

제2권 제1호 통권 제3호 1997년 1월

지역보건의료

Journal of District Health

지역보건의료발전을 위한 모임(지보의)발행

지역보건의료

Journal of District Health

지역보건의료발전을 위한 모임(지보의)
Association for Development of District Health(ADDH)

지역보건의료

제2권제1호

1997년 1월

- 목 차 -

■ 시책홍보	
'97 국가보건시책.....	오대규(보건복지부보건국장)··· 9
■ PC 정보	
건강증진과 인터넷.....	이성진(함양군보건소관리이사)··· 14
■ 의료법률 칼럼	
아무도 책임지지 않는다.....	신현호(변호사)··· 18
■ 논 문	
지역보건의료계획 등을 위한 지역사회진단사례.....	박형철(광주시동구보건소장)··· 23
지역사회 치매 및 중풍환자를 위한 이동목욕사업평가.....	양병국(경기연천군보건의료원장)··· 33
공중보건역사의 역할 인식 직무만족도 및 업무 충실도에 관한 연구.....	황병훈(울산시울주구보건소장)··· 63
노인성 치매환자를 위한 낮병동 운영방안.....	박찬병(경기광명시보건소장)··· 87
■ 의학강좌	
결핵관리사업.....	박혜경(서울강북구보건소관리이사)··· 106
■ 보건기관 탐방기	
일본의 지방보건행정 제도.....	이홍재(경기의정부시보건소)··· 109
■ 회무보고	편집부··· 120
■ 투고안내	편집부··· 122

지역보건의료발전을 위한 모임

'97 국가보건시책

오대규
보건복지부 보건국장

돌이켜보면 지난 '96년도는 높아진 국민보건 의식과 함께 정부 보건정책분야에서도 선진화와 체계화를 이룬 한해였다.

우선 국민건강증진법이 '95년 제정된 이래 시·도, 시·군·구별 건강생활실천 협의회가 구성되어 지역 특성에 맞는 건강증진시책을 수립·추진하게 되었고, 술·담배에 대한 광고규제 및 경고 문구표기, 금연·흡연구역 구분지정, 청소년에 대한 담배판매금지 등 규제관련 조항도 홍보 및 지도·감독을 통하여 국민들의 긍정적인 참여속에 지켜지도록 함으로써 국민건강증진체계를 구축하였으며, 또한 경기·김포지역의 콜레라 환자 발생에 대하여도 신속하고 정확한 대처로 2차 감염자없이 상황을 종료시킬 수 있었던 것은 우수한 전염병 관리체계를 확립한 결과라 할 수 있다.

그리고 정신보건법이 '95년 12월에 제정됨에 따라 '96년도에는 그 시행령과 시행규칙을 제정하여 정신질환관리에 대한 기반을 구축하였고 암정복 10개년 계획의 수립으로 암의 효율적인 예방과 치료에 대한 획기적인 전기를 마련하였으며, 가족보건사업의 경우에도 지난 20여년 동안 성공적으로 추진해온 가족계획사업을 근간으로 「향후인구정책방안」을 수립하여 인구억제 중심의 정책에서 질적개선사업으로 전환하는 기틀을 마련한 바 있다.

이러한 성공적인 실적을 기반으로 '97년도 보건시책은 21세기에 대비한 새로운 보건정책의 기틀을 확립하고 보건의료서비스의 기능강화를 위한 프로그램을 활성화하여 생산적이고 사전예방적인 보건서비스를 도모하는데 그 목표를 두고 국민건강증진사업의 기반확충과 전염병예방관리체계의 확립, 정신보건사업관리개선과 성인병관리사업의 본격추진, 인구의 질향상을 위한 새로운 인구정책의 기틀마련을 세부실천방향으로 정하여 추진해 나갈 계획이다.

I. 국민건강증진사업 기반확충

오늘날의 건강문제는 감염성질환에 의한 위험요인보다는 운동부족, 흡연, 과음 및 불균형된 식생활 등 개인의 잘못된 행동습관이 더 큰 건강위해요인으로 작용하고 있으므로 보건교육과 금연·절주운동 식생활개선 등 건강증진사업을 확대·강화하여 건강을 유지시켜 나가는 게 중요하다.

우선 국민건강증진체계 정착을 위해 2000년 까지의 건강증진목표를 분야별로 수립하고 수립된 목표달성을 위한 추진전략을 개발·시행해 나갈 계획이며 '97년 상반기 부터는 담배사업자 및 의료보험자로부터 국민건강증진기금을 조성하여 동 기금으로 보건교육 및 홍보자료를 개발·보급하는등 내실있게 건강증진사업을 추진해 나갈 계획이다.

또한 시·도별로 1개 시범보건소를 선정하여 건강증진사업을 2년간 시범실시하고 시범사업운영결과를 평가하여 건강증진사업에 대한 모형과 프로그램을 개발해 나감으로써 전국확대의 기반을 마련하고, 한국보건사회연구원에 보건교육자료개발센터를 설치하여 교육·홍보에 관한 자료를 개발·보급하는등 지방자치단체의 건강증진사업에 관한 기술적 지원도 확대할 것이며 금연 및 절주운동, 영양개선 사업과 구강보건사업 등의 건강증진사업도 지속적으로 확대·강화 해 나갈 방침이다.

금연운동의 경우 초·중·고등학생, 성인 등 계층별로 홍보책자와 비디오테잎, 리프렛 등을 제작·배포하여 흡연에의 조기 접근차단 및 금연인구확대를 꾀하고, 금연실천분위기 조성을 위해서 모든 공공건물의 금연구역화를 유도하고 흡연과 각종질병과의 상관관계, 흡연으로 인한 경제적 손실 등 흡연관련 조사연구를 지속적으로 실시해 나갈 계획이며, 세계금연의 날(5. 31)에 즈음하여 대대적으로 금연운동을 전개하고 한국금연운동협의회 등 민간단체의 금연운동을 적극 지원·활용하여 금연운동을 범 시민운동으로 추진해 나가고자 한다.

또한 절주관련 조사연구사업과 교육홍보자료를 개발·보급하고 여성단체 등을 통하여 건전한 음주문화가 형성되도록 유도해 나갈 것이다.

국민영양개선사업은 국민건강증진법령 제정과 함께 국민영양조사 주기가 1년에서 3년으로 조정됨에 따라 조사기간, 조사기기, 조사방법등을 대폭 개선하고 그동안 시범적으로 실시하던 영양개선사업을 '97년부터는 보건소 본사업을 확대·강화하기위해 보건소 근무 영양사에 대한 교육을 철저히 하고 영양사업 기반조성을 위한 예산지원과 관할 집단급식소, 학교 등에 대한 영양성분분석과 식생활 개선을 위한 리프렛, 비디오테잎 등도 제작·배포해나갈 예정이다.

구강건강증진을 위해서는 지방자치단체에 불소투입기 제작설치비를 지원하여 수돗물에 대한 불소화사업을 10개지역으로 확대하고 보건소에 가능한 범위내에서 치과실과 구강건강실을 별도로 설치하여 구강건강사업을 적극 추진토록 하며, 초등학교대상 불소용액 양치사업의 내실화를 기하고 구강보건교육용 홍보자료 등을 개발·보급함으로써 실질적인 구강건강증진 효과를 거양할 수 있도록 할 것이다.

II. 급성전염병 예방관리체계 강화

급성전염병관리에 있어서 중요한 것은 효과적인 예방접종과 전염병의 발생추이를 초기에 정확하게 파악할 수 있는 감시체계 그리고 환자발생시 확산방지를 위한 관리대책이라 할 수 있다.

우선 예방접종은 예년과 같이 일본뇌염 등 4종에 대하여 총 5,620천명을 대상으로 실시할 계획이며 공공 및 민간의료기관에 국가표준예방접종지침을 개발·보급하고 예방접종부작용 신고제와 부작용 모니터제 실시등 예방접종피해 발생에 대해서도 적극 대처하고 보건복지부와 보건소, 검역소, 보건원 간의 전염병 관리 전산망을 구축하여 전염병관리를 체계화하고 보건소장과 검사요원에 대한 역학조사 특별교육을 실시하여 전염병 관리능력을 배가시키며, 콜레라 등 유행성 질환에 대비한 질병감시 활동을 강화하고 해외유입전염병 관리를 위해 해외여행자에 대한 건강 정보 제공과 민간병원의 해외유입전염병 관리를 위한 특수클리닉 지원 등 전염병 유행관리에도 만전을 기해 나갈 예정이다.

III. 에이즈 및 만성병관리

에이즈 및 만성병에 대해서는 올바른 지식보급을 통한 일차예방에 역점을 두되 결핵 및 나환자의 경우 의료서비스와 재활지원을 통하여 사회복귀가 가능토록 지원해 나갈 계획이다.

우선 에이즈의 경우 가장 중요한 것이 예방홍보인만큼 계층별로 특성있는 홍보자료를 개발·보급하는 등 정부와 언론, 민간단체가 함께 노력하여 대국민 홍보에 주력해 나가고 감염과 발견사업을 개선하여 강제 검진대상자의 검진제도는 계속 유지해 나가되 무료·익명검사 제도를 확대해 나가며 헌혈검사 결과통지서에 에이즈관련 통보항목을 삭제함으로써 감염우려자의 헌혈이 이루어지지 않도록 유도해 나갈 방침이다.

또한 에이즈 감염과 및 환자관리제도를 개선하여 최근 도입된 신약투약을 적극 검토하고 도시지역에 소규모 쉼터 마련도 구상중에 있으며 일선보건요원에 대한 교육훈련 강화와 함께 연구사업도 확대해 나갈 것이다.

결핵의 경우 '95년 제7차 전국 결핵실태조사결과 추정환자가 429천명으로 결핵유병율이 1965년 5.1%에서 '95년 1.03%로 낮아지고 있지만 아직도 이웃 일본(0.02%) 등에 비하면 낙후된 상태로 지속적인 정부의 관리가 필요한 상태이다. 따라서 고역가 저부작용의 우수한 제품을 생산·보급하고 미취학 아동에 대한 BCG접종을 강화하여 면역 인구층을 증대시켜 나가 고자 하며 결핵검진사업의 지속실시로 환자를 조기발견하여 등록 치료해 나가되 보건소 재치료 실패자에 대하여는 전문진료기관에 연계하는 등 등록치료율도 제고 시켜나갈 예정이다.

나병관리를 위해서는 우선 나정착촌의 자립기반 조성이 중요한 만큼 '93년부터 올해까지 저소득 주민 1792세대에 150만원씩 지원해오고 있으며 공동사업장인 사료하치장, 계란집하장, 종돈장 등 운영을 위해서도 9억원을 지원할 방침이다. 또한 나환자의 복지를 위해 나장애인 전문 재활 및 치료병원 건립을 추진해 나가고 나양노자와 나장애인 보호사업으로 25억원을 지원할 계획이다.

IV. 정신질환관리

'96.12.31 정신보건법 시행에 따라 '97년도에는 정신질환자 인권보호 및 정신보건관리 체계를 확립하고 지역 정신보건사업의 실시기반을 조성하는데 역점을 두고 사업을 추진할 것이다.

우선 정신질환자 인권보호를 위해 정신과 전문의, 법조인, 관계전문가 등으로 중앙 및 지방정신보건심의위원회를 구성하여 환자의 퇴원, 처우개선 심사 및 정신보건정책에 대한 자문 기능을 수행토록 할 계획이며 '97년 중에는 모든 정신의료기관이 법적 입원요건을 갖추도록 조치해 나갈 방침이다.

또한 부족한 정신보건시설을 확충하기위해 충청정신병원을 신축하고 시설이 노후되고 협소한 국립서울정신병원을 이전·현대화하여 연구·교육·재활치료등 중심역할을 수행할 수 있도록 할 예정이며 정신요양시설은 정신보건법에 따라 향후 7년간 매년 약 10개소의 정신요양병원 또는 사회복지시설로 전환해 나가고 올해에는 정신요양시설의 운영비 및 기능보강비로 183억원을 지원할 예정이다.

이와함께 서울·경기 등 5개소의 사회복지시설 신축비와 일부시설의 운영비를 지원하는 등 지역정신보건 사업을 활성화하여 입원·수용보호와 병행하여 환자들의 재활·사회복귀를 위한 서비스가 제공될 수 있도록 유도해 나가도록 하겠다.

V. 특수질환관리

최근 우리나라의 질병발생 양상을 보면 암으로 인한 사망자가 전체 사망자수의 21%를 차지하는 등 특수 질환 및 성인병 환자수가 계속 증가되는 추세에 있으므로 '97년도에는 암·고혈압 등 성인병 관리를 위한 시설확충 및 예방홍보에 한층 더 관심을 갖고 업무를 추진해 나가도록 하겠다.

경기도 일산에 500병상 규모로 '91년부터 추진중인 국립암센터는 '98년 준공목표로 올해에도 병원동과 지하주차장 공사 및 연구동 설계를 계속해 나갈 계획이며 암퇴치 연구사업에도 암연구 및 연구지원, 암정보 및 홍보교육, 암예방 및 조기진단, 암관계조직 및 예산 등 4개

전문분야로 구분 17억원을 지원할 계획이다.

또한 특수질환 및 성인병관리를 위해서 대한적십자사와 한국혈우재단에 골수기증검진비 및 혈우병 환자 약품비를 지원하고 성인병 예방을 위한 비디오테이프와 관리책자도 제작·배부할 예정이다.

VI. 가족보건사업의 질적 개선

우리나라는 1950년이후 25년내외의 짧은 기간에 가족계획사업의 적극 추진으로 선진국 수준의 저출산 기반을 조성하였으나 남아 선호사상에 의한 출생성비 불균형과 인공임신중절성행, 노령인구증가 등 새로운 인구문제에 직면하게 되어 지난 '96년 정부에서는 「향후 인구정책 추진방안」을 발표한 바 있다.

우선 인구의 질향상을 위해서 '97년부터는 모든 신생아에 대한 선천성 대사이상검사를 실시하여 정신지체아 발생을 사전에 예방하고 정기에방접종의 내실화를 통하여 전염병을 근절시키며 정부지원의 무료피임서비스는 저소득층에 대해서만 지원하는 등 인구억제 중심의 정책에서 질적 개선사업으로 전환해 나갈 방침이다.

성비 불균형 해소를 위해서는 태아성감별 행위에 대한 의료인 행정처분 강화와 함께 인공임신중절예방에 대한 지속적인 홍보를 실시하고, 대한 가족계획협회에 “성문화연구소”를 설치하여 성에 대한 체계적인 연구 및 홍보를 실시할 계획이며, 아울러 전국 보건소를 통한 청소년 성교육 및 성상담사업 실시와 만성퇴행성질환자에 대한 방문간호사업을 강화하는 등 노인인구증가에 대비한 노인보건관리 정책도 확대해 나갈 예정이다.

VII. 공중위생수준 향상

공중위생수준을 향상시키기 위하여 지난해에는 대중이용놀이시설에 대한 안전관리기준을 강화하여 종합유원시설에 일정한 자격을 갖춘 안전관리 책임자를 의무적으로 고용하고 매년 1회이상 유기시설에 대한 안전성검사를 실시토록 하였으며 공중이용시설의 실내위생관리를 위해서도 일정규모이상의 공중이용시설의 경우 3년에 1회이상 급·배기관(닥트) 청소를 실시토록 하고 위생접객업소에 대한 위생감시 및 지도도 160천건을 실시하여 불량업소에 대해서는 행정조치한 바 있다.

'97년도에도 공중위생접객업소의 불건전한 영업행위에 대해서는 지속적으로 지도·단속을 실시해 나갈 계획이며 공중이용시설의 위생관리도 시설별 위생관리 담당자를 지정토록 하고 대상시설의 신고 관리를 철저히 하는 등 지도·감독을 강화해 나갈 방침이다.

지보의



건강증진과 인터넷

이 성 진

경상남도 함양군보건소 관리의사

사회 전반에 불어닥친 인터넷 바람은 의료분야에서도 그 영역을 넓혀 가고 있습니다. 최근 건강 증진에 대한 Site가 하나들씩 생겨나는 추세라, 그에 대한 소개를 하고자 합니다.

1. Preventive Medicine Associates (PMA) -- <http://rampages.onramp.net/~zeker/>

예방 사업의 효과 증진을 위한 정보 교류를 목적으로 예방의학 전문가들에 의해 만들어진 Site이다.

Preventive Medicine과 Health Promotion 관련 Site에 바로 접속할 수 있도록 해준다. 꽤 오래 전에 생겼으며 방대한 연결고리를 가지고 있다. 주요 Submenu를 소개하자면...

1.1. Zeke's Pick (Zeke라는 사람이 추천한 Site)

Health World, The New England Journal of Medicine, National Health Information Center, Best NON-PROFIT Sites, Hospitalweb 등등...

1.2. Bo's Pick

Community Health Information Resources, Medinfo.org

1.3. Consumer Health

Elder care, Tobacco Cessation with Taking Control, National Rehabilitation 등등...

1.4. Health Promotion

North York Community Health Promotion Research

1.5. Prevention

CDC Prevention Guidelines & Strategies, CDC Morbidity and Mortality Weekly Review, Put Prevention into Practice, 등등...

1.6. Informatics and Telemedicine

National Association of Health Data Organizations, Telemedicine Information Exchange, Telemedicine / Rural medicine 등등...

1.7. Associations, Societies, & Organizations

American Public Health Association, World Health Organization 등등...

1.8. Potpourri of Health Related Resources

Alzheimer Web Home Page, AIDS/HIV, Cardiovascular Disease WorldWide Network, Diabetes Knowledgebase 등등...

2. North York Community Health Promotion Research Unit --

-- utl1.library.utoronto.ca/www/nychpru/index.html

NYCHPRU는 건강증진사업을 개발하고 평가하는 전문가 집단이다. 2001년까지의 5개년 계획이 실려 있다.

3. National Health Information Center -- nhic-nt.health.org

NHIC는 건강 정보 조회 서비스이다.

신 출판물 정보, 방대한 건강 정보 Database 검색 서비스를 제공한다.

4. The Harvard School of Public Health -- <http://www.hsph.harvard.edu/>

학교의 명성에 걸맞지 않게
홈페이지의 내용은 실속이
없는 듯하다.

5. Office of Disease Prevention and Health Promotion --
<http://odphp.oash.dhhs.gov/>

우리 나라의 복지부에 해당하는 U.S. Department of Health and Human Services의 산하 기관이다.

6. The CDC Prevention Guidelines Database --

-- <http://wwwonder.cdc.gov/wonder/prevguid/prevguid.html>

미국 질병통제센터(CDC : Center for Disease Control and prevention)가 제공하는 Database이다. 공식적인 Guideline과 Recommendation을 제공하고 여러 가지 검색 방법을 제공한다.

7. Guide to Clinical Preventive Services --

-- <http://cpmcnet.columbia.edu/health.sci/.gcps/gcps000.html>

질병별, 주제별로 Preventive Service에 대한 안내가 나와 있다. 하나 하나가 논문 한편 분량이 될 정도로 자세한 설명이 되어 있다. 잘 이용하면 아주 유용한 자료들이 될 듯하다.

8. Public Health Service -- <http://phs.os.dhhs.gov/phs/phs.html>

미국 정부가 제공하는 공공 의료 정보 서비스이다. 여러 기관과의 연계를 제공한다.

지보의

■ 의 료 법 률 칼 럼

아무도 책임지지 않는다

신 현 호
변호사

1979년 모월 모일 대학병원 분만실에서 A와 X부인은 나란히 아들 B와 Y를 출산한 후 한 병실에 누워 서로들 고생했다고 격려하면서 입원해 있었다. 그들은 이들이 지나서 각자 간호사로부터 신생아실에 있던 갓난아이 B와 Y를 넘겨 받아 집으로 돌아왔다. 산모 A는 아이 B에게 젖을 물리며 일생에서 가장 기쁜 순간을 맞이하고 있었다. 그런데 집에 온지 약 2시간이 지나서 조금전 신생아실에서 갓난아이를 넘겨준 간호사가 몹시 당황한 모습으로 산모 A의 집을 찾아 왔다. 어떻게 찾아 왔느냐고 의아해하자 그 간호사는 자신의 실수로 아이가 바뀌었다면서 다시 병원으로 가자고 하였다. 산모 A는 젖을 물리던 아이가 바뀌었다는 소리에 놀란 나머지 따라나서 병원에 가보니 같이 입원해 있던 산모 X도 갓난아이 Y를 데리고 나와 있었다. 미안하다며 머리를 조아리는 간호사에게 A와 X는 빨리 발견했으니 다행이라며 오히려 간호사를 위로하고는 B와 Y를 서로 바꾸어 A부인은 Y를, X부인은 B를 안고 집으로 돌아왔다. 그 산모들은 2년후인 1981년 똑같이 둘째아들 C와 Z를 낳아 키우게 되었다.

Y는 그동생 C와 우애있게 성장하여 어느덧 고등학교 1학년이 되었다. A부인은 아들형제를 키우는 재미에 세상의 어려움을 잊고, 그남편 역시 성실히 일을 하여 이제는 대기업체의 전자제품 대리점을 운영하면서 어엿한 사장님으로 남부럽지 않은 삶을 살게 되었다. 이제 아들 형제들이 모두 일류대학에 진학하여 훌륭한 사람이 되는 꿈만이 유일한 희망일 뿐 아무런 욕심도 없게 되었다.

그런데 1994년 10월 모 T.V.의 9시 뉴스에서 17년만에 아들이 바뀌었다는 사실을 뒤늦게 알고는 통곡하는 다른 부모들의 모습을 보고는 불현듯 Y가 초등학교 입학후 받아온 통지표에 Y의 혈액형이 B형이라고 기재되어 있었던 것이 생각났다. A부인은 A형이고, 그의 남편은 O형이었기 때문에 그사이에 B형이 태어날 수 없었다. 당시만 해도 아직 생활 형편이 그리 넉넉치 못할때 였었고 또한 단체 혈액검사에서는 오류가 많다고 들었었기 때문에 별 생각

없이 지나 갔었다. 그러나 Y가 자라면서 A부부를 닮은데라고는 찾을수 없었고, 동생 C와도 체격이나 얼굴생김새가 너무 차이가 났다. 서로 다른 환경에서 성장한 부부도 결혼하여 몇 년을 같이 살면 외모조차 닮아간다는 말이 있지 않은가 ? 그 T.V.뉴스를 본 이래 A부인은 16년전 아들을 바꾸어 왔던 기억이 다시 떠올라 잠을 이룰수 없었다. 고민 끝에 남편에게 이런 이야기를 하자 쓸데없는 소리하지 말라며 편잔을 들었다. A부인은 이왕 말이 나왔으니 혈액검사를하여 이기회에 확인하면 공연한 의심을 없앴을 수 있지 않느냐고 남편을 설득하였다.

A부인의 강력한 요구에 A부부와 Y형제는 간염검사를 핑계로 병원을 찾았다. 그 결과 위와 같은 혈액형이 확인 되었다. 부부는 다시 정밀검사를 위해 고려대학교 법의학연구소에 찾아가 혈액유전자 검사를 받았는데, A부부 사이에서 Y가 태어날 수 없다는 통보를 받았다. 하늘이 무너지는 충격을 받은 부부는 그길로 출산당시의 병원으로 달려 갔다.

그사이 대학병원은 서울 끝에서 다른 끝으로 장소를 옮긴지 오래 되었고 , 병원의 운영주체도 바뀌어 있었다. 우선 산부인과를 찾아가서 자초지종을 말하니 아이를 낳을때까지만 산부인과 소관이고, 출생후는 소아과 소관이니 우리는 모른다는 답변을 들었다. 다시 소아과를 찾아가자. 마침 소아과 과장은 16년전에도 근무하고 있던 분이어서 낮이 익었다. 그러나 그 소아과과장도 만약 아이가 바뀌었다면 신생아실에서 목욕을 하다가 바뀌었거나 산모들에게 젖을 먹이러 보냈다가 바뀌었을 텐데 그것은 신생아실 간호사들이 한일이어서 소아과 의사들로서는 잘 알수가 없는 영역밖의 일이라는 변변아닌 변변을 들었다. 소아과 과장이 원무과에 전화를 하여 알아보니 그당시 신생아실에서 근무하던 간호사중 남아있는 사람은 하나도 없고 A부인의 집까지 찾아온 간호사도 이미 10여년전에 퇴사하여 지금은 어디에 사는지 알수 없다는 답변만을 들었다. A부인은 당시의 진료기록을 보여달라고 사정하자 의무기록실에 가면 있을것이라고하여 그길로 달려갔다. 그러나 의무기록실장은 병원장의 허락을 받아오란다. A부인은 병원장을 찾아갔더니 병원장은 공식중이어서 진료부장이 직무대리를 하고 있었다. 진료부장은 두꺼운 법전에서 의료법 부분을 펴더니 법원의 판결이 있어야 진료기록을 보여줄 수 있다고 하였다. 나도 보여주고 싶지만 개인 사생활보호가 문제되면 형사적인 처벌을 받게 된다면서 진료기록의 열람요구를 거부하였다. 병원의 실수로 아이가 바뀐 것이 분명한데도 법전을 내보이며 아무런 협조를 할수 없다니 A부인은 기가 막혔다. 무슨 법이 그렇느냐고 아무리 항의하고 눈물로 호소하여도 진료부장은 오히려 자신을 이해해 달라고 사정하였다.

A부인은 할수 없이 변호사를 찾았다. 변호사는 병원을 상대로 손해배상을 청구하면서 출생기록을 받아보는 방법과 그 동안 키운 Y를 상대로 친자관계부존재확인 소송을 제기하면서 출생기록을 받아보는 방법이 있다는 설명을 하였다. 그러나 병원을 상대로 손해배상을 하려면 이미 소멸시효가 지나 불가능하다. 왜냐하면 민법상 불법행위가 있는 날로부터 10년, 불법행위가 있음을 안날로부터 3년 이내에 손해배상소송을 해야 보상을 받을 수 있는데 이미 16

년이란 장구한 세월이 흘렀으니 청구할 기간이 지나버렸다. 두 번째의 방법도 인간적으로 도저히 할수 없었다. 아직 Y는 이러한 사실을 알지 못한다. 또한 누가 무어라고 해도 Y는 A부부의 장남이다. 큰아들을 낳았다는 뿌듯한 마음에 16년간을 젓을 먹이고 기저귀를 갈아주며 얼마나 애지중지 키웠던가. 폐렴에 걸려 기침을 자지러지게 하며 열이 39°C가 넘어갈 때 A부부는 혹시나 아이가 잘못되지나 않을까 하는 조바심에 눈물로 밤새우며 얼마나 가슴조이기도 하였는가. 학교에서 100점을 맞았다며 시험지를 받아올 때 우리는 못배웠지만 이 높은 훌륭한게 될거라며 또 얼마나 주위에 자랑하고 다녔는가. 정말 의사들이 죽이고 싶도록 원망스러웠다. 살인하는 사람들의 심정이 조금이라도 이해가 되는 것 같았다. 세상이 원망스러웠다. 마음 같아서는 당장 달려가 사고를 내고 싶은 생각이 문득문득 일어났다. 도대체 우리 부부가 남들에게 얼마나 잘못을 하며 살아왔기에 이런 시련이 왔는가. 전생에 많은 죄를 지어서 그런가 하는 생각도 들었다.

두가지 방법 모두 적당치 않다는 결론을 내리고 편법이지만 다른방법을 택하기로 하였다. 증거보전절차라는 제도를 이용하기로 한 것이다. 증거보전제도는 진료기록이 위,변조될 우려가 있을 때 소송전에 미리 진료기록을 확보하여 두는 증거확보제도의 일종으로 의료소송에서는 자주 사용되는 방법이다. A부인은 변호사를 통해서 관할법원에 증거보전신청을 하고 담당 재판부를 앞세워 병원의 의무기록실에 갔다. 그러나 의무기록실장은 병원의 방침이라며 판사의 진료기록제시명령에도 불응을 하는 어처구니 없는 일이 벌어졌다. 판사는 법원의 명령을 거부하면 공무집행방해죄가 된다는 경고를 가하자 그때서야 마지 못해 당시의 출생기록을 제시하였다. A부인은 수십명분의 두꺼운 출생기록을 받아보고는 어디엔가 살고 있을 바뀐 아들을 벌써 찾은 것처럼 기뻐하였다.

A부인은 그 기록중에서 그날 아이를 바꾸어 간 X부인의 기록을 찾아 당시 X부부의 주소를 확인했다. 그러나 16년이라는 세월이 지난 지금 그주소로 X부부를 찾는다는 것은 불가능에 가까웠다. 언론과 경찰 등의 도움으로 반년 가까운 시간을 소비한 끝에 그들의 소재를 확인하고는 A부부는 다시 한 번 주저안고 말했다. 어디선가 행복하게 살고 있으리라 상상하고 있던 A부인은 자신이 난 아들 B가 너무 어려운 환경에서 공부하고 있었기 때문이었다. X부인의 남편은 신체적인 장애가 있어 생활능력이 없었다. 그 때문에 X부인은 할 수 없이 가족을 떠나 숙식이 가능한 직장에서 근무하면서 한달에 1~2번씩 집에 찾아오는 형편이었다. B는 단칸방에서 아침에 일어나 밥을 지어먹고 아버지와 자신, 그리고 동생 Z의 도시락까지 싸서 등교길에 오르는 등 사실상 가장으로서의 생활을 하고 있었다. 그동안 너무 편히 지낸 자신이 원망스러웠고 ,B에게 미안하였다.

A부부는 X부부를 만나 지금까지의 과정을 설명했다. 이말을 들은 X부부는 만약 그렇다면 자신들은 B를 보내주겠다고 선선히 응했다. X부부는 자신들의 가난이 마치 큰 죄를 진것처럼 미안해 했다. 그 자리에서 X부부는 B를 주고 Y를 바꾸어 데리고 오고 싶지만 우리의 형

편이 좋지 않으니 그대로 A부부의 자식으로 알고 키워 달라는 부탁을 하였다. 이제 B가 더 나은 집에 가서 잘살게되어 기쁘다면서도 통곡을 하였다. B를 잃게 된 슬픔과 이제는 혼자서 자라야할 동생 Z의 외로움에 대한 애처로움이었다. A부부는 X부부를 위로하고 날을 정해 B를 데리고 왔다. Y에게는 B와 Y가 이란성 쌍둥이 였는데 병원의 실수로 지금까지 떨어져 살게 되었다고 설명하고는 형과 아우를 정해 한방에서 지내게 하였다. 서로 서먹한 시간이 지나 이제는 과거의 행복하였던 시절로 다시 돌아갔다.

그런데 한달쯤 지난 어느날 X부인이 처음의 A부부와의 약속을 어기고 Y를 찾아갔다. 자기가 난 자식에 대한 본능적인 그리움이 그 약속을 지키지 못하게 한 것이다. Y에게 모든 사실을 알려주는 생모로서의 애뜻한 마음을 전했다. 현재 가난으로 너를 찾지 못하는 것일 뿐이니 생모를 원망하지 말고 혹시나 같이 살고 싶으면 언제라도 오라는 말을 남겼다. 그날부터 Y는 그 충격으로 방밖으로 나오지 않았다. 도대체 무슨 의도로 이렇게 하였느냐며 강력하게 항의 하였고, 양쪽 집은 하여서는 아니될 폭언을 하며 감정싸움까지 하게 되었다.

상황이 이지경에 이르자 Y는 더 이상 A부부의 집에 있을수가 없게 되었다. 스스로 짐을 싸들고 X부부의 단칸방으로 갔다. A부부가 아무리 말렸지만 차라리 그것이 두 부모와 형제들을 위하는 것이라고 생각하였다. A부부로부터 어려운 일이 있으면 언제라도 연락하라는 말을 뒤로 남긴채 이사짐을 꾸린 것이다. 그러나 Y에게는 간단한 문제가 아니었다. 우선 그동안 살아온 환경과는 너무 차이가 났다. 공부방은 고사하고 단칸방에 온 식구가 살아야 했다. 학원비는 물론 학교에 내는 얼마간의 자치회비 등도 받아가기 어려울 정도의 가난이 닥친 것이다. 친부모인 X부부도 전에 자신을 키워준 A부부와는 또 달랐다. 도무지 적응할 수 없었다. Y는 A부부의 집을 떠난 지 얼마 되지 않아 하루에도 몇번씩 A부인에게 울면서 전화를 하였다. 전화통을 붙잡고 울기를 며칠, A부인은 참다못해 Y의 학교를 찾아가 집으로 데리고 왔다.

그러나 이제는 더 커다란 문제가 일어났다. 그래도 집을 나가기 전에 Y는 A부부의 어엿한 장남이었다. 다시 집에 들어온 지금은 남이 되어 버린 것이다. 자기가 16년간 쓰던 방은 B의 차지가 되어버렸다. 옛그제까지 자신을 따르던 동생 C도 이제 남 대하듯이 하며 B와 Y 사이에서 눈치를 보고 있다. B는 Y에게 아예 대놓고 너 때문에 내가 16년간 그 고생을 하고 자랐는데 너는 단 1달간도 견디지 못하고 다시 들어왔느냐는 핀잔아닌 핀잔을 하였다. Y는 할머니와 함께 방을 쓰게 되었으나 가족들은 이제 B와 Y사이에서 고기한점, 과일 한조각을 나누어 주는데도 눈치를 보게 되었다. 사람사는 집이 아니었다.

A부부는 다시 힘든 결정을 하지 않을 수 없었다. B와 C를 외국으로 유학을 보내기로 하였다. 아직 정을 붙이지도 못했지만 형제간의 갈등의 골이 더 깊어지기 전에 기른 정은 곁에 두고 B형제를 보내는 것이 차선의 방법으로 선택되었다. 우선 서울 가정법원에 X부부와 B를 상대로 친자관계부존재확인인의 소송을 통하여 호적을 정리하고, 뒤늦게나마 A부부의 아들로

출생신고를 하였다. 이제는 법적으로도 A부부의 장남이 된 것이다. 그리고 서둘러 외국행 비행기표를 구해 유학을 보냈다. 이제 A부부는 Y를 전과 같지는 않지만 눈치를 보지않고 키울 수 있게 되었다. 하지만 A는 물론이고 가난으로 인해 Y를 눈앞에 보면서도 키울 수 없는 X 부부, 외톨이가 된 그 동생 Z, 모두 커다란 피해자가 된 것이다.

어느 학자는 이를 家族死라는 극단적인 표현을 사용하기도 한다. 가족이라는 집단이 해체되었기 때문이다. 어제까지 아버지가 이제는 아니다. Y가 포함된 A부부의 가족은 이제는 존재하지 않는다. B가 포함된 X부부의 가족도 이세상에서 사라진지 오래다.

이렇게 엄청난 일이 벌어졌지만 이에 대하여 책임지는 사람은 아무도 없다. 그 병원에서는 소멸시효가 완성되었기 때문에 보상을 받지 못해서가 아니다. 신생아관리와 같은 의료관리시스템이 문제에 대하여 의료인들은 개인적으로는 별다른 책임감을 느끼지 않는 듯 하다. 수술을 하다가 대동맥을 건드려서 출혈사하여야만 마음의 부담을 갖는 우리나라 의료현실이 바뀌지 않는 한 이러한 문제는 계속 일어날 것이다. 개인적인 실수로 인하여 발생하는 의료 사고는 一過性的이고 단순하다. 그러나 시스템상의 사고는 지속적이고 대형화한다는 점에서 우리 모두가 그 심각성을 인식하여야 한다. 최근 신설된 많은 대형병원들에서는 우리나라 최고의 시설과 일류 의과 대학의 교수들을 스카웃하여 최선의 의료서비스를 제공한다고 선전하고 있으나, 아무리 우수한 시설과 인력이 투입되어도 의료관리시스템상 과실로 인하여 적지 않은 사고가 발생하고 있는 것이 현실이다. A부부의 이러한 사고는 의사나 간호사 또는 병원 입장에서는 사람이 죽은 것도 아닌데 무슨 호들갑이냐고 가볍게 여길지 모른다. 그러나 이러한 사소한 잘못으로 피해자들에게는 엄청난 고통을 겪게 하였다. 그들에게 수십억원의 금전을 배상한다고 하더라도 그 피해는 채워지지 않는다.

의료관리시스템의 선진화, 과학화와 아울러 이러한 구조적인 문제에 대한 책임지는 분위기가 우리 의료계에 정착하지 않는 한 우리나라는 국민소득만 선진국인 졸부의 나라로 머물게 될 것이다.

지보의

♣♣♣ 신현호 변호사 약력 ♣♣♣
1982년 2월 고려대학교 법과대학 법학과 졸업
1984년 10월 제26회 사법시험 합격
1990년 3월 변호사 개업
1995년 4월 Medico-Legal Forum 회장
1996년 2월 한국의료법학회 학술이사

1996년 3월 고려대학교 특수법무대학원(의료법학) 외래교수

■ 논문

지역보건의료계획 등을 위한 지역사회진단의 사례

박정휘·김혜란·민점남·문옥인·김재순·박애자·신선영·박은영·박형철
광주광역시 동구 보건소

I. 조사 목적

지역보건법과 국민건강증진법에서 규정한 지역보건의료계획, (구)민건강증진계획 수립을 위하여 지역사회진단이 선행되어야 한다고 생각되었고, 자치구 보건소 단위의 진단을 실시하였다. 구체적 내용으로는

- ①구민들의 건강상태 및 보건문제 파악
- ②보건의료 목표설정을 위한 보건지표산출
- ③보건지표 등을 구단위 보건소에서 활용가능성 탐색
- ④각종 보건지표등 산출을 위한 원시자료에 자치단체에서의 접근가능성 등이다.

II. 조사 방법

인구,사회 경제적 상태와 지역내 보건의료 자원의 분포 등에 관한 조사는 주민등록인구통계, 시 또는 구에서 발간되는 통계연보 및 공문서등 행정자료를 정리 분석하였다. 사망관련 통계와 보건의료서비스 이용에 관한 조사는 국가단위 통계조사의 일부를 구단위내에서 정리 분석하였다. 사망원인, 사망을 조사는 최근 1년간 동(洞)을 통해 사망신고서 사본을 수집, 각종 사망원인 및 관련요인을 분석하였다. 사망원인은 한국표준질병사인분류(3차개정, 95. 1. 1)의 원사인선정 준칙을 토대로 하였다. 사망원인(原死因, Underlying cause of death)의 신빙성 있는 선정을 위하여 의사 2인으로 하여금 독자적으로 기재토록하여 비교검토후 채택하였

다. 보건의료서비스 이용에 관한 조사는 보건복지부에서 “국민들의 질병·상해양상과 의료이용 실태를 파악”하기 위하여 매 2년마다 실시되는 환자조사를 정리 분석하였다. 또한 상병자료는 지역의료보험자료를 토대로 하였다.

예상되는 일부 보건문제에 대하여 단면조사도 실시되었다. 관내 초등학교생의 비만도 조사 등이다. 관내 초등학교를 모집단으로 하여 다단계 표본 추출법을 이용, 신체계측 및 학부모대상 학생들의 식습관 설문 조사를 실시하였다.

Ⅲ. 조사 결과

- 1) 전형적인 도시형 인구 구조이며, 도심 지역으로 향후 상주 인구의 지속적 감소가 예상되고 65세 이상 노인인구 백분율은 5.8%였다(표1)

연령 \ 구분	총 수			비율 (%)	연증감율 (%)	사망율 (%)	10년후 인구추계	
	남	여	계				추계	백분율(%)
0세	987	951	1,938	1.27	95.49		1,221	1.26
1~4세	3,916	3,520	7,436	4.87	95.49		4,685	4.82
5~14세	11,231	10,387	21,618	14.17	95.49	0.51	13,621	14.02
15~34세	32,222	29,537	61,759	40.47	95.49	11.22	39,911	41.09
35~44세	9,743	11,092	20,835	13.65	95.49	5.10	13,127	13.51
45~64세	14,170	15,902	30,072	19.71	95.49	23.98	18,947	19.51
65~74세	2,426	3,410	5,836	3.82	95.49	20.92	3,677	3.79
75~84세	674	1,758	2,432	1.59	95.49	21.43	1,532	1.58
85세이상	106	554	660	0.43	95.49	16.84	416	0.43
계	75,475	71,117	152,586	100.00	95.49	100.00	97,137	100.00

- 2) 사망종류별로는 질병이 65.5%로 가장 많았고 그 다음으로 교통사고와 불의의 사고순이었으며 각각 5.8%, 4.6%를 차지하였다(그림1).

3) 조사망율은 425명/10만명당, 동별 연령표준화 사망율은 152 ~ 663/10만명당으로 폭넓게 나타났다(그림2).

4) 사망원인별로는 신생물(22.3%), 순환기계질환(18.0%), 소화기계질환(8.0%) 순이었다(표4).

표4. 동구 사망원인의 성별·상병별 분류('95.9 ~ '96.8) (단위:명)

대분류	상 병	계	구성비 (%)	남	여
I	특정감염성 및 기생충성질환	11	2.0	9	2
II	신생물	123	22.3	78	44
III	혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정징후군	1	0.2	1	0
IV	내분비, 영양 및 대사질환	28	5.1	8	20
V	정신 및 행동장애	4	0.7	2	2
VI	신경계의 질환	8	1.5	7	1
VII	눈 및 눈 부속기의 질환	0	0.0	0	0
VIII	귀 및 유양돌기의 질환	0	0.0	0	0
IX	순환기계계의 질환	99	18.0	44	54
X	호흡기계계의 질환	14	2.5	13	1
XI	소화기계계의 질환	44	8.0	35	9
XII	피부 및 피하조직의 질환	0	0.0	0	0
XIII	근골격계 및 결합조직의 질환	1	0.2	0	1
XIV	비뇨생식기계계의 질환	5	0.9	2	3
XV	임신, 출산 및 산욕	1	0.2	0	1
XVI	주산기에 기원한 특정병태	1	0.2	0	1
XVII	선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상	0	0.0	0	0
XVIII	달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상	137	24.9	35	99
XIX	손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타의 결과	36	6.5	25	9
XX	질병이환 및 사마의 외인	31	5.6	23	7
XXI	건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	7	1.3	6	1
계		551	100.0	288	255

*8명은 성별미상 *MISS : 99

5) 소분류로는 본태성 고혈압, 상세불명의 운수사고, 인슐린-비의존성 당뇨병 등이 많았고 표6), 연령 별로는 50대 이후로 주로 나타났다(표7~9)

지역보건의료계획 등을 위한 지역진단의 사례

표6. 동구 성별 주요 사망원인('95.9 ~ '96.8) (단위:명)

3단위	상 병	계	구성비 (%)	남	여
A16	세균학적 또는 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	6	0.9	6	0
C16	위의 악성 신생물	19	2.9	14	5
C22	간 및 간내 담관의 악성신생물	27	4.2	20	7
C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	9	1.4	7	5
C71	뇌의 악성 신생물	6	0.9	6	0
E11	인슐린 비의존성 당뇨병	28	4.3	8	20
I10	본태성 고혈압	42	6.5	17	23
I46	심장정지	10	1.5	7	3
I61	뇌내 출혈	10	1.5	6	4
I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 뇌졸중	12	1.8	4	8
K74	간의 섬유증 및 경변	33	5.1	25	8
R54	노쇠	136	20.9	34	99
V99	상세불명의 운수사고	31	4.8	23	7
Z91	달리 분류되지 않은 위험요인의 개인력	7	1.1	6	1
계		551	100.0	288	255

※8명은 성별미상

표7. 남자 주요사망원인의연령별·상병별 분포('95.9 ~ '96.8)

	계	0세	~4	~9	~14	~19	~24	~29	~34	~39	~44	~49	~54	~59	~64	~69	~74	~79	~84	85~
A16	6									2				1	1		1	1		
C16	14								1	1			3	3	2	1	2			1
C22	20										1	3	4	4	6	1	1			
C34	7													2	1	2				2
C71	5						1		2		1			1						
E11	8														5	1	1	1		
I10	17									1			2	2	7	2	2	1		
I46	7								1				3	2		1				
I61	6							1			1			1	2				1	
I64	4												1			1	2			
K74	25										1	5	4	5	4	2	2	2		
R54	34	1							2						2		9	7	6	7
V99	23		1			3	1	3	1	2		3		2	2		2	1	2	
Z91	6					1		1	3								1			
계	182	1	1	0	0	4	2	5	10	3	7	11	17	22	32	12	22	14	11	8

※C16위의 악성신생물, C22간 및 간내담관의 악성신생물, I10본태성고혈압,

K74간의 섬유증 및 경변, V99상세불명의 운수사고

표9. 여자 주요사망원인의연령별·상병별 분포('95.9 ~ '96.8)

	계	0세	~4	~9	~14	~19	~24	~29	~34	~39	~44	~49	~54	~59	~64	~69	~74	~79	~84	85~
A16	0																			
C16	5											1			1			1	1	1
C22	7													2	1	3				1
C34	5												1			1	1	1	1	
C71	0																			
E11	20											1	1	3	2	3	4	2	2	2
I10	23												2	1	3	5	6	2		4
I46	3										1								1	1
I61	4													1				1	2	
I64	7													3		1	3			
K74	8											1		2	2		1	1		
R54	99		1												4	4	8	15	17	50
V99	17				1	1	2					1							1	1
Z91	1											1								
계	189	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	5	4	12	13	17	23	24	25	60

※E11인슐린 비의존성 당뇨병, I10본태성고혈압.

6) 환자조사에서 나타난 외래환자 구성비율의 경우 신경계 질환, 손상및중독, 피부질환, 감염성질환의 순이었다(표10). 입원환자는 신생물, 손상및중독, 임신.분만 및 산욕의 합병증 등이 많았다(표11 ~ 14).

표10. 동구 상별분류별 외래환자 구성비율('90환자조사)

상병분류	총환자수(명)	구성비(%)	남자환자수(명)	구성비(%)	여자환자수(명)	구성비(%)
I	232	10.0	92	7.3	140	13.3
II	118	5.1	52	4.1	66	6.3
III	24	1.0	6	0.5	18	1.7
IV	18	0.8	10	0.8	8	0.8
V	44	1.9	20	1.6	24	2.3
VI	478	20.6	216	17.0	262	24.8
VII	16	5.0	58	4.6	58	5.5
VIII	172	7.4	164	12.9	8	0.8
IX	154	6.6	145	11.4	9	0.9
X	220	9.5	79	6.2	141	13.4
XI	9	0.4	1	0.1	8	0.8
XII	244	10.5	97	7.7	147	13.9
XIII	216	9.3	119	9.4	97	9.2
XIV	14	0.6	4	0.3	10	0.9
XV	0	0.0	0	0.0	0	0.0
XVI	53	2.3	29	2.3	24	2.3
XVII	123	5.3	106	8.4	17	1.6
XVIII	87	3.7	69	5.4	18	1.7
계	2322	100.0	1267	100.0	1055	100.0

지역보건의료계획 등을 위한 지역진단의 사례

표11. 동구 상별분류별 퇴원환자 구성비율('90환자조사)

상별분류	총환자수(명)	구성비(%)	남자환자수(명)	구성비(%)	여자환자수(명)	구성비(%)
I	69	4.4	39	4.7	30	4.0
II	230	14.6	102	12.2	128	17.3
III	48	3.0	25	3.0	23	3.1
IV	14	0.9	6	0.7	8	1.1
V	29	1.8	20	2.4	9	1.2
VI	145	9.2	79	9.4	66	8.9
VII	144	9.1	86	10.3	58	7.8
VIII	63	4.0	36	4.3	27	3.6
IX	127	8.0	85	10.1	42	5.7
X	78	4.9	39	4.7	39	5.3
XI	152	9.6		0.0	152	20.5
XII	11	0.7	7	0.8	4	0.5
XIII	64	4.1	40	4.8	24	3.2
XIV	59	3.7	35	4.2	24	3.2
XV	19	1.2	14	1.7	5	0.7
XVI	107	6.8	61	7.3	46	6.2
XVII	180	11.4	140	16.7	40	5.4
XVIII	39	2.5	22	2.6	17	2.3
총계	1578	99.9	836	99.8	742	100.0

표12. 퇴원환자의 성별 상별분류 10대 상병순위(전체)

광 주 동 구 ('90)				전 국('92)	
상 병 분 류	환자수	%	상 병 분 류	%	
34 소화기계의 기타부위 질환	121	7.7	소화기계의 기타부위 질환	12.0	
23 눈 및 그 부속기의 이상	109	6.9	정상분만	8.7	
46 징후, 증상 및 불명확한 상태	107	6.8	직접 산과적 원인	7.7	
47 골절	74	4.7	골절	7.1	
39 직접 산과적 원인	66	4.2	호흡기계의 기타질환	5.2	
12 비뇨생식기계의 악성 신생물	66	4.2	상기도질환	3.0	
41 정상분만	65	4.1	두개내 및 내부손상(신경포함)	2.9	
43 근골격계 및 절합조직의 질환	64	4.1	장관감염	2.7	
09 소화기 및 복막의 악성 신생물	61	3.9	눈,귀,두부,상지 및 하지의 개방창상	2.6	
44 선천적 이상	59	3.7	탈구,염좌 및 과긴장	2.5	
계	792	50.1		54.4	

표13. 퇴원환자의 성별 상별분류 10대 상병순위(남자)

광 주 동 구 ('90)				전 국('92)	
상 병 분 류	환자수	%	상 병 분 류	%	
34 소화기계의 기타부위 질환	82	9.8	소화기계의 기타부위 질환	16.5	
23 눈 및 그 부속기의 이상	61	7.3	골절	11.4	
46 징후, 증상 및 불명확한 상태	61	7.3	호흡기계의 기타질환	7.1	
47 골절	59	7.0	개방창상 및 혈관손상	4.6	
09 소화기 및 복막의 악성신생물	43	5.1	두개내 및 내부손상(신경포함)	4.3	
43 근골격계 및 절합조직의 질환	40	4.8	상기도 질환	4.1	
49 두 개내 및 내부손상(신경포함)	38	4.5	탈구,염좌 및 과긴장	3.9	
35 요로계 질환	26	3.1	기타 손상, 외상의 조기합병증	3.6	
18 내분비 및 대사질환, 면역장애	25	3.0	소화기 및 복막의 악성신생물	3.3	
32 호흡기계의 기타질환	24	2.9	장관감염병	3.2	
계	459	54.8		62.0	

표14. 퇴원환자의 성별 상병분류 10대 상병순위(여자)

광 주 동 구 ('90)			전 국 ('92)		
상 병 분 류	환자수	%	상 병 분 류		%
41 정상분만	65	8.8	정상분만		15.7
39 직접 산과적 원인	63	8.5	직접 산과적 원인		14.0
12 비뇨생식기계의 악성 신생물	55	7.4	소화기계의 기타부위 질환		8.3
23 눈 및 그 부속기의 이상	48	6.5	골절		3.6
46 징후, 증상 및 불명확한 상태	46	6.2	호흡기계의 기타질환		3.6
34 소화기계의 기타부위 질환	39	5.3	여성 생식기 질환		2.5
29 뇌혈관 질환	26	3.5	양성 신생물		2.4
43 근골격계 및 결합조직의 질환	24	3.2	요로계 질환		2.3
44 선천적 이상	24	3.2	장관 감염병		2.2
18 내분비 및 대사질환, 면역장애	23	3.1	상기도질환		2.1
계	413	55.7			56.7

7) 지역 의료보험 자료로 본 의료기관 이용율 3대 순위는 진균증, 기타 급성상기도 감염, 치과질환 순이었다(표16).

표 16. 상병별 성별 의료기관 5대 이용순위 (동구지역의료보험자료, '95. 6 ~ '95.12)

구 분	총 인 원	남 자	여 자
조사인원(명)	261,222	117,391	143,831
구성비(%)	100	44.9	55.1
구 분	상 병 별	환자수(명)	백분율(%)
전체	1위 042 진균증	30,640	11.7
	2위 167 기타 급성상기도 감염	16,218	6.2
	2위 181 치아 및 지지구조의 기타장애	15,673	6.0
	4위 180 치아우식증	11,036	4.2
	5위 170 급성기관지염 및 급성세기관지염	10,214	3.9
계		83,781	32.1
남자	1위 042 진균증	14,083	12.0
	2위 167 기타 급성상기도 감염	7,730	6.6
	2위 181 치아 및 지지구조의 기타장애	7,286	6.2
	4위 170 급성기관지염 및 급성세기관지염	5,110	4.4
	5위 165 급성인두염 및 급성편도염	4,726	4.0
계		38,935	33.2
여자	1위 042 진균증	16,557	11.5
	2위 167 기타 급성상기도 감염	8,488	5.9
	2위 181 치아 및 지지구조의 기타장애	8,387	5.8
	4위 180 치아우식증	6,298	4.4
	5위 199 기타 피부 및 피하조직의 질환	5,759	4.0
계		45,489	31.6

- 8) 남자는 ‘비뇨생식기계’, ‘근골격계 및 결합조직 질환’, ‘여자는 주산기에 관련한 일정한 병태’, ‘내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애’등이 25일이상의 평균재원일수로 높게 나타났다(그림3).

연령별로는 남자 10대후반부터, 여자 30대후반에서 모두 70대 초반까지 15일 이상은 높은 재원일수를 나타냈다(그림4).

9) 초등학교 학교별 비만분포는 큰 차이를 보이지 않았으나 학년이 올라갈수록 비만분포가 높아져 BMI \geq 25 이상인 경우가 1학년 1.8%, 6학년은 18%에 이르렀다. 전체적으로 약 10%의 학생이 BMI \geq 25 이었다(표18~19).

표18. 학교별 비만분포(%)

범위	구 분	서석	계림	산수	지원	동산	계
20 \leq BMI < 25	경 도	10.5	11.02	7.54	8.62	6.85	9.02
25 \leq BMI < 30	중등도	1.37	0.42	1.01	0	1.37	0.97
BMI < 20	정 상	88.13	88.56	91.46	91.38	91.78	90.01

표19. 학년별 비만분포(%)

범위	구 분	1학년	2학년	3학년	4학년	5학년	6학년	계
20 \leq BMI < 25	경 도	1.78	5.45	3.95	13.42	13.55	16.35	9.02
25 \leq BMI < 30	중등도	0	0	0	2.68	1.29	1.89	0.97
BMI < 20	정 상	98.22	94.56	96.05	83.89	85.16	81.76	90.01

IV. 고찰 및 결론

지역사회진단을 위한 다수의 구단위 보건통계, 지표가 산출되었다. 인구통계의 경우 주민등록 통계를 기준으로 함으로써 인구 센서스를 통한 실거주민과 많은 차이를 보였다. 사망통계의 경우 자료의 보편성이라는 장점과는 달리 구단위에서 분석할 경우 '사망'이라는 사건이 많지 않고 표준질병분류에서 257개항목군이나 소분류를 적용할 경우 지나치게 세분되는 한계를 보였다. 장기적 사망자료의 축적이 필요하다고 생각되었다.

주지하다시피 감염성 질환보다는 고혈압, 당뇨병 만성질환의 사망이 높은곳은 향후 보건소가 이들 질환에 대한 관리가 요망되며, 제한적이지만 사망율의 산출은 보건사업의 목표설정, 전략수집, 보건수준의 변화 등을 관찰할 수 있는 자료라 생각되었다.

상병통계는 의료보험자료를 활용할 경우 유용한 자료라 예상되었으나 공·교보험, 직장보험, 의료보호등은 기초자치단체로서는 접근이 매우 어렵거나 불가능한 듯 보였다. 상병통계를 지역보험가입자만으로 나타낸 경우 대표성이나 일반화에 적잖은 문제점이 있는 것으로 생각되었다.

의료이용도 조사는 보건복지부에서 주관하며 매 2년마다 실시되는 환자조사를 이용하였으나, 조사자료가 '90년도 조사분밖에 없고 나머지는 훼손되어 현재를 대변할 수는 없었다. 다만, 이 조사를 적절히 분석·활용할 경우 자치구 단독으로는 수행이 어려운 의료이용도나 주민 상병자료를 별도의 노력없이 상당 부분을 얻을수 있어 지역보건의료계획 수립시 활용가능 하리라 생각되었다.

초등학교 비만도 조사결과는 최근 경제적 성장과 더불어 영양불균형 내지 영양과다가 건강문제화될 가능성을 시사하는 대목으로, 정상체중군에 비해서 비만군은 비만도(BMI)의 지속성(tracking)이 높다는 최근의 연구결과등을 종합해볼 때 중요한 보건문제 중의 하나로 부각 되었다고 생각한다.

결론적으로 사망자료 수집, 환자조사등 국가단위 통계사업 또는 (간이)단면조사를 잘 활용할 경우 좋은 지역사회 진단자료라 생각되었다.

그러나 자치단체에서

- ①보험자료등 일부자료의 접근이 어렵고,
- ②조사·분석에 대한 인식, 예산 및 인력의 부족,
- ③통계사업이 국가중심으로 되어있는 점, 원시 자료의 공동이용이 불가능한 점등은 향후 점진적으로 개선되어야할 것으로 생각되었다.

참고문헌

1. 통계청. 대한의무기록협회. 한국표준질병사인분류, 1993
2. 법제처. 대한민국 현행법령집, 1996
3. 최삼섭등. 예방의학과 공중보건, 계축문화사, 1995
4. 안윤옥. 보건통계학이해, 정문각, 1993
5. 강윤주등. 비만청소년의 과거 12년간 Body Mass Index 변화.
6. 대한예방의학회지 1994 ; 27(4) : 665 ~ 676
7. 광주광역시 통계연보 외.

지보의

■ 논 문

지역사회 치매 및 중풍환자를 위한 이동목욕사업평가

양 병 국

경기도 연천군 보건의료원장

I. 서 론

1. 연구 배경

평균 수명의 연장과 인구의 사회적 이동으로 인하여 인구구조가 변화되어 노인 인구가 상대적, 절대적으로 급격히 증가하고 있다. 한편 산업화와 도시화로 가족 형태와 구성이 급속히 핵가족화되고 있으며, 핵가족화의 촉진은 독거노인과 노인 부부 단독 세대의 증가를 초래하였다. 특히 농촌 지역의 경우 인구의 사회적 이동으로 인하여 도시 지역에 비해 노인 인구의 지속적인 증가 추세에 있으며, 가족 형태별로 각 구성원 중 노인이 포함된 가구는 1994년 현재 전국적으로 22.6%이며, 노인만으로 구성된 가구는 8.7%이다. 이 중 시 지역에서는 5.0%인 반면 군 지역에서는 21.6%이다(이가옥 등, 1994). 결국 가구 내에서 노인에게 도움을 줄 수 없는 가구가 농어촌 가구의 약 1/5을 차지하고 있는 실정인 것이다.

노인들은 각종 신체 기능의 저하와 질병으로 신체적인 고통과 활동에 제한받고 있다. 1992년의 조사에 의하면 노인 중 58%, 군 지역에 거주하는 노인의 62%는 한가지 이상의 질병을 갖고 있다. 한편, 현 세대 우리나라 노인들은 연금 수혜자와 일부 고소득층을 제외하고는 노년의 경제적 대책에 대한 준비없이 불안한 노령기를 맞고 있다(송건용, 1994). 이와 같은 환경의 변화와 현실은 노인 문제와 관련하여 보건·의료 및 사회복지 측면에서 적절한 대책 마련의 시급성을 요하고 있다.

구미 선진국가에서 시설보호 중심의 노인복지정책을 수행해온 결과 비용의 증대로 인한 재정적 위기가 초래되고 효율성과 효과성도 높지 못하다는 비판이 제기되고 있다. 그 대안으로 지역사회보호와 재가노인보호, 지역사회에서 보건의료와 사회복지서비스의 연계 및 통합,

지역사회참여 또는 주민참여 등이 제기되고 있다(최성재, 1991).

치매는 노인 인구의 증가로 노인 층에 가장 심각한 정신 질환 중 하나로 환자 본인은 물론 가족에 미치는 영향은 자못 심각하다고 할 수 있다. 치매의 유병율에 관한 정확한 자료는 알 수 없으나 1992년부터 1993년에 연천군에서 치매 환자 관리 사업의 일환으로 실시한 지역 조사에 의하면 65세 이상 인구의 9.4%였다. 한편 연령이 증가함에 따라 유병율은 더욱 증가하였다. 즉 65세 이상의 노인 10명 중 1명 이상은 치매 환자라고 볼 수 있다. 치매 환자들 중 가족 등 다른 사람의 도움을 필요로 하는 상태인 중등도 내지 고도 치매는 65세 이상 노인의 3.4%였다. 이들 노인들의 고통은 물론이고 가족들도 환자의 치료와 간호에 지출되는 과도한 의료비와 환자 보살핌의 어려움으로 심한 고통을 감수하고 있다. 가족들은 환자 관리에 속수 무책이며 결국 가족들은 포기하게 되고 환자들은 방치되고 있는 실정이다. 상기의 지역 조사에 의하면 가족들이 치매 환자의 돌봄에 있어서 가장 힘든 내용과 다른 사람이 도움을 절실히 필요로 하는 내용은 목욕, 세탁 등 환자의 위생과 관련한 일이었다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994).

위생 문제와 관련한 또 하나의 수요층은 중풍 환자 및 각종 장애로 인하여 거동이 불가능한 환자들이다. 중풍 환자 중 거동이 불가능하여 다른 사람의 도움을 필요로 하는 환자는 30세 이상 연천 주민의 고혈압 유병율 약 16.2%(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1993)와 고혈압 관리의 현실을 고려할 때 이에 준하거나 그 이상이 될 것이다.

치매 및 중풍 환자들은 장기간 와병 상태에 따른 면역력의 약화와 불량한 환경과 위생상태로부터 발생하는 폐렴 등 각종 감염성 질환이 사망의 주 원인으로 규명되고 있다. 이들은 인간으로서 최소한의 존엄성 조차 위협 받게 된다. 스스로 돌보기를 할 수 없는 환자들의 위생 상태를 개선하기 위해 위생서비스를 제공하기 위한 효과적인 방법으로 목욕의 필요성이 제기되고 있다. 한편, 와병상태로 이동 능력이 없고 경제적으로 궁핍하며 주택 구조가 집안에서 목욕하기에 적합하지 않은 점 등으로 이들 환자들에게 목욕을 시킬 수 있는 방안으로 이동목욕사업을 계획하게 되었다.

경기도 연천군에서는 지역사회의 치매 환자를 위한 보건 사업으로 우선적으로 필요한 위생 서비스를 제공하기로 하고 치매 환자 뿐 아니라 중풍 환자 및 거동 불가능한 환자들을 직접 찾아가서 목욕서비스를 제공하기 위해 목욕 시설을 갖춘 차량을 구입하고 이동목욕사업 지침서를 개발하여 이동목욕사업을 실시하게 되었다.

2. 연구의 목적

연천군에서는 지역사회 치매 환자 및 중풍 환자를 방문하여 이동목욕서비스를 실시하고 있다. 본 연구에서는 이 사업들을 향후 보다 효율적으로 추진할 수 있도록 지난 1년간의 사

업 진행 과정을 평가하는데 있다.

본 연구는 연천군 보건의료원에서 실시한 이동목욕사업이 효율적으로 실시될 수 있도록 사업 수행 과정 중 발견된 문제점을 개선, 보충하고자 한다.

이를 달성하기 위한 구체적 목표는 다음과 같다.

첫째, 사업 계획에 부합되는 자원이 동원되었는가를 확인한다.

둘째, 사업 계획과 상응하는 사업 과정이 진행되었는지를 점검한다.

셋째, 사업 계획에서 설정한 목표의 달성 여부를 파악한다.

넷째, 사업 계획에서 설정한 목표의 달성 정도를 측정한다.

다섯째, 본 사업이 경제적인 측면에서 타당한 것인가를 검증한다.

II. 사 업 개 요

1. 사업지역현황과 특성

1.1. 일반 현황

연천군은 32Km가 휴전선과 접한 경기도 최북단 지역에 위치한 접적지역으로 3번 국도와 경원선이 관통하고 있다. 인구는 약 56,000명으로 최근 3년간의 인구 변화는 거의 없다. 산업 구조는 농업을 기반으로, 한탄강 및 임진강 관광지를 중심으로 하는 일부 서비스업이 형성된 반면 공업 등의 생산 시설은 대단히 취약하다. 재정자립도는 약 20%로 경기도에서 가장 낮은 수준이다. 연천군의 인구구조는 전형적인 농촌형으로 노인의 인구가 상대적, 절대적으로 높은 비중을 차지하고 있으며 노령화 지수는 8.95(연천군 통계연보, 1995)로 전국 평균 5.5(보건사회백서, 1994)에 비해 현저히 높다. 가구 구성상 독거노인, 노인 부부 단독 세대가 전체의 21.6%를 차지한다. 거동불능자 세대수가 3.6%를 차지하고 있다.

1.2. 보건의료원 현황

연천군 보건의료원은 정부의 농어촌 의료 종합 대책의 하나로 '보건소의 병원화 개념'에 따라 병원 기능을 수행할 수 있는 '진료부'를 신설하여 1989년 6월 17일 개원하게 되었다.

연천군 보건의료원의 조직은 1과(보건사업과), 1부(진료부), 7개 계 및 8개 보건지소, 7개 보건진료소로 구성되어 있다. 인력은 총 126 명이며 이 중 공중보건직사는 28명이다.

1.3. 보건·의료·복지 관련 민간기관 현황

연천군의 민간의료기관은 병원급 의료기관은 없으며 의원급 의료기관이 14개소, 노인복지

시설은 66개소의 경로당 및 노인회관이 있다. 자원봉사 조직으로 적십자 자원봉사회 및 종교 기관에 속해 있는 자원봉사단체가 있다.

2. 이동목욕사업의 개요

“목욕차량을 활용한 이동목욕사업”은 1995년 3월부터 시작되어 동년 11월까지의 수행결과를 분석하였다.

본 사업의 목적은 첫째, 치매 및 중풍 등으로 인하여 장기간 와병 상태에 있어 위생 상태가 나쁜 환자를 대상으로 목욕서비스를 제공함과 동시에 지속적으로 건강 상태를 점검함으로써 이들 환자의 위생 상태를 개선하고 건강 수준을 높이고, 둘째, 목욕서비스 제공을 통하여 노인성 치매, 중풍 환자 가족이 느끼는 부담감의 가장 큰 부분을 차지하는 목욕 간호를 공공의료기관에서 담당함으로써 가족 부담감을 해소하여 가정 내에서 이들 환자를 지속적으로 보호할 수 있는 여건을 조성하며, 셋째, 공공의료기관인 보건의료원에서 이동목욕서비스를 제공함으로써 공공의료기관에 대한 지역 주민의 신뢰도를 제고하고자 하였다.

본 사업의 대상자는 연천군에 거주하는 치매 및 중풍 환자를 주 대상으로 하고 기타 목욕 서비스를 요구하는 각종 신체장애자도 포함하였다.

대상자를 추계해 보면 연천군 전체 인구(약 56,000명)의 9%가 65세 이상 노인 인구이고, 이 중 9.4%를 치매 환자라고 할 때, 독립적인 생활이 불가능하여 부분적인 감독과 간호가 필요한 중등도 이상(중등도 및 고도)의 노인성 치매 환자는 65세 이상 인구의 3.4%였다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994). 물론 이들 중등도 및 중증 치매 환자 모두가 이동목욕사업의 대상자가 되는 것은 아니지만, 만약 이들 환자를 기준으로 이동목욕사업의 대상자를 추정하면 약 170명($56,000 \times 0.09 \times 0.034$)이 된다.

중풍 환자, 기타 장애자를 포함하면 이보다 더 늘어나게 되는데, 한국보건사회연구원이 1989년에 실시한 <국민건강조사>에 의하면, 타인의 도움을 받아야 집안 내 일상 동작(세수, 목욕, 식사, 화장실 가기, 옷갈아입기 등)이 가능한 노인은 7%였다. 이 대상자에게 목욕서비스를 제공한다고 할 경우 연천군의 경우에는 약 353명($56,000 \times 0.09 \times 0.07$)이 대상자가 된다.

사업 참여 인력은 이 서비스 담당계의 직원, 운전기사, 보건지소의 보건요원, 보건진료소의 보건진료원 및 공중보건 의사 등 보건의료원의 직원들과 연천군의 자원 봉사 조직 중 본 사업에 참여 의사를 밝힌 2개 여성 자원봉사단체의 회원들로 구성하였다.

목욕을 실시하는 목욕 팀은 총 4명으로 팀장은 해당 지역의 보건요원 또는 보건진료원, 운전

기사 1명, 자원봉사자 2명으로 조를 편성하여 운영하였다.

본 사업은 보건의료원의 직원들에 의한 방문보건사업의 일환으로 기존의 제반 보건사업과 동시에 추진하며 전담 인력이 없는 조건에서 현실적으로 목표량의 조정이 불가피 하였다. 담당계의 업무와 직원의 수를 고려하고 동절기의 난방 및 보온 등을 고려하여 연간 9개월(36주), 주 2일, 하루 3명의 목욕 실시를 계획하여 연인원 216명을 목표량으로 설정하였다.

본 사업의 수행 체계 및 업무 분장은 기존의 만성질환 관리 사업의 수행 체계 및 업무 분장을 활용하여 구성하였다

사업에 필수적인 이동목욕차량은 특수 차량제조 회사인 S 주식회사의 차량을 이용하였다. 차량 및 장비와 비품은 한국 엠에스디 주식회사와 서울대학교 지역의료체계 시범사업단으로부터 기증을 받았다. 목욕차량의 운영·유지비 및 소모품 구입비, 이동목욕 운영팀의 급식비 등은 연천군 보건의료원의 예산을 사용하였다.

Ⅲ. 평가 대상 및 방법

1. 평가 대상 및 평가모형

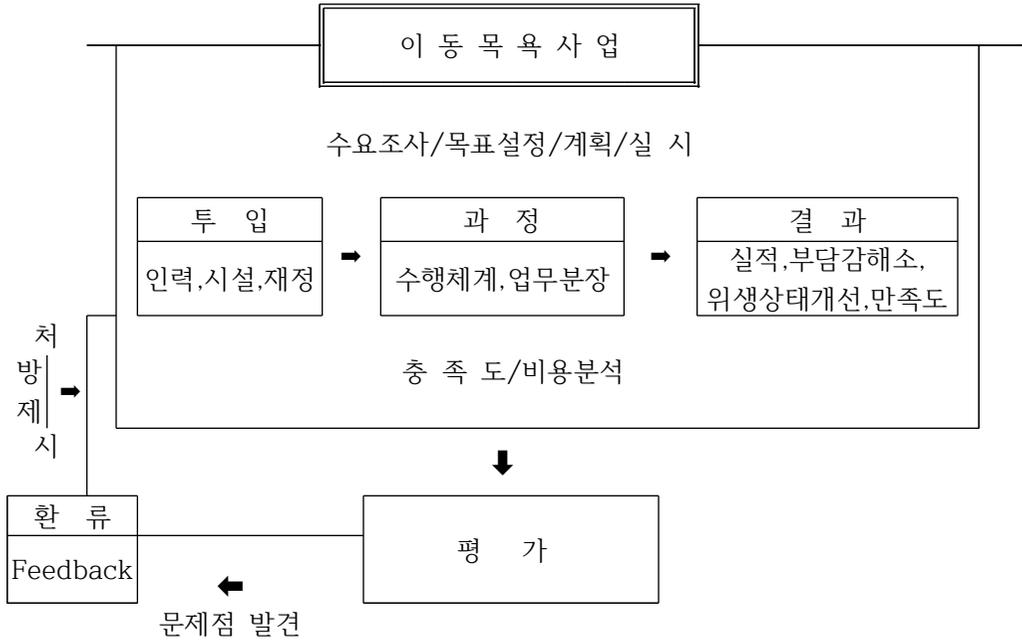
본 연구는 1995년 3월부터 1995년 11월까지 연천군에서 실시한 이동목욕사업을 평가 대상으로 하였다.

하나의 보건사업을 평가하는데 기본이 되는 것은 설정된 사업 목표를 어느 정도 달성했는가에 대한 계량적 개념을 가지고 객관적으로 분석해야 할 것이다. 목표 달성의 질과 양, 수준을 측정하는 데 있어 Suchman은 목표 달성을 위해 수행된 업무량(Effort), 사업의 성과(Performance), 업적의 충족도(Adequacy of Performance), 효율성(Efficiency), 사업 과정 분석(Process) 등 5개의 범주를 제시하였다(Suchman, 1967)(김정순 등, 1980)(김정순 등, 1992). 세계보건기구는 '평가는 사업 목적에 따라 시행된 보건사업 활동의 관련성, 적절성, 효과 및 효율성, 보건사업이 미친 영향 등을 체계적, 객관적으로 파악하며, 평가의 결과는 누구든지 알기 쉽고 쉽게 이용할 수 있어야 한다.'고 보건사업 평가의 원리에 관한 지침을 제시한 바 있다(세계보건기구, 1981).

본 평가는 사업의 진행 단계상 첫 해의 사업이 마무리된 시점에서 이루어지는 사업 진행 과정 중 평가이다. 전술한 평가의 범주 또는 과정 중 관련성, 적절성, 사업이 미친 영향 등 일부는 본 평가에서 제외하였다. 본 평가에서는 Suchman과 세계보건기구에서 제시하는 평가

의 범주 및 과정을 참고하여 지난 1년간 사업을 투입 요소, 사업 과정, 사업의 결과로 분류하여 평가하고 사업의 충족도 및 사업비용을 분석하였다.

이상의 과정을 요약하면 다음과 같다(그림 1).



(그림 1) 이동목욕사업 평가 모형

2. 연구 방법

상기의 평가 모형에 따라 평가 항목을 설정하고 각각의 평가에 적합한 평가 지표를 개발하고, 적절한 평가의 지표를 개발하기 어려운 경우에는 구조화된 설문을 통한 내용 분석을 하였다.

2.1 투입평가(Input Evaluation)

사업 계획에 부합되는 자원이 동원되었는가를 확인하기 위해 사업에 참여한 인력의 양, 사업참여 횟수 및 사업 관련한 업무 교육의 이수 정도, 사업에 투입된 목욕 시설 및 장비, 소요된 자원 등을 측정하였다.

2.2 과정평가(Process Evaluation)

사업 계획과 상응하는 사업 과정이 진행되었는가를 점검하기 위해 사업 대상자 파악의 경

로별 빈도를 측정하였다. 목욕 대상자의 파악부터 목욕의 실시까지 일련의 업무 수행 과정, 즉 이동목욕사업 신청, 사전방문 및 대상자 건강상태 파악, 목욕허가, 목욕일시 선정 및 통보 등의 업무수행도를 측정하기 위해 지침서의 내용을 표준으로 4점<우수 (75% 이상 실행)>, 3점<양호 (50%-75% 실행)>, 2점<미흡(25%-50% 실행), 1점<불량 (25% 미만 실행)>의 4점 척도를 설정하였다. 점수는 자원봉사자를 제외한 참여 인력들이 측정한 값을 평균하였다.

2.3 결과평가(Outcome Evaluation)

이동목욕사업의 목적 달성여부를 파악하기 위해 사업 실적의 빈도를 측정하였다. 환자의 위생 상태의 개선, 가족 부담감의 해소와 제공자 및 수혜자의 만족도에 대해서는 구조화된 설문지를 통한 내용 분석을 하였다.

2.4 사업의 요구 충족도(Adequacy of Performance)

사업 계획에서 설정한 목표를 얼마나 달성하였는가를 측정하기 위해 다음과 같은 지표를 사용하였다.

가. 용어의 정의

1) 요구충족도(%) : $\text{사업실적} / \text{사업 요구량} \times 100$

2) 사업 실적(건/년) : 사업 기간 동안 실시한 이동목욕사업의 총 건 수.

3) 사업 요구량(명/년)

총요구량(Total Need)은 연천군에 거주하는 치매(중등도 이상), 중풍 환자 및 각종 장애자로 목욕서비스가 필요한 환자 총 수를 말한다.

순요구량(Unmet Need)은 연천군에 거주하는 치매(중등도 이상), 중풍 환자 및 각종 장애자로 목욕서비스가 필요한 환자 중 가족 등의 도움을 받을 수 없는 환자 총 수를 말한다. (순요구량의 경우 지역사회진단의 미비로 현황 파악이 불가능하여 본 평가에서는 제외하였다.)

사업목표량(Target)은 연천군에 거주하는 치매(중등도 이상), 중풍 환자 및 각종 장애자로 목욕서비스가 필요한 환자 중, 본 사업에서 목표로 설정한 대상 환자 수를 말한다.

2.5 사업의 비용분석(Cost Analysis)

사업의 경제적 타당성을 검증하기 위해 비용분석을 위해 다음과 같은 지표를 사용하였다.

가. 용어의 정의

1) 건당비용(원/회) : 연간 사업비용(원)/연간 목욕 총 건수(회)

2) 사업비용(원/년) : 소모품비 + 목욕차량 운영·유지비 + 이동목욕팀 급식비 + 인건비
 소모품비는 목욕시 소비되는 목욕물품의 연간 비용이며, 목욕차량 운영·유지비는 차량 보험료, 연료비, 수리비 등의 연간 비용이며, 이동목욕팀 급식비는 자원봉사자 2명과 직원 2인으로 구성된 목욕 팀이 오전 목욕실시 후 지급되는 점심식대의 연간 비용을 말한다.

3) 인 건 비(원/년) : 공무원(팀장 + 운전기사) + (자원봉사자×2)

4) 공무원 인건비(원/년) :

$$\left[\frac{\text{이동목욕참여 년 평균시간}}{\text{공무원 월 평균 근무시간} \times 9(\text{월})} \right] \times \{ \text{년평균보수} \times 9/12 \}$$
 팀장 및 운전기사의 년 평균보수는 본 사업에 참여한 보건요원 및 보건진료원과 운전기사 각각의 직급 및 근무연한을 평균한 값에 가장 근접한 직급 및 호봉 수를 기준으로 설정하였다. 채택된 팀장은 보건 8급 14호봉, 운전기사는 기능 10급 15호봉에 해당되는 년 평균보수를 적용하였다.

공무원 년 평균 근무시간은 공무원 복무 규정에 의한 월 평균 192시간을 기준으로 실제 사업기간에 해당되는 9개월을 적용하였다.

이동목욕 참여 년 평균시간은 년 평균보수 적용시 채택된 보건요원과 운전기사 각각의 연간 평균 목욕제공횟수에 1회 당 평균 목욕소요시간 1.5시간을 곱하여 산출하였다.

5) 자원봉사자 인건비(원/년) : 이동목욕참여 년 평균시간 × 정부노임단가

자원봉사자 인건비는 정부 예산편성지침의 일용직 보수를 적용하여 시간당 노임을 산출하여 적용하였다.

이동목욕 참여 년 평균시간은 자원봉사자들의 연간 평균 목욕제공횟수에 1회 당 평균 목욕소요시간 1.5시간을 곱하여 산출하였다.

사업비용에서 목욕차량을 포함한 장비 및 물품은 첫 해에 투입되는 비용으로 본 비용분석에는 제외하였으며 감가상각비도 제외하였다. 한편, 사업 비용에 포함시켜야 할 범주를 첫째, 인건비는 포함하지 않는 경우 둘째, 자원봉사자의 인건비만 제외하는 경우 셋째, 자원봉사자 인건비도 포함하는 경우 로 분류하여 분석하였다.

3. 자료수집방법

평가에 필요한 자료는 본 사업 수행 시의 '이동목욕사업 지침서'와 이동목욕사업 관련 제반 서식과 결과 보고서, 이동목욕사업 평가회 기록 등을 참고로 하였다.

평가에 필요한 내용을 구조화한 설문지를 개발하여 사업에 직접 참여한 공무원, 공중보건기사, 자원봉사자에게 자기기입식 설문지를, 사업의 수혜자 24명은 방문 혹은 전화 면담을 통해 작성하여 평가 자료로 활용하였다.

IV. 결 과

1. 투입평가(Input Evaluation)

1.1 인 력

사업에 참여한 인력은 보건의료원의 공무원 22명, 공중보건기사 8명, 자원봉사자 10명 등 실인원 40명이었다. 사업기간 동안 투입된 연인원은 289.1(년·명)이었다.

자원봉사자의 평균연령은 42.4세, 자원봉사경력은 평균 5년 9개월이며 전원 여성이었다.

목욕제공은 연간 56회 실시하였다.(표 1).

1.2 시설 및 장비

본 사업에 필요한 장비는 목욕설비를 갖춘 이동목욕차량 외 16종을 갖추었다. 세탁기를 제외한 전 장비는 차량 및 이동목욕사업 팀에 의해 현장에서 활용된다(표 2). 한편, 목욕시에 필요한 소모품은 비누 외 6종으로 현장에서 활용된다(표 3).

(표 1) 이동목욕사업에 투입된 인력

분류	내용	제공자 수	참여율 (%)	목욕제공횟수 (회/명)	피교육횟수 (회/명)
		참여인력/기대인력(명) ^(#)			
공무원					
	보건요원	9 / 10	90.0	4.8	3.4
	보건진료원	3 / 7	42.9	1.7	2.3

지역사회 치매 및 중풍환자를 위한 이동목욕사업평가

담당계 직원	4 / 4	100.0	19.0	4.0
운전기사	3 / 3	100.0	16.7	1.3
관리자(*)	3 / 3	100.0	2.3	1.3
공중보건 의사	8 / 9	88.9	4.2	1.5
자원봉사자	10 / 28	35.7	7.4	1.8

(*)관 리 자 : 원장, 사업과장, 진료부장

(#)기대인력 : 공무원 및 공중보건 의사는 이동목욕사업 관련 직원의 수,

자원봉사자는 사업에 참여 의사를 밝힌 자원봉사단체의 회원 수입

(표 2) 이동목욕사업에 필요한 장비 및 비품

물 품 명	수 량	단 가(원)	가 격(원)
1.목욕차량	1대	30,000,000	30,000,000
2.세탁기(5kg)	1대	350,000	350,000
3.탕용온도계	4개	10,000	40,000
4.실내온도계	2개	5,000	10,000
5.체온계	2개	3,000	6,000
6.헤어드라이기	2개	21,000	42,000
7.전기히터	2대	100,000	200,000
8.변압기(3kg)	2대	30,000	60,000
9.케이블선	50m	40,000	40,000
10.응급처치기구	1세트	250,000	250,000
11.목욕용 유니폼	30벌	70,000	2,100,000
12.목욕용 앞치마	6벌	4,000	24,000
13.목욕기구가방	1개	100,000	100,000
14.손톱깎기	2세트	10,000	20,000
15.머리빗	3개	1,000	3,000
16.전기면도기	1개	50,000	50,000
17.미용가위	1세트	50,000	50,000
총 계			33,345,000

(표 3) 이동목욕사업에 필요한 소모품

물 품 명	수 량	단 가(원)	가 격(원)
1.비누(세안용)	1박스(3개)	500	1,500
(빨래용)	1박스(32개)	350	11,200
2.수건(대형)	20매	10,000	200,000
3.부드러운 작은수건	10매	1,000	10,000
4.사각팬티	20장	3,000	60,000
5.고무장갑	10장	1,300	13,000
6.바디로션	10개	5,000	50,000
7.화장지	5박스	5,000	25,000
총 계			370,700

1.3 재 원

사업 첫 해 투입된 비용은 이동목욕차량 구입비 및 장비 구입비 관련 기증받은 U.S \$ 40,000을 포함하여 36,655,700(원) 이었다. 이 중 장비 및 비품을 제외한 소모품, 차량운영·유지비, 급식비 등 매년 투입되는 재원은 3,310,700(원) 이었다(표 4).

(표 4) 이동목욕사업에 투입된 재원

분 류	예 산	산 출 내 역	비 고
• 장비 및 비품	33,345,000	표2 참고	\$ 40,000기증 (차량,장비구입비)
• 소모품	370,700	표3 참고	
• 목욕차량 운영·유지비	1,500,000		
차량유지비	1,120,000	(‘95년예산편성지침)	
차량보험료	380,000	(‘95년예산편성지침)	
• 이동목욕팀 급식비	1,440,000	4명×2(회)×5,000(원)×36(주)	
총 계	36,655,700		

2. 과정평가(Process Evaluation)

2.1 대상자 파악

이동목욕을 필요로 하는 대상자 파악의 경로는 지역사회진단을 기초로 방문보건사업을 통해 확인된 환자 및 가족들이 보건의료원 직원의 안내를 접한 후 이동목욕사업에 동의한 경우가 46건으로 전체의 82.1%이었다(표 5).

(표 5) 대상자 파악 경로

경	로	건 수(%)
• 방문보건사업		46(82.1)
• 이장, 노인회장 등의 추천		5(8.9)
• 공공기관에 비치된 <이동목욕사업 안내문>을 접한 후 연락을 받음		2(3.6)
• 읍면 사회복지전문요원의 추천		1(1.8)
• 지역유선방송, 지역신문의 광고를 접한 후 연락을 받음		1(1.8)
• 기타(자원봉사자의 소개)		1(1.8)

2.2 사업수행체계

사업수행 체계에 의해 목욕의 신청부터 목욕의 실시까지 사업과정의 업무수행도를 측정하기 위해 ‘이동목욕사업 지침서’의 내용을 표준으로 측정한 4점 척도를 설정하여 평가하였다. (표 6).

(표 6) 이동목욕사업의 사업수행 체계

업	무	과	정	수행도(*)
• 이동목욕사업신청				(3.31)
• 사전방문 및 대상자 건강상태 파악				(3.38)
• 목욕허가				(3.35)
• 목욕일시 선정 및 통보				(3.46)

(*) 수행도 : 업무수행의 정도로 4점 척도 설정

- 4 - 우수 (75% 이상 실행)
- 3 - 양호 (50% - 75% 실행)
- 2 - 미흡 (25% - 50% 실행)
- 1 - 불량 (25% 미만 실행)

2.3 업무 분장

사업관련 기관 및 부서의 업무 분장을 '이동목욕사업 지침서'의 내용을 표준으로 측정한 4점 척도를 설정하여 평가하였다. (표 7,8,9).

(표 7) 보건의료원의 업무 분장

업 무 분 장	수행도(*)
● 보건의료원장	
• 이동목욕사업 총괄	(3.25)
• 이동목욕사업 허가에 대한 승인	(3.26)
• 이동목욕사업지시 및 지도·감독	(3.13)
● 보건사업과장	
• 이동목욕사업운영팀 운영 총괄	(2.58)
• 이동목욕사업에 관한 행정적 사항총괄	(2.52)
● 진료부장	
• 이동목욕사업 관련 인력 교육 총괄	(1.88)
• 이동목욕사업에 관한 기술적 지원 총괄	(1.75)
● 의과 선임지도공중보건기사	
• 이동목욕사업과 관련한 제반 기술적 지원 업무 총괄	(2.39)
• 자원봉사자 교육에 대한 기술적 지원	(2.08)
• 보건지소로부터 <이동목욕사업 허가서> 취합 및 검토	(2.26)
• 보건지소장과 이동목욕사업 대상자 선정 문제를 협의하여 보건소장에게 건의	(2.14)

● 보건사업계

- 이동목욕사업과 관련한 제반 행정 업무의 처리 (3.62)
- 이동목욕사업 대상자관리(대상자 취합, 보고 및 지시) (3.18)
- 자원봉사자 교육에 대한 계획 마련 및 실시 (3.42)
- 각 읍·면 이동목욕사업 일정계획 작성 및 조정 (3.37)
- 목욕봉사요원 일정통보, 변경 및 조정 (3.37)
- 이동목욕사업에 필요한 소모품 및 물품관리 (3.46)

● 보건의료원 진료부 전문의사

- 보건지소로부터의 이동목욕사업 대상자의 상태 평가와 목욕허가에 대한 자문 (1.77)

(*) 수행도 : 업무수행의 정도로 4점 척도 설정

- 4 - 우수 (75% 이상 실행)
- 3 - 양호 (50% - 75% 실행)
- 2 - 미흡 (25% - 50% 실행)
- 1 - 불량 (25% 미만 실행)

(표 8) 보건지소/보건진료소 및 기타 관련기관의 업무 분장

업 무 과 정	수행도(*)
● 보건지소장	
• 이동목욕사업 대상자 상태 파악(직접또는간접)	(2.95)
• <이동목욕사업 허가서> 작성 및 의과 선임지도공중보건 의사에게 전달	(2.10)
• 필요시 보건의료원 진료부 전문의의 자문을 구하거나 의뢰를 함.	(2.00)
• 이동목욕사업 대상자의 최종 선정.	(3.00)
• 이동목욕사업 실시에 대한 지도·감독	(2.81)
• 방문보건사업 지시 및 보고	(2.81)

● 보건요원

- 이동목욕사업 대상자 파악 및 보고 (3.36)
 - 방문보건사업 실시 (3.41)
 - 이동목욕사업 대상자에 대한 사전 방문 (3.55)
 - 이동목욕사업 대상자 상태에 대해 보건지소장에게 보고 (3.32)
 - 이동목욕사업 안내문을 보건지소에 비치, 방문보건사업시 지참·홍보 담당 (3.05)
 - <이동목욕사업 신청서> 접수(신청서는 대상자 또는 대상자 가족이 작성) (3.29)
-

● 보건진료원

- 이동목욕사업 대상자에 대한 목욕허가와 관련한 자문(관내 보건지소장에게) (2.00)
 - 이동목욕사업 대상자 파악 및 보고 (2.81)
 - 방문보건사업 실시 (2.69)
 - 이동목욕사업 안내문을 보건진료소에 비치, 방문보건사업시 지참·홍보 담당 (2.81)
 - 이동목욕사업 신청서 접수(신청서는 대상자 또는 대상자 가족이 작성) (2.62)
-

● 읍·면 사회복지전문요원

- 읍·면내 이동목욕사업 대상자 파악, 업무협조 (2.00)
-

● 이장, 노인회장

- 리 내 이동목욕사업 대상자 파악, 업무 협조 (1.96)
-

(*) 수행도 : 업무수행의 정도로 4점 척도 설정

- 4 - 우수 (75% 이상 실행)
- 3 - 양호 (50% - 75% 실행)
- 2 - 미흡 (25% - 50% 실행)
- 1 - 불량 (25% 미만 실행)

(표 9) 이동목욕사업 팀의 업무 분장

업 무 과 정	수행도(*)
● 팀장 : 보건진료원, 보건요원	
• 이동목욕사업 실시 및 행정적 보고(보건지소장 및 보건사업계)	(3.40)
• <목욕차량운행일지> 작성	(2.61)
• 목욕대상자 상태 파악(목욕 전, 중, 후에 파악)	(3.33)
• 목욕 중간에 가족에게 욕창 방지 등에 대한 보건교육 등 방문보건사업 실시	(3.21)
• 이동목욕사업에 따른 기술적 문제점의 보고(의과 선임지도공중보건사)	(2.77)
● 목욕봉사요원(2인) : 자원봉사자	
• 목욕차량으로부터 목욕장소에 목욕장비 및 물품 설치 및 수거	(3.74)
• 목욕서비스의 제공	(3.87)
● 보조요원(운전기사)	
• 목욕차량 작동 점검, 이상 유무를 보건사업계 담당 직원에게 통보	(3.64)
• 목욕차량 운전	(3.64)
• 목욕장비 설치 및 수거	(3.55)
• 목욕장비 관리(물빼기, 청소 및 소독, 장비 노후 방지 등)	(3.48)
• 목욕 과정에 필요한 히터, 변압기에 대한 점검, 관리	(3.29)

(*) 수행도 : 업무수행의 정도로 4점 척도 설정

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ○ 4 - 우수 (75% 이상 실행) | ○ 3 - 양호 (50% - 75% 실행) |
| ○ 2 - 미흡 (25% - 50% 실행) | ○ 1 - 불량 (25% 미만 실행) |

3. 결과평가(Outcome Evaluation)

3.1 사업 실적

사업실적은 치매, 중풍 및 기타 환자 24명에게 총 56 회 목욕서비스를 제공하였다. 수혜자의 평균연령은 남자 74.4세, 여자 79.1세이다. 사업기간 동안 1인당 평균 2.3회 서비스를 제공하였다. 기간별 사업실적은 3월부터 7월까지의 첫 5개월 동안은 월 평균 6.0 일, 하루 평균 2.2명으로 연간 실적의 78.6%에 해당하는 44건의 목욕을 실시하였다. 환자의 질병별 분포는 치매 환자가 44.6%를 차지하고 있다(표 10,11).

(표 10) 사업 실적(1)

	연인원 (명)	실인원 (명)	평균연령(세)		평균수혜횟수 (회/명)
			남자	여자	
내 용	56	24	74.4	79.1	2.3

(표 11) 사업실적(2)

분 류	내 용								
수혜횟수(회)	1	2	3	4	5	6	7		
수혜인원(명)	13	3	2	1	4	-	1		
기 간 별(월)	3	4	5	6	7	8	9	10	11
목욕실시(일)	6	6	7	7	4	1	2	3	2
수혜인원(명)	8	9	11	10	6	1	3	5	3
지역별(읍·면)	Y	J	C	K	M	B	S		
수혜인원(명)	15	8	5	14	4	6	4		
질 병 별	치매	고혈압	중풍	치매+고혈압	고혈압+당뇨	천식	관절염	기타	
수혜인원(명)	20	9	6	5	5	4	2	5	

3.2 사업에 대한 반응 및 영향

수혜자들은 환자의 위생상태에 대한 개선과 지역사회에서 소외된 자신들에 대한 당국으로부터의 관심 등을 이 사업이 주는 도움으로 인지하고 있었다(표 12).

제공자 측면에서 공무원 및 공중보건직사들은 보건사업과 관련하여 주민들이 직접적으로 서비스를 느낄 수 있고, 질적으로 보장된 서비스의 중요성을 인식하게된 계기에 대해 비중을 두고 있었다. 반면에 자원봉사자들은 봉사활동의 중요성과 지역사회 불우한 노인들에 대한 관심을 갖게된 점 등을 사업이 미친 주된 영향으로 인식하고 있었다(표 13).

3.3 이동목욕의 애로점

사업의 문제점으로 제공자들은 목욕과정에서 목욕장비의 조작과 관련한 애로점을 지적한 반면, 수혜자들은 타인들에게 가정, 가족 문제를 노출시키는 것에 대한 불편함, 특히 남자환자를 목욕시킬 경우 이동목욕 팀이 여성으로 구성된 점을 지적하였다(표 14).

(표 12) 이동목욕사업으로 도움받은 내용

조사대상자	내 용	빈 도(%)
수혜자	1. 몸이 깨끗하여 기분이 좋다(청결, 위생).	9(40.1)
	2. 관심을 갖아주는 사람이 있다는 것이 즐겁고 기다려지고 의지가 된다.	4(18.2)
	3. 목욕 뿐 아니라 정기적인 방문을 통해 고혈압 약 및 혈압측정을 해주어서 편안하다.	3(13.6)
	4. 건강에 대한 지식을 얻을 수 있어 좋았다.	2(9.1)
	5. 목욕탕 가기가 어려운데 집에서 할 수 있어서 좋다.	1(4.5)
	6. 무응답	5(20.8)

(표 13) 목욕사업에 참여하여 변화된 태도

조사대상자	내 용	빈 도(%)
공무원 및 공중보건직사	1. 보건사업이 다양하게 많은 일을 하는 것도 중요하지만 질적으로 주민에게 호응을 얻을 수 있는 사업을 하는 것이 의미가 있다.	6(20.0)
	2. 방문보건사업에서 직접적이고 구체적인 서비스를 제공할 수 있는 부문을 개발하여야 한다.	5(16.7)

3. 아무리 좋은 취지의 보건사업이라 할 지라도 안정적이고 지속적으로 실시 될려면 참여 인력들이 사업의 취지를 충분히 이해해야한다.	3(10.0)
4. 이동목욕사업이 본래의 목적을 달성하기 위해서는 보다 체계적이고 조직적인 활동이 필요하다.	2(6.7)
5. 무응답	14(46.6)

자원봉사자	1. 조그마한 봉사로 주변 이웃에게 커다란 도움이 되는 봉사활동의 중요성을 앎.	4(40.0)
	2. 불편한 노인들을 볼 때 마다 관심을 갖게 되었다.	3(30.0)
	3. 가족의 소중함을 알게 되는 계기가 되었다.	2(20.0)
	4. 가족들이 봉사활동에 대해 자랑스럽게 생각한다.	1(10.0)

(표 14) 목욕실시 과정에서 겪은 애로점

조사대상자	내 용	빈 도(%)
제 공 자 (공무원, 공중보건 의사, 자원봉사자)	1. 집안이 좁아서 목욕통이 들어가지 않을 경우.	9(30.0)
	2. 대상자가 무거워서 들것으로 옮길 때.	5(16.7)
	3. 목욕장비가 너무 무겁다.	4(13.3)
	4. 목욕장비의 종류가 많아 설치하기가 어렵다.	3(10.0)
	5. 친숙하지 않은 상태에서 몸을 씻겨 주게 되므로 서로 어색한 경우.	2(6.7)
	6. 남자 대상자를 목욕시키게 되는 경우.	2(6.7)
	7. 기타	3(10.0)
	- 날씨가 추울 때 목욕 후의 난방문제. - 반신불수 환자의 경우 몸의 균형을 잡기 어려워서 다칠까봐 걱정이 됨. - 비오는 날 심한 악취가 날 때.	
8. 무응답	2(6.6)	

수혜자	1. 남자 목욕을 여자들이 씻겨서 불편하다.	7(31.8)
	2. 곤궁한 집안살림을 남에게 보이고 가족돌보기를 잘 못 했다고 흥분까봐.	6(27.3)
	3. 여러사람들이 한꺼번에 몰려와서 당황스럽다.	2(9.1)
	4. 마땅한 속옷이 없는 걸 보여 줄 때 민망하다.	1(4.5)
	5. 무응답	8(33.3)

3.4 사업의 개선점

이동목욕사업의 지속여부와 관련하여 제공자, 수혜자 모두 환자의 위생상태 개선, 가족 부담감의 감소 등 지역사회에 수요가 존재하며 공공보건의료기관의 역할로 사업의 지속을 희망하고 있었다(표 15,16). 다만 자원봉사자들의 경우 가족들이 지나치게 의존적인 점에 대한 경계를 강조하고 있었다.

사업의 개선점으로 사업의 효과 및 효율을 높이는 방안들과 남자 자원봉사자의 확보가 필요함 등을 제시하였다(표 17).

(표 15) 향 후 이동목욕사업을 지속하여야 하는 필요성

조사대상자	내 용	빈 도(%)
공무원 및 공중보건기사	1. 가족의 부담감을 덜 수 있다.	7(23.3)
	2. 삶의 질을 향상 시킨다.	4(13.3)
	3. 주민들의 요구에 적합한 사업.	3(10.0)
	4. 거동이 불편한 노인들의 건강관리를 위하여.	2(6.7)
	5. 공공보건기관이 주민에게 직접서비스 제공의 모형을 보임.	1(3.3)
	6. 무응답	13(43.4)
자원봉사자	1. 삶의 질을 향상 시킨다.	3(30.0)
	2. 위생상태 개선.	3(30.0)
	3. 노인 수요가 항시적으로 존재한다.	2(20.0)
	4. 보건의료원의 홍보.	1(10.0)
	5. 주민의 호응도가 좋다.	1(10.0)

수혜자	1. 위생상태의 개선.	7(31.8)
	2. 가족의 부담감을 덜 수 있다.	5(22.7)
	3. 거동이 불편한 노인들의 건강관리를 위하여.	4(18.1)
	4. 노인에 대한 정부의 배려	2(9.1)
	5. 보건의료원의 홍보.	1(4.5)
	6. 무응답	5(22.8)

(표 16) 향 후 이동목욕사업을 지속할 필요가 없는 이유

조사대상자	내 용	빈 도(%)
공무원, 공중보건 의사	1. 보다 효과적인 방법으로 대체하는 것이 필요함.	2(6.7)
	2. 무응답	28(93.3)
자원봉사자	1. 가족들의 환자에 대한 무관심 및 방치하고 보건소만 의지하는 것은 싫다.	2(20.0)
	2. 가족들이 할 수 있는 일임에도 보건소에 의존하려는 경향이 높아진다.	1(10.0)
	3. 많은 인력이 나가서 1-2명 목욕시키는 것 보다 효과적인 방법이 필요하다.	1(10.0)
	4. 무응답	6(60.0)
수혜자	1. 여러사람이 몰려와서 부담스럽다.	3(12.5)
	2. 여자들만 찾아와서 불편하다	2(8.3)
	3. 목욕으로 환자가 치료되지는 않는다.	1(4.2)
	4. 무응답	18(75.0)

(표 17) 향 후 이동목욕사업의 개선점

조사대상자	내 용	빈 도(%)
공무원	1. 한 장소에 목욕시설을 갖추고 환자를 모셔다 목욕하는방법	6(20.0)

지역사회 치매 및 중풍환자를 위한 이동목욕사업평가

및 공중보건역사	2. 목욕탕에 모시고 가서 함께 목욕시켜주는 방법	5(16.7)
	3. 대상자의 엄밀한 선정	5(16.7)
	4. 지속적이고 광범위한 홍보로 다양한 자원봉사자의 참여를유도.	4(13.3)
	5. 동일대상자에게 신청서를 재작성하지 말고, 서류신청을 간소화	3(10.0)
	6. 군청 내의 유관 부서와 협조하여 함께 방문하여 주민의 요구를 일괄적으로 해결해 줄 수 있는 방안 강구.	2(6.7)
	7. 목욕 뿐 아니라 집안청소, 빨래, 반찬만들어 주기, 물리치료 등 다양한 서비스를 제공.	2(6.7)
	8. 전 직원이 조를 짜서 참여 조별 참여 방안 강구	1(3.3)
	9. 무응답	2(6.6)
	자원봉사자	1. 전문 인력을 확보하여 특정직원만 고생하는 일이 없기를 바람
2. 한 장소에 목욕시설을 갖추고 환자를 모셔오면 적은 시간에 많은 환자를 효율적으로 목욕시킬 수 있는 방안 강구		2(20.0)
3. 한번에 1-2명 하지 말고 대상자를 단체로 목욕시키는 방법 마련.		2(20.0)
4. 대상자 선정을 엄밀히하여 꼭 필요한 환자에게는 방문하여 목욕을 제공.		1(10.0)
5. 지속적인 홍보 필요		1(10.0)
6. 무응답		1(10.0)
수혜자	1. 남자 자원봉사자 참여	2(8.3)
	2. 무응답	22(91.7)

4. 사업의 요구 충족도(Adequacy of Performance)

요구 충족도는 지역사회의 수요를 본 사업 수행 결과 설정했던 목표를 어느 정도를 달성

하였는가를 측정된 것으로 사업의 요구량을 지역사회 총요구량으로 하는 경우와 사업의 계획에서 설정한 사업 목표량으로 하는 경우로 각각 측정하였다.

사업의 실적은 사업기간 동안 목욕을 실시한 연인원 56명으로 하였다.

총요구량(Total Need)을 수요량으로 하는 경우 인구수 (56,000)×노령화지수(0.09)×0.07에 의해 산출하면 약 353 명이 된다.(사업개요 중 대상인구수 추정 참고) 따라서 요구 충족도는 $56/353 \times 100 = 15.9(\%)$ 이다.

사업 목표량을 수요량으로 하는 경우 9개월, 36주 동안 주 2일, 하루 3명을 목표량으로 3(명/일)×2(일/주)×36주에 의해 산출하면 216명이 된다. 따라서 요구 충족도는 $56/210 \times 100 = 25.9(\%)$ 이다.

5. 사업의 비용분석(Cost Analysis)

비용분석은 본 사업의 경제적 타당성을 입증하기 위한 것으로 비용분석을 위해 사업의 비용에 포함시켜야 할 범주를 첫째, 인건비는 포함하지 않는 경우. 둘째, 자원봉사자의 인건비만 제외하는 경우. 셋째, 자원봉사자 인건비도 포함하는 경우로 분류하여 분석한 결과 목욕 1건당 사업비용은 각각 59,120(원/회), 62,690(원/회), 63,660(원/회) 이었다(표 18).

V. 고 찰

본 이동목욕사업은 연천군 보건의료원에서 실시하고 있는 만성질환관리사업 중 치매, 중풍 환자에 대한 방문보건사업의 일환으로 추진하였다.

사업에 참여한 인력들은 보건의료원의 보건사업 관련 부서의 인력을 중심으로 지역사회 자원봉사자들이 참여하였다. 공무원 및 공중보건의사들의 참여율은 80% 이상으로 높은 참여율을 보였다. 자원봉사자들의 참여율은 약 35% 정도였으나 사업이 진행되면서 고정적으로 참여하는 자원봉사자 집단이 형성되었다.

목욕참여에서 담당계 직원들이 평균 19회의 참여를 보인 반면 이동목욕팀장 역할을 수행할 보건요원 및 보건진료원의 참여가 상대적으로 적었다. 사업의 첫 해에 담당계 직원들이 보건지소 및 보건진료소를 기술적으로 지도하고 지원하는 과정에서 필연적인 현상으로 향후 정착단계에서는 보건요원 및 보건진료원들이 중심적인 역할을 수행할 것으로 기대된다.

지역사회 치매 및 중풍환자를 위한 이동목욕사업평가

(표 18) 비용분석

분석요소	분	석	내	용	결	과
사업실적	년간 목욕 총 건 수	56(회)				
사업비용	$\{(소모품비) + (목욕차량 운영·유지비) + (이동목욕팀 급식비)\} + (인건비)$					
1.인건비 제외	$\{(소모품비) + (목욕차량 운영·유지비) + (이동목욕팀 급식비)\}$					
		370,700 + 1,500,000 + 1,440,000(*)				3,310,700(원)
2.인건비 포함	(공무원 인건비) + (자원봉사자 인건비)					254,100(원)
2.1 공무원	$[(이동목욕참여 년 평균시간) / \{(공무원 월 평균 근무시간) \times 9(월)\}]$					
		$\times \{(년평균보수) \times 9 / 12\}$				199,800(원)
2.1.1 팀장	보건8급, 14호봉 기준					
		$\{4.8(회/년) \times 1.5(시간/회) / 192(시간/월) \times 9\} \times 16,316,000(원/년) \times 9 / 12$				51,000(원)
2.1.2 운전기사	기능 10등급, 15호봉 기준					
		$\{16.7(회/년) \times 1.5(시간/회) / 192(시간) \times 9\} \times 13,687,200(원/년) \times 9 / 12$				148,800(원)
2.2 자원봉사자	이동목욕참여평균시간 × 정부노임단가(시간) × 2(명)					
		$7.4(회/년) \times 1.5(시간/회) \times 2,446(원/시간) \times 2$				54,300(원)
건당비용	년간 사업비용(원) / 년간 사업실적(회)					
	(1)인건비 제외 :	3,310,700 / 56				59,120(원/회)
	(2)자원봉사자 인건비 제외 :	3,310,700 + 199,800 / 56				62,690(원/회)
	(3)자원봉사자 인건비 포함	3,310,700 + 199,800 + 54,300 / 56				63,660(원/회)

(*) : (표 6) 이동목욕사업에 투입된 자원 참조

운전기사는 차량의 운전 뿐 아니라 목욕장비의 설치 및 관리를 담당하는 필수적인 인력으로 전담기사를 확보할 수 없는 여건에서 충분한 사전교육과 운행일정의 사전 조정을 정확히 하여 배차에 지장을 초래하는 일이 없도록 주의를 요한다.

업무관련교육은 강의와 실습을 병행하였으며 참여인력의 업무 분장을 고려하여 원장, 담당계장, 차량제조회사의 담당자 등이 교육을 담당하였다. 교육을 통해 각 인력의 업무 분장 내용들을 숙지시키고 이동목욕팀을 구성하여 사전에 역할극을 실현해 보았다. 업무관련 교육은 목욕사업에 필요한 기능적인 역할의 숙련 뿐 아니라 사업의 의미와 필요성에 대한 충분한 이해를 통해 관련 인력들의 참여를 촉진할 수 있는 방안으로 정기적인 평가와 더불어 강조할 필요가 있다.

사업에 필요한 시설 및 장비는 일차적으로 이동목욕차량의 구입으로 가능하다. 본 사업의 구상단계에서 기존 차량의 내부개조를 검토한 결과 절차의 어려움과 비용을 고려하여 채택하지 않았다. 연천군의 경우 차량을 기증받아서 문제를 해결하였다. 장비 중 난방기구는 환자의 보온에 필수적이었으며 응급처치기구는 목욕과정 중 발생할 수 있는 찰과상 등의 외상과 응급상황을 대비해 갖추어 줄 필요가 있었다. 소모품은 목욕시 필요한 목욕용품과 고무장갑은 목욕 후 환자의 옷이나 침구류를 세탁할 때 사용하며, 사각팬티는 목욕 후에 지급하여 좋은 반응을 얻을 수 있었다. 사업에 투입되는 비용 중 급식비는 자원봉사자를 포함한 목욕 팀의 점심식사 제공을 위한 비용으로 지급된다.

이동목욕사업을 체계적으로 추진하고 보건의료인력들의 효과적인 참여방안을 위해 이동목욕사업 수행 체계 및 업무 분장을 개발하였다. 사업의 전 과정을 대상자 파악, 이동목욕사업 신청, 사전방문 및 대상자 건강상태 파악, 목욕허가, 목욕일시 선정 및 통보, 목욕사업 실시 등으로 세분하여 지침을 작성하였다.

대상자 파악의 경로는 방문보건사업 및 이장, 노인회장 등의 추천을 통한 파악이 전체의 90% 이상을 차지하고 있다. 사업을 위해 홍보용으로 비치한 <이동목욕사업 안내문>, 지역유선방송, 지역신문을 통한 홍보 등은 효과적으로 주민들에게 전달된 것 같지 않다. 본 사업의 홍보를 위해 제작한 '이동목욕사업 안내' V.T.R 필름의 유선방송 방영 등 보다 효과적인 홍보 방법을 개발할 필요가 있다.

목욕의 신청부터 목욕의 실시 전 단계까지의 업무과정에 대한 수행도는 3.31점 이상으로 지침서에 따른 업무의 수행이 원활하게 이루어졌음을 보여준다. 다만 동일 환자에 대하여 목욕을 주기적으로 실시할 경우 목욕허가를 매번 받아야할 것인가에 대한 문제제기가 있었다.

업무 분장과 관련한 수행도에서 진료부장을 비롯한 진료부 의료진의 참여와 협조 문제, 보건진료원이 관내 보건지소장에게 목욕 대상자에 대한 목욕허가와 관련한 자문 관련 문제, 읍·

면 사회복지전문요원 및 이장·노인회장의 협조 등이 미흡하였다. 세계보건기구에서 제시하고 있는 '지역보건의료체계(District Health System)' 개념에 의하면 보건의료원은 지역보건당국(District Health Office) 역할을 수행하는 보건사업과와 지역중심병원으로 첫번째 의뢰단계 병원(Hospital of First Referral Level) 역할을 수행하는 진료부, 기본보건의료단위(Basic Health Service Unit)인 보건지소, 보건진료소 등의 기관들간에 유기적인 협조체제(세계보건기구, 1995)에 의해 보건사업과 진료사업을 수행할 수 있는 조직임에도 여전히 업무협조상 문제점이 본 사업에서도 노출되고 있다. 한편, 읍·면 사회복지전문요원 및 이장·노인회장의 협조 등의 문제점도 지역사회 유관기관의 협조(Intersectoral Collaboration)가 원만하지 않음을 보여주는 일례일 수 있다. 향후 본 사업을 포함한 제반 보건사업을 추진함에 있어 상기의 원칙들이 관철될 수 있는 방안들이 강구되어야 한다.

사업결과 실적은 연인원 56명, 실인원 24명이며 이 중 과반수인 13명은 1년 동안 1회의 서비스로 그친 경우 환자 및 보호자가 목욕서비스에 대한 부정적인 태도로 인하여 추가 신청을 하지 않은 것인지, 해당 읍·면의 보건요원 또는 보건진료원의 소극적 태도로 인해 추가로 서비스가 제공되지 않은 탓인지는 본 평가에서는 밝힐 수는 없었다. 다만, 수혜자 입장에서 요구하는 목욕서비스의 횟 수는 월 1.94회 였었다. 반면 7회의 서비스를 받은 경우 등 목욕서비스 제공이 특정인에게 집중된 경향이 관찰되었다. 지역별로 K, Y 등의 지역 환자들에서 2회 이상의 목욕서비스가 집중적으로 제공되었고 이것은 해당지역의 보건요원 또는 보건진료원의 적극적 태도로 추정된다. 한편, 이동목욕사업팀이 4인으로 구성되어 있음에도 4명 이외의 추가인력들이 참여하고 있었다. 추가인력의 현황을 시점별로 분석하면 사업의 후기에 갈수록 추가인력들이 거의 없는 것은 업무에 숙련도가 높아지면서 4명의 인원으로 목욕을 실시하고 있음을 보여준다. 다만, 자원봉사자를 별도로 목욕장소까지 안내하게 될 경우에는 운전기사의 추가 참여가 불가피한 경우도 있었다.

사업에 대한 반응을 평가하기에는 적절한 지표의 선정이 어렵고 사업이 미친 영향을 평가하기에는 사업의 기간이 너무 짧다는 제약점이 있었다. 본 사업의 목표는 사업소개에서 밝힌 것처럼 환자의 위생상태를 개선하고, 가족의 환자 부양에 관련한 부담감을 덜어주고, 공공보건의료기관의 위상을 제고하는 것 등이었다. 상기에 언급한 한계에도 불구하고 사업의 목표를 겨냥한 설문에서 목욕을 통해 환자의 기분(Mood)이 좋아졌고 지속적이고 주기적인 목욕사업을 통해 위생상태의 개선이 가능하며 가족의 부담감도 감소 시킬 수 있음을 예상할 수 있다. 환자의 조건에 따라 결정 할 수 있겠지만 상기의 목표를 달성하기 위해 적절한 목욕서비스의 빈도는 본 평가에서는 제외할 수 밖에 없었다. 사업에 참여하여 변화된 태도와 관련하여 자원봉사자들이 자원봉사 행위의 소중함과 자원봉사에 대한 자긍심을 인식하게 된 반

면, 공무원 및 공중보건의사들은 주민들이 긍정적으로 수용할 수 있는 보건사업의 조건들에 대한 인식을 변화된 태도로 밝히고 있다.

사업 중의 애로점에 대하여 제공자들이 토로하는 ‘집안이 협소하여 발생하는 문제점’은 지침서에 의하면 대상자의 사전 방문시에 사전 점검토록 명시되어 있으나 사업 초기에 이동목욕 장비의 크기, 무게 등에 대하여 정확한 지식이 부족한 상태에서 겪은 시행착오로 판단된다. 목욕장비와 환자 운반과정과 관련한 문제는 운전기사의 역할이 남자 직원, 남자 자원봉사자가 확보되지 않은 상황에서는 차량 및 장비의 관리 뿐 아니라 환자를 욕조까지 운반하고 목욕 후 방바닥 또는 침상까지 운반하는 역할까지 수행해야 할 것이다. 한편, 수혜자들이 겪는 애로점 중 남자 자원봉사자, 남자 직원의 확보는 반드시 개선되어야 할 것이다. 이동목욕사업 팀들은 목욕을 시작하기 전에 환자 및 가족들과 목욕에 대한 설명, 대화 등으로 최소한의 의사소통(rapport)을 통해 긴장을 완화할 수 있는 분위기 조성을 유도하는 것도 적절한 방법으로 추천되고 있다(복지시대, 1994(봄)).

사업의 지속여부에 대해서는 사업이 목적 달성의 적절성(Adequacy)을 가지고 있다는 측면에서 지속할 것을 요구하고 있다. 다만 자원봉사자들의 경우 가족들이 지나치게 의존적인 점에 대한 경계를 강조하고 있었는데, 이는 목욕 대상자 선정 시에 가족 내에 도움을 줄 수 있는 자원이 없는 경우를 우선적으로 고려하여야 할 것이다.

사업의 개선점에 관하여 주로 사업의 효율을 높이는 방안, 지속적인 홍보, 대상자의 엄밀한 선정 등을 제시하고 있다. 사업의 효율을 높이기 위해 목욕시설을 설치하는 문제는 기존의 보건의료원 시설 내에 별도로 목욕시설을 갖추기 위한 비용의 문제와 가능성이 검토되어야 할 것이다. 공공보건의료기관 또는 노인복지시설 등의 사회복지시설을 신축하게 되는 경우에는 적극적으로 권장할 만하다. 시설 내에 목욕시설을 갖추고 차량을 이용하여 대상자를 직접 모시고 오게되면 보다 효율적으로 목욕서비스를 제공할 수 있을 것이다. 그러나, 목욕시설을 갖춘다 할 지라도 가정을 방문하여 목욕서비스를 제공해야 할 환자가 지역사회에 여전히 존재할 것이다. 이 경우 목욕서비스를 제공하게 될 대상자에 대한 엄밀한 선정과 분류를 통해 개개인별로 적절한 서비스 제공 방법이 제시될 것이다. 즉 치매, 중풍 환자에게 위생서비스를 제공하게 될 경우 이동목욕사업은 어떠한 조건에서도 고려되어야 할 것이다.

사업 수행의 충족도는 사업의 목표량을 수요량으로 하는 것이 사업의 조정과 관리 측면에서 현실적이다. 충족도가 약 26%로 50%의 사업실적에도 미치지 못한 것은 사업 첫 해의 여러 가지 시행착오를 감안하더라도 다음과 같은 문제점들이 제기되었다. 첫째, 불가피한 사유

로 목욕실시 일정을 변경하게 될 때 제공자측과 수혜자 측의 효과적인 일정 조정이 이루어지지 못했다. 매주 화, 금요일 이틀을 사업 일로 결정하였으나 제공자측에서 군청이나 보건의료원의 중요행사, 담당계의 다른 업무 추진에 따른 일정변경 등과 수혜자측의 사정에 따른 일정 변경 등 불가피한 사유가 발생하였을 때 긴밀한 사전 연락의 부족으로 연기 또는 일정이 취소되는 경우다. 둘째, 목표량이 과도하게 설정되었다. 사업추진을 위한 전담 인력을 확보할 수 없는 상황이고 담당계에서 일상적인 여타의 업무를 동시에 수행하면서 매 주 2일, 오전과 오후를 목욕사업에 전념하게 되는 경우 담당계의 여타 업무에 지장을 초래하게 되었다. 이와 같은 제약점을 감안하여 하루에 오전에만 2명, 주 2회로 조정함이 현실 가능한 목표량으로 평가토론회 결과 제시 되었다.

한편, 사업의 초기에 비해 사업의 후기에 현저하게 실적이 저조한 것은 7월부터 8월 까지 하계 휴가, 보건요원 및 보건진료원에 대한 경기도에서 실시하는 보건담당자 교육기간, 장마철 등의 제약요소가 주요 원인이 될 수 있다. 본 사업의 총괄책임자는 사업의 후반기에 제공자들의 자발적인 참여와 지속적인 관심을 유지할 수 있도록 사업 진행에 대하여 감독하고 (Monitoring) 평가하여 적절한 처방을 제시할 필요가 있다.

사업의 경제적 타당성을 평가하기 위한 비용분석 결과 이동목욕 1건당 비용은 약 60,000 (원)이었다. 건당 비용을 낮출 수 있는 것은 사업비용을 절감하고 사업실적을 늘리는 방안이다. 사업비용은 소모품비, 목욕차량 운영·유지비, 이동목욕팀 급식비, 인건비 등으로 구성된다. 목욕 사업을 위해 별도의 직원을 채용하여 업무를 전담하게 하는 방안은 논의에서 제외한다. 사업비용의 절감을 위해서는 소모품비, 목욕차량 운영·유지비는 고정적이며, 이동목욕팀 급식비는 자원봉사자에 대한 최소한의 배려차원에서 쓰이는 보상비라 할 수 있다. 결국 인건비 요소의 절감이 효과적이며 가능할 것이다. 목욕팀을 팀장외에는 전원 자원봉사자를 활용할 경우 인건비 요소는 감소 될 것이다. 다만 운전기사를 자원봉사자로 활용하게 되는 경우 관공서의 차량을 자원봉사자가 운행하는 데에 따른 문제점은 배제하고, 차량 및 장비의 관리 측면에서 2명 이내의 고정적인 자원봉사자가 확보되어야 한다.

한편, 건당 비용을 낮출 수 있는 다른 방법은 목욕 건 수를 늘리는 방안이다. 현재와 같은 목욕 팀을 운영하게 될 경우 이미 언급한 바와 같이 주 3일 이상은 가능하지 않다. 하루 중 오전 또는 오후에만 실시한다고 가정할 때, 1인 목욕에 소요되는 평균시간이 1.5시간 임에 비해서 입욕부터 실제 목욕을 끝낼 때 까지는 약 15분 정도가 소요되며 장비의 설치 및 회수, 물을 데우는 시간, 이동 시간 등이 나머지 1시간 15분을 차지하게 되므로 이 중 이동시간을 단축시킬 수 있는 방안을 강구할 수 있다. 즉 지역별로 환자들 일정을 조정하여 동일지역 대상자는 같은 날 목욕을 실시함으로써 한 가정에서 다른 가정으로 이동하는 시간을 최소화 하는 것이다. 한편, 동일 지역의 대상자를 어느 한 가정으로 모시고 와서 순차적으로 목욕을 시

키는 것은 대상자들이 원하지 않아 대안으로서 제외하였다.

결국 사업비용을 절감하고 목욕 건 수를 늘릴 수 있는 방법은 팀장이외의 참여 인력을 전 원 자원봉사자를 활용하는 것이다. 주 2일, 하루 중 오전 또는 오후 등의 제약을 받지 않게되므로 목욕 실시 건 수를 대폭 늘릴 수 있다. 공공보건의료기관은 이동목욕사업에 필요한 차량 및 물품을 지원해 주고 운전기사는 2인 이내의 고정적인 자원봉사자로 하며 이들은 목욕 팀이 업무분장 상 운전기사로서의 역할 뿐 아니라 원만한 사업추진을 위해 담당계, 팀장, 다른 자원봉사자들간에 긴밀한 협조가 요구된다. 나머지 자원봉사자는 가능한 많은 인력을 확보하여 일상 생활 속에서 조화롭게 자원봉사활동에 참여할 수 있도록 한다.

본 사업의 지속, 중단, 조정에 대한 판단은 경제적 측면 만을 강조할 것은 아니며 본 사업의 목적, 지역사회에 미치는 영향, 노인복지에 대한 정책결정 등 여러 측면에서 고려가 필요할 것으로 판단된다.

VI. 요약 및 결론

목욕차량을 활용하여 지역사회 치매 및 중풍 환자의 위생상태 개선, 가족 부담감의 경감, 공공보건의료기관에 대한 주민의 신뢰도 제고 등을 목표로 실시된 이동목욕사업을 평가하여 아래와 같은 결과를 얻었다.

1. 본 사업에 투입된 인력은 공무원 22명, 공중보건 의사 8명, 자원봉사자 10 명 등 총 40명 이었으며, 실인원 24명에게 년 56 회 목욕을 실시하였다.
2. 사업 첫 해 투입된 재원은 이동목욕차량 구입비 3천만원을 포함하여 3,666만원 이었으며 사업운영비는 매년 약 350만원 정도의 재원이 소요되었다.
3. 사업 과정에서 지침서에 따른 업무수행도는 4점 척도 상에서 3.31점 이상으로 비교적 원활히 수행되었다. 업무 분장과 관련 보건사업과와 진료부 그리고 보건지소, 보건진료소 간의 업무협조가 유기적인 협조체제를 구축하지 못했으며 읍·면 사회복지전문요원 및 이장·노인회장 등의 협조 등 지역사회 유관기관의 협조와 지역사회의 참여가 부족했다.
4. 본 사업을 지속적, 주기적으로 실시할 경우 치매 및 중풍환자의 위생상태 개선과 가족 부담감을 감소시킬 수 있을 것이다.
5. 사업수행의 요구 충족도는 25.9(%)이며 사업수행을 위한 전담직원 및 전담조직의 확보가 불가능한 현재의 조건에서는 사업 목표를 하루 2명, 주 2회로 조정함이 타당하고 남자 환자의 목욕을 위해 남자 자원봉사자의 확보가 필요하다.
6. 본 사업의 효율을 높이는 방안으로 보건의료원에 목욕시설을 설치하여 목욕서비스를 제공

하는 방안이 제시 되었다. 공공보건의료기관 또는 사회복지시설을 신축하게 되는 경우에 목욕시설을 설치하여 운영하는 것이 바람직하다.

7. 사업비용은 이동목욕 건당 약 6만원 이었다. 사업비용을 절감할 수 있는 방안으로 팀장이 외에는 자원봉사자를 활용하여 인건비를 절감하고 목욕 실시 횟 수를 늘리는 방안이 필요하다.

8. 본 사업은 지역사회 치매 및 중풍 환자의 문제해결에 적절성을 지니며 사업과정 중 제기된 문제점을 보완하여 지속적으로 시행할 필요가 있다.

참 고 문 헌

9. 이가옥, 서미경, 고경환, 박종돈 노인생활실태 분석 및 정책과제, 한국보건사회연구원, 회연구원1994. pp23-24
10. 송건용, 노인인구의 증가에 따른 사회의학적 접근, 대한의학협회지 37(10), 1994. pp1147-1153
11. 최성재, 지역사회주민의 노인복지 참여 방안, 제2회 노인복지세미나, 한국노년학회지 11(1), 1991. p85
12. 보건사회백서, 보건사회부, 1994
13. 연천군 통계연보, 연천군, 1995
14. 치매 환자 관리사업개발, 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994
15. 만성퇴행성질환 관리사업개발, 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1993
16. Edward A. Suchman, Evaluative Research, Russel Sage Foundation, N.Y., 1967
17. 김정순 외 6인, 보건사업평가에 관한 연구, 한국역학회지 2(1), 1980
18. 김정순 외 8인, 우리나라 보건사업 평가연구문헌들에 대한방법론적 평가, 국민보건연구소 연구논총 2(2), 1992.
19. 보건사업평가, 한림대학교 사회의학연구소, 1992
20. 세계보건기구, Health Programme Evaluation, Geneva, 1981
21. 세계보건기구, 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 윤킴, 보건의료발전을 위한 지역주민 참여, 한울, 1994. pp37-48
22. 세계보건기구, 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 윤킴, 일차보건의료를 위한 지역보건 의료체계, 한울, 1995. pp15-20
23. 복지시대, 대한사회복지개발원, 1994(봄)

■ 논 문

공중보건의사의 역할인식, 직무만족도 및 업무충실도에 관한 연구

황 병 훈

경상남도 울산시 울주구 보건소장

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

현대 산업사회의 발달, 국민소득의 증대, 의료비의 상승과 질병의 만성화 등으로 건강의 중요성이 증가하여 종래에는 개인의 책임으로 여겨졌던 건강의 개념이 국가나 지역사회의 책임으로 인식하려는 경향이 보편화 되었다.¹⁾ 또한 지방화 시대의 시작은 건강에 대한 지역사회의 책임을 더욱 커지게 하였다.

WHO에서는 '건강은 질병이나 허약함이 없을 뿐만 아니라 정신적, 육체적, 사회적으로 안녕한 상태를 말한다'라고 정의하면서, 모든 인류에게 건강권을 균등하게 부여하도록 하자는 내용의 국제회의가 1978년 소련의 Alma-Ata에서 134개 국 정부대표와 유엔 관계자 67명이 참가한 가운데 열렸다. 이 회의에서 '건강은 전 인류의 기본적 권리이며, 가능한 최고 수준의 건강을 달성하도록 하는 것이 가장 중요한 세계적 사회목표'라는 것을 재인식하였으며, '서기 2000년대까지 모든 인류에게 건강을(health for all by the year 2000)'이라는 상징적 선언을 채택하였다.¹⁾

그러나 한정된 자원의 제약하에서 사회 구성원 모두에게 충분한 의료서비스를 제공하는 것은 결코 쉽지 않은 일이다. 이에 따라 한정된 자원과 기술의 범위에서 국민에게 균등한 보건의료서비스를 충분히 제공하기 위해 한정된 자원을 효율적으로 활용하여 국민의 건강수준을 향상시키는 것은 매우 중요한 과제가 되고 있다.

우리나라의 경우 전국민에게 형평적 의료서비스를 제공하기 위한 정책의 일환으로 공공보건의료기관인 보건소 및 보건지소의 역할 증진방안을 꾸준히 모색해 왔다. 즉 1961년부터

군복무 미필의사를 무의면에 동원 배치하였으며, 1962년에는 보건소법을 전면 개정하여 시.도에는 보건소, 읍.면에는 보건지소를 설치하였다.²⁾ 보건소, 보건지소, 보건진료소로 대표되는 우리나라 공공의료제도는 정부의 꾸준한 투자와 지원으로 민간의료가 미치지 않는 의료의 상대적 빈약지역 특히 농.어촌지역 무의면 해소에 결정적인 기여를 하였으며 그 역할과 기능이 더욱 중요하게 대두되고 있는 것이다.³⁾

특히 농.어촌 등 의료취약지역의 의사확보에 관한 구조적인 문제를 해결하기 위하여 정부는 군의관으로 입대하고 남은 의사와 치과의사는 현역으로 징집을 하지 않고 예비역으로 편입할 수 있는 특별규정을 두고 이들을 무의지역 근무의사로 활용할 수 있는 국민보건의료를 위한 특별조치법을 제정하였다(1978.12.5 법률 제3143호). 이어 1980년 12월 31일 농.어촌 보건의료를 위한 특별조치법으로 개정하여 보건지소와 보건진료소에 공중보건역사와 보건진료원을 배치운영하는 공중보건의제도와 보건진료원제도를 시행하여 농.어촌지역 주민들의 보건의료에 획기적인 전기를 마련하였다. 그리고 1991년 12월 14일 법률 제4430호에 농.어촌보건의료를 위한 특별조치법을 개정하여 공중보건역사를 1991년 12월 14일부터 전문직 공무원으로, 보건진료원을 1992년 4월 1일부터 별정직 공무원으로 채용하여 현재까지 배치, 운영하고 있다.⁴⁾ 현재 공공의료에 종사하는 의사의 90%가 공중보건역사이며 1995년 8월 31일 현재 전국적으로 3,191명의 공중보건역사가 전국 농.어촌 의료취약지역, 보건의료시설 및 복지시설에 배치되어 지역보건의 책임자로 지역주민의 건강증진과 일차보건의료 발전에 기여하고 있다.³⁾

보건의료 환경은 급속한 경제성장과 국민소득의 증가로 생활수준의 향상 및 생활양식이 변화하면서 전염병의 감소와 만성퇴행성 질환이 증가하고 있으며, 국민의 의료기대 수준의 향상 등으로 변화하였으며, 이에 따라 공공의료기관보다 민간의료기관을 선호하는 경향이 증가하고 있는 현실이다. 그러나 지방의 보건조직은 정부의 꾸준한 노력, 지역관계기관의 협조 및 공중보건역사의 노력에도 불구하고 일차보건의료에서의 역할은 미약하여 기대수준이 높은 지역주민들로부터 외면당하고 있기도 하다. 우리의 보건의료수준 환경도 공공보건기관의 변화를 요구 보건의료에 대한 국가의 책임이 강조되고 있다.⁵⁾ 이러한 시대적 변화에 편승하여 지역보건의 전반적인 낙후, 이에 대한 지역주민의 불만이 팽배하였으며, 농어촌 인구의 노령화 및 질병구조의 변화, 건강에 대한 관심증대 등으로 보건의료의 수요가 증대하였다. 이에 정부는 보건소 등 지역 공공보건의료의 획기적인 개선을 위하여 지역주민에 대한 포괄적인 평생건강관리기능 제고를 위하여 보건소법을 지역보건법으로 개정하여 96년 7월 1일부터 실시하려 하고 있다(95. 12. 29 법률제 5,101호).

보건지소는 현재 농어촌 보건의료체계에서 일차보건의료의 중추기관으로 지역주민의 접근성 제고라는 측면에서 매우 유리한 위치에 있고, 또한 지방자치화 시대를 맞이하여 자율적이면서 책임감 있는 지역 단위 보건사업을 수행하는 데서도 보건지소의 역할은 매우 중요하다. 특히 보건지소의 책임자로서 보건지소의 각종 보건사업을 수행하는 위치에 있는 공중보건의

사의 역할은 더욱 중요할 것이다.

이러한 지역보건의료의 주체가 되는 공공의료기관인 보건지소의 효율적인 운영과 업무추진을 위해서는 보건지소의 업무를 보건사업 위주로 전환하는 것이 필요하며, 공중보건의사를 지역보건사업의 계획자, 실천자, 평가자로서 역할을 인식시키고 보건사업에 참여시켜 보건요원과 팀접근이 이뤄지게 하고, 리더쉽의 발휘로 지역주민의 실질적인 참여를 유도하여야 한다.⁶⁾

이를 위해서는 공중보건의사의 역할인식의 제고가 중요하고 보건요원 및 지역주민과의 관계 개선이 이뤄져야 한다.

그럼에도 불구하고 공중보건의사는 보편적으로 업무에 대한 관심부족, 근무태만 등으로 역할인식이 낮아 직무만족도 및 근무충실도가 매우 낮을 것으로 생각된다. 그러나 이에 대한 선행연구가 없어 향후 지역보건의료의 계획, 평가, 실천자로서의 공공보건의료의 주체가 되는 보건소, 보건지소에 근무하는 공중보건의사들의 역할인식, 직무만족도, 업무충실도를 연구할 필요가 있다.

2. 연구목적

본 연구는 지역보건의료에서 중요한 역할을 담당하는 공중보건의사의 역할 인식과 공공의료를 바라보는 시각을 높여 직무만족도 및 업무충실도를 높일 수 있는 방안을 제시하고, 보건행정에서 보건지소와 공중보건의사의 관리에 활용될 수 있는 자료를 제시하기 위하여 수행되었다.

연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 공중보건의사의 일반적 특성과 지역사회에서의 역할인식 요인을 파악 한다.

둘째, 공중보건의사의 직무만족 요인을 검토하고 직무만족도를 평가한다.

셋째, 공중보건의사의 업무충실도를 평가하고 역할인식 요인, 직무만족 요인과의 관계를 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 96년 1월 31일 현재 경상남도에서 공중보건직의사로 근무하는 의사 492명

중에 공공병원, 정부지원민간병원, 복지시설 근무자를 제외한 순수한 공공보건기관(보건소 및 보건지소)에 근무하는 공중보건직의사 369명을 대상으로 하였다. 이 대상자중에 350매의 설문지를 배포하여 설문조사를 하였으며, 설문에 충실하게 응답한 180명을 최종 대상으로 하였다 (설문응답율 51.4%).

2. 연구방법

2.1. 연구 모형의 설계

직무만족에 관한 선행연구에서 직무만족에 영향을 미치는 요인으로 임금이나 승진, 인사고과 등의 조직전체 요인, 관리감독, 동료관계, 의사소통, 의사결정 등의 작업환경 요인, 그리고 직무특성이나 역할특성과 같은 직무내용 요인 등 광범위한 요인들이 영향을 미치고 있다.⁷⁾ 그리고 직무만족 요인의 분류를 조직요인, 담당업무 요인, 직무관련 요인, 개인적 요인 등으로 분류하여 실시한 연구가 많다.

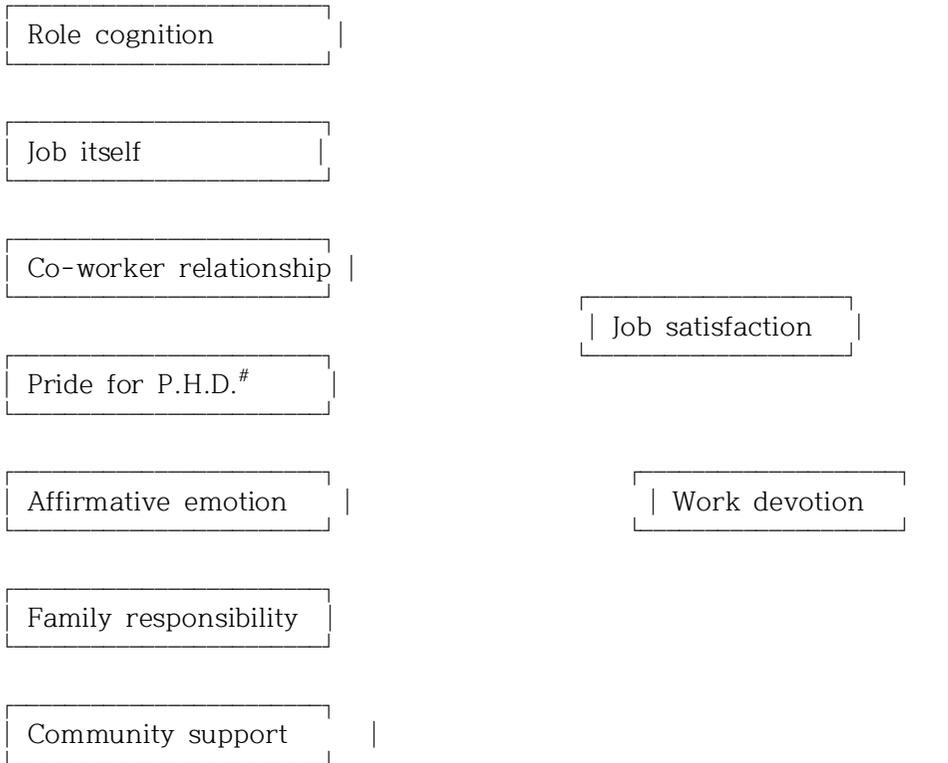
이에 본 연구에서는 선행연구를 참고하여 공중보건직의사들의 직무만족에 영향을 미칠 것으로 생각되는 변수를 추출하였다.

역할인식 요인은 지역사회에서 공중보건직의사의 역할의 중요성, 공중보건직의사 생활을 마치고 공무원이 되고 싶은 의향, 공중보건직의사로 보건기관에 근무하는 것에 대한 긍지와 자부심, 보건기관의 사회적 기대와 요구에의 부응여부, 향후 보건지소 필요성 인식 등으로 구성된다 고 보았다.

직무만족 요인을 크게 직무관련 요인, 개인특성 요인, 외부환경 요인 등으로 분류하였다. 직무관련 요인으로 직무자체, 동료관계 등을, 개인특성 요인으로 공중보건직의사의 자긍심, 긍정적 정서 등을, 외부환경 요인으로 부양가족 책임, 지역사회지지 등으로 구분하여 각각 하나의 독립변수로 두었다.⁸⁾

역할인식 요인, 직무자체, 동료관계, 공중보건직의사로서의 자긍심, 긍정적 정서, 부양가족책임, 지역사회지지 등의 요인들을 독립변수로 하여 각각 혹은 결합하여 직무만족도와 업무충실도에 영향을 미친다고 보았으며, 직무만족도는 업무충실도의 선행요인으로 보아 직무만족도가 높으면 업무충실도가 높다고 보았다. 향후 직무만족 요인과 직무만족도 및 업무충실도 간의 영향을 살펴보기 위한 경로분석이 필요하다고 본다.

본 연구의 모형을 요약하면 figure 1과 같다



[Figure 1. Design on the study]
 # P.H.D. : Public health doctor

2.2. 변수의 정의와 가설설정

역할인식 요인, 직무자체, 동료관계, 공중보건 의사 자긍심, 긍정적 정서, 부양가족 책임, 지역사회지지 등을 독립변수로 하였고, 직무만족도 및 업무충실도를 종속변수로 하였으며 각 변수의 정의와 가설설정을 범주별로 살펴보면 다음과 같다.

a. 직무관련 요인 (Job-related factors)

1) 직무자체(Job itself)

직무자체 변수는 조직 구성원이 직무에 대해 갖는 자부심, 자기발전 및 욕구실현, 타인의 평가, 직무에 대한 인식 정도를 의미한다. 본 연구에서 현 직무의 중요성 등을 파악하였으

며 직무자체에 대한 인식수준 혹은 만족수준이 직무만족도 및 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

2) 동료관계(Co-worker relationship)

동료관계는 조직 구성원이 그의 동료로부터 받는 배려와 지원을 인식하는 정도를 의미한다. 본 연구에서는 동료관계에 대한 만족수준이 직무만족도와 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

b. 개인특성 요인(Personal factors)

1) 공중보건역사로서의 자긍심(Pride for public health doctor)

공중보건역사로서의 자긍심은 공중보건역사로서 공공보건의료기관에 근무하면서 의사로서 그리고 지역보건의료 발전에 공헌하고 있다고 느끼는 자부심의 정도를 말한다. 본 연구에서는 공중보건역사로 3년간 보건기관에 근무하는 것이 인생에 있어 중요한 경험이 되고, 자랑스럽게 생각하는지 등으로 보았으며 공중보건역사 및 공공보건의료기관에 대한 만족수준이 직무만족도와 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

2) 긍정적 정서(Affirmative emotion)

긍정적 정서는 개인이 시간과 상황에 관계없이 기질적으로 갖는 행복감의 정도를 의미한다. 본 연구에서는 재미있는 인생을 즐기고, 일상을 활기차게 하는 방법, 인생은 훌륭한 모험이라고 생각하는지를 보았으며, 긍정적 정서에 대한 만족수준이 직무만족도와 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

c. 외부환경 요인(Enviromental factors)

1) 부양가족 책임(Family responsibility)

부양가족 책임은 직접적 부양책임이 있는 가족에 대한 개인의 의무 정도를 의미한다. 본 연구에서는 부양가족 책임을 주관적으로 인식하는 정도로 파악하였으며, 직무만족도와 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

2) 지역사회지지(Community support)

지역사회지지는 조직 구성원의 직업에 대한 지역사회의 평가와 지지의 인식 정도를 의미한다. 본 연구에서는 보건소 및 보건지소의 지역주민이 요구하는 보건의료 수요를 충족시키는지, 지역주민이 공중보건 의사에게 많은 지지를 보내는지를 보았으며 지역사회지지에 대한 만족수준이 직무만족도와 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

d. 직무만족도(Degree of job satisfaction)

직무만족이란 개인이 직무를 평가하거나, 직무를 통해서 얻게 되는 경험을 평가함으로써 얻게 되는 유쾌함 혹은 좋은 정서상태라고 보았다.⁹⁾ 또한 직무만족은 조직 구성원이 자기의 직무에 대해 갖는 정서적 지향의 정도를 의미한다. 즉 조직원이 자기의 직무를 좋아하는 정도로 이해할 수 있다고 보았다.⁸⁾ 본 연구에서는 직무만족도를 종속변수로 두어 상기의 여러 요인들이 직무만족도에 영향을 미치는지를 파악하였다. 상기의 직무만족 요인들이 직무만족도에 정의 영향을 미치고, 직무만족도는 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

e. 업무충실도(Degree of work devotion)

업무충실은 조직 구성원이 자기의 업무에 대하여 성실히 수행한다고 느끼는 주관적인 정도를 의미한다. 본 연구에서는 업무충실도를 종속변수로 두었으며, 공중보건의사로서의 직무를 충실히 수행하는지, 지역주민의 건강문제를 책임지고 진료 및 보건사업을 추진하여야 한다고 생각하는지, 지역주민과의 관계형성이 잘 되어 있는지, 다른 사람들이 열심히 일한다고 이야기 하는지, 공중보건 업무에 큰 보탬이 되고 있다고 느끼는 주관적인 정도로 파악하였다. 역할인식 요인, 직무만족 요인들이 업무충실도에 정의 영향을 미친다고 가정한다.

2.3. 자료수집

a. 조사도구

본 연구의 조사도구는 구조화된 설문지이다. 설문지 구성은 크게 일반적인 사항, 역할인식과 업무실행에 관한 사항, 직무와 관련된 사항으로 구성하였다. 본 연구에 사용된 변수와 이를 측정하기 위한 설문항목을 살펴보면 Table 1과 같고, 이들 설문은 모두 5점 척도를 사용하였다. Table 1에서 문항번호에 (-) 부호를 표시한 변수는 신뢰도 검증에서 제외된 문항이며, * 부호를 표시한 변수는 부정적으로 질문한 문항이다.

Table 1. The composition of questionnaire.

Variables	Number
Gernal characteristics	A1 - A11
Role cognition factors	B1,2,7(-),8,10
Job-related factors	
Job itself	C1,5,14
Co-worker relationship	C7,8,12,21
Personal factors	
Pride for P.H.D.	C2(-),11,17
Affirmative emotion	C9,19,20(-)
Enviromental factors	
Family responsibility	C3,22*
Community support	C23,25
Degree of job satisfaction	C4,6*,10,13,15*,16 C18,24(-)*,26(-)*,27
Degree of work devotion	B3,4,5,6,9*,11,12

(-) : Excluded after reliability testing.

* : Reverse scale.

b. 자료수집

본 연구의 자료는 96년 2월 1일부터 3월 20일까지 경상남도 각 시.군의 공중보건직의사의 대표를 통하여 우편으로 설문지를 배포, 수집하였다. 본 연구에서 수집한 설문지의 총 수는 185매였으나 응답이 부실한 5매는 분석에서 제외하여 180매가 최종적으로 분석에 사용되었다. 배포한 설문지가 350매였으므로 유효응답율은 51.4%가 되는 셈이다.

2.4. 자료처리 및 분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 데이터베이스 프로그램인 폭스프로를 이용하여 부호화하여 SPSS/PC 프로그램을 통하여 전산처리하였다. 설문지의 신뢰성 검정은 Cronbach's Alpha로

하였고, 각 변수들의 기초적인 기술통계량을 분석하고, 공중보건직의 일반적인 특성에 따른 직무만족도와 업무충실도의 비교는 t-test와 ANOVA로 시행하였다. ANOVA에서 유의한 차이가 날 경우에는 사후검증법으로 Tukey test를 시행하였다. 직무만족도와 업무충실도를 종속변수로 하여 각 변수들의 상관관계 분석 및 backward stepwise법으로 회귀분석을 실시하였다. 유의수준은 0.05로 하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 측정도구의 신뢰성

신뢰성이란 측정된 결과치의 안정성, 일관성, 예측가능성 등과 관련이 있는 개념으로 비교 가능한 독립된 측정 방법에 의해 대상을 측정하는 경우 동일한 결과치를 얻을 가능성을 말한다. 본 연구에서는 비교적 손쉽게 내적 일관성을 추정할 수 있는 Cronbach's Alpha 계수를 이용하여 신뢰성을 검증하였는데, 그 결과는 Table 2와 같다.

일반적으로 Cronbach's Alpha 계수 값이 0.5 이상이면 신뢰성이 있다고 볼 수 있다. 본 연구의 설문문항의 신뢰성 계수는 모두 0.5 이상이며, 특히 직무자체, 공중보건직에 대한 자긍심, 지역사회지지 문항을 제외하고 모두 0.6을 상회하므로 비교적 신뢰성이 높다고 볼 수 있다.

Table 2. The reliability of the questionnaire.

Variables	Cronbach's alpha
Role cognition	0.6869
Job itself	0.5358
Co-worker relationship	0.6961
Pride for P.H.D.	0.4849
Affirmative emotion	0.6566
Family responsibility	0.7113
Community support	0.5393
Degree of job satisfaction	0.8650
Degree of work devotion	0.7828

2. 연구 대상자의 일반적 특성

Table 3은 연구 대상자의 일반적 특성 즉 근무기간, 소지한 자격증, 고등학교 졸업지역, 의과대학 졸업지역, 의과대학 분류, 결혼 여부, 가족중 형제.자매내의 순서, 현재 거주지, 아르바이트 여부, 포상 여부, 보건소 직원과의 마찰, 보건소장의 직렬 등을 보여주고 있다.

Table에서 볼 수 있는 바와 같이 근무기간별 분포는 고른 분포를 보였고, 소지한 자격증별 분포는 일반의사가 61.1%로 가장 높았다. 고등학교 및 의과대학 졸업지역별 분포는 부산 지역이 각각 64.7%, 62.6%로 가장 높았으며, 출신 의과대학은 국립이 69.8%로 사립 30.2%보다 높은 분포를 보였다. 결혼 여부는 미혼이 61.1%이었으며, 가족중 형제.자매내의 순서를 보면 첫째가 47.2%로 가장 높았고, 중간, 막내 순으로 나타났다.

현재 거주지별 분포는 보건지소 내 거주가 64.8%로 나타났고, 아르바이트 여부는 하고 있지 않다가 77.0%로, 포상 여부는 받은 적이 없다가 98.3%를 보였다. 행정처분 여부는 받은 적이 없다가 81.6%, 보건소 직원과 마찰은 있었다가 62.8%로 나타났고, 보건소장의 직렬은 의무직이 55.9%를 보였다.

Table 3. General characteristics of the study population.

Characteristics	Frequency	Percent
Tenure of office		
1st year	59	32.8
2nd year	65	36.1
3rd year	56	31.1
License		
General physician	110	61.1
Dentist	64	35.6
Specialist	6	3.3
Area of high school graduate		
Pusan	101	64.7
Kyongnam	32	20.6
Other area	23	14.7
Missing	3	-
Area of medical college graduate		
Pusan	112	62.6
Kyongnam	32	17.9
Other area	35	19.5
Missing	1	-
Graduated medical college		
Private	52	30.2

National	118	69.8
Missing	10	-
Marital status		
Married	70	38.9
Single	110	61.1
Order in sibling		
First	85	47.2
Middle	49	27.2
Last	46	25.6
Total	180	100.0

(continued)

Table 3. General characteristics of the study population(continued).

Characteristics	frequenc	percent
Dwelling area		
Inside of health center	116	64.8
Outside of health center	63	35.2
Missing	1	-
History of a prize		
No	174	98.3
Yes	3	1.7
Missing	3	-
History of a punishment		
No	146	81.6
Yes	33	18.4
Missing	1	-
Experience of conflict with other co-workers		
No	67	37.2
Yes	113	62.8
Chief of health center		
Physician	95	55.9
Non-physician	75	44.1
Missing	10	-
Part-time job		
No	137	77.0
Yes	41	23.0
Missing	2	-
Total	180	100.0

3. 각 변수들의 평균과 표준편차

자료에 대한 이해를 위해 변수별 평균과 표준편차를 제시하면 Table 4와 같다.

직무만족도는 평균이 3.02, 업무충실도는 3.51, 역할인식 요인 변수는 3.13으로 모두 중간값을 상회하였다. 이를 보면 조사 대상자의 역할인식도, 직무만족도, 업무충실도는 비교적 높은 것을 알 수 있다.

직무관련 변수는 동료관계 변수의 만족도가 3.54로 중간값을 상회하였으며 가장 높았다. 직무자체에 대한 만족도는 2.97로 비교적 낮은 것으로 나타났다. 개인특성 요인을 보면 공중보건역사에 대한 자긍심, 긍정적 정서가 3.22, 3.21로 비교적 높았으며, 외부환경 요인을 보면 부양가족 책임이 3.42로 중간값 보다 높았으며, 지역사회지지 변수는 2.90으로 중간값 이하였다.

Table 4. The mean and standard deviation of variables.

Variables	Mean	S.D.
Role cognition	3.13	0.65
Job itself	2.97	0.59
Co-worker relationship	3.54	0.50
Pride for P.H.D.	3.22	0.65
Affirmative emotion	3.21	0.72
Family responsibility	3.42	1.02
Community support	2.90	0.66
Degree of job satisfaction	3.02	0.59
Degree of work devotion	3.51	0.48

4. 일반적 특성에 따른 직무만족도

일반적 특성에 따른 직무만족도를 알아보기 위하여 변수별 t-test를 한 결과는 Table 5와 같다.

먼저 보건소 직원과 마찰 유무에 따른 차이를 보면, 보건소 직원과 마찰이 있는 군의 직무만족도가 2.93으로 마찰이 없는 군의 3.18에 비해 통계적으로 유의하게 낮았다(P= 0.003). 나머지 변수 즉 일반의사 군과 치과 의사 군, 출신 의과대학이 사립인 군과 국립인 군, 결혼한

군과 미혼인 군, 보건지소 내 거주하는 군과 보건지소 외 거주하는 군, 아르바이트를 하는 군과 하지 않은 군, 포상을 받은 군과 받지 않은 군, 행정처분을 받은 군과 받지 않은 군, 보건소장의 직렬이 의무직 군과 보건직 군간의 직무만족도는 유의한 차이가 없었다.

5. 일반적 특성에 따른 업무충실도

일반적 특성에 따른 업무충실도를 알아보기 위하여 t-test를 한 결과는 Table 6과 같다. 각 변수에 따른 업무충실도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

Table 5. The degree of job satisfaction by the general characteristics.

Variables	Mean	S.D.	P-value
License			0.857
General physician	3.02	0.59	
Dentist	3.01	0.61	
Graduated edical college			0.440
Private	2.97	0.54	
National	3.05	0.62	
Marital status			0.395
Married	3.07	0.57	
Single	2.99	0.61	
Part-time job			0.694
No	3.01	0.59	
Yes	3.05	0.58	
History of prize			0.954
No	3.02	0.59	
Yes	3.04	0.94	
History of punishment			0.177
No	3.06	0.53	
Yes	2.86	0.81	
Experience of conflict with other co-workers			0.003
No	3.18	0.45	
Yes	2.93	0.65	
Chief of health center			0.726
Physician	3.02	0.63	
Non-physician	3.05	0.57	

Table 6. The degree of work devotion by the general characteristics.

Variables	Mean	S.D.	P-value
License			0.804
General physician	3.52	0.48	
Dentist	3.51	0.50	
Graduated medical college			0.983
Private	3.53	0.47	
National	3.52	0.49	
Marital status			0.500
Married	3.54	0.43	
Single	3.49	0.51	
Part-time job			0.595
No	3.49	0.48	
Yes	3.54	0.49	
History of prize			0.567
No	3.50	0.48	
Yes	3.67	0.81	
History of punishment			0.345
No	3.53	0.50	
Yes	3.44	0.39	
Experience of conflict with other co-workers			0.191
No	3.57	0.42	
Yes	3.47	0.52	
Chief of health center			0.889
Physician	3.53	0.49	
Non-physician	3.51	0.49	

6. 일반적 특성에 따른 직무만족도의 분산분석

일반적 특성에 따른 직무만족도의 차이를 검토하기 위하여 일원분산분석을 시행하고 유의한 차이가 날 경우에는 Tukey test를 실시하였는데, 그 결과는 Table 7과 같다.

먼저 가족중 형제.자매내의 순위에 따른 직무만족도는 유의한 차이를 보였는데, 막내의 2.84에 비해 첫째가 3.15로 통계적으로 유의하게 높았다($p = 0.012$). 다음으로 보건소 직원과 마찰 경험에 따른 직무만족도도 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 마찰이 없는 군 3.18이

나 가끔 있는 군 2.99에 비해 마찰이 자주 있는 군의 직무만족도가 2.57로 통계적으로 유의하게 낮았다(P = 0.001). 그외 변수들에 대한 직무만족도의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

Table 7. The analysis of variance for the degree of job satisfaction by general characteristics.

Variables	Mean	S.D.	P-value
Tenure of office			0.697
1st year	3.06	0.61	
2nd year	3.03	0.63	
3rd year	2.97	0.53	
Area of high school graduate			0.682
Pusan	3.05	0.61	
Kyongnam	3.03	0.53	
Other area	2.93	0.55	
Area of medical college graduate			0.196
Pusan	3.03	0.60	
Kyongnam	3.14	0.65	
Other area	2.88	0.49	
Order in sibling [#]			0.012
First	3.15	0.58	
Middle	2.95	0.62	
Last	2.84	0.54	
Dwelling area			0.825
Inside of health center	3.04	0.59	
Inside of administrative district	3.02	0.61	
Outside of administrative district	2.96	0.63	
Experixnce of conflict with other co-workers ^{##}			0.001
Many	2.57	0.89	
Somtimes	2.99	0.59	
None	3.18	0.45	

: There was significant difference 'first' with 'last'.

: There was significant difference 'many' with 'sometimes' and 'none'.

7. 일반적 특성에 따른 업무충실도의 분산분석

일반적 특성에 따른 업무충실도의 차이를 검토하기 위하여 일원분산분석 및 Tukey test 를 실시하였는데, 그 결과는 Table 8과 같다.

먼저 가족중 형제.자매내의 순위에 따라 유의한 차이를 보였는데, 첫째의 업무충실도가 3.60으로 막내의 3.36에 비해 유의하게 높았다($p = 0.029$).

그외 다른 변수들에 대한 업무충실도의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

Table 8. The analysis of variance for the degree of work devotion by the general characteristics.

Variables	Mean	S.D.	P-value
Tenure of office			0.567
1st year	3.55	0.43	
2nd year	3.53	0.57	
3rd year	3.45	0.42	
Area of high school graduate			0.523
Pusan	3.53	0.49	
Kyongnam	3.54	0.40	
Other area	3.42	0.43	
Area of medical college graduate			0.104
Pusan	3.51	0.50	
Kyongnam	3.63	0.49	
Other area	3.38	0.39	
Order in sibling [#]			0.029
First	3.60	0.48	
Middle	3.50	0.51	
Last	3.36	0.43	
Dwelling area			0.541
Inside of health center	3.51	0.49	
Inside of administrative district	3.47	0.46	
Outside of administrative district	3.60	0.46	
Experience of conflict with other co-workers			0.264
Many	3.58	0.42	
Sometimes	3.46	0.53	
None	3.57	0.42	

: There was significant difference 'first' with 'last'.

8. 직무만족도 및 업무충실도에 대한 상관관계 분석

Table 9에서 각 변수들과 직무만족도 간의 상관관계를 살펴보면, 직무만족도는 직무자체, 공중보건 의사에 대한 자긍심, 긍정적 정서와 강한 정의 상관관계를 보이고 있다(각각 $r > 0.6, P < 0.001$). 그리고 역할인식, 동료관계, 지역사회지지와 비교적 유의한 정의 상관관계를 나타내고 있다($r > 0.4, P < 0.001$).

Table 10에서는 각 변수들과 업무충실도 간의 상관관계를 보여주고 있다. 업무충실도는 역할인식, 직무자체, 공중보건 의사에 대한 자긍심, 지역사회지지와 비교적 유의한 정의 상관관계를 보였다($r > 0.4, P < 0.001$). 그리고 동료관계, 긍정적 정서는 유의하지만 약한 정의 상관관계를 보였다($r < 0.4, p < 0.001$).

Table 9. The correlation of the degree of job satisfaction with independent variables.

Variables	correlation coefficient	P-value
Role cognition	0.5685	< 0.001
Job itself	0.6319	< 0.001
Co-worker relationship	0.4855	< 0.001
Pride for P.H. D.	0.6689	< 0.001
Affirmative emotion	0.6066	< 0.001
Family responsibility	0.0810	0.156
Community support	0.4663	< 0.001

Table 10. The correlation of the degree of work devotion with independent variables.

Variables	correlation coefficient	p-value
Role cognition	0.4921	< 0.001
Job itself	0.4883	< 0.001
Co-worker relationship	0.3816	< 0.001
Pride for P.H.D.	0.4030	< 0.001
Affirmative emotion	0.3558	< 0.001
Family responsibility	0.0552	0.246
Community support	0.4372	< 0.001

9. 직무만족도를 종속변수로 한 회귀분석

직무만족도에 영향을 미치는 요인을 알아 보기 위하여 직무만족도를 종속변수로 하고 역할인식, 직무자체, 동료관계, 공중보건직의사에 대한 자긍심, 긍정적 정서, 부양가족 책임, 지역사회지지 등을 독립변수로 하여 다중회귀분석을 실시 하였는데 그 결과는 Table 11과 같다.

먼저 직무만족도의 영향요인을 보면 공중보건직의사에 대한 자긍심, 직무자체, 긍정적 정서, 지역사회지지의 순으로 영향을 미친다. 공중보건직의사에 대한 자긍심이 클수록, 직무자체에 대한 만족이 클수록, 긍정적 정서를 가질수록, 지역사회지지가 높을수록 직무만족도는 커지는 것을 알 수 있다. 결정계수(R square)는 0.6672, 유의도는 < 0.0001 이었다.

Table 11. The multiple regression analysis
for the degree of job satisfaction.

Variables	B	Beta	P-value
Community support	.1398	.1555	0.0027
Pride for P.H.D.	.3329	.3631	< 0.0001
Affirmative emotion	.2285	.2779	< 0.0001
Job itself	.2920	.2899	< 0.0001
(constant)	-.0497		0.7772

R square : .6672, F = 80.09, P < 0.0001

10. 업무충실도를 종속변수로 한 회귀분석

업무충실도에 영향을 미치는 요인을 알아 보기 위하여 업무충실도를 종속변수로 하고 역할인식, 직무자체, 동료관계, 공중보건직의사에 대한 자긍심, 긍정적 정서, 부양가족 책임, 지역사회지지, 직무만족도를 독립변수로하여 다중회귀분석을 실시하였는데 그 결과는 Table 12와 같다.

먼저 업무충실도의 영향요인을 보면 직무만족도, 역할인식, 지역사회지지 순으로 영향을 미친다. 직무만족도가 높을수록, 역할인식도가 높을수록, 지역사회지지가 높을수록 업무충실도는 높아지는 것을 알 수 있다. 결정계수(R square)는 0.3635, 유의도는 < 0.0001 이었다.

Table 12. The multiple regression analysis
for the degree of work devotion.

Variables	B	Beta	P-value
Job satisfaction	.2571	.3113	0.0001
Community support	.1526	.2056	0.0057
Role cognition	.1669	.2174	0.0065
(constant)	1.7620		< 0.0001

R square : .3635, F = 30.84, P < 0.0001

IV. 고찰

직무만족에 영향을 미치는 요인들에 대한 여러 연구자의 견해를 보면 Herzberg는 직무만족 결정요인으로 성취감, 인정감, 직무자체, 책임감, 성장감, 도전감 등을 들었으며, Glimer는 직장의 안전, 승진기회, 회사와 관리, 임금, 직무의 고유한 측면, 직무의 사회적 측면, 감독, 의사소통, 작업조건 등을 들었다. 또한 Porter와 Steers는 직무만족의 결정요인을 조직전체 요인, 작업환경 요인, 직무내용 요인, 개인적 요인 등의 네가지 차원으로 분류하였다.⁷⁾

본 연구에서는 직무만족에 영향을 미치는 요인을 크게 역할인식 요인, 직무관련 요인, 외부환경 요인, 개인특성 요인 등으로 분류하였다. 직무관련 요인에는 직무자체, 동료관계 등이 포함되고, 외부환경 요인에는 부양가족 책임, 지역사회지지 등이 포함되었고, 개인특성 요인에는 공중보건 의사에 대한 자긍심, 긍정적 정서 등의 요인들이 포함되었으며 각각 독립변수로 작용한다고 보았다. 각각의 변수들이 직무만족도와 업무충실도에 영향을 미친다고 보았으며, 또한 직무만족도는 업무충실도의 선행변수로 보아 직무만족도가 높으면 업무충실도가 높을 것이라고 보았다.

선행연구에서 직무만족도의 결정요인으로 작용하였던 승진기회, 임금, 감독 등은 본 연구에서는 대상자에 따라 차이가 없는 변수이므로 분석에 포함되지 않았다. 그리고 직무만족도와 업무충실도 간의 관계에서 업무충실도에서는 직무만족도를 독립변수로 보아 직무만족도가 높을수록 업무충실도가 높을 것으로 보았는데 거꾸로 업무충실도가 높을수록 직무만족도가 높을 수 있으므로 이는 향후에 직무만족도가 업무충실도에 영향을 미친다는 경로분석이 필요하다고 본다. 본 연구 모형에서 직무만족도, 업무충실도의 측정에는 점수법을 사용하였

으며 각 변수들의 측정에도 인구통계학적 변수를 제외하고는 리커식의 5점 척도를 사용하였다.

본 연구는 공중보건역사들의 지역사회에서 역할인식을 높이고 성실히 근무할 수 있도록 하고, 지역사회 보건사업에 참여를 유도하려는 목적으로 실시하였다. 농어촌 지역의 보건 의료 환경은 급격하게 변화하고 있다. 인구의 노령화, 만성퇴행성질환의 높은 이환율, 농약중독이나 농부증, 하우스병 등의 농어촌 특수질환이 증가하고 있는 추세이다. 그럼에도 불구하고 농어촌 지역 주민들의 의료이용율은 연간 병원 방문횟수별 인구비율에서 한 번도 병원을 방문하지 않은 비율이 50.4%로 도시지역의 47.5%보다 높아 도시지역 주민들에 비하여 낮다. 또한 보건 의료 시설과 인력에서 농어촌 지역에 소재하는 민간의료기관의 비율이 8.7%를, 농어촌 지역에 상근하는 의사, 간호사, 약사의 비율은 6.8%, 6.5%, 5.7%로 도시 지역에 비하여 매우 낮다.¹⁰⁾ 이러한 환경에서 공공의료의 기능을 강화하고 민간의료와의 연계성을 구축한다면 농어촌 지역의 보건 의료 문제 해결의 실마리를 찾을 수 있으리라 본다. 보건소 및 보건지소의 지역보건의료의 기획, 조정하는 기능을 수행하고, 지역실정에 맞는 보건사업의 개발로 지역주민의 보건 의료 수요에 부응하는 서비스를 제공하는 주체가 되어야 한다.¹¹⁾ 특히 농어촌 지역은 실질적인 병원 역할과 예방적 보건서비스 기능 및 보건교육 기능이 절실히 필요하다고 본다. 이러한 기능의 수행을 위해서 농어촌 지역의 대표적인 보건의료기관인 보건지소의 기능이 매우 중요하고, 공중보건역사 및 보건요원의 역할이 중요하다고 하겠다. 농어촌 지역의 보건의료의 성공은 보건소, 보건지소 및 보건진료소의 체계내에서 각기 그 기능이 충분히 발휘될 때 이뤄진다고 보며, 특히 공중보건역사의 역할은 매우 중요하므로 그들의 역할인식을 높이고 업무에 대한 만족과 성실한 근무를 유도하여 지역 보건사업에 참여시켜야 한다.

공중보건역사는 한시적으로 병역의무를 대신해 근무한다고 자신의 역할을 소극적으로 규정하고 있고, 또한 낮은 보수와 열악한 근무환경으로 인하여 사기가 낮은 편이다(읍.면의 보건책임자로서 역할수행에 대한 응답율, 28.7%).¹²⁾ 본 연구에서 타의에 의하여 군복무 대신 공공의료기관에 근무하는 공중보건역사를 대상으로 연구하였으므로 공중보건역사들의 소극적인 역할수행, 업무에 대한 불만, 공공기관에 대한 거부감과 낮은 신뢰, 강한 자존심 등의 여러 요소들이 설문지 작성 및 자료수집에 부정적 영향을 미칠 것으로 생각되었다. 그러나 설문에 대한 응답율이 비교적 높았으며, 설문문항의 신뢰성 검증에서 Cronbach's Alpha 계수의 결과 설문문항이 신뢰성을 보였다.

대상자 선택에 있어 경상남도에 근무하는 공중보건역사를 선택하여 대상자가 전국을 대표

할 수 있는 표본이 되지 못하는 대표성의 결여, 전문의의 분포가 3.3%로 낮아 통계에 이용하지 못하였는데 전문의는 일반의보다 사회적 경험, 나이 등이 많으므로 역할인식도, 업무충실도에 유의한 차이가 있을 것으로 추측된다.

아르바이트를 하고 있지 않다고 응답한 경우가 77.0%로 높았으며, 이는 아마도 응답에 대한 행정부서의 부정적 시각, 각 시·군별로 설문을 수집하는 과정에서 행정부서에 대한 불안요인 때문에 진실성이 다소 결여된 것으로 추측된다. 행정처분을 받은 적이 없다고 응답한 경우가 81.6%로 높았으며, 아르바이트를 하고 있지 않은 경우의 비율과 같이 생각해 볼 때 연구결과는 공중보건직사들은 아르바이트를 하지 않고 성실히 근무하고 있다는 결과를 얻을 수 있다.

그리고 보건소 직원과 마찰은 62.8%에서 있었다고 응답하였는데, 이는 보건지소 관리 책임이 보건소에 있고, 타의에 의해 군복무를 대신하여 근무하는 신분상의 문제, 보건소의 업무지시를 받아야 하는 등의 여러 요인 때문으로 생각된다. 조직사회에서 마찰은 항상 존재한다고 보며, 비록 보건소의 합리적인 관리 및 지도라 할지라도 가벼운 마찰은 항상 존재한다고 본다. 이러한 마찰을 줄이려면 보건소와 보건지소간의 상호 인간적인 배려와 긍정적인 평가가 중요하다고 본다.

직무만족도, 업무충실도에 영향을 미치는 요인들에 관한 고찰을 보면 다음과 같다.

먼저 공중보건직사들의 역할인식도, 직무만족도, 업무충실도는 비교적 중간값을 상회하므로 '공중보건직사의 역할에 대한 낮은 인식도, 업무에 대한 불만, 직무만족 요인의 크기도 낮아 직무만족도 및 업무충실도는 매우 낮을 것이다'는 기대와는 반대되는 결과를 보여 역할에 대한 인식도, 직무만족도가 높고 비교적 성실히 근무하고 있음을 알 수 있다.

보건소 직원과 마찰에 따른 직무만족도는 마찰이 있는 군에서 유의하게 낮았는데, 마찰이 없는 군보다 가끔 있는 군에서 낮았고, 가끔 있는 군보다 자주 있는 군에서 더욱 낮았다. 이는 조직 내에서 마찰은 있을 수 밖에 없다는 것에서 보면 어떻게 그 마찰을 줄이느냐 즉 보건지소 내의 보건요원과의 갈등, 지역주민과의 갈등 등의 해결을 위해서는 보건지소장의 역할이 중요하며, 보건소 직원과의 갈등의 해결을 위해서는 보건소장 혹은 담당 행정부서장의 역할이 매우 중요하다. 현재 보건소의 보건지소 및 공중보건직사 관리방법에 많은 문제점이 있다고 보며 그 개선점을 모색해야 한다.

가족중 형제·자매내의 순위에 따른 직무만족도, 업무충실도는 장남 군과 막내 군간에 유의

한 차이가 있었는데, 이것은 인위적으로 개선하기 어려운 부분이다.

본 연구에서 공중보건역사의 직무만족도는 직무에 대한 자부심, 타인의 평가 및 인식 정도가 긍정적일수록 높았으며, 직종(공중보건역사)에 대하여 자랑스럽게 생각하고 3년간의 공중보건역사 생활이 인생에 있어 중요한 경험으로 여길수록, 그리고 긍정적 정서가 높을수록 직무만족도가 높음을 알 수 있다. 그러므로 공중보건역사에게 지역사회에서의 역할의 중요성, 보건 의료기관에 근무하는 자부심 및 긍정적 사고를 키워주는 방향으로 보건지소 및 공중보건역사를 관리하여야 한다. 현재의 복무지도, 업무지도 및 각종 보건사업 등의 관리에 많은 문제점이 있음을 지적한다.

공중보건역사의 업무충실도는 공중보건역사의 지역사회 보건의료의 주체가 되고 지역사회에서 역할이 중요하다는 역할인식 요인이 높을수록, 직무에 대한 자부심이 강할수록, 직종에 대한 자부심이 강할수록, 그리고 지역사회가 공중보건역사들에 대하여 긍정적인 평가를 내리고 많은 지지를 보낼수록 업무충실도는 높음을 알 수 있다. 그러므로 공중보건역사에게 지역사회에서의 역할을 인식시키고, 보건지소에서 지역사회 주민을 위하여 전문 지식인으로 봉사하고 있다는 자부심을 키워주고, 많은 지지를 보낼 수 있는 방향으로 관리방법을 개선하여야 한다.

V. 결론

1. 연구결과의 요약

보건지소는 현재 농어촌 보건의료체계에서 일차보건의료의 중추기관으로 지역주민의 접근성 제고, 자율적이면서 책임감 있는 지역 단위 보건사업 수행 등의 그 역할은 매우 중요하다. 특히 보건지소의 책임자로서 각종 보건사업을 수행하는 위치에 있는 공중보건역사의 역할은 더욱 중요할 것이다.

본 연구는 경상남도에 근무하는 공중보건역사를 대상으로 공중보건역사의 지역 보건업무의 중추적 역할수행에 관한 역할인식 요인을 파악하고, 직무만족도, 업무충실도의 영향요인을 파악하여 직무만족도 및 업무충실도를 높일 수 있는 방안을 제시하고 보건행정에서 보건지소와 공중보건역사 관리에 참고자료로 활용하기 위한 목적에서 실시되었다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 공중보건직의 지역사회에서의 역할에 대한 인식도, 직무만족도, 업무충실도는 중간값을 상회하여 비교적 높았다.

둘째, 형제.자매내의 순위에 따른 직무만족도는 첫째가 막내에 비해 유의하게 높았고, 보건소 직원과의 마찰 경험에 따른 직무만족도는 자주 있는 군이 없는 군이나 가끔 있는 군에 비해 유의하게 낮았다.

셋째, 형제.자매내의 순위에 따른 업무충실도는 첫째가 막내에 비해 유의하게 높았다.

넷째, 직무만족도에 대한 상관관계는 직무자체, 공중보건직에 대한 자긍심, 긍정적 정서와 강한 정의 상관관계를 보였고, 역할인식, 동료관계, 지역사회지지와는 비교적 유의한 정의 상관관계를 보였다.

다섯째, 업무충실도에 대한 상관관계는 역할인식, 직무자체, 공중보건직에 대한 자긍심, 지역사회지지와 비교적 유의한 정의 상관관계를 보였다.

여섯째, 직무만족 요인으로 공중보건직에 대한 자긍심, 직무자체, 긍정적 정서, 지역사회지지 등이 직무만족도에 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

일곱째, 업무충실도에 영향을 미치는 요인으로는 직무만족도, 역할인식, 지역사회지지 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

2. 연구의 제한점 및 제언

본 연구는 타의에 의하여 군복무를 대신하여 농어촌 벽오지에 근무하는 공중보건직을 대상으로 하였으므로 대상자들의 신분상의 불이익, 의사로서의 자존심, 행정부서와의 여러 문제 등의 요인으로 성실하게 설문에 응하였는지가 의문이었고, 그리고 대상자가 경상남도로 제한되어 전국을 대표하지 못하는 표본추출에 한계가 있으므로 연구결과의 일반화에는 상당한 주의가 필요하다고 본다. 또한 직무만족도에 관한 선행연구에서 직무만족 요인의 중요한 변수로 작용하는 임금, 승진기회, 감독, 근무조건 등의 변수들이 제외되었는데 이는 본 연구 대상자에서 차이가 없거나 있어도 아주 작은 차이가 있을 것으로 생각되었기 때문이다.

직무만족도와 업무충실도 간의 영향관계를 본 연구에서는 직무만족도가 높을수록 업무충실도가 높을 것으로 보았는데, 업무충실도가 직무만족도에 영향을 미칠 수 있으므로 향후 경로분석을 통해 명확한 관계의 규명이 필요할 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

1. 김종환. 공중보건역사 및 보건진료원의 업무활동에 관한 조사분석. 전북대학교대학원, 박사학위논문, 1990.
2. 최선호. 군미필의사들의 공중보건의 선호도 및 태도. 경북대학교 보건대학원, 석사학위논문, 1986.
3. 한국보건사회연구원. 공중보건역사 직무교육 개선방안. 1995.
4. 보건복지부. 공중보건역사 직무교육 교재. 1993.
5. 이재문. 보건지소 통합보건요원의 행정실태에 관한 조사연구. 원광대학교 산업대학원, 석사학위논문, 1994.
6. 서울대학교 지역의료체계 시범사업단. 조직개편에 따른 보건지소 발전방향 연찬회 보고서. 1993; 6-7.
7. 최재열. 직무만족수준의 결정요인에 관한 실증적 연구. 조선대학교대학원, 박사학위논문, 1990.
8. 이기효. 이직의도 인과모형의 실증연구. 성균관대학교대학원, 박사학위논문, 1994.
9. 조일현. 직무만족 결정요인에 관한 실증적 연구. 경희대학교대학원, 석사학위논문, 1994.
10. 한국보건사회연구원. 국민건강 및 보건의식 행태조사. 1992.
11. 인도주의실천의사협의회. 지방자치와 보건의료. 1995.
12. 서울대학교 지역의료체계 시범사업단. 포괄적 보건의료서비스 제공을 위한 보건지소 모형 개발. 1993.
13. 김희웅. 국립검역소 근무공무원의 의식구조와 직무만족에 관한 연구. 인제대학교보건대학원, 석사학위논문, 1995.
14. 박윤희. 직무만족과 조직몰입에 관한 연구. 고려대학교, 1992.

■ 논 문

노인성 치매환자를 위한 낮병동 운영방안¹⁾

박찬병.표옥정.이미라.심상면.정소정.신영숙
경기도 광명시 보건소

第 1 章 序 論

第 1 節 研究의 目的

본 연구의 목적은 지역사회 공공의료기관이 중심이 되어 치매환자 관리모형을 개발하고 치매환자에 대한 의료 및 복지수요를 예측하여 적용 가능한 치매환자 관리사업의 방안을 제시하고자 하는 것이다.

이에 따른 연구의 구체적 목적은

첫째, 치매환자 관리사업 체계의 개발로서 현재 보건소의 기능과 역할을 설정하고 효과적인 치매환자 관리체계를 제시하는 것이며,

둘째, 치매환자의 현황을 파악하고 환자의 분포정도(유병율)와 환자 가족들의 부담감을 파악하여 지역사회의 요구를 도출하고 이에 기초한 사업내용을 개발하는 것이며,

노인성 치매환자들에 대한 외래 진료서비스와 낮시간 동안의 입원치료 및 보호서비스를 제공함으로써 환자뿐만 아니라 그 가족들의 부담감을 덜어주고, 이로 인하여 건강한 가족관계를 유지토록 하는 데 의의가 있다.

第 2 節 研究의 對象과 範圍

1). 이 논문은 '97 경기도 시군행정연수대회에서 최우수상에 입상하고 대한예방의학회 '97 추계학술대회에서 발표한 것임. 논문의 양이 많아서 중요한 부분 위주로 발췌하였음.

본 연구의 대상은 광명시 관내에 거주하는 노인성치매 환자와 그 가족들로서 현재로서는 정확한 조사가 불가능하기 때문에 각종 자료를 취합하여 그 예상 추계치를 산출하여 연구 대상으로 하였다.

第 3 節 研究方法

광명시 전체 인구나 연령별 인구등의 기본 자료는 구할 수 있으나 치매환자 유병율등의 전문자료는 구할 수 없기 때문에 다음과 같은 방법으로 연구를 진행하였다.

1. 관련 문헌 고찰

치매에 관한 여러 선행연구 논문 및 문헌들을 수집·정리하여 기본 방향을 정립한다.

2. 관내 노인성치매 환자의 추정치 산정

국내 각종 치매환자 유병율에 대한 조사결과를 토대로 하여 광명시 관내 연령별 인구구조에 맞춰 환산함으로써 관내 노인성치매 환자수를 대략적으로 산정한다.

3. 노인성치매 환자 및 그 가족들의 문제 파악

관련문헌들에서 제시된 환자와 가족들의 문제점과 서비스 수요에 대한 자료들을 검토하고 광명시 내에서의 문제의 크기를 산출한다.

4. 낮병동운영 방안 강구

관련문헌의 고찰과 국내의 몇개 안되는 탁노소를 견학하고 문제점과 개선방안을 검토한 후 전문가들의 자문을 거쳐 광명시 “낮병동”의 운영방안과 시설 및 장비등에 대한 방안을 마련한다.

第 2 章 本 論

第 1 節 研究의 背景

몇년전 레이건 전 미국대통령이 ‘노인성치매’에 걸렸다는 보도가 있으면서 우리나라에서도 이 문제가 본격적으로 거론되기 시작했다. ‘노망’이라고 알려져 있고 그렇게 많이 쓰던 단어는 이제는 누구나 ‘노인성치매’라고 일컫기 시작했다. 과거에도 노망은 있었다. 그러나, 그 숫자가 워낙 적었고 또 고령자가 드문 시대였으며 대가족제도하에서는 돌봐 줄 사람이 많았기 때문에 별로 문제시 되지 않고 지내왔다.

이들 배경을 간략히 요약하면,

- 첫째, 노인인구의 증가
 - 둘째, 노인성 질환의 증가
 - 셋째, 노년기 특성에 따른 간호요구
 - 넷째, 노인성 치매문제의 대두
 - 다섯째, 치매가족들의 문제
 - 여섯째, 노인성치매의 관리문제 부각
 - 일곱째, 보건소의 기능변화에 대한 시대적 요구
- 등에 의해서 이런 사업의 필요성이 있다 하겠다.

표1에서 보는 것과 같은 서비스들이 현재 선진국등 복지서비스가 잘되고 있는 곳을 중심으로 학자들에 의해 주장되고 있는 서비스의 종류이다. 참고로 밑줄친 부분이 광명시에서 제공해보고자 계획하고 있는 서비스 종류이다.

즉 '낮병동'은 사회복지체계상에서 서비스의 조직성 정도에 따른 분류에서는 '조직적서비스'로서 '공개적서비스'인 '건강서비스'에 주로 포함되며, 서비스제공장소의 형태에 따른 분류에서는 '가정과 동떨어진 곳에서의 보호'에 해당된다. 서비스 기능에 따른 분류에서 낮병동은 '당면문제해결서비스'중 '주간보호서비스', '가정봉사원서비스'와 '전화방문/확인서비스'의 복합적인 형태에 해당된다고 볼수 있다.²⁾ 광명시에서 추진하고자 하는 '낮병동'은 위 표에서 나타난 기존시설들간의 기능을 중복적으로 지니는 시설을 의미한다 할 것이다.

병의 증상이 급성이 아닌 장기간의 치료가 필요한 만성 노인성질환에 대해 병원이 아닌 시설에서 의사, 간호사, 자원봉사자 등의 인력에 의해 서비스를 제공하는 시설을 의미한다. 따라서 중간시설은 병원과 가정의 중간이라는 개념과 병원과 양로원과 같은 사회복지시설의 중간이라는 개념이 혼용된 중간시설로서의 '낮병동'이다. 일본, 미국, 영국, 스웨덴 등에서는 다양한 중간시설이 운영되고 있다.

병원과 가정의 중간이라는 개념을 도입하여 병원입원이나 기존 노인보호시설의 부정적인 측면-비인간화, 통제성의 강화, 획일적서비스 구성-에 대한 반성으로부터 요구로 인해 보다 지역사회에 밀착한 시설로서 중간시설인 낮병동을 설립 운영함으로써 노인들로 하여금 그들이 생활해온 지역사회에서 각종 서비스를 받는 것이 한국적이면서도 미래지향적인 것이라 사료된다. 이에 따라 광명시에서는 국내 최초로 노인성 치매환자를 위한 낮병동 설치의 내용과 타당성 및 시설 등에 관한 여러 면의 연구를 시작하였다.

第 2 節 老人保健事業에 對한 法律的 檢討

2). 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 치매환자관리사업 개발, 1994
90

보건의료분야에 있어서 의료비의 급속한 증가, 상대적 부담능력의 저하 그리고 의료시설과 보건인력의 불균형분포 등으로 의료의 불균점 현상이 심각해짐에 따라 빈곤과 병고에 시

표 47. 노인복지서비스체계상의 다양한 서비스 분류

(1) 서비스의 조직성 정도에 따른 분류	
1. 조직적 서비스(Organized Services)	
가. 공개적서비스(Open Services)	
a. 건강보호지원(health care support):	
① 노인주간보호센터(adult day-care center)	② 가정간호서비스(home-health care)
③영양프로그램(nutrition program)	
b.사회지원서비스(social support services)	
①가정봉사원서비스(home maker services)	②전화확인서비스(telephone reassurance)
③급식서비스(meals-on-wheels)	④우호방문서비스(friendly visiting)
⑤상담서비스	
c.접근 및 지원서비스(access & assistance services)	
① 교통편의 서비스(transportation to/from)	
② 정보제공과 의뢰(information & referral)	
③ 가옥수리서비스(home repair services)	④ 단기보호서비스(respite services)
⑤ 법률서비스(legal services)	⑥ 보호서비스(protective services)
나. 폐쇄적서비스(Closed Services) : 시설보호	
2.비조직적 서비스(Unorganized Services)	
(2) 서비스가 제공되는 장소의 형태에 따른 분류	
1. 가정에서의 보호(Care at Home) : 가정안에서 그리고 가정을 통하여 제공되어지는 서비스	
2. 가정과 동떨어진 곳에서의 보호(Care from Home) : 주로 자신이 가정에서 생활하면서 필요시에 중간시설(예:주간보호소,단기보호소)에서 단기간의 보호, 치료를 받는 서비스	
3. 다른 가정에서의 보호(Care in a Home) : 지역사회에 있으며 편의시설을 갖춘 노인 주택(예:congregate housing sheltered housing) 등에서 보호, 치료를 받는 서비스	
(3) 서비스의 기능에 따른 분류	
1. 당면문제해결 서비스: 개인의 심리적 및 사회적 적응상의 문제해결, 일상생활의 구체적 도움 및 재활기능의 서비스	
가. 가족/개별 사회사업서비스	나. 우호방문(友好訪問)서비스
다. 수용방문(收容訪問)서비스:시설,주택	라. 주간보호(晝間保護)서비스
마. 단기보호(短期保護)서비스	바. 교대(交代)서비스
사. 가정봉사원서비스	아. 식사배달서비스
자. 신변보호(身邊保護)서비스:거동부축,동반	차. 전화방문/확인서비스
2. 발달욕구충족서비스 : 개인의 사회화와 발달욕구충족기능의 서비스	
가. 노인정/노인클럽조직서비스	나. 노인회관(다목적센터)서비스
다. 노인교육(노인학교)서비스	라. 단체급식서비스
마. 자원봉사 참여활동 서비스	바. 집단활동 조직 및 참여서비스
사. 자조집단(自助集團) 조직서비스	아. 노인휴양시설(老人休養施設) 서비스
3. 접근/안내 서비스 : 접근, 안내 및 원조기능의 서비스	
가. 노인복지 서비스안내 서비스	나. 노인복지 서비스의뢰 서비스
다. 법률상담 서비스	라. 대변(代辯)/변호(辯護) 서비스
마. 교통편의(交通便宜) 서비스	

달리는 노인의 건강문제를 해결하기 위해서는 국가의 개입이 요청된다고 할 수 있다.

어떤 사업을 수행하고자 할 때 법률적 뒷받침이 있을 경우엔 사업에 대한 접근도 쉽고 당위성으로 인하여 업무에 대한 각오도 남다르게 될 수 있다. 우리나라의 법률 중 노인보건사업에 대한 관련 법규를 검토한 결과 노인성치매에 대한 구체적인 언급은 없었다. 다만, 헌법 제34조 제1항 “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다”에서의 상징적인 명시뿐만 아니라 노인복지법, 생활보호법, 정신보건법, 장애인복지법, 국민건강증진법 및 지역보건법 등 관련법률들을 검토함으로써 이 사업의 성문화된 근거를 확인한 결과 다음과 같이 정리할 수 있었다.

“지방자치단체는 생활이 어려운 노인성 치매환자들과 그 가족들을 위하여 치매예방과 진료 및 재활서비스를 적절히 제공하는 노인보건사업을 시행하여야 한다.”

第 3 節 老人性 치매에 關한 考察

1. 치매의 정의

치매(dementia)라는 용어는 Latin어의 de(out of) + mens(mind) + ia(state of)에서 기원한 것으로 어원적인 의미는 ‘정신이 나간 상태’를 뜻한다.³⁾ 세계보건기구(WHO)의 ICD-10분류(International Classification of Diseases-10, Classification of Mental and Behavioral Disorders)에 의하면, 치매란 “뇌의 질환으로 생기는 하나의 증후군으로 대개 만성적이고 진행성으로 나타나며, 기억력, 사고력, 지남력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 고도피질기능(higher cortical function)의 다발성 장애”로 일컬어진다.⁴⁾

치매는 우리나라에서 보통 ‘노망’ 또는 ‘망령’ 이라고 하는데, 기억력과 여러가지 지적기능을 상실하는 만성적인 진행성 퇴행성 뇌질환으로 인한 임상증후군으로서 하나의 특정한 질환이나 진단에 대한 명칭이 아니라 여러가지 원인질환에 의해 발생하는 뇌기능의 전반적인 저하상태를 뜻한다. 즉 치매는 어떤 특정 질환이 아니고 치료가능한 원인(reversible or modifiable cause)을 찾아내기 위해 적극적인 노력이 필요한 하나의 증후군으로 이해해야 하는 것이다.⁵⁾

미국정신의학회에서 정한 정신과 질환의 진단분류법인 DSM-III-R에 의하면, 치매는 기질성 정신장애(Organic Mental Disorder)에 속하게 되는데 이에 의한 치매의 진단기준은 표 2와 같다.

3). 한설희, 치매의 진단과 치료, 제 1회신경과 연수교육-신경계질환의 진단과 치료, 1992.

4). 우종인, 노인성치매의 정의,분류 및 임상양상, 대한의학협회지37(7), 1994

5). 한설희, 치매의 진단과 치료, 제 1회 신경과 연수교육-신경계질환의 진단과 치료, 1992.

2. 치매의 원인에 따른 분류

치매의 원인으로는 70가지 이상의 질환이 알려져 있다. 흔한 원인적 요인으로는 뇌조직의 퇴행, 변성 또는 노화(일차성 퇴행성 치매 primary degenerative dementia - 이 중 알츠하이머형이 가장 흔하다), 중추신경계 감염(신경매독, 결핵성 뇌막염, 바이러스성 뇌염등), 뇌손상(만성지주막하 혈종 등), 독성 대사장애(악성빈혈, 엽산결핍증, 갑상선 기능저하증, 브롬 중독 등), 혈관성 장애(다발성 경색성 치매, 정상 뇌압 수두증), 신경계 질환(헌팅톤 무도병, 다발성 경화증, 파킨슨 병), 산소결핍 후 또는 저혈당 후 상태 등에서 치매를 볼 수 있다. 이중에서도 알츠하이머형치매는 모든 치매의 50% 정도를 차지하고 뇌혈관성 치매는 약 8%에서 20%를 차지한다고 알려져 있다. 또한 20%의 치매환자는 이 두가지를 함께 갖고 있다고 보고되어 있다.⁶⁾ 우리나라 경우를 보면 1991년 경북 한 농촌지역을 대상으로 한 역학연구에서는 알츠하이머형 치매가 전 치매환자의 61.5%를 차지하고, 뇌혈관성 치매가 12.8%, 알

표 2. DSM-III-R에 의한 치매의 진단기준 (미국정신의학회,정신질환분류 및 진단 기준)

DSM-III-R에 의한 치매의 진단기준
A. 단기와 장기의 기억장애가 두드러짐
B. 다음의 사항 중 적어도 한 가지에 해당하는 조건
(1) 추상적 사고의 장애 : 일반화, 합성화, 감별(구별), 논리적 사고력 및 추리력, 개념형성 등의 능력 감퇴
(2) 판단 및 충동자제의 장애
(3) 인격의 변화
(4) 기타 고위피질의 기능장애 : 실행증, 실언증, 인지기능장애 등
C. 사회적 혹은 직업적 기능에 지장이 올 정도로 이미 획득한 지적능력이 붕괴됨
D. 중독이나 섬망(Delirium)의 기간에만 나타나는 것이 아닐 것
E. 다음의 (1) 또는 (2)
(1) 이학적 검사, 임상병리검사, 병력, 장애를 일으킨 원인에서 기질적 요인이 있다는 증거가 있을 때
(2) 위의 증거가 없더라도 치매의 원인으로 기질성 정신장애 이외의 경우는 배제할 수 있고, 나타나는 행동장애가 광범위한 인식장애에서 기인 된다고 추측 되어질 때

6). 이정희, 치매의 역학, 대한의학협회지, 1994

코울성 치매가 7.7%를 각각 차지한다고 보고하였으며, 1992년에서 1993년에 걸쳐 경기도 연천군을 대상으로 한 연구결과에 의하면 알츠하이머형 치매와 뇌혈관성 치매가 각각 전 치매의 47.4%와 26.3%를 차지하는 것으로 나타났다.⁷⁾

3. 치매의 증상

3-1. 치매의 주요 증상

노인성 치매의 증상은 여러 가지로 나타나고 근본적인 정신과적 증상과 이에 근거한 사회 기능에 대한 장애로서 나타나 결국 ‘노망’이라는 표현으로 불려 왔다. 이런 증상을 ‘치매환자 관리사업 개발’⁸⁾과 ‘치매노인 보건관리에 관한 연구’⁹⁾에 의거하여 다음과 같이 분류하여 보았다.

- 1) 기억력장애
- 2) 언어의 장애(aphasia)
- 3) 운동실조(ataxia)
- 4) 인지혼란(agnosia)
- 5) 지남력장애(disorientation)

3-2. 기능변화에 따른 증상 상태

위의 기본적인 주요증상에 의하여 다음과 같은 사회기능적인 증상들이 나타나는 것으로 연구자들에 의해 보고된 바 있다¹⁰⁾.

- 1) 인지장애 및 문제행동
- 2) 일상생활 동작능력 저하
- 3) 성격 및 대인관계 변화
- 4) 신체 및 사회적 기능변화

4. 치매의 정도에 따른 분류

치매의 임상적 정도를 평가하는 방법은 몇가지가 있는데, 그 중 DSM-III-R 분류에 의하면 경도, 중등도 및 중증으로 나뉘고 그 기준은 표 3과 같다.

7). 이정희, 치매의 역학, 대한의학협회지, 1994

8). 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 치매환자 관리사업 개발, pp22-24, Dec., 1994

9). 오진주, 치매노인 보건관리에 관한 연구, 서울대 대학원 석사학위 논문, 1995

10). 보건사회연구원, 치매노인의 부양실태와 대응전략, 보건사회연구원 정책보고서 2-94-08, 1994

표3. DSM-III-R에 의한 치매정도의 분류(미국정신의학회)

치매의 정도	기 준
경도 (mild)	사회생활이나 직업상의 능력이 비록 상실되더라도 아직 독립적인 생활을 영위할 수 있고, 적절한 개인위생을 유지하며, 비교적 온전한 판단력을 보유하고 있는 상태
중등도 (moderate)	독립적인 생활이 매우 위험하고 타인에 의한 부분적인 감독과 간호가 필요한 상태
중증 (severe)	일상생활의 능력이 심하게 감퇴되어 지속적인 감독이 필요한 상태로 최소한의 개인위생도 유지할 수 없게 되며 대개는 지리멸렬한 언어구사나 함구적인 상태

5. 치매환자 유병률

치매는 노인 인구가 급증하고 있는 현대의 가장 대표적인 노인질환으로, 다가오는 21세기에 인류가 당면하게 될 가장 중요한 보건의료 문제 중의 하나이다.

치매 유병률은 개별 연구마다, 연구자와 연구지역에 따라 차이를 보이는데, 그 이유로는 연구 대상지역의 선정(농촌 또는 도시지역), 대상표본의 추출 방법등이 다르고, 치매를 진단하는데 사용하는 기준이나 도구가 다르며, 각 대상별 인구의 연령 구조가 다른 것에서 유래한다.

우리나라의 경우, 치매에 대한 광범위한 연구 및 자료는 부족한 실정이다. 이에 따라 여기에서 치매에 대한 외국의 연구 결과를 요약하고 우리나라 치매환자 유병률에 의해 치매환자 수를 추계하여 보고자 한다.

5-1. 외국의 치매환자 유병률

현재까지 발표된 각국의 치매유병률에 대한 연구를 보면 노인인구의 1.3% ~ 20.3%까지 매우 다양하게 보고되고 있다. '치매환자 관리사업개발'보고서¹¹⁾를 인용하여 표 4와 같이 정리하였다.

일본의 노인성치매 유병률은 65-69세군에서 3.2%, 70-74세군은 7.3%, 75-79세군은 14.2%, 80-84세군은 28.5%, 85세 이상은 52.0%로 급격히 증가하며 79세 이하에서는 남성노

11). 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 치매환자 관리사업 개발, pp 41-44, Dec., 1994

인이 80세이상에서는 여성노인이 치매유병률이 높은 것으로 알려져 있다¹²⁾. 2020년경에는 1980년 대비 총 인구증가가 13%, 노인인구 증가가 12.8%인데 비해 치매환자는 무려 21.5%가 증가하게 되어 같은 기간동안 노인인구는 2배정도 증가하는데 비해 치매는 3배로 증가하는 양상을 보였다. 노인 인구 중 치매환자가 차지하는 비율이 무려 38%가 될 것으로 추정하여 일본의 경우 1986년에 치매성노인 대책본부를 후생성 안에 설치하고 치매노인에 대한 조사, 연구, 치료, 관리방법 등에 대하여 대책을 세우고 있다.

5-2. 우리나라 치매환자 유병률

우리나라에서는 전국적인 치매 유병률이 아직 조사된 바 없어 정확한 치매노인수를 알기가 어렵다. 그래서 문헌을 대상으로 고찰해 본 바, 오진주¹³⁾의 연구에서 박종한(1991)과 신영수(1994)의 논문을 인용하여 다음과 같이 주장하고 있다. 즉, 우리나라의 65세 이상노인에서의 치매환자 비율인 치매 유병률은 문헌에 따라 유병률이 일정치 않고, 전국적인 역학조사가 되어 있지 않은 점을 감안하여 평균개념은 무의미한 것으로 보이며, 실제 전문의 진단과정을 적용한 앞의 2개 연구 결과만을 대상으로 할 때 우리나라 치매 유병률은 9-11%선이 될 것으로 추정된다.

표 4. 세계 여러나라에서의 치매유병률

국 가	저 자	연 도	대상연령	유병률(%)
영 국	Broe et al	1 9 7 6	65 이상	8.3
	Maule et al	1 9 8 4	62 이상	8.6
미 국	Gurland et al	1 9 8 3	65 이상	4.9
	Myers et al	1 9 8 4	65 이상	20.3
독 일	Cooper	1 9 8 4	65 이상	4.2
스 웨 덴	Hagnell et al	1 9 8 1	60 이상	5.7
덴 마 크	Nielsen J	1 9 6 2	65 이상	18.5
일 본	Shibayama	1 9 8 6	65 이상	5.8
	Ueda	1 9 9 2	65 이상	6.7
중 국	Li	1 9 8 9	60 이상	1.3
한 국	Park et al	1 9 9 1	65 이상	11.3
	Woo et al	1 9 9 4	65 이상	9.5

12). 일본후생성, 1994

13). 오진주, 치매노인 보건관리에 관한연구, 서울대학교 대학원 석사학위논문, 1995

6. 치매의 치료

일단 치매를 앓게 되면 현재의 의학 수준으로는 완치가 불가능하다. 그렇다고 해서 환자에게 도움이 되는 치료방법이 전혀 없는 것은 아니다. 치료방법은 일단 크게 의학적치료와 사회환경적 치료로 나눌 수 있다. 각각의 치료에 관한 세부적 내용은 다음과 같다.

6-1. 의학적 치료

치매는 여러 가지 원인에 의해서 올 수 있는 질환이므로 의학적인 치료도 어떤 원인에 의해 치매를 앓게 되었느냐에 따라 치료방법이 달라진다. 우선 알츠하이머형치매의 경우 뇌의 기능(특히 인지기능)을 개선할 수 있는 수많은 약들이 개발되어 있지만 그 효과는 기대에 미치지 못하고 있는 실정이다. 미약하나마 환자에게 도움을 줄 수 있는 부분은 치매환자에게서 동반되는 불안, 망상, 안절부절하지 못하는 증상, 수면장애, 행동장애 등 2차적인 정신증상에 대해 약물로 치료가 가능하다. 뇌혈관성 치매의 경우 원인이 되는 고혈압, 심장질환, 당뇨병 등에 대해 치료를 할 수 있다. 하지만 이미 나타난 치매 증상을 정상으로 돌릴 수는 없는 실정이다. 우리나라에서는 치매환자를 병으로 취급하지 않아서 병원에서 치료받는 비율이 매우 적다.

6-2. 사회환경적 치료

사회환경적 치료에는 지역사회에서 활용할 수 있는 요양원 등 복지시설을 활용하여 가능하다. 하지만 현재 우리 나라에는 이런 시설들이 많지 않아 활용하기가 쉽지 않다. 탁노소 수준의 시설이 2~3개소가 있을 뿐이어서 의학적 치료와 함께 질적, 양적으로 많은 문제가 있다.

6-3. 치료의 접근

치료는 원인치료가 중요하나 대부분의 경우 힘들며 10% 정도가 가역적으로 회복될수 있다. 전반적으로 치매의 치료는 단계 및 증상의 심각도에 따라 다르지만 중등도 이상에서는 지속적인 간호 및 재활치료에 입각해서 치료한다. 즉 환자가 직면하고 있는 스트레스를 감소시키고, 기능의 결손이 있더라도 남아 있는 건강한 부분을 사용하여 상황에 적응할 수 있도록 도와주는 재활이 수반되는 정신과적 치료가 필요하다. 전체적으로 볼 때 올바른 치매원인의 평가를 위해서는 정상적인 노화과정에 대한 이해가 필요하며 심리.사회적.환경적 및 아울러 문화적인 면에 이르기까지 포괄적.다각적인 방면에서 치매의 원인규명과 나아가 치료대책이 모색되어야 할 것이다.

표 5. 국내조사자료에 의한 우리나라 치매환자수 추계 (단위:명)

년 도	1 9 9 5	2 0 0 0	2 0 0 5	2 0 1 0	2 0 1 5	2 0 2 0
전체인구	44,850,801	46,789,374	48,434,102	49,683,433	50,346,444	50,578,196
65-69세 노인	1,029,726	1,342,129	1,640,046	1,737,389	1,967,492	2,372,027
치매	35,525	46,303	56,581	59,939	67,878	81,834
70-74세 노인	747,866	866,367	1,139,925	1,402,307	1,493,235	1,696,601
치매	51,230	59,346	78,084	96,058	102,286	116,217
75-79세 노인	435,504	559,293	663,190	887,019	1,101,916	1,181,319
치매	67,938	87,249	103,457	138,374	171,898	184,285
80세이상노인	330,026	399,765	513,164	641,675	847,458	1,083,222
치매	107,588	130,323	167,291	209,186	276,271	353,130
총 추계수	262,281	323,221	405,413	503,557	618,333	735,466

第 4 節 낮病棟의 서비스 內容

1. 낮병동의 개념

우리는 광명시에 거주하는 노인인구중 치매노인을 대상으로 우리시의 실정에 맞는 '낮병동 운영방안'에 대해서 효율적인 연구를 통한 노인보건사업을 시행해 보고자 한다. 앞의 서론 부분에서 언급한 바 병원과 가정의 중간시설에 해당하는 재활시설, Day Hospital, Day-Care Center 등의 기능중 노인성 치매환자만을 위한 서비스를 제공하기 위한 낮병동이라는 용어를 사용하여 표현한 것이다. 그러면 문헌고찰¹⁴⁾을 통해 우리나라의 Day- Care Center라는 용어의 문제는 무엇이고 우리가 시행하고자 하는 낮병동이란 무엇인지, 또 의료적 측면에서 조명해 본 낮병원의 개념과 사회복지측면에서 접근한 탁노소(주간보호서비스)의 정의를 살펴보고 비교해 보고자 한다.

14). 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 치매환자 관리사업 개발, 1994. p112

1-1. Day-Care Center의 용어상의 문제

Day-Care Center는 아직까지 그 용어가 정확하게 정해져 있지 않으며, 주간보호소, 탁로소, 주간치료소, 낮치료소, 일일노인양호시설, 주간진료센터 등 다양하게 불려지고 있다. 이처럼 용어가 통일되지 않은 이유는 다음의 두가지 이유에서 기인한다고 보여진다.

첫째, 아직 우리나라의 경우 Day-Care Center가 도입된 것은 최근의 일로 몇몇 사회복지시설을 제외하고는 실시되고 있지 않다. 병원 등에서 입원환자나 외래 및 퇴원환자를 위해 낮병원, 낮병동 등이 실시 되고 있지 않다.

둘째, Day-Care Center의 형태가 보건의료적 측면에서 접근하느냐, 사회복지의 측면에서 접근하느냐에 따라 내용이 다양하게 달라질 수 있기 때문이다.

사회복지의 측면에서는 주간보호, 탁노소등이 불리어 지고 있는 반면, 보건의료의 측면에서는 주간 치료소, 낮치료소, 주간진료센터 일일노인양호시설 등으로 불리어지고 있다. 이는 Care의 의미를 ‘보호’, ‘치료’ 등으로 사회복지와 보건의료계에서 다르게 해석하기 때문으로 보인다.

1-2 낮병원(Day Hospital)의 정의

1980년 미국정신과협회(APA)의 뉴욕지부(New York County District Branch)의 부분입원 특별위원회에서는 다음과 같이 낮병원을 정의 하였다. “낮병원이란 주요 증상적, 의학적, 정신적, 심리사회적인 면을 포함한 이동용(ambulatory) 치료 프로그램으로서 외래환자 진료기관에서 제공되지 않는 집중적이고 포괄적이며 통합된 여러 분야로 이루어진 치료를 (multidisciplinary) 요구하는 심각한 정신장애를 가진 환자를 위해 고안된 직업을 갖기전 (prevocational) 치료이다”¹⁵⁾

즉 낮병원은 심각한 정신장애인의 치료를 목적으로 계획된 포괄적이고 융통적이며 최소한의 통제를 하는 지역사회에 기반을 둔 치료 및 재활프로그램이다.

1-3. 주간보호서비스(탁노소)의 정의

주간보호서비스란 노인들을 가정밖에서 주간만 보호해주는 서비스 시설을 의미하며, 가정에서 보호받는 장애노인을 주간에 혹은 단기간 가족을 대신한 보호서비스를 제공한다. 보호자가 주간에 용무가 있거나, 아프거나, 부득이한 일이 생길 경우 노인을 돌봄으로서 가족의 부담감을 덜어주고 가족부양기능을 강화하는 최소한의 시설이며 그 효과는 가족, 특히 주보호자에게 커다란 위안과 휴식을 주는 것이다. 치매탁노소는 치매환자를 대상으로 한다는 점에서 일반적인 노인주간보호사업과는 다르다.

15). Susanna Parker, James L. Knoll, Partial hospitalization: An Update, American Journal of Psychiatry, Vol. 147, 1990

1-4. '광명시 치매환자를 위한 낮병동'의 정의

위와 같이 나열된 기능들 중에서 보건과 복지를 동시에 제공하는 통합적인 것으로 구상하였다. 치매환자를 위한 진단 및 치료서비스(낮병원)와 낮시간 동안 치매환자 관리를 위한 주간보호서비스(탁노소)의 두 기능을 복합적이고도 유기적으로 제공하는 시스템으로서 치매노인을 대상으로 한 새로운 서비스를 '낮병동¹⁶⁾'이라 정의한다. 낮병동의 목적은 치매노인에 대한 서비스와 치매노인을 부양하고 있는 가족에 대한 서비스등 두가지이다.

1) 치매노인에 대한 서비스

우선 치매노인에 대한 서비스로서는 적절한 진료를 통하여

첫째 치매노인의 정신증상과 문제행동을 경감시켜, 치매노인의 가정생활에 적응할 수 있도록 한다.

둘째 치매노인의 정신기능을 활발하게 한다.

셋째 풍부한 감정표출과 의욕의 향상을 꾀하도록 한다.

2) 가족에 대한 서비스

치매노인을 부양하는 가족에 대한 서비스의 목적으로서는

첫째 치매노인을 부양하는 가족에게 휴식시간을 줄 수 있다.

둘째 가족에게 치매에 관한 올바른 지식을 주고, 치매노인의 간호와 문제행동에 대한 접근방법에 관해 구체적이고 개별적인 지도가 가능해지도록 한다.

셋째 치매가족모임을 만들어 다른 가족과 정보를 교환하고, 상호부조가 가능하도록 한다.

2. 광명시 치매노인 추계

광명시의 95년도 인구를 기준으로 한 전체인구중 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율은 4.4%이며, 문헌¹⁷⁾을 기초로 한 우리나라 65세 이상 치매 환자의 연령별 유병율에 따른 추계에 의해 광명시 치매노인 수를 추계한다면 1995년 현재 1,483명으로 9.9%의 비율을 차지 한다고 볼 수 있으며,

16). '치매센타'라는 명칭이 가장 적절한 듯 하나 이런 이름이 주는 이미지를 다소나마 해소함으로써 지역주민들의 접근성과 친근감을 높이고자 고민하였다. 결국 명칭은 이후라도 좋은 이름으로 고칠 필요성이 있음을 지적하고 일단은 '낮병동'이라는 부득이한 이름으로 기술해 가기로 한다.

17). 오진주, 치매노인 보건관리에 관한 연구, 1995, p32.

치매의 정도에 따른 유병율은 일본의 경우를 반영하였을 때, 경증이 920명, 중등증 및 중증이 563명으로 추산된다. 이들의 연령별 유병율을 각각 적용한 치매노인수를 산출한 결과는 표 6과 같다.

표 6. 연령별 광명시 노인성 치매환자 추계 (인구수: 1995.12.31현재/단위:명)

구 분	계		65 ~ 69세		70 ~ 74세		75 ~ 79세		80세 이상	
	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수
전체 인구수	14,995	1,483	6,269	213	4,333	295	2,690	420	1,703	555

주) 연령별 유병율: 65-69세 3.4%, 70-74세 6.8%, 75-79세 15.6%, 80세이상 32.6%를 각각 적용

표 7. 맞벌이세대 중 동거중인 노인성 치매환자 추계 (단위 : 세대, 명)

광명시 총세대수	맞벌이세대 (추정)	노인1인당 동거가구수	맞벌이세대중 총 동거노인수	맞벌이세대 동거노인중 치매환자수		
				계	경증	중등도+중증
111,629	51,126	7.7	6,861	672	417	255

표 8. 맞벌이세대중 동거노인중 치매환자의 연령별 인구 추계 (단위/명)

구 분	계		65 ~ 69세		70 ~ 74세		75 ~ 79세		80세 이상	
	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수	노인 수	치매 수
맞벌이세대	6,861	672	2,872	97	1,997	135	1,226	191	766	249

주) 연령별 유병율: 65-69세 3.4%, 70-74세 6.8%, 75-79세 15.6%, 80세이상 32.6%를 각각 적용(치매의 정도는 나이가 많을수록 심해질 확률이 높을것이기 때문에 정도별 분류는 제외하였음)

표 6과 같이 광명시 노인성 치매환자가 거주하고 있다고 보았을 경우 세대별 노인성 치매환자 수와 또 이중 맞벌이 세대¹⁸⁾중 동거노인수, 그리고 동거노인중 노인성치매환자수 등을 표 7과 같이 추계해 볼 수 있다.

맞벌이 부부세대에 대한 추정은 전국 1만3천1백71가구의 맞벌이 여부를 조사한 결과 맞벌이 가구가 전체의 45.8%로 보고된 자료를 적용하여¹⁹⁾ 광명시 맞벌이 세대를 추정하였으며 이중 동거노인수는 광명시 노인 1인당 동거가구수에 비례하여 추산하였고, 추산한 동거노인수에 연령별 유병율을 적용하여 치매환자수를 추계 하였다. 이들 맞벌이세대의 동거노인중 연령별 치매환자수는 표 8와 같다.

3. 낮 병동의 서비스 내용

노인인구가 늘어나고 노인보건 및 복지문제로서 치매의 중요성이 증가함에 따라 치매노인에 대한 치료 및 간호방법에 관한 진지한 검토가 시급한 과제로 부각되고 있다.

치매노인을 위한 서비스 방향은 치매예방 서비스, 치매노인 진료서비스, 치매노인 사회복지서비스 그리고 가족을 대신하여 보호하는 대체적 사회서비스를 강화하는 방향으로 추진되어야 한다.

대부분의 선진국에서의 치매노인을 포함한 노인보호서비스 방향은 가능한 한 시설보호보다는 재가보호를 원칙으로 하는 정책을 모색하고 있고, 또한 질병의 종류와 정도에 따라 입원치료, 외래치료, 시설보호치료를 적절히 이용할 수 있도록 가정, 병원 및 시설이 서로 연계성을 갖는 정책을 펴고 있다.

3-1. 낮병원 서비스 기본방향

- 1) 치매예방을 위한 보건사업을 전개한다.
- 2) 치매환자 진료를 통한 완치 또는 악화를 방지한다.
- 3) 재활치료를 통한 가정(사회)복귀기능을 향상시킨다.
- 4) 사회적 지지(가족.사회)의 강화를 도모한다.

18). 맞벌이 세대를 기준으로 잡은 것은 치매환자는 반드시 간호자가 있어야 하는데 여러가지 이유로 부득이하게 환자를 돌보기 어려운 상황을 정확히 예측한다는 것이 어렵다. 뒤에 일부 설명될 수 있는 자료가 제시되기는 하지만 어쨌든 맞벌이 부부와 같은 상황에 처해서 치매환자를 돌보기 어려운 가정을 상정한 것이다.

19). 한국보건사회연구원 이현송, 한국가족학회 학술대회 주제발표, 1996

3-2. '광명시 낮병동' 서비스 내용

가) 치매 예방을 위한 보건서비스 전개

- ① 노인의 정신기능을 향상시키기 위한 각종 노인 보건교육, 상담, 물리치료 및 재활 서비스 실시
- ② 현재 시행중인 노인건강검진사업에 그 대상을 확대 검진항목에 정신보건추가
- ③ 치매 예방을 위한 생활 수칙 보급

나) 치매환자진료를 통한 완치 또는 악화방지 서비스 실시

- ① 치매노인 진료 서비스
- ② 치매 등록 서비스 실시
- ③ 주간보호 서비스- 보호가정의 질병, 출장, 사고로 일시적으로 환자를 보호할 수 없을 때 낮동안의 보호를 통하여 사회활동 지원
- ④ 가정간호 서비스- 방문보건사업과 연계하여 치매관련 교육 및 상담 재활교육 실시, 투약관리, 욕창간호, 간호요구 사정, 개인위생 간호, 말벗 서비스 실시
- ⑤ 오락 서비스
- ⑥ 목욕 서비스
- ⑦ 차량 서비스
- ⑧ 집단급식 서비스
- ⑨ 전화상담 서비스

다) 재활치료로 사회복귀기능 향상

라) 사회적 지지기능 강화

- ① 치매가족 모임 구성 지원
- ② 정보제공 서비스

第 5節 낮病棟의 施設 및 運營方案

1. 낮병동의 시설

이는 보건복지부의 시설 기준이 있으므로 생략함.

2. 낮病棟의 運營方式

치매노인을 위한 낮병동을 운영하는 데는 운영의 주체에 따라 각각의 원칙이 있다. 크게 세가지 정도로 분류해 볼 수 있다.

첫째, 낮병동 시설 및 인력, 유지, 운영, 환자관리 등 모든 제반사항을 시예산으로 시에서 직접 운영하고 관리하는 시립운영방식이다.

둘째, 민.관의 공동 운영이다. 낮병동 운영에 있어서 일부분은 시에서 또 일부는 민간부분에서 역할분담에 의해 공동으로 운영하는 방식이다.

마지막으로 민간위탁 운영방식이 있는데, 이는 낮병동의 운영 전체(인력관리, 환자관리, 프로그램 운영등 모든 것)를 민간에 위탁하여 경영권을 민간에서 책임지는 것으로 시에서는 시설의 설치와 운영예산을 지원하는 방식이다.

요즈음의 행정흐름으로 볼 때는 효율성이나 전문성의 측면에서 전문기관에 운영을 위탁하는 방식이 가장 가능성이 높고 광명시에서도 그렇게 추진할 계획이다.

* 낮병동의 이용환자의 정원 : 1일 100명(외래+입원)

1) 낮병동 주간(晝間) 입원 환자 : 50명

2) 낮병동 외래 이용자 : 1일 50명(광명시 거주 치매환자 추정수인 1, 483명을 월1회 진료하는 것으로 추정하여 산출)

3. 낮病棟 運營의 連繫體系 및 運營擴大 方案

1) 경기 노인 치매병원과 연계하여 진료연구, 환자의 종합적인 관리방안 연구, 교육등 공동협력관계를 유지한다.

2) 간질환자관리를 위한 간질센터 겸용으로 확대 운영이 가능하다.

※ 관내 간질환자 예상수는 전인구의 0.04%인 1,400명으로 추정됨.

3) 단기간 거주보호제(24시간 관리제도)를 도입하여 집에서의 간호자가 질병을 앓고 있거나 여행시등 부득이한 사유로 인하여 서비스를 제공할 수 없을 때 대신 서비스를 제공 하는 방안도 가능할 수 있다.

4) 낮병동내에 모든 치매환자를 수용하지 못할뿐 아니라 재가 치료 및 보호도 매우 중요하기 때문에 가정간호사업을 대폭 확대하여 집에서 투병중인 환자와 그 가족들을 위한 서비스를 개발하여 제공하는 방안을 강구하여야 할 것이다.

4. 豫想되는 問題點 및 對策

1) 동거인이 없는 치매환자는 수용시설.병원.요양소.유료양로원 등 수용이 필요하다.

부수적인 문제점등은 행정적인 지원으로 해소시킨다. 특히 경기도 치매전문병원 설치시 연계 체계도 가능할 것이다.

2) 낮병동 입원 후 당일 퇴원하지 않은 환자가 발생할 가능성이 있다. 이러한 상황을 최대한 방지하기 위해서는 입원신청시 주거지의 관할동장의 확인서를 첨부하고 '심사위원회' 등의 설치로 철저한 심사를 거쳐 입소 시켜야 한다. 만일 이러한 상황이 발생되면 우선 당직자가 관리하고, 오랜시간 동안 부양자가 나타나지 않은 치매환자는 시립양로원이나 경기도 치매전문병원과 연계하여 후속 조치한다.

3) 신축예산 12억 4천만원의 시설비 지원에 관해서 전액 지방비로 할 경우 광명시의 재정 부담이 너무 크므로 국·도비의 지원이 반드시 필요한 것으로 판단되며, 국가 정책의 흐름으로 볼 때 지원이 가능할 것으로 예측된다.

4) 낮병동운영의 전문성 등을 고려하여 위탁운영으로 변경할 경우에는 위탁운영에 관한 조례제정을 통하여 적절한 운영자를 선택하여 위탁하도록 한다.

5) 인력 및 낮병동 운영비에 따른 문제의 경우 치매전문요양시설에 대한 사업의 일환으로 국고보조가 76%정도 지원이 가능할 것으로 지방자치단체의 비용부담이 상당부분이 해소될 수 있을것으로 보여진다.

참 고 문 헌

1. 김정남, 보건소 중심의 노인보건의료사업 개발에 관한 연구, 1995.
2. 김은영, 치매노인을 위한 주간보호 프로그램 (탁노소 프로그램) 성과에 관한 사례 연구, 1995.
3. 내무부, 지방자치단체 예산편성 참고자료, 1996.
4. 보건복지부자료, 1992.
5. 보건복지부, 1997년도 노인복지 국고보조 사업신청 지침, 1996.
6. 보건복지부, 치매요양시설모델(안), 1996.
7. 보건복지부, 「삶의 질 세계화」를 위한 노인·장애인 복지 종합대책, 1996.
8. 서미경, 김수춘, 임종권, 오경석, 한달선, 최성재, 현미성, 노인복지현황과 정책과제, 한국 보건사회연구원 연구보고서 95-22, 1995.
9. 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 치매환자 관리사업 개발, 1994.
10. 서울시 북부노인종합복지관, '95.치매사업보고서, 1995.
11. 서울시 북부노인종합복지관, 치매노인 이해와 간호수기, 1995.

12. 성인신, 치매노인 가족의 부담감에 관한 연구, 숙명여자대학교 산업대학원 석사학위 논문, 1994.
13. 오진주, 치매노인 관리에 관한 연구, 서울대학교 대학원 석사학위 논문, 1995.
14. 오병훈, 노인성치매의 원인 및 감별진단, 대한의학협회지 37(7), 1994.
15. 우종인, 노인성치매의 정의, 분류 및 임상양상, 대한의학협회지37(7), 1994.
16. 유명이, 정신질환자를 위한 낮병원에서 사례관리 활용에 관한 연구, 1994.
17. 이정희, 치매의 역학, 대한의학협회지, 1994.
18. 이정희, 노인성치매의 역학-유병률 및 위험요인, 대한의학협회지37(7), 1994.
19. 일본후생성 자료, 1994.
20. 재활연구소, 아.태 장애인10년(1993~2002)에 대처할 국가적 장기전략 및 정책대안 모색을 위한 공개토론자료집, 1995.
21. 한국법제연구원, 대한민국 현행법령 중 공무원 보수규정, 1996.
22. 한국보건사회연구원, 치매노인의 부양실태와 대응전략, 한국보건사회연구원 정책보고서 2-94-08, 1994. 6.
23. 한국보건사회연구원, 치매질환을 위한 서비스 개발, 한국보건사회연구원 세미나 보고서 95-01, 1995. 8.
24. 한국보건사회연구원 이현송, 한국가족학회 학술대회 주제발표, 1996.
25. 한국보건사회연구원, 노인복지 현황과정책과제, 보건사회연구원 보고서 95-22, 1995.
26. 한림대학교 사회의학연구소, 건강보장의 선진화를 위한 지역보건사업의 활성화방안, 제 9회 의료정책토론회 보고서, 1996.2.
27. 한설희, 치매의 진단과 치료, 제 1회 신경과 연수교육-신경계질환의 진단과 치료, 1992.
28. Alzheimer's Disease and Related Disorder Association, 1987.
29. Susanna Parker, James L.Knoll, Parial hospitalization: An Update, America Journal of Psychiatry, Vol. 147, 1990.

지보의

■ 의학강좌

결핵관리사업

박 해 경
서울시 강북구 관리의사

우리나라 국가결핵관리사업은 1962년에 시작되어 전 보건소를 망라한 일정한 기준에 의해 체계적으로 실시되어 왔으나 결핵은 아직도 전염병으로서는 유일하게 우리나라 10대 사망원인에 들어있다.

1965년 제1차 전국 결핵실태조사 이래 매 5년마다 조사를 실시하고 있으며, 1995년 제7차 전국 결핵실태조사 결과에 의하면 우리나라의 결핵유병율(X-ray상 활동성 폐결핵 유병율 1.0%)은 과거 30년간의 많은 노력으로 착실하게 감소하고 있기는 하나 아직도 역학적으로 크게 문제가 되고 있을뿐 아니라 다른 개발도상국에 비하여 높은 실정에 있다. 그러나 선진국 등에서도 후천성 면역결핍 바이러스의 영향으로 인해 전세계적으로 결핵이 증가할 위험에 처하게 됨으로써 세계보건기구가 결핵비상을 선포하는 등 또다시 보건분야의 초점이 되고 있다.

국가결핵관리에 대해 세계보건기구의 결핵전문가위원회에서는 다음과 같은 견해를 발표한 바 있다. 국가결핵관리라고 하는 것은 나라의 보건관리 테두리 안에서 지역사회에서의 결핵 문제를 계속해서 줄여나가는 조직적인 시행수단이다. 결핵에 대해서는 확실한 진단수단과 효과적인 예방방법(비시지), 그리고 고칠수 있는 방법(화학치료)을 활용할 수 있으며 더욱이 이 방법들은 모두가 간단하며 비용도 얼마 들지 않는다는 장점을 갖추고 있다.

전문가위원회의 견해는 다음과 같다. 첫째, 결핵관리는 전국을 망라하여야 한다. 농어촌이건 도시건간에 지역에 따른 차이나 계층간의 차이가 나지 않도록 골고루 실시되어야 한다. 둘째, 결핵관리는 일시적인 것이 아니라 지속적으로 전개되어야 한다. 전세계적으로 보아 성인의 대부분은 이미 결핵에 감염되어 있으며 이들 가운데서 일정한 비율로 계속해서 환자가

생겨나게 된다. 따라서 일시적인 집중사업만으로는 문제가 해결되지 않는다. 셋째, 결핵관리는 주민의 요구에 부응할수 있도록 수립되어야 한다. 결핵관리를 하는 기관이나 종사자의 입장에서가 아니라 주민의 호응을 얻을수 있도록 계획되고 운영되어야 한다. 넷째, 결핵관리는 지역사회에 이미 설치되어 있는 보건조직에 통합해서 운영하며 다른 보건사업과 균형을 이루어 추진되어야 한다.

이러한 세계보건기구의 견해에 비추어 현재 우리나라의 각 시,군,구 보건소에서 실시하고 있는 결핵관리사업은 크게 3가지로 나누어 볼수 있다.

첫번째인 환자발견사업(Case-finding)은 해마다 계속해서 지역사회 안에서의 전염성환자를 조직적으로 최대한 찾아내는 것을 목표로 한다. 환자발견사업은 그 행태에 따라 보건요원이 현지에 가서 능동적으로 한 집단으로부터 환자를 찾아내는 방법(능동적 환자발견 방법, Acteve case-finding)이 있다. 수동적 환자발견 방법은 효율이 높고 비용이 덜 들며, 치료에 대한 호응도도 좋으므로 전세계적으로 능동적인 방법보다는 수동적인 방법에 중점을 두기로 원칙이 되어있다.

둘째, 결핵치료사업은 항결핵화학치료를 말하는데, 항결핵약제의 효력은 항균력(antibacterial activity), 안정성(safety), 그리고 수용성(acceptability)에 의해서 좌우된다. 폐결핵에 대한 화학치료의 원칙은 첫째, 항균력이 강한 약제의 병합에 의한 적절한 처방을 쓰는 것이며, 둘째, 규칙적으로 써야 하며, 셋째 처방마다 정해진 기간동안 써야 하는 것이다. 특히 초기의 집중 치료기에 몇가지 강력한 항결핵제를 병합해서 치료하는 의의는 감수성이 있는 약제들을 사용하며 결핵균의 대사과정의 여러부위에 일시에 타격을 주어 가능한 대량의 결핵균을 신속하게 소멸시키고 동시에 약제 내성균이 선택되어 증식하는 것을 방지하는데 있다. 1990년 6월부터 새로 발견된 균 양성환자에 대해 INH, RMP, EMB, PZA에 의한 6개월 단기 치료를 시작한 이래 총중단율이나 균음전율이 현저히 향상되어 왔다. 우리나라는 초회내성환자가 많을 뿐만 아니라 실제로 과거에 치료를 받고도 잊거나 감추는 일이 적지 않아서 유지 치료기에도 EMB를 계속 주는 것이 안전할것으로 판단되어 현재 [2EHRZ/4EHR] 처방을 많이 사용하고 있다.

세 번째로 환자의 지속관리업무가 있다. 공중보건의 입장에서는 치료(treatment)라는 용어 보다는 환자지속관리(case-finding)라는 용어를 선호하는데 이는 매우 유효한 항결핵화학치료(effective chemotherapy, 정확한 약제병합, 정확한 투여량, 규칙적인 복약, 적정한 진료기간)에 의해 최대한으로 객담 균음전을 시키기 위해서는 발견된 모든 환자를 치료가 끝날때까지 지속적으로 그리고 조직적으로 관리를 해야 하기 때문이다. 결핵관리의 주목표는 발견된 모든 환자에게 치료를 시행한다는 것 뿐만 아니라 모든 환자를 치유시켜야 하는 것이다. 즉 나을 때까지 환자를 지속관리(case-holding deliver)하는 것이 이 업무의 진정한 목표가 된다.

위에서 설명한 바와 같이 30여년 전 국가에서 결핵을 관리하기 시작한 후 경제성장과 더불어 결핵퇴치를 위한 투자도 괄목할 만큼 성장하였는데, 1960년대에는 결핵관리를 위한 1인당 투자가 US\$ 0.10 정도에 불과했던 것이 1987년에는 US\$ 1.60으로 증가하였다. 그러나 환자 1인당 연간 경비가 US\$ 144로 일본의 US\$ 31,653 과는 아직까지도 현저한 차이를 보이고 있다. 우리나라도 결핵관리사업의 투자대 효과의 효율을 극대화하면서 투자의 적절한 증가로 후진국의 병이라고 할수 있는 결핵을 효율적으로 관리하는 방안에 대한 연구가 계속되어야 하겠다. 이를 위해서는 치료의 결과로서 균음전율을 아는 것도 중요하지만, 그외에 치료개시 이후의 균 음전의 추이, 치료실패에 관련되는 사망율, 조기중단율, 만성 배균자(chronic bacillary excretors)의 수와 치료종결후의 재발율, 초회내성율 등 표면적인 치료효과 이외의 자료관리도 그 중요성을 간과해서는 안될 것이다.

결핵관리요원의 전문성을 향상시키기 위한 프로그램을 개발하여 검진과 투약에 치중되어 있는 여태까지의 관리 타성에서 벗어나 병력기록과 질병 교육면에서의 선진화가 시급히 요청되며, 타 의료기관과의 연계성을 원활히 해줄수 있는 법적인 뒷받침이 제고되어야 할 것으로 생각된다.

지보의

■보건기관탐방기

일본의 지방보건행정 제도

이 흥 재

경기도 의정부시 보건소장

1. 여행국: 일본
2. 여행목적: 세계보건기구 지원에 의한 연수교육
(일본의 전염병 감시체계 연구)
3. 여행기간: 1995. 6. 4. - 1995. 6. 18. (15일간)

I. 여행의 배경

WHO(세계보건기구)에서는 모든 나라의 보건위생수준을 높이기 위해 여러가지 사업을 실시하고 있는데 그중의 하나로 각국 보건관계자의 자질을 높이고 보건정보의 교류와 국제적인 협력관계를 촉진하기 위하여 많은 연수 프로그램을 개설하고 있으며, 이번 여행은 보건소장을 통한 전염병감시체계 라는 연수과정에 대해 보건복지부의 추천을 받아서 두명의 보건소장이 지원서를 냈으며 세계보건기구에서 받아들여져서 일본의 지방현을 방문하여 전염병 감시체계는 물론, 일본의 지방보건행정체계의 전반적인 것을 관찰할수 있는 기회를 갖게 되었다.

II. 연수일정

1. 연수지역: 일본 지방현
2. 연수기간: 1995년 6월 5일부터 6월 16일까지 12일간
3. 연 수 자: 2명
경기도 가평군 보건소장 이흥재

경기도 구리시 보건소장 김혜경

4. 연수일정:

- 6월 5일- 지바현청 방문
지바현 위생행정 전반에 대한 개요설명
- 6월 6일- 감염병 감시체계에 대한 개요설명
- 6월 7일- 지바현 위생연구소 시찰
- 6월 8일- 노인보건사업에 대한 개요설명
노인병원(이노우에 기념병원) 시찰
- 6월 9일- 사쿠라시의 노인병원, 노인보건시설, 특별양호노인홈 시찰
- 6월 12일- 마쯔도시 노인보건사업의 실시상황 시찰
- 6월 13일- 보건부, 영양사의 활동에 대한 설명
지바현 정신보건센터 시찰
- 6월 14일- 후나바시 보건소 시찰(결핵가족검진 및 3세아 건강검진)
- 6월 15일- 무바라시 보건소 시찰(난병상담 및 유아 발달상담)
- 6월 16일- 전반적인 토론 및 의견교환

Ⅲ. 연수내용

1. 일본 보건행정의 당면과제

일본의 인구는 1억2천5백만명 정도로 출산력의 저하와 함께 평균수명의 증가로(1993년 남자: 76.3세, 여자: 82.5세) 인구의 노령화가 심하여 노인에 대한 보건정책에 매우 치중하고 있었다. 즉 65세 이상의 노령인구가 13.5%에 달하고 계속 증가추세에 있어 노인에 대한 보건복지사업이 아주 중요한 사업으로 많은 예산이 소요되고 있으며 향후 보건복지비의 충당이 중요한 과제로 인식되고 있다.

따라서 치료위주의 보건복지사업으로는 늘어나는 복지비의 수요를 한없이 충당할 수 없으므로 후생성에서는 예방위주의 사업에 치중하여 늘어나는 복지비의 추세를 완화시키고자 노력하고 있었다.

이는 노령화시대의 문턱에 들어선 우리나라도 관심을 갖고 추진해야 할부분이다. 국민의 평균수명은 계속 늘어나고 있으며, 노인들의 질환이 쉽게 치료가 안되는 만성퇴행성질환들로 이미 상당히 진행된 뒤에 치료하려면 많은 인력과 비용이 들어가므로 만성퇴행성질환이 발생하기 전에 장년기 이전부터 건강생활을 실천하도록 교육하고 성인병질환의 조기발견을 위한 검진사업을 지금부터 강력히 추진해야만 노령화시대에 들어간 이후에 노인보건 사업비 지출이 적어질 것이다.

또 하나의 당면과제는 인구의 고령화 및 출생율의 저하, 질병구조의 변화, 주민요구의 다

양화, 생활환경문제에 대한 주민의식이 높아지는 등 주변여건의 변화로 기존의 지역보건체계를 재정비할 필요가 생겼다. 따라서 일본정부는 1994년 7월에 기존의 보건소법을 지역보건법으로 바꾸어 시정촌의 역할을 중시하고 보건소의 기능을 강화하며 보건, 의료, 복지의 종합적인 서비스협조체제 구축, 인력의 보강등을 규정하여 1997년 4월부터 시행에 들어감으로서 2000년대를 대비한 지역보건행정체계를 구축하고자 하고 있다.

우리도 현재의 보건소가 현재 또는 미래의 여건에 맞지 않는 사업내용과 조직체계를 갖고 있어서 일부에서 보건소법의 개정논의가 있어왔다. 금년에 시행되는 명실상부한 지방자치제 하에서 보건소가 주민을 위한 효율적인 보건서비스 제공기관으로 다시 태어나려면 우선 사업내용이 현재까지의 전염병관리 위주에서 만성퇴행성관리사업 쪽으로 변화해야 하며 더 나아가서 태어기부터 사망까지 전생애에 걸쳐 포괄적인 보건서비스를 제공할 수 있는 지방보건행정체계를 재구축할 필요가 있다.

2. 지방현의 일반적인 보건행정 현황

일본에는 47개의 도도부현이 있으며 3,300개의 시정촌이 있다. 지방현은 동경도에 이웃한 현으로 80개의 시정촌을 갖고 있으며, 면적은 5,150km² 이고 인구는 5백7십9만명으로 동경의 bedtown역할을 하여 사회적인 인구증가가 많은 곳이다.

현청내의 보건행정을 담당하는 곳은 위생부로 보건관리과, 의료정비과, 현립시설과, 약무과, 위생지도과, 보건예방과 등 6개과가 있고 현립보건소가 19개소 있으며, 위생연구소, 식품위생검사소, 동물애호센터, 식육위생검사소, 정신보건센터, 암센터, 구급의료센터, 위생단기대학, 의료기술대학교, 정신과의료센터, 소아병원, 현립병원 등 많은 산하기관을 갖고 있어서 우리나라의 도 보건과보다 훨씬 방대한 기구와 조직을 갖고 있으며, 다양한 업무를 수행하고 있었다. 현의 위생부 직원은 총 212명이며 금년도 위생부의 일반회계 예산액은 4백4십9억6천6백만엔으로 총예산의 3%를 차지하고 있었고 기업회계액은 3백4십8억5백만엔으로 총예산액은 7백9십7억7천엔으로 현 총예산액의 4.5%이다.

지방현의 주요보건정책 이슈는 첫째, regional public health service system을 어떻게 구축할 것인가로 지역주민들이 점차 집에서 In-home medical treatment와 In-home welfare service를 받기를 원하고 있기 때문이며 둘째로, effective medical care service를 어떻게 제공할 것인가 하는 것이고 셋째가 이러한 서비스 제공을 위한 manpower를 어떻게 보강할 것인가하는 것으로 소아의 감소로 신규 nursing 및 service 인력이 줄어들어 이들의충원이 쉽지 않기 때문이다.

일본 지방보건행정조직이 우리와 크게 다른 점은 보건소가 현립이며, 보건부서에서 식품위생업무와 환경관계업무를 하고있다는 점이고 또 보건소에 진료기능이 없고 주로 행정업무 위주로 하고 있었으며, 시정촌 단위에서 community health center를 세워 보건서비스를 제공하고 있었다. 우리나라의 도 보건과도 보건소에 대한 전문적인 지원업무를 수행하려면 국 단

위의 개편이 필요하며 전문연구인력의 보강도 필요하다고 생각한다. 우리의 보건소가 기초자치단체 소속으로 되어 있고 면단위의 지소와 리 단위의 진료소를 갖고 있어서 지역주민에 대한 보건서비스 제공이 더 용이하며, 더욱이 의사와 함께 진료기능을 갖고있어 포괄적이고 전문적인 서비스 제공이 유리 하다.

3. 전염병 감시체계

전염병을 효율적으로 관리하기 위하여 감시체계를 가동하고 있는데 지바현에는 96개소의 지정된 병의원이 모니터가 되어 주기적으로(매주) 지바현 의료센터에 질병발생상황을 보고하고 이 센터는 현청 보건예방과와 각 보건소, 의사회 시정촌, 교육위원회 등에 이를 통보해 준다. 각 보건소와 현청의 보건예방과, 국 통계정보부, 후생성이 computer online으로 연결이 되어있어 이를 집계하여 분석한 후 그 결과를 다시 내려보내준다. 따라서 각 보건소나 의료기관이 2주 정도면 전국의 질병발생상황을 알 수가 있어 이에 대한 대책을 수립하게 된다.

결핵환자는 모든 병원에서 무료로 진료받을 수 있으며 그 진료결과는 보건소로 통보되어 집계된다.

의료기관을 통한 정보체계외에 지정된 감염증 검사기관에서 의심되는 환자의 검체를 보건소에 의뢰하면 보건소는 위생연구소로 의뢰를 하게 되고 이 검사정보는 현청 보건예방과와 국립예방위생연구소로 통보되고 다시 국가통계정보부와 후생성으로 온라인으로 통보되어 검색되어진다.

이러한 질병감시체계에서 우리나라와 다른 점은 모든 의료기관의 보고를 받는 것이 아니라 지정된 모니터망에서만 보고를 받아 효율적인 모니터망의 관리와 분석 용이하다는 점과 현청의 보조기구인 지바현 의료센터의 역할이다. 지바현 의료센터는 진료하는 기관은 아니며 재단법인으로 현의 용역을 받아서 학교보건집단검진사업, 임부영유아보건사업, 감염증정보수집사업, 성인보건사업, 회관관리업무 등을 하는 곳으로 우리나라의 건강관리협회같은 성격의 기관으로 생각되며 우리나라에서도 도 보건과에서 전문적인 통계정보의 처리 및 분석을 위하여 전문기관에 의뢰하는 방식을 검토할 필요가 있다고 생각된다.

일본의 감시대상 질환은 총 27개로, 결핵, 마진상 질환, 풍진, 수두, 유행성이하선염, 백일해상 질환, 용연균 감염증, 이형페렴, 감염성위장염, 유아구토하리증, 수족구병, 전염성홍반, 돌발성 발진, 헤르팡지나, 인플루엔자상 질환, 가와사키병, 인후결막염, 유행성 각결막염, 급성출혈성결막염, 감염성수막염, 뇌척수염, 바이러스간염, 임질상질환, 음부클라미디아증, 음부헤르페스, 첨규콘딜로마, 트리코모나스등이다.

일본의 총 에이즈감염자는 1,899명으로 남자는 이성간과 동성간의 감염이 비슷하며 여자는 주로 이성간의 성적접촉으로 전염이 되고있고 일본에서는 강제검진이 없고 모두 본인이 희망하는 경우에만 검사를 하고 있으며, 에이즈 환자의 치료는 모두 본인부담으로 에이즈에

대한 관리대책은 우리보다 좀 소홀하다는 인상을 받았다.

지바현 위생연구소

지바현의 위생연구소는 우리의 보건환경연구원에 해당하는 조직으로 총무과, 세균연구실, 바이러스연구실, 의동물연구실, 의약품연구실, 식품화학연구실, 생활환경연구실, 환경보건연구실, 역학조사연구실 등의 조직을 갖고 있으며 36명의 연구원을 포함하여 총41명의 직원이 근무하고 있다.

일년에 2억5천4백만엔정도의 예산을 사용하고 있었으며 전자현미경 2대등 시설장비가 잘 갖추어져 있었다. 모든 연구원들이 매년 전문학술지에 논문을 발표하는 등 상당히 수준이 높아 보였으며, 소장은 의사로 의과대학에서 미생물학을 연구하던 교수출신이며 결핵균연구분야의 매우 유명한 권위자로 연구직공무원의 수준이 매우 높은 것이 인상적이었다.

4. 지바현의 노인보건의사업

1970년경의 일본정치개혁기에 일부의 시정촌장들이 노인에 대한 무료 의료서비스를 시작하면서 이것이 전국으로 확산되어 모든 지역에서 노인들이 의료기관을 마음대로 이용하게 되고 이는 의료비의 급격한 상승으로 상당한 재정적인 압박을 초래하게 되었다. 따라서 의료비 상승의 압박을 감소시키고자 예방사업에 치중하게 되었으며 1983년 노인보건법을 제정하게 되었다.

이 노인보건법의 주요내용은 장년기에 대한 성인병예방서비스의 제공, 노인의료서비스의 제공, 재활서비스의 제공으로 이를 위해 8가지 서비스를 개발하고 많은 논란끝에 이러한 서비스의 제공책임을 시정촌에 부여하고 국가와 도도부현은 재정적인 보조를 하도록 하였다.

후생성에서는 각 자치단체 간에 노인보건서비스의 수준이 점차 차이가 많이 나는 것을 줄이기 위해 목표를 부여하였으며 이것이 5년간씩의 3차 공공 보건 계획(public health plan)이고 1992년 부터 제 3차 계획기간이 시작되었다. 그러나 예상보다 훨씬 빠른 노령화시대가 진행되어 1989년부터 1999년까지 노인보건과 복지를 연계한 서비스제공과 시정촌에 자체 계획을 세우게하는 "Golden Plan"을 세우게 되었으며 이에 따라 제 3차 계획도 1992년에서 1999년까지로 연장하여 21세기에는 모든 시민이 편하게 살 수 있도록 하는 목표를 추진하고 있다.

제 3차 계획의 목표

- 1) 전체 사망율을 2000년까지 30%정도 감소시킨다.
- 2) 위암과 자궁암의 사망율을 2000년까지 50%정도 감소시키고 폐암과 대장암, 유방암의 사망율 증가를 2000년까지 zero로 유지한다.
- 3) 심장질환의 사망율을 2000년까지 30%정도 감소시킨다.
- 4) 뇌혈관질환의 사망율을 2000년까지 60%정도 감소시킨다.

제 3차 계획의 중점추진 방향

- 1) 일차예방: 생활양식을 개선시키기 위해 보건교육과 건강상담 강화
- 2) 개개인에 대한 강조: 집단보다는 각 개개인이 건강검진을 받을 수 있는 기회를 제공
- 3) 암에 대한 단계적인 대책: 위암, 자궁암, 폐암, 유방암, 대장암등 5개의 암에 대한 screening test
- 4) 건강검진의 질 향상: 검진요원에 대한 교육
- 5) home based support의 확대: home help service등

1999년까지의 8대시책 목표

- 1) Issuing of Health Passes: 70세 이상의 모든 노인이 건강수첩 소지
- 2) Health Education: 일반보건교육은 일년에 31회 이상, 당뇨나 대장암등에 대한 집중 보건교육은 일년에 32회 이상
- 3) Health Counseling: 일반 건강상담은 일개월에 11회 이상, 집중 건강상담은 일개월에 26회 이상
- 4) Basic Health Examinations: 40세 이상 주민의 50% 이상
- 5) Cancer Screening Test: 40세(여성암은 30세)이상 주민의 30% 이상
- 6) Health Examination: 40세 혹은 50세 이상의 주민에 대한 정밀검진 및 그 결과에 따른 안내
- 7) Rehabilitation and Home Guidance: 재활치료장소 6,500곳 이상확보, 가정방문서비스 - 거동불능자는 연간 6-12회, 요관찰자는 1-6회, 생활양식 변경요구자는 1회, 치매환자는 1-3회 이상 방문
- 8) Manpower: 보건간호사 19,000명 이상 확보, community health center는 1,900곳 이상 설립, 그외 의사, 치과 의사, 치과위생사, 물리치료사, 작업치료사, 영양사등을 지역 기관들과 협조하여 필요한 만큼 확보

보건간호사

일본의 보건사업수행에 있어서 보건간호사의 역할은 절대적이다. 즉 보건서비스의 제공, 조정등의 핵심적인 사업수행자는 대부분이 보건간호사이며 후생성에서도 향후의 보건사업에 필요한 보건간호사의 확보가 중요한 정책중의 하나이다. 그러나 보건간호사는 우리처럼 아무 간호사나 되는 것이 아니고 보건간호사를 양성하는 특수학교에서 4년간의 교육 후 국가시험에 통과하거나 일반 간호대학에서 공부한 후 간호사 면허를 따고나서 보건간호사 양성학교에서 공부한 후 국가시험에 통과해야 될 수 있다.

지바현의 보건간호사는 144명이며 정령시인 지바시에는 81명이 근무하고 있고 시정촌에는 보건행정쪽에 556명, 복지행정쪽에 51명, 그 외에 17명이 있다.

보건간호사의 역할은 home based care, health counseling, group health examination,

public health education, rehabilitation, training등이다.

영양사

일본의 보건사업중에서 영양사업은 매우 활발히 수행되고 있으며, 따라서 영양사가 많은 보건기관에서 근무하고 있다. 지바현 소속의 영양사는 28명이며 지바시에는 4명, 시정촌에는 보건행정분야에 91명, 복지행정분야에 19명, 그 외에 28명 등이 있다.

영양사의 역할은 public health education, nutritional guidance, guidance to the food manufacturing industry, training, guidance to facilities providing mass meals, nutrition surveys등이다.

이노우에 기념병원

이노우에 기념병원은 1916년 설립된 병원으로 1994년 다시 신축되어 현대적인 시설을 갖추고 있었고 병상은 176개이나 병원운영상 노인을 위한 병상은 50개만 이용하고 있었다. 주로 장기간의 입원을 요하는 노인을 위주로 치료하며 평균재원기간은 3-6개월이라 한다. 노인간호를 위해 8명의 간호사와 16명의 helper가 있으며 의사 4-5명이 다른 환자와 함께 노인환자를 돌보고 있으며 3명의 home visiting nurse가 있어 public health nurse와 협조하여 가정간호사업을 하고 있었다. 병원이용비용은 일개월에 15만엔이며 시정촌에서 일인당 8,130엔의 보조가 나온다 한다.

사쿠라시의 노인보건관계 시설들

노인보건시설이 잘되어 있다는 사쿠라시를 방문하였다. 노인병원과 노인보건시설, 노인양호 홈을 한 재단법인에서 운영하고 있었으며 세 시설이 과거 사쿠라 영주의 울타리 안에 세워져 있었다.

노인병원인 사쿠라 후생원은 1942년에 결핵퇴치를 위해 설립되었으나 1955년 결핵의 감소로 성인병치료와 뇌혈관질환자의 재활사업을 위주로 하게 되었다. 병상은 200개이며 100여명의 직원이 근무하고 있고 그중 50명이 간호사이며 나머지는 helper로 그중 30명이 학교에서 2년간의 교육을 받은 전문 보조자 이다.

노인보건시설인 사쿠라포이어는 단기입원을 위주로 하는 노인병원과 노인양호홈의 중간단계 시설로 상태는 안정되었으나 care가 필요한 노인에게 치료와 양호를 통하여 가정으로의 복귀를 도와주는 곳이다. 5년전에 설립된 이곳은 80명을 수용할 수 있고 약 15명정도 수용의 day care center를 운영하고 있었으며 한명의 의사와 9명의 간호사, 26명의 보조자가 근무하고 있고 이중 4명이 care worker licence를 갖고 있었다. 입원자의 약 80%가 치매환자이며 환자는 거주비용으로 월 6000엔을 부담하며 27만엔의 보험료 가 따로 나온다고 한다.

special nursing home인 사쿠라엔은 15년전 설립되었으며 80명을 수용할수 있고 3명의 간호사와 36명의 보조자가 근무하고 있고 의사는 1주일에 2회 방문하여 진료해 주고 있다.

15 명정도의 day care service와 함께 수용자에 대한 basic care, bathing, health and nutrition care, rehabilitation 등의 서비스를 해주며 가족에 대한 교육도 아울러 실시하고 있었다. 평생 지속적인 양호를 필요로 하는 사람은 소득수준에 관계없이 입원할 수 있으며 시정촌의 결정에 의해 입원되고 가난한 사람은 무료로 사망시까지 거주할 수 있다.

5. 일반 보건사업 및 지역보건시설

마쓰도시의 보건사업

마쓰도시는 현내에서 3번째로 큰 시로 인구는 46만명이다. 시청안의 보건관계부서는 보건위생부이며 public health division, health management division, health division for the aged, health promotion center 등의 하부조직이 있고 직원은 139명으로 의사는 없었다.

마쓰도시는 동경도의 bedtown으로 젊은 사람이 비교적 많으나 노령화가 빨리 진행중에 있어 보건사업을 효율적으로 수행하기 위해 시를 3지역으로 구분하여 각지역에 community health center(지역보건센터)를 설립하여 건강증진사업, 예방보건사업, 주민건강확보를 위해 모자보건사업, 영아 건강검진, 건강상담등 포괄적인 보건서비스를 제공하고 있었다. 특히 보건간호사는 복지부서 소속의 home helper와 협조하여 재택서비스를 제공하고 있었다. 보건관리과에는 총 79명의 직원이 있는데 이중 50명이 보건간호사이고 3명의 물리치료사와 5명의 영양사, 4명의 치과위생사, 2명의 운전기사, 14명의 행정요원이 있으며, visiting nurse station을 운영하여 거동이 불능한 노인들에 대한 가정간호 서비스를 제공하거나 개인의원의 의사가 요청하면 나가서 간호서비스를 제공한다. 지역보건센터에는 보건간호사 14-18명, 간호사 2명, home helper가 6-16명씩이 있어 방문상담, 재활서비스등을 제공하며 이와 별도로 복지부서에 배치된 보건간호사들은 주로 전화상담을 해주고 있다. 이러한 세 조직의 역할을 조정하기 위해 시에서는 visiting nurse special committee를 운영하여 각 환자마다 서비스 제공방식을 결정해 주고 있다.

마쓰도시의 건강증진센터는 운동시설, 건강검진시설, 영양교육시설등을 갖추고 14명의 직원이 일하고 있으며 소장은 의사이고 외부의사의 지원을 받아 EKG check와 건강검진, 진찰, 상담을 해주며 운동강사도 외부에서 정기적으로 방문하여 지도하고 있었다. 이러한 건강증진센터는 전국에 18개소를 20여년전부터 설치하였는데 최근에는 지역보건센터의 기능을 강화하면서 이곳에서 건강증진사업을 흡수하여 건강증진센터를 더 세우지는 않고 있다.

지바현 정신보건센터

정신보건센터에서는 낮병원과 응급정신질환자 진료를 위한 외래만 보고 입원환자는 보지않고 있었다. 이곳은 지역보건센터의 자문에 응하고 현 전체의 정신보건사업을 조정하는 역할을 맡고 있었다. 이곳에는 서무과, 상담지도과, 조사연구과, 임상검사과등이 있고 직원은 의사 2인과 보건간호사, 정신보건상담원 등 21명이며 이외에 의사3인등 10명의 비상근 직원이 일하고 있었다. 지바현에는 52개의 정신병의원들이 있으며 입원치료는 점차 줄이고 가급

적 재가치료를 위주로 하고 있었다. 지역보건센터에는 정신과 의사가 정기적으로 와서 상담에 응해주고 있고 보건소에는 정신보건상담원이 배치되어 상담에 응해주고 있었다.

후나바시 보건소와 무바라시 보건소

일본의 보건소는 현의 소속으로 시정촌의 행정구역과 일치하지 않고 대개 약 3개의 시정촌당 1개의 보건소가 설치되어 있다. 지바현에는 모두 19개소의 보건소가 있으며 총무과, 식품위생과, 환경위생과, 예방과, 보건지도과 등 5개과와 식품광역감시반, 환경보건반 등 2개의 특별반이 있다. 우리나라와는 달리 보건소에서 식품위생과 환경업무를 보고있는 것이 특이했으며 특히 시정촌에서 인구동태에 관한 보고를 받아 사인등 보건관련 정보의 활용이 가능하였다. 보건소의 직원은 소장인 의사1명과 수의사 4-6명, 약사 5-8명, 보건간호사 7-11명, 영양사 2명, 임상검사기사 2-4명, 위생검사기사 2명, 방사선기사 1명 등 총 49-54명이 근무하고 있었다. 정신보건사업을 활발히 하여 보건소에서 day care치료를 하고 있었으며 임신부에 대한 모자보건사업의 일환으로 등록후 수첩을 주면 수첩안의 진찰권으로 개인의원에서 산전진찰을 받고 있었다. 또한 난치병의 등록사업을 벌여 치료비의 지원은 물론 보건소에서 전문의를 초청하여 진찰, 상담, 교육등을 실시하고 있었다. 3세아의 정기검진도 지역내의 전문의사를 초빙하여 안과진찰, 소아정신질환 상담, 소아과 전문의의 진료등 지역내 자원을 잘 활용하고 있는 것이 인상적 이었다.

이러한 점은 인적자원이 부족한 우리 보건소에서도 지역의사회나 전문가 집단과 협조하여 전문적인 서비스를 보건소에서 제공할 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

IV. 결론

일본의 보건행정은 전반적으로 우리나라보다 더 잘 체계화되어 있다는 인상을 받았다. 우리나라가 여러가지 면에서 일본의 시스템을 많이 본 받았으나 내실있는 운영이 되지 못하고 있으며 주요사인이 만성퇴행성질환으로 바뀐지 오래 되었으나 아직도 우리의 주요사업은 급성전염병관리 위주에 머물고 있고 보건조직도 수십년간 별로 변화가 없었다.

일본의 전염병관리체계는 우리보다 훨씬 효율적으로 생각되었으며, 우리도 모든 의료기관의 보고자료에 의존하기 보다는 표본기관을 지정하여 정확한 정보를 주기적으로 수집하는 방식을 도입할 필요가 있으며 도 수준의 전문적인 질병정보처리기관을 갖도록 검토할 필요가 있다.

일본의 노인보건 및 성인보건대책은 상당히 잘 되어있었다. 모든 노인이 비용부담 없이

의료서비스를 받을 수 있으며 거동이 불편한 경우는 가정에서 가정간호, 재활, 건강상담등의 서비스를 받을 수 있었으며 각종 노인보건시설이 잘 되어 있어 개인의 상태에 따라 적절한 서비스를 제공받을 수 있는 것이 상당히 인상적이었다. 노령화시대의 문턱에 들어선 우리도 지금 부터 노인의 보건복지에 힘써야 할 것으로 생각되었고 특히 보건서비스와 복지서비스가 연계된 종합적인 서비스 제공시스템에 대해 많은 검토가 필요할 것으로 생각된다.

일본의 보건소와 시정촌의 보건센터등은 일부 사업내용이 중복되는 것이 있어 정리할 필요가 있었으며, 의사가 적고 치료기능이 없는 것이 우리와 달랐으나 각종 보건사업에 지역의 사들의 협조를 받아 시행하는 것은 지역내의 자원을 효율적으로 활용한다는 면에서 본받을 만 하였다. 보건간호사가 보건사업수행의 핵심인력으로 별도의 자격증이 있어 우리의 보건소 간호사 보다 수준이 높은 것으로 여겨지며 우리도 전문적인 보건간호사의 양성을 도모할 필요가 있다.

보건기관의 공무원들의 수준이 높아보였으며 주민들에 대한 서비스정신이 잘 되어 있다는 인상을 받았고, 공무원에 대한 대우도 좋아서 일반 주민들이 공무원에 대한 선호도가 높아보였다.

모든 인도에 맹인을 위한 요철보도블록이 설치되어 있었고 횡단보도 신호등에 차임벨이 설치되어 있었으며 공공기관의 복도나 지하도의 벽에 손잡이를 설치하고 일부에는 점자 표시를 해놓았으며, 공공건물의 엘리베이터 안에도 버튼옆에 점자표시를 해 놓았으며 휠체어 이용자를 위한 낮은 조작 버튼을 따로 설치해 놓은 것은 물론 음성으로 안내방송을 하여 장애자들도 불편없이 이용할 수 있게 해 놓았다. 전반적으로 사회가 장애자를 위한 배려를 상당히 하고 있는 것이 매우 인상적이었다. 우리나라에서도 빌딩의 신축이나 공공시설의 신축, 도로의 개설이나 보수등을 할때 이러한 장애자를 위한 시설을 반드시 설치하도록 해야 할 것이다.

끝으로, 이번 여행으로 많은 것을 보고 느꼈으며 가급적 많은 공무원이 선진국에 여행할 기회를 가져서 각자의 분야에서 보고배운 것을 활용하도록 하는 제도적인 뒷받침이 반드시 필요하다.

V. 수집문헌

1. Ministry of Health and Welfare, Annual Report on Health and Welfare 1992-1993, 1994
2. 지바현 위생부, 위생부의 사업개요, 평성 7년
3. 지바현, 東葛南部地域保健醫療計劃, 평성 4년
4. Chiba Prefecture, Welcome to Chiba

5. 지바현 위생부, 지바현의 위생행정, 평성 6년
6. 지바현, 지바현 보건의료계획, 평성 3년
7. 지바현 위생부 보건예방과 (재)지바현 의료센터, 결핵 감염증 서베일런스정보, 1992
8. 지바현 위생부 보건예방과 (재)지바현 의료센터, 결핵 감염증 서베일런스정보, 1993
9. 지바현, 전염병 방역직원 연수텍스트 (제7개정판)
10. 지바현 위생연구소, 지바현 위생연구소연보, 1993
11. 지바현 위생연구소, 지바현 위생연구소 연구보고, 1994
12. 栗田 元, 식생활 지침, 제일출판, 평성 3년
13. 지바현 위생부, 건강운동 강습회 매뉴얼, 평성 3년
14. Matsudo city, Databook of Matsudo, 1994
15. 마쓰도시, 생활카탈로그
16. 지바현 정신보건센터, 정신보건센터 연보, 평성 5년
17. 지바현 정신보건센터, 정신보건시리즈
18. 지바현 위생부, 보건소의 씨오리
19. 지바현 후나바시보건소, 사업연보, 평성 5년
20. 지바현 무바라보건소, 사업연보, 평성 5년
21. WHO, WHO Fellowships, 1991
22. Ministry of Health and Welfare, Health and Welfare in Japan
23. JICWELS, Guide for Your Japanese Life
24. JICWELS, 社団法人 厚生事業團, 1995
25. 지바현 기획부 문화국제과, 지바현 기구일람, 1994
26. 재단법인 지바현 의료센터, 사업안내
27. 마쓰도시 건강증진센터, 사업개요

지보의

■ 회무보고

회 무 보 고

II. 지보의 , 1996년도 경과보고

(1) 1996년 7월 3일 : 대의원 회의 (보건행정학회후)

토의 내용 : 건강증진법 및 지역보건법에 관한 사항

PC통신망의 활용등 운영방안

96년도 제 2차 정기총회 준비사항등

(2) 1996년 7월 27일 : 보건소 전산화 시연 및 토의 (서울 Intercontinental Hotel)

연세대와 수원시, 그리고 복지부의 노력으로 보건소 전산화 사업의 작품이 일차 완성되어 선을 보임

(3) 1996년 9월 6일 : 제 2차 정기총회(서울대학교 호암 생활관)

1) 특별강연 :

- 지역사회 건강증진사업

서울대 의대 의료관리학교실 김창엽교수

- 지방행정 예산편성 및 운영

경기도 기획관리실 예산담당관 박봉현

2) 정기총회 주요토의 내용

추계 예방의학회 준비 (96년 10월 24일경)

PC 통신개설 안내(천리안내 MODU이용)

제 2호 지역보건의료회지 배부 및 향후 계획

지역보건 FORUM 문제

중추절 인사 - 각지역의 도와주신분
기타 등등(가입을 원하는 사람에 대한 홍보)

(4) 1996년 10월 24일 : 추계예방의학회(경주 Hilton Hotel, 한화 Condor)

1) 주요토의 내용

○ P.C. 통신활용

- 기 배부해드린 천리안의 활용방안을 다시한번 홍보해주시기를 부탁
- 활용가능한 자료의 내실화를 약속드리며
- I.D. ---drjibo(지보의 의사)
Password ---Bogun

○ 지보의 FORUM문제

연2회 정도 돌아가면서 지역을 중심으로 하고 참여는 가능한 많은 회원이 할수 있도록 의논을 하고 있으니 각지역의 대의원님께서도 지역실정에 맞는 주제 및 시간이 정해지면 집행부와 의논할 수 있도록 당부 드립니다.

○ 회비문제

회지의 발간으로 그동안 모였던 예산이 점차 바닥을 드러내고 있어 향후 회비를 월1만원 정도를 자동이체 형식으로 받기로 하였습니다. 이는 회칙도 개정해야 되는등 절차가 아직 남아있으니 그런 상황에 대한 이해를 일단 부탁드립니다.

(5) 1996년 11월 15일 대의원회의(보건학 종합학술대회후)

다소 침체된 분위기를 전환하기 위한 여러 가지 의견을 교환

새로운 운영 soft ware를 연구하기로 의논

지보의

