

21세기 삶의 질 향상을 위한 건강증진방안

남 철 현 · 김 기 열 *

* 경산대학교 보건복지연구소

The Health Promotion Programme and Quality of Life in the 21 Century

Chul Hyun Nam · Gi-Yoel Kim

Institute of Health and Welfare, Kyungsan University

ABSTRACT

The ultimate goal of national health promotion services is the improvement of quality of life and health longevity through the implementation of health promotion services.

The approach strategy for national health promotion summarized as follows:

- 1) A model for health promotion should be developed by the level of government.
- 2) Roles and functions between central government and autonomous local governments should be defined to carry out the health promotion services effectively.
- 3) New manpower for health promotion such as health educator should be trained and activated at hospitals, health centers, industries, school, and related community agencies.
- 4) School health education should be strengthened in order to teach: various health subjects(smoking & alcohol, drug abuse, accident and safe, nutrition, environmental pollution and preservation, population & family planning, personnel hygiene, physical growth, stress, sex education, communicable disease, physical exercise etc) students through appointing health teachers at school base.
- 5) Health promotion services in industries should be activated using manpower such as health educator, exercise instructor, dietist and counsellor.
- 6) Health promotion services for the elderly should be activated.
- 7) Health screening services in the medical insurance and his/her family should be activated for health promotion services.
- 8) Health education material development center for health promotion should be established and the materials should be made to distribute to related groups, agencies and institutions (health centers, hospitals, schools, pharmacies, industries etc).

- 9) The pilot health promotion center in each autonomous local governments (large cities, provinces, Guns and Gu level) should be established and operated for community people.
- 10) The mass media such as TV, radio, newspapers and magazines should be used effectively.
- 11) Periodic evaluation of health promotion services should be carried out in order to help effective and successful planning for community health promotion in the future.

I. 서 론

우리나라는 경제개발에 걸친 제 7차 5개년 계획을 거치면서 급속한 경제 성장을 해 왔다고 볼 수 있으나 양적 성장에 치우치다 보니 내면적인 질적 성장을 소홀히 하였다고 볼 수 있다. 예를 들어 우리나라의 자동차 대수는 양적으로 짧은 기간에 많이 늘어 외적성장을 가져왔지만 이에 따라야하는 교통문화에 대한 내적성장은 거의 이루지 못하여 교통 무질서로 인한 세계 제 1위 교통사고국으로 기록되고 있다. 우리나라는 급속한 산업화를 이룩한 양적 경제성장을 원동력으로 1995년 1인당 GNP도 1만 달러를 넘어 절대 빈곤으로부터의 탈출에도 성공하였으나 한편으로는 경제성장이 보건, 복지, 환경, 문화 등 우리생활과 직결된 부문의 질적 향상에 얼마나 기여했는가에 대한 의문이 제기되고 있다. 실제로 그 동안 성장에 의한 양적 경제규모의 확대에 주력해온 결과 우리가 향유하고 있는 「삶의 질」은 경제수준에 걸맞지 않게 낙후되어 있는 것으로 평가되고 있다.

우리나라의 「삶의 질」을 세분하여 국제 비교하여 보면 경제부문은 29위, 교육부문은 28위, 문화·정보부문은 23위이지만 보건의료 분야는 59위로 비교적 낙후되어 있다. 전 부문 종합 순위는 174개국 중 29위로 평가되고 있다<표 1>. 이는 우리의 경제규모 및 수준과 「삶의 질」을 구성하는 부문의 수준이 균형과 조화를 이루지 못하고 있음을 뜻한다. 특히 보건의료, 사회간접자본, 개인서비스 등이 상대적으로 낙후되어 있다. 더구나 고도성장의 사회적 내용으로 환경오염, 교통체증 등의 문제가 심각해지고 있으며 복지재정, 산업재해, 교통사고 및 대형 안전사고 등 사회안전측면의 취약점까지 감안하면 우리의 「삶의 질」과 경제수준간의 불균형은 더욱 심화 될 것으로 예상된다.

경제개발의 궁극적 목표로는 국민 모두의 「삶의 질」 향상에 있다.

「삶의 질」을 향상시키려는 인간의 욕구는 다분히 소득수준의 상승에 기인하기보다는 행복한 삶을 추구하고자 하는 인간본능에서 비롯된다고 본다.

행복한 삶은 경제적인 풍요도 중요하지만 무엇보다 건강하게 사는 것이 중요하다. 그 동안 정부에서는 전국민의료보험을 실시하여 오고있으며 해마다 제도를 보완 개선하여 왔으나 아직 의료보장이 미흡한 실정에 있다. 또한 국민건강증진법을 1995년 9월 1일부터 시행하고 있으나 사업추진관련제도 및 조직의 미비, 중앙과 지방사업협력체계미비 등 국민건강증진사업은 지지부진하고 있다. 그리고 지방자치제 실시에 따라 지역보건법이 제정되었지만 지역보건사업 역시 관련제도 및 조직미비와 자금부족으로 소기의 성과를 보지 못하고 있다.

따라서 국민 건강에 직·간접으로 영향을 많이 미치는 보건의료 부문이 174개국중 59위로 다

른 부문에 비하여 특히 1인당 GMP순위가 비슷한 국가와의 비교에서도 크게 뒤떨어져 있다는 것은 심각히 생각해 볼 문제이다<표 2>.

<표 1> 「삶의 질」의 현위치(국제순위)

국 가	삶의 질 (1994년 기준)					HDI
	전 체	경 제	교 육	보 건	문 화	
한 국	29	29	28	59	23	31
미 국	1	1	2	20	10	2
일 본	8	2	33	3	8	3
프랑스	11	4	9	9	21	8
영 국	10	9	22	8	9	18
독 일	13	3	27	13	14	15
이탈리아	19	12	10	6	29	20

주: 1) 삶의 질 순위는 경제부문의 5개 지표, 교육부문의 5개 지표, 보건부문의 4개 지표, 문화·정보부문의 2개 지표를 대상으로 주성분분석(Principial Components Analysis)에 의한 복합지표로 삶의 질 지수를 산출한 다음 세계 174개국을 비교한 것임.
 자료: 윤병식 외, '한국인의 삶의 질: 현황과 정책과제', 한국보건사회연구원, 1996

<표 2> 우리나라와 유사한 소득수준의 국가와의 비교(1994)

국 가	1인당 GNP 순위	삶의 질(보건부분) 순위
뉴 질 랜 드	25	26
이 스 라 엘	26	28
아 일 랜 드	27	24
스 페 인	28	7
한 국	31	59
리 비 아	32	118
아르헨티나	33	47
포르투갈	34	21
이 란	35	92

자료: 윤병식 외, '한국인의 삶의 질: 현황과 정책과제', 한국보건사회연구원, 1996

II. 삶의 질의 개념과 구성요건 및 지표

삶의 질은 그 용어 그 자체가 일반대중이 흔히 사용해 온 것으로서 결코 새로운 것도 아니며 또한 이에 대한 연구가 사회과학계의 전유물도 아니다. 즉, 「삶의 질」을 향상시키고자 하는 염원은 끊임없이 삶을 영위해 온 인류가 추구하여 온 보편적인 가치라고 할 것이다. 국제기관의 연구사례에서는, 삶의 질을 流量으로서 생활수준과 貯量으로서 복지수준에 의하여 이루어진다는 전제하에 각각에 대한 개념을 제시하고있다. 생활수준 '재화와 서비스의 흐름의 결과로서 단위시간의 욕구에 대한 획득된 충족의 수준' 으로, 복지수준(복지상태)은 '일정시점에서 개인 및 인구집단의 욕구에 대한 충족의 결과로서 인지된 상태' (Drewnowaski, 1970)로

규정하고 있다. 이 개념은 삶의 질을 욕구에 대한 충족의 관계로 파악하는 效用論에 따르고 있으며, 생활 및 복지의 구성요소별 지표에 의하여 각각의 수준과 분포를 고려한 삶의 질을 표시한다.

삶의 질은, 어느 나라에서나 공통적으로 찾아볼 수 있는 부분적인 취약계층을 제외하면, 국민 대다수의 의·식·주와 같은 기본생활요건이 대부분 충족되어 있는 발전된 경제에서 언급되는 표현이라는 점이다. 삶의 질은 다른 상태에 있는 것 보다 어떤 상태에 있는 것이 더 좋은 존재(being better)로서, 개선되고 있거나 악화되고 있는 것으로서, '좋거나 나쁜 것(being good or bad)으로서 보여지는 것(Wingo, 1977)으로 표현하고 있다.

또한 삶의 질은, 개개인의 삶의 질에 관심을 두나 사회구성원의 일부인 인구집단이나 구성원 전체의 삶의 질을 같이 보아야 한다는 점이다. 삶의 질에서 삶은 개개인의 생활로 볼 수도 있겠으나 생활이라기 보다는 인간 삶의 모든 것을 의미한다고 하겠다.

이상에서 밝힌 바와 같이 삶의 질에 반영되는 속성적 내용을 감안하고 또한 그 측정을 전제로 하여 그 개념을 현재완료의 시관으로 정리하면, 삶의 질은 '개인 및 인구집단이 향유해 온 물리적, 비물리적 가치의 총화'라고 윤곽을 지을 수 있을 것이다.

삶의 질의 구성요건은, 건강과 생명, 재산의 안전과 기본적 요건, 쾌적한 삶을 위하여 불가결한 물리적 요건, 그리고 사람다운 삶을 영위하기 위하여 요구되는 고차원의 욕구인 정신적 요건등이며, 물리적 요건은 그 수준, 안전, 형평, 쾌적 등에 의하여 평가되고 정신적 요건의 평가차원은 수준, 안정(안심), 형평, 자유 등이다. 한편 경제사회발전은 발전단계에 상응하는 경제사회구조와 의식구조의 변화를 가져오며 이러한 구조변화는 개개인은 물론 인구집단의 삶의 질을 구성하는 요건들을 외생적으로 또는 시간의 흐름에 따라 교호작용을 통하여 변화시킨다. 이 같은 구조변화는 삶의 질을 구성하는 직접적인 요건은 되지 않으나 삶의 질에 영향을 미치면서 일정한 추이와 경향을 보이는 특징을 지닌다. 구조변화를 경제사회구조와 의식구조의 변화로 구분한다면, 전자의 경우에 속하는 것은 노령화, 세계화, 정보화, 도시화, 산업화, 환경친화, 지방화, 핵가족화 등이며, 후자에 속하는 것은 정신적, 심리적 의식의 변화 등이다. <표 3> 예를 들면, '건강과 안전'과 같은 사회적 관심사는 미국의 삶의 질을 위하여 일반적으로 대단히 중요한 것으로 간주되는 사회적 영역을 대표하며(Terleckyi, 1975), 우리나라의 사회지표체계에서도 '건강'과 '안전'은 각각 하나의 부문으로 설정되어 있다. (한국보건사회연구원, 1995)

<표 3> 「삶의 질」 구성요건 및 평가차원

구성요건 및 관련구조변화		평 가 차 원
구 성 요 건	<ul style="list-style-type: none"> · 기 본 적 요 건 · 물 리 적 요 건 · 정 신 적 요 건 	건강, 생명과 재산의 안전 수준, 안정, 형평, 쾌적 수준, 안정·안심, 형평, 자유
「삶의 질」 관련 구조 변화	<ul style="list-style-type: none"> · 경 제 사 회 구 조 · 의 식 구 조 	노령화, 세계화, 정보화, 도시화, 산업화, 환경친화, 지방화, 핵가족화 등 의식구조변화

삶의 질을 측정하기 위하여 삶의 질의 관심부문(영역)을 구성하고 이에 따라 개별지표를 선정하는 것은 중요하다. 이 경우 개별지표는 경제 사회적 변수간의 인과를 나타내는 구조 또는 모형에 포함되어야 지표로서 의미를 지닌다.

삶의 질에 대한 관심영역은 <표 4>에서 보는 바와 같이 언론사와 민간조사 기관에서 실시한 삶의 질에 관한 지표는 항목의 차이가 있으나 총괄적 내용은 비슷하다.

중앙일보사가 전국 74개 시의 삶의 질을 비교·평가하기 위하여 행한 삶의 질의 평가분야는 6개항 36개 지표이며, 공보처 여론과가 '미디어 리서치'에 위촉하여 세계화 시대에 요구되는 국민복지와 삶의 질에 대한 국가적 정책마련을 위한 자료로 활용하는 것을 목적으로 조사한 삶의 질 구성부문은 23항목을 제시하였다. 가장 관심 있는 삶의 질의 분야는 본인과 가족의 건강, 자녀문제, 안락한 주거생활, 수입증대, 직장에서의 성공, 본인의 노후대책 등의 순으로 나타나 삶의 질에서 건강이 가장 우선임을 알 수 있었다. 윤병식 외, (1996).

<표 4> 「삶의 질」 조사에서 제시된 부문구성의 사례

평가분야 (중앙일보)	구 성 부 문 (공보처 위촉조사)	가장 관심 많은 「삶의질」 순위
1. 건강한 생활	1. 현재의 소득수준	1. 본인과 가족 건강
2. 안전한 생활	2. 현재의 직업	2. 자녀문제
3. 교육·복지	3. 현재의 물가	3. 안락한 주거 생활
4. 경제생활	4. 깨끗한 수도물 공급	4. 수입증대
5. 편리한 생활	5. 깨끗한 자연환경	5. 직장에서 성공
6. 문화생활	6. 자연휴식공간확보	6. 본인의 노후대책
	7. 쓰레기 처리문제	
	8. 건강하고 위생적인 식품	
	9. 주택난 해소	
	10. 교통문제 해소	
	11. 민생치안 확립	
	12. 의료서비스 제공	
	13. 사회복지 향상	
	14. 교육의 질 향상	
	15. 안전관리 시설	
	16. 인권보호	
	17. 범질서 및 사회질서확립	
	18. 청소년 문제	
	19. 현재의 건강 상태	
	20. 문화·예술생활	
	21. 레저·여가생활	
	22. 주위사람과의 인간 관계	
	23. 가정의 화목	

Ⅲ. 새로운 국민건강의 문제대두

96년도 인구추계에 따르면 65세이상 노령인구가 5.9%에 달하고 있고 국민의 평균수명이 73세를 넘고 있으며 노령인구는 매년 증가 일로에 있어 노인보건문제는 보건의료분야에 하나의 큰 과제가 되고 있다. 또한 암, 뇌졸중, 심장병, 고혈압, 당뇨병 그리고 간질환등 만성퇴행성질환과 사고에 의한 손상으로 전체 사망자의 70%를 넘고 있어 질병발생양상이 선진국의 형태로 변하고 있다. 이러한 질환은 의료적인 조치만으로 치료가 어려워 국민건강과 삶의 질적저하를 초래함은 물론 국민의 의료비 증가의 요인이 되고 있다. 1995년에는 21조 9천 4백억원으로 추계되어 1970년의 국민의료비 714억원에 비해 152배 증가(같은기간 소비자 물가지수 8.3배) 되었는데 이는 의료보험자의 보험금여비중 만성퇴행성질환의 진료비가 차지하는 비율이 32%(1993)로서 높기 때문이다. 폐암으로 인한 사망율은 1983년 10만명당 5.7에서 1994년 19.1로 235% 증가되고 간암의 경우는 '94년 10만명당 24.4로 미국 1.6, 일본 15.9, 독일 3.2, 싱가포르 3.9 보다 높게 나타난 것은 우리나라 성인남자의 폐암과 간암의 주요원인인 흡연율과 음주율이 94년도에 각각 73.2%와 74.6%로서 높은 것과 유관하다고 볼 수 있다.

이처럼 새로운 보건문제로 대두된 만성퇴행성질환의 주원인이 주로 낮은 보건의식이나 해로

은 생활양식 등에 기인한다고 볼 때 보건의료정책의 접근방식에서 효과적인 정책대응은 질병 발생 후 치료에 의존하는 소극적 대응이 아니라 질병발생이전의 건강증진 및 질병예방을 도모하는 적극적인 건강관리 대책이 이루어져야 한다. 그러나 건강의식 및 행동변화를 유도하기 위한 보건 교육의 강화와 적당한 운동, 적절한 영양섭취, 건강생활 실천분위기 조성, 보건의료 환경의 제도적 개선 등으로 적극 전환해야 하나 정책결정자들의 이해부족, 보건교육 자료부족, 학교보건교육과 사회보건교육의 소홀, 관련 제도 미비, 그리고 예산부족 등으로 잘되지 않고 있다.

IV. 선진외국의 건강증진 정책 방향

건강증진에 관한 현대적 개념이 1976년 캐나다 정부에서 발표된 Lalonde보고서에서 공적으로 대두된 이래 현재의 건강보다 나은 상태로 만들기 위한 노력이라 일컬어지는 건강증진의 실천에는 인구집단전체의 생활환경개선을 통한 총체적인 건강증진(Total Health Promotion)에 초점을 맞추고 있다.

세계보건기구. 미국 및 일본은 1980년대 들어서 건강증진과 관련된 많은 연구가 이루어지고 있으며 1990년대에 와서 세계보건기구는 나름대로 건강증진정책방향을 설정하고 있고 미국은 국무성에서 "Health People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objective"라는 보고서를 발간하여 공적으로 건강증진의 중요성을 인정받았으며 일본은 "국민 건강 가꾸기" 운동을 추진하여 국민 스스로 적극적인 건강증진을 할 수 있도록 하고 있다.

1. 세계보건기구(WHO)의 건강증진정책방향

세계보건기구(WHO)의 오타와 헌장(Ottawa Charter for Health Program)에서 건강증진은 사람들로 하여금 건강에 대한 영향력 행사 능력을 강화시키고 건강을 발전시키도록 도와주는 과정이라고 정의하고 건강증진활동은 ①특정질환에 걸릴 위험이 있는 사람들 뿐 아니라 일상 생활속에서 생활하는 일반주민을 대상으로 하고 ② 건강이나 안녕에 영향을 주는 사회적, 경제적, 교육적, 환경적, 정치적, 행동적인 요인 외에도 비임상적인 여러 요인에 초점을 두며 ③ 국민건강증진을 위해서는 법제정, 정책개발, 기관의 변화, 지역사회개발 및 교육 등의 복합적인 수단을 사용해야 하고 ④ 문제파악이나 사업수행 및 결정에 주민을 포함 시키는데 있으며 ⑤ 건강증진은 보건관리의 세 단계 즉, 일차. 이차. 삼차예방에 모두 적용 가능한 활동이 될 수 있어야 한다고 하였다.

또한 세계보건기구(WHO)에서는 건강증진학교(Health Promoting School)운동을 벌려 유럽, 남태평양, 서태평양 지역의 많은 국가들이 이에 참가하여 학교보건증진 사업추진에, 정부차원에서 관심을 기울이고 있으며 주사업 내용은 첫째, 학교보건정책 둘째, 학교환경위생 셋째, 학교의 사회환경 넷째, 지역사회와의 연관성 다섯째, 개인건강기술 여섯째, 보건서비스이다.

남철현 (1997)

2. 미국의 건강증진 사업

미국은 1990년 국가적 차원의 건강계획으로 발표된 "Health People 2000"에서는 예방 가능한 사망과 불구의 감소, 삶의 질 향상, 한 사회에서 살아가는 사람들간의 건강에 관한 불평등 완화 등에 국가적 차원의 건강목표를 두고 있다. 국가적 건강목표는 첫째, 국민의 건강한 삶 연장 둘째, 건강에 관련된 불평등 완화 세째, 모든 국민의 예방보건 서비스에 대한 접근달성이다.

미국인의 건강증진 및 질병예방을 위하여, 시민과 각 분야의 전문가, 그리고 공공 및 민간 기관이 함께 참여하여 이룬 국가적 노력의 결실인 이 계획에서는 상기 건강목표 달성을 위하여, 다음과 같이 연령집단별(크게 5개 집단으로 구분) 주요 건강문제와 접근 방안에 관한 검토를 통하여, '건강증진', '건강보호', 및 '예방보건서비스'에 관한 구체적 건강목표(3개분야의 21개 과제)를 제시하고 있으며, 이에 관한 사업추진을 전반적으로 지원하기 위하여 '사업감시 및 자료관리 체계'를 강조하고 있다.

3. 일본의 건강증진 사업

일본은 전후 공중위생수준의 향상, 의료기술의 진보, 국민 보건 의식 수준의 향상 등으로 평균수명이 79세로서 세계 최고 수준을 유지하고 있다. 그러나 인구의 고령화, 생활양식의 변화 등에 따라 암, 심질환, 뇌혈관질환등의 성인병이 점점 증가하고 있으며 의학의 발달에도 불구하고 원인불명, 치료방법미확립, 장기요양등을 요하는 질병을 앓고 있는 사람이 적지 않다. 따라서 이러한 문제에 대한 대응방안으로서 보건분야에서는 '국민 건강가꾸기 운동'을 추진하고 있다. 일본인의 평균수명이 여자 82세, 남자 77세로 연장됨에 따라 현실로 대두된 인생 80년 시대를 건강하게 영위해 나가기 위해서는 '국민한사람이 자기건강은 스스로 지킨다'라는 자각을 기본으로 삼고 젊을 때부터 '건강가꾸기'를 실천해 나가야 한다는 것이다. 특히 일본의 건강가꾸기 운동에서는 국민 스스로 적극적 건강증진을 추진할 수 있는 '스포츠 시스템'이 절실히 고려되고 있는 점에 유념해야 한다.

1970년부터 보건소에 영양교실을 개설하여 일상생활에서 올바른 영양, 운동, 휴양의 실시방법의 지도를 하고 1972년부터는 지역사회 건강증진의 중심처로 건강증진센터 설치를 추진하였다. 1978년 국민건강가꾸기 운동(제 1차)을 실시하였고 중고령 근로자 건강보호를 위한 고령근로자 건강보호 운동(SHP : Silver Health Plan)을 1979년 시행하였으며 1988년부터는 총력(총체적인) 건강증진운동(THP)실시하다가 시책을 확충하고 운동습관 보급에 의한 영양, 운동, 휴양의 균형 잡힌 체제확립을 목표로 10년계획의 제 2차 국민건강가꾸기 운동(Active 80 Health Plan)을 실시하고 있다. 남철현 외 (1993)

V. 우리나라의 건강증진 방안

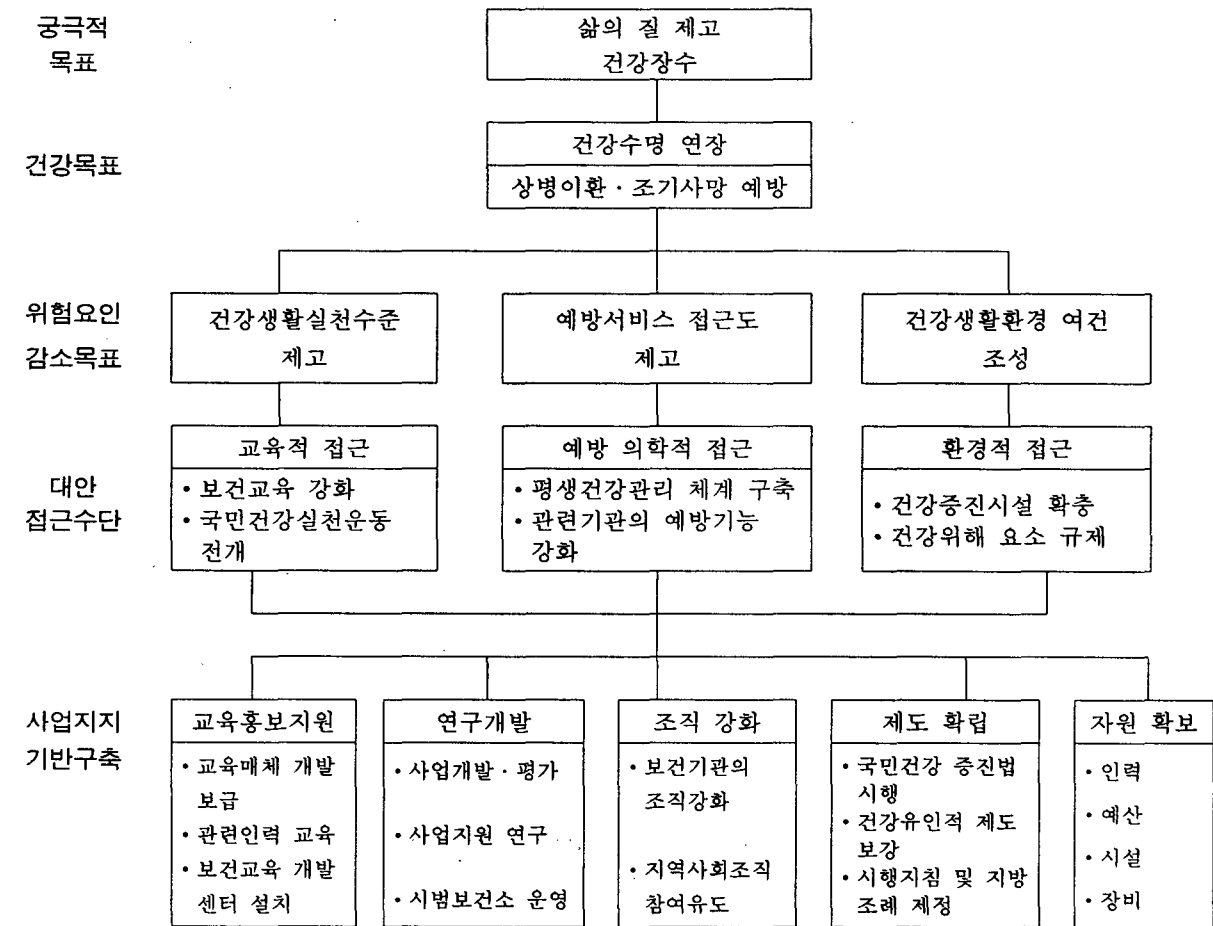
1. 국민건강증진 목표와 기본방향

우리나라의 국민건강증진사업의 궁극적 목표는 건강증진사업추진을 통하여 국민들이 건강하

계 사는 수명 즉 건강수명을 연장토록 함으로써 건강장수와 삶의 질 향상을 도모하는데 있다. 이러한 궁극적 목표달성을 위해서는 건강수준 목표로서 상병이환 및 조기사망 감소와 건강수준 목표달성을 위한 건강 위험요인 감소가 있으며 건강위험요인 감소목표에는 건강생활실천수준제고, 예방서비스의 접근도 제고, 건강생활환경여건 조성 등이 있다. (그림 1). 변종화(1996)

건강위험요인 감소를 위한 수단이 바로 대민적인 건강증진사업으로서 ① 건강생활실천수준을 높이기 위한 보건교육홍보와 건강생활실천운동 전개(교육적 접근) ② 예방서비스의 접근도를 높이기 위한 보건의료기관 및 단체의 조직 및 기능강화와 평생건강 관리체계의 구축, (예방의학적 접근) ③ 건강생활환경조성을 위한 건강증진시설 확충과 건강위해 환경요소의 규제(환경적 접근) 등이 있다.

국민건강증진 기본 접근 방향은 대민적 건강증진사업활동이 활성화될 수 있도록 이를 지지하는 기반구축에 역점을 두어야 하고 중앙에서 주로 지원해야 할 활동으로서 매체의 개발보급, 사업담당인력에 대한 교육훈련, 사업지원 연구의 활성화 그리고 중앙 및 지방의 사업조직 개편강화, 제도적인 미비점 보강, 자원확보 등이 이루어지도록 하고 중앙의 기술 및 행정 지원적 사업활동강화와 대민보건서비스를 제공하는 보건소의 건강증진사업 활성화를 위한 여건 개선에 초점을 두어야 할 것이다.



[그림 1] 국민건강증진 기본 목표와 접근전략

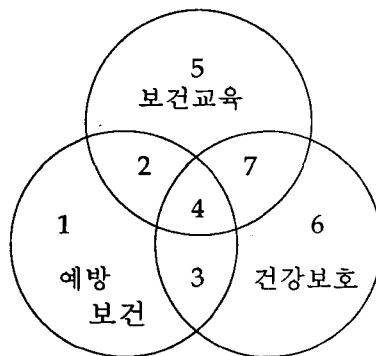
자료: 변종화 외, 국민건강증진 목표와 전략, 한국보건사회연구원, 1996.

2. 국민건강증진 개념과 사업 추진 방안

가. 건강증진개념 모델

건강증진은 병의 치료나 예방에 그치는 것이 아니고, 건강향상을 위하여 사람들이 지니고 있는 건강잠재력이 충분히 발휘될 수 있도록 이를 개발하고 건강을 유지 보호하기 위한 예방·의학적, 환경보호적, 행동과학 및 보건교육의 수단을 강구하는 것이라 할 수 있다. 1986년 채택된 「오타와헌장」은 건강증진을 모든 사람들의 건강잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 건강평등의 실현에 중점을 두고 동등한 기회와 자원을 확보하는데 목적을 두고 있다. 건강증진은 대중참여의 유도, 지역사회 보건서비스의 강화, 적절한 공공정책수립, 지원적 건강향상을 위한 보건서비스의 역할전향 등을 포함하고 있다.

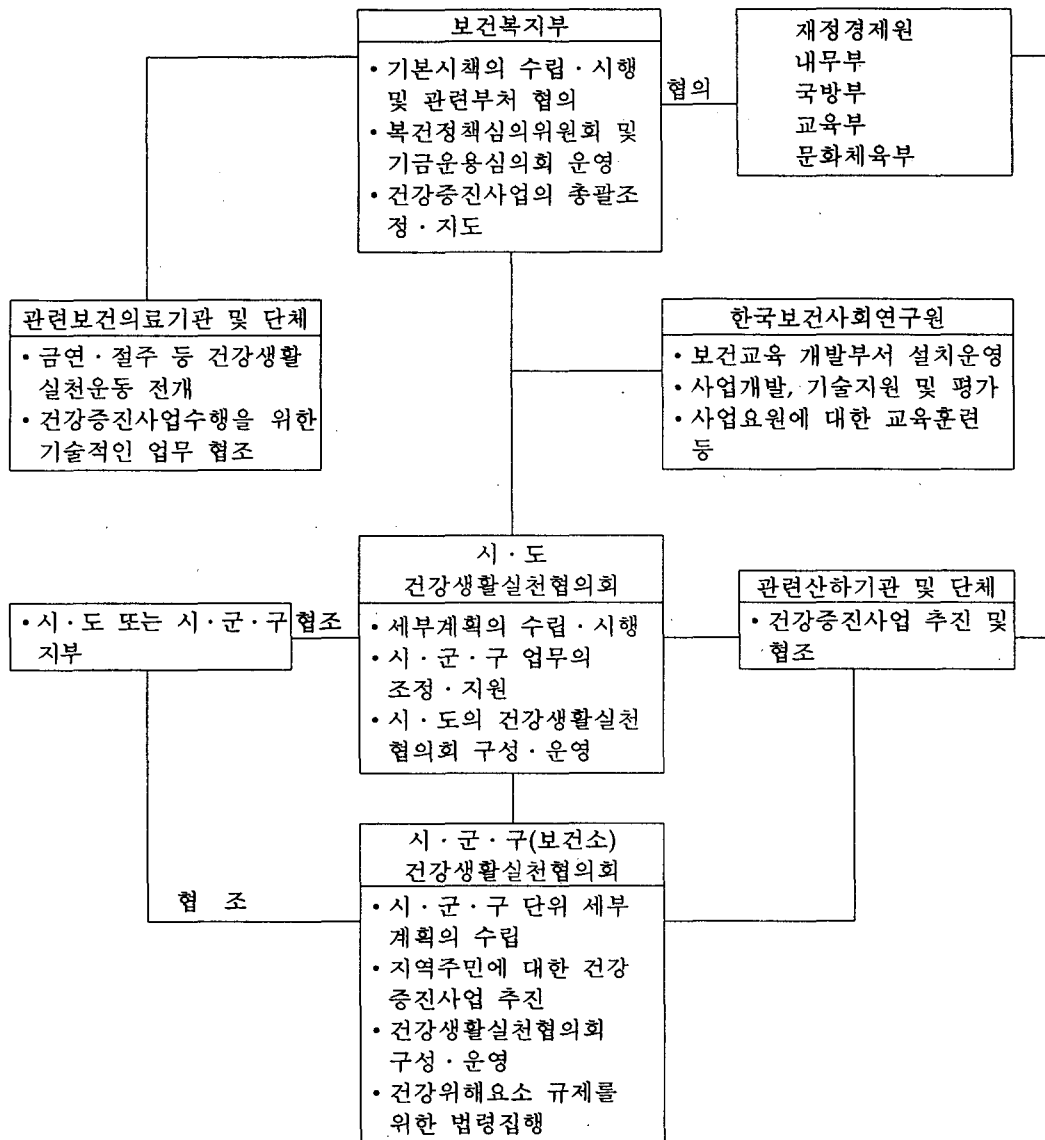
Tannahill은 건강증진 모델로 보건교육, 예방, 건강보호의 3가지 사업의 중복요소로 된 <그림 2>를 제시하였는데 ① 예방보건 서비스 ② 예방적 보건교육 ③ 예방적 건강보호 ④ 예방적 건강보호를 위한 보건교육 ⑤ 적극적 보건교육 ⑥ 적극적 건강보호를 위한 보건교육 등 7가지 활용영역으로 구분되어 있다. 이 모델에 의한 건강증진은 보건교육, 예방사업, 건강보호 등의 중복적 요소를 통해서 적극적 의미와 건강을 향상하고 불건강을 예방하기 위한 노력이 복합적으로 이루어져야 함을 나타내고 있다.



[그림 2] 건강증진 모델

나. 건강증진사업 추진방안

건강증진모델에 의거 예방보건서비스와 예방적 보건교육 그리고 예방적 건강보호를 위한 사업을 어떻게 추진하는 것이 효과적이고 성공할 것인가 하는 것은 중요하다. 정부의 국민건강증진 사업추진체계는 <그림 3>에서와 같이 보건복지부에서 기본시책을 수립하고 사업을 총괄, 조정, 지도하며 기금운영심의도 한다. 건강증진사업 활성화를 위해서는 중앙의 관련부처인 재정경제원, 내무부, 교육부, 국방부, 문화체육부, 노동부 등과 긴밀한 상호협력관계를 유지함으로써 건강증진사업촉진에 필요한 협조와 지원을 받으며 한국보건사회연구원의 기술지원과 평가, 사업요원에 대한 훈련 등의 지원을 받는다. 시·도와 시·군·구 단위에서는 건강실천협의회를 구성하여 세부계획, 사업추진, 법령집행등의 자문을 받아 건강증진사업을 수행케 한다.



[그림 3] 국민건강증진사업추진 조직체계 모형
 자료: 보건복지부, 국민건강증진 기본시책, 1995

1) 중앙정부와 지방정부의 역할

중앙정부는 기본방향과 목표설정, 장단기 거시적 계획수립 및 정책개발, 조직 및 제도정비지원, 각종지침 설정과 인력, 시설의 조달, 교육홍보매체개발보급 및 평가, 관련연구기관 및 단체의 적극참여유도 그리고 예산지원을 한다. 지방정부는 시도군단위에서 국민건강증진사업을 중점사업으로 하여 지역실정에 맞는 미시적 사업계획수립, 지방조례 및 제도개선, 보건소등 공공보건조직개편강화, 건강실천협의회의 효율적 운영, 건강증진센터 등 관련시설의 설립과 확충 그리고 관련연구기관의 연구활동의 활성화와 관련지방단체의 적극 참여를 유도하여 사업을 활성화시킨다.

2) 건강증진 인력의 제도적 활용

건강증진사업추진에 필요한 새로운 건강증진인력으로서 보건교육사 및 운동지도사(처방사)

를 특수전문인력의 국가공인자격인정제 도입으로 교육 훈련시켜 자격화하여 병원, 보건소, 사업장, 학교 등에 배치하여 환자 및 가족교육, 지역사회주민, 근로자 및 학생에 대한 보건과 운동에 대한 교육 등에 적극 활용한다.

3) 학교보건교육의 강화

학교 교과과정에 보건교과목을 설치하여 인체성장과 발달, 흡연, 음주, 약물오남용, 성교육, 성병, 사고 및 안전, 영양, 체력단련, 환경오염과보건, 인구 및 가족보건, 개인위생, 전염병관리, 스트레스, 건강관리서비스 등에 대한 교육을 실시한다.

교과과목을 이수한 간호사 또는 보건관련학과 출신을 보건교사로 임용하여 보건교과목을 담당케 하고 학교에 건강증진실이나 센터를 두어 교사와 학생들의 건강관리를 하게 한다.

4) 사업장 건강증진사업의 활성화

노동부와 한국산업안전공단은 사업장 건강증진사업의 체계확립과 지침개발, 교육자료의 개발보급, 건강검진장비 및 체력단련 기기의 지원에 협조하고 노사간 협력체제를 통하여 근로자 건강증진사업을 강화한다.

보건교육사(지도사), 운동지도사(처방사), 영양지도사(영양사), 그리고 상담요원을 상근 또는 비상근직원으로 하여 합리적이고 체계적인 건강증진사업이 효율적으로 이루어지도록 한다.

사업장내에 보건관리실 또는 건강증진센터를 두어 보건교육, 체력단련, 경미치료 등을 하도록 한다.

5) 노인건강증진사업 활성화

현재 의료보험대상에서 제외된 65세 이상 노인에 대한 검진(장기적으로는 50세이상)을 무료 또는 소득에 따른 차등비용을 적용하여 실시하고 만성퇴행성질환에 대한 일반상담과 교육, 질병상태별로 식생활개선, 치아건강상담, 노인건강상담과 교육을 보건관련단체, 보건소, 병원, 요양시설, 약국, 노인대학 등에서 실시하고 상담내용에 따라 가정방문 간호서비스(의사의 진료, 가정간호사의 간호, 물리치료사에 의한 동작훈련, 운동지도사에 의한 운동 등)를 하며 재원은 국민건강증진 기금에서 사용토록 제도화한다. 그리고 노인전문요양시설을 확충하고 생활편의서비스 제공에도 투자를 늘린다.

6) 의료보험건강검진사업의 활성화

국민건강증진사업과 연계하여 피보험자 가족에 대한 건강검진을 확대하고 검사항목별로 검사주기를 조정하며 1차 건강진단시 설문조사를 통하여 정밀검사 환자를 조기발견을 하고 건강검진 계획과 보건교육의 기초자료로 활용토록 한다.

7) 보건교육자료개발센터 설립운영

국민건강증진법에 의거 조성된 자금으로 보건교육개발 센터를 한국 보건사회연구원에 설립하여 필요한 대국민 보건자료를 대상별로 시의 적절하게 개발, 제조하여 전국의 보건교육을 할 수 있는 기관과 단체(보건소, 병원, 약국, 사업장, 국립 및 민간사회단체등)에 배부 활용케 한다.

8) 지방자치단체(시·도·군·구 단위)에 시범 건강증진센터 설립운영

지역사회주민이 부담 없이 운동과 체력 증진을 할 수 있도록 서울 및 광역급 도시에 3,800명 규모, 중소도시에 1,200명 규모, 군단위에 800명 규모의 시범건강증진센터를 설립하여 시범 운영하고 매년 시설 보완하여 점차 확대하도록 한다.

9) 건강증진 보건교육을 위한 대중매체 활용

보건교육자료개발센터에서는 TV 및 라디오 방송프로그램에 전국과 지방 방송의 특성을 살릴 수 있도록 보건교육프로그램을 편성하여 고정적인 시간대에 방송 되도록 하고 전국지와 지방지에도 정기적으로 시의 적절한 건강관련 보도자료를 제작하여 보급토록 한다.

10) 건강증진사업의 정기적인 평가

중앙과 지방의 연구기관이나 대학교의 연구소에서 정기적으로 국민 건강의식행태 조사를 실시하고 각급 건강증진사업에 대한 추진실태와 효과를 평가하여 통계자료를 수집 생산함으로써 앞으로의 효율적이고 성공적인 계획수립에 도움이 되도록 한다.

VI. 참고 문헌

1. 김수춘외 : 21세기를 향한 보건의료정책과제, 한국보건사회연구원, 1994
2. 남철현외 : 의료보험제도정착을 위한 보건교육, 홍보프로그램연구, 의료보험공단, 1992
3. 남철현외 : 업종별, 규모별, 사업장 근로자의 건강보호 및 증진모델개발에 관한 연구, 산업연구논문집 노동부, 1993
4. 남철현 : 학교보건을 통한 건강증진사업, 21세기 국민건강증진을 위한 보건교육전문인력활용방안 국제 세미나 보고서, 한국보건교육학회, 1997
5. 보건복지부, 한국보건사회연구원: 국민건강증진사업평가와 발전방향에 관한 공청회 자료, 96-07, 1996
6. 변종화 : 국민건강증진사업의 효과적 추진방안, 한국보건사회연구원, 1996
7. 서미경 : 노인보건 · 의료의 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원, 1995
8. 윤병식외 : 한국인의 「삶의 질」 현황과 정책과제, 한국보건사회연구원, 1996
9. 이규식, 남철현 : 의료보험급의 보건예방사업 확대모델개발연구, 연세대학교 보건대학, 1995
10. 한국보건사회연구원, 한국의 사회지표체계개편연구(1), 1995
11. Andrew Tannahil : "What is Health Promotion?", Health Education Journal 44. pp. 167-168,18
12. Drewnowski, Jan, Studies in the Measurement of Level of Living and Welfare, United Nations Research Institute for Social Development, Report, No. 70. 3, Geneva, 1970.
13. L.W.Green and C. L. Anderson : Community Health Hand Book of Health Professions, ed. by Mechanize (N.Y: The Free Press) 1983
14. Terleckyi, Nester E., Improvement of Quality of Life: Estimate of Possibilities in the United States, 1974~83, National Planning Association, Washington, D. C., 1975
15. Wingo, Lowdon, "Objective, Subjective, and Collective Dimension of the Quality of Life", Public Economics and the Quality of Life, edited by Lowdon Winro and Alan Evans, Johns Hopkins University Press, 1977
16. WHO Region office for Europe, European working Group on Concepts and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 1985.