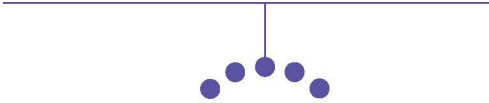


11-135-2000-100018-10

정책-03-2024-022-10

**KHEPi** 한국건강증진개발원

# CONTENTS



## I. 2025년 방문건강관리사업 안내

|           |                                        |           |
|-----------|----------------------------------------|-----------|
| <b>01</b> | <b>사업개요</b>                            | <b>9</b>  |
|           | 1. 사업정의                                | 10        |
|           | 2. 추진경과                                | 12        |
|           | 3. 2025년 단기 및 중장기 정책추진 방향              | 13        |
| <b>02</b> | <b>사업내용</b>                            | <b>15</b> |
|           | 1. 사업목적 및 목표                           | 16        |
|           | 2. 사업대상                                | 17        |
|           | 3. 서비스 제공과정                            | 18        |
|           | 4. 세부사업 내용                             | 19        |
| <b>03</b> | <b>사업성과 관리</b>                         | <b>45</b> |
|           | 1. '25년('24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표 | 46        |
|           | 2. 방문건강관리사업 계획서 및 결과서 제출               | 50        |



## 04 행정사항 53

---

- |                       |    |
|-----------------------|----|
| 1. 인력채용 및 운영          | 54 |
| 2. 예산편성 및 집행기준        | 58 |
| 3. 방문건강관리 인력의 안전조치 지원 | 60 |
| 4. 개인정보보호 안내          | 66 |
| 5. 기타 사항              | 68 |

## 05 관련서식 69

---

- |                       |     |
|-----------------------|-----|
| 1. 서비스 등록 관련 서식       | 71  |
| 2. 서비스 수행 관련 서식       | 75  |
| 3. 생애주기별 건강면접조사표      | 98  |
| 4. 대상별 특성에 따른 건강기초조사표 | 110 |
| 5. 읍면동용 서식            | 122 |

## 06 부록 131

---

# CONTENTS



## Ⅱ. 2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 안내

|           |                                |            |
|-----------|--------------------------------|------------|
| <b>01</b> | <b>사업소개</b>                    | <b>157</b> |
|           | 1. 사업개요                        | 158        |
|           | 2. 비전 및 목적                     | 160        |
| <b>02</b> | <b>사업운영 세부사항</b>               | <b>163</b> |
|           | 1. 대상자 선정기준 및 관리               | 164        |
|           | 2. 사전준비 및 디바이스 관리              | 167        |
|           | 3. 서비스 단계별 세부내용                | 170        |
|           | 4. 미션별 어르신 실천과제 및 비대면 건강컨설팅 주기 | 182        |
| <b>03</b> | <b>사업성과 관리</b>                 | <b>187</b> |
|           | 1. 목표 설정                       | 188        |
|           | 2. 사업 모니터링 및 결과보고              | 188        |
|           | 3. 사업 현황 마감                    | 188        |
|           | 4. 가구주 정보 필수 입력 안내             | 189        |

## 04 행정사항 191

---

- |                |     |
|----------------|-----|
| 1. 인력채용        | 192 |
| 2. 예산편성 및 집행기준 | 193 |

## 05 관련서식 197

---

- |                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| 1. 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서                 | 199 |
| 2. 계정 등록(변경, 삭제) 신청서                     | 203 |
| 3. 사업 담당자 정보보안각서                         | 204 |
| 4. 「모바일 행정업무 서비스」 사용 신청서 및 보안 서약서        | 205 |
| 5. 디바이스 수령 확인서                           | 207 |
| 6. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 등록자 일반현황          | 208 |
| 7. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 건강측정정보측정(사전, 사후)  | 208 |
| 8. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 스크리닝 도구(사전, 사후)   | 209 |
| 9. 미션별 비대면 컨설팅 기록지                       | 214 |
| 10. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 사후 만족도 조사지(대상자용) | 218 |
| 11. 인센티브 수령 확인서                          | 219 |
| 12. 디지털역량 측정도구                           | 220 |

## CONTENTS



## Ⅱ. 2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 안내

06

부록

221

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| 1. 2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여 지자체 현황 | 222 |
| 2. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 스크리닝 수행 매뉴얼     | 223 |
| 3. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 활용 디바이스 상세사양    | 225 |
| 4. 건강생활실천지원금제 시범사업 개요                  | 231 |
| 5. 나의건강기록앱(PHR) 개요                     | 237 |

## CONTENTS

---



### Ⅲ. 2025년 방문건강관리 (AI·IoT기반 어르신 건강관리)사업 안내

#### 01 사업개요 243

---

- 1. 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 개요 244
- 2. 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 사업정의 245

#### 02 사업내용 247

---

- 1. 사업대상 248
- 2. 서비스 제공과정 250
- 3. 디지털 역량평가 결과 입력 256



# I

## 방문건강관리사업 안내





2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A-Net 기반 어르신 건강관리사업)

# 주요 변경내용





## 주요 변경내용

| 구분          | 2024년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2025년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쪽수   |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 사업<br>내용    | <p><b>[건강관리 서비스 방법(전략)]</b><br/> <b>다. ICT 활용 비대면 건강관리</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>건강관리 서비스의 접근성이 떨어지는 방문대상자(어르신)를 중심으로 AI·IoT기기를 활용하여 건강정보 자동수집 및 상시 모니터링 체계 구축, 비대면 건강컨설팅 수행</li> <li>※ 사업 기관에 한하며, 자세한 사항은 [부록1] AI·IoT기반 어르신 건강관리 사업 참조</li> </ul>                                                                              | <p>〈추가〉<br/> <b>[건강관리 서비스 방법(전략)]</b><br/> <b>다. ICT 활용 비대면 건강관리</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>건강관리 서비스의 접근성이 떨어지는 방문대상자(어르신)를 중심으로 AI·IoT기기를 활용하여 건강정보 자동수집 및 상시 모니터링 체계 구축, 비대면 건강컨설팅 수행</li> <li>※ 사업 기관에 한하며, 자세한 사항은 'AI·IoT기반 어르신 건강관리 사업'(p.157) 참조</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | p.32 |
|             | <p><b>[보건소 내·외 연계 서비스]</b><br/> <b>보건소 내 연계서비스</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>진료, 금연클리닉 등 건강증진사업, 의료비 지원사업, 철분제·엽산제 지원 등 보건소 사업 대상 및 건강검진 결과연계 대상, 지역정신보건센터, 치매안심센터 등</li> </ul>                                                                                                                                                       | <p>〈추가〉<br/> <b>[보건소 내·외 연계 서비스]</b><br/> <b>보건소 내 연계서비스</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>진료, 금연클리닉 등 건강증진사업, 의료비 지원사업, 철분제·엽산제 지원 등 보건소 사업 대상 및 건강검진 결과연계 대상, 지역정신보건센터, 치매안심센터, 구강보건실(센터) 등</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | p.34 |
| 사업<br>성과 관리 | <p><b>'25년('24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표 선정 방향</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>평가 연속성 확보를 위해 전년 정책적 변화를 반영하여 개발된 지표 유지</li> <li>- <b>(신규등록 처리실적)</b> 지역사회 건강환경 조성 위한 방문사업 확대 도모</li> <li>▶ 정확한 실적산출 및 방문건강관리서비스 내실화를 위해 '24년도 이전 사망 및 퇴록 등으로 인한 가구원수 미포함</li> <li>- <b>(집중관리 서비스 처리실적)</b> 방문건강관리 서비스의 질적 제고를 통한 건강수준 향상 도모</li> </ul> | <p>〈수정〉<br/> <b>'25년('24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표 선정 방향</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>평가 연속성 확보를 위해 전년 정책적 변화를 반영하여 개발된 지표 유지하되 질적 강화 위해 집중관리 실적 비율 상향(신규 40%, 집중 60%)</li> <li>- <b>(신규등록 처리실적)</b> 지역사회 건강환경 조성 위한 방문사업 확대 도모</li> <li>▶ 코로나19 대응 기간('20~'23년) 동안 보건소의 업무 중단재개가 반복되어, 실적치 변동이 큼에 따라 적절한 추세 산정이 어려워, '25년 평가에 반영된 실적 상승률(7.2%)을 적용</li> <li>- <b>(집중관리 서비스 처리실적)</b> 방문건강관리 서비스의 질적 제고를 통한 건강수준 향상 도모</li> <li>▶ 전체 사업 대상자 중 적극적인 건강관리가 요구되는 대상자들에게 집중관리 서비스가 충분히 제공될 수 있도록, '23년 시도별 전체 사업 대상자 수 대비 평균 집중관리 비율(약 3%) 수준으로 목표치 설정</li> </ul> | p.46 |

| 구분  | 2024년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2025년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 쪽수            |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|---------------|--|---------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|----|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|--|---------------|--|---------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|----|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|
|     | <p>[‘25년(‘24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표]</p> <p>■ 산식</p> <p>= ① 신규등록 처리실적 + ② 집중관리 서비스 처리실적</p> <p>■ 산식 설명</p> <p>① 신규등록 처리실적</p> <p>▶ (산식) ‘24년 노인(65세 이상)가구원의 신규등록 목표치 대비 실적치 달성실적</p> <p>▶ (신규등록의 정의) 노인(65세 이상)이 방문건강관리 서비스 대상으로 신규등록된 인원수 * ‘23년도 이전 사망 및 퇴록 등으로 인한 가구원 수 미포함</p> <p>▶ (신규등록 방법) &lt;중략&gt;</p> <p>▶ (목표치 산출) 최근 3년(‘20.~’22.) 신규등록 평균 실적치에 직전 연도 전국평균 신규등록 실적 상승률* 반영</p> <p>* ‘21년 대비 ‘22년 전국평균 신규등록 실적 상승률: 107%</p>                                                                                              | <p>[‘26년(‘25년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표]</p> <p>■ 산식</p> <p>= ① 신규등록 처리실적(40%) + ② 집중관리 서비스 처리실적(60%)</p> <p>■ 산식 설명</p> <p>① 신규등록 처리실적</p> <p>▶ (산식) ‘25년 노인(65세 이상)가구원의 신규등록 목표치 대비 실적치 달성실적</p> <p>▶ (신규등록의 정의) 노인(65세 이상)이 방문건강관리 서비스 대상으로 신규등록된 인원수 * ‘24년도 이전 사망 등으로 인한 가구원 수 미포함</p> <p>▶ (신규등록 방법) &lt;중략&gt;</p> <p>▶ (목표치 산출) 최근 3년(‘21.~’23.) 신규등록 평균 실적치에 ‘21년 대비 ‘22년 전국평균 신규등록 실적 상승률 7.2% 반영</p> <p>※ <u>코로나19 대응 기간(‘20~23년) 동안 보건소의 업무 중단·재개가 반복되어, 실적치 변동이 큼에 따라 적절한 추세 산정이 어려워, ‘25년 평가에 반영된 실적 상승률(7.2%)을 적용</u></p> | P.46          |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
|     | <p>② 집중관리 서비스 처리실적 &lt;중략&gt;</p> <p>* (집중관리 정상 완료) 8회 대면 또는 6회 대면과 2회 내소 또는 전화상담이 완료된 경우</p> <p>▶ (목표치 산출) 방문 간호사 1인당 12건(가구원)으로 산출</p> <p>* ‘23년 조사한 간호인력을 바탕으로 목표치 동일 적용</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>② 집중관리 서비스 처리실적 &lt;중략&gt;</p> <p>* (집중관리 정상 완료) <sup>1)</sup>8회 방문, 또는 <sup>2)</sup>7회 방문+1회 보건소 내소, <sup>3)</sup>7회 방문+1회 전화상담</p> <p>▶ (목표치 산출) ‘23년 방문건강관리 사업 전체 등록 가구원 수 실적 × 3.0%*</p> <p>* 전체 사업 대상자 중 적극적인 건강관리가 요구되는 대상자들에게 집중관리 서비스가 충분히 제공될 수 있도록, ‘23년 시도별 전체 사업 대상자 수 대비 평균 집중관리 비율(약 3%) 수준으로 목표치 설정</p>                                                                                                                                                                                                                |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
|     | <p>&lt;중략&gt;</p> <p>■ 평가기준일 : 2024. 12. 31.</p> <p>■ 기타사항</p> <p>▶ ‘23. 10. 1~12. 31 동안 퇴록 처리된 가구(가구원)는 ‘24년 재등록 시 신규등록 실적에서 제외</p> <p>■ 시스템구현서식</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>&lt;중략&gt;</p> <p>■ 평가기준일 : 2025. 12. 31.</p> <p>■ 기타사항</p> <p>▶ ‘24. 10. 1~12. 31 동안 퇴록 처리된 가구(가구원)는 ‘25년 재등록 시 신규등록 실적에서 제외</p> <p>■ 시스템구현서식</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
|     | <table><tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">신규등록 처리실적</th><th colspan="2">집중관리 서비스 처리실적</th><th rowspan="2">달성률 (%)</th></tr><tr><th>‘24년 신규등록 실적치</th><th>‘24년 달성률(%)<br/>* 목표값=90</th><th>‘24년 집중관리 실적치</th><th>‘24년 달성률(%)<br/>* 목표값=90</th></tr><tr><td>시도</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>○○시</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>○○군</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>○○구</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | 구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 신규등록 처리실적     |                         | 집중관리 서비스 처리실적 |  | 달성률 (%) | ‘24년 신규등록 실적치 | ‘24년 달성률(%)<br>* 목표값=90 | ‘24년 집중관리 실적치 | ‘24년 달성률(%)<br>* 목표값=90 | 시도 |  |  |  |  |  | ○○시 |  |  |  |  |  | ○○군 |  |  |  |  |  | ○○구 |  |  |  |  |  | <table><tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">신규등록 처리실적</th><th colspan="2">집중관리 서비스 처리실적</th><th rowspan="2">달성률 (%)</th></tr><tr><th>‘25년 신규등록 실적치</th><th>‘25년 달성률(%)<br/>* 목표값=90</th><th>‘25년 집중관리 실적치</th><th>‘25년 달성률(%)<br/>* 목표값=90</th></tr><tr><td>시도</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>○○시</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>○○군</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>○○구</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | 구분 | 신규등록 처리실적 |  | 집중관리 서비스 처리실적 |  | 달성률 (%) | ‘25년 신규등록 실적치 | ‘25년 달성률(%)<br>* 목표값=90 | ‘25년 집중관리 실적치 | ‘25년 달성률(%)<br>* 목표값=90 | 시도 |  |  |  |  |  | ○○시 |  |  |  |  |  | ○○군 |  |  |  |  |  | ○○구 |  |  |  |  |  |  |
| 구분  | 신규등록 처리실적                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 집중관리 서비스 처리실적 |                         | 달성률 (%)       |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
|     | ‘24년 신규등록 실적치                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ‘24년 달성률(%)<br>* 목표값=90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ‘24년 집중관리 실적치 | ‘24년 달성률(%)<br>* 목표값=90 |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| 시도  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| ○○시 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| ○○군 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| ○○구 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| 구분  | 신규등록 처리실적                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 집중관리 서비스 처리실적 |                         | 달성률 (%)       |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
|     | ‘25년 신규등록 실적치                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ‘25년 달성률(%)<br>* 목표값=90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ‘25년 집중관리 실적치 | ‘25년 달성률(%)<br>* 목표값=90 |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| 시도  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| ○○시 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| ○○군 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |
| ○○구 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                         |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |  |               |  |         |               |                         |               |                         |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |



| 구분 | 2024년                     | 2025년                                               | 쪽수    |
|----|---------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
| 부록 | 부록1_AI · IoT기반 어르신 건강관리사업 | 〈삭제〉<br>※ 관련내용 ‘AI·IoT기반 어르신 건강관리 사업’<br>(p.157) 참조 | p.132 |



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A-Net 기반 어르신 건강관리사업)



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리** (A-Net 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 01

## 사업개요

---

1. 사업정의
2. 추진경과
3. 2025년 단기 및 중장기 정책추진 방향



## 01

## 사업개요

## 1 사업정의

## ● 법적근거

## » 지역보건법 제11조제1항제5호사목

## 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무)

① 보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다.

5. **지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공**

라. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진

사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업

## ● 사업정의

» 보건소에 내소하여 건강관리서비스를 받기 어려운 지역주민을 대상으로 직접 가정 등을 방문하여 제공하는 건강관리서비스로서, 지역주민의 자가건강관리 능력향상 및 허약예방 등을 통한 건강수준 향상에 그 목적을 두고 있음

- (서비스 및 콘텐츠) 건강수준의 향상을 위해 잘못된 건강습관을 바로잡고, 건강증진 및 만성질환 예방에 도움을 주는 건강행태의 개선

- (인력) 포괄적 건강관리로서, 의료\* 또는 비의료적 건강관리서비스를 제공할 수 있는 간호사 등 보건·의료인이 제공

\* 보건소의 경우, 지역보건법 제31조에 따른 의료기관 의제 규정 감안

## ● 주요추진현황

| 구분                       | 2019             | 2020             | 2021             | 2022             | 2023             |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>등록관리가구 수<br/>(가구)</b> | <b>1,161,846</b> | <b>1,121,174</b> | <b>1,100,005</b> | <b>1,055,161</b> | <b>978,544</b>   |
| 노인가구(가구)                 | 899,049 (77.4%)  | 878,819 (78.4%)  | 869,273 (79.0%)  | 845,127 (80.1%)  | 803,696 (82.1%)  |
| 비노인가구(가구)                | 262,797 (22.6%)  | 242,355 (21.6%)  | 230,732 (21.0%)  | 210,034 (19.9%)  | 174,848 (17.9%)  |
| <b>등록관리가구원 수<br/>(명)</b> | <b>1,283,091</b> | <b>1,232,235</b> | <b>1,203,851</b> | <b>1,149,564</b> | <b>1,033,695</b> |
| 노인가구원(명)                 | 979,581 (76.3%)  | 954,532 (77.5%)  | 940,871 (78.2%)  | 911,661 (79.3%)  | 839,126 (81.2%)  |
| 비노인가구원(명)                | 303,510 (23.7%)  | 277,703 (22.5%)  | 262,980 (21.8%)  | 237,903 (20.7%)  | 194,569 (18.8%)  |

※ 노인가구: 65세 이상 가구원이 포함되어 있는 가구 / 노인가구원: 65세 이상 가구원

※ 출처: 방문건강관리사업 연간 실적 보고서(2019~2023년)



## 2

## 추진경과

## ● 추진경과

|             |                                                                                                        |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1990        | 일부 지방자치단체에서 보건소를 통하여 방문보건사업을 부분적으로 실시                                                                  |
| 1995. 12    | 지역보건법에 보건소 방문보건사업 법적근거 마련<br>- 제9조(보건소의 업무) 제12호 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업                          |
| 1999 ~ 2000 | 공공근로사업의 일환으로 노인·저소득층 등 의료사각지대에 있는 계층을 대상으로 한시적으로 사업실시                                                  |
| 2001        | 방문보건사업 표준지침 개발·보급, 전국 보건소 정규인력을 통해 방문보건사업 전면 실시                                                        |
| 2003 ~ 2004 | 대도시 방문보건사업 시범 실시                                                                                       |
| 2005        | 지방자치단체 이관                                                                                              |
| 2006. 8     | 보건소 방문보건사업 활성화 방안 수립<br>- 인력충원, 교육강화, 업무메뉴얼 보완 등 추진                                                    |
| 2006. 9     | 「보건복지분야 사회서비스 확충 전략」 보고서 포함                                                                            |
| 2007. 4     | 「맞춤형 방문건강관리사업」 전문인력 2,000명 충원 및 사업 실시                                                                  |
| 2008. 10    | 맞춤형 방문건강관리사업에 재가암환자관리사업, 지역사회중심재활사업 통합운영                                                               |
| 2009. 1     | 방문건강관리서비스 제공인력 2,700명으로 확대                                                                             |
| 2010. 1     | 집중관리 서비스 확대 실시                                                                                         |
| 2011. 1     | 방문건강관리서비스 제공인력 2,750명으로 확대                                                                             |
| 2012. 1     | 북한이탈주민 건강관리사업 전국 확대 실시                                                                                 |
| 2013. 1     | 지역사회 통합건강증진사업으로 운영                                                                                     |
| 2017. 7     | 국정과제 17. 사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충 포함 추진                                                                  |
| 2018. 1     | 지역사회 통합건강증진사업으로부터 별도 예산 분리(사례관리 전달체계 개선)                                                               |
| 2020. 11 ~  | AI·IoT기반 어르신 건강관리 시범사업 실시(24개 보건소)                                                                     |
| 2022        | AI·IoT기반 어르신 건강관리 본사업 전환(86개 보건소)                                                                      |
| 2023        | 방문건강 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리 사업 통합모형 서비스 개발 연구 실시                                                          |
| 2024        | 방문건강 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리 서비스 실증연구 실시(4개 보건소)                                                           |
| 2025        | - 일부 지자체 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 시범 적용('25년 신규참여 지자체, 별도 컨설팅 실시 예정)<br>- '26년 정부합동평가 지표 반영 예정 |
| 2027(예정)    | 전국 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합사업 적용                                                               |

### 3 2025년 단기 및 중장기 정책추진 방향

#### ● 보건·복지 분야 지속적 연계 및 협력 강화

- ▶ 보건·복지 분야 지속적 연계·협력 강화를 통한 대상자 중심의 맞춤형 서비스 제공 노력
  - 공공부문 사례관리 사업단 간 연계·협력, 찾아가는 보건복지서비스 연계·의뢰 등 보건·복지 연계·협력 체계 강화

#### ● 지속 가능한 콘텐츠 정비체계 마련

- ▶ 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 서비스에서 활용 가능한 콘텐츠를 지속 개편·제공하여 보건소에 연속적·안정적 활용체계를 마련
  - 수요자 특성, 전달방식(매체) 등에 따라 활용 가능한 콘텐츠를 지속 제작(→콘텐츠 pool) 및 현행화하여 효율적으로 제공
  - 보건소는 콘텐츠 제공 후 활용 정도 또는 수요자의 이해도 등을 종합적으로 판단하여 콘텐츠의 개발·관리 수요를 창출

#### ● 서비스 품질 향상을 위한 교육체계 개편

- ▶ 향후 서비스 최소 품질을 규정하고, 전담인력별 필요 역량 등을 측정하여 보완해줄 수 있는 교육체계 개편
  - 지역사회 보건분야 전문가가 적극 개입하여, 업무와 밀접하게 연계된 교육 프로그램 및 체계 개발·적용, 서비스 품질 향상에 적극 노력

#### ● 지역사회 건강행태개선 핵심사업으로써의 위상 제고

- ▶ 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 사업은 “지역사회 주민의 건강행태의 개선”이라는 큰 틀 내에서 보건소 내·외의 핵심(Core) 사업으로 발돋움 필요
  - 보건소에서 연계된 대상자의 “건강행태의 개선”이 필요한 경우, 적극 개입하여 문제 해결 노력

#### ● 서비스 품질관리 지표 개발·적용

- ▶ 대상자 등록률 등 양적 지표(단순 산출 실적)에서 일부 벗어나, 서비스 대상자의 실질적·객관적 건강증진 및 관리 수준을 측정하는 질적 지표 개발·적용을 통한 사업 효과성 제고 노력



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리** (A-Net 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 02

## 사업내용

---

1. 사업목적 및 목표
2. 사업대상
3. 서비스 제공과정
4. 세부사업 내용



## 02

## 사업내용

## 1

## 사업목적 및 목표

## ● 목적

» 지역주민의 자가건강관리 능력향상 및 허약예방 등을 통한 건강수준 향상

## ● 목표

» 금연, 절주, 식생활, 신체활동 등 건강행태개선

» 고혈압, 당뇨 등 만성질환 관리율 향상 및 합병증 예방

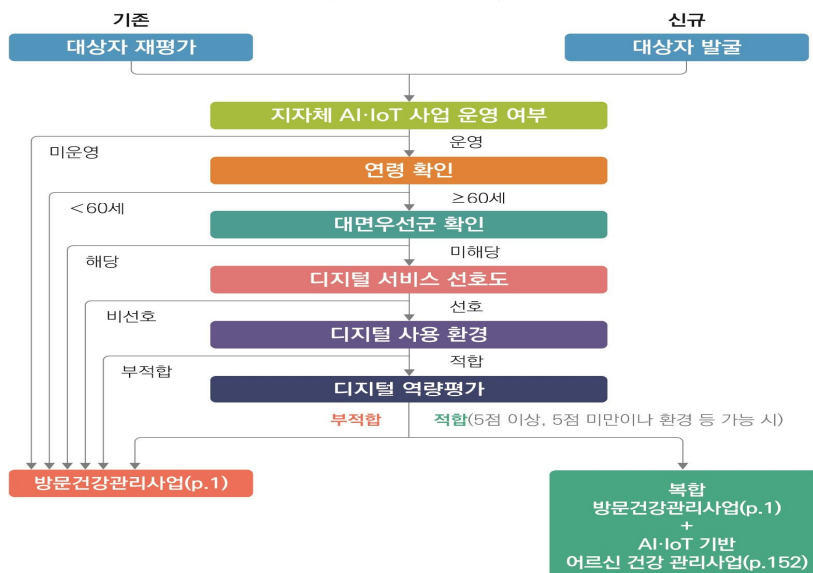
» 노인의 허약(노쇠) 속도 지연

## ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스’ 통합(243p.~)

• 방문건강관리사업 운영 효율화를 위해 비대면 접근 방식을 활용한 ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스’와 사업수행 전담인력, 서비스대상군 등을 통합한 형태의 사업 운영을 시범적\*으로 추진중

※ 2025년 AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 신규참여 지자체 대상

## 〈통합서비스 모색도〉



## 2 사업대상

### ● 건강관리서비스 이용 및 접근이 어려우면서, 건강관리가 필요한 지역사회 주민

#### » 방문건강관리 서비스가 필요한 대상

- 흡연, 잦은 음주, 불규칙적인 식생활, 신체활동 부족 등 건강행태개선이 필요한 자
- 고혈압, 당뇨, 비만 등 만성질환 위험군 또는 질환군
- 노인 중 허약(노쇠) 예방 및 관리가 필요한 자

#### » 우선순위 고려 대상

- (연령 기준) 65세 이상 노인
- (경제적 기준) 기초생활보장수급자, 차상위 계층 등
- (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 북한이탈주민, 중·장년 고독사 위험군 등
- (건강 특성) 관리되지 않는 만성질환자 및 만성질환 위험군, 장애인, 재가암환자 등

#### » 제외기준

- 이미 질병 및 기능상태가 악화된 노인 장기요양등급 판정 등급자(1~5등급)는 제외 (단, 인지 지원 등급자는 포함)
- 다만, 의료·돌봄 통합지원 시범사업 지역에 한해 이용일시를 달리하는 경우 노인 장기요양 등급자에 대해 서비스 제공이 가능함
  - \* 서비스 제공 시 장기요양제도의 방문간호서비스와 동 시간대에 제공되지 않도록 조치하여야 함
  - \* 인지지원 등급자를 포함한 노인 장기요양등급자의 방문건강관리 실적은 지자체 합동평가지표 등 사업수행실적에 포함됨



## 3

## 서비스 제공과정

대상자  
POOL 확보

- 보건소 내·외 자원 연계를 통한 대상자 POOL 확보
  - (내) 진료, 금연클리닉 등 건강증진사업, 의료비지원사업, 철분제·엽산제 지원 등 보건소 사업 대상 및 건강검진 결과연계 대상
  - (외) 지자체 사회복지서비스 관련 부서 및 읍면동 주민센터 등에서 의뢰받은 대상, 방문 현장 등에서 신규 확인된 대상 등
    - ※ 찾아가는 보건복지서비스 수행을 위하여 읍면동에 간호직 공무원이 배치된 지역에서는 읍면동 간호직 공무원이 신규 대상자 등록 및 사전 건강상태 스크리닝 수행, 지속적·정기적 건강관리 서비스가 필요하다고 판단되는 경우 보건소로 대상 이관
  - 세부내용은 본 안내서 39쪽 및 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼 참조
- 전화확인을 통해 대상자와 방문일정 확정

사전 건강상태  
스크리닝 및  
군분류

- 대상자 등록
  - 방문건강관리 대상자로의 등록·관리에 동의한 경우
- 사전 건강상태 스크리닝
  - 방문 전문인력은 신체계측 및 설문조사 등을 통해 대상자의 건강위험 요인 및 건강문제 파악
- 군분류
  - 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 분류

건강관리  
서비스 운영

- 군별 맞춤 건강관리 계획수립 및 서비스 추진
- 보건소 내·외 자원연계를 통한 대상자 중심의 서비스 지원
  - ※ 방문 전문인력의 상황판단과 팀 구성에 따라 건강관리서비스 조정 가능

지속 및 퇴록  
결정

- 대상군별 서비스 추진 후 재평가 실시
- 대상자 재평가 결과에 따라 서비스 군 지속 또는 재배치, 퇴록 등 결정

## 4 세부사업 내용

### ● 방문건강관리사업 업무분류

#### 1. 건강상태 스크리닝, 2. 건강관리 서비스, 3. 보건소 내·외 자원연계

##### 1. 건강상태 스크리닝

###### » 목적 및 역할

- 신체계측 및 건강면접조사 등을 통한 대상자의 건강행태 및 건강위험 요인 파악
- 대상자 맞춤 건강관리서비스를 위한 계획수립 기준마련(대상자 군 분류)
- 대상자별 건강관리서비스 효과성 평가 및 개선사항 도출

###### » 건강상태 스크리닝 구성 및 내용

- 건강상태 스크리닝을 위해 건강면접조사표와 건강기초조사표 활용
  - ▶ 생애주기별 건강면접조사 및 대상 특성별 건강기초조사 수행
    - 예시) 75세 어르신의 경우
      - 마) 성인 및 노인대상 건강면접조사표 + 바) 노인대상 허약조사표 + 사) 우울 검사 활용
- 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 건강상태 스크리닝 결과 및 업무내용 입력필요
  - ▶ 행정안전부 지자체 합동평가지표 실적과 관련하여 지방행정평가정보시스템 연동

### 〈방문건강관리사업 건강상태 스크리닝 도구의 구성〉

| 구 분                       | 항 목                    | 적 용                     |
|---------------------------|------------------------|-------------------------|
| 생애주기별<br>건강면접조사표<br>(5종)  | 가. 임산부 대상 건강면접조사표      | 해당 연령에<br>따른 조사 수행      |
|                           | 나. 영유아 대상 건강면접조사표      |                         |
|                           | 다. 유아 및 어린이 대상 건강면접조사표 |                         |
|                           | 라. 청소년 대상 건강면접조사표      |                         |
|                           | 마. 성인 및 노인 대상 건강면접조사표  |                         |
| 대상 특성별<br>건강기초조사표<br>(6종) | 바. 노인 대상 허약조사표         | 대상별 특성에 따른<br>건강기초조사 수행 |
|                           | 사. 우울 검사               |                         |
|                           | 아. 북한이탈주민 대상 건강기초조사표   |                         |
|                           | 자. 재가암환자 대상 건강기초조사표    |                         |
|                           | 차. 재가장애인 대상 건강기초조사표    |                         |
|                           | 카. 구강관리 기초조사표          |                         |

#### » 생애주기별 건강면접조사표

| 구 분                     | 주요 내용                                                                                                                                                            | 시행시기                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 가. 임산부 대상<br>(서식10)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 임산부 대상</li> <li>▶ 건강행태 및 건강위험요인파악</li> <li>▶ 산부 수유현황</li> <li>▶ 산후 우울측정(산후 6개월 이내)</li> </ul>                           | 등록 시 1회                                   |
| 나. 영유아 대상<br>(서식11)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 생후 18개월 이하 영유아 대상</li> <li>▶ 주 양육자 현황 및 아동발달 현황</li> <li>▶ 건강검진 및 예방접종 현황 등</li> </ul>                                  | 초기 1회 작성 후<br>필요 시                        |
| 다. 유아 및 어린이대상<br>(서식12) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 생후 19개월~11세 이하 유아 및 어린이대상</li> <li>▶ 주 양육자 현황 및 아동발달 현황</li> <li>▶ 건강검진 및 예방접종 현황</li> <li>▶ 건강행태 및 건강위험요인파악</li> </ul> |                                           |
| 라. 청소년 대상<br>(서식13)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 12세~18세 이하 청소년 대상</li> <li>▶ 건강행태 및 건강위험요인파악</li> </ul>                                                                 |                                           |
| 마. 성인 및 노인 대상<br>(서식14) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 19세 이상 성인 및 노인 대상</li> <li>▶ 신장, 체중, 혈압, 혈당 등 측정</li> <li>▶ 건강검진 및 만성질환 현황</li> <li>▶ 건강행태 및 건강위험요인 파악</li> </ul>       | 초기 1회 작성 후<br>필요 시<br>(단, 일부 문항<br>매년 조사) |

### » 대상별 특성에 따른 건강기초조사표

| 구 분                     | 주요 내용                                                                                                                     | 시행시기                                              |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 바. 노인 대상 허약조사<br>(서식15) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 65세 이상 노인대상</li> <li>▶ 노인대상 허약정도 측정(보행평가 실시 등)</li> </ul>                        | 1년                                                |
| 사. 우울검사<br>(서식16)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 19세 이상 성인 및 노인 대상(북한이탈주민 포함)</li> <li>▶ 우울증(PHQ-9) 등 정신건강</li> </ul>             | 노인의 경우 1년마다,<br>일반 성인의 경우<br>초기 1회 작성 후<br>필요시 조사 |
| 아. 북한 이탈주민 대상<br>(서식17) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 건강검진 및 예방접종 현황</li> <li>▶ 감염병 및 여성 건강상태</li> </ul>                               | 초기 1회                                             |
| 자. 재가 암환자 대상<br>(서식18)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 19세 이상 성인이며, 암치료가 종료된 후 5년 미만인 자</li> <li>▶ 암 치료 현황</li> </ul>                   | 초기 1회 작성 후<br>필요 시                                |
| 차. 재가 장애인 대상<br>(서식19)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 7세 이상 장애인 등록가구원</li> <li>▶ 장애급수 기초정보 및 기본사정</li> <li>▶ 변형 바델지수 측정</li> </ul>     |                                                   |
| 카. 구강건강<br>(서식20)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 18개월 이상 구강관리 필요자</li> <li>▶ 치과위생사에 의한 조사필요</li> <li>▶ 구강관리, 구강관찰 현황 등</li> </ul> |                                                   |

## ● 대상자 군분류 기준

### » 신체계측 및 건강면접조사 결과를 토대로 아래의 기준에 따라

#### 가. 집중관리군, 나. 정기관리군, 다. 자기역량지원군으로 군분류 실시

※ 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 건강상태 스크리닝 결과입력 시 자동 군분류가 가능하며, 지역 여건에 따라 필요 시 일부 군 조정 가능

※ 군별 내용은 지역보건의료정보시스템(PHIS) 군분류 조건과 동일함

#### 가. 집중관리군

| 구 분    | 내 용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 대상자 특성 | 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상조절이 안 되는 경우                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 관리횟수   | 3개월 이내 8회 이상 건강관리 서비스 실시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 판정기준   | <p><b>[고혈압 기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>수축기압 140mmHg 이상 또는 이완기압 90mmHg 이상</li> <li>수축기압 140mmHg 이상 또는 이완기압 90mmHg 이상이고, 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선이 필요</li> </ul> <p><b>[당뇨 기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>당화혈색소 7.0% 이상 또는 공복혈당 126mg/dL 이상 또는 식후혈당 200mg/dL 이상</li> <li>당화혈색소 7.0% 이상 또는 공복혈당 126mg/dL 이상 또는 식후혈당 200mg/dL 이상이고, 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선 필요</li> </ul> <p><b>[기타 질환]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>관절염, 뇌졸중, 암 등록자로 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 2개 이상의 건강 행태 개선 필요</li> </ul> <p><b>[대상 특성별 관리사항]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>임부 또는 분만 8주 이내 산부, 출생 4주 이내 신생아, 영유아, 다문화가족</li> <li>65세 이상 노인 중 허약판정점수가 4~12점인 자</li> <li>북한 이탈주민으로 감염성 질환이 1개 이상 이거나, 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선 필요</li> </ul> <p>※ 암 대상자로 암 치료 종료 후 5년이 경과되지 아니한 경우</p> |

1) 흡연(현재흡연율) : 평생 담배 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 분을

2) 고위험 음주(고위험음주율) : 1회 평균음주량이 남자는 7잔 이상, 여자는 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분을

3) 비만(비만유병률) : 체질량지수 25kg/m<sup>2</sup> 이상인 분을

4) 신체활동 미실천(걷기실천율) : 최근 1주일 동안 걷기를 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상 주 5일 이상 실천한 분을

## 나. 정기관리군

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 대상자 특성 | 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절이 되는 경우                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 관리횟수   | 3개월마다 1회 이상 건강관리 서비스 실시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 판정기준   | <p><b>[고혈압 기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 수축기압이 120~139mmHg 또는 이완기압이 80~89mmHg</li> <li>▶ 수축기압이 120~139mmHg 또는 이완기압이 80~89mmHg이고, 흡연·고위험 음주·비만·신체 활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요</li> </ul> <p><b>[당뇨 기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 공복혈당이 100~125mg/dL 또는 식후혈당이 140~199mg/dL</li> <li>▶ 공복혈당이 100~125mg/dL 또는 식후혈당이 140~199mg/dL이고, 흡연·고위험 음주·비만·신체 활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요</li> </ul> <p><b>[기타 질환]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 관절염, 뇌졸중, 암 등록자로 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개의 건강행태 개선이 필요</li> </ul> <p><b>[대상 특성별 관리사항]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 북한이탈주민으로 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요</li> <li>※ 암 대상자로 암 치료 종료 후 5년이 경과되지 아니한 경우</li> </ul> |

## 다. 자기역량지원군

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 대상자 특성 | 건강위험요인 및 건강문제가 있으나 증상이 없는 경우                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 관리횟수   | 6개월마다 1회 이상 건강관리서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 판정기준   | <p><b>[고혈압 기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 수축기압이 120mmHg 미만이고, 이완기압이 80mmHg 미만</li> <li>▶ 수축기압이 120mmHg 미만이고, 이완기압이 80mmHg 미만이고, 흡연·고위험 음주·비만·신체 활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요</li> </ul> <p><b>[당뇨 기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 당화혈색소가 7.0% 미만 또는 공복혈당 100mg/dL 미만 또는 식후혈당 140mg/dL</li> <li>▶ 당화혈색소가 7.0% 미만 또는 공복혈당 100mg/dL 미만 또는 식후혈당 140mg/dL 미만이고, 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요</li> </ul> <p><b>[기타 질환]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 질환은 없으나, 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요</li> <li>※ 기타 집중관리군과 정기관리군에 해당되지 않는 경우</li> </ul> |



## ● 대상자 군별 서비스 내용

### 가. 집중관리군

- 방문횟수 : 3개월 이내 8회 이상 건강관리서비스 실시
- 내용
  - ▶ 건강위험요인 및 대상자 요구도에 따라 건강관리 계획수립 후 집중관리 실시
  - ▶ 건강위험요인의 적극적 개선을 위하여 보건소 다분야 보건·의료전문가\* 참여를 통한 전문적 건강관리 서비스(교육, 상담, 정보제공, 보건소 내외 자원연계) 제공 필요
    - \* 보건소 내 의사, 약사, 간호사, 영양사, 운동전문가, 물리/작업치료사, 치과위생사 등
    - \*\* (참고자료) 취약계층 건강관리 매뉴얼 - 집중관리군
- 지속 및 퇴록
  - ▶ 대상자 재평가 결과에 따라 서비스 군 지속 또는 재배치 필요
  - ▶ 대상자 재평가 결과, 기준에 따라 서비스가 완료\* 된 경우
    - \* **(정상완료)** 8회 서비스(8회 대면 또는 7회 대면과 1회 내소 또는 전화상담)가 끝난 경우
    - \* **(중간종료)** 6회 이상 대면시점에 건강상태가 자기역량지원군 수준으로 개선된 경우
      - ※ 자기역량지원군 수준 : 수축기압 120mmHg미만이고, 이완기압 80mmHg 미만이거나 공복혈당 100mg/dl 미만이거나 식후혈당 140mg/dl 미만인 경우
    - \* **(중도퇴록)** 4회 이상 대면시점에 사망, 전출, 노인 장기요양보험 대상으로 이관, 중증질환으로 입원, 장기입원 등으로 방문건강관리가 어려운 경우
  - ▶ 미 방문 기간이 총 2년을 초과한 경우, 전출 또는 사망한 경우 퇴록처리
    - ※ 퇴록 기준 : 사망, 전출, 노인장기요양보험 대상자로 이관, 장기 입원 및 시설 입소, 건강상태 호전, 거부 및 자격 변경 등

## 나. 정기관리군

- 방문횟수 : 3개월마다 1회 이상 건강관리서비스 실시
- 내용
  - ▶ 건강위험요인 및 대상자 요구도에 따라 건강관리 계획수립 후 관리 실시
  - ▶ 3개월 마다 대상별 맞춤 건강교육 및 상담, 정보제공
  - ▶ 보건소 내·외 연계 실시(보건소 다분야 보건·의료전문가 참여 적극 권장)
- 지속 및 퇴록
  - ▶ 대상자 재평가 결과에 따라 서비스 군 지속 또는 재배치 필요
  - ▶ 대상자 재평가 결과 건강위험요인 및 건강문제가 해소되었거나 미방문 기간이 총 2년을 초과한 경우, 전출 또는 사망한 경우 퇴록처리
  - ※ 퇴록 기준 : 사망, 전출, 노인장기요양보험 대상자로 이관, 장기 입원 및 시설 입소, 건강상태 호전, 거부 및 자격 변경 등

## 다. 자기역량지원군

- 방문횟수 : 6개월마다 1회 이상 건강관리서비스 실시
- 내용
  - ▶ 건강위험요인 및 대상자 요구도에 따라 건강관리 계획수립 후 관리 실시
  - ▶ 연 1회 이상 대상별 맞춤 건강정보 제공
  - ▶ 보건소 내·외 연계를 통한 건강정보제공 서비스 지원
- 지속 및 퇴록
  - ▶ 대상자 재평가 결과에 따라 서비스 군 지속 또는 재배치 필요
  - ▶ 대상자 재평가 결과 건강위험요인 및 건강문제가 해소되었거나 미방문 기간이 총 2년을 초과한 경우, 전출 또는 사망한 경우 퇴록처리
  - ※ 퇴록 기준 : 사망, 전출, 노인장기요양보험 대상자로 이관, 장기 입원 및 시설 입소, 건강상태 호전, 거부 및 자격 변경 등



## 2. 건강관리 서비스

### » 목적 및 역할

- 금연, 절주, 식생활, 신체활동 등 자가 건강관리 능력향상
- 고혈압, 당뇨 등 만성질환 관리율 향상
- 노인의 허약(노쇠) 속도 지연

### » 건강관리 서비스 내용

- 건강관리 서비스 내용은 가. 기본 건강관리, 나. 만성질환 예방 및 관리, 다. 생애주기별 및 특성별관리로 크게 구분

### 가. 기본 건강관리

- 목적 : 계절 및 자연재난, 일상 속 안전에 대한 사전 교육과 상담을 통한 일상 속 자가 건강관리역량 강화
  - 대상 : 모든 대상자
  - 내용
    - ▶ 미세먼지 및 황사, 폭염, 한파 등 계절별 주요 건강관리사항 교육
    - ▶ 개인별 생활습관 상담, 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육
    - ▶ 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육
    - ▶ 독거, 은둔 등으로 지역사회와 단절되거나 학대, 방임, 가정폭력으로 인한 취약대상 발굴
- ※ 독거노인, 외딴집에 살고 있는 대상자는 별도 비상연락망을 확보한 후 수시로 확인필요

### 〈계절별 주요 방문건강관리 서비스 내용〉

| 월      | 주요 내용                                                                                                                      | 비 고                                                         |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1~2월   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 겨울철 한파 대비 건강관리</li> <li>▶ 건강검진 안내 및 결과상담</li> </ul>                               | 폭염 및 한파, 재난 시 미리 확보한 주요 건강관리대상자에게 우선 전화를 통해 상태 확인 후 필요 시 방문 |
| 3~5월   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 환절기 황사 및 미세먼지 대비 건강관리</li> <li>▶ 재난 대비 건강관리</li> </ul>                            |                                                             |
| 6~8월   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 식중독 예방관련 건강관리</li> <li>▶ 여름철 폭염, 호우 대비 건강관리</li> </ul>                            |                                                             |
| 9~10월  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 환절기 황사 및 미세먼지 대비 건강관리</li> <li>▶ 재난 대비 건강관리</li> <li>▶ 인플루엔자 예방접종 등 안내</li> </ul> |                                                             |
| 11~12월 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 겨울철 한파 대비 건강관리</li> </ul>                                                         |                                                             |

## 나. 만성질환 예방 및 관리

- 목적 : 고혈압, 당뇨, 비만 등 주요 만성질환으로 이환예방 및 증상관리, 합병증 예방을 위하여 건강행태 개선 및 만성질환 관리 역량 제고
  - 대상
    - ▶ 일반검진 및 생애전환기검진 결과 건강문제(질환의심, 유질환자)가 있는 대상자
    - ▶ 건강위험요인 및 건강문제가 있는 등록관리 대상자
    - ▶ 보건소 내 진료실, 만성질환관리팀 등 타부서로부터 의뢰된 만성질환자
    - ▶ 지역사회 기관으로부터 의뢰된 만성질환자
  - 내용
    - ▶ 건강위험요인 및 건강문제 현황 파악
    - ▶ 건강검진 결과확인 및 참여 안내, 결과상담
    - ▶ 만성질환자의 생활습관 상담, 건강생활실천 동기부여 및 합병증 예방 교육
    - ▶ 복용 약물에 대한 점검 및 상담
    - ▶ 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육
    - ▶ 재가암환자의 경우 암 증상조절 및 건강생활 실천을 위한 정보제공 및 지역연계
- ※ [부록4] 암생존자통합지지센터 및 호스피스·완화의료 참고



## 다. 생애주기별 및 특성별 관리

### ① 노인 대상 허약예방 및 관리

- 목적
  - ▶ 노인의 신체적·인지적·정서적·사회적 기능향상 및 유지율 증가를 통해, 건강한 노후 생활을 도모하고 장기요양상태를 사전 예방
- 대상
  - ▶ 65세 이상 어르신
    - ※ 허약 노인 판정기준 4~12점인 경우 포함(서식15 노인대상 허약조사표 활용)
- 내용
  - ▶ 장기요양등급 외 판정자에 대해 허약노인판정 실시 및 정기적 모니터링
  - ▶ 신체활동, 영양, 구강관리, 요실금, 우울 예방, 인지 강화, 낙상 예방 등 허약노인 중재 교육 및 상담
    - 저작, 연하, 발음, 타액 분비 등의 구강기능 향상을 위한 입 체조, 의치의 보관 및 구강건강실천법
    - 일상생활 속에서 실천 가능한 치매 예방법
    - 취미, 종교 활동 등 사회적 참여지지 및 실행방안 안내
    - 가정 내·외의 안전 환경조성을 위한 교육
  - ▶ 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육

### ② 임산부·신생아 및 영유아의 건강관리

- 목적
  - ▶ 임산부와 신생아의 잠재적인 건강문제를 조기 발견하여 체계적으로 관리
- 대상
  - ▶ 모자보건팀 등에 산모·신생아 건강관리 지원사업 신청자
  - ▶ 방문건강관리를 필요로 하는 산모와 영유아
  - ▶ 임부 또는 분만 8주 이내 산욕기에 있는 산부
  - ▶ 출생 4주 이내 신생아 및 영유아

#### - 내용

- ▶ 고위험 임부 및 정상 임부의 건강문제 스크리닝
- ▶ 산욕기 평가에 따른 산후 건강관리법 상담
- ▶ 모유수유 등 육아관련 건강정보제공 및 상담
- ▶ 발달단계에 따른 건강문제 스크리닝 및 영유아 건강검진, 예방접종 안내
- ▶ 부모·자녀 간 상호작용 강화를 위한 정보제공 및 상담
- ▶ 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육

### ③ 다문화가족 및 북한이탈주민 건강관리

#### - 목적

- ▶ 건강위험요인 및 건강문제를 가진 건강취약계층인 다문화가족 및 북한이탈주민 관리

#### - 대상

- ▶ 다문화 가족, 북한이탈주민

#### - 내용

- ▶ 다문화 가족
  - 다문화가족 지지체계 확인 및 가족 내 의사소통 장애요인 파악
  - 다문화가족의 건강문제 문제해결 능력강화를 위한 교육 및 상담
- ▶ 북한이탈주민
  - 건강검진 및 예방접종 현황파악, 이용안내
  - 감염병 예방, 여성건강 및 정신건강 등 개선을 위한 교육 및 상담
  - 북한이탈주민정착지원사무소(하나원) 연계 건강상담 및 교육
- ▶ 공통사항
  - 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육



#### ④ 장애인 재활관리

- 목적

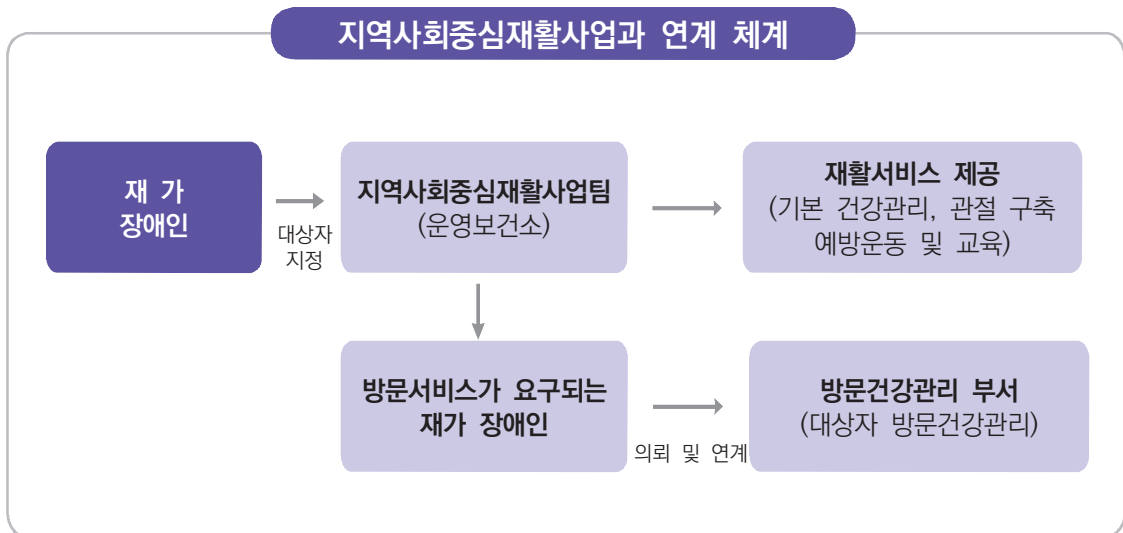
- ▶ 장애 조기발견, 2차 장애예방 및 재활치료 등 지속적 관리로 장애의 최소화 및 일상생활 자립능력 증진

- 대상

- ▶ 기초 재활서비스가 필요한 재가 장애인

- 내용

- ▶ 기능증진을 위한 일상생활수행능력(ADL), 관절구축 예방 신체활동 교육
- ▶ 기본 건강관리 : 위생, 영양, 피부관리(체위변경), 구강위생관리 등
- ▶ 연하장애·호흡장애 관리, 배변·배뇨관리 교육 및 훈련, 저작능력 향상을 위한 신체활동 교육
- ▶ 장애심화 위험요인을 가진 만성질환자를 위한 자가 건강관리 교육
- ▶ 2차 장애예방을 위한 낙상 및 안전관리 교육
- ▶ 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육



### ⑤ 중장년 고독사 위험군

- 목적
  - ▶ 중장년 고독사 위험군 대상 고독사 예방
- 대상
  - ▶ 고독사 예방 및 관리 시범사업 연계 의뢰 대상자
- 내용
  - ▶ 대상자 별 맞춤형 건강관리 서비스 제공
  - ▶ 건강위험요인 및 건강문제 현황 파악
  - ▶ 미세먼지 및 황사, 폭염, 한파 등 계절별 주요 건강관리사항 교육
  - ▶ 개인별 생활습관 상담, 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육
  - ▶ 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육



## ● 건강관리 서비스 방법(전략)

» 건강관리 서비스 방법은 가. 직접방문, 나. 전화방문(유선 모니터링), 다. ICT 활용 비대면 건강관리, 라. 그 외 방문건강관리 서비스 등으로 구분

### 가. 직접방문

- 보건소 내 간호사, 영양사, 물리/작업치료사, 치과위생사 등 전문 인력이 가정 등을 방문하여 개인, 2~4인의 소그룹 집단을 대상으로 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 내·외 자원 연계 등 실시

※ 요주의 대상 방문 시에는 안전을 위해 2인 이상 필수방문 필요

- 가정, 읍면동, 지역아동센터, 노인복지관, 경로당 등을 직접 방문
- 건강관리 서비스 질 향상 및 전문성 제고를 위한 다분야 전문가 팀구성 권장
- 대상별 담당간호사 등 전문인력 배정으로 지속성·안정성 확보 필요
- 대상 맞춤형 건강관리 콘텐츠 및 정보제공 필요
- 휴대 가능한 건강측정 장비 및 모니터링 도구 활용, 건강수준 측정 필요

※ 혈압계, 혈당계, 줄자, 설문지 등

### 나. 전화방문(유선 모니터링)

- 감염병 확산, 재난 및 기후악화 등 상황 시 유선을 통한 대상자 건강상태 파악 및 그에 따른 건강정보 제공

### 다. ICT 활용 비대면 건강관리

- 건강관리 서비스의 접근성이 떨어지는 방문대상자(어르신)를 중심으로 AI·IoT기기를 활용하여 건강정보 자동수집 및 상시 모니터링 체계 구축, 비대면 건강컨설팅 수행

※ 사업 기관에 한하며, 자세한 사항은 AI·IoT기반 어르신 건강관리 사업(p.157) 참조

## 라. 그 외 방문건강관리 서비스

※ 상황에 따라 아래와 같은 방법으로 서비스를 제공할 수 있음

- (문자발송) 건강정보 제공
- (SNS 등 온라인 창구활용) 건강관리 정보 제공 및 보건소-주민 간 소통창구로의 활용
- (우편) 만성질환 예방, 계절별 건강관리, 감염병 예방 등 교육 홍보 자료 배부
- (물품제공) 폭염 및 한파 대비 생활용품, 감염예방 방역물품, 신체활동, 영양, 구강 관리 등 관련 건강꾸러미 구성 및 가정 앞 비대면 제공
- (영상교육) 실시간 스트리밍을 통한 집단 교육 서비스 실시 및 대상자 건강교육 정보 관련 동영상 제작 배포



### 3. 보건소 내·외 연계 서비스

#### » 목적

- 방문건강관리서비스 대상자에게 필요한 보건소 내 및 지역사회 내(보건소 외) 자원연계를 통하여 효과적, 효율적(중복방지) 건강관리 실현

#### » 보건소 내 연계 서비스

- 진료, 금연클리닉 등 건강증진사업, 의료비 지원사업, 철분제·엽산제 지원 등 보건소 사업 대상 및 건강검진 결과연계 대상, 지역정신보건센터, 치매안심센터, 구강보건실(센터) 등

#### » 보건소 외 연계 서비스

- 읍면동 찾아가는 보건복지 서비스, 시군구 희망복지지원단 통합사례관리, 의료급여 사례관리 사업, 노인장기요양 보험(장기요양등급 외 판정자), 의료·돌봄 통합지원 시범사업, 고독사 예방 및 관리 시범사업, 광역정신보건 센터, 중독관리통합지원센터, 보건의료 전문기관, 무료 수술 및 의료비 지원 등
  - ▶ 지역사회 협의체를 구성하거나 관련 회의\* 개최 시 참여하여, 보건·복지 등 관련 서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 연계 및 협력 강화필요
  - \* 시군구의 희망복지지원단 통합사례관리회의(솔루션 회의, 권역형 읍면동 통합사례관리회의) 및 읍면동의 찾아가는 보건복지 서비스 관련 회의 등
  - \* 의료·돌봄 통합지원 시범사업 지역 내 방문건강관리 담당자는 지역케어회의에 참여하여 서비스 제공량 조정 및 서비스 제공 여부 결정
  - \* 「공공부문 사례관리 연계·협력 업무 안내」 및 「의료·돌봄 통합지원 시범사업 지침」 참조

## » 보건소 내

| 대 상    | 주요 내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 공 통    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 의사 방문 진료, 내소 진료</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 영·유아   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 영·유아 건강검진</li> <li>▸ 국가필수예방접종</li> <li>▸ 선천성대사이상 검사 및 환아 관리</li> <li>▸ 신생아 청각 선별검사(난청조기진단사업)</li> <li>▸ 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원</li> <li>▸ 영·유아 발달장애 정밀진단비 지원 등</li> </ul>                                                                                                                                      |
| 아동·청소년 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 불소용액 양치사업</li> <li>▸ 미취학 청소년 건강진단</li> <li>▸ 저소득 어린이 눈 수술비 지원</li> <li>▸ 소아암환자 의료비 지원</li> <li>▸ 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 등</li> </ul>                                                                                                                                                                            |
| 임산부    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 임신부 및 영·유아 등록관리</li> <li>▸ 생애초기 건강관리 시범사업</li> <li>▸ 가임기 여성 건강증진사업</li> <li>▸ 산모·신생아 건강관리사 지원</li> <li>▸ 영양플러스 사업</li> <li>▸ 난임부부 시술비 지원 등</li> </ul>                                                                                                                                                        |
| 성 인    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 일반건강검진</li> <li>▸ 의료급여 생애전환기 검진(66세 이상)</li> <li>▸ 심뇌혈관 질환 예방관리사업</li> <li>▸ 비만 및 만성질환 예방 영양관리사업</li> <li>▸ 생애주기별 신체활동 프로그램 사업</li> <li>▸ 국가 암검진, 성인 암환자 의료비 지원, 재가 암환자 관리사업</li> <li>▸ 희귀·난치성질환자 의료비 지원</li> <li>▸ 지역사회 중심 재활사업, 금연클리닉 운영</li> <li>▸ 아토피·천식 예방관리, 정신건강사업</li> <li>▸ 한의약 건강증진사업 등</li> </ul> |
| 노 인    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 치매안심센터, 치매 치료관리비 지원</li> <li>▸ 노인건강진단, 노인 안검진, 노인 개안수술지원</li> <li>▸ 노인 불소도포 및 스케일링 등</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |

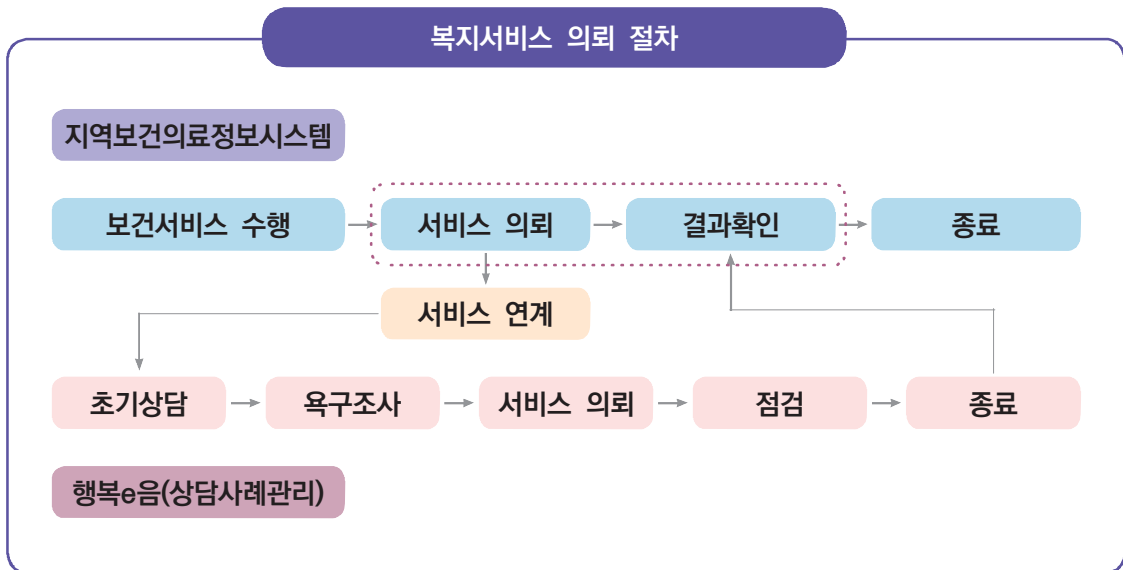


## » 보건소 외

| 대 상 | 주요 내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 보 건 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 의료기관 진료</li> <li>▸ 건강검진</li> <li>▸ 장애인 구강진료센터</li> <li>▸ 완화의료서비스</li> <li>▸ 정신건강복지센터</li> <li>▸ 알코올상담센터</li> <li>▸ 중독관리통합지원센터</li> <li>▸ 의료급여사례관리사업</li> <li>▸ 아동건강관리 바우처 사업</li> <li>▸ 읍면동 건강관리서비스 등</li> </ul>                                                                                                                                                                   |
| 복 지 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 다문화가족지원센터</li> <li>▸ 노인주거복지시설</li> <li>▸ 보육·교육비 지원</li> <li>▸ 아이 돌보미 지원</li> <li>▸ 드림스타트</li> <li>▸ 노인맞춤돌봄서비스</li> <li>▸ 자활사례관리사업</li> <li>▸ 장애인 활동지원제도</li> <li>▸ 고독사 예방 및 관리 시범사업</li> <li>▸ 가사(밀반찬, 도시락) 및 간병서비스 지원</li> <li>▸ 목욕서비스 지원</li> <li>▸ 주거환경개선</li> <li>▸ 학습(한국어 교육 등) 지도</li> <li>▸ 통·번역 서비스</li> <li>▸ 차량 및 말벗지원</li> <li>▸ 외출보조</li> <li>▸ 기타 바우처 사업 등</li> </ul> |

## 가. 시군구 희망복지지원단 ‘통합사례관리’ 연계

- 복지서비스 의뢰 절차(보건소 → 시·군·구청 및 읍·면·동 주민센터)



- [의뢰요청] 보건소(지역보건의료정보시스템, PHIS)

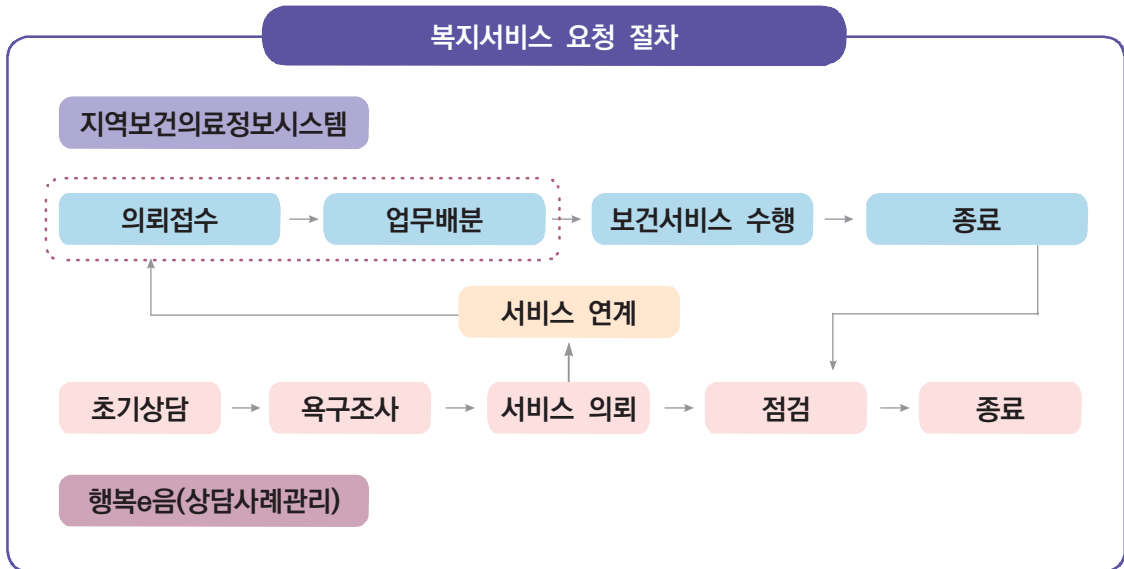
- ① 보건서비스 민원인에게 복지서비스가 필요하다고 판단될 경우, 시·군·구청 및 읍·면·동 주민센터로 민원인에 대한 복지서비스 의뢰
- ② 지역보건의료정보시스템(PHIS)에서 연계서비스 기록지 작성 후 의뢰내용 작성
  - ※ 연계서비스 작성 후 의뢰내용을 기입할 수 있는 입력창이 별도로 제공

- [의뢰처리] 시·군·구청 및 읍·면·동 주민센터(사회복지통합관리망 행복e음)

- ① 시·군·구청 및 읍·면·동 주민센터 복지담당자가 행복e음을 통해 의뢰된 대상자 정보 확인 후 적합한 복지서비스 제공
- ② 제공된 결과는 지역보건의료정보시스템(PHIS)에서 확인 가능



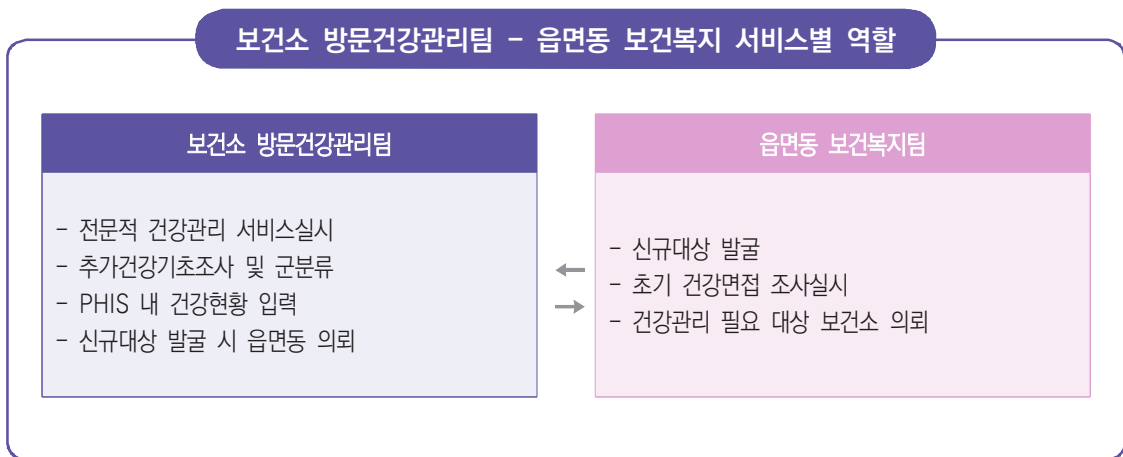
- 보건서비스 요청 절차(시·군·구청 및 읍·면·동 주민센터 → 보건소)



- [의뢰요청] 시·군·구청 및 읍·면·동 주민센터(행복e음)
  - ① 시·군·구청 및 읍·면·동 주민센터에서 복지대상자에게 보건서비스가 필요하다고 판단될 경우, 행복e음을 통해 보건서비스 의뢰
- [의뢰처리] 보건소(지역보건의료정보시스템, PHIS)
  - ① 의뢰자 정보 확인 후 접수
    - ※ 보건소별로 보건서비스를 의뢰한 내용을 확인하고 접수할 담당자 지정 필요
  - ② 의뢰내용에 따라 담당부서로 이관
  - ③ 보건서비스 제공(제공된 서비스 결과는 행복e음으로 자동 전달)
- 복지서비스 수혜 이력 확인
  - ▶ 지역보건의료정보시스템(PHIS)을 통해 대상자의 복지서비스 참여이력을 실시간으로 확인 가능
    - ※ 개인별 통합 서비스 조회 화면을 통해 기능 제공
  - ▶ 대상자의 현 상황에 따른 부족한 서비스를 발굴하고 이를 제공하는데 이용
    - ※ 복지서비스 현황 참고: 복지로(<http://www.bokjiro.go.kr>) - 복지서비스 - 서비스 찾기 - 서비스 목록

## 나. 읍면동 ‘찾아가는 보건복지서비스’ 연계

- 읍면동 간호직 공무원이 배치 된 보건소(지자체)에서는 필수 추진 필요
- **(추진배경)** 읍면동 공공서비스 강화(복지+건강 통합접근)를 위하여, 읍면동 내 간호직 공무원 배치 중으로 보건소 방문건강관리 서비스와 연계 및 역할구분을 통해 서비스 효율성 강화 및 질 제고 필요



※ 지역보건의료정보시스템(PHIS)은 보건소의 내부행정업무 시스템이므로, 읍면동 등 보건소 외 소속 직원에 대한 권한 부여는 불가함(지역보건법 제2조, 제5조 관련)

- 읍면동 보건복지서비스팀 역할
  - ▶ 신규 대상 발굴 및 초기 건강면접조사 실시
  - ▶ 지속적·정기적 건강관리가 필요한 대상자의 보건소 이관(읍면동에서는 신규 발굴 대상자 명단 및 설문지 일체 보건소로 전달)
    - ※ [참고서식] 찾아가는 보건복지서비스팀 건강면접조사표 참조
    - ※ 월 1회 주기로 읍면동 → 보건소로 공문발송, 사본전달
    - ※ 단, 보건소 방문건강관리사업으로 연계 시 사전 협의를 통해 추진
- 보건소 방문건강관리팀 역할
  - ▶ 읍면동에서 이관받은 대상자 정보 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 등록
  - ▶ 추가 건강기초조사(노인 허약판정 등) 실시 및 대상군 재분류



- ▶ 지속적·전문적 방문건강관리 서비스 제공
  - ※ '24년('23년) 행정안전부 합동평가지표 내 신규 등록 처리실적 사항으로 반영
- ▶ 읍면동에서 기존 건강관리 대상 여부의 확인요청 시 안내지원 및 건강증진 관련 교육·홍보 매체, 지역사회 건강 관련 자원정보 지원 가능

#### 다. '의료급여 사례관리' 연계

- 대상자 연계
  - ▶ 대상자 : 의료급여사례관리 대상자 중 지속적 건강관리가 필요한 대상자
  - ▶ 주기 : 월 1회
  - ▶ 양식 : 대상자 명단 및 개인별 기초조사서(사본)
- [의뢰요청] 의료급여사례관리팀 → 방문건강관리팀
  - ▶ 정기적 건강관리가 필요한 대상으로 판단될 경우 서비스 의뢰

의뢰일:      년      월      일

| 성명 | 성별 | 나이 | 주소 | 전화번호 | 질병분류(필요서비스) | 비고 |
|----|----|----|----|------|-------------|----|
|    |    |    |    |      |             |    |
|    |    |    |    |      |             |    |

- [의뢰처리 및 보고] 방문건강관리팀 → 의료급여사례관리팀
  - ① 의뢰된 대상자 정보 확인 후 접수
  - ② 의뢰된 대상자에 대한 정보 : 시·군·구 의료급여사례관리팀으로 통보
    - ※ 보고 주기 : 매월 1회

의뢰일:      년      월      일

| 성명 | 성별 | 나이 | 연계내용 및 연계결과 | 비고 |
|----|----|----|-------------|----|
|    |    |    |             |    |
|    |    |    |             |    |

## 라. ‘노인장기요양보험 : 등급 외 판정자’ 연계

### - 대상자 연계

▶ 대상자 : 장기요양등급 외 판정자 및 인지지원등급 판정자

※ 장기요양등급(1, 2, 3, 4, 5등급) 판정자는 퇴록

▶ 주기 : 월 1회

| 장기요양등급 | 심신의 기능상태                                                                    |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1등급    | 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서<br>장기요양인정 점수가 95점 이상인 자         |
| 2등급    | 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서<br>장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자 |
| 3등급    | 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서<br>장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자 |
| 4등급    | 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서<br>장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자 |
| 5등급    | 치매환자로서(노인장기요양보험법 시행령 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정)<br>장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자    |
| 인지지원등급 | 치매환자로서(노인장기요양보험법 시행령 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정)<br>장기요양인정 점수가 45점 미만인 자           |

### - [의뢰요청] 국민건강보험공단 → 방문건강관리팀

① 장기요양등급 외 판정자 및 인지지원등급 판정자일 경우 서비스 의뢰 가능

의뢰일:      년      월      일

| 연 번 | 요양<br>관리번호 | 지역<br>구분 | 성명 | 주민번호<br>(앞자리 및 성별) | 연락처 | 등급<br>유형 | 동의<br>유무 | 주소 |
|-----|------------|----------|----|--------------------|-----|----------|----------|----|
|     |            |          |    |                    |     |          |          |    |

### - [의뢰처리 및 보고] 방문건강관리팀 → 국민건강보험공단

의뢰일:      년      월      일

| 연 번 | 요양<br>관리번호 | 지역<br>구분 | 성명 | 주민번호<br>(앞자리 및 성별) | 대상자 등록여부 | 시작일 | 종료일 |
|-----|------------|----------|----|--------------------|----------|-----|-----|
|     |            |          |    |                    |          |     |     |



## 마. ‘의료·돌봄 통합지원 시범사업’ 연계

- 의료·돌봄 통합지원 시범사업 지역 내에서는 필수 추진 필요
- **(추진배경)** 의료·돌봄 통합지원 시범사업 지역에서는 국가돌봄서비스(방문건강관리서비스 등)를 우선 연계하여 제공하고, 필요시 지자체에서 자체 개발한 추가 돌봄서비스를 보충하여 제공
- 읍면동 통합지원창구 역할
  - ▶ 대상자 초기 방문조사 시 건강면접조사표(서식14) 활용하여 사전 건강상태 스크리닝(단, 기존 방문건강서비스 대상자일 경우, 생략 가능)
  - ▶ 지속적·정기적 건강관리 서비스가 필요한 대상으로 판단되는 경우 돌봄제공계획 수립하여 통합지원회의에 의뢰
  - ▶ 대상자에 대한 의료·돌봄 통합지원 연계 및 보건소 방문건강관리팀과 정보 공유
- 시군구 통합지원 총괄부서 역할
  - ▶ 월 1회 이상 국가돌봄서비스(노인맞춤돌봄서비스, 방문건강관리, 치매안심센터) 담당자 등이 참여하는 통합지원회의 개최
    - \* 읍면동케어회의, 솔루션회의, 지역사회보장협의체 등 기존 회의체에서 구성인력, 역할, 운영 주기 등 통합지원회의 기능을 수행할 수 있는 경우 대체 가능
  - ▶ 통합지원회의 결정 사안 읍면동 및 보건소 등과 정보공유
- 보건소 방문건강관리팀 역할
  - ▶ 읍면동에서 의뢰된 대상자 정보 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 등록
  - ▶ 추가 건강기초조사(노인 허약판정 등) 실시
  - ▶ 월 1회 이상 통합지원회의에 참여하여, 서비스 제공량 조정 및 서비스 제공 여부 결정하고, 보건소 외 서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 연계 및 협력
  - ▶ 지속적·전문적 방문건강관리 서비스 제공
  - ▶ 서비스 제공내역 등 읍면동 통합지원 창구에 정보공유

## 바. '고독사 예방 및 관리 시범사업' 연계

- '24.7월부터 전국 229개 시군구에서 시행 중
- **(추진배경)** 40~60대 중·장년층 고독사는 전체 연령대에서 40대(14.4%), 50대(30.4%), 60대(31.4%)로 가장 많은 비중을 차지(2024년 고독사 사망자 실태조사 결과('22년-'23년))  
⇒ 중·장년 고독사 위험군 대상 고독사 예방을 위한 방안 마련 필요
- ※ 제1차 고독사 예방 기본계획('23~'27) 3-2-① 보건소 방문건강관리를 통한 주기적 건강관리 제공
- 시군구 시범사업 담당부서 역할
  - ▶ 읍면동에서 복지 사각지대 발굴시스템을 통해 선별한 고독사 위험군 명단 및 시군구 자체 기획조사를 통해 발굴한 위험군 명단 등을 총괄 관리
  - ▶ 선별된 고독사 위험군 중에서 중·장년 대상자 명단을 보건소 방문건강관리팀에 통보
- 보건소 방문건강관리팀 역할
  - ▶ 시군구에서 의뢰된 대상자를 방문건강관리사업 대상자 선정 시 우선 고려
  - ▶ 최종 선정된 명단을 시군구 시범사업 담당부서로 통보
  - ▶ 선정된 대상자에게 맞춤형 건강관리서비스를 지속적·전문적 제공
  - ▶ 서비스 제공내역 등 시군구 시범사업 담당부서에 정보공유



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A-Net 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 03

## 사업성과 관리

---

1. '25년('24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표
2. 방문건강관리사업 계획서 및 결과서 제출



## 03

## 사업성과 관리

### 1

### '25년('24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표

#### ● 목적

» 지역주민의 자가건강관리 능력향상 및 허약예방 등을 통한 건강수준 향상

#### ● 행정안전부 지방자치단체 합동평가 개요

» '18년 이후 방문건강관리사업은 지방자치단체 합동평가 대상으로 선정

» (평가근거) 정부업무평가기본법 제21조

» (평가목적) 국정운영의 효율성, 책임성, 통합성을 확보하고, 각종 중앙부처 평가를 통합·운영하여 지자체 평가부담 완화

» (평가대상) 시·도(시·군·구 실적포함)

#### ● '25년('24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표 선정 방향

» 평가 연속성 확보를 위해 전년 정책적 변화를 반영하여 개발된 지표 유지하되 질적 강화 위해 집중관리 실적 비율 상향(신규 40%, 집중 60%)

- (신규등록 처리실적) 지역사회 건강환경 조성 위한 방문사업 확대 도모

▶ 코로나19 대응 기간('20~'23년) 동안 보건소의 업무 중단·재개가 반복되어, 실적치 변동이 큼에 따라 적정한 추세 산정이 어려워, '25년 평가에 반영된 실적 상승률(7.2%)을 적용

- (집중관리 서비스 처리실적) 방문건강관리 서비스의 질적 제고를 통한 건강수준 향상 도모

▶ 전체 사업 대상자 중 적극적인 건강관리가 요구되는 대상자들에게 집중관리 서비스가 충분히 제공될 수 있도록, '23년 시도별 전체 사업 대상자 수 대비 평균 집중관리 비율(약 3%) 수준으로 목표치 설정

## ● '25년('24년 실적) 방문건강관리, 지방자치단체 합동평가지표

|      |                                                          |                                                                                                       |      |                           |  |
|------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|--|
| 국정목표 | 3. 따뜻한 동행, 모두가 행복한 사회                                    |                                                                                                       | 국민약속 | 9. 필요한 국민께 더 두텁게 지원하겠습니다. |  |
| 국정과제 | 45. 100세 시대 일자리·건강·돌봄체계 강화                               |                                                                                                       |      |                           |  |
| 지표명  | ㉔ 방문건강관리사업 수행실적                                          |                                                                                                       |      |                           |  |
| 지표성격 | 〈국고보조사업, 국가주요시책〉<br>취약계층 대상 건강관리 제공, 지역주민의 건강증진을 위해 국고보조 |                                                                                                       |      |                           |  |
| 지표유형 | 정량                                                       | 공통                                                                                                    | 정순   | 계속(일부 변경)                 |  |
| 지표설명 | 지표명 설명                                                   | ① 신규등록 처리실적<br>- 연간 65세 이상 어르신 가구원의 신규등록 목표대비 달성 실적<br>② 집중관리 서비스 처리실적<br>- 연간 집중관리 서비스 수행 목표대비 달성 실적 |      |                           |  |
|      | 평가근거                                                     | 지역보건법 제 11조 5항(보건소 기능 및 업무)<br>“여성 노인 장애인 등 보건의료취약계층의 건강 유지 증진”,<br>“가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업”  |      |                           |  |
|      | 평가목적                                                     | 노인 대상 방문건강관리사업과 AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업 확대 및<br>건강관리서비스 질적 수준 제고                                         |      |                           |  |
|      | 기대효과                                                     | 노인 및 장애인 등 건강취약계층 대상 예방적 건강관리 서비스체계의 효율적 확대로<br>지역사회에서 건강한 상태 오래 유지                                   |      |                           |  |



## 측정방법

## • 산식

= ①신규등록 처리실적(40%) + ②집중관리 서비스 처리실적(60%)

## • 산식 설명

## ① 신규등록 처리실적

- ▶ **(산식)** '25년 노인(65세 이상)가구원의 신규등록 목표치 대비 실적치 달성실적
- ▶ **(신규등록의 정의)** 노인(65세 이상)이 방문건강관리 서비스 대상으로 신규등록된 인원수
  - \* '24년도 이전 사망 및 퇴록 등으로 인한 가구원 수 미포함
- ▶ **(신규등록 방법)** 보건소 내·외 연계를 통해 추진하며, 주민자치형 공공서비스(읍면동 찾아가는 보건복지서비스), 의료·돌봄 통합지원 시범사업 연계 대상자 포함 가능, AI·IoT 기반 어르신 건강관리 사업 신규등록자의 10%를 추가 실적으로 인정
- ▶ **(목표치 산출)** 최근 3년('21.~'23.) 신규등록 평균 실적치에 '21년 대비 '22년 전국평균 신규등록 실적 상승률 7.2% 반영

※ 코로나19 대응 기간('20~'23년) 동안 보건소의 업무 중단재개가 반복되어, 실적치 변동이 큼에 따라 적절한 추세 산정이 어려워, '25년 평가에 반영된 실적 상승률(7.2%)을 적용

| 시·도명       | '25년 신규등록 목표   |
|------------|----------------|
| <b>합 계</b> | <b>157,469</b> |
| 서울특별시      | 61,138         |
| 부산광역시      | 9,011          |
| 대구광역시      | 3,454          |
| 인천광역시      | 4,768          |
| 광주광역시      | 2,136          |
| 대전광역시      | 1,371          |
| 울산광역시      | 1,599          |
| 세종특별자치시    | 212            |
| 경기도        | 20,672         |
| 강원도        | 4,023          |
| 충청북도       | 5,480          |
| 충청남도       | 6,563          |
| 전라북도       | 6,178          |
| 전라남도       | 8,395          |
| 경상북도       | 9,544          |
| 경상남도       | 10,653         |
| 제주특별자치도    | 2,272          |

## ② 집중관리 서비스 처리실적

- ▶ **(산식)** '24년 시도별 집중관리 서비스 목표치 대비 실적 달성 실적
- ▶ **(집중관리 서비스의 정의)** 방문건강관리 서비스 대상 중 집중관리군으로 분류되어 3개월 동안 8회\* 이상의 집중 건강관리서비스를 받은 경우
  - \* (집중관리 정상 완료) <sup>1)</sup>8회 방문, 또는 <sup>2)</sup>7회 방문+1회 보건소 내소, <sup>3)</sup>7회 방문+1회 전화상담
- ▶ **(목표치 산출)** '23년 방문건강관리 사업 전체 등록 가구원 수 실적 × 3.0%\*
  - \* 전체 사업 대상자 중 적극적인 건강관리가 요구되는 대상자들에게 집중관리 서비스가 충분히 제공될 수 있도록, '23년 시도별 전체 사업 대상자 수 대비 평균 집중관리 비율(약 3%) 수준으로 목표치 설정

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |  |  |  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|--|--|--|
| 측정방법 | 시·도명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 집중관리 서비스 처리실적 |  |  |  |  |
|      | 합 계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 31,012        |  |  |  |  |
|      | 서울특별시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 8,335         |  |  |  |  |
|      | 부산광역시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 1,861         |  |  |  |  |
|      | 대구광역시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 748           |  |  |  |  |
|      | 인천광역시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 1,007         |  |  |  |  |
|      | 광주광역시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 582           |  |  |  |  |
|      | 대전광역시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 314           |  |  |  |  |
|      | 울산광역시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 338           |  |  |  |  |
|      | 세종특별자치시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 81            |  |  |  |  |
|      | 경기도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 4,510         |  |  |  |  |
|      | 강원도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 1,160         |  |  |  |  |
|      | 충청북도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1,409         |  |  |  |  |
|      | 충청남도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1,447         |  |  |  |  |
|      | 전라북도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2,716         |  |  |  |  |
|      | 전라남도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2,510         |  |  |  |  |
|      | 경상북도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1,912         |  |  |  |  |
|      | 경상남도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1,573         |  |  |  |  |
|      | 제주특별자치도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 509           |  |  |  |  |
|      | <div>• 목표치 : 95점 이상</div> <div>• 평가대상 : 시·도(시·군·구 포함)<div>* 제주특별자치도의 경우 제주시, 서귀포시 실적 포함</div></div> <div>• 평가기준일 : 2025. 12. 31.</div> <div>• 기타사항<div>▶ '24. 10. 1~12. 31 동안 퇴록 처리된 가구(가구원)는 '25년 재등록 시 신규등록 실적에서 제외 (동 지표 실적치에 합산하지 않는 것이며, 재등록 자체를 금지하는 것은 아님)</div><div>▶ 동일인·동일가구에 대해 중복 등·퇴록이 발생하더라도 신규등록 1건으로 산정</div></div> |  |               |  |  |  |  |

|                 |     |                       |                       |                                     |                       |                               |                                     |            |
|-----------------|-----|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------|
| 시스템<br>구현<br>서식 | 구 분 | 실적등록 처리실적             |                       |                                     | 집중관리 서비스 처리실적         |                               |                                     | 달성값<br>①+② |
|                 |     | '25년<br>신규등록<br>목표(A) | '25년<br>신규등록<br>실적(B) | 목표 달성률①<br>(B/A×100)×0.4<br>*최대값≤40 | '25년<br>집중관리<br>목표(C) | '25년<br>집중관리<br>정상완료<br>실적(D) | 목표 달성률②<br>(C/D×100)×0.6<br>*최대값≤60 |            |
|                 | 시도  |                       |                       |                                     |                       |                               |                                     |            |
|                 | 〇〇시 |                       |                       |                                     |                       |                               |                                     |            |
|                 | 〇〇군 |                       |                       |                                     |                       |                               |                                     |            |
|                 | 〇〇구 |                       |                       |                                     |                       |                               |                                     |            |

|           |                          |                      |                  |                     |                              |      |
|-----------|--------------------------|----------------------|------------------|---------------------|------------------------------|------|
| 연계<br>시스템 | 정보시스템 운영부서               |                      |                  |                     | 연계항목                         |      |
|           | 정보시스템<br>지역보건의료<br>정보시스템 | 기관/부서<br>보건의료<br>정보부 | 담당자<br>김준호<br>주임 | 연락처<br>02-6360-6943 | 항목 이름<br>방문건강관리사업<br>등록 가구 수 | 증빙화면 |

|      |                     |  |  |
|------|---------------------|--|--|
| 증빙자료 | • 지역보건의료정보시스템(PHIS) |  |  |
|------|---------------------|--|--|

|             |       |      |       |
|-------------|-------|------|-------|
| VPS<br>입력주체 | 보건복지부 | 입력시기 | 월별 1회 |
|-------------|-------|------|-------|

|     |                                                                                                                               |  |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 문의처 | 보건복지부 건강정책과 김민정 사무관☎044-202-2808, E-mail: mj6712@korea.kr)<br>보건복지부 건강정책과 신동일 주무관☎044-202-2812, E-mail: check4road2@korea.kr) |  |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|



## 2

## 방문건강관리사업 계획서 및 결과서 제출

## ● 계획서 및 결과서 작성

## ➤ 당해 연도 지역사회 통합건강증진사업 및 지역보건의료계획 내 포함하여 작성

※ 예산은 별도로 편성하되, 대상자 중심 통합서비스 제공을 위하여 계획서는 일괄로 작성이 가능하나 방문건강관리사업에 대한 내용이 반드시 포함되어야 함

## ➤ 사업예산은 별도작성(통합건강증진사업 총괄 안내서 참조)

## ▶ 지역보건의료계획

(지역보건법 제7조) 시·도 및 시·군·구는 지역주민의 건강증진을 위하여 중장기 계획에 따라 연차별 시행계획을 수립

※ 제8기 지역보건의료계획 수립 안내 참조

## ● 사업 현황 입력

## ➤ 목적 : 기초지자체 또는 광역지자체에서 사업현황을 파악하여 개선 및 보완

- 사업현황 점검을 위하여 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 기존 서식은 유지하며 이를 통하여 자체점검 실시

## ● 인력 업무권한

## ➤ 대상자 발굴의 사각지대 해소 및 효율적인 보건복지연계서비스 제공을 위해 방문건강관리 사업 담당 공무원 및 전문인력 대상 사회보장정보시스템(이하 행복e음) 이용 권한을 다음과 같이 부여

- (공무원) 행복 e음 “시군구보건소담당” 권한 부여 가능

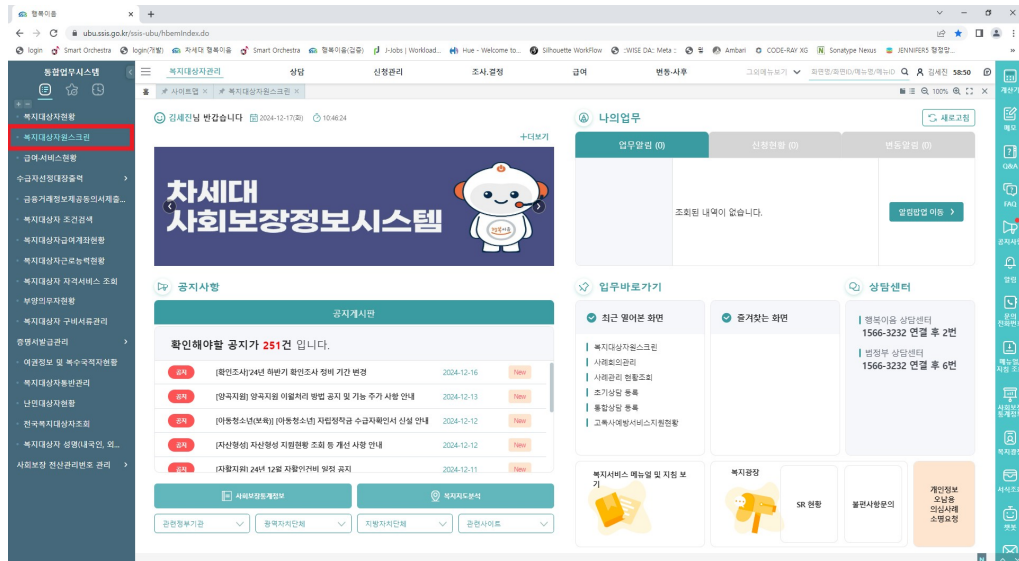
※ 복지서비스 담당 공무원에게 기초생활수급자 등 취약계층 명단 공식 요청 시, 공유 가능

- (전담인력) 대상자 성명, 주민번호, 연락처 등 업무에 필수적으로 필요한 정보 조회 권한

- 권한명 : 시군구비공무원보건소(방문건강관리)담당

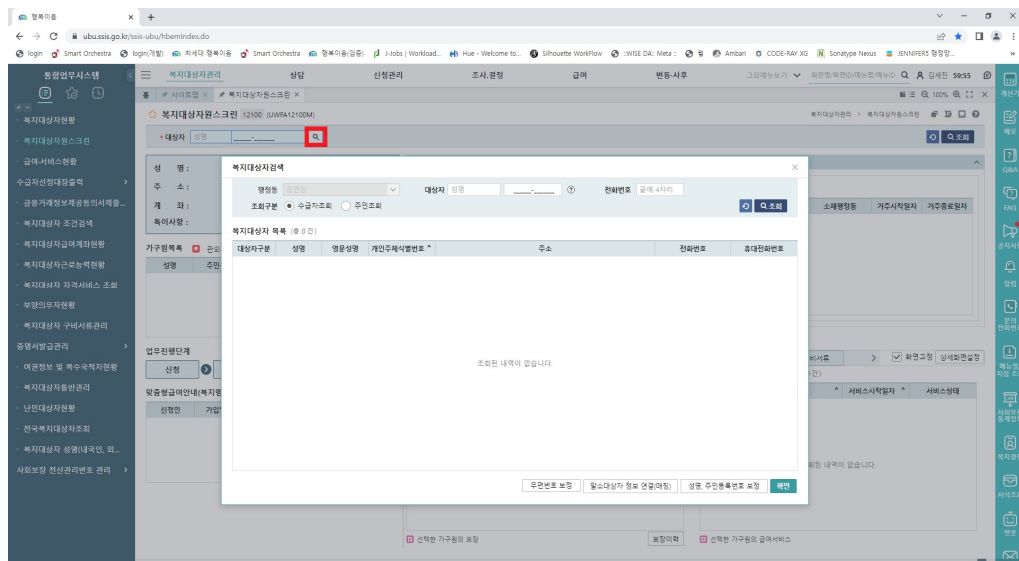
- 사용가능 메뉴 : 시군구비공무원보건소(일반) 업무에 원스크린 추가

## 복지대상자 → 복지대상자 원스크린(비공무원)



» 행복이음 로그인 후 복지대상자 메뉴 클릭

» 인적정보조회 팝업에서 조회 대상 입력 후 [조회] 버튼 클릭





복지대상자 → 복지대상자 원스크린(비공무원) → 가구

## » [보장] 탭 클릭

- 조회 대상의 가구정보 및 가구원의 보장, 급여서비스 내역 확인

The screenshot displays the '복지대상자 원스크린(비공무원)' system interface. The '가구' (Family) tab is selected, showing a list of family members and their associated benefits and services.

| 번호 | 선택                       | 보장구분         | 소득연령    | 번호 | 선택                                  | 급여서비스            | 서비스시작일자    | 서비스종료일자 |
|----|--------------------------|--------------|---------|----|-------------------------------------|------------------|------------|---------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | 간접           | 0       | 1  | <input checked="" type="checkbox"/> | 통합문화체육관광(문화누리카드) | 2024-01-25 | 지속중     |
| 2  | <input type="checkbox"/> | 의료급여         | 0       | 2  | <input type="checkbox"/>            | 이동통신요금감면         | 2022-12-06 | 지속중     |
| 3  | <input type="checkbox"/> | 장부양급(일반)     | 334,810 | 3  | <input type="checkbox"/>            | TV수신료 면제         | 2020-06-25 | 지속중     |
| 4  | <input type="checkbox"/> | 장기요양보험       | 0       | 4  | <input type="checkbox"/>            | 전기요금감면           | 2020-06-11 | 지속중     |
| 5  | <input type="checkbox"/> | 기초연금         | 0       | 5  | <input type="checkbox"/>            | 기초수급자 군통발 지원...  | 2011-08-08 | 지속중     |
| 6  | <input type="checkbox"/> | 기초생계급여       | 334,810 | 6  | <input type="checkbox"/>            | 기초생계급여(장기요양보...) | 2024-09-26 | 지속중     |
| 7  | <input type="checkbox"/> | 기초의료급여       | 577,421 | 7  | <input type="checkbox"/>            | 기초생계급여(일반)       | 2020-04-10 | 지속중     |
| 8  | <input type="checkbox"/> | 기초주거급여       | 334,810 | 8  | <input type="checkbox"/>            | 기초생계급여(일반)       | 2021-01-14 | 지속중     |
| 9  | <input type="checkbox"/> | 장기요양보험(비공무원) | 0       | 9  | <input type="checkbox"/>            | 기초생계급여(일반)       | 2020-04-10 | 지속중     |

PART

# 04

## 행정사항

---

1. 인력채용 및 운영
2. 예산편성 및 집행기준
3. 방문건강관리 인력의 안전조치 지원
4. 개인정보보호 안내
5. 기타 사항



## 04

## 행정사항

## 1

## 인력채용 및 운영

## ● 운영 형태

» 방문건강관리사업의 전문적 수행을 위해 보건소에서 직접 운영하여야 하며(보건소 직영 원칙), 보건소 직영인 경우에만 국고보조금 교부

※ 다만, 기존('18년 이전) 위탁수행 기관과의 계약 잔여기간 등 부득이한 사유가 있을 경우에는 구체적인 사유서를 보건복지부에 제출·협의하여야 하며, 검토 결과 불가피성이 인정되는 예외적인 경우에만 한시적으로 위탁수행 인정(이 경우 국고보조금 교부 가능)

## ● 인력의 배치

» 방문건강관리사업 인력 중 국비로 인건비가 지원되는 인력은 보건기관 배치 원칙

## ● 방문건강관리팀 구성 및 역할

» 대상자의 효과적이고 전문적인 건강행태 개선 및 허약예방을 위하여 간호사를 중심으로 다분야 보건·의료전문가로 팀구성 필요

- 의사, 한의사, 약사, 간호사, 물리/작업치료사, 치과위생사, 영양사, 사회복지사 참여 가능
- 간호조무사, 행정보조, 자원봉사자 등의 인력을 적절히 활용하여 운영

※ 방문건강관리 업무수행 인력은 의료법 등 관련 법령이 정한 업무 범위 준수

## » 인력 자격 및 업무

- 의사, 한의사
  - ▶ 서비스 대상자 및 가족, 집단 등의 의료서비스 및 건강관리서비스 제공
  - ▶ 대상자의 혈액검사 등 필요 시 처방, 채혈 등 관리 및 감독
  - ▶ 임상적 소견과 의학적 자문 제공, 사례관리 집담회 참여 등

- 간호사
  - ▶ 대상자 및 집단 등에 전반적 건강 상담 및 건강관리서비스 제공
  - ▶ 대상자별 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획
  - ▶ 지역사회 내 건강위험요인이 있는 대상 가구 및 집단 발굴 및 등록관리
  - ▶ 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 내·외 자원 연계 실시
- 물리/작업치료사
  - ▶ 대상자 및 집단 등에 재활 상담 및 건강관리서비스 제공
  - ▶ 대상자 및 가족 등 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획
  - ▶ 재활 관련 서비스 제공 : 통증감소, 균형 및 협응 개선, 영구적 신체장애 지연 및 예방 등
- 운동전문가
  - ▶ 대상자 및 집단 등에 신체활동 상담 및 건강관리서비스 제공
  - ▶ 대상자 및 가족, 집단 등 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획
  - ▶ 신체활동 관련 서비스 제공 : 균형감각 촉진, 근력강화, 자가관리 훈련, 체력 및 건강 촉진·유지·회복 등
- 치과위생사
  - ▶ 대상자 및 집단 등에 구강 상담 및 건강관리서비스 제공
  - ▶ 대상자 및 가족, 집단 등의 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획
  - ▶ 구강 관련 서비스 제공 : 구강보건교육, 구강위생 관리법, 잇솔질 교육, 틀니 관리, 구강위생용품 사용법 교육 등
- 영양사
  - ▶ 대상자 및 집단 등에 영양 상담 및 건강관리서비스 제공
  - ▶ 대상자 및 가족, 집단 등의 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획
  - ▶ 영양 관련 서비스 제공 : 대상자의 영양 평가 및 개인 특성별 영양상담 등



- 사회복지사
  - ▶ 대상자 및 집단 등 복지 상담 및 연계서비스 제공
  - ▶ 대상자 및 가족, 집단 등 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획
  - ▶ 복지 관련 서비스 제공 : 지역사회 내 자원 연계 및 신규 자원 발굴 등
- 북한이탈주민 상담사
  - ▶ 북한이탈주민 건강관리의 접점으로 전문 인력이 건강관리서비스 제공 시 조정자 역할
  - ▶ 북한이탈주민 관련 서비스 제공 : 신규대상 발굴 및 전화상담, 북한이탈주민의 사회 적응을 위한 정보제공, 정서적 지지 등
- 간호조무사
  - ▶ 간호사의 방문건강관리 서비스 제공 시 보조업무 수행
  - ▶ 경로당, 마을회관 등 집단 대상 방문건강관리 서비스 제공 시 간호사의 업무 보조
- 약사
  - ▶ 대상자 및 가족, 집단 등 건강관리를 위한 임상약리학적 자문 제공
- 자원봉사자 및 행정보조 등
  - ▶ 신체적·정서적 지지, 업무보조, 대상자 서비스 지원, 차량봉사 등
  - ※ 재가 말기암 대상자 및 가족 등에 대한 자원봉사는 「호스피스 자원봉사자 교육」 이수자 우선 활동

## ● 방문건강관리사업 비정규직 인력의 정규직 전환 노력 필요

### » 방문건강관리사업은 상시·지속적 국고보조사업임

- 상시·지속적 업무라 함은 연중 9개월 이상 계속되는 업무로 향후 2년 이상 계속될 것으로 예상되는 업무임
- 고용개선을 위한 국정과제 및 정부종합대책\*에 따라, 공공부문의 상시·지속적 업무를 수행하는 비정규직의 정규직 전환이 차질 없이 추진되도록 노력해야 함

\* 추진근거 : 공공부문 정규직 전환 가이드라인(관계부처 합동, '17. 7. 20)

## ● 방문건강관리 인력의 교육훈련 참여 필요

### » 방문건강관리사업 교육과정 현황

- 한국보건복지인재원 및 시도 통합건강증진사업 지원단에서 추진
  - ▶ (공무원 과정) 주요정책 동향, 평가 지표, 기획 및 보고서 작성, 우수사례 등
  - ▶ (전문인력 신규자) 방문사업의 이해, 시스템 활용법, 주요 서비스 내용 및 전략 등
  - ▶ (전문인력 경력자) 방문사업 정책동향, 세부·심화 서비스 전략 등

### » 의료·돌봄 통합지원 분야 교육과정 이수 시 상시학습 시간 인정 권고

- 의료·돌봄 통합지원 지역 담당자에 한하여 의료·돌봄 통합지원 분야 교육과정 이수 시 상시학습 시간으로 인정 권고

※ 다만, 지자체별로 교육 이수에 대한 상시학습 시간 인정 여부는 상이할 수 있음

### » 2025년 한국보건복지인재원 교육 훈련과정 신청방법

## 회원가입

### 홈페이지(<https://edu.kohi.or.kr>) 회원 가입 필수

- 가입 시 홈페이지 신청 과정 대상 수료증 출력 및 학습현황 관리 지원

## 교육안내

### 〈공문으로 발송〉

|               |   |              |   |              |
|---------------|---|--------------|---|--------------|
| 한국보건복지<br>인재원 | → | 시·도 교육담당부서   | → | 관련 부서 및 소속기관 |
|               |   | 시·군·구 교육담당부서 | → | 관련 부서 및 소속기관 |
|               |   | 보건소          | → | 보건소 부서 및 지소  |

## 교육신청

### 〈홈페이지에서 교육신청 - 전문인력 대상 교육과정〉

- 홈페이지 로그인 후 과정 검색을 통한 개별 교육신청

## 확정통보

### 〈확정통보서 발급〉

- 한국보건복지인재원 배움인 홈페이지 - 로그인 - 마이페이지 - 학습현황 - 교육안내문 및 확정통보서 다운로드

## 입 교

- 교육당일 입교시간에 따라 입교  
(한국보건복지인재원 교육 담당자가 안내문 및 교육시간표를 메일로 발송 예정)

※ 시도 통합건강증진사업 관련 교육의 경우 시도 통합건강증진사업 지원단에서 별도 안내 예정



## 2 예산편성 및 집행기준

※ 방문건강관리사업의 예산운영 기본원칙은 「2024년 지역사회 통합건강증진사업 총괄 안내서」의  
(1. 예산편성 및 집행기준)에 준함

### ● 인건비 편성 기준

➤ 인건비 급여는 월 224만원 이상 지급(4대 보험료 본인부담금 포함)

- 작년대비 업무(질적, 양적 측면에서)의 차이가 없는 경우, 급여수준을 인상하는 것을 원칙으로 함  
※ 보건소 내 유사 업무 종사자와 처우에서 차별이 발생하지 않도록 노력
- 4대 보험은 의무가입(기관부담금은 지자체 예산 확보)이며, 4대 보험 이외의 보험 가입 및 퇴직금 적립에 관한 사항은 해당 지자체 규정과 관련 법률에 따름
- 기본급 외 수당(복지포인트, 명절상여, 식대 등)을 지급하도록 하며 관련 사항은 근로기준법 등 관계법령 및 지자체 규정, 단체협약 결과 등에 따름  
※ 별도 규정이 없는 경우, 공공부문 정규직 전환 가이드라인(관계부처 합동, '17.7.20)에 준하여 운영
- 방문건강관리사업 수행 인력의 고용 형태가 기간제에서 무기계약직으로 전환되어도 지방자치 단체의 재정여건 등을 고려하여 방문건강관리사업 예산에서 무기계약직 인건비를 편성할 수 있음
- 방문건강관리사업의 건강관리업무 전문성\* 제고 및 안정성, 지속성 확보를 위하여 보건기관에서 근무하는 경우에만 국고보조금 교부

\* 보건소의 경우, 지역보건법 제31조에 따른 의료기관 의제 규정 감안

### ● 교육훈련비 편성 기준

➤ 교육훈련비 예산은 인당 최소 24만원 이상(14시간 기준)으로 편성, 지자체 여건에 따라 교육비 추가 편성 가능함

- 교육비 이외의 교육 여비는 공무원 여비규정에 따라 편성 가능(단, 공무원의 교육비 및 교육 여비는 지자체에 편성된 교육관련 예산으로 우선 집행)

※ 보건소 및 건강생활지원센터, 보건지소에 근무하는 전문인력의 교육비 및 교육여비 예산 편성은 필수임.

## ● 이외 사항

- ▶ 전문 인력의 방문건강관리 사업수행에 필요한 여비는 본 예산에서 사용하며, 담당 공무원의 사업 수행을 위한 여비는 관서운영비(지자체 예산) 우선 집행
  - 전문 인력에게 지급되는 각종 수당 및 복리후생을 위한 경비는 가급적 지자체 예산을 확보하여 지급
- ▶ 방문건강관리사업 추진을 위해 필요한 다음 사항들은 「2025년도 지방자치단체 예산편성 운영기준 및 기금운영계획 수립기준», 「지방자치단체 세출예산 집행기준」의 비목명을 준용하여 편성·집행 할 수 있음
  - 외부전문가 강의 및 자문 수당 등
  - 서비스 대상자에 대한 홍보물품(소모품)
  - 사업 수행에 필요한 물품 또는 공간의 임차, 플랫폼 이용료 등
  - 감염 우려 대상자 방문 시 사업 담당자 예방접종 비용 등
- ▶ 본 사업은 지자체 경상보조 사업이므로 자산취득은 불가
- ▶ 방문건강관리사업을 효율적으로 수행하기 위해 보건소 및 보건의료원, 건강생활지원센터, 보건지소, 보건진료소 등에서 사업비를 사용할 수 있음
- ▶ 예산항목별로 산출근거를 명확하게 제시하여야 하며, 각 비목별 사업비 계상(합산) 시 10원 미만 절사



### 3

## 방문건강관리 인력의 안전조치 지원

### ● 요주의 대상자 방문 시 안전수칙

- ▶ 가정 등 방문 시 대상자 최초 등록으로 사전 정보가 없거나 요주의 대상자로 의심되는 경우 2인 이상 팀을 구성하여 방문 필요
  - 요주의 대상자는 알코올 중독, 폭력 성향이 있는 정신질환자, 신체접촉을 시도하거나 음담패설 등 부적절한 언어폭력을 행하는 대상자 등
  - 요주의 대상자로 인한 문제 발생 시, 보건소 외부위원이 2인 이상 참여한 위원회를 개최하고, 퇴락처리 필요
  - 퇴락처리가 된 경우 구체적인 퇴락사유 등이 포함된 위원회 결과를 기록물로 남기고, 타 기관 연계를 통한 후속조치(예-알코올 중독치료 등) 필요

### ● 요주의 대상자 방문 시 조치사항

- ▶ 방문은 정해진 일정에 따라 시행하며, 방문 일정과 행선지는 반드시 담당 공무원이나 동료에게 알린다(가능한 밝은 낮 시간대 활용).
- ▶ 예정된 방문일정 외 방문이 발생한 경우 행선지와 예정시간을 담당 공무원이나 동료에게 알린다(유선, 문자 등).
- ▶ 가정 방문 시 출입구 가까운 쪽에 자리를 잡고, 주변에 흉기가 될 수 있는 물건이 있으면 대상자가 눈치 채지 않도록 치우거나 가린다.
- ▶ 알코올 중독이나 정신질환 대상자 등을 방문한 경우 불안 증세를 보이면 직접 대응하기보다 즉시 관련 전문기관에 도움을 요청한다.

## ● 감염병 예방조치

» 방문건강관리인력은 마스크 착용권장 대상으로 감염 위험이 있는 대상자 방문 시 보호 장구(장갑, 마스크 등) 착용 의무화 필요

- 대상자 방문 전 감염병 현황 등 사전확인 후 방문 필요

» 마스크 착용 일반 원칙

- 마스크 착용, 손 씻기, 사람 간의 거리 두기 등이 코로나19 감염 예방에 효과적이며 중요함
- 마스크는 침방울을 통한 감염 전파를 차단하는 효과가 있음
- 마스크는 식품의약품안전처에서 허가된 ‘의약외품’ 마스크 착용을 적극 권고
- ‘의약외품 마스크’가 없을 경우 면(천) 마스크, 일회용 마스크 착용도 도움이 될 수 있음

» 올바른 마스크 착용 방법

- 개인의 얼굴 크기에 맞는 적당한 마스크를 선택하여 호흡기인 입과 코를 완전히 덮도록 얼굴에 밀착하여 착용
- 밀착도를 높이기 위해 코편(nose wire)이 있는 마스크는 코편을 코에 잘 맞게 눌러서 틈이 없도록 함
- 마스크 내부에 마스크 가드, 휴지나 수건을 덧대면 밀착력이 떨어져 차단 효과가 낮아지므로 주의
- 마스크 자체가 오염되지 않도록 마스크를 만지기 전에 손을 깨끗이 씻기
- 마스크 착용 시에는 손을 통한 오염을 방지하기 위하여 마스크를 최대한 만지지 않으며, 만졌을 시 30초 이상 비누로 손을 씻거나 손 소독제로 손을 깨끗이 해야 함
- 마스크를 잠시 벗어야 하면 오염되지 않도록 깨끗한 봉투에 보관하고, 마스크를 줄에 걸어 목걸이로 사용할 경우 마스크 안쪽 면이 오염될 우려가 있으므로 안쪽 면이 외부로 노출되지 않도록 주의
- 환기가 어렵고 사람이 많아 비말감염의 우려가 있는 밀폐·밀집·밀접(3밀) 시설에서 사용한 마스크는 교체하는 것을 권고
  - ▶ 땀이나 물에 젖은 마스크는 세균번식의 우려가 있으므로 새 마스크로 교체하는 것을 권고
  - ▶ 오염 우려가 적은 곳에서 일시적으로 사용한 경우 동일인에 한하여 다시 사용 가능



- 마스크 착용으로 호흡곤란, 어지러움, 두통 등의 증상이 있는 경우 즉시 개별 공간 또는 다른 사람과 거리두기가 가능한 야외 공간에서 마스크를 벗고 휴식을 취한 후 증상이 완화되면 재착용
- 마스크 사용 후에는 마스크 앞면에 손을 대지 않고 귀에 거는 끈만 이용해 벗은 후 바깥면을 안쪽으로 접어 끈으로 감고, 가능하면 소독제를 뿌린 후 종량제 봉투에 폐기

### » 장갑의 올바른 착용법

- 장갑 착용 전, 반드시 손을 씻거나 손 소독제를 사용한 후 착용
- 장갑은 손에 꼭 맞는 것을 사용하고, 1회 사용 후 폐기 필요
  - \* 동일 대상자여도 다른 부위 혹은 체액을 취급할 경우, 새로운 장갑을 착용
- 장갑 탈의 방법

| 손목 주위의 가장 부분을 잡고 손 쪽으로 말아서 장갑 안쪽이 바깥으로 나오도록 반대편 손으로 찬다.                                                                                                                                                                                                                | 나머지 장갑의 손목 부분을 아래로 손가락을 밀어 넣고 안쪽에서부터 벗으면서 장갑 한 쌍을 용기에 버린다.                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  ①<br> ②<br> ③ |  ④<br> ⑤<br> ⑥ |

\* 내용출처: 서울특별시. 찾아가는 동주민센터 방문안전 매뉴얼. 2018.

### » 기타 감염예방 안전조치

- 방문 시 바늘이나 날카로운 기구에 찔린 경우, 즉시 상처부위의 피를 짜내고 알콜이나 베타딘 등 소독제로 충분히 닦아냄
- 대상자의 혈액이나 체액 등이 피부에 얹힐러지거나 튼 경우, 흐르는 물과 비누로 충분히 닦아냄
- 눈이나 점막에 대상자의 체액 등이 튼 경우, 멸균 생리식염수로 1~2분간 충분히 세척한 후 감염의 징후가 있는지 관찰함

## ● 반려동물 안전관리

### » 방문 전

- 대상자의 가정에 반려동물이 있는지 확인함
- 방문 직전 대상자에 반려동물을 미리 안전조치 하도록 한 후 방문함

### » 방문 중

- 대상자에게 협조를 요청하여 반려동물을 격리시키도록 함
- 반려동물에게 가까이 가거나 만지지 않아야 함
- 반려동물이 달려오려는 기세를 보이면 눈 맞춤을 피하고, 서서히 뒤로 물러나 안전한 장소로 피하며 소리 지르지 않도록 함

### » 반려동물로 인한 안전사고 발생 시 조치

- 반려동물 물림사고 발생 시, 해당 반려동물의 파상풍 예방접종 여부 확인함
- 즉시 병원으로 가서 응급처치를 받도록 하며 담당 공무원 등에게 보고함
- 출혈이 심하지 않을 경우, 비누와 물로 5~10분간 깨끗이 씻고(상처를 세게 문지를 경우, 악화시킬 수 있음), 약간의 피가 흐르도록 하여 상처 내 남아있는 세균이 상처 밖으로 흘러나오도록 함
- 소독된 거즈나 수건을 이용하여 출혈을 억제함
- 추후 안전사건 발생 기록물을 남기고, 사후 조치를 함

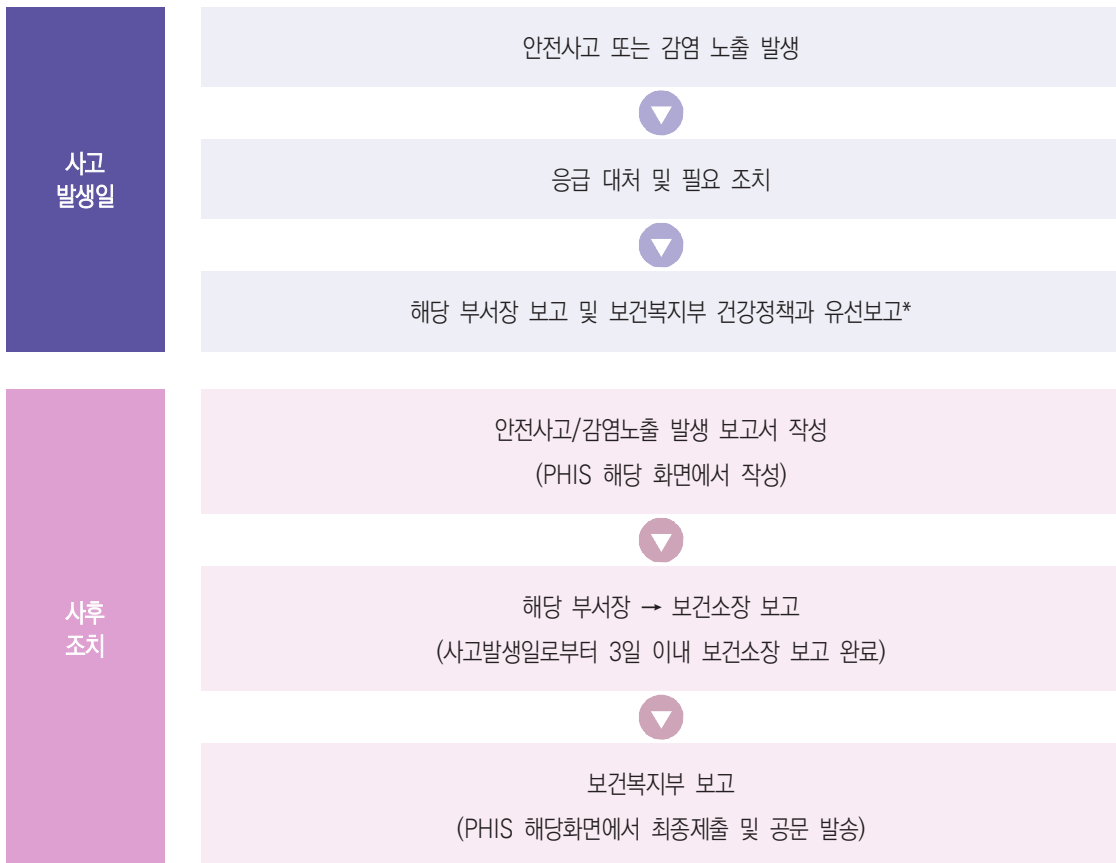


## ● 안전사고 및 감염노출 발생 시 조치사항

» 해당 서식을 활용하여 보건소장 및 보건복지부 건강정책과에 보고하고 관련 자료를 보관한다.

- 안전사고, 감염 노출 발생일로부터 3일 이내, 보건소장 보고
- 보건소장 보고 후, PHIS 통해 보건복지부 건강정책과에 보고서식(사고 경위 및 조치 포함) 제출

※ [서식8] 안전사고 발생 보고서 및 [서식9]감염 노출 발생 보고서 참조



\* 다만, 사고발생 당일 불가피하게 유선 보고가 불가한 경우 익일까지 보고

\*\* 참고서식 활용하여 사건 발생일로부터 3일 이내 보고서 작성 및 보건소장 결재 완료 후, 공문 통해 보건복지부(수신자 참조: 한국건강증진개발원) 보고 요망

## ● 예방접종 관련 비용지원

- » 본 사업 예산으로 사업 담당자 예방접종 비용 등을 편성·집행할 수 있음
- » 별도의 지침 제시 전까지 질병관리청의 「2018 성인 예방접종 안내서 제2판」의 <4장 직업/상황별 예방접종: 보건의료인>에 준함

| 예방접종 종류 | 접종대상 | 접종일정 |
|---------|------|------|
|---------|------|------|

의료직 시작 시 면역의 증거<sup>1)</sup>가 없는 경우 항체검사 후 음성일 때 접종

|       |                           |                                                                                      |
|-------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| B형 간염 | 혈액 및 체액에 노출될 위험이 있는 보건의료인 | 3회(0, 1, 6개월) 접종<br>→ 1~ 2개월 후 항체 검사, 음성이면 3회 재접종<br>→ 1~2개월 후 항체 검사시에도 음성이면 재접종 불필요 |
| 수두    | 1970년 이후 출생한 보건의료인        | 2회(4~8주 간격) 접종                                                                       |

의료직 시작 시 면역의 증거<sup>1)</sup>가 없는 경우 항체검사 없이 접종

|                     |                                                                                                                                 |                            |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 인플루엔자               | 모든 보건의료인                                                                                                                        | 1회 접종(매년)                  |
| 파상풍·디프테리아·백일해(Tdap) | 모든 보건의료인                                                                                                                        | 1회 접종(이후 10년마다 Td)         |
| 홍역·유행성이하선염·풍진(MMR)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>(홍역)</b> 1968.1.1. 이후 출생한 보건의료인</li> <li>▶ <b>(유행성이하선염, 풍진)</b> 모든 보건의료인</li> </ul> | 2회(4주 간격) 접종 <sup>2)</sup> |
| A형 간염               | 20~30대 <sup>3)</sup> 보건의료인                                                                                                      | 2회(6~18개월 간격) 접종           |

1) 면역의 증거: 해당질환 진단병력, 항체 양성, 해당 백신 접종력 중 1가지 이상

2) 면역의 증거가 있는 경우 접종 불필요하며, 면역의 증거가 없다면 항체검사 없이 2회 접종

※ 보건의료인은 홍역, 유행성이하선염, 풍진 환자에 대한 노출 위험이 높고, 감염 시 의료기관 내 환자에게 전파할 위험이 높아 2회 접종을 권고하고 있음.

3) 40세 이상 성인은 항체검사 후 음성일 경우, 접종 권장



## 4

## 개인정보보호 안내

※ 개인정보보호 안내는 「2025년 지역사회 통합건강증진사업 총괄 안내서」에 준함

### ● 기본원칙

- ▶ 시도 및 시·군·구는 개인정보보호법 및 자치법규 등에 따라 방문건강관리사업 추진 시 수집·이용하는 개인정보를 보호해야 할 의무와 책임이 있음
- ▶ 방문건강관리사업은 「개인정보보호법」을 준수하며 이용자의 개인정보 및 권익을 보호하기 위하여 필요한 사항을 다음과 같이 규정함

### ● 개인정보보호 필수 조치사항

#### ▶ 개인정보 수집 및 이용

- 개인정보를 수집하는 경우 그 목적에 필요한 최소한의 정보를 수집하여야 하고 그 수집 목적 범위에서 이용하여야 함

#### ▶ 개인정보의 목적 외 이용 및 제공 제한

- 개인정보를 수집한 목적과 다르게 이용하거나 목적 범위를 초과하여 제3자에게 제공하여서는 아니 됨

#### ▶ 개인정보 파기

- 개인정보 보유기간 경과, 처리 목적 달성 등 그 개인정보가 불필요하게 되었을 때에는 지체 없이 그 개인정보를 파기하여야 함

※ 다만, 다른 법령에 따라 보존하여야 하는 경우는 예외로 함

#### ▶ 개인정보 유출 통지

- 개인정보가 유출되었음을 알게 되었을 때에는 지체 없이 해당 정보주체에게 유출된 개인정보의 항목, 유출 시점 및 경위, 유출로 인하여 발생할 수 있는 피해를 최소화하기 위하여 정보주체가 할 수 있는 방법 등에 관한 정보를 통보하여야 함.

## ● 지역보건의료정보시스템(PHIS) 개인정보 보호

### » 개인정보 안전 조치 의무

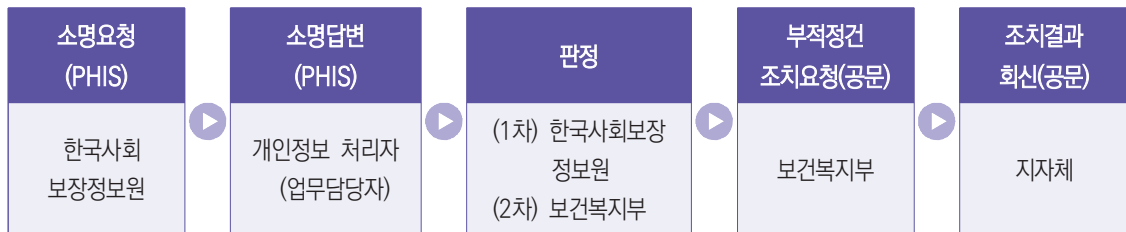
- 개인정보가 분실·유출·위조·훼손 등이 되지 않도록 내부관리계획을 수립하고, 방화벽·백신·접근통제 등 안전성 확보에 필요한 기술적·관리적 및 물리적 조치를 하여야 함

### » 개인정보보호 상시 모니터링 개요

- 지역보건의료기관에서 업무처리 목적으로 활용하는 지역보건의료정보시스템(PHIS)의 개인정보 유출 및 오·남용 사고를 예방하기 위하여 개인정보처리시스템 접속 기록 등에 대한 모니터링 수행

### » 업무처리 절차

- 개인정보보호 위반 의심사례 발생 시 PHIS를 통해 한국사회보장정보원에서 개인정보 취급자에게 소명 요청, 요청 받은 자는 10일 이내 사실에 입각하여 소명내용을 구체적으로 작성 후 PHIS에 등록
- 판정 결과 부적정인 경우 지자체에서는 해당 위반 사안에 대하여 규정에 따라 적의조치하고 그 결과를 보건복지부로 공문 회신



### » 유의사항

- 개인정보처리자는 개인정보보호 의무를 위반한 경우 공무원징계령 및 개인정보보호법 등에 따라 처벌될 수 있음을 유의하여 업무 목적으로만 개인정보 처리 수행



## 5 기타 사항

### ● 지역보건의료정보시스템(PHIS) 관련 행정사항

#### » 사업현황 입력

- **(목적)** 전국 방문건강관리사업 추진실적을 점검하여 운영현황을 파악하고, 사업의 발전방향을 수립하기 위한 기초자료를 마련하고자 함
- **(사업현황 점검)** 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 입력된 실적을 기반으로 지자체 사업현황을 점검
- **(사업현황 마감)** 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 실적 입력은 익월 5일 마감(기존 동일)

### ● 지역보건의료정보시스템(PHIS) 모바일 업무 현장 체계 마련

#### » 지역보건의료정보시스템(PHIS) 모바일 업무현장 체계 마련으로 방문건강관리 서비스 수행 전반의 체질 개선 및 업무 효율화 제고

- **(목적)** 모바일 업무체계를 통한 실시간 방문건강관리 서비스 현장 업무 지원으로 안전하고 효율적인 사업 데이터 관리 및 행정 처리의 간소화 실현
- **(내용)** 태블릿을 통한 실시간 업무정보 조회 및 전자서식(Paperless) 환경 기반 서비스 이력관리 등 효율적인 업무 수행

PART

# 05

## 관련서식

---

1. 서비스 등록 관련 서식
2. 서비스 수행 관련 서식
3. 생애주기별 건강면접조사표
4. 대상별 특성에 따른 건강기초조사표
5. 읍면동용 서식



## 05

## 관련서식

## ● 구성

| 구 분                          | 접종대상                          | 쪽수  |
|------------------------------|-------------------------------|-----|
| 1. 서비스<br>등록관련 서식            | [서식1] 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서    | 59  |
|                              | [서식2] 방문건강관리 가구조사표            | 62  |
| 2. 서비스<br>수행 관련 서식           | [서식3] 개인 방문건강관리 서비스 기록지(참고서식) | 63  |
|                              | [서식4] 집단 방문건강관리 서비스 기록지(참고서식) | 77  |
|                              | [서식5] 전화 방문건강관리 모니터링(참고서식)    | 78  |
|                              | [서식6] 연계 서비스 기록지(참고서식)        | 79  |
|                              | [서식7] 서비스 연계 의뢰 회신서           | 81  |
|                              | [서식8] 안전사고 발생 보고서             | 82  |
|                              | [서식9] 감염 노출 발생 보고서            | 83  |
| 3. 생애주기별<br>건강면접조사표          | [서식10] 임신부 대상 건강면접조사표         | 84  |
|                              | [서식11] 영유아 대상 건강면접조사표         | 87  |
|                              | [서식12] 유아 및 어린이 대상 건강면접조사표    | 88  |
|                              | [서식13] 청소년 대상 건강면접조사표         | 90  |
|                              | [서식14] 성인 및 노인 대상 건강면접조사표     | 92  |
| 4. 대상별 특성에<br>따른 건강기초<br>조사표 | [서식15] 노인 대상 허약조사표            | 96  |
|                              | [서식16] 우울검사                   | 99  |
|                              | [서식17] 북한이탈주민 대상 건강기초조사표      | 100 |
|                              | [서식18] 재가암환자 대상 건강기초조사표       | 103 |
|                              | [서식19] 재가장애인 대상 건강기초조사표       | 104 |
|                              | [서식20] 구강관리 기초조사표             | 106 |
| 5. 읍면동용 서식                   | [참고] 찾아가는 보건복지서비스팀 건강면접조사표    | 108 |

## 1 서비스 등록 관련 서식

### [서식 1] 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서

○○○보건소에서는 방문건강관리사업을 제공하여 건강위험요인과 건강문제 관리에 대한 동기를 부여하여 자가 건강 관리능력을 증진시키고자 합니다.

방문건강관리사업은 대상자의 건강상태에 따라 보건소 내외의 서비스가 이뤄질 것입니다. 간단한 건강검사 후 맞춤형 교육 및 상담과 프로그램이 이뤄지고 필요한 경우 지역 내 보건·복지 서비스 연계를 제공받을 수 있습니다.

참여하시게 되면 금전적인 대가는 없으며 도중에 그만두고 싶다면 언제든지 중단하실 수 있습니다.

이에 관한 문의사항은 담당자나 ○○○보건소로 연락주시면 됩니다.

본 서비스를 통하여 수집된 귀하의 건강정보는 서비스 제공 및 국가 통계자료로만 사용되며 다른 목적으로는 절대 사용되지 않을 것입니다.

☐ 본인은 방문건강관리사업 대상자로 등록하는 것에 동의하고, 개인정보의 수집·이용·제공, 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항에 대하여 충분히 이해하였으며, 「개인정보보호법」에 따라 본인의 개인정보 처리(수집·이용, 제공 등)를 아래와 같이 동의합니다.

(\*필수입력)

|         |  |         |  |
|---------|--|---------|--|
| *성명     |  | *주민등록번호 |  |
| *주소     |  |         |  |
| *휴대폰 번호 |  | 전화번호    |  |
| 이메일     |  |         |  |

- 개인정보 수집·이용 동의
- 개인정보 제3자 제공 동의
- 민감정보 처리 동의
- 지역보건의료업무의 전자화에 관한 사무 처리를 목적으로 지역보건법 시행령 제24조에 따라 고유식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.

년 월 일

신 청 인 : (서명)  
관 계 : ☐ 본인 ☐ 법정대리인  
설 명 자 : (서명)

○○ 시장·군수·구청장(보건소장) 귀하



개인정보처리자는 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 합니다.

## 〈개인정보 동의획득 상세〉

### 1. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

#### [개인정보의 수집·이용 목적]

보건소는 다음과 같은 이유로 개인정보를 수집합니다.

- 가. 방문건강관리사업 대상자의 건강증진을 위한 대상자관리, 건강상담 및 교육, 보건복지 서비스 연계 등 건강관리서비스 제공
- 나. 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용

#### [수집하는 개인정보의 항목]

- 가. 인적사항 : 이름, 주민등록번호, 주소, 휴대폰 번호, 이메일
- 나. 건강정보 : 사업별 조사기록, 서비스 제공 기록

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 건강관리서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

#### [개인정보 보유기간]

- 가. 수집·이용 동의일로부터 개인정보의 수집·이용목적에 달성할 때까지

※ 제공되는 서비스의 종류에 따라 서비스 제공일에 차이가 있어, 보유기간을 별도로 명시하지 않음

- 나. 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

### 2. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

- 가. 방문건강관리사업대상자의 건강증진 및 삶의 질 향상을 위해 따라 보건소에서는 지역내 보건복지서비스를 연계하고있습니다. 이를 위해 제공○보건소가수집한 개인정보는 아래의 내용에 다른 기관에 제공하게 됩니다.

- 1. 정보의 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보
- 2. 정보의 제공 대상 : ○○○ 주민복지회관, 건강보험공단 지사, 공공부문 사례관리 사업(통합사례관리, 노인맞춤돌봄서비스, 드림스타트, 의료급여 사례관리, 자활사례관리, 중독 및 정신건강사례관리), 암생존자통합지지사업 수행기관 및 시설 등 서비스 연계 해당 기관(그 외는 아래 입력란에 해당기관 작성)

- 3. 정보의 이용목적 : 타 기관의 보건·복지 서비스 연계
- 4. 정보의 보유 및 이용기간 : 방문건강관리사업 대상자 등록관리 기간

- 나. 방문건강관리사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용하기 위하여 등에 보건소는 보건복지부 및 한국건강증진개발원, 질병관리청, 국립재활원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 국립암센터 아래의 내용에 따라 개인정보를 제공하게 됩니다.

- 1. 정보의 제공 범위 : 연구 필요성이 인정되는 개인정보
- 2. 정보의 이용목적 : 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구
- 3. 정보의 보유 및 이용기간 : 해당 연구의 진행기간

- 다. 전자정보의관리 : 개인정보에 대한 전자화 정보관리는 지역보건법 제30조의 4에 의해 '한국사회보장정보원'에서 대행 관리합니다.

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 건강관리 서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

### 3. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

○○○보건소는 수집한 개인의 건강정보는 민간정보로서 아래의 목적에 필요한 용도 이외로는 사용되지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.

[민감정보의 수집·이용 목적]

- 생애주기별 건강증진서비스 질 관리
- 보건·복지 서비스 연계
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

[수집하는 민감정보의 항목]

- 건강정보 : 사업별 건강조사기록, 서비스 제공 기록

※ 귀하는 민감정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 건강관리 서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

민감정보의 수집에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

## [서식 2] 방문건강관리 가구조사표

● 대상 : 등록 가구

● **조사주기** : 초기1회 작성 후 필요시

|                              |            |                                                                                                            |  |                                                                                                                                                            |      |                                                                                                         |
|------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 대상자 성명                       |            |                                                                                                            |  | 주민등록번호                                                                                                                                                     |      |                                                                                                         |
| 신규 방문                        |            | 년 월 일                                                                                                      |  | 가구등록번호                                                                                                                                                     |      |                                                                                                         |
| 주소                           |            | <div>시·도</div> <div>구·시·군</div> <div>(아파트 동 호)</div>                                                       |  |                                                                                                                                                            |      |                                                                                                         |
| 전화번호                         |            |                                                                                                            |  | 휴대폰 번호                                                                                                                                                     |      |                                                                                                         |
| 가족<br>형태                     | 세대 유형      | <input type="checkbox"/> ① 1세대 <input type="checkbox"/> ② 2세대 <input type="checkbox"/> ③ 3세대               |  |                                                                                                                                                            |      |                                                                                                         |
|                              | 취약가족<br>유형 | <input type="checkbox"/> ① 다문화가족<br><input type="checkbox"/> ④ 독거노인<br><input type="checkbox"/> ⑦ 북한이탈주민가족 |  | <input type="checkbox"/> ② 조손가족<br><input type="checkbox"/> ⑤ 노인세대 부부<br><input type="checkbox"/> ⑧ 기타                                                     |      | <input type="checkbox"/> ③ 한부모가족<br><input type="checkbox"/> ⑥ 장애인가족<br><input type="checkbox"/> ⑨ 해당없음 |
| 서비스 제공 장소                    |            | <input type="checkbox"/> ① 가정<br><input type="checkbox"/> ④ 미인가 시설<br><input type="checkbox"/> ⑦ 읍면동       |  | <input type="checkbox"/> ② 지역아동센터<br><input type="checkbox"/> ⑤ 소규모사업장<br><input type="checkbox"/> ⑧ 노인복지관                                                 |      | <input type="checkbox"/> ③ 경로당<br><input type="checkbox"/> ⑥ 기타                                         |
| 대상자 연계·의뢰 여부<br>(외부 연계자의 경우) |            | <input type="checkbox"/> 보건소 외 연계의뢰 아님                                                                     |  | <input type="checkbox"/> 보건소 외 연계의뢰임                                                                                                                       |      |                                                                                                         |
|                              |            |                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> ① 찾아가는 보건복지서비스<br><input type="checkbox"/> ② 공공부문 사례관리*<br><input type="checkbox"/> ③ 의료·돌봄 통합지원<br><input type="checkbox"/> ④ 기타 |      |                                                                                                         |
| 담당자                          |            | 소속 :                                                                                                       |  | 성명 :                                                                                                                                                       | 연락처: |                                                                                                         |

Tip

## ▶ 세대유형

- 1세대 : 독거 또는 부부
- 2세대 : 부부와 자녀가 같이 사는 가족(일반가족, 한부모가족, 조손가족)  
 ※ 한부모가족 : 모자가족 또는 부자가족으로 19세 미만 아동(취학 중인 경우 22세 미만)인 자녀가 있는 경우
- 3세대 : 노부모를 모시고 부부와 자녀가 같이 사는 가족

▶ **취약가족 유형** : 해당가구만 표시

\* 공공부문 사례관리 : 노인돌봄맞춤서비스, 드림스타트(취약계층 아동통합서비스), 아동보호서비스, 의료급여사례관리, 자활사례관리, 중독사례관리(중독관리통합지원), 정신건강사례관리 해당

## 2 서비스 수행 관련 서식

### [서식 3] 개인 방문건강관리 서비스 기록지(참고서식)

#### ● 기본 기초검사

| 구 분          | 문제목록                                                                                        | 관리목표                                  | 수 행                                                                     | 월/일 |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| 방문형태         | <input type="checkbox"/> ① 직접방문 <input type="checkbox"/> ② 전화 <input type="checkbox"/> ③ 내소 |                                       |                                                                         |     |
| (기본)<br>기초검사 | <input type="checkbox"/> 혈압측정                                                               | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 측정 및 모니터링<br>혈압 ( / )<br>맥박 ( )                |     |
|              | <input type="checkbox"/> 혈당측정                                                               | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 측정 및 모니터링<br>공복혈당 ( )<br>식후혈당 ( )<br>당화혈색소 ( ) |     |
|              | <input type="checkbox"/> 비정상적인 건강지표_<br>체질량지수                                               | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 측정 및 모니터링<br>체질량 지수 ( )                        |     |
|              | <input type="checkbox"/> 비정상적인 건강지표_<br>허리둘레                                                | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 측정 및 모니터링<br>허리둘레 ( )                          |     |
|              | <input type="checkbox"/> 비정상적인 건강지표_<br>총 콜레스테롤                                             | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 검사 및 모니터링<br>총콜레스테롤 ( )                        |     |
|              | <input type="checkbox"/> 비정상적인 건강지표_<br>중성지방                                                | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 검사 및 모니터링<br>중성지방 ( )                          |     |
|              | <input type="checkbox"/> 비정상적인 건강지표_<br>HDL 콜레스테롤                                           | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 검사 및 모니터링<br>HDL 콜레스테롤 ( )                     |     |
|              | <input type="checkbox"/> 비정상적인 건강지표_<br>LDL 콜레스테롤                                           | <input type="checkbox"/> 정상적인 건강지표 유지 | <input type="checkbox"/> 검사 및 모니터링<br>LDL 콜레스테롤 ( )                     |     |



## ● 방문건강 일반관리

| 구 분      | 문제목록                       | 관리목표                                    | 수 행                                                                         | 월/일 |
|----------|----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 일반<br>관리 | □ 흡연                       | □ 금연 실천<br>□ 금연 계획                      | □ 금연교육 실시<br>- 흡연 영향<br>- 금연 방법에 대한 정보(수첩 등) 제공                             |     |
|          |                            |                                         | □ 금연클리닉 연계                                                                  |     |
|          |                            |                                         | □ 주기적 모니터링(행동체크리스트 활용)                                                      |     |
|          |                            |                                         | □ 가족지지                                                                      |     |
|          | □ 음주관리 안됨                  | □ 절주 실천                                 | □ 절주교육 실시<br>- 음주 영향<br>- 절주방법 및 효과에 대한 정보 제공                               |     |
|          |                            |                                         | □ 유관기관 연계(정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 지역 내 상담센터 등)                                |     |
|          |                            |                                         | □ 주기적 모니터링(행동체크리스트 활용)                                                      |     |
|          |                            |                                         | □ 가족지지                                                                      |     |
|          | □ 체중조절 안됨<br>□ 복부비만        | □ 정상 체중범위 유지                            | □ 적정체중유지의 필요성 및 중요성 교육                                                      |     |
|          |                            |                                         | □ 규칙적 신체활동실천을 위한 신체활동 교실 소개                                                 |     |
|          |                            |                                         | □ 체중변화 모니터링                                                                 |     |
|          |                            |                                         | □ 체중조절 성공사례 소개                                                              |     |
|          | □ 신체활동 실천안됨<br>□ 신체활동 능력저하 | □ 규칙적 신체활동실천<br>□ 신체활동량 증가<br>□ 신체기능 향상 | □ 자가관리 수첩 제공                                                                |     |
|          |                            |                                         | □ 대상자에게 맞는 신체활동 종류, 강도, 시간 정하기<br>- 근력운동<br>- 유연성운동<br>- 유산소운동(걷기 등)        |     |
|          |                            |                                         | □ 신체활동방법 및 효과 정보 제공<br>- 일상생활동작 훈련지도<br>- 관절구축 예방 신체활동 및 교육<br>- 보행 및 이동 훈련 |     |
|          |                            |                                         | □ 보조기구사용 정보제공                                                               |     |
|          |                            |                                         | □ 필요시 보장구 건강보험급여제공 정보 제공 등                                                  |     |
|          |                            |                                         | □ 필요시 보건소 물리치료사/신체활동 지도인력 의뢰                                                |     |
|          |                            |                                         | □ 가족지지                                                                      |     |

| 구 분      | 문제목록                                                                                                      | 관리목표                                                                                                     | 수 행                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 월/일 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 일반<br>관리 | <input type="checkbox"/> 불건강한 식습관<br><input type="checkbox"/> 식이조절 안됨<br><input type="checkbox"/> 영양상태 불량 | <input type="checkbox"/> 건강한 식습관<br><input type="checkbox"/> 식이요법 실천<br><input type="checkbox"/> 영양상태 양호 | <input type="checkbox"/> 영양교육 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 식이요법 중요성</li> <li>- 식습관 점검</li> <li>- 대상자에게 맞는 영양관리 정하기               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 단백질 섭취</li> <li>• 채소 섭취</li> <li>• 수분 섭취</li> <li>• 기타( )</li> </ul> </li> <li>- 식사일지 작성</li> </ul> |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 필요시 보건소 영양사 의뢰 및 지역사회 연계                                                                                                                                                                                                                                         |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 가족지지                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|          | <input type="checkbox"/> 구강상태불량                                                                           | <input type="checkbox"/> 구강관리 향상                                                                         | <input type="checkbox"/> 구강보건교육                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 구강관찰 및 상담                                                                                                                                                                                                                                                        |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 구강관리에 필요한 물품 지원                                                                                                                                                                                                                                                  |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 보건소 및 지역사회 자원 연계                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 구강위생관리 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 잇솔질 교육</li> <li>- 치간 관리법 교육</li> <li>- 틀니 관리법 교육</li> </ul>                                                                                                                                                      |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 전문가 잇솔질                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 틀니세척                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 입 체조                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 구강점막 및 근육 마사지                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 치면세마                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 불소도포                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 구내염관리                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 기타                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
|          | <input type="checkbox"/> 통증                                                                               | <input type="checkbox"/> 객관적, 주관적 통증<br>정도 감소<br><input type="checkbox"/> 일상생활활동 가능                      | <input type="checkbox"/> 통증부위 파악 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 통증부위, 강도, 빈도 등</li> </ul>                                                                                                                                                                                       |     |
|          |                                                                                                           |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> (필요시) 대증적 요법 적용 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 온열요법</li> <li>- 냉요법</li> <li>- 마사지</li> <li>- 이완요법</li> </ul>                                                                                                                                           |     |



| 구 분      | 문제목록                                | 관리목표                                                                                                                                       | 수 행                                                                     | 월/일 |
|----------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| 일반<br>관리 |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 경피적 신경 자극치료(TENS)                              |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 처방된 진통제 복용여부 확인                                |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 정기적인 의사 진료                                     |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 필요시 전문기관 연계                                    |     |
|          | <input type="checkbox"/> 피로         | <input type="checkbox"/> 피로감소<br><input type="checkbox"/> 활동으로 인한 에너지 회복                                                                   | <input type="checkbox"/> 피로정도 파악                                        |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 휴식기간 계획 지도 및 충분한 수면 유도                         |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 신체활동과 휴식 지도                                    |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 식욕유지 및 적절한 영양섭취                                |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 충분한 채소와 수분 섭취                                  |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 행동요법 및 완화요법                                    |     |
|          | <input type="checkbox"/> 스트레스 관리 안됨 | <input type="checkbox"/> 스트레스 완화                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 정서적 지지                                         |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 원인 파악                                          |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 이완요법 교육                                        |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 병의원 이용 및 지역사회 연계                               |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 정보 제공                                          |     |
|          | <input type="checkbox"/> 우울         | <input type="checkbox"/> 우울완화                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 하루일과를 계획하여 생활의 규칙성을 유지                         |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 사회화를 위하여 참여를 독려하고, 필요한 경우 지지체계 확보              |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 또래집단 구성 및 참여                                   |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 정신건강복지센터 연계                                    |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 우울 수준이 변화하지 않거나 진행할 경우예전문의에게 연계                |     |
|          | <input type="checkbox"/> 부적절한 개인위생  | <input type="checkbox"/> 청결한 개인위생                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 개인위생 상태, 집안 환경 확인                              |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 개인위생(손 씻기, 목욕, 세탁 등) 교육 및 유지를 위한 도우미 등 지지체계 제공 |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 개인위생 유지를 위한 환경조성                               |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 진료가 필요한 경우, 방문진료 의뢰                            |     |
|          | <input type="checkbox"/> 부적절한 의료이용  | <input type="checkbox"/> 가족 또는 사회적 지지체계 확보<br><input type="checkbox"/> 방문 전문 인력 또는 담당 의사와 효율적인 의사소통<br><input type="checkbox"/> 적정 의료이용 실천 | <input type="checkbox"/> 합병증 예방에 관한 교육                                  |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 외래방문일 전화통보                                     |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 의사대응방법 교육                                      |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 의료기관에 대한 정보제공                                  |     |
|          |                                     |                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 합리적인 의료이용법 교육                                  |     |

| 구 분      | 문제목록                               | 관리목표                                                                                                                                                    | 수 행                                                                                                            | 월/일 |
|----------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 일반<br>관리 |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 유관기관 연계<br>(의료급여 관리자, 건강보험 사례관리자 등)                                                   |     |
|          | <input type="checkbox"/> 비효율적 의사소통 | <input type="checkbox"/> 효율적 의사소통                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 가족 또는 사회적 지지체계 확보                                                                     |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 효율적 의사소통 방법 교육                                                                        |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 방문 전문 인력 또는 담당 의사와<br>효율적인의사소통                                                        |     |
|          | <input type="checkbox"/> 투약지시 불이행  | <input type="checkbox"/> 투약지시 이행                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 투약확인                                                                                  |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 투약교육<br>- 투약일지 작성 (복약지도수첩, 달력활용)<br>- 복용 약물 점검<br>- 약물복용 중요성 및 부작용 설명<br>- 투약 시 주의점 등 |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 담당의사의 지시에 따라 투여약물 복용                                                                  |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 자가투약 약물 및 건강보조식품 확인 및<br>정보제공                                                         |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 가족 중 복약관리에 도움을 줄 수 있는<br>사람에게 협조 요청                                                   |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 건강상태의 변화 시 즉시 병원방문                                                                    |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 보건기관 추천 또는 정보제공                                                                       |     |
|          | <input type="checkbox"/> 자가관리이행    | <input type="checkbox"/> 가족지지 향상<br><input type="checkbox"/> 지역자원 활용 증가<br><input type="checkbox"/> 자가관리 지시사항<br>(체중조절, 적합한<br>신체 활동실천)을<br>정확히 이해하고 준수 | <input type="checkbox"/> 자가관리 관련 정보제공                                                                          |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 가족지지 활용                                                                               |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 자가관리 강화를 위한 훈련과 교육<br>- 체중조절, 적합한 신체활동 실천 등<br>- 식이요법                                 |     |
|          | <input type="checkbox"/> 합병증 발생    | <input type="checkbox"/> 합병증 자각증세 인지<br><input type="checkbox"/> 합병증 발생 및 악화<br>방지                                                                      | <input type="checkbox"/> 질환 악화요인 및 합병증에 대한 정보제공                                                                |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 합병증 검사 실시                                                                             |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 합병증 치료제에 대한 복약지도                                                                      |     |
|          |                                    |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 자가관리 강화를 위한 훈련과 교육<br><input type="checkbox"/> 증상변화에 대한 관찰                            |     |



## ● 연계

| 구 분 | 문제목록                             | 관리목표                              | 수 행                                | 월/일 |
|-----|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|
| 연계  | □ 가족지지체계 미흡                      | □ 가족 및 기타<br>지지체계 확보              | □ 이웃친구, 가족(형제, 자매) 연락 등<br>지지체계 확보 |     |
|     |                                  |                                   | □ 자원봉사자 또는 기관 연계                   |     |
|     |                                  |                                   | □ 진료동행 위한 교통수단 제공                  |     |
|     | □ 지역사회 자원<br>활용 미흡<br>□ 연계서비스 요구 | □ 지역사회 자원연계<br>확보<br>□ 지역사회 자원 활용 | □ 지역사회 민간병원 의뢰 및 연계                |     |
|     |                                  |                                   | □ 사회복지시설 및 기관 의뢰 및 연계              |     |
|     |                                  |                                   | □ 지역사회자원 활용에 대한 가족교육               |     |
|     |                                  |                                   | □ 자원봉사 단체 및 기관 연계                  |     |
|     |                                  |                                   | □ 장기요양보험제도 의뢰 및 연계                 |     |
|     |                                  |                                   | □ 가정간호 의뢰 및 연계(정보제공)               |     |
|     |                                  |                                   | □ 보건소 내·외 주간보호 의뢰 및 연계             |     |
|     |                                  |                                   | □ 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 연계              |     |

## ● 만성질환 관리

| 구 분           | 문제목록                     | 관리목표                                                                          | 수 행                            | 월/일 |
|---------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----|
| (만성질환)<br>고혈압 | □ 혈압조절 안됨<br>□ 혈압조절 지식부족 | □ 혈압을 환자 스스로<br>정확하게 측정<br>□ 정상혈압의 범위 인지<br>□ 정상혈압을 유지<br>□ 혈압조절에 대한<br>지식 증가 | □ 투약확인(24일 이상 복용/월) 및 복약지도     |     |
|               |                          |                                                                               | □ 혈압관리 수첩제공                    |     |
|               |                          |                                                                               | □ 영양교육                         |     |
|               |                          |                                                                               | □ 신체활동 요법 교육                   |     |
|               |                          |                                                                               | □ 혈압측정 기술교육 및 시범               |     |
|               |                          |                                                                               | □ 혈압측정기 대여 및 혈압측정 가능한<br>기관 소개 |     |
|               |                          |                                                                               | □ 가족지지(교육, 상담 포함)              |     |
|               |                          |                                                                               | □ 고혈압 교실 소개                    |     |
|               |                          |                                                                               | □ 투약 확인(24일 이상 복용/월)           |     |
|               |                          |                                                                               | □ 당뇨관리수첩 제공                    |     |
| (만성질환)<br>당뇨병 | □ 혈당조절 안됨                | □ 혈당을 환자 스스로<br>정확하게 측정<br>□ 정상혈당의 범위 인지<br>□ 정상혈당 유지                         | □ 당뇨 영양 교육                     |     |
|               |                          |                                                                               | □ 신체활동요법 교육                    |     |
|               |                          |                                                                               | □ 구강관리                         |     |
|               |                          |                                                                               | □ 발 관리                         |     |
|               |                          |                                                                               | □ 혈당측정 기술 교육 및 시범              |     |
|               |                          |                                                                               |                                |     |
|               |                          |                                                                               |                                |     |

| 구 분           | 문제목록                                       | 관리목표                                                                                                                                            | 수 행                                                           | 월/일 |
|---------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----|
| (만성질환)<br>암환자 |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 혈당측정기 대여                             |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 가족지지(교육, 상담 포함)                      |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 당뇨 교실 소개                             |     |
|               | <input type="checkbox"/> 오심/구토             | <input type="checkbox"/> 환자가 오심/구토의<br>기전이해<br><input type="checkbox"/> 식이요법/행동요법<br>등의 자가간호 수행<br><input type="checkbox"/> 증상에 대한 자가<br>조절력 획득 | <input type="checkbox"/> 식이조절                                 |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 약물요법                                 |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 행동요법                                 |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 심할 경우 병원 연계                          |     |
|               | <input type="checkbox"/> 구내염               | <input type="checkbox"/> 환자에게 자가 간호교육<br><input type="checkbox"/> 증상 완화 및 음식<br>섭취 향상                                                           | <input type="checkbox"/> 자가 구강 조사법 교육                         |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 구강 위생유지법, 가글법 교육                     |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 통증 조절법, 영양법 교육                       |     |
|               | <input type="checkbox"/> 변비                | <input type="checkbox"/> 배변 장애 감소                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 식이섭취 조사 및 배변일지 작성                    |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 고열량, 고칼슘, 고단백 잔여물이 적은<br>식이 소량 자주 섭취 |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 채소식이                                 |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 충분한 수분섭취 등                           |     |
|               | <input type="checkbox"/> 설사                | <input type="checkbox"/> 설사횟수 및 증상완화                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 설사 빈도, 양상, 원인 파악                     |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 충분한 수분 섭취                            |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 심한 경우 병원에 연계                         |     |
|               | <input type="checkbox"/> 전신쇠약              | <input type="checkbox"/> 전신쇠약 및 피로감<br>경감 및 회복                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 휴식시간 계획지도, 충분한 수면 유도                 |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 신체활동과 휴식 지도, 금연과 절주 실천               |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 식욕유지 및 적절한 영양섭취                      |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 충분한 채소 섭취                            |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 행동요법 및 완화요법 등                        |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 복용약 순응도 관리                           |     |
|               | <input type="checkbox"/> 피부질환              | <input type="checkbox"/> 건강한 피부상태 유지                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 피부상태 사정                              |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 진료가 필요하다고 판단하여 보건소 진료실에<br>연계        |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 진료 후 피부상태 및 관리 모니터링                  |     |
|               | <input type="checkbox"/> 부종                | <input type="checkbox"/> 임파 순환부전과<br>관련된 부종 완화                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 자세지도(팔, 다리 높이 들기 등)                  |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 부종감소를 위한 식이방법                        |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 불안감 해소 등                             |     |
|               | <input type="checkbox"/> 부적절한 말기암<br>환자 관리 | <input type="checkbox"/> 적절한 말기암 환자<br>관리                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 호스피스 전문의료기관, 종교단체 등 의뢰               |     |
|               |                                            |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 사별가족 지지                              |     |



## ● 허약노인 건강관리

| 구 분      | 문제목록      | 관리목표                                                 | 수 행                                             | 월/일 |
|----------|-----------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----|
| 허약<br>노인 | □ 신체기능 저하 | □ 기능강화의 중요성 인식<br>□ 자기관리의 필요성 인식<br>□ 기능강화를 위한 자가 관리 | □ 기능강화의 중요성 설명                                  |     |
|          |           |                                                      | □ 자기관리가 가능하도록 보조기전 교육                           |     |
|          |           |                                                      | □ 가족 지지                                         |     |
|          |           |                                                      | □ 지역사회자원 자원 연계                                  |     |
|          | □ 근력약화    | □ 근력 강화<br>□ 균형성 향상<br>□ 유연성 및 지구력강화<br>□ 낙상발생 제로    | □ 근력, 균형성, 유연성 및 지구력, 통증, ROM 평가                |     |
|          |           |                                                      | □ 근력정도, 균형성, 유연성 및 지구력 등을 확인하여 적합한 신체활동 프로그램 교육 |     |
|          |           |                                                      | □ 규칙적으로 신체활동을 실천할 수 있도록 실천방안을 대상자(가족 포함)와 의논    |     |
|          |           |                                                      | □ 필요한 경우 보건소 내/외 신체활동 교실이나지역사회 이용이 가능한 자원과 연계   |     |
|          |           |                                                      | □ 규칙적인 신체활동 실천여부 모니터링 (행동체크리스트 활용)              |     |
|          |           |                                                      | □ 대상자에게 변화된 결과를 피드백                             |     |
|          | □ 인지기능 저하 | □ 인지기능 유지 및 증진                                       | □ 대상자의 사회활동 계획 및 참여 독려 (경로당, 토래집단모임 등)          |     |
|          |           |                                                      | □ 인지기능 강화 교육 실시                                 |     |
|          |           |                                                      | □ 치매안심센터 안내 및 연계                                |     |
|          |           |                                                      | □ 노인장기요양보험 안내 및 연계                              |     |
|          | □ 낙상위험    | □ 낙상 발생 예방<br>□ 낙상 발생 시 응급대응<br>□ 낙상 합병증 예방          | □ 근력, 균형성, 유연성 및 지구력, 통증, ROM평가                 |     |
|          |           |                                                      | □ 낙상예방 운동 프로그램 시범 및 교육                          |     |
|          |           |                                                      | □ 규칙적 신체활동 실천 방안을 대상자(가족 포함)와 논의                |     |

| 구 분      | 문제목록                                                                          | 관리목표                                                                                                                             | 수 행                                                                                 | 월/일 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 허약<br>노인 |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 보건소 내·외 신체활동 교실이나 지역사회<br>가용 자원 연계                         |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 규칙적인 신체활동 실천여부 모니터링                                        |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 신체활동 실천에 따른 건강상태 변화 등을 확인<br>시킴(허리둘레, 체중, 근력, 신체활동 강도 등)   |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 낙상의 위험요인 교육 후 대상자 (가족<br>포함) 스스로 생활주변에서 위험요인 점검            |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 낙상 발생 시 응급대처방법을 교육                                         |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 보조기 사용 시 정확한 이용법과 주의사항 교육                                  |     |
|          | <input type="checkbox"/> 우울                                                   | <input type="checkbox"/> 우울완화                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 하루 일과를 계획하여 생활의 규칙성을 유지                                    |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 사회화를 위하여 참여를 독려하고,<br>필요한 경우 지지체계 확보<br>- 경로당 또는 종교단체로의 연계 |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 또래집단 구성 및 참여                                               |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 정신건강복지센터 연계                                                |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 우울수준이 변화하지 않거나 진행할 경우에<br>전문의에게 연계                         |     |
|          | <input type="checkbox"/> 부적절한 요실금<br>관리<br><input type="checkbox"/> 요실금 발생 위험 | <input type="checkbox"/> 주관적 요실금 정도<br>감소<br><input type="checkbox"/> 일상생활기능장애,<br>사회생활 장애 감소<br><input type="checkbox"/> 요실금 예방 | <input type="checkbox"/> 요실금 정도 파악                                                  |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 케겔 운동의 필요성 및 운동법 교육                                        |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 요실금 관리법 교육<br>(수분섭취, 올바른 배뇨 습관 교육)                         |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 방광염 등 감염예방                                                 |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 개인위생 관리                                                    |     |
|          |                                                                               |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 전문적인 진료가 필요한 경우,<br>병원 의뢰 및 연계                             |     |



## ● 임부 건강관리

| 구 분 | 문제목록           | 관리목표                           | 수 행                       | 월/일 |
|-----|----------------|--------------------------------|---------------------------|-----|
| 임부  | □ 고위험임부        | □ 위험증상의 초기사정                   | □ 질 출혈 원인 파악 및 관리         |     |
|     |                |                                | □ 현기증 관리                  |     |
|     |                |                                | □ 부종 파악 및 관리              |     |
|     |                |                                | □ 태동 감소, 소실 여부 파악         |     |
|     |                |                                | □ 조산 징후 파악                |     |
|     |                |                                | □ 임신성 고혈압 증상 파악 및 관리      |     |
|     |                |                                | □ 보건소 임부교실 참여             |     |
|     | □ 불규칙한 산전 관리   | □ 규칙적인 산전관리 이행<br>□ 조기 산전관리 이행 | □ 산전관리 불이행의 원인과 문제점 확인    |     |
|     |                |                                | □ 산전관리의 중요성 교육            |     |
|     |                |                                | □ 산전관리를 위한 의료기관 연계        |     |
|     | □ 영양상태 불량      | □ 영양상태 향상                      | □ 영양교육 및 상담               |     |
|     |                |                                | □ 권장되는 식이 섭취량 교육          |     |
|     |                |                                | □ 임신주수에 맞는 체중 증가확인        |     |
|     |                |                                | □ 철분제와 엽산을 복용             |     |
|     |                |                                | □ 영양 전문가에 의뢰              |     |
|     |                |                                | □ 올바른 식단 계획과 실천           |     |
|     | □ 불규칙적 신체활동 실천 | □ 규칙적 신체활동 실천                  | □ 산전체조 지도                 |     |
|     |                |                                | □ 신체활동에 대한 교육 및 정보제공      |     |
|     | □ 부적절한 유방 관리   | □ 적절한 유방관리                     | □ 유두자극을 통해 유두의 돌출 또는 함몰확인 |     |
|     |                |                                | □ 수유를 위한 유두 준비            |     |
|     |                |                                | □ 보건소 임부교실 참여             |     |
|     |                |                                | □ 모유수유 교육 및 상담            |     |
|     | □ 임신관련 지식 부족   | □ 임신관련 지식 증가                   | □ 임부에게 해로운 독성물질 교육        |     |
|     |                |                                | □ 정기적인 의사의 진료             |     |
|     |                |                                | □ 복약지도                    |     |
|     |                |                                | □ 임신 중 위험 증상 교육 및 정보 제공   |     |
|     |                |                                | □ 휴식과 수면의 중요성 교육          |     |
|     |                |                                | □ 분만의 전구 증상 교육            |     |
|     |                |                                | □ 구체적인 출산계획 수립            |     |
|     |                |                                | □ 보건소 임부교실 참여             |     |
|     |                |                                | □ 안전한 임신 출산경험자들의 자조 모임 소개 |     |
|     |                |                                | □ 출산물품 준비시킴               |     |

## ● 산부 건강관리

| 구 분 | 문제목록              | 관리목표                                                                                                                                          | 수 행                                              | 월/일 |
|-----|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----|
| 산부  | □ 산후 합병증 위험성      | <input type="checkbox"/> 산후 합병증 위험성 없음<br>- 산후 자궁수축 정상<br>- 산후출혈이 없음<br>- 산후열상이 없음<br>- 감염 증상이 없음<br>- 질분비물이 정상<br>- 활력징후가 정상<br>- 방광팽만 증상 없음 | <input type="checkbox"/> 자궁퇴축 및 자궁바닥 높이 측정교육     |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 감염예방 교육(정상 범위의 활력 징후)   |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 정상적인 질 분비물 양상에 대한 교육    |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 정상적인 배뇨양상에 대한 교육        |     |
|     | □ 부적절한 산후관리       | □ 적절한 산후관리                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 산후 신체적, 정신적 회복에 대한 정보제공 |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 산후관리 능력 증진을 위한 교육       |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 전반적인 개인위생 교육 및 실천 유도    |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 교육자료 제공                 |     |
|     | □ 산후 부적절한 신체활동 실천 | □ 산후 적절한 신체활동 실천                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 산후 신체활동 지도              |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 보건소 임부교실 참여             |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 대상자별 실천 가능한 신체활동지도      |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 동기부여                    |     |
|     | □ 부적절한 유방관리       | □ 적절한 유방관리                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 율혈관리 교육                 |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 유방마사지 교육                |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 감염관리 교육                 |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 수유부 유방관리방법 교육           |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 비수유부의 유방관리방법 교육         |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 젖 분비 촉진 및 억제 방법 지도      |     |
|     | □ 부적절한 영양섭취       | □ 균형잡힌 영양섭취                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 유두관리 교육                 |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 규칙적 식습관 유지              |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 올바른 식이 계획을 수립           |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 영양교육(수유부/비수유부)          |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 적절한 체중관리                |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 영양전문가 의뢰                |     |
|     |                   |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 정상체중 범위 유지              |     |



| 구 분 | 문제목록               | 관리목표               | 수 행                                      | 월/일 |
|-----|--------------------|--------------------|------------------------------------------|-----|
|     | □ 산후 성생활과 관련된 지식부족 | □ 산후 성생활과 관련된 지식증가 | □ 영양의 중요성에 대해 알고 실천함                     |     |
|     |                    |                    | □ 산후 피임 방법 교육과 실천 (가족계획)                 |     |
|     |                    |                    | □ 부부의 성생활 상담                             |     |
|     |                    |                    | □ 출산 후 여성생식기능에 대한 교육                     |     |
|     | □ 산후 우울            | □ 산후 우울 조기발견 및 관리  | □ 산후 우울관련 산모특성 파악 및 관리                   |     |
|     |                    |                    | □ 산후 적응지지                                |     |
| 산부  |                    |                    | □ 산후 지지체계 확인 및 관리                        |     |
|     |                    |                    | □ 산후 합병증 예방에 대한 교육                       |     |
|     |                    |                    | □ 정신건강복지센터 연계                            |     |
|     | □ 모유수유에 대한 지식 부족   | □ 모유수유에 대한 지식 증가   | □ 원활한 모유수유 실천                            |     |
|     |                    |                    | □ 모유수유 교육 및 상담                           |     |
|     |                    |                    | □ 수유를 위한 유방 준비                           |     |
|     |                    |                    | □ 모유수유 방법 교육                             |     |
|     | □ 신생아 관리 지식 부족     | □ 신생아 관리 지식 증가     | □ 예방접종 관리 교육                             |     |
|     |                    |                    | □ 건강관리교육<br>(제대, 황달, 수면, 배변, 배뇨양상, 수유양상) |     |

## ● 신생아 및 영유아 건강관리

| 구 분 | 문제목록                 | 관리목표                     | 수 행                                          | 월/일 |
|-----|----------------------|--------------------------|----------------------------------------------|-----|
| 신생아 | □ 저체중 및 성장 지연        | □ 정상적인 성장                | □ 주기적 건강검진으로 성장장애 발견                         |     |
|     |                      |                          | □ 필요시 전문가 의뢰                                 |     |
|     |                      |                          | □ 영양상담                                       |     |
|     |                      |                          | □ 영양평가 및 교육                                  |     |
|     | □ 고위험신생아             | □ 위험요인 조기발견              | □ 정보제공(보건소 등록)                               |     |
|     |                      |                          | □ 주기적 평가(신체발달평가)                             |     |
|     |                      |                          | □ 고위험신생아에 대한 교육 및 상담<br>(미숙아, 저체중아, 선천성 이상아) |     |
|     | □ 예방접종 미 실시          | □ 적기예방접종 완료              | □ 예방수첩제공(보건소 등록)                             |     |
|     |                      |                          | □ 예방접종 교육 추후관리                               |     |
|     | □ 조기발견검사 미 실시        | □ 조기발견검사 실시              | □ 정보제공                                       |     |
|     |                      |                          | □ 검사의 필요성 교육 및 상담                            |     |
| 영유아 | □ 저체중 및 성장 지연        | □ 정상적인 성장                | □ 의료기관 연계                                    |     |
|     |                      |                          | □ 주기적 평가                                     |     |
|     |                      |                          | □ 건강문제관리를 위한 교육 실시                           |     |
|     |                      |                          | □ 건강문제 발생 시 의료기관 연계                          |     |
|     | □ 과체중 및 비만           | □ 성장 단계에 맞는 체중 유지        | □ 주기적 건강검진으로 성장장애 발견                         |     |
|     |                      |                          | □ 필요시 전문가 의뢰                                 |     |
|     |                      |                          | □ 영양상담                                       |     |
|     |                      |                          | □ 영양평가 및 교육                                  |     |
|     | □ 영유아 신체활동 교육(마사지 등) | □ 정기적인 치과 검진 및 건강한 치아 유지 | □ 영유아 신체활동 교육(마사지 등)                         |     |
|     |                      |                          | □ 영양상담                                       |     |
| 영유아 | □ 치아우식증 위험성          | □ 정기적인 치과 검진 및 건강한 치아 유지 | □ 영양평가 및 교육                                  |     |
|     |                      |                          | □ 정기검진                                       |     |
|     |                      |                          | □ 구강관리                                       |     |
|     |                      |                          | □ 치과치료                                       |     |
|     | □ 건강관리문제             | □ 조기중재로 문제의 악화방지         | □ 주기적 평가                                     |     |
|     |                      |                          | □ 건강문제관리를 위한 교육 실시                           |     |
|     | □ 예방접종 미접종           | □ 적기 예방접종완료              | □ 건강문제 발생 시 의료기관 연계                          |     |
|     |                      |                          | □ 각 월령별 예방접종 내역 점검                           |     |
| 영유아 | □ 안전사고의 위험성          | □ 안전위험요인 조기발견            | □ 미접종자 추가 접종 실시                              |     |
|     |                      |                          | □ 가정 안전관리 확인 및 교육                            |     |



## ● 다문화가족 건강관리

| 구 분       | 문제목록        | 관리목표          | 수 행                                | 월/일 |
|-----------|-------------|---------------|------------------------------------|-----|
| 다문화<br>가족 | □ 의사소통의 어려움 | □ 의사소통능력 향상   | □ 가족지지체계 확인                        |     |
|           |             |               | □ 가족센터 연계                          |     |
|           |             |               | □ 한국어 교육프로그램 연계                    |     |
|           |             |               | □ 자원봉사자 연계                         |     |
|           |             |               | □ 통·번역 서비스 연계                      |     |
|           | □ 가정폭력      | □ 가정폭력 예방     | □ 가정폭력의 증상과 징후관찰                   |     |
|           |             |               | □ 가정폭력의 원인 사정                      |     |
|           |             |               | □ 가해자를 위한 정신건강복지센터 연계              |     |
|           |             |               | □ 피해자를 위한 여성긴급전화(1366) 연계          |     |
|           |             |               | □ 응급 시 대처원에 대한 정보자료 제공             |     |
|           | □ 문화적인 갈등   | □ 문화적 차이 이해   | □ 가족 간의 대화 유도                      |     |
|           |             |               | □ 가족센터 연계                          |     |
|           |             |               | □ 한국문화교육 등에 참여할 수 있도록<br>지역사회자원 연계 |     |
|           | □ 자녀양육 어려움  | □ 자녀양육 어려움 없음 | □ 자녀양육 역할 분담에 대한 가족 교육             |     |
|           |             |               | □ 가족센터 연계                          |     |
|           |             |               | □ 보육·교육비 지원 사업 연계                  |     |
|           |             |               | □ 아이 돌봄지원 사업 연계                    |     |
|           |             |               | □ 한국어 교육프로그램 연계                    |     |
|           |             |               | □ 통·번역 서비스 연계                      |     |
|           |             |               | □ 학습지도 연계                          |     |
|           |             |               | □ 자원봉사자 연계                         |     |

## ● 북한이탈주민 건강관리

| 구 분        | 문제목록                                  | 관리목표                               | 수 행                                                     | 월/일 |
|------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----|
| 북한이탈<br>주민 | <input type="checkbox"/> 예방접종 불이행     | <input type="checkbox"/> 예방접종 이행   | <input type="checkbox"/> 예방접종 필요성 및 중요성 교육              |     |
|            |                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 필요시 전문기관 연계                    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 감염성 질환 관리 안됨 | <input type="checkbox"/> 감염성 질환 관리 | <input type="checkbox"/> 대상자 상태 사정                      |     |
|            |                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 보건소 진료실 연계                     |     |
|            |                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 필요시 보건의료기관 또는 남북하나재단 (결핵환자) 연계 |     |
|            |                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 투약확인 및 복약지도                    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 여성질환 관리 안됨   | <input type="checkbox"/> 여성질환 관리   | <input type="checkbox"/> 대상자 상태 사정                      |     |
|            |                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 보건소 진료실 연계                     |     |
|            |                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 필요시 보건의료기관 연계                  |     |
|            |                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 투약확인 및 복약지도                    |     |

## ● 장애인 건강관리

| 구 분 | 문제목록                                   | 관리목표                                                                          | 수 행                                             | 월/일 |
|-----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----|
| 장애인 | <input type="checkbox"/> 장애로 인한 신체기능저하 | <input type="checkbox"/> 근력, 균형 강화<br><input type="checkbox"/> 신체 및 일상생활 기능강화 | <input type="checkbox"/> 관절범위 향상을 위한 재활신체활동     |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 근력강화신체활동               |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 바른 자세 및 균형성 향상 훈련 및 교육 |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 일상생활동작 지도 및 훈련         |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 적절한 보조기구 사용            |     |
|     | <input type="checkbox"/> 장애로 인한 이동제한   | <input type="checkbox"/> 보행 및 이동훈련                                            | <input type="checkbox"/> 보행 훈련 및 교육             |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 자세변경 및 이동훈련            |     |
|     | <input type="checkbox"/> 배뇨관리          | <input type="checkbox"/> 실금관리                                                 | <input type="checkbox"/> 방광 관리 교육               |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 도뇨관 관리 교육              |     |
|     | <input type="checkbox"/> 배변관리          | <input type="checkbox"/> 실변관리                                                 | <input type="checkbox"/> 장 관리 교육                |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 장마사지 시행                |     |
|     | <input type="checkbox"/> 연하(삼킴)장애      | <input type="checkbox"/> 사레예방 및 연하관리                                          | <input type="checkbox"/> 자세조절 훈련 및 식이조절 교육      |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 감각자극 치료 및 구강신체활동 실시    |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 영양평가 및 교육              |     |
|     | <input type="checkbox"/> 욕창발생          | <input type="checkbox"/> 욕창예방                                                 | <input type="checkbox"/> 욕창예방 교육                |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 욕창치료 및 관리              |     |
|     |                                        |                                                                               | <input type="checkbox"/> 영양관리 및 교육              |     |



## [서식 4] 집단 방문건강관리 서비스 기록지(참고서식)

※ 입력자 : 집단서비스 제공자

※ 실적관리는 보건소별 연간 집단서비스 제공건수로 파악

|          |                                |                                        |                                   |                                   |
|----------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 제공<br>인력 | <input type="checkbox"/> ① 간호사 | <input type="checkbox"/> ② 물리치료사/작업치료사 | <input type="checkbox"/> ③ 운동전문인력 | <input type="checkbox"/> ④ 치과 위생사 |
|          | <input type="checkbox"/> ⑤ 영양사 | <input type="checkbox"/> ⑥ 사회복지사       | <input type="checkbox"/> ⑦ 의사     | <input type="checkbox"/> ⑧ 공무원    |

**Tip** 직종이 의사인 경우에는 공무원 여부와 무관하게 '⑦ 의사'로 표시

| 구 분         | 항 목                                     | 월/일 |
|-------------|-----------------------------------------|-----|
| 1. 방문형태     | <input type="checkbox"/> ① 직접방문         |     |
|             | <input type="checkbox"/> ② 내소방문         |     |
| 2. 제공기관     | <input type="checkbox"/> ① 지역아동센터(놀이방)  |     |
|             | <input type="checkbox"/> ② 경로당          |     |
|             | <input type="checkbox"/> ③ 미인가 시설       |     |
|             | <input type="checkbox"/> ④ 소규모 사업장      |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑤ 학교           |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑥ 기타           |     |
| 3. 참석인원     |                                         | 명   |
| 4. 제공한 프로그램 | <input type="checkbox"/> ① 허약노인 프로그램 운영 |     |
|             | <input type="checkbox"/> ② 고혈압 교육       |     |
|             | <input type="checkbox"/> ③ 당뇨병 교육       |     |
|             | <input type="checkbox"/> ④ 영양 교육        |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑤ 비만 교육        |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑥ 구강 교육        |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑦ 신체활동 교육      |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑧ 금연 교육        |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑨ 절주 교육        |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑩ (직접기입)       |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑪ (직접기입)       |     |
|             | <input type="checkbox"/> ⑫ (직접기입)       |     |

## [서식 5] 전화 방문건강관리 모니터링(참고서식)

| 구 분 | 질 문                                       | 응 답                                                                                                                                                                                                              | 비 고                                              |
|-----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1   | 병원 또는 보건소 진료실에 규칙적으로 다니십니까?               | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                   |                                                  |
| 2   | 병원(보건소 진료실)이나 집에서 측정한 혈압(혈당)이 얼마인가요?      | <input type="checkbox"/> ① 정상<br><input type="checkbox"/> ② 높음<br><input type="checkbox"/> ③ 모름                                                                                                                  | ②, ③으로 응답한 경우 방문하여 확인                            |
| 3   | 처방받은 약은 규칙적으로 복용하고 있습니까?<br>(1개월에 20일 이상) | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                   | ②로 응답한 경우, 복용이 어려운 이유를 질문하고, 규칙적 복용의 중요성 및 방법 설명 |
| 4   | (흡연자의 경우) 현재 담배를 피우고 계십니까?                | <input type="checkbox"/> ① 매일 피움<br><input type="checkbox"/> ② 가끔 피움<br><input type="checkbox"/> ③ 금연함                                                                                                           |                                                  |
| 5   | (고위험음주자의 경우) 술은 얼마나 자주 마십니까?              | <input type="checkbox"/> ① 한 달에 2~4번<br><input type="checkbox"/> ② 일주일에 2~3번<br><input type="checkbox"/> ③ 일주일에 4번 이상                                                                                            |                                                  |
| 6   | (신체활동 미실천자의 경우) 요즘 규칙적인 신체활동을 하십니까?       | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음<br><input type="checkbox"/> ② 주1회<br><input type="checkbox"/> ③ 주2회<br><input type="checkbox"/> ④ 주3회<br><input type="checkbox"/> ⑤ 주4회<br><input type="checkbox"/> ⑥ 주5회 이상 |                                                  |
| 7   | 지역에서 운영되고 있는 건강관련 프로그램에 참여하고 있습니까?        | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                   | ①인 경우 지속적인 참여를 독려                                |
| 7-1 | 어디에서 실시하는 프로그램에 참여하십니까?                   | <input type="checkbox"/> ① 경로당 또는 복지관<br><input type="checkbox"/> ② 보건소프로그램<br><input type="checkbox"/> ③ 기타( )                                                                                                  |                                                  |
| 8   | 보건소나 담당 전문 인력에게 요구사항이 있습니까?               |                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |

\* 전화건강관리매뉴얼 참조



## [서식 6] 연계 서비스 기록지(참고서식)

※ 입력자 : 연계 의뢰자

※ 방문건강관리팀 내 연계는 입력하지 않으며, 보건소 내·외 자원 연계만 입력

|                                                         |                                |                                        |                                   |                                   |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 전 문 인 력                                                 | <input type="checkbox"/> ① 간호사 | <input type="checkbox"/> ② 물리치료사/작업치료사 | <input type="checkbox"/> ③ 운동전문인력 | <input type="checkbox"/> ④ 치과 위생사 |
|                                                         | <input type="checkbox"/> ⑤ 영양사 | <input type="checkbox"/> ⑥ 사회복지사       | <input type="checkbox"/> ⑦ 의사     | <input type="checkbox"/> ⑧ 공무원    |
| *직종이 의사인 경우에는 공무원 여부와 무관하게 '⑦ 의사'로 표시하며, 의사·치과의사·한의사 포함 |                                |                                        |                                   |                                   |

| 구 분   |         | 항 목                                                   | 월/일 |
|-------|---------|-------------------------------------------------------|-----|
| 보건소 내 | 의사진료    | <input type="checkbox"/> ① 방문진료                       |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 내소진료                       |     |
|       | 건강증진    | <input type="checkbox"/> ① 금연 프로그램                    |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 절주 프로그램                    |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 신체활동 프로그램                  |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ④ 영양 프로그램                    |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑤ 비만 프로그램                    |     |
|       | 만성질환 관리 | <input type="checkbox"/> ① 고혈압 교실                     |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 당뇨 교실                      |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 기타                         |     |
|       | 구강보건    | <input type="checkbox"/> ① 내소 구강관리                    |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 노인익치 보철사업                  |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 노인 불소도포·스케일링               |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ④ 영유아 불소도포                   |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑤ 임산부 구강건강관리                 |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑥ 영유아 구강관리(영유아검진, 모자감염 교육 등) |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑦ 기타( )                      |     |
|       | 노인      | <input type="checkbox"/> ① 노인 안검진 및 개안수술              |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 치매조기검진                     |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 치매치료관리비 지원                 |     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ④ 기타( )                      |     |

| 구 분   | 항 목     | 월/일                                                                     |
|-------|---------|-------------------------------------------------------------------------|
| 보건소 내 | 임산부·신생아 | <input type="checkbox"/> ① 철분제·엽산제 지원                                   |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 산전 진료비 지원                                    |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 산모·신생아 건강관리 지원 서비스                           |
|       |         | <input type="checkbox"/> ④ 선천성 대사이상 검사 및 환아 관리                          |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑤ 미숙아·선천성 이상아 의료비 지원                           |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑥ 신생아 청각 선별 검사                                 |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑦ 영양플러스사업                                      |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑧ 생애초기 건강관리 시범사업                               |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑨ 난임부부 시술비 지원                                  |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑩ 임신부 등록관리                                     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑪ 모유수유 클리닉                                     |
|       | 영유아     | <input type="checkbox"/> ① 어린이 국가 예방접종 지원                               |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 영유아 건강검진                                     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 영양플러스사업                                      |
|       |         | <input type="checkbox"/> ④ 영유아 발달장애 정밀 진단비 지원                           |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑤ 생애초기 건강관리 시범사업                               |
|       | 기타 연계   | <input type="checkbox"/> ① 의료비(암환자, 소아암환자, 희귀·난치성질환, 저소득 어린이 눈 수술 등) 지원 |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 무료수술지원                                       |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 혈액, 골다공증 등 각종 검사                             |
|       |         | <input type="checkbox"/> ④ 완화의료서비스                                      |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑤ 기타( )                                        |
| 보건소 외 | 보건      | <input type="checkbox"/> ① 의료기관 진료                                      |
|       |         | <input type="checkbox"/> ② 건강검진                                         |
|       |         | <input type="checkbox"/> ③ 장애인 구강진료센터                                   |
|       |         | <input type="checkbox"/> ④ 호스피스 완화의료서비스                                 |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑤ 치매안심센터                                       |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑥ 정신건강복지센터                                     |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑦ 중독관리통합지원센터                                   |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑧ 지역사회 서비스투자사업                                 |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑨ 남북하나재단(북한이탈주민 결핵환자)                          |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑩ 암생존자통합지원센터                                   |
|       |         | <input type="checkbox"/> ⑪ 기타( )                                        |



| 구 분   |    | 항 목                                                | 월/일 |
|-------|----|----------------------------------------------------|-----|
| 보건소 외 | 복지 | <input type="checkbox"/> ① 가족센터                    |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ② 노인주거복지시설                |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ③ 보육·교육비 지원               |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ④ 아이 돌봄지원사업               |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑤ 드림스타트(취약계층 아동통합서비스)     |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑥ 의료·돌봄 통합지원              |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑦ 노인맞춤돌봄서비스               |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑧ 장애인 활동지원 서비스            |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑨ 가사(밀반찬, 도시락) 및 간병서비스 지원 |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑩ 목욕서비스 지원                |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑪ 주거환경개선                  |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑫ 학습(한국어 교육 등) 지도         |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑬ 통·번역 서비스                |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑭ 차량 및 말벗지원, 외출보조         |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑮ 기타 바우처 사업               |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ⑯ 기타(        )            |     |
| 기타    |    | <input type="checkbox"/> ① 의료급여 사례관리               |     |
|       |    | <input type="checkbox"/> ② 노인장기요양 서비스 대상으로 이관      |     |

\* 연계결과 완결은 일정양식의 의뢰서로 의뢰하고 회신서에 결과를 통보 받은 경우

\* 연계결과 미결은 일정양식의 의뢰서로 의뢰하고 회신서에 결과를 통보받지 않은 경우

## [서식 7] 서비스 연계 의뢰·회신서

방문 00 - 00 호

## 의뢰·회신서

|                                                                                                                                                  |           |  |       |       |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|-------|-------|-----|-----|
| 의뢰일자                                                                                                                                             |           |  | 결 재   | 전문 인력 | 담 당 | 팀 장 |
|                                                                                                                                                  |           |  |       |       |     |     |
| 대 상 자                                                                                                                                            | 성 명       |  | 주 소   |       |     |     |
|                                                                                                                                                  | 주민등록번호    |  | 연 락 처 |       |     |     |
|                                                                                                                                                  | 의뢰의견      |  |       |       |     |     |
| 수 신 처                                                                                                                                            | ○○○과 ○○○팀 |  | 담 당 자 |       |     |     |
| <p>상기 대상자를 의뢰하오니 ○월 ○일까지 처리 결과를 회신하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">년      월      일</p> <p style="text-align: center;">○○○보건소장</p> |           |  |       |       |     |     |
| 회신일자                                                                                                                                             |           |  | 담 당 자 |       |     |     |
| 회 신                                                                                                                                              | 처리결과      |  |       |       |     |     |
| <p>의뢰한 대상자에 대한 처리 결과를 회신하오니 업무에 참고하시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: right;">년      월      일</p> <p style="text-align: center;">○○○과</p>        |           |  |       |       |     |     |



## [서식 8] 안전사고 발생 보고서

|                               |                                                                                                                                                                                         |            |       |      |     |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|------|-----|
| 문서번호 00 - 00 호                |                                                                                                                                                                                         |            |       |      |     |
| <b>안전사고 발생 보고서</b>            |                                                                                                                                                                                         |            |       |      |     |
| 발생일시                          | 년 월 일 :                                                                                                                                                                                 | <b>결 재</b> | 전문 인력 | 담 당  | 팀 장 |
| 피 해 인 력                       | 성명:                                                                                                                                                                                     |            |       |      |     |
|                               | 업무:                                                                                                                                                                                     |            |       |      |     |
| 폭 력 가 해 자                     | 직종 및 직위:                                                                                                                                                                                |            | 과장    | 보건소장 |     |
|                               | 성명:                                                                                                                                                                                     |            |       |      |     |
| 사 고 유 형                       | 주소:                                                                                                                                                                                     |            |       |      |     |
|                               | <input type="checkbox"/> 언어적 괴롭힘 <input type="checkbox"/> 성적 괴롭힘 <input type="checkbox"/> 신체적 공격 <input type="checkbox"/> 기물 파손<br><input type="checkbox"/> 기타 (                      ) |            |       |      |     |
| 발생장소                          |                                                                                                                                                                                         |            |       |      |     |
| 사고경위                          | (사고 발생 시, 방문 목적)                                                                                                                                                                        |            |       |      |     |
|                               | (동행방문 인력)                                                                                                                                                                               |            |       |      |     |
|                               | (사고 발생 및 진행경위)                                                                                                                                                                          |            |       |      |     |
|                               | (사고 발생으로 인한 피해, 손실-신체적, 정신적 피해, 경제적 손실 포함)                                                                                                                                              |            |       |      |     |
|                               | (사고 결과)                                                                                                                                                                                 |            |       |      |     |
| 사고조치                          |                                                                                                                                                                                         |            |       |      |     |
| 보 고 자                         | ○○○과 ○○○팀 담 당 _____                                                                                                                                                                     |            |       |      |     |
| 위와 같이 안전사고 발생 및 조치 결과를 보고합니다. |                                                                                                                                                                                         |            |       |      |     |
| 년    월    일<br>○○○보건소         |                                                                                                                                                                                         |            |       |      |     |

\* 시안의 시급성에 따라 결재선 축소 또는 일부 생략가능

## [서식 9] 감염 노출 발생 보고서

문서번호 00 - 00 호

## 감염 노출 발생 보고서

|                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                               |    |       |      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|------|----|
| 발생일시                                                                                                                   | 년 월 일 :                                                                                                                                                                                                                       | 결재 | 전문 인력 | 담당   | 팀장 |
| 노출장소                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |    |       |      |    |
| 노출자<br>성명:<br>업무:<br>직종 및 직위:                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                               |    | 과장    | 보건소장 |    |
|                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                               |    |       |      |    |
| 노출유형                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 혈액 <input type="checkbox"/> 체액 <input type="checkbox"/> 분비물 <input type="checkbox"/> 배설물<br><input type="checkbox"/> 호흡한 공기 <input type="checkbox"/> 손상된 피부와 점막 <input type="checkbox"/> 기타 (      ) |    |       |      |    |
| 노출시, 대상자 건강상태                                                                                                          | 대상자 인적정보(성명, 성별, 연령)                                                                                                                                                                                                          |    |       |      |    |
|                                                                                                                        | 대상자 건강상태(기저질환, 감염상태)                                                                                                                                                                                                          |    |       |      |    |
| 사고경위                                                                                                                   | (노출 시, 업무)                                                                                                                                                                                                                    |    |       |      |    |
|                                                                                                                        | (노출 정도: 양, 시간, 횟수 등)                                                                                                                                                                                                          |    |       |      |    |
|                                                                                                                        | (노출 후, 처치내용)                                                                                                                                                                                                                  |    |       |      |    |
|                                                                                                                        | (추후 관리 계획)                                                                                                                                                                                                                    |    |       |      |    |
| 보고자                                                                                                                    | ○○○과 ○○○팀 담당 _____                                                                                                                                                                                                            |    |       |      |    |
| <p>위와 같이 안전사고 발생 및 조치 결과를 보고합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">○○○보건소</p> |                                                                                                                                                                                                                               |    |       |      |    |

\* 시안의 시급성에 따라 결재선 축소 또는 일부 생략가능



### 3 생애주기별 건강면접조사표

#### [서식 10] 임신부 대상 건강면접조사표

● **대상** : 임신부 신규등록자

● **조사주기** : 등록 시 1회

» 임부

| 대상자 성명<br>임신주수 | 방문일      | 산전검진여부               | 체중(kg) | 혈압(mmHg) | 주요불편사항 |
|----------------|----------|----------------------|--------|----------|--------|
|                |          |                      |        |          |        |
|                |          |                      |        |          |        |
|                |          |                      |        |          |        |
| 1              | 임신 전 몸무게 | kg                   |        |          |        |
| 2              | 출산예정일    | _____년 _____월 _____일 |        |          |        |

● **대상** : 산욕기(산후 8주 이내)에 해당하는 대상자

» 산부

|   |      |                      |    |        |     |                       |
|---|------|----------------------|----|--------|-----|-----------------------|
| 1 | 방문일  | _____년 _____월 _____일 |    |        |     |                       |
| 2 | 분만일  | _____년 _____월 _____일 |    |        |     |                       |
| 3 | 분만형태 | 자연분만( ) 재왕절개( )      |    |        |     |                       |
| 4 | 건강사정 | 체중                   | 체중 | 혈압     | 맥박  | 혈당(임신성 당뇨/당뇨가 있었던 경우) |
|   |      | kg                   | ℃  | / mmHg | 회/분 | 공복 식후 당화혈색소           |
|   |      |                      |    |        |     | mg/dL mg/dL %         |

|    |                              |                                                                                                  |                                                              |     |     |              |    |
|----|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------|----|
| 5  | 부종                           | <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음                                      |                                                              |     |     |              |    |
| 6  | 자궁퇴축                         | <input type="checkbox"/> ① 정상 <input type="checkbox"/> ② 비정상                                     |                                                              |     |     |              |    |
| 7  | 산후 비정상적인 질출혈                 | <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음                                      |                                                              |     |     |              |    |
| 8  | 오로                           | <input type="checkbox"/> ① 정상 <input type="checkbox"/> ② 비정상                                     |                                                              |     |     |              |    |
| 9  | 회음절개부위                       | 부종                                                                                               | <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음  |     |     |              |    |
|    |                              | 분비물                                                                                              | <input type="checkbox"/> ① 정상 <input type="checkbox"/> ② 비정상 |     |     |              |    |
|    |                              | 동통                                                                                               | <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음  |     |     |              |    |
| 10 | 배뇨곤란                         | <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음                                      |                                                              |     |     |              |    |
| 11 | 배변곤란                         | <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음                                      |                                                              |     |     |              |    |
| 12 | 혈전성 정맥염 증상<br>(Homan's Sign) | <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음                                      |                                                              |     |     |              |    |
| 13 | 수유형태                         | <input type="checkbox"/> ① 완전모유수유 <input type="checkbox"/> ② 혼합수유 <input type="checkbox"/> ③ 인공유 |                                                              |     |     |              |    |
| 14 | 모유수유 시<br>어려운 점              | 유방 울혈                                                                                            | 유두 손상                                                        | 유선염 | 모유량 | 아기가<br>빨지 않음 | 기타 |
|    |                              |                                                                                                  |                                                              |     |     |              |    |

### 혈전성 정맥염 증상(Homan's Sign)



\* 출처 : 이경혜, 이영숙 외 공저(2010). 여성건강간호학 II. 현문사



## ● 우울 검사 (한국어판 PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9)

» 조사 시기: 산후 6개월 이내

조사일 : \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

1. 지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

| 문 항                                                                      | 전혀<br>아니다 | 여러날<br>동안 | 일주일<br>이상 | 거의<br>매일 |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| ① 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음                                              | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ② 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감                                                    | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ③ 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠                                            | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ④ 피곤함, 기력이 저하됨                                                           | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑤ 식욕 저하 혹은 과식                                                            | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑥ 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나<br>때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌 | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑦ 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움                                               | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑧ 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절<br>못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림  | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑨ 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를<br>자해하는 생각들                    | 0         | 1         | 2         | 3        |
| 점 수                                                                      | / 총 27점   |           |           |          |

### Tip

- ▶ 각 항목당 0점에서 3점
- ▶ 총 27점 중 10점 이상인 경우 정신건강복지센터 또는 자살예방센터에 의뢰
- ▶ 판정기준

| 구분     | 결과          |
|--------|-------------|
| 0-4점   | 우울 증상 없음    |
| 5-9점   | 가벼운 우울 증상   |
| 10-19점 | 중간 정도 우울 증상 |
| 20-27점 | 심한 우울 증상    |

## [서식 11] 영유아 대상 건강면접조사표

● **대상** : 18개월 이하 영유아

● **조사주기** : 초기 1회 작성 후 필요시 조사

\* 아동의 건강상태에 관해서 가장 잘 아시는 분이 응답해 주십시오.

|                     |                                                             |        |                         |
|---------------------|-------------------------------------------------------------|--------|-------------------------|
| 방문일                 | 년 월 일                                                       | 가구등록번호 |                         |
| 보호자 성명              | 년 월 일                                                       | 아동 성명  |                         |
| 응답자 성명<br>(아동과의 관계) |                                                             | 주 양육자  |                         |
| 성별                  | <input type="checkbox"/> ① 남자 <input type="checkbox"/> ② 여자 | 생년월일   | 년 월 일<br>(월령 : _____개월) |
| 신장                  | cm                                                          |        |                         |
| 체중                  | kg                                                          | 담당자    | (서명)                    |

### » 건강검진

| 번호 | 질문                                                                           | 응답                                                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 지역 보건의료기관에서 실시하는 영유아 건강검진을 받았습니까?<br>* 생후 1차(4~6개월), 2차(9~12개월), 3차(18~24개월) | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니요<br><input type="checkbox"/> ③ 모름 |
| 2  | 신생아(선천성) 대사 이상 검사를 받은 적이 있습니까?                                               | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니요<br><input type="checkbox"/> ③ 모름 |
| 3  | (중위소득 80% 이하이며, 임산부 및 영유아 가족이 있는 경우)<br>보건소 영양플러스 사업에 신청하셨습니까?               | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니요                                  |

#### - 출생정보·예방접종

지역보건의료정보시스템(PHIS)을 이용하여 대상자의 출생정보 및 예방접종 정보를 확인하세요.



## [서식 12] 유아 및 어린이 대상 건강면접조사표

● **대상** : 생후19개월 ~ 11세 이하 유아 및 어린이

● **조사주기** : 초기 1회 작성 후 필요시 조사

\* 아동의 건강상태에 관해서 가장 잘 아시는 분이 응답해 주십시오.

|                     |                                                             |        |                                  |
|---------------------|-------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------|
| 방문일                 | 년      월      일                                             | 가구등록번호 |                                  |
| 보호자 성명              | 년      월      일                                             | 아동 성명  |                                  |
| 응답자 성명<br>(아동과의 관계) |                                                             | 주 양육자  |                                  |
| 성별                  | <input type="checkbox"/> ① 남자 <input type="checkbox"/> ② 여자 | 생년월일   | 년      월      일<br>(연령 :      세) |
| 신장                  | cm                                                          |        |                                  |
| 체중                  | kg                                                          | 담당자    | (서명)                             |
| 체질량지수(BMI)*         | kg/m <sup>2</sup>                                           |        |                                  |

\* 초등학교만 측정

### » 건강검진

| 번 호 | 질 문                                                                                                                          | 응 답                                                                                             |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | (6세 미만 소아만) 지역 보건의료기관에서 실시하는 아래 항목의 영유아 건강검진을 받았습니까?<br>* 생후 3차(18~24개월), 4차(30~36개월), 5차(42~48개월), 6차(54~60개월), 7차(66~71개월) | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니요<br><input type="checkbox"/> ③ 모름 |
| 2   | (중위소득 80% 이하이며, 임산부 및 유아 가족이 있는 경우)<br>보건소 영양플러스 사업에 신청하셨습니까?                                                                | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니요                                  |
| 3   | 최근에 치과에서 구강검진을 받았습니까?<br>* 생후 1차(18~29개월), 2차(42~53개월), 3차(54~65개월), 초등학교 1학년, 4학년                                           | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니요<br><input type="checkbox"/> ③ 모름 |

#### - 출생정보·예방접종

지역보건의료정보시스템(PHIS)를 이용하여 대상자의 출생정보 및 (추가)예방접종 정보를 확인하세요.

## » 건강행태

| 영역      | 번호 | 질문                                   | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------|----|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 식생활     | 4  | 지난 2일간 매끼 식사를 하셨습니까?(식사를 한 경우 모두 체크) | <input type="checkbox"/> ① 그저께 아침 <input type="checkbox"/> ② 그저께 점심 <input type="checkbox"/> ③ 그저께 저녁<br><input type="checkbox"/> ④ 어제 아침 <input type="checkbox"/> ⑤ 어제 점심 <input type="checkbox"/> ⑥ 어제 저녁                                                                          |
| 구강건강    | 5  | 최근에 치과의사로부터 구강 검진을 받은 시기             | <input type="checkbox"/> ① 6개월 이내 <input type="checkbox"/> ② 1년 이내 <input type="checkbox"/> ③ 1년~2년<br><input type="checkbox"/> ④ 2년~5년 <input type="checkbox"/> ⑤ 5년 이상 <input type="checkbox"/> ⑥ 받은 적 없음<br><input type="checkbox"/> ⑦ 모름                                         |
|         | 6  | 아동의 구강건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?            | <input type="checkbox"/> ① 매우 좋음 <input type="checkbox"/> ② 좋음 <input type="checkbox"/> ③ 보통<br><input type="checkbox"/> ④ 나쁨 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 나쁨                                                                                                                       |
|         | 7  | 어제 하루 동안 잇솔질 한 시기를 모두 말씀해 주십시오       | <input type="checkbox"/> ① 아침식사 전 <input type="checkbox"/> ② 아침식사 직후 <input type="checkbox"/> ③ 점심식사 전<br><input type="checkbox"/> ④ 점심식사 후 <input type="checkbox"/> ⑤ 저녁식사 전<br><input type="checkbox"/> ⑥ 저녁식사 직후 <input type="checkbox"/> ⑦ 간식 후 <input type="checkbox"/> ⑧ 잠자기 전 |
| 주관적 건강감 | 8  | 평소에 아동의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?           | <input type="checkbox"/> ① 매우 좋음 <input type="checkbox"/> ② 좋음 <input type="checkbox"/> ③ 보통<br><input type="checkbox"/> ④ 나쁨 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 나쁨                                                                                                                       |

## » 정신건강

| 번호        | 질문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |         |         |         |           |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|---------|---------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9         | 아래의 문항 중 현재 아동의 일상생활 및 사회활동에 제한을 주는 문제가 있습니까?(중복 가능)<br><input type="checkbox"/> 골절, 관절부상 <input type="checkbox"/> 치아 및 구강질환 <input type="checkbox"/> 정신지체 <input type="checkbox"/> 주의력결핍 및 과잉행동<br><input type="checkbox"/> 기타사고 <input type="checkbox"/> 시력문제 <input type="checkbox"/> 우울/불안/정서상 문제 <input type="checkbox"/> 기타<br><input type="checkbox"/> 심장질환 <input type="checkbox"/> 청력문제 <input type="checkbox"/> 경련/간질 <input type="checkbox"/> 없음<br><input type="checkbox"/> 호흡기계, 폐질환, 천식 <input type="checkbox"/> 언어문제 <input type="checkbox"/> 기타 발달장애 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |         |         |         |           |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |
| 10        | 최근 1년 동안 병원이나 응급실 등에서 치료를 받아야했던 사고 또는 중독이 발생한 적이 있습니까?<br><input type="checkbox"/> ① 예 (    번) <input type="checkbox"/> ② 아니오<br>※ 각각의 사고 또는 중독의 종류와 발생장소를 아래의 문항을 참고하여 번호로 기입                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>첫 번째 사고</th><th>두 번째 사고</th><th>세 번째 사고</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>사고종류(12번)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>발생장소(13번)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>                                                                                     |                          | 첫 번째 사고 | 두 번째 사고 | 세 번째 사고 | 사고종류(12번) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 발생장소(13번) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           | 첫 번째 사고                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 두 번째 사고                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 세 번째 사고                  |         |         |         |           |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |
| 사고종류(12번) | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |         |         |         |           |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |
| 발생장소(13번) | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |         |         |         |           |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |
| 11        | 이 사고 또는 중독의 종류는 무엇입니까?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ① 운수사고 <input type="checkbox"/> ② 추락 <input type="checkbox"/> ③ 미끄러짐<br><input type="checkbox"/> ④ 부딪힘 <input type="checkbox"/> ⑤ 열상 <input type="checkbox"/> ⑥ 자상/절단/관통상<br><input type="checkbox"/> ⑦ 기계에 의한 손상 <input type="checkbox"/> ⑧ 화상 <input type="checkbox"/> ⑨ 질식<br><input type="checkbox"/> ⑩ 익수 <input type="checkbox"/> ⑪ 중독 <input type="checkbox"/> ⑫ 기타( )                                                                                |                          |         |         |         |           |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |
| 12        | 이 사고 또는 중독의 발생장소는 어디입니까?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ① 가정 또는 부속시설(마당, 앞뜰 등) <input type="checkbox"/> ② 학교(보육 또는 교육시설)<br><input type="checkbox"/> ③ 근무처 <input type="checkbox"/> ④ 농어업시설 <input type="checkbox"/> ⑤ 운송지역(길, 주차장 등)<br><input type="checkbox"/> ⑥ 스포츠 또는 신체활동 장소 <input type="checkbox"/> ⑦ 상업 또는 서비스 시설<br><input type="checkbox"/> ⑧ 집단거주시설(양로원, 고아원 등) <input type="checkbox"/> ⑨ 옥외시설<br><input type="checkbox"/> ⑩ 야외(산, 바다 등) <input type="checkbox"/> ⑪ 기타( ) <input type="checkbox"/> ⑫ 모름 |                          |         |         |         |           |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |

## [서식 13] 청소년 대상 건강면접조사표

● **대상** : 12세 ~ 18세 이하 청소년

● **조사주기** : 초기 1회 작성 후 필요시 조사

\* 대상자가 직접 응답하여야 함

|            |                   |        |                                                             |
|------------|-------------------|--------|-------------------------------------------------------------|
| 방문일        | 년 월 일             | 가구등록번호 |                                                             |
| 보호자 성명     | 년 월 일             | 응답자 성명 |                                                             |
| 신장         | cm                | 성별     | <input type="checkbox"/> ① 남자 <input type="checkbox"/> ② 여자 |
| 체중         | kg                | 담당자    | (서명)                                                        |
| 체질량지수(BMI) | kg/m <sup>2</sup> |        |                                                             |

### » 건강행태

| 영역 | 번호 | 질문                                                                                   | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 흡연 | 1  | 지금까지 담배를 한두 모금이라도 피워 본적 있습니까?<br>* 일반담배(결련), 결련형 전자담배(아이코스, 글로, 릴 등), 액상형 전자담배 모두 포함 | <input type="checkbox"/> ① 지금까지 없음 ☞ 4번 문항으로<br><input type="checkbox"/> ② 있음                                                                                                                                                                                     |
|    | 2  | 처음으로 담배를 한두 모금이라도 피워 본때는 언제입니까?                                                      | _____세                                                                                                                                                                                                                                                            |
|    | 3  | 최근 1달 동안 담배를 피운 날, 하루 평균 몇 개비를 피웠습니까?                                                | <input type="checkbox"/> ① _____개비/회*<br><input type="checkbox"/> ② 지금까지 없음 ☞ 4번 문항으로<br>* 액상형 전자담배의 경우 횟수 작성                                                                                                                                                     |
| 음주 | 4  | 지금까지 1잔 이상 술을 마셔본 적이 있습니까?<br>(제사, 차례 때 몇 모금 마셔 본 것은 제외)                             | <input type="checkbox"/> ① 마셔본 적 없음 ☞ 7번 문항으로<br><input type="checkbox"/> ② 있음<br>- 처음으로 술1잔을 모두 마셔본 적: _____세                                                                                                                                                    |
|    | 5  | 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 날은 며칠입니까?                                                      | <input type="checkbox"/> ① 최근 30일 동안 없다 <input type="checkbox"/> ② 월 1~2일<br><input type="checkbox"/> ③ 월 3~5일 <input type="checkbox"/> ④ 월 6~9일<br><input type="checkbox"/> ⑤ 월 10~19일 <input type="checkbox"/> ⑥ 월 20~29일<br><input type="checkbox"/> ⑦ 매일      |
|    | 6  | 최근 30일 동안 술을 마실 때 평균량은 얼마입니까?                                                        | <input type="checkbox"/> ① 소주1~2잔(맥주 1병 이하)<br><input type="checkbox"/> ② 소주 3~4잔(맥주 2병, 양주 3잔)<br><input type="checkbox"/> ③ 소주 5~6잔(맥주 3병, 양주 5잔)<br><input type="checkbox"/> ④ 소주 1병~2병 미만(맥주 4병, 양주 6잔)<br><input type="checkbox"/> ⑤ 소주 2병 이상(맥주 8병, 양주 12잔) |

| 영역      | 번호 | 질문                                                                                            | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신체활동    | 7  | 최근 7일 동안, 심장박동이 평상시보다 증가하거나, 숨이 찬 정도의 신체활동을(종류에 상관없이) 하루에 총합이 60분 이상 한 날은 며칠입니까?              | <input type="checkbox"/> ① 최근 7일 동안 없다 <input type="checkbox"/> ② 주 1일<br><input type="checkbox"/> ③ 주 2일 <input type="checkbox"/> ④ 주 3일<br><input type="checkbox"/> ⑤ 주 4일 <input type="checkbox"/> ⑥ 주 5일<br><input type="checkbox"/> ⑦ 주 6일 <input type="checkbox"/> ⑧ 주 7일 |
| 주관적 건강감 | 8  | 본인의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?                                                                     | <input type="checkbox"/> ① 매우 좋음 <input type="checkbox"/> ② 좋음<br><input type="checkbox"/> ③ 보통 <input type="checkbox"/> ④ 나쁨<br><input type="checkbox"/> ⑤ 매우 나쁨 <input type="checkbox"/> ⑥ 모름                                                                                 |
| 식생활     | 9  | 최근 7일 동안, 아침식사를(우유나 주스만 먹은 것은 제외) 한 날은 며칠입니까?<br>* 빵, 선식 또는 미숫가루, 죽, 시리얼 등으로 식사를 한 경우는 식사에 포함 | <input type="checkbox"/> ① 0일 <input type="checkbox"/> ② 1일<br><input type="checkbox"/> ③ 2일 <input type="checkbox"/> ④ 3일<br><input type="checkbox"/> ⑤ 4일 <input type="checkbox"/> ⑥ 5일<br><input type="checkbox"/> ⑦ 6일 <input type="checkbox"/> ⑧ 7일                        |
| 구강건강    | 10 | 최근 7일 동안, 학교에서 점심식사 후 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니다습니까?                                                   | <input type="checkbox"/> ① 항상 했다 <input type="checkbox"/> ② 대부분 했다<br><input type="checkbox"/> ③ 가끔 했다 <input type="checkbox"/> ④ 안했다                                                                                                                                           |

## » 정신건강

| 영역 | 질문                                                            | 응답                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | 최근 7일 동안, 스마트폰을 하루 평균 몇 시간 정도 사용하였습니다습니까?                     | - 주중(월~금) :<br><input type="checkbox"/> ① 사용하지 않았다<br><input type="checkbox"/> ② 사용했다(하루 평균 _____시간_____분)<br>- 주말(토~일) :<br><input type="checkbox"/> ① 사용하지 않았다<br><input type="checkbox"/> ② 사용했다(하루 평균 _____시간_____분) |
| 12 | 평상시 스트레스를 얼마나 느끼고 있습니까?                                       | <input type="checkbox"/> ① 대단히 많이 느낀다 <input type="checkbox"/> ② 많이 느낀다<br><input type="checkbox"/> ③ 조금 느낀다 <input type="checkbox"/> ④ 별로 느끼지 않는다<br><input type="checkbox"/> ⑤ 전혀 느끼지 않는다                              |
| 13 | 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                              |
| 14 | 최근 12개월 동안, 자살을 시도한 적이 있었습니까?                                 | <input type="checkbox"/> ① 최근 12개월 동안 없다<br><input type="checkbox"/> ② 최근 12개월 동안 있다                                                                                                                                     |

## » 사고 및 안전

| 번호 | 질문                                                               | 응답                                                                                                                                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | 최근 7일 동안, “비누를 이용하여” 얼마나 자주 손을 씻었습니까?                            | <input type="checkbox"/> ① 항상 씻었다 <input type="checkbox"/> ② 대부분 씻었다<br><input type="checkbox"/> ③ 가끔 씻었다 <input type="checkbox"/> ④ 전혀 씻지 않았다                                            |
| 16 | 승용차나 택시, 고속버스를 탈 때 안전벨트를 맵니까?                                    | <input type="checkbox"/> ① 탄 적이 없다 <input type="checkbox"/> ② 항상 맨다<br><input type="checkbox"/> ③ 대체로 매는 편이다 <input type="checkbox"/> ④ 가끔 매는 편이다<br><input type="checkbox"/> ⑤ 전혀 매지 않는다 |
| 17 | 최근 12개월 동안, 학교에서(교실, 복도, 운동장 등 학교울타리 안) 다쳐서 병원에서 치료를 받은 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> ① 최근 12개월 동안 없다<br><input type="checkbox"/> ② 최근 12개월 동안 있다                                                                                                      |

## [서식 14] 성인 및 노인 대상 건강면접조사표

● **대상** : 19세 이상 성인

● **조사주기** : 초기 1회 작성 후 필요시 조사(단, 문항 2, 3, 4, 5, 6, 9번은 매년 조사)

|          |                    |                  |                    |                   |                                                             |
|----------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| 대상자 성명   |                    |                  | 가구등록번호             |                   |                                                             |
| 방문일      | 년                  | 월                | 일                  | 성별                | <input type="checkbox"/> ① 남자 <input type="checkbox"/> ② 여자 |
| 담당자      | (서명)               |                  |                    | 가구주 성명            |                                                             |
| 기본 건강 정보 |                    |                  |                    |                   |                                                             |
| 1. 신장    | . cm<br>(소수점 첫째자리) | 2. 체중            | . kg<br>(소수점 첫째자리) | 3. BMI<br>(체질량지수) | . kg/m <sup>2</sup><br>(소수점 첫째자리)                           |
| 4. 압력*   | %                  |                  | 5. 평형성*            | 초                 |                                                             |
| 6. 콜레스테롤 | 총 콜레스테롤            | 중성지방             | HDL 콜레스테롤          | LDL 콜레스테롤         |                                                             |
|          | mg/dL              | mg/dL            | mg/dL              | mg/dL             |                                                             |
| 7. 허리 둘레 | . cm<br>(소수점 첫째자리) | 9. 혈당            | 공복                 | mg/dL             |                                                             |
| 8. 혈압    | / mmHg             |                  | 식후 2시간             | mg/dL             |                                                             |
|          |                    | 당화혈색소<br>(HbA1C) | %                  |                   |                                                             |

\* 필수 입력 항목 아님

※ 건강측정정보 측정 가이드 및 판정기준 참조

### Tip

#### 1. 체질량지수(Body Mass Index) 산출법

$$= \text{체중(kg)} / \text{신장(m)}^2$$

#### 2. 체질량지수에 따른 비만 진단

| 분 류   | 체질량지수(kg/m <sup>2</sup> ) |
|-------|---------------------------|
| 저체중   | <18.5                     |
| 정상    | 18.5~22.9                 |
| 과체중   | 23~24.9                   |
| 1단계비만 | 25~29.9                   |
| 2단계비만 | ≥30                       |

#### 3. 표준체중 산출법

- 신장 150cm 미만 : 신장-100
- 신장 150cm 이상 160cm 미만:  
{(신장-150)×0.5}+50
- 신장 160cm 이상 : (신장-100)×0.9

## » 건강행태

| 영역                                  | 번호                                                                                         | 질문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 흡연                                  | 1                                                                                          | 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ① 예(5갑/100개비 이상)<br><input type="checkbox"/> ② 아니오(5갑/100개비 미만)<br><input type="checkbox"/> ③ 피운 적 없음 ☞ 3번 문항으로                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
|                                     | 2                                                                                          | 현재 담배를 피우고 계십니까?<br>* 일반담배(궐련), 궐련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴 등), 액상형 전자담배 등 모두 포함                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <table border="1"> <tr> <td>① 현재 피움</td><td>총 ____년</td><td>하루 평균 ____개비/회*</td></tr> <tr> <td colspan="3">* 액상형 전자담배의 경우 횟수 작성</td></tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td><td>총 ____년</td><td>끊은 지 ____년</td></tr> </table>                                                                                                                                                                    | ① 현재 피움                             | 총 ____년                         | 하루 평균 ____개비/회*                 | * 액상형 전자담배의 경우 횟수 작성              |                                  |                               | ② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음             | 총 ____년                           |
| ① 현재 피움                             | 총 ____년                                                                                    | 하루 평균 ____개비/회*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| * 액상형 전자담배의 경우 횟수 작성                |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| ② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음               | 총 ____년                                                                                    | 끊은 지 ____년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| 음주                                  | 3                                                                                          | 술을 얼마나 자주 마십니까?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ① 최근 1년간 전혀 마시지 않음 ☞ 5번 문항으로<br><input type="checkbox"/> ② 한 달에 1번 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 한 달에 1번 정도<br><input type="checkbox"/> ④ 한 달에 2~4번<br><input type="checkbox"/> ⑤ 일주일에 2~3번<br><input type="checkbox"/> ⑥ 일주일에 4번 이상                                                                                                                                  |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
|                                     | 4                                                                                          | 한 번에 보통 술을 얼마나 마십니까?<br>(술의 종류에 상관없이 각각의 술잔으로 계산)<br>[단, 캔맥주 1개(355cc) = 맥주 1.6잔]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 1~2잔</td><td><input type="checkbox"/> ④ 7~9잔</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ② 3~4잔</td><td><input type="checkbox"/> ⑤ 10잔 이상</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ③ 5~6잔</td><td></td></tr> </table>                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ① 1~2잔     | <input type="checkbox"/> ④ 7~9잔 | <input type="checkbox"/> ② 3~4잔 | <input type="checkbox"/> ⑤ 10잔 이상 | <input type="checkbox"/> ③ 5~6잔  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ① 1~2잔     | <input type="checkbox"/> ④ 7~9잔                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ② 3~4잔     | <input type="checkbox"/> ⑤ 10잔 이상                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ③ 5~6잔     |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| 신체 활동                               | 5                                                                                          | 평소 1주일간 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 한 번에 적어도 10분 이상, 하루 30분 이상 한 날은 며칠입니까?<br>※ 중강도 신체활동 : 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 신체활동으로 천천히 하는 수영, 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 가벼운 물건 나르기 등의 직업활동 및 체육활동. 단, 걷기는 제외                                                                                                                                                                                                        | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음</td><td><input type="checkbox"/> ⑤ 4일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ② 1일</td><td><input type="checkbox"/> ⑥ 5일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ③ 2일</td><td><input type="checkbox"/> ⑦ 6일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ④ 3일</td><td><input type="checkbox"/> ⑧ 7일(매일)</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일   | <input type="checkbox"/> ② 1일   | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일     | <input type="checkbox"/> ③ 2일    | <input type="checkbox"/> ⑦ 6일 | <input type="checkbox"/> ④ 3일     | <input type="checkbox"/> ⑧ 7일(매일) |
|                                     | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음                                                        | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
|                                     | <input type="checkbox"/> ② 1일                                                              | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
|                                     | <input type="checkbox"/> ③ 2일                                                              | <input type="checkbox"/> ⑦ 6일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ④ 3일       | <input type="checkbox"/> ⑧ 7일(매일)                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| 6                                   | 최근 1주일 동안 한 번에 적어도 10분 이상, 하루 30분 이상 걸은 날은 며칠입니까?<br>(출퇴근, 등교, 이동 또는 신체활동을 위해 걸은 것을 모두 포함) | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음</td><td><input type="checkbox"/> ⑤ 4일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ② 1일</td><td><input type="checkbox"/> ⑥ 5일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ③ 2일</td><td><input type="checkbox"/> ⑦ 6일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ④ 3일</td><td><input type="checkbox"/> ⑧ 7일(매일)</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일       | <input type="checkbox"/> ② 1일   | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일   | <input type="checkbox"/> ③ 2일     | <input type="checkbox"/> ⑦ 6일    | <input type="checkbox"/> ④ 3일 | <input type="checkbox"/> ⑧ 7일(매일) |                                   |
| <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ② 1일       | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ③ 2일       | <input type="checkbox"/> ⑦ 6일                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ④ 3일       | <input type="checkbox"/> ⑧ 7일(매일)                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| 7                                   | 최근 1주일 동안 스트레칭, 맨손체조 등의 유연성 운동을 한 날은 며칠입니까?                                                | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음</td><td><input type="checkbox"/> ④ 3일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ② 1일</td><td><input type="checkbox"/> ⑤ 4일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ③ 2일</td><td><input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상</td></tr> </table>                                                                                         | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ④ 3일       | <input type="checkbox"/> ② 1일   | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일   | <input type="checkbox"/> ③ 2일     | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상 |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 | <input type="checkbox"/> ④ 3일                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ② 1일       | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ③ 2일       | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| 8                                   | 최근 1주일동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?                                   | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음</td><td><input type="checkbox"/> ④ 3일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ② 1일</td><td><input type="checkbox"/> ⑤ 4일</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ③ 2일</td><td><input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상</td></tr> </table>                                                                                         | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ④ 3일       | <input type="checkbox"/> ② 1일   | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일   | <input type="checkbox"/> ③ 2일     | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상 |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 | <input type="checkbox"/> ④ 3일                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ② 1일       | <input type="checkbox"/> ⑤ 4일                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> ③ 2일       | <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                 |                                 |                                   |                                  |                               |                                   |                                   |



| 영역      | 번호 | 질문                                                                                           | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 주관적 건강감 | 9  | 본인의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?                                                                    | <input type="checkbox"/> ① 매우 좋음 <input type="checkbox"/> ④ 나쁨<br><input type="checkbox"/> ② 좋음 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 나쁨<br><input type="checkbox"/> ③ 보통                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|         | 10 | 현재 치아나 틀니, 잇몸 등 입안의 문제로 음식을 씹는데 불편감을 느끼십니까?<br>(틀니를 사용하시는 경우에는 틀니를 낀 상태에서 느끼시는 상태를 말씀해 주십시오) | <input type="checkbox"/> ① 매우 불편하다<br><input type="checkbox"/> ② 불편하다<br><input type="checkbox"/> ③ 그저 그렇다<br><input type="checkbox"/> ④ 별로 불편하지 않다<br><input type="checkbox"/> ⑤ 전혀 불편하지 않다                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|         | 11 | 어제 귀하의 잇솔질을 한 시기를 모두 말씀하십시오<br>(틀니를 씻은 경우도 잇솔질에 포함)                                          | <input type="checkbox"/> ① 아침식사 전 <input type="checkbox"/> ⑤ 저녁식사 전<br><input type="checkbox"/> ② 아침식사 직후 <input type="checkbox"/> ⑥ 저녁식사 직후<br><input type="checkbox"/> ③ 점식식사 전 <input type="checkbox"/> ⑦ 간식 후<br><input type="checkbox"/> ④ 점식식사 후 <input type="checkbox"/> ⑧ 자기 전<br><input type="checkbox"/> ⑨ 잇솔질 하지 않음                                                                                                                                                                                                                 |
| 구강 건강   | 12 | 최근 1년 동안, 치과진료가 필요하다고 생각했으나, 진료를 받지 못한 적이 있습니까?                                              | <input type="checkbox"/> ① 예<br>☞ 진료를 받지 못한 가장 주된 이유는 무엇입니까?<br><input type="checkbox"/> ① 경제적인 이유<br><input type="checkbox"/> ② 치과병원(보건소 및 보건지소 포함)이 멀어서<br><input type="checkbox"/> ③ 직장이나 학교를 비울 수 없어서<br><input type="checkbox"/> ④ 거동이 불편해서 또는 건강문제 때문에<br><input type="checkbox"/> ⑤ 아이를 돌봐줄 사람이 없어서<br><input type="checkbox"/> ⑥ 다른 문제들에 비해서 덜 중요하다 느껴서<br><input type="checkbox"/> ⑦ 치과 진료받기가 무서워서<br><input type="checkbox"/> ⑧ 기타(구체적: )<br><input type="checkbox"/> ② 아니요<br><input type="checkbox"/> ③ 치과진료(검사 또는 치료)가 필요한 적이 없었음 |
|         | 13 | 지난 2일간 매끼 식사를 하셨습니까?<br>(모두 표시해 주십시오)                                                        | <input type="checkbox"/> ① 그저께 아침 <input type="checkbox"/> ④ 어제 아침<br><input type="checkbox"/> ② 그저께 점심 <input type="checkbox"/> ⑤ 어제 점심<br><input type="checkbox"/> ③ 그저께 저녁 <input type="checkbox"/> ⑥ 어제 저녁                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 식생활     | 14 | 곡류(밥, 빵류), 고기·생선·달걀·콩류, 채소류, 과일류, 우유류 등 총 5종류 식품 중에서 하루에 보통 몇 종류의 식품을 드십니까?                  | <input type="checkbox"/> ① 5종류 <input type="checkbox"/> ② 4종류 <input type="checkbox"/> ③ 3종류 이하                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## » 건강검진

| 번 호    | 질 문                                                              | 응 답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
|--------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------|------|-------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|
| 15     | 최근 2년 이내 건강에 특별한 문제는 없으나 건강상태를 알아보기 위해 건강검진(암검진 제외)을 받은 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> ① 예 (건강검진 _____ 년 _____ 월)<br><input type="checkbox"/> 국가건강검진<br><input type="checkbox"/> 타 의료기관(개인검진)<br><input type="checkbox"/> 보건소(내과 검진 등)<br><input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 16     | 최근 2년 이내 건강에 특별한 문제는 없으나 건강상태를 알아보기 위해 암 검진을 받은 적이 있습니까?         | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 17     | 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 치료 중이십니까?                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th><th>진 단</th><th>치 료</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>고혈압</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>당뇨병</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>뇌졸중</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>암</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>관절염</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>요실금</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>알코올중독</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td rowspan="4">기<br/>타</td><td>심장질환</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>만성호흡기질환</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>신장질환</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> <tr> <td>기타( )</td><td><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오</td></tr> </tbody> </table> | 구 분 | 진 단 | 치 료 | 고혈압 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 당뇨병 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 암 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 관절염 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 요실금 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 알코올중독 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 기<br>타 | 심장질환 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 만성호흡기질환 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 신장질환 | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 | 기타( ) | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 |
| 구 분    | 진 단                                                              | 치 료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 고혈압    | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 당뇨병    | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 뇌졸중    | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 암      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 관절염    | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 요실금    | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 알코올중독  | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오      | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 기<br>타 | 심장질환                                                             | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
|        | 만성호흡기질환                                                          | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
|        | 신장질환                                                             | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
|        | 기타( )                                                            | <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |
| 18     | (질환이 있는 경우) 보유질환에 대해 정기적으로 진료 받고 있는 의료기관은 어디입니까?<br>※ 중복체크 가능    | <input type="checkbox"/> ① 정기적으로 진료 받지 않음<br><input type="checkbox"/> ② 정기적으로 진료 받음<br><input type="checkbox"/> ① 보건소<br><input type="checkbox"/> ② 동네 병·의원<br><input type="checkbox"/> ③ 종합병원<br><input type="checkbox"/> ④ 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |     |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |   |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |     |                                                             |                                                             |       |                                                             |                                                             |        |      |                                                             |         |                                                             |      |                                                             |       |                                                             |



## 4 대상별 특성에 따른 건강기초조사표

### [서식 15] 노인 대상 허약조사표

#### 기초측정표

대상 : 65세 이상

조사주기 : 1년

| 번 호 | 구 분                                     | 질문 내용                                                                           | 예 | 아니오 |
|-----|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---|-----|
| 1   | 사회적<br>환경 적응도<br>(수단적 일상생활<br>동작, IADL) | 버스나 지하철(전철) 등, 교통수단을 이용해서 혼자 외출할 수 있습니까?                                        | ① | ②   |
| 2   |                                         | 슈퍼마켓이나 동네가게에서 잘못이나 실수 없이 제대로 생필품을 구입합니까? (주문배달의 경우는 '아니오')                      | ① | ②   |
| 3   |                                         | 은행이나 농협, 우체국 등에서 예·적금 등의 금전관리를 스스로 하고 있습니까? (타인이 해주면 '아니오')                     | ① | ②   |
| 4   |                                         | 이웃이나 친구의 집에 마실하러 다닙니까? (가족이나 친척 집 제외)                                           | ① | ②   |
| 5   |                                         | 가족이나 친구에게 생활상의 문제에 대해 상담이나 조언을 해줍니까? (전화를 통한 상담·조언도 포함됨)                        | ① | ②   |
| 6   | 일상생활 기본동작<br>(일상생활동작, ADL)              | 계단 손잡이나 벽을 짚지 않고 계단을 올라갑니까?<br>(처음부터 습관적으로 잡는 경우는 '아니오'이고, 올라가는 중간에 잡는 경우는 '예') | ① | ②   |
| 7   |                                         | 의자에 앉은 상태에서 부축이나 지팡이 없이 일어납니까?                                                  | ① | ②   |
| 8   |                                         | 15분 정도 쉬지 않고 걸어 다닙니까? (실내·외 불문)                                                 | ① | ②   |
| 9   | 낙상                                      | 지난 1년간에 넘어진 적이 있습니까? (미끄러지거나, 걸려서)                                              | ① | ②   |
| 10  |                                         | 넘어지는 것에 대한 걱정이나 염려가 큼니까?                                                        | ① | ②   |
| 11  | 영양상태                                    | 지난 6개월간 몸무게가 2~3kg 이상 빠졌습니까?<br>(※ 고의적인 체중감량은 제외함)                              | ① | ②   |
| 12  |                                         | 신장( m ) 체중( kg ) BMI(=체중/신장 <sup>2</sup> )가 18.5 미만인가?                          | ① | ②   |

| 번 호 | 구 분    | 질문 내용                                                                                                                         | 예                            | 아니오                          |     |     |   |      |              |
|-----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----|-----|---|------|--------------|
| 13  |        | 지난 6개월 전에 비해 딱딱한 음식을 먹기 어려워졌습니까?                                                                                              | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 14  |        | 음료수나 국물을 드실 때 목이 멘 적(삼키기 어려움)이 있습니까?                                                                                          | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 15  |        | 자주 입이 말라서 신경이 쓰입니까?                                                                                                           | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 16  | 사회적 건강 | 1주일에 한 번 이상 외출(나들이)합니까? (1~2주에 한 번 정도도 '예')                                                                                   | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 17  |        | 작년에 비해서 외출 횟수가 줄어들었습니까?                                                                                                       | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 18  | 인지기능   | 주위사람이 '항상 똑같은 말을 되풀이 한다'는 등의 건망증이 있다는 말을 듣습니까? (건망증이 있어도 그런 말을 듣지 않으면, '아니오')                                                 | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 19  |        | 혼자서 전화를 걸 수 있습니까? (누군가가 걸어주면 '아니오')                                                                                           | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 20  |        | 오늘이 몇 월, 몇 일 인지를 모를 때가 있습니까?                                                                                                  | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 21  | 우울증상   | (최근 2주간) 매사에 의욕이 없다                                                                                                           | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 22  |        | (최근 2주간) 지금까지 즐겨왔던 취미가 싫증났다<br>(그래서 그만둔 경우도 '예')                                                                              | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 23  |        | (최근 2주간) 예전에는 쉽게 했던 일들이 이제는 어려워져 겁이 난다                                                                                        | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 24  |        | (최근 2주간) 자신이 쓸모 있는 사람이라고 생각하지 않는다                                                                                             | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 25  |        | (최근 2주간) 아무 이유도 없이 피곤함을 느낀다                                                                                                   | ①                            | ②                            |     |     |   |      |              |
| 26  | 만성질환   | 현재 앓고 있는 질병에 모두 O표를 해주십시오.                                                                                                    |                              |                              |     |     |   |      |              |
|     |        | 고혈압                                                                                                                           | 당뇨                           | 뇌졸중                          | 관절염 | 요실금 | 암 | 심장질환 | 만성<br>호흡기 질환 |
|     |        |                                                                                                                               |                              |                              |     |     |   |      |              |
| 27  | 감각기능   | 낮은 시력으로 인해 일상생활에서 어려움을 경험하고 있습니까?                                                                                             | <input type="checkbox"/> 그렇다 | <input type="checkbox"/> 아니다 |     |     |   |      |              |
|     |        | 낮은 청력으로 인해 일상생활에서 어려움을 경험하고 있습니까?                                                                                             | <input type="checkbox"/> 그렇다 | <input type="checkbox"/> 아니다 |     |     |   |      |              |
| 28  | 보행평가   | TUG(일어나 걸어 돌아오기 검사, Timed up-and-go test)<br>* 측정이 어려운 경우(좁은 장소, 대상자 건강상태 불량 등) 제외<br><br>의자에서 일어나 빠른 걸음으로 돌아오기 _____분 _____초 |                              |                              |     |     |   |      |              |

총( / 31점)



## Tip

※ 1~25번 문항(음영이 표시된 경우)은 각 1점, 26번은 하나 이상의 질병을 등록하면 무조건 2점, 질병이 없으면 0점, 27번은 그렇다 응답에 각 1점, 28번은 2점

※ 0~3 : 건강군, 4~12 : 고위험 허약노인, 13점 이상 : 허약군, 4~12점 일 경우 사업 관리 대상<sup>1)</sup>

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가족이나 누군가가 부축하지 않고 혼자서 이용하는 경우를 묻는 질문</li> <li>• 먼 거리라도 걸어서 다니는 노인일 경우, 버스나 지하철을 이용한다는 가정 하에 질문</li> <li>• 자가용 운전하여 외출하는 경우에 '예'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 외출을 해서 물건을 적절하게 구입하는지를 묻는 질문</li> <li>• 전화로 주문하여 배달을 받는 경우에는 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 은행 예금창구에서 각종 절차를 밟고, 본인의 판단으로 금전을 관리하는 경우에는 '예'로 기입</li> <li>• 가족이나 다른 사람에게 부탁하는 경우에는 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 전화로만 하는 경우나, 가족이나 친척 집에 가는 경우는 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 직접 대면하지 않고 전화 상담이나 조언을 해주는 경우 '예'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 6     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 손잡이나 벽을 짚지 않고 올라갈 수 있어도, 습관적으로 짚고 올라가는 경우 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 때때로 잡는 정도이면 '예'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 실내나 실외를 불문하고 질문</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 9     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 남이 밀어서 넘어진 것이 아니라, 혼자서 미끄러지거나 걸려서 넘어진 적이 있는가를 질문</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 한 번이라도 넘어진 적이 있는 경우, 두려움 정도가 큰 지를 묻는 질문</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6개월 이상 점차적으로 줄어든 경우나 인위적인 체중감량을 한 경우는 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 12    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 체중은 1개월 이내, 신장은 과거 측정치를 기준으로 해도 무방</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 13    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 반년 이상 딱딱한 것을 먹기가 힘들어졌거나 그 이후 변함이 없는 경우는 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 14    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 음식물 등의 삼키기 정도를 묻는 질문</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 15    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 몸의 수분 함량정도를 파악하는 질문</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 16    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주에 따라 차이가 있을 경우에는 1개월을 기준으로 평균치 계산</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 17    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 작년의 외출 횟수와 비교해서 금년도가 줄었으면 '예'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 18    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 자신이 건망증이 있다고 해도 주위사람으로부터 지적을 받지 않으면 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 19    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 다른 사람이 전화를 걸어 주고 나서, 자신이 대화하는 경우에는 '아니오'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 20    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 월이나 일 중, 어느 하나라도 모르는 경우에는 '예'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 21~25 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울증상에 대한 질문</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 26    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 성인 및 노인 대상 건강면접조사표 17번 참조</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 27    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 시력 : 잘 보이지 않아(안경을 쓴 경우도 포함) 일상생활에 어려움이 있으면 '그렇다'로 기입</li> <li>• 청력 : 잘 들리지 않아(보청기를 낀 경우도 포함) 일상생활에 어려움이 있으면 '그렇다'로 기입</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 28    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의자에서 일어나 빠른 걸음으로 돌아오기(TUG : 왕복 4.8m에 대한 복합적 이동능력 측정) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 검진자와 보조자는 각 1명</li> <li>- 의자에서 일어나 2.4m를 걸은 후 되돌아오는 것으로 8.5초 이내로 돌아오면 정상으로 0점, 8.5초 이상이면 2점 부여</li> <li>- 측정은 2번에 걸쳐 하되 그 중에서 가장 빠른 시간을 소수점 첫째자리까지 기입</li> <li>- 출발 전, 피검자는 의자에 똑바로 앉아야 하며, 손은 양 무릎 위에 올려놓고 양 발은 바닥에 닿게 함</li> <li>- 반환지점을 도는 방법은 특정한 규정이 없이 피검자가 편안한 대로 자유롭게 돌도록 지시</li> <li>- 검진자는 피검자에게 가능한 한 빠른 걸음으로 건도록 함</li> </ul> </li> </ul> |

1) 이인숙(2011), 서울특별시-보건복지부 방문건강관리프로그램(시·도중재프로그램) 「지역사회 노인건강 증진을 위한 방문건강관리 전문가 실무지침 개발」

## [서식 16] 우울검사

### 우울 검사(한국어판 PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9)

● **대상** : 일반 성인 및 노인(65세 이상) 등록가구원

● **조사주기** : 노인의 경우 1년마다, 일반 성인의 경우 초기 1회 작성 후 필요시 조사

1. 지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

| 문 항                                                                        | 전혀<br>아니다 | 여러날<br>동안 | 일주일<br>이상 | 거의<br>매일 |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| ① 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음                                                | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ② 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감                                                      | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ③ 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠                                              | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ④ 피곤함, 기력이 저하됨                                                             | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑤ 식욕 저하 혹은 과식                                                              | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑥ 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나<br>나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌 | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑦ 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움                                                 | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑧ 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고<br>안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림    | 0         | 1         | 2         | 3        |
| ⑨ 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를<br>자해하는 생각들                      | 0         | 1         | 2         | 3        |
| 점 수                                                                        | / 총 27점   |           |           |          |

#### Tip

- ▶ 각 항목당 0점에서 3점
- ▶ 총 27점 중 10점 이상인 경우 정신건강복지센터 또는 자살예방센터에 의뢰
- ▶ 판정기준

| 구분     | 결과          |
|--------|-------------|
| 0-4점   | 우울 증상 없음    |
| 5-9점   | 가벼운 우울 증상   |
| 10-19점 | 중간 정도 우울 증상 |
| 20-27점 | 심한 우울 증상    |



## [서식 17] 북한이탈주민 대상 건강기초조사표

● 대상 : 북한이탈주민

● 조사주기 : 초기 1회 작성

» 탈북년도 \_\_\_\_\_ 년, 남한입국년도 \_\_\_\_\_ 년

» 건강검진

| 번호                       | 질문                                       | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1                        | 다음과 같은 기본 예방접종을 받은 적이 있습니까?              | <table> <tr> <td>결핵</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>B형간염</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>DPT<br/>(디프테리아, 백일해, 파상풍)</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>폴리오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>MMR<br/>(홍역, 유행성이하선염, 풍진)</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>일본뇌염</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>인플루엔자</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>신종플루</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>코로나19</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> <tr> <td>자궁경부암</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 모름</td></tr> </table> | 결핵                          | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | B형간염 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | DPT<br>(디프테리아, 백일해, 파상풍) | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | 폴리오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | MMR<br>(홍역, 유행성이하선염, 풍진) | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | 일본뇌염 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | 인플루엔자 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | 신종플루 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | 코로나19 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | 자궁경부암 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 |
| 결핵                       | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| B형간염                     | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| DPT<br>(디프테리아, 백일해, 파상풍) | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 폴리오                      | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| MMR<br>(홍역, 유행성이하선염, 풍진) | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 일본뇌염                     | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 인플루엔자                    | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 신종플루                     | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 코로나19                    | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 자궁경부암                    | <input type="checkbox"/> 예               | <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 모름 |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 2                        | 최근 2년 동안 건강을 위해 건강검진을 받은 적이 있습니까?        | <input type="checkbox"/> ① 예 <input checked="" type="checkbox"/> 2-1번 문항으로<br><input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 2-1                      | 최근 2년 동안 받아보신 건강검진에 모두 표시해 주십시오.         | <input type="checkbox"/> ① 본인부담 종합건강검진<br><input type="checkbox"/> ② 사업장 특수건강검진<br><input type="checkbox"/> ③ 국민건강보험공단 건강검진<br><input type="checkbox"/> ④ 기타 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 3                        | 혈압측정을 가장 마지막으로 해 본 것은 언제입니까?             | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상 2년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 2년 이상 3년 미만<br><input type="checkbox"/> ④ 3년 이상<br><input type="checkbox"/> ⑤ 한 번도 검사 받은 적 없음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |
| 4                        | 간이혈당검사를 제외한 당뇨검사를 가장 마지막으로 해 본 때는 언제입니까? | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상~2년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 2년 이상~3년 미만<br><input type="checkbox"/> ④ 3년 이상<br><input type="checkbox"/> ⑤ 한 번도 검사 받은 적 없음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |     |                            |                              |                             |                          |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |      |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |       |                            |                              |                             |

## » 감염병

| 번 호       | 질 문                                           |                             |                             |                             |                             |                                                           |
|-----------|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 5         | 최근 1년간 한 번이라도 앓은 적이 있는 감염성 질환은 무엇입니까? (모두 응답) |                             |                             |                             |                             |                                                           |
| 질병명       |                                               | 이환여부                        |                             |                             | 치료여부                        |                                                           |
| 결핵, 폐결핵   |                                               | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 모름 | <input type="checkbox"/> 완치 | <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
| B형 간염     |                                               | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 모름 | <input type="checkbox"/> 완치 | <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
| 성병(매독)    |                                               | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 모름 | <input type="checkbox"/> 완치 | <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
| 유행성 출혈열   |                                               | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 모름 | <input type="checkbox"/> 완치 | <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
| 말라리아      |                                               | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 모름 | <input type="checkbox"/> 완치 | <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
| 기타(     ) |                                               | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 모름 | <input type="checkbox"/> 완치 | <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |

## » 정신건강

| 번 호 | 질 문                                          | 응 답                                                                                                                                                                                     |
|-----|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6   | 평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?             | <input type="checkbox"/> ① 대단히 많이 느낀다 <input type="checkbox"/> ③ 조금 느끼는 편이다<br><input type="checkbox"/> ② 많이 느끼는 편이다 <input type="checkbox"/> ④ 거의 느끼지 않는다                              |
| 7   | 귀하는 현재 남한에서의 전반적인 가족생활에 대하여 어느 정도 만족하고 계십니까? | <input type="checkbox"/> ① 매우 불만족스럽다 <input type="checkbox"/> ④ 약간 만족스럽다<br><input type="checkbox"/> ② 약간 불만족스럽다 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 만족스럽다<br><input type="checkbox"/> ③ 보통이다 |

## » 의료기관 이용

| 번 호 | 질 문                                       | 응 답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8   | 최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input checked="" type="checkbox"/> 가지 못한 이유는 무엇입니까?<br><input type="checkbox"/> ① 돈이 없어서<br><input type="checkbox"/> ② 병의원 등에 예약을 하기가 힘들어서<br><input type="checkbox"/> ③ 교통편이 불편해서<br><input type="checkbox"/> ④ 내가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서<br><input type="checkbox"/> ⑤ 병의원 등에서 오래 기다리기가 싫어서<br><input type="checkbox"/> ⑥ 증상이 가벼워서<br><input type="checkbox"/> ⑦ 어디로 가야할지 잘 몰라서 (정보 부족)<br><input type="checkbox"/> ⑧ 기타( )<br><input type="checkbox"/> ② 아니오 |



## » 비만 및 체중조절

| 번 호 | 질 문                                 | 응 답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9   | 최근 1년 전과 비교해 보았을 때, 몸무게에 변화가 있었습니까? | <input type="checkbox"/> ① 변화가 없었다<br>(0kg 이상 - 3kg 미만 증가 및 감소 포함)<br><input type="checkbox"/> ② 몸무게가 줄었다<br><input type="checkbox"/> 3kg 이상 - 6kg 미만 감소<br><input type="checkbox"/> 6kg 이상 - 10kg 미만 감소<br><input type="checkbox"/> 10kg 이상 감소<br><input type="checkbox"/> ③ 몸무게가 늘었다<br><input type="checkbox"/> 3kg 이상 - 6kg 미만 증가<br><input type="checkbox"/> 6kg 이상 - 10kg 미만 증가<br><input type="checkbox"/> 10kg 이상 증가 |

## » 여성건강 (\*여성 대상자만 응답)

| 번 호 | 항 목             | 경험여부                                                    | 치료여부                                                                                  |
|-----|-----------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 10  | 생리불순/무월경        | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
|     | 성병              | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
|     | 질염              | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
|     | 골반 내 염증         | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
|     | 자궁육종            | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
|     | 자궁경부암           | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
|     | 자궁 내 피임기구 삽입    | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | -                                                                                     |
|     | 갑상선 질환(암, 결절 등) | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |
|     | 유방 질환(암, 종괴 등)  | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 미치료 |

## [서식 18] 재가암환자 대상 건강기초조사표

- **대상** : 19세 이상 건강면접조사표에서 의사에게 암 진단을 받은 대상자  
(암 치료 종료 후 5년 경과자는 조사대상에서 제외)

- **조사주기** : 초기 1회 작성 후 필요시 조사

| 번 호 | 질 문                                                                                                                  | 응 답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | 귀하가 진단받은 암(원발암)의 종류는 무엇입니까?                                                                                          | <input type="checkbox"/> ① 위암 <input type="checkbox"/> ② 폐암 <input type="checkbox"/> ③ 간암<br><input type="checkbox"/> ④ 유방암 <input type="checkbox"/> ⑤ 대장암 <input type="checkbox"/> ⑥ 췌장암<br><input type="checkbox"/> ⑦ 갑상선암 <input type="checkbox"/> ⑧ 방광암 <input type="checkbox"/> ⑨ 전립선암<br><input type="checkbox"/> ⑩ 자궁암 <input type="checkbox"/> ⑪ 기타 |
| 2   | 처음 암을 진단받은 것은 언제입니까?                                                                                                 | _____년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3   | 진단 시 암의 진행정도는 어떠하였습니까?                                                                                               | <input type="checkbox"/> ① 0기 <input type="checkbox"/> ② 1기 <input type="checkbox"/> ③ 2기<br><input type="checkbox"/> ④ 3기 <input type="checkbox"/> ⑤ 4기 <input type="checkbox"/> ⑥ 말기<br><input type="checkbox"/> ⑦ 모름                                                                                                                                     |
| 4   | 귀하가 현재까지 받은 암 치료방법을 모두 체크해 주십시오.                                                                                     | <input type="checkbox"/> ① 수술 <input type="checkbox"/> ② 방사선치료 <input type="checkbox"/> ③ 항암치료<br><input type="checkbox"/> ④ 표적치료 <input type="checkbox"/> ⑤ 항호르몬 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타<br><input type="checkbox"/> ⑦ 모름                                                                                                                            |
| 5   | 현재 귀하의 암에 대한 치료 상태는 어떠합니까?                                                                                           | <input type="checkbox"/> ① 치료중 <input type="checkbox"/> ② 완치 <input type="checkbox"/> ③ 치료중단                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6   | 지난 1주일 동안의 스트레스 정도를 가장 잘 표현하는 숫자에 표시해 주세요.                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|     | <div>전혀 괴롭지 않음</div> <div>0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      매우 괴로움</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### Tip

#### ▶ 6번 문항 디스트레스(distress) 평가 결과 해석

- (0점~3점) '이 정도의 마음은 괜찮아요'
  - (4점~6점) '마음이 힘드시네요. 적극적인 스트레스 관리가 필요합니다.  
마음을 관리하는 방법을 알아봐요.'
  - (7점~10점) '마음이 많이 힘드시군요. 정신건강전문가의 도움을 받아보세요.'
- \* 7점~10점인 경우, 정신건강복지센터 또는 자살예방센터에 의뢰



## [서식 19] 재가장애인 대상 건강기초조사표

● 대상 : 7세 이상 장애인 등록가구원

● 조사주기 : 초기 1회 작성 후 필요시 조사

## » 기초정보

| 번호 | 구분   | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 장애등록 | <input type="checkbox"/> 유 ( <input type="checkbox"/> 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 심하지 않은 장애인)<br><input type="checkbox"/> 무 ( <input type="checkbox"/> 예비 장애인*)<br>* 손상이나 질병발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내 장애인이 될 것으로 예상되는 자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 2  | 장애분류 | <div> <input type="checkbox"/> ① 지체      <input type="checkbox"/> ② 뇌병변      <input type="checkbox"/> ③ 시각      <input type="checkbox"/> ④ 청각<br/> <input type="checkbox"/> ⑤ 언어      <input type="checkbox"/> ⑥ 안면      <input type="checkbox"/> ⑦ 호흡기      <input type="checkbox"/> ⑧ 심장<br/> <input type="checkbox"/> ⑨ 신장      <input type="checkbox"/> ⑩ 간      <input type="checkbox"/> ⑪ 장루·요루      <input type="checkbox"/> ⑫ 뇌전증<br/> <input type="checkbox"/> ⑬ 지적      <input type="checkbox"/> ⑭ 자폐성      <input type="checkbox"/> ⑮ 정신         </div> |

## » 기본사정

| 번호 | 구분   | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 영양상태 | <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량(식단부족, 삼키기 기능저하, 식욕부진, 기타)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2  | 연하장애 | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3  | 호흡상태 | <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 기관지삽관 <input type="checkbox"/> 기타                                                                                                                                                                                                                         |
| 4  | 배뇨   | <div>           상태 <input type="checkbox"/> 정상      <input type="checkbox"/> 배뇨곤란(참지 못함, 잦은 배뇨, 느낌 없음)<br/>           방법 <input type="checkbox"/> 정상      <input type="checkbox"/> 기저귀, 기스모      <input type="checkbox"/> 도뇨관(간헐적/지속적)      <input type="checkbox"/> 기타         </div>                                                                                   |
| 5  | 배변   | <div>           상태 <input type="checkbox"/> 정상      <input type="checkbox"/> 변비(회/일)      <input type="checkbox"/> 실변(배변느낌:유/무)      <input type="checkbox"/> 기타<br/>           방법 <input type="checkbox"/> 정상      <input type="checkbox"/> 항문자극      <input type="checkbox"/> 관장      <input type="checkbox"/> 기타         </div>                                       |
| 6  | 피부   | <div>           위생상태 <input type="checkbox"/> 양호      <input type="checkbox"/> 불량      <input type="checkbox"/> 욕창         </div>                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7  | 관절구축 | <div> <input type="checkbox"/> 없음<br/> <input type="checkbox"/> 있음           <div>             상지 <input type="checkbox"/> 어깨(좌,우)      <input type="checkbox"/> 팔꿈치(좌,우)      <input type="checkbox"/> 손(좌,우)<br/>             하지 <input type="checkbox"/> 고관절(좌,우)      <input type="checkbox"/> 무릎(좌,우)      <input type="checkbox"/> 발목(좌,우)           </div> </div> |
| 8  | 운동기능 | <div> <input type="checkbox"/> 외상상태      <input type="checkbox"/> 앉아 있을 수 있음      <input type="checkbox"/> 침대, 휠체어 이동 가능<br/> <input type="checkbox"/> 기립 가능      <input type="checkbox"/> 의존적 실내보행      <input type="checkbox"/> 독립적 실내보행      <input type="checkbox"/> 실외보행         </div>                                                                             |
| 9  | 낙상경험 | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## » 변형 바델 지수(Modified Barthel Index)

| 수행정도<br>평가항목           | (1)          | (2)          | (3)             | (4)           | (5)             |
|------------------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
|                        | 전혀<br>할 수 없음 | 많은<br>도움이 필요 | 중간정도의<br>도움이 필요 | 경미한<br>도움이 필요 | 완전히<br>독립적으로 수행 |
| 개인위생(personal hygiene) | 0            | 1            | 3               | 4             | 5               |
| 목욕(bathing self)       | 0            | 1            | 3               | 4             | 5               |
| 식사(feeding)            | 0            | 2            | 5               | 8             | 10              |
| 용변(toilet use)         | 0            | 2            | 5               | 8             | 10              |
| 계단 오르내리기(stair climb)  | 0            | 2            | 5               | 8             | 10              |
| 착탈의(dressing)          | 0            | 2            | 5               | 8             | 10              |
| 대변조절(bowel control)    | 0            | 2            | 5               | 8             | 10              |
| 소변조절(bladder control)  | 0            | 2            | 5               | 8             | 10              |
| 보행(ambulation)         | 0            | 3            | 8               | 12            | 15              |
| 휠체어 이동(wheelchair)*    | 0            | 1            | 3               | 4             | 5               |
| 이동(chair/bed transfer) | 0            | 3            | 8               | 12            | 15              |

\* 휠체어 이동은 보행이 전혀 불가능한 경우에 평가

### Tip

#### ▶ 바델 지수 산출

| 분류 | 합계      | 독립수준                 | 분류 | 합계      | 독립수준                  |
|----|---------|----------------------|----|---------|-----------------------|
| 1  | 0 - 24  | Total : 완전히 의존적임     | 4  | 75 - 90 | Mild : 약간 의존적임        |
| 2  | 25 - 49 | Severe : 매우 의존적임     | 5  | 91 - 99 | Minimal : 최소의 도움이 필요함 |
| 3  | 50 - 74 | Moderate : 중등도의 의존적임 |    |         |                       |

\* 걷기 평가가 가능한 경우, 휠체어 이동(wheelchair)은 평가하지 않음

\* 휠체어 이동 평가는 걷기 평가가 불가능할 경우 작성하며, 바델지수 산출에 따른 분류는 그대로 적용



## [서식 20] 구강관리 기초조사표

● 대상 : 18개월 이상 대상자 중 구강관리가 필요한 대상자

● 조사주기 : 초기 1회 작성 후 필요시 조사(조사자: 치과위생사)

» 구강관리 요구도

| 항 목            |          | 구강관리 요구도                                                                                                              |
|----------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 일상생활 수행능력      |          | 양치(칫솔질)하기<br><input type="checkbox"/> 0. 완전자립 <input type="checkbox"/> 1. 부분도움 <input type="checkbox"/> 2. 완전도움       |
| 구강<br>관리<br>요구 | 자각<br>증상 | 본인 인지 구강병<br><input type="checkbox"/> 0. 없음 <input type="checkbox"/> 2. 있음                                            |
|                |          | 씹기 어려움*<br><input type="checkbox"/> 0. 없음 <input type="checkbox"/> 1. 가끔있음 <input type="checkbox"/> 2. 자주있음           |
|                |          | 치아·구강 통증 또는 잇몸출혈*<br><input type="checkbox"/> 0. 없음 <input type="checkbox"/> 1. 가끔있음 <input type="checkbox"/> 2. 자주있음 |
|                | 관리<br>행태 | 일일 양치(칫솔질) 횟수<br><input type="checkbox"/> 0. 2회 이상 <input type="checkbox"/> 1. 1회 <input type="checkbox"/> 2. 없음      |
|                |          | 최근 1년 이내 구강검진 여부*<br><input type="checkbox"/> 0. 받은 적 있음 <input type="checkbox"/> 1. 받은 적 없음                          |

\* 성인 및 노인 대상 건강면접조사표의 구강건강(문항 10, 11, 12) 참조

» 구강건강 면접조사

| 구 분       | 내 용                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 공통        | 1. 스스로 생각하실 때 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤 편이라고 생각하십니까?<br><input type="checkbox"/> ① 매우 좋음 <input type="checkbox"/> ② 좋음 <input type="checkbox"/> ③ 보통 <input type="checkbox"/> ④ 나쁨 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 나쁨 |
|           | 2. 바르게 양치(칫솔질)하는 방법에 대한 설명을 들은 적이 있습니까?<br><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                          |
|           | 2-1. ("예"라면) 스스로 생각하기에 바르게 양치하고 있습니까?<br><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                            |
| 틀니<br>착용자 | 3. 틀니를 착용하고 있습니까?<br><input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                                                                |
|           | 4. 어제 몇 번이나 틀니를 닦았습니까?<br><input type="checkbox"/> ① 닦지 않았음 <input type="checkbox"/> ② 한 번 <input type="checkbox"/> ③ 두 번 <input type="checkbox"/> ④ 세 번 이상                                                     |
|           | 5. 평소 잠잘 때 틀니를 어떻게 하십니까?<br><input type="checkbox"/> ① 긴 상태로 잠 <input type="checkbox"/> ② 빼서 그냥 둠 <input type="checkbox"/> ③ 빼서 물(또는 세정액)에 담가 둠                                                                 |
|           | 6. 틀니 사용이 불편하십니까?<br><input type="checkbox"/> ① 불편함 <input type="checkbox"/> ② 불편하지 않음                                                                                                                          |

## » 기초 구강 관찰

| 관찰항목                              |    | 관찰결과                                                                                                                                                                                                                                                      | 판정기준                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 치아 개수                             |    | <input type="checkbox"/> 0. 20개 이상 <input type="checkbox"/> 1. 10~19개<br><input type="checkbox"/> 2. 10개 미만 <input type="checkbox"/> 3. 모두 없음                                                                                                             | 자연치아 개수 기준<br>(기능을 발휘하는 치아기준)                                                                                                                                                                             |
| 저작불편<br>및<br>치아구강<br>통증<br>(중복선택) | 부위 | <input type="checkbox"/> 0. 18~14번 <input type="checkbox"/> 1. 13~23번<br><input type="checkbox"/> 2. 24~28번 <input type="checkbox"/> 3. 38~34번<br><input type="checkbox"/> 4. 33~43번 <input type="checkbox"/> 5. 44~48번<br><input type="checkbox"/> 6. 없음 | <부위> 해당 치아 번호 기입<br><소견> 와동형성, 치아동요, 치주농양 여부를<br>확인하고 기입(기타사항은 자유기재)                                                                                                                                      |
|                                   | 증상 | <input type="checkbox"/> 0. 와동 <input type="checkbox"/> 1. 동요 <input type="checkbox"/> 2. 농양<br><input type="checkbox"/> 3. 기타 <input type="checkbox"/> 4. 없음                                                                                             |                                                                                                                                                                                                           |
|                                   |    | 직접 기입                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |
| 치석형성                              |    | <input type="checkbox"/> 0. 없음 <input type="checkbox"/> 1. 경도<br><input type="checkbox"/> 2. 중등도 <input type="checkbox"/> 3. 고도                                                                                                                           | <대상치아> 11, 16, 26, 46, 31, 36번 치아<br><판정기준><br>없 음 - 대상치아에 치석이 전혀 없는 경우<br>경 도 - 대상치아 한 개 이상에 치경부<br>1/3 이내의 치석 형성<br>중등도 - 대상치아 한 개 이상에 치경부<br>1/3~2/3의 치석 형성<br>고 도 - 대상치아 한 개 이상에 치경부<br>2/3 이상의 치석 형성 |
| 기타 구강문제                           |    | <input type="checkbox"/> 0. 기타치아 <input type="checkbox"/> 1. 치주 <input type="checkbox"/> 2. 연조직<br><input type="checkbox"/> 3. 구취 <input type="checkbox"/> 4. 구강건조                                                                                        | 기타 치아, 치주, 연조직, 구취, 구강건조 등의 문제<br>기재                                                                                                                                                                      |
|                                   |    | 직접 기입                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |

\* 치과위생사가 치경, 탐침, 핀셋 등의 도구를 이용하여 직접 관찰하고 기입함.



## 5

## 읍면동용 서식

## [참고] 찾아가는 보건복지서비스팀 건강면접조사표

## ● ‘보건소 방문건강관리서비스 이관가능 대상자 선정기준’에 의거 보건소로 이관

## 〈A. 건강측정정보 측정표〉 ※ 별도 기준 참조

|       |                  |       |                  |                   |                                 |
|-------|------------------|-------|------------------|-------------------|---------------------------------|
| 1. 신장 | cm<br>(소숫점 첫째자리) | 2. 체중 | kg<br>(소숫점 첫째자리) | 3. BMI<br>(체질량지수) | kg/m <sup>2</sup><br>(소숫점 첫째자리) |
| 4. 압력 |                  |       | %                | 5. 평형성            | 초                               |
| 6. 혈압 | / mmHg           |       | 7. 혈당            | 공복                | mg/dL                           |
|       |                  |       |                  | 식후2시간             | mg/dL                           |

## 〈B. 건강행태실천 현황〉

| 번호 | 질문                                      | 응답                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 지금까지 살아오면서 피운 담배의 양                     | <input type="checkbox"/> ① 5갑(100개비) 미만<br><input type="checkbox"/> ② 5갑(100개비) 이상<br><input type="checkbox"/> ③ 피운적 없음 ☞ 4번 문항으로                                                                                                                        |
| 2  | 처음으로 담배를 피운 시기                          | 만 _____세                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3  | 현재 담배를 피우고 계십니까?<br>※ 만성질환이 있고 흡연 중인 경우 | <input type="checkbox"/> ① 현재 매일 피움<br>- 하루 흡연량 _____개비<br>- 지난 1년간 하루(24시간) 이상 금연경험<br><input type="checkbox"/> ③ 과거에 피웠으나 현재 피우지 않음                                                                                                                    |
| 4  | 지금까지 살아오면서 1잔 이상 술을 마신 경험               | <input type="checkbox"/> ① 마셔본 적 없음 ☞ 9번 문항으로<br><input type="checkbox"/> ② 있음<br>- 처음으로 술1잔을 모두 마셔본 적 : 만 _____세                                                                                                                                        |
| 5  | 술을 얼마나 자주 마십니까?                         | <input type="checkbox"/> ① 최근 1년간 전혀 마시지 않음 ☞ 9번 문항<br><input type="checkbox"/> ② 한 달에 1번 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 한 달에 1번 정도 <input type="checkbox"/> ⑤ 일주일에 2~3번<br><input type="checkbox"/> ④ 한 달에 2~4번 <input type="checkbox"/> ⑥ 일주일에 4번 이상 |

| 번호   | 질문                                                                              | 응답                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6    | 한 번에 보통 술을 얼마나 마십니까?                                                            | <input type="checkbox"/> ① 1~2잔 <input type="checkbox"/> ④ 7~9잔<br><input type="checkbox"/> ② 3~4잔 <input type="checkbox"/> ⑤ 10잔 이상<br><input type="checkbox"/> ③ 5~6잔                                                                                     |
| 7    | (남성) 한 번의 술자리에서 7잔(또는 맥주 5캔 정도) 이상 마시는 횟수<br>※ 만성질환이 있고, ④, ⑤로 응답한 경우 보건소 이관    | <input type="checkbox"/> ① 전혀 없다 <input type="checkbox"/> ④ 일주일에 1번 정도<br><input type="checkbox"/> ② 한 달에 1번 미만 <input type="checkbox"/> ⑤ 거의 매일<br><input type="checkbox"/> ③ 한 달에 1번 정도                                                                   |
| 8    | (여성) 한 번의 술자리에서 5잔(또는 맥주 3캔 정도) 이상 마시는 횟수<br>※ 만성질환이 있고, ④, ⑤로 응답한 경우 보건소 이관    | <input type="checkbox"/> ① 전혀 없다 <input type="checkbox"/> ④ 일주일에 1번 정도<br><input type="checkbox"/> ② 한 달에 1번 미만 <input type="checkbox"/> ⑤ 거의 매일<br><input type="checkbox"/> ③ 한 달에 1번 정도                                                                   |
| 9    | 지난 일주일 동안 평소보다 몸이 매우 힘들거나 격렬한 신체 활동을 10분 이상 한 날은 며칠입니까?                         | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 <input type="checkbox"/> ④ 3일<br><input type="checkbox"/> ② 1일 <input type="checkbox"/> ⑤ 4일 <input type="checkbox"/> ⑦ 5일<br><input type="checkbox"/> ③ 2일 <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 <input type="checkbox"/> ⑧ 매일 |
| 9-1  | 이러한 격렬한 신체활동을 보통 얼마 동안 했습니까?                                                    | _____시간 _____분/하루                                                                                                                                                                                                                                           |
| 10   | 지난 일주일 동안 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동 10분 이상 한 날은 며칠입니까?                  | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 <input type="checkbox"/> ④ 3일<br><input type="checkbox"/> ② 1일 <input type="checkbox"/> ⑤ 4일 <input type="checkbox"/> ⑦ 5일<br><input type="checkbox"/> ③ 2일 <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 <input type="checkbox"/> ⑧ 매일 |
| 10-1 | 이러한 중등도 신체활동을 보통 얼마동안 했습니까?                                                     | _____시간 _____분/하루                                                                                                                                                                                                                                           |
| 11   | 최근 1주일 동안 한번에 적어도 10분 이상 걸은 날은 며칠입니까?<br>※ 만성질환이 있고, ①~⑤로 응답한 경우 보건소 이관         | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 <input type="checkbox"/> ④ 3일<br><input type="checkbox"/> ② 1일 <input type="checkbox"/> ⑤ 4일 <input type="checkbox"/> ⑦ 5일<br><input type="checkbox"/> ③ 2일 <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 <input type="checkbox"/> ⑧ 매일 |
| 11-1 | 이러한 날 중 하루동안 걷는 시간은 얼마입니까?                                                      | _____시간 _____분/하루                                                                                                                                                                                                                                           |
| 12   | 최근 1주일 동안 스트레칭, 맨손체조 등 유연성 신체활동을 한 날은 며칠입니까?                                    | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 <input type="checkbox"/> ④ 3일<br><input type="checkbox"/> ② 1일 <input type="checkbox"/> ⑤ 4일<br><input type="checkbox"/> ③ 2일 <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상                                                          |
| 13   | 최근 1주일동안 근력 신체활동을 한 날은 며칠입니까?                                                   | <input type="checkbox"/> ① 전혀 하지 않음 <input type="checkbox"/> ④ 3일<br><input type="checkbox"/> ② 1일 <input type="checkbox"/> ⑤ 4일<br><input type="checkbox"/> ③ 2일 <input type="checkbox"/> ⑥ 5일 이상                                                          |
| 14   | 본인의 건강은 어떠하다고 생각하십니까?                                                           | <input type="checkbox"/> ① 매우 좋음 <input type="checkbox"/> ④ 나쁨<br><input type="checkbox"/> ② 좋음 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 나쁨<br><input type="checkbox"/> ③ 보통 <input type="checkbox"/> ⑥ 모름                                                             |
| 15   | 현재 치아나 틀니, 잇몸 등 입안의 문제로 음식을 씹는 데 불편감을 느끼십니까?<br>※ 만성질환이 있고, ①, ②로 응답한 경우 보건소 이관 | <input type="checkbox"/> ① 매우 불편하다 <input type="checkbox"/> ④ 별로 불편하지 않다<br><input type="checkbox"/> ② 불편하다 <input type="checkbox"/> ⑤ 전혀 불편하지 않다<br><input type="checkbox"/> ③ 그저 그렇다                                                                      |



| 번호 | 질문                                              | 응답                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | 어제 귀하의 잇솔질을 한 시기를 모두 말씀하십시오.                    | <input type="checkbox"/> ① 아침식사 전 <input type="checkbox"/> ④ 점심식사 후 <input type="checkbox"/> ⑦ 간식 후<br><input type="checkbox"/> ② 아침식사 후 <input type="checkbox"/> ⑤ 저녁식사 전 <input type="checkbox"/> ⑧ 자기 전<br><input type="checkbox"/> ③ 점심식사 전 <input type="checkbox"/> ⑥ 저녁식사 후 <input type="checkbox"/> ⑨ 안함                                                                                                                                                                     |
| 17 | 지난 1년 동안 잇몸에서 피가 나가거나 치아와 입안의 통증 경험             | <input type="checkbox"/> ① 자주 있었음 <input type="checkbox"/> ④ 전혀 없었음<br><input type="checkbox"/> ② 가끔 있었음 <input type="checkbox"/> ⑤ 모름<br><input type="checkbox"/> ③ 거의 없었음                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 18 | 최근 1년 동안 치과 진료가 필요하다고 생각했으나, 진료를 받지 못한 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> ① 예 (예를 들어) 진료를 받지 못한 가장 주된 이유<br><input type="checkbox"/> ① 경제적인 이유<br><input type="checkbox"/> ② 치과병원이 멀어서<br><input type="checkbox"/> ③ 직장이나 학교를 비울 수 없어서<br><input type="checkbox"/> ④ 거동이 불편해서 또는 건강문제<br><input type="checkbox"/> ⑤ 아이를 돌봐줄 사람이 없어서<br><input type="checkbox"/> ⑥ 다른 문제들에 비해서 덜 중요하다 느껴서<br><input type="checkbox"/> ⑦ 치과 진료받기가 무서워서<br><input type="checkbox"/> ⑧ 기타(구체적 :                      )<br><input type="checkbox"/> ② 아니오 |
| 19 | 지난 2일간 매끼 식사를 하셨습니까?<br>(모두 표시)                 | <input type="checkbox"/> ① 그저께 아침 <input type="checkbox"/> ④ 어제 아침<br><input type="checkbox"/> ② 그저께 점심 <input type="checkbox"/> ⑤ 어제 점심<br><input type="checkbox"/> ③ 그저께 저녁 <input type="checkbox"/> ⑥ 어제 저녁                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### 〈C. 건강검진 현황〉

| 번호   | 내용                                                                                                       | 응답                                                                                                                                                            |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20   | 마지막 건강검진 시기<br>※ ③, ④로 응답 시 건강검진 안내필요                                                                    | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상 2년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 2년 이상<br><input type="checkbox"/> ④ 한 번도 검사받은 적 없음   |
| 20-1 | (만 40세 이상) 위암검진<br>* 위내시경검사 또는 위장조영검사<br>※ ③, ④로 응답 시 건강검진 안내필요                                          | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상 2년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 2년 이상<br><input type="checkbox"/> ④ 한 번도 검사받은 적 없음   |
| 20-2 | (만 50세 이상) 대장암검진<br>* 대장내시경검사, 분변잠혈반응검사, 대장이중조영검사<br>※ ②, ③으로 응답 시 건강검진 안내필요                             | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상<br><input type="checkbox"/> ③ 한 번도 검사받은 적 없음                                             |
| 20-3 | (만 40세 이상) 간질환 보유 여부<br>* 간경변증, B형 간염 바이러스 항원 양성,<br>C형 간염 바이러스 항체 양성,<br>B형 또는 C형 간염 바이러스에 의한 만성 간질환 환자 | <input type="checkbox"/> ① 예<br><input type="checkbox"/> ② 아니오 ☞ 20-5번 문항으로                                                                                   |
| 20-4 | (만 40세 이상) 간암검진<br>* 간 초음파 검사와 혈청알파태아단백검사(혈액검사)<br>※ ②, ③, ④으로 응답 시 건강검진 안내필요                            | <input type="checkbox"/> ① 6개월 미만<br><input type="checkbox"/> ② 6개월 이상 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 1년 이상<br><input type="checkbox"/> ④ 한 번도 검사받은 적 없음 |
| 20-5 | (만 40세 이상 여성) 유방암검진<br>* 유방촬영검사<br>※ ③, ④로 응답 시 건강검진 안내필요                                                | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상 2년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 2년 이상<br><input type="checkbox"/> ④ 한 번도 검사받은 적 없음   |
| 20-6 | (만 20세 이상 여성) 자궁경부암검진<br>* 자궁경부세포검사<br>※ ③, ④로 응답 시 건강검진 안내필요                                            | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상 2년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 2년 이상<br><input type="checkbox"/> ④ 한 번도 검사받은 적 없음   |
| 20-7 | (만 54-74세) 폐암검진<br>* 폐암발생 고위험군 하루 한갑 기준 30년 이상 흡연자<br>(국가건강검진 대상자, 건강보험 금연치료 참여자)                        | <input type="checkbox"/> ① 예 ☞ 20-8번 문항으로<br><input type="checkbox"/> ② 아니오                                                                                   |
| 20-8 | (만 54-74세) 폐암검진<br>* 저선량 흉부 CT 검사<br>※ ③, ④로 응답 시 건강검진 안내필요                                              | <input type="checkbox"/> ① 1년 미만<br><input type="checkbox"/> ② 1년 이상 2년 미만<br><input type="checkbox"/> ③ 2년 이상<br><input type="checkbox"/> ④ 한 번도 검사받은 적 없음   |



## 〈D. 만성질환 이환조사〉

| 질환구분                                                                  | 질환이환 및 치료현황                                          |                 |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|
| 1. 고혈압을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음         |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |
| 2. 당뇨병을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음         |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |
| 3. 뇌졸중을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음         |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |
| 4. 암( )을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                            | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음(   년 전) |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |
| 5. 관절염을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음         |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |
| 6. 요실금을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음         |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |
| 7. 알코올 중독을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                          | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음         |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |
| 8. 기타질환( ) 의사에게<br>진단받으셨습니까?<br>* 만성 폐질환, 심근경색, 심부전,<br>협심증, 천식, 신장질환 | <input type="checkbox"/> 의사에게 진단받지 않았지만 알코올 중독으로 의심됨 |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 아니오                         |                 |                                            |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 예                           | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음         |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음    |
|                                                                       |                                                      |                 | <input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음        |

## 〈보건소 방문건강관리서비스 이관가능 대상자 선정기준〉

\* 아래의 기준 중 1개 이상 해당될 경우 보건소로 이관 가능

| 순 번 | 항 목                     | 기 준                                                                                                            | 체 크                                                                                                                                                                         |
|-----|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | [A-3]<br>BMI<br>(체질량지수) | [D-17]<br>만성질환이 1개 이상 있으면서                                                                                     | 18.5 kg/m <sup>2</sup> 미만(저체중, 근력감소)                                                                                                                                        |
|     |                         |                                                                                                                | 25 kg/m <sup>2</sup> 이상(비만)                                                                                                                                                 |
| 2   | [A-6]<br>혈압             | [D-17]<br>고혈압 진단 → □ 예로 선택한 경우                                                                                 | 수축기 140 mmHg 이상                                                                                                                                                             |
|     |                         |                                                                                                                | 이완기 90 mmHg 이상                                                                                                                                                              |
| 3   | [A-7]<br>혈당             | [D-17]<br>당뇨병 진단 → □ 예로 선택한 경우                                                                                 | 공복혈당 126mg/dL 이상                                                                                                                                                            |
|     |                         |                                                                                                                | 식후 2시간 혈당 200mg/dL 이상                                                                                                                                                       |
| 4   | [B-2]<br>흡연             | D-17의 만성질환이 1개 이상 있으면서<br>다음 건강습관이 해당 될 경우<br>* 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 암, 관절염,<br>요실금, 알코올중독, 심장질환,<br>만성호흡기질환, 신장질환 등 | ① 현재 담배를 피움으로 응답한 경우                                                                                                                                                        |
| 5   | [B-3, 4]<br>고위험 음주      |                                                                                                                | ※ [B-3]와 [B-4] 모두 선택한 경우[B-3].<br>술을 얼마나 자주 마십니까?<br>⑤ 일주일에 2~3번<br>⑥ 일주일에 4번 이상<br>[B-4] 한번에 보통 얼마나 마십니까?<br>- 남자 : ④ 7~9잔, ⑤ 10잔 이상<br>- 여자 : ③ 5~6잔, ④ 7~9잔,<br>⑤ 10잔 이상 |
| 6   | [B-6]<br>신체활동 실천        |                                                                                                                | [B-6]<br>① 전혀 하지 않음 ~ ⑤ 4일 중 응답한 경우<br>(주 5일미만 신체활동을 하는 경우)                                                                                                                 |
| 7   | [B-10]<br>저작불편          |                                                                                                                | ① 매우 불편하다 또는<br>② 불편하다로 응답한 경우                                                                                                                                              |



### 〈별첨 1〉 건강면접조사 읍면동 간호직 담당자 준비물

- 설문지 1종 : 찾아가는 보건복지서비스팀 건강면접조사표
- 건강측정도구 : 신장측정용 줄자 또는 신장계, 체중계, 악력계, 혈압계, 혈당계 및 소모품, 계산기
- 위생안전관리용 : 마스크, 체온계, 위생장갑, 손소독제 등

### 〈별첨 2〉 A. 건강측정정보 측정 가이드 및 판정기준

| 구분                 | 측정 가이드                                                                                                                                                                  | 판정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--------|-------|-------|-----------|--------------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------------|-----|
| ① 신장               | 1) 벽에 줄자를 고정<br>2) 시선을 정면을 보게 함<br>3) 턱을 가볍게 당김<br>4) 팔꿈치, 허리, 발 뒤꿈치를 벽에 바짝 붙임<br>5) 몸을 편안히 이완한 상태에서 측정                                                                 | 가능하면 같은 사람,<br>같은 시간에 측정하는 것이 좋음                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| ② 체중               | 체중계를 사용하여 측정                                                                                                                                                            | 근감소증 추정<br>- 최근 1년간 체중감소 5% 이상<br>- 최근 1년간 4.5kg 이상 감소<br>- 지난 5년간 4.0kg 이상 감소                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| ③ BMI              | BMI(Kg/㎡): 측정한 키와 체중값으로 환산<br>예) 키 170cm, 몸무게 70kg인 경우<br>1) 키 제곱 구하기 ⇒ (1.7×1.7)=2.89<br>2) 몸무게에 키 제곱값 나누기<br>⇒ 70/2.89 = 24.2<br>3) 비만도 판정 ⇒ 23~24.9 내 포함<br>비만전단계(1) | <table><tr><th>분류</th><th>BMI</th></tr><tr><td>저체중(3)</td><td>&lt;18.5</td></tr><tr><td>정상(0)</td><td>18.5~22.9</td></tr><tr><td>비만전단계(1): 과체중/위험체중</td><td>23~24.9</td></tr><tr><td>1단계 비만(2)</td><td>25~29.9</td></tr><tr><td>2단계 비만(2)</td><td>30~34.9</td></tr><tr><td>3단계 비만: 고도비만(3)</td><td>≥35</td></tr></table><br>근육량 저하 : BMI 22미만 | 분류 | BMI | 저체중(3) | <18.5 | 정상(0) | 18.5~22.9 | 비만전단계(1): 과체중/위험체중 | 23~24.9 | 1단계 비만(2) | 25~29.9 | 2단계 비만(2) | 30~34.9 | 3단계 비만: 고도비만(3) | ≥35 |
| 분류                 | BMI                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| 저체중(3)             | <18.5                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| 정상(0)              | 18.5~22.9                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| 비만전단계(1): 과체중/위험체중 | 23~24.9                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| 1단계 비만(2)          | 25~29.9                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| 2단계 비만(2)          | 30~34.9                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |
| 3단계 비만: 고도비만(3)    | ≥35                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |        |       |       |           |                    |         |           |         |           |         |                 |     |

| 구분    | 측정 가이드                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 판정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------|--|--|-------|-------|-------|---|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|---|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------|-----------|
| ④ 악력  | <div>1) 손가락의 제2관절이 직각이 되도록 잡고 버튼으로 폭을 조절한다.</div> <div>2) 팔을 자연스럽게 내려드리고, 악력계가 몸에 닿지 않도록 검사하고자 하는 팔을 15도 가량 외전한다.</div> <div>3) 이때 팔을 움직이지 않도록 주의한다.</div> <div>4) 악력계를 5~10초 동안 최대의 힘으로 수축시킨다.</div> <div>5) 60초가량을 지속하면 정적근지구력이 되므로 제한 시간을 반드시 지킨다.</div> <div>6) 양손을 교대로 2회씩(총4회) 측정하며, 그 중 최고치를 기록한다.</div> | <table><tr><th rowspan="2">성 별</th><th rowspan="2">연령대(만)</th><th colspan="3">상대 악력(%)</th></tr><tr><th>정상(0)</th><th>위험(1)</th><th>이상(2)</th></tr><tr><td rowspan="5">남</td><td>65~69</td><td>55.30이상</td><td>50.1~55.2</td><td>44.9~50.0</td></tr><tr><td>70~74</td><td>53.60이상</td><td>48.3~53.5</td><td>43.1~48.2</td></tr><tr><td>75~79</td><td>50.60이상</td><td>45.2~50.5</td><td>39.8~45.1</td></tr><tr><td>80~84</td><td>47.50이상</td><td>42.0~47.4</td><td>36.5~41.9</td></tr><tr><td>85세이상</td><td>45.40이상</td><td>39.6~45.3</td><td>33.8~39.5</td></tr><tr><td rowspan="5">여</td><td>65~69</td><td>40.60이상</td><td>36.4~40.5</td><td>32.2~36.3</td></tr><tr><td>70~74</td><td>38.40이상</td><td>34.1~38.3</td><td>29.8~34.0</td></tr><tr><td>75~79</td><td>36.20이상</td><td>31.8~36.1</td><td>27.4~31.7</td></tr><tr><td>80~84</td><td>34.40이상</td><td>29.9~34.3</td><td>25.4~29.8</td></tr><tr><td>85세이상</td><td>32.70이상</td><td>27.9~32.6</td><td>23.1~27.8</td></tr></table> | 성 별       | 연령대(만)    | 상대 악력(%) |  |  | 정상(0) | 위험(1) | 이상(2) | 남 | 65~69 | 55.30이상 | 50.1~55.2 | 44.9~50.0 | 70~74 | 53.60이상 | 48.3~53.5 | 43.1~48.2 | 75~79 | 50.60이상 | 45.2~50.5 | 39.8~45.1 | 80~84 | 47.50이상 | 42.0~47.4 | 36.5~41.9 | 85세이상 | 45.40이상 | 39.6~45.3 | 33.8~39.5 | 여 | 65~69 | 40.60이상 | 36.4~40.5 | 32.2~36.3 | 70~74 | 38.40이상 | 34.1~38.3 | 29.8~34.0 | 75~79 | 36.20이상 | 31.8~36.1 | 27.4~31.7 | 80~84 | 34.40이상 | 29.9~34.3 | 25.4~29.8 | 85세이상 | 32.70이상 | 27.9~32.6 | 23.1~27.8 |
| 성 별   | 연령대(만)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 상대 악력(%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 정상(0)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 위험(1)     | 이상(2)     |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
| 남     | 65~69                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 55.30이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 50.1~55.2 | 44.9~50.0 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 70~74                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 53.60이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 48.3~53.5 | 43.1~48.2 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 75~79                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 50.60이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 45.2~50.5 | 39.8~45.1 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 80~84                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 47.50이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 42.0~47.4 | 36.5~41.9 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 85세이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 45.40이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 39.6~45.3 | 33.8~39.5 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
| 여     | 65~69                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 40.60이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 36.4~40.5 | 32.2~36.3 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 70~74                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 38.40이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 34.1~38.3 | 29.8~34.0 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 75~79                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 36.20이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 31.8~36.1 | 27.4~31.7 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 80~84                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 34.40이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 29.9~34.3 | 25.4~29.8 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
|       | 85세이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 32.70이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 27.9~32.6 | 23.1~27.8 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
| ④ 악력  |                                                                                                                                                                                                                              | <div>상대악력 = 측정값(kg)/체중(kg)×100</div> <div>예시) 남자 70세 65kg의 어르신인 4회 악력을 측정하였다. 측정된 값 중에서 최대 값은 35kg이 나왔다.</div> <div>(35kg/65kg)x100 = 53.8</div> <div>상대 악력은 53.8%으로 측정되었다.</div> <div>70세 남성 기준으로 대상자는 정상에 해당한다.</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |           |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |
| ⑤ 평형성 | <div>1) 눈을 감은 상태에서 한발로 균형 잡는 시간을 측정</div> <div>2) 만약 이 검사에 잘 적응하지 못하거나 검사가 불가능한 경우에는 눈을 뜬 상태에서도 측정가능</div> <div>* 주의: 수검자가 넘어질 경우를 대비해 검사 시행자가 옆에서 주의 깊게 지켜보아야 한다.</div>                                                                                                                                        | <div>① 정상 : 평형성 검사 5초 이상</div> <div>② 이상 : 평형성 검사 5초 미만</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |          |  |  |       |       |       |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |   |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |       |         |           |           |



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리** (A-Net 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 06

## 부 록

---

1. 청소년쉼터 안내
2. 영유아 건강검진 및 예방접종
3. 암생존자통합지지센터 및 호스피스·완화의료
4. 다문화가족 지원센터
5. 계절별 건강관리



## 06

## 부 록

## 1

## 청소년쉼터 안내

» 목적 : 한국청소년쉼터협의회(<http://www.jikimi.or.kr>)가 청소년에 대한 상담, 치료를 제공 하고, 학력과 직업능력 개발을 위한 연계체계를 마련하므로 청소년들의 자립과 사회 복귀를 통합적으로 지원

## » 사업내용

- 일시보호활동 : 무료숙식 및 의료 서비스 제공, 가출청소년을 위한 상담 및 심리검사, 생활지도 등
- 상담 프로그램
  - ▶ 내용 : 가출 및 이성교제, 친구관계, 가족관계, 학교부적응 등
  - ▶ 방법 : 전화, 서신, 면접상담, 개인 및 집단상담
  - ▶ 대상 : 가출 청소년 및 학부모, 일반청소년, 교사
- 조사연구활동 : 청소년가출 실태조사연구 등
- 기타활동 : 청소년문제 예방프로그램, 문화프로그램 등

## » 이용방법

- 가출했을 때 : 가출문제를 가진 청소년이 청소년쉼터 방문 시 무료 숙식 및 상담서비스 제공
- 상담신청
  - ▶ 면접상담 및 전화상담 : 24시간 이용가능
  - ▶ 상담전화 : 각 지역별 청소년쉼터
- 학교 위탁 및 지원 상담 프로그램 참여
  - ▶ 가출 경험이 있는 청소년의 경우, 학교에서 쉼터로 상담 위탁 시 정기적인 상담활동을 통해 가출 예방
  - ▶ 가출 위험이 있거나 학교생활에 부적응하는 청소년을 대상으로 학교에서 집단 상담을 실시하는 지원상담 프로그램 실시

- 기타

- ▶ 부모 교육 프로그램, 자원지도자 교육 프로그램, 청소년 자원 봉사활동, 가출청소년 찾아나서기 프로그램(Out-Reach Program)을 실시

» 가출청소년을 위한 서비스 흐름도



## 2 영유아 건강검진 및 예방접종

### ● 영유아 건강검진

| 검진시기 |      |            | 검진항목                                     |
|------|------|------------|------------------------------------------|
| 1차   | 건강검진 | 생후 14~35일  | 문진 및 진찰, 신체계측, 건강교육                      |
| 2차   | 건강검진 | 생후 4~6개월   | 문진 및 진찰, 신체계측, 건강교육                      |
| 3차   | 건강검진 | 생후 9~12개월  | 문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육         |
| 4차   | 건강검진 | 생후 18~24개월 | 문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육         |
|      | 구강검진 | 생후 18~29개월 | 구강문진 및 진찰, 구강보건교육                        |
| 5차   | 건강검진 | 생후 30~36개월 | 문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육         |
|      | 구강검진 | 생후 30~41개월 | 구강문진 및 진찰, 구강보건교육                        |
| 6차   | 건강검진 | 생후 42~48개월 | 문진 및 진찰(귀속말검사), 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육  |
|      | 구강검진 | 생후 42~53개월 | 구강문진 및 진찰, 구강보건교육                        |
| 7차   | 건강검진 | 생후 54~60개월 | 문진 및 진찰, 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육         |
|      | 구강검진 | 생후 54~65개월 | 구강문진 및 진찰, 구강보건교육                        |
| 8차   | 건강검진 | 생후 66~71개월 | 문진 및 진찰(예방접종확인), 신체계측, 발달선별검사 및 상담, 건강교육 |

## » 항목별 검진방법

| 검진항목     |           | 검진방법                                                                      |
|----------|-----------|---------------------------------------------------------------------------|
| 건강<br>검진 | 문진 및 진찰   | 문진표, 진찰, 청각 및 시각문진, 시력검사, 귓속말검사, 예방접종확인                                   |
|          | 신체계측      | 키, 몸무게(체질량지수), 머리둘레                                                       |
|          | 건강교육      | 안전사고예방, 영양, 영아돌연사증후군 예방, 구강, 대소변 가리기, 전자미디어노출, 정서 및 사회성, 개인위생, 취학전 준비, 수면 |
|          | 발달평가      | 한국 영유아 발달선별검사(K-DST)를 통한 평가 및 상담                                          |
| 구강<br>검진 | 구강문진 및 진찰 | 구강문진표 및 진찰                                                                |
|          | 구강보건교육    | 메뉴얼을 이용한 보호자 및 유아 구강보건교육                                                  |

\* 출처 : 2024.11월 기준 영유아 건강검진 실시안내, 국민건강보험공단



### 3 암생존자통합지지센터 및 호스피스·완화의료

#### ● 암생존자통합지지센터

##### » 목적

- 신체·심리·생활 등 다양한 영역에서 어려움을 경험하는 암생존자와 가족의 건강증진 및 사회적 기능회복 도모

##### » 대상

- 암을 진단받고 완치 목적의 주요 치료(수술, 항암화학요법, 방사선치료 등)를 마친 암환자(성인, 소아청소년)와 가족

※ 제외 대상: 1) 수술, 항암화학요법, 방사선치료 등의 암 치료 중인 암환자  
 2) 호스피스 및 완화의료 서비스 대상 암환자  
 3) 조혈모세포이식을 시행하여 급성 합병증의 문제가 있는 암환자(소아청소년만 해당함)

##### » 암생존자 통합지지 서비스 내용

- 암생존자 자가평가
  - ▶ 온라인 또는 오프라인에서 암생존자의 신체·정신 건강상태, 삶의 질, 자기효능감 등의 평가 실시
- 집중상담
  - ▶ 암생존자의 신체·심리적 건강문제 상담, 사회복지·심리적 건강문제 상담 등 제공
- 프로그램
  - ▶ 성인 및 소아청소년 암생존자의 개인 특성에 따라 신체·심리·생활 영역에서 필요한 표준화 프로그램 제공. 또한 지역사회 특성에 따라 자체 개발한 권역센터별 프로그램 운영



### 〈암생존자 통합지지 표준화 프로그램 종류〉

| 영역 | 성인                                                                                                                                                                                               | 소아청소년                                                                                                                                                                                                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신체 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 근력강화운동</li> <li>◦ 상지기능개선운동</li> <li>◦ 하복부기능개선운동</li> <li>◦ 바른 걷기</li> <li>◦ 피로관리</li> <li>◦ 림프부종의 이해 및 예방</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 수준별 운동</li> <li>◦ 바른 자세</li> </ul>                                                                                                                           |
| 심리 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 심리지지-변화된 삶에 적응하기</li> <li>◦ 심리지지-내 안의 불안 다스리기</li> <li>◦ 심리지지-새로운 여정의 시작</li> <li>◦ 수면위생교육</li> <li>◦ 이완훈련</li> <li>◦ 피로관리</li> <li>◦ 재발 두려움</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 암생존자 심리지지-나의 이야기</li> <li>◦ 암생존자 심리지지-소중한 나, 탐구하기</li> <li>◦ 암생존자 심리지지-나를 위해 주문을 외워 봐</li> <li>◦ 부모 심리지지(단회기, 다회기)</li> <li>◦ 청소년 암생존자의 재발 두려움 관리</li> </ul> |
| 생활 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 영양·식생활 관리</li> <li>◦ 영양지수(NQ) 기반의 영양·식생활 관리</li> <li>◦ 암생존자 건강관리</li> <li>◦ 직업복귀 준비 I, II</li> </ul>                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 영양·식생활 관리(저학년용, 고학년용)</li> <li>◦ 학교복귀 지원(암생존자용, 또래친구용)</li> <li>◦ 흡연예방 관리(저학년용, 고학년용)</li> </ul>                                                             |

#### – 암생존자 통합지지 서비스 제공 후 관리

- ▶ 암생존자 등록 후 집중상담 및 프로그램 등에 참여한 경우 주요 변화에 대한 추적 조사 (3개월 후 재평가 등)와 프로그램 만족도 조사 시행

#### – 지역사회 연계

- ▶ 암생존자가 지역사회 내에서 지속적인 관리를 받을 수 있도록 다양한 기관(동 행정복지센터, 보건소, 고용복지플러스센터, 정신건강복지센터, 의료기관 등)의 지역사회 자원 연계 및 지역사회 관련 전문가, 암생존자, 가족 대상 인식 개선

### » 이용 방법

#### – 대표전화로 문의(☎ 1577-9740) 또는 암생존자통합지지센터 방문

- ▶ 자세한 내용 및 콘텐츠는 암생존자통합지지센터 유튜브 및 국가암정보센터 이용



## ▶ 암생존자통합지지센터 현황

- 국립암센터 부속병원 및 13개 권역암생존자통합지지센터(소아청소년: 3개소)에서 운영



## ● 호스피스·완화의료

### » 목적

- 의사·간호사·사회복지사 등으로 구성된 전문팀이 말기 환자의 통증 및 증상을 적극적으로 조절하고, 환자와 가족의 심리적·사회적·영적 고통을 감소시켜 삶의 질을 향상

### » 대상

- 암, 후천성면역결핍증(AIDS), 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화, 만성호흡부전

### » 호스피스·완화의료 서비스 내용

- 통증, 호흡곤란 등 신체적 증상 완화
- 환자와 가족의 심리사회적·영적 돌봄
- 환자와 가족 교육(돌봄 방법, 증상 조절 등)
- 자원 연계 및 돌봄 행사 운영
- 음악·미술요법 및 자원봉사자의 돌봄 봉사
- 임종 및 사별가족 돌봄

### » 호스피스·완화의료 서비스 유형

| 서비스 유형 | 내 용                                             |
|--------|-------------------------------------------------|
| 입원형    | 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자 및 가족을 대상으로 서비스 제공           |
| 가정형    | 가정에서 지내기를 원하는 말기환자 및 가족을 대상으로 가정에 방문하여 서비스 제공   |
| 자문형    | 일반병동과 외래에서 진료를 받는 말기환자 및 가족을 대상으로 자문 형태로 서비스 제공 |
| 소아청소년  | 생명을 위협하는 질환을 가진 소아청소년 환자 및 가족을 대상으로 서비스 제공      |

### » 이용 방법

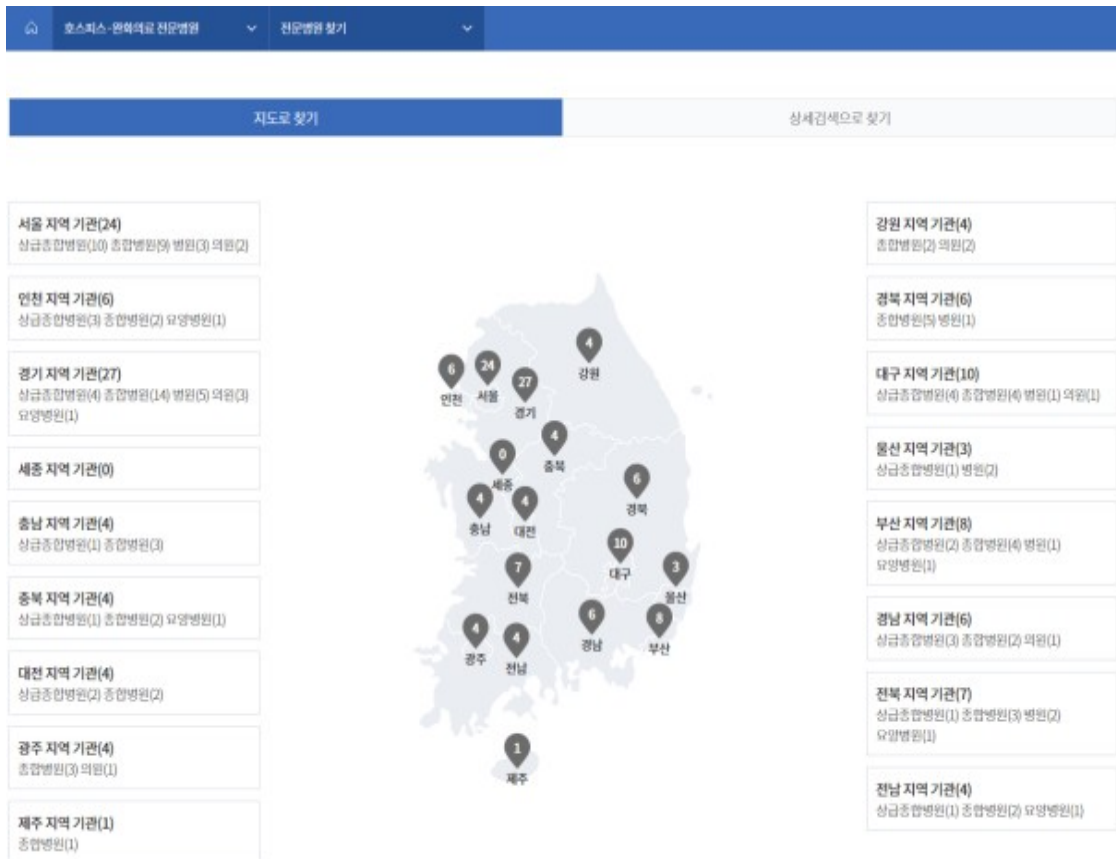
- ① [담당의사] 말기진단 및 말기 통보, 호스피스·완화의료 의뢰
- ② [호스피스·완화의료팀] 호스피스·완화의료 선택과 이용절차 설명
- ③ [호스피스·완화의료팀] 호스피스·완화의료 이용동의서 작성
- ④ [호스피스·완화의료팀] 호스피스·완화의료 설명 및 상담

## » 문의

- 국립암센터 중앙호스피스센터 <http://hospice.go.kr> (☎ 이용문의 1577-8899)

## » 호스피스전문병원 현황

- 지역별 호스피스전문병원 찾기(<http://hospice.go.kr/organ/organMap.do>)





## 4 다문화가족 지원센터

### ● 다문화가족·외국인 지원서비스

#### » 한국어 교육

- 한국생활을 원활하게 하고 한국문화를 이해하기 위해서는 한국어를 배우는 것이 필요하다. 다문화가족지원 센터, 외국인근로자지원센터, 한국어학당 등이 외국인을 대상으로 한국어 교육을 실시하고 있는 대표적인 기관이다.

#### » 한국문화·생활교육

- 문화와 생활양식의 차이에서 비롯되는 한국생활의 어려움을 돕기 위해 한국의 생활과 문화를 배울 수 있는 프로그램이 운영되고 있다. 다문화이해교육, 법률 및 인권교육, 결혼과 가족의 이해, 한국 사회 적응교육 등이 강의와 체험 방식을 병행하여 진행된다.

#### » 정보화교육

- 한국은 대부분 가정에서 개인 컴퓨터를 사용하고 있으며, 인터넷이 매우 발달되어 있는 나라이다. 인터넷을 이용하면 많은 정보를 얻을 수 있으며, 인터넷뱅킹, 행정업무 등을 편리하게 처리할 수 있다. 이에 다문화가족 지원센터, 외국인근로자지원센터 등 많은 기관에서 인터넷 검색 활용 및 각종 프로그램 사용 방법을 교육하는 정보화교육 프로그램을 운영한다.

#### » 상담

- 한국에 체류하는 외국인들의 고충을 상담하고, 문제 해결 방법을 지원하는 상담서비스를 제공한다.(가족상담, 노동상담, 체류상담, 법률상담 등).

## » 이주여성 폭력예방

| 한국어 상담 여성긴급전화 | 외국어 상담 다누리콜센터 |
|---------------|---------------|
| 1366          | 1577-1366     |

- 폭력피해 이주여성쉼터(전국 28개소): 가정폭력, 성폭력, 성매매 피해 이주여성(동반 자녀 포함)에 대한 일시보호 및 상담, 의료, 법률 등 지원 제공
- 폭력피해 이주여성 그룹홈(전국 4개소): 가정폭력, 성폭력, 성매매 피해 이주여성 및 동반 자녀 주거 지원
- 폭력피해 이주여성 자활 지원센터(서울 1개소): 가정폭력, 성폭력, 성매매 피해 이주여성 및 동반 자녀 자립·자활에 필요한 자원 제공, 직업기술교육훈련, 취업알선 등
- 폭력피해 이주여성 상담소(전국 9개소): 가정폭력, 성폭력, 성매매 피해 이주여성 및 동반 자녀에 대한 상담 및 통·번역 지원 등
- 해바라기 센터: 성폭력, 가정폭력, 성매매 피해자에게 상담·의료·법률·수사 지원(365일 24시간), 폭력피해 위기상황에 대처할 수 있도록 지원
- 성폭력 상담소 성매매 피해 상담소: 위기 및 지속상담·무료 법률지원, 수사기관 조사와 법원의 증인신문 시 동행, 의료리관 및 지역 내 피해자 보호시설 연계
- 대한법률구조공단: 폭력 피해와 관련된 법률상담 및 형사, 민사, 가사 소송 변호 지원

## ● 다누리 콜센터(1577-1366)

» 이주여성의 정착단계 및 다문화가족의 생애주기에 따른 맞춤형 종합서비스를 제공하고, 폭력피해 이주여성에 대한 상담·긴급지원 등의 인권보호를 지원하는 다문화가족 종합정보 전화센터

### » 서비스 내용

| 구 분              | 내 용                                                                                   |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 폭력피해 긴급지원 및 사후관리 | - 긴급피난시설 운영(아동 동반 가능)<br>- 가정폭력·성폭력·성매매 피해여성 보호시설 연계<br>- 의료, 법률, 검찰, 경찰서비스 등 연계      |
| 종합생활정보 제공        | - 다문화가족지원 사업 안내<br>- 한국어 교육, 자녀 지원 안내<br>- 체류·국적·법률·노동·취업 정보 제공                       |
| 생활통역 및 3자 통화 서비스 | - 가족 내 의사소통 지원<br>- 언어 소통이 어려운 이주민, 다문화가족의 경우 3자 통역<br>(경찰, 응급, 병원, 주민센터, 교육기관, 은행 등) |
| 가족상담 및 부부상담      | - 가족갈등해소를 위한 상담, 심리정서, 통역 지원                                                          |
| 변호사 상담           | - 대한변호사협회 연계 법률상담 진행                                                                  |

### » 서비스 언어

- 이주여성 전문상담원이 13개 언어\*로 상담

\* 한국어, 영어, 중국어, 베트남어, 타갈로그어, 캄보디아어, 몽골어, 러시아어, 일본어, 태국어, 라오스어, 우즈베크어, 네팔어

### » 서비스 제공 방법

| 구 분            | 내 용                                                                                     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 전화상담(3자 통화 가능) | - 24시간(대표번호 1577-1366)                                                                  |
| 온라인 상담         | - 다누리포털사이트( <a href="http://www.liveinkorea.kr">www.liveinkorea.kr</a> ) → 1:1 상담실      |
| 방문상담 및 면접상담    | - 방문상담 : 다누리 콜센터 상담원이 직접 찾아가는 상담, 상담원과 상호일정 조정<br>- 면접상담 : 다누리 콜센터에 직접 내방하여 상담, 예약상담 실시 |

※ 다누리 콜센터 정보는 다누리 홈페이지([www.liveinkorea.k](http://www.liveinkorea.k)) 확인

## 5 계절별 건강관리

### ● 계절별 건강관리

#### » 여름철 폭염

##### 〈발령기준〉

- 폭염주의보 : 폭염으로 인하여 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우
  - ① 일최고체감온도 33℃이상인 상태가 2일 이상 지속될 것으로 예상될 때
  - ② 급격한 체감온도 상승 또는 폭염 장기화 등으로 중대한 피해발생이 예상될 때
- 폭염경보 : 폭염으로 인하여 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우
  - ① 일최고체감온도 35℃이상인 상태가 2일 이상 지속될 것으로 예상될 때
  - ② 급격한 체감온도 상승 또는 폭염 장기화 등으로 광범위한 지역에서 중대한 피해발생이 예상될 때

##### 〈교육 내용〉

- 야외활동을 최대한 자제하고, 외출이 꼭 필요한 경우에는 창이 넓은 모자와 가벼운 옷차림을 하고 물병을 반드시 휴대하기
- 물을 많이 마시고, 카페인이나 들어간 음료나 주류는 마시지 않기
- 규칙적으로 스포츠 음료나 과일 주스를 마셔 적절한 수분 균형 유지, 알코올이나 카페인이 들어있는 음료자제
- 냉방이 되지 않는 실내에서는 햇볕을 가리고 맞바람이 불도록 환기하기
- 창문이 닫힌 자동차 안에는 노약자나 어린이를 홀로 남겨두지 않기
- 거동이 불편한 노인, 신체허약자, 환자 등을 남겨두고 장시간 외출할 경우에는 친인척, 이웃 등에 부탁하고 전화 등으로 수시로 안부를 확인하기
- 현기증, 메스꺼움, 두통, 근육경련 등의 증세가 보이는 경우에는 시원한 곳으로 이동하여 휴식을 취하고 시원한 음료를 천천히 마시기



## » 겨울철 한파

### 〈발령기준〉

- 한파주의보 : 10월~4월 사이의 기간에 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우
  - ① 아침 최저기온이 전날보다 10℃이상 하강하여 3℃이하이고 평년값보다 3℃가 낮을 것으로 예상될 때
  - ② 아침 최저기온이 -12℃이하가 2일 이상 지속될 것이 예상될 때
  - ③ 급격한 저온현상으로 중대한 피해가 예상될 때
- 한파경보 : 10월~4월 사이의 기간에 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우
  - ① 아침 최저기온이 전날보다 15℃이상 하강하여 3℃이하이고 평년값보다 3℃가 낮을 것으로 예상될 때
  - ② 아침 최저기온이 -15℃이하가 2일 이상 지속될 것이 예상될 때
  - ③ 급격한 저온현상으로 광범위한 지역에서 중대한 피해가 예상될 때

### 〈교육 내용〉

- 노약자, 영유아 등을 위해 난방과 온도관리에 유의하기
- 외출 시에는 동상에 걸리지 않도록 보온에 유의하기
- 동상에 걸리면, 비비지 말고 따뜻한 물에 30분가량 담그고, 온도를 유지하며 즉시 병원으로 가기
- 수도계량기, 보일러 배관 등은 험 옷 등으로 보온하기
- 장기간 외출 시 온수를 약하게 틀어 동파를 방지하기
- 도로가 얼 수 있으니 차에 스노체인 등 월동용품을 준비하고, 부동액 등 자동차 점검하기

## » 황사

### 〈발령기준〉

#### - 황사

- ▶ 황사경보 : 황사로 인해 1시간 평균 미세먼지(PM10) 농도  $800\mu\text{g}/\text{m}^3$  이상이 2시간 이상 지속될 것으로 예상될 때

### 〈교육 내용〉

#### - 사전준비

- ① 일반 가정에서는 황사가 실내로 들어오지 못하도록 창문 등을 점검
    - ▶ 외출 시에는 필요한 보호안경, 마스크, 긴소매 의복, 위생용기 등을 준비
    - ▶ 노약자, 호흡기 질환자의 경우는 실외활동을 자제
  - ② 축사·시설원예 등 농가에서는 가축이 활동하는 운동장 및 방목장에 있는 가축을 대피시킬 수 있도록 준비
    - ▶ 노지에 방치·야적된 사료용 볏짚 등에 비닐 등 피복물품을 준비
    - ▶ 동력분무기 등 황사세척용 장비를 점검
    - ▶ 비닐하우스, 온실 등 시설물의 출입문과 환기창을 점검
- **(황사 발생 중)** TV, 라디오, 인터넷 등에서 황사가 예보된 때에는 최대한 야외활동을 자제하고 주변의 독거노인 등 건강이 염려되는 분들의 지역 주민들과 함께 안부 살피기
- ① 일반 가정에서는
    - ▶ 창문을 닫고 가급적 외출을 삼가되, 외출시 보호안경, 마스크를 착용하고 귀가 후에는 손과 발 등을 깨끗이 씻기
    - ▶ 황사에 노출된 채소, 과일 등 농수산물은 충분히 세척 후 섭취하기
    - ▶ 식품가공·조리 시 손을 철저히 씻고 조리도구, 기구 등 위생관리로 오염되지 않도록 관리하여 주변 환경을 청결히 하기
    - ▶ 노약자, 호흡기 질환자의 경우 실외활동을 금지



## ② 축사·시설원에 등 농가에서는

- ▶ 방목장에 있는 가축은 축사 안으로 신속히 대피시켜 황사에 노출되지 않도록 하기
- ▶ 비닐하우스, 온실 및 축사의 출입문과 창문을 닫고 외부공기와의 접촉을 가능한 적게 하기
- ▶ 노지에 방치·야적된 사료용 건조, 볏짚 등을 비닐이나 천막으로 덮기

## - (황사가 지나간 후) 실내·외 청소 실시 및 먼지 제거. 축사·시설원에 시설은 소독을 실시

## ① 일반 가정에서는

- ▶ 실내공기를 환기해 주고, 황사에 노출되어 오염된 물품은 충분히 세척 후 사용

## ② 축사·시설원에 등 농가에서는

- ▶ 축사, 방목장 사료조 및 가축과 접촉되는 기구류 등은 세척하거나 소독을 실시
- ▶ 황사에 노출된 가축은 몸에 묻은 황사를 털어낸 후 구연산 소독제 등으로 소독
- ▶ 가축 질병의 발생 유무를 관찰하고, 병든 가축이 발견되면 즉시 신고
- ▶ 비닐하우스, 온실 등에 쌓인 황사를 제거

## » 대설

## 〈발령기준〉

- 대설주의보 : 24시간 동안 내려 쌓인 눈의 양이 5cm 이상 예상될 때
- 대설 경보 : 24시간 동안 내려 쌓인 눈의 양이 20cm 이상 예상될 때다만, 산지는 24시간 동안 내려 쌓인 눈의 양이 30cm 이상 예상될 때

## 〈교육 내용〉

- 텔레비전, 라디오 등을 통해 기상 정보를 확인
- 어린이 및 노약자 외출 자제
- 재난 발생에 대비하여 비상용품을 미리 준비

## » 지진

### 〈발령기준〉

- 지진조기경보 : 규모 5.0 이상으로 예상되는 지진
  - 지진속보 : (우리나라의 지역) 추정규모 3.5 이상 5.0 미만  
(해역, 우리나라를 제외한 지역) 규모 4.0 이상 5.0 미만
  - 지진정보 : 국내 규모 2.0 이상 지진
  - 국외 지진정보 :
    - ▶ (지진감시구역 내) 규모 5.0 이상 또는 우리나라 지역에 진도 II 이상의 영향을 주는 지진이 발생한 경우
    - ▶ (지진감시구역 외) 규모 5.0 이상
- ※ 출처 : 지진화산 업무규정(시행 2024. 10. 22.)

### 〈교육 내용〉

- 가족의 상황과 부상자를 살펴보고 즉시 구조 요청하기
- 주변의 피해 상황에 따라 귀가 여부를 결정하기
- 가정이나 사무실로 돌아간 후에는 안전에 유의하여 주변을 확인하기
- 올바른 정보를 항상 확인하기



## » 호우

### 〈발령기준〉

- 호우주의보 : 3시간 누적강우량이 60mm 이상 예상되거나 12시간 누적강우량이 110mm 이상 예상될 때
- 호우경보 : 3시간 누적강우량이 90mm 이상 예상되거나 12시간 누적강우량이 180mm 이상 예상될 때

### 〈교육 내용〉

- 자주 물에 잠기는 지역, 산사태 위험지역 등의 위험한 곳은 피하고, 안전한 곳으로 대피하기
- 외출을 자제하고 수시로 기상상황 및 거주지역 주변 위험상황, 재난정보 파악하기
- 침수된 도로, 지하차도, 교량 등은 사람과 차량의 통행을 엄격히 금지하고 주변에 있는 사람들에게 알려 진입하지 않기
- 산간·계곡, 하천, 해안가 등 급류에 휩쓸릴 수 있는 지역에서 빠르게 벗어나기
- 가스 누출로 2차 피해가 발생할 수 있으므로 사전에 차단하고, 감전 위험이 있는 집 안팎의 전기시설은 만지지 않기
- 침수, 붕괴 우려, 산사태 위험 등으로 대피가 필요할 시 주변에 대피에 어려움이 있는 약자(어르신, 어린이, 장애인 등)와 함께 대피하기

※ 출처: 기상청, 행정안전부, 국민재난안전포털 자연재난관련

- 기상특보 발표기준: 기상청  
나리누리(<https://www.weather.go.kr/w/community/knowledge/standard.do>)
- 국민행동요령:  
국민재난안전포털(<https://www.safekorea.go.kr/idsiSFK/neo/main/main.html>) -  
“자연재난행동요령\_국민행동요령” 이용



# II

## 2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 안내





2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A+H+T 기반 어르신 건강관리사업)

# 주요 변경내용





## 주요 변경내용

| 구분           | 2024년                                                                                                                                                      | 2025년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | page  |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 사업운영<br>세부사항 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 사업 대상자<br/><b>허약·만성질환 관리 및 건강관리 행태 개선이 필요한 만 65세 이상 어르신</b><br/>- 전체 대상자의 10% 이내에 한하여 60~64세 어르신 등록 가능</li> </ul> | <p>〈추가〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 사업 대상자<br/><b>허약·만성질환 관리 및 건강관리 행태 개선이 필요한 65세 이상 어르신</b><br/>- 전체 대상자의 10% 이내에 한하여 60~64세 어르신 등록 가능하며, 디지털 건강관리 필요한 60세 미만은 보건소 모바일 헬스케어사업(채움 건강)으로 연계<br/>* 60세 미만 만성질환자(고혈압 및 당뇨)이면서 비대면 건강관리서비스 필요한 경우, 건강생활 실천지원금 서비스 안내 권장(부록4 참고)</li> </ul>                                                                                                                                                          | p.164 |
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>· [표3] 건강관리군별 서비스 주기 및 디바이스 배부 개요<br/>- 미션, 비대면 건강컨설팅, 모니터링 및 지지 메시지, 디바이스 배부</li> </ul>                            | <p>〈수정〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· [표3] 건강관리군별 서비스 주기<br/>- 미션, 비대면 건강컨설팅, 모니터링 및 지지 메시지</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | p.166 |
|              | -                                                                                                                                                          | <p>〈추가〉</p> <p>〈사전준비 및 디바이스 관리〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 디바이스 관리</li> <li>○ 배부 가능한 디바이스 종류<br/>- 블루투스 손목활동량계·체성분계·혈압계·혈당계 및 소모품, 일반형·화면형 시스피커 (총 6종)</li> <li>○ 디바이스 배부 기준<br/>- [표5] AI·IoT 건강관리 디바이스 배부 기준</li> <li>○ 디바이스 회수 기준<br/>- 서비스 완료 시점에 사용 중인 디바이스(블루투스 손목활동량계·체성분계·혈압계·혈당계)는 지급 가능<br/>- 완료 처리 시 시스피커는 회수를 원칙으로 함. 단, 화면형 시스피커의 경우 대상자가 지속 사용을 희망할 시 지자체 재정 여건 등을 고려하여 대여 기간 연장 가능<br/>- 완료 처리 시 지급한 디바이스는 재참여 후에도 계속</li> </ul> | p.167 |

| 구분 | 2024년                                                                                                            | 2025년                                                                                                                                                                                                               | page  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|    |                                                                                                                  | <p>사용하는 것을 원칙으로 함.</p> <p>* 단, 재참여 후 디바이스 고장·분실 발생 시, 당해연도 신규대상자로서 1회에 한하여 디바이스 교환 가능.</p> <p>- 서비스 퇴록 시 모든 디바이스를 회수하되, 완료 처리 시 지급한 디바이스는 회수할 의무 없음(단, 시스피커는 회수)</p> <p>- 디바이스 회수에 어려움 발생 시 보건소 자체적으로 기록물 관리 필요</p> |       |
|    | <p>· 미션별 어르신 실천과제 및 비대면 건강컨설팅 주기</p> <p>- (미션2) 매일 걷기 미션</p> <p>: 손목 활동량계 착용 후 30분 이상 걷고 오늘건강 앱에 당일 걸음수 전송하기</p> | <p>〈삭제〉</p> <p>· 미션별 어르신 실천과제 및 비대면 건강컨설팅 주기</p> <p>- (미션2) 매일 걷기 미션</p> <p>: 손목 활동량계 착용 후 30분 이상 걷고 오늘건강 앱에 걸음수 전송하기</p>                                                                                           | p.182 |
| 부록 | <p>· 부록1</p> <p>2024년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여 지자체 현황 전국 178개소 지자체 참여</p>                                          | <p>〈수정〉</p> <p>· 부록1</p> <p>2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여 지자체 현황 전국 200개소 지자체 참여</p>                                                                                                                                 | p.222 |
|    | <p>· 부록3</p> <p>AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 활용 디바이스 상세사양</p>                                                             | <p>〈추가〉</p> <p>· 부록3</p> <p>AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 활용 디바이스 상세사양</p> <p>- 손목 활동량계: 베스트앤비(BSB206)</p> <p>- 체성분계: 라닉스(RSS01B)</p> <p>혈압계: 미듬(미꼬케어)</p>                                                                    | p.225 |
|    | -                                                                                                                | <p>〈신규〉</p> <p>· 부록4</p> <p>· 건강생활실천지원금제 시범사업 개요</p>                                                                                                                                                                | p.231 |
|    | -                                                                                                                | <p>〈신규〉</p> <p>· 부록5</p> <p>· 나의 건강기록앱(PHR) 개요</p>                                                                                                                                                                  | p.237 |



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A+H+T 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 01

## 사업소개

---

1. 사업개요
2. 비전 및 목적





# 01

## 사업소개

### 1

### 사업개요

#### ● 사업개요

- ▶ 보건소 방문건강관리사업 운영 노하우와 AI·IoT 기술을 활용하여 건강증진서비스의 접근성이 떨어지는 어르신을 대상으로 지속 가능한 건강관리서비스 모형 개발·적용

#### ● 사업대상

- ▶ 허약·만성질환 관리 및 건강관리 행태 개선이 필요한 65세 이상 어르신

\* 서비스 제외대상 참조(p.164)

#### ● 사업수행

- ▶ 보건소(방문건강관리사업 전담부서) 또는 신규 사업팀 구성 가능

\* [부록 1] 2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여 보건소 현황(p.222)

#### ● 주요전략

- ▶ 어르신의 허약정도 및 건강행태에 따른 비대면 건강관리 서비스 구성
- ▶ 담당 간호사 배정, 영양사·운동전문가·물리/작업치료사 투입을 통한 어르신 맞춤형 전문적 건강관리서비스 실시
- ▶ 어르신 친화적 건강관리 앱 개발·적용 및 다양한 디바이스 활용
- ▶ 모바일 현장 행정 업무환경 구축을 통한 업무효율화 실현
- ▶ 악력측정 등 객관적 성과측정 도구 적용

## ● 주요 추진현황

➤ 2020년 10월부터 시행, 2024년 현재 17개 시·도, 178개소 시·군·구 참여

| 구분          | 2020  | 2021   | 2022   | 2023   | 2024*   |
|-------------|-------|--------|--------|--------|---------|
| 참여지자체수(개소)  | 24    | 55     | 86     | 141    | 178     |
| 등록자수(명)     | 7,587 | 23,574 | 47,068 | 82,095 | 138,249 |
| 이용자수(명)**   | 2,838 | 16,446 | 32,509 | 57,664 | 103,307 |
| 만족도(점)      | -     | 89.2   | 91.1   | 91.9   | 90.5    |
| 식체활동 개선율(%) | -     | 60.7   | 62.1   | 62.0   | 59.8    |
| 식생활 개선율(%)  | -     | 51.2   | 52.6   | 52.0   | 52.9    |

\* 2024년 10월 기준

\*\* 서비스에 참여 중이거나 6개월 서비스를 완료한 인원수

※ 출처: 한국사회보장정보원 지역보건의료정보시스템(PHIS)



## 2 비전 및 목적

### ● 비전

» 어르신 모두가 건강하고, 행복한 지역사회 실현

### ● 목적

» 어르신 자가 건강관리 역량강화를 통한 허약예방 실현

» 지역사회 어르신 건강관리서비스의 효율적 확대

» 어르신 친화형 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 모형개발·제공

그림 1 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 추진 체계도



## ● 보건소 내 담당인력 및 주요 역할

» 보건소 방문건강관리사업 담당팀에서 운영하되, 보건소별 현황에 따라 조정 가능

» 기존 방문건강관리서비스와 연계, 결합 운영 필요

**표 1 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 보건소 담당인력 및 주요 역할**

| 구분                           |        | 주요 업무                                                                                                               | 주요 역할                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 사업 팀장(공무원 등)                 |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>총괄 감독</li> <li>조정 및 관리</li> </ul>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>지속적이고, 발전적인 사업운영 체계 마련</li> </ul>                                                                                                                        |
| 사업 담당자(공무원 등)                |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>총괄 사업계획 수립사업</li> <li>성과관리 타사업 연계</li> <li>예산집행 및 물품 관리</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회 특성에 맞는 사업계획 수립</li> <li>운영사항 상시 모니터링 및 사업 성과관리</li> <li>전문인력 업무지원, 예산집행 및 물품관리</li> <li>사업간 연계 및 타부서와의 원활한 의사소통</li> </ul>                          |
| 간호사                          | 선임 간호사 | <ul style="list-style-type: none"> <li>서비스 계획 수립 업무조정</li> <li>실적보고 신규인력 역량강화</li> <li>담당 간호사 업무수행</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>대상자 명단 및 일정 등 세부 서비스 계획수립</li> <li>월별 사업 현황 및 실적관리, 작성 제출</li> <li>어르신별 담당자 배정조정 지원</li> <li>신규 인력에 대한 동행 또는 멘토 역할 수행</li> <li>담당 간호사 업무 병행수행</li> </ul> |
|                              | 담당 간호사 | <ul style="list-style-type: none"> <li>대상별 건강스크리닝 및 건강측정정보 모니터링</li> <li>건강관리 미션 부여</li> <li>건강관리 컨설팅 실시</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>대상자 건강 스크리닝 및 관리 계획 수립</li> <li>건강측정정보 모니터링 및 건강관리 미션 부여</li> <li>비대면 만성질환 및 건강관리 컨설팅</li> <li>건강관리 정보제공 및 일상 속 건강행태 중재</li> </ul>                       |
| 영양사                          |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>식습관 미션 관리</li> <li>식생활 컨설팅 실시</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>식사습관 모니터링 및 관련 미션 부여</li> <li>비대면 식생활 관리 컨설팅</li> <li>식생활 정보제공 및 일상 속 식생활 실천 중재</li> </ul>                                                               |
| 전문가<br>운동/치위생사<br>물리·작업치료사 등 |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>신체활동 미션 관리</li> <li>신체활동 컨설팅 실시</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>신체활동 현황 모니터링 및 관련 미션 부여</li> <li>비대면 신체활동 실천 컨설팅</li> <li>신체활동 정보제공 및 일상 속 운동 실천 중재</li> </ul>                                                           |
| 행정                           |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>어르신 사업참여 지원</li> <li>전담인력 업무지원</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>오늘건강 앱 및 디바이스 등 활용 안내 및 사업참여 지원</li> <li>전담인력에 대한 행정업무 지원</li> <li>상시 민원 응대</li> </ul>                                                                   |

\* 선임간호사의 경우 방문건강관리사업 총 경력 2년 또는 소속 보건소 1년 이상으로 보건소당 1인 배정



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A+H+T 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 02

## 사업운영 세부사항

---

1. 대상자 선정기준 및 관리
2. 사전준비 및 디바이스 관리
3. 서비스 단계별 세부내용
4. 미션별 어르신 실천과제 및 비대면 건강컨설팅 주기



## 02

## 사업운영 세부사항

### 1

### 대상자 선정기준 및 관리

#### ● 사업 대상자

##### » 허약·만성질환 관리 및 건강관리 행태 개선이 필요한 65세 이상 어르신

- 소득수준은 관계없이, 자발적인 참여를 희망하는 어르신
- 노인장기요양등급 판정결과, 1~5등급자는 제외
- 전체 대상자의 10% 이내에 한하여 60~64세 어르신 등록 가능하며, 디지털 건강관리 필요한 60세 미만은 보건소 모바일 헬스케어사업(채움건강) 으로 연계

\* 단, 아래에 해당되는 대상자는 중복서비스 참여불가(선택)

1. 보건소 모바일 헬스케어 대상자
2. 국민건강보험공단 만성질환관리 자가측정기기 지원 대상자

\* 60세 미만 만성질환자(고혈압 및 당뇨)이면서 비대면 건강관리서비스 필요한 경우, 건강생활실천지원금 서비스 안내 권장(부록4 참고)

##### » 등록범위

- 기존 방문건강관리사업 등록자 가능 및 신규 대상자 등록 권장

##### » 사업규모

- 보건소 운영현황 및 지역사회 요구에 따라 조정 가능

## ● 대상자 선정기준

### » 등록 우선순위 대상자

- ① 독거 어르신
- ② 기존 방문건강관리사업 대상자
- ③ 건강위험요인 판정수치[표2] 중 1개 이상인 어르신
- ④ 식생활, 신체활동, 투약 관리 등 건강행태 개선이 필요한 어르신 등

### » 화면형 시스피커 배부 우선순위

- 스마트폰이 없거나 오늘건강 앱과 연동이 원활치 않은 경우 등 지자체 판단\*에 따라 우선 배부
- \* 지침 권고사항 외의 세부 배부기준은 지자체에서 별도로 마련하여 진행 가능(예. 취약계층 등)
- 단, 지자체에서 이미 보유한 기존 '일반형 시스피커'는 사용할 수 있되, 신규대상자에게 서비스를 제공하는 경우 '화면형 시스피커' 사용 권장

**표 2** 건강위험요인 판정수치

| 건강위험요인 |        | 판정수치                      |
|--------|--------|---------------------------|
| 혈압     | 수축기 혈압 | 130 mmHg 이상               |
|        | 이완기 혈압 | 85 mmHg 이상                |
| 혈당     | 공복 혈당  | 100 mg/dL 이상              |
|        | 식후 혈당  | 140 mg/dL 이상              |
| BMI    | 저체중    | 18.5 kg/m <sup>2</sup> 미만 |
|        | 비만     | 25 kg/m <sup>2</sup> 이상   |

※ 출처: 대사증후군 진료지침; 질병관리청 국가건강정보포털; 대한의학회 당뇨병 임상진료지침

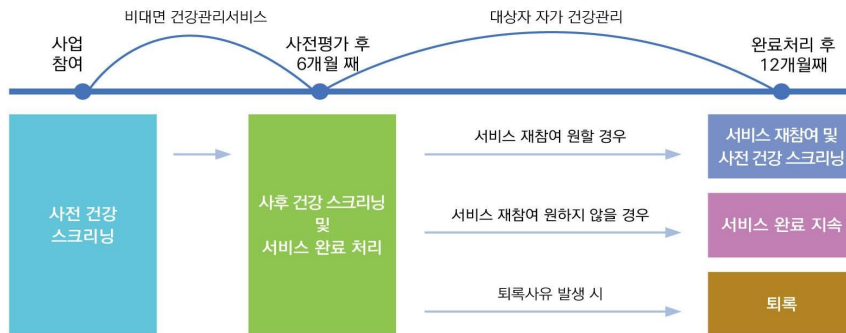


## ● 대상자 관리

### » 진행단계별 서비스 제공 내용

- 대상자 등록 후, 사전 건강 스크리닝 실시
- 비대면 건강관리서비스 진행(미션 실천 참여 등)
- 서비스 참여 후, 사후 건강 스크리닝 실시(사전 건강 스크리닝 후 166일 이후)
- 사후 건강 스크리닝 실시한 대상자는 서비스 완료 처리

그림 2 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여 흐름



### » 사전 건강 스크리닝 결과 건강군, 전허약군, 허약군으로 구분하여 맞춤 서비스 수행

\* [서식8] AI·IoT기반 어르신 건강관리 스크리닝 도구(사전, 사후) 참조(p.209)

- 허약 심화 정도에 따라 비대면 건강상담 등 서비스 강화
- 보건소 준비상황 및 어르신 역량에 따라 서비스 제공 주기 상향조정 가능

표 3 건강관리군별 서비스 주기

| 서비스 구분        | 건강군   | 전허약군    | 허약군     |
|---------------|-------|---------|---------|
| 미션            | 2개 이상 | 3개 이상   | 3개 이상   |
| 비대면건강컨설팅      | 필요시   | 월 1회 이상 | 월 2회 이상 |
| 모니터링 및 지지 메시지 | 월 1회  | 주 1회    |         |

## 2 사전준비 및 디바이스 관리

### ● 사전준비

➤ 담당 간호사 및 전문인력(운동전문가, 영양사, 물리/작업치료사 등)으로 구성된 팀 구성

- 팀 협의를 통하여, 담당자별 사업 대상자 규모 및 업무분장 실시

➤ 기존 및 신규인력 모두 AI·IoT기반 어르신 건강관리 교육과정 참여필수

\* 상세 교육일정 및 내용은 한국건강증진개발원, 한국사회보장정보원, 한국보건복지인재원에서 별도안내 예정

➤ 사업 시작 전 준비물품 마련필요

표 4 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 사전 준비물품

| 구분        | 상세내용                                                                                       | 비고                                                             |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 전문<br>인력용 | 현장 행정 업무용 태블릿 PC(MPHIS)<br>※ 이하, 태블릿 PC로 명시                                                | 관리자 계정 및 태블릿 PC 관리 담당자는<br>해당 기관 내 전산담당자로 지정                   |
|           | 신장측정용 줄자 또는 신장계, 악력계, 혈압계, 혈당계 및<br>소모품, 초시계 및 줄자(3m 이상), 허약측정 시 필요한 “시계<br>그리기” 종이(p.213) | -                                                              |
|           | 마스크, 체온계, 위생장갑, 손소독제 등                                                                     | 담당자 및 대상자용 위생안전 물품                                             |
| 대상자용      | 디바이스 및 설명자료<br>(블루투스 손목활동량계·체성분계·혈압계·혈당계 및<br>소모품, 일반형 시스피커, 화면형 시스피커)                     | 별도의 디바이스 관리 담당자 지정필요<br>(담당자는 담당 간호사별 지정 또는 별도의<br>행정인력 지정 가능) |

### ➤ 대상자 Pool 확보

① 유선을 통해 서비스 참여의사 확인

\* 기존 방문건강관리사업 대상자의 참여 의사 확인하여 대상자 확보

② 신규 대상자 발굴

\* 읍·면·동 보건복지 서비스 대상자 연계 또는 개별 신청자 등록 등

③ 서비스 내용 소개 및 대면 일정확정

④ 대상자 별 담당 간호사(팀) 배정



## ● 디바이스 관리

### » 배부 가능한 디바이스 종류

- 블루투스 손목활동량계·체성분계·혈압계·혈당계 및 소모품, 일반형·화면형 시스피커 (총 6종)

### » 디바이스 배부 기준

표 5 AI·IoT 건강관리 디바이스 배부 기준

| 디바이스 종류        | 디바이스 배부 기준                                                                                                  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 블루투스 손목 활동량계   | 걷기 미션 부여 대상자를 중심으로 배부(기본 서비스)                                                                               |
| 블루투스 체성분계      | 저체중 또는 비만 대상자 중심으로 배부                                                                                       |
| 블루투스 혈압계       | 고혈압 또는 고혈압 전단계를 의사에게 진단받은 경우 또는 혈압이 수축기 130mmHg 이상, 이완기 85mmHg 이상으로 혈압관리가 필요한 경우                            |
| 블루투스 혈당계 및 소모품 | 당뇨병 또는 당뇨병 전단계를 의사에게 진단받은 경우 또는 공복혈당 100mg/dL 이상, 식후혈당 140mg/dL 이상으로 혈당관리 필요한 경우<br>단, 자가 혈당측정이 가능한 경우 배부   |
| 일반형 시스피커       | 독거노인의 또는 사회적 허약으로 판정된 경우 우선배부(조정가능)<br>* 사회적 허약 : 허약측정결과 사회적 점수가 2점 이상인 경우                                  |
| 화면형 시스피커       | 스마트폰이 없거나 오늘건강 앱과 연동이 원활치 않은 경우 등 지자체 판단에 따라 우선 배부<br>* 지침 권고사항 외의 세부 배부기준은 지자체에서 별도로 마련하여 진행 가능(예. 취약계층 등) |

### » 디바이스 회수 기준

- 서비스 완료 시점에 사용중인 디바이스(블루투스 손목활동량계·체성분계·혈압계·혈당계)는 지급 가능
- 완료 처리 시 시스피커는 회수를 원칙으로 함. 단, 화면형 시스피커의 경우 대상자가 지속 사용을 희망할 시 지자체 재정 여건 등을 고려하여 대여 기간 연장 가능
- 완료 처리 시 지급한 디바이스는 재참여 후에도 계속 사용하는 것을 원칙으로 함.  
\* 단, 재참여 후 디바이스 고장·분실 발생 시, 당해연도 신규대상자로서 1회에 한하여 디바이스 교환 가능.
- 서비스 퇴록 시 모든 디바이스를 회수하되, 완료 처리 시 지급한 디바이스는 회수할 의무 없음(단, 시스피커는 회수)
- 디바이스 회수에 어려움 발생 시 보건소 자체적으로 기록물 관리 필요

### 3 서비스 단계별 세부내용

#### ● 서비스 흐름 개요



## ● [1단계] 대상자 동의 및 등록

### ➤ 대상자 개인정보 동의 및 등록

- AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 대상자로 등록·관리에 동의한 경우

\* [서식1] 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 입력(p.199)

## ● [2단계] 사전 건강 스크리닝, 군분류

### ➤ 사전 건강 스크리닝 실시

- 신장, 체중 등 건강측정정보 측정 실시, 태블릿 PC 내 데이터 입력, 판정기준 확인

\* [서식7] AI·IoT기반 어르신 건강관리 건강측정정보측정(p.208) : 신장, 체중, 혈당, 혈압, 악력, 평형성(6종)

- 건강행태, 만성질환 현황 등 건강면접조사 실시, 태블릿 PC내 데이터 입력, 판정기준 확인

\* [서식8] AI·IoT기반 어르신 건강관리 스크리닝 도구(p.209) : 신체활동, 식생활, 만성질환, 허약측정

### ➤ 대상자 군분류

- 허약평가 결과에 따라 건강군/전 허약군/허약군으로 자동 군분류 및 군별 맞춤 건강관리서비스 참고

\* [서식8] AI·IoT기반 어르신 건강관리 스크리닝 도구(p.209)측정



### » 오늘건강 앱 미션설정 방법

- 군분류, 건강행태 및 어르신의 의견, 담당 간호사의 의견에 따라 미션 선정
- 미션 수는 대상군 및 수행 능력에 따라 지정 가능

표 6 AI·IoT 건강관리 미션 계획 및 개선 필요 판정 기준

| 미션                                     | 개선<br>필요여부               | 대상자 선호도<br>(1~3위) | 담당 간호사추천<br>(1~3위) | 미션선정결과<br>및 실천순서              |
|----------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------|
| 제때 약 먹기 (p.210, 라-1, 라-2 아니오 응답시 해당)   | <input type="checkbox"/> | 순위                | 순위                 | <input type="checkbox"/> (회차) |
| 매일 걷기 (p.209, 가-1, 4일 이하일 경우 해당)       | <input type="checkbox"/> | 순위                | 순위                 | <input type="checkbox"/> (회차) |
| 매일 외출하기 (p.209, 가-2, 4일 이하일 경우 해당)     | <input type="checkbox"/> | 순위                | 순위                 | <input type="checkbox"/> (회차) |
| 매일 혈압 측정하기 (p.238, 다-1, 아니오 응답시 해당)    | <input type="checkbox"/> | 순위                | 순위                 | <input type="checkbox"/> (회차) |
| 규칙적으로 혈당 측정하기 (p.210, 다-2, 아니오 응답시 해당) | <input type="checkbox"/> | 순위                | 순위                 | <input type="checkbox"/> (회차) |
| 매일 세끼 챙겨먹기 (p.209, 나-1, 아니오 응답시 해당)    | <input type="checkbox"/> | 순위                | 순위                 | <input type="checkbox"/> (회차) |
| 매일 물 충분히 마시기 (p.209, 나-2, 아니오 응답시 해당)  | <input type="checkbox"/> | 순위                | 순위                 | <input type="checkbox"/> (회차) |

### » 어르신 미션실천 지원 및 규모산출

- 미션변경 시, 미션별 담당자가 안내하며 필요시 대면지원 실시
- 행정인력은 앱, 디바이스 사용 및 신규 미션설정 업무 지원
- 어르신의 미션 규모는 보건소 참여인력의 규모 및 현황에 따라 조정하며, 이때 담당 사업 팀장 또는 선임간호사가 전문 인력들과 함께 논의 후 결정 필요

### » 자체미션 활용

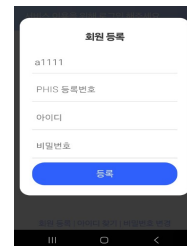
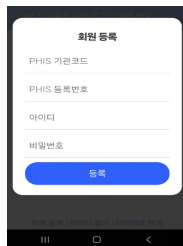
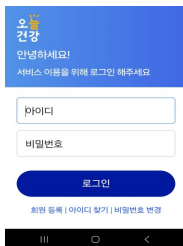
- 대상자의 사업참여 및 미션수행 독려를 위해 지자체 특성에 맞춰 자체미션 활용 가능
- PHIS를 통해 자체미션 기준설정 및 부여 가능
- 자체미션의 포인트 및 인센티브 지급기준은 보건소 자율적으로 설정하나, 기존 미션과의 형평성을 고려하여 기준 설정

## ● [3단계] 디바이스 배부 및 앱 실행

### ➤ 오늘건강 앱 설치 및 미션 실천법 안내

- \* ‘오늘건강’ 다운로드 시 ‘원스토어(ONEstore)’ 사용 권장
- 이용자 매뉴얼을 활용하여 모바일 앱 설치, 로그인 등 사용법 안내
- 디바이스 관리방안 및 연동(페어링) 설치
- 미션에 따른 앱 활용방법 실습, 데이터 송·수신 확인

**그림 3** 오늘건강 앱 아이디/ 비밀번호 등록 방법



1. PHIS 내 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업에 등록된 대상자 (신규/재등록)에 대해서 아이디/비밀번호 등록 가능

2. PHIS 기관 코드 및 대상자 등록번호를 확인 후, 대상자의 아이디 비밀번호 설정 가능  
\* **PHIS 기관코드** : 전담인력 PHIS 아이디 앞에서부터 5자리 (영문1자리+숫자4자리)

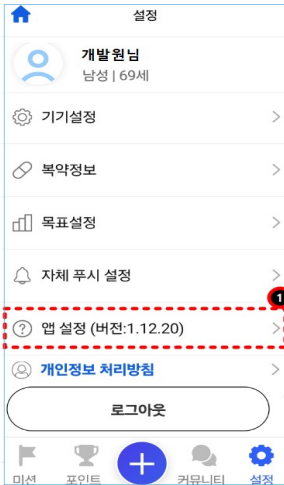
3. 오늘건강 앱을 통해 아이디/비밀번호 등록 후 저장 버튼 입력

### ➤ 디바이스 배부 및 사용방법 안내

- 대상자 건강상태 측정 및 모니터링을 위한 디바이스 배부
  - \* [서식5] 디바이스 수령 확인서 작성 필수(p.207)
- 대상자의 상태에 따라 디바이스 배부 및 사용방법 안내(실습)
- 블루투스 연동 문제 발생 시 수기 입력으로 임시 전환 가능
  - \* 상세 내용은 이용자 매뉴얼-수기입력 부분 참고



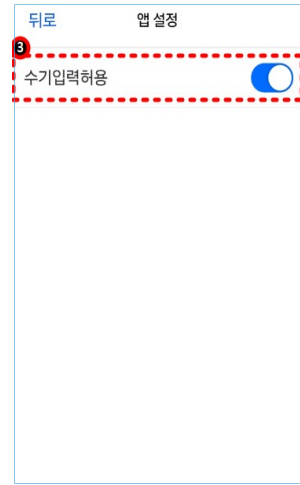
그림 4 오늘건강 앱 수기 설정 방법



1. 오늘 건강 접속 후 설정-앱 설정 진입



2. 수기입력허용 버튼 확인



3. 터치하여 허용으로 변경

### » 담당 간호사 또는 행정인력 연락처 안내

- 건강생활실천 및 앱, 디바이스 상시 활용지원을 위해 담당자 연락처 안내

### » 기타사항

- 서비스 진행 중 배부된 디바이스는 대상자 의사 또는 미션 변경에 따라 반납가능
- 서비스 진행 중 디바이스의 자체 결함 등으로 사용이 불가능 한 경우 교환이 가능하며, 손목활동량계의 경우 분실 또는 파손에 한해 1회 교환 가능

\* 2회 이상 분실 및 파손 또는 타인에게 대여, 양도, 판매 적발 시 즉시 변상해야 함

[서식5] 디바이스 수령 확인서(p.207) 참고

## ● [4단계] 비대면 건강관리

» 주1회 단위로 현장행정업무시스템(PHIS/MPHIS)을 통해 대상자 건강측정 데이터, 서비스 이용현황 등 모니터링

- 이상 데이터 모니터링 및 서비스 장기간 미이용자(1주간 미접속자) 유선확인 후 필요시 대면 점검 실시

**표 7 생체정보 이상징후 모니터링 기준**

| 구분  | 모니터링 기준                                                  | 비고                                               |
|-----|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 혈압  | 수축기 혈압 140mmHg 이상 또는<br>이완기 혈압 90mmHg 이상 1주일 이상 유지       | · 측정값 오류 여부 확인에 따라 이상 수치<br>또는 미접속 발견 시 유선 확인 필요 |
| 혈당  | 공복혈당 126mg/dL 이상 1주일 이상 유지<br>식후혈당 200mg/dL 이상 1주일 이상 유지 |                                                  |
| 미접속 | 1주일 이상의 오늘건강 앱 미접속 및 디바이스 측정 정보 미전송                      |                                                  |

※ 출처: 질병관리청 국가건강정보포털 <https://health.kdca.go.kr/>

**표 8 이상 데이터 및 미접속자 중재내용**

| 구분              | 중재내용                                                                                              | 비고                                                         |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 이상<br>데이터<br>전송 | ① 이상 데이터 발견 즉시 유선을 통한 건강상태 확인 및 상담<br>② 3일 후 재확인<br>③ 이상 데이터 지속 시 방문하여 건강상태 확인<br>④ 대상자 중재 서비스 연계 | * 연계 서비스<br>- 보건소 의사 및 병원원 연계<br>- 타 서비스 연계                |
| 미접속자            | ① 대상자 상태, 사용 유무 전화 확인 및 서비스 이용 독려<br>② 3일 후 재확인<br>③ 지속 미접속시 방문하여 상담 및 이용 독려                      | * 대상자 서비스 퇴록 의사 표명 시<br>원인 확인 후 해소 및 사용 독려 권장<br>* 행정인력 권장 |

## ▶ 오늘건강 앱 미션실천 유도

- 미션실천 유도를 위한 미션 맞춤 지지 메시지 전송
  - \* 주 1회 이상을 권장하며, 스팸 메시지로 인식되지 않도록 횟수조정은 가능함
- 필요시 유선전화를 통한 미션실천 유도(애로점 경청, 일상의 변화, 포인트 현황 안내 등)
- 미션실천 목표 달성 시 포인트 제공 및 우수 달성자 인센티브 제공
  - \* 대상자간 경쟁이 아니며, 최소 지급 기준([표9] 참고)에 따라 인센티브 지급

**표 9**    미션별 포인트 현황 및 인센티브 지급 기준

| 어르신 미션                | 포인트 | 인센티브 지급기준                        |
|-----------------------|-----|----------------------------------|
| 1. 제때 약 먹기            | 5점  | 미션 1개 당 월별 포인트 100점(20회) 기준으로 산정 |
| 2. 매일 걷기              | 5점  |                                  |
| 3. 매일 외출하기            | 5점  |                                  |
| 4. 매일 혈압 측정하기         | 5점  |                                  |
| 5. 매일 세끼 챙겨먹기         | 5점  |                                  |
| 6. 매일 충분히 물 마시기       | 5점  |                                  |
| 7. 규칙적으로 혈당 측정하기(주1회) | 5점  | 월별 포인트 20점(4회) 기준                |
| 8. 매일 손목 활동량계 착용하기    | 2점  | 월별 포인트 40점(20회) 기준               |
| 9. 체중 측정하기(주1회)       | 2점  | 월별 포인트 8점(4회) 기준                 |

\* 미션 개수를 조정하는 경우 다음 달부터 해당 포인트 기준 반영

\*\* 미션 포인트는 PHIS를 통해 대상자별로 사업 시작일로부터 참여 기간을 설정하거나 월별로 조회 가능

## ▶ 오늘건강 비대면 건강컨설팅 및 맞춤형 건강정보 제공

- 현장행정업무시스템(PHIS/MPHIS)을 통해 대상자 건강측정 정보 및 서비스 이용현황 등의 정보를 기반으로 전문가 비대면 건강서비스 제공
  - 담당 간호사 및 영양사, 운동전문가 등은 대상자의 현황을 수시로 공유하여 조정필요
    - \* 운동관리 서비스 필요시, 참여 지역과 근접거리에 위치하는 체력인증센터를 통하여 협의 지원 가능함
- 체력인증센터 운영현황 : <https://nfa.kspo.or.kr/mobile/physical/center.do>

**표 10 대상군별 비대면 건강컨설팅 및 맞춤형 건강정보제공주기**

| 서비스 구분     | 건강군 | 전혀약군    | 허약군     |
|------------|-----|---------|---------|
| 비대면 건강컨설팅  | 필요시 | 월 1회 이상 | 월 2회 이상 |
| 맞춤형 건강정보제공 |     |         |         |

**㉮ 비대면 건강컨설팅**

- 유선전화 및 오늘건강 앱을 활용하여 수행
- 전문인력은 유선전화 및 카드뉴스, 동영상 발송 등을 통해 컨설팅 실시
- 7종의 미션별 담당 건강전문가를 배정하여 전문적인 비대면 건강 컨설팅 수행

**표 11 오늘건강 미션별 담당자 현황**

| 미션 구분                 | 비대면 건강컨설팅 담당자 | 비고                                        |
|-----------------------|---------------|-------------------------------------------|
| 1. 제때 약 먹기            | 담당 간호사        | - 담당자 조정 가능<br>- 행정인력은 오늘건강 앱 및 디바이스 활용지원 |
| 2. 매일 걷기              | 운동전문가         |                                           |
| 3. 매일 외출하기            | 운동전문가         |                                           |
| 4. 매일 혈압 측정하기         | 담당 간호사        |                                           |
| 5. 규칙적으로 혈당 측정하기(주1회) | 담당 간호사        |                                           |
| 6. 매일 세끼 챙겨먹기         | 영양사           |                                           |
| 7. 매일 충분히 물 마시기       | 영양사           |                                           |

**㉮ 맞춤형 건강정보 제공**

- 오늘건강 앱을 통해 건강정보 이용 및 제공
- 질환관리, 영양·식생활, 신체활동 등 앱에서 활용 가능한 건강정보 콘텐츠 제공
- 비대면 건강컨설팅 내용 맞춤형 건강정보 제공(운영매뉴얼 활용)



## ● [5단계] 사후 건강 스크리닝

### ➤ 대상자 사후 건강스크리닝 실시

- 사후 건강 스크리닝은 사전 건강 스크리닝 후 약 6개월이 도래한 시점에 1회 실시
  - \* 사전 건강 스크리닝 후 166일 이후로 PHIS/MPHIS 상에서 사후 건강 스크리닝 가능
- 사전 건강 스크리닝과 동일한 평가항목으로 대면평가 실시
  - \* [서식 7] AI·IoT기반 어르신 건강관리 건강측정정보 측정표(p.208) 및 [서식 8] AI·IoT기반 어르신 건강관리 스크리닝 도구(p.209) 활용
- 대상자 건강상태 측정 및 건강위험요인 확인을 통한 상담·연계 서비스 제공

### ➤ 사후 만족도 조사 실시

- 사후 만족도 조사를 통한 개선사항 도출
  - \* 서비스에 대한 만족도 평가를 위한 [서식 10] AI·IoT기반 어르신 건강관리 서비스 사후 만족도 조사(p.218) 실시

## ● [6단계] 서비스 완료

### ➤ 서비스 완료

- 사후 건강 스크리닝을 실시한 대상자는 '서비스 완료' 처리
- 서비스 완료자는 직접적인 서비스 제공 없이 대상자 스스로 건강관리 지속
  - \* 서비스 완료자의 서비스 활용 가능 범위는 [표 12] 참고
- 서비스 완료자는 완료 처리일로부터 1년 후에 본 사업의 서비스 재참여 가능
  - \* 완료 처리 시 지급한 디바이스는 재참여 후에도 계속 사용하는 것을 원칙으로 함. 단, 재참여 후 디바이스 고장·분실 발생 시, 당해연도 신규대상자로서 1회에 한하여 디바이스 교환 가능.
- 완료자도 퇴록 사유(p.180)가 발생하면 퇴록 처리 가능

표 12 서비스 완료자의 서비스 활용 가능 범위

| 구 분              | 서비스 완료자의 서비스 활용 가능 범위                                                                                                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 대상자 군분류          | - 사후 건강 스크리닝에 따른 군분류 유지                                                                                                        |
| 오늘건강앱 사용         | - 미션수행, 미션이력, 주간리포트, 커뮤니티, 포인트 등 기존과 동일하게 사용 가능                                                                                |
| 디바이스 지급          | - 서비스 완료 시점에 사용중인 디바이스(블루투스 손목활동량계·체성분계·혈압계·혈당계)는 지급 가능. 단, 시스피커는 지급 불가.<br>- 서비스 완료 후 디바이스의 고장·분실 발생 시 완료자가 직접 처리하는 것을 원칙으로 함 |
| 미션 부여 / 변경       | - 사후 건강 스크리닝 시점에 부여된 미션을 그대로 유지<br>- 서비스 완료 이후 미션 변경은 불가능 (단, 서비스 재참여 시 미션 변경 가능)                                              |
| 미션 포인트 지급        | - 서비스 완료 시점에 부여된 미션에 한해서 포인트 지급 가능                                                                                             |
| 인센티브 지급          | 해당 없음                                                                                                                          |
| 미션실천 유도(지시메시지 등) | 해당 없음                                                                                                                          |
| 건강정보 모니터링        | 해당 없음<br>- 단, 퇴록여부 판단을 위한 모니터링은 필요하며, 모니터링 주기는 1개월을 권장                                                                         |
| 건강상담 및 정보제공      | 해당 없음                                                                                                                          |
| 사후 건강스크리닝        | 해당 없음                                                                                                                          |
| 사후 만족도조사         | 해당 없음                                                                                                                          |



## ● [7단계] 완료 지속 / 서비스 재참여 / 퇴록

### » 서비스 퇴록

- 서비스 퇴록 시 오늘건강 앱 사용 불가
- 본 사업을 퇴록 하여도, 기존 방문건강관리사업으로 전환 가능
- 서비스 퇴록 시 모든 디바이스 회수 필요(지급 불가)
  - \* 단, 완료자에게 지급된 디바이스는 퇴록처리 시 회수할 의무 없음(단, AIS피커는 회수 필요)
  - \*\* 디바이스 회수에 어려움 발생 시 보건소 자체적으로 기록물 관리 필요
- 퇴록자는 퇴록일로부터 1년 후에 본 사업의 서비스 재참여 가능
  - \* 완료 기간 중에 퇴록할 경우에도 퇴록일로부터 1년 후에 서비스 재참여 가능

### 📖 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 퇴록 사유

- 사망 또는 전출
  - \* 단, 전출자가 전입해서 서비스 재참여 시 1년 유예기간 없이 즉시 참여 가능
- 3개월 이상 장기입원 등으로 서비스 참여가 어려운 경우
- 대상자가 퇴록을 희망하는 경우
- 1개월 이상 미접속하는 경우
- 배부받은 디바이스를 임의로 타인에게 양도하거나 판매하는 경우
- 요주의 대상자: 폭력 성향의 정신질환 대상자 또는 신체접촉, 언어폭력을 행하는 대상자
  - \* 단, 요주의 대상자가 서비스 제공자(보건소 담당인력 등)에게 심각한 위협을 가하여 제재가 필요할 시, 서비스 재참여 불가 조치 가능

### » 완료자의 퇴록 여부 결정

- 서비스 완료자도 퇴록 사유 발생했을 시 퇴록 처리 가능
- 완료자가 퇴록 처리할 경우 퇴록일로부터 1년 후에 서비스 재참여 가능

### » 완료자의 서비스 재참여 여부 결정

- 서비스 완료자는 지속적으로 오늘건강 앱을 통해 자가 건강관리 가능
- 서비스 완료자는 완료 처리일로부터 1년 후에 본 사업의 서비스 재참여 가능
  - \* 서비스 완료자가 서비스 재참여 시, 당해연도의 신규대상자로 구분되며 사전·사후 건강 스크리닝 1회씩 실시 필요
  - \*\* 완료 기간 중 지급받은 디바이스는 서비스 재참여 시에도 계속 사용하되, 재참여 후 디바이스 고장·분실 발생 시, 당해연도 신규대상자로서 1회에 한하여 교환 가능

## 4 미션별 어르신 실천과제 및 비대면 건강컨설팅 주기

### ● 미션에 따른 비대면 건강관리서비스 제공시 운영 매뉴얼 참고



#### » 📱 (미션1) “제때 약 먹기” (담당자 : 담당 간호사)

| 구분              | 주기   | 내용                                         | 목표달성 권장기준 |
|-----------------|------|--------------------------------------------|-----------|
| 미션              | 매일   | 정해진 시간에 약을 복용하고 미션 카드의 복용 완료 누르기           | 월 20일 이상  |
| 비대면 건강<br>관리서비스 | 건강군  | 담당자 판단에 필요시 비대면 컨설팅 제공<br>+ 월 1회 지지 메시지    |           |
|                 | 전허약군 | 월 1회 비대면 컨설팅 + 교육자료 1회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |           |
|                 | 허약군  | 월 2회 비대면 컨설팅 + 교육자료 2회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |           |

#### » 📱 (미션2) “매일 걷기” 미션 (담당자 : 운동전문가)

| 구분              | 주기   | 내용                                         | 목표달성 권장기준 |
|-----------------|------|--------------------------------------------|-----------|
| 미션              | 매일   | 손목 활동량계 착용 후 30분 이상 걷고 오늘건강 앱에 걸음수 전송하기    | 월 20일 이상  |
| 비대면 건강<br>관리서비스 | 건강군  | 담당자 판단에 필요시 비대면 컨설팅 제공<br>+ 월 1회 지지 메시지    |           |
|                 | 전허약군 | 월 1회 비대면 컨설팅 + 교육자료 1회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |           |
|                 | 허약군  | 월 2회 비대면 컨설팅 + 교육자료 2회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |           |

**그림 6** 오늘 건강 앱에 걸음 수 전송 및 미션 완료 방법


1. 오늘건강 앱을 실행하여 걸음수/시간을 전송
2. 걸음수/시간이 정확히 입력 되었는지 확인
3. 미션완료 및 포인트 적립 팝업창을 확인하고 종료

➤ (미션3) “매일 외출하기” 미션(담당자 : 운동전문가)

| 구분              |      | 주기                                         | 내용                                              | 목표달성 권장기준 |
|-----------------|------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|
| 미션              |      | 매일                                         | 외출(특정활동 및 장소가기) 실천하고<br>외출 및 산책하기 미션을 찾아 사진 올리기 | 월 20일 이상  |
| 비대면 건강<br>관리서비스 | 건강군  | 담당자 판단에 필요시 비대면 컨설팅 제공<br>+ 월 1회 지지 메시지    |                                                 |           |
|                 | 전허약군 | 월 1회 비대면 컨설팅 + 교육자료 1회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                                                 |           |
|                 | 허약군  | 월 2회 비대면 컨설팅 + 교육자료 2회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                                                 |           |



»  (미션4) “매일 혈압 측정하기” 미션(담당자 : 담당 간호사)

| 구분              |      | 주기                                         | 내용                        | 목표달성 권장기준 |
|-----------------|------|--------------------------------------------|---------------------------|-----------|
| 미션              |      | 매일                                         | 혈압을 측정하여 오늘건강 앱에 측정값 전송하기 | 월 20일 이상  |
| 비대면 건강<br>관리서비스 | 건강군  | 담당자 판단에 필요시 비대면 컨설팅 제공<br>+ 월 1회 지지 메시지    |                           |           |
|                 | 전허약군 | 월 1회 비대면 컨설팅 + 교육자료 1회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                           |           |
|                 | 허약군  | 월 2회 비대면 컨설팅 + 교육자료 2회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                           |           |

»  (미션5) “규칙적으로 혈당 측정하기” 미션(담당자 : 담당 간호사)

| 구분              |                   | 주기*                                        | 내용                                                                       | 목표달성 권장기준 |
|-----------------|-------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 미션              | 혈당수치가<br>일정한 경우   | 주 1회                                       | 혈당을 측정하여 오늘건강 앱에 측정값<br>전송하기<br><br>* 1회 이상 측정 시 오늘건강 추가 측정(+)<br>버튼을 사용 | 월 4일 이상   |
|                 | 혈당수치 변동이<br>있는 경우 | 주1회<br>(하루 2회)                             |                                                                          |           |
| 비대면 건강<br>관리서비스 | 건강군               | 담당자 판단에 필요시 비대면 컨설팅 제공<br>+ 월 1회 지지 메시지    |                                                                          |           |
|                 | 전허약군              | 월 1회 비대면 컨설팅 + 교육자료 1회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                                                                          |           |
|                 | 허약군               | 월 2회 비대면 컨설팅 + 교육자료 2회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                                                                          |           |

»  (미션6) “매일 세끼 챙겨먹기” 미션(담당자 : 영양사)

| 구분           |      | 주기                                         | 내용                                               | 목표달성 권장기준 |
|--------------|------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|
| 미션           |      | 매일                                         | 정해진 시간에 식사하고 미션 카드의 세끼 식사 완료 3회 (아침, 점심, 저녁) 누르기 | 월 20일 이상  |
| 비대면 건강 관리서비스 | 건강군  | 담당자 판단에 필요시 비대면 컨설팅 제공<br>+ 월 1회 지지 메시지    |                                                  |           |
|              | 전허약군 | 월 1회 비대면 컨설팅 + 교육자료 1회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                                                  |           |
|              | 허약군  | 월 2회 비대면 컨설팅 + 교육자료 2회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                                                  |           |

»  (미션7) “매일 충분히 물 마시기” 미션(담당자 : 영양사)

| 구분           |      | 주기                                         | 내용                           | 목표달성 기준  |
|--------------|------|--------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 미션           |      | 매일                                         | 물 마시고 미션 카드의 물 마시기 완료 8회 누르기 | 월 20일 이상 |
| 비대면 건강 관리서비스 | 건강군  | 담당자 판단에 필요시 비대면 컨설팅 제공<br>+ 월 1회 지지 메시지    |                              |          |
|              | 전허약군 | 월 1회 비대면 컨설팅 + 교육자료 1회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                              |          |
|              | 허약군  | 월 2회 비대면 컨설팅 + 교육자료 2회 제공<br>+ 주 1회 지지 메시지 |                              |          |



2025년 지역사회  
통합건강증진사업 안내

방문건강관리(Ar-Hot 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 03

## 사업성과 관리

---

1. 목표 설정
2. 사업 모니터링 및 결과보고
3. 사업 현황 마감
4. 가구주 정보 필수 입력 안내



## 03

## 사업성과 관리

## 1

## 목표 설정

- 2025년에 사업 지자체의 경우에 한하여, 공모 참여시 제출한 계획서로 같음
    - 사업계획(사업전략, 사업 규모, 담당자 등) 변경 시 한국건강증진개발원 사전협의 필요
  - 2025년 사업 운영현황은 별도 제출요청 예정
    - 서비스 참여 어르신 달성 규모, 신규인력 채용 규모 및 현황, 예산 실행 집행 현황 등
    - 사업 단계별 운영 노하우 및 애로점(개선방안 포함) 작성
- \* 추후 별도 요청예정

## 2

## 사업 모니터링 및 결과보고

- 보건소 내·외부 관계자와 수시 모니터링 및 개선사항 반영 필요
  - 보고형식에 구애 없이, 실질적인 문제점 및 개선방안이 도출·반영될 수 있도록 추진
  - 보건소장 및 과장, 관련사업의 타 팀장의 관심과 지지필요
  - 전문인력, 지역주민(어르신, 보호자, 관계기관 실무자 등)의 입장에서 적극적인 의견 수렴을 통해 사업 추진 도모 필요
- 2025년 사업에 한하여, 상세 결과보고는 보건소 자체결과보고서로 같음하여 제출

## 3

## 사업 현황 마감

- 안정적인 사업 성과 평가와 실적관리를 위해 지역보건의료정보시스템(PHIS) 내 실적 입력은 익월 5일 마감

## 4 가구주 정보 필수 입력 안내

➤ 가구 단위 실적 관리(정부합동평가 등)를 위한 가구주 성명 및 가구주 연락처 입력 필요

– 지역보건의료정보시스템(PHIS) 화면

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                 |                                   |                                                                       |                                    |                                   |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 이름                                                                           | <input type="text" value="대상자 전체 이름"/>                                                                                                                                                                                                     | 외국인        | 영문성명                            | 주민등록번호                            | <input type="text" value="생년월일"/> - <input type="text" value="주민번호"/> | 등록번호                               | <input type="text" value="등록번호"/> | <input type="button" value="조기화"/>                                            |
| <input type="checkbox"/> 주민등록번호 암호화 해제 (개인정보관리처원에서 암호화 해제 시, 조화사유를 기록해야 합니다) |                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                 |                                   |                                                                       |                                    |                                   |                                                                               |
| 주소                                                                           | <input type="checkbox"/> 주소불명 <input type="checkbox"/> 관내거주여부                                                                                                                                                                              |            |                                 | 실명인증일자                            |                                                                       |                                    |                                   |                                                                               |
| 거주상태                                                                         | <input type="text" value="선택"/>                                                                                                                                                                                                            | 변경일자       |                                 | 메모                                | <input type="text"/>                                                  | 전화번호                               | - -                               | 이메일번호 <input type="text" value="이메일번호"/>                                      |
| 이메일                                                                          | <input type="text" value="수신동의"/>                                                                                                                                                                                                          |            |                                 |                                   |                                                                       | 휴대번호                               | - -                               | <input type="text" value="수신동의"/>                                             |
| ▲                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                 |                                   |                                                                       |                                    |                                   |                                                                               |
| 대상자정보                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                 |                                   |                                                                       |                                    |                                   | <input type="button" value="상태변경이력"/> <input type="button" value="최근건강검진결과"/> |
| 이름                                                                           | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                       | 등록번호       | <input type="text"/>            | 성별                                | <input type="text" value="선택"/>                                       |                                    |                                   |                                                                               |
| 군분류                                                                          | <input type="text" value="선택"/>                                                                                                                                                                                                            | 서비스상태      | <input type="text" value="선택"/> | <input type="button" value="완료"/> | <input type="button" value="되돌"/>                                     | <input type="button" value="재등록"/> | 사후평가 횟수                           | <input type="text"/>                                                          |
| 특이사항                                                                         | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                       |            |                                 |                                   |                                                                       |                                    |                                   |                                                                               |
| 0 가구정보                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                 |                                   |                                                                       |                                    |                                   |                                                                               |
| 가구주 성명                                                                       | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                       | 대상자 정보와 동일 |                                 |                                   | 가구주 연락처                                                               | <input type="text"/>               | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                                                          |
| 가족 형태                                                                        | 가족 구성 <input type="text" value="선택"/><br>구성 요인 <input type="radio"/> 다문화 가족 <input type="radio"/> 조손가족 <input type="radio"/> 한부모가족 <input type="radio"/> 독거노인 <input type="radio"/> 노인부부세대가족 <input type="radio"/> 기타 <input type="text"/> |            |                                 |                                   |                                                                       |                                    |                                   |                                                                               |

– 모바일 보건소 시스템(MPHIS) 화면

|                      |                                 |                      |                                 |                                  |
|----------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 가구주                  |                                 | 연락처                  |                                 | <input type="checkbox"/> 대상자의 종말 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>            | <input type="text"/> | <input type="text"/>            |                                  |
| 구성                   | <input type="text" value="선택"/> | 구성요인                 | <input type="text" value="선택"/> | <input type="text"/>             |



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A+H+T 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 04

## 행정사항

---

1. 인력채용
2. 예산편성 및 집행기준





## 04

## 행정사항

### 1

### 인력채용

➤ 인력의 채용 기준은 지방자치단체 여건에 따라 채용하되, 어르신에 특화된 비대면 건강관리 서비스가 이루어질 수 있도록, 전문분야별 인력의 채용을 권장함

- 서비스 제공내용에 맞는 자격자의 우선 채용을 권장하나, 보건소장의 판단에 따라 AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업을 충분히 수행할 수 있는 보건의료관련 전공자(행정인력 제외)로 구성

➤ 원활한 사업 수행을 위하여 반드시 사업 교육과정을 이수하여야 함

\* 한국건강증진개발원, 한국사회보장정보원, 한국보건복지인재원에서 별도 공지에정

#### ☞ 분야별 인력의 자격기준(권장사항)

- 간호사 면허 소지자, 영양사 면허 소지자
- 운동전문가, 물리/작업치료사, 치과위생사 등의 면허 및 자격증 소지자
- 행정인력은 IT이해도가 높거나 관련 자격증 소지자 권장

## 2 예산편성 및 집행기준

### ● 예산운영 기본 원칙

- AI·IoT기반 어르신 건강관리사업은 지자체가 세부내역을 자율적으로 설계·집행함
  - 지자체는 방만한 예산집행, 예산낭비 없이 투명하고 효율적인 예산운동을 하여야 함
  - 예산 집행 계획 수립·시행 및 집행 점검을 강화하여 예산 불용을 최소화하고 투명한 회계 처리를 하여야 함
  - ※ 인력 미채용 등으로 예산 불용이 예상될 경우 사전 협의를 통해 '인건비'와 '사업비'간 자체 전용 가능
- 본 예산편성 및 집행은 아래 법령 등에 따라 그 절차와 기준을 준수하여야 함
  - 관련 법령은 지방자치단체 세출예산 집행기준, 지방재정법령, 물품 및 공유재산 관련 법령, 보조금 관리에 대한 법률, 지방자치단체 재무회계 규칙, 기타 개별 법령
- 예산은 국비에 대하여 지방비 50% 이상 매칭하여 구성, 지방비 추가 확보 가능함
  - 국비에 대하여 시·도비 및 시·군·구비를 매칭하여야 함
  - 시·도 및 시·군·구 자체 사업비를 추가 확보하여 사업수행이 가능함
- 지역사회 통합건강증진사업과 별도 분리된 예산 관리
  - 사업계획 및 운영은 통합하여 수립·관리하여도 무방하나 예산은 별도 관리되어야 함
- 동 안내서에서 규정하고 있지 않은 사항에 대해서는 「2025년 예산안 편성 및 기금운영 계획안 작성 지침」 및 「2025년 예산안 작성 세부지침」 준용함

### ● 인건비 편성 기준

- 인건비 급여는 최소 월 224만원\* 이상 지급(4대 보험료 본인부담금 포함)

\* 2025년 지역사회 통합건강증진사업(방문건강관리) 에 준용하여 편성



## ● 사업비 편성 기준

➤ AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 제공을 위한 운영비, 디바이스 비용 등 편성 가능

| 구 분 |      | 세부내용                                                                                                                            |
|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 사업비 | 운영비  | 인력 교육비, 여비<br>악력계 구매<br>차량 및 검진장비 임대<br>홍보물 제작 및 배포<br>미션 성공 인센티브 제공(1인당 월 5,000원 이하 편성)<br>사업 운영을 위한 물품 구매<br>디바이스 소모품 또는 추가구매 |
|     | 디바이스 | 대상자용<br>블루투스 손목활동량계·체중계·혈압계·혈당계 및 소모품, 일반형·화면형<br>시스피커 등 구매 및 통신비                                                               |
|     |      | 담당자용<br>태블릿 PC 등 구매 및 통신비                                                                                                       |

※ 태블릿PC 구매 시 반드시 현장행정업무용으로만 활용할 수 있도록 하며, LTE환경에서만 접속 가능하기 때문에 유심 및 통신비 사전확인 필요(Wi-Fi 및 테더링 사용불가)

※ 활동량계의 경우 분실 또는 파손 관련 지급(1회 가능)을 위해 대상자 목표 대비 10%이상의 물량 확보 권장

➤ AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 운영 및 업무를 위한 구매가능 물품

- 악력계, 대상자 및 담당자용 디바이스 구입비

\* 2025년에 한해 한시적 자본보조 물품 구매 가능

- 사업운영을 위한 차량 및 검진 장비는 임대 가능함(구입은 불가)

- 사업 시작 기준 연도 부터 대상자 배부용 디바이스 구매비는 운영비 내에서 지출가능

※ 물품구입 및 자산취득에 대한 사항은 보건복지부 협의 후 조정 가능하며 본 예산으로 구입한 물품은 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업을 위한 업무 외에는 사용할 수 없음

※ 대상자용 인센티브용(상품권 가능) 구매비는 1인당 월 5,000원 이하 편성

※ 인센티브 지급기간은 조정 가능하며 1회 지급 시 최대 3만원 이하(6개월 기준)로 지급



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A+H+T 기반 어르신 건강관리사업)



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리**(A-HOT 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 05

관련서식

---





## 05

## 관련서식

## ● 서비스 단계별 서식지 총괄표

| 서비스 단계                | 단계별 서식지 분류                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| [1단계] 대상자 동의 및 등록     | [서식 1] 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서<br>[서식 2] 계정 등록 신청서<br>[서식 3] 사업 담당자 정보보안각서<br>[서식 4] 「모바일 행정업무 서비스」사용 신청서 및 보안 서약서<br>[서식 6] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 등록자 일반현황<br>[서식 12] 디지털 역량 도구 |
| [2단계] 사전 건강 스크리닝, 군분류 | [서식 7] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 건강측정정보측정<br>[서식 8] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 스크리닝 도구                                                                                                    |
| [3단계] 디바이스 배부 및 앱 실행  | [서식 5] 디바이스 수령 확인서                                                                                                                                                           |
| [4단계] 비대면 건강관리서비스     | [서식 9] 미션별 비대면 컨설팅 기록지<br>[서식 11] 인센티브 수령 확인서                                                                                                                                |
| [5단계] 사후 건강 스크리닝      | [서식 7] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 건강측정정보측정<br>[서식 8] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 스크리닝 도구<br>[서식 10] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 사후 만족도 조사지(대상자용)                                                    |

## [서식 1] 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서

### ‘AI·IoT기반 어르신 건강관리사업’ 〈개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서〉

#### ▶ 개인정보 수집·이용 내역

‘AI·IoT기반 어르신 건강관리사업’은 보건복지부 관리·감독 아래 사업시스템 및 플랫폼\*을 활용하여 전국 보건소에서 시행하는 사업입니다. 보건소, 한국사회보장정보원, 한국건강증진개발원에서는 「AI·IoT기반 어르신 건강관리사업」에 자발적으로 참여하신 분들의 건강위험요인에 따른 개인별 맞춤형 건강관리 서비스를 제공하기 위해 개인정보를 아래와 같이 수집하고자 합니다.

\* 지역보건의료정보시스템(한국사회보장정보원 운영), 오늘건강앱(한국건강증진개발원 운영)

|        |  |             |  |
|--------|--|-------------|--|
| 성명(성별) |  | ( 남 / 여 )   |  |
| 주 소    |  | 주 민 등 록 번 호 |  |
| 휴대폰번호  |  | 전 화 번 호     |  |

#### 개인정보 수집·이용 목적

보건소는 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여를 위해 아래와 같은 이유로 개인정보를 수집합니다.

- 가. 본인여부 확인
- 나. 대상자 건강위험요인에 따른 개인별 맞춤형 건강관리 서비스 제공
- 다. 사업의 효과측정 및 평가, 통계분석, 만족도 조사

#### 수집하는 개인정보의 항목

##### 1. 필수 항목

- 가. 인적정보 : 성명, 성별, 주소, 생년월일, 휴대폰번호
- 나. 기타정보 : 아이디, 비밀번호, 운동습관\*, 식생활습관\*
- 다. 신체정보 : 신장, 체중, BMI, 악력

##### 2. 선택 항목

- 가. 인적정보 : 전화번호, 가구정보(가구주 성명, 가구형태)

\* 지역보건의료정보시스템에서만 저장되는 항목으로 오늘건강앱에서는 저장하지 않습니다.

**개인정보 보유 및 이용기간**

AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 **퇴록일로부터 5년까지** 보유하며 기간이 경과되거나 삭제를 요청하는 경우 지체없이 파기됩니다.

(단, AI·IoT기반 어르신 건강관리사업을 지속하거나, 다른 법령 등에 의하여 개인정보 보유의 필요성이 있는 경우 이용기간이 지나도 보유할 수 있음)

**동의거부권 및 불이익**

개인정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 필수 항목에 동의하지 않을 경우 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업에 참여할 수 없습니다.

(동의 후 선택정보는 미제공하여도 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여에 제한은 없음)

**〈고지사항〉**

※ 한국건강증진개발원에서 운영중인 오늘건강앱에서는 「국민건강증진법」 제5조의3제2항제6호 국민건강증진사업의 관리, 기술지원 및 평가에 따라 개인정보 수집·이용에 정보주체 동의 없이 처리할 수 있습니다.

※ 지역보건법 시행령 제24조제1항에 의거 주민등록번호를 수집하며 해당 정보는 지역보건의료정보시스템에만 저장되며 오늘건강앱에는 생년월일만을 저장합니다.

 **개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?**

☐ 동의함   ☐ 동의하지 않음

## » 민감정보 수집·이용 내역

AI·IoT기반 어르신 건강관리사업에서 수집한 개인의 건강정보는 민감정보로서 아래의 목적에 필요한 용도 이외로는 사용되지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.

### 민감정보 수집·이용 목적

- 가. 대상자 건강위험요인에 따른 개인별 맞춤형 건강관리 서비스 제공
- 나. 사업의 효과측정 및 평가, 통계분석, 만족도 조사

### 수집하는 민감정보 항목

1. (필수) **건강정보 : 혈압, 심박수, 혈당**
2. (선택) **건강정보 : 질환정보(약물복용여부, 질환진단여부)\*, 허약측정정보\*(입원 횟수, 주관적 건강상태, 체중감소, 우울, 배변, 보행, 감각기능, 사회적 기능, 인지기능)**

\* 지역보건의료정보시스템에서만 저장되는 항목으로 오늘건강앱에서는 저장하지 않습니다.

### 민감정보 보유 및 이용기간

AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 **퇴록일로부터 5년까지** 보유하며 기간이 경과되거나 삭제를 요청하는 경우 지체없이 파기됩니다.

(단, AI·IoT기반 어르신 건강관리사업을 지속하거나, 다른 법령 등에 의하여 개인정보 보유의 필요성이 있는 경우 이용기간이 지나도 보유할 수 있음)

### 동의거부권 및 불이익

민감정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 하지 않을 경우 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업에 참여할 수 없습니다.

(동의 후 선택정보는 미제공하여도 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여에 제한은 없음)

### 〈고지사항〉

※ 한국건강증진개발원에서 운영중인 오늘건강앱에서는 「지역보건법 시행령」 제24조 민감정보 및 고유식별 정보의 처리 제2항에 따라 민감정보 수집·이용에 정보주체 동의 없이 처리할 수 있습니다.

### ☑ 민감정보 수집 및 이용에 동의하십니까?

☐ 동의함   ☐ 동의하지 않음



### » 개인정보 제3자 제공 내역

1. 제공항목 : AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 등록 및 이용 정보
2. 제공받는 자 : 사업성과 연구 및 평가기관\*
3. 제공 목적 : 사업효과측정 및 평가, 통계분석 연구
4. 보유 및 이용기간 : 연구 종료 후 3년

### 동의거부권 및 불이익

개인정보의 제3자 제공에 관한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 하지 않을 경우 사업효과측정 및 평가 등을 통한 서비스 개선 대상에 제외될 수 있습니다.

(AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 지속 참여 가능)

### 〈고지사항〉

※ 한국건강증진개발원에서 운영중인 오늘건강앱에서는 개인정보를 제3자에게 제공하지 않으므로 해당하지 않습니다.

### ☑ (선택) 개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

☐ 동의함   ☐ 동의하지 않음

년      월      일

신청인 : (서명) 또는 (인)

법정대리인(필요 시) : (서명) 또는 (인)

※ 스마트폰 미사용으로 보호자 명의 스마트폰으로 참여하시거나 자가 서명이 어려우신 어르신 대상에 한해 법정대리인(보호자)의 서명을 받습니다. 법정대리인 정보는 서명 확인 이외의 용도로 이용 또는 저장되지 않습니다.

**특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(보건소장)·  
한국사회보장정보원·한국건강증진개발원 귀하**

## 〈계정 등록(변경, 삭제) 신청서〉

 **전화번호 :**

제출자 : (서명 또는 인)

203

### [서식 3] 사업 담당자 정보보안각서

## 〈사업 담당자 정보보안각서〉

소속:

☒ 직 위 :

이름 :

 **전화번호 :**

상기 본인은 「AI·IoT기반 어르신 건강관리사업」에서 지득한 일체의 자료 및 정보 등을 외부로 누설(반출)하거나 타목적으로 사용하지 않을 것이며, 이를 위반할 경우에는 어떠한 민·형사상의 처벌도 감수할 것임을 서약합니다.

위와 같이 보안 각서를 제출합니다.

사업 참여 시작일 :           년           월           일

※ 모바일 업무를 시작한 일자 혹은 관리자 웹페이지에 등록한 일자를 작성해주시면 됩니다.

제출자 : (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

## [서식 4] 「모바일 행정업무 서비스」 사용 신청서 및 보안 서약서

### 「모바일 행정업무 서비스」 사용 신청서

|             |                                                                                               |         |        |                     |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------------------|
| 신청인         | 소속<br>(부서)                                                                                    |         | 직급     |                     |
|             | 이름                                                                                            |         | 전자우편주소 |                     |
|             | 전화번호                                                                                          |         | 휴대전화번호 |                     |
|             | 주소<br>(소재지)                                                                                   |         |        |                     |
| 요청사항        | <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경 <input type="checkbox"/> 삭제           |         | 서비스 분류 | 현장행정                |
| 용도          | AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 서비스 제공용                                                                   |         |        |                     |
| 단말 정보       | 모델명                                                                                           | OS      |        | 단말기 번호<br>(행정 서비스용) |
|             |                                                                                               | Android |        |                     |
| 개인 정보<br>취급 | <input type="checkbox"/> 동의<br>※ 개인정보보호법 제15조 1항(개인정보의 수집·이용)에 의거하여<br>본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다 |         |        |                     |

위와 같이 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업  
「모바일 행정업무 서비스」 사용을 신청합니다.

년      월      일  
신청인 : (서명)

보건복지부장관 귀하



## 〈모바일 보안서약서(이용자용)〉

본인은 20    년    월    일부로 모바일 행정업무 서비스를 이용함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 서약하며 위반 시 관련규정에 따라 책임을 질 것을 서약합니다.

1. 본인은 업무용 모바일 서비스 접속을 위해 설치된 보안 프로그램 등을 임의로 삭제하거나 변경하지 아니한다.
2. 본인은 비인가된 이용자 접속 또는 단말기 잠김 등을 미연에 방지하기 위하여 단말기의 USIM을 임의로 변경하지 아니한다.
3. 본인은 단말기에 인가된 모바일 서비스만 설치하고, 운영체제를 변경하거나, 임의로 초기화 하지 아니한다.
4. 본인은 업무용 모바일 서비스 사용을 위해 부여된 ID, 비밀번호, 인증서 등이 외부로 유출되지 않도록 철저히 관리한다.
5. 본인은 단말기 분실 및 도난 시 단말기 관리자에게 통보하여 단말 잠김, 중요데이터 삭제 등을 통한 정보 유출을 막는데 적극 참여한다.
6. 본인은 모바일 서비스를 이용함에 있어 소속 지자체의 정보보안 관련 조례 및 국가정보원 관련 규정 및 지침을 준수한다.

20    년    월    일

서약자

소속 :

직 급 :

성 명 :

(서명)





## [서식 6] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 등록자 일반현황

## 〈AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 등록자 일반현황〉

|        |              |                                                                                                   |  |
|--------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 면접일    | 년    월    일  | 가구등록번호                                                                                            |  |
| 주소     | 시·도    시·군·구 | (    아파트    동    호)                                                                               |  |
| 대상자 성명 |              | 대상자 연락처                                                                                           |  |
| 가구주 성명 |              | 가구주 연락처                                                                                           |  |
| 가족형태   | 가족 구성        | <input type="checkbox"/> 1세대 <input type="checkbox"/> 2세대 <input type="checkbox"/> 3세대            |  |
|        | 구성           | <input type="checkbox"/> 다문화가족 <input type="checkbox"/> 조손가족 <input type="checkbox"/> 한부모가족       |  |
|        | 요인           | <input type="checkbox"/> 독거노인 <input type="checkbox"/> 노인부부세대가족 <input type="checkbox"/> 기타(    ) |  |

## [서식 7] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 건강측정정보측정(사전, 사후)

## 〈AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 등록자 건강측정정보 측정표〉

|     |                    |     |                    |       |                                   |
|-----|--------------------|-----|--------------------|-------|-----------------------------------|
| ①신장 | . cm<br>(소수점 첫째자리) | ②체중 | . kg<br>(소수점 첫째자리) | ③BMI  | . kg/m <sup>2</sup><br>(소수점 첫째자리) |
| ④약력 | %                  |     | ⑤평형성               | 초     |                                   |
| ⑥혈압 | /    mmHg          | ⑦혈당 | 공복                 | mg/dL |                                   |
|     |                    |     | 식후<br>2시간          | mg/dL |                                   |

\*VI. 부록 ② 스크리닝 수행 매뉴얼, p.223 상세측정방법 참조

## [서식 8] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 스크리닝 도구(사전, 사후)

### 1. 신체활동 실천현황

| 항 목                                                                                                                                                          | 일 수 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ㉠-1 (평상시 활동 정도) 평소 일주일 동안, 장소를 이동할 때 최소 1회 10분 이상(1일 30분 이상) 계속 걸은 날은 며칠입니까?(자전거 이용 포함)<br>※ 장소 이동 시 신체활동 : 일하러 갈 때, 장보러 갈 때, 약속장소 갈 때, 종교활동 갈 때 등           |     |
| ㉠-2 (중강도 활동정도) 평소 일주일 동안, 최소 10분 이상 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중강도 신체활동을 한 날은 며칠입니까?<br>※ 중강도의 스포츠, 운동 및 여가활동 : 빠르게 걷기, 가볍게 뛰기(조깅), 수영, 배드민턴, 탁구, 골프, 댄스스포츠, 게이트볼 등 |     |
| ㉠-3 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령(또는 무거운 물건), 철봉 등의 근력운동을 한 날은 며칠입니까?                                                                                         |     |

### 2. 식생활 실천현황(주5일 이상인 경우 예로 작성)

| 항 목                                                                                             | 예<br>(1)                 | 아니오<br>(0) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
| ㉡-1 최근 일주일 동안 세끼 식사를 매일 꼭 하셨습니까?                                                                |                          |            |
| ㉡-2 최근 일주일 동안 목이 마르지 않더라도 물을 충분히, 자주 매일 마셨습니까?                                                  |                          |            |
| ㉡-3 식품 섭취의 다양성<br><br>최근 일주일 동안<br>다음의 식품을 매일 드셨습니까?<br><br>(7점 이상인 경우 적절<br>6점 이하인 경우 부족으로 판정) | 고기                       |            |
|                                                                                                 | 생선                       |            |
|                                                                                                 | 달걀                       |            |
|                                                                                                 | 콩류 및 콩제품(두유, 낫또, 청국장 등)  |            |
|                                                                                                 | 우유 및 유제품(치즈, 떠먹는 요구르트 등) |            |
|                                                                                                 | 채소류(김치 제외)               |            |
|                                                                                                 | 제철 과일류                   |            |
|                                                                                                 | 유지 및 견과류(호두, 아몬드, 땅콩 등)  |            |



## 3. 만성질환 이환조사

| 질환구분                                                                    | 질환이환 및 치료현황                  |                 |                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①<br>고혈압을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오 |                 |                                                                                                                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 예   | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음<br><input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음<br><input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음       |
| ②<br>당뇨병을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오 |                 |                                                                                                                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 예   | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음<br><input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음<br><input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음       |
| ③<br>뇌졸중을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오 |                 |                                                                                                                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 예   | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음<br><input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음<br><input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음       |
| ④<br>암( )을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                            | <input type="checkbox"/> 아니오 |                 |                                                                                                                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 예   | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음( 년 전)<br><input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음<br><input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음 |
| ⑤<br>관절염을 의사에게<br>진단받으셨습니까?                                             | <input type="checkbox"/> 아니오 |                 |                                                                                                                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 예   | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음<br><input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음<br><input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음       |
| ⑥<br>기타질환( ) 의사에게<br>진단받으셨습니까?<br>* 만성 폐질환, 심근경색, 심부전,<br>협심증, 천식, 신장질환 | <input type="checkbox"/> 아니오 |                 |                                                                                                                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 예   | 치료를 받고<br>계십니까? | <input type="checkbox"/> 완치되어 안 받음<br><input type="checkbox"/> 완치되지 않았지만 안 받음<br><input type="checkbox"/> 현재 치료받고 있음       |

## 4. 만성질환 관리현황

| 질환구분                      | 항 목                                             | 예 | 아니오 |
|---------------------------|-------------------------------------------------|---|-----|
| 고혈압<br>진단을 받고<br>치료 중인 경우 | 가정용 혈압계로 스스로 혈압을 측정하실 수 있습니까?                   |   |     |
|                           | ㉠-1 혈압을 규칙적으로 측정하고 계십니까?(주 5일 이상)<br>(측정횟수 회/주) |   |     |
|                           | ㉠-1 혈압약을 규칙적으로 잘 챙겨드십니까?(월 20일 이상)              |   |     |
| 당뇨병<br>진단을 받고<br>치료 중인 경우 | 가정용 혈당계로 스스로 혈당을 측정하실 수 있습니까?                   |   |     |
|                           | 평소 하루중 혈당수치의 변동이 있는 편 입니까?                      |   |     |
|                           | ㉠-2 혈당을 규칙적으로 측정하고 계십니까?(주 1일 이상)<br>(측정횟수 회/주) |   |     |
|                           | ㉠-2 당뇨약을 규칙적으로 잘 챙겨드십니까?(월 20일 이상)              |   |     |

## 5. 허약평가

### A. 전반적 허약측정

|   | 평가항목     | 질문내용                                                                                     | 배점     |        |
|---|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
|   |          |                                                                                          | 0점     | 1점     |
| 1 | 입원횟수     | 최근 1년간 병원에 입원한 적이 있습니까?                                                                  | 없다     | 1회 이상  |
| 2 | 주관적 건강상태 | 현재 본인의 건강이 어떻다고 생각하십니까?                                                                  | 좋다     | 나쁘다    |
| 3 | 약물사용     | 정기적으로 5가지 이상의 처방약을 드십니까?                                                                 | 아니오    | 예      |
| 4 | 체중감소     | 최근 1년간 옷이 헐렁할 정도로 체중이 감소했습니까?                                                            | 아니오    | 예      |
| 5 | 우울       | 최근 한 달 동안 우울하거나 슬퍼진 적이 있습니까?                                                             | 아니오    | 가끔 이상  |
| 6 | 배변       | 최근 한 달 동안 소변이나 대변이 저절로 나올 때가(지릴 때가) 있었습니까?                                               | 아니오    | 가끔 이상  |
| 7 | 보행(TUG)  | Timed Up & Go test (6m 걷기)                                                               | 10초 이하 | 10초 초과 |
| 8 | 감각기능     | 일상생활 중에서 소리가 잘 들리지 않거나, 눈이 잘 보이지 않아서 문제가 생긴 적이 있습니까?<br>※ 보청기, 안경을 착용하신 경우 착용한 상태로 측정한다. | 정상     | 이상     |

### B. 사회적 허약측정

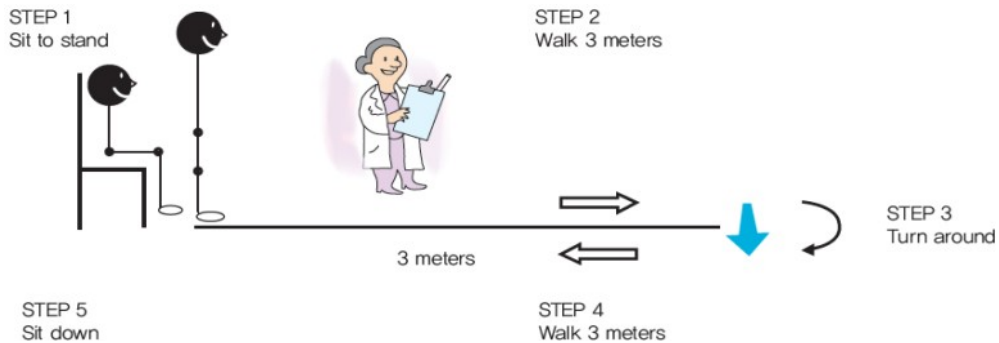
|    |                         |     |     |
|----|-------------------------|-----|-----|
| 9  | 작년과 비교하면 외출을 적게 하십니까?   | 아니오 | 예   |
| 10 | 매월 한 번이라도 친구들을 만나십니까?   | 예   | 아니오 |
| 11 | 친구나 가족에게 도움이 된다고 느끼십니까? | 예   | 아니오 |
| 12 | 혼자 살고 계십니까?             | 아니오 | 예   |
| 13 | 매일 누군가와 대화를 하십니까?       | 예   | 아니오 |

### C. 인지기능 측정 도구

|    |                 |    |      |
|----|-----------------|----|------|
| 14 | 3가지 단어 회상       | 0점 | 1-3점 |
| 15 | 시계 그리기(11시 10분) | 0점 | 2점   |

**A. 전반적 허약측정 7. 보행(TUG)**

- ① 의자를 준비하고, 3미터 거리를 표시함, 대상자에게 아래 3~5의 과정을 알려줌
- ② “가세요” 라고 얘기하며 초시계를 누름
- ③ 대상자는 의자에 등을 대고 반듯하게 앉고(보조기구를 쓰는 경우 의자 곁에 둠)
- ④ 일어서서 바닥에 그려진 선을 따라 평소의 걸음으로 3m를 걸어감  
※ 공간이 협소한 경우 선 상태로 시작하여 2~3회 반복하여 걷는다.
- ⑤ 3m 표시 선에서 돌고, 다시 평소 걸음으로 의자 있는 곳으로 걸어와서 의자에 앉음
- ⑥ 대상자가 의자에 앉으면 초시계 다시 누르고, 시간을 기록함

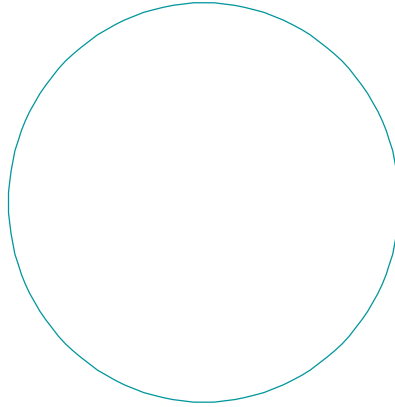
**C. 인지가능 측정도구 14. 3가지 단어 회상하기**

- ① 단어는 아래 목록에서 선택한다.
- ② “제가 3가지 단어를 말하면 그것을 저에게 다시 말하고 기억하도록 하세요“ 세 번 시도 후에도 반복하지 못하면 시계그리기로 넘어간다.
- ③ 시계 그리기 이후 3가지 단어를 기억해보라고 한다.

| 목록 1 | 목록 2 | 목록 3 | 목록 4 | 목록 5 | 목록 6 |
|------|------|------|------|------|------|
| 바나나  | 대장   | 마을   | 강    | 대장   | 딸    |
| 일출   | 계절   | 부엌   | 국가   | 정원   | 천국   |
| 의자   | 택자   | 아기   | 손가락  | 그림   | 산    |

**C. 인지기능 측정도구 15. 시계 그리기(3분 이내)**

- “다음은 시계 그리기입니다. 먼저 숫자를 전부 제자리에 작성하세요.  
다 작성하셨으면 이제 바늘은 11시 10분으로 그려주세요”  
기억력 검사가 아니기 때문에 필요하면 지시를 반복한다.  
3분 이내 시계를 그리도록 한다.



|                      |                                                                                                                                           |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 3가지 단어 회상하기(0-3점) | 단서 없이 즉각적으로 기억해 내는 단어 한 개당 1점                                                                                                             |
| 2. 시계 그리기(0점, 2점)    | 2점: 모든 숫자가 정확한 순서로 대략 정확한 위치(예, 12, 3, 6, 9가 기준 위치에 있음)에 있으며 11시 10분에 바늘이 위치함,<br>시계바늘의 길이는 점수 계산 시 고려하지 않음<br>0점: 시계를 3분 이내 그리지 못하거나 거부함 |

**〈허약결과판정〉 정상(건강군)/전허약군/허약군으로 자동분류**

|           |            |                  |              |
|-----------|------------|------------------|--------------|
| A. 전반적 허약 | 정상 < 2.5   | 2.5 ≤ 전 허약 < 4.5 | 4.5 ≤ 허약 ≤ 8 |
|           | and        | or               | and          |
| B. 사회적 허약 | 정상 = 0     | 전 허약 = 1         | 2 ≤ 허약 ≤ 5   |
|           | and        | or               |              |
| C. 인지기능   | 4 ≤ 정상 ≤ 5 | 0 ≤ 인지기능 ≤ 3     |              |



## [서식 9] 미션별 비대면 컨설팅 기록지

| 구분        | 목록                                              | 상담 내용                                                                               |
|-----------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 서비스<br>구분 | <input type="checkbox"/> 대면                     | <input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 내소 <input type="checkbox"/> 기타 |
|           | <input type="checkbox"/> 비대면                    | <input type="checkbox"/> 통화 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 기타 |
| 복약        | <input type="checkbox"/> 노인 대상자의 복약 현황과 관리의 중요성 | <input type="checkbox"/> 복약 관리의 중요성 교육                                              |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 다약제 복용에 대한 위험성 및 예방 교육                                     |
|           | <input type="checkbox"/> 올바른 복약습관 만들기           | <input type="checkbox"/> 방문 병원, 약국 확인하기                                             |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 단골 병원, 약국의 중요성 교육                                          |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 처방된 약물 올바른 복용 교육(시간, 용량, 기간)                               |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 안전하게 약물 보관법 교육                                             |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 건강기능식품 복용 확인 및 주의사항 교육                                     |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 일반의약품 복용 확인 및 주의사항 교육                                      |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 약물 오남용 위험성 및 예방법 교육                                        |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 약물 복용 시 효과 및 부작용 증상 확인                                     |
|           | <input type="checkbox"/> 노인 대상자의 만성질환별 약물 교육    | <input type="checkbox"/> 고혈압 약물의 종류 및 주의사항 교육                                       |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 약물의 종류 및 주의사항 교육                                       |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 고관절염 약물의 종류 및 주의사항 교육                                      |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 고지혈증 약의 종류 및 주의사항 교육                                       |
|           | <input type="checkbox"/> 약물 복용 시 주의해야 할 점       | <input type="checkbox"/> 다양한 약물의 제형의 맞는 복용법 교육                                      |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 약물과 음식의 상호작용 교육                                            |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 약물과 약물의 상호작용 교육                                            |
|           | <input type="checkbox"/> 올바른 복약습관을 위한 환경 만들기    | <input type="checkbox"/> 병원 내원 일정 확인하기                                              |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 약물 복용을 위한 지지 체계(가족, 환경) 확인                                 |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 오늘건강 미션 참여 확인                                              |
| 혈압        | <input type="checkbox"/> 고혈압에 대한 이해             | <input type="checkbox"/> 혈압, 고혈압의 원인과 종류 교육                                         |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 고혈압 환자의 동반된 위험요인 교육                                        |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 고혈압의 합병증 교육                                                |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 저혈압의 원인 및 주의사항 교육                                          |
|           | <input type="checkbox"/> 자가 혈압 측정 교육            | <input type="checkbox"/> 자가 혈압 측정의 중요성 설명                                           |
|           |                                                 | <input type="checkbox"/> 올바른 자가 혈압 측정 및 주의사항 교육                                     |

| 구분 | 목록                 | 상답 내용                      |
|----|--------------------|----------------------------|
|    | □ 고혈압 치료(약물 · 비약물) | □ 고혈압의 약물 치료의 중요성 교육       |
|    |                    | □ 복용하는 고혈압 약물 설명 및 주의사항 교육 |
|    |                    | □ 고혈압 약물과의 상호작용(음식, 약물)    |
|    |                    | □ 혈압과 나트륨 조절의 필요성 교육       |
|    |                    | □ 혈압과 운동의 필요성 교육           |
|    |                    | □ 금연 교육                    |
|    |                    | □ 절주 교육                    |
|    |                    | □ 스트레스 관리 필요성 및 방법 교육      |
|    | □ 생활 속 혈압 관리 교육    | □ 여름철 고혈압 환자의 주의사항         |
|    |                    | □ 겨울철 고혈압 환자의 주의사항         |
|    |                    | □ 오늘건강 미션 수행 확인            |
|    |                    | □ 병원 방문 일정 확인하기            |
|    |                    | □ 고혈압 환자의 응급상황 및 대처방법 교육   |
|    |                    | □ 주기적인 건강검진의 중요성 교육        |
| 혈당 | □ 당뇨병에 대한 이해       | □ 당뇨병의 원인과 종류 교육           |
|    |                    | □ 당뇨병 환자의 동반된 위험요인 교육      |
|    |                    | □ 당뇨병의 합병증 교육              |
|    |                    | □ 저혈당의 원인 및 주의사항 교육        |
|    | □ 자가 혈당 측정 교육      | □ 자가 혈당 측정의 중요성 설명         |
|    |                    | □ 올바른 자가 혈당 측정 및 주의사항 교육   |
|    | □ 당뇨병 치료(약물 · 비약물) | □ 당뇨병의 약물 치료의 중요성 교육       |
|    |                    | □ 복용하는 당뇨병 약물 설명 및 주의사항 교육 |
|    |                    | □ 당뇨병 약물과의 상호작용(음식, 약물)    |
|    |                    | □ 인슐린 제제 약물 복용법 및 주의사항 교육  |
|    |                    | □ 혈당과 운동의 필요성 교육           |
|    |                    | □ 혈당과 식이조절의 필요성 교육         |
|    | □ 생활 속 당뇨병 관리      | □ 발 관리                     |
|    |                    | □ 구강 관리                    |
|    |                    | □ 당뇨병 환자 아픈 날의 관리          |
|    |                    | □ 여행 중 당뇨병 환자의 관리          |
|    |                    | □ 오늘건강 미션 수행 확인            |
|    |                    | □ 병원 방문 일정 확인하기            |



| 구분       | 목록                                  | 상답 내용                                           |
|----------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 신체<br>활동 |                                     | <input type="checkbox"/> 당뇨병 환자의 응급상황 및 대처방법 교육 |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 주기적인 건강검진의 중요성 교육      |
|          | <input type="checkbox"/> 노인 운동      | <input type="checkbox"/> 노인 운동 교육               |
|          | <input type="checkbox"/> 노인성 질환 운동  | <input type="checkbox"/> 고혈압 질환자 운동 교육          |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 당뇨 질환자 운동 교육           |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 고지혈증 질환자 운동 교육         |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 골다공증 질환자 운동 교육         |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 관절염 질환자 운동 교육          |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 근골격계 질환자 운동 교육         |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 암 질환자 운동 교육            |
|          | <input type="checkbox"/> 노화 예방 운동   | <input type="checkbox"/> 비만 운동 교육               |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 근육감소 예방 운동 교육          |
|          | <input type="checkbox"/> 계절별 운동     | <input type="checkbox"/> 폭염 시 운동 주의사항 교육        |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 한파 시 운동 주의사항 교육        |
|          | <input type="checkbox"/> 노년기 체력별 운동 | <input type="checkbox"/> 노년기 유산소운동 교육           |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 노년기 근력운동 교육            |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 노년기 유연성운동 교육           |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 노년기 평형성운동 교육           |
|          | <input type="checkbox"/> 기타         | <input type="checkbox"/> 정신건강과 운동 교육            |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 수면과 운동 교육              |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 운동과 수분섭취 교육            |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 운동 시 부상 교육             |
| 영양       | <input type="checkbox"/> 영양 관리요령    | <input type="checkbox"/> 저영양                    |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 비만                     |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 변비                     |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 고혈압 관리                 |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 당뇨병 관리                 |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 고지혈증                   |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 신장병                    |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 허약예방                   |
|          | <input type="checkbox"/> 노인의 식생활 관리 | <input type="checkbox"/> 다양한 식품군 섭취의 중요성        |
|          |                                     | <input type="checkbox"/> 식품군, 식품군별 역할 교육        |

| 구분 | 목록                                   | 상답 내용                                           |
|----|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 영양소별 급원식품              |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 단백질 섭취의 중요성 교육         |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 단백질 섭취 부족/과다           |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 수분 섭취 부족(건조증, 탈수)      |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 노인의 탈수증 위험, 예방책        |
|    | <input type="checkbox"/> 식생활 위생 관리   | <input type="checkbox"/> 식중독 위험                 |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 사계절 식중독 예방             |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 손 위생관리                 |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 식재료 보관 방법              |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 내 밥상의 안전한 조리방법         |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 안전한 식탁 관리 방법           |
|    |                                      |                                                 |
| 정신 | <input type="checkbox"/> 우울증         | <input type="checkbox"/> 우울증 관리의 중요성            |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 우울증 바로 알기              |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 우울증 예방요령 교육            |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 우울증 관리요령 교육            |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 우울증 약 교육               |
|    | <input type="checkbox"/> 치매          | <input type="checkbox"/> 치매 관리의 중요성 교육          |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 치매 바로 알기               |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 치매 예방 수칙 교육            |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 치매 예방요령(인지훈련) 교육       |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 치매 예방요령(운동 및 영양) 교육    |
|    | <input type="checkbox"/> 알코올 사용장애    | <input type="checkbox"/> 알코올 사용장애 관리의 중요성 교육    |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 알코올 사용장애 바로 알기         |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 알코올 사용장애 관리요령 교육       |
|    | <input type="checkbox"/> 수면장애        | <input type="checkbox"/> 수면장애 관리의 중요성 교육        |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 수면장애 바로 알기             |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 수면장애 관리요령 교육           |
|    | <input type="checkbox"/> 스트레스 및 재난상황 | <input type="checkbox"/> 스트레스의 이해 및 관리요령        |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 재난상황 노인 정신건강 특징 및 대처요령 |
|    | <input type="checkbox"/> 사회적 허약 및 소통 | <input type="checkbox"/> 사회적 허약(고립) 교육          |
|    |                                      | <input type="checkbox"/> 소통을 통한 정서적 지지 교육       |



## [서식 10] AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 사후 만족도 조사지(대상자용)

## 〈AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 사후 만족도 조사〉

- 이번 건강관리 서비스에 대해서 전반적으로 얼마나 만족하셨나요?  
① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
- 이번 건강관리 서비스 내용이 이해하고 실천하기 쉬우셨습니까?  
① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
- 이번 건강관리 서비스에 흥미와 관심을 가질 수 있었습니까?  
① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
- 이번 건강관리 서비스가 귀하의 건강습관 개선 및 질환관리에 도움이 되셨나요?  
① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
- 이번 건강관리 서비스에 지속 참여하길 희망하십니까?  
① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
- 이번 건강관리 서비스를 받으시면서 특히 좋았던 점이나 아쉬운 점은 있을까요?

| 서비스 구분                        | 좋았던점 | 아쉬운점 |
|-------------------------------|------|------|
| 오늘건강 앱의 기능                    |      |      |
| 디바이스를 활용한 점                   |      |      |
| 보호자 정보연결                      |      |      |
| 담당 간호사의 서비스                   |      |      |
| 전문가(영양사 또는 운동전문가 등)의 건강관리 서비스 |      |      |
| 기타                            |      |      |

※ 서비스구분별로 질문을 하지 않고, 조사자가 대상자의 의견을 듣고, 서비스 구분을 분류하여 해당내용 간략히 작성

## 〈인센티브 수령 확인서〉

## 수령한 인센티브

수량:

보건소 귀하



## [서식 12] 디지털역량 측정도구

| 순번 | 문항                                             | 거의 할 수 없음 | 할 수 있으나 때때로 어려움 | 큰 어려움 없이 할 수 있음 |
|----|------------------------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| 1  | 나는 스마트폰을 켜고 끌 수 있다.                            | ①         | ①               | ②               |
| 2  | 나는 스마트폰의 화면에 문자를 입력할 수 있다(문자메시지 전송, 인터넷 검색 등). | ①         | ①               | ②               |
| 3  | 나는 스마트폰의 밝기, 글자 크기 등을 조절할 수 있다.                | ①         | ①               | ②               |
| 4  | 나는 스마트폰을 와이파이 네트워크에 연결할 수 있다.                  | ①         | ①               | ②               |
| 5  | 나는 스마트폰에서 필요한 앱(어플)을 검색하여 설치, 삭제할 수 있다.        | ①         | ①               | ②               |
| 6  | 나는 스마트폰의 블루투스 기능을 이용하여 다른 기기와 연결할 수 있다.        | ①         | ①               | ②               |
| 7  | 나는 스마트폰을 이용하여 사진을 촬영하고 다른 사람에게 전송할 수 있다.       | ①         | ①               | ②               |

➤ 디지털역량 측정도구 총점의 범위는 0점부터 14점입니다.

➤ 디지털역량 총점이 5점 미만인 경우, AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여를 위한 디지털 역량이 부족한 수준입니다.

➤ 단, 디지털역량 총점에도 불구하고, 아래의 사항들을 종합적으로 고려하여 대상자의 사업 등록 여부를 판단합니다.

- 대상자의 사업참여 선호도나 의지
- 오늘건강 앱 활용이 가능한 디지털 환경여부\*

\* 스마트폰 사양, 인터넷 환경, 화면형 스피커 지원가능 여부

- 가족이나 주변의 디지털기기 활용 지원 여부 등

PART

# 06

## 부 록

---

1. 2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여 지자체 현황
2. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 스크리닝 수행 매뉴얼
3. AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 활용 디바이스 상세사양
4. 건강생활실천지원금제 시범사업 개요
5. 나의건강기록앱(PHR) 개요



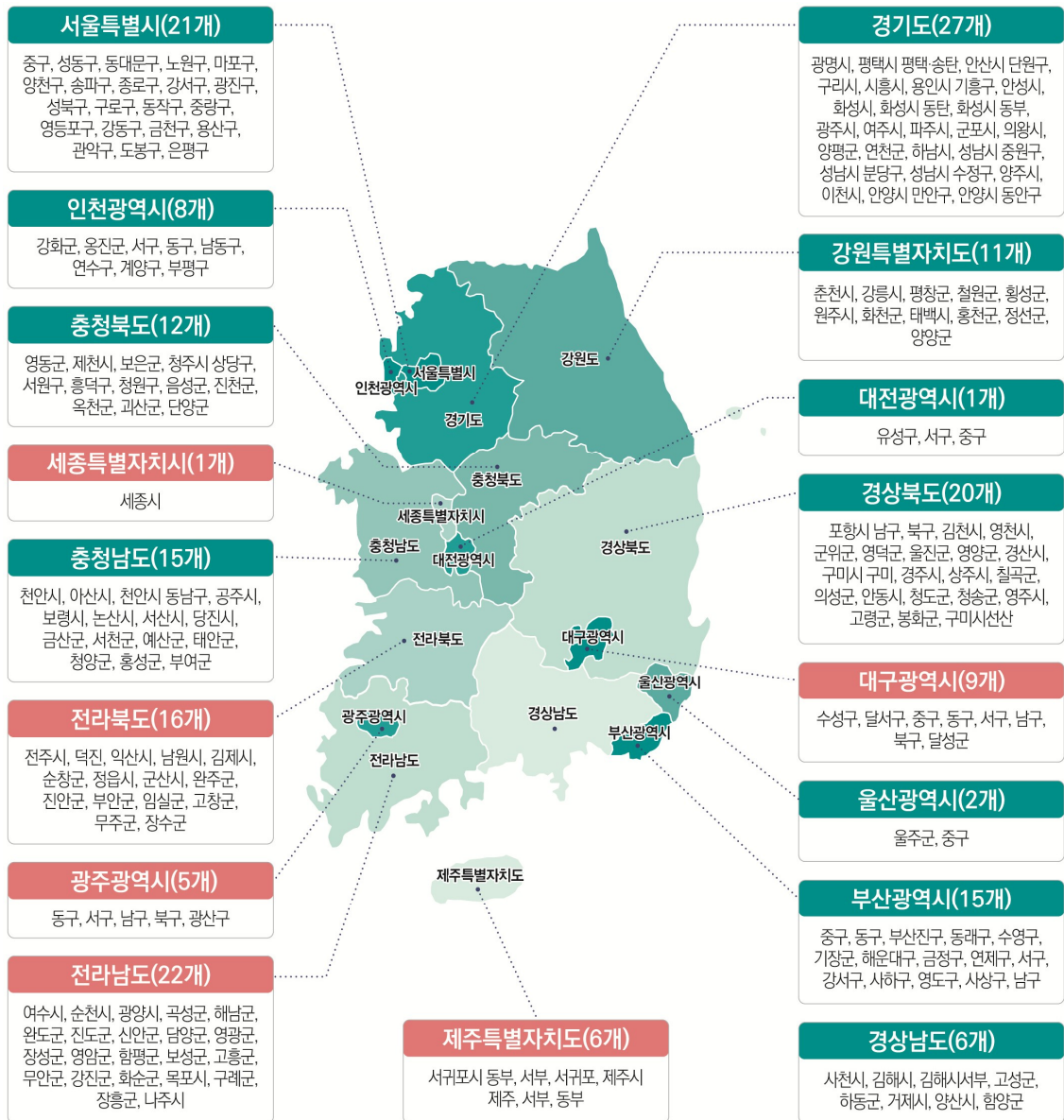
## 06

## 부 록

## 1

## 2025년 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여 지자체 현황

\* 전국 200개 지자체 참여



## 2 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 스크리닝 수행 매뉴얼

### ● 서식 7 AI·IoT 건강관리사업 건강측정정보측정 사항

|                       | 측정 가이드                                                                                                  | 판정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--------|-------|-------|-----------|-----------------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|----------------|-----|
| ① 신장                  | 1) 벽에 줄자를 고정<br>2) 시선을 정면을 보게 함<br>3) 턱을 가볍게 당김<br>4) 팔꿈치, 허리, 발 뒤꿈치를 벽에 바짝 붙임<br>5) 몸을 편안히 이완한 상태에서 측정 | 가능하면 같은 사람,<br>같은 시간에 측정하는 것이 좋음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| ② 체중                  | 체성분계를 사용하여 측정                                                                                           | 근감소증 추정<br>- 최근 1년간 체중감소 5% 이상 <sup>1</sup><br>- 최근 1년간 4.5kg 이상 감소 <sup>2,3</sup><br>- 지난 5년간 4.0kg 이상 감소 <sup>4</sup>                                                                                                                                                                                                                                      |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| ③ BMI                 | BMI(kg/m <sup>2</sup> ): 측정한 키와 체중값으로 환산                                                                | <table><tr><th>분류</th><th>BMI</th></tr><tr><td>저체중(3)</td><td>&lt;18.5</td></tr><tr><td>정상(0)</td><td>18.5~22.9</td></tr><tr><td>비만전단계(1):<br/>과체중/위험체중</td><td>23~24.9</td></tr><tr><td>1단계 비만(2)</td><td>25~29.9</td></tr><tr><td>2단계 비만(2)</td><td>30~34.9</td></tr><tr><td>3단계 비만:고도비만(3)</td><td>≥35</td></tr></table><br>근육량 저하: BMI 22미만 <sup>5</sup> | 분류 | BMI | 저체중(3) | <18.5 | 정상(0) | 18.5~22.9 | 비만전단계(1):<br>과체중/위험체중 | 23~24.9 | 1단계 비만(2) | 25~29.9 | 2단계 비만(2) | 30~34.9 | 3단계 비만:고도비만(3) | ≥35 |
| 분류                    | BMI                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| 저체중(3)                | <18.5                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| 정상(0)                 | 18.5~22.9                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| 비만전단계(1):<br>과체중/위험체중 | 23~24.9                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| 1단계 비만(2)             | 25~29.9                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| 2단계 비만(2)             | 30~34.9                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |
| 3단계 비만:고도비만(3)        | ≥35                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |        |       |       |           |                       |         |           |         |           |         |                |     |

1. Borges, et al(2011). definitions and markers of frailty, reviews in clinical gerontology,21,67-77

2. Borges, et al(2011). definitions and markers of frailty, reviews in clinical gerontology,21,67-77

3. Gill, et al.(2006). transition between frailty status among community living older persons,  
www.archinternmed.com,March 6,2006

4. Marijke, et al(1999). How to select a Frail elderly population?, J Clin Epi..52(11),1015-1021

5. Edgar, etc. (2016). Clinical-function vulnerability index-20(IVCF-20):  
rapid recognition of frail older adults

|       | 측정 가이드                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 판정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |             |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|----------|--|--|-------|-------|-------|---|-------|---------|-------------|-------------|-------|---------|-------------|-------------|-------|---------|-------------|-------------|-------|---------|-------------|-------------|--------|---------|-------------|-------------|---|-------|---------|-------------|-------------|-------|---------|-------------|-------------|-------|---------|-------------|-------------|-------|---------|-------------|-------------|--------|---------|-------------|-------------|
| ④ 악력  | <div><div><div>1) 손가락의 제 2관절이 직각이 되도록 잡고 버튼으로 폭을 조절한다.</div><div>2) 팔을 자연스럽게 내려뜨리고 악력계가 몸에 닿지 않도록 검사하고자 하는 팔을 15도 가량 외전한다.</div><div>3) 이때 팔을 움직이지 않도록 주의한다.</div><div>4) 악력계를 5~10초 동안 최대의 힘으로 수축시킨다.</div><div>5) 60초가량을 지속하면 정적근지구력이 되므로 제한 시간을 반드시 지킨다.</div><div>6) 양손을 교대로 2회씩 측정하며 총 4회에서 가장 최대치를 기록한다.</div></div><div>* 스메들리(smedley)식 악력계 사용 권장</div><div></div></div> | <table><tr><th rowspan="2">성별</th><th rowspan="2">연령대</th><th colspan="3">상대 악력(%)</th></tr><tr><th>정상(0)</th><th>위험(1)</th><th>이상(2)</th></tr><tr><td rowspan="5">남</td><td>65-69</td><td>55.3 이상</td><td>50.1 ~ 55.2</td><td>44.9 ~ 50.0</td></tr><tr><td>70-74</td><td>53.6 이상</td><td>48.3 ~ 53.5</td><td>43.1 ~ 48.2</td></tr><tr><td>75-79</td><td>50.6 이상</td><td>45.2 ~ 50.5</td><td>39.8 ~ 45.1</td></tr><tr><td>80-84</td><td>47.5 이상</td><td>42.0 ~ 47.4</td><td>36.5 ~ 41.9</td></tr><tr><td>85세 이상</td><td>45.4 이상</td><td>39.6 ~ 45.3</td><td>33.8 ~ 39.5</td></tr><tr><td rowspan="5">여</td><td>65-69</td><td>40.6 이상</td><td>36.4 ~ 40.5</td><td>32.2 ~ 36.3</td></tr><tr><td>70-74</td><td>38.4 이상</td><td>34.1 ~ 38.3</td><td>29.8 ~ 34.0</td></tr><tr><td>75-79</td><td>36.2 이상</td><td>31.8 ~ 36.1</td><td>27.4 ~ 31.7</td></tr><tr><td>80-84</td><td>34.4 이상</td><td>29.9 ~ 34.3</td><td>25.4 ~ 29.8</td></tr><tr><td>85세 이상</td><td>32.7 이상</td><td>27.9 ~ 32.6</td><td>23.1 ~ 27.8</td></tr></table> <div><div>상대악력 = 측정값(kg)/체중(kg) × 100</div><div>예시) 남자 70세 65kg의 어르신이 4회 악력을 측정 하였다.</div><div>측정된 값 중에서 최대값은 35kg이 나왔다.</div><div>(35kg/65kg) × 100 = 53.8</div><div>상대 악력은 53.8%로 측정되었다.</div><div>70세 남성 기준으로 대상자는 정상에 해당한다.</div></div> | 성별          | 연령대         | 상대 악력(%) |  |  | 정상(0) | 위험(1) | 이상(2) | 남 | 65-69 | 55.3 이상 | 50.1 ~ 55.2 | 44.9 ~ 50.0 | 70-74 | 53.6 이상 | 48.3 ~ 53.5 | 43.1 ~ 48.2 | 75-79 | 50.6 이상 | 45.2 ~ 50.5 | 39.8 ~ 45.1 | 80-84 | 47.5 이상 | 42.0 ~ 47.4 | 36.5 ~ 41.9 | 85세 이상 | 45.4 이상 | 39.6 ~ 45.3 | 33.8 ~ 39.5 | 여 | 65-69 | 40.6 이상 | 36.4 ~ 40.5 | 32.2 ~ 36.3 | 70-74 | 38.4 이상 | 34.1 ~ 38.3 | 29.8 ~ 34.0 | 75-79 | 36.2 이상 | 31.8 ~ 36.1 | 27.4 ~ 31.7 | 80-84 | 34.4 이상 | 29.9 ~ 34.3 | 25.4 ~ 29.8 | 85세 이상 | 32.7 이상 | 27.9 ~ 32.6 | 23.1 ~ 27.8 |
|       | 성별                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 연령대                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |             | 상대 악력(%) |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
| 정상(0) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 위험(1)       | 이상(2)       |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
| 남     | 65-69                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 55.3 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 50.1 ~ 55.2 | 44.9 ~ 50.0 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 70-74                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 53.6 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 48.3 ~ 53.5 | 43.1 ~ 48.2 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 75-79                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 50.6 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 45.2 ~ 50.5 | 39.8 ~ 45.1 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 80-84                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 47.5 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 42.0 ~ 47.4 | 36.5 ~ 41.9 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 85세 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 45.4 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 39.6 ~ 45.3 | 33.8 ~ 39.5 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
| 여     | 65-69                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 40.6 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 36.4 ~ 40.5 | 32.2 ~ 36.3 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 70-74                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 38.4 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 34.1 ~ 38.3 | 29.8 ~ 34.0 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 75-79                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 36.2 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 31.8 ~ 36.1 | 27.4 ~ 31.7 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 80-84                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 34.4 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 29.9 ~ 34.3 | 25.4 ~ 29.8 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
|       | 85세 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 32.7 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 27.9 ~ 32.6 | 23.1 ~ 27.8 |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |
| ⑤ 평형성 | <div><div><div>1) 눈을 감은 상태에서 한발로 균형 잡는 시간을 측정</div><div>2) 만약 이 검사에 잘 적응하지 못하거나 검사가 불가능한 경우에는 눈을 뜬 상태에서도 측정가능</div></div><div>* 주의: 수검자가 넘어질 경우를 대비해 검사 시행자가 옆에서 주의 깊게 지켜보아야 한다.</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>① 정상 : 평형성 검사 5초 이상</div><div>② 이상 : 평형성 검사 5초 미만</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |          |  |  |       |       |       |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |   |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |       |         |             |             |        |         |             |             |

### 3 AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 활용 디바이스 상세사양

#### ● AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 활용 가능 디바이스

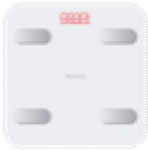
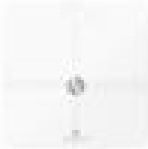
\* 정렬 순서는 가나다 순

##### » 손목활동량계(스마트밴드)

| 종류         | 사진                                                                                  | 회사/모델명             | 주요기능                         | 연동기능        | 배터리    | 연동<br>년도 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------|--------|----------|
| 손목<br>활동량계 |    | 라닉스<br>(2203)      | 활동시간<br>걸음수<br>심박모니터링<br>체온  | 활동시간<br>걸음수 | 최대 10일 | 2023     |
|            |    | 베스트앰비<br>(BSB206)  | 활동시간<br>걸음수<br>수면<br>스트레스지수  | 활동시간<br>걸음수 | 최대 10일 | 2024     |
|            |   | 세븐일렉<br>(HL5)      | 활동시간<br>걸음수<br>이동거리<br>소모칼로리 | 활동시간<br>걸음수 | 최대 10일 | 2021     |
|            |  | 세븐일렉<br>(HL7 Pro)  | 활동시간<br>걸음수<br>이동거리<br>소모칼로리 | 활동시간<br>걸음수 | 최대 10일 | 2022     |
|            |  | 세븐일렉<br>(HL7 Lite) | 활동시간<br>걸음수<br>이동거리<br>소모칼로리 | 활동시간<br>걸음수 | 최대 10일 | 2022     |
|            |  | 세븐일렉<br>(HL9 Lite) | 활동시간<br>걸음수<br>이동거리<br>소모칼로리 | 활동시간<br>걸음수 |        | 2023     |
|            |  | 파트론<br>(PWB-600)   | 활동시간<br>걸음수<br>이동거리<br>소모칼로리 | 활동시간<br>걸음수 | 최대 7일  | 2020     |
|            |  | 파트론<br>(PWB-650)   | 활동시간<br>걸음수<br>이동거리<br>소모칼로리 | 활동시간<br>걸음수 | 최대 7일  | 2022     |



## » 체성분계

| 종류   | 사진                                                                                  | 회사/모델명           | 주요기능                                              | 연동기능                     | 배터리 | 연동<br>년도 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|-----|----------|
| 체성분계 |    | 라닉스<br>(RSS01B)  | 체중<br>BMI<br>근육량<br>골추정량<br>내장지방<br>기초대사량<br>신체나이 | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2024     |
|      |    | 베스트엔비<br>(BS04)  | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률                          | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2022     |
|      |   | 세븐일렉<br>(CS20M)  | 체중<br>체지방<br>체질량지수<br>근육률<br>체수분<br>기초대사량<br>신체나이 | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2018     |
|      |  | 세븐일렉<br>(CS20E)  | 체중<br>체지방<br>체질량지수<br>근육률<br>체수분<br>기초대사량<br>신체나이 | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2018     |
|      |  | 세븐일렉<br>(CS20C1) | 체중<br>체지방<br>체질량지수<br>근육률<br>체수분<br>기초대사량<br>신체나이 | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2018     |

| 종류 | 사진 | 회사/모델명             | 주요기능                                                        | 연동기능                     | 배터리 | 연동<br>년도 |
|----|----|--------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|----------|
|    |    | 세븐일렉<br>(CS20C3)   | 체중<br>체지방<br>체질량지수<br>근육량<br>체수분<br>기초대사량                   | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2018     |
|    |    | 아프릴리스<br>(CS20E)   | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방<br>기초대사량<br>내장지방<br>신체나이            | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2021     |
|    |    | 아프릴리스<br>(G48E-B)  | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방<br>기초대사량<br>내장지방<br>신체나이            | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2022     |
|    |    | 청훈<br>(BTS-186B/W) | 체중<br>체질량지수<br>근육량<br>체지방<br>기초대사량<br>체수분<br>비만도<br>체지방외 무게 | 체중<br>BMI<br>근육량<br>체지방률 | -   | 2021     |



## » 혈압계 / 혈당계

| 종류  | 사진                                                                                  | 회사/모델명                              | 주요기능                        | 연동기능         | 배터리       | 연동<br>년도 |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------|-----------|----------|
| 혈압계 |    | 미듬<br>(미꼬케어)                        | 최고혈압<br>최저혈압<br>맥박<br>혈압등급  | 최고혈압<br>최저혈압 | -         | 2024     |
|     |    | 세븐일렉<br>(TMB-1491-BS)               | 최고혈압<br>최저혈압<br>맥박<br>불규칙맥박 | 최고혈압<br>최저혈압 | -         | 2016     |
|     |    | 아프릴리스<br>(TMB-1597-BT)              | 최고혈압<br>최저혈압<br>맥박<br>부정맥감지 | 최고혈압<br>최저혈압 | -         | 2020     |
|     |   | 오므론헬스케어<br>(HEM-7511T)              | 최고혈압<br>최저혈압<br>맥박<br>체동감지  | 최고혈압<br>최저혈압 | -         | 2020     |
|     |  | 오므론헬스케어<br>(HEM-7142T2)             | 최고혈압<br>최저혈압<br>맥박<br>체동감지  | 최고혈압<br>최저혈압 | -         | 2020     |
| 혈당계 |  | 아이센스<br>(CareSens N<br>Premier BLE) | 식전혈당<br>식후혈당                | 식전혈당<br>식후혈당 | 5,000회 측정 | 2016     |
|     |  | 아프릴리스<br>(GM01RAB)                  | 식전혈당<br>식후혈당                | 식전혈당<br>식후혈당 | 1,000회 측정 | 2018     |
|     |  | 오상자이엘<br>(글루네오<br>스마트)              | 식전혈당<br>식후혈당                | 식전혈당<br>식후혈당 | 1,000회 측정 | 2017     |
|     |  | 올메디쿠스<br>(ABM-513S)                 | 식전혈당<br>식후혈당                | 식전혈당<br>식후혈당 | 1,000회 측정 | 2021     |
|     |  | SD바이오센서<br>Mentor BT                | 식전혈당<br>식후혈당                | 식전혈당<br>식후혈당 | 300회 측정   | 2019     |

### » 일반형 AI스피커

| 종류           | 사진                                                                                  | 회사/모델명                  | 주요기능                                          | 신청<br>연도 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| 일반형<br>AI스피커 |    | 원더풀플랫폼<br>(다숨이)         | 말벗기능<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2020     |
|              |    | 행복커넥트<br>(NUGU)         | 말벗기능<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2020     |
|              |   | 효돌<br>(효돌인형)            | 감성케어<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2020     |
|              |  | KT<br>(GIGA-Genie LTE2) | 말벗기능<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2021     |

### ▶ 화면형 시스피커(오늘건강 앱 탑재 가능)

| 종류          | 사진                                                                                  | 회사/모델명           | 주요기능                                                     | 신청<br>연도 |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|----------|
| 화면형<br>시스피커 |    | 마크노바<br>(케어웰플러스) | 오늘건강 탑재<br>음성구동<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2022     |
|             |    | 마크노바<br>(미카)     | 오늘건강 탑재<br>음성구동<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2023     |
|             |  | 원더플랫폼<br>(다솜K)   | 오늘건강 탑재<br>말벗기능<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2022     |
|             |  | 행복커넥트<br>(누구네모2) | 오늘건강 탑재<br>말벗기능<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2022     |
|             |  | 효돌               | 오늘건강 탑재<br>감성케어<br>알림기능<br>정보제공<br>음악제공<br>치매예방<br>SOS기능 | 2023     |

## 4 건강생활실천지원금제 시범사업 개요

### » 소개

- 건강관리가 필요한 국민들에게 걷기 등 건강생활실천 등에 대한 금전적 인센티브를 제공하는 시범사업
- 일상 속 자기 건강관리 능력향상, 질병예방 및 불필요한 의료비 지출 감소에 기여를 목적으로 함

### » 기본 모형

- (시범사업 대상) 일반건강검진결과 건강위험군인 예방형과 고혈압·당뇨병 환자로서 일차의료 만성질환 관리사업에 등록된 환자군인 관리형으로 분류
- (포인트 적립, 사용) 걷기실천, 교육·상담, 혈압 자가측정 등 건강생활실천에 대한 포인트 적립 후 지정된 사용처(온라인 쇼핑몰/전국 의원)에서 사용 가능



## >> 법적 근거

- 「국민건강보험법」 제14조(업무 등) 및 같은 법 시행령 제9조의2

## >> 시범사업 기간

- 2021년 7월부터 2027년 6월까지

## >> 시범사업 추진방향

- 시범사업 참여자에 대한 건강생활 실천, 건강수준 변화 등을 모니터링하고, 보다 효과적인 사업모형을 모색·반영을 통하여, 안정적인 본사업 전환 도모
- 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)은 본 시범사업의 원활한 운영을 위하여 지역사회에서 운영하는 건강관리 프로그램 정보, 일차의료 만성질환관리 사업에 따른 케어플랜 수립자의 건강관리에 필요한 정보, 맞춤형 건강정보 등을 참여자에게 지속 제공
- 시범사업 참여자(이하 “참여자”라 한다)가 원활한 건강생활실천이 이루어질 수 있는 환경구축 및 제도 마련을 위하여 관련기관과의 적극적 연계·협력을 추진
- 중장기적으로 ‘노인건강마일리지 시범사업’ 등 인센티브를 제공하는 유사사업 연계추진
- 건강실천 서비스에 대한 국민참여의 사각지대를 해소하기 위하여, 보건소 모바일 헬스케어, AI·IoT 기반 어르신 건강관리 등 관련 사업과 연계 안내

| 구분          | 미성년자                                                                    | 20~64세                                                                                                  | 65세 이상                                                                                                        |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정상군         | -                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 모바일 헬스케어 사업(전국)</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AI·IoT 어르신 건강관리 (200개 지자체)</li> </ul>                                |
| 건강위험군       | -                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강생활실천지원금제 예방형 (15개 지자체)</li> <li>• 모바일 헬스케어 사업(전국)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AI·IoT 어르신 건강관리 (200개 지자체)</li> </ul>                                |
| 고혈압·당뇨병 질환군 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강생활실천지원금제 관리형 (전국)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강생활실천지원금제 관리형 (전국)</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AI·IoT 어르신 건강관리 (200개 지자체)</li> <li>• 건강생활실천지원금제 관리형 (전국)</li> </ul> |

## » 시범사업 수행 지자체

| 권역    | 예방형(15개)                       | 관리형               |
|-------|--------------------------------|-------------------|
| 서울    | 서울 노원구                         | 전국<br>(‘24.9.30~) |
| 경기인천  | 경기 부천시, 경기 안산시                 |                   |
| 충청권   | 대전 대덕구, 충북 충주시, 충남 청양군(부여군 포함) |                   |
| 전라권   | 광주 광산구, 전남 완도군, 전북 전주시(완주군 포함) |                   |
| 경상권   | 대구 남구·달성군, 부산 중구, 경남 김해시       |                   |
| 강원제주권 | 강원 원주시, 제주 제주시                 |                   |

## » 참여자 요건

- (공통 요건) 건강관리가 필요한 건강보험 가입자 또는 피부양자로 2개 유형으로 구분
- (예방형 요건) 일반건강검진 결과 건강위험군
  - ▶ 15개 시범지역 내 주민등록상 주소지를 가진 자로
  - ▶ 일반건강검진\* 수검자(20~64세) 중
  - ▶ BMI\*\*가 25kg/m<sup>2</sup> 이상이면서 혈압 또는 공복혈당이 주의범위 이상\*\*\*에 해당하는 사람

\* 일반건강검진은 「건강검진기본법」 제11조 및 제12조에 따른 국가건강검진 중 「국가건강보험법」 제52조에 따라 실시한 검진을 말함

\*\* BMI(Body Mass Index)는 체질량지수로, 체중을 신장의 제곱으로 나눈 값(체중(kg)/신장(m)<sup>2</sup>)

\*\*\* 수축기 혈압 120mmHg 이상 또는 이완기 혈압 80mmHg 이상 / 공복혈당 100mg/dL 이상
- (관리형 요건) 일차의료 만성질환관리사업에 등록된 환자군
  - ▶ 지역 제한 없이, 모든 연령의 고혈압 환자 / 당뇨병 환자 / 고혈압·당뇨병 복합질환자 중
  - ▶ 일차의료 만성질환관리사업에 참여 중인 의원(이하 “참여 의원”)에서
  - ▶ 지속적인 관리를 받기 위해 케어플랜\*을 수립하여 등록한 환자

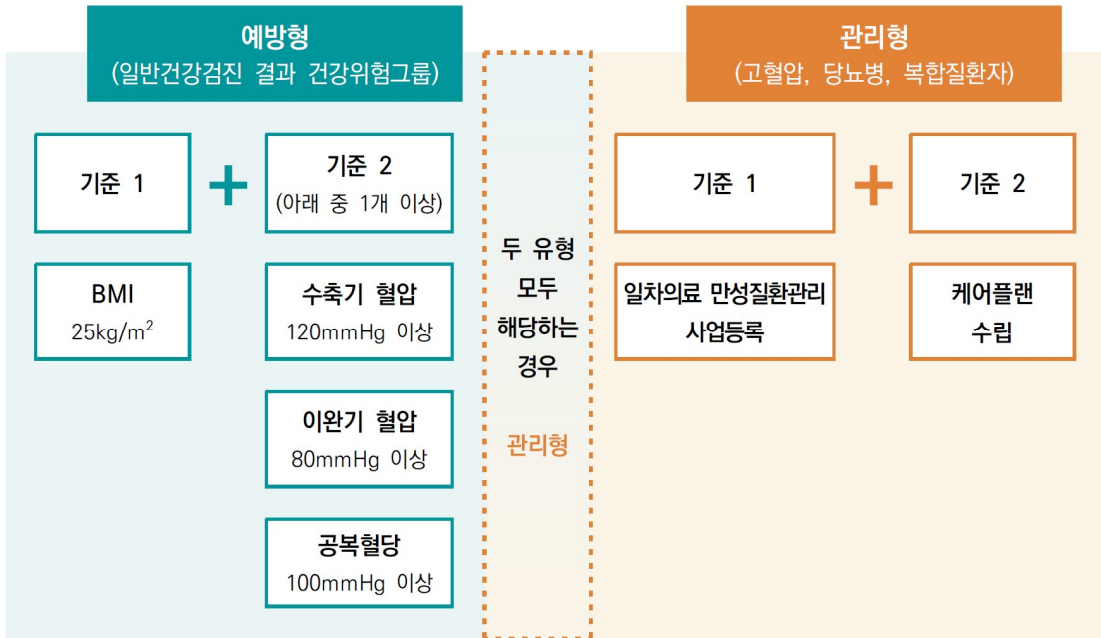
\* (케어플랜) 일차의료 만성질환관리 사업 등록환자의 포괄평가(문진, 신체검사, 임상검사)를 바탕으로 수립하는 1년간의 환자 맞춤형 종합 건강실천 계획을 말함

\*\* 포괄평가 항목에 키, 체중 포함 필요, / 케어플랜 수립 시 참여자의 목표 걸음수 설정 필요

\*\*\* 목표 걸음수는 의사가 참여자별 설정한 1일 목표 걸음수를 말하며, 입력되지 않은 경우 5,000보로 지정



- 예방형과 관리형에 모두 해당할 경우 관리형으로 구분



### ➤ 참여신청 가능기간

- **(예방형)** 일반건강검진을 받은 날부터 6개월 내에 신청가능
  - \* 6개월 내 2회 이상의 검진을 받은 경우 최근에 받은 검진일 기준으로 신청
- **(관리형)** 케어플랜이 수립된 날부터 12개월 내에 신청가능
- **(대상자 사업참여 안내방법)** 공단은 대상자에게 개별 안내(알림톡, 문자 발송 등) 가능
  - \* 일반건강검진 결과 및 일차의료 만성질환관리사업 자료 활용하여 안내

### ➤ 참여 기간

- 예방형은 참여 시작일로부터 2년, 관리형은 참여 시작일로부터 1년
  - ▶ 참여 시작일은 대상자가 참여 신청한 당일부터 해당
  - ▶ 팩스 신청 시에는 공단이 전산에 사업참여 대상으로 입력한 날에 해당
  - \* 공단은 팩스 신청일부터 3일 이내(토요일과 공휴일 제외) 접수·전산 입력 필요

## » 참여신청 방법

- (온라인) 공단 모바일 앱('The건강보험'), 공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)
  - ▶ (모바일 앱) 건강생활실천지원금제 시범사업 '바로가기' 아이콘 -전용 페이지-참여 신청
  - ▶ (홈페이지) 건강IN > 건강프로그램 > 건강생활실천지원금제 > 참여 신청
- (오프라인) 공단 지사 방문, 팩스 신청, 의원을 통한 신청
  - ▶ (공단 지사) 문의 1577-1000
  - ▶ (팩스 신청) 65세 이상이거나, 본인 명의의 휴대전화가 없거나, 앱 사용 등이 원활하지 못한 경우(인증서가 없는 경우 등) 대상자가 희망하는 경우 이용
  - ▶ (의원을 통한 신청) 관리형 대상자에 한하며, 본인이 환자로 등록된 참여 의원(요양기관정보 마당)을 통해 참여 신청(참여 신청에 대한 권한을 참여 의원에 위임 필요)

## » 포인트 적립·사용

- (예방형의 포인트 적립) 2년간 최대 12만 포인트(연간 최대 6만 포인트) 적립가능

| 구분               | 항목                         | 적립 기준                              |        |          | 적립 한도<br>(연간 적립 한도)  |
|------------------|----------------------------|------------------------------------|--------|----------|----------------------|
| 1) 참여 포인트        | 참여 신청                      | 참여 신청 시                            |        | 일시 적립    | 5,000                |
| 2) 실천 포인트        | 걸음 수                       | 5,000보 이상 ~ 6,000보 미만              |        | 일당 50    | 70,000<br>(연 35,000) |
|                  |                            | 6,000보 이상 ~ 7,000보 미만              |        | 일당 60    |                      |
|                  |                            | 7,000보 이상 ~ 8,000보 미만              |        | 일당 70    |                      |
|                  |                            | 8,000보 이상 ~ 9,000보 미만              |        | 일당 80    |                      |
|                  |                            | 9,000보 이상 ~ 10,000보 미만             |        | 일당 90    |                      |
|                  |                            | 10,000보 이상                         |        | 일당 100   |                      |
|                  | 건강관리 프로그램                  | 주 1회만 인정                           | 대면     | 회당 1,000 | 30,000<br>(연 15,000) |
| 비대면              |                            |                                    | 회당 500 |          |                      |
| 3) 건강위험요인 개선 포인트 | ① BMI 또는 체중<br>② 혈압 ③ 공복혈당 | ①, ②, ③ 중 어느 한 항목*이<br>1단계** 이상 개선 |        | 일시 적립    | 15,000               |
| 총 적립 포인트         | 120,000(2년)                |                                    |        |          |                      |
| 포인트 사용           | 10,000점 이상 적립 시(출석 포인트 포함) |                                    |        |          |                      |

\* ①, ②, ③ 중 참여 당시 주의 또는 위험범위에 해당한 항목

\*\* 개선 포인트 적립 기준의 '단계'는 [표 5] '건강위험요인의 개선단계'에 따름



- (관리형의 포인트 적립) 연간 최대 8만 포인트 적립가능

| 구분           | 항목                         | 적립 기준             |          | 적립 한도  |
|--------------|----------------------------|-------------------|----------|--------|
| 1) 참여 포인트    | 참여 신청                      | 참여 신청 시           | 일시 적립    | 5,000  |
| 2) 실천 포인트    | 케어 플랜                      | 수립 시              | 일시 적립    | 5,000  |
|              | 걸음 수                       | 케어플랜의 목표 걸음 수 이상  | 일당 100   | 20,000 |
|              | 자가측정<br>(혈압 또는 혈당)         | 주 1~2회(1일 1회만 인정) | 회당 250   | 20,000 |
|              | 교육·상담                      | 연간 1~5회           | 회당 4,000 | 20,000 |
| 3) 점검 평가 포인트 | 점검 및 평가                    | 연간 1~2회           | 일시 적립    | 10,000 |
| 총 적립 포인트     | 80,000(1년)                 |                   |          |        |
| 포인트 사용       | 10,000점 이상 적립 시(출석 포인트 포함) |                   |          |        |

- ▶ 4) (출석 포인트) 앱에 접속한 경우 추가 적립. 적립 한도액과 별도로 공단 앱의 시범사업 전용 페이지에 접속하여 출석체크를 할 경우 1일당 10점 포인트 적립

- 포인트 사용 방법

- ▶ (지정 온라인 쇼핑몰) 회원 가입 후 사용가능. 포인트가 부족할 경우 다른 결제수단과 함께 결제가능
- ▶ (전국의원 진료비 결제) 건강실천카드 신청·발행 필요. 포인트가 부족할 경우 다른 결제수단과 함께 결제 가능. 다른 결제 수단을 지정하지 않을 경우 건강실천카드 결제 계좌에 출금
- ▶ (건강실천카드 신청방법) 한국조폐공사 모바일 앱 '착(chak)'에 회원가입 후 비대면 발급 신청. '착(chak)'에 회원 가입 후 MG새마을금고 지점에 방문해 대면 발급 신청

※ 상세한 내용은 2025년 건강생활실천지원금제 시범사업 안내서 참고

## 5 나의건강기록앱(PHR) 개요

» [근거] 의료법 제21조의 제5항(기록열람등), 시행령 제10조의 3조(본인진료기록 열람지원 시스템의 구축·운영 등)

\* 의료법 내 본인진료기록열람지원시스템은 '건강정보 고속도로'를 의미

» [나의건강기록앱] 국민 개인의 생애별·맞춤형 건강관리를 위해 다양한 의료정보를 개인 동의하게 조회, 저장, 전송할 수 있도록 제공하는 대국민 활용 앱

### 〈 나의건강기록앱 의료정보 〉



※ 제공처 :  
보건복지부, 한국보건의료정보원

| 공공기관*                                                        | 의료기관**                                            |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 투약이력<br>검진정보<br>예방접종이력<br>진료이력                               | 연계된 의료기관에서 제공하는<br>12종 표준연계항목<br>(진단, 수술, 처치내역 등) |
| 편의기능                                                         | 건강관리                                              |
| 개인 진료기록 의료진 공유<br>가족건강관리<br>복약도우미<br>24시간약국<br>야간진료병원 응급실서비스 | 삼성헬스, 애플건강에서 측정된<br>건강데이터연동                       |

\* 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 질병청

\*\* 연계된 의료기관의 표준화 데이터(FHIR)로 ('24년) 누적 1004개소(상증 26개, 중증 24개, 병의원 953) 연계 ⇒ ('25년 下) 상증 47개소 전체 연계



### - 주요 편의기능

- ▶ **(복약관리)** 처방받은 여러 가지 약물은 투약이력을 통해 확인하고, 복약 알림 기능으로 언제 약을 먹을지 확인 가능
  - \* 의약품 상세보기를 통해 기본정보, 주의사항, 복약정보 확인
  - \* 최근 투약정보를 활용하여 복약 일정 등록, 알림(시간)설정을 통해 복용관리
- ▶ **(영유아 건강정보 관리)** 만14세 미만 자녀의 진료, 투약, 건강검진, 예방 접종 이력 확인으로 자녀 출산에서부터 건강정보 관리 가능
  - \* 주민등록상 거주지가 동일한 14세 미만의 자녀의 경우 부모 스마트폰 '나의건강기록' 앱 내 가족등록 및 기록열람 가능
- ▶ **(진료시 의료진 활용)** 본인의 의료데이터 조회, 저장, 공유기능으로 쏘 의료기관에서 뷰어 형태로 의료정보 확인
  - \* 본인동의 확인으로 건강정보 이력을 진료받을 의료기관에 공유, 과거 약물복용과 진단 처치 이력 공유로 방문병원 진료 시 질병 이력 상담, 중복 약물 처방 방지 등에 용이

### » [앱 설치방법] 스마트폰 앱 마켓\*에서 '나의건강기록' 앱을 검색하여 설치

- '나의건강기록' 설치 시 필수사항
  - ▶ 최초 로그인 시 약관동의 후 본인인증 1회 진행
  - ▶ 로그인 시 간편인증(카카오,네이버), 금융인증, 생체인증\* 중 1개의 인증 진행
    - \* 생체인증 등록으로 매회 로그인 시 편리

### » [나의건강기록 앱 설치안내]

- 건강정보 고속도로 포털(<https://www.myhealthway.go.kr/portal/>)
  - 자료실 → 홍보자료, 나의건강기록 앱 안내서\* 참조

- \* ① 어르신을 위한 나의건강기록 안내서
- ② 14세 미만 자녀를 둔 부모님을 위한 안내서
- ③ 의료진을 위한 활용(EMR 화면) 안내서
- ④ 시각장애인(경증)을 위한 안내서

건강정보고속도로

건강정보 고속도로

개인사용자

기관사용자

지원

로그인

회원가입

☰

## 믿을 수 있는 대국민 공공의료 데이터서비스

건강정보 고속도로는 의료기관, 공공기관 등 여러 곳에 흩어져 있는 나의 의료데이터를 손쉽게 조회, 저장하고 원하는 곳에 전달, 활용할 수 있습니다.

**건강정보 고속도로 소개**  
건강정보 고속도로 확인

**활용서비스 이력 조회**  
나의 건강기록 이력 확인

**나의 건강기록 앱 다운로드**  
휴대폰으로 언제 어디서나

**자료실**  
자료를 다운로드세요.



## 고마운 나의 건강 파트너



### 나의건강기록앱 다운로드

진료이력, 투약이력, 건강검진, 예방접종과 같은 의료기록을 한눈에 조회하고 다운로드하여 개인이 활용할 수 있도록 제공하는 대국민 서비스입니다.



나의건강기록 앱 내려받기 QR코드

### - '나의건강기록앱' 설치 안내 영상

▶ 설치영상[QR코드] 참고하여 나의건강기록앱 활용!!!

나의건강기록앱  
기본 안내 영상

만14세 미만 자녀를 둔  
부모를 위한 안내 영상

시니어를 위한  
안내 영상



- '나의건강기록앱' 문의: 한국보건의료정보원 1666-7598(내선번호 ②)



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

방문건강관리 (A-Net 기반 어르신 건강관리사업)



# III

## 2025년 방문건강관리 (AI·IoT기반 어르신 건강관리)사업 안내





2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리** (A-Net 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 01

## 사업개요

---

1. 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 개요
2. 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 사업정의



## 01

## 사업개요

## 1

## 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 개요

## ● 통합검토 배경

## 1. 보건소의 건강관리 전문성 강화

▶ 보건소는 지역사회 내 다양한 건강관련 문제의 예방 및 관리를 지원하기 위한 전문기관으로의 역할 강화

- 허약예방, 만성질환 자가건강관리 능력 향상 등 건강관리 중심 서비스 제공
- 간호사 중심 인력 구성에서 탈피하여 대상자 중심 다학제적 팀 운영을 확대하며, 서비스의 내실화를 위한 콘텐츠는 지속적으로 현행화하여 관리
- 콘텐츠의 실효성 등은 즉각 검증하여 지속 수정·개편하여 타 보건소 공유·확산 등 상호 공유가능한 협업 거버넌스 구축체계 강화

## 2. 정보통신기술 적용을 통한 업무 효율화 실현

▶ 단순·반복적 업무는 정보통신기술(ICT)를 활용하여, 불필요한 방문 횟수를 획기적으로 감축

- ICT 기반의 건강측정기기를 통해 수요자 스스로 건강수준을 측정하고, 보건소에서는 건강정보를 원격 모니터링하여 상시 문제상황 파악가능 체계 마련
- 필요한 경우 스마트폰 또는 전화 등을 통해 상호간 교류하여, 비대면 형태의 정보제공 및 상담 등 수행

※ AI·IoT기반 어르신 건강관리 서비스 활용

- 간소화된 개정 서식을 반영한 모바일 시스템 기반 현장업무 수행을 통해 전자서식(Paperless) 환경 마련 및 행정 소요시간 단축 도모

▶ 지역보건의료정보시스템(PHIS) 모바일 업무현장 체계 마련으로 방문건강관리서비스 수행 전반의 체질 개선 및 업무 효율화 제고

## 2 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 통합 사업정의

» 건강관리서비스 이용 및 접근이 어려워면서, 건강관리가 필요한 지역주민을 대상으로 직접 가정 등을 방문하거나 AI·IoT 기술을 활용한 디지털 방문을 제공하는 건강관리서비스로써, 지역주민의 자가건강관리 능력향상 및 허약예방 등을 통한 건강수준 향상에 그 목적을 두고 있음

- (서비스 및 콘텐츠) 건강수준의 향상을 위해 잘못된 건강습관을 바로잡고, 건강증진 및 만성질환 예방에 도움을 주는 건강행태의 개선
- (인력) 포괄적 건강관리는 의료\* 또는 비의료적 건강관리서비스를 제공할 수 있는 간호사 등 보건·의료인이 제공하며, 대상자 중심 서비스 제공을 위한 영양사, 운동처방사 등 및 전문인력 지원 위한 행정 업무자 배치 가능

\* 보건소의 경우, 지역보건법 제31조에 따른 의료기관 의제 규정 감안

\* (2025년~) 일부 지자체 시행, (2027~) 전국 지자체 시행



2025년 지역사회  
**통합건강증진사업 안내**

**방문건강관리** (A-Net 기반 어르신 건강관리사업)

PART

# 02

## 사업내용

---

1. 사업대상
2. 서비스 제공과정
3. 디지털 역량평가 결과 입력



## 02

## 사업내용

### 1 사업대상

#### ● 건강관리서비스 이용 및 접근이 어려우면서, 건강관리가 필요한 지역사회 주민

##### » 건강관리 서비스가 필요한 대상

- 노인 중 허약(노쇠) 예방 및 관리가 필요한 자
- 흡연, 잦은 음주, 불규칙적인 식생활, 신체활동 부족 등 건강행태개선이 필요한 자
- 고혈압, 당뇨, 비만 등 만성질환 위험군 또는 질환군

##### » 우선순위 고려 대상

- (연령 기준) 65세 이상 노인
- (건강 특성) 허약·만성질환 관리 및 건강관리 행태 개선이 필요한 자 우선 등록, 장애인, 재가암환자 등
- (경제적 기준) 기초생활보장수급자, 차상위 계층 등
- (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 북한이탈주민, 중·장년 고독사 위험군 등

##### » 제외기준

- 노인 장기요양등급 판정 등급자 관련
  - ▶ 이미 질병 및 기능상태가 악화된 노인 장기요양등급 판정 등급자(1~5등급)는 제외 (단, 인지 지원 등급자는 포함)
  - ▶ 다만, 의료·돌봄 통합지원 시범사업 지역에 한해 이용일시를 달리하는 경우 노인 장기요양 등급자에 대해 서비스 제공이 가능함
    - \* 서비스 제공 시 장기요양제도의 방문간호서비스와 동 시간대에 제공되지 않도록 조치하여야 함
    - \* 인지지원 등급자를 포함한 노인 장기요양등급자의 방문건강관리 실적은 지자체 합동평가지표 등 사업수행 실적에 포함됨

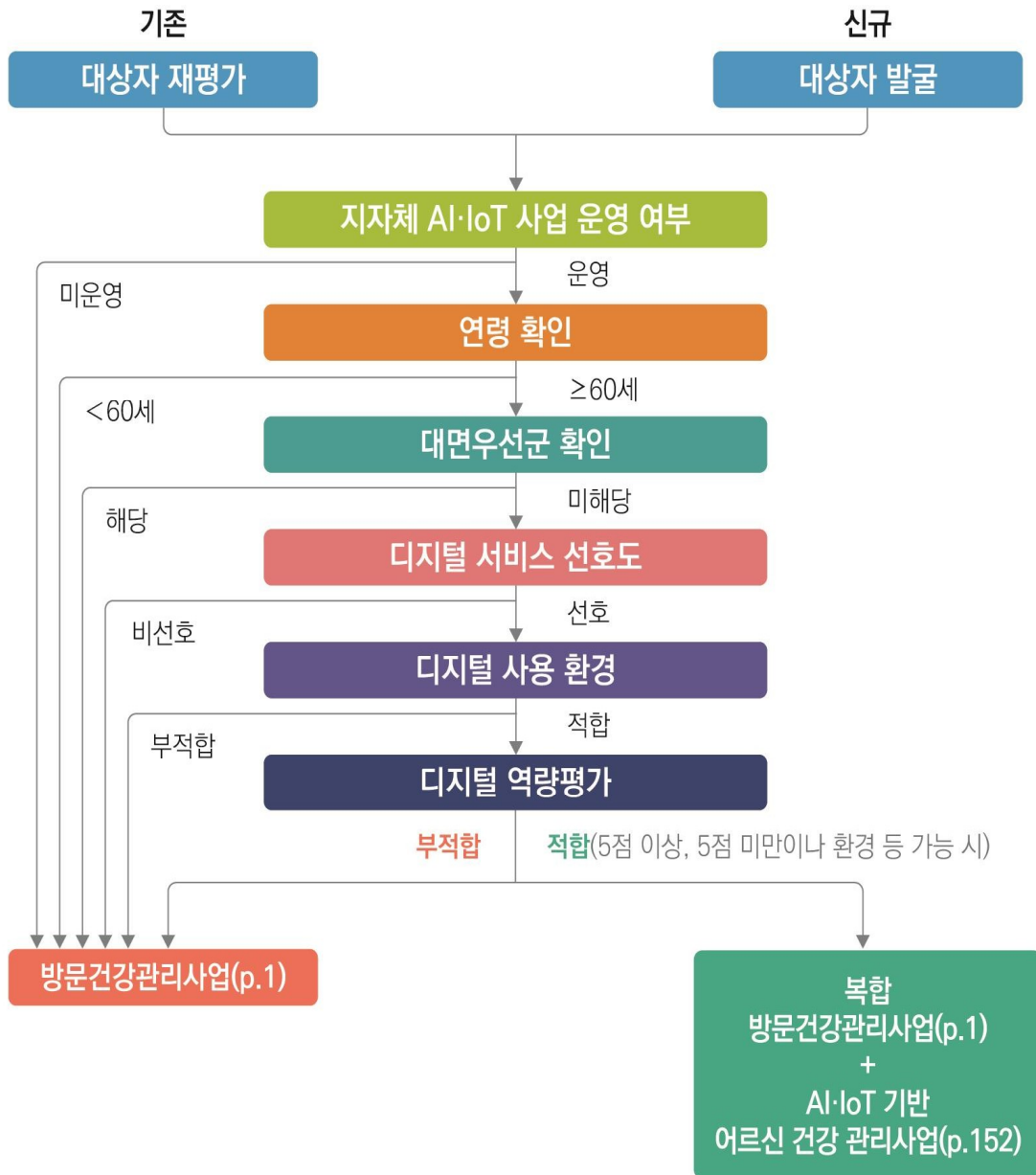
- 아래에 해당하는 경우 AI·IoT 이용 서비스 참여 불가
  - ▶ 60세 미만
  - ▶ 보건소 모바일 헬스케어 대상자
  - ▶ 국민건강보험공단 만성질환관리 자가측정기기 지원 대상자



## 2

## 서비스 제공과정

## 〈방문건강 및 AI·IoT 통합서비스 제공 모식도〉



## ● 서비스 제공과정

### 사전 준비

- **간호사 및 전문인력(운동전문가, 영양사, 물리/작업치료사 등) 팀 구성**
  - 팀 협의를 통하여, 담당자별 사업 대상자 규모 및 업무분장 실시
- **사업 시작 전 준비물품 마련필요**

| 구분     | 상세내용                                                                                                             | 비고                                                     |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 전문 인력용 | 현장 행정 업무용 태블릿 PC(M-PHIS)<br>※ 이하, 태블릿 PC로 명시                                                                     | 관리자 계정 및 태블릿 PC 관리 담당자는 해당 기관 내 전산 담당자로 지정             |
|        | 신장 측정용 줄자 또는 신장계, 약력계, 혈압계, 혈당계 및 소모품, 초시계 및 줄자(3m 이상), 허약측정 시 필요한 물품 등                                          | -                                                      |
|        | 마스크, 체온계, 위생장갑, 손소독제 등                                                                                           | 담당자 및 대상자용 위생안전 물품                                     |
| 대상자용   | 건강정보 자료(대면, 복합), 디바이스* 및 디바이스 설명자료(방문·AI·IoT 복합 참여자) 등<br>* 블루투스 손목활동량계·체성분계·혈압계·혈당계 및 소모품, 일반형 AIS피커, 화면형 AIS피커 | 별도의 디바이스 관리 담당자 지정필요<br>(담당 간호사별 지정 또는 별도의 행정인력 지정 가능) |

방문건강관리사업  
대상자 관리  
준비물품

### 대상자 POOL 확보

- **(기존 방문/AI·IoT 사업 대상자) 재평가 실시**
  - (방문건강관리사업) 대상자 방문 시기 디지털영량평가 등 실시(집중관리군 대상자는 진행 중인 8회차 서비스 완료 후 재평가 시기에 실시)
  - (AI·IoT기반 어르신 건강관리사업) 서비스 완료일로부터 1년 후 재평가(완료처리 후 1년동안 방문건강관리사업 대상자로 등록하여 관리)
- **(신규) 보건소 내·외 자원 연계를 통한 대상자 POOL 확보**
  - **(내)** 진료, 금연클리닉 등 건강증진사업, 의료비지원사업, 철분제·엽산제 지원 등 보건소 사업 대상 및 건강검진 결과연계 대상
  - **(외)** 지자체 사회복지서비스 관련 부서 및 읍면동 주민센터 등에서 의뢰받은 대상, 방문 현장 등에서 신규 확인된 대상 등
    - ※ 찾아가는 보건복지서비스 수행을 위하여 읍면동에 간호직 공무원이 배치된 지역에서는 읍면동 간호직 공무원이 신규 대상자 등록 및 사전 건강상태 스크리닝 수행, 지속적·정기적 건강관리 서비스가 필요하다고 판단되는 경우 보건소로 대상 이관
  - 세부내용은 본 안내서 39쪽 및 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼 참조
- **(기존/신규) 전화확인을 통해 대상자와 대면(방문/내소) 일정 확정**



### 사전 건강상태 및 디지털 친화도 스크리닝

- **대상자 등록**
  - 방문·AI·IoT 통합 건강관리 대상자로의 등록·관리에 동의한 경우
- **사전 건강상태 스크리닝**
  - 건강면접조사표 및 허약조사표 등을 통해 문제목록\* 선정
    - \* 고혈압, 당뇨, 기동성제한, 영양불균형, 인지기능 저하, 우울, 요실금 등
- **연령 확인**
  - (60세 이상) 방문·AI·IoT 복합 서비스 제공 가능
  - (59세 이하) 방문 서비스만 제공 가능(디지털건강관리 필요 시 채움건강 연계)
- **대면 우선군 확인**
  - (대면우선군) 허약조사표 7, 16, 27번 1점 이상, 총점 10점 이상인 경우 대면 우선군으로 방문 서비스만 제공 가능(사회적 고립, 감각장애 및 심한 기동성 저하 등 해당)
- **디지털 서비스 선호도 및 사용 환경(스마트폰 사양, 인터넷 등) 확인**
  - (적합) 방문·AI·IoT 복합 서비스 제공 가능
  - (부적합) 방문 서비스만 제공 가능
- **디지털 친화도 스크리닝 및 역량평가 결과 입력(PHIS)**
  - (5점 이상) 방문·AI·IoT 복합 서비스 제공 가능
  - (5점 미만) 대상자의 사업참여 선호도나 의지, 오늘건강 앱 활용이 가능한 디지털 환경여부(스마트폰 사양, 인터넷 환경, 화면형 스피커 지원가능 여부), 가족이나 주변의 디지털기기 활용 지원 여부 등을 종합적으로 판단하여 참여 가능

### 건강관리 서비스 운영

- **건강상태 및 디지털 친화도 스크리닝 결과에 따라 방문건강관리사업(p.1) 또는 방문건강관리(p.1) 및 AI·IoT 어르신 건강관리사업(p.152) 복합 제공**
  - 서비스 시 건강문제 해결을 위한 업무 프로토콜 기반 건강관리 제공
    - ※ 복합군으로 양 사업 동시 참여 시 중복등록 및 각 사업별 실적 반영
    - ※ 디지털 적합군에 해당되나 AI·IoT 어르신 건강관리사업 참여 대기가 필요할 시 참여 가능 기간까지 방문건강관리사업으로 등록하여 관리
- **대상자의 문제관리 실천 정도 확인, 성공요인 및 장애요인 파악, 동기부여 및 재교육**
- **보건소 내·외 자원연계를 통한 대상자 중심의 서비스 지원**
  - ※ 사업 전문인력의 상황판단과 팀 구성에 따라 건강관리서비스 조정 가능

### 지속 및 퇴록 결정

- **대상군별 건강 상태 재평가 실시**
- **대상자 재평가 결과에 따라 서비스 군 지속 또는 재배치, 퇴록 등 결정**
  - (방문 서비스 이용자) 디지털역량 재평가 실시 및 복합 서비스로 전환 가능
  - (복합 서비스 이용자) 사후 건강 스크리닝 후 서비스 완료 처리(방문 서비스 지속 제공 가능하며, 복합 서비스는 1년 후 재참여 가능)

## 〈방문건강 및 AI·IoT 통합서비스 제공 모식도〉

### ● 디지털서비스를 선호하는 스마트폰 사용 어르신



▶ (지자체 특성) AI·IoT사업 운영

▶ (대상자 특성) 신규 등록자 / 74세 /  
허약조사표 결과 7·16·27번 0점 및 총점  
7점 / 디지털서비스 선호 / 스마트폰  
사용자 / 디지털 역량평가 결과 7점

▶ (판정결과) 복합 서비스 제공 가능

### ● 디지털서비스를 선호하고 의지가 높으나 역량이 낮은 어르신



▶ (지자체 특성) AI·IoT사업 운영

▶ (대상자 특성) 신규 등록자 / 65세 /  
허약조사표 결과 7·16·27번 0점 및 총점  
6점 / 디지털서비스 선호 / 스마트폰  
사용자 / 디지털 역량평가 결과 4점 /  
대상자의 디지털 서비스 의지가 높음

▶ (판정결과) 복합 서비스 제공 가능

### ● 디지털서비스를 선호하나 스마트폰 미사용 어르신



- ▶ (지자체 특성) AI·IoT사업 운영, 화면형 시스피커 배부 가능
- ▶ (대상자 특성) 기 방문사업 등록자 / 67세 / 허약조사표 결과 7·16·27번 0점 및 총점 8점 / 디지털서비스 선호 / 스마트폰 미소지자 / 디지털 역량평가 결과 9점
- ▶ (판정결과) 화면형 시스피커 활용하여 복합 서비스 제공 가능

### ● 허약조사표 결과 대면우선군 해당 어르신



- ▶ (지자체 특성) AI·IoT사업 운영
- ▶ (대상자 특성) 신규 등록자 / 75세 / 허약조사표 결과 7번 1점, 16·27번 0점 및 총점 9점
- ▶ (판정결과) 방문건강관리사업 등록

## 디지털역량 측정도구

| 순번 | 문항                                                 | 거의 할 수 없음 | 할 수 있으나 때때로 어려움 | 큰 어려움 없이 할 수 있음 |
|----|----------------------------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| 1  | 나는 스마트폰을 켜고 끌 수 있다.                                | ①         | ①               | ②               |
| 2  | 나는 스마트폰의 화면에 문자를 입력할 수 있다<br>(문자메시지 전송, 인터넷 검색 등). | ①         | ①               | ②               |
| 3  | 나는 스마트폰의 밝기, 글자 크기 등을 조절할 수 있다.                    | ①         | ①               | ②               |
| 4  | 나는 스마트폰을 와이파이 네트워크에 연결할 수 있다.                      | ①         | ①               | ②               |
| 5  | 나는 스마트폰에서 필요한 앱(어플)을 검색하여 설치, 삭제할 수 있다.            | ①         | ①               | ②               |
| 6  | 나는 스마트폰의 블루투스 기능을 이용하여 다른 기기와 연결할 수 있다.            | ①         | ①               | ②               |
| 7  | 나는 스마트폰을 이용하여 사진을 촬영하고 다른 사람에게 전송할 수 있다.           | ①         | ①               | ②               |

- ▶ 디지털역량 측정도구 총점의 범위는 0점부터 14점입니다.
- ▶ 디지털역량 총점이 5점 미만인 경우, AI·IoT기반 어르신 건강관리사업 참여를 위한 디지털 역량이 부족한 수준입니다.
- ▶ 단, 디지털역량 총점에도 불구하고, 아래의 사항들을 종합적으로 고려하여 대상자의 사업 등록 여부를 판단합니다.
  - 대상자의 사업참여 선호도나 의지



### 3

## 디지털 역량평가 결과 입력

### ● 지역보건의료정보시스템(PHIS) 결과 입력사항

#### » 디지털 역량평가 결과 확인 및 관리를 위한 측정값 입력

- (위치) 방문건강관리 → 서비스기록지 → 방문 서비스 기록지 → 디지털역량 평가
- (내용) 평가 결과 점수 입력(5점 미만자 등록 시 사유\* 체크)

\* ① 대상자 사업 참여 선호도나 의지 ② 오늘건강 앱 활용이 가능한 디지털환경 ③ 가족이나 주변의 디지털기기 활용지원 여부 ④ 기타(상세 입력)

※ 추후 시스템 내 기능 탑재 완료 후 안내 예정

## 방문건강관리(AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업)

2025년

### 지역사회 통합건강증진사업 안내

|      |                                                                                                            |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 발간종류 | 업무편람                                                                                                       |
| 관리번호 | 정책-03-2024-022-10                                                                                          |
| 등록월  | 2024년 12월                                                                                                  |
| 발행월  | 2024년 12월                                                                                                  |
| 발행처  | 보건복지부, 한국건강증진개발원                                                                                           |
| 집필진  | 혁신사업센터 이윤수 전문위원, 디지털헬스케어팀 김동진 책임전문원,<br>김지연·윤민희 주임전문원, 이재원·정혜윤·홍승연 위촉전문원                                   |
| 주소   | (30113) 세종특별자치시 도움4로 13 보건복지부<br>(04933) 서울특별시 광진구 능동로 400, 한국건강증진개발원(8~10F)                               |
| 전화번호 | 044-202-2835(보건복지부)<br>02-3781-3500(한국건강증진개발원)                                                             |
| 홈페이지 | <a href="http://www.mohw.go.kr">www.mohw.go.kr</a><br><a href="http://www.khepi.or.kr">www.khepi.or.kr</a> |
| 인쇄처  | 케이엠커뮤니케이션(주)                                                                                               |