

비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

최은진

최슬기·강혜리·최소영·김진희·윤난희·김영복·김기태



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



【연구책임자】

최은진 한국보건사회연구원 연구위원

【공동연구진】

최슬기 한국보건사회연구원 부연구위원

강혜리 한국보건사회연구원 연구원

최소영 한국보건사회연구원 연구원

김진희 호주 뉴사우스웨일즈대 박사연구원

윤난희 한양사이버대학교 보건행정학과 교수

김영복 대구대학교 재활건강증진학과 교수

김기태 건국대학교글로벌캠퍼스 교수

연구보고서 2020-25

비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

발행일 2020년 12월

발행인 조흥식

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 경성문화사

발|간|사

1995년 국민건강증진법 제정을 비롯하여 2000년부터 국민건강증진 계획의 추진 등은 개인과 인구집단의 건강관리의 필요성을 반영한 것이다. 건강관리서비스란 건강의 유지, 증진과 질병의 사전예방 및 악화의 방지 등을 목적으로 생활습관을 개선하기 위한 상담, 교육, 훈련, 실천 프로그램에 제공되는 서비스이다. 우리나라에 기존에 많은 유사 서비스가 개발되어 왔으나 공식적으로 국민의 건강보호 차원에서 사용되고 평가되어야 할 필요가 있다.

표준산업분류에 의하면 체중조절과 관련된 비만관리서비스라는 업종이 있으며 미용관련 서비스업으로 구분된다. 여기에는 다이어트센터, 체중감량센터 등이 포함되며, 고객이 원하는 체형을 만들거나 유지하기 위하여 비의료적인 서비스를 제공한다. 체력단련시설운영업에 포함되는 체력단련시설로는 헬스클럽, 단전호흡시설, 보디빌딩시설, 피트니스센터, 체력단련시설 등이 있다.

다양한 비의료건강관리서비스를 사용할 때 건강권을 보호하고 보장하며 영역을 확대할 가능성을 검토할 필요가 있고, 이 보고서에서 그러한 논의를 담았다. 향후 발전적인 후속연구가 추진되기를 희망한다.

이 연구를 위하여 자문하여 주신 이화여자대학교 융합보건학과 김혜경 교수, 한국법제연구원 차현숙 박사, 우리 원의 윤강재 박사께 진심어린 감사를 전한다.

2020년 12월
한국보건사회연구원 원장
조 흥 식



Abstract	1
요약	3
제1장 서론	19
제1절 연구의 배경 및 목적	21
제2절 연구의 내용 및 방법	23
제2장 비의료건강관리서비스의 개념에 대한 이론적 고찰	27
제1절 건강관리서비스의 대두 배경	29
제2절 비의료건강관리서비스 가이드라인의 구성요소	36
제3절 디지털 헬스의 등장과 역할	40
제4절 소결	46
제3장 헌법상 건강권과 법제 현황	49
제1절 헌법상 건강권의 개념	51
제2절 국내 개별법상 건강권의 구체화 현황	54
제3절 비의료건강관리서비스 관련 기본권의 충돌여부	57
제4절 건강권 침해 요소와 개인정보 이용 상의 쟁점	70
제5절 시사점	74
제4장 국내 건강증진사업에서의 서비스 유형과 전문인력의 사례	77
제1절 서비스 제공기관과 유형	79
제2절 서비스 제공 전문인력 사례	110
제3절 소결	118

제5장 국외 비의료건강관리서비스 현황	125
제1절 주요국의 비의료건강관리서비스 제공 인력	127
제2절 주요국의 비의료건강관리서비스 제공 사례	147
제3절 소결	159
제6장 국가건강데이터 기반 비의료건강관리서비스의 수요분석	161
제1절 건강관리 수요에 대한 분석방법	163
제2절 비의료건강관리서비스의 수요 분석 결과	172
제7장 일반인의 비의료건강관리서비스 이용경험과 영향요인	199
제1절 조사 개요 및 표본 설계	201
제2절 응답자의 일반적 특성	203
제3절 비의료건강관리서비스 이용 경험	232
제4절 비의료건강관리서비스 효과성 및 추천의향	244
제5절 디지털 서비스 활용 경험	245
제6절 소결	250
제8장 건강권 인식과 요구도 현황	251
제1절 건강권의 중요성 및 정책에 대한 인식	253
제2절 코로나19로 인한 건강관리 요구도 변화	261
제3절 건강관리의 사회적 지원에 관한 인식	265
제4절 자기건강관리에 대한 통제인식	273



제5절 수요자의 경험에 대한 FGI결과	274
제6절 건강행동 실천을 위한 자원 활용 인식	283
제7절 건강행동 실천의 어려움과 극복	289
제8절 ICT를 활용한 건강행동	296
제9절 비의료건강관리서비스에 대한 전망	304
제10절 소결	324
제9장 비의료건강관리서비스 공급측면의 정책과제	327
제1절 비의료건강관리서비스 공급자 FGI 개요	329
제2절 비의료건강관리서비스의 성과와 전망	330
제3절 건강권으로서 비의료건강관리서비스에 대한 인식과 정책 요구	336
제4절 비의료건강관리서비스의 운영 방식	344
제5절 비의료건강관리서비스에서의 ICT 활용과 전망	347
제6절 소결	351
제10장 결론 및 정책제언	353
제1절 비의료건강관리서비스 시장의 전망	355
제2절 피해 최소화를 위한 과제와 대응방안	357
제3절 디지털 기술을 통한 서비스의 과제와 대응방안	358
제4절 건강권 보호와 증진을 위한 과제	360
참고문헌	363

표 목차

〈요약표 1〉 비의료건강관리서비스 이용/구매 방식 (중복응답)	13
〈요약표 2〉 비의료건강관리서비스 이용기관 (중복응답)	14
〈요약표 3〉 비의료건강관리서비스 제공자 (중복응답)	14
〈표 2-1〉 건강관리의 개념에 대한 연구동향	30
〈표 2-2〉 우리나라 보건의로 관련 법률상 건강관리 관련 용어의 정의 비교	35
〈표 2-3〉 비의료건강관리의 행위와 제공자 및 제공기관 분류	37
〈표 2-4〉 비의료건강관리서비스로 가능한 행위와 불가능한 행위 구분	38
〈표 2-5〉 디지털 헬스케어 서비스의 유형	41
〈표 2-6〉 스마트 헬스케어 산업 구성	41
〈표 3-1〉 국민생활의료 관련 법령	59
〈표 3-2〉 의료기관 조직 관련 법령	60
〈표 3-3〉 의료기기산업 관련 법령	61
〈표 3-4〉 의료정보 관련 법령	61
〈표 3-5〉 건강정보 관련 법령	68
〈표 4-1〉 정부 산하의 관련 기관별 건강증진사업 사업안내에서 제시된 내용	80
〈표 4-2〉 지역사회 금연사업 인력의 역할 및 기능	86
〈표 4-3〉 지역사회 음주폐해예방사업의 세부 내용	88
〈표 4-4〉 지역사회 생애주기별 영양관리사업 인력의 역할 및 기능	89
〈표 4-5〉 신체활동사업의 세부 내용	91
〈표 4-6〉 비만 관리를 위한 교육·상담 내용 사업안내	93
〈표 4-7〉 비만 관리 프로그램의 주요 인력 및 역할 사업안내	94
〈표 4-8〉 지역사회 방문건강관리사업의 대상자별 관리방법	97
〈표 4-9〉 보건소 모바일 헬스케어사업의 세부 내용	98
〈표 4-10〉 모바일 헬스케어 서비스 인력의 역할 및 기능	100
〈표 4-11〉 건강생활지원센터의 유형	102
〈표 4-12〉 건강생활지원센터의 투입인력 배치 계획	103
〈표 4-13〉 건강생활지원센터사업별 인력의 역할 및 기능 사업안내	104



〈표 4-14〉 고혈압·당뇨병 등록관리사업의 기관별 역할	107
〈표 4-15〉 고혈압·당뇨병 등록관리센터의 인력 기준	107
〈표 4-16〉 국민건강보험공단 예방사업	109
〈표 4-17〉 국민건강증진센터 건강관리서비스	110
〈표 4-18〉 전문 인력 관련 국가자격(면허)제도	116
〈표 4-19〉 전문 인력 관련 국가자격(면허)제도 (계속)	117
〈표 5-1〉 영국 보건사(public health practitioner) 직종의 예	139
〈표 5-2〉 EU 전문인력 데이터베이스에 등록된 영양사 업무 영역 및 자격 조건	141
〈표 5-3〉 유럽 활동표준에 따른 신체활동 관련 인력 자격 요건 및 역할	144
〈표 5-4〉 바이탈리티 프로그램 제공 리워드	153
〈표 6-1〉 성·연령별 인구집단의 만성질환군 분포 현황	172
〈표 6-2〉 성·연령별 인구집단의 만성질환 치료 미시행군 분포 현황	173
〈표 6-3〉 만성질환군 추정 규모 (2019년)	175
〈표 6-4〉 만성질환 치료 미시행군 추정 규모 (2019년)	177
〈표 6-5〉 만성질환군 중장기 추정 규모 추계 (2025-2050년)	178
〈표 6-6〉 만성질환 치료 미시행군 중장기 추정 규모 추계 (2025-2050년)	181
〈표 6-7〉 성·연령별 인구집단의 고위험군 분포 현황	183
〈표 6-8〉 고위험군 추정 규모 (2019년)	185
〈표 6-9〉 고위험군 중장기 추정 규모 추계(2025-2050년)	187
〈표 6-10〉 성·연령별 인구집단의 건강관리군 분포 현황	189
〈표 6-11〉 건강관리군 추정 규모 (2019년)	192
〈표 6-12〉 건강관리군 중장기 추정 규모 추계 (2025-2050년)	195
〈표 7-1〉 비의료건강관리서비스 이용과 건강권에 관한 인식 조사 개요	201
〈표 7-2〉 조사대상자의 인구학적 특성	204
〈표 7-3〉 신체 건강 상태별 인구학적 특성	206
〈표 7-4〉 흡연, 음주, 수면 상태별 인구학적 특성	207
〈표 7-5〉 비만 상태별 인구학적 특성	208

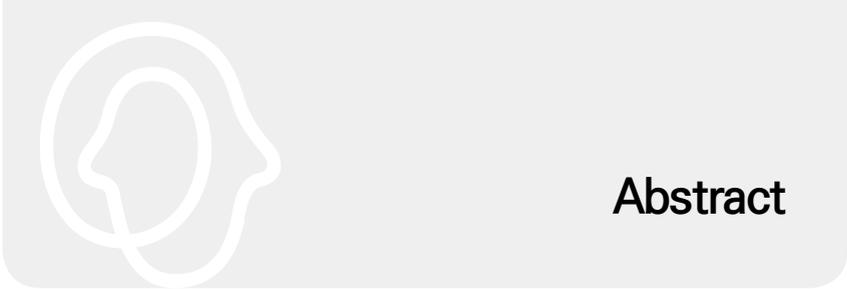
〈표 7-6〉 스마트폰 사용 시간별 인구학적 특성	209
〈표 7-7〉 신체활동과 체중조절 노력별 인구학적 특성	210
〈표 7-8〉 정기적 건강검진 경험 유무	212
〈표 7-9〉 최근 1년 간 체중 조절 위한 노력 경험	214
〈표 7-10〉 체중 유지 및 조절하는 주된 이유	216
〈표 7-11〉 체중유지 및 조절을 위해 사용한 방법 (중복응답)	218
〈표 7-12〉 체중유지 및 조절 방법의 효과성 (계속)	219
〈표 7-12계속〉 체중유지 및 조절 방법의 효과성	221
〈표 7-13〉 체중유지 및 조절을 위한 월평균 지불비용	223
〈표 7-14〉 체중유지 및 조절 위한 기관 이용경험 (계속)	225
〈표 7-14계속〉 체중유지 및 조절 위한 기관 이용경험	227
〈표 7-15〉 체중유지 및 조절 위한 기관에 대한 기대효과 정도 (계속)	229
〈표 7-15계속〉 체중유지 및 조절 위한 기관에 대한 기대효과 정도	231
〈표 7-16〉 비의료건강관리서비스 이용 경험 (중복응답) (계속)	233
〈표 7-16계속〉 비의료건강관리서비스 이용 경험 (중복응답)	234
〈표 7-17〉 비의료건강관리서비스 이용/구매 방식 (중복응답)	237
〈표 7-18〉 비의료건강관리서비스 이용기관 (중복응답)	237
〈표 7-19〉 비의료건강관리서비스 제공자 (중복응답)	237
〈표 7-20〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_금연서비스	238
〈표 7-21〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_절주서비스	239
〈표 7-22〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_영양 및 식이조절 서비스	240
〈표 7-23〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_운동	241
〈표 7-24〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_체중조절	242
〈표 7-25〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_스트레스조절	243
〈표 7-26〉 건강관리 관련 웨어러블 기기나 모바일 앱 사용 여부 (중복응답)	246
〈표 7-27〉 웨어러블 기기나 모바일 앱 활용 목적_종합 (계속)	247
〈표 7-27계속〉 웨어러블 기기나 모바일 앱 활용 목적_종합	249



〈표 8-1〉 비의료건강관리서비스의 필요성에 대한 의견	254
〈표 8-2〉 비의료건강관리서비스의 건강권 보장에 대한 의견	256
〈표 8-3〉 비의료건강관리서비스를 지원하는 정부 정책에 대한 의견	258
〈표 8-4〉 비의료건강관리서비스 바우처 지급 제도에 대한 의견	260
〈표 8-5〉 코로나19 이후 비의료건강관리서비스 이용 빈도의 변화	262
〈표 8-6〉 코로나19 이후 비의료건강관리서비스 이용의 만족도	264
〈표 8-7〉 건강관리에 가장 도움을 준 사회적 관계 (계속)	267
〈표 8-7계속〉 건강관리에 가장 도움을 준 사회적 관계	269
〈표 8-8〉 건강관리 정보 획득에 가장 도움이 된 매체 (계속)	271
〈표 8-8계속〉 건강관리 정보 획득에 가장 도움이 된 매체	272
〈표 8-9〉 비의료건강관리서비스 이용자 FGI 추진 내역	274
〈표 8-10〉 비의료건강관리서비스 이용자 FGI 대상자	274
〈표 9-1〉 비의료건강관리서비스 공급자 FGI 추진 내역	329
〈표 9-2〉 비의료건강관리서비스 공급자 FGI 대상자	330

그림 목차

[요약그림 1] 연구추진 방법	5
[요약그림 2] 만성질환군 증장기 수요 추정 결과	11
[요약그림 3] 고위험군 증장기 수요 추정 결과	11
[요약그림 4] 건강관리군 증장기 수요 추정 결과	12
[그림 1-1] 연구추진 방법	25
[그림 2-1] 비의료건강관리서비스의 범위	36
[그림 2-2] 스마트 헬스케어 시장에 진출한 주요 기업 사례	45
[그림 5-1] 유럽 피트니스 영역 자격 프레임워크에 따른 EREPS 등록가능 신체활동 인력	142
[그림 6-1] 성·연령별 인구집단의 만성질환군 및 만성질환 치료 미시행군 분포 현황 ..	174
[그림 6-2] 만성질환군 증장기 수요 추정 결과	180
[그림 6-3] 만성질환 치료 미시행군 증장기 수요 추정 결과	182
[그림 6-4] 성·연령별 인구집단의 고위험군 분포 현황	184
[그림 6-5] 고위험군 증장기 수요 추정 결과	188
[그림 6-6] 성·연령별 인구집단의 건강관리군 분포 현황	191
[그림 6-7] 건강관리군 증장기 수요 추정 결과	198



Abstract

Non-medical Healthcare Service to Protect Health Right and to increase Positive Health Impacts

Project Head: Eun Jin Choi

The health care service market is expanding as digital technology advances. Consumers can use health care service provided by non-medical personnel in the community. The purpose of this study was to explore problems and health right challenges with regard to use of non-medical health care service. This research focused at investigating consumer's experience and willingness to pay for non-medical health care service. In addition, provider's perception and service types were studied.

Methods of this study included analysis of national health data to calculate health risk population groups. An internet-based, on-line survey was conducted to gather information on people's perception on health right and use of non-medical healthcare service.

Non-medical healthcare providers included fitness professionals, nutritionists, health education specialists, and forest therapists. Monthly amount of money paid for non-medical healthcare service was about 9 thousand won. young people were more likely than older people to spend more money on

Co-Researchers: Choi, Seul Ki · HaeLi Kang · Soyoung Choi · JinHee Kim ·
Nan-He Yoon · Young-Bok Kim · Ki Tae Kim

2 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

non-medical healthcare service. The on-line survey results showed that people thought non-medical healthcare service was effective at some point and this kinds of service could be a part of expanded health right(62.2%).

As a conclusion, non-medical healthcare service can be provided to people with some health risk behaviors. Digital device is going to be a vital role in non-medical healthcare service market.

*Key words: Non medical healthcare service, digital health, health right



1. 연구의 배경 및 목적

- 의학기술의 발전과 현대사회의 발달로 인구의 기대수명이 증가함에 따라 건강한 수명을 증가시키기 위하여 사전예방적 건강관리의 요구도가 높아지고 있음.
- 만성질환의 위험을 사전예방적으로 관리하려는 건강생활실천의 요구도에 맞추어 정부뿐만 아니라 민간의 비의료 영역에서도 서비스가 개발되고 있음.
- 보건복지부에서는 2019년 비의료건강관리서비스 가이드라인을 마련하여 비의료인에 의한 건강관리 공급부분의 영역을 추진하는 기반을 조성하고 있음.
- 비의료건강관리서비스 이용과정에서 발생하는 피해에 대한 현황 파악이 전무하여 건강생활과 안전에 위험요인으로 작용할 수 있음.
- 이 연구에서는 비의료건강관리서비스 및 유사 건강관리서비스를 이용하는 국민의 건강보호와 권리 측면에서 문제요인을 분석하고 효율적인 대응방안을 모색하는 데 목적이 있음.
- 첫째, 지역사회에서 비의료건강관리서비스가 제공되는 현장과 인력의 특성을 분석함.

4 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

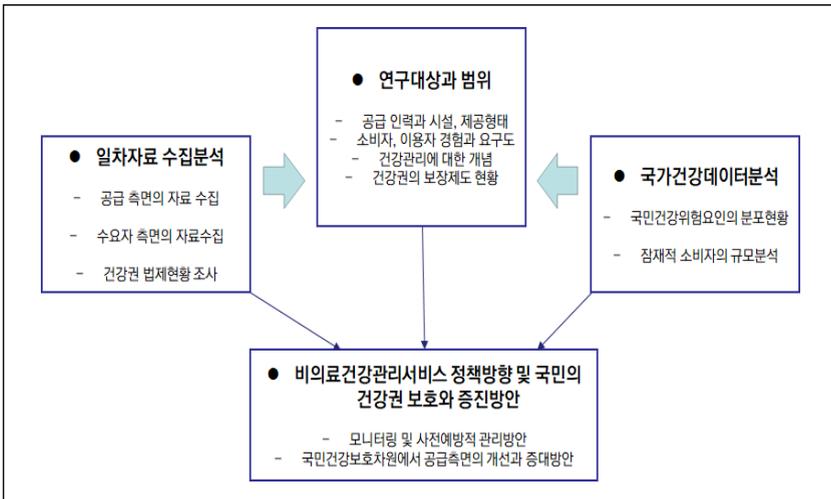
- 둘째, 비의료건강관리서비스 및 유사 건강관리서비스 이용자의 경험과 피해양상을 분석하고 제도적 개선방안을 도출함.
- 셋째, 미래 다양한 건강관리서비스 이용 국민의 합리적 선택을 위하여 역량을 강화하기 위한 방안을 제시함.

2. 연구의 내용 및 방법

- 비의료건강관리서비스를 제공하는 시설과 인력, 제공형태의 특성을 알아보았음.
- 비의료건강관리서비스 이용국민의 특성에 대하여 알아보고, 인구학적 측면과 건강관리수요를 분석하였음.
- 헌법상의 건강권의 의의와 제한점과 한계를 검토하고, 개별법에서 건강권이 어떻게 반영되고 있는지도 살펴보았음. 국민의 건강권이 실행되는 상황에서 다른 영역의 법적인 권리와 충돌되는 요소에 대해서도 검토하였음.
- 서비스의 공급 측면에서 우리나라 지역사회의 공공 및 민간부문에서 어떠한 내용의 서비스가 어떤 인력에 의해 제공되는지 검토하였음.
- 의료적 개입이 포함되지 않은 건강유지와 증진에 관한 서비스를 중심으로 지속적인 관리가 필요한 수요자에 대한 분석을 포함하였음. 만성질환의 위험요인을 관리하는 내용을 중심으로 대상인구집단을 분석하기 위하여 국가검진데이터와 국민건강영양조사 자료를 사용하였음.

- 비의료건강관리서비스의 이용경험과 인식 현황을 파악하기 위하여 온라인 설문조사를 하였음.
- 비의료건강관리서비스 제공자와 이용자를 대상으로 질적 면담을 실시하였음.
- 비의료건강관리서비스의 공급과 이용자의 건강권 등에 대한 전문가 자문회의를 통하여 의견을 수렴하였음.
- 코로나19로 인하여 비대면회의 권고지침에 따라 온라인 회의 또는 서면으로 의견을 수렴하였음.

[요약그림 1] 연구추진 방법



3. 주요 연구결과

□ 비의료건강관리서비스의 개념

- 비의료건강관리서비스는 건강 증진과 질병 예방을 목적으로 개인을 대상으로 하는 개입이라고 조작적 정의를 내리고 있음.
 - 국내에서 정의하는 비의료건강관리서비스는 현행 의료법상 의료행위에 해당하지 않음.
- 비의료건강관리서비스에 대한 정의(보건복지부, 2019b)에서 건강관리서비스는 건강유지와 증진 및 질병의 사전예방과 악화방지를 목적으로 하고, 위대한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하기 위해 제공자의 판단이 개입된(의료적 판단 제외) 상담, 교육, 훈련, 실천 프로그램 작성 및 관련 서비스를 제공하는 행위임.
- 제공방식은 이용자와 제공자간 대면 서비스, 어플 등을 활용한 비대면 서비스, 어플의 자동화된 알고리즘에 기반한 서비스 등이 있음.

□ 건강권의 의미

- 헌법 제35조에서 ‘건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리’라고 건강권을 규정하였고, 제36조제3항에서의 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’고 ‘건강’을 명시적으로 규정하였음.
- 건강권의 개념을 우리 헌법 제36조 제3항으로부터 도출되는 협의의 건강권으로 파악하여 이를 통하여 국가의 보호의무로 도출된다고 보고 있는데, 그 내용은 다음과 같음.

- 국민이 자신과 가족의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리
- 국가가 국민의 보건향상, 의료개선, 건강관리를 위한 국가의 시책 등을 행할 것을 요구할 수 있는 적극적 권리
- 국가가 국민의 모든 건강에 대하여 책임을 질 수 없으나 생활에 필요한 최소한의 건강을 유지할 수 있도록 국가에 대하여 배려해 줄 것을 요구하는 권리
- 모든 국민이 가정과 사회에서 질병의 노예가 되지 않고 개성을 신장시키며 행복을 추구할 수 있도록 적극적인 보건정책을 펴 나갈 국가의 의무를 수반하는 국민의 권리
- 국민이 국가에 대하여 자신과 가족의 건강의 보호를 받을 권리 및 이를 위한 적극적인 보건행정의 실시를 요청할 권리

○ 건강권이 구체화 된 현행법으로는 보건의료기본법, 의료법, 건강증진 및 보건의료 관련 법률이 있음.

□ 우리나라 공공부문의 비의료건강관리서비스 현황

- 우리나라의 공공부문의 기관별 건강증진사업은 세부 업무 및 제 공 인력의 역할을 규정하고 있으나, 업무의 전문성 향상을 위한 규정이 미흡하므로 과학적 근거에 기반한 서비스 설계 및 관련법에 근거한 전문 인력의 배치 및 활용을 강화해야 함.
- 즉 지역보건법의 최소배치인력기준을 적용하여 전문 인력을 배치하고 활용한다면 자원의 효율성을 높일 수 있을 것임.
 - 이는 비의료건강관리서비스의 전문성을 높이기 위해 세부사업별 전문 인력의 역할을 명시하고, 국가시험을 통해 직무능력

8 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

을 검증한 전문 인력을 배치하여 활용하는 방식이 효과적임을 강조하는 것임.

- 공공기관의 건강증진사업별 제공 인력에 관한 규정을 살펴볼 때, 향후 비의료건강관리서비스의 서비스 대상과 내용별 세부 업무를 상세화하고, 공통 및 특화된 서비스 제공과정을 설계하여 업무의 전문성을 확보하고 인적 자원을 효율적으로 활용해야 함.
 - 이를 위해 국가자격(면허)제도를 도입하는 방안을 고려할 수 있음.

□ 국외 비의료건강관리서비스 현황

- 비의료건강관리서비스는 다양한 인력에 의해 여러 방식으로 제공하고 있으나, 국가마다 비의료건강관리서비스를 제공하는 인력에 대한 기준은 유사했음.
 - 공통적으로 식생활 관련 인력 중 영양사는 주로 의료인으로 포함되어 자격 요건이 법률에 의해 정해져 있었음.
 - 이는 영양사가 임상 의료현장에서 환자를 대상으로 의료진과 함께 영양 관리 업무를 수행하기 때문인 것으로 보임.
- 비의료건강관리서비스는 민간과 공공 영역 모두에서 모바일헬스 어플리케이션, 사업장 건강증진 프로그램, 퇴원 환자를 위한 재가 관리 등 다양한 형태로 활용되고 있음.
- 비의료건강관리서비스는 긍정적인 건강 변화를 가지고 올 수 있는 잠재력을 가지고 있으나 서비스의 구성과 인력에 대한 명확한 지침이나 제도가 없어서 발생 가능한 위해를 예측하기 어려움.

- 연구 및 사업을 통해 비의료건강관리서비스 제공의 장단점을 파악하고, 제공 인력의 필수 역량 및 역할을 설정하여 비의료건강관리서비스를 이용하는 국민의 안전과 건강을 보장할 필요가 있음.
 - 미국 보건교육인증 국가위원회(NCHEC: National Commission for Health Education Credentialing)는 대중의 건강을 증진하고, 향상시키고, 보호하기 위해 보건교육의 기준을 설정하여, 보건교육 전문가 인증제를 운영하고 있음.
 - 인증된 보건교육 전문가(CHES: Certified Health Education Specialist)가 되기 위해서는 NCHEC에서 주관하는 CHES 시험을 통과해야 함. 전문 영역은 보건교육/건강증진의 (1) 요구도, 자원, 역량 평가, (2) 계획, (3) 시행, (4) 평가와 연구 수행, (5) 수행과 관리, (6) 관련 자원으로 역할 수행, (7) 관련 의사소통, 증진 활동, 옹호 활동 수행임.
 - 보건교육 전문가는 주로 지역사회 보건교육, 학교 보건 교육, 상업적 또는 비상업적 보건교육, 학계, 정부기관, 의료기관 등의 영역에서 보건교육자, 프로그램 매니저, 알코올 관련 교육, 당뇨 교육, 지역사회 조직, 감염관리, 환자 교육 등의 역할을 수행함.
- 국가건강데이터 기반 수요분석
- 국민건강영양조사 제7기(2016-2018년) 조사 자료를 활용하여 만성질환군(고혈압, 당뇨병)과 고위험군(비만, 대사증후군), 건강관리군의 인구집단별로 잠재적인 수요를 파악하였음.

※ 건강관리군 정의: 국민건강통계 산출 기준 참고

- ① 흡연군: 평생 담배 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 경우
- ② 고위험음주군: 최근 1년 동안 월 1회 이상 한 번의 술자리에서 남자 7잔, 여자 5잔 이상 음주한 경우
- ③ 걷기 미실천군: 일주일에 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천하지 않은 경우
- ④ 정신건강 취약군: 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느낀다고 응답하거나 우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 경우
- ⑤ 건강관련 삶의 질 취약군: EQ-5D index 평가 결과 하위 25% 인 경우

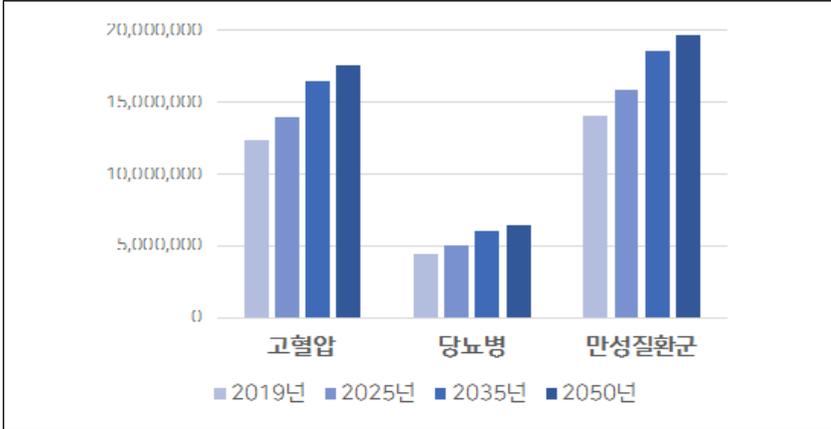
- 추계는 PSSRU의 보건의료서비스 수요 추계 모형인 셀 방식의 접근 방식을 적용하여 진행하였음.

- 전체 인구집단을 성별과 연령에 따라 층화하고, 각 하위집단이 '건강관리군' 과 '고위험군', '만성질환군' 에 포함될 추정 확률을 산출하였음. 이를 성·연령별 하위집단의 인구 수(통계청, 인구총조사)에 적용하여 군 별 수요를 추정하고, 장래인구추계(통계청) 자료에 적용하여 중장기 추계를 진행하였음.

○ 만성질환군의 중장기 추정 규모 확인 결과, 만성질환군 유병률이 높은 노인 인구가 증가하면서 2019년 약 1,402만 명에서 2025년 약 1,587만 명, 2035년 약 1,855만 명, 2050년 약 1,968만 명으로 빠른 속도로 늘어날 것으로 예측됨.

[요약그림 2] 만성질환군 중장기 수요 추정 결과

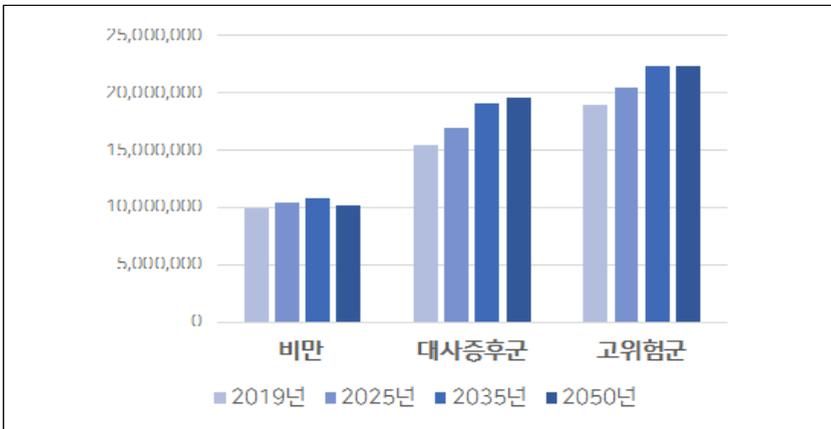
(단위: 명)



○ 고위험군의 중장기 추정 규모 확인 결과, 2019년 약 1,895만 명에서 2025년 약 2,044만 명, 2035년 약 2,235만 명으로 증가하다가 2050년 약 2,227만 명으로 다소 감소할 것으로 예측됨.

[요약그림 3] 고위험군 중장기 수요 추정 결과

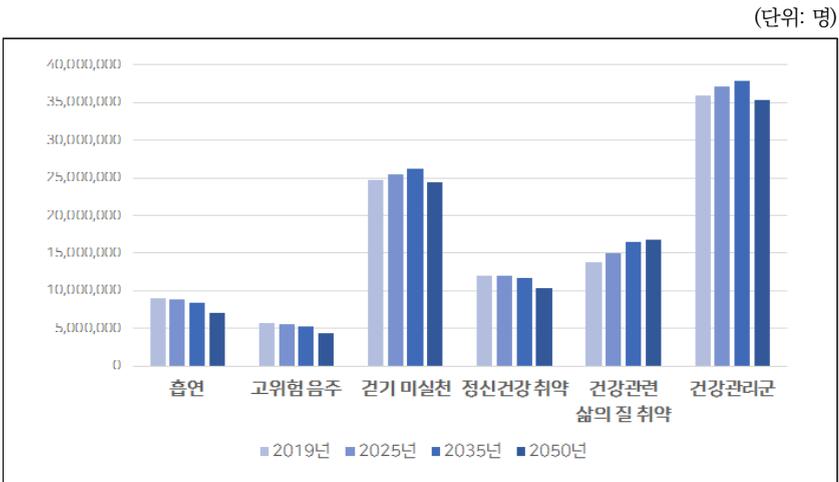
(단위: 명)



12 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

- 건강관리군의 중장기 추정 규모 확인 결과, 2019년 약 3,597만 명에서 2025년 약 3,714만 명, 2035년 약 3,783만 명으로 증가하다가 2050년 약 3,526만 명으로 다소 감소할 것으로 예상됨.

[요약그림 4] 건강관리군 중장기 수요 추정 결과



- 1가지 이상의 건강위험요인을 보유한 건강관리군의 규모가 전체 인구집단에서 차지하는 비중은 매우 크지만, 비의료건강관리서비스가 건강위험요인을 다수 보유하고 있는 건강관리군의 건강수준 향상을 촉진할 수 있다면 건강문제로 인한 사회경제적 부담 경감에도 크게 기여할 수 있을 것으로 기대됨.

□ 일반인의 비의료건강관리서비스 이용경험과 과제

- 최근 1년 간 체중 조절을 위해 노력한 경험이 있는 3,457명에게 체중유지 및 조절을 위해 이용해 본 기관 및 서비스에 대해 조사

한 결과, 모바일, 웹기반 체중감량 서비스(33.1%), 헬스스포츠센터(31.2%)가 높게 나타났음. 연령별로는 60대 이상이 보건소와 건강보험공단 이용 경험이 다른 연령과 비교하여 높았으며, 근로시간별로는 주 40시간 미만인 경우 보건소 이용 경험이 40시간 이상과 비교하여 높았음. 가구소득별로는 500만 원 이상이 병의원, 한의원 경험이 높게 나타났음.

- 이용 경험과 무관하게 각 기관 및 서비스에 대해 기대효과를 조사한 결과, 헬스스포츠센터(3.62점), 비의료다이아트센터(3.37점), 병의원·한의원(3.23점) 등의 순으로 높게 나타났음. 연령별로는 보건소, 국민건강보험공단에 대한 기대효과는 연령이 높을수록 높게 나타났음.
- 서비스의 구매방식은 3개월 이상 이용해 본 사람을 기준으로 볼 때 영양 및 식이조절이나 체중조절, 금연, 절주 등에서 비대면 서비스 이용이 많았음. 금연서비스를 제외하면 이용기관은 민간이나 모바일이 많았음. 서비스 제공자는 금연서비스에서는 보건교육사가 많은 특징이 있었음.

〈요약표 1〉 비의료건강관리서비스 이용/구매 방식 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분	전체 (N)	이용기간 3개월 이상	대면	비대면	자동화
금연서비스	372	153	50.3	51.6	11.8
절주서비스	306	137	32.1	62.0	15.3
영양 및 식이조절 서비스	488	257	37.4	54.9	12.5
운동서비스	986	615	55.9	35.0	15.8
체중조절서비스	747	428	36.4	53.0	19.6
스트레스조절 서비스	285	113	45.1	46.0	17.7

14 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

〈요약표 2〉 비의료건강관리서비스 이용기관 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분	전체 (N)	이용기간 3개월 이상	공공	민간	모바일
금연서비스	372	153	64.1	28.1	20.9
절주 서비스	306	137	30.7	53.3	38.0
영양 및 식이조절 서비스	488	257	26.8	50.2	36.2
운동서비스	986	615	18.4	61.0	32.4
체중조절 서비스	747	428	17.8	48.4	47.9
스트레스조절 서비스	285	113	23.0	61.9	31.0

〈요약표 3〉 비의료건강관리서비스 제공자 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분	전체 (N)	이용기간 3개월 이상	영양	운동	보건 교육	기타
금연서비스	372	153	6.5	12.4	37.9	51.6
절주서비스	306	137	6.6	25.5	19.7	58.4
영양 및 식이조절 서비스	488	257	24.9	32.3	14.4	39.7
운동서비스	986	615	4.2	55.9	6.0	38.7
체중조절 서비스	747	428	14.3	40.0	9.6	45.3
스트레스조절 서비스	285	113	5.3	14.2	9.7	76.1

□ 일반인의 건강권 인식과 사회변화에 따른 요구도

- 비의료건강관리서비스가 국민이 건강할 권리인 건강권으로 보장되어야 할 영역이라고 생각한다는 응답이 62.2%(필요함 51.0% + 반드시 보장되어야 함 11.2%)로 나타남.
- 비의료건강관리서비스를 지원하는 정부 정책에 찬성한다는 47.9%로 5점 만점 평균 3.35점으로 나타남. BMI별로는 저체중은 3.26점, 비만은 3.43점으로 나타남.

- 비의료건강관리서비스의 바우처 제도에 대해서는 찬성이 50.8%, 5점 만점 평균 3.39점으로 나타남. 월평균 가구소득이 높을수록 바우처 제도에 찬성한다는 응답이 높게 나타남. 결혼상태가 기혼인 경우, 가구원수가 2명 이상인 경우 바우처에 찬성한다는 응답이 더 높았음.

4. 결론

□ 비의료건강관리서비스 시장의 전망

- 보건복지부의 비의료건강관리서비스 가이드라인은 상담, 교육, 훈련, 실천프로그램 작성 및 제공 등 공급자 중심의 제한된 영역으로 규정하고 있어 수요자 중심의 영역을 구체화할 필요가 있음.
- 금연, 절주, 운동, 영양 외에도 개인위생, 안전, 성행동, 스트레스관리 등 코로나19에 따른 건강생활과 관련된 영역이 포함되어야 함.
 - 운동과 체중조절 서비스 이외의 금연, 절주, 스트레스관리에 대한 필요성은 공감하지만 실제 이용하는 데에는 사회적 장벽이 있는 것으로 파악되었으므로, 공공부문에서 사업전략을 다각화해야 함.
- 건강생활 영역을 지원하는 환경적, 인프라, 서비스, 제도의 영역과 개인기술의 역량에 관한 영역(리터러시, self-efficacy)을 구체화할 필요가 있음.
- 국민건강증진법에 의한 보건교육, 질병예방, 영양개선, 신체활동 장려, 건강관리 및 건강생활의 실천 영역을 포함할 필요가 있음.

- 건강생활실천을 포함한 건강관리의 영역을 중심으로 비의료건강관리서비스의 조작적 정의를 세분화하고 개발할 필요가 있음.
 - 비의료건강관리서비스에 대한 인증, 인허가에 대해서도 검토할 필요가 있으며, 현재 식약처에서 하는 인허가제도를 참고할 수 있음.
 - 불필요한 수요창출을 막기 위해서는 허위, 과장광고에 대한 규제, 자정장치가 필요함.
- 피해 최소화를 위한 과제와 대응방안
- 비의료건강관리서비스의 분야에서 활동하는 제공인력에 대한 가이드라인은 나와 있으나 국민의 요구에 맞는 건강관리를 해줄 수 있는 전문적 인력은 향후 교육과 훈련을 통해 양성해야 할 것으로 전망됨.
 - 일반인 설문조사의 결과, 많이 이용되는 운동과 체중조절 영역에는 다양한 비의료 분야의 인력이 참여하고 있으나 건강관리의 효과를 담보하기 어렵고 실험적인 단계라고 할 수 있음.
 - 따라서 현재의 상황은 개인의 정보력과 자원활용능력에 따라 그 효과가 달라질 수 있다고 해석할 수 있기 때문에 보다 객관적으로 그 효과성을 담보할 수 있도록 연구개발이 필요함.
- 개인맞춤형 비의료건강관리서비스의 비용의 지원방안
- 양적, 질적조사 결과, 이용자의 가장 큰 불만은 개인맞춤형 비의료건강관리서비스가 고비용이라는 점임.
 - 이것은 기대효과와도 연결되는데, 이용자의 기대비용이 낮은 것은 그 효과에 대해서도 많은 기대를 안 하기 때문임.

- 비의료건강관리서비스에 대한 비용지불체계가 개발되어야 하고, 개인요구도에 따른 맞춤형 서비스가 다양하게 제공되고 있어서 표준화가 필요함. 이를 위한 연구와 시범사업을 통해 근거를 마련해야 함.

□ 디지털 기술을 통한 서비스의 과제와 대응방안

- 디지털헬스의 전달사업은 정책입안자(policy makers), 수행자(practitioners), 인구집단(population)의 세 가지 단계로 구성되는데, 지속가능하고 안전하며 윤리적으로 기술을 사용할 수 있도록 지원해야 함. 실행자들이 건강관리(healthcare)의 이익을 효과적으로 전달할 수 있도록 디지털 기술을 사용해야 함.
- 건강행동변화를 목적으로 사용되는 대표적인 m-헬스 활용 사례는 신체활동 증진 경우 스마트폰에 내장되어 있는 가속도 센서(accelerometer) 및 위치 추적 기술(GPS)을 활용하거나, 스마트워치나 피트니스 트래커(fitness tracker) 등 웨어러블 디바이스(wearable device)를 통해 운동량이나 심박수 등을 측정하여 건강 상태를 기록하고, 사회적 연결망을 형성하는 전략을 활용하여 신체활동 행동변화를 유도할 수 있음.
- m-헬스 사례와 연구에서 행동변화 등의 이론 적용이 부족하다는 한계를 지적하고 있음. 스마트폰 앱이나 웨어러블 디바이스의 설계 단계에서부터 건강증진 프로그램 기획 및 평가의 전 분야에 걸쳐 이론 기반이 약하기 때문임. 아직 스마트폰 앱 기반 건강증진 프로그램의 추진 기간이 짧은 데 따른 결과인 것으로도 해석할 수 있음. 향후 연구에서는 행동변화 이론에 기반한 앱 설계와 사업 기획 및 평가, 연구가 활성화될 필요가 있음.

□ 건강권 보호와 증진을 위한 과제

- 국가건강데이터를 분석했을 때 건강유지와 증진을 위해 위험요인 관리를 해야 할 인구집단이 증가할 전망이다. 따라서 필요성을 느끼지 못하거나 사회경제적 형편 때문에 이용하지 못하는 대상이라도 건강검진결과 위험요인관리가 필요한 사람에 대해서 서비스를 지원할 수 있도록 건강형평성 차원의 지원정책이 필요함.
- 국민 개인의 건강관리를 지원하기 위하여 정책적으로 건강검진 결과를 활용하여 건강관리를 받을 수 있도록 다양한 지역사회 자원의 접근성을 높일 수 있도록 할 필요가 있음. 건강검진결과는 국민의 건강수준을 모니터링 하는 중요한 도구임. 건강한 생활을 지원하는 인력 개발과 프로그램의 개발이 필요함.

*주요 용어: 비의료건강관리서비스, 디지털 헬스, 건강권

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

국민건강증진법¹⁾에 의하면 건강관리란 개인 또는 집단이 건강에 유익한 행위를 지속적으로 수행하여 건강한 상태를 유지하는 것이다. 국민건강증진사업이란 보건교육, 질병예방, 영양개선 건강관리 및 건강생활 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 의미한다. 이 법의 목적은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하고, 건강에 관한 바른 지식을 보급하여 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하여 국민의 건강을 증진하는 데 있다.

건강생활실천을 통하여 건강의 유지 관리의 필요성이 증대함에 따라 건강관리를 지원하는 서비스가 발전해 왔다. 건강관리서비스란 건강의 유지, 증진과 질병의 사전예방 및 악화의 방지 등을 목적으로 생활습관을 개선하기 위한 상담, 교육, 훈련, 실천 프로그램에 제공되는 서비스로 정의된 바 있다(이원철 외, 2014).

표준산업분류에 의하면 체중조절과 관련된 비만관리서비스라는 업종이 있으며 미용관련 서비스업으로 구분된다. 여기에는 다이어트센터, 체중감량센터 등이 포함되며, 고객이 원하는 체형을 만들거나 유지하기 위하여 비의료적인 서비스를 제공한다. 체력단련시설운영업에 포함되는 체력단련시설로는 헬스클럽, 단전호흡시설, 보디빌딩시설, 피트니스센터,

1) 국민건강증진법. 법률 제 17472호(2020). <https://www.moleg.go.kr/> 에서 (2020. 11. 30.) 인출

체력단련시설 등이 있다.²⁾

사전예방적 건강관리의 요구도가 높아짐에 따라 관련된 정부 부처에서 다양한 건강관리와 관련된 자격증이나 프로그램을 보급하고 있다. (예: 환경부의 건강나누리캠프, 산림청의 산림치유지도사 등)

기존의 운동지도사, 영양사 등의 역할로 한정되던 서비스에서 환경을 고려하고 스트레스관리 등을 포함하는 영역으로 유사 건강관리서비스가 확대될 전망이다.

2019년에 정부에서 제시한 비의료건강관리서비스 가이드라인에서는 의료행위와 건강관리서비스를 구분하는 기준을 마련하고 사례가 제시되어 있다. 건강관리서비스는 건강유지와 증진 및 질병의 사전예방과 악화방지를 목적으로 하고 위대한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하기 위해 제공자의 판단이 개입(의료적 판단 제외)된 상담, 교육, 훈련, 실천 프로그램 작성 및 관련 서비스를 제공하는 행위를 말한다(보건복지부, 2019b).

건강증진, 건강관리 등과 같이 다양한 용어로 비만 등 만성질환의 위험요인을 관리하는 다양한 서비스가 있다. 서비스의 영역을 건강행동교정의 영역으로 해석하고 건강상태의 평가 및 정보획득, 동기부여 및 행동준비, 생활습관개선행동(프로그램), 건강행동유지의 단계 등으로 보고 총괄하여 건강서비스로 정의한 한국보건산업진흥원(이윤태 외, 2009)의 연구는 새로운 형태의 서비스로서 처음으로 국민에게 바우처의 형태로 공급하는 방안을 제시한 바 있다. 즉 건강유지와 증진을 위하여 건강관리가 국민에게 필수적인 서비스로서 필요함을 제안한 것이다.

다른 연구에서 일반인이 건강관리의 필요성에 대하여 인식하는 수준은

2) 통계청. (2020). 체력단련시설 운영업.
https://kssc.kostat.go.kr:8443/ksscNew_web/kssc/main/main.do?gubun=1에서 (2020. 11. 20.) 인출

높은 것으로 분석된 바 있으나, 건강관리를 위하여 지불하려는 금액은 높지 않은 것으로 분석된 바 있다(이상영·이수형·오영인, 2011). 따라서 질병예방과 건강증진을 지원하는 공공부문의 역할이 더 커야 할 것으로 전망된다. 또한 비의료건강관리서비스 이용과정에서 발생하는 피해에 대한 현황파악이 전무하여 건강생활과 안전에 위험요인으로 작용할 수 있다.

이 연구에서는 비의료건강관리서비스 및 유사 건강관리서비스를 이용하는 국민의 건강보호와 권리 측면에서 문제요인을 분석하고 효율적인 대응방안을 모색하는 데 목적이 있다.

첫째, 지역사회에서 비의료건강관리서비스가 제공되는 현장과 인력의 특성을 분석한다.

둘째, 비의료건강관리서비스 및 유사 건강관리서비스 이용자의 경험과 피해양상에 대해 분석하고 제도적 개선방안을 도출한다.

셋째, 미래 다양한 건강관리서비스 이용자의 합리적 선택을 위하여 역량을 강화하기 위한 방안을 제시한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용과 범위

연구대상은 비의료건강관리서비스의 제공자와 이용국민이다. 공급과 수요자 측면에서 연구내용은 다음과 같다. 첫째, 비의료건강관리서비스를 제공하는 시설과 인력, 제공형태의 특성을 알아보았다. 둘째 비의료건강관리서비스 이용국민의 특성에 대하여 알아보았다. 인구학적 측면과 건강관리수요 분석을 통하여 검토하였다.

이 연구의 범위는 서비스가 제공되는 영역을 기준으로 대면서비스, 비대면서비스, 자동화 서비스 등을 포함하였다. 보건복지부의 비의료건강관리서비스 가이드라인에서 제시하는 영역에서 제시하는 공급방식을 준용하였다. 비대면서비스, 자동화 서비스의 영역은 디지털헬스의 기술영역을 활용하는 것으로 포함하였다.

국민의 건강권 보장차원에서 건강관리서비스가 적용될 수 있는 현 제도의 영역에 대한 검토를 포함하였다. 헌법상의 건강권의 의의와 제한점과 한계를 검토하였다. 개별법에서 건강권이 어떻게 반영되고 있는지도 살펴보았다. 국민의 건강권이 실행되는 상황에서 다른 영역의 법적인 권리와 충돌되는 요소에 대해서도 검토하였다.

서비스의 공급적 측면에서 우리나라 지역사회에서 공공 및 민간부문에서 어떠한 내용의 서비스가 어떤 인력에 의하여 제공되는지에 대해서 검토하였다. 현장에서 서비스를 제공하는 종사자에 대해서 질적인 면담을 통하여 주요 과제를 도출하였다.

의료적 개입이 포함되지 않은 건강유지와 증진에 관한 서비스를 중심으로 지속적인 관리가 필요한 수요자에 대한 분석을 포함하였다. 만성질환의 위험요인을 관리하는 내용을 중심으로 대상인구집단을 분석하기 위하여 국가검진데이터와 국민건강영양조사 자료를 사용하였다.

비의료건강관리서비스의 이용경험과 인식에 대한 현황을 파악하기 위하여 온라인설문조사를 하였다.

2. 연구 방법

이 연구목적과 연구내용을 담아내기 위하여 문헌자료수집과 고찰, 일차 자료의 수집 및 분석, 이차 자료의 수집 및 분석 등을 추진하였다.

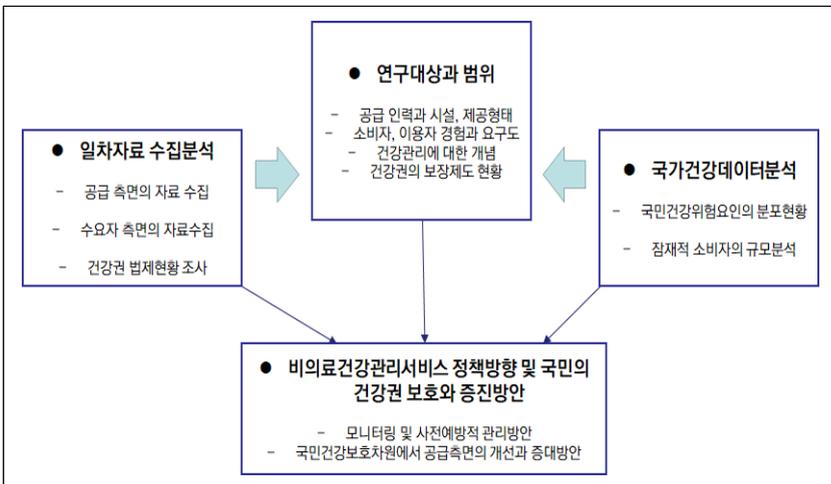
비의료건강관리서비스의 범위와 효과성에 대하여 문헌고찰을 통하여 검토하였다. 국내외에서 사용되는 현황을 파악하였고, 효과성에 대해서는 다양한 개입효과를 평가할 때 기본이 되는 이론적 접근방향과 제한점을 살펴보았다. 비의료건강관리서비스를 제공하는 방식과 내용을 알아보기 위하여 건강관리회사의 대표자를 면담하였다.

기존의 국가통계에 나타난 건강생활실천을 위한 수요자 인구집단의 현황을 알아보았다. 건강검진 결과데이터와 국민건강영양조사 자료를 통하여 건강관리의 대상이 되는 인구집단에 대하여 검토하였다.

실제로 비의료건강관리서비스의 이용을 어느 정도 하는지 알아보기 위하여 일차자료수집의 방법으로 온라인 설문조사와 FGI, 심층면담을 실시하였다. 국민의 건강권인식, 건강관리서비스 이용경험과 인식을 조사하였다.

비의료건강관리서비스의 공급과 이용자의 건강권 등에 대한 전문가 자문회의를 통하여 의견을 수렴하였다. 코로나19로 인하여 대면회의 권고 지침에 따라 온라인 비대면 회의 또는 서면으로 의견을 수렴하였다.

[그림 1-1] 연구추진 방법



이 연구의 기대효과로는 다양한 분야로 개발할 가능성이 많은 비의료 건강관리서비스를 표준화 할 수 있는 기반을 마련하는 데 있다. 국민의 건강권 인식과 증진을 위한 법제도적 개선방안을 만드는데 기초자료로 활용할 수 있게 한다. 결과적으로 비의료 영역 건강관리서비스 개발과 확산에 기여하고자 하였다.



제2장

비의료건강관리서비스의 개념에 대한 이론적 고찰

제1절 건강관리서비스의 대두 배경

제2절 비의료건강관리서비스 가이드라인의 구성요소

제3절 디지털 헬스의 등장과 역할

제4절 소결

제 2 장

비의료건강관리서비스의 개념에 대한 이론적 고찰

제1절 건강관리서비스의 대두 배경

1. 정부차원의 건강관리서비스 추진 배경

우리나라 정부에서 건강관리서비스가 본격적으로 언급되기 시작한 것은 2008년부터였다. 국민의 건강생활을 유도하는 데 목적을 두고 규제완화의 방안으로서 관련 법제도의 준비를 시작하였다. 당시에는 의료기관, 건강관리회사 등을 포함하여 민간부문에서 건강서비스 시장의 활성화를 기대하였다. 당시에 제안된 건강서비스는 공급기관지원방식의 제도보다는 사회서비스 전자 바우처 제도를 준용하여 수요자 지원방식으로 서민과 중산층이 능동적인 구매자로서 건강관리서비스를 이용할 수 있도록 하는 방향으로 제안된 바 있었다(이운태 외, 2009).

정부에서는 건강관리서비스법안을 제안한 바 있고 시범사업을 실시하여 바우처 형태로 20세 이상 성인을 대상으로 추진한 바 있다. 그러나 당시 건강관리서비스는 수익을 중심으로 건강관리를 제공한다는 점과 유사 의료행위로 볼 수 있다는 점, 개인정보의 유출에 대한 문제, 건강보험을 통한 건강관리가 위축될 수 있다는 점, 바우처 제도로 인한 사회적 낙인 등의 문제로 우려가 있었다(이상영, 이수형, 오영인, 2011). 2011년의 보고서에 의하면 건강관리서비스시장이 활성화 되어 있지 않은 것으로 분석되었는데, 대부분 건강관리서비스 제공자가 영세업이었다는 데에도 요인이 있었다. 건강관리서비스가 활성화되기 위해서는 소득수준별로 수요

자에 대해 정부에서 지원할 필요가 있다는 제언이 있었다(이상영, 이수형, 오영인, 2011).

2. 건강관리서비스 개념과 범위

건강관리서비스는 건강수명을 연장하기 위한 건강결정요인을 중심으로 연구되어 왔다. 수명의 증가에 따라 만성질환이 주요 사망원인이라는 점에서 흡연, 고혈압, 과체중 및 비만, 신체활동부족을 예방·관리하여야 할 필요성이 대두되었다. 따라서 건강관리서비스는 건강행동을 실천할 수 있도록 도와주는 행동교정의 영역으로 자리 잡게 되었다. 건강관리서비스가 대두될 당시에는 “비의료”의 단어가 없이 사용되었고, 의료인과 비의료인이 모두 참여할 수 있는 영역으로 이해되기도 하였다.

건강관리라는 용어를 중심으로 연구문헌을 검색하여 살펴본 결과 개인의 건강증진과 만성질환의 위험요인 관리 차원에서 연구되고 있다는 것을 확인할 수 있었다(표 2-1). 만성질환의 위험요인관리의 중요성이 커지면서 환자의 자기관리, 생활습관교정의 필요성이 증대하고 중요시됨에 따라 자기관리를 도와주는 서비스영역이 발전해 온 것으로 해석할 수 있다. 한편 디지털 기술의 발전과 더불어 환자의 자기관리영역을 지원하는 부분이 더 발전하게 된 것으로 볼 수 있다.

〈표 2-1〉 건강관리의 개념에 대한 연구동향

구분	주요 연구현황		
	연구과제	연구방법	주요연구내용
1	<ul style="list-style-type: none"> - 과제명: 제4차국민건강증진종합계획 - 연구자(년도): 보건복지부, 한국건강증진개발원(2016) 	<ul style="list-style-type: none"> - 특정 선행연구를 바탕으로 전문가 회의 - 관련 문헌 고찰 	<ul style="list-style-type: none"> 건강수명연장을 위한 건강결정요인 개선을 중심으로 개발 - 건강증진사업을 건강생활실천(금연, 절주, 신체활동, 영양), 만성질환과 발병위험요인관리, 인구집단 건강관

구분	주요 연구현황		
	연구과제	연구방법	주요연구내용
	- 연구목적: 건강증진정책목표 및 실천계획		리 등 총 27개 과제로 개발
2	- 과제명: 건강증진서비스전달체계 확충방안 연구 - 연구자(년도): 이상영 외 (2012) - 연구목적: 지역사회 건강증진서비스 전달체계의 다각화검토	- 관련 문헌 고찰 - 전문가 간담회의 설문조사(이용자, 사회복지기관조사)	- 선진국의 주요 사인 : 흡연, 고혈압, 체중과다 및 비만, 신체활동부족 등 - 현행 건강증진서비스 제공 문제점 제시 및 다각적인 전달체계 제시 건강증진서비스영역을 치료영역과 질병예방 및 건강증진영역으로 구분 보건소 지역사회통합건강증진사업의 필수영역: 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 치매예방관리 방문건강관리서비스: 저소득층건강행태개선, 만성질환예방 및 합병증예방, 영유아건강관리, 노인허약예방, 기초생활서비스, 다문화가족등관리
3	- 과제명: 건강서비스시장활성화방안 - 연구자(년도): 한국보건산업진흥원(2009) - 연구목적: 국민의 건강인식개선 및 실천유도를 위한 서비스영역 개발	- 관련 문헌 고찰 - 국내외현황조사 - 제도지원방안개발 - 건강서비스모형개발	- 건강관리서비스영역을 건강행동교정의 영역으로 해석 : 상태평가 및 정보 획득, 동기부여 및 행동준비, 생활습관개선행동(프로그램), 건강행동유지의 단계 건강증진영역 : 비만, 흡연, 음주, 영양, 운동, 스트레스, 건강위험평가, 우울증, 인지기능지원 등) 질환관리영역 care support: 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염, 뇌혈관질환, 신부전, 만성간질환 등 관리(모니터링, 상담, 질환관리교육, 식이요법, 운동요법, 운동처방, 식이처방, 치료일정관리) 건강관리회사의 서비스내용은 비만, 흡연, 음주, 영양, 운동 등 생활습관개선을 위한 상담, 교육, 지도 등의 서비스가 포괄적 또는 부분적으로 제공
4	- 과제명: 의료서비스 질 및 효율성증대를 위한 통합적 의료전달시스템 구축방안 - 연구자(년도): 신호성 외(2009) - 연구목적: 통합의료전달모형개발	국내외문헌고찰 통합의료에 대한 생협 및 일반인 설문조사	외국현황 : 의료근거지모형, 만성질환관리모형, 폴리클리닉 모형 등이 대표적임. 만성질환관리모형의 주요 요소 : 지역사회자원 및 정책지원, 보건의료조직체계, 환자가관리지원, 전달체계디자인, 의사결정지원, 임상정보시스템(The Expanded Chronic Care Model) 환자자가관리지원: 지역사회와 보건시스템에서 지원하는 모형

32 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구분	주요 연구현황		
	연구과제	연구방법	주요연구내용
5	<p>- 과제명 : e-health시범 사업을 위한 모델연구 연구자(년도): 정영철·이건직·김윤·정영호·이지원(2005) 산업자원부, 한국전자거래연구원 수탁과제 연구목적: e-health의 개념과 영역을 정의하여 사업모델 제시</p>	<p>국내외사업현황분석, 정책관련문헌분석 학제 및 업계전문가 회의</p>	<p>e-health는 정보기술을 수단으로 하여 보건의료 소비자과 공급자를 대상으로 한 서비스이며 서비스는 의사결정지원을 위해 때와 장소를 가리지 않는 보건의료정보를 제공함. 사업모형은 정보제공의 모형, 연계모형, 재화상거래모형, 케어모형 등으로 분류됨. 환자 간, 환자와 보호자간, 의료진간의 community형성이 활발해지는 특성을 가짐. 케어모형은 건강관리와 질병관리를 모두 포함함. 질병관리는 자기관리노력이 중요한 질환을 가진 인구집단에게 필요한 의학적 중재와 의사소통이 체계적으로 이루어질 수 있도록 하는 것으로 정의됨 (Disease Management Association of America, 2003). 케어모형의 자가관리는 건강관리에 해당하며 스스로 건강관리를 할 수 있도록 지원함. 당뇨, 고혈압, 비만, 심장병, 신장병 등과 같이 치료보다 관리가 중요하고, 데이터관리가 중요한 만성질환을 대상으로 하여 혈당측정기, 체온계, 체지방측정계, 혈압계, 맥박만보계, 인터넷 체력단련장비 등의 관련 디바이스를 사용하여 통합시스템에서 개인, 사업장, 보험회사와 연계하여 온라인건강상담, 위험요인평가, 건강관리지침을 제공함.</p>
6	<p>- 과제명: 민간부문의 건강증진서비스확충과 발전방안연구 - 연구자(년도): 이선희 (2007) - 연구목적: 건강증진분야의 민간참여가능성과 전망 검토</p>	<p>- 민간참여이론검토 - 문헌고찰</p>	<p>건강증진활동의 유형별 민간참여방식 : 집단교육, 개인교육, 개인상담, 매체를 통한 정보제공, 방문서비스, 예방접종, 검진, 질병치료, 담당자 훈련, 조사 및 연구, 사업기획 및 평가 민간병원이 건강행태교정에 필요한 상담 및 교육을 하기 위해서 건강보험급여기준개선필요 민간서비스 제공 미국사례: Disease Management program에서 인구집단의 건강상담 및 건강평가, 행태상담 등을 담당하고 질병발생시 제약병원으로 연계하여 진료를 받게 하고, 사회복지까지 관리함.</p>

구분	주요 연구현황		
	연구과제	연구방법	주요연구내용
7	<ul style="list-style-type: none"> - 과제명: 건강검진사후관리서비스의 건강증진효과 - 연구자(년도): 이애경외(2007) - 연구목적: 건강보험공단 건강검진의 사후관리서비스 효과분석 	<ul style="list-style-type: none"> - 2003년 건강검진결과 건강주의 판정 후 2004년 사후관리서비스를 받은 군과 받지 않은 군의 비교 	<ul style="list-style-type: none"> - 사후관리군이 대조군보다 다소 생활습관이 개선된 것으로 나타남. - 음주, 흡연, 운동의 생활습관 중 운동습관 변화가 가장 유의한 차이를 나타내었음. 사후관리서비스를 받은 군에서 진료비 감소효과가 유의하게 나타났음. 사후관리서비스의 내용: 음주 및 흡연 관련 건강정보, 운동요법과 식이요법에 대한 생활습관지침서 제공, 면담 및 우선상담서비스를 평균 30일 간격으로 총 세 차례에 걸쳐 수행함.
8	<ul style="list-style-type: none"> - 과제명: 건강관리서비스와 만성질환예방서비스 - 연구자(년도): 전기홍(2009) - 연구목적: 건강관리서비스의 위치와 방향에 대한 시론 	<ul style="list-style-type: none"> 질병예방 및 만성질환관리와 관련된 1차, 2차, 3차예방의 관점에서 건강관리서비스 역할조명 	<ul style="list-style-type: none"> 국가차원의 포괄적 만성질환관리서비스 환경조성 필요 & 저소득층을 위한 공공부문의 만성질환관리서비스 개발 적용 필요 미국의 Managed care organization 사례 고찰 : 인구집단을 대상으로 의사를 포함한 관리서비스팀이 자가관리교육, 방문서비스, 지침에 의한 관리 등의 서비스를 제공함. 국민의 만성질환관리모형은 건강보험의 틀 속에서 장기적 관점에서 논의하고 국민적 합의를 이끌어내야 할 것임.
9	<ul style="list-style-type: none"> - 과제명: 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증의 환자중심 자가관리 프로그램의 개발 및 효과성 평가 - 연구자(년도): 이강숙외(2014) - 연구목적: 환자자모임중심 자가관리모형개발 	<ul style="list-style-type: none"> 문헌검토 현장방문(영국) 시범사업(8개 집단) 실시 및 효과평가 	<ul style="list-style-type: none"> 영국의 Expert Patient Program방문을 통해 자기효능감을 높여주는 자기관리 프로그램 개발, 수행매뉴얼 등 개발 보건소 등 단위 지역사회와 중소기업 사업장 등 8개 그룹에서 자기관리 프로그램 실시. 고혈압집단의 행위변화유형: 정기적인 체중측정, 혈압측정, 의료인상담, 건강 지식증가, 규칙적 식사 및 과식감소 등 당뇨병집단의 행위변화유형: 식사실천, 발 관리, 구강검진, 약복용실천, 운동 이상지혈증 집단의 행위변화유형: 채소 과일우유섭취, 술제한, 커피제한, 기름진음식제한 자기관리프로그램의 결과평가항목 : 서비스이용의 용이성, 시간적 편리성, 행복감

34 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구분	주요 연구현황		
	연구과제	연구방법	주요연구내용
10	- 과제명: 스마트케어 비만관리에서 자가측정빈도 수준의 효과 - 연구자(년도): 이창희, 장병윤(2015) - 연구목적: 지식경제부 주관 스마트케어서비스 시범사업 효과평가	2011년-2013년 사이 6개월 비만관리 프로그램 완료한 147명 대상 효과분석	체중과 BMI중심으로 효과는 자가측정 빈도 수준을 높을 때 개선효과가 있었음. 스마트케어 센터의 서비스 : real-time monitoring, 건강상담(전화, 비디오), 개인별건강정보제공, 건강증진프로그램(월별 건강상태설문, 진행 경과 관리 및 상담(운동 및 식이상담), 개인별 월별 건강리포트 발송 원격건강관리도구 : 스마트케어앱, 블루투스 체지방계
11	- 기타 사업: 서울시 대사증후군 사업모형	대사증후군 등록 및 관리프로그램	5가지 건강체크항목 : 허리둘레, 혈압, 혈당, 중성지방, 좋은 콜레스테롤(HDL) 건강체크를 통해 발견되는 질환자는 인근 병원 연계 결과에 따라 맞춤형 서비스 : 대사증후군의 경우 건강상담, SMS 등 사후관리(월1회 상담, 영양 및 운동상담필수) 총 5회(12개월)
12	- 과제명: 대사증후군환자를 위한 온톨로지 기반 맞춤형 건강관리서비스 연구자 : 이병문·이영호·유기민·박지윤·강운구(2012) 연구목적: 질병데이터 기반 맞춤형서비스제안	환자의 상황별데이터 기반 서비스개발	관련 의학회별 질병가이드라인 참조, 건강보험공단의 맞춤형 건강관리프로그램의 환자에게 제공되는 콘텐츠에 접목시킬 수 있는 맞춤형 건강관리서비스 활용하는 데이터 : 흡연, 수면, 음주, 체중, 식이, 혈당, 총 지방량, HDL 콜레스테롤, 허리둘레 등

우리나라 보건의료 관련 법률에 나타난 건강관리의 정의는 국민건강증진법에서 정의하고 있다. 국민건강증진법 제2조의 정의에서 건강관리란 개인 또는 집단이 건강에 유익한 행위를 지속적으로 수행함으로써 건강한 상태를 유지하는 것을 의미한다. 보건의료기본법에서는 보건의료라는 용어의 정의에서 건강유지와 증진에 중점을 두고 있으며 국민건강의 보호에도 중점을 두고 있다는 것을 알 수 있었다(표 2-2).

〈표 2-2〉 우리나라 보건의료 관련 법률상 건강관리 관련 용어의 정의 비교

	의료/비의료의 정의	건강관리 관련 정의	서비스 정의
보건복지부, (2019b)	비의료건강관리서비스는 제공자의 의료적 판단이 제외된 영역	건강유지와 증진 질병의 사전예방과 악화방지, 위해한 생활습관 개선, 올바른 건강관리 유도	상담, 교육, 훈련, 실천 프로그램 작성 및 관련서비스
의료법	의료인: 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사	-	-
국민건강증진법 제2조4항	-	건강관리에 대한 정의로 개인 또는 집단이 건강에 유익한 행위를 지속적으로 수행함으로써 건강한 상태를 유지하는 것	-
보건의료기본법 제3조	보건의료인 - 보건의료관계 법령에서 정함 (자격, 면허 등) 보건의료기관 : 보건의료서비스를 행하는 기관 (대통령령으로 정함)	보건의료에 대한 정의로 국민건강을 보호 증진하기 위해 보건의료인이 하는 모든 활동	보건의료인이 행하는 모든 활동
보건의료인력지원법 제2조3항	보건의료인력에 대한 정의 (의료법, 약사법 등 관련 법률)	-	-
공공보건의료에 관한 법률 제2조	국가, 지방자치단체 및 보건의료기관	공공보건의료에 대한 정의로 지역, 계층, 분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장, 건강을 보호하는 모든 활동	모든 활동
보건의료기술진흥법 제2조	-	-	보건의료기술 (인체의 건강과 생명의 유지, 증진에 필요한 상품 및 서비스)

제2절 비의료건강관리서비스 가이드라인의 구성요소

비의료건강관리서비스 범위는 개인 및 인구집단의 건강역량을 강화해 주는 서비스로 정의되었다. 비의료건강관리서비스에 대한 정의(보건복지부, 2019a)에서 건강관리서비스는 건강유지와 증진 및 질병의 사전예방과 악화방지를 목적으로 하고, 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하기 위해 제공자의 판단이 개입(의료적 판단 제외)된 상담, 교육, 훈련, 실천 프로그램 작성 및 관련 서비스를 제공하는 행위이다.

제공방식은 이용자와 제공자 간 대면 서비스, 어플 등을 활용한 비대면 서비스, 어플의 자동화된 알고리즘에 기반한 서비스 등이 모두 가능하다.

[그림 2-1] 비의료건강관리서비스의 범위



자료: 보건복지부(2019b). 의료행위와 건강관리서비스 구분 기준 마련. 보건복지부 보도자료. <http://www.mohw.go.kr>에서 (2020. 06. 22.) 인출

(표 2-3) 비의료건강관리의 행위와 제공자 및 제공기관 분류

행위 구분	행위 예시	제공자	제공기관
건강정보의 확인·점검	- 건강검진결과와 단순 확인 및 개인동의를 기반한 자료수집(검진결과 수치 해석 등은 불가)	제한없음	제한없음
	- 걸음수, 심박수 등의 기록 및 모니터링	제한없음	제한없음
	- 섭취식품의 기록 및 영양소 분석·안내	보건관련 인력 권장	제한없음
	- 웰니스 기기를 활용한 건강정보·지표의 측정 (체성분, 수면패턴 등)	제한없음	제한없음
상담 및 조언	정보제공 및 객관적 분석		
	- (개인의 자가측정에 따른) 혈압·혈당 등이 공신력 있는 기준의 정상 범위 또는 위험 범위에 해당하는지 확인	보건관련 인력 권장	제한없음
	- 건강지표·상태에 따른 동 연령·성별군 중 질환 발생비율 등 객관적인 통계 결과의 제기 (※통계 결과는 과학적·의학적으로 검증되거나 공신력 있는 기관의 발표자료 등 활용)	제한없음	제한없음
- 개인의 건강정보를 분석하고, 통계적 결과값에 따른 건강나이 등을 산출하여주는 행위 (※통계 결과는 과학적·의학적으로 검증되거나 공신력 있는 기관의 발표자료 등 활용)	제한없음	제한없음	
상담 및 조언	- 최근에 유행 중인 질환 및 예방접종 관련 정보 등을 안내하여주는 행위	보건관련 인력 권장	제한없음
	목표설정 및 관리		
	- 검진주기·병원 내원일 알람 및 안내	제한없음	제한없음
	- (의사의 처방에 따라) 복용 중인 약을 제 시간에 복용하고 있는지를 확인하고 알림	제한없음	제한없음
	- 건강관리 목표설정(걷기, 하루 섭취 칼로리, 검진 정기적으로 받기) 및 달성에 따른 인센티브 지급	보건관련 인력 권장	제한없음
	상담 및 조언		
	- 질환예방을 위한 일반적인 건강관리 주의사항(손 씻기, 저염식단 먹기 등) 안내	보건관련 인력 권장	제한없음
	- 금연·절주 등 생활습관 개선을 위한 상담 및 조언	보건관련 인력 권장	제한없음
	- 개인의 건강목적에 따른 식단구성 및 제공 (※당뇨병 등 식단이 질환에 영향을 줄 수 있는 경우 의료기관의 처방을 확인하는 것을 전제로 조건부 허용)	보건관련 인력 권장	제한없음
	- 운동방법 교습 및 운동프로그램 제공	보건관련 인력 권장	제한없음

38 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

행위 구분	행위 예시	제공자	제공기관
	- 수면·스트레스 관리 등을 위한 상담 및 생활습관 개선 조인(검사·시술·수술 등 제외) (※과학적·의학적으로 검증되거나 공신력 있는 기관의 발표자료 등 활용)	보건관련 인력 권장	제한없음
	- 개인의 특정 증상에 대한 질환발생 가능성 상담 및 조인 - 처방·처치·시술·수술 후의 부작용 및 관리 주의 사항 등 안내	의료인 등	의료기관
검사·진단	- 채혈 등 인체유래물의 채취 - 문진 및 소변·혈액 성분검사 등 건강상태 검사 - 건강상태·지표·수치에 기반한 질환명 진단 및 발생위험성 등 확인	의료인 등	의료기관
처방	- 질환치료를 위한 전문의약품(약사법 제2조 제10호)의 처방	의료인 등	의료기관
처치	- 질환의 치료를 위하여 물리적인 방법을 동원하여 환자에게 일정한 조치를 하는 행위	의료인 등	의료기관
시술·수술	- 질환의 치료를 위하여 의료기기 등을 이용하여 환자의 신체에 일정한 조작을 가하는 행위	의료인 등	의료기관

자료: 보건복지부(2019b). 의료행위와 건강관리서비스 구분 기준 마련. 보건복지부 보도자료. <http://www.mohw.go.kr/>에서 (2020. 06. 22.) 인출

〈표 2-4〉 비의료건강관리서비스로 가능한 행위와 불가능한 행위 구분

구분	가능한 행위	불가능한 행위
건강한 사람 대상 서비스	- 질병 정보 알려주기(최근 유행하는 질병 정보 등) - 통계·연구자료 등에 근거하여 특정 질환의 유병률 등을 안내하는 행위 - 건강정보(혈압, 혈당, 비만도 등)를 수집하고 해당 정보의 정상범위 안내해주기 - 걸음수, 식단 등 안내 서비스	- 대상자의 건강상태에 따라 필요한 검사 등을 결정하거나 엑스레이 촬영하진의 판독 등 의학적 전문성에 기반하는 행위 - 대상자의 상태 및 증상 등을 확인하고 질병의 의심소견을 밝히거나 의학적 지식에 기반한 상담 및 조인을 행하는 행위
비만도 측정	- BMI 지수 계산 - 체성분 분석기를 활용한 체내 성분 분석 - 적정 목표체중의 제시(공인된 정보에 따른 표준체중 기준)	- 의료적 검사·처방·처치·시술·수술 및 이와 관련한 의료적 상담·조언에 해당하는 행위
운동서비스	- 일일 적정 운동 목표량 설정 - 운동별 소모 칼로리 분석 - 운동 방법 교습	- 지방용해술·워밴드 수술 등 의료행위 시행과 직접적으로 관련된 행위

구분	가능한 행위	불가능한 행위
	<ul style="list-style-type: none"> - 기간별 운동일지 기록 - 운동 독려 알림메시지 전송 	
식단서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 일일 적정 섭취목표량 설정 - 식품별 칼로리 분석 - 식단 구성 및 판매 - 기간별 섭취 칼로리 기록 - 체중감량에 좋은 식품에 대한 정보 안내 및 전송 	
혈압·혈당 측정 및 기록	<ul style="list-style-type: none"> - 개인용 의료기기를 통해 환자 자가 - 측정 후 기록 	<ul style="list-style-type: none"> - 비의료기관이 환자의 혈압을 직접 측정 후 기록
혈압·혈당 관리 및 목표수준 설정	<ul style="list-style-type: none"> - 공신력 있는 기관에서 제시한 범위의 정상/주의/위험 판단 및 해당범위 내 목표 설정 - 환자가 의사의 처방에 따라 스스로 설정한 목표 수준에 따른 정상/주의/ 위험 알람 - 주기별(예: 7일) 혈압·혈당 수준을 모니터링 하고, 평균치보다 벗어난 경우 '주의필요' 등 안내 	<ul style="list-style-type: none"> - 수치가 근거하여 고혈압·당뇨병 환자로 진단 - 공신력 있는 기관의 지침 및 의사의 처방에 근거하지 않은 비의료기관의 자체적인 정상/주의/위험의 판단 및 목표수준의 설정
고혈압 예방 및 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 공신력 있는 기관에서 제시하는 고혈압 예방·관리 사항 등 정보제공 및 안내 - 병원 내원일 알람 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 상황에 따른 혈압 목표 - (약사·의사가 아닌 사람이) 약물에 대해 설명을 하는 것
운동 및 식이, 생활습관	<ul style="list-style-type: none"> - 운동요법의 효과, 방법 등 안내 - 식이요법의 효과, 방법 등 안내 - 금연, 금주 등 생활습관 개선 상담 및 조언 	<ul style="list-style-type: none"> - 급격한 혈압강하·상승 시 조치방법 등 의료적 상담
당뇨병 예방 및 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 공신력 있는 기관에서 제시하는 당뇨병 예방·관리 사항 등 정보제공 및 안내 - 병원 내원일 알람 서비스 - 혈당 수치를 주기적으로 점검하고, 위험요인 발생 시 병원 내원 등을 권고하는 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 상황에 따른 혈당 목표 - (약사·의사가 아닌 사람이) 약물에 대해 설명을 하는 것
운동 및 생활습관	<ul style="list-style-type: none"> - 운동요법의 효과, 방법 등 안내 - 금연, 금주 등 생활습관 개선 상담 및 조언 	
식이관리 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 당뇨병 환자가 주의해야 할 일반적인 식이요법 및 식품군 등에 대한 설명 - 다양한 식단을 제시하고 환자가 선택 가능하도록 하는 행위 - 의사의 처방·권고 기준 하에서 환자에게 식단을 구성하여 주는 행위 - 환자가 원하는 식단(예: 저염 식단)을 구성하여 주는 행위 	<ul style="list-style-type: none"> - 위험한 혈당 수치별 당질 섭취 기준 등 의료적 처방에 가까운 행위

자료: 보건복지부(2019b). 의료행위와 건강관리서비스 구분 기준 마련. 보건복지부 보도자료. <http://www.mohw.go.kr/>에서 (2020. 06. 22.) 인출

제3절 디지털 헬스의 등장과 역할

디지털 헬스(digital health)는 건강관리서비스(의료적 접근 포함)의 전달방식의 하나로 해석될 수 있다(WHO, 2019). 디지털 헬스는 가장 포괄적인 개념을 함의하는 용어이며, 과거의 의료/공급자 중심의 e-헬스(e-Health)와 대비하여 지역사회/수요자 중심의 플랫폼이 강조된다. m-헬스(m-Health)는 스마트폰(웨어러블, 디바이스 등 포함)을 통해 구현되는 디지털 헬스 서비스를 총칭하며, 과거 텔레헬스(telehealth)와 유사한 개념이다. Health ICT/IT는 오래 전부터 사용된 정보기술의 분야를 의미한다.

한편 디지털 헬스케어의 발전 동향을 보면 치료적인 서비스에서 비의료적인 예방서비스로 발전하였다는 것을 알 수 있다. 텔레헬스의 시기에는 병원중심의 치료중심의 서비스였고 의료인이 주로 이용하는 시스템이었다고 할 수 있다. 2000년 초반의 e-헬스는 의료인과 환자가 이용할 수 있는 서비스 내용으로 발전하였다. 치료와 관련 정보를 제공하여 환자의 자조그룹을 형성하는 데에도 기여하였다. U-헬스의 시기에는 치료뿐만 아니라 예방관리에도 관심을 갖는 인구집단이 이용할 수 있는 서비스로 발전하였다. 2010년 이후의 스마트 헬스(smart health)의 유형은 치료와 예방과 복지와 안전을 포괄하는 서비스 유형으로 자리 잡고 있다. 여기에는 ICT의 기술발전이 한 몫을 하고 있다. 개인의 건강기록을 기반으로 하여 디지털 기술기반의 맞춤형 서비스가 예방과 건강증진 분야에도 활용될 수 있는 가능성을 마련하고 있다.

〈표 2-5〉 디지털 헬스케어 서비스의 유형

구분	텔레헬스	e-헬스	u-헬스	스마트 헬스
시기	1990년 중반	2000년	2006년	2010년 이후
서비스 내용	원내 치료	치료 및 정보 제공	치료/예방 관리	치료/예방/복지/안전
주 player	병원	병원	병원, ICT 기업	병원, ICT 기업, 보험사, 서비스기업 등
주 이용자	의료인	의료인, 환자	의료인, 환자, 일반인	의료인, 환자, 일반인
주요 시스템	병원운영 (HIS, PACS)	의무기록(EMR) 웹사이트	건강기록(EHR) 모니터링	개인건강기록 기반 맞춤형 서비스

자료: 산업통상자원부. (2015). 스마트 헬스케어산업 활성화 방안.

스마트 헬스케어 산업은 하드웨어, 소프트웨어, 서비스 등으로 구분할 때 건강관리서비스를 포함하고 있다. 건강정보, 의료정보를 분석하여 건강관리를 지원하는 역할을 한다.

〈표 2-6〉 스마트 헬스케어 산업 구성

구분	상세분류	설명	관련 제품 및 용도
하드웨어	제품·서비스 일체형, 단품 형태 제품	(개인건강관리기기) 건강관리를 위해 건강 생체신호를 측정하는 (의료)기기, 식약처 승인이 필요한 기기 (웨어러블 기기) 건강증진·개선을 위해 신체에 착용되어 생체신호 측정과 모니터링을 하는 기기	게이트웨이 혈당, 혈압, 심전도, 활동량 측정 요화학(소변) 분석 헤모글로빈 측정 체성분/체지방 측정 의료용 센서 삽입 스마트기기 현장검사 기기(POCT) 밴드/목걸이형, 부착(패치)형, 인체삽입형
	부품	부품, 장치, 시약	시약, 바이오센서 저장 및 디스플레이 장치 통신 장치

42 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구분	상세분류	설명	관련 제품 및 용도	
소프트웨어	의료·건강관리 콘텐츠	(건강정보 제공 App) 일반적 의학정보, 운동정보, 영양정보 등 건강정보 제공	웰니스(휴식방법, 요가, 뷰티팁) 등 App 영양관리 및 정보 제공 App 의학적 정보(약품, 질병, 복약 등) 제공 App	
		(맞춤형 건강관리 App) 개인 건강정보를 수집하여 맞춤형 건강관리 제공	개인 건강기록(PHR) App 병원기록 관리 App 피트니스 또는 운동 관리 App	
	미들웨어, 플랫폼, 통신네트워크	(의료정보관리 플랫폼/DB) 의료기관 의료정보 통합 저장/관리 시스템	의료정보관리 플랫폼(EMR, EHR) 개인건강정보관리 플랫폼	
		(개인건강정보관리 플랫폼/DB) 건강·의료정보 통합저장, 관리	기타	
	서비스	진단서비스	(진단서비스) 유전자, 의료진단서비스	체외진단 서비스 유전자/유전체 분석 서비스
		건강관리 서비스	(건강관리 서비스) 하드웨어 기기의 건강정보 및 의료정보 분석, 건강관리 서비스 (원격의료 서비스) 원격으로 행해지는 의료 서비스 및 진단	개인건강검진 관리 서비스 개인건강기록(PHR) 관리 및 맞춤형 서비스 노인건강관리 서비스 건강관리 포털 서비스 원격상담, 원격모니터링 서비스

자료: 산업연구원. (2017). 4차 산업혁명 시대의 신성장동력, 스마트 헬스케어 산업 2017.

데이터 공유 및 활용과 개인의 권리 및 보안의 관계는 ICT 기반 헬스케어의 주요 이슈³⁾이다. 광범위한 데이터 분석을 위해 개인 의료정보에 대한 접근이 불가피해지면서 이와 관련된 프라이버시와 보안 문제 등을 둘러싼 이견이 발생하기도 한다. 진료 받은 병원에 보관된 개인 의료정보에 의료기관·보험사·제약사·의료장비업체·솔루션 업체 등이 접속·사용

3) 한국정보화진흥원. (2015). ICT 기반 헬스케어 서비스의 사회적 영향과 대응방향.

하면서 보안 문제가 제기되기도 한다.

익명화를 통한 개인정보 보호는 가능하지만 자신의 데이터가 누구에 의해 어떻게 사용되는가에 대한 알 권리 혹은 거부권에 대한 방안은 모호해 질 수 있다. 한편 환자 의료 데이터를 기반으로 새로운 서비스를 제공하려는 시도가 활발해지면서 의료 데이터의 활용 관련 기술적·제도적 완충 노력이 필요해지고 있다.

웨어러블 기기에서 얻어진 개인의 의료정보와 환자가 자발적으로 공개하는 정보 등을 비즈니스에 적극 활용하는 추세이다. 개인의 익명 의료 데이터를 비즈니스로 활용하거나, 제3자에게 정보를 제공하게 될 경우 수익 권리 및 정보 활용 책임에 대한 쟁점이 있다.

의료 인력의 감축 대비 새로운 고용을 창출한다는 이슈가 있다. 머신러닝 시스템을 포함한 지능형 기계들의 등장으로 의료계에서도 인력 감축으로 이어지는 것에 대한 염려와 논란이 제기되고 있다.

낙관론자들은 인공지능의 인력 대체 현상이 자연스러운 조정 과정이며 궁극적으로 고용시장에 큰 충격을 미치지 않을 것으로 전망하였다. 반면, 비관론자들은 기술로 인한 고용감소 속도가 새로운 고용출현 속도를 능가할 것이라 우려하였다. 의료 분야는 진료 전문성과 환자 치료에 필요한 휴먼 인터페이스가 중요하기 때문에 기술이 필요한 영역(데이터 분석 등)과 상호보완 될 것으로 전망된다.

의료진의 머신러닝 기반 의료데이터 분석 인력을 위한 교육 등 의료 인력 양성 체계에도 변화가 필요하다. 한편, 기술발전에 따라 단위 노동력의 생산성 향상과 속도 증가에 의해 발생하는 기술적 실업에 대한 대처가 중요하다. 인간의 생명을 다루는 의료 행위는 매우 엄격한 규제가 이뤄지는 영역이며 고도의 전문성이 요구되는 영역이다.

헬스케어 시장의 폭발적 성장을 기대하는 긍정적 전망과 법제도적 문

제 등 걸림돌로 인한 비활성화 우려가 공존하고 있다. 전반적인 치료 결과의 향상, 의료비 지출 감소, 환자의 능동적 참여 증대와 같은 긍정적인 결과를 가져올 것이라고 전망된다. 한편, 개인정보 보호 및 관련 규제 모호함, 이해관계 상충 등 극복해야 할 문제도 있다.

의료분야는 사람의 생명과 밀접하게 관련이 있기 때문에 타 산업에 비해 상대적으로 보수적인 성향이 있어 혁신적 ICT의 수용이 늦다고 할 수 있다. 해당시장에 대한 철저한 분석과 균형 잡힌 시각에서 문제해결 중심으로 접근하는 것이 바람직하다.

[그림 2-2] 스마트 헬스케어 시장에 진출한 주요 기업 사례

분야	기업	시장 진출 전략
의료기기 업체		<ul style="list-style-type: none"> 환자의 생체정보를 모바일 기기를 통해 실시간으로 확인하는 커넥티드 모니터링 솔루션 서비스를 제공 영상진단장비, 초음파, 마취기 및 신생아 중환자 관리 등 스마트 헬스케어 사업 영역을 확대 중
		<ul style="list-style-type: none"> 인공지능 컴퓨팅기업 엔비디아와 협력을 통해 GE 헬스케어 의료 영상 기기에 최첨단 AI를 도입, 의료 데이터 처리 속도 향상을 위해 노력
제약회사		<ul style="list-style-type: none"> 구글의 생명과학 자회사인 베릴리(verily)와 함께 인공지능을 활용한 헬스케어 개발에 집중하고 있음 특히 인공지능 기술이 적용된 수술로봇 개발에 노력
		<ul style="list-style-type: none"> 구글과 협업하여 공동으로 구글렌즈를 제작해 눈물의 당 농도를 분석, 진단시스템을 개발 중
의료기관		<ul style="list-style-type: none"> 2017년 6월, 스마트 헬스케어-의료기기융합연구센터 설립 인공지능과 의료정보 표준화, 인체삽입형 의료기기, 광바이오 진단기기 등에 대해서 연구할 예정
		<ul style="list-style-type: none"> 애플과 협력하여 환자들에게 칼로리 섭취 및 소모량, 몸무게, 혈압 같은 건강 상태를 모니터링 진행
웨어러블 디바이스 업체		<ul style="list-style-type: none"> 수면 일정 관리, 심박수 측정 기능 등이 웨어러블 스마트 밴드를 통해 사업을 추진 중 2016년 스마트워치 업체 페블(Pebble)의 핵심사업 인수를 통해 사업 확장중
		<ul style="list-style-type: none"> 걸음걸이를 분석하여 잘못된 보행습관을 바로잡아 주는 웨어러블 밴드 출시 걸음걸이 자세교정을 통한 예방의학적 차원의 건강증진 서비스를 제공
모바일 OS 업체		<ul style="list-style-type: none"> 자사가 직·간접적으로 개발하는 디바이스 및 서비스를 통합하는 플랫폼 구글핏 운영 의료기관 연계보다 개인의 데이터 활용에 주력하는 생태계 조성
		<ul style="list-style-type: none"> 개방형 스마트 헬스케어 플랫폼 '헬스킷(Health Kit)' 운영 애플워치, 모바일앱 등을 병원 등과 연계해 생태계 조성 모색
통신사		<ul style="list-style-type: none"> 만성폐질환 관리 서비스 플랫폼 운영 스위스 제약회사 Novartis의 흡입형 의료기기와 연동하며 사업 확장 중
		<ul style="list-style-type: none"> 조직 내 헬스케어 서비스 전담부서 신설 및 신사업 추진 의료영상 이미지 및 정보 관리, 공유 서비스 제공

자료: 삼정KPMG 경제연구원. (2018). 스마트 헬스케어의 현재와 미래.

제4절 소결

비의료건강관리서비스는 개인의 건강행동변화를 지원하여 건강한 생활을 도입할 수 있도록 하는 데 목적이 있다. 과거의 문헌연구를 검토한 결과, 건강관리서비스는 개인의 건강행태교정에 초점을 두고 있었다. 건강행태 또는 건강생활실천의 서비스 영역은 개인의 자기관리를 지원해주는 내용을 포함하고 있었다. 건강생활실천이 필요한 이유는 건강의 결정요인으로서 건강수명연장에 필요한 건강증진의 요소이기 때문이다. 개인의 건강생활실천을 지원하는 서비스의 제공자가 비의료인이라는 데서 비의료건강관리서비스의 영역이 구별된 것으로 해석할 수 있다.

건강생활실천을 지원하기 위해서는 개인의 라이프스타일에 대한 정보가 필요하다. 디지털 기술은 이러한 정보를 모아서 체계적으로 모니터링할 수 있게 도와준다. 처음에는 의료영역에서 각종 의료정보를 체계적으로 관리하기 위하여 기술이 사용되었지만 점차 예방과 건강증진을 위해 일반인이 사용할 수 있는 형태로 기술이 발전하고 있다. 우리나라 한국건강증진개발원에서 수행하고 있는 모바일 헬스케어 사업이 대표적인 자기관리를 개선하는 행동변화중심의 건강관리 서비스라고 할 수 있다. 보건소중심으로 시범사업이 추진되고 있는데 질병이 없는 사람으로 위험요인 관리를 원하는 시민을 모집하여 추진해 왔다. 6개월의 사업기간으로 추진되며 사업의 구성요소는 내소 시 검진, 상담을 통한 동기유발(건강상담, 영양상담, 운동상담)과 목표설정 등을 포함한다. 보건소를 통한 건강관리사업은 이렇게 질환이 없는 사람의 위험요인관리(영양과 운동중심)를 하기도 하지만, 만성질환이 있는 사람을 대상으로 1차 의료 만성질환 주치의 사업으로 개인의 동의를 받아 생활습관 개선을 위한 서비스를 제공한다. 또한 국민건강보험공단의 건강검진 사후관리 서비스의 일환으로

개인의 동의를 받아 사후관리서비스를 해주기도 한다. 보건소의 모바일 헬스케어사업의 효과평가에서 건강위험요인 감소의 효과가 확인된 바 있다. 건강위험요인에는 건강행태의 지표와 만성질환 위험요인(허리둘레, 혈압 등)의 지표가 포함되어 있었다(강재현, 조영규, 정인선, 정지혜, 오선미, 2017)

여전히 의료영역에서 디지털 헬스의 영향력은 더 클 수 있으나 건강의 유지 증진을 위해 효과성에 대한 지속적인 연구가 필요하다. 점차 건강정보를 해석하고 지원해주는 전문적인 인력이 필요하게 되고 관련된 서비스를 제공하는 시장이 형성되어 왔다. 그러나 이러한 서비스를 이용하는 국민의 건강을 보호하고 증진하게 하는 법적인 기반을 검토하여 건강권의 보호와 보장을 위한 노력이 필요하다.



제3장

헌법상 건강권과 법제 현황

제1절 헌법상 건강권의 개념

제2절 국내 개별법상 건강권의 구체화 현황

제3절 비의료건강관리서비스 관련 기본권의 충돌여부

제4절 건강권 침해 요소와 개인정보 이용 상의 쟁점

제5절 시사점

제 3 장 헌법상 건강권과 법제 현황

선행연구에서 개인의 건강생활실천을 지원하는 정책이나 사업이 건강증진과 유지를 위해 필수적인 서비스의 영역으로 자리매김하고 있다는 것을 알 수 있었다. 국민건강보험에 의하여 건강검진결과 사후관리의 필요성이 부각되어 왔는데, 사후관리의 주요내용은 개인의 만성질환의 위험요인을 감소시키거나 제거하기 위한 건강생활실천의 영역이었다. 이와 같이 건강수명 연장과 개인의 건강증진을 위하여 건강관리가 필요하다는 맥락에서 의료적 서비스가 아닌 서비스라도 개인의 건강권의 영역에서 어떤 의미를 가지는지 살펴볼 필요가 있다. 또한 건강권 보장의 차원에서 이러한 건강관리서비스의 영역이 타당하게 반영될 수 있다면 법제도적으로 지원정책이 더 강화될 필요가 있다.

제1절 헌법상 건강권의 개념

1. 헌법상 건강권의 의의

헌법에서 '건강'을 명시적으로 규정한 조문은 제35조에서의 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리라는 규정이 있고, 넓게 규정한 조문은 제36조제3항에서의 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다는 규정으로 찾아 볼 수 있다. 이렇듯 해석을 통해서만 '건강권'에 대한 규정도 도출해내야 하기 때문에 협의의 건강권인지, 광의의 건강권의 개념으로

파악해야 하는지는 판단이 필요하다. 헌법재판소는 국민의 생명·신체의 보호 및 보건에 관한 국가의 보호 의무를 헌법 제10조와 헌법 제36조제3항에서도 도출하였다(헌법재판정보, 2020)⁴⁾.

건강권과 관련하여 구체적으로는 국민이 자신과 가족의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리(권영성, 2002; 김학성, 2014; 성낙인, 2016; 이준일, 2005), 국가가 국민의 보건향상, 의료개선, 건강관리를 위한 국가의 시책 등을 행할 것을 요구할 수 있는 적극적 권리(정재황, 2016), 국가가 국민의 모든 건강에 대하여 책임을 질 수 없으나 생활에 필요한 최소한의 건강을 유지할 수 있도록 국가에 대하여 배려해 줄 것을 요구하는 권리(정종섭, 2014), 모든 국민이 가정과 사회에서 질병의 노예가 되지 않고 개성을 신장시키며 행복을 추구할 수 있도록 적극적인 보건정책을 펴 나갈 국가의 의무를 수반하는 국민의 권리(허영, 2011), 국민은 국가에 대하여 자신과 가족의 건강의 보호를 받을 권리 및 이를 위한 적극적인 보건행정의 실시를 요청할 권리(홍성방, 2015)라고 하여 건강권의 개념을 우리 헌법 제36조 제3항으로부터 도출되는 협의의 건강권으로 파악하여 이를 통하여 국가의 보호의무로 도출된다고 보고 있다.

또한, 헌법재판소도 국민이 국가에 대하여 건강한 생활을 침해하지 않도록 요구할 수 있을 뿐만 아니라 보건을 유지하도록 국가에 대하여 적극적으로 요구할 수 있는 권리라고 판시하였다(헌법재판정보, 2020)⁵⁾.

4) 현재 2002.12.18. 2001헌마370; 현재 2005.3.3.1. 2001헌바87; 현재 2010. 7. 29, 2008헌가19.

5) 헌법재판소 1998. 7. 16. 96헌마246.

2. 법적 근거 및 내용

제10조 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다.

제12조 ① 모든 국민은 신체의 자유를 가진다.

제34조 ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.

제35조 ① 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 국가와 국민은 환경보전을 위하여 노력하여야 한다.

제36조 ③ 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

제37조 ① 국민의 자유와 권리는 헌법에 열거되지 아니한 이유로 경시되지 아니한다.

3. 제한 및 한계

건강권의 경우, 특별히 공익적 목적을 위하여 국민의 자기결정권을 제한하기도 하는데, 예를 들면 국가가 강제적으로 사회보험을 들게 하는 것이 이에 해당한다. 이러한 제한의 경우에도 제37조제2항에 따라 과잉금지의 원칙을 준수해야 하며, 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다.

헌법재판소는 개별사건에서 건강권의 제한과 관련하여 과소보호금지의 원칙이나(헌법재판정보, 2020)⁶⁾ 여부를 중심으로 판단하고 있다.

6) 헌법재판소 2008.12. 26. 2008헌마419; 헌법재판소 2015. 9. 24. 2013헌마384; 헌법재판소 2015. 4. 30. 2012헌마38 등) 과잉금지원칙을 준수하였는지의(헌법재판소 2001. 8. 30. 2000헌마668; 헌법재판소 2003.10. 30. 200헌마801 등

제2절 국내 개별법상 건강권의 구체화 현황

1. 보건의료기본법 및 의료법

□ 보건의료기본법

보건의료기본법에서는 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지하는 것을 목적(제1조)으로 규정하고, 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율이 조화를 이룰 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본 이념으로 명문화하고 있다(제2조). 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원을 확보하도록 노력하여야 한다(제4조제1항)고 하면서 모든 환자는 자신의 건강 보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 수 있는 권리(제6조제1항)를 명문화하여 국가와 지방자치단체의 책임과 보건의료서비스를 받을 수 있는 권리를 명확히 하였다.

□ 의료법

의료법에서는 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적(제1조)을 두고 있다.

2. 국민건강증진법과 관련 법률

□ 국민건강증진법

국민건강증진법에서는 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 지역보건법

지역보건법에서는 지역보건의료기관의 설치·운영에 관한 사항과 보건 의료 관련기관·단체와의 연계·협력을 통하여 지역보건의료기관의 기능을 효과적으로 수행하는 데 필요한 사항을 규정함으로써 지역보건의료정책을 효율적으로 추진하여 지역주민의 건강 증진에 이바지함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 국민건강보험법

국민건강보험법에서는 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 건강검진기본법

건강검진기본법에서는 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 국가건강검진의 계획과 시행에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률

심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률에서는 국가가 심뇌혈관질환의 예방, 진료, 재활 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 심뇌혈관질환으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 학교보건법

학교보건법에서는 학교의 보건관리에 필요한 사항을 규정하여 학생과 교직원의 건강을 보호·증진함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 모자보건법

모자보건법에서는 모성 및 영유아의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건 향상에 이바지함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 아동복지법

아동복지법에서는 아동이 건강하게 출생하여 행복하고 안전하게 자랄 수 있도록 아동의 복지를 보장하는 것을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

□ 청소년보호법

청소년보호법에서는 청소년에게 유해한 매체물과 약물 등이 청소년에게 유통되는 것과 청소년이 유해한 업소에 출입하는 것 등을 규제하고 청소년을 유해한 환경으로부터 보호·구제함으로써 청소년이 건전한 인격체로 성장할 수 있도록 함을 목적(제1조)으로 규정하고 있다.

제3절 비의료건강관리서비스 관련 기본권의 충돌여부

1. 의료인의 직접의 자유 vs. 이용자의 건강관리수단 선택권

헬스케어시스템을 통한 보건의료체계 공급 결정이 필요한 상황이다. 헬스케어서비스는 기존의 치료 중심 서비스와는 다른 의료데이터의 집적으로 가능한 맞춤 진료(정밀의료) 및 질병 예방 중심의 서비스를 강화하여 국민의 건강증진을 목표로 하는 의료서비스 영역으로 볼 수 있다. 이미 모바일 기기를 이용한 U-헬스케어 서비스는 건강진단뿐만 아니라 질병관리, 응급관리, 의사와 환자의 직접적인 대면을 포함한 원격의료의 만남 등 그동안 병원에서만 이루어지던 행위가 보다 편리한 형태로 사용자에게 제공되는 서비스이다.

2. 개인의 건강정보보호 vs. 기업의 건강정보 이용 및 활용(영업의 자유)

‘개인정보’에 관한 정의 규정을 두고 있는 현행 법률로서는 개인정보보호법, 정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률, 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률, 위치정보의 보호 및 이용 등에 관한 법률 등이 있다.

헌법재판소는 개인정보에 관하여 “개인정보는 개인의 신체, 신념, 사회적 지위, 신분 등과 같이 개인의 인격 주체성을 특징짓는 사항으로서 그 개인의 동일성을 식별할 수 있게 하는 일체의 정보라고 할 수 있고, 반드시 개인의 내밀한 영역이나 사사(私事)의 영역에 속하는 정보에 국한되지 않고 공적 생활에서 형성되었거나 이미 공개된 개인정보까지 포함한다.”라고 판시한 바 있다(헌재 2005.5.26. 99헌마513.).

개인건강정보는 첫째, 강화된 일신전속성을 가진다. 일반 개인정보는 주로 정보주체의 행동, 관계, 성향 등으로부터 인지되는 경우에 관한 것이 대부분이고, 이는 정보 주체의 성명, 연령, 가족관계, 취미 등이 생활 환경과 사회적 관계에 있어서 생성되는 것과 연관이 있다. 한 가지 예를 들면 주민등록번호는 시·군 또는 구의 주민을 등록하게 함으로써 주민의 거주관계 등 인구의 동태(動態)를 항상 명확하게 파악하여 주민생활의 편익을 증진시키고 행정사무를 적정하게 처리하기 위하여 시장·군수 또는 구청장이 주민에게 개인별로 부여하는 고유한 등록번호를 말하는데(주민등록법 제1조, 제7조제3항), 이를 주민등록번호제도라고 한다. 주민등록번호는 주민등록증에 기재되는 사항 중에 하나인데(주민등록법 제24조제2항), 이러한 제도를 통해 성명, 사진, 주민등록번호, 주소 등 주민의 일정한 정보를 기재하여 공·사적 영역에서 활용할 수 있다(김민호, 2011).

정보주체가 본인의 건강정보를 스스로 보유하거나 관리하는 경우도 있지만, 주로 개인건강정보는 공공기관 또는 공공의료기관 등에서 수집하고 관리한다. 그 과정에서 개인의 신체적·정신적 결함을 나타내는 질병명 등의 건강정보가 유출되거나 제공된다면 정보주체의 인격권 등의 기본권에 심각한 침해가 가지고 올 가능성이 크다. 이러한 이유로 개인건강정보 보호에 있어서의 헌법상 기본권은 소극적으로 외부로부터 침해가 있을 경우 정보주체가 이를 배제하는 것에 머무르지 않고, 적극적으로 자신의 정보를 보호하고 통제할 수 있는 개인정보자기결정권이라 할 수 있다(이한주, 2014).

3. 입법목적에 따른 의료 관련 법령

가. 국민생활의료 관련 법령

국민생활의료와 관련된 법률의 입법목적은 국민의 건강보호, 사회보장 증진, 공공보건의료 지원, 농어촌지역 보건의료 증진 등 국민생활과 밀접하게 관련하여 시행된다.

〈표 3-1〉 국민생활의료 관련 법령

	법률명	입법목적	소관부처
국민 생활 의료	의료법	국민의 건강보호	보건복지부 질병관리청
	재난적 의료비 지원에 관한 법률	사회보장 증진 및 국민건강 보호	보건복지부
	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	인간으로서의 존엄과 가치 보호	보건복지부
	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률	장애인의 건강증진	보건복지부
	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법	농어촌지역 보건의료 증진	보건복지부
	보건의료기본법	보건의료로 보건 및 복지증진	보건복지부
	보건의료인력지원법	보건의료인력 수급 지원	보건복지부
	응급의료에 관한 법률	응급의료 지원	보건복지부
	의료급여법	의료급여지원	보건복지부
	의료기사 등에 관한 법률	보건 및 의료 향상	보건복지부
	공공보건의료에 관한 법률	공공보건의료 지원	보건복지부
	군보건의료에 관한 법률	군인및군무원의 보건의료서비스 제공	국방부
	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률	보건의료인의 안정적인 진료환경 조성	보건복지부

자료: 국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr>. 2020. 7. 1. 인출

나. 의료기관조직 관련 법령

의료기관조직은 국민에게 직접 의료를 제공하기 위한 시설과 연구, 교육 목적 시설로 구분하여 체계적으로 의료기관을 육성지원하기 위하여 시행하고 있다.

〈표 3-2〉 의료기관 조직 관련 법령

	법률명	입법목적	소관부처
의료 기관 조직	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	국립중앙의료원 설립	보건복지부
	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	지방의료원 설립	보건복지부
	한국국제보건의료재단법	한국국제보건의료재단 설립	보건복지부
	한국보건의료인국가시험원법	한국보건의료인국가시험원 설립	보건복지부
	한국보훈복지의료공단법	한국보훈복지의료공단 설립	국가보훈처
	보건의료기술 진흥법	한국보건의료연구원 설치	보건복지부
	첨단의료복합단지 육성에 관한 특별법	첨단의료복합단지 설립	보건복지부 과학기술정보통신부 산업통상자원부

자료: 국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr>. 2020. 7. 20. 인출

다. 의료기기산업 관련 법령

의료기기산업은 바이오의약품 지원과 의료기기의 효율적 관리 및 의료기기산업 육성을 위하여 시행하고 있다.

〈표 3-3〉 의료기기산업 관련 법령

	법률명	입법목적	소관부처
의료 기기 산업	첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률	첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 지원	보건복지부 식품의약품안전처
	의료기기법	의료기기의 효율적 관리	식품의약품안전처
	의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법	의료기기산업 육성	보건복지부 식품의약품안전처
	체외진단의료기기법	체외진단기기 발전	식품의약품안전처

주: 국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr>. 2020. 7. 30. 인출

4. 의료 및 건강정보의 관리와 제공

가. 의료정보의 관리와 제공

의료정보는 헌법과 개인정보보호법, 개별 법령에서 특별히 보호하고 있다. 그러나 의료관련 정보는 검사기관에서만 사용되는 것이 아닌 환자 또는 개인이 원하고 그에 대한 목적을 명확하게 한다면 다양한 곳에서 활용될 수 있다.

의료정보는 의료관련 기관의 설치, 운영, 관리 등을 위한 정보가 있고, 개인의 진료, 검진, 개인정보 등을 위한 개인식별정보가 있다. 다만 의료관련 기관의 정보에 개인정보가 포함되는 경우가 있어 전반적인 정보의 범위를 정하여 주의할 필요가 있다.

〈표 3-4〉 의료정보 관련 법령

법률명	내용	관리	요청기관
공공보건의료에 관한 법률	공공보건의료 기본계획 및 시행계획의 수립·시행, 공공보건의료 사업의 관리 및 평가를 위하여 필요한 자료	공공보건의료수행기관	보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장

62 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

법률명	내용	관리	요청기관
군보건의료에 관한 법률	예방접종 이력의 통합관리를 위하여 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의2제2항 각 호의 자료	국방부	중앙행정기관
보건의료 기본법	보건의료와 관련한 지식 또는 부호·숫자·문자·음성·음향·영상 등으로 표현된 모든 종류의 자료	보건의료인, 보건의료기관	보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장
보건의료기술 진흥법	연구에 필요한 정보	한국보건의료 연구원	국가기관 및 대통령령으로 정하는 공공기관
보건의료인력 지원법	각종 계획 및 정책의 수립·시행, 조사·연구, 보건의료인력의 현황, 실태파악, 통계관리, 수급분석, 연구·조사 등에 필요한 각종 자료	보건복지부	국가기관 및 지방자치단체의 장과 관련 기관·단체의 장
응급의료에 관한 법률	기본계획 및 지역응급의료시행계획의 수립·시행을 위하여 필요한 자료 ¹⁾	국가기관, 지방자치단체, 응급의료에 관련된 기관·단체 및 공공기관	보건복지부장관 및 시·도지사
의료급여법	의료급여사업을 위하여 필요한 자료	국가, 지방자치단체, 의료급여기관 또는 그 밖의 공공단체	시장·군수·구청장, 급여비용심사기관 및 급여비용지급기관
	급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가 및 급여 대상 여부의 확인을 위하여 필요한 자료	의료급여기관	급여비용심사기관
의료기기법	취급자: 추적관리대상 의료기기의 제조·판매(구입을 포함한다)·임대 또는 수리 내용 등에 대한 기록 사용자: 추적관리대상 의료기기를 이용하는 환자에 대한 추적이 가능하도록 하는 기록	추적관리대상 의료기기의 제조업자·수입업자·판매업자·임대업자·수리업자(이하 이 조에서 "취급자"라 한다)·추적관리대상 의료기기를 취급하는 의료기관 개설자 및	식품의약품 안전청장

법률명	내용	관리	요청기관
		의료기관에서 종사하는 의사·한의사·치과의사 등	
의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법	혁신의료기기의 제조·수입·사용 등의 자료	의료기기취급자 ²⁾	식품의약품 안전처장
의료기사 등에 관한 법률	치과기공소 또는 안경업소의 설치 및 운영 현황에 관한 자료	지방자치단체의 장	보건복지부장관
의료법	본인에 관한 기록(추가기재·수정된 경우 추가기재·수정 전의 원본을 모두 포함한다. 이하 같다)의 전부 또는 일부에 대하여 열람 또는 그 사본의 발급 등 내용의 확인 자료	의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자	환자
	환자에 관한 기록	의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자	기타 ³⁾
의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률	조사에 필요한 자료	신청인, 피신청인, 분쟁 관련 이해 관계인 또는 참고인	지역별 감정부
장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률	종합계획의 수립에 필요한 자료	관계 기관의 장	보건복지부장관
재난적의료비 지원에 관한 법률	필요한 자료는 시행령 별표에 규정 ⁴⁾	공단	요양기관 또는 의료급여기관, 관계 중앙행정 기관의 장, 지방자치단체의 장, 공공 기관의 장, 그 밖에 관련 법인·단체 등

64 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

법률명	내용	관리	요청기관
첨단재생의료 및 첨단바이오 의약품 안전 및 지원에 관한 법률	장기추적조사를 위하여 업무상 필요한 자료	국가 또는 지방자치단체, 공공기관 또는 공공단체, 연구기관, 약국개설자 또는 의료기관 개설자, 세포 처리시설의 장	안전관리관의 장
	장기추적조사 대상 첨단바이오의약품 투여 환자의 이상사례 정보 수집 등 업무상 필요한 자료	국가 또는 지방자치단체, 공공기관 또는 공공단체, 연구기관, 약국개설자 또는 의료기관 개설자, 인체세포등 관리업자, 첨단바이오의약 품 제조업자, 품목허가를 받은 자, 수입자, 「약사법」 제45조에 따라 허가받은 판매업자 등 첨단바이오의약 품을 취급할 수 있는 자	규제과학센터
한국국제보건의료재단법	업무·회계 및 재산에 관하여 필요한 자료	한국국제보건의료재단	보건복지부장관
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	환자의 연명의료중단등결정 또는 그 이행에 관한 기록 자료	해당 의료기관의 장	환자가족

주: 1) 응급의료에 관한 법률 시행령 제5조의2(자료의 범위 등) ① 법 제13조의4제1항에 따라 보건복지부장관은 법 제13조의2제1항에 따른 응급의료기본계획의 수립·시행을 위하여 응급환자에 관한 다음 각 호의 자료를 요청할 수 있다. 이 경우 요청일부터 과거 3년간의 자료에 한정한다.

1. 「국민건강보험법」 제5조에 따른 가입자·피부양자에 대한 건강보험 관련 자료 및 같은 법 제 47조제2항에 따른 요양급여비용 심사청구 자료
 2. 「의료급여법」 제11조제2항에 따른 의료급여비용 심사청구 자료
 3. 「산업재해보상보험법」 제36조제2항에 따른 보험급여 청구 및 결정 자료
 4. 「자동차손해배상 보장법」 제12조제2항에 따른 자동차보험진료수가 청구 자료
 5. 「119구조·구급에 관한 법률」 제22조제2항에 따른 구조·구급활동상황일지
 6. 「주민등록법」 제7조제1항에 따른 개인별 및 세대별 주민등록표
 7. 「장애인복지법」 제32조제1항에 따른 장애인 등록 자료
 8. 「교통안전법」 제51조에 따른 교통사고조사와 관련된 자료·통계 또는 정보
 - ② 법 제13조의4제1항에 따라 시·도지사가 제13조의3제1항에 따른 지역응급의료시행계획의 수립·시행을 위하여 요청할 수 있는 자료의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 법 제25조제1항에 따라 지정된 중앙응급의료센터가 같은 조 제1항제1호, 제5호 및 제6호에 따라 수행한 업무에 관한 자료
 2. 관할지역 내 소재하는 다음 각 목의 기관의 시설·장비·인력 현황 및 수행한 업무에 관한 통계 자료
 - 가. 법 제26조제1항에 따라 지정된 권역응급의료센터
 - 나. 법 제29조제1항에 따라 지정된 전문응급의료센터
 - 다. 법 제30조제1항에 따라 지정된 지역응급의료센터
 - 라. 법 제31조제1항에 따라 지정된 지역응급의료기관
 3. 법 제27조제1항에 따라 설치된 지역별 응급의료지원센터(이하 "응급의료지원센터"라 한다) 가 같은 조 제2항제3호, 제7호 및 제8호에 따라 수행한 업무에 관한 자료
- 2) 의료기기의 취급자: 의료기기법 제2조 ③ 이 법에서 "의료기기취급자"란 의료기기를 업무상 취급 하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 이 법에 따라 허가를 받거나 신고를 한 자, 「의료법」에 따른 의료기관 개설자 및 「수의사법」에 따른 동물병원 개설자를 말한다.
1. 의료기기 제조업자
 2. 의료기기 수입업자
 3. 의료기기 수리업자
 4. 의료기기 판매업자
 5. 의료기기 임대업자
- 3) 의료법 제21조 제3항 제2항에도 불구하고 의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 교부하는 등 그 내용을 확인할 수 있게 하여야 한다. 다만, 의사·치과의사 또는 한의사가 환자의 진료를 위하여 불가피하다고 인정한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 환자의 배우자, 직계 존속·비속, 형제·자매(환자의 배우자 및 직계 존속·비속, 배우자의 직계 존속이 모두 없는 경우에 한정한다) 또는 배우자의 직계 존속이 환자 본인의 동의서와 친족관계임을 나타내는 증명서 등을 첨부하는 등 보건복지부령으로 정하는 요건을 갖추어 요청한 경우
 2. 환자가 지정하는 대리인이 환자 본인의 동의서와 대리권이 있음을 증명하는 서류를 첨부하는 등 보건복지부령으로 정하는 요건을 갖추어 요청한 경우
 3. 환자가 사망하거나 의식이 없는 등 환자의 동의를 받을 수 없어 환자의 배우자, 직계 존속·비속, 형제·자매(환자의 배우자 및 직계 존속·비속, 배우자의 직계존속이 모두 없는 경우에 한정한다) 또는 배우자의 직계 존속이 친족관계임을 나타내는 증명서 등을 첨부하는 등 보건복지부령으로 정하는 요건을 갖추어 요청한 경우
 4. 「국민건강보험법」 제14조, 제47조, 제48조 및 제63조에 따라 급여비용 심사·지급·대상여부 확인·사후관리 및 요양급여의 적정성 평가·가감지급 등을 위하여 국민건강보험공단 또는 건

- 강보험심사평가원에 제공하는 경우
5. 「의료급여법」 제5조, 제11조, 제11조의3 및 제33조에 따라 의료급여 수급권자 확인, 급여비용의 심사·지급, 사후관리 등 의료급여 업무를 위하여 보장기관(시·군·구), 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에 제공하는 경우
 6. 「형사소송법」 제106조, 제215조 또는 제218조에 따른 경우
 - 6의2. 「군사법원법」 제146조, 제254조 또는 제257조에 따른 경우
 7. 「민사소송법」 제347조에 따라 문서제출을 명한 경우
 8. 「산업재해보상보험법」 제118조에 따라 근로복지공단이 보험급여를 받는 근로자를 진료한 산재보험 의료기관(의사를 포함한다)에 대하여 그 근로자의 진료에 관한 보고 또는 서류 등 제출을 요구하거나 조사하는 경우
 9. 「자동차손해배상 보장법」 제12조제2항 및 제14조에 따라 의료기관으로부터 자동차보험진료 수가를 청구받은 보험회사등이 그 의료기관에 대하여 관계 진료기록의 열람을 청구한 경우
 10. 「병역법」 제11조의2에 따라 지방병무청장이 병역판정검사와 관련하여 질병 또는 심신장애의 확인을 위하여 필요하다고 인정하여 의료기관의 장에게 병역판정검사대상자의 진료기록·치료 관련 기록의 제출을 요구한 경우
 11. 「학교안전사고 예방 및 보상에 관한 법률」 제42조에 따라 공제회가 공제급여의 지급 여부를 결정하기 위하여 필요하다고 인정하여 「국민건강보험법」 제42조에 따른 요양기관에 대하여 관계 진료기록의 열람 또는 필요한 자료의 제출을 요청하는 경우
 12. 「고엽제후유증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제7조제3항에 따라 의료기관의 장이 진료기록 및 임상소견서를 보훈병원장에게 보내는 경우
 13. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제28조제1항 또는 제3항에 따른 경우
 14. 「국민연금법」 제123조에 따라 국민연금공단이 부양가족연금, 장애연금 및 유족연금 급여의 지급심사와 관련하여 가입자 또는 가입자였던 사람을 진료한 의료기관에 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부를 요청하는 경우
 - 14의2. 다음 각 목의 어느 하나에 따라 공무원 또는 공무원이었던 사람을 진료한 의료기관에 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부를 요청하는 경우
 - 가. 「공무원연금법」 제92조에 따라 인사혁신처장이 퇴직유족급여 및 비공무상장해급여와 관련하여 요청하는 경우
 - 나. 「공무원연금법」 제93조에 따라 공무원연금공단이 퇴직유족급여 및 비공무상장해급여와 관련하여 요청하는 경우
 - 다. 「공무원 재해보상법」 제57조 및 제58조에 따라 인사혁신처장(같은 법 제61조에 따라 업무를 위탁받은 자를 포함한다)이 요양급여, 재활급여, 장애급여, 간병급여 및 재해유족급여와 관련하여 요청하는 경우
 - 14의3. 「사립학교교직원 연금법」 제19조제4항제4호의2에 따라 사립학교교직원연금공단이 요양급여, 장애급여 및 재해유족급여의 지급심사와 관련하여 교직원 또는 교직원이었던 자를 진료한 의료기관에 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부를 요청하는 경우
 15. 「장애인복지법」 제32조제7항에 따라 대통령령으로 정하는 공공기관의 장이 장애 정도에 관한 심사와 관련하여 장애인 등록을 신청한 사람 및 장애인으로 등록된 사람을 진료한 의료기관에 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부를 요청하는 경우
 16. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제18조의4 및 제29조에 따라 질병관리청장, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 감염병의 역학조사 및 예방접종에 관한 역학조사를 위하여 필요하다고 인정하여 의료기관의 장에게 감염병환자등의 진료기록 및 예방접종을 받은 사람의 예방접종 후 이상반응에 관한 진료기록의 제출을 요청하는 경우
 17. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제74조의8제1항제7호에 따라 보훈심사위원회가 보훈심사와 관련하여 보훈심사대상자를 진료한 의료기관에 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부`를 요청하는 경우

4) 재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령 별표1

1. 「주민등록법」에 따른 주민등록자료
2. 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」에 따른 가족관계 등록사항에 관한 전산정보자료와 가족관계기록사항에 관한 증명서
3. 「출입국관리법」에 따른 외국인등록 자료 및 국민·외국인의 출입국자료, 「재외동포의 출입국과 법적지위에 관한 법률」에 따른 외국국적동포의 국내거소신고 자료
4. 「병역법」에 따른 병역 복무자료
5. 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」, 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」, 「치료감호 등에 관한 법률」에 따른 시설의 입·출소(원)자 성명 및 주민등록번호, 입·출소(원)일, 수용여부에 관한 자료
6. 「국민기초생활 보장법」 제2조제2호에 따른 수급자 관련 자료
7. 「의료급여법」 제3조에 따른 수급권자 관련 자료
8. 「국민기초생활 보장법」 제19조제1항의 시장·군수·구청장이 같은 법 제2조제10호에 따른 차상위계층에 속하는 것으로 확인한 사람에 대한 자료
9. 「장애인연금법」에 따른 장애인연금 수급자 관련 자료
10. 「장애인복지법」에 따른 장애수당 및 장애아동수당 수급자 관련 자료
11. 「공간정보의 구축 및 관리 등에 관한 법률」에 따른 지적전산자료 및 부동산종합공부 자료, 「건축법」에 따른 건축물대장 자료, 「부동산 가격공시에 관한 법률」에 따른 개별공시지가·개발주택가격·공동주택가격에 관한 자료, 「부동산 거래신고 등에 관한 법률」에 따른 부동산 등의 거래에 관한 자료, 「주택임대차보호법」에 따른 확정일자부에 관한 자료
12. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」에 따른 금융거래의 내용에 대한 정보 또는 자료, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따른 신용정보, 「보험업법」에 따른 보험에 관한 정보
13. 법령에 따른 급여, 보상 또는 지원에 관한 다음 각 목의 자료
 - 가. 「공무원연금법」, 「군인연금법」, 「군인 재해보상법」, 「사립학교교직원 연금법」, 「별정우체국법」에 따른 연금 가입자 및 급여에 관한 자료
 - 나. 「국민연금법」에 따른 소득월액, 가입자, 자격정보, 연금 및 일시금 급여액 등 국민연금원부에 관한 자료, 「기초연금법」에 따른 수급권자의 급여·보상·지원에 관한 자료, 「산업재해보상보험법」에 따른 보험급여에 관한 자료, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」에 따른 월평균보수, 보험료, 자격정보 등 보험가입자 및 근로자에 관한 자료
 - 다. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「국민체육진흥법」에 따라 받는 급여·보상·지원에 관한 자료
 - 라. 「긴급복지지원법」에 따른 의료지원에 관한 자료
 - 마. 「암관리법」 제13조에 따른 의료비 지원에 관한 자료
 - 바. 「노인복지법」 제27조의4에 따른 지원에 관한 자료
 - 사. 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제17조에 따른 의료비 지급에 관한 자료
 - 아. 「입양특례법」 제35조에 따른 입양된 장애아동에 대한 의료비 지급에 관한 자료
 - 자. 「결핵예방법」 제16조에 따른 생활보호에 필요한 조치에 관한 자료
 - 차. 「희귀질환관리법」 제12조에 따른 의료비 지원에 관한 자료
 - 카. 「모자보건법」 제10조제2항에 따른 미숙아 또는 선천성이상아에 대한 의료 지원에 관한 자료
 - 타. 그 밖에 「사회복지사업법」 제2조제1호 각 목의 법률에 따라 받는 급여, 보상 또는 지원 관련 자료
14. 「국세기본법」, 「국세징수법」, 「소득세법」, 「법인세법」, 「상속세 및 증여세법」, 「부가가치세법」, 「지방세기본법」, 「지방세징수법」, 「지방세법」, 「수출용 원재료에 대한 관세 등 환급에 관한 특례법」에 따른 과세·환급자료
15. 「부동산등기법」에 따른 토지등기사항증명서·건물등기사항증명서, 「선박등기법」에 따른 선박등기사항증명서, 「동산·채권 등의 담보에 관한 법률」에 따른 담보등기부 및 「상업등기

- 법, 「비송사건절차법」 등에 따른 법인등기사항증명서
16. 「자동차관리법」에 따른 자동차등록원부, 「건설기계관리법」에 따른 건설기계등록원부, 「선박법」에 따른 선박원부, 「항공안전법」에 따른 항공기 등록원부
 17. 「여신전문금융업법」 제64조제6호에 따라 관리하는 신용카드 가맹점 여부의 확인에 관한 자료
 18. 「도로교통법 시행령」 제32조 본문에 따른 교통사고의 조사에 관한 서류 등 경찰청, 해양경찰청 등이 사건사고 내용을 확인할 수 있도록 발급하는 자료
 19. 「119구조·구급에 관한 법률」에 따른 구조·구급활동자료 등 화재·재난·재해 관련 자료
 20. 그 밖에 국가, 지방자치단체, 의료기관, 약국, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험요율 산출기관, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 그 밖의 공공단체 등이 보유한 자료로서 재난적의료비 지원사업에 필요한 자료

나. 건강정보의 관리와 제공

건강정보는 의료정보뿐만 아니라 개인의 소득, 재산, 가족관계 등 폭넓게 정의되고 있다.

〈표 3-5〉 건강정보 관련 법령

법률명	내용	관리	요청기관
국민건강증진법	종합계획과 실행계획의 수립·시행을 위하여 필요한 자료	관계 기관·단체 등	보건복지부장관, 관계중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장
지역보건법	소득, 재산, 건강상태 등에 따라 선별하여 제공하는 서비스 자료	관할 시장·군수·구청장	서비스를 필요로 하는 사람과 그 친족, 그 밖의 관계인
국민건강보험법	종합계획의 수립, 시행계획의 수립·시행에 필요한 자료	관계 기관의 장	보건복지부장관
	주민등록·가족관계등록·국세·지방세·토지·건물·출입국관리 등의 자료로서 대통령령으로 정하는 자료	국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료율 산출기관, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 그 밖의 공공단체 등	국민건강보험공단

법률명	내용	관리	요청기관
건강검진기본법	국가건강검진을 통하여 얻은 개인의 신상정보로서 문진·진찰·의사소견 및 각종 검사결과 등 건강검진에 관한 문서 또는 광·전자적 방식으로 처리한 부호·문자·음성 및 영상 등의 자료	건강검진을 실시한 의료인 또는 보건 의료기관의 장, 「국민건강보험법」에 따라 설립된 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원과 그 밖의 관계 행정기관 및 단체 등	보건복지부장관
심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률	심뇌혈관질환 발생 위험 요인과 심뇌혈관질환의 발생, 진료 및 재활에 관한 자료	「의료법」에 따른 의료인 또는 의료기관, 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원, 그 밖에 심뇌혈관질환에 관한 사업을 하는 법인·기관·단체 등	질병관리청장
학교보건법	인적사항, 신체의 발달상황 및 능력, 그 밖에 교육목적을 이루기 위하여 필요한 범위에서 교육부령으로 정하는 사항	학교의 장	그 학교의 장
모자보건법	보조생식술 등 난임시술현황 및 그에 따른 임신·출산 등에 대한 통계 및 정보 등의 자료	난임환자를 진단·치료하는 의료인 또는 의료기관, 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원, 그 밖에 난임극복에 관한 사업을 하는 법인·기관·단체 등	보건복지부장관
아동복지법	아동의 양육 및 생활환경, 언어 및 인지 발달, 정서적·신체적 건강, 아동안전, 아동학대 등 아동의 종합실태에 필요한 자료	관계 기관·법인·단체·시설의 장	보건복지부장관
청소년 보호법	청소년유해환경으로부터 청소년을 보호하기 위한 종합대책에 필요한 자료	관계 기관의 장	여성가족부장관

자료: 국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr>. 2020. 8. 25. 인출

제4절 건강권 침해 요소와 개인정보 이용 상의 쟁점

1. 건강권 행사와 보호에 대한 쟁점

건강권은 최근 큰 쟁점이 되고 있는 안전권과 유사하게 자유권적 기본권의 성격과 사회권적 기본권의 성격을 모두 가지고 있는 기본권이라 할 수 있다. 즉 건강권은 자유권적 기본권으로서의 성격을 보유하고 있기 때문에 국가로부터 건강권을 침해당하지 않을 권리를, 나아가 사회권적 성격 역시 보유하고 있다는 점에서 자신의 건강증진을 위하여 적극적인 작위, 배려를 요구할 수 있는 권리로서의 면모를 보이고 있는 것이 사실이기 때문이다. 그렇다면 이에 따라 건강권에 대한 제한의 면모는 달라질 수밖에 없다. 전자의 경우, 즉 국가가 국민의 건강권을 침해하는 경우 국민은 국가의 작위를 배제하는 것을 요구할 수 있고, 국민의 권리를 (침해하는 것이 아닌) 제한하는 경우에는 언급한 바와 같이 과잉금지의 원칙을 준수하여야 한다.

대법원에 의하면 의료행위는 “의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 기술을 시행하여야 하는 질병의 예방 또는 치료행위 및 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 의미하는 것”을 말한다(헌법재판정보, 2020)⁷⁾. 그렇다면 비의료건강관리서비스가 의료행위에 포함되는지가 쟁점이 될 것이다. 따라서 우선 비의료건강관리서비스가 무엇을 의미하는지, 이에 대한 역할을 수행할 필요가 있다. 통상적으로 당해 비의료건강관리서비스는 “건강의 유지·증진과 질병의 사전예방·악화 방지를 목적으로, 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하기 위해 -

7) 대법원 1999. 3. 26. 선고 98도2481 판결

제공자의 판단이 개입(의료적 판단 제외)된 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성 및 유관 서비스를 제공하는 행위”라고 정의되고 있다. 따라서 애초에 당해 서비스의 등장은 국민의 건강권을 증진하기 위한 것으로 보아야 하지 국민의 건강권이 침해되는 상황을 상정하기란 어렵다고 보인다. 물론 당해 비의료건강관리서비스에 대한 개념정의를 도모하는 데에 있어 이의 수행 주체, 범위 등에 대한 사항을 면밀히 다루면 당해 문제는 어렵지 않게 관련 논의를 전개할 수 있을 것으로 보인다. 다만, 위에서 제시한 개념 정의에 의하면 비의료건강관리서비스는 의료적 판단을 제외한다는 점에서 의료행위라고 볼 수는 없다고 보이며 비의료인이 당해 서비스를 제공하여도 큰 문제는 없다.

당해 지점에서 건강권의 침해가 쟁점으로 부각된다고 볼 수 있다. 우선 기본권을 제한하기 위해서는 법률유보의 원칙과 과잉금지원칙을 충족하여야 한다(헌법 제37조 제2항). 하지만 당해 서비스는 침익적이라기보다 수익적이라는 점에서 당해 제37조 제2항이 직접적으로 문제될 여지는 크지 않다(즉 국민의 기본권을 제한함에 있어서의 법률유보원리와 비례의 원칙이 직접적으로 문제될 것으로 보이지는 않는다). 그렇다면 앞에서 제시한 국가의 작위 혹은 행위를 요구하는 부분이 더욱 문제된다고 할 수 있을 것이고 입법부와 행정부는 이에 대하여 과잉하게 행위를 하여야 하지만 헌법재판소 및 법원은 과소보호금지원칙을 위반했는지 여부를 중심으로 소극적으로 심사를 하게 될 것이다.

다만, 만일 비의료건강관리서비스를 수행하는 자들의 서비스 제공이 의료행위를 구성하거나 그렇지 않더라도 국민의 건강권을 침해하는 방식으로 도모된다면 국민의 건강권에 대한 침해의 가능성이 높아짐은 물론이다. 더욱이 당해 서비스는 국민의 건강과 관련된 사항을 직접 다루는 것이 사실이다. 비의료적 상담·조언, 건강 목표 설정 및 관리 그리고 상

담·교육 및 조연 등 건강관리를 위한 전반적인 사항을 다루기 때문이다. 그렇다면 국민의 건강권 보호를 위하여 이에 대한 면밀한 관리와 통제가 필요하다고 생각된다. 특히 당해 비의료관리서비스는 국민의 권리의무관계와 직접 관련을 가지고 있기 때문에 이에 대한 전반적인 사항은 법률에 규정을 하여야 하고 필요한 경우 이에 근거하여 하위 입법에 위임을 할 수 있어야 한다. 특히 당해 법률에는 당해 서비스의 범주를 설정하여야 하고 서비스 수행자의 자격 요건 그리고 위탁 관련 사항 등을 정하도록 하되 그 위임의 구체성과 명확성의 요구 정도는 완화된다고 보인다. 당해 서비스와 관련된 사항은 급부행정 영역 또는 수시로 변화되는 사실관계와 관련되어 있다고 볼 수 있기 때문이다.

요컨대 당해 비의료건강관리서비스가 의료행위를 수행하거나 오(誤)수행된다면 국민의 건강관리를 침해할 수 있다고 보아야 한다. 이에 대한 면밀한 관리의 필요성이 인정되는 이유이다.

2. 디지털 기술을 통한 서비스와 건강권

디지털기술을 통한 서비스는 의료행위와 관련된 실질적인 내용과 관련된 것이라기보다는 정보를 다루는 형식적인 사항이라는 점에서 관리주체가 누구인지에 따라 국민의 건강권 침해 정도가 달라진다고 보이지는 않는다. 물론 이는 개인정보보호법 등 관련 법률에서 개인정보 관리와 관련된 규정에 따라야 한다는 점에서 입법 태도를 주의하여야 한다.

개인의 건강정보 활용의 문제는 건강권 문제가 아니고 개인정보자기결정권의 문제로 보아야 한다. 개인의 건강정보는 민감정보에 속하고, 민감정보는 개인의 인격 및 사생활의 핵심에 해당하여 다른 일반적인 개인정보보다 더 높은 수준의 보호가 필요함에 따라(헌법재판소 2018. 8. 30.

선고 2014헌마368 결정례 참조) 개인정보 보호법에서는 개인정보처리자의 민감정보 처리를 원칙적으로 금지하면서, 이를 처리하는 경우에는 안전성 확보에 필요한 조치를 하도록 규정하고 있다. 따라서 건강권과 직접적인 관련성은 크지 않다고 보아야 한다.

우리 개인정보보호법 상에서 요구하고 있는 개인정보 처리자와 관련된 요건, 당사자 동의요건, 익명화조치, 고지 그리고 파기 등에 대한 사항을 충족한다면, 나아가 이에 대한 통제를 실효적으로 도모한다면 당해 서비스에서의 정보처리자가 누구냐에 따라 건강권의 침해 정도가 달라진다고 볼 수는 없다고 생각된다. 오히려 당해 비의료건강서비스관리는 의료인이 아닌 자가 하는 경우가 있다는 점에서 오히려 서비스 관련 정보를 의료인에게 맡기는 것의 타당성을 고심해 볼 수 있다고 생각된다. 물론 의료인의 당해 서비스로의 접근성 보장이나 의료인에 대한 핵심적인 서비스의 제공 등의 절차를 고려해 볼 수 있을 것이다. 즉 정보관리주체가 누구냐에 따라 국민의 건강권 침해정도가 달라진다고 볼 수는 없을 듯하고 국민의 건강권의 증진을 위하여 관련 정보 처리의 엄격성과 탄력성을 고려하는 것이 필요하다고 보인다.

국민의 건강의 보장 및 보호의 수준과 정도가 서비스의 제공주체가 누구냐에 따라 확연히 달라진다고 보이지는 않는다. 현재 비의료기관의 의료행위 금지규정에 따라 비의료기관은 의료행위가 금지되고 있다(보건복지부, 2019a). 즉 당해 논의를 도모하는 데에 있어 당해 서비스 주체는 의료행위를 하는 것이 금지되고 있다는 사실이 전제되어야 한다. 그렇다면 쟁점은 당해 서비스를 통하여 국민의 건강 증진을 보다 실효적이고 효율적으로 제고하는 방안에 대한 고민이 있어야 한다. 당해 지점에서 주목을 하여야 하는 것은 당해 서비스는 개인의 건강상태를 전제로 구체적인 건강증진 방안을 상담하고 조언 및 관리해 준다는 점에서 보다 탄력적인

서비스 제공 방향이 확보되어야 한다는 점이다. 따라서 디지털 서비스만으로 건강관리가 된다면 이는 형식적인 서비스에 머물 가능성이 있으며, 비의료인 등 인적 서비스만을 전제로 한다면 보다 개인적이고 실제적인 서비스를 확보할 수는 있지만 편리하고 효율적인 서비스 제공방안을 담보할 수는 없게 된다. 따라서 보다 다각적인 서비스 제공자를 확보하여 서비스 이용의 실효성을 담보하도록 하는 것이 요구된다고 보인다. 다만, 비의료기관이 당해 서비스의 주체가 될 가능성이 높지만 의료인의 개입 가능성 및 의료인에 대한 관련 정보 제공 채널 확보 등 의료인의 관련 서비스를 통한 개입 가능성을 열어 놓아 보다 면밀한 수준의 서비스 체계를 정립할 필요성이 있다.

제5절 시사점

비의료건강관리서비스의 이용은 국민의 건강과 신체에 큰 영향을 미친다고 할 수는 없다. 다만 헌법재판소는 “의료기관의 윤리성과 신뢰성을 높여 아동·청소년 및 그 보호자가 이들 기관을 믿고 이용할 수 있도록 하는 입법목적은 지니는바, 이러한 입법목적은 정당하다.”(헌법재판정보, 2020)⁸⁾고 판단함에 따라 비의료건강관리서비스의 이용이 의료건강관리 서비스에 대한 윤리성과 신뢰성에 대한 부분을 확인할 수 없기 때문에 이에 대한 부분을 신중하게 검토할 필요가 있다.

현재 의료관련자와 의료건강관리서비스 이용자는 “의료”의 범위를 협소하게 정의하고 범위를 축소하고 있으나 사회 변화에 따라 최근 헌법재판소는 “의료인과 비의료인을 불합리하게 차별하여 직업선택의 자유를

8) 현재 2016. 3. 31. 2013헌마585 등, 판례집 28-1상, 453

침해한다.”(헌법재판정보, 2020)⁹⁾고 판단함에 따라 의료적 판단을 통한 상황을 확대하여 비의료적 이유에 의한 대안도 충분히 고려될 수 있다.

헌법재판소도 국민이 국가에 대하여 건강한 생활을 침해하지 않도록 요구할 수 있을 뿐만 아니라 보건을 유지하도록 국가에 대하여 적극적으로 요구할 수 있는 권리라고 판시하였다. 국민건강증진법에서 건강생활을 실천하는 여건을 조성한다는 차원에서 예방과 건강증진을 위한 비의료건강관리서비스의 제공과 지원이 타당하다고 보겠다. 한편 개인의 건강정보에 대한 보호와 관리대책이 필요하다.

9) 헌재 2016. 3. 31. 2013헌마585 등, 판례집 28-1상, 453



제4장

국내 건강증진사업에서의 서비스 유형과 전문인력의 사례

제1절 서비스 제공기관과 유형

제2절 서비스 제공 전문인력 사례

제3절 소결

제 4 장

국내 건강증진사업에서의 서비스 유형과 전문인력의 사례

제1절 서비스 제공기관과 유형

2019년 보건복지부에서 제공한 비의료건강관리서비스의 정의는 “건강을 유지하고 증진하며, 질병을 사전에 예방하며, 악화를 방지하는 것을 목적으로 위대한 생활의 습관을 변화시키고 건강관리를 올바르게 하도록 유도하기 위해서 서비스를 제공하는 인력의 판단이 개입(의료적인 판단은 제외)된 상담과 교육과 훈련과 실천에 관한 프로그램을 작성하고 또는 관련된 서비스에 관한 행위”를 의미한다(보건복지부, 2019a). 비의료건강관리서비스를 이용하는 사람과 제공하는 사람 간의 서비스유형인 상담·교육 등의 분류를 살펴보면, 직접 제공하는 대면 서비스, 앱(App)을 사용하는 온라인 기반의 비대면 서비스, 앱(App)을 사용하되 자동화된 알고리즘에 기반하여 수요자가 스스로 자가관리를 할 수 있게 하는 서비스 등을 포함한다(보건복지부, 2019a).

그러나 비의료건강관리서비스라는 용어가 그 전에는 일반적인 건강관리서비스 또는 건강서비스로 사용되며 연구되어 온 것이 사실이다. 즉 개인의 건강한 생활을 통하여 건강유지를 지원하는 서비스를 일반적으로 의미한다고 할 수 있다. 한국보건산업진흥원에서 초기에 분석한 보고서에서는 건강서비스로 용어가 사용되었다. 주요 서비스 내용은 건강위험도 평가 결과 및 건강상태 상담, 생활습관 개선 교육, 영양 및 운동요법 지원·지도·훈련, 건강관리정보 제공, 건강상태의 지속적 점검 및 관찰로 제시된 바 있다(이윤태 외, 2009).

이러한 비의료건강관리서비스 개념에 관련되는 서비스를 제공하는 기관을 건강증진사업 중심으로 살펴보면 지역보건소의 지역사회 통합건강증진사업, 건강생활지원센터의 지역특화사업, 소생활권 맞춤형 건강증진사업 시범사업, 고혈압·당뇨병등록교육센터의 고혈압·당뇨병등록관리사업, 근로자건강지원센터의 소규모사업장 근로자 건강증진사업, 병의원(동네의원) 중심의 일차의료 만성질환관리 시범사업, 민간기관의 지역사회 서비스 투자사업 등이 포함된다고 할 수 있다.

이 장에서는 건강생활을 통한 건강의 유지와 관리를 도와주는 인력에 관한 역할이 지침에 명시되어 있는 지역보건소, 건강생활지원센터, 고혈압·당뇨병등록교육센터 등의 서비스 내용을 살펴봄으로써 비의료건강관리서비스 제공 인력의 역량 강화방안을 모색하고자 한다.

〈표 4-1〉 정부 산하의 관련 기관별 건강증진사업 사업안내에서 제시된 내용

기관	사업명	사업 내용	인력
지역 보건소	지역사회 통합건강 증진사업 ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 영양, 비만, 구강보건, 금연, 절주, 신체활동 - 심뇌혈관질환예방 - 지역사회중심재활, 방문건강관리 - 한의약건강증진 - 여성과 어린이 특화된 아토피천식예방 - 치매예방관리 	<ul style="list-style-type: none"> - 임상영양사, 치과위생사, 보건교육사, 조산사, 사회복지사 - 산림치유지도사, 기공지도사 - 의사, 치과의사, 한의사, 간호사 - 보건의료 및 관련 전공자 등 보건업무 5년 이상 경력자, - 물리치료사, 작업치료사, 체육지도자 - 북한이탈주민 상담사
	모바일 헬스케어 사업 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 건강관리서비스, 건강정보제공서비스, 쌍방향 건강상담서비스, 지속실천지지서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 코디네이터, 간호사, 의사, 영양사, 운동전문가 등
건강 생활 지원 센터 ³⁾	지역특화 사업	<ul style="list-style-type: none"> - 관할 지역 전체에 대한 신체활동, 영양사업, 금연, 절주, 건강위험군 등에 대한 만성질환 관리 및 예방사업 	<ul style="list-style-type: none"> - 기본형: 인력기준은 최소 5인 이상 배치함. - 의사(한의사), 간호사(간호조무사), 물리치료사(체육지도자), 영양사 - 동단위형: 최소 상근 3인 이상
	소생활권 맞춤형	<ul style="list-style-type: none"> - 관할 지역 전체에 대한 신체활동, 영양사업, 금연, 절주, 	

기관	사업명	사업 내용	인력
	건강증진 시범사업	건강의 위협집단 등에 대한 만성질환의 예방과 관리사업	배치
고혈압·당뇨병 등록 교육 센터 ⁴⁾	고혈압·당뇨병의 등록관리 사업	<ul style="list-style-type: none"> - 등록환자의 교육, 건강상담 서비스 제공, 치료 일정 안내 ※ 의료기관 및 약국: 고혈압·당뇨병 환자 등록관리, 인센티브 제공, 치료 일정과 누락 일정 안내서비스 제공, 질환교육 및 영양 교육, 상담서비스 제공 ※ 보건소: 지정 의료기관 대상 교육과 훈련 프로그램 운영, 주민대상 보건교육 프로그램 운영, 미치료자 관리, 비용상환 관리 	<ul style="list-style-type: none"> - 센터장: 내과, 가정의학과, 예방의학 전문의(1순위), 의과대학, 간호대학, 보건대학원 등의 교수 - 팀장: 석사이상이거나 관련 실무경력 5년 이상 학사(간호사, 의사, 영양사, 보건학 전공자) - 팀원: 필수인력(영양사, 간호사), 선택인력(영양사, 간호사 등 보건의료 관련된 분야의 면허증 소지자, 전산과 관련된 자격증 소지자/회계 및 행정 담당자)
근로자 건강 지원 센터 ⁵⁾	소규모 사업장 근로자건강 증진사업	<ul style="list-style-type: none"> - 소규모사업장 근로자의 건강증진 프로그램 운영 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 간호사, 운동전문가 등
병의원 (동네 의원)	일차의료 만성질환 관리 시범사업 ⁶⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 환자 관리를 위해 환자의 체계적 질환관리를 위해 내소진료 추구관리(F/U) - 환자관리 관련 모니터링 교육과 상담 - 환자 요구도에 따른 지역사회 서비스 연계 실시 - 환자관리계획의 이행정도, 질환관리 상태 점검·평가 	<ul style="list-style-type: none"> - 환자관리: 의사, 케어 코디네이터 (간호사, 영양사 면허증 소지자) ※ 케어 코디네이터: 의료법 및 국민영양관리법 등 관계 법규에서 정하는 면허·자격 범위 내의 업무수행 가능
민간 기관	지역사회 서비스 투자사업 ⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 다문화가정의 아동 발달지원 서비스, 장애인·산모 등 건강취약계층을 위한 운동 서비스 - (비판)아동의 건강관리 서비스 - 성인(청년) 대상의 심리지원서비스 - 노인대상의 맞춤형 운동 서비스 - 장애인과 노인을 위한 돌봄여행 서비스 - 정신건강을 위한 토털케어 서비스 - 자살 위험군을 위한 예방서비스 - 영유아를 위한 발달지원서비스 - 아동·청소년의 정서발달 지원 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 노인 맞춤형 운동서비스 제공, 장애인·산모 등 건강취약계층을 위한 운동서비스: 영양사, 보건교육사, 간호사, 운동처방사 등 - 비만아동 건강관리 서비스: 영양사, 초등학교 정교사, 보건교육사, 간호사, 운동처방사 등 - 그 외 사업별 인력: 지역사회서비스 투자사업 제공인력 자격기준 고시 참조

기관	사업명	사업 내용	인력
		<ul style="list-style-type: none"> - 아동·청소년의 심리지원서비스 - 인터넷 과몰입 아동·청소년 대상의 치유서비스 - 아동·청소년 대상의 비전형성 지원서비스 	

자료: 1) 보건복지부·한국건강증진개발원(2019a). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 총괄안내서.
 2) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020b). 2020 보건소 모바일 헬스케어 사업안내서.
 3) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020c). 2021 건강생활지원센터 사업 안내.
 4) 질병관리본부(2020). 2020년 고혈압·당뇨병 등록관리사업 표준실무지침.
 5) 안전보건공단(2020). 근로자 건강센터.
<http://www.kosha.or.kr/kosha/business/healthcenter.do> 2020. 9. 10. 인출.
 6) 보건복지부, 일차의료만성질환관리추진단, 한국건강증진개발원, 국민건강보험, 건강보험심사평가원. (2019). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내, 2차 개정. 세종: 보건복지부·일차의료만성질환관리추진단.
 7) 박남수·김영복·고광욱(2019). 보건교육사 국가자격제도 활성화 방안 연구. 보건복지부·협성대학교.

1. 지역보건소(보건지소)

전국의 지역보건의료기관 운영 현황을 살펴보면 2019년 기준 보건소(보건의료원)가 254개, 보건지소가 1,337개, 보건진료소가 1,904개, 건강생활지원센터(2020년 기준)가 65개로 총 3,560개의 기관이 전국에 분포되어 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020a).

가. 지역사회 통합건강증진사업

지역사회통합건강증진사업의 목적은 지역사회 주민을 대상으로 지자체가 실시하는 건강생활실천과 만성질환 예방, 취약계층 건강관리를 하기 위해서 지역사회 특성과 주민요구를 반영한 프로그램 및 서비스 등을 기획하고 추진하는 데 있다. 지역사회 통합건강증진사업의 대상은 지역사회 주민 전체이다.

지역사회 통합건강증진사업의 내용은 지역사회 건강문제, 주민 건강요구 등의 현황분석을 통해 건강문제의 우선순위를 결정하고, 선정된 건강문제의 목표를 정하며, 사업 대상자 및 사업영역 등을 선택하여 건강증진 서비스를 제공하고 있다. 지역보건소는 지역사회 건강증진사업의 총괄, 조정, 연계 역할을 수행하며, 대상자의 건강에 영향을 주게 되는 다양한 요인을 고려한 포괄적인 전략을 수립한다.

예방중심사업은 신체활동, 영양, 비만예방관리, 금연, 음주폐해예방(절주) 등이 있다. 질환중심사업은 심뇌혈관질환예방관리, 아토피·천식예방관리, 구강보건, 치매관리, 한의약건강증진 등이 있다. 인구집단 대상중심사업의 내용은 여성어린이특화, 지역사회중심재활, 방문건강관리 등이 있다.

지역보건소에서 활동하는 건강증진인력이 갖추어야 할 핵심적인 역량은 파트너십과 협력, 사정·분석·조직화 능력, 기획, 사업추진과 실행의 능력, 의사소통능력, 다양성과 통합성, 리더십의 발휘 등이다.

지역사회 통합건강증진사업의 인력 자격기준은 체육지도자, (임상)영양사, 치과위생사, 보건교육사, 북한이탈주민 상담사, 치과 의사, 의사, 한의사, 간호사, 작업치료사, 물리치료사, 보건의료 및 관련 전공자 등 보건 관련 업무 5년 이상 경력자 등을 채용하도록 권장하고 있다.

이중 체육지도자는 장애인대상 스포츠지도사, 노인대상 스포츠지도사, 청소년스포츠지도사, 스포츠지도사, 건강운동관리사 등의 자격증 취득자를 말하며, 체육지도자가 없을 때에는 기타 신체활동 관련 자격 보유자를 채용할 수 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019a).

지역사회 통합건강증진사업 인력의 역할 및 기능은 보면 총괄적인 부분에서는 지역사회 통합건강증진사업 계획서를 작성하고 총괄한다. 각 사업별 예산을 편성하고 집행을 관리한다. 사업별 인력의 자격요건을 정

리하고 채용업무를 관리(기간제 근로자 등 채용의 요건관리, 업무의 분장, 교육과 훈련의 계획과 실시) 한다.

자체평가계획을 수립하고 자체평가를 실시한다. 외부 평가에 대한 준비와 총괄을 담당하는 내용으로는 사업별로 계획을 수립 및 이에 따른 예산의 소요 계획을 작성한다. 총괄담당자와 협의를 해서 해당사업 예산확정, 세부사업비 편성 등의 업무를 수행한다.

건강증진사업 수행(사업총괄 및 사업의 영역별 사업수행의 전략개발, 지역사회 통합건강증진사업의 수행)에 해당되는 사업의 영역에 대한 자체평가, 계획의 수립 및 실시, 차년도 사업계획에 반영하는 업무 등을 포함한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019a).

1) 금연사업

지역사회 금연사업은 비흡연자의 흡연을 예방하고, 간접흡연 예방을 위한 금연 환경을 조성하고, 흡연자 금연지원서비스 제공함으로써 성인 및 청소년의 흡연율을 감소시키고, 흡연 규제를 강화하며, 비흡연자 간접흡연피해를 예방하는데 목적을 두고 있다.

전국의 254개 보건소는 지역사회 흡연자 대상으로 금연패치 및 금연보조제 등을 지급하는 금연상담서비스를 실시하고, 기업, 학교 등 지역의 자원과 연계하여 다양한 금연사업을 추진함으로써 흡연율을 감소시키고 지역사회 주민의 건강증진을 도모하고자 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019b).

지역사회 금연사업의 대상자는 지역사회 흡연자 및 비흡연자, 지역사회 금연관련 단체 및 전문가, 지역사회 금연시설 관리자, 담배소매인 등이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019b).

지역사회 금연사업의 내용은 금연클리닉 운영, 지역사회 금연 환경 조성, 금연교육 및 홍보이며, 금연클리닉에서는 지역사회 흡연자의 금연실천을 돕기 위해 6개월간 9차 이상의 상담서비스 및 CO측정, 니코틴 보조제를 제공하고, 6개월 성공 후 추가적으로 6개월간 추서관리를 실시하는 것 등의 금연지원서비스를 제공하고 있다.

지역사회 금연 환경을 조성하기 위해 국민건강증진법에 따른 금연시설·금연구역 및 담배자동판매기 설치현황 등 이행실태 지도점검, 지자체 금연조례 제정을 통한 금연구역 지정 및 확대 등을 추진하고 있으며, 지역사회 내 금연분위기 조성을 위해 지역사회 자원연계 및 협조를 통한 금연교육 및 홍보를 실시하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019b).

지역사회 금연사업의 제공 인력은 금연사업을 담당하는 사람, 금연클리닉을 담당하는 의사, 금연상담사, 금연지도원 등이며, 금연클리닉 담당 의사는 보건소 의사 중 1인 이상을 금연클리닉 담당의사로 지정하고, 금연상담사의 자격 요건은 보건교육학, 보건학, 간호학 등 보건의료와 관련된 전공자 또는 상담학, 심리학 등 관련 전공자, 보건교육사, 보건업무 5년 이상의 경력자 등이다.

금연지도원은 「민법」 제32조에 따른 비영리법인 또는 「비영리민간단체지원법」 제4조에 따라 등록된 비영리민간단체에 소속된 사람으로서 해당 법인 또는 단체의 장이 추천하는 사람, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 정하는 건강·금연 등 보건정책 관련 교육과정을 4시간 이상 이수한 사람으로 지정한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019b).

〈표 4-2〉 지역사회 금연사업 인력의 역할 및 기능

담당 업무	인력			
	사업 담당자	의사	금연 상담사	금연 지도원
<ul style="list-style-type: none"> - 각 지자체의 금연사업 기획 및 관리 - 유관단체와 전문가 집단의 네트워크 구축 - 지역사회 금연을 위한 홍보계획을 수립 및 추진 - 금연지도 및 단속의 계획 수립과 추진 	○			
<ul style="list-style-type: none"> - 금연클리닉 운영시 진료에 관한 책임 - 금연상담사로부터 의뢰를 받아서 부프로피온, 바레 니클린 등 약물처방을 하거나(국민건강보험공단 금연치료 지원사업) 필요한 경우 흡연자의 진료 담당 		○		
<ul style="list-style-type: none"> - 상담서비스 <ul style="list-style-type: none"> • 흡연의 위해성과 금연의 효과를 설명 • 니코틴보조제의 제공하고 사용법을 설명 • 니코틴보조제의 부작용과 약물의 부작용을 확인 하고 대처방안 교육 • 흡연욕구와 금단증상의 관리, 금연자신감을 고취 • 금연행동을 지지하고 금연에 관한 지식을 제공 • 금연과 관련된 생활습관을 조절 • 금연상담 시작 이후 4주부터 24주동안 금연성공 여부 평가 • 금연서비스의 통합정보시스템을 통하여 상담일 지 작성 			○	
<ul style="list-style-type: none"> - 금연환경 조성 <ul style="list-style-type: none"> • 금연을 위한 캠페인 등 홍보 활동 • 청소년 등을 대상으로 한 금연교육 • 금연환경의 조성을 위한 제반 업무 			○	
<ul style="list-style-type: none"> - 금연구역의 시설기준 이행 상태를 점검 - 금연구역에서 흡연 행위 감시 및 계도 - 금연을 위한 조치를 위반한 경우 관할 행정 관청에 신고하거나 그에 관한 자료 제공 - 금연홍보 및 금연교육 지원 				○

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2019b). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 금연. (요약 및 정리)

2) 지역사회 음주폐해예방사업

지역사회의 음주폐해예방사업은 청소년, 임산부 금주를 계도하고 성인의 절주를 통해 음주폐해를 예방하고 주류에 관한 접근성을 제한하며, 과도한 주류광고 및 미디어 노출을 규제하여 대상별 음주행태 및 음주조장환경을 개선하는데 목적이 있다.

지역사회에서 음주조장환경을 개선하고 절주문화 확산을 통해 음주폐해를 예방하고 감소시키며, 국민의 건강수준을 향상시키는데 기여한다.

이를 위해 협력을 통한 포괄적인 음주폐해예방사업 추진, 생애주기별 인구집단의 특성에 따라서 전략적인 교육·홍보·캠페인 추진, 음주조장환경 및 제도개선 등을 추진 전략으로 제안하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019c).

지역사회 음주폐해예방사업의 대상자는 청소년, 대학생, 임산부, 직장인, 일반 성인, 취약한 계층, 지역사회 주류 제조 및 판매 등 관계자, 지역사회 음주폐해 관련 기관 및 전문가 등이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019c).

지역사회 음주폐해예방사업의 주요 내용은 지역사회 음주폐해예방을 위한 환경조성 및 제도개선, 생애주기별 음주폐해예방 교육, 음주폐해예방 홍보 및 캠페인, 지역사회 음주자 및 알코올사용장애추정군 단기개입 및 연계 등이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019c).

지역사회 음주폐해예방사업의 제공 인력은 사업 담당자(공무원), 보건소 내 금연, 영양, 신체활동, 심뇌혈관 사업 등의 통합건강증진사업 전문인력을 교육하여 활용하도록 권장하고 있으며, 세부 사업을 추진하기 위한 별도의 인력 자격요건을 규정하고 있지 않다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019c).

〈표 4-3〉 지역사회 음주폐해예방사업의 세부 내용

영역	세부 내용
환경의 조성 및 제도개선	- 지역사회의 협력적인 체계 구축 - 음주조장환경 모니터링 및 개선 - 지역사회 절주환경 조성
교육 및 상담	- 음주폐해예방 교육 - 단기개입을 적용한 절주 상담
홍보 및 캠페인	- 연중 홍보·캠페인 - 음주폐해예방의 달 캠페인
전문기관 연계	- 절주교육 및 상담을 통해 알코올사용장애 의심자를 발견할 경우 전문기관에 연계 (정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 의료기관 등)

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2019c). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 음주 폐해예방. (요약 및 정리)

3) 영양관리사업

지역사회의 영양관리사업은 지역사회 주민의 건강수명을 연장하기 위해 최적의 영양관리를 제공하고, 식습관을 개선시키는데 목적을 두고 있다. 적절한 영양관리, 영양에 대한 교육을 하고 의식개선의 활동을 통해 균형 있는 올바른 식생활 실천을 유도하며 만성질환을 예방하고, 삶의 질을 향상시키고자 한다. 이를 위해 건강한 식생활의 실천을 제고, 건강 체중 유지·관리 인구비율 유지, 생애주기별 영양관리의 강화를 사업의 목표로 설정하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019d).

지역사회의 영양관리사업의 대상자는 지역사회의 주민 전체이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019d).

지역사회의 영양관리사업 내용은 건강한 식생활 실천을 위한 국민 인식 제고, 맞춤형 영양관리서비스, 환경의 조성 등이며, 건강한 식생활 실천 국민의 인식 제고를 위해 영양사업의 목적과 대상에 부합하는 효과적이고 구체적인 홍보와 캠페인을 추진하고, 대상별 식생활의 지침과 최신

한국인을 위한 영양섭취기준의 내용을 참조하여 지역사회 대상 특성에 따라 우선적인 높은 영양문제를 해결하는데 집중하도록 권장하고 있다.

맞춤형 영양관리서비스를 제공하기 위해 생애주기에 따라 특성에 따라 우선순위를 선정하여 사업계획을 수립하고 영양과 식생활에 대한 단독 주제 사업보다는 주민의 요구에 맞춘 다양한 건강행태(절주, 신체활동, 비만예방 등)를 접근하는 프로그램을 수행하도록 권장하고 있다. 또한 영양표시제도 시행·모니터링, 학교 주변 그린푸드 존 시행·모니터링, 건강 음식점 시행·모니터링 등을 통해 건강한 식생활 환경을 조성하도록 권장하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019d).

생애주기별 영양관리사업은 임신부와 영유아 대상으로는 임신부·영유아 영양관리사업, 영양플러스사업, 어린이집·유치원기반의 영양관리사업이 있다. 어린이 및 청소년 대상으로는 학교기반 영양관리사업, 저소득층 어린이·청소년 영양관리사업(건강과일바구니사업), 어린이급식관리지원센터 설치·운영 협력 등이 있다. 성인 대상으로는 건강의 위험요인의 개선을 위한 맞춤형 영양관리사업 등이 있다. 노인 대상으로는 노인건강을 위한 영양교육 프로그램, 실버 건강식 생활사업(어르신 대상; 취약계층) 등이 있다. 기타 다문화의 가족을 위한 영양관리사업도 포함되어 있다.

〈표 4-4〉 지역사회 생애주기별 영양관리사업 인력의 역할 및 기능

대상	사업	세부 내용	인력		
			의사	영양사	영양교사
임산부	영양플러스사업	신청접수, 자격평가, 대상자를 선정하여 서비스 제공과 대상자 관리(영양상태의 평가, 영양상담과 교육, 보충식품의 지원), 영양상태 개선, 대상자 퇴록과 사후관리	△ (연계)	○	
어린이 및	저소득층 어린이와 청소년 영양관리사업	영양교육과 건강간식 제공		○	

대상	사업	세부 내용	인력			
			의사	영양사	영양교사	
청소년	학교기반의 영양관리사업	학교기반의 건강과일바구니 사업		○	○	
성인	건강위험요인의 개선을 위한 맞춤형 영양관리 사업	건강의 위험요인의 개선을 위한 맞춤형 영양상담		○		
		건강의 위험요인의 개선을 위한 맞춤형 영양관리프로그램의 운영		○		
노인	어르신을 위한 영양교육 프로그램	일반 어르신 대상의 프로그램		○		
		고혈압 어르신 대상의 프로그램				
		당뇨 어르신 대상의 프로그램				
	실버 건강 식생활사업	연령기준과 소득기준에 따라서 대상자를 선정함			○	
		건강 스크리닝을 실시함	○	○		
		맞춤형 식생활의 관리(영양교육 방법 및 내용)의 계획 수립			○	
	선정된 대상자에게 식생활의 관리 및 건강간식도시락 서비스를 제공			○		

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2019d). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. (요약 및 정리)

4) 신체활동사업

지역사회의 신체활동사업은 생애주기와 생활터에 따라 특화된 신체활동 프로그램을 제공하여 주민의 신체활동 실천의 기회를 증대시키고 지식의 수준을 향상시키며, 개인별 신체활동 증진을 위한 서비스를 제공하여 맞춤형 신체활동 관리의 역량을 강화하고 건강의 위험요인을 감소시키며, 지역사회 자원과 연계하여 홍보·캠페인을 운영하며 주민의 인식 개선 및 지역사회 전반에 걸친 신체활동 활성화 분위기를 만들고, 신체활동 친화적인 환경조성을 통해 사회적·물리적으로 지지하는 환경을 조성하고, 주민의 신체활동 실천 접근성을 개선함으로써 신체활동 실천인구 증

가 및 규칙적인 신체활동 실천을 증가를 목적으로 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019e).

지역사회 신체활동사업의 대상자는 지역사회의 주민 전체이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019e). 지역사회 신체활동사업은 신체활동의 프로그램을 제공, 개인별 신체활동의 증진서비스, 신체활동을 홍보하고 캠페인 추진, 신체활동 친화적인 환경조성 등으로 구성되어 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019e).

〈표 4-5〉 신체활동사업의 세부 내용

사업영역		세부 내용
신체활동 프로그램 제공	전체 생애 주기	<ul style="list-style-type: none"> - 생애주기별·생활터별 프로그램의 운영 <ul style="list-style-type: none"> ※ 생애주기별·생활터별 대상자의 건강의 특성을 고려하여 정보를 제공, 실천 프로그램 운영 - 관련된 시설 및 기관과 협력·연계하여 수행하는 것을 권장 <ul style="list-style-type: none"> ※ 시설과 인력 을 포함한 지역사회의 자원 활용을 통해 협력과 연계 장려
	아동 및 청소년	<ul style="list-style-type: none"> - 성장 시기의 신체활동의 올바른 습관형성을 위한 프로그램 운영 - 과체중과 비만관리를 위한 프로그램 운영 <ul style="list-style-type: none"> ※ 학교와 지역아동센터 등 생활터별로 접근하여 프로그램의 제공 권장 ※ '건강한 돌봄놀이터' 신체활동 놀이 프로그램 활용을 권장
	성인	<ul style="list-style-type: none"> - 직장인 신체활동 프로그램의 운영 - 지역사회의 비만성인 대상 신체활동 프로그램 사업운영 <ul style="list-style-type: none"> ※ 직장인의 틈새시간 활용 신체활동 사업; 내소 성인여성 대상 비만프로그램 등
	노인	<ul style="list-style-type: none"> - 일상생활 기능의 향상을 위한 신체활동 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> ※ 낙상, 관절염, 요통 등 노인 질환 관련 신체활동 프로그램 - 치매의 예방을 위한 신체협응 프로그램 제공
개인별 신체활동의 증진 서비스		<ul style="list-style-type: none"> - 개인별 신체활동 상담 서비스를 통해 건강위험요인의 개선(대상자 선정, 스크리닝, 전문상담, 프로그램 연계, 사후확인) - 개인 체력과 신체구성의 측정결과를 기반으로 1:1 운동처방(사전 측정/평가, 서비스제공, 사후측정/평가)
신체활동의 홍보 및 캠페인		<ul style="list-style-type: none"> - 중앙과 시·도 및 시·군·구 협력과 홍보와 캠페인 추진(홍보물의 제공, 언론매체를 통한 홍보, 온라인홍보) - 신체활동의 활성화를 위하여 홍보와 캠페인의 슬로건을 개발하고 확산시킴

사업영역	세부 내용
	- 건강기념일 및 지역 축제 연계 홍보와 캠페인 활동 ※ 지역사회의 유관기관 협력을 통한 홍보와 캠페인 장려
신체활동 친화적인 환경조성	- 물리적인 환경의 조성을 통하여 주민 신체활동 실천 독려 - 제도적인 환경의 조성을 통하여 주민 신체활동 장애요인 개선 - 자조모임 지원, 인력의 역량강화를 포함한 사회적 지지기반 조성

자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2019e). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체 활동. (요약 및 정리)

지역사회 신체활동사업의 권장 인력인 체육지도자는 유소년스포츠지도사, 스포츠지도사, 건강운동관리사, 장애인스포츠지도사, 노인스포츠지도사 등의 자격증 취득자를 말하며, 체육지도자가 없을 때에는 기타 신체활동 관련 자격 보유자를 채용할 수 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019a). 반면 지역사회 신체활동사업의 세부 사업에 관한 인력의 역할은 별도로 규정되어 있지 않다.

5) 비만예방관리사업

지역사회 비만예방관리사업은 비만예방사업과 비만관리사업으로 구분되며, 비만예방사업은 지역사회 내 환경을 비만예방 중심으로 개선시키고, 지역주민 전체 또는 생애주기별, 생활터별 사업 대상자에게 비만의 위해성과 예방에 대한 중요성을 인식시키는데 목적을 두고 있다.

또한 비만관리사업은 비만과 과체중의 위험요인을 가지거나, 비만한 개인 또는 인구집단에게 체중관리 및 관련 건강생활 실천율을 높이는데 목적을 두고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019f).

비만예방관리사업의 대상자는 지역사회 주민 전체, 과체중 혹은 비만의 위험요인을 가진 사람, 비만한 개인 또는 인구집단이다.

지역사회 비만예방관리사업은 비만 예방을 위해 물리·제도적 등의 환

경조성, 개인 혹은 집단 특성 반영한 교육 프로그램 운영, 온·오프라인 홍보·캠페인 등을 수행하며, 비만 관리를 위해 영양 및 신체활동, 행동조절 등을 기법을 활용한 중재프로그램 운영, 취약계층과 비만관리가 필요한 대상자 발굴, 비만 합병증을 가진 위험군에 대한 보건소 내·외 프로그램 연계 등을 수행한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019f).

〈표 4-6〉 비만 관리를 위한 교육·상담 내용 사업안내

영역	교육·상담 내용
비만 (생활습관 교정 포함)	<ul style="list-style-type: none"> - 프로그램 소개 - 비만의 개요(비만의 정의 및 원인, 비만의 위험성, 비만측정방법 등) - 체지방과 지방분포 알기 - 나의 체중조절 목표 세우기 - 비만 유발 생활습관(영양, 운동, 스트레스, 수면, 음주, 흡연) - 생활습관 관리 목표 세우기(방해요인 확인 및 방해요인 극복방법 등) - 체중감량 후 유지를 위한 행동목표 세우기
영양	<ul style="list-style-type: none"> - 식사일기 작성 및 영양섭취량 분석 - 열량의 개념과 각 영양소의 기능 - 하루 열량 필요량 구해보기 - 균형 잡힌 식사(식품군, 식사구성, 식생활지침 알기) - 개인 맞춤형 영양관리 목표 정하기 - 올바른 간식 선택과 식습관(간식/외식선택, 결식/과식/식사속도 등) - 영양표시 이해(당류, 지방, 나트륨, 카페인 섭취 줄이기) - 저열량 음식 조리실습 등 다양한 조리법 지도
신체활동	<ul style="list-style-type: none"> - 신체활동의 정의 및 이점 - 올바른 신체활동 방법(운동순서, 종류, 강도, 빈도) - 개인 맞춤형 운동관리 목표 정하기(나에게 맞는 운동 유형과 운동 강도, 빈도, 시간) - 운동일기 작성법(IT 기기활용법 등) - 생활 속 신체활동량 늘리기 - 다양한 유산소 신체 활동법 - 운동 중 유의사항(수분섭취, 환경고려 등)

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2019f). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리.

지역사회 비만관리사업은 서비스 과정에 따라 제공 인력의 역할을 규정하고 있다. 비만진단 과정의 담당자는 검사결과에 따른 대상자 등록 및

94 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

프로그램 분류·연계, 세부 프로그램 안내 및 일정관리 등을 수행하며, 전문가에 의한 영역별 비만관리(교육·상담)가 이루어지는 과정에서는 영양사가 영양 및 식생활 교육·상담, 운동전문가가 신체활동 교육·상담, 간호사가 기본교육 및 음주·흡연·스트레스 등 교육·상담을 담당하도록 권장하고 있다.

사후관리 과정에서는 비만사업 담당자가 사후관리 방문 알림, 영양사와 운동전문가, 간호사가 사후관리 상담 및 정보 제공을 담당한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019f).

〈표 4-7〉 비만 관리 프로그램의 주요 인력 및 역할 사업안내

구분	주요 내용	주요 인력 및 역할				
		비만사업 담당자	간호사	영양사	운동 전문가	
비만 진단 과정	① 접수 및 기초설문	- 참여자 접수 및 참여동의서 작성 - 비만정도 측정 전 건강행태 - 파악을 위한 기초설문지 작성	○			
	② 비만 정도 측정	- 허리둘레, 체질량지수 측정 * 여건에 따라 체성분 측정 실시	○			
	③ 등록 및 안내	- 기초조사결과에 따라 상담 및 프로그램 참여 안내 - 만성질환자, 고도비만자 등 프로그램 연계	○			
비만 관리 과정	④ 교육 및 상담	- 전문가와 함께 생활습관 점검 및 행동목표를 설정하고, 대상자의 행동목표 달성 및 생활습관 개선을 위한 교육·상담 프로그램 제공 - 운영횟수 및 기간: 비만 정도에 따라 주1회씩 총 4회 혹은 12회 - 운영 장소: 보건소 내소 또는 생활터 방문 - 운영방법: 개별 또는 그룹 상담 및 집합교육(강의, 체험, 실습 등), 개별 행동 - 목표를 설정하고 매 주차 교육 시 실천여부 확인, 프로그램 전		○	○	○

구분	주요 내용	주요 인력 및 역할			
		비만사업 담당자	간호사	영양사	운동 전문가
	후 신체계측을 통한 비만정도 측정 및 건강행태 관련 설문 실시하며, 2주에 한 번 씩 신체계측을 통해 경과 점검				
사 후 관 리 과 정	⑤ 사후관리 <ul style="list-style-type: none"> - 프로그램 종료 후 사후관리를 통해 변화된 생활습관이 유지될 수 있도록 개별 대상자에 건강관리 상담 실시 - 운영방법: 3~6개월 간 월 1회 보건소 방문을 통한 목표관리 실행, 상담(생활습관, 영양, 신체활동) 및 교육내용 피드백, 건강한 생활습관 유지를 위한 동기부여 - 대상자의 관리 정도에 따라 프로그램 피드백 진행 	○	○	○	○
	⑥ 평가 <ul style="list-style-type: none"> - 프로그램 참여 전·후의 신체계측 및 건강행태 설문 결과를 비교하여 효과 평가 실시 - 프로그램 참여 만족도 설문조사 실시 	○			
	⑦ 종료				

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2019). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리. (요약 및 정리)

6) 방문건강관리사업

지역사회 방문건강관리사업은 건강이 취약한 인구집단의 건강인식을 높이고, 자가건강관리능력을 향상시킴으로써 건강상태를 유지 및 개선하는데 목적을 두고 있다.

이를 위해 건강상태 인식, 건강생활 실천 유도, 건강지식 향상을 통해서 건강취약성이 있는 인구집단의 건강행태를 개선하고, 건강문제를 정기적으로 스크리닝하며, 증상 조절, 치료 순응과 향상을 포함하여 건강관

리하고자 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019g).

지역사회 방문건강관리사업의 대상자는 건강관리서비스를 이용하기 어려운 문화·사회·경제적 건강취약계층(건강위험군과 질환군) 및 65세 이상 독거노인 가구, 75세 이상 노인부부 가구를 중심대상으로 한다.

이중 건강위험군에 해당하는 대상은 질환의심군과 건강행태위험군(흡연, 위험한 음주, 신체활동의 부족 등과 같은 생활습관의 건강위험요인을 가진 인구집단)을 포함하며, 노인 장기요양등급 판정 결과 1-5등급자로 판정된 경우(인지지원 등급자 제외) 서비스 제공 대상에서 제외된다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019g).

사업대상의 연령 기준은 만 65세 이상의 독거노인, 75세 이상 노인부부 가구 등이다. 사회적 기준은 지역아동센터(빈곤아동), 청소년 쉼터, 미인가 시설, 북한이탈주민, 소규모 영세사업자 등이다. 경제적인 기준으로는 기초생활보장의 수급자, 차상위계층, 건강보험 하위 20% 등이다.

문화적인 기준으로는 다문화가족을 포함한다. 기타 대상으로 한부모가족, 조손 가족, 정신질환자 가족, 암환자 가족 등이 포함된다.

사업 내용으로는 지역사회 방문건강관리사업의 대상 가정을 방문하여 개인 대상이거나 소그룹 집단(2~4인)을 대상으로 건강문제를 스크리닝하고 건강관리서비스를 제공, 보건소 내외 자원의 연계 등을 수행하는 사업이다.

전문인력이 건강면접조사표 등을 활용하여 자료를 수집하여 군별 세부 기준에 의해 군을 분류하고, 필요 시 대상자의 건강위험요인 및 건강문제를 포함한 전문인력의 종합적인 판단에 의해 군 분류를 조정할 수 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019g).

지역사회 방문건강관리사업의 절차는 대상자 발굴, 대상자 등록, 군별 관리, 대상자 평가이며, 군별 관리내용은 <표 4-8>과 같다.

〈표 4-8〉 지역사회 방문건강관리사업의 대상자별 관리방법

대상자 구분	대상자 특성	관리 방법
집중관리군 (대상 군의 분류 후, 3개월 이내에 8회이상 방문)	건강위험의 요인 및 건강의 문제가 있고 증상의 조절이 안 되는 경우	- 건강의 위험요인 및 건강의 문제에 따라 집중적인 관리 실시 - 집중적인 관리의 요구도 조사 후 문제의 선정 기준에 의해 우선순위에 따른 관리계획 수립 - 관리계획에 따른 건강관리서비스 제공
정기관리군 (3개월마다 1회 이상 방문)	건강 위험요인 및 건강 문제가 있고 증상이 있지만 조절이 되는 경우 (위험군)	- 분기당 1회 이상 직접적으로 방문하여 건강관리서비스를 제공, 필요시에는 건강평가표를 통해 대상자를 평가 - 건강의 위험요인이 있는 경우 관련 건강관리에 대한 정보제공; 보건소 내·외 기관 연계 ※ 정기관리군: 연 1회 이상 연계하며 대상자에게 다양한 건강교육 및 건강관리서비스를 제공
자기역량지원군 (6개월마다 1회 이상 방문)	건강의 위험요인 및 건강의 문제가 있으나 증상이 없는 경우 (정상군)	- 6개월 당 1회 이상 직접 방문하여 건강관리서비스 제공, 필요 시 건강평가표를 통해 대상자 평가 - 연 1회 이상 우편 또는 전자우편 등으로 관련된 건강정보 제공 - 건강의 위험요인이 있는 경우 관련 건강관리 정보를 제공하고 보건소 내·외 기관에 연계

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2019g). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리. (요약 및 정리)

지역사회 방문건강관리사업의 제공 인력은 보건소의 전문 인력 상황에 따라 결정되며, 의사, 한의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 체육지도자, 치과위생사, 영양사, 간호조무사, 자원봉사자 등이 방문하여 서비스를 제공한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2019g).

나. 보건소 모바일 헬스케어사업

보건소 모바일 헬스케어사업은 지역사회에서 보건소 모바일 헬스케어 플랫폼을 통해 ICT를 활용한 공공형 건강관리 서비스를 제공함으로써 지역주민의 건강수준 향상을 도모하는데 목적이 있다.

이를 위해 ICT를 활용한 건강관리 서비스 대상자 확대, 모바일 헬스케어 서비스 모형 다양화, 새로운 건강관리 서비스 프로그램 적용, ICT를 활용한 보건소 건강관리 서비스 확대를 통해 공공형 건강관리 서비스 활성화하고, 보건소 모바일 헬스케어 서비스 이용자의 이용률 증대, 보건소 모바일 헬스케어 서비스 이용자의 건강생활실천 향상, 보건소 모바일 헬스케어 서비스 이용자의 만성질환 발병 위험 감소, ICT를 활용한 자가 건강관리 서비스 이용자 확대를 통해 지역사회 주민의 자가 건강관리 능력을 향상시키고자 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020b).

대상으로는 건강검진의 결과에서 건강위험요인(혈압, 허리둘레, 공복혈당, HDL-콜레스테롤, 중성지방)이 1개 이상인 성인 중에서 보건소에서 서비스를 희망하는 사람(단, 고혈압 및 당뇨 질환자 제외)을 대상으로 사업을 수행한다.

전국 130개 보건소에서 건강위험요인 1개 이상인 성인 15,000명 이상이 등록하여 관리를 받고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020b).

〈표 4-9〉 보건소 모바일 헬스케어사업의 세부 내용

구분	세부 내용	
보건소의 방문검진·상담 서비스	최초	건강검진 등록 및 대상자 판정·등록, 건강생활습관평가와 전문가 상담을 하여 건강관리의 목표 설정, 활동량측정 등 모바일 연동 디바이스 및 사용자 매뉴얼 배부, 모바일앱(APP)을 설치 및 이용방법을 안내
	중간	서비스 시작일 부터 12주(3개월) 완료 후 4주 이내에 신체계측·건강검진, 개별맞춤 건강상담
	최종	서비스의 시작일 부터 24주(6개월) 완료 후 4주 이내에 신체계측·건강검진, 개별맞춤 건강상담
모바일 서비스	월 1회에 영역별로 전문가 집중상담 서비스 제공 - 금연/절주: 흡연자 및 고위험 음주자를 대상으로 월 1회 관련 정보 제공 - 신체활동: 월간 신체활동 실천의 정도 파악 및 전문가 상담 제공 - 영양: 월간 식생활의 실천 및 영양의 섭취정도를 파악하여 전문가 상담 제공 - 월간리포트(간호): 월간 서비스의 이용 및 건강의 상태를 파악하여 전문가 상담 제공	

구분	세부 내용
추후관리 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 24주 서비스 참여를 완료한 자에 대해, 모바일앱(APP)을 통하여 24주간에 추가로 모바일 자가 관리 서비스 제공 - 서비스의 주요 내용: 주 1회 건강정보 제공 및 모바일 APP을 통한 자가 건강관리의 서비스 이용 - 이용가능한 서비스: 활동량·체성분·혈압·혈당 측정, 식사일기, 운동일기, 걸음 수 랭킹 등 제공

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2020b). 2020 보건소 모바일 헬스케어 사업안내서. (요약 및 정리)

보건소 모바일 헬스케어사업의 제공 인력은 5인 1팀으로 구성되며, 코디네이터, 의사, 간호사, 영양사, 운동전문가 등의 전문인력이 한 팀으로 참여한다. 의사는 건강검진 결과에 따른 서비스 대상자 등록 판정을 위해 반드시 참여하여야 한다.

운동전문가는 건강운동관리사, 생활스포츠지도사, 장애인스포츠지도사, 유소년스포츠지도사, 노인스포츠 지도사 등의 소지자를 채용한다. 혹은 운동전문가가 없을 시 기타 신체활동 관련자격 취득자를 채용할 수 있다 (보건복지부·한국건강증진개발원, 2020b).

코디네이터는 서비스를 총괄 관리와 조정하는 역할을 하며, 대상자를 홍보하며 모집하고, 이용자별 검진·서비스 일정을 관리하고, 서비스 참여 안내(서비스의 주요 내용 및 일정, 이용방법 등), 활동량계 등 디바이스 배포와 수거 등의 현황관리, 사업의 수행실적을 작성하고 관리, 보건소 내의 문제점 및 현황을 취합하여 전달, 필요할 때에는 보건소 내·외 서비스 연계를 담당한다.

의사는 참여하기를 희망하는 자의 검사 결과를 판정하고, 서비스 참여 여부를 결정하며, 건강위험요인 및 건강습관 관리의 목표를 설정하고, 만성질환자 이거나 만성질환으로 이환된 경우 지역의료기관과의 진료 연계를 담당한다. 간호사는 수집된 건강정보 및 서비스 이용확인을 통한 건강상담 및 관리 목표 설정, 건강수치 이상치를 상시 모니터링하고 의사 연

제하는 것을 담당한다.

영양사는 수집된 건강정보를 통한 개별 식습관 진단 및 관리 목표 설정, 온라인 영양 상담·교육, 맞춤정보 제공을 담당한다.

운동전문가는 수집된 건강정보를 통한 개별 신체활동 현황진단 및 관리, 목표설정, 온라인 신체활동 상담·교육, 맞춤정보 제공, 활동량계 모니터링을 담당한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020b).

〈표 4-10〉 모바일 헬스케어 서비스 인력의 역할 및 기능

구분	세부 내용	인력				
		코디네이터	의사	간호사	영양사	운동전문가
최초 방문 검진 ·상담	<ul style="list-style-type: none"> 대기자를 확인하고 상담·검진 안내 신체계측 및 혈액검사 	○		○		
	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 대상자의 참여여부 결정 및 건강위험요인에 따른 집단군 분류 		○			
	<ul style="list-style-type: none"> 앱(APP) 설치 및 가입, 개인 정보 제공동의서 입력, 활동량계 등 디바이스를 배포하고 연동하는 사항을 안내함 	○				○
	<ul style="list-style-type: none"> APP을 통한 사전 설문조사 건강행태조사 	○		○		
	<ul style="list-style-type: none"> 건강행태 및 식사의 평가 결과를 기반으로 영양상담을 하여 건강목표설정 				○	
	<ul style="list-style-type: none"> 건강행태 결과에 기반하여 신체활동 상담을 하고 건강목표설정 					○
	<ul style="list-style-type: none"> 건강검진 및 건강행태의 결과를 기반으로 건강상담을 하고 건강목표설정 			○		
	<ul style="list-style-type: none"> 서비스의 일정 안내 및 최종 점검 	○				
중간 방문 검진 ·상담 12주 (3개월)	<ul style="list-style-type: none"> 신체계측 및 혈액검사 	○		○		
	<ul style="list-style-type: none"> (질환 수치 대상자에 한하여) 서비스 지속 참여여부 결정 		○			
	<ul style="list-style-type: none"> 앱(APP)을 통한 중간설문 건강행태조사, 만족도 조사 	○				

구분	세부 내용	인력				
		코디네이터	의사	간호사	영양사	운동전문가
부터	• 건강행태 및 12주 모바일APP 서비스 활동 결과에 따라 영양 상담 실시				○	
	• 건강행태 및 12주 모바일APP 서비스 활동 결과에 따라 신체활동 상담 실시					○
	• 건강검진, 건강행태 결과 및 12주간 모바일앱(APP) 서비스 활동 결과에 따라 건강 상담 실시			○		
최종 방문 검진·상담 24주 (6개월) 부터	• 신체계측 및 혈액검사	○		○		
	• 앱(APP)을 통한 최종적인 설문조사 및 건강행태의 조사와 만족도 조사	○				
	• 의사의 상담을 통하여 최종결과 확인		○			
	• 건강행태와 24주간 모바일앱(APP) 서비스 활동 결과 영양 상담 실시				○	
	• 건강행태 및 24주간 모바일앱(APP) 서비스 활동 결과 신체활동 상담 실시					○
	• 건강검진, 건강행태 결과 및 24주간 모바일앱(APP) 서비스 활동 결과 건강 상담 실시			○		

자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2020b). 2020 보건소 모바일 헬스케어 사업안내서. (요약 및 정리)

2. 건강생활지원센터

건강생활지원센터는 지역사회 의 필요와 요구에 기반하고 주민 참여와 지역자원 협력을 통해 주민들이 ‘건강생활’을 영위할 수 있도록 ‘지원’하는 소생활권 중심의 ‘건강증진 기능 특화 지역보건의료기관’을 말하며, 지역사회 기반, 주민 참여, 지역자원 협력을 중심으로 추진하고 있고, 건강생활지원센터의 유형에는 기본형과 동단위형으로 구분된다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020c).

건강생활지원센터 사업은 보건소의 일부 업무를 분담하는 것이 아닌

관할 지역 내에 특화된 사업내용을 발굴하고 특화된 대상자를 발굴하여 사업의 추진전략을 개발한다.

건강생활지원센터사업의 기획, 수행, 평가, 환류의 전 과정에 지역사회 주민이 참여하여 지역사회 건강문제를 해결하도록 유도한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020c). 건강생활지원센터 사업은 지역 수요와 여건을 반영해서 지역 주민의 참여 및 지역 자원 간 연계를 도모하여 지역 특화사업을 발굴하고 수행한다.

지역사회 통합건강사업의 13개 사업의 분야인 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강, 심뇌혈관, 한의약, 아토피천식, 임신부·어린이, 치매, 재활, 방문 사업 중 관할 지역에서 요구도가 높은 필요 분야를 선정하여 주민 참여와 지역사회의 자원 간 협업을 통해서 지역특화사업을 1가지 이상 개발하여 추진한다.

기본사업은 관할 지역 전체에 대한 금연, 절주, 신체활동, 영양사업, 건강위험군 등에 대한 만성질환의 예방과 관리사업 등을 포함한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020c).

〈표 4-11〉 건강생활지원센터의 유형

구분	기본형	동단위형
적합 지역	<ul style="list-style-type: none"> • 권역을 중심으로 하는 건강증진 기능 필요 지역 - 적정규모, 신축부지 등 확보 가능 지역 • 시군구당 1개소는 기본형(권역형)으로 설치 권장 	<ul style="list-style-type: none"> • ‘동’단위의 밀착형 건강증진서비스 필요 지역 - 도심 지역, 인구밀집 지역 내 소규모로 설치 가능 지역 • 시군구당 1개소가 기본형(권역형)으로 설치된 경우 추가적으로 동단위형으로 설치 권장
주요 사업	<ul style="list-style-type: none"> • (특화) 지역사회 통합건강증진사업 13개 분야에서 지역에서 필요로 하는 분야 선택, 주민참여와 지역자원 연계를 통하여 지역 특화 사업 1개 이상 발굴·수행 • (기본) 아래의 기본사업 중 지역의 필요 사업을 자체 선택하여 자율적 추진 - 관할 지역 내 전체에 대한 금연, 절주, 신체활동, 영양사업 - 건강위험군 등에 대한 만성질환의 예방과 관리사업 	

구분	기본형	동단위형
인력 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 법적 최소배치기준에 따라 최소 5인 이상 배치 - 센터 사업규모, 사업의 내용 등에 따라 지자체의 여건에 맞추어 조정 가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 최소 상근 3인 이상 배치
설치 방식	<ul style="list-style-type: none"> • 단독 혹은 복합건물 내 신축 • 기존건물 증축 및 개보수 	<ul style="list-style-type: none"> • 기존 건물(동주민센터, 복지관 등) 내 일부 공간 증축 및 개보수
시설 지원	<ul style="list-style-type: none"> • ~825㎡(250평) • 신축, 증축, 개보수 • 매입·분양 	<ul style="list-style-type: none"> • ~330㎡(100평) • 증축, 개보수
장비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 국비 최대 6천만 원의 한도 내에서 지원 - 재활보전사업 추진 시 재활장비를 포함하여 최대 1억 원 내 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 국비 최대 2천만 원 한도 내 지원

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2020c). 2021 건강생활지원센터 사업 안내. p.7

건강생활지원센터사업의 제공 인력은 건강생활지원센터장, 상근 인력으로 구성하며, 건강생활지원센터장은 보건 등 직렬의 공무원 또는 보건 의료인으로 선정한다. 상근 인력은 최소 5인 이상을 배치하며, 8~10인 이상 배치하는 것을 권장하고 있다.

동단위형 건강생활지원센터는 상황에 맞게 상근 인력을 최소 인원을 3인 이상으로 탄력적으로 조정할 수 있다.

전문 인력은 지역보건법 시행규칙 제4조제1항 관련 건강생활지원센터 최소배치기준에 의거하여 의사 또는 한의사, 간호사(간호조무사), 물리치료사(체육지도자), 영양사 등이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2020c).

〈표 4-12〉 건강생활지원센터의 투입인력 배치 계획

직종 (자격)	상근의 여부		고용의 형태			주요 업무(수행사업 등)
	상근	비상근	정규직 (공무원)	무기 계약직	계약직 (기간제 등)	
센터장	1		1			센터 업무 총괄
간호사 A	1		1			지역특화사업 기획 및 운영
간호사 B	1				1	금연, 만성질환예방 및 관리사업
영양사	1		1			영양

104 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

직종 (자격)	상근의 여부		고용의 형태			주요 업무(수행사업 등)
	상근	비상근	정규직 (공무원)	무기 계약직	계약직 (기간제 등)	
체육지도자	1			1		신체활동
의사		1	1			건강상담 및 교육
행정직	1				1	센터의 행정업무 및 운영업무 등
총계	6	1	4	1	2	

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2020c). 2021 건강생활지원센터 사업 안내. p.60 (요약 및 정리)

〈표 4-13〉 건강생활지원센터사업별 인력의 역할 및 기능 사업안내

구분	주요 사업 내용	인력					
		센터장	의사	간호사	영양사	체육 지도사	행정직
총괄	센터 업무의 총괄	○					
	지역사회자원의 연계, 협력 관련 업무 수행, 네트워크 구축 등 포함	○					
	센터 교육체계를 구축하고 지도함. 사례회의를 개최함.	○					
지역 특화 사업 기획 및 운영	주민의 건강조직 구성과 협력 등 주민참여의 실무 업무 수행			○			
	지역건강협의체 구성과 운영			○			
	지역특화사업의 계획수립, 운영, 평가			○			
	교육을 운영하고 사업을 홍보			○			
금연, 만성 질환 예방 및 관리 사업	흡연량과 음주 등 생활습관을 평가하고 상담			○			
	대상자별 세부적인 Care-Plan을 수립하여 관리			○			
	금연 교육과 운영 및 홍보, 캠페인 등			○			
	대상자의 군별 분류 (건강위험군, 질환군 등으로 분류)			○			
	건강매니저의 역할 수행			○			
영양	전문적인 식생활 평가 및 영양상태 평가 및 상담				○		

구분	주요 사업 내용	인력					
		센터장	의사	간호사	영양사	체육지도사	행정직
	대상자별 세부 Care-Plan을 수립하여 관리				○		
	식습관의 개선; 영양 교육 운영; 홍보와 캠페인 등 수행				○		
신체 활동	전문 생활습관의 평가 및 상담					○	
	대상자별 세부적인 Care-Plan을 수립하여 관리					○	
	신체활동에 대한 교육의 운영 및 홍보					○	
상담 및 교육	건강상담과 교육을 제공		○				
행정 및 운영	센터 행정의 운영 등 업무						○

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2020c). 2021 건강생활지원센터 사업 안내. p.60 (요약 및 정리)

3. 고혈압·당뇨병등록교육센터

고혈압·당뇨병등록교육센터의 고혈압·당뇨병등록관리사업은 지속치료를 제고와 건강행태 개선을 통해 중증질환 발병 시기를 지연시킴으로써 건강수명 보장과 삶의 질을 제고하고, 사회경제적 부담을 경감시키는데 목적을 두고 있다. 이를 위해 적절한 약물치료 뿐 아니라 건강행태 개선에 대한 적극적인 개입으로 지속적이고 효율적인 질환 관리를 추진하고, 향후 젊은 층을 포함한 효과적인 질환 관리를 통해 장·노년기의 질환 악화 및 합병증을 예방하며, 지역사회 자원 연계를 강화하여 적정 관리 측면의 시너지를 창출하고자 한다(질병관리본부, 2020).

고혈압·당뇨병의 지속적인 치료 향상과 적절한 관리를 통하여 뇌졸중, 심근경색증, 만성콩팥병의 발생 시기를 지연시키고, 이환기간을 단축하

여 증증질환 발병 시기를 지연시키고, 초고령화 사회를 대비하여 노인에게 대한 진료비 지원을 통하여 의료의 접근성을 향상시켜 노인의 경제적 진료접근성을 보장하는데 목적을 두고 있다.

고혈압, 당뇨병 환자 대상으로 접근가능하고 실천적인 교육과 상담을 통해 환자의 자가관리를 지원하는데 목적이 있다(질병관리본부, 2020).

고혈압·당뇨병등록관리사업의 대상자는 주민등록상 사업지역에 거주하는 30세 이상 고혈압·당뇨병 환자이며, 참여 기관은 지역사회 고혈압·당뇨병 진료 1차 의료기관 및 약국이다(질병관리본부, 2020).

고혈압·당뇨병등록관리사업의 내용은 지속적인 치료의 향상을 위해 의료기관에서 고혈압·당뇨병 환자를 등록관리 한다. 건강행태의 개선과 지속적인 치료의 유도를 위해 인센티브를 제공한다.

지속적인 치료율 향상을 위해 치료 일정을 마련하고, 누락된 일정의 안내서비스(리콜·리마인드 서비스) 제공, 고위험군 집중관리 서비스, 환자의 자가 관리능력 향상을 지원하기 위해서 질환교육 및 영양 교육 및 상담 서비스 제공이 포함된다.

이 중 고위험군 집중관리 서비스는 지속적인 누락치료 대상자는 방문 보건사업과 연계하여 추적 관리, 상설교육장에서는 등록환자의 치료순응도, 위험요인 및 생활습관(비만, 운동, 영양, 흡연)을 영역별로 평가하여 개인별 맞춤형 교육 실시, 등록·관리 사업과 보건교육 사업을 연계하여 상호 의뢰-회신 체계 구축을 포함하고 있다(질병관리본부, 2020).

〈표 4-14〉 고혈압·당뇨병 등록관리사업의 기관별 역할

관련 기관	역할
시·도 심뇌혈관질환 예방관리사업지원단	<ul style="list-style-type: none"> - 운영총괄(보건교육사업의 기획 및 평가 등, 인력 훈련개발, 기술 지원) - 필요 예산을 지원; 운영은 시·도 위탁기관에 위탁
고혈압·당뇨병 등록·교육센터	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관/ 시·군·구 보건소 내에 설치 - 상설교육장과 이동교육장의 운영, 병의원의 교육을 지원
보건소의 상설교육장	<ul style="list-style-type: none"> - 환자와 가족/ 일반인이 이용하는 교육장으로 활용 - 개인상담, 실습, 체험, 집단교육, 집중 프로그램 등 다양한 방법을 통하여 적극적 관리 - 지역사회 교육장으로 활용, 고혈압과 당뇨병 환자모임 등의 장소로도 활용
병의원 교육장	<ul style="list-style-type: none"> - 고혈압·당뇨병 사업과의 연계, 의원 중심의 환자대상 방문교육을 실시 - 원하는 의원에 따라서 병원중심으로 교육장이나 의원 인근 교육장을 개발
이동 교육장	<ul style="list-style-type: none"> - 교육 대상 산업장을 중심으로 고혈압과 당뇨병 환자 대상으로 교육 실시(수개 사업장을 모아서 실시함) - 주민자치센터를 중심으로 교육을 실시함

자료: 질병관리본부(2020). 2020년 고혈압·당뇨병 등록관리사업 표준실무지침, p.59

고혈압·당뇨병등록관리사업의 제공 인력은 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령, 시행규칙(2017.5.30.시행)의 등록교육센터 인력 기준에 의거하여 센터장 1인(비상근), 팀장 1인, 팀원 5인 내외로 구성한다(질병관리본부, 2020).

〈표 4-15〉 고혈압·당뇨병 등록관리센터의 인력 기준

직위	근무 기준
센터장	<ul style="list-style-type: none"> - 자격요건: 내과, 예방의학, 가정의학과 전문의(1순위), 의과대학교수, 간호대학 교수, 보건대학원 교수 - 근무형태: 비상근
팀장	<ul style="list-style-type: none"> - 자격요건: 석사이상 또는 관련 실무경력 5년 이상 학사(보건학, 의사, 간호사, 영양사 등 전공자) - 근무형태: 상근(주5일)
팀원	<ul style="list-style-type: none"> - 필수인력 요건: 간호사(2명), 영양사(1~2명) - 선택인력 요건: 간호사, 영양사 등 보건의로 관련 분야 면허증 소지자, 전산 관련 자격증의 소지자 또는 학과 졸업자, 또는 회계 및 행정(예산가용범위 내)

자료: 질병관리본부(2020). 2020년 고혈압·당뇨병 등록관리사업 표준실무지침, p.62

4. 안전보건공단 근로자건강센터¹⁰⁾

근로자건강센터는 근로자 건강관리에 취약한 50인 미만 소규모사업장 근로자들의 건강관리 지원을 위하여 설치·운영되고 있으며, 직업병 등 질병상담 및 다양한 직업건강서비스를 제공하여 근로자건강을 보호하는데 목적을 두고 있다.

근로자건강센터의 근로자 건강상담실에서 제공하는 서비스는 근로자 직업병 등 건강(질병)에 대한 모든 상담으로 건강진단결과에 따른 사후관리 및 상담, 직무스트레스 상담을 포함하고 있다. 이 외에 업무 적합성 평가, 직업환경(작업관리)상담, 근골격계질환예방실, 뇌·심혈관질환예방실, 희망사업장 단체 이동 집단상담 등을 운영하고 있다.

서비스 제공 인력에는 직업환경의학전문의, 간호사, 산업위생기사, 인간공학기사, 물리치료사, 임상심리사, 운동처방사, 운동지도사 등 직업건강 관련 전문가들로 구성되어 있고, 전국에 23개소(2020년 현재)가 운영되고 있으며, 전액 무료로 운영되고 있다.

5. 국민건강보험공단

가. 국민건강보험공단 지사

국민건강보험공단의 예방사업은 사전 예방적 건강관리사업을 통한 건강증진 및 질병예방을 목적으로 두고 있다. 대상은 국민건강보험공단의 예방사업은 건강보험가입자 및 피부양자이다. 국민건강보험공단의 예방사업은 건강생활실천지원사업, 만성질환자의 건강관리 및 지원사업 (만

10) 출처: 안전보건공단. (2020). 근로자 건강센터.

<http://www.kosha.or.kr/kosha/business/healthcenter.do> 2020. 11. 30. 인출.

성질환자 사례관리사업), 검진사후관리사업 및 건강검진 결과 활용한 건강관리사업, 건강백세운동교실, 심뇌혈관질환 예방관리사업 등이다.

〈표 4-16〉 국민건강보험공단 예방사업

사업명	사업내용
건강생활 실천 지원사업	<ul style="list-style-type: none"> • 비만 및 영양사업 • 건강걷기대회; 건강부스의 운영 • 건강백세를 위한 운동교실 운영 • 노인건강을 위한 마일리지사업의 시범운영 • 흡연예방 금연사업
건강검진 결과 활용 건강관리 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 모바일 검진결과 사후관리 시범사업 • 영유아 검진결과 사후관리 • 검진결과 만성질환 신규 유소견자 관리; 검진결과 사후관리(대상증후군) • 생활터(사업장) 중심으로 찾아가는 서비스
만성질환자 건강관리 및 지원사업	<ul style="list-style-type: none"> • 적절한 투약의 관리 시범사업 • 만성질환자 대상 건강지원 서비스사업 • 만성질환자의 수준별 교육 프로그램의 운영

자료: 국민건강보험(2020). 건강프로그램. <https://www.nhis.or.kr>에서 (2020. 11. 16.) 인출

나. 건강증진센터

건강증진센터는 과학적인 운동 관리를 위해 의사, 운동처방사, 영양사로 구성된 전문가들이 첨단 스포츠 의학장비를 이용하여 개인의 체력수준을 파악하고, 각 수준에 맞는 맞춤형 운동과 영양을 지도, 관리하여 개인의 생활습관을 맞춤형 건강증진 및 올바른 방향으로 개선하는데 목적을 두고 있다. 대상은 국민건강보험공단의 예방사업은 건강보험가입자 및 피부양자이며, 주요 제공 서비스는 의학상담, 체력측정(운동처방), 영양상담, 운동·영양지도이며, 서비스 제공 인력은 의사, 운동처방사, 영양사 등이다.

의학상담은 기초의학검사 및 건강위험요인상담을 통해 프로그램 참여자에게 개인별 특성을 고려한 올바른 건강정보를 제공하며, 세부 내용에

는 건강정보제공, 생활습관개선, 운동예비상담을 포함한다. 체력측정은 신체활동과 체력수준을 평가하여 개인별 맞춤형 운동처방과 프로그램을 제공하고 건강한 삶을 영위하기 위해 필요한 건강관련 체력을 측정하여 처방한다.

〈표 4-17〉 국민건강증진센터 건강관리서비스

서비스	내용	전문 인력
의학상담	<ul style="list-style-type: none"> • 문진: 병력/가족력/생활습관 조사 • 건강나이: 건강위험요인 상담을 통한 설문 • 의학상담: 건강정보제공/생활습관개선/운동예비상담 	의사
체력측정	<ul style="list-style-type: none"> • 체격검사: 신장/체중/허리둘레 등 체격 측정 • 체성분검사: 체지방량/근육량 등 신체조성 측정 • 운동부하 및 기초체력 검사: 심폐지구력/근력/지구력/유연성 등 • 운동처방: 의학/영양/운동검사 자료를 반영한 개인별 운동 처방 	운동처방사
영양상담	<ul style="list-style-type: none"> • 식습관조사 : 식생활평가 및 엽분섭취 조사 • 영양섭취분석 : 영양군별(채소류/육류) 패턴 분석 • 영양관정 : 맞춤형 영양평가 및 영양정보 제공 	영양사
운동·영양지도	<ul style="list-style-type: none"> • 정기적인 상담을 통해 개인별 실천 가능한 목표를 수립하여 건강한 삶을 유지할 수 있도록 지원 	영양사, 운동처방사

자료: 국민건강보험공단(2020). 건강프로그램: 건강증진센터.

<https://www.nhis.or.kr/nhis/healthin/retrieveHltFurCenUseGuid.do>에서 (2020. 11. 16.) 인출

제2절 서비스 제공 전문인력 사례

제1절과 같이 제공기관별 건강증진사업의 제공인력은 국가자격(면허) 제도의 자격(면허)증 및 관련학과 전공자, 분야별 전문가 등으로 폭넓게 규정하고 있다. 반면 건강과 관련된 서비스는 질병예방 및 건강증진을 통해 건강수준을 향상시키고 건강수명을 연장하며, 나아가 건강형평성을 제고하기 위한 분야로 전문 지식과 기술을 국가시험을 통해 검증한 인력

을 업무에 활용하는 것이 사업의 효과를 높일 수 있는 방안이 된다. 이에 건강증진사업에서 전문 인력으로 규정하고 있는 주요 국가자격(면허)제도에 살펴보고자 한다.

자격은 일정한 신분이나 지위를 가지거나 일정한 일을 하는 데 필요한 조건이나 능력을 말하며, 자격제도는 자격기본법 제2조에 의거하여 직무 수행에 필요한 지식, 기술, 소양 등의 습득정도가 일정한 기준과 절차에 따라 평가 또는 인정된 것을 말한다(자격기본법, 2020).

1. 영양사¹¹⁾

영양사란 질병예방과 건강증진을 위해 급식관리 및 영양서비스를 수행하는 전문인을 말한다. 즉 영양사는 개인/단체/지역사회를 대상으로 질병예방과 건강증진을 위하여 급식관리 및 영양서비스를 수행하는 전문인 이자 국민의 생명, 건강 및 다중의 보건위생을 다루는 보건전문인력이다. 영양사는 국민영양관리법(2010.3.26 제정) 제17조에 의거하여 건강증진 및 환자를 위한 영양·식생활 교육 및 상담, 식품영양정보의 제공, 식단작성, 검식(檢食) 및 배식관리, 구매식품의 검수 및 관리, 급식시설의 위생적 관리, 집단급식소의 운영일지 작성, 종업원에 대한 영양지도 및 위생교육 등의 업무를 담당하는 전문가를 말한다.

영양사는 건강증진 및 질병치료를 목적으로 개인 및 단체에 균형 잡힌 음식을 공급하기 위하여 식단을 계획하고 조리 및 공급을 감독하는 등 급식을 관리하며, 영양상담 및 교육, 영양지원 등의 영양서비스 제공 업무를 수행한다.

11) 출처: 대한영양사협회(2020). <https://www.dietitian.or.kr>에서 (2020. 11. 30.) 인출

- 산업체: 급식관리, 피급식자의 영양교육 및 상담, 직업병 및 성인병 예방을 위한 연구조사, 품질관리(TQC) 활동
- 학교: 급식관리, 영양 및 식생활 개선에 관한 학생지도와 학부모 상담 및 교육, 사회정책 형성과정에 참여, 정책분석과 평가, 정책대안제시, 효율적인 학교급식을 실행하기 위한 교직원 교육, 교육자료 개발, 연구 및 업무 능력 향상 활동
- 병원: 급식관리, 임상영양관리
- 보건소: 급식관리, 영양지도의 기획·분석·평가 및 영양상담, 지역주민의 영양지도 및 상담, 영양조사 및 지역주민의 영양평가 실시, 영양교육자료의 개발·홍보 및 영양교육, 집단급식시설에 대한 현황파악 및 급식업무지도
- 사회복지시설: 급식관리, 재활능력 증진을 위한 피급식자의 기초식습관 교육 및 식생활 지도, 피급식자의 직능훈련 및 기능회복훈련을 위한 체력유지 대책 연구

영양사의 진로 및 전망을 살펴보면, 산업체, 병원, 학교, 사회복지시설, 영유아보육시설, 유치원, 노인요양시설, 교정시설, 군대 등 집단급식소와 건강기능식품 판매업소, 교육기관, 연구기관, 급식 산업, 행정기관, 보건소 등에서 활동할 수 있다. 향후 양로원과 노인복지시설이 늘어나고, 만성질환의 증가로 이들을 보살피고 관리해 주는 요양원이 증가하면서 이들 시설에서 식사제공 및 영양상담자로서의 영양사의 배치가 증가할 것이다. 또한 전국 보건소 및 보건의료원에 영양사 배치가 확대될 것이며, 도시형 보건지소 신설에 따른 영양사 배치가 증가할 것이다. 한편 군인에 대한 양질의 급식과 효율적인 급식 관리를 위해 영양사가 배치되어야 하는 분야이다.

2. 보건교육사¹²⁾

보건교육사는 국민건강증진 및 보건교육에 관한 전문지식을 가진 자로서 개인, 집단, 산업체 및 지역사회가 체계적이고 효율적인 보건교육을 통하여 건강상 바람직한 행동을 자발적으로 할 수 있도록 교육하고 환경을 조성하며 사전 예방적 건강관리사업을 수행함으로써 국민의 질병을 예방하고 건강을 증진하는 전문직업인이다. 보건교육사의 직무는 개인·집단·산업체·지역사회의 보건교육 요구도 조사 및 진단, 보건교육·건강증진 프로그램 기획, 보건교육·건강증진 프로그램 수행, 보건교육·건강증진 프로그램 평가 및 관리, 보건교육방법 및 건강증진 교육자료 개발, 개인·집단·산업체 및 지역사회의 건강증진 환경 조성, 의사소통 및 옹호, 건강정보 생성과 확산, 연구 수행, 보건교육의 전문성 계발로 구성되어 있다.

보건교육사의 진로와 전망을 살펴보면, 국민건강증진법 제12조의4에 의거하여 국가 및 지방자치단체는 대통령령이 정하는 국민건강증진사업 관련법인 또는 단체 등에 대하여 보건교육사를 그 종사자로 채용하도록 권장해야 한다. 이와 함께 보건교육사는 경력경쟁채용시험 등에 응시할 수 있는 자격증, 6급 이하 공무원 및 기능직공무원 채용시험(경력경쟁채용시험 등의 경우에는 필기시험을 실시하는 경우만 해당) 가산점 인정대상 자격증으로 지정되어 있다. 지역사회 통합건강증진사업에서는 금연, 절주, 신체활동, 비만 분야의 원활한 사업수행을 위한 전문 인력으로 채용을 권장하고 있으며, 지역사회서비스투자사업의 아동·청소년 분야 건강관리서비스, 노인·장애인 분야 노인맞춤형 운동처방서비스, 장애인·노인 등 건강취약계층 운동처방서비스의 전문 인력으로 규정하고 있다.

12) 출처: 한국보건의료인국가시험원(2020). <http://www.kuksiwon.or.kr>에서 (2020. 11. 30.) 인출

3. 체육지도자¹³⁾

체육지도자란 학교·직장·지역사회 또는 체육단체 등에서 체육을 지도할 수 있도록 국민체육진흥법에 따라 해당 자격을 취득한 사람을 말한다.

건강운동관리사란 개인의 체력적 특성에 적합한 운동형태, 강도, 빈도 및 시간 등 운동수행 방법에 대하여 지도·관리하는 사람을 말하며, 의사 또는 한의사가 의학적 검진을 통하여 건강증진 및 합병증 예방 등을 위하여 치료와 병행하여 운동이 필요하다고 인정하는 사람에 대해서는 의사 또는 한의사의 의뢰(「의료기사 등에 관한 법률 시행령」별표1 제3호가목 1) 및 7)의 물리요법적 재활훈련 및 신체 교정운동 의뢰는 제외한다)를 받아 운동 수행방법을 지도·관리한다.

유소년스포츠지도사란 유소년(만3세부터 중학교 취학 전까지를 말함)의 행동양식, 신체발달 등에 대한 지식을 갖추고 해당 자격종목에 대하여 유소년을 대상으로 체육을 지도하는 사람을 말한다. 자격종목은 검도, 게이트볼, 골프, 궁도, 농구, 당구, 댄스스포츠, 등산, 라켓볼, 럭비, 레슬링, 레크리에이션, 리듬체조, 배구, 배드민턴, 보디빌딩, 복싱, 볼링, 빙상, 사격, 세팍타크로, 수상스키, 수영, 스쿼시, 스키, 스킨스쿠버, 승마, 씨름, 아이스하키, 야구, 양궁, 에어로빅, 오리엔티어링, 요트, 우수, 윈드서핑, 유도, 육상, 인라인스케이팅, 자전거, 정구, 조정, 족구, 줄넘기, 철인3종 경기, 축구, 카누, 탁구, 태권도, 테니스, 파크골프, 패러글라이딩, 펜싱, 풋살, 플라잉디스크, 피구, 하키, 합기도, 핸드볼, 행글라이딩 등 60개 종목이다.

노인스포츠지도사란 노인의 신체적·정신적 변화 등에 대한 지식을 갖추고 해당 자격종목에 대하여 노인을 대상으로 생활체육을 지도하는 사

13) 국민체육진흥공단(2020). <https://www.insports.or.kr> 에서 (2020. 11. 13. 인출)

람을 말한다. 자격종목은 검도, 게이트볼, 골프, 궁도, 그라운드골프, 농구, 당구, 댄스스포츠, 등산, 라켓볼, 럭비, 레슬링, 레크리에이션, 리듬체조, 배구, 배드민턴, 보디빌딩, 복싱, 볼링, 빙상, 사격, 세팍타크로, 수상스키, 수영, 스쿼시, 스키, 스킨스쿠버, 승마, 씨름, 아이스하키, 야구, 양궁, 에어로빅, 오리엔티어링, 요트, 우슈, 윈드서핑, 유도, 육상, 인라인스케이팅, 자전거, 정구, 조정, 족구, 철인3종경기, 축구, 카누, 탁구, 태권도, 테니스, 파크골프, 패러글라이딩, 펜싱, 풋살, 하키, 합기도, 핸드볼, 행글라이딩 등 58개 종목이다.

이 외에 체육지도자 국가자격증에는 체육분야의 전문학사 이상이 응시할 수 있는 전문스포츠지도사(1,2급), 생활스포츠지도자 1급이 있고, 만 18세 이상인 사람 및 경력자가 응시할 수 있는 생활스포츠지도자 2급, 장애인스포츠지도사(1,2급) 등이 있다.

〈표 4-18〉 전문 인력 관련 국가자격(면허)제도

자격/면허	주관부처	직무규정	응시자격	교육과정	시험	문제 유형
의사	보건복지부	의료법	관련학과 학위	의학인증교육과정 이수	필기 7과목 (360문항)	객관식
간호사	보건복지부	의료법	관련학과 학위	간호인증교육과정 이수	필기 8과목 (295문항)	객관식
물리치료사	보건복지부	의료기사등에 관한 법률	관련학과 학위	전공학점 80~110학점 이수	필기 4과목 (190문항) 실기 1과목 (70문항)	객관식
작업치료사	보건복지부	의료기사등에 관한 법률	관련학과 학위	전공학점 80~110학점 이수	필기 3과목 (190문항) 실기 1과목 (50문항)	객관식
영양사	보건복지부	국민영양 관리법	관련학과·전공·학위	영양관련 18과목, 52학점, 현장실습(80시간 이상, 2주 이상)	필기 4과목 (220문항)	객관식
임상영양사	대한영양사 협회	국민영양 관리법	임상영양사 교육이수자 +영양사+1년 이상 경력자	임상영양사 표준교육과정	필기 3과목 (150문항)	객관식
보건교육사 (1급)	보건복지부	국민건강 증진법	관련학과 석·박사학위 취득자로서 2년 이상 경력자	보건교육관련 필수과목 9과목, 선택과목 4과목 이상 이수	필기 3과목 (60문항)	객관식
보건교육사 (2급)	보건복지부	국민건강 증진법	관련과목 이수자로서 전문학사이상	보건교육관련 필수과목 9과목, 선택과목 4과목 이상 이수	필기 8과목 (180문항)	객관식
보건교육사 (3급)	보건복지부	국민건강 증진법	관련과목 이수자로서 전문학사이상	보건교육관련 필수과목 5과목, 선택과목 2과목 이상 이수	필기 4과목 (110문항)	객관식

자료: 1) 김영복, 이주열, 고희옥, 박남수, 오영아, 임은실. (2018). 보건교육사 직무부석을 통한 직무영양 특화 및 제도 활성화 방안 마련 연구. 한국건강증진개발원 & 대구대학교.
 2) 김영복, 김혜경, 김화수, 나은환. (2018). 급수 체계 국가시험 평가의 타당성 연구. 한국보건의료인 국가시험원 & 대구대학교.
 3) 국민체육진흥공단. (2020). 체육지도자. <https://www.insports.or.kr>에서 (2020. 11. 30.) 인출
 4) 대한영양사협회. (2020). 영양사. <https://www.dietitian.or.kr>에서 (2020. 11. 30.) 인출
 5) 한국보건의료인국가시험원 (2020). 직종별 시험정보. <http://www.kuksiwon.or.kr>에서(2020. 11. 30.) 인출

〈표 4-19〉 전문 인력 관련 국가자격(면허)제도 (계속)

자격/면허	주관부처	직무규정	응시자격	교육과정	시험	문제 유형
전문 스포츠 지도사 (1급)	문화체육 관광부	국민체육진흥법	체육분야 전문학사 이상	체육분야 전공자	필기 4과목, 연수 (250시간)	객관식, 연수
전문 스포츠 지도사 (2급)	문화체육 관광부	국민체육진흥법	체육분야 전문학사 이상	체육분야 전공자	필기 5과목, 실기, 구술, 연수(90시간)	객관식, 실기, 구술, 연수
건강 운동 관리자	문화체육 관광부	국민체육진흥법	체육분야 전문학사 이상	체육분야 전공자	필기 8과목, 실기(구술), 연수 (200시간)	객관식, 구술
유소년 스포츠 지도사	문화체육 관광부	국민체육진흥법	만18세 이상인 사람	-	필기 5과목, 실기, 구술, 연수(90시간)	객관식, 실시, 구술
노인 스포츠 지도사	문화체육 관광부	국민체육진흥법	만18세 이상인 사람	-	필기 5과목, 실기, 구술, 연수(90시간)	객관식, 실시, 구술
산림 치유 지도사 (1급)	산림청	사업문화휴양에 관한 법률	2급 취득자로서 5년 경력자+ 양성과정 이수자	표준교육과정 18과목, 130시간 (이론 78시간, 실습 52시간)	필기 4과목 (100문항)	객관식
산림 치유 지도사 (2급)	산림청	사업문화휴양에 관한 법률	관련학위 취득자, 4년 이상 경력자, 산림교육전문가로서 3년 이상 경력자+ 양성과정 이수자	표준교육과정 24과목, 158시간 (선택과목포함) (이론 106시간, 실습 52시간)	필기 4과목 (100문항)	객관식

출처: 김영복, 이주열, 고평욱, 박남수, 오영아, 임은실. (2018). 보건교육사 직무부석을 통한 직무영양 특화 및 제도 활성화 방안 마련 연구. 한국건강증진개발원 & 대구대학교. p.182

김영복, 김혜경, 김희수, 나운환. (2018). 급수 체계 국가시험 평가의 타당성 연구. 한국보건의료인 국가시험원 & 대구대학교.

국민체육진흥공단. (2020). 체육지도사. <https://www.insports.or.kr>에서 (2020.11.30.)인출

대한영양사협회. (2020). 영양사. <https://www.dietitian.or.kr>에서 (2020.11.30.) 인출

한국보건의료인국가시험원. (2020). 직종별 시험정보. <http://www.kuksiwon.or.kr>에서 (2020.11.30.) 인출

제3절 소결

1. 시사점

이상의 건강증진관련 서비스에서 공통된 서비스 제공 인력은 의사, 간호사, 영양사, 보건교육사이며, 운동전문인력은 문화체육관광부의 국가자격인 유소년스포츠지도사, 스포츠지도사, 건강운동관리사, 장애인스포츠지도사, 노인스포츠지도사 등으로 권장하고 있으나, 인력의 역할은 별도로 규정하고 있지 않다.

지역사회 통합건강증진사업 중 금연사업은 금연상담사에 관한 전문인력 권고사항은 규정되어 있으나, 보건복지부 전문 국가자격제도 및 관련 전공자로 규정하고 있어 국가시험을 통해 직무능력을 검증한 전문인력으로 규정될 필요가 있다. 특히 금연사업 담당자 및 금연지도원에 관한 전문인력의 규정이 명확하지 않아 업무의 전문성을 높이기 위한 전문인력 규정이 시급한 실정이며, 단기교육과정 등을 이수한 인력 배치는 업무의 숙련도 및 전문성을 낮출 수 있으므로 지양하는 것이 바람직하다. 또한 음주폐해예방사업과 같이 전문인력을 규정하고 있지 않은 사업은 국민건강증진법 등 관련법에 의거하여 건강생활실천사업을 담당하도록 규정하고 있는 보건교육사 등을 배치하여 활용하는 것이 바람직하다.

한편 신체활동사업은 사업 영역에 따른 담당 인력의 업무가 규정되어 있지 않으며, 전문인력으로 규정된 체육지도자는 대상별 신체활동프로그램을 제공하는 인력으로 신체활동의 홍보 및 캠페인, 신체활동 친화적인 환경조성을 추진할 수 있는 전문인력의 규정이 필요하다. 따라서 국민건강증진법 등 관련법에 의거하여 체육활동에 관한 건강증진사업을 담당하도록 규정하고 있는 보건교육사 및 운동 전문가를 활용하는 것이 바

람직하다. 또한 비만관리프로그램의 비만진단과정, 사후관리, 평가를 비만사업 담당자가 담당하도록 규정하고 있으나, 비만사업 담당자의 인력 규정이 명확하지 않아 전문성을 확보하기 위한 인력 배치가 필요하다. 건강증진 프로그램의 요구도 진단 및 사후관리, 평가에 관한 업무능력을 국가시험을 통해 검증받는 보건교육사, 간호사 등을 배치하여 활용하는 것이 바람직하다.

지역사회 방문건강관리사업은 전문 인력을 대상 및 세부사업에 따라 폭넓게 규정하고 있어 사업 전반에 관한 관리 및 대상자 관리, 건강정보에 대한 분석과 활용을 위한 코디네이터가 필요하며, 이를 반영한 기타 인력의 전문성을 확보하는 것이 중요하다. 모바일 헬스케어사업에서도 코디네이터에 관한 인력 규정을 국가자격(면허)제도와 연계하여 대상자 관리, 평가, 건강정보 분석 및 활용에 관한 직무 능력을 검증한 인력을 배치하여 활용하는 것이 중요하다.

건강생활지원센터의 지역특화사업과 소생활권 맞춤형 건강증진 시범사업은 의사(한의사), 간호사(간호조무사), 물리치료사(체육지도자), 영양사를 서비스 제공 인력으로 규정하고 있으나 사업 내용 중 대상자 발굴 및 관리, 건강정보의 제공, 사후관리를 위한 건강정보의 수집 및 분석·활용, 평가 등의 중요 사항이 제시되지 않아 서비스 제공의 전문성을 떨어뜨리고 있다. 따라서 비의료건강관리서비스에서는 이를 보완한 서비스 내용이 보완되어야 하고, 국가자격(면허)제도를 활용한 제공 인력의 규정이 명시되어야 한다.

고혈압·당뇨병등록교육센터의 고혈압·당뇨병의 등록관리사업은 의사, 간호사, 의사, 영양사, 보건학 전공자 등을 서비스 제공 인력으로 규정하고 있으며, 주요 업무는 교육장을 운영하는 것이다. 즉 교육 수행과 관련하여 건강정보의 제공, 교육관련 자료의 수집 및 분석·활용, 자료 개발 등

의 주요 업무를 수행할 전문 인력이 필요하다. 현재 보건학 전공자, 보건 의료관련 분야의 면허(자격)증 소지자를 관련 업무를 수행할 수 있는 보건복지부 전문 국가자격(면허)증으로 명시하는 것이 바람직하다.

안전보건공단(이하 안전보건공단)의 근로자건강센터는 직업환경의학전문의, 간호사, 산업 위생기사, 인간공학기사, 물리치료사, 임상심리사, 운동처방사, 운동지도사 등이 서비스 제공 인력으로 구성되나, 인력별 구체적인 역할은 규정되어 있지 않다. 반면 국민건강보험공단의 건강증진센터는 의사, 영양사, 운동처방사가 서비스 제공인력으로 구성되어 있고, 서비스 내용별 인력의 역할이 명확히 규정되어 있다.

한편 병의원 중심의 일차의료 만성질환관리시범사업은 의사, 간호사, 영양사를 서비스 제공 인력으로 규정하고 있고, 케어 코디네이터를 보건 의료관련 국가면허증 소지자로 국한하고 있다. 반면 업무의 세부내용을 살펴보면 대상자 관리 및 모니터링, 평가 및 건강정보관리 등에 관한 전문성을 확보할 수 있는 국가자격(면허)제도의 활용이 필요하다. 이 외에 민간기관 중심의 지역사회 서비스투자사업 중 건강증진관련사업은 간호사, 영양사, 보건교육사, 운동처방사 등을 서비스 제공 인력으로 규정하고 있으나, 제공 인력의 역할 및 직무능력을 명확히 규정하고 있지 않다.

따라서 기관별 건강증진사업은 세부 업무 및 제공 인력의 역할을 규정하고 있으나, 업무의 전문성 향상을 위한 규정이 미흡하므로, 과학적 근거에 기반한 서비스 설계 및 관련법에 근거한 전문 인력의 배치 및 활용이 강화되어야 한다. 즉 지역보건법의 최소배치인력기준을 적용한 전문 인력을 배치 및 활용이 자원의 효율성을 높일 수 있는 효과적인 방안이 된다. 이는 비의료건강관리서비스의 전문성을 높이기 위해 세부사업별 전문 인력의 역할을 명시하고, 국가시험을 통해 직무능력을 검증한 전문 인력을 배치하여 활용하는 것이 효과적임을 강조하는 것이다.

공공기관의 건강증진사업별 제공 인력에 관한 규정을 살펴볼 때, 향후 비의료건강관리서비스는 서비스 대상 및 내용별 세부 업무를 상세화하고, 공통 및 특화된 서비스 제공과정을 설계하여 국가자격(면허)제도를 활용한 전문 인력을 배치하여 활용함으로써 업무의 전문성을 확보하고, 인적 자원 활용의 효율성을 높여 나가야 할 것이다.

2. 요약 및 정리

건강관리서비스 제공 인력에 관한 역할이 지침에 명시되어 있는 지역 보건소, 건강생활지원센터, 고혈압·당뇨병등록교육센터, 병의원의 건강관리서비스 내용과 제공 인력에 대해 살펴보면, 지역보건소의 지역사회 통합건강증진사업은 임상영양사, 치과위생사, 보건교육사, 조산사, 산립치유지도사, 기공지도사, 의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 체육지도자, 북한이탈주민 상담사 등을 서비스 제공 인력으로 규정하고 있으며, 모바일 헬스케어사업은 코디네이터, 간호사, 의사, 영양사, 운동전문가 등을 서비스 제공 인력으로 규정하고 있다.

지역보건소의 금연사업 제공 인력은 의사, 금연상담사, 금연지도원 등이며, 금연상담사의 자격 요건은 보건교육학, 보건학, 간호학 등 보건의료와 관련된 전공자 또는 상담학, 심리학, 보건교육사, 보건업무 5년 이상의 경력자 등이다. 음주폐해예방사업은 통합건강증진사업 전문인력을 교육하여 활용하도록 권장하고 있으며, 영양관리사업의 제공 인력은 의사, 영양사, 영양교사이다. 신체활동사업의 제공 인력은 체육지도자(유소년스포츠지도사, 스포츠지도사, 건강운동관리사, 장애인스포츠지도사, 노인스포츠지도사)이며, 비만예방관리사업은 사업담당자, 간호사, 영양사, 운동전문가로 제공 인력을 규정하고 있다. 방문건강관리사업의 제공

인력은 의사, 한의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 체육지도자, 치과 위생사, 영양사, 간호조무사, 자원봉사자 등이며, 보건소 모바일 헬스케어사업의 제공 인력은 코디네이터, 의사, 간호사, 영양사, 운동전문가 등이다.

건강생활지원센터사업의 제공 인력은 의사 또는 한의사, 간호사(간호조무사), 물리치료사(체육지도자), 영양사 등이며, 고혈압·당뇨병등록교육센터는 의사, 간호사, 영양사, 보건학 전공자, 전산관련자격증 소지자 등이다. 안전보건공단 근로자건강센터는 직업환경의학전문의, 간호사, 산업위생기사, 인간공학기사, 물리치료사, 임상심리사, 운동처방사, 운동지도사 등이 서비스 제공 인력으로 구성되며, 국민건강보험공단의 건강증진센터는 의사, 영양사, 운동처방사가 서비스 제공인력으로 구성되고 있다.

민간기관 중심의 지역사회 서비스투자사업 중 건강증진관련사업은 간호사, 영양사, 보건교육사, 운동처방사 등을 서비스 제공 인력으로 규정하고 있다.

이상의 내용에 기초하여 기관별 건강증진사업 제공인력에 관한 활용 특성을 정리하면, 첫째, 보건복지부 전문 국가자격(면허)제도와 연계한 건강증진사업의 주요 제공 인력은 의사, 간호사, 영양사, 보건교육사이며, 둘째, 운동전문가는 문화체육관광부의 국가기술자격과 연계한 유소년스포츠지도사, 스포츠지도사, 건강운동관리사, 장애인스포츠지도사, 노인스포츠지도사 자격증 소지자 등을 권장하고 있으나, 인력의 역할에 관한 별도의 규정은 없다. 셋째, 세부사업에 관한 전문 인력 규정 시 관련법에 근거한 제공 인력의 배치 및 활용이 모호한 사업이 있는 반면 넷째, 제공 인력이 지나치게 폭넓게 규정되어 사업 목적 및 추진 방향에 따른 인적 자원의 활용방안이 불분명한 사업도 있다.

따라서 기관별 건강증진사업은 세부 업무 및 제공인력의 역할을 규정하고 있으나, 업무의 전문성 향상을 위한 규정이 미흡하므로, 과학적 근거에 기반한 서비스 설계 및 관련법에 근거한 전문 인력의 배치 및 활용이 강화되어야 한다. 즉 지역보건법의 최소배치인력기준을 적용한 전문 인력을 배치 및 활용이 자원의 효율성을 높일 수 있는 효과적인 방안이 되므로, 향후 비의료건강관리서비스는 서비스 대상 및 내용별 세부 업무를 상세화하고, 공통 및 특화된 서비스 제공과정을 설계하여 국가자격(면허)제도를 활용한 전문 인력을 배치하여 활용함으로써 업무의 전문성을 확보하고, 인적 자원 활용의 효율성을 높여 나가야 할 것이다.



제5장

국외 비의료건강관리서비스 현황

제1절 주요국의 비의료건강관리서비스 제공 인력

제2절 주요국의 비의료건강관리서비스 제공 사례

제3절 소결

제 5 장 국외 비의료건강관리서비스 현황

제1절 주요국의 비의료건강관리서비스 제공 인력

세계 여러 나라에서 다양한 비의료 건강관리 서비스가 이루어지고 있다. 기존의 병원 중심 치료 서비스에서 재가, 지역사회 등 보다 넓은 범위에서 더욱 활기찬 삶을 살 수 있는 서비스로 중심이 옮겨가면서 비의료건강관리서비스를 제공하는 인력도 다양해지고 있다. 이 절에서는 미국, 영국, 유럽연합의 비의료건강관리서비스 제공 인력에 초점을 맞추어, 서비스 제공 인력의 종류, 역할, 인력에 대한 규제를 기술하고자 한다. 비의료건강관리서비스는 식생활, 신체활동, 금연, 절주를 위한 서비스로 한정되었다.

1. 미국

미국은 각 주(州) 정부 별로 의료인을 비롯하여 보건 관련 인력의 자격 관리를 한다. 각 주의 법률에 따라 건강관리서비스를 제공하는 인력이 해당 서비스를 제공할 수 있는 자격(교육 수준, 경력, 시험 등)과 수행할 수 있는 업무의 범위가 결정된다. 법률에 따른 자격 요건은 면허(licensure) 또는 주 정부에서 부여하는 자격(certification)으로 나눌 수 있다.

전문가들이 어떠한 의료서비스를, 어떠한 장소에서, 어떠한 지침이나 기준에 따라 수행해야 하는지에 대한 업무 범위의 설정은 대부분 주 단위에서 결정한다. 보건의료전문가 위원회 등 주의 규제기관은 업무 범위 관련

법률에 근거하여 구체적인 규정을 시행한다(Dower, 2007; Andersen et al., 2018에서 재인용).

가. 식생활 관련 인력

미국의 식생활 관련 인력은 registered dietitian nutritionist(RDN), nutritionist, nutrition and dietetic technicians 등을 포함하며, 인력의 각 명칭에 따라 그 역할과 업무의 범위가 다르다. 미국 영양사협회(Academy of Nutrition and Dietetics)는 “모든 registered dietitian(RD)은 nutritionist 이지만, 모든 nutritionist는 RD가 아니다”(Andersen et al., 2018, p.142)라고 설명한다. Nutritionist 는 영양학을 공부하고 영양 원칙에 따라 교육이나 상담을 제공하는 사람으로 영양학 관련 학위 보유나 관련 분야 업무 경험에 대한 규정이 없다. RD는 등록 영양사(RD)와 일반 영양사(nutritionist)의 자격을 모두 가지며, RDN(registered dietitian nutritionist)으로 불리기도 한다. 영양사 등록 위원회(CDR: Commission on Dietetic Registration)에 의해 특정 자격 요건을 가진 사람만 RD 또는 RDN 명칭을 사용할 수 있다(Andersen et al., 2018).

RDN은 영양과 영양사 교육 인증위원회(ACEND: Accreditation Council for Education in Nutrition and Dietetics)에서 인증하는 대학 학사 학위 이상의 교육 수준을 가지고, 6-12개월의 실습 프로그램을 수료하고, 국가시험을 통과한 사람에게 자격이 주어진다. RDN은 의료기관, 운동 및 영양 웰니스 프로그램, 식품영양산업계, 지역사회 보건기관 등에서 근무한다. 의료기관에서는 환자에게 영양교육을 하거나 의료팀의 팀원으로 환자 영양치료에 관여하기도 한다. 그 외 기관에서는 영양과 건

강에 대한 교육, 식생활계획 수립, 식생활 모니터링 및 상담 등을 수행한다(Academy of Nutrition and Dietetics, n.d.-b).

NDTR(nutrition and dietetics technician registered)는 안전하고, 문화적으로 알맞고 질 좋은 식품영양 서비스를 제공할 수 있는 영양과 식이요법의 기술적 능력을 교육받고, 훈련받은 사람이다. ACEND에서 인증하는 교육기관에서 2년제 전문학사 학위 이상을 취득하고, 450시간 이상의 실습을 한 후 시험을 통과하면 NDTR 자격을 부여받는다. NDTR은 RDN의 감독 하에 의료기관, 요양원, 재가 돌봄시설 등에서 RDN이 영양 치료를 수행하는 것을 보조하는 역할을 한다. 건강한 사람을 대상으로 하는 경우 RDN의 감독 없이 독립적으로 업무를 할 수 있다. NDTR은 학교, 주간 돌봄센터, 교정시설, 식음료점 등의 급식시설 관리, 공공 식품지원 프로그램의 프로그램 시행 보조, 대중 교육, 지역사회 웰니스 센터, 체중관리 클리닉 등에서 대상자 교육 등을 수행한다(Academy of Nutrition and Dietetics, n.d.-a).

2020년 7월 기준, 미국 48개 주가 영양사(dietitian, nutritionist) 관련 법률이 있다(Academy of Nutrition and Dietetics, 2020). 각 주의 영양사 관련 법률은 영양사의 업무 범위를 설정한다. RDN은 주로 고용주, 또는 서비스에 대한 대가를 지불하는 기관(예: 보험회사) 등이 정한 업무 영역과 범위를 따르게 된다(Andersen et al., 2018). 영양사 면허에 대한 모든 법규는 자격 보호 조항(title protection provision)을 포함하는데, 이는 해당 자격을 지니지 않은 자는 영양사 명칭을 사용할 수 없음을 의미한다. 또한 대부분의 주는 영양사 면허에 대해 무자격자가 영양사의 업무로 정의된 업무를 수행하는 것을 제한하는 배타적 행위 조항(practice exclusivity clause)을 포함한다(Academy of Nutrition and Dietetics, 2020).

RDN, NDTR 외에도 개별 기관에서 식생활 관리 인력에게 비공인 자격증을 부여하기도 한다. 예를 들어, 국가스포츠의학회(NASM: National Academy of Sports Medicine)는 개인 트레이너, 그룹 피트니스 강사 등 신체활동 전문 인력에게 온라인 영양교육을 제공하고, 교육 수료자에게 영양 코치(NASM nutrition coach) 자격을 부여한다(National Academy of Sports Medicine, n.d.-a).

나. 신체활동 관련 인력

미국 내 다양한 신체활동 관련 협회는 신체활동 관련 자격증을 발급한다. 이 중에서 기관 인증 국가위원회(NCCA: National Commission for Certifying Agencies)의 인증 자격증(NCCA accredited) 취득을 많은 운동시설에서 근무 조건으로 내세운다. NCCA 인증 신체활동 관련 자격증을 소지한 전문가는 미국 신체활동 전문가 레지스트리(USREPS: United States Registry of Exercise Professionals)에 등록할 수 있다. USREPS는 NCCA 인증 자격을 발급하는 기관들의 연합인 CREP(Coalition for the Registration of Exercise Professionals)에서 운영한다. USREPS에 등록하는 자격증은 개인 트레이너(certified personal trainer), 그룹 피트니스 강사(certified group fitness instructor), 필라테스 강사(certified pilates teacher), 고급 건강피트니스 전문가(advanced health and fitness specialist), 운동 전문가(exercise specialist), 임상 운동생리학자(registered clinical exercise physiologist), 체력 훈련 전문가(certified strength and conditioning specialist)이다(US Registry of Exercise Professionals, n.d.).

개인 트레이너 자격 시험은 18세 이상의 고등학교 졸업 이상의 학력을 가지고, 심폐소생술(CPR: cardiopulmonary resuscitation)과 자동심장충격기(AED: automated external defibrillator) 자격증을 보유한 사람이 응시할 수 있다(National Academy of Sports Medicine, n.d.-b). 그룹 피트니스 강사의 자격 요건은 개인 트레이너와 동일하다. 그룹 피트니스 강사는 운동교실을 통해 사람들을 지도하고, 신체활동 동기부여를 하는 역할을 하며, 각기 다른 체력 수준에 맞는 과학적이고 효과적인 신체활동 프로그램을 계획하고 시행한다. 또한 각기 다른 운동교실의 종류와 장비에 따라 안전한 지도를 하는 역할을 한다. 그룹 피트니스 강사는 체육관, 지역사회 기관, 상업시설 등 다양한 운동시설에서 근무한다. 운동 생리학자(certified exercise physiologist)는 운동과학 분야의 학사학위 이상의 학력을 요구한다. 대상자의 필요도와 능력에 따라 개인 맞춤형 운동 프로그램을 설계하며, 운동 전 건강 평가, 신체기능평가 등을 수행하기도 한다(American College of Sports Medicine, n.d.).

다. 중독 예방 및 치료 관련 인력

중독 예방 및 치료 관련 인력은 중독 예방, 중재, 치료, 회복지지, 교육 관련 상담사, 교육자, 기타 중독 관련 의료 전문가를 포함한다. 이들은 외래 환자 치료소 등의 의료기관, 정신건강·물질 오남용 상담 센터, 정부기관, 교정시설, 사회복귀시설, 디톡스 센터 등에서 일한다(Association for Addiction Professionals, n.d.-c).

중독 예방 및 치료 관련 인력 자격은 각 주 정부에서 관리한다. 캘리포니아의 경우, 주 정부 보건부는 미국 중독전문가 협회(Association for Addiction Professionals)에서 인증한 기관에서 교육을 받은 사람만이

주에서 중독 예방 및 치료를 위해 업무를 할 수 있도록 승인한다 (Addiction Counselor, n.d.). 알코올과 기타 약물 문제 관련 상담사 (substance use disorder certified counselor 또는 certified alcohol drug counselor)¹⁴⁾는 정해진 시간의 이론 수업, 실습과 시험 통과를 통해 자격을 부여받는다. 경력에 따라 높은 급수의 상담사 자격을 취득할 수도 있다. 행동과학 석사 학위 보유자이나 정신건강 전문가는 고급 알코올 약물 상담사(LAADC: licensed advanced alcohol drug counselor) 면허를 취득할 수 있으나, 해당 면허는 정부 기관 발급 면허가 아니다.

미국 중독전문가 협회는 중독 상담사 자격증(NCAC: national certified addiction counselor)을 발급한다. 주 정부에서 발행한 중독 관련 자격/면허와 일정 시간 이상 경험이 있는 사람들이 자격증 시험에 응시할 수 있다. 경력에 따라 1급, 2급 또는 마스터 중독상담사 자격을 받을 수 있고, 또한 금연 등 특정 영역 전문 자격증의 취득도 가능하다 (Association for Addiction Professionals, n.d.-a).

미국 중독전문가 협회는 니코틴 중독 상담과 회복을 위한 니코틴 중독 관련 지식, 기술, 전략을 가진 사람들에게 니코틴 의존증 전문가(NDS: nicotine dependence specialist) 자격을 부여한다. NDS 자격은 협회에서 자율적으로 발급하는 것으로, 학사 학위 이상과 의료 영역에서의 3년 이상의 근무 경력이 있는 사람 중 NDS 시험을 통과한 사람에게 발급한다 (Association for Addiction Professionals, n.d.-b). 또한 미국 중독전문가 협회는 관련 전문가들의 능력, 지식, 기술의 표준화를 위해 흡연 치료 인증서(NCTTP: National Certificate in Tobacco Treatment Practice) 발급한다.

14) 자격증 교육 주관 기관에 따라 명칭이 다름.

라. 보건교육 인력

보건교육 전문가(health education specialist)는 개인, 가족, 지역사회가 건강한 생활을 최대화하고 유지할 수 있도록 돕기 위해 보건교육 프로그램을 제공하고, 관리하는 역할을 한다. 정부기관, 의료기관, 종교단체를 포함한 시민단체, 개인 또는 가족 서비스 영역에서 주로 일한다(U.S. Bureau of Labor Statistics, 2020).

미국 보건교육인증 국가위원회(NCHEC: National Commission for Health Education Credentialing)는 대중의 건강을 증진하고, 향상시키고, 보호하기 위해 보건교육의 기준을 설정하여, 보건교육 전문가 인증제를 운영하고 있다(NCHEC, n.d.-d). 인증된 보건교육 전문가(CHES: Certified Health Education Specialist)가 되기 위해서는 NCHEC에서 주관하는 CHES 시험을 통과해야 한다. CHES 시험은 보건교육 전문가의 역할을 수행하기 위해 필요한 7가지 영역의 기술과 지식을 평가하는 능력 기반(competency-based)의 시험이다. 7가지 영역은 보건교육/건강증진의 (1) 요구도, 자원, 역량 평가, (2) 계획, (3) 시행, (4) 평가와 연구 수행, (5) 수행과 관리, (6) 관련 자원으로 역할 수행, (7) 관련 의사소통, 증진 활동, 옹호 활동 수행으로, 각 영역에 해당하는 문제가 필기시험의 형태로 제출된다(NCHEC n.d.-c).

CHES 시험을 치르기 위해서는 인증 받은 고등교육기관의 학사 학위 이상이 요구되며, 보건교육을 전공했거나 위에서 기술한 보건교육 전문가로서의 능력과 관련된 교과목을 최소 25학점, C 학점 이상으로 이수해야 한다(NCHEC n.d.-a).

CHES 자격이 있는 보건교육 전문가는 주로 지역사회 보건교육, 학교 보건 교육, 상업적 또는 비상업적 보건교육, 학계, 정부기관, 의료기관 등

의 영역에서 보건교육자, 프로그램 매니저, 알코올 관련 교육, 당뇨 교육, 지역사회 조직, 감염관리, 환자 교육 등의 역할을 수행한다(NCHEC n.d.-b).

마. 비의료 건강관리서비스 인력 관련 이슈

미국의 비의료건강관리서비스 인력은 대부분 연방정부가 아닌 각 주 정부에서 자격을 관리한다. 주마다 다른 자격 시스템으로 인해 주의 경계를 넘어서 서비스를 제공하는 인력의 관리가 중요해졌다. 특히 기술의 발달로 텔레헬스(telehealth) 등 원거리에서도 건강관리 서비스 제공이 가능해짐에 따라 자격을 취득한 주가 아닌 다른 주의 거주자에게도 비의료 건강관리서비스를 제공할 수 있게 되었다. 그러나 각 주마다 면허와 자격 요건이 다르기 때문에 건강관리서비스 제공을 위해서는 서비스 이용자가 거주하는 주의 법률에 맞는 자격 요건을 갖춰야할 필요가 있다(Academy of Nutrition and Dietetics, n.d.-c).

또한 비의료건강관리서비스를 제공하는 인력 간, 또는 비의료건강관리 서비스 제공 인력과 의료인 간 업무 영역의 중복이 일어나는 경우가 있다. 예를 들어, 당뇨 자가관리 교육의 경우 영양사(RDN), 간호사, 약사 모두가 교육을 수행한다. 각 전문 인력이 해당 영역만을 다루는 것은 문제가 되지 않으나 전문 영역을 넘는 범위를 다루는 경우 환자와 건강관리 서비스 이용자에게 위해가 될 우려가 있다. 또한 직종 간 갈등의 소지가 될 우려가 있다. 미국 영양사협회를 비롯한 각 전문 단체는 관련 법률 및 정책 제정에 참여하여 자격을 가진 인력이 고유의 영역을 담당하도록 노력하고 있다(Academy of Nutrition and Dietetics, n.d.-d).

2. 영국

영국은 ‘건강과 사회적 돌봄법 2012(Health and Social Care Act 2012)’에서 건강관리(health care)에 대해 “(a) 신체 또는 정신 건강에 관련한 개인을 위한 모든 형태의 건강관리 (b) 의료적 또는 수술적 치료와 유사한 과정이지만 의료적 상태와 관계없이 제공되는 절차”(Health and Social Care Act 2012, section 219)로 규정하였다. 건강관리 전문가(health care profession)는 개인의 신체 또는 정신 건강을 다루는 사람으로 정의한다(Health and Social Care Act 2012, section 223).

의사, 치과 의사, 약사, 간호사, 조산사 등의 의료인과 관련 보건 인력(영양사 포함)은 법률에 의해 등록이 의무화되어 있으며, 면허 등록을 위한 자격 기준(학력, 훈련 등), 역할이 법률에 규정되어 있다. 면허의 등록은 각 직종에 따라 각기 다른 위원회에서 관장하며, 관련 위원회는 일반 의료 위원회(General Medical Council), 치과 위원회(General Dental Council), 제약 위원회(General Pharmaceutical Council), 간호 조산사 위원회(Nursing & Midwifery Council), 건강관리 전문가 위원회(HCPC: Health & Care Professions Council) 등 총 10개이다(Professional Standards Authority, n.d.).

법률에 의해 역할이 규정되지 않은 보건 인력은 자율적으로 영국 보건 레지스터(UK Public Health Register)에 등록할 수 있다. 보건 레지스터는 보건 분야 전문 인력을 등록하여, 대중들을 보호하고, 높은 질의 보건서비스를 제공하는 인력을 보장하는 것을 목적으로, 보건 인력 규제기관인 건강과 사회적 돌봄 전문 표준 인증원(Professional Standards Authority for Health and Social Care)¹⁵⁾이 독립적으로 운영한다

15) 과거 ‘국가 건강 서비스 개혁과 건강관리 전문가 법률 2002(National Health Service

(Professional Standards Authority, 2016). 보건 레지스터의 등록 범주는 (1) 보건 전문가(public health specialist)¹⁶⁾, (2) 전문의(specialty registrar)¹⁷⁾, (3) 보건사(public health practitioner)이다(UKPHR, n.d.-a). 이 중 보건사는 건강 향상, 건강 보호, 건강과 사회적 돌봄 등 다양한 보건 분야에서 일하는 인력이다(UKPHR, n.d.-b).

가. 식생활 관련 인력

영국도 미국과 마찬가지로 식생활 관련 인력에 대해 dietitian, nutritionist, nutritional therapist 등 다양한 용어가 사용되고 있다. 영국 영양사협회(Association of UK Dietitians)는 RD(registered dietitian)가 법에 근거한 규제가 있는 유일한 영양전문가라고 규정하며, RD만이 개인과 보건 수준에서의 식이와 영양 문제를 평가, 진단, 치료할 수 있는 자격을 가진 건강전문가라고 정의한다. 법적 규제기관인 HCPC에 등록된 사람만이 dietitian/RD 명칭을 사용할 수 있으며, 이 명칭은 보호된다. nutritionist, 영양치료사(nutritional therapist), 식이 전문가(diet expert)의 명칭은 보호되지 않으며, 이들에게 dietitian이나 RD로 칭할 수 없다(Association of UK Dietitians, n.d.).

RD는 영양학 관련 학사 학위 이상 학력이 요구된다. 학위과정은 생화학, 생리학, 영양 및 식이요법과 관련된 응용과학 등의 과목을 포함하며, 해당 학위 과정은 HCPC의 승인을 받고 영양사협회에서 설정한 영양사

Reform and Health Care Professional Act 2002)에 의거하여 설립된 건강관리 규제 위원회(Council for Healthcare Regulatory Excellence)가 명칭을 바꾼 것임.

16) 보건 관련 기관의 관리자급, 역학, 통계학, 면역학 등 특정 분야 지식을 가진 고위직 등 포함. 보건 정책 및 전략적 계획 수립 등의 역할을 함.

17) 전문의의 등록은 의무가 아니나 대부분의 전문의가 자발적으로 등록함.

proficiency 표준을 따라야 한다. nutritionist에게 적용되는 엄격한 조건은 없으나, HCPC의 자율적 레지스터에 등록하기 위해서는 영양협회 (Association for Nutrition)에서 인증하는 학위과정을 마쳐야 한다. 영양치료사는 관련 기관의 훈련을 받고 자격을 취득하는 경우가 있으나, 해당 훈련과정은 공인되지 않았다. 영양치료사와 식이전문가는 보건 레지스터나 HCPC 자율적 레지스터에 등록할 수 없다(Association of UK Dietitians, n.d.).

RD는 영국 국민보건서비스(NHS: National Health Service), 민간 의료기관, 산업계, 정부기관, 비정부기관 등에서 일한다. nutritionist의 활동영역은 의료기관을 제외하고 RD와 동일하다. RD와 nutritionist는 업무 영역이 다르다. RD는 건강한 사람과 질환이 있는 사람 모두를 대상으로 하여 의료영역과 비의료영역 모두에서 일한다. RD는 의료영역에서 질환 관련 영양 치료를 위한 계획 수립, 상담, 교육 등을 수행할 수 있으나 nutritionist는 질환 관련 치료를 위한 업무를 수행할 수 없다. RD와 nutritionist 모두 비의료영역에서 식품과 건강한 식사 관련 정보를 제공한다. 영양치료사는 식이보충제를 이용하여 고용량 비타민, 디톡스, 식이 제한 등의 서비스를 제공하지만, 이러한 서비스의 과학적 근거가 부족한 경우가 있다(Association of UK Dietitians, n.d.).

나. 신체활동 관련 인력

신체활동 관련 정보를 제공하고, 신체활동 증진을 위한 프로그램을 운영하는 인력들은 다양한 자격증을 가지고 있으며, 자격증 인증 기관도 각기 다르다. 영국 운동과 신체활동 관리 공인사무소(CIMSPA: Chartered Institute for the Management of Sport and Physical Activity)는

개인 트레이너(personal trainer), 체육관 트레이너(gym instructor), 단체 운동 강사(group exercise instructor), 개별 종목의 운동 강사 등 신체활동 영역에서 일하는 다양한 직종에 대한 기준을 제시한다(Chartered Institute for the Management of Sport and Physical Activity, n.d.).

영국 교육부(Ministry of Education)의 지원으로 운영되는 기술교육 훈련원(Institute for Apprenticeships & Technical Education)에서 제시하는 신체활동 관련 비의료서비스 제공 직업은 야외활동 지도자(outdoor activity instructor), 지역사회 활동 지도사(community activator coach)를 포함한다(Institute for Apprenticeships & Technical Education, n.d.a). 야외활동 지도자는 아동과 성인이 야외에서 하는 신체활동과 여가활동(카누 타기, 등산, 자전거 타기, 양궁 등)을 지도·감독한다(Institute for Apprenticeships & Technical Education, n.d.b). 지역사회 활동 지도사는 지역사회의 공공 및 민간기관에서 전 연령층을 대상으로 신체활동 계획을 수립하고 지도한다(Institute for Apprenticeships & Technical Education, n.d.-a). 신체활동 인력은 공공, 민간의 운동시설, 청소년 수련관, 레저활동 센터, 교육기관 등 다양한 장소에서 일한다.

다. 보건사(public health practitioner)

보건사는 여러 분야에서 다양한 역할을 하며, 역할에 따라 명칭이 각기 다르다. 영국 보건사 직종의 대부분은 명확한 자격 요건이 설정되어 있지 않으며, 영국 보건 레지스터에 등록하는 것도 자율에 맡긴다. 이는 보건 간호사나 방문 건강관리사(health visitor, 간호사, 조산사 자격 보유 조

건 있음)의 등록이 의무화되어 있는 것과 다르다. 보건사로서 보건 레지스터에 등록하기 위해서는 각 지역의 시험과 검증 절차(verification scheme)를 거쳐야 한다(National Health Service, n.d.). 일부 보건사의 역할과 자격 요건은 <표 5-1>과 같다.

<표 5-1> 영국 보건사(public health practitioner) 직종의 예

직종	역할	자격 요건
10대 임신 코디네이터 (teenage pregnancy co-ordinator)	지역 내 10대 임신 전략에 정의된 목표 달성을 위한 역할을 함. 성(性), 관계 형성 관련 교육, 피임도구 접근성 향상, 성 건강 상담 등 수행	청소년 대상 업무 수행 자격 3등급(Youth Work qualification level 3) 또는 유사 건강 관련 자격과 성 건강 관련 훈련 경험을 요구하는 경우가 많음. 또한 성 건강이나 10대 임신 분야에서 청소년을 대상으로 일한 경험을 요구하기도 함.
금연 상담사 (smoking cessation adviser)	개별, 그룹, 전화 금연 상담 치료 방법, 행동지지 기술, 대처 전략 등에 대한 정보 제공, 대상자 금연 계획 수립 및 모니터링 등	중등교육 이상의 학력과 치료 서비스 경력을 요구하는 경우가 많음. 상담, 교육학, 사회복지 자격 등도 도움이 됨.
물질 오용 관리자 (substance misuse worker)	약물이나 알코올 문제가 있는 사람들에게 적절한 정보와 지지 제공(조언, 동기강화 상담, 대체요법, 약물 사용과 관련된 치료적 중재 등)	중등교육 이상의 학력과 물질 오용 문제 관련 업무 경험을 요구하는 경우가 많음. 상담, 교육학, 사회복지 자격 등도 도움이 됨.
보건영양사 (public health nutritionist)	지역사회 영양서비스 개발 및 평가 지역 내 식이 관련 질환(비만, 심혈관계질환, 당뇨 등) 대처 정책 및 전략 개발 기여 식품·영양 관련 홍보 기획 등	영양학 대학학위와 함께 보건영양 분야 실무 경험을 요구함
건강 향상 실천가 (health improvement practitioner)	건강 향상을 위한 조언 제공 직원 교육훈련 최신의 건강정보 수집 건강향상에 대한 정보와 이니셔티브에 대한 보고서 작성	명확한 자격 요건 없음. 주로 보건학 학위를 가지고 있거나 관련 훈련을 받았음.

자료: National Health Service. (n.d.). Public health practitioner. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/roles-public-health/public-health-practitioner>에서 2020.10.13. 인출.

3. 유럽연합

유럽연합의 여러 국가들은 유럽연합 내에서 경제적, 문화적 교류를 활발히 하고 있는데, 이에 전문인력의 교류도 포함된다. 보건의료인력이 유럽연합 내의 한 국가에서 자격을 취득한 경우, 타 국가의 자격 인정 요건을 충족시킨다면, 해당 자격으로 타 국가에서도 일하는 것이 가능하다 (European Commission, n.d.).

가. 식생활 관련 인력

유럽연합은 각 국가마다 전문인력 데이터베이스¹⁸⁾를 구축하여, 보건의료인력을 포함한 각 국가 전문인력의 자격 기준을 비교할 수 있도록 하고 있다. 이 데이터베이스에서 제공하는 전문인력 정보 중 이 보고서에서 정의하고 있는 비의료건강관리서비스를 제공하는 인력은 영양사가 유일하다. 유럽연합 중 5개 국가의 영양사의 자격 요건은 <표 5-2>와 같다. 5개 국가 중 4개국은 영양사 직업을 '보호되는 명칭(protected title)'으로 규정하여, 타 직종에서 '영양사'라는 명칭을 이용할 수 없도록 하였다. 2개국은 영양사의 업무를 '배타적 업무(reserves of activities)'로 규정하여, 영양사 이외 직종에서 영양사의 업무를 수행하지 못하도록 하였다.

프랑스의 경우 공중보건코드에 의해 보건전문직의 자격 및 업무가 설정된다. 영양사는 의사, 간호사, 조산사, 치과의사, 약사, 물리치료사와 함께 공중보건코드에 포함되는 보건 전문직으로 분류된다(Légifrance, n.d.).

18) The EU Single Market Regulated professional database: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=homepage>

〈표 5-2〉 EU 전문인력 데이터베이스에 등록된 영양사 업무 영역 및 자격 조건

명칭	국가	명칭 사용 및 업무 영역	자격 요건	활동
Dietitian	영국	보호되는 명칭 배타적 업무 아님	3-4년제 대학 학사학위	영양학적 지식을 활용하여 환자의 의학적 상태를 치료하기 위한 식사 계획 개발함. 식품 선택에서 긍정적인 변화를 만들게 하여 건강 증진을 도모함.
Diététicien	프랑스	보호되는 명칭 배타적 업무	영양학, 전문응용생물학, 식이요법 분야의 대학 졸업장 보건부 장관이 지정한 기관에 자격 증명서류 제출 후 승인 받아야 함	영양에 관한 조언 제공, 처방에 따라 신진 대사 또는 섭식장애가 있는 환자의 교육 및 영양 재화에 참여 개인 식사 평가, 영양 교육 제공
Diätassistent	독일	보호되는 명칭 배타적 업무 아님	대학 학사학위	의사 처방에 따른 식이·영양 치료 의학적 상태의 예방과 치료를 도움 환자에게 영양적 조언 제공 영양교육 수행
Dietician	아이슬란드	보호되는 명칭 ¹⁾	4년제 대학 학사학위	개인 수준부터 넓은 공공의 건강 수준까지 식사와 영양 관련 문제를 평가, 진단, 치료 영양사의 업무 대상은 건강한 사람과 질병이 있는 사람 모두를 포함함. 병원, 1차 의료기관, 사설 기관, 교육계, 연구계, 산업계, 정부기관, 컨설팅 등 다양한 장소에서 일함.
Diététicien	스위스	배타적 업무 ²⁾	3-4년제 대학 학사학위	건강하고 균형있는 식사에 대해 알려서 질병의 예방과 관리의 역할을 함. 상담 수행, 특정 영양 요구도가 있는 대상(운동선수, 아동, 환자 등)에게 식사 관리법 제시 균형있는 생활습관의 필요성에 대한 대중 교육 수행

주: 1) 업무 배타성에 대한 정보 없음.

2) 명칭 사용에 대한 정보 없음.

자료: 1) The EU Single Market Regulated professional database: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=homepage>

2) 독일: 영양사 직업에 관한 법률. http://www.gesetze-im-internet.de/dl_tassg_1994/BjNR044610994.html#BjNR044610994BjNG000100307

나. 신체활동 관련 인력

유럽연합 국가들의 신체활동 관련 인력은 유럽 신체활동 전문가 유럽 레지스터(EREPS: European Register of Exercise Professionals)에 자율적으로 등록할 수 있다. 유럽연합 내 36개 국가(영국 포함)와 비EU 국가의 신체활동 관련 인력이 EREPS에 등록할 수 있다(EREPS, n.d.). EREPS에 등록할 수 있는 자격은 유럽 활동표준(EuroActive Standards)에 의해 정해진다. 유럽 활동표준은 전문 표준 위원회에서 정했으며, 피트니스 영역의 자격 프레임워크(SQF: Sector Qualification Framework)를 규정할 때, 유럽 내 여러 국가의 자격 시스템을 서로 비교가능하게 구분하는 프레임워크인 유럽 자격 프레임워크(EQF: European Qualification Framework)로 이용되었다. 2015년 기준 유럽 피트니스 영역의 자격 프레임워크에 따라 EREPS에 등록 가능한 신체 활동 인력은 아래 그림과 같다.

[그림 5-1] 유럽 피트니스 영역 자격 프레임워크에 따른 EREPS 등록가능 신체활동 인력

The European Fitness Sector Qualification Framework		
EQF/SQF LEVEL [Bologna Process]	General Population	Special Population
7 and 8		
6	Advanced Health and Exercise Specialist	
5 (short cycle)		Exercise for Health Specialist Pre-diabetes Exercise Specialist Weight-management Exercise Specialist
4	Personal Trainer Pilates Trainer	Youth Fitness Trainer (12-17 years) Children's Fitness Trainer (6-11 years) Active Ageing Trainer
3	Fitness Instructor Group Fitness Instructor Group Exercise to Music Aqua Fitness Instructor	
2	Fitness Assistant	

자료: EuropeActive.(n.d.-b) The context of the EuropeActive Standards. <http://www.ehfa-standards.eu/es-context>에서 2020.11.4. 인출.

각 직업에 따라 업무 범위가 일반 인구집단 대상과 특정 인구집단 대상으로 나뉜다. 직업 별 역할 및 업무 수행 범위는 <표 5-3>과 같다. 역할과 업무 수행 범위는 EQF 레벨에 따라 다르다. EQF 레벨이 높아질수록 높은 수준의 경력과 자격 요건이 요구된다. EQF 레벨이 낮은 직종은 건강한 사람만을 관리 대상으로 삼고, 다른 전문가의 지시·감독에 따라 업무를 해야 한다. EQF 레벨이 높을수록, 신체활동 프로그램을 스스로 기획, 시행, 평가할 수 있으며, 레벨이 높을수록 임상적 증상이 있는 사람을 관리 대상으로 포함할 수 있다(EuropeActive, n.d.-a).

〈표 5-3〉 유럽 활동표준(EuroActive Standards)에 따른 신체활동 관련 인력 자격 요건 및 역할

명칭	EQF 레벨	필수 조건	역할 및 능력
피트니스 보조원 (fitness assistant)	2	<ul style="list-style-type: none"> 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 새로운 회원이나 기존 회원의 건강 증진과 피트니스 참여를 위한 역할 수행, 정보 제공, 피트니스 강사 보조 감독 하에 업무 수행
(그룹)피트니스 강사 (group) fitness instructor)	3	<ul style="list-style-type: none"> 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 새로운 회원이나 기존 회원의 요구도에 맞는 피트니스 경험을 위한 피트니스 참여 제공, 기구를 사용하거나 단체수업을 통해 피트니스 지도, 안전하고 효과적인 활동 도려 그룹 피트니스 강사의 경우 한번에 1명 이상을 감독·지시할 수 있음.
개인 트레이너 (personal trainer)	4	<ul style="list-style-type: none"> EQF 레벨 3 피트니스 강사 또는 동등 인증 자격 	<ul style="list-style-type: none"> 대상자의 정보를 수집하고 분석하여 개인에게 맞는 운동 프로그램을 계획, 시행, 평가 잠재적 대상자가 신체활동을 할 수 있도록, 기존 대상자가 지속적으로 신체활동을 하도록 동기 부여
청소년 피트니스 강사(youth fitness instructor)	4	<ul style="list-style-type: none"> 상동 	<ul style="list-style-type: none"> 아동, 청소년 대상 신체활동의 계획, 지도, 평가 다양한 스포츠와 일반적인 활동의 기본 기술과 연관된 놀이, 게임 수행, 건강 생활습관 증진을 위한 개인과 그룹 피트니스 활동
건강한 노화 트레이너(active ageing trainer)	4	<ul style="list-style-type: none"> EQF 레벨 3 피트니스 강사 또는 동등 인증 자격 그룹 피트니스 진행할 경우 EQF 레벨 3 그룹 피트니스 강사 또는 동등 인증 자격 	<ul style="list-style-type: none"> 체육관 내 도구를 활용하여, 또는 그룹 피트니스 강좌를 통해 피트니스 지도를 함. 레벨 3 강사와 노화 생리학에 대한 이해 수준과 노인에게 안전한 신체활동 프로그램 구성과 시행 능력에서 차이가 남. 노인 신체활동 참여자에게 우호적인 신체활동 환경 조성
건강을 위한 운동 전문가(exercise for health specialist)	5	<ul style="list-style-type: none"> 레벨 4 개인 트레이너 또는 동등 인증 자격의 기술과 지식 수준 그룹 활동을 수행할 경우, 레벨 3 그룹 피트니스 강 	<ul style="list-style-type: none"> 만성적 건강문제가 있는 사람, 생활습관으로 인한 질환 고위험군 등 다양한 사람들과 대화하는 기술이 필요함. 낮은 수준부터 중간 수준의 위험도가 있는 다양한 만성질환을 가지고 있는 개인 또는 집단을 위한 신체활동 프로그램 계획과 감독 대상자의 상태에 대한 표준 치료 방법에 대한 이해를 가지고 있으며, 대상자

명칭	EQF 레벨	필수 조건	역할 및 능력
의상(당뇨(전단계), 체중관리) 운동 전문가(pre)diabetologists/weight management exercise specialist)	5	<ul style="list-style-type: none"> 사 또는 동등 인증자격 수준 활동을 포함할 경우 수중 활동 관련 자격 운동전문가로 최소 3개월 (전일제) 근무 경력 	<p>의 상태에 대해 의료진문가와 정확한 의학 용어를 이용하여 효과적으로 의사 소통할 수 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> 생활습관, 건강관, 스트레스 관리, 운동과 관련된 증상, 약물 복용 등을 포함한 전반적인 웰니스에 대한 포괄적인 접근법 활용
임신 및 산후 운동 전문가(pregnancy and post natal exercise specialist)	5	<ul style="list-style-type: none"> 상동 	<ul style="list-style-type: none"> 대상자에 대한 정보 수집과 분석을 통해 당뇨 (전단계) 환자 또는 비만, 과체중 대상자를 위한 운동 프로그램 계획, 시행, 평가 및 감독 특정 운동 프로그램 시행과 모니터링을 통해 대상자의 건강 증진을 도움.
건강을 위한 운동 고급전문가 (advanced exercise for health specialist)	6	<ul style="list-style-type: none"> 운동과학, 체육교육 관련 학사 학위(학위 과정 과목 이수에 대한 규정 포함) 최소 500시간의 개인 트레이너 또는 신체활동 전문가 경력과 기초 관리 책임 및 연구 경력 	<ul style="list-style-type: none"> 처음 운동을 시작하거나, 이미 운동을 활발히 하고 있는 임신 전단계와 산후 기 여성 대상 개인/집단 운동 프로그램 시행 전반적인 신체 기능 평가, 적절한 운동 프로그램 개발, 대상자의 진행과정을 검토하고, 관계자에게 운동 수행 상황과 결과를 보고함. 일반인과 특정 생애주기, 낮은 수준부터 중간 수준의 임상적 위험도를 지닌 인구 집단 등을 대상으로 대상자에 대한 정보 수집과 분석을 통해 운동 프로그램 계획, 시행, 지도, 평가 및 감독 다른 신체활동 전문가 감독 제공되는 서비스의 질 보장을 위해 운동 시설 관리 및 프로그램 시행에 관여

자료: EuropeActive (n.d. -a). EuropeActive Standards. <http://www.ehfa-standards.eu/es-standards>에서 2020.11.4. 인출.

다. 금연 관련 인력

흡연 예방 유럽 네트워크(ENSP: European Network for Smoking and Tobacco Prevention)는 문헌고찰과 기존의 지침, 관련 법규 고찰을 통해 담배 의존 치료에 대한 가이드라인을 발표한다. 가장 최근의 가이드라인은 금연 치료 중재의 표준과 관련 프로그램 운영 인력에 대한 권고를 포함하고 있다. 해당 가이드라인은 의료인 외에 담배 의존 치료 전문가(TDTS: tobacco dependence treatment specialist)를 금연 서비스 제공 인력으로 포함하였다. 가이드라인은 TDTS를 효과적이고 근거 기반의 담배 의존 치료 중재프로그램을 제공할 수 있는 기술과 기술을 보유하고 훈련을 받은 전문가로 정의한다. TDTS는 의료시설, 교육기관, 사회서비스 기관, 보건기관, 금연센터, 금연 전화상담소, 정신건강 관련 기관 등에서 근무한다. 가이드라인에서 제시하는 TDTS의 필수 역량은 흡연 관련 정확한 지식과 교육 제공, 상담 기술, 치료 계획을 세우기 위한 평가 면담 기술, 치료 계획 수립, 약물치료에 대한 정보 제공, 재발 방지, 고난이도 흡연자 접근 방안 등이다(European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2020).

유럽에서 제공되는 금연 관련 서비스는 2010년 기준 약 2,500개인 것으로 추산되며, 금연 관련 서비스는 (1) 금연 부서(STCU: specialized tobacco cessation units), (2) 금연 전문가 운영 의료시설(TCSP: tobacco cessation specialist's practices), (3) 금연 상담 센터(TCCC: tobacco cessation counseling centres)로 분류할 수 있다. STCU에는 최소 1명의 의사와 금연 전문가 1명을 포함한 2명의 건강전문가가 배치되어 있다. STCU는 약물 처방, 행동 지지요법 등 다양한 치료 방법을 제공한다. TCSP을 금연 프로그램이 일부, 또는 풀타임으로 제공하는 의

료시설로, 약물 처방이 가능하지만 금연 클리닉의 다양한 서비스를 제공하지 않는다. 금연상담센터는 금연 전문가가 상주하여, 흡연 의존 치료를 위주로 하는 곳이다. 주로 의사는 상주하지 않으며, 심리학자, 간호사, 또는 다른 건강전문가가 상담사의 역할을 한다. 금연상담센터는 약물 치료는 제공하지 않는다(European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2020).

제2절 주요국의 비의료건강관리서비스 제공 사례

비의료건강관리서비스는 전통적인 대면 상담, 교육부터 최근의 디지털 기술을 활용한 앱, 인공지능 활용 등까지 다양하게 이루어진다. 이 절에서는 일부 국가의 비의료건강관리서비스 도입 및 관리를 위한 지침을 모바일 어플리케이션에 중점을 두고 살펴보고, 미국에서 제공하는 일부 비의료 건강관리 서비스의 사례를 제시하였다.

1. 비의료 건강관리 모바일 어플리케이션

ICT 기술의 발달로 건강관리 영역에서 디지털 기술의 활용이 급속도로 증가했다. 사용자의 건강을 보호하기 위한 디지털 기술의 규제가 필요하지만, 모바일헬스(mhealth), 특히 소프트웨어와 하드웨어의 구성은 기존의 건강관리서비스 규제와 다른 방식이 요구된다. 일부 디지털기술을 활용한 도구는 정확성과 환자 안전에 대한 우려로 사용이 중단되기도 하였다.

OECD는 모바일헬스 도구(mhealth product)를 다음의 3가지 목적에 따라 분류하였다(OECD, 2017).

- (1) 관리: 청구, 진료 예약 확인, 기본적인 커뮤니케이션
- (2) 건강관리: 복약 관리, 리마인더, 운동량 측정
- (3) 복합기능: 여러 변수를 파악하고 이용하여 약물 복용량을 계산하거나 다른 의료적 결정을 내리는데 도움을 주는 도구

이 중 두 번째 목적인 건강관리는 비의료건강관리서비스의 영역에 포함된다. 비의료건강관리서비스를 제공하는 모바일 어플리케이션은 일반적으로 사용자에게 미치는 위험도가 적거나, 없는 것으로 판단되어 비의료기기로 분류된다. 2014년 국제 의료기기규제 포럼(International Medical Device Regulators Forum)은 “물리적 의료기기의 일부가 아니지만 1개 이상의 의료적 목적으로 사용되는 소프트웨어”를 “Software as Medical Device(SaMD)”, 즉 소프트웨어 의료기기로 규정했다(International Medical Device Regulators Forum, 2014, p.7). SaMD는 사용 의료환경이나 사용자의 건강상태와 SaMD에 의해 제공되는 정보가 의료적 결정에 미치는 중요도에 따라 위험도를 4단계로 분류한다. 이 중 위험도가 가장 낮은 첫 번째 단계의 SaMD는 건강한 성인을 대상으로 가벼운 질병의 위험도 예측, 의료진의 검토를 위한 혈압 정보 저장 등을 제공하여, SaMD의 사용자에게 위해를 미칠 가능성이 없거나 낮다(International Medical Device Regulators Forum, 2014). 미국 식품의약국(FDA: Food and Drug Agency)도 해당 분류에 따라 건강한 생활습관 유지와 장려를 위한 목적을 가지고 있으며, 질병의 진단, 치료, 완화, 예방과 관련이 없는 소프트웨어와 환자가 제공하는 정보를 기록 및 저장하는 기능을 가지고 있지만 해당 기록이 의료적 판단을 위해 사용되지 않는 소프트웨어는 비의료기기로 분류하였다(Section 520 of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (21 U.S.C. 360j)). 유럽연합

역시 모바일헬스와 관련된 어플리케이션을 의료기기와 비의료기기로 분류한다(European Commission, 2014).

이와 같이 건강생활습관 관리를 위한 대부분의 소프트웨어가 비의료기로 분류됨에 따라 정부 차원의 규제를 받지 않게 되었지만, 비의료건강관리 영역에서 모바일 어플리케이션의 질 관리의 필요성이 지속적으로 제기되어 왔다. 2014년 유럽연합 위원회(European Commission)가 발간한 보고서는 사람들이 개인정보 문제의 이유로 m-헬스 앱을 신뢰하지 못한다고 보고하였다(European Commission, 2014). 이에 유럽연합 위원회는 산업계 이해관계자들에게 개인정보의 원칙을 다루는 행동규칙을 설정하여 신뢰를 증진시킬 것을 권고하였다. 2015년부터 산업계 관계자들이 팀을 형성하여 유럽연합 위원회와 함께 모바일 헬스 어플리케이션 관련 사용자들의 신뢰를 향상시키고, m-헬스 관련 제품에서 수집하는 정보의 보안과 사생활 문제에 대한 이용자들의 우려에 대응하기 위해 모바일 헬스 어플리케이션 행동규칙(The Privacy Code of Conduct on mobile health apps)을 개발하고 있다. 팀에 포함된 산업계는 앱 협회(App Association), 앱 개발자 연합회, 애플, 방사선, 전기, 의료 IT 산업의 유럽 조정위원회(COCIR), 디지털 유럽, 유럽 화학 단체(ECHA), 구글, 인텔, 마이크로소프트, 퀄컴, 삼성이 있다. 행동규칙 초안이 발표된 바 있으나, 2020년 10월 기준, 아직 합의된 행동규칙이 발표되지 않았다. 행동규칙의 초안에 포함된 주요 내용은 사용자 동의, 데이터 사용 목적 제한, 사생활 보호의 기본 설정, 사용자 본인 정보 접근성 보장 및 정보 수정 요청 기능, 불필요한 데이터 저장 제한, 보완 기능 강화, 개인정보에 기반한 광고 제한 등이다(European Commission, 2020).

2016년 유럽연합 위원회는 워킹그룹을 구성하여 m-헬스 앱 관련 사용, 개발, 권고, 평가를 개선하기 위해서 안전성, 질, 신뢰성에 대한 기준

을 제시하는 m-헬스 앱 평가 가이드라인(mHealth app assessment guidelines) 개발을 착수했다. 2016년 6월 가이드라인 2차 초안을 발표하였다. 해당 가이드라인은 의료기기로 분류되지 않은 모든 m-헬스 앱의 평가에 사용할 수 있으며, 앱의 사용성, 접근성, 신뢰성, 투명성, 기술적 안정성, 안전성, 효과성, 정보 보안 등을 포함한다(European Commission, Directorate-General of Communications Networks, & Content & Technology, 2016). 그러나 당해 11월에 열린 워킹그룹 회의에서 이해관계자 그룹 대표들 간 가이드라인의 범위, 대상 집단, 가이드라인 대상(앱, 데이터) 등에 대한 합의가 이루어지지 않는다는 것이 확인되었다. 이에 따라 가이드라인의 3차 초안에 대해 공개 자문을 받으려던 계획과 출판 계획은 취소되었다. 워킹그룹은 멤버 간 최소한의 합의가 이루어지지 않았기에 가이드라인 발표를 할 수 없다고 보고하였다(European Commission, 2017).

2. 미국의 비의료건강관리서비스 현황

가. 보험사 건강증진 프로그램(wellness program)

오바마케어(PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act) 이전에 시행되었던 HIPPA(Health Insurance Portability and Accountability Act)는 그룹 보험을 제공하는 보험사들이 가입 대상자의 건강상태에 따라 가입 가능 여부, 보장 범위, 보험료를 차별하지 못하도록 하였다. 그러나 특정 건강증진이나 질병 예방을 위한 프로그램(건강증진 프로그램, 웰니스 프로그램)에 참여하는 것에 대한 혜택은 허용하였다. PPACA는 가입 대상자 차별 금지 조항을 기존의 그룹 보험에서 개인

보험까지 확대하였으나, 건강증진 프로그램에 대한 항목은 여전히 그룹 보험 대상에만 적용하도록 했다.

보험회사 차원에서 가입자에게 건강증진 프로그램을 제공하는 사례는 다음과 같다.

1) CMS <Wellness Program Demonstration Project>

2019년 9월, Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)는 10개 주에서 건강증진 프로그램 시범사업을 운영하기로 하였다. 보험사들은 건강증진 프로그램에 참여하는 가입자들에게 프리미엄 할인이나 인센티브 제공을 할 수 있다. 이러한 건강증진 프로그램의 시행은 각 주의 주민들의 건강 향상과 함께 의료비 지출 감소 효과가 있을 것으로 예상된다.

시범사업에 참여하는 주 정부는 CMS에 참여자 수, 제공된 보상(인센티브), 보험사 비용 절약(cost savings), 참여자의 행동, 의료 이용, 의료비 지출 변화에 대한 정보를 3년간 CMS에 제출할 예정이다. 보건부는 제출된 자료를 이용하여 노동부, 재무부와 함께 건강증진 프로그램의 효과를 평가하고 시범사업의 확대 여부를 결정할 예정이다(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019).

2) John Hancock <Vitality Program>

미국의 보험회사 존헨콕(John Hancock Insurance)은 남아프리카공화국 보험회사 디스커버리(Discovery)의 바이탈리티(Vitality)와 공동으로 건강증진 상품을 개발하여 2015년 4월부터 모든 가입자를 대상으로

바이탈리티 프로그램(Vitality Program)을 제공하고 있다. 가입자가 프로그램에 필수적으로 참여해야 하는 것은 아니지만 보험료를 할인해주거나 건강한 생활습관을 유지할 수 있는 부가적인 서비스를 제공하는 등 가입자의 참여를 유인했다.(John Hancock Life Insurance Company, n.d.).

바이탈리티 프로그램 이용자는 연령, 성별과 같은 개인적 특성에 따라 맞춤형 목표를 설정하고, 웨어러블 디바이스¹⁹⁾를 착용하거나 애플 헬스, 구글 핏 같은 모바일 앱을 통해 건강한 생활습관을 기록하면 포인트를 적립할 수 있다. 예를 들어 조깅, 자전거 타기, 수영 등 운동뿐만 아니라, 예방접종, 건강검진, 건강식 구입, 건강 관련 교육 수강, 충분한 수면, 명상 등 건강에 도움이 되는 행동을 했을 때에도 포인트가 적립된다.

연간 적립 포인트에 따라 4개 등급(브론즈-실버-골드-플래티넘)으로 분류되는데(Bernard, 2015)²⁰⁾, 경쟁사와 비교하여 20년간 납입 보험료를 14%(Bronze 등급)부터 25%(Platinum 등급)를 절약할 수 있다고 설명한다. 이와 동시에 엔터테인먼트, 여행, 쇼핑 등에서 할인과 구독 서비스를 제공하여 이용자가 건강한 삶을 유지할 수 있도록 유도하고 있다.

19) 기기 종류에 따라 무상 또는 유상으로 제공됨

20) 각 등급에 필요한 포인트는 다음과 같음: 실버 3,500포인트, 골드 7,000포인트, 플래티넘 10,000포인트

〈표 5-4〉 바이탈리티 프로그램 제공 리워드

구분	바이탈리티 고 (Vitality Go) ¹⁾	바이탈리티 플러스 (Vitality Plus) ²⁾
연간 보험료 할인 (최대 15%)	미제공	제공
25달러 추가 지불시 애플워치(Apple watch) 제공	미제공	제공
핏빗(Fitbit) ¹⁾ 무료 제공	미제공	제공
피트니스 디바이스(핏빗, 가민, 폴라) 할인	제공	제공
아마존 기프트 카드 제공	미제공	제공
아마존 할인	제공	미제공
아마존 프라임 멤버십 가입	미제공	제공
쇼핑 및 엔터테인먼트 기프트 카드 제공	미제공	제공
헬시 기어(Healthy gear) 할인	제공	제공
호텔스닷컴 할인	미제공	제공
무료 건강 검진	미제공	제공
건강식품 혜택 - 할인 신선농산물 구매 시 월 최대 15달러까지 5%	제공	미제공
건강식품 혜택 - 할인 신선과일·채소 구매 시 연간 최대 600달러	제공	제공
건강식품 혜택 - 할인 healthy savings 주간프로모션 항목은 월 최대 120달러까지 추가 절약	미제공	제공
헬시푸드 혜택 - 포인트 적립	제공	제공
헬시마인드 혜택 - 포인트 적립	제공	제공
Headspace 무료 구독	미제공	제공
Tufts Health&Nutrition Letter 무료 구독	제공	제공
Live More Magazine 무료 구독	디지털 제공	제공
Vitality Squares	제공	제공

주: 1) 추가 금액 지불 없이 가입자 전원에게 무료로 제공되는 바이탈리티 프로그램

2) 최소 월 2달러 이상의 추가금액을 지불했을 때 이용할 수 있는 바이탈리티 프로그램

자료: JohnHancock Insurance, 바이탈리티 프로그램 리워드 비교, https://www.johnhancockinsurance.com/vitality-program/vitalitygo-vitalityplus-compare.html?cid=US_JH_IN_IR_JohnHancockInsurance_VitalityGo_VitalityGO_B2C_CS_LK_00_00_00_00_AW_00_00_ComparisonChartLink_Secondfold 에서 2020.11.12. 인출

나. 사업장 건강증진 프로그램

근로자의 만성질환은 고용주 보조 의료보험(employer-sponsored health coverage)의 지출 증가와 근로자 생산성 감소를 야기하기 때문에 고용주는 근로자의 건강증진과 질병 예방에 관심을 가지게 되었(Mattke et al, 2013).

2017년 조사에 따르면, 10인 이상 사업장의 46.1%가 건강증진 프로그램을 제공하고 있었으나 사업장의 규모가 작을수록 건강증진 프로그램을 제공할 가능성이 낮았다. 프로그램 내용은 신체활동(29%), 스트레스 관리(20%), 금연(19%), 체중조절(17%)에 관한 것이었으며, 종합적인 프로그램을 제공하는 사업장은 적었다(Linnan et al., 2020).

직원에게 종합적인 건강증진 프로그램을 제공하는 미국의 대표적인 사업장의 사례는 다음과 같다.

1) Johnson & Johnson <Health & Wellness>

미국 뉴저지에 본사가 있는 글로벌 제약회사 존슨앤존슨은 1979년 Live for Life 프로그램을 시작으로 현재까지 종합적인 건강증진 프로그램 Health&Wellness를 제공하고 있다(Bartz, 2018). 건강위험도 평가(Health Risk Assessment, HRA)와 중재(intervention)로 구성된 종합적인 건강증진 프로그램 Health&Wellness는 존슨앤존슨 직원의 의료 이용률을 감소시키고 관리 비용을 절감할 수 있었을 뿐만 아니라 결근율이 78% 이상 감소하는 등 업무 효율성을 도모하는데 긍정적인 영향을 미친 것으로 평가된다. Health&Wellness는 교육과정 제공, 근무 환경 개선, 건강관리 어플리케이션 제공 등으로 구성되어 있다.

존슨앤존슨은 모든 직원에게 Energy for Performance(E4P)를 수강할 수 있는 자격을 제공한다. E4P는 주로 스트레스와 마인드셋 관리 등 삶의 만족도를 높이기 위한 에너지 관리 전략에 대한 내용으로 구성되었는데, 2018년을 기준으로 전 세계 직원 약 130,000명 중 60,000명 이상이 참여했다. 자체 연구 결과, E4P를 수강한 직원은 수강하지 않은 직원보다 평균 6년을 더 많이 근속하는 것으로 나타났고, 이를 통해 존슨앤존슨은 2020년까지 약 2억 달러를 절감할 수 있을 것으로 추정했다.

직원 건강증진 프로그램의 일환으로 근무 시간동안 건강한 생활습관을 유지할 수 있도록 환경을 개선하는 사업도 진행되었다. 직원의 식습관을 개선하기 위해 카페테리아의 80% 이상을 건강식으로 구성했고, 운동을 장려하기 위해 전 직원에게 만보계를 지급하고 만보 걷기 챌린지를 하거나 운동센터와 산책로를 건설했다.

Healthy&Me 모바일 어플리케이션을 통해 이루어지는 건강위험도 평가는 미국 근무 직원의 약 90% 이상이 참여하고 있다. 초반에는 참여율이 26%에 불과했으나, 건강보험 공제금을 500달러까지 할인해주는 인센티브를 제공하여 참여율을 크게 높일 수 있었다. 직원들은 어플리케이션에 흡연 여부, 수면시간, 음식섭취량, 체중, 콜레스테롤 및 혈압 등 건강수치를 기록하고, 이를 수집 및 분석하여 건강위험도를 평가한 후 맞춤형 행동 개선 서비스를 제공한다.

2) Baylor College of Medicine <BCM BeWell>

베일러 의과대학은 10,000명 이상의 교직원과 연구원이 근무하는 연구기관으로, 2011년부터 건강증진 프로그램을 시작하여 2014년 BCM BeWell라는 이름으로 확대 실시했다(Baylor College of Medicine,

n.d). 프로그램을 통해 건강과 웰빙 문화를 교육하고자 하였으며, 2019년에는 직원뿐만 아니라 가족까지 참가 자격을 확대했다. 건강증진 프로그램을 통해 베일러 의과대학은 의료예산 부문에서 흑자를 낼 수 있었고, 직원들의 건강 증진에도 도움을 줄 수 있었다. 내부 설문조사 결과에 따르면 응답자의 86%가 BCM BeWell이 건강과 웰빙 개선에 대체적으로 도움을 주었다고 답변했다.

BCM BeWell은 직원의 건강 증진을 신체, 경제, 사회, 교육, 환경, 감정/정신, 영적이라는 7가지 영역에서 접근하고자 했고, 각 영역의 건강을 달성하기 위해 다양한 방식을 제공하고 있다.

신체적 건강 영역은 교육 및 상담, 운동 인센티브 제공, 검진을 통해 이루어진다. 건강에 악영향을 미칠 수 있는 요인과 조치 방법을 알려주는 세미나를 개최하고, 체중과 만성질환 관리 일대일 상담 프로그램을 운영한다. 건강 상태를 모니터링 할 수 있도록 사내 곳곳에 혈압 측정기 등을 배치하고 있으며, 운동 시설 할인권을 제공하거나 생활 속 운동을 실천할 수 있도록 계단 이용을 장려하는 캠페인 StairWELLS를 개최하기도 했다.

건전한 재정 상태에서 전반적인 건강과 웰빙을 유지할 수 있다는 차원에서 경제 세미나와 일대일 재정 상담을 제공한다. 또한 퇴직을 앞둔 직원들에게 미래 재정 상담을 통해 퇴직 후에도 재정적으로 안정적인 삶을 누릴 수 있도록 지원한다.

이 외에도 각종 모임과 커뮤니티 문화를 조성하는 등 사회적지지를 받을 수 있도록 하고, 건강 및 웰빙 분야의 지식을 확장하기 위한 교육 기회 제공, 환경 보호를 위한 재활용 프로그램과 자전거 통근 프로그램 운영, 정신 건강 증진을 위한 자원봉사 휴가, 동물치료, 영성 회복을 위한 요가 수업, 마음 챙김 수업 등을 진행하고 있다.

다. 지역사회 건강증진 프로그램

미국 지역사회에서 건강증진 프로그램은 주로 환자 또는 고위험군의 자기 관리 역량을 함양하기 위해 상담이나 교육의 형태로 실시되었다. Federally Qualified Health Center(이하 FQHC)²¹⁾ 또는 병원에서 일차의료와 연계하여 시범사업 정책의 일환으로 운영되었다는 점이 앞서 살펴본 민간 보험회사와 사업장의 건강증진 프로그램과의 차이점이라고 할 수 있다.

1) Whittier Street Health Center 〈Boston Health Equity Program〉

Whittier Street Health Center(이하 WSHC)는 1933년에 설립되어 1974년에 연방 기금을 지원 받는 FQHC가 되었다. WSHC는 건강의 사회적 결정 요인을 극복하고자 지역 내 암 환자를 포함한 만성질환자를 대상으로 2012년부터 Boston Health Equity Program(이하 BHEP)을 실시했다(Whittier Street Health Center, n.d.).

BHEP는 의료서비스 이용, 지역 사회 봉사 활동과 교육, 사회적 지원을 통합하는 일차 진료 모델이다. 즉 의료와 비의료서비스가 조화된 일차 진료를 제공하며, 참여자의 순응도와 자가 관리 역량을 높이고자 개인의 필요에 맞도록 내용이 조정된 건강증진 프로그램을 제공하고 있다(Lindsey, 2018). 라이프 코칭, 영양 관리 서비스 등 자가 관리 역량을 높일 수 있는 서비스를 지속적으로 지원한다.

21) FQHC는 소득과 관계없이 지역에서 소외된 주민을 대상으로 검진, 치료, 산전관리, 예방 접종, 치과치료, 정신건강, 약물 남용 등 임상과 비임상을 포괄하는 건강관리 서비스를 제공함.

2) Oconee Memorial Hospital 〈Health Coaches for Care Transition〉

사우스캐롤라이나 주에 위치한 Oconee Memorial Hospital은 가정 건강서비스(Home Health Service, HHS)를 대상인 퇴원 당뇨, 심장질환자 등의 만성질환자를 대상으로 2006년부터 2010년까지 Health Coaches for Care Transition 프로그램을 시범적으로 실시하였다(농 Rural Information Hub, n.d.).

만성질환은 혈당 체크를 게을리 하거나 적절한 신체 활동을 하지 않는 등 건강하지 않은 생활 습관 때문에 악화되는 경우가 많았으나, 가정건강 서비스는 주로 전문 간호 서비스를 제공하는 데 초점이 맞춰져 있었기 때문에 질환자가 자가 관리 능력을 키우기 어렵다는 한계가 있었다. 이러한 문제를 극복하기 위해 건강 코치 프로그램은 지역 주민을 건강 코치(Health Coach)로 양성²²⁾하여 대상자의 재입원률과 응급입원률을 낮추고 가정건강서비스를 이용하는 대신 스스로 건강관리를 지속하는 것에 초점을 두었다.

건강코치는 가정방문과 전화를 통해 대상자의 건강 관리 요구를 파악하고 적절한 조치를 조언하거나 지역사회 인프라에 연계하였고, 자가 측정기를 제공하여 혈압, 혈당, 콜레스테롤 등을 스스로 측정하고 모니터링할 수 있도록 교육시켰다. 또한 건강 관리에 적절한 생활습관을 형성할 수 있도록 도와주는 역할을 수행하였다(Dye et al., 2018).

22) 건강 코치는 건강코치의 역할, 의사소통 능력, 노화의 심리 사회적·신체적 측면, 만성질환 기본지식, 영양, 신체활동, 담배, 건강한 생활 습관 변화 및 유지, 지역사회 인프라 등을 교육받았다.

제3절 소결

비의료건강관리서비스는 다양한 인력에 의해 다양한 방식으로 제공되고 있다. 국가마다 비의료건강관리서비스를 제공하는 인력에 대한 기준은 유사하였다. 공통적으로, 식생활 관련 인력 중 영양사는 주로 의료인으로 포함되어 자격 요건이 법률에 의해 정해져있었다. 이는 영양사가 임상 의료현장에서 환자를 대상으로 의료진과 함께 영양 관리 업무를 수행하기 때문인 것으로 보인다.

영양사 이외 인력에 대해 의료인으로 포함하는 사례는 이 보고서에서 검토한 대상 국가에서는 없었다. 비의료인으로 분류되면서 비의료건강관리서비스를 제공하는 인력에 대한 규제나 법적 자격 요건이 없어, 비의료건강관리서비스 제공 인력의 자격 요건, 필수 역량 등에 대한 명확한 설정이 없는 경우가 많았다. 명확한 자격 요건 설정의 부재는 관련 인력의 질 관리의 장애물이 될 수 있다. 특히 특정 인구집단(노인, 아동, 임산부 등)과 질환위험군을 대상으로 하는 비의료건강관리서비스 제공 인력은 일반인 대상 인력보다 더 높은 수준의 지식과 경험, 능력이 필요하다. 신체활동 서비스 제공 인력의 필수 역량을 제시하기 위해 수행된 체계적 문헌고찰 연구는 고위험군의 경우 국가적 차원의 필기와 실기 시험을 통과하도록 하는 것을 제안했다. 중간에서 높은 수준의 임상적 위험을 가지고 있는 대상자들에게는 강한 관리감독을 통한 안전하고, 건강에 이익이 되는 신체활동을 수행할 수 있기 때문이다(Warburton et al., 2013). 이는 신체활동 이외 다른 비의료건강관리서비스 분야에서도 마찬가지일 것이다.

비의료건강관리서비스 참여자의 안전을 보장하고, 건강 피해를 방지하며, 서비스 질의 표준화를 위해 각국 유관 기관 및 단체에서는 자격증을 발급하고, 자율적 등록 레지스트리를 운영하고 있다. 자격증의 발급 및

취득자 관리와 레지스트리 운영은 인력 수준 및 능력의 표준화, 질 관리, 자격증 소지자가 적절한 수준의 자격 및 능력이 있음을 보장할 수 있다. 또한 전문인력에 대한 정보를 제공하여, 이용자에게 서비스 선택권을 제공하고, 인력의 질 관리를 통해 고용주와 서비스 이용자 모두에게 양질의 서비스를 보장할 수 있다.

비의료건강관리서비스는 민간과 공공 영역 모두에서 모바일헬스 어플리케이션, 사업장 건강증진 프로그램, 퇴원 환자를 위한 재가 관리 등 다양한 형태로 활용되고 있다. 비의료건강관리서비스는 긍정적인 건강 변화를 가지고 올 수 있는 잠재력을 가지고 있으나 서비스의 구성 및 관련 인력에 대한 명확한 지침이나 제도가 없어서 발생 가능한 위해의 예측이 불분명하다. 연구 및 사업을 통해 비의료건강관리서비스 제공의 장단점을 파악하고, 제공 인력의 필수 역량 및 역할을 설정하여 비의료건강관리 서비스를 이용하는 국민의 안전과 건강을 보장할 필요가 있다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제6장

국가건강데이터 기반 비의료건강관리서비스의 수요분석

제1절 건강관리 수요에 대한 분석방법

제2절 비의료건강관리서비스의 수요 분석 결과

제 6 장

국가건강데이터 기반 비의료건강관리서비스의 수요분석

제1절 건강관리 수요에 대한 분석방법

1. 비의료건강관리서비스의 대상자 정의

비의료건강관리서비스의 수요 분석을 위하여 먼저 비의료건강관리서비스가 필요한 대상자의 범위에 대한 조작적 정의가 필요하다.

건강관리서비스는 ‘건강유지와 증진 및 질병의 사전 예방과 악화 방지를 목적으로 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하기 위하여 제공자의 판단이 개입된 상담과 교육, 훈련, 실천 프로그램 작성 및 관련 서비스를 제공하는 행위’ 로 정의된다(보건복지부, 2019a). 단, 이 때 의료적 판단에 따른 서비스 제공은 제외된다.

이와 같이 비의료건강관리서비스는 의료적 개입이 포함된 ‘치료’ 서비스를 제외하고 건강유지와 증진에 관련된 광범위한 서비스를 포함한다(표 5-1). 따라서 질병이 없는 건강인과 질병 발생 예방을 위한 집중적인 관리가 요구되는 고위험군 뿐만 아니라 질병의 악화 방지를 위한 지속적인 관리가 필요한 만성질환자 모두가 비의료건강관리서비스의 대상자가 될 수 있다. 이에 이 장에서는 서비스 대상자의 범위를 다음과 같이 포괄적으로 정의하고 다양한 특성에 따라 수요를 추정하고자 한다.

- ① 만성질환군(고혈압, 당뇨병)
- ② 고위험군(비만, 대사증후군)
- ③ 건강관리군(흡연, 음주, 걷기, 정신건강, 건강관련 삶의 질)

비의료 건강관리서비스에 대한 잠재적인 수요가 있는 대상자에 대한 정의는 다음의 기준에 따라 산출하였다.

먼저 만성질환 중 가장 유병률이 높고, 보다 중증의 심혈관 질환과 합병증 예방을 위한 생활습관 관리가 가장 중요한 고혈압과 당뇨병 환자군을 ‘만성질환군’으로 정의하였다.

만성질환자에 대한 정의는 국민건강영양조사 결과를 활용하여 산출 및 발표되는 국가 공식 승인 통계인 국민건강통계의 산출 기준을 적용하였다.

※ 만성질환군 정의: 국민건강통계 산출 기준

- ① 고혈압: 수축기혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용하는 경우
- ② 당뇨병: 공복혈당이 126mg/dL 이상이거나 의사진단을 받았거나 혈당강하제복용 또는 인슐린주사를 사용하는 경우

또한 지속적인 관리가 중요한 만성질환자의 경우, 질병 이환 중인 집단의 규모와 함께 지속적인 치료 혹은 관리의 노력을 실천하지 못하고 있는 대상자의 규모도 함께 고려하고자 한다.

이 때 고혈압과 당뇨병의 치료 미시행군은 만성질환자에 대한 정의와 동일하게 국민건강통계에서 고혈압과 당뇨병 치료율을 산출하는 기준을 활용하여 다음과 같이 정의하였다.

※ 만성질환 치료 미시행군 정의: 국민건강통계 산출 기준 참고

- ① 고혈압 치료 미시행군: 고혈압 유병자 중 현재 혈압강하제를 한달에 20일 이상 복용하지 않는 경우
- ② 당뇨병 치료 미시행군: 당뇨병 유병자 중 현재 혈당강하제 미복용 또는 인슐린 주사를 사용하지 않는 경우

의학적 진단을 받고 치료를 받고 있는 만성질환자 이외에도 비만 혹은 대사증후군 등 만성질환의 발병 위험을 높이는 위험요인을 복합적으로 가지고 있는 대상자들을 ‘고위험군’으로 정의하였다. 이 때, 비만은 국민건강통계 산출 기준인 체질량지수(Body Mass Index; BMI) $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상인 경우로 정의하고, 대사증후군의 경우 미국 국가 콜레스테롤 교육프로그램 지침(NCEP-ATP III)에 한국인의 복부비만 기준을 적용한 보건복지부와 대한의학회의 기준에 따라 다음과 같이 정의하였다.

※ 대사증후군 정의: 다음 구성 요소 중 세 가지 이상이 해당되는 경우

- ① 복부비만: 허리둘레 남자 90cm, 여자 85cm 이상
- ② 고중성지방혈증: 중성지방 150mg/dL 이상
- ③ 낮은 HDL 콜레스테롤혈증: 남자 40mg/dL 미만, 여자 50mg/dL 미만
- ④ 높은 혈압: 130/85mmHg 이상 또는 고혈압약 투약 중
- ⑤ 혈당 장애: 공복혈당 100mg/L 이상 또는 당뇨병 과거력, 혈당조절약 투약 중

마지막으로 ‘건강관리군’의 경우, 인구집단 내의 변이가 크고 필요한 건강관리서비스의 유형이 상이하여 명확한 기준을 정의하기가 쉽지 않다. 건강위험요인의 수준이 매우 낮은 건강한 인구집단을 대상으로 질병 예방과 건강증진을 위한 지속적인 관리를 지지하고 지원하는 건강관리서비스도 ‘비의료’ 건강관리서비스의 관점에서 매우 중요한 영역이나 이러한 수요를 실증분석을 통해 계량적으로 산출하기에는 제한이 있다.

따라서 이 연구에서 비의료 건강관리서비스의 잠재적 수요가 있는 ‘건강관리군’을 인구집단 중 인구학적 특성 혹은 건강행동 실천 등의 측면에서 건강관리서비스를 통한 보다 적극적이고 지속적인 관리가 요구되는

인구집단으로 정의하였다.

앞서 만성질환군과 고위험군을 정의한 기준과 동일하게 국민건강통계에서 건강행태 실천과 건강수준에 대한 통계를 산출하는 기준을 활용하여 다음과 같이 정의하였다.

- ※ 건강관리군 정의: 국민건강통계 산출 기준 참고
- ① 흡연군: 평생 담배 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 경우
 - ② 고위험음주군: 최근 1년 동안 월 1회 이상 한 번의 술자리에서 남자 7잔, 여자 5잔 이상 음주한 경우
 - ③ 걷기 미실천군: 일주일에 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천하지 않은 경우
 - ④ 정신건강 취약군: 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느낀다고 응답하거나 우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 경우
 - ⑤ 건강관련 삶의 질 취약군: EQ-5D index 평가 결과 하위 25% 인 경우

2. 비의료건강관리서비스의 수요 분석을 위한 자료원 선정

비의료건강관리서비스의 전반적인 수요 분석을 위하여 대표성 있는 자료를 활용한 통계 산출이 필요하다. 이에 전국 단위의 대표성 있는 표본을 대상으로 진행되는 ‘국민건강영양조사’ 제7기(2016-2018년) 조사 자료를 활용하여 분석을 진행하였다.

‘국민건강영양조사’는 「국민건강증진법」 제16조에 근거하여 매년 질병관리청(구 질병관리본부)에서 수행하는 조사로, 국민의 건강과 영양 상태를 파악하기 위한 목적으로 매년 192개 지역의 25가구를 확률표본으로 추출하여 만 1세 이상 가구원 약 1만 명을 대상으로 진행된다. 조사 내용은 인구사회학적 특성과 건강행동, 의료이용, 정신건강, 구강건강, 사고 및 중독, 안전의식, 삶의 질 등의 항목에 대한 면접조사로 이루어지는 건강설문조사와 혈압, 혈당, 신체계측 등의 항목이 포함된 검진조사, 식생활과 영양 상태에 대한 영양조사로 구성된다.

국민건강영양조사의 결과는 국내 건강 및 영양 상태에 대한 정부 지정 공식 승인통계 산출과 발표, 국제 간 비교와 관련 정책의 근거 자료로 활용된다. 이와 같은 대표성 있는 표본을 대상으로 이루어진 조사의 결과는 인구학적 특성과 건강수준을 반영한 건강관리서비스의 수요를 추정하는데 활용될 수 있다.

이 연구에서는 국민건강영양조사의 ‘검진조사’ 항목 중 신체계측 자료(신장, 체중, 허리둘레), 혈압, 혈당, 중성지방, 총 콜레스테롤, HDL 콜레스테롤 등의 정보를 활용하여 고위험군과 만성질환자의 규모를 파악하고 ‘건강설문조사’의 의료이용과 사고 및 중독 경험, 주관적 건강수준, 이환력 등의 정보를 활용하여 건강관리군의 규모를 확인하였다.

3. 비의료건강관리서비스의 수요 분석 방안

분석에 활용된 자료는 단면조사 자료로 자료 수집 시점의 결과를 바탕으로 전국 단위의 비의료 건강관리서비스의 수요 현황을 추정할 수 있다. 본 연구에서 조작적으로 정의한 비의료 건강관리서비스의 대상군인 ‘건강군’ 과 ‘고위험군’, ‘만성질환군’에 포함되는 대상자의 규모를 파악하

고, 이를 바탕으로 수요 예측모형을 구성하고 인구 추계자료를 적용하여 중장기 수요 예측을 진행하였다.

가. 수요 예측모형 개요

분석을 통해 수요 예측모형을 구성하고 이를 인구 추계자료에 적용하여 중장기 수요 예측을 진행하였다.

영국 보건부에서는 London School of Economics(LSE)의 Personal Social Services Research Unit(이하 PSSRU)을 통해 지난 1998년부터 보건의료서비스의 수요 및 재정을 추계하는 장기 연구과제를 수행하고 있다(Wittenberg 등, 2006). 이 연구과제는 다양한 시나리오 하에서 향후 인구집단에 대한 다양한 유형의 보건의료서비스에 대한 수요를 추정하고, 다양한 정책 변화와 영역 간 지출의 균형을 고려하여 자원 마련에 대한 영향력을 평가하기 위해서 시작된 연구이다.

단기적인 서비스의 이용 보다는 지속적인 서비스의 수요를 추정하는 것에 초점을 맞추어 장기 추계를 수행하며, PSSRU의 추계 모형은 크게 네 가지 주요 변수에 대한 추계를 실시한다.

- ① 각기 다른 인구사회학적 특성(연령, 성별 등)에 따른 인구 수 추계
- ② 요구되는 보건의료서비스의 양 추계
- ③ 각기 다른 자원(공공 자원, 민간 자원)별 지출금액 추정
- ④ 보건의료서비스를 위한 사회 인력의 수요 추정

비의료건강관리서비스의 확대를 앞두고 잠재적인 수요를 분석하고 보다 장기적인 관점에서 평가하는 것이 필요하므로 본 연구에서는 이와 같은 PSSRU의 추계 모형 중 서비스의 수요 추정방법을 적용하고자 한다. 이는 지속적인 수요를 추정하는 것에 초점을 맞추어 장기 추계를 진행할 수 있다는 점에서 의미가 있다.

PSSRU의 보건의료서비스 수요 추계는 기본적으로 셀 방식의 접근 모형(Cell-based Model)을 적용한다. 회귀분석 등을 통해 보건의료서비스의 수요에 영향을 미치는 잠재적인 영향요인들을 파악하고, 이러한 요인들을 기준으로 전체 인구집단을 층화 분류하여 각 하위 집단의 인구수를 추산하고, 이를 합산하여 전체적인 규모를 추계하는 방식이다.

나. 수요 예측 방법

이 연구에서는 전체 인구집단을 성별과 연령에 따라 층화하고, 각 하위 집단이 앞서 정의한 비의료 건강관리서비스의 잠재적인 수요가 있는 ‘건강관리군’ 과 ‘고위험군’, ‘만성질환군’ 에 포함될 추정 확률을 산출하였다. 그리고 각 요인의 변화에 따른 수요를 전체 인구집단의 규모에 적용하여 추계하고, 인구 추계자료를 활용하여 중장기 추계를 진행하였다.

회귀모형을 기반으로 한 수요 예측을 각 대상군 별로 진행하였으며, 다음과 같은 과정으로 진행할 수 있다.

※ PSSRU 모형을 적용한 대상증후군 대상자 수요 예측 과정 (예시)

① 성·연령별 대상증후군 발생의 예측모형 구성

: 대상증후군 발생 확률 = f(연령, 성)

$$\log\left(\frac{p_r(ms)}{1-p_r(ms)}\right) = \beta_0 + \beta_1 s + \beta_2 a_1 + \beta_3 a_2 + \beta_4 a_3 + \beta_5 a_4$$

ms 대상증후군 유무 (유=1, 무=0)

s 성별 (남=1, 여=0)

a_1 연령그룹 19-34세

a_2 연령그룹 35-49세

a_3 연령그룹 50-64세

a_4 연령그룹 65세 이상

② 회귀계수(β_n): 각 요인의 영향력 정도

③ 성별과 연령을 기준으로 대상 인구집단 층화

: 인구총조사(중장기 추계 시 장래인구추계) 자료를 활용하여
하위 집단(셀) 기준 인구 수 확인 (성별 2개 × 연령 4개 집단)

④ 각 하위 집단(셀)의 대상증후군 발생 추정 확률($p_r(ms)$) 계산

: 비의료 건강관리서비스의 수요 추정

⑤ 하위 집단(셀)별 수요 대상자 수 추정

: 하위 집단(셀)별 기준 인구 수 × 하위 집단(셀)별 추정 확률

⑥ 전체 하위 집단(셀)별 수요 대상자 수의 합계 산출

⑦ 지역별 혹은 시기별 인구구조의 변화에 따른 결과 변화 예측

이와 같이 셀 방식의 수요 추계 방식은 실제 자료를 활용한 다변량분석 결과를 통해 통계적으로 유의한 영향을 미치는 특성들을 고려하여 하위 집단(셀)을 구성함으로써 실제 수요에 중요한 영향을 미치는 요인들을 고려할 수 있다는 장점이 있다.

그러나 현재 시점의 수요 발생 영향요인을 인구구조의 변화에 적용하여 미래 수요를 예측하는 것으로, 보편적으로 활용 가능한 모형으로 개발할 수 있으나 중장기 수요 추계 시 미래의 정책이나 제도 변화 등에 따른 변화를 반영할 수 없다는 제한점이 있다. 또한 통계청 장래인구추계 등 인구수의 규모를 추정할 수 있는 하위집단 구성이 가능한 성별과 연령 등의 요인들 외에는 변화를 가정하고 수요를 예상해야 하므로 해석 시 주의가 필요하다.

특히 하위 집단을 구성하는 셀의 수가 너무 많아지면 분석이 복잡하고 가정의 조건이 많아진다는 한계점이 있으므로 적절한 셀의 구성이 필요하다. 이에 이 연구에서는 인구 수 추계 결과를 직접적으로 활용 가능한 성·연령별 하위집단에 따른 추정 확률을 하위집단의 추정 인구수에 적용하는 방법으로 수요 분석과 중장기 추계를 진행하였다.

국민건강영양조사의 경우 2단계 층화집락표본설계(two-stage stratified cluster sampling)를 이용하여 추출한 표본을 대상으로 수집된 자료이므로 복합표본 자료 분석방법을 적용하여 기초 통계와 추정 확률을 산출하였다.

제2절 비의료건강관리서비스의 수요 분석 결과

1. 만성질환군 수요 분석

국민건강영양조사 2016-2018년 자료 분석을 통해 성·연령별 하위집단의 개인이 만성질환군에 포함될 추정 확률을 산출하고 이를 인구총조사 인구 수에 적용하여 수요 현황을 파악하였다.

가. 만성질환군 분포 현황

먼저 생애주기에 따라 연령군을 19-34세, 35-49세, 50-64세, 65세 이상으로 구분하고, 각 연령군별 성별에 따른 만성질환군의 분율을 산출하였다(표 5-1). 주요 만성질환으로 포함하는 고혈압과 당뇨병 각각에 대한 분율과 고혈압 혹은 당뇨병 중 한 가지 이상에 해당되는 만성질환군에 대한 분율을 각각 산출하였다.

〈표 6-1〉 성·연령별 인구집단의 만성질환군 분포 현황

성별	연령	고혈압	당뇨병	만성질환군
남성	19-34세	9.5%	1.6%	10.6%
	35-49세	25.9%	7.5%	29.2%
	50-64세	42.6%	18.1%	50.7%
	65세 이상	59.3%	24.1%	67.1%
여성	19-34세	1.9%	0.4%	2.3%
	35-49세	9.8%	3.9%	12.2%
	50-64세	31.4%	11.0%	36.6%
	65세 이상	65.7%	22.3%	70.2%

주: 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

분석 결과, 연령이 높을수록 만성질환군의 분율이 높고, 65세 미만의 경우 상대적으로 여성에 비해 남성의 만성질환군 분율이 높았던 반면, 65세 이상 노인에서는 남성에 비해 여성의 만성질환군 분율이 높은 특성을 확인할 수 있었다.

한편 지속적인 관리가 중요한 만성질환자들 중 권고안에 따른 치료를 시행하지 않고 있는 각 연령군별 성별 만성질환 치료 미시행군의 분율을 산출한 결과는 <표 5-2>와 같다. 고혈압과 당뇨병 각각에 대한 치료 미시행군의 분율과 고혈압 혹은 당뇨병 중 한 가지 이상에 해당되는 만성질환 치료 미시행군에 대한 분율을 각각 산출하였다.

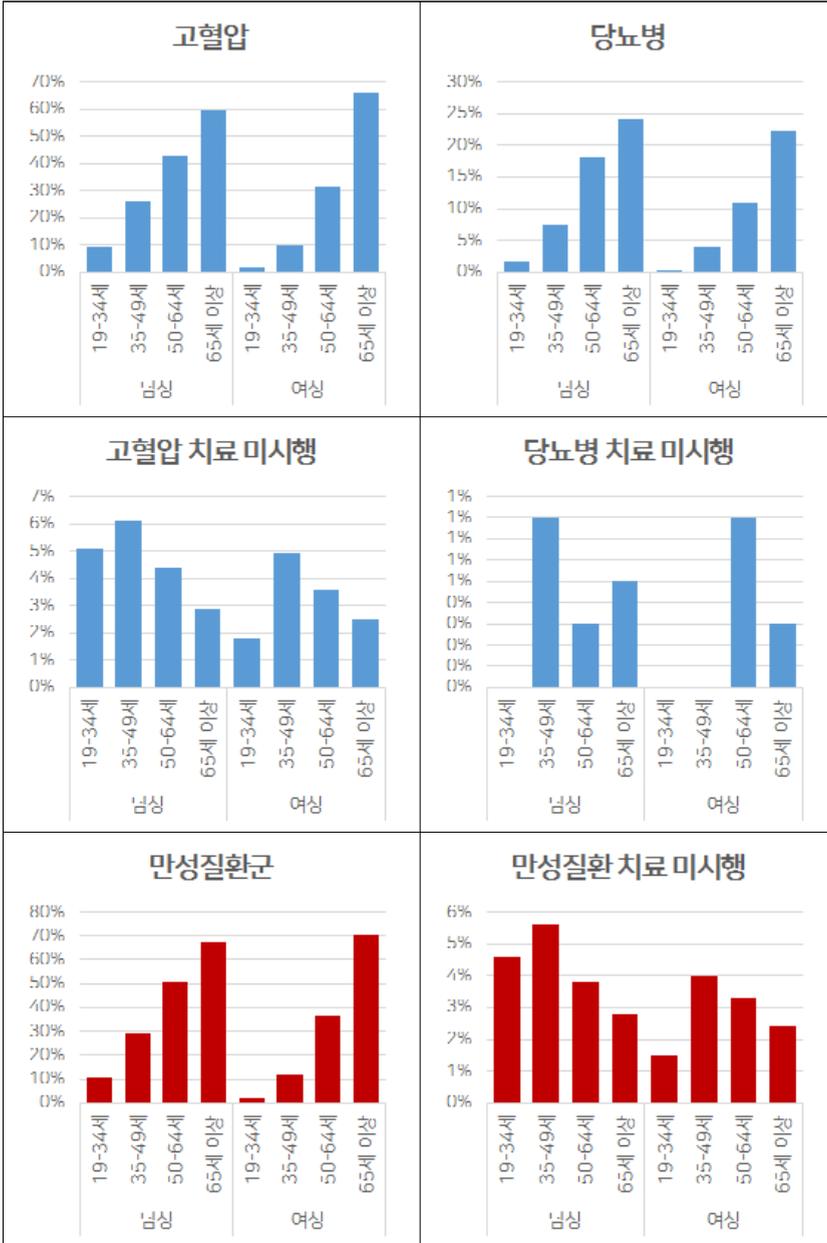
<표 6-2> 성·연령별 인구집단의 만성질환 치료 미시행군 분포 현황

성별	연령	고혈압	당뇨병	만성질환군
남성	19-34세	5.1%	0.0%	4.6%
	35-49세	6.1%	0.8%	5.6%
	50-64세	4.4%	0.3%	3.8%
	65세 이상	2.9%	0.5%	2.8%
여성	19-34세	1.8%	0.0%	1.5%
	35-49세	4.9%	0.0%	4.0%
	50-64세	3.6%	0.8%	3.3%
	65세 이상	2.5%	0.3%	2.4%

주: 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

분석 결과, 평균적으로 35-49세 만성질환자들 중 치료 미시행군의 분율이 높았고, 만성질환의 유병률이 높은 65세 이상 노인들의 치료 미시행군 분율은 낮았다. 또한 성별에 따라서는 여성에 비해 남성 만성질환자들의 치료 미시행률이 높은 것으로 확인되었다.

[그림 6-1] 성·연령별 인구집단의 만성질환군 및 만성질환 치료 미시행군 분포 현황



나. 만성질환군 수요 단기 추계

다음으로 국민건강영양조사 2016-2018년 자료를 활용하여 만성질환 발생에 대한 로지스틱회귀분석을 진행하고, 분석 결과를 바탕으로 만성질환군의 추정 확률을 산출하였다. 그리고 성·연령별 만성질환군의 추정 확률을 2019년 성·연령별 하위집단 인구수에 적용하여 만성질환군의 추정 규모를 산출하였다(표 6-3).

분석 결과, 국민건강영양조사를 통해 산출한 만성질환군 추정 확률 적용 시 만성질환군의 추정 규모는 2019년 인구 수 기준 약 1,402만 명으로 확인되었다. 고혈압과 당뇨병 환자군의 추정 규모를 구분해보면 고혈압의 경우 약 1,231만 명, 당뇨병은 약 441만 명으로, 이때는 두 가지 질환을 모두 가지고 있을 것으로 추정되는 인원도 포함된다.

성·연령별 하위집단 인구수의 차이로 인해 남성에서는 50-64세 연령군의 추정 만성질환군 규모가 가장 많았던 반면, 여성에서는 연령이 증가할수록 추정 만성질환군 규모도 증가하는 것으로 나타난다.

〈표 6-3〉 만성질환군 추정 규모 (2019년)

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	추정 확률 ²⁾	추정 규모(명)
고혈압	남성	19-34세	5,490,033	7.36	403,902
		35-49세	6,307,552	21.99	1,387,300
		50-64세	6,131,449	43.41	2,661,877
		65세 이상	3,364,751	70.29	2,365,122
	여성	19-34세	4,840,807	4.35	210,680
		35-49세	5,996,821	13.91	834,075
		50-64세	6,166,029	30.54	1,882,862
		65세 이상	4,452,240	57.55	2,562,235
계					12,308,052

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	추정 확률 ²⁾	추정 규모(명)
당뇨병	남성	19-34세	5,490,033	1.30	71,471
		35-49세	6,307,552	6.88	434,271
		50-64세	6,131,449	17.24	1,056,898
		65세 이상	3,364,751	27.63	929,808
	여성	19-34세	4,840,807	0.84	40,626
		35-49세	5,996,821	4.53	271,627
		50-64세	6,166,029	11.79	726,891
		65세 이상	4,452,240	19.68	876,212
계					4,407,804
만성 질환군	남성	19-34세	5,490,033	8.50	466,684
		35-49세	6,307,552	25.96	1,637,499
		50-64세	6,131,449	51.49	3,157,056
		65세 이상	3,364,751	76.57	2,576,457
	여성	19-34세	4,840,807	4.66	225,395
		35-49세	5,996,821	15.56	933,293
		50-64세	6,166,029	35.81	2,208,225
		65세 이상	4,452,240	63.21	2,814,223
계					14,018,833

주: 1) 2019년 인구총조사 결과 적용

2) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

또한 치료 미시행군의 규모를 추정한 결과(표 6-4), 고혈압 환자 중 치료 미시행군의 규모는 약 47만 여 명으로 추정되는 반면, 당뇨병 환자 중 치료 미시행군의 규모는 약 2만 명으로 차이가 컸다. 성별과 연령에 따라서는 남성 만성질환자들 중에는 50-64세에서 치료 미시행군 분포가 가장 많을 것으로 예측되었고 35-49세 환자가 그 뒤를 이었던 반면, 여성 만성질환자들 중에는 연령이 증가할수록 치료 미시행군이 많을 것으로 추정된다.

〈표 6-4〉 만성질환 치료 미시행군 추정 규모 (2019년)

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	만성질환 유병률 ²⁾	추정 확률 ³⁾	추정 규모(명)
고혈압 치료 미시행군	남성	19-34세	5,490,033	9.5%	4.76	24,900
		35-49세	6,307,552	25.9%	6.08	99,416
		50-64세	6,131,449	42.6%	4.44	115,913
		65세 이상	3,364,751	59.3%	3.01	59,947
	여성	19-34세	4,840,807	1.9%	3.83	3,555
		35-49세	5,996,821	9.8%	4.91	28,885
		50-64세	6,166,029	31.4%	3.57	69,116
		65세 이상	4,452,240	65.7%	2.41	70,518
계						472,250
당뇨병 치료 미시행군	남성	19-34세	5,490,033	1.6%	0.00	0
		35-49세	6,307,552	7.5%	0.56	2,652
		50-64세	6,131,449	18.1%	0.49	5,385
		65세 이상	3,364,751	24.1%	0.39	3,152
	여성	19-34세	4,840,807	0.4%	0.00	0
		35-49세	5,996,821	3.9%	0.55	1,286
		50-64세	6,166,029	11.0%	0.47	3,204
		65세 이상	4,452,240	22.3%	0.38	3,759
계						19,438
만성질환 치료 미시행군	남성	19-34세	5,490,033	10.6%	4.23	24,665
		35-49세	6,307,552	29.2%	5.43	100,075
		50-64세	6,131,449	50.7%	3.93	122,010
		65세 이상	3,364,751	67.1%	2.88	64,938
	여성	19-34세	4,840,807	2.3%	3.42	3,790
		35-49세	5,996,821	12.2%	4.40	32,164
		50-64세	6,166,029	36.6%	3.17	71,607
		65세 이상	4,452,240	70.2%	2.32	72,489
계						491,738

주: 1) 2019년 인구총조사 결과 적용

2) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준 하위집단 별 만성질환 유병률

3) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

다. 만성질환군 수요 증장기 추계

만성질환군 수요 단기 추계에 적용된 2016-2018년 만성질환군 추정 확률과 만성질환 치료 미시행군에 대한 추정 확률을 2025년, 2035년, 2050년의 추정 인구수에 적용하여 증장기 추정 규모를 산출하였다. 이때 추계 인구수는 장래인구추계 중위 추계 규모를 적용한 것으로, 출산율과 기대수명, 국제순이동에 따른 변화를 중위 수준으로 추정한 결과이다.

만성질환군의 증장기 추정 규모 확인 결과(표 6-5), 만성질환군 유병률이 높은 노인인구 수의 증가에 따라 2019년 약 1,402만 명에서 2025년 약 1,587만 명, 2035년 약 1,855만 명, 2050년 약 1,968만 명으로 빠른 속도로 증가할 것으로 예측된다. 또한 고혈압과 당뇨병으로 구분해도 각 군에 대한 증장기 수요는 계속 증가하는 것으로 나타났다.

〈표 6-5〉 만성질환군 증장기 추정 규모 추계 (2025-2050년)

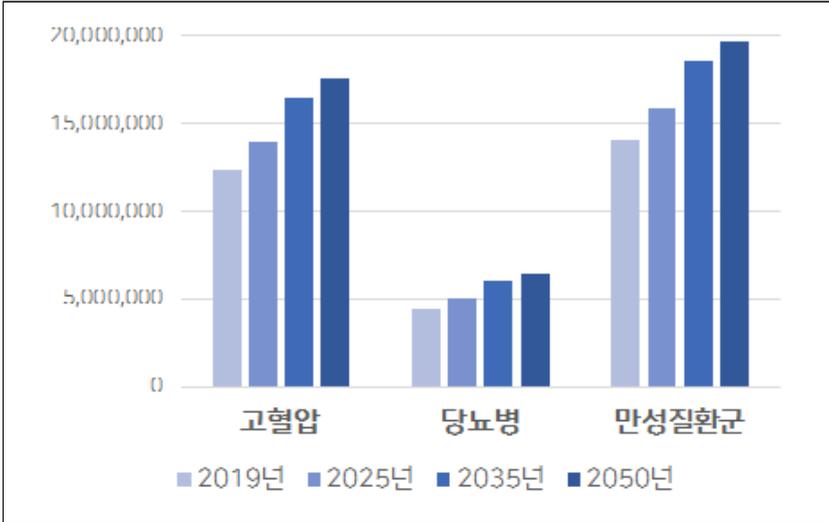
성별	연령	2025년		2035년		2050년	
		추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾
고혈압							
남성	19-34세	5,066,015	372,707	3,630,313	267,082	2,540,356	186,894
	35-49세	5,772,733	1,269,671	5,537,547	1,217,943	3,671,338	807,484
	50-64세	6,464,336	2,806,394	6,159,635	2,674,113	5,534,885	2,402,887
	65세 이상	4,674,911	3,286,048	6,980,780	4,906,869	8,840,704	6,214,231
여성	19-34세	4,529,569	197,134	3,451,199	150,202	2,473,593	107,655
	35-49세	5,346,494	743,624	4,936,435	686,590	3,553,869	494,294
	50-64세	6,436,183	1,965,356	5,980,335	1,826,158	5,015,926	1,531,666
	65세 이상	5,836,249	3,358,722	8,256,495	4,751,558	10,166,425	5,850,710
고혈압 계		13,999,657		16,480,516		17,595,821	

성별	연령	2025년		2035년		2050년	
		추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾
당뇨병							
남성	19-34세	5,066,015	65,951	3,630,313	47,260	2,540,356	33,071
	35-49세	5,772,733	397,449	5,537,547	381,257	3,671,338	252,769
	50-64세	6,464,336	1,114,279	6,159,635	1,061,756	5,534,885	954,066
	65세 이상	4,674,911	1,291,855	6,980,780	1,929,054	8,840,704	2,443,022
여성	19-34세	4,529,569	38,014	3,451,199	28,964	2,473,593	20,759
	35-49세	5,346,494	242,171	4,936,435	223,597	3,553,869	160,973
	50-64세	6,436,183	758,738	5,980,335	705,000	5,015,926	591,309
	65세 이상	5,836,249	1,148,588	8,256,495	1,624,899	10,166,425	2,000,778
당뇨병 계			5,057,045		6,001,787		6,456,748
만성질환군							
남성	19-34세	5,066,015	430,640	3,630,313	308,597	2,540,356	215,945
	35-49세	5,772,733	1,498,655	5,537,547	1,437,599	3,671,338	953,114
	50-64세	6,464,336	3,328,458	6,159,635	3,171,569	5,534,885	2,849,888
	65세 이상	4,674,911	3,579,673	6,980,780	5,345,323	8,840,704	6,769,505
여성	19-34세	4,529,569	210,904	3,451,199	160,693	2,473,593	115,174
	35-49세	5,346,494	832,081	4,936,435	768,263	3,553,869	553,093
	50-64세	6,436,183	2,304,975	5,980,335	2,141,723	5,015,926	1,796,342
	65세 이상	5,836,249	3,689,044	8,256,495	5,218,861	10,166,425	6,426,111
만성질환군 계			15,874,430		18,552,629		19,679,171

주: 1) '장래인구추계' 중위 추계 결과 적용 (기본 추계: 출산율-중위/기대수명-중위/국제순이동-중위)
 2) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

[그림 6-2] 만성질환군 증장기 수요 추정 결과

(단위: 명)



만성질환 치료 미시행군의 증장기 추정 규모 확인 결과(표 6-6), 치료 미시행군의 규모는 증가할 것으로 예상되나 증가의 폭은 점차 감소할 것으로 예측된다. 남녀 모두 2025년 시점에는 50-64세 만성질환자에서 치료 미시행군이 가장 많을 것으로 예측되었으나 2035년에는 연령이 높을수록 치료 미시행률이 높아지는 것으로 경향이 변화하였으며 특히 65세 이상 노인 만성질환자의 치료 미시행률은 큰 폭으로 증가하여 2050년에는 그 차이가 더 커지는 것을 확인할 수 있었다.

(표 6-6) 만성질환 치료 미시행군 중장기 추정 규모 추계 (2025-2050년)

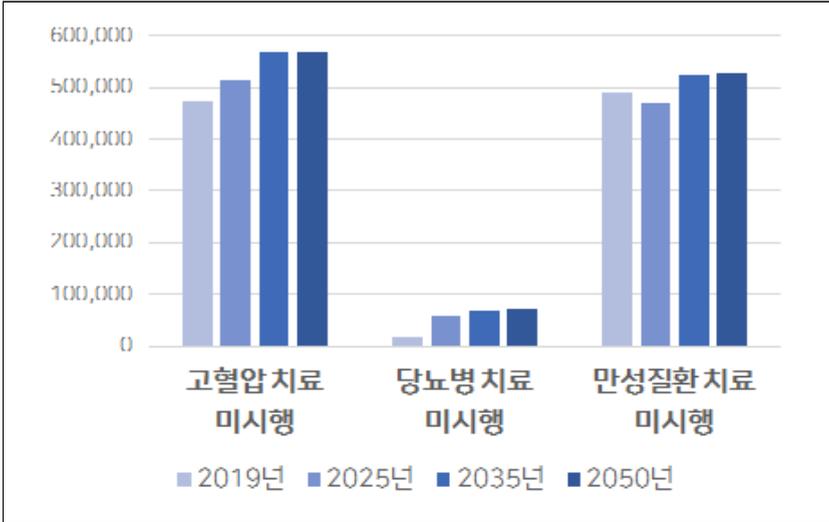
성별	연령	2025년		2035년		2050년	
		추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾
고혈압 치료 미시행군							
남성	19-34세	5,066,015	22,977	3,630,313	16,465	2,540,356	11,522
	35-49세	5,772,733	90,986	5,537,547	87,279	3,671,338	57,865
	50-64세	6,464,336	122,207	6,159,635	116,446	5,534,885	104,636
	65세 이상	4,674,911	83,290	6,980,780	124,372	8,840,704	157,509
여성	19-34세	4,529,569	3,327	3,451,199	2,535	2,473,593	1,817
	35-49세	5,346,494	25,752	4,936,435	23,777	3,553,869	17,118
	50-64세	6,436,183	72,144	5,980,335	67,034	5,015,926	56,224
	65세 이상	5,836,249	92,439	8,256,495	130,773	10,166,425	161,024
고혈압 치료 미시행군 계			513,121		568,682		567,714
당뇨병 치료 미시행군							
남성	19-34세	5,066,015	0	3,630,313	0	2,540,356	0
	35-49세	5,772,733	8,413	5,537,547	8,071	3,671,338	5,351
	50-64세	6,464,336	13,379	6,159,635	12,748	5,534,885	11,455
	65세 이상	4,674,911	10,770	6,980,780	16,082	8,840,704	20,367
여성	19-34세	4,529,569	0	3,451,199	0	2,473,593	0
	35-49세	5,346,494	2,875	4,936,435	2,655	3,553,869	1,911
	50-64세	6,436,183	9,568	5,980,335	8,890	5,015,926	7,456
	65세 이상	5,836,249	14,522	8,256,495	20,544	10,166,425	25,296
당뇨병 치료 미시행군 계			59,527		68,989		71,837
만성질환 치료 미시행군							
남성	19-34세	5,066,015	20,434	3,630,313	14,643	2,540,356	10,247
	35-49세	5,772,733	81,295	5,537,547	77,983	3,671,338	51,702
	50-64세	6,464,336	108,049	6,159,635	102,956	5,534,885	92,513
	65세 이상	4,674,911	79,715	6,980,780	119,033	8,840,704	150,748
여성	19-34세	4,529,569	2,970	3,451,199	2,263	2,473,593	1,622
	35-49세	5,346,494	23,091	4,936,435	21,320	3,553,869	15,349
	50-64세	6,436,183	64,034	5,980,335	59,499	5,015,926	49,904
	65세 이상	5,836,249	88,890	8,256,495	125,752	10,166,425	154,841
만성질환 치료 미시행군 계			468,477		523,449		526,926

주: 1) '장래인구추계' 중위 추계 결과 적용 (기본 추계: 출산율-중위/기대수명-중위/국제순이동-중위)

2) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

[그림 6-3] 만성질환 치료 미시행군 중장기 수요 추정 결과

(단위: 명)



그러나 이는 2016-2018년 국민건강영양조사 자료를 통해 산출한 성·연령별 만성질환 추정 확률을 하위집단 인구 수에 단순 적용하였을 때 산출되는 추정 규모로, 만성질환 발생에 유의한 영향을 미칠 수 있는 환경이 변화하는 경우 성·연령별 만성질환 발생 확률이 변화할 수 있고, 이는 만성질환군의 규모에도 영향을 미칠 수 있다. 따라서 보다 정확한 수요 추계를 위해서는 만성질환 발생에 유의한 영향을 미칠 수 있는 주요 변수들의 영향과 변화를 예측하고 이를 함께 고려할 수 있는 예측 모형을 구성하여 평가하는 것이 필요하다.

2. 고위험군 수요 분석

국민건강영양조사 2016-2018년 자료 분석을 통해 성·연령별 하위집단의 개인이 고위험군에 포함될 추정 확률을 산출하고 이를 인구총조사 인구 수에 적용하여 수요 현황을 파악하였다.

가. 고위험군 분포 현황

만성질환군 분포 현황 분석과 동일하게 생애주기에 따라 연령군을 19-34세, 35-49세, 50-64세, 65세 이상으로 구분하고, 각 연령군별 성별에 따른 고위험군의 분율을 산출하였다(표 6-7). 앞서 정의한 고위험군의 정의에 따라 비만 혹은 대사증후군에 해당되는 경우를 고위험군으로 정의하였다.

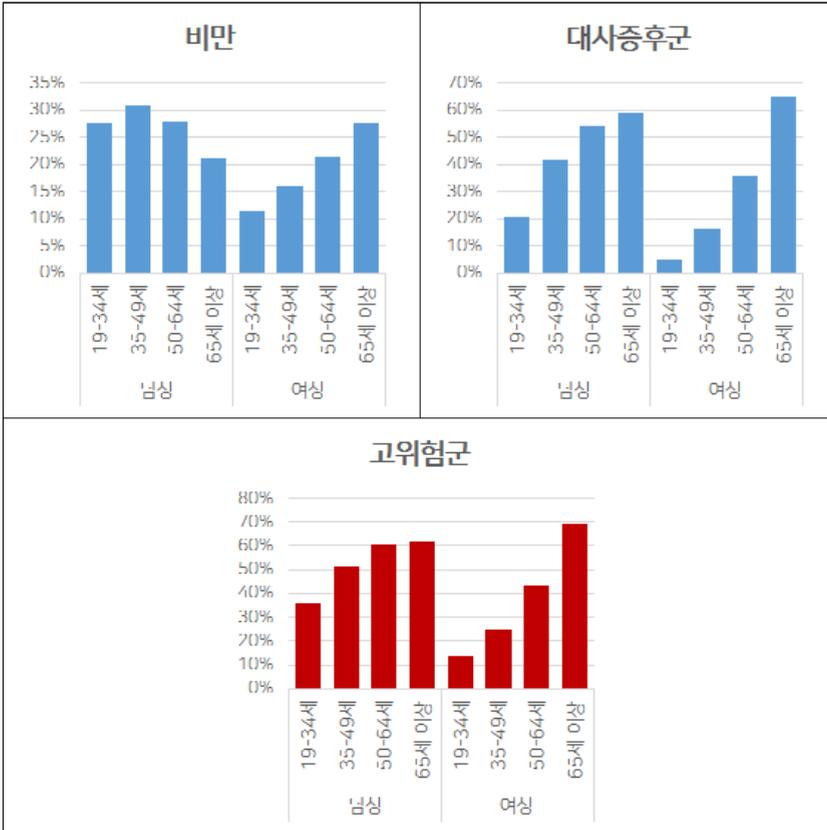
〈표 6-7〉 성·연령별 인구집단의 고위험군 분포 현황

성별	연령	비만	대사증후군	고위험군
남성	19-34세	27.7%	20.8%	36.1%
	35-49세	30.7%	41.6%	51.6%
	50-64세	27.8%	54.0%	60.8%
	65세 이상	21.1%	58.8%	62.0%
여성	19-34세	11.3%	5.1%	13.6%
	35-49세	16.1%	16.5%	25.1%
	50-64세	21.5%	35.5%	43.2%
	65세 이상	27.7%	65.1%	69.1%

주: 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

분석 결과, 연령이 높을수록 고위험군의 분율이 높고, 특히 여성에서는 연령군 별 차이가 컸다. 한편 남성 비만율은 35-49세 인구집단에서 가장 높았다.

[그림 6-4] 성·연령별 인구집단의 고위험군 분포 현황



나. 고위험군 수요 추계

다음으로 국민건강영양조사 2016-2018년 자료를 활용하여 비만 혹은 대사증후군 여부에 대한 로지스틱회귀분석을 진행하고, 분석 결과를 바탕으로 고위험군의 추정 확률을 산출하였다. 그리고 성·연령별 고위험군의 추정 확률을 2019년 성·연령별 하위집단 인구수에 적용하여 고위험군의 추정 규모를 산출하였다(표 6-8).

분석 결과, 국민건강영양조사를 통해 산출한 고위험군 추정 확률 적용 시 고위험군의 추정 규모는 2019년 인구 수 기준 약 1,895만 명으로 확인되었다. 비만과 대상증후군의 추정 규모를 구분해보면 비만의 경우 약 995만 명, 대상증후군 약 1,538만 명으로, 이때는 두 가지 경우에 모두 해당되는 것으로 추정되는 인원도 포함된다.

성·연령별 하위집단 인구수의 차이로 인해 남성에서는 50-64세 연령군의 추정 고위험군 규모가 가장 많았던 반면, 여성에서는 연령이 증가할수록 추정 만성질환군 규모도 증가하는 것으로 나타난다.

〈표 6-8〉 고위험군 추정 규모 (2019년)

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	추정 확률 ²⁾	추정 규모(명)
비만	남성	19-34세	5,490,033	23.92	1,313,087
		35-49세	6,307,552	28.19	1,777,788
		50-64세	6,131,449	29.51	1,809,571
		65세 이상	3,364,751	30.67	1,031,892
	여성	19-34세	4,840,807	15.62	756,312
		35-49세	5,996,821	18.78	1,125,992
		50-64세	6,166,029	19.78	1,219,838
		65세 이상	4,452,240	20.67	920,229
계					9,954,708
대상증후군	남성	19-34세	5,490,033	17.60	966,474
		35-49세	6,307,552	37.32	2,353,850
		50-64세	6,131,449	54.60	3,348,042
		65세 이상	3,364,751	73.00	2,456,386
	여성	19-34세	4,840,807	8.67	419,894
		35-49세	5,996,821	20.93	1,254,986
		50-64세	6,166,029	34.84	2,148,356
		65세 이상	4,452,240	54.59	2,430,458
계					15,378,445

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	추정 확률 ²⁾	추정 규모(명)
고위험군	남성	19-34세	5,490,033	32.37	1,776,907
		35-49세	6,307,552	47.63	3,004,556
		50-64세	6,131,449	61.73	3,784,648
		65세 이상	3,364,751	75.91	2,554,028
	여성	19-34세	4,840,807	17.82	862,483
		35-49세	5,996,821	29.18	1,750,068
		50-64세	6,166,029	42.22	2,603,070
		65세 이상	4,452,240	58.80	2,617,913
계					18,953,674

주: 1) 2019년 인구총조사 결과 적용

2) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

다. 고위험군 중장기 추계

고위험군 수요 단기 추계에 적용된 2016-2018년 고위험군 추정 확률을 2025년, 2035년, 2050년의 추정 인구 수에 적용하여 중장기 추정 규모를 산출하였다(표 6-9). 이 때 추계 인구수는 장래인구추계 중위 추계 규모를 적용한 것으로, 출산율과 기대수명, 국제순이동에 따른 변화를 중위 수준으로 추정한 결과이다.

고위험군의 중장기 추정 규모 확인 결과, 2019년 약 1,895만 명에서 2025년 약 2,044만 명, 2035년 약 2,235만 명으로 증가하다가 2050년 약 2,227만 명으로 다소 감소할 것으로 예측된다. 이를 비만과 대사증후군에 따른 수요로 구분해보면, 비만군의 중장기 추정 규모는 2019년 약 995만 명에서 2025년 1,037만 명, 2035년 1,074만 명으로 증가하다가 2050년에는 1,013명으로 감소할 것으로 예상된다. 한편 대사증후군의 경우 2019년 1,538만 명에서 2025년 1,693만 명, 2035년 1,909만 명, 2050년 1,955만 명으로 계속 증가할 것으로 추정된다.

(표 6-9) 고위험군 중장기 추정 규모 추계(2025-2050년)

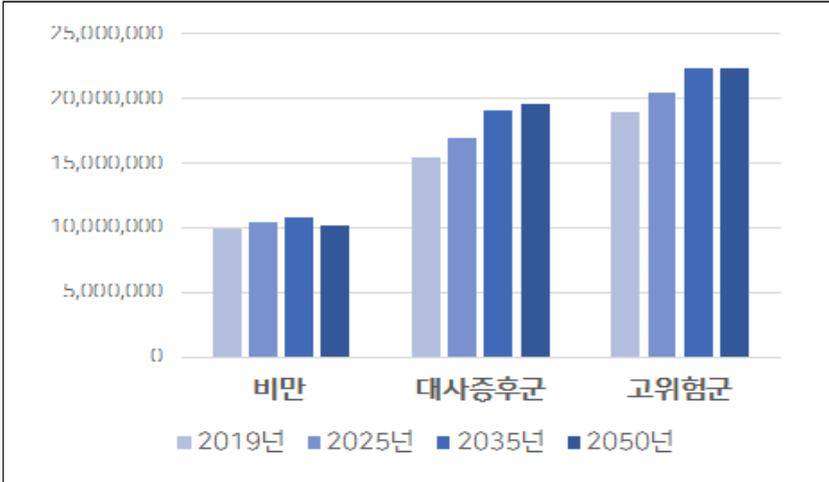
성별	연령	2025년		2035년		2050년	
		추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾
비만							
남성	19-34세	5,066,015	1,211,671	3,630,313	868,285	2,540,356	607,593
	35-49세	5,772,733	1,627,049	5,537,547	1,560,761	3,671,338	1,034,769
	50-64세	6,464,336	1,907,816	6,159,635	1,817,890	5,534,885	1,633,508
	65세 이상	4,674,911	1,433,689	6,980,780	2,140,846	8,840,704	2,711,242
여성	19-34세	4,529,569	707,685	3,451,199	539,204	2,473,593	386,466
	35-49세	5,346,494	1,003,883	4,936,435	926,889	3,553,869	667,291
	50-64세	6,436,183	1,273,283	5,980,335	1,183,102	5,015,926	992,311
	65세 이상	5,836,249	1,206,289	8,256,495	1,706,527	10,166,425	2,101,288
비만 계			10,371,364		10,743,503		10,134,469
대사증후군							
남성	19-34세	5,066,015	891,829	3,630,313	639,086	2,540,356	447,208
	35-49세	5,772,733	2,154,267	5,537,547	2,066,500	3,671,338	1,370,069
	50-64세	6,464,336	3,529,813	6,159,635	3,363,433	5,534,885	3,022,292
	65세 이상	4,674,911	3,412,849	6,980,780	5,096,214	8,840,704	6,454,023
여성	19-34세	4,529,569	392,897	3,451,199	299,358	2,473,593	214,561
	35-49세	5,346,494	1,118,888	4,936,435	1,033,073	3,553,869	743,737
	50-64세	6,436,183	2,242,483	5,980,335	2,083,657	5,015,926	1,747,639
	65세 이상	5,836,249	3,185,982	8,256,495	4,507,183	10,166,425	5,549,805
대사증후군 계			16,929,007		19,088,504		19,549,333
고위험군							
남성	19-34세	5,066,015	1,639,669	3,630,313	1,174,989	2,540,356	822,213
	35-49세	5,772,733	2,749,799	5,537,547	2,637,770	3,671,338	1,748,815
	50-64세	6,464,336	3,990,123	6,159,635	3,802,046	5,534,885	3,416,418
	65세 이상	4,674,911	3,548,510	6,980,780	5,298,789	8,840,704	6,710,572
여성	19-34세	4,529,569	807,030	3,451,199	614,898	2,473,593	440,718
	35-49세	5,346,494	1,560,281	4,936,435	1,440,613	3,553,869	1,037,135
	50-64세	6,436,183	2,717,119	5,980,335	2,524,677	5,015,926	2,117,539
	65세 이상	5,836,249	3,431,709	8,256,495	4,854,812	10,166,425	5,977,849
고위험군 계			20,444,241		22,348,593		22,271,259

주: 1) '장래인구추계' 중위 추계 결과 적용 (기본 추계: 출산율-중위/기대수명-중위/국제순이동-중위)

2) 추정 확률: 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

[그림 6-5] 고위험군 중장기 수요 추정 결과

(단위: 명)



이는 연령과 성별에 따른 비만과 대사증후군 발생 추정 확률 분포의 차이에 따른 것으로, 2016-2018년 국민건강영양조사 자료를 통해 산출한 성·연령별 고위험군 추정 확률을 하위집단 인구수에 단순 적용하였을 때 산출되는 추정 규모이다. 즉 현재 시점의 인구집단 별 비만 혹은 대사증후군 발생 확률이 일정하게 유지된다는 가정에 따른 결과로, 성·연령별 비만 혹은 대사증후군의 발생 확률이 변화한다면 추정 결과는 달라질 수 있음에 유의해야 한다.

특히 식생활과 신체활동 등의 생활습관이 결정적인 영향을 미치는 비만과 대사증후군 발생의 경우, 이를 둘러싼 생활환경이 급격하게 변화함에 따라 성·연령별 고위험군 발생의 양상은 지속적으로 변화할 수 있다. 따라서 향후 이와 같은 고위험군 발생 양상의 변화를 지속적으로 모니터링하고 이를 반영한 중장기 수요를 계속해서 평가하는 것이 필요하다.

3. 건강관리군 수요 분석

국민건강영양조사 2016-2018년 자료 분석을 통해 성·연령별 하위집단의 개인이 건강관리군에 포함될 추정 확률을 산출하고 이를 인구총조사 인구 수에 적용하여 수요 현황을 파악하였다.

가. 건강관리군 분포 현황

만성질환군, 고위험군 분포 현황 분석과 동일하게 생애주기에 따라 연령군을 19-34세, 35-49세, 50-64세, 65세 이상으로 구분하고, 각 연령군별 성별에 따른 건강관리군의 분율을 산출하였다(표 6-10). 앞서 정의한 건강관리군의 정의에 따라 인구학적 특성 혹은 건강행동 실천 등의 측면에서 건강관리서비스를 통한 보다 적극적이고 지속적인 관리가 요구되는 흡연군, 고위험음주군, 걷기 미실천군, 정신건강 취약군, 건강관련 삶의 질 취약군으로 정의하였다.

〈표 6-10〉 성·연령별 인구집단의 건강관리군 분포 현황

성별	연령	흡연	고위험음주	걷기 미실천	정신건강 취약	삶의 질 취약	건강관리군
남성	19-34세	38.5%	18.4%	48.9%	31.7%	19.6%	83.3%
	35-49세	45.3%	26.0%	60.5%	31.2%	20.1%	89.4%
	50-64세	35.6%	23.6%	61.2%	22.6%	30.7%	89.1%
	65세 이상	18.3%	9.1%	53.2%	14.6%	43.9%	80.3%
여성	19-34세	8.7%	11.3%	55.2%	42.0%	25.9%	83.7%
	35-49세	6.8%	7.2%	59.4%	28.5%	27.2%	80.2%
	50-64세	4.9%	4.5%	57.4%	24.7%	37.3%	78.1%
	65세 이상	2.0%	0.6%	63.8%	25.4%	63.3%	87.8%

주: 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

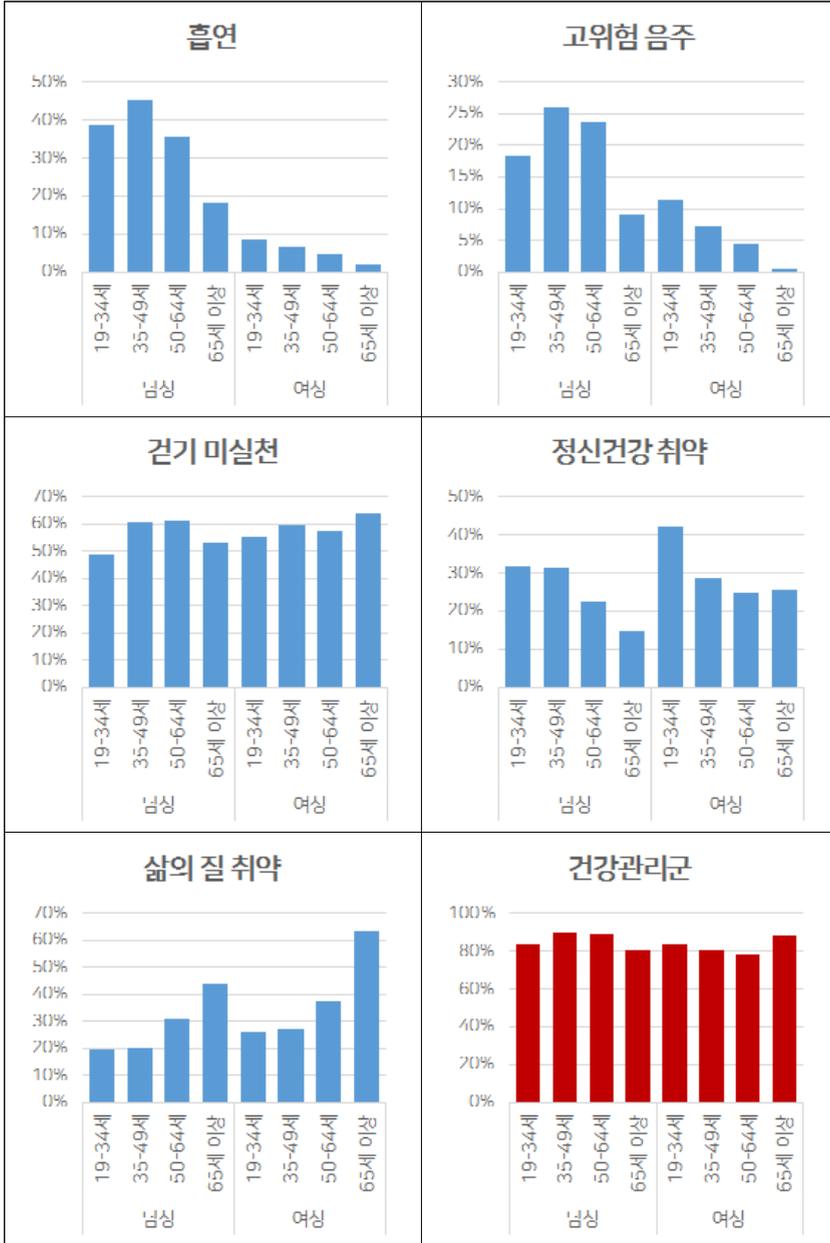
분석 결과, 5개 위험요인 중 한 가지 이상을 가지고 있는 건강관리군의 경우 전체 인구의 80% 이상으로 매우 많은 비중을 차지하였다. 남성의 경우 35-49세에서 그 비중이 가장 높았고 50-64세, 19-34세, 65세 이상의 순으로 나타나 노인 인구에서 가장 적은 분포를 보였다. 반면 여성에서는 65세 이상 노인 중의 건강관리군 비중이 가장 많았고, 19-34세, 35-49세, 50-64세의 순이었다. 전반적으로 여성에 비해 남성에서 건강관리군의 비중이 높았다.

위험요인별로 살펴보면, 흡연의 경우 성별에 따른 차이가 매우 컸으며, 35-49세 남성에서 현재흡연율이 가장 높고, 연령 증가에 따라 점차 감소하는 경향을 보였다. 여성 흡연율은 19-34세에서 가장 높고 연령이 증가하면서 역시 감소하는 경향이 나타났다. 고위험 음주율도 흡연과 유사한 추이가 관찰되었다. 35-49세 남성의 고위험 음주율이 가장 높았고, 65세 이상에서 큰 폭으로 감소하는 추이를 보였으며, 여성에서는 19-34세의 고위험 음주율이 가장 높고 연령 증가에 따라 감소하였다.

한편 일주일에 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천하지 않는 비율은 전체적으로 50% 이상으로 많았으나 특히 65세 이상 여성과 35-64세 남성에서 60% 이상으로 더욱 많았다. 일상생활 중 스트레스를 많이 느끼거나 우울감을 경험하는 정신건강 취약군의 경우, 19-34세 여성에서 40% 이상으로 다른 인구집단에 비해 높은 비율을 보였으며, 남성의 경우 연령 증가에 따라 점차 감소하는 경향을 보이거나 여성에서는 65세 이상 여성 노인에게서 다시 소폭 증가하는 추이가 나타났다.

EQ-5D 측정도구를 기준으로 평가한 건강관련 삶의 질의 점수가 전체 응답자 대비 하위 25% 해당하는 삶의 질 취약군의 경우, 남녀 모두에서 연령 증가에 따라 증가하는 양상이 뚜렷하게 나타났으며, 특히 65세 이상 노인의 경우 증가폭이 더욱 컸다.

[그림 6-6] 성·연령별 인구집단의 건강관리군 분포 현황



나. 건강관리군 수요 추계

다음으로 국민건강영양조사 2016-2018년 자료를 활용하여 건강위험요인 5가지와 건강관리군 여부에 대한 로지스틱회귀분석을 진행하고, 분석 결과를 바탕으로 건강관리군의 추정 확률을 산출하였다. 그리고 성·연령별 건강관리군의 추정 확률을 2019년 성·연령별 하위집단 인구 수에 적용하여 건강관리군의 추정 규모를 산출하였다(표 6-11).

분석 결과, 국민건강영양조사를 통해 산출한 건강관리군 추정 확률 적용 시 건강위험요인 5가지 중 1가지 이상에 해당하는 건강관리군의 추정 규모는 2019년 인구 수 기준 약 3,597만 명으로 확인되었다. 건강위험요인 별 추정 규모를 구분해보면 흡연군의 경우 약 899만 명, 고위험 음주군 약 569만 명, 걷기 미실천군 약 2,465만 명, 정신건강 취약군 약 1,198만 명, 건강관련 삶의 질 취약군 약 1,372만 명으로 요인 별 차이가 큰 것으로 확인되었다.

〈표 6-11〉 건강관리군 추정 규모 (2019년)

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	추정 확률 ²⁾	추정 규모(명)
	남성	19-34세	5,490,033	40.27	2,210,873
		35-49세	6,307,552	44.34	2,797,040
		50-64세	6,131,449	35.05	2,148,992
		65세 이상	3,364,751	17.96	604,339
흡연	여성	19-34세	4,840,807	6.70	324,550
		35-49세	5,996,821	7.83	469,409
		50-64세	6,166,029	5.44	335,354
		65세 이상	4,452,240	2.28	101,524
		계			8,992,082

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	추정 확률 ²⁾	추정 규모(명)
고위험 음주	남성	19-34세	5,490,033	22.28	1,223,106
		35-49세	6,307,552	25.17	1,587,333
		50-64세	6,131,449	21.54	1,320,483
		65세 이상	3,364,751	7.31	245,899
	여성	19-34세	4,840,807	6.90	334,125
		35-49세	5,996,821	8.00	479,855
		50-64세	6,166,029	6.63	408,718
		65세 이상	4,452,240	2.00	88,977
계					5,688,497
겉기 미실천	남성	19-34세	5,490,033	50.86	2,792,226
		35-49세	6,307,552	58.95	3,717,998
		50-64세	6,131,449	58.28	3,573,292
		65세 이상	3,364,751	58.17	1,957,394
	여성	19-34세	4,840,807	52.92	2,561,836
		35-49세	5,996,821	60.93	3,653,762
		50-64세	6,166,029	60.27	3,716,372
		65세 이상	4,452,240	60.17	2,678,856
계					24,651,736
정신건강 취약	남성	19-34세	5,490,033	34.20	1,877,461
		35-49세	6,307,552	27.74	1,749,583
		50-64세	6,131,449	21.72	1,331,812
		65세 이상	3,364,751	18.81	632,809
	여성	19-34세	4,840,807	39.13	1,894,267
		35-49세	5,996,821	32.20	1,930,709
		50-64세	6,166,029	25.55	1,575,644
		65세 이상	4,452,240	22.27	991,592
계					11,983,875

구분	성별	연령	인구 수(명) ¹⁾	추정 확률 ²⁾	추정 규모(명)
건강관련 삶의 질 취약	남성	19-34세	5,490,033	19.03	1,044,975
		35-49세	6,307,552	19.76	1,246,435
		50-64세	6,131,449	29.14	1,786,570
		65세 이상	3,364,751	48.90	1,645,369
	여성	19-34세	4,840,807	26.64	1,289,369
		35-49세	5,996,821	27.55	1,652,357
		50-64세	6,166,029	38.84	2,394,802
		65세 이상	4,452,240	59.64	2,655,437
계					13,715,313
건강관리 군	남성	19-34세	5,490,033	85.69	4,704,424
		35-49세	6,307,552	87.02	5,488,883
		50-64세	6,131,449	85.87	5,264,827
		65세 이상	3,364,751	87.06	2,929,514
	여성	19-34세	4,840,807	81.06	3,923,725
		35-49세	5,996,821	82.73	4,961,160
		50-64세	6,166,029	81.28	5,011,460
		65세 이상	4,452,240	82.79	3,685,809
계					35,969,801

주: 1) 2019년 인구총조사 결과 적용
 2) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

다. 건강관리군 중장기 추계

건강관리군 수요 단기 추계에 적용된 2016-2018년 건강관리군 추정 확률을 2025년, 2035년, 2050년의 추정 인구수에 적용하여 중장기 추정 규모를 산출하였다(표 6-12). 이 때 추계 인구수는 장래인구추계 중위 추계 규모를 적용한 것으로, 출산율과 기대수명, 국제순이동에 따른 변화를 중위 수준으로 추정된 결과이다.

건강관리군의 중장기 추정 규모 확인 결과, 2019년 약 3,597만 명에서 2025년 약 3,714만 명, 2035년 약 3,783만 명으로 증가하다가 2050

년 약 3,526만 명으로 다소 감소할 것으로 예측된다. 이를 건강위험요인 별 수요로 구분해보면, 흡연군의 증장기 추정 규모는 2019년 약 899만 명에서 2025년 891만 명, 2035년 846만 명, 2050년 713만 명으로 인구 구조 변화에 따라 감소할 것으로 예상된다. 고위험 음주군 역시 2019년 약 569만 명에서 2025년 560만 명, 2035년 523만 명, 2050년 432만 명으로 유사한 추이로 감소할 것으로 예측된다.

한편 수요가 매우 많았던 걷기 미실천군의 경우 2019년 2,465만 명에서 2025년 2,551만 명, 2035년 2,617만 명으로 증가하다가 2050년 2,444만 명으로 감소할 것으로 추정되며, 정신건강 취약군은 2019년 약 1,198만 명에서 2025년 약 1,206만 명으로 증가가 예상되나 2035년에는 1,174만 명, 2050년에는 1,041만 명으로 감소세로 전환될 것이 예측된다. 마지막으로 건강관련 삶의 질 취약군의 경우, 2019년 약 1,372만 명에서 2025년 1,493만 명, 2035년 1,652만 명, 2050년 1,679만 명으로 계속 증가할 것으로 예상된다.

〈표 6-12〉 건강관리군 증장기 추정 규모 추계 (2025-2050년)

성별	연령	2025년		2035년		2050년	
		추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾
흡연							
남성	19-34세	5,066,015	2,040,118	3,630,313	1,461,951	2,540,356	1,023,018
	35-49세	5,772,733	2,559,878	5,537,547	2,455,587	3,671,338	1,628,029
	50-64세	6,464,336	2,265,665	6,159,635	2,158,871	5,534,885	1,939,904
	65세 이상	4,674,911	839,655	6,980,780	1,253,810	8,840,704	1,587,868
여성	19-34세	4,529,569	303,683	3,451,199	231,384	2,473,593	165,841
	35-49세	5,346,494	418,504	4,936,435	386,406	3,553,869	278,184
	50-64세	6,436,183	350,047	5,980,335	325,255	5,015,926	272,803
	65세 이상	5,836,249	133,083	8,256,495	188,272	10,166,425	231,824
흡연 계		8,910,634		8,461,536		7,127,473	

196 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

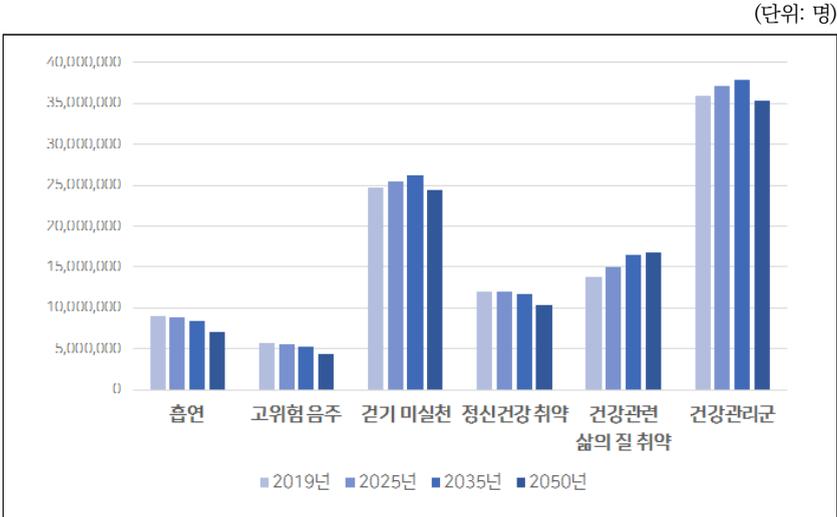
성별	연령	2025년		2035년		2050년	
		추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾
고위험 음주							
남성	19-34세	5,066,015	1,128,641	3,630,313	808,785	2,540,356	565,958
	35-49세	5,772,733	1,452,743	5,537,547	1,393,557	3,671,338	923,914
	50-64세	6,464,336	1,392,175	6,159,635	1,326,554	5,534,885	1,192,006
	65세 이상	4,674,911	341,646	6,980,780	510,161	8,840,704	646,086
여성	19-34세	4,529,569	312,643	3,451,199	238,211	2,473,593	170,734
	35-49세	5,346,494	427,817	4,936,435	395,005	3,553,869	284,374
	50-64세	6,436,183	426,625	5,980,335	396,409	5,015,926	332,483
	65세 이상	5,836,249	116,636	8,256,495	165,004	10,166,425	203,173
고위험 음주 계			5,598,925		5,233,686		4,318,728
권기 미실천							
남성	19-34세	5,066,015	2,576,571	3,630,313	1,846,374	2,540,356	1,292,023
	35-49세	5,772,733	3,402,748	5,537,547	3,264,118	3,671,338	2,164,077
	50-64세	6,464,336	3,767,292	6,159,635	3,589,718	5,534,885	3,225,626
	65세 이상	4,674,911	2,719,560	6,980,780	4,060,964	8,840,704	5,142,947
여성	19-34세	4,529,569	2,397,123	3,451,199	1,826,432	2,473,593	1,309,067
	35-49세	5,346,494	3,257,529	4,936,435	3,007,687	3,553,869	2,165,313
	50-64세	6,436,183	3,879,199	5,980,335	3,604,451	5,015,926	3,023,185
	65세 이상	5,836,249	3,511,596	8,256,495	4,967,827	10,166,425	6,117,008
권기 미실천 계			25,511,618		26,167,571		24,439,245
정신건강 취약							
남성	19-34세	5,066,015	1,732,457	3,630,313	1,241,481	2,540,356	868,741
	35-49세	5,772,733	1,601,235	5,537,547	1,535,999	3,671,338	1,018,352
	50-64세	6,464,336	1,404,118	6,159,635	1,337,934	5,534,885	1,202,232
	65세 이상	4,674,911	879,210	6,980,780	1,312,875	8,840,704	1,662,671
여성	19-34세	4,529,569	1,772,475	3,451,199	1,350,496	2,473,593	967,947
	35-49세	5,346,494	1,721,333	4,936,435	1,589,312	3,553,869	1,144,187
	50-64세	6,436,183	1,644,678	5,980,335	1,528,192	5,015,926	1,281,751
	65세 이상	5,836,249	1,299,834	8,256,495	1,838,866	10,166,425	2,264,240
정신건강 취약 계			12,055,341		11,735,155		10,410,122

성별	연령	2025년		2035년		2050년	
		추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾	추계인구 (명) ¹⁾	추정수요 (명) ²⁾
건강관련 삶의 질 취약							
남성	19-34세	5,066,015	964,267	3,630,313	690,995	2,540,356	483,532
	35-49세	5,772,733	1,140,749	5,537,547	1,094,274	3,671,338	725,493
	50-64세	6,464,336	1,883,566	6,159,635	1,794,783	5,534,885	1,612,745
	65세 이상	4,674,911	2,286,040	6,980,780	3,413,614	8,840,704	4,323,120
여성	19-34세	4,529,569	1,206,469	3,451,199	919,241	2,473,593	658,852
	35-49세	5,346,494	1,473,166	4,936,435	1,360,179	3,553,869	979,229
	50-64세	6,436,183	2,499,726	5,980,335	2,322,681	5,015,926	1,948,117
	65세 이상	5,836,249	3,480,897	8,256,495	4,924,398	10,166,425	6,063,532
건강관련 삶의 질 취약 계		14,934,881		16,520,165		16,794,619	
건강관리군							
남성	19-34세	5,066,015	4,341,082	3,630,313	3,110,825	2,540,356	2,176,838
	35-49세	5,772,733	5,023,479	5,537,547	4,818,818	3,671,338	3,194,828
	50-64세	6,464,336	5,550,663	6,159,635	5,289,029	5,534,885	4,752,581
	65세 이상	4,674,911	4,070,202	6,980,780	6,077,802	8,840,704	7,697,141
여성	19-34세	4,529,569	3,671,451	3,451,199	2,797,376	2,473,593	2,004,975
	35-49세	5,346,494	4,423,146	4,936,435	4,083,905	3,553,869	2,940,110
	50-64세	6,436,183	5,231,028	5,980,335	4,860,536	5,015,926	4,076,710
	65세 이상	5,836,249	4,831,567	8,256,495	6,835,180	10,166,425	8,416,325
건강관리군 계		37,142,618		37,873,470		35,259,508	

주: 1) '장래인구추계' 중위 추계 결과 적용 (기본 추계: 출산율-중위/기대수명-중위/국제순이동-중위)

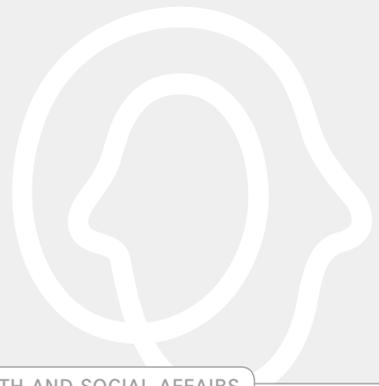
2) 국민건강영양조사 2016-2018년 기준

[그림 6-7] 건강관리군 중장기 수요 추정 결과



이와 같이 건강위험요인 별 수요의 중장기 추계 결과 변화 추이는 요인 별로 차이가 큰 것으로 나타났으며, 이러한 차이는 연령과 성별에 따른 각 건강위험요인 별 발생 추정 확률과 성·연령별 하위 인구집단의 규모 변화 추이에 기인한다. 따라서 향후 비의료건강관리서비스를 포함한 건강증진정책을 통해 흡연과 음주, 신체활동 등 건강생활습관의 실천률이 개선되고 정신건강과 삶의 질 향상을 위한 지역사회 인프라와 환경이 개선된다면 현재의 상황을 반영하는 인구집단별 건강위험요인의 추정 발생 확률은 변화할 수 있다.

특히 1가지 이상의 건강위험요인을 보유한 건강관리군의 규모가 전체 인구집단에서 차지하는 비중이 매우 크다는 점에서 의료적 처치나 행위를 제외한 비의료건강관리서비스가 건강위험요인을 다수 보유하고 있는 건강관리군의 건강수준 향상을 촉진할 수 있다면 건강문제로 인한 사회경제적 부담 경감에도 크게 기여할 수 있을 것으로 기대된다.



제7장

일반인의 비의료건강관리서비스 이용경험과 영향요인

제1절 조사 개요 및 표본 설계

제2절 응답자의 일반적 특성

제3절 비의료건강관리서비스 이용 경험

제4절 비의료건강관리서비스 효과성 및 추천의향

제5절 디지털 서비스 활용 경험

제6절 소결

제 7 장

일반인의 비의료건강관리서비스 이용경험과 영향요인

제1절 조사 개요 및 표본 설계

1. 조사 개요

이 연구를 위하여 일반인 대상으로 온라인 조사를 실시하였다. 전국의 성인으로 만 19세에서 79세의 성인 남녀를 대상으로 하였다. 표본추출은 지역과 성, 연령을 고려하여 인구비례에 따라 할당추출하였다. 표본의 크기는 당초에는 4,000명을 목표로 하였고, 최종 응답자를 기준으로 하면 4,310명이 되었다(표 7-1).

〈표 7-1〉 비의료건강관리서비스 이용과 건강권에 관한 인식 조사 개요

구 분	내 용
모집단	전국 만 19~79세 남/여
표본추출률	지역/성/연령별 인구비례에 따른 할당추출
표본크기	4,310명
조사방법	온라인 패널 고객을 활용한 Web-Survey
조사기간	2020년 9월 10일 ~ 9월 21일

2. 조사 내용

온라인 조사의 조사내용은 개인의 건강상태와 수준, 체중조절관리의 경험, 정보통신기술의 이용실태, 건강권에 대한 인식, 건강관리를 위한 사회적 자원의 인식, 인구학적 특성 등으로 구성되었다.

개인 건강 상태는 개인 건강에 대한 생각, 건강검진 주기, 질환 유무, 흡연 경험, 음주 경험, 수면상태, 일일 걷는 시간, 스마트폰 사용량에 대하여 질문하였다.

체중 조절 관리에 대한 설문항목은 체형에 대한 생각, 체중 조절 노력 경험, 체중 조절 노력 이유, 체중 조절 방법 및 효과성, 체중 조절 지불 비용, 서비스 이용경험 및 효과 정도 등을 포함하였다.

비의료건강관리서비스 구매 경험은 비의료건강관리서비스란 무엇인지에 대한 설명을 제시한 후 비의료건강관리서비스 이용 여부, 이용 방식, 이용기관, 제공자, 평균 지불금액, 효과성 및 추천의향 등을 질문하도록 구성하였다.

정보통신기술(ICT)의 이용 실태는 사용하는 웨어러블 기기, 활용 목적, 건강권에 대한 인식 등을 질문하였다.

건강 증진을 위해 중요한 사항, 비의료건강관리서비스 필요성, 건강권으로서의 비의료건강관리서비스 보장 영역, 비의료건강관리서비스 정부 정책 및 바우처에 대한 의견, 코로나19로 인한 건강관리의 변화, 건강관리를 위한 사회적 자원, 건강관리에 도움이 된 사회적 관계, 정보 획득 매체, 건강관리의 장단점 등을 질문하였다.

인구학적 특성과 기초적인 질문사항으로는 성, 연령, 거주지역, 혼인상태, 가구원수, 거주유형, 최종학력, 직업, 근로시간, 키, 몸무게 등을 포함하였다.

제2절 응답자의 일반적 특성

1. 응답자의 일반 특성

전체 응답자는 4,310명으로 20대 이하 815명, 30대 895명, 40대 991명, 50대 902명, 60대 이상 707명으로 나타났다. 학력별로는 대졸은 3~40대에서 높았으며, 대학원졸 이상은 60대 이상에서 높게 나타났다. 가구원수별로는 1인가구가 30대가 16.0%로 가장 높았다. BMI별로는 연령이 낮을수록 저체중이 높았고, 비만 전 단계, 비만 또한 20대 이하가 가장 낮았다(표 7-2).

남성 응답자는 총 2,234명, 여성 응답자는 총 2,076명으로 나타났다. BMI별로 살펴보면 저체중은 여성이 남성보다 비율이 높게 나타났다.(여성 20대 이하 30.1%, 남성 20대 이하 5.8%). 비만은 남녀 모두 3~40대에서 가장 높았다.

〈표 7-2〉 조사대상자의 인구학적 특성

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	20대 이하	30대	40대	50대	60대 이상
전 체		4,310	815	895	991	902	707
거주지	대도시	2,054	48.7	47.0	45.3	47.0	51.3
	중소도시	1,852	43.6	42.8	44.6	44.3	38.5
	읍면	404	7.7	10.2	10.1	8.6	10.2
성별	남	2,234	46.7	50.1	52.5	52.8	57.9
	여	2,076	53.3	49.9	47.5	47.2	42.1
학력	고졸이하	984	29.0	13.0	15.0	25.3	36.1
	대졸	2,921	66.9	77.8	75.1	64.0	50.8
	대학원졸 이상	405	4.2	9.3	9.9	10.8	13.2
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	6.5	45.8	69.4	80.4	85.0
	기혼 외	1,833	93.5	54.2	30.6	19.6	15.0
가구원수	1명	511	14.1	16.0	11.5	9.5	7.5
	2명이상	3,799	85.9	84.0	88.5	90.5	92.5
주거유형	아파트	3,007	63.2	69.6	70.9	73.2	71.6
	기타	1,303	36.8	30.4	29.1	26.8	28.4
BMI	저체중	301	11.9	7.8	6.2	5.0	4.0
	정상	1,951	49.3	44.7	42.1	45.3	45.7
	비만 전 단계	945	18.9	18.1	23.3	24.8	24.6
	비만	1,113	19.9	29.4	28.5	24.8	25.7
직업	비생산직	2,617	46.6	73.9	70.0	63.3	44.0
	생산직	436	5.8	8.6	10.6	11.9	14.1
	기타	1,257	47.6	17.5	19.4	24.8	41.9
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	63.6	36.2	40.4	41.7	62.9
	40시간	1,149	19.5	33.4	30.1	29.4	18.1
	40시간초과	1,098	16.9	30.4	29.6	28.9	19.0
근무형태	고용주 및 자영업자	466	3.8	8.8	11.7	14.0	16.1
	임금근로자	2,548	48.8	72.6	68.1	60.1	40.0
	무직	1,296	47.4	18.5	20.2	25.9	43.8
월평균 가구소득	~299만원	1,225	37.2	27.7	24.5	22.8	31.8
	300만원~499만원	1,427	25.4	36.4	37.3	31.9	33.4
	500만원~	1,658	37.4	35.9	38.1	45.2	34.8

2. 건강 상태별 응답자의 일반 특성

전체 응답자 중 건강이 좋다고 응답한 경우는 28.6%로 연령별로는 20대 이하(33.0%)와 60대 이상(32.1%)에서 높게 나타났다. 학력과 월평균 가구소득이 높을수록 건강이 좋다는 응답이 높았다(표 7-3).

1가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 응답자는 55.0%로 연령이 높을수록 높게 나타났으며(20대 이하 35.7%, 60대 이상 76.8%), BMI가 비만인 응답자의 75.6%가 그렇다고 응답하였다.

전체 응답자 중 흡연자는 28.5%, 고위험 음주자는 24.1%로 나타났다. 연령별로는 흡연자는 4~50대가, 고위험 음주자는 30대 이하가 높게 나타났다. 성별로는 남성이 여성보다 흡연, 음주 모두 높게 나타났다. BMI가 높을수록, 평균 근로시간이 많을수록 흡연자와 고위험음주자의 비율이 높게 나타났다(표 7-3).

스스로 비만이라고 생각하는 주관적 비만자는 41.8%로 BMI상 비만자(25.8%)보다 높게 나타났다. 성별로는 주관적 비만자의 비율이 비슷하나 BMI상 비만자는 남성이 35.1%로 여성(15.8%)보다 두 배 이상 높게 나타났다(표 7-5).

스마트폰 사용 시간별로는 연령대가 높을수록 하루 평균 2시간 미만 사용한다는 응답이 높게 나타났다(표 7-6).

전체 응답자 중 하루 30분 이상 주 5일 이상 걷기를 실천하고 있다는 응답은 53.4%로 연령별로는 60대 이상이 58.3%로 가장 높게 나타났다. 전체 응답자 중 연간 체중조절 노력을 하고 있다는 응답은 80.2%로 연령이 낮을수록 높게 나타났으며, BMI지수가 높을수록 높게 나타났다(표 7-7).

〈표 7-3〉 신체 건강 상태별 인구학적 특성

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	건강이 좋음 ¹⁾	만성질환 ²⁾ 이 1가지 이상 있음
전 체		4,310	28.6	55.0
거주지	대도시	2,054	29.4	55.7
	중소도시	1,852	28.5	54.8
	읍면	404	25.2	52.2
연령	20대 이하	815	33.0	35.7
	30대	895	28.6	46.3
	40대	991	24.3	56.1
	50대	902	26.5	62.7
	60대 이상	707	32.1	76.8
성별	남	2,234	30.4	59.9
	여	2,076	26.6	49.7
학력	고졸이하	984	26.4	56.8
	대졸	2,921	28.8	53.1
	대학원졸 이상	405	32.6	64.2
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	29.8	62.5
	기혼 외	1,833	26.9	44.8
가구원수	1명	511	24.7	48.5
	2명이상	3,799	29.1	55.9
주거유형	아파트	3,007	29.7	56.4
	기타	1,303	26.1	51.8
BMI	저체중	301	21.9	42.9
	정상	1,951	31.8	43.4
	비만전단계	945	30.9	58.5
	비만	1,113	22.7	75.6
직업	비생산직	2,617	28.8	54.4
	생산직	436	29.8	62.2
	기타	1,257	27.6	53.7
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	28.1	54.4
	40시간	1,149	30.1	51.1
	40시간초과	1,098	27.9	60.2
근무형태	고용주 및 자영업자	466	29.2	59.7
	임금근로자	2,548	29.0	54.4
	무직	1,296	27.6	54.4
월평균 가구소득	~299만원	1,225	24.2	50.0
	300만원~499만원	1,427	25.9	59.1
	500만원~	1,658	34.1	55.1

주: 1) 건강이 좋음의 정의: 건강하다, 매우건강하다로 응답한 사람;

2) 만성질환: 암, 심혈관계 질환 또는 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 골관절 이상(골다공증, 류마티스 관절염 등), 기관지염, 폐기종, 천식, 결핵, 갑상선 관련 질환, 질환대사증후군, 고지혈증, 비만, 기타 3개월 이상 앓고 있는 만성질환

(표 7-4) 흡연, 음주, 수면 상태별 인구학적 특성

(단위: 명, %, 점)

구 분		전체 (N)	흡연자 ¹⁾	고위험음주자 ²⁾	수면의 질 ³⁾
전 체		4,310	28.5	24.1	3.06
거주지	대도시	2,054	30.5	23.9	3.04
	중소도시	1,852	27.9	24.8	3.06
	읍면	404	20.8	22.0	3.10
연령	20대 이하	815	22.3	28.8	3.06
	30대	895	30.4	27.9	2.92
	40대	991	34.0	24.7	3.04
	50대	902	31.9	23.1	3.11
	60대 이상	707	21.1	14.3	3.18
성별	남	2,234	43.5	30.0	3.09
	여	2,076	12.3	17.8	3.03
학력	고졸이하	984	25.3	22.4	3.02
	대졸	2,921	29.8	25.2	3.05
	대학원졸 이상	405	26.9	20.7	3.18
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	28.6	21.2	3.06
	기혼 외	1,833	28.3	28.0	3.05
가구원수	1명	511	34.2	29.9	3.02
	2명이상	3,799	27.7	23.3	3.06
주거유형	아파트	3,007	27.7	23.8	3.08
	기타	1,303	30.3	24.7	3.01
BMI	저체중	301	20.3	14.3	2.89
	정상	1,951	25.9	21.4	3.09
	비만전단계	945	31.2	25.4	3.09
	비만	1,113	32.9	30.4	3.03
직업	비생산직	2,617	33.8	28.0	3.01
	생산직	436	39.9	28.7	3.10
	기타	1,257	13.4	14.5	3.13
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	19.1	18.0	3.10
	40시간	1,149	33.3	28.0	3.10
근무형태	40시간초과	1,098	41.0	31.4	2.93
	고용주 및 자영업자	466	33.5	26.6	3.04
	임금근로자	2,548	35.1	28.6	3.02
월평균 가구소득	무직	1,296	13.7	14.3	3.13
	~299만원	1,225	22.1	20.6	3.04
	300만원~499만원	1,427	29.6	23.3	3.02
	500만원~	1,658	32.2	27.4	3.10

주: 1) 가끔, 매일 흡연자

2) 최근 1년 동안 음주한 사람 중에서 남자는 한 번의 술자리에서 7잔 이상(또는 맥주 5캔 정도), 여자는 5잔 이상(또는 맥주 3캔 정도)을 주 2회 이상 마시는 사람.(보건복지부·질병관리본부, 2018).

3) 5점척도의 평균 점수

〈표 7-5〉 비만 상태별 인구학적 특성

(단위: 명, %)

구 분	전체 (N)	주관적 비만자 ¹⁾	BMI상 비만자	
전 체	4,310	41.8	25.8	
거주지	대도시	2,054	40.8	24.8
	중소도시	1,852	43.0	26.6
	읍면	404	40.8	27.2
연령	20대 이하	815	37.1	19.9
	30대	895	45.5	29.4
	40대	991	44.7	28.5
	50대	902	42.2	24.8
성별	60대 이상	707	37.8	25.7
	남	2,234	43.3	35.1
학력	여	2,076	40.1	15.8
	고졸이하	984	39.9	23.9
	대졸	2,921	41.8	25.9
결혼 유무	대학원졸 이상	405	46.2	29.9
	기혼(배우자있음)	2,477	42.6	26.8
가구원수	기혼 외	1,833	40.6	24.5
	1명	511	41.1	26.8
주거유형	2명이상	3,799	41.9	25.7
	아파트	3,007	41.7	25.7
BMI	기타	1,303	41.8	26.1
	저체중	301	3.0	-
	정상	1,951	16.1	-
	비만전단계	945	50.9	-
직업	비만	1,113	89.4	100.0
	비생산직	2,617	42.6	26.5
	생산직	436	45.4	34.2
일주일 평균 근로시간	기타	1,257	38.7	21.5
	40시간 미만	2,063	39.2	22.4
	40시간	1,149	42.2	25.2
근무형태	40시간초과	1,098	46.2	32.9
	고용주 및 자영업자	466	38.6	30.0
	임금근로자	2,548	43.8	27.1
월평균 가구소득	무직	1,296	39.0	21.8
	~299만원	1,225	40.2	25.7
	300만원~499만원	1,427	43.4	25.8
	500만원~	1,658	41.5	25.9

주: 1) 약간 비만, 매우 비만

〈표 7-6〉 스마트폰 사용 시간별 인구학적 특성

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	주 하루 평균 2시간 미만	주말 하루 평균 2시간 미만
전 체		4,310	36.3	34.7
거주지	대도시	2,054	35.2	34.0
	중소도시	1,852	36.9	34.3
	읍면	404	39.1	39.9
연령	20대 이하	815	15.0	11.5
	30대	895	21.1	20.4
	40대	991	37.6	35.7
	50대	902	47.9	46.5
성별	60대 이상	707	63.2	62.9
	남	2,234	42.3	39.7
학력	여	2,076	29.7	29.3
	고졸이하	984	40.4	38.9
	대졸	2,921	34.5	32.9
결혼 유무	대학원졸 이상	405	38.8	37.3
	기혼(배우자있음)	2,477	42.8	42.3
가구원수	기혼 외	1,833	27.5	24.4
	1명	511	34.4	31.5
주거유형	2명이상	3,799	36.5	35.1
	아파트	3,007	35.5	34.4
	기타	1,303	38.0	35.5
BMI	저체중	301	32.9	30.6
	정상	1,951	36.2	34.0
	비만전단계	945	38.9	37.8
	비만	1,113	35.0	34.3
직업	비생산직	2,617	34.8	33.8
	생산직	436	45.6	39.0
	기타	1,257	36.1	35.1
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	36.3	35.1
	40시간	1,149	36.4	32.9
	40시간초과	1,098	36.1	35.8
근무형태	고용주 및 자영업자	466	44.2	45.1
	임금근로자	2,548	34.6	32.1
	무직	1,296	36.7	36.0
월평균 가구소득	~299만원	1,225	40.0	39.0
	300만원~499만원	1,427	35.6	34.3
	500만원~	1,658	34.1	31.8

〈표 7-7〉 신체활동과 체중조절 노력별 인구학적 특성

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	일 30분 이상 주 5일 걷기 실천	연간 체중조절 노력
전 체		4,310	53.4	80.2
거주지	대도시	2,054	55.5	81.3
	중소도시	1,852	52.8	79.8
	읍면	404	45.8	77.0
연령	20대 이하	815	52.3	83.2
	30대	895	49.6	81.6
	40대	991	51.5	80.2
	50대	902	56.5	78.9
	60대 이상	707	58.3	76.7
성별	남	2,234	55.3	77.7
	여	2,076	51.3	82.9
학력	고졸이하	984	51.0	76.4
	대졸	2,921	53.3	80.8
	대학원졸 이상	405	59.8	84.9
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	54.7	80.7
	기혼 외	1,833	51.6	79.5
가구원수	1명	511	50.9	78.9
	2명이상	3,799	53.8	80.4
주거유형	아파트	3,007	54.2	81.3
	기타	1,303	51.6	77.7
BMI	저체중	301	47.5	69.1
	정상	1,951	54.6	77.2
	비만전단계	945	54.4	82.1
	비만	1,113	52.1	86.9
직업	비생산직	2,617	55.2	82.0
	생산직	436	53.7	75.9
	기타	1,257	49.6	78.0
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	50.9	79.0
	40시간	1,149	53.2	81.5
	40시간초과	1,098	58.3	81.2
근무형태	고용주 및 자영업자	466	53.2	78.3
	임금근로자	2,548	55.7	81.6
	무직	1,296	49.0	78.2
월평균 가구소득	~299만원	1,225	49.1	76.5
	300만원~499만원	1,427	52.7	80.5
	500만원~	1,658	57.2	82.7

응답자 중 2년 단위로 정기적 건강검진을 받는 경우는 46.7%로, 연령이 높을수록 정기적으로 건강검진을 받는 것으로 나타났다(표 7-8). 정기적 건강검진을 받는다는 응답은 결혼 유무에 따라 기혼(54.4%)이 기혼 외(36.4%)보다 높았으며, 직업별로는 비생산직(50.7%)이 생산직(38.8%)보다 높았다.

2018년 이후 건강검진 경험 여부에 대해서는 전체 응답자의 80.3%가 있다고 응답하였다. 거주지별로는 대도시, 중소도시, 읍면 순으로 건강검진 경험이 높게 나타났다. 연령과 학력이 높을수록 검진 경험이 높았다.

과거 혹은 현재 경험한 질병이 없는 경우는 45.0%였다. 복수응답으로 응답한 주요 질병으로는 고혈압이 18.2%로 가장 높았고, 그 다음으로 고지혈증(17.0%), 비만(15.7%), 당뇨(8.1%) 등의 순으로 높게 나타났다. 연령별로는 20대 이하의 질환이 없다는 응답이 64.3%로 가장 높았고, 기타 만성질환이 13.4%로 다른 연령에 비해 높게 나타났다. 고지혈증, 고혈압, 당뇨 등의 질환은 연령이 높을수록 증가하였으며, 30대는 비만이 21.7%로 다른 연령에 비해 높게 나타났다. 성별로는 남성이 여성보다 질병이 많은 것으로 나타났으며, BMI별로는 지수가 높을수록 고혈압, 고지혈증, 당뇨 등의 질환이 높게 나타났다.

〈표 7-8〉 정기적 건강검진 경험 유무

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	받지 않는다	가끔 받는다	2년 단위로	매년
전 체		4,310	15.5	23.5	46.7	14.3
거주지	대도시	2,054	14.3	23.4	47.3	14.9
	중소도시	1,852	15.7	22.7	47.3	14.3
	읍면	404	21.0	27.0	41.1	10.9
통계적 유의성		$\chi^2=19.363^{**}$				
연령	20대 이하	815	38.9	25.9	26.0	9.2
	30대	895	18.8	25.8	40.8	14.6
	40대	991	7.9	22.7	54.1	15.3
	50대	902	8.3	20.3	54.2	17.2
	60대 이상	707	4.5	22.8	58.3	14.4
통계적 유의성		$\chi^2=568.374^{***}$				
성별	남	2,234	15.7	21.8	44.2	18.3
	여	2,076	15.4	25.2	49.5	9.9
통계적 유의성		$\chi^2=64.651^{***}$				
학력	고졸이하	984	23.6	26.9	38.2	11.3
	대졸	2,921	14.1	23.1	47.9	14.9
	대학원졸 이상	405	6.4	17.8	59.0	16.8
통계적 유의성		$\chi^2=115.295^{***}$				
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	6.9	22.0	54.4	16.7
	기혼 외	1,833	27.2	25.4	36.4	11.0
통계적 유의성		$\chi^2=379.014^{***}$				
가구원수	1명	511	19.8	22.7	44.0	13.5
	2명이상	3,799	15.0	23.6	47.1	14.4
통계적 유의성		$\chi^2=7.924^*$				
주거유형	아파트	3,007	13.3	22.8	48.8	15.1
	기타	1,303	20.6	25.0	42.0	12.4
통계적 유의성		$\chi^2=46.986^{***}$				
BMI	저체중	301	22.3	27.9	42.5	7.3
	정상	1,951	16.0	23.1	47.5	13.4
	비만전단계	945	14.1	21.7	48.0	16.2
	비만	1,113	14.1	24.3	45.5	16.1
통계적 유의성		$\chi^2=34.516^{***}$				
직업	비생산직	2,617	10.7	22.0	50.7	16.5
	생산직	436	13.8	24.8	38.8	22.7
	기타	1,257	26.3	25.9	41.1	6.6
통계적 유의성		$\chi^2=247.389^{***}$				

구 분		전체 (N)	받지 않는다	가끔 받는다	2년 단위로	매년
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	21.7	25.5	44.3	8.5
	40시간	1,149	9.1	19.1	52.1	19.7
	40시간초과	1,098	10.7	24.2	45.6	19.4
통계적 유의성		$\chi^2=211.140^{***}$				
근무형태	고용주 및 자영업자	466	13.1	31.1	46.4	9.4
	임금근로자	2,548	10.8	20.7	49.5	19.0
	무직	1,296	25.8	26.1	41.4	6.7
통계적 유의성		$\chi^2=260.889^{***}$				
월평균 가구소득	~299만원	1,225	24.5	26.2	40.9	8.4
	300만원~499만원	1,427	12.8	24.9	49.0	13.3
	500만원~	1,658	11.3	20.2	49.1	19.4
통계적 유의성		$\chi^2=175.596^{***}$				

3. 체중 조절 관리 실천

자신의 체형에 대해서는 비만(41.8%), 보통(39.4%), 마름(18.9%)로 나타났다. 최근 1년 간 체중 조절을 위한 노력에 대해서는 몸무게 감소 노력이 50.2%로 가장 높았고, 유지 노력(25.0%), 증가 노력(5.0%) 순으로 나타났다(표 7-9). 체중 조절 노력 경험이 없다는 응답도 19.8%로 나타났다. 연령별로는 몸무게 감소 노력은 30대 이하에서 높았고, 몸무게 유지 노력은 40대 이상에서 높게 나타났다. 성별로는 몸무게 감소 노력은 여성(54.9%)이 높았고, 남성은 노력해 본 적 없다가 22.3%로 나타났다.

최근 1년 간 체중 조절을 위해 노력한 경험이 있는 3,457명에게 체중 조절 이유에 대해 조사한 결과, 건강증진(체력관리)가 47.6%로 가장 높았다(표 7-10). 연령별로는 만성질환 등 질병예방 관리라는 응답이 연령이 높을수록 높게 나타났다. 성별로는 여성의 경우 외모관리와 자신감을 갖기 위해서라는 응답이 31.9%로 높게 나타났다.

〈표 7-9〉 최근 1년 간 체중 조절 위한 노력 경험

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	노력해 본 적 없다	몸무게 감소 노력	몸무게 유지 노력	몸무게 증가 노력
전 체		4,310	19.8	50.2	25.0	5.0
거주지	대도시	2,054	18.7	50.6	25.8	4.9
	중소도시	1,852	20.2	50.2	24.1	5.5
	읍면	404	23.0	48.0	25.7	3.2
통계적 유의성		$\chi^2=8.445$				
연령	20대 이하	815	16.8	54.4	21.5	7.4
	30대	895	18.4	55.6	21.5	4.5
	40대	991	19.8	50.5	25.7	4.0
	50대	902	21.1	46.8	27.3	4.9
	60대 이상	707	23.3	42.4	29.8	4.4
통계적 유의성		$\chi^2=57.695^{***}$				
성별	남	2,234	22.3	45.8	25.4	6.5
	여	2,076	17.1	54.9	24.7	3.4
통계적 유의성		$\chi^2=54.224^{***}$				
학력	고졸이하	984	23.6	46.1	24.1	6.2
	대졸	2,921	19.2	51.4	24.9	4.6
	대학원졸 이상	405	15.1	51.4	28.4	5.2
통계적 유의성		$\chi^2=22.671^{**}$				
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	19.3	49.7	27.0	4.0
	기혼 외	1,833	20.5	50.8	22.4	6.3
통계적 유의성		$\chi^2=21.616^{***}$				
가구원수	1명	511	21.1	48.7	23.5	6.7
	2명이상	3,799	19.6	50.4	25.2	4.8
통계적 유의성		$\chi^2=4.554$				
주거유형	아파트	3,007	18.7	51.0	25.7	4.6
	기타	1,303	22.3	48.2	23.5	6.0
통계적 유의성		$\chi^2=13.091^{**}$				
BMI	저체중	301	30.9	20.6	26.9	21.6
	정상	1,951	22.8	41.0	29.7	6.5
	비만전단계	945	17.9	55.9	24.7	1.6
	비만	1,113	13.1	69.5	16.6	0.7
통계적 유의성		$\chi^2=516.488^{***}$				
직업	비생산직	2,617	18.0	51.5	25.9	4.6
	생산직	436	24.1	44.3	25.5	6.2
	기타	1,257	22.0	49.4	23.2	5.4
통계적 유의성		$\chi^2=20.787^{**}$				

구 분		전체 (N)	노력해 본 적 없다	몸무게 감소 노력	몸무게 유지 노력	몸무게 증가 노력
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	21.0	49.3	24.1	5.5
	40시간	1,149	18.5	51.0	26.0	4.4
	40시간초과	1,098	18.8	51.0	25.7	4.6
통계적 유의성		$\chi^2=7.341$				
근무형태	고용주 및 자영업자	466	21.7	45.7	28.1	4.5
	임금근로자	2,548	18.4	51.4	25.3	4.9
	무직	1,296	21.8	49.5	23.5	5.2
통계적 유의성		$\chi^2=12.266$				
월평균 가구소득	~299만원	1,225	23.5	49.1	22.0	5.5
	300만원~499만원	1,427	19.5	47.9	27.0	5.5
	500만원~	1,658	17.3	53.0	25.6	4.2
통계적 유의성		$\chi^2=28.907^{***}$				

〈표 7-10〉 체중 유지 및 조절하는 주된 이유

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	건강증진 (체력관리)	만성질환 등 질병예방 관리	외모관리와 자신감	기타
전 체		3,457	47.6	26.8	25.5	0.1
거주지	대도시	1,669	47.5	27.0	25.5	0.1
	중소도시	1,477	48.5	25.4	26.1	0.1
	읍면	311	44.1	32.8	23.2	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=7.424$				
연령	20대 이하	678	42.5	11.8	45.7	0.0
	30대	730	46.0	19.7	34.1	0.1
	40대	795	49.4	28.4	22.1	0.0
	50대	712	48.9	36.2	14.9	0.0
	60대 이상	542	51.7	40.6	7.6	0.2
통계적 유의성		$\chi^2=376.768^{***}$				
성별	남	1,735	51.5	29.2	19.2	0.1
	여	1,722	43.6	24.4	31.9	0.1
통계적 유의성		$\chi^2=73.251^{***}$				
학력	고졸이하	752	44.9	28.1	27.0	0.0
	대졸	2,361	47.9	25.6	26.4	0.1
	대학원졸 이상	344	51.5	32.6	16.0	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=22.709^{**}$				
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	48.8	32.0	19.2	0.1
	기혼 외	1,457	45.9	19.8	34.2	0.1
통계적 유의성		$\chi^2=121.747^{***}$				
가구원수	1명	403	47.9	23.6	28.3	0.2
	2명이상	3,054	47.5	27.3	25.1	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=6.058$				
주거유형	아파트	2,445	47.5	27.4	25.1	0.0
	기타	1,012	47.8	25.6	26.5	0.1
통계적 유의성		$\chi^2=1.793$				
BMI	저체중	208	48.6	16.3	34.6	0.5
	정상	1,506	48.2	20.5	31.2	0.1
	비만전단계	776	48.5	29.9	21.6	0.0
	비만	967	45.7	36.5	17.8	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=128.831^{***}$				
직업	비생산직	2,146	49.0	26.2	24.7	0.1
	생산직	331	46.2	36.0	17.8	0.0
	기타	980	44.9	25.1	30.0	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=31.428^{***}$				

구 분		전체 (N)	건강증진 (체력관리)	만성질환 등 질병예방 관리	외모관리와 자신감	기타
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	46.2	26.4	27.4	0.1
	40시간	936	49.1	24.8	26.0	0.1
	40시간초과	892	48.5	29.8	21.6	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=14.342^*$				
근무형태	고용주 및 자영업자	365	47.7	32.1	20.0	0.3
	임금근로자	2,079	49.3	26.4	24.3	0.0
	무직	1,013	44.1	26.0	29.9	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=24.652^{***}$				
월평균 가구소득	~299만원	937	47.0	26.7	26.3	0.1
	300만원~499만원	1,149	47.1	28.4	24.5	0.1
	500만원~	1,371	48.4	25.7	25.9	0.0
통계적 유의성		$\chi^2=4.184$				

체중조절을 위해 사용한 방법으로는 평소 식사량, 식사메뉴 조절(68.5%), 평소 신체활동 늘리기(63.4%), 운동, 헬스클럽 등(32.3%) 등의 순으로 높게 나타났다. 연령별로는 30대 이하에서 단식과 운동, 헬스클럽 등 경험이 높게 나타났다(표 7-11).

체중조절을 위해 사용한 방법의 효과성에 대해서는 운동, 헬스클럽 등이 5점 만점 평균 3.78점으로 가장 높았고, 그 다음으로 PT받기(3.75점), 평소 신체활동 늘리기(3.65점) 등의 순으로 높게 나타났다(표 7-12). BMI별로는 저체중의 경우 단식이 3.73점으로 가장 높았고, 비만 전 단계의 경우 PT받기가 3.94점으로 가장 높았다. 직업별로는 생산직의 경우 유행 다이어트 식단에 대한 효과성이 2.92점으로 가장 낮았다.

체중조절을 위해 지불한 월평균 비용은 8.97만원으로 나타났다(표 7-13). 거주지별로 대도시가 평균 10.01만원으로 가장 높았고, 연령별로는 20대 이하가 평균 11.05만원으로 가장 높았다. 가구원수별로는 1명이 평균 10.34만원으로 2명이상(8.79점)보다 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 7-11〉 체중유지 및 조절을 위해 사용한 방법 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	1	2	3	4	5	6	7
전 체		3,457	23.4	9.6	68.5	63.4	4.1	32.3	0.5
거주지	대도시	1,669	23.6	9.8	68.5	63.9	4.6	32.1	0.5
	중소도시	1,477	23.2	9.8	69.3	63.3	3.5	32.7	0.3
	읍면	311	23.2	7.7	64.3	61.4	4.8	31.8	1.3
연령	20대 이하	678	27.7	9.4	65.0	53.2	5.2	43.5	0.4
	30대	730	26.6	10.4	68.5	55.8	5.5	34.7	1.0
	40대	795	25.4	10.6	64.0	63.9	4.2	28.2	0.6
	50대	712	20.5	8.8	73.2	71.5	2.2	27.1	0.0
	60대 이상	542	14.4	8.3	73.1	75.1	3.5	28.0	0.4
성별	남	1,735	20.9	8.7	65.6	65.8	3.5	37.6	0.0
	여	1,722	25.8	10.5	71.4	61.0	4.8	26.9	1.0
학력	고졸이하	752	20.7	8.0	67.3	63.0	3.3	29.9	0.4
	대졸	2,361	24.3	10.2	68.5	62.7	4.2	32.8	0.6
	대학원졸 이상	344	22.7	9.0	70.9	68.9	5.8	34.0	0.3
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	21.6	10.7	70.3	67.8	4.3	27.6	0.3
	기혼 외	1,457	25.9	8.2	66.0	57.4	3.9	38.8	0.8
가구원수	1명	403	23.6	6.7	68.7	56.6	5.0	38.7	0.2
	2명이상	3,054	23.3	10.0	68.4	64.3	4.0	31.5	0.5
주거유형	아파트	2,445	23.3	10.0	69.1	63.9	4.3	32.1	0.5
	기타	1,012	23.5	8.6	67.0	62.2	3.9	32.7	0.5
BMI	저체중	208	15.9	5.3	71.6	54.8	5.8	26.0	0.5
	정상	1,506	21.4	9.5	69.4	61.6	4.6	33.3	0.1
	비만 전 단계	776	24.1	9.9	68.0	64.4	4.4	31.7	0.5
	비만	967	27.4	10.4	66.7	67.2	2.9	32.7	1.0
직업	비생산직	2,146	23.6	10.3	69.1	62.7	4.7	33.3	0.7
	생산직	331	21.8	10.9	64.7	62.5	5.4	25.7	0.0
	기타	980	23.5	7.8	68.4	65.2	2.6	32.3	0.3
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	22.8	9.1	68.2	63.2	3.4	30.6	0.5
	40시간	936	22.3	10.7	68.4	62.0	4.8	33.1	0.6
	40시간초과	892	25.6	9.4	69.1	65.4	4.7	34.5	0.3
근무형태	고용주 및 자영업자	365	20.5	12.1	68.8	62.2	4.1	27.7	0.0
	임금근로자	2,079	24.1	10.0	68.4	62.8	4.9	33.5	0.7
	무직	1,013	23.0	8.0	68.5	65.1	2.7	31.5	0.3
월평균 가구소득	~299만원	937	22.8	8.3	64.7	61.3	3.2	29.3	0.6
	300만원~499만원	1,149	21.4	9.6	68.2	62.8	4.7	30.8	0.3
	500만원~	1,371	25.4	10.5	71.3	65.4	4.3	35.6	0.6

주: 1) 1.단식, 2.유행다이어트 식단, 3.평소 식사량, 식사메뉴 조절, 4.평소 신체활동 늘리기, 5.PT받기, 6.운동, 헬스클럽 등, 7.기타

〈표 7-12〉 체중유지 및 조절 방법의 효과성 (계속)

(단위: 명, 점)

구 분		전체 (N)	1	2	3
전 체		3,457	3.43	3.17	3.60
거주지	대도시	1,669	3.43	3.28	3.57
	중소도시	1,477	3.43	3.11	3.63
	읍면	311	3.43	2.83	3.60
통계적 유의성			F=0.002	F=3.206*	F=1.543
연령	20대 이하	678	3.54	3.23	3.65
	30대	730	3.53	3.17	3.64
	40대	795	3.43	3.18	3.62
	50대	712	3.23	3.10	3.49
	60대 이상	542	3.31	3.18	3.61
통계적 유의성			F=3.485**	F=0.193	F=3.697**
성별	남	1,735	3.42	3.24	3.60
	여	1,722	3.44	3.12	3.60
통계적 유의성			T=-0.454	T=1.242	T=0.070
학력	고졸이하	752	3.41	3.17	3.54
	대졸	2,361	3.43	3.15	3.62
	대학원졸 이상	344	3.46	3.35	3.62
통계적 유의성			F=0.088	F=0.723	F=2.280
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	3.39	3.15	3.59
	기혼 외	1,457	3.48	3.21	3.62
통계적 유의성			T=-1.421	T=-0.584	T=-0.901
가구원수	1명	403	3.31	2.93	3.60
	2명이상	3,054	3.45	3.19	3.60
통계적 유의성			T=-1.458	T=-1.491	T=-0.098
주거유형	아파트	2,445	3.43	3.18	3.61
	기타	1,012	3.45	3.16	3.57
통계적 유의성			T=-0.274	T=0.130	T=1.028
BMI	저체중	208	3.73	3.09	3.44
	정상	1,506	3.53	3.24	3.65
	비만전단계	776	3.35	3.21	3.60
	비만	967	3.34	3.06	3.56
통계적 유의성			F=3.871**	F=0.860	F=4.262**
직업	비생산직	2,146	3.45	3.24	3.63
	생산직	331	3.22	2.92	3.53
	기타	980	3.45	3.11	3.56
통계적 유의성			F=2.148	F=2.262	F=2.564

220 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	1	2	3
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	3.43	3.13	3.57
	40시간	936	3.47	3.17	3.63
	40시간초과	892	3.40	3.25	3.62
통계적 유의성			F=0.345	F=0.493	F=1.610
근무형태	고용주 및 자영업자	365	3.41	3.50	3.59
	임금근로자	2,079	3.43	3.12	3.62
	무직	1,013	3.44	3.14	3.56
통계적 유의성			F=0.032	F=3.477*	F=1.751
월평균 가구소득	~299만원	937	3.36	3.05	3.52
	300만원~499만원	1,149	3.39	3.16	3.60
	500만원~	1,371	3.51	3.24	3.65
통계적 유의성			F=2.162	F=1.169	F=4.900**

주: 1) 1.단식, 2.유행다이어트 식단, 3.평소 식사량, 식사메뉴 조절

2) *p<0.05, **p<0.01

(표 7-12계속) 체중유지 및 조절 방법의 효과성

(단위: 명, 점)

구 분		전체 (N)	4	5	6	7
전 체		3,457	3.65	3.75	3.78	3.94
거주지	대도시	1,669	3.62	3.66	3.78	3.75
	중소도시	1,477	3.67	3.92	3.79	4.20
	읍면	311	3.73	3.60	3.76	4.00
통계적 유의성			F=2.625	F=1.582	F=0.066	F=0.314
연령	20대 이하	678	3.52	3.69	3.77	4.67
	30대	730	3.62	3.80	3.75	4.00
	40대	795	3.66	3.70	3.77	3.60
	50대	712	3.69	3.94	3.82	-
	60대 이상	542	3.72	3.68	3.82	3.50
통계적 유의성			F=4.175**	F=0.297	F=0.382	F=0.902
성별	남	1,735	3.67	3.88	3.82	-
	여	1,722	3.62	3.65	3.72	3.94
통계적 유의성			T=1.520	T=1.597	T=2.233*	-
학력	고졸이하	752	3.63	3.56	3.76	3.67
	대졸	2,361	3.64	3.79	3.79	4.00
	대학원졸 이상	344	3.75	3.80	3.75	4.00
통계적 유의성			F=2.342	F=0.662	F=0.224	F=0.131
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	3.68	3.78	3.81	3.60
	기혼 외	1,457	3.59	3.70	3.75	4.08
통계적 유의성			T=2.672**	T=0.502	T=1.385	T=-0.685
가구원수	1명	403	3.65	3.65	3.71	4.00
	2명이상	3,054	3.65	3.76	3.79	3.94
통계적 유의성			T=0.093	T=-0.525	T=-1.251	-
주거유형	아파트	2,445	3.66	3.78	3.80	3.83
	기타	1,012	3.62	3.67	3.74	4.20
통계적 유의성			T=0.979	T=0.663	T=1.029	T=-0.701
BMI	저체중	208	3.55	3.33	3.54	3.00
	정상	1,506	3.70	3.68	3.82	3.50
	비만전단계	776	3.69	3.94	3.85	4.50
	비만	967	3.56	3.86	3.70	3.90
통계적 유의성			F=6.400***	F=1.659	F=4.225**	F=0.888
직업	비생산직	2,146	3.68	3.78	3.79	3.79
	생산직	331	3.71	3.67	3.74	-
	기타	980	3.56	3.68	3.76	4.67
통계적 유의성			F=6.737**	F=0.206	F=0.330	F=2.208

222 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	4	5	6	7
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	3.61	3.66	3.75	3.75
	40시간	936	3.67	4.00	3.77	4.33
	40시간초과	892	3.70	3.60	3.83	3.67
통계적 유의성			F=3.597*	F=2.697	F=0.946	F=0.747
근무형태	고용주 및 자영업자	365	3.69	3.67	3.80	-
	임금근로자	2,079	3.69	3.79	3.79	3.79
	무직	1,013	3.56	3.63	3.74	4.67
통계적 유의성			F=7.130**	F=0.413	F=0.635	F=2.208
월평균 가구소득	~299만원	937	3.56	3.40	3.75	3.50
	300만원~499만원	1,149	3.64	3.76	3.75	3.67
	500만원~	1,371	3.71	3.92	3.82	4.38
통계적 유의성			F=7.312**	F=3.377*	F=1.228	F=1.686

주: 1) 4. 평소 신체활동 늘리기, 5. PT받기, 6. 운동, 헬스클럽 등, 7. 기타

2) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

〈표 7-13〉 체중유지 및 조절을 위한 월평균 지불비용

(단위: 명, 만원)

구 분		전체 (N)	월평균 지불비용
전 체		3,457	8.97
거주지	대도시	1,669	10.01
	중소도시	1,477	7.88
	읍면	311	8.57
통계적 유의성		F=9.336***	
연령	20대 이하	678	11.05
	30대	730	10.07
	40대	795	8.23
	50대	712	7.26
	60대 이상	542	8.22
통계적 유의성		F=8.674***	
성별	남	1,735	8.94
	여	1,722	9.00
통계적 유의성		F=-0.125	
학력	고졸이하	752	8.97
	대졸	2,361	9.00
	대학원졸 이상	344	8.77
통계적 유의성		F=0.041	
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	8.38
	기혼 외	1,457	9.78
통계적 유의성		F=-2.829**	
가구원수	1명	403	10.34
	2명이상	3,054	8.79
통계적 유의성		F=2.109*	
주거유형	아파트	2,445	8.83
	기타	1,012	9.32
통계적 유의성		F=-0.955	
BMI	저체중	208	9.01
	정상	1,506	9.21
	비만전단계	776	8.70
	비만	967	8.80
통계적 유의성		F=0.296	
직업	비생산직	2,146	10.12
	생산직	331	7.64
	기타	980	6.90
통계적 유의성		F=19.950***	

구 분		전체 (N)	월평균 지불비용
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	8.29
	40시간	936	9.45
	40시간초과	892	9.70
통계적 유의성		F=3.724*	
근무형태	고용주 및 자영업자	365	9.81
	임금근로자	2,079	9.73
	무직	1,013	7.11
통계적 유의성		F=12.896***	
월평균 가구소득	~299만원	937	7.87
	300만원~499만원	1,149	8.98
	500만원~	1,371	9.71
통계적 유의성		F=4.912**	

주:1) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

최근 1년 간 체중 조절을 위해 노력한 경험이 있는 3,457명에게 체중 유지 및 조절을 위해 이용해 본 기관 및 서비스에 대해 조사한 결과, 모바일, 웹기반 체중감량 서비스(33.1%), 헬스스포츠센터(31.2%)가 높게 나타났다(표 7-14). 연령별로는 60대 이상이 보건소와 건강보험공단 이용 경험이 다른 연령과 비교하여 높았으며, 근로시간별로는 주 40시간 미만이 보건소 이용 경험이 40시간 이상과 비교하여 높았다. 가구소득별로는 500만 원 이상이 병의원, 한의원 경험이 높게 나타났다.

이용 경험과 무관하게 각 기관 및 서비스에 대해 기대효과를 조사한 결과, 헬스스포츠센터(3.62점), 비의료다이어트센터(3.37점), 병의원·한의원(3.23점) 등의 순으로 높게 나타났다(표 7-15). 연령별로는 보건소, 국민건강보험공단에 대한 기대효과는 연령이 높을수록 높게 나타났다.

〈표 7-14〉 체중유지 및 조절 위한 기관 이용경험 (계속)

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	1	2	3	4
전 체		3,457	11.3	8.2	13.8	10.8
거주지	대도시	1,669	12.2	9.4	14.4	11.6
	중소도시	1,477	10.1	7.0	13.5	10.2
	읍면	311	12.5	7.7	12.2	9.6
통계적 유의성			$\chi^2=4.042$	$\chi^2=6.265^*$	$\chi^2=1.356$	$\chi^2=2.099$
연령	20대 이하	678	10.0	7.4	14.2	10.2
	30대	730	11.0	7.4	16.3	9.7
	40대	795	12.7	7.3	15.1	14.1
	50대	712	9.4	7.6	11.4	8.3
	60대 이상	542	14.0	12.5	11.4	11.8
통계적 유의성			$\chi^2=9.252$	$\chi^2=16.033^{**}$	$\chi^2=11.068^*$	$\chi^2=15.243^{**}$
성별	남	1,735	12.0	9.5	11.6	11.9
	여	1,722	10.6	6.9	16.0	9.8
통계적 유의성			$\chi^2=1.731$	$\chi^2=7.745^{**}$	$\chi^2=13.948^{***}$	$\chi^2=3.789$
학력	고졸이하	752	9.6	7.7	11.8	8.4
	대졸	2,361	11.4	8.3	14.3	11.6
	대학원졸 이상	344	14.5	8.4	15.1	11.3
통계적 유의성			$\chi^2=5.846$	$\chi^2=0.325$	$\chi^2=3.379$	$\chi^2=6.078^*$
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	13.3	9.8	14.8	11.7
	기혼 외	1,457	8.6	6.1	12.5	9.7
통계적 유의성			$\chi^2=18.146^{***}$	$\chi^2=14.824^{***}$	$\chi^2=3.770$	$\chi^2=3.566$
가구원수	1명	403	7.4	3.7	10.4	9.4
	2명이상	3,054	11.9	8.8	14.3	11.0
통계적 유의성			$\chi^2=6.884^{**}$	$\chi^2=12.214^{***}$	$\chi^2=4.439^*$	$\chi^2=0.949$
주거유형	아파트	2,445	11.8	8.5	13.9	11.6
	기타	1,012	10.3	7.5	13.6	9.1
통계적 유의성			$\chi^2=1.607$	$\chi^2=0.944$	$\chi^2=0.044$	$\chi^2=4.566^*$
BMI	저체중	208	13.9	11.1	12.0	12.5
	정상	1,506	11.6	8.6	12.3	9.8
	비만전단계	776	10.8	7.9	13.8	12.4
	비만	967	10.8	7.3	16.6	10.9
통계적 유의성			$\chi^2=2.053$	$\chi^2=3.581$	$\chi^2=10.045^*$	$\chi^2=4.071$
직업	비생산직	2,146	11.2	8.2	14.9	12.4
	생산직	331	16.6	11.8	14.2	13.0
	기타	980	9.9	7.1	11.4	6.6
통계적 유의성			$\chi^2=11.245^{**}$	$\chi^2=7.091^*$	$\chi^2=6.710^*$	$\chi^2=25.215^{***}$

226 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	1	2	3	4
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	13.4	9.4	14.2	10.7
	40시간	936	9.6	6.6	13.6	10.0
	40시간초과	892	9.4	7.7	13.5	12.0
통계적 유의성			$\chi^2=12.809^{**}$	$\chi^2=6.409^*$	$\chi^2=0.328$	$\chi^2=1.889$
근무형태	고용주 및 자영업자	365	15.1	9.9	18.1	16.2
	임금근로자	2,079	10.9	8.0	13.9	11.5
	무직	1,013	10.9	8.0	12.0	7.5
통계적 유의성			$\chi^2=5.647$	$\chi^2=1.471$	$\chi^2=8.277^*$	$\chi^2=23.433^{***}$
월평균 가구소득	~299만원	937	10.7	7.4	13.3	10.2
	300만원~499만원	1,149	11.1	7.7	11.5	10.2
	500만원~	1,371	12.0	9.3	16.1	11.8
통계적 유의성			$\chi^2=1.168$	$\chi^2=3.370$	$\chi^2=11.509^{**}$	$\chi^2=2.206$

주: 1) 1. 보건소, 2. 건강보험공단, 3. 병원, 한의원, 4. 비의료다이어트센터

2) * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

〈표 7-14계속〉 체중유지 및 조절 위한 기관 이용경험

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	5	6	7
전 체		3,457	9.5	31.2	33.1
거주지	대도시	1,669	10.1	31.4	34.3
	중소도시	1,477	9.1	32.6	32.2
	읍면	311	8.7	23.8	30.9
통계적 유의성			$\chi^2=1.175$	$\chi^2=9.381^{**}$	$\chi^2=2.324$
연령	20대 이하	678	10.3	36.1	36.9
	30대	730	13.3	37.7	36.2
	40대	795	10.3	29.3	34.8
	50대	712	6.7	27.1	29.1
	60대 이상	542	5.9	24.7	26.8
통계적 유의성			$\chi^2=27.739^{***}$	$\chi^2=39.380^{***}$	$\chi^2=23.631^{***}$
성별	남	1,735	7.4	30.7	33.4
	여	1,722	11.6	31.8	32.8
통계적 유의성			$\chi^2=17.529^{***}$	$\chi^2=0.439$	$\chi^2=0.150$
학력	고졸이하	752	8.9	24.2	28.2
	대졸	2,361	9.9	33.3	34.2
	대학원졸 이상	344	8.4	32.6	36.0
통계적 유의성			$\chi^2=1.133$	$\chi^2=22.242^{***}$	$\chi^2=10.779^{**}$
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	9.8	29.7	32.1
	기혼 외	1,457	9.1	33.4	34.4
통계적 유의성			$\chi^2=0.442$	$\chi^2=5.246^*$	$\chi^2=1.990$
가구원수	1명	403	8.2	31.5	33.7
	2명이상	3,054	9.7	31.2	33.0
통계적 유의성			$\chi^2=0.935$	$\chi^2=0.016$	$\chi^2=0.096$
주거유형	아파트	2,445	10.4	32.0	34.2
	기타	1,012	7.4	29.4	30.4
통계적 유의성			$\chi^2=7.369^{**}$	$\chi^2=2.145$	$\chi^2=4.467^*$
BMI	저체중	208	11.5	31.7	34.6
	정상	1,506	9.6	31.3	33.1
	비만전단계	776	9.3	30.3	31.4
	비만	967	9.1	31.9	33.9
통계적 유의성			$\chi^2=1.255$	$\chi^2=0.523$	$\chi^2=1.470$
직업	비생산직	2,146	9.8	33.6	35.2
	생산직	331	11.5	30.2	36.3
	기타	980	8.2	26.4	27.3
통계적 유의성			$\chi^2=3.815$	$\chi^2=16.276^{***}$	$\chi^2=20.344^{***}$

228 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	5	6	7
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	10.3	28.9	30.6
	40시간	936	9.3	32.8	32.1
	40시간초과	892	8.4	34.0	38.6
통계적 유의성			$\chi^2=2.349$	$\chi^2=8.475^*$	$\chi^2=16.983^{***}$
근무형태	고용주 및 자영업자	365	11.0	34.0	34.0
	임금근로자	2,079	9.5	33.0	35.6
	무직	1,013	9.1	26.6	27.4
통계적 유의성			$\chi^2=1.108$	$\chi^2=14.773^{**}$	$\chi^2=20.841^{***}$
월평균 가구소득	~299만원	937	9.0	24.7	27.6
	300만원~499만원	1,149	8.3	30.5	33.1
	500만원~	1,371	10.9	36.4	36.8
통계적 유의성			$\chi^2=5.641$	$\chi^2=36.222^{***}$	$\chi^2=20.918^{***}$

주: 1) 5.의료기관의 약물수술요법, 6.헬스스포츠센터, 7.모바일, 웹기반 체중감량 서비스

2) * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

〈표 7-15〉 체중유지 및 조절 위한 기관에 대한 기대효과 정도 (계속)

(단위: 명, 점)

구 분		전체 (N)	1	2	3	4
전 체		3,457	3.01	2.99	3.23	3.37
거주지	대도시	1,669	3.04	3.03	3.25	3.37
	중소도시	1,477	2.98	2.98	3.23	3.38
	읍면	311	2.99	2.89	3.14	3.32
통계적 유의성			F=1.620	F=2.996	F=1.873	F=0.380
연령	20대 이하	678	2.85	2.85	3.15	3.32
	30대	730	2.88	2.87	3.19	3.42
	40대	795	3.03	2.98	3.26	3.37
	50대	712	3.14	3.12	3.30	3.38
	60대 이상	542	3.17	3.21	3.28	3.36
통계적 유의성			F=17.648***	F=17.957***	F=3.100*	F=0.905
성별	남	1,735	3.01	2.99	3.13	3.25
	여	1,722	3.00	3.00	3.34	3.49
통계적 유의성			T=0.147	T=-0.251	T=-6.642***	T=-7.226***
학력	고졸이하	752	3.04	3.03	3.21	3.33
	대졸	2,361	2.99	2.98	3.24	3.39
	대학원졸 이상	344	3.07	3.04	3.23	3.34
통계적 유의성			F=1.657	F=1.253	F=0.296	F=1.151
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	3.06	3.05	3.28	3.39
	기혼 외	1,457	2.93	2.91	3.18	3.34
통계적 유의성			T=4.030***	T=4.261***	T=2.906**	T=1.401
가구원수	1명	403	2.88	2.88	3.13	3.29
	2명이상	3,054	3.02	3.01	3.25	3.38
통계적 유의성			T=-2.920**	T=-2.581*	T=-2.242*	T=-1.703
주거유형	아파트	2,445	3.01	3.00	3.24	3.39
	기타	1,012	3.01	2.99	3.23	3.33
통계적 유의성			T=-0.063	T=0.069	T=0.172	T=1.466
BMI	저체중	208	2.99	3.01	3.32	3.33
	정상	1,506	3.01	3.01	3.23	3.41
	비만전단계	776	3.01	2.98	3.21	3.36
	비만	967	3.01	2.98	3.24	3.34
통계적 유의성			F=0.029	F=0.314	F=0.788	F=1.173
직업	비생산직	2,146	2.97	2.97	3.24	3.38
	생산직	331	3.04	3.06	3.10	3.23
	기타	980	3.08	3.03	3.26	3.39
통계적 유의성			F=4.624*	F=2.205	F=3.748*	F=3.855*

230 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	1	2	3	4
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	3.02	3.00	3.21	3.35
	40시간	936	3.01	3.00	3.28	3.40
	40시간초과	892	2.98	2.97	3.23	3.37
통계적 유의성			F=0.455	F=0.388	F=1.349	F=0.776
근무형태	고용주 및 자영업자	365	3.00	3.05	3.24	3.27
	임금근로자	2,079	2.98	2.97	3.22	3.38
	무직	1,013	3.07	3.03	3.26	3.38
통계적 유의성			F=3.443*	F=2.338	F=0.368	F=2.234
월평균 가구소득	~299만원	937	3.01	2.99	3.16	3.27
	300만원~499만원	1,149	3.02	2.99	3.25	3.37
	500만원~	1,371	3.00	3.00	3.27	3.44
통계적 유의성			F=0.154	F=0.003	F=3.694*	F=8.885***

주: 1) 1. 보건소, 2. 건강보험공단, 3. 병원, 한의원, 4. 비의료다이어트센터

2) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

(표 7-15계속) 체중유지 및 조절 위한 기관에 대한 기대효과 정도

(단위: 명, 점)

구 분		전체 (N)	5	6	7
전 체		3,457	3.16	3.62	3.00
거주지	대도시	1,669	3.18	3.63	3.04
	중소도시	1,477	3.16	3.62	2.97
	읍면	311	3.04	3.60	2.91
통계적 유의성			F=2.305	F=0.198	F=3.369*
연령	20대 이하	678	3.19	3.69	2.97
	30대	730	3.25	3.61	2.90
	40대	795	3.17	3.58	3.03
	50대	712	3.10	3.67	3.03
	60대 이상	542	3.08	3.58	3.08
통계적 유의성			F=2.832*	F=2.187	F=3.894**
성별	남	1,735	3.06	3.57	3.02
	여	1,722	3.27	3.68	2.98
통계적 유의성			T=5.912***	T=-3.393**	T=1.328
학력	고졸이하	752	3.09	3.60	2.95
	대졸	2,361	3.18	3.63	3.00
	대학원졸 이상	344	3.19	3.66	3.06
통계적 유의성			F=2.037	F=0.645	F=1.630
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,000	3.15	3.62	3.04
	기혼 외	1,457	3.18	3.64	2.94
통계적 유의성			T=-1.011	T=-0.597	T=3.224
가구원수	1명	403	3.15	3.62	2.90
	2명이상	3,054	3.16	3.63	3.01
통계적 유의성			T=-0.197	T=-0.212	T=-2.284*
주거유형	아파트	2,445	3.17	3.61	3.01
	기타	1,012	3.15	3.65	2.98
통계적 유의성			T=0.462	T=-1.178	T=0.820
BMI	저체중	208	3.13	3.57	2.92
	정상	1,506	3.17	3.67	3.02
	비만전단계	776	3.15	3.61	3.02
	비만	967	3.16	3.57	2.97
통계적 유의성			F=0.128	F=2.800*	F=1.338
직업	비생산직	2,146	3.20	3.63	3.01
	생산직	331	2.98	3.48	2.99
	기타	980	3.15	3.67	2.98
통계적 유의성			F=6.153**	F=5.135**	F=0.254

구 분		전체 (N)	5	6	7
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,629	3.13	3.61	2.98
	40시간	936	3.17	3.66	2.97
	40시간초과	892	3.21	3.62	3.05
통계적 유의성			F=1.636	F=0.941	F=1.957
근무형태	고용주 및 자영업자	365	3.16	3.57	3.09
	임금근로자	2,079	3.17	3.62	2.99
	무직	1,013	3.14	3.66	2.98
통계적 유의성			F=0.318	F=1.405	F=2.213
월평균 가구소득	~299만원	937	3.09	3.53	2.93
	300만원~499만원	1,149	3.18	3.62	2.98
	500만원~	1,371	3.19	3.69	3.06
통계적 유의성			F=3.052*	F=7.758***	F=5.939**

주: 1) 5.의료기관의 약물수술요법, 6. 헬스스포츠센터, 7. 모바일, 웹기반 체중감량서비스

2) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

제3절 비의료건강관리서비스 이용 경험

최근 3년간 비의료건강관리서비스 이용 경험에 대해 조사한 결과, 운동(22.9%), 체중조절(17.3%), 영양 및 식이조절(11.3%) 등의 순으로 높게 나타났다(표 7-16). 연령별로는 30대가 운동, 영양 및 식이조절이 높았고, 4~50대가 금연이 높게 나타났다. 성별로는 남성이 금연 서비스 이용 경험이 13.8%로 여성(3.1%)보다 상대적으로 높게 나타났다. 결혼유무로는 기혼이 절주 서비스 이용 경험이 13.1%로 기혼 외(8.9%)보다 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 7-16〉 비의료건강관리서비스 이용 경험 (중복응답) (계속)

(단위: 명, %)

구 분	전체 (N)	운동	체중조절	영양 및 식이조절	금연	
전 체	4,310	22.9	17.3	11.3	8.6	
거주지	대도시	2,054	23.8	18.1	12.5	8.8
	중소도시	1,852	22.6	17.0	10.0	8.6
	읍면	404	19.6	15.3	11.4	7.9
연령	20대 이하	815	21.1	15.0	8.2	6.1
	30대	895	25.5	20.0	11.5	7.7
	40대	991	21.0	17.9	12.1	10.1
	50대	902	23.3	17.3	11.4	10.0
	60대 이상	707	23.8	16.0	13.4	8.9
성별	남	2,234	24.7	16.6	11.2	13.8
	여	2,076	21.0	18.2	11.5	3.1
학력	고졸이하	984	20.0	13.3	10.4	7.0
	대졸	2,921	23.5	18.2	11.3	8.9
	대학원졸 이상	405	25.7	20.5	13.6	10.6
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	23.9	18.4	13.1	9.7
	기혼 외	1,833	21.5	15.8	8.9	7.2
가구원수	1명	511	19.2	14.3	8.8	7.8
	2명이상	3,799	23.4	17.7	11.7	8.7
주거유형	아파트	3,007	24.2	18.0	12.0	8.9
	기타	1,303	19.7	15.8	9.7	7.9
BMI	저체중	301	17.9	10.3	12.0	3.7
	정상	1,951	22.3	14.9	10.9	7.7
	비만전단계	945	25.1	20.0	13.3	9.7
	비만	1,113	23.4	21.3	10.2	10.7
직업	비생산직	2,617	25.1	19.4	13.1	10.2
	생산직	436	25.7	20.0	12.4	11.0
	기타	1,257	17.3	12.1	7.2	4.5
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	20.5	15.3	9.5	6.2
	40시간	1,149	24.1	17.7	13.3	10.0
	40시간초과	1,098	26.1	20.9	12.8	11.7
근무형태	고용주 및 자영업자	466	24.7	19.7	13.9	12.9
	임금근로자	2,548	25.2	19.2	12.8	10.0
	무직	1,296	17.7	12.7	7.6	4.3
월평균 가구소득	~299만원	1,225	18.2	13.7	8.2	7.3
	300만원~499만원	1,427	21.6	17.4	11.4	8.3
	500만원~	1,658	27.4	19.9	13.6	10.0

234 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

〈표 7-16계속〉 비의료건강관리서비스 이용 경험 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	제주	스트레스, 우울감 관리	기타	이용경험 없음
전 체		4,310	7.1	6.6	0.2	63.9
거주지	대도시	2,054	8.3	7.2	0.2	62.7
	중소도시	1,852	5.9	6.0	0.2	64.8
	읍면	404	6.2	6.4	0.0	65.6
연령	20대 이하	815	4.9	5.6	0.4	66.7
	30대	895	7.6	6.7	0.0	61.0
	40대	991	7.9	8.1	0.1	62.4
	50대	902	8.9	7.4	0.0	64.9
	60대 이상	707	5.7	4.5	0.6	65.1
성별	남	2,234	9.4	6.5	0.0	61.6
	여	2,076	4.7	6.7	0.3	66.3
학력	고졸이하	984	5.4	6.4	0.1	68.9
	대졸	2,921	7.5	6.4	0.2	62.8
	대학원졸 이상	405	8.6	8.6	0.2	59.5
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	8.3	6.9	0.2	61.7
	기혼 외	1,833	5.5	6.2	0.2	66.8
가구원수	1명	511	5.3	6.1	0.0	68.5
	2명이상	3,799	7.3	6.7	0.2	63.3
주거유형	아파트	3,007	7.3	6.4	0.2	62.2
	기타	1,303	6.5	7.1	0.2	67.8
BMI	저체중	301	5.6	7.0	0.3	69.4
	정상	1,951	5.6	5.5	0.2	65.2
	비만전단계	945	8.7	8.1	0.1	61.3
	비만	1,113	8.7	7.2	0.2	62.2
직업	비생산직	2,617	8.9	7.1	0.1	60.2
	생산직	436	8.7	8.3	0.2	59.4
	기타	1,257	2.9	4.9	0.3	73.0
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	5.4	5.6	0.3	67.4
	40시간	1,149	8.3	7.2	0.1	62.4
	40시간초과	1,098	9.1	7.8	0.1	58.8
근무형태	고용주 및 자영업자	466	10.7	7.3	0.0	57.1
	임금근로자	2,548	8.5	7.3	0.2	60.7
	무직	1,296	3.1	5.1	0.3	72.5
월평균 가구소득	~299만원	1,225	4.0	6.6	0.1	68.9
	300만원~499만원	1,427	7.0	6.0	0.1	63.7
	500만원~	1,658	9.5	7.1	0.3	60.3

금연서비스 이용 경험이 있는 응답자는 372명이었으며, 그 중 3개월 이상 이용자는 153명으로 나타났다. 이용방식은 비대면(51.6%), 대면(50.3%), 자동화(11.8%) 순으로 높게 나타났다(표 7-17). 이용기관은 공공이 64.1%로 가장 높았고, 민간(28.1%), 모바일(20.9%) 순으로 나타났다(표 7-18). 금연서비스의 제공자로는 보건교육(37.9%), 운동(12.4%), 영양(6.5%) 순이며(표 7-19), 월 평균 금액은 4.30만원으로 나타났다(표 7-20).

절주서비스 이용 경험이 있는 응답자는 306명이며, 그 중 3개월 이상 이용자는 137명으로 나타났다. 이용방식은 비대면(62.0%), 대면(32.1%), 자동화(15.3%) 순으로 높게 나타났다(표 7-17). 이용기관은 민간(53.3%), 모바일(38.0%), 공공(30.7%) 순으로 나타났다(표 7-18). 절주서비스의 제공자는 운동(25.5%), 보건교육(19.7%), 영양(6.6%) 순이며(표 7-19), 월 평균 금액은 8.15만원으로 나타났다(표 7-21).

영양 및 식이조절 서비스 이용 경험이 있는 응답자는 488명이며, 그 중 3개월 이상 이용자는 257명으로 나타났다. 이용방식은 비대면(54.9%), 대면(37.4%), 자동화(12.5%) 순으로 높게 나타났다(표 7-17). 이용기관은 민간(50.2%), 모바일(36.2%), 공공(26.8%) 순으로 나타났다(표 7-18). 영양 및 식이조절 서비스의 제공자는 운동(32.3%), 영양(24.9%), 보건교육(14.4%) 순이며(표 7-19), 월 평균 금액은 9.36만원으로 나타났다(표 7-22).

운동서비스 이용 경험이 있는 응답자는 986명이며, 그 중 3개월 이상 이용자는 615명으로 나타났다. 이용방식은 대면(55.9%), 비대면(35.0%), 자동화(15.8%) 순으로 높게 나타났다(표 7-17). 이용기관으로는 민간이 61.0%로 가장 높았고, 모바일(32.4%), 공공(18.4%) 순으로 나타났다(표 7-18). 운동 서비스의 제공자는 운동(55.9%), 보건교육

(6.0%), 영양(4.2%)의 순이며(표 7-19), 월 평균 금액은 11.41만원으로 나타났다(표 7-23).

체중조절 서비스 이용 경험이 있는 응답자는 747명이며, 그 중 3개월 이상 이용자는 428명으로 나타났다. 이용방식은 비대면(53.0%), 대면(36.4%), 자동화(19.6%) 순으로 높게 나타났다(표 7-17). 이용기관으로는 민간(48.4%)과 모바일(47.9%)가 비슷하였고, 공공이 17.8%로 가장 낮게 나타났다(표 7-18). 체중조절 서비스의 제공자는 운동(40.0%), 영양(9.6%)의 순이며(표 7-19), 월 평균 금액은 7.65만원으로 나타났다(표 7-24).

스트레스조절 서비스 이용 경험이 있는 응답자는 285명이며, 그 중 3개월 이상 이용자는 113명으로 나타났다. 이용방식은 비대면(46.0%), 대면(45.1%), 자동화(17.7%) 순으로 높게 나타났다(표 7-17). 이용기관은 민간(61.9%), 모바일(31.0%), 공공(23.0%)의 순으로 나타났다(표 7-18). 스트레스조절 서비스의 제공자는 운동(14.2%), 보건교육(9.7%), 영양(5.3%) 순이며(표 7-19), 월 평균 금액은 7.25만원으로 나타났다(표 7-25).

〈표 7-17〉 비의료건강관리서비스 이용/구매 방식 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분	이용기간 3개월 이상 사람 수	대면 ¹⁾	비대면 ¹⁾	자동화 ¹⁾
금연서비스	153	50.3	51.6	11.8
절주서비스	137	32.1	62.0	15.3
영양 및 식이조절 서비스	257	37.4	54.9	12.5
운동서비스	615	55.9	35.0	15.8
체중조절서비스	428	36.4	53.0	19.6
스트레스조절 서비스	113	45.1	46.0	17.7

주: 1) 사용기간이 3개월 이상인 사람을 대상으로 대면, 비대면, 자동화 서비스에 대한 경험을 질문한 사람 수 기준 비율임

〈표 7-18〉 비의료건강관리서비스 이용기관 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분	이용기간 3개월 이상 사람 수	공공 ¹⁾	민간 ¹⁾	모바일 ¹⁾
금연서비스	153	64.1	28.1	20.9
절주 서비스	137	30.7	53.3	38.0
영양 및 식이조절 서비스	257	26.8	50.2	36.2
운동서비스	615	18.4	61.0	32.4
체중조절 서비스	428	17.8	48.4	47.9
스트레스조절 서비스	113	23.0	61.9	31.0

주: 1) 사용기간이 3개월 이상인 사람 수 기준 비율임

〈표 7-19〉 비의료건강관리서비스 제공자 (중복응답)

(단위: 명, %)

구 분	이용기간 3개월 이상 사람 수	영양 ¹⁾	운동 ¹⁾	보건 교육 ¹⁾	기타 ¹⁾
금연서비스	153	6.5	12.4	37.9	51.6
절주서비스	137	6.6	25.5	19.7	58.4
영양 및 식이조절 서비스	257	24.9	32.3	14.4	39.7
운동서비스	615	4.2	55.9	6.0	38.7
체중조절 서비스	428	14.3	40.0	9.6	45.3
스트레스조절 서비스	113	5.3	14.2	9.7	76.1

주: 1) 사용기간이 3개월 이상인 사람 수 기준 비율임

〈표 7-20〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_금연서비스

(단위: 명, 만원)

구 분		이용기간 3개월 이상 사람 수	월평균 금액 ¹⁾	통계적 유의성
전 체		153	4.30	
거주지	대도시	71	4.03	F=0.209
	중소도시	71	4.90	
	읍면	11	2.18	
연령	20대 이하	15	6.93	F=0.361
	30대	20	2.30	
	40대	46	4.76	
	50대	41	3.93	
	60대 이상	31	4.13	
성별	남	129	4.45	T=0.802
	여	24	3.50	
학력	고졸 이하	27	3.19	F=3.145*
	대졸	108	4.21	
	대학원졸 이상	18	6.50	
결혼 유무	기혼(배우자있음)	114	4.32	T=1.115
	기혼 외	39	4.23	
가구원수	1명	11	2.82	T=-1.909
	2명 이상	142	4.42	
주거유형	아파트	113	4.24	T=0.881
	기타	40	4.48	
BMI	저체중	3	6.00	F=1.340
	정상	64	5.17	
	비만 전 단계	33	3.79	
	비만	53	3.47	
직업	비생산직	114	4.44	F=1.595
	생산직	17	4.29	
	기타	22	3.59	
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	52	4.37	F=1.877
	40시간	43	3.14	
	40시간 초과	58	5.10	
근무형태	고용주 및 자영업자	20	4.85	F=1.826
	임금근로자	112	4.39	
	무직	21	3.29	
월평균 가구소득	~299만원	31	3.52	F=0.991
	300만원~499만원	51	4.57	
	500만원~	71	4.45	

주: 1) 3개월 이상인 사람 수 기준임

2) *p<0.05

〈표 7-21〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_절주서비스

(단위: 명, 만원)

구 분	이용기간 3개월 이상	월평균 금액	통계적 유의성
전 체	137	8.15	
거주지	대도시	71	8.70
	중소도시	55	3.85
	읍면	11	26.00
연령	20대 이하	17	27.71
	30대	20	4.70
	40대	43	4.93
	50대	36	5.94
	60대 이상	21	5.95
성별	남	90	6.16
	여	47	11.96
학력	고졸 이하	24	9.08
	대졸	95	8.37
	대학원졸 이상	18	5.72
결혼 유무	기혼(배우자있음)	93	4.88
	기혼 외	44	15.05
가구원수	1명	13	10.46
	2명 이상	124	7.90
주거유형	아파트	95	8.48
	기타	42	7.38
BMI	저체중	10	4.80
	정상	47	7.04
	비만 전 단계	34	11.50
	비만	46	7.52
직업	비생산직	106	8.39
	생산직	13	7.23
	기타	18	7.39
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	54	6.94
	40시간	31	11.06
	40시간 초과	52	7.65
근무형태	고용주 및 자영업자	22	6.05
	임금근로자	96	8.80
	무직	19	7.26
월평균 가구소득	~299만원	21	6.14
	300만원~499만원	43	8.40
	500만원~	73	8.58

주: 1) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

〈표 7-22〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_영양 및 식이조절 서비스 (단위: 명, 만원)

구 분		이용기간 3개월 이상	월평균 금액	통계적 유의성
전 체		257	9.36	
거주지	대도시	129	9.88	F=0.498
	중소도시	104	8.36	
	읍면	24	10.92	
연령	20대 이하	32	10.44	F=0.214
	30대	45	11.29	
	40대	61	9.26	
	50대	54	8.00	
	60대 이상	65	8.71	
성별	남	125	8.98	T=-1.618
	여	132	9.71	
학력	고졸 이하	57	8.61	F= 0.548
	대졸	175	9.41	
	대학원졸 이상	25	10.72	
결혼 유무	기혼(배우자있음)	179	8.89	T=0.230
	기혼 외	78	10.44	
가구원수	1명	20	7.25	T=-3.132**
	2명 이상	237	9.54	
주거유형	아파트	190	9.82	T=0.796
	기타	67	8.04	
BMI	저체중	15	10.87	F=0.864
	정상	122	10.64	
	비만 전 단계	62	8.19	
	비만	58	7.52	
직업	비생산직	182	10.18	F=1.845
	생산직	29	5.83	
	기타	46	8.33	
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	106	10.15	F=0.312
	40시간	80	8.58	
	40시간 초과	71	9.06	
근무형태	고용주 및 자영업자	34	9.32	F=0.009
	임금근로자	171	9.47	
	무직	52	9.00	
월평균 가구소득	~299만원	49	7.88	F=1.647
	300만원~499만원	81	9.88	
	500만원~	127	9.60	

주: 1) **p<0.01

〈표 7-23〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_운동

(단위: 명, 만원)

구 분		이용기간 3개월 이상	월평균 금액	통계적 유의성
전 체		615	11.41	
거주지	대도시	299	11.85	F=0.614
	중소도시	271	10.99	
	읍면	45	11.07	
연령	20대 이하	90	14.38	F=4.725**
	30대	139	11.94	
	40대	124	9.24	
	50대	141	14.87	
	60대 이상	121	6.80	
성별	남	332	9.66	T=-2.313*
	여	283	13.47	
학력	고졸 이하	115	10.53	F=1.214
	대졸	436	11.11	
	대학원졸 이상	64	15.06	
결혼 유무	기혼(배우자있음)	385	11.27	T=0.089
	기혼 외	230	11.65	
가구원수	1명	64	12.03	T=-0.074
	2명 이상	551	11.34	
주거유형	아파트	457	10.88	T=-0.740
	기타	158	12.97	
BMI	저체중	28	15.18	F=1.226
	정상	263	12.74	
	비만 전 단계	150	9.08	
	비만	174	10.82	
직업	비생산직	421	11.35	F=0.089
	생산직	66	11.11	
	기타	128	11.77	
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	250	12.08	F=0.300
	40시간	175	12.05	
	40시간 초과	190	9.95	
근무형태	고용주 및 자영업자	72	8.11	F=0.443
	임금근로자	408	11.85	
	무직	135	11.86	
월평균 가구소득	~299만원	129	8.15	F=6.112**
	300만원~499만원	181	10.97	
	500만원~	305	13.06	

주: 1) *p<0.05, **p<0.01

〈표 7-24〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_체중조절

(단위: 명, 만원)

구 분	이용기간 3개월 이상	월평균 금액	통계적 유의성
전 체	428	7.65	
거주지	대도시	203	8.02
	중소도시	184	7.27
	읍면	41	7.49
연령	20대 이하	62	7.81
	30대	100	8.16
	40대	101	6.16
	50대	95	7.51
	60대 이상	70	9.11
성별	남	206	6.27
	여	222	8.93
학력	고졸 이하	74	7.05
	대졸	305	7.65
	대학원졸 이상	49	8.53
결혼 유무	기혼(배우자있음)	281	7.60
	기혼 외	147	7.73
가구원수	1명	35	8.09
	2명 이상	393	7.61
주거유형	아파트	317	7.20
	기타	111	8.94
BMI	저체중	13	9.15
	정상	173	7.89
	비만 전 단계	107	6.76
	비만	135	7.90
직업	비생산직	296	7.30
	생산직	51	7.49
	기타	81	9.00
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	171	8.49
	40시간	121	7.39
	40시간 초과	136	6.82
근무형태	고용주 및 자영업자	52	8.35
	임금근로자	288	7.19
	무직	88	8.72
월평균 가구소득	~299만원	78	5.92
	300만원~499만원	143	7.42
	500만원~	207	8.45

주: 1) *p<0.05, **p<0.01

〈표 7-25〉 비의료건강관리서비스 월평균 금액_스트레스조절

(단위: 명, 만원)

구 분		이용기간 3개월 이상	월평균 금액	통계적 유의성
전 체		113	7.25	
거주지	대도시	56	7.46	F=0.415
	중소도시	47	6.04	
	읍면	10	11.70	
연령	20대 이하	13	6.08	F=2.060
	30대	24	7.63	
	40대	28	4.14	
	50대	32	7.16	
	60대 이상	16	13.25	
성별	남	57	7.98	T=-0.545
	여	56	6.50	
학력	고졸 이하	27	8.11	F=1.789
	대졸	70	7.53	
	대학원졸 이상	16	4.56	
결혼 유무	기혼(배우자있음)	74	7.80	T=0.270
	기혼 외	39	6.21	
가구원수	1명	13	5.31	T=-1.042
	2명 이상	100	7.50	
주거유형	아파트	76	5.97	T=-1.437
	기타	37	9.86	
BMI	저체중	9	5.67	F=1.795
	정상	39	5.36	
	비만 전 단계	24	6.21	
	비만	41	10.00	
직업	비생산직	76	5.30	F=5.271**
	생산직	15	8.27	
	기타	22	13.27	
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	51	8.55	F=3.076*
	40시간	29	4.72	
	40시간 초과	33	7.45	
근무형태	고용주 및 자영업자	16	2.69	F=6.453**
	임금근로자	74	6.27	
	무직	23	13.57	
월평균 가구소득	~299만원	29	7.00	F=0.274
	300만원~499만원	32	5.38	
	500만원~	52	8.54	

주: 1) *p<0.05, **p<0.01

제4절 비의료건강관리서비스 효과성 및 추천의향

비의료건강관리서비스 각 분야별 효과성 및 타인추천의향 조사 결과를 살펴보면, 금연 서비스의 효과성은 3.71점, 타인추천의향은 3.65점으로 나타났다. 연령별로는 60대 이상이 효과성 3.94점, 타인추천의향 4.10점으로 가장 높게 나타났다. BMI별로는 비만이 효과성 3.83점, 타인추천의향 3.98점으로 높게 나타났다.

절주 서비스의 효과성은 3.36점, 타인추천의향은 3.50점임. 연령별로는 60대 이상이 효과성 3.86점, 타인추천의향 3.76점으로 가장 높았고, 월평균 가구소득별로는 500만 원 이상이 효과성은 가장 낮으나 타인추천의향은 가장 높게 나타났다.

영양 및 식이조절 서비스의 효과성은 3.68점, 타인추천의향은 3.66점임. BMI별로는 비만이 효과성이 3.45점으로 가장 낮았고, 저체중이 타인추천의향 3.40점으로 가장 낮았다. 월평균 가구소득이 높을수록 영양 및 식이조절 서비스의 효과성과 타인추천의향이 높게 나타났다.

운동 서비스의 경우 효과성 3.84점, 타인추천의향 3.79점으로 높게 나타났다. 연령이 높을수록 효과성이 높게 나타났으며, 근로시간의 경우 주 40시간초과가 효과성 3.95점, 타인추천의향 3.90점으로 높게 나타났다.

체중조절 서비스는 효과성 3.69점, 타인추천의향 3.61점으로 나타났다. 스트레스·우울감 관리 서비스의 경우 효과성 3.68점, 타인추천의향 3.58점으로 나타났다. 연령별로는 50대가 효과성과 타인추천의향 모두 4.06점으로 가장 높게 나타났다. 성별로는 여성이 남성보다 효과성과 타인추천의향 모두 높게 나타났다.

제5절 디지털 서비스 활용 경험

건강관리와 관련된 웨어러블 기기나 모바일 앱을 사용한 경험을 중복 응답으로 물어본 결과, 전혀 사용 안 함이 65.8%로 나타났다. 사용 경험이 있는 경우, 휴대폰 내장형 앱, 웨어러블 기기 순으로 사용 경험이 높았다(표 7-26).

웨어러블 기기나 모바일 앱의 활용 목적은 자신의 건강관리 내용을 기록하고 확인하기 위해서라는 응답이 5점 만점 평균 4.02점으로 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 건강관리에 대한 정보 획득이 3.46점으로 높았다. 연령별로는 60대 이상이 건강관리 정보 획득, 비슷한 사람들의 건강관리 경험 탐색이 상대적으로 높았다. 성별로는 자신의 건강관리 내용 기록 및 확인은 여성이 남성보다 높았으며, 이외 모든 문항은 남성이 여성보다 높게 나타났다. 학력이 높을수록 자신의 건강관리 내용 기록 및 확인이라는 응답이 많았으며, 근무형태별로는 고용주 및 자영업자가 주위 사람들의 건강관리 정보 탐색이 3.16점으로 높았다(표 7-27).

〈표 7-26〉 건강관리 관련 웨어러블 기기나 모바일 앱 사용 여부 (중복응답) (단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	전혀 사용 안함	휴대폰 내장형 앱	웨어러블 기기
전 체(%)		4,310	2834	989	659
			65.8	22.9	15.3
거주지	대도시	2,054	46.9	50.1	48.7
	중소도시	1,852	42.9	41.5	44.2
	읍면	404	10.2	8.5	7.1
연령	20대 이하	815	20.1	18.3	13.7
	30대	895	20.3	19.8	25.9
	40대	991	22.5	23.6	24.7
	50대	902	20.6	22.6	19.3
	60대 이상	707	16.4	15.7	16.4
성별	남	2,234	51.5	50.9	56.9
	여	2,076	48.5	49.1	43.1
학력	고졸이하	984	24.8	19.9	16.2
	대졸	2,921	67.5	68.5	69.5
	대학원졸 이상	405	7.7	11.6	14.3
결혼 유무	기혼배우자 있음	2,477	60.0	63.8	68.3
	기혼 외	1,833	40.0	36.2	31.7
가구원수	1명	511	12.1	11.4	12.6
	2명 이상	3,799	87.9	88.6	87.4
10세 이하 아동 거주	있음	3,007	15.2	18.2	21.9
	없음	1,303	84.8	81.8	78.1

〈표 7-27〉 웨어러블 기기나 모바일 앱 활용 목적_종합 (계속)

(단위: 명, 점)

구 분		전체 (N)	1	2	3
전 체		1,476	3.46	2.89	2.70
거주지	대도시	724	3.48	2.94	2.77
	중소도시	637	3.44	2.86	2.63
	읍면	115	3.45	2.73	2.66
통계적 유의성			F=0.403	F=2.256	F=2.905
연령	20대 이하	244	3.27	2.60	2.53
	30대	320	3.38	2.74	2.66
	40대	352	3.43	2.97	2.73
	50대	317	3.53	3.00	2.76
	60대 이상	243	3.70	3.09	2.81
통계적 유의성			F=8.215***	F=10.179***	F=2.760*
성별	남	775	3.49	2.97	2.76
	여	701	3.42	2.79	2.64
통계적 유의성			t=1.537	t=3.364**	t=2.212*
학력	고졸이하	282	3.47	2.94	2.62
	대졸	1,008	3.45	2.89	2.73
	대학원졸 이상	186	3.51	2.81	2.69
통계적 유의성			F=0.395	F=0.965	F=1.035
결혼 유무	기혼(배우자있음)	919	3.55	3.01	2.79
	기혼 외	557	3.31	2.69	2.56
통계적 유의성			t=4.644***	t=5.798***	t=3.908***
가구원수	1명	169	3.34	2.76	2.56
	2명 이상	1,307	3.47	2.90	2.72
통계적 유의성			t=-1.762	t=-1.726	t=-1.819
주거유형	아파트	1,053	3.49	2.94	2.74
	기타	423	3.38	2.76	2.61
통계적 유의성			t=2.083*	t=2.958**	t=2.163*
BMI	저체중	83	3.31	2.88	2.67
	정상	643	3.44	2.86	2.71
	비만 전 단계	346	3.49	3.01	2.74
	비만	404	3.49	2.82	2.67
통계적 유의성			F=1.050	F=2.202	F=0.347
직업	비생산직	974	3.47	2.90	2.74
	생산직	137	3.47	3.01	2.75
	기타	365	3.44	2.81	2.59
통계적 유의성			F=0.129	F=2.037	F=2.497

248 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	1	2	3
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	640	3.44	2.84	2.66
	40시간	401	3.52	2.95	2.73
	40시간 초과	435	3.43	2.90	2.74
통계적 유의성			F=1.400	F=1.409	F=0.918
근무형태	고용주 및 자영업자	160	3.59	3.05	2.89
	임금근로자	942	3.44	2.88	2.70
	무직	374	3.45	2.83	2.61
통계적 유의성			F=1.779	F=2.600	F=3.958*
월평균 가구소득	~299만원	310	3.39	2.85	2.68
	300만원~499만원	517	3.40	2.88	2.65
	500만원~	649	3.53	2.91	2.75
통계적 유의성			F=3.987*	F=0.419	F=1.356

주: 1) 1.건강관리 정보 획득, 2.비슷한 사람들의 건강관리 경험 탐색, 3.의료전문가 도움 얻기

2) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

〈표 7-27계속〉 웨어러블 기기나 모바일 앱 활용 목적_종합

(단위: 명, 점)

구 분		전체 (N)	4	5	6
전 체		1,476	2.69	2.89	4.02
거주지	대도시	724	2.73	2.96	4.02
	중소도시	637	2.64	2.82	4.02
	읍면	115	2.65	2.82	3.97
통계적 유의성			F=1.546	F=3.047*	F=0.190
연령	20대 이하	244	2.62	2.63	4.02
	30대	320	2.60	2.74	4.01
	40대	352	2.73	2.94	3.98
	50대	317	2.74	3.05	4.03
	60대 이상	243	2.73	3.07	4.05
통계적 유의성			F=1.298	F=8.806***	F=0.329
성별	남	775	2.73	2.99	3.99
	여	701	2.63	2.78	4.05
통계적 유의성			t=1.855	t=3.671***	t=-1.301
학력	고졸 이하	282	2.55	2.90	3.89
	대졸	1,008	2.72	2.88	4.03
	대학원졸 이상	186	2.70	2.91	4.15
통계적 유의성			F=3.200*	F=0.106	F=5.964**
결혼 유무	기혼(배우자있음)	919	2.75	3.00	4.02
	기혼 외	557	2.59	2.70	4.01
통계적 유의성			t=2.800**	t=5.237***	t=0.142
가구원수	1명	169	2.60	2.79	4.04
	2명 이상	1,307	2.70	2.90	4.02
통계적 유의성			t=-1.096	t=-1.317	t=0.294
주거유형	아파트	1,053	2.73	2.93	4.02
	기타	423	2.59	2.80	4.02
통계적 유의성			t=2.384*	t=2.103*	t=-0.090
BMI	저체중	83	2.61	2.89	4.00
	정상	643	2.70	2.86	3.99
	비만 전 단계	346	2.73	3.02	4.03
	비만	404	2.64	2.82	4.05
통계적 유의성			F=0.580	F=2.409	F=0.526
직업	비생산직	974	2.75	2.95	4.06
	생산직	137	2.64	2.96	3.80
	기타	365	2.52	2.71	4.00
통계적 유의성			F=6.653**	F=6.641**	F=6.420**

구 분		전체 (N)	4	5	6
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	640	2.61	2.80	3.98
	40시간	401	2.74	2.95	4.08
	40시간 초과	435	2.74	2.96	4.03
통계적 유의성			F=2.835	F=3.937*	F=2.017
근무형태	고용주 및 자영업자	160	2.82	3.16	4.06
	임금근로자	942	2.73	2.91	4.02
	무직	374	2.53	2.72	3.99
통계적 유의성			F=6.247**	F=9.800***	F=0.443
월평균 가구소득	~299만원	310	2.62	2.88	3.96
	300만원~499만원	517	2.65	2.85	3.97
	500만원~	649	2.74	2.92	4.08
통계적 유의성			F=1.862	F=0.647	F=3.245*

주: 1) 4. 비의료전문가의 도움 얻기, 5. 주위 사람들의 건강관리 정보 탐색, 6. 자신의 건강관리 내용 기록 및 확인

2) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

제6절 소결

온라인 조사결과 응답자의 80% 이상이 최근 1년간 체중조절을 위하여 노력을 해온 것을 알 수 있었다. 이런 노력의 이유가 체력관리를 포함한 건강증진, 만성질환예방관리, 외모관리 등의 순서였다. 피트니스센터, 헬스클럽과 같이 직접 가서 받는 서비스의 효과성에 대한 호응이 높았다. 월평균 지출비용은 약 9만 원 정도로 10만 원이 안 되는 금액이었다.

비의료건강관리서비스 이용 및 구매 방식은 비대면이나 자동화 서비스가 63%를 상회하였다. 웨어러블 기기나 모바일 앱의 활용은 자신의 건강관리 내용을 기록하고 확인하고, 건강관리정보를 얻는 방식으로 활성화 될 것으로 전망된다. 코로나19시대에 이러한 비대면서비스가 확대됨에 따라 디지털화된 서비스의 이용은 더 증가할 것으로 보인다.



제8장

건강권 인식과 요구도 현황

- 제1절 건강권의 중요성 및 정책에 대한 인식
- 제2절 코로나19로 인한 건강관리 요구도 변화
- 제3절 건강관리의 사회적 지원에 관한 인식
- 제4절 자기건강관리에 대한 통제인식
- 제5절 수요자의 경험에 대한 FGI결과
- 제6절 건강행동 실천을 위한 자원 활용 인식
- 제7절 건강행동 실천의 어려움과 극복
- 제8절 ICT를 활용한 건강행동
- 제9절 비의료건강관리서비스에 대한 전망
- 제10절 소결

제 8 장 건강권 인식과 요구도 현황

제1절 건강권의 중요성 및 정책에 대한 인식

1. 건강관리의 필요성에 대한 인식

온라인 조사결과 건강 유지 및 증진을 위해 가장 중요한 것은 ‘스스로 건강관리 하는 것’이라는 응답이 57.1%로 가장 높았으며 그 다음으로 ‘정기적 건강검진’이 25.5%로 높게 나타났다. 연령이 높을수록 정기적 건강검진이 중요하다는 응답이 높게 나타났으며, 30대 이하는 ‘전문적인 도움과 사회적 여건 마련이 필요하다’는 의견도 상대적으로 높게 나타났다(표 8-1).

비의료건강관리서비스의 필요성에 대해서는 ‘필요하다’는 응답이 68.0% (필요함 53.0% + 매우 필요함 15.0%)로 나타났다. 연령별로는 50대 이상은 ‘필요하지 않다’는 응답이 20% 이상으로 높게 나타났다.

254 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

〈표 8-1〉 비의료건강관리서비스의 필요성에 대한 의견

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	전혀 필요하지 않음	필요하지 않음	필요함	매우 필요함	모르겠음
전 체		4,310	3.9	17.1	53.0	15.0	11.0
거주지	대도시	2,054	3.6	17.0	53.2	15.8	10.3
	중소도시	1,852	4.3	17.0	53.0	14.5	11.2
	읍면	404	3.7	17.6	52.2	13.4	13.1
통계적 유의성		F=0.982					
연령	20대 이하	815	4.4	14.1	52.0	16.7	12.8
	30대	895	3.1	14.1	55.1	16.9	10.8
	40대	991	3.1	15.7	55.3	14.0	11.8
	50대	902	3.5	20.8	51.2	14.3	10.1
	60대 이상	707	5.9	21.2	50.6	13.2	9.1
통계적 유의성		F=6.956***					
성별	남	2,234	4.1	16.5	53.2	15.3	10.8
	여	2,076	3.7	17.6	52.8	14.7	11.1
통계적 유의성		T=0.430					
학력	고졸 이하	984	5.3	18.6	50.1	13.8	12.2
	대졸	2,921	3.5	16.6	54.1	15.0	10.7
	대학원졸 이상	405	3.7	16.3	52.1	18.3	9.6
통계적 유의성		F=4.773**					
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	3.6	18.2	53.6	15.2	9.4
	기혼 외	1,833	4.4	15.5	52.2	14.8	13.1
통계적 유의성		T=-0.111					
가구원수	1명	511	5.3	17.0	52.8	11.7	13.1
	2명 이상	3,799	3.7	17.1	53.0	15.5	10.7
통계적 유의성		T=-2.219*					
주거유형	아파트	3,007	3.8	17.2	52.5	16.0	10.5
	기타	1,303	4.3	16.7	54.1	12.8	12.0
통계적 유의성		T=1.757					
BMI	저체중	301	4.0	19.6	48.5	13.6	14.3
	정상	1,951	4.0	18.0	53.6	14.2	10.1
	비만 전 단계	945	3.8	18.6	54.1	13.1	10.4
	비만	1,113	3.9	13.3	52.3	18.4	12.1
통계적 유의성		F=5.700**					
직업	비생산직	2,617	2.9	15.7	55.3	16.5	9.7
	생산직	436	4.8	17.9	54.4	13.5	9.4
	기타	1,257	5.7	19.6	47.9	12.6	14.2
통계적 유의성		F=19.172***					

구 분		전체 (N)	전혀 필요하지 않음	필요하지 않음	필요함	매우 필요함	모르겠음
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	4.8	18.4	51.0	13.5	12.4
	40시간	1,149	2.7	16.3	55.3	15.7	10.1
	40시간 초과	1,098	3.6	15.4	54.5	17.3	9.2
통계적 유의성		F=9.423***					
근무형태	고용주 및 자영업자	466	3.4	17.0	55.4	15.0	9.2
	임금근로자	2,548	3.2	15.5	55.1	16.4	9.8
	무직	1,296	5.6	20.1	48.1	12.3	14.0
통계적 유의성		F=18.102***					
월평균 가구소득	~299만원	1,225	4.7	17.1	51.3	12.7	14.2
	300만원~499만원	1,427	3.5	17.7	54.6	13.9	10.4
	500만원~	1,658	3.7	16.5	52.9	17.8	9.1
통계적 유의성		F=5.480**					

주: 1) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

2. 비의료건강관리서비스에 대한 공적 지원

비의료건강관리서비스가 국민이 건강할 권리인 '건강권으로 보장되어야 할 영역이라고 생각한다'는 응답이 62.2%(필요함 51.0% + 반드시 보장되어야 함 11.2%)로 나타났다(표 8-2).

'정부의 비의료건강관리서비스 지원 정책에 찬성한다'는 47.9%로 5점 만점 평균 3.35점으로 나타났다(표 8-3). BMI별로는 저체중은 3.26점, 비만은 3.43점으로 나타났다.

비의료건강관리서비스의 바우처 제도에 대해서는 찬성이 50.8%, 5점 만점 평균 3.39점으로 나타났다(표 8-4). 월평균 가구소득이 높을수록 바우처 제도에 '찬성한다'는 응답이 높게 나타났다. 결혼유무가 기혼인 경우, 가구원수가 2명 이상인 경우 바우처에 '찬성한다'는 응답이 더 높게 나타났다.

〈표 8-2〉 비의료건강관리서비스의 건강권 보장에 대한 의견

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	건강권과 전혀 무관함	건강권과 무관함	건강권으로 필요함	건강권으로 반드시 보장 필요	모르겠음
전 체		4,310	4.8	21.1	51.0	11.2	12.0
거주지	대도시	2,054	5.1	21.4	51.7	10.6	11.2
	중소도시	1,852	4.3	21.0	50.4	12.0	12.3
	읍면	404	5.2	19.8	50.0	10.4	14.6
통계적 유의성		F=1.105					
연령	20대 이하	815	5.8	19.4	49.6	11.5	13.7
	30대	895	3.8	22.2	50.4	10.6	13.0
	40대	991	4.8	20.7	50.7	10.4	13.4
	50대	902	4.3	22.6	52.0	11.3	9.8
	60대 이상	707	5.2	20.1	52.5	12.4	9.8
통계적 유의성		F=0.166					
성별	남	2,234	5.4	21.6	50.7	11.0	11.3
	여	2,076	4.0	20.5	51.3	11.4	12.8
통계적 유의성		T=-1.874					
학력	고졸 이하	984	4.9	20.2	47.1	12.7	15.1
	대졸	2,921	4.4	21.5	52.3	10.2	11.5
	대학원졸 이상	405	6.9	19.8	50.6	14.3	8.4
통계적 유의성		F=0.374					
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	4.1	21.8	53.0	11.1	10.0
	기혼 외	1,833	5.7	20.0	48.3	11.3	14.7
통계적 유의성		T=1.044					
가구원수	1명	511	5.7	23.3	46.2	10.8	14.1
	2명 이상	3,799	4.6	20.8	51.6	11.2	11.7
통계적 유의성		T=-1.683					
주거유형	아파트	3,007	4.7	21.2	51.6	11.2	11.4
	기타	1,303	4.9	20.9	49.5	11.2	13.5
통계적 유의성		T=0.269					
BMI	저체중	301	4.7	24.3	47.8	10.0	13.3
	정상	1,951	4.2	21.3	51.0	10.8	12.8
	비만 전 단계	945	5.5	21.8	51.7	10.6	10.4
	비만	1,113	5.2	19.1	51.1	12.8	11.8
통계적 유의성		F=1.404					
직업	비생산직	2,617	4.1	21.2	53.3	11.2	10.2
	생산직	436	3.7	23.4	47.9	13.3	11.7
	기타	1,257	6.4	19.9	47.2	10.5	16.0
통계적 유의성		F=2.752					

구 분		전체 (N)	건강권과 전혀 무관함	건강권과 무관함	건강권으로 필요함	건강권으로 반드시 보장 필요	모르겠음
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	5.3	20.6	49.0	11.0	14.2
	40시간	1,149	3.7	21.7	54.1	10.5	9.9
	40시간 초과	1,098	4.8	21.4	51.5	12.2	10.1
통계적 유의성		F=0.613					
근무형태	고용주 및 자영업자	466	5.8	19.7	54.1	11.8	8.6
	임금근로자	2,548	3.9	21.7	52.4	11.4	10.7
	무직	1,296	6.1	20.4	47.1	10.6	15.8
통계적 유의성		F=2.427					
월평균 가구소득	~299만원	1,225	5.1	20.2	46.7	12.7	15.3
	300만원~499만원	1,427	3.6	22.0	52.5	10.4	11.6
	500만원~	1,658	5.5	20.9	52.8	10.8	10.0
통계적 유의성		F=0.498					

〈표 8-3〉 비의료건강관리서비스를 지원하는 정부 정책에 대한 의견

(단위: 명, %, 점)

구 분		전체 (N)	찬성하지 않음	보통	찬성함	5점 평균	100점 평균
전 체		4,310	15.0	37.1	47.9	3.35	58.81
거주지	대도시	2,054	14.3	37.4	48.3	3.36	59.09
	중소도시	1,852	15.5	36.4	48.1	3.35	58.65
	읍면	404	16.6	38.4	45.0	3.32	58.04
통계적 유의성		F=0.463					
연령	20대 이하	815	13.5	43.3	43.2	3.33	58.16
	30대	895	14.6	38.5	46.8	3.35	58.72
	40대	991	14.0	38.8	47.1	3.35	58.70
	50대	902	16.0	32.3	51.8	3.37	59.37
	60대 이상	707	17.4	31.7	50.9	3.36	59.09
통계적 유의성		F=0.363					
성별	남	2,234	15.9	35.1	49.0	3.35	58.67
	여	2,076	14.0	39.2	46.8	3.36	58.95
통계적 유의성		T=-0.412					
학력	고졸 이하	984	15.3	39.1	45.5	3.33	58.28
	대졸	2,921	14.5	37.4	48.1	3.36	58.95
	대학원졸 이상	405	17.5	30.1	52.3	3.36	59.01
통계적 유의성		F=0.363					
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	15.5	34.1	50.4	3.38	59.39
	기혼 외	1,833	14.4	41.1	44.5	3.32	58.02
통계적 유의성		T=2.035*					
가구원수	1명	511	17.0	36.0	47.0	3.32	57.93
	2명 이상	3,799	14.7	37.2	48.0	3.36	58.92
통계적 유의성		T=-0.965					
주거유형	아파트	3,007	15.4	36.0	48.6	3.35	58.85
	기타	1,303	14.1	39.6	46.3	3.35	58.69
통계적 유의성		T=0.224					
BMI	저체중	301	18.3	39.2	42.5	3.26	56.48
	정상	1,951	15.1	38.5	46.4	3.33	58.37
	비만 전 단계	945	15.2	37.6	47.2	3.33	58.23
	비만	1,113	13.8	33.6	52.6	3.43	60.69
통계적 유의성		F=4.361**					
직업	비생산직	2,617	14.4	35.8	49.9	3.38	59.61
	생산직	436	17.9	32.8	49.3	3.33	58.26
	기타	1,257	15.4	41.3	43.4	3.29	57.32
통계적 유의성		F=4.792**					

구 분		전체 (N)	찬성하지 않음	보통	찬성함	5점 평균	100점 평균
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	14.9	39.9	45.2	3.32	58.02
	40시간	1,149	15.3	34.6	50.1	3.37	59.33
	40시간 초과	1,098	14.9	34.3	50.7	3.39	59.72
통계적 유의성		F=2.610					
근무형태	고용주 및 자영업자	466	14.6	36.5	48.9	3.39	59.71
	임금근로자	2,548	15.0	35.1	50.0	3.38	59.39
	무직	1,296	15.3	41.2	43.5	3.29	57.33
통계적 유의성		F=4.237*					
월평균 가구소득	~299만원	1,225	14.1	43.3	42.5	3.32	57.96
	300만원~499만원	1,427	13.9	38.1	47.9	3.37	59.18
	500만원~	1,658	16.6	31.5	51.9	3.36	59.11
통계적 유의성		F=1.277					

주: 1) *p<0.05, **p<0.01

〈표 8-4〉 비의료건강관리서비스 바우처 지급 제도에 대한 의견

(단위: 명, %, 점)

구 분		전체 (N)	찬성하지 않음	보통	찬성함	5점 평균	100점 평균
전 체		4,310	14.8	34.4	50.8	3.39	59.74
거주지	대도시	2,054	14.8	34.7	50.5	3.38	59.53
	중소도시	1,852	14.5	33.6	51.9	3.41	60.16
	읍면	404	16.1	36.6	47.3	3.36	58.91
통계적 유의성		F=0.698					
연령	20대 이하	815	15.6	39.5	44.9	3.32	57.88
	30대	895	15.1	35.3	49.6	3.38	59.61
	40대	991	14.5	37.6	47.8	3.34	58.55
	50대	902	14.3	27.9	57.8	3.46	61.47
	60대 이상	707	14.4	31.3	54.3	3.46	61.53
통계적 유의성		F=4.587**					
성별	남	2,234	15.8	33.2	50.9	3.38	59.43
	여	2,076	13.6	35.7	50.6	3.40	60.08
통계적 유의성		T=-0.947					
학력	고졸 이하	984	13.5	38.1	48.4	3.39	59.63
	대졸	2,921	14.7	34.3	51.0	3.39	59.80
	대학원졸 이상	405	18.3	26.7	55.1	3.39	59.63
통계적 유의성		F=0.027					
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	14.9	31.4	53.7	3.42	60.56
	기혼 외	1,833	14.6	38.5	46.9	3.35	58.65
통계적 유의성		T=2.784**					
가구원수	1명	511	16.4	35.4	48.1	3.34	58.41
	2명 이상	3,799	14.6	34.3	51.1	3.40	59.92
통계적 유의성		T=-1.428					
주거유형	아파트	3,007	15.1	33.3	51.6	3.39	59.77
	기타	1,303	14.0	37.1	48.9	3.39	59.69
통계적 유의성		T=0.107					
BMI	저체중	301	16.6	38.5	44.9	3.31	57.81
	정상	1,951	15.0	35.9	49.1	3.37	59.20
	비만 전 단계	945	14.0	36.3	49.7	3.39	59.63
	비만	1,113	14.6	29.2	56.2	3.45	61.32
통계적 유의성		F=2.977*					
직업	비생산직	2,617	14.8	32.4	52.8	3.41	60.29
	생산직	436	15.4	34.6	50.0	3.39	59.69
	기타	1,257	14.5	38.6	46.9	3.35	58.63
통계적 유의성		F=2.320					

구 분		전체 (N)	찬성하지 않음	보통	찬성함	5점 평균	100점 평균
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	14.4	37.8	47.8	3.36	59.02
	40시간	1,149	15.3	31.5	53.2	3.41	60.31
	40시간 초과	1,098	14.9	31.1	53.9	3.42	60.52
통계적 유의성		F=2.114					
근무형태	고용주 및 자영업자	466	13.3	34.8	51.9	3.43	60.84
	임금근로자	2,548	15.2	32.2	52.6	3.40	60.10
	무직	1,296	14.4	38.7	46.8	3.35	58.66
통계적 유의성		F=4.237*					
월평균 가구소득	~299만원	1,225	14.2	39.0	46.8	3.37	59.16
	300만원~499만원	1,427	14.0	35.0	50.9	3.40	59.93
	500만원~	1,658	15.9	30.5	53.6	3.40	60.01
통계적 유의성		F=1.277					

주: 1) *p<0.05, **p<0.01

제2절 코로나19로 인한 건강관리 요구도 변화

1. 코로나19 사태 이후 비의료건강관리서비스의 이용

코로나19 이후 비의료건강관리서비스 이용 빈도에 대해서는 ‘이용하지 않음’이 38.8%로 가장 많았고, ‘비대면으로 변경했다’는 응답이 8.0%로 나타났다(표 8-5). 거주지별로는 읍면의 경우 이전보다 감소가 13.1%로 가장 높은 반면, 이전보다 증가는 9.4%로 가장 낮았다. 연령이 낮을수록 비의료건강관리서비스의 이용 빈도가 증가한 것으로 나타났다. 직업별로는 생산직이 ‘비대면으로 변경’이 10.3%로 가장 높았고, 월평균 가구소득별로는 300만원 미만인 경우 이용하지 않은 비율이 42.2%로 가장 높았다.

코로나19 이후 비의료건강관리서비스를 이용한 2,636명에게 서비스 이용 만족도에 대해 조사한 결과, 5점 만점 평균 3.08점으로 나타났다(표 8-6). 근로 시간별로는 40시간 초과인 경우 만족하는 비율이 20.7%로 가장 높았고, 가구소득별로는 500만 원 이상이 20.2%로 가장 높았다.

262 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

〈표 8-5〉 코로나19 이후 비의료건강관리서비스 이용 빈도의 변화

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	이전보다 감소	이전과 비슷	이전보다 증가	이용하지 않음	비대면으로 변경
전 체		4,310	10.0	28.7	14.5	38.8	8.0
거주지	대도시	2,054	9.0	30.3	15.5	36.7	8.5
	중소도시	1,852	10.5	26.6	14.5	41.0	7.4
	읍면	404	13.1	29.5	9.4	39.9	8.2
통계적 유의성		$\chi^2=26.295^{**}$					
연령	20대 이하	815	9.4	28.8	17.3	35.5	9.0
	30대	895	11.4	27.9	15.8	35.0	9.9
	40대	991	9.1	28.4	16.8	36.7	9.1
	50대	902	9.2	29.9	10.8	43.8	6.3
	60대 이상	707	11.3	28.1	11.2	44.3	5.1
통계적 유의성		$\chi^2=63.699^{***}$					
성별	남	2,234	7.6	31.8	15.3	38.3	7.1
	여	2,076	12.7	25.3	13.6	39.5	9.0
통계적 유의성		$\chi^2=50.721^{***}$					
학력	고졸 이하	984	10.4	28.8	11.1	42.1	7.7
	대졸	2,921	9.9	29.1	15.6	37.5	7.9
	대학원졸 이상	405	10.1	25.4	14.3	40.5	9.6
통계적 유의성		$\chi^2=18.165^*$					
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	10.5	27.2	15.1	39.4	7.9
	기혼 외	1,833	9.4	30.7	13.7	38.0	8.2
통계적 유의성		$\chi^2=7.596$					
가구원수	1명	511	9.2	30.7	12.7	39.5	7.8
	2명 이상	3,799	10.1	28.4	14.7	38.7	8.0
통계적 유의성		$\chi^2=2.592$					
주거유형	아파트	3,007	10.4	28.0	15.7	37.8	8.0
	기타	1,303	9.1	30.1	11.7	41.1	8.0
통계적 유의성		$\chi^2=15.551^{**}$					
BMI	저체중	301	8.3	28.9	13.3	40.5	9.0
	정상	1,951	11.0	28.7	14.1	39.1	7.1
	비만 전 단계	945	8.9	28.8	16.4	36.8	9.1
	비만	1,113	9.8	28.4	13.8	39.6	8.4
통계적 유의성		$\chi^2=12.411$					
직업	비생산직	2,617	9.9	30.0	16.8	35.7	7.5
	생산직	436	9.6	29.8	12.8	37.4	10.3
	기타	1,257	10.3	25.4	10.2	45.8	8.3
통계적 유의성		$\chi^2=59.995^{***}$					

구 분		전체 (N)	이전보다 감소	이전과 비슷	이전보다 증가	이용하지 않음	비대면으 로 변경
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	10.3	25.8	12.7	42.6	8.6
	40시간	1,149	9.7	30.5	15.4	36.8	7.5
	40시간 초과	1,098	9.8	32.1	16.8	34.0	7.4
통계적 유의성		$\chi^2=38.132^{***}$					
근무형태	고용주 및 자영업자	466	7.5	30.7	16.1	38.4	7.3
	임금근로자	2,548	10.4	29.9	16.1	35.4	8.1
	무직	1,296	10.2	25.4	10.6	45.7	8.1
통계적 유의성		$\chi^2=52.633^{***}$					
월평균 가구소득	~299만원	1,225	9.4	27.2	12.0	42.2	9.2
	300만원~499만원	1,427	9.6	27.1	15.7	39.7	7.9
	500만원~	1,658	10.9	31.1	15.3	35.6	7.2
통계적 유의성		$\chi^2=26.590^{**}$					

〈표 8-6〉 코로나19 이후 비의료건강관리서비스 이용의 만족도

(단위: 명, %, 점)

구 분		전체 (N)	불만족	보통	만족	5점 평균	100점 평균
전 체		2,636	9.4	72.5	18.1	3.08	52.11
거주지	대도시	1,300	9.5	70.8	19.7	3.10	52.50
	중소도시	1,093	9.4	74.6	16.0	3.06	51.58
	읍면	243	9.1	72.4	18.5	3.09	52.37
통계적 유의성		F=1.137					
연령	20대 이하	526	8.9	75.1	16.0	3.08	52.00
	30대	582	11.0	72.5	16.5	3.04	50.99
	40대	627	7.8	74.2	18.0	3.10	52.47
	50대	507	10.5	68.6	20.9	3.10	52.56
	60대 이상	394	8.9	71.6	19.5	3.11	52.73
통계적 유의성		F=1.171					
성별	남	1,379	8.5	72.0	19.5	3.11	52.68
	여	1,257	10.4	73.1	16.5	3.06	51.47
통계적 유의성		T=2.054*					
학력	고졸 이하	570	10.2	73.2	16.7	3.07	51.71
	대졸	1,825	9.4	72.2	18.4	3.08	52.08
	대학원졸 이상	241	7.5	73.4	19.1	3.13	53.22
통계적 유의성		F=0.842					
결혼 유무	기혼(배우자있음)	1,500	9.5	70.9	19.6	3.10	52.43
	기혼 외	1,136	9.2	74.7	16.0	3.07	51.67
통계적 유의성		T=1.274					
가구원수	1명	309	8.7	77.7	13.6	3.03	50.81
	2명이상	2,327	9.5	71.9	18.7	3.09	52.28
통계적 유의성		T=-1.767					
주거유형	아파트	1,869	10.0	70.5	19.5	3.09	52.31
	기타	767	8.0	77.4	14.6	3.06	51.60
통계적 유의성		T=1.152					
BMI	저체중	179	11.7	73.2	15.1	3.01	50.28
	정상	1,188	8.4	73.2	18.4	3.10	52.40
	비만 전 단계	597	9.5	71.0	19.4	3.11	52.68
	비만	672	10.4	72.5	17.1	3.06	51.56
통계적 유의성		F=1.588					
직업	비생산직	1,682	8.8	71.8	19.4	3.10	52.60
	생산직	273	9.2	74.0	16.8	3.07	51.74
	기타	681	11.0	73.7	15.3	3.04	51.03
통계적 유의성		F=2.701					

구 분		전체 (N)	불만족	보통	만족	5점 평균	100점 평균
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	1,185	10.0	74.1	15.9	3.06	51.48
	40시간	726	7.6	73.6	18.9	3.12	53.03
	40시간 초과	725	10.3	69.0	20.7	3.09	52.21
통계적 유의성		F=2.388					
근무형태	고용주 및 자영업자	287	7.3	73.9	18.8	3.13	53.14
	임금근로자	1,645	9.2	71.9	19.0	3.09	52.31
	무직	704	10.8	73.6	15.6	3.05	51.21
통계적 유의성		F=2.049					
월평균 가구소득	~299만원	708	9.5	75.7	14.8	3.05	51.24
	300만원~499만원	861	9.3	72.7	18.0	3.09	52.24
	500만원~	1,067	9.5	70.3	20.2	3.10	52.58
통계적 유의성		F=1.714					

주: 1) *p<0.05

제3절 건강관리의 사회적 지원에 관한 인식

1. 주위 사람들의 건강관리 인식

전체 응답자의 48.7%가 '주위 사람들이 건강관리를 잘 하는 편'이라고 응답하였고, '매우 잘 관리한다'는 응답이 4.0%로 나타났다. 연령별로는 60대 이상이 '잘 관리하는 편'이라는 응답이 62.8%로 높았고, 학력별로는 학력이 높을수록 '잘 관리한다'는 응답이 높게 나타났다.

전체 응답자의 70.8%가 '주위 사람들이 자신에게 건강관리를 제안한다'고 응답하였다. BMI별로는 저체중과 비만의 경우 '자주 제안한다'는 응답이 상대적으로 높았다.

2. 건강관리의 도움이 되는 사회적 지원

건강관리에 가장 도움을 준 사회적 관계로는 가족(43.3%), 친구(14.8%), 직장동료(7.1%) 순으로 높게 나타났으며, 자문 및 권유 한 곳 없음이 26.3%로 나타났다(표 8-7). 연령이 높을수록 가족의 도움이 크고, 연령이 낮을수록 친구의 도움이 큰 것으로 나타났다. 결혼유무별로는 기혼이 가족의 도움이 51.2%로 기혼 외(32.7%)보다 상대적으로 높았으며, 가구원 수가 1명인 경우, 친구나 직장동료의 도움이 2명 이상보다 상대적으로 높게 나타났다. 임금근로자의 경우, 직장동료가 건강관리에 대해 가장 도움을 준다는 응답이 10.2%로 높게 나타났다.

건강관리 정보 획득에 가장 도움이 된 매체 1순위로는 TV가 36.7%로 가장 높았으며, 그 다음으로 인터넷 포털사이트(19.4%), 온라인 영상매체(15.5%) 등의 순으로 높게 나타났다(표 8-8). 연령별로는 연령이 높을수록 TV가, 연령이 낮을수록 온라인 영상매체가 가장 도움이 된 매체라는 응답이 높게 나타났다. 20대 이하의 경우 SNS라는 응답이 9.0%로 높게 나타났다. 임금근로자의 경우, 다른 근무형태보다 TV는 낮고 인터넷 포털사이트는 높게 나타났다.

(표 8-7) 건강관리에 가장 도움을 준 사회적 관계 (계속)

(단위: 명, %)

구 분	전체 (N)	가족	친구	직장 동료	이웃	운동 동호회	
전 체	4,310	43.3	14.8	7.1	2.8	2.5	
거주지	대도시	2,054	42.7	15.8	6.9	2.7	2.5
	중소도시	1,852	43.4	14.4	7.3	2.9	2.9
	읍면	404	45.8	12.1	7.7	2.7	1.2
통계적 유의성		$\chi^2=16.342$					
연령	20대 이하	815	31.7	22.7	5.6	2.5	1.2
	30대	895	39.0	16.0	9.1	2.7	2.3
	40대	991	45.4	12.1	9.2	3.2	2.8
	50대	902	47.5	11.9	7.9	2.7	3.0
	60대 이상	707	53.9	11.9	2.5	2.7	3.3
통계적 유의성		$\chi^2=178.087^{***}$					
성별	남	2,234	42.3	15.1	8.8	2.5	2.8
	여	2,076	44.4	14.5	5.3	3.0	2.2
통계적 유의성		$\chi^2=36.943^{***}$					
학력	고졸 이하	984	39.4	13.9	6.2	3.8	1.9
	대졸	2,921	44.1	15.1	7.2	2.6	2.5
	대학원졸 이상	405	46.9	15.1	8.9	1.5	4.2
통계적 유의성		$\chi^2=46.150^{***}$					
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	51.2	11.9	7.2	3.3	2.9
	기혼 외	1,833	32.7	18.7	7.0	2.1	2.0
통계적 유의성		$\chi^2=198.589^{***}$					
가구원수	1명	511	28.4	18.6	10.0	2.9	2.9
	2명 이상	3,799	45.3	14.3	6.7	2.7	2.5
통계적 유의성		$\chi^2=61.100^{***}$					
주거유형	아파트	3,007	44.5	15.1	7.2	3.2	2.8
	기타	1,303	40.5	14.3	6.9	1.7	1.9
통계적 유의성		$\chi^2=33.299^{***}$					
BMI	저체중	301	43.5	11.6	3.7	2.7	2.3
	정상	1,951	42.1	14.9	6.0	3.0	2.6
	비만 전 단계	945	41.3	18.0	8.1	3.4	2.0
	비만	1,113	47.0	12.8	9.2	1.8	3.0
통계적 유의성		$\chi^2=68.135^{***}$					
직업	비생산직	2,617	43.1	15.0	9.6	2.6	2.9
	생산직	436	42.2	14.4	8.5	3.4	2.8
	기타	1,257	44.2	14.6	1.6	2.9	1.6
통계적 유의성		$\chi^2=112.551^{***}$					

268 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	가족	친구	직장 동료	이웃	운동 동호회
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	43.7	14.5	4.2	3.0	2.2
	40시간	1,149	42.6	15.8	10.3	2.2	2.3
	40시간 초과	1,098	43.3	14.4	9.4	2.9	3.4
통계적 유의성		x ² =72.826***					
근무형태	고용주 및 자영업자	466	44.2	13.9	5.2	4.1	3.9
	임금근로자	2,548	42.7	15.1	10.2	2.5	2.7
	무직	1,296	44.2	14.6	1.9	2.9	1.6
통계적 유의성		x ² =125.389***					
월평균 가구소득	~299만원	1,225	38.4	14.6	5.6	3.3	1.4
	300만원~499만원	1,427	43.6	15.2	7.0	3.1	2.5
	500만원~	1,658	46.6	14.7	8.3	2.1	3.4
통계적 유의성		x ² =74.297***					

주: 1) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

(표 8-7계속) 건강관리에 가장 도움을 준 사회적 관계

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	사회적으로 영향력 있는 유명인 등	주민자치회 /마을공동체 (주민모임)	기타	자문 및 권유 한 곳 없음
전 체		4,310	1.6	1.2	0.4	26.3
거주지	대도시	2,054	1.9	1.2	0.2	26.2
	중소도시	1,852	1.4	1.2	0.6	26.0
	읍면	404	0.7	1.2	0.5	28.0
통계적 유의성		$\chi^2=16.342$				
연령	20대 이하	815	2.7	1.6	0.5	31.5
	30대	895	2.3	1.3	0.2	27.0
	40대	991	1.1	0.8	0.4	24.9
	50대	902	0.9	1.1	0.4	24.7
	60대 이상	707	0.8	1.3	0.4	23.2
통계적 유의성		$\chi^2=178.087^{***}$				
성별	남	2,234	1.2	1.4	0.6	25.2
	여	2,076	2.0	1.0	0.1	27.4
통계적 유의성		$\chi^2=36.943^{***}$				
학력	고졸 이하	984	2.0	1.2	0.6	30.9
	대졸	2,921	1.6	1.1	0.3	25.5
	대학원졸 이상	405	0.2	2.0	0.7	20.5
통계적 유의성		$\chi^2=46.150^{***}$				
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	1.1	1.2	0.4	20.8
	기혼 외	1,833	2.2	1.3	0.4	33.7
통계적 유의성		$\chi^2=198.589^{***}$				
가구원수	1명	511	2.3	0.4	0.4	34.1
	2명 이상	3,799	1.5	1.3	0.4	25.2
통계적 유의성		$\chi^2=61.100^{***}$				
주거유형	아파트	3,007	1.6	1.1	0.4	24.1
	기타	1,303	1.5	1.5	0.4	31.3
통계적 유의성		$\chi^2=33.299^{***}$				
BMI	저체중	301	2.3	0.3	0.7	32.9
	정상	1,951	1.4	1.1	0.4	28.4
	비만 전 단계	945	1.8	2.0	0.5	22.9
	비만	1,113	1.5	0.9	0.2	23.6
통계적 유의성		$\chi^2=68.135^{***}$				
직업	비생산직	2,617	1.5	1.4	0.3	23.7
	생산직	436	1.4	1.1	0.7	25.5
	기타	1,257	1.8	0.8	0.5	32.1
통계적 유의성		$\chi^2=112.551^{***}$				

270 비의료건강관리서비스 이용국민의 건강권 보호방안

구 분		전체 (N)	사회적으로 영향력 있는 유명인 등	주민자치회 /마을공동체 (주민모임)	기타	자문 및 권유 한 곳 없음
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	2.0	1.3	0.5	28.6
	40시간	1,149	1.4	0.9	0.3	24.3
	40시간 초과	1,098	1.0	1.4	0.3	24.0
통계적 유의성		$\chi^2=72.826^{***}$				
근무형태	고용주 및 자영업자	466	1.3	2.4	0.2	24.9
	임금근로자	2,548	1.5	1.1	0.4	23.9
	무직	1,296	1.9	1.1	0.5	31.5
통계적 유의성		$\chi^2=125.389^{***}$				
월평균 가구소득	~299만원	1,225	1.6	1.1	0.5	33.5
	300만원~499만원	1,427	1.9	1.3	0.2	25.2
	500만원~	1,658	1.3	1.2	0.5	22.0
통계적 유의성		$\chi^2=74.297^{***}$				

주: 1) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

(표 8-8) 건강관리 정보 획득에 가장 도움이 된 매체 (계속)

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	TV	인터넷 포털 사이트	온라인 영상 매체	온라인 카페 및 커뮤니티	언론 매체	SNS
전 체		4,310	36.7	19.4	15.5	5.6	4.4	3.7
거주지	대도시	2,054	37.7	19.3	14.3	6.6	4.5	3.5
	중소도시	1,852	35.1	19.8	16.8	4.5	4.4	4.3
	읍면	404	38.4	17.6	15.8	5.2	4.0	2.5
연령	20대 이하	815	19.0	16.9	28.2	6.7	2.6	9.0
	30대	895	29.4	22.2	15.4	7.8	4.5	4.7
	40대	991	38.3	21.0	13.8	6.2	5.3	1.3
	50대	902	47.5	19.7	10.6	3.5	3.5	1.8
	60대 이상	707	50.1	15.7	9.6	3.3	6.2	2.4
성별	남	2,234	35.0	20.6	16.5	4.8	5.2	2.7
	여	2,076	38.4	18.0	14.5	6.4	3.6	4.9
학력	고졸이하	984	42.9	13.4	16.9	4.3	2.9	3.6
	대졸	2,921	35.4	21.1	15.1	6.1	4.4	3.7
	대학원졸 이상	405	30.4	21.2	15.3	5.4	8.1	4.2
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	41.9	20.2	11.4	5.1	5.3	2.7
	기혼 외	1,833	29.6	18.2	21.1	6.2	3.2	5.1
가구원수	1명	511	32.7	20.9	18.4	6.7	3.3	2.9
	2명이상	3,799	37.2	19.1	15.1	5.4	4.6	3.8
주거유형	아파트	3,007	37.4	19.5	14.4	5.7	4.7	3.7
	기타	1,303	34.9	19.1	18.0	5.4	3.8	3.8
BMI	저체중	301	34.9	17.6	15.0	8.0	3.0	5.3
	정상	1,951	36.6	19.4	16.6	5.6	4.0	4.0
	비만 전 단계	945	38.7	19.4	13.2	4.8	5.9	3.4
	비만	1,113	35.4	19.8	15.7	5.7	4.2	3.1
직업	비생산직	2,617	34.9	21.4	15.0	6.1	4.8	3.9
	생산직	436	41.7	17.7	13.1	5.5	3.4	2.3
	기타	1,257	38.5	15.7	17.5	4.5	3.9	3.8
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	37.9	17.4	15.8	4.8	4.5	3.8
	40시간	1,149	36.1	22.6	14.6	6.4	4.0	3.4
	40시간 초과	1,098	35.0	19.7	15.9	6.4	4.6	3.9
근무형태	고용주 및 자영업자	466	39.9	17.6	13.1	5.4	5.6	3.0
	임금근로자	2,548	35.0	21.4	15.1	6.1	4.6	3.8
	무직	1,296	38.8	16.0	17.2	4.6	3.7	3.8
월평균 가구소득	~299만원	1,225	37.8	18.5	14.8	4.7	3.8	3.9
	300만원~499만원	1,427	38.4	18.1	14.8	6.4	5.0	3.3
	500만원~	1,658	34.3	21.0	16.7	5.6	4.4	4.0

〈표 8-8계속〉 건강관리 정보 획득에 가장 도움이 된 매체

(단위: 명, %)

구 분		전체 (N)	건강 관련 스마트폰 앱	메신저	라디오	기타	정보 얻은 매체 없음
전 체		4,310	3.5	2.1	0.5	0.5	8.2
거주지	대도시	2,054	3.2	2.3	0.3	0.5	7.8
	중소도시	1,852	3.9	2.0	0.6	0.4	8.2
	읍면	404	3.5	1.2	0.5	1.0	10.4
연령	20대 이하	815	2.5	2.1	0.6	0.5	11.9
	30대	895	3.6	2.1	0.2	0.6	9.5
	40대	991	3.6	2.4	0.4	0.3	7.3
	50대	902	4.5	1.4	0.7	0.6	6.1
	60대 이상	707	3.1	2.3	0.4	0.6	6.4
성별	남	2,234	3.3	2.3	0.6	0.4	8.6
	여	2,076	3.7	1.8	0.3	0.6	7.8
학력	고졸이하	984	2.8	1.4	0.5	0.6	10.7
	대졸	2,921	3.6	2.1	0.5	0.5	7.6
	대학원졸 이상	405	4.4	3.7	0.0	0.2	6.9
결혼 유무	기혼(배우자있음)	2,477	4.1	2.2	0.4	0.5	6.1
	기혼 외	1,833	2.7	1.9	0.5	0.5	11.0
가구원수	1명	511	1.4	1.6	0.8	0.4	11.0
	2명이상	3,799	3.8	2.1	0.4	0.5	7.8
주거유형	아파트	3,007	3.6	2.1	0.5	0.6	7.8
	기타	1,303	3.4	2.1	0.3	0.2	9.1
BMI	저체중	301	2.7	1.7	0.0	0.7	11.3
	정상	1,951	2.9	2.0	0.4	0.6	7.9
	비만 전 단계	945	3.5	2.6	0.7	0.3	7.4
	비만	1,113	4.8	1.8	0.5	0.4	8.5
직업	비생산직	2,617	3.8	2.1	0.5	0.3	7.0
	생산직	436	3.0	3.4	0.2	0.5	9.2
	기타	1,257	3.0	1.5	0.4	0.8	10.3
일주일 평균 근로시간	40시간 미만	2,063	3.6	2.0	0.6	0.6	9.0
	40시간	1,149	2.9	1.8	0.3	0.3	7.5
	40시간 초과	1,098	3.9	2.4	0.4	0.4	7.5
근무형태	고용주 및 자영업자	466	4.1	3.0	1.5	0.6	6.2
	임금근로자	2,548	3.6	2.2	0.3	0.3	7.6
	무직	1,296	3.0	1.5	0.4	0.8	10.1
월평균 가구소득	~299만원	1,225	2.7	1.3	0.6	0.4	11.6
	300만원~499만원	1,427	2.7	2.3	0.6	0.6	7.8
	500만원~	1,658	4.8	2.4	0.3	0.5	6.0

제4절 자기건강관리에 대한 통제인식

1. 건강관리에 대한 의견

건강관리 자신감에 대해서 ‘주변 지인이 관심이 없어도 자신을 위해 건강관리를 할 수 있다’는 응답이 5점 만점 평균 3.49점으로 가장 높게 나타났다으며, ‘시간이 없을 때에도 건강관리를 할 수 있다’는 응답은 2.69점으로 가장 낮았다. 60대 이상은 다른 연령과 비교하여 건강관리를 할 수 있다는 응답이 모든 문항에서 가장 높았고, 남성은 여성보다 모든 문항에서 높게 나타났다.

건강관리의 장점으로서는 ‘체중관리 도움’이 5점 만점 평균 3.95점으로 가장 높았고, ‘스트레스 감소’가 3.69점으로 가장 낮았다. 연령별로는 60대 이상인 경우 ‘스트레스 감소’가 3.88점, 20대 이하는 ‘멋진 몸매 유지’가 3.93점으로 가장 높았다. 월평균 가구소득이 300만 원 미만인 경우 ‘자신감’(3.78점)과 ‘숙면 도움’(3.79점)이 가장 낮게 나타났다.

건강관리의 단점으로서는 ‘체력적으로 피곤함’이 5점 만점 평균 3.11점으로 가장 높았고, ‘창피함’은 2.43점으로 가장 낮았다. 30대 이하의 ‘체력적으로 피곤하다’는 의견이 가장 높았고, 60대 이상은 다른 사람들이 ‘건강관리 하는 모습을 보는 것이 창피하다’는 의견이 가장 낮았다. 근로시간이 주40시간 초과하는 경우, 가족·친구와의 시간이 줄어들고, 체력적으로 피곤하다는 의견이 각 2.77점, 3.22점으로 다른 근로시간과 비교하여 높게 나타났다.

제5절 수요자의 경험에 대한 FGI결과

1. 비의료건강관리서비스 이용자 FGI 개요

비의료건강관리서비스 이용자 FGI는 최근 1년 이내에 비의료건강관리 서비스를 2개 분야 이상 이용 경험이 있는 일반 국민을 대상으로 진행하였으며, 전체 대상자 20명을 4개 그룹으로 나누어 진행하였다(표 8-9, 8-10).

〈표 8-9〉 비의료건강관리서비스 이용자 FGI 추진 내역

구분	일시	대상자	주요 안건
1Gr	2020년 10월 6일(화)	최근 1년 이내 비의료건강관리서비스 이용 경험 있는 일반 국민	본인 건강에 대한 인식 건강행동 실천 분야, 건강행동의 어려움과 극복 ICT 활용 및 전망
2Gr	2020년 10월 7일(수)		
3Gr	2020년 10월 7일(수)		
4Gr	2020년 10월 8일(목)		

〈표 8-10〉 비의료건강관리서비스 이용자 FGI 대상자

구분	성명	연령	성별	서비스1	서비스2
1Gr	김OO	20대	여	체중조절	영양 및 식이조절
	강OO	20대	여	운동	영양 및 식이조절
	조OO	20대	여	운동	스트레스 관리
	조OO	20대	여	영양 및 식이조절	스트레스 관리
	서OO	30대	여	스트레스 관리	체중조절
2Gr	정OO	40대	여	영양 및 식이조절	운동
	이OO	50대	남	체중조절	금연
	김OO	50대	남	영양 및 식이조절	운동
	이OO	40대	남	영양 및 식이조절	운동
	박OO	50대	여	영양 및 식이조절	운동
3Gr	백OO	30대	남	금연	체중조절
	이OO	20대	남	금연	스트레스 관리
	김OO	30대	남	금연	운동

구분	성명	연령	성별	서비스1	서비스2
	조OO	20대	남	운동	영양 및 식이조절
	김OO	30대	남	금연	영양 및 식이조절
4Gr	김OO	50대	여	스트레스 관리	운동
	조OO	60대	여	스트레스 관리	영양 및 식이조절
	추OO	50대	남	금연	체중조절
	서OO	40대	남	금연	체중조절
	윤OO	40대	남	금연	영양 및 식이조절

2. 평소 건강에 대한 생각

FGI에 참석한 비의료 건강관리 서비스 이용자들은 나이가 들면서, 혹은 주변에 나이가 들어가는 지인들을 보며 자연스럽게 건강관리의 필요성을 느끼게 되었다. 나이가 들수록 건강검진을 통해 예상치 못한 진단을 받거나 건강이 나빠지는 지인들이 많아졌으며 개인적으로 질환이 있거나 유전적으로 지병이 있는 경우에는 좀 더 일찍 건강관리의 필요성을 느끼고 있었다.

“건강관리는 20대 때는 따로 하지는 않았는데 30대가 되니까 건강의 중요성을 많이 느껴서 비타민도 먹고 운동도 하고 그렇게 관리하고 있습니다.”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“20대 때는 공부를 하든, 밤을 새도 그렇게 피곤한 게 없었는데 30대가 되니까 피곤함도 많이 생기고 주변에 아파서 돌아가시는 분들도 생기더라고요. 그래서 건강을 유지해야겠다고 생각했어요.”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“제가 어렸을 때부터 체력이 약해서 나이가 들면서 체력이 더 중요하다고 생각해서 관심을 가지게 되었는데 그래서 큰 운동은 아니지만 꾸준히 운동 같은 것 하고 건강진단 받는 것에 신경을 쓰고 있어요. 그런 쪽으로 관심을 가지고 있습니다.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“제가 유전적인 영향으로 고지혈증이 있어서 피 검사를 정기적으로 하고 있고, 그 다음에 큰 병은 아니지만 위 때문에 검사를 종합적으로 하면 의사선생님이 주기적으로 6개월에 한 번씩 하라고 해서 노력하고 있어요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저도 어려서는 체력이 좋지 않았는데 군대를 통해서 체력에 대한 운동을 많이 하게 되고 주변에 친인척이 갑상선이나 당뇨 걸린 분이 계셔서 3, 40대가 되면서 건강에 더 관심을 가지게 되었습니다. 지금은 남을 위해서 헌혈을 53번 했는데 달리기와 근력 운동을 꾸준히 하고 있습니다.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“30대에, 그때부터 혈압이 높아서 혈압 관리하고 있고 요즘은 TV에 건강프로그램이 엄청 많더라고요. 그래서 건강에 관심을 가지게 되고 보게 되고 관리하게 되는 것 같습니다.”

(50대, 남, 영양 및 식이조절/체중조절 서비스 이용자)

“회사에서 건강검진을 매년 받게 해 주는 게 그건 기초적인 거잖아요. 전체적으로 제가 돈을 많이 들여서 병원에 가서 받은 건 작년이 처음이었어요. 받아보니까 심각하더라고요. 내가 생각하지 못했던 것들이 많이 나오더라고요. 그래서 그 다음부터는 지금까지도 운동을 많이 하고 있기는 한데 쉽게 되지는 않더라고요. 몸이 더 나빠지면 절실하니까 그럴 수 있는데 아직까지는 위험 단계라는 걸 알고는 있지만 생활을 하다 보니까 잘 안 되더라고요. 그러던 차에 보건소도 다니게 되고.”

(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“금연하고 경희대학교 내에 건강 증진 프로그램도 있거든요. 제가 고지혈증이니까 그것과 관련된 교육이 있으면 (보건소에) 갑니다.”

(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“30대에서 40대로 넘어가는 순간부터 혈압과 고지혈증, 지방간, 술/담배를 많이 하다 보니까 그런 게 축적이 되어서 조금씩 금연 하려고 보건소 클리닉 다니고 있고, 매년 종합검진을 받는데 검사할 때마다 혈압이 계속 높게 나와서 주기적인 운동과 식이요법을 같이 하고 있어요.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“서로 같이 늙어가잖아요. TV를 보면 벌써 40이 넘었어? 생긴 건 저 보다는 어리거나 비슷한 것 같은 데 40대가 넘은 걸 볼 때마다 저도 건강관리를 해야겠다는 생각을 하게 되는 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

직장생활을 하면서 일상에서 체력적 한계를 많이 느끼며, 생활습관이 안 좋아지고 체력관리, 체중조절 등의 건강관리가 예전만큼 수월하지 않음을 느끼면서 더욱 건강을 챙기게 되는 경우도 많았다.

“저는 건강 관련된 것에 관심이 없다가 최근에 헬스 끊고 다이어트를 하고 싶어서 트레이너랑 같이 쉬기도 하면서 건강에 관심을 갖게 됐는데, 평소에는 관심이 없다 보니까 부모님이 비타민 챙겨 주시면 억지로 먹었는데 지금은 식이도 건강하게 먹으려고 하고 체형 보정에도 관심이 있어서 찾아보고 있습니다.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“건강에 관심을 갖게 된 계기는 작년에 처음 회사에 입사했는데 회사에 다니면서부터 앉아서 일 하는 시간이 더 많아지면서 자세도 뒤틀어지고 운동을 해야 체력 관리가 되겠다는 생각이 들어서 그때부터 헬스장에 다니기 시작했는데 최근에 코로나 터지면서 사회적 거리 두기 심할 때는 헬스장도 폐쇄가 되다 보니까 비대면 앱으로 건강관리 할 수 있는 서비스를 조금씩 이용해 보고 있습니다.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“작년에 입사를 처음 하면서 앉아서 있다 보니까 살이 평소보다 더 많이 찌더라고요. 그리고 20대 초반에는 며칠만 굶어도 살이 잘 빠졌는데 이제는 나이가 들수록 굶는 것만으로는 살이 안 빠지더라고요. 그래서 살을 빼야겠다는 생각을 갖고 PT를 하게 됐고 식이요법도 트레이너랑 같이 하면서 반년 넘게 하고 있습니다.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 잠도 편하게 자고 코 고는 게 없었는데 살찌니까 기도 쪽에 살이 쪼서 코골이가 되고 잠자는 게 불편해요. 그래서 그 병원에 가 보니까 되게 큰 수술이어서 큰 수술 받는 건 걱정되어서 살을 빼자. 생각해서 시작했는데 진짜 독하게 시작했는데 오히려 의지가 강해서 운동을 박세게 하고 식당 관리도 박세게...”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 교대 근무를 해서 생활 패턴이 자주 바뀌기 때문에 건강관리의 필요성을 느끼고 헬스도 하고 달리기도 코스 정해서 매일 달리고 있고, 담배를 피우고 있는데 금연 하려고 금연 클리닉에도 갔었는데 잘 안 되어서 피웠다 끊었다를 반복하고 있는 상태이고 지금 흡연 상태입니다.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“운동을 신경 써서 하는 편은 아닌데 체력 관리는 하려고 노력하는 편입니다. 웬만한 거리는 걸어 다니려고 노력을 하고 친구들과 술자리가 있어도 자전거 타고 가는 편입니다. 조심이 끌고 타거나 하고 요즘은 등산을 자주 하는 편이에요. 이런 식으로 관리를 하는 편이고 저도 금연 클리닉을 해서 잠깐 끊었다가 업무 스트레스를 무시 못 하겠더라고요. 핑계 같지만 다시 피우게 되어서 지금도 보건소에 가려고 계획은 있는데 아직 말처럼 쉽지 않아서 계획만 갖고 있습니다.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

담배의 경우 흡연이 좋지 않다는 것을 알고 있는 상태에서 어느 순간 확실히 결심을 하고 실천하게 되는 경우가 많았다.

“저는 담배 냄새도 신경 쓰이고 손 씻고 이 닦는 것도 싫었고 가장 큰 이유는 특이하게 추상적이었어요. 나중을 바라봐서 결혼을 하고 아이가 생기면 어쨌든 금연을 해야 되잖아요. 담배가 백해무익해서 건강에 좋지도 않고 좋은 점 찾기는 힘들잖아요. 그냥 스트레스 해소 정도이지. 그래서 어차피 안 좋은 거라면 일찍 끊으면 더 좋은 것 아닌가 라는 생각으로.”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저도 피웠을 때 좋은 부분은 안정된다는 것 외에는 하나도 좋은 점이 없고 건강이 안 좋은 건 끊어야 하는 거라 언젠가 끊어야겠다. 생각하니까 하루빨리 끊어야겠다고 마음이 들더라고요.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

3. 건강검진에 대한 생각

정기적인 건강검진이 자신의 건강 상태를 전체적으로 확인하고 일상에서 놓칠 수 있는 부분을 파악할 수 있어서 도움이 된 것으로 보였다.

“회사에서 일을 하다 보면 몸이 안 좋을 때 건강 검진하면 뭐가 문제인지 알게 되고 몸 전체적으로 이상이 있는지 확인할 수 있어서 도움이 많이 된다고 생각합니다.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“2, 30대 보다는 40대가 운동량이 아무래도 적으니까 건강 검진하면서 콜레스테롤과 중성지방이 높게 나와서 그걸 계기로 해서 보건소 건강증진 프로그램에 참여하고...”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저는 굉장히 중요한 부분이라고 생각해요. 더 자세히 나오면 더 좋겠지만 그걸 계기로 해서 건강을 체크할 수 있는 기회가 되고 암 검진이라는 건 우리가 따로 하기가 쉽지 않거든요. 그런 게 다 포함되어서 바람직하고 좋은 정책이라고 생각이 됩니다.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

다만 국가 건강검진의 주기와 내용이 아쉽다는 의견이 있었다. 2년에 한 번 검진을 권고하고 있는데 검진 주기가 더 축소되어 자주 검진을 받을 수 있으면 좋을 것이라고 응답하였다. 또한 국가 건강검진의 항목이 너무 간단하게 되어 있어 결국 비용을 더 내며 항목을 추가해야 하는 것에 대해 아쉬워했으며 국가 건강검진의 검진 범위를 확대하면 좋겠다고 응답하였다.

“안 하는 것 보다는 훨씬 낫고 그걸로는 미약한 것 같아요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“1년마다 하면 더 좋겠지만 2년에 한 번씩이라도 관리를 해 주는 게 저는 굉장한 도움이 된다고 생각해요. 2년이 되면 검진하라고 와서 예약을 하는데 항목이 부실하기는 해요. 저는 만족하는 건 내시경인데, 내 위를 볼 수 있으니까. 그런데 대장 같은 경우 변으로 변에 이상이 있을 때 추가로 내시경을 하는 것도 그렇고 갑상선도 봐야 되고 복부 초음파를 봐야 하는데 저는 다 추가하거든요. 간도 보고 자궁도 보고 갑상선도 보는데 항목이 너무 부족하지 않나. 그래도 요즘 트렌드에 따르면 성인병도 많고 갑상선암도 많잖아요. 그러니까 항목이 좀 더 추가되면 좋지 않을까 생각해요.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“건강관리 차원에서 병원을 자주 갈수록 초기에 잡는다고 생각하는데 내시경은 작정하고 해야 되잖아요. 그런데 나라에서 그 기간이 있으니까 자극이 되어서 그걸 미루다가 이번에는 해야 되겠다 했는데 가는 병원에서 전화가 와서 나라에서 하는 건 당연히 도움이 많이 되는데 그건 조금, 전부 아우를 수는 없는 것 같아요 내가 개인적으로 더 추가해서 정밀검사를 해야 된다고 생각해요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“갑상선이나 여성 암이 추가되면 좋겠어요.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

"부족한 감은 많은데 꼭 해야지 안 하면 나중에 보상을 못 받는다고 해서 받기 싫어도 꼭 받아요. 나라에서 해 주는 거라 아까 말씀하셨듯이 간단한 기본적인 것만. 그런데 나중에 결과상으로 안 좋은 부분에 대해서는 다시 정확하게 하라고 오니까 그 부분만 다시 하면 될 것 같더라고요."
(50대, 여, 스트레스/운동 서비스 이용자)

"보장 범위를 넓게 하는 게 좋아요."
(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

"기간보다는 항목을 늘리는 게 더 좋다고 생각해요. 짝수 년도에는 뭐 하고 매년 똑같은 것만 하는 게 아니라 짝수 년 홀수 년으로 항목을 늘리는 게 좋을 것 같다고 생각합니다."
(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

4. 건강행동 탐색, 계획, 상담 경험 등

건강행동을 탐색하고 계획하는 과정에서 가장 중요하게 생각하는 두 가지는 비용과 접근성이었다.

"비용적인 부분도 많이 생각해요."
(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

"비용이었던 것 같아요."
(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

"집 근처여야 되고 이왕이면 좋은 조건이라면 비용적인 면에서 생각을 했어요."
(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

"비용도 중요해요. 저 같은 경우는 구청이랑 협약이 맺어진 헬스장이 있는 데 한 달에 10명 정도 뽑아요. 거기에서 지원을 받으면 헬스장을 싸게 다닐 수 있거든요. 저는 그걸 통해서 헬스장에 다니고 있고 비용적인 면도 중요한 것 같고."
(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

"저도 처음에는 집 근처로 헬스장을 알아본 후에, 왜냐하면 거리가 가까워야 꾸준히 다닐 수 있으

니까 집 근처 다섯 군데 정도를 인터넷이나 지인 추천으로 다섯 군데 정도 알아보고 그 다음은 다섯 군데를 직접 방문해서 상담을 받아봤던 것 같아요. 그 후에 최종 결정은 가격적인 측면이랑 내가 여기에 등록하면 헬스 외에 뭐 받을 수 있는 수업이나 서비스가 있는지 아니면 기구들이 노후화 되지는 않았는지 이런 종합적인 부분을 판단해서 결정했던 것 같아요.”
(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

정보를 찾기 위해 온/오프라인을 다양하게 활용하고 있었다. 이미 건강행동을 하고 있는 지인들을 통해 정보를 얻거나 인터넷 후기 등을 통해 많은 정보를 취합하고, 직접 오프라인으로 기관을 방문하며 상담을 받은 후 자신에게 가장 잘 맞는 선택을 하고 있었다.

“저는 일단 지인들 중에서 체중 감량을 많이 해본 지인한테 물어서 ‘무슨 운동 했니? 필라테스, 헬스, 수영 중 뭘 했니?’라고 물어보면 헬스를 해서 뺏더라고요. 그래서 헬스를 하겠다고 결정하고 그 다음에 집 근처 헬스장 리뷰를 많이 봐요. 그래서 어디 트레이너가 잘 한다더라, 어디가 시설이 좋다더라, 그런 걸 알아보고 그 중에 3개 정도 추려서 비용을 문의한 후에 방문해요.”
(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 제가 다니는 센터 코치와 운동하는 건 상담을 하고 먹는 건 주변에 내 나이가 대비해서 어디가 약하니까 저보다 더 연세 있는 분들이 이 나이 대는 이런 음식이 좋다 그러면 그런 음식물도 섭취하려고 하고 있습니다.”
(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“제가 하려는 걸 먼저 했거나 아니면 하고 있는 지인들한테 조언을 먼저 구했고 그 다음은 이런 걸 해야겠다는 루틴이 정해지면 거기에 대한 상세한 내용은 온라인으로 찾아보고 검색을 하고 하려는 지점도 동네 안에서 해결하려고 했어요. 온라인으로 정보는 검색했던 것 같아요.”
(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“저도 운동을 할 때 우선 어느 정도 내가 비용을 낼 수 있겠다. 라는 시기가 왔을 때 집 근처에 있는 헬스장 몇 군데를 찾아서 상담을 받아보고 상담을 받으시면 하시는 분들과 얘기를 하면 이 분이 나를 좀 더 케어 해 줄 수 있겠다고 생각하는 분을 통해서 운동을 하다가 저도 PT 받은 지 6개월 넘어서 받으셔서 선생님이 어떤 운동과 병행하면 좋겠다. 라고 조언을 해 주셔서 필라테스랑 연계해서 하고 있습니다.”
(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“여러 곳에 다 방문하거나 방문하지 못하면 전화를 해서 트레이너 선생님이 있는지, 또 PT를 하다 보면 개인이기 때문에 선생님들이 터치도 많이 하고 자세를 잡아줘야 하니깐 그런 부분 때문에 여자 선생님들이 있었으면 좋겠다. 해서 그런 분이 계신 곳을 더 찾게 되는 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“인터넷으로 검색을 하는 거지요. 내가 무릎이 아프다. 그러면 무릎에 좋은 음식을 치고 무릎에 좋은 운동 이런 식으로 찾아서 음식은 구매할 수도 있고 병원이 나오면 그 병원에 전화해서 상담을 받아볼 수도 있고.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

인터넷 블로그, 커뮤니티, 유튜브, TV프로그램 등을 통해 접하는 정보를 100% 신뢰하지 않지만, 실제로 일상에 영향을 많이 받고 필요한 부분들을 선택적으로 습득하고 있었다.

“100% 신뢰할 수는 없지요. 검증된 부분도 있겠지만 검증 안 된 부분도 있기 때문에 이런 건 사람과 사람의 구전으로 오잖아요. 여러 의견들이 모여서 이렇게 해 봤는데 괜찮다더라. 어떻게 보면 반신반의하지만 요즘에 유튜브나 이런 게 많이 발달되어 있어서 ‘운동 요법이나 어떤 운동을 하면 어디가 좋다더라’ 그리고 효율적으로 관리하는 법, 자기 몸 체질에 맞춰서 운동하는 방법 등이 나오면 하나씩 하나씩 저한테 테스트를 해 보는 거지요. 저한테 맞는지. 위험한 건 못하겠지만 간단하게 할 수 있는 홈트나 기구를 사서 해 볼까? 그런 생각이 드는 거지요.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“저도 검색을 많이 하는 편이에요 그런데 100% 믿지는 못하고 한번 7, 80%밖에 못 믿는 것 같고 부작용 사례도 너무 많아서 그런 걸 정확하게 해서 자료가 나온다든지 보건소를 통해서라도 정확하게 해서 책자나 홍보 문자가 나오면 저희들이 정확히 알았으면 좋겠어요. 믿음만한 건 못 되는 것 같아요.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 그런 정보의 90%이상은 유튜브에서. 네이버보다 정보의 질도 동영상으로 나오니까 질도 훨씬 좋고 네이버를 치면 블로그해서 뜨잖아요. 바이럴도 많고. 그런데 유튜브는 내가 만약에 운동 자세를 알고 싶다면 보디빌더 입상하신 분들이 친절하게 알려주고 영양학에 대해서 알고 싶다 그러면 의사 분들이 나와서 알려주니까 지식의 차이가 달라서 거의 유튜브로 습득하는 것 같아요.”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 TV 프로그램에서 가장 영향을 많이 받거든요. 어떤 분이 말씀 하셨는데 결국 마지막에는 약 선전 같은 걸로 마지막에 ‘새싹보리 분말이 좋다’고. ‘노니가 좋다’, ‘쌀눈이 좋다’ 그런 식으로 해서 나중에 그 생각을 해서 보니까 100% 그렇게 연결을 시키더라고요. 새벽에 일찍 하는 프로도 그렇고. 영향을 줘서 저는 꼭 사 먹어요. 알고 보면 거기에서 영향을 받은 것이고 계획을 세울 때 비만 관리 빼고 방송의 영향을 받아서 스스로 준비하는 그런 영향을 받고 있습니다.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“개인 블로그는 믿을 수가 없겠더라고요. 정말 사실일까? 나한테 솔깃하기는 하지만 과연 이걸 해서 부작용이 없을까? 이런 의구심을 항상 갖고 보는 것 같아요.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“헬스 트레이너들도 많이 하거든요. 그 분들은 완전히 숙달된 분이라 저한테 안 맞는 부분도 있어서 유튜브 영상을 보면서 하는 건 한계가 있는 것 같더라고요.”

(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 예전에 TV 프로그램에서 한 5, 6년 전에 그쪽으로 엄청 열심히 봤어요. 자극이 되고. 그런데 어느 순간 요새 종편에서 많은 프로그램을 하잖아요. 처음에 봤을 때 수많은 건강에 대한 프로그램들에 혹해서 열심히 봤는데 나중에 건강식품 판매와 연관되는 것들이 너무 많더라고요. 그래서 저도 건강식품도 샀는데 나중에 거기에서 중금속이 나오는 경우도 있었으니까 실망하게 되고. 이미 구입한 후에 제제를 가한다고 하니까 그런 게 아쉽고 지금은 예전보다 나이는 더 들었지만 그런 프로그램을 안 보고 오히려 인터넷에서 제가 믿을 만한 사이트에서 그런 걸 봅니다.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

제6절 건강행동 실천을 위한 자원 활용 인식

1. 현재 실천 중이거나 경험했던 건강행동

건강관리를 위해 다양한 형태의 건강행동을 실천하고 있었다. 기관에서 운영하는 프로그램에 참여하기도 하고, 앱 체험단에 선정되어 다른 사

랍들보다 먼저 새로운 앱을 경험해보기도 하였다. 모바일 어플리케이션을 통해 혼자서 건강관리를 하는 경우도 있었다.

“담배를 많이 피웠는데 주변에서 권했어요 아내가. 가면 무료로 해 준다고. 회사에서도 만 50세가 넘으면 따로 관리를 해요. 만 55세가 지나면 다른 관리를 하는 게 있어서 관리 프로그램에서 금연 학교에 갔다 왔는데 인센티브도 주고. 덕분에 플러스알파가 됐습니다. 담배를 금연이라고 생각을 안 하고, 안 피우고 있다고 얘기를 하는 게 낫다고 봐요.”

(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

“사실 제가 봤을 때 금연이라는 건 계획적으로 ‘언제 시작 해야겠다’ 생각하면 안 되는 것 같거든요. 끊으려면 한 번에 끊어야지. 사람마다 다르겠지만 끊어야지 하다가 결국은 계속 피우게 되고. 회사에서 보건소랑 협약이 되어 있어서 제가 안 가도 회사가 와요. 보건소에서 두 분인가 오셔서 매주인가? 2주에 한 번씩 와서 체크를 해요. 니코틴 검사? 그래서 한 달 뒤에 성공하면 회사에서 금전적으로 지원해 주고 2주차에 얼마를 해 주고. 그래서 6개월까지 쓴 돈 60만원인가 주더라고요. 돈 보고 했다고 할 수도 있지만 저는 끊고 싶었는데 이런 기회가 있으니까 무조건 참여하겠다고 해서 참여한 적이 있어요.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

“운 좋게 대기업에서 개발한 앱의 체험단으로 뽑혔는데, 많은 걸 배웠어요. 앱을 하면서 정보라든지 건강에 대해서 전화가 와요. 그 앱에서. 지금은 시판되는지 모르겠지만 제가 거기에 참여를 했었거든요. 그러면 간호사가 있어서 이럴 때는 이렇게 하고 수치나 건강관리, 식단도 보내주고 그래서 참여하고 삼성 화재에서 하는 애니핏이라든지 이런 데에서도 헬스 노트도 적으면서 열심히 하고 저도 실내 자전거도 타고 특히 나이가 드니까 다른 운동은 힘들어서 걷기를 매일 주기적으로 노력해서 몸무게도 10키로 정도 빠지니까 고지혈도 좋아지고 많이 좋아지고 있는 상황입니다.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“걷기를 하는데 저는 만보기를 전화기에 설치해놓고 일상생활에 저희 집이 아파트 8층인데 지하1층부터 8층까지 올라갈 때는 계단으로 가고, 지하철을 타게 되면 일부러 계단으로 올라가요. 시간 내서 운동할 수 없으니까 일상생활에서 그렇게 하고 있고 지하철 두 정거장 되는 곳은 걸어 다니는 데 40분 걸더라고요. 그래서 하루에 1만에서 15000보를 걷고 있어요. 그러다 보니까 기분도 좋아지더라고요.”

(50대, 여, 스트레스/운동 서비스 이용자)

“나이가 드니까 몸이 뻣뻣해져서 꾸준히 할 수 있는 게 요가이고 주말에는 트레킹을 하고 있어요. PT선생님한테 전문적인 도움을 받고 그 다음은 요가 선생님이 여자 분인데 회원들한테는 상담도 해 줘서 도움을 받고 있고. 비대면은 나름대로 정보를 찾아요. 요즘은 밴드에서도 분야별로 나눠진 게 많이 있더라고요. 도움을 받는 건 대면이고, 식이요법은 저도 고지혈증이 있어서 동사무소와 연계가 되어서 영양사 선생님한테 식이요법 같은 건 도움을 받았어요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“제가 PT를 하려고 했는데 인바디 검사를 해 주는데, 근육량이 너무 없는 거예요. 그래서 내가 피곤했고 아침에 못 일어나고 피로했나보다 해서 헬스장에 가서 PT를 받았는데 체계적으로 하게 되잖아요. 체계적으로 하면서 그 다음에 다이어트도 해야겠다는 생각이 들어서 농코치 의료 서비스라고 비대면 앱을 사용하니까 거기에서 되게 피드백이 오더라고요. 그래서 도움이 되는 것 같고 그렇게 건강관리를 하고 있습니다.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저는 국가 건강검진을 받았는데 중성지방이랑 콜레스테롤 수치가 높은 거예요. 2년 후에 다시 받았는데 더 높아진 거예요. 그때부터 안 되겠다 생각했는데, 국가검진을 받으면 보건지소로 넘어가나 봐요. 보건지소에서 검진을 받으라고 해서 한 번 가 봤는데, 피검사 소변검사를 하면서 저를 콜레스테롤, 중성지방, 고지혈 관리군으로 분류했나봐요. 그래서 3개월마다 오라고 하고 안 가면 전화가 오고 그래요. 그래서 3개월마다 받으면서 영양사 선생님이 식단을 알려 주시더라고요.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“상담 받으러 1년 정도 다닌 적이 있는데 스트레스를 많이 받아서. 그게 만약 의료인이었다면 비용이 만만치 않았을 텐데 비의료인이었고 학위가 있는 사람은 아니었지만 그걸 받으면서 심적으로 많이 편안해지고 주변에 장려도 했는데 구청과 연계가 되어 있어서 전액 무료로 상담을 받을 수 있었어요. 그것 때문인지 비의료인에 대한 편견도 없고 인식이 되게 좋습니다.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

2. 개인의 건강행동 기록 및 소통 방법

자신의 건강행동을 꾸준히 기록하는 경우가 많았다. 자신의 기록을 점검하고 추이를 직관적으로 확인할 수 있어서 유용하다고 인식하고 있었다.

“타인에게 알릴 정도는 아니고 제가 보는 정도.”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“어플 이용해서 칼로리 소모나 걸음 수 확인하거나 그 정도.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“선생님들이 매일매일 제가 어떤 운동을 했는지 몇 회로 어떤 중량을 가지고 했는지 기록해 주시고 인바디를 2주에 한 번씩 재니까 그렇게 기록들이 모이면서 눈에 바로 바로 보이는 거예요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“계획적이지는 않지만 저도 계속 기록을 했어요. 처음에는 몸무게 늘고 줄어드는 것만 썼는데 어느 순간 오늘은 2만보를 걷고 무슨 음식을 먹었는지 기록을 하니까 나중에 생각이 나더라고요. 몸무게가 줄어들 때는 뭘 먹고 어떤 행동을 했는지 상기시켜서 하게 되더라고요.”

(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

“헬스 케어 같은 경우는 자동으로 기록이 되니까. 플러스로 음식 같은 건 별도로 기록해 주고 하루에 몇 보 걸었고 뛰었는지는 자동으로 나오니까. 그런데 실질적으로 효과는 수기로 기록하는 게 훨씬 좋더라고요. 연필로 쓰면 눈에 보이니까 효과는 그게 더 있는 것 같아요.”

(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

건강행동 기록이나 정보를 타인과 공유하는 경우도 많은데, 같이 운동을 하는 동료(크루)들끼리 서로 인증하고 격려하는 문화가 자리잡은 것으로 나타났다.

“저는 해요. 나이키는 레벨이 어느 정도 어디까지 왔다 그런 걸 보면 부듯해서 올리고 특히 러닝은 요즘에 러닝 크루들끼리 같이 오프라인에서 뛰고 온라인에서 인증하면서 서로 독려하는 게 약간 문화로 자리 잡았다고 해야 되나? 그래서 같이 하는 사람들은 그런 걸 많이 하는 것 같아요”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

건강행동을 실천하기 위해 지인들에게 자신의 건강행동을 의도적으로 알리고, 관련 정보를 공유하기도 하는데 확실히 효과가 큰 것으로 나타났다.

“많이 합니다. 저는 그걸로 효과를 봤고. 사람들은 이것 잘 모르고. 그래서 얘기를 하고 장려하고 있습니다. 주변인한테 얘기하는 게 효과가 있습니다.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“저도 자연스럽게 건강 얘기 나오면 서로 공유도 하고 뭐가 좋은지 대화를 많이 하는 것 같습니다. 어느 정도는 효과가 있는 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저도 금연한다고 하면 주변에 한다고 알리고 다른 사람한테 알게 하는 게 오히려 금연하는 데 효과가 있는 것 같습니다. 실제 금연해서 몸이 좋아진 듯싶으면 주변 흡연자들한테 알리는 편입니다.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

3. 건강행동 관련 조력자, 롤 모델 등 사회적 도움 관계

건강행동을 함에 있어서 특별히 조력자나 롤 모델이 없는 경우가 많았다. 또 사회적 관계보다 개인의 의지를 더 중요하게 생각하는 경향이 있었다.

“어쨌든 제 몸과 관련된 거니까 했을 때 제가 제 몸이 좋아지는 걸 하다 보니까 사실은 다른 사람들이 좋아하는 것 보다 제가 해야 된다고 생각을 하거나 해야 된다는 의지가 생겼을 때 더 하게 되는 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

“저도 마찬가지로 의지인 것 같아요. 자기가 느껴야 움직이고 자기한테 도움이 되는 거니까 의지가 중요합니다.”

(30대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저도 의지라고 생각합니다. 저는 건강관리를 전에 한번 하려다가, 하다가 실패하고 이번에 하다가 이번에 꾸준히 나름 안정권에 들었다고 생각을 해서 그때 실패했던 것과 이번에 성공했던 것의 가장 큰 차이점을 비교해 보라고 하면 제 의지가 가장 중요한 것 같아요.”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

조력자가 있는 경우에는 서로가 건강행동을 실천할 수 있도록 챙겨주고, 동기부여와 자극을 더 심어줄 수 있다는 점에서 긍정적이었다. 혼자서 건강행동을 할 때의 제한적이었던 부분이 집단으로 활동하면서 확장되기도 하였다.

“같이 일하는 사무실에 있는 분도 운동을 하셔서 같이 그런 얘기를 많이 해요. ‘운동 가냐, 안 가냐?’ 그런 얘기도 많이 하고 같이 하는 게 좋은 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“서로 약간 더 할 수 있는 의지도 생기는 것 같고, 제가 다니는 곳은 필라테스를 하려면 방문해서 몇 시에 할 거라고 적어야 하는 데 저랑 같이 하시는 분은 핸드폰으로 예약을 할 수 있어서 얼른 예약을 하라고 서로 얘기할 수 있어서 좋아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“일단 그게 지대한 영향을 끼쳤어요. 아무튼 저는 주변 사람이 동기를 부여해주면 이게 되게 저한테 있어서는 큰 동기가 되어요.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“친구나 가족이나 맞추기가 힘든데 운동에서 만난 사람은 목적이 같아서 도움을 받아요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“주위에 많은 조언을 받다 보면 건강관리의 필요성을 느끼고 의지가 더 생겨서 하게 되는 것 같아요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“등산 좋아하는 사람들만 모이는 소모임이 하나 있어요. 제가 평소에 못 가본 산들, 개인적으로 혼자 북한산 청계산을 주로 가는데, 사람이 많으면 차도 있으니깐 강화도 가고. 그러면 같이 가면 더 자주 가게 되는 것 같아요. 그래서 굉장히 좋은 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

“제가 생각할 때 부부나 50대가 되면 자녀들을 다 키우고 부부간 더 가까워지잖아요. 그래서 부부간에 같이 하면 서로 도움을 많이 받을 것 같아요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저는 거울을 보고 하계꿈 해 주시니까 의지가 되고 선생님들이 잘한다고 많이 북돋아주는 멘트를 해 주세요. 할 수 있게끔. 그래서 시너지 효과를 발휘해서 열심히 하게 되요.”
(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

롤 모델을 정해도 일시적인 효과는 될 수 있지만, 장기적으로 도움은 되지 않는다고 생각하는 경향도 있었다.

“그 때 뿐인 것 같아요. 처음에는 ‘저 사람 몸 좋고 그러니까 저 사람처럼 되자.’ 마음에 다짐을 하는데, 그 때 뿐이지 그걸로 유지되지는 않아요.”
(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“저도 그런 롤 모델을 설정했다가 역효과가 났어요. 살을 빼자고 다짐을 하고 사진첩에 몸이 좋은 사람들 저장해 놓고 할 때 마다 보면서 이 사람처럼 되자 하면서 노력을 엄청 해서 8킬로를 뺐는데 그리고 한 달 뒤에 다시 10키로가 찼어요. 그래서 롤 모델 설정하면 단기적으로는 되는데 그 뒤에 후폭풍 때문에 원래대로 다시 돌아오는 것 같아요.”
(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

제7절 건강행동 실천의 어려움과 극복

1. 건강행동 시 발생하는 어려움, 스트레스, 장애요인 등

건강행동 시 발생하는 가장 큰 어려움은 의지를 유지하는 것이다. 음식을 자제하고, 흡연 욕구를 참고, 일단 몸을 움직이고 실천하는 게 가장 어려운 것으로 언급되었다.

“먹는 것. 야식이나 튀김이나 이런 것 건강에 안 좋으니까.”
(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“식욕과 간식, 야식 이런 것.”
(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“의지예요. 담배는 끊는 게 아니고 참는 거래요 결국에는 의지예요.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“본인의 의지가 제일 중요하고 보건소로 금연 클리닉 다니고 금연하다 보니까 결국은 습관이 생활의 패턴 자체를 바꿔야 되더라고요. 내가 생활 패턴을 똑같이 하게 되면 정말 참는 것 밖에 안 되고 내 삶의 패턴 자체를 바꿔야 금연이 가능하지 그게 아니면 피울 확률이 높아요.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“의지가 중요한 것 같아요. 그래서 헬스도 집에서 가장 가까운 곳으로 끊었거든요. 가는 중간에, 가기 전에 멀면 중간에 하기 싫어지니까 가야겠다 했을 때 바로 할 수 있게. 끈기, 의지가 중요한 것 같아요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

또한 건강행동을 꾸준히 실천하기 위해서는 제공기관이 가까운지, 원하는 시간대에 방문할 수 있는지 등 접근성이 어느 정도 뒷받침되어야 하는 것으로 인식하고 있었다.

“시설이 좋은 헬스장이나 필라테스 이런 건 보통 역 주변이라든가 사람들이 많이 다니는 변화가 쪽에 많이 위치해 있어서 거기까지 가야 하는 게 조금 멀지요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“그래도 헬스장이 많이 모여 있고, 말씀하신 기준에 의하면 변화가 근처에 살고 있어서 지리적인 접근성은 만족스러운데 초반에 제가 약간 일정 때문에 운동할 시간을 따로 내기 어려운 게 제일 아쉬운 점 중 하나예요. 그래서 저는 그것 때문에 헬스 기구를 24시간 이용할 수 있는 헬스장에 다녀요. PT는 24시간이 아니어도 기구는 쓸 수 있으니까. 그래서 시간적인 접근성도 되게 중요한 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“시간도 장애가 되는 것 같아요 헬스장도 편찮은 곳에 가야 운동하고 싶은 느낌이 들잖아요. 오고 가는 거리가 바로 집 앞이 아니어서, 1시간 운동하는 데 1시간 샤워하고 오는 데 1시간. 그러면 3시간을 써야 되니까 ‘아침에 갈까? 저녁에 갈까?’ 하다 보면 다른 일 때문에 못 가고. 그래서 비대면은 3시간을 온전히 운동을 해도 좋잖아요. 이동하는 시간이 아깝다는 생각이 들어서 시간도 제

약이 된다고 생각해요.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“직장 스케줄이나 다른 개인적으로 병행해야 하는 일정들. 예를 들어 친구들과의 약속이라든지 내가 다른 새로운 걸 배우기 위해서 시간을 따로 내고 싶은데 그러면 그만큼 운동에 할애할 시간이 줄어들어 드는 거잖아요. 그런 불규칙적인, 또는 갑자기 들어오는 일정들이 조금 방해요소일 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

코로나19라는 예기치 못한 상황이 생기면서 운동시설이 운영을 중단하며 선택할 수 있는 건강관리 서비스가 줄어들고, 마스크 착용, 심리적 불안감 등이 생겼다고 하였다.

“2.5단계 하고 나서 헬스장도 문을 다 닫았잖아요. 그리고 직장도 재택근무를 하다 보니까 집에만 있게 되니까 더 안 움직이게 되고 집에 있으니까 일하면서도 뭘 먹게 되고. 다이어트 중이었는데 헬스장도 못 가다 보니까 그만큼 살이 찌고 너무 불규칙해서.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“운동할 때 마스크를 끼고 운동을 하다 보니까 아무래도 더 힘들기도 하고 그런 부분들도 있고 운동하러 가고 싶은데 코로나 때문에 못 가게 되는 날들도 많아지고, 가셔도 혹시 걸리지 않을까? 그런 걱정을 많이 해야 하니까 그런 게 안 좋은 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 원래 요가나 필라테스 같은, 어쨌든 코치님과 대면하면서 운동하거나 그룹으로 하는 운동을 좋아했는데 코로나 때문에 그룹으로 못하고 대면 수업이 폐쇄되어서 운동 선택권이 많이 줄어서 그 부분이 제일 아쉽습니다.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

2. 장애요인 극복방법, 재발방지 계획, 유지방법 등

건강행동 실천에 어려움을 느낄 때, 지치거나 의지가 약해질 때 다양한 방법으로 이를 극복하기 위해 노력한다고 하였다. 자신이 그동안 얼마나

건강행동을 실천했는지 기록을 살펴보고 실제 수치가 변한 것을 보면서 다시 마음을 다잡게 된다는 의견도 있었다.

“삼성 헬스에 음식 기록하는 게 있어요. 거기에 오전 아침 점심 저녁 간식까지 다 적을 수 있게 세분화되어 있어요. 그리고 김밥 칼로리까지 다 알려줘요. 그래서 되도록이면 그걸 일일이 다 하나 하나 기록하고 칼로리를 많이 먹었다 싶으면 줄이기도 해요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“건강검진을 1년에 한 번씩 할 때마다 인바디를 하잖아요. 근육량이라든가 몸무게라든지 변화가 생기면 그때 자극을 받아서 참고를 한다거나 아니면 뺏다든가 찌우든가 관리를 하고 어플리케이션 같은데 칼로리가 몇 키로 미터 걸어서 얼마가 소모가 됐고 얼마가 증가됐고 그런 게 나오니까 그걸 보고 참고하게 되는 것 같아요.”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“자기가 해서 체중 조절이 얼마나 빠졌는지 매일 체크를 하거든요. 저는 일기도 쓰거든요. 일기를 쓰면서 오늘 무슨 운동을 했는지 몇 시에 자고 아침에 몇 시에 일어났는지를 기본적으로 적으면서 99년도 달리기 할 때는 스마트폰이 없으니까 아날로그지만 매일 몇 킬로 달렸는지, 가시적으로 보이니까 거리를 재서 기록을 하고 내가 이만큼 했구나 자극이 되니까 꾸준히 하게 되더라고요.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“한 번씩 수치를 재면 그걸 보면서 의사 선생님과 얘기하면서 자극이 되는 것 같아요 운동이 꾸준히 하고 먹을 걸 조절 해야겠다 하면서 자극을 받지요”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“헬스는 무겁거나 이런 게 스트레스가 아니라 말씀하신 것처럼 지난 주에 10kg를 들었는데 오늘은 1kg를 들었을 때 거기에서 오는 부딪힘이 강해요. 스트레스는 없고 증량됐을 때 오는 부딪힘이 더 큰 것 같아요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 작은 애가 살을 뺀다고 해서 같이 운동해 주고 있는데 함께 해 주는 사람이 있으면 좋고 자기가 해서 체중 조절이 얼마나 빠졌는지 매일 체크를 하거든요. 저는 일기도 쓰거든요. 일기를 쓰면서 오늘 무슨 운동을 했는지 몇 시에 자고 아침에 몇 시에 일어났는지를 기본적으로 적으면서 99년도 달리기 할 때는 스마트폰이 없으니까 아날로그지만 매일 몇 킬로 달렸는지, 가시적으로 보

“이니까 거리를 재서 기록을 하고 내가 이만큼 했구나 자극이 되니까 꾸준히 하게 되더라고요.”
(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저는 요가나 필라테스 할 때 자세 교정이 되는 비포/에프터가 제일 저한테는 크게 도움이 됐던 것 같아요. 체형 자세 교정은 내가 원래는 3시간만 앉아 있어도 허리가 아프던 게 이제는 괜찮아졌 다. 이걸 매일 매일 바로 피부로 느낄 수 있는 거니까 그걸 느끼면 그것에 더 모티베이션 되어서 꾸준히 가게 되고 안 가면 다시 허리가 아프고 그럴 때 생각이 드니까.”
(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

TV의 건강관리 프로그램 등 미디어 매체를 통해 정보를 얻으면서 자극을 받기도 한다.

“저는 TV같은 걸 보면 건강관리 프로그램이 있잖아요. 그걸 보고 많이 자극을 받아서 그걸 많이 참고 하는 것 같아요. 아니면 비만이 되면 무슨 병에 걸리고 이런 걸 많이 보게 되어서 자극이 되더라고요.”
(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

주변에 있는 사회적 관계를 통해 지지나 독려를 받고, 때로는 관리를 받으면 혼자 건강행동을 하는 것보다 꾸준히 실천하고 목표를 되새길 수 있다고 하였다.

“저는 거울을 보고 하계꿈 해 주시니까 의지가 되고 선생님들이 잘한다고 많이 북돋아주는 멘트를 해 주세요. 할 수 있게끔. 그래서 시너지 효과를 발휘해서 하게 되는 것 같아요.”
(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 헬스트레이너가 칭찬이나 이런 게 굉장히 도움이 효과가 있는 데 비대면은 그런 게 없어요. 예를 들어서 1주일 전보다 굉장히 좋아졌어요 자세도 좋아지고 식단도 잘 지켰다고 하면 용기가 생겨요.”
(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

“한 번씩 수치를 재면 그걸 보면서 의사 선생님과 얘기하면서 자극이 되는 것 같아요 운동이 꾸준히 하고 먹을 걸 조절 해야겠다 하면서 자극을 받지요”
(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저는 PT할 때 PT 선생님한테도 최대한 연락을 자주 해 달라고 해서 운동을 많이 할 수 있게 그런 스케줄을 잡을 수 있게 조절해 달라고 말씀 드리고, 또 헬스장에 등록해 주시는 매니저님이 계시잖아요. 상담해 주시는 분들. 그분한테도 운동 자주 안 오면 왜 안 오냐고 연락 좀 해 달라고 해 놓아요.”
(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“뭔가 헬스트레이너들은 식단도 짚어서 주면 코칭도 해 주고 카카오톡으로. 그리고 제 자세도 찍어서 보여주면 뭔가 그 사람과 상호작용이 일어난다고 생각하면 저한테 동기가 되고 그런 느낌입니다.”
(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

너무 힘들다고 느껴질 때는 충분한 휴식을 취하고 작은 보상을 해주면서 재충전 시간을 갖고, 너무 높은 목표를 가졌다는 생각이 들면 목표를 수정하기도 하였다.

“며칠 쉬고 가는 게 사실은 근력 운동을 했으니까 근력이 붙을 때 근육이 찢어지고 다시 붙는 과정에서 통증이 오는 거니까 PT 선생님도 꾸준히 하는 게 지방 빼고 근력을 붙이는 데 제일 좋다고 하지만 그래도 너무 아파서 근육에 찢어질 정도면 운동을 못하니까 그럴 때 며칠 쉬고 다시 나오라고 하는 편입니다.”
(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“저는 어려움이 있을 때 자기 보상을 해요. 금연으로 아낀 돈을 많이 모으고요. 그런 식으로 자기한테 좀 뭔가 보상을 주면서 어려움을 헤치고 있어요.”
(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“저는 목표를 수정하는 편입니다. 타협을 하는 것 같아요. 이 정도 했으면 됐지! 라는 생각을 하는 것 같기도 하고 합리화시키는 것도 있고.”
(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“저는 아예 음식을 안 먹는 것 보다는 먹고 싶은 것 어느 정도 먹으면서 하는 게 좋다고 생각을 했어요. 차라리 운동을 하면서 먹고 싶은 걸 어느 정도 먹어 주면 더 지속을 오래할 수 있는 것 같아요.”
(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

경제적으로 지불한 비용이 아깝기 때문에 한 번 더 운동을 하거나 건강행동을 하게 되고, 건강행동에 부정적인 영향을 주는 자리를 최대한 참석하지 않는 등 자기관리를 하게 된다고 하였다.

“저는 돈인 것 같아요. 일단 지불을 하면 돈이 아까워서 가게 되는 것 같아요. 그게 돈이 아깝다는 게 동기부여인 것 같아요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 센터에 가잖아요. 낸 회비가 아까워서 몇 개월 끊으면 1주일에 몇 번 가는데 금액적인 부분을 많이 지급하면 다른 데 쓸 돈을 여기에 지불했으니까 그만큼 해야 되겠다는 생각을 하는 데 무료로 하게 되면 많이 빠지게 되더라고요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저는 술자리를 피하려고 하는 편입니다. 무조건 의지가 있는 편은 아닌 데도 금연할 때도 약간 그 당시에는 친구들이 불러도 그 자리에 안 나가고 그냥 무조건 담배를 피울 수 있는 상황이 있으면 피했던 것 같아요. 회사에서도 금연을 계속하고 싶은 마음이 있어서 제일 먼저 했던 게 담장님이나 다른 사람들이 담배 피우냐고 했을 때 안 피운다고 했어요.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

“술자리를 피하게 되는 것 같습니다. 저는 임원급한테 얘기를 해서, 저희 직장이 화식이 잦은 편인데 일단 양해를 구하고 팀원들한테도 양해를 구하고 회식자리에 참여를 안 하는 편입니다.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“헬스장에 가면 PT 받는 데 6, 70만원을 내니까 그러니까 안 할 수가 없어요 돈을 내면. 시간도 따로 투자를 해야 되니까 그런 면에서 전문가도 잘 만나야 해요 초짜를 만나면 열심히 해 주는 데 효과는 약한 것 같더라고요.”

(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

3. 건강행동 실천에 대한 보상

건강행동을 잘 실천했을 경우, 가장 많이 하는 보상은 먹고 싶은 음식을 먹거나 달라진 신체에 맞는 예쁜 옷을 구입하는 것으로 한다고 하였다.

“치팅데이를 정해서 그날은 먹고 싶은 걸 좀 더 많이 먹을 수 있게 하는 식으로 보상을 주고 있어요. PT를 받으면 선생님들이 탄단지를 지켜서 식단을 구성해서 그렇게 먹게끔 유도를 해 주시거든요. 탄단지라고 하면 기본적으로 닭가슴살이랑 고구마 아몬드 이런 식으로 평상시에 잘 안 먹게 되지만 그걸 먹으면 다이어트 효과를 볼 수 있는 식단위주로 구성이 되다 보니까 평소에 먹고 싶은 음식들은 1주일에 한번 아니면 2주에 한번 날을 정해서 보상심리로 해 주는 치팅데이를 하고 있어요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“맛있는 음식을 많이 먹어요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“빠진 만큼 몸에 맞게 타이트하게 맞는 옷을 사게 되요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“저는 살이 빠졌을 때 옷을 많이 사요. 그리고 살이 찌면 그 옷이 안 맞잖아요. 그러면 또다시 살을 빼고 마음에 들면 다른 옷을 사고. 옷으로 보상을 많이 하는 것 같아요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 달리기하고 근력 운동하면 3일 운동하면 하루는 꼭 쉬어요. 제 몸을 위한 차원에서. 그리고 마라톤 대회에 나가면 메달을 액자로 해서 거실 보이는 곳에 걸어놓으면 성취감이 있기 때문에 열심히 해야겠다는 자극도 생기고 그렇게 하고 있습니다.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

제8절 ICT를 활용한 건강행동

1. 건강행동을 위해 사용하고 있는 ICT

최근 코로나19로 인해 예전보다 비대면서비스 활용 빈도가 증가하고 있었다. 유튜브로 건강 관련 영상을 많이 시청하고 휴대폰에 기본 내장되어 있는 건강 어플을 주로 이용했으며, 그 외에 마이다노, 나이키트레이닝클

럽 등 각자의 스타일에 맞는 비대면, 자동화서비스를 이용하고 있었다.

“헬스장 못갈 때는 유튜브로 홈트를 해요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“예를 들어서 스트레칭하고 싶은데 할 수 있는 방법을 잘 모르잖아요. 유튜브에 스트레칭 치면 종류가 다양한 게 많이 나와요. 그게 도움이 많이 되는 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“마이다노라는 서비스가 다노라는 회사에서 같이 운영하는 온라인 PT인데 다노에서 다이어트 할 때 같이 먹을 수 있는 간단한 간편식 같은 것도 팔거든요. 그런데 대학생 때 제가 자취를 하면서 식생활도 불규칙하고 밥을 잘 못 챙겨 먹으니까 그러면 식단을 바꿔보자 해서 다노 회사를 처음 알게 되어서 식단 같은 것 챙겨 먹다 보니까 마이다노도 관심이 생겨서 처음에 시작하게 됐고, 나 이키 트레이닝 클럽은 운동 관련해서 정보 자체는 유튜브에 훨씬 많은데 제가 생각했을 때 유튜브의 아쉬운 점은 보고 혼자 따라 하려다 보니까 의지도 잘 안 생기고 하루 하다 말게 되더라고요. 그래서 지인들이나 친구들 모아서 또는 주변, 앱 간 사람들이랑 같이 너는 얼마나 했고 현재 어떤 레벨까지 왔고 너는 더 잘할 수 있어! 이런 동기 부여를 시켜줄 수 있는 앱을 찾다가 알게 됐어요.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“특별히 보는 채널은 아니고 운동의 자세가 궁금할 때 검색해서 보고.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“걸을 때는 만보기 기능이 있는 걸로 하고 칼로리 같은 건 갤럭시에 기본 되어있는 앱이라든지.”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“삼성 헬스 하기 전에 마이피트니스 앱이 있었어요. 그것도 식단 관리까지 해 주는 건데 그걸 하다가 삼성헬스가 더 정보가 많고 기록하기 편하더라고요 저도 마이다노 체험을 한번 했는데 만보걷기용으로 그 앱을 사용하고 있어요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

그 외에도 비의료인이 운영하는 비대면 커뮤니티 채널을 통해 건강관리를 하거나 영상이 아닌 글과 그림이 주를 이루는 블로그 등의 인터넷을 선호하는 경우도 있었다.

“저는 요기도 했었거든요 복지관에서 요기를 했는데 요즘 문을 닫았잖아요. 그래서 그 분이 밴드를 만들어서 밴드에다 동작을 올려줘요. 그래서 밴드보고 따라 갈 때가 많아요. 유튜브는 안 보고 그 분이 밴드에 올려서 자기가 운동한 걸 우리가 따라서 하기가 좋아서 밴드보고 따라 합니다.”

(50대, 여, 스트레스/운동 서비스 이용자)

“저는 유튜브를 즐겨보지는 않고 개인 블로그를 많이 봐요. 유튜브는 영상을 보는데 중간 중간에 자랑 상관없는 부분도 있어서 블로그는 글로 적고 사진으로 표시를 하니깐 필요한 부분만 건너뛰면서 보고 블로그도 개인적인 의견이지만 최대한 제 경우랑 비슷한 사람의 사례를 찾아서 저와 비슷한 사례에 있는 사람이 하는 걸 보고 많이 참조를 합니다.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

2. ICT의 효과성 및 개선점

ICT를 통한 건강관리의 장점으로는 데이터가 쉽게 축적되며 빠르게 확인할 수 있으며, 과거 기록까지 활용하여 변화 정도를 파악하고 있었다.

“식단에 도움이 되는 것 같아요. 수치상으로 보이니까, 간식 한두 개만 먹어도 칼로리가 많이 차이 나고 탄수화물 비율이 많아지더라구요. 눈으로 확인하는 게 더 와 닿아요. 수치상으로 보는 게 저는 도움이 되는 것 같아요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“앱으로 해서 삼성 헬스. 최근에 한 2주 전에 비대면으로 마라톤 하는 게 있었는데 예전에는 달리 기할 때는 시계만 차고 했는데 앱으로 하니까 목표하면 킬로미터 당 속도라든지 그런 것까지 해서 페이스 조절까지 해서 유용하게 하고 있습니다.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“만보기도 되고 체질량도 볼 수 있고.”

(50대, 남, 영양 및 식이조절/체중조절 서비스 이용자)

“수면시간이라든지 음식 칼로리도 계산해 주고, 그 다음은 물도 적정량을 하루에 안 마시면 마시게 알람을 해주고.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“삼성헬스는 정확하더라고요. 칼로리 같은 것은 양에 따라 차이가 있겠지만 참고는 하고 있어요.”
(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“갤럭시 이게 건강관리를 해 줘요. 걸음 수랑 칼로리 소모를 알려주니까 운동할 때 많이 도움이 되는 것 같고, 저는 예전에는 헬스 PT도 하고 운동 방법에 대해서 아는데 많은 도움이 된 것 같습니다.”
(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“내가 얼마나 잤는지 이런 게 거기에 나와 있어서 보게 됩니다. 전 것도 다 볼 수 있어요. 언제 잤고 몇 보나 걸었는지 기록이 다 되니까 삼성헬스도 잘 보고 있어요.”
(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 보건소에 가서 식이조절을 받았는데 이데일이라고 앱을 깔아줘요. 칼로리 계산할 수 있으니까 그런 게 좋은 것 같더라고요.”
(50대, 남, 영양 및 식이조절/체중조절 서비스 이용자)

“하루 복근 운동인가? 그 어플에서 하루에 할 만큼 18개 동작을 나눠서 해줘요. 시간도 스탱워치처럼 해 줘서 그것 집에 있을 때 많이 활용해서 운동하고 있습니다.”
(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“저는 유용하다고 생각하는 것이 대표적으로 저는 수면시간 체크 때문에 그 앱을 많이 쓰는데 일단은 수면 시간이 좀 불규칙하거나 아니면 침대에 누웠더라도 실제 깊은 수면에 들기까지는 오랜 시간 걸렸다 그런 건 앱 측정을 통해서 앞으로 부족한 수면 시간이 얼마이고 어떻게 해야 하는지 의사 결정하는 데 도움을 주니까 그건 유용한 것 같아요.”
(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“아주 정확한 정보는 아니겠지만 참고할 정도는 되는 것 같아요.”
(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“저는 온라인 앱 중에서 약간 기대하지 않았는데 생각보다 큰 효용을 얻은 케이스가 나이키 러닝 트레이닝이거든요. 어쨌든 솔직히 동작 알려주거나 이런 건 유튜브랑 똑같지만 결국은 운동은 꾸준히 하는 게 제일 중요한데 그런 걸 온라인상에서 시켜주는 데 가장 효과적인 기능을 제공해 준다고 생각해서 저는 나이키가 많이 도움이 돼요.”
(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“도움이 된다고 생각하고 저도 그 앱이랑 그 식단이랑 하루에 물을 언제 얼마나 마시는지 기록하게
든요. 만보기도 제공하는 데 확실히 내가 기록을 하니까 막연히 기억만 하고 있었던 걸 어제 오늘
비교를 해 본다거나 지난 주 이번 주 비교를 해 보기도 좋고, 그런 걸 그 기록 해놔야 다음날 속이
더부룩하다거나 목이 부었을 때 어제 내가 뭘 하고 어떤 행동을 했기 때문에 그게 이런 결과로 이
어졌는지 이런 걸 비교해보면서 식습관이랑 생활 패턴을 교정하는 데도 도움이 되는 것 같아서 도
움을 많이 받고 있어요.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

대기업의 건강관리 모바일 앱 체험단을 할 때는 의료인과 연계된 비의
료건강관리서비스가 다양한 정보를 제공해주고 개인 기록을 확인하고,
그에 맞는 맞춤형 계획을 세워주기 때문에 만족도가 높았다.

“액티브 케어라고 LG전자 같아요. 지금은 시판되는지 모르겠는데 그때는 체험단이었으니까. 기기
까지 다 줬어요. 체중계, 체지방 분석기, 당뇨 체크하는 것 앱까지 연동시켜서 줬는데 그걸 하면서
간호사가 전화가 와요. 보통 영양이나 운동 관련해서는 매일 간호사가 전화를 줬어요. 전화가 오
고 음식도 체험할 때는 보내줘요. 하루에 한 번. 한 끼를. 간호사가 상담하고 제 건강에 대한 내용
이 앱으로 와요. 저에 대한 개인적으로 걸로 해서 오늘은 어떻게 됐고 어떻게 하는 게 좋을 것 같
다. 라고 보내오고 그러면 제가 기록도 하고 거기에 제 수치가 가잖아요. 거기에 준한 프로그램이
오고 스트레스가 오면 어떻게 해야 된다. 프로그램이 매일매일 바뀌어서 오니까 그런 식으로 된다
면 바람직하지요. 너무 좋았거든요.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“당뇨, 체지방, 몸무게 여러 가지 나와요. 걸음걸이까지 종합해서 제 수치가 맞춰지잖아요. 당뇨라고
무조건 뉘야 된다가 아니고 나한테 맞는 당뇨 수치가 어느 정도 높더라도 아주 높지 않고 유지가 되
어야 하니까 그런 것들에 대한 맞춤을 저한테 매일매일 보내줘요.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스)

ICT 기기를 통해 실시간으로 기록을 확인하여 스스로를 점검, 독려할
수 있으며, 미션이나 보상, 평균 기록과의 비교 등을 통해 동기부여가 되
어 건강관리에 더 적극적으로 된다고 응답하였다.

“동기부여를 꽤 준다고 생각합니다.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“그날 그날 운동한 기록을 볼 수 있으니까. 평균치를 내서 이 정도는 해야겠다 라는 생각을 하게 되고.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“맨 앞에 만보기를 설치해 놔거든요. 그날 몇 칼로리 몇 걸음 걸었는지 보면서 걸을 때마다 돈을 줘요. 만보 걸으면 100원, 한 달 걸으면 3천원 그 재미로 해서 햄버거 하나씩 먹어요.”

(50대, 여, 스트레스/운동 서비스 이용자)

“제가 걸었으면 제 나이에 상위 4%에 들어간다. 이만큼 걸어서. 그런 것도 있어요. 제가 어디에서 인가 보니까 토스인가에서 만보기를 보니까 그게 나오더라고요. 제가 걸었을 때 제 나이 대에 4% 정도에 걸었다. 이런 것도 보여주더라고요.”

(50대, 여, 스트레스/운동 서비스 이용자)

“캐시 워크나 토스 워크 해서 거기에 대한 보상이 돼요. 만보 걸으면 돈이 나오고 이런 어플이 있기 때문에 내가 어차피 핸드폰은 항상 갖고 다니는 거잖아요. 저도 캐시워크나 캐시 슬라이드 토스워크 다 돈이 보상이 되고 SK텔레콤에서 만든 앱이 있는 데 그건 걸으면 핸드폰 요금을 만 원씩 감면해 주고.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“실제 생활 속에 이용하고 걸을 때 보통 주말에 작성하고 걸을 때는 GPS 이용해서 걷는데 위치까지 되고 최근에는 여러 가지 걷기에 대한 앱들이 많이 나오더라고요. 제주도 올레길처럼 우리나라 전국의 동서남북에 코리아 둘레길이라는 앱이 있어서 거기에 따른 지도가 있어서 코스별로 난이도 등 지도상으로 GPS 따라가기 해서 오늘 걸음이나 칼로리를 측정해 주니까 나름대로 그전에 평상시에 동네 산책 다니면서 걸을 때는 무작정 걷는 경우가 많았는데 나름대로 이런 식으로 목표를 정해서 오늘은 이 코스로 끝내자 하고 목표를 정해서 하나씩 만족도가 좋고 성취감도 좋고 뭔가 해 냈다는 그런 게 있잖아요. 최근에는 그렇게 둘레 길 다니는 재미가 많이 있습니다.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“기록에 남잖아요. 내가 끝낸 코스에 대해 남들한테 자랑해요. ‘여기에 갔었다’ 하면 다른 사람들은 하루에 10km, 15km 걷는 게 쉽지 않거든요. 보여주면 부러워하고 자랑도 되고 그래서 그런 것들이 더 다음에 해야지! 라는 생각을 갖게 되는 것 같아서 괜찮은 것 같아요.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“자동으로 거리 해서 칼로리가 나와요. 한 달 평균치가 나오고 이번 주는 얼마나 걸었는지 어느 정도 칼로리를 소비했는지 숫자를 봐야 우리가 체감을 하거든요. 그래서 음식을 좀 더 나에 대한 보상을 해야겠다 이런 식으로 시각적인 효과가 있어요.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“다 기록할 수 있게 제가 체크했을 때 액티브 케어는 연동이 됐으니까 저절로 되지만 이걸 연동은 안됐지만 매일매일 기록할 수 있어요. 칼로리나 당 체크, 혈압 체크, 몸무게, 체지방을 해서 그래프로 볼 수도 있고 가끔 스트레스 관리라든지 우리한테 필요한 정보도 보내주고 거기에서 헬스 노트랑 연계해 주고 주말에 걸으면 두 배로 주는 거예요. 돈을. 매일 돈 주고. 자기 목표 설정하면 돈도 주고 어떤 건 퀴즈도 있고 괜찮아요.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

반면 ICT가 활용할 수 있는 범위가 오히려 제한적이고, 기대만큼 효과적이지 않다는 의견이 있었다. 운동 동작을 할 때마다 매 번 누르고 기록할 수도 없을뿐더러 이용자의 적극성에 따라 활용도가 차이가 나고 있었다.

“스쿼트, 자전거 타기 같은 운동량을 측정할 수 있는데, 스쿼트는 동작 할 때 마다 누르기 힘들잖아요. 그래서 헬스 할 때는 이용을 잘 안 하게 되고 달리기나 수영할 때만 주로 쓰게 되더라고요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“ICT 같은 경우는 본인 스스로 제어를 해야 되잖아요. 저는 아이캐디인가? 밴더 같은 그런 건데 그냥 되는 게 아니라 주민번호를 넣고 가입을 해야 해요 그 회사에. 그러면 자기네가 기본적인 수칙으로 하는 데 그런데 기능이 너무 단순하더라고요. 심장 박동 수 몇 킬로 걸었는지 나오니까 그건 스마트폰에서 다 할 수 있잖아요. 그래서 나중에 활용도를 높이기 위해서 가입했는데 실질적으로 도움이 안 되더라고요. 그런 면에서 말씀하신 ICT 웨어러블 기기는 본인이 단순하게 하는 것이고...”

(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

“저는 농코치 유료로 사용했었는데, 제가 운동과 식단을 입력하면 코치님이 비대면으로 관리를 해 주는 거예요. 그래서 제가 오늘은 뭘 먹었다고 하면 칼로리가 높다고 하고, 운동량은 근력운동을 이렇게 했다고 하는 건데 맞춤형은 아닌 것 같아서 실망했어요. PT할 때는 이 선생님이 저한테 1대1로 자세도 교정해 주고 식단도 맞춰줬는데, 농코치는 약간 맞춤형이 아니고 일률적으로 앱에 걸어놓으면 한 번씩 불러주는 거 같은 느낌이 들었어요. 저는 다이어트 신 같은 어플로 식단 관리

를 하고, 유료로 구독해서 맞춤형 서비스를 이용하고 있는데, 아직은 비대면 코칭 서비스가 정착이 안 되어서 그렇지 모르겠지만 생각했던 것만큼 효과를 보지는 못했던 것 같아요.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

ICT를 활용할 때 이용자의 정보가 많이 반영될 수밖에 없었다. 개인정보를 전문 기관이나 업체에 전달하기 꺼리는 경우도 있었지만, 자신의 건강을 관리하기 위해서라면 제공할 의향이 있는 것으로 확인했다.

“그 문제에 대해서 생각을 해 봤는데 비의료쪽은 개인의 의지가 제일 중요하잖아요. 저는 그런 건강제가 아니니까 자기가 어플을 깔고 싶으면 하고 나의 사생활 침해가 걱정이 된다면 안 하면 되는 것이고 개인의 동의와 비동의의 선택에 따라서 하면 괜찮을 것 같아요.”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“쉽지 않습니다. 살짝 거부감이 들것 같기는 해요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

ICT를 더 적극적으로 활용하고 효과를 보기 위한 개선 방안으로는 다양한 정보를 종합적으로 보거나 연동·기록될 수 있는 시스템의 개발을 원하고 있었다.

“몸무게 재는 체중계인데 핸드폰 어플과 연동되어서 몸무게나 근력까지 다 기록되는 체중계를 일부러 샀거든요. 그런 식으로 여러 가지를 같이 볼 수 있는 정보들이 들어있으면 좋을 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 삼성 헬스처럼 금식, 탄단지 비율 알려주고 그걸 기록하면 오늘 섭취 비율을 알려주는 기능 이랑 몸무게를 매일매일 잤을 때 변화 추이를 알려주는 기능이 있는 어플이 있었으면 좋겠어요. 삼성에서는 몸무게 확인이 잘 안 되거든요. 오늘 몸무게를 기록하는 거지, 한 달 전과 비교했을 때 얼마나 빠졌는지 보기 힘들거든요. 그래서 과거 기록과 비교해주는 어플이면 좋겠어요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

비대면서비스가 개인의 건강 상태, 정보를 빅데이터화 하여 개인 맞춤형 차별화된 서비스를 제공해줄 수 있도록 발달하면 좋겠다는 의견이 있었다.

“개인별로 차별화 된 걸 해주면 좋겠어요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“사람마다 상태가 다 다른데, 보통 성인 남성을 기준으로 정보를 제공하는 경우가 대부분이에요. 개인의 건강 상태를 빅데이터화 해서 맞춤형 서비스로 정보를 제공해 주면 더 좋을 것 같아요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“개개인한테 맞추기가 어려운데 어느 정도 있는 서비스는 불특정다수로 하는 것에 비해서 이걸 나눠서 어떤 어떤 사람에게 추천할 만한 게 다 다를 것이잖아요. 그런 걸 구분해서 하면 보다 자기한테 맞는 걸 맞춰서 할 수 있을 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

제9절 비의료건강관리서비스에 대한 전망

1. 비의료건강관리서비스에 대한 신뢰도, 효과 등

비의료인이 전문적이지 않다는 편견이 있었으나, 실제로 비의료건강관리서비스를 받으면서 해당 분야를 심도 깊게 공부했다는 것을 알게 되면서 신뢰가 생긴다는 의견이 있었다. 특히 헬스 트레이너의 경우, 꾸준히 소통하고 운동하며 자신의 신체 변화를 직접 느끼면서 효과성과 신뢰도가 함께 상승하였다.

“저는 처음에는 그렇게까지 크게 신뢰감이 들지는 않았는데 운동을 받으면서 선생님이 케어 관련 해서도 이러이러한 부분에 이렇게 근육이 붙어 있어서 어디까지 운동을 해 줘야 허리 디스크라든가 그런 부분이 다치지 않게 운동할 수 있다고 얘기해 주고 전문적인 교육이라든가 이런 용어를

써 가면서 가르쳐주시니까 점점 신뢰도가 쌓이는 것 같아요. 그리고 그분들은 어쨌든 본인이 직접 운동을 하고 식단 조절을 하시는 분들이잖아요. 그러다 보니까 믿음이 가는 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“헬스장에 들어가 보면 헬스 선생님의 학력이라고 해야 되나? 붙여 놓으셨는데 운동 관련된 코스를 되게 많이 밟으셨고 관해서 공부를 많이 하신 것 같아서 의료인이 아니더라도 신뢰가 많이 가는 것 같아요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“비의료인들이 더 특정 분야에서 식단 조절 같은 경우는 더 전문적인 지식을 갖는 경우들이 많이 있어요. 꼭 비의료인이라고 해서 정부의 신뢰성이 떨어진다거나 이렇지는 않을 것 같아요”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“헬스트레이너는 그 나름대로의 전문 지식을 갖고 지도를 하는 것이고 영양사는 영양사 나름대로의 전문지식이 있으니까 꼭 의사가 낫다고 보지는 않아요. 비의료인도 자기 전문분야에 맞게 지도를 한다면 믿을 수 있다고 봅니다.”

(50대, 남, 영양 및 식이조절/체중조절 서비스 이용자)

“의료인, 비의료인이 건강 관련해서는 큰 차이는 없다고 생각해요. 질병을 알려준다면 의사의 말을 더 신뢰하겠지만 실제로 건강하기 위해서 하는 행동들은 꼭 의료인이 아니더라도 전문가라면 알 수 있는 거라 큰 차이는 없다고 생각해요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“건강정보를 알려주니까 아무래도 믿음은 갈 것 같아요.”

(50대, 남, 영양 및 식이조절/체중조절 서비스 이용자)

“비의료인, 저희가 수치를 빼고는 비의료인이 저한테 훨씬 도움이 되는 것 같아요 건강검진의 수치를 빼고는. 아산병원에서 건강검진을 받은 적이 있었는데 수치만 설명을 하더니 옆방으로 오라고 하더니 영양사 선생님과 대화를 많이 나눴어요. 그래도 ‘이렇게 되면 의료인이 요즘에 지식인에 나와서 필요 없겠다’는 생각이 들어서 비의료인이 건강 관리하는 데는 더 도움이 되겠다고 느꼈어요.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저도 비의료인을 통해서 도움을 받은 적이 있고 의료인이 구체적으로 해 주는 건 여건상 쉽지가

“않은 데 비의료인이 전문적으로 해 주고 조언을 해 주면 많은 도움이 되는 것 같아요.”
 (40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

보건소 금연클리닉의 경우, 흡연의 부정적인 점을 시각적으로 명확하게 알려주어 금연을 결심하게 하고 실제로 금연에 성공했을 때 보상을 줌으로써 지속할 수 있게 격려해주는 것이 효과적이라는 의견이 있었다.

“아무래도 보건소에 가면 도움이 되는 이유가 단점을 너무 부각시켜 줘요. 흡연하게 되면 나중에 폐가 이렇게 되고 이런 걸 얘기해 줘요. 그 당시에 제가 신혼 초라 아이를 가져야 하는데 남자의 몸이 건강해야 건강한 아이를 출산할 수 있다고 해서 금연을 했어요. 또 아이 낳고 담배를 피우기 시작했어요. 그런데 보건소에서는 단점을 부각시켜주고 나중에 이런 부작용이 생길 것이다 하면 자기가 각성하게 돼요. 이렇게 하면 위험하겠다. 사형선고를 받아야 조심하잖아요. 강력한 제재가 들어오면 거기에 대해서 내가 이렇게 살면 안 되겠다 관리하자 그렇게 되는 것 같아요.”
 (40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“마네킹부터 해서 가면 금연 클리닉 부스가 따로 있어요. 상담사님이 있어서 가자마자 인적 사항 적고 하루에 몇 개비 피우는 지 얘기를 들어보고 ‘이렇게 피우면 10년 안에 자식 못 본다.’ 그런 얘기를 해 주면 ‘초면에 이런 말을?’ 자존심도 상하면서 ‘안 좋은 거니까 끊자!’ 그런 게 있어요. 뭔가 각성을 시켜주는 것 같아요.”
 (40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“저는 보건소에 가니까 다른 것보다 예전에 이산화탄소 수치라고 불어서 나오는 게 있더라고요. 첫 방문했을 때 수치를 재주고 그 다음에 보름, 그리고 한 달 후에 다시 수치를 잤는데 보름만 안 피워도 수치가 떨어지는 게 보이더라고요 그런 걸 해서 한 달만 지나면 이산화탄소가 제로가 된다 그러면 금방 좋아질 수 있다고 수치로 얘기해 주니까 하게끔 하는 게 있더라고요. 그리고 요즘은 니코틴 검, 패치, 사탕 같은 걸 주는데 저는 6개월 지나서 성공하니까 손톱깎이 세트를 주더라고요. 약간의 보상이나 그런 게 있으니까 관찮더라고요.”
 (50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

2. 비의료건강관리서비스에 대한 선호도 및 신뢰도

비의료건강관리서비스가 비용적으로 부담스러울 때도 있지만 일시적 효과라고 생각되는 의료서비스와 달리 습관을 형성하고 방법을 알아가고, 나아가 취미활동의 연장선으로 볼 수도 있기 때문에 그만큼 비용을 지불할 가치가 있다고 보았다.

“저는 주변에서 다이어트 한다고 한약 먹거나 침 맞는 것도 많이 하시는데, 저는 그건 약간 일회적이라고 생각해요. 운동이나 이런 걸 하면 꾸준히 제가 자세를 제대로 알고 헬스장에 있는 것으로 운동을 하니 습득을 하는 거잖아요. 그런데 한의원은 약 다 먹고 나서 내가 한약을 만들어 먹을 수도 없으니 1회적이라는 거죠. 헬스나 필라테스는 제가 직접 운동하면서 습득을 하니깐 그 정도의 가치를 한다고 생각해요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“헬스는 단순히 다이어트나 살 빼는 목적이 아니고 취미와도 관련이 있다고 생각해요. 그 비용을 지불하면서 취미를 갖는 건 좋다고 생각하는데, 다이어트만 놓고 봤을 때는 안 먹거나 아니면 의사 선생님한테 약 처방을 받는 게 효과는 제일 좋거든요. 그래서 비의료는 단순히 다이어트랑 건강을 생각하는 것 외에 취미 활동이라고 생각하기 때문에 괜찮은 비용이라고 생각해요.”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“의료 서비스는 의사, 한의사, 의료인은 양약이 의료인이 처방한 약이잖아요. 저는 양약이나 한약으로 인한 다이어트는 일시적인 효과라고 생각해요. 그걸 먹을 때는 식욕이 없어질 수는 있겠지만 끊으면 식욕이 돌아오기 마련이거든요. 그러니까 습관을 들이는 게 중요하다고 생각하는데 양약이나 이런 한의사가 처방해 주는 약은 일시적이고 오히려 헬스나 운동을 하면서 습관을 들이는 게 건강에 더 합리적이고 효율적이라고 생각해서 같은 비용이라면 저는 비의료건강관리서비스를 이용할 것 같아요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 처음에 의료인 한의원 이런 쪽에 거부감을 가졌던 게 주변 친구가 그렇게 해서 살을 뺐는데 빼고 난 후에 요요가 심하게 오는 경우가 많더라고요. 그러다 보니까 이젠 1회적이겠구나 라는 인식이 강하게 박혀 있고 다이어트나 건강 같은 운동은 잠깐하고 끝내는 게 아니라 장기적으로 가야 되는 것이라고 생각을 하다 보니까 그래서 의료적 시술로 잠깐 받는 것 보다는 트레이너 선생님이

라든가 아니면 필라테스 강사 선생님들은 계속 꾸준히 운동을 해야 되니까 그렇게 해서 신뢰도가 쌓이는 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

의료인은 전문지식을 기반으로 간혹 틀에 박힌 진단이나 상담을 하는 경우가 있고, 권위적인 태도가 있어 불편한 경우도 있다. 반면 비의료인은 좀 더 서비스 마인드도 갖추고 있고 친절하다고 생각하였다. 개인 연락을 통해 친밀감을 쌓고 개개인의 특성에 따라 가장 효율적인 방법을 찾아 알려주기 위해 노력하는 것으로 보았다.

“의사들은 책에 있는 틀에 박힌 고정적인 개념에서 사람들을 상대하고 처방을 해 주지 운동처방사나 트레이너나 웃음치료사나 이런 다방면에 있는 사람들은 케이스 바이 케이스 개별적으로 이걸 다 맞춰서 거기에 맞게끔 효율적으로 할 수 있는데 의사들은 이걸 이거입니다. 라고 해서 직선으로만 보니까 나한테 안 맞는 것도 있고 그래서 비의료인이 좀 더 편하지요. 대하기도 편하고 내가 궁금한 걸 물어보면 피드백이 바로 오는데 의사들은 이 얘기를 하면 제가 시키는 대로 하세요. 왜 의사가 얘기하는 게 다른 걸 얘기하느냐 당신이 의사냐? 하는 권위적인 게 있어서 반감이 들어요. 물론 의사를 100% 신뢰 안 하면 안 되겠지만 그래도 어느 정도의 개인적인 게 나와야 하는 데 서로 간 소통이 안 되고 일방적인 게 좀 마음에 안 들어요.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“비의료인이기 때문에 서비스 직종이라고 생각을 하셔서 더 친절하게 잘 해주시는 것 같아요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“약간 그쪽 입장에서 보면 저희가 고객이지요. 고객 유치를 위해서 많이 다른 행사 같은 것도 하고 고객 관리 차원에서 좀 더 대우를 잘 해주시는 것 같아요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“접근성과 친근성이 가장 큰 장점이 아닐까.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“의료인들한테는 식단을 물어보기 힘들고 여기가 아픈데 어떤 부위를 운동해야 하는지 질문을 드렸을 때 구체적으로 답변을 주지 않아요. ‘운동하세요.’라고 애매하게 답변을 해 주지, ‘여기는 무

“손 근육이 있어서 어떻게 써야 됩니까, 어떤 식의 재활이 필요합니다”라고 얘기를 안 해 주시더라고요 그리고 의료인들과 카톡으로 연락을 안 하잖아요. 제가 편할 때 연락을 드리기 힘들고 병원도 진료 예약을 꼭 하고 그 시간에만 맞춰서 갈 수 있는데 비의료인은 시간 변동이 쉽고 언제든 질문할 수 있고 그런 게 가장 큰 장점인 것 같아요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“보건소는 굉장히 친절하지요. 그리고 거기에서는 자주 문자를 줘요. 식이 요법은 잘하고 계시나요? 언제 검진 받으세요? 그러면서 문자가 자주 와요. 운동해라, 먹어라, 이런 게 문자로 계속 오더라고요. 언제 방문해라 그런 것도 잘 되어있는 것 같고 도움이 돼요. 잊어버리고 있었는데 문자가 오면 신경 쓰지요.”

(50대, 여, 스트레스/운동 서비스 이용자)

“의료인이 하는 건 상업적인 것이 많이 있는데 비의료인이 하면 아무래도 일반인 입장에서 여러 가지 측정된 데이터만 갖고 하면 일반인들이 더 접근하기가 편하고 좋을 것 같아요.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“스케줄에 맞추기 힘들다고 했잖아요. 저도 헬스 트레이너 선생님들 같은 경우는 저희 스케줄에 항상 맞춰서 PT시간을 정할 수 있기 때문에 그런 부분이 의료인들보다 더 좋은 것 같아요. 병원은 저녁 늦게까지는 잘 안 하잖아요. 다이어트 관련된 곳들로도. 아침 일찍 7시에 PT를 받는다, 저녁 8시 이후에 받는다거나 이런 식으로 조절할 수 있어서 더 좋은 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 트레이너 선생님과 하는 게 식단 이런 걸 찍어서 선생님한테 보내야 돼요. 안 보내면 ‘아무것도 안 드시지는 않았을 것 아니에요?’라고 연락이 오니까. 그래서 매일 스마트 폰으로 찍어서 보내니까 보다 더 신경을 써서 식단을 정하게 되고 약속이라든가 지인들과 먹을 때는 선생님한테 미리 말을 하고 저녁 약속이라면 아침 점심을 좀 더 가볍게 먹고 저녁을 좀 더 먹고 운동을 빠르게 시켜주시거나 그래요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저도 트레이너 선생님과 같이 하면서 운동량을 많이 늘렸던 게 혼자 하면 의지박약이라 안 하고 안 가게 되는데 가기 싫어도 선생님이 전화를 하니깐 안 갈 수 없어서 운동량을 그래도 평균보다는 더 많이 할 수 있게 되는 것 같아요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

비의료인이 제공하는 서비스, 정보에 대한 신뢰도에 대해선 상반된 의견이 있다. 적당히 궁금증을 해결하는 정도로 인식하기도 하지만 비의료인들이 여러 분야를 깊게 공부하면서 전문성에 대한 신뢰와 믿음이 생기는 경우도 있다.

“그냥 동작이니까 따라 하게 돼요 자연스럽게.”

(30대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“궁금했던 점이 해소가 되는구나, 그 정도인 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 관심 있는 분야가 헬스인데 요즘은 유튜브 기준으로 보면 비의료인과 의료인 갭이 많이 줄어들었다고 느낀 게, 저도 영양학이랑 해부학 쪽에 관심이 많아서 공부를 같이 했었거든요. 그런데 운동 자세를 알고 싶어서 유튜브를 찾아보면 최근에 보는 분이 김명석 관장님이라는 분인데 보디빌더인데 예전에 입상을 하시고 은퇴해서 해부학을 공부하면서 해부학과 자기 운동 경험을 접목해서 알려 주거든요. 들어보면 해부학 내용도 상당히 전문적이고 그래서 질이 상당히 높거든요. 그래서 제가 경험한 헬스 쪽에 대해서는 비의료인이더라도 충분히 믿음이 가는 것 같아요.”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

비의료서비스보다 의료서비스를 더 선호하는 경우도 있다. 효과 대비 비용 측면이 저렴하다고 느끼기도 하고, 의료인이 더 전문성을 갖고 몸 상태에 대한 정확한 진단을 한다고 생각하기 때문에 신뢰가 가는 것으로 보았다.

“저는 오히려 PT 같은 비의료서비스가 지속되기 어렵다고 생각했던 게, 제가 학생이라 비용이 너무 부담이 되어서 10회, 20회까지 끊을 수밖에 없거든요. 그래도 건강하게 다이어트를 하고 싶어서 PT를 하고 있기는 한데, 확실히 효과를 볼 수 있다고 생각하는 건 의료서비스라고 생각을 해요. 왜냐하면 저는 다이어트 양약을 처방 받아본 적이 있는데 너무 신기하게 식욕이 하나도 없는 거예요. 그래서 ‘전문적으로 아는 의사가 약을 처방해 주면 이렇게 효과를 볼 수 있겠구나’라는 걸 알게 됐어요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“저도 유튜브를 많이 보는 편입니다. 선생님들이 과가 다르니까 비뇨기과도 있고 그러니까 그런 쪽

을 보면서 검색하는 것 보다는 시각적으로 보면서 하는 데 훨씬 더 자세하게 나와 있거든요. 아무래도 의료인이 하면 조금 더 신뢰가 가지요.”

(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“정확한 진단. 비의료인은 내 건강을 위해서 도움을 줄 수 있는 거지 정확히 내 몸 상태가 어떤지는 모르잖아요. 정확한 진단은 의료인한테 받는 게 많고 그것에 대한 도움적인 건 비의료인한테 받는 게 맞는 것 같아요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“내가 만약 어떤 질병이 있어서 이걸 개선하기 위해서 운동을 해야겠다는 상황에 있는 사람의 경우에는 식단 관리도 보통 사람보다는 다르게 가져가야 될 수도 있잖아요. 예를 들면 내가 어떤 질병이 걸려서 안 좋는데 이걸 개선하기 위해서는 운동과 함께 어떤 영양소 섭취를 위해서 식단도 특별하게 그 사람한테 더 맞춰서 개선해야 된다고 할 때는 의료인이 그 사람한테 맞는 맞춤을 더 잘 줄 수 있을 것 같아요. 탄단지를 넘어서 구체적인 영양소 이런 건 의료인들이 더 잘하실 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“건강이라는 게 정신 건강도 있다고 생각해요. 저희 학교도 상담 센터 같은 걸 운영하는데 취업 관련 불안한 건 그쪽에서 어떻게 해결할 수 있겠는데 정신적으로 도움을 받아야 된다 하는 사람들은 의료 서비스를 이용하는 게 좋을 것 같아요.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

의료인과 비의료인을 굳이 구분하지 않고, 연계하거나 상황에 맞게 필요한 서비스를 선택하여 이용할 수도 있다.

“의사들이 하는 게 더 낫지 않을까? 내 몸 상태를 의학적으로 더 잘 아니까. 요즘에 의사와 옆에 트레이너가 같이 하는 경우가 있어서 좋더라고요.”

(30대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저 같은 경우는 질환 때문에 한 달에 한 번씩 병원에 가거든요. 가게 되면 평상시에 한 달 동안 지내면서 궁금했던 것들을 담당 의사한테 물어봅니다. 궁금했던 것들에 대한 걸 물어보면서 그 결과를 토대로 해서 제가 앱을 이용하든 그걸 적용시키니까 훨씬 나운데, 그런 게 없이 앱으로만 하는 건 단순한 것이라 어떻게 좋아지는지 모르는데 의사선생님과 면담한 후에 이용하면 활용할 수 있는 여지가 넓어지는 것 같아요. 그래서 둘을 같이 병행하는 게 좋다고 생각합니다.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“케이스바이 케이스 같아요. 병이나 진료를 우리 스스로는 해결 못 하잖아요. 의사의 도움을 받아야 하는 것이고 간단한 체중 조절이나 혈압, 고혈압 이런 일상적인 부분이잖아요. 저희가 쉽게 겪을 수 있는 건 인터넷이 발달되어 있어서 인터넷에 검색해서 어느 음식이 좋은 지 어느 운동이 좋은지 자기가 선택해서 이용하겠지요. 아무래도 의사를 대면으로 하면 비용적인 부분도 있고 여러 가지 불필요한 부분까지도 많이 겹치고 오버랩이 되어서 과잉 진료 이런 게 조금 마음에 걸릴 수 있어요. 그래서 기본적인 질환이나 병은 어쩔 수 없이 의사를 찾겠지만 제가 할 수 있는, 내가 찾아서 내가 극복할 수 있는, 내가 케어 할 수 있는 부분은 아마 앱이든 인터넷 서비스를 이용하든 이렇게 할 것 같아요. 요즘은 그런 게 많아서 제가 할 수 있을 것 같아요.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

3. 비의료건강관리서비스에 대한 전반적 만족도 및 평가

비의료건강관리서비스 유형별 평가는 다양하게 나타났으나 공통적인 특징이 있었다. 대면서비스 중 개인PT의 경우, 비용이 가장 부담스럽고 스케줄 조정에 제약이 있는 것으로 보았다. 반대로 비대면서비스는 시공간의 제약이 없고 비용 부담도 거의 없지만 즉각적인 궁금증 해결이나 정확한 자세 등을 파악할 수 없는 단점이 있었다. 또한 비대면이나 자동화 서비스는 개인의 의지가 가장 중요하고 그에 따라 이용 빈도, 실제 변화 등에 차이가 있어서 실천이 어려운 난점이 있었다.

“80점정도. 아무래도 PT는 비용이 비싸기도 하고 저희 헬스장에서는 필라티스를 같이 해서 그걸 끊었는데 그런 비용들은 오래 끊어야, 6개월 12개월 끊어야 저렴하게 이용할 수 있는 부분 때문에 아쉽기도 하고 아까 얘기하신 것처럼 트레이너 선생님과 스케줄 잡으려면 저만 하는 게 아니라 다른 분도 있어서 스케줄 조정하는 게 안 되는 날도 있어서 그런 것 때문에 80점”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 90점정도. 다른 부분은 다 마음에 드는데 학생이다 보니까 비용이 너무 부담이 되어서 제가 생각할 때 그 서비스라는 게 1회에 10만원씩 받을 만한 가격까지는 안 되는 것 같아서 정책적으로 확대가 된다면 의료보험이 적용됐으면 좋겠다는 생각을 가지고 있습니다. 그리고 비용이 거품이 많다고 해야 되나? 그런 생각이 들어요. 그 정도 가격까지는 아닐 것 같다는 생각.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“100점 만점에 80점. 어플 같은 경우는 제가 정말 애용하는 기능이 있는 반면, 원하는 기능이 같이 있는 어플이 없더라고요. 어느 기능이 마음에 들면 어느 기능이 없는 게 대다수여서 80점이라고 했고 헬스 운동같은 경우는 트레이너 선생님이 식단 관리나 운동 관리를 해 주기는 하지만 비용적인 부분이나 저를 1대 1이지만 매일 온전히 모든 신경을 다 쏟아주지는 못한다는 점에서 80점입니다.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 비대면이 있다는 걸 알고 하다가 성향이 비대면으로 꾸준히 안 할 것 같아서 저는 성향이 대면을 더 자극이랑 동기 부여가 되어서 저도 1대1로 PT를 했는데 비용적인 게 오래 끌고 가기에는 처음부터 무리라고 생각하기 때문에 방법적인 걸 4개월 정도 받아서 그대로 실천하는 건 내 의지대로 하면 되니까 그렇게 하고 지금은 PT는 안하고 있어요. 운동센터에서 요가를 하고 있거든요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저는 100점 만점에 70점정도 생각해요. 온라인, 비의료인이 제공하는 비대면 서비스로 시간적 공간적 제약 없이 혜택을 볼 수 있는 부분은 긍정적이지만 반대로 내가 마이다노처럼 온라인 PT라고 홍보하는 서비스를 이용하면서 기대했던 것에 비해서 못 미쳤던, 예를 들면 자세는 대면 PT처럼 정확하게 봐 준다든지 이런 건 아직 어려운 점들이 있고 아무래도 비대면 서비스이다 보니까 아무리 온라인으로 소통을 하더라도 대면만큼 소통이 즉각적으로 답변이 안 될 때도 많기 때문에 70점 정도입니다.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“저는 70점 정도인데 PT를 제가 하면 점수가 올라갈 수도 있겠지만 어플이라든지 그런 걸로 봤을 때는 아무래도 개인 의지가 많이 들어가야 되는데 이게 하다 보면 사람이 옆에서 관리를 안 해 주다 보면 의지가 박약하다 보니까 꺾이더라고요. 그래서 70점 정도.”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“저는 비대면과 대면의 차이점이 비대면으로 전문적으로 받아서 오랫동안 해 오지는 않았지만 샘플 정도는 맛을 봤거든요. 어떤 차이가 있느냐 하면 대면에서 얻는 게 많아요. 예를 들어서 헬스 트레이너의 노하우를 알게 모르게 습득을 해요. 이럴 때 이렇게 했었구나. 그런데 비대면에서는 습득하기가 어렵다고 생각하고, 또 대면으로 가면 다른 사람도 있잖아요. 그 사람들을 벤치마킹한다고 해야 되나? 눈으로 보고 따라 하게 되고 저녁때 가면 그 동작도 생각나고 이런 식인데 PT를 1년씩 받을 수 있는 건 아니잖아요. 비용이 많이 들기 때문에. 한 달 받고 그만두는 사람이 제일 많고 부족한 사람은 두세 달 하고. 돈 있는 사람은 개인코치로 할 수도 있으니까 그런 사람은 빼고

보통 그런 면에서 대면과 비대면이 차이가 많다고 생각해요 비대면 같은 경우는 자기가 컨트롤하기가 너무 어려워요. 그건 사실인 것 같아요. 저도 해 봤는데 의지가 약한 사람에 속하지만 그래도 그건 아닌 것 같다는 생각을 많이 했어요.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

비의료건강관리서비스가 비용이 부담스러운 경우도 있지만 건강관리를 위해서는 추가적으로 비용을 지불할 의사가 있다고 보았다.

“건강 관리서비스를 위해서 비용을 더 지불해도 관계가 없다고 생각합니다. 비용이 건강보다 중요하겠습니까?”

(50대, 남, 영양 및 식이조절/체중조절 서비스 이용자)

“세부적으로 개인적인 맞춤형으로 한다면 깊게 들어가니까 관리 받는 느낌이 있으니까 추가 비용 지불할 의향이 있습니다.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“저도 엄청 많은 금액이 올라가지 않으면 여기에서 더 도움을 받는 데 비의료인한테 지불할 의향이 있어요. 저도 예전보다는 식이 조절하는 데 젊을 때 보다 어렵더라고요. 동사무소에서 영양사가 피 검사 해 주는 분들이 있는데, 간격을 되고 길고 가는 데 기간이 늘어났어요. 그래서 매일매일 먹는 게 중요하다고 하잖아요. 저도 대면을 중요시 했는데 스마트폰이나 앱을 활용해야 될 것 같아요. 그렇게 해 준다면 식욕 조절하는 쪽으로 도움을 받을 것 같아요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

4. 비의료건강관리서비스 확대를 위한 정책 요구사항

시설이 좋은 헬스장이 변화가에 위치하거나 밀집되어 있어서 지리적으로 접근성이 어려운 경우가 있다.

“시설이 좋은 헬스장이나 필라테스 이런 건 보통 역 주변이라든가 사람들이 많이 다니는 변화가 쪽에 많이 위치해 있어서 거기까지 가야 하는 게 조금 멀어요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

대부분 비의료건강관리서비스가 지금보다 확대되어야 한다는 의견이 었다. 치료가 아닌 예방적 차원에서 서비스가 확대되면 건강에 대한 인식 또한 달라질 것이며, 의료비용도 줄일 수 있기 때문에 궁극적으로 국가의 관심이 필요하다는 의견도 있었다.

“사실 국가가 건강검진을 해 주는 이유가 병에 걸리고 나면 치료 비용이 너무 커지니까 예방적 측면에서 빨리 발견하게 해서 비용을 줄이기 위해서 해 주는 거잖아요. 2년마다 한 번씩. 그렇기 때문에 건강관리라는 건 질병 예방이 목적이잖아요 질병이 걸리기 전 단계에 예방해 보자는 거니까 비의료건강관리서비스를 예방 차원에서 제공해주면, 지금보다는 질병에 덜 걸릴 것이고 그러면 건강에 대한 인식도 달라질 것이고 관리하는 것도 본인들이 더 관리하게 되니까. 저는 그게 확대 되어야 된다고 생각해요.”

(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“당뇨를 예로 들면 당뇨 초기에 잡으면 더 이상 진척이 안 될 수 있는데 그걸 몰라서 방치해서 더 큰 국가적인 비용과 개인적인 비용이 많이 들어가는데 그걸 국가적인 측면에서 미리 조치를 하면 개인의 삶도 훨씬 더 건강해지고 국가랑 개인이 쓰는 의료비용도 줄일 수 있기 때문에 국가에서 관심을 가지고 하는 게 좋다고 생각합니다.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“100세 시대의 노인으로 가는 것, 우리나라 최초 처음 걸어보는 길이라고 얘기를 하잖아요. 그러면 분명히 장수하는 게 뻔한 데 옛날보다 오래 사니까 의료 서비스도 좋고 당연히 정부에서 장려하고 늘려가는 건 맞다고 생각해요. 왜냐하면 안 가본 길을 가는 것 아닙니까? 거기에 맞게끔 선진국의 사례를 들어서 우리나라한테 맞추는 식으로 끌고 나가야 하는 데 늘려야 하는 건 확연한 사실인 것 같아요.”

(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

향후 확대되어야 할 서비스 분야에 대해서는 스트레스, 우울감 관리와 같은 정신건강 분야라는 의견이 압도적이었다. 현재 사회는 정신과 진료를 받는다는 것에 인식이 좋지 않고, 도움이 필요한 사람들이 직접 찾아 나서야 하는 어려움이 있다고 보았다. 비의료인을 통해 관련 서비스를 제공한다면 좀 더 쉽게 다가갈 수 있고 효과를 볼 수 있을 것이다.

“스트레스 같은 측면이 의료인은 제가 쉽게 만날 수 있는 게 아니잖아요. 편하게 대하기도 힘든 부분이 있다면 비의료인들은 친근하게 다가와 주시기 때문에 그런 부분을 전문적으로 관리해주는 분이 있다면 더 좋을 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“관련된 어플이 좀 더 많아져야 된다고 생각하고 직장인도 여러 가지 스트레스가 있는 데 직접적으로 도움을 받을 수 있는 부분들이 적다고 생각해요.”

(20대, 여, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“정신병원 같은 데는 사실 가는 게 나쁜 건 아니지만 가게 되면 사람들의 인식이 안 좋을 수가 있잖아요. 많이 아파서 가는 구나 이렇게 생각하는 데 상담소나 비의료인을 통해서 상담이나 운동을 한다면 조금 더 개선될 수 있으니까 그런 면에서는 좀 더 확대 되어도 괜찮을 것 같아요”

(30대, 여, 스트레스/체중조절 서비스 이용자)

“정신병원에 가면 기록에 남는다고 해서 사람들이 아무래도 직장인도 그렇고 학생도 그렇고 그 부분에서 오는 스트레스나 우울감이 많을 텐데 그런 걸 해소할 수 있는 서비스가 많이 없는 것 같아요. 있어서 본인이 스스로 찾아야 되고 일상적인 생활을 하면서 병행하기가 힘들다고 해서 그런 부분이 확대되면 좋을 것 같다고 생각합니다.”

(20대, 여, 영양 및 식이조절/스트레스 서비스 이용자)

“질병 관련한 건강, 우울증이나 금연도 하나의 질병이라고 할 수 있고 알콜 중독도 질병이라고 할 수 있으니까 질병 관련 건강에는 대해서는 대면도 좋고 건강관리 비대면 서비스처럼 그런 질병 관련 건강 서비스도 비대면이나 어플 관련해서 많이 나왔으면 좋겠어요. 국가적으로 그런 걸 지원을 접근이 쉽게 사람들이 접근하기 쉽게 핸드폰으로도 접근하기 쉽게 만들어줬으면 좋겠어요.”

(20대, 여, 체중조절/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“우리가 생각했을 때 정신과 그러면 옛날에는 알코올중독자나 머리 돈 사람이 가는 곳이라고 했는데 요즘은 애들도 스트레스를 많이 받으니까 소아정신과도 굉장히 많더라고요. 스트레스를 너무 많이 받아서 오는 곳이거나 해서 저도 가 봤어요. 상담할 때는 내 얘기를 들어달라는 거거든요. 가족이나 남편이나 애들한테는 얘기가 안 되는 부분을 들어주기만 된다는 마음에 갔는데 20대 아가 씨인데도 잘 들어줘서 마음이 확 풀리고 너무 좋았던 것 같아요. 그런 게 홍보가 되어서 센터에 심리센터가 많아서 상담할 수 있는 곳이 홍보가 되어서 찾아갈 수 있으면 좋겠어요. 비용 걱정은 안 해도 되니까. 무료더라고요.”

(50대, 여, 스트레스/운동 서비스 이용자)

“이 사람이 상태가 심각하다면 정신과 쪽으로 가서 대면 진료를 받아야겠지만 그게 아니라 약간 마음의 감기처럼 우울증 초기 단계 정도라면 어플로 충분히 내 상태를 진단하고 내 상태를 빨리 파악하는 건 가능하다고 생각하거든요. 그런 초반 일수록 어플을 통해서 가이드를 받는 것만으로도 그걸 실천하기만 해도 긍정, 빠른 변화를 볼 수도 있으니까 그런 쪽으로 서비스가 나오면 좋을 것 같아요.”

(20대, 여, 운동/스트레스 서비스 이용자)

“보건소에서 노인 스트레스 관리 프로그램에서 비의료인이 와서 강의도 해 주고 어떻게 마음을 써야 하는지 명상도 같이 교육받은 적이 있어요. 많이 도움이 됩니다. 그건 비의료인이 나온 것 같아요 비용도 절감이 되고. 의사선생님이 거기까지 와서 해 줄 것 같지는 않고 되게 많은 도움이 됐어요.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

비의료건강관리서비스를 확대하기 위해서는 운동을 생활체육 등 일상 생활에서 쉽게 접하고 실천할 수 있도록 하는 서비스 증가가 필요하다.

“생활 체육이라고 하잖아요. 그런 쪽으로 많이 근처에서 일반 국민들이 가깝게 운동을 생활화할 수 있도록 그런 여건을 마련해 주고 도움을 주는 비의료 전문가들이 있었으면 좋겠어요.”

(50대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

건강검진 결과를 모바일 앱을 통해 과거 결과까지 확인하고, 개인에게 맞는 알람, 건강 정보를 제공해주면 일상에서 건강관리하는데 더욱 효과적일 것으로 보았다.

“건강검진 결과를 통째로 다 갖고 있더라고요. 어떤 앱에서 제가 조회했는지 모르겠는데 그 결과지를 보관하고 있었어요. 이메일로 보관하고 있었는데 어디에서 어떤 어플에서 조회를 하다 보니까 제 건강검진 결과를 다 DB로 갖고 있더라고요. 내가 몇 년도에 몇 키로였고 시력은 몇이었고 제가 봤을 때는 국가가 갖고 있는 것 같은데 어플이랑 연동을 시켜서 아까 말한 고지혈증인 사람의 수치를 눈여겨봐야 되고 이런 걸 보기 쉽게 표시를 해 주면 그것에 맞춰서 좀 더 관리를 하고 그럴 수 있지 않을까.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“건강검진을 하고 그 내용을 저도 서재에 꽂아놨는데 잘 안 봐요. 앱으로 연동해서 2017년도

2018년도는 어떠했는지 어디에서 점검을 받았는지 앱을 하면 알림도 올 수 있잖아요. 그래서 정기 검진 받는 날입니다. 아니면 눈이 안 좋으니까 방문해 보세요. 이런 알람이 오면 되게 편할 것 같아요. 종합적인 관리 전체적으로 해 주면 좋을 것 같아요.”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“건강검진 결과를 통째로 다 갖고 있더라고요. 어떤 앱에서 제가 조회했는지 모르겠는데 그 결과를 보관하고 있었어요. 이메일로 보관하고 있었는데 어디에서 어떤 어플에서 조회를 하다 보니까 제 건강검진 결과를 다 DB로 갖고 있더라고요. 내가 몇 년도에 몇 킬로였고 시력은 몇이었고 제가 봤을 때는 국가가 갖고 있는 것 같은데 어플이랑 연동을 시켜서 아까 말한 고지혈증인 사람의 수치를 눈여겨봐야 되고 이런 걸 보기 쉽게 표시를 해 주면 그것에 맞춰서 좀더 관리를 하고 그럴 수 있지 않을까.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

정부에서 연령에 따른 집중 건강관리 영역과 방법 등을 다양한 매체를 통해 전달해준다면 더욱 신뢰감이 있고 공신력이 생겨 유익할 것으로 보았다.

“자동차로 쉽게 비교하면, 주기적으로 점검할 게 있고 분기마다 볼 게 있고, 연도마다 볼 게 있잖아요. 그런 식으로 사람도 나이가 다 다르니까, 그 나이 대에 맞는. 제가 올해 40이 되면서 국가 검진에 대장 내시경이 추가가 되더라고요. 이런 식으로 나이대별로 해서 가장 빈번하게 나타나는 노멸한 증상이 있을 거예요. 무릎이 안 좋아지거나 허리가 안 좋아지거나 그럴 때 자기가 관리할 수 있는 방법이나 이런, 운동이든 음식이 됐든 여러 가지 방법이 있을 것 아니에요? 그런 걸 일반인들이 쉽게 다가가게끔 유튜브든 영상이든 책자든, 책은 요즘에 잘 안 보니까 블로그 식으로 사진과 글로 설명을 해주면 아무래도 쉽게 다가갈 수 있겠지요. 전문의들이 나와서 하면 일반인들이 하는 것 보다는 신뢰감이 있고 공신력도 있고 그런 게 유익하지 않을까 싶습니다.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

정부에서 자체 유튜브 채널 등을 활용하여 공신력 있는 건강 정보를 제공할 수 있다. 다만 너무 딱딱하지 않게 재미 요소를 추가여 웃음과 건강 두 마리를 잡을 수 있는 콘텐츠를 기획한다면 보다 신뢰가 생겨 많이 활용할 것으로 보았다.

“너무 정보 전달 위주로 흘러가면서 재미가 없어요. 저희가 유튜브 보는 이유는 정보 습득도 있지만 재미도 있으니까 보는 건데 사실상 딱딱하면 교육적인 느낌이 강하잖아요. 즐기면서 편하게 볼 수 있기 때문에 유튜브를 보는 것 같아요.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

“나라에서 한다는 것 자체가 신뢰도 가고.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

“나라에서 하는 총주시민 유튜브인가? 재미있어서 사람들이 보는 것 같더라고요. 그런 식으로 재미를 추구하면서 정보까지 주면 사람들이 그래도 보지 않을까.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“저는 나라에서 건강관리 서비스에 대해서 지원이나 이런 기반을 제공해 주는 게 굉장히 긍정적으로 생각합니다. 어디에서 봤는데 국민의 건강이 나라의 재정적인 부분에도 분명히 관련이 있다고 들은 적이 있어요. 그래서 어쨌든 약간 국민들이 조금 더 건강관리를 할 수 있도록 기반을 제공해주고 간단한 것이라도 아까 말씀하신 것처럼 유튜브로라도 하면 더 좋을 것 같아요. 하는 건 국민들이 판단하는 거니까.”

(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

자치구에서 운동시설을 운영하며 운동프로그램 운영하고, 운동지도사 전문 교육을 실시하면 비의료인의 실력이 상향평준화되고, 더 많은 국민들이 좀 더 신뢰하며 서비스를 받을 수 있을 것이라 생각하였다. 거점 보건지소를 만들거나 동마다 확대를 하여 보급화가 필요하다.

“구청에서 운동 프로그램이나 헬스 트레이너 지도를 그룹이든 1대1로 지원해 주면 좋을 것 같아요. 사실 헬스장간에 트레이너 간 편차도 크고 이 사람은 트레이너 자격이 없는데 트레이너를 하는 곳도 있고. 국가가 개입해서 이런 프로그램들을 해 주면 평준화가 될 것이고 신뢰가 많이 가잖아요. 국가에서 지정한 트레이너라고 해 주면. 건강증진을 위해 노력하고자 하는 사람들에 한해서 그런 프로그램을 지원해 주는 것도 나쁘지 않다고 생각해요.”

(20대, 남, 운동/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“저는 지금 있기는 한데 저희가 헬스케어라고 해서 거점 보건지소예요. 노원구에 있는 보건지소의 개념인데 거기에서 그런 프로그램을 하거든요. 3개월 2개월 단위로 에어로빅 퇴보 여러 가지 있어요. 그게 퀄리티가 괜찮은데 무료예요. 문제는 월계동에 하나가 있다 보니까 그게 공간적 제한이 있고 시간적 제한이 있어서 거점형으로 어느 정도는 동마다 있었으면 하는 바람이 있거든요. 그러다 보니까 경쟁률이 치열해요. 이걸 하고 싶어도 지난달에 했으니까 한번 쉬고 들어오라고 얘기를 하더라고요. 그런 아쉬움이 있어서 이런 서비스를 해줄 바에는 동마다 거점을 하나씩 그런 헬스 케어가 있으면 사람들이 운동비용을 지불하기 어려운 사람도 있잖아요. 그런 사람들에게 굉장히 도움이 될 것 같아요.”
(40대, 여, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

보건소와 같은 공공기관을 민간 기업과 연계하여 프로그램을 운영하면 직장인들도 건강관리를 할 수 있고, 접근성이 향상될 것으로 희망하였다. 현재 보건소 프로그램은 다양하긴 하지만 직접 찾아가야 하는 게 대부분이라 접근성이 어려워 생각보다 이용을 많이 하지 않게 된다고 하였다.

“회사마다 이런 식으로 해도 좋을 것 같은 생각이 들었어요. 주변 친구들 회사를 물었을 때 굳이 그렇게 회사와 관련이 없는 것까지 협력해서 보건소에서 오고 이런 건 없었거든요. 그런데 제가 봤을 때 직접 찾아가는 건데 시간이 들고 비용이 들잖아요. 그런데 회사업무 중 찾아오면 근무자 입장에서 좋지요.”
(30대, 남, 금연/운동 서비스 이용자)

“정부에서 신경을 쓴다고 하지만 보건소를 정기적으로 방문한다든지 그렇게 하는 게 쉽지 않거든요. 시간이 많이 없고 한정이 되어 있으니까 자주는 안 가게 되더라고요.”
(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“가서 끊는 것도 있지만 프로그램들이 한정이 되어 있으니까. 제가 가야 되는 거잖아요.”
(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

특히 전국민을 대상으로 서비스를 제공할 수 없다면 사회적 약자부터 지속적인 서비스가 시행되길 희망하였다.

“저희 아주버님이 기초 생활 수급자로 되어 있는데 제가 보호자로 되어 있어서 가끔 건물에서 오겠다고 전화가 와요. 와서 건강 체크도 해 주고 얘기도 나누겠다고. 그런 것처럼 노인 가구라든지 저소득층에 전체가 다 안 되더라도 전화도 해 주고 집에 찾아오겠다고 하면. 노인들은 무지하잖아요. 그런 것도 필요할 것 같아요. 전화가 오더라고요.”

(60대, 여, 스트레스/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

“모든 국민들한테 하면 좋겠지만 그렇게 할 수는 없으니까, 일회성이 아니고 이벤트성이 아니라 연속성으로 꾸준히 이어졌으면 좋겠어요. 사회적 약자를 위해서 모든 분이 해당되면 좋겠지만 힘든 것 같고 사회적 약자부터라도 연속성이 있었으면 좋겠어요.”

(40대, 남, 금연/영양 및 식이조절 서비스 이용자)

비의료건강관리서비스를 이용할 수 있는 바우처에 대해서는 긍정적이었다. 특히 건강검진 결과에 대해 비의료서비스에 연계·추천해주면서 자연스럽게 이용할 수 있는 정보를 제공해주면 좋겠다는 의견이 있었다. 반면 건강관리를 굳이 국가에서 지원할 필요가 없이 민간에 맡기자는 의견도 있었다.

“저 같은 직장인들은 매년 나라에서 하는 건강검진을 받고 있어요. 말씀하신 것처럼 바우처가 있다면 검진을 해서 이상이 발견되면 재검하고, 재검해서도 안 되면 전문 의료진에게 진료를 받으라고 안내해 주는데, 그런 부분을 비의료건강관리서비스와 연계된 곳이 있다면 건강검진 결과에 따라서 그곳에도 같이 연결해 주셨으면 좋을 것 같습니다.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“저는 건강관리 같은 경우에는 굳이 국민의 생존권은 아니기 때문에 나라에서까지 그렇게 할 필요가 있나? 라는 생각이 들어요. 이런 건 민간에서도 충분히 많이 하고 있는 분야이기 때문에 굳이 나라에서 할 필요는 없다고 생각해요.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

공공이 단독으로 비의료건강관리서비스를 추진하기에는 어려움이 있기 때문에 민간 기업을 활용하면 좋겠다고 응답하였다. 대기업이 적극 투자를 한다면 사업이 성장하고 일자리도 창출되고 서비스 효과도 높을 것이라 생각하였다.

“물론 정부에서 해줄 수 있는 부분이 있지만 민간 기업에서 많은 투자를 해 줘야 될 것 같아요. 삼성이나 엘지나 SK에서 홍보 효과로 이용하려면 이쪽으로 자선 사업 비슷하게 해서 기부를 하고 일거리도 만들어 줄 수 있는 거니까 대기업에 대한 지원이 정부보다는 확실하게 효과가 있지 않을까 생각합니다.”

(40대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

개인 맞춤형 서비스에 대한 다양한 의견이 있었다. 건강검진 결과를 기반으로 건강관리 공단에서 개인 건강상태를 점검할 수 있도록 사후관리를 하거나 건강 관련 정보를 다양한 형태로 제작하고 공개하여 이용자들이 개인의 취향과 필요에 따라 선택할 수 있는 서비스가 생기게 될 것으로 전망하였다.

“최근에 코로나 때문에 지자체에서 정보들을 많이 주잖아요. 그런 식으로 띄우면서 링크를 걸어서 유튜브 링크나 블로그 링크를 걸어서 사람들이 볼 수 있게 하는 게 괜찮은 방법인 것 같고, 사람들마다 개인적인 취향이지만 유튜브처럼 영상을 좋아하는 사람이 있고 저처럼 사진이나 글을 좋아하는 사람이 있고 여러 사람들의 생각이 다 다르니까 여러 가지 링크를 줘서 선택권을 줘서 편하게 내가 보기 좋아하는 쪽으로 들어가게끔 연결하는 것도 괜찮은 것 방법 같아요.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“제가 당뇨 진단을 받기 2, 3년 전에 건강관리 공단에서 대사증후군 위험도가 있다는 전화를 받은 적이 있어요. 그런 식으로 만성질환을 공단에서 전담하는 사람이 해 준다면 괜찮을 것 같아요. 강력하게 권고를 하면서 저처럼 흘러들지 않게.”

(50대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“개인별로 신체적인 안 좋은 부위도 있을 것이고 체력이 안 좋은 부분이 있는데 개인한테 맞는 운동을, 건강을 위해서 어떤 운동을 하라고 추천해 주는 그런 게 있으면 이 사람은 이런 운동을 하는 게 몸에 무리도 없고 건강 유지하는 데 도움이 될 것이다 이렇게 해 주면 좋을 것 같습니다.”

(40대, 남, 영양 및 식이조절/운동 서비스 이용자)

“건설업체이다 보니까 회사원이나 인부들, 비정규직인데 오래 근무하는 사람들은 근로 평가 능력을 1년에 한 번씩 체크를 해요. 연령별로 맞게 하는데 나의 근로 평가 능력이 종합적으로 몇 세 정도 되는데 앞으로 언제까지 하겠다. 그런 기본적인 옵션을 개인마다 다 주기 때문에 그게 정확하

게 나와요. 그런 프로그램이 개발되어서 국민들한테 보편적인 사람들에게 다 보급이 되면 충분히 어필할 수 있다고 생각하거든요. 경험해 본 사람은 알지만 대부분의 사람이 그건 경험을 못해보지요 그런 앱이 있다면 굉장히 좋을 것 같아요.”

(50대, 남, 체중조절/금연 서비스 이용자)

“개인별로 차별화 된 걸 해주면 좋겠다.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“사람마다 상태가 다 다른데 지금 있는 어플은 보통 성인 남자 기준해서 하는 경우가 많은데 개인의 건강 상태를 빅 데이터 해서 맞춤형 서비스로 정보를 제공해 주면 더 좋을 것 같아요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

이미 좋은 서비스, 사업들이 많이 있으나 몰라서 이용하지 못하는 사람들이 많기 때문에 국가에서 다양한 방법으로 대대적인 홍보를 할 필요가 있다고 생각하는 사람이 많았다.

“홍보 쪽으로 많이 해주면 좋을 것 같아요. 보건소는 많은 프로그램이 있고 실제로 스트레스 상담 프로그램이라든지 금연 클리닉이라든지 좋은 프로그램들이 있는데 홍보가 안 되어서 사람들이 잘 모른다고 생각해요.”

(20대, 남, 금연/스트레스 서비스 이용자)

“이용하는 사람들만 이용하지, 제 생각에는 이용하는 사람들만 이용하다 보니까 비의료인들이 좀 노는 게 있습니다. 남은 시간이 많아요.”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

“금연을 장려하는 방송이나 광고 정도는 할 수 있는 데 보건소에 가면 금연 상담을 받을 수 있다. 이런 건 주변 사람은 제가 말해주지 않으면 잘 몰라요. 보건소에서 그런 걸 해 줘? 이런 반응이 있고..”

(30대, 남, 금연/체중조절 서비스 이용자)

제10절 소결

전국 만 19~79세 일반시민을 대상으로 온라인조사를 실시한 결과 비의료건강관리서비스가 필요하다는 응답이 68.0%로 나타났다. 국민의 건강권 보장의 차원에서 포함될 수 있는 영역으로 인식한 경우는 62.2%였고, 비의료건강관리서비스의 바우처 제도가 적절하다는 응답이 50.8%로 나왔다. 공공 영역에서 이러한 서비스를 제공하는 것이 건강권보장의 영역이라고 인식하고 있다고 해석할 수 있다.

일반인들이 건강관리를 하는 분야는 체중 관리 분야가 많았고, 건강관리를 위해 사회적인 도움을 받는 경우는 가족의 영향이 큰 것을 알 수 있었다. 건강관리정보를 얻는 정보원은 TV매체가 가장 많았는데, 연령별 차이가 있었다.

일반인 대상의 FGI 질적 면담을 추진한 결과, 건강검진 결과를 통해 건강위험을 인식하는 등 개인 건강 관리의 중요성을 깨닫는 계기를 통해 서비스를 이용하게 되는 경향이 있었다.

비의료건강관리서비스를 활용하여 건강관리를 하고 효과를 경험한 사람들은 이러한 서비스를 정책적 차원에서 보급하고 장려하는 것에 문제가 없다고 생각하고, 또 국민건강증진을 위해 도움이 된다고 생각하고 있었다. 국민의 건강권을 증진하는 차원에서도 국가에서 이러한 서비스를 공급하는 것이 적절한 것으로 인식하였다.

질적 면담의 결과 향후 확대되어야 할 서비스 분야에 대해서는 스트레스, 우울감 관리와 같은 정신건강 분야라는 의견이 많았다는 것은 온라인조사결과와는 대비되는 결과였다. 온라인조사에서 실제 경험하고 있는 서비스는 운동이나 체중조절 중심의 서비스였기 때문이다. 현재 사회는 정신과 진료를 받는다는 것에 인식이 좋지 않고, 도움이 필요한 사람들이

직접 찾아나서야 하는 어려움이 있다고 보았다는 점에서도 서비스의 필요성은 많으나 실제 이용은 하지 않는 장벽이 있는 것으로 해석할 수 있었다.

비의료건강관리서비스의 효과성에 대해서는 확신하지 못하는 경우가 많았다. 개인의 주도적인 건강관리 정보탐색과 노력이 더 중요한 경향이 있었다. 서비스를 받는 것이 도움이 된다는 것은 인식하지만 그 효과성에 대해서는 공식적인 신뢰는 적은 것으로 해석할 수 있었다.

디지털 디바이스를 활용하는 방식은 코로나19의 영향으로 더 활성화 되는 경향이 있었다. 실시간으로 자신의 생활 기록을 확인하여 스스로를 점검, 독려할 수 있다는 장점이 있었다. 서비스 공급자가 제공하는 미션이나 보상, 평균 기록과의 비교 등의 프로그램은 동기부여를 촉진하고 건강관리를 독려하는 요소가 되는 것으로 나타났다.

비의료건강관리서비스의 필요성에 대한 공감도는 높은 편인 것으로 파악되었고, 건강권 보장의 차원에서 보급할 필요가 있는 분야라는 것을 확인할 수 있었다. 그러나 효과성이나 서비스 제공방식에 대해서는 개인의 정보력이나 자원활용능력에 따라 다양한 차이를 보일 수 있는 상태인 것으로 해석할 수 있다. 전문성이나 효과성에 대하여 공신력있는 정보와 육성정책이 필요하다.



제9장

비의료건강관리서비스 공급측면의 정책과제

제1절 비의료건강관리서비스 공급자 FGI 개요

제2절 비의료건강관리서비스의 성과와 전망

제3절 건강권으로서 비의료건강관리서비스에 대한
인식과 정책 요구

제4절 비의료건강관리서비스의 운영 방식

제5절 비의료건강관리서비스에서의 ICT 활용과 전망

제6절 소결

제 9 장

비의료건강관리서비스 공급측면의 정책과제

제1절 비의료건강관리서비스 공급자 FGI 개요

비의료건강관리서비스 공급자 FGI는 비의료건강관리서비스 분야에서 3년 이상 근무하고 있는 담당자를 대상으로 진행하였으며, 전체 대상자 12명을 3개 그룹으로 나누어 진행하였다(표 9-1).

〈표 9-1〉 비의료건강관리서비스 공급자 FGI 추진 내역

구분	일시	대상자	주요 안건
1Gr	2020년 10월 22일(목)	3년 이상 비의료건강관리서비스 분야에서 근무하는 담당자	비의료건강관리서비스의 성과와 전망, 건강권으로서의 비의료건강관리서비스, 정책 제언, ICT 활용과 전망
2Gr	2020년 10월 26일(월)		
3Gr	2020년 10월 27일(화)		

공급자 FGI 대상자를 모집한 결과 1그룹에는 운동지도사, 건강검진센터의 팀장, 보건소 운동지도사 등이 참여하였고, 2그룹에는 운동지도사, 건강운동관리사, 보건소 영양상담사가 참여하였다. 3그룹에는 건강코칭 팀장, ICT연구개발자, 트레이닝 매니저 등이 참여하였다(표 9-2).

〈표 9-2〉 비의료건강관리서비스 공급자 FGI 대상자

구분	성명	연령	성별	담당 업무
1Gr	이OO	20대	남	운동지도사
	최OO	50대	남	건강검진센터 팀장
	조OO	30대	남	운동지도사
	하OO	30대	여	보건소 운동지도사
2Gr	김OO	20대	여	운동지도사
	이OO	30대	여	운동지도사
	정OO	40대	남	운동지도사
	조OO	20대	남	건강운동관리사
	송OO	20대	여	보건소 영양상담사
3Gr	김OO	30대	여	코칭팀장
	정OO	30대	남	ICT 연구개발
	최OO	40대	남	트레이닝 매니저

제2절 비의료건강관리서비스의 성과와 전망

1. 비의료건강관리서비스의 활성화 분야

비의료건강관리서비스 분야 중 운동, 체중조절, 식이조절 분야가 가장 활성화 되어 있다는 의견이 많았다. 하나의 분야에 한정된 것이 아니라 다른 활동과 결합하여 연계되는 등 다양한 기관에서 다양한 서비스를 이미 제공하고 있었기 때문이다. 하지만 공공기관에서 진행되고 있는 사업들은 홍보가 많이 되지 않아 적극 활성화되기에 어려움이 있는 것으로 파악되었다.

“국민체육진흥공단에서 정부 사업으로 국민체조100이라고 해서 무료로 일정 체력 수준을 평가하는 게 제공이 되는 데 아무도 몰라요. 어쨌든 비의료인이 제공을 하는 거잖아요. 그것에 대해서 사람들이 정보성도 떨어지고 하다 보니까 애초에 그런 활성화도 잘 안 되고 있는 것 같아요.”

(남, 20대, 운동지도사)

“공공기관에서 우선은 홍보를 먼저 해야 될 것 같아요. 이게 지금 없는 게 아니거든요. 그런데 사람들이 몰라서 안 가요. 우선 홍보를 먼저 해서 이것의 활성화나 데이터를 보고 이게 얼마나 효과가 있는지를 보면 확대해야 될지 축소해야 될 지가 나오는 것 같고, 자격증은 어디에서 인증 받은 교육을 이수했다 이런 게 중요한 게 아니고 이런 교육을 받을 수 있는 인터넷 사이트나 이런 걸 계속 지속적으로 이수를 받게 하는 게 중요한 것 같아요.”

(여, 20대, 보건소 영양사)

“운동도 물론 중요하지만 어쨌든 지금 당장 식습관의 개선이 있는 다음에 뭔가 운동을 했을 때 좀 더 효과적이다 라는 것들이 저희 내부의 데이터로, 내부의 경험으로 좀 나타나 있기 때문에 저희는 식사량 모니터링 굉장히 중요하게 생각하고 있고 지금까지 저희가 많이 판매를 했던 머니백 프로그램의 경우에도 회원들에게 꾸준하게 식사 기록을 하도록 유도하고 있어요. 그래서 본인이 직접 얼마나 먹었고, 어떤 식사를 했는지에 따라서 체중의 변화라든지 아니면 스스로를 좀 모니터링 할 수 있도록, 그래서 습관을 만들 수 있도록 도움을 주고 그런 것들이 굉장히 효과적이었다. 라는 연구도 최근에 나왔기 때문에.”

(여, 30대, 코칭팀장)

“제가 판단했을 때는 사람들은 식사량과 체중 조절에 관심이 많겠지만 운동량이 조금 더 많이 부족되거나 발전 되면 좋을 것 같더라는 생각을 하고요. 조금 더 확대해서 이야기하면 어쨌든 이런 모든 것들은 아까 말씀하신 생활이나 패턴화, 생활 습관을 바꾸는 것 같아요. 저도 잘은 모르긴 하지만 눈 서비스도 어쨌든 그런 것들을 통해서 내 건강한 생활을 영위할 수 있게 습관을 만드는 거고 다른 서비스들도 같이 하는 거고 저희도 어쨌든 주 3회 운동이라는 큰 타이틀을 갖고 가는 거고. 아마 웰트에서도 그런 부분들을 체크하면서 자기 자신에 대한 관리와 그런 습관 이런 것들을 많이 보기 때문에 어쨌든 이것의 최종 방향성은 습관화와 생활패턴이라고 봐요.”

(남, 40대, 트레이닝 매니저)

스트레스, 우울 관리 분야가 실제로 국민들이 많이 필요를 느끼지만 아직까지 정부 지원 정책이 많지 않았는데, 우리나라 정서 상 외면의 기준이 더 높아 내면을 보듬을 수 있는 기회가 많지 않았다. 따라서 향후 관련 분야를 활성화하기 위해 노력해야 하는 것으로 파악되었다.

“제 생각에는 스트레스나 우울증 관리 쪽으로는 아직 정부 지원 정책이 없어요. 가장 현실에서 받는 건 스트레스가 많을 거예요. 국민들이 받는 스트레스. 이런 스트레스나 우울감 쪽으로 정부지

원 정책 방향을 모색하는 것도 필요하지 않나 라는 생각이 듭니다.”

(남, 50대, 건강검진센터 팀장)

“정신적인 아까 말씀하신 스트레스, 우울증 관련된 케어 하는 그쪽이 저는 향후 계속 니즈가 커질 거라고 봅니다.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“스트레스로 상담 받고 싶으면 개인적으로 찾아가야 하는데, 그러면 비용도 비싸고 대상이 한정되어 있는 것 같아요. 스트레스, 우울감 관리는 정부에서도 장애 부모, 한 부모 가정 등 특정 대상들만 지원해주니까 비장애인이나 일반인들이 다가가기에는 한계가 있죠. 여기에 대해서 정부 지원도 없고 그런 사업 자체가 거의 없으니까. 보편적인 사업은 아닌 느낌이 들어요.”

(남, 30대, 운동지도사)

“한국 사람들이. 외모적인 부분이나 보여지는 부분에 대해서만 기준치가 워낙 높다 보니까 금연, 절주, 스트레스는 내면을 치유하는 거잖아요. 그건 보여지는 게 아니기 때문에 후선으로 밀리는 거지요. 그래서 그런 부분 때문에 나중으로 가더라도 인식이 변하지 않는 이상 영양 및 식이조절, 운동, 체중조절이 계속적으로 이쪽에서는 활성화가 될 것 같고 금연, 절주, 스트레스·우울감 관리 같은 경우는 금연 절주 스트레스는 사람들이 막상 떠올렸을 때 정말 내가 너무 아파서 치료가 필요하다고 생각하기 전까지는 이런 부분에 대해서 찾아보기도 힘들다 라고 생각할 것 같아요. 막상 하려고 했을 때 절차가 귀찮고 비용적인 부분에서 내가 투자할 가치에 비해 비용이 높다고 생각하지 않을까 생각합니다.”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

“영양, 운동, 체중조절, 금연까지 이런 전체적으로 봤을 때 사업화되어 있는 사업체들도 많고 서비스 자체가 대중적으로 많이 이용하고 이걸로 수익 창출을 많이 내고 주변에 광고도 많이 나오고 그래서 이런 것에 대해서 사람들도 활성화되어 있는 데 절주나 스트레스 같은 경우는 이걸로 절주 클리닉 이런 건 어색한 것 같아요 알콜 치료, 스트레스 이런 건 치료 느낌이 많이 들지 이런 걸 비의료 서비스를 받고 있다는 건 아직은 부족한 것 같아요.”

(남, 30대, 운동지도사)

“스트레스 풀려고 하다 보면 노래 교실도 있고 운동 쪽과 식이조절 체중 조절 이쪽 분야들이 매스컴이나 유튜브에서 엄청 많이 대한민국이 진짜 활성화가 많이 되어 있어요. 현재로서는 그쪽 방향으로 계속 진행형으로 갈 것 같아요. 우리 공공기관에서 선생님이 말씀하신 금연, 절주, 스트레

스·우울감 관리에 대해서는 활성화가 아직까지도 미흡한 부분으로 흘러갈 것 같아요.”

(남, 50대, 건강검진센터 팀장)

“스트레스 관리라고 하는 건 커지기 힘들 것 같고, 취미를 통한 스트레스 관리, 운동을 통한 스트레스 관리, 다양한 스트레스를 다른 걸 이용해서 파생해서 할 수 있기 때문에 이젠 조금 나중에 가면 보편적이기보다는 치료나 전문적인 걸로 많이 할 것 같고, 눈에 보이고ダイ나믹한 효과를 내고 확실한 비용대비 효과가 바로 바로 피드백이 오는 건 영양 및 식이조절, 운동, 체중조절인 것 같아요. 이게 돈도 되고 접근성도 실생활에서 바로 바로 피드백이 오고 남한테 보여주는 비주얼적인 것도 크니까.”

(남, 30대, 운동지도사)

“운동 쪽에 대해서 활성화되어 있는 것 같고 앞으로 저는 스트레스나 우울감 관리 이 부분이 확대 되지 않을까 라는 생각을 합니다. 과거에는 한국에서 심리 상담 받는다고 하면 문제 있는 사람이 받는 것이라는 안 좋은 선입견이 많았는데 없어지고 있는 것 같고 없어지고 있는 것이 좋은 방향 이 것 같아요.”

(여, 20대, 운동지도사)

2. 비의료건강관리서비스를 이용하는 이용자 특성

과거에는 주로 다이어트나 미용을 위해 비의료건강관리서비스를 이용했다면, 현재는 체력증진과 같은 진정한 건강관리를 하려는 이용자들이 많이 늘어난 추세이며 코로나19로 인해 건강관리에 대한 욕구가 증가하고 있다고 설명했다.

다만 비용적 측면에서는 저비용을 선호하는 경향이 있다. 비의료건강관리서비스가 유/무료 구분 없이 다양하게 생겨나기 때문에 굳이 전문 서비스에 높은 비용을 투자하기보다 일상생활에서 할 수 있는 건강관리에 더 관심을 가진다고 했다. 또 정보의 홍수 속에서 이미 관련 지식을 스스로 습득하고 건강관리를 하는 사람들도 많다고 한다.

“2020년대에 들어서는 진짜 건강관리라는 개념으로 많이 오는 것 같아요. 운동의 중요성을 많이 느끼는 것 같아요. 내가 몸이 예뻐지고 날씬해지는 것 보다는 내가 더 건강해지고 체력이 좋아지는 것 위주로 많이 오는 것 같아서 분야가 여러 가지로 나누어져 있지만 전체적으로는 생각 자체가 바뀌고 있다는 것”

(여, 30대, 운동지도사)

“코로나로 인해서 운동 같은 건 욕구는 많은데 비용 지불 자체는 많이 안 하는 경향이 커진 것 같아요. 프로모션도 많이 하고 사람들이 밀폐된 공간에 안 가다 보니까 좀더 전문적인 체육을 돈 주고 지불해서 하기보다는 일상생활에서 가정에서 할 수 있는 운동이나 생활 주변에서 할 수 있는 시설을 이용해서 똑방이나 천에 가서 걷는 걸 많이 하는 것 같아요. 온라인 PT도 3만원대에 많이 나와 있고 TV에서 넷플릭스에서 유튜브로 하니깐 뭔가 대면 서비스보다는 비대면 운동서비스가 좀 더 많이 드러나고 있는 것 같습니다.”

(남, 30대, 운동지도사)

“회원 분들이 이런 비의료건강관리서비스에 대해서는 말씀하신 대로 큰 비용을 지출하는 걸 굉장히 꺼려합니다. 특히 체중 감량 쪽으로 더 많이 생각을 하자면, 시중에 너무나 저렴한 식사대용이라든지, 여러 제품들이 많이 있기 때문에 내가 건강을 관리하기 위해서, 이제 비대면 서비스에 큰 비용을 들이는 게 아직까지는 좀 부담스럽다고 많이 느끼시는 것 같아요. 오히려 PT 같은 대면서비스에는 큰 금액을 지출할 수 있지만, 온라인 서비스에서는 ‘이런 큰 비용을 내가 지불해야 하나?’ 같은 생각들을 많이 하시는 것 같아요.”

(여, 30대, 코칭팀장)

“확실히 그런 건 있는 것 같아요 회사에서 지원을 해 줘서 수업을 들을 수 있는 것과 내가 내 돈 지불해서 하는 것과 사람들의 태도의 차이도 있고, 일단 회사에서 지원을 해 주는 경우에 좀 더 활성화가 되기는 좋은 것 같아요.”

(남, 20대, 운동지도사)

“아무래도 의료인에게 가는 건 극한적으로 아프거나 병이 생길 때 가잖아요. 운동하러 오시는 분들은 평소에 건강을 관리하기 때문에 저희가 대면하는 횟수가 훨씬 많은 거지요. 의사는 한 달에 한 번 본다고 하면 저희는 거의 매일 보게 되는 사람이니까. 그러니까 아무래도 친분 같은 것도 생기고 사적인 개인적인 사항도 저희가 알게 되기 때문에 친밀하게 생각해서 더 신뢰가 간다고 생각할 것 같아요.”

(여, 30대, 운동지도사)

“정보력을 많이 가진 고객들이 많이 찾아오거든요. 사실 잘 아시는 분이 오면 저희 입장에서는 좋은 점도 있어요. 알고 시작하기 때문에 또 많이 설명하지 않아도 되는 부분이 있지만 자기 주관이너무 세서 어떤 걸 추천을 하게 되면 받아들이지 않는 단점도 있죠.”
(여, 30대, 운동지도사)

3. 비의료건강관리서비스의 이용과 효과성

비의료건강관리서비스의 각 분야는 독립되어 있기보다 연속적인 통합 서비스로 제공되는 경우가 많기 때문에 이용자들의 만족도와 효과성이 높은 것으로 보인다.

유튜브나 온라인 채널의 정보가 무분별하게 전달되고 있어서 신뢰성이 낮은 정보를 제공하는 아쉬움이 있지만, 전문적인 시작이 어려운 이용자들에겐 그것만으로도 효과가 있고 의미가 있다고 여겨졌다.

“저는 공공기관에서 일하고 있으니까 서울시에서 지금 하는 시민 건강관리 사업이 이 6가지를 다 다루고 있잖아요. 그래서 저희가 대서중후군 관리를 하면서 피를 뽑고 그 결과에 따라서 지금 이런 것들을 들어가고 있는데, 하나만 중요한 게 아니라 사람들이 여러 가지 서비스를 다 같이 동시에 받기를 원하기 때문에 전체적인 분야가 제가 봤을 때는 활성화가 되어 있다고 생각을 하고, 거기에 대한 만족감도 되게 높다고 생각을 하고 있어요.”
(여, 30대, 보건소 운동지도사)

“초보자들한테는 운동량이 늘어나고 활동량이 늘어나는 것에 대해서는 운동의 즐거움, 다른 목적으로 다가가면, 목적에 따라 다른 것 같아요.”
(남, 30대, 운동지도사)

“홈트는 한계가 너무 명확해요. 몸이 점점 적응해 나가면 몸에서 받는 스트레스가 하향 곡선을 그리기 때문에. 그리고 홈트 영상을 많이 보는 데 다른 운동하는 사람들이 어떤 식으로 피칭하는지 많이 보거든요. 다른 사람한테도 보고 배울게 있다고 생각을 해서. 그런데 비전문가나 그냥 몸매 좋은 사람들이 나와서 정확히 전문적인 지식이나 그런 것 없이 따라만 하게끔 하는 사람들이 있어요. 그런데 저는 스포츠 의학이고 재활 쪽도 전공을 했으니까. 어떤 사람한테는 무릎이 아픈 사람

이러면 스쿼트 동작을 하면 안 되는 데 그것에 대한 설명이 없이 '저만 따라 하세요!'라고 하니깐 그것에 대해 비판적인 생각을 갖고 있어요. 그래서 홈트레이닝 같은 경우도 어느 정도 실력이 확실히 보장된 사람이 하는 게 좋다고 생각해요. 무분별하게 배포하는 정보가 너무 많아요.”

(남, 20대, 운동지도사)

“일반적으로 그런 것들을 많이 이용하는 사람들은 노인층이 될 수도 있고 운동을 처음 하는 사람이 될 수도 있고. 대상이 다양하잖아요. 그 분들이 물론 전문적으로 받으면 자기 몸 상태를 진단하면서 할 수 있기 때문에 전문가가 필요하기도 한데, 어떤 동작, 행위를 따라 하는 것만으로도 운동이 되기도 하고요. 그런 측면에서는 그렇게 부정적으로만 보진 않아요.”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

제3절 건강권으로서 비의료건강관리서비스에 대한 인식과 정책 요구

1. 건강 유지 및 증진을 위해 가장 중요한 것

건강을 유지하고 증진하기 위해서는 꾸준한 관리가 필요하다. 검진을 통해 자신의 건강 상태를 파악하는 것이 좋기 때문에 혼자 관리하기보다는 보건소나 건강관리센터 등을 통해 비의료인의 도움이 필요하다는 것이 공통적인 의견이었다. 또 국가적으로 건강관리 인식을 위한 홍보와 적극적인 정책이 생기면 더 도움이 될 것으로 보았다.

“질병예방은 국민들 개개인 인식이 국가적 전체적으로 어떤 홍보나 동영상 이런 걸 통해서 인식이 간다고 하면 그 부분이 좀 중요한 것 같아요.”

(남, 50대, 건강검진센터 팀장)

“저는 아예 국가 전체적으로 2시에서 4시까지 쉬어야 된다고 하면 그때 뭔가 활용할 수 있게 전체적으로 뭐가 바뀌어야지, 여러 가지 매체를 통해서 뭘 통해서 우리가 이런 서비스를 제공한다면서 단순 홍보만 하면 바뀔 것 같지는 않다는 게 제 생각입니다.”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

“꾸준한 관리인 것 같아요. 저희는 상담할 때 혈당, 콜레스테롤, 체성분을 재는 데, 변화 추이를 알아야 본인들이 열심히 하는 의욕도 생기고 어느 정도 문제가 생기는 것도 알고 피드백을 빨리 받을 수 있거든요. 운동도 마찬가지이고. 그래서 꾸준히 받을 수 있는 영양 상담이나 운동 상담이나 간호사가 할 수 있는 측정이라든지 이런 게 필요하다고 생각해요.”

(여, 20대, 보건소 영양사)

“혼자서 관리하기 어렵다고 생각해요. 건강관리센터라든지 보건소에서 영양, 간호, 운동을 한꺼번에 하거든요. 그래서 그런 관리를 주기적으로 본인들이 원하면 갈 수 있는 걸로 그렇게 꾸준히 운동하는 게 좋을 것 같습니다.”

(여, 20대, 보건소 영양사)

“음식도 다양한 유행이 있어요. 키토식이라든가 비건이 유행이었다가, 식이 조절법에 대해서 다양한 유행들이 있는데, 그 유행에 안 따라가려면 식문화 자체가 발달해야 된다고 생각해요. 우리가 지금까지 먹어왔던 문화들은 생각하지 않고 서구에서 유행하는 것들을 가지고 와서 똑같이 따라하는 것 자체가 과연 건강에 좋을까 싶어요. 어떤 방식으로든, 음식을 즐겁고 문화적인 것으로 접근하는 게 크게 봤을 때는 도움이 되지 않을까. 한 사람의 분절된 지식들에 휩쓸리기보다는. 그렇게 했을 때 오히려 더 건강하게 먹을 수 있지 않을까 라는 생각을 했었어요.”

(여, 20대, 운동지도사)

2. 건강권으로서 비의료건강관리서비스의 보장

비의료건강관리서비스는 질병을 예방하기 위한 주요 수단이 될 것이기 때문에 건강권으로 보장되어야 한다는 의견이 대부분이었다. 만약 전 국민을 대상으로 비의료건강관리서비스를 제공하기 어렵다면, 건강관리가 필요한 고위험군을 우선순위로 선정하는 방안을 고려할 수 있다고 전했다.

“비의료건강관리서비스는 질병을 예방하는 데 중요한 역할을 할 것 같아요. 의사는 질병을 치료하는 사람이지만 건강을 증진시키는 데 집중하지 않는 것 같거든요. 약을 처방하는 게 의사이고 처방 받아서 약을 만들어 주는 게 약사인데, 운동 PT하시는 분이나 요가, 필라테스 강사, 영양사는 생활에 있어서 건강을 증진시키는 데 목적이 있다고 생각해요. 그래서 이 분야가 중점적으로 커져야 약으로 질병을 고치는 게 아니라 질병이 오기 전에 미리 건강한 생활을 할 수 있기 때문에 더 중요

한 것 같아요. 질병에 걸려도 약으로 치료가 어려운 부분은 같이 관리해야 한다고 생각해요. 운동 이든 식단이든. 그렇게 병행할 수 있게 도와주는 것도 비의료인의 역할이라고 생각해요.”

(여, 20대, 보건소 영양사)

“생활체육이 될 수 있게 전반적인 모든 국민에게 다 적용되는 게 가장 좋다고 생각하지만 우선순위를 따진다면 고위험군이 조금 더 맞춰질 것 같습니다. 고위험군에 있는 사람들의 연령대를 보면 조금 더 연세가 있으신 분들이 많아요. 그러면 생활적으로 소득에 여유가 있는 분들도 있지만 안계신 분들이 특히 그런 부분들이 있기 때문에 그런 분들에게 조금 그런 서비스들이 조금 제공될 수 있게 정책적으로 지원이나 자금 지원들이 조금 더 되면 좋을 것 같습니다.”

(남, 40대, 트레이닝 매니저)

“저는 이미 질병을 가지고 있는 사람들의 사후관리도 굉장히 중요하다고 생각이 들어요. 어쨌든 건강한 사람들은 자기의 건강을 유지하기 위해서 어떻게 해서든 비용을 쓰겠지만 이미 한번 암이나 질병을 겪으신 분들은 경제적으로 어려울 거고 그 사후관리를 어떻게 하는지에 따라서 그분들의 삶의 질이 달라질 것이라고 생각하기 때문에 암 사후케어라든지 이런 것들에 대해서 더욱 정부에서 신경 써 주면 좋겠다는 생각이 들고요.”

(여, 30대, 코칭팀장)

3. 비의료건강관리서비스 지원하는 정부 정책에 대한 의견

비의료건강관리서비스 활성화를 위해 공공부문의 활동영역의 확대가 필요하다. 정부에서 캠페인이나 단체활동을 장려하고, 그에 대한 인센티브 등을 제공하면 효과가 있을 것이라 생각하였다. 하지만 교육, 채용 등의 범위까지 정부가 관리하는 것에 대해서는 논의가 필요하다.

“공공부문을 확대해야 될 것 같은데, 보건소나 구 체육회에서 많이 하는데, 연계를 많이 해서 국민들 입장에서든 다가가기 쉽고 공공기관 자체에서도 좀 더 찾아가거나 서비스제공하기 쉽게 업체들과 연계를 많이 했으면 좋겠고.”

(남, 30대, 운동지도사)

“캠페인 같이 다 같이 할 수 있는 시스템을 구축해서 그 지역 사람들, 워크온을 해서 보건소에서도

하라고 하는 방법이 있어요. 제가 중랑구에 사는 데 중랑구 고객 클럽 같은 걸 구청에서 지원해 줘요. 뽐아서 사람들 모아서 하라고 봉사시간이나 소정의 돈을 주겠다. 이렇게 계속 지원하는 거랑 금연을 다 같이 금연하는 사람들이 모여서 금연 클럽을 만듭시다. 이런 게 없으니까. 약간 공동 관심사가 있는 사람들끼리 모여서 그 사람들이 모이면 이것에 대해서 우리가 더 잘 하기 위해서 연구를 하게 되는 긍정적인 방향으로 갈 수 있는 것 같아요.”

(남, 30대, 운동지도사)

“운동 동호회를 했을 때 체육회에서 지원 사업을 해 주고 몇 명 이상이면 월 지원해 준다 그러면 동호회 같은 것도 좀 더 활성화가 될 수 있겠지요.”

(남, 50대, 건강검진센터 팀장)

“그런데 교육같은 걸 나라에서 한다고 상상했을 때 어떻게 될지, 저는 잘 모르겠어요. 사실은 시장이 수단법인이라고 하지만 결국에는 사람들이 다 알거든요. 실력 있는 사람 찾아가게 되고 그래서 자체적으로 정화기능이 있다고 생각하기 때문에 기본만 보장해주면 너무 국가가 나서서 하는 것도 다른 문제가 있지 않을까 라는 생각도 들어요.”

(여, 20대, 운동지도사)

의료서비스와 비의료서비스를 연계하여 함께 제공하고 이용할 수 있는 기관들이 확대되는 것도 중요하다고 언급했다.

“의료기관과 비의료기관이 연대했으면 좋겠어요. 아프면 병원에 가서 치료하고 아팠던 원인은 다른 곳에 있기 때문에 운동하는 습관도 들여야 되고 함께 가야 된다고 생각해요. 그런 시스템이 있으면 좋지 않을까 생각해요.”

(여, 20대, 운동지도사)

“요새는 재활이나 운동 관련 시설이 병원에 많이 붙어 있잖아요. 그렇게 포괄적으로 된 센터들이 더 많이 생겨나면 더 좋을 것 같아요.”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

“저는 질병예방 차원에서는 공공분야에서 사업을 확대하는 게 맞다고 생각합니다. 대신에 질병을 치료하는 과정에서는 의료기관과 같이 연계해야 하는데, 그러면 비용이 높아지다 보니까 그걸 낮출 수 있는 방안을 같이 생각해 보는 게 좋을 것 같습니다.”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

“저는 건강검진 결과의 사후관리 차원으로 바우처를 제공하기는 한데, 그렇다면 저희가 코칭하는 입장에서는 원격진료가 아닌가라는 고민이 생길 수 있어요. 왜냐하면 질환자에 대해서 이 비의료인이 얼마만큼 질병에 대해서 코칭을 할 수 있고, 뭔가 제안을 할 수 있고 이런 것들에 대한 염려될 때가 있거든요. 어느 정도의 선을 지켜서 코칭을 제공을 하려고 하는데 만약에 공단에서 이런 서비스를 제공하면 병원과 연계해서 병원과 같이 뭔가를 할 수 있게끔 한다거나 이런 부분들은 병원에서 관리를 받고, 어떤 부분에서 이 비의료건강관리서비스의 도움을 받을 수 있는지가 조금 명확하게 마련이 되면 서로가 더 편하지 않을까 싶어요. 사용하는 입장이나 서비스를 제공하는 입장 모두 좋을 것 같습니다”

(여, 30대, 코칭팀장)

4. 비의료건강관리서비스의 바우처 활용

바우처를 활용하여 비의료건강관리서비스를 이용하는 것 자체는 긍정적으로 보았다. 바우처 사용처가 제대로 된 기관인지 인증하는 제도를 마련하고, 사용 방법을 더 쉽게 하면서 환급 등 이벤트 등을 실시한다면 활용도를 높일 수 있다고 보았다.

“전반적으로 보면 좋은데, 내일배움카드라고 공부할 수 있는 카드를 신청했는데 막상 보면 쓸만한 게 없어요. 바우처가 그런 시스템이 되면 안 되니까, 재난 지원금 쓰는 수준으로 조금 더 진입장벽을 낮게 해야 되고.”

(남, 30대, 운동지도사)

“20만원이 있으면 리워드를 몇 회 이상 가면 환급해 주고, 그렇게 좀 더 목표를 쌓을 수 있게 게 임처럼 건강을 하면서 습관을 늘리는 게 중요해요”

(남, 30대, 운동지도사)

“지금 부분에 대해서 제가 생각했던 게, 캐시워크라든지 운동 쪽으로 하루에 100원 받는 거거든요. 만보 걸으면 100원 이잖아요. 그걸 잘 하시는 분들이 있어요. 그래서 이게 몇 십 만원 이렇게 해서 서비스를 받는, 코칭을 받는 걸 떠나서 이런 소소한 걸로 쉽게 다가갈 수 있는 것들은 어떤 게 있을까에 대한 부분을 생각해야 될 것 같습니다.” (여, 30대, 보건소 운동지도사)

“그 자체는 좋은 것 같아요. 어쨌든 기회가 조금 더 생긴다고 인지하고 있기 때문에”

(남, 20대, 운동지도사)

“체육시설에서 쓸 수 있는 소비 영역이 더 늘어나는 거니까 저는 괜찮을 것 같아요. 접근이 쉬울 것 같아요. 현금처럼 사용할 수 있잖아요. 사용처를 분류 안에 어떻게 넣느냐가 중요할 것 같아요”

(여, 30대, 운동지도사)

“바우처가 있어도 어떻게 보면 할인쿠폰 여러 개 받은 거잖아요. 그렇다고 거기에 가서 직접 쓰지 않는 것처럼 실제 그 사람들의 니즈에 맞는 어느 분야에 그런 게 필요하다는 수요 조사가 되어야 거기에 맞춰서 어떻게 진행할 지를, 무조건 바우처만 뿌린다고 해서 되지는 않을 것 같아요.”

(남, 40대, 운동지도사)

“인증해 주는 기관이 있다면 그걸 기반으로 누구에게, 건강 수준에 따라 어떻게 제공할지 기준만 있다면 바우처 제도가 엄청 유용할 것으로 생각합니다. 거기에 아까 말씀드렸던 인증기관이 있어야 할 것 같아요. 그래야 정부기관에서 바우처를 제공할 때는 그것에 대한 효용성을 평가를 할 건데, 기관을 검열하지 않는다면 데이터도 엉망일 거고, 평가가 제대로 이루어지지 않을 거예요. 정부에서 인증이 된 기관이 미리 마련이 되어야 그 바우처 제도를 시행했을 때 그 후까지도 함께 실현되지 않을까 싶어요.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“저도 필요하다고 생각하는데요, 인증된 기관인지가 중요할 것 같아요. 소비자 입장에서 바우처로 비의료건강관리서비스를 경험했는데, 인증 받지 않은 형편없는 기관을 이용하고 결과가 좋지 않으면 다음에 비슷한 제도가 생기더라도 외면할 수 있어요. 그래서 인증된 기관을 나라에서 잘 선정을 하는 게 굉장히 중요하다고 생각합니다.”

(여, 30대, 코칭팀장)

5. 비의료인 처우 개선을 위한 정책 방안

비의료인의 처우 개선을 위해 우선적으로 비의료인에 대한 국민들의 인식 개선이 필요하다고 보았다. 비의료인과 비의료건강관리서비스에 대한 전문성을 인정하고 신뢰를 쌓을 수 있도록 개선 활동이 생겨야 한다고 설명했다.

“우리나라는 건강보험 제도가 다른 국가에 비해서 굉장히 잘 갖추어져 있기 때문에, 국민들이 조금만 아프면 의료서비스에 의존하는 거예요. 그러다 보니 불필요한 의료 이용을 많이 하는 분도 있고, 운동, 트레이닝 같은 비의료건강관리서비스를 이용하는 분들도 있는데, 이쪽 방향으로(비의료건강관리서비스로) 모색을 하는 게 굉장히 많은 도움과 효과가 있을 거 같아요.”

(남, 50대, 건강검진센터 팀장)

“이미 질병이 있는 사람들이 일단 비의료인에 대한 신뢰가 낮다는 생각이 들거든요. 예를 들어 환자나 영양에 대해 상담을 해 주면 좋겠다고 생각해도 의사나 간호사들을 더 찾아요. 식습관이나 질병에 따른 식요소법에 대해서는 임상영양사나 아니면 전공자들이 훨씬 더 잘 알고 있는데도 말이에요. 같이 병원에서 일을 하는 사람이지만 의료인과 비의료인이라는 인식 때문에 뭔가 신뢰도가 떨어질 수 있기 때문에 그런 인식을 좀 개선해야 할 필요성을 느낍니다.”

(여, 30대, 코칭팀장)

비의료인이 운영하거나 속해있는 업종에 대해 국가적인 지원이 필요하다고 설명했다. 비의료인이 취득할 수 있는 국가 자격증을 만들어 자격에 대해 인정해주거나 인증기관을 활성화하여 이용자들이 좀 더 믿을 수 있는 환경을 마련해야 한다는 것이다.

“국가에서 굳이 하자면 건강보험이 있잖아요. 그 혜택을 우리가 병원에 가면 받을 수 있어요. 그런 것과 비슷하게 체육시설을 운영하는 업종 자체에 국가적으로 지원을 해 준다거나 이런 것도 좀 필요한 것 같아요. 왜냐하면 국민건강을 증진시키려고 노력하는 곳이니깐.”

(여, 30대, 운동지도사)

“비의료인들이 하는 건강관리서비스도 정부가 정책적으로 지원을 해 줬으면 좋겠다는 생각을 갖고 있지만 그러면 어디를, 누구를, 어떻게 지원을 해 줘야 할지는 잘 모르겠어요. 자격증 부분에서 정부가 어느 정도 민간 자격증에 손을 대야 하느냐, 규제를 해야 하느냐는 부분은 참 고민이 되기는 하는데, 제가 고민하는 정도에서는 자격증을 건드리지는 않는데 인증을 해주는 정도? 국가 자격증은 아니지만 그래도 정부가 괜찮다고 보는, 인증을 해주는 거죠. 그리고 너무 이상한 곳은, 말도 안 되는 곳은 제재를 거는 정도로 제한하면 조금 가능하지 않을까 싶어요. 그래서 그런 부분들을 조금 더 강화를 해서 정부에서 인정할 것들을 인정해 주고 이런 부분들에 대해서 서비스를 확대하면서 그렇게 인정받은 기관, 혹은 인정받은 사람이 있는 기관들에만 지원을 해 주는 방향으로 가면 어떨까 싶습니다. 소비자가 인증된 기관을 이용하면 약간의 지원을 해주거나 이런 방식들이

되면 좀 가능하지 않을까.”

(남, 40대, 트레이닝 매니저)

“저도 정부 차원에서, 이렇게 저희 비의료인이지만 영양관리사같이 자격을 분야마다 권한을 주는 게 필요하다고 생각해요. 그 자격이 있는 사람은 비의료인이지만 일반인이 믿을 수 있도록 신뢰를 주는 거죠. 그런 지원을 더 해주면 좋을 것 같습니다.”

(남, 20대, 건강운동관리사)

“저는 이 비의료인들이 전문성을 인정받기 위해선 자격 관리 제도가 필요하다고 생각이 들고요. 어느 정도의 퀄리티를 관리할 수 있는 자격증이 비의료건강관리서비스가 더 나아가기 위해서는 필요하지 않을까 생각합니다.”

(여, 30대, 코칭팀장)

“그런데 저희같이 트레이너들을 나라에서 검증하기 위한 수단이 많이 있는데도, 아직까지 면허처럼 정해져 있는 게 없어요. 그런 게 있으면 공공운동센터를 만들어서 검증된 인력을 뽑아도 되고, 배우 처도 인증된 기관에서만 쓸 수 있게 하면 일반인들이 신뢰할 수 있고 많은 비용을 내더라도 믿고 갈 수 있을 거예요. 검증된 하나의 자격을 만들어서 나라에서 부여해줘서 저희도 그걸로 인해서 안정적으로 수입을 얻을 수 있게 되면 좋을 것 같습니다.”

(남, 20대, 건강운동관리사)

비의료인의 고용 형태, 임금 등을 보장하여야 하며 일할 수 있는 자리와 환경을 많이 만들어야 한다고 설명했다.

“운동처방사나 보건소나 국민체력증진공단을 보면 채용 하시는 걸 보면 계약직이더라고요. 서비스 계획도 1년하고 나가시는 경우가 많고요. 급여도 낮고. 그런 것도 조금 해 줘야 사람들이 그 일에 자부심을 갖고 일하지 않을까요.”

(남, 30대, 운동지도사)

“일단은 이쪽 트레이너 업계가 이직률이 높아요. 그건 이쪽 종사자들의 생활이 안정적이지 않다는 거고, 그래서 좋은 센터, 급여가 높고 밀리지 않는 곳으로 이직하게 되고, 그래서 나라에서 어느 정도 4대 보험을 기본적으로 의무 가입하게 한다든가 어느 정도의 최저 임금 정도를 기본급으로 보장한다든가. 그런데 저희는 8-90만원대의 기본급에 수업에 따른 수업료와 매출 커미션으로 하는 식이거든요. 센터마다 다르긴 한데, 보통은 월수입을 퍼센티지로 나누어서 급여를 받는데, 코

로나 같은 위기가 닥치면 월급이 반으로 줄어들거든요. 그래서 생활을 보장해주고 트레이너들이 오래 일할 수 있는 환경을 만들어주는 게 나라에서 해야 될 일이 아닌가 생각합니다.”

(남, 40대, 운동지도사)

“인력이 제일 부족하죠. 그리고 그 인력이 일 할 수 있는 공간 자체도 적을뿐더러 운동이나 영양적인 부분에서 저희는 상담도 해야 하고요. 또 업무 종사자들에게 현장 교육이 필요하다고 생각하거든요. 책에서 알아야 되는 지식도 있고, 또 현장에서 적용할 수 있도록 코칭 받아야 하는 부분도 다 있어야 된다고 생각하는 데 그렇게 할 수 있는 공간 자체도 많이 부족한 편입니다”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

“건강운동관리사라는 자격증이 있긴 한데, 5년밖에 됐어요. 운동처방사인데 만성질환이 있는 사람들을 대상으로 운동을 처방할 수 있게끔 그런 쪽으로 공부를 되게 많이 하고 그것에 대한 자격증을 습득하는데 연수시간만 100시간 인가 200시간인가 그래요. 그 사람들이 건강운동관리사 자격증을 뒀는데 써 먹을 곳이 없어요. 아까 말씀하신 것처럼 1년 계약직, 그리고 갑자기 계약이 끝나 버리고. 그런데 시험은 엄청 난이도를 올려놔서 합격률이 6%, 8%인데 힘들게 붙었는데 국가를 위한 자격증인데 거기에서 시험은 그렇고 해 놓고 자격도 비의료건강관리서비스를 제공하는 사람들인데 그 사람들을 위한 자리가 현재 없어요. 그것도 처우를 개선해야 될 사항인 것 같아요.”

(남, 20대, 운동지도사)

“공공부분에 대해서 처우개선이라든지 국가에서 그 부분을 교육을 통한 활성화를 시켜서 사후에 그분들이 근무할 수 있는 환경이라든지 그런 부분들이 미약한 것 같아요. 자격증만 찍어낼 게 아니고 그 전에 일자리 창출을 하고 공공 부분에서 조금 더 연구개발을 해서 확대되는 게 좋을 것 같다고 생각합니다.” (남, 50대, 건강검진센터 팀장)

제4절 비의료건강관리서비스의 운영 방식

1. 비의료건강관리서비스의 제공 방식

비의료건강관리서비스 제공 방식으로 B2B와 B2C가 비슷하게 증가할 것으로 예측했다. B2B는 보험사가 자체적으로 건강관리 앱 등을 활용하

여 관리하지만, 이용자가 직접 사용하고 판단하여 개인맞춤형이 가능한 B2C가 좀 더 커질 수 있다고 전망하였다.

“저희도 B2C랑 B2B를 모두 하고 있는데, 보통 B2B는 보험사들이 관심이 있는 분야라고 생각을 해요. 왜냐하면 보험사 입장에서는 보험을 가입한 사람들이 건강해야지만 보험비를 주장할 수 있잖아요. 그러기 위해서는 자체적으로 보험을 가입한 대상자들에게 본인들의 건강관리 앱을 준다거나 해서 꾸준히 건강관리를 할 수 있도록 하는 데에 관심이 굉장히 많다고 생각이 들고요. 그런 부분에 있어서는 B2B도 B2C만큼 증가하고 있다는 생각이 들었어요.”

(여, 30대, 코칭팀장)

“저는 아까 말씀드렸던 개인 맞춤형 쪽이 좀 더 활성화가 되었을 때 파급력이 훨씬 크다고 보고요, B2B수요보다는 아직 B2C수요가 큰 상황이고. 저는 개인 맞춤형이 될 때 유튜브와 같이 파급력 있는 서비스가 될 거라고 생각을 합니다.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“거의 저는 비슷하게 증가하지 않을까 싶고, B2B랑 B2C의 체제는 계속 되기는 하겠지만 거의 다 플랫폼 쪽으로 가려고 하고 있기 때문에 플랫폼으로 가다 보면은 B2B와 B2C를 거의 동시에 진행하기 때문에 이거는 점점 희석되지 않을까. 다만 이제 제공하는 서비스나 기업이나 업체의 특성에 따라서 어디에 중점을 두는지에 따라서 조금 다를 것 같기는 하고요. 하지만 우리가 체감하기로는 일반적인 소비자들이 어쨌든 이런 부분을 사용하고 경험을 해야 하기 때문에 B2C가 조금 더 크게 보일 것 같기는 한데, 산업의 성장은 둘 다 비슷하지 않을까”

(남, 40대, 트레이닝 매니저)

“지금 이미 대면으로는 건강검진 후에 영양사가 있는 보건소에서 상담을 받거나 이런 것들을 이미 하고 있다고 알고 있지만 그게 일회성의 상담이거나 6개월마다 체크를 한다거나 이런 식으로 상담이 진행되는 걸로 알고 있는데 진짜로 건강관리를 하기 위해서는 그것보다 더 자주, 많이 만나야 한다고 생각을 하고 그 사이사이 데이터를 꾸준히 관리하는 게 필요한데 그러려면 비대면이 가장 유리하지 않을까 싶어요.”

(여, 30대, 코칭팀장)

2. 정책 차원으로 확대 시 중점 고려 사항

비의료건강관리서비스의 확대를 위해 국가의 정책 개선도 필요하지만, 이미 다양한 경험과 데이터를 구축한 민간 기업과 연계, 협업을 통해 서비스를 진행하는 것이 더 효과적일 수 있다는 의견이 있었다.

“기업이랑 연계해서 하는 게 좀 더 빠르고 빨리 진행되지 않을까요? 자본이 있으니까. 그리고 기업에 있는 사람들, 일정한 사람들에 국한해서 그 사람들이 빨리 인풋을 하고 아웃풋을 받을 수 있으니까 진행이 거기가 빠를 것 같아서.”

(여, 30대, 운동지도사)

“저는 이미 많은 경험을 가지고 있는 기업들과 손을 잡는 게 나라 입장에서는 가장 편하지 않을까 생각이 들고요. 저도 코치들을 채용을 하고 교육을 하고 지금까지 팀을 운영을 하면서 어려운 것들은 생각보다 코칭 서비스를 제공하는 코치들을 교육 시키고 양성하는 게 쉽지 않다 이고요. 이런 경력이나 노하우를 가지고 있는 회사와 정부가 협업을 하는 게 가장 효율적인 방법이지 않을까 생각합니다.”

(여, 30대, 코칭팀장)

“아이디어가 떠오른 건 뭐냐면 정부에서 어떤 공공의 기관, 단체를 설립해서 운영하는 게 아니라 말씀하셨던 대로 기업의 컨소시엄이나 아니면 병원과 같이 신뢰성을 검증할 수 있는 그런 산하기관 연동된, 협동된 하나의 컨소시엄 자체를 저희가 지금 과제 선정을 하듯이 그런 식으로 계획서를 작성을 통해서 선정을 하고, 이런 공공기관을 세워서 운영하는 것처럼 연구 개발 및 신뢰성 검증까지 뿐 아니라 사후관리 까지도 계속해서 기관 자체로 컨소시엄을 운영할 수 있는 그런 정책이 나오면 정책 및 지원 사업 등이 나오면 기업도 기업대로 운영할 수 있고, 시너지가 날 수 있고 그리고 정부는 정부대로 효율성을 가질 수 있고 하는 그런 시스템이 될 것 같습니다.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“정부에서 진행을 하게 되면 퀄리티 컨트롤이 안 돼요. 처음에 흔히 말하는 우수한 인재를 데려다가 되게 평범한 사람들을 만들어 놓는다는 거죠. 그래서 정부가 직접 이 서비스에 투입이 되게 되면 이거는 그냥 퀄리티가 안 나오는 일들이 될 것 같고 그러면서 관련 종사자의 대우들도 기본은 보장되지만 높은 대우들을 받을 수 없기 때문에 종사자들의 의욕들도 많이 떨어질 거고 또 잘못하게 되면 지금 민간에서 잘 돌아가고 있는 부분들을 시장을 파괴하기 때문에 그런 부분에서 공공이

같이 참여는 하지만 뭐 예를 들어서 공공기관에서 운동시설이든 뭐 관리사들이든 이런 것들을 하는 것이 아니라 민간과 협업을 해서 바우처든 기업과의 협력을 통해서 하는 것이 좋을 것 같고.”

(남, 40대, 트레이닝 매니저)

“국가에서 개개인으로 다 뭔가를 하는 것 보다는 차라리 회사를 거쳐서. 회사에서 주 40시간 근무를 하잖아요. 그러면 그 중에 1시간만이라도 회사 자체에서 건강 관련된 정보를 주는, 그게 국가에서 권장하는 거예요 회사에서 이런 식으로 해라. 그런 식으로 하면 근무시간에 어찌면 근무보다 더 나은 뭔가를 하는 거잖아요. 건강에 대한 정보나 만성질환이나 이런 것에 대해서. 자신의 건강을 스스로 좀 더 돌아보는 시간도 가지게 될 것 같고, 그게 안 되는 자영업자는 개인으로 뭔가 제공해 줘야겠지만. 아니면 그 전에 통합적으로 회사 쪽으로 컨택을 해서 회사 자체 내에서 건강 관련된 서비스를 제공할 수 있게끔 하면 좋을 것 같습니다.”

(남, 20대, 운동지도사)

“제가 회사로 출강하는 경우에 매주 수요일에 회사에서 제공하는 거예요. 회사에서 점심 먹고 1시 반부터 2시 반까지는 필수적으로 스트레칭이나 운동할 수 있게끔 시간을 아예 줘요. 대신 필수적으로 들을 수 있게. 어떻게 보면 그 사람들은 업무의 연장이지만 그 운동을 하기 위해서 참여해야 하니까 강제적으로 하는 거지요. 그런 식으로 운동을 하게 되기도 하고.”

(남, 20대, 운동지도사)

제5절 비의료건강관리서비스에서의 ICT 활용과 전망

1. 비의료건강관리서비스의 의사소통 방식

비의료건강관리서비스의 제공방식이 대면, 비대면, 자동화 등으로 다양해져서 이용자들의 선택의 폭도 넓어질 것으로 보았다. 최근에는 직접적인 대면 방식을 부담스러워하는 이용자들이 생기는 추세이기 때문에 비대면, 자동화에 대한 선호가 증가했다고 한다. 한편 비대면·자동화의 경우 이용자가 원하는 시간에 이용할 수 있는 장점이 있다고 하였다.

“대면과 비대면이 같이 가는 것 같아요. 혼자서 해결할 수 있는 것들은 혼자서 하고 안되면 찾아와서 같이 운동하고. 혼자서 할 수 있는 운동들도 있고 어떤 분야든 그 분야에서도 할 수 없는 것들도 있고 할 수 있는 것들이 있잖아요. 선택의 폭이 넓어진 건 맞는 것 같아요.”

(여, 30대, 운동지도사)

“저희가 사업 초반에는 전화코칭도 했었는데 지금은 다 비대면, 온라인 코칭으로만 제공을 하고 있고 큰 이슈는 없어요. 특히나 요즘에는 전화 코칭이나 대면을 부담스러워하시는 분들도 없지 않아 있고요. 특히나 시간과 공간의 제약이 있을 수 있기 때문에 오프라인으로 운동이나 평가를 받으러 가는 거에 대해서는. 그래서 오히려 온라인 채팅을 본인이 편한 시간을 사용할 수 있기 때문에 오히려 사용을 편해 하시는 회원 분들도 많이 계시는 것 같아요.”

(여, 30대, 코칭팀장)

“웨어러블 기기 이런 것 말고 핸드폰 같은 경우에는 다들 갖고 있는 거잖아요. 남녀노소 할 것 없이. 이걸로 본인 건강을 걸음수 같은 기본적인 걸 측정하시는 분들이 어르신들도 꽤 많더라고요. 그래서 이런 것들은 기본 건강권이라고 생각을 한다면 그런 부분에서 나머지 생각하시는 부분들도 잘 활용을 하시면 좋을 것 같다는 생각을 합니다.”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

향후에는 ICT 사용 빈도가 더 증가할 것으로 예상하였다. ICT는 이미 보편화되고 있는데 데이터가 누적된다면 성장가능성이 높다는 것이다. 이럴 경우, 데이터를 얼마나 개인맞춤형으로 분석하고 관리하느냐가 핵심 관건이라고 보았다.

“도움이 되고 있고, 점점 더 많이 사용할 것 같아요. 왜냐하면 그런 데이터베이스를 계속 저장하고 관리가 되잖아요. 어떻게 보면 혈압이나 당뇨가 있으신 분들은 위치나 이런 것들을 사용해서 계속 관리할 수 있는 부분이고 그것에 맞게끔 자기가 위험 수치나 관리할 위치가 오면 저희 같은 서비스를 이용할 수도 있고 피할 수 없고 계속 더 사용할 것 같아요.”

(여, 30대, 운동지도사)

“그리고 AI기술이 중요할 것 같아요. 아까 말씀드린 비정형 데이터들을 개인의 특성에 맞게, 논문도 엄청난 데이터나 나오는 걸로 제가 알고 있거든요. 개인 정보나 개인이 운동하는 횟수나 이런 것들을, 제가 알 수 없는 많은 정보들이 개인화, 특성화 되어 있을 텐데 그런 사람들은, 이런 패턴을

가진 사람들은 이렇게, 이런 서비스를 제공해 주는 게 맞다라는 이 내부적인 시알고리즘이 잘 갖춰진 게 아마 회사의 자산이 될 거라고 보고 있고요. 모든 비대면 서비스가 그런 방향으로 흘러가서 사용자에게 만족감을 얼마나 주느냐, 어떤 서비스가 되느냐가 아마 향후 비의료건강관리서비스, 온라인 시스템에서는 아마 그게 관건이 될 것 같아요.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“전반적으로 ICT 같은 경우는 찬성하는데 많은 분들이 접근해서 생활 습관이나 인식을 바꿀 수 있어서 좋지만 이런 것에 대해서 확실한 운동이나 그런 게 정부에서 어플을 만들어서 제공하는 게 획일화됐으면 좋겠어요.”

(남, 50대, 건강검진센터 팀장)

2. 현재 ICT 기반 서비스에 대한 평가 및 전망

ICT 기반 서비스가 보편화되고 있지만 아직은 스마트 기기를 잘 다룰 수 있는 일부 연령층에 한정되어 있는 것으로 보였다. 그리고 걸음 수처럼 자동으로 측정되는 부분들도 있지만 그렇지 않은 경우 이용자가 활용할 수 많이 하지 않을 가능성이 있다고 하였다. 그래서 전 연령층이 활용할 수 있고 좀 더 자동화 시스템이 가능한 시스템 개발이 필요하다고 설명했다.

“노인이나 어린이들이 접하기에는 힘든 부분들이 있고, 젊은 층으로 조금 더 많이 활용하고 있지 않나 라는 생각이 듭니다.”

(여, 30대, 보건소 운동지도사)

“연령대로 보서는 아마 특정층이지 않을까. 개발이 되고 더 활성화가 된다고 하더라도 아이들이라든지 고연령층이라든지 그런 부분까지 보기에는 조금 활성화 부분은 미흡하지 않을까. 정부 정책을 세운다 하더라도.”

(남, 50대, 건강검진센터 팀장)

“2년 전인가? 호텔 주관해서 SHP라고 웨어러블 기기 중에 스마트 시계 착용하고 하루 종일 돌아다니는 게 있었어요. 그런데 이걸 착용하면 뭔가 몸의 활동성을 인지해 주는 데 뭘 먹었는지를 다 일일이 기록을 해야 하는데 솔직히 한국 사람들은 귀찮으면 안 하거든요. 그런데 만보기 같은 경

우는 알아서 카운트를 해 주잖아요. GPS 기반 해서. 그런데 그 외적인 부분에 대해서는 귀찮아서 사람들이 안 할 것 같기도 해요.”

(남, 30대, 운동지도사)

ICT 기반 서비스의 미래를 긍정적으로 전망했다. 더욱 활성화하기 위해서는 이미 데이터를 갖고 있는 정부나 의료기관, 기업이 서로 일부 데이터를 공유하고 활용할 수 있는 시스템 구축이 필요하다고 하였다. 또한 데이터를 활용한 객관적 사실 전달을 넘어 동기부여와 같은 이용자의 인지를 할 수 있도록 성장이 필요하다고 설명했다.

“우리나라가 최근 들어서 나오는 이런 기술적인 부분들에 대해서 우수하기 때문에 이런 기술적인 것들을 잘 활용을 해서 모니터링하는 부분들도 되게 중요할 것 같아요.”

(남, 40대, 트레이닝 매니저)

“그 IoT쪽에서는 당연히 미래에 대한 전망을 밝고 그런 부분에 대해서는 당연히 알고 계속 거고, 이런 데이터들이 지금 그게 가능할지는 모르겠지만 조금 더 많이 세어가 되고 반대로 정부나 의료기관에서도 이런 데이터들을 참고를 할 수 있게 서로 좀 규제를 풀어 주는 게 좋을 것 같아요. 어느 정도 할 수 있는 부분들을 조금 더 세어를 더 하면 훨씬 더 활용이 되고 또 이쪽으로 전망이나 미래도 더 바뀌지 않을까 하는 그런.”

(남, 40대, 트레이닝 매니저)

“정부에서 약간의 데이터에 대한 리워드나 규정을 잘 만들어서 각 웨어러블 기업에서, 중소기업이든 어느 정도 이상의 데이터를 보유하고 있으면 그거에 대한 리워드 시스템을 만들어 준다면, 충분히 공유하고 개인식별정보만 삭제된 상태로 아까 말씀하신 인구통계 같은 부분들을 충분히 제공할 수 있게끔 하는 그런 시스템을 만들어주면 기업입장에서도 그냥 데이터를 썩혀두고 저희 것만 쓰는 게 아니라 좀 더 공유할 때 쉬운...”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“그래서 비의료건강관리서비스라도 그런 인지. 그리고 사람이 이 질병에 대해서 어떻게 인지하고 있는지 인식을 바꿔주고 그리고 행동할 수 있게끔 아까 말씀하셨던 동기 부여하는 그런 파트들을 이 앱에, 모바일어플리케이션 서비스에서 어떻게 녹여내느냐 그게 핵심 포인트인 것 같습니다.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“인증기관이라는 게 정확히 성립이 된다면, 비대면 서비스도 가능하다고 말씀 주셨잖아요? 그런 것처럼 워 식약처가 아니더라도 비의료건강관리서비스니까 높이라는 기업 자체에 인증이 되어 있고 웰트라는 기업 자체에 인증이 되어 있다면 활성화 되는 것만으로도 사람들의 인식은 개선이 될 것 같거든요. 그 가운데서 마케팅. 정부에서 이 효과성에 대한 마케팅을 어떻게 잘 하느냐가 국민들의 인식을 제일 많이 변화시킬 수 있을 것 같습니다.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

“핸드폰에서 지금 이 앱도 제 걸음수를 측정하고 있고, 아이폰도 측정하고 있고 그리고 뭐 제가 차고 있는 웨어러블 디바이스가 저를 측정하고 있잖아요. 근데 과연 이 다른 디바이스들이 어떤 게 정확하다고 말할 수 있겠느냐라는 그 기준이 지금 아무것도 세워지지 않고 있거든요. 이런 건강 기기를 통해서 획득할 수 있는 건강 정보에 대한 정확도를 설정하는 그런 표준 같은 검증 같은 표준이 없어요. 그런 부분들이 명확하게 하나 둘씩 건강 지표들이 설정이 되면 신뢰성이 검증된 디바이스와 알고리즘이 탑재한 거라고 인정을 받을 수 있는 전체적인 표준이 나왔으면 좋겠습니다.”

(남, 30대, ICT 연구개발)

제6절 소결

이 장에서는 비의료건강관리서비스의 질적 면담을 통해 공급자가 생각하는 시장의 성과와 전망 및 건강권 보장차원에서의 인식과 정책적 필요성을 알아보았다. 공공부문에서 활동하는 인력과 민간부문에서 활동하는 인력을 고르게 면담했다.

개인의 건강생활실천을 유도하거나 지원하는 방식의 서비스를 중심으로 제공한다는 측면에서 운동지도, 체중조절, 식이조절 등의 분야에서 사업의 발전이 되고 있는 것을 알 수 있었다.

한편 금연, 절주, 스트레스관리 등의 분야는 수요자 측면에서 요구도가 아직 많지 않기 때문에 크게 활성화되지 못했다는 지적이 있었다. 상대적으로 이 분야는 민간시장에서 소외되는 경향이 있기 때문에 공공부문에서 더 지원해야 할 필요가 있고, 정책전략이 더 개발되어야 한다는 점도 확인할 수 있었다.

서비스의 공급측면에서도 비용이 심리적 장벽으로 작용하여 이슈가 된다는 것을 확인할 수 있었다. 개인적인 PT 같은 서비스는 비용이 높아서 이용자에게 부담이 된다는 점 때문에 상대적으로 저렴한 비대면 온라인 서비스를 선호할 수 있다는 견해도 있었다.

비의료건강관리서비스의 효과성을 담보하기 위해서 근거 있는 프로그램이 필요하고, 이용자의 신뢰를 얻을 수 있는 방안을 마련해야 한다. 서비스를 이용하는 사람은 많은 정보를 가지고 찾아오기 때문에 그만큼 기대하는 수준이 다를 수 있고 불만이 제기될 가능성도 높아져서 상대적으로 피해를 보았다고 생각할 수도 있다. 아직은 이러한 서비스분야가 도입되는 초기에 있기 때문에 공급인력에 대한 전문성과 이용자의 기대수준이 부합하지 않을 수도 있다. 따라서 공급측면에서 근거를 가지고 서비스 제공 영역이 더 구체화되고 평가되어야 할 필요가 있다.

국민의 건강권 보장의 차원에서 비의료건강관리서비스의 도입이 적절하다는 의견이 많았다. 고위험군에 대한 서비스제공의 필요성이 더 부각되어야 한다는 의견도 있었다. 그만큼 정부차원에서 서비스를 지원해주는 타당성이 있다고 보았다. 바우처 제도를 통한 제공방식도 건강권보장의 차원에서 적절한 것으로 보았다.

공급자들은 비의료건강관리서비스가 집단을 대상으로 하기보다 개인의 특성을 고려한 맞춤형 서비스를 제공하는 것이 더 부합한다고 인식하고 있었지만, B2B와 B2C는 비슷하게 증가할 것으로 전망했다. 또한 개인의 건강생활실천을 통하여 건강유지와 증진뿐만 아니라 위험요인관리의 차원도 수용하는 분야이기 때문에 의료서비스와의 연계도 중요한 이슈라는 것을 확인할 수 있었다. 건강검진의 결과 사후관리가 필수적이라는 차원에서 연계는 서비스의 활성화에 도움을 줄 것으로 전망된다. 검진결과에 따른 의료인의 권고에 따라 건강생활 교정을 위한 비의료건강관리서비스 연계가 된다면 더 활성화 될 수 있을 것이다.



제10장

결론 및 정책제언

- 제1절 비의료건강관리서비스 시장의 전망
- 제2절 피해 최소화를 위한 과제와 대응방안
- 제3절 디지털 기술을 통한 서비스의 과제와 대응방안
- 제4절 건강권 보호와 증진을 위한 과제

제 10 장 결론 및 정책제언

제1절 비의료건강관리서비스 시장의 전망

정부는 2008년부터 건강관리서비스에 대한 정책을 추진해 왔는데, 이를 통해 건강에 대한 인식을 개선하고 건강생활을 실천하도록 유도하고자 하였다. 이러한 건강정책의 추진배경에는 민간부문의 시장 활성화에도 목적이 있었다. 앞으로도 디지털 기술의 발달과 더불어 건강생활지원의 방식은 더욱 다양해질 전망이다.

인구집단 및 개인의 건강생활실천의 필요성은 의료기술발달과 생활양식의 변화로 기대수명이 연장됨에 따라 만성질환의 위험요인을 관리해야 하는 데서 비롯되었고, 이러한 현대적인 건강정책의 변화 필요성은 사실 1995년의 국민건강증진법에 이미 반영되어 있었다. 이러한 영역이 국민의 건강권 보호의 차원에서 공공부문의 역할에 더 비중이 크지만 지역사회의 다양한 시민요구를 충족하기 위해서는 민간부문의 적극적인 참여가 필요하다.

인구집단 및 개인의 건강생활실천을 유도하고 지원하기 위한 정부차원의 정책은 2000년부터 국민건강증진종합계획에 반영되어 왔다. 생애주기별로 건강한 생활의 실천이 건강수명을 연장하는 데 필수적이라는 것을 알 수 있게 해주었다.

이 연구에서 공급자와 수요자에 대한 일차자료의 분석을 통해 볼 때 개인에게 직접 맞춤형 서비스를 주는 것으로 발전할 전망이다. 1가지 이상의 건강위험요인을 보유한 건강관리군의 규모가 전체 인구집단에서 차지

하는 비중은 매우 크지만, 비의료건강관리서비스가 건강위험요인을 다수 보유하고 있는 건강관리군의 건강수준 향상을 촉진할 수 있다면 건강 문제로 인한 사회경제적 부담 경감에도 크게 기여할 수 있을 것으로 전망된다.

개인대상의 건강관리서비스는 디지털 디바이스의 개발로 건강생활을 지원하는 데 활용성이 커질 것으로 보인다. 디지털 프로그램이나 디바이스는 개인의 라이프스타일 전반을 모니터링하는 방식으로 그 영역이 확대되고 있다. 한편 개인의 건강생활을 모니터링하고 행동변화를 지원하는 서비스 시장 규모는 의료체계의 디지털 기술발달보다 작기 때문에 초기 투자 단계에서 정부의 협조가 더 필요하다(이상영, 이수형, 오영인, 2011).

보건복지부의 비의료건강관리서비스 가이드라인은 상담, 교육, 훈련, 실천프로그램 작성 및 제공 등 공급자 중심의 제한된 영역으로 규정하고 있어 수요자 중심의 영역을 조작적 정의로 구체화할 필요가 있다.

첫째, 금연, 절주, 운동, 영양 외에도 개인위생, 안전, 성행동, 스트레스 관리 등 코로나19에 따른 건강생활과 관련된 영역이 포함되어야 한다. 운동과 체중조절 서비스 이외의 금연, 절주, 스트레스관리에 대한 필요성은 공감하지만 실제 이용하는 데에는 사회적 장벽이 있는 것으로 파악되었다. 공공부문에서 사업전략을 다각화해야 할 것으로 사료된다.

둘째, 건강생활 영역을 지원하는 환경적, 인프라, 서비스, 제도의 영역과 개인기술의 역량에 관한 영역(리터러시, self-efficacy)을 구체화할 필요가 있다.

셋째, 국민건강증진법에 의한 보건교육, 질병예방, 영양개선, 신체활동 장려, 건강관리 및 건강생활의 실천 영역을 포함할 필요가 있다.

넷째, 건강생활실천을 포함한 건강관리의 영역을 중심으로 비의료건강

관리서비스의 조작적 정의를 세분화하고 개발할 필요가 있다. 비의료건강관리서비스가이드라인은 보험회사에서 서비스를 제공하는 기반이 될 수 있을 것이다. 서비스에 대한 인증, 인허가에 대해서도 검토할 필요가 있다. 현재 식약처에서 하는 인허가제도를 참고할 수 있다. 또한 불필요한 수요창출을 막기 위해서는 허위, 과장광고에 대한 규제, 자정장치가 필요하다.

제2절 피해 최소화를 위한 과제와 대응방안

1. 비의료건강관리서비스의 효과성 확보를 위한 과제

비의료건강관리서비스의 분야에서 활동하는 제공인력에 대한 가이드라인이 이미 발간된 바 있으나, 국민의 요구에 맞는 건강관리를 해줄 수 있는 전문적 인력은 향후 교육과 훈련을 통해 양성해야 할 것으로 전망된다. 일반인 설문조사의 결과 많이 이용되고 있는 운동과 체중조절분야에는 다양한 분야의 비의료 분야의 인력이 참여하고 있으나 건강관리의 효과를 담보하기 어렵고 실험적인 단계라고 할 수 있다. 따라서 현재의 상황은 개인의 정보력과 자원 활용 능력에 따라 그 효과가 달라질 수 있다고 해석할 수 있다. 보다 객관적으로 그 효과성을 담보할 수 있도록 연구개발이 필요하다고 할 수 있다.

효과성을 확보하기 위하여 공공부문에서 실시하고 있는 건강관리서비스 사업을 통하여 표준화된 모델을 보급하는 방법을 고려할 수 있다. 이를 위해 비의료건강관리서비스를 독립적으로 제공하기보다, 의료서비스와 연계된 모델을 선행하는 것이 바람직하다. 건강검진결과 또는 진단결

과에 기반한 건강관리권고에 따라 비의료건강관리서비스를 이용할 수 있도록 연계모형이 효과를 확보하는 데 긍정적인 역할을 할 것으로 보인다.

2. 개인맞춤형 비의료건강관리서비스의 비용의 지원방안

이 연구의 양적, 질적 조사 결과 개인맞춤형서비스의 높은 비용에 대한 불만이 가장 많았다. 이것은 기대효과와도 연결되는데, 이용자의 기대비용이 낮은 것은 그 효과에 대해서도 많은 기대를 하지 않기 때문이다. 한국소비자원의 보고서에 의하면 뷰티헬스분야에서 가장 불만족한 분야는 품질불량, 교환·환불·배상의 어려움으로 확인된 바 있다(송순영, 2016).

비의료건강관리서비스에 대한 비용지불체계가 개발되어야 할 것으로 보인다. 개인요구도에 따른 맞춤형 서비스가 다양하게 제공되고 있어서 표준화가 필요하다. 이를 위한 연구와 시범사업을 통해 근거를 마련해야 한다.

제3절 디지털 기술을 통한 서비스의 과제와 대응방안

디지털헬스는 e-헬스, m-헬스 등 ICT와 모바일기술을 이용한 보건의료 관련 사업을 총칭하는 용어로 정의된다(WHO, 2019). 세계보건기구에서는 유엔 지속가능발전목표(2015~2030)의 보건(SDGs3)분야 목표 달성을 지원하기 위하여 디지털헬스의 활성화하고, 2023년까지 General Program of Work(GPW 13)의 정책목표를 구체화하였다. 또한 2020-2024 글로벌 전략을 수립하여 공공과 민간 등 다분야 협업을 추구하고 있다.

디지털헬스의 전달사업은 정책입안자(policy makers), 수행자(practitioners), 인구집단(population)의 세 가지 단계로 구성된다. 정책입안자들이 지속가능하고 안전하며 윤리적으로 기술을 사용할 수 있도록 지원해야 한다. 실행자들이 건강관리(healthcare)의 이익을 효과적으로 전달할 수 있도록 디지털 기술을 사용하는 역량을 활성화해야 한다.

인구집단의 웰빙과 건강증진을 위해 디지털헬스의 개입이 사용될 수 있어야 한다. 세계보건기구는 UN Office of Information and Communication Technology, UNAIDS, 전문가 그룹과 함께 젊은이들의 건강증진을 도모하는 디지털헬스 사업을 개발하고, Google과 함께 혁신적인 플랫폼(Google Fit)사업을 운영하는 등 활발하게 추진하고 있다.

건강행동변화를 목적으로 사용되는 대표적인 m-헬스 활용 사례는 신체 활동 증진 경우 스마트폰에 내장되어 있는 가속도 센서(accelerometer) 및 위치 추적 기술(GPS)을 활용하거나, 스마트 워치나 피트니스 트래커(fitness tracker) 등 웨어러블 디바이스(wearable device)를 통해 운동량이나 심박수 등을 측정하여 건강 상태를 기록하고, 사회적 연결망을 형성하는 전략을 활용하여 신체활동 행동변화를 도모하는 것이다(Kuru, 2018). 핸드폰의 앱 기반 신체활동 확인이 효과적이기 위해서는 피드백, 목표 설정, 경쟁, 지인들과의 경과 공유가 유효한 메커니즘인 것으로 나타난 바 있다. 이에 비해 모르는 사람들과의 공유 및 보상은 상대적으로 효과가 적은 것으로 나타난 바 있다(Hosseinpour & Terlutter, 2019).

다수의 연구자들은 m-헬스 사례와 연구에서 행동변화 등의 이론 적용이 부족하다는 한계를 지적하고 있다. 스마트폰 앱이나 웨어러블 디바이스의 설계 단계에서부터 건강증진 프로그램 기획 및 평가의 전 분야에 걸쳐 이론 기반이 약하기 때문이다. 아직 스마트폰 앱 기반 건강증진 프로

그럼의 추진 기간이 짧은 데 따른 결과인 것으로도 해석할 수 있다. 향후 연구에서는 행동변화 이론에 기반한 앱 설계와 사업 기획 및 평가, 연구를 활성화할 필요가 있다(Brickwood, Watson, O'Brien, & Williams, 2019).

제4절 건강권 보호와 증진을 위한 과제

국민의 건강권보호와 증진은 국제적인 과제이며 동시에 국내적인 개선 과제이다. 개인의 건강생활을 유지하고 증진할 수 있도록 국가는 지원하고 보장해줄 책임이 있다는 것을 확인할 수 있었다. 비의료건강관리서비스는 공급인력이나 공급방식에 따라 의료적 현장과는 구별되는 상황과 여건을 가지는 것으로 보인다. 의료적 요구에 의한 서비스 선택과 달리 대상자의 요구도와 수요에 따라 서비스이용량이 달라질 수 있는 것으로 나타났다. 이 연구의 조사에서 비의료건강관리서비스를 긍정적으로 보는 견해가 많았고, 건강권 확대에 기여하는 분야로 생각하는 사람이 대부분이었다.

의료현장에서의 소비자의 권리 보호와 보장에 관한 연구에서는 의료소비자의 권리증진을 위한 방안으로서 건강권, 알권리와 선택권, 자기결정권, 비밀보장 등의 영역에서 정책과제가 도출되었다. 의료서비스에서 소비자의 헬스리터러시, 역량강화와 제도적인 개선의 과제가 도출된 바 있었다. 의료영역에서 소비자의 건강권의 영역은 차별 없이 의료서비스를 이용할 수 있도록 하고 환자의 안전보장정책을 포함하고 있다(윤강재, 최지희, 조병희, 2013).

비의료건강관리서비스 이용자는 의료현장과는 다른 이유에서 서비스

를 이용하게 되고 기대되는 효과를 거두기도 하지만, 피해를 경험하기도 한다. 한국소비자원의 소비자 피해 불만 접수 자료에 따르면 헬스클럽 이용권의 계약과 해지, 환불, 해지위약금 관련 문제가 많은 것으로 파악되었다. 안전사고의 문제와 관련해서는 가정 내 운동기구로 인한 어린이 안전사고가 많았다. 야외운동기구로 인해 안전사고의 발생우려도 큰 것으로 보고된 바 있다(소비자상담센터, 2020).

비의료건강관리서비스의 영역에서 이용자의 건강권은 아직은 개인의 선택의 여지에 의존하는 경향이 있었다. 그러나 국가건강데이터를 분석했을 때 건강유지와 증진을 위해 위험요인관리를 해야 할 인구집단이 증가할 전망이다. 따라서 필요성을 느끼지 못하거나 사회경제적 형편 때문에 이용하지 못하는 대상이라도 건강검진결과 위험요인관리가 필요한 사람에 대해서 서비스를 지원할 수 있도록 건강형평성 차원의 지원정책이 필요하다.

이용자의 건강권을 보호하고 증진해 주기 위해서는 공급측면의 서비스를 지속적으로 관리할 필요가 있다. 서비스 공급의 질적인 측면에서 피해가 발생하지 않도록 피해구제방안을 준비해야 한다. 서비스제공인력에 대한 역량강화 훈련 프로그램의 개발과 보급이 필요하다. 비의료건강관리서비스의 특성상 행동요법이 많이 사용되기 때문에 심리적인 행동변화 이론 측면에 대한 역량강화 교육이 필요하다. 디지털 기술을 활용한 행동변화의 기법도 발전하고 있기 때문에 하이브리드 방법을 활용한 역량강화도 필요하다. 스마트폰 앱을 활용한 행동변화요법에서 많이 활용되는 요소는 피드백 제공과 행동변화목표의 수립인 것으로 분석된 바 있다(Kuru, 2018). 걷기 지도자의 역량에 대한 연구에서는 행동수행을 지원하는 역량이 필요한 것으로 분석된 바 있다(최은진 외, 2019).

국민 개인의 건강관리를 지원하기 위하여 정책적으로 건강검진 결과를

활용하여 건강관리를 받을 수 있도록 다양한 지역사회자원의 접근성을 높일 수 있도록 할 필요가 있다. 건강검진결과는 국민의 건강수준을 모니터링하는 중요한 도구이다. 검진결과를 기초로 하여 일상생활의 건강생활을 모니터링하는 스마트폰 앱이 많이 개발되고 있기 때문에 건강한 생활을 지원하는 인력 개발과 프로그램의 개발이 필요하다.



- 강재현·조영규·정인선·정지혜·오선미(2017). ICT를 활용한 보건소 건강관리사
업의(콘텐츠) 효과성 분석. 인제대학교산학협력단·한국건강증진개발원.
공공보건의료에 관한 법률. 법률 제16727호(2020).
국민건강보험공단(2020). 건강프로그램. <https://www.nhis.or.kr>에서 (2020.
11. 30.) 인출
국민건강보험법(2020). 법률 제17472호.
<https://www.law.go.kr>에서 (2020. 11. 11.) 인출
국민건강보험공단(2020). 건강프로그램: 건강증진센터.
<https://www.nhis.or.kr/nhis/healthin/retrieveHltFurCenUseGuid.do>
에서 (2020. 11. 30.) 인출
국민건강증진법. 법률 제 17472호(2020). <https://www.moleg.go.kr/> 에서
(2020. 11. 30.) 인출
국민체육진흥공단(2020). 체육지도자. <https://www.insports.or.kr> 에서
(2020. 11. 30.) 인출
권영성(2002). 헌법학원론. 법문사.
김민호(2011). 정보사회에서 주민등록제도와 개인식별번호체계의 공법적 쟁점.
공법연구, 40, 357-387.
김영복·김혜경·김화수·나운환(2018). 급수 체계 국가시험 평가의 타당성 연구.
한국보건의료인국가시험원 & 대구대학교.
김영복·이주열·고광욱·박남수·오영아·임은실(2018). 보건교육사 직무부서를
통한 직무영양 특화 및 제도 활성화 방안 마련 연구. 한국건강증진개발원
& 대구대학교.
김학성(2014). 헌법학원론. 피앤씨미디어.
대한영양사협회(2020). 영양사. <https://www.dietitian.or.kr> 에서. (2020.

11. 30. 인출)

- 박남수, 김영복, 고광욱. (2019). 보건교육사 국가자격제도 활성화 방안 연구. 보건복지부·협성대학교.
- 보건복지부(2019a). 비의료건강관리서비스 가이드라인 및 사례집(1차).
- 보건복지부(2019b). 의료행위와 건강관리서비스 구분 기준 마련. 보건복지부 보도자료. <http://www.mohw.go.kr/>에서 (2020. 06. 22.) 인출
- 보건복지부·질병관리본부(2018). 2016 국민건강통계.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2016). 제4차 국민건강증진종합계획.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2019a). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 총괄안내서.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2019b). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 금연
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2019c). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 음주폐해예방.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2019d). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2019e). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체활동.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2019f). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2019g). 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2020a). 전국 지역보건의료기관 및 주민건강센터 지도.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2020b). 2020 보건소 모바일 헬스케어 사업 안내서.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2020c). 2021 건강생활지원센터 사업 안내.
- 보건복지부·일차의료만성질환관리추진단·한국건강증진개발원·국민건강보험·

- 건강보험심사평가원(2019). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내, 2차 개정. 세종: 보건복지부·일차의료만성질환관리추진단
- 보건의료기본법. 법률 제17472호(2020). <https://www.moleg.go.kr/> 에서 (2020. 11. 30.) 인출
- 보건의료기술진흥법. 법률 제11975호(2020). <https://www.moleg.go.kr/> 에서 (2020. 11. 30.) 인출
- 보건의료인력지원법. 법률 제17780호(2020). <https://www.moleg.go.kr/> 에서 (2020. 11. 30.) 인출
- 산업연구원(2017). 4차 산업혁명 시대의 신성장동력, 스마트 헬스케어 산업 2017.
- 산업통상자원부(2015). 스마트 헬스케어산업 활성화 방안.
- 삼정KPMG 경제연구원(2018). 스마트 헬스케어의 현재와 미래.
- 성낙인(2016). 헌법학. 법문사.
- 소비자 상담센터(2020). <https://www.ccn.go.kr/search.ccn?nMenuCode=66> 에서 (2020. 12. 1.) 인출.
- 송순영(2016). 소비자지향적 건강관리서비스 체계구축에 관한 연구. 한국소비자원.
- 신호성·박은자·채수미·이상영·김철환·김광환·홍미영(2009). 의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안. 한국보건사회연구원.
- 안전보건공단(2020). 근로자 건강센터. <http://www.kosha.or.kr/kosha/business/healthcenter.do>에서 (2020. 11. 30.) 인출.
- 윤강재·최지희·조병희(2013). 보건의료서비스분야 소비자 위상과 권리. 한국보건사회연구원.
- 이강숙·조종희·백유진·송연이·도경이·이예지·이영란(2014). 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증의 환자 중심 자기관리 프로그램의 개발 및 효과성 평가. 한국건강증진개발원.
- 이병문·이영호·유기민·박지윤·강운구(2012). 대사증후군 환자들을 위한 온톨로

- 지 기반 맞춤형 건강관리 서비스. 한국컴퓨터정보학회논문지 17(1), 41-52.
- 이상영·이주열·조소영·이수형·오영인·장진영(2012). 건강증진서비스전달체계 확충방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 이선희(2007). 민간 부문의 건강증진서비스 확충과 발전방안 연구. 대한보건연구 2007;33(1):14-2.
- 이상영·이수형·오영인(2011). 친서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스 제도 활성화 방안. 한국보건사회연구원 연구보고서 2011-03.
- 이애경·이상이·강임옥·정백근·한준태·박일수(2007). 건강검진 사후관리 서비스의 건강증진 효과: 건강주의자를 대상으로. 보건교육건강증진학회지, 24(1), 127-138.
- 이원철·김영복·이순영·김형렬·하희승(2014). 건강관리서비스의 현황과 전망. 생명보험협회, 손해보험협회.
- 이윤태, 김시연, 이상구, 박재산, 박수범, 박성숙, 한정희 (2009) 건강서비스 시장활성화 방안 연구, 한국보건산업진흥원.
- 이준일(2005). 헌법학강의. 홍문사.
- 이창희·장병윤(2015). 스마트케어 비만관리에서 자가 측정 빈도 수준의 효과. 한국산학기술학회 논문지, 16(3), 1972-1980.
- 이한주(2014). 개인의료정보보호법 제정의 필요성과 입법방향. 한국의료법학회지, 22(1), 177-208.
- 자격기본법. 법률 제16335호 (2020). <https://www.law.go.kr>에서 (2020. 11. 30.) 인출
- 전기홍(2009). 건강관리서비스와 만성질환 예방서비스. 대한의사협회지, 52(4), 322-325.
- 정영철·이견직·김윤·정영호·이지원(2005). e-health 시범사업을 위한 모델 연구. 산업자원부, 한국전자거래연구원.
- 정재황(2016). 헌법입문. 박영사.
- 정종섭(2014). 헌법학원론. 박영사.

- 질병관리본부(2020). 2020년 고혈압·당뇨병 등록관리사업 표준실무지침.
- 최은진, 김진희, 김영복, 윤난희, 신나라, 윤시몬 (2019) 지방자치단체 건강영향 평가 기술지원사업_역량강화(empowerment)를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 통계청(2020). 체력단련시설 운영업.
https://kssc.kostat.go.kr:8443/ksscNew_web/kssc/main/main.do?gubun=1에서 (2020. 11. 20.) 인출.
- 한국보건산업진흥원(2009). 건강 서비스 시장 활성화 방안.
- 한국보건의료인국가시험원(2020). 보건교육사. <http://www.kuksiwon.or.kr>에서 (2020. 11. 30.) 인출.
- 한국사회복지사협회 자격관리센터(2020). 사회복지사.
<http://lic.welfare.net>에서 (2020. 11. 30.) 인출.
- 한국정보화진흥원(2015). ICT 기반 헬스케어 서비스의 사회적 영향과 대응방향. 한국정보화진흥원.
- 허영(2011). 한국헌법론. 박영사.
- 헌법재판정보(2020). 구 아동청소년의 성보호에 관한 법률 제44조제1항 등 위헌 확인 등. https://search.court.go.kr/thr/pr/thr_pr0101_L1.do에서 (2020. 10. 15.) 인출.
- 홍성방(2015). 헌법학(중). 박영사.
- Academy of Nutrition and Dietetics. (2020). *Licensure statutes and information by state*.
<https://www.eatrightpro.org/advocacy/licensure/licensure-map>에서 (2020. 10. 13.) 인출
- Academy of Nutrition and Dietetics. (n.d.-a). *What is a nutrition and dietetics technician registered*.
<https://www.eatrightpro.org/about-us/what-is-an-rdn-and-dtr/what-is-a-nutrition-and-dietetics-technician-registered>에서 (2020. 10. 13.) 인출

Academy of Nutrition and Dietetics. (n.d.-b). *What is a Registered Dietitian Nutritionist*.

<https://www.eatrightpro.org/about-us/what-is-an-rdn-and-dtr/what-is-a-registered-dietitian-nutritionist>에서 (2020. 10. 13.) 인출

Academy of Nutrition and Dietetics. (n.d.-c). *Licensure and telehealth*.

<https://www.eatrightpro.org/advocacy/licensure/licensure-and-telehealth>에서 (2020. 10. 13.) 인출

Academy of Nutrition and Dietetics. (n.d.-d). *Licensure and professional regulation of dietitians*.

<https://www.eatrightpro.org/advocacy/licensure/professional-regulation-of-dietitians#overview>에서 (2020. 10. 13.) 인출

Addiction Counselor. (n.d.). *California education requirements & certification for substance abuse counselors*.

<https://addiction-counselor.org/how-to-become/california/>에서 (2020. 11. 15.) 인출

American College of Sports Medicine. (n.d.). *ACSM health fitness certifications*.

<https://www.acsm.org/get-stay-certified/get-certified/health-fitness-certifications/gei>에서 (2020. 11. 13.) 인출

Andersen, D., Baird, S., Bates, T., Chapel, D. L., Cline, A. D., Ganesh, S. N., ... & Jones, S. L. (2018) *Academy of nutrition and dietetics: revised 2017 scope of practice for the registered dietitian nutritionist*. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(1), 141-165.

Association for Addiction Professionals. (n.d.-a) *Certification*.

<https://www.naadac.org/certification>에서 (2020. 10. 13.) 인출.

Association for Addiction Professionals. (n.d.-b). *Nicotine Dependence Specialist (NDS)*. <https://www.naadac.org/nds>에서

- (2020. 10. 13.) 인출
- Association for Addiction Professionals. (n.d.-c). *What is an Addiction Professional?*
<https://www.naadac.org/what-is-an-addiction-professional>에서
 (2020.10.13.) 인출
- Association of UK Dietitians. (n.d.). *Dietitian or nutritionist?*
<https://www.bda.uk.com/about-dietetics/what-is-dietitian/dietitian-or-nutritionist.html>에서 (2020. 10. 13.) 인출
- Bartz, A. (2018) *This healthcare company is determined to have the healthiest employees in the world*, J&J Innovation, Retrived from
<https://www.jnj.com/innovation/how-johnson-johnson-is-improving-workplace-wellness-for-healthiest-employees>
- Baylor College of Medicine. (n.d.).
<https://www.bcm.edu/careers/benefits/bcm-bewell>에서 (2020. 11. 16.) 인출.
- Bernard, T. S. (2015) *Giving out private data for discount in insurance*, The New York Times, Retrived from
https://www.nytimes.com/2015/04/08/your-money/giving-out-private-data-for-discount-in-insurance.html?_r=0
- Brickwood, K., Watson, G., O'Brien, J., & Williams, A. D. (2019) *Consumer-based wearable activity trackers increase physical activity participation: Systematic review and meta-analysis*. JMIR mHealth and uHealth, 7(4), e11819.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2019) *Trump Administration Announces Opportunity for States to Participate in Wellness Program Demonstration Project*, CMS, Retrived from
<https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/trump-administration-announces-opportunity-states-participate-wellness-program>

ram-demonstration-project

Chartered Institute for the Management of Sport and Physical Activity.

Professional standards library. (n.d.)

<http://cimspa.blahcms.com/standards-home/professional-standards-library>에서 (2020. 10. 13.) 인출

Dower C. (2007) *Promising scopes of practice models for the health professions.* *The Center for the Health Professions.*

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/2007-12_promising_scope_of_practice_models.pdf에서 (2020. 10. 13.) 인출

Dye, C., Willoughby, D., Aybar-Damali, B., Grady, C., Oran, R., & Knudson, A. (2018) *Improving chronic disease self-management by older home health patients through community health coaching.* *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 660.

EREPS. (n.d.). <https://www.ereps.eu/>에서 (2020. 10. 13.) 인출.

European Commission, Directorate-General of Communications Networks, & Content & Technology. (2016) *Second draft of guidelines: EU guidelines on assessment of the reliability of mobile health applications.* European Union

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20160607_co06_04_en.pdf에서 (2020. 6. 18.) 인출.

European Commission. (2014) *Green Paper on mobile health ("mHealth").*

<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>에서 (2020. 6. 19.) 인출.

European Commission. (2017) *Report of the working Group on mHealth assessment guidelines: February 2016 – March 2017.*

- https://ec.europa.eu/newsroom/document.cfm?doc_id=45251에서 (2020. 6. 18.) 인출.
- European Commission. (2020) *Privacy code of conduct on mobile health apps*.
<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/privacy-code-conduct-mobile-health-apps>에서 (2020. 11. 4.) 인출.
- European Commission. (n.d.).
https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals_en에서 (2020. 10. 4.) 인출.
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (2020) *2020 Guidelines, English Edition*. Brussels, Belgium: European Network for Smoking and Tobacco Prevention
- Health and Social Care Act 2012.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>에서 (2020. 10. 13.) 인출
- Hosseinpour, M., & Terlutter, R. (2019) *Your personal motivator is with you: A systematic review of mobile phone applications aiming at increasing physical activity*. Sports Medicine, 1-23.
- Institute for Apprenticeships & Technical Education. (n.d.-a). *Community activator coach*.
<https://www.instituteforapprenticeships.org/apprenticeship-standards/community-activator-coach-v1-0>에서 (2020. 10. 13.) 인출
- Institute for Apprenticeships & Technical Education. (n.d.-b). *Outdoor activity instructor*.
<https://www.instituteforapprenticeships.org/apprenticeship-standards/outdoor-activity-instructor-v1-0>에서 (2020. 10. 13.) 인출
- International Medical Device Regulators Forum. (2014) "*Software as a Medical Device*": Possible Framework for Risk Categorization

and Corresponding Considerations.

<http://www.imdrf.org/docs/imdrf/final/technical/imdrf-tech-140918-samd-framework-risk-categorization-141013.pdf>

John Hancock Life Insurance Company. (n.d.).

<https://www.johnhancockinsurance.com/vitality-program.html>
에서 (2020. 11. 12.) 인출.

Kuru, H. (2018) Behavior change techniques used in mobile applications targeting physical activity: A systematic review. *Current and emerging mHealth technologies* (pp. 23-35) Springer.

Légifrance. (n.d.). *Code de la sante publique*[프랑스 공중보건코드].
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2017-01-21/에서 (2020. 10. 13.) 인출.

Lindsey, G. (2018). *Taking a closer look at the importance of federally qualified health centers, Healthcare Strategy*, Retrieved from
<http://strategyhealthcare.com/taking-a-closer-look-at-the-importance-of-federally-qualified-health-clinics/>

Linnan, L. A., Cluff, L., Lang, J. E., Penne, M., & Leff, M. S. (2019) *Results of the workplace health in America survey*. *American Journal of Health Promotion*, 33(5), 652-665.

Mattke, S., Liu, H., Caloyeras, J. P., Huang, C. Y., Van Busum, K. R., Khodyakov, D., & Shier, V. (2013) *Workplace wellness programs study: Final report*. Pittsburgh, PA: RAND Corporation.
<https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/EBSA/researchers/analysis/health-and-welfare/workplace-wellness-programs-study-full-text.pdf>에서 (2020. 6. 14.) 인출.

National Commission for Health Education Credentialing. (n.d.-b). *Guide to Health Education Careers*

<https://www.nchec.org/guide-to-health-education-careers>에서

(2020. 11. 28.) 인출.

National Commission for Health Education Credentialing. (n.d.-c).
Responsibilities and Competencies for Health Education Specialists.

<https://www.nchec.org/responsibilities-and-competencies>에서
(2020. 11. 28.) 인출.

National Commission for Health Education Credentialing. (n.d.-d).
Vision and mission. <https://www.nchec.org/vision-and-mission>
에서 (2020. 11. 28.) 인출.

National Commission for Health Education Credentialing. (n.d.-a).
CHES® Exam Eligibility.

<https://www.nchec.org/ches-exam-eligibility>에서 (2020. 11. 28.) 인출

National Commission for Health Education Credentialing. (n.d.-b).
Guide to Health Education Careers

<https://www.nchec.org/guide-to-health-education-careers> 에서
(2020. 11. 28.) 인출

National Commission for Health Education Credentialing. (n.d.-c).
Responsibilities and Competencies for Health Education Specialists.

<https://www.nchec.org/responsibilities-and-competencies>에서
(2020. 11. 28.) 인출

National Commission for Health Education Credentialing. (n.d.-d).
Vision and mission. <https://www.nchec.org/vision-and-mission>
에서 (2020. 11. 28.) 인출

National Health Services. (n.d.). *Entry requirements (public health practitioner).*

[https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/
roles-public-health/public-health-practitioner/entry-requireme](https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/roles-public-health/public-health-practitioner/entry-requireme)

- nts-public-health-practitioner에서 (2020. 10. 13.) 인출.
- OECD, (2017) *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/9789264266438-en>
- Professional Standards Authority. (2016) *Standards for Accredited Registers*.
https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/accredited-registers/standards-for-accredited-registers/standards-for-accredited-registers.pdf?sfvrsn=cc2c7f20_4에서 (2020.10.6.) 인출
- Professional Standards Authority. (n.d.). *Find a regulator*.
<https://www.professionalstandards.org.uk/what-we-do/our-work-with-regulators/find-a-regulator>에서 (2020. 10. 06.) 인출
- Rural Information Hub. (n.d.). *Health coaches for care transition*.
<https://www.ruralhealthinfo.org/project-examples/375>에서 (2020. 11. 13.) 인출
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020) *Occupational Employment Statistics*. <https://www.bls.gov/oes/current/oes211091.htm>에서 (2020. 11. 28.) 인출
- UKPHR. (n.d.-a). *Frequently asked questions*.
<https://ukphr.org/about-us/f-a-q/>에서 (2020. 10. 06.) 인출.
- UKPHR. (n.d.-b). *Public Health Practitioner*.
<https://ukphr.org/practitioner/>에서 (2020. 10. 06.) 인출.
- US Registry of Exercise Professionals. (n.d.).
<http://www.usreps.org/Pages/aboutus.aspx>에서 (2020. 10. 13.) 인출
- Warburton, D. E., Charlesworth, S. A., Foulds, H. J., McKenzie, D. C., Shephard, R. J., & Bredin, S. S. (2013) *Qualified exercise professionals: best practice for work with clinical populations*. *Canadian Family Physician*, 59(7), 759-761.

Whittier Street Health Center. (n.d.).

<http://www.wshc.org/programs/boston-health-equity-program/>
에서 (2020. 11. 13.) 인출.

WHO. (2019) *WHO Guideline : Recommendations on Digital Interventions
for Health System Strengthening.*

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789
241550505-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf)에서 (2020. 11. 10.) 인출.

간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>

