 필수적인 요소이다. 우리나라 헌법 제35조 제1항에도 ‘모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 국가와 국민은 환경보전을 위하여 노력해야 한다’라고 명시되어 있다.

건강은 시대의 변화와 학자에 따라 다양하게 정의되어 왔다. WHO의 헌장(1948)에서는 “건강은 단순히 질병이 없거나 허약하지 않은 상태만을 의미하는 것이 아니라 신체적, 정신적 및 사회적 안녕이 완전한 상태에 놓여 있는 것”이라고 명시하고 있다. 즉 건강이란, 단순히 질병의 부재상태가 아니라 육체적, 정신적으로 완전한 상태이며, 복잡한 사회환경 속에서 각 개인이 주어진 역할과 기능을 충실히 수행할 수 있는 지속적인 행동과정으로서 사회적 안녕을 강조하고 있다. 그 후 1957년 WHO는 건강정의에 대하여 이상적 목표로서의 측면을 보완하여 실용적인 정의를 내렸다. 즉, 유전적·환경적으로 주어진 조건하에서 신체의 각 부위가 적절하게 기능을 발휘할 수 있는 개체의 상태 혹은 자질을 의미한다고 설명하였다. 그리고 1974년 WHO는 건강에 대한 정의에서 ‘총체성(wholeness)’과 건강의 긍정적이고 질적인 측면을 강조하였으며, 1998년 WHO 본회의에서는 건강의 정의에 영적인 개념을 추가하며 통합적인 건강의 정의를 발전시켰다. 즉, “건강이란 질병이나 장애가 없을 뿐만 아니라, 신체적·정신적·사회적 및 영적으로 완전히 안녕한 역동적인 상태이다”라고 정의하였다. 심지어 1999년 WHO는 영적인 차원을 추가시켜 건강을 “신체적, 정신적, 사회적 및 영적 안녕이 역동적이며 완전한 상태”라고 정의하고 있다. 따라서 건강은 신체적으로 고통과 불편 없이 편안하고, 정신적으로 불안, 긴장, 걱정 없이 안정되며, 사회적으로 적합한 상태를 이상적인 건강 수준으로 제시하고 있다. 여기서 사회적 안녕이란 각 개인의 사회생활에서 역할을 잘 수행하여 자신에게 부과된 기능을 다하여 원만한 대인관계를 유지하고, 사회규제를 잘 지켜 사회생활에 잘 적응하는 상태를 말한다.

건강에 대한 학자들의 정의를 살펴보면, 르네 도부스(Rene Dobus, 1965)는 ‘건강은 곧 삶의 질이며, 개인적 입장에서 사회적·정서적·정신적·영적 및 생물학적 적합성이 포함된 것이며 이 적합성은 환경에 적응하면서 얻어진 결과’라고 정의하였으며, 윌슨(Wilson, 1970)은 ‘건강을 어떤 심각한 불능의 상태를 나타내지 않고 적절하게 효과적으로 기능하는 상태’로, 머레이와 젠트너(Murray & Zentner, 1973)는 ‘안정과 편안함을 유지하기 위하여 내적·외적 자극에 대한 목적적·적응적 반응’으로 설명하였다. 그리고 오렘(1980)은 ‘일상생활에서 기능의 심리적인 면, 인간 상호관계적인 면, 사회적인 면, 그리고 신체적인 면을 포함한 통합’으로, 로이(1990)는 ‘통합된 전인의 상태이고 또 그렇게 되는 과정’으로 건강의 정의를 내렸다.

이와 같이 건강의 정의를 통합해 보면, 건강이란 단순히 몸에 병이 없을 뿐만 아니라 신체적·정신적 및 사회적으로 충분히 양호한 상태로서, 일상생활을 영위해 나가는 데 아무 고통 없이 정상적으로 수행할 수 있는 통합적으로

완전한 안녕 상태라고 할 수 있다.

2) 건강결정요인

사람들은 의료가 발달할수록 혹은 의료에 대한 접근성이 높을수록 건강하다고 믿는 경향이 있다. 오늘날 건강증진정책이 가장 잘 되어 있는 캐나다는 건강보험 도입으로 보건의료서비스의 접근성과 질은 크게 향상되었으나 국민의 건강 수준이 크게 향상되지 않자 이에 대한 연구를 시작했다. 1971년에 70세 이전에 죽은 사망자를 대상으로 주요 사인을 분석한 결과, 환경과 생활습관이 조기 사망에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 연구결과를 근거로 보건의료제도의 개선이 아니라 생활습관의 개선이 국민의 건강증진이나 질병을 관리하는 데 매우 효과적이라고 인식하게 되었다.

1976년 캐나다는 라론드(Lalonde)의 보고서에 따라 건강증진을 국가보건정책의 최우선사업으로 설정했다. 이 보고서의 기본 철학은 기존의 질병 예방에서 건강증진으로 초점을 맞추고 숙주와 병원체, 환경으로 대별되는 기존 병인론에서 다수 요인에 기초한 병인론으로 재구축하는 것이었다. 그리고 사망과 건강에 미치는 결정적인 요인을 생물학적 요인, 환경적 요인, 생활습관 및 보건의료조직 4가지로 구분하여 설명하고 있으며[그림 1-13] 이 중 생활습관이 가장 많은 영향을 미친다고 했다.

- 생물학적 요인 : 유전, 노화작용, 신체 각 기관의 조직
- 환경적 요인 : 공기, 물, 안전한 식품 및 위생, 쓰레기 처리, 저소음, 운송체계, 사회적 환경 등
- 생활습관 : 직업요인, 여가선용, 기호섭취 등
- 보건의료조직 : 의사, 진료소, 병원 등

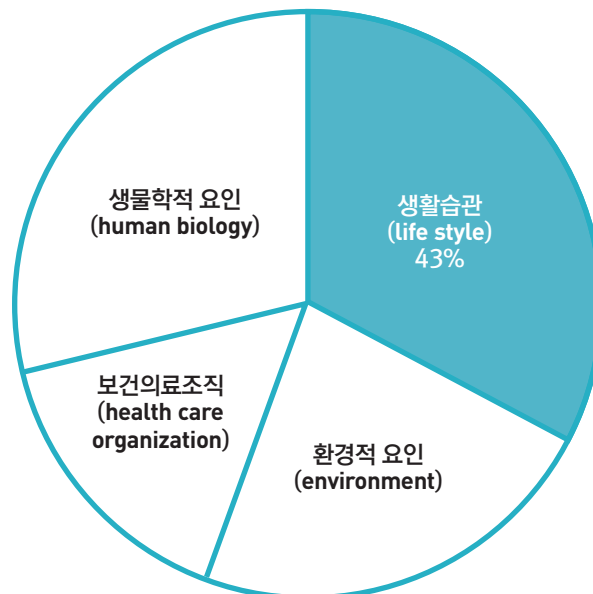


그림 1-13 라론드의 건강결정요인

출처 : Lalonde Report, Health field concept, 1974

WHO의 오타와헌장(1986)에서는 건강결정요인을 정치적, 경제적, 사회적, 문화적, 환경적, 행동적, 과학적 및 생물학적 요인 등이라고 하였다. 또한 달프렌과 화이트헤드(Dahlgren & Whitehead, 1991)의 건강결정요인 모델[그림 1-14]에 따르면, 건강결정요인을 개인생활양식요인, 사회적 네트워크와 같은 지역사회요인, 생활 및 작업조건, 사회경제적·문화적·환경적 일반요인으로 구분하였다. 이는 라론드의 건강결정요인보다 확장된 개념으로, 개인의 생물학적 요인 외에도 건강에 영향을 미치는 다각적인 요인을 고려해야 함을 보여주고 있다.



그림 1-14 달프렌과 화이트헤드(1991)의 건강결정요인 모델

출처 : Dahlgren G and Whitehead M, Policies and strategies to promote social equity in health, Stockholm Swden: Institute for Future Studies, 1991

3) 건강형평성

(1) 건강권

건강권이란 인간으로서 최소한의 건강을 보장받고 건강한 환경에서 생활하며, 국가의 보건 의료서비스와 보호를 요구할 수 있는 권리를 의미한다. 이는 세계 인권 선언 등 국제 인권 규약에 명시되어 있으며, 한국 헌법에서는 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리(제35조), 인간다운 생활을 할 권리(제34조), 국가의 보호의 무(제36조) 등을 통해 건강권을 간접적으로 보장하고 있다. 건강권은 국가가 건강을 침해하는 행위를 배제하고 국민의 건강을 보장해야 할 의무를 포함하는 사회적 기본권으로, 국민이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 국가에 적극적인 급부를 요구할 수 있는 권리이다.

우리나라 헌법 제36조 제3항에서 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’라고 하였고, 보건의료기본법 제10조 제1항은 ‘모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다’, 제2항은 ‘모든 국민은 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해 받지 아니한다’라고 명시하였다[표 1-7].

표 1-7 건강권 관련 법

건강권 관련 법	주요 내용
헌법	<ul style="list-style-type: none"> • 인간다운 생활을 할 권리 • 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리 • 국민의 보건에 관한 권리
보건의료기본법	<ul style="list-style-type: none"> • 국가의 보호 및 보호의 의무 • 차별 없는 보호 • 알 권리 및 자기결정권 • 정보공개권 및 비밀보장 • 보건의료 정보 접근권: 진료기록부 열람 등
건강증진법	<ul style="list-style-type: none"> • 건강한 환경 조성 • 건강 지식 보급 및 교육 • 질병 예방 및 관리 지원 • 건강형평성 제고 • 범정부적 정책 추진

건강권이 사회적으로 보장되어야 할 권리로 구체적으로 정의되고, 헌법의 기본법 보장 조항에 명시되는 것은 중요한 의미를 가진다. 헌법상 기본권으로서의 건강권은, 한 사회가 그 구성원들에게 보장해야 할 기본 가치로서의 “건강”과 그에 대한 국가의 책무를 규정하게 된다. 이는 건강이 무엇을 의미하는지, 보편적 건강권 보장이 무엇인지에 대한 우리 사회의 인식 수준을 반영하는 것이며, 건강보장을 위해 국가가 어떤 책임과 의무를 져야 하는지에 대한 숙의 결과를 제도화하는 것이다.

또한 1948년에 선포된 세계인권선언은 제25조에서 ‘모든 사람이 의식주, 의료 및 필요한 복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업이나 질병, 장애, 배우자의 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍에 대한 보장을 받을 권리를 가진다’고 명시함으로써 건강권의 법적 토대를 마련하였다. 이후 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제협약(1966), 여성차별금지협약(1979), 아동권리협약(1989), 장애인권리협약(2006), 이주노동자와 그 가족의 권리 보호에 대한 협약(1990) 등이 인간다운 삶을 보장받기 위한 사회적 권리로서 건강에 대한 권리(right to health)를 명시하였다.

(2) 건강불평등 이해

① 건강불평등 개념

건강불평등(health inequality)이란 건강에서 나타나는 개인들이나 집단들 사이의 차이(differences), 변이(variations), 격차(disparities)를 지칭하는 일반적인 용어로, 불공정이나 부당함에서 비롯된 피할 수 있는 불평등이라는 의미를 가진 불형평(health inequity)과 구분된다. 건강 불공평/불형평은 불공정이나 부당함에서 비롯된 불평등을 의미한다. 즉, 건강불평등이 측정 가능한 양적 차이를 나타내는 산술적 개념이라면, 건강불공평은 가치판단

을 내포한 윤리적/도덕적 개념이다(Kawachi, 2002)라고 할 수 있다. 국제건강형평성학회는 건강불공평을 ‘사회적·경제적·인구학적·지리적으로 구분된 인구집단이나 인구집단들 사이에 존재하는 한 가지 이상의 건강 측면에서 나타나는 체계적이고 잠재적으로 교정 가능한 차이’(한국건강형평성학회, 2007)라고 정의하고 있다.

우드워드(Woodward) 등은 건강불평등은 감소시켜야 하는 이유가 있다고 하였다. 그 이유는 첫째, 건강불평등이 불공평한 것이기 때문이고, 둘째, 불평등은 모든 이에게 영향을 미치며, 셋째, 불평등은 피할 수 있고, 넷째, 불평등을 감소시키는 많은 시도들이 비용효과적인 경우가 많기 때문인 것으로 주장하였다(신영전, 2009). 이러한 주장은 건강불평등의 문제가 도덕적인 이슈로서의 가치뿐만 아니라 기술적·정책적 의미가 있음을 말해준다.

사회집단들 사이에 건강 차이를 발견했을 때, 건강 불형평 여부를 판단하기 위해서는 우선 그것이 회피 가능한 것인지 아니지를 판단해야 한다. 예를 들면, 어린이와 노인의 건강 차이는 상당 부분 회피 불가능한, 인간의 힘으로 어쩔 수 없는 부분이 크다. 그러나 회피 가능한 것이었다고 한다면, 다음은 그 차이가 사회적으로 용납하기 어려운 것인지, 불공정한 상황에서 비롯된 것인지 판단해야 한다. 만일 개인의 결정에 따라 충분히 실천할 수 있는 것임에도 불구하고 실천하지 않아 발생한 문제라면 그것을 불공정하다고 보기는 어려운 것이다. 한편 개인의 선택이지만 그것이 사회의 부당한 질서에 의해 강요된 측면이 크다면 이는 불공정하다고 판단할 수 있다. 이렇듯 회피가능하면서도 용납하기 어려운, 불공정에서 비롯된 건강불평등을 우리는 건강불형평이라고 부른다. 하지만 건강 개념 자체의 다차원성과 건강결정요인의 복잡성을 고려할 때, 어떤 불평등이 회피가능한지 혹은 용납하기 어렵거나 불공정한 것인지 판단하기란 쉽지 않다.

② 건강불평등과 사회적 결정요인

WHO는 “모든 인류에게 건강을(Health for All)”이라는 궁극적 목표를 이루기 위하여 노력하고 있다. 이 목표는 ‘모든 인류가 달성 가능한 최고의 건강상태를 유지하는 것’으로 ‘모든’으로 번역되는 ‘All’이란, 성별, 인종, 교육 수준, 소득수준 등에 차별받지 않는다는 의미이다. 이를 적극적으로 실행하기 위하여 WHO는 20세기 말, 건강 불평등 문제의 심각성을 인식하고 ‘건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health, CSDH)’를 설립하여 지속적으로 문제 해결을 위해 다양하게 노력하고 있다.

WHO의 건강의 사회적 결정요인 위원회가 제시한 ‘건강의 사회적 결정요인 개념 틀’의 목표는 크게 두 가지로, 건강불평등의 요인을 발견하고, 주요 요인이 서로 어떻게 연관되어 있는지를 설명하는 것이다. 이 개념 틀에서의 핵심 구성 요소는 사회경제적·정치적 맥락, 구조적 요인과 사회경제적 위치, 그리고 중재요인 등이다[그림 1-15].

이 개념 틀은 구조적 요인이 개인의 사회경제적 위치를 결정하고 사회를 계층화시키거나 이를 강화한다고 전제한다. 사회경제적·정치적 맥락의 주요 요소는 거버넌스, 거시경제정책, 사회정책, 다른 관련 분야의 공공정책 등이며, 구조적 요인인 소득, 직업, 교육, 성, 인종, 사회적 계층 등으로 구성되는 사회경제적 위치에 영향을 미치며 상호작용을 한다. 이러한 요인들은 물질적 환경, 건강행태, 사회심리적 요인, 보건체계 등 중재요인에 영향을 주고, 중재요인 또한 상호작용하는 가운데 건강 격차를 나타내며, 이러한 건강 격차는 다시 구조적 요인과 중재요인들에 영향을 미친다. 사회통합과 사회자본은 구조적 요인과 중재요인 사이의 매개체로서의 역할을 설명하고 있다.

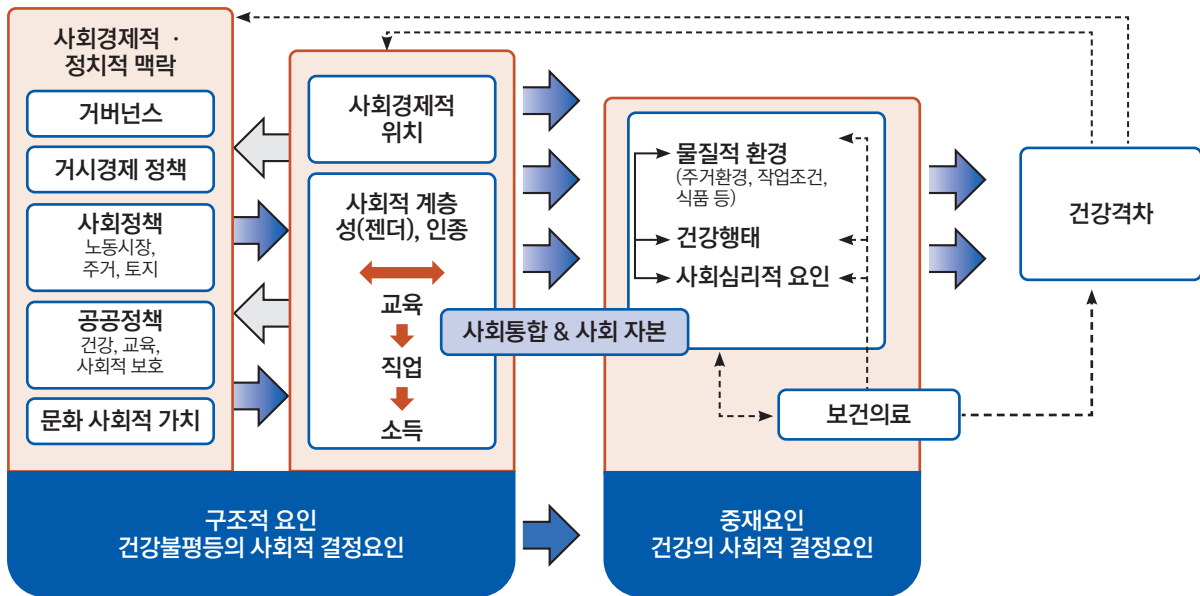


그림 1-15 건강의 사회적 결정요인 개념 틀

출처 : 한국보건사회연구원. (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원.

(3) 건강형평성 이해

① 건강형평성의 개념

WHO의 정의에 따르면 건강형평성이란 인구집단 간에 불공평한, 그리고 피하거나 고칠 수 있는 건강 격차가 존재하지 않는 상태로 이해할 수 있다(WHO, 2015). 여기서 인구집단에는 사회적·인구학적·경제적 또는 지역적 요인에 따른 모든 집단들이 해당된다. 일반적으로 건강불평등은 인구집단 사이에 나타나는 건강수준의 차이를 뜻하며, 이러한 차이가 없는 상태를 건강형평성의 최고 수준이라고 할 것이다.

이를 좀 더 세부적으로 살펴보면, 건강형평성은 건강불형평이 없는 상태이고, 건강불형평은 건강불평등의 부분집합으로서 그 중 불공정한 부분이며 또한 예방이나 치료가 가능한 부분을 의미한다. 공정성에 대한 윤리적 판단이나 예방과 치료기술의 수준에 따르는 회피가능성은 시대에 따라 어느 정도 달라져 왔다는 점을 염두에 두어야 할 것이다. 정책의 목표는 건강형평성을 높이는 것이라고 해도, 실제적으로는 측정이 객관적이고 명확한 건강불평등의 지표, 즉, 여러 가지 집단 사이의 건강수준의 차이에 대한 지표를 정책에 활용하는 것이 일반적이다.

건강형평성을 중요한 가치로 받아들이는 이유는 건강의 가치와 정의의 문제가 결합되어 있기 때문이다. 이에 대한 윤리적 측면은 다니엘스(Daniels, 2004)가 충실하게 검토하였다. 일반적으로 정의로운 사회를 구현하고자 하는 것은 대부분의 정부와 시민사회가 목표로 하는 것이다. 다른 재화에 비해서 건강과 관련된 정의와 공평성에 더욱 중요한 가치를 두는 것에 대부분 동의한다. 이는 건강이 사람의 정상적인 사회적 기능을 수행하는 데 전제조건이 되기 때문이다. 건강을 잃으면 삶의 목표를 추구할 기회의 범위가 줄어들기 때문에 건강불평등은 공정한 사회에서 추구하고자 하는 기회의 평등을 제한하는 것이다. 나아가 질병과 고통은 삶의 본원적 가치인 생명과 행복을 직접적으로 제한하므로, 사람의 가치를 동등하게 보는 만큼 건강형평성의 중요성을 인정하여야 한다.

결론적으로, 건강은 행복추구의 필수적이며 직접적인 조건으로서 다른 어떤 자산에 비해서도 큰 가치를 지니는 것이며, 이에 대한 불공평은 그만큼 중요한 문제로 받아들여지는 것이다.

② 국내 건강형평성 정책

국민건강증진종합계획 2030(Health Plan 2030)의 비전인 ‘모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회’는 명시적으로 건강정책 적용의 범용성(universality)을 선언하고, 건강정책에의 국민적 참여 증진을 추구한다는 점에서 건강형평성 정책에 일관된 방향성과 가이드라인을 제시하고 있다[그림 1-16].

건강은 개인이 당당하게 국가에 요구할 수 있는 권리이며, 국가는 타당한 수준 이상의 건강서비스를 국민에게 제공함으로써 국민의 보편적인 건강수준을 책임질 의무가 있다. 이러한 정책체계의 이상은 “누구나, 건강한, 건강할 권리가 있는 대한민국”으로 명문화될 수 있다.

건강형평성의 가치는 국민건강증진종합계획 2030의 ‘건강수명 연장, 건강형평성 제고’를 목표로 설정함으로써 의미를 갖는다. 건강형평성의 목표는 ‘건강수명 연장’의 목표와 높은 수준의 조화를 이룰 것이 요구된다. 또한 건강형평성은 소득수준, 교육정도 등에 의해서 구분되는 사회경제적 계층 간에 존재하는 건강수준의 격차를 완화함으로써 제고될 수 있음을 의미한다. 아울러 현재로서는 형평성의 실태를 총괄적으로 나타낼 자료가 없으므로 형평성 제고의 계량적 목표를 제시하지 못하는 형편이지만 건강형평성의 제고를 건강수명의 연장과 더불어 총괄적 목표의 양대 축으로 설정함으로써 사업계획의 모든 측면에서 형평성 추구에 관심을 갖고, 추진 방안을 마련하도록 하는 지침이 될 것임을 알 수 있다(보건복지부, 2025).

즉, 건강형평성 정책은 그 자체로 높은 독립성을 가지는 것은 사실이나, 궁극적으로는 국민건강증진과 건강수명의 연장이라는 가치와의 관계 속에서 제시되어야 한다는 것이다. 현재와 미래의 보건, 건강정책의 수립을 위해서는 반드시 다학제적, 다영역, 다수준 등에 대한 폭넓은 수용이 필요하다.

4) 건강도시

(1) 건강도시의 개념

건강도시는 “모든 인류에게 건강을(Health For All)”이라는 WHO의 선언(알마아타, 1978)과 이후 1980년대에 등장한 신 공중보건운동(new public health)의 시작을 기점으로 대두되었다. 그 후 1986년 캐나다 오타와에서 개최된 제1차 국제건강증진회의에서 오타와 헌장이 선언되었다.

건강도시란 도시의 물리적, 사회적 환경을 개선하고 지역사회의 모든 구성원이 상호 협력하여 시민의 건강과 삶의 질을 향상시키기 위해 지속적으로 노력하는 도시이다(세계보건기구, 2004). 즉, 주민들의 건강과 복지를 의사결정 과정의 핵심에 두는 도시이며, 그곳에서 살고 일하는 사람들의 신체적, 정신적, 사회적, 환경적 안녕의 증진을 추구하는 도시이다. 건강都市는 특정 건강상태를 달성한 도시라기보다는 오히려 건강을 도시의 이슈로 인식하여 도시의 건강을 향상시키려고 노력하는 도시를 말한다. 건강도시의 목적은 도시의 건강과 환경을 개선하여 도시 주민의 건강을 향상시키기 위함이고, 이는 지방자치단체와 지역사회의 창의성을 발휘하여 “모든 인류에게 건강을(Health for All)”을 달성하려는 데 있다(대한민국건강도시협의회, 2005).

모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회

건강수명 연장, 건강형평성 제고

기본 원칙

- 1 국가와 지역사회의 모든 정책 수립에 건강을 우선적으로 반영한다.
- 2 보편적인 건강수준의 향상과 건강형평성 제고를 함께 추진한다.
- 3 모든 생애과정과 생활터에 적용한다.
- 4 건강친화적인 환경을 구축한다.
- 5 누구나 참여하여 함께 만들고 누릴 수 있도록 한다.
- 6 관련된 모든 부문이 연계하고 협력한다.



그림 1-16 제5차 국민건강증진종합계획(Health plan 2030)

출처 : 보건복지부, (2025). 제5차 국민건강증진종합계획.

- 건강도시의 목적

건강도시의 목적은 도시 환경을 개선하여 모든 시민의 건강증진과 “모든 인류에게 건강(Health for All)”을 실현하는 데 있다.

- 건강도시의 목표

건강都市는 분야 간 협력과 시민 참여를 기반으로 건강 프로파일 개발, 실행계획 수립, 모니터링, 정보 공유, 형평성, 지속가능성, 네트워크 협력 등을 통해 도시의 건강 수준을 체계적으로 향상시키는 것을 목표로 한다.

(2) 건강도시의 역사

세계보건기구는 1986년 새로운 건강정책 패러다임을 지향하는 건강도시(Healthy Cities) 개념을 제시하고 이를 구현할 건강도시사업(Healthy City Project)을 제안하였다. 건강도시사업은 1986년 세계보건기구 유럽 및 북미 지역 사무국에서 16개 나라 30개 도시에서 시작하였으며, 서태평양지역은 1980년대 말 일본, 호주, 뉴질랜드에서 시작하였다[표 1-8].

1991년 세계보건기구 총회에서 선진국, 개발도상국 모두에서 도시의 건강문제를 해결하는 수단으로 건강도시 사업을 지목하였으며, 세계 지역별로 네트워크를 형성하여 정보교환, 경험공유, 상호 간 지지체계 확립, 새로운 전략 개발, 결과 및 아이디어 공유, 파트너십 형성 등을 위하여 1,000여 개 도시에서 공동으로 노력하고 있다.

서태평양 건강도시연맹은 2003년 10월 WHO 서태평양 지역 사무국의 본부가 있는 필리핀 마닐라에서 회의를 개최하고 발족하였다.

이후 2004년 12월에 말레이시아 쿠칭 시에서 창립총회가 개최되었고, 우리나라는 원주시가 창립회원 도시로 총회에 참석하였다.

표 1-8 건강도시의 역사

연도	내용
1978년	알마타선언(모든 인류에게 건강을(Health for all))
1986년	오타와헌장 선포(제1차 국제건강증진회의, 캐나다 오타와) 세계보건기구 유럽 및 북미 지역사무국에서 시작(16개국 30개 도시)
1980년대 말	세계보건기구 서태평양지역 시작(일본, 호주, 뉴질랜드)
1991년	세계보건기구 총회에서 건강도시사업 주창
2003년	세계보건기구 서태평양지역의 서태평양 건강도시연맹 발족(마닐라)
2004년	창립총회개최(말레이시아 쿠칭시), 우리나라 건강도시 사업 시작(원주시)
2010년	제4차 총회 개최(서울 강남구)
2024년	우리나라 103개 도시 회원 가입

출처 : 대한민국건강도시협의회. https://www.khcp.kr/hb/main/sub01_03_01. 2025.

2010년 10월 제4차 총회가 서울 강남구에서, 2016년 9월에는 제7차 총회가 강원도 원주에서 개최되었으며, 2024년 3월 기준 우리나라는 103개 도시가 회원으로 가입하였다.

건강도시사업은 건강도시를 만들기 위한 모든 정책적 노력으로 도시의 특성을 고려하여 시민의 건강문제를 과학적으로 진단하고, 건강문제의 사회·경제·환경적 요인을 체계적으로 분석하여, 진단과 분석 결과를 근거로 도시계획과 도시정책 전반에 걸쳐 건강계획과 전략을 수립, 실행함으로써 시민 건강상태를 개선하고 증진하는 종합적이고 지속적인 과정이다.

(3) 건강도시의 조건

건강도시는 도시의 물리·사회·환경적 여건을 지속적으로 개선하며 시민의 건강과 삶의 질 향상을 위해 공동으로 노력하는 도시로서 건강도시의 구체적인 조건은 [표 1-9]와 같다.

표 1-9 건강도시의 조건

1. 깨끗하고 안전하며, 질 높은 도시의 물리적 환경
2. 안정되고, 장기적으로 지속 가능한 생태계
3. 계층 간 부문 간 강한 상호지원 체계와 착취하지 않는 지역사회
4. 개개인의 삶, 건강 및 복지에 영향을 미치는 문제에 대한 시민의 높은 참여와 통제
5. 모든 시민을 위한 기본적 요구(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 직장) 등의 충족
6. 시민들 간의 다양한 만남, 상호작용 및 의사소통을 가능하게 하는 기회와 자원에 대한 접근성
7. 다양하고 활기 넘치며, 혁신적인 도시 경제
8. 역사, 문화 및 생물학적 유산 혹은 지역사회 내 모임들과 개인과의 연계를 도모
9. 모든 시민에 대한 적절한 공중보건 및 치료서비스의 최적화
10. 높은 수준의 건강과 낮은 수준의 질병 발생
11. 이상의 요건들이 서로 양립할 뿐만 아니라 더불어 이 요소들을 증진시키는 도시 행태

출처 : 대한민국건강도시협의회. <https://www.khcp.kr/hb/main/sub03>

2 문화다양성

1) 다문화사회의 이해

다문화사회란 인구학적 정의로, OECD(경제협력개발기구)의 기준으로 한 나라의 인구에서 체류하는 외국인이 차지하는 비중이 5% 이상인 경우 다문화사회라 정의한다. 법무부 출입국외국인정책본부에 따르면 2025년 8월 기준, 국내체류 외국인은 272만 9,609명으로 우리나라는 총 인구의 5.2%를 넘어서 다문화사회에 진입하였다(법무부, 2025).

우리나라의 다문화사회 진입은 인구구조의 변화, 문화적 다양성 확대, 경제적 변화 및 정책적 변화를 가져왔으나, 동시에, 언어, 문화장벽과 차별, 갈등 등의 문제를 동반하고 있다. 따라서 다문화를 올바르게 이해하고 수용하는 태도는 다문화사회통합전략을 모색하는 데 있어 핵심적인 요소이며, 이를 통해 상호존중과 협력을 기반으로 한 조화

로운 지역사회 형성과 건강한 사회발전을 실현할 수 있다.

(1) 다문화사회의 개념

우리나라는 오랫동안 단일민족으로서 고유한 문화적 전통을 유지·발전시켜 왔다. 다문화사회란 한 국가 내에 다양한 인종과 민족 출신이 함께 어우러져, 다른 인종이나 민족으로 인해 사회적 차별을 받지 않고 시민 또는 국민으로서 기본 권리를 향유할 수 있는 사회를 의미한다(김혜순, 2008). 또한, 구성원 간에 인종이나 민족의 다양성을 인정하고, 그들이 속한 국가의 이익과 시민으로서의 권리와 책임을 다하는 사회구조를 가리키며, 이는 다문화사회, 다민족 사회, 다인종 사회 등으로 불리기도 한다. 반면, 다문화사회는 여러 단일 문화가 공존하면서 서로 영향을 주고 각 문화가 유지·발전하는 사회(류정아, 2009)로, 동시에 서로 다른 가치와 문화를 존중하는 다양성의 사회라는 복합적 의미로도 정의된다(최홍, 이동원, & 박준, 2010).

우리나라의 경우, 1990년대 들어 장기 체류 외국인이 증가하고, 2000년 이후 국제결혼으로 다문화가정이 증가함에 따라 급속히 다문화사회로 진입하였다(김영명, 2013). 2010년에는 다문화 교육이 초·중·고등학교에 도입되고, 다문화가족지원센터가 전국에 설치되었다. 이어 2015년에는 다문화사회 정책기본계획을 수립하여 사회통합 전략을 마련하였으며, 2025년에는 다문화사회로의 진입을 공식 선언하고 통합 정책을 더욱 강화하고 있다.

(2) 다문화사회의 형성 배경

① 세계화에 따른 국제이주 증가

19세기 후반부터 20세기 이르기까지 미국으로의 노동인구의 이동, 1960년대 이후 독일을 비롯한 서구로의 노동인구의 이동, 1990년대 이후의 한국으로의 노동인구의 이동이 활발해지면서 세계화로 인한 인적 교류가 증가하고 있다. 이렇듯 국가 간 인구이동의 증가는 문화적 배경을 달리하는 사람들이 모여 사는 다문화사회를 형성하게 되었고, 다문화사회가 급속하게 확산되면서 준비 부족으로 인한 세계의 불균형, 지역의 불균형, 계층의 불균형, 성의 불균형, 세대의 불균형도 함께 확산되었다.

세계화란 무역, 자본자유화의 추진으로 재화, 서비스, 자본, 노동 및 아이디어 등의 국제적 이동 증가로 인한 각국 경제의 통합화를 의미한다. 세계화를 촉진시킨 배경은 신자유주의 사상 대두, 통신 및 운송기술의 발전, 세계무역기구(World Trade Organization, WTO) 출범 등 국제통상환경의 변화 등으로 살펴볼 수 있다.

첫째, 복지국가 추구에 따른 정부 실패를 극복하기 위해 복지제도를 감축하고, 자유시장경제를 활성화시키려는 신자유주의 사상이 등장하게 되었다.

둘째, 최첨단 정보통신기술 및 운송수단의 발달로 지구의 공간을 좁히는 결과를 가져왔다.

셋째, 세계무역기구(WTO) 체제의 출범과 FTA 확산, WTO 체제의 출범은 상품교역에 대한 관세장벽과 비관세장벽 등 무역장벽의 철폐 내지 완화로 세계 시장을 하나의 시장으로 만들기 위해 출범한 국제기구이다.

WTO와 FTA의 확산으로 인한 세계 경제의 개방화는 정치, 사회, 교육 및 문화 등의 개방화를 초래하였다.

오늘날 세계화는 경제, 정치, 문화 등 다방면에 걸쳐 전개되고 있다.

- **경제적 측면** : 자본 그 자체를 기본단위로 하며, 사회경제가 출현하여 세계 경제를 구성하는 다양한 단위들이 통합되고 초국가적 기업이 확대되고 있다.
- **정치적 측면** : 세계화로 인한 주권국가의 기능이 약화되고 있으며, 국내 정치와 국제 정치의 구분이 사라지고 이에 따른 민간기업, 민간기구, 국제기구 등의 역할이 더욱 커지고 있다.
- **문화적 측면** : 세계화는 전 세계의 다양하고 이질적인 문화가 공존하며, 전 세계의 모든 문화가 다양성을 인정받고 서로 간 소통하며 영향을 주고받고 있다.
- **국가 체제적 측면** : 세계화 시대에 국민, 국가는 과거와는 비교가 되지 않을 정도로 유기적 체계 속을 편입되어 가고 있어 국가, 국경, 국적의 의미는 약화되고 있다(신군재, 2017).

② 저출산과 고령화 심화

생산력이 높은 지역이나 국가에서는 여성의 사회적 진출, 가치관의 변화, 사교육비의 증가 등으로 인해 구조적 작용으로 인한 저출산과 급격한 고령화가 노동인구의 부족을 가속화시켜왔다. 저출산 현상이 지속되면 생산가능인구가 감소하여 노동력이 부족해지고 출생률이 사망률보다 낮아져 총인구가 감소하게 된다. 이는 소비활동과 그에 따른 기업의 생산활동에도 영향을 미쳐 경제 전반적인 측면에 악영향을 미칠 수 있다. 한편 노년층의 인구비율이 증가할 경우 노동력의 고령화 때문에 노동 생산성이 낮아지고 세금 및 사회보장 기여금을 납부할 수 있는 경제활동인구가 줄어들어 국가의 재정상황이 악화될 수 있다. 이렇듯 저출산 고령화 현상이 지속되면서 노동력 부족 현상이 나타났고, 내국인 근로자의 저임금 생산직 기피 현상이 심화되었다. 저출산과 고령화는 노동력 부족을 초래하여 선진 국가에서는 노동인구의 부족 현상을 해결하기 위해 외국인 노동자들을 유입하고 있다. 또한 최근 국가 간 경제 교류가 활발해지고 다국적 기업의 수가 증가하면서 급변하는 세계 노동력의 빠른 흐름과 경제사회의 국제화로 국외 동포의 근로자 등 많은 외국인 근로자가 취업을 하고 있다. 그러나 국가 간 인적 교류로 다문화, 다인종 사회가 되면서 필요에 의해 유입된 노동자들은 차별행위나 인권무시 등 개개인의 존엄성을 무시당하고, 경제력 혹은 자민족 중심적 우월의식에서 파생되는 오만한 태도가 내재되어 있음을 지적할 수 있다.

2) 다문화사회의 이론

다문화 시대를 형성하게 된 배경은 다문화주의(multiculturalism)에서 비롯된다. 다문화주의는 인간의 상호작용과 상호 연결에 근거한 문화적 다양성에 초점을 두며 다문화사회 혹은 조직에서 사람 혹은 집단의 풍부한 다양성을 인정하는 것을 말한다. 다문화주의는 문화 접촉과정이 발생하는 맥락 안에서 제시되는 정책과 제도적인 관행을 의미하기도 한다. 다문화주의는 통합을 목적으로 하며, 통합은 소수민족 집단이 원래 문화를 지니고 그 문화의 핵심에 긍지를 지니면서 동시에 유치 국가의 문화를 반영하는 통일적인 보호 국가의 정체성을 지닌다(Throssell, R.P., 1981).

다문화사회에서 다문화주의의 통합을 이해할 수 있는 다문화 관련 이론적 모형에는 도가니 모델(melting pot model), 모자이크 모델(mosaic model), 샐러드 그릇 모델(salad bowl model) 등이 존재하며, 이러한 과정을 경험하면서 주류 사회에 정착한다(다문화가족정책보고서, 2010).

(1) 도가니 모델

장윌(Zangwill)의 희곡 『도가니, The Melting Pot(1908)』는 러시아계 이민자 가족의 삶을 그리고 있다. 러시아에서 어머니와 여동생이 살해되는 비극을 겪은 이 희곡의 주인공 데이비드는 ‘미국은 거대한 도가니(The Melting Pot)이며, 모든 유럽의 인종이 녹아들어 재형성되는 곳’이라고 주장한다. 이 희곡에서 데이비드는 미국인이 되기 위해 유대교와의 유대를 포기하려는 의지도 보이고 있다. 미국을 쇠붙이를 녹이는 그릇인 도가니에 비유한 다문화 은유 모델은 그의 희곡에서 시작되었다(Hirschman, C. 1983). 도가니 모델(melting pot model)에서는, 모든 인종집단—소수민족 이민자를 수용하는 압도적인 유치국 인구를 포함하며—이 자신의 인종적 정체성을 양보해야만 한다. 그 이유는 정의상 도가니 모델은 기존 특성을 대체하는 새로운 혼합 모델이기 때문이다. 사실, 도가니 모델에 의거하여 명백히 통합을 촉진하는 사회에서조차, 다양한 요소들이 유지되지 못하거나 결과에 동일한 영향을 행사하지 못한다. 새로운 소수민족 이주자보다 유치국 인구가 수적으로 우위를 점하므로, 항상 유치국의 요소가 사회를 지배하는 경향이 있기 때문이다.

좋은 의도와 정책에도 불구하고 동화 압력이 있어서 소수민족 이주자들은 특히 제2세대는 동화에 저항할 수 없다(Furnham, A., & Bochner, S. 1986).

(2) 모자이크 모델

작은 색유리, 돌 혹은 다른 자료로 된 부분들을 합하여 이미지를 창조하는 예술이 모자이크이므로 모자이크 모델(mosaic model)은 화려하고 창조적으로 디자인된 다문화사회를 제시할 수 있다. 모자이크의 작은 부분들이 의미하는 바처럼, 모든 요소들(인종집단)은 그 원래적 정체성의 핵심 특성을 보유하나 결합과 연결은 새로운 사회를 창조할 수 있다는 것이다. 즉, 전체가 그 부분의 총합보다 훨씬 더 큰 형태이다. 캐나다에서 미국의 도가니 이론 정책을 비판하면서 제시된 이론으로 다양한 조각과 여러 색상의 조각들인 이민자들이 모여서 하나의 아름다운 모자이크가 완성되듯이 소수 집단의 고유한 문화가 주류 문화와 함께 공존하며 전체 사회를 구성하는 것을 인정하는 이론이다. 주류 문화 외의 다양한 소수 집단 문화가 사회 내에서 각자의 정체성을 유지하면서 공존하는 것을 지지하는 이론이다. 그러나 소수민족 문화와 다수민족 문화를 연결하는 사회적 기술을 사회구성원이 과연 지니고 있는지는 문제가 제기된다. 각각의 문화가 얼마나 ‘느슨(loose)’ 혹은 ‘밀접(tight)’하게 교차하는가에 따라 다문화 현실은 각양각색이다. 따라서 현재의 맥락에서 문화가 압도적인 다수 인종에로의 동화압력에 직면하여 자신의 성원을 유지할 수 있느냐 하는 문제가 제기된다. 또한 몇몇 집단의 가치, 신념, 그리고 관행이 다른 집단의 규범과 정면으로 충돌할 수도 있다. 그래서 응집적인 사회관념과는 양립할 수 없는 상황이 나타날 수 있다는 것이다. 모자이크 사회운동은 공동의 문화를 만들어내는 장점이 있으나, 공동의 정책을 작성하고 상이한 조각(소수민족 집단)들의 차이를 연결하는 방법을 찾는 일은 쉽지 않다.

(3) 샐러드 그릇 모델

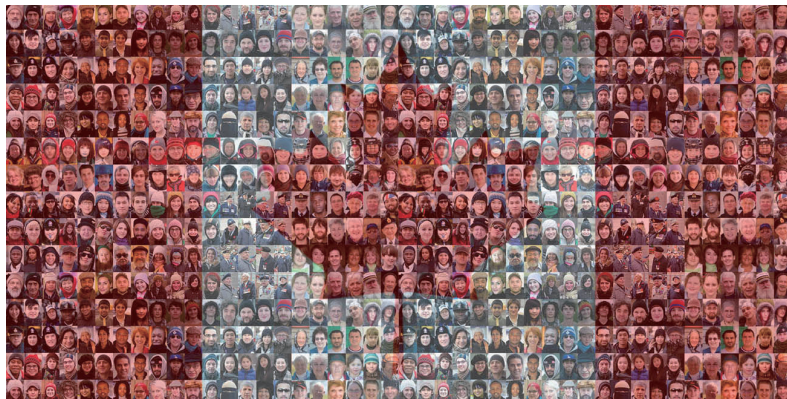
샐러드 그릇 모델(salad bowl model)은 장윌(Zangwill)의 도가니 모델에 반하는 모델로, 모자이크 모델과 비슷하다고 할 수 있다. 즙이 많은 샐러드(a succulent salad)에 들어가는 각각의 재료는 전체 샐러드 맛에 중요한 영향을 미친다는 비유에 샐러드 그릇 모델이 근거하고 있다. 샐러드 재료 중에 크루톤, 양배추, 토마토를 빼면 원래 맛이 사라지고, 버섯, 후추 혹은 샐러드 드레싱을 빼도 똑같은 일이 일어난다는 것이다.

다문화사회에 이 은유를 적용하면, 다문화사회는 문화적 다양성에 의존하고 있어서 이같은 다양성이 다문화사회와 국가의 독특한 풍미를 유지하고 있다고 본다. 즉 다문화사회에서 샐러드의 재료와 같은 각양각색의 문화를 단일의 문화로 수렴하지 않고 배치함으로써, 샐러드의 각 재료가 자신의 독특한 맛을 지니고 있는 것처럼 각 문화가 자신의 특질을 지니도록 해야 한다는 것이다. 이는 다문화사회가 개별적이고 순수한 소수민족이든 다수민족이든 자신의 문화를 지니는 것이 바람직하다고 해석하고 있다.



도가니 모델

샐러드 그릇 모델



모자이크 모델

그림 1-17 도가니 모델, 모자이크 모델, 샐러드 그릇 모델

3) 다문화사회 현황

(1) 외국인 현황

2025년 법무부 출입국 외국인 정책 통계연보에 따르면, 우리나라에 거주하는 외국인 수는 2,650,783명으로, 2020년 3.93%, 2024년 5.2%로 증가하는 것으로 나타났다[표 1-10].

또한, 1990년대 이후 활성화된 한국인과 외국인의 국제결혼은 현재까지 꾸준히 증가 추세를 보이고 있으며, 2024년 전국 다문화가족실태조사에서 결혼이민자·귀화자 부재 가구를 포함하여 조사한 결과, 결혼 이민자가구 72.8%, 기타귀화자 가구 16.5%, 결혼이민자·귀화자 부재 가구 10.6%로 나타났다[표 1-11]. 국적별 결혼이민자 체류 현황을 보면, 중국이 33.4%로 가장 많았고, 다음으로는 베트남 23%, 일본 8.9%, 필리핀 7.1% 순으로 나타났으며[그림 1-18], 지역별로는 경기(31.2%), 서울(15.9%), 인천(7.5%) 등 수도권 거주자가 54.6%로 과반수 이상을 차지하였다[그림 1-19].

표 1-10 인구대비 체류외국인 현황

(단위: 명)

구분 \ 연도	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년
체류외국인	2,036,075	1,956,781	2,245,912	2,507,584	2,650,783
인구	51,829,023	51,638,809	51,439,038	51,325,329	51,217,221
인구대비 체류외국인비율	3.93%	3.79%	4.37%	4.89%	5.2%

출처: 법무부. (2024). 『출입국외국인정책통계연보』.

표 1-11 유형별 다문화가구 분포

(단위: %, 가구)

	결혼이민자	기타귀화자	결혼이민자 · 귀화자 부재	전체
2021년	82.4 (285,006)	17.6 (61,012)	-	100.0 (346,017)
2024년	72.8 (270,281)	16.5 (61,305)	10.6 (39,480)	100.0 (371,066)

출처: 성평등가족부. (2024). 『전국다문화가족실태조사』. p 88 자료를 인용하였음

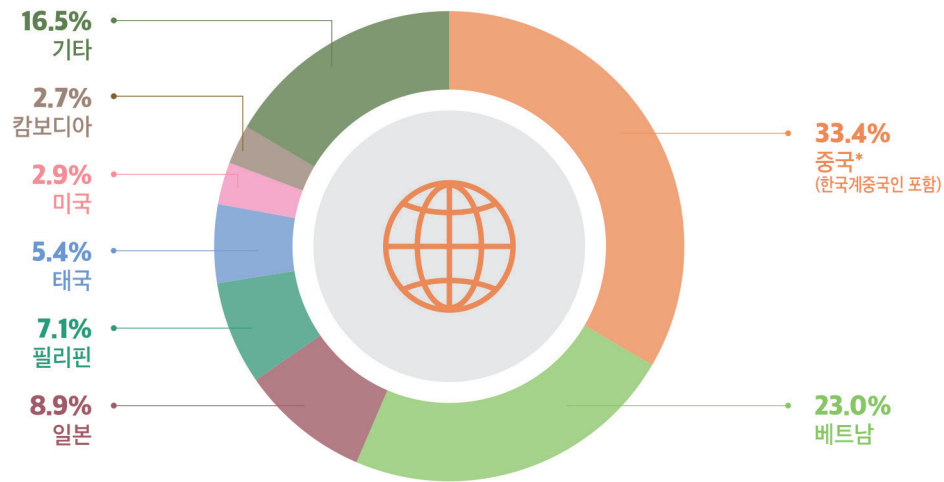


그림 1-18 국적별 결혼이민자 현황(2024.12.31)

출처 : 법무부, (2024). 『출입국외국인정책통계연보』, p57자료를 인용하였음

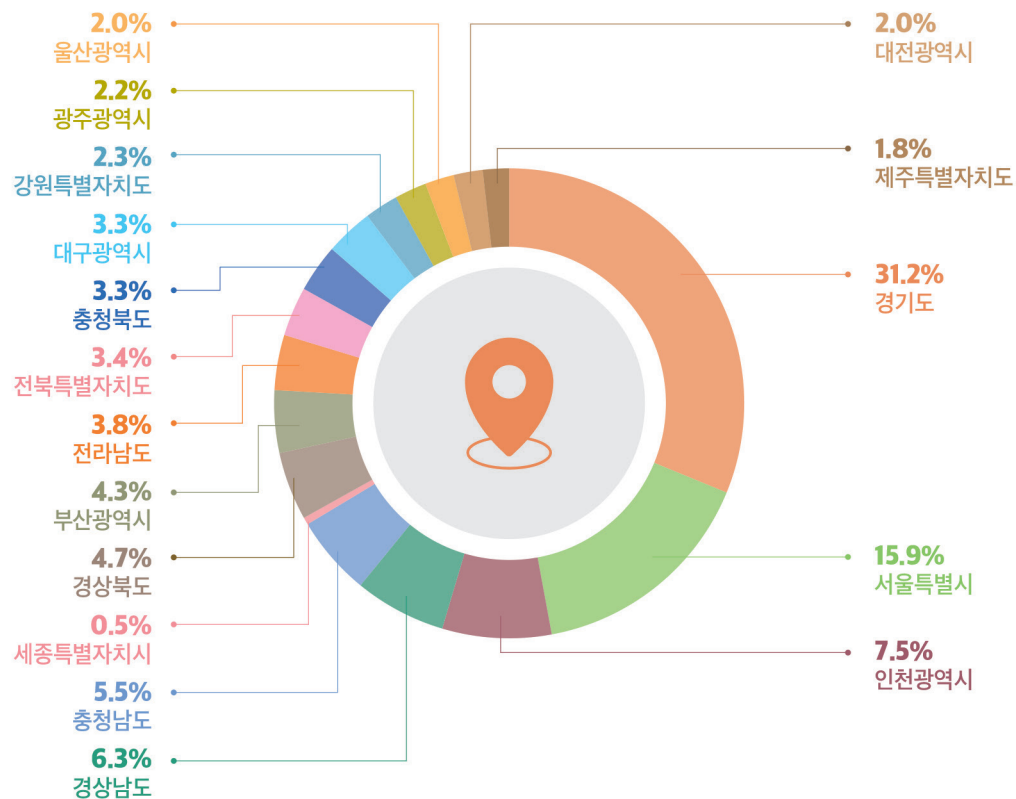


그림 1-19 지역별 결혼이민자 등록외국인 분포 현황(2024.12.31)

출처 : 법무부, (2024). 『출입국외국인정책통계연보』, p59 자료를 인용하였음

(2) 다문화가구의 구성

다문화가구의 구성에서 가장 많은 비중을 차지하는 유형은 부부+자녀로 구성된 핵가족 유형으로 전체 38.6%로 나타났다. 2021년 대비 이 유형은 약 4% 증가하였으며, 다음으로 높은 비중을 차지하는 가구는 부부만 사는 유형으로 31.6%로 2021년과 유사한 수준이었다. 이는 다문화가구에서 당사자 홀로 거주하는 가구보다는 가족을 구성하는 형태가 많아지고 있음을 볼 수 있다. 결혼이민자 가구의 구성 형태를 살펴보면, 부부+자녀 형태가 46.3%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 부부만으로 구성된 가구도 36.9%로 전체의 1/3 이상을 차지하는 것으로 나타났다. 한편, 기타귀화자 가구의 경우에는 1인 가구가 24.6%로 약 1/4을 차지하였으며, 부부 가구(29.0%)와 부부+자녀 가구(29.3%)가 비슷한 비율로 분포하였다.

또한, 결혼이민자·귀화자 부재 가구에서는 배우자+자녀로 구성된 한부모 가족의 비율이 55.4%로 가장 높게 나타나, 가족 형태의 다양화가 두드러짐으로써 가정에 대한 지원이 필요함을 보여준다[표 1-12].

표 1-12 다문화가구 구성

(단위: %, 가구)

		본인	부부	부부+ 자녀	본인+ 자녀	배우자+ 자녀	부부+ 자녀+ 배우자 부모 형제	부부+ 자녀+ 본인 부모 형제	부부+ 배우자 부모 형제	부부+ 본인 부모 형제	기타	합계
전체 (2021)		8.5	30.9	34.5	2.8	7.8	5.1	1.5	1.9	0.3	6.7	100.0
전체 (2024)		6.6 (24,662)	31.6 (117,419)	38.6 (143,107)	3.8 (14,129)	5.9 (21,865)	3.4 (12,619)	1.3 (4,994)	1.1 (4,049)	0.5 (1,759)	7.1 (26,463)	100.0 (371,066)
다문화 가구 유형	결혼이민자	3.5	36.9	46.3	4.0	0.0	4.3	1.5	1.4	0.6	1.6	100.0
	기타귀화자	24.6	29.0	29.3	5.6	0.0	1.8	1.6	0.6	0.4	7.2	100.0
	결혼이민자· 귀화자 부재	0.0	0.0	0.0	0.0	55.4	0.0	0.0	0.0	0.0	44.6	100.0

출처: 여성가족부. (2024). 『전국다문화가족실태조사』, p 41 자료를 인용하였음

(3) 다문화가구의 자녀 및 연령

2024년 전체 다문화가구의 평균 자녀 수는 0.92명, 유자녀 가구의 평균 자녀 수는 1.56명으로 2021년 조사대비 평균 자녀 수와 유자녀 가구의 평균 자녀 수보다 다소 증가하였다. 다문화가구의 자녀 분포를 살펴보면 자녀가 없는 가구의 비율이 41.3%로 2021년(43.3%)보다 다소 감소한 것으로 나타났다. 유자녀 가구 중에서는 자녀가 1명인 가구가 31.6%로 가장 많았고, 2명 22.2%, 3명 이상 4.9%의 순으로 2021년 조사와 비교할 때, 자녀가 1명인 가구의 비율보다는 2명 이상의 비중은 증가하였다. 따라서 2명 이상을 둔 가구의 비율이 늘어나고 있어 가족규모의 다양화와 안정화가 진행되고 있음을 확인할 수 있다[표 1-13].

표 1-13 다문화가구 자녀 수

		0명	1명	2명	3명 이상	합계	전체 가구 평균	유자녀 가구 평균
전체 (2021)		43.3	31.9	20.7	3.6	100.0	0.86	1.52
전체 (2024)		41.3 (153,133)	31.6 (117,097)	22.2 (82,492)	4.9 (18,344)	100.0 (371,066)	0.92 (371,066)	1.56 (217,933)
다문화 가구 유형	결혼이민자	43.1	28.4	23.1	5.4	100.0	0.92	1.61
	기타귀화자	60.0	24.6	12.7	2.6	100.0	0.59	1.47
	결혼이민자 · 귀화자 부재	0.0	63.7	30.9	5.4	100.0	1.42	1.42

출처 : 여성가족부. (2024). 『전국다문화가족실태조사』. p 45 자료를 인용하였음

다문화가구의 연령은 2024년 조사 결과에 따르면, 6세 미만을 제외하고 가장 높은 비율을 보인 연령대는 12~14세(17.7%)로 중학교 학령기에 해당하였다. 결혼이민자 가구의 경우 여전히 6세 미만 자녀의 비율이 21.9%로 가장 높았으며, 연령이 높아질수록 비율이 점차 감소하는 경향을 보였다. 반면, 기타귀화자 가구에서는 6세 미만 자녀의 비중이 31.0%로 가장 높았으나, 25세 이상 자녀의 비율도 12.6%로 높게 나타나, 자녀 연령대가 유아기와 성인기를 중심으로 한 U자형 분포를 보였다. 즉, 기타귀화자 가구 내에서는 자녀 연령의 양극화 현상이 뚜렷하게 나타나는 것으로 확인되었다[표 1-14]. 이에 다문화가정의 양육환경과 정책적 지원이 이러한 변화에 맞춰 지속적으로 강화될 필요가 있다.

표 1-14 다문화가구의 자녀연령

		6세 미만	6~8세	9~11세	12~14세	15~17세	18~24세	25세 이상	합계	평균
전체 (2021)		31.7	19.7	18.4	13.9	6.4	6.5	3.6	100.0	9.34
전체 (2024)		19.4 (60,753)	13.7 (42,883)	16.4 (51,335)	17.7 (55,400)	15.2 (47,618)	11.8 (36,928)	5.8 (18,153)	100.0 (313,070)	12.13 (313,070)
다문화 가구 유형	결혼이민자	21.9	15.3	16.2	17.2	13.8	9.6	6.0	100.0	11.57
	기타귀화자	31.0	18.0	12.9	10.6	8.9	6.1	12.6	100.0	11.78
	결혼이민자 · 귀화자 부재	1.2	3.8	19.4	24.5	25.3	25.2	0.6	100.0	14.81

주: 25세 이상 비동거 자녀 제외

출처 : 여성가족부. (2024). 『전국다문화가족실태조사』. p 48 자료를 인용하였음

4) 다문화사회의 관련법과 정책

(1) 다문화사회 관련법

우리나라의 외국인 이주민정책은 「재한외국인처우기본법」에 근거를 두고 있다. 이 법에 따라 외국인정책 기본 계획 수립과 부처별 외국인정책을 추진하고 있다. 우리나라 정책의 주된 비전은 ‘다문화 가족’에 초점이 맞춰져 있고, 가족제도 안에 포함되지 않는 이주노동자, 유학생, 난민 등은 「재한외국인처우기본법」과 각종 개별 법률에 의해 정책이 시행되고 있다.

우리나라에서 다문화와 관련한 주요 의제들이 정부 차원에서 본격적으로 시작한 것은 2006년부터이다. 재한 외국인에 대한 처우 등에 관한 기본적인 사항을 정함으로써 재한 외국인이 대한민국 사회에 적응하고, 대한민국 국민과 재한 외국인이 서로를 이해하고 존중하는 사회환경을 만들어 대한민국의 발전과 사회통합을 목적으로 「재한외국인처우기본법」이 2007년 4월 27일에 제정되었다. 이어 우리 사회에 새롭게 이주한 가족들이 안정적인 가족 생활을 영위할 수 있도록 이들의 삶의 질 향상과 사회통합에 이바지함을 목적으로 2008년 3월 21일에 「다문화가족지원법」이 제정되었다.

외국인 정책과 관련된 법령을 살펴보면, 우선 외국인 정책을 총괄하는 법무부의 「국적법」, 「재한외국인 처우기본법」, 「난민법」, 「법교육지원법」이 있으며, 다문화 가족 지원정책을 총괄하는 성평등가족부의 「다문화 지원법」, 「결혼중개업의 관리에 관한 법률」, 외국인 인력정책을 총괄하는 고용노동부의 「외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률」이 대표적으로 있다. 우리나라의 이주민정책과 관련된 주요 법률 제정 및 시행연혁은 [표 1-15]와 같다. 이는 국제 결혼 등을 통한 결혼이민자와 재한 외국인의 한국적응을 지원함을 목적으로 하는 사회통합 법률과 대한민국 출입국관리를 목적으로 하는 법률로 구분되어 나타내고 있다.

우리나라 국적 취득방법을 살펴보면 대한민국 국적을 취득한 사실이 없는 외국인은 「국적법」 제2조~제4조에 의거하여 법무부장관의 귀화허가(歸化許可)를 받아 대한민국 국적을 취득할 수 있다. 「국적법」은 대한민국 국민이 되는 요건을 정함을 목적으로 하며, 인지 및 귀화에 의한 국적 취득, 허가 등의 취소 등을 내용으로 한다. 구체적인 대한민국 국적 취득방법은 [표 1-16]과 같다.

(2) 다문화 관련 정책

우리나라의 외국인 이주민 관련 정책은 중앙정부 각 부처와 위원회 그리고 지방자치단체가 연계되어 추진되며 그 내용도 다양하다. 그리고 「재한외국인처우기본법」, 「다문화가족지원법」, 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」 등을 제정하여 다문화사회 진입에 따른 외국인 주민 지원을 위한 토대를 마련하고 있고, 각 부처에서는 이를 바탕으로 정책을 추진하고 있다.

우리나라의 다문화 관련 정책은 중앙행정기관 16개 기관으로 11부(교육부, 외교부, 법무부, 국방부, 행정안전부, 문화체육관광부, 농림축산식품부, 보건복지부, 고용노동부, 성평등가족부, 중소벤처기업부), 1개 위원회(방송통신위원회), 4개 청(경찰청, 소방청, 질병관리청, 재외동포청) 부처와 17개 시·도 지방단체가 협력하거나 분담하고 있다. 더불어 다문화가족정책위원회(위원장 : 국무총리)에서 총괄 조정하고 관계 중앙부처 및 지방자치단체(다문화가족지원센터)에서 집행하는 구조로 되어 있다.

표 1-15 우리나라 사회통합관련법률

관련법제	소관부처	제정일시 (최근개정일시)	목적
국적법	법무부	1948. 12. 20. (2022. 9. 15.)	대한민국의 국민이 되는 요건을 정함
출입국관리법	법무부	1963. 3. 5. (2025. 7. 22.)	대한민국에 입국하거나 대한민국에서 출국하는 모든 국민 및 외국인의 출입국관리를 통한 안전한 국경관리와 대한민국에 체류하는 외국인의 체류관리와 사회통합 등에 관한 규정
재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률	법무부	1999. 9. 2. (2025. 1. 21.)	재외동포의 대한민국에의 출입국과 대한민국 안에서의 법적 지위를 보장
외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률	고용노동부	2004.8.17. (2022. 6. 10)	약칭 「외국인고용법」으로 외국인 근로자를 체계적으로 도입, 관리함으로써 원활한 인력수급 및 국민경제의 균형있는 발전을 도모함을 목적으로 함
재한외국인 처우기본법	법무부	2007. 5. 17. (2025. 1. 31.)	재한외국인이 대한민국 사회에 적응하여 개인의 능력을 충분히 발휘할 수 있도록 하고, 대한민국 국민과 재한외국인이 서로를 이해하고 존중하는 사회 환경을 만들어 대한민국의 발전과 사회 통합에 이바지함
다문화가족 지원법	성평등가족부	2008. 3. 21. (2020. 5. 19.)	결혼중개업을 건전하게 지도·관리하고 결혼중개업 이용자의 피해를 예방하여 그 이용자를 보호함으로써 건전한 결혼문화 형성에 이바지함
난민법	법무부	2012.2.10. (2016.12.20.)	「난민의 지위에 관한 1951년 협약」(이하 “난민협약”이라 한다) 및 「난민의 지위에 관한 1967년 의정서」(이하 “난민의정서”라 한다) 등에 따라 난민의 지위와 처우 등에 관한 사항을 정함

출처 : 국가법령정보센터, 법제처내용을 토대로 재구성함. 2025.

표 1-16 대한민국 국적 취득방법

구분	내용
출생	부(父) 또는 모(母)가 대한민국의 국민인 사람. 출생하기 전에 부가 사망한 경우에는 그 사망 당시에 부가 대한민국의 국민이었던 사람. 부모가 모두 분명하지 아니한 경우나 국적이 없는 경우에는 대한민국에서 출생한 사람은 대한민국 국적을 취득함
인지	대한민국의 국민이 아닌 자로서 대한민국의 국민인 부 또는 모에 따라 인지(認知)된 자가 일정 요건을 모두 갖추면 법무부장관에게 신고함으로써 대한민국 국적을 취득할 수 있음
귀화	대한민국 국적을 취득한 사실이 없는 외국인은 법무부장관의 귀화허가(歸化許可)를 받아 대한민국 국적을 취득할 수 있음(일반귀화, 간이귀화, 특별귀화)

출처 : 국가법령정보센터, 법제처내용을 토대로 재구성함. 2025.

① 외국인 정책

외국인정책은 국경·출입국 관리, 체류 관리, 사회통합, 국적부여를 포괄하는 이민정책을 의미한다. 초기에는 ‘이민’이라는 용어가 해외이민과 혼동될 우려로 ‘외국인정책’이라 명명했으나, 정책의 영향 범위를 고려할 때 한계가 있어 국제적으로 통용되는 ‘이민정책’으로 명칭을 변경하였고, 그 개념변화의 내용은 [그림 1-20]과 같다. 더불어 외국인정책 기본계획은 [그림 1-21]과 같은 구조로 구성되어 있다.

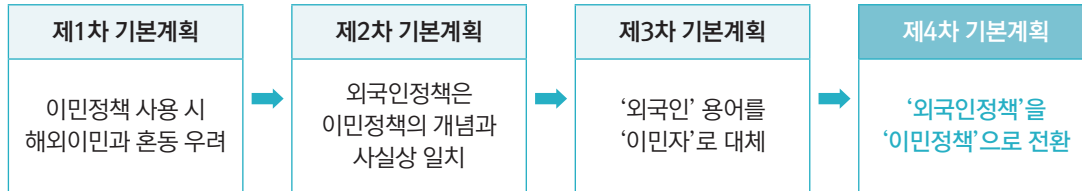
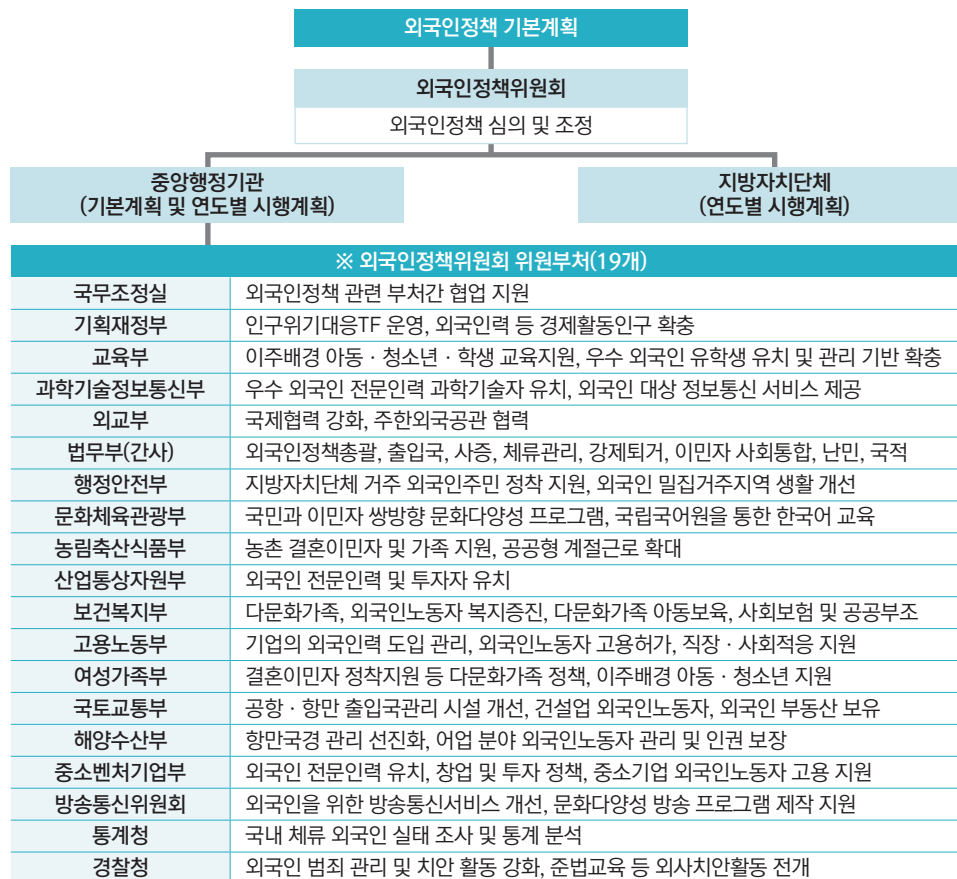


그림 1-20 이민정책 용어에 대한 범정부적 개념변화

출처 : 법무부, (2024), 『제4차 외국인정책기본계획』, 인용하였음



※ 위원 부처 이외 국세청, 해양경찰청 등 관계 중앙행정기관 참여

그림 1-21 외국인정책 기본계획

출처 : 법무부, (2024), 『제4차 외국인정책기본계획』, 인용하였음

② 다문화가족지원 정책

다문화가족지원정책 기본계획은 현재 4차 진행 중에 있으며, 5년마다 관련계획을 수립하고 있다. 특히, 제4차 기본계획에서는 다문화아동청소년의 동등한 출발선 보장을 위한 학교생활 지원강화와 국민의 다문화 수용성향상, 그리고 성장단계별 맞춤형 지원을 강화하여 기본계획을 수립하였으며 1차부터의 지원정책의 구체적인 내용은 [표 1-17]과 같다.

표 1-17 다문화가족지원의 연혁 및 평가

구분		제1차기본계획 (2010~2012년)	제2차기본계획 (2013~2017년)	제3차기본계획 (2018~2022년)	제4차기본계획 (2023~2027년)
비전		열린 다문화사회로 성숙한 세계국가 구현	활기찬 다문화 가족, 함께하는 사회	참여와 공존의 열린 다문화사회	다문화가족과 함께 성장하는 조화로운 사회
목표		① 다문화가족의 삶의 질 향상 및 안정적인 정착 지원 ② 다문화가족 자녀에 대한 지원 강화 및 글로벌인재 육성 지원	① 사회발전 동력으로서 의 다문화가족 역량 강화 ② 다양성이 존중되는 다문화사회 구현	① 모두가 존중받는 차별 없는 다문화 사회 구현 ② 다문화가족의 사회· 경제적 참여 확대 ③ 다문화가족 자녀의 건강한 성장 도모	다문화아동, 청소년의 동등한 출발선 보장 다문화가족의 안정적 생활환경조성
정책 과제	정책 추진체계	다문화가족지원정책 추진체계 정비	정책추진체계 정비	협력적 다문화가족정책 운동을 위한 추진체계 강화	다문화가족정책 추진 기반강화
	국제결혼	국제결혼중개 관리 및 입국전 검증시스템 강화	(‘안정적인 가족생활 기반 구축’ 과제에 포함)	(‘다문화가족 장기정착 지원’ 과제에 포함)	
	결혼 이민자	결혼이민자의 정착 지원 및 자립역량 강화	결혼이민자 사회·경제 적 진출 확대	결혼이민자의 다양한 사회참여 확대	결혼이민자 정착주기별 지원
	다문화 가족	다문화가족 자녀의 건강한 성장환경 조성	안정적인 가족 생활 기반 구축, 다문화가족 자녀의 성장과 발달 지원	다문화가족 장기정착 지원, 다문화가족 자녀 의 안정적 성장 지원과 역량 강화	다문화아동, 청소년 성장단계별 맞춤형 지원
	다문화 수용성	다문화에 대한 사회적 이해 제고	다문화가족에 대한 사회적 수용성 제고	상호존중에 기반한 다문화수용성 제고	상호존중에 기반한 다문화 수용성 제고

출처 : 여성가족부, (2024). 『제4차 다문화가족정책 기본계획』.

5) 문화적 다양성과 건강

(1) 문화차이

문화적응(acculturation)은 개인이 둘 이상의 문화집단에 속하게 될 경우에 양쪽 문화와 영향을 주고 받는 과정 자체를 일컫는다. 베리(Berry, 1997)는 적응을 “환경적 요구에 대한 대응으로 개인 또는 집단 내에서 발생하는 변화”

로 정의하며, 문화적응은 특정 집단의 문화 속에서 발생하는 변화를 의미한다고 하였다. 즉, 문화적응은 두 문화 간 접촉으로 발생하는 문화적 변화이자 환경적 요구에 대한 대응으로 이해할 수 있다.

① 외국인 근로자

- 1980년대 후반 이후 한국은 인력 부족 해결을 위해 외국인 근로자를 도입하여 산업 성장과 노동력 보충에 기여하였다.
- 외국인 근로자는 외모, 언어, 문화 차이로 사회·직장 적응 스트레스를 경험하며, 직장 내 차별, 저임금, 장시간 노동 등으로 심리적·경제적 부담이 높다.
- 비국민 신분으로 사회통합정책에서 배제되어 문화적응 스트레스가 높고, 우울, 정체성 혼란, 적대감 등 정신 건강 문제와 결근, 생산성 감소 등 사회경제적 손실로 이어질 수 있다.

② 결혼이민자 여성과 자녀

- 결혼이민자 여성은 한국어·문화 준비 없이 혼인생활을 시작하며, 연령 차이, 조기 임신·출산, 문화 차이로 양육과 생활 적응에서 높은 스트레스를 경험한다.
- 언어 능력 부족과 문화차이는 자녀의 언어발달, 학교 적응, 심리사회적 문제, 유아기 자아정체성 형성에 영향을 미친다.
- 지역사회의 체계적 지원과 주변 관심은 문화적응 스트레스 완화, 양육 역량 향상, 삶의 만족도 증가에 기여한다.

③ 북한이탈주민

- 북한이탈주민은 언어, 가치관, 사고방식, 사회제도 차이로 사회문화적 적응에 어려움을 겪는다.
- 여가, 학습, 스포츠 등 자기개발 활동 참여가 제한적이며, 탈북 과정에서 경험한 위기로 심리적 취약성이 존재한다.
- 사회연결망 부족과 제한된 사회적 접촉으로 사회심리적 통합 수준이 낮아, 외적 지원과 개인적 역량 강화가 병행되어야 성공적 적응과 통합이 가능하다.

(2) 언어장벽

언어는 사회생활과 문화적응의 핵심 수단으로, 단순한 의사소통을 넘어 문화 전수와 사회적 소속감 형성에도 중요한 역할을 한다. 다문화가족구성원은 한국어 능력 부족으로 인해 일상생활, 직장, 교육, 의료서비스 등에서 의사소통에 어려움을 겪으며, 한국 생활 적응에 어려움을 경험한다(2024년 다문화가족실태조사).

① 외국인 근로자

- 직장에서는 한국어, 일상생활에서는 모국어를 사용하는 이중언어 환경에 노출된다.
- 한국어 사용 및 이해 부족으로 인해 업무 수행, 인간관계, 심리적 안정에 어려움을 겪는다.
- 불법체류 근로자는 교육과 문화적응 지원이 제한되어 부적응 위험이 더욱 높다.

② 결혼이민자 여성과 자녀

- 대부분 한국어와 한국 문화의 이해 준비 없이 혼인생활을 시작한다.
- 언어 능력 부족은 자녀의 언어발달, 학교적응, 심리사회적 문제, 유아기 자아정체성 형성에도 영향을 미친다.

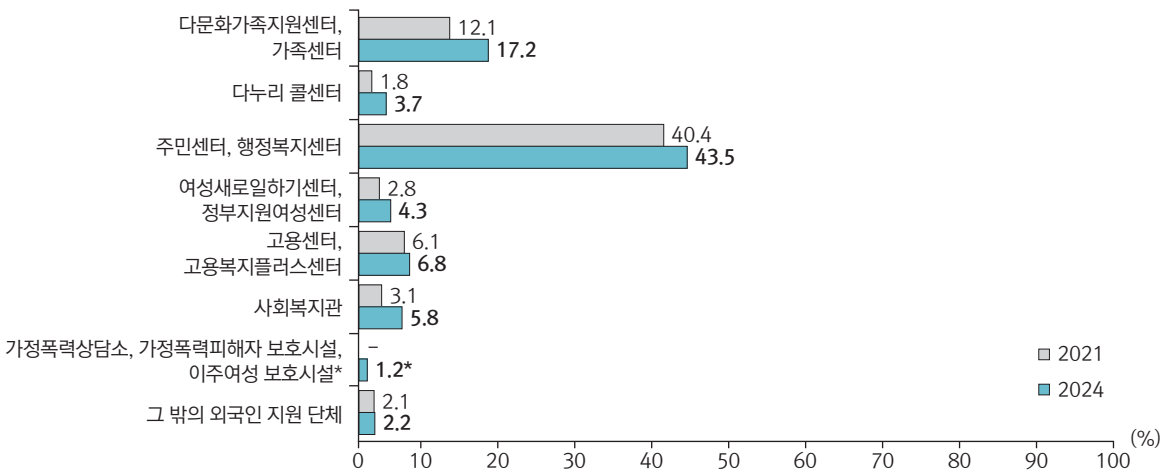
③ 북한이탈주민

- 남한 표준어와 북한 문화어 차이로 인해 의사소통과 문화 적응에 어려움을 겪는다.
- 사회적 고립과 심리적 스트레스, 부적응이 발생할 수 있다.

(3) 사회적 고립

결혼이민자와 귀화자 가정의 사회적 지지망은 건강과 심리적 안정에 중요한 역할을 한다. 2024년도 다문화가족 실태조사 결과에 따르면, 가족 이외에 의논하거나 도움을 받을 수 있는 관계 자원이 부족한 경우가 적지 않음을 확인할 수 있으며 결혼이민자와 귀화자가 필요할 때 도움을 받을 수 있는 사회적 관계망이 부족함을 알 수 있다. 따라서 지역사회간호사가 다문화가족의 건강과 적응을 지원할 때 사회적 지지망 확보 및 활용이 중요한 간호중재 영역임을 시사하며, 구체적인 내용은 [그림 1-22]와 같다.

- **건강 관련 지원** : 몸이 아플 때 의논하거나 도움받을 사람이 없는 비율은 21.2%로 나타났다.
- **자녀 교육 관련 지원** : 자녀 교육 문제에 대해 의논하거나 도움을 받을 사람이 없는 경우도 21.1%에 달했다.
- **일자리 및 경제적 문제** : 일자리 관련 의논·지원이 가능한 사람이 없는 경우 18.7%, 개인·가정의 어려움을 의논할 사람이 없는 경우 17.1%로 보고되었다.
- **심리적 지원** : 우울하거나 스트레스를 받을 때 이야기를 나누거나 도움을 받을 사람이 없는 경우도 16.0%로 나타났다.



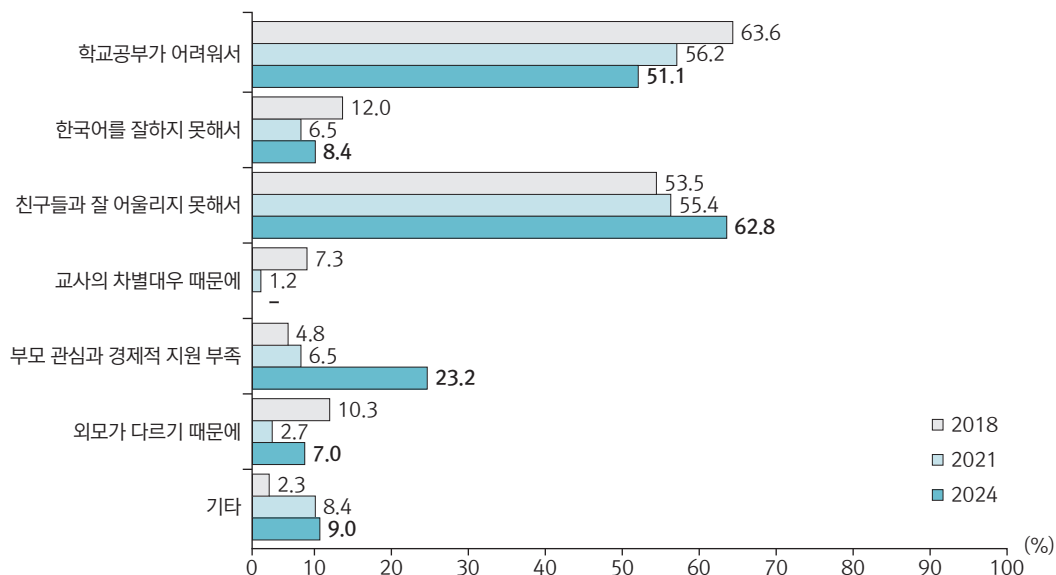
주: 1) 복수응답임.
2) *는 2024년에 추가된 응답 항목임.

그림 1-22 [결혼이민자·귀화자] 지난 1년간 기관·단체 이용 현황(2021, 2024)

출처 : 여성가족부. (2024). 전국다문화가족실태조사. p258 자료를 인용하였음

(4) 다문화 자녀의 학교 부적응

2024년도 다문화가족실태조사 결과에 따르면, 다문화 가정의 자녀들이 학교생활에 적응하지 못하는 이유는 친구들과 잘 어울리지 못함(62.8%)과 학교 공부의 어려움(51.1%)이 주요 원인으로 나타났으며, 특히 2024년에는 부모의 관심과 경제적 지원 부족을 이유로 든 비율이 23.2%로 2018년(4.8%)과 2021년(6.5%)에 비해 크게 증가하여, 학생들의 학교적응에 있어 부모의 역할과 지원이 점점 더 중요해지고 있음을 확인할 수 있으며 구체적인 내용은 [그림 1-23]과 같다.



주: 2018년과 2021년은 초·중·고·대 재학생을 대상으로, 2024년은 대학원을 포함한 전체 재학생을 대상으로 조사함.

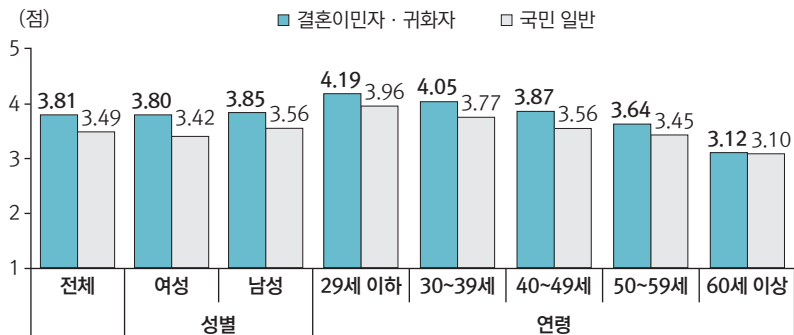
그림 1-23 [재녀] 학교 부적응 이유(복수응답)(2018, 2021, 2024)

출처: 여성가족부. (2024). 전국다문화가족실태조사. p605 자료를 인용하였음

(5) 다문화가족의 건강상태

① 주관적 건강상태

2024년 결혼이민자·귀화자와 일반국민을 대상으로 주관적 건강상태를 조사한 결과, 결혼이민자·귀화자의 전반적인 건강상태는 5점 척도(매우 나쁘다 1점~매우 좋다 5점) 기준 평균 3.81점으로 좋은 편에 가깝고, 국민 일반(3.49점)과 비교해도 0.32점 높은 수준이다. 성별 차이로는 여성 결혼이민자·귀화자 건강이 여성 일반보다 0.38점 높았고, 연령별 차이에서는 모든 연령대에서 결혼이민자·귀화자 건강이 양호하였으며, 29세 이하 0.23점, 30대 0.28점, 40대 0.21점, 50대 0.19점 격차가 있는 것으로 나타났다[그림 1-24]. 다른 한편으로는 결혼이민자·귀화자의 경우 국민 일반보다 저연령층에서는 건강상태가 양호하지만 연령이 높아질수록 건강상태가 빠르게 저하된다는 점으로 보아 지역사회건강관리와 예방적 접근이 필요하다.



자료: 통계청(2024), 사회조사 원자료 분석(18세 이상)(국민 일반 부분)

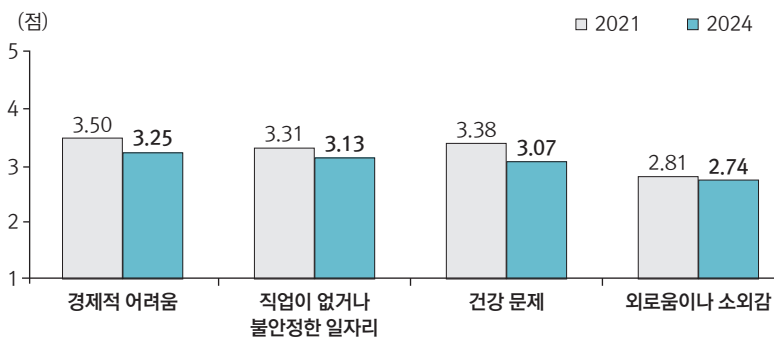
주: 매우 나쁘다=1점, 나쁜 편이다=2점, 보통이다=3점, 좋은 편이다=4점, 매우 좋다=5점

그림 1-24 [결혼이민자·귀화자] 주관적 건강상태: 성별, 연령대별(2024, 국민 일반 비교)

출처: 여성가족부, (2024). 전국다문화가족실태조사. p268 자료를 인용하였음

② 노후와 관련된 불안

다문화가족의 노후불안은 경제적 어려움, 직업적 불안정, 건강문제, 사회적 고립 등 여러 요인에서 비롯된다. 4개 영역별로 살펴보면, 경제적 어려움(3.25점)이 가장 높았으며, 직업이 없거나 불안정한 일자리(3.13점), 건강 문제(3.07점), 외로움이나 소외감(2.74점) 등으로 나타났다[그림 1-25]. 이에 연령이 높아질수록 건강상태가 빠르게 저하되어 노후 불안이 증가할 수 있으므로 다문화가족의 안정적 노후를 위한 건강지원과 사회적 지지체계 마련이 필요하다.



주: 전혀 그렇지 않다=1점, 별로 그렇지 않다=2점, 보통이다=3점, 대체로 그렇다=4점, 매우 그렇다=5점

그림 1-25 [배우자] 노후와 관련한 고민, 불안(평균)(2021, 2024)

출처: 여성가족부, (2024). 전국다문화가족실태조사. p531 자료를 인용하였음

6) 다문화가족의 지원 체계

다문화가족의 지원정책은 「제3차 다문화가족정책 기본계획」의 개선사항을 반영한 「제4차 다문화가족정책 기본계획」을 기반으로 하여 제시하였으며, 다문화 이해교육 확산 등을 통해 사회 전반의 다문화 수용성을 제고하고, 상호존중과 포용의 문화가 정착될 수 있도록 하는 데 중점을 두었다.

(1) 다문화 아동·청소년 성장단계별 맞춤형 지원

① 영유아 자녀양육 지원

결혼이민자 가정의 양육 어려움을 해소하기 위해 단계별 부모교육, 돌봄 품앗이 활동, 공동육아나눔터 운영 등 다양한 지원이 이루어지고 있다. 또한, 가족센터에서는 자녀의 발달 단계에 맞춘 생활지도와 언어교육을 제공하여 영유아의 건강하고 균형 잡힌 성장을 돕고 있다.

② 학령기 다문화 아동의 학습역량 제고

다문화 아동의 기초학습 능력 향상과 교육 접근성을 높이기 위해 기초학습지원 기관이 확대되고 있다. 기초학습지원 기관은 2022년 90개소에서 2024년 160개소 내외로 확대되었으며, 2025년 이후에도 단계적으로 늘어날 예정이다. 또한, 이와 함께 학부모와 학생을 위한 학제 및 학교생활 안내, 교육정보 품앗이 자조모임, 그리고 학교 공지·가정통신문 번역 서비스가 제공되어 다문화 가정의 교육 참여를 돕고 있다.

③ 다문화 청소년의 진로개발 지원

가족센터에서는 다문화 청소년을 위한 진로컨설팅과 대학생 멘토링을 통해 진로 탐색을 지원하고 있다. 또한, 이중언어 교실 운영으로 언어적 강점을 개발하며, 우수 학습자는 인재 DB에 등록되어 사회 진출 기회를 확대하고 있다. 후기 청소년을 대상으로는 직업훈련과 맞춤형 서비스를 연계하여 안정적인 사회 적응을 돕고 있다.

④ 다문화 아동·청소년의 정서안정 기반 조성

다문화 아동과 청소년의 정서적 안정을 위해 토래 상담과 심리상담 지원이 확대되고 있다. 또한, 교원의 다문화 교육 역량을 강화하고, 학교폭력 대응 시 통역사·상담사가 참여하는 체계를 마련하여 차별 없는 포용적 학교환경을 조성하고 있다.

(2) 결혼이민자 정착주기별 지원

① 건전한 국제결혼 환경조성

국제결혼의 증가에 따라 결혼이민자의 인권 보호와 건전한 결혼 문화를 위해 제도적 관리가 강화되고 있다. 국제결혼중개업체의 인권침해적 광고를 점검하는 법적 근거가 마련되었으며, 대표와 종사자를 대상으로 한 다문화 이해·인권교육이 확대되어 건전한 국제결혼 문화 정착을 지원하고 있다.

② 다문화가족 가구상황별 맞춤형 지원

- 초기 적응기 : 통번역 서비스, 다국어 상담, 한국어 교육, 사례관리 등이 제공되어 한국 사회에 원활히 적응할 수 있도록 돕는다.

- **장기정착기** : 가족관계 증진, 생활안전, 노년준비 교육 등 실생활에 필요한 프로그램이 운영되어 가족의 안정적 정착을 지원한다.

다문화 한부모 가정이나 본국으로 귀환한 가족 등 취약가족을 위한 맞춤형 지원도 이루어지고 있다.

③ **결혼이민자 경제활동 참여 확대**

결혼이민자의 자립과 건강한 삶을 위해 직업훈련과 역량강화 프로그램이 운영되고 있다. 새일센터와 평생교육 지원체계를 통해 다양한 교육 기회를 제공하며, K-MOOC를 통한 한국어 및 학문 강좌로 학습 접근성을 높이고 있다. 또한, 통번역·이중언어 등 맞춤형 일자리와 창업 지원을 통해 경제활동 참여를 확대하고 있다.

④ **가정폭력 예방 및 피해자 보호**

다문화가족의 가정폭력 예방을 위해 정부는 실태조사와 연구를 추진하고, 다누리콜센터·경찰·상담소·보호시설 등과의 협업체계를 구축하여 신속한 지원이 가능하도록 하고 있다. 또한 피해 이주여성을 위한 보호시설에서 상담, 법률, 의료, 자립 지원을 제공하며, 간호사는 치료와 회복 지원 등 통합적 보호 역할을 수행한다.

(3) **사회통합프로그램**

우리나라는 상당수의 부처가 지역조직을 운영하고 있으며, 법무부는 사회통합 프로그램(Korea Immigration and Integration Programmer, KIIP)을 지역거점기관으로 운영하고 있으며, 성평등가족부는 다문화가족지원센터와 한국건강가정진흥원을, 노동부는 외국인인력지원센터를 운영하고 있다.

사회통합 프로그램사회통합 프로그램은 이민자가 우리말과 우리 문화를 빨리 익히도록 함에 따라 국민과의 원활한 의사소통으로 지역사회에 쉽게 융화될 수 있도록 지원하는 사업으로 재한외국인에 대한 각종 지원정책을 사회통합프로그램으로 표준화하고 이를 이수한 이민자에게는 국적취득 필기시험 면제 등 다양한 인센티브를 제공하여 자발적이고 적극적인 참여 기회를 부여한다. 또한, 이민자에게 꼭 필요하고 적절한 지원정책 개발과 세부지원 항목 발굴을 위하여 이민자의 사회적응지수를 측정하여 이민자 지원정책 등에 반영하고 있다. 사회통합 프로그램의 과정 및 이수시간은 [표 1-18]과 같다.

표 1-18 사회통합프로그램의 과정 및 이수시간

▶ **과정별단계**

단계	한국어와 한국문화					한국사회이해	
	0단계	1단계	2단계	3단계	4단계	5단계	
과정	기초	초급1	초급2	중급1	중급2	기본	심화
총 교육시간	15시간	100시간	100시간	100시간	100시간	70시간	30시간
평가	없음	1단계 평가	2단계 평가	3단계 평가	중간 평가	영주용 종합평가	귀화용 종합평가
참고	• 5단계 심화과정은 기본과정 수료(수료인정 출석시간 수강) 후 참여 ※ 영주 신청자 대상 영주용 종합평가 합격자는 5단계 기본과정부터 수업에 참여하고 심화과정을 참여할 수 있습니다.						

출처 : 법무부 출입국·외국인정책본부. (2024). 홈페이지. <https://www.immigration.go.kr/immigration/index.do>

(4) 이민자 조기적응프로그램

이민자 조기적응프로그램은 대한민국의 기초 법·제도, 사회적응 정보 제공(18개국 언어)을 통해 합법적으로 장기체류하려는 이민자의 조기 적응을 지원(2015년 본격 시행)하는 맞춤형 적응프로그램을 의미하며, 그 내용은 [표 1-19]와 같다. 또한, 조기적응프로그램 이수자에게는 다음과 같은 혜택이 부여되고 있다.

- 결혼이민자가 외국인등록 시 체류기간 2년 부여(입국규제자 등 제외)
- 사회통합프로그램에 참여 시 교육이수시간* 2시간 공제(공통)

* 최초 배정받은 단계(단, 0단계는 제외)를 2시간 이수한 것으로 인정

표 1-19 이민자 조기적응프로그램 교육내용

▶ 유형별 주요 교육내용

참여대상	특수과목 (1시간)	공통과목 (4시간)	총 교육시간
외국인 유학생	유학생 멘토 성공 경험담, 학교생활정보	<ul style="list-style-type: none"> • 생활법률 · 질서 • 범죄예방 교육 • 산업안전 교육 • 한국사회 적응정보 	5시간
결혼이민자	가족 간 상호이해, 성폭력 · 가정폭력 예방 및 신고절차		
계절근로자	지역사회 정보, 근로조건, 근무환경 등 근로 시 주의사항		
외국국적동포	사증발급, 외국인등록, 체류기간 연장, 자격변경 절차 및 요건		
재정착난민	난민처우, 교육 및 취업 지원제도 안내		
외국인 근로자	근로기준법, 임금체불 등 인권침해 관련 대처방법 및 구제절차		
외국인 연예인	인신매매, 성폭력 등 인권침해 관련 대처방법 및 구제절차	<ul style="list-style-type: none"> • 생활법률 · 질서 • 범죄예방 교육 • 한국사회 적응정보 	4시간
밀집지역 외국인	-		
중도입국 청소년	청소년 문화 · 복지 시설안내, 교육제도, 직업교육 및 취업안내		

▶ 유형별 주요 교육내용

- 한국어 포함 총 18개 언어로 강의 제공

※ 한국어, 중국어, 베트남어, 영어, 러시아어, 몽골어, 타갈로그어, 일본어, 캄보디아어, 태국어, 인도네시아어, 불어, 네팔어, 방글라, 우즈베크어, 카자흐어, 라오어, 미얀마어

출처 : 법무부 출입국 · 외국인정책본부. (2024). 홈페이지. <https://www.immigration.go.kr/immigration/index.do>

(5) 통합시민교육프로그램

통합시민교육프로그램은 국내에 장기적으로 체류할 목적으로 합법적인 체류 자격을 가진 외국인을 대상으로 하는 교육과정으로, 한국 사회의 기본적인 제도와 생활문화, 법질서, 시민으로서의 권리와 의무 등에 대한 이해를 높이는 것을 목표로 한다. 본 프로그램의 구체적인 구성과 운영 내용은 [표 1-20]과 같다.

표 1-20 통합시민교육프로그램 교육내용

▶ 유형별 주요 교육내용

연번	교육과정명	교육내용	교육시간
①	준법시민교육	• 영주 · 귀화자의 권리와 의무, 생활 · 지역 정보 • 일상생활과 관련된 국내 법규 안내 및 법질서 교육	3시간
②	귀화면접대비 시민교육	• 영주 · 귀화자의 권리와 의무, 생활 · 지역 정보 • 귀화 절차, 면접 심사과정, 방식 등 귀화면접심사 대비	3시간
③	국적취득예정자 시민교육	• 국적을 취득한 이후 외국국적포기 또는 외국국적불행사서약 안내, 주민등록 증 발급 및 등록증 반납 등 후속조치, 헌법상 국민의 의무에 대한 교육 등	1시간
④	(찾아가는) 우수인재 시민교육	• 영주 · 귀화 취득 절차, 외국인 대상 서비스 정보, 법질서 교육 등	2시간

출처 : 법무부 출입국 · 외국인정책본부. (2024). 홈페이지. <https://www.immigration.go.kr/immigration/index.do>



02

장

지역사회보건행정

1절 ▶ 보건의료체계

2절 ▶ 보건정책

3절 ▶ 보건사업기획

4절 ▶ 일차보건의료

5절 ▶ 보건정보 및 기술활용

6절 ▶ 보건사업의 질 관리

학습목표

1절 보건의료체계

1. 보건의료체계의 주요 구성요소를 설명한다.
2. 국가보건의료체계의 유형별 주요 특성을 설명한다.
3. 우리나라 보건의료조직의 특성을 설명한다.
4. 우리나라 보건의료자원의 특성을 설명한다.
5. 우리나라 보건의료재정의 특성을 설명한다.

2절 보건정책

1. 보건정책 결정과정을 설명한다.
2. 최근 보건복지정책의 방향을 파악한다.
3. 건강증진종합계획의 목표를 설명한다.
4. 건강증진종합계획의 중점분야별 추진전략을 열거한다.

3절 보건사업기획

1. 보건사업 기획의 개념과 필요성을 설명한다.
2. 보건사업 기획 모형의 특징과 적용을 설명한다.
3. 지역사회 보건사업 기획과정을 단계별로 설명한다.

4절 일차보건의료

1. 일차보건의료의 개념을 설명한다.
2. 지역보건의료사업의 변천과정을 설명한다.
3. 지역보건의료계획의 수립과정을 설명한다.
4. 지역보건의료기관의 기능을 비교한다.

5절 보건정보 및 기술활용

1. 지역보건의료정보시스템을 파악한다.
2. 지리정보시스템을 파악한다.
3. 디지털헬스케어 서비스의 적용사례를 파악한다.

6절 보건사업의 질 관리

1. 지역사회 보건사업의 질 관리의 중요성을 설명한다.
2. 지역사회 보건사업 질 관리의 전략을 설명한다.
3. 지역사회 보건사업 질 관리의 수행 절차를 설명한다.
4. 지역사회 보건사업 질 관리의 평가 방법을 설명한다.



1절

보건의료체계

1 보건의료체계의 이해**1) 보건의료체계의 정의**

보건의료체계(National Health System)란 한 국가나 사회가 그 구성원의 보건의료 요구를 충족하고 건강 수준을 향상시키기 위해 마련한 법률과 제도, 그리고 그에 따른 운영 체계를 의미한다. 이는 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 존중받으며 건강한 삶을 영위할 수 있도록, 질적·양적으로 적정한 보건의료서비스를 효과적으로 제공하기 위한 사회제도의 하나이다.

2) 보건의료체계의 목표

세계보건기구(WHO, 2000)는 보건의료체계의 궁극적인 목표로 국민의 건강수준 향상, 보건의료체계에 대한 반응성, 재정적 형평성 등 세 가지를 제시하였다. 이러한 목표를 달성하기 위해서는 관리, 자원의 개발, 자원 조달, 서비스 전달이라는 네 가지 핵심 기능이 필요하다.

한 나라의 보건의료체계는 국민의 건강을 보호하고 증진하기 위해 사회 속에서 형성된 제도적 체계이다. 이 체계는 사회적 가치와 규범, 기술 수준, 경제 구조뿐만 아니라, 국민의 건강 인식, 인구 구조, 정부 정책, 의료 재정, 기술 발전, 문화와 환경 등 다양한 요인의 영향을 받는다. 이러한 요인들 때문에 각국의 보건의료체계는 형태가 다를 수 있지만, 효율적이고 효과적인 체계를 위해서는 보건의료서비스를 제공할 조직과 자원, 이를 운영할 재정적 지원, 그리고 관리와 정책 활동이 반드시 필요하다.

3) 보건의료체계의 구성요소

보건의료체계는 국민의 건강권을 실현하기 위한 기반 구조를 갖추고 있으며, 주요 하부구조는 다음 5가지 요소로 구성된다[그림 2-1].

(1) 보건의료자원 개발

의료인력, 의료시설, 장비 및 기술 등 보건의료 수행에 필요한 인적·물적 자원을 개발하고 확보하는 활동이다.

(2) 자원의 조직적 배치

개발된 보건의료자원을 효율적으로 배치하고 관리하여 지역사회와 의료기관 간 서비스 제공을 체계화하는 과정이다.

(3) 보건의료제공

예방, 진료, 재활, 건강증진 등 국민에게 직접 제공되는 다양한 보건의료 활동이다.

(4) 경제적 지원

보건의료서비스 제공을 위한 예산, 보험, 정부 지원금 등 경제적 기반을 마련하고 지속 가능성을 확보하는 기능이다.

(5) 관리

보건의료체계 운영을 위한 법·제도적 정책 수립, 규제, 평가, 관리 및 지도 기능이다.

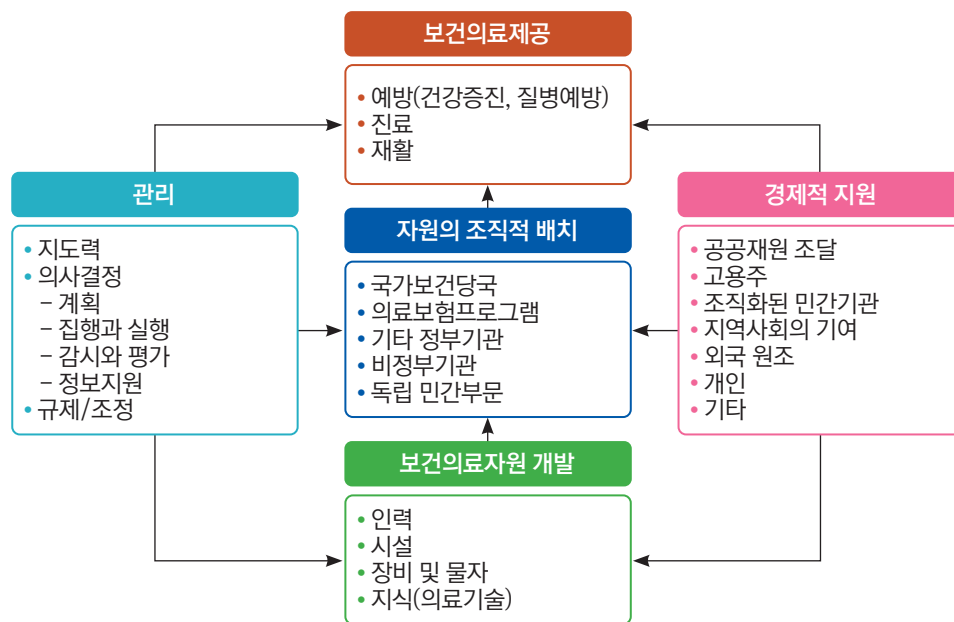


그림 2-1 보건의료체계 하부구조의 구성요소

출처 : kleczkowski, B. M., et al. National health system and their reorientation towards health for all. Geneva: WHO. public health paper; 1984. NO. 77.

2 보건의료체계의 구성요소

1) 보건의료자원

보건의료자원(Health Care Resource)은 보건의료체계의 하부구조를 이루는 가장 중요한 요소이다. 보건의료체계가 원활하게 기능하려면, 보건의료서비스를 제공하고 이를 지원하는 기능을 위해 필요한 자원을 지속적으로 개발하고 관리해야 한다. 보건의료자원은 크게 인력, 시설, 장비 및 물자, 지식(의료기술)으로 나눌 수 있다.

(1) 보건의료인력

보건의료인력이란 보건의료 관련 법령에 따라 의사, 간호사, 약사, 의료기사 등 면허나 자격을 취득하여 국민의 건강을 보호·증진하는 활동을 수행하는 사람들을 말한다. 이들은 국가의 보건의료 수준을 결정짓는 핵심 자원으로, 양질의 보건의료서비스를 제공하기 위해 필수적인 존재이다.

우리나라에서 법으로 정하고 있는 보건의료관계인력은 「의료법」 제2조에 의하여 의료인으로 규정된 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 「간호법」에 따른 간호사를 비롯하여 「약사법」 제2조 의2에서 규정하고 있는 약사 및 한약사, 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에서 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사)와 의무기록사 및 안정사, 「응급의료에 관한 법률」 제2조의 응급구조사가 있으며, 그 외 「간호법」 제6조의 간호조무사가 이에 포함된다[표 2-1].

보건의료 인력은 국민의 건강과 생명에 직접적으로 영향을 미치는 업무를 수행하는 전문 직업인이다. 따라서 국가는 법으로 그 자격을 엄격히 규정하고 있으며, 면허나 자격증을 소지하지 않은 사람은 보건의료 관련 행위를 할 수 없도록 제한하고 있다.

또한, 의사를 비롯한 보건의료 인력을 양성하는 데에는 장기간이 소요되므로, 인력 공급은 단기적 대응이 아닌 장기적 목표에 기반하여 계획되어야 한다. 특히, 미래의 사회·보건의료 환경 변화를 예측하여 주기적으로 인력 공급을 전망하고, 이에 맞추어 양성 규모와 체계를 조정할 필요가 있다.

표 2-1 보건의료 관계인력 면허등록 현황

	의사	한의사	치과의사	약사	조산사	간호사	의료기사	보건의료 정보관리사	안정사
2012	107,221	20,600	26,791	63,647	8,528	295,254	265,692	17,689	35,934
2015	115,976	23,178	28,942	65,510	8,387	338,629	316,957	21,679	39,914
2020	129,242	26,096	32,335	72,530	8,220	436,340	406,536	27,637	45,846
2021	132,013	26,788	33,031	73,948	8,194	457,849	424,632	29,034	46,999
2022	134,901	27,469	33,702	75,461	8,162	480,925	443,919	30,221	48,159
2023	137,647	28,214	34,356	76,822	8,114	503,831	462,032	31,721	49,118

출처 : 보건복지부. (2025). 2024 보건복지통계연보.

우리나라의 보건의료 인력은 지난 20여 년간 양적으로 크게 증가했을 뿐만 아니라 기술 수준도 상당히 향상되었다. 그러나 여전히 선진국과 비교했을 때 양적으로 부족한 수준으로 평가된다. 대표적으로 인구 천 명당 의사 수는 전체 2.6명(한의사 제외 시 2.2명)으로, OECD 평균(3.8명)에 비해 각각 68%(한의사 제외 시 58%) 수준에 불과하여 격차가 크다. 물론 국가마다 의료인의 범위, 자격 인정 방식, 업무 내용 등이 다소 차이가 있어 직접적인 비교에는 한계가 있으나, 보건의료 인력의 국제적 비교는 전반적인 경향을 파악하는 데 중요한 지표가 된다[표 2-2].

표 2-2 인력 국제 비교

연도별 지표	구분	인구 1,000명당 활동 의료인 수	
		의사	간호사
한국 ¹⁾	2002	1.5	3.4
	2003	1.6	3.5
	2004	1.6	3.8
	2005	1.6	3.9
	2006	1.7	4.0
	2007	1.7	4.2
	2008	1.8	4.3
	2009	1.9	4.4
	2010	2.0	4.6
	2011	2.0	4.7
	2012	2.1	4.8
	2013	2.2	5.2
	2014	2.2	5.6
	2015	2.2	5.9
	2016	2.3	6.8
	2017	2.3	6.9
	2018	2.4	7.2
	2019	2.5	7.9
	2020	2.5	8.4
	2021	2.6	8.8
	2022	2.6	12.2
주요 선진국	일본	2.65 ('22.)	12.2 ('22.)
	독일	4.55 ('22.)	12 ('22.)
	프랑스	3.2 ('22.)	8.89 ('21.)
	호주	4.12 ('22.)	12.89 ('22.)
	스웨덴	4.41 ('21.)	10.9 ('21.)
	덴마크	4.5 ('21.)	10.4 ('21.)
OECD 평균		3.8 ('22.)	9.7 ('22.)

주: 1) 한국은 의사의 경우 한의사 포함, 간호사의 경우 간호조무사 포함

출처: 보건복지부. (2024). 2023 보건복지백서. 「건강보험심사평가원 월별 요양기관 현황」, 「OECD Health Data 2023」

① 간호 관계 인력

가. 간호사

간호사는 「간호법」 제4조에 의거하여 보건복지부장관으로부터 면허를 받은 자를 말한다. 「간호법」 제12조에 따르면 간호사는 환자의 간호요구에 따른 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호를 수행하며, 「의료법」에 따른 의사·치과의사·한의사의 지도하에 시행하는 진료를 보조하고 대통령령으로 정하는 보건활동에 종사하는 의료인이다.

2022년 기준 OECD Health Statistics(2024)에 따르면, 우리나라의 인구 1,000명당 활동 간호사 수(간호조무사 포함)는 9.1명이며, 이 중 간호조무사를 제외한 간호사 수는 4.9명으로 OECD 평균인 9.7명에 비해 현저히 낮은 수준이다.

2023년도 말 현재 우리나라 간호사 면허등록자는 총 462,032명이며, 이 중 의료기관에서 실제 근무하는 활동 간호사는 243,325명에 불과하다. 그러나 면허를 보유하고 있으나 활동하지 않는 유휴 간호사 수가 활동 간호사의 절반 이상(52.6%)을 차지하는 심각한 불균형이 존재한다.

간호 인력이 절대적으로 부족한 상황에서 유휴 간호사가 지속적으로 증가하는 원인에는 현행 의료체계, 건강보험 수가체계, 근무환경, 의료정책 등의 구조적 문제가 복합적으로 작용하고 있다. 따라서 간호 인력의 효율적인 활용과 안정적인 수급을 위해 제도적 개선 장치 마련이 시급한 실정이다. 이를 위해 보건복지부는 2015년부터 ‘간호인력 취업지원 사업’을 실시하고 있다. 간호사 중 특정 분야에 교육과 훈련을 받고 실무 경력을 쌓은 자에 대해서 2000년부터 전문간호사자격제도를 운영하고 있다.

나. 전문간호사

전문간호사제도는 국민의 의료서비스 기대 수준의 상응에 부응하면서, 해당 분야에 보다 효과적이고 전문적인 간호서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 전문간호사(Advanced Practice Nurse, APN)는 보건복지부장관이 인증하는 전문간호사 자격을 갖고 해당 분야에 대한 높은 수준의 지식과 기술을 가지고 의료기관이나 지역사회 내에서 간호대상자(개인, 가족, 지역사회)에게 상급수준의 전문가적 간호를 자율적으로 제공한다. 또한, 환자, 가족, 일반간호사, 간호학생, 타 보건의료 인력 등을 교육하고 보수교육이나 실무교육프로그램 개발 등에 참여한다. 현재 「간호법」에서 인정하고 있는 전문간호사 분야는 보건, 마취, 가정, 정신, 감염관리, 산업, 응급, 노인, 중환자, 호스피스, 종양, 임상, 아동으로 총 13개 분야로 자격이 구분되며, 2023년 말 기준 자격 등록자는 17,103명이다[표 2-3].

표 2-3 전문분야별 자격인정 전문간호사 수

연도	계	마취	보건	가정	정신	감염 관리	노인	산업	응급	중환자	호스 피스	종양	아동	임상
2019	15,546	619	1,999	6,463	593	402	2,355	159	315	723	580	927	109	302
2020	15,871	617	1,994	6,487	613	441	2,422	171	327	754	612	988	119	326
2021	16,269	616	1,989	6,523	631	487	2,511	182	345	793	660	1,051	130	351
2022	16,679	614	1,984	6,549	647	540	2,617	190	358	830	709	1,122	137	382
2023	17,103	613	1,971	6,570	668	616	2,718	199	376	879	747	1,199	145	402

출처 : 보건복지부, (2025). 2024 보건복지통계연보.

다. 조산사

조산사는 간호사 면허를 가진 사람이 보건복지부장관이 지정한 의료기관에서 1년간의 조산 수습과정을 이수하거나, 또는 보건복지부장관이 인정하는 외국의 조산사 면허를 가진 경우에 응시 자격을 얻는다. 이후 조산사 국가시험에 합격하고 보건복지부장관의 면허를 받아야만 조산사로 활동할 수 있다. 우리나라의 조산사 면허 취득자는 2023년 기준 8,114명이다.

라. 간호조무사

간호조무사는 특성화고등학교, 간호조무사양성소(국·공립병원 내 설치), 간호학원, 평생 교육시설에서 양성이 가능한 간호보조인력으로, 간호사를 보조하여 간호 및 진료 보조에 관한 업무를수행하는 것을 그 임무로 하고 있다. 의료기관, 특히 의원급 의료기관 및 만성기 병상(요양병원,정신병원)에서도 간호사 대신 간호조무사를 충당할 수 있어 향후 의료 현장에서의 간호조무사 인력수요는 증가할 것으로 보인다. 「의료법」 개정으로(15. 12. 29.) 간호 인력의 체계적 업무 수행을 위해 간호사와 간호조무사의업무를 구체화하였다. 또한, 간호조무사의 엄격한 질 관리를 위해 자격 인정을 시·도지사에서보건복지부장관으로 변경하고, 간호조무사 훈련교육기관에 대한 지정평가제도, 보수 교육, 자격신고제 등 제도 개선의 근거를 마련하여, 전 국민에게 양질의 보편적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 하였다(17. 1. 1. 시행).

② 의사인력

가. 의사

우리나라 의과대학 입학정원은 6개 의과대학, 정원 800명으로 시작하여(~1980년대) 지역 균형발전 등의 필요성에 따라 1990년대까지 41개 의과대학, 입학정원 3,253명으로 확대되었다. 그러나 2000년 의약분업 과정에서 이루어진 의·정 협의에 따라 입학정원의 10% 감축이 결정되었고, 이에 따라 2006년에는 3,058명으로 줄어들었다. 이후 현재(2023년)까지 40개 의과대학에서 입학정원 3,058명을 유지하고 있다.

의사는 「의료법」제2조에 의거하여 보건복지부장관으로부터 면허를 받은 자로서, 의료행위와 보건지도를 임무로 하는 의료인이다.

우리나라의 의사 수급 현황을 보면, 2022년 기준 OECD Health Statistics(2024)에 의하여 인구 1,000명당 임상 의사 수(한 의사 포함)는 2.6명으로, OECD 평균 3.8명에 크게 못 미치며 OECD 회원국 중 두 번째로 낮은 수준이다. 2023년도 말 현재 의사 면허 등록자는 총 137,647명이나, 이 중 실제 의료기관에서 활동하는 의사는 62,952명에 불과하다.

전문의는 「의료법」 제77조 및 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」에 따라 의사면허를 취득한 후 보건복지부장관이 지정한 수련병원(기관)에서 인턴 1년(가정의학과 제외)과 레지던트 4년(가정의학과, 결핵과, 예방의학과, 내과, 외과, 소아청소년과는 3년)의 수련과정을 이수하고, 대한의사협회가 시행하는 전문의 자격시험에 합격하여 보건복지부장관으로부터 자격을 인정받은 자를 의미한다.

전문의 제도의 변화도 주목할 만하다. 1996년 응급의학과, 핵의학과, 산업의학과(현 직업환경의학과)가 신설되면서 전문의 수련과목은 총 26개로 확대되었으며, 2023년 말 기준 전문의 자격 등록자는 26개 전문과목에

서 111,118명으로 전체 의사의 약 80.7%를 차지한다. 이는 우리나라 의사 인력의 상당 부분이 전문의로 활동하고 있음을 보여준다.

최근 우리 사회에서는 지역과 필수의료 분야의 의사 부족 문제가 심각하게 대두되고 있다. 소아청소년과 진료를 받기 위해 환자들이 병원 문 앞에서 대기하는 이른바 ‘소아과 오픈런’ 현상이나, 응급환자가 여러 병원을 전전하는 ‘응급실 뺑뺑이’ 현상은 이러한 의료공백을 단적으로 보여준다. 전문가들의 중장기 의사 인력 수급 추계에 따르면, 현재 의사 인력 공급은 이미 부족한 상황이며, 인구 고령화로 의료 수요가 빠르게 증가함에 따라 2035년경에는 약 1만 명의 의사가 부족할 것으로 전망된다. 이는 국민의 생명과 직결된 문제로서, 시급히 의사 인력 확충을 위한 대책 마련이 필요하다.

이에 정부는 의사 인력을 적정 수준으로 확보하고, 지역 간 및 필수의료 분야의 불균형을 해소하기 위한 정책을 다각도로 추진하고 있다. 특히 2023년 1월 31일 발표된 「필수의료 지원대책」에서는 지역 완결적 필수의료 전달체계 구축, 필수의료 지원을 위한 공공정책수가 도입, 충분한 의료인력 확보라는 세 가지 핵심 추진 방향이 제시되었다. 정부는 이러한 정책을 통해 전 국민이 언제, 어디서나 필요한 필수의료서비스를 적시에 제공받을 수 있는 의료체계를 마련하고자 한다.

나. 치과의사

치과의사는 「의료법」제2조에 의거하여 보건복지부장관으로부터 면허를 받은 자로서, 치과 의료 및 구강 보건지도를 임무로 하는 의료인이다. 2023년 말 기준, 우리나라 치과의사 면허 등록자는 총 34,356명으로 집계되었다. 그러나 2022년 기준 인구 1,000명당 치과의사 수는 0.51명으로, OECD 평균인 0.69명에 미치지 못하는 수준이다. 더불어 치과의사의 지역적 분포 불균형 역시 중요한 문제로 지적되고 있으며, 이에 따라 중·장기적인 인력 수급 추계와 정책적 대응이 요구된다. 다만, 향후 치과의사의 공급은 국민 소득 증가 등으로 인한 치과의료 수요증가 요인, 치과의사전문의 등 인력 수급 변동 요인, 실제 치과 의료 시장의 상황 등을 전반적으로 감안하여 적정 수준의 인력이 공급될 수 있도록 신축성 있게 대처할 계획이다. 한편, 2004년에는 치과의사전문의제도를 도입하여, 인턴 1년 및 레지던트 3년의 수련과정 이수 후 2008년 첫 치과의사전문의가 배출되었다.

다. 한의사

한의사는 의사·치과의사와 마찬가지로 대학교육을 통해서 배출되고 있는 우리나라의 고유 의사 인력이다. 한의과대학은 1979년도에 3개 대학에서 2023년 말 기준 11개 대학 및 1개 한의학 전문대학원에 입학 정원 750명으로 증가되었다. 또한, 2007년 당시 대통령 공약 사항으로 한·양방 협진과 한의학의과학화·세계화를 위해 국립부산대학에 한의학전문대학원을 설립하였다. 한의사는 「의료법」제2조에 의거하여 보건복지부장관으로부터 면허를 받은 자로서, 한방의료와 한방 보건지도를 임무로 하는 의료인이다. 2023년 말 기준, 우리나라 한의사 면허 등록자는 총 28,214명으로 집계되었다.

한의사 인력은 의사 인력과의 관계 등 그 특성상 적정 인력 수준을 정하기가 어려울 뿐만 아니라 건강보험 적용 범위가 제한되어 있어 수급 추계를 위한 기초자료가 극히 미흡하여 의료 이용량의 변화를 예측하기가 매

우 어렵다. 한의사 인력의 수급은 앞으로 한약사의 증가, 한방의약분업 등 관련 정책의 변화로 인한 수급변동 요인을 고려하고, 한방의료 수요에 대한 기초자료의 확보가 가능한 시점에서 전반적으로 재검토할 계획이다.

③ 향후 의료 인력 정책 방향

우리나라는 경제 성장과 더불어 국민 소득, 교육 수준 및 생활 수준이 향상되면서 국민의 건강에 대한 관심이 크게 증가하였다. 또한 인구 증가와 평균 수명 연장으로 노인 인구가 늘어나고, 1989년 7월 전 국민 의료보험이 시행되면서 건강보험 보장성이 강화됨에 따라 의료 수요가 지속적으로 확대되었다. 이에 대응하기 위해서는 적절한 서비스 공급과 이를 뒷받침할 의료 인력의 확충이 필수적이다.

그러나 과거에는 면허를 취득한 보건의료 인력의 취업 현황에 대한 정보가 부족하고, 자질 향상을 위한 보수교육 이수율도 낮아 면허 관리 체계가 미흡하였다. 이를 개선하기 위해 정부는 2009년 7월부터 관계 기관 협의체를 구성·운영하였으며, 그 결과 2012년 4월부터 의료인은 3년 주기로 보수교육 이수 현황과 취업 상황 등을 신고하도록 하는 면허신고제도가 도입되었다. 의료기사 직종은 2014년, 간호조무사 자격신고제도는 2017년부터 시행되면서 면허·자격 관리 체계가 점차 정비되었다.

그동안 정부의 보건의료인력 정책은 주로 인력 양성이라는 양적 관리에 집중해왔으나, 최근에는 보건의료 인력의 질적 수준 제고와 효율적 활용이 중점 과제로 부각되고 있다. 이러한 배경에서 2019년 10월 「보건의료인력 지원법」이 시행되었으며, 이를 통해 보건의료인력정책심의위원회, 보건의료인력지원전문기관(2020년), 보건의료인력인권침해상담센터(2021년) 등이 설치되었다. 앞으로는 보건의료인력 실태조사와 미래 수급 전망을 토대로 중장기 종합계획을 수립하여, 보건의료인의 근무환경을 개선하고 우수 인력을 양성하며, 보다 질 높은 보건의료서비스를 국민에게 제공하는 것을 목표로 하고 있다.

(2) 보건의료시설

① 보건의료시설의 종류와 역할

보건의료시설은 국가 보건의료체계의 하부구조를 이루는 중요한 요소이다. 넓은 의미에서는 공공위생시설을 포함한 보건의료 관련 모든 시설을 말하지만, 일반적으로는 「의료법」과 「지역보건법」, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」, 「약사법」에 규정된 시설을 가리킨다.

「의료법」 제3조에는 의료기관의 시설 기준과 운영 요건이 규정되어 있으며, 이에 따라 보건의료시설은 일정한 법적·제도적 기준 아래 설치·운영된다[표 2-4].

가. 의료기관

「의료법」에서는 의료기관을 ‘의료인이 공중 또는 특정 다수인을 대상으로 의료와 조산의 업무를 수행하는 곳’으로 정의하고 있다. 의료기관의 종류는 의원급 의료기관, 조산원, 병원급 의료기관으로 구분된다[표 2-5].

a. 의원급 의료기관

의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 의원, 치과 의원, 한의원 있다.

표 2-4 의료기관의 종류와 요건

의원급 의료기관	의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관 ① 의원 ② 치과의원 ③ 한의원	
조산원	조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관	
병원급 의료기관	① 병원 ② 치과병원 ③ 한방병원 ④ 요양병원 ⑤ 정신병원	• 30개 이상의 병상을 갖출 것(병원·한방병원만 해당) • 30개 이상의 요양병상을 갖출 것(요양병원만 해당, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상)
	⑥ 종합병원	• 100개 이상의 병상을 갖출 것 • 100병상 이상 300병상 이하인 경우: 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 • 300병상을 초과하는 경우: 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

출처: 법제처, (2025). 의료법.

b. 조산원

조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

c. 병원급 의료기관

의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원이 있다. 병원·치과병원·한방병원 및 요양병원은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

d. 종합병원

종합병원은 100개 이상의 병상을 갖추어야 한다. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 한다. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 한다. 한편, 보건복지부장관은 다음의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대해 난이도가 높은 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
- 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

나. 약국

「약사법」에 근거하여 약국이 포함되며, 이는 의약품의 조제와 공급을 담당하는 중요한 보건의료시설이다.

다. 지역보건의료기관

「지역보건법」에 따른 보건소, 보건의료원, 보건지소, 건강생활지원센터가 있다. 이 중 보건소 중에서 병원의 요건을 갖춘 기관은 보건의료원이라 한다. 또한 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 의한 보건진료소가 있다. 의료취약지역에는 주민의 접근성을 보장하기 위해 보건진료소가 설치된다.

② 보건의료시설의 현황과 문제점

우리나라는 1977년 의료보험 제도의 도입 이후 의료 이용에 대한 수요가 급격히 증가하였고, 이에 대응하기 위해 보건의료시설도 크게 확충되었다. 1995년 이후로도 보건의료시설은 꾸준히 양적 성장을 이어왔다.

2023년 기준으로 의료기관 현황을 살펴보면, 종합병원과 병원은 총 3,435개소, 의원과 조산원은 35,609개소, 치과병·의원은 19,262개소, 한방병·의원은 15,170개소로 나타나 과거에 비해 뚜렷한 증가세를 보였다.

지역보건의료기관의 경우, 보건소가 261개소, 보건지소가 1,338개소, 보건진료소가 1,898개소, 건강생활지원센터가 104개소로 설치·운영되고 있다[표 2-6].

표 2-5 의료기관 종류별 병원 및 의원 수

(단위: 개소)

연도	계	종합병원	요양병원	병원	정신병원	결핵병원	한센병원
2019	3,428	356	1,468	1,487	114	2	1
2020	3,460	361	1,471	1,513	112	2	1
2021	3,479	365	1,467	1,394	250	2	1
2022	3,469	373	1,437	1,398	258	2	1
2023	3,435	377	1,395	1,402	258	2	1
연도	의원	조산원	치과병원	치과의원	한방병원	한방의원	
2019	32,441	19	239	17,955	353	14,442	
2020	33,032	18	235	18,253	411	14,487	
2021	33,818	16	234	18,582	479	14,557	
2022	34,838	14	236	18,843	547	14,577	
2023	35,594	15	239	19,023	560	14,610	

출처: 보건복지부, (2025). 2024 보건복지통계연보.

표 2-6 보건소, 보건지소, 보건진료소 및 건강생활지원센터 현황

(단위: 개소)

연도	보건소	보건지소	보건진료소	건강생활지원센터
1990	260	1,318	2,038	-
2000	242	1,269	1,906	-
2010	253	1,294	1,912	-
2015	254	1,331	1,904	14
2020	256	1,337	1,901	77
2021	258	1,342	1,904	83
2022	259	1,341	1,902	96
2023	261	1,338	1,898	104

출처 : 보건복지부, (2025). 2024 보건복지통계연보.

우리나라 보건의료시설의 주요 문제점은 의료자원의 수도권 쏠림으로 인한 지역 간 격차 심화, 필수의료 인력 부족 및 특정 과목 의사 수 부족 현상, 그리고 부족한 공공의료 체계를 들 수 있다.

가. 의료자원의 수도권 쏠림과 지역 간 격차 심화

우리나라의 의료환경은 국민의 대형의료기관 선호와 맞물려 대규모 종합병원급 의료기관의 수가 크게 증가하였다. 이로 인해 환자들이 3차 의료기관으로 집중되면서 병상이 부족해, 정작 고난도의 진료가 필요한 환자가 제때 치료를 받지 못하는 상황이 발생하고 있다. 입원환자는 대형 종합병원으로, 외래환자는 의원급 의료기관으로 쏠리면서 중간 단계인 병원급 의료기관의 이용은 점차 감소하고 있다. 이에 따라 중소병원은 환자를 확보하기 위해 고가의 의료장비를 경쟁적으로 도입하고 있으며, 이는 의료자원의 중복 투자와 병원 경영 악화를 초래하고 있다. 또한 우리나라의 의료서비스 공급이 민간부문 중심으로 이루어지면서 의료자원이 대도시로 집중되는 현상이 심화되고 있다. 그 결과 도시지역은 의료자원이 과잉 공급되는 반면, 일부 농촌지역은 여전히 병상이 부족하고 의료서비스 수준도 도시지역에 비해 낮은 실정이다. 정부는 전 국민 의료보험의 도입과 함께 공공차관자금 지원 및 재정융자 알선 등을 통해 의료취약지역의 시설 확충을 추진하였다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 농어촌지역의 의료자원 격차는 여전히 중요한 과제로 남아 있다.

나. 필수의료 인력 부족 및 특정 과목 의사 수 부족 문제

우리나라 의료체계에서는 필수의료 분야에 종사하는 인력의 부족이 지속적으로 제기되고 있다. 특히 외상, 분만, 소아청소년과, 응급의학과와 같은 필수의료 분야는 업무 강도에 비해 낮은 보상과 높은 위험 부담으로 인해 전공의 지원율이 감소하고 있다. 이러한 인력 부족은 응급환자와 중증환자의 진료 공백을 초래하며, 지역 간 필수의료 접근성 격차를 심화시키고 있다.

또한 특정 전문과목의 의사 수가 지속적으로 줄어들면서 일부 지역에서는 산부인과·소아청소년과 진료를 담당할 의료기관을 찾기조차 어려운 상황이 발생하고 있다. 의료 인력이 수도권과 대형병원에 집중되는 현상은 지방 중소도시나 농어촌 지역의 인력 공백을 더욱 악화시키고 있으며, 이는 결과적으로 국민의 생명과 안전을 위협하는 중요한 보건의료 문제로 이어지고 있다.

다. 부족한 공공의료 체계

공공의료기관에 비해 민간의료기관의 확장이 압도적으로 앞서고 있다. 의료기관 공급 현황을 보면, 2024년 12월 기준 공공의료기관(전체 231개소 중 병원급 이상)은 223개소로 전체의료기관의 5.3%에 불과하며, 병상 수도 전체의 9.5%에 그쳐 의료시설의 대다수를 민간이 차지하고 있다[표 2-7].

표 2-7 부문별 의료기관현황

구분	전체의료기관 ¹⁾	공공의료기관 ²⁾	공공의료기관 비중
기관 수	4,221	223	5.3%
병상 수	647,418	60,557	9.4%

주: 1) 2024년 기준 건강보험심사평가원에 신고된 병원급 이상 의료기관 (상급종합병원, 종합병원, 병원, 보건의료원, 치과병원, 한방병원, 요양병원)

2) 2024년 기준 전체 공공의료기관 229개소 중 병원급 이상 의료기관 (상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원)

출처: KOSIS. (2024). 공공의료기관현황-시도별 공공의료기관 비중.

위와 같은 문제들은 응급환자의 구급차 대기 중 사망, 지역 병원 운영난, 그리고 의료비 증가로 이어지며, 국민들의 의료 접근성을 저해하고 건강형평성을 악화시킬 우려가 있다.

(3) 보건의료장비 및 물자

보건의료서비스 제공에서 장비와 물자는 필수적인 요소임에도 불구하고, 우리나라의 의료기관은 지역 및 기관 규모에 따라 장비와 물자 확보 수준에 큰 차이를 보이고 있다. 특히 지방 중소도시나 농어촌 지역 의료기관은 CT, MRI와 같은 첨단 장비의 보급률이 낮아 진단 및 치료에 제약이 발생하고 있다. 또한 대규모 감염병 유행이나 재난 상황 시 개인보호구, 인공호흡기, 음압병상 등과 같은 필수 의료물자의 수급 불균형이 드러난 바 있다.

코로나19 팬데믹 당시 마스크, 진단키트, 백신 주사기 등 기본적인 방역 및 의료물자 공급이 원활하지 못했던 경험은 국가 차원에서 의료장비와 물자의 전략적 관리 체계가 필요함을 보여주었다. 그러나 현재까지도 이러한 물자의 안정적 공급을 위한 국가 비축 시스템은 충분히 갖춰져 있지 않으며, 민간 공급망 의존도가 높아 위기 상황에서 대응이 지연될 수 있다.

따라서 의료장비와 물자의 지역 간 격차 해소, 필수 의료물자의 국가 비축 확대, 신속한 공급망 관리 체계 구축은 향후 보건의료체계의 핵심 과제로 볼 수 있다.

2022년 기준 우리나라의 컴퓨터단층촬영(CT) 스캐너 보유 대수는 인구 100만 명당 44.5대로, OECD 평균 30.3대보다 많으며, 자기공명영상(MRI) 장비도 인구 100만 명당 37.5대로 OECD 평균 20.4대보다 높은 수준이다(OECD Health Data 2024). 이러한 통계는 일부 고가 장비의 과다한 사용 가능성을 시사하며, 의료비 상승의 한 원인으로 작용하고 있다. 특히 일부 의료장비는 건강보험 적용을 받지 않아 저소득층 환자가 진료를 받는 데 제약이 발생하기도 한다.

이를 개선하기 위해 우리나라는 의료장비를 포함한 의료자원의 효율적 활용 방안을 추진하고 있다. 대표적인 예로, 의료기관 간 시설과 장비를 공동 활용하는 개방병원제도와, 개원의가 고가 의료장비를 직접 구비하지 않아도 진료와 검진이 가능하도록 지원하는 지역별 검진센터 활성화가 있다. 이러한 제도는 장비 활용 효율을 높이고, 의료비 부담을 줄이며, 지역 간 의료서비스 격차를 완화하는 데 기여할 수 있다.

(4) 보건의료지식과 기술

보건의료체계에서 지식과 기술은 인적·물적 자원과 더불어 보건의료서비스를 창출하는 핵심 투입 요소이며, 서비스의 수준과 효율성을 좌우하는 중요한 요인이다. 보건의료 지식과 기술의 궁극적 목표는 국민의 건강을 보호·증진하고 질병을 예방·관리함으로써 국민의 삶의 질 향상에 기여하는 것이다. 이를 위해서는 새로운 진단, 치료, 재활 방법, 의약품 및 의료기기의 개발을 통해 지식과 기술을 고도화해야 하며, 이러한 기술은 의료 접근성을 확대하고, 치료 효과를 개선하며, 효율적인 보건의료체계 구축에 기여한다. 최신 지식과 기술은 서비스의 효율성을 증진시키고 비용 대비 효과적인 치료를 가능하게 한다. 국가와 지방자치단체는 보건의료 지식과 기술의 발전을 위한 정책을 수립·추진할 책임이 있으며, 「보건의료기본법」 제28조에 따르면 국가와 지방자치단체는 지식과 기술의 발전을 도모하기 위한 시책을 마련하고 이행하여야 한다. 또한 보건복지부장관은 새로운 보건의료기술에 대한 평가 및 관리 체계를 마련하는 등 필요한 조치를 강구하도록 규정되어 있다.

u-헬스(u-Health, ubiquitous Health)는 정보통신기술(ICT)을 활용해 시간과 장소에 구애받지 않고 건강관리서비스를 제공하는 개념이다. 환자는 병원에 직접 가지 않아도 원격 모니터링, 모바일 앱, 웨어러블 기기, 원격 상담 등을 통해 자신의 건강상태를 지속적으로 관리할 수 있다. 즉, u-헬스는 보건의료 지식과 기술 개발의 대표적인 예로, 만성질환 관리, 건강검진, 예방 중심의 보건 서비스 강화에 크게 기여한다.

최근 보건의료 지식과 기술 개발의 구체적 예로는 AI 영상판독, 유전자 검사와 같은 진단 기술, 로봇수술, 맞춤형 항암제, 유전자 치료와 같은 치료 기술, 웨어러블 기기, 가상현실(VR) 재활, 원격 모니터링과 같은 재활·관리 기술이 있다. 또한 mRNA 백신, 신약 개발, 항생제 내성 극복 약물과 같은 의약품 개발, 그리고 스마트워치, 3D 프린팅 보철물, 원격진료 플랫폼과 같은 의료기기 및 디지털 헬스 기술도 대표적인 사례라 할 수 있다.

2) 보건의료조직

(1) 국가보건의료조직

국가보건의료조직은 국가가 국민의 건강을 보호·증진하기 위해 설치한 제도적·행정적 조직체계를 말한다. 즉, 국가 차원에서 보건의료정책을 기획·결정하고 이를 집행하며, 보건의료서비스 제공까지 담당하는 조직을 의미한다. 우리나라의 보건행정체계는 공공보건의료조직체계를 근간으로 하며, 크게 상위 수준의 중앙보건행정조직과 하위 수준의 지방보건행정조직으로 구분된다.

① 중앙보건행정조직

중앙보건행정조직은 국가 차원에서 보건의료정책을 기획·결정하고 관련 법령을 제정·집행하며, 전국적인 보건의료사업을 총괄·조정하는 역할을 담당한다. 이 가운데 보건복지부는 우리나라 보건의료정책의 최고 의사결정 및 집행기관으로서 중심적인 기능을 수행한다.

우리나라의 보건행정은 1945년 9월 미군정청에 위생국을 설치하면서 본격적으로 시작되었다. 이후 새 정부가 출범할 때마다 정부조직법 개정에 따라 조직 개편이 이어졌다. 1949년에는 국민보건, 위생, 의정, 방역 및 약정에 관한 사무를 전담하기 위해 보건부가 신설되었다. 그러나 보건과 사회 문제를 통합적으로 관리할 필요성이 제기되면서, 1955년 보건부와 사회부가 통합되어 보건사회부가 출범하였다. 당시 보건사회부는 의무, 방역, 보건, 위생, 약무, 구호, 원호, 후생, 주택, 부녀문제 및 노동에 관한 사무를 폭넓게 관장하였다. 이후 사회 환경 변화와 복지 수요 증가에 따라 조직의 역할도 변화하였다. 1994년에는 보건사회부가 보건복지부로 개편되어 보건위생, 방역, 의정, 약정, 사회보장, 생활보호, 자활지원, 아동·노인·장애인 복지, 여성복지 등 보건과 복지를 아우르는 업무를 총괄하게 되었다. 이어 2010년 3월에는 청소년 및 가족 관련 기능을 여성가족부로 이관하고, 보건복지부 정책 중심으로 사무를 관장하기 위해 보건복지부로 재편되었다[그림 2-2].

이처럼 보건복지부는 시대적 요구와 국민 건강·복지 수요에 맞추어 기능과 역할을 지속적으로 확장해 왔으며, 중앙보건행정조직의 핵심 축으로 자리매김하고 있다.

한편, 지방자치단체의 재정은 행정안전부가 관할하기 때문에, 중앙 보건행정기관인 보건복지부는 지역보건조직에 대해 인사권과 예산 집행권을 가지지 못하고 단순히 보건정책의 수립과 기술적 지원만 담당하고 있다. 이로 인해 시·도 및 시·군·구 보건행정조직은 행정안전부의 재정적 통제를 받으면서도 보건복지부의 기술 지원을 받는 이원적 행정체제를 갖추고 있다.

또한 보건복지부 외에도 국민 건강과 관련된 업무를 맡는 중앙조직이 있다. 고용노동부는 산업현장의 안전보건관리, 근로자 건강 보호, 산업재해 근로자의 보상을 담당하며, 산하 기관으로 안전보건공단(산업재해 예방)과 근로복지공단(재해 보상)을 두고 있다. 교육부는 학생 건강관리를 위해 학생건강정책과를 두어 학교보건을 전담하고, 환경부는 환경 보존과 오염 방지 업무를 관장한다[그림 2-3].

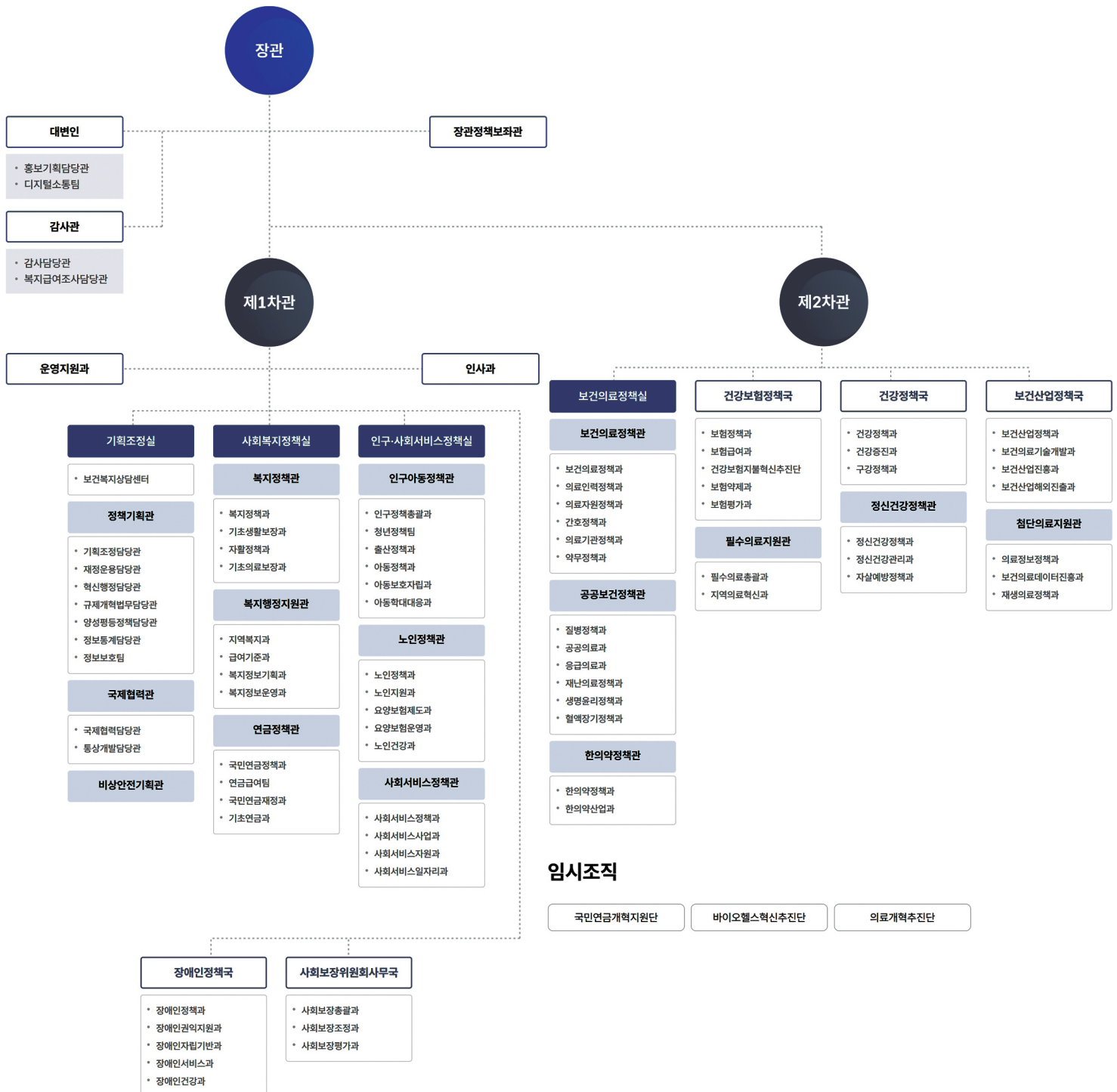


그림 2-2 보건복지부 조직도 (2025년 9월)

출처 : 보건복지부 홈페이지(<https://www.mohw.go.kr/>)

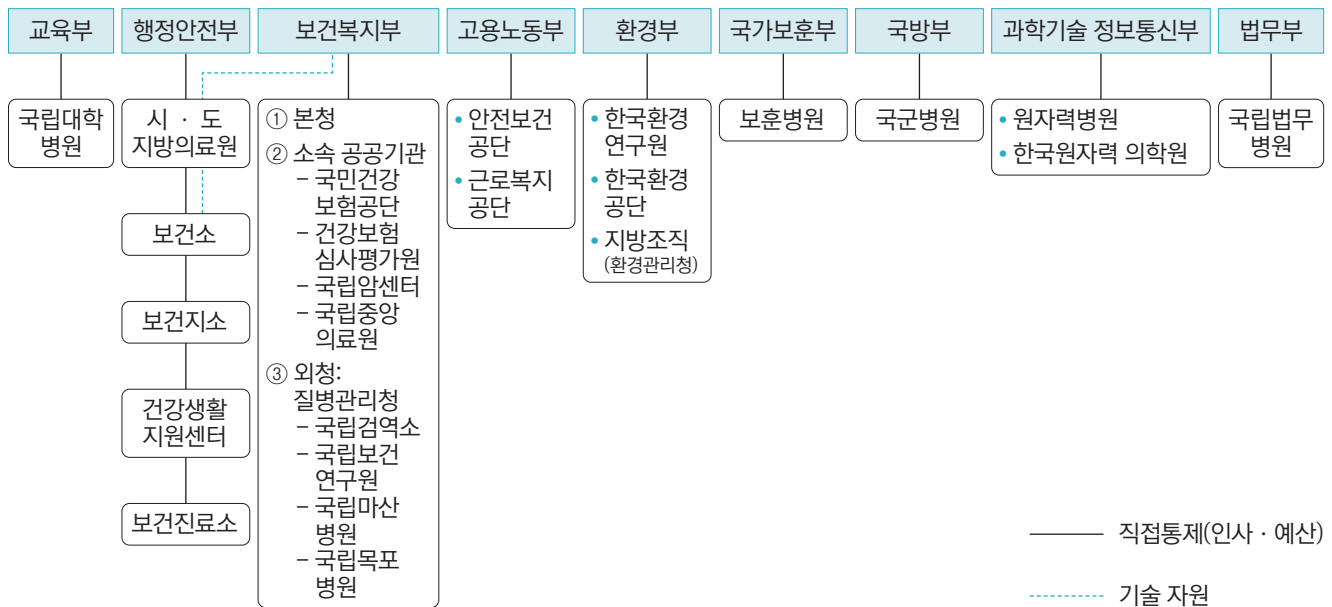


그림 2-3 우리나라 공공보건의료조직

② 지방보건행정조직

가. 시·도 보건행정조직

시·도 보건행정조직은 보건정책을 결정하는 보건복지부와, 보건의료사업을 실제로 수행하는 시·군·구 보건소를 연결하는 중간 조직이다. 이러한 조직은 지방자치단체의 규정에 따라 설치되며, 행정안전부의 승인을 받아야 한다. 따라서 시·도별 실정에 따라 보건행정조직의 규모, 명칭, 업무분장 방식은 다양하게 나타난다[그림 2-4, 5].

나. 시·군·구 보건행정조직

시·군·구 보건행정조직에는 보건소, 보건지소, 건강생활지원센터, 보건진료소가 있다[표 2-8]. 보건소와 보건지소, 건강생활지원센터는 「지역보건법」, 보건진료소는 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」의 규정에 의하여 설치·운영되고 있다. 2022년 12월 말 기준 보건소는 259개소, 보건지소는 1,341개소, 건강생활지원센터는 96개소로서, 총 1,696개소의 지역보건의료기관이 설치·운영 중이며, 보건진료소는 1,902개소가 운영되고 있다.

a. 보건소

보건소는 우리나라 1차 공공보건의료기관으로 건강증진·질병예방, 진료에서 의·약 관리까지 지역의 보건의료를 총괄하는 기관이다. 보건소는 1956년 「보건소법」이 제정되면서 행정단위로 설치되기 시작하였고, 1995년에 「보건소법」이 「지역보건법」으로 전면개정되면서 보건소에서 수행해야 할 각종 업무에 대한 내용 등을 체계적으로 규정하고 있다. 보건소는 「지역보건법」 제10조에 의거하여 지역사회 주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개의 보건소를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구

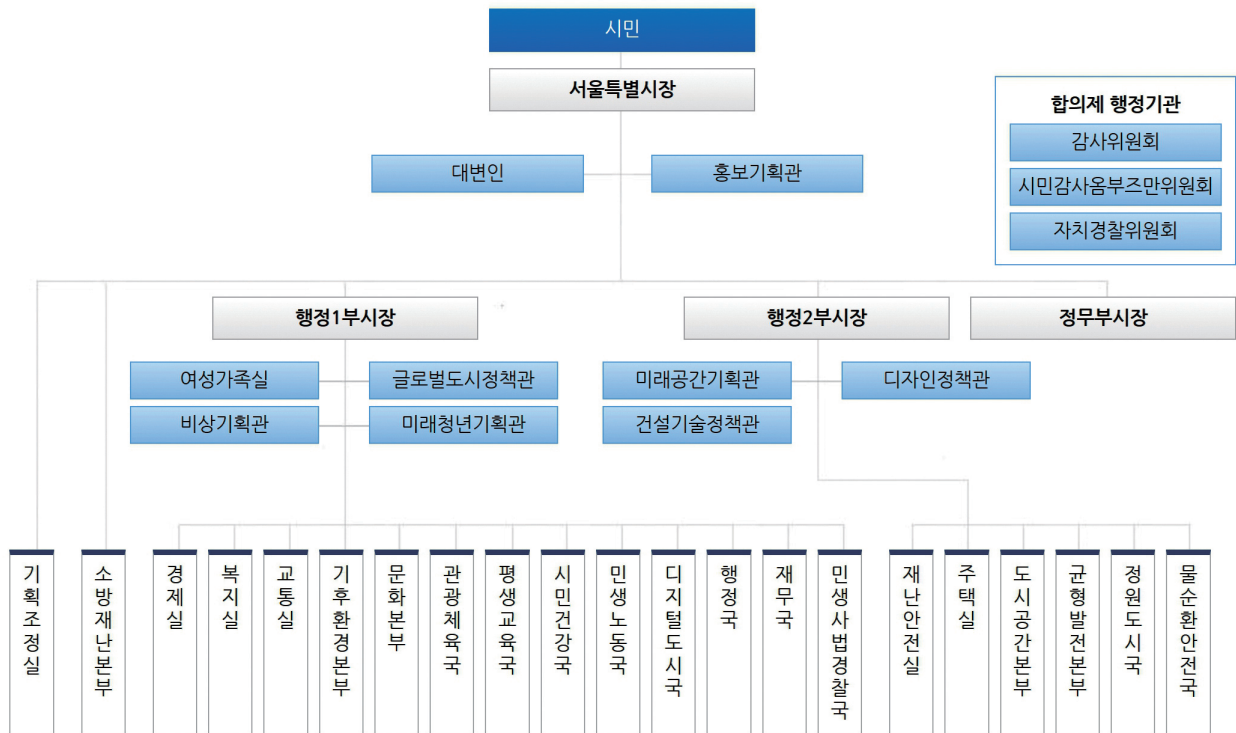


그림 2-4 서울특별시 조직도

출처 : 서울특별시청 홈페이지(<https://org.seoul.go.kr/org/orgChart.do>)

그림 2-5 서울특별시 조직도

출처 : 서울특별시청 홈페이지(<https://org.seoul.go.kr/org/orgChartView.do>)

가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다. 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우에는 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다. 보건소는 지역사회 건강의 총괄 관리, 감염병 예방 및 관리, 건강증진, 모자보건, 진료, 위생·식품안전 관리, 건강증진사업 등 다양한 업무를 수행하고 있다.

b. 보건지소

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소를 설치할 수 있다(「지역보건법」 제13조). 보건지소는 읍·면(보건소가 설치된 읍·면은 제외)마다 1개씩 설치할 수 있다. 다만, 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영하거나 여러 개의 보건지소를 통합하여 설치·운영할 수 있다(「지역보건법 시행령」 제10조).

c. 건강생활지원센터

지방자치단체는 보건소의 업무 중에서 특별히 지역주민의 만성질환 예방 및 건강한 생활습관 형성을 지원하는 건강생활지원센터를 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 설치할 수 있다(「지역보건법」 제14조). 건강생활지원센터는 읍·면·동(보건소가 설치된 읍·면·동은 제외한다)마다 1개씩 설치할 수 있다(「지역보건법 시행령」 제11조).

d. 보건진료소

1980년에는 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」이 제정되면서 의사가 없는 무의촌 지역에 보건진료소를 설치하여 보건진료전담공무원(24주 이상의 직무교육을 받은 간호사 또는 조산사)으로 하여금 경미한 의료행위를 할 수 있도록 하였다.

표 2-8 보건소 등 설치기준

구분	설치 근거	설치 기준
보건소	「지역보건법」 제10조 「동법시행령」 제8조	시·군·구별 1개소 (필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 설치)
보건지소	「지역보건법」 제13조 「동법시행령」 제10조	읍·면별 1개소 (필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 및 통합 설치·운영) (보건소 설치 읍·면 제외)
건강생활지원센터	「지역보건법」 제14조 「동법시행령」 제11조	읍·면·동별 1개소 (보건소 설치 읍·면·동 제외)
보건진료소	「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조 「동법시행규칙」 제17조	동·리(里) 단위의 오·벽지에 설치

(2) 민간보건의료조직

민간보건의료조직은 개인이나 비영리법인이 설립한 병원, 기관 등으로, 특정한 보건의료 목적을 수행하는 민간 주체를 말한다. 이들은 지역사회에서 다양한 보건의료서비스를 제공하며 동시에 수익 창출을 목적으로 하는 기업적 성격도 지닌다. 최근 「공공보건의료법」 개정에 따라 의료취약지역이나 수익성이 낮은 분야에서도 공익적 기능을 담당하는 민간 의료기관이 공공보건의료의 범주에 포함되면서, 그 사회적 역할이 더욱 확대되고 있다.

① 대한결핵협회

대한결핵협회는 국가결핵관리사업을 지원하고 우리나라의 결핵병 근절과 호흡기 질환 퇴치에 기여하며 나아가서 국제 항결핵 운동에 기여함을 목적으로 1953년에 발족되었다. 대한결핵협회는 본부 산하 결핵연구원, 글로벌협력원, 12개 지부, 9개 복십자의원을 기반으로, 결핵을 비롯한 호흡기 감염병 예방과 환자 발견, 군 검사, 환자 치료, 학술 연구 등 다양한 보건의료 사업을 수행하며 국내외 호흡기 감염병 퇴치를 선도하고 있다.

② 한국건강관리협회

한국건강관리협회는 1964년에 발족한 기관으로, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 근거하여 기생충 감염병의 조사·연구 및 예방사업을 지원하며, 국민 건강증진을 목적으로 활동하고 있다. 협회는 보건복지부 장관이 필요로 하는 질환을 포함하여 비전염성 만성질환의 조기 발견과 예방을 위한 효율적인 건강검진과 치료를 수행하고, 역학적 조사·연구와 보건교육을 통해 국민 보건 수준 향상에 기여하고 있다.

또한 최신 의학기술을 접목한 건강검진 및 건강관리서비스를 제공하며, 국민이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 예방 중심의 건강관리 체계를 확산하는 데 힘쓰고 있다. 나아가 국제적인 건강증진사업을 추진함으로써 세계적인 보건의료 발전에도 기여하고 있다.

③ 인구보건복지협회

인구보건복지협회는 1961년 4월 ‘대한가족계획협회’로 설립된 이후 1999년 ‘대한가족보건복지협회’로, 2006년 현재의 명칭으로 개칭되었다. 협회는 모자보건 및 출산 지원과 관련된 조사·연구·교육·홍보를 비롯하여, 국민 인식 개선과 일·가정 양립을 위한 정보 제공, 지역사회 주민들의 건강증진을 위한 홍보 활동을 수행한다. 또한 인구교육과 상담, 모자보건 및 가족 지원 서비스, 인구 변화와 가족 관련 조사·연구 등 다양한 사업을 통해 국민의 삶의 질 향상과 건강한 사회 환경 조성을 목표로 하고 있다.

④ 한국한센복지협회

한국한센복지협회는 1948년 9월 ‘대한나예방협회’로 창립되었으며, 2000년 7월 현재의 명칭으로 개칭되었다. 협회는 국가 시책에 따라 한센병과 관련된 진료, 조사·연구 및 교육·홍보사업을 수행하고 있으며, 국제교류를 통한 정보 교환을 통해 한센병의 퇴치와 예방에 힘쓰고 있다. 또한 장애인에 대한 의료적·사회적 재활사업을 추진하여 국민 보건 향상에 기여하고 있다. 주요 사업으로는 국가 한센사업, 한센병 완치사업, 한센 후유증 보호사업, 그리고 한센병 연구와 교육 활동이 포함된다.

3) 보건의료제공

보건의료제공은 질병을 예방하고 건강을 증진하기 위해 1차, 2차, 3차 예방단계로 구분할 수 있다.

먼저 1차 예방은 질병이 발생하기 이전 단계에서 이루어지는 예방으로, 건강을 증진하고 위험요인을 차단하는 것을 목표로 한다. 예방접종, 금연·절주·영양교육과 같은 건강생활 실천, 깨끗한 환경 조성 등이 이에 해당한다.

2차 예방은 이미 시작된 질병을 조기에 발견하여 치료하는 단계이다. 건강검진이나 선별검사, 학교검진·산업체검진 등을 통해 질병을 빨리 발견하고 신속히 치료함으로써 질병의 진행을 막는 것이 핵심이다.

마지막으로 3차 예방은 질병으로 인한 장애나 합병증을 최소화하고, 환자가 사회로 복귀할 수 있도록 돕는 과정이다. 재활치료, 만성질환 관리, 장애인의 사회적·직업적 재활 프로그램 등이 대표적 사례이다.

즉, 보건의료제공은 질병이 생기지 않도록 막는 것(1차), 조기에 발견하여 치료하는 것(2차), 그리고 발생 이후 합병증을 줄이고 삶의 질을 높이는 것(3차)으로 연속적으로 이루어진다.

4) 보건의료재정

(1) 경상의료비

① 정의

과거에는 우리나라에서 보건의료비 지출을 산정할 때 국민의료비라는 개념을 사용하였다. 국민의료비는 국민이 일정 기간 동안 의료서비스를 이용하면서 발생한 비용뿐만 아니라 병원 건물 건설비, 의료기기 구입비 등과 같은 자본형성 비용까지 포함하는 광범위한 개념이었다. 즉, 국민의료비는 단순히 현재 소비된 의료비용만이 아니라 장기적 투자의 성격까지 아우르는 포괄적 지표였다.

반면 현재는 경상의료비라는 개념이 사용된다. 경상의료비는 일정 기간(주로 1년) 동안 실제로 소비된 의료서비스와 재화에 대한 지출만을 의미한다. 예를 들어 진료비, 약제비, 예방접종비, 건강검진비 등 국민이 직접적으로 이용하고 지출한 비용들이 이에 해당하며, 병원 신축이나 장비 구입과 같은 자본투자는 제외된다.

이처럼 지금은 국민의료비 대신 경상의료비를 사용하는 이유는 국제적 기준과의 정합성 때문이다. WHO와 OECD 등 국제기구에서는 국가 간 비교가 용이하도록 경상의료비를 보건의료비 지출의 표준 개념으로 삼고 있으며, 경상의료비가 국민이 실제로 부담하는 의료소비를 보다 정확하게 반영하기 때문이다. 또한 자본투자는 일시적이고 장기적인 성격을 띠므로 국민이 매년 실제로 체감하는 의료비 부담을 나타내는 데에는 적합하지 않다.

따라서 오늘날 우리나라에서도 보건의료 재정 통계와 국제 비교를 위해 국민의료비 대신 경상의료비 개념을 사용하고 있다.

② 범위

경상의료비는 일정기간 동안 국민의 건강 유지와 질병의 예방·치료·재활을 위해 실제로 지출된 보건의료 관련 비용을 의미한다. 여기에는 개인이 의료기관을 이용하면서 지출하는 진료비, 약제비, 검사·치료비와 같은 직접적인 의료비가 포함된다. 또한 국민건강보험이나 의료급여 등 사회보장제도를 통한 지출, 국가와 지방자치단체가 수행하는 예방접종, 건강검진, 보건교육 등 보건사업 비용도 경상의료비에 속한다.

그러나 의료기관 건축비, 의료장비 구입비와 같은 장기적 투자 성격의 자본형성비는 제외된다. 따라서 경상의료비는 국민이 한 해 동안 실제로 소비한 보건의료 관련 비용의 총합을 나타내는 지표이며, 국가의 보건의료 수준과 재정 부담 정도를 파악하는 데 중요한 기준이 된다.

경상의료비는 크게 개인의료비와 집합의료비로 구분하며, 재원별로는 정부·의무가입제도(공공재원)와 민간부문(민간재원)으로 나눌 수 있다. 개인의료비는 병원, 의원, 약국 등 개인에게 직접 제공되는 의료서비스와 재화에 대한 지출이며, 집합의료비는 공공 보건의료, 예방 프로그램, 행정 비용 등 개인이 직접 소비하지 않는 항목에 대한 지출이다. 이와 같이 경상의료비는 개인적 차원의 의료비와 사회적 차원의 보건의료비를 모두 포괄하여 국민이 실제로 지출한 의료비의 범위를 종합적으로 보여준다.

③ 우리나라 경상의료비 현황

국민 총생산(GDP) 대비 경상의료비는 보건의료서비스와 재화의 최종 소비를 위해 지출한 의료비가 GDP에서 차지하는 비중으로서 우리나라는 9.4%로 OECD 평균(9.2%)보다 높다. GDP 대비 경상의료비가 10.0%를 넘는 국가는 미국(16.5%)을 비롯하여 14개국에 달한다. 우리나라의 GDP 대비 경상의료비는 2017년 대비 연평균 6.0% 증가하였지만 OECD 회원국은 연평균 1.0% 증가하였다. 우리나라의 의료비 증가 속도는 OECD 회원국 중에서 가장 빠른 편으로 알려져 있다.

OECD 회원국 각각의 물가수준을 반영하여 국민 1인당 의료비 지출 수준을 살펴보면, 우리나라 국민의 1인당 경상의료비는 4,637US\$ PPP로 OECD 평균(5,312US\$ PPP)보다 낮다. OECD 회원국 중에서 국민 1인당 경상의료비가 가장 높은 국가는 미국(12,742US\$ PPP)으로, OECD 평균의 약 2.4배에 달하는 지출을 하고 있는 반면, 멕시코(1,401US\$ PPP)는 1,500US\$ PPP 이하의 낮은 지출을 하고 있다. 우리나라의 2022년 국민 1인당 경상의료비는 2017년(2,787US\$ PPP)에 비교해서 약 1.7배 증가하였다.

우리나라 경상의료비 중에서 정부·의무가입제도가 차지하는 비중은 64.1%로 OECD 평균(75.5%)보다 낮다[표 2-9]. 정부·의무가입제도 비중이 높은 국가는 독일(86.7%), 룩셈부르크(86.1%), 일본(86.0%), 스웨덴(86.0%), 노르웨이(85.7%)이며, 멕시코(51.9%), 칠레(58.4%)는 경상의료비 중 정부·의무가입제도의 비중이 낮은 국가이다. 우리나라는 2000년대 중반 이후 계속적으로 보장성을 강화해왔으나, 정부·의무가입제도 비중이 아직 OECD 평균에 미치지 못하고 있음을 볼 수 있다.

표 2-9 경상의료비 중 정부·의무가입제도 비중(%) 추이

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
한국	56.2	56.3	56.4	56.3	57.3	58.1	58.7	59.3	60.9	62.0	64.1
OECD 평균	72.6	72.5	73.4	73.5	73.7	73.7	74.0	74.2	76.1	75.9	75.5

출처 : 보건복지부, OECD Health Data 2024

우리나라 경상의료비 중에서 개인의료서비스가 차지하는 비중은 87.4%로 OECD 평균(89.6%)보다 낮다. 구체적으로 입원서비스 25.3%, 외래서비스 29.4%, 장기요양서비스 12.0%, 보조의료서비스 1.6%이고, 의약품 등 의료재화를 구매하는 데 지출한 의료비 비중은 19.1%로 OECD 평균(18.5%) 보다 높다. 집합보건의료비 중 예방서비스는 8.7%(OECD 평균 4.8%), 거버넌스·보건체계·재정관리는 3.2%(OECD 평균 2.6%)이다[표 2-10].

표 2-10 2022년 기준 경상의료비 기능별 구성

	개인의료서비스						집합보건의료비		
		입원 서비스	외래 서비스	장기요양 서비스	보조의료 서비스	의료 재화			
한국	87.4	25.3	29.4	12.0	1.6	19.1	11.9	8.7	거버넌스 · 보건체계 · 재정관리 3.2
OECD 평균	89.6	26.2	25.6	14.1	5.1	18.5	7.4	4.8	2.6

출처 : 보건복지부, OECD Health Data 2024

(2) 진료비 지불보상제도

진료비 지불보상제도는 환자가 의료서비스를 제공받은 대가를 의료기관이나 의료인에게 지급하는 방식으로, 의료 제공 형태와 의료비 총액에 큰 영향을 미치기 때문에 보건의료체계에서 매우 중요한 역할을 한다. 진료비 지불 제도는 국가마다 다양하며, 동일한 방식을 채택한 나라는 거의 없기 때문에 의료제도의 핵심 요소로서 전체 의료 부문의 성과를 평가하는 기준이 되기도 한다.

진료비 지불은 지급 시기를 기준으로 사전결정방식과 사후결정방식으로 나뉜다. 사전결정방식은 진료를 받기 전에 병원이나 의료인에게 지급될 금액이나 비율이 미리 정해져 있어 실제 제공된 서비스와 관계없이 지불되는 방식이다. 이 방식은 의료비 상승을 억제하고 과잉진료를 방지하는 효과가 있으며, 대표적으로 인두제, 봉급제, 포괄수가제가 있다.

반면 사후결정방식은 진료를 받은 후 실제 제공된 서비스에 대해 합산된 금액을 지불하는 방식으로, 대표적으로 행위별수가제(상대가치수가제)가 있다. 이 방식은 제공된 서비스량이 많을수록 진료비가 증가하므로 의료비 상승 가능성이 있다[표 2-11].

결국 진료비 지불보상제도는 의료기관과 의료인의 행동, 의료서비스의 양, 의료비 총액을 조절하는 중요한 수단으로 작용하며, 국가별 보건의료체계의 효율성과 성과를 결정하는 핵심 요소라고 할 수 있다.

① 행위별수가제

행위별수가제(Fee For Service)는 의료인이 제공한 진료행위마다 항목별로 가격을 책정하고, 진료에 소요되는 약제비나 재료비를 별도로 산정하여 진료비를 지급하는 제도이다. 이는 가장 보편적이고 시장 접근적인 방식으로, 자본주의 경제체제를 가진 대부분의 국가에서 채택하고 있다. 진료의 내용과 난이도, 소요 시간, 필요한 기술

표 2-11 진료비 지불보상제도의 장단점

지불방식	장점	단점
행위별수가제 (Fee-for-Service)	<ul style="list-style-type: none"> • 다양한 고급 의료서비스 제공 가능 • 신기술과 신약 개발 촉진 • 의료기관과 의사가 수용하기 쉬움 	<ul style="list-style-type: none"> • 과잉진료와 불필요한 검사 발생 가능 • 의료비 상승 우려 • 복잡한 수가 구조로 청구 오류 및 부당청구 가능성
포괄수가제 (Bundled Payment / DRG)	<ul style="list-style-type: none"> • 의료기관 경영과 진료 효율성 향상 • 과잉진료와 서비스 낭비 억제 • 심사 및 보험자와의 마찰 감소 • 진료비 청구 과정 단순화 • 진료비 산정 투명성 향상 	<ul style="list-style-type: none"> • 최소한의 서비스 제공으로 질 저하 가능 • 조기 퇴원 등 환자 불편 발생 가능 • 코드 조작으로 부당청구 가능 • 의료기관 불만과 낮은 수용성
봉급제 (Salary)	<ul style="list-style-type: none"> • 의사 고용 안정성과 수입 보장 • 불필요한 경쟁 억제 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료 질 향상이나 효율성 증대 동기 낮음 • 관료화 · 형식주의 및 경직화 가능 • 진료 질 저하 가능
인두제 (Capitation)	<ul style="list-style-type: none"> • 진료비 관리가 용이 • 의료비 지출 예측 가능 • 예방의료 및 공공보건 활동 장려 • 전체 의료비 절감 가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 과소진료 가능성 • 새로운 의료기술 적용 지연 • 중증 환자 등록 회피 가능
총액계약제 (Global Budget)	<ul style="list-style-type: none"> • 과잉진료와 청구 관련 분쟁 감소 • 진료비 심사 관련 불만 감소 • 의료비 예측 가능, 재정 안정성 확보 • 의료기관의 자율적 조정 가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 계약 체결 과정에서 갈등 가능 • 진료비 배분 관련 분쟁 우려 • 신기술 도입 및 질 향상 동기 저하 • 과소진료 발생 가능

과 재료에 따라 의료비가 결정되므로, 전문의나 고난도 진료를 수행하는 의료인에게 적합한 지급 방식이다.

행위별수가제는 크게 두 가지 유형으로 나뉜다. 첫째, 관행수가제는 시장 기능에 의해 수가가 결정되는 방식이며, 둘째, 제도수가제는 정부와 보험조합이 의료서비스의 생산 원가를 기준으로 수가를 계산하고 공권력으로 이를 강제 집행하는 방식이다. 진료비는 수가표에 기초하여 산출되며, 수가표는 보험자와 국가 보건당국의 협의 또는 보험자와 의료서비스 공급자 간의 협상으로 결정된다. 이 제도는 진료 내역에 따라 비용이 산정되므로 시행이 쉽고 합리적이며, 자유경제체제 하에서 널리 수용되고 있다.

우리나라는 관행수가제를 기본으로 행위별수가제를 운영하고 있으며, 비합리적 수가 문제를 개선하기 위해 2001년부터 상대가치수가제를 적용하고 있다. 상대가치수가제는 의료인의 진료행위 난이도와 소요 자원을 고려하여 수가를 책정하는 방식이다. 여기에는 의료인의 노력, 숙련도, 판단력, 스트레스, 의료장비 및 재료비, 보조인력 인건비 등이 반영된다. 최종 수가는 상대가치점수에 서비스 단위당 가격인 환산지수를 곱하여 결정되며, 환산지수는 매년 건강보험공단과 의약계 대표 간 계약으로 정하거나, 계약이 체결되지 않을 경우 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 결정한다.

② 포괄수가제

포괄수가제(Bundled Payment)는 진료 행위 하나하나를 기준으로 비용을 산정하는 것이 아니라, 환자가 특정 질병의 치료를 위해 입원했는지를 기준으로 질병군(환자군)별로 미리 정해진 일정액의 진료비를 지급하는 제도이다. 이 제도는 1983년 미국에서 의료비 급격 상승을 억제하기 위해 개발되었으며, DRG(Diagnosis Related Groups, 질병군) 기반의 선불상환제도로 메디케어 환자의 진료비 지급 방식으로 운영되고 있다.

포괄수가제의 장점은 의료비용의 사전 예측이 가능하고, 장기 입원에 대한 인센티브를 제거할 수 있다는 점이다. 적용 방식은 크게 두 가지로 나뉜다. 첫째, 진단명이나 질환의 심각성, 자원 소요와 관계없이 건당 정액을 부과하는 방식, 둘째, 환자가 속한 DRG 진단명에 따라 정액을 부과하는 질병군별 포괄수가제이다.

우리나라는 1997년부터 2001년까지 5년간 포괄수가제를 시범사업으로 시행하였고, 2002년부터는 요양기관이 임의로 선택하는 방식으로 진행하였다. 우리나라에서 채택한 모델은 질병군별 포괄수가제로, 안과의 수정체수술, 이비인후과의 편도 및 아데노이드수술, 일반외과의 항문 및 항문주위 수술, 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 충수절제술, 산부인과의 자궁 및 자궁부속기 수술, 제왕절개분만 등 총 7개 질병군을 대상으로 적용되었다. 그러나 7개 질병군 포괄수가제는 비교적 단순한 수술에 적합하도록 설계되어 암이나 중증질환 등 복잡한 수술에는 적용하기 어려운 한계가 있다.

이 한계를 보완하기 위해 2009년 4월부터 국민건강보험공단 일산병원에서 일당정액형 신포괄수가시범사업을 실시했으며, 2012년 7월 1일부터 안과, 이비인후과, 외과, 산부인과 4개 진료과 7개 질병군으로 전국 병원과 의원에 확대 시행되었다. 이후 진료 형태와 비용 자료를 조사·반영하여 2020년 1월부터는 비용기반 포괄수가제로 개편되었다.

포괄수가제의 시행 효과로는 의료기관 스스로의 질 관리(QA) 활동강화, 의료기관 경영의 효율화, 행정비용 절감, 국민의료비 급격한 상승 억제가 있다.

추가로, 최근에는 포괄수가제를 확대 적용하여 만성질환 관리, 다학제 진료, 재활 서비스까지 포함하는 새로운 모델이 논의되고 있으며, 의료 질과 비용 효율성을 동시에 개선하려는 시도가 이루어지고 있다.

③ 인두제

인두제(Capitation System)는 의사가 맡고 있는 환자 수, 즉 등록된 환자 수를 기준으로 일정 금액의 보수를 지급받는 제도이다. 의사는 일정 지역의 주민을 대상으로 자신에게 등록하도록 하며, 등록된 주민이 의료서비스를 실제로 이용했는지 여부와 관계없이, 등록된 인원 수에 따라 보험자나 국가로부터 정해진 금액을 지급받는다.

이 제도는 기본적으로 비교적 단순한 1차 진료에 주로 적용되며, 환자가 필요한 경우 주치의 또는 가정의가 1차 진료를 수행한 후, 추가 진료나 전문의 진료가 필요할 때만 후송 의뢰를 통해 전문 진료를 받을 수 있다.

인두제의 장점은 의료기관이 환자 수를 기준으로 안정적인 수입을 확보할 수 있어, 장기적 관점에서 예방적 건강관리와 지속적 환자 관리가 가능하다는 점이다. 반면, 단점으로는 의료인이 진료 횟수나 진료 시간에 관계없이 동일한 보수를 받기 때문에, 진료 질 관리와 효율성 확보를 위한 제도적 장치가 필요하다.

④ 봉급제

봉급제(Salary)는 의료기관에서 근무하는 의료인에게 고정적인 급여를 지급하는 제도를 의미하며, 주로 사회주의 국가나 영국과 같은 국영 의료체계의 병원급 의료기관에서 적용된다. 이 제도의 장점은 농·어촌 등 의료 접근이 어려운 지역에 거주하는 국민이라도 필요할 때 기본적인 의료서비스를 받을 수 있는 기회가 보장된다는 점이다. 법·제도적으로 공공의료 혜택이 모든 국민에게 제공될 수 있도록 설계되어 있으며, 의료비 부담이 상대적으로 적고 의료서비스 접근성이 안정적이다.

그러나 봉급제는 의료인의 진료 수준이나 효율성 측면에서는 제한이 있을 수 있다. 고정 급여 체계이기 때문에 진료 행위의 난이도나 소요 시간, 의료 재료 사용량과 상관없이 동일한 급여를 지급받게 되어 의료인의 진료 동기나 전문성 향상에 대한 유인이 약화될 수 있다. 특히, 제한된 의료시설과 인력으로 운영되는 경우에는 진료 수준이 낮거나 대기 시간이 길어질 수 있다. 또한 일부 국가에서는 의료인의 윤리적 기준이 낮은 경우, 개인적 친밀 관계나 뇌물수수와 같은 불공정한 요소에 따라 의료 혜택의 기회가 좌우될 가능성도 존재한다.

최근에는 봉급제의 한계를 보완하기 위해 일부 국가에서 성과급 인센티브, 질 관리 평가, 팀 기반 보상제도를 도입하여 의료인의 진료 질과 효율성을 높이는 시도를 하고 있다. 이처럼 봉급제는 안정적인 의료서비스 제공이라는 장점을 가지면서도, 진료 질과 의료 효율성 향상을 위한 추가적인 제도적 장치가 필요하다.

⑤ 총액계약제

총액계약제(Global Budget)는 보험자와 의사단체(또는 의료협회) 간에 국민에게 제공되는 의료서비스에 대한 진료비 총액을 사전에 추계하고 협의하여 결정하는 방식이다. 사전에 결정된 총 진료비액을 기준으로 지급하며, 의사단체는 이를 내부적으로 행위별 수가 기준 등에 따라 각 의사에게 배분한다. 장점으로는 의료비 상승을 억제하고, 예산 범위 내에서 의료기관의 자원 배분을 관리할 수 있다. 단점으로는 개별 의료기관이나 의사에게 진료량·난이도에 따른 세부 보상이 부족할 수 있으며, 과잉진료를 억제하는 대신 진료 질 저하 가능성에 대한 관리가 필요하다. 총액계약제는 국가 예산 내에서 의료비를 통제하고, 의료기관 경영의 효율성을 높이는 예산 관리형 제도로 볼 수 있다.

⑥ 일당지불제

일당지불제(Daily Charge/Per Diem Fee)는 주로 병원 입원 진료에 적용되며, 투입 자원이나 서비스 강도의 차이를 고려하지 않고 진료 1일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 총 진료비가 결정되는 제도이다. 장점으로는 진료비 계산이 단순하며, 입원 기간에 따라 총액을 예측할 수 있어 예산 관리가 용이하다. 단점으로는 의료기관이 서비스 제공비용을 최소화하고 입원일수를 늘리려는 유인을 가질 수 있다. 보완책으로 환자의 건강상태, 서비스 요구도, 자원 소모량에 따른 일당 조정이나, 총액예산 적용을 통해 비용 절감 유인을 억제하고 불필요한 입원일수 증가를 방지할 수 있다. 일당지불제는 포괄수가제의 한 형태로 간주되기도 하며, 주로 장기 입원환자 관리와 의료기관 경영 효율화에 활용된다.

3 국가보건의료체계

1) 보건의료체계의 유형

각국의 보건의료체계는 그 국가의 역사적 배경, 사회구조적 차이 및 보건의료정책의 우선순위에 따라 다양한 형태를 갖는다.

(1) 프라이(Fry)의 분류

프라이(Fry)는 보건의료체계를 자유방임형, 사회보장형, 사회주의형의 세 가지 유형으로 분류했으며, 이는 의료기관 선택의 자유와 정부의 통제 수준에 따라 구분된다.

보건의료체계를 국가의 책임 수준과 자원 조달 방식으로 단순화하여 비교·분석할 수 있게 한 고전적 분류이지만 오늘날 보건의료체계 연구나 정책 비교 시 여전히 기초적 틀로 많이 인용되고 있다.

① 자유방임형

자유방임형은 자유기업형 또는 자유시장형이라고도 하며, 자유시장경제의 논리에 따라 국민 개개인의 자유와 능력을 최대한 존중하고, 민간의 주도하에 보건의료가 운영되는 체계이다.

가. 장점

- 의료인은 의료의 내용, 범위, 수준을 스스로 결정할 수 있는 재량권을 충분히 보장받는다.
- 의료기관은 자유경쟁 원칙에 따라 효율적으로 운영되며, 이로 인해 의료서비스의 질적 수준이 높아질 수 있다.
- 국민은 의료인이나 의료기관을 선택할 최대의 자유를 누릴 수 있다.

나. 단점

- 의료의 책임이 개인에게 전가되므로 저소득층이나 취약계층은 의료 접근에 어려움을 겪을 수 있다.
- 진료의 지속성(continuity)과 포괄성(comprehensiveness)이 보장되기 어렵다.
- 의료자원이 지역 간·사회계층 간에 불균형하게 분포하여 형평성문제가 발생한다.
- 과잉경쟁으로 인해 의료자원의 비효율적 활용과 의료비 상승이 초래될 수 있다.

다. 대표국가

- 미국이 가장 전형적인 사례이다.
- 일본과 한국은 사회보험제도를 기반으로 하지만, 민간보험과 민간의료기관의 비중이 커서 부분적으로 자유방임형의 성격을 띤다.

② 사회보장형

사회보장형은 정치적으로는 자유민주주의를 기반으로 하면서, 사회적으로는 사회보장(social security)과 형평성을 중시하는 국가에서 주로 채택하는 보건의료체계이다.

가. 장점

- 정부가 주도하여 의료서비스를 포괄적이고 공평하게 무상 제공한다.
- 국가 차원의 보건기획(planning)과 자원 배분이 가능해 의료자원을 효율적으로 활용할 수 있다.
- 모든 국민이 동일한 권리로 의료를 이용할 수 있어 형평성과 접근성이 높다.

나. 단점

- 대규모 의료조직 운영으로 인해 행정체계가 복잡해지고, 관료주의가 강화될 수 있다.
- 의료인에 대한 인센티브 부족으로 인해 사기와 의욕이 저하될 우려가 있다.
- 이로 인해 의료서비스의 질적 저하와 환자 대기시간 증가 같은 문제가 발생할 수 있다.

다. 대표 국가

- 영국(국민보건서비스, NHS)
- 북유럽 국가(덴마크, 노르웨이, 스웨덴)
- 뉴질랜드

③ 사회주의형

사회주의형 보건의료체계는 의료자원과 서비스의 균등한 분포와 기회 제공을 목표로 한다. 이 체계에서는 개인의 의료 선택권이 제한되며, 거주 지역별로 국가가 의사를 배치하여 해당 지역 주민의 보건의료를 담당하도록 한다. 모든 의료서비스는 원칙적으로 무상으로 제공된다.

가. 장점

- 국민은 언제, 어디서나 무상으로 의료서비스 이용이 가능하다.
- 국가가 보건의료 공급을 계획적으로 관리하기 때문에 의료자원의 중복을 피하고 효율적으로 활용할 수 있다.
- 의료 접근성에서 보편성(universality)이 보장된다.

나. 단점

- 지나친 국가 통제로 인해 관료적 경직성이 나타난다.
- 의료인에 대한 경제적 · 전문적 인센티브 부족으로 의료인의 사기와 의욕이 저하된다.
- 그 결과 의료서비스의 생산성과 질 저하가 발생할 수 있다.

다. 대표 국가

- 구(舊)소련
- 북한 등 공산주의 국가

각 유형별 장단점을 요약하면 [표 2-12]와 같다.

표 2-12 프라이에 의한 보건의료체계 유형별 장단점

	자유방임형	사회보장형	사회주의형
의료서비스의 질	++	+	-
의료서비스의 포괄성	-	++	++
의료서비스의 균등분포	-	++	++
선택의 자유	++	+	-
형평성	-	++	++
의료비 절감	-	++	++

++ : 매우 바람직함, + : 바람직함, - : 바람직하지 못함

(2) 밀턴 뢰머(Milton Roemer)의 Matrix형 분류

밀턴 뢰머(Milton Roemer)의 Matrix형 분류는 국가의 경제적 수준(저개발국, 개발도상국, 선진국 등)과 시장 개입 정도(중앙집권적 계획경제, 자유방임형 등)를 조합하여 16가지 유형으로 국가보건의료체계를 분류하는 방식이다. 이 분류법은 보건의료체계의 다양한 특성을 이해하고 비교하는 데 유용하며, 각 유형에 따라 형평성, 의료비 절감, 선택의 자유, 정부 통제 등 여러 보건의료의 가치가 다르게 나타난다[표 2-13].

표 2-13 뢰머의 Matrix형 분류에 따른 보건의료체계 유형

경제 수준 (국민 1인당 GNP)	보건의료체계(시장 개입)			
	자유기업형	복지지향형	포괄적 보장형	사회주의 계획형
선진산업국	미국	독일, 한국, 캐나다, 일본	영국, 뉴질랜드, 스웨덴, 노르웨이	러시아, 동유럽
개발도상국	태국, 필리핀, 남아프리카공화국	브라질, 이집트, 말레이시아	코스타리카, 니카라과	쿠바, 북한
저개발국	가나, 방글라데시, 네팔, 케냐	인도, 미얀마	스리랑카, 탄자니아	베트남
자원풍요국		리비아, 가봉	쿠웨이트, 사우디아라비아	

출처 : Roemer MI.(1993). National health system of the world: Vol. I-the countries.

2) 주요 국가의 보건의료체계

① 미국

미국의 보건의료체계는 단일화된 국가 시스템이 아닌 민간 중심의 복잡한 구조를 가지고 있으며, 이로 인해 높은 의료비와 보장 수준의 불평등이 특징이다. 대다수의 국민은 직장을 기반으로 한 그룹건강보험이나 개인보험 등 다양한 형태의 민간 의료보험에 가입하고 있으나, 보험료 부담이 크고 보장 범위가 제한적이라는 한계가 있다. 이 때문에 상당수의 시민이 여전히 무보험 상태에 놓여 있으며, 특히 저소득층은 의료서비스 접근에 어려움을 겪어 건강불평등이 심화되고 있다.

공적 의료보장제도로는 메디케어(Medicare; 65세 이상 노인 및 장애인 대상), 메디케이드(Medicaid; 저소득층 대상), 그리고 아동건강보험 프로그램(CHIP)이 운영되고 있으나, 전체 의료보장 체계에서 차지하는 비중은 제한적이다.

미국은 OECD 국가 중 의료비 지출이 가장 높음에도 불구하고 평균 수명은 짧고, 전체적인 의료 시스템의 효율성은 낮다는 평가를 받고 있다. 이는 다른 선진국과 달리 국가적 차원의 통일된 의료보장 시스템이 부재하고, 자유경쟁시장 원칙 아래 민간 기업 중심의 의료서비스가 지배적인 구조로 자리 잡았기 때문이다.

① 민간의료보험

미국의 민간의료보험은 크게 비영리보험, 관리의료(Managed Care), 일반보험으로 구분된다. 이 가운데 대다수의 국민은 관리의료(Managed Care)에 가입해 있으며, 이는 보험자가 중심이 되어 의료기관, 의사, 보험자 간에 진료 내용·방법·지불 방식 등에 대한 기준을 설정하고, 이에 따라 의료 이용을 관리하는 제도이다. 관리의료는 비용 절감과 효율성을 높이는 데 목적이 있으나, 환자의 의료 선택권이 제한되는 단점도 있다.

관리의료를 담당하는 대표적인 보험조직 유형은 다음과 같다.

- HMO

HMO(Health Maintenance Organization)는 일정한 보험료를 받고 포괄적·예방적 의료서비스를 제공하는 조직으로, 지정된 의료기관과 의사만 이용할 수 있어 비용은 상대적으로 저렴하지만, 환자의 선택권이 크게 제한된다.

- PPO

PPO(Preferred Provider Organization)는 보험자가 계약한 특정 네트워크 의료기관을 우선 이용하도록 하는 방식으로, 네트워크 외 기관 이용 시 환자 본인 부담금이 크게 증가한다. HMO보다 선택권은 넓지만 비용은 다소 높다.

- POS

POS(Point Of Service)는 HMO와 PPO의 혼합형으로, 기본적으로는 지정된 주치의(Primary Care Physician)를 통해 진료를 받되, 필요시 네트워크 외 의료기관도 이용 가능하다. 단, 네트워크 외 기관 이용 시 본인 부담금이 증가한다.

② 공적 의료보장제도

미국의 공적 보건의료 프로그램은 크게 메디케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid)와 CHIP, 특정 계층 대상 프로그램으로 구분된다.

가. 메디케어

메디케어(Medicare)는 1965년 사회보장법 개정을 통해 도입된 사회보험 제도로, 65세 이상 노인과 65세 미만의 특정 장애인, 그리고 말기 신부전 환자를 주요 대상으로 한다. 병원 진료와 의사 진료 등 의료서비스를 보장하며, 재원은 근로자와 고용주의 급여세, 개인 보험료, 그리고 연방정부의 지원으로 마련된다. 메디케어는 전국적으로 동일하게 운영되는 연방 단일 프로그램이라는 점에서 특징이 있다.

나. 메디케이드(Medicaid)/아동건강보험 프로그램

메디케이드는 1965년 메디케어와 함께 도입된 공공부조 성격의 제도로, 저소득층과 취약계층을 주요 대상으로 한다. 모든 의료서비스를 포괄하며, 연방정부와 주정부의 일반 조세를 재원으로 운영된다. 주정부가 제도 운영에 상당한 자율성을 가지기 때문에, 주마다 적용 기준과 보장 범위가 다를 수 있다. 이와 더불어 아동건강보험 프로그램(Children's Health Insurance Program, CHIP)은 메디케이드 자격에 해당하지 않지만 민간 보험 가입이 어려운 차상위 계층 아동을 대상으로 한다. CHIP은 주별로 메디케이드와 연계하거나 독립적으로 운영되며, 아동의 건강권 보장을 강화하는 역할을 한다.

다. 특정 집단을 대상으로 한 의료보장제도

대표적으로 트라이케어(Tricare)는 국방부가 운영하며 현역 군인과 그 가족을 대상으로 한다. 베테랑 어페어즈(Veterans Affairs, VA)는 보훈처가 운영하며 퇴역 군인과 유공자에게 의료서비스를 제공한다. 또한 인디언 헬스 서비스(Indian Health Service, IHS)는 미국 원주민과 알래스카 원주민을 대상으로 하는 특수한 프로그램이다.

이처럼 미국의 공적 보건의료 프로그램은 다양한 계층을 대상으로 세분화되어 있으나, 국민 전체를 포괄하는 단일한 국가보장제도와는 거리가 있다. 따라서 민간보험 중심의 의료체계를 보완하는 성격을 가지며, 계층별 특성에 따라 상이한 제도가 병행되고 있다는 점에서 다른 선진국과 차별화된다.

③ 오바마케어

오바마케어(ACA, PPACA, Obamacare)는 이러한 민간보험 중심 체계와 공적보험의 한계를 보완하고자 2010년 제정되어 2014년 시행된 의료개혁법이다. 주요 내용은 무보험자 감소, 보험사 규제, 저소득층 지원, 청년층 보호 등이다. 특히 오바마케어는 민간보험 가입을 의무화하여, 모든 국민이 최소한의 건강보험 혜택을 받도록 하였으며, 기존 공적보험을 받는 계층 외에도 사보험을 통해 전국민 의료보장을 확대하려는 성격을 갖는다. 다만, 정치적 반발과 민간보험 중심 구조로 인해 완전한 단일 공적보험 체계는 아니며, 한국의 국민건강보험보다는 자동차 책임보험과 유사한 민간보험 의무 가입 구조라고 볼 수 있다.

(2) 영국

영국은 1942년 국민보건서비스법제정을 거쳐, 1948년 국가보건서비스(National Health Service, NHS)를 도입하였다. NHS는 무상의료, 보편성, 포괄성을 핵심 원칙으로 하며, 국민의 의료적 필요에 따라 무상으로 서비스를 제공하는 국영 의료체계이다. 재원은 주로 일반조세로 충당되며, 일부는 국민보험기여금(National Insurance Contributions, NIC)에서 보조된다. 대부분의 서비스는 무상으로 제공되지만, 처방약, 치과진료, 안경 등 특정 서비스에는 본인부담금이 부과된다. 다만, 15세 미만 아동, 16~18세 전일제 학생, 저소득층, 60세 이상 노인, 임산부, 특정 장애인 등은 예외적으로 전액 무상혜택을 받는다.

① 의료전달체계 구조

- **1차 의료(primary care)** : 영국의 1차 의료는 국민의 건강 문제를 가장 먼저 담당하는 단계로, 기본적인 진단과 경증 질환 치료, 예방접종, 보건교육 및 건강증진 활동을 수행한다. 모든 국민은 거주지역 내 GP(General Practitioner, 일반의)를 주치의로 등록하여 1차 의료서비스를 이용하며, 보다 전문적인 치료가 필요한 경우 GP의 의뢰를 통해 병원으로 연결된다. 1차 의료의 비용 정산은 인두제(capitation) 중심으로 운영된다. 즉, GP는 등록 환자 수에 따라 NHS로부터 연간 일정 금액을 지급받는다. 여기에 예방접종, 산전관리, 특정 건강검진 등은 행위별수가(fee-for-service)로 보상받으며, 당뇨 관리율이나 예방접종률과 같은 질 관리 지표 성과에 따라 성과 기반 인센티브(P4P, Pay-for-Performance)가 추가 지급된다.
환자는 진료 시 직접 비용을 부담하지 않고, GP는 NHS가 세금으로 지급하는 보상 체계에 의해 운영된다.
- **2차 의료(secondary care)** : 2차 의료는 주로 전문적인 진단·치료, 입원, 수술, 전문 외래진료 등을 담당한다. 환자는 직접 2차 의료기관에 접근하지 않고, 반드시 GP(주치의)의 의뢰(referral)를 통해 이용한다. 병원 의사들은 대부분 NHS 고용 형태로 연봉제(봉급제)를 받는다.
- **3차 의료(tertiary care)** : 2차 의료보다 더 전문적이고 복잡한 질환을 다루는 대형 병원이나 대학병원에서 제공되는 의료서비스로, 고난도 수술·희귀질환·집중치료 등이 포함되며 보통 GP의 의뢰를 통해 이용할 수 있으므로 GP → 2차 의료 → 3차 의료 순으로 단계적 접근이 필요하다.

NHS는 특히 1차 의료를 매우 강하게 강조하고 있고, 2·3차 의료는 GP를 통해서만 접근 가능하도록 설계되어 있다.

② 영국의 국가보건서비스의 장점과 단점

• 장점

첫째, 보편적 접근성이다. 영국의 모든 국민은 소득, 직업, 거주지와 관계없이 기본적인 의료서비스를 무상으로 이용할 수 있다. 의료가 사회적 권리로 보장되기 때문에 경제적 능력에 따른 의료격차가 최소화된다.

둘째, 1차 의료 중심의 게이트키퍼(gatekeeping) 체계이다. 국민은 거주지 일반의(general practitioner, GP)에 등록하여 1차 진료를 받으며, 전문적인 치료가 필요한 경우 GP의 의뢰를 통해 2차·3차 의료로 연계된다. 이로써 불필요한 전문의·병원 이용을 줄이고 의료자원의 효율적 분배가 가능하다.

셋째, 재정 효율성이다. NHS는 국가가 단일보험자(single-payer)로 기능하기 때문에 행정비용이 낮고, 서비스 비용 협상력이 크다. 그 결과, 영국의 국내총생산(GDP) 대비 보건의료 지출은 다른 선진국에 비해 상대적으로 낮은 수준을 유지하면서도 국민 건강지표는 양호한 편이다.

넷째, 공공성 및 형평성 강화이다. 의료서비스 제공의 목표가 이윤 추구가 아니라 국민 건강증진에 맞춰져 있어, 저소득층이나 취약계층도 차별 없이 의료서비스를 이용할 수 있다.

• 단점

첫째, 긴 대기시간문제이다. 무료 혹은 저렴한 비용으로 이용 가능한 구조 때문에 수요가 많아, 특정 수술이나 전문 진료를 받기까지 몇 주에서 몇 달을 기다려야 하는 경우가 흔하다.

둘째, 선택권의 제약이다. 국민은 우선 GP를 통해서만 의료서비스에 접근해야 하고, 의사·병원 선택의 자유가 제한된다. 특히 응급 상황이 아니면 개인이 원하는 시점에 전문의 진료를 받기 어렵다.

셋째, 재정 부담과 서비스 질 저하 우려이다. NHS는 세금 기반으로 운영되므로 정부 재정 상황에 따라 예산이 제한될 수 있으며, 이로 인해 인력 부족·시설 노후화·의료진 과중한 업무 등의 문제가 발생한다.

넷째, 의료 인력 유출문제이다. 상대적으로 낮은 보수와 과중한 업무로 인해 의료진이 민간 혹은 해외로 이직하는 현상이 나타나며, 이는 장기적으로 의료서비스의 질적 저하로 이어질 가능성이 있다.

③ 영국 국가보건서비스의 일차의료 강화와 지불제도 개혁

영국은 보편적 의료보장을 기반으로 하는 국가보건서비스(NHS)를 운영하고 있으며, 그중 1차 의료는 환자의 첫 접점을 담당하는 핵심 축이다. 그러나 만성질환자의 증가, 고령화, 그리고 코로나19 팬데믹으로 인해 일차의료 서비스에 대한 수요가 급증하면서 기존의 대면 중심 진료체계와 전통적 지불방식에는 한계가 드러났다. 이에 따라 NHS는 2019년 「NHS 장기 계획(NHS Long Term Plan)」을 발표하고 향후 10년간의 핵심 전략으로 일차의료 강화와 디지털 전환을 제시하였다. 특히 모든 국민이 ‘디지털 퍼스트(primary care)’ 서비스를 이용할 수 있도록 보장한다는 목표 아래, 온라인 상담, 원격 모니터링, 전자 의무기록 접근 등 디지털 기반 서비스가 적극적으로 도입되었다. 코로나19 확산은 이러한 변화를 가속화하여, 원격 진료와 비대면 서비스가 일차의료 및 외래진료의 중요한 방식으로 자리 잡는 계기가 되었다. 또한 NHS는 기존의 행위별 수가제(activity-based payment) 중심 지불방식에서 벗어나, 혼합지불제도(blended payment)를 도입하였다. 이 제도는 일정 수준의 고정 지불(fixed payment)에 성과 기반 지불(performance-based incentives) 요소를 결합하여, 의료의 질과 환자 성과 개선을 동시에 유도하는 것을 목표로 한다. 이러한 변화는 단순히 진료 제공 방식의 혁신을 넘어, 예방 중심의 의료체계 전환과 재정 효율성 확보라는 NHS의 지속 가능성을 뒷받침한다는 점에서 의의가 크다. 즉, 영국의 1차 의료는 디지털 전환과 지불제도 개혁을 통해 보다 접근성 높고, 환자 중심적이며, 지속 가능한 구조로 변화하고 있다.

(3) 일본

일본의 보건의료체계는 모든 국민을 대상으로 한 전 국민 건강보험제도를 기반으로 운영된다. 전 국민이 반드시 건강보험에 가입하도록 의무화되어 있어 우리나라 국민건강보험과 유사하지만, 단일 보험자가 아니라 복수의 건강보험조합과 지역별 보험조직이 존재한다는 차이가 있다. 이를 통해 누구나 기본적인 의료서비스를 이용할 수 있

으며, 진료비의 일정 부분만 환자가 부담하고 나머지는 보험재정과 정부 지원으로 충당된다.

일본의 의료보험은 직장보험, 지역보험, 고령자 의료제도로 나뉜다. 직장보험(Employee Health Insurance, EHI)은 직장 가입자와 가족을 대상으로 하며, 직장 단위로 운영되는 건강보험조합이 관리한다. 지역보험(National Health Insurance, NHI)은 자영업자, 농민, 무직자 등 직장보험에 가입되지 않은 사람을 대상으로 시·군·구 단위로 운영되며, 고령자 의료제도는 75세 이상 노인과 65~74세 특정 질환자를 대상으로 별도로 운영된다.

일본의 의료 제공체계는 1차, 2차, 3차 의료기관으로 구성되며, 의료법상 진료소(의원급)와 병원으로 구분된다. 1차 의료는 지역의 의원(clinic)이 중심이며, 환자가 원하는 의원이나 병원을 자유롭게 선택할 수 있어 영국과 같은 GP 제도처럼 의무 등록은 없다. 2차 의료는 중규모 병원이나 전문 진료과에서 제공되며 대부분 환자가 직접 방문 가능하다. 3차 의료는 대학병원이나 대형 종합병원에서 희귀·복잡 질환 치료 및 고난도 수술을 제공받는다. 환자는 진료비의 약 30%를 본인 부담하며, 노인이나 저소득층은 부담 비율이 낮다. 나머지 비용은 보험 재정과 정부 지원으로 충당된다. 의료기관은 행위별 수가제(Fee-for-Service, FFS)로 진료비를 청구하며, 정부가 진료수가표(Fee Schedule)를 관리·조정하여 의료비 상승을 통제한다.

일본의 보건의료체계는 전 국민이 보험에 가입하고 누구나 기본적인 의료서비스를 이용할 수 있어 보편적 의료를 보장하며, 환자가 1차·2차 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있어 환자 선택권이 보장된다. 또한 정부가 진료수가표를 통해 의료비를 통제하고, 고령화 사회에 대응한 보험제도를 운영함으로써 비용 관리가 가능하다. 그러나 대형병원 과밀화와 의료기관 집중 문제, 과잉진료 가능성, 1차 의료 역할 약화 등의 문제도 지적된다.

4 사회보장제도와 의료보장제도

1) 사회보장제도

(1) 사회보장의 개념과 기능

사회보장이란 1935년 미국에서 제정된 사회보장법(Social Security Act)을 통해 처음 사용된 용어로, 이후 전 세계적으로 통용되기 시작하였다. 영어 표현 *social security*는 라틴어 se(=without, 해방)와 cura(=care, 걱정)에서 유래하며, ‘불안을 없게 한다’는 의미를 담고 있다. 즉, 사회보장은 개인의 사회적 불안을 제거하고, 국민이 평온한 삶을 누릴 수 있도록 사회가 보장하는 제도이다.

우리나라는 1963년 「사회보장에 관한 법률」을 제정하였고, 1980년 헌법 개정에서 처음으로 ‘사회보장’이라는 용어를 사용하였다. 현재 사회보장기본법에 따르면, 사회보장이란 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤, 사망 등 사회적 위험으로부터 국민을 보호하고 삶의 질 향상에 필요한 소득과 서비스를 보장하는 제도로, 건강보험, 노인장기요양보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험 등 5대 사회보험과 공공부조를 포함한다.

사회보장의 개념은 1942년 영국의 베버리지(W. Beveridge)가 제시한 ‘궁핍의 퇴치’와 깊이 연결된다. 그는 실업, 질병, 재해로 인한 소득 중단, 노령 퇴직 및 사망으로 인한 부양 상실, 출생·사망·결혼 등 특별 지출을 대비한 소득보장을 사회보장의 핵심으로 보았다. 이를 통해 국민소득의 재분배가 이루어지고, 최저생활이 보장된다고 설명

하였다. 또한 국제노동기구(ILO, 1942)는 사회보장을 “사회구성원이 직면하는 다양한 위험에 대해 사회가 적절한 조직을 통해 제공하는 보장”으로 정의하며, 전 국민을 대상으로 하고, 최저생활을 보장하며, 모든 위험을 포괄해야 한다고 강조하였다.

사회보장제도의 주요 기능으로는 최저생활 보장, 소득 재분배, 경제적 안정, 사회적 안정을 들 수 있다. 최저생활 보장은 생리적 한계에서의 기본 생활수준을 의미하며, 소득 재분배는 시간적 소득 변동 조정과 부유 계층에서 저 소득 계층으로 소득 이전을 포함한다. 경제적 기능은 국민경제 성장과 경기 변동 완화에 기여하며, 사회적 기능은 국민생활 안정과 사회적 이해관계 조정에 도움을 준다.

(2) 사회보장의 체계

우리나라의 사회보장의 체계는 크게 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스의 세 가지 축으로 구성된다[그림 2-6].

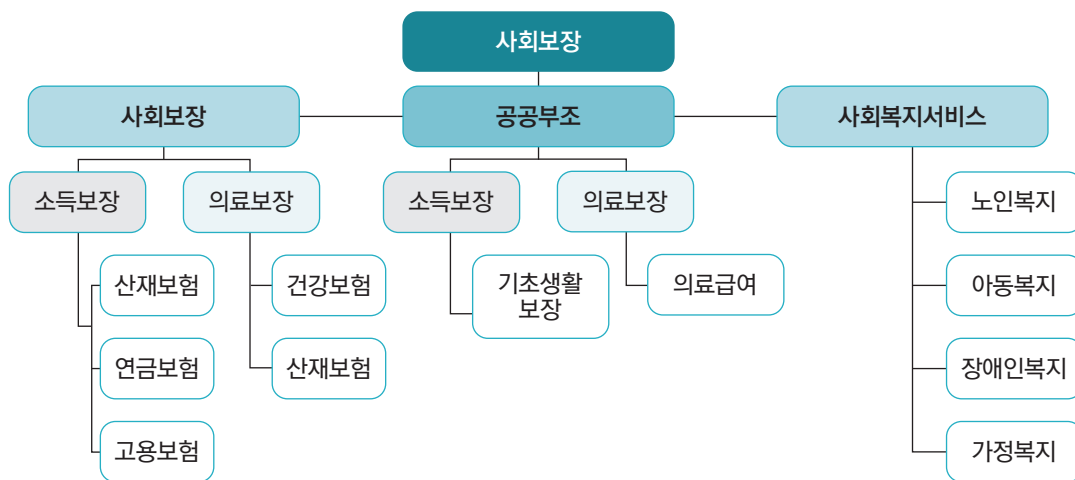


그림 2-6 사회보장체계와 의료급여사업

출처 : 보건복지부. (2024). 2023 보건복지백서.

① 사회보험

가. 개념

사회보험은 국가가 국민을 보호하기 위해 만든 사회복지제도로, 보험의 원리를 활용하여 운영된다. 이는 질병, 사고, 장애, 실업, 노령, 출산 등과 같은 사회적 위험에 대비하기 위해 법으로 가입을 의무화하고, 일정한 보험료(기여금)를 걷어 마련한 재원으로 필요한 사람에게 소득과 의료를 보장해 주는 제도이다. 즉, 개인 혼자 감당하기 어려운 위험이 발생했을 때, 사회 구성원들이 미리 보험료를 함께 내고, 위험에 처한 사람에게 필요한 급여와 지원을 제공하는 방식이라고 할 수 있다.

나. 특징

사회보험은 운영 방식에서 보험의 원리와 기술을 따른다는 점에서 공공부조와 다르며, 사회적 연대성과 강제성을 바탕으로 한다는 점에서 개인이 선택적으로 가입하는 사보험과 구별된다.

사회보험이 보장하는 위험에는 업무상 재해, 질병, 출산, 장애, 사망, 유족, 노령, 실업 등이 있다. 이러한 위험은 각각의 영역에 따라 제도가 구분되어 운영되는데, 업무상 재해는 산업재해보상보험, 질병과 부상은 건강보험, 장애·사망·노령은 국민연금, 실업은 고용보험을 통해 보장된다. 이를 흔히 4대 사회보험이라 부르며, 여기에 노인장기요양보험을 더해 5대 사회보험으로 운영되고 있다[표 2-14].

다. 예시

우리나라의 사회보험에는 국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험, 노인장기요양보험이 있다.

- 국민연금은 노령, 장애(폐질), 사망에 대비하여 연금 급여를 제공한다.
- 건강보험은 질병이나 부상으로 인한 의료비 부담을 경감시킨다.
- 산재보험은 업무 중 발생한 재해로 인한 치료 비용과 소득 상실을 보상한다.
- 고용보험은 실업 상태에서 일정한 소득을 보장하고 재취업을 지원한다.
- 노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질환으로 일상생활이 어려운 사람에게 돌봄 서비스를 제공한다.

표 2-14 우리나라 5대 사회보험 관리운영

구분	산재보험	건강보험	국민연금	고용보험	노인장기요양보험
관장부처	고용노동부	보건복지부	보건복지부	고용노동부	보건복지부
운영주체	근로복지공단	국민건강보험공단	국민연금공단	고용보험공단	국민건강보험공단
근거법	산업재해보상보험법	국민건강보험법	국민연금법	고용보험법	노인장기요양보험법
보장 내용	산업재해보상/재활	의료보장/건강증진	소득보장	실업급여/고용안정 및 직업능력개발	노인요양
도입시기	1964. 7. 1	1977. 7. 1	1988. 1. 1	1995. 7. 1	2008. 7. 1

② 공공부조

가. 정의

공공부조는 국가가 경제적 어려움에 처한 국민에게 최저생활을 보장하고 자립을 지원하기 위해 운영하는 사회보장 제도이다. 각 나라에서 사용하는 용어가 조금씩 다른데, 우리나라·일본·미국에서는 ‘공공부조(public assistance)’ 또는 ‘공적부조’, 영국에서는 ‘국가부조(national assistance)’, 프랑스에서는 ‘사회부조(social assistance)’라고 부른다.

우리나라 「사회보장기본법」 제3조 제3호는 공공부조를 “국가와 지방자치단체의 책임하에 생활유지 능력이 없거나 생활이 곤란한 국민에게 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도”라고 정의한다. 특히 1995년 법 개정을 통해 ‘공적부조’라는 명칭에서 ‘공공부조’로 바뀌면서 사회적 권리로서의 성격이 강조되었다.

공공부조는 자본주의 사회의 구조적 모순으로 발생하는 빈곤 문제를 국가의 책임으로 인식하고, 일반 조세를 재원으로 마련하여 취약계층에게 최소한의 생활을 보장하는 것이 핵심이다. 이는 단순한 생계 유지에 그

치지 않고 인간다운 삶을 가능하게 하며, 사회적 연대와 평등을 구현하는 제도이다.

우리나라에서는 「국민기초생활보장법」과 「의료급여법」을 통해 공공부조가 운영된다. 국민기초생활보장제도는 생계·주거·교육·해산·장제 등 다양한 급여를 제공하며, 의료급여제도는 저소득층에게 필요한 의료서비스를 보장한다. 따라서 공공부조는 사회보험이나 사회서비스와는 달리 ‘마지막 안전망(last safety net)’으로서 사회적 불평등 완화와 사회통합을 촉진하는 기능을 한다.

나. 특징

공공부조는 생활 유지 능력이 부족한 국민에게 국가와 지방자치단체가 책임지고 최저생활을 보장하는 제도이다. 일반 조세를 재원으로 하며, 소득이나 재산 등 수급자의 생활 상태를 조사하여 지원 여부를 결정한다. 사회보험과 달리 기여와 상관없이 필요한 사람에게 선별적으로 제공되며, 생계 보장과 동시에 자립 지원을 목적으로 한다. 따라서 최저생활 보장성, 국가 책임성, 선별성, 자립지원성이 주요 특징이라 할 수 있다. 예시로는 국민기초생활보장, 의료급여, 주거급여 등이 있다.

③ 사회복지서비스

사회복지서비스란 국가, 지방자치단체, 그리고 민간이 도움이 필요한 국민에게 제공하는 다양한 지원을 의미한다. 지원 영역은 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등 광범위하며, 궁극적으로 국민의 인간다운 생활 보장과 삶의 질 향상을 목표로 한다. 특히 현금 대신 이용권(바우처)을 활용하여 서비스 이용자가 직접 필요한 서비스를 선택할 수 있도록 하고, 복지포털을 통해 온라인으로 맞춤형 서비스를 추천·신청할 수 있는 제도도 운영되고 있다.

2) 의료보장제도

(1) 개념

의료보장제도(Health Care System 또는 Health Insurance System)는 국민이 최소한의 의료비만 부담하고 필요한 의료서비스를 적절히 이용할 수 있도록 보장함으로써, 개인과 가정이 건강위험 및 의료비로 인한 경제적 위험으로부터 보호받을 수 있도록 설계된 사회보장제도의 한 부분이다.

(2) 유형

의료보장제도는 각국의 역사, 문화, 정치, 경제적 배경에 따라 다양한 형태로 운영되며, 단순 분류가 어렵다. OECD는 대표적으로 사회보험 방식(Social Health Insurance, SHI), 국가보건서비스 방식(National Health Service, NHS), 민간보험 방식(Private Health Insurance, PHI)으로 분류한다[표 2-15].

표 2-15 사회보험방식(SHI)와 국가보건서비스 방식(NHS)의 의료보장 비교

구분	사회보험 방식	국가보건서비스 방식
적용 대상관리	• 국민을 임금소득자, 공무원, 자영업자 등으로 구분 관리	• 전 국민을 일괄 적용(집단 구분 없음)
재원조달	• 보험료, 일부 국고 지원	• 정부 일반조세
의료기관	• 일반 의료기관 중심 • 의료의 사유화 전제	• 공공 의료기관 중심 • 의료의 사회화 내지 국유화
급여 내용	• 치료 중심적	• 예방 중심적
의료보수	• 의료기관과의 계약에 의한 행위별수가제	• 일반 개원의는 인두제 • 병원급 의사는 봉급제
관리기구	• 보험자(조합 또는 금고)	• 정부기관(사회보험청 등)
국가	• 독일, 프랑스, 네덜란드, 일본, 한국 등	• 영국, 스웨덴, 이탈리아, 캐나다 등
기본철학	• 의료비에 대한 국민의 일차적 책임의식 견지(국민의 정부 의존 최소화)	• 국민의료비에 대한 국가 책임 견지, 전국민 보편 적용(국민의 정부 의존 심화)
국민의료비	• 의료비 억제 기능 취약	• 의료비 통제효과 강함
보험료 형평성	• 보험자 간 보험료 부과 형평성 부족 • 보험자 간 재정 불균형 파생	• 조세에 의한 재원조달로 소득재분배효과(선진국) • 조세체계가 선진화되지 않은 경우 소득역전 초래
의료서비스	• 상대적으로 양질의 의료 제공 • 첨단 의료기술 발전에 긍정적 영향	• 의료의 질 저하, 입원 대기환자 급증(대기시간 장기화, 개원의의 입원의뢰 남발)
관리운영	• 조합 중심 자율운영 • 상대적으로 관리운영비 많이 소요(보험료 징수 등)	• 민간 사회보험의 가입 증가로 국민의 이중부담 초래 • 정부기관 직접 관리(가입자의 운영참여 배제) • 관리운영비 절감(보험료 징수 인력 불필요)

① 사회보험 방식

사회보험 방식(National Health Insurance, NHI)의 의료보장은 국민이 납부하는 보험료를 주된 재원으로 활용하여 의료서비스를 제공하는 제도이다. 국가가 직접 재원을 조달하거나 서비스를 제공하는 것이 아니라, 보험자(공적 또는 민간 보험조합)가 중심이 되어 재원을 관리하고 의료급여를 운영하며, 국가는 정책적 지도와 재정 지원, 제도 감독 등 2차적 역할을 수행한다.

관리 체계는 주로 자율적·자치적 운영을 기반으로 하며, 의료 제공자는 민간 또는 공공 의료기관이 국민과 보험자 간의 급여 지급을 중개하는 형태로 기능한다. 이러한 구조는 보험 원리에 기반한 재원 조달과 의료 공급의 분리라는 특징을 갖는다.

가. 주요 특징

- **재원 조달**: 국민의 보험료를 1차적 재원으로, 국가는 2차적 재정 지원 수행
- **운영 구조**: 조합 중심 자치적 관리, 가입자 참여 가능
- **의료 공급**: 민간·공공 의료기관이 보험급여를 대행
- **보험 원리 적용**: 위험을 다수 가입자가 분담하여 의료비 부담 완화

나. 장점

- 가입자가 대표 기구를 통해 제도 운영에 참여함으로써 운영 투명성 및 효율성 강화
- 민간 의료기관과 연계하여 양질의 의료서비스 제공 가능
- 보험료 기반 운영으로 재정 책임과 의료 접근성 균형

다. 단점

- 다양한 소득 계층에 대한 단일 보험료 산정의 어려움
- 의료비 증가 억제 기능이 상대적으로 약해, 보험재정 안정성 유지 필요
- 복잡한 관리 체계로 인한 운영 비용 발생 가능성

라. 대표 국가

- 독일, 일본, 프랑스, 한국 등

② 국가보건서비스 방식

국가보건서비스 방식(National Health Service, NHS)은 국민의 건강 문제는 국가가 책임져야 한다는 원칙을 바탕으로 운영되는 의료보장제도이다. 정부가 일반 조세를 통해 재원을 조달하고, 이를 통해 모든 국민에게 무상 또는 저비용 의료서비스를 제공한다. 의료기관의 상당 부분이 공공화 또는 국유화되어 있어, 의료서비스 제공과 관리가 국가 중심으로 이루어진다.

가. 주요 특징

- **재원 조달**: 국민이 납부하는 조세를 기반으로 의료비 조달
- **운영 구조**: 정부가 직접 의료서비스 제공과 관리 수행
- **의료 공급**: 의료기관의 상당수가 공공화되어 국가가 의료서비스 제공
- **접근성**: 소득 수준과 관계없이 포괄적 의료서비스 제공

나. 장점

- 모든 국민에게 균등하고 포괄적인 의료보장 제공 가능
- 의료기관의 공공화로 의료비 증가 통제 가능
- 조세 기반 재원 조달로 소득 재분배 효과 기대 가능
- 정부 관리로 의료 접근성과 공공성 확보

다. 단점

- 의료서비스의 사회화로 인해 의료 질 저하 가능성
- 조세를 통한 재원 조달 부담이 커 정부 복지비용 증가
- 의료비 부담 의식 부족으로 과도한 이용과 민간보험 확대 문제 발생
- 장기 진료 대기 문제 등 서비스 지연과 효율성 문제 발생 가능

라. 대표 국가

- 영국, 스웨덴, 이탈리아 등

(3) 우리나라 의료보장제도

우리나라 의료보장제도의 핵심은 전 국민을 대상으로 하는 국민건강보험이다. 국민건강보험은 사회보험 원칙에 따라 소득 수준에 따라 보험료를 차등 부과하고, 질병·부상·출산·사망 등과 관련된 예방, 진단, 치료, 재활에 대해 보험급여를 제공한다. 1989년 전 국민을 대상으로 확대되었으며, 2000년에는 국민건강보험공단으로 통합·출범하여 안정적으로 운영되고 있다. 이 외에도 산업재해보상보험(산재보험)이 있으며, 이를 보완하는 민영보험으로 실손의료보험등이 운영되고 있다.

① 국민건강보험제도

가. 연혁

우리나라 의료보장제도는 1963년 의료보험법 제정으로 300인 이상 사업장에서 임의 조합 설립이 가능해지면서 시작되었다. 1977년부터 근로자, 공무원, 사립학교 교직원 등으로 적용 범위를 점차 확대하고, 1981년과 1982년에는 지역의료보험 시범사업을 실시하였다. 1989년에는 도시지역까지 포함하여 전 국민 의료보험이 실현되었다.

이후 1998년과 2000년에 직장·지역·공무원 의료보험을 통합하여 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 출범하였고, 2002년에는 재정건전화특별법이 제정되었다. 2003년 직장·지역 가입자의 재정이 통합 운영되었으며, 2008년 노인장기요양보험이 시행되고, 2011년에는 4대 사회보험 징수 통합이 이루어졌다. 최근에는 2018년과 2022년에 소득 중심 보험료 부과체제로 단계적으로 개편되었다[표 2-16].

나. 국민건강보험제도의 순기능과 역기능

국민건강보험제도는 전 국민을 대상으로 의료서비스를 보장함으로써 국민 건강 향상과 사회적 형평성 증진에 기여한다. 이를 통해 개인이 의료비 부담을 줄일 수 있으며, 정기검진과 예방적 의료서비스 접근성을 높여 질병 예방과 조기 치료를 촉진한다. 또한 안정적인 재원 기반을 확보함으로써 보건의료 체계의 지속 가능성을 보장하고, 의료서비스 이용 기회의 균등화를 통해 사회적 건강 격차를 완화한다.

그러나 이러한 제도에도 일부 역기능이 존재한다. 전 국민을 대상으로 한 보장으로 인해 보험재정 부담이 증가할 수 있으며, 보험 적용 범위 내에서 과잉진료가 발생할 가능성이 있다. 또한 의료기관이 비용 절감 중심으로 운영될 경우 서비스 질 저하가 우려되며, 소득 대비 보험료 부담의 형평성 문제와 세대 간 불균형 문제

표 2-16 국민건강보험제도 연혁

연도	주요 내용
1963.12.16	의료보험법 제정(300인 이상 사업장 조합 임의설립)
1976.12.22	의료보험법 전문개정
1977.1.	생활보호대상자 등에 대하여 의료보호 실시
1977.7.	500인 이상 사업장근로자 의료보험 실시(최초 강제 적용)
1979.1.	공무원 및 사립학교교직원 의료보험 실시
1979.7.	300인 이상 사업장까지 의료보험 확대
1981.7.	지역의료보험 1차 시범사업 실시(홍천, 옥구, 군위)
1982.7.	지역의료보험 2차 시범사업 실시(강화, 보은, 목포)
1984.12	의료보험 시범사업(청주, 청원)
1987.2.	한방의료보험 전국 실시
1988.7.	5인 이상 사업장까지 의료보험 당연적용 확대
1988.1.	농·어촌지역의료보험 실시
1989.7.	도시지역의료보험 실시제도(도입 후 12년 만에 전 국민의료보험 실시)
1998.10.	1차 조직통합(공무원·사립학교교직원의료보험 및 227개 지역의료보험조합 통합) → 국민의료보험 관리공단 업무개시
2000.7.	의료보험조직 완전통합(국민의료보험관리공단 및 139개 직장조합 통합) → 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원 업무개시
2002.1.	「국민건강보험재정건전화특별법」 제정·시행
2003.7.	직장·지역 가입자 재정통합 운영
2008.7.	노인장기요양보험 실시
2011.1.	4대 사회보험 징수통합
2018.7.	소득 중심 보험료 부과체계 1단계 개편
2022.9.	소득 중심 보험료 부과체계 2단계 개편

출처: 보건복지부 홈페이지, 2025

가 발생할 수 있다. 더불어 직장·지역·공무원 등 기존 제도의 통합과 재정관리를 포함한 운영 과정에서 행정적 부담이 증가할 수 있다는 한계도 있다.

다. 국민건강보험제도의 관리운영체계

국민건강보험제도는 환자(서비스 이용자), 의료기관(서비스 제공자), 보험자(국민건강보험공단)로 구성되는

제3자 지불자 구조로 운영된다. 의료기관은 건강보험 적용 진료 후 요양급여비용을 청구하면, 건강보험심사평가원이 청구내역을 심사·평가하고, 그 결과에 따라 국민건강보험공단이 요양급여비용을 지급한다. 환자는 의료기관에 본인부담금만을 지불함으로써 전체 비용을 직접 부담하지 않는다[그림 2-7].

이 방식의 장점은 환자의 경제적 부담을 줄이고, 의료기관은 서비스 제공 후 신속하게 비용을 회수할 수 있으며, 국가 차원에서는 의료 이용의 적정성과 재정 관리를 효율적으로 수행할 수 있다는 점이다. 국민건강보험공단은 이러한 3자 지불체계를 바탕으로 보험료 징수, 가입자 관리, 보험급여 지급을 총괄하며, 건강보험심사평가원은 의료기관의 청구 내용과 진료 적정성을 심사·평가한다.

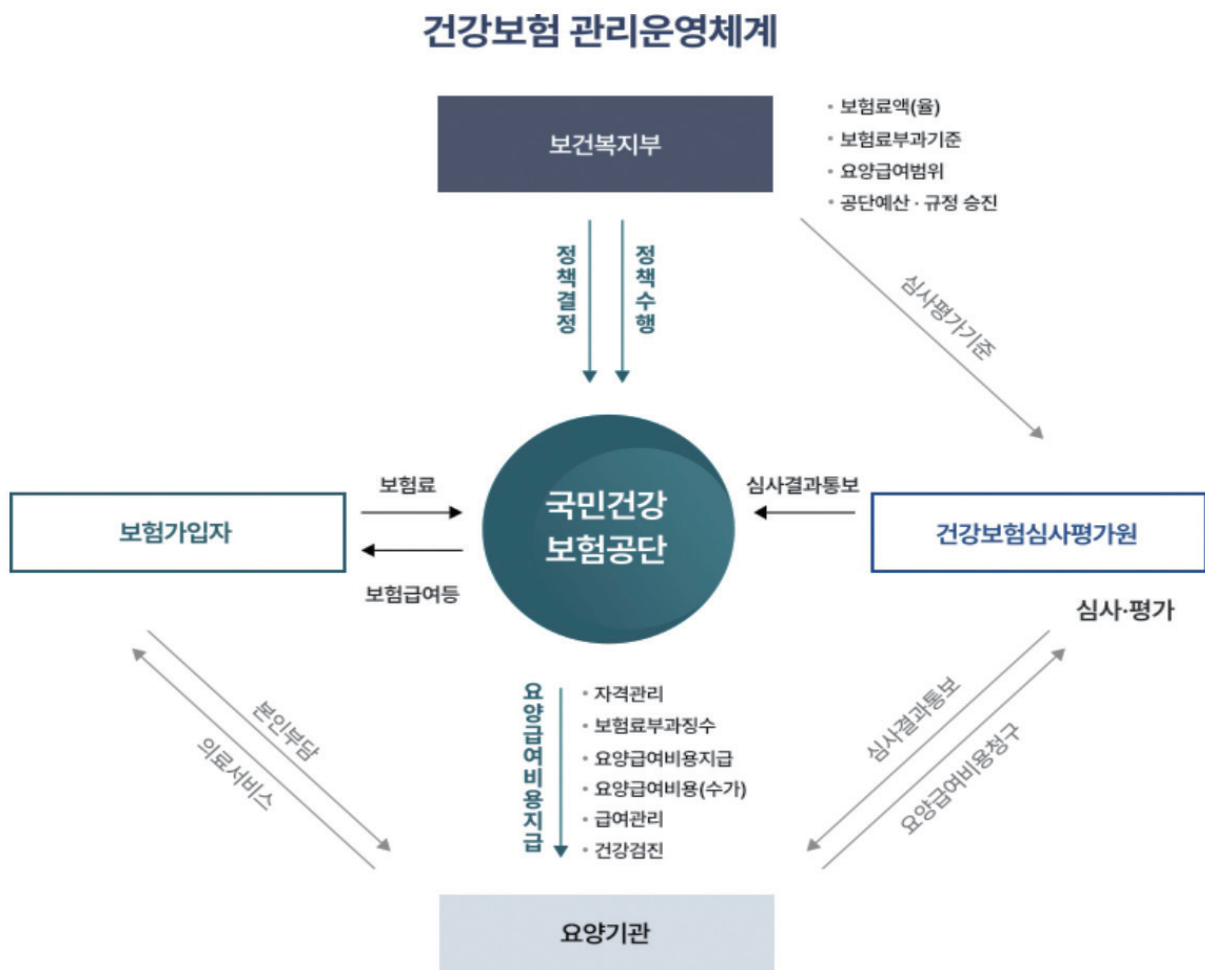


그림 2-7 국민건강보험제도 관리운영체계

출처 : 보건복지부 홈페이지. 2025; <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10705010400>

라. 국민건강보험제도의 내용

우리나라 국민건강보험제도는 국민의 질병·부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활뿐만 아니라 출산, 사망, 건강증진에 대해 보험급여를 실시함으로써 국민 건강 향상과 사회보장 증진을 목적으로 운영된다. 건강보험법에 따라 생활 유지 능력이 있는 국민을 대상으로 제도가 시행되고 있다.

적용 대상은 국내에 거주하며 의료급여 대상자를 제외한 모든 국민으로, 가입자는 직장가입자와 지역가입자로 구분된다. 직장가입자의 피부양자는 배우자, 직계존속 및 비속, 직계비속 배우자, 형제자매 중 직장가입자에 의해 생계를 유지하며 소득이 없는 자를 포함한다.

보험급여는 요양급여 형태로 제공되며, 진찰·검사, 약제·치료재료 지급, 처치·수술, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등 다양한 의료서비스가 포함된다. 또한, 긴급 상황이나 부득이한 사유로 요양기관과 유사한 기관에서 의료서비스를 받을 경우, 이에 상당하는 금액을 요양비 형태로 지급한다. 건강보험급여는 현물급여와 현금급여로 나뉘는데, 우리나라는 원칙적으로 현물급여를 제공하면서 일부 현금급여를 병행한다. 가입자 또는 피부양자가 요양급여를 이용할 때는 본인부담금이 있으며, 입원 시 진료비 총액의 20%, 외래 진료 시에는 요양기관 종별에 따라 30~60%가 차등 적용된다.

요양기관은 의료법에 의해 개설된 의료기관, 약사법에 등록된 약국, 한국회귀·필수의약품센터, 지역보건법에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소, 농어촌 등 보건의료 특별조치법에 따라 설치된 보건진료소 등이다. 보험료는 사회보험 방식으로 운영되며, 가입자와 사용자가 부담하는 보험료와 국고 및 건강증진기금 등 정부 지원금으로 재원을 충당한다. 직장가입자는 근로자가 지급받은 보수를 기준으로 산정하며, 일반 직장가입자의 경우 가입자와 사용자가 각각 50%씩 부담한다. 사립학교 교원의 경우, 가입자가 50%, 사용자가 30%, 국가가 20%를 부담한다. 지역가입자는 소득, 재산, 생활 수준 등 부과 요소별 점수를 합산하여 세대별로 보험료를 산정한다[표 2-17].

표 2-17 건강보험 재원조달체계

(23.기준)

구분		직장근로자	농·어민, 도시자영업자
재원조달	보험료	<ul style="list-style-type: none"> 보수월액의 7.09% 사용자, 근로자가 각 50%씩 부담 사용자가 원천징수하여 공단에 납부 공무원은 본인, 정부가 각 50%씩 부담 사립학교 교원은 본인, 학교경영자, 정부가 각 50%, 30%, 20%씩 부담 	<ul style="list-style-type: none"> 소득·재산·자동차 점수를 합산하여 산출한 보험료 부과점수에 점수당 단가(208.4원)를 곱한 금액 세대의 지역가입자가 연대하여 납부
	국고	해당 연도 보험료 예상 수입액의 14%	
	건강증진기금	해당 연도 보험료 예상 수입액의 6%(단, 담배부담금 예상 수입액의 65% 이내)	

【주】 2024년 보험료는 보수월액의 7.09% 및 부과점수당 단가 208.4원

출처: 보건복지부. (2024). 2023 보건복지백서.

② 의료급여

가. 개념

의료급여제도는 생활 유지 능력이 없거나 경제적 능력이 부족한 사람들을 대상으로 정부가 의료서비스를 제공하는 공공부조 제도이다. 저소득층의 의료 보장을 통해 국민 건강을 증진하고 복지를 향상시키는 것을 목적으로 하는 사회보장제도이다.

의료급여사업은 1961년 제정된 「생활보호법」에 근거한 무료진료 제공을 시초로 하며, 1977년 1월 4일에는 「의료보호에 관한 규칙」을 보건사회부령으로 제정·시행하였다. 이후 1979년 1월 1일부터는 「의료보호법」에 따라 본격적인 의료보호 사업이 시행되었고, 2001년 「의료급여법」 시행으로 최저생계비 이하 빈곤계층을 의료급여 수급권자로 선정하여 상대적으로 저렴한 비용으로 의료서비스를 이용할 수 있도록 하고 있다. 이를 통해 질병으로 인한 사회적 비용을 경감하는 기능도 수행하고 있다.

나. 의료급여제도의 주요 내용

a. 수급권자 선정 기준 및 유형

의료급여 수급권자는 주로 「국민기초생활보장법」에 따른 기초생활수급자와 함께, 이재민, 의사상자, 국가유공자, 중요 무형문화재 보유자 등 다른 법령에 의해 정해진 대상자 및 일정한 조건을 갖춘 행려환자가 포함된다.

의료급여 수급권자는 1종과 2종으로 구분되며, 본인부담금이 이에 따라 차등 적용된다. 1종 수급자는 근로능력이 없는 기초생활보장 수급자 가구의 구성원으로, 2종 수급자는 근로능력이 있는 기초생활보장 수급자 가구의 구성원이다. 2022년 8월 의료급여법 시행령 개정을 통해, 다른 법령에 따른 수급권자 역시 근로능력 유무에 따라 1종과 2종으로 구분되도록 하였으며, 이는 2023년 1월부터 시행되었다[표 2-18].

표 2-18 2024년도 의료급여 종별 대상자 및 선정기준

구분	수급권자
1종	<ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장수급자 <ul style="list-style-type: none"> - 근로무능력가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설 수급자 • 행려환자 • 타법적용자 <ul style="list-style-type: none"> - 이재민, 의사자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가무형문화재보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인
2종	<ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 • 타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원

출처 : 보건복지부. (2024). 2023 보건복지백서.

b. 의료급여 수준과 본인부담금

의료급여는 수급권자에게 국가 재정으로 질병, 부상, 출산 등과 관련된 진찰, 검사, 약제·치료재료 지급, 처치·수술, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등 다양한 의료서비스를 제공한다. 국가에서는 법령에서 정한 수급권자의 법정 본인부담금을 제외한 나머지 진료비를 전액 지원하며, 본인부담금은 1종·2종 수급권자에 따라 차등 적용된다[표 2-19].

수급권자의 부담 완화를 위해 대지급금제도, 본인부담보상제, 본인부담상한제 등이 운영되고 있다. 대지급금제도는 2종 수급권자에게 적용되며, 입원 진료 시 본인부담금이 20만 원을 초과하면 초과분을 의료급여 기금에서 무이자로 대지급하고 분할 상환하도록 지원한다. 이를 통해 수급권자의 자활 의지를 높이고 국가에 대한 의존심을 완화한다.

본인부담보상제는 일정 기간 동안 본인부담금이 법정 기준을 초과하면 초과 금액의 50%를 환급하는 제도이다. 기준은 1종 수급권자의 경우 매 30일간 2만 원, 2종 수급권자는 매 30일간 20만 원을 초과할 때 적용된다.

본인부담상한제는 일정 기간 동안 본인부담금이 법정 기준을 초과하면 초과 금액 전액을 환급하는 제도로, 1종 수급권자는 매 30일간 5만 원, 2종 수급권자는 연간 80만 원을 초과할 경우 초과금을 사후에 보상한다. 이를 통해 저소득층의 의료비 부담을 최소화하고 안정적인 의료 이용을 지원한다.

표 2-19 의료급여 진료비 부담기준

구분		본인부담금
1종	외래	<ul style="list-style-type: none"> 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음 1차 의료급여기관(1,000원), 2차 의료급여기관(1,500원), 3차 의료급여기관(2,000원) PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 5%
	입원	<ul style="list-style-type: none"> 무료
	약국*	<ul style="list-style-type: none"> 500원
2종	외래	<ul style="list-style-type: none"> 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음 1차 의료급여기관(1,000원), 2차 및 3차 의료급여기관(급여비용의 15%) PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 15%
	입원	<ul style="list-style-type: none"> 의료급여기관의 입원 진료 : 급여비용의 10%
	약국*	<ul style="list-style-type: none"> 500원

* 보건복지부장관이 고시하는 경증질환으로 종합병원 이상급 기관에서 원외처방전을 발급받아 약국에서 조제받는 경우 급여비용의 3%

출처 : 보건복지부, (2024). 2023 보건복지백서.

c. 진료체계

의료급여 수급권자는 「의료급여법 시행규칙」 제3조에 따라 1차 → 2차 → 3차 의료급여기관의 순서로 단계적으로 진료를 받도록 체계가 구성되어 있다[그림 2-8]. 제1차 의료급여기관은 「의료법」에 따라 시장·군수·구청장에게 개설 신고한 의료기관, 보건소·보건의료원·보건지소, 그리고 약국이 포함된다. 제2차 의료급여기관은 「의료법」에 따라 시·도지사가 개설을 허가한 의료기관으로, 보다 전문적이고 포괄적인 진료를 제공한다. 제3차 의료급여기관은 「의료법」 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원으로, 고난이도 진료 및 전문적 치료가 필요한 경우에 이용된다. 이러한 단계적 진료체계를 통해 수급권자의 의료 이용을 효율적으로 관리하고, 1차 의료기관에서 해결 가능한 진료는 상급기관으로 불필요하게 전달되지 않도록 하여 의료 자원의 효율적 사용을 도모한다.

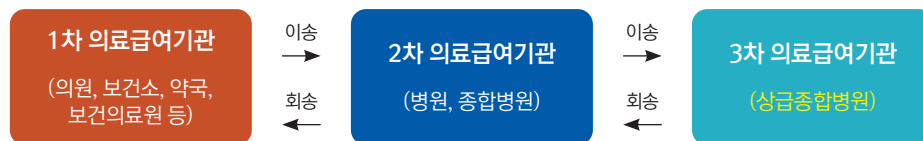


그림 2-8 의료급여 진료절차 체계도

출처 : 보건복지부. (2024). 2023 보건복지백서.

2절

보건정책

1 정책의 이해

1) 정책의 개념

정책은 사전적으로 “정부나 정치단체가 정치적·행정적 목적을 실현하기 위해 계획적이고 의도적으로 마련한 방침이나 방침”으로 정의된다. 이는 곧 공공문제를 해결하고자 정부가 설정한 행동 지침을 의미한다. 일반적으로는 “정부, 정치단체, 개인 등이 정치적 목적을 실현하거나 사회적 문제를 해결하기 위해 취하는 방침이나 수단”으로 이해할 수 있으며, 정부의 목표와 방향에 따라 그 형태와 내용이 달라질 수 있다.

현대 사회에서 우리의 일상과 생활은 대부분 정책의 영향을 받으며, 정책은 개인이나 집단이 할 수 있는 행동과 선택의 범위를 규정한다. 그러나 정책은 일상생활에서 자주 접하면서도 쉽게 정의하기 어려운 개념이다. 그 이유는 정책이 사용되는 맥락에 따라 의미가 달라지고, 해석하는 사람마다 다양한 관점을 제시하기 때문이다. 특히 사회가 복잡하고 다양해질수록 정책의 개념은 포괄적 성격을 띠게 되며, 합의된 정의를 내리기 더욱 어렵다. 이러한 이유로 정책의 효과적 해결책과 공공정책에 대한 이해는 점점 중요해지고 있으며, 올바른 정책 수립의 필요성도 커지고 있다.

2) 공공정책의 개념

공공정책은 여러 정책 가운데 사회 전체의 공익과 문제 해결을 목적으로 정부나 공공기관이 수립한 행동 지침과 계획을 의미한다. 이는 법률, 규제, 프로그램, 예산 배정 등 다양한 형태로 나타나며, 사회적 문제 해결을 중심에 둔다.

예를 들어, 교육정책은 교육 시스템을 개선하고 학생들의 학습 성취를 높이는 것을 목표로 한다. 정부는 이를 위해 교사 연수 강화, 학교 시설 개선, 저소득층 학생 지원 장학금과 교육 프로그램 운영 등 다양한 방안을 추진할 수 있다. 보건의료정책은 국민의 건강증진과 의료서비스 접근성 향상을 목표로 한다. 예를 들어 예방접종 확대, 의료취약 계층 지원, 공공의료기관 확충, 건강검진 프로그램 운영 등이 포함될 수 있다.

3) 정책의 과정

보건정책 과정은 사회문제를 정부가 인식하고 이를 정책 의제로 설정한 뒤, 정책을 수립·결정하고 집행 및 평가하는 순환적 절차로 이루어진다. 구체적으로 정책의제 형성, 정책결정, 정책집행, 정책평가의 단계로 진행되며, 각 단계는 상호작용을 통해 영향을 주고받음으로써 정책이 지속적으로 발전하도록 한다.

(1) 정책의제 형성과정

정책의제 형성과정이란 여러 사회문제 중에서 정부의 정책적 해결이 필요하다고 인정된 문제를 정책결정기구의 안건으로 채택하는 과정을 말한다. 이는 정책과정의 출발점이자 정부의 정책결정체제가 정치와 맞닿는 중요한 연결 지점이다.

의제 형성에는 다양한 요인이 작용한다. 내적 요인으로는 자연재해, 기술과학의 발전, 예기치 못한 사건 등이 있으며, 외적 요인으로는 전쟁, 국제 분쟁, 세계적 전염병 확산, 국제 경제·무역 변화 등이 있다. 이와 더불어 문제 제기자의 주체와 성격, 사회적 중요성과 시의성, 구체성, 선례의 존재 여부, 기술적·절차적 난이도 또한 의제 형성에 영향을 미친다.

뿐만 아니라 정부의 정책 기조(예 복지 지향인지, 성장 지향인지), 정책결정자들의 관심과 전문성, 정치권력의 구도, 중앙정부와 지방정부 또는 부처 간 권력관계 등도 의제 형성 과정의 중요한 변수로 작용한다.

결과적으로 정책의제 형성과정은 다양한 사회문제 가운데 하나의 문제가 정부의 정책적 조치로 해결되기 위해 정책결정체제에 진입하는 단계이다. 이는 정책과정 전체에서 가장 첫 번째 단계이며, 이후의 정책결정·집행·평가로 이어지는 기초가 된다.

(2) 정책결정과정

정책결정과정이란 정책의제 형성과정에서 선정된 문제를 해결하기 위해 구체적인 방안을 마련하고 이를 정책으로 확정해 나가는 과정을 말한다. 이 과정은 단순히 정책을 작성하는 절차가 아니라, 다양한 이해관계자와 참여자들이 상호작용하며 정치적 영향력이 작용하는 동태적이고 정치적인 과정이다.

정책결정과정에서는 서로 다른 이해관계를 가진 개인이나 집단이 자신에게 유리한 방향으로 정책이 결정되도록 다양한 전략과 수단을 활용하는 경쟁적 성격도 나타난다.

정책결정과정은 여러 단계로 나누어 설명할 수 있다. 먼저 문제를 인식하고 정의한 후, 정책목표를 설정한다. 이어서 정책대안을 탐색하고 개발하며, 각 대안이 가져올 결과를 예측한다. 이후 대안들을 비교하고 평가한 뒤, 최적의 대안을 선택하여 정책으로 구체화한다.

결국 정책결정과정은 여러 가능한 방안 가운데 가장 적합한 해결책을 선택하여 정책으로 실현하는 핵심 단계이며, 정책과정 전체에서 중요한 역할을 수행한다.

(3) 정책집행과정

정책집행과정이란 정책결정체제가 수립한 정책을 집행기관이 실제 환경 속에서 실행하며 목표를 실현해 나가는 과정을 말한다. 이 과정은 정책이 현실에서 기대한 효과를 발휘하도록 조정하고 관리하는 단계로, 정책과정에서 중요한 역할을 한다.

정책집행과정은 준비단계와 실행단계로 나눌 수 있다. 준비단계에서는 집행계획을 수립하고, 집행 담당 조직을 구성하며, 인력과 예산을 배정하고 필요한 자원을 지원하는 등 정책 수행을 위한 기반을 마련한다. 실행단계에서는 준비된 계획과 자원을 활용하여 실제 행정활동으로 정책을 수행하며, 정책 목표 달성을 위한 구체적인 활동을 전개한다.

학자들은 정책집행과정을 성격에 따라 정규화된 집행과 비정규화된 집행으로 구분하기도 한다. 정규화된 집행은 행정관리적 절차에 따라 공식적으로 수행되는 반면, 비정규화된 집행은 정치적 요인과 다양한 이해관계가 개입되는 과정으로 설명된다.

또한 정책집행과정은 집행 담당자, 이해관계자, 수혜집단과 피해집단 간의 상호작용과 경쟁이 활발하게 이루어지는 동태적 과정이라는 특징을 가진다.

(4) 정책평가과정

정책평가과정은 집행된 정책의 내용, 형성과정, 집행 과정, 그리고 집행 결과로 나타난 성과를 일정한 기준에 따라 분석하고 판단하며, 필요한 경우 시정 조치를 취하는 과정을 말한다. 정책평가는 정책의 효과와 가치를 확인하고 정책 목표 달성 정도를 평가하는 단계로, 내부평가와 외부평가로 구분될 수 있지만 평가 기준의 차이만 있을 뿐 세부 과정은 유사하다. 정책평가과정은 정보와 자료 수집, 평가 기준 설정, 평가 및 시정 조치, 환류 과정으로 이루어지며, 이를 통해 정책의 효과성을 점검하고 향후 정책 설계와 집행에 개선점을 반영한다.

결과적으로 정책과정은 사회문제를 정책적으로 해결하기 위해 정책의제 형성에서 정책평가까지 이어지는 순환적 과정이며, 각 단계가 상호작용하면서 정책의 효과성과 적합성을 높이는 중요한 역할을 수행한다.

2 보건정책

보건정책은 국가나 지역사회가 국민의 건강증진과 삶의 질 향상을 위해 마련하고 실행하는 정책을 의미한다. 이러한 정책은 질병 예방, 의료서비스 제공, 보건 인프라 확충, 건강 교육 등 다양한 활동을 포함한다. 예를 들어, 금연

정책은 흡연을 줄여 인구 건강을 높이기 위한 대표적인 사례이다. 정부는 공공장소 및 실내 흡연을 제한하거나 금지하는 법률을 시행할 수 있으며, 금연을 장려하기 위해 세금 제도나 지원 프로그램을 운영하기도 한다.

보건정책은 크게 세 가지 범주로 나누어 설명할 수 있다.

- **보건의료정책** : 진단, 치료, 간호, 진료 등을 중심으로 이미 건강 문제가 발생한 사람을 대상으로 하는 정책 활동이다.
- **예방정책** : 건강문제를 사전에 막기 위한 활동으로, 특정 질병 예방을 위한 예방접종이나 검진 프로그램, 건강 증진을 위한 교육 및 정보 제공, 안전한 식생활을 위한 규제 등이 이에 해당한다.
- **범부처 협력형 보건정책** : 전통적인 보건의료 업무 범위를 넘어 건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 영역에서 추진되는 정책이다. 예를 들어 교통안전정책, 건축 규제, 고용정책, 농업정책 등은 직접적인 보건정책은 아니지만 국민 건강 보호와 증진에 기여한다.

3 우리나라 보건복지정책

1) 정책환경

(1) 가계 경제

고물가, 고금리, 고용악화로 인해 소득이 적은 취약계층의 가계경제 어려움이 심화되었다.

저소득층, 장애인 등 사회적 약자에 대한 생계비 및 연금, 일자리 지원 확대 필요성이 증대되었고, 자립준비청년 등 새로운 복지 수요에 대한 적극적인 지원도 요구되었다. 또한 위기가구를 발굴하고 복지 문턱을 낮춰 취약계층에 대한 사회안전망을 더욱 강화해야 한다는 의견이 지속 제기되었다.

(2) 의료 · 건강

생명과 직결되는 필수의료 분야에서 저출산으로 인한 수요 감소 및 기피 과목 인력 부족 등의 문제가 대두되면서 중증 · 응급환자 대응체계 및 분만 · 소아진료 기반 약화에 대한 우려가 심화되었다. 의료기반 확충을 위한 대책 수립을 통해 지역완결적 필수의료 제공, 적절한 보상, 충분한 의료인력 확보가 필요하다는 의견이 상당수 제기되었다.

한편 2020년부터 이어진 코로나19는 비상대응 하향 논의가 진행됨에 따라 감염에 대한 심각성 인식이 감소하였고, 엔데믹으로 전환되면서 일상 회복을 위한 조치가 시행되었다. 이와 더불어 코로나19 재유행과 신종 감염병에 대비한 의료 · 방역 대응체계 구축 필요성도 증대되었다.

(3) 인구 구조

2002년부터 초저출산이 지속되고 2025년에는 초고령사회에 접어들게 되면서, 건강한 삶과 돌봄 보장에 대한 요구가 늘어남과 동시에 사회적 부양 부담이 크게 증가할 전망이다. 고령화에 따른 의료 · 돌봄 · 소득 부양 부담 확대와 함께 노후소득 보장의 핵심인 국민연금 재정의 지속가능성에 대한 우려도 심화되었다. 이에 저출산 완화를

위한 양육부담 경감, 노인돌봄 및 노후지원, 지속가능한 국민연금·건강보험 개혁 등을 아우르는 전방위적인 대책 마련이 필요한 상황이다.

(4) 미래 성장

저성장을 타개하고 미래 성장을 견인할 유망 산업으로서 바이오헬스 산업이 주목받게 되었다. 코로나19로 상승한 국제 인지도를 바탕으로 바이오헬스 산업의 글로벌 도약 가능성을 확인함에 따라, 혁신 성장의 동력으로 바이오헬스 산업을 적극 육성하고 수출 지원을 확대하여 신시장을 선도해야 한다는 의견이 제기되었다. 또한, 첨단기술과 바이오헬스를 통해 인구변화 적응력을 높여 미래에 대비해야 할 필요성도 확대되었다.

2) 보건복지정책의 비전과 과제

경제 위축으로 인해 사회적 약자의 부담이 더욱 가중됨에 따라 촘촘하고 두터운 지원으로 취약계층의 고통을 완화하고 새로운 복지 수요에도 적극 대응할 필요가 있다. 이와 더불어 생산연령인구의 감소와 저성장으로 인한 재정여력 축소를 감안해 지속가능한 사회보험 제도개혁과 복지지출 혁신을 중점적으로 추진하여 든든한 사회안전망을 구축해야 한다.

전 국민이 언제 어디서든 꼭 필요한 의료서비스를 누릴 수 있도록 중증·응급, 분만, 소아 등 필수의료 인력·인프라 확충을 위한 전방위 정책을 수립해야 한다. 또한 대규모 재난 및 신종감염병에 대비하여 효과적인 의료·방역 대응 체계도 선제적으로 정비해야 한다.

아울러 저출산, 초고령사회, 저성장 등 위기를 기회로 전환할 수 있는 인구 정책 및 바이오헬스 전략 추진이 필요하다. 인구구조 변화에 대비한 적응방안을 마련하고 저출산 완화와 건강한 노후를 위한 다각적인 지원방안을 통해 양육·돌봄 부담을 경감해야 한다. 또한 첨단기술로 보건 안보 및 신시장을 선도하고, 미래 먹거리와 일자리 확보를 위해 바이오헬스 산업을 총력 지원해야 한다.

보건복지부는 “미래 도약을 위한 튼실한 복지국가”를 2023년의 정책 비전으로 설정하였다. 이에 따라 “약자복지 및 필수의료 확대”와 “미래 대비 개혁과제 중점 추진”을 목표로 정하였다.

이러한 비전과 목표를 고려해 다음과 같은 핵심 과제를 추진해 나간다.

첫째, 촘촘하고 두텁게 취약계층을 보호한다.

둘째, 생명과 건강을 지키는 필수요료를 강화한다.

셋째, 지속가능한 복지개혁을 추진한다.

넷째, 보다 나은 미래를 위해 인구정책 및 바이오헬스 전략을 추진한다.

3) 국민건강증진종합계획

(1) 개요

국민건강증진종합계획은 「국민건강증진법」에 따라 질병 예방과 건강증진을 위한 중장기 정책 방향을 제시하는 계획이다. 2002년부터 10년 단위로 수립하며, 5년마다 보완계획을 마련하여 현재까지 총 5차례 시행되었다.

이 계획은 모니터링, 평가, 환류과정을 통해 국민 건강 수준과 건강정책의 효과를 점검하고, 이를 근거로 국가 건강증진 전략을 수립하며 정책 개발을 지원한다. 사업 대상은 보건복지부, 관련 부처, 지방자치단체, 전문가, 국민 등이다.

(2) Health Plan 변천과정

Health Plan의 변천과정은 [표 2-20]과 같다.

표 2-20 Health Plan 변천과정

구분	시기	주체	구성내용	비전
HP2010	1차계획 (2002~2005)	보건복지부	6개 분야 39개 사업 40개 목표	75세의 건강장수 실현이 가능한 사회
	2차계획 (2006~2010)	보건복지부 한국보건사회연구원	4개 분야 24개 과제 108개 사업 244개 성과지표	온 국민이 함께 하는 건강세상
HP2020	3차계획 (2011~2015)	보건복지부 한국건강증진개발원	6개 분야 32개 과제 140개 사업 405개 성과지표	온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상
	4차계획 (2016~2020)	보건복지부 한국건강증진개발원	6개 분야 27개 과제 140개 사업 369개 성과지표	
HP2030	5차계획 (2021~2030)	보건복지부 한국건강증진개발원	6개 분야 28개 과제 83개 사업 400개 성과지표	모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회

출처 : 건강증진개발원 홈페이지. 2025

(3) 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030)

① 수립 배경

제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030)은 2017년부터 보건복지부를 포함한 관계부처, 각 분야 전문가, 학회 등과의 심층 논의를 통해 마련되었다. 초기에는 추진체계 구축과 국내외 현안 분석을 수행하고, 2018년에는 정책 근거 마련을 위한 연구와 전문가 포럼 운영, 2019년에는 비전·총괄목표·기본 추진원칙 합의를 진행하였다. 2020년에는 계획의 기본 틀과 중점과제별 세부계획을 확정하고, 2021년 1월 공식 발표되었다[그림 2-9].

이 계획은 향후 10년간 건강정책의 방향과 과제를 제시하며, 건강형평성 지표 관리 강화, 건강영향평가 도입, 건강위해 품목에 대한 건강증진부담금 연구 등을 주요 과제로 설정하였다. 또한 성별, 지역별, 소득별 건강격차 완화를 목표로 건강형평성을 제고하고자 하였다.

모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회

건강수명 연장, 건강형평성 제고

기본 원칙

- 1 국가와 지역사회의 모든 정책 수립에 건강을 우선적으로 반영한다.
- 2 보편적인 건강수준의 향상과 건강형평성 제고를 함께 추진한다.
- 3 모든 생애과정과 생활터에 적용한다.
- 4 건강친화적인 환경을 구축한다.
- 5 누구나 참여하여 함께 만들고 누릴 수 있도록 한다.
- 6 관련된 모든 부문이 연계하고 협력한다.



그림 2-9 Health Plan 2030의 기본 틀

출처 : 건강증진개발원 홈페이지, 2025

종합계획은 6개 분야에서 28개의 중점과제를 마련하고, 400개의 성과지표를 설정하였다. 이 중 건강수명과 건강형평성에 핵심적으로 기여하는 64개 지표를 대표지표로 선정하여, 정책 효과를 모니터링하고 평가하는 근거로 활용하고 있다.

② 비전과 목표

가. 비전 : “모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회”

- 모든 사람 : 성별, 계층, 지역 간 건강형평성을 확보하고, 적용 대상을 국민 전체로 확대
- 평생 건강을 누리는 사회 : 출생부터 노년까지 전 생애주기에 걸쳐 건강권을 보장하며, 정부뿐만 아니라 사회 전체가 건강증진을 지원

나. 총괄목표

- 건강수명 연장과 건강형평성 제고를 핵심 목표로 설정
- 건강수명을 2018년 70.4세에서 2030년까지 73.3세로 2.9세 연장하는 것을 목표로 함

③ 기본원칙

- 국가와 지역사회의 모든 정책 수립에 건강을 우선적으로 반영
건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)을 확인하고, 건강증진과 지속 가능
- 발전을 도모하기 위한 다부처 다분야 참여 추진
모든 정책에서 건강을 우선적으로 고려(health in all policies)하는 제도 도입 지향
- 보편적인 건강 수준 향상과 건강형평성 제고를 함께 추진
중점과제별로 특히 취약한 집단·계층을 확인하고, 이들에게 편익이 돌아갈 수 있도록 정책목표와 우선순위 설정
세부사업 및 성과지표 선정 시 기본적으로 성별 분리지표를 설정하고, 소득·지역 등 건강의 사회적 결정요인에 따른 격차 감소를 고려
- 모든 생애과정과 생활터에 적용
영유아·아동·청소년·성인·노인 등 생애주기별 단계와 학교·군대·직장 등 생활터 내에서 적절한 건강정책이 투입될 수 있도록 정책 설계
- 건강친화적인 환경 구축
모든 사람이 자신의 건강과 안녕(well-being)을 위한 잠재력을 최대한 발휘할 수 있는 사회적·물리적·경제적 환경 조성
- 누구나 참여하여 함께 만들고 누릴 기회 보장
전문가·공무원뿐만 아니라 일반 국민의 건강정책 의견 수렴 및 주도적 역할 부여
- 관련된 모든 부문이 연계하고 협력
지속가능발전목표(sustainable development goals, SDGs) 등 국제 동향과 국내 분야별/지역별 건강정책과의 연계성 확보, 향후 분야별/지역별 신규 계획 수립 시 지침으로 기능

④ 사업분야

모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회를 위해 건강수명을 연장하고 건강형평성을 제고하기 위해 건강결정요인별로 우선적으로 달성해야 하는 정책목표를 6개 분과(건강생활실천, 정신건강관리, 비감염성 질환 예방관리, 감염 및 기후변화성 질환 예방관리, 인구집단별 건강관리, 건강친화적 환경 구축)로 선정하였다.

⑤ 중점과제별 추진계획

최종목표를 달성하기 위해 6대 분과 및 28개 과제별 총 400개 성과지표를 선정하였고, 이 중 24개 중점과제별 64개 대표지표는 [표 2-21]과 같다.

표 2-21 Health Plan 2030의 중점과제별 대표지표 개요

중점과제		대표지표		
		지표명	2018 기준치	2030 목표치
1	금연	성인남성 현재흡연율(연령표준화)	36.7%	25.0%
		성인여성 현재흡연율(연령표준화)	7.5%	4.0%
2	절주	성인남성 고위험음주율(연령표준화)	20.8%	17.8%
		성인여성 고위험음주율(연령표준화)	8.4%	7.3%
3	영양	식품안전성 확보 가구분율	96.9%	97.0%
4	신체활동	성인남성 유산소 신체활동 실천율(연령표준화)	51.0%	56.5%
		성인여성 유산소 신체활동 실천율(연령표준화)	44.0%	49.3%
5	구강건강	영구치(12세) 우식 경험률(연령표준화)	56.4%	45.0%
6	자살 예방	자살사망률(인구 10만 명당)	26.6명	17.0명
		남성 자살사망률(인구 10만 명당)	38.5명	27.5명
		여성 자살사망률(인구 10만 명당)	14.8명	12.8명
7	치매	치매안심센터의 치매환자 등록 · 관리율(전국 평균)	51.5%(‘19)	82.0%
8	중독	알코올 사용장애 정신건강서비스 이용률	12.1%(‘16)	25.0%
9	지역사회 정신건강	정신건강서비스 이용률	22.2%(‘16)	35.0%
10	암	성인남성(20~74세) 암 발생률(인구 10만 명당, 연령표준화)	338.0명(‘17)	313.9명
		성인여성(20~74세) 암 발생률(인구 10만 명당, 연령표준화)	358.5명(‘17)	330.0명
11	심뇌혈관 질환	성인남성 고혈압 유병률(연령표준화)	33.2%	32.2%
		성인여성 고혈압 유병률(연령표준화)	23.1%	22.1%
		성인남성 당뇨병 유병률(연령표준화)	12.9%	11.9%
		성인여성 당뇨병 유병률(연령표준화)	7.9%	6.9%
		급성심근경색증환자의 발병 후 3시간 미만 응급실 도착 비율	45.2%	50.4%
12	비만	성인남성 비만 유병률(연령표준화)	42.8%	≤42.8%
		성인여성 비만 유병률(연령표준화)	25.5%	≤25.5%
13	손상	손상사망률(인구 10만 명당)	54.7명	38.0명
14	감염병 예방 및 관리	신고 결핵 신환자율(인구 10만 명당)	51.5명	10.0명
15	감염병 위기 대비 · 대응	MMR 완전접종률	94.7%(‘19)	≥95.0%
16	기후변화성 질환	기후보건영향평가 평가체계 구축 및 운영	-	구축 완료
17	영유아	영아사망률(출생아 1천 명당)	2.8명	2.3명
18	아동 · 청소년	고등학교 남학생 현재흡연율	14.1%	13.2%
		고등학교 여학생 현재흡연율	5.1%	4.2%
19	여성	모성사망비(출생아 10만 명당)	11.3명	7.0명
20	노인	노인남성의 주관적 건강인지율	28.7%	34.7%
		노인여성의 주관적 건강인지율	17.6%	23.6%
21	장애인	성인장애인 건강검진 수검률	64.9%(‘17)	69.9%
22	근로자	연간 평균 노동시간	1,993시간	1,750시간
23	군인	군장병 흡연율	40.7%(‘19)	33.0%
24	건강정보 이해력	성인남성 적절한 건강정보 이해능력 수준	-	70.0%
		성인여성 적절한 건강정보 이해능력 수준	-	70.0%

가. 건강생활실천

• 중점과제 1. 금연

청소년, 대학생, 군인 등 미래 흡연 고위험군을 대상으로 담배 사용을 차단하는 데 중점을 둔다. 이를 위해 신종 담배의 무분별한 시장 진입을 막고, 담배 제품 사용을 줄이기 위해 가격 규제와 비가격 규제를 강화하는 정책을 추진한다.

• 중점과제 2. 절주

음주를 조장하는 환경을 개선하고, 고위험 음주 예방교육과 미디어 홍보를 강화하며, 음주로 인한 폐해를 예방하기 위한 다양한 대책을 추진한다.

• 중점과제 3. 영양

인구집단별 맞춤형 영양관리서비스를 확대하고 접근성을 강화하며, 만성질환 예방과 관리를 위한 영양정책을 추진하는 것을 목표로 한다. 또한 올바른 식생활과 영양정보를 효율적으로 제공할 수 있는 체계를 구축하여, 국민이 건강한 식생활을 실천하고 최적의 영양 상태를 유지할 수 있는 기반을 강화한다.

• 중점과제 4. 신체활동

지역사회 중심의 신체활동 기반을 구축하고, 대상자별 신체활동 장려 서비스를 개발·제공하는 것을 목표로 한다. 또한 신체활동 친화적 환경을 조성하고 접근성을 강화하여, 활동적인 개인과 건강한 지역사회 환경을 조성한다.

• 중점과제 5. 구강건강

취약계층을 대상으로 치과주치의 사업을 통해 구강 건강형평성을 제고하고, 공공 부문의 구강보건 의료 인프라를 확충하며 국가 구강검진을 개선하는 것을 목표로 한다. 또한 생활터 중심의 구강위생 환경을 조성하고, 구강건강 관리 지침 개발, 교육·홍보 등 예방 중심의 필수 구강보건 의료서비스를 확대한다.

나. 정신건강관리

• 중점과제 6. 자살 예방

자살예방 서비스 체계를 개편하여 고위험군 발굴과 관리를 강화하고, 고위험군 대상 지원을 확대하는 것을 목표로 한다. 또한 자살에 대한 인식 개선을 통해 생명존중 문화를 조성한다.

• 중점과제 7. 치매

전 국민을 대상으로 치매 예방과 3대 고위험군(경도인지저하자, 75세 이상 독거노인, 고위험 기저질환자)의 조기발견을 지원·관리하는 것을 목표로 한다. 또한 치매 환자와 가족에게 양질의 치료와 돌봄을 제공하고, 치매관리 전달체계를 고도화하며, 치매에 대한 인식 개선과 치매 친화적 환경을 구축한다.

• 중점과제 8. 중독

알코올 사용장애 고위험군에 대한 조기 개입과 취약집단 및 중증 알코올 사용장애 대상 치료를 강화하는 것을 목표로 한다. 또한 마약류를 포함한 약물중독 예방교육을 활성화하고 위험성에 대한 인식을 제고하

여, 알코올과 약물 등 중독 문제에 대한 치료 격차를 해소한다.

- **중점과제 9. 지역사회 정신건강**

정신건강서비스의 접근성을 강화하고 인식을 개선하며, 생애주기별 정신건강증진 체계를 구축하고 취약 계층 지원을 강화하는 것을 목표로 한다. 또한 중증 정신질환 조기 개입과 치료 지원을 통해 만성화를 방지하고, 중증·만성 정신질환자를 위한 지역사회 지지체계를 확립한다.

다. 비감염성 질환 예방관리

- **중점과제 10. 암**

국가 암검진제도를 개선하고 암검진전문위원회 운영 등을 통해 암검진을 내실화하여, 예방 가능한 암 발생률을 감소시키는 것을 목표로 한다.

- **중점과제 11. 심뇌혈관질환**

고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증과 같은 선행질환 예방관리를 제도화하고, 지역사회의 심뇌혈관질환 치료 역량을 강화하며 퇴원환자 연계체계를 구축하는 것을 목표로 한다. 또한 심뇌혈관질환 국가통계 생산체계를 마련하여 예방부터 재활까지 연속적인 관리체계를 구축한다.

- **중점과제 12. 비만**

대상자별 비만 예방·관리서비스를 제공하고, 고도비만 관리를 위한 기반을 마련하며, 비만 유발 환경과 생활습관 개선을 위한 거버넌스를 구축하는 것을 목표로 한다.

- **중점과제 13. 손상**

중증 손상 및 장애를 유발하는 손상 기전에 대한 모니터링을 강화하고, 손상 위험지역과 취약계층을 대상으로 손상 예방관리 사업을 추진하여 손상으로 인한 사망과 장애를 예방하는 것을 목표로 한다.

라. 감염 및 기후변화성 질환 예방관리

- **중점과제 14. 감염병 예방 및 관리**

결핵의 조기 퇴치와 사망률 감소, 에이즈 검진·치료 강화 및 국민 인식 개선을 목표로 한다. 또한 의료인, 환자, 보호자를 감염으로부터 보호하고, 손 씻기와 기침 예절 등 감염병 예방 행태를 개선하여 감염병 예방과 관리를 강화한다.

- **중점과제 15. 감염병 위기 대비·대응**

신종 감염병 감시 및 대응체계를 확립하고, 국가 예방접종 지원사업의 질 관리와 체계화를 통해 감염병 위기에 효과적으로 대비하고 대응하는 것을 목표로 한다.

- **중점과제 16. 기후변화성 질환**

기후변화와 관련된 질환의 모니터링 체계를 구축·운영하고, 예방수칙을 홍보하는 것을 목표로 한다. 또한 기후보건 교육체계를 마련하고 정보 공유 플랫폼을 구축하여, 기후변화 관련 질환의 건강영향을 감시·평가할 수 있는 체계를 운영한다.

마. 인구집단별 건강관리

• 중점과제 17. 영유아

고위험 산모와 신생아 의료체계를 개선하여 신생아 사망률 격차를 해소하고, 모유수유 등 출산가정 지원을 통해 아동의 장기적 질병을 예방하는 것을 목표로 한다. 또한 영유아 사망 및 장애 예방, 검진 개선, 발달 지원사업을 확대하여 모든 아동의 안전한 출생과 정상적 성장·발달을 보장한다.

• 중점과제 18. 아동·청소년

발달 단계에 맞춘 건강증진 교육을 강화하고, 학교 주변 건강 유해요인을 개선하여 건강한 교육 환경을 조성하는 것을 목표로 한다. 또한 아동·청소년 건강진단과 건강서비스 사각지대를 해소하여 질병과 사고를 예방하고, 평생 건강의 기틀을 형성한다.

• 중점과제 19. 여성

의료적·사회적 고위험 임신부를 체계적으로 지원하고, 남녀가 함께 참여하는 생애주기별 성·재생산 건강증진을 강화하는 것을 목표로 한다. 또한 건강 격차 해소를 위해 취약계층 여성에 대한 지원을 강화하는 등 여성의 생애주기별 맞춤형 건강정책을 추진한다.

• 중점과제 20. 노인

건강한 노년을 오래 누릴 수 있도록 지역사회 지원을 확대하고, 기능 유지와 장애 예방을 위해 노인성 질환의 치료·관리를 지원하는 것을 목표로 한다. 또한 노인 건강관리서비스와 의료 접근성을 증진하여 노인 친화적 건강환경을 조성한다.

• 중점과제 21. 장애인

장애인의 건강관리와 2차 장애 예방을 강화하고, 필수 의료서비스 접근성을 높이는 것을 목표로 한다. 또한 국가 단위 빅데이터를 활용하여 장애인 건강통계와 지식정보를 산출하고, 이를 바탕으로 장애인 건강증진과 건강불평등 해소를 위한 예방의료를 강화한다.

• 중점과제 22. 근로자

산재 다발 업종별 위험요인을 집중 관리하여 안전한 일터를 조성하고, 주 52시간제 정착과 장시간 노동이 빈번한 업종 개선을 추진하는 것을 목표로 한다. 또한 근로자 건강관리 형평성을 제고할 지지적 환경을 구축하고, 고위험군을 대상으로 정신건강서비스를 제공하여 자살 예방을 통해 근로자의 건강을 보호한다.

• 중점과제 23. 군인

군별, 부대별 특성을 고려한 차별화된 건강서비스를 제공하고, 군 감염병 관련 건강문제 대응을 강화하여 맞춤형 건강증진을 제공한다.

바. 건강친화적 환경 구축

• 중점과제 24. 건강친화적 법제도 개선

국민건강 개선과 건강불평등 완화를 위해 건강영향평가를 도입하고, 국민건강증진법 개정을 추진하여 모든 정책에 건강을 반영할 법·제도적 기반을 구축한다.

- 중점과제 25. 건강정보 이해력 제고

건강정보 이해능력을 주기적으로 모니터링하고, 건강정보 활용 교육체계를 마련하며, 건강정보 제공체계를 구축·관리하여 건강형평성을 제고한다.

- 중점과제 26. 혁신적 정보기술의 적용

보건소 중심 스마트 기술을 활용한 건강관리서비스를 확대하고, 건강관리서비스 개발·활용을 지원하며, 스마트 기술 기반 건강도시 환경을 구축하여 건강관리서비스 접근성을 높인다.

- 중점과제 27. 재원마련 및 운용

국민건강증진기금의 재정건전성을 확보하고 재원 조달을 확대하며, 체계적·효율적 운영을 위한 거버넌스를 확충하여 건강투자를 확대하고 기반을 마련한다.

- 중점과제 28. 지역사회자원 확충 및 거버넌스 구축

지방자치단체 건강증진서비스 강화를 위해 조직을 개편하고, 건강증진 인력과 시설·장비 등 인프라를 개선하여 서비스 질을 높인다.

3절

보건사업기획

1 보건사업기획의 이해

1) 보건사업기획의 정의

기획(planning)이란 조직이나 사회가 달성하고자 하는 목표에 이르기 위해 필요한 정책, 절차, 방법을 선택하고 결정하는 과정을 의미한다. 이 과정의 결과로 나타나는 구체적 실행안이 계획(plan)이다. 즉, 기획은 목표 달성을 위한 사고와 의사결정과정을 강조하는 반면, 계획은 일정과 예산 등 실무적 요소가 포함된 실행 문서를 의미한다.

세계보건기구(WHO)는 보건기획을 “국가가 국민의 건강 요구에 부응하기 위해 자원을 조직적으로 활용하여 보건사업을 개발하는 일련의 과정”이라고 정의하였다. 또한 보건정책과 전략 수립에는 현황 분석, 우선순위 설정, 비전과 목표의 제시, 이해관계자 참여, 자원 배분, 사업 추진 및 평가가 포함되어야 함을 강조하고 있다.

2) 보건사업기획의 필요성

보건사업기획은 단순한 준비 절차가 아니라 보건의료체계가 효과적으로 운영되도록 하는 기본 틀이다. 기획은 사업 성과를 평가할 수 있는 기준을 제공하며, 업무를 구조화하여 효율적인 수행을 가능하게 한다. 또한 자원의 낭비를 줄이고 보건의료 활동이 조직의 목표와 일관성을 유지하도록 조정한다. 따라서 보건사업기획은 한정된 자원을 효율적으로 활용하여 서비스의 효과성을 높이고, 궁극적으로 국민 건강증진을 달성하기 위한 필수 과정이다.

보건사업기획은 보건의료 활동이 효과적으로 수행되고 지속 가능한 성과를 거두기 위해 요구되는 핵심 관리 과정이다. 급격한 사회 변화와 다양한 건강 요구가 공존하는 상황에서 기획은 보건사업을 합리적이고 체계적으로 운영할 수 있는 근거를 제공한다.

- 조직의 목표를 명확히 설정하고 방향성을 제시하여 제한된 자원과 시간을 효율적으로 활용하게 한다.
- 사회·경제적 변화와 보건의료 환경의 불확실성을 줄이고 이에 대응할 수 있는 기준을 마련한다.
- 가용 자원을 합리적으로 배분하여 최소 비용으로 최대 성과를 달성함으로써 예산 절감과 업무 개선을 가능하게 한다.
- 사업 성과를 평가할 수 있는 객관적 준거틀을 제공하여 향후 정책 및 사업 발전에 활용한다.
- 구성원의 업무 의지를 고취하고 의사소통을 원활히 하며, 지속적인 학습과 참여를 통해 조직 역량을 강화한다.

따라서 보건사업기획은 목표 달성, 환경 변화 대응, 자원 활용의 효율화, 성과 평가, 조직 역량 강화 등 다양한 측면에서 필수적이며, 보건의료체계가 안정적이고 효과적으로 운영되도록 하는 전략적 기반이 된다.

3) 보건사업기획의 의의

보건사업기획은 지역사회가 직면한 건강문제를 파악하고, 충족되지 않은 보건의료 수요를 확인하는 데서 출발한다. 이후 이를 해결할 수 있는 자원을 검토하고 실현 가능한 목표를 설정하여 실행 계획을 수립한다. 이 과정에서는 효과성과 효율성뿐만 아니라 사회·경제적 맥락과 개인 및 공동체의 건강에 영향을 미치는 다양한 요인을 고려한다.

또한 보건사업기획은 급변하는 사회·정치적 환경에 대응하면서 조직의 강점을 활용하고 약점을 보완하는 전략적 접근을 가능하게 한다. 특히 지역보건계획 수립이나 통합건강증진사업 추진과 같은 광범위한 사업에서는 기획이 사업의 성패를 좌우한다. 따라서 보건사업기획은 단순한 준비 단계를 넘어 국민 건강증진을 실현하기 위한 전략적 관리 과정으로 이해할 수 있다.

4) 보건사업기획의 특성

보건사업기획은 지역사회의 건강문제를 합리적으로 해결하기 위해 미래 활동을 준비하는 지속적이고 체계적인 과정이다. 이는 단순한 행정 절차를 넘어, 보건사업이 효과적이고 효율적으로 운영되도록 하는 기반이 된다. 주요 특성은 다음과 같다.

- **목표지향성**: 명확한 목적과 목표를 설정하고 이를 달성하기 위한 구체적인 방법과 절차를 마련한다.
- **실행지향성**: 계획이 실제 현장에서 실현될 수 있도록 권한과 자원을 제공하고, 절차를 관리하여 실행력을 높인다.
- **연속성**: 단발적 결정이 아니라 단계별 의사결정이 유기적으로 연계되어 지속적으로 이루어진다.
- **근거기반성**: 건강조사와 과학적 연구 결과를 토대로 사업을 설계하고 평가하여 효과성과 효율성을 검증한다.
- **접근성**: 보건서비스를 주민이 쉽게 이용할 수 있도록 편의성을 높이고 요구에 부합하는 사업을 제공한다.
- **지속성**: 사업 전 과정을 모니터링하여 서비스가 중단되지 않고 연속되며, 사후관리와 평가를 통해 장기적으로 안정성을 확보한다.

5) 보건사업기획의 원칙

보건사업기획은 지역사회의 건강문제를 합리적으로 해결하고, 한정된 자원을 효율적으로 활용하기 위해 일정한 기준과 원칙에 따라 수립된다.

- **목적 부합성** : 조직이나 지역사회의 보건 목적과 일치해야 하며 목표는 구체적이고 명확해야 한다.
- **미래 예측성** : 보건의료 환경의 변화를 고려하여 과학적 근거와 자료 분석을 통해 현실적이고 실행 가능한 전망을 포함해야 한다.
- **탄력성** : 변화하는 상황에 맞추어 기획을 수정·보완할 수 있어야 하며, 현장에서의 창의적 실행을 지원해야 한다.
- **포괄성** : 인력, 재정, 물자, 시설 등 사업 수행에 필요한 요소를 충분히 고려하고 지역사회 보건 요구 전반을 아울러야 한다.
- **균형성** : 다른 사업이나 정책과의 연계성을 고려하여 자원 배분과 운영이 상호 조화를 이루도록 한다.
- **경제성** : 제한된 자원을 합리적으로 활용하여 최소 비용으로 최대 효과를 거두도록 한다.
- **계층성** : 상위 수준의 기본 계획에서 세부 실행 계획으로 이어지는 단계적 구조를 가져야 하며 전체의 일관성을 유지해야 한다.

2 보건사업기획의 모형

보건사업기획 모형은 지역사회 보건사업이나 정책, 보건서비스를 개발하고 수행하며 평가하는 과정을 단계적으로 제시하는 틀이다. 이러한 모형은 기획의 절차를 구조화하여 각 단계에서 수행해야 할 활동과 고려해야 할 사항을 명확히 보여준다.

각 모형은 고유한 장점과 한계를 지니고 있으며, 어느 하나를 가장 적합하다고 단정하기는 어렵다. 따라서 실제 현장에서는 지역사회의 사회·문화적 맥락과 보건의료 여건에 따라 모형을 선택하거나 변형하여 적용해야 한다. 이처럼 보건사업기획 모형은 상황에 따라 유연하게 조정·활용될 수 있는 실천적 도구라 할 수 있다.

1) MAPP 모형

MAPP(Mobilizing for Action through Planning and Partnerships) 모형은 미국 NACCHO(National Association of County & City Health Officials)와 CDC(Centers for Disease Control and Prevention)가 공동 개발한 지역사회 보건사업 기획 모형으로, 지역사회 건강증진을 위한 전략적 접근 방법으로 널리 활용되고 있다. 이 모형은 지역보건체계를 중심으로 총체적·체계적 분석을 통해 건강 문제를 파악하고, 이에 대응할 수 있는 역량을 강화하는 데 목적이 있다. 특히 급격한 환경 변화 속에서 지역사회 공중보건을 향상시키기 위한 전략적 기획 도구로서 적용 가능성이 높다.

MAPP 모형은 총 6단계로 구성되며, 각 단계의 주요 내용은 다음과 같다[그림 2-10].

(1) 지역사회의 조직화와 파트너십 개발

지역사회를 조직화하고 기획 과정에 참여할 파트너를 발굴·육성하여 협력적 기획 기반을 조성한다.

(2) 비전 설정

지역사회 구성원이 공유할 수 있는 미래상을 제시하며, 건강한 지역의 의미와 특성을 반영하고 5~10년 후의 변화상을 포함한다.

(3) 지역사회 사정

지역사회의 건강 상태와 보건의료체계, 환경적 요인을 종합적으로 분석한다.

- **건강 수준 사정** : 인구학적·사회경제적 특성, 보건자원, 질병·사망률 등을 검토한다.
- **핵심 주제와 강점 사정** : 주민이 인식하는 주요 건강 문제와 지역사회 자산을 파악한다.
- **보건체계 사정** : 보건조직과 서비스 제공 체계의 현황과 역량을 분석한다.
- **환경 변화 사정** : 법·제도, 기술, 사회·정치적 환경 요인이 보건문제에 미치는 영향을 검토한다.

(4) 전략적 이슈 확인

사정 결과를 토대로 지역사회가 직면한 핵심 건강문제를 도출하고, 대응이 필요한 우선순위를 결정한다.

(5) 목표와 전략 수립

도출된 이슈에 대해 구체적인 목표를 설정하고 실행 가능한 전략을 마련한다. 이 과정에서 다양한 이해관계자의 참여를 통해 실현 가능성을 높인다.

(6) 순환적 활동

보건사업의 계획·수행·평가 과정을 순환적으로 운영하여 사업을 지속적으로 개선하고 발전시킨다.

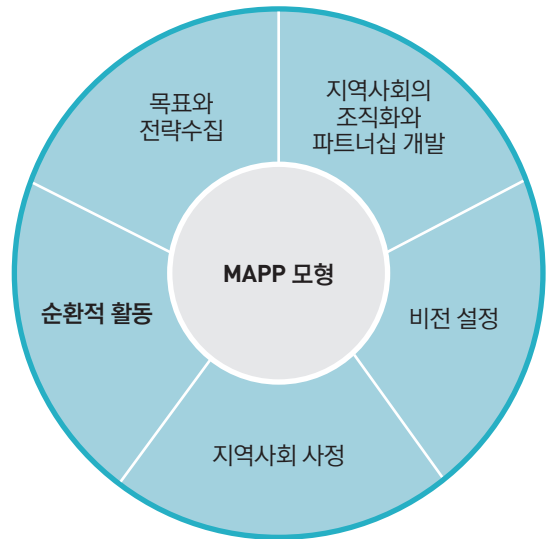


그림 2-10 MAPP모형의 기획단계

2) PATCH 모형

PATCH(Planned Approach to Community Health) 모형은 미국 질병통제예방센터(CDC)가 주 및 지방 보건기관, 지역사회 단체와 협력하여 개발한 보건사업 기획 모형이다. 이 모형은 지역의 건강문제를 체계적으로 파악하고, 이를 해결하기 위한 자료 수집·우선순위 설정·중재계획·평가 과정을 단계적으로 제시한다. 특히 건강문제의 중요성(심각성과 효과성)과 변화 가능성을 동시에 고려하여, 실제 실행 가능한 보건사업을 설계하고 주민 참여를 촉진하는 데 강점을 가진다.

PATCH 모형은 다음과 같은 5단계로 이루어진다[그림 2-11].

(1) 지역사회 조직화

추진위원회와 실무팀을 구성하고 회의를 통해 사업 추진의 기반을 마련한다. 또한 지역사회 전체를 대상으로 PATCH의 목적과 필요성을 홍보한다.

(2) 자료 수집 및 분석

건강수준, 주민의식, 건강행위, 사망·이환 자료 등을 수집·분석하여 주요 건강문제를 규명하는 기초자료로 활용한다. 분석 결과는 지역사회 회의를 통해 공유된다.

(3) 우선순위 설정

문제의 심각성, 변화 가능성, 지역사회에 미치는 영향 등을 종합적으로 평가하여 시급하고 해결 가능한 문제를 선정한다. 주민과 전문가가 함께 논의하여 우선순위를 정하고, 이에 따른 구체적인 목표와 전략을 수립한다.

(4) 포괄적 중재안 개발

선정된 문제 해결을 위한 중재 목표와 실행계획을 마련한다. 주요 활동 일정표 작성, 자원봉사자 모집·훈련, 기존 자원 검토, 홍보 및 수행 계획 등이 포함되며, 기존 서비스와의 중복을 피하도록 조정한다.

(5) 평가

전 과정에서 평가를 지속적으로 수행한다. 각 단계가 계획대로 진행되는지 확인하고, 중재활동이 지역사회 건강에 미친 변화를 점검한다. 또한 평가 결과는 프로그램 개선과 주민 참여 확대를 위한 환류 체계로 활용된다.

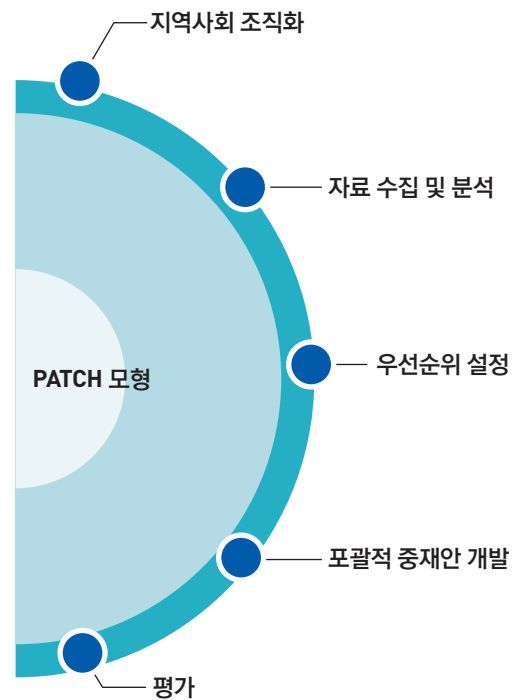


그림 2-11 PATCH 모형의 기획단계

3) 논리모형

논리모형(Logic Model)은 보건사업의 구성 요소 간 관계를 도식적으로 제시하여, 투입·활동·산출·결과가 어떻게 이어지는지를 설명하는 기획·평가 모형이다[그림 2-12]. 즉, 필요한 자원을 투입하면 계획된 활동이 이루어지고, 그 결과로 가시적인 산출물이 나타나며, 궁극적으로는 사업의 성과가 달성된다는 과정을 구조화한 것이다. 따라서 논리모형은 보건사업의 단계별 성과를 체계적으로 평가하는 데 유용한 도구로 활용된다.



그림 2-12 논리모형의 기획단계

논리모형은 일반적으로 투입, 활동, 산출, 결과의 네 가지 요소로 구성된다.

(1) 투입

투입은 보건사업 수행에 사용되는 자원을 의미한다. 예산, 인력, 시간, 시설, 장비, 기술, 정보 등이 이에 포함된다. 예시로는 고혈압 예방사업을 위해 보건소 간호사 3명, 지역사회 건강센터 공간, 혈압측정기, 예산 200만 원, 교육자료 등이 투입된다. 투입요소를 기반으로 사업 구조의 적절성을 평가하는 것이 가능하다.

(2) 활동

활동은 투입된 자원을 활용하여 사업의 목적을 달성하기 위해 실제로 수행되는 과정을 의미한다. 보건교육, 상담, 건강검진, 홍보, 협력 구축, 정책 옹호, 사례관리, 인력 교육 및 훈련 등이 포함된다. 예를 들면 고혈압 예방을 위해 주민 대상 혈압측정 캠페인 실시, 저염식 식단 교육 프로그램 운영, ‘삼삼한 데이(저염식 실천 캠페인)’ 홍보 활동, 자원봉사자 교육 및 훈련 등이 있다.

활동 단계에서는 과정평가를 통해 전략과 방법의 적절성을 검토하고 개선할 수 있다.

(3) 산출

사업 활동을 통해 즉각적으로 나타나는 가시적 성과를 의미하며, 주로 객관적인 수치로 제시된다. 예시로는 혈압측정에 참여한 주민 수, 교육 프로그램 이수 인원, 운동교실 운영 횟수, 배포된 교육자료 수 등이 있다.

(4) 결과

사업 활동 이후에 나타나는 지식, 태도, 행동, 건강 수준의 변화를 의미하며, 단기·중기·장기로 구분된다.

단기결과는 사업에 참여한 직후나 비교적 짧은 기간 내에 나타나는 직접적인 효과를 말한다. 주로 대상자의 지식이나 태도의 변화와 같이 빠르게 확인할 수 있는 성과가 이에 해당한다. 예를 들어 성인의 영양 지식이 향상되거나 신체활동의 필요성에 대한 긍정적인 인식이 높아지는 것이 대표적이다.

중기결과는 이러한 단기적 변화를 바탕으로 생활 속에서 행동이 실제로 변화하고 습관으로 자리 잡는 과정을 의미한다. 가정에서 저염식을 실천하거나 주 3회 이상 규칙적으로 걷기와 같은 운동을 실천하는 것, 그리고 정기적으로 혈압을 측정하는 습관이 형성되는 경우가 이에 해당한다.

장기결과는 사업이 장기간 지속된 이후 나타나는 궁극적인 성과를 가리킨다. 이는 개인을 넘어 지역사회 전체의 건강 수준에 영향을 미치며, 고혈압 유병률이 감소하거나 심뇌혈관질환 발생률이 낮아지는 것, 더 나아가 건강수명이 연장되고 삶의 질이 향상되는 효과로 나타난다.

4) MATCH 모형

MATCH(Multi-level Approach to Community Health) 모형은 보건사업 기획에서 중재 전략을 생태학적 여러 수준으로 구분하여 적용하는 모형이다. 개인의 건강 행동은 단순히 개인적 요인에 의해서만 결정되는 것이 아니라, 가족이나 동료의 영향, 조직의 제도, 지역사회의 환경, 국가 정책 등 다양한 수준의 영향을 동시에 받는다. MATCH 모형은

이러한 다차원적 요인을 고려하여 보건사업을 설계하도록 돕는다. 이 모형은 이미 위험요인과 예방방법이 명확히 알려져 있고, 우선순위가 정해져 있는 상황에서 실제 실행 가능한 보건사업을 개발할 때 적합하다.

MATCH 모형은 목적 설정, 중재계획, 지역사회 보건사업 개발, 실행, 평가의 다섯 단계로 이루어진다.

(1) 목적 설정

사업의 목표는 건강문제의 유병률과 변화 가능성을 바탕으로 설정된다. 이 과정에서 우선순위 대상 집단을 선정하고, 행동 요인과 환경 요인을 함께 고려하여 구체적인 목적을 수립한다. 예시로는 직장 성인을 대상으로 스트레스 관리 사업을 기획할 경우, 잦은 야근·수면 부족과 같은 행동 요인과 심리상담 지원 부족, 근무 환경의 제약과 같은 환경 요인을 반영하여 목표를 설정할 수 있다.

(2) 중재계획

중재계획은 목표, 대상, 방법, 활동을 조합하여 구체화하는 단계이다.

중재 대상은 영향 수준에 따라 다음과 같이 구분된다.

- 개인 수준 : 명상·운동 프로그램 참여, 스트레스 관리 교육
- 개인 간 수준 : 동료 간 멘토링, 팀 차원의 지지 체계 마련
- 조직 수준 : 직장 내 심리상담 제도, 유연근무제 도입
- 지역사회·국가 수준 : 지자체 건강지원센터 협력, 근로자 정신건강증진 정책 지원

이처럼 개인 교육과 상담에서부터 제도적 뒷받침까지 다층적 접근을 조합하는 것이 핵심이다.

(3) 지역사회 보건사업 개발

이 단계에서는 사업을 구체적으로 설계한다.

- 대상 집단과 주제를 명확히 구분한다(예 직장인, 스트레스 관리).
- 기존에 운영되던 프로그램을 보완하거나 새로운 프로그램을 개발한다.
- 세부 활동 계획을 마련하고, 필요한 자료와 자원을 확보한다. 즉, 실제 실행이 가능한 사업의 틀을 마련하는 과정이다.

(4) 실행

개발된 사업을 실제로 운영하는 단계이다.

- 실행 계획을 구체적으로 작성하고, 지원 활동을 준비한다.
- 참여자의 요구와 준비 정도, 직장 환경의 조건을 반영한다.
- 프로그램의 효과성을 검증할 근거를 마련한다.
- 기업 내 지도자, 노사대표 등 주요 인사와 협력 관계를 구축한다.
- 실행자(교육자, 상담사 등)를 훈련하고, 모니터링 체계를 운영한다.

(5) 평가

평가는 보건사업의 성과를 다각도로 검토하는 과정으로, 과정평가·영향평가·결과평가의 세 가지로 구분된다.

- 과정평가는 사업이 계획된 대로 운영되었는지, 활동의 질과 적절성이 확보되었는지를 확인하는 것이다. 예를 들어 교육 프로그램이 일정에 맞게 시행되었는지, 강사의 전문성이 충분했는지, 교육자료가 적절했는지를 살펴본다.
- 영향평가는 단기적 효과를 평가하는 단계로, 참여자의 지식·태도·기술의 향상이나 생활습관의 변화, 환경적 조건의 개선 여부를 확인한다. 예컨대 영양 지식의 향상, 운동 참여 의지의 증가, 건강검진 참여율의 상승 등이 이에 해당한다.
- 결과평가는 장기적인 효과를 검토하는 단계이다. 사업이 지역사회나 대상자의 건강 수준에 미친 최종적 영향을 파악하며, 고혈압이나 비만의 유병률 감소, 심뇌혈관질환 사망률 저하, 주민 삶의 질 향상과 같은 성과가 이에 포함된다.

3 보건사업기획의 과정

지역사회 보건사업의 기획은 단 한 번의 결정으로 끝나는 절차가 아니라 연속적이고 상호작용적인 과정으로 이해해야 한다. 기획은 먼저 기획팀을 조직하는 일에서 출발한다. 이어서 지역의 현황을 분석하고, 분석된 정보를 토대로 우선순위를 설정한다. 이후 구체적인 목표를 마련하고, 그 목표를 달성하기 위한 전략과 세부계획을 수립한다. 수립된 계획은 실제 수행으로 이어지며, 마지막으로 사업의 진행 과정과 성과를 평가한다.

이러한 단계들은 각각 독립된 절차라기보다는 서로 긴밀하게 연결되어 있으며, 어느 한 단계의 결과가 다음 단계의 근거가 되고, 다시 앞선 단계를 수정·보완하는 데 반영된다. 따라서 보건사업의 기획과정은 순환적·유기적 흐름 속에서 지속적으로 개선과 발전을 도모하는 과정으로 이해할 필요가 있다.

1) 보건사업기획팀 조직

(1) 참여자 구성 원칙

보건사업의 기획은 지역사회 전체의 이익과 필요를 반영해야 하므로, 기획팀은 대표성과 다양성을 갖춘 인물들로 구성하는 것이 바람직하다. 현실적으로 모든 주민을 참여시킬 수는 없으므로, 지역의 다양한 집단의 의견을 대변할 수 있고 참여 동기가 분명한 사람을 선별하여 포함시킨다.

기획팀 참여자는 크게 두 부류로 설명할 수 있다.

- **공동관심집단(community of interest)**: 특정 보건문제에 대한 관심과 열정을 공유하며 자발적으로 참여하는 집단
 - **이해관계자(stakeholder)**: 사업에 직접 관여하거나, 사업의 결과와 성과에 직·간접적 관심을 가지는 개인 및 조직
- 참여자들은 단순히 의견을 제공하는 수준을 넘어, 우선순위 설정·계획·실행·평가의 모든 단계에서 지속적으로 피드백과 협의에 참여해야 한다. 참여 범위를 제한하거나 특정 집단을 배제할 경우, 사업의 실행력과 사회적 수용성이 약화될 수 있다.

(2) 이해관계자의 범주와 특성

‘이해관계자’라는 개념은 1960년대 기업 경영 분야에서 처음 사용되었으나, 오늘날에는 보건사업 기획에서도 핵심적 개념으로 자리 잡았다. 이해관계자는 크게 직접적 이해관계자와 잠재적 이해관계자로 나눌 수 있다.

- **직접적 이해관계자** : 보건사업을 직접 기획·운영·평가하는 주체와 파트너로, 보건소 관리자와 실무 담당자, 사업 대상자(예 주민·환자), 협력 기관 등
- **잠재적 이해관계자** : 사업에 직접 참여하지는 않지만 자원 제공·정책 결정·여론 형성 등에서 중요한 영향을 미칠 수 있는 집단이다. 지방자치단체, 중앙정부, 재원조달기관, 교육·의료기관, 민간단체, 옹호단체, 학계, 평가자, 사회적 취약집단 대표 등

또한 사업의 결과에 직접적인 영향을 받지 않더라도, 정치적·학문적·철학적 이유로 사업 추진에 강한 관심을 보이는 개인이나 기관도 이해관계자로 간주할 수 있다. 따라서 사업의 성격과 유형에 따라 이해관계자의 범위와 역할을 유연하게 정의할 필요가 있다.

(3) 참여 수준과 역할 구분

이해관계자의 참여 정도는 동일하지 않으며, 사업의 필요와 특성에 따라 다음과 같이 구분할 수 있다.

- **핵심집단** : 기획팀에 반드시 포함되어야 하는 핵심 인사로, 보건문제에 대한 관심이 크고 정책적·재정적 권한을 갖춘 사람이다. 이들은 사업의 신뢰성과 영향력을 높이고, 실행 및 확산에 중요한 역할을 한다.
- **참여집단** : 필요에 따라 기획 및 평가 과정에서 자문을 제공하는 집단이다. 예를 들어 전문학회, 지역 보건의료단체, 건강 관련 시민단체 등이 해당된다.
- **지지집단** : 사회적 지지와 여론을 형성하는 역할을 한다. 지역 리더, 언론, 종교단체 등이 이에 포함된다.
- **주변집단** : 보건사업의 이용자나 일반 주민으로, 현장의 목소리와 피드백을 제공한다.

핵심 이해관계자를 선정할 때는 사업의 신뢰성 강화, 실행 지원 능력, 변화 옹호 가능성, 예산 및 정책 자원에 대한 접근 권한 등을 고려해야 한다.

(4) 이해관계자 참여 촉진을 위한 핵심 질문

기획과정에서 이해관계자의 의견을 반영할 때는 다음과 같은 질문을 통해 방향성을 구체화할 수 있다.

- 사업의 목표는 무엇이며, 어느 수준까지 달성 가능한가?
- 중요한 평가지표는 무엇인가?
- 결과는 누구를 위해, 어떻게 활용될 것인가?
- 참여자는 왜 이 사업에 관심을 갖는가, 누구를 대표하는가?
- 실행과 평가 과정에서 시간·재정·전문성·정책 접근 등 어떤 자원을 제공할 수 있는가?

(5) 참여와 협력의 필요성

세계보건기구(WHO)의 주요 선언에서도 주민 참여는 핵심 원칙으로 강조되어 왔다. 알마아타 선언(1978)은 “사람은 건강 관련 의사결정과 실행에 개인적·집단적으로 참여할 권리와 의무가 있다”라고 명시했고, 오타와 헌장

(1986)은 지역사회 참여를 건강증진의 주요 전략으로 제시하였다.

따라서 보건사업기획은 전문가 중심의 일방적 설계가 아니라, 지역사회 주민과 다양한 이해관계자의 협력적 참여를 바탕으로 이루어져야 한다. 이를 통해 기획 과정의 민주성과 수용성을 높이고, 장기적으로는 사업의 효과성과 지속가능성을 확보할 수 있다.

2) 지역사회 현황 분석

지역사회 보건사업을 기획하기 위해서는 우선 현재의 상황을 명확히 파악하고, 이를 바탕으로 바람직한 목표와의 간극을 확인해야 한다. 이를 현황 분석이라 하며, 지역사회의 건강문제와 그에 영향을 미치는 요인을 규명하고, 지역사회와 보건조직이 문제 해결 능력을 갖추고 있는지를 점검하는 과정이다.

현황 분석에는 지역사회의 건강 수준과 결정요인 평가, 지역사회 구성원의 관심과 강점, 보건의료체계의 현황과 역량, 건강문제 해결능력에 영향을 주는 환경적 요인 등이 포함된다. 또한, 현황 분석 과정은 단순한 자료 검토가 아니라 지역사회 구성원의 인식과 요구를 반영하는 것이 중요하다.

따라서 분석 단계에서 자주 활용되는 질문은 다음과 같다.

- 건강한 지역사회의 가장 핵심적인 특성은 무엇인가?
- 지역사회가 자부심을 가지는 강점은 무엇인가?
- 주민 건강과 삶의 질 향상을 위해 노력하는 개인이나 집단은 누구인가?
- 지역의 발전을 가로막는 장애 요인은 무엇인가?
- 우선적으로 추진해야 할 정책 · 예산 · 활동은 무엇인가?
- 주민들이 직접 참여할 만큼 관심을 가질 수 있는 분야는 무엇인가?

(1) 자료수집

① 자료수집의 의의

지역사회 현황분석에서 가장 중요한 출발점은 충분하고 신뢰할 수 있는 자료 확보이다. 기존 자료를 우선 검토하고, 부족한 부분은 새로운 조사를 통해 보완하여 지역의 특성을 반영한 데이터베이스를 구축해야 한다. 이러한 자료는 지역사회의 건강문제를 규명하고 보건사업 기획의 근거를 마련하는 데 활용된다.

② 자료수집 내용

자료수집에는 다음과 같은 범주가 포함된다.

- **지리적 · 인구학적 특성** : 인구 규모, 연령 · 성별 분포, 사회 · 경제적 특성 등
- **환경적 조건** : 생활 · 작업환경, 물리적 환경
- **건강 수준** : 질병 이환, 사망률, 의료이용, 건강행태
- **지역사회 자원** : 보건의료자원(인력 · 시설), 사회복지 및 공적 서비스, 안전 · 편의시설 등

③ 자료수집 방법

지역사회 현황분석에 필요한 자료수집은 크게 1차 자료수집과 2차 자료수집으로 구분된다. 1차 자료는 현장에

서 직접 조사하여 대표성이 높지만 비용과 시간이 많이 들고, 2차 자료는 기존 통계와 문헌을 활용하여 접근이 쉽지만 해당 지역 특수성을 충분히 반영하지 못할 수 있다[표 2-22].

표 2-22 자료수집 방법 비교

구분	주요방법	장점	한계	대표적 예시
1차	• 집주민 설문, 개별/집단 면담, 포커스 그룹 인터뷰, 현장 관찰, 차창박 조사	• 지역 특성과 맥락 반영 가능 • 대표성과 현장성이 높음	• 비용 · 시간 소요 큼 • 전문적 조사 설계 필요	• 지역주민 건강행태조사, 보건소 이용자 인터뷰
2차	• 기존 통계자료, 정부 · 지자체 보고서, 학술논문, 행정자료	• 접근 용이 • 비용 · 시간 절감 • 전국적 비교 및 추세 분석 가능	• 특정 지역 특성을 충분히 반영하지 못할 수 있음 • 자료의 최신성 · 적합성 제한	• 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 통계청 · 보건복지부 자료

④ 자료의 성격에 따른 분류

- 양적 자료 : 구조화된 설문 등을 통해 수치화하여 일반화 가능한 자료
- 질적 자료 : 소규모 집단의 심층 면담, 포커스 그룹 등을 통해 맥락과 의미를 파악하는 자료

⑤ 수집 주기에 따른 분류

- 정기적 조사 : 표준화된 지표를 기반으로 주기적으로 시행되어 비교 · 추세 분석이 가능(예 지역사회건강조사, 국민건강영양조사 등)
- 비정기적 조사 : 특정 상황에 맞추어 필요할 때 시행되는 조사

⑥ 지역사회 건강지표

지역사회 건강 수준을 평가하기 위해 다양한 지표가 활용된다.

- 인구사회학적 특성 : 인구 규모, 연령 · 성별 분포, 노인 인구 비율, 부양비, 소득과 교육 수준, 직업 구조 등
- 건강 수준과 질병부담 : 사망률, 주요 사망원인, 유병률 · 발생률, 장애 정도, 기대수명, 건강수명, 삶의 질, 의료비 등
- 건강결정요인 : 생물학적 요인, 건강행태(흡연 · 음주 · 운동 등), 생활 · 작업환경, 보건의료 접근성, 사회 · 경제 · 문화적 환경, 보건정책
- 건강형평성 : 사회경제적 위치나 지역에 따른 건강 격차

⑦ 외부환경 변화 요인

보건사업은 지역사회 내부 자원과 역량만으로 기획 · 운영되는 것이 아니라, 사회 전반의 외부 환경에 크게 영향을 받는다. 따라서 지역사회 보건사업을 설계할 때는 정치(Political), 경제(Economic), 사회(Social), 기술(Technological), 법(Legal) 요인을 종합적으로 고려해야 한다. 예를 들어, 정부 보건정책 변화, 지역경제 불황, 사회적 가치관 변화, 신기술 도입, 법적 규제 강화 등이 지역사회의 건강문제와 보건사업 추진에 기회이자 위협 요인으로 작용할 수 있다.

(2) 자료분석

수집된 자료는 단순 정리에 그치지 않고, 전략 수립을 위한 분석이 필요하다. 가장 널리 활용되는 방법은 SWOT 분석이다.

- **강점(Strengths)**: 조직 내부의 긍정적 요인(예 전문 인력 보유, 지역사회 신뢰)
- **약점(Weaknesses)**: 내부의 제약 요인(예 예산 부족, 협력체계 미흡)
- **기회(Opportunities)**: 외부환경에서 활용 가능한 요인(예 중앙정부 지원 사업, 지역사회 협력 자원)
- **위협(Threats)**: 사업에 부정적 영향을 줄 수 있는 외부 요인(예 타 기관과의 경쟁, 경제 불황)

이 분석방법은 1960년대 알버트 험프리(Albert Humphrey) 등이 기업 경영 전략을 수립하기 위해 개발하였으나, 오늘날에는 지역사회 보건사업 기획에도 널리 활용된다. 보건기획에서 SWOT 분석은 불확실한 미래 환경을 예측하고, 내부역량을 감안하여 적합한 사업전략을 수립하는 데 활용된다. 즉, 강점은 강화하고 약점은 개선하며, 외부 기회를 활용하고 잠재적 위협을 최소화하는 방향으로 사업을 설계하도록 돕는다.

① SWOT 분석의 요인

가. 내부요인

a. 강점

조직 내부의 긍정적 요소를 의미한다. 예를 들어, 숙련된 인력 확보, 탄탄한 조직 구조, 주민과의 신뢰관계, 충분한 보건의료 자원 등이 있다. 이러한 요소들은 사업 수행의 추진력을 높인다.

b. 약점

조직 내부의 한계나 취약점을 의미한다. 예컨대 전문인력 부족, 예산의 제약, 낮은 사업 경험, 부서 간 협력 부족, 주민 참여 저조 등이 약점으로 작용할 수 있다. 약점은 사업 추진 과정에서 장애물이 되므로 개선이 필요하다.

나. 외부요인

a. 기회

외부 환경에서 긍정적으로 작용하는 요소로, 사업 확장과 성과 제고에 도움이 된다. 예를 들어, 정부의 보건사업 지원 정책, 지역사회 네트워크와의 협력, 새로운 건강 캠페인에 대한 사회적 관심 증가, 민간 기업의 사회공헌활동 등이 기회 요인이 될 수 있다.

b. 위협

외부 환경에서 발생할 수 있는 부정적 요인이다. 정치적·경제적 불안정, 유사 기관과의 경쟁 심화, 지역사회의 낮은 참여 의식, 사회·경제적 불평등, 보건문제에 대한 관심 저하 등이 해당된다. 위협은 사업의 지속성과 효과성을 약화시킬 수 있으므로 사전에 대비해야 한다.

② SWOT 분석을 위한 주요 질문

SWOT 분석을 실제 적용할 때는 다음과 같은 질문을 통해 자료를 정리할 수 있다.

- 조직의 리더십은 충분히 신뢰할 수 있는가?
- 인력·예산·시설 등 자원은 적절하고 충분한가?
- 업무 과정과 시스템은 효율적으로 운영되는가?
- 조직 구성원의 태도와 문화는 긍정적인가?
- 외부 이해관계자와 지역사회는 조직을 어떻게 평가하는가?
- 현재 제공되는 서비스에 대한 주민의 만족도는 어떠한가?
- 장기적으로 사업의 지속 가능성이 보장되는가?

③ 지역보건체계의 역량분석

SWOT 분석은 단순히 상황을 파악하는 것에 그치지 않고, 지역사회 보건체계의 역량을 진단하는 데 활용된다

[그림 2-13].

가. 내부역량분석 : 조직이 보유한 자원, 전문성, 조직문화 등을 분석하여 강점과 약점을 확인한다. 이는 보건소, 지역의료원, 공공기관 등에서 내부 구조와 운영 능력을 평가하는 과정이다.

나. 외부환경분석 : 사회·경제·정치·기술·문화적 변화와 같은 외부 요인이 보건사업에 미치는 영향을 분석한다. 이는 기회와 위협을 구분하여 전략적 대응 방안을 마련하는 과정이다.

<ul style="list-style-type: none"> • 감염병 및 재난 대비대응 훈련 실시로 위기관리 역량 발휘 • 보건진료소 관사를 활용한 치매 안심센터 지역 채움터, 호흡기전담 클리닉센터, 선별진료소 등 감염병 및 건강증진사업 인프라 구축 • AI(인공지능), IOT(사물인터넷)를 활용한 비대면 건강관리사업 추진 	S (Strength) 강점	<ul style="list-style-type: none"> • 점점 더 증가하는 보건사업의 효율적인 추진에 비해 조직 내 인력이 매우 부족 • 사업별 전문인력 확보 어려움 및 계약기간 만료에 따른 잦은 교체로 보건 사업의 연속성 감소 	W (Weakness) 약점
<ul style="list-style-type: none"> • 민선 8기 공약사항으로 보건복지 분야에 대한 높은 관심도 • 지역 내 소지역 건강격차 해소 사업(3개년) 선정 • 인구 고령화 및 저출산에 의한 보건복지 요구 증대에 따른 건강형평성 중요도 증가 • 지역 정신응급 대응협의체, 고성군 의료협의체 등 지역사회 자원 활용으로 보건사업 운영 협조 체계 구축 	O (Opportunity) 기회	<ul style="list-style-type: none"> • 고성군 인구 고령화의 폭발적인 가속도로 부양 부담 증가 • 1인 가구 증가 및 출산율 감소로 인구 감소와 사회노동력 고갈 • 의료취약지역 주민들의 교통 이용불편으로 의료소외계층 발생 • 지역사회건강조사 결과 연간음주자의 고위험음주율, 저작불편 호소율이 전국 수준보다 높음 	T (Threat) 위협

그림 2-13 내·외부 환경분석을 통한 SWOT 분석

출처 : 고성군, 제8기 지역보건의료계획(2023~2026); 2023.

④ SWOT 분석을 통한 전략 도출

지역사회 보건사업의 현황을 SWOT 분석을 통해 파악하면, 내부 요인(강점·약점)과 외부 요인(기회·위협)의 조합에 따라 다양한 전략적 대안을 마련할 수 있다. 모든 조직은 강점만 보유하지도 않고 약점만 지니지도 않으

며, 외부 환경 역시 긍정적 요인과 부정적 요인이 동시에 존재한다. 따라서 이러한 요소들을 어떻게 연결하고 활용하느냐가 전략 수립의 핵심이다.

SWOT 분석을 토대로 도출되는 대표적 전략 유형은 다음 네 가지이다.

가. SO 전략 (Strength · Opportunity 전략)

강점을 활용하여 외부 환경의 기회를 극대화하는 전략이다. 주로 공격적 · 확장적 성격을 띠며, 지역사회 보건사업의 범위나 대상 확대, 새로운 서비스의 도입 등이 이에 해당한다.

나. WO 전략 (Weakness · Opportunity 전략)

내부의 약점을 외부 기회를 활용해 보완하는 전략이다. 구조 개선이나 혁신을 통해 취약점을 줄이고, 새로운 자원을 활용하여 사업 역량을 강화한다.

다. ST 전략 (Strength · Threat 전략)

보유한 강점을 활용해 외부의 위협을 최소화하거나 극복하는 전략이다. 다각화나 대체 프로그램 개발을 통해 위험요인을 줄이고 사업을 안정화한다.

라. WT 전략 (Weakness · Threat 전략)

내부의 약점과 외부의 위협이 동시에 작용할 때 취하는 방어적 전략이다. 불필요한 사업을 축소하거나 통합하고, 자원의 낭비를 줄이며 조직의 생존 가능성을 높인다.

이와 같이 SWOT 분석은 단순한 상황 진단에 그치지 않고, 내부 · 외부 요인의 조합을 통해 실질적인 전략 대안을 제시한다. 따라서 보건사업의 기획 단계에서 SWOT 전략을 체계적으로 도출하면, 사업의 실행 가능성과 지속 가능성을 동시에 높일 수 있다[표 2-23].

표 2-23 SWOT 분석을 통한 보건사업 전략 도출

구분	전략 방향	주요질문	보건사업적용 예시
SO 전략 (강점-기회)	• 기회와 강점을 결합한 공격적 · 확장 전략	• 조직이 가진 강점을 활용해 외부 기회를 극대화할 수 있는가?	• 지역 보건소의 전문 인력을 활용해 정부 지원사업(예) 만성질환 관리 시범사업)에 참여하고, 건강검진 프로그램을 확대 운영
ST 전략 (강점-위협)	• 강점을 활용해 위협을 완화하는 방어적 다각화 전략	• 확인된 위협을 최소화하기 위해 조직의 강점을 어떻게 활용할 수 있는가?	• 타 기관과의 경쟁 심화에 대응하기 위해 보건소의 ICT 역량을 활용, 모바일 건강 관리 앱 도입 및 차별화된 서비스 제공
WO 전략 (약점-기회)	• 약점을 보완하여 기회를 활용하는 전환 전략	• 내부 약점을 극복하면서 외부 기회를 살리려면 무엇을 보완 해야 하는가?	• 부족한 예산 문제를 해결하기 위해 민간 기업과 협력, 직장인 대상 맞춤형 건강증진 프로그램 공동 개발
WT 전략 (약점-위협)	• 약점과 위협을 동시에 최소화하는 방어 전략	• 내부 약점이 외부 위협을 심화 시키지 않도록 어떤 조치를 취할 것인가?	• 전문 인력 부족과 예산 축소에 대비해 일부 프로그램을 온라인 교육 · 자가 건강관리 모듈로 전환하여 운영 효율성 강화

(3) 우선순위 설정

보건사업의 기획 과정에서 우선순위를 설정하는 단계는 한정된 자원을 가장 효율적으로 활용하기 위한 핵심 절차이다. 지역사회에는 다양한 건강문제가 존재하지만, 모든 문제를 동시에 해결하기는 불가능하다. 따라서 긴급성과 중요성을 고려하여 우선적으로 다루어야 할 문제를 선정하는 것이 필요하다. 이는 보건사업의 효과성을 높이고, 자원 배분의 공정성을 확보하며, 사업 성과를 극대화하는 데 중요한 의미를 갖는다.

우선순위 설정은 단순히 특정 질병이나 문제를 나열하는 것이 아니라, 객관적이고 합리적인 기준을 바탕으로 의사결정 과정을 거쳐야 한다. 특히 지역사회 특성과 가용 자원을 고려한 합의가 필수적이며, 기획팀 내부뿐만 아니라 주요 이해관계자들의 의견 수렴과 협의 과정을 통해 진행되는 것이 바람직하다.

① 우선순위 설정의 필요성

- **자원의 한정성** : 모든 보건문제를 동시에 해결할 수 없으므로 선택과 집중이 필요하다.
- **효과 극대화** : 인구집단의 건강에 미치는 파급력이 큰 문제를 우선적으로 다룸으로써 전체적인 건강 수준을 향상시킬 수 있다.
- **형평성 확보** : 취약계층이나 불평등에 직면한 집단의 문제를 우선 해결함으로써 지역사회 내 건강 격차를 줄일 수 있다.
- **합리적 의사결정** : 객관적 기준을 마련함으로써 사업의 정당성을 확보하고, 정책적 지지를 얻을 수 있다.

② 우선순위 결정 방법

가. BPRS

BPRS(Basic Priority Rating System)는 핸론과 피케트(Hanlon & Pickett)가 제안한 방법으로, 지역사회 보건문제의 상대적 중요도를 계량화하여 비교·판단하기 위해 사용되는 우선순위 결정 도구이다. 이 방법은 문제를 수치화하여 객관적으로 비교할 수 있도록 고안되었으며, 크게 문제의 크기(A), 문제의 심각도(B), 사업의 추정효과(C)의 세 가지 요소를 평가한다.

a. 문제의 크기

인구집단에서 해당 건강문제를 가진 비율을 의미한다. 만성질환의 경우 유병률, 급성질환의 경우 발생률을 활용하여 0~10점으로 점수화한다.

b. 문제의 심각도

건강문제가 개인과 사회에 미치는 중대성을 평가하며, 다음 네 가지 하위 요소를 기준으로 0~10점으로 산정한다.

- **긴급성(Urgency)** : 신속한 개입이 필요한 정도
- **중증도(Severity)** : 사망·합병증 등으로 인한 건강 손상의 심각성
- **경제적 손실(Economic loss)** : 치료비, 생산성 손실 등 사회·경제적 부담
- **타인에의 영향(Community impact)** : 가족, 지역사회 등 주변에 미치는 파급 효과

c. 추정효과

보건사업 개입을 통해 기대되는 성과를 추정한 항목으로, 사업이 가져올 수 있는 최대효과와 최소효과를 고려하여 점수를 부여한다. 단, 이 항목은 평가자의 주관성이 개입될 수 있다는 한계를 지닌다.

$$BPRS \text{ 점수} = (A + 2B) \times C$$

문제의 크기(A), 문제의 심각도(B), 사업의 추정효과(C)

심각도(B)에 가중치를 두어 긴급성과 중대성이 높은 문제를 우선적으로 고려하도록 설계되어 있으며, 점수가 높을수록 우선순위가 높은 문제로 간주된다.

BPRS는 보건문제를 계량화하여 상대적 중요도를 객관적으로 비교할 수 있다는 점에 있으며, 문제의 크기 · 심각도 · 사업 효과성을 종합적으로 고려함으로써 합리적인 의사결정을 지원한다. 특히 심각도에 가중치를 부여하여 긴급성과 중대성이 높은 문제를 우선적으로 반영할 수 있다는 점이 강점이다. 반면, 한계로는 사업의 추정효과 평가에 주관성이 개입될 가능성이 크고, 단순 점수화가 지역사회의 특수한 맥락을 충분히 반영하지 못한다는 점이 있다. 또한 계산 과정이 다소 복잡하여 실제 현장에서 적용 시 활용성이 제한될 수 있다는 점도 지적된다.

예) 지역사회 고혈압 문제의 경우 유병률이 높고(문제의 크기), 합병증 위험이 크며 경제적 부담이 크기 때문에 심각도 점수가 높게 산정되어 우선순위 문제로 분류될 수 있다[표 2-24].

표 2-24 건강문제를 바탕으로 한 BPRS 평가표 예시

건강문제	문제의 크기(A)	문제의 심각도(B)	사업의 추정효과(C)	산출식 (A + 2B) × C	우선순위
만성질환 예방 · 관리 (고혈압, 당뇨병 등)	8	8	8	(8 + 16) × 8 = 192	1
정신건강증진 (우울 · 스트레스)	7	7	7	(7 + 14) × 7 = 147	2
건강생활 실천을 저하 (비만 · 흡연 · 운동 부족)	8	6	7	(8 + 12) × 7 = 140	3
건강취약인구 건강지원 (노인, 독거노인, 다문화)	7	7	6	(7 + 14) × 6 = 126	4
감염병 대응 역량 강화	6	8	5	(6 + 16) × 5 = 110	5

나. PEARL 모형

PEARL(Propriety, Economics, Acceptability, Resources, Legality) 모형은 빌뉴스(Vilnius)와 단도이(Dandoy)가 제안한 방법으로, BPRS 결과를 토대로 실제 사업 수행이 가능한지를 판단하기 위한 보완 도구이다. BPRS가 문제의 중요성을 수치화해 우선순위를 정하는 데 초점을 둔다면, PEARL은 선정된 사업이 현실적으로 실행 가능

한지를 평가한다.

이 모형은 다섯 가지 항목으로 구성되며, 각 항목은 가능(1점) 또는 불가능(0점)으로 평가된다. 다섯 항목의 점수를 모두 곱하여 최종 점수를 산출하며, 한 항목이라도 0점을 받으면 해당 보건사업은 실행 불가로 판정된다.

- **적절성(Propriety)**: 사업이 보건소나 지역사회 기관의 법적·제도적 역할 범위에 부합하는가?
 - 예 보건소 고유업무에 해당하는 예방접종 사업 여부
- **경제성(Economics)**: 문제 해결이 비용 대비 효과 면에서 타당한가?
 - 예 투입 예산 대비 건강개선 효과가 충분한가?
- **수용성(Acceptability)**: 지역사회 주민과 대상자가 사업을 긍정적으로 받아들일 수 있는가?
 - 예 주민들이 건강증진 프로그램 참여를 거부하지 않는가?
- **자원(Resources)**: 필요한 자원, 인력, 시설, 장비 등이 실제로 확보 가능한가?
 - 예 간호인력과 예산이 충분히 마련되어 있는가?
- **적법성(Legality)**: 법적·제도적 규정에 위배되지 않고 합법적으로 추진 가능한가?
 - 예 의료법·보건의료 관련 조례에 저촉되지 않는가?

PEARL 모형의 강점은 단순하고 명확한 평가 구조 덕분에 활용하기 쉽다는 점이며, BPRS에서 다루지 못하는 법적·사회적·경제적 현실성을 보완할 수 있다는 점이다. 그러나 평가가 0과 1의 이분법으로만 이루어지기 때문에 세부적인 차이를 충분히 반영하지 못하고, 지역사회의 문화적 맥락이나 미묘한 상황 요인이 배제될 수 있다는 한계도 존재한다. 따라서 PEARL 모형은 단독으로 활용하기보다 BPRS와 함께 적용될 때, 문제의 중요성과 실행 가능성을 동시에 고려한 합리적인 보건사업 기획이 가능하다.

다. PATCH 모형

PATCH(Planned Approach to Community Health) 모형은 미국 질병통제예방센터(CDC)가 지역사회 보건요원의 사업 기획을 지원하기 위해 개발한 지침으로, 건강문제의 '중요성(importance)'과 '변화 가능성(changeability)'을 두 축으로 하여 우선순위를 결정하는 방법이다.

a. 건강문제의 중요성 평가

중요성이란 해당 건강문제가 지역사회에 미치는 심각성과 파급력을 의미한다. 주요 평가 질문은 다음과 같다.

- 이 문제가 지역사회에서 얼마나 광범위하게 나타나는가? (유병률·발생률 수준)
- 타 지역과 비교했을 때 현저히 높은 수준인가?
- 문제로 인해 사망이나 장애 등 중대한 건강결과가 초래되는가?
- 문제행위와 건강결과 간의 인과관계가 뚜렷한가?

b. 건강문제의 변화 가능성 평가

변화 가능성이란 보건사업 개입을 통해 문제 개선이 가능한 정도를 의미한다. 주요 평가 질문은 다음과 같다.

- 기존 연구에서 변화 가능성이 입증된 문제인가?
- 다른 지역사회에서 개입을 통해 개선된 경험이 있는가?
- 건강행위가 아직 초기 단계로 고착되지 않았는가?
- 생활습관이나 환경적 요인과 단순히 연결되어 있어 비교적 개입이 용이한가?

c. 적용 절차

PATCH 모형을 활용한 우선순위 결정은 일반적으로 다음과 같은 과정을 거친다.

- **문제 목록화**: 지역사회 건강 수준 분석 자료를 바탕으로 사망률, 이환율, 위험요인 등을 정리한다.
- **평가와 분류**: 각 문제를 ‘중요성’과 ‘변화 가능성’ 두 축으로 평가하여 매트릭스 형태로 배열한다.
- **우선순위 선정**: 평가 결과를 토대로 변화 가능성이 높고 동시에 중요한 문제를 최우선 과제로 설정한다.

PATCH 모형은 기준이 단순하고 적용이 용이하여 다양한 건강문제에 활용할 수 있다는 장점이 있다. 특히 지역사회 참여형 의사결정에 적합하다. 그러나 점수 부여 기준이 표준화되어 있지 않아, 실제 기획자가 임의로 판단해야 한다는 한계가 있다. 따라서 신뢰성을 높이기 위해 전문가 자문과 지역사회 의견 수렴이 병행되어야 한다.

라. CLEAR 모형

CLEAR(Community Capacity, Legality, Efficiency, Acceptability, Resource Availability) 모형은 NIBP 방식으로 도출된 건강문제의 우선순위가 실제로 프로그램 수행 가능성 측면에서 효과적으로 실행될 수 있는지를 판단하는 보완 기준이다. 즉, 단순히 문제가 중요한지를 넘어, 사업을 현실적으로 추진할 수 있는 여건을 종합적으로 검토하는 데 초점이 있다.

a. 지역사회의 역량

대상 집단이 보건사업에 관심을 가지고 기획·수행·평가 전 과정에 적극적으로 참여할 수 있는 능력이 있는지를 평가한다. 주민의 참여 의지, 문제 해결 역량, 변화에 대한 적응력 등이 포함된다.

b. 합법성

사업이 법규·지침에 적합하게 추진될 수 있는지를 검토한다. 법적 제한이나 책임 문제가 발생하지 않는지 확인하는 과정으로, 보건의료법·지방자치단체 조례 등 관련 규정과의 부합성을 평가한다.

c. 효율성

사업 수행을 위해 투입되는 자원과 그에 따른 성과를 비교하여 비용 대비 효과가 충분한지를 판단한다. 한정된 자원을 얼마나 합리적이고 효율적으로 활용할 수 있는지가 관건이다.

d. 수용성

지역사회 주민이나 대상자가 사업을 긍정적으로 받아들일 수 있는지를 평가한다. 참여에 대한 의지, 보건사업으로 인한 불편 감수 여부, 주민들의 태도 등이 핵심 요소이다.

e. 자원의 활용 가능성

보건사업을 수행하는 데 필요한 인적·물적·재정적 자원이 충분히 확보되어 있는지를 확인한다. 인력, 시설, 장비, 재원 등 자원의 가용성이 실제 사업 실행을 뒷받침할 수 있는지가 중요한 평가항목이다.

CLEAR 모형은 보건사업의 실행 가능성을 다각도로 검토할 수 있다는 점에서 장점이 있다. 지역사회와의 참여역량, 법적 타당성, 경제성, 수용성, 자원 활용 가능성을 함께 고려함으로써 현실적이고 균형 잡힌 의사결정을 지원하며, 특히 주민 참여와 수용성을 강조한다는 점에서 의의가 크다. 그러나 평가 항목이 정성적 요소에 의존하여 주관성이 개입될 여지가 있고, 문제의 크기나 심각성을 직접 반영하지 못한다는 한계가 있다. 따라서 CLEAR 모형은 다른 우선순위 설정 도구와 병행할 때 활용도가 높다.

마. NIBP 모형

NIBP(Needs/Impact-Based Planning) 모형은 캐나다 토론토 지역보건위원회(Metropolitan Toronto District Health Council, MTDHC)에서 개발한 기법으로, 건강문제의 요구도(Need)와 해결방법의 효과성(Impact)을 동시에 고려하여 우선순위를 결정하는 방법이다.

이 모형은 단순히 건강문제의 규모만 보는 것이 아니라, 해당 문제를 해결할 수 있는 개입 방법이 실제로 얼마나 효과적일 수 있는지를 함께 평가한다는 점에서 의의가 있다. 즉, 사업을 실행하기 전에 문제의 심각성과 개입 효과성을 교차 검토하여 정책적 자원의 합리적 배분을 가능하게 한다.

NIBP에서는 건강문제의 크기를 ‘중요함(질병 존재)’과 ‘중요하지 않음’으로 구분하고, 개입 효과성은 ‘매우 효과적임, 효과적임, 어느 정도 효과가 있음, 효과 없음’으로 평가한다. 이 두 가지 축을 조합하여 건강문제를 네 가지 범주로 분류한다.

- **반드시 수행해야 할 문제** : 건강문제가 크고 개입 효과도 높아 우선적으로 자원을 투입해야 하는 영역
- **수행하면 좋은 문제** : 건강문제는 크지만 개입 효과가 상대적으로 제한적인 영역
- **연구를 촉진해야 할 문제** : 건강문제는 존재하지만 개입 효과에 대한 근거가 부족하여 연구를 통해 타당성을 확인해야 하는 영역
- **수행을 지양해야 할 문제** : 건강문제가 크지 않거나 개입 효과가 거의 없어 사업 추진이 바람직하지 않은 영역

이와 같이 NIBP는 보건사업을 시작하기 전에 사업의 필요성과 효과성을 동시에 검토할 수 있는 도구로서, 자원의 효율적 배분과 근거 기반 의사결정을 지원한다는 장점이 있다. 다만, 효과성 평가가 기존 연구자료에 크게 의존하기 때문에 근거가 부족한 영역에서는 사업 실행이 지연되거나 연구 우선으로만 분류되는 한계도 있다.

바. 황금다이아몬드 모델

황금다이아몬드 모델(Golden Diamond Model)은 건강문제의 우선순위를 결정할 때 절대적 지표뿐만 아니라 상대적 지표를 함께 고려하는 방법이다. 일반적으로 유병률이나 발생률이 높은 문제는 우선순위 상위에 배치되지만, 다른 지역이나 전국 평균과 비교했을 때 상대적 차이가 크다면 해당 문제가 더 중요한 보건과제로 부각될 수 있다.

이 모델에서는 먼저 기획자가 우선적으로 다룰 건강문제를 선정한 뒤, 각 문제의 이환율·사망률·변화 추세를 전국 지표와 비교하여 “좋음(good), 같음(equal), 나쁨(poor)”으로 구분한다. 이후 이를 다이아몬드 모양의 도표에 배치하여 지역사회가 다른 지역보다 열위에 있는 문제를 우선적으로 고려한다[그림 2-14].

이 방법은 지역 간 형평성을 중시하며, 자치단체별 건강지표가 확보되어 있고 과거 추세 자료가 존재할 경우 활용도가 높다. 특히 전국 평균 대비 불리한 지표를 가진 문제를 빠르게 도출할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 지역 내 절대적 부담이 크더라도 다른 지역보다 상대적으로 양호하다면 우선순위에서 밀려날 수 있다는 한계가 있다. 따라서 황금다이아몬드 모델은 절대적 규모와 사업 효과성을 함께 고려하여 보완적으로 적용하는 것이 바람직하다.

(4) 목적 및 목표 설정

① 목적과 목표의 개념

보건사업 기획에서 목적과 목표 설정은 사업의 방향을 명확히 하고 평가의 기준을 제시하는 중요한 과정이다. 이때 비전(vision)은 조직이 장기적으로 성취하고자 하는 궁극적 가치와 미래상을 의미한다. 비전은 단순한 선언문이 아니라 사업 전반의 방향과 운영의 기준을 제공하며, 구성원의 참여와 동기를 유도하는 역할을 한다.

미션(mission, 사명)은 조직이 존재하는 이유를 설명하는 개념으로, 핵심 가치, 서비스, 철학, 이미지 등을 통해 구체화된다. 즉, 비전이 조직이 도달하고자 하는 이상적인 미래를 제시한다면, 미션은 그러한 비전을 달성하기 위해 조직이 현재 수행해야 할 역할을 제시한다고 볼 수 있다.

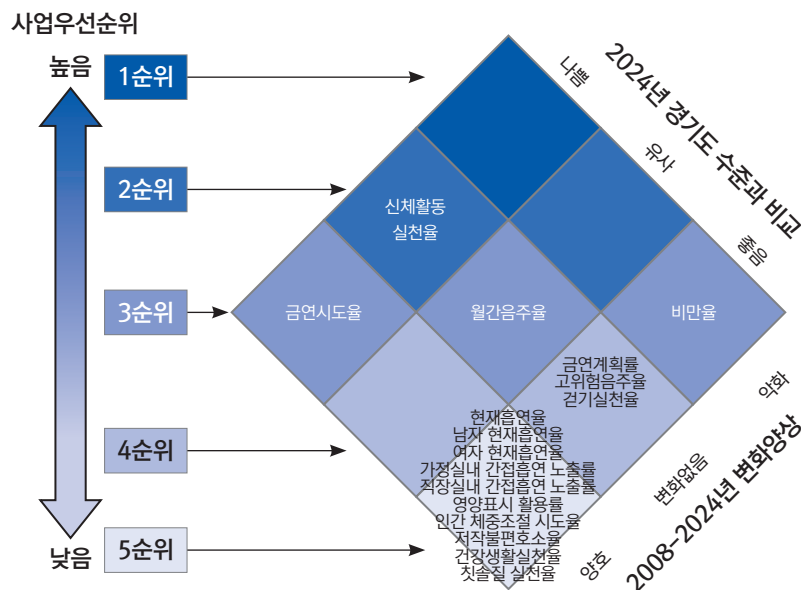


그림 2-14 광명시 건강행태 관련 주요지표 지역보건사업의 우선순위

출처 : 질병관리청. (2024). 광명시 지역사회건강조사.

목적은 프로그램 수행을 통해 달성하고자 하는 미래의 상태를 포괄적으로 진술한 것으로, 장기적이고 일반적인 성격을 지니며 조직의 철학, 정책, 절차 등에 영향을 받는다. 한편 목표(objective)는 이러한 목적을 달성하기 위해 구체적이고 단기적인 수준에서 설정되는 결과를 의미한다. 목표는 측정 가능한 수치로 표현되며, 사업의 평가와 관리의 기준으로 활용된다. 또한 목표는 장기·단기, 상위·하위, 일반·특수 등 다양한 속성에 따라 구분된다.

구분	목적	목표
성격	포괄적, 광범위, 일반적	구체적, 세분화, 단기적
기능	사업 전체 방향 제시	목적 달성을 위한 단계별 구체적 성취 기준
표현방식	포괄적·질적인 진술	측정 가능한 수치와 행동 동사로 표현
측정 가능성	정량적 측정 제한적임	수치·행동지표로 측정 가능
관련성	조직의 철학, 정책, 절차와 연계됨	반드시 목적과 직접 연관됨
기간	장기적, 성취에 오랜 시간 소요	단기·중기·장기로 구분, 기간에 따라 조정 가능
예시	“지역사회 건강수준 향상”	“1년 내 금연클리닉 등록자 수 20% 증가”

② 목표 설정 방법

가. 투입-산출-결과 모형에 따른 목표 설정

- 투입 : 인력, 시간, 비용, 장비, 시설 등 사업 수행을 위한 자원
- 산출 : 자원 투입으로 발생하는 활동, 이벤트, 서비스 등
- 결과 : 사업의 최종 성과로서 건강 수준 및 결정요인의 변화

나. 인과관계에 따른 목표 설정

보건문제와 결정요인 간 인과관계를 고려하여 과정목표, 영향목표, 결과목표로 구분한다.

- 과정목표 : 사업 수행 과정의 양적 수준과 적절성(예 교육 횟수, 홍보물 제작 등)
- 영향목표 : 건강결정요인·기여요인의 변화(예 지식, 태도, 행동, 환경 변화 등)
- 결과목표 : 건강 수준의 변화(예 사망률, 유병률, 장애율 감소 등)

다. 소요기간에 따른 목표 설정

목표 달성에 필요한 시간에 따라 단기·중기·장기 목표로 구분한다.

- 단기목표 : 2~3개월 ~ 2년 이내 달성(지식, 태도, 신념 변화 등)
- 중기목표 : 단기와 장기 사이 소요(서비스 이용, 건강행동 변화 등)
- 장기목표 : 5~10년 이상 소요(사망률·상병률 감소, 건강수준 및 사회적 가치 변화 등)

③ 목표 설정 기준

목표가 사업 기획과 평가에서 유용하려면 SMART 원칙에 따라 명료하게 설정되어야 한다.

- **구체성(Specific)**: 목표는 대상자, 지표, 목표치, 시점을 구체적으로 제시하여야 한다.
- **측정 가능성(Measurable)**: 목표는 현재의 건강문제가 수치나 지표로 측정 가능하도록 설정하여야 한다.
- **실현 가능성(Achievable)**: 목표는 성취 가능하고 현실적인 수준으로 설정하여야 한다.
- **관련성(Relevant)**: 목표는 사업 목적 및 문제 해결과 직접적인 관련성을 가져야 한다.
- **시간 제한(Time limited)**: 목표는 달성 기한과 시점을 명확히 제시하여야 한다.

④ 목표 설정 시 고려사항

- 목표는 단계적 · 연속적으로 설정되어야 한다.
- 비교 가능하며 평가 가능한 형태여야 한다.
- 이해관계자의 참여와 충분한 시간 확보가 필요하다.
- 논리모형을 통해 사업 기획과 평가가 체계적으로 이루어져야 한다.

(5) 전략 및 세부계획 수립

사업계획은 설정된 목적과 목표를 달성하기 위해 보건사업의 구체적인 업무활동을 계획하는 과정이다. 즉, 누가, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게 수행할 것인가에 대한 전략과 세부계획을 수립하는 것이다.

사업 전략 및 세부계획을 수립할 때에는 다음과 같은 사항을 고려하여야 한다.

- **추진체계 확립**: 자체 운영 또는 위탁 운영 여부를 명확히 하고, 내 · 외부 인력의 참여와 역할을 구체적으로 기술한다.
- **업무 분담**: 담당자 지정 및 개인별 책임과 권한을 명확히 하며, 이를 문서화한 지침서 및 서식을 활용한다.
- **자원 확보**: 예산, 인력, 시설, 장비 등 필요한 자원의 확보 방안을 반드시 포함한다.
- **윤리 · 법적 고려**: 사업 수행 과정에서 발생할 수 있는 윤리적 쟁점이나 법적 규제, 관련 정책을 사전에 검토한다.
- **조직구조 및 보고체계**: 의사결정 구조와 보고 절차를 명확히 설정한다.
- **일정계획**: 준비, 시작, 종료 시점과 책임자를 규정하고, 업무 진행 순서를 합리적으로 배치한다.
- **모니터링 체계**: 일정에 따른 진행 여부와 성과를 점검할 수 있는 관리 · 감독 체계를 마련한다.
- **성과와 평가기준**: 기대성과를 구체화하고 평가기준을 제시하여 결과 활용 방안을 확보한다.

① 보건사업의 전략 수립

보건사업 전략은 인간의 행동에 영향을 미치는 다차원적 요인을 고려해야 하므로, 개인과 환경, 건강 사이의 상호관계를 반영하는 사회생태학적 모형(social ecological model)을 적용하는 것이 바람직하다. 사회생태학적 모형은 생물체와 환경 간의 상호작용에서 유래된 개념으로, 개인의 건강과 행동에 영향을 주는 다양한 수준의 요인을 통합적으로 설명한다(Glanz, 2008).

맥러로이(McLeroy, 1988)는 건강행동에 영향을 미치는 요인을 개인적 차원에서부터 대인관계, 조직, 지역사회, 공공정책에 이르기까지 다층적으로 설명하였다. 즉, 개인을 중심으로 대인 간, 조직, 지역사회, 정책이라는 거시

적 요인이 중층 구조를 이루며, 이들 요인이 상호작용하여 건강행동을 결정한다고 보았다.

맥리로이(1988)는 건강행동을 결정하는 요인을 개인, 대인관계, 조직, 지역사회, 정책의 다섯 차원으로 구분하였다.

- **개인요인** : 인구사회학적 특성, 자아효능감, 심각도 · 민감도 인식 등
- **대인요인** : 가족, 친구, 동료 등 사회적 지지와 규범
- **조직요인** : 개인이 속한 조직에서의 사회적 환경과 제도
- **지역사회요인** : 지역사회 기반 시설과 환경적 자산, 공식 · 비공식 조직 활동
- **정책요인** : 법, 규제, 제도, 정책 등 거시적 환경

② 전략 및 세부 수행계획 수립

보건사업의 전략은 사회생태학적 모형에 기초하여 다차원적으로 접근하는 것이 바람직하다. 개인, 대인관계, 조직, 지역사회, 정책이라는 다섯 수준의 전략은 서로 유기적으로 작용하여 건강행동을 변화시키는 힘을 가진다.

- **개인 수준 전략** : 교육, 상담, 행동훈련, 서비스 제공, 사회적 · 물질적 유인 제공
- **대인관계 수준 전략** : 가족 · 친구 네트워크 강화, 멘토 · 자조모임 활용, 자생적 지도자 참여
- **조직 수준 전략** : 직장 · 학교 내 건강증진 프로그램, 조직문화 개선, 제도적 지원 마련
- **지역사회 수준 전략** : 건강박람회 · 걷기대회, 사회마케팅, 물리적 · 사회적 환경 개선, 규범 형성, 지역사회 개발
- **정책 수준 전략** : 건강행동 촉진을 위한 유연근무제, 보험료 인센티브, 흡연 · 음주 제한 정책, 환경 규제 등

가. 실행계획

실행계획은 수립된 전략을 실제 현장에서 수행하기 위한 구체적인 지침으로, 사업의 목표 달성을 위한 세부 활동을 명확히 하는 과정이다. 즉, 누가, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게 할 것인가를 체계적으로 정리하여 실천 가능성을 높이는 것이 핵심이다.

a. 실행계획의 주요 요소

- **추진체계 수립** : 사업 운영주체와 책임자를 명시하고, 내부 인력과 외부 협력자의 역할을 규정한다.
- **업무 분장** : 담당자별 책임과 권한을 구체화하며, 이를 위한 지침서와 표준 서식을 마련한다.
- **자원 확보** : 예산 확보, 인력 배치와 훈련, 시설 · 장비 준비 방안을 포함한다.
- **일정 계획** : 준비 · 시작 · 종료 시점과 소요시간을 명확히 하고, 우선순위를 설정한다. 중간 점검일을 두어 진행 상황을 점검한다.
- **조직 운영** : 회의체계와 보고체계를 확립하고, 의사결정 구조를 명확히 한다.
- **윤리 · 법적 고려** : 관련 법규와 제도를 준수하며, 개인정보 보호 및 연구윤리를 반영한다.
- **모니터링 체계** : 사업의 진행 상황을 점검할 수 있는 관리시스템을 마련하고, 지연 · 예산 부족 등 위험요인 발생 시 대응 방안을 준비한다.
- **성과 활용 계획** : 기대성과와 평가기준을 사전에 설정하고, 사업 결과가 다음 기획 단계로 환류되도록

한다.

나. 평가계획

평가계획은 보건사업이 목표를 얼마나 달성했는지, 또한 수행 과정에서 어떤 성과와 한계가 있었는지를 체계적으로 확인하기 위한 절차이다. 이는 단순한 결과 확인이 아니라 향후 보건사업 개선과 정책 제안의 근거로 활용된다.

a. 평가의 영역

• 투입평가

- 자원의 적절성 검토 : 인력의 수와 전문성, 시설·장비의 적합성, 사업정보의 타당성 확인

• 과정평가

- 계획과 실제 집행의 일치 여부 점검 : 프로그램 진행 정도, 자원 사용의 효율성, 서비스의 질, 참여자의 특성 평가

• 결과평가

- 목적과 목표 달성 여부 확인
- 의도하지 않은 결과의 발생 여부 분석
- 조직 및 지역사회의 문제 해결 역량 강화 정도 검토
- 사업의 지속·확대 가능성 평가

b. 평가주기

- 수시평가 : 사업 진행 중 발생하는 문제를 즉시 조정
- 중간평가 : 일정 기간이 지난 후, 사업 방향과 효율성을 점검
- 최종평가 : 사업 종료 후, 성과를 종합적으로 분석하고 향후 개선방안 도출

(6) 보건사업의 실행

보건사업의 실행은 수립된 계획을 실제 활동으로 전환하는 과정으로, 계획된 전략과 세부계획을 실천하여 사업의 목적과 목표를 달성하는 단계이다. 이 과정에서 보건사업 담당자는 지역사회 내 다양한 자원(조직, 행정체계, 인력, 시설 등)을 효율적으로 활용하며, 사업이 원활하게 추진되도록 조정·감시·감독 역할을 수행한다.

효과적인 실행을 위해서는 다음과 같은 6단계 활동 전략을 거친다.

① 보건사업 홍보

보건사업의 성공적 추진을 위해서는 계획 수립 이후 사업의 필요성과 중요성을 지역사회 구성원과 이해관계자에게 충분히 알리는 과정이 선행되어야 한다.

- 중앙정부, 지방자치단체, 협력기관, 지역 언론 등을 대상으로 홍보활동 전개
- 소책자, 포스터, 홍보물 제작 및 배포, 대중매체(신문, 방송, 인터넷 등) 활용

- 세미나, 포럼, 간담회를 통한 전문가·주민 의견 교환
- 소비자 단체 및 지역사회 리더 등 옹호자 그룹 조직 및 지원

② 정책적 지지와 자원 마련

보건사업은 제도적·정책적 지원이 확보되어야 안정적으로 추진될 수 있다. 따라서 관련 기관 및 부서와의 협력 체계를 강화하고, 장기적인 자원 마련 계획을 수립해야 한다.

- 정책적 지지를 확보하기 위한 관계자 면담 및 협의체 운영
- 사업의 지속을 위한 법적·행정적 기반 마련
- 재정 확보를 위한 단계적·장기적 자원 조달 계획 수립

③ 지원조직 개발

보건사업은 단일 기관의 노력만으로는 충분하지 않으므로, 전문성과 참여성을 갖춘 지원조직의 개발이 필요하다.

- 전문가 집단 : 프로그램 설계, 관리, 기술적 자문 담당
- 주민 집단 및 가족 : 적극적인 참여와 피드백 제공
- 분야 간 네트워크 구축을 통한 협력 기반 형성

④ 시범사업 운영

본격적 사업 수행 전, 시범사업(pilot project)을 통해 사업의 타당성과 실현 가능성을 검증하는 과정이다.

- 재정적 범위, 인력 및 자원 배분, 추진 과정에서의 문제점 사전 점검
- 시범사업 수행을 통해 개선점을 도출하고, 프로그램의 수정·보완
- 결과 분석을 기반으로 사업의 확대 여부 결정

⑤ 보건사업 제공자의 능력 강화

보건사업 제공자는 대상자에게 직접 서비스를 전달하는 핵심 주체로, 이들의 역량 강화가 곧 사업의 성패와 직결된다.

- 제공자의 전문성 제고 및 지속적 교육·훈련 실시
- 자원의 효율적 활용을 통한 서비스 질 개선
- 제공자 간 역할 분담과 협력체계 명확화

⑥ 타 분야와의 협력 강화

건강문제 해결은 보건 분야만의 노력으로는 한계가 있으므로, 다양한 분야와의 연계가 필수적이다.

- 건강증진, 예방, 치료, 재활 등 다학제적 접근을 통한 통합 서비스 제공
- 교육, 복지, 환경, 산업 등 관련 분야와의 협력 체계 구축
- 기관 간 연계를 통해 서비스 접근성 향상 및 자원 활용 극대화

(7) 보건사업의 평가

보건사업 평가는 사업 수행 후 설정된 목표가 얼마나 달성되었는지를 확인하고, 그 성과와 한계를 분석하여 향후 사업 개선과 지속 여부를 결정하는 과정이다. 평가를 통해 사업이 올바른 방향으로 진행되고 있는지 점검할 수 있으며, 자원의 효율성과 효과성을 동시에 검토할 수 있다.

① 평가 목적

보건사업 평가는 단순히 성과를 확인하는 것에 그치지 않고, 다음과 같은 목적을 가진다.

- 사업의 집행 과정을 개선하고 관리 효율성을 제고
- 사업 성과와 효과를 검증하여 정책적·재정적 근거 마련
- 투입 대비 효과성을 분석하여 자원의 합리적 사용 촉진
- 사업 구성요소 간 인과관계 확인 및 새로운 지식 창출
- 향후 사업의 방향 설정과 발전적 환류

② 평가 지표

보건사업의 성과는 다양한 지표를 통해 측정된다. 대표적으로는 다음과 같은 다섯 가지 범주가 활용된다.

- **업무량**: 목표 달성을 위해 투입된 활동의 양과 질
- **성과**: 활동 결과가 기대한 만큼의 변화를 일으켰는지 여부
- **충족도**: 성과가 필요량을 얼마나 충족시켰는지 평가
- **효율성**: 동일 자원 투입 대비 가장 효과적인 수행 방법 여부
- **과정**: 수행 방법이 환경에 적절했는지, 성공·실패에 영향을 준 요인 규명

③ 평가 유형

가. 평가 주체에 따른 구분

- **내부평가**: 실무자가 직접 수행하는 평가로 사업 특성을 반영할 수 있으나 객관성 확보가 어려움
- **외부평가**: 전문기관이나 전문가 패널이 수행하여 객관성이 높지만 비용과 시간이 많이 소요됨

나. 평가 자료에 따른 구분

- **양적 평가**: 통계와 지표를 활용하여 객관적 수치를 분석하는 방법
- **질적 평가**: 관찰·면담 등을 통해 수량화가 어려운 성과를 기술적으로 분석하는 방법

다. 평가 시기에 따른 구분

- **진단평가**: 사업 시작 전 대상자의 특성과 요구를 파악하기 위한 사전 평가
- **형성평가**: 사업 진행 중간에 성과와 문제점을 점검하여 개선 방향을 도출
- **총괄평가**: 사업 종료 후 성과 달성 정도와 사회적 파급효과를 종합적으로 분석

라. 사업 진행 과정에 따른 구분

- **구조평가**: 인력, 예산, 시설 등 투입 자원의 적절성을 검토

- **과정평가**: 사업 활동과 집행 과정이 계획대로 이루어졌는지 확인
- **영향평가**: 단기적 효과, 주민의 인식·태도·행동 변화를 측정
- **결과평가**: 장기적 성과, 건강수준·유병률·사망률의 변화를 분석

④ 논리모형에 따른 평가

논리모형은 투입·활동·산출·결과 간의 인과관계를 시각적으로 제시하여, 사업의 성과를 종합적으로 파악하는 틀이다.

- **투입**: 인력, 예산, 시설, 장비 등 필요한 자원
- **활동**: 교육, 상담, 캠페인, 건강검진 등 구체적 중재
- **산출**: 사업 활동을 통해 나타난 직접적 산물(교육 횟수, 참여자 수 등)
- **결과**: 단기·중기·장기 변화(지식 향상, 태도 변화, 건강 상태 개선 등)

4절

일차보건의료

1 일차보건의료의 이해

1) 일차보건의료의 개념

일차보건의료(Primary Health Care, PHC)의 개념은 1978년 WHO와 유니세프가 공동으로 개최한 알마아타(Alma-Ata) 회의에서 처음 공식적으로 제시되었다. 이 회의에서는 “모든 사람에게 건강을(All people have the right to health)”이라는 목표를 선언하며, 일차보건의료 전략을 국제적으로 확립하였다. 일차보건의료는 단순히 병원에서 제공되는 일차 진료(primary care)만을 의미하는 것이 아니라, 지역사회 주민이 가장 먼저 접하는 포괄적 보건 서비스를 포함한다.

일차보건의료는 지역 주민들에게 기본적이고 필수적인 보건의료서비스를 제공하여 주민들의 건강 수준을 향상시키는 것을 목표로 한다. WHO(세계보건기구)는 일차보건의료를 지역사회에서 누구나 접근 가능하고, 경제적으로나 사회적으로 수용 가능하며, 비용 효율적인 필수적인 보건의료라고 정의하며 다음의 접근성(accessibility), 수용 가능성(acceptability), 주민 참여(active participation of population), 지불부담 능력(affordable) 등 4A를 주요 필수요소로 제시하고 있다.

(1) 접근성

- 모든 주민이 쉽게 보건의료서비스를 이용할 수 있어야 한다는 의미이다.
- 지리적, 경제적, 사회적 차별 없이 누구나 필요한 서비스를 받을 수 있어야 한다.
- 특히 외딴 지역이나 소외된 지역까지 보건의료가 전달되어야 하며, 이러한 지역이 일차보건의료의 핵심 대상이 된다.

(2) 수용 가능성

- 주민들이 쉽게 받아들일 수 있는 방식으로 보건사업을 제공해야 한다.
- 단순히 과학적이고 효과적인 방법만이 아니라, 지역 사회 문화와 생활 방식에 맞는 접근이 필요하다.

(3) 주민 참여

- 지역 주민이 보건사업의 계획과 실행에 적극적으로 참여해야 한다는 원칙이다.
- 일차보건의료는 지역사회 개발 정책과 연계되어 운영되며, 주민의 참여가 보건의 질과 지속성을 높이는 핵심 전략이 된다.
- 이를 위해 지방분권화된 보건체제에서 주민 참여를 촉진하는 것이 바람직하다.

(4) 지불부담 능력

- 주민이 경제적으로 감당할 수 있는 수준의 비용으로 서비스를 제공해야 한다.
- 국가나 지역사회 재정 여건 내에서 비용을 조정하여, 누구나 부담 없이 이용할 수 있도록 하는 것이 중요하다.

2) 일차보건의료의 철학

1978년 알마아타(Alma-Ata)에서 채택한 선언은 “모든 사람에게 건강을”이라는 목표 아래 일차보건의료의 철학적 기반과 원칙을 제시했다. 이 선언에서 강조된 핵심 철학은 다음과 같다.

(1) 건강은 기본권

일차보건의료의 철학에서 가장 중요한 원칙 중 하나는 건강은 모든 인간이 누려야 하는 기본적 권리라는 점이다. 알마아타 선언은 모든 사람이 질병 예방, 치료, 건강증진 서비스를 이용할 권리가 있음을 명시하고 있다. 즉, 개인의 건강은 단순히 개인의 문제가 아니라 국가와 사회가 책임을 가지고 보장해야 하는 권리라는 것이다. 이를 통해 건강권을 사회적·정책적 관점에서 실현하고자 하는 철학적 기반이 마련되었다.

(2) 보건의료의 형평성과 접근성

일차보건의료는 누구나 경제적·지리적 제약 없이 필수 보건서비스를 이용할 수 있어야 한다는 원칙을 강조한다. 특히 소외된 지역이나 취약 계층도 동일한 수준의 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것이 중요하다. 이는 단순히 서비스 제공에 그치지 않고, 지역과 계층 간 건강불평등을 줄이고, 모든 사람에게 형평성 있는 보건의료를 제공해야 한다는 철학적 기반을 의미한다.

(3) 예방과 건강증진 중심

일차보건의료는 질병 치료 중심이 아닌 예방과 건강증진 중심의 보건의료를 강조한다. 이는 주민들이 질병에 걸린 후 치료를 받는 것뿐만 아니라, 건강 문제를 미리 예방하고 스스로 건강을 관리할 수 있는 능력을 갖추도록 지원하는 데 초점을 둔다. 알마아타 선언은 예방 중심의 접근이 장기적으로 지역사회 건강 향상과 의료비 절감에 기여함을 명확히 제시하였다.

(4) 지역사회 참여

일차보건의료의 또 다른 핵심 철학은 지역사회 주민의 적극적인 참여이다. 주민이 보건사업의 계획, 실행, 평가 과정에 참여함으로써 지역사회 실정에 맞는 건강 관리가 가능해진다. 주민 참여와 자율성은 일차보건의료의 지속 성과 효과를 높이는 핵심 전략으로, 지역사회가 스스로 건강 문제를 해결하도록 돕는 중요한 원칙이다.

(5) 다부문적 협력과 통합적 접근

마지막으로, 알마아타 선언은 건강을 달성하기 위해서는 의료서비스만으로는 충분하지 않다고 강조한다. 교육, 환경, 농업, 주거 등 다양한 사회 부문과의 협력을 통해 통합적 건강 관리가 이루어져야 한다는 것이다. 이를 통해 단편적인 치료 중심의 의료가 아닌, 주민의 생활 전반을 고려한 포괄적이고 지속 가능한 건강증진 전략을 실현할 수 있다.

3) 일차보건의료의 필수서비스

알마아타 선언에서는 모든 사람이 건강을 누릴 권리를 실현하기 위해, 지역사회에서 제공되어야 하는 기본적인 필수적인 보건서비스를 다음과 같이 제시하였다.

(1) 건강 교육

- 질병 예방과 건강증진을 위해 주민에게 건강 정보와 교육을 제공한다.
- 주민이 자신의 건강을 스스로 관리하고 유지할 수 있도록 돕는 것이 목표이다.

(2) 영양 개선과 식품 공급

- 영양 결핍을 예방하고 주민의 전반적인 건강을 향상시키기 위한 영양 관리와 필수 식품 공급을 포함한다.
- 모유 수유 장려, 비타민 · 영양 보충, 지역 영양 상담 프로그램 등이 이에 해당된다.

(3) 안전한 식수와 위생

- 수인성 질병 예방과 환경 개선을 위해 깨끗한 식수, 위생 시설, 하수 처리, 폐기물 관리 등을 제공한다.
- 지역사회 전반의 생활환경 개선과 건강 유지에 필수적이다.

(4) 모자보건과 가족계획

- 임신부와 아동의 건강을 보호하고, 가족계획을 지원하여 출산 및 성장 관련 질병과 문제를 예방한다.
- 산전 · 산후 관리, 신생아 예방접종, 피임 상담 등이 포함된다.

(5) 예방접종

- 지역사회 주요 전염병을 예방하기 위해 예방접종 프로그램을 제공한다.
- BCG, DTP, MMR, 소아마비 등 필수 백신 접종이 여기에 해당한다.

(6) 질병 예방과 치료

- 지역사회에서 흔히 발생하는 질병과 손상에 대해 예방과 적절한 치료를 제공한다.
- 결핵, 말라리아, 기타 지역 특성 질환 관리 등이 포함된다.

(7) 필수 의약품 제공

- 기본적인 치료가 가능하도록 필수 의약품을 안정적으로 공급한다.
- 해열제, 항생제, 소화제 등 지역사회에서 가장 필요로 하는 약품을 제공하는 것이 핵심이다.

4) 우리나라 일차보건의료

우리나라에서 일차보건의료는 1960년대 이후 경제개발과 사회 안정 속에서 건강의 중요성이 점점 강조됨에 따라 발전하기 시작했다. 이 시기 지역사회 건강서비스 사업은 의과대학, 외국 의료원조기관, 정부 투자기관 등에서 전국적으로 시도되었다.

조직적이고 체계적인 지역사회보전사업의 시작점으로는 1969년 시블리 박사(Dr. Sibley)가 경남 거제군에 설립한 재단법인 지역사회개발보전원을 들 수 있다. 이 기관은 지역사회 주민의 참여와 간호사를 포함한 보건요원들의 활동을 통해 운영되었으며, 우리나라 지역보전사업의 출발점으로 평가된다.

정부 차원에서도 1975년 「한국보건개발원법」을 제정하여 무의촌 문제를 해소하고, 저소득층에 대한 의료 혜택을 개선 및 확충하는 계획을 세웠다. 이를 통해 먼 단위 자치기구를 중심으로 도시 영세민과 농어촌 저소득층이 저렴한 비용으로 의료 혜택을 받을 수 있는 한국 실정에 맞는 새로운 의료체계를 개발하기 시작했다.

1976년에는 한국보건개발연구원이 설립되어 시범사업을 진행하였고, 1976년부터 1980년까지 5년간의 시범사업을 통해 보건진료원과 공중보건의를 농어촌 지역에 배치할 수 있는 제도적 기반이 마련되었다.

또한, 1980년 12월 31일 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」이 공포되면서, 보건진료 전담공무원을 지역사회 주민에 대한 일차보건의료서비스 최초 접근 인력으로 규정하는 법적 근거가 마련되었다. 1982년부터는 먼 단위 이하 벽지·오지에 보건진료 전담공무원을 배치하고, 공중보건의라는 새로운 인력을 창출하여 농어촌 지역 주민에게 기본적인 건강관리와 의료서비스를 제공하기 시작했다.

2 지역보건의료사업의 이해

1) 지역보건의료사업의 개념

지역보건의료사업은 지역사회의 특성과 주민의 건강 요구를 반영하여, 보건소와 그 하부 기관을 중심으로 각종 보건의료 자원을 조직·활용하고 예방, 진단, 치료, 재활, 건강증진 서비스를 통합적으로 제공하는 활동을 말한다. 이는 단순한 의료서비스의 제공을 넘어, 지역주민의 건강 수준을 향상시키고 건강형평성을 제고하며, 궁극적으로 건강한 지역사회를 구현하는 것을 목적으로 한다.

지역보건의료사업은 「지역보건법」에 근거하여 지방자치단체가 주도적으로 수립·시행하는 체계적 보건사업이다. 지방자치단체는 지역의 특성과 주민의 요구를 반영하여 4년마다 지역보건의료계획을 수립하고, 이를 바탕으로 다양한 보건사업을 추진한다. 이러한 과정은 중앙정부가 일방적으로 지시하는 상의하달식(top-down) 방식에서 벗어나, 지방자치단체가 계획을 수립하고 중앙정부가 이를 조정하는 하의상달식(bottom-up) 접근을 통해 이루어진다.

이를 통해 지역사회 내 건강 문제를 과학적으로 파악하고, 제한된 보건자원을 효율적으로 활용할 수 있으며, 나아가 주민의 참여를 기반으로 한 맞춤형 보건사업을 전개할 수 있다. 결국 지역보건의료사업은 지역주민의 건강 요구를 충족시키고 건강격차를 해소함으로써 지역사회의 지속 가능한 건강증진을 도모하는 핵심적 보건의료 활동이라고 할 수 있다.

2) 지역보건의료사업의 변천

(1) 보건소 지역보건사업의 변천

보건소 지역보건사업의 변천과정은 다음과 같다.

단계	시기	주요 특징	주요 사업
제1단계	1945~1950년대	근대적 공중보건사업 도입, 보건소 설립 시작	급성 감염병 관리, 빈곤층 의료구호
제2단계	1960~1970년대	가족계획사업 중심, 인구 증가율 급격히 둔화	가족계획사업
제3단계	1970~1980년대	질병 양상이 급성 감염병에서 만성 퇴행성질환으로 전환되는 시기, 그러나 보건사업의 침체기	감염병 예방, 가족계획, 취약계층 진료
제4단계	1990년대 이후	<ul style="list-style-type: none"> 지방자치제(1995) 이후 보건소법으로 지역보건법으로 개정, 지역의 특성을 반영한 지역보건의료계획 수립 추진, 보건사업 다각화 1995년 국민건강증진법 및 정신보건법 제정, 국민건강증진법을 근거로 건강증진사업시행 시작 정신보건법을 근거로 정신건강복지센터와 정신건강 상담전화 운영, 정신건강증진사업을 추진함 	건강증진, 만성질환 관리, 재활, 정신보건, 지역사회 통합건강증진사업(절주, 금연, 영양, 신체활동, 구강보건, 치매관리 등), 정신건강복지센터 운영, 자살예방

3) 지역보건의료계획

(1) 지역보건의료계획의 수립배경 및 법적 근거

우리나라에서 ‘건강증진’이 보건정책의 핵심 영역으로 본격화된 것은 1990년대 중반부터이다. 1995년 「국민건강증진법」이 제정되었고, 같은 해 「보건소법」이 「지역보건법」으로 전면 개정되면서 지역보건의료계획의 제도적 기반이 마련되었다.

특히 1994년 우루과이 라운드 협상 타결 이후 수입 농산물의 대량 유입으로 인한 농어촌 지역의 소득 감소와 사회경제적 영향, 그리고 이로 인한 질병 발생 및 의료서비스 이용 위축 문제를 완화하기 위해 농어촌 보건의료서비스 개선사업이 추진되었다. 초기의 지역보건의료계획은 이러한 개선사업의 일환으로 일부 지역에서 사업 선정을 위한 참고 자료로 활용되었다.

이후 2003년부터는 전국의 모든 광역자치단체와 기초자치단체가 지역보건의료계획을 의무적으로 제출하게 되면서, 지역보건의료계획은 명실상부 지역사회 중심의 보건의료 종합계획으로 자리매김하였다. 또한 2007년부터는 지역 차원의 계획 수립 시 국가적 정책 방향인 「국민건강증진종합계획 2010」을 반영하도록 하여, 국가와 지방의 건강증진정책이 일관성과 연계성을 갖도록 하였다.

지역보건의료계획은 1997년 제1기 계획을 시작으로 현재 제8기까지 수립·시행되고 있으며, 이를 통해 지역주민의 건강수준 향상과 건강형평성 제고를 위한 법적·제도적 기반을 강화해왔다.

(2) 지역보건의료계획의 수립과정

지역보건의료계획은 4년마다 중장기 계획을 수립하고, 이를 기초로 매년 세부 실행계획을 마련하여 사업을 추진한다. 계획 수립 과정은 먼저 해당 지역의 건강 수준과 건강 문제에 대한 현황을 조사·분석하는 데서 시작한다. 이를 통해 지역사회 주민의 건강행태와 건강수준을 파악하게 된다. 예를 들어, 특정 지역의 경우 다른 지역에 비해 흡연율이 높고 음주율은 다소 낮으며, 고령 인구가 점차 증가하여 만성질환 위험이 높다는 사실이 확인될 수 있다.

이와 같은 분석 결과를 토대로 지역의 건강문제 해결을 위한 전략이 수립된다. 즉, 금연사업을 강화하거나, 노인 맞춤형 건강관리서비스를 제공하는 등 지역의 특성과 요구에 적합한 사업이 도출된다.

수립된 계획은 주민 의견 수렴 과정을 거친 후, 시·도 및 시·군·구 지역보건심의위원회의 심의와 지방의회 보고를 통해 검토된다. 이러한 절차를 모두 거친 뒤 최종적으로 보건복지부에 제출됨으로써 지역보건의료계획이 공식화된다.

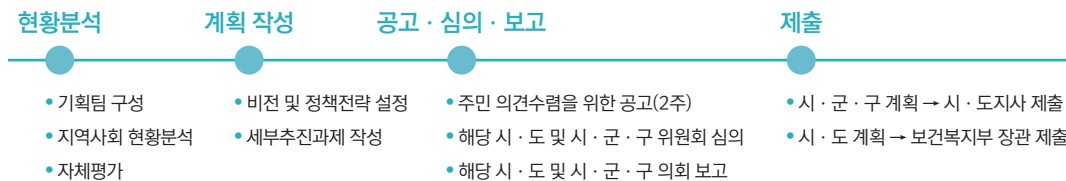


그림 2-15 지역보건의료계획 수립과정

출처: 건강증진개발원 웹진 THE 건강, 2024

(3) 지역보건의료계획의 규정 및 내용

① 지역보건법 제 7조에 의하면 지역보건의료계획에는 다음 사항이 포함되어야 한다고 규정하고 있다.

- 보건의료 수요의 측정
- 지역보건의료서비스에 관한 장기·단기 공급대책
- 인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리
- 지역보건의료서비스의 제공을 위한 전달체계 구성 방안
- 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리

② 시·군·구 지역보건의료계획의 내용에 다음 사항이 포함되어야 한다고 규정하고 있다.

- 지역보건의료계획의 달성 목표

- 지역현황과 전망
- 지역보건의료기관과 보건의료 관련기관·단체 간의 기능 분담 및 발전 방향
- 보건소의 기능 및 업무의 추진계획과 추진현황
- 지역보건의료기관의 인력·시설 등 자원 확충 및 정비 계획
- 취약계층의 건강관리 및 지역주민의 건강 상태 격차 해소를 위한 추진계획
- 지역보건의료와 사회복지사업 사이의 연계성 확보 계획
- 그 밖에 시·도지사 및 특별자치시장·특별자치도지사가 지역보건의료계획을 수립함에 있어서 필요하다고 인정하는 사항

③ 시·도 지역보건의료계획에는 위의 시·군·구 내용 외에도 다음 사항을 포함하도록 한다.

- 의료기관의 병상(病床)의 수요·공급
- 정신질환 등의 치료를 위한 전문치료시설의 수요·공급
- 특별자치시·특별자치도·시·군·구 지역보건의료기관의 설치·운영 지원
- 시·군·구 지역보건의료기관 인력의 교육훈련
- 지역보건의료기관과 보건의료 관련기관·단체 간의 협력·연계

4) 지역보건의료기관의 운영 및 기능

(1) 보건소

① 보건소의 변천과정

보건소는 지역 보건의료정책을 효과적으로 수행하여 주민 건강을 증진하는 것을 목적으로 한다.

우리나라의 보건소의 시작은 1946년 미군정 시기에 설치된 현 중구보건소의 전신인 모범보건소였다. 이후 1953년 전국에 15개소의 보건소가 처음 설치되었고, 1956년 「보건소법」 제정으로 시·군·구 단위에 보건소가 세워지기 시작하였다. 당시 설치 기준은 서울특별시와 각 시·군에 두되, 서울특별시의 구와 시에는 인구 20만 명당 1개소, 군에는 각 군마다 1개소를 두는 것이었으며, 필요시 도지사나 서울시장의 승인을 받아 지소를 둘 수 있도록 하였다.

1977년 의료보호제도의 도입으로 보건소는 일차보건의료기관으로 지정되어 의료보호(현 의료급여) 대상자에게 의료사업을 제공하기 시작하였다. 이로써 민간 의료기관은 주로 치료 중심의 역할을, 보건소는 예방과 치료를 아우르는 종합적 보건의료사업을 수행하는 계기가 마련되었다.

1988년에는 「보건소법」과 「의료법」 개정으로 병원의 요건을 갖춘 보건소를 보건의료원으로 명칭을 변경하였다. 보건의료원에는 내과, 외과, 소아과, 산부인과, 치과 등이 설치되고, 전문의를 배치하여 의료 취약지역 주민들에게 의료서비스를 강화하였다. 1989년 전 국민 의료보험이 시행되면서 보건소는 의료급여 대상자는 물론 의료보험 대상자까지 포함해 폭넓은 보건서비스를 제공하게 되었다.

1991년 전부개정된 「보건소법」에 따라 일부 보건소에는 지역보건과가 설치되었고, 방문간호사업이 도입되어 만성질환자 관리가 본격화되었다. 이후 지방자치제 도입, 소득수준 향상, 인구구조와 질병구조 변화에 따라 보건

소는 주민의 평생건강을 책임지는 기관으로서 기능이 확대될 필요성이 커졌다. 이에 1995년 「보건소법」은 「지역보건법」으로 전면 개정되고, 같은 해 「건강증진법」이 제정되어 보건소는 예방과 건강증진사업을 포괄적으로 수행할 수 있게 되었다.

「지역보건법」은 국가와 지방자치단체의 책무를 명시하여, 시·군·구가 지역 특성과 주민의 요구를 반영한 지역보건 대책을 마련하고 추진하도록 하였다. 국가와 시·도는 보건기관 운영과 인력 확충, 기술 및 재정 지원을 담당하며, 보건복지부는 모든 보건소가 지역 실정에 맞는 보건의료계획을 작성하도록 하였다. 이에 따라 1999년부터 2002년까지의 4개년 계획서를 내놓았다. 보건의료계획서 작성의 의의는 지금까지 상의하달(top-down)의 방식에서 하의상달(bottom-up)의 방식으로 사업전환을 꾀함으로써 지방자치제 목표에 맞는 보건행정을 펼칠 수 있고, 지방자치단체장을 비롯한 각계각층의 주민들이 함께 계획수립에 참여함으로써 주민 건강증진 및 건강한 지역사회를 조성하게 하는 것이다. 또한 1995년 제정된 「국민건강증진법」을 통해 정부는 국민건강증진기금을 마련하여 재정 기반을 확보하였고, 이를 토대로 보건소를 주민 건강증진의 거점기관으로 육성하였다. 1999년부터 보건복지부는 전국 18개 보건소를 선정해 1~3개 건강증진 프로그램을 2~3년간 시범사업을 운영한 후 2005년 전국으로 확대하였다. 이어 2013년부터는 지역사회 통합건강증진사업을 통해 전국 모든 보건소가 건강증진 사업을 추진하고 있다.

② 보건소의 조직

가. 조직체계

보건소는 중앙정부조직인 보건복지부로부터 보건행정과 보건의료사업의 기능을 지도·감독받고, 행정안전부로부터는 인력, 예산 지원을 받는 하부 행정단위로서 이원화된 지도 감독체제로 이루어져 있다. 보건소의 조직 기준을 정할 때는 「지역보건법 시행령」 제12조에 의해 행정안전부장관은 미리 보건복지부장관과 협의해야 한다. 또한 보건소의 조직은 당해 시·군·구의 인구 규모, 지역 특성, 보건의료 수요 등을 고려하여야 하고, 다른 지방자치단체와의 균형을 유지하도록 합리적으로 정해야 한다. 기능과 업무량이 변경될 경우에는 그에 따라 조직과 정원도 조정하여야 한다.

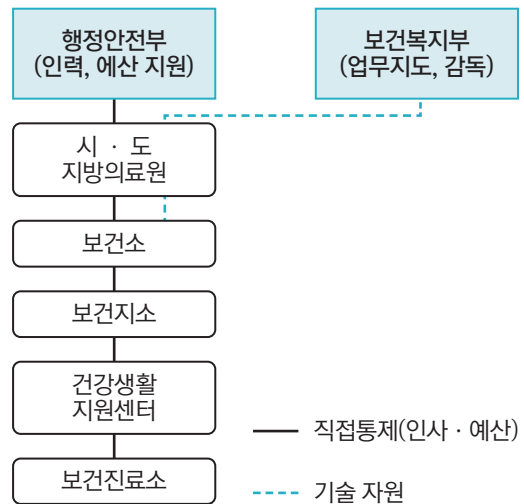


그림 2-16 보건소의 조직체계

나. 설치기준

보건소는 「지역보건법」 제10조에 의거하여 지역사회 주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개의 보건소를 설치한다[표 2-25]. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당

지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다. 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우에는 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

표 2-25 보건소 등의 설치현황

시·도별	총계	보건소	보건지소	건강생활지원센터	보건진료소
총계	3,598	259	1,341	96	1,904
서울특별시	59	25	33	1	0
부산광역시	44	16	10	13	5
대구광역시	27	8	9	2	8
인천광역시	69	10	26	8	25
광주광역시	24	5	0	9	10
대전광역시	20	5	6	1	8
울산광역시	25	5	8	1	11
세종특별자치시	19	1	10	1	7
경기도	346	48	118	19	161
강원도	256	18	100	9	129
충청북도	272	14	95	4	159
충청남도	410	16	151	7	236
전라북도	409	15	150	4	240
전라남도	573	22	217	7	327
경상북도	557	25	223	1	308
경상남도	421	20	174	7	220
제주특별자치도	67	6	11	2	48

출처 : 보건복지부, (2024), 2023 보건복지백서.

③ 보건소의 인력

가. 보건소장

「지역보건법」 제10조에 의거하여 보건소에는 보건소장 1명을 두되, 의사 면허가 있는 사람 중에서 보건소장을 임용한다. 단, 의사 면허가 있는 사람 중에서 임용하기 어려운 경우에는 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사, 약사 또는 보건소에서 실제로 보건 등과 관련된 업무를 하는 공무원으로서 대통령령으로 정하는 자격을 갖춘 사람을 임용할 수 있다.

보건소장은 시장·군수·구청장의 지휘·감독을 받아 보건소의 업무를 관장하고 소속 공무원을 지휘·감독하며, 관할 보건지소, 건강생활지원센터 및 보건진료소의 직원 및 업무에 대하여 지도·감독한다.

나. 보건소 전문인력

「지역보건법」 제16조에 의하여 보건소에는 기관의 장과 해당 기관의 기능을 수행하는 데 필요한 면허·자격 또는 전문지식을 가진 인력을 두어야 한다. 시·도지사는 지역보건의료기관의 전문인력을 적정하게 배치

하기 위하여 필요한 경우에 따라 지역보건의료기관 간에 전문인력의 교류를 할 수 있다. 「보건소 전문인력의 면허 또는 자격의 종별에 따른 배치기준은 [표 2-26]과 같으며, 보건소 인력 현황은 [표 2-27]과 같다.

보건소 전문인력의 임용은 해당 분야 면허나 자격을 소지하고 2년 이상 실무에 종사한 자(「지역보건법 시행령」 제17조)를 우선적으로 하고, 전문인력에 대하여 기본교육훈련과 직무분야별 전문교육훈련을 실시하여야 한다(「지역보건법 시행령」 제19조).

표 2-26 전문인력의 면허 또는 자격의 종별에 따른 최소배치기준(「지역보건법 시행규칙」 제4조 제1항 관련)<개정 2019.4.2.>

1. 보건소

(단위: 명)

직종별	구분	특별시의 구	광역시의 구, 인구 50만명 이상인 시의 구 및 인구 30만명 이상인 시	인구 30만명 미만인 시	도농복합 형태의 시	군	보건의료원이 설치된 군
의사		3	3	2	2	1	6
치과의사		1	1	1	1	1	1
한의사		1	1	1	1	1	1
조산사		(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
간호사		18	14	10	14	10	23
약사		3	2	1	1	1	2
임상병리사		4	4	3	4	2	4
방사선사		2	2	2	2	2	3
물리치료사		1	1	1	1	1	2
작업치료사		1	1	1	1	1	2
치과위생사		1	1	1	1	1	1
영양사		1	1	1	1	1	2
간호조무사		(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(6)
보건의료정보관리사		-	-	-	-	-	1
위생사		(3)	(3)	(2)	(2)	(2)	(2)
보건교육사		1	1	1	1	1	1
정신건강전문요원		1	1	1	1	1	1
정보처리기사 및 정보처리기능사		(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
응급구조사		-	-	-	-	(1)	1

※ 비교

1. 이 기준은 보건소장을 제외한 기준이며, 해당 지방자치단체의 실정에 따라 이 기준을 초과하여 필요한 전문인력을 배치할 수 있다.
2. 의사, 치과의사, 한의사는 공중보건의사를 포함한다.
3. 조산사 및 간호조무사는 간호사 전체 인력의 범위에서 간호사에 갈음하여 배치할 수 있다.
4. 위생사의 기준은 보건소에서 위생 업무를 관장하는 경우에 한정하여 적용한다.
5. 정보처리기사·정보처리기능사 및 응급구조사의 기준 중 ()로 표시된 기준은 해당 시·군·구의 여건에 따라 조정할 수 있다.
6. 영양사는 인구 5만명 미만의 군(보건의료원이 설치된 군은 제외한다)의 경우에는 해당 군의 여건에 따라 이 기준을 조정하여 배치할 수 있다.

출처: 법제처, (2025). 지역보건법 시행규칙[별표 2]

표 2-27 보건소의 전문인력 현황

연도 (Year) 성 (Gender) 시도 (City/ province)	계 (Total)	소장 (Director)		의사 (Physicians)			치과의사 (Dentists)		한의사 (Oriental medical doctors)	
		의사 (Physicians)	의사 외 (Non physicians)	의무직 (Medical officer)	계약직 (Temporary medical officer)	공중 보건직 (Public health doctor)	일반 (Dental officer)	공중 보건직 (Public health doctor)	일반 (Dental officer)	공중 보건직 (Public health doctor)
2019	16,652	104	152	64	254	384	56	240	59	246
2020	18,153	106	150	53	278	355	55	248	58	242
2021	20,218	106	152	41	267	361	52	245	57	196
2022	20,351	100	159	42	280	273	68	234	66	181
2023	20,064	96	165	42	267	250	63	292	69	211

약사 (Pharmacists)	간호사 (Nurses)	영양사 (Dietitians)	보건 교육사 (Health education specialist)	의료기사 (Medical technologists)						간호 조무사 (Nursing aides)	행정직 (Public administrator)	보건직 (Public health workers)	기능 등 (Others)
				방사 선사 (Radiological technologists)	임상 병리사 (Medical technologist)	치과 위생사 (Dental hygienists)	물리 치료사 (Physical therapists)	작업 치료사 (Occupational therapist)	보건 의료 정보 관리자 (Health Information Manager)				
155	5,949	438	1	675	934	979	637	105	-	568	1,208	1,478	1,966
149	7,085	462	4	675	919	1,009	681	210	-	480	1,305	1,532	2,097
132	8,377	513	7	712	997	1,074	761	289	-	474	1,542	1,670	2,193
120	8,503	553	241	737	1,052	1,082	807	155	150	375	1,299	1,528	2,346
121	8,084	596	279	747	1,111	1,097	831	146	163	365	1,218	1,573	2,278

출처 : 보건복지부. (2025). 2024 보건복지통계연보.

④ 보건소의 기능과 역할

가. 「지역보건법」에 제시된 보건소 업무

보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다(「지역보건법」제 11조).

1. 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성
2. 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가
3. 보건의료인 및 「보건의료기본법」 제3조 제4호에 따른 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민 보건 향상을 위한 지도·관리
4. 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축
5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공

가. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육

나. 감염병의 예방 및 관리

다. 모성과 영유아의 건강유지·증진

라. 여성·노인·장애인 등 보건의료취약계층의 건강유지·증진

마. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항

바. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항

사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업

아. 난임의 예방 및 관리

나. 보건소 업무의 위탁 및 대행

보건소는 기관의 업무의 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건의료기관·단체에 위탁하거나, 의료인에게 대행하게 할 수 있다.

보건의료기관·단체, 의료인에게 위탁할 수 있는 업무의 내용은 다음과 같다(「지역보건법」 제30조, 「지역보건법 시행령」 제23조).

• 위탁업무

- 지역사회 건강실태조사에 관한 업무
- 지역보건의료계획의 시행에 관한 업무
- 감염병의 예방 및 관리에 관한 업무
- 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등 질병관리에 관한 사항 중 전문지식 및 기술이 필요한 진료, 실험 또는 검사 업무
- 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업에 관한 업무

• 대행업무

- 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등 질병관리에 관한 사항 중 전문지식 및 기술이 필요한 진료에 관한 업무

⑤ 보건소의 문제점

가. 조직상의 문제

• 조직의 이원화

보건소 조직은 행정안전부의 직접적인 지도와 감독을 받고 있으며, 보건인력이 수행해야 할 업무는 보건복지부의 지도와 감독을 받으므로 이원화된 조직체제로 운영되고 있다. 따라서 업무수행에 있어 현장에서 혼선이나 비효율이 발생할 수 있다.

• 획일적인 조직설치

현재 보건소는 일반적으로 시·군·구 단위로 설치되어 있다. 이는 각 지역의 인구구조, 노인 비중, 교통 접근성, 지역 내 의료기관 분포 등 사회적·경제적·지리적 요인 등이 충분히 반영되지 않을 수 있다. 따라서 보건수요, 자원배분의 불일치, 행정담당과 실제 보건수요 간의 간극 발생 가능성을 고려해야 한다.

나. 국민건강요구 변화에 따른 대응력 미흡

현 시대는 도시화, 고령화, 생활습관 변화 등으로 질병 분포가 급변함에 따라 만성, 퇴행성 질환이 증가하고 있을 뿐만 아니라 감염병 등에도 대처해야 한다. 그러나 새롭게 등장하는 건강 문제에 선제적으로 대응하기엔 체계가 부족하다는 지적이 있다.

다. 환경위생 업무의 퇴보

원래 보건소에서 수행하던 환경위생 관련 업무가 점차 행정 중심(감시·단속) 기능으로 변질되며, 예방 및 교육 중심의 종합적인 환경 관리 행정으로 조직화되지 못한 현실이 있다. 즉, 환경 문제를 관리·예방하는 시스템이 아니라 단순 행정 구호·단속 중심으로 운영되는 경향이 있다는 우려가 있다.

라. 보건의료서비스 기능의 포괄성 미흡

대부분의 보건소는 진료서비스에서 의료적 깊이와 연계성이 부족하며, 예방서비스 또한 실적 관리 위주의 규제 업무에 집중되는 경향이 있어 종합적 서비스 제공에 제약이 있다.

마. 주민의 보건소 이용 저조

국민 다수는 보건소의 진료 수준을 민간 병·의원보다 낮게 인식하는 경향이 있으며, 이로 인해 보건의료기관으로서의 신뢰도가 저하되고 실제 이용률 또한 저조한 실정이다.

바. 전문인력 확보 미흡

현재 보건소는 전문인력의 수급 부족과 더불어 직무의 역할과 책임이 불명확하여 지역사회 요구에 능동적으로 대응하는 데 어려움이 있다. 따라서 보건요원의 업무 능력과 전문성을 높이기 위해, 전문인력의 합리적인 배치 및 지속적인 교육·훈련을 보장할 수 있는 제도적 장치 마련이 요구된다.

(2) 보건지소

① 보건지소 설치

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소를 설치할 수 있다(「지역보건법」 제13조). 보건지소는 읍·면(보건소가 설치된 읍·면은 제외)마다 1개씩 설치할 수 있다. 다만, 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영하거나 여러 개의 보건지소를 통합하여 설치·운영할 수 있다(「지역보건법 시행령」 제10조).

② 보건지소 인력

보건지소에는 보건지소장 1명을 두되, 지방의무직공무원 또는 임기제공무원을 보건지소장으로 임용한다(「지역보건법 시행령」 제14조). 보건지소장은 보건소장의 지휘·감독을 받아 보건지소의 업무를 관장하고 소속 직원과 보건진료소의 직원 및 업무에 대하여 지도·감독한다. 보건지소 전문인력의 면허 또는 자격의 종별에 따른 최소배치기준은 다음과 같다[표 2-28, 29].

표 2-28 전문인력의 면허 또는 자격의 종별에 따른 최소배치기준(「지역보건법 시행규칙」 제4조 제1항 관련) <개정 2019.4.2.>

2. 보건지소

(단위: 명)

구분	의사	치과의사	한 의사	간호사 또는 간호조무사	치과위생사
보건지소	1	1	1	3	1
통합 보건지소	1 × 관할 읍 · 면수	1 × 관할 읍 · 면수	1 × 관할 읍 · 면수	3 × 관할 읍 · 면수	1 × 관할 읍 · 면수

※ 비교

1. 치과의사 및 한의사는 공중보건 의사로서의 치과의사 및 한의사의 인력 사정에 따라 이 기준을 조정하여 배치할 수 있다.
2. 치과위생사는 치과의사의 배치를 고려하여 이 기준을 조정하여 배치할 수 있다.

※ 비교

1. 의사 또는 한의사는 촉탁 등 비상근으로 배치할 수 있다.

표 2-29 보건지소 및 보건진료소, 건강생활지원센터의 전문인력 현황

연도 (Year)	성 (Gender)	시도 (City/ province)	계 (Total)	의사 (Physicians)				치과의사 (Dentists)		한의사 (Oriental medical doctors)	
				소계 (Subtotal)	의무직 (Medical officer)	계약직 (Temporary med- ical officer)	공중 보건의 (Public health doctor)	일반 (Dental officer)	공중 보건의 (Public health doctor)	일반 (Dental officer)	공중 보건의 (Public health doctor)
2019			7,143	1,364	14	45	1,305	3	199	3	716
2020			6,878	1,346	12	46	1,288	4	195	3	704
2021			6,675	1,324	12	49	1,263	5	205	5	672
2022			6,605	1,162	8	59	1,095	11	210	14	672
2023			6,712	1,005	4	41	960	6	229	5	739

약사 (Pharm- acists)	간호사 (Nurses)	영양사 (Dietiti- ans)	보건 교육사 (Health education specialist)	의료기사(Medical technologists)						간호 조무사 (Nursing aides)	행정직 (Public admin- ist-rators)	보건직 (Public health workers)	기능 등 (Others)
				방사 선사 (Radiologi- cal technolo- gists)	임상 병리사 (Medical technob- ject finder- logists)	치과 위생사 (Dental hygienists)	물리 치료사 (Physical therapists)	작업 치료사 (Occu- pational therapist)	보건 의료 정보 관리사 (Health In- formation Manager)				
1	3,033	62	-	77	95	379	173	8	-	743	55	111	121
3	2,901	71	-	65	84	348	167	19	-	636	69	113	150
4	2,839	68	-	61	91	341	171	23	-	525	76	115	150
2	2,988	81	26	69	82	315	189	9	6	419	67	125	158
1	3,172	82	18	67	86	281	215	21	9	350	81	145	200

출처 : 보건복지부. (2025). 2024 보건복지통계연보.

③ 보건지소 업무

보건지소는 보건소의 하부조직으로, 의료취약지역 주민에게 기초적인 보건의료서비스를 제공하는 역할을 한다. 따라서 보건지소의 업무는 보건소 업무 중 일차적·기초적 보건의료서비스 제공에 초점이 맞추어져 있다.

(3) 보건진료소

① 보건진료소의 변천과정

우리나라 보건진료소는 1978년 WHO의 알마아타 선언을 계기로 일차보건의료의 중요성이 부각되면서 그 필요성이 제기되었다. 이에 앞서 정부는 1976년 한국보건개발연구원을 설립하고 벽·오지 주민을 대상으로 종합 보건의료 시범사업을 실시하였는데, 간호 인력에 의한 일차보건의료가 효과적이라는 사실이 확인되었다. 이러한 결과를 토대로 정부는 일차보건의료를 국가 보건정책으로 채택하고, 1980년 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」을 제정하여 벽·오지에 보건진료소를 설치하고 보건진료 전담공무원을 배치하였다.

1981년부터는 매년 500명의 간호사에게 보건진료 전담공무원 교육을 실시하여 1984년 말에는 약 2,000명이 배치되었고, 1990년대 중반에는 전국적으로 2,039개 보건진료소가 운영되기에 이르렀다. 그러나 이후 정부의 구조조정으로 일부 축소되었고, 대한간호협회와 보건복지부의 요구로 다시 확대 추진되어 2018년에는 전국적으로 1,904개소가 운영되었다. 2023년 말 현재 2,363개소가 운영되고 있다.

보건진료소의 변천과정을 보면, 초기에는 농어촌 의료취약 지역의 기초 진료와 보건서비스 제공에 중점을 두었으나, 2000년대 이후에는 만성질환 관리, 모자보건, 건강증진 등으로 그 기능이 확장되었다. 최근에는 고령화와 만성질환 증가, 인구 감소 등 새로운 환경에 대응하여 원격의료, 건강생활 실천 지원, 지역 돌봄 연계사업 등 현대적인 역할을 수행하며, 지역사회 공공보건의료의 핵심 거점으로 발전하고 있다.

② 보건진료소의 조직

가. 설치기준

보건진료소는 의료 취약지역을 5천 명 미만을 기준으로 구분하여 하나 또는 여러 개의 리(里)·동을 관할구역으로 하여 주민이 편리하게 이용할 수 있는 장소에 설치한다(「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙」 제17조).

나. 조직

보건진료소에는 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 하며 보건진료소의 모든 업무와 시설을 책임진다.

보건진료소의 조직체계에는 보건진료소의 운영을 원활히 하고 지역주민의 참여를 도모하기 위하여 보건진료소 운영협의회를 설치하여 보건진료소의 운영을 지원하고, 운영에 관해 건의하는 등의 업무를 행하게 하고 있다. 보건진료소의 지도·감독은 시장·군수 또는 구청장이 하며, 시장·군수 또는 구청장은 당해 보건소장 또는 보건지소장으로 하여금 지도·감독할 수 있도록 하였다.

③ 보건진료소의 인력

보건진료소에는 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 하며, 보건진료 전담공무원은 지방공무원으로 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장이 근무지역을 지정하여 임용한다. 또한 보건진료 전담공무원은 간호사·조산사 면허를 가진 사람으로서 보건복지부장관이 실시하는 24주 이상의 직무교육을 받은 사람이어야 한다. 보건진료 전담공무원의 직무교육 과정은 총 24주로 이론교육 과정(8주), 임상실습 과정(12주), 현지실습 과정(4주)으로 구성된다.

④ 보건진료전담공무원의 업무

보건진료 전담공무원의 업무는 의료행위 업무와 의료행위 이외의 업무로 분류한다.

의료행위 업무

- 질병·부상상태를 판별하기 위한 진찰·검사
- 환자의 이송
- 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급 조치가 필요한 환자에 대한 응급처치
- 질병·부상의 악화 방지를 위한 처치
- 만성병 환자의 요양지도 및 관리
- 정상분만 시의 분만 도움
- 예방접종
- 제1호부터 제7호까지의 의료행위에 따르는 의약품의 투여

의료행위이외의 업무

- 환경위생 및 영양개선에 관한 업무
- 질병예방에 관한 업무
- 모자보건에 관한 업무
- 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 사람에 대한 교육 및 지도에 관한 업무
- 그 밖에 주민의 건강증진에 관한 업무

출처 : 법제처. (2025). 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙 제14조

5절

보건정보 및 기술활용

1 지역보건의료정보시스템

지역보건의료정보시스템은 보건소 등 지역보건의료기관의 업무처리를 전자적으로 지원하는 시스템으로, 전자의무기록(EMR) 및 진료 관련 업무(청구, 검사 등), 19개 분야 보건사업 및 보건행정기능을 제공하고 있다. 기존의 개별적 비표준 형태로 운영 중이던 시스템을 효율적인 보건행정업무 처리를 위해 2007년 전국 단위로 통합 구축하여 현재 보건소, 보건지소, 건강생활지원센터, 보건진료소 등 전국 지역보건의료기관에서 사용 중이다.

2005년 9월 공공의료확충 5개년 계획의 일환으로 ‘지역보건의료 분야 정보화 전략 계획(ISP)’을 수립하고 “보건의료 정보화사업 추진단”을 구성(‘05. 12.~’10. 1.)하여 사업 추진 체계를 마련하였다.

1단계 보건소 정보화사업(‘06. 9.~’07. 8.)으로 보건행정·보건사업, 진료 EMR·진료지원, 공공보건포털 구축, 정보지식화(KBR)업무 등 4개 분야에 대한 응용프로그램을 개발하였다. 2단계 보건소 정보화사업(‘07. 10.~’08. 12.)은

전국 보건기관에 이용·확산을 위한 고도화와 지식관리시스템(KMS), 고객관계관리(CRM) 등을 추가 개발하였다. 3단계 보건소 정보화사업('08. 11.~'09. 5.)으로 장애 및 재해복구시스템을 구축하였다.

아울러, 정보시스템 전산자원 유지보수 및 사용자지원체계(UHD)를 구축하여 시스템의 안정적 운영을 위한 지원체계를 마련하였으며, 전국 261개소의 보건소에 통합정보시스템의 확산을 완료하여 사업 실적 및 정책 통계의 적시 생산, 시스템 운영의 비용효과성 제고 등이 가능한 체계를 갖추게 되었다. 또한, 인터넷을 통한 제증명 발급 종수를 확대(5종 → 8종)하여 대민서비스를 보다 효율적으로 제공할 수 있는 체계를 마련하였으며, 고객관계관리(CRM)시스템 기능 개선과 정보 시스템 운영 안정성 제고를 위해 전산자원 보강 및 개인정보 보호 강화를 추진하고 지역사회 통합건강증진사업 실시에 따라 지자체 여건과 수요에 맞는 보건사업을 설계하여 수요자 중심으로 통합 제공할 수 있는 여건을 마련하는 등 매년 사업 지침개정에 따른 정보시스템 기능개선 및 신규 관리기능 구축 등을 통해 이용자의 편의성을 높였다.

지역보건의료정보시스템은 매년 사용자 수요 및 정책환경 변화 등을 반영한 정보시스템 기능개발, 전산장비 교체를 통해 지역보건의료기관의 효율적인 업무수행을 지원하고 있다.

2020년부터 3년간 지역보건의료정보시스템 전면 재구축하는 지역보건의료정보시스템 통합구축 사업 추진을 통해 기존 보건사업 유형, 기관별 분절된 정보관리 체계를 서비스 대상자 중심으로 통합하여 건강관리서비스 효과성을 높이고, 모바일 보건소(MPHIS) 시스템 개발 및 타 시스템 간 연계를 통하여 보건소 업무를 효율화하였다[그림 2-17].



그림 2-17 新 지역보건의료정보시스템

출처: 보건복지부. (2024). 2023 보건복지백서.

2 지리정보시스템(GIS)

지리정보시스템(Geographic Information System, GIS)은 인간 생활에 필요한 지리적인 정보를 컴퓨터로 처리하여 효율적으로 활용할 수 있도록 만든 종합적인 정보 시스템이다. GIS는 위치와 관련된 자료, 그 대상의 특징을 나타내는 자료, 그리고 시간에 따른 변화를 담은 자료를 함께 다룬다. 이렇게 수집된 자료는 저장·관리·분석 과정을 거쳐 지도나 그림, 도표 등 다양한 형태로 표현되며, 의사결정에 활용된다.

GIS의 시작은 특정 정보를 지도에 표시하는 주제도 제작에서 찾을 수 있다. 대표적인 예가 1854년 존 스노우(John Snow) 교수가 만든 런던 콜레라 사망자 지도이다[그림 2-18]. 이후 1963년에는 캐나다에서 세계 최초의 전산화 GIS가 개발되어 토지 자원을 효율적으로 관리하는 데 쓰였다. 1970년대에는 컴퓨터 보급으로 대학과 다양한 분야에서 활용이 늘었고, 1972년 위성 LANDSAT 1호 발사는 GIS 자료 확보에 큰 도움을 주었다. 이후 개인용 컴퓨터와 인터넷의 확산으로 GIS는 대중적으로 사용되기 시작했고, 오늘날에는 단순한 데이터 저장을 넘어 다양한 응용 서비스로 발전하였다.

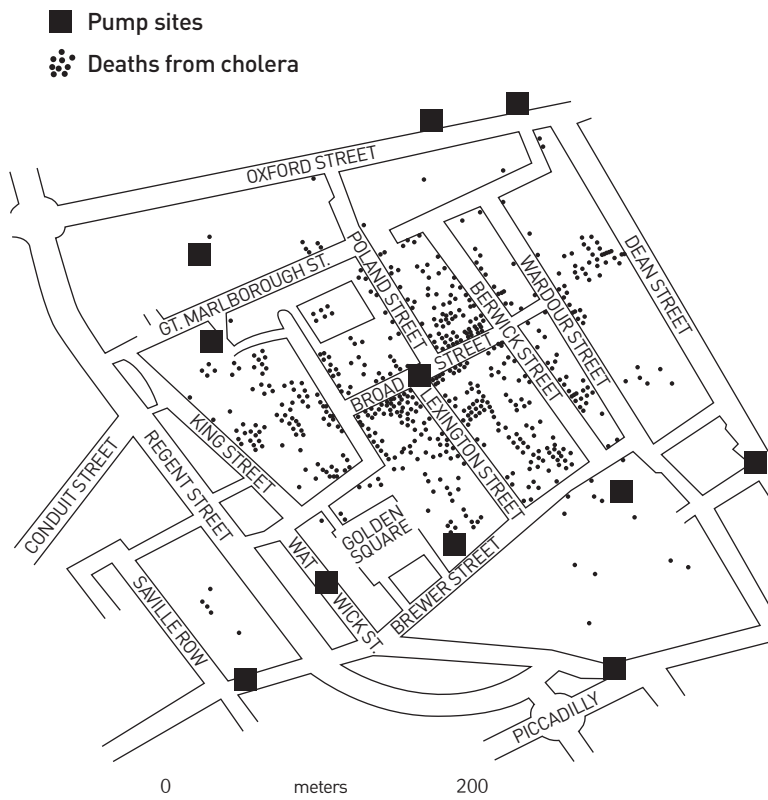


그림 2-18 존 스노우 박사(Dr. John Snow) 런던 콜레라 사망자 지도

현재 GIS는 토지, 도시, 환경, 교통, 농업, 해양, 국방 등 여러 산업 분야에서 활용되고 있다. 최근에는 드론이 보급되면서 고가의 위성사진이나 항공촬영 대신 드론으로 직접 자료를 수집하는 사례가 늘고 있다. GIS를 활용하는 사람들은 크게 자료를 열람하는 사람, 자료를 분석하고 지도를 만드는 사람, 그리고 시스템을 개발하고 관리하는 전문가로 나눌 수 있다. 국내에서는 구글·네이버·카카오 같은 기업의 GIS 엔진이 개인 중심으로 활용되는 반면, 기업에서는 업무에 필요한 기능을 단순화하고 최적화한 자체 GIS 엔진을 개발해 사용하기도 한다.

보건 분야에서도 GIS는 중요한 역할을 한다. 예를 들어 모기 발생 상황을 감시하여 감염병 방제 계획을 세우거나, 지역별 의료 인력 분포를 파악해 불평등을 평가하는 데 활용된다. 또한 기후변화에 따른 건강 취약성을 분석하거나, 지역사회 건강조사 자료를 지도 형태로 제공하여 지역별 건강 수준을 한눈에 확인할 수 있도록 한다. 지역사회 간호에서도 GIS를 활용하여 주민의 건강지표와 생활환경을 공간적으로 분석하고, 이를 토대로 지역사회의 건강 문제를 종합적으로 이해하고 계획을 세울 수 있다[그림 2-19].

표 2-31 2024년 현재흡연율 상·하위 시·군·구

(단위: %)

구분	상위 지역		하위 지역	
1위	강원 정선군	34.9	경기 용인시 수지구	9.1
2위	충북 단양군	30.5	경기 과천시	9.6
3위	인천 옹진군	28.6	충남 계룡시	10.3
4위	경기 동두천시	26.6	경기 성남시 분당구	11.3
5위	충북 괴산군	26.2	서울 강남구	11.7

출처: 질병관리청. (2024). 지역건강통계 한눈에 보기.

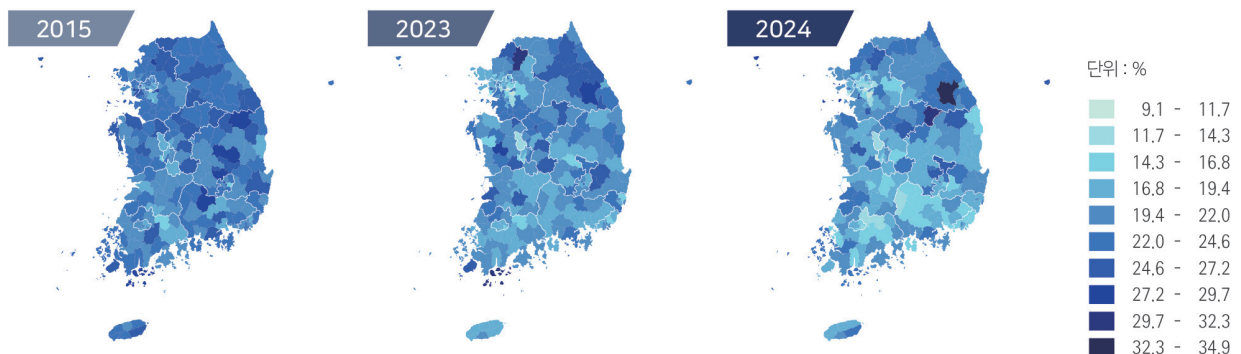


그림 2-19 시·군·구별 현재흡연율 지리적 분포 추이 (좌측부터 2015년, 2023년, 2024년)

출처: 질병관리청. (2024). 지역건강통계 한눈에 보기.

3 U-healthcare

유헬스케어는 유비쿼터스(Ubiquitous) 기술을 기반으로 시간과 장소의 제약 없이 개인 맞춤형 건강관리와 원격의료서비스를 제공하는 체계를 말한다. 스마트폰, 웨어러블 기기, 다양한 측정 장치 등을 통해 개인의 생체 정보와 건강 데이터를 수집하고 이를 의료기관으로 전송하여 분석과 피드백을 받음으로써, 질병의 예방과 조기 진단은 물론 치료, 재활, 사후 관리까지 아우르는 포괄적인 보건의료서비스를 실현할 수 있다.

유헬스케어서비스는 정보통신기술(ICT)과 의료기술이 결합된 고부가가치 융·복합 산업으로, 환자의 생체신호와 건강정보를 네트워크를 통해 전달하고 이를 바탕으로 원격 모니터링과 관리가 가능하다. 이러한 방식은 단순히 환자 관리에 국한되지 않고, 건강한 일반인에게도 생활습관 관리와 건강증진을 위한 도구로 활용될 수 있다.

이와 같은 서비스는 개인과 사회 전반에 다양한 이점을 가져온다. 경제적 측면에서는 불필요한 의료비를 줄이고 사회·경제적 부담을 경감시킬 수 있으며, 산업적 측면에서는 헬스케어 시장의 성장을 촉진하는 효과가 있다. 또한 사회·정책적 측면에서는 공공의료서비스의 질을 향상시키고, 예방 중심의 건강관리 체계를 확립하여 국민 건강 수준을 높이는 데 기여한다.

따라서 유헬스케어는 의료비 절감과 국민 건강증진이라는 두 가지 목표를 동시에 달성할 수 있는 효율적이고 미래지향적인 보건의료 대안으로, 현재 많은 국가에서 적극적으로 도입과 확산을 추진하고 있다.

4 디지털헬스케어

디지털 헬스케어는 전통적인 병원 중심의 치료 모델을 넘어, 다양한 기술을 활용하여 보다 포괄적인 건강서비스를 제공하면서 등장하였다. 기술 발전에 따라 서비스의 영역은 복지와 안전까지 확장되었고, 참여 주체 역시 전문가에서 일반 국민까지 확대되었다. 이처럼 헬스케어서비스는 시대적 변화에 맞추어 지속적으로 진화해 왔으며, ‘디지털 헬스케어’라는 개념 또한 여러 방식으로 정의되고 있다.

한편, 「국민건강증진법」 제4조에 근거한 국민건강증진종합계획은 국민의 건강 향상과 질병 예방을 위한 중장기적 정책 방향을 제시하는 종합 계획으로, 디지털 헬스케어와 관련된 정책도 포함하고 있다. 28개의 중점 과제 중 ‘혁신적 정보기술의 적용’ 과제는 보건소 및 생활환경을 기반으로 스마트 기술을 활용하여 건강관리서비스의 접근성을 높이는 데 초점을 두고 있다.

또한 2023년 12월, 보건복지부와 과학기술정보통신부 등 관계 부처는 ‘예방부터 회복까지’를 비전으로 한 「정신건강정책 혁신방안」을 발표하였다. 이 정책은 디지털 헬스케어 영역에서 ‘일상적 마음 돌봄 체계’ 구축을 핵심 목표로 삼고 있으며, 주요 실행 과제로는 디지털 정신건강서비스 앱 보급, 모바일 기반 자가진단 확대, 정신건강 검진 주기 단축 등이 제시되었다.

공공 부문에서 제공되는 디지털 헬스케어서비스는 국민의 건강증진과 의료서비스 접근성 향상에 핵심적인 역할을 하고 있으며, 특히 의료 인력이 부족하거나 의료기관 접근이 어려운 지역에서 그 필요성이 더욱 부각된다. 이러

한 서비스는 만성질환 관리, 영양, 운동, 신체 측정, 정신건강(우울, 불안, 스트레스) 관리 등을 포함하여 국민의 일상적 건강 관리 전반을 지원한다.

예를 들어, 만성질환 관리서비스는 고혈압, 당뇨 등 장기적인 건강 상태를 모바일 앱과 웨어러블 기기를 통해 모니터링하고, 이상 징후가 발견되면 자동으로 알림을 제공하여 조기 대응을 가능하게 한다. 영양 및 운동 관리서비스는 개인의 식습관과 활동량 데이터를 분석하여 맞춤형 식단과 운동 계획을 제시하고, 건강 목표 달성을 지원한다.

정신건강 분야에서는 모바일 기반 자가진단 도구와 디지털 상담 서비스가 제공되어, 우울증, 불안, 스트레스 수준을 손쉽게 점검하고 필요시 전문 상담이나 치료로 연결될 수 있도록 돕는다. 또한, 공공형 디지털 헬스케어는 생활습관 개선과 예방 중심의 건강 관리에도 초점을 맞추어, 건강검진 결과와 연계한 맞춤형 건강 관리 알림, 생활습관 개선 콘텐츠 제공, 지역사회 보건 프로그램 참여 안내 등 다양한 기능을 제공한다.

최근에는 AI 기반 건강 분석과 빅데이터 활용을 통해 개별 건강 패턴을 분석하고, 개인 맞춤형 건강 관리 및 정책 수립에도 활용되는 등 공공 디지털 헬스케어의 범위와 기능이 점차 확대되고 있다.

1) 디지털헬스케어서비스 사례

(1) 보건소 및 지자체 : 워크온 앱을 활용한 걷기

국내 다수의 보건소와 지방자치단체에서는 지역 주민의 건강증진과 생활습관 개선을 위해 ‘워크온(WalkOn)’ 앱을 활용한 프로그램을 활발히 운영하고 있다. 지자체별로 프로그램명과 운영 방식에는 차이가 있으나, 기본 구조는 공통적으로 유지된다. 주민들은 걷기, 물 섭취, 운동 등 주어진 활동 목표를 달성하면 포인트나 보상을 받으며 꾸준히 참여할 수 있다.

‘워크온’ 앱은 개인의 활동 데이터를 일별, 주간, 월간 단위로 기록하고 분석하여 시각화된 리포트를 제공한다. 이를 통해 걸음 수, 운동 시간, 칼로리 소모 등 다양한 지표를 확인하고 스스로 건강 관리를 할 수 있다. 또한, 개인 맞춤형 걷기 챌린지와 지역 기반 산책 코스를 추천하여 참여자의 동기 부여를 높이며, 앱 내 커뮤니티 기능을 통해 건강 관련 정보와 경험을 공유하고 소통할 수 있도록 지원한다. 걸음 수 랭킹 기능은 주민 간의 친근한 경쟁을 유도하여 활동 참여를 더욱 활성화한다.

이와 함께, 활동 목표를 달성한 사용자에게는 포인트, 배지, 지역 상점 할인 등 다양한 보상이 제공되어 지속적인 참여와 생활습관 개선을 독려한다. 나아가 이러한 프로그램은 건강검진 결과, 만성질환 관리, 정신건강 관리 등 다른 공공 디지털 헬스케어서비스와 연계될 수 있으며, 수집된 데이터를 기반으로 지역 주민의 건강 상태를 분석하고 맞춤형 건강 정책을 수립하는 데 활용될 수 있다.

이처럼 ‘워크온’ 앱 기반 프로그램은 단순한 걸음 수 측정을 넘어, 개인 맞춤형 건강 관리, 지역사회 참여, 생활습관 개선까지 아우르는 공공형 디지털 헬스케어 플랫폼으로 자리 잡고 있으며, 예방 중심의 건강증진에 기여하고 있다[그림 2-20].



그림 2-20 '워크온'을 활용한 서비스 예시

출처 : 서울디지털재단. (2023). 공공형 디지털 헬스케어서비스 사례.

(2) 보건복지부 : 보건소 모바일 헬스케어사업

보건복지부와 한국건강증진개발원이 주관하는 '보건소 모바일 헬스케어 사업'은 건강위험요인이 있는 성인을 대상으로, 보건소 전문가가 모바일 앱 '채움건강'을 활용하여 시간과 장소에 구애받지 않고 맞춤형 건강관리서비스를 제공하는 프로그램이다. 이 사업은 사전 예방적 건강관리서비스에 해당하며, 특히 보건소 방문이 어려운 성인을 주 대상으로 설계되었다.

사업은 연차별로 점차 확대되어 왔다. 2016년 미래창조과학부 주관으로 1차 시범사업이 시작된 이후, 보건소 수가 증가함에 따라 매년 사업이 지속적으로 확장되었다. 2023년 기준으로 총 202개의 보건소가 모바일 헬스케어 사업을 수행하고 있다.

주요 서비스 내용으로는 디바이스 연동을 통해 참여자의 운동 정보와 건강 정보를 실시간으로 모니터링하고, 이를 기반으로 맞춤형 건강관리서비스를 제공하는 것이다. 또한 보건소별 커뮤니티를 운영하며 주 1회 건강 정보 콘텐츠를 발송하여 참여자가 지속적으로 건강 정보를 접할 수 있도록 지원한다. 월 1회 건강 전문 분야별 보건소 전문가와의 집중 상담을 통해 쌍방향 건강 상담을 제공하며, 프로그램 진행 중 참여를 독려하고, 참여 완료 후에도 지속적인 건강관리서비스를 제공하여 참여자를 꾸준히 관리한다[그림 2-21].

이처럼 보건소 모바일 헬스케어 사업은 디지털 기술을 활용한 맞춤형 건강관리와 지속적 참여 유도를 통해, 시간·공간적 제약이 있는 성인들의 예방적 건강 관리와 생활습관 개선에 기여하고 있다.

(3) 보건복지부 : AI·IoT기반 어르신 건강관리사업

'AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업'은 보건복지부와 한국건강증진개발원이 주관하는 비대면 건강관리 프로그램으로, 만 65세 이상의 어르신을 대상으로 진행된다. 이 사업은 건강 개선이 필요한 어르신, 특히 만성질환 관리가 필요한 분들에게 맞춤형 서비스를 제공하며, 모바일 앱 '오늘건강'과 다양한 IoT 디바이스를 활용하여 비대면으로 건강 관리를 지원한다.

서비스는 대상자 등록, 사전 건강 스크리닝, 비대면 건강관리서비스, 사후 건강 스크리닝의 순서로 진행된다. 이를 통해 어르신들의 건강 상태를 체계적으로 모니터링하고, 개인별 맞춤형 관리가 가능하도록 설계되어 있으며, 방문이 어려운 어르신들도 시간과 장소에 구애받지 않고 건강 관리를 받을 수 있다[그림 2-22].

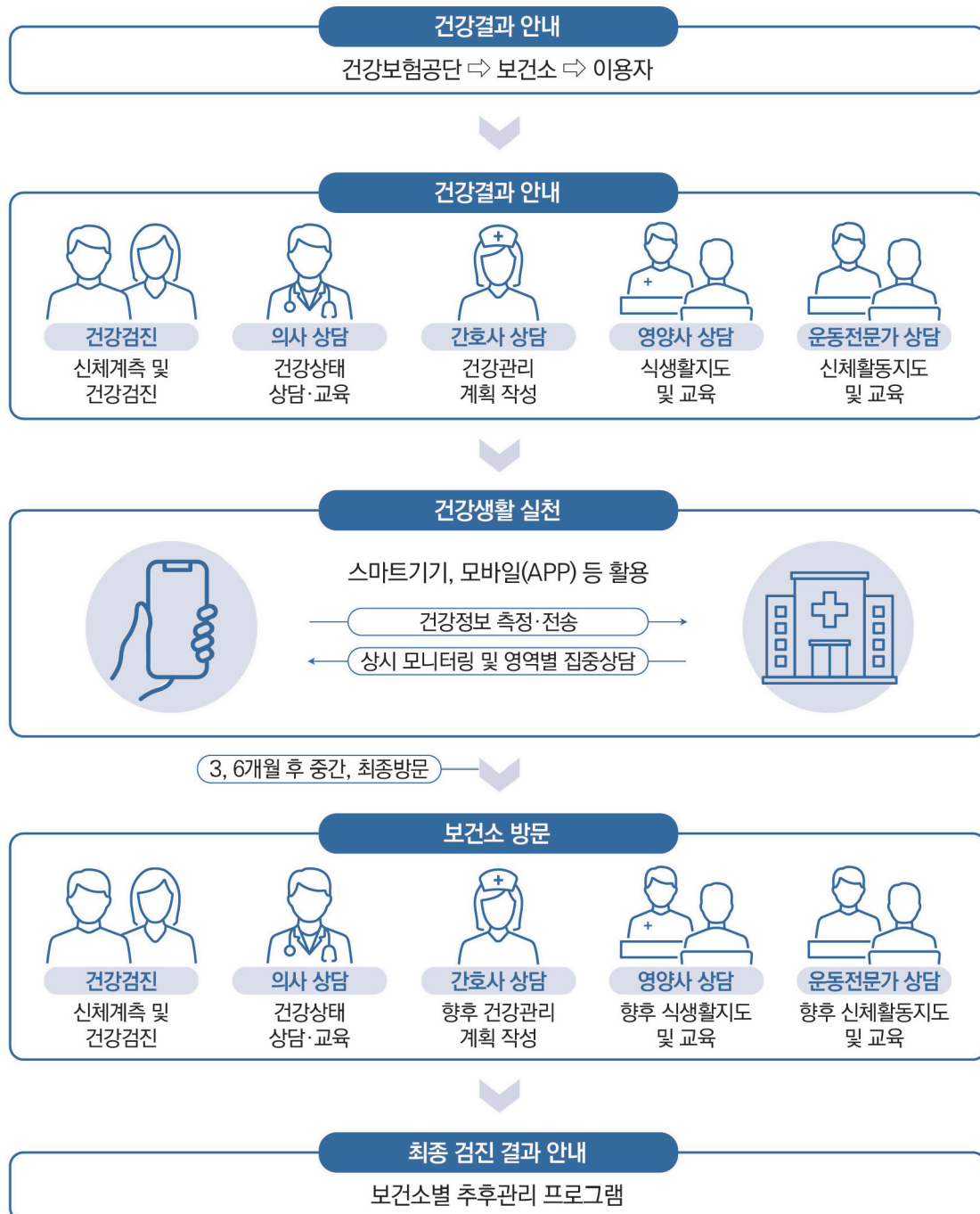


그림 2-21 서비스 흐름도

출처 : 서울디지털재단. (2023). 공공형 디지털 헬스케어서비스 사례.

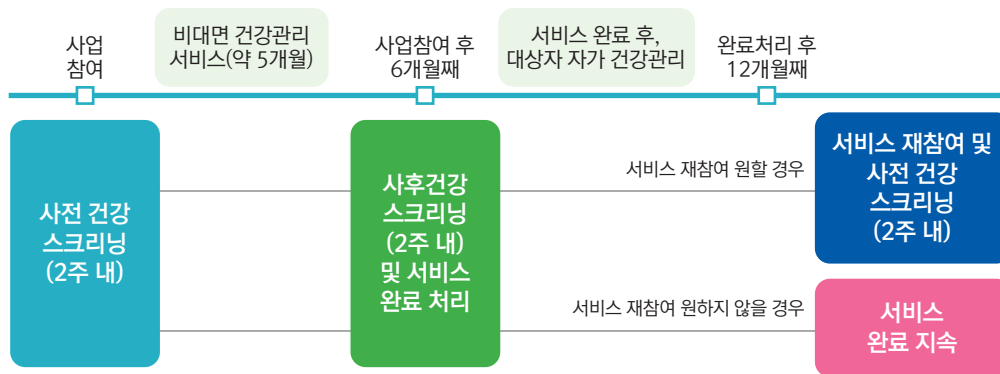


그림 2-22 서비스 흐름도

출처 : 서울디지털재단, (2023). 공공형 디지털 헬스케어서비스 사례.

6절

보건사업의 질 관리

1 질 관리의 개요

보건사업의 질 관리(Quality Management)란 대상자가 지불한 비용에 합당한 수준의 보건의료서비스를 제공하여 효율적이고 효과적인 성과를 도출하도록 하는 과정이다.

우리나라에서는 1981년 병원 표준화 심사 도입과 전국민의료보험 시행을 계기로 의료서비스의 접근성이 확대되었고, 소비자들의 양질의 서비스 요구가 본격화되면서 정부 · 의료기관 · 보건의료인에게 질 관리 역량이 필수적 과제로 자리 잡게 되었다.

질 관리의 목표는 대상자에게 안전하고 질 높은 서비스를 보장하고, 보건의료 제공자가 최상의 결과 달성을 위해 지속적으로 노력하고 있음을 보여주는 것에 있다.

2 질 관리의 목적

질 관리가 지향하는 목적은 단순히 문제를 발견하고 평가하는 수준에 머무르지 않는다. 질 관리 활동은 서비스의 과정과 시스템을 끊임없이 점검하고 개선함으로써 지속적인 질 향상(Continuous Quality Improvement, CQI)을 이루려는 데 있다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 보건의료서비스의 효율성과 효과성 향상

- 보건사업 과정과 시스템의 지속적인 개선
- 문제 재발을 방지하는 예방적 활동 수행
- 대상자의 요구와 기대를 충족시키는 고객 중심 서비스 제공

즉, 질 관리는 단순한 결과평가를 넘어 문제 발생 가능성을 줄이고 업무 수행능력을 높이는 지속적 개선 과정이다.

3 질 관리의 구성요소

질 관리의 구성요소는 연구자와 기관마다 다르게 제시되지만, 공통적으로 강조되는 범주는 효과성, 효율성, 접근성, 지속성 등이다. 이 외에도 보건의로 환경 변화와 사회적 요구에 따라 다양한 보완 요소가 포함된다.

1) 핵심 요소

질 관리의 기본 토대를 이루며, 모든 보건사업 평가에서 필수적으로 고려해야 하는 요소이다.

- **효과성(Effectiveness)**: 서비스가 기대한 목표를 달성하고 대상자의 건강 수준 향상에 기여하는 정도
- **효율성(Efficiency)**: 최소한의 자원으로 최대의 효과를 산출하며, 불필요한 낭비를 줄이는 정도
- **접근성(Accessibility)**: 시간·거리·경제적 요인 등에 의해 제약 없이 필요한 서비스를 이용할 수 있는 정도
- **지속성(Continuity)**: 예방·치료·재활이 연계되어 단절 없이 이루어지는 관리의 보장

2) 보완 요소

핵심 요소를 보완하여 서비스 질을 더욱 다차원적으로 평가할 수 있게 하는 요소이다.

- **기술 수준·적정성(Adequacy/Technical Quality)**: 최신 지식과 표준에 근거해 과학적·전문적으로 타당한 서비스 제공 여부
- **가용성(Availability)**: 필요한 서비스 제공을 위한 인력·시설·장비·운영체계가 준비되어 있는 정도
- **합법성(Legality)**: 법규·윤리적 기준을 준수하는 정도
- **형평성(Equity)**: 모든 대상자에게 공정하고 차별 없는 서비스 제공 보장
- **포괄성(Comprehensiveness)**: 서비스가 시간적·지리적으로 연속적으로 연결되어 다양한 요구를 충족하는 정도
- **적합성(Relevance/Fit)**: 대상 집단의 실제 요구와 필요에 부합하는 정도
- **이용자 만족도(Satisfaction)**: 서비스 이용자가 기대한 바가 충족되고 만족을 느끼는 정도

4 질 관리의 접근방법

질 관리 접근은 문제 발견에서 재평가에 이르는 순환적 과정으로 전개된다.

일반적으로 다음 단계를 거친다.

- **문제 발견**: 기관이나 부서 단위에서 브레인스토밍·토론 등을 통해 문제를 찾아낸다.
- **우선순위 결정**: 시급성과 중요도를 기준으로 우선순위를 정한다.
- **문제 분석**: 세부 영역을 심층 평가하여 원인을 규명한다.
- **개선과제 규명**: 개선이 필요한 핵심 과제를 도출한다.
- **개선과제 수행**: 구체적 계획을 수립하고 실행한다.
- **재평가**: 개선 효과를 확인하고 부족한 점을 보완하여 다시 다음 개선활동으로 이어간다.

이 과정은 PDCA(Plan·Do·Check·Act) 사이클로 설명되며, 문제 발견·분석 단계를 보강한 FOCUS·PDCA가 보건사업 현장에서 자주 활용된다.

5 질 관리 수행절차

보건사업의 질 향상 활동은 단순한 문제 해결이 아니라, 계획·실행·점검·개선의 순환 과정을 통해 지속적으로 이루어진다. 이를 위해 대표적으로 FOCUS·PDCA Cycle이 적용되며, 각 단계는 다음과 같다.

1) 준비단계

질 향상 활동은 먼저 구성원들이 그 필요성을 인식하는 것에서 출발한다.

부서장과 담당자는 실무팀(Task Force Team)을 구성하고, 팀은 총체적 질 관리(TQM)에 대한 이론 검토와 함께 기존 질 향상 사례를 분석한다. 이 과정에서 장·단기 목표를 합의함으로써 향후 활동의 방향성을 설정한다.

2) 사업과정 설정단계 : FOCUS

① 발견(Find)

가장 문제가 많은 과정이나 개선이 요구되는 부분을 찾아낸다. 브레인스토밍이나 회의 기법이 활용될 수 있다.

② 조직(Organize)

해당 과정과 밀접하게 관련된 사람들로 작업팀을 구성한다.

③ 명확화(Clarify)

현재 과정을 구체적으로 파악하고 분석하며, 필요시 과정도(process map)를 작성하여 시각화한다.

④ 이해(Understand)

과정의 변이가 발생하는 원인과 문제의 근본 요인을 규명한다.

⑤ 선택(Select)

발견된 여러 문제 중에서 시급성과 중요성이 높은 과제를 최종적으로 선정하여 개선계획을 수립한다.

3) 사업계획 수립단계

선정된 문제에 대해 원인 가설을 설정하고, 이를 검증하기 위한 자료를 수집·분석한다. 이후 가설을 확정된 뒤 구체적인 해결방안을 마련한다.

4) 사업 수행단계

- **실행**: 개선안을 실제로 적용하고, 실행 전후의 질적 수준을 비교한다.
- **점검**: 개선활동의 효과와 성과를 평가하여 결론을 도출한다.
- **행동**: 효과적인 개선안을 표준화(업무 규정화)하고, 성과를 유지하기 위한 조치를 취한다. 필요시 우수팀 포상, 환경 개선, 추가 조정 등을 실시한다.

6 질 관리 평가방법

보건사업에서의 질 관리 평가는 서비스 제공의 적정성을 확인하고, 개선이 필요한 부분을 규명하여 향후 질 향상 활동으로 이어지도록 하는 핵심 과정이다. 평가는 크게 평가기준·평가도구·평가모형으로 구분되며, 서비스 질에 관한 이론적 틀과 실무적 방법이 함께 활용된다.

1) 질 관리 평가기준

질 관리 평가를 위한 기준은 국가·기관별 보건사업 표준이나 간호표준을 근거로 설정할 수 있으며, 일반적으로 다음과 같은 항목들이 사용된다.

- **서비스 제공 및 접근성**: 대상자가 서비스에 얼마나 쉽게 접근할 수 있는가
- **대상자 만족도**: 서비스 이용자의 기대 충족 정도
- **인력 관리**: 수행 인력의 자격·역량·업무 수행 능력
- **재정·자원 효율성**: 예산의 합리적 사용과 자원 배분의 적절성
- **법·규정 준수**: 관련 법규와 제도적 지침의 충실한 이행

2) 질 관리 평가도구

평가를 실제로 수행하기 위해서는 다양한 도구가 활용된다.

- **만족도 조사**: 대상자를 대상으로 한 설문·면담을 통해 만족도와 피드백 수집
- **정보 관리 평가**: 진료기록·예방접종 기록·보고 체계 등 자료의 정확성과 완전성 검토
- **인사 및 역량 평가**: 직원의 자격요건, 교육·훈련, 지도력, 업무성과 등 확인
- **재정·예산 분석**: 자원 활용과 예산 집행의 효율성 평가
- **법규 준수 검토**: 의료법·윤리규정 준수 여부를 점검하고 보완

3) 투입 · 산출 모형

도나베디안(Donabedian)은 보건의료서비스 질 평가를 구조 · 과정 · 결과의 세 차원으로 설명하였다(Donabedian 모델).

(1) 구조평가

서비스 제공에 필요한 인적 · 물적 · 재정적 자원을 의미한다. 시설과 장비의 적합성, 전문 인력의 수와 자격, 조직 구조와 운영 체계 등이 해당된다(예 의료기관 인증제도, 면허제도).

(2) 과정평가

서비스 제공자가 실제로 수행하는 활동과 대상자와의 상호작용을 평가한다. 진료 · 간호의 적절성, 서비스 연계, 제공자의 태도 등이 포함된다(예 임상지침 준수 여부, 상호 감사).

(3) 결과평가

서비스 제공 후 나타나는 대상자의 건강 상태와 만족도를 평가한다. 신체적 · 사회적 · 심리적 변화가 포함되며, 유병률 · 사망률 · 행태 변화 등이 주요 지표이다.

4) 서비스 질 평가

의료서비스 질 평가에 널리 활용되는 SERVQUAL 모델(PZB, 1988)은 서비스에 대한 기대와 실제 경험(지각)의 차이를 측정한다.

평가 차원은 다섯 가지로 정리된다.

- 신뢰성(Reliability) : 약속한 서비스를 정확히 제공하는 능력
- 반응성(Responsiveness) : 고객 요구에 신속히 대응하려는 의지
- 공감성(Empathy) : 개별적 관심과 배려, 의사소통의 용이성
- 확신성(Assurance) : 서비스 제공자의 지식 · 예의 · 신뢰성을 전달할 수 있는 능력
- 유형성(Tangibles) : 시설, 장비, 직원, 커뮤니케이션 도구 등 물리적 환경

이 모델은 이용자의 기대가 실제 경험과 일치하거나 그 이상일 때 높은 질로 평가되며, 기대가 충족되지 못할 경우 질 수준은 낮게 평가된다.

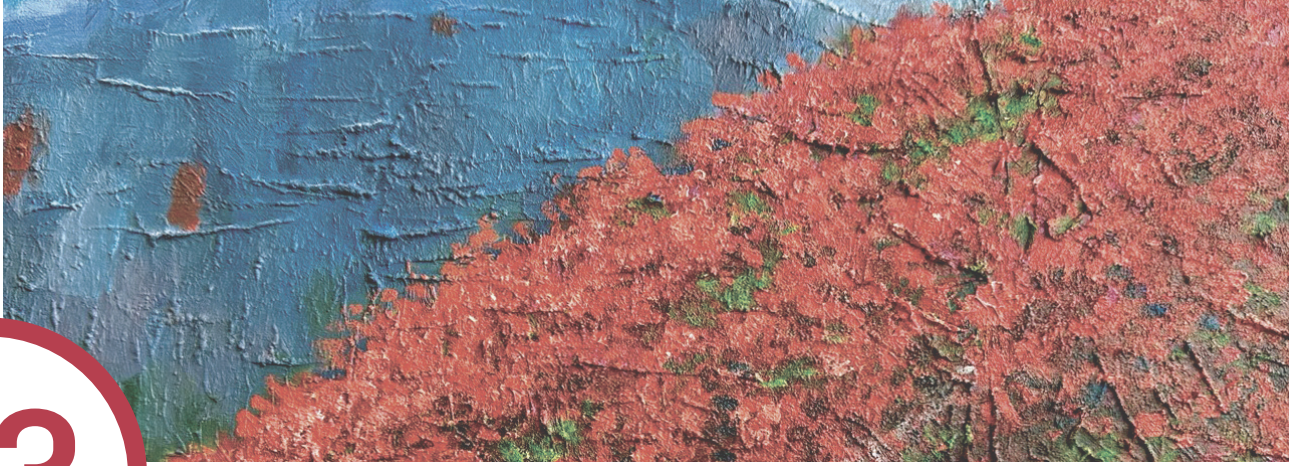
5) 경제성 평가

자원이 제한된 상황에서 보건사업의 효율성을 판단하기 위해 비용과 산출 효과를 비교하는 방법이다.

- 비용 · 효과분석 : 동일한 효과를 기준으로 단위당 비용을 비교(예 예방접종 완료 아동 수, 평균 혈압 감소 정도)
- 비용 · 편익분석 : 효과를 화폐 가치로 환산하여 총 편익과 총 비용을 비교(순편익 산출)
- 비용 · 효용분석 : 건강 관련 삶의 질을 반영하여 다양한 사업 간 비교 가능

6) 성과관리에 의한 평가

성과관리는 일정 기간 내에 사업이 목표를 얼마나 달성했는지를 확인하는 방법이다. 지역사회 보건사업에서는 프로그램 평가를 통해 효과성과 효율성을 검토하며, 이를 바탕으로 향후 자원 배분과 전략 수립에 활용한다.



03

장

지역사회 간호과정

-
- 1절 ▶ 지역사회 간호사정
 - 2절 ▶ 지역사회 간호진단
 - 3절 ▶ 지역사회 간호계획
 - 4절 ▶ 지역사회 간호수행
 - 5절 ▶ 지역사회 간호평가
 - 6절 ▶ 지역사회 간호과정의 적용

학습목표

1절 지역사회 간호사정

1. 지역사회 간호과정의 단계를 설명한다.
2. 지역사회 근거기반 간호실무를 설명한다.
3. 지역사회 간호사정의 주요 사정영역을 구분한다.
4. 수집된 지역사회 자료를 활용하여 문제의 특성을 분석한다.
5. 기준과 지침을 확인하여 사정 결과를 근거 중심으로 해석한다.

2절 지역사회 간호진단

1. 오마하 문제분류체계의 구성요소를 설명한다.
2. 오마하 문제분류체계를 활용하여 지역사회 간호진단을 진술한다.
3. 간호진단의 우선순위를 설정한다.

3절 지역사회 간호계획

1. 지역사회 간호계획의 중요성을 설명한다.
2. SMART 원칙에 따라 목표를 설정한다.
3. 목표 달성을 위한 적절한 방법과 수단을 선택한다.
4. 지역사회 특성과 자원을 고려한 수행계획을 수립한다.
5. 목표 달성 여부를 판단하기 위한 평가계획을 수립한다.

4절 지역사회 간호수행

1. 지역사회 간호수행의 개념과 간호사의 역할을 설명한다.
2. 중재수레바퀴모델의 구성 요소와 의미를 설명한다.
3. 다양한 지역사회 간호활동의 유형을 구분한다.
4. 사회사의 특성에 맞는 간호중재를 수행한다.

5절 지역사회 간호평가

1. 지역사회 간호평가의 내용을 설명한다.
2. 평가범주에 따라 적절한 평가 지표를 선정한다.
3. 평가과정을 단계별로 설명한다.

6절 지역사회 간호과정의 적용

1. 지역사회에 간호과정을 단계별로 적용한다.
2. 지역사회 특성을 반영한 통합적 간호중재 방안을 제시한다.



지역사회 간호과정은 간호사가 지역사회의 건강 문제를 체계적으로 파악하고, 이에 대한 적절한 진단과 계획을 수립하여 간호활동을 수행하고 평가하는 일련의 과정이다. 이는 간호과정(nursing process)을 지역사회라는 집단 단위에 적용한 것으로, 지역사회 주민의 건강을 증진하고 삶의 질을 향상시키는 데 중요한 틀을 제공한다. 이러한 지역사회 간호과정은 지역사회 간호 실무가 과학적 근거에 기반하여 이루어지도록 하는 기본 구조로 기능한다.

이와 같은 맥락에서 지역사회 간호과정은 지역사회 근거기반 간호실무(Evidence-Based Community Nursing Practice)를 실현하기 위한 핵심적인 실행 틀이다. 근거기반 간호실무란 최선의 연구 근거, 지역사회 건강자료, 간호사의 전문적 판단, 그리고 지역사회 주민의 가치와 요구를 통합하여 간호 의사결정을 수행하는 접근을 의미한다.

지역사회 간호사는 단순히 경험이나 관행에 의존하는 것이 아니라, 지역사회건강조사, 국가 통계자료, 선행 연구 결과, 정책 및 지침 등 객관적 근거를 바탕으로 건강문제를 사정하고 진단하며, 이를 토대로 중재를 계획·수행·평가한다. 이러한 점에서 지역사회 간호과정은 근거기반 간호실무를 체계적으로 적용할 수 있도록 구조화된 과정이라 할 수 있다.

즉, 지역사회 간호과정은 “무엇을 해야 하는가”를 제시하는 절차일 뿐만 아니라, “왜 그 간호가 필요한가”에 대한 과학적 근거를 확보하고, 간호중재의 타당성과 효과성을 지속적으로 검증하는 근거기반 실무의 순환적 메커니즘을 제공한다[표 3-1].

표 3-1 **지역사회 간호과정의 중요성**

중요 근거	설명	핵심 의미
근거기반 간호실무	지역의 건강 상태를 객관적 자료에 근거해 파악하고, 이를 토대로 진단·계획·수행·평가가 이루어짐	과학적이고 타당한 간호 활동 가능
자원 배분의 효율성	지역사회에는 제한된 인적·물적 자원이 존재하므로, 간호과정을 통해 우선순위를 설정하여 활용	효과적·효율적 자원 사용
주민 참여와 협력 강화	사정부터 평가까지 주민 의견과 참여를 반영하여 지역사회 중심 보건의료체계 구축	주민 중심, 협력적 접근
정책 및 사업과의 연계성	국가보건정책, 지역보건법, 보건복지부 지침과 연계하여 사업 기획·수행·평가	실무와 제도적 체계의 연결
지속 가능한 건강증진	간호과정이 순환적·지속적으로 반복되어 평가 결과가 다시 사정·진단으로 이어짐	장기적·지속 가능한 건강 향상

지역사회 간호과정은 사정-진단-계획-수행-평가의 단계로 이루어지며, 이는 직선적이 아니라 순환적 과정이다. 즉, 평가 결과가 다시 새로운 사정과 진단으로 이어져, 지역사회 건강 문제 해결을 위한 지속적 개선이 가능하다[표 3-2].

표 3-2 지역사회 간호과정의 단계

단계	목적	주요 내용	핵심포인트
1단계 지역사회간호사정	지역사회의 건강 상태, 자원, 환경 등을 종합적으로 파악	<ul style="list-style-type: none"> 인구학적, 건강, 환경, 사회·문화적 특성 조사 1차·2차 자료 수집 자료 분석 관련 법규 및 기준과 비교 	체계적·포괄적 자료 수집이 올바른 진단의 기초
↓			
2단계 지역사회간호진단	수집된 자료를 분석하여 지역사회 건강 문제 규명	<ul style="list-style-type: none"> 건강 문제 확인 문제 원인 및 특성 규명 우선순위 설정 	중요도·실행 가능성 등을 고려해 간호진단 도출
↓			
3단계 지역사회간호계획	진단된 문제 해결을 위한 목표 및 전략 수립	<ul style="list-style-type: none"> 단기·장기 목표 설정 중재 방법 및 수단 결정 수행 및 평가계획 마련 	구체적이고 실행 가능한 계획 수립
↓			
4단계 지역사회간호수행	계획된 간호 활동을 실제로 실행	<ul style="list-style-type: none"> 건강관리실 운영 방문간호, 상담 및 보건교육 자원 연계 및 의뢰 홍보 및 캠페인 활동 등 	주민 참여와 협력 기반의 실천적 활동
↓			
5단계 지역사회간호평가	수행한 활동의 효과를 확인하고 개선점 도출	<ul style="list-style-type: none"> 과정·구조·결과 평가 평가 결과의 환류 및 사업 개선 	평가 결과를 차기 간호 과정에 반영

1절

지역사회 간호사정

지역사회 간호사정은 지역사회 간호과정의 출발점이자 가장 중요한 단계이다. 이 단계에서 간호사는 지역의 건강 상태, 보건의료 자원, 생활환경, 사회적 특성 등을 종합적으로 파악한다. 올바른 사정이 이루어져야 이후의 진단, 계획, 수행, 평가가 타당하게 진행될 수 있다.

지역사회 간호사정은 단순히 건강문제를 확인하는 것에 그치지 않고, 인구학적·환경적·사회문화적 요인을 모두 포함하여 포괄적으로 접근한다. 또한 주관적 편향을 배제하고 다양한 자료원과 근거를 활용하여 객관성을 확보

해야 한다. 사정 과정에서는 주민과 지역사회 관계자가 적극적으로 참여하도록 하여 실제 상황을 반영한 현실성 있는 자료를 수집하는 것이 중요하다. 더불어 국가 및 국제 기준과 비교할 수 있도록 지표와 측정 방법을 표준화해야 한다.

1 사정영역

지역사회 간호사정은 주민의 건강 수준을 이해하고 문제를 규명하기 위해 다양한 영역을 종합적으로 살펴야 한다. 즉, 지역사회 환경 특성, 인구학적 특성, 건강 상태, 생활습관, 보건·복지 자원, 사회·문화적 요인 등 여러 차원을 고려한 포괄적 접근이 필요하다.

1) 지역사회 환경 특성

지역의 지리적 위치, 기후, 산업 구조, 교통체계, 주거환경, 대기·수질 오염 등은 주민 건강에 직접적·간접적 영향을 미친다. 이는 건강 위험요인과 보호요인을 동시에 제공한다.

2) 인구학적 특성

총 인구, 연령·성별 분포, 가족 형태, 교육 수준, 경제 수준은 지역사회의 전반적 건강수요와 보건자원의 배분 방향을 예측하는 기초 자료가 된다.

3) 건강 상태

주민의 주요 사망원인, 질병 유병률, 장애율, 영·유아 및 모자보건 지표, 예방접종률 등은 지역사회가 직면한 건강 문제의 크기와 심각성을 보여준다.

4) 생활습관 및 행동양식

흡연, 음주, 운동, 영양, 수면 습관 등은 만성질환 발생과 건강수명 연장에 직접적으로 연결된다. 지역별 생활습관 차이는 건강 격차를 설명하는 중요한 요인이다.

5) 보건·복지자원

보건소, 병·의원, 약국, 복지관, 요양시설, 자원봉사 단체 등은 주민이 건강 문제에 대응할 수 있도록 돕는 기반이다. 단순한 자원의 양뿐만 아니라 접근성과 활용 가능성이 중요하다.

6) 사회·문화적 요인

지역 주민의 공동체 의식, 사회적 지지망, 문화적 전통과 가치관은 건강행태와 보건서비스 이용 태도에 큰 영향을 준다. 사회적 결속력이 높은 지역은 건강증진 활동이 성공할 가능성이 크다.

표 3-3 지역사회 간호사정의 주요 영역과 세부 지표

사정 영역	주요 내용	세부 지표 예시
지역사회 환경 특성	지역사회에 영향을 미치는 지리적 · 물리적 · 사회적 조건	<ul style="list-style-type: none"> • 지리: 위치, 면적, 인구밀도, 기후 • 주거: 주택 형태(아파트, 단독주택), 주택 노후도, 상 · 하수도 보급률, 쓰레기 처리 방식 • 환경: 대기오염 지수, 수질 검사 결과, 토양 오염 정도, 소음 수준 • 사회안전: 범죄율, 교통사고 발생률, 재난(홍수 · 화재) 발생 건수
인구학적 특성	지역사회의 인구학적 특성 및 구조적 배경	<ul style="list-style-type: none"> • 인구 규모 및 분포: 총인구, 연령별 인구, 성별 비율 • 가족: 1인 가구 비율, 다문화 가구 비율, 평균 가구원 수 • 교육: 학령인구 비율, 고등학교/대학교 진학률, 문해율 • 경제: 고용률, 실업률, 가구소득, 빈곤율
건강 상태	주민의 건강 수준과 문제의 심각성	<ul style="list-style-type: none"> • 사망: 주요 사망원인(암, 심뇌혈관질환 등), 연령별 사망률 • 질병: 유병률(고혈압, 당뇨, 비만, 치매 등), 입원율, 만성질환 관리율 • 보건 지표: 모성 사망률, 영아 · 영유아 사망률, 저체중 출생아 비율 • 예방: 예방접종률, 건강검진 수검률
건강행태	건강에 직접 영향을 주는 생활습관	<ul style="list-style-type: none"> • 흡연: 현재 흡연율, 청소년 흡연율 • 음주: 고위험 음주율, 청소년 음주 경험률 • 운동: 걷기 실천율, 주당 신체활동 시간 • 영양: 과일 · 채소 섭취 빈도, 패스트푸드 섭취 빈도, 아침 결식률 • 수면: 평균 수면시간, 수면장애 호소율 • 기타: 스트레스 인식률, 스마트폰 과다 사용률
보건 · 복지자원	건강 문제 해결을 위한 서비스와 인프라	<ul style="list-style-type: none"> • 보건: 보건소 · 보건지소 수, 건강증진실 운영 여부 • 의료: 의료기관 수(의원, 병원, 종합병원), 의사 · 간호사 수, 약국 분포 • 응급: 구급차 출동 건수, 응급실 접근 시간, 권역응급의료센터 유무 • 복지: 사회복지관, 노인요양시설, 장애인복지관, 아동복지센터 수 • 기타: 자원봉사 단체 수, 건강 관련 NGO 활동 현황
사회 · 문화적 요인	건강행태와 서비스 이용에 영향을 주는 사회적 맥락	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 지지: 가족 지지 정도, 이웃 간 상호지원, 돌봄 네트워크 • 공동체: 주민 모임 참여율, 지역 행사 참여율, 자조모임 운영 현황 • 문화: 건강 관련 전통 · 신념(예 민간요법), 문화 · 종교적 가치 • 태도: 보건교육 참여 의지, 예방의료 수용 태도

2 자료내용

지역사회 간호사정에서 자료 수집은 지역사회의 건강문제를 정확히 파악하기 위한 필수 단계이다. 자료가 충분하고 타당하게 수집되지 않으면 이후 진단, 계획, 수행, 평가 모두 신뢰성을 잃게 된다. 따라서 자료 수집은 단순한 정보 모으기가 아니라 지역사회의 건강 수준을 진단하고 중재 방향을 결정하기 위한 근거를 마련하는 과정이다.

자료 수집은 또한 다양한 방법을 활용해야 한다. 한 가지 방법이나 출처만으로는 지역사회의 전체적인 모습을 설명하기 어렵기 때문이다. 예를 들어, 통계자료만으로는 주민들의 생활 경험이나 요구를 알 수 없고, 반대로 면담만으로는 객관적인 건강 지표를 확보하기 어렵다. 따라서 양적 자료와 질적 자료를 균형 있게 수집하는 것이 필요하다.

이 과정에서 지역사회간호사의 역할은 매우 중요하다. 간호사는 주민과 직접 접촉하여 생활환경과 요구를 탐색하고, 동시에 신뢰할 수 있는 공공 통계와 보건자료를 분석하여 문제를 규명한다. 나아가 수집된 자료가 객관적이고 대표성을 갖추도록 설계와 과정 전반을 관리하는 책임도 가진다.

1) 1차 자료

간호사가 직접 현장에서 면담, 가정 방문, 설문조사, 관찰 등을 통해 수집하는 정보이다. 이 자료는 주민들의 생활 실태와 요구를 구체적으로 반영할 수 있다는 장점이 있지만, 조사에 많은 시간과 인력이 필요하며, 조사자의 태도나 질문 방식에 따라 편향이 개입될 수 있다. 또한 제한된 표본을 대상으로 하기 때문에 결과를 일반화하는 데에는 한계가 있을 수 있다.

2) 2차 자료

이미 정부, 연구기관, 보건소 등에서 수집·정리한 기존 자료를 활용하는 것을 말한다. 표준화된 지표를 제공하므로 다른 지역이나 국가와 비교하기 용이하며, 단기간에 광범위한 정보를 얻을 수 있다. 그러나 수집 시점과 현재 상황 간의 차이가 존재할 수 있고, 특정 지역만의 특수성을 충분히 담아내지 못할 수 있다는 한계가 있다. 따라서 지역사회 간호사는 1차 자료와 2차 자료를 상호 보완적으로 활용해야 한다. 현장의 특수성과 맥락은 1차 자료를 통해 확보하고, 광범위한 현황 파악과 비교 분석은 2차 자료를 통해 보완함으로써 보다 타당하고 종합적인 사정이 가능해진다.

표 3-4 지역사회 간호사정에서의 자료원과 수집 방법

구분	자료 수집 방법	구체적 예시	장점	한계
1차 자료	면담	주민, 지역사회 지도자, 보건인력	심층적·질적 정보 확보	주관적·편향 가능
	가정 방문	가정의 생활환경, 위생 상태	실제 환경 직접 확인	시간·노력 소요
	설문조사	건강실태조사, 생활습관 조사	표준화된 자료, 통계 분석 용이	응답률 저조 가능
	포커스 그룹 인터뷰	주민 토론, 집단 요구 파악	다양한 관점 단시간 수집	사회적 바람직성 편향
	관찰	보건소 이용, 행사 참여 관찰	실제 행동 파악 가능	관찰자 편향 위험
	차량박 조사	차량을 이용해 지역을 관찰하며 정보 수집	지역의 전반적 특성 빠른 파악, 비용 상대적으로 적음	세부적·심층적 정보 부족, 조사자 주관 개입 가능
2차 자료	국가 통계	통계청 인구총조사, 질병관리청 통계	광범위·표준화된 자료	최신성 한계 가능
	주기적 조사	국민건강영양조사, 지역사회건강조사	전국 및 지역 단위 비교 가능	지역 특수성 부족
	지역 보건 자료	보건소 연보, 지자체 보건계획	지역 맞춤형 정보	자료 편차 존재
	학술·연구 자료	학술논문, 연구보고서, WHO 보고서	근거 기반 참고 가능	현장 적용성 한계

3 자료분석

지역사회 간호사정에서 수집된 자료는 단순히 나열하는 것으로 끝나지 않는다. 방대한 자료 속에서 의미 있는 정보를 도출하기 위해서는 체계적인 분석이 필요하다. 자료분석은 일반적으로 분류(Classification), 요약(Summarization), 확인(Verification), 비교(Comparison), 결론(Conclusion)의 단계를 따른다. 이 과정은 단순한 통계 처리만이 아니라, 간호사가 전문적 판단을 바탕으로 자료의 의미를 해석하는 중요한 단계이다.

- **분류** : 자료를 주제별로 정리하여 분석의 기초를 마련한다. 간호사는 중복을 줄이고 누락을 확인해야 한다.
- **요약** : 자료의 핵심 지표를 간결하게 정리한다. 불필요한 세부 수치는 줄이고 간호학적으로 의미 있는 지표를 선택한다.
- **확인** : 자료가 신뢰할 수 있는지 평가한다. 출처를 교차 검증하고 오류 여부를 점검한다.
- **비교** : 다른 지역 · 전국 · 국제 기준과 비교하여 차이의 의미를 해석한다.
- **결론** : 문제와 원인을 종합하여 간호진단의 방향을 제시한다. 단순 나열이 아니라 원인 - 결과 - 중재로 연결되어야 한다.

단계	예시	활용 가능한 도구	비고
분류	건강조사 결과를 인구학적 특성, 건강 상태, 생활습관, 환경 요인 등으로 구분	데이터 정리, 코드화, 범주화	범주를 너무 세분화하면 오히려 혼란 초래 가능
요약	“흡연율 25%, 비만율 30%”와 같이 지표화	기술통계(빈도, 평균, 백분율)	지나친 세부 수치보다 대표 지표를 우선 선택
확인	주민 설문 흡연율 vs 보건소 통계 흡연율 비교	교차 검증, 신뢰도 검사	자료의 시점 · 출처 차이를 반드시 고려
비교	지역 고혈압 유병률 35% vs 전국 평균 29%	비교분석, 표준화율 계산, 벤치마킹	단순 차이 제시가 아니라 원인 추론 병행 필요
결론	만성질환 증가 → 생활습관 개선 필요	문제도출 회의, SWOT 분석, 원인-결과 매핑	결론은 구체적 중재 방향으로 이어질 수 있어야 함

4 기준 및 지침확인

자료분석이 끝난 후에는 앞으로 지역사회 간호과정을 수행하기 위해 반드시 준수해야 하는 법적 · 제도적 기준과 행정 지침을 확인하는 단계가 필요하다. 이는 간호사의 활동이 개인적 판단에 머무르지 않고, 국가 및 지역의 보건 정책과 일관성을 유지하며, 실무적으로 타당성을 확보하도록 하기 위함이다.

이 단계에서 간호사는 지역사회 보건의료 활동과 관련된 법과 제도를 검토하고, 해당 지역에 적용되는 보건 지침과 기준을 확인해야 한다. 예를 들어, 지역보건법은 지역사회 보건사업의 기본 방향과 절차를 규정하며, 국민건강증

진종합계획(HP2030)은 국가 차원의 건강목표와 세부 지표를 제시한다. 또한, 보건복지부의 지침이나 지방자치단체의 보건의료계획은 지역 단위에서 반드시 준수해야 할 실무 지침을 포함하고 있다. 국제적으로는 WHO의 건강지표나 UN의 지속가능발전목표(SDGs)가 참고 기준이 될 수 있다.

따라서 기준 및 지침 확인은 지역사회 간호사가 앞으로 수행할 사정, 진단, 계획, 수행, 평가 단계 전반에서 법적 정당성과 정책적 일관성을 확보하고, 사업 추진 과정에서의 혼선을 줄이는 핵심 단계라 할 수 있다.

2절

지역사회 간호진단

지역사회 간호진단은 사정 단계에서 수집하고 분석한 자료를 바탕으로, 지역사회가 직면하고 있는 주요 건강 문제와 그 원인을 규명하는 과정이다. 이는 개인을 대상으로 한 간호진단과 달리, 지역사회라는 집단을 단위로 하여 인구학적 특성, 생활습관, 환경, 보건의료 자원 등 다양한 요인을 함께 고려한다는 점에서 차이가 있다.

지역사회 간호진단은 단순히 문제를 나열하는 것이 아니라, 문제의 본질과 관련 요인을 명확히 진술하여 이후 간호계획 수립과 중재 방향을 결정하는 데 핵심적 역할을 한다.

따라서 지역사회 간호진단은 사정에서 계획으로 이어지는 다리 역할을 하며, 간호사의 전문적 판단과 근거 기반 접근이 요구된다. 이 절에서는 지역사회 간호진단의 분류체계와 진단 진술 방법을 살펴보고, 다양한 건강 문제 중 어떤 문제를 우선적으로 다룰 것인지 결정하는 우선순위 설정 방법을 함께 다루고자 한다.

1 지역사회간호진단 분류체계

지역사회 간호진단을 내릴 때에는 간호사가 임의적으로 문제를 진술하기보다 표준화된 분류체계를 활용하는 것이 필요하다. 분류체계는 건강 문제를 일정한 기준에 따라 범주화하여 간호사가 일관성 있게 진단을 내릴 수 있도록 하며, 간호사 간·기관 간 의사소통을 원활하게 하고 간호 기록과 연구, 정책 수립에도 공통 언어를 제공한다.

지역사회에서 활용할 수 있는 대표적인 간호진단 분류체계로는 NANDA 간호진단(North American Nursing Diagnosis Association International, NANDA-I), 가정간호분류체계(Home Health Care Classification, HHCC), 오마하 체계(Omaha System)가 있다.

NANDA 간호진단은 국제적으로 가장 널리 사용되는 체계로, 전통적으로 병원·임상 환경에서 환자의 증상과 반응을 진단하기 위해 개발된 체계이지만, 최근에는 지역사회 수준에서도 활용 가능성이 점차 인정되고 있다.

가정간호분류체계는 1980년대 후반 미국에서 가정간호 영역의 전산화와 표준화를 목적으로 개발된 체계로, 간호진단과 중재를 코드화하고 문서화할 수 있도록 구성되었다. 이후 적용 범위를 가정간호를 넘어 임상 및 지역사회 영역으로 확장하면서 Clinical Care Classification(CCC)으로 발전하였다. CCC는 HHCC의 후속 체계로서 간호진단 - 간

호중재 - 간호결과를 유기적으로 연결할 수 있도록 설계되었다.

오마하 체계(Omaha System)는 지역사회간호와 공중보건 영역에서 활용도가 높은 통합적 분류체계이다. 문제 영역(Problem classification), 간호중재(Intervention scheme), 결과 평가(Problem rating scale for outcomes)로 구성되어 있으며, 지역사회 진단에 실제적으로 적용하기 용이하다.

이처럼 각 분류체계는 개발 배경과 적용 범위에서 차이가 있지만, 모두 지역사회 건강문제를 구조적으로 파악하고 진단을 내리는 데 유용한 틀을 제공한다. 간호사는 지역사회 특성과 사업 목적에 따라 적절한 분류체계를 선택하여 활용할 수 있어야 한다.

1) 오마하 체계

오마하 체계는 1970년대 미국 네브래스카주 오마하에서 지역사회간호 실무를 표준화하고 기록하기 위해 개발된 간호 분류체계이다. 이후 미국 공중보건국(US Public Health Service)의 지원을 받아 수정·보완되면서 현재는 지역사회간호, 가정간호, 공중보건 간호 등 다양한 현장에서 활용되고 있다. 이 체계는 문제 분류, 간호중재 체계, 결과 평가의 세 가지 주요 구성요소로 이루어져 있다.

먼저, 문제 분류 체계는 간호 대상자에게서 나타나는 건강 문제를 4개의 큰 영역으로 구분한다. 환경 영역에는 주거, 안전, 소득과 같은 생활 조건이 포함되며, 생리적 영역은 신체 기능과 관련된 건강 상태를 다룬다. 사회심리적 영역은 의사소통, 대처, 가족 관계와 같은 정서·사회적 측면을 포함하고, 건강 관련 행동 영역은 약물 복용, 운동, 흡습관 등 주민들의 생활습관을 다룬다. 이처럼 문제 분류 체계는 지역사회의 건강 문제를 구조적으로 정리할 수 있는 틀을 제공한다.

둘째, 간호중재 체계는 확인된 문제를 해결하기 위해 간호사가 수행할 활동을 네 가지 유형으로 구분한다. 교수·상담(Teaching, Guidance, Counseling)은 대상자에게 필요한 정보를 제공하고 태도 변화를 유도하는 활동을 포함한다. 처치·절차(Treatments and Procedures)는 직접적인 간호 기술이나 의료적 중재를 의미하며, 사례관리(Case Management)는 여러 자원을 조정하고 연계하여 대상자의 문제 해결을 돕는 과정이다. 감시·관찰(Surveillance)은 대상자의 상태 변화를 추적하고 위험요인을 조기에 발견하는 역할을 한다. 이를 통해 간호사는 문제에 맞는 맞춤형 중재를 선택·기록할 수 있다.

마지막으로, 결과 평가 척도는 중재가 얼마나 효과를 거두었는지를 측정하기 위해 고안되었다. 평가 항목은 지식(Knowledge), 행동(Behavior), 상태(Status)의 세 가지 차원으로 구성되며, 각 항목은 1점에서 5점까지의 척도로 평가된다. 예를 들어, 고혈압 관리 교육을 받은 주민이 질병에 대한 지식이 증가했는지, 생활습관을 개선하려는 행동을 보이는지, 혈압 수치가 실제로 안정되었는지를 각각 평가할 수 있다. 이러한 구조는 간호 중재의 효과를 객관적으로 수치화할 수 있도록 해주며, 간호성과를 지속적으로 관리·비교하는 데 유용하다.

2) 오마하 문제분류체계

오마하 문제분류체계는 지역사회, 가족, 개인 수준에서 발생하는 건강 문제를 체계적으로 파악하고 진술하기 위해 고안된 분류체계이다. 이 체계는 총 42개의 문제를 네 개의 영역으로 나누어 제시하며, 간호사가 문제를 구조화하여 기록할 수 있도록 돕는다. 오마하 체계에서는 다른 간호진단 분류체계(NANDA 등)와 달리 ‘진단(diagnosis)’이라는 용어 대신 ‘문제(problem)’라는 용어를 사용한다. 이는 실제 현장에서 간호사가 직접 관찰하고 확인할 수 있는 건강 문제를 중심으로 서술하도록 하기 위함이다. 따라서 오마하 체계에서의 간호진단은 곧 ‘문제’로 이해할 수 있다.

(1) 오마하 문제분류체계의 수준

오마하 문제분류체계는 단순히 문제 이름만 적는 방식이 아니라, 문제를 네 가지 수준으로 구조화하여 진술하도록 되어 있다. 이는 간호사가 지역사회 현장에서 관찰한 문제를 더 구체적이고 일관되게 기록할 수 있도록 돕는다.

- **영역(Domain)**

영역은 문제의 ‘큰 틀’을 의미한다. 오마하 체계는 모든 건강문제를 환경, 생리적, 사회심리적, 건강 관련 행동의 네 가지 영역으로 구분한다.

- **문제(Problem)**

각 영역에는 여러 세부 문제가 있으며, 총 42개 문제가 체계적으로 제시되어 있다. 간호사는 대상자의 상황에 맞는 구체적 문제를 선택한다.

- **수정인자(Modifiers)**

문제의 성격과 대상 범위를 더 정확히 규정하기 위해 ‘수정인자’를 붙인다. 문제 상태와 대상 수준의 두 가지 수정인자가 있다. 이 과정을 통해 문제는 단순한 현상이 아니라, 상태와 대상이 분명히 규정된다.

- **증상·징후(Signs/Symptoms)**

증상·징후는 오마하 문제분류체계에서 문제를 보다 구체적으로 설명하고 입증하기 위해 사용되는 요소이다. 각 문제에는 사전에 정의된 증상·징후 목록이 있으며, 간호사는 대상자나 지역사회에 맞게 해당 항목을 선택하여 기록한다. 이를 통해 문제 진술이 단순한 추정에 그치지 않고, 실제 관찰된 현상이나 보고된 경험에 기반함을 확인할 수 있다.

증상·징후에는 객관적 지표(objective signs)와 주관적 진술(subjective symptoms)이 모두 포함된다. 객관적 지표는 혈압, 체질량지수, 예방접종률과 같은 수치 자료나 임상 검사 결과처럼 측정 가능한 자료를 의미한다. 주관적 진술은 대상자나 주민이 표현하는 경험과 인식으로, “약을 먹으면 부작용 때문에 꺼려진다” 혹은 “운동할 시간이 없다”와 같은 발언이 이에 해당한다. 간호사는 이러한 자료를 종합하여 문제를 보다 실질적이고 이해하기 쉽게 기술할 수 있다.

표 3-5 오마하 문제분류체계의 수정인자(Modifiers)

구분	유형	의미	예시
문제 상태 (Status)	건강증진 (Health promotion)	강점을 기반으로 더 나은 건강 상태로 향상할 수 있는 가능성이 있는 상황	운동에 관심이 많아 운동 프로그램 참여 의지가 있음
	잠재(Potential)	아직 발생하지 않았지만 위험요인이 있어 문제가 될 가능성이 높은 상황	가족력이 있어 고혈압 발생 위험이 높음
	실제(Actual)	이미 발생하여 증상 · 징후가 뚜렷하게 나타나는 상황	복약 이행률이 40%로 낮아 혈압 조절 불량
대상 수준 (Target)	개인(Individual)	한 개인의 건강 문제	A씨의 복약 이행 부족
	가족(Family)	가족 단위에서 나타나는 문제	○○ 가족의 식습관 불균형
	지역사회 (Community)	집단 또는 지역사회 차원에서 드러나는 문제	관할구 고혈압 환자의 평균 복약 이행률 저조

표 3-6 오마하 문제분류체계

영역	수정인자	문제	증상/징후
환경 (Environmental Domain) 정의 : 주거 내 · 외부, 이웃과 지역사회 전반의 물질적 자원과 물리적 환경	문제상태 : 건강증진 잠재 실제 대상수준: 개인 가족 지역사회	수입 (Income)	수입이 낮거나 없음 보험이 적용되지 않는 의료비 지출 금전관리에 어려움이 있음 필수품만 구입 가능 필수품 구입 곤란 기타
		위생 (Sanitation)	더러운 주거 환경 부적절한 식품보관/처리 곤충/설치류 악취 부적절한 식수공급 부적절한 오물처리 부적절한 세탁시설 알레르기 요인 감염원/오염원 곰팡이 반려동물 과다 · 관리부족 기타
		주거 (Residence)	구조적으로 견고하지 못함 부적절한 냉/난방 가파르고 안전하지 못한 계단 부적절한/차단된 출입구 혼잡한 주거 공간 위험한 물체/물질의 안전하지 못한 보관

영역	수정인자	문제	증상/징후
환경 (Environmental Domain)		주거 (Residence)	안전하지 않은 매트/발판 부적절한 안전장치 납 성분 페인트 부적절한 가정용 기기 부적절한/혼잡한 주거 공간 노출된 배선 구조상의 장애물 집 없음 기타
		이웃/직장의 안전 (Neighborhood/ Workplace safety)	높은 범죄율 높은 오염수준 방치된/위험한/감염된 동물들 부적절한/불안전한 놀이/운동 공간 건강을 증진하기에 부적절한 공간/자원 폭력의 위협/보도 물리적 위험 운송수단/교통 위험 화학적 위험 방사능 위험 기타
심리사회 (Pshychosocial Domain) 정의 : 행동, 정서, 의사소통, 관계, 발달의 패턴	문제상태 : 건강증진 잠재 실제 대상수준: 개인 가족 지역사회	지역사회 자원과의 의사소통 (Communication with community resources)	서비스를 얻기 위한 선택/절차에 익숙하지 않음 서비스 제공자의 역할/규정을 이해하기 어려움 제공자에게 관심사를 전달하지 못함 서비스에 대한 불만 부적절한/이용할 수 없는 자원 언어장벽 문화장벽 교육장벽 운송장애 치료/서비스/재화에 대한 제한적 접근 부적절한 통신장치/장비로 사용 불가능 기타
		사회적 접촉 (Social contact)	제한된 사회적 접촉 사회적 접촉을 위해 보건의료제공자 이용 최소한의 외부자극/여가 시간 활용 기타
		역할 변화 (Role change)	비자발적 역할 전도 새로운 역할을 맡음 이전 역할 상실 기타
		대인관계 (Interpersonal relationship)	관계 유지/형성의 어려움 최소의 역할 분담 일치하지 않는 가치/목표/기대/수행 계획 사람간의 부적절한 의사소통기술

영역	수정인자	문제	증상/징후
심리사회 (Pshychosocial Domain)		대인관계 (Interpersonal relationship)	지속적이고 완화되지 않은 긴장 부적절한 의심/조롱/지배 배우자에 대한 신체적/정서적 학대 갈등없이 문제를 해결하는 데 어려움 기타
		영성 (Spirituality)	영적 고민을 표현 영적 실천의 붕괴 영적 믿음의 붕괴 영적 신념과 의학적/보건의료처방의 갈등 기타
		비탄 (Grief)	비탄 단계/치료과정을 인식하는 데 실패함 비탄 반응에 적절히 대처하지 못함 비탄 반응을 표현하기 어려움 개인/가족 간 비탄단계가 서로 상충됨 기타
		정신건강 (Mental health)	슬픔/희망 없음/저존감 저하 염려/막연한 두려움 활동/자기관리에 있어서 관심/관여의 상실 관심/집중이 흐려짐 감정변화가 무뎌짐 불안정한/동요된/공격적인 목적없는/강박적인 활동 스트레스 관리의 어려움 분노 관리의 어려움 신체적 불편감/피로 망상 환각/착각 자살/살인에 대한 생각 표현 자살/살인 시도 자해 감정변화 회상 기타
		성 (Sexuality)	성행위 결과 인식 곤란 친밀감 표현 곤란 성적 정체성 혼돈 성적 가치 혼돈 성관계 불만족 불안정한 성적 행위 성적 행위/도발적 행위/희롱 성범죄/성폭행 기타

영역	수정인자	문제	증상/징후
심리사회 (Pshychosocial Domain)		돌봄/양육 (Caretaking/ Parenting)	신체적 간호/안전제공 곤란 정서적지지 제공 곤란 인지적 학습경험과 활동 제공 곤란 예방적, 치료적 건강관리 제공 곤란 성장과 발달단계에 부적합한 기대감 책임에 불만족/어려움 언어적/비언어적 의사소통에 반응/해석 곤란 방임적 학대적 기타
		방임 (Neglect)	적절한 신체적 돌봄 부족 정서적 양육/지지 부족 적절한 자극/인지적 경험 부족 부적절하게 혼자 방치함 필수적인 감독 부족 부적절한/지연된 의료 기타
		학대 (Abuse)	호된/과도한 훈련 채찍자국/타박상/화상/기타 상처 상처에 대한 의심스런 설명 언어적 공격 두렵고/과도하게 경계하는 행위 폭력적 환경 지속되는 부정적인 메시지 성폭행 기타
		성장과 발달 (Growth and development)	발달검사의 비정상적 결과 성장/연령 표준에 비하여 비정상적인 체중/신장/두위 연령에 맞지 않는 행동 발달 과제 부적절한 성취/유지 기타
생리적 (Physiological Domain) 정의 : 생명을 유지하는 기능과 과정	문제상태 : 건강증진 잠재 실제 대상수준: 개인 가족 지역사회	청각 (Hearing)	정상적인 말소리를 듣는데 어려움 사람이 많은 곳에서 말을 듣는데 어려움 높은 주파수 소리를 듣는데 어려움 소리에 대한 반응이 없거나/비정상 청력검사 결과 비정상 기타

영역	수정인자	문제	증상/징후
생리적 (Physiological Domain)		시각 (Vision)	작은 글씨/눈금을 보는데 어려움 멀리 있는 사물을 보는데 어려움 가까이 있는 사람을 보는데 어려움 시각적 자극에 대한 반응 결핍/비정상 사시/눈깜박임/눈물/흐림 부유물/섬광 색 구분이 어려움 기타
		말과 언어 (Speech and language)	말하거나/소리내는 능력이 없거나/비정상 이해력이 없거나/비정상 의사소통 기술/손짓 몸짓의 부족 부적절한 문장구조 사용 제한된 발음/명료성 부적절한 단어사용 기타
		구강 건강 (Oral health)	없어진/부러진/잘못 형성된(비정상적) 치아 충치 과도한 치석 아픈/부은/출혈이 있는 잇몸 부정교합 맞지 않는/없어진 의치(틀니) 뜨거움 혹은 차가움에 민감한 기타
		인지 (Cognition)	판단력 저하 시간/장소/사람에 대한 지남력 장애 최근 사건에 대한 기억력 저하 오래된 과거 사건에 대한 기억 저하 계산/순서매김 능력 저하 집중력 저하 추론/추상적 사고력 저하 충동적 반복적 언어/행동 배회 기타
		통증 (Pain)	불편감/통증 표현 맥박/호흡/혈압 증가 보상적 움직임/방어자세 불안한 행동 얼굴을 찡그림 창백/발한 기타

영역	수정인자	문제	증상/징후
생리적 (Physiological Domain)		의식 (Consciousness)	기면 혼미 무반응 혼수 기타
		피부 (Skin)	병변/욕창 발진 과도한 건조 과도한 지성 염증 소양증 배액 반상출혈 긴 손톱 절개부위의 치유 지연 기타
		신경·근골격계 기능 (Neuro-musculo- skeletal function)	가동범위의 제한 근력저하 조정력 감소 근 긴장도 감소 근 긴장도 증가 감각 저하 감각 증가 균형감 저하 걸음걸이/보행 장애 이동 곤란 골절 진전/발작 체온조절의 어려움 기타
		호흡 (Respiration)	비정상적인 호흡양상 자가호흡불능 기침 자가 기침/객담 배출 불능 청색증 비정상적 객담 시끄러운 호흡음 콧물 비출혈 비정상적 호흡음 비정상적 호흡 검사 결과 기타

영역	수정인자	문제	증상/징후
생리적 (Physiological Domain)		순환 (Circulation)	부종 사진의 경력/통증 맥박감소 피부색 변화/청색증 환부의 온도 변화 정맥류 실신/어지럼증 비정상적인 혈압 맥박 결손 불규칙한 심박수 지나치게 빠른 심박수 지나치게 느린 심박수 협심 흉통 비정상적 심음/잡음 비정상적 응혈 비정상적인 심혈관계 검사결과 기타
		소화·수분 (Digestion -Hydration)	오심/구토 저작/연하/소화불능과 곤란 소화불량 역류 식욕부진 빈혈 복수 황달/간 비대 피부탄력 감소 입술 갈라짐/구강건조 전해질 불균형 기타
		배변 기능 (Bowel function)	비정상적 빈도/농도의 대변 배변 시 통증 장음 감소 혈변 비정상적 대변 색깔 복통/복부 불편감 대변실금 기타
		배뇨 기능 (Urinary function)	배뇨 시 작열감/통증 요실금 긴박뇨/빈뇨 배뇨 시작의 어려움 방광비우기 곤란 비정상적 소변량 혈뇨/비정상적 색깔 야뇨증 비정상적인 소변검사결과 기타

영역	수정인자	문제	증상/징후
생리적 (Physiological Domain)		생식 기능 (Reproductive function)	비정상적 분비물 비정상적 월경양상 폐경기/갱년기 관리곤란 생식기관 혹은 유방의 비정상적 혹/종창/압통 성관계 중/후의 통증 불임 발기부전 기타
		임신 (Pregnancy)	태아와 유대감 형성 곤란 신체 변화에 대한 대처곤란 산전 운동/휴식/식이/행위 등의 어려움 분만과정에 대한 두려움 산전합병증/조산 부적절한 사회적지지 기타
		산후 (Postpartum)	모유수유곤란 산후변화에 대한 대처곤란 산후 운동/휴식/식이/행위의 곤란 비정상적 출혈/질분비물 산후합병증 비정상적 우울한 기분 기타
		전염성/감염성 상태 (Communicable/ Infectious condition)	감염 기생충감염 발열 생물학적 위험요소 선별검사/배양검사/진단검사 양성결과 전파 방지에 충분하지 못한 물품/장비/정책 감염관리에 따르지 않음 불충분한 면역 기타
건강관련행위 (Health-Related Behaviors Domain) 정의: 건강 유지·증진, 회복 촉진, 질병 위험 감소를 위한 활동 패턴	문제상태 : 건강증진 잠재 실제 대상수준: 개인 가족 지역사회	영양 (Nutrition)	과체중 (성인 BMI 25이상, 소아 BMI 95% 이상) 저체중 (성인 BMI 18.5이하, 소아 BMI 5% 이하) 1일 열량/수분 섭취량의 부족 1일 열량/수분 섭취량의 초과 불균형적인 식이 연령에 맞지 않는 식이 스케줄 권장 영양 계획 불이행 설명되지 않은/점진적인 체중 감소 음식을 사거나 준비할 수 없음 저혈당 고혈당 기타

영역	수정인자	문제	증상/징후
건강관련행위 (Health-Related Behaviors Domain)		수면과 휴식 (Sleep and rest patterns)	가족을 방해하는 수면/휴식 양상 밤에 자주 깸 몽유병 불면 악몽 연령/신체적 상태에 대해 불충분한 수면/휴식 수면 중 무호흡 코골기 기타
		신체 활동 (Physical activity)	좌식 생활양식 부적합한/비지속적인 운동 연령/신체적 상태에 맞지 않는 운동 형태/양 기타
		개인 위생 (Personal care)	의복 세탁 곤란 목욕 곤란 배변 행위 곤란 하의 착용 곤란 상의 착용 곤란 약취 머리감기/머리빗기 곤란 치솔질/치실 사용하기/구강관리 곤란 개인위생 행위를 꺼리는/할 수 없는/잊은 기타
		약물 오남용 (Substance use)	일반의약품/처방의약품 남용 마약 사용 알코올 남용 흡연/담배류 사용 정상적인 일상생활 곤란 반응 장애 행위변화 담배/시가 연기에 노출 불법 약물을 사거나/파는 행위 기타
		가족계획 (Family planning)	가족계획 방법에 대한 부적절한/불충분한 지식 임신 전 건강관리행위의 실천에 대한 부적절한/불충분한 지식 부정확한/일관성 없는 가족 계획 방법 사용 현재의 가족 계획 방법에 불만 가족 계획방법 선택에 대한 다른 사람의 반응에 대한 두려움 가족 계획 방법 이행의 어려움 기타

영역	수정인자	문제	증상/징후
건강관련행위 (Health-Related Behaviors Domain)		건강관리 감독 (Health care supervision)	정기적/예방적 건강관리 실패 평가/치료를 요하는 증상 관리 실패 건강관리서비스 제공자가 요청한 복귀에 실패 여러 약속/치료 계획을 조정할 능력 없음 일관성 없는 건강관리 자원 불충분한 건강관리 자원 불충분한 치료 계획 기타
		복약 관리 (Medication regimen)	처방된 용량/일정(시간)을 따르지 않음 부작용/이상반응 미흡한 복약 관리 체계 약물의 부적절한 보관 적절한 약물 보충 실패 예방접종 실패 부적절한 약물 처방 도움 없이 약을 복용할 수 없음 기타

오마하 문제분류체계는 ① 영역, ② 문제, ③ 수정인자, ④ 증상·징후의 네 단계를 거쳐 기록하도록 한다. 이렇게 하면 “무슨 문제인가?”(문제/영역) → “누구의 문제인가?”(대상) → “어떤 상태인가?”(건강증진/잠재/실제) → “어떤 근거가 있는가?”(증상·징후) 순으로 문제를 명확히 서술할 수 있다. 따라서 간호사는 현장에서 문제를 모호하게 기술하는 대신, 객관적이고 실무 중심적인 진술을 작성할 수 있다.

예를 들어, 한 고혈압 환자가 “최근 3개월간 복약 이행률 40%, 혈압 평균 150/95mmHg, 약을 먹으면 어지러워서 자주 빼먹는다”고 보고했다면, 이 사례는 복약 관리 문제로 분류할 수 있다. 이때 영역은 건강 관련 행위(Health-related behaviors), 문제는 복약 관리(Medication regimen), 수정인자는 실제(Actual)·개인(Individual)으로 설정되며, 증상·징후는 처방된 일정을 따르지 않음, 부작용이 나타남이 근거로 제시된다.

표 3-7 오마하 문제분류의 예시

영역	문제	수정인자 - 문제상태	수정인자 - 대상 수준
건강관련행위	복약 관리	실제	개인

2 우선순위 설정

지역사회 간호과정에서 여러 건강 문제가 도출되었을 때, 모든 문제를 동시에 해결하는 것은 현실적으로 불가능하다. 따라서 제한된 시간과 자원을 효율적으로 활용하기 위해서는 문제의 우선순위를 결정하는 과정이 반드시 필요하다. 우선순위 설정은 단순히 문제의 심각성을 평가하는 절차가 아니라, 지역사회에서 가장 영향력이 크고 해결 가능성이 높은 문제를 선별하는 합리적인 의사결정 과정이다. 이 단계는 이후 간호계획의 방향과 자원 배분을 결정짓는 핵심적인 단계이다.

1) 우선순위 설정의 기준

우선순위 설정은 여러 건강문제 중에서 지역사회에 가장 시급하고 영향력이 큰 문제를 선별하기 위해 수행된다. 이를 위해 간호사는 문제의 규모, 심각성, 변화 가능성, 주민의 요구, 자원 가용성, 정책적 중요성 등을 종합적으로 고려해야 한다.

(1) 문제의 크기

문제의 크기는 해당 건강문제로 영향을 받는 인구의 규모나 발생률, 유병률 등을 의미한다. 예를 들어, 지역 내 당뇨병 유병률이 전국 평균보다 높다면 그 문제의 규모가 크다고 판단할 수 있다.

(2) 문제의 심각성

문제의 심각성은 질병이나 상태가 개인과 지역사회에 미치는 부정적 영향을 평가하는 기준이다. 사망률, 합병증 발생률, 장애나 사회·경제적 손실 등이 이에 해당하며, 심각성이 높을수록 우선순위는 상승한다.

(3) 문제의 변화 가능

문제의 변화 가능성은 해당 문제를 간호중재를 통해 개선할 수 있는 가능성을 의미한다. 즉, 효과적인 중재방법이 존재하고 실현 가능성이 높을수록 우선순위가 높게 평가된다.

(4) 주민의 인식과 요구

주민의 인식과 요구도 중요한 기준이다. 주민이 문제를 얼마나 심각하게 인식하고 있으며, 스스로 해결을 원하고 있는지를 확인함으로써 간호중재의 수용성과 효과성을 예측할 수 있다.

(5) 자원의 가용성

자원의 가용성은 문제 해결에 필요한 인적·물적 자원, 예산, 시설, 제도적 지원 등을 평가하는 기준이다. 같은 문제라도 활용 가능한 자원이 충분하면 더 신속하고 효율적인 개입이 가능하다.

(6) 정책의 중요

정책적·법적 우선순위는 국가보건정책이나 지역보건법에서 강조하고 있는 보건사업과의 연계성을 의미한다. 예를 들어, 국가 건강검진이나 만성질환 관리사업 등 정부가 우선 추진하는 분야는 정책적 중요도가 높아 우선순

위가 상향될 수 있다.

2) 우선순위 설정방법

지역사회 간호진단의 우선순위를 결정하기 위한 방법은 다양하지만, 대표적으로 BPRS(Basic Priority Rating System), PATCH(Planning Approach to Community Health), 브라이언트(Bryant) 등의 접근이 널리 활용된다. 이들 방법은 모두 건강문제의 크기와 심각성뿐만 아니라, 변화 가능성과 실행 가능성 등을 종합적으로 평가하여 합리적인 의사결정을 돕는다.

(1) BPRS

BPRS(Basic Priority Rating System)는 핸론과 피케트(Hanlon & Pickett, 1984)가 제시한 공중보건사업의 우선순위 결정 방법으로, 지역사회의 여러 건강문제의 상대적 중요도와 개입 가능성을 정량적으로 평가하여 우선순위를 도출하기 위한 체계적 접근법이다.

① 구성요소와 산출식

이 방법은 문제의 규모와 심각성, 개입의 효과성을 평가하여 점수를 부여하여 다음의 공식을 이용해 우선순위를 계산한다.

$$\text{Priority Score} = (A+2B) \times C$$

A : 문제의 크기(Size)

B : 문제의 심각성(Seriousness)

C : 개입의 효과성(Efficacy)

- 문제의 크기(Size, A항목) : 지역사회 전체 인구 중 어느 정도가 영향을 받는지를 기준으로 0~10점 척도로 평가한다. 점수가 높을수록 문제의 파급 범위가 넓고, 지역사회 건강에 미치는 영향이 큰 것으로 해석된다.

표 3-8 문제의 크기 기준

점수	의미	예시 (기준)
0	문제가 거의 없음	유병률 < 0.1%
1 ~ 3	매우 작은 규모	인구의 1 ~ 5% 정도가 영향받음
4 ~ 6	중간 정도 규모	인구의 5 ~ 25% 가 영향받음
7 ~ 8	큰 규모	인구의 25 ~ 50% 가 영향받음
9 ~ 10	매우 큰 규모	인구의 50% 이상이 영향받음

- **문제의 심각성** : 문제의 긴급성, 결과의 심각성, 경제적 손실, 타인에 미치는 영향 등의 하위기준을 포함한다. 네 가지 하위 요소를 기준으로 0~10점 범위로 산정한다. 점수가 높을수록 문제가 심각함을 나타낸다.
- **개입의 효과성** : 문제에 대해 실행 가능한 개입이 존재하는가, 그리고 그 개입이 정상 환경에서 얼마나 성공 가능성이 있는가를 평가한다. 0~10점 범위로 중재가 과학적으로 유효하고, 이미 적용 사례가 있거나 자원·인력이 확보되어 있다면 점수가 높아진다.

② 장점과 한계

• 장점

수치화된 점수를 통해 여러 문제를 객관적으로 비교할 수 있다.

문제의 규모뿐만 아니라 중재 효과성과 실행 가능성까지 반영하므로 실무적 타당성이 높다.

지역보건자료(예) 지역사회건강조사, 질병관리청 통계 등)를 활용하기 용이하다.

• 한계

정량적 점수에 의존하기 때문에 주민의 주관적 요구나 문화적 요인이 충분히 반영되지 않을 수 있다.

평가자에 따라 점수 부여 기준이 다를 수 있어 주관성 개입 가능성이 있다.

정성적 판단과 병행되지 않으면 지역 특수성이 간과될 위험이 있다.

(2) PEARL 모형

① 구성요소

PEARL은 문제의 실행 가능성을 평가하기 위한 보조 기준으로, BPRS를 통해 도출된 간호진단이 현실적으로 수행 가능한지 여부를 판단하는 데 활용된다. 적절성, 경제성, 수용성, 자원, 적법성의 다섯 가지 측면을 검토하여 사업 추진의 타당성을 판단한다. 각각의 항목에 0점(실행불가능) 혹은 1점(실행가능)을 부여하고 PEARL 요인 중 하나라도 충족되지 않으면(하나라도 0점이 있다면), 해당 문제는 현실적으로 해결하기 어렵다고 판단하여 우선 순위 설정 대상에서 제외된다.

표 3-9 PEARL 평가요소

항목	의미	예시
P (Propriety)	사업의 적절성 - 지역보건정책, 기관의 역할과 일치하는가	보건소의 기능 범위 내 사업인가
E (Economics)	경제성 - 비용 대비 효과가 타당한가	동일 예산으로 더 큰 효과를 낼 수 있는가
A (Acceptability)	수용성 - 주민과 이해관계자의 지지를 받을 수 있는가	주민이 해당 사업을 거부하지 않는가
R (Resources)	자원 - 인력, 시설, 재정, 장비 등의 자원이 충분한가	보건소 내 인력과 예산 확보 가능성
L (Legality)	적법성 - 법적·제도적 근거가 있는가	보건법규나 지역보건조례에 부합하는가

② PEARL 적용 방법

지역사회 간호진단의 우선순위 설정 시 PEARL은 다음과 같은 절차로 적용한다.

- 지역사회 간호진단에 대해 BPRS 점수를 산출한다.
- 도출된 지역사회 간호진단에 대해 PEARL 다섯 요소(P, E, A, R, L)를 검토한다.
- PEARL 평가에서 하나라도 충족되지 않는 항목이 있을 경우, 해당 문제는 BPRS 점수가 높더라도 우선순위 설정 대상에서 제외한다.
- 모든 PEARL 요소를 충족한 간호진단 중 BPRS 점수가 높은 순으로 최종 우선순위를 결정한다.

(3) PATCH

PATCH(Planning Approach to Community Health)는 미국 Centers for Disease Control and Prevention가 주도하여 개발한 지역사회 건강증진 및 질병예방 프로그램을 위한 계획 모형이다. 이 모델은 주민참여, 자료수집·정리, 우선순위 결정, 중재계획 수립, 평가 및 재계획의 순환적 과정을 강조한다. 이 중 우선순위 설정 단계에서는 주민의 요구, 지역의 자원, 정책환경, 중재의 실행 가능성을 함께 고려한다. 우선순위 설정 측면에서는 지역사회 구성원과 파트너 조직의 협력이 중요한데, 이는 “주민과 함께 어떤 건강문제가 중요한가?”를 결정하고, 지역 특성에 맞는 자료를 사용해 중재가능성이 높은 문제를 선정”하는 방식이다.

(4) 브라이언트(Bryant) 결정기준

브라이언트(Bryant) 등은 보건정책과 연구 우선순위 설정 과정을 분석하면서, 단순한 유병률이나 정책 중요도 중심의 판단을 넘어 근거 기반 접근의 필요성을 강조하였다.

이 방법에서는 건강문제의 규모와 심각성 외에도, 효과적인 근거가 존재하는가?, 실행 가능한가?, 형평성과 공정성을 보장하는가?를 함께 평가해야 한다고 제안하였다. 즉, 브라이언트의 접근은 지역사회가 가진 건강문제를 과학적 근거와 사회적 가치에 기반해 평가함으로써, 보다 투명하고 합리적인 우선순위 결정을 가능하게 한다. 이 방법은 특히 학문적 연구나 장기적 보건정책 수립 시 활용되며, 최근 지역사회보건 실무에서도 근거기반 간호의 원리와 결합해 적용되고 있다.

지역사회 간호계획은 간호진단을 바탕으로 무엇을(목표), 어떻게(방법 및 수단), 언제·누가(수행계획), 어떤 기준으로(평가계획) 수행할 것인지를 구체적으로 설계하는 단계이다. 이 단계는 간호과정의 “설계도” 역할을 하며, 향후 수행과 평가의 방향을 결정하므로 과학적 근거와 현실적 실행 가능성을 함께 고려해야 한다.

효과적인 간호계획 수립을 위해서는 다음의 원칙을 따른다.

- 근거기반성 : 지역사회 사정 및 진단 단계에서 얻은 자료와 통계를 근거로 한다.
- 참여와 협력성 : 지역사회 주민, 관련 기관, 전문가의 참여를 통해 현실적이고 수용 가능한 계획을 수립한다.
- 우선순위 반영 : 우선순위가 높은 건강문제부터 단계적으로 개입한다.
- 통합성과 지속성 : 단기적 성과뿐만 아니라 장기적 건강증진을 목표로 한다.

1 목표설정

목표설정은 지역사회 간호계획의 출발점으로, 모든 활동의 방향과 성과 평가의 기준이 되는 핵심 단계이다. 명확한 목표가 없으면 간호활동은 방향성을 잃고, 수행 결과를 객관적으로 평가하기 어렵다. 따라서 목표는 간호진단을 근거로 지역사회가 어떤 상태로 변화해야 하는가를 구체적으로 제시해야 하며, 향후 수행 및 평가 단계의 기준점 역할을 한다. 또한, 명확한 목표는 보건사업의 타당성 확보와 주민 및 행정기관의 참여 유도에도 중요한 역할을 한다.

1) 목표설정의 기준

목표는 단순한 바람이나 의지가 아니라 측정가능한 행동적 결과로 기술되어야 한다. 이를 위해 가장 널리 사용되는 기준은 SMART원칙이다. SMART 원칙을 적용하면 목표가 명확하고 평가 가능한 형태로 진술되며, 간호계획의 실행 가능성과 평가 타당성이 높아진다.

표 3-10 목표 설정의 기준 : SMART원칙

구성요소	의미	예시
S (Specific)	구체적이어야 함	“고혈압 환자의 건강습관 개선” → “고혈압 환자의 염분 섭취량 감소”
M (Measurable)	측정 가능해야 함	“비만율을 낮춘다” → “체질량지수(BMI) 25 이상 인구 비율을 5%p 감소시킨다”
A (Achievable)	달성 가능한 수준이어야 함	지역의 인력·예산 등을 고려한 현실적 범위 내 목표
R (Relevant)	진단된 문제와 관련 있어야 함	고혈압 유병률이 높은 지역에서 혈압 측정률 향상 목표 설정
T (Time-bound)	달성 시한이 명확해야 함	“6개월 이내에”, “1년 내” 등 시간 기준 명시

2) 목표 기술 방법

목표를 단순히 “무엇을 하고 싶다” 수준에서 제시하면 실제 사업의 방향이나 평가 기준으로 사용하기 어렵다. 따라서 지역사회 간호계획의 목표는 명확한 구성요소를 포함하여 행동적 진술(behavioral statement) 형태로 작성해야 한다.

(1) 목표 진술의 구성 요소

목표는 “언제까지(Time), 누가(Target), 무엇을(Behavior), 어떻게(Condition), 얼마나(Criterion)”의 다섯 요소가 포함된 완전한 문장으로 작성해야 한다. “증가된다, 향상된다, 감소된다, 유지한다, 참여한다”와 같은 행동 동사

(action verb)를 사용한다. 반대로 “인지한다, 이해한다, 알게 된다”처럼 측정 불가능한 표현은 피한다. 목표는 수행 계획 이전에 수립되어야 하며, 이후 평가계획에서 반드시 동일 지표로 확인 가능해야 한다.

표 3-11 목표진술의 구성 요소

구성요소	설명	예시
대상(Target group)	변화의 주체가 되는 사람 또는 집단	○○동 60세 이상 성인
행동(Behavior)	구체적으로 변화시키고자 하는 행위나 상태	주 1회 혈압을 측정한다
조건(Condition)	변화가 일어날 환경, 방법, 시기 등의 조건	보건소 건강관리실을 이용하여
기준(Criterion)	변화를 판단할 수 있는 측정 기준이나 목표 수준	참여율을 30%에서 50%로 향상한다.
기간(Time frame)	목표 달성에 필요한 기간	6개월 이내

(2) 목표의 종류

지역사회 간호계획에서 목표는 수준과 범위에 따라 구분되며 일반적으로 일반적 목표와 구체적 목표로 나뉜다. 이 두 종류의 목표는 상호 연계되어 있으며 일반적 목표는 사업의 방향과 최종 성과를, 구체적 목표는 그 성과를 달성하기 위한 단계별 세부성과를 제시한다.

① 일반적 목표

일반적 목표(General Objective)는 지역사회 간호사업이 궁극적으로 달성하고자 하는 최종적인 성과를 제시한다. 이는 장기적·포괄적이지만, 단순한 방향 제시를 넘어서 측정 가능한 변화 지표를 포함해야 한다. 즉, 일반적 목표는 “사업이 끝났을 때 지역사회가 어떤 상태로 변화해야 하는가”를 보여주는 결과 수준의 목표이다.

일반적 목표를 작성할 때에는 문제의 근본적 개선이나 건강수준의 향상을 반영하도록 기술하고 하나의 사업이 끝났을 때 지역사회 수준의 변화로 평가할 수 있어야 한다.

② 구체적 목표

구체적 목표(Specific Objective)는 일반적 목표를 달성하기 위한 단계별, 세부적인 행동목표이다. 이는 SMART 원칙에 따라 작성되며, 사업 수행의 즉각적인 결과를 확인할 수 있도록 행동 변화 중심으로 기술한다. 따라서 구체적 목표를 설정할 때에는 단기적이고 실행 가능한 수준에서 설정하여야 하며 교육, 방문, 상담 등 간호중재 활동과 직접 연결되어야 한다.

표 3-12 목표 설정의 예

구분	내용
일반적 목표	1년 이내 ○○구 성인의 심혈관질환 위험요인 유병률이 10% 감소한다.
구체적 목표	6개월 이내 ○○동 40세 이상 고혈압 환자의 주 1회 혈압 측정률이 30%에서 50%로 향상한다. 3개월간 심혈관질환 예방 영양교육을 받은 주민 100명의 영양지식 점수가 사전 대비 20% 향상한다.

2 방법 및 수단 설정

방법 및 수단 설정은 목표를 달성하기 위한 전략과 자원을 구체화하는 과정이다. 간호사는 목표 달성에 가장 효과적인 방법을 선택하고, 이를 수행하기 위해 필요한 인적·물적 자원 등을 계획해야 한다. 이 단계에서 결정된 방법과 수단은 간호활동의 실행 가능성과 효율성을 좌우한다.

1) 방법

방법(Method)은 간호사가 지역사회 건강문제를 해결하기 위해 사용하는 중재의 형태, 전략, 접근 방식을 말한다. 문제의 성격, 목표의 수준, 주민의 특성, 자원의 제약 등을 종합적으로 고려하여 선택해야 한다.

표 3-13 지역사회건강문제를 해결하기 위한 방법

구분	예시	특징
보건교육	건강강좌, 집단교육, 캠페인	지식·태도·행동 변화 유도
상담	개인상담, 가족상담	개인 맞춤형 접근, 정서·행동 문제 해결
방문간호	고위험군 가정 방문, 추후관리	개별적 중재 가능, 지속적 관계 형성
지역사회 조직화	주민 자조모임, 협의체 구성	주민참여를 통한 자율적 문제 해결 촉진
환경개선	위생·주거환경 개선, 안전 점검	건강위해 요인 직접 제거
정책·자원 옹호	공공기관 협력, 자원 확보 요청	제도적 변화를 통한 지속가능성 확보

2) 수단

수단(Means)은 간호활동을 실행하기 위해 필요한 인적·물적·재정적·행정적 자원을 말한다. 효과적인 수단 설정은 사업의 실행 가능성을 높인다. 수단은 활용계획에 포함되어야 하며 구체적 활동으로 기술되어야 한다.

표 3-14 지역사회 간호활동을 실행하기 위한 수단

구분	예시	비고
인적 자원	간호사, 의사, 영양사, 사회복지사, 자원봉사자, 지역리더	역할과 책임 명확히 구분
물적 자원	교육장, 기자재(혈압기, 시침각 매체), 인쇄물, 차량	접근성 및 유지관리 고려
재정 자원	사업예산, 지방보조금, 민간후원금	예산 항목별 계획 수립 필요
행정 자원	보건소, 복지관, 지자체 협력체계, 정책 지원	제도적 연계 확보

3) 타당성 검토

설정된 방법과 수단이 실제로 효과적이고 실행 가능한지를 평가하기 위하여 타당성 검토 과정이 필요하다. 이 단계는 지역사회 간호계획의 현실성과 지속 가능성을 확보하기 위해 반드시 거쳐야 하며, 계획된 활동이 단순히 이상적인 구상에 머물지 않고 실제 현장에서 작동할 수 있도록 보장하는 역할을 한다.

타당성 검토는 다음의 다섯 가지 질문에 대한 답을 찾아가는 과정이다. 즉, “이 계획이 과학적으로 근거 있는가?”, “현실적으로 가능한가?”, “주민이 받아들일 수 있는가?”, “자원이 낭비되지 않는가?”, “지속될 수 있는가?”를 점검함으로써, 지역사회 간호계획이 실제로 실천 가능한 실행계획으로 완성될 수 있도록 한다.

- 과학적 타당성은 선택된 방법이 근거기반 간호에 부합하는지를 검토하는 것이다. 선행연구나 유사 지역사회에서 효과가 입증된 중재인지, 신뢰할 수 있는 근거를 토대로 계획이 수립되었는지를 확인해야 한다. 이 과정은 계획의 전문성과 학문적 정당성을 높여준다.
- 실현 가능성은 지역사회의 실제 여건 속에서 계획이 수행 가능한지를 판단하는 것이다. 필요한 인력과 예산, 시간, 접근성, 행정 지원 등이 확보되어 있는지를 검토하며, 계획이 지역의 현실적 제약 안에서 실행될 수 있도록 조정한다.
- 수용 가능성은 계획된 활동이 주민과 관련 기관에게 얼마나 받아들여질 수 있는가를 평가하는 기준이다. 아무리 과학적이고 효과적인 방법이라도 주민의 문화적 특성이나 요구도를 고려하지 않으면 참여와 협력이 어렵다. 따라서 간호사는 주민의 인식과 태도를 반영하여, 사회적·문화적 맥락 속에서 실천 가능한 방안을 모색해야 한다.
- 효율성은 투입된 자원 대비 산출된 성과가 얼마나 합리적인지를 검토하는 것이다. 동일한 목표를 달성하기 위해 더 적은 자원으로 더 큰 효과를 낼 수 있는 방안을 탐색하는 과정이다. 이는 공공의 자원을 활용하는 지역사회 간호사업의 본질적 책임성과도 직결된다.
- 지속 가능성은 사업이 일회성에 그치지 않고 장기적으로 유지·확산될 수 있는지를 판단하는 것이다. 이를 위해서는 지역사회 내 협력체계, 제도적·정책적 지원 기반, 자원의 순환구조 등이 마련되어야 한다. 간호사는 단기적 성과뿐만 아니라 장기적 효과와 구조적 정착 가능성까지 고려해야 한다.

3 수행계획

수행계획은 수립된 간호목표를 실제로 실행하기 위한 구체적 절차를 설계하는 단계이다. 즉, 누가, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게, 어떤 자원을 사용하여 수행할 것인가를 명확히 정리하는 과정이다. 이 단계는 계획을 실행 가능한 형태로 구체화함으로써 지역사회 간호사업의 체계적 운영을 가능하게 한다.

1) 수행계획의 단계

수행계획 수립은 일반적으로 다음의 단계를 거친다.

- **활동 내용 구체화**: 목표를 달성하기 위한 구체적 활동을 목록화한다.

- 수행 주체 및 역할 배정 : 간호사, 보건요원, 지역자원봉사자 등 참여자의 역할과 책임을 명확히 한다.
- 일정 및 장소 결정 : 활동의 기간, 횟수, 장소를 계획하여 일정표를 수립한다.
- 자원 배분 : 필요한 인력, 물품, 예산을 항목별로 배정한다.
- 점검 및 조정 : 계획의 실행 전 사전 검토를 통해 문제점을 조정한다.

표 3-15 지역사회간호 수행계획표

항목	예시	항목	예시
목표	6개월 내 지역 고혈압 대상자의 주 1회 혈압 측정률이 현재보다 10%p 향상한다.	장소	○○동 보건지소, 주민센터
수행내용	혈압 측정 교육, 개인상담 및 모니터링	필요자원	혈압기 5개, 교육자료
수행방법	집단교육, 방문간호 병행	예산	총 100만원 혈압기 5개 50만원 교육자료 개발비 30만원 교통비 20만원
수행 인력	보건소 간호사 2명, 자원봉사자 2명		
수행기간	1월부터 6월까지, 주 1회, 총 24회		

4 평가계획

평가계획은 간호활동이 얼마나 효과적으로 수행되었는가, 목표가 어느 정도 달성되었는가를 체계적으로 검증하기 위한 절차를 말한다. 이는 단순한 성과 확인이 아니라, 사업의 타당성과 개선 방향을 제시하기 위한 환류(feedback) 과정이다.

1) 평가의 원리

- 목표지향성 : 평가는 설정된 목표를 기준으로 수행되어야 한다.
- 객관성 : 평가 기준과 자료는 객관적이고 검증 가능한 지표에 근거해야 한다.
- 포괄성 : 사업의 과정, 결과, 영향 등 다양한 측면을 포함해야 한다.
- 지속성 : 단발적 평가가 아닌 주기적 · 순환적 평가 체계를 갖춰야 한다.
- 참여성 : 평가 과정에 간호사뿐만 아니라 주민과 관계 기관이 함께 참여해야 한다.

2) 평가계획 시 고려사항

- 평가 목적 : 성과 확인, 개선점 도출, 정책 제언 등 목적에 따라 지표와 방법을 다르게 설계한다.
- 평가 시기 : 사전(진행 전), 과정(진행 중), 사후(종료 후) 평가로 구분하여 지속적으로 수행한다.
- 평가 기준 : 목표 달성도, 효율성, 만족도, 변화 지속성 등 다면적 지표를 활용한다.
- 평가 방법 : 설문조사, 인터뷰, 통계 분석, 관찰, 문서검토 등 양적 · 질적 방법을 병행한다.
- 자료 관리 : 평가 자료의 신뢰성과 윤리적 관리(익명성, 개인정보보호)를 확보해야 한다.

표 3-16 지역사회간호 평가계획표

구분	평가내용	평가 기준 및 지표	평가방법	평가시기	평가 책임자
구조평가	인력, 예산, 시설, 장비 등 사업 기반의 적절성	인력 확보율, 예산 집행률, 장비 보유율	문서 검토, 면담	사업 초기	담당간호사, 행정담당
과정평가	사업 수행의 충실도 및 적절성	활동 횟수, 참여자 수, 만족도, 자료 활용률	관찰, 참여기록 분석, 설문조사	사업 중간 및 종료 시	사업책임자, 간호사
결과평가	사업의 단기적 성과 및 장기적 영향	혈압 조절률, 지식 점수 변화, 삶의 질 향상 정도	사전·사후 비교, 통계분석	사업 종료 후	사업책임자, 평가팀

3) 기대되는 결과에 대한 오마하 등급척도

지역사회 간호평가는 사업의 효과를 단순히 “실시 여부”나 “참여자 수”로 판단하는 것이 아니라, 간호중재가 실제로 대상자의 건강에 어떠한 변화를 가져왔는가를 측정하는 과정이다. 이를 위해서는 객관적이고 표준화된 결과 지표가 필요하다. 이에 개인의 건강지식, 태도, 행동, 생활환경 등 다양한 요인에 영향을 미치는 지역사회간호를 평가하기 위해 오마하 체계(Omaha System)의 기대되는 결과에 대한 오마하 등급척도(Problem Rating Scale for Outcomes, PRSO)가 개발되었다. 이 척도는 간호사가 수행한 중재가 대상자의 지식(Knowledge), 행동(Behavior), 상태(Status)에 어떤 변화를 일으켰는지를 정량적으로 측정할 수 있도록 고안된 도구이다. 이 척도는 각 항목을 1점(매우 낮음)에서 5점(매우 높음)까지 평가하며, 중재 전후의 점수 차이를 통해 간호성적을 수치화할 수 있다.

표 3-17 기대되는 결과에 대한 오마하 등급척도의 구성

평가 영역	의미	평정 기준(1~5점)	예시
지식 (Knowledge)	대상자가 건강문제나 관리방법을 이해하고 있는 정도	1 = 전혀 모름 2 = 일부 알고 있으나 부정확함 3 = 기본 개념 이해 4 = 대부분 정확히 이해함 5 = 완전히 이해하고 설명 가능	고혈압의 원인과 관리방법을 이해함
행동 (Behavior)	대상자가 올바른 건강행동을 실천하는 정도	1 = 전혀 실천하지 않음 2 = 간헐적 실천 3 = 부분적으로 실천 4 = 대부분 실천 5 = 일상적으로 지속적 실천	규칙적으로 혈압약 복용 및 운동을 실천함
상태 (Status)	대상자의 신체적·정신적 건강상태의 향상 정도	1 = 매우 나쁨 2 = 다소 나쁨 3 = 보통 수준 4 = 개선됨 5 = 매우 양호함	혈압이 정상 범위로 안정됨

기대되는 결과에 대한 오마하 등급척도는 간호중재의 효과를 전후 비교하여 검증하도록 설계되어 있다. 평가는 일반적으로 사전평가 - 중재 수행 - 사후 평가 - 결과 해석의 단계로 이루어진다.

사전 평가 단계에서는 간호중재 전 대상자의 상태를 지식, 행동, 상태의 세 영역으로 구분하여 평가한다. 이는 간호중재 전 대상자의 기초 수준을 파악하는 기준선 역할을 한다. 다음으로 간호중재 수행단계에서 계획된 활동을 시행 후 사후 평가 단계에서는 중재 전과 동일한 항목을 다시 측정하여 대상자의 지식, 행동, 상태가 어떻게 변화했는지를 확인한다. 이때 중재 전후 점수의 차이를 산출함으로써 간호중재의 효과를 정량적으로 분석한다.

이러한 점수 기준은 간호성과를 수치화할 뿐만 아니라, 대상자 맞춤형 중재가 실제로 효과를 발휘했는지를 근거 있게 설명하는 지표로 활용된다.

4절

지역사회 간호수행

지역사회 간호수행은 계획된 간호활동을 실제로 실행하는 단계로, 간호과정 중 가장 활동적이고 실천적인 단계이다. 이 단계에서는 수립된 목표와 계획을 근거로 지역사회 내 다양한 자원을 활용하여 대상자의 건강문제를 해결하고, 건강수준을 향상시키는 구체적인 간호활동이 이루어진다.

수행의 핵심은 단순히 계획된 활동을 실시하는 것이 아니라, 대상자의 반응을 지속적으로 관찰하고 그에 따라 간호를 조정·보완·연계하는 과정에 있다. 또한, 간호사는 수행 과정 전반에 걸쳐 윤리적 판단, 문화적 민감성, 주민 참여의 원칙을 지켜야 한다.

1 수행활동

지역사회 간호수행은 직접간호, 보건교육, 관리 활동으로 구분할 수 있다.

1) 직접간호

직접간호는 간호사가 대상자에게 신체적·정신적·사회적 건강관리를 직접 제공하는 활동이다. 대상자의 가정, 학교, 직장, 복지시설 등 생활터에서 이루어지며, 개인 또는 가족의 건강상태를 지속적으로 사정하고 필요한 간호를 수행한다. 주요 활동으로는 건강사정, 질병관리, 응급처치, 질병 악화 방지 등이 있다. 직접 간호는 지역사회에서 의료 접근성이 낮은 주민에게 가장 기본적이고 필수적인 간호를 제공함으로써 보건의 형평성과 접근성을 높이는 역할을 한다.

2) 보건교육

보건교육은 지역사회간호사가 교육을 통해 대상자의 건강지식, 태도, 행동을 변화시키고, 질병을 예방하며 건강

생활습관을 형성하도록 돕는 활동이다. 보건교육은 개인, 가족, 지역사회 수준에서 모두 이루어질 수 있으며, 집단 교육, 상담, 캠페인, 홍보, 온라인콘텐츠, 리플릿 등 다양한 방법이 활용된다. 교육은 대상자의 문화적 배경과 인지수준을 고려하여 적용하며, 행동변화를 통한 자가건강관리 역량을 강화하는 데 목표가 있다.

3) 관리활동

관리활동은 지역사회 간호서비스가 효과적·효율적으로 이루어지도록 계획을 조정하고, 자원을 배분하며, 사업을 점검·평가하는 활동이다. 이는 간호관리자의 핵심 역할로, 지역보건사업의 질과 지속 가능성을 결정짓는 중요한 과정이다.

관리활동에는 크게 조정(coordination), 감시(surveillance), 감독(supervision)이 포함된다.

- **조정(coordination)** : 지역 내 다양한 기관과 협력체계를 구축하여 중복서비스를 방지하고, 대상자 중심의 통합적 서비스를 제공한다.
- **감시(surveillance)** : 지역사회 건강문제의 발생과 변화를 지속적으로 모니터링하여 위험요인을 조기에 발견하고 신속히 대응한다.
- **감독(supervision)** : 간호활동의 질을 보장하기 위해 수행과정을 점검하고, 참여 인력의 교육과 피드백을 제공한다. 이는 실무의 일관성과 전문성을 유지하는 데 필수적이다. 관리활동은 단순한 행정조정이 아니라, 보건사업의 품질을 유지하고 개선하기 위한 전략적 관리행위로서, 간호사가 리더이자 조정자로서 역할을 수행하는 단계이다.

2 중재수레바퀴모델

지역사회 간호수행은 단일 활동으로 구성되지 않는다. 보건소 간호사는 개인·가족·지역사회를 대상으로 다양한 수준의 중재를 통합적으로 수행하며, 그 과정은 예방의 수준과 대상의 범위에 따라 매우 복잡하다. 따라서 이러한 간호활동을 체계적이고 표준화된 방식으로 설명할 수 있는 틀이 필요하게 되었다.

이에 따라 미국 미네소타주 보건국은 보건간호사의 실제 업무를 분석하여 중재수레바퀴모델(Intervention Wheel Model)을 개발하였다. 이 모델은 지역사회간호활동을 시각적으로 구조화한 실무모형으로 보건간호사가 수행하는 다양한 중재를 한눈에 파악할 수 있도록 제시한다.

1) 중재수레바퀴모델의 개념과 구성

중재수레바퀴모델은 공중보건간호 실무의 표준화된 틀로, ‘무엇을(중재유형), 누구에게(대상수준), 어떤 예방수준에서(1·2·3차 예방)’ 수행할 것인가를 명확히 제시한다. 이 모델은 다음의 세 가지 핵심 전제에 기반한다.

- 모든 간호중재는 인구집단 접근을 기반으로 한다. 즉, 개인을 돌보더라도 그 목표는 지역사회 전체 건강수준의 향상이다.

- 모든 간호중재는 예방의 세 수준을 포함한다(1차 예방 : 건강증진과 질병예방, 2차 예방 : 조기발견, 3차 예방 : 합병증 예방과 재활).
- 모든 간호중재는 근거기반 간호의 원칙에 따라 수행된다. 모델의 중심에는 인구집단 기반 간호가 위치하며, 이를 둘러싼 원형 고리에는 예방수준과 대상수준이 배치된다. 가장 바깥쪽 고리에는 다섯 범주의 17가지 중재유형이 배열되어, 수레바퀴처럼 상호 연결되어 있는 형태로 제시된다.

중재수레바퀴모델은 지역사회간호 수행에서 이론과 실무의 간극을 연결하는 실천적 틀로서, 간호활동을 표준화하고 성과를 가시화할 수 있는 근거를 제공한다. 또한 간호사의 역할을 구체화하고 실무 수행 능력을 향상시키는 교육·학습 도구로 활용될 수 있으며, 더 나아가 지역보건사업의 기획, 평가, 정책 개발 과정에서 근거기반 중재 설계의 기준으로 사용된다.

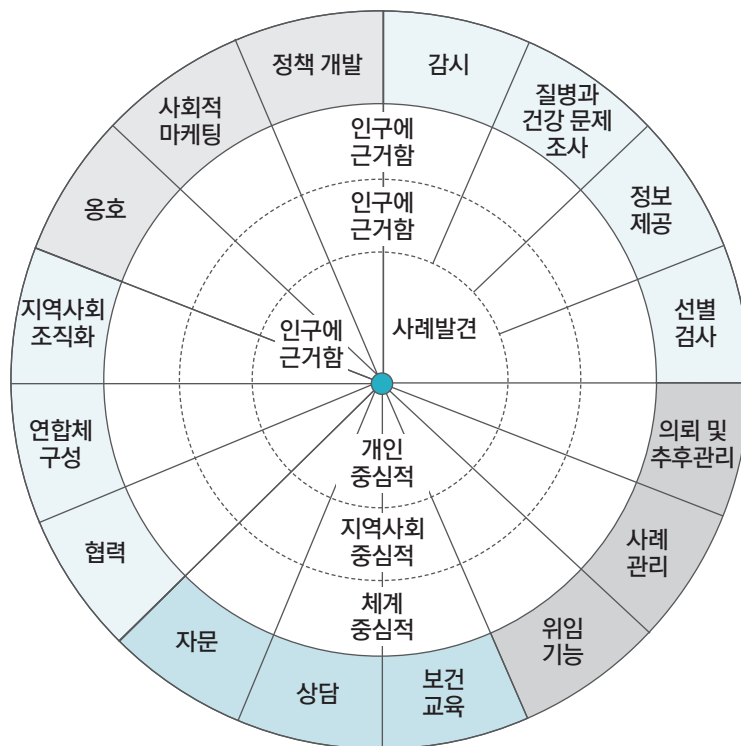


그림 3-1 중재수레바퀴모델

표 3-18 중재수레바퀴모델의 구성

구분	주요 중재유형	설명
인구집단 기반 예방활동	감시 질병 및 건강문제 조사 정보제공 선별검사	지역사회 내 건강문제를 조기에 발견하고 예방하기 위한 공중보건 중심의 활동. 감염병 발생 감시, 위험요인 조사, 건강검진 및 위험군 발견 등이 포함된다.
사례관리	의뢰 및 추후관리 사례관리 위임 기능	개인이나 가족 수준에서 질병을 조기에 발견하고, 적절한 자원으로 연계하며, 지속적으로 관리하는 활동. 필요 시 특정 의료적 처치나 위임된 간호기능 수행을 포함한다.
보건교육 및 상담	보건교육 상담 자문	대상자의 지식·태도·행동 변화를 유도하기 위한 교육과 전문적 상담 활동, 건강증진 프로그램, 생활습관 교정, 전문가 간 자문 등이 포함된다.
지역사회 조직 및 협력	협력 연합체 구성 지역사회 조직화	주민과 기관 간의 협력을 통해 지역사회 역량을 강화하고, 문제 해결을 위한 공동의 행동을 촉진하는 활동. ㉠ 지역 건강위원회 구성, 주민참여형 건강캠페인 추진 등
정책 및 옹호활동	옹호 사회적 마케팅 정책 개발	건강형평성과 사회적 정의를 증진하기 위해 제도적·정책적 변화를 촉진하는 활동, 법·제도 개선 건의, 정책 이행 점검, 건강 관련 입법 참여 등이 이에 해당한다.

3 지역사회 간호활동

지역사회 간호활동은 지역사회 간호과정에 따라 계획된 간호중재를 실제로 수행하는 단계로, 대상자의 건강증진과 질병 예방을 위해 다양한 접근 방식을 포함한다. 이 단계에서 간호사는 단순히 직접간호를 제공하는 데 그치지 않고, 주민과 지역사회의 자원을 연계·조정하며, 건강정보를 제공하고, 보건교육·홍보활동 등을 통해 지역사회의 건강 역량을 강화한다.

1) 건강관리실 운영

건강관리실은 지역사회 주민의 건강상태를 주기적으로 확인하고 건강문제를 조기에 발견하며, 스스로 건강을 관리할 수 있도록 지속적인 지지체계를 제공하는 공간이다. 이는 단순히 보건소 중심의 서비스가 아니라 주민의 생활터전 속에서 운영되는 건강증진 거점으로, 주민이 일상생활 중 쉽게 접근할 수 있는 장소에서 예방, 상담, 교육, 모니터링이 통합적으로 이루어진다.

건강관리실은 보건소, 보건지소, 복지관, 경로당, 주민자치센터, 산업장 등 다양한 지역거점에 설치될 수 있으며, 간호사가 중심이 되어 운영한다. 상시 설치된 형태뿐만 아니라 이동검진 차량이나 선박 등 이동형 건강관리실로 운영되기도 하며, 지역의 지리적 특성과 인구 규모, 건강수요에 따라 형태가 달라질 수 있다.

건강관리실을 운영하는 간호사는 단순히 측정만을 수행하는 인력이 아니라 건강정보를 수집·분석하고, 지역주민의 건강수준을 파악하며, 생활습관 개선을 위한 행동변화를 촉진하는 건강관리의 조정자 역할을 담당한다. 필요시 보건·복지·의료자원과 연계하고, 사업의 실적과 효과를 평가하여 지역보건계획 수립에 필요한 근거자료를 제공한다. 이러한 활동에는 건강문제의 조기발견 및 예방관리, 대상자의 자기관리 능력 강화, 고위험군 모니터링과 추적관리 체계 구축, 주민참여형 건강프로그램 운영, 수집된 자료를 활용한 지역보건사업 방향 설정 등이 포함된다.

건강관리실의 장점은 접근성이 높고 조기발견과 예방중심의 관리가 가능하며, 개인별 맞춤형 추적관리와 주민참여를 촉진한다는 점이다. 축적된 자료는 지역보건계획 수립의 근거로 활용될 수 있다. 반면 인력과 예산의 제약, 운영의 표준화 부족, 참여 유지의 어려움, 장기적 성과 측정의 한계 등은 개선이 필요한 부분으로 지적된다. 건강관리실은 지역사회에서 가장 실천적인 1차 건강증진의 장으로서, 주민의 건강상태를 지속적으로 관리하고 자기관리 능력을 강화하는 핵심 기반이 된다. 이를 효과적으로 운영하기 위해서는 인력과 자원의 안정적 확보, 표준화된 운영지침 마련, 체계적인 평가체계 구축이 필요하다.

2) 방문활동

방문활동은 지역사회간호에서 가장 기본적이면서도 핵심적인 수행 형태 중 하나로, 보건소나 의료기관을 직접 방문하기 어려운 대상자에게 간호서비스를 제공하기 위해 가정을 찾아가는 활동을 의미한다. 이는 의료 접근성이 낮은 주민의 건강형평성을 높이고, 대상자의 생활환경 속에서 건강문제를 파악하고 중재할 수 있다는 점에서 중요한 의의를 가진다.

방문간호의 기본 원리는 지속성, 개별성, 전인적 접근, 가족중심성, 자율성 존중으로 요약할 수 있다. 지속성은 일회성 방문이 아닌 정기적인 추적관리로 건강의 연속성을 보장하는 것이며, 개별성은 대상자의 특성과 상황에 맞춘 간호제공을 뜻한다. 전인적 접근은 신체적, 정신적, 사회적 측면을 모두 고려한 접근을 의미하고, 가족중심성은 대상자를 둘러싼 가족의 역할과 자원을 함께 파악하는 것이다. 마지막으로 자율성 존중은 대상자의 선택권과 참여를 보장하며, 간호사가 주도하기보다 협력적 관계 속에서 건강관리를 함께 수행하는 것을 의미한다.

방문활동의 구체적 내용은 방문 전 준비, 방문 중 활동, 방문 후 관리의 세 단계로 이루어진다. 방문 전에는 대상자의 건강기록과 이전 방문기록을 검토하고, 방문 목적과 필요한 물품을 준비한다. 대상자의 주소, 가족 구성, 위험요인 등을 미리 파악하고, 방문 일정을 대상자와 조율하여 사생활 침해를 최소화한다. 또한 방문가방의 소독 상태와 물품의 완전성을 확인해야 한다.

방문 중에는 대상자 및 가족에게 자신을 소개하고 방문 목적을 명확히 설명한 뒤, 동의를 구한 후 활동을 시작한다. 신체사정, 복약지도, 영양 및 생활습관 상담, 환경위생 점검 등을 실시하며, 대상자의 언어적·비언어적 표현을 관찰하여 심리적 상태를 함께 사정한다. 또한 방문 시간은 대상자의 피로도나 가족의 상황을 고려하여 조정하고, 간호 내용은 이해하기 쉽게 설명하며, 대상자의 참여를 유도해야 한다. 방문 중에는 항상 안전을 고려하고, 감염예방수칙을 준수해야 한다.

방문 후에는 방문 내용을 기록하고, 관찰된 문제나 위험요인을 정리한다. 필요한 경우 다음 방문 일정을 계획하고, 타 기관 의뢰나 지역자원 연계가 필요한지 검토한다. 또한 방문 후 즉시 가방을 정리하고, 사용한 물품을 소독하며,

감염성 폐기물은 규정에 따라 처리해야 한다.

방문가방에는 체온계, 혈압계, 청진기, 손소독제, 장갑, 알코올 솜, 거즈, 체중계, 혈당측정기, 약물 및 간단한 처치 도구 등이 포함된다. 또한 방문기록지, 교육자료, 안내문 등 행정 및 교육용 자료를 함께 준비한다. 방문가방은 항상 청결하게 유지해야 하며, 감염예방을 위해 사용 후 즉시 소독하고, 개인보호구는 대상자마다 교체해야 한다. 방문 시에는 개인의 안전을 위해 이동 경로와 방문 일정을 동료나 상급자에게 공유하고, 낯선 장소나 야간 방문은 2인 이상이 함께 가는 것이 원칙이다.

방문활동의 장점은 대상자의 실제 생활환경 속에서 건강문제를 종합적으로 파악할 수 있고, 의료기관 이용이 어려운 대상자에게 직접적인 도움을 제공할 수 있다는 점이다. 또한 대상자와 가족의 신뢰관계를 형성할 수 있으며, 교육과 상담이 생활 속에서 이루어지므로 실천 가능성이 높다. 그러나 단점으로는 이동시간과 비용이 많이 들고, 방문일정 조정이 어렵다는 점이 있다. 또한 방문지역의 안전문제나 감염위험이 존재하며, 간호사의 개인 역량에 따라 서비스의 질 차이가 발생할 수 있다.

3) 자원활용 및 의뢰

자원활용 및 의뢰는 지역사회간호에서 대상자의 건강문제를 해결하기 위해 다양한 지역사회 자원을 통합적으로 활용하고, 필요 시 적절한 기관이나 전문가에게 연계하는 과정을 말한다. 지역사회 간호사는 대상자의 건강요구를 단독으로 모두 해결하기 어렵기 때문에, 지역사회 내 인적·물적 자원을 파악하고 이를 적절히 연결함으로써 간호의 효과와 지속성을 높일 수 있다. 즉, 자원활용과 의뢰는 대상자의 문제를 지역사회 전체의 지원체계 속에서 해결하는 과정이다.

자원은 크게 인적 자원과 물적 자원으로 구분된다. 인적 자원에는 보건의료인, 사회복지사, 지역자원봉사자, 건강리더, 민간단체 등이 포함되며, 물적 자원에는 의료기관, 복지시설, 약국, 보건소, 주민센터, 지역사회단체 등이 해당된다. 또한 경제적 지원을 제공하는 공공기관(국민건강보험공단, 지자체 복지과 등)이나 비정부기구(NGO), 신앙단체, 기업의 사회공헌 프로그램 등도 중요한 지역사회 자원으로 활용될 수 있다. 이러한 자원들은 서로 연계되어 지역주민의 건강문제를 다차원적으로 지원하는 역할을 한다.

자원활용 및 의뢰의 과정은 일반적으로 사정, 계획, 실행, 추후관리의 단계로 이루어진다. 먼저, 간호사는 대상자의 건강문제와 관련된 요구를 사정하여 어떤 자원이 필요한지를 파악한다. 이때 단순한 질병상태뿐만 아니라 경제적 어려움, 돌봄 공백, 사회적 고립 등 비의료적 요인까지 함께 고려해야 한다. 다음으로, 이용 가능한 지역사회 자원을 조사하고, 자원의 특성(대상자격, 이용조건, 접근성, 비용 등)을 확인하여 가장 적절한 자원을 선정한다.

실행 단계에서는 간호사가 대상자에게 자원 이용 방법을 안내하고, 필요 시 기관에 직접 연락하여 의뢰를 진행한다. 의뢰 시에는 대상자의 건강문제, 의뢰 사유, 기대되는 결과를 명확히 전달해야 하며, 대상자에게도 의뢰의 목적과 절차를 충분히 설명하여 동의를 얻는 것이 중요하다. 의뢰가 완료된 후에는 대상자가 실제로 서비스를 이용했는지, 도움이 되었는지를 확인하고, 추가 지원이 필요한 경우 다시 연계하는 추후관리를 시행한다.

자원활용 및 의뢰 시 주의해야 할 점은 다음과 같다. 첫째, 자원의 신뢰성과 적합성을 확인해야 하며, 기관 간 중복 의뢰나 정보 누락이 없도록 한다. 둘째, 대상자의 개인정보와 건강 정보는 반드시 비밀로 유지해야 하며, 대상자의

동의 없이 외부 기관에 정보를 제공해서는 안 된다. 셋째, 자원연계 과정에서 대상자의 의사를 존중하고, 간호사가 판단에 따라 일방적으로 서비스를 결정하지 않도록 주의해야 한다. 넷째, 기관 간 협력 시에는 역할과 책임을 명확히 하고, 문서화된 절차에 따라 진행하는 것이 바람직하다.

자원활용 및 의뢰의 장점은 대상자가 필요한 서비스를 적시에 제공받을 수 있어 건강문제 해결의 효율성이 높아진다는 점이다. 또한 보건, 복지, 의료 영역 간의 협력을 촉진하여 통합적인 서비스 제공이 가능하다. 간호사는 자원연계를 통해 단순한 간호수행을 넘어, 지역사회 내 건강관리 네트워크의 중심적 역할을 수행할 수 있다. 반면 단점으로는 지역별 자원 불균형으로 인해 활용 가능한 자원이 제한될 수 있고, 기관 간 정보 공유 체계가 미흡하거나 행정 절차가 복잡할 경우 신속한 연계가 어려운 점이 있다. 또한 대상자의 참여 의지 부족이나 자원 활용에 대한 인식 미흡은 서비스 연계의 실효성을 저하시켜 기대한 건강 성과를 달성하는 데 한계로 작용할 수 있다.

4) 상담 및 보건교육

상담 및 보건교육은 지역사회 간호에서 대상자의 건강문제를 해결하고, 스스로 건강을 관리할 수 있도록 지식과 태도, 행동의 변화를 촉진하는 중요한 간호활동이다. 이는 단순히 정보를 전달하는 행위가 아니라, 대상자가 자신의 건강상태를 이해하고 스스로 실천할 수 있도록 돕는 상호작용적 과정이다. 따라서 상담과 교육은 지역사회 간호의 실천 단계에서 예방과 건강증진의 핵심 수단으로 기능한다.

상담 및 보건교육의 기본 원리는 자율성 존중, 상호참여, 개별화, 지속성, 실천가능성으로 요약된다. 자율성 존중은 대상자가 자신의 건강문제에 대한 의사결정에 주체적으로 참여하도록 돕는 것이다. 상호참여는 간호사와 대상자가 일방적인 지시 관계가 아닌, 협력적 관계를 통해 문제를 함께 탐색하는 과정을 의미한다. 개별화는 대상자의 연령, 학력, 문화, 건강수준 등을 고려하여 맞춤형 교육을 제공하는 원리이며, 지속성은 일회성 교육이 아니라 반복적이고 단계적인 접근을 통해 행동변화를 강화하는 것을 뜻한다. 실천가능성은 교육내용이 실제 생활에서 적용될 수 있도록 구체적이고 현실적인 방법으로 구성되어야 함을 강조한다.

상담과 교육의 유형은 목적과 대상에 따라 여러 가지로 구분할 수 있다. 개인상담은 개별 대상자의 건강문제나 생활습관을 중심으로 이루어지며, 신뢰관계 형성을 통해 구체적인 행동변화를 유도한다. 집단교육은 유사한 건강문제를 가진 사람들을 대상으로 지식과 경험을 공유하게 함으로써 학습효과와 상호지지를 높인다. 지역사회 수준의 보건교육은 주민 전체를 대상으로 건강생활 실천을 확산시키는 형태이다.

상담 및 보건교육의 과정은 대상자의 건강문해력, 학습욕구, 태도, 지식수준, 환경적 제약요인을 파악하는 것으로 시작한다. 이후 계획 단계에서 학습목표를 설정하고, 교육내용과 방법, 시간, 장소, 자료를 결정한다. 수행 단계에서는 교육자의 언어와 비언어적 표현을 조화롭게 사용하여 이해를 돕고, 시청각 자료나 실습을 병행하여 참여를 유도한다. 또한 대화식 교육을 통해 대상자의 경험을 반영하고, 긍정적 피드백을 제공하기도 한다. 마지막으로 평가 단계에서는 교육 후 대상자의 지식·태도·행동의 변화를 확인하고, 교육내용의 효과성과 만족도를 평가하여 개선점을 도출한다.

상담 및 보건교육을 수행할 때 간호사는 신뢰관계 형성과 의사소통 기술이 필수적이다. 경청과 공감, 개방적 질문, 비판 없는 피드백은 상담 효과를 높이는 핵심요소이다. 또한 교육 시에는 학습자 중심의 접근을 유지하며, 단순히

정보를 제공하는 데 그치지 않고 실천동기를 강화할 수 있도록 해야 한다.

상담 및 보건교육의 장점은 대상자가 자신의 건강문제를 이해하고, 스스로 관리할 수 있는 능력을 향상시킨다는 점이다. 또한 예방 중심의 접근을 통해 만성질환 발생을 줄이고, 지역사회 전체의 건강 수준을 향상시키는 효과가 있다. 집단교육의 경우 사회적 지지를 강화하고, 정보 공유를 통해 학습효과를 높일 수 있다. 반면 단점으로는 교육의 효과가 단기간에 나타나기 어렵고, 대상자의 참여의지나 학습동기에 따라 효과가 달라질 수 있다는 점이 있다. 또한 교육자의 전문성, 의사소통 능력, 자료의 질 등에 따라 교육성과에 차이가 발생할 수 있다.

5) 홍보활동

홍보활동은 지역사회 주민이 건강문제와 보건사업의 중요성을 인식하고, 적극적으로 참여하도록 유도하는 간호 활동이다. 단순히 정보를 알리는 수준을 넘어, 주민의 태도와 행동 변화를 촉진하고 건강문화를 형성하는 것을 목표로 한다. 즉, 홍보는 지역사회 간호의 실천 결과를 확산시키는 동시에, 건강증진사업의 지속성과 참여도를 높이는 전략적 커뮤니케이션 활동이다.

홍보활동의 주요 원리는 정확성, 접근성, 적시성, 지속성, 참여성으로 정리된다. 정확성은 전달되는 정보가 근거에 기반하고 신뢰할 수 있어야 함을 의미한다. 접근성은 주민 누구나 쉽게 이해하고 접할 수 있도록 단순하고 명료한 표현을 사용하는 것이다. 적시성은 주민이 관심을 가질 시점에 필요한 정보를 제공하는 것을 뜻하며, 지속성은 일회성 홍보가 아니라 반복적이고 연속적인 노출을 통해 인식과 행동변화를 강화하는 것이다. 마지막으로 참여성은 주민이 단순한 수용자가 아니라 홍보활동의 주체로 참여할 수 있도록 하는 것이다.

홍보활동의 방법은 다양하며, 사용되는 매체의 형태에 따라 직접홍보와 간접홍보로 나눌 수 있다. 직접홍보는 간호사나 보건인력이 주민과 직접 만나 대면으로 정보를 제공하는 방식으로, 캠페인, 거리홍보, 건강상담 부스 운영 등이 이에 해당한다. 반면 간접홍보는 인쇄물이나 미디어를 활용하여 불특정 다수에게 정보를 전달하는 방식으로, 포스터, 리플릿, 현수막, 신문, 라디오, 지역 케이블 방송, 인터넷, 소셜미디어(SNS), 문자메시지, 전광판 등이 사용된다. 최근에는 모바일 앱, 유튜브, 지역 온라인 커뮤니티 등 디지털 매체를 활용한 건강홍보가 활발히 이루어지고 있다.

홍보를 수행할 때에는 대상과 목적에 따라 매체를 적절히 선택하는 것이 중요하다. 예를 들어, 노인을 대상으로 하는 경우 인쇄물이나 방송매체가 효과적일 수 있으며, 청소년과 청년층은 SNS나 영상콘텐츠를 활용한 홍보가 더 적합하다. 또한, 단순한 정보 전달보다 참여형 홍보가 효과적이므로, 체험행사, 건강퀴즈, 인증 챌린지, 지역 축제와 연계된 홍보활동 등을 통해 주민의 관심과 참여를 유도할 수 있다.

홍보활동의 절차는 계획, 실행, 평가 단계로 이루어진다. 계획 단계에서는 홍보의 목적, 대상, 주요 메시지, 매체, 예산, 기간을 설정하고, 실행 단계에서는 홍보자료를 제작하고 다양한 경로를 통해 배포한다. 이후 평가 단계에서는 홍보의 도달률, 인지도, 참여도, 행동변화 정도 등을 확인하여 효과를 분석하고 향후 개선방안을 마련한다.

홍보활동의 장점은 지역사회 전체의 건강 인식을 제고하고, 보건사업 참여율을 높이며, 건강행동 실천을 확산시킬 수 있다는 점이다. 또한 간호활동의 가시성을 높이고, 주민과 보건기관 간 신뢰관계를 강화하는 효과도 있다. 그러나 단점으로는 홍보 내용이 일방적으로 전달될 경우 주민의 실제 행동변화로 이어지기 어렵고, 매체의 특성이나

전달 방식에 따라 정보 왜곡이나 관심 부족이 발생할 수 있다. 또한 홍보효과를 객관적으로 측정하기 어렵고, 예산과 인력이 부족한 지역에서는 지속적인 홍보활동이 어려운 경우도 있다.

6) 사례관리

사례관리는 복잡한 건강문제를 가진 개인이나 가족이 지역사회 내에서 적절한 보건의료 및 사회복지 서비스를 통합적으로 받을 수 있도록 조정·관리하는 간호활동이다. 즉, 사례관리는 대상자의 요구를 중심으로 다양한 서비스와 자원을 연계하여, 건강상태의 유지와 삶의 질 향상을 돕는 체계적인 관리과정이다. 이는 단순한 서비스 제공을 넘어, 대상자의 자기관리 능력을 강화하고 중복된 자원 사용을 방지하여 효율적이고 지속가능한 돌봄체계를 구축하는 데 목적이 있다.

사례관리가 필요한 이유는 현대 사회의 건강문제가 점점 복잡적이고 만성화되고 있기 때문이다. 특히 노인, 장애인, 만성질환자, 저소득층, 정신건강 취약계층 등은 여러 기관의 서비스를 동시에 필요로 하지만, 각 기관이 분절적으로 운영되어 서비스가 중복되거나 누락되는 경우가 많다. 사례관리는 이러한 단절을 해소하고, 대상자의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공함으로써 돌봄의 연속성을 확보한다. 또한 의료비 절감, 재입원 예방, 지역사회 내 자립생활 지원 등 공공보건의 효율성을 높이는 데 기여한다.

사례관리자의 역할은 다차원적이다. 첫째, 대상자의 요구를 총체적으로 파악하고, 문제의 우선순위를 설정하여 개별화된 관리계획을 수립한다. 둘째, 다양한 기관 및 전문가 간의 조정을 통해 중복서비스를 최소화하고, 필요한 자원을 적절히 연결한다. 셋째, 대상자가 스스로 건강을 관리할 수 있도록 교육과 상담을 제공하며, 자기관리 능력을 강화한다. 넷째, 서비스 제공의 질과 결과를 지속적으로 모니터링하고 평가하여 관리계획을 수정·보완한다. 다섯째, 대상자의 권익을 보호하고, 사회적 지지를 강화하는 옹호자 역할을 수행한다. 간호사는 이러한 사례관리의 중심에서 의료적 이해와 지역사회 자원에 대한 전문성을 바탕으로 다학제적 협력의 핵심 조정자로 기능한다.

사례관리의 과정은 사정, 계획, 실행, 평가의 네 단계로 이루어진다. 사정 단계에서는 대상자의 건강상태, 사회적 관계, 환경, 자원 이용 현황 등을 종합적으로 파악한다. 계획 단계에서는 사정 결과를 토대로 단기·장기 목표를 설정하고, 필요한 서비스와 자원을 구체적으로 결정한다. 실행 단계에서는 선정된 서비스가 실제로 제공될 수 있도록 관련 기관과 협력하고, 대상자의 참여를 촉진한다. 평가 단계에서는 서비스 제공 후의 변화와 목표 달성 정도를 검토하여, 필요 시 관리계획을 수정하고 사례를 종결한다.

사례관리의 장점은 대상자의 건강문제를 지속적으로 관리할 수 있고, 불필요한 서비스 이용을 줄여 자원의 효율성을 높이며, 건강결과를 개선할 수 있다는 점이다. 또한 의료·복지·지역사회를 아우르는 통합적 접근이 가능하며 대상자의 삶의 질을 향상시키는 데 효과적이다. 그러나 단점으로는 사례관리자가 과도한 업무 부담을 가질 수 있고, 서비스 간 정보 공유 체계가 미흡하면 조정이 어려워질 수 있다. 또한 제도적 지원이나 예산이 부족한 경우, 사례관리가 일회성 행정업무로 전락할 위험도 존재한다.

5절

지역사회 간호평가

지역사회 간호평가는 지역사회 간호과정의 마지막 단계로서, 계획된 사업이나 간호활동이 의도한 목표를 얼마나 달성하였는지를 확인하고 그 효과를 분석하는 체계적 과정이다. 이는 단순히 사업의 성과를 확인하는 절차가 아니라, 간호활동의 타당성·효율성·지속가능성을 검토하여 향후 사업의 질을 향상시키기 위한 중요한 관리 기능이다.

평가의 목적은 지역사회 간호활동이 주민의 건강증진에 실제로 기여하였는지를 규명하고, 사업 수행 과정에서의 강점과 한계를 파악하여 개선 방향을 제시하는 데 있다. 또한 평가 결과는 공공 자원의 사용에 대한 책무성을 확보하고, 향후 사업의 우선순위 결정이나 예산 편성, 정책 수립의 근거로 활용된다.

지역사회 간호사업은 다양한 기관과 인력이 연계되어 수행되므로, 사업의 진행 상황과 성과를 객관적으로 검토하는 과정이 필수적이다. 평가는 계획 단계에서 설정된 목표와 기준을 중심으로 수행되며, 구조·과정·결과의 각 측면에서 사업의 적절성을 확인한다. 이러한 평가는 단기적인 성과뿐만 아니라 장기적인 지역사회 건강 수준의 변화를 파악하는 데에도 도움을 준다.

1 평가내용

지역사회 간호평가의 내용은 간호사업의 효과성, 효율성, 적절성, 형평성, 지속가능성 등을 다각도로 검토하는 것을 포함한다. 즉, 사업이 계획된 목적에 부합하는지, 자원이 합리적으로 활용되었는지, 간호활동이 지역사회 주민의 건강증진에 실제로 기여하였는지를 확인하는 과정이다.

- **효과성(effectiveness) 평가**: 계획된 목표가 얼마나 달성되었는지를 판단하는 것으로, 간호중재가 건강지표 향상이나 행동 변화 등 구체적인 성과로 이어졌는지를 분석한다.
- **효율성(efficiency) 평가**: 투입된 자원(인력, 시간, 예산)에 비해 산출된 성과가 적절한지를 검토하여, 자원 활용의 경제성과 합리성을 평가한다.
- **적절성(appropriateness) 평가**: 간호활동이 지역의 건강문제와 실제 요구에 부합했는지를 살펴보는 것으로, 계획의 타당성을 검증한다.
- **형평성(equity) 평가**: 간호서비스가 특정 계층이나 지역에 편중되지 않고, 모든 주민에게 공평하게 제공되었는지를 평가한다.
- **지속가능성(sustainability) 평가**: 사업이 일회성 활동에 그치지 않고, 장기적으로 유지·확산될 수 있는 구조와 자원을 갖추었는지를 확인한다.

이처럼 평가의 내용은 단순히 결과만을 보는 것이 아니라, 사업의 목표·활동·자원·성과 전반을 포함한 포괄적 검토를 의미한다. 평가는 계획 수립 단계에서부터 고려되어야 하며, 간호활동의 모든 과정이 사후적으로 검증 가능한 형태로 기록·관리되어야 한다.

또한, 평가가 타당하고 신뢰성 있게 이루어지기 위해서는 다음과 같은 기본 원리를 준수해야 한다.

- **객관성**: 평가 기준은 명확하고 측정 가능한 지표에 근거해야 하며, 평가자의 주관적 판단을 최소화해야 한다.
- **타당성**: 평가항목이 실제로 측정하고자 하는 내용을 충분히 반영해야 한다.
- **신뢰성**: 동일한 조건에서 반복 평가 시 일관된 결과가 나와야 한다.
- **실용성**: 평가 결과는 실제 의사결정과 개선활동에 활용될 수 있어야 한다.
- **윤리성**: 평가 과정에서 개인정보를 보호하고, 결과의 해석과 활용에서 공정성을 유지해야 한다.

2 평가모형

지역사회 간호사업의 평가는 하나의 고정된 방식으로 이루어지기보다, 어떤 평가모형을 적용하느냐에 따라 평가의 초점과 절차가 달라진다. 이에 논리모형, 체계모형, 투입 - 산출모형을 기준으로 지역사회 간호사업을 어떻게 평가하는지를 중심으로 살펴본다.

1) 논리모형에 따른 평가

(1) 평가의 목적

논리모형에 따른 평가는 지역사회 간호사업이 사전에 설정된 논리 구조에 따라 수행되었는지, 그리고 투입과 과정이 산출과 성과로 합리적으로 연결되었는지를 평가하는 데 목적이 있다. 즉, 논리모형 평가는 간호중재와 건강성과 간의 인과적 타당성을 검증하는 평가이다.

(2) 평가의 절차와 내용

논리모형에 따른 평가는 다음의 단계에 따라 수행된다.

① 투입에 대한 평가

계획된 인력, 예산, 시설, 장비, 정보, 정책적 지원이 실제로 투입되었는지를 평가한다.

투입 수준이 충분했는지, 투입의 적절성이 확보되었는지를 검토한다.

② 과정에 대한 평가

투입된 자원이 계획된 간호활동으로 전환되었는지를 평가한다.

방문간호, 보건교육, 상담, 사례관리 등의 활동이 계획대로 수행되었는지를 점검한다.

③ 산출에 대한 평가

수행된 간호활동의 직접적인 결과를 측정한다.

서비스 제공 횟수, 참여자 수, 교육 이수율 등 측정 가능한 지표를 중심으로 평가한다.

④ 성과에 대한 평가

산출을 통해 나타난 변화를 단기·중기·장기 성과로 구분하여 평가한다.

- 단기 성과: 지식·태도·기술의 변화
- 중기 성과: 건강행동 및 생활습관 변화
- 장기 성과: 건강수준 향상과 삶의 질 증진

(3) 논리모형 평가의 활용

논리모형에 따른 평가는 성과가 기대에 미치지 못했을 경우, 어느 단계(투입, 과정, 산출, 성과)에서 문제가 발생했는지를 분석할 수 있도록 한다. 이를 통해 간호계획 수정, 중재 전략 보완, 자원 재배분의 근거를 제공한다.

2) 체계모형에 따른 평가

(1) 평가의 목적

체계모형에 따른 평가는 지역사회 간호사업이 지역사회라는 체계 안에서 얼마나 효과적이고 효율적으로 작동하고 있는지, 그리고 지역사회 요구와 환경에 적합한지를 종합적으로 평가하는 데 목적이 있다.

(2) 평가의 절차와 내용

체계모형에 따른 평가는 다음 요소를 중심으로 수행된다.

① 투입된 자원에 대한 평가

사업에 투입된 시간, 인력, 예산, 방문 횟수 등 투입된 노력의 정도를 평가한다.

② 사업 진행 과정에 대한 평가(전환 과정)

사업이 계획된 일정과 방식에 따라 수행되었는지를 평가한다.

계획과 실제 수행 간 차이가 있을 경우 그 원인을 분석한다.

③ 목표 달성 정도에 대한 평가(산출)

설정된 목표가 어느 수준까지 달성되었는지를 평가한다.

목표 미달성 시 원인을 분석하고, 기여 요인을 다음 계획에 반영한다.

④ 사업 효율성에 대한 평가

산출 대비 투입 자원의 크기를 비교하여 비용 대비 효과를 평가한다.

최소의 자원으로 최대의 효과를 달성했는지를 검토한다.

⑤ 사업 적합성에 대한 평가

사업의 목표와 내용이 지역사회 요구에 부합하는지를 평가한다.

대상자 참여 수준, 지역사회 수용성을 중심으로 판단한다.

(3) 체계모형 평가의 활용

체계모형에 따른 평가는 평가 결과를 다시 사정과 계획 단계로 환류시켜, 사업의 지속적 개선과 조정을 가능하게 한다. 특히 지역사회 환경 변화에 대응한 중·장기 전략 수립에 활용된다.

3) 투입-산출모형에 따른 평가

(1) 평가의 목적

투입-산출모형에 따른 평가는 지역사회 간호사업이 계획된 대로 수행되었는지, 그리고 사업 운영이 적절했는지를 점검하는 데 목적이 있다.

(2) 평가의 절차와 내용

투입-산출모형에 따른 평가는 다음의 세 범주로 이루어진다.

① 구조평가(투입)

인력, 시설, 장비, 예산, 행정적 지원 등 사업 수행 여건이 적절했는지를 평가한다.

② 과정평가

간호활동이 계획된 절차와 방법에 따라 수행되었는지를 평가한다.

수행의 충실성과 운영상의 문제점을 점검한다.

③ 결과평가(산출 및 성과)

사업을 통해 달성된 결과를 평가한다.

목표 달성 여부와 기대한 변화가 나타났는지를 중심으로 평가한다.

(3) 투입-산출모형 평가의 활용

투입-산출모형은 지역사회 간호사업이 계획된 대로 수행되었는지와 운영 과정의 적절성을 점검하는 데 유용하며, 행정적 보고와 단기 성과 평가에 효과적으로 활용된다. 그러나 이 모형은 간호중재와 성과 간의 인과적 관계를 충분히 설명하는 데에는 한계가 있으므로, 성과의 원인 분석이나 사업의 장기적 효과를 평가할 때에는 논리모형이나 체계모형과 병행하여 적용하는 것이 바람직하다.

표 3-19 중재수레바퀴모델의 구성

평가범주	평가 목적	주요 평가 내용	평가 시기	적용 예시
구조평가 (투입평가)	간호활동이 이루어지기 위한 환경적·조직적 기반이 적절하게 갖추어져 있는지 확인함으로써, 사업 수행의 준비 상태를 점검한다.	인력 구성, 조직 구조, 시설·장비, 예산, 행정지원, 정책적 기반 등	사업 시작 전 또는 초기 단계	<ul style="list-style-type: none"> 보건소에 혈압 측정기, 교육 자료, 상담 공간이 충분히 구비되어 있는가? 간호사의 역할과 책임이 명확히 규정되어 있는가? 사업 추진을 위한 예산과 행정 절차가 마련되어 있는가?
과정평가 (전환평가)	계획된 간호활동이 실제로 얼마나 충실하게 수행되고 있는지를 점검하고, 사업 수행 과정에서의 문제를 초기에 발견하여 수정·보완한다.	활동의 적절성, 수행 절차의 충실성, 대상자 참여 수준, 자원 활용의 효율성	사업 수행 중 또는 직후	<ul style="list-style-type: none"> 건강교육이 계획된 횟수와 일정에 맞추어 실시되었는가? 대상자 참여율이 기대 수준에 도달했는가? 교육 내용이 주민의 이해 수준에 적합했는가? 인력과 예산이 계획된 범위 내에서 효율적으로 활용되었는가?
결과평가 (산출 및 성과평가)	간호활동이 대상자 또는 지역사회에 미친 변화와 효과성을 평가하여, 사업 목표 달성 여부와 중재의 성과를 확인한다.	건강지식·태도·행동의 변화, 건강상태 개선, 삶의 질 향상, 지역사회 건강 지표 변화	사업 종료 시점 또는 일정 기간 경과 후	<ul style="list-style-type: none"> 고혈압 대상자의 평균 혈압이나 조절률이 향상되었는가? 교육 후 흡연율이나 비만율이 감소하였는가? 대상자의 자기효능감이나 건강생활습관 점수가 향상되었는가? 지역사회 전체의 건강지표(예) 만성질환 유병률, 삶의 질 지수)가 개선되었는가?

3 평가과정

지역사회 간호평가는 계획된 사업의 성과를 객관적으로 검토하고, 그 결과를 다음 계획 수립에 반영하는 순환적 과정으로 이루어진다. 일반적으로 평가 대상 및 기준 결정 → 자료 수집 → 목표와 현재 상태 비교 → 결과 해석 → 재계획 수립의 단계를 거친다.

먼저 평가 대상 및 기준 결정 단계에서는 평가의 목적과 범위를 명확히 한다. 어떤 사업이나 활동을 평가할 것인지, 어떤 기준으로 성공 여부를 판단할 것인지를 사전에 정해야 한다. 이 단계에서 설정된 평가지표는 이후의 자료 수집과 해석의 기준이 된다.

다음으로 자료 수집 단계에서는 설정된 기준에 따라 관련 정보를 체계적으로 수집한다. 문헌, 통계자료, 설문조사, 면담, 관찰 등 다양한 방법을 활용할 수 있으며, 객관적이고 신뢰할 수 있는 자료 확보가 중요하다. 수집된 자료는 계획 단계에서 제시한 목표 달성 정도를 검증하는 근거가 된다.

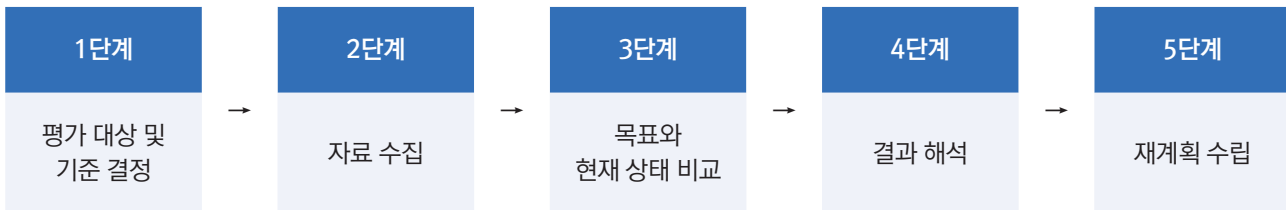
목표와 현재 상태 비교 단계에서는 평가 기준과 수집된 자료를 대조하여, 사업이 목표 수준에 얼마나 근접했는지를 파악한다. 단순히 수치상의 변화뿐만 아니라, 그 변화가 나타난 맥락과 영향을 함께 고려해야 한다.

결과 해석 단계에서는 사업의 성과와 한계를 종합적으로 분석한다. 성과가 기대에 미치지 못한 경우, 그 원인이 목

표 설정의 문제인지, 수행 과정의 한계인지, 외부 요인에 의한 것인지를 구분하여 판단한다. 또한 효과적인 요인과 비효과적 요인을 구체적으로 기록하여 다음 사업의 개선 방향을 도출한다.

마지막으로 재계획 수립 단계에서는 평가 결과를 바탕으로 새로운 목표를 설정하고, 기존 계획을 수정·보완한다. 이 단계는 평가가 단순한 종결이 아닌, 다음 지역사회 간호과정의 출발점이 됨을 의미한다. 평가 결과는 지역보건계획 수립, 자원 재배분, 정책 개선 등 실질적 의사결정에 활용되어야 한다.

표 3-20 지역사회간호 평가절차



4 평가결과 활용

평가결과와 활용은 지역사회 간호과정의 종결이자 새로운 순환의 출발점이다. 평가는 단순히 사업의 성과를 확인하는 데 그치지 않고, 그 결과를 토대로 향후 간호활동의 방향을 재정립하고 지속적인 질 향상을 도모하는 데 목적이 있다.

첫째, 평가결과는 사업 개선의 피드백 자료로 활용된다. 사업 수행 중 발견된 문제점과 한계를 구체적으로 기록하고, 효과적이었던 전략과 비효과적이었던 요인을 비교 분석함으로써 다음 계획 수립에 반영한다. 이를 통해 사업의 효율성과 실현 가능성을 높일 수 있다.

둘째, 평가결과는 정책 및 의사결정의 근거자료로 사용된다. 지역보건계획 수립, 예산 편성, 인력 배치, 사업 우선순위 조정 등 행정적·정책적 판단을 위한 과학적 근거를 제공한다. 평가결과가 신뢰성 있게 제시될 때, 간호활동의 중요성이 정책적으로 인정받고 제도화될 가능성이 높아진다.

셋째, 평가결과는 성과 관리 및 보고의 근거로 활용된다. 보건소, 지자체, 보건복지부 등 상위기관에 사업성과를 보고할 때, 정량적·정성적 지표를 근거로 사업의 효과성과 필요성을 입증할 수 있다. 이는 공공 자원 활용의 투명성을 확보하고, 향후 사업 확장이나 예산 확보에도 긍정적 영향을 미친다.

넷째, 평가결과는 지역사회 참여와 협력 촉진의 수단이 된다. 주민과 관련 기관이 평가결과를 공유함으로써, 지역 내 건강문제에 대한 공감대를 형성하고 공동 대응체계를 강화할 수 있다. 평가결과를 주민에게 공개하는 것은 지역사회 중심 보건사업의 투명성과 신뢰성을 높이는 데에도 기여한다.

마지막으로, 평가결과는 간호전문성 강화와 근거기반 실무 확립에 중요한 역할을 한다. 평가를 통해 축적된 자료와 경험은 지역사회 간호의 실천적 근거로 활용될 수 있으며, 이는 연구로 확장되어 학문적 발전에도 기여한다.

6절

지역사회 간호과정의 적용

지역사회 간호과정의 적용은 앞서 제시한 이론적 절차를 실제 현장의 다양한 상황에 맞게 실천하는 단계이다. 즉, 지역사회 간호과정의 이론적 틀을 실제 지역에 적용하는 과정을 경험할 수 있도록 가상의 지역을 통해 지역사회 간호과정의 단계를 살펴보고자 한다.

1 시나리오

서울시 도심 북부에 위치한 S구는 면적 약 17km², 인구 27만 5천 명 규모의 자치구로, 인구밀도가 매우 높은 도시 지역이다. 주거지역과 상업시설이 혼재된 도심형 구조를 이루며, 한강 북쪽에 접하고 20개 행정동으로 구성되어 있다. 지역 내에는 대학 캠퍼스와 대형 공원이 있어 문화·교육 자원이 풍부하다. 그러나 일부 전통 시장과 소규모 공단 주변에서는 악취, 소음, 대기오염 등 환경문제가 발생하고 있다.

F동 지하철역을 중심으로 주요 교통망이 발달해 대중교통 접근성이 우수하나, 노후주택지와 재개발 지역이 공존하면서 일부 구릉지에서는 주거 안전과 환경 격차 문제가 제기되고 있다.

S구의 인구는 최근 점차 감소 추세에 있으며, 출생률이 낮고 65세 이상 고령인구 비율은 15%에 달한다. 1인 가구 비율은 35% 이상으로, 청년층 1인 가구와 독거노인이 함께 많은 편이다. 특히 A동과 B동은 고령자 및 저소득층이 밀집된 지역으로, 기초생활수급 세대는 약 5천 세대, 독거노인은 약 8천 명으로 파악된다.

교육수준은 대졸 이상 40%, 고졸 45%, 중졸 이하 15%로 나타나며, 세대별로는 65세 이상 노년층에서 중졸이 40%로 가장 많고, 40~59세 중년층은 고졸이 60%, 39세 이하 청년층은 대졸이 80%로 세대 간 교육수준 차이가 뚜렷하다.

건강 수준을 보면 만성질환 유병률이 높으며, 고혈압 30%, 당뇨병 12%로 나타났다. 특히 65세 이상 노인의 고혈압 유병률은 70%에 달한다. 그러나 고혈압 유병자 중 자가관리를 실천하는 비율은 50%에 불과하다.

성인 흡연율은 20%(남성 35%, 여성 5%), 고위험 음주율은 15%, 운동 실천율은 25%로, 전반적인 건강행태 개선이 필요하다. 노인 우울감 경험률은 8%, 자살률은 인구 10만 명당 40명 수준이며, 치매 환자는 약 3천 명으로 보고된다. 주요 사망원인은 암, 심장질환, 뇌혈관질환이며, 기대수명은 82세이다.

S구에는 구청 산하 보건소 1곳과 분소 1곳이 있으며, 종합병원 1개, 중소병원 2개, 병·의원 100여 개, 약국 50여 개가 분포한다. 인구 천 명당 의사 수는 2.46명, 간호사 수는 15.5명이다. 또한 노인복지관 1곳, 경로당 50개소, 장애인복지관 1곳, 청소년센터 1곳 등 다양한 복지시설이 운영되고 있다.

고령 인구를 대상으로 방문건강관리사업이 시행 중이며, 75세 이상 노인 전원을 대상으로 등록관리가 추진되고 있으나 등록률은 36% 수준이다. 보건소에서는 만성질환관리 프로그램(고혈압교실), 정신건강상담 서비스, 금연클리닉 등을 운영하고 있다.

2 간호사정 : 지역사회 자료 요약

사정 영역	자료 요약	더 필요한 자료	추가자료	결론
지역사회 환경 특성	<ul style="list-style-type: none"> • 도심형 주거 · 상업 혼합 지역 • 한강, 대형 공원 등 녹지 풍부 하나 일부 공단 · 시장 주변 환경오염 우려 • 교통 접근성 양호 • 재개발지역과 노후주택지 공존, 노후 건물 등 안전 취약 	<ul style="list-style-type: none"> • 서울시 자치구별 미세먼지 · 소음 · 악취 민원 발생 건수 • S구의 재개발 · 노후주택 비율, 안전진단 등급 • S구의 대중교통 접근성 지수(버스 · 지하철역 밀도) • 주민 1인당 공공시설 이용 면적 	<ul style="list-style-type: none"> • 미세먼지 농도 : S구 24 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (서울시 평균 22 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) • 대중교통 접근성 지수 : S구 0.98 (서울시 평균 0.92) • 재개발구역 비율 : 15%, 노후주택비율 : 30% • 1인당 공원면적 : 5.6m^2 (서울시 평균 5.5m^2) 	<p>도심형 구조로 교통 및 생활 편의시설은 우수하나, 일부 공단 · 시장 주변의 환경 오염 민원과 노후주택 밀집으로 인한 안전 취약 지역이 존재함. 생활환경 격차에 따른 건강불평등 가능성이 있음</p>
인구학적 특성	<ul style="list-style-type: none"> • 총인구 27만5천 명, 최근 감소 추세 • 고령인구 15%로 고령사회 진입 • 출생률 낮고 1인 가구 비율 35% 이상(청년 1인 가구 및 독거노인 다수) • 취약계층 : 독거노인 8천 명, 기초생활수급 5천 세대 • 교육수준 : 대졸 이상 40%, 고졸 45%, 중졸 이하 15% (노년층 교육수준 낮음) 	<ul style="list-style-type: none"> • 연령대별 인구구조 변화 (최근 5년간) • 경제활동참가율, 실업률, 소득 분위별 가구 비율 • 노인 단독가구의 주거유형(자가/전세/월세) • 출생률 · 사망률 추세 (서울시 평균 대비) 	<ul style="list-style-type: none"> • 출생률: 4.8% (서울시 5.5%) • 사망률: 6.7% (서울시 6.1%) • 경제활동참가율: 66% (서울시 63%) • 노인 단독가구 주거유형: 자가 42%, 전세 28%, 월세 30% 	<p>인구 감소와 출생률 저하로 고령화가 진행 중이며, 청년 1인가구 와 독거노인이 동시에 많은 구조를 보임. 사회적 고립 위험과 세대 간 교육 · 경제 격차가 뚜렷함</p>
건강상태	<ul style="list-style-type: none"> • 만성질환 유병률 높음 : 고혈압 약 30%, 당뇨병 12% • 65세 이상 고혈압 70% ↑ • 고혈압관리율 : 50% • 노인 우울감 경험률 8%, 노인 자살률 인구 10만 명당 40명대 • 치매환자 3천 명 • 보건지표 추이 : 암, 심장질환, 뇌졸중 순으로 사망률 높음 • 기대수명 82세 	<ul style="list-style-type: none"> • 서울시/전국 우울감 경험률 • 서울시/전국 자살률 • 서울시/전국 기대수명 • S구 주민의 건강검진 수검률 	<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압관리율: 93% (서울시, 당해년도) • 암검진율: S구 50.5%, 전국 평균 약 60%, 254개 지역 중 190위 • 우울감 경험률: 6% (서울시) • 자살률: 50명/10만 명 당(서울시) • 서울시 기대수명: 82세 (전국 평균 83세) 	<p>고혈압관리율(50%)이 서울시 평균(93%)보 다 현저히 낮고, 암검진율도 전국 평균 보다 낮음. 만성질환 및 정신건강 관리 강화를 위한 지역 보건의료 서비스 강화 필요</p>

사정 영역	자료 요약	더 필요한 자료	추가자료	결론
건강행태	<ul style="list-style-type: none"> 성인 흡연율 20% (남 35%, 여 5%) 고위험 음주율 15% 신체활동 실천율 25% 	<ul style="list-style-type: none"> 서울시/전국 성인흡연율 서울시/전국 고위험음주율 서울시/전국 신체활동 실천율 	<ul style="list-style-type: none"> 성인흡연율: 18% (서울시) 고위험음주율: 16% (서울시) 신체활동 실천율: 30% (서울시) 	신체활동 실천율 및 고위험 음주 지표가 서울시 평균보다 낮거나 유사 생활습관 개선을 위한 운동·절주 중심의 건강 증진 사업 강화 필요
보건·복지자원	<ul style="list-style-type: none"> 의료자원 : 보건소 1개소, 분소 1개소, 종합병원 1곳, 병·의원 약 100여 개 분포 인구천명당 의사수는 2.46명, 간호사수는 15.5명 복지자원 : 노인복지관 1곳, 경로당 50개소, 장애인복지관 1곳, 청소년센터 1곳 주요 보건사업 : 방문건강관리(75세 ↑ 전원 대상, 등록률 36%), 만성질환관리 프로그램(고혈압교실 등), 정신건강센터(우울증 상담) 	<ul style="list-style-type: none"> 서울시/전국 의료자원분포 1차의료기관 접근성 지역 내 방문건강관리 인력 수 및 가구당 담당자 비율 노인복지관 프로그램 참여율 정신건강센터 이용률 및 재방문율 돌봄 서비스 수급률(노인 맞춤돌봄, 방문간호 등) 	<ul style="list-style-type: none"> 의사수 : 3.34명/1,000명(서울시 평균) 간호사수 : 20명/1,000명(서울시 평균) 방문건강관리 등록률 : 36%(S구) 노인복지관 프로그램 참여율: 약 42% 정신건강센터 상담 이용률: 28% 돌봄서비스 수급률 : 30%(노인맞춤형 돌봄 기준) 	의료·복지 인프라는 양호하나 의료인의 수가 적고, 방문건강관리 등록률(36%)이 낮음. 고위험 노인 및 정신건강 취약군 중심의 통합 돌봄 및 서비스 접근성 강화가 필요함

3 간호진단

영역	문제 수정인자	증상/징후	대상자	심각도	관련 근거
환경	수입	수입이 낮거나 없음	지역사회	실제	기초생활수급 5천 세대 경제활동참가율: 66% (서울시 63%)
심리사회	지역사회 자원과의 의사소통	이용할 수 없는 자원	지역사회	잠재	서울시에 비하여 의료인의 수가 적음
심리사회	지역사회 자원과의 의사소통	치료·서비스·재화에 대한 제한적 접근	지역사회	실제	암 검진율 50.5%로 전국 평균 60%보다 낮아 건강서비스 이용률이 저조함
심리사회	사회적 접촉	제한된 사회적 접촉	지역사회	잠재	청년 1인가구와 독거노인, 기초생활수급자와 같은 사회적 고립군 증가
심리사회	정신건강	슬픔/희망 없음/ 자존감 저하	지역사회	실제	우울감 경험률 8%로 서울시 6%보다 높음
심리사회	역할변화	비자발적 역할 전도	지역사회	잠재	치매 유병률 3,000명, 역할 전환 우려
건강관련 행위	건강관리 감독	정기적·예방적 건강관리 실패 평가·치료를 요하는 증상 관리 실패	지역사회	실제	고혈압관리율 50%, 서울시 평균 93%

4 우선순위

번호	문제	문제의 규모 (A, 0~10점)	문제의 심각성 (B, 0~10점)	개입의 효과성 (C, 0~10점)	우선순위 점수 (A+B) ×C×D	실행 가능성 (A+2B) ×C	근거 요약
①	수입 (경제적 취약)	8	5	5	90	0	보건소의 법정사업 범위 외 영역으로, 간호사의 개입 및 실행 불가능
②	지역사회 자원과의 의사소통 (이용할 수 없는 자원)	6	6	6	108	1	의료인 수 부족(2.46명/1,000명), 일부 지역 접근성 낮음
③	지역사회 자원과의 의사소통 (치료·서비스 접근 제한)	6	7	7	140	1	암 검진율 50.5%(전국 60%)로 국가검진사업과 연계 필요.
④	사회적 접촉 (고립·관계 단절)	7	6	5	95	1	독거노인, 청년 1인가구, 수급자 증가로 사회적 고립 심화
⑤	정신건강 (우울감·자존감 저하)	7	8	6	138	1	우울감 경험률 8%(서울시 6%), 자살률 30명/10만명. 문제의 심각성 높음
⑥	역할변화 (치매 돌봄 부담 증가)	5	7	5	95	1	치매 유병률 증가(약 9.8%), 가족 돌봄 역할 과중
⑦	건강관리감독 (혈압관리 미흡)	8	9	8	208	1	고혈압 유병률 30%, 65세 이상 70%, 관리율 50%(서울시 93%). 방문건강관리·만성질환교실 등 실현 가능한 중재 존재

5 목표설정

일반적 목표	구체적 목표
3년 이내 S구 고혈압유병자의 자가관리율이 현재 50%에서 70%로 향상한다.	1년 이내 고혈압 자가관리 참여자의 주 1회 혈압측정 실천율을 80% 이상으로 향상된다.
	6개월 이내 보건소 고혈압교실 참여자 수가 현재 대비 30%p 이상 향상된다.
	1년 이내 고혈압 등록대상자의 약물복용 순응도(매일 복용자 비율)를 75% 이상으로 향상된다.

6 수행계획

구체적 목표 : 1년 이내 고혈압 자가관리 참여자의 주 1회 혈압측정 실천율이 80% 이상으로 향상된다.

항목	내용
수행 내용	고혈압 유병자를 대상으로 '혈압 자가측정 교육 및 실습 프로그램'을 운영 자가측정 일지 제공 및 주 1회 혈압 기록 제출을 독려 측정 결과를 기반으로 개인별 피드백 및 생활습관 개선 교육을 병행
수행 방법	보건소 및 경로당 중심의 고혈압교실 집단교육(1개월간 주 1회, 총 4회) 실시 후, 5개월간 주 1회 혈압기록 확인 및 피드백 지속 참여자: 총 100명으로, 차수별(매월) 20명씩, 총 5차수 운영
수행 인력	지역사회간호사 2명, 보건소 공무원 1명, 지역사회지도자 1명
수행기간	○○○○년 3월 ~ 12월 (6개월 × 5차수, 교육 1개월 + 관리 5개월)
수행 장소	보건소 건강상담실, 경로당
예산 및 자원	교육자료 인쇄비 3,000원 × 100세트 = 300,000원 홍보물 인쇄비 8,000원 × 10세트 = 80,000원 가정용 혈압계 대여 35,000원 × 20대 = 700,000원 다과 3,000원 × 180인분 = 540,000원 성실참여자 증정품 5,000원 × 60명 = 300,000원 문자 알림 25원 × 100명 × 26주 = 65,000원 소계: 1,985,000원 (예비비 5% 포함 시 총 2,084,000원)

7 평가계획

평가 유형	평가 요소	평가내용	지표	기준	자료원	평가방법
구조 평가	인력	사업 수행을 위한 인력이 계획대로 확보되었는가?	간호사 및 보건인력 확보율 = (실제 배치인원/계획인원) × 100	≥ 100%	근무표, 사업계획서	문서검토
	장소	교육장소의 접근성, 안전성, 환경이 적절한가?	교육장소 적절성 평균점수(5점 척도)	≥ 4.0/5.0	현장점검표, 사진기록	관찰, 점검
	물품 · 장비	혈압계, 교육자료 등 필수 물품이 충분히 확보 · 작동되는가?	필수물품확보율 = (확보 항목수 / 총 항목수) × 100	100%	물품 점검표, 재고대장	문서검토, 관찰
	예산	계획된 예산이 확보 · 집행되었는가?	예산집행율 = (집행금액/계획금액) × 100	≥ 90%	예산서, 지출결의서	문서검토
	협력 체계	유관기관과의 협력체계가 원활히 유지되는가?	월간 협력회의 실시 횟수	월 1회 이상	회의록, 보고서	문서검토
과정 평가	대상자 모집	사업 홍보 및 대상자 모집이 계획대로 이루어졌는가?	등록률 = (등록자수/추정 유병자수) × 100	≥ 60%	등록대장, 모집홍보 기록, 주민건강통계	문서검토
	교육 시행률	계획된 일정과 횟수대로 프로그램이 시행되었는가?	시행률 = (실제 교육횟수/계획횟수) × 100	≥ 90%	사업일지, 일정표	문서검토
	참여율	등록자 중 프로그램에 1회 이상 참여한 비율	참여율 = (1회 이상 참석자/등록자수) × 100	기준선 대비 +10%p	출석부, 등록대장	사전 · 사후 비교분석
	교육의 질	교육 내용, 강사, 자료가 표준지침에 부합하고 참여자의 만족도가 높은가?	평균 교육만족도 (5점 척도)	≥ 4.0/5.0	만족도 설문지, 관찰기록	설문조사, 현장관찰
	운영 관리	프로그램 중 조정 · 감시 · 감독이 적절히 이루어졌는가?	운영평가회의 실시율 = (실시 횟수/계획 횟수) × 100	100%	회의록, 회의참석 명단	문서검토
	자원 활용 효율성	인력 · 예산 · 장비 등 자원이 계획대로 효율적으로 사용되었는가?	자원 사용 적정률 = (실제 사용량/계획 사용량) × 100	≥ 90%	예산서, 물품대장	문서검토, 점검
	프로그램 만족도	프로그램 만족도와 재참여 의향이 높은가?	평균 만족도점수(5점 척도)	≥ 4.0/5.0	사후 만족도 설문지	설문조사
결과 평가	지식 향상	고혈압관리 관련 지식이 향상되었는가?	평균 지식점수(0~10점 척도)	사전대비 +2점 이상	교육 전 · 후 설문지	사전 · 사후 비교분석
	행동 변화	자가혈압 측정 실천이 개선되었는가?	주 1회 혈압측정률 = (최근 4주 중 ≥ 3주 실천자/전체 참여자) × 100	사전대비 +10%p	자가혈압 기록지, 복약이행설문(MMAS-8)	사전 · 사후 비교분석
	혈압 조절률 개선	정상혈압(140/90mmHg 미만) 대상자의 비율이 증가했는가?	혈압조절률 = (조절자수 / 측정자수) × 100	사전대비 +10%p	혈압기록지, 보건소 EMR	사전 · 사후 비교분석
	자기 효능감 향상	스스로 혈압을 관리할 수 있다는 자신감이 높아졌는가?	자기효능감 점수(5점 척도 평균)	≥ 4.0/5.0	자기효능감 설문지	설문분석
	지역 사회 파급 효과	참여자 외 지역주민에게도 건강관리 인식 변화가 있었는가?	주민 인식 개선률 = (사전 대비 ‘혈압관리가 중요하다’ 응답 비율 증가율)	+10%p 이상	주민 설문조사 (경로당 및 보건소 이용자 50명 대상)	사전 · 사후 비교분석



04

장

건강증진

- 1절 ▶ 건강증진의 이해
- 2절 ▶ 건강증진사업
- 3절 ▶ 통합건강증진사업
- 4절 ▶ 방문건강관리
- 5절 ▶ 재택의료 시범사업

학습목표

1절 건강증진의 이해

1. 건강증진의 정의를 설명한다.
2. 건강증진의 발전 과정을 설명한다.
3. 우리나라의 건강증진사업을 설명한다.
4. 건강신념모형을 설명한다.
5. Pender의 건강증진모형을 설명한다.
6. 합리적 행위이론을 설명한다.
7. 계획된 행위이론을 설명한다.
8. 범이론모형을 설명한다.
9. PRECEDE-PROCEED 모형을 설명한다.

2절 건강증진사업

1. 생애주기별 건강위험요인을 설명한다.
2. 생활터별 건강증진사업을 비교한다.
3. 건강증진에서의 간호사 역할을 설명한다.

3절 통합건강증진사업

1. 통합건강증진사업을 정의한다.
2. 통합건강증진사업의 목표를 이해한다.
3. 통합건강증진사업의 기본방향을 파악한다.
4. 통합건강증진사업의 수행절차를 설명한다.

4절 방문건강관리

1. 보건소 방문건강관리를 이해한다.
2. 보건소 방문건강관리의 추진경과를 설명한다.
3. ICT 융합 방문건강관리를 설명한다.
4. ICT 융합 방문건강관리 서비스의 내용을 파악한다.
5. 노인장기요양보험 방문간호를 정의한다.
6. 노인장기요양보험 방문간호의 목적을 설명한다.
7. 노인장기요양보험 방문간호의 내용을 설명한다.
8. 의료기관 가정간호의 도입 배경을 설명한다.
9. 의료기관 가정간호의 목적을 설명한다.
10. 의료기관 가정간호의 업무내용을 설명한다.

5절 재택의료 시범사업

1. 재택의료 시범사업의 개념을 설명한다.
2. 재택의료 시범사업의 도입배경을 설명한다.
3. 재택의료 시범사업의 서비스 내용을 설명한다.
4. 재택의료 시범사업의 운영체계를 파악한다.
5. 재택의료 시범사업 체계 내에서 간호사의 역할을 설명한다.

1절

건강증진의 이해

1 건강증진의 개념

1) 건강증진의 정의

건강(Health)은 가장 기본적인 인권이며 삶의 질을 향상하는 데 필수적 요소이다. 1948년 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 건강은 허약하지 않을 뿐만 아니라 질병이 없으며 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태로 정의하였다. 건강형평성(Health Equity)은 성별, 인종, 종교, 교육수준, 소득수준, 직업, 사회, 경제, 인구, 지리적 위치, 지역 등으로 인해 발생할 수 있는 건강불평등을 줄이거나 없애는 것이다. 인간은 누구나 건강권을 가지기 때문에 건강형평성 추구를 중요하게 여기는 이유이다.

건강증진(Health Promotion)의 개념은 개인의 생활방식이나 행동이 건강과 밀접한 관련이 있다고 생각하면서부터 시작되었으며 건강증진이 이론적으로 대두되기 시작한 것은 1970년대 개인의 건강 수준은 개인이 타고난 생물학적 특성뿐만 아니라 그 개인이 속한 환경의 영향을 받는다는 관점이 보건정책 안에 흡수되었다. 건강증진이란 더 건강한 상태로 향상시키도록 돕는 일련의 과정이며, 건강한 활동으로 질병을 예방, 유지하는 것이다. 단순히 질병을 치료하는 것이 아니라, 건강한 생활습관 형성과 예방 중심의 보건 활동을 통해 현재보다 더 건강한 상태를 지향하는 보건 의료 사업 목적 중의 하나이다. 인간은 건강 잠재력을 가지고 있으며, 이러한 건강 잠재력을 발휘하기 위해서는 단순 의료서비스의 이용만으로는 부족하기 때문에 개개인의 건강 수준에 맞는 올바른 행동과 환경 조성이 절대적으로 요구된다.

건강증진은 건강교육, 건강 보호 수단, 질병 예방 등을 통하여 건강 잠재력을 키우고 보다 더 나은 건강 상태를 유지하고 증진시키기 위한 적극적인 개념이다. 건강증진은 국민들이 환경적 위해 요인에 대한 직·간접적 접촉 기회를 줄이고 건강에 해로운 행동을 줄이도록 도울 뿐만 아니라 건강한 환경에서 살 기회를 늘리고 스스로 건강한 삶과 개인의 건강증진을 위한 생활양식을 갖도록 유도하는 환경을 조성하기 위한 것이다. 질병 예방은 질병의 발생, 경과, 평가와 그 원인을 연구해 장애 및 조기사망을 예방하는 활동으로 질병의 발생과 진행을 없애거나 줄이고, 악화되는 것을 막기 위해 신체적, 환경적 방어체계를 적절히 조절하는 과정이다. 이는 질병 자체와 그 심각성을 낮추는 데 중점을 둔 예방적 활동으로 건강검진, 상담, 교육, 예방접종 등과 같은 의료서비스가 포함된다. 질병 예방과 건강 보호는 질병의 발생 및 진행 과정을 지연·변화·차단함으로써 개인의 신체적 저항력, 건강행태 및 환경 요인을 조절하는 데 초점을 둔 비교적 소극적인 개입인 반면, 건강증진은 인간과 환경의 상호작용 속에서 삶의 질 향상을 목표로 개인과 사회가 능동적으로 수행하는 적극적 실천이라 할 수 있다.

2000년대 후반 이후 보건의료에서 건강의 개념이 질병이 없는 단순한 개념이 아닌, 신체적, 정신적, 사회적 안녕까지 포함하는 방향으로 확대되면서 질병 예방과 건강증진이 서로 유사한 의미로 사용되기 시작되었다. 생활 습관과 환경요인이 주요 건강 위험요인으로 부각되면서 이들을 관리하는 질병 예방 활동과 건강한 활동을 촉진하는 건강증진 활동의 내용이 자연스럽게 겹쳐졌기 때문이다. 또한 국가와 지역사회 보건정책이 예방과 건강증진을 통합적으

로 묶여 추진하는 경향이 강해지면서 두 개념의 경계가 더욱 흐려졌다. 그 결과, 2010년대 이후 실제 보건사업에서는 건강검진, 상담, 영양, 운동 프로그램과 같은 서비스가 질병 발생을 줄이는 동시에 건강수준을 향상시키는 목적을 함께 가지게 되었고, 이에 따라 질병 예방과 건강증진이 실무와 정책 현장에서 비슷한 개념으로 혼용되는 현상이 확산되고 있다.

세계보건기구(WHO)는 건강증진이란 “사람들이 자신의 건강을 스스로 관리하고 향상시킬 수 있도록 하는 과정”이며 건강증진이 단순한 개인행동의 변화가 아니라, 건강에 영향을 미치는 사회적, 환경적, 경제적 요인을 개선하는 모든 활동을 포함한다고 명시하였다.

미국 공중보건국(1979)에서는 건강증진을 “개인과 지역사회의 건강한 생활 습관을 장려하고, 사회, 경제, 환경적 조건을 개선하여 건강에 유리한 환경을 조성하는 모든 포괄적 활동”으로 정의하였다. 이는 운동, 영양, 건강교육뿐만 아니라 환경개선, 정신, 사회적 지원, 지역사회 프로그램 등 건강에 긍정적 영향을 주는 전반적인 전략을 포함한다.

우리나라에서는 1995년 「국민건강증진법」 제정을 통해 국가 차원의 공식적인 건강증진의 정의가 마련되었으며 보건복지부가 관장하는 「국민건강증진법」을 통해 건강증진을 개인의 건강 위험요인을 낮추고, 건강한 생활 습관과 환경을 조성하는 모든 활동으로 공식 정의하고 있다. 그 외 김모임(1996)은 건강증진을 단순한 질병 예방을 넘어 건강 잠재력을 높이고 자가 건강관리 능력을 강화하는 능동적 활동으로 설명하고 정의하였고, 김화중, 윤순녕(1998)은 건강증진은 사람들의 건강을 개선하고 조정 능력이 향상되도록 이끌어가는 모든 과정이라고 정의하였다.

결론적으로 건강증진이란 개인과 지역사회가 자신의 행동과 생활습관 등 건강에 영향을 미치는 요인을 스스로 조절할 수 있는 능력을 갖도록 돕고, 교육과 다양한 사회적, 환경적 전략을 활용하여 건강 수준을 높이는 방법이다.

2) 건강증진의 발전과정

건강증진의 개념은 1974년 캐나다의 라론드 보고서(Lalonde Report)에서 처음으로 제시되었으며, 이후 1978년 알마타 선언(Alma-Ata Declaration)을 통해 모든 사람을 위한 건강을 목표로 하는 건강증진에 대한 국제적 논의의 필요성이 부각되었다. 1986년 이후 WHO는 전 세계적으로 건강증진의 원칙과 의미를 확산하고 실천을 촉진하기 위해 10차례에 걸쳐 국제건강증진대회(Global Conference on Health Promotion)를 개최하였다[표 4-1]. 1986년 오타와 현장 등을 거쳐 2000년대 이후 글로벌 확산과 디지털 건강까지 점차적으로 확장되고 발전해 왔다. 현재 건강증진은 개인과 지역사회가 건강을 향상시키는 능동적 과정으로 정책적, 사회적, 환경적 변화와 통합된 다각적인 접근을 필요로 하고 있다.

건강 평등 실현에 초점을 두고 있는 1986년 오타와 현장(Ottawa Charter)을 통해 개인 건강 수준 향상을 위해 사회적, 환경적 개입, 즉 국가의 역할이 중요하다는 인식이 점차 확산되기 시작하였으며 우리나라에서도 1990년대 중반부터 건강증진이 정책적으로 다뤄지기 시작했다. 우리나라의 「국민건강증진법」은 국민에게 건강에 대한 올바른 지식을 전파하고 건강한 삶을 스스로 실천할 수 있는 여건을 조성하여 국민의 건강을 증진하기 위해 1995년에 처음 제정되었고, 1997년부터 건강증진 기금이 조성, 운영되면서 건강증진사업이 본격적으로 추진되기 시작했다.

표 4-1 역대 세계 건강증진대회 주요 내용

차수	개최년도	장소	주제	주요 성과
제1차	1986년	캐나다 오타와	건강증진을 위한 오타와 헌장 The Ottawa Charter for Health Promotion	오타와 헌장
제2차	1988년	호주 애들레이드	건강한 공공정책을 위한 애들레이드 권고 Adelaide recommendations on Healthy Public Policy	애들레이드 권고
제3차	1991년	스웨덴 순스발	건강을 위한 환경 조성 Supportive Environments for Health	순스발 성명서
제4차	1997년	인도네시아 자카르타	새로운 시대를 위한 새로운 플레이어들 New Players for a New Era	자카르타 선언
제5차	2000년	멕시코시티	형평성 격차 해소 Bridging the Equity Gap	멕시코 장관 성명
제6차	2005년	태국 방콕	행동을 위한 정책 및 파트너십 : 건강 결정 요인 대응 Policy and Partnership for Action : Addressing the Determinants of Health	방콕 헌장
제7차	2009년	케냐 나이로비	건강증진과 개발 : 실행 격차 해소 Promoting health and development : closing the implementation gap	나이로비 행동 촉구
제8차	2013년	핀란드 헬싱키	모든 정책에서의 건강 'Health in All Policies(HiAP)'	헬싱키 선언문
제9차	2016년	중국 상하이	SDGs에서의 건강증진: 모두를 위한 건강, 건강을 위한 모든 것 Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health	상하이 선언, 상하이 컨센선스
제10차	2021년	스위스 제네바 (온라인)	웰빙, 형평성, 지속가능발전을 위한 건강증진 Health Promotion for Well-being, Equity and Sustainable Development	제네바 헌장

출처 : 국민건강증진종합계획. (2024). [HP2030 팩트시트] 046호(세계건강증진대회).

건강증진 개념은 1974년 발표된 라론드 보고서(Lalonde Report)를 통해 처음 제시되었으며, 이 보고서는 보건의료의 중심축을 치료 중심의 의학적 모형에서 예방 중심의 총체적 모형으로 전환하는 계기를 마련하였다. 이후 1979년 미국의 「Healthy People」 보고서에서 건강증진 개념이 공식적으로 명시되었고, 또한 「미국 공중위생국 보고서(Surgeon General's Report)」에서는 개인의 부주의한 생활습관뿐만 아니라 환경 오염과 유해한 사회적 환경이 건강을 위협하는 주요 요인임을 지적함으로써 라론드 보고서와 유사한 관점을 제시하였다. 이들 보고서는 개인이 자신의 건강행태를 변화시키고 건강수준을 향상시키는 데 있어 수행해야 할 역할에 대한 관심을 환기시켰으며, 건강에 대한 인식을 질병의 예방과 치료 중심에서 건강증진 중심으로 전환시키는 중요한 전환점이 되었다.

한편, WHO는 1977년 '2000년까지 모두를 위한 건강(Health for All by the Year 2000)'을 전 세계적인 보건 목표로 설정하였으며, 이 목표를 달성하기 위한 전략으로 1978년 구소련 알마아타(Alma-Ata)에서 개최된 국제회의를 통해

‘일차보건의료(Primary Health Care)’를 채택하였다. 일차보건의료는 각 국가가 국민의 기본적인 건강 수준을 보장할 책임을 국가 보건 의료체계 내에서 수행하도록 하는 접근으로, 필수적인 보건의료서비스의 방향과 내용을 제시하였다.

이후, WHO는 1984년 건강증진의 개념과 원칙에 대한 전문가 검토를 거쳐, 1985년 유럽지역 사무소 실무 작업 팀을 통해 건강증진 개념에 대한 통일된 정의를 정립하였다. 이를 토대로 1986년 캐나다 오타와에서 제1차 국제 건강증진 회의(The First International Conference on Health Promotion)를 개최하였으며, 이후 현재까지 총 10차례에 걸쳐 국제회의를 지속적으로 개최하였다. 특히 제1차 회의에서 채택된 5대 기본 활동 영역을 중심으로 이후 회의가 이어지면서 각 영역은 단계적으로 더욱 구체화 되어 발전되었다.

(1) 제1차 오타와 국제회의(Ottawa Charter for Health Promotion, 1986)

1986년 11월 캐나다 오타와에서 제1차 국제건강증진회의에서 ‘오타와 헌장(Ottawa Charter)’을 제정해서 발표하였다(WHO, 1986). 오타와 헌장에서는 건강을 인간이 존재하는 환경 안에서 창출하는 개념으로 보고 각 국가가 국민의 건강증진을 도모할 수 있도록 건강증진의 3대 원칙과 5대 활동 전략을 실천해야 함을 강조하였다.

① 건강증진의 3대 원칙

가. 역량 강화

개인과 지역사회가 자신의 건강을 스스로 관리하고 향상시킬 수 있도록 능력과 기회를 제공하는 전략(예 건강 교육, 생활 습관 개선 프로그램, 자기관리 기술 교육)으로 스스로 건강 관리에 적극 참여하며 자신의 행동에 책임을 느끼게 하는 것이다.

나. 옹호

건강에 유리한 정책과 환경을 만들도록 정책, 지역사회, 기관등을 설득, 지원하는 전략(예 금연 정책 제정, 안전한 환경 조성, 건강권 보장 활동 등)으로 건강에 대한 중요성을 알리고 보건의료의 수요를 충족할 수 있도록 보건 정책을 수립하는 것이다.

다. 촉진, 연합

개인, 지역사회, 정부, 산업 등 다양한 이해관계자 간 협력과 조정을 통해 건강에 유리한 환경 조성(예 공공, 민간 협력 건강 사업)으로 모든 사람들이 건강을 위해 건강에 영향을 미치는 전문가들이(경제, 언론, 학교, 의료 등) 협조하는 것이다.

② 건강증진의 5대 활동 전략

가. 건강한 공공 정책의 수립

건강을 증진하는 정책을 모든 분야에서 통합하고, 정부와 기업, 지역사회가 협력하여 건강에 유리한 정책을 만들자는 전략으로 건강증진 정책은 보건의료서비스 영역을 넘어 모든 정책 부문에서 정책입안자들이 정책 결정이 국민 건강에 미치는 영향을 인식하도록 함으로써 국민 건강에 대한 사회적 · 정책적 책임성을 제고하

는데 목적이 있다. 이에 따라 건강증진 정책은 입법, 재정, 조세, 조직 운영의 개선 등 다양한 영역에서 상호 연계적이고 보완적인 접근이 요구되며, 통합적으로 조정된 활동을 통해 안전하고 건강한 상품과 서비스의 개발, 건강 친화적인 공공서비스의 제공, 그리고 청결하고 쾌적한 생활환경의 조성을 실현하는 연대적 전략으로 추진되어야 한다(예 금연 법안, 교통안전 정책, 건강한 학교 만들기 프로그램 등).

나. 지지적 환경의 조성

사람들에게 건강을 유지할 수 있는 환경을 제공하고, 일상생활에서 건강을 지킬 수 있도록 사회적, 물리적 환경을 개선하는 전략으로 노동과 여가 활동은 건강을 증진시키는 중요한 자원이므로, 안전성을 확보하고 건강을 증진하며 개인에게 만족과 즐거움을 제공할 수 있는 직장환경과 생활환경의 조성이 건강증진의 필수적 기반이 된다. 또한 자연환경과 인공환경의 보호 및 자연자원의 보전은 건강증진 전략에서 기본적으로 수행되어야 할 핵심 활동으로 간주된다(예 안전한 공공장소 만들기, 깨끗한 공기와 물 제공, 건강한 직장 환경 등).

다. 지역사회활동의 강화

지역사회가 자신의 건강을 증진할 수 있도록 주민의 역량 강화를 통해 가용 자원을 효과적으로 활용하고 공동체 차원의 실천을 확대하는 전략이라 할 수 있다. 건강증진사업의 목표 달성을 위해서는 우선순위와 사업 범위를 합리적으로 설정하고, 전략적 기획과 실행 방안을 마련하여 체계적이고 효과적인 지역사회 중심의 활동으로 추진되어야 한다. 아울러 지역사회 발전을 도모하기 위해 자조(self-help)와 사회적 지지를 증진시키는 인적·물적 자원의 개발, 공공 부문의 협력 강화, 그리고 건강 문제 해결 과정에 주민 참여와 주도성을 확대하는 유연한 추진체계의 구축이 요구된다. 이를 위해 재정적 지원, 지속적 정보, 건강과 관련된 학습 기회, 적극적 참여 등이 필요하다(예 지역사회 기반의 건강교육, 자원봉사 활동, 지역 보건 프로그램 등).

라. 개인의 기술 개발

개인이 건강을 증진할 수 있도록 건강에 관한 정보와 교육을 제공하여 사람들의 건강 관리 능력을 향상시키는 전략으로 건강에 관한 정보를 제공하고 교육과 삶, 기술 향상을 통해 개인, 사회발전을 지원하는 활동이 필요하다. 건강증진 활동은 개인이 자신의 건강과 환경에 대한 통제력을 제고하고, 건강에 바람직한 선택을 수행할 수 있는 역량을 함양하도록 하는 데 기여한다. 또한 생애주기별 건강증진 접근을 통해 개인은 전 생애 단계에 걸친 건강 준비가 가능해지며, 만성질환, 손상 및 다양한 위기 상황에 대응할 수 있는 능력이 체계적으로 개발된다. 이러한 건강증진 활동은 학교, 직장, 지역사회를 비롯하여 교육기관, 전문직 단체, 산업체, 각종 민간단체 및 비정부기구, 자원봉사단체 등의 다양한 장(場)에서 자발적이고 지속적으로 이루어져야 한다(예 건강 교육, 운동과 영양에 관한 정보 제공, 정신건강 관리 교육 등).

마. 보건의료서비스의 재정립

의료서비스와 보건 시스템이 건강증진을 중심으로 재조정되어야 한다는 전략이다. 즉, 보건 의료제도의 방향을 재설정하는 것이다. 보건의료 부문의 기능은 치료 및 임상 서비스 제공에 국한되지 않고, 건강증진 중심으로 그 역할이 확대·전환되어야 한다. 건강증진에 대한 책임은 개인과 지역사회, 보건전문인력, 보건의료 기관 및 국가를 포함한 다양한 주체에게 공동으로 귀속되므로, 이들 주체가 상호 협력하여 기여하는 통합적 보건 의료체계의 구축이 요구된다. 이러한 노력을 통해서 전문직 교육 및 훈련과 보건의료서비스 연구가 더 필요하며 보건의료서비스 구성과 전문직의 태도 변화가 이루어져야 한다(예 예방적 의료서비스, 지역사회 중심의 보건의료서비스, 정신건강증진을 위한 의료 접근법 등).

이 5대 전략(건강한 공공 정책의 수립, 지지적 환경의 조성, 지역 사회활동의 강화, 개인의 기술 개발, 보건 의료 서비스의 재정립)은 건강증진을 단순히 질병 예방이 아니라, 사회적, 정책적, 환경적 차원에서의 포괄적인 접근으로 정의하고 모든 사람의 건강 향상을 위한 협력적 활동을 강조한 것이다.

(2) 제2차 애들레이드 국제회의(Adelaide, 1988)

제2차 애들레이드 국제회의(1988)는 건강증진 분야에서 중요한 전환점을 이룬 회의로 이 회의에서는 건강증진의 접근법의 더욱 구체화 되었고 제1차 국제회의에서는 5대 전략 가운데 ‘건강한 공공 정책의 수립’을 핵심 주제로 심층적으로 논의하였다. 특히 경제·사회 정책과 보건 정책 간의 연계, 그리고 정부·민간 부문·지역사회 내 다양한 주체들의 협력을 기반으로 한 건강한 공공 정책의 형성이 건강증진을 위한 주요 수단임이 강조되었으며 사회적 건강 결정요인(Social Determinants of Health)에 대한 논의가 본격적으로 시작되었다. 특히, 건강증진은 단순한 개인의 노력에 그치지 않고 사회적, 경제적, 환경적 요인이 건강에 미치는 영향을 고려해야 한다는 점이 강조되었다. 이를 통해 건강불평등 해소와 사회적 정의의 중요성이 대두되었다. 애들레이드 회의에서는 “건강을 위한 사회적 변화”라는 새로운 목표를 설정하며, 보건 정책의 변화를 촉구하였다. 건강증진을 위한 글로벌 네트워크의 형성과 국제적인 협력의 중요성이 강조되었다. 이후 건강증진을 위한 국가적, 지역적 정책이 더욱 강화되는 계기가 되었다. 이 회의는 사회적 환경 변화를 통한 건강 향상을 목표로 하여 건강 정책의 포괄적 접근을 제시하게 되는 중요한 회의였다.

(3) 제3차 선즈볼 국제회의(Sundsvall, 1991)

제3차 선즈볼 국제회의(1991)는 건강증진의 중요성을 국제적으로 다시 한번 강조한 중요한 회의였다. 이 회의에서는 건강과 물리적 환경 간의 본질적 연관성이 중점적으로 조명되었으며, 중점 관리 영역으로 교육, 식품 및 영양, 가정과 지역사회, 직장, 교통, 사회적 지지와 돌봄 등 6개 분야가 제시되었다. 아울러 이러한 환경 변화를 촉진하기 위한 전략으로는 정책 개발과 법·제도적 장치의 정비, 조직 운영 방향의 재설정, 옹호 활동과 인식 제고, 역량 강화, 자원 동원, 지역사회 역량의 강화, 지속 가능한 발전, 주민 참여 기반의 지역사회 실천 등이 채택되었다. 특히, “건강증진을 위한 지역사회 참여”와 “지역사회 기반의 건강증진 프로그램”의 필요성을 강조하며, 지역사회 역량 강화와 자율성 증진을 핵심 목표로 삼았다. 선즈볼 회의에서는 건강증진이 단순히 개인적인 차원의 행동 변

화뿐만 아니라, 지역사회가 주도하는 건강증진 활동이 되어야 한다고 강조했다. 지지적 환경을 조성하기 위한 활동으로 정책 개발, 입법, 제도, 조직 방향 재설정, 자원 동원, 지역사회 역량 강화, 주민이 참여하는 지역사회 실천의 중요성을 강조하였으며 지속 가능한 개발, 옹호, 인식의 제고와 같은 활동을 제시하였다.

보건교육과 건강 정보 제공을 통해 사람들의 건강에 대한 인식과 의식을 높이는 것의 중요성이 강조되었다. 특히, 건강불평등을 해소하고, 사회적 환경을 개선하는 것에 대한 논의가 활발히 이루어졌으며 정책적 변화뿐만 아니라 지역사회의 협력과 참여를 통한 건강증진이 더욱 중요한 과제로 떠오르게 되었다. 선즈볼 회의는 지역사회 중심의 건강증진이 성공적인 실천을 위한 핵심 전략으로 자리 잡도록 했다.

(4) 제4차 자카르타 국제회의(Jakarta, 1997)

제4차 자카르타 국제회의(1997)는 ‘건강증진은 가치 있는 투자’라는 전제하에 건강증진을 보건사업의 중심으로 보았다. 이에, 건강증진의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health)에 대한 논의가 본격적으로 확산된 중요한 회의였다. 이 회의에서는 건강불평등 해소를 핵심 과제로 삼고 정의롭고 사회적 환경을 만드는 것이 건강증진의 핵심 목표라고 강조했다. 특히, 사회적 환경과 경제적 불평등이 건강에 미치는 영향을 인식하고, 이를 해결하기 위한 정책적 접근이 필요하다는 점이 강조되었다. 자카르타 회의에서는 사회적 약자와 취약계층을 보호하고 지원하는 방안을 모색하며, 건강을 위한 사회적 연대와 포용적 정책의 중요성이 부각되었다. 또한 자카르타 국제회의는 건강증진을 위한 국제적 협력을 강화하고, 각국의 보건정책과 연계하여 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)와의 연결성을 명확히 하였다. 건강증진을 위한 단기적인 성과가 아니라 장기적이고 지속 가능한 변화를 목표로 삼아야 한다고 결론지었으며, 건강과 개발을 동시에 고려하는 통합적 접근 필요성을 강조하였다. 자카르타 회의 이후 건강증진의 정책은 사회적 접근과 정책적 일관성을 뒷받침하는 중요한 이정표가 되었다.

‘건강증진은 가치 있는 투자’라고 전제하고 건강증진을 보건사업의 중심으로 보았으며 21세기 건강증진을 위한 우선순위는 ① 건강을 위한 사회적 책임 강화, ② 보건부문 투자 확대, ③ 건강을 위한 협력관계 구축과 강화, ④ 지역사회 능력 증대와 개인 역량 강화, ⑤ 건강증진을 위한 인프라 구축이다.

(5) 제5차 멕시코시티 국제회의(Mexico City, 2000)

2000년 개최된 제5차 멕시코시티 국제회의에서는 제4차 국제회의에서 제시된 기본 전략을 토대로, 취약한 환경에 거주하는 인구집단의 건강과 삶의 질을 증진시키고 사회계층 및 지역 간 건강불평등을 완화하는 문제에 대해 중점적으로 논의하였다. 이 회의에서는 건강증진과 개발의 통합적 접근을 강조하며 경제적, 환경적, 사회적 요소가 서로 연결되어 있다는 점을 명확히 하였다. 국제적 차원의 협력과 파트너십의 중요성을 강조하면서 전 세계적으로 보건 정책을 통합적으로 추진하는 방향을 제시하였다. 멕시코시티 회의는 건강증진을 단기적인 목표가 아닌 지속 가능한 발전의 핵심 요소로 자리매김하게 되었다. 또한 지역사회 건강증진을 위한 구체적인 방안을 제시하고, 보건과 개발의 교차점에서 이루어져야 할 정책적 변화를 촉구하였으며 건강증진이 경제적 성장과 사회적 평등을 모두 고려해야 한다는 중요한 방향을 제시하며, 국제 보건 협력의 중요한 이정표가 되었다.

(6) 제6차 방콕 국제회의(Bangkok, 2005)

제6차 국제회의에서 채택된 방콕 현장에서는 급속히 전개되는 세계화 속에서 새로 직면하게 되는 건강 결정요인 및 건강 과제를 파악하고 이에 효과적으로 대처하기 위한 새로운 건강증진 전략과 서약을 제시하였으며 건강증진을 위한 정책적, 실천적 접근을 구체화 하고 건강증진을 사회적 결정요인(Social Determinants of Health)과 연결하여 다루었던 중요한 회의였다. 또한 사회적, 경제적 요인이 건강에 미치는 영향을 인식하고 건강불평등 해소를 목표로 한 통합적 접근이 강조되었다. 제1차 오타와 헌장(Ottawa Charter)에서 제시한 역량 강화(Empowerment), 옹호(Advocate), 촉진, 연합(Alliance) 등의 3대 원칙을 보다 실천 중심으로 구체화하여 건강 결정요인에 대한 관리 능력의 강화 전략으로 옹호, 투자, 역량 강화, 규제 및 법제화, 파트너십 및 연대구축 등 다섯 가지를 기본 방향으로 정하였다.

방콕 현장에서 제시한 건강증진 전략 및 주요 내용은 다음과 같다.

① 옹호

- 건강을 인간의 기본권이자 사회적 연대 책임의 영역으로 인식하고, 그 중요성을 사회적으로 공론화한다.
- 건강증진을 위한 정치적 리더십과 의지를 발휘하고, 건강을 모든 정책의 중심에 두는 노력이 필요하다(예 건강한 환경을 위한 정부 정책 제정 및 정치적 변화를 촉진).

② 투자

- 건강의 주요 결정요인에 효과적으로 대응하기 위하여 지속 가능한 정책과 건강증진사업, 그리고 이를 뒷받침하는 하부 구조(인프라) 구축에 대한 투자를 강화한다.
- 건강증진을 위한 자원 투자와 지속 가능한 건강 정책을 위한 재정적 지원이 필요하다는 점을 강조한다(예 보건 정책에 필요한 재정적 지원, 건강증진 프로그램에 대한 자원 확보 등).

③ 역량 강화

- 정책 개발과 리더십 발휘, 건강증진사업 및 서비스의 수행, 지식의 전달과 연구와 건강 정보를 이해·활용하는 역량 강화를 위한 능력을 체계적으로 함양한다.
- 개인과 지역사회의 역량을 강화하여 사람들이 건강을 관리하고 증진할 수 있는 능력을 기를 수 있도록 지원한다(예 건강 교육과 훈련 프로그램, 지역사회 건강증진 활동).

④ 규제 및 법제화

- 건강 위해로부터의 높은 수준의 보호를 확보하고, 모든 사람에게 건강과 안녕을 증진할 수 있는 동등한 기회를 보장하기 위하여 관련 법·제도를 정비하고 규제 기능을 강화한다.
- 건강에 유리한 법적 규제와 정책을 통해 건강을 증진한다(예 금연법 제정, 환경 보호 법률 강화, 건강 정책 실행 등).

⑤ 파트너십 및 연대구축

- 지속 가능한 활동의 추진을 위해 공공 및 민간 부문, 비정부기구, 국제기구, 시민사회와의 협력적 파트너십

을 구축하고 연대 체계를 강화한다.

- 다양한 분야와의 확대 협력 및 연대를 통해 건강증진 목표를 실현한다(예 정부, 민간 부문, NGO, 지역사회
의 협력을 통해 건강증진을 위한 공동 노력).

제6차 방콕 국제회의(2005)에서는 건강증진을 위한 5대 전략을 구체화하고, 정책적, 사회적, 경제적, 경제적 차
원에서의 통합적 접근이 필요함을 강조하였다. 이 회의는 정치적 의지, 자원 투자, 지역사회 역량 강화, 법적 규제,
국제적 협력 등을 통해 건강증진을 실현하려는 목표를 제시하였다.

(7) 제7차 나이로비 국제회의(Nairobi, 2009)

2009년 개최된 제7차 나이로비 국제회의(2009)에서는 오타와 회의부터 방콕 회의에 이르기까지 총 6차례의 국
제회의를 거치며, 건강증진이 보건 의료체계의 필수 구성 요소로서 통합적이며 비용 효과적인 전략으로 자리매김
하였음을 확인하고, 이에 대한 국제적 관심이 지속적으로 증대되고 있음을 평가하였다. 또한 최근의 세계 경제위
기는 보건 의료사업의 수행에 제약 요인으로 작용하고 있으며, 지구 온난화와 기후 변화는 인간의 일상생활과 건
강에 부정적인 영향을 미치고 있음을 지적하였다. 이에 따라 국내외적으로 일차보건의료의 재활성화와 더불어 건
강증진이 필수적이고 효과적인 접근 전략임을 강조하였다. 이 회의에서는 건강증진을 위한 전략으로 지역사회 역
량 강화, 건강 문해력과 건강 행동, 보건 체계의 강화, 파트너십과 부문 간 활동, 건강증진을 위한 역량 강화 등 다
섯 가지를 제시하였다.

나이로비 현장에서 제시한 건강증진 전략 및 주요 내용은 다음과 같다.

① 지역사회 역량 강화

- 지역사회가 주도적으로 자신의 건강 문제를 해결할 수 있는 능력을 기르는 것으로 지역사회가 건강증진 활
동에 적극적으로 참여하도록 지원하고, 자기 관리 능력을 향상시키는 활동을 강조한다.

② 건강 문해력과 건강 행동

- 건강 문해력을 높여 사람들이 건강에 관한 정보를 이해하고 활용할 수 있도록 돕는 것이 중요하다. 이로써
적극적이고 지속 가능한 건강 행동을 유도할 수 있다(예 건강 교육 프로그램을 통해 사람들이 건강 정보를
이해하고 건강한 선택을 할 수 있는 능력을 향상시킴).

③ 보건 체계의 강화

- 건강증진을 위한 효율적이고 접근 가능한 보건 서비스를 제공하기 위해 보건 체계를 강화하는 것이 필요하
다. 지역사회 기반의 보건 시스템을 튼튼하게 만들어, 모든 사람들이 쉽게 접근할 수 있도록 한다(예 지역 보
진소 기능 강화, 보건 인력 양성, 의료서비스 접근성 향상 등).

④ 파트너십과 부문 간 활동

- 건강증진을 위해 보건 부문 외에도 교육, 환경, 경제 등 다양한 부문과 협력해야 한다. 건강증진은 다양한 부
문 간 협력을 통해 다학제적 접근을 통해 이루어질 수 있다(예 보건, 교육, 환경, 정책 간의 정책 개발, 국제적
협력 네트워크 형성 등).

⑤ 건강증진을 위한 역량 강화

- 건강증진 전문가와 지역사회 지도자를 대상으로 한 교육과 훈련을 통해 건강증진을 위한 기술적, 실천적 역량을 강화시키는 전략으로 건강증진을 위한 실천적 지식을 공유하고 지역사회와 전문가의 역량을 함께 키우는 방법이다(예 건강증진 전문가 교육, 지역사회 지도자 훈련을 통한 실질적인 변화를 이끌어 냄).

(8) 제8차 헬싱키 국제회의(Helsinki, 2013)

2013년 개최된 제8차 헬싱키 국제회의(2013)는 ‘모든 정책에서의 건강(Health in All Policies)’을 주제로 진행되었다. ‘모든 정책에서의 건강’은 모든 공공 정책의 의사결정 과정에서 건강에 미치는 영향을 체계적으로 검토하고, 정책 간 시너지 효과를 고려함과 동시에 건강에 부정적인 영향을 초래하는 요소를 예방하기 위한 국가적 차원의 노력이 필요함을 강조하는 개념이다. 본 회의에서는 제1차 오타와 국제회의 이후 2009년 나이로비 국제회의에 이르기까지 추진된 건강증진의 목표와 성과를 종합적으로 검토하고, 향후 보건 의료체계의 지속가능성에 대한 심도 있는 논의가 이루어졌다. 또한, 건강증진을 위한 통합적 접근과 사회적 결정요인에 대한 논의를 강화한 회의였다. 사회적 환경과 경제적 요인이 건강에 미치는 영향을 해결하기 위한 다 부문적 접근을 강조하며 건강한 정책을 만드는 데 있어 정부와 민간 부문의 협력이 필수적임을 명확히 하였다.

(9) 제9차 상하이 국제회의(Shanghai, 2016)

2016년 개최된 제9차 상하이 국제회의는 ‘지속가능발전목표(SDGs)와 건강증진 : 모두를 위한 건강, 건강을 위한 모두(Health Promotion in the Sustainable Development Goals: Health for All for Health)’를 핵심 의제로 설정하고, 건강과 개발을 통합하기 위한 과정에서 건강증진의 중추적 역할을 강조하였다. 상하이 회의 결과로 건강을 위한 공공 정책과 보건 시스템 강화를 위한 국제적 협력이 주요 과제로 제시되었으며 사회적 결정요인에 대한 접근을 강화하고 빈곤 해소, 환경 보호, 교육과 보건 부문 간 연계 등 다양한 분야에서의 협력이 필요함을 확인 하였다. UN의 지속가능발전목표(SDGs)와의 연계를 통해, 건강증진은 단순히 보건 부문에만 국한되지 않고 전체적인 사회적 발전을 위한 중요한 요소로 자리 잡아야 한다는 메시지가 전달되었다. SDGs의 핵심 목표는 모든 연령대와 모든 인구집단의 건강한 삶을 보장하고 안녕을 증진하는 데 있으며, 건강은 SDGs의 타 정책 영역에 중대한 영향을 미치는 동시에 경제적, 사회적, 환경적 요인에 의해 복합적으로 영향을 받는다. 이에 따라 건강한 도시 조성을 위해서는 도시계획, 환경, 문화, 복지 등 모든 정책 수립 과정에서 건강 영향에 대한 고려가 우선적으로 이루어져야 한다.

(10) 제10차 제네바 국제회의(Geneva, 2021)

제10차 제네바 국제회의(온라인 병행, 2021)는 WHO가 처음으로 ‘웰빙(Well-being)’을 주요 주제로 삼은 회의로 건강증진의 범위를 확장하여 웰빙과 형평성을 증진시키고 건강증진의 범위를 확장하고, 지속 가능한 발전을 위한 건강과 사회적 정의를 증진하는 방안을 논의한 중요한 토의가 이루어졌다. 제네바 현장을 통해 건강과 웰빙 증진을 위한 5가지 핵심 과제가 제시되었다. ① 지구 환경을 고려한 경제 설계, ② 공공 정책 수립, ③ 보편적 건강 보장 달성(Universal Health Coverage, UHC), ④ 디지털 전환 대응, ⑤ 지구의 가치 증진과 보존으로 건강과 웰빙을 지속

가능하고 공정하게 증진하기 위한 국제적 협력과 실천의 방향을 제시하며, 모든 사람이 건강한 삶을 살 수 있는 사회적 기반을 마련하는 데 중점을 두었다.

2 우리나라 건강증진사업

1) 우리나라의 건강증진 발전 과정

(1) 1995년 : 국민건강증진법 제정

우리나라는 1995년에 「국민건강증진법」을 제정하여 건강증진사업을 위한 법적, 제도적 기반을 마련하였고 본격적으로 건강증진 활동 사업이 시작되었다. 점차 체계적인 건강증진 정책을 마련하고 확산하는 방향으로 발전해 왔다. 초기 단계에서 건강증진의 개념이 도입되었고, 이후 전 국민 대상의 건강증진 서비스를 강화하고, 건강불평등 해소와 사회적 건강 결정요인 개선에 대한 관심이 증가하였다. 1995년 건강증진의 법적 기초가 마련되었으며, 국민의 건강 수준 향상을 위해 건강검진, 영양 관리, 금연, 금주, 운동 등 예방적 차원의 프로그램이 확대되었다. 1996년 운동과 금연을 포함한 10개 영역의 건강증진 목표와 전략이 마련된 이후, 1997년에는 정부가 국민건강증진기금 조성을 시작하였고, 1998년 9월부터는 일부 보건소를 중심으로 건강증진사업이 시행되었다.

(2) 2000년대 초반 : 건강증진사업의 구체화

2002년에 제1차 국민 건강증진 종합 계획이 최초로 수립되었고, 건강증진사업이 보다 구체적으로 실행되었다. 주요 사업으로 건강검진, 금연 캠페인, 건강 생활 습관 개선 프로그램 등이 있었다. 국민 건강증진 기금이 조성되어, 이 자금을 통해 건강증진사업을 추진하게 되었다. 이어서 2005년 Health Plan 2010에 대한 중간평가를 거쳐 ‘새 국민 건강 종합 계획 Health Plan 2020’을 수립하였다.

(3) 2010년대 : 건강증진사업의 확장과 통합적 접근

2013년에는 건강증진을 위한 건강한 생활 습관을 촉진하고 비만, 심뇌혈관 질환 등 주요 질환에 대한 예방을 목표로 하는 사업이 강화되었다. 지역사회 건강증진사업이 활발하게 이루어졌으며, 지역 보건소와 지방자치단체를 중심으로 건강한 생활환경을 만드는 정책들이 추진되었다.

(4) 2015년 이후 : 지속 가능한 발전과 건강형평성

2015년대 이후 지속 가능한 발전과 건강형평성을 위하여 지속가능발전목표(SDGs)와 건강증진을 연계시키는 방향으로 건강증진을 위한 국제적인 협력과 건강형평성을 고려한 정책들이 강화되었다. 특히 취약계층 건강증진, 건강불평등 해소에 대한 정책이 강조되었다. 보편적 건강 보장(Universal Health Coverage, UHC)의 중요성이 대두되면서 모든 국민이 필수적인 건강서비스를 받을 수 있도록 정책이 강화되었다. 건강한 도시와 지역사회를 만들기 위한 지역사회 기반 건강증진사업이 더욱 활발해졌으며, 디지털 건강 기술을 활용한 건강관리가 강화되었다.

(5) 2020년대 이후 : 디지털 전환과 건강증진의 혁신

디지털 전환이 건강증진에 중요한 요소로 자리 잡기 시작했으며 온라인 건강관리서비스, 모바일 앱 등을 통한 건강관리와 건강 정보 제공이 활성화되었다. COVID-19 팬데믹(Pandemic) 이후에는 감염병 예방, 심리적 건강관리, 원격 건강관리 등의 새로운 건강증진 프로그램이 도입되었다. 지역사회와 협력을 통해 지속 가능한 건강증진을 목표로 하는 지속가능발전목표와 건강증진을 연계한 전략들이 펼쳐졌다.

2) 건강증진사업의 법적 근거

(1) 건강증진사업의 개념과 법적 기반의 필요성

건강증진사업은 단순한 질병 예방이나 치료 중심의 보건의료서비스를 넘어, 개인과 지역사회가 건강을 스스로 관리·향상 시킬 수 있도록 역량을 강화하고, 건강에 유리한 사회적·환경적 조건을 조성하는 종합적 정책 활동을 의미한다. 이러한 건강증진사업은 국가와 지방자치단체, 보건의료기관, 지역사회, 민간 영역 등 다양한 주체의 참여와 협력이 요구되는 공공 정책의 성격을 지니므로, 그 실행을 안정적으로 뒷받침하기 위한 명확한 법적 근거의 확립이 필수적이다. 법적 근거는 건강증진사업의 정당성과 지속가능성을 확보하고, 국가와 지방자치단체의 책임을 명시하며, 재정 지원과 행정 집행의 기준을 제공하는 역할을 수행한다.

(2) 건강증진사업의 최상위 법적 근거 : 헌법적 근거

우리나라에서 건강증진사업의 가장 근본적인 법적 근거는 대한민국 헌법 제36조 제3항에 규정된 “국가는 보건에 관하여 국민을 보호할 의무를 진다”라는 규정이다. 이 조항은 국민의 생명과 건강을 국가가 보호해야 할 기본 책무로 명시하고 있으며, 이는 건강증진 정책과 사업을 수행해야 할 국가의 헌법적 의무를 선언한 규범이라 할 수 있다. 또한 헌법 제34조의 인간다운 생활을 할 권리 또한 국민의 건강한 삶을 보장해야 할 국가의 책임 근거로 해석된다. 이와 같은 헌법적 규정은 건강증진사업에 대한 국가 개입과 공공 정책 추진의 정당성을 부여하는 최고 규범으로 기능한다.

(3) 건강증진사업의 직접적 법적 근거 : 국민건강증진법

건강증진사업을 직접적으로 규율하는 핵심 법률은 「국민건강증진법」이다. 국민의 건강을 증진하고 질병을 예방함으로써 국민 삶의 질 향상과 사회·경제적 부담의 경감을 목적으로 제정되었다. 이 법에서는 건강증진의 기본 이념과 국가 및 지방자치단체의 책무, 건강 생활 실천사업, 금연·절주·신체활동·영양 관리 등 구체적인 사업 영역, 자원 확보를 위한 국민 건강증진 기금의 설치 및 운영 등을 규정하고 있다.

특히 「국민건강증진법」 제3조는 국가와 지방자치단체가 국민의 건강증진을 위한 종합적인 시책을 수립·시행해야 할 책임이 있음을 명시하고 있으며, 제4조는 국민 스스로 건강을 유지·증진할 책임이 있음을 규정함으로써 건강증진의 사회적 책무성을 강조하고 있다. 또한 보건소를 중심으로 한 지역사회 건강증진사업의 추진 근거를 마련함으로써, 건강증진사업이 일회성 사업이 아닌 지속적·제도적 국가사업으로 운영될 수 있도록 법적 틀을 제공하고 있다.

(4) 보조적 법적 근거 : 지역보건법과 보건의료기본법

건강증진사업의 실행과 관련하여 중요한 법적 기반이 되는 또 다른 법률은 「지역보건법」이다. 이 법은 지역 주민의 건강을 증진하고 지역 특성에 맞는 보건의료서비스를 제공하기 위하여 지방자치단체의 역할과 보건소 설치·운영에 관한 사항을 규정하고 있다. 지역보건법은 지역사회 중심의 건강증진사업이 법적으로 수행될 수 있는 행정적 근거를 제공하며, 보건소가 지역 주민을 대상으로 금연, 영양, 운동, 만성질환 관리 등 다양한 건강증진 프로그램을 추진할 수 있도록 제도적 기반을 마련한다.

또한 「보건의료기본법」은 보건의료에 관한 국가의 기본 이념과 정책 방향을 규정한 기본법으로서, 국민의 건강권 보장과 평생 건강관리를 국가 보건 정책의 핵심 목표로 설정하고 있다. 이 법은 보건 의료정책이 단순한 치료 중심에서 벗어나 예방과 건강증진을 포괄하는 종합적 체계로 운영되어야 함을 명시함으로써, 건강증진사업의 이념적·정책적 근거를 제공한다.

(5) 재정적 법적 근거 : 국민건강증진 기금 관련 법령

건강증진사업이 실질적으로 수행되기 위해서는 안정적인 재정 기반이 필수적이며, 이에 대한 법적 근거 역시 「국민건강증진법」에 규정되어 있다. 담배에 부과되는 부담금 등을 재원으로 하여 국민 건강증진 기금을 설치·운영하도록 규정하고 있으며, 이 기금은 건강 생활 실천 사업, 만성질환 예방 사업, 취약계층 건강관리 사업, 건강 환경 조성 사업 등에 사용된다. 이러한 기금 제도는 건강증진사업이 단기적 정책이 아닌 장기적·지속 가능한 국가 보건 정책으로 운영될 수 있도록 재정적 안정성을 확보해 주는 법적 장치라 할 수 있다.

(6) 국제적 법적, 정책적 근거와의 연계성

우리나라의 건강증진사업은 국내법뿐만 아니라 WHO 헌장, 오타와 헌장, 방콕 헌장, 지속가능발전목표(SDGs) 등 국제 보건 규범의 영향을 받아 발전해 왔다. 특히 WHO는 건강을 기본적 인권으로 규정하고 국가의 적극적 개입과 다 부문 협력의 중요성을 강조하고 있으며, 이러한 국제 규범은 국내 건강증진 관련 법률의 제·개정과 정책 방향 설정에 중요한 이론적·정책적 근거로 작용하고 있다.

우리 사회에서 건강증진사업은 헌법적 건강권 보장 원칙을 토대로 「국민건강증진법」, 「지역보건법」, 「보건의료기본법」 등 다양한 법률에 의해 체계적으로 뒷받침되고 있다. 특히 국가와 지방자치단체의 책임을 명확히 하고, 사업 수행의 근거와 재정 확보 수단을 법률로 규정함으로써 건강증진사업은 공공 정책으로서의 정당성과 지속가능성을 확보하고 있다. 앞으로도 급변하는 보건환경과 인구구조 변화, 만성질환 증가에 효과적으로 대응하기 위해서는 건강증진사업의 법적 기반을 더욱 강화하고, 다 부문 협력과 지역사회 참여를 제도적으로 확대해 나갈 필요가 있다.

3) 국민건강증진종합계획

제5차 국민건강증진종합계획(이하 HP2030)은 우리나라가 2021년부터 2030년까지 향후 10년간 국민 건강 수준을 향상시키기 위한 국가 차원의 중장기 전략이다. 계획의 제정 근거는 국민건강증진법이며, 이전 계획(HP2020 등)의 종료에 따라 이후 10년 동안의 건강증진 정책 방향과 체계를 새롭게 설정하기 위해 수립되었다. 이 계획의 비전

은 “모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회”이다. 여기서 “모든 사람”이라는 표현은 성별, 지역, 계층 간 구분 없이 누구나 포함됨을 의미하며, “평생 건강”은 출생에서 노년까지 전 생애주기를 포괄하는 건강권을 보장하겠다는 의지를 담고 있다. HP2030의 두 가지 핵심 목표는 다음과 같다.

• 건강수명의 연장

- 국민이 질병이나 장애 없이 더 오랜 기간 건강하게 살 수 있도록 건강수명을 늘리고, 삶의 질을 향상시킨다.

• 건강형평성 강화

- 지역, 소득, 사회·경제적 배경 등에 따라 발생할 수 있는 건강 격차를 줄이고, 누구나 동등한 건강권을 누릴 수 있도록 한다.

제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030) 기본틀

국민건강증진종합계획은 「국민건강증진법」 제4조에 근거하고 있다.

국민건강증진종합계획 기본 구조



총괄목표

- 건강수명 연장 : 2030년까지 건강수명 73.3세 달성
- 건강형평성 제고 : 건강수명의 소득 간, 지역 간 형평성 확보

성과지표

28개 중점과제별 성과지표는 총 400개(중복지표 제외) 성과지표 중 성, 소득, 지역별 분리되어 있거나, 그 격차를 모니터링할 수 있는 형평성 지표는 176개 (성별) 92개, (소득) 16개, (지역) 19개, (성별·소득) 37개, (성별·지역) 12개

대표지표

24개 중점과제별 대표지표는 64개 선정
대표지표에 대한 성, 소득, 지역 격차를 모니터링할 수 있는 형평성 지표 49개 선정
(성별 25개, 소득 1개, 지역 3개, 성별·소득 16개, 성별·지역 4개)

그림 4-1 국민건강증진종합계획 2030

자료 : 한국건강증진개발원(2020.4.2). <https://khealth.or.kr/kps>

출처 : 강경숙 외. (2023). 성과기반 지역사회간호학(제5판) I. 퍼시픽북스. p.331.

(1) HP2030 총괄 목표

HP2030의 기본 비전은 “모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회(a society in which everyone enjoys healthy lives throughout life)”이다. 이를 실현하기 위한 총괄 목표는 ① 건강수명 연장(Extension of Healthy Life Expectancy)과, ② 건강형평성 강화(Reduction of Health Inequalities / Health Equity Strengthening)이다.

단순히 평균적인 건강 수준을 끌어 올리는 것뿐만 아니라, 사회, 경제적 격차나 지역 간 격차 등에 따른 건강불평등을 줄이고 누구나 평생에 걸쳐 건강한 삶을 누릴 수 있도록 하는 데 방점을 두고 있다.

(2) HP2030 대표 지표

총괄 목표의 달성 정도를 측정하기 위해 HP2030에서는 여러 분야별 체계 내에서 핵심이 되는 대표 지표를 설정하였으며 정책의 방향성과 성과를 요약적으로 보여줄 수 있는 핵심 지표로 기능하며, 정책의 우선순위나 평가 시 중요한 기준이 된다.

(3) HP2030 성과 지표

전체 정책의 성취도를 평가하기 위해 설정된 정량적, 정성적 평가 도구로 계획의 이행 성과를 객관적으로 파악하는 핵심 수단이다. HP2030에서는 이러한 성과지표를 정책 영역별, 생애주기별, 건강형평성 관점에서 종합적으로 구성하여, 국민 건강 수준과 건강 격차를 모두 정책 효과성 평가, 건강형평성 모니터링, 정책 개선 및 보완의 근거 제공 측면에서 측정하도록 설계하였다.

3 건강증진 관련 이론

1) 건강신념모형

건강신념모형(Health Belief Model; HBM, Rosenstock, Becker, 1950)은 1960년대 미국에서 무료 또는 유료로 제공되던 결핵 검사, 자궁경부암 검진, 예방접종 등의 예방적 건강서비스에 대한 참여율이 낮은 이유를 규명하기 위해 사회심리학자들이 개발한 이론으로서, 개인의 건강 관련 의사결정과 행위를 설명하는 데 널리 활용되는 대표적 건강행위 모형이다. 이 이론은 1950년대 초 공중보건사업에 대한 지역사회 주민들의 낮은 참여도를 이해하고자 한 초기 연구에서 출발하였으며, 이후 건강행태를 예측하고 변화시키기 위한 다양한 공중보건 및 보건교육 전략의 이론적 기반으로 자리 잡았다.

이 모형은 단순한 예방프로그램 참여 여부뿐만 아니라 질병 증상에 대한 해석과 대응, 질병 진단 직후의 행동 선택, 의사의 치료 지시 준수도, 식이요법 실천과 같은 건강관리 행위 전반에서 나타나는 개인 간 차이를 설명하는 데 지속적으로 적용되어 왔다. 이러한 확장적 활용은 개인이 건강과 관련된 행동을 수행하는 과정에서 지각된 위험성, 이득과 장벽, 자기효능감 등 심리·인지적 요인이 중요한 역할을 한다는 점을 강조하며, 공중보건학 및 건강 행동과학 분야에서 핵심 이론적 틀로 인정받는 계기를 마련하였다.

건강신념모형은 개인이 특정한 건강 행위를 수행하는 이유를 그 행위가 자신의 건강을 향상시키거나 질병을 예방하는 데 도움이 될 것이라는 인지적 믿음이 있기 때문이라고 보았다. 즉, 건강 행위의 실천 여부는 객관적 위험이나 의료권고보다 개인이 주관적으로 어떻게 지각하느냐에 의해 결정된다는 전제를 기반으로 한다.

이 모형에 따르면 개인의 주관적 인지는 주로 다음의 요인으로 구성된다.

- 질병에 걸릴 가능성에 대한 지각(지각된 민감성)
- 질병 또는 건강 문제가 초래할 결과의 심각성에 대한 인식(지각된 심각성)
- 행위를 통해 얻을 수 있는 기대효과(지각된 이득)
- 행위 수행을 방해하는 요인들에 대한 인식(지각된 장애)
- 행위를 실천할 수 있다는 자기효능감 등 심리·인지적 요소

이후 건강신념모형은 건강 행위 설명력을 강화하기 위해 구성 요소가 확장·정교화되어 왔으며, 특히 자기효능감은 건강 행위 수행의 중요한 동기 요인으로 추가되었다. 이러한 이론적 구조를 바탕으로 건강신념모형은 건강 행위 중재에서 개인의 감수성, 기대되는 이득, 장애요인, 실천 능력에 대한 인식을 변화시키는 것이 효과적이라고 가정한다. 건강신념모형 기반 중재는 질병 위험도 평가, 개인 맞춤형 조언, 교육적 개입 등을 포함하며, 개인이 건강 행위를 수행하도록 촉진하기 위한 심리·인지적 요인을 체계적으로 다루는 데 강점을 가진다.

건강신념모형은 쿠르트 레빈(Kurt Lewin)의 장(field) 이론에 기반을 두고 있다. 레빈은 인간 행동을 특정한 가치 공간(value field) 내에서 이해하며, 개인의 삶을 긍정적 가치 공간, 부정적 가치 공간, 그리고 중립적 가치 공간으로 구분하였다. 이 관점에서 질병은 부정적 가치 공간에 속하며, 개인은 이러한 부정적 결과를 피하려는 행동을 취한다고 가정한다. 또한, 개인의 행동은 특정 결과에 부여한 가치와 해당 행동이 특정 결과를 가져올 것이라는 기대(expectancy)에 의해 결정된다고 보았다.

이를 바탕으로 건강신념모형은 가치-기대 이론(value-expectancy theory)의 적용 사례로 이해될 수 있다. 건강 행위에 대한 가치-기대 개념은 질병 회피 욕구와 질병 치유의 가치, 특정 건강 행위가 질병을 예방하거나 치유할 것이라는 기대를 포괄하며, 개인이 지각하는 질병의 민감성(perceived susceptibility)과 심각성(perceived severity), 그리고 건강 행위를 통해 질병 위험을 감소시킬 가능성(perceived benefits) 및 자기효능감을 평가하는 과정에 적용된다. 이러한 관점은 건강신념모형이 개인의 건강 행위를 이해하고 예측하는 데 있어, 심리적 가치와 기대를 중심으로 행동 동기를 설명하는 이론적 근거를 제공함을 보여준다. 건강신념모형[그림 4-2]의 주요 개념 설명은 다음과 같다.

(1) 인지된 민감성

인지된 민감성(감수성)(Perceived Susceptibility)은 개인이 특정 질병이나 질병에 걸릴 가능성이 높거나, 건강 문제가 자신에게 발생할 가능성을 주관적으로 인지하는 정도를 말한다. 개인이 자신의 질병 위험을 높게 인식할수록 예방적 건강행위 수행 가능성이 증가한다. 예를 들어, 흡연자가 폐암 발병 가능성을 높게 지각할수록 금연 행위를 취할 가능성이 높아진다.

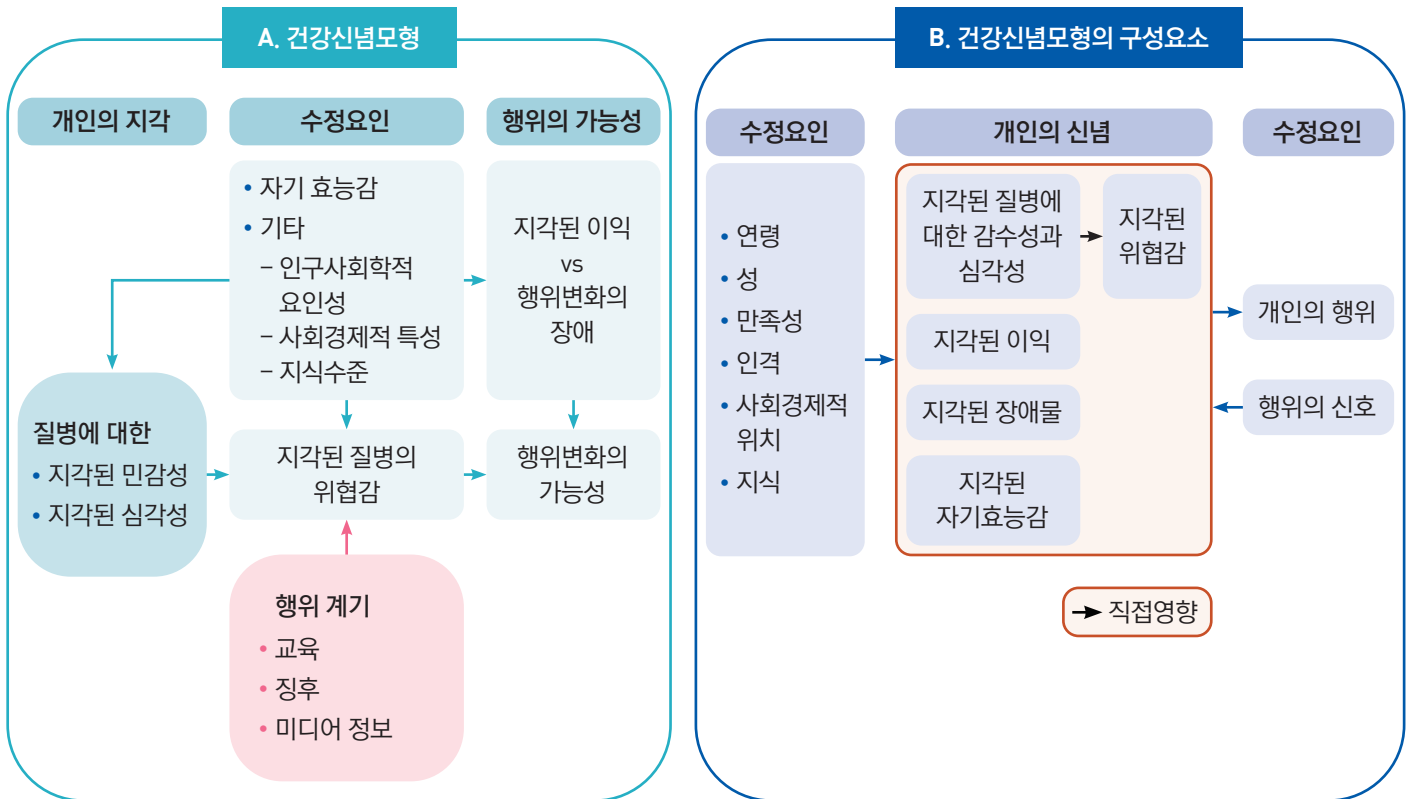


그림 4-2 건강신념모형

자료 : Karen Glanz, Barbara K. Rimer, & K. Viswanath(2015). Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th Edition, Jossey-Bass
 출처 : 강경숙 외. (2023). 성과기반 지역사회간호학(제5판) I. 퍼시픽북스. p.331.

(2) 인지된 심각성

인지된 심각성(Perceived Severity)은 특정 질병이나 건강 문제가 발생했을 때 그 결과가 개인의 삶에 미치는 심각성에 대한 주관적 평가로 질병이 얼마나 심각한지에 대한 객관적인 심각성보다 주관적 심각성에 의한 믿음의 정도를 나타낸다. 질병으로 인한 건강, 사회적, 경제적, 정서적 영향에 대한 인식이 높을수록 예방적, 치료적 행동을 취할 동기가 강해진다. 예를 들어, 당뇨병 합병증의 심각성을 인지하면 혈당 관리 및 생활 습관 개선 행동이 촉진된다.

(3) 인지된 이익

인지된 이익, 이득(Perceived Benefits)은 건강 행위를 수행했을 때 얻을 수 있는 긍정적 결과에 대한 개인의 신념으로 위험이나 심각성을 줄이기 위한 행동의 효과성에 대한 신념이다. 건강 행위를 통해 질병 예방, 증상 완화, 삶의 질 향상 등 특정 행위가 질병에 대한 위험성을 감소시키거나 실질적 이익이 있다고 믿을수록 해당 행위의 실천 가능성이 높아진다. 예를 들어 예방접종을 통해 감염병에 걸릴 위험이 감소한다고 인식하면 접종 참여율이 증가하거나, 손을 잘 씻으면 COVID-19와 같은 호흡기 질환에 걸리지 않을 것이라고 인지하고 있으면 질병 예방을 위해 손 씻는 행위를 수행할 가능성이 더 높아질 것이다.

(4) 인지된 장애요인

인지된 장애(Perceived Barriers)는 건강 행위를 수행하는 데 있어서 개인이 경험하거나 수행하는 데 드는 시간, 비용, 예상하는 어려움, 불편함에 대한 인식, 부작용이나 고통 등의 잠재적인 것을 장애라고 인지하는 것이다. 지각된 장애요인이 클수록 건강 행위 실천 가능성은 낮아진다. 예를 들면 독감 예방주사를 맞으면 독감에 걸리지 않을 것이라고 믿지만, 독감 예방주사 비용, 병원에 가는 시간, 비용, 통증, 부작용에 대한 두려움 등으로 예방주사를 맞는 것을 망설이게 된다면 이것이 인지된 장애요인이라고 할 수 있다.

(5) 인지된 위협감

인지된 위협감(Perceived Threat)은 특정 질병이나 건강 문제에 직면했을 때 개인이 경험하는 주관적으로 느끼는 위험 정도를 말한다. 질병에 대한 민감성과 질병이 초래할 결과의 심각성에 영향을 받는다. 개인이 자신이 질병에 걸릴 가능성을 높게 지각하고, 그 질병이 심각한 결과를 초래할 것이라고 인식할수록 예방적·보건적 행동을 취할 가능성이 높아진다. 예를 들어, 심혈관질환에 대한 높은 감수성과 합병증의 심각성을 동시에 인식하는 사람은 식습관 개선, 운동, 정기 검진 등 예방 행동을 실천할 동기가 강화된다.

(6) 행동의 계기

행동의 계기(Cues to Action)는 개인이 건강 행위를 수행하도록 하는데 계기가 되는, 촉발하는 외부적 또는 내부적 자극 요인이다. 내적 요인으로는 인지된 민감성, 심각성, 인지된 이익 등이 있으며 외적 요인으로는 대중 매체의 홍보, 의사의 권고, 가족이나 친구의 권유, 주변 사람들의 경험 등이 행동을 유발하는 계기가 된다. 이러한 다양한 요인은 인지된 위협감과 인지된 이익에 영향을 미친다. 행동의 계기는 지각된 이득을 행동으로 연결시키는 촉매 역할을 한다. 예를 들면 겨울철 급성 호흡기 감염 바이러스 유행에 대한 광고와 홍보가 있으면 급성 호흡기 감염 바이러스에 대한 위협감과 예방주사를 맞아서 얻는 이익에 대한 인지 정도를 증가시켜 급성 호흡기 감염 바이러스 예방주사를 맞을 가능성이 높아지는 것이다.

(7) 자기효능감

자기효능감(Self-Efficacy)은 1998년 추가된 요소 중 한 가지로 개인이 특정 건강 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감 또는 능력에 대한 믿음, 확신이다. 자기효능감이 높은 개인은 지각된 장애요인에도 불구하고 건강 행위를 지속적으로 수행할 가능성이 높다. 생활 습관과 같이 장기간 변화를 요구하는 행위를 설명하는 데 중요한 요인이 되며 예를 들어, 규칙적 운동이나 금연을 성공적으로 할 수 있다고 생각하면 특정 행위를 지속할 가능성은 높아지고 운동이나 금연을 성공적으로 할 수 없다고 생각하면 특정 행위를 수행하지 않을 것이다.

2) Pender의 건강증진모형

펜더(Pender)의 건강증진모형은 인간의 건강 행위를 설명하고 건강증진을 촉진하기 위해 건강신념모형(Health Belief Model, HBM)과 사회학습이론(Social Cognitive Theory)을 근거로 1982년에 처음 제시되었으며, 이후 두 차례의 수정을 거쳐 1996년 수정된 건강증진모형이 발표되었다. 이 모형은 건강증진과 유지에 있어 개인의 자기 책임(self-

responsibility)과 능동적 역할을 강조하며, 건강 행위를 결정하는 요인을 총체적으로 이해할 수 있도록 설계되었다.

건강증진모형은 개인의 건강 행위를 세 가지 주요 영역으로 구분하여 설명한다.

- 개인의 특성과 경험으로, 성별, 연령, 유전적 배경, 건강 관련 경험 등이 포함
- 행위와 관련된 인지적·정서적 요인으로, 건강 행위의 편익, 장애요인, 자기효능감, 활동 관련 정서적 반응, 사회적 영향 요인 등이 포함
- 행위의 결과로, 실제 건강 행위의 수행 여부 및 장기적 건강증진 효과를 평가

수정된 건강증진모형은 [그림 4-3]과 같고 주요 개념 설명은 다음과 같다.

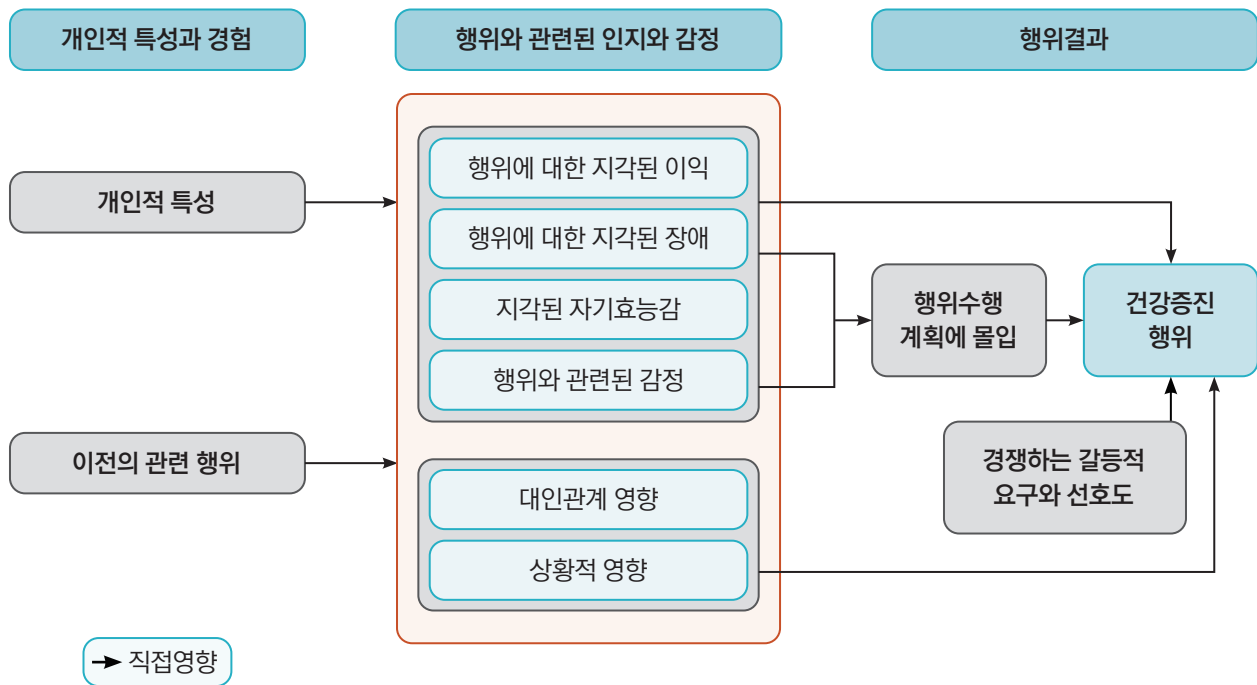


그림 4-3 펜더의 수정된 건강증진모형

자료 : Glanz, K. et al.(2008). Health Behavior and Health Education. Jossey-Bass
출처 : 강경숙 외. (2023). 성과기반 지역사회간호학(제5판) I. 퍼시픽북스. p.333.

(1) 개인적 특성과 경험

특성과 과거 경험은 건강 행위 결정에 중요한 영향을 미친다고 가정된다. 개인의 특성은 성별, 연령, 유전적 요인과 같이 건강 행위에 직접적 영향을 미치지만, 교육이나 중재를 통해 쉽게 변화시킬 수 없는 고정적 요인으로 간주된다. 반면, 과거 경험은 개인이 이전에 건강 관련 행동을 수행하면서 얻은 인지된 이득, 지각된 장애, 자기효능감 등에 영향을 미치며, 이러한 인지적 평가와 감정적 반응을 통해 습관적 행동과 정서적 요인이 건강 행위 수행에

작용하게 된다.

즉, 과거 경험과 개인 특성은 직접적·간접적 경로를 통해 건강 행위에 영향을 미치며, 특히 과거 경험은 인지적·정서적 메커니즘을 매개로 하여 건강 행위 수행 가능성을 조절하는 중요한 요인으로 작용한다.

① 개인의 특성

개인의 건강 행위는 생물학적, 심리적, 사회·문화적 요인 등 다양한 특성에 의해 영향을 받는다.

- **생물학적 요인**: 성별, 연령, 체중, 신체적 지표 등과 같이 개인의 신체적 특성으로서 건강 행위의 기초적 조건을 제공한다.
- **심리적 요인**: 자아존중감, 개인의 역량, 주관적 건강 지각과 같이 개인의 내적 특성과 관련되며, 건강 행위 선택과 동기에 중요한 영향을 미친다.
- **사회·문화적 요인**: 교육수준, 사회경제적 지위, 인종, 민족, 문화적 배경 등 개인이 속한 사회적 환경과 맥락을 반영하며, 건강 행위 수행 기회와 접근성, 행동 규범 형성에 영향을 준다.

(2) 행위와 관련된 인지와 감정

행위와 관련된 인지와 감정은 건강증진을 위한 보건 교육의 변화 가능한 핵심 결정요인으로 행위에 대한 지각된 이익, 행위에 대한 지각된 장애, 지각된 자기효능감, 행위와 관련된 감정, 대인관계의 영향, 상황적 영향 6가지가 있다. 각 개념은 다음과 같다.

① 행위에 대한 지각된 이익

펜더(Pender)의 건강증진모형에서 행위에 대한 지각된 이익은 개인이 특정 건강증진행위를 수행함으로써 얻게 될 것으로 기대하는 긍정적 결과에 대한 주관적 평가를 의미하며, 이는 내적인 이익과 외적인 이익으로 구분된다. 내적인 이익은 행위 수행 과정에서 직접 경험되는 즐거움, 정서적 안정, 성취감, 자기 만족감, 활력감 등과 같은 심리·정서적 보상을 말하며, 외부 보상과 무관하게 행동을 지속하게 만드는 핵심 동기 요인이다. 이러한 내적 이익은 건강 행위를 자율적이고 습관화된 자기 관리 행동으로 전환시키는 데 결정적인 역할을 한다.

반면 외적인 이익은 건강 행위를 통해 얻게 되는 신체적 지표의 개선, 사회적 인정과 지지, 역할수행 능력 향상, 경제적 혜택 등과 같은 외부적이고 가시적인 보상을 의미한다. 외적 이익은 특히 건강 행위의 초기 단계에서 행동을 개시하도록 유도하는 강력한 촉진 요인으로 작용하지만, 장기적인 행위 유지에는 한계를 가질 수 있다. 따라서 건강증진 중재에서는 외적 이익을 통해 행동을 유도하는 동시에, 내적 이익이 강화되도록 즐거움과 성취감이 수반되는 경험을 구조적으로 설계하는 통합적 접근이 요구된다.

② 행위에 대한 지각된 장애

지각된 장애는 개인이 건강증진행위를 수행하는 과정에서 방해요인으로 인식하는 부정적 조건, 비용, 불편, 위험, 부담에 대한 주관적 평가를 의미한다. 이는 행동을 억제하는 가장 강력한 예측변수 중 하나로, 지각된 이익보다 실제 행위와 더 강하게 역 상관 하는 경우도 많다.

지각된 장애는 다음과 같은 차원으로 구성된다.

- 시간, 비용, 접근성 등 물리적 · 환경적 제약
- 피로, 통증, 불편감 등 신체적 부담
- 실패에 대한 두려움, 낮은 자신감 등 심리적 장애
- 사회적 낙인, 타인의 비지지 등 사회문화적 장애

Pender는 건강증진 중재가 단순한 정보 제공을 넘어, 실제 장애요인을 구조적으로 감소시키는 환경개선과 정책적 접근을 병행해야 함을 강조하였다. 즉, 지각된 장애는 개인 수준 개입과 더불어 조직 · 지역사회 · 정책 수준 개입이 동시에 요구되는 요인이다.

③ 지각된 자기효능감

자기효능감은 반두라(Bandura)의 사회인지이론에서 도입된 개념으로, 특정 건강행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 개인의 신념 수준, 주관적 판단을 의미한다. Pender는 이를 건강증진행위의 가장 강력한 직접 예측요인으로 간주하였다.

자기효능감이 높은 개인은 다음과 같은 특성을 보인다.

- 행동 시작 가능성 증가
- 지속성과 복원력(resilience) 강화
- 장애 상황에서도 문제 해결적 대응
- 실패 후 재도전 가능성 증가

자기효능감은 직접경험, 대리경험(모델링), 언어적 설득, 생리적 · 정서적 상태에 의해 형성되며, 지각된 장애를 완충하는 매개변수로 기능한다. 즉, 동일한 장애가 존재하더라도 자기효능감이 높은 개인은 이를 극복 가능한 과제로 인식한다.

④ 행위와 관련된 감정

행위 관련 감정은 특정 건강 행위를 수행하기 전 · 중 · 후에 경험하는 긍정적 또는 부정적 정서 반응을 의미한다. 이는 인지적 판단뿐만 아니라 정서가 행동 결정에 중요한 동기 자원으로 작용함을 반영하는 개념이다.

- 긍정적 감정 : 즐거움, 만족감, 활력, 성취감 등
- 부정적 감정 : 지루함, 불안, 고통, 수치심 등

Pender는 반복되는 행위 과정에서 형성된 정서 경험이 행위에 대한 자동적 선호를 강화하거나 회피행동을 유발하는 학습 기제로 작동한다고 설명하였다. 즉, 운동이 즐겁다고 인식되면 내적 동기에 의해 지속되지만, 고통스럽게 인식되면 회피가 강화된다.

따라서 건강증진 프로그램은 단순한 교육 중심을 넘어 재미, 몰입, 사회적 상호작용, 즉각적 긍정 강화 등을 통해 행위 관련 긍정 정서를 구조적으로 설계해야 한다.

⑤ 대인관계의 영향

대인관계의 영향은 건강행위와 관련하여 중요 타인으로부터 받는 사회적 규범, 사회적 지지, 역할모형의 영향을 의미한다.

주요 구성요인은 다음과 같다.

- **규범** : 가족 · 또래 · 조직이 기대하는 행동 기준
- **사회적 지지** : 정서적, 정보적, 도구적 지지
- **모델링** : 타인의 행동 관찰을 통한 학습

대인관계의 영향은 개인의 건강 신념과 자기효능감 형성에 간접적으로 작용하며, 특히 청소년, 노인, 만성질환자 집단에서 영향력이 크게 나타난다. 가족의 운동 참여, 또래의 금연 행동, 의료인의 권유는 직접적인 행동 촉진 요인으로 기능한다. Pender는 건강 행위를 개인의 고립된 선택이 아니라 사회적 맥락 속에서 형성되는 상호작용적 산물로 보았으며, 이에 따라 집단기반 중재, 가족 중심 프로그램, 지역사회 네트워크 개입의 중요성을 이론적으로 정당화하였다.

⑥ 상황적 영향

상황적 영향은 개인이 인식하는 행위 수행 환경의 물리적 · 사회적 특성과 그에 대한 주관적 해석을 의미한다. 이는 환경결정론과 생태학적 관점을 반영한 구성 요소이다.

주요 내용은 다음을 포함한다.

- 행위 수행의 접근성
- 환경의 심미성
- 안전성
- 편의성
- 선택 가능성

예를 들어, 공원과 보행로가 잘 조성된 지역은 운동 실천율이 높으며, 건강식품 접근성이 낮은 지역은 식습관 개선이 제한된다. 중요한 점은 객관적 환경 자체보다 개인이 인식하는 환경의 의미가 행동 결정에 더 직접적 영향을 미친다는 점이다.

(3) 행위의 결과

긍정적인 행위 결과를 도출하기 위해서는 대상자가 행위 수행 계획에 대한 몰입을 형성하도록 강화하고, 동시에 행위 수행 과정에서 발생하는 경쟁하는 갈등적 요구와 선호를 적절히 조절 · 중재함으로써, 최종적으로 건강증진 행위가 실제로 실행되고 지속되도록 촉진하는 것이 중요하다. 즉, Pender의 건강증진모형에서 제시하는 경쟁하는 갈등적 요구와 선호, 행위 수행 계획에 대한 몰입, 건강증진행위의 세 요소는 상호 연계되어 긍정적 건강 행위 결과를 형성하는 핵심 기제임을 의미한다.

① 건강 행위 계획몰입

행위수행 계획에 몰입이란 개인이 특정 건강증진행위를 언제, 어디서, 어떻게 수행할 것인지에 대해 구체적으로 계획을 수립하고, 이를 실제로 실행하겠다는 심리적·인지적 결단 상태를 의미한다. 이는 단순한 의도를 넘어 행동 이행을 보장하는 실행 수준의 동기 상태에 해당한다. 행위 수행 계획에 대한 몰입은 구체성과 실행 가능성(시간, 장소, 방법의 명료화), 개인의 가치와 목표와의 정합성, 자기효능감과 지각된 이익의 통합적 반영, 장애 발생 시에도 계획을 유지·수정하려는 지속 의지와 같은 특징을 지닌다.

② 경쟁하는 갈등 요구와 선호도

경쟁하는 갈등적 요구와 갈등적 선호는 개인이 건강증진행위를 수행하려는 순간에 동시에 존재하는 다른 요구, 유혹, 책임, 선호로 인해 발생하는 행동 선택의 갈등을 의미한다. Pender는 이를 의도된 행동이 실제 행동으로 옮겨지는 과정에서 작동하는 가장 직접적인 방해요인으로 보았다.

- **갈등적 요구**는 개인의 통제 밖에서 부과되는 의무적 요구로서, 직장업무, 학업, 가족부양, 돌봄노동, 시간 제약 등과 같이 회피가 어려운 구조적 압력을 포함한다.
- **갈등적 선호도**는 개인의 자발적 선택에 따른 경쟁 행동으로, 휴식, 오락, 미디어 소비, 고열량 음식 섭취 등과 같이 즉각적 만족을 제공하는 대안적 행동을 의미한다.

이 요인은 행위 수행 계획에 대한 몰입이 형성된 이후에도 행위 실행을 약화시키거나 중단시키는 현실적 변수로 작용하며, 특히 단기 보상성이 높은 행동이 장기적 건강이익을 제공하는 행동보다 선택될 가능성을 높인다. 따라서 건강증진 중재에서는 시간 조정, 환경 재구성, 대안 행동 제공 등을 통해 갈등 요인을 구조적으로 관리하는 전략이 요구된다. 즉, 경쟁 요구와 선호는 개인의 활동 수행 계획을 저해하는 요인으로 작용하므로, 이를 효과적으로 관리하기 위해서는 자기조절과 자기통제 능력이 강화되도록 체계적인 훈련과 중재가 이루어져야 한다. 즉, 개인이 즉각적인 유혹이나 외부적 요구에 흔들리지 않고 자신의 계획을 유지·실천할 수 있도록 내적 통제 역량을 증진 시키는 것이 필수적이다.

③ 건강증진행위

건강증진행위는 Pender 모형의 최종 목적으로서, 개인이 현재의 안녕 수준을 유지·강화하고, 최적의 기능 상태와 삶의 질을 달성하기 위해 자발적으로 선택하여 반복적으로 수행하는 행동 양식을 의미한다. 이는 질병 예방이나 위험회피에 국한되지 않고, 신체적·정신적·사회적 안녕을 포괄적으로 증진시키는 적극적 행위를 포함한다. 대표적인 건강증진행위에는 다음이 포함된다.

- 규칙적 신체활동과 운동
- 균형 잡힌 영양 섭취와 식습관 개선
- 스트레스 관리와 정서 조절
- 충분한 수면과 휴식
- 금연, 절주, 약물 오남용 예방

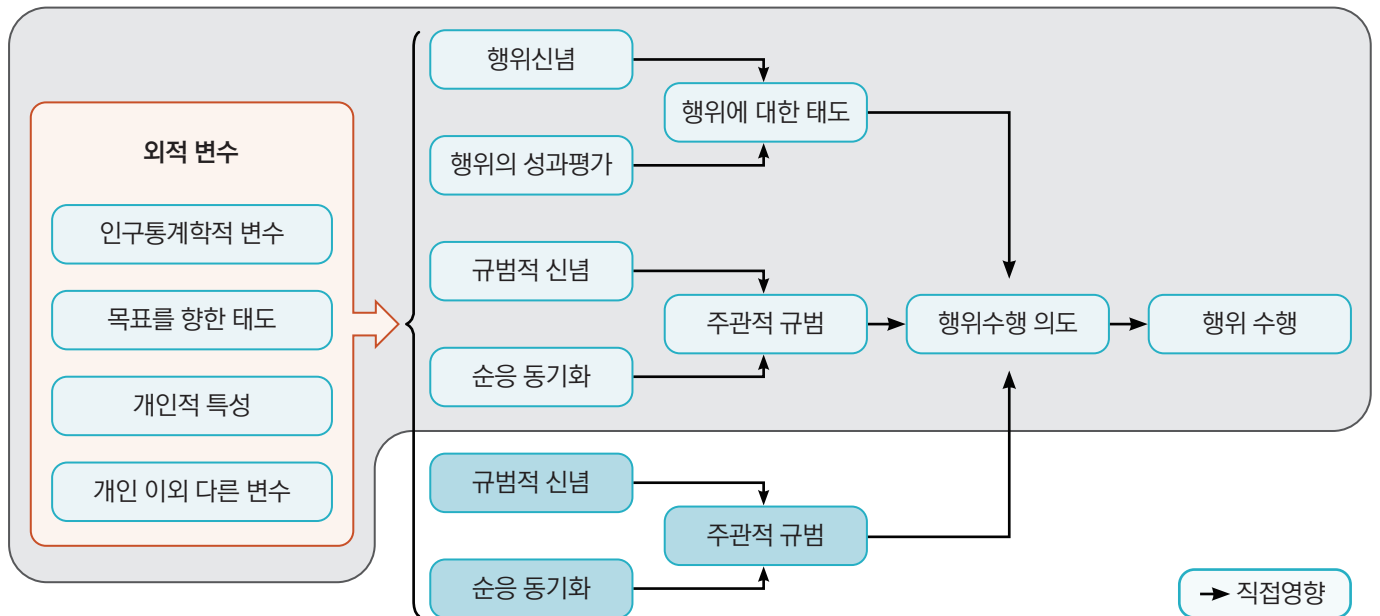
- 예방접종, 건강검진 등 예방적 건강관리
- 사회적 관계 유지와 자아실현 활동

Pender는 건강증진행위를 개인의 선택과 책임에 기반한 능동적 행위이자, 환경과의 지속적 상호작용 속에서 형성되는 역동적 과정으로 규정하였다. 따라서 건강증진행위는 단회적 사건이 아니라 생활양식(lifestyle) 차원의 반복적 실천이며, 장기적으로 개인의 이환율 감소, 기능 수준 향상, 주관적 삶의 질 증대라는 건강 결과로 이어진다. 결론적으로 Pender의 건강증진모형에서 행위의 결과는 ① 행위 수행 계획에 대한 몰입이라는 실행의 준비 상태와, ② 이를 방해하거나 대체하는 경쟁하는 갈등적 요구와 선호, ③ 최종적으로 실현되는 건강증진행위의 상호작용을 통해 결정된다. 이 구조는 건강 행위가 단순한 의도만으로는 설명될 수 없으며, 현실적 상황 요인과 자기 조절 능력이 결합 될 때 비로소 실제 행동으로 이행됨을 이론적으로 입증한다. 또한 자기효능감을 높이는 방법을 다양하게 개발하여 보건교육을 통해 대상자 개개인이 스스로 건강증진 행위를 실천하는 데 자신감을 갖도록 도와야 할 것이다.

3) 합리적 행위이론

합리적 행위이론(Theory of Reasoned Action, TRA)은 Fishbein과 Ajzen이 제시한 사회심리학적 행동이론으로, 인간의 행동은 개인의 합리적 판단과 의도에 의해 결정된다는 전제를 기반으로 한다. 이 이론의 핵심 구성개념은 행위에 대한 태도(attitude toward the behavior), 주관적 규범(subjective norm), 행위 수행 의도(behavioral intention), 그리고 행위 수행(behavior)이다. 태도는 특정 행위에 대해 개인이 가지고 있는 긍정적 또는 부정적 평가를 의미하며, 이는 행위에 대한 신념(behavioral beliefs)과 그 결과에 대한 가치평가로 형성된다. 주관적 규범은 개인이 중요하게 여기는 타인이 해당 행위를 어떻게 기대하는지에 대한 인식으로, 규범적 신념과 그에 따르려는 동기의 함수로 설명된다. 인간은 어떤 행동을 선택할 때 그로 인해 긍정적인 결과가 초래될 것이라고 기대하고, 그 결과에 대해 개인이 높은 가치를 부여할수록 해당 행위를 실제로 수행하게 된다. 다시 말해, 특정 행위를 통해 정서적으로 만족감을 느낄 수 있을 것이라고 판단하고, 그 결과가 바람직하다고 평가하며, 동시에 그 행위를 하도록 요구하거나 기대하는 사회적 압력이 존재한다고 인식할 때 행동은 실천으로 이어진다는 의미이다.

합리적 행위이론에서 행위 의도는 실제 행동을 가장 직접적으로 예측하는 변인으로, 태도와 주관적 규범의 결합된 영향에 의해 형성된다. 즉, 개인이 어떤 행위를 긍정적으로 평가하고 그 행위가 사회적으로도 지지된다고 인식할수록 그 행위를 수행하려는 의도는 강화되며, 이 의도는 실제 행동으로 이어질 가능성이 높아진다. 합리적 행위이론은 인간을 정보에 기초하여 합리적으로 판단하고 행동하는 존재로 가정함으로써, 건강 행위, 소비자 행동, 예방 행동 연구 등 다양한 분야에서 의도 중심의 행동 예측 모형으로 폭넓게 활용되고 있다. 합리적 행위이론 모형은 **[그림 4-4]**와 같다.



※  은 합리적인 행위 이론을 보여줌. 전체 그림은 계획된 행위의 이론을 보여줌

그림 4-4 합리적 행위이론과 계획된 행위이론의 모형

자료 : Karen Glanz, Barbara K. Rimer, & K. Viswanath.(2015). Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th Edition, Jossey-Bass
출처 : 강경숙 외. (2023). 성과기반 지역사회간호학(제5판) I. 퍼시픽북스. p.325.

4) 계획된 행위이론

계획된 행위이론(Theory of Planned Behavior, TPB)은 아젠(Ajzen, 1975)이 합리적 행위이론을 확장하여 제시한 이론으로, 인간의 행위는 합리적 판단에 근거한 ‘행위 의도’에 의해 직접적으로 결정되며, 이 의도는 태도, 주관적 규범, 지각된 행위통제에 의해 형성된다는 것을 핵심 전제로 한다. 계획된 행위이론은 특히 개인이 자신의 행동을 완전히 통제할 수 없는 현실적 조건을 반영하기 위해 지각된 행위통제 개념을 추가함으로써 계획된 행위이론의 한계를 보완하였다.

이 이론에 따르면, 개인은 특정 행위를 수행하기 전에 그 결과에 대한 기대와 평가를 통해 행위에 대한 태도를 형성하고, 중요한 타인이나 사회가 그 행위를 어떻게 평가하는지에 대한 인식을 통해 주관적 규범을 형성한다. 동시에 개인은 그 행위를 실제로 수행할 수 있는 능력과 자원, 장애요인을 고려하여 지각된 행위통제 수준을 인식하게 된다. 이러한 세 요인은 상호작용하여 행위 의도를 결정하며, 형성된 행위 의도는 실제 행위 수행의 가장 직접적인 예측변수로 작용한다. 더 나아가 지각된 행위통제는 의도를 매개하지 않고도 행위에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 변수로 가정된다.

계획된 행위이론은 인간을 단순한 자극-반응의 존재가 아니라, 정보를 해석하고 결과를 예측하며 사회적 맥락과 자신의 통제 가능성을 고려하여 행동을 선택하는 합리적 의사결정 주체로 본다. 이로 인해 계획된 행위이론은 건강 증진행위, 금연, 운동, 식이조절, 예방접종, 안전 행동, 소비자 행동 등 다양한 영역에서 행동 예측과 중재 설계의 이

론적 틀로 폭넓게 활용되고 있다. 특히 개인의 신념 체계를 변화시키는 교육적 개입과 환경적 통제요인을 함께 고려할 수 있다는 점에서 건강 행위 설명에 높은 설명력을 지닌 이론으로 평가된다. 계획된 행위의론 모형은 [그림 4-5]와 같다.

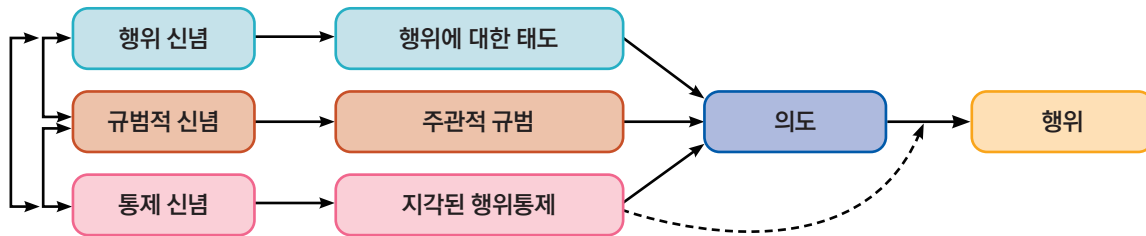


그림 4-5 계획된 행위의론

출처 : Ajzen, I., & Madden, T.J. Prediction of goal directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control: 1986.

계획된 행위의론의 관련 개념을 설명하면 다음과 같다.

- **행위 신념(Behavioral Beliefs)** : 특정 행위를 수행했을 때 나타날 결과에 대한 개인의 신념으로, 태도 형성의 인지적 기초, 어떤 행위가 특정한 결과를 이끌어 낼 것이라는 기대 혹은 대가에 대한 신념
- **규범적 신념(Normative Beliefs)** : 중요한 타인이나 집단이, 해당 행위를 어떻게 생각하는지에 대한 개인의 신념으로, 주관적 규범의 신념
- **통제 신념(Control Beliefs)** : 행위 수행을 촉진하거나 방해하는 요인에 대한 개인의 신념으로, 장애물의 존재유무 등에 대한 행위 통제에 대한 신념
- **행위에 대한 태도(Attitude toward the Behavior)** : 특정 행위에 대해 개인이 갖는 긍정적 또는 부정적 평가, 행위 결과에 대한 기대와 그 결과의 가치 판단에 의해 형성
- **주관적 규범(Subjective Norm)** : 개인이 중요하게 생각하는 타인이 특정 행위를 수행하기를 기대하는 정도에 대한 인식, 사회적 기대감에 대한 개인이 느끼는 주관적 지각 정도
- **지각된 행위통제(Perceived Behavioral Control)** : 개인이 특정 행위를 수행할 수 있다고 인식하는 통제 가능성의 정도, 어려움이나 용이함을 지각하는 자신의 능력과 환경적 자원, 장애요인에 대한 인식

5) 범이론적 모형

범이론적 모형(Transtheoretical Model, TTM)은 행위변화단계별이론(Stage of Change Theory), 변화단계모형, 행동 변화 단계이론이라고도 부른다. 이 모형은 프로차스카(Prochaska)와 디클레멘테(DiClemente)에 의해 1980년대 초 미국에서 개발되었다. 초기 연구는 흡연자의 금연 과정을 장기간 추적 관찰하는 연구에서 출발하였으며, 금연에 성공한 사람들과 실패한 사람들의 행동 변화과정을 비교·분석하는 과정에서 행동 변화는 단번에 일어나는 사건이 아니라 시간에 따른 단계적 과정이라는 공통된 패턴이 발견되었다.

연구자들은 정신분석, 행동주의, 인지 이론, 인본주의 이론 등 여러 심리학 이론을 통합하여 하나의 행동 변화 모

형으로 구성하였기 때문에 ‘범(汎)이론적’이라는 이름이 붙었다. 이후 이 모형은 금연, 절주, 운동, 식이조절, 약물복용 순응, 암 검진, 스트레스 관리 등 다양한 건강 행위 영역으로 일반화되어 확장 적용되었다.

범이론적 모형의 핵심 전제는 행동 변화는 단발적 결단이 아니라, 준비가 축적되고 반복과 후퇴를 포함하는 순환적 과정(cyclical process)이라는 점이다. 개인은 변화단계들을 직선적으로만 이동하는 것이 아니라, 재발(relapse)을 거치며 여러 단계 사이를 반복적으로 이동할 수 있다. 이 모형은, 개인의 행동 변화를 ① 변화단계, ② 변화과정, ③ 결정 균형(decisional balance), ④ 자기효능감(self-efficacy)의 네 가지 핵심 구성 요소를 중심으로 설명하였다. 범이론적 모형은 [그림 4-6]과 같다.

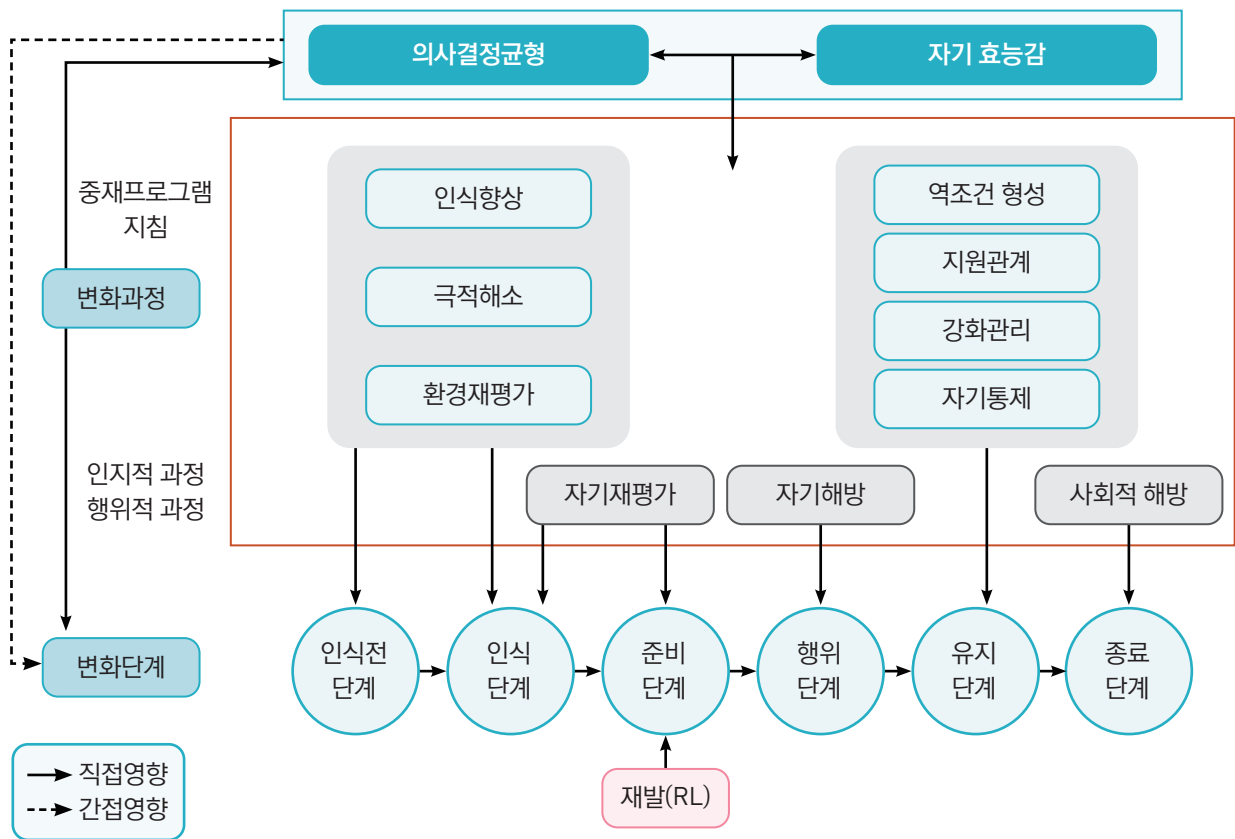


그림 4-6 범이론적 모형

자료 : Glanz, K. et al.(2008). Health Behavior and Health Education. Jossey-Bass

출처 : 강경숙 외. (2023). 성과기반 지역사회간호학(제5판) I. 퍼시픽북스. p.336.

(1) 변화과정

① 인지적 과정

경험적 변화과정은 개인의 인식, 감정, 가치관의 변화를 통해 행동 변화의 필요성을 자각하고 동기를 형성하는 인지·정서 중심의 과정으로, 주로 무관심단계와 고려단계에서 핵심적으로 작용한다. 초기 단계에는 경험적 과

정을 후기단계에는 행동적 과정을 사용한다. 경험적 변화과정은 인식향상, 극적 해소, 환경 재평가, 자기 재평가, 사회적 해방으로 주요 내용은 다음과 같다.

가. 인식향상

- 인식향상(Consciousness Raising)은 건강 문제와 관련된 원인, 결과, 예방법에 대한 정보와 지식을 획득하고 문제를 자각하는 과정을 의미한다. 교육, 매체, 상담, 캠페인 등을 통해 위험요인과 건강 행위의 필요성에 대한 인식이 증가하면서 변화의 필요성이 형성된다. 이는 행동 변화를 위한 가장 기초적인 출발점에 해당한다.

나. 극적 해소

- 극적 해소 또는 극적 안도감(Dramatic Relief)은 자신의 건강 행위나 문제행동과 관련하여 강한 정서적 반응(불안, 두려움, 죄책감, 희망 등)을 경험하는 과정을 의미한다. 예를 들어 질병 진단, 타인의 실패 경험, 감동적인 사례 접촉 등은 변화 필요성에 대한 감정적 각성을 유발하여 행동 변화 동기를 강화한다.

다. 환경 재평가

- 환경 재평가(Environmental Reevaluation)는 개인의 행동이 가족, 주변인, 사회, 환경에 미치는 영향을 재인식하는 과정이다. 자신의 흡연, 음주, 비활동적 생활양식이 타인의 건강과 삶의 질에도 부정적 영향을 미친다는 인식이 형성되면서, 변화에 대한 사회적 책임감과 도덕적 동기가 강화된다.

라. 자기 재평가

- 자기 재평가(Self-Reevaluation)는 현재의 행동을 유지하는 자기상(Self-image)과 건강한 행동을 수행하는 미래의 자기상을 가치적으로 비교·재구성하는 과정이다. 건강한 롤 모델을 찾거나, 가치 명료화하기, 심상요법 등을 활용하여 “문제 행위를 하는 나”와 “건강한 생활을 하는 나”를 대비하며, 변화가 자신의 정체성에 어떻게 부합하는지를 성찰함으로써 변화 결단의 내적 기반이 형성된다.

마. 사회적 해방

- 개인의 행동 변화를 선택하기 쉬운 사회적·제도적 조건이 확대되는 과정을 의미한다.
- 금연구역 확대, 운동시설 접근성 강화, 건강식품 제공, 직장 내 건강 정책 등은 개인의 변화 선택 가능성을 구조적으로 확대하여 행동 변화를 촉진한다.
- 생활방식에 대한 개인의 인식, 사회적인 행동 이행에 대한 대안이나 환경적 기회를 증가시키고 행동을 하는 것이 바람직하다는 인식과 분위기를 조성하는 단계를 의미한다.

② 행위적 과정

행위적 변화과정은 실제로 행동을 수정·유지하기 위해 수행하는 구체적인 실천 전략으로 준비단계, 행동단계, 유지단계에서 핵심적으로 작용한다.

가. 자기해방

자기해방(Self-Liberation)은 개인이 어떠한 행동을 변화하겠다는 확고한 신념, 결단을 내리고 그것을 공개적으로 약속하거나 스스로 헌신하는 과정을 의미한다. 자기해방 방법으로는 목표선언, 서약, 계획 수립, 주변인

에게 변화 의지 표현하기 등이 포함되며, 이는 변화에 대한 심리적 결속력과 지속 의지를 강화한다.

나. 역조건형성

역조건형성(Counter Conditioning)은 문제행동을 유발하던 부적응적 반응을 건강한 대체 행동으로 교체하는 과정이다. 예를 들어 스트레스를 받으면 흡연을 하던 행동을 운동이나 심호흡으로 대체하는 것이 이에 해당한다. 긍정적 자기 진술, 긴장 완화, 둔감법 등이 일반적으로 활용되며 이는 습관적 자동 반응을 수정하는 행동 치환 전략이다.

다. 지원 관계형성

지원 관계형성(Helping Relationships)은 행동 변화 과정에서 가족, 친구, 의료인, 동료 등으로부터 정서적·정보적·도구적 지지를 획득하고 활용하는 과정으로 주변 사람이나 사회적 지지를 받고 활용하는 것으로 사회적 지지는 스트레스 완충, 실패 후 재도전, 자기효능감 강화에 중요한 역할을 하며, 변화 유지의 핵심 보호 요인으로 기능한다.

라. 강화관리

강화관리(Reinforcement Management)는 바람직한 건강 행위가 나타날 때 보상과 긍정적인 강화를 제공하여 행동 빈도와 지속성을 증가시키는 과정이다. 자기 보상, 타인의 칭찬, 인정, 인센티브 제공 등이 포함되며 행동 유지와 재발 방지에 중요한 행동주의적 기제로 작동한다.

마. 자극 통제

자극 통제(Stimulus Control)는 문제행동을 유발하는 환경적 요인과 불 건강 행위를 유발하는 자극을 제거하고, 건강 행위를 촉진하는 단서를 새롭게 배치하는 과정이다. 자극 통제 방법으로는 자조 집단의 도움, 환경 재조정, 집 안의 담배 제거, 운동기구를 눈에 잘 띄는 곳에 배치 등이 이에 해당된다. 이는 행동환경을 구조적으로 재설계하는 핵심 전략이다.

③ 의사결정의 균형

개인이 건강 행위변화를 선택하는 과정에서 예상되는 이득과 손실을 종합적으로 비교·평가하여 자신의 행동 방향을 판단하는 인지적 의사결정 과정을 의미한다. 행위변화의 긍정적 측면에는 건강증진 효과, 질병 예방, 타인으로부터의 사회적 인정과 지지 등과 같은 강화요인이 포함되며, 이러한 인식은 변화 행동에 대한 동기와 실천 가능성을 증대시킨다. 반면 부정적 측면에는 시간과 경제적 비용의 부담, 생활의 불편, 기존 생활양식과의 차이로 인한 심리적 저항 등과 같은 저해 요인이 포함되어 행위변화를 억제하는 방향으로 작용한다. 결국 긍정적 요인이 부정적 요인보다 우세하게 인식될수록 건강 행위변화는 촉진되며, 반대로 부정적 요인이 상대적으로 크게 인식될수록 변화 실천은 지연되거나 저해된다.

④ 자기효능감

개인이 특정한 건강 행위를 성공적으로 수행할 수 있는 자신의 능력에 대해 지니는 주관적 기대이자 신념을 의미하며, 동시에 건강에 유해한 행위나 위험 상황에 직면했을 때 이를 효과적으로 통제하고 대처할 수 있다는 자

신감의 수준을 포함하는 개념이다. 이는 반두라(Bandura, 1982)의 사회인지이론에서 처음 제시된 핵심 개념으로, 개인의 동기 형성, 행동 선택, 노력의 지속성, 장애 극복 과정에 결정적인 영향을 미치는 심리적 요인으로 간주된다. 건강증진 맥락에서 자기효능감은 건강 행위의 시작뿐만 아니라 행위의 지속과 재발 방지에 이르기까지 전 과정에 걸쳐 강력한 예측변수로 작용한다.

(2) 변화단계

① 제1단계 : 인식전단계(무관심단계)

개인은 보통 6개월 이내에 현재의 문제행동이나 비 건강 행위에 대해 변화의 필요성을 인식하지 못하거나 부정하며, 가까운 시일 내 변화할 의지가 없는 단계로 무관심단계라고도 한다. 건강 문제의 심각성에 대한 지식 부족, 방어적 태도, 과거 실패 경험 등이 특징적으로 나타난다. 성공할 자신이 없거나 무기력하기 때문에 간과되기도 한다. 이 단계의 핵심 증재는 의식 고취와 문제 인식 증진이다(예 담배 성분의 유해성, 흡연의 심각성 및 위험성 교육).

② 제2단계 : 인식단계

개인은 자신의 행동이 문제일 수 있음을 인식하고 변화의 필요성을 자각하지만 당장 실행에 옮기거나 실행에 대한 결단을 내리지 못한 상태이다. 6개월 이내 금연할 것을, 금주할 것을 생각하는 단계로 관심 단계, 고려단계라고도 한다. 변화의 이점과 부담을 동시에 인식하며 양가감정과 의사결정의 갈등이 두드러진다. 행위변화를 실행할 의도를 가지고 있으나 구체적인 계획은 없다. 이 단계에서는 결정 균형의 조정과 동기 강화가 주요 증재 전략이 된다.

③ 제3단계 : 준비단계

가까운 시일 내, 향후 1개월 이내에 행동 변화를 실행하려는 의도가 있는 단계이다. 구체적인 행동을 실행할 계획이 있으며 정보 탐색, 계획수립, 소규모 행동 시도 등 실행을 위한 준비 행동이 관찰된다(예 금연 계획 세우기, 건강 교육 참여, 1월 1일부터 금연 다짐 등). 이 단계는 의도에서 실제 행동으로 이행되는 전환점으로 구체적 목표를 설정하고 자기효능감 강화가 핵심이다.

④ 제4단계 : 행위단계

행위변화를 시작해서 6개월 이내로 행위변화가 실행되는 단계이다. 문제행동을 중단하고 실제로 새로운 건강 행위를 수행하기 시작한 상태로, 일반적으로 변화가 시작된 시기를 의미한다. 행동의 빈도, 강도, 지속성이 관찰 가능하며 안정되어 있지 않고 언제든지 되돌아가려는 성향을 가지고 있는 단계로 강화관리, 자극 통제, 사회적 지지가 변화 유지에 중요한 역할을 한다. 재발 위험성이 비교적 높은 단계이다.

⑤ 제5단계 : 유지단계

행위변화가 최소한 6개월 이상 지속되어 안정화된 단계로 재발을 예방하고 변화된 행동을 생활양식으로 정착시키는 것이 핵심 과제이다. 행위변화가 점점 습관화되며 예전으로 되돌아가려는 성향은 줄어들었으나 여전히 주의해야 하는 단계로 유혹 상황에 대한 대처 능력이 향상되고 자기효능감이 비교적 높은 수준을 유지하나 여전히

히 재발 가능성은 존재하므로 지속적인 자기조절과 지지체계가 요구된다.

⑥ 제6단계 : 종료단계

문제 행위로의 재발 가능성이 거의 없으며 변화된 행위를 어떤 유혹이 있어도 과거로 돌아가지 않고 완전히 습관화되어 더 이상 의식적인 노력이나 유혹에 대한 저항이 필요하지 않은 상태이다. 다른 사람의 문제행동을 돕는 단계로 자기효능감은 최고 수준에 도달하고 건강 행위가 개인의 정체성과 삶의 일부로 통합된 단계로 간주된다.

6) PRECEDE-PROCEED모형

PRECEDE-PROCEED모형은 보건교육 및 건강증진 프로그램을 체계적으로 기획·실행·평가하기 위한 대표적인 계획 모형으로, 그린(Green)과 크루터(Kreuter)에 의해 개발되었다. 이 모형은 건강 문제를 단순한 질병 차원이 아니라 사회적·행태적·환경적 맥락 속에서 포괄적으로 진단하고, 그에 근거하여 중재와 평가를 단계적으로 수행하도록 설계된 통합적 기획 틀이다. PRECEDE-PROCEED모형은 8단계로 되어 있으며 그 내용은 [그림 4-7]과 같다.

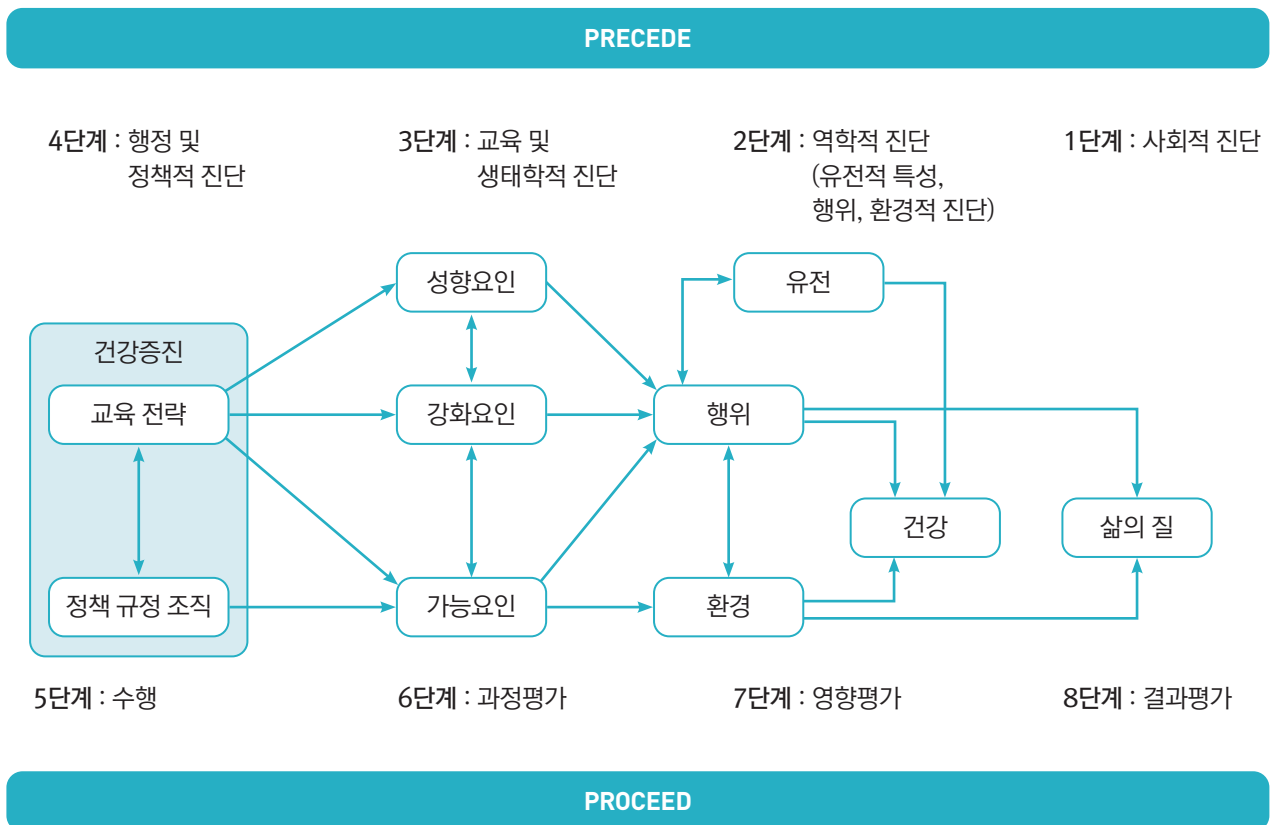


그림 4-7 수정된 PRECEDE-PROCEED 모형

자료 : Green L.W. & Kreuter M.W. (2005). Health Program Planning: An educational approach, 4th ed. New York: McGraw-Hill.
출처 : 전미순 외. (2020). 지역사회간호학. 고문사. p.238.

(1) PRECEDE

PRECEDE(Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation)는 교육·환경적 진단과 사전평가를 위한 단계적 분석 과정으로, 건강 문제의 원인과 결정요인을 다차원적으로 규명하고 중재의 우선순위를 설정하는 진단 단계에 해당한다. 즉, “왜 이 건강 문제가 발생하는가”를 체계적으로 분석하는 과정이다. PRECEDE는 다음과 같은 진단 단계로 구성된다.

- **사회적 진단** : 대상 집단의 삶의 질, 사회적 요구, 주관적 건강 문제 파악
- **역학적 진단** : 이환율, 사망률, 위험요인 등 객관적 건강 문제 분석
- **행태·환경적 진단** : 건강 문제를 유발하는 개인의 행위요인과 환경요인 규명
- **교육·생태학적 진단** :
 - **성향요인(predisposing factors)** : 지식, 태도, 신념, 가치
 - **강화요인(reinforcing factors)** : 사회적 지지, 보상, 타인의 반응
 - **가능요인(enabling factors)** : 자원, 접근성, 기술, 정책

즉, PRECEDE는 과학적 근거에 기반한 프로그램 기획을 위한 사전 진단과 분석의 틀이다.

(2) PROCEED

PROCEED(Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)는 PRECEDE를 통해 도출된 진단 결과를 바탕으로 실제 중재를 실행하고 그 성과를 평가하는 단계로, “무엇을 어떻게 실행하고, 그 결과가 어떠한가”를 다루는 과정이다. PROCEED는 다음의 평가 중심 단계로 구성된다.

- **수행** : 계획된 건강증진 프로그램과 정책을 실제 현장에 적용
- **과정평가** : 프로그램이 계획대로 수행되었는지 점검
- **영향평가** : 지식, 태도, 행위, 환경 변화 등 단기 효과 평가
- **결과평가** : 이환율, 사망률, 삶의 질 등 장기 건강 결과평가

PROCEED는 중재의 효과성과 효율성을 검증하는 과학적 평가 체계에 초점을 둔다.

PRECEDE-PROCEED 모형은 건강증진사업을 체계적으로 기획·실행·평가하기 위한 8단계 절차적 모형으로, 각 단계는 논리적으로 연계되어 순환적 구조를 이룬다. 각, 단계별 내용은 다음과 같다.

① 제1단계 : 사회적 진단

사회적 진단 단계는 지역 주민이 어떤 삶의 질에 영향을 미치는지와 사회적 요구를 가지고 있는지, 요인을 파악하는 단계이다. 단순한 질병 지표가 아니라 대상자에게 무엇이 가치가 있는지 파악하고 문제가 되는 요인들을 객관적·주관적으로 사정한다. 객관적 사정은 공식 통계자료와 관찰 가능한 사회지표를 활용하여 지역사회 삶의 질 수준을 객관적으로 파악하는 것으로 인구학적 지표(인구구조, 노인 인구 비율, 독거노인 수 등), 경제적 지표(평균 소득수준, 실업률, 기초 생활 수급자 비율, 빈곤률 등), 주거·환경 지표(주택 노후도, 상하수도 보급률, 공기오염도 등), 교육지표(교육 수준 등), 사회문제 지표(범죄 발생률, 교통사고 발생률, 산업재해율 등), 보건 자원

지표(의료기관 수, 보건 인력 수, 의료 접근성 등)가 포함되며, 주관적 사정은 주민이 인식하는 삶의 질, 건강 문제, 불편감, 욕구, 만족도 등을 직접 조사하는 것으로 지역 주민의 의견을 토대로 한 삶의 질과 관련된 주민의 체감 현실을 반영하며 사업의 궁극적 목표를 삶의 질 향상에 두는 것이 이 단계의 핵심 특징이다.

② 제2단계 : 역학적 진단

역학적 진단은 사회적 진단에서 확인된 삶의 질 문제와 직접적으로 관련된 객관적 건강 문제를 역학 자료를 통해 규명하는 단계이다. 사망률, 이환율, 장애율, 불편감, 불만족의 분포 등을 분석하여 우선적으로 개입해야 할 주요 건강 문제의 크기와 심각성, 변화 가능성을 판단한다. 이는 건강증진사업의 구체적 건강목표를 설정하는 과학적 근거가 된다.

행위 및 환경적 진단(Behavioral and environmental diagnosis)은 건강 문제를 만들어 내는 직접 원인을 행동과 환경 차원에서 동시에 규명하는 분석과정이며 3단계 교육 및 생태학적 진단에서 성향 요인, 가능 요인, 강화요인을 설정하는 이론적 출발점이 된다. 즉, 무엇을 바꾸어야 하는가(행위), 무엇이 그것을 방해하거나 촉진하는가(환경)를 과학적으로 특정하는 단계이다.

③ 제3단계 : 교육 및 생태학적 진단

이 단계는 2단계에서 규명된 건강 문제를 유발하는 행위적 요인과 환경적 요인의 원인을 분석하는 단계이다. 즉, 건강 행위의 변화를 가져오기 위한 보건교육 프로그램을 설정하는 단계로 교육 및 생태학적 진단 단계는 다음 세 가지 요인으로 구성된다.

가. 성향요인

개인의 지식, 태도, 신념, 가치, 인식, 기대, 자기효능감 등과 같이 행동을 하기 이전에 이미 형성되어 있는 내적 요인을 의미한다. 이는 건강 행위 동기의 인지적·심리적 기초가 되며 중재 전략을 세우거나 보건 교육계획에 유용하다.

나. 강화요인

건강 행위가 수행된 이후에 그 행위를 지속하거나 중단하도록 영향을 미치는 사회적 반응과 보상 요인으로, 가족과 또래의 지지, 전문가의 피드백, 사회적 인정, 보상체계 등이 포함된다.

다. 가능요인

건강 행위를 실제로 수행할 수 있게 해주는 자원과 조건을 의미하며, 기술, 서비스 접근성, 비용, 시간, 시설, 장비, 법·제도 등이 이에 포함된다. 가능 요인은 행위의 실천 가능성을 구조적으로 결정하는 요소이며, 이 요인은 건강증진사업에서 지역사회 조직화와 중재 역량 강화를 위한 핵심 개입 대상으로 설정된다.

위 세 가지 요인의 범주는 서로 엄격히 구분되는 독립적 영역이 아니어서, 하나의 요소가 동시에 둘 이상의 요인에 포함될 수 있다. 또한 대부분의 행위는 단일 원인에 의해 발생하기보다는 성향요인·가능요인·강화요인이 복합적으로 영향을 미쳐 나타날 수 있다.

④ 제4단계 : 행정 및 정책적 진단

행정 및 정책적 진단은 계획된 중재를 현실적으로 실행할 수 있는 조직적·제도적 여건을 점검하는 단계로 이전 단계에서 세워진 계획이 건강증진 프로그램으로 전환되기 위해 반드시 필요하다. 예산, 인력, 시간, 조직 구조, 관련 법과 정책, 행정 절차, 이해관계자 협력 가능성 등을 분석하여 프로그램 수행의 타당성과 실행 가능성을 평가한다. 이는 이상적인 계획과 현장 실행 간의 괴리를 조정하는 단계이다.

⑤ 제5단계 : 수행

수행 단계는 PRECEDE 과정을 통해 수립된 계획에 따라 건강증진 프로그램, 교육, 환경개선, 정책 개입 등을 실제로 현장에 적용하는 단계이다. 대상자 모집, 교육 실시, 캠페인 운영, 서비스 제공, 환경 조성, 제도 적용 등 모든 중재 활동이 실제로 실행되는 실천 단계에 해당한다. 이 계획을 기초로 하여 건강증진 보건교육 실행과 평가가 이루어진다. 수행 단계의 질문은 “무엇이, 누구에 의해, 어떻게, 어느 정도로 실제 수행되고 있는가”를 점검하는 운영 중심 질문으로 구성된다.

- 계획된 건강증진 프로그램이 일정에 맞추어 실제로 시행되고 있는가?
- 대상자는 예정된 인원만큼 모집되었으며, 참여율은 적절한 수준인가?
- 프로그램 수행에 필요한 인력, 예산, 공간, 물품은 충분히 확보되어 있는가?
- 수행 인력은 사전에 계획된 역할과 책임에 따라 활동하고 있는가?

⑥ 제6단계 : 과정평가

과정평가는 프로그램이 계획된 대로 정확하고 충실하게 수행되었는지를 점검하는 평가 단계이다. 교육 횟수, 참여율, 프로그램 제공의 적절성, 시행자의 수행 충실도, 대상자의 반응 등을 평가하여 사업 운영상의 문제점과 개선점을 확인하는 데 목적이 있다. 프로그램 진행 과정의 첫 번째 평가이며 문제점을 찾아 수정이 가능하다. 이는 실행의 질을 평가하는 관리 기능을 하며 과정평가의 질문은 “계획한 대로 잘 실행되었는가?”, “운영의 과정에 문제가 없었는가?”를 검증하는 질문으로, 프로그램의 충실도, 참여도, 자원 활용의 적절성, 운영의 질을 체계적으로 점검하는 데 목적이 있다.

- 프로그램이 최초 계획된 일정과 내용에 따라 정확히 운영되었는가?
- 교육, 상담, 캠페인 등 각 활동은 계획된 횟수와 시간만큼 실제로 제공되었는가?
- 프로그램 운영 과정에서 중도 탈락자나 참여 저조의 원인은 무엇이었는가?

⑦ 제7단계 : 영향평가

영향평가는 프로그램 수행 이후 나타난 단기적·중기적 변화 효과를 평가하는 단계이다. 주로 성향요인, 가능요인, 강화요인의 변화, 즉 지식·태도·신념·자기효능감·행위 변화·환경 변화 등 교육 및 중재의 직접적 성과를 측정한다. 이는 프로그램이 행동 결정요인에 실제로 영향을 미쳤는지를 검증하는 단계이다. 7단계 영향평가의 질문은 “프로그램이 사람들의 인식과 행동, 그리고 행동을 둘러싼 환경에 실제로 어떤 변화를 만들어냈는가”를 검증하는 질문으로, 최종적인 건강 결과에 앞서 나타나는 직접적이고 중간 수준의 성과를 평가하는 데 목적이 있다.

- 건강 행위에 대한 태도와 신념은 긍정적으로 변화하였는가?
- 흡연, 음주, 운동, 식습관 등 목표로 설정한 건강 행위의 수행 빈도는 증가하였는가?
- 건강 위험 행위는 감소하는 경향을 보였는가?
- 운동시설 이용 증가, 건강식 접근성 개선 등 환경적 여건에 변화가 있었는가?

⑧ 제8단계 : 결과(성과) 평가

결과평가는 건강증진사업이 최종적으로 대상자의 건강 수준과 삶의 질에 미친 장기적 효과를 평가하는 단계이다. 이환율 감소, 사망률 변화, 합병증 발생 감소, 기능 수준 향상, 의료비 절감, 삶의 질 향상 등이 주요 평가지표이다. 이는 사업의 궁극적 성과와 사회적 타당성을 검증하는 최종 단계이다. 8단계 결과평가의 질문은 “이 사업이 궁극적으로 사람들의 건강과 삶의 질을 실제로 변화시켰는가”를 검증하는 질문으로, 단기 성과가 아닌 장기적이고 종합적인 건강 성과를 평가하는 데 목적이 있다.

- 대상자의 체중, 혈압, 혈당, 콜레스테롤 등 주요 건강지표는 장기적으로 개선되었는가?
- 프로그램 시행 이후 대상 지역의 해당 질환 이환율과 유병률은 감소하였는가?
- 대상자의 전반적인 삶의 질(Quality of Life)과 기능 수준은 향상되었는가?
- 건강 관련 의료비 지출이 개인 또는 지역사회 수준에서 감소하였는가?

청소년의 정신건강에 대한 인식에 PRECEDE-PROCEED 모형을 적용한 사례가 [그림 4-8]에 제시되어 있다.

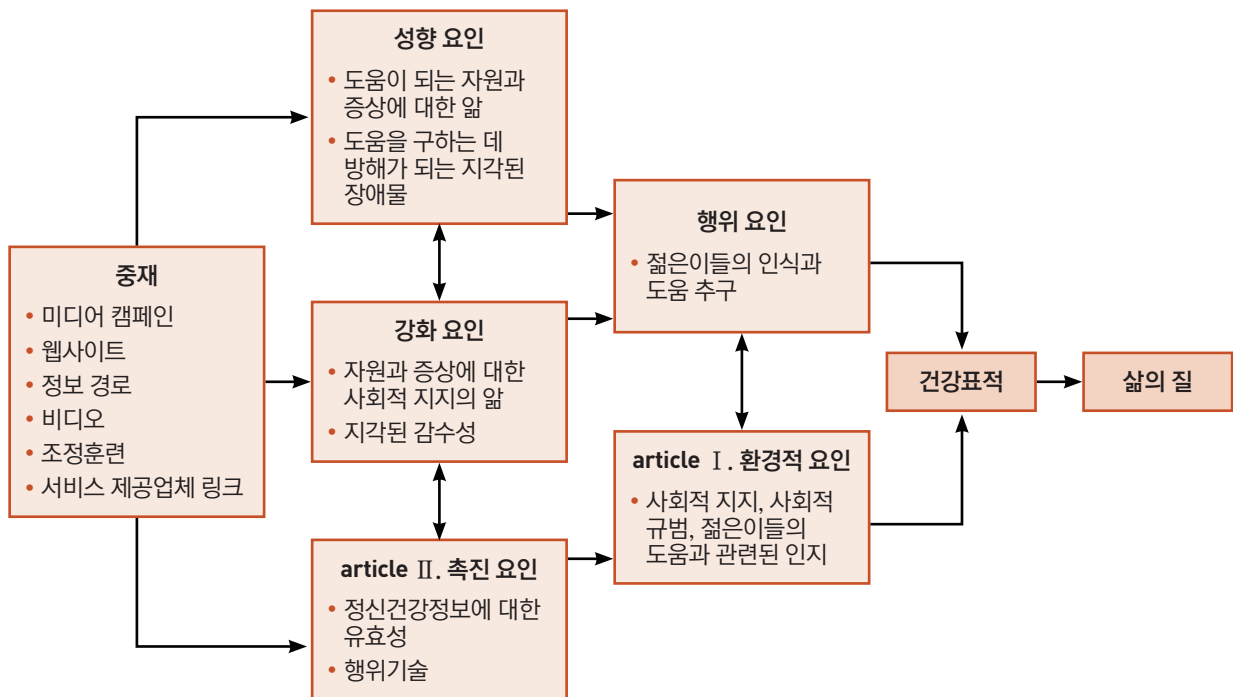


그림 4-8 청소년의 정신건강 인식에 PRECEDE-PROCEED 적용

출처 : Karen Glanz, Barbara K. Rimer, & K. Viswanath(2015). Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th Edition, Jossey-Bass. Adapted from Wright et al., 2006

출처 : 강경숙 외. (2023). 성과기반 지역사회간호학(제5판) I. 퍼시픽북스. p.353.

2절

건강증진사업

1 건강증진사업의 전략

건강증진사업은 보건교육, 질병 예방, 영양 및 신체활동 증진, 건강관리와 건강 생활 실천을 통해 국민의 건강 수준을 높이는 활동을 의미한다. 이러한 사업은 생활 습관의 변화를 핵심으로 하며 금연, 절주, 올바른 영양 섭취, 규칙적 운동, 스트레스 관리 등이 주요 분야이다. 건강증진 전략은 생애 단계마다 건강 요구와 위험요인이 다르기 때문에 생애주기별 접근이 가장 효과적이며, 개인·기관·지역사회 등 대상자 범주나 지역사회, 학교, 직장, 의료기관 등 생활터별로 구분하여 맞춤형 서비스를 제공할 수 있다.

1) 생애주기별 건강증진사업

개인은 출생 이후 생애주기의 여러 단계를 거치면서 사회·경제·심리·환경적 요인의 영향을 받아 건강 상태가 지속적으로 변한다. 따라서 부정적인 건강 영향은 줄이고 긍정적인 영향을 높이기 위해서는 각 생애 단계에 맞춘 건강불평등 완화 정책과 맞춤형 지원이 필수적이다.

또한 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030)은 생애주기별 인구 집단의 특성을 반영한 종합적 건강관리 접근을 제시하며, 그중 우선적으로 추진해야 할 주요 보건사업들을 강조하고 있다. Health Plan 2030에서 생애주기에 따른 인구 집단별 집단건강 관리에 대한 중요도가 높은 보건 사업은 다음과 같다.

(1) 영유아

- 모든 아동의 안전한 출생 및 정상적 성장, 발달을 위한 고위험 산모, 신생아의 의료체계 개선
- 영유아기 필수 예방접종, 성장, 발달 모니터링, 영양·수유 지원 등을 통한 건강한 성장 기반 강화
- 영유아 사망, 장애 예방 검진 확대

(2) 아동·청소년

- 발달단계에 맞춘 건강증진 교육 제공, 비만 예방, 건강한 식습관·신체활동 실천, 학교 주변 금연거리 지정, 흡연·음주·약물·고카페인 식품 판매 제한 등 예방을 중심으로 건강한 생활 습관 형성
- 건강한 교육환경 조성
- 아동 및 청소년의 검진 체계 강화

(3) 여성

- 임신·출산·산후 건강관리 및 생애주기별 여성 질환 예방
- 건강한 직장·가정환경 조성을 통해 여성 건강권 강화
- 난임 여성의 의료, 심리적 지원
- 결혼이민지 및 청소년 산모 지원 강화

(4) 노인

- 만성질환 예방 및 관리, 낙상과 인지 저하 예방
- 일차의료기관의 노인 질환 관리 및 방문 진료 활성화
- 신체활동 증진 및 재가 기반 건강관리로 건강 수명 연장

(5) 장애인

- 장애 친화적인 접근성 높은 의료, 보건 서비스 제공,
- 만성질환 예방, 관리, 맞춤형 건강검진 및 재활 지원 강화

(6) 근로자

- 직장 내 근로자의 건강을 위협하는 산재, 직장 내 건강 관리체계 강화
- 직업성 질환 예방, 건강한 일터 환경(근로 시간 조정, 근무 환경 관리 등) 및 제도 개선
- 과로사, 고위험군 지원사업 추진

(7) 군인

- 군 특성에 맞춘 체력 증진, 정신건강 관리, 감염병 및 사고 예방
- 영양·생활 습관 개선을 통해 건강 역량 강화

생애주기별 설정된 핵심 추진 목표는 [표 4-2]와 같다.

표 4-2 생애주기별 건강관리 추진목표

- 영유아, 청소년의 건강한 성장 지원으로 평생건강 토대 마련
- 여성, 노인, 장애인 건강을 위한 환경 구축
- 건강을 지킬 수 있는 근로환경 개선과 군 생활 보장

지표명	'18	'30
영아사망률(출생아 1천 명당)	2.8명	2.3명
고등학교 남학생 현재흡연율	14.1%	13.2%
고등학교 여학생 현재흡연율	5.1%	4.2%
모성사망비(출생아 10만 명당)	11.3명	7.0명
노인 남성의 주관적 건강인지율	28.7%	34.7%
노인 여성의 주관적 건강인지율	17.6%	23.6%
성인 장애인 건강검진 수검률	64.9%('17)	69.9%
연간 평균 노동시간	1,993시간	1,750시간
군 장병 흡연율	40.7%('19)	33.0%

출처 : 보건복지부. (2021). 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030).

2) 생활터별 건강증진사업

지역사회에서 건강을 지원하는 환경을 조성하기 위해 생활터별로 접근하는 방식은 대상 집단이 다소 한정될 수 있지만, 인구 사회적·사회심리적 특성에 따라 세분화해 접근할 수 있어 보다 체계적이고 효과적인 개입이 가능하다. 생활터(setting)는 사람들이 생활하고 일하는 공간으로, 물리적·지리적 범위가 존재하며 구성원이 일정한 역할을 갖고 조직을 이루는 동시에 지역사회 자원이 투입되는 물리·사회 환경 단위를 의미한다. 이러한 생활터 기반 접근에서도 개인, 조직, 지역사회 수준을 모두 고려한 다양한 개입 전략이 필요하다[표 4-3].

또한 오타와 헌장(WHO, 1986)은 건강이 사람들이 배우고 일하며 즐기고 사랑하는 일상의 공간 속에서 형성되고 유지된다고 강조하며, 방콕 헌장(WHO, 2005)은 건강증진 전략의 발전 과정에서 생활터별 접근을 핵심 요소로 제시하고 있다.

표 4-3 건강증진사업 개입모형의 예

	지역사회	학교	사업장	의료기관
개인	지역사회주민의 건강행태	학생의 건강행태	근로자의 건강행태	환자의 건강행태
조직	지역사회주민의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위한 정책, 프로그램, 실천, 지역사회 시설 및 제도	학생의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위한 학교 방침, 프로그램, 실천 및 시설	근로자의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위한 작업장 방침, 프로그램, 실천 및 시설	환자의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위한 기관 방침, 프로그램, 실천 및 시설
중앙정부	지역사회주민의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위해 지역사회에 영향을 주는 법률, 규칙, 서비스 및 자원	학생의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위해 학교에 영향을 주는 법률, 규칙, 서비스 및 자원	근로자의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위해 작업장에 영향을 주는 법률, 규칙, 서비스 및 자원	환자의 건강에 이로운 행태를 촉진시키기 위해 기관에 영향을 주는 법률, 규칙, 서비스 및 자원

자료 : Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach(3rd ed.). p.297.

출처 : 최인희 외. (2025). 지역사회간호학 I (제4판). 현문사.

(1) 지역사회 건강증진사업

보건소는 지역사회 건강증진을 위해 2005년 건강생활실천사업을 시작으로, 2008년 지역특화건강행태개선사업, 2012년 건강생활실천통합서비스를 차례로 추진해 왔다. 이후 2013년부터는 지역 주민의 건강한 생활 습관 형성과 만성질환 예방, 취약계층 건강관리 등을 목표로 지역 특성과 주민 요구를 반영한 프로그램을 기획·운영하는 지역사회 통합건강증진사업을 본격적으로 시행하였다. 이 사업은 음주 폐해 감소, 신체활동 증진, 영양 및 비만 관리, 구강보건, 심 뇌혈관질환 예방, 치매 관리 등 다양한 영역으로 구성되어 있다.

또한 2021년부터 시작된 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030)은 지역 주민이 체감할 수 있는 건강행태 개선과 건강 수준 향상을 중점에 두고, 지자체가 주도적으로 비전과 전략을 수립하여 지역 건강증진사업을 운영하도록 하고 있다.

(2) 학교 건강증진사업

유럽을 중심으로 학교 구성원의 건강증진 필요성이 강조되면서 ‘건강증진학교’로의 전환이 활발히 이루어지고 있으며, 이러한 국제적 변화에 따라 우리나라의 학교 역시 안전하고 건강한 환경을 갖춘 글로벌 수준의 학교로 발전해야 할 필요성이 커지고 있다. 우리나라는 제4차 국민건강증진종합계획(HP 2020)과 제5차 국민건강증진종합계획(HP 2030)을 통해 초·중·고 학생들의 질병 및 사고를 예방하고 건강 관련 지식과 태도, 생활습관을 개선하여 평생 건강의 기반을 마련하기 위한 학교 건강증진사업을 추진하고 있다. 주요 내용은 학생 건강 지원기구 설립, 건강행태 및 건강상태 개선, 개인위생 실천 증가, 정신건강증진, 건전한 성 태도 형성, 손상 및 안전사고 예방, 인터넷 중독 감소, 건강한 학교 환경 조성 등이며, 이러한 변화는 학교 중심에서 학생 중심으로, 문제 해결 중심에서 참여·민주적 방식으로 전환되고 있다. 또한 학교보건의 범위도 학교 내부에 국한되지 않고 지역사회와의 협력으로 확장되고 있으며, 보건교육 또한 건강행태 변화 능력 강화와 통합적 건강증진을 지향하고 있다.

건강증진학교는 WHO(1996)가 제시한 바와 같이 학교 구성원이 배우고 생활하며 일하는 공간에서 지속적으로 건강 역량을 키워가는 학교를 의미한다. 유럽의 건강을 위한 학교(Schools for Health in Europe; SHE, 2016)에서는 건강증진학교를 학생과 교직원의 건강과 안녕을 위해 구조적이고 체계적인 계획을 운영하는 학교로 규정하며, 학교 전체를 하나의 통합적 시스템으로 접근하는 특징을 강조한다. 건강증진학교의 궁극적 목표는 학생과 교직원의 건강 수준을 높여 교육 성과를 향상시키고, 학생들이 학교에서 건강한 생활 습관을 형성해 평생 건강의 기반을 마련하도록 돕는 데 있다. WHO는 건강증진학교의 개념을 기존의 부분적 프로그램 중심에서 벗어나 포괄적 체계로 확장하며, 8개 표준 요소(정부 정책 및 지원, 학교 정책과 자원, 학교 거버넌스와 리더십, 지역사회와의 파트너십, 건강·웰빙을 위한 학교 커리큘럼, 학교의 사회·정서적 환경, 학교의 물리적 환경, 학교 보건서비스)를 중심으로 구체화하여 제시하고 있다[표 4-4].

표 4-4 WHO 건강증진학교 글로벌 표준선언문

No	표준요소	선언 내용
1	정부정책 및 지원	모든 학교를 건강증진학교로 만들기 위한 범정부적 노력과 투자
2	학교 정책 및 지원	건강증진학교를 만들기 위한 포괄적 학교 접근의 노력
3	학교 거버넌스 및 리더십	건강증진학교를 만들기 위한 학교 거버넌스 및 리더십의 포괄적 학교 모형
4	학교와 지역사회의 파트너십	건강증진학교를 만들기 위한 학생을 포함하여 학교와 지역사회 공동체의 참여와 협력
5	건강과 웰빙을 위한 학교 커리큘럼	학생의 건강과 웰빙의 신체적, 사회적 정서적·심리적 측면을 지원하는 학교 커리큘럼
6	학교의 사회·정서적 환경	학교는 안전하고 사회·정서적인 지원을 하는 환경 조성
7	학교의 물리적 환경	학교는 건강하고 안전하며 보안이 확보된 물리적 환경 조성
8	학교보건서비스	모든 학생들은 신체적, 정서적, 심리사회적, 교육적 의료요구를 해결하는 포괄적인 학교기반 또는 학교연계 보건서비스를 이용할 수 있음

자료 : WHO. (2020). Global standards and indicators for health promoting schools draft 3.

출처 : 김미진. (2021). 베트남 초등학교 학생건강검진 제도 현황 및 내실화 방안고찰-WHO 새로운 건강증진학교 모형 중심으로-. 연세대학교. p.10.

최인희 외. (2025). 지역사회간호학 I (제4판). 현문사. p.406.

(3) 산업장 건강증진사업

산업장 건강증진사업은 1995년 국제노동기구(International Labour Organization, ILO)와 세계보건기구(World Health Organization, WHO)가 공동으로 구성한 직장 건강위원회에서 제시한 직장 건강의 핵심 목표 중 하나로, 근로자의 건강을 유지·향상시키기 위한 지속적인 과정으로 정의된다. 이는 근로자의 삶의 질을 높이고, 건강한 작업환경을 조성하며, 개인이 스스로 건강한 생활을 실천하도록 동기를 부여하는 활동을 포함한다. 따라서 산업장에서 운영되는 건강증진 프로그램은 의학적 상담, 보건교육, 기술 지원, 작업환경 관리 등 다양한 요소를 포함한 지속적인이고 조직적인 지원체계라고 할 수 있다.

근로자가 하루 중 가장 많은 시간을 보내는 장소가 직장이라는 점에서 건강한 산업장 환경의 중요성은 오래전부터 고용주와 근로자 모두에게 인식되어 왔다. 하지만 현재 산업장 보건관리는 여전히 업무상 질환 예방 중심에 머물러 있어, 작업환경뿐만 아니라 생활 습관까지 포괄하는 체계적 건강증진 프로그램이 더욱 요구되고 있다. 이에 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)은 인구 집단별 건강관리 전략 중 하나로 산재 고위험 업종의 위험요인 집중 관리, 주 52시간제 정착과 장시간 노동 개선, 근로자 건강형평성 확보를 위한 지원 환경 마련, 고위험군 대상 정신건강서비스 제공을 통한 자살 예방 등을 중점 추진 과제로 제시하고 있다.

① 산업장 건강증진사업의 내용

산업장에서 이루어지는 건강증진사업에는 금연, 균형 잡힌 식사, 규칙적인 운동, 약물·알코올 남용 방지 프로그램 등이 대표적이다(WHO 유럽지부, 2001). WHO가 제시한 사업장 건강증진 모델의 구성 요소는 [표 4-5]와 같다.

표 4-5 WHO의 사업장 건강증진 모델 구성요소

영역	정의
물리적 작업환경	<ul style="list-style-type: none"> • 사업장 내에서 발생하거나 존재하는 구조물, 공기, 기계, 장비, 제품, 화학제품, 재료, 공정 등, 사람이나 전자 감지 장치를 통해 인식되는 사업장의 일부분을 나타낸다. • 정신적, 신체적으로 근로자의 안전, 건강 그리고 복지에 영향을 미칠 수 있다.
심리사회적 작업환경	<ul style="list-style-type: none"> • 기업 내 근로자의 신체적·정신적 행복에 영향을 주는 기업 내에서 일상적으로 나타나는 관행, 신념, 가치, 태도 등 조직문화와 업무 조직을 포함한다.
직장내 개인의 건강지원	<ul style="list-style-type: none"> • 직장 안에서 기업이 직원에게 정신적·신체적 건강 지원과 관리뿐만 아니라 건강한 개인의 생활습관을 유지하고 개선하도록 도움을 주는 건강서비스, 정보, 자원, 기회, 유연성, 지원 환경을 뜻한다.
기업의 지역사회 참여	<ul style="list-style-type: none"> • 기업이 사회적·물리적으로 지역사회에 참여하거나 제공하는 전문지식, 활동, 여러 재원으로 구성된다. • 근로자와 그들의 가족에게 정신적, 신체적 건강, 안전과 복지에 영향을 준다.

출처 : 박윤형 외. (2015). 건강도시 교육과정개발 및 적용방안 연구. 보건복지부, 순천향대학교. p.213.

최근 국내 산업 구조와 인구 구성의 변화로 인해 사업장 근로자의 특성도 변화하고 있으며, 중·고령 근로자와 여성 근로자가 늘고, 1·2차 산업 종사자는 감소하고 3차 산업 종사자는 증가함에 따라 건강 요구도 달라지고 있다. 이에 따라 근로자 건강관리의 초점은 직업적 재해와 안전사고 예방뿐만 아니라, 만성질환 예방과 건강한 생활 습관 형성을 포함한 포괄적인 건강증진으로 확대되고 있다. 즉, 암, 심혈관질환, 당뇨병 등 만성 퇴행성 질환과 관련된 위험요인(흡연, 음주, 불균형한 식습관, 신체활동 부족, 스트레스)을 줄이고, 근로자가 건강한 생활양식을 유지할 수 있도록 하는 질병 예방과 건강증진 전략이 필요하다.

② 사업장 건강증진사업 추진 방향

모든 근로자의 직위와 관계없이 건강관리에 대한 강력한 조직적 지원은 건강증진 프로그램의 성공을 좌우하는 핵심 요소이다. 프로그램 기획 초기 단계에서는 근로자의 생활 습관, 기존 질병 상태, 증상 호소 등을 포함한 건강 요구를 조사하고, 건강에 대한 관심 정도를 평가하는 건강증진 요구 사정이 필요하다.

이후 수집된 자료를 분석하여 우선순위를 설정하고 구체적인 목표를 수립한 뒤, 체계적인 사업계획을 마련해 단계적으로 프로그램을 실행하며, 최종적으로 그 성과를 평가하여 개선점을 도출하는 과정이 필수적이다. 산업장 건강증진사업의 추진단계는 [그림 4-9]와 같다.

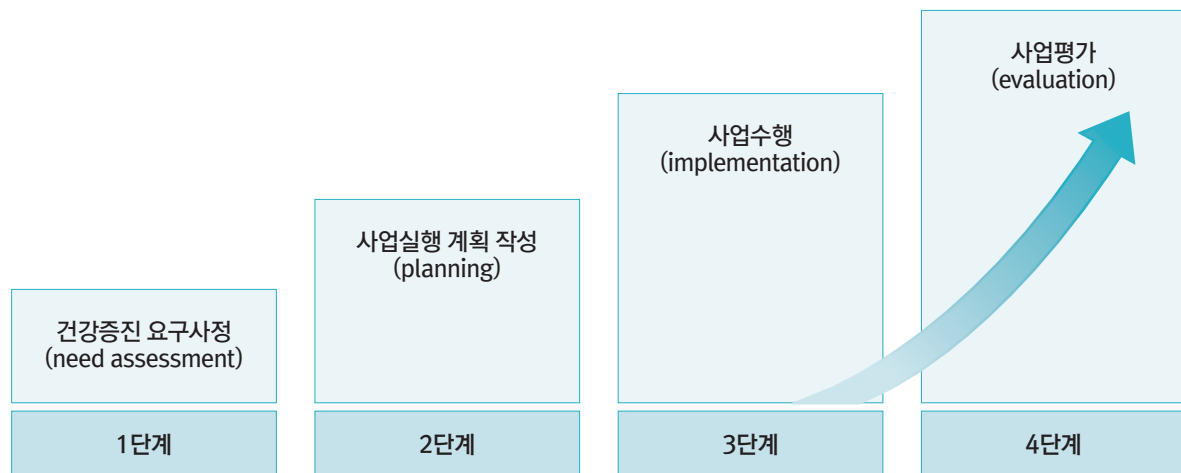


그림 4-9 사업장 건강증진사업의 추진단계

출처 : 전미순 외. (2020). 지역사회간호학. 고문사. p.246.

(4) 의료기관 건강증진사업

건강증진병원(Health Promoting Hospitals, HPH)은 단순히 양질의 진료와 간호 서비스를 제공하는 것을 넘어, 환자 와 모든 병원 구성원이 적극적으로 건강증진 활동에 참여할 수 있는 조직 문화와 구조를 구축하고, 건강 친화적 환경을 지속적으로 발전시키며, 지역사회와 적극적으로 연계하는 병원을 의미한다(부다페스트 선언, WHO 유럽, 1991). 즉, 치료 중심의 병원 기능을 넘어 건강증진을 중심으로 병원 전체 운영과 역할을 재설계한 개념으로, 대상

은 환자 및 보호자, 직원, 조직, 지역사회 환경을 포함한다.

건강증진병원 프로젝트의 근거는 1986년 제1차 WHO 국제건강증진회의(오타와 헌장)에서 제시된 국제적 건강증진 협력 강화와 보건의료서비스 개편의 필요성에 있다. WHO는 1991년 국제건강증진병원 네트워크(INHPH)를 설립하고, 부다페스트 선언을 통해 건강증진병원의 포괄적 비전과 17가지 이행 기준을 제시하였다. 1993~1997년 유럽 시범병원 프로젝트에서는 11개국 20개 병원이 참여하여 다양한 국가적·종교적·지역적·의료적 환경에서 병원이 건강증진 중심기관으로 기능할 수 있는 방법을 모색하였다. 이후 1997년 WHO 비엔나 권고(Vienna Recommendation)에서 건강증진 병원의 6대 기본 원칙과 4가지 일반 전략을 제시하였고, 2001년 제9차 건강증진 병원 회의에서 WHO 실행그룹을 결성, 2003년에는 5개 분야 24개 항목의 WHO 건강증진 병원 표준을 마련하였다. 2004년에는 국제 건강증진 병원 네트워크 사무국이 덴마크 코펜하겐에 설치되었다.

우리나라에서는 2009년 안동의료원이 건강증진 병원 모델을 최초로 개발하였으며, 안동의료원과 보라매병원이 같은 해 WHO-HPH에 가입하였다. 2023년 현재 14개 의료기관이 건강증진 병원 네트워크에 참여하고 있다. WHO가 제시한 건강증진병원의 구체적 표준은 [표 4-6]과 같다.

표 4-6 WHO 건강증진병원 표준

분야	항목
1. 관리정책	1.1 정책 실행, 평가, 정기적 검토 과정의 책임명시
	1.2 정책 실행, 평가, 정기적 검토 과정의 자원배분
	1.3 직원의 정책 인지 및 신규직원 교육
	1.4 건강증진활동 질 자료 수집, 평가 과정
	1.5 직원의 건강증진활동 수행 능력 및 추가습득
	1.6 건강증진활동 기반: 자원, 장비, 공간 등 확보
2. 환자사정	2.1 모든 환자의 일반적 건강증진요구도 사정
	2.2 환자군별로 특이적 건강증진요구도 사정
	2.3 최초 측정 후 환자상태, 요구에 따른 검토 조정
	2.4 환자 인식도, 사회문화적 민감성 고려
	2.5 타 보건의료인 정보 활용
3. 환자 정보제고 및 건강증진 참여	3.1 건강영향인자(HD) 건강증진계획을 알림
	3.2 진단, 치료, 간호 등 진료정보 명확히 제공
	3.3 요구도에 근거한 체계적 개입조치 제공
	3.4 정보·조치의 문서화 및 평가
	3.5 직원, 방문객에게도 일반적 건강정보 제공

- 계속

분야	항목
4. 건강한 직장	4.1 직원 조정기술 및 개발훈련 실시
	4.2 건강하고 안전한 직장정책 수립, 시행
	4.3 작업환경관련 직원의 의사 결정 참여
	4.4 건강문제에 대한 직원인식도 개발유지 절차
5. 지속성과 협력	5.1 병원 건강증진서비스와 현재 활동 · 계획의 통일성
	5.2 기존의 보건복지 및 관련단체 등과 협조
	5.3 퇴원 후 활동 및 절차 마련
	5.4 환자 정보와 기록의 요양 및 재활담당자와 소통

자료 : WHO Europe, (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals.

출처 : 한국건강증진재단, 연세대학교, (2012). 건강증진병원의 선진모형연구 및 한국 HPH에의 발전 방안 연구.

3) 건강증진에서의 간호사 역할

건강증진 분야에서 간호사는 핵심적인 역할을 수행하며, 개인 · 가족 · 지역사회를 대상으로 건강 상태를 종합적으로 관리하고 평가하는 중추적 기능을 담당한다. 간호사의 구체적 역할은 다음과 같이 학술적으로 정리할 수 있다.

(1) 건강교육 및 정보 제공

간호사는 대상자에게 건강 유지와 질병 예방과 관련된 지식과 정보를 제공한다. 올바른 생활습관, 영양, 신체활동, 예방접종 등과 관련한 교육을 통해 개인, 가족, 지역사회가 자발적으로 건강증진 활동에 참여할 수 있도록 지원한다.

(2) 생활습관 개선 지원

간호사는 대상자의 건강행태를 평가하고, 영양 · 운동 · 생활습관 개선을 위한 계획을 수립하며 중재를 실행함으로써 건강생활 실천을 촉진한다. 이를 통해 만성질환 및 생활습관 관련 질병의 위험을 감소시키는 역할을 수행한다.

(3) 예방적 간호 제공

간호사는 질병 예방과 조기 발견을 목적으로 예방접종, 건강검진 및 스크리닝 검사 등을 수행하며, 이를 통해 질병 발생률 감소와 조기 치료 기회를 제공한다.

(4) 치료 지원 및 지속적 간호

만성질환자를 대상으로 지역사회에서 관리 및 간호를 제공하여 질병의 악화를 방지하고, 삶의 질을 유지 · 향상시키는 역할을 수행한다.

(5) 다학제적 협력

간호사는 의사, 영양사, 물리치료사 등 다양한 의료 전문가와 협력하여 대상자의 건강정보를 공유하고, 적절한 의뢰와 통합적 관리가 이루어지도록 조정한다.

(6) 환경적 영향 모니터링

간호사는 개인의 생활환경 및 사회적 요인이 건강에 미치는 영향을 평가·모니터링하고, 지역사회 자원을 연계하여 건강증진을 위한 환경적 지지체계를 구축한다.

이와 같이 간호사는 건강증진 과정에서 교육, 상담, 생활습관 중재, 예방, 치료 지원, 다학제 협력, 환경적 평가 등 다면적인 역할을 수행함으로써 개인과 집단의 건강 향상에 핵심적인 기능을 담당한다.

3절

통합건강증진사업

1 통합건강증진사업의 이해

2013년부터 보건소 중심으로 수행되던 건강증진사업은 통합건강증진사업으로 전환되면서, 국가 주도의 방식에서 벗어나 지역 특성과 주민 수요를 반영한 지자체 주도형 사업으로 개선되었다. 이에 따라 사업 운영 방식도 기존의 중앙집중적·하향식 구조에서 지방분권적·상향식 구조로 전환되었으며, 지역 여건과 연계된 맞춤형 사업으로 재편되었다.

1) 통합건강증진사업의 정의

통합건강증진사업은 지자체가 지역사회 주민을 대상으로 건강생활 실천, 만성질환 예방, 취약계층 건강관리, 건강환경조성 등을 종합적으로 수행하도록 설계된 사업이다. 기존 개별 사업에 분산 지원되던 국고보조 예산을 하나의 통합 예산으로 통합하고, 지방자치단체는 이 예산 범위 내에서 지역 특성과 주민 수요를 반영하여 세부 사업을 자율적으로 계획하고 추진할 수 있다[그림 4-10, 11].

기존의 국가 주도형 하향식 방식에서 벗어나, 지자체에 더 많은 선택권과 자율성을 부여하여 지역 여건에 맞는 건강증진사업을 자율적으로 추진할 수 있도록 제도가 개선되었다[표 4-7]. 지자체는 지역 주민의 건강생활 실천, 만성질환 예방, 취약계층 건강관리를 목표로 하여, 지역 특성과 주민의 요구를 반영한 맞춤형 프로그램과 서비스를 기획하고 실행한다.

건강문제, 대상군, 수행 전략 및 방법 측면을 고려하여 사업을 구성하고 추진

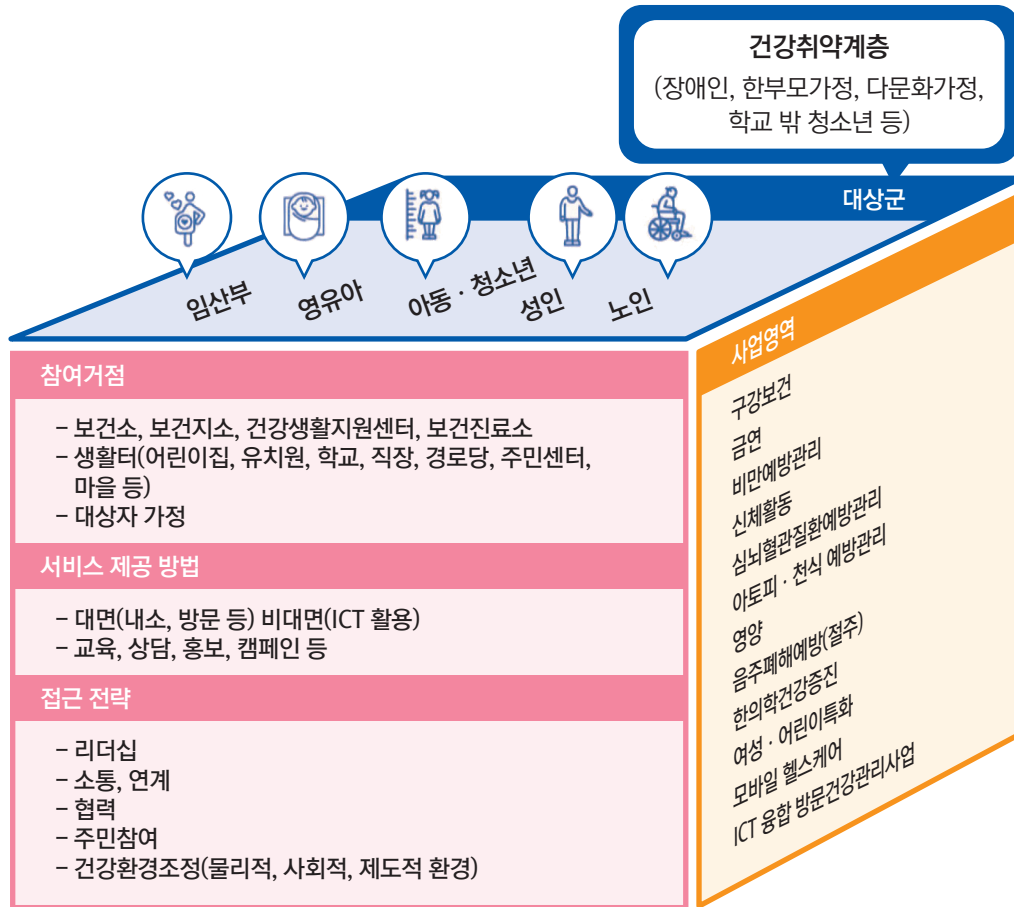


그림 4-10 통합건강증진사업의 모형

출처 : 보건복지부, (2026). 2026년 지역사회 통합건강증진사업 총괄안내서.

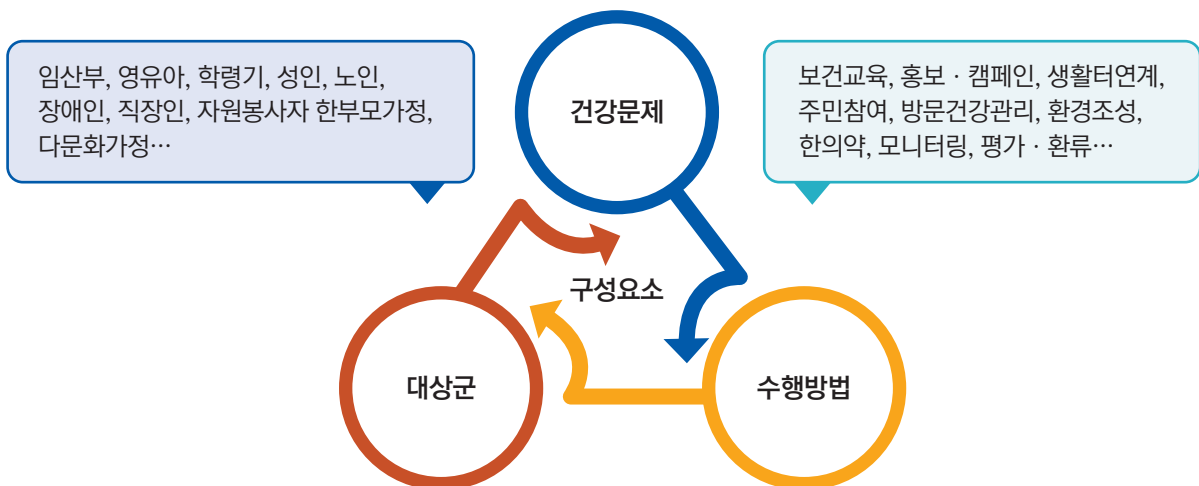


그림 4-11 통합건강증진사업의 구성요소

출처 : 보건복지부, (2025). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 총괄안내서.

표 4-7 기존사업과 통합건강증진사업의 비교

기존 국고보조사업	지역사회 통합건강증진사업
사업내용 및 방법 지정 지침	사업범위 및 원칙 중심 지침
중앙집중식	지방분권식
하향식	상향식
지역여건에 무방	지역 여건과 연계
산출중심 평가	과정, 성과중심 평가
분절적 사업수행으로 비효율적	보건소 내외 사업 통합 · 연계 활성화

출처 : 전미순 외, (2020). 지역사회간호학. 고문사. p.408.

통합건강증진사업의 주요 영역은 구강보건, 금연, 비만예방관리, 신체활동, 심뇌혈관질환예방관리, 아토피 · 천식 예방관리, 영양, 음주폐해예방(절주), 한의약건강증진, 여성 · 어린이특화, 모바일 헬스케어, ICT 융합 방문건강관리 등 총 12개로 구성된다. 또한, 이들 사업 영역 간의 경계를 허물고, 주민 중심의 통합적이고 협력적인 방식으로 사업을 수행할 것을 권장하고 있다.

2) 통합건강증진사업의 목적

통합건강증진사업의 주요 목적은 지역사회 주민의 건강 수준을 향상시키기 위해 지자체가 주도적으로 건강증진 사업을 발굴하고 실행함으로써, 지역 주민의 사업 체감도를 높이고, 건강행태를 개선하는 데 있다.

이 사업의 구체적인 목표는 다음과 같다.

- ① 중앙정부와 지방정부의 협력을 통해 국민건강증진종합계획의 목표를 달성
- ② 각 지역의 특성 및 주민 수요에 적합한 차별화된 건강증진사업을 개발하여 실행

3) 통합건강증진사업의 비전 및 전략

통합건강증진사업의 비전은 지역사회 주민의 건강 수준 향상과 건강불평등 해소를 목표로, 서비스 제공 장소 및 접근을 지자체 주도하에 지역 특성에 맞춘 건강증진 프로그램을 추진하는 것이다. 이를 위해 주민 참여 기반의 통합적 접근과 다각적 협력을 전략으로 삼아 지속 가능한 건강한 지역사회 구축을 지향한다. 사업 비전 및 전략은 [그림 4-12]와 같다.

4) 통합건강증진사업의 기본 방향

(1) 건강증진사업 통합 및 재편성을 통한 효율성 제고

통합건강증진사업은 보건소 지역보건의료계획 및 국민건강증진종합계획의 목표에 부합하도록 사업 구조를 재편성하였으며, 사업 목표 달성을 위한 전략적 접근을 통해 건강 영역별 및 생애주기별로 통합된 프로그램을 구성

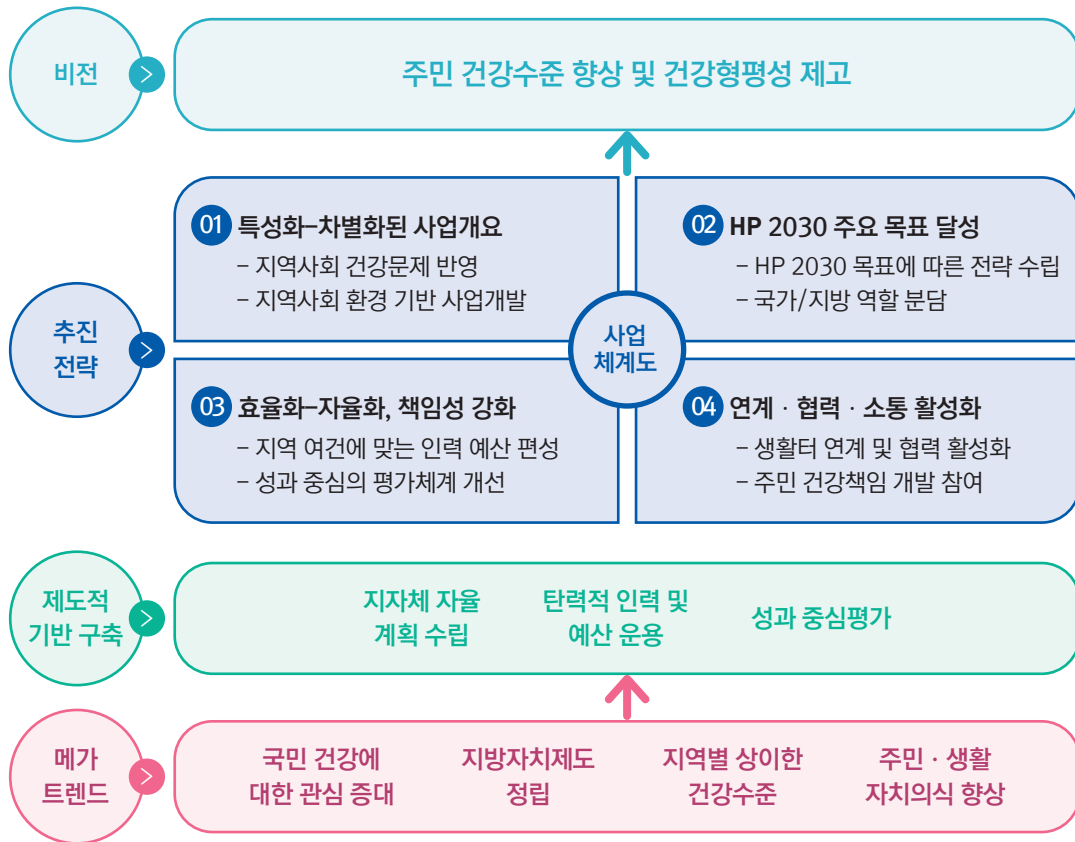


그림 4-12 사업 비전 및 전략

출처 : 보건복지부, (2025). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 총괄안내서.

한다. 또한, 지역사회 자원과의 포괄적 연계 및 협력을 통해 대상자 중심의 통합적 서비스를 제공할 수 있는 여건을 마련한다.

(2) 지자체의 자율성 확대

지자체가 지역 특성을 반영하여 재원의 용도 및 세부내역을 설계·집행할 수 있도록 개선하였다. 이를 통해 각 지역의 건강 문제와 특성에 맞는 우선순위 사업 선정 및 사업량 조정의 자율적 운영을 보장하며, 지역 맞춤형 건강 증진사업을 효과적으로 추진할 수 있도록 한다.

(3) 지자체의 책임성 제고

사업 운영에 있어 자율성을 부여하는 동시에, 지자체가 사업 기획, 운영, 평가 과정에서 자발적으로 성과 관리를 수행할 수 있도록 평가 관리 체계를 운영한다. 이를 통해 지자체는 사업의 책임성을 강화하고, 사업의 효과성과 질을 높일 수 있도록 관리 및 감독 기능을 적극적으로 수행한다.

2 통합건강증진사업의 추진 체계

1) 통합건강증진사업의 체계도

지역사회 통합건강증진사업의 운영 체계는 보건복지부가 총괄 및 조정하는 구조로 설정되어 있으며, 광역자치단체 시·도지사는 사업을 전담할 총괄 부서를 별도로 지정하거나 구성해야 한다. 한국보건복지인력개발원은 통합건강증진사업에 관한 모든 교육을 총괄하고, 사회보장정보원은 전산 관리 시스템을 지원한다. 한국건강증진개발원은 사업 설명회, 컨설팅, 성과 관리 및 시·도 통합건강증진사업 관련 기술지원 업무를 수행하며, 보건소는 사업의 현장 실행을 담당하는 주요 기관으로 역할을 한다. 지역사회 통합건강증진사업의 추진체계는 [그림 4-13]과 같다.

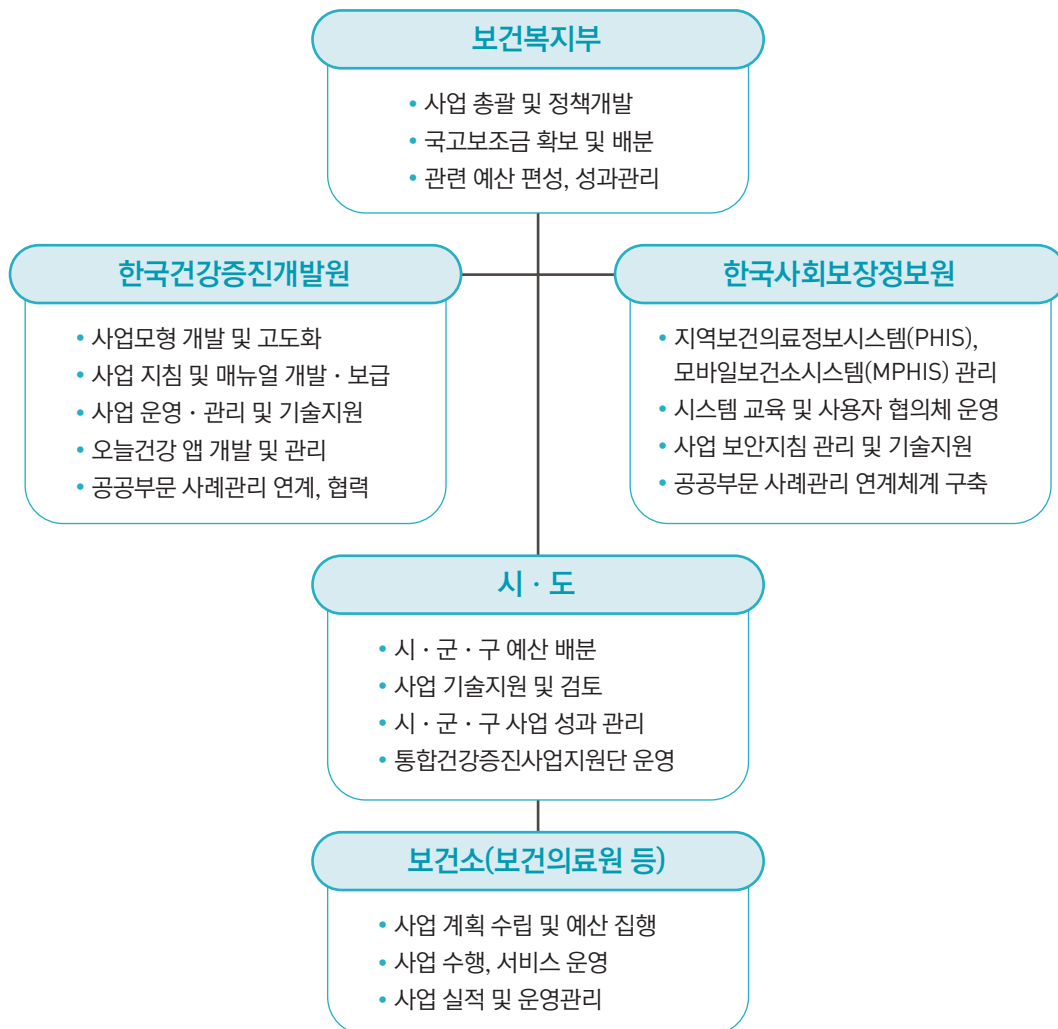


그림 4-13 지역사회 통합건강증진사업의 추진체계

출처: 보건복지부. (2026). 2026년 지역사회 통합건강증진사업 총괄안내서.

2) 통합건강증진사업계획 및 성과관리 절차

(1) 국가보조금 통보 및 사업계획 수립

- 보건복지부는 각 시·도에 국고보조금의 통보 실시(사전통보, '25년 9월/확정통보 '25년 12월)
- 시·도는 관할 보건소(보건의료원)에 국고보조금 통보
- 시·도 및 보건소(보건의료원)는 통보받은 국고보조금을 토대로 '26년도 사업계획 수립 및 예산편성

(2) 사업계획 종합검토 및 환류

- 사업계획을 지역보건의료정보시스템(PHIS)에 입력
- 시·군·구 사업계획서를 안내서를 기준으로 적정성, 합리적인 성과 목표 설정, 예산 편성 유의사항 등을 종합 검토
- 시·도 지원단은 보건소(보건의료원)의 사업계획 종합검토 및 환류 결과를 시·도에 제출하여 지역보건의료정보시스템(PHIS)에 등록될 수 있도록 함

(3) 사업계획 최종 제출

- 보건소(보건의료원)은 지역적 특성, 주민요구, 평가지표 등을 고려하여 계획서 작성
- 작성된 계획서는 시·도 검토 후 지역보건의료정보시스템(PHIS)을 통하여 최종 제출

(4) 사업운영 및 성과 관리(사업관리, 모니터링, 평가 및 환류), 결과보고 제출

- 사업계획에 따른 사업운영 현황 및 성과에 대해 내·외부 모니터링, 자체평가 실시
- 자발적 사업의 발전을 위하여 모니터링 및 자체평가 결과 환류 실시
- 시·도(지원단 포함), 보건소(보건의료원)는 사업 수행 결과를 작성하여 지역보건의료정보시스템(PHIS)을 통하여 최종 제출
- 시·도는 별도의 평가단을 구성하여 공정한 시·도 내 평가를 수행 후 지역보건의료정보시스템(PHIS)을 통하여 평가 결과 제출
- 시·도가 평가한 결과는 보건소(보건의료원)가 차기 연도 사업계획에 반영할 수 있도록 환류 및 지원
- 보건복지부는 시·도 평가 결과를 토대로 우수기관 선정, 포상 등의 근거자료로 활용함

3 통합건강증진사업의 내용

통합건강증진사업은 시·군·구(기초지방자치단체)와 시·도(광역자치단체)의 시행 주체에 따라 구분되며, 12개의 주요 사업 영역(구강보건, 금연, 비만예방관리, 신체활동, 심뇌혈관질환예방관리, 아토피·천식 예방관리, 영양, 음주폐해예방(절주), 한의약건강증진, 여성·어린이특화, 모바일 헬스케어, ICT 융합 방문건강관리) 중에서 지방자치단체는 자율적으로 특정 사업 영역을 선택하여 세부 사업을 설계하고 추진하도록 되어 있다.

1) 통합건강증진사업의 사업영역

(1) 시·도(광역자치단체) 사업

① 시·도 지역사회 통합건강증진사업 운영

시·도 단위에서는 주민 건강증진을 위한 다양한 사업을 개발하고 추진하며, 해당 지역 시·군·구와 협력하여 공동 사업을 설계하고 실행할 수 있다.

- 사업 목적, 사업영역, 전략은 시·군·구와 동일하나, 사업 실행에 있어 타당성 분석을 통해 근거 중심의 사업을 수행한다.
- 시·도 차원에서 시행하는 사업은 시·군·구보다 더 효과적인 사업에 우선 집중하여 자체적으로 개발하고 운영한다.
- 시·도와 시·군·구가 공동으로 사업을 추진할 경우, 해당 지역 시·군·구청장과 사전에 충분한 협의를 거쳐 사업을 시행한다.

② 시·도 통합건강증진사업지원단 운영

가. 운영 목적

- 시·도 및 시·군·구의 통합건강증진사업에 대한 지역 맞춤형 기술 지원을 통해 사업 담당자들의 기획 및 실행 역량을 강화한다.
- 통합건강증진사업에 대한 전문가 중심의 모니터링과 환류 체계를 구축하여 사업의 성과를 내실 있게 관리하고, 사업의 효율성을 높인다.
- 지역사회 중심의 민·관 협력 네트워크를 구축하여 지역사회의 건강증진 기반을 마련한다.

나. 운영 기본 방향

- 운영 주체는 시·도(광역자치단체의 장)이다.
- 운영 방식은 시·도가 지원단을 직접 구성·운영하거나, 관련 대학, 지방공무원 교육원 등 전문 기관에 위탁하여 운영한다.

다. 주요 역할

- 계획 수립 기술 지원(사업 계획을 세울 때 필요한 기술적 지원을 제공)
- 성과 관리 기술 지원(사업의 성과를 관리하고 개선하기 위한 기술적 지원을 제공)
- 교육 지원(사업 담당자 및 관련 인력에 대한 교육을 지원하여 역량을 강화)
- 연구 및 정보 제공(사업에 필요한 연구 자료 제공 및 건강증진 관련 정보 제공)

(2) 시·군·구(기초지방자치단체) 사업

① 사업 범위

지역사회 통합건강증진사업은 각 시·군·구에 배분된 예산을 바탕으로 자율적으로 기획되고 설계되는 사업으로, 사업영역은 해당 서비스의 대상 범위를 정의한다.

- 지역사회 통합건강증진사업의 주요 영역에는 구강보건, 금연, 비만예방관리, 신체활동, 심뇌혈관질환예방관리, 아토피·천식 예방관리, 영양, 음주폐해예방(절주), 한의약건강증진, 여성·어린이특화, 모바일 헬스케어, ICT 융합 방문건강관리 총 12개로 구성된다.
- 사업 운영은 국가가 제시하는 기본 사업 유형과 자체 개발된 프로그램을 바탕으로 진행된다.
- 사업 영역 간의 경계를 허물고, 주민 중심으로 사업을 연계 및 협력하여 수행할 것을 권장한다.

가. 구강보건

구분	내용
목적	예방중심의 평생구강건강관리체계 강화로 국민의 구강건강 수명 연장 및 삶의 질 향상 도모
관련 법령	「구강보건법」 제3조, 제5조, 제7조, 제10조, 제12조, 제13조, 제15조 「국민건강증진법」 제25조
사업 유형	<p>〈예방사업〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 구강보건교육 및 홍보사업 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 구강건강의 중요성과 관리방법에 관한 교육을 실시하고, 이를 위한 사업 및 교육 등을 홍보함으로써 지역주민의 구강건강인식을 제고하고 바른 구강건강 습관형성 및 구강건강위험 행태 개선 ▪ 대상 : 지역주민 전체 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 생애주기별(임산부·영유아, 아동, 청소년, 성인, 노인, 장애인) 및 생활터별 구강보건교육 실시 - 구강보건교육매체 및 홍보자료(책자, 안내문, 리플릿, PPT, 유·무선 방송, 영상물 등)를 활용한 적극적인 교육·홍보 추진 - 연중 지속적인 구강건강 홍보 진행 <ul style="list-style-type: none"> ※ 구강보건의 날(6.9) 중점으로 보건복지부가 공표하는 구강건강표어와 디자인을 사용함으로써 전국에서 통일되고 극대화된 홍보 실시 - 불소 활용에 대한 지역 주민의 인식 개선을 위한 홍보 기획·운영 • 불소용액 양치사업 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 불소용액 양치를 통한 치아우식증 예방효과 극대화 및 자조적 구강건강관리 능력 배양 ▪ 대상 : 초중등학교(특수학교 포함) 등 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 0.05% 불화나트륨(NaF)용액의 경우 매일 1회, 0.2%의 불화나트륨(NaF) 용액의 경우 주 1회 실시 - 학교장 및 보건(담임)교사 등에게 사업취지·방법에 대해 충분히 설명 및 홍보하고 학생들에게도 충분한 교육 실시로 인식 전환과 업무협조 추진 - 사업의 원활한 추진을 위해 불소용액분배기 사용 권장 • 어린이 불소도포 사업 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 치아우식증에 취약한 아동에게 불소도포 시행하여 우식 예방효과 극대화 ▪ 대상 : 15세 이하 아동 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 1인당 6개월에 1회 도포 권장 - 치아홈메우기 병행 실시 - 사업대상자 및 보호자 등을 대상으로 사업의 효과 및 불소활용에 대한 사전 교육 실시(앱, 안내책자 등) • 성인·노인 불소도포 및 스케일링 사업 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 치주질환 발생이 많은 성인·노인 대상으로 스케일링 또는 전문가치면세정술을 시행하여 잇몸질환의 진행을 억제하고, 불소도포를 통해 치근면 우식예방 및 시린이 방지 ▪ 대상 : 자립준비청년, 성인(취약계층 대상), 보건소 만성질환 연계프로그램 참여 성인, 만 65세 이상 노인(저소득층 우선) ▪ 내용 : 대상자의 구강건강상태, 전신상태 등에 따라 스케일링 및 불소도포 등 적절한 처치 시행

구분	내용
사업 유형	<ul style="list-style-type: none"> • 순회구강건강관리 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 지역의 보건소에서 구강관리서비스 이용 및 접근이 어려운 취약계층을 주기적으로 순회하며 적절한 구강 관리를 통해 구강질환 예방 및 치료 ▪ 대상 : 의료기관 접근성이 낮은 읍면지역, 장기요양시설, 장애인복지시설 등 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소, 사업대상(시설장 등)과 서비스 제공에 대해 협의하고, 구강상태 및 관리계획에 대한 환자, 보호자 교육 시행 - 예방 중심의 구강검진 및 보건교육, 치아 홈메우기, 불소도포 등의 서비스를 주기적으로 제공 • 노인방문구강건강관리사업 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 취약계층, 특히 거동 불편한 노인일수록 이동성이 낮아 구강관리에 취약하므로 방문을 통한 맞춤형 구강건강관리서비스 제공 필요 ▪ 대상 : 보건소 내외 타 보건의료사업 등에서 연계 의뢰된 구강건강문제가 있는 노인 중 거동이 불편한 65세 이상 노인 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 구강보건 전문인력이 치과이용 및 접근성이 낮은 거동불편 65세 이상 노인을 직접 방문하여 맞춤형 구강건강관리 서비스 제공 • 수돗물불소농도조정사업 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 정수장에 불소첨가기를 설치, 수돗물 불소농도를 적정농도(0.8ppm)로 조정하여 지역주민에게 음용 하게 함으로써 치아우식증을 예방하여 국민구강 건강증진에 기여 ▪ 대상 : 수돗물불소농도조정사업 시행(예정)지역(정수장) ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 불소농도 측정 및 모니터링 - 기 시행지역은 불소약품비와 불소첨가기 수리비 편성(특히 불소첨가기 설치가 10년 경과한 지역은 교체 및 수리비 예산 우선 편성) - 신규 시행지역은 불소첨가기 구입 예산 편성 <ul style="list-style-type: none"> ※ 불소첨가기 구입 및 수리비 편성 시에는 구강정책과와 협의 후 실시 - 정수장, 상수도사업본부 등 관련 기관과의 주기적 업무협의 진행 <p>〈인프라 구축〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 보건소 구강보건센터(구강보건실) 및 학교 구강보건시설(양치시설, 구강보건실) 설치·운영 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 구강건강인프라 확대를 통해 지역주민 구강건강관리를 강화하고, 취약계층 대상 구강진료를 활성화 함으로써 구강건강 형평성 확보(2006년부터 계속적으로 보건소 구강보건실을 구강보건센터로 확대·전환) ▪ 대상 : 지역주민 전체 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 불지역주민 전체(구강보건센터) 및 학생(학교 구강보건시설)을 대상으로 구강상태확인, 치아홈메우기 등의 예방서비스 및 초기우식증 치료, 유치발거 등 치료서비스 제공 - 지역사회 내 민간 협력 체계 강화(보건지소, 학교 구강보건실에 구강전담인력이 없는 경우, 보건소 구강보건센터 인력이 주2~3일 출장 등을 통하여 업무 지원) • 구강보건 이동진료차량 운영 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 의료접근성이 낮은 지역과 노인·장애인 등 취약계층에 이동진료장비를 갖춘 차량과 의료진이 찾아가 구강진료 서비스 제공으로 개인의 경제적 부담 완화 및 구강건강향상에 기여 ▪ 대상 : 지역주민 취약계층 대상 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 의료기관 접근성이 낮은 지역 주민을 위한 찾아가는 구강진료 서비스 제공 - 이동성이 제한된 취약계층(노인, 장애인 등)을 대상으로 한 구강건강증진사업활성화 및 초기치료서비스 제공 - 취약계층 대상 (구강)건강관리 서비스와의 연계

나. 금연

구분	내용
목적	흡연을 예방하고 흡연자의 금연을 촉진하며, 비흡연자를 보호하기 위한 간접흡연 없는 환경을 조성함으로써 건강 증진 및 건강수명 연장
관련 법령	「국민건강증진법」 제9조, 제9조의4, 제9조의5, 제25조
사업 유형	<p>〈흡연 예방〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 : 흡연을 시작하게 될 가능성이 높고, 매일 흡연자가 될 가능성이 큰 초·중·고등학생, 취업청소년, 대학생, 군인, 등에 대해 집단별 특성을 반영한 교육·상담·홍보 활동 전개 • 사업대상 : 초·중·고등학생, 취업청소년, 대학생, 군인 등 • 내용 : 지역별 특성(인구구성, 산업구조, 지리 등)을 고려하여 지역사회 내 공공기관, 직장(공장 등), 중·고등·대학교 등 교육기관, 민간단체(의사, 약사, 간호사, 청소년, 학생보건 단체)와 협력·연계하여 지역사회에 필요한 금연교육·상담·홍보 프로그램 실시 <p>〈흡연자 금연촉진〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 : 흡연자에게 금연 시도 및 실천을 위한 교육·상담·약물처방 등을 통해 실천가능한 지식과 행동지침, 정서적 지지 등을 제공함 • 사업대상 : 지역사회 내 흡연자(흡연율이 높은 사업장 또는 단체 포함) • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 내 흡연자를 등록하여 교육·상담(행동요법) 및 약물요법(니코틴 패치 등)을 제공하되, 6개월간 추구(follow-up)관리 실시 - 보건소를 중심으로 운영하되, 지역 여건에 따라 사업장, 대학교 등과 연계한 금연클리닉을 운영 - 금연상담전화(1544-9030) 연계 및 홍보 <p>〈간접흡연 없는 환경(Smoke-free) 조성〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 : 지역별 특성(인구구성, 산업구조, 지리 등)을 고려하여 「국민건강증진법」 및 지자체조례에 따라 확대된 금연구역 제도를 지역사회 단위에서 정착시키고 관련 교육·홍보를 강화함으로써 지역사회 내 간접흡연을 방지하고 금연 (Smoke-free) 환경 조성 • 사업대상 <ul style="list-style-type: none"> - 금연구역으로 지정된 시설·기관(공중이용시설 등) 및 그 소유자·점유자·관리자 - 금연구역으로 지정된 시설·기관을 이용하는 이용자 • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 내 간접흡연 방지가 필요한 시설·기관에 대한 지자체 조례 제·개정을 통한 금연구역 지정 - 「국민건강증진법」 및 지자체 조례에 따라 확대된 금연구역 제도에 대한 지역사회 주민 전체 대상 교육·홍보 강화 - 금연구역으로 지정된 시설·기관 대상 법령(조례 포함) 이행 지도·점검 - 지정된 금연구역 내 흡연행위 단속 및 계도

다. 비만예방관리

구분	내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> 균형 잡힌 식생활, 규칙적인 신체활동 등 비만예방을 위한 건강생활 실천 향상 지역사회 내 비만예방중심 건강사회문화 확산 및 건강형평성 확보
관련 법령	「국민건강증진법」 제3조, 제6조, 제12조, 제19조
사업 유형	<p>〈비만 예방〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 비만이 발생하기 이전에 비만의 위해성과 예방에 대한 중요성을 인식하게 하고, 비만에 필요한 올바른 건강 정보를 제공하는 교육·상담·홍보 활동을 집단별 특성을 반영하여 전개 - 지자체 내 물리적, 제도적 환경을 비만예방 중심으로 개선하여 건강문화 확산 • 사업대상 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민 전체로 생애주기별로 영유아, 아동청소년, 성인, 노인 모두 포함 - 어린이집, 학교, 직장, 경로당, 아파트별 인구집단 포함 - 과체중 혹은 비만의 위험이 높은 취약계층(저소득층, 한부모가정, 다문화가정, 지역아동센터 등) • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - (교육·상담) 개인 혹은 집단의 특성을 반영하여 건강한 식습관 및 신체활동을 활성화하도록 교육·상담 수행 - (홍보·캠페인) 건강체중 인식과 유지를 촉구하는 캠페인, 건강한 식습관 및 신체활동을 강조하는 사업 홍보 등을 비만예방의 날(매년 3월 4일) 주간과 연계하여 추진 - (환경조성) 비만예방을 위해 지역주민의 신체활동 증진 및 건강한 식품선택 등 건강생활실천을 가능하게 할 수 있는 물리적, 제도적 또는 지지적 환경조성 <ul style="list-style-type: none"> * 지역사회 내 비만예방을 위한 물리적 환경 조성 : 교내 건강매점 설치, 공원, 시설 등에 뱃살로드맵, 걷기코스, 건강계단 조성 및 활용 안내 * 제도적 환경 조성 : 조직이나 지자체의 문화규범을 제시하는 조례 제정 등을 통해 사회문화 조성
	<p>〈비만 관리〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 과체중 혹은 비만의 위험요인을 가지거나, 비만한 개인(인구집단)에게 체중관리 및 관련 건강행위 실천을 유도하도록 건강정보, 행동지침, 정서적 지지 등을 제공 • 사업대상 <ul style="list-style-type: none"> - 일반검진·생애전환기검진 결과 비만 등 만성질환 의심, 유질환자가 있는 대상자 - 비만 등 만성질환이 의심되거나 질환을 가지고 있는 등록관리 대상자 - 보건소 내 타부서(영유아검진, 정신보건센터, 금연클리닉, 방문건강관리 등)로 부터 의뢰된 비만 등 만성질환자 - 지역사회 내 유관기관으로부터 의뢰된 비만 등 만성질환자 - 기타 비만 관리가 필요한 대상자 및 프로그램에 대한 자발적 참여 희망자(비만관리가 어려운 취약계층(저소득층, 한부모가정, 다문화가정 등)도 포함) • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - (기초검사·조기발견) 신체계측(허리둘레, 체질량지수 등 측정)을 통한 비만도 판정 - (교육·상담) 영양 및 신체활동, 행동조절 등을 활용한 건강체중 프로그램, 비만 클리닉을 8주 이상 운영하여 건강 생활 실천 유도 <ul style="list-style-type: none"> * 건강체중 알리미 교육매체 등 활용(한국건강증진개발원 홈페이지 게시) - (자조모임, 동아리 등 운영) 비만정도별로 그룹 지정하거나, 가족, 친구, 직장동료와 자발적으로 건강생활에 참여하고 서로 지지하도록 모임 결성 유도, 지원, 운영 - (연계) 보건소 내외 건강증진 프로그램 연계 <ul style="list-style-type: none"> ※ 아동의 경우 건강한 돌봄놀이터 프로그램 운영 매뉴얼 활용(비만예방관리사업 지침 내 수록)

라. 신체활동

구분	내용
목적	규칙적인 신체활동 실천율 증가
관련 법령	「국민건강증진법」 제2조, 제16조의2, 제16조의3, 제19조, 제25조 「지역보건법」 제5조
사업 유형	<p>〈신체활동 프로그램 제공〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전 생애주기 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 신체활동의 중요성 · 필요성 인식전환을 위한 정보제공 <ul style="list-style-type: none"> - 생애주기, 생활터, 건강문제에 적합한 내용을 통해 신체활동 관련 지식을 교육 - 정보제공 교육을 단독으로 구성할 수 있으며, 가급적 프로그램 제공 시 정보교육 시간을 배정하여 동시에 교육할 수 있도록 구성 ▪ 생애주기 및 생활터별 신체활동 프로그램 제공 <ul style="list-style-type: none"> - 생애주기, 생활터, 건강문제, 프로그램 자원(지도자, 장소) 특성 등을 고려하여 실기 프로그램 기획 및 운영 - 단계적, 지속적 교육을 원칙으로 하되 필요 시 일회성 교육 실시 가능 ▪ 보건소 내 · 외 신체활동 관련 기관 연계를 통한 프로그램 확대 제공 <ul style="list-style-type: none"> - 통합건강증진사업 타영역, 보건소 내 타부서, 지역사회 관련기관과의 연계 프로그램 제공 및 역할 분담 • 아동 및 청소년 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 신체활동 습관형성을 위한 재미있는 프로그램 제공 및 비만예방 인식 제고 ▪ 대상 : 아동 및 청소년 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 아동 · 청소년 비만예방 · 관리를 위한 신체활동 프로그램 운영 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 보건소 · 학교 · 지역아동센터 등 생활터에 접근하여 프로그램 제공 - 건강새싹 프로그램, 영유아 신체활동 프로그램 운영매뉴얼, 뉴스포츠 프로그램, 건강한 돌봄놀이터, 스쿨 짬짬이 체조 등 활용 • 성인 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 일상생활 신체활동실천 활성화 및 건강위험요인 예방 · 관리 ▪ 대상 : 직장인, 지역사회 주민, 내소 성인 등 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 직장인 대상 신체활동 프로그램 운영 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 건강체중을 위한 올바른 신체활동 실천방법 이론교육 ▶ 틈새시간 활용 신체활동 실천 프로그램 운영 - 지역사회 비만인구 대상 신체활동 프로그램 운영 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 생활터 접근을 통한 일반 성인 비만 관리 프로그램 운영 - 성인여성 올바른 체중관리를 위한 신체활동 가이드, 오피스짬짬이 스트레칭 2.0, 한국인을 위한 신체활동 지침서 등 활용 • 노인 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 규칙적인 신체활동을 통한 일상생활 기능 유지 및 낙상 · 치매 · 관절염 등과 같은 노인 관련질환 예방 ▪ 대상 : 노인 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 노인 신체활동 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 낙상예방을 위한 유연성, 평형성, 근력운동 프로그램 ▶ 치매예방을 위한 신체 협응 프로그램 제공 ▶ 걷기 및 일상생활 기능 유지 · 개선을 위한 신체활동 프로그램 - 어르신 근력 · 균형 운동 완성 프로그램(‘어 · 운 · 완’) 활용 - 아!흔까지 재신있게 노인 신체활동 프로그램 활용

구분	내용
사업 유형	<ul style="list-style-type: none"> • 임신부 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 임신기 신체적 변화의 적응 및 출산에 도움을 주는 신체활동 정보 제공 ▪ 대상 : 임신부(초기~후기) ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 임신부 신체활동 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 신체 적응 및 건강증진을 위한 정보 제공 ▶ 주기별 신체활동 및 운동방법 ▶ 건강한 출산을 위한 신체활동 정보 제공 등 - 건강을 위한 올바른 임신부 신체활동(‘건강올임’ 안내서 활용) <p>〈개인별 신체활동 증진서비스〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 : 개인의 건강상태에 맞는 신체활동 서비스를 제공함으로써 건강위험요인을 개선하고 일상생활 신체활동 실천증진 및 만성질환 예방 도모 • 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소에 내소하여 개인별 신체활동증진 서비스 참여를 희망하는 자 - 건강검진 사후관리의 일환으로 모바일 헬스케어사업 참여를 희망하는 자 - 지역 주민 중 건강위험군 또는 질환관리군으로 관리가 필요하다고 판단되는 자 • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 건강위험요인 개선을 위한 개인별 신체활동 상담 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 보건소 내소 주민 중 신체활동실천량 평가 및 행동변화단계 판정을 바탕으로 개인별 건강위험요인 개선 및 신체활동 증진을 위한 상담 서비스 제공 ※ 상담은 건강검진결과상담매뉴얼(신체활동전문상담) 참조 - 일상생활 신체활동 증진을 위한 모바일 헬스케어사업 연계 제공 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 보건소 내소가 어려운 주민 중 건강검진을 수검하고 건강위험요인이 있는 성인을 대상으로 신체활동 모니터링 장비를 활용한 개인관리 서비스 제공 - 개인 체력 및 신체구성 측정결과 기반 1:1 운동처방 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 체력 및 체성분 측정결과 기반 운동처방 서비스 제공 <p>〈신체활동 홍보 및 캠페인〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 : 신체활동의 필요성과 실천방법에 대한 홍보·캠페인을 실시하여 개인의 인식제고 및 실천을 유도하고, 활동적인 조직·사회문화 조성 • 대상 : 지역주민 전체 • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 중앙, 시·도, 시·군·구 협력 홍보·캠페인 사업 추진 - 지역사회 신체활동 홍보·캠페인 슬로건 개발 - 건강기념일 및 지역사회 축제활동 캠페인 실시 - SNS 등 온라인 홍보, 홍보물 제공, 옥외광고, 언론홍보 등 적극 활용 - 보건 의료기관 및 체육 관련 기관과의 연계 권장 <p>〈신체활동 친화적 환경조성〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 : 일상생활·여가시간에 신체활동을 실천할 수 있는 사회적·물리적 환경 조성 • 대상 : 지역사회 신체활동 서비스 관련기관 및 물리적 환경 • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 물리적 환경조성 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 건강계단 및 소속 지자체 운동, 체육, 걷기 환경조성 등 - 제도적 환경조성 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 지자체 신체활동 조례 제정 및 관련기관 협의체 구성 및 운영 ▶ 지역사회 신체활동 전문가(전문인력, 건강지도자, 건강리더 등) - 사회적 지지기반 조성 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 동호회, 자조모임 등 자발적 주민 조직 지원 확대 - 2021 건강계단 사례집, 계단을 이용한 신체활동 활성화 가이드북 활용

마. 심뇌혈관질환예방관리

구분	내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> • 심뇌혈관질환 예방관리 필요성과 방법 등에 대한 대국민 인식 제고 • 고혈압 · 당뇨병 · 이상지질혈증 환자(고위험군 포함) 조기발견 및 치료 • 지역사회 고혈압 · 당뇨병 · 이상지질혈증 환자의 지속치료 및 자가관리 역량 향상
관련 법령	「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제3조 및 제10조
사업 유형	<p>〈지역사회교육 · 홍보〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대상 : 지역주민 전체 • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 중앙-지자체 합동 캠페인(레드서클) 수행 - ‘겨울철 뇌졸중, 심근경색 예방’ 및 계기별* 홍보 등 <ul style="list-style-type: none"> * 세계고혈압의날(5.17.), 세계뇌졸중의날(10.29.), 세계당뇨병의날(11.14.) - 지역사회 주민, 환자 등 대상 예방 · 관리 교육(건강강좌 등) • 연계 및 활용 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 내 · 외 건강증진 프로그램 연계 - 국가건강검진 사후관리 서비스 연계 - 중앙에서 제작된 교육 · 홍보 자료 활용(www.kdca.go.kr) - 심뇌혈관질환 합동캠페인자료 활용(www.kdca.go.kr) - 국가건강정보포털 내 건강정보 활용(www.health.kdca.go.kr) <p>〈심뇌혈관질환 예방관리〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대상 : 지역주민 전체 • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 혈압 · 혈당 · 콜레스테롤 알기 캠페인 수행(상시) - 사전적 심뇌혈관질환 예방관리에 초점을 두어 젊은세대(20대)의 혈압 · 혈당 측정 및 교육 · 상담 실시 • 연계 <ul style="list-style-type: none"> - 심뇌혈관질환 관련 생활습관 관리프로그램(영양, 신체활동), 금연 상담 사업 등 연계 - 국가건강검진 사후관리 서비스 연계 - 기타 보건소 내 · 외 심뇌혈관질환 관련 건강증진 프로그램 연계 <p>〈환자등록 관리사업〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대상 : 지역사회 고혈압 · 당뇨병 · 이상지질혈증 환자(전단계 포함) • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - (환자등록) 보건소 진료실 또는 민간의료기관 연계 · 의료 등 - (환자 교육 · 상담) 맞춤형 개별 상담 또는 건강행태 개선 교실 운영 등 - (환자 지속관리) 집중관리군 선정, 다양한 서비스 간 연계 · 협력을 통한 맞춤형 관리(모니터링 등) • 연계 <ul style="list-style-type: none"> - 방문건강관리, 비대면 서비스(모바일 앱과 스마트 디바이스 기반으로 생활습관 개선 등) 연계 등

바. 아토피·천식 예방관리

구분	내용
목적	지역사회 중심의 알레르기질환 예방관리 환경을 조성함으로써 지역주민의 건강증진과 삶의 질 향상
관련 법령	「보건의료기본법」 제39조(주요 질병관리체계의 확립) 「보건의료기본법」 제41조(만성질환의 예방 및 관리) 「국민건강증진법」 제6조의1항(건강생활의 지원 등)
사업 유형	<p>〈아토피·천식 안심학교 운영〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적: 학교 중심의 아토피·천식 관리를 통해 환자의 건강증진과 삶의 질 향상 • 대상: 관내 아토피·천식 안심학교(어린이집·유치원·초·중·고) • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 알레르기질환 환자 선별을 위한 설문조사(PHIS 이용) - 환자 지속관리 및 지원: 환자관리카드, 천식·아나필락시스 응급키트, 보습제, 교육 홍보 자료제공, 교육프로그램 운영, 취약아동 진단 및 치료비 지원 <p>〈취약계층 아토피·천식 환자지원〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적: 취약계층 환자 지원을 통해 건강수준향상과 건강형평성 제고 • 대상: 지역사회 내 기초생활수급권자 및 차상위 계층 알레르기질환 환자 • 내용: 검사비, 약제비, 치료비, 보습제, 교육자료, 환경개선 등 지원 <p>〈아토피·천식 교육〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적: 알레르기질환 교육을 통해 질환 인지도 향상 및 관리수준 향상 • 대상: 지역사회 주민(환자 및 보호자, 노인, 임산부 등) • 내용: 알레르기질환 분야 전문가 강의 및 의과학적 근거 기반의 교육 프로그램 실시 <p>〈아토피·천식 홍보〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적: 알레르기질환 홍보활동을 통해 질환에 대한 올바른 정보 제공 • 대상: 지역사회 주민 • 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 자료제작 및 배포(리플릿, 포스터 등) - 다양한 대중매체를 활용하여 관심 유발(TV·라디오 공익 광고, 신문, 옥외매체, 인터넷 등)

사. 영양

구분	내용
목적	적절한 영양관리 및 식생활 개선을 통한 건강수명 증가
관련 법령	「국민건강증진법」 제3조, 제6조, 제15조, 제19조 「국민영양관리법」 제3조, 제10조, 제11조
사업 유형	<p>〈국민의 식생활 변화 인식 제고 추진〉</p> <p>1. 건강 식생활 실천 캠페인</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 올바른 영양관리 · 식생활에 대한 정보 제공 및 홍보를 통하여 지역주민의 건강한 식생활 실천에 대한 인식 제고 ▪ 대상 : 지역주민 전체 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 건강식생활 실천 인식확산을 위한 홍보사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 한국인을 위한 식생활지침을 적극 활용하고, 영양관리 · 식생활에 대한 정확한 정보 제공 및 지역주민 건강한 식생활 실천을 향상 유도 ▶ 건강식생활 실천 인식확산을 위한 캠페인 전개(자체행사 등을 활용하여 건강식생활 실천 자료 제공 및 홍보) - 관내 학교, 직장, 기관, 어린이집 등과 연계 <p>2. 나트륨저감화홍보 및 캠페인</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민의 나트륨 과잉섭취 경각심 고취 및 행동변화 유도 ▪ 대상 : 지역주민 전체 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 나트륨 저감화 홍보 사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 나트륨 줄이기 실천운동 캠페인, 단체급식 및 건강음식점에 저나트륨 메뉴 제공, 저나트륨 레시피 및 저 나트륨 식생활 실천 캠페인 실시 ▶ 관내 의료기관, 사회복지시설 등에 나트륨 저감화 홍보 실시 <p>〈건강한 식생활 선택을 위한 환경 조성〉</p> <p>1. 식품 및 음식 영양정보 확인 환경조성 사업</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 주민들이 올바른 음식을 선택 할 수 있는 건강한 식생활 실천 환경 조성 ▪ 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회에서 건강음식점으로 지정받기를 희망하는 음식점 - 관내 단체급식소 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 건강음식점 지원 사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 건강음식점으로 지정받기를 희망하는 음식점에 대하여 나트륨 · 조미료 저감화 등 건강메뉴 및 조리법 적용방법 교육, 영양 성분 표시 및 영양정보 등 제공 ▶ 건강음식점 인증제 실시 및 홍보 추진 - 단체급식대상 영양정보 제공 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 급식소에 게시할 수 있는 영양교육 자료 제공 ▶ 관내 단체급식소 점심 · 저녁급식메뉴의 영양정보 제공 지원, 메뉴판에 열량 · 나트륨 등 영양성분 표시 지원 ▶ 영양사 활용 급식소 게시용 영양교육자료 주기적 제공

- 계속

구분	내용
사업 유형	<p>〈생활 밀착형 영양관리 맞춤 서비스 강화〉</p> <p>1. 임신부 및 영유아</p> <ul style="list-style-type: none"> 영양플러스 사업 <ul style="list-style-type: none"> 목적 : 취약계층 임신부 · 영유아의 영양문제 해소 및 스스로 식생활을 관리할 수 있는 능력 배양을 위해 영양교육 및 보충식품 지원 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 대상 분류 : 영유아(0~5세, 생후 72개월까지), 임신부, 출산 · 수유부 - 소득 수준 : 가구 규모별 ‘기준 중위소득의 80%’ 이하 - 영양위험요인 : 빈혈, 저체중, 성장부진, 영양섭취상태 불량 등 한 가지 이상의 영양위험요인 보유자 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 영양평가를 실시하여 영양위험요인이 있는 대상자에게 영양개선을 위한 영양교육 및 대상자 특성별(6종) 보충식품 제공 <ul style="list-style-type: none"> ※ 보충식품비는 1인당 적정가격으로 책정하되, 식품패키지(I~VI)의 기본 구성내용 및 제공량을 임의로 삭제 · 축소 할 수 없음) - 월 1회 이상의 가정방문, 단체교육, 상담 등 영양교육 실시 등 영유아, 임신부 영양관리 사업 <ul style="list-style-type: none"> 목적 : 임신부 · 영유아의 영양문제 해소 및 스스로 식생활을 관리할 수 있는 능력 향상을 위해 영양관리 교육 및 정보 제공 대상 : 영유아, 임신부 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 방문 영유아 및 임신부 대상 관리필요 영양정보 제공 및 상담, 관내 관련 기관에 건강식생활 관련 정보 제공 등 - 관내 산부인과, 산후조리원, 어린이집 등과 협력하여 진행 <ul style="list-style-type: none"> ※ 영양교육 및 상담내용은 건강한 아이를 위한 현명한 엄마되기 1~5권, 다문화가족 대상 영양교육자료(모유수유 성공비결, 이유식 성공비결, 단계별 이유식 3종), 영양플러스 대상자 맞춤형 영양관리 가이드(임산출산수유부, 영유아, 유아 3종) 참조(한국 건강증진개발원 홈페이지 게시) 어린이집 · 유치원 영양관리사업 <ul style="list-style-type: none"> 목적 : 유아기 영양교육을 통하여 건강한 식생활 인식과 식습관 형성 도모 대상 : 관내 어린이집 및 유치원 영유아, 보육교사, 학부모 등 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 어린이집 영유아 영양관리 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 어린이집 등에 정기적 영양교육 자료 지원을 통한 영유아 대상 영양교육, 보육교사 대상 교육 등 실시 - 관내 육아종합지원센터 및 어린이급식관리지원센터가 있을 경우 식단, 위생관리, 교육 프로그램, 교육 매체 등을 협력하여 진행 - 사업대상을 구분하여 업무에 효율을 기함 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상구분 (예) <ul style="list-style-type: none"> 보건소-영양사가 있는 100인 이상의 어린이집 및 유치원 - 어린이급식관리지원센터-영양사가 없는 어린이집 및 유치원 <ul style="list-style-type: none"> ※ 영양교육 및 상담내용은 건강한 아이를 위한 현명한 엄마되기 1~5권, 건강쌈끼 함께 키워요 지역사회 건강증진 미취학아동 프로그램 매뉴얼 참조 <p>2. 어린이 및 청소년</p> <ul style="list-style-type: none"> 목적 : 어린이 · 청소년의 올바른 식생활 습관 형성 및 원만한 성장 발달 도모 대상 : 관내 어린이 및 청소년 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 건강과일바구니사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 지역아동센터 대상-저소득층 어린이의 참여비율이 높은 관내 지역아동센터에 건강간식선택 영양교육 프로그램 지원 및 과일 간식을 제공
	- 계속

구분	내용
사업 유형	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 학교 대상-학교 영양(교)사와 협력하여 급식 중 생과일 및 생채소 배식 증대 유도, 건강간식선택 영양 교육프로그램 지원 ▶ 영양(교)사에 의하여 교육을 진행하며, 월 2회 이상 실시 권장 <ul style="list-style-type: none"> ※ 영양교육 지원 및 상담내용은 건강과일바구니 매뉴얼 참조 - 지역아동센터 영양교육 사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 지역아동센터 참여자 대상 건강식생활 및 건강체중 인식 등의 영양교육 프로그램 및 자료 제공 등 ▶ 급·간식 등의 식단, 위생 지원 등은 관내 어린이급식관리지원센터 등과 협력하여 진행 - 학교기반 영양관리사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 학교내 영양(교)사 연계 학생 건강식생활 교육 프로그램 및 자료 제공, 직접 교육을 위한 영양사 연계, 양성을 통한 지원, 학부모교육 연계 등 건강학교 운영 시 영양프로그램 지원 등 <ul style="list-style-type: none"> ※ 영양교육 지원 내용은 건강한 돌봄놀이터 건강식생활체험 프로그램 매뉴얼 참조 - 건강한 돌봄놀이터 영양식생활교육 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 초등돌봄교실 이용 아동대상 비만예방 영양·식생활교육 프로그램 운영 <ul style="list-style-type: none"> ※ 건강한 돌봄놀이터 영양·식생활교육 매체 활용 <p>3. 성인</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 건강한 식습관을 통해 건강생활실천을 유도하여 질환 발생 사전 예방 ▪ 대상 : 관내 성인, 직장, 기관 등 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 만성질환 예방 영양관리 사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 성인대상 맞춤형 영양관리사업 <ul style="list-style-type: none"> 성인 성별·특성별(청년기, 중장년층/폐경기, 가임기 여성 등), 생활터별(가정, 직장-사무직, 노동직) 등에 따른 맞춤형 영양관리 프로그램 제공 ▶ 비만 및 고혈압, 고지혈증, 당뇨 등 만성질환자 영양상담, 영양교육 등 제공 <ul style="list-style-type: none"> ※ 건강검진결과상담 매뉴얼 영양전문상담 참조 <p>4. 노인</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 영양섭취·조리 등이 취약한 노인에 대하여 영양관리 및 식생활 교육 실시 ▪ 대상 : 노인 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 어르신영양관리사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 섭취 부족 영양소, 위생적 음식관리, 보관 방법 등 영양교육 및 어르신 조리교실(장보기, 간편조리, 1인 분 조리법, 보관 등) 영양교육 교실 등 운영 ▶ 노인의 거동 정도에 따른 영양관리 방법, 관내 노인복지시설에 급식메뉴, 영양정보 활용방법 등 제공 ▶ 가정방문을 통한 식환경 및 위생환경 점검 및 영양 중재 제공 등 ▶ 노인복지시설 등과 협력하여 진행, 조리교실은 관내 문화센터 등의 요리교실, 노인대학 등과 협력하여 진행 <ul style="list-style-type: none"> ※ 한국인을 위한 식생활지침 가이드북(노인편) 참고 및 애환에도 자신있게 건강식생활 사업담당자용 교육운영 매뉴얼 참조 - 실버건강식생활사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 식품구입과 조리 등을 소홀히 하기 쉬운 독거노인에게 영양교육 등 식생활관리서비스(공동부엌 실습 교육·가정방문을 통한 맞춤형 영양교육 및 상담) 및 과일·우유 등의 건강간식도시락 제공 <p>5. 다문화가족</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적 : 다문화가족의 건강한 식생활을 위해 올바른 영양 및 식생활 정보 제공 ▪ 대상 : 결혼이주여성 및 다문화가족 ▪ 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 다문화가족 영양관리 사업 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 다문화가족에 대한 가족단위 집중 영양관리 프로그램 운영 ▶ 다문화가족 대상 조리교실 운영 및 식생활 모임을 통한 식문화 적응지원 등 <ul style="list-style-type: none"> ※ 다문화가족 대상 영양교육자료(모유수유 성공비결, 이유식 성공비결, 단계별 이유식 3종)참고 - 다문화가족지원센터와 연계하여 식생활, 육아, 문화적응 등 수행

아. 음주폐해 예방(절주)

구분	내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 음주조장환경 개선과 절주문화 확산을 통한 음주폐해 예방 및 감소 음주폐해 예방 및 감소를 통한 국민건강증진
관련법령	「국민건강증진법」 제8조
사업 유형	<p>〈환경조성 및 제도개선〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 지역사회 협력체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> 목적 <ul style="list-style-type: none"> 지역사회 내 유관기관 및 단체와 협력하여 음주폐해를 예방 대상 <ul style="list-style-type: none"> 중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터 등 초·중·고등학교, 대학교, 사업장, 경찰서, 사회복지단체, 언론사 등 지역주민 및 단체(상인회, 반상회 등) 등 내용 <ul style="list-style-type: none"> 지역사회 내 전문가 자원 및 유관기관·단체와 정기적인 협력체계 구축 음주사고가 증가하는 시기에 캠페인 및 교육활동 강화 등 음주조장환경 모니터링 및 개선 <ul style="list-style-type: none"> 목적 <ul style="list-style-type: none"> 지역사회 내 위법 혹은 과도한 주류광고·판촉·후원 등을 모니터링·개선 지역사회 내 잘못 표기된 과음 경구문구 등을 모니터링·개선 음주조장환경으로부터 청소년을 보호하고 절주문화 조성 대상 <ul style="list-style-type: none"> 지역 대학 및 축제의 주류광고·판촉·후원 등 교육환경정화구역 및 청소년 이용시설 인근 음주실태, 주류광고 주점 밀집지역, 공공장소 등의 음주실태 및 주류광고 그 밖에 주류 판매점 등의 주류광고 내용 <ul style="list-style-type: none"> 공공장소 음주행위 및 폐해 현황 파악, 문제 진단 주류판매점 청소년 주류판매 금지 표시 여부 및 청소년 주류 판매 점검 및 계도 지역사회 주류광고 및 과음 경고문구 표기 실태점검, 문제진단 위법 혹은 과도한 주류광고와 위법한 과음경고문구 표기 개선요구 등 ※〈국민건강증진법 주류광고 기준 안내서〉,〈주류용기 과음경고문구 표기 기준 안내서〉참고 (절주온(www.khepi.or.kr/alcoholstop) → 자료 → 발간물에 게시) 지역사회 절주환경 조성 <ul style="list-style-type: none"> 목적 <ul style="list-style-type: none"> 음주폐해예방과 절주문화 확산을 위해 지역주민과 함께 제도를 개선하고 절주환경 조성 대상 <ul style="list-style-type: none"> 유아·아동·청소년 이용시설 지역주민 다수가 이용하는 시설 음주폐해가 다수 발생하는 지역 내용 <ul style="list-style-type: none"> 금주구역 지정 및 관리 : 지자체에서 조례를 제정, 금주구역으로 지정한 장소를 관리 청소년 보호 판매점(편의점) 확산 : 미성년자 주류판매 금지, 주류진열 분리, 주류광고 노출제한 등 주류로부터 청소년 보호 활동을 실시하는 판매점 지정·확산 주류판매점(식당, 주점 등) 절주캠페인 확산 : 1인 주류 구매량 제한, 주류 판매 요일 및 시간제한, 절주가이드라인 확산 등 과도한 음주를 제한하고 건전한 상가문화 조성을 실시하는 판매점 지정·확산 그 밖에 지역사회 절주환경 조성사업 등

구분	내용
사업 유형	<p>〈교육 및 상담〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 음주 폐해 예방 교육 <ul style="list-style-type: none"> 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민에게 음주의 위험성에 대한 규범과 인식 변화를 유도 - 지역사회 음주폐해예방 활동의 지지기반 구축 - 지역주민의 절주(또는 금주) 실천을 유도하여 음주폐해를 예방하고 건강증진 도모 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 금주교육 : 청소년, 임산부 - 절주교육 : 대학생, 직장인, 노인 등 성인 - 음주조장환경 개선교육 : 판매인, 학부모 등 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 진단과 교육대상의 요구도 및 역량분석 - 지역사회 주민의 음주관련 문제 해결을 위한 교육방법 및 프로그램 기획 - 대상자의 생애주기별, 생활터별 특성에는 내용 및 방법 구성 - 통합건강증진사업 내 다른 건강문제와 연계 추진 - 지역사회내 관련 기관 · 단체 등과 협조체계 구축 단기개입 및 절주상담 <ul style="list-style-type: none"> 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민에게 음주의 위험성에 대한 규범과 인식 변화를 유도 - 지역주민의 절주(또는 금주) 실천을 유도하여 음주폐해를 예방하고 건강증진 도모 - 지역주민의 문제음주자, 알코올의존을 조기선별하여 전문기관으로 연계 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 내소자 - 건강생활실천 교육, 홍보 · 캠페인, 상담 시 만나는 지역주민 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민 대상 음주습관 위험수준 진단 - 건강증진 및 질환관리를 위한 절주(또는 금주)의 필요성 상담(단기개입) - 통합건강증진사업 내 다른 건강문제와 연계 추진 - 지역사회 내 관련 전문기관(중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터 등)에 연계하여 진단과 치료 서비스 제공 <p>〈홍보 및 캠페인〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 연중 홍보 · 캠페인 <ul style="list-style-type: none"> 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회의 잘못된 음주문화 개선 및 술과 음주에 대한 올바른 정보 제공으로 지역사회 내 음주폐해를 예방 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민, 상인, 청소년, 직장인 등 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 연중 음주폐해와 술과 음주에 대한 정확한 정보를 제공 - 지역적 특성을 반영한 홍보 · 캠페인 추진 - 지역 특성에 맞는 효과가 높은 홍보매체 활용 - 음주문제 발생빈도가 높은 시기 또는 건강관련 기념일과 연계 추진 - 절주서포터즈, 유관부서 및 기관, 지역주민 등과 연계 추진 음주폐해 예방의 달 캠페인(11월) <ul style="list-style-type: none"> 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 연말연시 음주로 인한 사건 · 사고에 대응하기 위해 매년 11월을 ‘음주폐해예방의 달’로 지정 · 운영 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민, 주류 판매자 등 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 내 음주문제 개선을 위한 캠페인 주제 선정 - 보건복지부 음주폐해예방의 달 캠페인 연계활동 - 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 지역 경찰서, 보건복지부 절주 서포터즈, 초 · 중 · 고등학교 및 대학교 등과 연계

자. 한의약건강증진

구분	내용																										
목적	지역사회를 중심으로 생애주기별 주요 건강관련 문제에 대해 한의약 기술을 사용하여 국민의 건강증진과 삶의 질 향상에 기여																										
관련 법령	「국민건강증진법」 제3조, 제6조, 제12조, 제19조; 「지역보건법」 제3조, 제11조; 「한의약육성법」 제2조, 제3조, 제4조; 「보건의료기본법」 제49조																										
사업 유형	<p>〈생애주기별 한의약 건강증진 프로그램 제공〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 대상 <ul style="list-style-type: none"> 지역사회의 건강문제에 따라 생애주기별로 대상자 선정 의료취약계층을 중심으로 선정 내용 : 지역주민을 대상으로 생애주기별 한의약건강증진 프로그램 제공 <p>(예시)</p> <table> <tr> <th>구분</th><th>내용</th></tr> <tr> <td>영유아</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 한국형 육아교실(모자애착 중시, 아이발달과정 지지) 아토피 등 만성질환 예방 및 관리 등 </td></tr> <tr> <td>청소년</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 청소년 올바른 성장 및 발육을 위한 한의약적 관리법 정신건강(스트레스 관리) 및 생리통 관리 등 </td></tr> <tr> <td>임산부</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 한국형 임신부 관리(태교방법, 모유수유, 산후조리법) 산후풍 및 산후 우울감 예방 등 </td></tr> <tr> <td>성인</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 중년 갱년기 한의약적 건강관리법 성인병 및 만성질환(고혈압, 당뇨 등 대사성질환)예방 및 관리 등 </td></tr> <tr> <td>노인</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 건강한 노년기를 위한 한의약적 건강관리법 노인성 질환(중풍, 치매 등) 및 근골격계 질환 예방 및 관리 등 </td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> 사업방식 <ul style="list-style-type: none"> 생애주기별 특성에 맞는 한의약건강증진 프로그램 제공 한의약건강증진프로그램 강사로 공중보건한의사 및 담당 한의사 참여 가능 지역사회 실정에 맞게 자율적 운영 보건소 내·외 자원 및 타사업과 연계하여 추진 대상자에게 다양하고 적절한 보건복지 서비스 안내 <p>〈한의약 건강증진 표준 프로그램〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 내용 <ul style="list-style-type: none"> 지자체의 특성에 맞게 쉽게 응용하여 시행할 수 있도록 각 생애주기별 대표적 주제의 표준화된 프로그램을 제시 통합건강증진사업과 연계할 수 있으며, 시범사업 적용을 통해 개발된 프로그램을 보급 <table> <tr> <th>구분</th><th>표준프로그램</th></tr> <tr> <td>영유아</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 허약아 건강관리 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 건강습관 생활화, 면역력 강화 </td></tr> <tr> <td>청소년</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 스마트폰·인터넷 과의존 예방 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 정신건강 관리, 과의존 예방, 자세교정 </td></tr> <tr> <td>임산부</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 마미든든 <ul style="list-style-type: none"> 산전산후 관리, 산후풍과 산후 우울증예방 </td></tr> <tr> <td>성인</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 여성 갱년기 건강증진 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 명상, 기공체조를 통한 갱년기 질환 예방 및 관리 </td></tr> <tr> <td>노인</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 총명한 백세 <ul style="list-style-type: none"> 치매, 중풍, 우울증 예방 교육, 기공체조를 통한 관절질환 예방 </td></tr> <tr> <td>취약 계층</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 지역아동센터방문 검진프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 아동건강상태 검진, 한의약건강관리 교육 장애인대상 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 장애인 건강검진, 한의약건강관리 교육, 한의 방문 서비스 제공 </td></tr> </table>	구분	내용	영유아	<ul style="list-style-type: none"> 한국형 육아교실(모자애착 중시, 아이발달과정 지지) 아토피 등 만성질환 예방 및 관리 등 	청소년	<ul style="list-style-type: none"> 청소년 올바른 성장 및 발육을 위한 한의약적 관리법 정신건강(스트레스 관리) 및 생리통 관리 등 	임산부	<ul style="list-style-type: none"> 한국형 임신부 관리(태교방법, 모유수유, 산후조리법) 산후풍 및 산후 우울감 예방 등 	성인	<ul style="list-style-type: none"> 중년 갱년기 한의약적 건강관리법 성인병 및 만성질환(고혈압, 당뇨 등 대사성질환)예방 및 관리 등 	노인	<ul style="list-style-type: none"> 건강한 노년기를 위한 한의약적 건강관리법 노인성 질환(중풍, 치매 등) 및 근골격계 질환 예방 및 관리 등 	구분	표준프로그램	영유아	<ul style="list-style-type: none"> 허약아 건강관리 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 건강습관 생활화, 면역력 강화 	청소년	<ul style="list-style-type: none"> 스마트폰·인터넷 과의존 예방 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 정신건강 관리, 과의존 예방, 자세교정 	임산부	<ul style="list-style-type: none"> 마미든든 <ul style="list-style-type: none"> 산전산후 관리, 산후풍과 산후 우울증예방 	성인	<ul style="list-style-type: none"> 여성 갱년기 건강증진 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 명상, 기공체조를 통한 갱년기 질환 예방 및 관리 	노인	<ul style="list-style-type: none"> 총명한 백세 <ul style="list-style-type: none"> 치매, 중풍, 우울증 예방 교육, 기공체조를 통한 관절질환 예방 	취약 계층	<ul style="list-style-type: none"> 지역아동센터방문 검진프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 아동건강상태 검진, 한의약건강관리 교육 장애인대상 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 장애인 건강검진, 한의약건강관리 교육, 한의 방문 서비스 제공
구분	내용																										
영유아	<ul style="list-style-type: none"> 한국형 육아교실(모자애착 중시, 아이발달과정 지지) 아토피 등 만성질환 예방 및 관리 등 																										
청소년	<ul style="list-style-type: none"> 청소년 올바른 성장 및 발육을 위한 한의약적 관리법 정신건강(스트레스 관리) 및 생리통 관리 등 																										
임산부	<ul style="list-style-type: none"> 한국형 임신부 관리(태교방법, 모유수유, 산후조리법) 산후풍 및 산후 우울감 예방 등 																										
성인	<ul style="list-style-type: none"> 중년 갱년기 한의약적 건강관리법 성인병 및 만성질환(고혈압, 당뇨 등 대사성질환)예방 및 관리 등 																										
노인	<ul style="list-style-type: none"> 건강한 노년기를 위한 한의약적 건강관리법 노인성 질환(중풍, 치매 등) 및 근골격계 질환 예방 및 관리 등 																										
구분	표준프로그램																										
영유아	<ul style="list-style-type: none"> 허약아 건강관리 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 건강습관 생활화, 면역력 강화 																										
청소년	<ul style="list-style-type: none"> 스마트폰·인터넷 과의존 예방 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 정신건강 관리, 과의존 예방, 자세교정 																										
임산부	<ul style="list-style-type: none"> 마미든든 <ul style="list-style-type: none"> 산전산후 관리, 산후풍과 산후 우울증예방 																										
성인	<ul style="list-style-type: none"> 여성 갱년기 건강증진 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 명상, 기공체조를 통한 갱년기 질환 예방 및 관리 																										
노인	<ul style="list-style-type: none"> 총명한 백세 <ul style="list-style-type: none"> 치매, 중풍, 우울증 예방 교육, 기공체조를 통한 관절질환 예방 																										
취약 계층	<ul style="list-style-type: none"> 지역아동센터방문 검진프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 아동건강상태 검진, 한의약건강관리 교육 장애인대상 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> 장애인 건강검진, 한의약건강관리 교육, 한의 방문 서비스 제공 																										

차. 여성·어린이특화(모자보건사업)

구분	내용
목적	임신·출산·육아 관련 건강서비스 제공으로 여성과 어린이 건강 증진
관련 법령	「모자보건법」
사업 유형	<p>〈임산부 건강관리〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 철분제 지원 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 임산부 철분결핍성 빈혈로 발생할 수 있는 조산, 유·사산, 산모사망 예방 ▪ 대상: 임신 16주 이상 보건소 등록 임산부 ▪ 지원내용: 1개월분 단위 5개월분 지원 (최대 5개월분까지 일시 지급 가능, 지자체 예산 사정에 따라 추가지급 가능) ▪ 동 사업을 임산부 등록 관리의 지속성 유지를 위한 주요 서비스로 활용 • 엽산제 지원 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 신경관 결손으로 발생할 수 있는 유·사산, 선천성 기형아 출산 사전 예방 ▪ 대상: 보건소 등록 임산부 ▪ 지원 방법: 임신 전·후 3개월분 엽산제 지원(1인 1개월분 기준 3개월분) ▪ 동 사업을 철분제 지원사업과 함께 임산부 등록·관리의 지속성 유지를 위한 주요 서비스로 활용 • 산전·산후우울증 관리 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 임산부 산전·산후우울증에 대한 사회적 관심제고로 건강한 가정 유지 ▪ 주요내용: 선별검사 실시, 자가설문 지원 및 고위험군 추후관리(정신건강 복지센터 또는 난임·임산부심리 상담센터 연계) • 임산부 및 신생아 가정방문 건강관리 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 산모 및 신생아 체계적 건강관리 및 보건지도 ▪ 주요내용: 취약계층, 유질환 임산부 등 가정을 방문하여 모유수유 방법 등 육아정보제공 <p>〈가임기 여성 건강 증진〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 성·생식건강 보건 증진 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 사전 예방적 차원의 성·생식건강 증진 지원을 통해 안전한 임신·출산 환경 조성 ▪ 대상: 대학생, 예비부부 등 ▪ 주요내용: 성별 특성에 따른 체계적 생식건강 실태조사 및 교육 등 지원프로그램 개발·보급 • 성교육·성상담 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 다양한 계층을 대상으로 정확한 성지식 보급을 통해 올바른 성문화 정립 ▪ 주요내용: 학교, 전문상담기관, 시설과 연계하여 성교육 자료 개발·보급, 대상별 성상담 프로그램 운영 및 홍보 • 모유수유 클리닉 운영 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 모유수유 장점, 중요성 홍보로, 모유수유에 대한 인식률과 실천율 향상 ▪ 주요내용: 모유수유 교육·홍보, 모유착유기 대여, 지역 내 모유수유·착유실 설치 홍보, 분만의료기관 모 자동실제 권유 • 예비부부 임신 전 검사 지원 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 목적: 임신 전 필수검사 지원, 임신준비에 대한 인식 제고를 통해 임신 전 건강관리 강화 및 건강한 출산 도모 ▪ 지원대상: 결혼을 앞둔 예비부부, 신혼부부 ▪ 주요내용: 계획임신 상담 및 교육, 임신 전 필수검사 지원(소변검사, 전혈검사, 풍진항체검사, 초음파검사 등)

- 계속

구분	내용
사업 유형	<p>〈다문화 가정 여성·어린이 건강증진〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 결혼이주여성 생식건강증진 지원 <ul style="list-style-type: none"> 목적: 결혼이주여성의 임신과 출산 지원, 출생아의 건강보호 지원대상: 다문화가정 결혼이주여성, 자녀 주요내용: 결혼이주여성을 위한 임신·육아 교실운영, 건강교육자료 개발 및 배포
	<p>〈영유아 건강 증진〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 영유아 보건교실 <ul style="list-style-type: none"> 목적: 영유아 건강증진 및 질병예방 주요내용: 영유아 안전사고 및 질병 관련 응급조치(영유아 심폐소생술, 기도폐쇄 예방법 등) 등의 지식 보급 및 실습 영유아 건강검진 사후관리 및 맞춤형 건강상담

카. 모바일 헬스케어

구분	내용
목적	지역사회에서 보건소 모바일 헬스케어 플랫폼을 통해 ICT를 활용한 공공형 건강관리 서비스를 제공함으로써 지역주민의 건강수준 향상을 도모하고자 함
관련 법령	「국민건강증진법」 제3조, 제5조의 3; 「지역보건법」 제11조; 「보건의료기본법」 제31조
사업 유형	<p>〈대상자 등록〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 사업대상자 요건 <ul style="list-style-type: none"> 19세 이상 성인 해당 보건소 관할지역 내 거주자 혹은 직장인 중에서 참여 가능 대상자 등록 기준 <ul style="list-style-type: none"> 건강관리가 필요한 대상자(건강위험요인을 보유하지 않은 대상자도 등록 가능) 검진결과를 토대로 대상자를 서비스 참여자로 선정하거나, 지역 내 의료기관으로 연계하여 질환을 치료받도록 함 우선순위 대상자 등록 기준 <ul style="list-style-type: none"> 건강위험요인이 많은 대상자 우선 등록 보건소 모바일 헬스케어 서비스 참여 경험이 없는 신규 대상자 자가 건강관리가 어려운 건강취약계층(경제적, 시간적, 지리적 접근성이 떨어져 보건소 내소가 어려운 대상자) <ul style="list-style-type: none"> ※ 혈압, 공복혈당, 허리둘레, 중성지방, HDL 콜레스테롤 대상자 군분류 <ul style="list-style-type: none"> 서비스 참여 가능한 대상자는 보유한 건강위험요인, 건강위험요인의 종류, 복부비만 여부에 따라 맞춤형 건강관리 계획 수립 <p>〈대상자 등록〉</p>

- 계속

구분	내용
사업 유형	<p>〈보건소 방문검진·상담 서비스〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 최초-중간-최종 총 3회의 보건소 검진을 권장함 <ul style="list-style-type: none"> - 최초, 중간, 최종검진 모두 상담이 제공되어야 하므로 사전에 전담인력 간 일정조정 권장 - 건강검진 항목: 공복혈당, 혈압, 총콜레스테롤, 중성지방, HDL-콜레스테롤, 허리둘레, 비만도(BMI(신장, 체중), 체성분(체지방률)) • 최초 방문검진·상담 <ul style="list-style-type: none"> - 주요내용: 건강검진 및 대상자 등록, 건강생활습관평가 및 전문가 상담을 통한 건강관리목표 설정, 활동량 계 등 모바일 연동 디바이스 및 사용자 매뉴얼 배부, 모바일APP 설치 및 이용방법 안내 • 중간 방문검진·상담 <ul style="list-style-type: none"> - 중간검진 시기: 서비스 시작일로부터 12주(3개월)부터 4주 이내 실시 권장 - 주요내용: 신체계측·건강검진, 건강생활습관평가 및 전문가 상담을 통한 건강상태 변화환류 및 건강관리 목표 재설정 • 최종 방문검진·상담 <ul style="list-style-type: none"> - 최종검진 시기: 서비스 시작일로부터 24주(6개월)부터 4주 이내 실시 - 주요내용: 신체계측·건강검진, 건강생활습관평가 및 전문가 상담을 통한 건강상태 변화환류 및 지속적인 건강생활 실천지지 등 <p>〈디바이스 제공〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전문적인 건강관리를 제공 받을 수 있도록 모바일 앱(APP) 서비스 제공 • 기본 디바이스 <ul style="list-style-type: none"> - 모바일 APP과 연동되어 측정정보가 자동전송되는 활동량계 제공 가능 - (주요 측정·전송 정보) 서비스 참여자의 보행수, 보행시간, 보행거리, 소모칼로리, 실시간 심박수 등 • 기타 디바이스 <ul style="list-style-type: none"> - 체중·혈압·혈당 등 건강 수치 모니터링이 필요하다고 판단되는 경우 체성분계, 혈압계, 혈당계를 제공할 수 있음 • 기타 유의사항 <ul style="list-style-type: none"> - 서비스 제공을 위한 디바이스를 사업 실시 전 구매하여 대상자에게 제공 - 디바이스는 보건소에서 자율적으로 선택하여 제공함 <ul style="list-style-type: none"> ※ 연동가능한 디바이스에 대한 정보는 한국건강증진개발원 모바일 헬스케어 오픈 aPi 홈페이지를 통해 연중 안내 (http://www.khepi.or.kr:8090/mhcOpenAPI/) - 제공된 디바이스는 보건소 여건에 따라 대여 후 반납 또는 24주 서비스 종료자의 건강생활 지속 실천을 위한 디바이스로 제공 가능함 <p>〈건강관리 서비스〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강관리 서비스 <ul style="list-style-type: none"> - 활동량계 등 디바이스 연동을 통한 대상자 운동·건강정보 모니터링 - 운동일기 입력을 통한 실시간 1일 소모열량 평가 - 일일 식생활실천 미션 실천여부 입력을 통한 건강 식생활 실천 유도 - 식사일기 입력을 통한 실시간 1일 영양섭취량 평가 - 월 1회 식사사진 등록을 통한 영양사가 대상자 영양평가 • 건강정보제공 서비스 <ul style="list-style-type: none"> - (중앙 자동발송) 주1회 건강정보 콘텐츠 발송 - 보건소별 커뮤니티 운영 및 보건소 여건에 따른 건강정보 제공 • 쌍방향 건강상담 서비스 <ul style="list-style-type: none"> - 월 1회 건강전문 분야별 월간 자가관리 평가 및 보건소 전문가 집중상담 - 보건소별 커뮤니티 운영 및 상시 모바일 상담
	- 계속

구분	내용
사업 유형	<ul style="list-style-type: none"> • 미션부여 방법 및 랭킹 <ul style="list-style-type: none"> - 대상자 참여독려를 위한 보건소 내 커뮤니티 및 미션 운영 - 중앙(기본) 미션점수 외에 보건소별로 자율적으로 미션점수 부여(관리자 WEB을 통해 보건소별로 미션 및 기준, 점수 부여 가능) - 걸음 수 랭킹 : 걸음 수로 산출되는 랭킹, 전국 참여자 기준 순위가 나타나며 연령별 성별 순위를 확인할 수 있음 - 건강랭킹 : 서비스 이용 및 미션참여에 따른 랭킹, 전국, 연령대별, 보건소별 순위를 확인할 수 있음 • 우수 참여자(상위 랭킹) 인센티브 <ul style="list-style-type: none"> - 서비스 우수참여자 및 미션 참여자에게 인센티브(상품)를 제공할 수 있음 • 주의사항 <ul style="list-style-type: none"> - 대상자별 서비스 개시일에 따라 반영되는 랭킹 점수가 다를 수 있음을 대상자에 사전 안내하여 랭킹 산출에 대한 대상자 민원 사전방지 권장 <p>〈추후관리 서비스(24주)〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 모바일 헬스케어 서비스 참여 이후에도, 모바일을 통해 자발적인 건강생활실천이 이루어질 수 있도록 건강정보 제공 • 서비스 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 모바일을 통한 건강생활 자가 건강관리, 총 24주 - 서비스 내용 : 주 1회 건강정보 제공(시스템 상 자동 발송), 모바일 APP을 통한 자가 건강관리 서비스 이용 - 추후관리자 이용가능 서비스 : 활동량 · 체성분 · 혈압 · 혈당 측정, 식사일기, 운동일기, 걸음 수 랭킹 등 <ul style="list-style-type: none"> ※ 그룹설정예 따라 추후 관리자에게도 커뮤니티 글 게시 가능 • 6개월 참여 완료자 추후관리 모니터링 화면 <ul style="list-style-type: none"> - 추후관리 서비스 위치 : 관리자웹 > 메인화면 > 사업운영 > 대상자관리 > 완료대상자 관리 <ul style="list-style-type: none"> ※ 완료대상자의 추후 모니터링 및 콘텐츠 발송이력 등을 볼 수 있는 화면

타. ICT 융합 방문건강관리

구분	내용
목적	지역주민의 자가건강관리 능력향상 및 허약예방 등을 통한 건강수준 향상
관련 법령	「국민건강증진법」 제3조; 「지역보건법」 제9조 · 11조; 「보건의료기본법」 제31조; 「공공보건의료에 관한 법률」 제7조
사업 유형	<p>〈기본 건강관리〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 계절 및 자연재난, 일상 속 안전에 대한 사전 교육과 상담을 통한 일상 속 자가 건강관리 역량 강화 • 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 방문건강관리사업 모든 대상자 • 건강관리서비스 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 미세먼지 및 황사, 폭염, 한파 등 계절별 주요 건강관리사항 교육 - 개인별 생활습관 상담, 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육 - 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육 - 독거, 은둔 등으로 지역사회와 단절되거나 학대, 방임, 가정폭력으로 인한 취약대상 발굴 <ul style="list-style-type: none"> ※ 독거노인, 외딴집에 살고 있는 대상자는 별도 비상연락망을 확보한 후 수시로 확인 필요

〈만성질환 관리 및 관리〉

- 목적
 - 고혈압, 당뇨, 비만 등 주요 만성질환으로 이환예방 및 증상관리, 합병증 예방을 위하여 건강행태 개선 및 만성질환 관리 역량 제고
- 대상
 - 일반검진 및 생애전환기검진 결과 건강문제(질환의심, 유질환자)가 있는 대상자
 - 건강위험요인 및 건강문제가 있는 등록관리 대상자
 - 보건소 내 진료실, 만성질환관리팀 등 타부서로부터 의뢰된 만성질환자
 - 지역사회 기관으로부터 의뢰된 만성질환자
- 건강관리서비스 내용
 - 건강위험요인 및 건강문제 현황 파악
 - 건강검진 결과확인 및 참여 안내, 결과상담
 - 만성질환자의 생활습관 상담, 건강생활실천 동기부여 및 합병증 예방 교육
 - 복용 약물에 대한 점검 및 상담
 - 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육
 - 재가암환자의 경우 암 증상조절 및 건강생활 실천을 위한 정보제공 및 지역연계

〈생애 주기별 및 특성별 관리〉

- 임신부 · 신생아 및 영유아 관리
 - 목적 : 임신부와 신생아의 잠재적인 건강문제를 조기 발견하여 체계적으로 관리
 - 대상
 - 모자보건팀에 산모신생아 도우미지원사업 신청자
 - 방문건강관리를 필요로 하는 산모와 영유아
 - 임부 혹은 분만 8주 이내 산욕기에 있는 산부
 - 출생 4주 이내 신생아 및 영유아
 - 건강관리서비스 내용
 - 고위험 임부 및 정상 임부의 건강문제 스크리닝
 - 산욕기 평가에 따른 산후 건강관리법 상담
 - 모유수유 등 육아관련 건강정보제공 및 상담
 - 발달단계에 따른 건강문제 스크리닝 및 영유아 건강검진, 예방접종 관리
 - 부모 · 자녀 간 상호작용 강화를 위한 정보제공 및 상담
 - 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등
- 다문화 가족 및 북한이탈 주민관리
 - 목적 : 건강위험요인 및 건강문제를 가진 취약계층인 다문화가족 및 북한이탈주민 관리
 - 대상
 - 다문화가족, 북한이탈주민
 - 건강관리서비스 내용
 - (다문화가족) 지지체계 확인 및 가족 내 의사소통 장애요인 파악
 - (다문화가족) 건강문제 문제해결 능력 강화를 위한 교육 및 상담
 - (북한이탈주민) 건강검진 및 예방접종 현황파악, 이용안내
 - (북한이탈주민) 감염병 예방, 여성건강 및 정신건강 등 개선을 위한 교육 및 상담
 - (북한이탈주민) 북한이탈주민정착지원사무소(하나원) 연계 건강상담 및 교육
 - (공통사항) 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육
- 장애인 재활관리
 - 목적 : 장애 조기발견, 2차 장애예방 및 재활치료 등 지속적 관리로 장애의 최소화 및 일상생활 자립능력 증진
 - 대상 : 기초 재활서비스가 필요한 재가 장애인
 - 건강관리서비스 내용
 - 기능증진을 위한 일상생활수행능력(ADL), 관절구축 예방운동 교육

- 기본 건강관리 : 위생, 영양, 피부관리(욕창관리, 체위변경), 구강위생관리 등
- 연하장애 · 호흡장애 관리, 배변 · 배뇨관리 교육 및 훈련, 저작능력향상을 위한 운동 교육
- 장애심화 위험요인을 가진 만성질환자를 위한 자가건강관리 교육
- 2차 장애예방을 위한 낙상 및 안전관리 교육
- 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등

• **중장년 고독사 위험군**

- 목적 : 중 · 장년 고독사 위험군 대상 고독사 예방
- 대상 : 고독사 예방 및 관리 시범사업 연계 의뢰 대상자
- 건강관리서비스 내용
 - 대상자별 맞춤형 건강관리 서비스 제공
 - 건강위험요인 및 건강문제 현황 파악
 - 미세먼지 및 황사, 폭염, 한파 등 계절별 주요 건강관리사항 교육
 - 개인별 생활습관 상담, 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육
 - 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육

4절

방문건강관리

1 보건소 방문건강관리

1) 보건소 방문건강관리의 이해

방문간호는 소외되거나 자가 관리 능력이 부족한 개인과 가정을 대상으로 지역사회 보건 서비스를 제공하는 중요한 보건의료서비스이다. 이는 지역사회 내에서 주민들의 건강증진과 질병 예방을 위해 필수적인 역할을 수행한다. 방문간호는 크게 보건소 방문간호, 노인 장기요양보험 재가 서비스의 방문간호, 의료기관 가정간호로 구분되며, 각기 다른 서비스 대상과 목적을 가지고 있다.

- **보건소 방문간호** : 지역 보건소에서 제공하는 방문간호 서비스로, 주로 취약계층이나 의료서비스 접근이 어려운 가정에 찾아가 건강 관리 및 예방 서비스를 제공
- **노인 장기요양보험 재가 서비스의 방문간호** : 노인 및 장애인을 대상으로 제공되는 방문간호로, 장기 요양이 필요한 사람들에게 자택에서 의료적 지원을 통해 생활 지원
- **의료기관 가정간호** : 병원에서 퇴원한 환자나 만성질환을 앓고 있는 환자가 가정에서 지속적으로 필요한 간호 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 서비스

(1) 보건소 방문건강관리의 추진경과

보건소 방문건강관리는 지역사회 기반의 보건 사업으로, 보건기관의 전문인력이 지역 주민의 가정이나 시설을 직접 방문하여 건강 문제를 가진 개인이나 가구를 발견하고, 질병 예방, 관리, 건강증진을 위한 적절한 건강서비스를 제공하는 프로그램이다. 이 과정에서 필요한 경우 의뢰나 연계도 이루어지며, 이를 통해 주민의 자가 건강 관리

능력을 향상시키고, 건강 유지와 증진을 도모한다.

우리나라의 보건소 방문건강관리 사업은 1990년대 일부 지방자치단체에서 시작되었다. 1995년에는 「지역보건법」에 근거를 마련하여 보건소 방문보건사업이 법적으로 정착되었다. 2001년에는 방문보건사업 표준 지침을 개발하고 보급하여, 전국 보건소에서 정규 인력을 통해 사업을 전면적으로 실시하게 되었다. 이후 2007년에는 전문 인력 2,000명을 확보하여 맞춤형 방문건강관리서비스를 운영하고, 2010년부터는 집중 관리 대상을 확대하여 다양한 서비스를 제공하였다. 2013년부터는 지역사회 통합건강증진사업의 일환으로 운영되었고, 2018년부터는 별도의 예산사업으로 분리되어 지속적으로 발전해오고 있다. 이 사업은 지역사회 주민들에게 건강서비스를 직접 제공하고, 주민들의 건강 인식을 높이는 데 중요한 역할을 하고 있다. 2026년부터 ICT 융합 방문건강관리가 도입되었다. 이는 개별사업으로 각각 추진되어 온 방문건강관리와 AI·IoT기반 어르신 건강관리의 융합방식의 본격적인 도입으로 어르신들의 선택권 존중 및 업무의 효율성을 확충하기 위한 것이다.

표 4-8 장기요양등급별 기능상태 및 인정점수

1990	일부 지방자치단체에서 보건소를 통하여 방문보건사업을 부분적으로 실시
1995. 12	지역보건법에 보건소 방문보건사업 법적근거 마련 - 제9조(보건소의 업무) 제12호 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업
1999 ~ 2000	공공근로사업의 일환으로 노인·저소득층 등 의료사각지대에 있는 계층을 대상으로 한시적으로 사업 실시
2001	방문보건사업 표준지침 개발·보급, 전국 보건소 정규인력을 통해 방문보건사업 전면 실시
2003 ~ 2004	대도시 방문보건사업 시범 실시
2005	지방자치단체 이관
2006. 8	보건소 방문보건사업 활성화 방안 수립 - 인력충원, 교육강화, 업무메뉴얼 보완 등 추진
2006. 9	「보건복지분야 사회서비스 확충 전략」 보고서 포함
2007. 4	「맞춤형 방문건강관리사업」 전문인력 2,000명 충원 및 사업 실시
2008. 10	맞춤형 방문건강관리사업에 재가암환자관리사업, 지역사회중심재활사업 통합운영
2009. 1	방문건강관리서비스 제공인력 2,700명으로 확대
2010. 1	집중관리 서비스 확대 실시
2011. 1	방문건강관리서비스 제공인력 2,750명으로 확대
2012. 1	북한이탈주민 건강관리사업 전국 확대 실시
2013. 1	지역사회 통합건강증진사업으로 운영
2017. 7	국정과제 17. 사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충 포함 추진
2018. 1	지역사회 통합건강증진사업으로부터 별도 예산 분리(사례관리 전달체계 개선)
2020. 11	~ AI·IoT기반 어르신 건강관리 시범사업 실시(24개 보건소)
2022	AI·IoT기반 어르신 건강관리 본사업 전환(86개 보건소)
2023	방문건강 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 통합모형 서비스 개발 연구 실시
2024	방문건강 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 실증연구 실시(4개 보건소)
2025	일부 지자체('25년 신규참여 지자체) ICT융합 방문건강관리사업운영 시범 적용
2026	ICT융합 방문건강관리사업 전국 시행

(2) 보건소 방문건강관리의 목적

보건소 방문건강관리 사업은 지역사회 주민들의 건강 인식을 제고하고, 자가 건강 관리 능력을 향상시키며, 건강 상태를 유지하고 개선하는 것을 주요 목적을 둔다.

구체적인 사업 목표는 다음과 같다.

- **지역 주민의 건강행태 개선** : 주민들이 자신의 건강 상태를 올바르게 인식하고, 건강한 생활 습관을 실천할 수 있도록 유도하며, 건강에 대한 지식을 향상시키는 것을 목표로 한다.
- **취약계층의 건강 문제 관리** : 취약 계층에 대해 정기적인 건강 스크리닝을 실시하고, 질병의 증상 조절을 지원하며, 치료 순응도를 높이는 등의 방안을 통해 이들의 건강 문제를 체계적으로 관리한다.

이 사업은 지역 주민들의 건강 수준 향상과 더불어, 특히 건강 취약계층의 건강 개선을 위한 중요한 역할을 수행한다.

2) ICT 융합 방문건강관리의 이해

(1) ICT 융합 방문건강관리의 정의

ICT 융합 방문건강관리란 건강관리가 필요한 지역주민을 대상으로 직접 가정 등을 방문하여 건강관리서비스를 제공하거나 ICT 기술을 활용한 비대면 건강관리서비스를 제공하는 것으로 ICT 기술을 활용한 비대면 건강관리는 65세 이상 어르신을 대상으로 한다.

(2) ICT 융합 방문건강관리의 목적

- 지역주민 대상 예방적 건강관리서비스 제공을 통해 주민의 자가건강관리 능력 및 건강 수준 향상
- 장기요양 진입 지연을 통한 불필요한 병원·시설 이용 방지

(3) ICT 융합 방문건강관리의 목표

- 금연, 절주, 식생활, 신체활동 등 건강행태개선
- 고혈압, 당뇨 등 만성질환 관리율 향상 및 합병증 예방
- 노인의 허약(노쇠) 속도 지연

(4) 서비스 구성 및 대상

ICT 융합 방문건강관리 서비스의 구성 및 대상은 [그림 4-14]와 같다.

① 방문건강관리서비스

가. 방문형태의 건강관리서비스가 필요한 지역사회 주민 누구나

- 흡연, 잦은 음주, 불규칙한 식생활, 신체활동 부족 등 건강행태 개선이 필요한 자
- 고혈압, 당뇨, 비만 등 만성질환 위험군 또는 만성질환자
- 노인(65세 이상) 중 노쇠예방 및 관리가 필요한 자

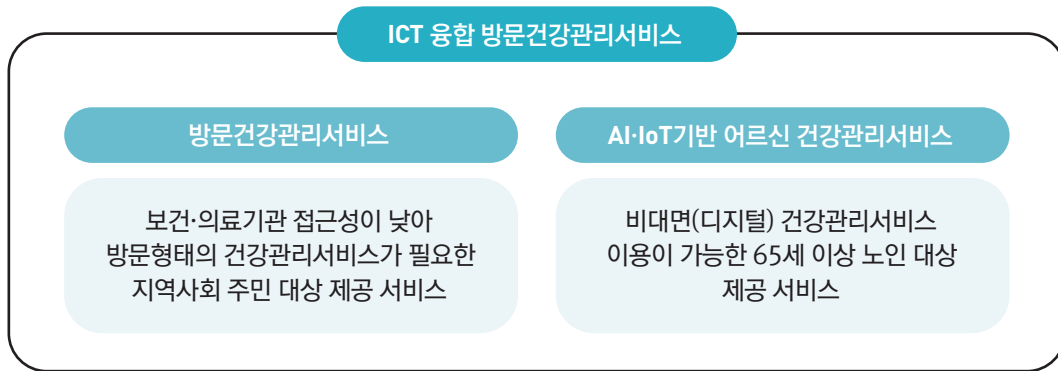


그림 4-14 ICT 융합 방문건강관리 서비스의 구성

출처 : 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2026). 2026년 통합건강증진사업안내(ICT 방문건강관리)

나. 우선순위 고려대상

- (연령 기준) 65세 이상 노인이며, 장기요양등급자도 포함(4~5등급 중심)
- (경제적 기준) 기초생활보장수급자, 차상위 계층 등
- (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 북한이탈주민, 중·장년 고독사 위험군 등
- (건강 특성) 관리되지 않는 만성질환자 및 만성질환 위험군, 장애인, 재가암환자 등

② AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스

가. 노쇠 및 만성질환 예방·관리, 건강행태 개선이 필요한 65세 이상 노인 중 디지털 건강관리서비스 이용이 가능한 자

: 선별조사를 통해 대면(방문건강관리) 또는 비대면(AI·IoT기반 어르신 건강관리) 서비스 대상 분류

나. 우선순위 고려대상

- (일반특성) 의료·요양 통합돌봄 연계 대상자
 - (경제적 기준) 기초생활보장수급자, 차상위 계층 등
 - (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 북한이탈주민, 중·장년 고독사 위험군 등
 - (건강 특성) 관리되지 않는 만성질환자 및 만성질환 위험군, 장애인, 재가암환자 등
- ※ 방문건강관리서비스와 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 중복 등록 불가

(5) ICT 융합 방문건강관리 서비스의 흐름 및 절차

ICT 융합 방문건강관리 서비스의 흐름 및 절차는 [그림 4-15]와 같다.



그림 4-15 ICT 융합 방문건강관리 서비스의 흐름 및 절차

출처 : 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2026). 2026년 통합건강증진사업안내(ICT 방문건강관리)

3) 방문건강관리 서비스의 절차

방문건강관리 서비스의 절차는 방문건강관리 등록 → 건강상태 스크리닝 → 군분류 판정 → 방문건강관리서비스 제공 → 재평가 등으로 진행된다.

① 방문건강관리 등록

방문건강관리 시스템 등록 및 개인정보 동의서 수령하고 등록한다.

② 건강상태 스크리닝

건강상태 스크리닝을 위해 건강면접조사표와 건강기초조사표 활용하여 실시하며 방문건강관리 건강상태 스크리닝 도구의 구성은 [표 4-9]와 같다.

표 4-9 방문건강관리 건강상태 스크리닝 도구의 구성

구분	항목	적용
생애주기별 건강면접조사표 (5종)	가. 임산부 대상 건강면접조사표	해당 연령에 따른 조사 수행
	나. 영유아 대상 건강면접조사표	
	다. 유아 및 어린이 대상 건강면접조사표	
	라. 청소년 대상 건강면접조사표	
	마. 성인 및 노인 대상 건강면접조사표	
대상 특성별 건강기초조사표 (6종)	바. 노인 대상 허약(노쇠)조사표	대상별 특성에 따른 건강기초조사 수행
	사. 우울 검사	
	아. 북한이탈주민 대상 건강기초조사표	
	자. 재가암환자 대상 건강기초조사표	
	차. 재가장애인 대상 건강기초조사표	
	카. 구강관리 기초조사표	

출처 : 서울시 통합건강증진사업지원단, 2026년도 지역사회 통합건강증진사업 안내: ICT융합 방문건강관리 안내서. p.23.

③ 군분류 판정

신체계측 및 건강면접조사 결과를 바탕으로 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군 등으로 군분류를 실시한다.

④ 방문건강관리서비스 제공

대상자 군별 서비스 내용은 [표 4-10]와 같다.

표 4-10 대상자 군별 서비스 내용

구분	집중관리군(필수)	정기관리군(필수)	자기역량지원군(선택)
방문 주기	3개월 이내 8회 이상	3개월마다 1회 이상	6개월마다 1회 이상
서비스 내용	건강위험요인 및 대상자 요구도에 따라 집중관리	대상자 상태에 따라 건강교육 및 상담	대상자 상태에 따라 건강교육 및 상담
사후평가(재평가)	8회 서비스 완료 후 평가	1년 이내 평가	1년 이내 평가

출처 : 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2026). 2026년 통합건강증진사업안내(ICT 방문건강관리)

⑤ 재평가

대상자 군별 재평가를 실시하는데 평가시기는 집중관리군은 서비스 완료시(3개월에 8회 서비스 완료), 정기관리군은 필요시(1년 이내 재평가 권장), 자기역량지원군은 필요시(서비스 제공하는 경우)에 실시한다.

평가 결과에 따라 서비스 군 유지 또는 재배치, AI·IoT 서비스 전환, 퇴록 등이 결정된다.

4) AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 절차

AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 절차는 AI·IoT 어르신 건강관리 등록 및 군분류 → 오늘건강 앱 서비스(미션) 설정 → AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 제공 → 사후 평가 → 서비스 완료 및 관리 → 서비스 지속 및 퇴록 등으로 진행된다. AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스의 흐름도는 [그림 4-16]과 같다.

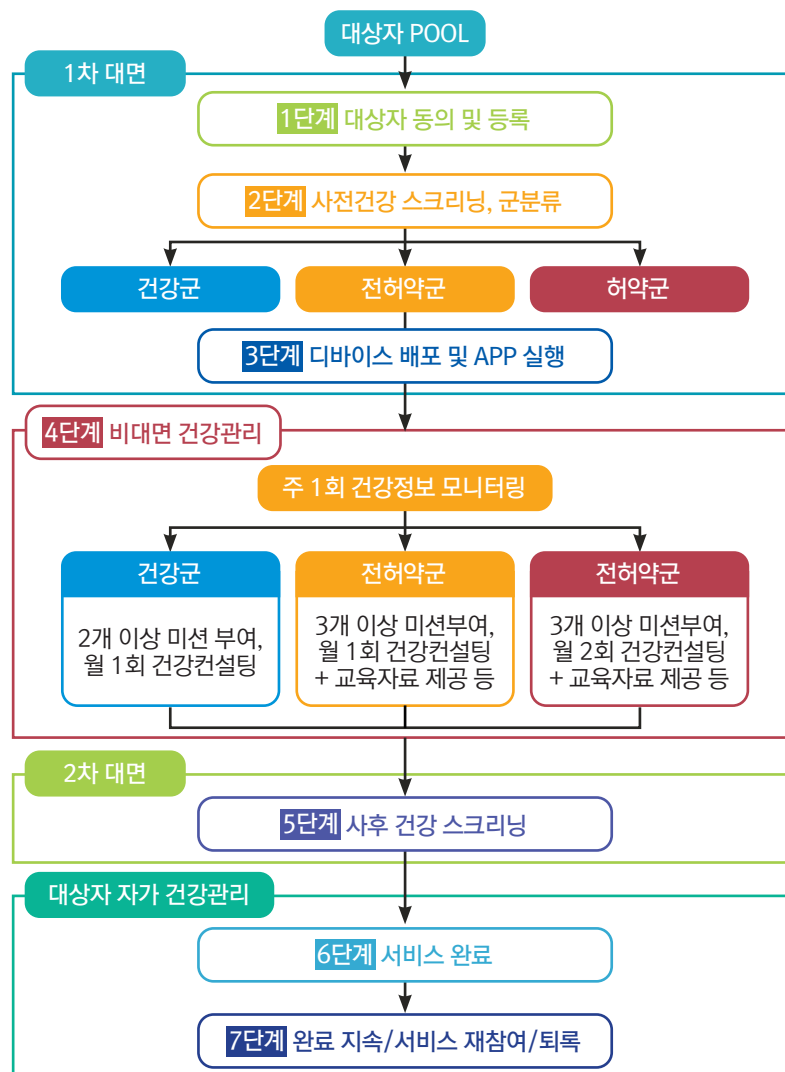


그림 4-16 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 흐름도

출처: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2026). 2026년 통합건강증진사업안내(ICT 부문건강관리)

① AI·IoT 어르신 건강관리 등록 및 군분류

AI·IoT 어르신 건강관리 시스템 등록 및 개인정보 동의서를 수령하고 등록하며 사전 건강 스크리닝을 실시하여 [표 4-11]과 같이 군분류를 실시한다.

표 4-11 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 군분류 기준

항목 구분	건강군	전허약(노쇠)군	허약(노쇠)군
전반적 허약(노쇠)	정상<2.5	2.5≤전 허약(노쇠)<4.5	4.5≤허약(노쇠)≤8
	and	or	and
사회적 허약(노쇠)	정상=0	전 허약(노쇠)=1	2≤허약(노쇠)≤5
	and	or	and
인지기능	4≤정상≤5	0≤인지기능저하≤3	

출처 : 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2026). 2026년 통합건강증진사업안내(ICT 방문건강관리)

② 오늘건강 앱 서비스(미션) 설정

군분류, 건강행태 및 어르신의 의견, 담당 간호사의 의견에 따라 미션을 선정하며 미션 수는 대상군 및 수행 능력에 따라 지정이 가능하며 건강관리군별 서비스 주기는 [표 4-12]와 같다.

표 4-12 건강관리군별 서비스 주기

서비스 구분	건강군	전허약(노쇠)군	허약(노쇠)군
미션	1개 이상	2개 이상	3개 이상
비대면 건강 컨설팅 및 맞춤형 건강정보 제공	필요시	월 1회 이상	월 2회 이상
모니터링 및 지지 메시지	월 1회	주 1회	

출처 : 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2026). 2026년 통합건강증진사업안내(ICT 방문건강관리)

③ AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 제공

가. 주기적 건강정보 모니터링

- 주 1회 단위로 현장 행정업무시스템(PHIS/MPHIS)을 통해 대상자 건강측정 데이터, 서비스 이용 현황 등 모니터링

나. 미션 실천 유도

- 오늘건강 앱 미션실천 유도

다. 건강상담

- 비대면 건강상담 및 맞춤형 건강정보 제공

④ 사후 평가

- 사후평가는 사전 건강 스크리닝 후 약 6개월이 도래한 시점에 1회 실시
- 사전 건강 스크리닝과 동일한 평가항목으로 대면평가 실시
- 대상자 건강상태 측정 및 건강위험요인 확인을 통한 상담·연계 서비스 제공
- 사후 만족도 조사를 통한 개선사항 도출

⑤ 서비스 완료 및 관리

- 사후평가를 실시한 대상자는 '서비스 완료' 처리
- 서비스 완료자는 직접적인 서비스 제공 없이 오늘건강 앱을 통해 대상자 스스로 건강관리 지속
- 서비스 완료자는 완료 처리일로부터 1년 후에 선별조사 결과에 따라 서비스 재등록 가능

⑥ 서비스 지속 및 퇴록

- 서비스 퇴록 시 오늘건강 앱 사용 불가
- 서비스 퇴록 시 모든 디바이스 회수 필요
- 퇴록자는 퇴록일로부터 1년 후에 본 사업의 서비스 재등록 가능

2 노인장기요양보험 방문간호사업

1) 노인장기요양보험 방문간호의 이해

(1) 노인장기요양보험 방문간호의 개념

노인장기요양보험제도는 65세 이상의 노인 및 치매, 뇌혈관 질환 등 노인성 질병을 가진 65세 미만의 자가, 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 경우, 장기 요양급여를 받을 수 있도록 하는 제도이다. 이 제도는 2007년 「노인장기요양보험법」 제정에 따라 시작되었으며, 주요 목적은 장기적인 요양을 필요로 하는 노인의 생활 지원을 강화하는 것이다. 장기 요양급여는 크게 재가급여, 시설급여 및 특별현금 급여로 구분되며, 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 주·야간 보호, 단기 보호 등이 포함된다.

노인장기요양보험에서 제공하는 방문간호는 재가급여의 일환으로, 수급자가 거주하는 가정에 간호사나 치과위생사가 직접 방문하여 신체적 간호, 처치, 교육, 상담, 구강위생 관리 등을 제공하는 서비스를 말한다. 특히, 치매 수급자에게는 치매 전문 교육을 이수한 간호사 또는 간호조무사가 방문하여 특화된 돌봄을 제공한다. 이와 같은 방문간호는 방문건강관리사업이나 의료기관에서 제공하는 가정간호와는 구별되며, 지역사회 중심의 장기요양급여로서 대상자와 제공 방식에 차이를 보인다. 한편, 방문 간호 급여는 동일한 날에 의료기관에서 제공되는 가정간호와 중복하여 이용할 수 없다.

(2) 노인장기요양보험 방문간호의 목적

노인성 질병이나 고령으로 인하여 일상생활을 독립적으로 수행하기 어려운 노인 등을 대상으로 제공되는 신체 활동, 가사 활동 지원 등의 장기요양급여는, 해당 개인의 건강증진과 생활 안정을 도모하며, 동시에 그 가족의 부담을 경감하는 것을 목표로 한다. 이러한 제도를 통해 궁극적으로 국민의 전반적인 삶의 질 향상을 추구한다.

2) 노인장기요양보험 방문간호의 내용

(1) 방문간호의 대상

노인장기요양보험 방문간호사업은 간호 및 처치, 예방 관리 등의 의료적 필요가 있는 수급자를 대상으로 제공된다. 방문요양 또는 방문목욕 서비스를 이용하는 1~4등급 수급자 중 간호 처치가 필요한 경우, 월 1회의 방문간호 서비스를 이용할 수 있으며, 이는 월 한도액과 관계없이 제공된다. 다만, 인정 조사표에 간호 처치가 필요한 증상이 하나 이상 기재된 수급자에 한하여 제공된다. 또한, 최초로 장기 요양 등급을 받은 1~5등급 치매 수급자는 등급을 받은 후 60일 이내에 최대 4회(월 2회)까지 본인 부담 없이 방문간호 서비스를 이용할 수 있다. 장기요양 등급의 구분은 [표 4-13]과 같다.

표 4-13 장기요양등급별 기능상태 및 인정점수

장기요양등급	심신의 기능상태	장기요양 인정점수
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자	95점 이상
2등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자	75점 이상 95점 미만
3등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자	60점 이상 75점 미만
4등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자	51점 이상 60점 미만
5등급	치매환자(「노인장기요양보험법 시행령」 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정)	45점 이상 51점 미만
인지지원 등급	치매환자(「노인장기요양보험법 시행령」 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정)	45점 미만

출처 : 국민건강보험공단. (2022). 노인장기요양보험. <https://www.longtermcare.or.kr>

(2) 방문간호의 내용

① 방문간호의 서비스 내용

방문간호서비스는 두 가지 형태로 구분된다. 첫째, 의사의 방문간호지시서를 기반으로 제공되는 서비스이며, 둘째, 의사의 지시 없이 간호사의 독립적인 판단에 따라 제공되는 서비스이다. 이 서비스는 간호사정 및 진단을 포함한 기본 간호뿐만 아니라, 욕창 치료 및 단순 상처 치료와 같은 간호적 처치, 검사 관련 안내 및 투약 관리에 대한 교육을 포함한다. 또한, 환자의 가족을 대상으로 하는 건강관리 교육, 식이요법과 같은 영양 관리 교육, 그리고 다양한 상담 서비스도 제공된다.

② 방문간호 이용 절차

방문간호서비스를 이용하기 위해서는 먼저 대상자가 건강보험공단에 장기요양인정 신청을 해야 한다. 신청이 접수되면, 건강보험공단은 대상자의 거주지를 방문하여 일상생활 활동, 인지 기능, 행동 변화, 간호처치, 재활 영역 등 기능적 상태와 필요한 급여의 종류 및 내용을 평가한다. 이후, 의사, 간호사, 사회복지사, 시·군·구 소속 공무원, 법률 전문가 및 장기요양 전문가로 구성된 장기요양등급판정위원회에 의해 심사된다. 이 위원회는 신청 일로부터 30일 이내에 장기요양 인정 여부와 적절한 장기요양 등급을 판정한다. 판정 결과, 대상자는 장기요양인정서와 표준장기요양계획서를 송부받고, 이를 바탕으로 방문간호기관과 급여 계약을 체결한 후 방문간호 서비스를 이용할 수 있다.

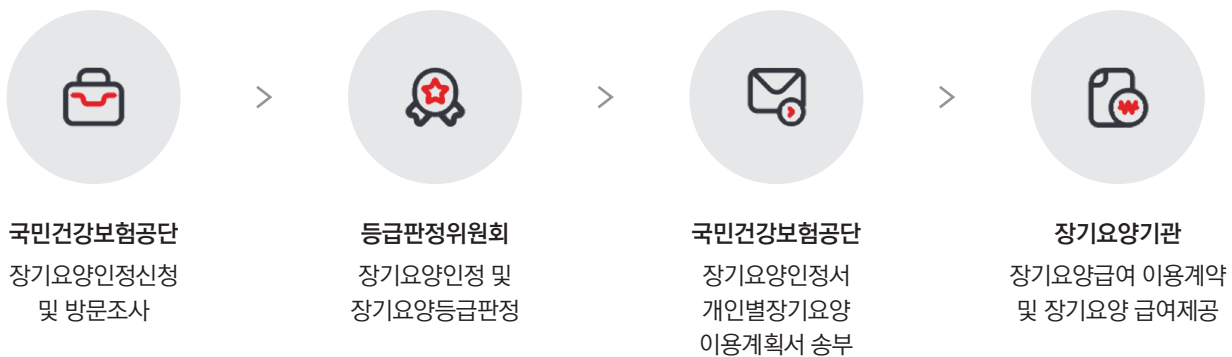


그림 4-17 노인장기요양 인정 및 이용절차

출처 : 국민건강보험공단. (2025). 노인장기요양보험. <https://www.longtermcare.or.kr/>

③ 방문간호 인력

방문간호서비스 제공을 위한 인력 기준은 관리책임자 1인, 간호사 또는 간호조무사 1인 이상, 그리고 치과위생사 1인 이상을 필수적으로 두도록 규정되어 있다. 의료기관이 방문간호를 수행하는 경우, 관리책임자는 상근하는 의사, 한의사 또는 치과의사 중에서 지정하여야 하며, 의료기관이 아닌 경우에는 재가장기요양기관이 방문간호서비스를 제공한다.

직접서비스 제공 인력은 일정한 자격 요건을 충족하여야 하는데, 간호사의 경우 간호업무 경력 2년 이상인 자로 한정되며, 간호조무사는 최근 10년 이내 간호보조 업무 경력 3년 이상을 보유하고, 방문간호 간호조무사 교육과정(총 700시간)을 이수한 자를 1인 이상 배치하여야 한다. 치과위생사는 방문간호 인력으로 참여할 수 있으나, 그 역할은 구강위생 관리 등 구강 관련 업무로 한정된다.

한편, 방문간호와 방문요양 또는 방문목욕 서비스를 병설하여 운영하는 경우에는 방문간호의 직접서비스 제공 인력인 간호사가 요양보호사 자격을 함께 보유하고 있을 때에 한하여 해당 업무를 겸직할 수 있도록 하고 있다.

3 의료기관 가정간호사업

1) 의료기관 가정간호

(1) 의료기관 가정간호의 개념과 도입배경

가정간호는 가정 내에서 개인 또는 가족의 건강 문제로 일상생활에 어려움이 발생하거나, 생명과 건강을 유지하며 질병이나 상해로부터 회복을 돕기 위한 포괄적인 건강관리서비스이다. 이는 병원에서 의뢰하거나, 개인 또는 가족의 요청에 따라 제공되며, 대상자에게 필요한 간호와 치료를 가정에서 제공한다.

대한간호협회 가정간호사회는 가정간호를 “가정전문간호사가 가정에서 질병이나 상해를 겪고 있는 대상자에게 병원과 긴밀히 협력하여, 병원에서 제공하는 것과 동일한 수준의 간호와 치료를 가정 내에서 제공함으로써, 질병과 장애로부터의 회복을 지원하고, 불필요한 입원이나 장기 입원으로 인한 의료비 부담을 줄이는 제도”로 정의하고 있다. 따라서, 우리나라에서 시행되고 있는 가정간호는 기존의 병원이나 의료기관에서 제공하던 간호 서비스를 가정 내에서 제공하는 것으로, 이를 위해 가정전문간호사가 직접 방문하여 치료와 간호를 시행한다. 이는 다른 나라에서 시행하는 가정관리(home care)나 가정건강관리(home health care)와는 개념과 사업 내용에서 차이가 있으며, 주로 병원과 연계된 의료서비스의 제공이라는 점에서 구별된다.

보건복지부에서 제시한 우리나라 가정간호사업의 도입 배경은 다음과 같다(보건복지부, 가정간호업무 편람, 2010). 첫째, 최근 만성 퇴행성 질환의 증가, 인구의 고령화, 그리고 각종 사고나 재해의 증가로 인해 거동이 불편한 인구가 급증하고 있다. 그러나 산업화와 핵가족화의 진행으로 인해 가족구성원들의 수발 능력은 감소하고 있어, 이에 따른 가정간호의 수요가 급격히 증가하고 있다.

둘째, 국민들의 의료서비스 이용 편의성 증대와 의료비 부담 경감을 위해 수요자 중심의 보건의료 제도 도입이 필요해졌다. 이러한 변화는 가정간호를 포함한 효율적이고 접근 가능한 보건의료서비스를 제공하는 중요한 계기가 되었다.

셋째, 의약분업과 진료비 지불 제도의 변화 등 보건의료제도의 전반적인 개혁에 대응하기 위해, 장기 입원이나 불필요한 입원으로 인한 의료자원의 낭비를 줄이고, 자원의 효율적인 활용을 극대화할 수 있는 입원 대체 서비스로서 가정간호의 필요성이 더욱 강조되고 있다. 이와 함께, 효율적인 가정간호 서비스의 도입이 요구되고 있다.

(2) 의료기관 가정간호의 목적과 목표

가정간호의 목적은 소비자, 공급자, 정부의 세 가지 측면에서 각각 설명할 수 있다.

① 소비자 측면

가정간호는 치료의 연속성을 유지함으로써 환자의 심리적 안정감을 증진시키고, 이로 인해 삶의 질을 향상시킬 수 있다. 또한, 의료서비스의 접근성을 개선하여 국민의료 이용에 있어 편의를 제공하며, 환자와 가족의 경제적 부담을 경감시킬 수 있다. 가정간호 서비스는 환자가 병원에 장기 입원하지 않고도 자택에서 지속적인 치료를 받을 수 있게 함으로써, 이러한 긍정적인 효과를 제공한다.

② 공급자 측면

가정간호는 환자의 조기 퇴원을 촉진시키고, 이를 통해 병원의 재원 기간을 단축시켜 병상 회전율을 높일 수 있다. 또한, 병원의 인적·물적 자원을 보다 효율적으로 활용할 수 있으며, 환자의 요구에 맞춘 맞춤형 서비스를 제공함으로써 의료 소비자의 만족도를 증대시킬 수 있다. 이러한 측면에서 가정간호는 의료 제공자에게도 효과적인 서비스 모델로 작용한다.

③ 정부 측면

정부 차원에서는 가정간호를 통해 국민의 의료서비스 접근성을 증대시키고, 보건의료 자원의 효율적 활용을 가능하게 하여 국민 의료비를 절감할 수 있다. 또한, 가정간호는 국가적인 차원에서 보건의료 체계의 효율성을 제고하며, 장기적인 의료비 절감 효과를 가져올 수 있다.

따라서, 의료기관에서 제공되는 가정간호 서비스는 환자와 그 가족에게 치료와 간호의 연속성을 제공하고, 이들의 삶의 질을 향상시키며, 질병으로 인한 경제적 및 신체적 부담을 경감시킨다. 또한, 환자와 그 가족을 대상으로 건강 관리 능력을 향상시키는 상담 및 교육을 제공하며, 환자의 건강 회복을 저해하는 요인을 조기에 발견하고 중재함으로써 보다 효과적인 건강 관리가 가능하도록 한다. 나아가, 가정간호는 인적·물적 자원의 효율적 활용을 통해 의료기관의 생산성을 높이고, 환자 의료비 부담을 경감시켜, 결과적으로 국민의료비 절감에도 기여한다.

2) 의료기관 가정간호의 이해

(1) 의료기관 가정간호의 대상

가정간호사업의 대상자는 주로 의료기관에서 퇴원한 환자와 외래 및 응급실을 방문한 환자 중, 의사 또는 한의사가 가정에서 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단한 경우에 제공된다. 구체적인 대상자는 다음과 같다.

① 수술 후 조기 퇴원 환자

수술 후 회복이 진행 중인 환자로, 병원에서의 입원 치료를 종료한 후 가정에서 추가적인 관리와 치료가 필요한 경우이다.

② 만성질환자

고혈압, 당뇨병, 암 등과 같은 만성질환을 앓고 있는 환자들로, 지속적인 관리가 필요한 환자이다.

③ 만성 폐쇄성 호흡기질환자

만성폐쇄성질환(chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 등과 같은 호흡기 질환을 앓고 있는 환자들로, 장기적인 치료와 관리가 필요한 경우이다.

④ 산모 및 신생아

출산 후 산모와 신생아를 대상으로 하는 간호 서비스로, 회복을 돕기 위한 가정간호가 제공된다.

⑤ 뇌혈관질환자

뇌졸중 등 뇌혈관질환을 앓고 있는 환자로, 지속적인 재활과 치료가 필요한 경우이다.

⑥ 기타 의사가 필요하다고 인정한 환자

위의 대상 외에도, 의사가 지속적인 가정간호가 필요하다고 판단한 환자들이다.

그러나, 가정간호서비스는 치료 목표가 달성되거나 환자의 상태 변화로 인해 더 이상 필요하지 않다고 판단되면 중단될 수 있다. 구체적인 퇴소 기준은 다음과 같다.

① 환자가 스스로 외래 진료를 받을 수 있는 경우

환자가 더 이상 가정에서의 간호를 필요로 하지 않고, 스스로 외래 진료를 받을 수 있는 경우이다.

② 월 1회 미만으로 가정간호 서비스가 제공되는 경우

가정간호 서비스가 월 1회 미만으로 제공되어, 지속적인 서비스가 더 이상 필요하지 않다고 판단되는 경우이다.

③ 질병 상태가 심각하여 가정간호 대상자로 부적합한 경우

환자의 질병 상태가 악화되어, 더 이상 가정간호가 적합하지 않거나 치료의 변화가 필요한 경우이다.

④ 환자가 사망한 경우

환자가 사망함에 따라 가정간호 서비스가 중단된다.

⑤ 의료인의 치료 및 간호 지시를 따르지 않는 경우

환자가 특별한 이유 없이 의료인의 치료 및 간호 지시를 따르지 않거나 치료 계획을 이행하지 않는 경우이다.

⑥ 기타 서비스 이용료 미납 등으로 서비스 제공이 불가능한 경우

서비스 이용료의 장기 미납, 가정전문간호사의 신변상 위협 등으로 인해 가정간호 서비스를 제공할 수 없는 경우이다.

이와 같은 기준을 통해 가정 간호서비스의 제공 여부가 결정되며, 환자와의 지속적인 협력과 평가를 통해 서비스의 적합성을 유지하고 있다.

(2) 의료기관 가정간호의 업무 범위

가정간호서비스는 「의료법 시행규칙」 제24조에 의거하여, 일부 검사, 투약, 주사, 치료적 의료행위 등은 반드시 의사의 진단과 처방에 따라 이루어져야 한다. 그러나 기본간호와 교육, 훈련 및 상담 등의 서비스는 간호사나 가정 전문간호사의 독립적인 판단에 의해 제공될 수 있다. 가정간호서비스의 주요 항목은 다음과 같다.

① 기본간호

기본간호 업무는 의사의 처방 없이도 가정전문간호사가 독자적인 판단 하에 제공할 수 있다. 여기에는 간호사정과 간호진단을 포함한 온냉요법, 체위변경, 마사지, 구강간호 등이 포함된다. 이는 환자의 상태를 안정시키고, 일상적인 건강 관리와 질병 예방을 지원하는 역할을 한다.

② 치료적 간호

치료적 간호 업무는 의사의 처방을 필요로 한다. 해당 항목에는 비위관 교환, 정체도뇨관 교환, 기관지관 교환 및 관리, 산소요법, 욕창 치료, 단순 상처 치료, 염증성 처치, 봉합사 제거, 방광 및 요도 세척 등이 포함된다. 이와 같은 치료적 간호는 주로 건강보험 진료수가 항목에 포함되어 있으며, 환자의 치료를 위한 구체적인 절차에 따라 이루어진다.

③ 검사 관련 업무

가정간호 서비스 제공 중 환자의 상태 변화를 모니터링하기 위해 의사가 처방한 검사를 실시할 수 있다. 가정에서 수행 가능한 검사로는 요당검사, 반정량 혈당검사, 산소포화도 검사 등이 있으며, 이 외에도 기타 검사를 위해 검사물을 채취하여 의료기관에 의뢰할 수 있다. 이러한 검사는 환자의 상태를 지속적으로 파악하고, 적절한 대응을 위한 기초 데이터를 제공한다.

④ 투약 및 주사

- **투약행위** : 가정간호 중 투약은 의사의 처방에 의해 이루어진다. 처방된 약물을 정확히 제공하여 환자의 치료가 지속적으로 이루어질 수 있도록 한다.
- **주사행위** : 주사행위 또한 의사의 처방에 따라 수행되며, 수액요법은 수액의 감시 및 속도 조절을 포함하여 필요한 관리가 이루어질 수 있다.
- **마약 관리** : 가정간호는 입원대체 서비스로 제공되므로, 가정간호 서비스를 받는 환자에 대해 입원환자와 동일한 마약 관리가 시행된다.

⑤ 교육 및 훈련

환자와 가족에게 건강관리에 필요한 교육을 제공하며, 이에는 식이요법, 운동요법, 처치법, 기구 및 장비 사용법 등이 포함된다. 이러한 교육을 통해 환자와 가족은 가정에서 자가 관리 능력을 향상시키고, 치료 과정에 대한 이해를 깊게 할 수 있다.

⑥ 상담

환자의 상태 변화에 대한 적절한 대처방법과 질병의 진행 과정 및 예후에 대해 상담을 진행하며, 주보호자와 가족의 문제, 환경 관리 등과 관련된 상담도 포함된다. 이를 통해 환자와 가족이 겪을 수 있는 심리적, 정서적 부담을 경감하고, 효율적인 건강 관리를 도울 수 있다.

⑦ 의뢰

가정간호 서비스가 종료된 후에도 지속적인 건강 관리가 필요한 환자에 대해서는, 희망에 따라 공공 보건기관 등으로 의뢰하여 후속적인 관리가 이루어질 수 있도록 한다. 이를 통해 환자는 적절한 후속 조치를 받을 수 있다.

이와 같은 가정간호서비스는 환자에게 지속적인 치료와 관리의 연속성을 제공하며, 병원 외에서도 질병 관리 및 회복을 돕는 중요한 역할을 한다.

5절

재택의료 시범사업

1 재택의료 시범사업의 개념**1) 재택의료의 정의**

재택의료(Home-based Medical Care)란 거동이 불편하거나 만성질환·노쇠·말기 질환 등으로 의료기관 방문이 어려운 환자를 대상으로, 의사·간호사 등 의료인이 환자의 거주지로 직접 방문하여 제공하는 의료서비스를 의미한다. 단순 방문진료를 넘어 의료 + 간호 + 돌봄 연계를 핵심 가치로 두고 있다.

2) 재택의료 시범사업의 정의

재택의료 시범사업은 의료기관 중심 치료체계에서 벗어나, 지역사회·가정 중심 의료체계로 전환하기 위한 국가 시범사업으로서, 외래·입원 중심의 의료 이용을 감소와 만성·노인 환자의 삶의 질 향상 및 지역사회 통합돌봄 기반을 구축하고자 함을 목적으로 추진되는 사업이다.

2 재택의료 시범사업의 추진 배경 및 목적**1) 재택의료 시범사업의 추진 배경****(1) 사회·보건환경 변화**

초고령사회 진입과 만성질환자·노인 환자 증가, 독거노인·거동불편자 증가 및 의료기관의 접근성 저하로 재택의료 시범사업이 진행되고 있다.

(2) 기존 의료체계의 한계

병원 중심·입원 중심 구조, 반복 입원 및 응급실 이용 증가, 퇴원 후 관리 공백 발생 등의 기존 의료체계의 한계에 직면하고 있다.

(3) 정책적 배경

지역사회 통합돌봄 정책 기반 및 노인장기요양보험과의 연계가 필요하며, 2026년 3월 통합돌봄지원법의 시행에 대비하여 진행되는 사업이다.

2) 재택의료 시범사업의 목적

거동불편 및 노쇠 환자의 의료 접근성을 향상시키고 불필요한 입원·응급실 이용 감소, 지속적·연속적 의료 제공, 의료·요양·돌봄 서비스 연계를 통해 지역사회 기반 1차 의료 강화 및 환자의 존엄한 삶과 임종 지원을 돕고자 한다.

3 재택의료 시범사업 대상 및 서비스 내용

1) 재택의료 시범사업 대상

(1) 대상 환자

거동이 불편하여 외래 진료에 어려운 자, 만성질환을 가진 노인, 중증 장애인, 말기 환자, 퇴원 후 지속적 관리가 필요한 자로 한다.

(2) 대상 의료기관

의원급 의료기관, 일부 병원(공공의료기관)급 의료기관, 재택의료 참여 등록기관 등이다.

2) 재택의료 시범사업 제공 서비스 내용

(1) 의사 방문진료

대상자 상태 평가, 진단 및 치료, 약물 처방, 질병 경과 관리, 연명의료 및 말기 관리 상담 등 이 서비스에 해당된다.

(2) 방문간호 서비스

활력징후 측정, 상처·욕창 관리, 투약 관리, 의료기기 관리, 환자·가족 교육, 건강상태 모니터링 등이 서비스에 해당되며, 특히 간호사의 역할이 매우 핵심적인 영역에 해당된다.

(3) 다직종 연계 서비스

방문간호, 방문요양, 방문재활, 사회복지 서비스 연계, 지역사회 자원 연계 서비스 등 이 다직종 간의 연계를 잘 이루어야 한다.

4 재택의료 시범사업 운영체계

1) 운영체계

(1) 운영 구조

주치의(의사) 중심 관리, 간호사 중심 방문관리, 지역 돌봄기관과 협력이 필수적이다.

(2) 서비스 흐름

대상자 발굴, 초기 평가, 재택의료 계획 수립, 방문진료·방문간호 제공, 지속적 모니터링, 필요시 병원 연계 순으로 진행된다.

의사, 간호사, 사회복지사 등이 가정을 방문하여 방문진료, 방문간호 및 기타 돌봄서비스 연계

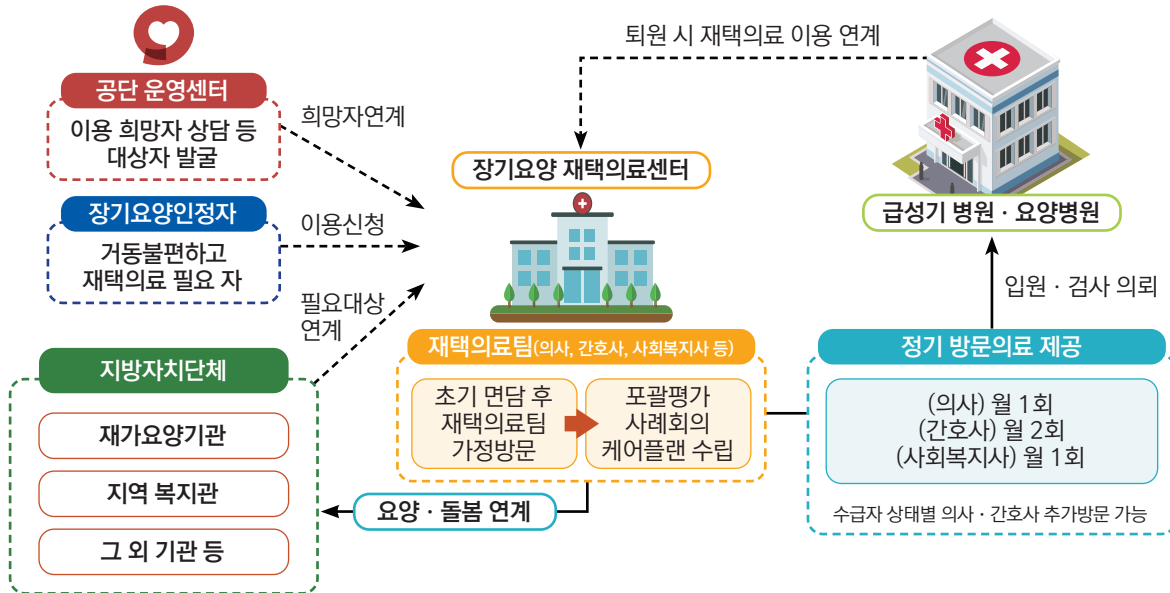


그림 4-18 재택의료 운영체계

출처 : 강환웅, (2024.01.16.). “복지부, 장기요양 재택의료센터 시범사업 추가 공모”. 한의신문, https://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=56369

2) 간호사의 역할

(1) 임상적 역할

건강사정, 증상 변화 관찰, 합병증 예방, 투약 관리 순으로 진행된다.

(2) 교육자 역할

대상자 자가관리 교육, 가족 돌봄 교육, 질환 이해 증진을 돕는다.

(3) 조정자 역할

의사와 대상자 간 의사소통, 지역사회 서비스 연계, 장기요양·복지 서비스 연결을 원활하게 한다.

(4) 옹호자 역할

대상자 권리 보호, 존엄한 돌봄 제공, 말기 대상자의 삶의 질 보장 등의 역할을 의미한다.

5 재택의료 시범사업의 기대 효과 및 한계

1) 재택의료 시범사업의 기대 효과

재택의료 시범사업의 기대 효과로는 대상자 삶의 질 향상, 가족의 돌봄 부담 감소, 의료비 절감, 불필요한 입원 감소, 지역사회 돌봄 체계 강화를 통한 간호 전문성을 확대하고자 한다.

2) 재택의료 시범사업의 한계와 과제

(1) 한계

인력 부족 및 의료수가 체계가 미흡하고 의료진의 부담 증가되며 지역 간 서비스 격차 등이 한계이다.

(2) 향후 과제

의료수가의 현실화, 간호사 역할 확대, 방문간호 제도 정비, 통합돌봄과의 연계 강화 ICT 기반 재택의료 확대 등이 지속적으로 해결해야 할 과제이다.



05

장

보건교육

1절 ▶ 보건교육의 이해

2절 ▶ 학습이론

3절 ▶ 보건교육 프로그램 개발과정

학습목표

1절 보건교육의 이해

1. 보건교육의 개념을 설명한다.
2. 보건교육의 필요성을 설명한다.
3. 보건교육전문가의 역할을 파악한다.
4. 우리나라 보건교육사제도를 파악한다.

2절 학습이론

1. 행동주의 학습이론을 설명한다.
2. 인지주의 학습이론을 설명한다.
3. 인본주의 학습이론을 설명한다.
4. 구성주의 학습이론을 설명한다.

3절 보건교육 프로그램 개발과정

1. ADDIE 모형을 설명한다.
2. 분석단계에서 요구사정 및 자료를 분석한다.
3. 설계단계에서 수행 및 평가계획을 수립한다.
4. 설계단계에서 교육방법 및 매체를 선정한다.
4. 개발단계에서 보건교육계획서를 작성한다.
5. 수행단계에서 보건교육계획서 기반교육을 실시한다.
6. 평가단계에서 평가유형에 따라 평가를 실시한다.



1절

보건교육의 이해

1 보건교육의 개념

1) 보건교육의 정의

‘교육(pedagogy)’의 어원은 그리스어 ‘pedagogos’로 ‘paidos(어린이)’, ‘agosos(인도하다)’에서 왔다. 교육의 정의는 인간의 잠재적 능력을 끌어내 좀 더 나은 상태로 발달시키는 것이다. 보건교육(health education)은 건강(health)과 교육(education)이 통합된 개념이라고 할 수 있으며, 좁은 의미에서는 보건이라는 주제를 가지고 교육하는 것을 말한다.

보건교육의 정의는 다음과 같다.

- 국민건강증진법 : 개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육
- 세계보건기구(WHO, 1998): 보건교육을 개인과 지역사회의 건강에 도움이 되는 지식을 향상시키고 삶의 기술을 개발하는 것을 포함하여 건강에 대하여 알고 행동할 수 있는 능력을 향상시키도록 구성된 학습의 기회
- 미국의 학교보건용어 제정위원회(Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology) : 개인, 집단, 지역사회가 건강을 결정하는 데 필요한 기술을 습득하며 정보를 얻을 수 있는 기회를 제공하는 것으로, 타당한 이론을 기반으로 한 모든 계획된 학습 경험의 조합
- Green 등(1980) : 보건교육은 건강에 도움을 주는 행동을 자발적으로 할 수 있도록 계획한 모든 학습경험들의 조합

즉, 보건교육이란 개인, 집단 및 지역사회에 다양한 교육 방법이나 기술적인 학습 경험을 통하여 대상자 스스로 바람직한 방향으로 건강을 유지·증진할 수 있도록 하는 것이다. 다시 말하면 ‘대상자의 지식, 태도를 변화시켜 건강에 유익한 행위를 자발적으로 하게 함으로써 건강을 확보하고 삶의 질을 향상시키는 것’이라 정의할 수 있다[그림 5-1].

2) 보건교육의 목적

교육은 인간의 발달을 위해 현실적인 교육 목적을 지향해야 하며, 현 시대에 맞추어 시대적 특성과 개인적 관점, 집단적 특성에 따른 다양한 목적을 반영해야 한다. 보건교육의 궁극적 목적은 개인 및 집단과 지역사회가 스스로 건강을 유지·증진할 수 있는 행위를 선택하고 결정할 수 있도록 능력을 높이며, 건강에 영향을 미

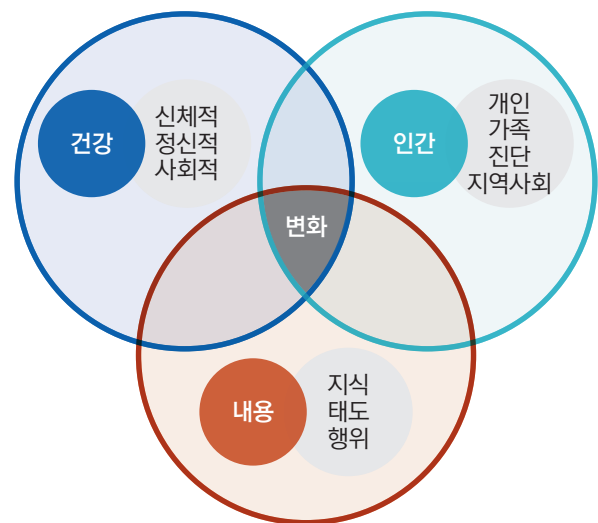


그림 5-1 보건교육에 대한 개념

출처 : 공은숙, 양경희 외. (2021). 보건교육학(제3판). 학지사메디컬.

치는 환경요인과 생활습관을 변화시킴으로써 삶의 질을 높일 수 있도록 하는 것이다.

이를 달성하기 위한 구체적인 목적은 건강에 관련된 지식, 태도, 행위를 변화시켜 건강을 증진하는 것으로서 건강에 관한 기본 지식을 습득·제공할 뿐만 아니라 건강행위를 충분히 할 수 있도록 태도 형성에 영향을 주는 학습경험을 제공하는 것이다. 세계보건기구(WHO, 1974)가 주최한 제1차 공중보건교육전문위원회에서 규정한 보건교육의 기본 목적은 개인과 지역사회가 질병을 예방하고 건강을 유지 및 증진할 수 있도록, 스스로 건강을 관리할 수 있는 능력과 능동적인 행위 선택 능력을 갖추도록 돕는 것이며 주요 목표는 다음과 같다.

- 개인의 건강 관리 능력 향상
- 건강증진과 질병 예방
- 건강 관련 기술 개발
- 지역사회의 건강 자원임을 인식

3) 보건교육의 필요성

국민건강증진법 제1조에 「국민건강증진법」의 목적을 “국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진하는 것을 목적으로 한다”라고 명시하고 있다.

보건교육이 건강증진사업에서 중요한 수단 중의 하나로서 상호 불가분의 관계를 갖고 있으며 보건교육의 필요성은 다음과 같다.

(1) 모든 보건 의로서비스의 기본 요소

세계보건기구에서는 보건교육, 영양, 예방 접종, 모자 보건 및 가족 계획, 음용수 및 기본적 위생, 풍토병 관리, 흔한 질병의 치료, 기본 의약품 제공을 건강을 누리게 하는 8가지 필수적인 보건 의로서비스로 제시하고 있다.

이런 영역의 보건 의로서비스는 독립적인 것이 아니라 서로 관련이 있으며, 인간의 건강을 결정하는 다양한 요인들이 영향을 준다. 보건교육은 개인과 집단의 건강을 결정하는 중요한 행동과 태도를 변화시키는 것이므로 반드시 필요하다고 할 수 있다. 즉, 보건교육은 기본적 보건 서비스의 기본 요소이면서 다양한 보건 서비스에 모두 포함되는 요소라고 할 수 있다.

(2) 보건에 관련된 최신 정보 제공

의학과 보건 관련 연구의 발전으로 보건 관련 정보가 날마다 쏟아지고 있으며, 그 변화의 주기 또한 짧아지고 있다. 더욱이 인터넷의 발달로 개인이나 집단이 스스로 원하는 보건 관련 정보를 찾아볼 수 있으며, 자신의 건강 문제에 대한 정보를 확인할 수 있게 되었다. 따라서 개인이나 집단, 지역사회가 보건 의료에 대한 최신 기술과 올바른 정보를 습득할 수 있도록 보건교육이 꼭 필요한 요소가 되었다.

(3) 개인, 집단, 지역사회 건강의 생활 양식 유지 및 증진

우리나라 2024년도 사망 원인 통계 1위는 악성 신생물(암), 2위 심장 질환, 3위 폐렴, 4위 뇌혈관 질환순이었다. 암과 심장 질환, 뇌혈관 질환은 그 주요 원인이 생활양식, 식습관과 관련이 깊다. 과도한 음주, 흡연, 불규칙한 식습관과 같은 이러한 생활 양식을 변화시키는 데 보건교육은 유용한 전략이 될 수 있다.

(4) 개인, 집단, 지역사회 건강 문제 해결 능력 향상

보건복지부는 제5차 국민건강증진 종합계획을 수립·발표하고 분과별 중점 과제를 제시했다. 이는 개인 스스로 관리해야 하는 영역과 개인이 속한 집단에서의 건강 관리, 인구집단별·범국가적 감염 예방 관리를 포함하고 있으며, 지역사회 자원 활용과 구축, 정보 기술을 통한 건강 환경 구축 또한 포함하고 있다. 개인 스스로 건강 문제를 인식하고, 스스로 관리할 수 있도록 보건교육을 실시하는 것은 필수적이며, 이것은 이들이 속한 집단 및 지역사회 내 건강 지표를 결정하는 중요한 요인이 된다.

보건 의료에 대한 사회 경제적 특성의 변화로 보건 의료에 대한 요구는 개인, 집단, 지역사회마다 스스로의 건강 관리 능력이 필요하게 되었으며, 자기 돌봄 능력을 향상시킴으로써 개인 및 가족, 집단에서의 건강 문제 해결 능력을 높여줄 필요성이 생겼다.

(5) 질병 예방 및 건강증진을 강조하는 시대

질병 양상이 급성 질환에서 만성 질환으로 변화하면서 개인의 생활 습관과 태도, 건강 행위의 변화로 질병 예방에 대한 인식이 높아졌으며, 보건교육을 통해 건강 관리를 습관화하여 질병 발생 전에 예방할 수 있는 자기 건강 관리 능력을 향상시킬 필요가 있다.

4) 보건교육의 내용

건강증진은 보건교육을 통하여 달성할 수 있으며 보건교육의 내용은 최적의 건강을 이루기 위하여 질병예방, 진단 및 치료, 재활에 이르기까지 전반적인 건강 연속선 상에서 다룰 수 있다.

「국민건강증진법」에서 제시하는 보건교육의 내용은 다음과 같다.

- 금연·절주 등 건강 생활의 실천에 관한 사항
- 만성 퇴행성 질환 등 질병의 예방에 관한 사항
- 영양 및 식생활에 관한 사항
- 구강 건강에 관한 사항
- 공중 위생에 관한 사항
- 건강증진을 위한 체육 활동에 관한 사항
- 그 밖에 건강증진사업에 관한 사항

2 보건교육전문가

1) 보건교육전문가의 정의

보건교육전문가는 “개인이나 집단, 지역사회 of 자기 건강 관리 능력을 향상시키고, 질병 예방을 위한 건강 행위를 하도록 유도하는 보건교육을 실제로 수행하는 자”로 정의할 수 있다.

국민건강증진법에서 보건교육은 “개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육”을 말한다. 즉, 보건교육전문가는 국민의 건강을 증진시키는 사업과 관련하여 종사하는 전문가들로, 보건교육을 직접 수행한다고 설명할 수 있다.

보건교육전문가는 보건 관련 업무를 수행하면서 그 현장에서 보건교육을 수행할 수 있으며, 보건관리자, 의사, 간호사, 보건교사, 물리치료사, 영양사, 보건교육사, 정신건강관리자 등 여러 영역에서 다양하게 이루어질 수 있다.

건강증진사업을 성공적으로 추진하고 그 성과를 높이려면 주민들의 보건에 대한 의식행태 수준을 높여 건강생활을 습관화하도록 해야 하며, 이를 위해서는 보다 체계적이고 효율적인 보건교육사업을 계획, 수행, 평가할 수 있는 보건교육 전문인력이 배치·활용되어야 한다.

2) 보건교육전문가의 자질

보건교육전문가는 교수 방법, 교육 심리학, 교육 과정 개발 등 교육학, 환경 보건, 인구학, 생물학, 보건학을 비롯한 공중 보건과 심리학, 사회학, 사회 심리학 등 행동 과학에 대한 지식을 갖추어야 하며, 보건교육에 의한 행위 변화의 과정을 이해하고 보건교육을 단계에 맞추어 적절히 수행할 수 있어야 한다.

또한, 좋은 보건교육전문가가 되기 위해서는 종사하고 있는 자신의 일에 대한 능력뿐만 아니라 지혜와 열정을 소유하고 성실, 정직, 책임감과 공정성 등의 추상적 덕목과 관찰력, 사고력, 언변, 해학, 관련 지식, 기술 및 기능과 같은 구체적 능력을 갖추 필요 있다.

보건교육전문가가 되기 위해 필요한 자질은 다음과 같다.

- ① 좋은 대인관계 정립
- ② 정확한 의사소통 기술
- ③ 대상자의 적극적인 참여 촉진
- ④ 대상자의 평가 참여
- ⑤ 편견 배제

그 외에도 보건교육 과정을 위한 교육과 관련된 자료 수집과 분석, 보건교육의 요구를 사정하고, 보건교육 사업 계획 및 학습 지도 계획을 수립·수행하며 평가하는 능력을 갖추어야 한다. 또한 보건교육을 위한 기준 및 지침으로서의 법과 정책을 이해하고 자원을 형성하며 환경을 조성할 수 있는 전문적 역량이 필요하다.

3) 보건교육전문가의 역할

보건교육전문가가 보건교육을 수행하게 되는 실무 현장은 매우 다양하며, 그 현장은 지역사회, 산업체, 학교, 의료

기관으로 나누어볼 수 있다[표 5-1].

표 5-1 보건교육 실무 현장

구분	내용
지역사회	<ul style="list-style-type: none"> • 보건교육, 금연 사업, 절주 사업, 영양 관리 등 건강 생활 실천, 모자 보건 • 노인 보건 등 인구 집단 건강 관리, 만성 질환 관리와 감염성 질환 관리 • 구강 건강 관리
산업체	<ul style="list-style-type: none"> • 「산업안전보건법」에 명시되어 있는 보건 교육
학교	<ul style="list-style-type: none"> • 영양 교육, 구강 보건교육, 질병 예방 교육
의료기관	<ul style="list-style-type: none"> • 처방 순응 교육, 질병 관리 교육, 질병 예방 교육
기타	<ul style="list-style-type: none"> • 인구보건복지협회, 건강관리협회, 대한보건협회, 국민건강보험공단 • 대한적십자사, 각종 의료인 단체, 금연운동협의회 등

개인, 집단, 지역사회를 대상으로 건강한 생활양식으로 변화시키기 위한 우리나라의 보건교육전문가(보건교육사)의 주요 역할을 살펴보면 다음과 같다.

- ① 개인, 조직, 지역사회 요구도 진단
- ② 보건교육, 건강증진사업 기획, 수행, 평가
- ③ 보건교육 방법 및 교육자료 개발
- ④ 보건교육, 건강증진서비스 연계 및 조정
- ⑤ 보건교육 프로그램의 관리 및 행정
- ⑥ 보건교육 자원으로서의 활동
- ⑦ 건강정보 생성과 확산
- ⑧ 보건교육을 위한 지원 및 의사소통 등

3 보건교육사제도

1995년 「국민건강증진법」이 제정되면서 보건교육이 건강증진을 위한 중요한 방법으로 적용되어왔다. 2003년 국민건강증진법이 개정되면서 국민건강증진사업 관련 법인 또는 단체 등은 보건교육사를 채용하도록 권장한다고 규정하였고, 2008년 국민건강증진법이 전면 개정되면서 보건교육사 국가자격증화가 법률로 공표되었다. 이에 2010년부터 보건교육사 국가공인자격시험을 시작하였다.

현재 보건교육사는 보건교육사 1급, 2급, 3급으로 분류되며 각 등급에 해당되는 보건교육사 시험에 응시하여 합격하면 보건복지부장관이 교부하는 자격증을 취득할 수 있다[표 5-2~5].

표 5-2 보건교육사 직무내용 및 자격기준

구분	직무내용	자격기준(국민건강증진법 시행령 제18조제1항 별표2)
보건교육사 1급	지역사회 및 국가단위의 다차원적인 보건교육사업의 수행과 연구업무를 주로 수행함	보건교육사 1급 시험에 합격한 자
보건교육사 2급	인구집단 및 생활터(setting) 중심으로의 보건교육 프로그램 개발 및 수행, 평가 업무를 주로 수행함	1. 보건교육사 2급 시험에 합격한 자 2. 보건교육사 3급 자격을 취득한 자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보건교육 업무에 3년 이상 종사한 자
보건교육사 3급	개인 및 개인간 수준의 보건교육 프로그램 개발 및 수행, 평가 업무를 주로 수행함	보건교육사 3급 시험에 합격한 자

출처 : 한국보건의료인국가시험원 보건교육사 응시자격(www.kuksiwon.or.kr)
한국건강증진개발원(<http://www.khealth.or.kr>) 보건교육사 자격관리시스템

표 5-3 보건교육사의 응시자격

구분	응시자격(국민건강증진법 시행령 제18조의3 제1항 관련)
보건교육사 1급 (2개항 중 1개 충족하면 응시가능)	1. 보건교육사 2급 자격을 취득한 자로서 시험일 현재 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보건교육 업무에 3년 이상 종사한 자 2. 「고등교육법」에 따른 대학원 또는 이와 동등이상의 교육과정에서 보건복지부령으로 정하는 보건교육 관련 교과목을 이수하고 석사 또는 박사학위를 취득한 자로서 시험일 현재 보건복지부장관이 정하는 고시하는 보건교육 업무에 2년 이상 종사한 자
보건교육사 2급	「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 이와 동등 이상의 교육과정에서 보건복지부령으로 정하는 보건교육 관련 교과목(필수 9과목 및 22학점 이상, 선택 4과목 및 10학점 이상)을 이수하고 전문학사 학위 이상을 취득한 자
보건교육사 3급	「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 이와 동등 이상의 교육과정에서 보건복지부령으로 정하는 보건교육 관련 교과목중 필수과목 5과목 이상, 선택과목 2과목 이상을 이수하고 전문학사 학위 이상을 취득한 자

출처 : 한국보건의료인국가시험원 보건교육사 응시자격(www.kuksiwon.or.kr)
한국건강증진개발원(<http://www.khealth.or.kr>) 보건교육사 자격관리시스템

표 5-4 보건교육사의 관련 교과목

구분	응시자격	제출서류
필수과목	보건교육학, 보건학, 보건프로그램개발 및 평가, 보건교육방법론, 보건교육실습, 조사방법론, 보건사업관리, 보건의사소통, 보건의료법규	총 9과목 및 총 22학점 이수
선택과목	해부생리, 보건통계, 보건정보, 인간발달론, 사회심리학, 보건윤리, 환경보건, 역학, 질병관리, 안전교육, 생식보건, 재활보건, 식품위생, 정신보건, 보건영양, 건강과 운동, 구강보건, 아동보건, 노인보건, 학교보건, 산업보건, 지역사회보건	총 4과목 및 총 10학점 이수

출처 : 한국보건의료인국가시험원 보건교육사 응시자격(www.kuksiwon.or.kr)
한국건강증진개발원(<http://www.khealth.or.kr>) 보건교육사 자격관리시스템

표 5-5 보건교육사의 시험과목

구분	시험과목(문제수)	
보건교육사 1급	1교시	1. 보건프로그램개발 및 평가 (20) 2. 보건교육방법론 (20) 3. 보건사업관리 (20)
보건교육사 2급	1교시	1. 보건프로그램개발 및 평가 (25) 2. 보건교육방법론 (20) 3. 보건사업관리 (20) 4. 보건의료법규 (20)
	2교시	1. 조사방법론 (25) 2. 보건의사소통 (25) 3. 보건학 (20) 4. 보건교육학(25)
보건교육사 3급	1교시	1. 보건프로그램개발 및 평가 (30) 2. 보건학 (30) 3. 보건교육학 (30) 4. 보건의료법규 (20)

출처 : 한국보건의료인국가시험원 보건교육사 응시자격(www.kuksiwon.or.kr)
한국건강증진개발원(<http://www.khealth.or.kr>) 보건교육사 자격관리시스템

2절

학습이론

학습이론(learning theory)은 특정한 행동이 특정 발달 단계에서 나타나는 것이 아니라 경험과 훈련으로 형성되는 것에 초점을 둔 이론이다. 학습(learning)은 학습자의 지식, 행동, 태도의 변화를 의미하며, 학습 과정에 영향을 미치는 요인은 학습자, 교수자, 교육 내용, 환경 변인 등으로 설명할 수 있다. 즉, 학습 이론은 학습자가 학습을 통해 지식을 습득하고, 처리하고, 보유하는 방식을 설명하는 이론이다.

행동주의 학습이론(behaviorism theory), 인지주의 학습이론(cognitive learning theory), 인본주의 학습이론(humanistic learning theory), 구성주의 학습이론(constructivism learning theory)의 특성을 알아보고자 한다.

1 행동주의 학습이론

행동주의 학습이론은 자극에 반응하는 유기체의 행동변화에 초점을 두어 경험을 통한 지식 습득의 결과가 행동의 변화로 나타난다고 설명하고 있다. 이 학습이론은 파블로프(Pavlov)로부터 시작하여 다양한 자극과 반응 유형을 포함하고 있다.

행동주의 학습이론의 기본은 다음과 같다.

- 행동은 강화에 의해 증가하며 처벌에 의해 억제된다.
- 행동은 이전의 경험에 의해 영향을 받으며, 다음 결과에 의해 더 큰 영향을 받는다.
- 즉각적이고 일관성 있는 강화가 효과적이다.

- 불규칙적인 강화가 오히려 행동을 오래 지속하게 한다.
- 원하는 보상일 때 행동이 증가되고 행동과 연결된 명백한 상벌이 행동을 강화시킨다.
- 욕구를 충족시키지 못하면 행위는 소멸된다.

행동주의 학습 이론의 대표적인 이론으로 파블로프(I. Pavlov)의 조건반사이론(conditioned response theory), 스키너(B.F.Skinner)의 조작적 조건형성(operant conditioning), 손다이크(E.L.Thorndike)의 시행착오적 이론(trial and error theory)이 있다.

1) 파블로프의 조건반사이론

고전적 조건반사이론이라고도 하며, 이 이론에서 학습은 자극(S)과 반응(R) 사이의 새로운 결합으로 만들어진다.

파블로프의 고전적 조건화는 무조건자극(unconditioned stimulus, UCS)과 조건자극(conditioned stimulus, CS)을 결합하여 무조건자극(음식물) 없이 조건자극(벨소리)만으로도 조건반응(타액 분비)을 얻는 것이다. 즉, 벨소리만 듣고는 타액을 분비하지 않았지만, 실험이 반복됨에 따라 벨이란 자극이 타액을 분비하는 반응을 수반하여 새로운 자극-반응의 결합이 이루어는 조건반응이 형성된 것이다.

이 실험을 체계적으로 설명하면 [그림 5-2]와 같이 조건형성 이전, 조건형성 과정, 조건형성 이후로 나누어서 생각해 볼 수 있다.

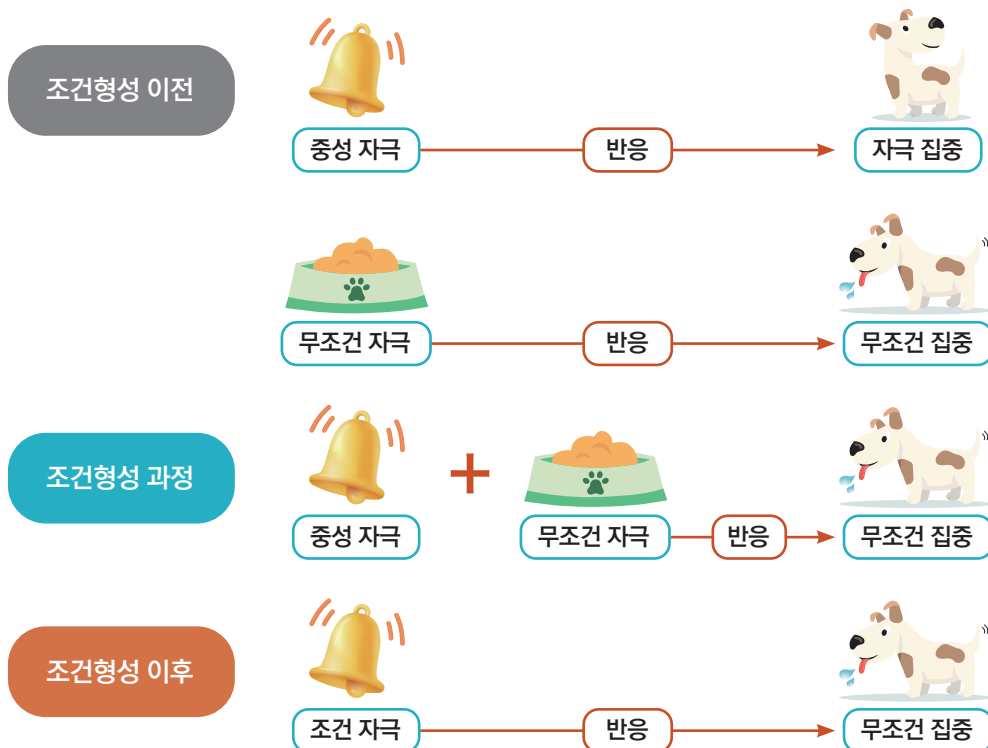


그림 5-2 파블로프의 조건반사이론

출처: 전미순 외. (2023). 보건교육학. 한울.

고전적 조건형성의 원리는 다음과 같다.

- **시간의 원리(즉시성)**: 어린 아동일수록 보상에 있어서 시간 간격이 짧아야 한다.
- **강도의 원리(점진적)**: 보상의 강도가 점차 강해져야 효과적이다.
- **일관성의 원리(일관성 · 동일성)**: 조건화가 이루어질 때까지 계속 동일한 조건을 부여해 주어야 한다.
- **계속성의 원리(지속성 · 반복성)**: 소거가 이루어지지 않도록 반복적인 지속이 필요하다.

2) 스키너의 조작적 조건형성이론

스키너 상자(Skinner box)는 동물 행동을 연구하기 위해 고안된 장치로서, 쥐가 먹이를 얻기 위해 레버를 누를 수 있는 상자로 통풍과 방음 설비가 되어 있다. 쥐가 레버를 누르면 먹이가 레버 옆에 있는 먹이 접시로 이동되고, 먹이 접시 위에는 실내 등이 있어서 상자 안을 비추게 된다. 상자에 들어간 쥐는 갖가지 행동을 하다가 우연히 레버를 누르고, 그 결과 먹이가 나오면 같은 행동을 되풀이하기 시작한다.

스키너는 쥐의 이러한 행동을 보고 쥐가 환경에 스스로 작용함으로써 결과를 생성해내는 것을 조작(operant)으로 설명했다. 이와 같은 절차가 학습되는 과정을 조작적 조건형성(operant conditioning)이라고 한다.

조작적 조건화는 자발적인 행동의 결과에 따라 그 행동이 증가하거나 감소하는 학습 과정을 말하며, 강화(보상)를 통해 행동을 증가시키고 처벌을 통해 행동을 감소시킨다.

강화(reinforcement)는 자극반응과 더불어 스키너의 조작적 조건화 이론을 구성하는 핵심요소이다. 강화란 행동을 강하게 유지시키는 것으로 독특한 형태 반응의 재발 가능성을 증대시키는 것이라고 하였다. 즉 강화란 어떤 반응이 일어나는 것을 조건부로 하여 강화자극을 제공함으로써 그 반응이 나타날 가능성을 높이는 조작이다. 이런 원리를 간단히 나타내면 ‘반응 → 강화자극’으로 표현할 수 있다.

강화원리는 단순히 반응의 비율을 높이는 것이 아니라 학습자에게 필요한 요소들을 충족시킴으로써 만족스러운 정서상태를 유발하고 행동의 변화를 가져오는 것을 말한다.

강화의 종류는 어떤 행동이 일어난 직후에 주어졌을 때 그 행동이 장차 일어날 확률을 높이는 자극인 정적 강화(positive reinforcers)와 어떤 행동이 일어난 직후에 제거했을 때 그 행동이 장차 일어날 확률을 높이는 자극인 부정적 강화(negative reinforcers)가 있다.

또한 벌(punishment)은 어떤 반응 뒤에 부정 강화물을 가하는 수여성 벌(presentation punishment)과 어떤 반응 뒤에 정적 강화물을 박탈하는 제거성 벌(removal punishment)이 있다. 벌은 반응을 약화시키는 절차로서 반응을 증강시키는 정적 및 부정 강화와 다르다. 즉 강화(reinforcement)에서는 반응의 빈도가 올라가고 벌(punishment)에서는 반응의 빈도가 내려간다[표 5-6].

표 5-6 조작적 조건화 형성의 주요 원리

개념	설명	예시
반응적 행동	• 반응은 구체적인 자극 때문에 유발되는 구체적 행동	• 불빛의 밝기가 변하면, 동공의 크기가 변화
조작적 행동	• 환경을 조작해서 어떤 결과가 남게 되는 행동으로 조작적 조건화에 의해 습득된 행동	• 읽기, 쓰기, 악기 연주, 식사, 운전 등
변별 자극	• 어떤 반응이 특정한 경우에만 강화를 받을 수 있어, 특정 자극이 제시되었을 때만 반응 발생	• 비둘기를 스키너 상자에 넣고 불이 켜졌을 때만 원판을 쪼는 행동을 강화함
강화	• 행동의 결과로 일어나는 것 -정적 강화: 좋아하는 것을 보상 -부적 강화: 싫어하는 것을 보상	• 정적 강화: 음식, 물 등 제공 • 부적 강화: 추위, 더위, 소음 등
벌	• 어떤 사람에게서 그가 원하는 것을 빼앗아 가거나 원하는 것을 줌으로써 반응을 약화하는 절차	• 야단치기, 좋아하는 장난감 뺏기 등

출처: 전미순 외. (2023). 보건교육학. 한울.

3) 손다이크의 시행착오적 이론

문제 상자를 만들어서 굶주린 고양이를 이 상자 안에 가두고 밖에서 먹이를 놓아두었다. 페달을 눌러야 문이 열리게 되는 빗장 장치를 해놓았으나 고양이가 의도적으로 페달을 누를 수는 없다. 다만, 상자 안에서 밖으로 나와 먹이를 찾기 위해 해매다가 우연히 페달을 밟게 되어 문이 열리면 나가서 먹이를 먹을 수 있다. 이 실험은 적어도 25회 정도 시행 횟수가 많아짐에 따라 정확하게 목표에 도달할 수 있게 된다. 고양이가 장치를 발견하기까지 예측 없이 시행한 반복적인 행동 결과인 성공 또는 실패 결과들을 시행착오(trial and error)로 설명하고 있다.

손다이크의 이론을 도구적 조건형성(instrument conditioning)이라고 하는데, 이것은 반응이 결과를 산출하는 데 있어서 도구적 역할을 한다는 의미를 지니고 있다. 이 시행착오적 이론과 파블로프의 이론과의 차이점은 반사적 행동이 아닌 자발적 행동, 즉 학습에 초점을 맞추고 있는 것이며, 동물의 행동은 자극과 반응의 신경적 결합으로 학습이 이루어진다고 설명할 수 있다.

손다이크는 학습의 3대 법칙은 다음과 같이 설명하였다.

(1) 효과의 법칙

반응의 결과가 만족스러우면 자극-반응 간의 결합이 잘 일어나 학습이 잘 되고, 불만족스러우면 결합이 약화되어 학습이 잘 이루어지지 않는 것이다.

(2) 연습의 법칙

연습을 하면 결합이 강화되고(사용의 법칙), 연습하지 않으면 결합이 약화(불사용의 법칙)된다는 것이다. 즉, 학습이 성립하기 위해서는 반복연습에 의한 특정한 반응의 성립과 문제 발생상황의 결합 강도를 높일 필요가 있다.

(3) 준비성의 법칙

어떤 행동을 행할 준비가 미리 갖추어져 있을 때 행동을 하면 만족감을 주고 준비가 갖추어지지 않은 상태에서 의 행동은 불만족을 초래한다.

2 인지주의 학습이론

인간을 능동적 학습자로 보고, 외부 정보를 단순히 받아들이는 것이 아니라 능동적으로 인지하여 정보를 수집하고 처리함으로써 학습이 이루어진다고 주장하는 이론이다. 행동주의 학습이론과 달리, 인지주의 학습이론은 인간 내면에서 일어나는 사고, 지각, 기억 등의 인지 과정을 중요하게 여긴다. 이 이론은 쾰러의 통찰이론, 톨만의 기호형 태이론, 그리고 앳킨슨과 쉬프린의 정보처리이론 등으로 이어지며 발달해왔다.

1) 쾰러의 통찰이론

쾰러(Wolfgang Köhler)는 침팬지 우리 속에 상자들과 막대기를 넣어놓고 천장에 손이 닿지 않도록 바나나를 매달아 놓았다. 침팬지들은 여러 행동을 하다가 포기하는 듯했지만, 결국은 올바른 해결책을 찾아내어 막대로 과일을 쳐서 떨어뜨리거나 상자를 바나나 아래로 끌고 가서 딛고 올라가서 바나나를 획득했다.



그림 5-3 쾰러의 침팬지 실험

학습은 반복과 보상에 의해 고정되는 자극과 반응(S - R)의 연합이 아니라 반복을 필요로 하지 않는 통찰에 의하여 전체적인 관계를 파악함으로써 이루어진다. 통찰이란 상황을 구성하는 요소 간의 관계 파악을 의미한다. 이 통찰을 흔히 아하현상(a-ha phenomenon)이라 한다.

통찰은 점진적인 이해가 아니라 즉시적인 이해를 의미하며 통찰학습은 순간적으로 문제를 이해하고 해결하는 것이다. 통찰학습의 과정은 먼저 문제 장면을 구조화된 전체로 지각하여 문제를 쉽게 해결하는 것을 포함하며, 문제의 해결은 단순한 과거 경험의 집약이 아니라 그의 경험적 사실을 재구성하는 인지구조변화의 과정이라고 볼 수 있다. 통찰에는 탐색적 과정을 통해서 이루어지는 일이 많으며 그 탐색은 단순히 우연만을 중시하는 시행착오와는 다르다.

2) 톨만의 기호형태이론

톨만(Edward Chace Tolman)이 통찰 이론과 레빈(K.Lewin)의 장 이론(field theory)에 영향을 받아 성립시킨 학습에 관한 이론이다. 학습은 단순히 자극-반응 경향의 강화 확립이 아니라 그 이상의 다양한 상황 속에서 가능하다는 것으로, 학습은 기호(sign)-형태(gestalt)-기대(expectation)의 관계, 또는 기호-의미 관계라는 것이다. 즉, 학습은 어떤 행동을 하면 어떤 결과가 생길 것인가를 배우는 것이며, 목표를 위한 수단을 배우는 일로 볼 수 있다는 것이다.

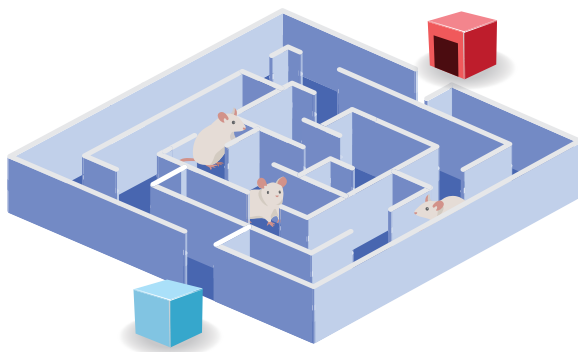
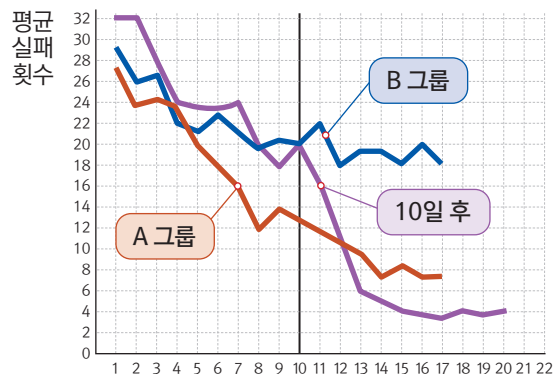


그림 5-4 톨만의 실험

출처: 전미순 외. (2023). 보건교육학. 한울.

3) 앳킨슨과 쉬프린의 정보처리이론

앳킨슨(Atkinson)과 쉬프린(Shiffrin)에 의해 체계적으로 정립되어 현대 이론으로 발전한 정보처리이론은 컴퓨터의 하드웨어, 소프트웨어 용어를 사용해서 인간의 인지과정과 컴퓨터의 정보처리과정을 비교한다. 즉, 인간의 뇌가 정보를 받아들이고, 처리하며, 기억하는 과정을 컴퓨터의 정보처리 과정에 비유하여 설명하는 인지심리학의 이론이다.

인간은 외부로부터 받은 정보를 감각기관을 통해 등록하고, 습득한 정보를 부호화하는 과정을 거쳐 저장하였다

가 필요할 때 꺼내어 사용하는 정신적인 조작으로 정보를 처리하는 과정을 통해 학습한다고 한다. 인간의 인지 과정이 감각 기억, 작업 기억(단기 기억), 장기 기억의 단계와 부호화(encoding), 저장(storage), 인출(retrieval) 등의 과정을 거친다고 주장한다.

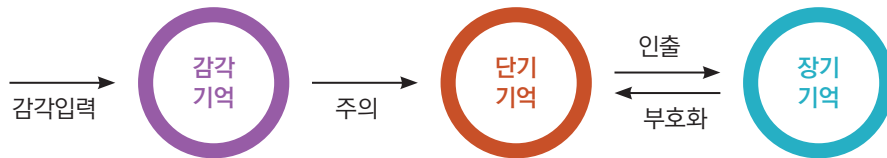


그림 5-5 정보 처리의 과정

출처 : 전미순 외. (2023). 보건교육학. 한울.

3 인본주의 학습이론

행동주의 학습 이론에 반대하여 인간의 잠재력을 최대한 개발해야 한다는 이론이며, 인간은 현재의 자신보다 더 향상되려는 기본 욕구를 가진다고 보았다. 즉, 인간의 존엄성과 자율성을 강조한 학습 이론으로, 학습이라는 것을 개인이 주변 환경과의 능동적인 상호작용을 통해 자아 성장과 자기 실현을 이루어가는 과정으로 보았다. 인본주의 학습 이론에서 중요하게 생각하는 것은 자기 주도적 학습으로, 학습자의 지적·정서적 변화보다 학습을 위한 동기 유발을 중요하게 보았다.

매슬로우(Maslow)의 동기의 위계이론과 로저스(Rogers)의 유의미 학습이론 등이 있다.

1) 매슬로우의 동기의 위계이론

매슬로우(Maslow)는 인간의 동기이론(motivation theory)을 통하여 인간은 무엇인가를 필요로 하는 결핍의 존재로서, 충족되지 않은 욕구가 행동을 일으킨다고 보았으며, 인간의 욕구는 계층화되어 있어서 하위 욕구가 충족되면 다음 단계의 충족을 위해 동기화된다고 주장하였다.

욕구의 위계는 1단계(생리적 욕구), 2단계(안전 욕구), 3단계(소속 및 애정 욕구), 4단계(자존감 욕구), 5단계(자기 실현 욕구)로 구성되어 있다.

이 이론에서는 욕구를 인간 본성의 일부로 보며, 이러한 욕구들은 강도에 따라서 위계를 이루어 배열된다. 특히 1단계(생리적 욕구)부터 4단계(자존감 욕구)까지의 욕구는 삶의 동기로 작용하며(결핍 인지), 마지막 욕구인 5단계(자아실현 욕구)는 성장의 동력(성장 인지)으로서 역할을 한다고 할 수 있다.

동기의 위계이론의 학습원리는 경험적 지식(직접)과 관찰적 지식(간접)을 토대로 자아실현을 추구하는 학습으로, 내재적 보상을 추구하는 내재 학습과 외재하는 사실이나 정보를 보상과 같은 수단으로 학습이 일어나는 외재 학습으로 이루어지며, 외재 학습보다 내재 학습을 더 중요시 한다.

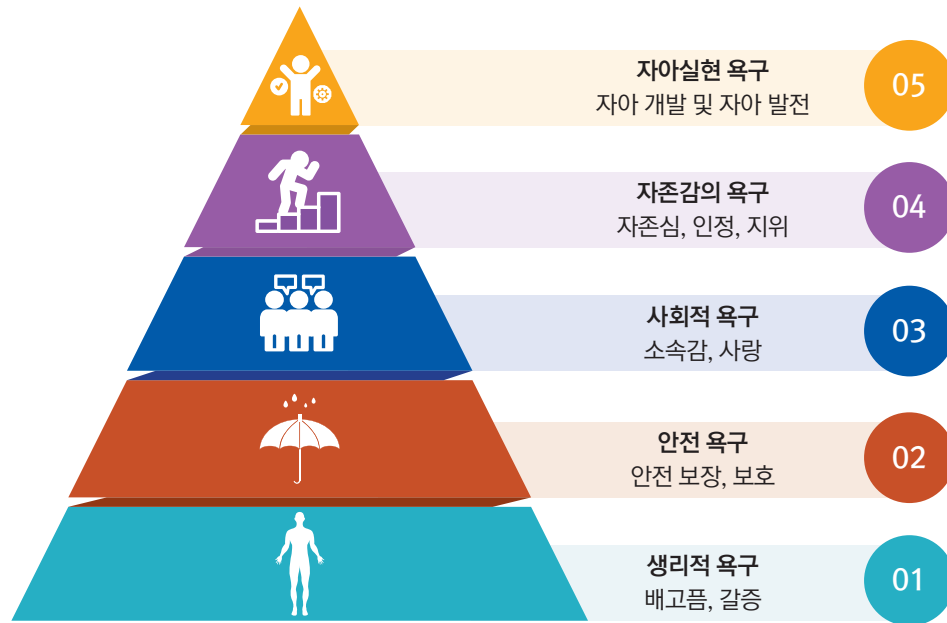


그림 5-6 매슬로우의 욕구 위계 이론 단계

2) 로저스의 유의미 학습이론

로저스(Rogers)는 학습을 무의미한 ‘인지적 학습’과 유의미한 ‘경험적 학습’으로 나누었다. 무의미한 ‘인지적 학습’은 기존의 지식을 학습자가 외워서 기억하는 것으로 이런 학습은 어렵고 쉽게 망각할 수 있다고 보았다. 유의미한 ‘경험적 학습’은 학습자의 학습하려는 욕구와 지적 호기심에 의한 학습, 자기 주도적 학습이라고 주장했다.

유의미 학습 이론은 다음과 같은 특징을 지니고 있다.

- 인간은 자연적인 학습 욕구, 세상에 관한 자연적인 호기심, 새로운 경험을 탐색, 동화하려는 욕구가 있기 때문에 이를 만족시켜 주어야 한다.
- 교육 내용이 학습자에게 관련성이 깊을 때 유의미하고 더 빠르게 학습된다.
- 외적 위협이나 지시가 감소할 때 더 많이 학습한다.
- 능동적 참여에 의한 학습은 수동적인 학습보다 훨씬 더 효과적이며, 자기 주도적일 때 더 많이 학습하게 된다.
- 학습자의 전인적 측면에 관련될 때, 즉 지적인 측면과 정의적 측면이 통합될 때 학습이 지속될 수 있다.
- 학습은 학습자의 자기 책임이 강조되고 자기 평가가 이루어질 때 효과가 있다.

4 구성주의 학습이론

구성주의는 ‘지식은 어떻게 형성되는 것’이며, ‘학습은 어떻게 이루어지는가’에 대한 이론, 곧 ‘앎의 이론’이다. 구성주의에서 구성이란 학습자가 스스로 의미를 구성해가는 과정이며, 학습은 환경과의 상호작용을 바탕으로 한 경험과 지식을 자신의 이해와 해석을 통하여 의미를 개발해가는 능동적인 문제 해결 과정이라 할 수 있다. 즉 지식은 외부에 존재하는 것이 아니라 인간에 의해 의미가 부여되는 것으로 모든 사람이 개인별로 다르게 구성되어져 사람의 마음에 내재하는 것으로 본다.

구성주의 이론은 2가지의 차원으로 지식을 구성하고 형성하는데, 개인의 인지적 작용에 주안점을 두는지 혹은 개인이 참여하고 속해 있는 사회와 문화적인 상황에 주안점을 두는지에 따라 인지적 구성주의와 사회적 구성주의로 나누어 볼 수 있다. 여기에는 피아제(Piaget)의 이론을 기초한 인지적 구성주의와 비고츠키(Vygotsky)의 이론을 기초한 사회적 구성주의가 있다.

1) 피아제의 인지적 구성주의

피아제(Piaget)의 발달심리 이론 기반의 인지적 구성주의는 지식의 본질과 형성과정에 있어 개인 내면의 인지를 중요시 한다. 학습은 새로운 인지구조를 창조하기 위해 의미를 변화시켜 나가는 과정에서 이루어지며, 이러한 정신적 활동을 통해 자신의 경험에 대한 개인적인 해석을 내리고 결과적으로는 인지구조의 변화 혹은 발달을 가져온다.

인지 도식(schema)의 형성은 새로운 지각에 대해 동화(assimilation)와 조절(accommodation)의 2가지 기제를 가진다. 즉 기존의 도식과 동질적인 개념이 지각되면 기존의 도식에 새로운 지각이 포함되어 기존의 도식을 강화하거나 동질적 개념이 증가하는 것을 동화라고 한다. 반면 새로운 지각이 기존의 도식과 이질적인 것은 조절이라는 기제를 거치게 된다. 그리고 이해되지 않는 새로운 지각을 이해하기 위해 기존의 도식을 새로운 인지구조로 발달시켜야 하며 이러한 과정을 조절이라 한다. 새로운 지각과 기존의 인지구조 사이의 인지 비평형이 인지 발달의 원인이 된다. 이처럼 개인이 자신들의 인지구조 속에서 동화와 조절이라는 능동적인 활동을 통해 새로운 지식을 변형하고 재구성해 받아들이는 일련의 과정을 거치면서 인지적 학습활동이 이루어지는 학습이다.

2) 비고츠키의 사회적 구성주의

사회적 구성주의에서 학습은 사회적 맥락 속에서 발생하는 것으로 보는 까닭에 학습에서 언어 및 사회적 상호작용의 중요성을 강조한다. 비고츠키(Vygotsky)의 사회적 구성주의에서 사회적 관계란 교수관계를 의미하는 것으로, 이때 학생을 교수하는 사람은 성인(교사, 부모)이거나 자신보다 더 능력 있는 또래를 의미한다.

개인의 인지적 발달은 대인관계가 이루어지는 사회적 상황에서 경험된 인지적 활동을 내면화과정을 통해 가능해진다. 즉 사회적 구성주의의 관점은 개인 내면의 인지적 작용과 함께 사회문화적 상호작용이 이루어지는 역동적인 과정으로 본다. 따라서 교사의 역할은 지식의 일방적이고 직접적 전달이 아닌 학습자 스스로 지식을 구성해가는 과정의 안내자·조언자·촉진자의 형태이다.

3절

보건교육 프로그램 개발과정

ADDIE 모형은 교육적 요구를 분석하여 해결 대안을 찾고, 이를 수행하기 위한 교육 과정을 설계, 개발하고 개발된 교육 프로그램을 수행하여 그 결과를 평가하는 체계적 접근 모형이다. 또한 교수체제 개발의 일반모형, 보편적으로 활용되는 모형, 교육 프로그램 개발의 기본모형이라 할 수 있다.

ADDIE 모형은 분석(Analysis), 설계(Design), 개발(Development), 수행(Implementation), 평가(Evaluation)의 5단계로 구성되며 각 단계를 나타내는 영어 단어의 첫 글자를 따서 ADDIE라고 부르게 되었다. 이 5단계는 선형적으로 이루어지기도 하고 순환적으로 이루어지기도 한다. 5단계의 한 사이클을 돌아 나온 평가 결과를 기반으로 다시 다음 사이클의 분석에 넣어 개선하면서 나선형으로 발전시켜 나갈 수도 있다. 각 단계는 피드백과 수정의 과정들이 복잡하게 얹혀 있다.

보건교육 프로그램 개발을 위한 ADDIE 모형은 **[그림 5-7]**과 같다. 단계별 특징을 살펴보면 분석 단계는 교수설계의 가장 초기단계로 학습내용을 정의하고 조직적으로 계획을 결정하는 단계이다. 요구 분석, 학습자의 특성, 환경, 직무 등에 대해 분석하여 어떠한 특성이 학습과정에서 중요한지 결정할 수 있다. 설계단계는 분석을 통해 파악된 문제점을 해결하기 위한 교육훈련 프로그램을 개발하는 단계로 교수방법을 구체화하는 과정이다. 수행목표 명세화, 평가도구 개발, 계열화, 교수전략 매체를 선정하여 교육훈련의 모습을 만들어낸다. 개발단계는 교수자료를 개발하고 제작하는 과정이다. 초안에 대하여 형성평가를 실시하고 이를 반영한 프로그램을 개발한다. 실행단계는 완성된 프로그램을 대상자에게 적용하는 단계이다. 프로그램의 지속적인 유지 및 관리 또한 실행단계에 포함된다. 평가단계는 개발된 프로그램 교수설계 과정의 효율성과 교수내용을 효과적으로 전달, 프로그램의 문제점 및 수정사항 등 총괄적 평가를 실시한다.

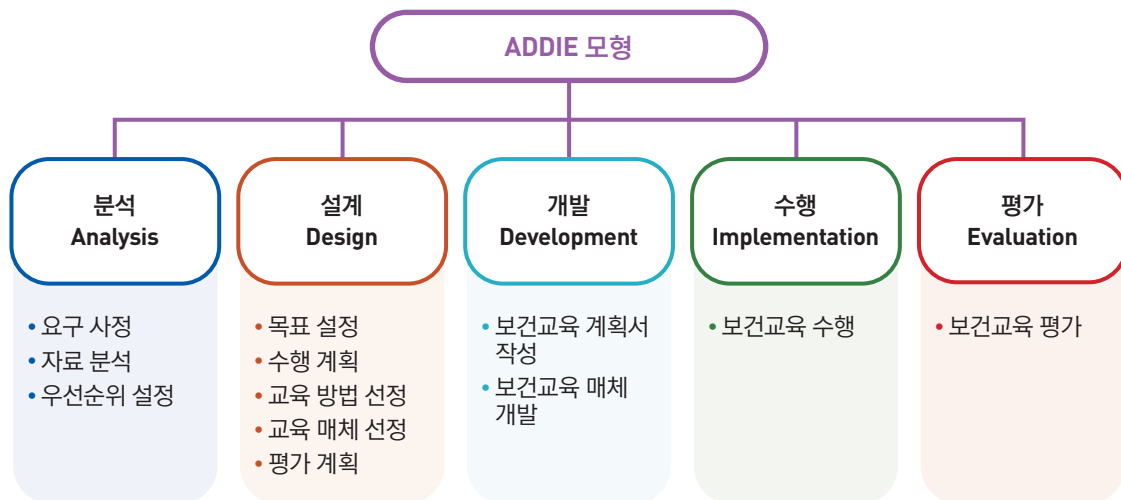


그림 5-7 ADDIE 모형

1 분석

분석(analysis)단계는 ADDIE 모형의 첫 번째 단계로서, 교육 프로그램의 방향성과 기초를 설정하는 핵심 과정이다. 학습과 관련된 요인들을 분석하는 것으로, 학습에 들어가기 전에 반드시 선행되어야 한다. 학습자가 누구인지 현재 어느 수준인지 학습자의 특성을 파악하고(요구사정), 학습자가 필요로 하는 것과 기대되는 것이 무엇인지 학습자의 요구(요구유형)를 분석한다. 교육 실재에 사용할 수 있는 물적 자원과 학습공간의 물리적 환경을 분석하며, 보건교육 대상자의 목표 달성을 위하여 필요로 하는 지식, 기능, 태도들을 파악하고 분석한다.

보건교육 전문가는 요구 조사 및 분석 단계를 통하여 대상자와 그가 속한 지역 사회의 건강문제를 어떻게 인식하고 경험하고 있는지를 확인할 수 있어야 한다. 또한 대상자의 문제 해결의욕, 자원, 기술의 정도를 포함한 보건 교육의 요구를 파악하고 분석결과에 근거하여 교육활동의 목표와 계획을 세우는 것이 가장 유효하고 현실적인 보건 교육 활동을 가능하게 함을 기억해야 한다. 분석 단계에서는 교육의 필요성, 학습자 특성, 학습 환경, 그리고 프로그램 설계에 영향을 미치는 다양한 요인을 체계적으로 파악한다.

1) 요구사정

요구란 현재 상태와 원하는 바람직한 상태 사이의 차이를 말한다. 교육 요구란 현 상태의 차이, 지식, 기술, 태도의 결함에 기인할 때 발생하게 된다. 보건교육 요구란 대상자가 건강 관련문제에서 바라는 바와 실제 수행수준 간에 존재하는 차이로 정의할 수 있다. 이 차이는 특정 건강문제에 대한 지식, 태도, 기술의 부족으로 보건 교육 요구를 사정하여 어느 부분이 부족한지 파악하여야 한다. 보건교육 요구를 사정함으로써 무엇을 교육하고 어느 정도 교육해야 하는지 규명할 수 있다.

요구 사정은 보건교육 담당자가 보건교육을 개발하기 위한 첫 번째 단계에 속하는 것으로 교육을 통해 대상자가 변화되어야 할 건강 관련 문제가 무엇인지를 찾아내는 단계이며, 보건교육 계획을 작성하기에 앞서 교육대상자의 지식·인식·태도·동기·가치관·기술·행위의도 등 학습요구를 사정하고, 잘못된 인식과 지식, 변화가 필요한 태도와 가치관, 기술의 습득이 필요한 부분 등을 확인하여 교육 계획에 포함시킨다.

보건교육 요구를 사정하는 단계는 다음과 같이 4단계로 진행한다.

- 1단계 과거에 어떠한 문제가 있었는지 확인하여 기준과 표준을 결정한다.
- 2단계 수집 대상, 수집 내용, 수집 장소 및 대상을 결정한다.
- 3단계 자료를 수집 및 분석한다.
- 4단계 보건교육 요구에 해당되는 문제의 본질과 내용을 기술한다.

학습자에 대한 학습 요구 사정과 준비 정도, 교육 환경에 대해서는 교수자, 학습자와의 관계, 물리적 환경을 사정한다.

(1) 요구 유형

브래드쇼(Bradshaw, 1972)는 요구를 [표 5-7]과 같이 네 가지 유형으로 제시했다.

표 5-7 브래드쇼의 요구 유형

요구의 유형	의미	요구 사정 방법
규범적 요구	• 전문가에 의해 규정되는 요구로 대부분 일정한 표준이나 준거들에 의해 설정되고 제시되며, 교육 대상자의 주관적 느낌이나 생각과는 차이가 있을 수 있다.	전문가 협의회
내면적 요구	• 학습자의 개인적인 생각이나 느낌에 의해 인식되는 요구에 따라 규정된다.	설문 조사
외향적 요구	• “다른 사람들은 어떠한 방법으로 그 문제를 해결하는가?” 등과 같이 학습자가 언행으로 표현하는 요구로 내면적 요구가 행위로 전환된 것이다.	보건교육 참여, 의료 시설 이용도 조사
상대적 요구	• 다른 집단과 달리 특정 집단만이 갖는 고유한 문제로 각기 다른 집단의 특성에서 비롯되는 요구이다.	전체 집단 평균과 비교

출처 : 전미순 외, (2023). 보건교육학. 한울.

(2) 학습자의 준비도 사정(PEEK)

보건교육을 계획하고 실시하기 전에는 교육 대상자의 특성과 학습 준비도를 면밀히 파악해야 한다. 학습자 준비도 평가는 대상자가 학습에 참여할 준비가 되어 있는지 확인하는 과정으로, 학습자가 교육 내용을 이해하고 수용하며 실제 행동으로 옮길 수 있는지를 판단하는 기초 자료가 된다.

학습자 준비도는 신체적(Physical), 정서적(Emotional), 경험적(Experimental), 지식적(Knowledge) 준비도의 머리글자를 따서 PEEK 요소로 구분한다[표 5-8].

표 5-8 학습자의 준비도 사정

구분	내용
신체적 준비도	신체적 기능 정도, 과업의 복잡성, 환경의 영향, 건강 상태 등을 사정한다. ㉠ 고령자나 만성질환자의 체력 · 시력 · 청력 수준은 교육 참여 가능성에 영향
정서적 준비도	불안 수준, 지지 체계, 동기화 정도, 위험행위, 마음 상태, 발달 단계 등을 포함한다. 대상자의 심리적 안정감과 변화 의지가 학습효과를 좌우한다.
경험적 준비도	학습자의 바람 정도, 과거 대처기전, 문화적 배경, 통제위, 가치지향점 등을 파악한다. 학습자의 경험은 새로운 정보를 해석하고 통합하는 데 영향을 준다.
지식적 준비도	현재 지식 수준, 인지적 능력, 학습장애 여부, 학습 유형(시각 · 청각 · 촉각 선호 등)을 사정한다. 이를 통해 학습자의 이해 수준에 맞는 교육 전략을 수립할 수 있다.

(3) 요구사정방법

요구 사정을 위한 자료를 수집할 때는 학습자의 실제 요구를 확인하는 데 가장 타당한 자료를 선택하여 수집하는 것이 무엇보다 중요하다. 자료는 자료원에 따라 1차 자료와 2차 자료로 분류한다.

① 1차 자료수집

- 설문 조사

조사 목적을 위해 응답자가 스스로 응답하는 방식으로 질문 항목과 응답란으로 구성된다. 질문은 주관적인 것을 피하고 객관적이고 조사에 합당한 내용으로 구성한다. 조사 방법으로는 구조화된 설문지, 면담 조사, 전화 면담 조사, 전자 우편 조사 등이 있다.

- 다단계 설문 조사(델파이 기법)

학습자의 요구를 파악하기 위해 전문가의 의견을 수렴하는 방법이다. 여러 단계의 자기 기입식 설문 조사 또는 우편, 전자 우편 조사 방법으로 표준화와 비표준화 도구를 활용한다. 광범위한 질문에서 시작하여 다수가 동의한 내용을 중심으로 점차 구체적인 설문지를 활용하여 합의를 얻어내는 방법이다.

- 대상 집단 면담

대상 집단의 여러 명을 한꺼번에 만나 직접 대화를 통해 요구를 알아내는 방법 이다.

- 초점 집단 면담

영향력을 미칠 수 있는 여론 지도자나 핵심 정보 제공자와의 면담을 통해 요구를 알아내는 방법이다.

- 관찰

접촉을 최소화하고 실제 상황과 행동을 관찰하여 자료를 수집하는 방법이다. 방법은 직접 관찰, 간접 관찰, 지역 시찰 등이 있다.

② 2차 자료수집

관심 있는 주제가 포함된 다양한 자료를 수집하는 방법이다. 각 정부 기관의 통계 자료, 대학 또는 연구소 등 비 정부 기관의 자료들이 해당된다. 정부 부처의 홈페이지를 이용하거나 인쇄되어 나온 문헌, 연구 자료, 기존의 조사 자료, 정부의 행정 자료 등을 활용한다.

2) 자료분석

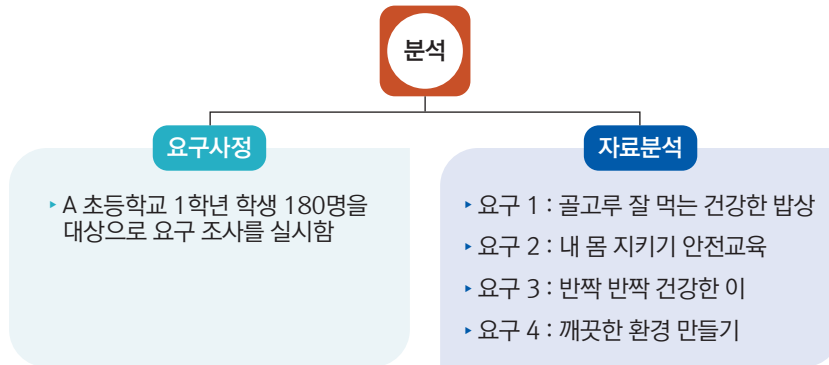
다양한 방법으로 수집한 자료를 분류 · 요약 · 정리하고 비교 · 확인하여 건강 문제를 확인한다.

자료 분석에서 다음의 사항들을 주의해야 한다.

- 분석에서 범하기 쉬운 실수 중 하나는 “모든 학습 대상자가 비슷할 것이다.”라고 가정하는 것이다.
- 교육 과정 및 내용 설계 후 이에 적합한 대상을 찾는 것은 바람직하지 않다.
- 교육 과정 설계자가 대상자에게 희망하는 특성을 기술하는 것은 바람직하지 않다.

ADDIE 모형 분석단계: 요구사정 및 자료분석

※ A 초등학교 1학년 학생 180명을 대상으로 보건교육에 관한 요구 조사를 실시하였고 수집된 자료를 분석한 결과 네 가지의 요구가 선정되었다.



3) 우선순위 설정

대상자의 보건교육의 요구를 조사한 후 분석하여 교육 주제를 도출한다. 주제 도출 후에는 한정된 자원으로 파악된 건강 문제 해결을 위한 가용 범위 내에서 우선순위를 결정하는 작업이 진행된다. 대상자의 교육 요구가 여러 가지일 때는 우선순위를 결정한다. 우선순위를 결정할 때에는 필수적 요구, 바람직한 요구, 가능한 요구 순으로 다음의 사항을 고려해야 한다.

- ① 보건문제의 범위: 많은 사람에게 영향을 미치는 문제
- ② 대상 집단: 개인, 가족, 특정 집단, 지역사회 전체, 정책 결정자 등
- ③ 연령: 영유아, 청소년, 성인, 노인 등
- ④ 보건문제 해결의 효율성: 경제적 측면과 인력자원을 고려한 효율성이 높은 문제
- ⑤ 대상집단의 접근 가능성: 교육 대상의 관심과 자발성 정도가 높은 문제
- ⑥ 이용 가능한 자원: 문제를 해결하는 데 필요한 지식이나 기술, 즉 효과적인 교육방법
- ⑦ 전문가 협조
- ⑧ 윤리적 문제

4) 보건교육 제목 또는 주제 선정

요구 조사 결과 우선순위가 결정되면 그 요구에 해당되는 보건교육 제목이나 주제를 선정한다. 제목이 광범위한 내용을 포함하는 데 비해 주제는 가장 핵심적인 내용을 담고 있다.

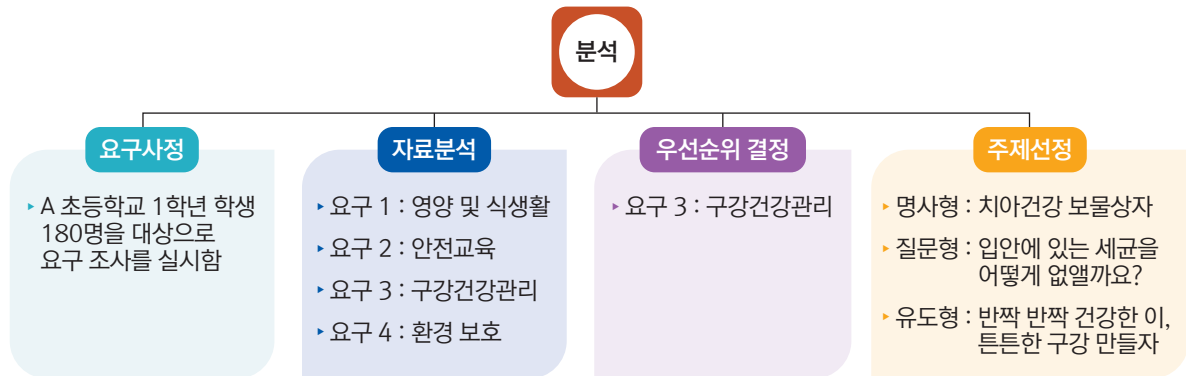
제목의 형태는 주로 명사형으로 기술하지만 질문형, 유도형으로 서술 가능하다. 명사형은 보건교육의 주제를 명사 형태로 나타낸 것이며, 질문형은 의문 또는 질문 형태로 기술한 것이다. 유도형은 주제를 능동적으로 ‘~을 하자’의 형태로 기술한 것이다[표 5-9].

표 5-9 제목의 형태에 따른 예

제목의 형태	제목 예시
명사형	침묵의 살인자! 고혈압
질문형	지금 당신의 혈관은 안전한가요?
유도형	고혈압을 관리하자

ADDIE 모형 분석단계: 우선순위 결정 및 제목 또는 주제 선정

※ 도출된 네 가지 요구의 우선순위 점수를 산출하여 가장 점수가 높은 1순위를 설정하고 제목 또는 주제를 제시한다.



2 설계

설계(design)는 분석 과정에서 나온 주제나 제목을 가지고 학습 목표를 설정하고 구체적 전략을 수립하는 단계이다. 행동적 수행 목표를 진술하고 수행 목표를 바탕으로 평가 도구를 개발하며, 학습 내용을 조직화하고 계열화한다.

1) 목적 및 목표 설정

교육이 계획적으로 이루어지기 위해서는 교육활동을 통해 실현되기를 바라는 목적(aims, goals)이나 목표(objectives)가 설정되어야 한다. 목적은 목표보다 포괄적이고 추상적이며 장기간에 성취될 수 있는 반면에, 목표는 구체적이고 실제적이며, 양적인 차원에서 설정될 수 있는 것으로 비교적 단기간에 성취될 수 있는 것이다. 목표는 교육을 통해 이루려는 최후의 결과로서 평가의 중요한 지침으로 활용된다.

학습목표(learning objectives)는 학습을 통하여 학생들이 지식, 기술, 태도에서 어떤 변화를 보여야 할지를 명확하게 알 수 있도록 진술하는 것을 원칙으로 한다. 또한 전반적인 교육과정의 방향을 설정해주고 안내하는 역할을 하므로 보건교육의 계획, 수행, 평가의 기준이 되기도 한다. 따라서 보건교육의 계획에 있어 구체적이며 달성가능한 목표설정이 매우 중요하다.

(1) 학습목표의 범위

보건교육을 위한 학습목표는 일반적 학습목표(*general behavioral objectives, GBO*)와 구체적 학습목표(*specific behavioral objectives, SBO*)로 구분된다. 일반적 학습목표는 학습과정을 통하여 대상자들이 갖추어야 할 기능과 역할에 대한 기술이다. 또한 구체적 학습목표에 대한 상위목표이며, 여러 개의 구체적 학습목표를 포괄할 수 있어야 한다. 구체적 학습목표는 학습과정을 마친 후 수행할 수 있는 과제나 임무에 해당되며, 그 결과를 관찰하고 측정할 수 있는 행동지침으로 제공된다.

(2) 학습목표설정의 원리

- ① 학습자 중심으로 기술한다.
- ② 학습의 결과를 기술한다.
- ③ 하나의 결과를 기술한다.
- ④ 행동동사를 사용한다.

학습목표를 기술할 때 행동동사가 갖추어야 할 조건은 [표 5-10]과 같다.

표 5-10 행동동사가 갖추어야 할 조건

RUMBA	내용
Real	현실적으로 표현되어야 한다.
Understandable	이해 가능해야 한다.
Measurable	측정 가능해야 한다.
Behavioral	행동적으로 표현되어야 한다.
Achievable	성취가능한 것이어야 한다.

(3) 학습목표의 분류

블룸(Bloom, 1956)은 학습목표를 인지적(*cognitive*), 정의적(*affective*), 심동적(*psycho-motor*)영역으로 구분하였으며, 각 영역을 복잡성과 깊이의 수준에 따라 구성한 후 이 분류에 따른 행위동사를 제시하였다. 보건교육자는 대상자의 요구에 근거하여 학습이 우선적으로 이루어지도록 강조해야 할 부분이 어떤 영역인지 결정하고, 대상자들에게 기대하는 복잡성과 깊이를 설정해야 한다. 그 후에 각 영역과 수준에 적절한 동사를 사용하여 목표를 구체적으로 진술해야 한다.

① 인지적 영역

인지적 영역의 학습목표는 지식의 증가와 이를 활용하는 능력을 나타내는 지적 영역이다. 가장 낮은 수준의 지식습득부터 가장 높은 수준의 평가까지 지식, 이해, 적용, 분석, 종합, 평가의 수준으로 분류된다[표 5-11].

표 5-11 인지적 영역의 행위동사

목표	내용	행위동사
지식 (knowledge)	정보를 회상해내거나 기억하는 것	정의하다, 반복하다, 기록하다, 나열하다, 기억하다, 지명하다, 연관하다, 밀줄치다
이해 (comprehension)	전달되는 내용을 알고, 제시되는 자료의 의미를 파악하는 능력	번역하다, 다시 쓰다, 묘사하다, 인식하다, 설명하다, 표현하다, 판명하다, 찾다, 보고하다, 검토하다, 말하다
적용 (application)	구체적이고 특수한 상황에 일반적인 규칙이나 이론을 사용하는 능력	해석하다, 응용하다, 채택하다, 이용하다, 시범하다, 각색하다, 연습하다, 운영하다, 개략하다
분석 (analysis)	자료를 여러 개의 구성요소로 나누고 각 부분 간의 관계와 조직된 방법을 발견하는 것	분류하다, 구별하다, 분석하다, 감별하다, 사정하다, 계산하다, 검증하다, 비교하다, 대조하다, 도표로 만들다, 목록을 조사하다, 비판하다, 검사하다, 해결하다
종합 (synthesis)	부분이나 요소들을 합하여 전체로 만드는 것	구성하다, 계획하다, 제외하다, 설계하다, 형성하다, 정리하다, 조립하다, 수집하다, 건립하다, 창조하다, 관리하다, 조직하다, 준비하다
평가 (evaluation)	주어진 목표에 대하여 자료나 방법이 지닌 가치를 판단하는 것	판단하다, 사정하다, 평가하다, 값을 정하다, 등급을 매기다, 선정하다, 측정하다, 개정하다, 선택하다, 채점하다, 감정하다

② 정의적 영역

정의적 영역은 교육을 통해 대상자의 느낌이나 정서가 변화하여 대상자의 성격과 가치체계로 통합되는 과정이다. 감수에서 인격화로 정의적 영역의 수준이 올라갈수록 성격과 가치체계의 통합이 증가한다[표 5-12]. 정의적 영역은 내적인 변화과정으로 관찰할 수 없기 때문에 학습목표를 정확히 기술하기 어렵다.

표 5-12 정의적 영역의 행위동사

목표	내용	행위동사
감수 (receiving)	어떤 현상이나 자극에 대하여 주의집중, 관심을 나타내는 것	수용하다, 유의하다, 집중하다, 경청하다, 허용하다, 가입하다, 참석하다, 관찰하다, 주의를 기울이다
반응 (responding)	어떤 현상이나 자극에 대하여 적극적으로 반응하는 것	조력하다, 동의하다, 보고하다, 대답하다, 설명하다, 표현하다, 선택하다, 시도하다, 참여하다, 수행하다, 출선하다, 실천하다, 노력하다, 반응하다, 기술하다
가치화 (valuing)	학습자가 가치를 가지고 있음을 타인이 확인할 수 있는 수준	요청하다, 가입하다, 조력하다, 설명하다, 진술하다, 자원하다, 시도하다, 완성하다, 시작하다, 정당화하다
조직화 (organization)	여러 종류의 가치를 통합하여 일관성 있는 가치체계 확립	완성하다, 변형하다, 배열하다, 고르다, 변경하다 일반화하다, 대비하다, 해결하다, 합성하다, 몰두하다, 비교하다, 통합하다,
인격화 (characteriation)	그 개인의 독특한 생활방식이 형성되는 단계	고수하다, 과시하다, 지속하다, 주장하다, 방어하다, 참아내다, 조력하다, 설명하다

③ 심동적 영역

심동적 영역의 학습은 관찰이 가능하기 때문에 확인하고 측정하기가 수월하다. 행동을 다루는 영역으로 근신 경의 협조, 신체기능, 건강생활 실천에 관계되는 영역으로 수준에 따라 지각, 태세, 안내에 따른 반응, 기계화, 복합외적 반응, 적응, 창조로 구분하였으며, 수준이 올라갈수록 신체적 기술수행능력이 증가한다[표 5-13].

표 5-13 심동적 영역의 행위동사

목표	내용	행위동사
지각 (perception)	시각, 청각, 촉각 등은 감각적 자극이나 단서를 통하여 대상을 알게 되는 과정	차이를 구분하다, 분리해 놓다, 기술하다, 발견하다, 선택하다, 고르다, 관련시키다
태세 (set)	어떤 활동이나 경험을 위한 준비를 갖추는 것	시작하다, 전시하다, 설명하다, 반응하다, 출발하다, 자원하다, 착수하다, 보이다, 옮기다
안내에 대한 반응 (guided response)	교육자의 안내에 따라 행동을 하는 것	
기계화 (mechanism)	학습된 반응이 습관화되어 행동수행에 자신감이 있는 것	조립하다, 측정하다, 해보이다, 고정시키다, 만들다, 조정하다, 칫수를 재다, 일하다, 분해하다, 해부하다, 분석하다, 조직하다, 스케치하다, 섞다
복합 외적 반응 (complex overt response)	고도의 기술이 습득되어 최소한의 시간과 에너지를 사용하여 활동을 수행할 수 있는 것	
적응 (adaptation)	신체적 반응이 필요한 새로운 문제 상황에 대처하기 위하여 기술이나 활동을 변경하여 수행할 수 있는 것	적응하다, 변경하다, 개정하다, 재배열하다, 변화시키다
창조 (origination)	새로운 활동이나 자료를 다루는 방법을 창안해 내는 것	

보건교육을 계획함에 있어 인지적, 정의적, 심동적 영역을 각각 고려하여 학습목표를 설정하며 각 영역 내에서도 점차 높은 수준의 학습이 이루어질 수 있도록 학습목표가 설정되어야 할 것이다.

2) 수행계획

(1) 학습내용 선정 및 조직

학습목표가 설정되면 학습내용을 선정하고 조직하는 일이 필요하다. 학습내용의 선정과 조직은 교육과정 계획에서 핵심적인 부분으로 어떠한 원칙과 원리를 통해 선정하고 조직해 나갈 것인가를 교육을 계획하고 실천해 나가는 데 매우 중요한 과정이다.

① 학습내용 선정원리

- 학습목표와의 부합성

학습내용은 학습목표를 달성하기 위한 것이므로 학습목표에서 제시하고 있는 범위 내에서 설정되어야 관련

된 경험과 기회를 제공함으로써 목표를 달성할 수 있다.

- **학습목표에의 타당성과 유의미성**

학습내용이 그 학문 분야에서 얼마나 본질적이고 기본적이며, 그러한 본질적인 내용을 얼마나 포함하고 있는지를 따지는 문제로 보건교육의 내용은 대상자의 건강향상에 꼭 필요하고 중요한 내용이어야 한다는 것이다.

- **학습내용의 유용성**

학습내용은 현실의 삶 속에서 쓸모 있고 가치 있게 활용될 수 있어야 한다는 것으로 보건교육은 학습자의 건강관리를 위해 현재와 미래에 기여하는 내용이어야 한다.

- **학습내용의 참신성과 신뢰성**

누구나 알고 있는 진부한 내용을 되풀이하는 학습 내용을 선정하지 않도록 해야 하며, 학습내용을 위한 자료는 출처가 분명하고, 과학적 근거가 뒷받침되어야 한다.

- **학습자와의 적합성**

학습내용은 학습자의 능력과 흥미, 필요에 맞는 것이어야 한다. 따라서 학습자의 지적, 정서적, 신체적 발달 단계와 선행학습의 정도, 학습 준비도 등을 검토하여 그에 적합한 학습내용이 선정되어야 한다.

- **다목적의 동시적 학습 경험**

한 가지 학습경험을 통해 여러 형태의 학습성과를 통합적으로 달성할 수 있도록 한다.

② 학습내용 조직 원리

학습목표가 설정되고 그 목표에 부합되는 학습내용이 선정되면 학습내용을 정도나 순서에 따라 알맞게 조직하고 체계를 세우는 절차가 남게 되는데 이처럼 선정된 학습 내용을 횡적, 종적으로 체계화하는 것을 학습내용의 조직이라 한다. 교육내용을 조직하는 데 있어 특히 고려되어야 할 원리는 다음과 같다.

- **계속성의 원리**

선정된 내용 및 학습경험의 조직에 있어서의 종적 관계를 표시하는 원칙으로 어떤 내용이든 그것이 학습자의 경험 속에 정착되기 위해서는 일정기간 동안 계속적인 반복학습이 이루어져야 한다는 원리이다.

- **계열성의 원리**

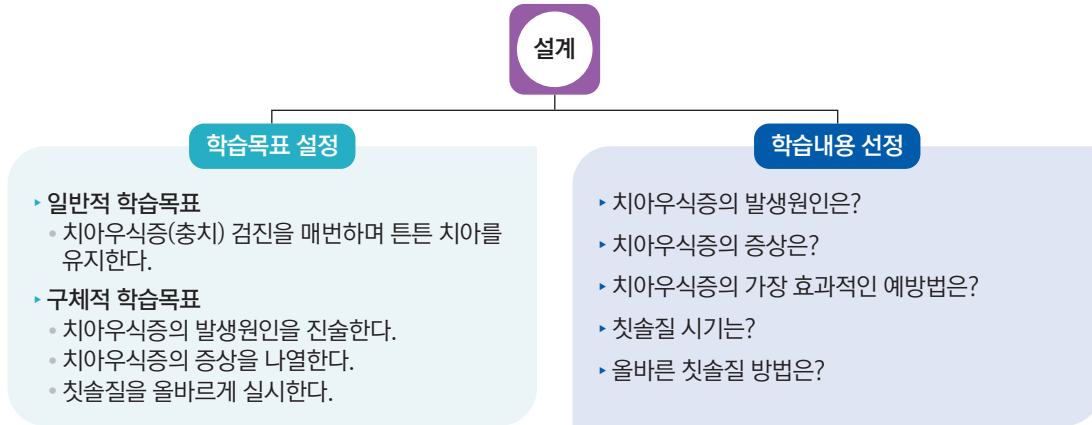
반복학습이 가능하도록 교육내용이 선정되고 조직되어야 하지만, 단순히 똑같은 내용을 반복하기보다는 좀 더 발전적으로 심화되고 확대된 내용으로 교육내용이 조직되어야 한다는 원칙이다.

- **통합성의 원리**

학습내용의 선정과 조직은 단편적인 지식들이 아니라 서로 관련되는 지식들이 보완적이며 또한 통합적으로 작용할 수 있도록 이루어져야 한다는 원칙이다.

ADDIE 모형 설계단계: 학습목표 설정 및 학습내용 선정

※ 선정된 주제에 대하여 학습목표를 설정하고 학습 목표를 달성하기 위해 학습 내용을 선정한다.



3) 교육 방법 선정

교육방법은 목표의 달성 과정에서 발생하는 문제 해결의 원리, 즉 주어진 수단에 의하여 목표를 실현시키는 원리이다. 넓게 보면 바로 교육과정, 즉 교육목표의 탐구, 교육과정의 구성, 수업(학습 지도), 교육의 평가를 포함한다. 그러나 좁은 의미로 교육방법이란 교육내용을 제시하는 형태, 교수방법, 교수형태, 교수기법, 교수전략 등 구체적인 의미를 갖는다. 그러므로 보건교육방법이란 설정된 보건교육 목표를 성공적으로 달성하기 위하여 선정된 보건교육 내용을 학습자에게 효과적으로 전달하기 위한 수단이다.

(1) 교육방법의 선정기준

보건교육방법을 선정하기 위해서는 학습자, 교수자, 교육환경, 조직의 기대를 고려해야 한다. 학습자의 수준에 맞는 방법을 선정해야 하며 교수자는 교육 내용을 가르칠 지식과 기술, 능력을 갖추어야 한다. 또한 교육할 수 있는 시간, 공간, 시설 등을 고려하며 조직이 원하는 구체적인 학습목표나 교육방법 등 조직의 기대에 부응해야 한다.

(2) 교육방법의 종류

① 개별 보건교육

가. 면담

면담은 두 사람 사이에서 목표를 가지고 언어를 도구로 하여 기술적으로 만들어진 대면관계이다. 즉, 상호이해에 도달하려는 목표를 가진 두 사람 사이의 의사소통이다. 면담의 장점은 시간과 장소에 제한이 없지만, 반면 많은 인원과 시간이 소요되어 효율성이 낮을 수 있다.

나. 상담

상담(counseling)이란 상담자가 내담자를 도와 감정을 탐색하고 통찰하도록 하여 그 사람의 삶에서 바람직한 변화를 끌어내도록 하는 것이다. 즉, 상담자와 내담자가 직접 대화를 통하여 내담자 스스로 자신의 문제를 인식하고 문제의 해결 방안을 찾을 수 있도록 돕는 방법이다.

다. 프로그램학습

학습자의 수준을 진단하여 학습자에게 수준에 맞는 학습 자료를 제공하며 학습자는 교사나 동료 학습자의 도움을 받아 학습을 진행하여 학습자 스스로 자기 수준에 맞는 목표에 도달하도록 한다. 학습자는 출발점이 서로 다르며 서로 다른 학습 욕구와 학습준비도를 가지고 있다.

② 집단 보건교육

가. 강의

강의는 교육방법 중 가장 보편화된 방식으로 많은 사람에게 일관된 내용을 알릴 때 효과적이다. 대부분의 경우 교육내용에 관하여 학습자가 기본 지식이 없을 때 많이 이용되는 방법이며, 학습자의 적극적인 참여 없이도 이루어질 수 있다.

나. 토의

교수자 - 학습자 간 혹은 학습자들 간에 일어나는 상호작용적 의사소통을 통해 문제를 해결해 나가는 학습형태이다. 이는 학습자 자신만으로 해결할 수 없는 문제를 집단 안에서 함께 생각하며 문제를 해결해 나감으로써 타인의 의견 수용, 합리적 결론 도출, 자주적인 학습의욕 생성으로 인한 민주적 태도와 가치관 육성 등의 교육적 효과를 가져온다.

• 배심토의

배심토의(panel discussion)는 어떤 주제에 상반되는 견해를 가진 전문가 4~6명의 대표자와 다수의 청중으로 구성된 후 의장은 배심토론자를 소개하고 문제와 논점을 중심으로 토의를 시작한다. 각자 자기 의견을 발표하면 청중은 이를 듣게 되며, 필요하다고 생각할 때 의장이 토의에 참가시켜 질문이나 발언의 기회를 주기도 한다[그림 5-8].

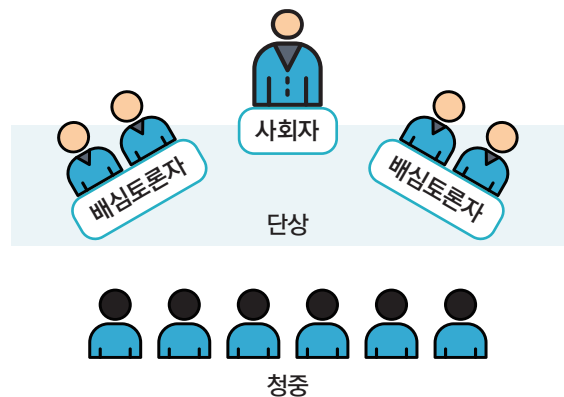


그림 5-8 배심토의

• 분단토의

분단토의(buzz session)는 대규모 토의집단을 6명 정도의 소집단으로 나눈 다음 소집단끼리 토의를 한다. 사회자는 토의가 끝난 후 전체의 토의결론을 보고 받고, 다시 비슷한 집단끼리 묶어 토의하도록 하며, 최종적으로 전체 집단이 다 함께 토의결과를 집결시켜 결론을 맺게 하는 방법이다[그림 5-9].

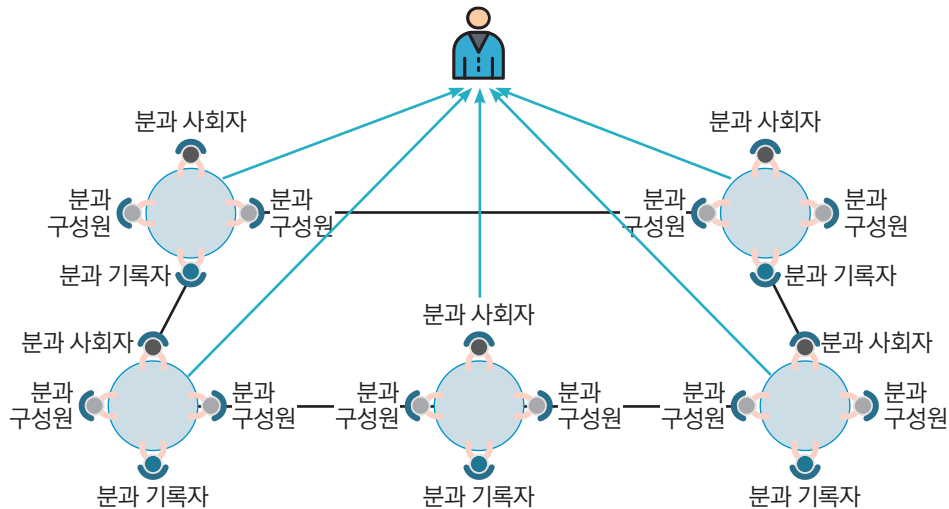


그림 5-9 분단토의

• 심포지엄

심포지엄(symposium)은 2명 이상의 연사가 동일한 주제에 대해 각기 다른 입장에서 자신의 의견을 준비해 사회자의 안내에 따라 강연을 하며, 이때 청중이 질문이나 설명을 요구하면 연사가 이에 대답하며 토의를 진행하는 방식이다[그림 5-10].

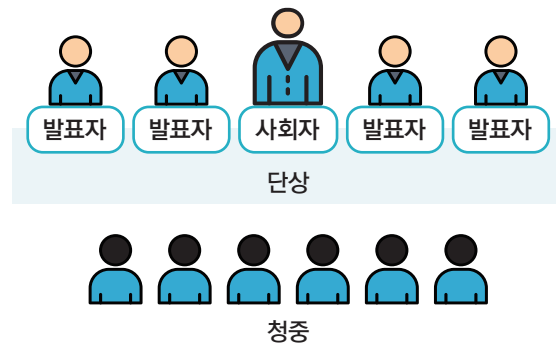


그림 5-10 심포지엄

• 세미나

세미나(seminar)는 토의, 연구 및 선정된 문제를 과학적으로 분석하기 위해서 이용하는 집회형태이다[그림 5-11]. 따라서 세미나는 적합한 문제의 선택은 학습자들과 관련이 있어야 하며, 세미나 참가자는 사전에 충분한 지식을 가져야 한다.

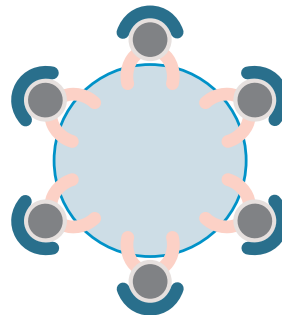


그림 5-11 세미나

다. 브레인스토밍

브레인스토밍(brain storming)은 특정한 주제나 문제점에 대하여 자신의 의견이나 아이디어를 자유롭게 제시하도록 하는 방법이다. 보통 6~7명의 그룹에서 자유롭게 아이디어나 의견을 제시하고 타인의 아이디어나 의견에 비판을 하지 않으며, 여러 아이디어나 의견을 조합시키는 방법이다. 따라서 다양한 아이디어나 의견을 얻을 수 있다.

라. 시범

시범(demonstration)은 교육자가 바람직한 행동양식을 보여주는 동안 학습자는 관찰과 모방을 통해 기능을 할 수 있도록 시도하는 방법이다. 시청각적인 면으로 효과가 큰 방법이나 실시할 때에 그 집단의 요구나 문제에 따라 다양하게 적용시키며, 어떻게 보여 줄 것인지 신중히 하여야 한다.

마. 시뮬레이션

시뮬레이션(simulation)은 실제와 유사한 상황 또는 과정을 인위적으로 단순화하여 학습자에게 제시하는 교육 방법을 말한다. 시뮬레이션 상황 속에서 학습자들은 실제 있을 수 있는 상황을 가정하여 위험 부담 없이 안전하게 교육 및 훈련을 받음으로써 필요한 능력과 기술을 습득할 수 있다.

바. 문제기반학습

문제중심학습(problem based learning, PBL)은 제시된 실제상황을 중심으로 문제점들을 발견하고, 그러한 문제를 해결하는 과정을 통하여 필요한 지식, 기술, 태도를 학습하게 되어 앞으로 이와 유사한 상황에서의 실무대처능력을 향상시키는 교수 - 학습방법이다.

사. 역할극

역할극(role play)은 학습자들이 직접 실제상황 중의 한 인물로 등장하여 연극을 하면서 건강문제나 어떤 상황을 분석하고 해결방안을 모색하면서 학습목적에 흥미 있게 도달할 수 있는 교육방법이다.

아. 프로젝트학습

프로젝트법(project method)은 자연스럽고 실제와 같은 방식으로 학습자에 의해 그들의 생각을 표출시켜 수행하는 교수 - 학습활동이라 말할 수 있다. 이 방법은 본래 학습과정을 학생들 스스로가 설계하고 실행하는 데 초점을 둔다. 이 방법의 목적은 학생들이 지닌 지식을 기초로 하여 학생들에 의해 설정되고, 그 목적을 성취하는 방향으로 학습활동을 하도록 교사에 의해서 격려된다.

자. 액션 러닝

액션 러닝(action learning)이란 소규모 집단으로 구성된 팀이 실제 발생한 과제에 대해 해결 방안을 모색하는 과정을 말한다. 과제를 실행하는 도중 동료 학습자 및 러닝 코치와 질문과 성찰, 지식 습득, 피드백 활동을 통해서 학습해 나가며, 개인의 성장뿐만 아니라 조직의 역량을 발전시키는 교육 방법이다.

차. 견학

견학(field visit)은 학교 수업에서 직접 경험할 수 없는 교육내용을 학습자로 하여금 사실이나 과정을 직접 경험하게 하여 학습문제를 쉽고 흥미롭게 이해시키기 위한 현장학습의 한 형태이다.

카. 캠페인

캠페인(campaign)은 건강과 관련된 목표에 대하여 비교적 짧은 기간을 정해 놓고 집중적으로 반복 또는 강조를 통하여 많은 사람들이 교육내용을 알도록 하는 데 활용되는 방법이다.

보조 자료는 라디오, 텔레비전, 팸플릿, 포스터, 가두 인쇄물 배포 등을 많이 활용하며 캠페인 내용은 표어 및 포스터를 공모하는 등 단시간 내에 효과를 높이기 위하여 대대적인 방법으로 한다.

타. 건강박람회

건강박람회(건강체험관)는 특정 장소를 활용하여 일정한 기간 동안 건강에 관련된 내용을 중심으로 실물, 모형, 포스터 등을 포함한 다양한 자료를 활용하여 전시 및 체험관을 운영함으로써 대상자들이 건강에 대한 관심을 가질 수 있도록 하는 방법이다.

③ 멀티미디어 활용 교육

가. 온라인 학습

온라인 학습(online-learning)은 인터넷 접속이 가능한 사이버 공간에서 교수자와 학습자가 직접 대면하지 않고 교육 활동이 이루어지는 형태를 말한다. 디지털 기기를 활용하여 온라인 콘텐츠나 실시간 화상 강의 기술로 원격으로 학습하는 것이다. 온라인 수업 플랫폼으로는 e-학습터, EBS 온라인 클래스, 네이버 BAND, 카카오톡, 구루미, Zoom 등이 있다.

나. 블렌디드 러닝

블렌디드 러닝(blended learning)은 특정한 물리적 장소에서 이루어지는 오프라인 학습과 시공간의 제약을 받지 않는 온라인 학습을 결합하여 운영하는 학습 형태이다. 즉, 온라인 수업의 장점과 오프라인 수업의 장점을 적절히 혼합하여 학습 효과를 높이기 위한 수업 설계 전략이다.

다. 메타버스

메타버스(metaverse)는 ‘더 높은, 초월한’을 의미하는 ‘meta(메타)’와 ‘우주, 경험 세계’를 의미하는 ‘Universe(유니버스)’의 합성어로 ‘가상과 현실이 융합된 공간에서 사람과 사물이 상호 작용하며 경제·사회·문화적 가치를 창출하는 세계(플랫폼)’를 뜻하는 말이다. 메타버스는 가상 세계로만 한정하는 것이 아니라 현실의 실재와 가상의 요소가 결합해 만들어진 새로운 세계를 말한다. 스마트폰, 인터넷 등 디지털 미디어 속의 세상, 디지털화된 사회도 포함된다.

표 5-14 보건교육방법의 종류와 장·단점

분류/종류	장점	단점
개별교육		
1. 면담	<ul style="list-style-type: none"> 시간과 장소의 제약 피면접자에게 심리적 부담감이나 준비물품 없이도 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 많은 인원과 시간이 소요됨
2. 상담	<ul style="list-style-type: none"> 개별로 진행되어 교육효과가 높음 교육자와 대상자 간에 많은 상호작용 대상자의 내밀(內密)한 건강문제 해결에 도움이 됨 협소한 공간에서 이루어져 집단교육에 비해 별도의 행정적 노력이 줄어듦 	<ul style="list-style-type: none"> 개인이 대상이므로 시간, 인력, 비용면에서 비경제적임
3. 프로그램 학습	<ul style="list-style-type: none"> 학습자의 능력에 따라 학습함 반복학습이 가능함 학습자의 수준과 속도에 따라 학습자료의 양을 조절할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 학습자가 컴퓨터를 다루는 기술이 있어야 함 컴퓨터를 통해 이용 가능한 교육내용이 제한적일 수 있음
4. e-러닝	<ul style="list-style-type: none"> 최신의 정보를 갖춘 맞춤형 교육을 학습자별로 실시할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 교육자와 학습자 모두 관련 기기를 조작할 수 있어야 함 프로그램 개발 등의 준비로 비용이 많이 듦 교육자가 운영 및 관리에 대해 많은 준비 필요
집단교육		
1. 강의	<ul style="list-style-type: none"> 짧은 시간에 많은 양의 지식이나 정보를 다중에게 전달 가능 학습내용을 학습자 수준에 적절하게 조절하여 전달 가능 대상자의 적극적인 참여 없이도 이루어지며, 긴장감이 비교적 적음 대상자가 많은 경우에도 적용 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 많은 양의 지식이나 정보가 전달되므로 학습자가 모두 기억하기 어렵고 쉽게 잊어버림 교육자가 일방적으로 전달하므로 학습자가 수동적이 됨 학습자 간의 개인차를 고려하기 어려움
2. 토의		
a. 배심토의	<ul style="list-style-type: none"> 전문가와 청중이 함께 토의함으로써 문제 해결 방안 제시 청중이 어떤 주제에 대해 비교적 높은 수준의 토론을 경험하고, 타인의 의견을 듣고 비판하는 능력이 배양됨 	<ul style="list-style-type: none"> 전문가의 위촉에 따르는 부담이 있음 청중이 기존 지식이 없을 때는 토론내용을 이해하기 어려움
b. 심포지엄	<ul style="list-style-type: none"> 특별한 주제에 대한 밀도 있는 접근 가능 의사전달의 능력 여하에 따라 강의를 다채롭고 창조적이고 변화 있게 진행될 수 있음 청중이 알고자 하는 문제의 전체적인 파악은 물론 부분적인 이해가 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 연사의 발표내용에 중복이 있을 수 있음 청중이 주제를 정확하게 이해하지 못했을 때는 비효과적임

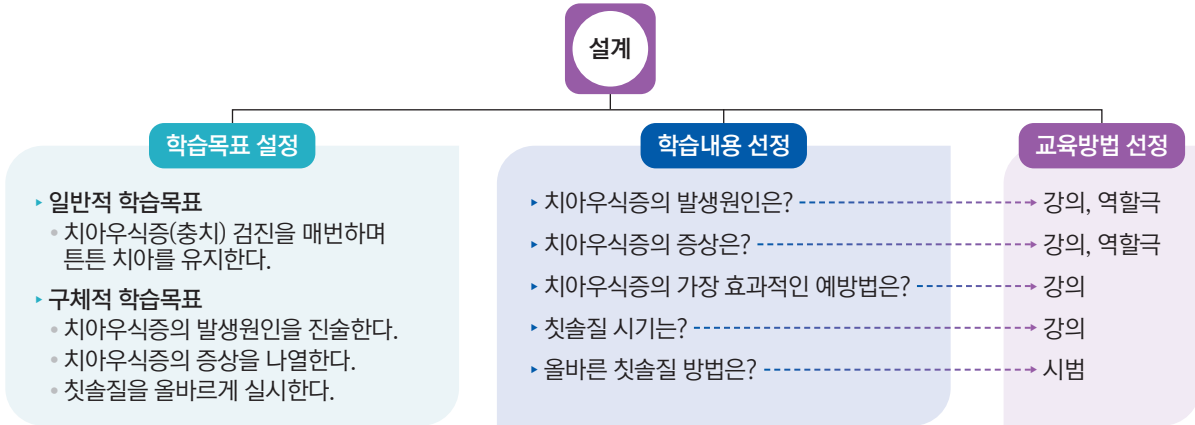
분류/종류	장점	단점
c. 분단토의	<ul style="list-style-type: none"> • 참석인원이 많아도 진행 가능 • 전체가 의견을 제시할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 참가자의 준비가 부족하면 효과를 거두기가 어려움
d. 브레인 스토밍	<ul style="list-style-type: none"> • 어떤 문제든지 토론의 주제로 삼을 수 있음 • 별도의 장비가 필요 없음 • 기대하지 않았던 의미 있는 결과를 얻을 수 있음 • 협력적인 분위기 조성에 유용함 	<ul style="list-style-type: none"> • 토론이 제대로 유도되지 않으면 시간이 낭비됨 • 대상자가 즉흥적이고 계속적으로 아이디어를 제시해야 하는 부담감이 있음
e. 세미나	<ul style="list-style-type: none"> • 토의주제에 대해 심층적, 전문적 연구의 기회를 제공하여 전문적인 정보교류가 가능함 • 높은 전문성과 다양한 발표와 토의를 통해 흥미유발과 전문성을 높이는 효과가 있음 • 능동적 참여가 가능함 • 비판적 사고력이 증진됨 	<ul style="list-style-type: none"> • 사전에 철저한 토론준비가 이루어져야 함 • 참가자가 해당 주제에 대한 충분한 지식과 정보를 가져야 함 • 토의 주제와 관련하여 전문적인 식견과 정보가 없을 경우에는 효과가 없을 수 있음
3. 시범	<ul style="list-style-type: none"> • 직접 상황을 관찰하고 해볼 수 있으므로 학습자의 흥미와 동기유발이 용이함 • 배운 내용을 실제에서 쉽게 적용할 수 있음 • 학습자의 수준에 따라 다양하게 적용할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 소수일 때 효과가 높음 • 교육자가 숙달되기 위해 많은 준비와 시간이 필요함 • 특정 장비가 준비되어야 함 • 교육자의 준비 정도에 따라 학습자의 기술습득 정도가 달라짐
4. 역할극	<ul style="list-style-type: none"> • 흥미와 동기유발이 용이 • 대상자 수가 많아도 적응 가능함 • 대상자의 태도와 가치관을 재고할 기회를 제공 • 의사소통 및 의사결정에 대한 경험을 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 준비하는 데 시간이 많이 소요됨 • 대상자가 역할을 맡는 것에 대하여 부담감이 클 수 있음
5. 프로젝트	<ul style="list-style-type: none"> • 대상자 자신이 계획하고 실시하므로 학습에 대한 동기유발이 용이하고, 자주성과 책임감이 개발됨 • 의사결정 능력과 문제 해결 방안을 모색하는 능력, 인내심, 창의력, 탐구능력이 개발되고, 협동정신과 지도력, 희생정신이 길러짐 • 문제 해결 과정에 영향을 주는 여러 변수에 대한 이해 증진 	<ul style="list-style-type: none"> • 의존적이고 수동적인 학습에 익숙해진 학습자나 의욕이 부족한 대상자인 경우에 시간과 노력만 낭비하고, 목표를 제대로 달성하기 어려움
6. 문제 해결방법	<ul style="list-style-type: none"> • 자율성과 적극성이 증진됨 • 협동학습을 통해 민주적인 생활태도를 기를 수 있음 • 실제적인 문제 해결의 기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 시간이 많이 들고 노력에 비해 능률이 낮음 • 체계적인 기초학력을 기르기 어려움 • 일관성 있는 수업진행이 어려울 수 있음
7. 플립러닝	<ul style="list-style-type: none"> • 교수자와 학습자 간의 소통을 강화할 수 있음 • 동영상 강의로 반복학습이 가능하며, 수준별 학습이 가능 • 강의 중심의 수동적 수업에서 학습자가 수업의 주체가 될 수 있음 • 학업성취도가 낮은 학습자를 집중적으로 도와 심화 학습활동을 할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 교수자가 플립러닝 수업준비를 위한 경험과 노하우가 요구됨 • 학습자의 수업준비에 대한 부담이 있을 수 있음

분류/종류	장점	단점
8. 액션러닝	<ul style="list-style-type: none"> 의사소통 능력 향상에 도움을 줌 팀활동으로 인해 협동심을 기름 상대방의 관점에 대해 인식을 하게 됨 전문직관이 정립되고, 전문능력이 향상될 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 교육훈련시간이 많이 소요됨 교육프로그램 및 학습지원환경구축 노력이 필요함
9. 견학	<ul style="list-style-type: none"> 실물이나 실제 상황을 직접 관찰할 수 있음 관찰한 내용을 실제 상황에 적용할 수 있는 능력 증진 	<ul style="list-style-type: none"> 시간과 경비가 많이 소요됨 견학장소 선택의 어려움이 있음 사전 계획이 미비하면 들인 비용만큼의 효과를 얻기 어려움 예측이 어려운 사고 가능성이 있음
10. 모의실험	<ul style="list-style-type: none"> 실제와 유사한 조건에서 연습할 수 있음 위험한 활동을 비교적 안전하게 수행할 수 있음 의사결정기술이 향상됨 행동이나 결정에 대한 즉각적인 피드백이 가능함 	<ul style="list-style-type: none"> 시행착오를 경험하는 학습자의 경우 문제점을 해결 하기 위해 많은 시간이 필요함 현실을 단순하게 묘사한 시뮬레이션일 경우 실제 상황을 제대로 이해하지 못할 우려도 있음
11. 캠페인	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 어디서나 활용 가능함 비교적 단기간 동안 건강지식과 기술이 증진됨 	<ul style="list-style-type: none"> 종료 후 관심이 감소하여 지속적인 관리가 필요함
12. 온라인학습	<ul style="list-style-type: none"> 디지털 기기를 통해 언제 어디서나 수업 가능 자기 주도적 학습, 개별 학습, 맞춤 학습 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 대인 관계 기술 및 사회성 함양 어려움 저학년인 경우 스스로 학습의 어려움 온라인 수업 체제 구축 및 유지하기 위한 기술과 비용 필요
13. 블렌디드 러닝	<ul style="list-style-type: none"> 학습자가 주도하는 개인 맞춤형 교육 가능 개인차를 고려한 콘텐츠를 제공하여 학습 격차를 줄일 수 있음 시공간 제약 받지 않음 지성과 감성 자극하여 다양한 경험 가능 온라인 수업의 단점(예 교수-학습자 간 상호 작용 저하)을 오프라인 수업으로 보완 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 교육용 기술 도구와 온라인 플랫폼에 대한 신뢰와 강력한 기술 지원 필요 교사는 온라인 수업과 오프라인 수업을 혼합한 강의 계획서를 추가로 작성하는 등 준비 시간이 많이 소요됨
14. 메타버스	<ul style="list-style-type: none"> 시공간의 제약이 없어 개별 학습이 가능 학습자 간 소통과 피드백 가능 영상을 통해 현실감 있는 정보와 체험 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 교수자-학습자 모두 디지털 기반 기기를 갖춰야 함 메타버스 기반 교육용 콘텐츠 개발이 요구됨

출처 : 양숙자 외. (2022). 지역사회간호학1. 현문사.

ADDIE 모형 설계단계: 교육방법 선정

※ 학습 내용을 효과적으로 전달하기 위하여 교육방법을 선정한다.



4) 교육 매체 선정

교육매체(instructional media)란 수업과정에 학습목적과 학습목표를 효율적으로 달성하기 위하여 활용되는 모든 수단과 방법을 포괄하는 기자재를 말한다. 즉, 교육매체에는 교수, 교재, 교육내용 및 교육환경을 비롯하여 다양한 시청각 기자재가 있다.

(1) 교육매체의 기능

- 추상성을 확대시킨다.
- 구체적 정확도를 높인다.
- 학습자 경험의 폭을 넓힌다.
- 시·공간적 한계성을 극복한다.
- 시각경험의 일관성을 유지시킨다.
- 학습내용에 대한 새로운 동기화를 유발시킨다.

(2) 교육매체 선정의 원리

① 학습 목적과 학습 내용에 적합

교육 매체는 학습 목적과 학습 내용을 전달하기에 적합해야 하므로 교육에서의 학습 목적과 목표를 효과적으로 달성하기 위해서 어떤 교육 매체가 적합한지를 고려하여 선정해야 한다.

② 학습 대상자 파악

교육 매체 선정 시 학습 대상자의 나이, 성별, 학년, 지적 수준 등 기본적인 특성을 파악하고, 학습에 대한 요구 정도, 동기 부여 수준, 학습자가 선호하는 매체, 교육 내용이나 매체와 관련된 선수 경험 등을 파악하여 적절한 매

체를 선정하여야 한다.

③ 교육 매체의 이용 가능성 확인

- 교수자 측면 : 매체를 다룰 기술이나 지식의 확보 사항
- 학습자 측면 : 활용하려는 교육 매체의 전달 방법 수용 여부, 매체 이용으로 인한 학습자의 교육적 효과
- 환경적 측면 : 예산, 시간적 제한, 매체를 적용하기 위한 물리적 환경이나 시설 확보 사항

(3) 교육매체의 종류

① 실물이나 실제 상황

실제 사물이나 사실적인 장면을 직접 사용하여 교육의 효율성을 높이는 방법이다.

② 모형 및 유사물

모형은 실물을 사용하기 어려운 경우 실물을 나타내기 위해 인위적으로 만든 입체 자료를 말하며, 유사물은 실물과 같이 움직이거나 기능할 수 있는 모형을 말하는데, 대학 실습실에서 볼 수 있는 마네킹이나 의료 장비들이 이에 해당된다.

③ 인쇄 매체

교육 매체 중 가장 오래되고 기본적인 형태인 인쇄 매체로서 리플릿(leaflet), 팸플릿(pamphlet) 등이 포함된다.

④ 칠판, 화이트보드

칠판은 교육 현장에서 보편적이고 가장 오랫동안 사용해온 기본적인 시각 매체이다. 판서를 통해 교육 내용을 자유롭게 설명할 수 있으며, 강조와 수정이 용이하다.

⑤ 전자 칠판

전자 칠판은 컴퓨터와 연결된 보드 위에 특별히 제작된 펜으로 수업 내용을 판서하고 이를 대형 스크린을 통해 학습자들에게 보여주는 시스템이다.

⑥ 투시환등기

투시환등기(OverHead Projector, OHP)는 투명한 필름이나 실물 자료에 강한 빛을 투사함으로써 상을 확대시켜 스크린에 보이게 하는 매체이다.

⑦ 실물화상기

실물화상기는 책, 그림, 곤충, 물건 등 실물을 직접 투사하여 TV나 컴퓨터를 통해 영상으로 확대하여 보여주는 매체이다.

⑧ 컴퓨터와 인터넷

컴퓨터의 교육적 활용은 1970년대 후반을 기준으로 소형 컴퓨터 이전 시대, 컴퓨터가 학교에 도입된 1977년부터 1990년대 중반까지의 소형 컴퓨터 시대, 1994년 웹(World Wide Web) 출현 이후의 인터넷 시대로 나누어 볼 수 있다. 컴퓨터를 이용한 수업은 보통 컴퓨터 보조 학습(Computer Assisted Instruction, CAI)이라고 부른다.

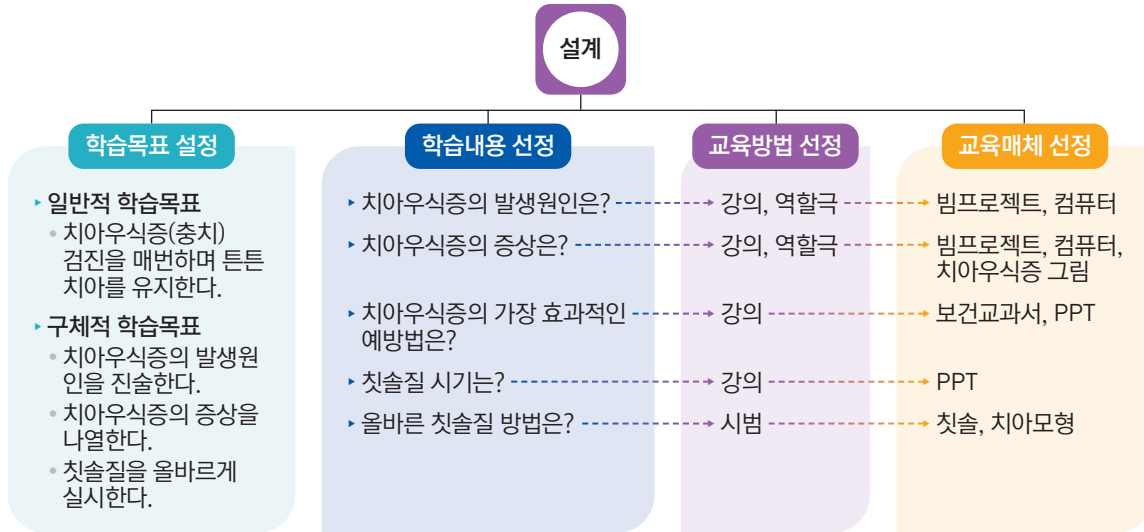
표 5-15 교육매체의 종류와 장·단점

분류/종류	내용	장점	단점
비투사매체			
실물	실제 물건	<ul style="list-style-type: none"> 모든 감각기관을 동원하여 입체적인 학습이 가능하므로 흥미를 갖고 학습 목표에 도달하기 용이함 교육자와 학습자 간 의사소통이 잘됨 교육 후 실생활에 즉시 활용 가능함 	<ul style="list-style-type: none"> 구입이나 활용이 용이하지 않은 경우가 많음 대상자 수가 많을 때는 활용이 어려움 시간, 계절, 비용 등의 제한이 있음 쉽게 손상될 수 있고 보관이 어려움
모형(유사물)	실물과 닮은 모형 실물처럼 움직이거나 기능할 수 있는 모형	<ul style="list-style-type: none"> 실물이나 실제 상황을 활용할 때와 비슷한 효과를 얻을 수 있음 여러 번 반복해서 사용할 수 있음 확대 또는 축소하거나 단연화시킴으로써 세부적인 부분까지 볼 수 있음 눈, 귀, 손의 사용이 가능하여 개념 습득이 용이함 기술을 배울 수 있는 방법 	<ul style="list-style-type: none"> 값이 비싸고 파손되기 쉬움 대상자가 많으면 부적절함 보관과 운반이 불편함
팸플릿	알리고자 하는 정보를 짧고 명확하게 요약해 그 림과 함께 인쇄하여 중요 한 내용을 이해하게 함	<ul style="list-style-type: none"> 관련 있는 그림을 효과적으로 사용할 때 이해가 빠르며, 쉽게 기억할 수 있음 쉽게 제작할 수 있으며 사용이 용이 	<ul style="list-style-type: none"> 기존에 만들어진 자료는 학습목표와 동일하지 않은 경우가 많아 정보를 제공하는 데 제한이 있음 자세한 내용을 다루는 데 제한이 있음
실물환등기	불투명한 자료를 스크린 에 투사해 인쇄물, 도표, 그림 등을 확대하여 보여 줌	<ul style="list-style-type: none"> 자료를 특별히 제작할 필요가 없음 실제자료를 확대할 수 있음 집단에서 사용 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 자료가 너무 크면 투영할 수 없음 암막을 사용해야 선명하게 보임
빔프로젝트	일반 TV와 달리 빛을 스 크린에 투사하여 시청하 는 방식으로 대형 화면을 구현하여 사용할 수 있음	<ul style="list-style-type: none"> 추가적인 다른 매체를 사용하지 않고 사용 가능 그림, 도표 등 다양한 자료 사용 가능 캠코더와 연결하면 실제 상황을 그대로 볼 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 값이 비쌈 스크린과 전기시설이 필요함 교육자의 사전준비와 활용능력이 요구됨
컴퓨터	즉각적인 반응, 수많은 정보의 저장과 응용, 학습자 특성에 따른 처방 등으로 수업의 장면에 다각적으로 활용 가능함	<ul style="list-style-type: none"> 일반수업보다 시간을 절약할 수 있음 학습자의 요구나 반응에 따라 적절한 피드백을 제공하여 학습의 개별화 효과를 높임 다양한 음향, 영상 등을 사용할 수 있어 학습의 흥미를 끌고 새로운 경험 제공 학습자가 원하는 부분의 반복학습 가능함 	<ul style="list-style-type: none"> 정의적, 심리운동적, 대인관계 기술과 같은 영역 교육에는 효과적이지 못함 컴퓨터시스템의 구축 및 유지비용이 많이 듭 컴퓨터화된 수업으로 창의성이 무시되기 쉽고 사회적 관계가 결여될 수 있음 자료제작을 위한 전문적인 지식과 기술이 요구됨

분류/종류	내용	장점	단점
인터넷	전 세계의 정보자원 탐색, 가상공간에서의 협력, 원격교육, 원거리 시뮬레이션교육 등이 가능함	<ul style="list-style-type: none"> • 학습자가 원하는 시간과 장소에서 교육을 받을 수 있음 • 풍부한 정보와 다양한 지식을 무제한으로 제공 • 정보탐색과정에서 창의성과 종합적 판단력 배양 	<ul style="list-style-type: none"> • 기술과 시설이 필요함 • 컴퓨터 해킹, 바이러스, 음란물, 폭력물 등에 노출될 수 있음 • 컴퓨터 사용이 익숙하지 않은 대상자에게는 부적절함
모바일 및 스마트기기	이동성에 초점을 둔 휴대전화, 스마트폰, 태블릿 PC, 휴대용 무선기 등	<ul style="list-style-type: none"> • 원하는 시간과 장소에서 접근 가능 • 학습자 중심의 개별학습 • 즉각적인 학습과 복습이 간편함 	<ul style="list-style-type: none"> • 모니터가 작고 저장용량에 한계가 있음 • 운영시스템과 하드웨어 플랫폼이 상이해 콘텐츠 개발에 한계가 있음 • 무선 인터넷을 활용하지 못하는 지역의 정보 접근에 한계가 있음
파워포인트	프리젠테이션 작성용 소프트웨어 프로그램, 애니메이션, 동영상 등을 포함할 수 있음	<ul style="list-style-type: none"> • 다양한 사진과 삽화, 동영상 등을 삽입하여 흥미유발이 용이하고 학습 효과를 높일 수 있음 • 자료파일을 웹페이지에 링크해 공유할 수 있고 내레이션 포함 가능 • 각 주제별 특징에 따라 다양한 슬라이드 제작 가능 • 폭넓게 사용되고 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 자료파일을 제작하기 위한 기본적인 지식과 기술, 시간과 노력이 필요함
시청각매체			
녹음기	학습해야 할 기술이 청각적인 것일 때 활용	<ul style="list-style-type: none"> • 반복하여 여러 번 들을 수 있음 • 녹음테이프의 비용이 저렴하며, 보관도 간편함 • 특수한 기술이 필요하지 않아 누구나 사용 가능 • 글을 모르는 사람에게도 적용 가능 • 시·공간을 초월하여 학습 가능함 	<ul style="list-style-type: none"> • 다른 자극 없이 청각자극만으로는 집중하기 어려워 교육효과를 떨어뜨릴 수 있음
비디오테이프	시각과 청각을 동시에 자극하여 실제경험을 그대로 묘사	<ul style="list-style-type: none"> • 움직이는 과정을 소리와 함께 보여주므로 사실과 가깝게 접근할 수 있음 • 시공을 초월하여 학습 가능함 • 필요한 장면을 정지해서 보거나 재구성하여 사용 가능함 	<ul style="list-style-type: none"> • 자료가 너무 크면 투영하기 어려움 • 실내조명을 끄고 암막을 사용해야 선명하게 볼 수 있음

ADDIE 모형 설계단계: 교육매체 선정

※ 교육 내용을 효과적으로 전달하면서 학생들의 흥미와 집중을 높일 수 있도록 교육매체를 선정한다.



5) 평가계획

보건교육의 성과를 확인하기 위해 평가는 학습자의 학습목표 달성 여부뿐만 아니라 보건교육의 방법과 매체까지도 모두 포함하여 실시된다. 따라서 보건교육이 실시되기 전 보건교육의 설계단계에서 평가계획을 포함하는 것은 필수적이다.

(1) 평가의 대상

평가는 보건교육 전반에 걸쳐 이루어지며 보건교육 종료 후 학습자의 변화만을 평가하는 것이 아니다. 따라서 평가의 대상은 학습자, 교육자, 교육과정, 학습환경을 포함하여야 한다. 평가의 대상별 평가내용은 [표 5-16]과 같다.

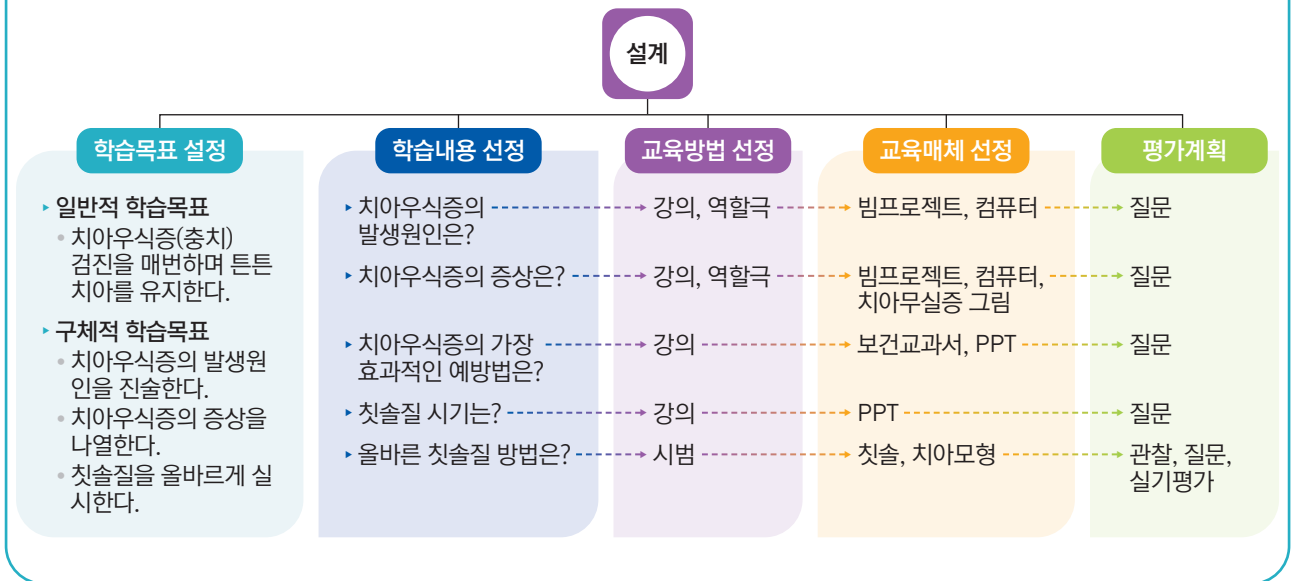
표 5-16 평가의 대상별 평가내용

대상	분류	평가내용
학습자	학습목표 성취	대상자의 지식, 태도, 행위의 변화
	만족도	대상자의 교육 만족 정도
	참여도	대상자의 참여도와 집중력
교육자	교육 기술	교육 경험, 지식, 교육시 태도
교육과정	교육주제의 적절성	대상자의 요구에 적합한 주제
	학습목표 선정의 적절성	대상자의 발달수준에 적합한 학습목표

대상	분류	평가내용
교육 과정	교육방법	대상자의 발달수준과 흥미에 적합한 교육방법
	교육매체	교육 매체 준비에 드는 노력, 교육 매체 활용 방법과 시간
	평가방법의 적절성	학습 목표 도달을 평가하기 적절한 평가방법의 여부
학습 환경	교육 시설 및 장비	교육에 필요한 시설과 장비의 적절성
	예산	교육 예산의 적절성

ADDIE 모형 설계단계: 평가계획

※ 교육 내용을 효과적으로 전달하면서 학생들의 흥미와 집중을 높일 수 있도록 교육매체를 선정한다.



3 개발

개발(development)단계는 보건교육을 체계적으로 완성하기 위해 보건교육과정에서 사용될 보건교육 계획서를 실제로 개발하고 제작하는 단계이다. 학습목표의 효과적인 달성을 위해서는 교육내용을 적절하게 전달하기 위하여 설계단계에서 선정한 교육방법과 교육매체를 보건교육에 활용할 수 있도록 보건교육 계획서의 제작이 필요하다.

1) 보건교육 계획서 작성

보건교육 계획서는 설계단계에서 수립한 주제에 적합한 목표설정, 교육방법 및 매체 선정, 평가계획 등을 종합적으로 명시한 것으로 효과적인 보건교육을 실행하기 위해서는 보건교육 계획서의 작성이 필수적이다. 보건교육계획서에는 보건교육의 주제, 교육대상, 교육장소, 교육시간, 교육목표, 교육내용, 교육방법, 교육매체, 소요시간, 평가계획 등이 포함되어야 한다.

학교, 지역사회, 산업장, 의료기관 등 생활터별 보건교육서를 개발한다[표 5-17~5-20].

표 5-17 학교 보건교육계획서

관련교과	보건										
일시	월	일	6교시	대상	6학년	장소	보건교육실	지도 교사	보건교사		
단원	사고 예방과 응급처치				학습주제	심폐소생술			차시	2/2	
학습목표	심폐소생술을 단계별 올바른 방법으로 실시한다.										
활용자료				교수자료	PPT, 심폐소생술 마네킹, 평가표						
				학생자료							
과정 (시량)	학습요소	교수 - 학습활동							자료 및 유의점		
도입 (5분)	반응 형성하기	무슨 일이 생겼는지 이야기해 보기 <ul style="list-style-type: none">• 사람이 의식이 없고 숨을 안 쉬면 어떤 일이 생긴 것일까?• 이럴 때 우리가 할 수 있는 방법은 무엇일까?							자신이 아는 대로 발표하도록 독려한다.		
	학습문제 파악하기	학습목표 안내									
전개 (30분)	반응 명료화하기	[알아보기 1] <ul style="list-style-type: none">• 심폐소생술의 의미<ul style="list-style-type: none">- 4분의 중요성 알기							PPT		
	반응 심화하기	[알아보기 2] <ul style="list-style-type: none">• 심폐소생술의 방법<ul style="list-style-type: none">- 인공호흡- 가슴압박 위치와 바른 자세- 심폐소생술의 순서와 방법									
		[알아보기 3] <ul style="list-style-type: none">• 개인 또는 모둠별로 심폐소생술 실습<ul style="list-style-type: none">- 5단계 실습							심폐소생술, 마네킹, 평가표		
정리 (5분)	반응 일반화하기	마음 다지기 <ul style="list-style-type: none">• 심폐소생술의 중요성 재인식									
성취목표		평가기준							평가시기 및 방법		
		상	중			하					
심폐소생술을 올바른 방법으로 시범		심폐소생술의 5단계를 모두 정확하게 시범			심폐소생술의 3~4단계를 정확하게 시범			심폐소생술의 1~2단계를 정확하게 시범			수업 중 관찰 및 실기 평가

표 5-18 지역사회 보건교육계획서 [고혈압 관리]

대상	고혈압 발병위험 주민 (40~50대 ○○명)	장소	보건소 보건교육실	일시	20○○년 ○○월 ○○일 (10:00~10:50)
학습주제	고혈압 관리와 식이요법				
학습목표	1. 고혈압의 원인을 설명한다. 2. 고혈압의 증상을 파악한다. 3. 고혈압의 예방법을 실천한다.				
학습자료	<ul style="list-style-type: none"> • PPT • 고혈압 예방 동영상 				
단계	학습 과정	교수-학습활동		시간	자료 및 유의점
		교사도움활동	학생활동		
도입	동기유발	• 고혈압 관련 동영상 시청	• 동영상 시청 후 소감 발표	10	동영상
	문제제시	• 학습문제 제시 - 고혈압 예방방법 설명	• 학습 문제 파악		
전개	고혈압의 이해	• 고혈압의 원인, 증상에 대해 설명	• 고혈압의 원인, 증상 파악	30	PPT, 사진
	고혈압 예방법	• 고혈압 관리의 중요성 설명 • 고혈압 예방의 종류 분류 • 고혈압 예방을 위한 식이요법 설명	• 고혈압의 예방을 위한 식이요법의 중요성 인식		
정리 및 평가	고혈압의 관리법 요약	• 고혈압의 관리법 요약 • 고혈압 예방식이 요법 정리	• 고혈압 예방식이에 대해 발표 • 염분 줄이기에 대한 실천방안 발표	10	퀴즈와 질문, 평가지 작성

표 5-19 산업장 보건교육계획서 [요통예방을 위한 스트레칭]

대상	사무직 25명	장소	소강당	일시	2000년 00월 00일 00시		
학습주제	요통예방을 위한 스트레칭						
학습목표	1. 요통의 원인을 설명한다. 2. 스트레칭의 효과를 파악한다. 3. 요통예방을 위한 스트레칭을 수행한다.						
단계	세부목표	학습내용	교육 방법	교수 매체	소요 시간	평가 방법	자료 및 주의점
도입	요통 환자의 현황을 설명한다.	• 요통 환자의 현황	동영상	빔 프로젝트 컴퓨터	3분	Quiz	
	스트레칭의 정의를 설명한다.	• 스트레칭의 효과	강의	빔 프로젝트 컴퓨터	5분		
전개	스트레칭의 방법을 설명한다.	• 스트레칭의 종류 - 동적 스트레칭 - 정적 스트레칭 • 스트레칭 시 주의사항 - 긴장을 푼다. - 적당한 자극을 유지한다. - 호흡을 멈추지 않는다. - 간단한 동작부터 실시한다.	강의	빔 프로젝트 컴퓨터	7분		
	요통예방을 위한 스트레칭의 방법을 설명한다.	• 요통예방을 위한 스트레칭 - 서서 하는 스트레칭, 허리 구부리기 • 허리 돌려주기, 가슴 내밀기, 전신 스트레칭 • 의자에 앉아서 하는 스트레칭	시범	빔 프로젝트 컴퓨터	8분		매트 실습 · 스트 레칭
	요통예방을 위한 스트레칭을 시행한다.	• 요통예방을 위한 스트레칭 연습	연습	빔 프로젝트 컴퓨터	15분		매트 실습 · 스트 레칭
정리 및 평가		• 요약정리 - 스트레칭의 효과 - 스트레칭 시 주의사항 - 요통예방을 위한 스트레칭 • 근로자 시범 및 평가	근로자 시범	빔 프로젝트 컴퓨터	7분	Quiz, 발표, 시범	

표 5-20 의료기관 보건교육계획서 [당뇨와 운동요법]

대상	당뇨환자 15명	장소	○○병원 교육실	일시	2000년 00월 00일 00시
				시간	50분
학습주제	운동 요법				
학습목표	1. 당뇨병에서 운동 요법의 중요성을 말한다. 2. 당뇨병에서 운동요법의 종류를 비교한다. 3. 올바른 운동 계획을 세워 실천한다.				
단계	수업 흐름	교수자	학습 활동	시간	자료 및 유의점
도입	• 반응 형성 하기 • 학습 문제 파악 하기	◎ 지난 한 주간 운동량 이야기 ◎ 오늘의 학습 내용 설명	• 수업 참석자들의 지난 한 주간 운동량을 자유롭게 이야기하도록 한다.	5분	PPT
전개	• 반응 명료화하기	◎ 당뇨병에서의 올바른 운동 요법 • 운동요법이 종류 파악 • 유산소운동의 장.단점 • 근력운동의 장.단점 • 운동의 장애요인과 대처방안 ◎ 운동계획 및 실천 • 유산소운동 계획 및 실천 • 근력운동 계획 및 실천		30분	PPT 동영상
		• 1주일 동안의 운동계획 작성	활동지		
정리	• 반응 일반화하기	• 운동 계획표 발표하기		5분	PPT

2) 보건교육 매체 개발

보건교육의 내용을 분명하고 명확하게 전달하여 목표를 성취하기 위해서는 적절한 보건교육 매체를 개발하고 활용할 수 있다. 교육자는 매체의 장단점을 고려하여 학습 목표와 학습 내용에 따라 꼭 필요한 매체인지, 교육 내용 습득에 효과적인 매체는 무엇인지를 생각해야 한다. 또한 학습자의 지적 발달 정도나 성장 발달 배경, 학습자의 수와 같은 학습자의 특성도 고려해야 한다. 교육 매체 선정에 위해 필수적인 요인 중 하나는 교육 환경과 상황이다. 환경의 크기와 형태가 개발된 매체의 사용이 가능한 환경인지를 확인해야 한다.

4 수행

보건교육의 수행단계는 도입 전 단계, 도입 단계, 전개 단계, 종결 단계의 4단계로 구성되며, 각 단계에 따라 수업의 흐름도, 교수·학습 활동, 소요 시간, 활동 시 필요한 자료 등을 구체적으로 기술하도록 한다.

1) 보건교육 수행단계

보건교육 수행단계는 도입 전 단계, 도입단계, 전개단계, 종결단계로 구성된다[표 5-21].

표 5-21 보건교육 수행 단계

단계	구성	배정시간
도입 전	a. 교육에 필요한 물품, 환경 및 상태 확인 b. 보건교육 일정표 및 체크리스트 구성	-
도입	a. 학습목표 소개 b. 동기부여(긍정적, 부정적) c. 주의집중(주제에 맞는 예 일화, 시사, 통계의 사용)	학습시간의 10~15%
전개	a. 학습개요에 따른 전개 b. 학습목표에 맞는 교육방법 c. 학습목표에 맞는 교육매체	학습시간의 70~15%
종결	a. 요약(질의응답) b. 적용(재동기부여) c. 정리 및 마무리 d. 다음 차시 예고	학습시간의 10~15%

5 평가

평가(evaluation)단계는 보건교육을 실행한 후 교육의 성과와 향후 개선사항에 대한 파악 및 피드백을 하는 단계이다. 즉, 설계 단계에 수립한 평가계획을 활용하여 자료를 수집하고 수집된 자료에 대한 분석과 해석을 통해 보건교육을 향상시키고 필요한 평가결과를 활용하는 것이다.

1) 보건교육 평가단계

보건교육의 평가는 보건교육을 설계할 때부터 계획되어 수행되어야 하며 다음의 단계를 거친다[그림 5-12].

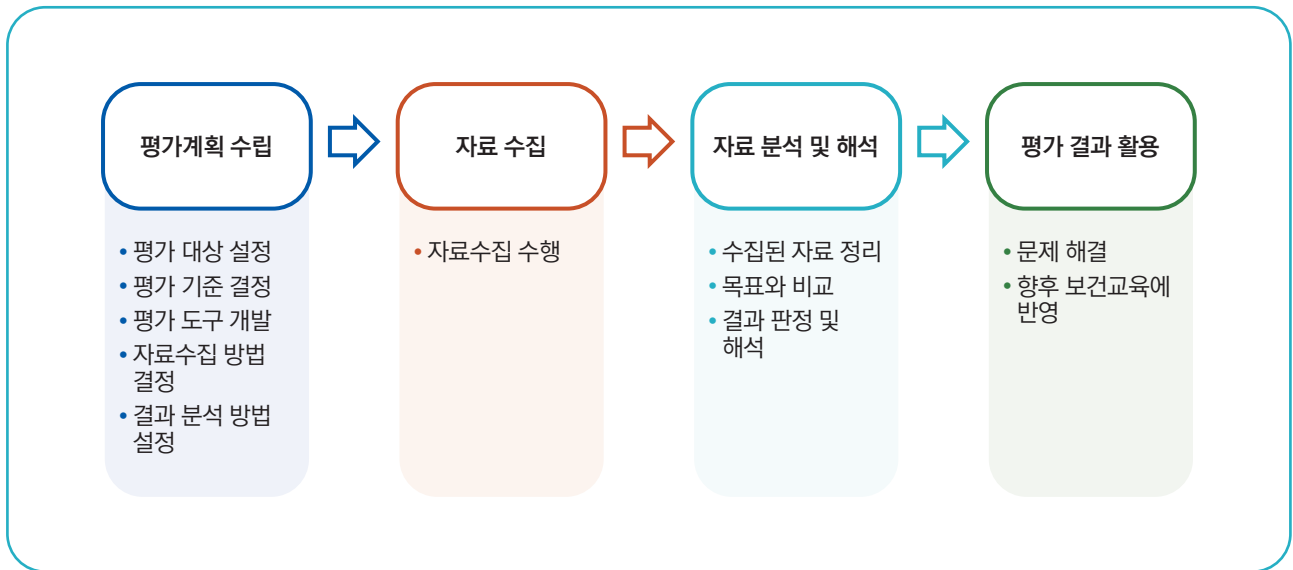


그림 5-12 보건교육 평가단계

(1) 평가계획 수립

평가 대상을 확인하고 평가의 기준을 결정하는 과정으로 보건교육의 목표 달성 정도를 어떻게 평가할 것인지 정하는 것이 가장 첫 순서이다. 이때에는 평가의 도구의 개발, 자료 수집 방법, 결과 분석 방법을 고려하여 계획한다.

(2) 자료 수집

평가계획을 근거로 하여 평가하고자 하는 대상과 관련된 자료를 수집하는 단계이다. 자료 수집은 평가목적에 가장 알맞은 방법을 활용하는 것이 중요하며 설문, 면접, 관찰 등의 방법을 통해 수집된 1차 자료나 기존 자료를 활용하는 2차 자료를 활용할 수 있다.

(3) 자료 분석 및 해석

수집된 자료를 정리하고 분석하여 설정한 보건교육 목표와 비교하고 목표 성취 여부를 확인하는 과정이다. 분석된 결과를 통해 목표 성취 여부와 미달 정도를 확인하고 그 영향요인을 파악한다.

(4) 평가 결과 활용

자료 분석 및 해석을 통해 도출된 문제를 개선하기 위한 방법을 모색하고 다음 보건교육에 반영한다.

2) 보건교육 평가유형

보건교육을 평가 유형의 기준은 평가시기, 평가기준, 평가주체, 평가설계, 평가자료, 체계이론에 따른 분류 등 다양한 유형이 있다[표 5-22]. 각각의 평가는 필요와 상황에 따라 보완적으로 사용될 수 있다.

표 5-22 보건교육 평가 유형

분류	평가 유형
평가시기	진단평가, 형성평가, 총괄평가
평가기준	상대평가, 절대평가
평가주체	내부평가, 외부평가
평가설계	실험설계, 준실험설계, 비실험설계
평가자료	양적평가(규준지향평가), 질적평가(준거지향평가)
경제성 평가	비용효과분석 등
체계이론	구조평가, 과정평가, 결과평가

(1) 평가시기에 따른 분류

평가시기에 따라 진단평가, 형성평가, 총괄평가로 나눌 수 있다[표 5-23].

표 5-23 평가시기에 따른 분류

구분	진단평가	형성평가	총괄평가
평가시기	보건교육 전	보건교육 중	보건교육 후
평가목적	<ul style="list-style-type: none"> • 학습자의 특성 및 사전 준비도 파악 • 교육방법 모색 	<ul style="list-style-type: none"> • 학습자의 성취정도 점검 • 학습 장애요인 확인 • 학습 전략 수정 	<ul style="list-style-type: none"> • 학습 목표 달성 여부 판정 • 다음 보건교육 자료
예시	<ul style="list-style-type: none"> • 사전 지식 질문 • 체크리스트 • 교육 전 퀴즈 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육자가 개발한 평가도구 • 쪽지시험 	<ul style="list-style-type: none"> • 총괄평가가 가능한 평가도구 • 기말고사

(2) 평가기준에 따른 분류

평가기준에 따라 상대평가와 절대평가로 나눌 수 있다[표 5-24].

표 5-24 평가기준에 따른 분류

구분	상대평가	절대평가
평가기준	평가집단에서의 상대적 위치	평가 목표 성취 정도
평가대상	학습자	교수-학습과정 전체
평가자	교육자, 외부 평가	교육자
장점	개인차 변별 용이 경쟁을 통한 학습 동기 유발	성취감 제공
단점	과도한 경쟁심리 유발	개인차 변별의 어려움

(3) 체계이론에 따른 분류

교육활동을 하나의 체계로 보고 투입-과정-산출 모형에 따라 구조평가, 과정평가, 결과평가를 실시할 수 있다.

① 구조평가

구조평가(structure evaluation)는 투입평가로 투입된 자원의 적절성에 대한 평가로 인력, 물리적 자원, 예산이나 시간 등에 대한 평가이다. 예를 들어 수행 인력 수, 보건교육에 투입된 기간, 시설 및 장비, 보건교육에 투입된 예산에 대해 평가한다.

② 과정평가

과정평가(process evaluation)는 보건교육이 실제 계획대로 이루어지고 있는지에 대한 평가이다. 만약 실제 보건교육 운영과 계획에 차이가 있다면 목표 달성의 저해 요인이 무엇인지를 확인할 수 있다. 예를 들어 목표 대비 교육 진행 정도, 교육의 질, 교육 접근 가능성, 교육 진행 상의 문제점을 평가한다.

③ 결과평가

결과평가(outcome evaluation)는 보건교육의 영향과 효과를 평가하는 것으로 목표 달성 정도를 평가와 투입 대비 산출된 결과에 평가하는 것이다. 예를 들어 대상자의 지식, 행위의 변화 정도, 건강수준, 삶의 질 향상 정도를 평가한다.

3) 보건교육 평가방법

보건교육의 평가방법은 지식, 태도, 행위 중 평가하는 내용이 무엇이냐에 따라 다르게 적용된다[표 5-25].

표 5-25 평가내용에 따른 평가방법

평가내용	평가방법
지식	<ul style="list-style-type: none"> • 질문지법 • 구두질문법 • 자기보고법
태도	<ul style="list-style-type: none"> • 관찰법 • 질문지법 • 구두질문법 • 자기보고법
행위	<ul style="list-style-type: none"> • 관찰법 • 자기보고법 • 실기평가



참고문헌

- 간호정책연구회 편. (2019). 보건의료 환경의 이해와 간호정책. 에듀팩토리.
- 강경숙 외. (2023). 성과기반 지역사회간호학 제5판. 퍼시픽북.
- 강희정. (2024). 2024년 보건의료 정책 전망과 과제. 보건복지포럼 327: 9-24.
- 건강보험심사평가원. (2024). 만성질환 통합관리수가 안내
- 경기도 교육청 학교건강검사 실시계획. (2018).
- 고용노동부. (2014). 표준산업안전보건관리규정 매뉴얼.
- 고용노동부. (2019). 근로자 건강진단 실시기준 고시 제2019-27
- 고용노동부. (2020). 근골격계부담작업의 범위(고용노동부고시 제2020-12호)
- 고용노동부. (2021). 산업재해 예방을 위한 안전보건관리체계 가이드북.
- 고용노동부. (2023). 2023년 산업재해발생현황.
- 고용노동부. (2023). 화학물질의 분류·표시 및 물질안전보건자료에 관한 기준 고시 제2023-9호.
- 고용노동부. (2024). 사업장보건관리 업무매뉴얼.
- 고혈압 팩트 시트. (2023). 국민건강영양조사 당뇨병 심층보고서 2023.
- 관계부처 합동. (2020). 제5차 국가환경종합계획(2020-2040).
- 교육부. (2016). 학교감염병예방 위기대응 매뉴얼.
- 교육부. (2020). 학교보건 기본계획. 교육부.
- 교육부. (2023). 학생건강검사 표준지침. 교육부 학교보건정책과.
- 교육부·한국교육개발원. (2022). 학교건강검사 결과 통계. KEDI.
- 국민건강보험 건강보험연구원. (2022). 주요국의 건강보장제도현황과 정책동향.
- 국민건강보험공단. (2022). 재택의료 시범사업 운영 안내서. 원주: 국민건강보험공단.
- 권수자 외. (2017). 학교보건. 수문사.
- 김보임 외. (2002). 대상자중심의 지역사회간호학. 현문사.
- 김영명. (2013). 한국의 다문화 담론에 대한 비판적 고찰. 한국 정치외교사논총, 35(1), 141-174.
- 김춘미 외. (2022). 지역사회보건간호학 제3판. 수문사.
- 김태형 외. (2020). 다문화 사회에서의 갈등 예방과 해결을 위한 정책적 방안. 정책학연구, 29(4), 112-125.
- 김하진 외. (2025). 세계의 일차의료 현황과 발전방향: 영국. Korean Journal of Family Practice.
- 김혜순. (2008). 결혼이주여성과 한국의 다문화사회 실험: 최근 다문화 담론의 사회학. 한국사회학, 42(2), 36-1.
- 김화중, 윤순녕 외. (2010). 지역사회간호학. 수문사.
- 김화중. (1992). 대한간호 제31권 제3호(92. 7.8월호) 통권 166호.
- 대기환경보전법. (2025). 먹는물 수질기준 및 검사 등에 관한 규칙(2019).
- 대한간호협회. (2021). 간호사 윤리강령. 대한간호협회.
- 대한간호협회. (2021). 지역사회간호학 표준교육과정. 대한간호협회.
- 대한고혈압학회. (2022). 2022년 고혈압 진료지침.
- 대한고혈압학회. (2024). KOREA HYPERTENSION FACT SHEET 2024.
- 류정아. (2009). 다문화지표개발연구. 한국문화관광연구원연구보고서, 4.
- 박인영. (2017). 결혼이주민 어머니 언어에 대한 한국인 아버지의 수용 태도가 어머니 문화에 대한 다문화가정 자녀의 태도에 미치는 영향: 어머니의 모국인 지지 활동과 부모-자녀 관계의 매개효과를 중심으로(박사학위논문). 서울대학교 대학원.
- 박정모 외(2024). 지역사회간호학 I. 수문사
- 배상수. (2015). 보건사업기획론 제3판. 계축문화.
- 법무부. (2024). 제4차 외국인 정책 기본계획.
- 법무부. (2024). 출입국외국인 정책 통계연보.
- 변혜선 외. (2024). 지역사회보건간호학. 현문사.
- 보건간호정책연구회. (2016). 건강형평성 보장을 위한 보건의료정책과 간호. 에듀팩토리.
- 보건복지부 국립재활원.

- 보건복지부 등록장애인 현황 통계. (2025).
- 보건복지부. (2021). 제5차 국민건강증진종합계획.
- 보건복지부. (2022). 2021년 보건의료인력실태조사 결과보고서.
- 보건복지부. (2022). 한국건강증진개발원(2022). 제8기 지역보건의료계획 수립 안내.
- 보건복지부. (2023). AI·IoT기반 어르신 건강관리 사업 안내서.
- 보건복지부. (2023). 보건의료 재난 위기관리 표준매뉴얼. 보건복지부.
- 보건복지부. (2023). 응급의료에 관한 법률 시행규칙. 보건복지부.
- 보건복지부. (2023). 재택의료 시범사업 운영지침. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2023). 제6차 장애인정책종합계획(2023~2027).
- 보건복지부. (2024). 2023 보건복지백서.
- 보건복지부. (2024). OECD Health Data.
- 보건복지부. (2025). 2025 국가암검진사업 안내.
- 보건복지부. (2025). 2024 보건복지통계연보.
- 보건복지부. (2025). 2025년 주요 업무 추진계획.
- 보건복지부. (2026). 통합돌봄지원법 제정안 및 시행계획.
- 보건복지부·질병관리청. (2022). 감염병 위기대응 표준매뉴얼. 질병관리청.
- 삼성서울병원 연구팀. (2021). 청소년 근시 유병률 조사 연구.
- 서울디지털재단. (2023). 공공형 디지털 헬스케어서비스 사례.
- 성평등가족부. (2025). 건강가정-다문화가족지원센터 통합서비스 사업안내.
- 소애영 외. (2020). 지역사회간호학 I. 수문사.
- 식품안전인증원 홈페이지. (2025). 식품안전관리기준.
- 식품의약품안전처. (2025). 식품안전나라.
- 신군재. (2017). 글로벌 다문화 이해. 무역경영사.
- 실내공기질 관리법 시행규칙. (2025).
- 심장대사증후군학회 2024 팩트시트.
- 심장대사증후군학회. (2024). 정책연구용역사업대사증후군 관리를 위한 교육자료.
- 안옥희 외(2025). 지역사회간호학 1. 현문사.
- 안전보건공단. (2011). 근로자 안전보건 상담에 관한 기술지침.
- 안전보건공단. (2012). 근로자의 일반적인 건강관리에 관한 지침.
- 안전보건공단. (2013). 보호구의 종류 및 사용법.
- 안전보건공단. (2014). 보건관리 실무 가이드라인.
- 안전보건공단. (2016). 보건관리자의 업무에 관한 기술지침.
- 안전보건공단. (2018). 직장에서의 뇌·심혈관계질환 예방을 위한 발병위험도 평가 및 사후관리지침.
- 안전보건공단. (2019). 뇌심혈관계 질환 예방.
- 안전보건공단. (2020). 물질안전보건자료 작성지침.
- 안전보건공단. (2022). 경고표시 작성지침.
- 안전보건공단. (2022). 열사병 등 온열질환 예방지침.
- 안전보건공단. (2025). 근로자 건강관리 실무지침.
- 안전보건공단. (2025). 영상표시단말기를 사용하는 사무환경 관리에 관한 기술지원규정.
- 안전보건공단. (2025). 직무스트레스로 인한 건강장해 예방기술지원규정.
- 양숙자 외. (2022). 지역사회간호학. 현문사.
- 여성가족부. (2024). 전국다문화가족실태조사.
- 유호신 외. (2014). 지역사회간호학. 수문사.

- 유호신 외. (2017). 지역사회간호학. 수문사.
- 윤고찬 · 조애리. (2010). 미국 인증차별사. 나남.
- 윤연옥 외(2013). 생애주기별 주요 특성 및 변화분석, 통계청 보도자료.
- 이상훈, 김민정. (2021). 다문화 사회 통합을 위한 지역사회 기반 프로그램 개발. 지역사회개발연구, 32(2), 34-47.
- 이순희 외. (2025). 재활간호학. 현문사.
- 이자형 외. (2006). 아동간호학. 신광출판사.
- 임선미 외. (2024). 주요국 진료비 지불제도 동향과 시사점: 정부 진료비 지불제도 개편방향의 문제점. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서: 1-187.
- 임지영, 김소인. (2001). SERVQUAL 모델을 이용한 간호 서비스 질 측정. 병간호행정학회지, 6(2), 259-279.
- 전미준 외. (2020). 지역사회간호학. 고문사.
- 정운숙 외. (2019). 지역사회보건 간호학. 학지사메디컬.
- 정혜선 외. (2019). 직업건강간호학. 수문사.
- 지역사회 통합건강증진사업 안내(지역사회 중심 재활). 2023.
- 지역사회보건간호학 편찬위원회. (2022). 최신지역사회보건간호학. 수문사.
- 질병관리청. (2023). 당뇨병 심층보고서, 당뇨병 등록관리사업 표준실무지침.
- 질병관리청. (2023). 청소년 우울감 · 자살생각 통계. 청소년건강행태조사.
- 질병관리청. (2024). 2024 만성질환 현황과 이슈.
- 질병관리청. (2024). 2024년 고혈압 · 당뇨병 등록관리사업 표준실무지침.
- 질병관리청. (2025). 국민건강영양조사.
- 질병관리청. (2025). 지역건강통계 한눈에 보기.
- 차주애 외. (2025). 건강증진과 보건교육. 고문사.
- 최애숙 외. (2024). 지역사회보건간호학. 학지사메디컬.
- 최연희 외. (2018). 지역사회보건간호학. 수문사.
- 최은숙 외. (2024). 최신 지역사회보건간호학. 수문사.
- 최은숙 외. (2025). 최신 지역사회보건간호학2. 수문사.
- 최인희 외. (2024). 지역사회간호학I,II. 현문사.
- 최현희 외. (2014). 지역사회보건간호학. 수문사.
- 최홍 · 이동원 · 박준. (2010). 다문화 사회 정착과 이민정책. 삼성경제연구소.
- 토양환경보전법 시행규칙. (2025).
- 통계청. (2025). 2024년 사망원인통계 결과 보도자료.
- 폐기물관리법 시행령. (2025).
- 한국건강증진개발원. (2022). 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030).
- 한국건강증진개발원. (2023). 2023 보건소 모바일 헬스케어 사업안내서.
- 한국건강증진개발원. (2023). 공공형 디지털 헬스케어 서비스 현황 및 발전방향.
- 행정안전부. (2023). 재난 및 안전관리 기본법. 행정안전부.
- 홍강의 · 정도연. (1982). 사회 재적응 평가척도 제작, 신경정신의학회지, 21(1).
- 환경보건법. (2025).
- 환경부. (2016). 생활 속 자연방사선 물질, 라돈의 이해.
- 환경부. (2025). 2024 환경백서.
- 환경부. (2025). 환경보건종합계획(2020~2040).
- 환경영향평가법. (2025).
- 환경정책기본법. (2025).
- 황옥남 외. (2020). 재활간호의 이론과 실제. 현문사.

- Baker, G., Bevan, J. M., McDonnell, L., & Wall, B. (2025). *Community nursing: Research and recent developments*. Routledge.
- Bauer, J. E. (2004). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd edn.).
- Bender, D. E., & Pitkin, K. (1987). Bridging the gap: the village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science & Medicine*, 24(6), 515-528.
- Bennett, J. (2008). School health: Past, present, and future. *Journal of School Health*, 78(6), 294-298.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*, 46(1), 5-34.
- Berry, J. W., & Kim, U. (1988). *Acculturation and mental health*.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Prentice-Hall.
- Brown, C. (2001). *Understanding international relations*. New York: St. Martin's Press.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1989). *The Changing Family Life-Cycle: A Framework to Family Therapy* (2nd ed.). Boston, MA: Ally & Bacon
- Centers for Disease Control and Prevention. (1995). *Planned approach to community health: Guide for the local coordinator*. Atlanta, GA: Author.
- Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., Kohn, L. T., Maguire, S. K., & Pike, K. C. (2001). A new health system for the 21st century. *Crossing the Quality Chasm* URL: <http://www.iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx> [accessed 2012-12-05][WebCite Cache ID 6CgHCleDV].
- Dandoy, S. (1990). A priority rating system for public health programs. *Public health reports*, 105(5), 463.
- Deming, W. E. (2018). *Out of the Crisis*, reissue. MIT press.
- Dermott, E., & Fowler, M. (2020). What is a family and why does it matter? *Societies*, 9(5), 83.
- Desai, S., & Jain, D. (1994). Maternal employment and changes in family dynamics: The social context of women's work in rural South India. *Population and Development Review*, 115-136.
- Donabedian, A. (1983). Explorations in quality assessment and monitoring. *The definition of quality and approaches to its assessment*, 1.
- Durkheim, É. (1893). *The division of labor in society*. Free Press.
- Duvall E. (1977). *Marriage and family development*, 5th ed, New York, J.B. Lippincott Co.
- Duvall, E. M. (1957). *Family development*. J. P. Lippincott.
- Ervin, N. E., & Kulbok, P. (2018). *Advanced public and community health nursing practice: Population assessment, program planning and evaluation*. Springer Publishing Company.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice*. Prentice Hall.
- Friedman, M. M. (1986). *Family Nursing : Theory and Assessment*, 2nd ed. Norwalk, Connecticut.: Appleton Century Crofts.
- Furnham, A., & Bochner, S. (1986). *Culture shock. Psychological reactions to unfamiliar environments*.
- Garfield, R., Damico, A., & Orgera, K. (2020). The coverage gap: uninsured poor adults in states that do not expand Medicaid. *Peterson KFF-Health System Tracker*. Disponível em: Acesso em, 29, 1-11.
- Gordon, R. S. (1982). The evolution of school health programs. *Pediatrics*, 70(6), 970-975.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach* (Vol. 298). Mountain View, CA: Mayfield publishing company.
- Hanlon, J. J., & Pickett, G. E. (1984). *Public health: Administration and practice* (7th ed.). Times Mirror/Mosby.
- Hirschman, C. (1983). America's melting pot reconsidered. *Annual Review of Sociology*, 9(1), 397-423.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Home-based medical care and integrated care for older adults in Korea.
- International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing: Version 2.0*. ICN.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. ICN.
- International Journal of Integrated Care, 2021;21(3):1-10.
- Johnson, J. H., & Morrow, R. (2015). *Health promotion in schools: Historical foundations and policy development*. Routledge.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). F. A. Davis
- Keller, L. O., Strohschein, S., Lia-Hoagberg, B., & Schaffer, M. A. (2004). Population-based public health interventions: Practice-based and evidence-supported. *Public Health Nursing*, 21(5), 453-468. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21509.x>

- Kellogg, W. K. (2004). WK Kellogg foundation logic model development guide. Battle Creek MI WK Kellogg Found.
- Kleczkowski, B. M., Roemer, M. I., & Van Der Werff, A. (1984). National health systems and their reorientation towards health for all: guidance for policy making (No. 77, p. 120pp).
- Lam, S. S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total quality management*, 8(4), 145-152.
- Lee, S. J., & Kim, H. R.
- Lewenson, S. (Ed.). (2017). *Public health nursing: Practicing population-based care*. Jones & Bartlett Learning.
- Lundy, K. S., & Janes, S. (2009). *Community health nursing: Caring for the public's health*. Jones & Bartlett Learning.
- Martin, K. S. (2005). *The Omaha System* (2nd ed.). Health Connection Press.
- Martin, K. S. (2018). 박인혜 외 공역. 오마하체계 입문. 현문사.
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2022). *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs with Navigate Advantage Access*. Jones & Bartlett Learning.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (2006). *Continuous quality improvement in health care: theory, implementations, and applications*. Jones & Bartlett Learning.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351-377.
- Minnesota Department of Health, Public Health Nursing Section. (2001). *Public health interventions: Applications for public health nursing practice (The intervention wheel)* (2nd ed.). Author.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Murdock, G. P. (1949). *Social structure*. Macmillan.
- Pan American Health Organization. (2010). *Mass casualty management systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity*. PAHO.
- Parasuraman, A. B. L. L., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *1988*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Parsons, T., & Bales, R. F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Free Press.
- Pedersen, P. (2013). *Multiculturalism as a fourth force*. Routledge.
- Pickett, G., & Hanlon, J. J. (1990). Public health: Administration and practice. In *Public health: administration and practice* (pp. 583-583).
- Sharma, R. (2013). The family and family structure classification re-defined as per the new structure of family & family welfare programmes in India. *Indian Journal of Community Medicine*, 38(4), 240-243.
- Sisko, A. M., Truffer, C. J., Keehan, S. P., Poisal, J. A., Clemens, M. K., & Madison, A. J. (2010). National health spending projections: the estimated impact of reform through 2019. *Health Affairs*, 29(10), 1933-1941.
- Smelser, N. J. (2013). *Social change in the industrial revolution*. Routledge.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR ; A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- St. John, W. (2020). *Community nursing practice: Theory, skills and issues*. Routledge.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. Elsevier Health Sciences.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2021). *Foundations for population health in community/public health nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1995). *Community health nursing*. St. Louis : Mosby.
- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving school health? WHO Regional Office for Europe.
- Throssell, R. P. (1981). Toward a multicultural society: The role of government departments and officials.
- Thurnwald, R. (1932). The psychology of acculturation. *American Anthropologist*, 34(4), 557-569.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Whole school, whole community, whole child (WSCC) model. <https://www.cdc.gov/healthyschools/wsc/>

- United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. UN.
- Vuori, H. V. (1982). Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. Public Health in Europe 16. WHO Publications Centre USA, 49 Sheridan Avenue, Albany, NY 12210.
- Whall, A. L. (1986). Family therapy theory for nursing, Norwalk, CT: Appleton & Lange
- Wilson, L., Harper, D. C., Tami-Maury, I., Zarate, R., Salas, S., Farley, J., ... & Ventura, C. (2012). Global health competencies for nurses in the Americas. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 213-222.
- World Health Organization, & UNESCO. (2021). Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators. World Health Organization.
- World Health Organization. (1970). Health aspects of family planning: Report of a WHO scientific group (Technical Report Series No. 442). World Health Organization.
- World Health Organization. (1983). Quality assessment of health care: Report on a WHO meeting. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. WHO.
- World Health Organization. (1996). Health-promoting schools: Background, development, and evaluation. WHO.
- World Health Organization. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO.
- World Health Organization. (2017). Integrated Care for Older People. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2019). Health emergency and disaster risk management framework (Health-EDRM). WHO.
- World Health Organization. (2021). School health services: Global standards and guidelines. WHO.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (5th ed.). F. A. Davis.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of marketing*, 60(2), 31-46.

참고사이트

- 건강보험공단. <https://www.nhis.or.kr>
- 건강보험심사평가원. (2022). 진료 통계지표 및 알레르기 질환 통계. <https://www.hira.or.kr>
- 고용노동부. <http://www.moel.go.kr>
- 공공보건포털 e보건소. <https://www.e-health.go.kr/>
- 교육부. (2025). 교육공무원법 및 시행령. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr>
- 교육부. (2025). 학교보건법 시행규칙. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr>
- 교육부. (2025). 학교보건법 시행령. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr>
- 교육부. (2025). 학교보건법. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr>
- 교육부. (2025). 학생건강검사 규칙. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr>
- 국가 통계포털. <https://kosis.kr>
- 국가법령정보센터. <http://www.law.go.kr>
- 국가암정보센터. <https://www.cancer.go.kr>
- 국가통계포털. <https://kosis.kr>
- 국립암센터. <http://www.ncc.re.kr>
- 근로복지공단. <https://www.kcomwel.or.kr>
- 근로자건강센터. <https://suwhc.or.kr>
- 대한산업보건협회. <https://kiha21.or.kr/>
- 미국질병통제예방센터. <http://www.cdc.gov>

- 법제처. (2025). 국가법령정보센터 .RetrievedJanuary1, 2020, from <http://www.law.go.kr>.
- 법제처. <https://www.moleg.go.kr>
- 보건복지부. (2025). 감염병예방법 및 시행령. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr>
- 보건복지부. <https://www.mohw.go.kr>
- 보건산업통계. <https://www.khiss.go.kr>
- 복지로. <http://www.bokjiro.go.kr>
- 서울특별시. <http://www.seoul.go.kr>
- 성평등가족부. <https://www.mogef.go.kr/>
- 지역사회건강조사. <https://chs.kdca.go.kr/chs/index.do>
- 질병관리청. <http://www.cdc.go.kr>
- 질병관리청. (2021). 국가건강영양조사 제8기 자료. <https://knhanes.kdca.go.kr>
- 질병관리청. (2022). 청소년건강행태조사 통계자료. <https://www.kdca.go.kr>
- 질병관리청. <https://www.kdca.go.kr>
- 질병관리청. 국가건강정보포털. <https://health.kdca.go.kr>
- 통계지리정보시스템. <https://sgis.kostat.go.kr/view/index>
- 통계청. <https://kostat.go.kr/ansk>
- 학생건강정보센터. www.schoolhealth.kr
- 한국건강증진개발원. <https://www.khepi.or.kr>
- 한국건강증진개발원. 더 웹진 THE 건강. https://www.khepi.or.kr/webzine/vol_02/cnt_1_1.jsp
- 한국산업안전보건공단. <http://www.kosha.or.kr>
- 한국산업안전보건공단. 산업안전보건연구원. <https://oshri.kosha.or.kr/oshri/researchField/introduction.do>
- 한국지역사회간호학회. <https://www.kchn.or.kr>
- 한국직업건강간호학회. <http://www.ksohn.or.kr>
- 행정안전부. <https://www.mois.go.kr/frt/a01/frtMain.do>
- International Labour Organization (ILO). <https://www.ilo.org/>



찾아보기

한글 찾아보기

ㄱ

가정건강관리 319
가정관리 319
가정전문간호사 16
가치-기대 이론 254
간호과정 187
간호사 76
간호조무사 78
강화 337
개발 367
건강 239
건강결정요인 41
건강관리실 219
건강권 42
건강도시 46
건강돌봄체계 8
건강박람회 358
건강불평등 43
건강생활지원센터 90

건강신념모형 253
건강유지조직 20
건강증진 239
건강증진병원 279
건강증진사업 274
건강형평성 42
견학 358
경계 24
경상의료비 92
계층적 질서 25
계획된 행위이론 263
고전적 조건반사이론 336
공공부조 107
공공정책 118
공동관심집단 136
공중보건 7
교육 329
교육매체 362
구성주의 학습이론 343
구체적 목표 211

국가보건서비스 방식 110
국가보건의료조직 86
국민건강보험제도 111
국민건강증진종합계획 121
균등종국 26
기호형태이론 340

ㄴ

너싱홈 22
네겐트로피 26
노인장기요양보험제도 316
노인전문간호사 16
논리모형 133, 226

ㄷ

다문화사회 49
다문화주의 51

대면공동체 5
 대처기전 38
 대한결핵협회 91
 도가니 모델 52
 도구적 조건형성 338
 동기의 위계이론 341
 동일요구공동체 5
 디지털 헬스케어 174

ㄹ

라론드 보고서 240

ㅁ

메디케어 20, 102
 메디케이드 20, 102
 메타버스 358
 모자이크 모델 52
 목표설정 210
 무조건자극 336
 문제기반학습 357
 문제 해결 공동체 5
 민간보건의료조직 91

ㅂ

반응 38
 방문간호사업 317
 방문건강관리 308
 방문활동 220
 방법 212
 배심토의 355
 별 337
 범이론적 모형 264
 변환 25
 병원급 의료기관 81
 보건간호 9
 보건교육 329
 보건교육 계획서 367
 보건교육전문가 332
 보건사업기획 129

보건소 88, 161
 보건소 방문건강관리 308
 보건소법 10
 보건소장 163
 보건소 전문인력 163
 보건의료인력 75
 보건의료자원 74
 보건의료제공 73
 보건의료체계 73
 보건전문간호사 16
 보건정책 119
 보건지소 90, 167
 보건진료소 90, 169
 봉급제 97
 분단토의 356
 분석 345
 브레인스토밍 357
 블렌디드 러닝 358
 비엔나 권고 280

ㅅ

사회보장 105
 사회보험 106
 사회보험 방식 109
 사회복지서비스 108
 사회적 구성주의 343
 사회통제 6
 사회통합 7
 사회통합 프로그램 67
 사회화 6
 산업전문간호사 16
 산출 25
 상부상조 7
 샐러드 그릇 모델 53
 생애주기별 건강증진사업 274
 생태학적 공동체 5
 생활터 276
 생활터별 건강증진사업 276
 설계 349
 세계보건기구 239
 세미나 356
 소속공동체 6

속성 25
 수단 212
 수행 372
 스키너 상자 337
 시물레이션 357
 시범 357
 시행착오 338
 시행착오적 이론 338
 신공중보건 8
 심포지엄 356

ㅇ

알마아타 선언 240
 액션 러닝 357
 약국 82
 엔트로피 26
 역할극 357
 오마하 문제분류체계 195
 오마하 체계 194
 오바마케어 102
 오타와 현장 240
 온라인 학습 358
 요구 345
 요구사정 345
 유비쿼터스 174
 유의미 학습이론 342
 유헬스케어 174
 의료급여 115
 의료기관 80
 의료보장제도 108, 111
 의사 78
 의원급 의료기관 80
 2차 자료 191
 이해관계자 136
 인구보건복지협회 91
 인두제 96
 인본주의 학습이론 341
 인지적 구성주의 343
 인지주의 학습이론 339
 일당지불제 97
 일반적 목표 211
 일반체계이론 24

일차보건의료 10, 155
일차의료제공자 16
1차 자료 191

ㄱ

자가간호이론 33
자녀수녀단 19
자원공동체 5
재택의료 323
재택의료 시범사업 323
적응양상 38
적응이론 37
전문간호사 77
정보처리이론 340
정책 117
제5차 국민건강증진종합계획 122
조건반사이론 336
조건자극 336
조산사 78
조산원 81
조작적 조건형성이론 337
조직 5
종합병원 81
중앙보건행정조직 86
중재수레바퀴모델 217
지리정보시스템 172
지방보건행정조직 88
지역보건법 11
지역보건의료기관 82

지역사회 3
지역사회간호 9
지역사회 간호계획 209
지역사회 간호과정 187
지역사회간호사 13
지역사회 간호사정 189
지역사회 간호수행 216
지역사회 간호진단 193
지역사회 간호평가 225
지역사회 간호활동 219
지역사회보건 8
지역사회보건간호 9
지정학적 공동체 5
직접간호제공자 17
진료비 지불보상제도 94
질 관리 178
질 향상 178
집합체 5

ㄴ

체계모형 227
총액계약제 97
치과의사 79

ㄷ

캠페인 358
커뮤니티 3

ㄹ

통찰이론 339
통합건강증진사업 282
투입 25
투입-산출모형 228
특수흥미공동체 6

ㅁ

평가 373
포괄수가제 96
프로젝트학습 357

ㅎ

학습목표 349
학습이론 335
한국건강관리협회 91
한국한센복지협회 91
한의사 79
합리적 행위이론 262
항상성 26
행동주의 학습이론 335
행위별수가제 94
환경 24
환경자극 38
회환 25

영문 찾아보기

A

action learning 357
adaptation model 37
alma-ata declaration 240
analysis 345
attribute 25

B

blended learning 358
boundary 24
brain storming 357
bundled payment 96
buzz session 356

C

campaign 358
capitation system 96
community 3
conditioned stimulus 336

D

daily charge 97
demonstration 357
design 349
development 367
diagnosis related groups 96
DRG 96

E

entropy 26
environment 24
equifinality 26
evaluation 373

F

feedback 25
fee for service 94
field visit 358

G

general objective 211
general system theory 24
geographic information system 172
GIS 172
global budget 97

H

health belief model 253
health care resource 74
health care system 8, 108
health education 329
health inequality 43
health insurance system 108
health maintenance organization 20, 101
health plan 122
health promoting hospitals 279
Healthy People 2010 20
hierarchy 25
HMO 101
home-based medical care 323
homeostasis 26

I

input 25
instructional media 362
instrument conditioning 338
Intervention Wheel Model 217

K

Korea Immigration and Integration
Programmer 67

L

lalonge report 240
learning objectives 349
learning theory 335
logic model 133

M

MAPP 모형 131
MATCH 모형 134
matrix형 분류 100
medicaid 20, 102
medicare 20, 102
metaverse 358
mobilizing for action through planning
and partnerships 131
mosaic model 52
multiculturalism 51
multi-level approach to community
health 134

N

national health insurance 109
national health service 110
national health system 73
negentropy 26
new public health 8

O

online-learning 358
output 25

P

panel discussion 355
 PATCH 모형 132
 pedagogy 329
 per diem fee 97
 planned approach to community Health 132
 point of service 101
 POS 101
 PPO 101
 PRECEDE 270
 PRECEDE-PROCEED모형 269
 preferred provider organization 101
 primary health care 155
 PROCEED 270
 punishment 337

R

reinforcement 337
 role play 357

S

salad bowl model 53
 salary 97
 seminar 356
 simulation 357
 skinner box 337
 SO 전략 142
 specific objective 211
 ST 전략 142
 SWOT 분석 140
 symposium 356

T

theory of planned behavior 263
 theory of reasoned action 262
 the self-care deficit nursing therapy 33
 throughput 25
 transtheoretical model 264

U

unconditioned stimulus 336

V

value-expectancy theory 254
 vienna recommendation 280

W

WO 전략 142
 WT 전략 142

인물 찾아보기

- 그린(Green) 269
 길버트(Gilbert) 6
 김화중 10
 뉴만(Betty Neuman) 28
 다니엘스(Daniels) 45
 달프렌(Dahlfren) 42
 도나베디안(Donabedian) 182
 도부스(Rene Dobus) 40
 디클레멘테(DiClemente) 264
 라론드(Lalonde) 41
 라스본(William Rathbon) 19
 라스트(Last) 7
 레이페이(Laffey) 9
 로선복 21
 로스(Ross) 3
 로이(Roy) 37, 40
 로저스(Rogers) 342
 매슬로우(Maslow) 341
 맥러로이(McLeroy) 150
 머레이(Murray) 40
 밀스(C. Wright Mills) 8
 밀턴 로머(Milton Roemer) 100
 반두라(Bandura) 259
 밴타(Banta) 8
 버틀란피(Von Bertalanffy) 24
 베리(Berry) 61
 베버리지(W. Beveridge) 105
 부르스터(Mary Brewster) 19
 브라이언트(Bryant) 209
 브래드쇼(Bradshaw) 345
 블라우(Blau) 27
 블룸(Bloom) 350
 비고츠키(Vygotsky) 343
 손다이크 338
 쉬프린(Shiffrin) 340
 스킨너(Skinner) 27
 스킨너(Skinner) 337
 스펙트(Specht) 6
 아젠(Ajzen) 263
 앳킨슨(Atkinson) 340
 오렘(Orem) 33, 36
 우드워드(Woodward) 44
 월드(Lillian Wald) 19
 윈슬로(C.E.A. Winslow) 7
 윌리엄스(Williams) 3
 윌슨(Wilson) 40
 장월(Zangwill) 52
 젠트너(Zentner) 40
 카플란(Caplan) 29
 켈러(Wolfgang Köhler) 339
 쿠르트 레빈(Kurt Lewin) 254
 크루터(Kreuter) 269
 톨만(Edward Chace Tolman) 340
 파블로프(Pavlov) 335
 페이지(Page) 9
 펜더(Pender) 256
 폴(St. Vincent de Paul) 19
 피뵈(Phobe) 19
 프라이(Fry) 98
 프레시맨(Freshman) 9
 프로차스카(Prochaska) 264
 피아제(Piaget) 343
 피케트(Pickett) 8
 핸론(Hanlon) 8
 호만스(Homans) 27
 화이트헤드(Whitehead) 42