

제3권 제1호 통권 제4호 1999년 10월

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

제3권제1호

1999년 10월

- 목 차 -

■ 권두언	
21C의 문턱에서.....	황민홍(강진군보건소장)...
21C의 지보의의 발전방향.....	정영원(전 전주시보건소장)...
■ 보건의료칼럼	
보건사업 40년의 회고와 전망.....	방숙(보건행정학회고문)...
■ 논 문	
수원시 권선구 노인정노인을 대상으로 한 건강기초조사.....	한영란(수원시권선구관리원)...
뇌졸중에 대한 인식도 조사.....	김혜경, 정은경(구리시보건소)...
광주광역시 동구 노인들의 건강수준평가와 지역사회 대응전략.....	박형철(광주동구보건소장)...
노인보건사업의 실천전략.....	김미경(경주시보건소)...
21C를 향한 지방보건행정의 과제.....	김혜경(구리시보건소장)...
보건기관방문보건사업담당인력의 사업에대한 견해와 환자관리양상.....	박미영(경북상주시 보건소)...
■ 보건사업소개	
정신보건사업.....	김은미(하남시보건소장)...
건강의 전화.....	전혜정(성동구보건소장)...
건강증진시범사업.....	박향(광주광역시서구보건소)...
■ 보건사업의 역사	
보건소의 과거, 현재, 미래.....	윤배중, 박찬병, 김혜경 등 8인...
■ 회무보고	편집부...
■ 지보의 규칙.....	편집부...
■ 지보의 조직표.....	편집부...
■ 투고안내	편집부...

지역보건의료발전을 위한 모임

21C의 문턱에서

황 민 흥

강진군 보건소장

지금 우리나라는 IMF관리체제에 처한 이후 온 국민은 큰 고통과 시련에 처해있고, 이에 따라 정부에서도 조직의 효율화를 위한 구조조정 등 각종의 개혁조치를 하는 때에 기대와 우려를 동시에 자아 내고 있습니다. 이렇게 어려울때 일수록 보건복지에 대한 관심과 투자가 요망되지만 현실은 여의치 않으니 보건의료 공직자로서 아쉬움이 많습니다.

뒤돌아보면 우리 지보의가 결성된지도 5년이 넘었습니다. 그동안 회원여러분이 보건관리자로 주민건강의 파수꾼으로써 역할과 뛰어난 보건소 운영, 보건의료관련학회의 활동과 실적들은 회원들의 긍지를 높여 줄 뿐만 아니라 지역의 보건사업 활성화에 상당한 파급효과를 가져왔습니다. 그러나 급변하는 주변의 환경 여건에 충분히 대응하지 못하였으며 향후 더 많은 노력이 필요로 하겠습니다. 국가보건의료 문제해결을 해나가는데 우리 지보의가 크게 기여할 수 있어야 한다고 생각하며 그리 될 것으로 확신합니다.

지보의가 해야할 일들에 대하여 몇가지 정리를 해보았습니다.

첫 번째는 지보의의 발전방향 정립입니다. 지역의 제반 보건문제를 해결하는데 주도적인 역할을 함으로써 궁극적으로 국가의보건의료가 발전하도록 해야겠습니다. 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 등의 막대한 자원을 갖고 있음에도 보건의료문제 해결의 주도적인 역할을 하지 못하고 있습니다. 이제는 지보의 발전이 회원들의 친목강화와 정보교환 차원에서 한걸음 더 나아가 우리나라 보건의료 현실 속의 보건소를 정확히 이해하고 보다 적극적으로 위상제고를 위해 노력하며 지역사회와 국가 보건의료 문제해결에 크게 기여 할수 있는 실천 방안을 창조적으로 모색해야 하겠습니다.

둘째로는 지역모임의 활성화입니다. 현재 각 지역모임이 보건포럼 형태 등으로 활성화 되고는 있으나 계속해서 지역활동 강화를 위한 회원상호간의 교류와 협력, 지역대학과의 연계체

계구축을 강화해야 할 것으로 생각되어 집니다.

셋째로는 학술활동의 적극적 참여입니다. 예방의학회, 보건행정학회 등에 보다 많은 회원이 참여 할 수 있도록 노력하고 지보의 회원들의 학술활동이 내실있고 알차게 해야하겠습니다.

넷째로는 전산화 및 통신망 활용 입니다. 회원 각자의 근무지에서 공공 보건의료의 각종 기능 및 사업의 전산화를 지속 추진하고, 지보의 통신망이 최대한 활용되도록 노력해야 되겠습니다.

다섯째로는 회원 및 조직의 관리입니다. 지보의가 공식 출범한지 5년이 되었고 회원의 수가 많이 증가하였습니다. 보다 체계적인 회원관리가 필요하리라 생각합니다.

여섯째로는 조직의 활성화를 위하여 지보의 중장기과제 선정입니다. 지보의의 장래모습을 설정하고 개발하여야 할 필요가 있다고 봅니다.

이러한 사업을 하는데 있어서 지보의 회원 여러분의 활발한 참여와 적극적인 협조가 있어야 하겠습니다. 주민의 건강을 책임지는 지역의 보건관리자로서 보건행정의 중추적 역할을 한다는 의지를 갖고 열심히 노력합시다. 지금은 시력과 영광이 수없이 교차하는 가운데 20세기는 그 막을 내리고 21세기가 시작되려는 문턱입니다. 우리 지보의와 회원 여러분의 희망찬 21세기가 되기 바랍니다.

지보의

21C의 지보의의 발전방향

정 영 원

전 전주시 보건소장

한 순간의 모든 것은 생장소멸 과정의 일부이며 이는 불변의 사실이라는 모순을 보여주고 있는데, 앞선 사람들은 이러한 인식 속에서도 끊임없이 발전이라는 것을 위해 노력해왔으며, 그것도 길게 보아 10년의 생으로 수 천년 아니 끝없는 시간과 같이하는 것들에 대해서 판단하고 계획하였으며 행동하여 왔다.

이러한 커다란 틀의 일부를 이루고 있는 우리 '지역보건의 발전을 위한 의료인들의 모임'도 비록 10년을 겨우 넘긴 한 사회조직이지만, 그 동안 나름대로의 발전을 위해 노력해 왔으며, 앞으로도 더욱 노력할 것을 다짐하는 이때, 구성원의 일원으로서 21C의 지역보건의료의 발전 방향을 제안해 보고자 한다.

먼저 기본적으로 우리는 보건의료분야의 영역과 사회에서의 역할에 대한 보편적인 인식이 이루어져야 한다고 생각하는 데 사실 우리가 공인할 수 있는 보편적 개념이 없다는 것을 전제로 이야기 하고자 한다. 즉 먼 과거 즉 샤머니즘시대의 보건의료의 영역은 종교와 정치에 혼합되어 따로 구분할 수 없는 시대였다고 보여진다. 그렇다고 해서 치료행위나 건강관리 행위가 없었던 것은 아니지만 그러한 행위들이 종교와 정치에 종속되어 있었기에 보건의료의 영역과 역할을 일반 사람들이 인식할 수 없었으며 따라서 이러한 사회를 움직이는 직접적인 힘으로 작용할 수 없었다고 보여진다.

그러나 종교와 정치로부터 의료가 분리되어 사람들에게 인식되기 시작하였고 이제는 의료를 떠나 사회변화를 생각할 수 없는 시대가 되었다고 생각되어 지는데 그 한 예로 인간복제에 대한 법률 또는 사회정의문제가 중요한 사회문제로 제기되고 있는 점일 것이다. 즉 의료 또는 보건의료의 사회적 역할이 매우 중요하다는 것이 분명해졌다는 것이다. 그러나 이러한 역할이 샤머니즘시대에 지닌 의료의 영역에 의해 수행될 수 없다는 것도 누구나 알 수 있을

것이다. 물론 전 시대의 의료 영역이 갖는 역할이 없어지고 새로운 영역과 역할이 형성되었다는 것이 아니라, 이 시대를 지나 21C의 의료 영역은 인간이 복제 될 수 있을 만큼의 과학 발달로 인해 넓어졌으며, 이 영역의 역할은 기존의 종교나 정치가 지니는 힘 이상으로 사회를 움직일 수 있는 역할을 담당하게 되었다고 본다. 그 예로 단지 사회적인 문제로만 다루어지던 사회병폐에 대해 의학적 접근 즉 어린이들의 도벽에 대한 소아정신과적 접근을 들 수 있을 것이다. 뿐만 아니라 의료의 수행방법 또한 크게 달라질 수밖에 없다고 보는데, 그 예를 든다면 평균수명증가로 인한 노인들의 질병에 대한 것으로 이는 기존의 의료 개념과 수행방법으로 볼 때 어찌면 65세 이상이 모두 환자로 인정되게 될 것이고 그에 따른 치료방법을 적용할 경우 우리는 대부분의 생산을 이를 위해 소비해야 할 것이다. 이는 어느 의료시설이 아닌 수용시설이 약 80명을 관리하면서 운영비 약 1억5천만 원에 의료비 약2억5천만원을 지출하게 되었다는 것이 좋은 실례가 될 수 있다. 더욱 중요한 것은 이렇게 비용이 많이 투자되었다고 해서 그 만큼 양질의 의료서비스를 받았다고 할 수 없기 때문에 의료수행방법이 달라져야 한다는 것이며, 이러한 이유로 만들어지게 된 일본의 노인보건법과 노인보건시설을 좋은 예로 볼 수 있을 것이다.

바로 이러한 것들이 우리 '지보의'가 사회에서 어떤 역할을 위해 앞으로 무엇을 할 것인가를 생각하는 실마리를 제공해주는 것으로 생각된다. 즉 '지보의'의 구성원은 주로 기존의 의료영역과 역할 그리고 방법을 달리하는 의료인들로 구성되어 있기에 21세기의 의료를 담당하고 발전시킬 책임이 바로 이들에게 있다고 본다. 지역보건의료에 대한 관리체계나 개념 없이 무료진료나 물리치료를 통해 노인들의 마음을 사로잡는다거나 그저 집에 누워있다는 이유만으로 방문하여 간호 또는 치료해준다면 이는 전날의 의료행위에 지나지 않으며 오히려 사머니즘시대의 치료행위로 후퇴하는 것과 같은 것일 뿐 21C에 담당해야할 의료영역과 역할은 아니라고 생각된다.

따라서 우리는 이러한 오류를 범하지 않고 효율적이고 필요한 지역보건의료관리를 위해 논의하고 연구하여야 한다고 보며 또한 이러한 연구와 논의의 결과는 현실에 반영될 수 있어야 한다. 그러기 위해서는 이제 '지보의'라는 조직이 단순 의견교환을 떠나 지역보건의료에 대해 토론하고 토론한 결과를 정리할 수 있는 조직, 그리고 이러한 결과를 정책결정이나 수행에 반영될 수 있도록 하는 힘을 가진 조직으로 변화되어야 한다고 본다.

물론 연구를 주업으로 하는 연구소가 있고 또한 학교도 있다. 그래서 연구된 결과를 실천에 옮기는 우리는 그들만큼 깊이 연구 할 수 없다고 하는 사람들도 있을 것이다. 그러나 그들도 실천해보지 않은 단점을 가지고 있다는 점을 생각한다면 결코 우리라고 해서 좋은 연구 결과 또는 토론 결과를 얻을 수 없는 것은 아니라고 생각된다.

더욱이 21C 이후는 컴퓨터라는 매체로 인해 새로운 질서가 창조될 것이라고 말하는 사람들이 많은데, 그 질서의 변화중의 하나가 바로 지식인과 비지식인의 평등화 즉 컴퓨터를 통

해 지식의 수준이 같아지는 것이라고 할 수 있다면, 오히려 실천을 하고 있는 사람들이 그 영역에 대한 더 좋은 연구결과를 만들어 낼 수도 있을 것으로 생각된다.

이렇게 볼 때 ‘지보의’는 21C에 필요한 지역보건의료에 대한 기틀을 체계화하고 실천하는 원동력을 제공하는 조직으로 그 기능을 해야한다고 본다.

이를 위해 한시바빠 ‘지보의’ 회원간의 전산망을 구축하고, 이 전산망을 통해 지역보건의료에 관한 자료를 구축하여 회원들이 필요한 정보를 받아볼 수 있도록 하는 것이 필요하다.

그리고 각 지역의 정보를 통해 좀더 효율적이고 필요한 의료서비스 또는 지역보건의료관리에 대한 체계적 토론과 토론 결과를 정리할 수 있는 공식적인 조직체계 구성이 필요하다. 이러한 조직으로는 곡 학회와 같은 조직일 필요는 없겠지만 적어도 언론에 공식적인 의견을 자연스럽게 표명할 수 있는 조직이 되어야 할 것이다.

이러한 조직이 체계화된 후 지역보건에 관한 체계적이고 장기적인 토론을 통해 지역보건의료의 방향을 설정할 수 있어야 된다. 이러한 토론을 서두를 필요는 없다고 보며 오히려 21C의 기틀마련이라는 과제답게 신중하고 깊이 있는 토론을 전개하여야 할 것이다.

이렇게 함으로써 ‘지보의’는 이론과 실천을 겸비한 21C의 사회를 이끄는 하나의 사회조직체로 존재하게 될 것이라고 믿는다.

지보의

보건사업 40년의 회고와 전망(상)

- 나의 경험을 중심으로 -

방 숙

예방의학전문의.보건행정학회 고문

우선 지역보건의료발전을 위한 모임의 회지인 "지역보건의료(Journal of District Health)"가 창간된 것을 진심으로 축하드립니다. 창간 후 벌써 제4호까지 발간되었다 하니, 그 동안에 여러분의 수고가 많았음을 또한 치하드립니다.

이번에 저에게 나의 체험을 회고하면서 "보건사업 40년의 회고와 전망"이라는 제목 하에 원고의 부탁(구리시보건소 김혜경 소장께서)이 있어서, 사양 끝에 수락하였습니다. 물론 보건사업 40년의 역사를 쓴다는 것은 너무나 그 짐이 무겁고 또 혼자서 쓸 자격이나 능력도 없는 터라 사양하였으나, 나의 경험을 중심으로 써달라고 하여, 保健界에 그 동안 몸담아 왔던 지난 40년간의 세월동안에 고비마다 있었던 일들(주로 연구경험) 중에서, 혹시 보건소장을 비롯하여 地域保健의 일선에서 수고하시는 분들에게 조금이나마 참고가 되리라고 믿는 것들을 골라서 써보기로 하였습니다. 그런 관계로, 혹시 원고내용 중에는 자기의 자랑이나 실패를 쓴 것 같은 점이 있더라도 독자여러분의 이해와 판단에 맡기기로 합니다.

머리말

지난날을 돌이켜 볼 때, 8·15 해방 이후 우리나라가 걸어온 사회경제적 변화에 따른 우리 나라 보건사업의 역사는 ① 해방 및 한국동란 전후의 보건조직 형성과 전염병 방역시

대(1945~1960), ② 보건망 구축과 가족계획사업 보급시대(1960~1969) ③ 지역보건사업의 대두시대(1971~1970), ④ 경제정의 및 복지정책강조에 따른 의료보험의 실시와 더불어 지역보건의료 연계 모색 등 의료사회화 지향시대(1980~1989), ⑤ 보건의료주변의 환경변화에 따른 보건소의 지역보건사업시대(1990~1999))로 나눌 수 있겠다.

이와같이 우리나라 민주발전의 역사적 발전과정 속에서 항상 새로이 대두되는 보건문제에 관해 그 원인과 관계요인을 구명(즉 “究源索流”)하고, 정확한 진단을 통해 우리들 생활 속에서 국민건강 향상에 필요한 개선방안과 전략을 마련하는 것이 예방의학도들의 책임이라 생각한다.

지난 40년 동안 나 자신도 그 일익을 담당한 보건학도로서 그러한 보건사업과 그 연구사업 및 교육분야에서 일하여 온 것이 자랑스럽고 귀중하다고 생각한다.

이 글은 그런 뜻에서 첫째, 해방 및 1950년 한국동란 이후 유행하였던 전염병(특히 두창, 장티푸스, 결핵) 예방대책에 관한 일들, 둘째, 1962년에 가족계획이 인구정책으로 채택되기 전후에 그 사업 보급을 위한 일들, 셋째, 가족계획사업 효과에 따른 출생을 감소와 소자녀 가치관이 사회화됨에 따라 가족계획을 모자보건 등 기타 보건사업과 통합하는 과제에 관한 일들, 그리고 넷째, 보건의료서비스에 대한 주민의 요구증진에 대처하기 위해 지역사회의 사회문화적 맥락에 적합하도록 한정된 보건의료자원의 활성화를 통한 지역의료 전달체계의 모형개발에 관한 일들 등 4가지 분야에 관련된 일들을 회고해 보았다. 그리고 다섯째는 이러한 경험을 통해 얻은 교훈을 앞으로 지역보건을 담당하고 계시는 분들에게 희망사항으로 전망하였다.

A. 보건조직 형성과 전염병 방역시대(1945~1960)

a. 보건조직 형성

1945년 8월 15일 해방된 후 보건조직 형성과정에서 중요한 사항은 다음과 같다.

- 미군정(1945~1948)

- 해방 후 ~미군정 위생국에서 보건후생국(1945. 10. 27)
- 豫防醫學 개념 도입(10명 의사 미국 보건대학원에 1년간(1945. 10부터) 수련)
- 모범보건소(1946. 10). 국립 중앙보건소(1948. 10)
- 보건후생부(1946. 3. 29)

- 정부수립 후 사회부(1948. 8. 15)
 - 보건부독립(1949. 7. 25)
 - 제2차 WHO(세계보건기구) 총회에서 대한민국 가입(1949. 6. 30) 승인
 - 地方自治法(1949)

6.25 동란 후(1951 ~ 1961)

- 국민의료법(1951. 9. 25) ~ 전문과목규정(1951. 12.25, 보건부령 11호)
- 471개 보건진료소, 15개 보건소 설치(1953), 515개의 보건진료소, 16개의 보건소로 증가(1955)
- 정부 서울 수복(1951.9.28)
- 해공항 검역법(1954, 2. 2), 전염병예방법(1954 2.2)등
- 보건사회부로 통합(1955. 2. 17)
- 保健所法(1956.12.13): 질병예방과 공중보건향상에 새 기원을 수립
- 地方自治法 개정(1958, 임명제로)
- 地方自治法 개정(1960.11, 제2공화국, 직선제로)

b. 전염병 방역

우리가 일제에서 해방된 1945. 8월 전부터 발진티푸스, 재귀열, 말라리아 및 유행성 뇌척수막염이 전국적으로 발생하더니 1946년 1월에는 전후 귀환동포(주로 만주에서)들에 의하여 두창(Smallpox)의 유행적 발생이 전국적으로 일어나게 된다. 그중 내가 관여한 콜레라 방역과 두창의 박멸작전에 관해 기술하여 본다.

cholera 유행(46.5 ~ 10),

◆ 마침 1946. 5. 1에는 중국 광둥, 상해지역으로부터 오는 귀환동포를 실은 미국상선 V.O.36호로 수입된 콜레라(당시 중국에 유행)가 남한 각처에 만연 유행하여 15, 644명의 환자와 10,181명의 사망자를 내는 대참화(치명률 6.5%)를 빚어냈다. 菌型으로는 小川型이 주이나 도엽형(稻葉型)도 분리된 바 있다(전종희, 1987).

1946년 5월초에 나는 세브란스를 졸업 후 미생물학교실(주임교수: 고 최영태 박사)에서 발진티푸스의 예방약을 개발하는 일에 종사하고 있었다. 미군정청 보건후생부에 방역국장으로서 계셨던 최영태 박사께서 전화를 거시고 의대생 10명을 인솔하여 급히 부산에 가서 경상남도 보건후생국장으로서 계신 노영민 박사를 도우라는 명령이 있었다. 그래서 부랴부랴 의대생 10명을 선발, 방역반을 조직하여 부산 해항검역소로 가

서 세균검사실을 차려 콜레라 세균검사(격리수용여부의 판단기준이 됨)와 환자치료차 경상남도 일대(마산, 진주, 거창, 밀양 등)를 거의 안가본 곳 없이 콜레라 방역에 힘썼다.

1945년 10월경 기후가 신선해지자 콜레라 유행도 진정되어 서울에 복귀하려고 짐을 꾸리는데 또 서울시에서 전화가 와서 받아보니 「방군! 미안하지만 1년만 검역소장을 맡아주게」라는 최영태 박사의 부탁이었다. 여러 번 사절하였으나 재삼(再三) 부탁하셔서 약관 25세 나이의 국립부산해양검역소장(기정: 技正: 그 당시 중앙청 과장자리)에 취임하게 되고, 그 관계로 6.25를 부산에서 맡게 되었다.

정부가 1950년 부산에 피난오게 되니, 당시 보건부 방역국장이시던 고 백행인 선생(전 이화대의대 학장 역임)께서 방역국에 예방과(방역과)를 맡아 다시 도와달라는 부탁이 있어서 1950년 9월에 보건부 방역국 예방과장으로 이동 전근발령을 받게 되었다.

부산 피난민/Small-pox 유행과 종두campaign(1951)

때는 1951년 1.4후퇴 이후 "피난민"들이 운집하였던 부산 경남북지역을 위시해서 전국에 전염병이 한창 유행하였을 당시, 1951년에 발생한 천연두 환자는 약 43,000명에 달했고 사망자는 약 11,000명에 달하였다.

그 무렵(1951년 6월), 최재유 박사는 보건부 차관에서 장관으로 임명되었고 전술한 바와 같이 나는 국립부산검역소장에서 보건부 예방과장으로 전근하게 되었다. 1951년 6.23에는 휴전이 성립되기도 하여 전국(全國)이 안정기미에 들어가자, 최장관께서 백행인(白行寅) 방역국장과 나를 장관실로 부르시면서 걱정하시기를, “백 국장 그리고 방 군! 요사이 ‘천연두’가 극성을 부리고 있는데, 그래 벌써 지석영(池錫永) 선생이 일본에서 종두법을 도입(1879)한 지 70년이 지났는데 좀 단단히 정신차려서 방역조치(종두접종)를 취하여 주게” 하시며 간곡히 부탁하셨다. 나도 신임초(新任初)에 각오도 있고 해서 “잘 해보겠습니다”하고 장관실에서 나와 “예방과” 직원들과 그 동안의 종두실시 상황과 천연두 발생상황이 적혀있는 서류를 뒤져보았다.

그런데 놀란 사실은 종두의 접종인원수가 약 1,400만명으로 보고되어 그 때 종두대상인구(12세 이하)가 약 700만명이고 보면 한 사람당 2회의 접종을 한 계산이 되며, 한 번 접종하면 영구면역이 되는 “종두”를 잘 하였으면 1명의 환자도 나지 말아야 옳을터인데..., 수 만명의 천연두 환자가 보고되고 있다는 것이 이해가 되지 않았다.

그래서 직원을 대동하고 1951년 9월경에 부산시 및 그 주변의 종두실시 현장상황을 가보기로 하였다. 그 실정은

- 1) 밀려오는 '피난민'들을 일렬로 세워 놓고 피약별 밑에(생묘가 상하는데) 길가에서 텐트를 치고 '종두소'라고 차려놓고 종두를 실시하고 있었다.
- 2) 종두를 받고 있는 사람들은 주로 성인 남녀들이었고 종두가 필요한 1세, 6세, 12세 연령으로 보이는 아이들은 별로 보이지 않았었다.
- 3) 종두의 접종방법은 절피법(切皮法)으로 종두칼(種痘刀)로 xx식으로 피부에 절상을 피부에 내고 종두한 후 피가 줄줄 흘러 내리고 있었다(종묘도 같이 씻겨내리고 있었다).
- 4) 종두판에 놓여 있는 우두생묘액(牛痘生苗液)은別に 말라 건조해 있었다.

그래서 당시 백행인 방역국장님 지시하에 다음과 같은 '천연두 박멸작전'을 세워 실시하였다. 즉,

- 1) 종두는 전염병예방법에 규정되어 있는 1세 미만, 6세, 12세의 아동을 우선대상으로 하여 정기종두를 4월(봄), 10월(가을)에 실시한다. 대상자의 명단을 각 동회(洞會)에서 '기류계' 대장에 근거해서 파악하고 그 명단을 작성한다.
- 2) 두묘액(痘苗液)은 UNCAC(UN한국민사원조처)의 보건과장(Col. Papas)의 협조를 얻어 일본(北里연구소)에서 3월, 9월에 약 300만명분씩 각각 空輪 배급한다.
- 3) 종두 접종법은 절피법을 쓰지 않고 다압법(多壓法, Multiple pressure method - 백신약을 문힌 종두침(針)으로 피부를 5~10회 꼭꼭눌러서 피하(皮下)에 접종되도록 하는 법)으로 하여 필요한 종두 '침'과 묘판(苗板)은 중앙에서 일괄 소독 후 밀봉하여 각 동회에 배급한다.
- 4) 각 '동' 회장은 동회 사무실 내에 '종두소'를 개설하고 여기에 종사할 의사, 간호사 또는 이에 준하는 직원들을 도보건과장 책임하에 훈련하여 '다압법'(多壓法)에 익숙하도록 한다.

위의 계획과 준비가 완료된 1952년 4월, 10월에 정기종두를 공고 실시한 결과 1953년에는 천연두 환자 3,349명 사망 571명으로 감소 보고되었다(그 후 한국에서는 1960년 이후부터는 한 명의 천연두 환자도 발생하지 않았으며(표 1 참조), 이것은 WHO가 1980년 5월에 '세계에서 천연두(두창)가 박멸되었다'고 선포하기 약 20년전의 일이다).

<표 1> 두창(천연두) 환자 및 사망 발생 현황과 실적, 1950~1960

연도	발 생	사 망
1950	2, 845	517
1951	42, 213	11, 530
1952	1, 313	277
1953	3, 349	571
1954	790	127
1955	2	-
1956	9	-
1957	10	1
1958	6	2
1959	-	-
1960	3	-

자료: 보건사회부, 보건사회, 1981.

"공과 사를 구별할 줄 알라"는 교훈을 주신 은사님: 그래서 그 성과를 기뻐하면서 그 동안 주야로 수고하였던 방역국 예방과 부하직원과 도(道)보건과 직원들을 표창, 포상하기 위해 최장관님(그당시 보건부장관이시던 '최재유'장관님)의 최종결재를 받고자 싱글벙글 장관실에 결재(決裁)서류를 가지고 장관실에 들어갔다.

최장관님께서 결재서류를 보시더니, "방군, 수고하였네, 그런데 표창대상으로 올린 사람들 명단을 보니 보건부와 도의 공무원들이 아닌가.... 그러면 공무원으로서 할 일을 마땅히 하였는데 무슨 표창인가?"라고 하셨다. 그때서야 나는 '아차 잘못하였구나' 하며 "죄송합니다"하고 서류를 챙기니, 장관께서 "공무원은 공사를 잘 구별할 줄 알아야 하네" 하시면서 나의 어깨를 툭툭 두드려 주셨다. 장관실을 나오면서 내가 너무 '공(功)에 우쭐하다 보니 강직한 면이 있으신 최장관님의 모습을 잘 모르고 모셨구나' 하며 후회하였다. 그 후도 "공과 사를 구별할 줄 아는 삶"을 살아가도록 도와주신 최재유 장관님(세브란스 안과 교수이신 은사님)의 교훈을 지금도 잊지 않고 있다.

서울 수복(1952년 9월)

그 후 1952. 9. 29 서울수복과 더불어 정부가 서울에 귀환하게 되니 나도 정든 부산을 떠나 서울로 이사오게 되었다. 그런데 처자와 같이 거처할 집이 없어서 걱정하고 있는데, 백행인 국장께서 "내게 관사(종로구 청운동 소재)가 하나 배당되었는데, 방군 자네가 쓰게"라고 하시어 고맙지만 사양하였으나, "나는 이미 '관사'에 들어가 있고 또 정부 공무원의

로서 앞으로 일을 하려면 집이 있어야 안정이 되네“하시며 자기 대신 나에게 그 ‘관사’를
배당하여 주셨다. 그 은혜로 1952년 10월부터 지금까지 ‘청운동’의 집을 팔지 못하고 관
리하고 있다. 다른 분들과 달리 청렴결백하시고 예방의학도를 극진히 사랑하신 그 고인
(故人)의 인품을 항상 사모하고 있다.

그 덕분에 보건부에서 근무하며 부산에서부터 초안하고 있었던 '해공항검역법'과 전염
병예방법을 손질하는 등 열심히 근무 중 마침 철원 근처에 유행하는 유행성출혈열
(Haemorrhagic fever)의 역학조사차 미군 고문 Dr. Gould(서울교외 광장에 설치된 UN군의
유행성출혈열 연구기관, 소속 역학자)과 같이 출장중이었는데, 곧 서울로 돌아오라는 전
화가 있어 방역국장실로 돌아와 보니, Dr. McCoy(록펠라재단 고문, 일본 보건위생원 주
제)가 나를 인터뷰하겠다는 것이다. 그 결과 보건부에서 2명(나와 차윤근 박사)이 선발되
어 John's Hopkins대학 보건대학원에 예방의학/공중보건학을 전공하기 위하여 1954 ~ 1955
년의 1년간 Baltimore에서 유학을 하게 된다.

그 후 귀국하여 보니 보건부 자리도 마땅하지 않아 세브란스 흉곽내과(과장: 김기호 내
과 교수)에 취직하게 된다. 거기서 John's Hopkins에서 공부한 지식을 활용하여 다음 연구
결과를 보고하였다.

결핵 진료, Severance TB clinic, 1956 ~ 1958

1954년 1월1일부터 1956년 12월31일까지의 3년간 세브란스병원 흉곽내과에 내원한 폐
결핵 환자 2,954명에 관하여, 생명표(Life Table)방법을 이용하여, 진단 후 6개월, 1년, 2년,
3년의 각시기에 통원 치료차 잔류하는 환자수, 객담결과 및 X선 사진 소견의 변화를 검토
하였다. 그 결과;

1. 초진 시에 1,000명이 각각 래원 하였다고 하면 6개월 초에 잔류 환자 수는 Min:
Moderate; Far advanced=618:729:789 혹은1.0:1.1:1.2이며, 1년후에는 378:514:590
=1.0:1.4:1.6이고, 2년후에는 174:361:421=1.0:2.0:2.4이며 3년후에는 97:297:347=1.0:3.0:3.5로
서, 진단 후 3년후에는 Min.의 약6.5배의 환자가 Mod/Far로 잔류하고 그들의 약 50%이
상에서 X선 사진 소견이 변화가 없는 소위 만성화 "good Chronic"의 문제를 제시하였
다. 이들 만성화 환자는 임상적으로 문제이지만 공중보건학적으로도 중요한 전염원 으
로서, 특히 가족간의 간염원이 되고 잇는 역학적 중요성을 지적하였다(폐결핵 환자의
통원치료의 공중보건적 연구: 결핵 및 호흡기질환 제5권 21 ~ 36 1958).

그래서 나는 결핵 박멸의 초점은 결핵의 역학적 단위인 결핵 환자에 두고 그 중에서도
지역사회(보건관서)에 알려진 “개방성 결핵 환자”와 그 가족의 의료 및 사회보호“부터 시

작하여야 된다고 강조하였다(결핵 박멸의 길: 역학적인 입장에서(最新醫學, Vol.5. No.4. 1962).

이 연구를 맡길 무렵 Dr. Knight(USOM의 보건위생국장)이 전화를 걸어 “자기도 Johns Hopkins를 나왔는데, 나를 도와줄 사람이 필요한데, Johns Hopkins학교 동창인 Dr. Bang이 나를 좀 도와달라”며 부탁하여 1957년 9월에 USOM/Korea의 보건고문관으로 근무하게 된다.

전염병 보고의 목적과 중요성(상, 하: 最新醫學, 1960년 7월 및 8월)

한국에서의 신고 및 보고의 의무는 '전염병예방법'에 명시되어 있다. 전염병 보고의 목적과 그 중요성은 ① 즉각적인 방역행정조치를 취하는 기초가 된다 ② 질병의 분포와 감염원의 조사에 필요하다 ③ 전염병 유행의 경향을 알 수 있다 ④ 질병의 연구자료가 된다 ⑤ 보건사업 효과의 판정과 그 사업계획에 기초가 된다 ⑥ 국제적 협조의 가치가 있다 ⑦ 보건교육적 효과가 있다

(예: 목호 장티푸스 유행)

이중에서 특히 2항과 관련된 한 예로서 1958년 1월에 목호 국립 해양검역소장의 장티푸스 유행보고는 보건사회부와 강원도 보건당국으로 하여금 목호읍 지방에 장티푸스가 문제되어 있음을 통고하여 나는 (USOM 근무당시) 이에 대한 방역조치와 감염원의 조사를 위하여 방역 지도반으로 파견하게 되었다. 그때 방역반은 “유행병의 역학조사의 요령”에 의거하여 입수된 환자보고를 해석한 결과 목호읍중 특히 목호진 입구에 집중 발생분포되어 있음을 알게 되었고, 그 지역에서 보고된 환자 121명에 대한 발생일자별, 연령별 및 성별, 급수원별 등의 제역학적 발견사항은 감염원이 공동전염의 기회를 줄 수 있는 성질의 것임을 추측케 하였고, 위생공학적인 발견사항과 종합연결하여, 이구내에 있는 7개의 정호중 제3반에 있는 정호수가 본유행의 주감염원이 되었음을 알아내었다. 그 정호수의 즉각적인 폐쇄와 더불어 상수도의 급수, 기타 정호에 염소소독, 예방접종, 변소청결소독 등등의 방역조치를 취한 결과, 그 유행을 종식케 한 것은 그 좋은 예이다(Report on Typhoid Outbreak in Mukho, 28 Feb. 1958 by Sook Bang: 구원생류, pp.8 ~ 35 참조).

B. 보건망 구축과 가족계획사업 보급시대(1961 ~ 1969)

a. 보건망 구축:

이 기간중에 보건소법이 개정(1962)되어 1961년도 85개소였던 보건소 수를 1962년에 97개를 더 추가 설치하였고, 가족계획이 국가시책으로 채택됨에 따라 읍·면까지 가족계획요원, 모자보건요원이 배치되는 등 보건(소)망이 구축되었다. 즉

- 1961년 5월 16일 군사혁명 정부는, 1961년 11월 13일 국가재건최고회의 제69차 상임위원회의 결의에 따라 가족계획사업을 국가시책으로 채택함.
- 보건소법 개정(1962. 9. 24): 시·군·구에 설치규정을 마련하고 보건소 업무 13가지 규정. 그러나 제3조 1항 단서에 보건소장에 의사부재시는 일반 보건직공무원도 임명 가능하게 함.
- 1963년에 보건국·모자보건과(가족계획계와 모자보건계) 설치
1,473개 읍·면에 가족계획계몽원 배치(1964)
152개 읍·면에 모자보건요원 배치(1967)
- 예방의학 전문의 과목으로 17개 전문과목이 하나로 됨(1962. 5. 7 보사부령 77호)

b. 인구정책-가족계획 시책 사업(1962-1970)

가족계획(Family Planning)이 우리 나라의 인구정책으로 채택된 것은 1962년 2월 5.16 군사혁명에 의하여 탄생된 군사정부의 국가재건 최고회의의 결정으로 이루어졌다. 그러나 최고회의의 위원간에는 가족계획이라는 새로운 개념을 국민들이 찬성하고 있는지, 가임 부인의 출산력, 원하는 자녀수는 얼마나 되는지 궁금하고 염려를 많이 하였다.

그러한 위원들을 납득시키는데 2가지 중요한 사실이 도움이 되었다.

그 하나는 (1) 1961년 4월 1일에 탄생한 대한가족계획협회(초대 이사장 양재모 교수)이였고 또 하나는 (2) 우리 나라 최초의 “출산력 및 가족계획의 지식과 태도에 관한 조사”였다. 즉 양재모 교수는 국가재건 최고회의 자문위원으로 있으면서 가족계획에 관한 협회 등의 民意를 정부에 전하였고, 또 양교수는 1962년 7~8월에, 고양군 원당면(실험지역)과 김포군 김포면(대조지역)에서 각각 500가구를 대상으로 실시한 가족계획에 관한 기초 조사결과를 최고회의에 가지고가서, 국민의 80%가 가족계획을 찬성하고 있다고 최고회의위원들을 설득하고 안심시켰다. 그후 군사정부는 가족계획사업에 많은 투자를 하여 각종 가족계획사업비를 국가예산에 포함시켜 본격적으로 국가주도의 가족계획사업에 착수한 정

부의 시책에 크게 힘입었던 것이다.

그후 나 자신 가족계획 분야에서 체험한 여러 가지 일들을 “우리 나라 가족계획의 사반세기(우인 양재모 교수 정년퇴임기념 학술 강연집, 1986)에서 회고하고 있다. 그중 지역보건에 종사하는 분들에게 참고가 되리라고 생각되는 몇 가지 연구를 소개한다.

그 전에 본인이 가족계획분야에서 양재모 교수와 손잡고 일하게 된 동기를 회고하여 본다.

1960년 민주당 정권때 나는 USOM에서 근무 중 당시 보건사회부 차관의 추천(나와도 의논도 없이)으로 보사부 방역국장의 책임을 맡았으며 1961년 제14차 세계보건기구총회(인도 뉴델리에서)에 윤석우 보건과장과 같이 수석대표로 참석한 후, 귀국하여 얼마 안가서 5.16 혁명이 있었고, 군사정권이 들어와 민주당 정부의 고위간부들이 밀려나는 바람에 나도 사표를 내고 나왔다.

그래서 그동안 수시로 시간강사로 다녔던 모교인 연세의대 예방의학교실에 양재모 교수를 찾아가 이 문제를 의논하게 되었다.

양교수는 나에게 예방의학교실에서 같이 일할 수 있다면 힘이 되겠다고 하시면서 지금까지 시간강사로 나오셨으니 전임강사로 추천하겠다고 격려하여 주었다. 이것을 계기로 그 후 1961년 9월부터 연세의대에서 교직을 맡게 되었다.

고양군 가족계획 시범사업, Koyang FP Stydy Project, 1962 ~ 1964

마침 1961년 10월에 미 인구협회(Population Council)에서 온 Dr. Balfour가 양교수에게 가족계획사업을 농촌지역에서 시범사업으로 진행한다면 이를 재정적으로 지원해 주겠다는 제의를 해왔다.

그때 가장 크게 도움이 되었던 문헌은 미시간 대학의 ‘대만에서의 가족계획연구보고서’였다. 이 보고서를 작성한 Dr. Freedman와 Prof. Takeshita는 두 사람 다 사회학자였지만 미국인구협회의 Dr. Berelson과 Dr. Balfour의 후원을 받아 대만에서 가족계획(피임방법) 보급을 위한 사업을 시작했는데 이 보고서를 입수하게 되었다. 그리고 Cornell 대학의 사회학 교수인 Stycos 교수가 Puerto-Rico에서 출산조절에 대한 연구를 이미 시행한 것을 알게 되었다.

나로서는 Johns Hopkins 대학보건대학원에서 역학을 전공하여 보건학 석사학위과정(1954~1955)을 공부하였고, 그 이후 전염병 방역에 주로 종사하던 차라 가족계획에 관한 지식이 크게 부족했다. 그래서 Stycos의 문헌을 기초로 하여 그의 참고문헌 등을 인용해서 한국 농촌에서 가족계획의 보급 가능성에 대한 연구과제를 2년간에 걸쳐

Quasi-Experimental Design하여, 피임방법은 콘돔과 질정제(Foaming Tablet)를 사용하기로 하고 2년 후의 성과를 평가 조사하겠다는 연구계획서를 Population Council에 양재모, 방숙 공동명의로 제출하였고 연구계획이 승인되어서 그 당시 \$25,000을 받게 되었다.

연구장소로는 그 당시 연세의대에서 학생들의 예방의학 실습장소였던 고양군 원당면에서하기로 하였다. 그곳으로 선택하게 된 또 하나의 이유는 그 당시 김명호 교수가 예방의학을 꽃피우기 위한 젊은 청춘의 꿈을 실현시키기 위하여 고양군보건소에서 보건소장으로서 야심적으로 열심히 일하고 있었는데 이와같은 현지 지도자가 있다는 이유가 가장 중요하였다.

연구지역과 비교하기 위한 대조지역으로서 한강 너머 마주보고 있는 김포군 김포면을 택해서 각각의 지역에서 우선 부부(夫婦)의 출산력과 가족계획에 대한 태도, 지식, 실천의 수준을 파악하고 실험실시지역인 원당면의 인구 1만명에 대하여 2년간 조산원을 인구 2,500명에 1명씩 4명을 투입하고 이들을 통해 가족계획 교육·홍보, 피임약을 공급하기로 하였다.

그래서 조산원 한신옥, 이영숙, 전봉인, 고병숙 씨 등이 수고하게 되었고, 그때만 해도 귀한 '랜드로바' 차량을 인구협회를 통해 구입해서 현지에 배치하였다.

기초조사로서 대상 부부를 전부 면접하기로 하였고 이만갑 교수와 최지훈 교수가 각각 사회학면과 통계측면을 맡아 주셔서 질문서를 작성하고 표본추출계획이 병행되었다.

조사표 작성은 이만갑 교수가 추천해 준 유이영 조교(현재 미국대학 교수)가 담당하여 도와주었고 표본추출계획은 최지훈 교수가 추천해 준 이동우 교수(연세의대)가 당시 조교로서 맡았고, 또 최교수와 같이 통계국에서 자문관으로 일하던 Mr. Israel이 자세히 지도해주었다.

조사표가 부부용으로 각각 준비되었고 면접요원으로 남녀 대학생을 선발하기 위해 현재 한신대학 교수인 김주숙 교수가 이들의 선발에 처음 참여했었다.

조사는 여름방학 중 무더운 7~8월 중에 진행되었고 조사가구는 각 500가구였으나 95%의 높은 응답률을 보였다(그후 이와같은 K.A.P. 조사가 1964~1980년까지 가족계획연구원 주관으로 계속되었다).

그래서 이 기초조사 결과(Marginal Table)들을 양교수가 국가재건 최고회의에 즉시 가지고 가서 국민의 80%가 가족계획을 찬성하고 있다고 최고회의위원들을 설득하고 안심시켰다. 그리고 그후 2년간 조사자료를 분석하는 한편 시범사업을 위해 고양군원당면에 다니며 분주한 시간을 양재모 교수, 김명호 교수와 함께 보냈다.

이 1962년의 기초조사보고서에서는 농촌부인의 가족계획에 대한 지식, 태도 및 실천뿐만 아니라 인구특성으로서 가족형태와 가족생활의 특성, 생활주기(결혼연령, 자녀수 등)

및 출산력의 수준과 구조측정(Cohort의 연령별 출생률 및 합계출생률) 및 인년(Person-Year)에 의한 임신율의 계산은 한국인구에 매우 귀중한 자료와 방법론적 발전을 제시했다. 특히 1962년 당시의 보통출생율(1962년)의 크기는 <표 2>와 같다.

<표 2> 원당면 및 김포면의 보통출생율(1962년)

지역	출생수	인구수	보통출생율
원당면(실험지역)	133	3,179	41.8±2.50
김포면(대조지역)	131	3,212	40.8±2.60

표본부인의 연령별 및 출생연도별 출생율과 및 합계출생율(1962년 9월)은 다음 <표 3>과 같다.

<표 3> 표본부인의 연령별 및 출생연도별 출생율과 및 합계출생율(고양군 원당면과 김포군 김포면, 1962. 9)

출생시 연령	부인의 출생연도(1962년 현재 연령)						
	1913 ~ 17 (49 ~ 45)	1918 ~ 22 (44 ~ 40)	1923 ~ 27 (39 ~ 35)	1928 ~ 32 (34 ~ 30)	1933 ~ 37 (29 ~ 25)	1938 ~ 42 (24 ~ 20)	1943 ~ 47 (19 ~ 15)
원당면							
15 ~ 19	0.10	0.14	0.11	0.09	0.04	0.07	(0.09)
20 ~ 24	0.29	0.28	0.30	0.26	0.32	(0.28)	
25 ~ 29	0.30	0.30	0.30	0.37	(0.32)		
30 ~ 34	0.26	0.29	0.31	(0.32)			
35 ~ 39	0.24	0.23	(0.23)				
40 ~ 45	0.11	(0.16)					
45 ~ 49	0.04						
	6.70(총출산수) ±0.21						
표본부인수	54	67	86	83	16	76	7
김포면							
15 ~ 19	0.12	0.09	0.10	0.08	0.03	0.03	(0.15)
20 ~ 24	0.34	0.30	0.33	0.29	0.26	(0.24)	
25 ~ 29	0.32	0.28	0.31	0.37	(0.35)		
30 ~ 34	0.31	0.26	0.33	(0.29)			
35 ~ 39	0.25	0.27	(0.19)				
40 ~ 45	0.12	(0.13)					
45 ~ 49	0.02						
	7.40(총출산수) ±0.22						
표본부인수	61	72	74	108	115	46	3

그들의 출산력에 의하면 양 지역의 부인이 가임기간을 완료할 때까지의 평균 총출산율(Average size of family or completed fertility)은 원당면에서 6.7, 김포면에서 7.4명이었다(이들 통계치는 보건복지부와 한국보건사회연구원의 자료에 의하면 1996년 현재 조출생률이 인구 천명당 15.9, 합계출산율이 가임여성 1명당 1.7임을 생각할 때 출생률이 얼마나 감소하였는지 참고가 된다).

2년후 가족계획사업의 평가를 계획하고 설문지를 만들기 시작하였다. 제일 중요한 결정은 1962년에 조사한 표본인구와 동일한 부부를 다시 Panel Study로 할 것인가 아니면 그냥 1964년 현재인구를 모집단으로 하여 새로운 표본조사를 하느냐 하는 문제였다. 결국 기초조사 후 2년밖에 안되었고 인구가동률도 약 5%로 추정되었기에 Panel Study를 하기로 하고 1962년 조사표본에서 사용했던 것을 약간 수정한 같은 조사표를 가지고 재조사하기로 하였다. 이 조사는 1964년 7~8월에 부인만을 대상으로 실시하였다.

그 조사결과의 분석은 본인이 1964~1965년에 미시간대학 보건대학원에서 모자보건(M.C.H.)을 공부하면서 Dr. Freedman과 Dr. John Takesita의 지도를 받아 진행하였다.

미시간 대학에 유학을 가게된 것은 1964년 3월에 미국인구협회(Population Council의 Dr. Baefour의 주선에 의한 것이었다. 그는 나보고 전에 공부하였던 Johns Hopkins로 가겠느냐, Michigan으로 가겠느냐고 질문하여 나는 인구학을 잘 가르치는 Freedman 교수와 대만에서 가족계획에 관한 조사 연구의 경험이 있는 Dr. Takeshita가 우리에게 Koyang Study 자료를 분석하는데 실질적인 도움이 된다고 생각하니 미시간 대학을 선택하겠다고 하여 나의 소원을 들어주어 결국 1964년 10월~1965년 5월과 1967년 10월~1968년 3월 동안, 그리고 1968년 5월에 보건학 박사(Dr. PH)를 받을 때까지 많은 지도를 받아 감사하고 있다.

그때 Dr. Freedman의 Research Fellow로 있던 Dr. John Ross를 알게 되었는데, 그는 Yale 대학에서 보건학 석사를 받았으며, 미시간 대학을 떠난 후에는 인구협회의 직원으로 내한(來韓)하여 약 5년간 근무한 적이 있다. 그는 고양군의 조사자료에 흥미를 갖고 나를 여러모로 도와주었고 그 자료를 활용하여 "AID"¹⁾에 대한 논문을 쓰기도 했다.

고양군 자료를 이용하여 AID 방법으로 분석해 보니 자녀를 원하는지 여부가 가족계획 수용에 가장 중요한 설명변수로 나타났고 그 다음으로 아들의 유무가 뒤따랐다.

1) AID는 미시간대학의 사회연구소(ISR)에서 개발된 새로운 Computer Program인 Automatic Interaction Detection 방법으로서 Variance를 가장 많이 설명할 수 있는 변수를 찾아낸 후 그 다음으로 많이 설명하는 것을 찾아내는 단계를 반복하여 두 갈래로 분리되어 나가는 프로그램이다.

이는 자식에 대한 가치관과 남아선호의 사상이 가족계획수용에 중요한 영향을 끼치는 것을 시사한 최초의 연구결과였으며, 그후 자녀관과 남아선호사상에 대하여 국민을 계몽하기 위해 가장 중요한 근거가 되었다. 그후 정범모씨 등의 남아선호사상에 대한 연구 등이 뒤를 이어 발표되었다.

1962~1964년 2년간의 실험적 연구결과는 <표 4>와 같으며 실험지역인 원당면의 부인들이 가족계획에 관한 지식 및 태도가 변화하였고, 출산력도 대조지역인 김포면에 비해 더욱(38% 대 13%) 감소하는 것을 보이고 있다.

〈표 4〉 1962 ~ 64 가족계획의 '실험적 개입 연구' 결과(%)

	실험지역 (고양군 원당면)		대조지역 (김포군 김포면)	
	개입전 (기초조사)	개입후 (평가조사)	개입전 (기초조사)	개입후 (평가조사)
인구수	8,737		12,014	
표본부인수	491	409	479	366
가족계획방법의 지식(Knowledge)				
0	87.5	21.0	84.7	25.4
1+	12.5	79.0	15.3	74.6
부인수	100.0(409)	100.0(409)	100.0(366)	100.0(366)
가족계획의 태도(Attitude)				
찬성	77	97	87	95
반대	9	2	7	5
무응답	14	1	6	0
부인수	100.0(215)	100.0(409)	100.0(224)	100.0(366)
가족계획 실천(Practice)				
과거 및 현재 사용중	8	50	12	29
현재 실천중	-	38	-	17
부인수	100.0(491)	100.0(409)	100.0(479)	100.0(366)
임신 및 출생률				
표본부인수	N=355	N=355	N=315	N=315
현재 임신중(%)	11	7	10	11
평균출생수(첫1년: 유배우부인 1,000명당)	254		244	
평균출생수(2년째: 유배우부인 1,000명당)	156		208	
출생수 감소율	38%		15%	

자료: The Koyang Study, Results of Two Action Programs, Studies In Family Planning 8(4):5, 1966.

자궁내장치 보급연구사업(IUD study, 1967 ~ 68)

1964년 10월부터 2년간은 자궁내장치 기술의 수용도와 효과를 측정하는 연구를 제2단계 연구사업으로 진행했다.

자궁내장치(Lippe's Loop)를 정부는 1964년 중순에 도입하였는데 그 피임효과가 우수하

다는 임상적 연구결과는 나와 있으나 실제 사용효과(Use-Effectiveness)를 보여줄 수 있는 Field Study는 없었다.

예컨대 보건소같은 정해진 장소(Stational Clinic)보다는 1) 이동시술반(Mobile Clinic)을 운영하면 효과가 좋을지? 2) 가임부인의 산후 산과 진찰 후 자궁내장치를 삽입하기 위하여 남자의사보다는 여자의사가 시술할 경우 수용도가 더 높아질 것인지? 또는 3) 부족한 의료인력을 해결하기 위하여 의사보다는 조산원이 삽입할 수 있도록 할 것인지 등이었다.

이러한 의문은 한국뿐만 아니라 타 아세아 후진국에서도 필요하다는 것을 외국에 자주 다니면서 양교수가 느끼게 되어 그 해답을 얻기 위해 자궁내장치에 관한 연구(Service Research)를 고양군에서 실시하게 되었다.

이 실험에서 얻은 중요한 것은 자궁내장치는 조산원도 훈련만 시키면 의사 못지않게 삽입할 수 있다는 결론이었고, 이와같은 실험은 그후 파키스탄, 태국 등에서 많이 따라하게 되었다. 그리고 이동시술반(Mobile Clinic)의 효과는 정책적으로 정부에서 채택되어 가족계획협회에 위촉하여 이동시술반의 예산, 인원이 책정되는 계기가 되었다.

(참조: Improving Access to the IUD: Experiments in Koyang Korea, Studies in Family Planning 27(3): 4, 1968)

먹는피임약 보급 연구사업(Oral Pill study, 1968)

피임약제(Condom, Foaming Tablet)와 자궁내장치의 보급확대에 따라 필연적으로 부작용과 사용중 불편을 호소하는 대상자가 점차 생겨났으며, 이러한 문제를 극복하고 피임방법을 계속 보급하기 위하여 보다 효과적이며, 부작용이 적은 피임방법으로서 먹는 피임약이 도입되었다. 연세의대는 1966년 10월부터는 인구협회의 재정지원을 받아 경북의대, 서울대 보건대학원과 동시에 먹는 피임약에 대한 임상연구를 시작했다. 이 연구결과에 따라서 보건사회부는 1968년부터 먹는 피임약을 보급하기로 방침을 정하기에 이르렀다.

연세의대는 먹는 피임약을 처음 도입할 당시에는 이것을 대대적으로 보급하려는 계획보다는 자궁내장치 삽입후 사용을 중단하는 부인들에게 권유해서 먹는피임약으로 바꾸어 계속 피임을 하도록 하자는 의도를 가지고 있었다.

그래서 우선 연구를 통해 과연 먹는 피임약이 자궁내장치 사용 중단자에 의해 수용될 수 있겠는지, 또 그 경우 사용효과 등을 보기 위한 연구를 시작했다. 그런데 예상외로 고양군에서 먹는피임약을 원하는 부인이 많아져서 심지어 자궁내장치를 삽입하고 아무런 부작용없이 계속 사용하는 부인들까지도 먹는피임약으로 피임방법을 바꾸는 바람에 연구계획이나 가설을 검정하는데에 차질이 생겼다. 결국 먹는피임약 보급에 관한 연구는 그

수용도와 부작용 및 계속사용률을 보여주는 연구로 되고 말았다.

이 연구결과에 의하면 경구피임제가 한국농촌부인, 특히 부작용으로 인한 IDU 중단자들을 위한 피임제로 보급될 경우 높은 수용율을 보일 것으로 사료되나 농촌사회의 특수성으로 보아 수유양변화 등 경구피임제의 의한 예기되는 제증상 출현에 대한 사전의 철저한 계몽이 반드시 뒤따라야 할 것으로 본다.

따라서 경구피임제를 국가적인 사업으로 확대시킬 경우 사전에 의사 및 가족계획 지도원의 경구피임제에 대한 올바른 지식과 보급상의 문제점에 관한 훈련이 절실히 요망될 것으로 사료된다. IUD 중단부인에 대한 경구피임약 보급에 관한 연구(중간보고: 방숙, 박도순, 손인배, 민병구, 최신의학 Vol.10, No.9, 1967)

어머니회(Mothers' class 1966)

또 한 가지 재미있었던 연구는 자궁내장치를 작용한 후 사용중단자가 많은데, 이것을 감소시키는 방법에 대한 연구였다.

하루는 보사부 직원과 경기도 이천 방면에 출장을 갔었다. 한 동리 아주머니가 말하기를 “나는 자궁내장치를 절대 빼지 않겠다”는 말을 하기에 그 이유를 물으니 자궁내장치를 뺀 후에 또 임신하여 인공유산하는 것보다는 낫다는 것이다.

이것은 평범한 농촌여성의 느낌이었지만 여기에서 중요한 힌트를 얻게 되었다. 본인이 미시간대학에서 공부할 때 Rosenstock교수와 Haefner 교수에게서 보건행태연구에 대한 강의(Health-behaviour Research Course)를 들었는데 어떤 예방방법의 효과를 교육할 때, 한 방법의 좋은 점만 강조하는 One-side Communication과 좋은 점과 나쁜 점을 다 같이 말해주고 수용자가 결정하게 하는 Two-side Communication이 좋으나 하는 논란에서 어느 정도의 경미한 공포와 경각심, 주의환기를 포함한 Two-side Communication이 장기적으로는 태도(Behavior)를 고치는데 효과가 있었다는 생각이 났다.

그래서 가족계획협회 홍보부장으로 있었던 강준상 선생과 의논하여 이러한 측면을 고려해서 가족계획교육자료를 개발하기로 하였다. 그 내용은 보건행정당국이나 가족계획 관련기관에서 자궁내장치가 부작용없이 절대적으로 좋다고만 하지 말고 어떤 효과가 있으며, 경우에 따라 약간의 부작용도 있다는 것을 시술전에 미리 설명하고(Two-side Communication) 따라서 시술후 약간의 불편이 있더라도 며칠을 기다리며, 부작용이 없어도 조처해야지, 견디지 않고 제거하면 또 임신하여 인공유산을 하는 고생과 부작용은 자궁내장치 삽입 후 부작용보다 더 심하다는(Fear Arousal) 내용을 포함한 교육자료를 만들었다.

이런 새로운 자료를 이용해서 그때 이미 조작되어 활동하고 있었던 가임여성들의 집회

(어머니회)에서 실험해보기로 하였다. 그 결과는 <표5>에서와 같이 Two-side Communication의 교육을 준 지역의 여성들에게서 자궁내장치 제거율이 낮았다.

<표 5> 연구설계

구 분	IUD 수용률이 낮은 부락		IUD 수용률이 높은 부락	
	부락수	가임부인수	부락수	가임여성수
실험지역	15	1,853	12	939
A	7	529	6	460
B	8	1,324	6	479
대조지역				
C	18	1,993	13	953
총 계	33	3,816	25	1,892

A: 특별교육자료를 사용한 어머니회

B: 일반교육자료를 사용한 어머니회

C: 어머니회가 없는 곳

낮고 높은 부락: IUD수용률이 1966. 7. 31 기준에 그 면의 평균 IUD 수용률보다 낮거나 높은 부락

<표 6> 연구기간 중 IUD 중단율

	A	B	C
IUD 수용부인수	166	215	273
평균 보유개월수	5.8	5.0	5.0
IUD 삽입 후 개월수	총 중단율		
3	15.1	24.2	19.8
6	21.7	32.5	30.2
9	32.3	37.5	41.3

이 결과를 알게된 인구협회(Population Council)에 근무하고 있던 Hartman(보건교육전문가)씨가 “어머니회”를 통해서 계속 이런 방법의 보건교육을 해 나가자고 제의하였고 이것이 동기가 되어 가족계획협회에서 어머니회를 전국적으로 조직하게 되었다.

(참조: Yonsei Medical J. Vol.14, 1973)

이상 가족계획의 맺는말

최근 대한예방의학회 소식지(1999년 8월)에서 양재모(연세대 명예교수, 전 대한예방의학회 회장) 선생은 “지난 반세기 동안 우리(예방의학도)들은 무엇을 했나” 중에서 「가족계획: 나와 윤석우, 신한수, 김학묵들의 주동으로 1961년초에 창설된 가족계획협회는 정부의 정책지원과 외원에 힘입어 순조롭게 활동(요원훈련과 시범사업)을 전국적으로 전개할 수 있

었고, 미국인구협회가 연세대(1962년부터)와 서울대(1964년부터) 연구비 지원을 대대적으로 하기 시작한 것은 예방의학교실의 인력강화와사기진작에 크게 도움이 되었고, 그 연구결과 얻어진 시책들은 곧바로 가협과 정부가 협동으로 하는 전국적인 사업에 채택되어서 우리나라 사업이 세계에서 가장 성공적인 것으로 평가받게 되니까 외원기관에서는 더 많은 지원을 받게 되는 동시에 여기서 경험을 쌓은 전문인력이 대거 국제기관으로 차출되었다.

재주는 곰이 부리고 돈은 되놈이 벌더란 말처럼, 우리 교실에서는 연구비 얻어내는 일은 주로 방숙교수의 머리와 재간으로 이루어진 것인데, 그 덕으로 나는 국제가족연맹이사장, 인도에 파견되는 유엔사절단, 가협이사장과 회장, 존스홉킨스 초빙교수 등의 영예를 독차지하게 되었다.」라고 회고하고 있다. 돈 받은 되놈에게, 특히 그의 지도력에, 감사한다.

C. 保健醫療 開發期;지역보건사업과 다목적 보건요원의 대두시대: 1970 ~ 1979

a. 보건의료개발기

이 기간중의 중요한 일들을 나열하면 다음과 같다.

- 地域社會醫學 개념 도입(1970): 의과대학 교육과정(1971)
- 地域保健事業/마을 건강원/보건진료원 등
이화대학(남양주군 수동면, 1972), 연세대학(강화군, 1974 ~ 1979), 서울대학(춘성군, 1972)
- KHDI 시범사업(홍천군, 옥구군, 군의군, 1976)
- 보건소 업무 중 위생업무와 환경업무의 사회과 이관(1976. 1. 1)
- 보건소법 시행령('76): 보건소의 설치기준 마련(시·군·구)
- 의료보호사업(1977)
- 보건소/지소 다목적 보건요원, 예컨대 보건요원통합훈련(가족계획연구원, 1970), 다목적 보건요원의 근무시간 활동에 대한 조사 연구(김진순, 1978), 가족계획사업과 농촌지도사업의 협력방안(대한가족계획협회, 1977), 다목적요원 활동지침의 개발 연구(이성관, 1979).

위와 같이 한국에서는 지역보건사업이 대학들이 주동이 되어 시범사업이 실시되고 보사부는 가족계획과 모자보건에 보건요원을 통합보건요원으로 활용하는 노력을 하고 있는 동안, 나는 1970~1979년에 ESCAP에서 근무하다가 1979년 5월에 농촌에 처음 설립된다는 순천향의대(이사장 서석조 교수)의 예방의학교실 주임교수로 귀국하였다. 다음은 ESCAP에서의 경험을 회고하여 본다.

b. ESCAP에서의 가족계획사업 효율적 방안을 위해 근무한 경험(1970~1979)

본인이 UN/ESCAP(아세아 및 태평양지구 경제사회이사회)으로 파견된 동기: 미 인구협회에서는 연세의대의 고양군사업(Project)에 대해 관심을 보이고 실시지역을 군(郡)에서도(道)로 확대해보자는 의견이 있어서, 이를 위한 연구계획을 준비하게 되었다. 이동안 나는 미국에 미처리(未處理)된 학위논문의 매듭을 짓기 위해 미국 미시간대학에 가서 6개월만에 논문심사를 끝마치고 1968년 5월에 귀국하였다.

가족계획의 연구시범사업을 고양군에서 경기도 일원에 걸쳐 실시할 계획으로 경기도와 협의하고 있을 때였다.

양교수가 어느 날 나에게 방콕의 ESCAP에 가서 1년간 일하다 오면 어떻겠느냐고 문의하였다. 양재모 교수가 ESCAP의 Mr. Chandrasekaran으로부터 UN/ESCAP에 신설된 Population Division(인구국)에 Fertility & Family Planning Section(가족계획과)이 설치되는데 그 책임자로 오라는 부탁을 받았다. 이 부탁을 받고 양재모 교수는 자신보다는 본인이 이러한 일에는 적격자로 생각하고 권하게 된 듯하다.

그래서 양교수가 그에게 나를 추천한다고 통고하였더니 ESCAP에서 Chief of Population Division인 Dr. Frisen이 직접 초청편지를 나에게 보내주어 1970년 7월 4일에 방콕으로 떠나서 ESCAP의 Chief of Fertility & Family Planning Section으로 일하게 되었다.

ESCAP에서 1970~1979년까지 가족계획에 관한 1) 행정적(Administration) 측면 2) 요원훈련(Training) 측면 3) 홍보교육(Communication) 측면, 그리고 4) 효과평가(Evaluation) 측면 등 4분야에서 ESCAP 회원국 40여개국을 대상으로 1) 전문가회의(seminar), 2) 훈련교육 실시(Training), 3) 보고서 작성 배부(Report) 등 활동을 하였다.

이 기간 중 인도, 파키스탄, 미국, 일본, 그리고 한국에서 온 ESCAP 직원들과 ESCAP의 40여개 회원국에서 오는 정치, 경제, 사회, 보건관계 전문가들과 접촉하여 많은 견문을 쌓을 기회가 되었다. 그 중에서 일본에서 온 Dr. Hiro Ando(현재 UNFPA 차장)과 Dr. Kim(김광웅 교수, 현재 중앙인사위원회 위원장)과 같이 가족계획의 행정적 측면을 연구하는 중 인상에 남고 참고가 되는 "통합"문제를 다음에 소개한다.

통합문제: Integration(FP and MCH etc) issues, 1975

특기할 것은 ESCAP에서는 통합(Integration)의 정의와 그 통합사업의 종류와 실시방법 그리고 그 결과의 평가 등에 관한 각계 전문가들의 의견과 연구방법을 논의한 바 있었다. 그 이유는 많은 ESCAP 회원국들이 가족계획은 모자보건이나 기타 지역사회개발사업과 통합실천 되어야 한다는 찬반 논의가 많았기 때문이다.

가족계획과 기타 사회개발분야의 통합에 대하여 본인이 관심을 갖게 된 이유는 가족계획사업의 행정조직적 요인에 관하여 관심이 있을 당시의 한 에피소드와 관련이 있다.

한 번은 방글라데쉬(Bangladesh)의 가족계획책임자 Dr. Chaudry를 만났더니 걱정하며, 큰일났다는 것이다. 그 이유는 이제까지 독립 운영되던 가족계획사업이 보건국에 새롭게 통합되었다는 것이다.

그 나라의 가족계획사업을 보건국에 통합하던지 독립하던지 관심사는 아니었다. 그러나 Dr. Chaudry의 걱정은 개편 이후 가족계획수용도가 현저히 떨어지고 있어 걱정이라고 했다. 그 이유인즉 지금까지는 가족계획요원이 일선에서 가족계획사업에 전념하였는데 50불 정도였던 월급은 인상하지 않고, 보건국의 업무에 속하는 다른 일들, 예컨대 예방접종, 옴(Scabies)치료제보급, 말라리아 약제보급, 보충식 교육사업 등 12가지 업무를 피임약 보급, 가족계획 계몽 등의 활동과 같이 책임지도록 하고 명칭도 가정복지요원(Family Welfare Worker)으로 고쳤다는 것이다. 일선 보건요원 한 사람이 그 많은 일을 다해낼 수 있겠는지 의문도 있으나 업무시간 활동연구(Time-motion Study)를 실시해 본 결과 우두접종 1건 당 5분, 옴(Scabies)이나 말라리아 약을 배부하고 설명하는데 1인당 10분 등으로 12가지 업무 전체를 1개월 중에 끝낼 수 있고, 소정의 휴가까지 가질 수 있다는 것이다. 또 이것이 바로 세계보건기구(WHO)가 권장한 가족계획과 보건사업과의 통합을 실현하는 방법이라고 그들은 생각하고 있었다.

그 뒤 아시아지역 국가에서의 가족계획사업의 행정조직상의 결정요인(Organizational Determinants)의 연구에 참여하고 있던 Ness 교수(미시간대학)와 방글라데쉬에서와 같은 '통합'에 관한 의견을 나눌 기회가 있었다.

가족계획사업을 다른 사업과 통합하면(표 7 참조) 모든 것이 잘 되는 것으로 여러 나라의 보건행정가 또는 관련 전문가들이 생각하고 있었다. 예를들어 세계보건기구(WHO)는 가족계획을 모자보건과 또 국제노동기구(ILO)는 노동관계사업과 세계식량농업기구(FAO)는 농촌생활개선사업과 각각 통합하는 것이 좋다고 주장했지만 과연 통합효과가 좋다는 근거는 뚜렷하지 않았다. 따라서 통합사업의 평가에 관한 세미나를 개최할 필요가 있다고

생각했다. 이에 관한 전문가 세미나를 준비하기 위해서는 1) 통합의 정의 2) 각국의 통합 사업의 예 3) 통합결과가 가족계획 수용도를 높이는지 등을 알아볼 필요가 있었다.

<표 7> 통합(統合, Integration)의 수준(Level)과 연결망(Network): 가족계획과 모자보건
 가족계획(家族計劃)과 모자보건(母子保健)과의 통합예(統合例)

통합의 수준	통합의 연결망				
	보건·의료	교육	산업	시장	홍보·통신
역할(Role)	FP을 위해 훈련되고 지원하는 산부인과 의사와 조사원	FP을 위해 훈련되고 지원하는 초등학교부터 대학까지의 교원	FP을 위해 훈련되고 지원하는 산업장, 간호사, 농촌지도소 직원들	FP을 위해 훈련되고 지원하는 상인, 판촉요원	FP을 위해 훈련되고 지원하는 편집인, 방송인, 기자들
정부기관(Agency)	보건·사회(복지)부에 가족계획·모자보건과	학교에 가족계획요원	산업장, 공장, 농협, 축협 등에 FP요원과 진료소	공공/민간 상점, 시장에 FP기금 기구, 약품 판매장소	공공/민간의 방송, 신문과의 계속적 접촉·보도
공공/민간부문(Sector)	FP기술을 위한 민간 의사, 피임약·기구 판매약국	공공 / 사립 학교에 가족계획 교과과정	민간공장, 농장, 광산, 생산관계협회	약국등에 피임약, 기구 등의 판매	공공/사립 방송국에 FP를 위한 '프로' 제작, 시간획득, 공동활동 등
국가기획수준(Nat'l Development Planning)	인구 및 보건계획	인구교육과 인력계획	부문(Sector)별 수급 및 공급에서의 인구	시장(market)과 배분(distribution) 대상인구	홍보·통신에서의 대상인구

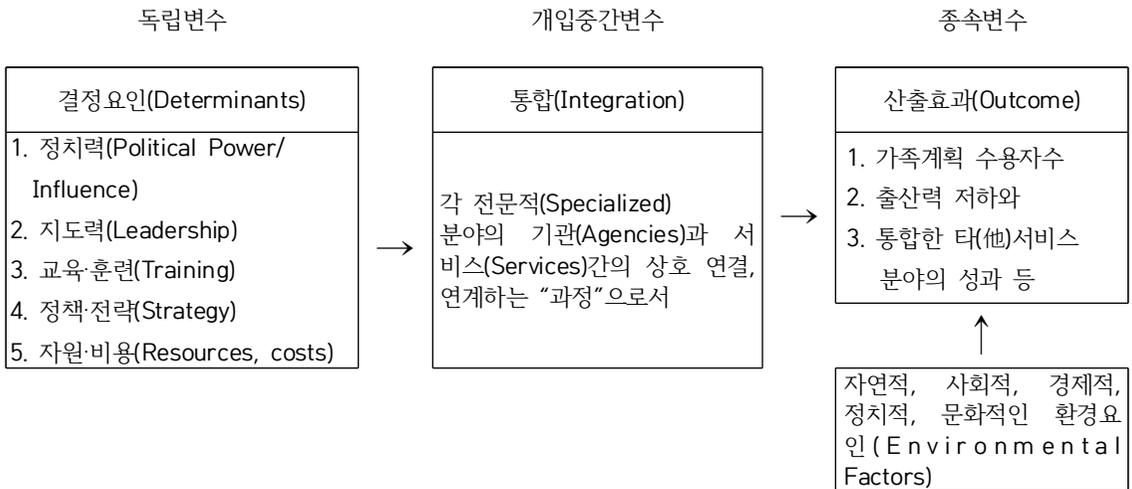
FP(Family Planning, 가족계획)

MCH(Maternal and Child Health, 모자보건)

Ness 교수는 이것은 비단 보건분야에서 뿐 아니라 정치학에서도 중요한 과제라고 말하고, 미시간대학에서 통합 및 통합의 성공에 대한 정의, 이를 평가하는 기준 및 이를 측정하는 방법에 관해서 특히 초점을 두고 문헌조사를 하기로 했다. 그는 그 다음해(1976년)에 통합의 평가에 대한 논문을 작성해 가지고 왔다. 그 내용에 따르면 통합의 정의는 여러 학문과 또 분야에 따라 차이가 있지만 “어느 합의된 사업목표 달성을 위하여 필요한 각각 전문기능이나 업무를 서로 연결하는 것”이라고 정의했고 통합사업의 생산성(Outcome)은 연결(Linkage), 과정(Process)이 잘되어 있는가의 여부에 달려 있다고 했다.

통합의 평가(Evaluation Scheme)로서 1) 보건요원과 주민간의 접촉회수와 그 수준 2) 의사소통 정도 3) 지원 및 협조 정도 등의 업무간 상호 연관(Interactive Likage) 변수들이 중간변수(Interactive Variable)로 역할을 하는 것으로 보았다. 또 이들에게 영향을 주는 1) 정치적 영향 및 능력, 2) 목표, 조직, 당국(Authority), 3) 지도력, 4) 요원훈련, 5) 조직의 전략, 그리고 6) 자원 또는 비용 등이 독립변수로 역할한다는 ‘모델’을 제시하였다.(그림 1참조)

〈그림 1〉 통합의 평가모델(Evaluation Model of Integration)



즉 통합은 어느 목표를 달성하기 위하여 이에 필요한 기능들을 연결시키는 것이라고 정의하였다. 이 연결에는 조직구조(Structure), 책임부서(Authority), 자원(Resources)의 동원이 필요하며, 그 여하에 따라 통합의 정도에 차이가 생기며, 그 차이에 따라 통합결과로 얻어지는 수익에도 차이가 있다는 가정을 증명하고자 했다.

즉 “통합”이란 것은 필요에 의하여 정책적으로 주장되는 것이며, 필요성이 인정되었다 해도 통합과정에서 필요한 자원이 조달되지 않는 한 무의미한 것이고, 조달되었다 해도 각 자원이 가진 기능의 효율적 연결이 없이는 소기의 통합을 통한 이익을 기대하기는 어렵다.

그러나 예컨대 가족계획요원과 모자보건요원이 서로의 기능을 통합 연결시킴으로써 주민에게 통합된 서비스를 주도록 역할통합(Role Integration)하는 것이 좋은지 아니면 각 요원이 각각의 단일서비스를 주민의 필요에 따라 주는 것이 더 좋은지를 비교한 연구가 없다.

그래서 본인이 1975년 WHO/IDRC가 주최한 회의에서 강조한 것은 “통합”이 단지 상징적(symbolic)인 구호로 그쳐서는 안되고, 통합을 주장할 때에는 다음과 같이 통합의 효과를 제시할 수 있는 “통합”자체의 평가가 필요함을 강조하였다(Integrated Approaches for Development Programs: Dangers and Prospects(Report of an Interdisciplinary, April 1975, IDRC-051e) by Sook Bang, UN/ESCAP, Bangkok).

많은 “통합사업”(표 7 참조)이 있지만 통합관계 부처간의 “협조”나 “연계”의 질이나 양

은 상당한 차이가 있다. 통합사업의 효율을 평가하기 위하여는 ① 통합의 양(Amount of Integration) ② 통합사업을 위한 서비스의 성과(outcome) ③ 주어진 사회여건 하에서(인위적이 아닌)의 평가가 있어야 한다. 그래서 어떠한 통합사업이든 다음과 같은 8가지 질문을 가져야 한다.

- 1) 그 통합사업이 지향하는 큰 목적(다목적)은 무엇이며 그 사업 내의 각각의 “전문”분야의 목적은 무엇인가?
 - 2) 그 사업에 관계하는 기관은 몇 개가 되며 각자의 inputs(사업)내용은 무엇인가?
 - 3) 각 기관간의 협조 또는 정보교환의 내용은 무엇인가?
 - 4) 그 통합사업에 참여할 수 있는 인적 자원의 성격은?
 - 5) 그 사업의 투자의 규모나 크기와 array of inputs(사업의 내용들)은 무엇인가?
 - 6) 그 사업의 평가는 어떠한 것이 있었나?
 - 7) 그 사업의 성과는 무엇이었나?
 - 8) 그 사업에 의해 누가 제일 많은 덕(이익)을 받았는가?
- 등을 물어서 검토하여야 한다.

그래서 본인은 ESCAP을 퇴임하고 1979년 5월에 귀국하여 순천향의대(학장 서석조 교수) 예방의학교실에 근무하면서 ‘통합’에 관한 연구를 시도하였다. (후기)

D. 보건의료의 사회화 지향과 지역보건/의료 연계의 모색시대(1980 ~ 1989)

a. 보건의료의 사회화 지향

- 1982년 말까지 정부는 218개 보건소, 1321개 보건소와 44개 도(31), 시(11), 군(2)립병원을 확충하고 1989년에는 의료보험을 전국민에게 적용하는 등 보건의료의 사회화가 진행되었다.
- 또한 대학에서는 보건·의료전달체계에 관한 연구가 활발해진다. 고려대학(1983), 순천향대학(1984), 한림대학(1985) 등, 그 외에도
- 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법('80, 공중보건의, 보건진료원 배치)
- 대한 가정의학의 발족, 가정의 제도 도입(1980. 1)
- 가족계획요원 등 임시직에서 정규직공무원으로 양성화(1981. 7)

- 1981년 12월에 정부는 인구증가억제 종합대책을 발표, 49개 시책 중 16개 시책은 보사부 소관(예: 불임시술 영세민에게 생활보조비 지불, 의료보험 분만급여는 2자녀까지 등)
- 취약지구에 보건소의 병원화사업 추진: 15개 보건의료원 설립, 1988, 1989
- IBRD 차관으로 89개군 보건소에 모자보건센터 건립(1981~1983), 11개의 민간병원에 모자보건종합센터 건립(1985~1986)
- 모자보건법 개정(1986)
- 보건소 등 공공보건기관 시설·장비 보완(1989)
- 출생률 감소와 더불어 인구대책목표 수정(1987), 1989년부터 정부 피임보급물량이 축소하기 시작한다.

이 기간 동안 나는 ESCAP에서 돌아와 순천향의대생에서 예방의학/지역사회학을 강의 하면서 다음과 같이 서산군에서 FP/MCH 통합연구(1982-1984)를 하고, 이어서 순천향의료재단(이사장 서석조 교수)이 음성군에 독일차관(GTZ)으로 병원을 설립한다고 하여 음성군 보건사업(1984-1988)을 시도하게 된다.

b. 서산군 모자보건/가족계획 통합(조산원) 시범사업, 순천향의대/WHO, 1982~1984

서산군 가족계획과 모자보건 통합사업연구는 1981~1984년 동안 세계보건기구(WHO)의 지원을 받아 순천향대학은 서산군보건소와 공동으로 가족계획과 모자보건을 통합시키기 위한 연구사업이었으며, 통합에 있어서 모자보건사업이 실질적 기능을 발휘하지 못하는 가장 주요한 이유는 서비스 전달체제의 기능과 조직적인 측면에 기인한다고 보았다. 보건지소의 모자보건요원이 주민들에게 서비스를 전달할만한 자격이 대부분 미비하고 요원들의 업무간의 합의가 이루어지지 않아서 통합된 보건사업을 수행할 수 없다.

따라서 서산사업에서는 조산원을 모자보건관리능력을 소유한 인력으로 보아 조산원을 보건지소에 투입하여 다른 보건요원과 협력하여 1) 원치않는 임신의 예방을 위해 가족계획사업을 추진하고, 2) 원하는 임신에 대하여는 산전관리에 철저를 기하고 3) 위생적인 분만을 도와주고 4) 생후 1세까지 영아관리를 가족단위로 제공하면 가족계획과 모자보건 통합의 다음과 같은 이익을 얻을 수 있다고 보았다.

가) 가족계획 및 모자보건서비스를 위한 현지요원과 주민간의 접촉 증가, 나) 효과적인 피임방법의 실천율 증가, 다) 의료인에 의한 산전관리율 증가, 라) 의료인에 의한 분만

조율 증가, 마) 영아 및 모상사망률의 감소

위와 같은 가정하에 1982년 7월부터 1984년 7월까지 서비스 개입사업을 서산군 해미면, 운산면 2개 면, 인구 30,000명을 대상으로 실시하였고, 인지면, 팔봉면, 지곡면 등 3개면을 대조지역으로 했다.

1) 추가된 개입사업의 내용(기능적 통합)

보건지소에 조산원을 투입한 실험지역 I, II에서 가족계획 요소와 모자보건 활동요소를 서로 연결시키고자 한 본 개입사업은 현행 정부의 서비스에 <표 8>과 같은 내용의 서비스를 추가 제공하는 것이었다(표 8 참조).

<표 8> 개입사업의 서비스 추가내용

	가족계획과 모자보건에 대한 현행 서비스 내용	조산원 투입에 의한 개입사업의 서비스 추가내용
1. 보건요원간의 기능적 통합	보건요원 3명이 각각 가족계획, 모자보건, 결핵업무를 담당하나 상호간 기능적 통합이 원활치 못함	보건요원들이 다목적요원으로 기능할 수 있도록 조산원이 개입
2. 보건요원업무의 감독	내무행정적 성격이 많음	지휘·감독권의 일부를 조산원이 갖게 하여 보건요원들의 업무성격을 보건의료적으로 전환시킴
3. 위험집단관리	보건요원이 위험산모를 산부인과 의사에게 곧 바로 의뢰하여 선별이 이루어지지 않음	위험요인이 크지 않은 산모의 산전과 산후관리는 조산원이 담당하고, 위험요인이 큰 산모에 대해서는 조산원이 산부인과 의사에게 의뢰함
4. 보건교육	보건요원에 의한 집단보건교육이 있긴 하지만 드물다	조산원과 보건요원에 대한 집단보건교육의 기회를 보다 많이 가짐
5. 임신 및 위험산모 사례발견	보건요원의 가정방문에 의함	조산원과 보건요원의 가정방문에 의함
6. 가족계획업무	피임기구는 보건요원들이 직접 제공하고 자궁내장치기술과 인공유산기술의 경우는 산부인과 의사에게 의뢰	피임기구 제공은 보건요원이, 자궁내장치 기술은 조산원이, 인공유산 기술의 경우는 조산원이 산부인과 의사에게 의뢰

2) 개입사업의 평가

본 연구의 주목적은 전술한 바와 같이

가) 조산원을 투입한 통합사업을 실시한 전후의 가족계획과 모자보건 수용율이 종전의 정부사업보다 그 효과가 더 있는지?

나) 통합사업에서 기대하였던 통합과정이 실제 어느 정도로 이루어졌는지?

다) 그리고 수용율과 통합과정의 양 효과는 어떠한 관계가 있는지를 분석함에 있었다. 그래서 다음과 같은 평가틀을 설정하였다(표 9 참조).

〈표 9〉 ‘투입-과정-산출’ 관계의 평가틀(분석틀)

구조변수	개입변수	종속변수
사업지역주민의 특성 1) 사회경제적 배경 2) 상이한 프로그램 배경 - 인력, 시설 - 훈련, 교육 - 서비스 등	1) 조직요인: 요원들과 주민들의 접촉 빈도 2) 연결접근요인: 요원들의 주민에 대한 서비스 제공빈도	1) 서비스 이용수준 수혜자수 2) 파급효과 - 인지정도 - 행동의 변화 3) 영향 - 인공유산 저하 - 출산간격 증대 - 상병률 저하 - 사망률 저하

이 실험적 연구의 결과는 “가족계획과 모자보건 통합을 위한 조산원의 투입효과 분석(서산지역의 개입연구 평가보고)”에 보고되었다. 그 중 통합문제와 관련된 1) 개입사용의 내용 2) 평가전략, 3) 그 평가결과 중에서 (1) 종합적인 가족계획 및 모자보건지표의 변화와 (2) 행정조직적 요인에 대한 인류학적 참여 관찰 결과와 (3) 통합정도와 결과간의 관계, 그리고 (4) 이 연구를 통한 정책적 제언을 요약하면 다음과 같다.

3) 평가결과

(1) 조사원 투입전후의 가족계획 및 모자보건지표의 변화는 <표 10>에 제시하였다.

<표 10> 서산군 가족계획과 모자보건통합사업 결과 요약표(조산원 투입효과), 1982-1984

	실험지역				대조지역	
	I (해미)		II (운산)		1981	1984
	1981	1984	1981	1984		
인구수	15,358		14,448		17,775	
부인의 보건지소 방문이유						
표본부인수	N=252	N=397	N=183	N=293	N=395	N=335
FP/MCH 복합적 이유(%)	23.3	51.4	12.6	39.0	17.4	23.0
1. 가족계획						
피임방법사용 표본부인수	N=680	N=632	N=602	N=656	N=1,202	N=1,070
현재사용중	59.1	72.8	68.5	75.6	58.7	73.6
과거에 사용함	13.3	9.0	12.3	9.0	13.3	6.7
사용하지 않음	27.6	18.2	29.1	16.0	28.0	19.8
2. 모자보건	실험지역				대조지역	
	1981		1984		1981	1984
	N=535		N=299		N=460	N=277
산전관리율 표본부인수	42.1		78.3		38.1	63.8
0	57.9		21.7		63.9	36.2
1회	16.4		13.4		19.8	21.4
2~4회	18.8		31.8		15.7	28.6
5회 이상	6.9		33.1		2.6	13.8
분만개조인						
의사	25.0		27.1		14.1	25.4
조산원 또는 간호사	1.1		18.1		1.1	2.9
비의료인	73.8		54.8		84.8	71.7
산후관리율						
받은 시기별(받은 부인 중)	37.0		68.2		20.4	32.9
산후 1주 이내	(94.3)		(83.4)		(95.1)	(98.6)
산후 1주 이상 후에	(5.7)		(16.6)		(4.9)	(1.4)
	사업전 (1976~1981.7)		사업후 (1981.8~1984.7)		사업전 (1976~1981.7)	사업후 (1981.8~1984.7)
영아사망률(출생 1,000건당)	40.7		25.6		34.7	30.0

(2) 행정조직적 요인에 대한 인류학적 참여관찰

전술한 바와 같이 조산원을 보건지소에 투입한 것은 조산원만이 가족계획 및 모자보건 의 양 사업의 기능을 통합할 수 있다는 의미가 아니라 조산원의 기능이 보건지소의 보건 요원들의 업무와 유기적으로 연결·보완됨으로써 통합의 목적을 달성할 수 있다고 기대한 것이다.

본 절에서는 조산원이 보건지소에 투입된 후에 나타난 각 요원들과의 관계가 보건지소 내의 업무통합연결에 영향을 주는 제 행정조직적 요인 예컨대, 1) 업무목적의 합의 2) 업무책임의 계통, 3) 지휘권의 경로 4) 조직내의 권위소재 등과 같은 문제들에 의해 영향받고 있음을 보임으로써 서비스 통합에 관계되는 행정조직적 통합의 중요성을 보이하고자 하였다. 그 목적으로 본 보고자료는 사업시작후 약 1년 후인 1983년 10월 8일부터 10월 21일까지의 짧은 기간 동안 본 시범사업과는 직접 관련이 없는 인류학 전공자(김은실 연구원, 현재 이화여대 여성학 교수)에 의해 실험지역 2개의 보건지소와 대조지역인 2개의 보건지소에 관해 인류학적 현지조사를 함으로써 수집되었다. 그 결과 다음과 같은 문제점을 관찰하였다.

가) 목적합의의 어려움

가족계획과 모자보건사업의 목표가 동일하다는 사업수행팀과 기존 보건지소 요원 사이에 사업의 취지나 목표에 관한 일반적 합의가 이루어지지 않았다. 물론 협약이나 행정문서로는 잠정적으로 이루어졌으나, 각 요원들이 수행하는 가족계획과 모자보건의 각각의 대상과 목표를 지닌 별개의 프로그램으로 진행되는 실질적인 차원에서는 목적합의가 이루어지기 힘들다는 것이다.

나) 지휘·감독체계의 문제

보건지소가 통합사업을 수행하는 단일조직체로서 기능하기보다는 각 업무가 개별적으로 상부기관과 연결된 채 움직이고 있었다. 따라서 보건지소는 기능이나 지식수준에 따른 업무의 분담 및 지원·보조체계 등이 유기적으로 연결되어 있지 못해 각 인력들의 업무수행을 총괄하여 책임지는 하나의 조직단위가 되고 있지 못했다. 따라서 FP/MCH의 보건기술전달을 위해 조산원이 새롭게 투입되었을 때 기존체제 속에서 어떤 위치를 가져야 하는지, 그리고 그 위치에 따른 책임과 권한이 무엇인가가 제시될 수 없었다.

다) 권위의 무제

요원들과 조산원, 그리고 지소장의 사무를 유기적 관련 속에 묶어줄 수 있는 기능상의

통합체계가 정착하지 못하고, 각 요원들이 속한 상위부문이 다름으로써 보건지소내의 권위의 소재가 부재했다. 따라서 기능상의 우위나 감독적 성격을 지닌 업무에 대해서는 민감한 감정적 반응이 표출되어 업무상의 지장을 야기시켰다.

위와 같이 제 행정조직적 문제로부터 야기된 갈등에 대해서 본 사업에서는 내무와 보건 양 행정의 책임자인 지방관서장의 권한으로 해결될 수 있다고 사료되어 위의 인류학적 참여에서 관찰된 내용을 일차적으로 군수에게 보고한 결과, 제2년째부터는 요원간의 의사소통과 협력이 약간 개선되었다.

그러나 이제까지 정부(특히 보사부와 내무부)의 목표량 지시와 그 달성이라는 종적인 방향에서만 움직여왔던 양 사업(가족계획과 모자보건사업)을 질적으로 통합하기 위한 조직내의 구조적이고 기능적인 통합에 관한 근본문제들을 숙제로 남긴 채 연구사업이 끝났다.

(3) 통합과정 정도와 개입사업 결과간의 관계: 통합과정변수에 대한 위에서의 분석결과를 종합해 보면

가) 통합연계변수인 접촉의 정도와 질, 나) 이에 영향을 주는 행정조직적 요인에는 실험지역 I, II 및 대조지역의 보건지소간에 차이가 있음을 알 수 있다. 즉 통합과정의 정도가 제일 나은 곳이 실험지역 I(해미면), 다음이 실험지역 II(운산면), 끝으로 대조지역의 보건지소 순으로 추정할 수 있었다.

이러한 통합정도는 <표 11>에서와 같이 가) 주민의 보건지소 이용률과 관계가 있고, 이는 또 나) 산전관리율, 효과적 피임방법의 실천율과 관계가 있음을 시사하고 있다. 그러나 이러한 상관관계의 규명을 위해서는 앞으로 표본수(보건지소의 수)를 늘려 '다변수 분석'이 필요하다고 하겠다.

<표 11> 통합정도와 결과간의 관계

인구지역	추정통합 정도	복합적 목적을 위한 보건지소 방문율	효과적인 피임방법의 실천율	의료요원에 의한 산전관리율
실험지역 I	상	51.4	31.3	70.9
II	중	39.0	23.5	58.5
대조지역	하	23.0	23.1	47.5

소결: 위의 통합과정 변수체제에 대한 분석을 통하여 얻어진 교훈은 통합연계의 정도(접촉도)는 통합서비스의 이용율과 관계가 있고 이러한 통합연계(접촉)에 영향을 주는 행정조직요인의 유무에 따라 차이가 있다는 점을 고려할 때, 보건지소에 새로운 기술인력(조산원)을 투입하면 이에 따른 모자보건의 이용율은 증가되지만 가족계획과 모자보건의 통합을 위한 요원간의 역할통합은 한국 인구정책 특히 가족계획의 고질적인 행정조직의 여건이 그 통합에는 제 장애요인으로 작용할 수 있다고 사료되며, 만약 가족계획사업이 성공하게 된 행정적, 조직적 지원의 요소가 똑같이 또는 그 이상 모자보건사업에도 있어야만 통합정책의 성과를 기대할 수 있으며, 그것이 없는 경우에는 단지 구호(symbolic)에 지나지 않는 통합정책이 되고, 실질적이며 효율적인 통합은 기대하기 어렵다고 하겠다.

(4) 정책적 제언: 이상의 평가결과는 가족계획과 모자보건사업의 '통합' 여부를 정책적으로 결정함에 있어 우선 그 통합의 '목적'이 어디에 있으며 통합사업으로 누가, 어떤 이익을 얻느냐를 결정하는 것이 중요함을 시사하고 있다. 즉 한국에서는 통합의 목적이 단지 가족계획의 수용율을 증가시키기 위해서라면 가족계획사업에다 조산원 인력을 추가로 투입하는 것은 그 뜻이 없다고 본다.

그러나 앞으로 가족계획서비스의 질, 예컨대 효율적 방법의 권장, 계속사용율의 증가를 기하고, 또 소자녀의 가치관과 더불어 늘어나는 주민들의 모자보건서비스의 요구에 호응하기 위한 모자보건사업을 하려고 할 때, 그 요구를 충족시킬 수 있는 요원 즉, '조산원'과 같은 훈련된 인력을 일차의료기관에 배치하여 통합사업을 추진하여야 할 필요성이 있다고 본다.

만약 이와같이 정부가 가족계획사업에 모자보건사업을 통합하려 한다면 '통합'은 완성된 결과가 아니고 '공동목표'를 향한 '연결과정'이니만큼 과거 25년간 인구억제를 목적으로 가족계획사업에 '투자(약 700억)한 것과 같이 인구자질 향상을 위한 모자보건사업에도 적어도 같은 수준의 '투자' 없이는 양 사업의 통합이 어려울 것으로 전망된다.

그런 뜻에서 정부가 1984년 이래 모자보건센터를 90개 군에 건립한 것은 좋은 시작으로 보이며, 앞으로 문제는 통합에 대한 '可·不可論'보다는 주어진 인력과 자원을 어떻게 행정적, 조직적으로 연결 통합하여 나가느냐 하는 과제가 남아있다. 즉 그 나름대로 각각의 사회가치가 있는 가족계획과 모자보건을 연결 통합하여 더 상위(上位)의 공동목표(예: 인구자질 향상)를 달성하기 위해서는 '통합과정'에서 생기는 양측 각각이 가지고 있는 문제의 발견, 해결방안의 개발 및 지속적인 평가를 통해 '통합'에 관한 올바른 이해를 해 나감에 필요하다 하겠다.

이러한 견지에서 앞으로 '인구억제정책'이라는 기왕의 부정적 인구정책개념이 '인구자질의 향상정책'이라는 긍정적 인구정책 개념으로 전환됨으로써 가족계획과 모자보건서비스 통합목적의 합의기반이 되어 일차보건의료 수준에서 통합된 가족계획사업을 시행하고, 또 이를 평가하는데 본 연구의 경험과 자료가 활용되기를 기대하는 바이다. (이러한 신념으로 그 후 1996년 6월에 박정한 교수가 수고하여 발족한 모자보건학회에서 그 발전방향에 관해 논술하였다).

c. 음성군 지역보건사업(보건지소/음성지역병원연계), 순천향의대, GTZ, 1984 ~ 1988

1983년 5월경 Dr. D. Sich(연세의대 - 강화지역 보건사업의 모자보건고문)이 독일에서 내한하여 음성병원을 독일 GTZ 차관으로 건립하는데 주민 중심의 병원이 되도록 '일차보건의료'와 병원기능을 효율적으로 연결하는 연구를 권하여 연구계획서를 GTZ에 제출 승인을 받았다. 그래서 우선 음성군에서 지역의료 Model 개발을 위한 지역보건사업을 시작하기 전에 우선 그동안 우리나라에서 있었던 시범적 지역보건사업에 경험이 있는 전문가들의 의견을 들었다.

지역보건사업의 논의를 위한 문제제기

해방 이후 한국의 보건의료사업과 정책은 당장의 현실적 욕구들을 충족시켜 주어야 하는 급박성 때문에, 그 입장이 거의 항상 치료 혹은 제공자 중심이었다. 그러나 대학이나 연구기관에서는 지역사회에 기반한 보건사업들을 계속적으로 수행하는 데 노력하여 왔다. 이러한 노력과 그간의 사회발전의 반영으로 정부에서는 최근 공중보건의, 보건진료원, 더 나아가 마을건강원제도 등, 국민보건의 향상과 보건서비스의 보편적 적용을 위하여 노력하고 있다. 이러한 한국적 현실에서 시작하는 순천향대학의 음성지역 보건사업은 받는 주민층의 입장에 적합한 보건의료서비스 전달체계를 개발하고자 하는 것이다. 다시 말하면 수혜자의 현실적 입장에 기반하고, 거기서 발생하는 제반 어려움을 고려한 사회적·문화적으로 적합한 보건의료전달체계를 수립하려는 것이다. 그러나, 이것이 현실적으로 쉽지 않으리라 생각되어 기왕에 있었던 시범지역사업들의 경험을 토대로 지역보건사업 개념의 적용을 모색해 보려는 것이다.

이러한 문제가 논의되는 데 따르는 가장 기본적인 전제는 우리가 개발하려고 하는 모델의 현실적 실용의 문제 즉 정책적 함의(implication)의 문제라고 본다. 현재 정부에서는 모자보건센터, 보건지소, 보건진료소, 마을건강원 등, 안(案)으로서의 정책요소는 거의 다 제시한 것같고, 또 그것들은 2000년대까지의 보건정책 방향이 논의될 때 기본적인 구조로 제시되는 것들이라 생각한다. 따라서 여기서 논의될 시범사업이 지속적, 현실적 의미를 갖기 위해서는 더 이상의 부가적인 보건의료자원의 자발적 추가는 배제되어야 하고, 대신에 기존자원을 동원한 제도화, 혹은 활성화의 모색이 시도되어야 한다는 것이다.

그렇다면 논의는, 당연히 기존자원을 어떻게 re-orientation, 혹은 rearrangement하여 기능화시킬 수 있는가 하는 어느 정도의 제한적인 틀속에서 진행될 수밖에 없지 않을까 한다.

이런 맥락하에서 기존 시범지역사업 혹은 앞으로 계획되는 지역보건사업을 편의상 다섯 가지 측면으로 구분하여 보면 다음과 같은 문제들이 세미나의 문제들로서 제기될 수 있겠다.

첫째, 보건의료조직면: 예컨대,

정부의 현보건의료 조직과 면수준 조직간의 기능적인 연결은 어떤 기전을 통해 이루어져야 하는가, 그리고 현재 면보건조직의 이원화 문제점의 대책은 무엇인가?

둘째, 인력 및 사업내용면: 예컨대,

기존 시범사업의 역사적 경험에 비추어볼 때 주민의 요구에 기반하는 사업의 내용은 무엇이었는가?

일선 실무 보건의료 인력수준의 coaching을 위한 교육과정은 어떤 방식으로 만들 수 있겠는가? 이미 제시된 교육과정 및 자료의 범위는 어디까지이며, 자료원은 어디에 있는가? 이러한 coaching과 training program 시작을 위한 별도의 준비사항들은 어떤 것이 있는가?

셋째, 지역사회참여면: 예컨대

보건의료분야에서는 지역사회 참여를 어떻게 정의할 수 있는가? 어떤 형태의 참여가 가능한가?

보건의료행태 또는 의료전달체계에 대한 이해에 있어서 지역주민과 의료인간에는 어떤 gap이 존재하는가? 이 gap을 어떻게 좁힐 수 있는가?

넷째, 자원조달 노력면: 예컨대,

1차 보건의료기관의 업무(예방 및 치료) 수행에 필요한 비용이 산출된 적이 있는가? 그리고 업무별 표준화된 가격은 있는가?

1차 보건의료수준 이상의 서비스에 대해 지역사회가 만들 수 있는 risk sharing mechanism은 어떻게 개발될 수 있을까?

다섯째, 각 시범보건사업의 교훈(성공과 실패): 예컨대

지역사회 보건의료 시범사업 평가시 cost-benefit(비용/편익효과)에 대한 정의는 어떻게 내려져야 하는가?

이러한 기존 사업의 경험을 듣고, 궁극적으로 공적부문인 1차 보건의료 자원과 사적부문인 2차 음성병원과를 연결시키고자 하는 음성지역 보건사업을 위한 지혜를 배우려는 것이 본 세미나의 개최의도이다(음성지역 보건사업의 모델 개발세미나 보고서, 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소 1986. 4. 참조).

지역보건의료와 공중보건역사의 역할에 관한 연찬회, 1987

음성군에서 지역보건사업을 진행하는 동안 제일 마음아팠던 것은 "공중보건역사" 문제였다. 그래서 지역의료와 공중보건역사 (지역보건의료와 지역역사의 역할에 관한 연찬회 보고서, 순천향대학 인구 및 지역사회 의학연구소 1987. 10.)라는 제목하에 연찬회를 개최하였다. 거기서 내가 제기한 문제는 다음과 같다.

1980년도에 '농어촌 보건의료에 관한 특별조치법'이 마련되어 군복무 대신 근무할 공중보건역사가 농어촌 보건지소에 배치되게 된 것은, 그 '정책'의 합리성에 대한 '논의'를 보류하더라도, 우리나라 보건사상 매우 획기적인 정책이라 보아집니다.

이러한 공중보건역사의 보건지소 배치정책으로 인하여 무의촌이 해소되는 등 의료자원의 양적 증대가 이루어졌습니다. 다시 말해서 공중보건역사의 제도로써 지역의료의 필요조건은 웬만큼 충족되었다고 보아집니다.

이제는 이러한 공중보건역사의 제도를 활성화하고 정착시키기 위한 충분조건에 대한 논의가 필요한 시점이라 하겠습니다.

1. 공중보건역사에 대한 시각의 문제

공중보건역사는 사적 개업의와는 달리, 지역보건을 위한 공인(公人)이라는 인식이 문제의식의 출발점이 되었으면 합니다. 지금까지는 공중보건역사에 대한 논의의 출발점이 '군대복무중'이라는 강제성에 지나치게 집착한 나머지, 공중보건역사(Public Health Doctor)라는 본유의 개념을 간과한 듯 합니다.

그러므로, 공중보건역사에 대한 논의를 새롭게 시작하는 이즈음에서는 공중보건역사의 현실성에 시각을 고착시키기보다는 공중보건역사라는 개념이 갖는 의미를 되새길 필요가 있겠습니다.

공중보건역사가 단지 '영역 군의관'만을 뜻한다면 지역医료를 담당하는 지역 의사를 적절히 제시할 수 없을 것입니다. 즉, 국방부의 영역인력이라는 이미지보다는 '지역医료를 위한 귀중한 존재'로 인식되는 것이 중요합니다. 그리하여 이를테면, 국토방위에 육해공군의 군인력이 필요하듯이 국민의 건강을 지키는 '보건의료군단'의 개념이 공중보건역사에 포함되어야 하겠으며, 더 나아가서는 건강에 대한 기본권의 이러한 개념이 헌법에 명시되어야 공중보건역사의 논의에 대한 인식의 합리를 이룰 수 있을 것입니다.

2. 논의의 전개 방향

이제 우리는 공중보건직의 직무교육의 개선을 위한 방향을 다음 4가지로 정리하고자 합니다.

- 1) 공중보건직의 근무환경은 군의관과는 다릅니다.
- 2) 공중보건직이 의과대학을 졸업한 후 곧바로(간혹 인턴수료자도 있지만) 지역에 배치되는 데 따른 문제를 지적할 수 있겠습니다.
- 3) 공중보건직의 근무 의욕에 관한 문제입니다.

군대복무 대신이라는 근무의 강제성은 근무의욕 증진의 근본적인 장애요인이 되고 있습니다. 그리하여, '적당히 3년을 지내자'라는 의식이 공중보건직에게 만연되어 있는 것이 사실입니다.

이 장애요인을 적절히 극복하여 근무의욕을 높이기 위해서는 의료인으로서의 교육과정(Career Building)내에서 공중보건직의 근무기간이 어떻게 포함될 수 있는 것인가 하는 유도요인(Incentive Factor)에 대한 천착이 있어야 하리라 봅니다.

- 4) 마지막으로, 공중보건직과 주민간의 관계 문제를 들 수 있겠습니다. 양자간에 신뢰성을 바탕으로 하는 친밀관계가 형성되지 않는다면 공중보건직(公衆保健醫)은 우스개소리인 공중보건직(空中保健醫)이 될 소지가 많다고 하겠습니다.

지역사회측으로 볼 때, 공중보건직은 중요한 의료자원인데, 의료자원을 잘 활용할 수 있는 공중보건직과 주민의 노력이 있어야 하겠습니다.

3. 공중보건직에 대한 역할 기대와 교육내용

공중보건직은 임상 의사와 같이 개개인의 환자를 상대하기도 하지만(Individual-oriented), 지역 의사로서 역할을 수행하려면 지역사회 주민집단을 대상으로 하는 지역사회 지향적인(Community oriented) 역할을 담당하여야 하겠습니다.

그리하여, 공중보건직은 단지 내원환자를 치료하는 의사이기도 하겠지만, 또 한편으로는 그가 보건소장으로 근무하는 면내 약 5,000~10,000명 인구의 건강을 지키는 보건소장으로 역할해야 하고, 전염병 발생을 감시하는 방역관으로서의 책무를 가져야 하며, 보건소내에 근무하는 보건인력(즉, 보건요원)들에 대한 팀리더로서 역할해야 하고, 더 나아가 주민들의 건강의식을 높이는 보건교육을 담당해야 하는 동시에 그 지역보건문제를 꾸준히 탐구하여 해결방안을 모색하는 보건사업 연구자가 되어야 할 것이다.

이 세미나 결과 다음과 같이 공중보건직에 기대되는 역할을 정의하고 이에 대응하는 교육내용(표 12)이 제시되었다(지역보건의료와 지역 의사의 역할에 관한 연찬회보고서, 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소, 1987. 10)

기대되는 공중보건의사의 역할(Expected Role)

- ① 유능한 보건지소의 관리자: An able manager
- ② 지역사회 보건의료에 대한 봉사자: A good community practitioner
- ③ 지역사회 개발에의 협조자: An intersectoral collaborator
- ④ 지역보건의료의 개혁가: A public health innovator

<표 12> 공중보건역사의 기대역할에 따른 교육내용

영역	기대역할	교육내용
임상영역	해당 지역사회에서 발생하는 흔한 질병을 진단·치료할 수 있고 농촌문화에 적합한 환자, 의사관계를 형성할 수 있어야 한다.	1차 수준의 임상진료, 응급의학, 의사환자관계, 의학적 면담술, 자문과 의뢰, 문제지향식의 의무기록법, 보건사업의 진료적 측면, 진단서 작성법, 사체검안시의 의사의 의무 등
건강증진 및 질병예방영역	※예방영역업무에 대한 공중보건역의 동기유발을 극대화하고 현실에 기초한 학습내용을 제시한다는 전제로 학습내용을 제시	보건시책, 지역보건의 개요, 급성전염병 및 식중독관리, 만성전염병관리, 영유아보건관리, 학교보건관리, 모성보건과 가족계획, 성인집단의 건강관리, 보건지소장의 지역보건영역에서의 업무토의
보건관리영역	<ul style="list-style-type: none"> - 유능한 보건지소관리자 (an able manager) - 1차보건의료서비스 제공자 (a good community practitioner) - 지역사회개발협조자 (an intersectoral collaborator) - 개혁적 보건사업실천가 (a public health innovator) 	의료정책과 현안과제, 지방행정조직과 예산 운영, 문서·서식관리, 의료기기·의약품관리, 진료비 청구방법, 직무갈등관리와 문제해결 능력, 보건지소 운영계획 수립방법, 농촌주민의 보건의료관행, 보건지도력 훈련, 보건관계요원 지도방법, 보건사업관련 제부문의 협력, 지역사회주민의 참여, 농촌의 사회적 구조와 특징, 공중보건역사의 지역사회개발 모범사례, 지역사회보건 시범사업 소개, 지역사회보건에 관한 개혁적 사고, 보건지소장의 역할과 자세, 지역사회보건의료체계, 보건지소장의 지역사회 접근방법

자료: 순천향대학 인구 및 사회의학연구소, 지역보건의료와 지역역사의 역할에 관한 연찬회보고서 - 공중보건역사의 직무교육 개선을 위해 -, 1987.10, pp.81 ~ 94 요약을 정리한 내용임.

다음 ‘호’에서는 ‘음성병원’ 지역 내에서의 지역보건사업을 회고한 뒤에 앞으로의 지역 보건에 관한 전망을 기술할 예정이다.

수원시권선구 노인정노인을 대상으로 한 건강기초조사

한영란, 강영호*, 이영주, 김순애, 박미정, 박찬복, 김찬호, 김창엽*
수원시 권선구보건소, *서울의대 의료관리학교실

1. 서론

현재 우리나라는 경제발전 에 따른 생활수준의 향상과 의료기술의 발달로 평균수명이 연장되면서 고령인구의 증가를 가져왔고, 2030년에 노인인구가 전체의 19.3%가 되는 본격적인 고령화시대가 예상되고 있다. 1997년 현재 수원시의 노인인구는 전체 시민의 3.9%이나 2000년에는 수원시 역시 노인의 비율과 절대수가 증가될 것으로 예상된다.²⁾

또한 노인인구의 주요사망원인도 변화하여 1993년에는 순환기계질환과 악성신생물이 전체 노인 사망의 약 60%를 차지하고 있으며, 수원시의 노인인구의 주요 사망원인도 기타뇌혈관 질환과 두 개내출혈 등의 순환기계 질환과 위암, 폐암 등의 악성신생물이 큰 비중을 차지하고 있다. 65세 이상 노인의 86.8%가 관절염, 만성요통, 고혈압 등의 만성퇴행성 질환을 앓고 있으며, 연령이 증가되면서 유병률이 증가하고 있어, 만성질환으로 인한 의료이용의 증가가 예상되고, 일상생활에 상당한 지장을 받게 될 것으로 생각된다.³⁾

그러나 산업화, 도시화, 핵가족화에 따라 자녀들의 노부모 부양의식은 약화되고 있어 노인 문제가 사회적으로 심각한 문제가 되고 있으며, 노인의 보건의료문제가 복합적이고 장기적인 관리를 요구하므로 보건의료서비스의 제공이 쉽지 않은 상태이다.

수원시 권선구보건소에서는 노인 에 대한 접근성이 용이하다고 생각되는 노인정을 중심으로 1995년부터 오목천동 노인정을 대상으로 하여 시범적으로 노인건강관리사업을 해오고 있었다. 사업내용으로는 고혈압관리와 관절운동, 건강 및 영양상담등이며 이러한 사업의 결과 노인정 노인들로 부터 큰 호응을 얻고 있다. 따라서 이를 권선구 전 노인정에 확대실시하여 노인들의 건강을 관리함으로써 노인들이 건강하고 즐겁게 생활하실 수 있도록 할 필요가 있

2) 고양근. 수원시 노인복지를 진단한다. 1997, pp2-21

3) 이순영. 수원시 노인복지를 진단한다. 1997, pp22-27

었고, 노인정 노인을 대상으로 한 기초자료를 확보할 필요가 있었다.

2. 연구방법

2.1. 연구대상

수원시 권선구에 소재하는 80개소 노인정을 방문한 남녀노인을 대상으로 하였다. 1997년 현재 노인정에 등록되어 있는 노인의 수는 3,768명⁴⁾으로 본 조사의 전체대상자라고 할 수 있다.

2.2. 연구기간 및 방법

1997년 3월부터 5월까지 2개월동안 수원시 권선구보건소 가족보건계의 노인건강관리사업 팀원과 수원여전 간호학생들이 노인정을 방문하여 면담을 통한 설문조사를 시행하였다. 이 설문은 노인정을 방문하는 노인의 특성, 노인정 이용현황, 건강력, 건강상태, 일상생활수행능력, 노인건강관리사업에 대한 인식도 등을 포함하는 것이었다.

2.3. 분석방법

수집된 조사자료는 SAS를 이용하여 변수의 도수와 상대도수분포를 구하였으며, 필요한 경우 성별, 연령별로 구분하여 Chi-square검정, T-test를 실시하였다.

3. 연구결과

3.1. 연구대상자의 일반적 특성

1995년 현재 수원시 권선구내에 60세 이상 노인은 15,186명으로 전체 인구의 5.8%에 해당하며, 65세 이상 노인은 9,920명으로 전체 인구의 3.8%⁵⁾를 차지하고 있다. 이 중 노인정에 등록되어 있는 노인의 수는 1997년 현재 3,768명으로 대략 전체 60세 이상 노인의 24.8%, 65세 이상 노인의 38.0%에 해당한다. 이들 중 이번 조사에 참여한 노인의 수는 1,050명으로 노인정 등록노인 3,768명의 27.9%에 해당한다.

대상자의 성별은 남성이 396명으로 38.0%, 여성이 647명으로 62%에 달했다. 한편 1997년 현재 등록된 노인정 등록노인의 성별은 남성이 1,968명(52.3%), 여성이 1,800명(47.7%)으로 오히려 남성이 약간 많은 것으로 나타나고 있어, 조사에 대한 남자 노인의 수용도가 높지 않다는 점을 감안하더라도⁶⁾ 본 조사결과는 여자 노인의 노인정 참여율이 남자 노인에 비해 높다고 할 수 있다.

조사대상자의 평균연령은 73.65세이었으며 조사대상자 중 최고령자는 97세로 여자였다. 연

4) 수원시 내부자료. 1997

5) 수원시. 제36회 수원통계연보. 1996, pp52-55

6) 본 조사에서 응답거부 노인의 수와 성별이 파악되지는 않았다.

령분포를 보면, 70~75세 연령층이 25.6%로 가장 많았고, 다음으로 75~80세 연령층이 24.2%로 그 뒤를 이었다. 한편 전체의 85%가 65~85세 사이의 노인들이 차지하고 있어 이들이 주된 노인정 이용 연령층임을 알 수 있다.

<표 1> 조사대상자의 일반적인 특성

특성	성		계
	남	여	
연령			
50세 이상 55세 미만	0(0.0)	1(0.2)	1(0.1)
55세 이상 60세 미만	4(1.0)	8(1.2)	12(1.2)
60세 이상 65세 미만	25(6.3)	53(8.2)	78(7.5)
65세 이상 70세 미만	68(17.2)	137(21.3)	205(19.8)
70세 이상 75세 미만	105(26.6)	161(25.0)	266(25.6)
75세 이상 80세 미만	109(27.6)	142(22.1)	251(24.2)
80세 이상 85세 미만	60(15.2)	99(15.4)	159(15.3)
85세 이상 90세 미만	22(5.6)	35(5.4)	57(5.5)
90세 이상 95세 미만	2(0.5)	6(0.9)	8(0.8)
95세 이상 100세 미만	0(0.0)	1(0.2)	1(0.1)
계	395(100.0)	643(100.0)	1,038(100.0)

결혼상태는 배우자와 사별한 경우가 55.1%로 가장 많았으며, 남자노인의 경우는 배우자와 동거하는 경우가 77.2%로 가장 많은 반면, 여자의 경우는 배우자와 사별한 경우가 가장 많아 74.8%에 달했다.

교육정도는 무학이 50.5%로 가장 많았으며, 국졸이 그 다음으로 34.7%를 차지하였고, 전체적으로는 남성의 학력이 여성보다 높았다.

종교를 갖고 있는 노인은 63%로 불교, 기독교, 천주교의 순으로 많았으며, 남녀별로 보면 남자노인의 경우는 종교를 갖지 않는 경우가 52.4%로 가장 많았고, 여자의 경우는 불교를 믿는 경우가 가장 많아 39.2%를 차지하였다. 대체로 여자 노인들이 남자노인보다 종교를 가지고 있는 비율이 높았다.

전국민의료보험의 실시에 따라 의료보험에 가입된 대상이 94.9%, 의료보호가 2.0%를 차지하였다. 의료보장이 없는 경우도 3.1%가 되었다.

현재 직업을 가지고 있는 노인은 10.1%에 불과하였고, 남자는 17.0%가 직업을 가지고 있는데 반해 여자는 5.9%만이 직업을 가지고 있었다.

노인들의 가족과의 동거유형으로는 가족과 함께 사는 경우가 가장 많아 76.9%인 한편, 혼자 사는 노인은 5.1%에 이르렀다. 혼자 생활하는 노인의 비는 여성에서 7.0%로 남성의 2.0%보다 높았다.

평균 한달 용돈은 15만원 정도였고, 남자노인의 경우는 평균 16만원정도인 반면, 여자노인은 13만원이었다. 한달 용돈이 5만원에도 채 미치지 못하는 노인도 전체의 35.7%에 이르렀으며 주관적 생활수준도 90.5%에서 보통 또는 못사는 편이라고 응답하였다.

3.2. 노인정 이용

대상자의 71.7%의 노인이 매일 노인정을 방문한다고 응답하였고, 한 달 28일중 평균 24일정도 방문하는 것으로 나타났으며, 노인정을 한 번 방문하여서는 78.8%에서 반나절 이상 노인정에 머문다고 응답하였다. 집에서 노인정까지는 대부분 걸어서 올 수 있었으며, 응답한 대상자 전체의 80.4%가 평균 9분 정도이면 노인정까지 도달할 수 있는 것으로 나타났다. 30분 이상 소요되는 경우도 5.5%를 차지하였다.

<표 2> 노인정에 나오는 이유

	성	별	계
	남	여	
친구들과 어울리기 위해서	233(62.0)	429(69.9)	662(66.9)
이곳 이외에는 특별히 갈곳이 없어서	39(10.4)	62(10.1)	101(10.2)
시간을 보내는데 돈이 안들어서	13(3.5)	7(1.1)	20(2.0)
장기, 바둑, 화투, 오락을 하기 위해서	28(7.5)	33(5.4)	61(6.2)
의지할 수 있는 곳을 찾아서	5(1.3)	9(1.5)	14(1.4)
기타	58(15.4)	74(12.1)	132(13.3)
계	376(100.0)	614(100.0)	990(100.0)

노인정을 이용하는 이유로는 친구들과 어울리기 위해서가 가장 많아 66.9%를 차지하였고, 이곳 이외엔 특별히 갈 곳이 없어서는 10.2%를 차지하였다. 장기, 바둑, 화투, 오락을 하기 위해서가 6.2%를 차지하였고, 그 외에 시간을 보내는데 돈이 안 들어서, 의지할 수 있는 곳을 찾아서의 응답이 각각 2.0%, 1.4%가 있었다.

3.3. 건강력

본인의 가족(직계가족)의 병력을 조사한 결과, 가족 중에 고혈압을 가진 경우가 가장 많아 전체 응답자의 9.05%가 가족 중에 고혈압을 앓는 사람이 있는 것으로 조사되었다. 당뇨병의 경우도 많아 전체의 7.1%에서 가족 중 당뇨병을 앓고 있다고 응답하였으며, 3.0%는 가족 중에 중풍을 앓는 사람이 있다고 응답하였다.

자신의 질병 유무에 대해 응답 결과는 다음 표와 같다. 조사대상 질병 중에서 고혈압을 갖고 있다고 응답한 경우가 가장 많아 21.3%에 이르렀고, 관절염의 경우 전체 조사대상 노인의 20.0%, 당뇨병은 10.7%, 심장병은 5.1%, 중풍은 3.4%, 만성폐질환은 1.0%를 앓고 있다고

응답하였다.

한편 성별로 현재 갖고 있는 질병의 개수를 비교한 결과, 남자 노인의 평균 질병 개수는 0.80개인 반면, 여자 노인은 평균 0.99개를 갖고 있어 여자 노인이 남자노인보다 질병의 개수가 많은 것으로 나타났다(p=0.0001).

성별로 현병력을 비교한 결과, 관절염의 경우 여성에게서 많은 것으로 나타난 반면, 결핵은 남성에게서 많은 것으로 나타났다.

<표 3> 성별에 따른 노인정 노인의 현병력

현병력	성 별		계
	남	여	
관절염**			
있다	43(10.9)	165(25.5)	208(20.0)
없다	352(89.1)	482(74.5)	834(80.0)
고혈압			
있다	83(21.0)	139(21.5)	222(21.3)
없다	312(79.0)	508(78.5)	820(78.7)
당뇨병			
있다	37(9.4)	74(11.4)	111(10.7)
없다	358(90.6)	573(88.6)	931(89.3)
중풍			
있다	15(3.8)	20(3.1)	31(3.4)
없다	380(96.2)	627(96.9)	1,007(96.6)
심장병			
있다	18(4.6)	35(5.4)	53(5.1)
없다	377(95.4)	620(94.6)	989(94.9)
만성폐질환			
있다	5(1.3)	5(0.8)	10(1.0)
없다	390(98.7)	642(99.2)	1,032(99.0)
결핵*			
있다	11(2.8)	5(0.8)	16(1.5)
없다	384(97.2)	642(99.2)	1,026(98.5)
기타			
있다	103(26.1)	196(30.3)	299(28.7)
없다	292(73.9)	451(69.7)	743(71.3)
질병의 개수**			
0개	154(38.9)	174(26.9)	328(31.5)
1개	175(44.2)	338(52.2)	513(49.2)
2개	61(15.4)	110(17.0)	171(16.4)
3개	6(1.5)	20(3.1)	26(2.5)
4개	0(0.0)	4(0.6)	4(0.4)
5개	0(0.0)	1(0.2)	1(0.1)
계	396(100.0)	647(100.0)	1,043(100.0)

* p<0.05, ** p<0.01

기타의 경우 근골격계질환이 가장 많아 남성의 7.3%, 여성의 10.8%에서 요통, 신경통 등의 근골격계질환을 앓고 있다고 응답하였고, 다음으로 위장질환이 많아 남성의 5.8%, 여성의

5.7%에서 위장질환을 앓고 있다고 응답하였다. 그 외에도 기관지염이나 폐렴 같은 호흡기계 질환(3.2%), 백내장(1.4%), 간담도계질환(1.1%), 골다공증(1.1%) 등을 앓고 있다고 응답하였다.

<표 4> 연령에 따른 노인성 노인의 현병력

	연령구분			계
	53~69	70~79	80~97	
관절염				
있다	67(22.5)	100(19.2)	42(18.6)	209(20.0)
없다	231(77.5)	420(80.8)	184(81.4)	835(80.0)
고혈압**				
있다	77(25.8)	115(22.1)	31(13.7)	223(21.4)
없다	221(74.2)	405(77.9)	195(86.3)	821(78.6)
당뇨병**				
있다	50(16.8)	51(9.8)	11(4.9)	112(10.7)
없다	248(83.2)	469(90.2)	215(95.1)	932(89.3)
중풍				
있다	10(3.4)	20(3.9)	5(2.2)	35(3.4)
없다	288(96.6)	500(96.2)	221(97.8)	1,009(96.7)
심장병				
있다	15(5.0)	29(5.6)	9(4.0)	53(5.1)
없다	283(95.0)	491(94.4)	217(96.0)	991(94.9)
만성폐질환				
있다	1(0.3)	6(1.2)	3(1.3)	10(1.0)
없다	297(99.7)	514(98.8)	223(98.7)	1,034(99.0)
결핵				
있다	3(1.0)	11(2.1)	2(0.9)	16(1.5)
없다	295(99.0)	509(97.9)	224(99.1)	1,028(98.5)
기타				
있다	87(29.2)	158(30.4)	55(24.3)	300(28.7)
없다	211(70.8)	362(69.6)	171(75.7)	744(71.3)
위장관계질환	21(7.1)	34(6.5)	5(2.2)	60(5.8)
호흡기계질환				
근골격계질환(요통, 디스크)	8(2.7)	18(3.5)	7(3.1)	33(3.2)
질병의 개수	26(8.7)	56(10.8)	18(8.0)	100(9.6)
0개	75(25.1)	162(31.2)	90(39.8)	327(31.3)
1개	156(52.2)	245(47.1)	114(50.4)	515(49.3)
2개	53(17.7)	97(18.7)	22(9.7)	172(16.5)
3개	13(4.4)	13(2.5)	0(0.0)	26(2.5)
4개	1(0.3)	3(0.6)	0(0.0)	4(0.4)
5개	1(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)
계	299(100.0)	520(100.0)	226(100.0)	1,045(100.0)

** p<0.01

연령별로 질병 유무를 살펴보면, 고혈압과 당뇨병의 경우 연령증가에 따라 질병 보고건수

가 유의하게 낮게 나오는 것으로 나타나고 있다(p<0.01). 이는 연령증가에 따라 자신의 질병에 대한 보고가 제대로 이뤄지지 않았거나 실제로 질병이 있는 사람들은 사망 등의 이유로 조사대상에서 탈락되었기 때문으로 볼 수 있을 것이다.

3.4. 노인의 건강상태

체중과 신장을 남녀별로 살펴보면, 남자 노인의 경우 체중은 61.4kg, 신장은 162.2cm였으며, 여자 노인의 경우 각각 54.4kg, 147.4cm였다.

<표 5> 성별 노인정 노인의 체중과 신장

	성	별
	남	여
체중		
평균	61.4kg	54.4kg
최고체중/최저체중	90kg / 38kg	92kg / 31kg
분산	9.4	9.6
대상자수	390명	640명
신장		
평균	162.2cm	147.4cm
최고신장/최저신장	180cm / 131cm	163cm / 127cm
분산	6.4	6.1
대상자수	392명	638명

표준체중을 이용하여 계산된 비만도에 따르면, 전체적으로 여성의 비만도가 높아 비만도가 120을 넘는 비만의 경우가 43.7%에 달한 반면, 남성에서는 24.5%가 비만을 기록하였다. 한편 조사대상자의 1.0%에서는 표준체중의 80%밖에 안되는 극심한 저체중이 발견되었다.

<표 6> 성별 노인정 노인의 비만도

	남성	여성	계
극심한 저체중	7(1.8)	3(0.5)	10(1.0)
저체중	30(7.7)	29(4.5)	59(5.8)
정상	159(41.0)	159(25.0)	318(31.1)
과체중	97(25.0)	167(26.3)	264(25.8)
비만	95(24.5)	278(43.7)	373(36.4)
계	388(100.0)	636(100.0)	1,024(100.0)

참고 :

- 1) 비만도(표준체중의 백분율) = 실측체중/표준체중 × 100
- 2) >120:비만, 110-120:과체중, 90-110:정상, 80-89:저체중, <80:극심한 저체중

3) 표준체중=(키cm-100)×100, 단 키가 150cm 이하의 경우 표준체중=키cm-100으로 계산

혈압을 측정한 결과, 남자 노인의 수축기혈압의 평균은 144.5mmHg였으며, 여자노인의 평균 수축기혈압은 142.4mmHg로서 남자 노인이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 확장기혈압의 평균은 남녀에 있어서 각각 84.5mmHg, 82.7mmHg로 역시 남자 노인이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다(p=0.0504).

측정된 혈압을 JNC-5 기준에 따라 분류한 결과, 남자 노인의 65.2%, 여자 노인의 62.6%에서 Stage I 이상의 혈압을 보였다.7) 세계보건기구(WHO)의 기준인 160/95의 기준을 적용하였을 때는 조사대상 남자 노인의 34.0%에서, 조사대상 여자 노인의 29.8%에서 혈압이 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 남녀간의 유의한 차이를 보이지는 않았다.

<표 7> 노인정 노인의 성별 혈압 수준

	성	별	계
	남	여	
JNC-5에 의한 혈압 기준			
정상	82(20.8)	150(23.3)	232(22.4)
높은 정상	55(14.0)	91(14.1)	146(14.1)
Stage I	123(31.2)	215(33.4)	338(32.6)
Stage II	86(21.8)	121(18.8)	207(19.9)
Stage III	26(6.6)	47(7.3)	73(7.0)
Stage IV	22(5.6)	20(3.1)	42(4.1)
세계보건기구의 혈압 기준			
정상	260(66.0)	452(70.2)	712(68.6)
높은 혈압	134(34.0)	192(29.8)	326(31.4)
계	394(100.0)	644(100.0)	1,038(100.0)

정기적으로 혈압을 측정하는지의 여부를 물어본 결과, 남자 노인(28.1%)보다 여자 노인(34.3%)에게서 더 많은 수가 '예'의 응답을 하여 여자 노인들이 혈압측정을 남자노인보다 정기적으로 하는 것으로 나타났다(p=0.041).

고혈압이 있다고 응답한 경우와 정기적 혈압측정간의 관계를 살펴본 결과에서는 본인이 혈압을 앓고 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 혈압을 정기적으로 측정하는 것으로 나타났다(p=0.001).

이번 조사에서 측정된 혈압치에 따라 정기적 혈압측정 여부를 살펴본 결과, JNC-5 기준과 WHO 기준에 따른 고혈압 유무와 정기적 혈압측정 여부 사이에는 통계적으로 유의한 차

7) 한 번 잦 혈압을 가지고 고혈압으로 진단하지는 않으므로 이 수치가 노인에서의 고혈압 유병률을 의미하지는 않는다.

이가 나타나지 않았다. 그리고 정기적으로 혈압을 측정하는지의 여부에 따라 수축기/확장기 혈압이 차이가 있는지를 본 결과, 차이가 없는 것으로 나타났다.

즉 본인이 고혈압이라고 인식하는 경우에는 혈압을 정기적으로 측정하는 여부에 차이를 보인 반면, 객관적인 고혈압 수치에 따라서는 정기적으로 혈압을 측정하는 여부의 차이가 나타나지 않았다.

성별에 따라 요당측정 결과를 비교하면, 남성에게서 요당검사에서 양성으로 나온 경우가 많았다. 하지만 요당검사는 당뇨검사로서의 진단적 가치가 매우 빈약하기 때문에 이 결과가 당뇨의 유병률을 나타내지는 못한다.

노인성 노인들의 주관적인 건강상태를 조사한 결과, 건강상태가 '나쁜 편이다'고 응답한 경우가 가장 많아 42.3%를 차지하였고, '건강한 편이다'고 응답한 경우는 31.5%를 차지하였다. 남성의 경우 건강한 편이라고 응답한 경우가 많은 반면, 여성의 경우 나쁜 편이라고 응답한 경우가 많아 여성의 주관적 건강상태가 남성보다 나쁜 것으로 나타났다.

3.5. 건강관련행태

3.5.1. 질병행태와 건강행태

'평소에 몸이 아플 때 어떻게 하는가'라는 질문에 '병원에 간다'는 응답이 가장 많아 53.6%를 차지하였고, 그 다음으로 '약국에 간다'가 23.6%의 응답을 보여 질병문제에 대해 대다수가 보건의료기관을 통해 해결하는 것으로 나타났다. 하지만 '누워서 쉰다'는 응답도 14.8%로 나타나 특별한 조치를 취하지 않는 경우도 많은 것으로 나타났다.

<표 8> 질병행태와 건강행태

	성 남	별 여	계
질병행태(평소에 몸이 아플 때 어떻게 하십니까?)			
누워서 쉰다	53(13.4)	101(15.6)	154(14.8)
가정상비약을 사용한다	7(1.8)	14(2.2)	21(2.0)
약국에 간다	101(25.5)	145(22.4)	246(23.6)
병원에 간다	215(54.3)	344(53.2)	559(53.6)
기타	19(4.8)	38(5.9)	57(5.5)
미상	1(0.3)	5(0.8)	6(0.6)
계	396(38.0)	647(62.0)	1,043(100.0)
건강행태(건강을 지키기 위하여 특별히 하시는 것이 있습니까?)**			
있다	185(47.2)	230(35.6)	415(39.9)
없다	207(52.8)	417(64.4)	624(60.1)
계	392(100.0)	647(100.0)	1,039(100.0)

경제력과 질병행태간의 관련성을 보기 위해 한 달 용돈의 중앙값인 100,000원을 기준으로 질병행태를 비교하였다. 그 결과, 한 달 용돈이 10만원 이상인 군에서 10만원 미만인 군보다 몸이 아플 때 병원을 이용한다고 응답한 경우가 많은 반면, ‘누워서 쉰다’는 응답은 적게 나와 질병행태에 경제적 접근성이 중요함을 알 수 있다.

또한 한달 용돈에 따라 건강행태의 유무를 비교한 결과, 한달 용돈이 많을수록 건강행태를 가진 경우가 많은 것으로 나타나 건강행태에 있어서도 경제적 접근성이 중요함을 알 수 있다.

<표 9> 건강행태의 종류

	성	별	계
	남	여	
건강을 지키기 위해 특별히 하는 것			
특별한 음식을 먹는다.	6(3.5)	10(4.7)	16(4.1)
영양제나 보약을 먹는다.	48(27.6)	109(51.2)	157(40.6)
건강검진을 받는다.	9(5.2)	8(3.8)	17(4.4)
체중조절을 한다.	2(1.2)	0(0.0)	2(0.5)
운동을 한다.	96(55.2)	73(34.3)	169(43.7)
산보나 걷기를 한다.	5(2.9)	3(1.4)	8(2.1)
기타	8(4.6)	10(4.7)	18(4.7)
계	174(100.0)	213(100.0)	387(100.0)

‘건강을 지키기 위하여 특별히 하는 것이 있습니까?’라는 질문에 ‘있다’라고 응답한 387명의 노인을 대상으로 그 종류를 물어본 결과는 다음과 같다. 남자 노인의 경우 ‘운동을 한다’가 가장 많아 55.2%를 차지하였으며 ‘영양제나 보약을 먹는다’가 27.6%를 차지한 반면, 여자 노인의 경우 ‘영양제나 보약을 먹는다’가 가장 많아 51.2%를 차지하였으며 ‘운동을 한다’는 남자 노인보다 적은 34.3%를 차지하여 남자 노인들이 운동과 같은 보다 적극적인 활동을 하고 있는 것으로 나타났다.

3.5.2. 음주력

전체 노인 중에서 현재 음주를 하고 있다고 응답한 노인은 전체 조사대상자의 34.8%에 이르렀고, 남자노인의 53.8%, 여자노인의 20.3%가 현재 음주를 한다고 응답하였다. 현재 음주를 하고 있는 361명 중 매일 술을 마신다는 사람도 127명으로 음주자의 37.5%나 차지하였다. 이들 중 음주를 한다고 응답한 남자노인의 45.8%가 매일 음주를 한다고 하여 전체 남자노인의 26.0%에 해당하는 수치였다. 여자노인의 비율도 21.2%로 전체 여자 노인의 17.6%에 이르는 것으로 여자노인에서도 음주문제가 심각함을 알 수 있다. 한편 음주일수를 감안하여 일회 음주량을 계산하였을 때, 유효응답자수 328명의 평균 1일 음주량은 50.8g으로 2홉 소주의 ½

를 넘는 양(0.56병)이었다.

간단한 질문을 통하여 알코올중독을 알아볼 수 있는 선별검사 방법으로 이용되는 CAGE(Cut, Annoyance, Guilty feeling, Eye opening)의 네 가지 질문에 대해 현재 술을 마시는 남자 노인 중에서(무응답자를 제외하고) CAGE 점수가 2점 이상인 사람을 알코올 중독의 가능성이 있는 것으로 볼 때, 전체 221명 중 96명인 43.4%, 여자의 경우에는 전체 114명 중 18명인 15.8%가 알코올 중독의 가능성이 있는 것으로 나타났다.

술을 마시지 않는다고 응답한 전체 조사대상 남자 노인(396명), 여자 노인(642명)과 CAGE 설문 무응답자수를 감안하여 알코올 중독의 가능성(CAGE 점수 2점 이상)이 있는 비율을 계산해보면, 남자 노인의 25.3%에서, 여자 노인의 3.2%에서 알코올 중독의 가능성이 있는 것으로 나타났다.

3.5.3. 흡연력

전체 노인 중에서 현재 흡연을 하고 있다고 응답한 노인은 전체 조사대상자의 30.1%에 이르렀다. 남자 노인의 50.8%에서 현재 흡연을 하고 있는 것으로 나타났으며, '끊었다'고 응답한 경우는 25.5%, '안피운다'고 응답한 경우는 23.7%를 나타내, 17.4%가 현재 흡연을 하고 있는 여자 노인과 차이를 보였다.

흡연여부를 연령별로 살펴보면, 남자 노인의 경우 연령이 증가할수록 흡연율은 떨어지고 금연율은 높아지는 반면, 여자 노인에서는 연령증가에 따라 흡연율이 오히려 증가하는 양상을 보여주고 있다.

현재 담배를 피우거나 담배를 끊은 441명 중에서 흡연량에 대한 설문조사에 응한 408명(92.5%)의 하루 평균 흡연량은 약 ¼갑이었으며, 남녀별로는 남자 노인이 17개피(275명), 여자 노인이 9개피(132명)로 남녀별 차이가 있었다($p=0.001$).

담배를 피운 기간에 대해서는 303명의 노인이 응답하였는데, 이들 노인의 평균 흡연기간은 39.7년이었다. 남녀별로는 남자 노인 215명의 평균 흡연기간은 43.2년이었고, 여자 노인 87명의 평균 흡연기간은 31.1년이었다. 하루 평균 흡연량과 흡연기간을 곱하여 Packyear를 계산한 결과 유효응답자 총 303명(남자 215명, 여자 87명)의 평균 Packyear는 30.6packyear이었고, 남자의 경우 37.4packyear, 여자의 경우 13.7packyear로 남녀간의 차이를 보였다($p=0.001$).

3.5.4. 규칙적 운동

규칙적 운동의 유무를 알아본 결과, 전체의 33.0% 만이 규칙적으로 하는 운동이 있는 것으로 나타났다. 한편 남성의 경우 규칙적으로 하는 운동이 있는 경우가 여성보다 많았다.

규칙적인 운동을 갖고 있을 경우, 운동의 종류로는 산보가 가장 많아 58.6%를 차지하였고, 아침체조가 21.8%로 그 다음 순서를 차지하였다. 한편 등산, 배드민턴, 구기운동과 같은 적극적인 운동을 하는 경우는 드문 것으로 나타났다. 기타 항목에는 수영(3명), 단전호흡(2명), 헬스기구이용(3명) 등이 있었다.

한달 용돈의 수준에 따라 규칙적으로 하는 운동의 유무를 비교한 결과, 한달 용돈이 10만원 이상인 군에서 규칙적 운동을 시행하는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 그리고 운동의 종류도 용돈 수준이 높은 군에서 등산, 구기운동, 배드민턴 같은 보다 적극적인 운동을 하는 비율이 높은 것으로 나타났다.

3.5.5. 아침식사

1주일 아침식사를 모두 하고 있는 사람은 조사대상자 1,032명 중 962명으로 전체의 93.2%로 나타나 대부분 노인들이 아침식사를 하고 있는 것으로 나타났으나 일주일에 4일 이하로 아침식사를 하는 노인도 64명으로 6.1%를 차지하였다.

남녀별로는 남자 노인의 평균 아침식사일수는 1주일 중 6.86일로 여자 노인의 6.64일보다 큰 것으로 나타났다($p=0.0011$). 하루 용돈이 10만원 미만인 노인의 평균 아침식사일수는 6.67일로서 10만원 이상인 노인의 6.77일보다 적었으나 통계적으로 유의미하지는 않았다($p=0.14$).

3.5.6. 입원력

지난 1년 동안의 병원입원에 대해 설문조사를 한 결과, 전체의 24.2%의 노인이 입원한 경력을 갖고 있었으며, 남자 노인의 26.9%, 여자 노인의 22.5%에서 입원경력이 있었다. 평균 입원기간은 29.0일(240명 평균)로 남자 노인은 33.4일, 여자 노인은 26.2일로 남자 노인에게서 길었으나 통계적으로 유의하지는 않았다($p=0.2347$).

<표 10> 지난 1년간의 입원 경력과 입원병명

	성	별	계
	남	여	
지난 1년간 병원 입원력			
있다	105(26.9)	142(22.5)	247(24.2)
없다	286(73.1)	489(77.5)	775(75.8)
계	391(100.0)	631(100.0)	1,022(100.0)
입원병명			
위장관계질환(위궤양, 위염 등)	10(9.4)	14(9.7)	24(9.6)
근골격계질환(관절염, 요통 등)	5(4.7)	18(12.5)	23(9.2)
호흡기계질환(폐렴 등)	10(9.4)	11(7.6)	21(8.4)
당뇨병	7(6.6)	8(5.6)	15(6.0)
고혈압	7(6.6)	8(5.6)	15(6.0)
골절상	6(5.7)	8(5.6)	14(5.6)
교통사고	5(4.7)	9(6.3)	14(5.6)
간담도계질환(간염, 담석증 등)	5(4.7)	7(4.9)	12(4.8)
심혈관계질환	4(3.8)	6(4.2)	10(4.0)
백내장	3(2.8)	7(4.9)	10(4.0)
중풍	4(3.8)	5(3.5)	9(3.6)
맹장수술	5(4.7)	3(2.1)	8(3.2)

비뇨기계질환	5(4.7)	1(0.7)	6(2.4)
골다공증	0(0.0)	4(2.8)	4(1.6)
미상	16(15.1)	27(18.8)	43(17.2)
기타	14(13.2)	8(5.6)	22(8.8)
계	106(100.0)	144(100.0)	250(100.0)

입원병명으로는 위장관계질환, 근골격계질환, 호흡기계질환, 당뇨병, 고혈압, 골절상, 교통사고 등의 순이었는데, 여자 노인에게서는 근골격계질환이 좀더 많은 비중을 차지하였다.

연령별로 지난 1년간 입원경력을 살펴보면, 남자의 경우 70대에서 가장 높은 수치를 보여 주다가 80대가 되면 낮아지는 경향을 보인 반면, 여자의 경우 나이가 증가함에 따라 입원경력이 지속적으로 지속적으로 증가하는 양상을 보였다.

지난 1년간의 입원경력에 따라 현재 앓고 있는 질병(현병력에 대한 설문조사결과)의 개수를 비교한 결과, 입원경력이 있는 사람 249명의 평균 질병의 개수는 1.07개로 입원경력이 없는 779명의 평균 0.86명보다 통계적으로 유의하게 많은 것으로 나타나($p=0.0004$) 현병력을 가진 사람에게서 지난 1년간 더 많이 입원을 했던 것으로 분석되었다.

3.6. 일상생활활동의 기능적 지표

3.6.1. ADL

신체적 기능정도를 ADL를 이용하여 조사한 결과, 대체로 거의 대부분의 노인들이 신체기능을 독립적으로 유지하고 있는 것으로 나타났다. 본 조사가 노인정을 대상으로 실시된 것으로 신체기능을 유지하지 못하고 의존하고 있는 노인들의 상당수가 가정에 있고 노인정에는 나오기가 힘들기 때문인 것으로 보인다.

신체적 기능정도를 살펴본 결과에 따르면, 보행(걷기) 기능이 다른 기능들에 비해 가장 취약한 것으로 나타났다. 전체 조사대상 노인의 6.2%에서 부분적으로 의존하거나 전적으로 의존해야 하는 경우로 나타났다. 하지만 다른 기능들은 대부분 잘 보존되어 대부분의 기능들이 99% 이상 독립적 기능을 유지하는 것으로 나타났다.

성별로 신체적 기능정도를 점수화하여 차이가 나는지의 여부를 살펴본 결과, 남자 노인의 평균 신체적 기능점수(독립적 기능=0, 부분적 의존=1, 전적으로 의존=2로 평가)는 0.17점으로 여자 노인의 0.13점보다 높아 좀더 의존적인 것으로 보이나 통계적으로는 유의미하지 않았다($p=0.3762$).

연령별로 신체적 기능정도의 의존성을 평가한 결과, 보행(걷기), 목욕, 기동하기 등에서 연령증가에 따라 의존도가 증가하는 양상을 보여주고 있다. 하지만 대부분의 기능이 독립적으로 유지되고 있어 연령간 큰 차이를 보여주지는 못하고 있다.

한편 지난 1년간의 입원경력에 따라 신체적 기능정도 점수를 비교한 결과, 입원경력이 있는 247명의 신체적 기능정도 점수는 0.23으로 입원경력이 없는 776명의 0.12점보다 높아 신체

적 의존성이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로도 유의미하였다(p=0.0246).

3.6.2. IADL

신체적 기능정도와는 달리 도구를 사용하는 능력을 나타내는 IADL을 이용하여 일상생활 수단 활용능력을 조사한 결과, ADL보다는 전체적으로 그 능력이 떨어져 있음을 알 수 있다.

장보기 기능이 가장 취약하여 7.3%의 노인이 부분적 또는 전적인 의존을 통해서 기능을 수행할 수 있는 것으로 평가되었고, 약먹기(투약) 기능이 가장 잘 보존되어 있어 전체의 99.3%가 독립적으로 기능을 수행할 수 있는 것으로 나타났다.

연령별로 일상생활수단 활용능력을 살펴보면, 방청소(정리), 식사준비, 차타고 외출하기, 돈 관리하기, 전화받기, 돈받기 기능이 나이가 들에 따라 그 기능이 의존적이 되어감을 알 수 있다. 한편 일상생활수단 활용능력의 모든 항목에서 독립적 기능을 하는 군과 어느 하나의 능력이라도 부분적 의존 이상의 의존성을 가진 군(일상생활수단 활용능력 점수가 1점 이상)을 연령군별(53세 ~ 69세, 70세 ~ 79세, 80세 ~ 97세)로 나눠 분석한 결과에 따르면, 연령 증가에 따라 일상생활수단 활용능력 중 어느 하나 이상이 의존적이 되어감을 알 수 있었다 (X^2 trend=21.82, df=1, p=0.001).

3.7. 보건소 이용과 인식

3.7.1. 보건소 이용의 경험과 이용이유, 가장 불편한 점

보건소 이용 경험을 조사한 결과, 전체 조사 대상자의 30.8%가 보건소를 이용한 적이 있다고 응답하였다. 남녀별로는 남자 노인의 32.8%, 여자 노인의 29.5%가 보건소를 이용한 적이 있다고 응답하여 남자 노인에게서 이용경험이 많은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

보건소를 이용한 적이 없는 사람들을 대상으로 보건소를 이용하지 않는 이유를 물어본 결과, '건강해서 필요를 느끼지 않았기 때문에'가 가장 많아 25.3%를 차지하였고, 다음으로 '보건소가 어디에 있는지 몰랐다'고 응답한 경우가 많아 19.8%에 이르렀으며, '병원을 이용하기 때문에' 보건소를 이용하지 않는 경우는 13.1%를 차지하였다. 특히 여자 노인의 경우 '보건소가 어디에 있는지 몰랐다'는 응답이 24.3%로 가장 많은 비중을 차지하여, 여자 노인에 대한 보다 적극적인 보건소 홍보가 필요한 것으로 나타났다.

<표 11> 보건소를 이용하지 않는 이유

	성	별	계
	남	여	
보건소를 이용하지 않은 이유 보건소가있는지도 몰랐다	14(5.3)	30(6.6)	44(6.1)

보건소가 어디에 있는지 몰랐다	32(12.0)	110(24.3)	142(19.8)
거리가 너무 멀어서	14(5.3)	38(8.4)	52(7.2)
보건소는 저소득층을 위한 곳이어서	2(0.8)	8(1.8)	10(1.4)
건강해서, 필요를 느끼지 않아서	79(29.7)	103(22.7)	182(25.3)
병원을 이용하기 때문에	31(11.7)	63(13.9)	94(13.1)
서비스의 질이 낮아서	11(4.1)	4(0.9)	15(2.1)
기타	36(13.5)	48(10.6)	84(11.7)
미상	47(17.7)	49(10.8)	96(13.4)
계	266(100.0)	453(100.0)	719(100.0)

보건소를 이용한 적이 있는 327명의 노인을 대상으로 보건소를 이용하면서 가장 불편한 점을 조사한 결과, 반수에 가까운 45.6%가 ‘불편한 점이 없다’고 응답하였고, 이를 제외하면 ‘거리가 너무 멀다’고 응답한 경우가 가장 많아 14.1%를 차지하였다.

<표 12> 보건소를 이용하면서 가장 불편한 점

	성	별	계
	남	여	
거리가 너무 멀다	18(13.4)	28(14.5)	46(14.1)
직원들이 불친절하다	4(3.0)	4(2.1)	8(2.5)
서비스의 질이 낮다	3(2.2)	3(1.6)	6(1.8)
불편한 점 없다	58(43.3)	91(47.2)	149(45.6)
기타	13(9.7)	23(11.9)	36(11.0)
미상	38(28.4)	44(22.8)	82(25.1)
계	134(100.0)	193(100.0)	327(100.0)

3.7.2. 경제적 수준과 보건소 이용경험

흔히 ‘보건소는 못하는 사람이 가는 곳’으로 알려져 있어 노인성 노인들의 경제수준과 보건소 이용간의 관계를 보기 위하여 주관적 생활수준 설문과 객관적 생활수준으로 한달 용돈을 독립변수로 하여 분석하였다.

주관적 생활수준과 보건소 이용경험을 비교한 결과, 주관적 생활수준이 낮을수록 보건소를 이용한 경험이 높아지는 것으로 보이나 통계적으로 유의하지는 않았다($X^2_{trend}=2.58$, $df=1$, $p=0.108$).

한편 한달 용돈의 중앙값인 10만원을 기준으로 두 군으로 나눠 보건소 이용경험을 비교한 결과, 10만원 이상의 한달 용돈을 가진 군에서 보건소를 이용한 비율은 31.6%로 그렇지 않은 군의 29.4%보다 높았으나, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

또한 보건소 이용 경험이 있는 군과 없는 군으로 나눠 한달 용돈의 평균치를 비교한 결과 도 앞서의 결과와 동일하게 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 나타나 흔히 알려져 있는 바

와 같이 ‘보건소는 가난한 사람들이 이용하는 곳’이라는 말은 수원시 권선구 보건소 노인정 노인을 대상으로 한 조사에서는 사실이 아님을 알 수 있었다.

3.7.3. 건강수준에 따른 보건소 이용경험

보건소 이용 유무에 따른 건강수준의 차이를 보기 위해 주관적 건강수준, 건강을 지키기 위해 특별히 하고 있는 건강행태, 현재 가지고 있는 질병의 개수, 신체적 기능정도 점수, 일상생활수단 활용능력 점수를 보건소 이용여부에 따라 비교해 보았다.

주관적 건강수준을 보건소 이용여부에 따라 비교해본 결과, 건강이 나쁘다고 생각할수록 보건소 이용을 많이 하는 것으로 나타났다($X^2_{trend}=20.29$, $df=1$, $p=0.0001$).

한편 건강을 지키기 위해 특별히 하는 것이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 보건소 이용경험을 가진 경우가 많은 것으로 나타났다($X^2=5.94$, $p=0.015$).

그러나 보건소 이용 경험에 따라 현재 가지고 있는 질병의 개수, 신체적 기능정도 점수, 일상생활수단 활용능력 점수는 유의한 차이를 보이지 않았다.

3.8. 노인건강관리사업에 대한 인식

수원시 노인정 노인들에게 노인정을 대상으로 한 사업(보건사업) 중에서 가장 원하는 사업을 물었을 때, 가장 많은 응답을 해준 사업으로는 진료사업을 꼽았다. 다음으로 혈압측정, 독감예방접종, 건강교육/상담, 당뇨병관리 순이었다.

<표 13> 노인정 노인이 원하는 노인건강관리사업

	성		계	노인
	남	여		
정을 대상으로 한 사업 중 가장 원하는 것				
진료	111(28.7)	217(34.2)	328(32.1)	
혈압측정	76(19.6)	121(19.1)	197(19.3)	
독감예방접종	30(7.8)	49(7.7)	79(7.7)	
건강교육/상담	33(8.5)	42(6.6)	75(7.3)	
당뇨병관리	14(3.6)	29(4.6)	43(4.2)	
노인체조	15(3.9)	22(3.5)	37(3.6)	
영양 및 식이요법 지도	7(1.8)	11(1.7)	18(1.8)	
운동기구	8(2.1)	5(0.8)	13(1.3)	
투약	3(0.8)	6(0.9)	9(0.9)	
건강검진	5(1.3)	1(0.2)	6(0.6)	
물리치료	4(1.0)	1(0.2)	5(0.5)	
기타	20(5.2)	25(3.9)	45(4.4)	
없다	28(7.2)	44(6.9)	72(7.1)	
모르겠다	15(3.9)	45(7.1)	60(5.9)	
미상	18(4.7)	17(2.7)	35(3.4)	
계	387(100.0)	635(100.0)	1,022(100.0)	

3.9. 수원시 행정

수원시의 가장 큰 문제에 대해 물었을 때, 교통문제를 가장 큰 문제로 꼽아 수원시의 교통상황을 반영한 것으로 나타났다. 그 다음으로는 환경문제를 꼽았으며, 사회복지문제와 보건 의료문제는 그 다음으로 나타났다. 지역경제, 민생치안, 주택과 교육문제보다도 사회복지와 보건 의료문제가 좀더 큰 문제로 노인들은 지적하고 있었다.

<표 14> 노인정 노인들이 지적하는 수원시의 가장 큰 문제

	성	별	계
	남	여	
수원시의 가장 큰 문제라고 생각하는 것			
교통문제	95(26.4)	96(16.8)	191(20.5)
환경문제	45(12.5)	52(9.1)	97(10.4)
사회복지문제	21(5.8)	32(5.6)	53(5.7)
보건 의료문제	19(5.3)	17(3.0)	36(3.9)
지역경제	12(3.3)	10(1.8)	22(2.4)
민생치안	8(2.2)	8(1.4)	16(1.7)
주택문제	8(2.2)	8(1.4)	16(1.7)
교육문제	5(1.4)	4(0.7)	9(1.0)
미상	147(40.8)	345(60.3)	492(52.8)
계	360(100.0)	572(100.0)	932(100.0)

4. 요약 및 결론

이상의 조사의 분석결과를 요약해보면, 노인정을 이용하는 노인은 주로 65세이상이며, 노인정에서 많은 시간을 보내고 있다. 이들 노인들은 경제적 능력이 떨어지고, 의료보장의 혜택을 받지 못하는 노인도 3.1%나 되었으며, 배우자와 사별하였거나 노부부만 생활하는 경우도 23.1%나 되었다. 또한 교육수준이 낮은 상태로 상담, 이야기시 이러한 면을 고려하여야 할 것으로 생각된다.

현병력을 보면 고혈압을 포함한 심혈관질환, 관절염, 당뇨병, 만성폐질환을 앓고 있고, 이들 만성질환으로 인하여 입원하는 경우가 많은 것으로 나타나 정기적인 혈압측정과 함께 이들 질환에 대한 우선적인 관리가 필요할 것으로 생각된다.

노인의 건강상태에 관한 조사에서는 특히 여성에 있어서 비만의 경우가 많았으며, 표준체중의 80%밖에 안되는 극심한 저체중도 발견되어 이 두 측면에 대한 운동, 영양상담 및 교육 등의 조정이 필요할 것으로 생각된다.

노인정 노인들은 질병문제를 대부분 보건의료기관을 통해 해결하는 것으로 나타났으나 특별한 조치를 취하지 않는 경우도 많았다. 건강을 지키기 위해서는 영양제나 보약을 먹는 경우가 많았고, 운동을 하는 경우도 있었으나 규칙적인 운동을 하는 경우는 33%에 불과했다.

노인정 노인들의 보건소 이용을 위해서는 더욱 적극적인 홍보와 활동이 필요할 것으로 생각된다. 노인정을 통한 노인건강관리를 성공적으로 하기 위해서는 보건의료문제 뿐 아니라 노인들이 안고 있는 사회경제적인 문제가 동시에 해결되어야 할 것으로 생각되므로 이를 위해 복지부문과의 연계와 협력이 필요할 것이다.

또한 보건소 인력만으로 전체 노인정에 직접서비스를 제공하는 것은 어려운 현실이며 이에 대한 대처방안이 강구되어야 할 것이고 우선적으로 서비스가 필요한 노인정을 결정하여 건강관리를 실시하여야 할 것이다.

그리고 노인정에 나올 수 없는 거동불능노인이나 독거노인에 대한 건강관리를 위한 실태 파악이 되어야 하며, 10년이나 20년후에 노인이 되고, 만성질환을 앓게될 가능성이 있는 성인에 대한 조사를 실시하여 질병을 예방하고 건강을 증진시킬 수 있어야 할 것으로 생각된다.

지보의

뇌졸중에 대한 인식도 조사

정은경¹⁾, 김혜경¹⁾, 김영옥²⁾, 한근식³⁾, 이순영⁴⁾

구리시 보건소¹⁾, 동덕여대식품영양학과²⁾, 한신대 전산통계학과³⁾, 아주의대 예방의학교실⁴⁾

1. 서론

우리 나라의 사망원인은 1950년대 이전까지는 감염병이 주종을 이루었으나 1950년대 들어 변화하기 시작하여 1970년대부터는 뇌혈관계 질환, 악성종양, 각종 순환기계질환 등의 만성퇴행성질환이 사망의 주요 원인으로 등장하게 되었다. 1990년대에 들어와서는 이러한 경향이 더욱 두드러져 1991년의 경우에는 상위 10대 사인 중 교통사고와 결핵을 제외한 8가지의 원인이 만성퇴행성질환에 의한 것이었다. 특히 뇌졸중에 의한 사망은 1970년대 이후에 우리나라 사망원인 1위를 차지하고 있어⁸⁾ 보건학적으로 매우 중요하다.

뇌졸중은 우리 나라의 사망원인 중에서 1970년대 이후 단일질환으로는 계속 1위를 차지하고 있는 중요한 보건문제이다. 강화군에서 수행된 연구의 보고⁹⁾에 의하면 뇌졸중의 질병발생 1년내의 치명율이 68.0%로 보고되고 있어 다른 질환에 비해 매우 위중한 질환임을 알 수 있다. 또한 뇌졸중은 급성시기에 보존적 혹은 수술적 치료를 시행하여 위험한 고비를 넘겼다고 할지라도 중추신경계의 손상으로 인해 생긴 후유증으로 사지마비와 근력의 약화, 감각장애, 언어장애, 감정상의 문제 등의 건강상의 문제를 초래하게 된다. 뇌졸중으로 인하여 편마비가 발생한 경우 환자는 신체, 정신, 사회적기능이 저하되고 일상생활동작에 있어서 발생한 경우 환자는 신체, 정신, 사회적기능이 저하되고 일상생활동작에 있어서 발생한 경우 환자는 신체, 정신, 사회적기능이 저하되고 일상생활동작에 있어서 타인의 의존도가 심화되어 이들을 돌보아야 하는 가족 또는 사회의 부담을 가중시키게 된다. 사회적 차원에서 이들을 부양하는 체

8) 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 만성퇴행성질환관리사업개발, 1993

9) 김정순, 역학각론 - 만성병과 사고-, 신광출판사, 1994

계가 확립되어 있지 않은 우리 나라에서는 상대적으로 가족들의 부담은 매우 크다고 할 수 있다.

그리고 뇌졸중의 양상도 변화하여 고혈압의 적극적인 치료로 출혈성 뇌졸중은 감소하였으나 동맥경화성질환으로 인한 뇌경색은 증가하는 추세이다. 즉 식생활 및 사회경제적 여건의 변화로 당뇨병이나 고지혈증 등의 동맥경화증의 위험요인이 증가하고 있어 뇌출혈보다는 뇌경색이나 허혈성심질환으로 인한 사망이 증가하고 있는 추세이므로, 확실한 고혈압의 치료뿐만 아니라 당뇨병이나 고지혈증 등의 동맥경화요인에 대한 조기발견과 조기치료와 더불어 흡연, 비만 등의 각종 건강위험인자를 뇌졸중으로 인한 사망을 줄일 수 있다.

그러나 우리 나라에서는 아직도 뇌졸중에 대한 국가단위 혹은 지역단위의 유병률이나 발생률에 대한 정확한 보고자료가 없어 뇌졸중으로 인한 문제의 크기의 관리대책도 전무한 실정이다. 이와 같이 여러 가지 측면에서 문제가 되고 있는 뇌졸중을 예방하기 위한 건강증진사업의 개발은 국가나 지방자치단체의 시급한 과제라 할 수 있다.

구리시의 경우에도 마찬가지로, 1996년 9월부터 12월까지 구리시에 신고된 사망자료를 분석한 결과를 보면, 124항목간의 사인분류에 의하면 전체적으로 뇌졸중이 1위였으며, 간암, 위암, 만성간질환, 교통사고, 자살 순 이었고, 여성의 경우에도 뇌졸중으로 인한 사망이 가장 많아서¹⁰⁾ 뇌졸중에 대한 예방사업의 중요성이 크다.

본 연구는 뇌졸중으로 인한 사망률과 이환율을 줄이기 위한 <구리시 뇌졸중 예방 5개년 계획>의 1차년도 사업으로 진행되었으며, 설문조사를 통해 뇌졸중의 위험인자와 관리방법에 대한 구리 시민의 인식도를 조사하여 향후 예방사업의 기초자료로 삼고자 시행되었다.

2. 연구방법

가. 연구대상 및 표본추출

본 연구의 대상은 20세이상 69세이하로 조사일 현재 구리시에 거주하는 시민을 대상으로 하였으며, 1995년 인구 및 주택 총조사시 설정된 706개의 조사구를 기준으로 동별로 10% 확률비례추출을 하였다. 각 조사구는 평균 60가구가 되도록 설정되어 있으며, 추출된 조사구는 하나의 segment가 평균 10가구가 되도록 6개의 segment로 나누고, 각 조사구내에서는 임의로 1개의 segment를 지정하여 할당된 크기의 가구를 추출하였다.

총 8개동, 706개 조사구에서 68개 조사구가 표본으로 추출되었으며, 이중에서 857명이 연구대상에 포함되었다.

10) 구리시 96 사망력조사결과

나. 조사방법

본 설문조사는 1997년 8월부터 9월에 구리시 건강, 영양진단과 함께 실시되었으며, 조사내용은 뇌졸중의 위험인자와 발병시 치료방법에 대한 설문조사이며, 조사는 자기기입식 설문조사를 실시하였다.

3. 연구결과

가. 조사대상자의 일반적 특성

조사대상자의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 총 857명이 설문조사에 응답하였으며, 성별분포를 보면 여자 516명(60.3%), 남자 340명(39.7%)이었으며(표 1), 연령별 분포를 보면 30대가 283명(33.0%)로 가장 많았으며, 다음으로 40대(26.3%), 50대(17.2%), 20대(12.7) 순이었다(표 2). 지역별 분포를 보면 교문2동이 163명(19.1%)으로 가장 많았으며, 인창동 153명(17.9%), 수택1동 149명(17.4%), 교문1동 109명(12.7%) 순이었으며(표 1), 학력별 분포를 보면 고졸이 339명(42.9%)로 가장 많았으며, 중졸 176명(22.3%), 초등학교졸 133명(16.8%) 순이었다(표 4).

<표 1> 조사대상자의 성별분포 N=856

성별	명	%
남	340	39.7
여	516	60.3

<표 2> 조사대상자의 연령별 분포 N=857

연령별	명	%
29세 이하	109	12.7
30 - 39세	283	33.0
40 - 49세	225	26.3
50 - 59세	147	17.2
60세 이상	93	10.9

<표 3> 조사대상자의 지역별 분포

N=855

지역	명	%
갈매동	27	3.2
교문1동	109	12.7
교문2동	163	19.1
동구동	72	8.4
수택1동	149	17.4
수택2동	103	12.0
수택3동	79	9.2
인창동	153	17.9

<표 4> 조사대상자의 학력별 분포

N=791

학력	명	%
무학	47	5.9
초등학교졸	133	16.8
중졸	176	22.3
고졸	339	42.9
대졸이상	96	12.1

나. 뇌졸중의 위험인자에 대한 인식도

뇌졸중을 일으키는 각종 위험인자와 원인질환, 예방법에 대한 인식도 조사결과를 보면 다음과 같다(표 5). 뇌졸중의 위험인자중 고혈압(85.3%)을 뇌졸중의 위험인자로 인식하고 있는 경우가 가장 높았으며, 고령(75.7%), 비만(65.3%)을 비교적 많은 수에서 위험인자라고 인식하고 있었다. 반면에 당뇨병(33.6%), 심장병(33.5%), 흡연(32.7%)에 대해서는 위험인자로 인식하고 있는 경우가 50%미만이였다.

또한 뇌졸중의 주된 위험인자가 아닌 스트레스, 과도한 지방섭취, 알코올 섭취, 편두통에

대해서는 각각 69.4%, 59.4%, 47.2%, 27.7%에서 이러한 요인들이 뇌졸중을 일으킨다고 인식하고 있었다.

뇌졸중의 예방법에 대해서는 고혈압치료로 뇌졸중을 예방할 수 있다고 응답한 경우가 74.4%로 높았으며 한약복용으로 예방할 수 있다고 응답한 경우도 35%로 비교적 높았다.

<표 5> 뇌졸중 위험인자에 대한 인식도 단위:명(%)

위험인자	예	아니오	모른다	총 계
고 령	611(75.7)	108(13.4)	88(10.9)	807(100)
고혈압	688(85.3)	35(4.3)	84(10.4)	807(100)
당뇨병	266(33.6)	218(27.5)	308(38.9)	792(100)
심장병	266(33.5)	228(28.7)	300(37.8)	794(100)
흡 연	260(32.7)	230(28.9)	306(38.4)	796(100)
뇌졸중가족력	382(47.9)	198(24.8)	218(27.3)	798(100)
뇌졸중재발가능				
비 만	522(65.3)	122(15.3)	155(19.4)	799(100)
과다지방섭취	472(59.4)	93(11.7)	230(28.9)	795(100)
알코올섭취	378(47.2)	166(20.7)	257(32.1)	792(100)
스트레스	556(69.4)	71(8.9)	174(21.7)	801(100)
소화불량	96(12.3)	370(47.3)	317(40.5)	783(100)
편두통	217(27.7)	228(29.1)	339(43.2)	784(100)
기관지천식	61(7.7)	351(44.3)	380(48.0)	792(100)
고혈압치료로 예방	600(74.4)	40(5.0)	166(20.6)	806(100)
한약복용으로 예방	279(35.0)	198(24.8)	321(40.2)	798(100)

성별에 따른 뇌졸중의 위험인자에 대한 인식정도의 차이를 살펴보면 고령, 고혈압, 뇌졸중의 가족력, 뇌졸중재발가능성, 스트레스, 소화불량, 편두통에 대한 인식도에 남녀간에 차이가 존재하였다. 여자의 경우에는 고혈압, 뇌졸중재발가능성, 뇌졸중의 가족력에 대해서 뇌졸중의 위험인자로 인식하는 경우가 남자에 비해 더 많았다. 그러나 뇌졸중의 위험인자가 아닌 편두

통이나 스트레스를 뇌졸중의 원인으로 응답한 경우도 남자에 비해 더 많았다. 뇌졸중의 예방법에 대한 인식도를 보면 여자의 경우에는 고혈압치료를 뇌졸중을 예방가능하다고 응답한 경우가 77.5%로 남자의 69.5%보다 높았으며, 반면에 한약으로 뇌졸중을 예방할 수 있다고 응답한 경우는 남자(36.4%)가 여자(34.0%)보다 조금 더 많았다(표 6).

<표 6> 뇌졸중 위험인자에 대한 성별 인식도

단위:명(%)

위험인자	남 자			여 자			P값
	예	아니오	모른다	예	아니오	모른다	
고 령*	244 (78.5)	26 (8.4)	41 (13.1)	366 (73.9)	82 (16.6)	47 (9.5)	0.002
고 혈 압*	250 (80.1)	15 (4.8)	47 (15.1)	437 (88.5)	20 (4.1)	37 (7.4)	0.002
당 뇨 병	95 (31.2)	76 (24.9)	134 (43.9)	171 (35.2)	141 (29.0)	174 (35.8)	0.073
심 장 병	89 (29.0)	100 (32.6)	118 (38.4)	176 (36.2)	128 (26.3)	182 (37.5)	0.063
흡 연	97 (31.5)	97 (31.5)	114 (37.0)	162 (33.3)	133 (27.3)	192 (39.4)	0.447
뇌졸중가족력*	117 (38.0)	89 (28.9)	102 (33.1)	265 (54.2)	108 (22.1)	116 (23.7)	0.001
뇌졸중재발가능성*	228 (74.0)	30 (9.7)	50 (16.3)	414 (84.2)	32 (6.5)	187 (38.2)	0.002
비 만	198 (64.1)	44 (14.2)	67 (21.7)	323 (66.0)	78 (16.0)	88 (18.0)	0.406
과다지방섭취	175 (57.2)	32 (10.5)	99 (32.3)	296 (60.7)	61 (12.5)	131 (26.8)	0.221
알코올섭취	146 (47.0)	74 (23.8)	91 (29.2)	231 (47.2)	92 (18.8)	166 (34.0)	0.167
스트레스*	188 (60.7)	32 (10.3)	90 (29.0)	367 (74.9)	39 (8.0)	84 (17.1)	0.001
소화불량*	24 (8.0)	145 (48.2)	132 (43.8)	72 (15.0)	224 (46.6)	185 (38.5)	0.012
편 두 통*	59 (19.5)	96 (31.8)	147 (48.7)	158 (32.9)	131 (27.2)	192 (39.9)	0.001
기관지천식	24 (8.0)	142 (47.0)	136 (45.0)	37 (7.6)	208 (42.5)	244 (49.9)	0.406
고혈압치료로예방*	216 (69.5)	21 (6.7)	74 (23.8)	383 (77.5)	19 (3.9)	92 (18.6)	0.025
한약복용으로예방*	112 (36.4)	62 (20.1)	134 (43.5)	166 (34.0)	136 (27.8)	187 (38.2)	0.002

학력수준에 따른 뇌졸중의 위험인자에 대한 인식정도의 차이를 살펴보면 학력이 증가할수록 뇌졸중의 위험인자로 높게 인식한 항목은 고령, 고혈압이었으며, 학력이 낮은 군에서 뇌졸중 위험인자로 높게 인식한 항목은 알코올 섭취, 소화불량, 편두통, 천식으로 학력이 낮은 군에서 뇌졸중 위험인자에 대한 잘못된 인식이 높았다(표 7).

<표 7> 뇌졸중 위험인자에 대한 학력별 인식도 단위:명(%)

위험인자	중졸이하			고졸			대졸이상			P값
	예	아니오	모른다	예	아니오	모른다	예	아니오	모른다	
고 령*	266 (71.9)	50 (13.5)	54 (14.6)	262 (77.0)	48 (14.1)	30 (8.8)	83 (85.6)	10 (10.3)	4 (4.1)	0.012
고 혈 압*	316 (85.6)	22 (6.0)	31 (8.4)	281 (82.4)	12 (3.5)	48 (14.1)	91 (93.8)	1 (1.0)	5 (5.2)	0.005
당 뇨 병	131 (36.6)	88 (24.6)	139 (38.8)	100 (29.6)	103 (30.5)	135 (39.9)	35 (36.5)	27 (28.1)	34 (35.4)	0.0248
심 장 병*	133 (36.9)	86 (23.9)	141 (39.2)	99 (29.4)	104 (30.9)	134 (39.8)	34 (35.1)	38 (39.2)	25 (25.7)	0.006
흡 연	114 (31.8)	96 (26.7)	149 (41.5)	106 (31.2)	105 (30.9)	129 (37.9)	40 (41.2)	29 (29.9)	28 (28.9)	0.147
뇌졸중가족력	167 (46.3)	87 (26.1)	107 (29.6)	157 (46.0)	89 (26.1)	95 (27.9)	58 (60.4)	22 (22.9)	16 (16.7)	0.067
뇌졸중재발가 능성*	292 (80.0)	29 (7.9)	44 (12.1)	266 (78.5)	28 (8.3)	45 (13.2)	85 (87.6)	5 (5.2)	7 (7.2)	0.395
비 만*	250 (69.0)	47 (13.0)	65 (18.0)	199 (58.5)	61 (17.9)	80 (23.5)	73 (75.3)	14 (14.4)	10 (10.3)	0.005
과다지방섭취	212 (58.9)	43 (11.9)	105 (29.2)	194 (57.2)	41 (12.1)	104 (30.7)	66 (68.8)	9 (9.4)	21 (21.9)	0.337
알코올섭취*	188 (51.4)	63 (17.2)	115 (31.4)	151 (44.7)	71 (21.0)	116 (34.3)	39 (40.2)	32 (33.0)	26 (26.8)	0.009
스트레스	263 (71.7)	30 (8.2)	74 (20.2)	218 (64.5)	35 (10.4)	85 (25.1)	75 (78.1)	6 (6.3)	15 (15.6)	0.086
소화불량*	71 (20.2)	134 (38.1)	147 (41.8)	20 (5.9)	176 (52.4)	140 (41.7)	5 (5.3)	60 (63.2)	30 (31.6)	0.001
편 두 통*	123 (34.5)	79 (22.1)	155 (43.4)	74 (22.3)	113 (34.0)	145 (43.7)	20 (21.1)	36 (37.9)	39 (41.1)	0.001
기관지천식*	39 (10.9)	129 (36.1)	189 (53.0)	14 (4.1)	171 (50.4)	154 (45.4)	8 (8.3)	51 (53.1)	37 (38.5)	0.001
고혈압치료로 예방*	286 (77.3)	15 (4.1)	69 (18.6)	236 (69.6)	16 (4.7)	87 (25.7)	78 (80.4)	9 (9.3)	10 (10.3)	0.003
한약복용으로 예방*	154 (42.7)	67 (18.6)	140 (38.8)	97 (28.5)	103 (30.3)	140 (41.2)	28 (28.9)	28 (28.9)	41 (42.2)	0.001

다. 뇌졸중발생시 치료방법에 대한 인식도

‘집안에 뇌졸중환자가 발생하였을 때 어떻게 조치할 것인가’에 대한 설문에 대해서는 대부분의 경우에서 병의원이나 한의원에서 치료를 받겠다고 응답하였다. 병원에 간다라고 응답한 경우가 415명(53.3%)으로 가장 많았으나, 한의원에서 치료한다라고 응답한 경우도(43.6%)으로 많았다(표 8).

성별에 따른 뇌졸중 치료방법에 대한 인식도의 차이를 보면 남자는 병의원(64.5%), 여자는 한의원(50.6%)을 선호하여 차이가 있었다(표 9).

연령별에 따른 뇌졸중 치료방법에 대한 인식도의 차이를 보면 20대는 병의원(65.1%)을 선호하였으며 연령이 증가할수록 한의원 치료를 선호하는 경향이 많아져 60대는 한의원에서 치료를 하겠다고 응답한 경우가 53.5%로 가장 많았다(표 10).

<표 8> 뇌졸중 발생시 치료방법 N=779

치료방법	명	%
병 원	415	53.5
한 의 원	340	43.6
자가치료	15	1.9
약 국	3	0.4
기 타	6	0.8

<표 9> 성별에 따른 뇌졸중 발생시 치료방법 단위:명(%)

치료방법	남 자	여 자
병 원	191(64.5)	223(46.3)
한 의 원	96(32.4)	244(50.6)
자가치료	4(1.4)	11(2.3)
약 국	1(0.3)	2(0.4)
기 타	4(1.4)	2(0.4)

<표 10> 연령별에 따른 뇌졸중 발생시 치료방법

단위:명(%)

치료방법	20대	30대	40대	50대	60대
병 원	67(65.0)	151(19.4)	109(53.4)	54(45.4)	34(39.5)
한 의 원	32(31.1)	112(42.0)	89(43.6)	61(51.3)	46(53.5)
자가치료	4(3.9)	2(0.8)	5(2.5)	2(1.7)	2(2.3)
약 국	0(0.0)	2(0.8)	0(0.0)	1(0.8)	0(0.0)
기 타	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	1(0.8)	4(4.7)

p<0.001

4. 고찰

우리 나라의 각종 질병의 유병률을 살펴보면¹¹⁾ 감염성질환이나 기생충질환의 인구 1천명당 유병건수는 1992년 3.4명에서 1995년에는 2.5명으로 감소된 반면, 뇌졸중을 포함한 순환기계질환은 동 기간 동안 32.2명에서 57.3명, 악성 신생물은 2.3명에서 3.2명, 당뇨병을 포함하는 내분비장애는 12.6명에서 20.3명으로 각각 증가하여 만성퇴행성질환의 유병률이 증가하고 있음을 보여주고 있다. 연도별 사망률 추이를 살펴보면, 감염성질환으로 인한 사망은 점차 줄어들고 있는 반면, 악성신생물(암)과 당뇨병, 허혈성 심질환, 뇌졸중 등 만성퇴행성질환으로 인한 사망은 급격히 늘어나고 있다. 감염성질환으로 인한 사망률은 1985년 인구 10만명당 23.2명이었으나, 1990년에는 15.7명, 1995년에는 11.6명으로 감소한 반면, 각종 암으로 인한 사망률은 인구 10만명당 76.6명에서 1990년 75.7명으로 약간 감소하였으나, 1995년에는 79.7명으로 증가하여 단일질환으로는 1위를 차지하고 있어¹²⁾ 이에 대한 예방대책이 필요한 실정이다.

뇌졸중은 우리 나라의 사망원인 1위일 뿐만 아니라 질병이 치명적이며, 심한 장애를 초래하는 심각한 질병이다. 그러나 뇌졸중의 위험인자 및 원인질환이 잘 알려져 있기 때문에 위험인자를 조기발견, 치료함으로써 발병률을 줄일 수 있기 때문에 위험인자에 대한 교육, 홍보가 매우 중요하다. 뇌졸중의 주된 위험인자는 고혈압, 흡연, 심장질환, 당뇨병이며, 이들의 비교위험도는 각각 고혈압, 4-5배, 심장병5-7배, 흡연 1.5배 - 3.5배, 당뇨병 1.5 - 3.5배이다.

11) 한국보건사회연구원, 국민건강 및 보건 의식행태조사 1992, 1995

12) 유명학, 질병구조의 변화와 향후 정책방향, 보건복지포럼, 1997. 6월호

본 연구에서 뇌졸중의 주된 위험인자에 대한 주민들의 인식정도를 보면, 고혈압에 대한 인식정도가 85.3%로 가장 높았으며, 또한 고혈압 치료로 뇌졸중을 예방할 수 있다고 응답한 경우도 74.4%로 높아 고혈압에 대한 인식도는 비교적 높음을 알 수 있다. 1970년대 이후 고혈압이 뇌출혈의 원인으로 인식되면서 고혈압의 적극적인 치료로 출혈성 뇌졸중은 감소하였고, 뇌졸중의 발생연령도 더 고령화하는 경향을 볼 수 있다. 그러나 고혈압의 정도가 심하지 않은 경우 뇌출혈의 발생빈도는 낮아졌지만, 경증 고혈압도 동맥경화의 발생요인으로 작용하며 연령이 점점 증가하면서 뇌경색을 발생시키기 쉬운 여건이 형성된다고 할 수 있다. 또한 고혈압 치료의 순응도는 아직도 낮은 상태여서 여전히 고혈압이 뇌혈관 질환의 주도니 위험인자로 작용하고 있다.

반면에 뇌졸중의 주된 위험인자인 당뇨병(33.6%), 심장병(33.5%), 흡연(32.7%)에 대해서는 위험인자로 인식하고 있는 경우가 50%미만이어서 이에 대한 교육, 홍보의 필요성이 매우 크다.

또한 뇌졸중의 주된 위험인자가 아닌 스트레스(69.4%), 비만(65.3%), 과도한 지방섭취(59.4%), 알코올 섭취(47.2%), 편두통(27.7%)이 뇌졸중을 일으킨다고 인식하는 경우가 많았다. 미국보다는 지방섭취량이 월등히 적기 때문에 지방섭취가 주된 위험인자가 되지 않음에도 불구하고 대다수의 많은 사람들이 돼지고기, 닭고기 등의 지방섭취가 곧 중풍을 일으킨다고 인식하고 있는데는 전통의학의 영향도 클 것으로 생각할 수 있다.

이런 결과는 김 등¹³⁾ 이 서울 시민을 대상으로 뇌졸중 위험인자에 대한 조사한 결과에서도 마찬가지로 고혈압(287명)을 가장 중요한 위험인자로 꼽았으며, 다음으로 고지혈증/비만(73명), 스트레스/피로(68명), 순환장애(66명), 동맥경화(53명), 노화(37명), 추운날씨(17명) 등의 순으로 뇌졸중의 위험인자를 응답한 것과 유사한 결과라고 할 수 있다. 이 연구에서도 흡연(2명)이나 당뇨병(2명), 심장병(1명)을 위험인자로 응답한 사람은 소수에 불과하였다.

성별에 따른 뇌졸중의 위험인자에 대한 인식도를 살펴보면 남자에 비해 여자가 뇌졸중 위험인자에 대한 인식도가 비교적 높았으나, 뇌졸중의 위험인자가 아닌 스트레스, 편두통에 대해서도 뇌졸중의 위험인자로 잘못 인식하고 있는 경우가 많았다. 또한 뇌졸중의 주요 위험인자인 흡연, 당뇨병에 대해서는 남, 녀 모두의 인식이 낮았다.

학력수준에 따른 뇌졸중의 위험인자에 대한 인식도를 살펴보면 학력이 증가할수록 뇌졸중의 위험인자에 대한 인식도가 높았다.

13) Jong S. Kim : Perspectives of Stroke in Persons Living in Seoul, South Korea, Stroke, 1997 ; 28 : 1165-1169

뇌졸중의 예방법에 대해서는 고혈압치료로 뇌졸중을 예방할 수 있다고 응답한 경우가 74.4%로 비교적 높았으며, 한약복용으로 예방할 수 있다고 응답한 경우도 35%로 뇌졸중의 치료나 예방에 있어서의 한방의 신뢰가 높음을 알 수 있다.

뇌졸중환자가 발생하였을 때 조치방법에 대해서는 병원에 간다라고 응답한 경우가 415명(53.3%)으로 가장 많았으나, 한의원에서 치료한다라고 응답한 경우도 340명(43.6%)으로 많았다. 이는 '중풍치료는 한방이 잘한다'라는 주민들의 오래된 인식을 다시 한 번 확인할 수 있는 결과라고 할 수 있다. 성별, 연령별 분석에 의하면 20대와 남자는 병의원을, 60대와 여자는 한의원을 선호하는 경향을 보여주었다.

이상의 결과에서 우리 나라의 주된 사망원인인 뇌졸중의 위험인자에 대한 인식수준이 고혈압을 제외하고는 잘못된 지식을 가지고 있는 경우가 많다는 것을 알 수 있었다. 뇌졸중의 발생을 줄이려면 무엇보다도 뇌졸중의 위험인자에 대한 각종 보건교육, 학교보건교육, 대중매체를 통한 다양한 교육, 홍보의 중요성이 강조되어야 한다. 특히 본 연구결과 잘못 인식되고 있는 위험인자에 대한 교정과 뇌졸중의 주요 위험인자이지만 인식도가 낮은 흡연, 당뇨병, 심장병에 대한 교육, 홍보의 필요성이 크다고 할 수 있다.

참 고 문 헌

- 김기순 외 : 일부 농촌지역 고혈압의 사망에 영향을 미치는 요인, 한국농촌의학회지 10(1), 1993
- 김용익 외 : 연천군의 고혈압관리사업 사례, 한국농촌의학회지 18(1), 1993
- 김정순 : 우리 나라 사망원인의 변천과 현황, 대한 의학협회지 36(3), 1993
- 김정순 ; 역학각론 - 만성병과 사고, 신광출판사, 1994

- 남선우 외 : 고혈압 환자에서 발생한 뇌졸중 유형관련요인에 관한 연구, 대한 신경과학회지 13(2), 1995
- 대한가정의학회 : 한국인의 건강증진, 고려의학, 1996
- 명호진 외 : 최근 국내 뇌졸중의 역학적 동향에 대한 연구, 대한신경학회지 7(2), 1989
- 박종구 : 고혈압의 역학, 한국농촌의학회지 18(1), 1993
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단 : 만성퇴행성질환관리상버, 1993
- 송일한 외 : 우리 나라 뇌졸중의 최근 10년간 변화양상에 대한 연구, 대한내과학회지 43(5), 1992
- 이근호 외 : 청장년층 뇌졸중 환자의 연구, 대한 신경과학회지 11(1), 1993
- 이병철 : 뇌졸중에 의한 사인과 유형별 발생빈도의 추이, 대한의학협회지 36(3), 1993
- 이용희 외 : 초기성인 뇌졸중의 임상적 고찰, 대한신경학회지 9(2), 1991
- 이학중 외 : 문헌고찰과 아울러본 우리 나라 뇌혈관질환의 추이, 대한의학협회지34(7), 1991
- Jong S. Kim : Perspectives of Stroke in Persons Living in Seoul, South Korea, Stroke, 1997 ; 28: 1165-1169
- J. Ruomilehto et al : A Community-based Intervention study on the Feasibility and Effects of the Reduction of Salt intake in North Karelia, Finland, Acta Cardiologica, 1981

광주광역시동구 노인들의 건강수준평가와 지역사회 대응전략

남해성¹⁾, 정재호²⁾, 김혜란²⁾, 임정수¹⁾, 김재순²⁾, 박애자²⁾, 박형철²⁾, 이정애¹⁾
전남의대예방의학교실¹⁾, 광주광역시 동구보건소²⁾

1. 동구 노인들의 건강수준 조사

가. 조사 목적

본 조사는 광주시 동구 노인들의 노인 보건복지사업을 위한 기초자료를 마련코자 실시되었으며 주요내용은 다음과 같다.

- (1) 동구 노인들의 건강관련 삶의 질 수준을 평가한다.
- (2) 동구 노인들의 신체 건강상태를 객관적으로 평가하고 만성 증상 및 질환호소율을 평가한다.
- (3) 동구 노인들의 인지기능장애(치매)의 규모(유병률)등을 알아본다.

나. 조사방법 및 내용

(1) 조사대상

광주 광역시의 동구에 거주하는 65세이상 노인을 대상(target population)으로 하고 이중 5%를 표본추출하여 조사하였다.

(가) 대상 모집단 규모

광주광역시 동구에 거주하는 65세이상 노인인구규모는 아래와 같다.

동구 전체 인구 중 65세 이상 인구의 비율은 6.2%로 남자는 전체의 4.5%, 여자는 전체의 7.8%를 차지하였다.

(나) 표본추출 방법

연구대상의 5%인 467명을 계통적 무작위 표본 추출방법에 의해 추출하였다. 조사시 대상자가 전출되었을 경우 바로 위번호를 대상자로 대치하였다.

광주시 동구 65세 이상 노인인구 분포(1996. 12. 31 현재)

연 령	남	여	전체
65 - 69세	1,585(47.3%)	2,014(34.5%)	3,599(39.2%)
70 - 74세	919(27.4%)	1,485(25.4%)	2,404(26.2%)
74 - 79세	497(14.8%)	1,074(18.4%)	1,571(17.1%)
80세 이상	347(10.4%)	1,267(21.7%)	1,614(17.5%)
	3,348(100.0)	5840(100.0%)	9,188(100.0%)

(2) 조사방법

보건소의 간호사와 동사무소에 배치된 간호사가 직접 대상노인의 가정을 방문하여 다음 항목들을 조사하였다.

(가) 인구특성에 관한 평가

연령, 성, 교육수준, 월수입, 종교, 주택소유, 주거형태, 동거가족수 등을 평가하였다.

(나) 건강관련 삶의 평가

-COOP/WONCA 차트

신체기능(physical fitness), 감정상태(feeling), 일상활동 또는 일(daily activities), 사회활동(social activities), 동통(pain), 건강인지도(overall health), 주관적 삶의 질(quality of life), 필요시 도와줄 사람(social support)등 5점척도의 8개 항목으로 평가하였다. 점수가 높을수록 삶의 질이 낮다고 평가하였다.

-일상생활 수행정도(ADL)

Index of ADL(Sidney Katz, 1959, Revised 1976)를 이용하여 평가하였다.

목욕하기, 옷입기, 화장실 사용, 침대 및 의자에서의 이동, 배변 및 배뇨조절, 식사하기 등의 독립성 여부를 평가하였다.

-수단적 도구 수행정도(IADL)

Instrumental Activities of Daily Living(Lawton과 Brody, 1969)를 이용하여 평가하였다. 전화사용, 쇼핑하기, 음식준비, 집안일 하기, 세탁하기, 교통수단이용, 약복용, 재정관리 등의 수행여부를 평가하였다.

(㉔) 치매유병조사

1단계로 조사대상 476명(전체 노인인구의 약 5%)에 대해 MMSE-K(mini-mental state examination-Korea, 한국형 인지기능 평가)도구를 이용 정상군(25점이상)과 치매의심군(24점 이하)으로 분류--->그 결과 정상군 220명, 치매의심군 248명, 2단계로 정상군에서 30명, 치매의심군에서 80명을 난수표 표본추출법에 의하여 추출--->전남대병원 신경과와 정신과 의사 각 1인이 DSM-IV 기준에 따라 치매여부를 진단함.

불확실한 경우 두 진단의사가 협의하여 결정함

(㉕) PULSES PROFILE 에 의한 신체상태 평가

PULSES PROFILE 은 조사한 간호사가 대상자의 신체상태를 전체, 상지, 하지, 감각기능, 배설기능, 정신상태 등 체계적으로 평가하여 의료의 필요성 정도를 평가하였다.

(㉖) 만성적인 증상 및 만성질환 유무와 의료이용 유무

지난 1년간 다음 만성질환 여부와 의료이용 여부에 대한 확인 목록표(checklist)를 만들어 평가하였다. 만성질환들은 노령층에 유병율이 높은 질환을 위주로 하고 기타 질환을 첨가하였다.

만성질환 확인 목록표	
1. 고혈압	8. 당뇨병
2. 중풍	9. 악성종양
3. 심장병	10. 결핵
4. 척추 및 관절질환	11. 전립선 질환
5. 간질환	12. 건선, 습진등 만성피부질환
6. 위장관질환	13. 편두통등 만성두통
7. 만성천식 및 기관지염	14. 백내장
	15. 기타

(㉗) 향후 노인시설 입소에 관한 의견

노인 요양 및 양로시설에 입소에 대한 의견을 찬성, 보통, 반대로 평가하였다.

다. 조사결과

(1) 조사대상의 일반적 특성

전체적인 연령분포를 보면 60대와 70대 초반이 절반 이상을 차지하고 있었고 여성의 경우 남성에 비해 고령층 비율이 높게 나타났다. 성별로는 남성이 34%, 여성이 66%로 여성이 많았다. 교육수준은 여성의 경우 무학이 절반이상을 차지하였고 남성은 초등학교 수학이 가장 많았다. 결혼상태를 보면 남성의 경우 유배우자가 대다수였고 여성의 경우는 사별한 경우가 대다수였다. 전체 노인의 60%가 종교를 가지고 있었으며 기독교 또는 천주교 신자가 불교신자와 비슷한 분포를 차지하였다. 월수입은 10만원 이하가 45%가량 되었으며 남성의 경우 30만원 초과인 비율이 가장 많았고 여성의 경우는 10만원 이하가 절반을 상회하였다. 전체 노인의 16%가 혼자 살고 있었는데 특히 여성인 경우가 많았다. 주택소유 현황을 보면 자가주택이 67%로 가장 많았고 전세 16%, 월세 6%의 분포였고 주거형태는 단독주택 75%, 아파트 19%, 연립주택 3%의 분포였다(표 1)

표 1. 광주시 동구조사대상 노인들의 일반적 특성(단위 : %)

	남 성	여 성	총 계
연령(세)			
65 - 69세	37.4	33.7	40.0
70 - 74세	37.3	25.2	29.3
74 - 79세	13.9	20.7	18.4
80세 이상	11.4	20.4	17.3
교육수준(년)			
0	15.4	52.9	38.7
1 - 6	33.6	37.8	36.2
7 - 9	18.1	6.5	10.9
10 - 12	16.1	2.4	7.6
13 이상	16.8	0.4	6.6
결혼상태			
미혼	0.7	0.7	0.7
유배우	76.6	27.4	44.5
사별	22.7	71.3	54.4
이혼, 별거	0.0	0.7	0.4
종교			
기독교	13.0	16.7	15.7
천주교	9.7	14.7	13.0
불교	24.7	30.7	28.7
기타	2.6	2.6	2.6
없음	50.0	35.0	40.0
월수입(10,000원)			
- 10	24.7	55.6	45.2
11 - 20	20.9	21.7	21.4

21 - 30	9.5	8.1	8.6
31 이상	44.9	14.6	24.8
동거가족수(명)			
0	5.7	21.3	15.9
1	53.8	23.6	34.0
2이상	40.5	55.2	50.1
주택소유			
자가	78.7	61.2	67.1
전세	11.6	18.6	16.2
월세	4.5	6.8	6.1
기타	5.2	13.4	10.6
주거형태			
단독주택	73.2	75.3	74.6
연립주택	1.9	3.3	2.8
아파트	20.4	17.5	18.5
기타	4.5	3.9	4.1
총 계	158(33.8)	309(66.2)	467(100.0)

(2) 일상생활 수행(Activity of Daily Living) 및 수단적 일상생활 수행(Instrumental Activity of Daily Living)정도

일상생활 수행에 대해 1항목이상 장애가 있는 경우는 남성에서 13%, 여성에서14%였다(표 2). 수단적 일상생활 수행에 대해 1항목이상 장애가 있는 경우는 남성에서 38%, 여성에서 54%였다(표 3).

표4에서 C급 이하는 2개 항목이상에서 일상생활의 독립적인 수행이 어려운 경우라 할 수 있는데 전체의 5.1%가 이에 해당하였다.

표 2. 일상생활 수행(ADL) 장애 빈도 분포 (단위 : %)

개인당 일상생활 장애(disability)의 수	남 자	여 자
0	86.7	85.6
1	8.2	8.5
2	1.9	1.0
3	1.3	1.3
4	0.0	0.3
5	1.3	0.7
6	0.6	1.6

표 3. 수단적 일상생활 수행(IADL) 장애 빈도 분포 (단위 : %)

개인당 수단적 일상생활 장애(disability)의 수	남 자	여 자
0	61.9	45.7
1	15.3	16.0
2	10.8	10.9
3	5.0	9.3
4	3.6	6.4
5	3.4	3.5
6	-	2.9
7	-	3.5
8	-	1.9

표 4. Katz의 Index of ADL 분류에 따른 일상생활 수행 (Activity of Daily Living)분포

분 류	%
A	86.0
B	8.9
C	1.1
D	1.1
E	0.2
F	0.8
G	1.3
Other	0.6
계	467(100.0)

A:목욕하기, 옷입기, 화장실사용, 침대 및 의자에서의 이동, 배변 및 배뇨조절, 식사 등 6개 항목 모두 독립적으로 수행

B:6개항목중 1개항목에서 독립적인 수행 못함

C:목욕하기와 기타 한 항목에서 독립적인 수행 못함

D:목욕하기, 옷입기, 화장실 사용, 기타 한 항목에서 독립적인 수행 못함

F:목욕하기, 옷입기, 화장실 사용, 침대 및 의자에서 이동하기, 기타 한 항목에서 독립적인 수행 못함

G:6개항목 모두엿 독립적인 수행 못함

Other:최소 2개항목에서 독립적이지 못하지만 상기 C, D, E, F항목에 분류되지 않는 경우

표 5을 보면 배변 및 배뇨조절 항목에서 가장 독립적인 수행정도가 낮았고 식사하기 항목이 가장 높았다. 남성의 경우 화장실 사용과 배변 및 배뇨조절 항목에서 80세 이상인 경우에 수행정도가 현저히 떨어졌다. 여성의 경우에는 목욕하기와 화장실사용 항목에 80세이상인 경우에 수행정도가 현저히 떨어졌으며 배변 및 배뇨조절 항목에서는 70대 후반부터 수행정도가 떨어지는 것으로 나타났다.

표 5. 독립적인 일상생활 수행(Activity of Daily Living)가능 노인의 비율

ADL항목	연령(세)				계
	65-69	70-74	75-79	80-	
목욕하기					
남	94.9	94.9	95.5	94.4	94.9
여	95.2	96.2	96.9	87.3	94.2
계	95.1	95.6	96.5	88.9	94.4
옷 입기					
남	93.2	94.9	100.0	100.0	95.6
여	96.1	98.7	96.9	93.6	96.4
계	95.1	97.1	97.7	95.0	96.1
화장실 사용					
남	96.6	96.6	100.0	88.9	96.2
여	96.1	98.7	95.3	77.8	92.8
계	96.3	97.8	96.5	80.3	94.0
침대, 의자에서의 이동					
남	96.6	96.6	100.0	100.0	97.5
여	96.2	100.0	98.4	88.9	96.1
계	96.3	98.5	98.8	91.4	96.6
배변, 배뇨조절					
남	94.9	91.5	95.5	72.2	91.1
여	98.1	93.6	87.5	81.0	91.3
계	96.9	92.7	89.5	79.0	91.2
식사					
남	98.3	98.3	100.0	100.0	98.7
여	99.0	100.0	98.4	95.2	98.4
계	98.8	99.3	98.8	96.3	98.5

수단적 일상생활 수행능력을 보면 일상용품 구입(78%), 금전관리(70%), 세탁하기(80%) 항목 등에서 독립적인 수행정도가 낮았다(표 6).

남성의 경우 전화사용, 약물복용, 금전관리, 교통수단 이용 등의 항목에서 80세이상인 경우에 수행정도가 현저히 떨어졌다. 여성의 경우에는 전화사용, 약물복용, 교통수단 이용 항목에서 80세이상인 경우에 수행정도가 현저히 떨어졌으며 일상용품 구입, 음식준비, 집안일 하기, 세탁하기 항목 등에서는 70대 후반부터, 금전관리 항목에서는 70대 초반부터 수행정도가

현저히 떨어지는 것으로 나타났다.

표 6. 독립적인 수단적 일상생활 수행능력(Instrumental Activity of Daily Living) 가능 노인의 비율

IADL항목	연령(세)				계
	65-69	70-74	75-79	80-	
전화사용					
남	100.0	96.6	90.9	83.3	95.6
여	99.9	93.5	88.9	61.9	87.9
계	99.4	94.9	89.4	66.7	90.5
일상생활용품 구입					
남	93.2	91.5	81.8	55.6	86.7
여	89.3	85.7	65.6	41.0	73.8
계	90.7	88.2	69.8	44.3	78.2
약물 복용					
남	98.3	96.6	100.0	83.3	96.2
여	97.1	97.4	98.4	82.5	94.5
계	97.5	97.1	98.8	82.7	95.1
금전관리					
남	87.9	84.8	81.8	38.9	80.3
여	81.6	67.5	56.3	40.3	64.4
계	83.9	75.0	62.8	40.0	69.8
교통수단 이용					
남	92.9	94.7	90.9	77.8	91.5
여	91.6	83.6	81.0	54.8	79.5
계	92.1	88.5	83.5	60.0	83.6
음식준비					
여	95.0	88.2	77.1	51.7	80.8
집안일 하기					
여	96.0	98.7	88.5	73.3	90.6
세탁하기					
여	93.0	86.7	72.1	56.7	79.7

(3) 지난 한달간 건강관련 삶의 질(COOP chart)의 영역별 점수 분포

본 조사에서는 지난 한달간 경험한 건강관련 삶의 질을 8개 영역으로 걸쳐 평가하였다. 신체기능의 경우 점수가 4이상으로 상태가 현저하게 떨어진 경우는 60%로 절반이상을 차지하였다. 근심, 우울, 화, 슬픔 등이 자주 있는 경우(4점 이상)는 전체의 11% 가량 되었고 육체적 정신적 건강문제로 일상활동 또는 일에 상당한 어려움을 겪는 경우(4점 이상)가 16%, 친구나 이웃과의 관계에 상당한 어려움을 겪는 경우 (4점 이상)가 7% 가량 되었다. 상당한 동통(4점 이상)을 느끼는 경우는 18%가량 되었으며 자신의 건강상태가 나쁘다(4점 이상)고 생각하는 경우가 27%였다. 도움이 필요할 때 도와줄 사람이 1명인 경우는 18%였고 전혀 없는 경우(5점)는 3% 가량 되었다. 전체적인 자신의 삶의 질에 대해 나쁜 편(4점 이상)이라고

생각하는 경우가 12%, 그저 그랬다고 생각하는 경우는 53%, 좋은 편이라고 생각하는 경우(2점 이하)가 35% 가량 되었다(표 7).

표 7. 지난 한달간 삶의 질(COOP chart)의 영역별 점수분포(연령에 따른 분포)

	65-69	70-74	연령(세) 75-79	80-	계
신체기능					
1. 빠른 속도로 뒹	7.4	3.7	1.2	1.3	4.1
2. 가볍게 뒹	25.3	16.2	16.5	2.5	17.1
3. 빠르게 걸음	25.3	25.0	12.9	7.5	19.9
4. 천천히 걸음	34.6	47.1	57.7	57.5	46.4
5. 아주 천천히 걸음 또는 잘 걷지 못함	7.4	8.1	11.8	31.3	12.5
감정상태(근심, 우울, 화, 슬픔)					
1. 전혀 없슴	2.5	5.9	2.3	3.8	3.7
2. 거의 없슴	41.4	43.4	27.9	26.3	36.9
3. 가끔 있음	43.2	42.7	59.3	58.8	48.7
4. 자주 있음	12.4	7.4	8.1	7.5	9.3
5. 매우 자주 있음	0.6	0.7	2.3	3.8	1.5
일상 활동 또는 일					
1. 어려움이 전혀 없슴	7.5	5.2	2.4	1.3	4.8
2. 어려움이 거의 없슴	51.9	51.5	49.4	31.3	47.7
3. 약간 어려움	25.6	33.1	30.6	41.3	31.5
4. 상당히 어려움	13.8	9.6	16.5	20.0	14.1
5. 일상생활 못함	1.3	0.7	1.2	6.3	2.0
사회활동(친구, 이웃과 관계)					
1. 어려움이 전혀 없슴	17.6	12.4	9.3	5.0	12.3
2. 어려움이 거의 없슴	61.6	62.0	66.3	52.5	61.0
3. 약간 어려움	17.0	19.0	20.9	26.3	19.9
4. 상당히 어려움	2.5	6.6	2.3	8.8	4.8
5. 일상생활 못함	1.3	0.0	1.2	7.5	2.0
동통					
1. 전혀 없슴	7.5	11.0	5.8	3.8	7.5
2. 거의 없슴	44.7	33.6	30.2	23.8	35.1
3. 약간 아픔	31.1	37.2	41.9	57.5	39.4
4. 상당히 아픔	14.9	16.1	19.8	11.3	15.5
5. 매우 아픔	1.9	2.2	2.3	3.8	2.4
건강인지도					
1. 아주 좋음	4.9	1.5	5.8	2.5	3.7
2. 좋은 편임	40.7	35.3	32.6	20.3	34.1
3. 그저 그렇	30.3	37.5	30.2	49.4	35.6
4. 나쁜 편임	21.0	24.3	29.1	22.8	23.8
5. 아주 나쁨	3.1	1.5	2.3	5.1	2.8
필요시 도와줄 사람					
1. 원하는 만큼 충분	25.0	28.9	20.9	23.8	25.2
2. 4-5명 정도	21.9	20.7	29.1	15.0	21.7
3. 2-3명 정도	33.1	30.4	27.9	41.3	32.8
4. 1명	18.1	16.3	18.6	18.8	17.8
5. 전혀 없슴	1.9	3.7	3.5	1.3	2.6
주관적 삶의 질					
1. 아주 좋음	3.1	1.5	2.4	0.0	2.0
2. 좋은 편임	40.6	36.8	23.5	21.5	33.0
3. 그저 그렇	45.0	49.6	64.7	63.3	53.2

4. 나쁜 편임	10.6	11.3	8.2	11.4	10.5
5. 아주 나쁨	0.6	0.8	1.2	3.8	1.3

연령에 따른 경향성을 보면 신체기능의 경우 60대 후반에서 80대로 갈수록 신체기능이 나빠지는 경향이였다. 감정상태, 일상활동 또는 일 항목에서는 70대 초반에서 80대 후반으로 갈수록 나빠지는 경향이였다.

성별에 따른 차이를 보면 신체기능, 감정상태, 일상활동 또는 일, 동통, 건강인지도, 주관적 삶의 질에서 여성이 더 나쁜 상태였으며 사회활동, 필요시 도와줄 사람 항목에서는 큰 차이가 없었다(표 8).

표 8. 지난 한달간 삶의 질(COOP chart)의 영역별 점수분포(성에 따른 분포)

	남 자	여 자	계
신체기능			
1. 빠른 속도로 뒹	10.7	0.7	4.1
2. 가볍게 뒹	21.5	14.8	17.1
3. 빠르게 걸음	23.4	18.0	19.9
4. 천천히 걸음	38.6	50.5	46.4
5. 아주천천히 걸음	5.7	16.1	12.5
또는 잘 걷지 못함			
감정상태(근심,우울,화,슬픔)			
1. 전혀 없슴	6.3	2.3	3.7
2. 거의 없슴	39.2	35.6	36.9
3. 가끔 있슴	46.8	49.7	48.7
4. 자주 있슴	7.0	10.5	9.3
5. 매우 자주 있슴	0.6	2.0	1.5
일상 활동 또는 일			
1. 어려움이 전혀 없슴	10.9	1.6	4.8
2. 어려움이 거의 없슴	53.2	44.9	47.7
3. 약간 어려움	23.7	35.4	31.5
4. 상당히 어려움	10.9	15.7	14.1
5. 일상생활 못함	1.3	2.3	2.0
사회활동(친구, 이웃과 관계)			
1. 어려움이 전혀 없슴	17.8	9.5	12.3
2. 어려움이 거의 없슴	64.3	59.3	61.0
3. 약간 어려움	10.8	24.6	19.9
4. 상당히 어려움	6.4	3.9	4.8
5. 일상생활 못함	0.6	2.6	2.0
동통			
1. 전혀 없슴	12.0	5.2	7.5
2. 거의 없슴	44.3	30.4	35.1
3. 약간 아픔	31.0	43.8	39.4
4. 상당히 아픔	10.8	18.0	15.5
5. 매우 아픔	1.9	2.6	2.4
건강인지도			
1. 아주 좋음	3.8	3.6	3.7
2. 좋은 편임	40.8	30.7	34.1
3. 그저 그럼	34.4	36.3	35.6

4. 나쁜 편임	19.1	26.1	23.8
5. 아주 나쁨	1.9	3.3	2.8
필요시 도와줄 사람			
1. 원하는 만큼 충분	35.9	19.7	25.2
2. 4-5명 정도	15.4	24.9	21.7
3. 2-3명 정도	26.9	35.7	32.8
4. 1명	19.2	17.1	17.8
5. 전혀 없음	2.6	2.6	2.6
주관적 삶의 질			
1. 아주 좋음	3.2	1.3	2.0
2. 좋은 편임	37.8	30.6	33.0
3. 그저 그럭	50.6	54.5	53.2
4. 나쁜 편임	7.7	12.0	10.5
5. 아주 나쁨	0.6	1.7	1.3

(4) 치매조사 결과

- 동구전체 치매추정유병율 : 8.4%

표 9. 동구노인들의 연령군별 치매유병율(%추정)

연령군(세)	유병율	95%신뢰구간
75세 미만	4.9	1.6 - 10.4
75세 이상	16.2	6.9 - 28.3
전체	8.4	4.4 - 13.7

표 10. 동구노인들의 성별 치매유병율(%추정)

성 별	유병율	95%신뢰구간
남	7.1	2.3 - 13.6
여	8.6	3.6 - 16.0
전 체	8.4	4.4 - 13.7

(5) PULSES PROFILE에 의한 신체상태 평가

PULSES PROFILE은 조사한 간호사가 대상자의 건강상태를 체계적으로 평가하기 위한 도구이다.

전반적인 건강상태를 조사자가 평가할 때 관찰이 필요한 경우는 20%가량이었고 이중 1주마다 관찰이 필요한 경우는 3%였고 매일 관찰이 필요한 경우는 1%가량 되었다. 상지의 장애는 전체의 11%, 하지의 장애는 전체의 30%가 있는 것으로 평가되었다. 감각기능의 장애는 18%, 배설기능의 장애는 7%로 평가되었다. 정신상태 평가에서는 감독이 필요한 경우가 1%, 치료기관 수용이 필요한 경우가 0.2%로 조사되었다(표 11).

표 11. PULSES PROFILE에 의한 신체상태 평가

	연령(세)				계
	65-69	70-74	75-79	80-	
일반건강상태					
1. 정상	77.3	77.2	84.9	82.7	79.6
2. 관찰요(3개월 이하 간격)	17.2	20.6	11.6	14.8	16.7
3. 관찰요(1주이하 간격)	3.2	2.2	2.3	2.5	2.8
4. 관찰요(매일)	1.8	0.0	1.2	0.0	0.9
상지					
1. 장애 없음	90.2	92.7	88.4	80.3	88.8
2. 약간의 장애	6.1	5.2	9.3	13.6	7.7
3. 도움이 필요	2.5	2.2	1.2	2.5	2.2
4. 간호가 필요	1.2	0.0	1.2	3.7	1.3
하지					
1. 기능 정상	76.1	77.9	65.1	50.6	70.2
2. 약간의 장애	19.6	21.3	31.4	39.5	25.8
3. 도움이 필요	2.5	0.7	2.3	4.9	2.4
4. 능력상실	1.2	0.0	1.2	4.9	1.7
감각기능					
1. 기능 정상	91.4	85.3	81.4	58.0	81.8
2. 약간의 장애	7.4	12.5	15.1	32.1	14.6
3. 도움이 필요	1.2	0.7	1.2	7.4	2.2
4. 능력상실	0.0	1.5	2.3	2.5	1.3
배설기능					
1. 기능정상	96.9	95.6	93.0	58.0	93.4
2. 가끔 조절장애	1.2	4.4	5.8	32.1	4.9
3. 정기적 조절장애	1.8	0.0	0.0	7.4	1.5
4. 완전한 조절장애	0.0	0.0	1.2	2.5	0.2
정신상태					
1. 동년배와 같은 수준	96.9	96.3	96.5	90.1	95.5
2. 감독이 필요 없음	3.1	3.7	2.3	4.9	3.4
3. 감독이 필요	0.0	0.0	1.2	3.7	0.9
4. 치료기관 수용요	0.0	0.0	0.0	1.2	0.2

(6) 만성증상 및 질환호소율과 의료이용율

목록표로 확인한 만성증상 및 질환호소율과 호소자의 의료이용율은 표 12과 같다.

표 12. 96년 1월부터 조사시기까지 동구노인들의 만성적인 증상 및
만성질환 호소율과 의료이용율(단위 : %)

	증상 및 질환호소율 (N=467)	의료이용율
건선 및 습진 등 피부질환	3.8	61.1
요통 및 관절통	43.6	74.5
두통	8.8	61.9
백내장	3.6	88.2
전립선 질환	2.5	50.0
위염	7.1	91.2
고혈압	13.8	81.8
중풍	2.9	92.9
심장병	4.6	90.9
만성 기관지염	5.5	73.1
간질환	2.1	80.0
당뇨병	9.4	82.2
결핵	0.2	0.0
암	0.9	33.1
기타	8.4	62.5
전체 증상 및 질환	70.8	75.8*

* 증상 및 질병당 이용율

(7) 향후 노인시설 입소에 관한 의견

앞으로 노인시설 입소에 대한 의사에 대해 전체의 18%만이 찬성을 나타냈고 보통이 21%, 반대가 60%였다. 반대의견은 고령층일수록 많았다(표 13).

표 13. 향후 노인시설 입소에 관한 의견

	연령(세)				계
	65-69	70-74	75-79	80-	
찬 성					
남	25.4	19.3	9.5	17.7	20.1
여	17.8	19.2	17.5	14.8	17.5
계	20.6	19.3	15.5	15.4	18.4
보 통					
남	18.6	24.6	23.8	23.5	22.1
여	20.8	19.2	23.8	18.0	20.5
계	20.0	21.5	23.8	19.2	21.0
반 대					
남	55.9	56.1	66.7	58.8	57.8
여	61.4	61.5	58.7	67.2	62.1

계	59.4	59.3	60.7	65.4	60.6
---	------	------	------	------	------

2. 지역사회 진단 및 대응전략

가. 지역사회 진단 결과 요약

- ① 치매 유병율은 8.4%이고 여자가 남자보다 높으며 75세 이상군이 미만군보다 4배정도 높았다.
- ② 전체노인의 16%가 독거세대이고, 여성이 많았고 대다수가 사별인 경우였다.
- ③ 일상생활 수행정도(ADL)은 약 15%에서 1개이상의 장애를 보였다.
- ④ 수단적 일상생활장애(IADL)에서 남자는 40%, 여자는 55%에서 1항목 이상의 장애를 보였다.
- ⑤ 금전관리, 일상용품관리, 세탁하기, 음식준비 등의 수행능력이 낮았다.
- ⑥ 삶의 질 측정항목 중 신체기능(점수)이 현저하게 떨어지는 경우가 60%에 차지하였다.
- ⑦ 주요 만성증상 및 질환은 요통 및 관절통, 고혈압, 당뇨 순이었고, 복합적인 경우가 많았다.
- ⑧ 향후 노인시설 입소에 대하여 60.6%가 부정적이었다.

나. 구체적 대응전략

- | | |
|---------------|-----------|
| ① 일상생활수행 저하 | 노인개발 |
| 수단적 일상생활수행 저하 | 자원봉사체계 구축 |
- ② 복합적 건강문제 -->전문직 보건의로 인력개발 및 구축
 - ③ 의료비 부담증가 -->정부나 지자체가 의료비중 본인부담금 감소 또는 완화방안 세움
 - ④ 노인문제의 복잡성 : 다양한 의료관련등 봉사인력 참여 유인(incentive)
-->비용절감, 다양한 서비스 제공, 인간적 도움 가능
 - ⑤ 장기입원 수요증가 : 지역사회 중심 접근, 기존 경로당 활용
 - ⑥ 공공과 민간의 역할분담 문제 ; 단기적으로 양자공존 또는 제 3섹터 방식등을 모색함
과 동시에 공공성, 서비스의 질과 양, 시장원리 등에 맡김
 - ⑦ 보건의료서비스에 대한 접근성 제고 : 일부 경로당 등 노인관련시설 활용, 중간시설 확충 등 노인보건의료 공급체계 구축(그림 1)
 - ⑧ 정보공유 및 사업연계 : 공공보건기관, 민간의료기관 및 복지부문

⑨ 건강증진 : 경로당 중심 영양교실, 체조교실, 건강상담 등 예방사업 및 재활서비스

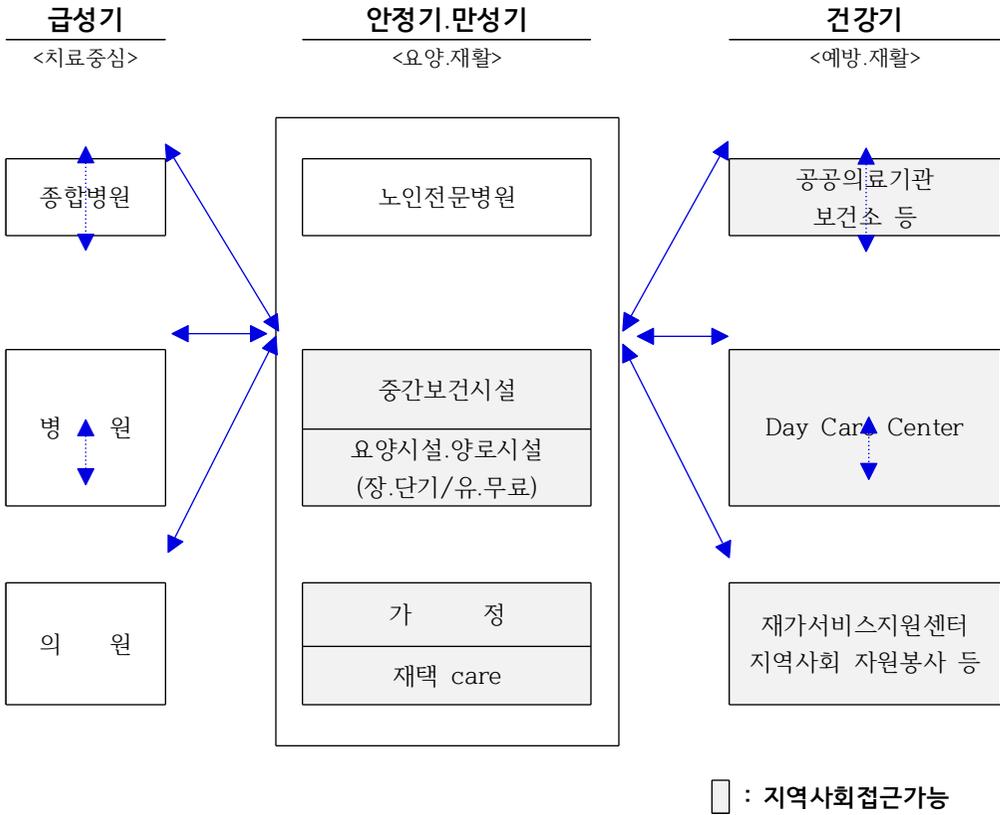


그림1. 노인보건의료 공급체계

노인보건사업의 실천전략

김 미 경

경주시보건소 의무과장

1. 필요성

의료기술의 발달, 생활수준의 향상, 질병양상의 변화로 인한 평균수명의 연장으로 노인인구의 증가등 보건의료환경이 급격히 변화하고 지방자치제 실시, 지역보건법 시행과 같은 이러한 환경의 변화는 인간의 가치관과 생활양식을 크게 변화시켰으며 따라서 시민들이 보건의료에 대한 요구가 다양해졌다. 노령인구가 증가함에 따라 만성퇴행성질환 및 각종 악성종양의 유병률도 높아졌다. 이러한 만성퇴행성질환은 치료를 위해 많은 시간을 필요로 하며 급성 감염성질환에 비해 완치되는 경우도 드물어 궁극적으로 의료이용을 증가시킨다.

경주시는 기존의 도시형태인 경주시와 농촌 및 어촌으로 구성된 경주군이 하나의 지방자치단체로 통합됨으로 인해, 사회 경제적 상황이 복합적인 형태를 취하고 있으며, 주민들의 보건의료에 대한 요구 또한 다양한 형태로 표출되고 있다.

농어촌 지역에서는 의료자원의 불균형적 배분, 노인 인구의 증가, 지역의료보험의 재정악화 등의 중요한 보건의료문제이며, 도시지역에서는 불결한 환경 및 공해, 각종사고의 증가들이 새로운 보건의료의 문제점이다. 또한 만성퇴행성질환 및 그 합병증으로 인한 활동제한 및 거동불능자의 증가와 핵가족화 등으로 인하여 이들을 돌보는 인력이나 시설의 부족 등은 도시지역과 농어촌 지역 모두에서 당면한 보건의료 문제로 대두되고 있다.

노인성 질환의 특성은 상병양상이 만성퇴행성 경과를 보이고 일상생활에 도움을 필요로 하는 특성으로 노인들에 대한 수용시설만으로 노인문제를 대처해 나가기 어렵다. 지역사회 공공보건조직을 활용한 재가 노인보건의료 서비스의 활성화 등 노인보건에 관한 포괄적인 의료서비스제공에 대한 대책이 시급한 현실들이다.

2. 보건의료관련 현황

1) 경주시 인구 구조 및 인구 동태

1995년도 경주시의 통계연보에 의하면 경주시의 인구는 남자가 141,356명, 여자 142,410명으로 전체 283,766명이고, 65세 이상의 노인인구는 23,686명으로 전체인구의 8.34%를 차지하고 있다. 우리나라의 경우 1960년에 2.9%이던 것이 1990년에는 5.0%이며 1995년도에는 5.7%이며 2000년에는 6.8%로 추계하는데 경주시는 노인인구의 비율이 매우 높은 수준이며 읍,면지역이 시지역보다 높았다.

표1. 경주시지역의 인구 구조 및 인구동태

(단위 : 명, %)

연령 (세)	총 수			사 망 른	연증감률	8년 후 인구추계
	남	여	계			
계	141,356	142,410	283,766	6	1.29	314,404
0	2,172	1,912	4,084	2.7	2.30	4,896
1-6	13,123	10,811	23,934	0.4	5	35,357
7-8	26,431	24,447	50,878	0.4	-2.64	41,078
19-64	90,996	90,188	181,184	3.5	1.73	203,305
65이상	8,634	15,052	23,686	42.34	2.9	29,768

※ '95 주민등록 인구통계: '95년 경주시 통계연보

표1-1 경주시 인구 구성 및 비율

(단위 : 명, %)

인 구 구 조					
계	0세	1-6세	7-18세	19-64세	65세이상
283,766	4,084	23,934	50,878	281,184	23,686
100	1.43	8.43	17.92	63.88	8.34

※ '95 주민등록 인구통계: '95년 경주시 통계연보

2) 경주시의 보건복지부분 예산

1996년도 경주시 세출예산중 사회복지부분의 예산이 차지하는 비율은 13%며 보건복지비의 세부 항목별 세출 예산은 보건위생부분이 27.3%, 복지사업부분이 33.1%, 청소사업부분이 37.3%다.

3) 노인 및 거동불능자 세대구성

표 1-2

지역 \ 구분	가구수	전체가구중 구성비율(%)	독거노인세대 (가구수/%)	노인부부세대 (가구수/%)	거동불능자세대 (가구수/%)
경주시	83,763	8.44	4,047/4.83	2,621/3.13	408/0.48

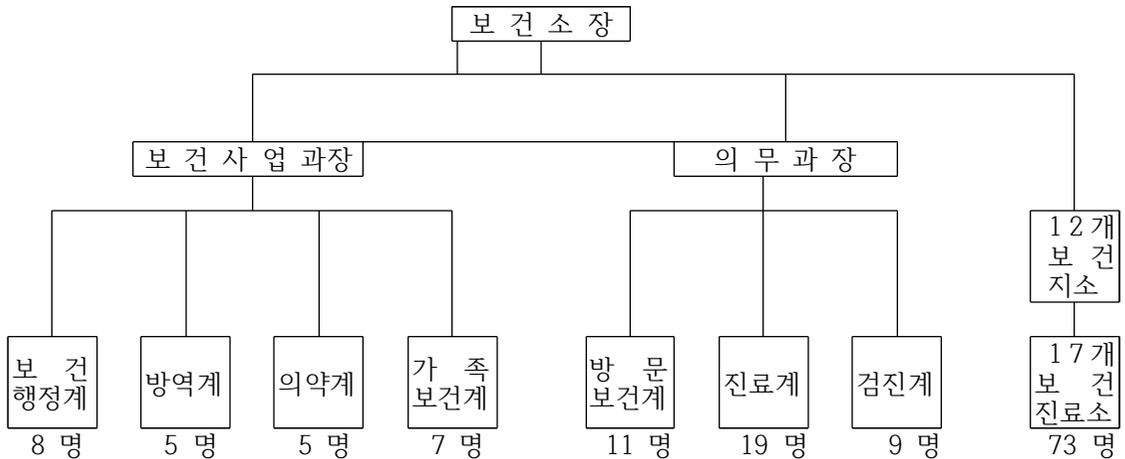
노인 및 거동불능자 세대구성은 전체가구중 8.44%이며, 독거노인세대는 4.83%, 노인부부세대가 3.13%, 거동불능자세대가 0.48%다

3. 보건소의 조직 및 인력

1) 조직

경주시는 1995년 시군이 통합되면서 보건소도 시군이통합 직제의 개편되었다. 통합시형의 보건소 조직으로 구성되어 있으며 경주시의 노인보건을 담당하는 방문보건계가 신설되어 보건소의 주요업무중 하나인 노인보건사업을 시행하게 되었다.

광역시에는 보건소의 기본형과 같은 조직이나 보건소장 밑에 서무과장(사무장)직제가 있다. 통합시는 2과(보건사업과, 의무과) 7계(보건행정계, 방역계, 의약계, 방문보건계, 진료계, 검진계) 일반시, 군, 구의 보건소 조직의 기본형은 보건소장 밑에 3계로 구성되어 있다.



2) 인력

보건소의 자격별 전문인력

(단위:명)

구 분 지 역	계	의 사		치과의사		약사	간호사	임상병리사	방사선사	물리치료사	치과위생사	보거치	행정직	기 타 (임용직 가능직)
		일반의	공중보건	일반의	공중보건									
소 계	147	1	13	1	5	1	43	5	3	1	9	34	3	28
보건소	74	1	1	1		1	19	5	3	1	3	8	3	28
보건지소	56		12		5		7				6	26		
보건진료소	17						17							

4. 보건소의 노인보건사업

보건소에서의 노인보건사업은 방문보건, 정신보건, 건강증진 사업에 그 내용이 포함 노인을 대상으로 하는 사업이다.

1) 경주시 보건소의 노인보건사업 추진계획

- 대상자관리

.대상 65세 이상의 모든 노인을 대상으로 한다.

.대상자 관리는 읍, 면, 동별 대상노인인구를 파악하고 전,출입 자료보고 및 사망자를 이용하여 대상자를 관리

.노인전체에 대한 노인보건사업은 인력, 예산 등의 제약으로 우선순위가 가 높은 고위험군인 65세 노인중 혼자 살고 있거나 일상생활 수행에 장애가 있는 노인, 일상생활에 장애가 있는 중증이상의 환자를 대상으로 서비스를 제공하고 있다.

- 방문보건사업

.거동이 불편한 노인이나 장애노인을 대상으로 가정의료팀을 구성하여 순회진료나 거동불능자의 가정내 재택간호실시, 물리치료사의 재활지도, 방문교육을 제공한다.

.읍, 면, 동별 지역담당제를 실시하여 월 1회 이상 일정을 정하여 건강상담, 보건교육, 진료를 한다

.무의탁 독거노인을 대상으로 매월 1회 무료순회진료를 실시하고 자원봉사자와 연계로 월목욕실시와 이동목욕사업을 실시한다.

.말기환자를 파악하여 호스피스사업 실시--간호사, 자원봉사자를 위탁교육

- 재활사업

.재활장비의 확보로 기본적인 재활서비스를 제공

.의사회,약사회등 민간사회단체의 적극적인 협조유도

.민간지원단체등과 연계하여 도시의 경우 신체거동이 불편이 없고 본인의 의사가

있는 경우 적합한 직업을 알선하며, 농촌의 경우에는 적합한 농사일을 개발하여 사회의 재참여의 기회를 제공한다.

- 질병예방과 건강증진

.노인건강진단자료를 확보해서 이상자관리를 한다.

.노인들은 행위변화가 다른 집단에 비해 어려움으로 주기적인 방문사업으로 더욱 친화력이 있고, 지속적인 보건교육을 실시하고, 지속적인 상담과 모니터링을 통하여 자율적인 건강관리 실천을 유도될 수 있도록 관리한다.

.노인건강관리 지침서를 개발하여 이를 중점적으로 교육한다.

.노인들에 있어서 필요한 예방접종의 필요성을 홍보하고 예방접종을 실시한다.

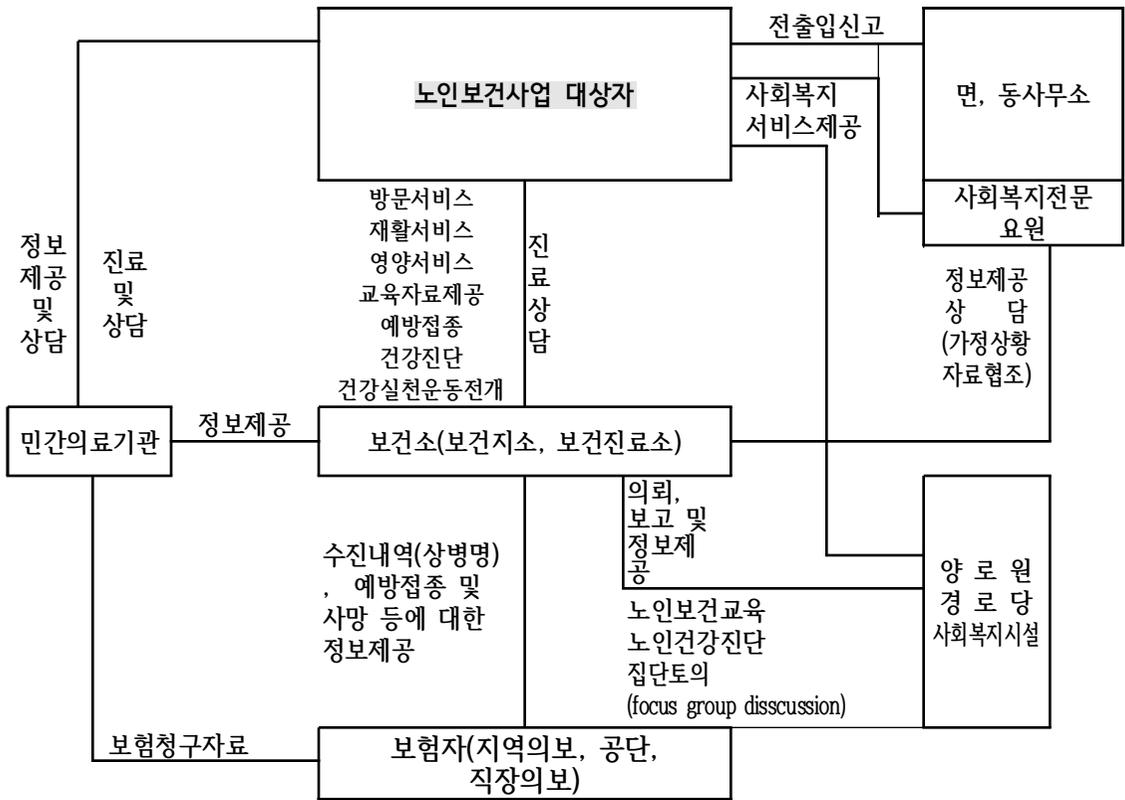
.영양교육과 영양교실을 개설하여 노인 영양관리에 대한 서비스를 제공한다.

.노인체조의 보급으로 건강을 유지 증진에 도움을 준다.

- 기타

.노인자치단체(노인정)을 활성화하여 보건교육, 순회진료, 노인들의 상호간의 정보교환의 장으로 활용하고, 독거노인 무의탁 노인을 대상으로 하는 주기적인 영양급식의 장소로 활용

2) 관리모형도



<노인 건강관리 체계도>

5. 노인보건관련 사업

보건소 내에서의 노인관련 사업과 주부부서 및 예산

(단위:천원)

노인보건관련 사업내용	주 무 부 서	예 산
거동불능 가정의료사업 .재활기구구입비	방문보건계	1,400
독거노인 가정간호사업 .무의탁독거노인 목욕비 .무의탁독거노인 영양제구입비	방문보건계	5,440 4,000
이동목욕사업 .이동목욕차량구입비 .자원봉사자 식대	방문보건계	60,000 3,200
만성퇴행성질환관리사업 .고혈압,당뇨관리	진료계	24,000
건강증진사업(보건교육,홍보자료개발) .노인건강관리지침 교육책자 .노인정순회교육시 참석자 간식비	방문보건계	2,400 6,200
결핵관리사업	방문보건계	
호스피스사업 .통증관리약품비	방문보건계 (지역종합병원, 대학병원과연계)	5,000

6. 보건소에서의 주요사업

1) 무의탁 독거노인 가정간호

.대상:무의탁 독거노인 436명(남자 40명, 여자 386명)

.추진방법

읍, 면, 동에서 독거노인을 조사 및 파악

방문보건담당간호사 5명이 12개 읍,면과 17개동을 지역분담관리

.추진내용

건강을 사정, 질병을 관리, 가정방문시 제기된 문제점을 해결하기위해 타 부서, 타과의 연계, 자원봉사자와의 연계(가사일 돌보기등)등으로 문제를 해결

① 질병이 있는 독거노인--보건소, 보건지소의 가정의료팀의뢰

건강사정, 투약, 욕창관리, 물리치료등 서비스제공

② 백내장수술---실명예방사업을 독거노인에게 수술기회제공

③ 보청기제공----약사회를 통한 홍보로 보청기제공

④ 틀니수술 ---치과의사회 후원으로 12명에게 틀니 해드림

⑤ 영양제 공급----시 자체예산확보해서 독거노인에게 제공

⑥ 대중탕을 이용한 일목욕사업

자원봉사자를 활용한 일목욕사업은 무의탁 독거노인이나 거동이 불편한 노인들을 대상으로 매일 정기적인 목욕실시. 1회 50명정도

2) 거동장애 노인 관리

.대상

거동불능자 92명 3,560건

.추진방법

거동불능자들을 대상으로 가정의료팀을 구성하여 관리
시보건소에 1개팀 12개지소마다 1개팀 전체 13개팀으로 구성
가정의료팀 구성 : 의사 1명, 간호사 1명, 물리치료사 1명, 운전사 1명
직접 가정을 방문해서 의료, 간호 재활 서비스제공

.추진내용

- ① 건강사정, 건강관리(혈압, 당뇨측정, 욕창관리, 합병증 예방), 건강상담
- ② 보건교육, 정서적지지, 이동목욕시행
- ③ 물리치료사의 확보--가정 내에서의 물리치료제공
- ④ 재활기구 공급---시비확보

3) 이동목욕사업

이동목욕차량을 이용한 이동목욕사업

.대상

거동불능자 (주로 뇌졸중이나 사고로 인한 척추마비환자)

.추진방법

이동목욕차 구입: 시비확보 60,000천원
이동목욕팀 구성: 지역담당간호사와 자원봉사자 운전사
지역을 순회하면서 매일 2-3명 정도 목욕서비스제공

4) 보건교육

.대상

노인대학, 경노당, 농촌지역에서 경노교육시 노인들을 대상

.추진방법

보건교육전담간호사로 하여금 노인들의 건강문제, 노인건강관리에 대해 보건교육

.추진내용

노인정 순회보건교육---노년기 건강관리
노인대학 ----치매예방에대해서
고혈압, 당뇨관리, 결핵에 관한 교육
잇솔질 및 의치 관리교육
홍보물제작 10종
홍보사업(유성방송, 신문, 반회보)

5) 자원봉사자 활용

- .공공보건조직의 새로운 인력개발부분
- .자원봉사자 위촉--43명 (남 11, 여 32명)
- .보건소의 홍보자료나 반회보나 지역방송을 보고 스스로 지원
- .무의탁 독거노인등 자원봉사자의 손이 필요한 노인과의 후원자를 지정으로 연중 필요시 마다 자원봉사함
- .자원봉사자들의 활동
 - 가사일 돌보기(빨래해드리기, 밑반찬 만들기)
 - 도배나 집수리해드리기
 - 머리감기기, 머리 깎아드리기, 파마해드리기
 - 가전제품 제공
 - 월목욕시나 이동목욕사업시 목욕해드리기
- .의미
 - 보건소 사업에서 간호사들의 보건사업활동시 지원부서처럼 적극적인 활용으로 사업의 성과에 크게 기여함
- .유지관리
 - 포상, 자원봉사활동을 여러 매체를 통해 홍보, 미담사례를 지역신문에 게재 등을 통해 보건사업 참여의 중요한 활동사항을 느끼게 하고 자부심을 갖게 함

7. 문제점

- 1) 앞에서도 제시한 바와 같이 노인보건사업이라는 언급없이 노인을 대상으로 하는 보건사업이 방문보건, 정신보건, 건강증진 사업에 그 내용이 포함되어 있어 중복의 의미를 가지며 결국 이들이 노인보건사업에서 우선순위가 높은 것들이다.
- 2) 경주시의 경우 노인보건에 관한 의료서비스, 만성퇴행성질환관리 등 실질적인 의료서비스가 제한되어 있고 노인전체에 관한 서비스 제공보다는 극히 일부분의 계층인 독거노인이나

거동불능 장애자만을 대상으로 보건의료서비스를 제공하고 있다. 보건소마다 여건과 예산 인력등 문제점을 많이 갖고 있다.

3) 일부 민간의료기관을 중심으로 전개되고 있는 호스피스사업은 환자치료와 진료중심으로 말기환자에게 그밖에 필요한 지지적 서비스에는 상대적으로 소홀하다.

8. 개선점 및 발전방향

1) 방문보건, 정신보건 및 건강증진 사업의 내용 중 노인을 대상으로 실시하는 보건사업을 구체적으로 명시하여 노인보건사업의 지침의 형식으로 제공되어야 한다.

2) 말기환자에 대한 의료적 서비스와 사회적 지지를 포함하는 포괄적인 보건서비스를 제공할 수 있는 체계가 필요하다. 따라서 사회과, 읍, 면 동단위 행정부서와 협조관계를 구축하고 호스피스 담당인력은 환자의 통증관리 등을 포함한 전문적인 교육이 필요하다.

3) 지역사회 재활사업이 필요하다. 재활사업은 단순한 수명의 연장이 아닌 삶의 질을 보장하는 하나의 방법으로 인식되어야 한다.

지보의

21C를 향한 지방보건행정의 과제

-21세기 환경변화와 보건소의 과제-

김혜경

구리시 보건소장

I. 들어가는 말

1990년대 초반부터 보건소는 여러면에서 큰 전환기를 맞고 있다. 1946년도에 최초의 모범 보건소가 설립된 이후 보건소는 나름대로 그 시대가 가장 필요로 하는 보건사업을 전개하여 큰 성과를 거두었다고 생각한다. 그러나 1970년대 중반 이후부터는 그러지 못했다고 판단되는데 왜냐하면 70년대 중반부터의 주된 질병이나 사인은 만성퇴행성질환이었음에도 불구하고 보건소의 사업은 여전히 급성전염병관리나 가족계획사업에 머물렀기 때문이었다. 변화에 기민하게 적응하지 못하는 조직은 생존하기 어렵다. 따라서 그동안 보건소는 성장하지 못하고 그 존재가치에 대하여 의심받는 불필요한 존재로 전락할 위기에 처해 있었다. 그러나 요즘들어 이러한 보건소에 변화를 위한 몸짓이 강렬해지고 새로운 활기가 넘치고 있다. 1995년에 그 동안의 질병양상의 변화와 국민들의 증대된 건강욕구를 반영하여 건강증진법이 제정되고 보건소법이 지역보건법으로 개정되면서 이러한 변화의 조짐들은 더욱 더 활발해지고 있다.

보건소는 보건과 관련된 환경변화와 함께 자기를 둘러싸고 있는 보건외적 여건 변화에도 민감하게 반응·대처하지 않으면 안된다는 생각에서 비록 전문분야는 아니지만 이에 대해 살펴보고자 한다. 21세기를 불과 몇년 앞둔 지금 세계는 새로운 질서를 향한 큰 변화의 소용돌이 속에 있다고 한다. 변화의 원인은 첫째, 냉전체제의 붕괴에 따른 경제중심의 글로벌리제이션, 둘째, 급속하게 정보사회로 탈바꿈하게 하는 컴퓨터와 통신기술의 발달, 셋째, 지구환경에 대한 인류공동체적 관심과 생명중시 사상의 확대 등이라 하는데 이러한 변화는 정치, 경제, 사회, 문화는 물론이고 사람들의 의식구조에 이르기까지 폭넓은 변화를 가져오는 문명사적 전환기를 초래하고 있다고 한다.¹⁴⁾

이와같은 변화는 전세계적으로, 총체적으로, 동시다발적으로 진행되기 때문에 보건분야라 해서 이를 비껴갈 수 없으므로 이러한 변화를 보건분야의 발전을 위한 바람직한 방향으로 이끌어 가기 위해서는 좀더 적극적으로 대처할 필요가 있다고 생각한다. 그러기 위하여 먼저 전세계적으로 진행되고 있는 이러한 변화들을 바르게 인식하고, 이러한 변화들이 우리 보건 분야에 어떠한 영향을 미치고 있는지 분석한 후, 이를 바탕으로 우리들이 해결해야 할 과제

14) 황창기, 대전환 21세기 총서를 내면서, 박영률출판사, 1996

들을 발굴하여 해결책을 모색해 나아가야 한다고 생각한다.

II. 새로운 환경변화와 보건소의 과제

1. 인구구조와 질병양상의 변화

우리나라의 노인인구는 절대적, 상대적으로 증가하고 있다. 1995년과 2020년 사이에 65세 이상 인구의 비율은 5.7%로부터 12.5%로, 노년부양비는 8.0에서 17.5로 크게 증가할 것으로 추산되고 있다.¹⁵⁾ 각종 질병의 유병률을 살펴보면 감염성질환이나 기생충의 인구 1천명당 유병건수는 1992년 3.4명에서 2.5명으로 감소된 반면, 뇌졸중을 포함한 순환계질환은 동 기간 동안 32.2명에서 57.3명, 악성 신생물은 2.3명에서 3.3명, 당뇨병을 포함하는 내분비장애는 12.6명에서 20.3명으로 각각 증가하여 만성퇴행성질환의 유병율이 증가하고 있음을 알 수 있다. 사망원인도 감염성질환으로 인한 사망률은 1985년 인구 10만명당 23.2명이었으나, 1990년에는 15.7명, 1995년에는 11.6명으로 감소한 반면, 각종 암으로 인한 사망률은 1985년 인구 10만명당 85.9명에서 1990년 110.4명, 1995년에는 112.1명으로 매년 증가하여 사망원인의 1위를 차지하였고, 뇌졸중으로 인한 사망률은 인구 10만명당 76.6명에서 1990년 75.7명으로 약간 감소하였으나, 1995년에는 79.7명으로 증가되어 단일질환으로는 1위를 차지하고 있다.¹⁶⁾

이러한 변화로 인하여 보건소는 전반적인 구조개편과 사업의 전환을 요구받고 있다. 우리에게 주어진 과제는 다음과 같이 요약될 수 있다.

- 과제 : 1) 질병예방, 건강증진을 위한 조직체계로의 구조개편
- 2) 노인보건사업의 개발
- 3) 재가 노인을 위한 보건사업의 개발
- 4) 보건서비스가 가미된 노인요양시설의 모델개발과 확충
- 5) 만성퇴행성질환의 예방과 관리체계의 개발
- 6) 질병을 예방하고 건강을 관리하기 위한 건강증진사업의 개발

2. 세계화.지방화

이념을 바탕으로 하는 양극 체제중심의 세계질서가 붕괴되자 경제와 무역을 중심으로 하는 새로운 세계질서가 형성되고 있다. 이익이 있는 곳은 어디든 가리지 않고 달려가는 기업의 특성에 의하여 국가나 국경이 의미가 퇴색되고 어떻게 보면 국가의 보호망이 무역의 걸림돌이 되는 세계화 시대가 되었다. 그 반면에 국가의 의미가 무색해지면서 경쟁력 있는 지방이 직접 세계를 상대하며 발전할 수 있는 지방화 시대의 가능성이 열리고 있다.

무한경쟁을 특징으로 하는 세계화.지방화 시대에는 모든 분야의 경쟁력 향상이 중요한 화두가 된다. 행정부문도 예외가 될 수 없기 때문에 혁신을 통한 경쟁력 확보를 요구받고 있다. 우리나라를 비롯한 전세계가 행정개혁을 위해 부단히 노력하고 있는데 세계 여러나라에서 진

15) 한국보건사회연구원, 노인복지의 현황과 정책과제, 1995

16) 유영학, 질병구조의 변화와 향후 정책방향, 보건복지포럼, 1997년 6월호

행되고 있는 행정개혁의 기본 방향과 특징은 첫째, 행정의 비효율성과 불공정성을 줄이기 위한 「행정 관리」에서 「행정 경영」으로의 전환과 둘째, 민간부문(예컨대 기업, 금융, 교육, 문화)의 활성화와 이들 민간부문이 외국민간부문과 경쟁할 때 짐이 되는 불필요한 부담을 줄여주기 위한 각종의 행정규제의 완화와 셋째, 지방자치 내지 지방주권의 강화로 요약될 수 있다고 한다.¹⁷⁾

우리나라의 경우 60년대 이후 중앙집권적인 국가주도의 경제개발정책의 추진으로 국가의 경제력은 크게 팽창하였으나 지역간 불균형 성장의 문제가 초래되었고 특히 지방의 황폐화가 심각한 지경에 이르렀다. 그러나 이제는 우리나라에 있어서도 지방이 발전되지 않으면 더 이상 경제발전을 기대할 수 없는 처지가 되었고 지방의 활성화와 능력향상이 국가경쟁력 향상의 핵심적 요소로 등장케 되었다.

지방이 활성화되기 위해서는 지방자치제도의 정착과 발전이 선결조건이라고 한다. 우리나라의 경우는 1991년도에 지방의회가 구성되고 1995년 7월 1일자로 민선자치단체장이 취임함으로써 본격적인 지방자치제가 시행되었다고 하지만 이것이 정착되고 발전되기까지는 많은 과제들이 해결되어야만 하는 상황이다.

세계화시대의 경쟁력확보를 위한 행정개혁의 필요성은 지방보건행정분야도 해당되어 이 분야의 적극적인 혁신이 요구되고 있다. 지방자치가 보건행정에 미치는 영향은 지대하다고 보며 지방자치 활성화를 위한 보건분야의 역할에 대하여 심각히 고려해야 할 시점인 것 같다.

- 세계화 과제 : 1) 보건행정의 혁신(효율성과 경쟁력 향상을 위한 기구의 간소화, 조직의 유연성 확보 등)
- 2) 민간부문과 공공부문의 역할분담과 민간부문의 활성화를 위한 촉진자, 조정자로서의 역할 수행
- 지방화 과제 : 1) 지역 특수성에 기초한 보건기획과 기획과정의 시민참여
- 2) 주민의 욕구를 반영한 보건사업의 개발
- 3) 주민의 삶과 생활에 밀착된 보건사업 개발
- 4) 지역보건사업에 대한 시민참여의식의 개발
- 5) 지역공동체에의 시민참여방안 모색

3. 정보화

정보통신기술의 발달은 근대 산업주의에 기반한 문명에서 지식과 정보에 기반한 문명으로의 일대 전환을 가져오고 있다. 정보통신혁명은 시간과 공간을 결정적으로 압축시켰고 고도의 통신 네트워크를 통해 사회의 모든 부문.집단.개인들을 국경 너머로 직접 연결시키고 서로 대화할 수 있게 만드는 쌍방향적 통신시대를 열어 서로의 관계를 혁신시켰다. 이러한 지식정보문명하에서는 부의 원천이 달라진다. 육체노동, 자연자원과 토지, 화폐자본등의 생산

17) 박세일, 보론.우리나라 행정개혁의 기본방향, 정부혁신의 길, 삼성경제연구소, 1994

요소에 기초했던 과거의 산업문명과는 달리 지식정보가 기반이 된 문명은 정보와 지식, 문화, 지적 생산의 담당자로서의 인간자원에 국가적 부의 원천을 두고 있다.¹⁸⁾

정보화시대를 맞이하여 지역보건분야도 전산화가 진행되고 있으므로 앞으로는 통신네트워크를 통하여 보건정보를 보다 많은 사람들에게 제공할 수 있을 것이고 또한 주민들의 요구사항도 신속하게 수렴할 수 있게 될 것이다. 이에대한 준비가 필요하리라 생각된다. 정보화 시대에는 지식과 정보가 부의 원천이고 이의 생산자인 인간의 질을 높이기 위한 전략들이 중요한 국가발전전략이 될 것이다. 보건분야의 전략은 어떠한지 하는지에 대하여도 고려해 보아야 한다.

- 과제 : 1) 보건정보의 전산화
- 2) 정보네트워크 형성으로 주민과의 쌍방향적 정보교환체계의 형성
- 3) 인간자원에 대한 보존.관리.재생산 전략의 수립과 개별인간의 질적측면을 발전시키기 위한 서비스개발
- 4) 보건소직원의 자질을 높이기 위한 교육체계 개발과 운영

4. 지구환경에 대한 관심의 증대와 생명존중 의식의 확대

산업사회에서의 무분별한 개발로 인하여 생태계가 파괴되고 인간을 비롯한 모든 생명의 존립 자체가 위협받는 심각한 사태가 초래되었다. 위기의식의 확대로 환경에 대한 인류의 관심이 증대하였고 삶과 생명가치에 대한 열망이 커지고 있다.

1992년 리우회의에서는 「지속가능한 개발」의 이념을 천명하여 개발과 보존의 조화를 역설하고 환경보존을 위한 국가환경계획인 「의제 21」을 작성하여 실행할 것을 각국에 권고하였다. 쾌적한 환경은 생명보존과 건강에 필수적인 요소이므로 환경관련 부서와 보건부서의 긴밀한 연계와 협력의 필요성이 점점 커지고 있다.

- 과제 : 1) 환경관련 부서와의 유기적 연계체계와 협력방안 마련
- 1) 환경성질환에 대한 대책마련
- 2) 쾌적한 생태환경조성
- 3) 건강친화적, 생명의 가치를 존중하는 건강도시 만들기

Ⅲ. 맺음말

보건내.외적 환경변화에 의하여 지방보건행정분야에는 해결되어야 할 많은 발전과제들이 제기되고 있다. 이러한 과제들이 바람직한 방향으로 해결된 미래의 보건소의 모습을 한번 상상해 보고자 한다.

18) 박형준, 21세기를 위한 신국가경영의 논리, 박영률출판사, 1996

1. 보건사업의 내용은 노인인구 증가에 대처하기 위한 노인보건사업과 만성퇴행성질환을 예방하고 건강한 사람을 더욱 건강하게 하기 위한 건강증진사업이 주가 될 것이다.
2. 지식과 정보를 생산하는 인간의 질에 대한 관심증대와 생명존중의식의 확대에 의하여 보건분야에 대한 우선순위가 높아져서 투자가 증대될 것이다.
3. 세계화시대의 경쟁력확보를 위하여 보건행정분야의 개혁이 진행되어 조직과 인력구조 등이 변화에 쉽게 대처할 수 있는 보다 유연하고 탄력적인 형태를 띠게 될 것이다.
4. 보건소는 민간부문과의 역할분담을 통하여 직접 서비스를 제공하기 보다는 민간부문의 활성화를 촉진하는 역할과 공공과 민간부문의 능력을 총동원하고 조정하는 역할을 하게 될 것이다.
5. 지방자치제도의 정착과 발전에 의하여 지방화시대가 가속화 되어 시민들의 지역공동체에 대한 관심과 참여가 증대될 것이고 지역보건문제에 대해서도 시민들의 참여적 노력들이 나타날 것이다.
6. 쾌적한 환경, 건강한 생활을 누리기 위한 사람들의 욕구를 충족시키기 위하여 관련된 부서와의 수평적인 연계와 협력이 활성화 될 것이다.

☐지보의☐

보건기관 방문보건사업 담당인력의 사업에 대한 견해와 환자관리양상

박 미 영
경북상주시 보건소

I. 서 론

현대 사회는 고령 인구와 만성퇴행성 질환자들이 증가함에 따라 이들의 의료이용이 증가하고 있다. 따라서 의료자원절감의 차원에서 이들의 효율적인 관리문제가 대두하게 된다. 이러한 특성을 지닌 인구집단은 거동이 불편하거나 불가능한 환자를 발생시키게 되고, 이들의 치료관리를 위해 재가보건의료서비스나 공공의료기관의 개입이 적극적으로 필요해진다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1995).

재가보건의료서비스라 볼 수 있는 가정간호사업에서 가정간호는 전문간호사가 가정방문이라는 수단을 이용하여 장기간호를 필요로 하는 재가환자들에게 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 포함하는 포괄적 간호를 제공함을 의미한다. 미국, 유럽, 일본 등의 선진국에서는 국민의 질적인 삶과 의료비 절감, 병원가동율의 개선을 위해 가정간호제도를 도입해 실시하고 그 효과를 긍정적으로 보고하고 있다. 이에 따라 우리나라에서도 1990년부터 가정간호제도를 법으로 인정, 가정간호 교육과정을 실시하여 자격을 갖춘 가정간호사를 8개 간호대학 수준에서 1년간 교육과정을 통해 배출하고 있다.

병원중심 가정간호사업은 종합병원 의료이용 급증에 대처하기 위한 입원대체서비스 개발 미흡, 장기입원이나 불필요한 입원으로 인한 의료비 상승, 만성퇴행성질환의 증가에 대응할 수 있는 효율적 보건의료서비스 체계의 부재 등에 대한 대안으로써 4개 3차진료기관에서 각각 2명의 가정간호사를 투입하여 시범적으로 운영되기도 하였다(황나미, 1995).

공공보건기관의 방문보건사업은 병원 중심 가정간호사업이 주로 퇴원한 환자를 대상으로 단기치료 및 재활에 중점을 두는 데 비해, 지역사회 전체를 대상으로 가정방문을 통해 보건 의료문제를 발견하고 질병예방 및 건강증진활동, 보건교육, 행정관리, 협력과 조정 그리고 지속적인 연계성 유지가 이루어지면서 치료위주가 아닌 관리위주의 서비스를 제공한다.

따라서 방문보건사업이란 공공보건인력이 가정방문을 통해 각종 서비스를 효과적으로 제공하기 위한 수단이며 사업체계라고도 할 수 있다. 방문보건사업은 보건인력의 적극적인 지역사회 활동을 전제로 한다. 각 인력별로 분담되어 있는 지역을 방문하여 사업의 대상자 및 환자를 발견하는 것과 사업대상자의 추후관리를 위해 정기적인 가정방문, 지역사회진단을 위해 필요한 정보 수집, 직접적인 서비스 제공, 지역주민에 대한 보건교육 등의 활동을 한다. 방문보건사업은 통합보건사업 범위의 대상자를 모두 포괄하는 것이어야 하며 지역사회의 요구와 자원에 따라 그 사업의 내용과 전략은 약간씩 다르게 발전될 수 있다. 그리고 사업대상자 가운데 방문의 우선순위를 정하여 방문대상자 기준의 범위를 점차 확대해 나간다.

방문은 그 활동을 통하여 개인뿐 아니라 그 가족전체의 보건문제를 파악하는 것이 원칙이다. 또한 가정방문에는 가족구조, 생활습관, 생활양식, 가족구성, 및 기타 보건과 관련된 사항을 직접 확인할 수 있어서 대상자들에게 구체적인 치료, 지도, 교육 및 상담 등을 제공하는데 중요한 정보로 활용할 수 있는 장점이 있다. 따라서 방문보건사업은 기존보건사업과 가정간호사업 등의 사업내용을 포함하며 방문이라는 직접 찾아가서 하는 능동적이고 적극적인 수단을 이용하는 사업체계라고도 말할 수 있다.

공공보건기관의 조직과 기능개선에 관한 연구 결과(송건용 외, 1983; 변종화 외 1988)와 여러 차례의 연찬회(안문영, 1988; 김창엽, 1993)는 공공보건조직인 보건소, 보건지소를 통해 증가하는 만성퇴행성질환자에 대한 서비스의 제공과 이에 대한 조직의 개편을 제안하여 왔다. 또한 공공보건기관의 가정의료사업에 대한 주민의 요구는 1992년 경기도 연천군 주민을 대상으로 실시한 조사(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994)에 의하면 1,255가구 중 75%가 방문보건서비스 이용을 원하고 있어 수용의지가 매우 높았다.

1995년 12월 현재 우리나라 공공보건기관은 각 시·군·구에 238개소의 보건소(5개 보건복지사무소 및 17개 보건의료원 포함)가 있고, 읍·면 단위에는 1,327개소의 보건지소가 설치되어 있다. 그리고 그 밖의 농어촌 지역에는 2,039개의 보건진료소가 운영되고 있다(보건복지통계연보, 1996). 이러한 공공보건기관을 통한 방문간호사업은 만성퇴행성질환의 급격한 증가와 노령인구의 증가에 따라서 의료비의 절감과 지속적이고 포괄적인 건강관리의 보장이라는 측면에서, 그리고 종래의 질병예방중심에서 포괄적인 보건의료사업의 강화라는 점에서 중요성과 필요성이 강조되고 있다(한경자 외, 1995). 따라서 병원중심의 가정간호서비스의 유형뿐만 아니라 한 국가나 지방자치단체의 방문간호 요구가 있는 지역주민에게 유용한 보건의료자원의 분포에 따라 접근성, 형평성에 입각하여 다른 유형의 보건사업 개발이 필요하다.

그래서 지금까지 지역에 따라 산발적으로 하던 방문보건사업을 체계화하기 위해 1995년부터 통합시 지역에 방문보건계를 만들어 방문보건사업을 하고 있다. 그러나 방문보건서비스를 제공할 인력과 방문을 통하여 제공 가능한 서비스 내용 등이 제대로 개발되어 있지 않은 실정이며(강복수 외, 1996), 시행 기간이 짧고 체계화되어 있지 않아 이에 대한 연구는 거의

이루어지지 않고 있다.

이에 본 연구자는 공공보건기관에서 행해지고 있는 방문보건사업 담당인력들을 대상으로 방문보건사업에 대해 어떠한 견해를 가지고 있으며 환자관리를 어떻게 하고 있는지를 분석함으로써 향후 공공보건기관 방문보건사업 활성화를 위한 방안을 마련하는데 기초자료로 쓰여질 것을 기대하며 시도하였다.

II. 대상 및 방법

경상북도내 24개 지역 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)의 방문보건사업 담당직원 724명 전수를 대상으로 하였다. 설문지는 연구자가 참고문헌을 이용·개발하여 일개 시 지역 담당직원 30명 전원을 대상으로 사전 조사한 뒤 수정·완성하였다. 이 설문지를 방문보건사업 담당직원 전원에게 우편으로 발송하였으며, 대상자들이 자가기록한 뒤 우편으로 연구자에게 직접 회송하도록 하였다. 회수된 설문지는 512부였으나 내용이 부실한 설문지 41부를 제외한 471부(65.1%)를 분석대상으로 하였다. 보건소는 94명 중 87명이 응답하였고 보건지소는 450명 중 240명이, 보건진료소는 200명 중 144명이 응답하여 응답율은 각각 92.6%, 53.3%, 72.0%였다.

설문항목은 일반적 특성, 사업에 대한 견해, 문제인식도, 교육필요도, 하루방문환자수, 환자관리내용, 서비스충족도 등으로 구성하였다. 사업에 대한 견해, 환자관리내용, 서비스충족도는 4점척도로서 매우그렇다에 1점, 그렇다에 2점, 그렇지않다에 3점, 매우그렇지않다에 4점으로 점수화 하였다. 문제인식도, 교육필요도는 2점척도로서 그렇다에 1점, 그렇지않다에 2점으로 점수화하였다.

방문보건사업에 대한 견해는 4항목을 합하여 세 집단으로 나누었다. 4항목을 모두 긍정적으로 응답하였을 때를 4점으로 두고 모두 부정적으로 응답하였을 때를 16점으로 둔 점수범위에서 상위 8점까지를 긍정적, 9점에서 12점까지를 보통, 하위 13점 이상을 부정적으로 두었다.

문제인식도는 9항목을 합한 점수를 두 집단으로 나누었다. 전항목에 문제가 있다고 응답한 경우의 9점에서 전항목에 문제가 없다고 응답한 경우의 18점까지의 점수범위내에서 상위 14점까지를 문제인식이 높은 집단, 하위 15점 이상을 문제인식이 낮은 집단으로 두었다.

교육필요도는 13문항을 합한 점수를 두 집단으로 나누었다. 전항목에 걸쳐 교육받기를 원한 경우의 13점에서 전항목에 걸쳐 교육받기를 원하지 않은 경우의 26점까지의 점수범위내에서 상위 20점까지를 교육필요도가 높은 집단, 하위 21점 이상을 교육필요도가 낮은 집단으로

로 두었다.

관리내용정도는 20문항을 합한 점수를 세 집단으로 나누었다. 전문항에 걸쳐 관리를 잘 한다고 응답한 경우의 20점에서 전문항에 걸쳐 관리를 못 한다고 응답한 경우의 80점까지의 점수범위내에서 상위 40점까지를 잘함, 41~60점까지를 보통, 하위 61점 이상을 못함으로 두었다.

서비스충족도는 12문항을 합한 점수를 세 집단으로 나누었다. 전문항에 걸쳐 환자를 충족시킨다고 응답한 경우의 12점에서 전문항에 걸쳐 충족시키지 못한다고 응답한 경우의 48점까지의 점수범위내에서 상위 24점까지를 충족시킴, 25점에서 36점까지를 보통, 하위 37점 이상을 충족못시킴으로 두었다.

수집된 자료는 SPSS/PC⁺ 통계 프로그램을 이용 백분율을 산출하고 χ^2 -test로 유의성을 검증하였으며 상관관계와 회귀분석을 구해 상관성과 가장 유의한 변수가 무엇인지를 알아보았다.

Ⅲ. 성 적

대상자의 근무처는 보건소 18.5%, 보건지소 50.9%, 보건진료소 30.6%였다. 대상자는 여자가 454명으로 96.4%였으며, 39세 이하가 62.5%였다. 보건지소에는 29세 이하의 젊은 층이 24.6%로 보건소나 보건진료소보다 상대적으로 많았다. 대상자는 대부분이 기혼자로 92.8%였으며 전문대졸이 47.1%로 가장 많았으며, 보건지소는 고졸 이하가 매우 많았고, 보건진료소는 거의 대부분이 전문대졸 이상이었다. 직렬은 보건직이 58.8%, 간호직이 41.2%여서 보건직이 많았다. 근무기간은 16년 이상 장기근무한 사람이 34.2%로 가장 많았다. 5년 이하 근무자는 보건지소가 18.8%로 보건소나 보건진료소보다 상대적으로 많았다. 직급은 7급이 45.2%로 가장 많았는데 보건지소는 6급이 1.3%로 매우 적고 9급은 17.9%로 매우 많은 반면 보건진료소는 대부분이 6급(82.6%)이었다. 임상경험이 있는 사람이 47.3%였고 없는 사람이 52.7%였다. 자격증은 간호사가 49.7%, 간호조무사 39.7%, 기타 10.6%였으며 간호사 중 4.3%인 10명만이 가정간호사 자격증을 갖고 있었다. 이 중 보건소에는 간호사가 62.1%로 가장 많았고 보건지소에는 간호조무사가 71.6%로 아주 많은 반면에, 보건진료소는 전원이 간호사면허증을 갖고 있었다(표 1).

방문요원의 6개월간 환자1인당 총방문횟수가 5회 미만인 경우가 23.4%, 6~12회가 52.7%, 13회 이상 방문한 경우가 23.9%였다. 대상방문요원이 하루에 방문한 환자수는 평균 1~3명이 52.7%로 가장 많았고, 4~9명이 21.7%였으며, 10명 이상도 25.6%였다(표 2).

표 1. 근무처별 조사대상자의 일반적 특성

(단위 : 명, %)

일반적 특성	보건소	보건지소	보건진료소	계
성 별				
남	5(5.7)	8(3.3)	4(2.7)	17(3.6)
여	82(94.3)	232(96.7)	140(97.3)	454(96.4)
연 령				
29세 이하	9(10.3)	59(24.6)	10(6.9)	78(16.6)
30 ~ 39세	47(54.0)	93(38.8)	76(52.8)	216(45.9)
40 ~ 49세	24(27.6)	73(30.4)	50(34.8)	147(31.2)
50세 이상	7(8.1)	15(6.2)	8(5.5)	30(6.4)
결혼상태				
기혼	81(93.1)	217(90.4)	139(96.5)	437(92.8)
미혼	6(6.9)	20(9.6)	5(3.5)	34(7.2)
학 력				
고졸 이하	34(39.1)	147(61.2)	12(8.3)	193(41.0)
전문대졸	44(50.6)	64(26.7)	114(79.2)	222(47.1)
대졸 이상	9(10.3)	29(12.1)	18(12.5)	56(11.9)
직 력				
간호직	57(65.5)	19(7.9)	118(81.9)	194(41.2)
보건직	30(34.5)	221(92.1)	26(18.1)	277(58.8)
근무기간				
5년 이하	8(9.2)	45(18.8)	17(11.8)	70(14.8)
6 ~ 10년	22(25.3)	44(18.3)	35(24.3)	101(21.4)
11 ~ 15년	24(27.6)	45(18.8)	70(48.6)	139(29.5)
16년 이상	33(37.9)	106(44.1)	22(15.3)	161(34.2)
직 급				
6급	16(18.4)	3(1.3)	119(82.6)	138(29.3)
7급	50(57.5)	140(58.3)	23(15.9)	213(45.2)
8급	19(21.8)	54(22.5)	-	73(15.5)
9급	2(2.3)	43(17.9)	2(1.5)	47(9.9)
임상경험				
있음	41(47.1)	93(38.8)	89(61.8)	233(47.3)
없음	46(52.9)	147(61.2)	55(38.2)	248(52.7)
자격증				
간호사	54(62.1)	30(12.5)	140(97.2)	224(47.6)
가정간호사	3(3.4)	4(1.6)	3(2.8)	10(2.1)
간호조무사	15(17.2)	172(71.6)	-	187(39.7)
기타	16(18.3)	34(14.3)	-	50(10.6)
계	87(100.0)	240(100.0)	144(100.0)	471(100.0)

표 2. 방문요원의 6개월간 환자1인당 총방문횟수와 1일방문환자수별 분포

(단위 : 명, %)

구 분	대상수	%
6개월간 환자1인당 총방문횟수		
5회 미만	110	23.4
6 ~ 12회	248	52.7
13 ~ 18회	35	7.4
19회 이상	42	8.9
무응답	36	7.6
1일방문환자수		
1명 미만	11	2.3
1 ~ 3명	248	52.7
4 ~ 9명	102	21.7
10명 이상	20	4.2
무응답	90	19.1
계	471	100.0

일반적 특성에 따른 하루 환자방문수는 근무기간, 근무처 및 임상경험 유무에 따라 유의한 관련성이 있었다. 5년 미만 근무자는 하루 4~9명의 환자를 방문한 경우가 많았다. 근무처 별로는 보건지소와 보건진료소에 근무하는 자는 하루 1~3명 방문이 많았고, 보건소근무자의 경우에는 4~9명 방문이 많았다. 그리고 임상경험이 있는 자는 10명 이상 방문이 7.4%로 임상경험이 없는 자의 3.1%보다 높았으나, 4~9명 환자방문은 오히려 임상경험이 없는 자에게서 더 많았다(표 3).

방문보건사업에 대한 견해에서 연령이 많아질수록, 근무기간이 길수록, 직급이 높을수록 방문보건사업에 대한 견해가 긍정적이었다. 사업에 대한 견해가 가장 긍정적인 경우는 연령 별로는 40~49세에서 32.0%였고, 학력으로는 전문대 졸업자에서 31.5%였으며, 근무기간으로는 11~15년 근무자에서 36.0%였다(표 4).

그리고 보건소에 근무하는 경우와 간호사가 사업에 대해 가장 긍정적 견해를 가지고 있었다. 방문보건사업의 문제인식도에서 연령이 적을수록, 학력이 높을수록, 근무기간이 짧을수록, 직급이 낮을수록 문제인식도가 높았다. 그리고 간호사의 경우 42.7%로 간호조무사의 29.9%보다 문제인식도가 높았다(표 4).

표 3. 일반적 특성에 따른 1일환자방문수

(단위 : 명, %)

특 성	1일환자방문수				계
	1명미만	1 ~ 3명	4 ~ 9명	10명이상	
성 별					
남	-	7(46.7)	6(40.0)	2(13.3)	15(100.0)
여	11(3.0)	241(65.8)	96(26.2)	18(4.9)	366(100.0)
연 령					
29세 이하	5(7.5)	40(59.7)	20(29.9)	2(2.9)	67(100.0)
30 ~ 39세	3(1.7)	120(67.9)	45(25.4)	9(5.0)	177(100.0)
40 ~ 49세	3(2.6)	76(66.6)	29(25.4)	6(5.4)	114(100.0)
50세 이상		12(52.2)	8(34.8)	3(13.0)	23(100.0)
결 혼					
기혼	10(2.8)	236(66.7)	90(25.5)	18(5.0)	314(100.0)
미혼	1(3.8)	12(44.4)	12(44.4)	2(7.4)	27(100.0)
학 력					
고졸 이하	3(2.0)	94(63.4)	43(29.0)	8(5.3)	148(100.0)
전문대졸	7(3.7)	126(66.3)	48(25.3)	9(4.7)	190(100.0)
대졸 이상	1(2.3)	28(65.1)	11(25.6)	3(7.0)	43(100.0)
직 렬					
간호직	1(0.6)	108(68.4)	42(26.6)	7(4.4)	158(100.0)
보건직	10(4.4)	140(62.8)	60(26.9)	13(5.9)	223(100.0)
근무기간(현부서)**					
5년 미만	4(2.2)	103(55.4)	72(38.7)	7(3.9)	186(100.0)
6 ~ 10년	3(4.1)	53(72.6)	13(17.8)	4(5.5)	73(100.0)
11 ~ 15년	2(2.4)	65(78.3)	10(12.0)	6(7.3)	83(100.0)
16년 이상	2(5.1)	27(69.2)	7(17.9)	3(7.8)	39(100.0)
근무처**					
보건소	-	35(43.8)	43(53.8)	2(2.4)	80(100.0)
보건지소	8(4.2)	125(66.1)	46(24.3)	10(5.4)	189(100.0)
보건진료소	3(2.7)	88(78.6)	13(11.6)	8(7.1)	112(100.0)
직 급					
6급	1(0.9)	81(75.7)	18(16.9)	7(6.5)	107(100.0)
7급	5(2.9)	103(60.2)	55(32.2)	8(4.7)	171(100.0)
8급	3(4.0)	42(64.5)	17(26.2)	3(4.6)	65(100.0)
9급	2(5.3)	22(57.1)	12(31.5)	2(5.3)	38(100.0)
임상경험**					
있음	4(2.1)	134(70.1)	39(20.4)	14(7.4)	191(100.0)
없음	7(3.7)	114(60.0)	63(33.2)	6(3.1)	190(100.0)
자격증					
간호사	5(2.6)	134(69.1)	43(22.2)	12(6.3)	194(100.0)
간호조무사	3(2.1)	93(64.6)	41(28.6)	7(4.9)	44(100.0)
기타	3(7.0)	21(48.8)	18(41.9)	1(2.3)	43(100.0)
계	11(2.9)	248(65.1)	102(26.8)	20(5.2)	381(100.0)***

* p < 0.05

** p < 0.01

*** 무응답자 90명 제외

표 4. 일반적 특성에 따른 방문보건사업에 대한 견해와 문제인식도

(단위 : 명, %)

특 성	대상자수	사업에 대한 견해			문제 인식의 정도	
		긍정적	보통	부정적	높음	낮음
성 별						
남	17	52.9	35.3	11.8	29.4	70.6
여	454	28.6	52.9	18.5	37.9	62.1
연 령						
29세 이하	78	19.2	48.7	32.1*	57.7	42.3**
30 ~ 39세	216	31.5	50.5	18.1	41.2	58.8
40 ~ 49세	147	32.0	55.8	12.2	25.9	74.1
50세 이상	30	30.0	56.7	13.3	16.7	83.3
학 력						
고졸 이하	193	30.6	51.8	17.6**	29.5	70.5**
전문대졸	222	31.5	55.0	13.5	40.5	59.5
대졸 이상	56	17.9	42.9	39.3	53.6	46.4
직 력						
간호직	194	35.1	52.1	12.9	43.8	56.2
보건직	277	25.6	52.3	22.1	33.2	66.8
근무기간						
5년 이하	70	24.3	42.9	32.8**	61.4	38.6**
6 ~ 10년	101	24.8	53.5	21.8	42.6	57.4
11 ~ 15년	139	36.0	51.8	12.2	32.4	67.6
16년 이상	161	29.2	55.9	14.9	28.6	71.4
근무처						
보건소	87	40.2	46.0	13.8**	40.2	59.8
보건지소	240	21.7	54.6	23.8	38.3	61.7
보건진료소	144	36.1	52.1	11.8	34.7	65.3
직 급						
6급	138	39.9	51.4	8.7**	32.6	67.4**
7급	213	26.3	57.3	16.4	36.6	63.4
8급	73	26.0	46.6	27.4	38.4	61.6
9급	47	19.2	40.4	40.4	55.3	44.7
임상경험						
있음	223	31.4	50.7	17.9	37.2	62.8
없음	248	27.8	53.6	18.5	37.9	62.1
자격증						
간호사	234	34.5	50.9	13.6*	42.7	57.3*
간호조무사	187	25.7	54.0	20.3	29.9	70.1
기타	50	20.0	48.0	32.0	42.0	58.0
계	471	29.5	52.2	18.3	37.6	62.4

* p < 0.05

** p < 0.005

표 5. 대상자의 방문보건사업에 대한 문제인식도(복수응답)

(단위 : %)

문제점	비율 (n = 471)
전문적 서비스가 제공되지 못함	70.3
담당요원의 사명감과 전문성의 결여	25.3
인력개발, 교육과 훈련의 부족	57.3
사업에 대한 프로그램개발미비	54.3
관련부서간 협조부족	34.4
사업의 수행정도와 환자만족도에 대한 평가부재	25.3
지역사회진단의 부재	15.3
지침서 및 평가서 개발미비	25.9
방문기록지양식의 수정, 검토문제	15.5

대상자의 방문보건사업에 대한 문제인식도를 각 항목별로 구체적으로 살펴보면, 전문적 서비스가 제공되지 못한다에 70.3%가 그렇다라고 응답해 가장 높은 비율을 보였고 인력개발 및 교육부족에 57.3%, 프로그램개발 미비에 54.3%가 응답하였다(표 5).

대상자의 방문보건사업에 대한 교육필요도를 각 항목별로 구체적으로 살펴보면, 방문보건 사업 전반에 대해 53.8%가 교육받기를 원했고 방문보건사업 실제에 28.7%, 사례발표에 10.8%가 응답하였다. 노인보건에 31.8%, 재활관리에 36.3%, 만성퇴행성질환자관리에 41.8%가 교육받기를 원한다고 응답하였다(표 6).

표 6. 대상자의 방문보건사업에 대한 교육필요도(복수응답)

(단위 : %)

필요한 교육내용	비율 (n = 471)
방문보건사업전반	53.8
방문보건사업의 실제	28.7
방문보건사업의 사례발표	10.8
지역사회진단	10.4
상담술	22.7
노인보건	31.8
재활관리	36.3
만성퇴행성 질환자의 관리	41.8
수술후 퇴원환자의 간호	17.2
암환자 관리	21.9

방문보건환자 관리정도에서 연령이 많아질수록 그리고 기혼자가 관리를 잘하고 있었다. 근무처별로는 보건소 근무자가 관리를 잘한다고 한경우가 36.8%로 보건소나 보건진료소

근무자보다 높았다. 또한 직급이 높을수록, 간호사 면허소지자가 관리를 잘한다고 하였다. 방문환자 관리정도는 학력, 직렬, 근무기간, 임상경험유무와는 유의한 관련성이 없었다(표 7).

표 7. 일반적 특성에 따른 방문환자관리내용의 정도와 서비스충족도

(단위 : 명, %)

특 성	대상자수	관리내용의 정도			서비스 충족도		
		잘함	보통	무함	충족시킴	보통	충족무시킴
성 별							
남	17	47.1	35.3	17.6	41.2	35.3	23.5
여	454	28.9	42.7	28.4	18.3	49.8	31.9
연 령							
29세 이하	78	17.9	41.0	41.0*	15.4	43.6	41.0
30 ~ 39세	216	35.2	38.4	26.4	22.7	48.6	28.7
40 ~ 49세	147	26.5	46.9	26.5	17.0	51.7	31.3
50세 이상	30	33.3	53.3	13.3	13.3	56.7	30.0
결 혼							
기 혼	437	30.0	43.7	26.3*	19.5	50.8	29.7*
미 혼	34	23.5	26.5	50.0	14.7	29.4	55.9
학 력							
고졸 이하	193	28.5	42.0	29.5	17.1	51.3	31.6
전문대졸	222	32.4	43.2	24.3	19.8	49.5	30.6
대졸 이상	56	21.4	41.1	37.5	23.2	41.1	35.7
직 렬							
간호직	194	32.0	46.4	21.6	25.3	46.9	27.8*
보건직	277	27.8	39.7	32.5	14.8	50.9	34.3
근무 기간							
5년 이하	70	24.3	41.4	34.3	18.6	47.1	34.3
6 ~ 10년	101	26.7	41.6	31.7	20.8	44.6	34.7
11 ~ 15년	139	31.7	46.8	21.6	20.9	49.6	29.5
16년 이상	161	31.7	39.8	28.6	16.8	52.8	30.4
근무처							
보건소	87	36.8	47.1	16.1*	13.8	58.6	27.6*
보건지소	240	28.3	37.5	34.2	16.7	47.9	35.4
보건진료소	144	27.1	47.9	25.0	26.4	45.8	27.8
직 급							
6급	138	29.7	48.6	21.7**	26.1	49.3	24.6
7급	213	33.3	38.5	28.2	18.3	51.2	30.5
8급	73	24.7	47.9	27.4	12.3	45.2	42.5
9급	47	19.2	34.0	46.8	12.8	46.8	40.4
임상경험							
있음	223	31.4	45.7	22.9	18.8	54.7	26.5*
없음	248	27.8	39.5	32.7	19.4	44.4	36.3
자격증							
간호사	234	32.1	44.8	23.1*	22.2	49.6	28.2
간호조무사	187	29.4	41.2	29.4	16.6	49.2	34.2
기타	50	18.0	36.0	46.0	14.0	48.0	38.0
계	471	29.5	42.5	28.0	19.1	49.3	31.6

* p < 0.05

** p < 0.005

방문보건사업의 서비스충족도에서 기혼자에서는 환자를 충족시키지 못하는 경우가 29.7% 였으나 미혼자에서는 55.9%로 더 높았고, 간호직에서 환자를 충족시키는 경우가 25.3%로 보 건직의 14.8%보다 높았고, 보건진료소 근무자가 보건소나 보건진료소 근무자보다 환자를 더 충족시킨다고 하였다. 임상경험유무와는 유의한 관련성이 있었으나 큰 차이는 없었다. 연령, 학력, 근무기간, 직급, 자격증과는 유의한 관련성이 없었다(표 7).

표 8. 대상자의 환자관리내용에 대한 응답율

(단위 : %)

설 문 내 용	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	매우그렇 지 않다	계
문진을 통한 기왕력(과거력, 가족력) 조사를 빠뜨리 지 않고 하고 있습니까?	11.7	74.5	13.0	0.8	100
주증상 파악이 정확히 이루어지고 있습니까?	10.4	71.8	16.8	1.1	100
의사들이 사업에 대해 관심을 갖고 잘 협조해 줘 니까?	5.1	42.3	42.7	10.0	100
기능수준 파악을 하고 있습니까(예 : 영양상태, 거 동상태, 일상생활수행 정도)	13.2	78.1	7.9	0.8	100
가정환경 및 의료보장상태에 대해 파악하고 있습 니까?(예 : 동거가족 유무, 주거환경, 의료보장유형)	22.5	73.2	3.6	0.6	100
필요시 타 의료기관이나 지역사회기관에 의뢰합니 까?	11.3	71.1	15.7	1.9	100
가정의료기록지를 통해 환자의 변화를 알 수 있습 니까?	7.4	67.3	24.0	1.3	100
상태의 변화에 따른 적절한 중재(간호)가 이루어졌 습니까?	3.8	43.9	51.0	1.3	100
모든 교육 내용에 대한 기록이 있습니까?	4.2	58.8	35.0	1.9	100
제공된 교육에 대한 환자의 반응이 기록되어 있습 니까?	2.1	46.7	48.2	3.0	100
기록이 체계적입니까?	2.5	38.4	57.1	1.9	100
지도, 상담을 충분히 해주고 있습니까?	7.6	68.6	23.4	0.4	100
정서적 지지를 충분히 해주고 있습니까?	7.9	58.4	33.3	0.4	100
검사, 처치를 충분히 해주고 있습니까?	3.8	31.8	61.1	3.2	100
위생관리(개인위생, 환경위생)를 충분히 해주고 있 습니까?	2.3	38.4	56.9	2.3	100
질병예방이나 증상완화에 대해 매번 방문시마다 신 경을 써 줘니까?	6.2	79.4	14.0	0.4	100
운동이 필요한 환자들에게 대한 방문시마다 운동 (물리치료)을 실시합니까?	3.2	31.0	58.2	7.6	100
환자가 실제 필요로 하는 것을 해주고 있습니까?	3.4	35.7	58.0	3.0	100
환자 특성에 따른 간호를 제공하고 있습니까?	3.0	48.8	45.9	2.3	100
사업수행에 관한 지식은 풍부합니까?	1.5	35.0	60.3	3.2	100
계	6.7	54.6	36.3	2.4	100

대상자의 환자관리내용을 20항목으로 측정하였는데 평균적으로 매우 그렇다에 6.7%, 그렇다에 54.6%, 그렇지않다에 36.3%, 매우 그렇지않다에 2.4%가 응답해 긍정적으로 응답하는율이 부정적 응답보다 높았다. 11개 항목에서는 그렇다라는 응답이 가장 많았고 9개 항목에서는 그렇지않다라는 응답이 가장 많았다.

관리가 잘 안되는 9개항목을 구체적으로 보면, 의사들의 사업에 대한 협조, 환자상태의 변화에 대한 적절한 간호, 제공된 교육에 대한 환자의 반응기록이 잘 안되고 있고, 기록이 체계적이지 않고, 검사,처치가 충분하지 않고, 위생관리를 충분히 하지않고 있고, 물리치료실시가 부적절하고, 환자에게 실제적으로 도움이 되는 것의 제공이 잘 안되고 있고, 사업수행의 지식이 풍부하지 못하다는 것이다(표 8).

대상자의 서비스충족도에 대한 응답은 12항목으로 측정하였다. 매우 그렇다에 10.7%, 그렇다에 72.8%, 그렇지않다에 16.9%, 매우 그렇지않다에 0.3%가 응답해 긍정적으로 응답하는율이 가장 높게 나왔다. 12개 전항목에서 그렇다라는 응답이 가장 많았다. 그러나 비교적 부정적인 항목들을 구체적으로 보면, 간호해 준 시간이 필요하다고 생각되는 만큼 충분했느냐는 것, 환자들에게 방문일정을 알려주는 것, 환자들의 문제가 해결될 때까지 지속적으로 돌보아 주는 것, 환자의 상태를 항상 파악하는 것, 환자가 필요할 때 언제나 만나주는 것등이 비교적 잘 안되는 부분이었다(표 9).

표 9. 대상자의 서비스충족도에 대한 응답율

(단위 : %)

설 문 내 용	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	매우그렇 지 않다	계
환자의 건강 변화에 관심을 보입니까?	6.6	85.4	7.6	0.4	100
환자가 분명히 이해할 수 있는 용어를 사용합니까?	12.3	84.7	3.0	0.0	100
환자의 사생활에 대한 비밀을 지켜 줍니까?	22.5	76.6	0.6	0.0	100
환자에게 질병에 관한 주의 사항을 원하는 만큼 설명해 줍니까?	14.2	75.2	10.4	0.2	100
간호해 준 시간은 필요하다고 생각되는 만큼 충분한지요?	5.9	49.0	44.4	0.2	100
환자의 건강 문제에 대한 얘기를 잘 들어 줍니까?	17.2	79.8	3.0	0.6	100
환자가 편안함을 느끼게 해 줍니까?	13.0	82.4	4.7	0.0	100
환자에게 방문 일정을 알려 줍니까?	7.6	66.5	24.8	0.0	100
환자의 문제가 해결될 때까지 지속적으로 돌보아 줍니까?	3.8	59.7	35.7	0.8	100
환자의 상태를 항상 파악하고 있습니까?	5.1	67.7	27.0	0.2	100
환자가 필요로 할 때 언제든지 만나 줍니까?	6.6	65.2	28.0	0.2	100
환자 혼자서도 잘 할 수 있도록 가르쳐 줍니까?	5.1	81.7	13.2	0.0	100
계	10.0	72.8	16.9	0.3	100

하루 환자 방문수에 따라 방문보건사업을 어떻게 생각하는지를 알아본 결과 하루 방문환자수 1~3명일 때 사업에 대해 긍정적인 견해가 30.2%, 보통이 53.6%, 부정적이 16.2%였고 4~9명일때는 긍정적 견해가 35.3%, 보통이 44.1%, 부정적이 20.6%로서 유의한 관련성이 없었다(표 10).

표 10. 사업 견해에 따른 1일환자방문수 (단위 : 명, %)

사업견해	1일환자방문수				계
	1명 미만	1~3명	4~9명	10명 이상	
긍정적	4(36.4)	75(30.2)	36(35.3)	7(35.0)	122(29.5)
보통	5(45.4)	133(53.6)	45(44.1)	7(35.0)	190(52.2)
부정적	2(18.2)	40(16.2)	21(20.6)	6(30.0)	69(18.3)
계	11(100.0)	248(100.0)	102(100.0)	20(100.0)	381(100.0)

($p = 0.16026$ $\chi^2 = 11.801$)

방문보건사업의 견해에 따른 환자관리 내용정도를 보면 사업에 대한 긍정적 견해를 가진 자는 36.7%가 방문환자관리를 잘한다고 하였고 부정적 견해를 가진 자는 15.1%만이 관리를 잘한다고 하여 사업에 대한 견해가 긍정적일수록 관리를 잘하고 있음을 알 수 었다(표 11).

표 11. 사업견해에 따른 환자관리내용정도 (단위 : 명, %)

사업견해	환자관리내용정도			계
	잘함	보통	못함	
긍정적	51(36.7)	60(43.2)	28(20.1)	139(100.0)
보통	75(30.5)	103(41.9)	68(27.6)	246(100.0)
부정적	13(15.1)	37(43.0)	36(41.9)	86(100.0)
계	139(29.5)	200(42.5)	132(28.0)	471(100.0)

($p = 0.00151$ $\chi^2 = 17.556$)

방문보건사업의 견해에 따른 서비스충족도를 보면 사업에 대한 견해가 긍정적 인 자는 26.6%가 환자를 충족시킨다고 한 반면에 부정적인 견해를 가진자는 8.1%만이 환자를 충족

시킨다고 하여 사업에 대한 견해가 긍정적일수록 환자를 충족시킴을 알 수 있다(표 12).

표 12. 사업견해에 따른 서비스충족도 (단위 : 명, %)

사업견해	서비스충족도			계
	충족시킴	보통	충족 못시킴	
긍정적	37(26.6)	72(51.8)	30(21.6)	139(100.0)
보통	46(18.7)	124(50.4)	76(30.9)	246(100.0)
부정적	7(8.1)	36(41.9)	43(50.0)	86(100.0)
계	90(19.1)	232(49.3)	149(31.6)	471(100.0)

($p = 0.00007$ $\chi^2 = 24.394$)

표 13. 방문보건사업에의 견해, 문제인식도, 교육필요도와
관리내용, 서비스충족도, 1일방문환자수의 상관관계

	사업견해	문제인식도	교육필요도	관리내용	서비스충족도	1일방문환자수
사업견해	1					
문제인식도	-0.0858	1				
교육필요도	0.0255	0.4249**	1			
관리내용	0.3129**	-0.1773**	-0.0773	1		
서비스충족도	0.2917**	-0.1709**	-0.0666	0.6692**	1	
1일방문환자수	0.0644	-0.0105	0.0590	0.0691	0.0415	1

** $p = 0.000$

방문보건사업에 대한 견해, 문제인식도, 교육필요도, 방문환자관리내용, 서비스충족도, 1일 환자방문수, 각각의 상관관계를 보면 사업에 대한 견해는 관리내용, 서비스충족도에 양의 상관성을 보여 사업에 대한 견해가 긍정적일수록 관리도 잘하고 환자를 충족시킴을 알 수 있다. 문제인식도는 관리내용과 서비스충족도에 음의 상관성을 보여 문제인식이 높으면 높을수록 관리도 못하고 환자를 충족시키지 못함을 알 수 있다. 문제인식도와 교육필요도는 높은 상관성이 있어 문제인식이 높은 집단이 교육의 필요성을 많이 느끼음을 알 수 있다. 관리내용과 서비스충족도와는 0.6692의 아주 높은 상관성을 보였다. 1일 환자방문수는 어떤 변수와도 유의한 상관을 보이지 않았다(표 13).

환자관리내용정도와 서비스충족도 각각을 종속변수로한 다중회귀분석 결과를 보면, 관리

내용정도에 유의한 영향을 미치는 변수는 방문보건사업에 대한 견해, 문제인식정도 및 직렬이었다. 즉, 방문보건사업에 대한 견해가 긍정적이면서 문제인식정도가 낮을수록 관리를 잘하며 간호직에서 보건직보다 관리를 잘하는 것으로 나왔다. 한편 서비스충족도에 유의한 영향을 미치는 변수는 사업견해와 관리내용정도였으며, 관리내용정도가 가장 유의한 변수였다. 즉, 방문보건사업에 대해 긍정적으로 생각하고 관리를 잘한다고 할수록 환자를 충족시키는 것으로 나왔다(표 14).

표 14. 관리내용정도와 서비스충족도에 따른 다중회귀분석

	관리내용정도			서비스충족도			
	B	Beta	T	B	Beta	T	
연 령	0.023	0.024	0.523	-0.061	-0.055	-1.205	
결혼상태	-0.083	-0.087	-1.906	0.009	0.012	0.268	
학 력	-0.029	-0.029	-0.636	-0.014	-0.019	-0.417	
직 렬	-1.153	-0.090	-2.057*	-0.029	-0.038	-0.843	
근무처1	0.013	0.009	0.216	-0.014	-0.018	-0.401	
근무처2	0.054	0.048	1.041	-0.052	-0.069	-1.509	
직 급	0.018	0.015	0.344	-0.064	-0.083	-1.812	
자격증	-0.038	-0.023	-0.502	0.001	0.002	0.052	
사업견해	1.099	0.294	6.733**	0.169	0.096	2.413*	
문제인식도	-0.472	-0.163	-3.744**	-0.051	-0.068	-1.481	
교육필요도	-0.032	-0.031	-0.679	-0.021	-0.029	-0.641	
방문환자수	0.047	0.051	1.111	-0.008	-0.011	-0.249	
관리내용정도	-	-	-	0.334	0.641	17.805**	상 수
	45.589	18.625	7.880		8.893		
R ²	0.132			0.454			
F값	23.763**			195.011**			

* p < 0.05 ** p < 0.001

주 : 결혼상태 : 기혼(1) 미혼(0)

학력 : 고졸이하(1) 전문대졸(2) 대졸이상(3)

직렬: 간호직(1) 보건직(0)

근무처1 : 보건소(0) 보건지소(1) 보건진료소(0)

근무처2 : 보건소(0) 보건지소(0), 보건진료소(1)

직급 : 6급(4) 7급(3) 8급(2) 9급(1) 자격증 : 간호사(1) 기타(0)

사업견해 : 4 ~ 16점 문제인식도 : 9 ~ 18점 교육필요도 : 13 ~ 26점

관리내용 : 20 ~ 80점 서비스충족도 : 12 ~ 48점

IV. 고 찰

공공보건의료기관을 통한 방문보건사업은 만성퇴행성질환의 급격한 증가와 노령인구의 증가에 따라서 의료비의 절감과 지속적이고 포괄적인 건강관리의 보장이라는 측면에서, 그리고 종래의 질병예방중심에서 포괄적인 보건의료사업의 강화라는 점에서 중요성과 필요성이 강조되고 있다(한경자 등, 1995). 이 사업이 활성화되려면 방문보건사업의 체계가 확립되어야 한다. 체계확보에는 보건의료인력의 적극적인 지역사회 활동이 전제되어야 하고 방문보건서비스를 제공하는 인력개발이 중요한 과제가 된다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994).

방문보건사업의 수행과정에 참여하는 인력은 전문의료인력에서부터 운전원 및 자원봉사자에 이르기까지 다양하다(수원시 방문보건사업 체계개발, 1995). 이 연구에서는 보건기관에 근무하는 간호사, 보건진료원, 방문보건담당자를 대상으로 하여 사업담당인력의 사업에 대한 견해 및 문제인식 정도와 방문환자관리양상을 분석하고자 하였다.

이 연구는 공공보건의료기관의 방문보건사업을 대상으로 얼마나 잘하고 있는지 서비스를 받고있는 환자를 대상으로 조사한 것이 아니라 설문지를 이용해 사업담당자들에게 조사하였으므로 한계를 가진다. 그러나 1995년 1월 시·군 통합과 함께 통합시 보건소에 방문보건계라는 방문보건 전담부서를 두어 사업을 실시한지 만 2년이 지난 시점에서 자체내 평가를 실시하였다는 점에서 향후 이 사업을 계속 실시해 나가면서 기초자료로 이용할 수 있으리라 생각한다.

응답율은 보건소 92.6%, 보건지소 53.3%, 보건진료소 72.0%였으며, 응답자 471명 중 보건소 근무자가 18.5%, 보건지소 51.0%, 보건진료소 30.6%였다. 보건소의 경우는 방문보건을 담당하는 인력의 거의 전수가 응답한 반면에 보건지소의 경우 응답율이 매우 낮은 이유는, 보통 한 보건지소에 방문보건을 담당하는 인력 2명 중 사업전담인력이 시·군별로 차이가 있기 때문이다. 즉, 시·군별로 1명이 방문보건사업을 전담하는 경우도 있고, 2명 모두가 방문보건사업을 담당하는 경우도 있어서 연구자가 각 보건지소별로 2부씩 보낸 것을 감안할 때 실질적으로 방문보건사업을 담당한 자의 응답율은 높을 것으로 생각된다. 또한 보건지소의 보건요원들은 방문보건사업의 활성화를 위해 1993년 1월 보건복지부의 통합보건지침에 따라 근무지가 읍·면 사무소에서 보건지소로 바뀐 경우이다(서울대학교 지역보건의료체계사업단, 1994). 보건진료소의 경우도 지역에 따라 방문보건사업을 보건소와 같은 체계하에서 하고 있는 지역도 있고 그렇지 않은 지역도 있어서 경상북도내 보건진료원 현원 327명 중 사업체계가 보건소와 같은 곳, 200명을 지역조사한 뒤 추정인원으로 잡았다.

학력분포에서 보건지소는 간호조무사가 70% 이상을 차지하므로 고졸자가 매우 많았으며 보건진료소는 전수가 간호사자격증을 갖고 있으므로 전문대졸 이상이 거의 대부분이었다. 따라서 이와같은 학력의 차이가 방문보건사업 전개시 접근방식에서 고려해야 할 중요한 사항이

라고 생각한다. 보건소나 보건지소 보건직의 경우 질병예방이나 건강증진을 위한 교육 및 상담분야에 중점을 두며 간호직의 경우에는 필요시 가정간호를 해주고 환자 가족들에게 가정간호방법을 교육함으로써 보건간호사 본연의 임무에 중점을 두면 좋으리라고 생각된다.

대상자 중 234명(49.7%)이 간호사 자격증을 갖고 있었는데, 이 중 10명(2.1%)만이 가정간호사 자격증을 갖고 있었다. 이는 현재 우리나라에서 배출되는 가정간호사가 1993년까지 346명이었고(고일선, 1993), 1994년부터 연간 약 400명 정도가 배출되고 있음을 생각할 때 극히 적은 숫자가 아닐 수 없다. 또한 방문보건사업의 전문성을 고려할 때 가정간호사의 역할이 매우 중요해지는데 서울시의 경우에는 대한간호협회 서울시지부에 무료가정간호사업용을 위한 예산을 지원하고, 각 보건소에서 가정간호사의 전문적인 서비스제공이 필요한 환자를 의뢰하고 있다(서울대 지역의료체계 시범사업단, 1995). 이러한 방식은 현재 경상북도내 보건소 가정간호사 자격증을 가진 사람의 숫자를 생각할 때 적용시켜 볼 만한 사업이라 생각된다.

방문요원의 6개월간 환자 1인당 총방문횟수는 76.1%가 12회 미만으로써 대부분이 1개월에 2회 미만 방문함을 알 수 있다. 방문요원 1인당 1일 환자방문수는 보건소의 경우에는 4~9명이 가장 많았고 보건지소나 진료소는 1~3명이 가장 많았다. 이와 같은 차이는 보건소의 경우에는 관할구역내 동 지역만 담당하기 때문에 교통이 좋고 방문보건사업용 전담차량이 아니더라도 자체차량이 있기 때문에 하루에 여러 집을 방문할 수 있을 뿐만 아니라 방문보건계 소속 전담직원들이어서 방문실적이 높았다. 반면에 보건지소나 보건진료소는 상대적으로 넓은 지역을 담당하고 있거나 자체차량이 있는 경우가 드물고 방문보건사업만 전담하는 것이 아니라 다른 업무도 겸하는 경우가 많기 때문에 하루 방문실적이 보건소에 비해 낮았다. 1994년부터 1995년에 걸쳐 4개의 3차의료기관을 대상으로 한 시범사업시 가정간호사 1인 1일 가정간호제공횟수가 2회 정도임과 비교해 볼 때(황나미,1996) 보건소 수준에서는 민간차원의 병원시범사업에서보다 더 많은 횟수를 방문했음을 알 수 있다. 또한 보건소의 경우에는 하루에 1명 미만 방문하는 경우가 없는데 보건지소나 진료소의 경우는 1명 미만인 경우가 4.2%, 2.7%였고 10명 이상 방문하는 경우도 보건소에 비해 2배 이상 높아서 환자관리의 체계성이나 일관성 면에서 많이 미비함을 알 수 있다.

방문보건사업에 대한 견해는 연령이 많을수록, 근무기간이 길수록, 직급이 높을수록 긍정적이었다. 한편, 근무경력이 짧고, 급수가 낮으며, 학력이 높은 젊은 신규담당인력들이 사업에 대해 부정적 견해를 가지고 있어서 향후 이들이 사업을 이끌어 나가는 데 주축이 될 사람들임을 생각할 때 이들에 대한 배려가 필요하다고 생각된다. 또한 이들이 보건지소에 근무하는 경우가 많아 보건지소근무자에서 사업에 대한 견해가 가장 부정적으로 나왔다. 자격증별로 보면 간호사가 사업에 대해 가장 긍정적인 견해를 가지고 있었고 기타에서 가장 부정적이었다. 기타직의 경우 주로 의료기술직으로 치과위생사들이 많고 영양사나 환경기사, 위생사 등의 자격증을 가진 사람들이다. 이들은 자기 전공과는 별개인 방문보건사업을 담당하고 있어

서 사업에 대한 부정적 경향이 강하다. 따라서 향후 이들에 대한 이동배치나 특별한 고려나 관리가 있어야 사업의 질적 수준을 높일 수 있다고 생각한다.

방문보건사업에 대한 문제인식도에서 연령이 적을수록, 근무경력이 짧을수록, 급수가 낮을수록, 학력이 높을수록 문제인식을 많이 하고 있었다. 따라서 사업수행시 소극적이고 열심히 하지 않으므로 사업결과에 많은 영향을 미치게 된다고 생각한다. 자격증에 있어서는 간호사에게서 문제인식도가 높게 나와 사업견해가 간호조무사나 기타자격증에 비해 긍정적이면서도 문제인식도가 높음을 알 수가 있고 반면에 기타직은 사업에 대한 견해가 가장 부정적이고 문제인식도도 높음을 알 수가 있다. 여기서 간호직이 사업견해를 긍정적으로 갖고 있으면서도 문제의식이 높은 것은 자체내 전문성을 갖고 있기 때문이라 생각된다.

문제인식도에서는 전문적 서비스가 제공되지 못한다에 70.3%가 그렇다라고 응답해 가장 높은 비율을 보였고 인력개발 및 교육부족에 57.3%, 프로그램개발미비에 54.8%로 응답하였다. 기타 교통문제로 환자집까지의 거리가 멀다고 많이 지적하였고 사회복지기관이나 병의원, 행정기관에 의뢰체계에 문제가 있다고 응답한 사람도 소수 있었다. 따라서 전문적 서비스가 제공되지 못하는 데 가장 문제점을 느낌을 알 수 있으며 인력개발, 교육부족, 프로그램 개발미비에 연관되어 전문성이 확보되지 않고 있다고 생각한다. 또한 전문성을 갖춘 가정간호사가 전 인력에 2.1%밖에 되지 않으며 간호사의 비율 또한 49.7%로 반 정도 밖에 안됨을 생각할 때 당연한 결과로 생각한다. 민간차원에서 시행되고 있는 사업이 전부 가정간호사만으로 구성되어 시행됨을 볼 때(추수경, 1990; 조우현, 1990; 박경숙, 1991; 유원하, 1991; 김모임, 1991; 김모임, 1993; 전은미, 1993; 유호신, 1994; 황나미, 1996) 전문성에 있어 많은 차이가 있음을 알 수 있다. 교통문제도 많이 지적하였는데 아직까지도 교통수단이 미비한 곳이 많아서인 것 같다. 특히 보건진료소의 경우는 혼자 근무하고 있고 장시간 진료소를 비워두면 안되기 때문에 빨리 움직일 수 있는 교통수단의 확보가 필요하다고 생각한다.

교육필요도에서는 방문보건사업 전반에 대해 53.8%가 교육받기를 원했고 만성퇴행성질환자관리에 41.8%, 재활관리에 36.3%, 노인보건에 31.8%가 교육받기를 원한다고 응답하였다. 기타 호스피스 간호에 대해 배우기를 원한 경우도 소수 있었다. 향후 인력교육시 이와 같은 점을 고려하여 프로그램을 개발하여야 할 것이다. 한경자 등(1994)의 일개 군지역의 가정간호 요구조사에서 가장 높은 비율을 차지하는 대상자의 질환이 만성퇴행성질환이고, 이 질환을 가진 환자들의 교육요구도가 높았다. 이 점을 감안할 때 만성퇴행성질환자 관리에 대한 교육에 많은 신경을 써야 할 것이다. 그리고 수술 후 퇴원환자나 암환자, 조기퇴원환자 중심의 병원가정간호사업(김조자외, 1989; 홍여신 외, 1990; 추수경, 1991; 유호신, 1994; 박경숙, 1994)과는 달리 공공보건기관의 방문보건사업에서는 담당자들이 수술 후 퇴원환자의 간호(17.2%)나 암환자 관리(21.9%)에 대해서 교육필요도가 상대적으로 낮음을 알 수 있다. 따라서 암환자나 수술 후 퇴원환자는 전문간호가 요구됨으로 병원과 연계된 방문보건서비스가 제공되어

야 할 것이다.

방문보건사업에 대한 관리내용정도에서 연령이 많을수록, 직급이 높을수록 관리를 잘함을 볼 때 사업에 대한 긍정적 견해, 낮은 문제인식도와 연관이 있고 연륜이 쌓이면 문제해결 관리능력이 높아진다고도 생각해 볼 수 있다. 근무처별로 보건소가 관리의 정도가 가장 높게 나왔는데 이는 보건소가 사업에 대한 견해가 가장 긍정적으로 나온 부분과 연관지어 생각할 수가 있다. 또 사업수행에 있어서 정보나 자원, 인력활용면에서 가장 유리한 위치에 있고 지시나 감독체계가 잘되어 있는 것이 하나의 큰 요인이 되는 것 같다. 보건지소의 경우는 앞에 언급했듯이 사업견해에 가장 부정적이었고 관리의 정도도 가장 낮았다. 젊고 급수가 낮은 신규인력이 상대적으로 많은 점이 한 요인으로 작용하는 것 같다. 자격증에 있어서도 간호사가 32.1%로 가장 관리를 잘하는 것으로 나왔으나 간호조무사와의 차이는 거의 없었고 관리를 못하는 경우는 기타직에서 가장 높게 나와 사업견해가 부정적이고 문제인식이 높다는 위의 결과와 일치한다. 따라서 연령이 적고 직급이 낮은 직원의 비율이 높은 보건지소와 기타 자격증을 가진 사람들이 좀 더 의욕적으로 일할 수 있는 여건 조성이 요구된다. 이를 위해서는 1980년대 통합보건사업 시범교육 실시와 같이 보건지소에서 보건사업을 하는 사람들을 대상으로 방문보건사업에 대한 보수교육을 실시하는 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

관리내용정도에서 관리가 잘 안되는 항목은 기록, 검사 및 처치, 위생관리, 물리치료실시, 환자에게 실제적인 도움 제공, 사업수행 지식 등이다. 따라서 검사 및 처치, 물리치료, 실제적 도움문제, 지식부족 등은 위에서 언급한 방문보건사업에 대한 문제인식도에서 전문적 서비스가 제공되지 못한다에 가장 높은 비율을 보인 것과 연관시켜 생각해 볼 수 있다.

보건소장의 사업관심도에 따른 관리내용정도에서 소장이 사업에 관심이 많으면 많을수록 관리가 잘됨을 알 수 있고 시장.군수의 경우도 같은 결과가 나왔다. 따라서 사업을 활성화시키려면 기관장의 적극적 관심을 유도해 낼 필요가 있다.

서비스충족도에서는 간호직에서 환자를 충족시키는 경우가 많은 것으로, 근무처에 있어서는 보건진료소에서 가장 환자를 충족시키는 것으로 나왔다. 보건진료소가 전수 간호사로 구성되어 있어서 위의 결과가 나왔으리라 생각한다. 이는 비록 관리의 정도는 보건소가 높을지 모르지만 환자를 가장 충족시키는 것은 보건진료소임을 알 수가 있다. 이는 보건진료원을 통하여 농.어촌 지역주민의 기본적인 의료욕구의 충족은 물론, 특히 건강관리의 근접성과 의료균점이 이루어졌음을 의미한다고 볼 수 있겠다(이인숙, 1989; 김진순 외, 1991; 강혜영, 1994).

관리내용정도와 서비스충족도를 종속변수로 한 다중회귀분석에서 관리내용정도에 유의한 영향을 미치는 변수로는 사업견해, 문제인식도, 직렬이었다. 따라서 사업견해가 긍정적일수록 관리정도가 높고, 문제인식을 많이 하면 할수록 관리의 정도가 낮았으며, 간호직에서 관리의 정도가 높았다. 서비스충족도에 유의한 변수로 관리정도, 사업견해였다. 따라서 관리를 잘할

수록, 사업견해가 긍정적일수록 환자를 충족시킴을 알 수 있다.

5.이상의 결과로 연령이 적을수록, 직급이 낮을수록, 근무기간이 짧을수록, 방문보건사업에 대해 부정적 견해를 가지고 있다는 것을 알 수 있으며 이들에게서 문제인식정도도 높게 나왔다. 방문보건사업에 부정적 견해를 가짐으로 사업의 관리정도와 서비스충족도도 낮게 나왔다. 따라서 부정적 사업견해를 갖고있는 집단을 고려하면서 사업을 이끌어 나가는 것이 사업의 질적인 면인 관리정도와 서비스충족도를 높이는 방법이며 방문보건사업의 발전에 관건이 되리라 생각하며 부정적 견해를 가진 집단을 변화시켜 내는 프로그램개발 및 교육, 동기부여 등이 필요하다. 그리고 효과적인 프로그램개발 및 교육을 위해서는 중앙정부 및 지방자치단체의 지원, 보건소 간의 공동프로그램 및 보건소 자체 프로그램이 마련되어야 할 것이다(수원시 방문보건사업 체계개발, 1995). 보건소 자체내 교육은 포괄적 내용을 다루기보다는 전문적 서비스가 제공되지 못한다라는 것이 자체내 가장 큰 문제점임을 감안해 구체적인 방문간호사의 행위를 배우고 기술을 익힐 수 있는데 초점이 모아져야 할 것이다. 그래서 이 변화된 인력으로 많은 부분에 있어 보건의료환경이 변화하고 있는 이 시점에서 질이 높은 방문보건사업의 수행으로 지속적으로 지역민들에게 다가가야 할 것이다.

또한 순회진료 및 가정간호서비스에 대해 지역민의 90% 이상이 지지를 하므로(임부들, 1996) 향후 방문보건인력과 서비스내용에 대해 더 많은 연구와 프로그램 개발을 하여 지역사회에 적용시키고, 담당인력이 아니라 방문보건사업의 수요자인 지역민을 대상으로 평가하는 작업을 한다면 대단히 의미있을 것이다.

V. 요약

방문보건사업의 활성화를 위한 인력개발의 기초자료로 쓰기 위해 경상북도내 24개 지역 보건 기관의 방문보건사업 담당직원 471명에게 사업에 대한 견해와 환자관리양상을 조사하였다. 대상자들은 39세 이하가 62.5%였으며 기혼자가 92.8%로 대부분이었다. 학력은 전문대졸이 47.1%였고, 직렬은 보건직이 58.8%, 간호직이 41.2%였다. 근무기간은 16년 이상 장기근무한 사람이 34.2%였고, 7급 공무원이 45.2%로 가장 많았으며, 간호사면허소지자가 49.7%로 이 중 4.3%만이 가정간호사 자격증을 갖고 있었다.

방문보건 담당인력의 지난 6개월간 환자 1인당 총방문횟수는 6~12회 방문하는 경우가 52.7%로 가장 많았다. 담당요원 1인당 1일 환자방문수는 평균 1~3명 방문하는 경우가 52.7%로 가장 많았다.

방문보건사업에 대한 견해는 연령과 직급이 높을수록, 근무 기간이 길수록 긍정적이었다. 보건소 근무자와 간호사가 사업에 대해 가장 긍정적 견해를 가지고 있었다. 방문보건사업에 대한 문제인식도는 연령이 적을수록, 학력이 높을수록, 근무기간이 짧을수록, 직급이 낮을수록 문제인식도가 높았다. 따라서 문제인식도가 높은 집단이 사업에 대해 부정적 견해를 갖고 있었다. 관리 정도는 연령이 증가할수록, 직급이 높을수록 관리를 잘하는 것으로 나왔다. 그리고 보건소 근무자와 간호사가 관리를 잘 하는 것으로 나왔으나 간호사와 간호조무사와의 차이는 거의 없었다. 서비스충족도는 보건진료소 근무자에게서 가장 높았다. 그리고 사업에 대한 견해가 긍정적일수록 관리를 잘하고 서비스충족도가 높았다.

방문보건사업에 대한 견해, 문제인식도, 교육필요도와 방문환자 관리내용, 서비스충족도의 상관관계에서 사업에 대한 견해는 관리내용과 서비스충족도에 양(+)의 상관성을 보였으며 문제인식도와 교육필요도는 음(-)의 상관성을 보였다. 문제인식도와 교육필요도는 높은 상관성을 가지고 있어 문제인식이 높을수록 교육필요도가 높아짐을 알 수 있다. 관리내용과 서비스충족도도 아주 높은 상관성이 있어 관리를 잘 할수록 환자를 충족시킴을 알 수 있다. 결국, 방문보건사업의 관리는 방문보건요원들의 사업에 대한 견해가 긍정적이고 문제인식이 낮을수록 잘하며, 사업에 대한 서비스충족도는 사업에 대한 견해가 긍정적이고 관리를 잘한다고 할수록 높아졌다.

따라서 보건기관 방문보건사업의 활성화를 위해서는 사업에 대해 긍정적이지 못한 인력의 특성을 고려하여 적절한 대책을 강구해야 한다. 즉, 다양한 프로그램개발 및 동기부여, 교육훈련을 통하여 이 사업에 적극 참여할 수 있도록 유도해 나가야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 강복수, 황인수, 김창윤, 김석범, 이경수 : 도시의 노인보건방문서비스를 위한 자원 및 모델 개발에 관한 연구. 한국농촌의학회지, 21(1) : 47 - 60, 1996.
- 강혜영 : 보건진료원이 농촌주민과 함께 나눈 건강경험 - Newman의 실무연구방법론을 근거로. 박사학위논문, 연세대학교 대학원 간호학과, 1994.
- 경상북도 : 거동불능환자 가정의료사업계획. 1996.
- 고일선 : 가정간호사 인력수급에 관한 연구. 박사학위논문, 연세대학교 대학원 간호학과, 1993
- 김모임 : 가정간호사업과 방문간호사업-우리나라 가정간호사업이 나아갈 방향은?. 대한간호, 30(2) : 6-11, 1991.
- 김모임, 김의숙, 유호신, 수수경 : 입원환자의 가정간호의뢰일 추정과 진료비 분석에 관한 연구. 간호학 탐구, 2(1) : 151-178, 1993.
- 김재남 : 서울 도봉구 보건소 방문보건사업 소개. 보건간호소식, 1 : 48 - 58, 보건간호사회, 1995.
- 김조자, 유지수, 박지원 : 방문보건을 통한 암환자의 위기중재 효과에 관한 연구. 대한간호학회지, 19(1) : 63 - 79, 1989.
- 김진순, 유호신, 김은주, 고경환, 신문정 : 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1991.
- 김창업 : 바람직한 보건지소 기능정착을 위한 내부관리모형 개발을 위한 연찬회, 서울대학교 지역의료체계시범사업단, 1993.
- 박경숙 : 조기퇴원 수술환자의 병원중심 가정간호 효과 및 비용분석에 관한 연구. 박사학위논문, 중앙대학교 대학원 간호학과, 1994.
- 변종화, 장동현, 정기혜, 조홍식, 고경환 : 2000년을 향한 도시 보건소 조직 및 기능개선 연구. 한국인구보건연구원, 1988.
- 보건복지부 : 보건복지통계연보, 쪽 131, 1996.
- 송건용, 남재봉, 김영임, 김수춘 : 농촌지역 보건소 조직 및 기능 개선에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 1983.
- 안문영 : 보건의료제공체계의 개편(안). 지역의료체계 개념에 의한 의료체계 개선 방안 연찬회, 서울대학교 의료관리학교실, 1988.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단 : 농촌지역 방문보건사업체계 개발. 1994.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단 : 방문보건사업지침서(보건지소용). 1994.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단 : 수원시 보건향상을 위한 의료정책개발(2차년도 보고서). 쪽 3-1~3-91, 1995.

- 신형식, 이태진, 양봉민 : 방문보건사업의 경제적 효과 분석-서울시 22개 자치구 보건소를 중심으로-. 국민보건연구소 연구논총, 3(1), 서울대학교 보건대학원, 1993.
- 유승흠 : 보건기획과 관리. 수문사, 쪽 255 - 296, 1995.
- 유원하 : 우리나라 가정간호사업. 병원에서의 가정간호운영 전략 II, 쪽 3-11, 연세대학교 보건대학원 간호학연구소, 1991.
- 유호신 : 병원중심 가정간호사업모델과 수가체계 개발 연구, 박사학위논문, 연세대학교 대학원 간호학과, 1994.
- 윤순녕, 박성애 : 보건소조직구조에 따른 방문간호사업의 성과 비교. 지역사회간호학회지, 7(1) : 5 - 16, 1996.
- 윤순녕, 이인숙, 현혜진, 유인자, 김재남, 배정희: 보건소 방문간호사업의 질보장을 위한 연구. 지역사회간호학회지, 6(2), 1995.
- 이인숙 : 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구. 보건학박사학위논문, 서울대학교 대학원, 1989.
- 이인숙, 박정분, 배상수 : 공공보건기관에서의 만성질환 관리를 위한 가정방문사업 고찰. 대한보건협회지, 18(1), 1992.
- 임부돌 : 지역사회주민의 보건기관에 대한 인식정도와 이용경험. 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 1996.
- 임은선 : 보건소 보건간호사의 가정방문활동 분석. 석사학위논문, 연세대학교 간호학과, 1996.
- 전은미 : 산욕부와 신생아의 가정간호사례연구. 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 1993.
- 추수경 : 가정간호사업 대상자의 선정기준개발과 서비스 내용에 대한 연구. 박사학위 논문, 연세대학교 대학원 간호학과, 1991.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순 : 일개 군지역의 가정간호요구 조사. 대한간호학회지, 24(3) : 484 - 498, 1994.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순 : 공공보건조직에서의 방문간호사업모형개발 : 보건진료소 방문간호사업. 대한간호학회지, 25(3) : 472 - 483, 1995.
- 황나미 : 병원중심 가정간호시범사업 평가. 한국보건사회연구원, 1996.
- 홍여신, 이은옥, 이소우, 김매자, 홍경자, 서문자, 이영자, 박정호, 송미순 : 추후관리가 필요한 만성질환 퇴원환자 가정간호 시범사업 운영 연구. 대한간호학회지, 20(2) : 227 - 248, 1990.

지보의

정신보건사업

- '99정신보건사업계획 -

김 은 미
하남시 보건소장

I. 사업추진경위 및 경과

우리나라는 사회적 환경변화와 정신보건전문가들의 각고의 노력과 결실로 정신질환자의 인권보호를 위한 정신보건법이 1995년 12월에 제정되어 지역사회 정신보건사업을 위한 제도적 틀이 마련되었으며 1996년 서울과 경기도에서 시범적으로 정신보건센터가 운영되었다. 또한 지방자치에 따른 지역주민들의 정신보건과 사회복지에 대한 요구가 급격히 증가함에 따라, 경기도에서는 1996년 7월 전문가 워크숍을 통해 각 시·군별로 지역여건에 맞는 정신보건사업을 추진한다는 방침을 세움에 따라 1997년 16개의 경기도의 시·군에서 정신보건사업을 시행하게 되었고 하남시도 지역의 제반여건을 고려하여 위탁운영이 아닌 보건소중심의 자체운영방식으로 정신보건사업을 시작하였다. 1997년 1차년도 사업은 정신보건사업에 대한 개념을 정립하고 중증 정신병을 앓고 있는 환자를 찾아내어 그들에게 이러한 프로그램이 있습니다 라고 제시하는 한해였다면, 1998년의 2차년도 사업은 기존의 사업대상자 이외에 알코올 중독자, 치매환자까지 대상자를 확대하여 관리하고 지역주민 집단정신건강교육 등을 통해 지역사회의 이해를 넓히기 위한 다각적인 노력을 경주했던 해였다. 1999년의 3차년도 사업은 지역주민의 참여를 높이고 환자 중심의 실천적 사례관리를 중심으로 프로그램을 내실화하는 것을 목표로 사업을 추진하고 있다.

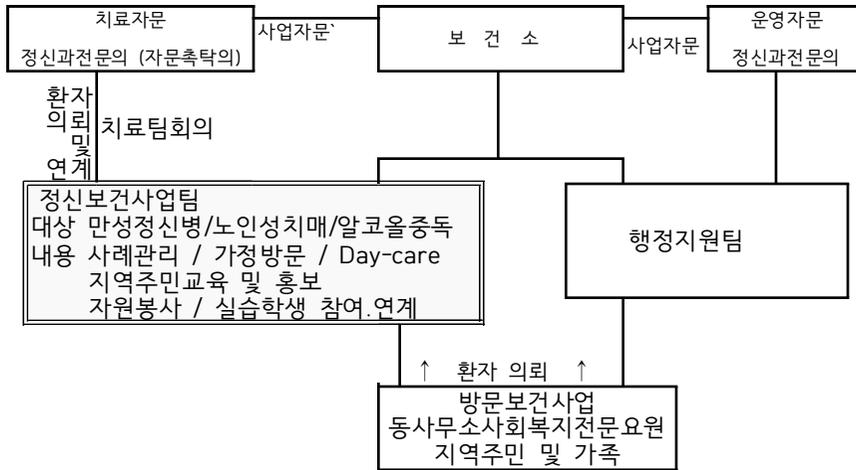
II. 사업개요

지역사회 내 만성정신질환자를 대상으로 사회복귀를 위한 재활치료를 제공하고, 그들을 관리·지원할 수 있는 정신보건사업체계를 구축 및 강화하여 환자와 그 가족의 건강관리능력을 유지 증진시켜 삶의 질을 향상시키고자 함.

III. 방향

- 만성정신질환자 및 그 가족 관리 내실화
- 자원봉사 등 지역주민(민간자원)참여강화 및 활용체계 구축

IV. 사업운영체계



V. 사업내용

- 전체 사업 량

구분	만성정신병 등록환자관리	노인성치매 등록환자관리	알코올중독 등록환자관리
인원	120 명	50 명	50 명

VI. 세부 추진 계획

- 현황

(1998년 12. 31 현재)

구 분	추 정 환 자 수	등록관리자	비 고
만성정신병환자	124,026명(하남시인구)×2.16%×1% = 267명	120명	
노인성치매환자	65세이상 노인인구×7~10% = 408~583명	50명	
알코올중독환자	124,026명(하남시인구)×3.3% = 399명	32명	신규등록 :18명 예정

○ '99 사업 목표 및 추진 일정

가. 사업 목표

구분	항 목	목 표	추진일정	비고
만성정신병관리	사례관리	가정방문 년 360회 / 360 명 전화상담 년 600건 / 600 명 내소상담 년 180회 / 180 명	1월~12월	
	주간보호	등록 년 30 명 운영 주 3회 / 년144회 (년1728명)	1월~12월	계획서 별첨1
	가족모임 및 교육	월 1회 / 년 10회 (년100명)	1월~12월	
	직업재활	농사짓기 월 2회 / 년 20회 (년100명) 취업훈련 월 2회 / 년 20회 (년100명) 취업자모임 월 1회 / 년 10회 (년 30명)	4월~12월 1월~12월 3월~12월	계획서 별첨2
노인성치매관리	사례관리	전화상담 년 200회 / 200명 가정방문 년 100회 / 100명	1월~12월	
	치매예방교육	노인정방문 년 24회 / 720명	3월~10월	계획서 별첨3
	가족모임 및 교육	격월 1회 / 6회 (년 30명)	1월~12월	
알콜중독관리	신규등록	년 18명	1월~12월	
	사례관리	가정방문 년 200회 / 200명 전화상담 년 250회 / 250명	1월~12월	
	가족모임 및 교육	월 1회/ 8 회 (년 24명)	1월~12월	
기타	지역주민 교육 자원봉사자교육 세미나 지역사회진단 (리서치)	지역주민교육 월1회/10회 (년 70명) 자원봉사자교육 월1회/10회 (년 100명) 정신보건사업 개발세미나 (년 1회) 지역사회정신질환 실태 파악	1월~12월	계획서 별첨4,5

나. 사례관리

가정방문 및 내소, 전화 상담

사례관리 내실화

:엑셀 프로그램을 이용하여 분기별로 사례관리 스케줄 작성(별도 작성)

(1) 만성정신병환자 사례관리 대상자 분류 및 내용

: 사례관리(가정방문)기록지 활용 (별첨5)

구 분	기 준	관 리 내 용	예상인원
집중관리	병식: 無 사회기술 및 자기관리 : 하급 약물교육 및 관리 : 要(지속적개입)	월 1회 가정방문 월 2회 전화관리	40여명
가족관리	현재 입원되어있는 환자	년 4회 전화관리 가족교육 참여유도	30여명
비정기관리	병식: 有 사회기술 및 자기관리 : 중급이상 약물 교육 및 관리 : 중급이상	년 1회 가정방문 년 3회 전화관리	30여명
위기개입	입원연계 및 위기중재 필요한 경우	수시로	
시설관리	장애인시설에 수용된 환자	년 1회 방문 약물복용상태 확인	20여명

(2) 노인성치매 사례관리 대상자 분류 및 내용

구 분	진 단	기 준	관 리 내 용
집중 관리	중 증 혈 관 성치매 경증치매	MMSE:23-18점 GDS:10항이상 해당 ADL,IADL: 도움이 필요하거나 수행불가능	월/2회 가정방문 실시 약물복용 및 혈압관리, 자가간호결핍확인, 가정환경관리
전화 관리	경증치매 전치매	MMSE:23-18점, 24점이상 GDS:10항이상 해당 ADL,IADL:도움없이 시행가능	월/1회 실시 증상관리(우울반응, 고독감등 안위도모) 생활방식사정
내소 상담	전치매	GDS:10항이상 해당 ADL,IADL:도움없이 시행가능	치매예방교육, 책자제공및자료제공, 상담
위기 관리	중증치매	MMSE:17점 이하 GDS:모두해당 ADL, IADL:전혀 할수 없다	신체손상 위험성 간호 서비스 연계사업, 가족 지지간호

(3) 알코올중독환자 사례관리 대상자 분류 및 내용

구 분	기 준	관리내용
집중관리	.병식 : 무 .가족에 요청이 있거나 자기관리가 되어 있지 않음 . GAF : 65점 미만 .주 3회 이상 음주 .입원 경력이 있음	가정방문
전화관리	.병식 : 유 .GAF: 65점 이상 .스스로 자기관리를 할 수 있으며 일상생활 가능 .주 1-2회 음주	월2회 전화
내소가능	.병식 : 유 .GAF : 65점 이상 .신체질환이 있어 보건소로 내소 가능	내소상담실시
비정기관리	.치료팀 도움 없이도 일상생활 가능 .알콜에 대한 단주의지 있음 .가족의 지지체계 양호	년2-4회전화
위기관리	.진전섬망증상이 있어 응급수송이 필요한 경우 .가족과 지역사회에 피해를 입혀 단기 개입이 필요한 경우	응급상황개입
기 타	.치료팀과 연결이 되지 않거나 도움을 완강히 거절한 경우	
관리방법	- 신체적.정신적 상태 및 일상생활 평가 - 환자와 그 주변에 대한 정확한 정보수집과 치료계획 수립 - 급성 증상 치료나 위기 개입이 필요한 경우 입원을 연계 - 지역에 가까운 A.A 자조모임 연계 - 가족을 위한 지지적인 교육	

다. 가족교육 및 가족모임

(1) 만성정신병환자 가족교육 및 모임 내용

(일정 : 매월 1회 셋째주 목요일 14:00 - 16:00)

일 정	교 육 내 용	담 당	비 고
2 월	정신분열병의 원인	정신보건사회복지사	2부:가족모임
3 월	정신분열병의 증상	정신보건사회복지사	2부:가족모임
4 월	정신분열병의 치료	정신보건사회복지사	2부:가족모임
5 월	일상생활관리	정신보건사회복지사	2부:가족모임
6 월	약물 및 증상관리	정신보건사회복지사	2부:가족모임
8 월	가족의 불안과 어려움	정신보건사회복지사	2부:가족모임
9 월	가족의 스트레스	정신보건사회복지사	2부:가족모임
10 월	가족의 스트레스 대처법	정신보건사회복지사	2부:가족모임
11 월	의사소통 방법 1	정신보건사회복지사	2부:가족모임
12 월	의사소통 방법 2	정신보건사회복지사	2부:가족모임

(2) 노인성치매 가족교육 및 모임 내용
(격월 4째주 (화) 15:00 ~ 17:00)

일 정	교 육 내 용	담 당	비 고
2 월	치매 노인의 이해	가정간호사	
4 월	치매 노인의 비번한 증상과 관리 방법	가정간호사	
6 월	치매 노인 간호의 기본원칙	가정간호사	가족모임구성
8 월	치매 노인 수발인의 체험 사례	가정간호사	2부:가족모임
10 월	치매를 예방하는 방법	가정간호사	2부:가족모임
12 월	건망증과 치매	가정간호사	2부:가족모임

(3) 알코올중독환자 가족교육 및 모임 내용
(월 4째주 (화) 14:00 ~ 15:00)

일 정	교 육 내 용	담 당	비 고
3 월	알코올 중독이란 무엇인가	간호사	
4 월	알코올 중독 진행과정	간호사	
5 월	알코올 중독자의 가족 역동	간호사	
6 월	가족들이 해야할 일	간호사	가족모임구성
8 월	회복의 과정에서 일어나는 문제점과 극복방법	간호사	2부:가족모임
9 월	알코올 중독과 우울증	간호사	2부:가족모임
10 월	회복을 위한 건강한 삶	간호사	2부:가족모임
11 월	알코올 중독 치료기관과 A.A(자조모임)	간호사	2부:가족모임

VII. 위원회 구성

○ 운영위원회

- 회의 일정 : 매월 3째주 월요일 10:00 - 11:00
- 운영위원회 구성
 - 운영위원장 : 김은미 (보건소장)
 - 운영 위원 : 이후경 (정신과전문의)
 - 한춘자 (가족보건담당)
 - 김애숙 (사업담당자)
 - 이선영 (정신보건사회복지사)
 - 김현희 (간호사)
 - 이현주 (간호사)

○ 자문위원회

◦ 회의 일정 :

1차 자문위원회의 - 4월 22일 목요일

2차 자문위원회의 - 10월 28일 화요일

◦ 자문위원회 구성

자문위원장 : 이후경 (정신과전문의, 자문촉탁의,
이후경정신과의원 원장)

자문 위원 : 서동우 (정신과전문의, 보건사회연구원)

김석수 (시의회 의원)

남명현 (사회복지과장)

성상경 (계요병원 진료부장)

유숙자 (가톨릭대 간호학과 교수)

이정섭 (한양대 간호학과 교수)

조휘일 (서울여대 사회사업학과 교수)

전영식 (정신보건가족협회장)

자원봉사센터장

하남시 시민연대 회장

하남시 YWCA회장

로터리 클럽회장

청년회의장

새마을 부녀회장

새마을 지도자 회장

◦ 자문위원회 확대 취지

지역사회 내에서의 영향력을 발휘할 수 있는 인력 자원을 사업에 참여시켜 정신질환에 대한 지역사회의 편견을 해소시키는데 주력하며, 후원회 결성과 영향력 있는 자원봉사 인력 등을 확보하는데 그 취지를 둬.

◦ 자문위원회 회의 내용

- 사업에 대한 전반적 이해
- 사업 경과보고
- 환자 사례 발표 및 진행 상황
- 환자 가족의 입장
- 환자 지원 상황 및 문제점
- 환자 후원 내용 및 자원봉사 내용 등
- 지역사회 주민의 역할
- 하남시의 역할

(별첨 1)

주간보호 프로그램

- 일정 : 주 3회 (월, 수, 금 09:00-16:00)실시
- 대상 : 사회재활프로그램이 필요하다고 인정된 환자
- 장소 : 하남시 정신보건센터
- 주간보호(Day Care Program)프로그램 내용(월별 변경가능)

	월	수	금
10:00-10:30	차 모 임 및 신 문 읽 기		
10:30-11:00	공 동 체 회 의	직업재활훈련 (취업준비교육)	약물 및 증상교육
11:00-12:30	집단정신치료 사회기술훈련		음 악 감 상
12:30-14:00	점 심 시 간	점 심 식 사 대 청 소	점 심 시 간
14:00-15:30	예 술 요 법	치료레크리에이션	사이코드라마
15:30-16:00	뒷 정 리 및 개 별 면 담		

○ 약물 및 증상교육 프로그램

현대 정신의학에서 유전적 요인이나 뇌 기능-구조적 요인에 관해서는 아직 어떤 치료 대책도 제시하고 있지 않고 있다. 그러므로 현재까지는 약물 치료만이 가장 중요한 내적 요인에 대한 치료 방법이 될 수 있다. 정신치료적 재활치료를 하기 위해서는 반드시 약물치료가 병행되어야 하며 지속적이고 규칙적인 약물교육은 재발의 기회를 줄이고 재발시 증상의 심각도를 감소시키므로 약물교육의 중요성이 확산되고 있다. 또한 증상교육을 통하여 환자와 가족들에게 낙인을 감소시켜주고 치료에 적극적인 참여자로 만들 수 있으며 환자는 그들의 증상을 이해하게 되면서 증상을 적극적으로 조절할 수 있게 된다.

○ 실행영역

약 물 영 역	증 상 영 역
◦ 항정신병에 대한 정보	◦ 정신분열병이란 무엇인가
◦ 정확한 자가복용 및 평가방법 학습	◦ 재발경고 징후 파악
◦ 약 부작용 이해	◦ 지속증상 극복
◦ 약과 연관된 문제에 대하여 전문가와 의논하는 방법	◦ 술, 불법약물 피하는 방법

(별첨 2)

만성정신병환자 직업재활 관리

○ 필요성

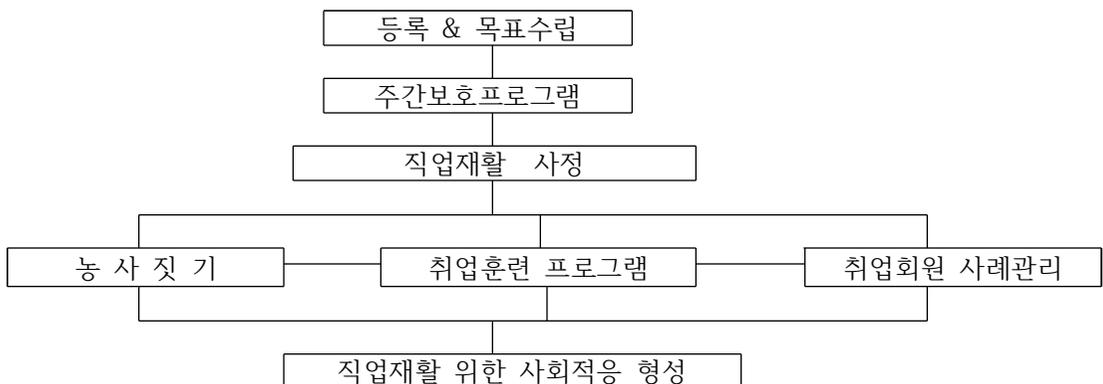
정신질환자 재활치료는 정신적인 장애를 지닌 환자들이 전문가 집단의 도움을 최소한 적게 받으면서 지역사회 내에서 살아가고 배우고 일하는 데 필요한 신체적, 정서적, 사회적, 지능적인 기술을 수행할 수 있도록 보장하는데 있다. 일자리를 구하고 유지하기 위해서는 광범위한 분야의 증상관리기술, 사회기술, 극복능력이 요구된다.

○ 하남시 관내 산업체 현황

97 하남통계연보 (단위: 개, 명)

산 업 명	사업체수	산 업 명	사업체수
농, 수, 임업	1	도, 소매용품 수리업	1,677
광 업	2	숙박 및 음식점업	1,060
제 조 업	703	운수창고 통신업	242
전기, 가스, 수도업	5	금융 및 보험업	54
건 설 업	98	부동산, 임대사업서비스업	327
공공행정, 국방 및 사회보장행정	24	보건 및 사회복지사업	110
교육서비스업	214	기타 공공사회 및 개인서비스업	630
총 산 업 체 수			5,147

○ 직 업 재 활 과 정



○ 단계별 목표 및 방법

단 계	목 표	방 법
목표수립		적응능력 관찰후 등록여부 결정하고 구체적인 목표를수립
주간보호	회원의 지역사회 적응과 재활을 돕는다	기능별, 진단별 분류. 사회기술적응을 위한 주간보호 시행
직업능력 수준사정	각 회원의 기능 수준에 맞는 프로그램적용을 실시하기 위함	적응과정동안 사회성, 증상관리, 지능 등을 평가. 평가기준-사회기술과 대인관계기술, 직업력조사, 회원면담
농사짓기	수확의성과를 통한 노동의 체험을 갖기위함	희망하는 회원위주로 시행 80평 가량의 경지를 일구는 작업부터 씨뿌리기, 수확까지 주/1회 시행
취업훈련 프로그램	취업준비를 위한 소양 교육 및 취업훈련실시	상위 기능 회원중심 대인관계훈련 및 기본 예절법, 이력서 쓰는 법, 직장 구하기 기술, 아르바이트실시 등의 프로그램 시행
취업회원 사례관리	직장 지속성유지 및 긴장도완화,중재,사후지도	회원의 취업장을 방문하여 특성을 고려, 지속적이고 체계적인 관리에 중점을 두고, 일의 만족도를 평가한다.

○ 진행내용 및 계획

1) 농사짓기

① 목 적 : 노동활동에 대한 경험을 통해 수확의 성과도 및 노동 체험의 기회를 제공함으로써 일에 대한 보람을 갖는다.

② 배 경 : 우리시에서 98년도 농휴지를 제공받아 간단한 농사짓기 경험.

③ 위치 및 면적 : 하남시 창우동 (공무원 농사짓기 시범운영지)/ 80평

④ 참여 대상자 : 원하는 모든 회원, 치료팀, 실습생 및 자원봉사자

⑤ 운영 현황 :

격주 1회 수요일 오전 9시 30분부터 12시까지 활동.

회원 개인에게 재배구역을 할당하여 책임을 갖고 실시케 함.

⑥ 진행 절차 :

월별	진행내용	월별	진행내용
4 월	돌고르기 작업 및 거름주기	5 월	거름주기 및 밭 다듬기
6 월	상추, 쪽갓등 씨뿌리기, 잡초 뽑기 및 물주기	7 월	수확, 잡초 뽑기 및 밭정리
8 월	밭일구기 및 통배추, 무우씨뿌리기	9 월	무씨뿌리기,비료주기,잡초뽑기,가꾸기
10 월	작물 수확 및 밭 일구기, 씨뿌리기	11 월	채소 가꾸기 및 잡초뽑기
12 월	수확 및 김장하기		

⑦ 계 획 :

- .자원봉사자 활용 (관내 주민이용)
- .회원 중 월별 팀장선정 자발적 진행 유도

2) 취업훈련 프로그램

① 목 적 : 취업하는 과정 및 직업유지 위한 기본대처기술 교육을 통해 본인의 기존 직업기
능을 극대화시킨다

② 운영 현황 :

- 월 2회 2시간 실시
- 취업 프로그램 참가희망 회원

③ 진행 절차 :

월 별	진 행 내 용
1-4 월	종이접기 실시 (주의집중력향상,업무수행능력훈련)
10 월	이력서, 자기소개서 작성법 훈련 및 실행, 친구되기훈련
11 월	직장구하기 기술 (구인 광고 신문을 이용)
12 월	향후 취업계획설계

④ 계 획 :

.재활용 바구니를 이용 꽃 종이접기를 실시하여 4월 4일 「정신건강의 날」판매하여 수
익금에 대해 회원에게 전액 지급예정

.취업과 관련된 상담 및 조언, 직접적인 개입으로 전문화되고 체계화된 취업적응훈련을
거쳐서 회원들이 사회에 나갔을 때 보다 자기관리 및 스트레스에 대처하면서 직장을 유지해
나갈 수 있도록 한다

3) 취업회원 사례관리

① 목 적

회원들의 성실성, 책임감, 작업상황, 문제행동 등을 파악하며 필요한 정보제공 및 지지
하고 취업유지에 만전을 기한다.

② 운영 현황

사후관리를 원하는 회원 대상으로 월 1회 오후 퇴근 후 센터모임

③ 계 획

차모임 및 레크리에이션, 집단상담 실시

(별첨 3)

치매 예방교육 프로그램

- 대 상 : 관내 노인정 - 신안APT, 쌍용APT, 신정노인정 등 3개소
노인복지회관 - 노인대학 강좌의 한 프로그램으로 진행
- 일 시 : 99년 3월 ~ 10월 매주 (목) 14:00 - 16:00
- 운영인력 : 담당자 외 자원봉사자 활용
- 프로그램 내용 :

시간 일정	14:00 - 14:30	14:40 - 15:10	15:20 - 15:40	15:50-16:00
1주	소개 및 혈압측정	노인 건강 증진 운동프로그램 (스트레칭)	오락요법	평가
2주	치매예방 교육	노인 건강 증진 운동프로그램 (스트레칭)	회상치료 (비디오 관람)	평가
3주	치매예방 교육	노인 건강 증진 운동프로그램 (스트레칭)	건망증과 치매 (교육비디오)	평가
4주	치매예방 교육	노인 건강 증진 운동프로그램 (스트레칭)	인지치료 (색깔링 뽑기)	평가
5주	치매예방 교육	노인 건강 증진 운동프로그램 (스트레칭)	회상치료 (비디오 관람)	평가
6주	치매예방 교육 및 혈압측정	노인 건강 증진 운동프로그램 (스트레칭)	질문지 작성	평가 및 종결

(별첨 4)

자원봉사자 확보 및 관리방안

○ 배경 및 필요성

정신장애인과 함께 살아가는 지역 문화를 만들어 가기 위해서는 다수의 영향력 있는 지역주민이 자원봉사자로 참여하여 지역사회의 인식변화를 이루어야 한다. 따라서 현재까지 주로 타 지역의 대학에 다니는 대학생 자원봉사자를 참여시켜 왔던 것에서 그 범위를 확대시켜 다양한 지역사회 인력자원을 자원봉사자로 확보하고 효율적인 관리를 통하여 자원봉사체계를 구축함으로써 궁극적으로 지역 사회의 인프라를 만들고자 한다.

○ 현황

구분	98년도 전체	98.12. 31. 현재
계	32	15
관련학과대학원생	2	1
관련학과대학생	18	10
대학생	5	1
지역주민	7	3

○ 자원봉사자 확보 전략

1. 지역사회 영향력 있는 단체의 참여를 활성화시키기 위해 유관단체와 연계를 강화한다. (회동 및 정기적인 소식지 보내기 등)
2. 확보된 자원봉사자를 유지시키기 위한 효율적 프로그램을 개발.운영한다.

○ 자원봉사 영역

구 분	활 동 분 야	활 동 내 용	소 속 구 분	
			대학생	지역주민
만성정신병환자	주간보호	집단치료프로그램 리드 집단치료프로그램 보조	○	○
	가정방문	가정방문 동행	○	○
		가정생활관리	○	○
		미니사례관리	○	○
직업재활	친구되기 보호작업장 도우미	○	○	
알코올중독자	가정방문	가정방문 동행	○	○
		가정생활관리		○
		말벗되기		○
AA지원	AA 모임 진행		○	
치매환자	가정방문	가정방문 동행	○	○
		가정생활관리		○
		말벗되기		○
visiting daycare	visiting daycare 보조	○	○	
행사지원	정신건강의 날 기타 행사	행사지원	○	○
		지역사회적응훈련 동행	○	○
		성탄 행사 등 동참	○	○
		기타 행사 지원	○	○

○ 정기모임 및 교육

일정 : 매월 마지막 주 토요일 10:00-12:00 (2시간)

목적 : 자원봉사자들에게 교육을 통하여 대상자를 알게 하고,
자원봉사를 지속하게 돕는다.

대상 : 하남시 정신보건센터 자원봉사자 전체

내용 :

구분	교육내용 I	교육내용 II
1회	정신질환의 원인과 분류	자원봉사활동의 어려움 및 소감 sharing
2회	정신질환의 증상	자원봉사활동의 어려움 및 소감 sharing
3회	정신분열병	자원봉사활동의 어려움 및 소감 sharing
4회	지역사회정신보건 및 사회재활	자원봉사활동의 어려움 및 소감 sharing
5회	임상에서의 면담기법	자원봉사활동의 어려움 및 소감 sharing

○ 기타 관리 프로그램 : 추후 보완

(별첨 5)

지역주민 교육 방안

○ 목적

우리 시 지역 내에 있는 유관단체를 중심으로 정신건강교육을 실시하여 지역주민 전체의 정신건강에 대한 질을 향상시키고자 하며, 나아가 정신질환에 대한 편견 해소의 방안으로 삼고자 한다.

○ 전략

유관단체에 협조공문을 통하여 교육을 원하는 날짜와 시간을 신청 받아 교육일정을 세운다.

○ 교육일정 : 추후 보완

(별첨 6)

사 례 관 리 기 록 부

회 원 번 호		환 자 성 명	
주민등록번호		전 화 번 호	
주 소	경기도 하남시 동 번지 통 반 (APT 동 호)		
면 담 자			

하남시 보건소 정신보건센터

I. 인구통계학적 자료

1. 성별	① 남자 ② 여자
2. 나이	() 세
3. 결혼상태	① 미혼 ② 결혼 ③ 이혼 또는 별거 ④ 사별 ⑤ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움
4. 학력	① 무학 ② 초등졸 ③ 중졸 ④ 고졸 ⑤ 대졸 ⑥ 기타
5. 종교	① 없다 ② 기독교 ③ 불교 ④ 천주교 ⑤ 기타 ⑥ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움
6. 주거형태	① 자가 ② 전세 ③ 월세 ④ 기숙 ⑤ 기타 ⑥ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움
7. 의료보장형태	① 의료보호 1종 ② 의료보호 2종 ③ 의료부조 ④ 의료보험 ⑤ 일반 ⑥ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

8. 직업력

1) 현재 회원의 직업은 무엇입니까?

2) (회원이 현재 직업이 없다면)

(1) 과거에 직업을 가진 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오 ③ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

(2) 회원의 과거 직업은 무엇이었습니까?

1. 무직 2. 전문기술직 3. 관리직 4. 사무직 5. 생산직, 단순노무직
6. 판매업 7. 서비스업 8. 학생 9. 주부 10. 취로사업 11. 기타
12. 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

(위의 네모 칸에서 해당되는 직업의 번호를 모두 쓰시오)

(3) 마지막으로 직업을 가졌을 때는 언제였습니까?

① 1년 이내 ② 1년-2년 ③ 2년-3년 ④ 3-5년 ⑤ 5년 이전 ⑥ 해당 없음

⑦ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

9. 현재 회원의 월평균 수입은 얼마입니까 ?

① 15만원 이내 ② 15만원-30만원 ③ 30-50만원 ④ 50만원 이내

⑤ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

10. 현재 회원의 한 달 용돈은 얼마입니까? (약 원)

11. 정부 및 자선단체 보도, 친척으로부터의 보조를 포함하여 현재 동거 가족의 모든 수입을 합한다면 얼마입니까?

① 15만원 이내 ② 15-30만원 ③ 30-50만원 ④ 50-100만원 ⑤ 100만원 이상

⑥ 전혀 없음 ⑨ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

12. 현재 회원의 의료비로 얼마나 지출되고 있습니까?

① 없음 ② 3만원 이내 ③ 3만원-5만원 ④ 5만원 이상

⑨ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

II. 정신질환의 과거병력

1. 환자는 정신질환으로 인해 치료를 받은 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오

⑨ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

(해당 사항이 없을 경우 8번으로 진행)

2. 회원이 처음으로 치료받기 시작한 것은 몇 살 때입니까? (세 경)

3. 회원이 정신과적 치료를 받아야겠다고 생각한 이유는 무엇이었습니까?

4. 당시의 병명은 무엇이었습니까?

5. 과거에 정신질환으로 인해 정신과에 입원, 수용된 적이 있습니까?

있다면 그곳은 어디입니까?

① 없음 ② 정신요양원 / 기도원 ③ 의료기관(종합병원, 정신병원, 개인의원)

6. 입원/수용된 횟수를 기록하십시오. 없으면 '0'으로 기록하십시오

7. 회원의 발병 후 지금까지의 경과는 어디에 해당됩니까?

① 호전이 없으며 증상이 계속되고 있다.

② 전반적으로 점점 악화되고 있다.

③ 좋아졌다 나빠졌다 한다.

④ 약간의 호전이 있으나 일상생활에 지장이 많다.

⑤ 호전이 되었으며 일상생활에 지장이 많다.

⑥ 거의 정상적이며 일상생활에 지장이 없다.

⑨ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

8. 자살을 시도한 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오 ⑨ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움 (있다면 횟수는 번)

9. 사고를 당해 머리를 심하게 다친 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오 ⑨ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

10. 간질을 한 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오 ⑨ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

11. 공격성의 병력(지난 1년간-----와 같은 일들이 있었습니까?

(있다면)얼마나 자주 있었나요 ?

	거의없음	가끔 그러나 지난 1년동안은 없음	지난1년동안가끔	자주or매우자주
폭력 위협				
기물 파괴				
자살 기도				
타인에 대한 공격행동				

12. 공격적인 행동 또는 범법행위로 파출소에 구류되거나 형무소, 치료감호소에

수감된 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오 (있다면) 몇 번이나 그런 일이 있었습니까? (회)

Ⅲ. 가족력

1. 가계도

2. 가족이나 친척 중에 정신질환에 걸린 적이 있습니까?

(있다면) 누구입니까?

Ⅳ. 회원의 현 상태

1. 회원이 호소하는 불편감은 무엇입니까?

1) 정신과적 증상

2) 신체적 문제

3) 태도

1. 협조적이다	① 예	② 아니오
2. 면담에 집중한다		
3. 솔직하다		
4. 무성의하다		
5. 방어적이다		
6. 회피적이다		
7. 적대적이다		
8. 말이 없다(반응이 없다)		
9. 거부적이다		
10. 혼란스러워 보인다		
11. 기타		

4) 행동 및 정신 운동성

1. 보행장애가 있다. ① 예 ② 아니오
2. 상동행동 (반복행동) ① 예 ② 아니오
3. 정신 행동성 ① 증가 ② 보통 ③ 감소
4. 일반적 행동 ① 증가 ② 보통 ③ 감소
5. 안절부절하다 ① 예 ② 아니오
6. 혼자 중얼거린다 ① 예 ② 아니오
7. 진전이 있다 ① 예 ② 아니오
8. 이상한 행동을 보인다 ① 예 ② 아니오
- 내용 :
9. 공격적인 행동이 있다 ① 예 ② 아니오
10. 대인접촉을 피한다 ① 예 ② 아니오
11. 기타

5) 언어

1. 말의 속도 ① 빠르다 ② 보통 ③ 느리다
2. 반응시간 ① 빠르다 ② 보통 ③ 느리다
3. 말의 양 ① 많다 ② 보통 ③ 적다
4. 말의 크기 ① 크다 ② 보통 ③ 적다
5. 기타

II 사고의 흐름

1. 묻는 말에 적절히 반응하지 못한다	① 예	② 아니오
2. 논리적이지 못한다		
3. 우회적이다		
4. 주제가 빗나간다		
5. 지리멸렬하다		
6. 계속 말하려는 경향이 있다		
7. 반향언어가 있다		
8. 신조증이 있다		
9. 사고의 중단이 있다		
10. 기타		

III 사고의 내용

1. 환각			
환청	① 예	② 아니오	③ 내 용
환시			
환촉			
2. 망상			
피해망상			
질투망상			
죄책망상			
과대망상			
신체망상			
종교망상			
관계망상			
조종망상			
방송망상			
3. 자살사고			
4. 강박적 사고			

IV 감정반응

1. 기분(MOOD)

(1) 회원은 자신의 기분이 어떻다고 합니까?

① 예 ② 아니오 ③ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

3. 회원의 교우 관계는 어떻습니까?

- ① 전혀 만나지 않는다.
- ② 월 1회 정도 만난다
- ③ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

4. 전반적으로 회원은 가족이 자기를 돌보아 주는 것에 만족하고 있습니까?

- ① 만족한다 ② 보통이다 ③ 불만족이다
- ④ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

VII 가정방문사업에 대한 태도 및 요구, 전체적인 평가

1. 환자나 보호자는 가정방문사업에 대해 어떻게 생각하고 있습니까?

- ① 필요없다고 생각하며 거부적이다.
- ② 필요하다고 생각하나 협조적이지 않다.
- ③ 필요성을 인정하며 협조적이다.
- ④ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

회 원 :

보호자 :

2. 보호자는 가정방문 사업에 어떤 점을 기대하고 있습니까?

(우선 순위를 두어 3가지를 기재하시오)

- ① 약을 계속 먹을 수 있도록 교육, 관리해 주었으면 좋겠다.
- ② 입원치료를 받을 수 있도록 도와주었으면 좋겠다.
- ③ 낮 시간 동안 환자를 돌보아 주었으면 좋겠다.
- ④ 환자와 생활하는데 필요한 사항들을 교육시켜주었으면 좋겠다.
- ⑤ 직장 알선, 의료보험 종별변화 등의 경제적 도움이 되는 방향으로 도움을 주었으면 좋겠다.
- ⑥ 회원의 증상이 악화되었을 때 신속하게 응급처치를 해 주었으면 좋겠다.
- ⑦ 기타
- ⑧ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움

3. 정보의 신뢰성

- ① 매우 신뢰성이 있다. ② 대체로 신뢰성이 있다.
- ③ 의심스럽다. ④ 상당히 의심스럽다. ⑤ 자료의 가치가 없다.

4. 지금까지 정보와 임상적인 경험상, 회원을 지역사회 내에서 관리를 할 경우 에 회원 의 장점과 단점은 무엇입니까?

1) 장점 (strength)

- ① 병에 대한 인식이 있으며 치료에 대한 동기 부여가 되어있다.
- ② 과거력상 치료에 잘 반응하였다.
- ③ 경제적인 지원이 가능하다.
- ④ 가족들이 치료에 대한 동기가 강하다.
- ⑤ 회원이나 가족이 예후에 대한 기대가 합리적이다.
- ⑥ 회원이 난폭한 행동을 한 적이 드물다.
- ⑦ 가족이 지지적이다.
- ⑧ 사회적 기능이 잘 보존되어 있다.
- ⑩ 회원이 직업적인 기술을 가지고 있으며 활용이 가능하다.
- ⑪ 기타

2) 단점(weakness)

- ① 회원이 치료에 대한 순응도가 낮다.
- ② 치료에도 불구하고 질병의 경과가 점점 악화되고 있다.
- ③ 사회생활에 지장을 주는 정신병리가 있다.
- ④ 사회생활에 지장을 주는 심각한 사회병리가 있다.
- ⑤ 가족들이 치료에 대한 동기가 낮다.
- ⑥ 회원이 난폭한 행동을 많이 해서 가족과 이웃이 두려워하고 있다.
- ⑦ 회원이나 가족의 기대가 비현실적이다.
- ⑧ 가족들이 지쳐있으며 회원에 대한 지지가 약하다.
- ⑩ 퇴행이 심하며 사회적이 기능의 손상이 심하다.
- ⑩ 회원의 연령이 많아 사회복귀훈련 또는 직업재활에 어려움이 있다.

4. 지금까지 얻은 정보를 바탕으로 파악되는 회원의 문제점은 무엇인가?

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

5. 회원이나 보호자가 현 상황에서 제일 필요한 서비스가 무엇이라고 생각하십니까?

(우선 순위 2가지)

- ① 외래치료 ② 병의원 입원치료 ③ 요양소 입소 ④ 낮병원 등에서의 사회기술훈련
- ⑤ 직업훈련 및 알선 ⑥ 가정방문 서비스 (투약관리 및 교육)
- ⑦ 아무런 치료가 필요 없다. ⑧ 모름 혹은 정확한 정보를 얻기가 어려움
- ⑨ 기타

Ⅷ 관리대상회원 전화방문·가정방문 시 점검하여야 할 사항

1. 약물복용 상태와 재발경고 징후 점검

내 용	날 짜					
약 물 복 용						
재발경고징후 점검						
긴장하거나 신경질적이 된다						
잠을 못잔다						
안절부절하다						
난폭한 행동을 한다						
혼자서 웃거나 중얼거린다						
횡설수설한다						
가출하거나 동네를 배회한다						
지난달에 비해 상태가 악화되었다						
정 보 제 공 자						
방 문 자						

2. 처음 상태와 비교했을 때 회원은 그 동안 얼마나 변화되었습니까?

- ① 매우 좋아졌다. ② 좋아졌다. ③ 약간 좋아졌다.
 ④ 변화가 없다 ⑤ 약간 나빠졌다. ⑥ 나빠졌다
 ⑦ 많이 나빠졌다.

3. 일상생활 점검

자 기 관 리	날 짜					
식사는 규칙적으로 합니까?						
잠은 집에서 잡니까?						
매일 세수를 합니까?						
한달에 한번이상 샤워나 목욕을 합니까?						
활 동 성	날 짜					
10시 이전에 일어나 활동을 시작합니까?						
영화를 보거나 놀러가는등 여가생활을즐겼습니까?						
사 회 적 접 촉	날 짜					
식사는 주로 가족과 함께 합니까?						
가족, 이웃과 싸운적이 있습니까?						
지난달에 한번이상 친구나 이웃과 어울렸습니까?						
지난달에 주정을 하였습니까?						
직 업 활 동	날 짜					
현재 직장이 있습니까?						
지난달에 직장을 구하려고 노력하였습니까?						

지보의

건강의 전화

전 해 정
성동구 보건소장

1. 사업추진 배경 및 목적

지방자치제의 실시와 지역보건법의 제정은 지역내 보건의료문제는 지역 스스로가 계획하고 해결해야 한다는 과제를 안겨주었다. 이에 성동구 보건소는 성동구의 실정에 가장 적합하면서 주민의 삶의 질향상에 기여할 수 있는 보건의료 사업을 모색하게 되었다. 이러한 취지에서 보건소가 보유하고 있는 자원과 인력으로 성동구 주민 전체에게 도움이 될 수 있는 사업을 모색하였으며, 이런 목적으로 시행된 것이 「성동구 건강의전화」이다.

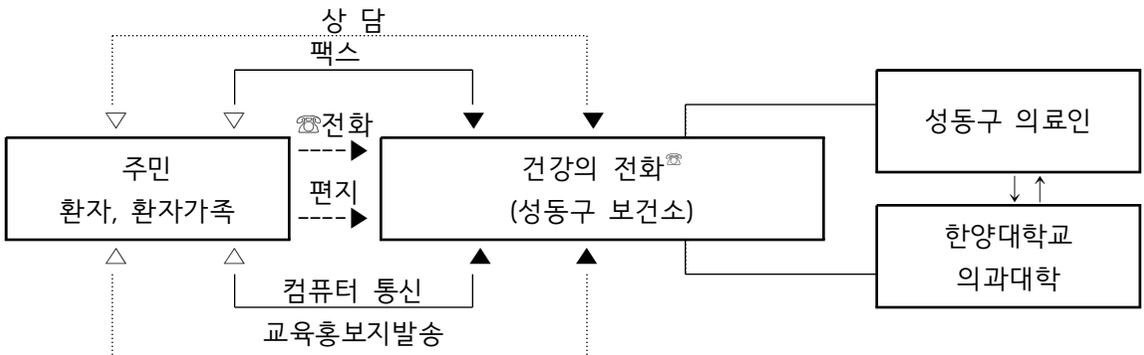
이는 지역주민이 건강에 관한 궁금증 및 여러 가지 보건의료에 대한 문제점이 있어도 병, 의원을 찾기 전에는 마땅히 상담할 창구가 없는 현실에 착안하였다. 그리하여 보건소에 가장 접근하기 쉬운 방법으로 모든 건강문제를 상담할 수 있도록 Help Line(전화)를 개설하고 건강에 관한 정보를 제공하는 통로를 확보하였다. 그리고 민간의료기관, 복지기관과 연계함으로써 지역내 보건의료 및 복지인력을 한 데 묶어 사회적 안전망을 구축하고, 지역주민의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 하고 있다.

2. 운영방식

- 사업대상 : 성동구 모든 주민(타구 주민도 상담을 원하면 상담)
- 상담방법
 - 무료전화 : 클로바 서비스 시행, 근무시간 외 자동응답기 작동
 - 농아자들을 위한 팩스설치
 - 컴퓨터 통신을 이용한 통신상담
 - 인터넷을 통한 건강상담
- 상담시간 : 매일 오전 9:00-오후6:00(근무시간내), 공휴일제외
- 상담내용 : 건강에 관련한 모든 내용

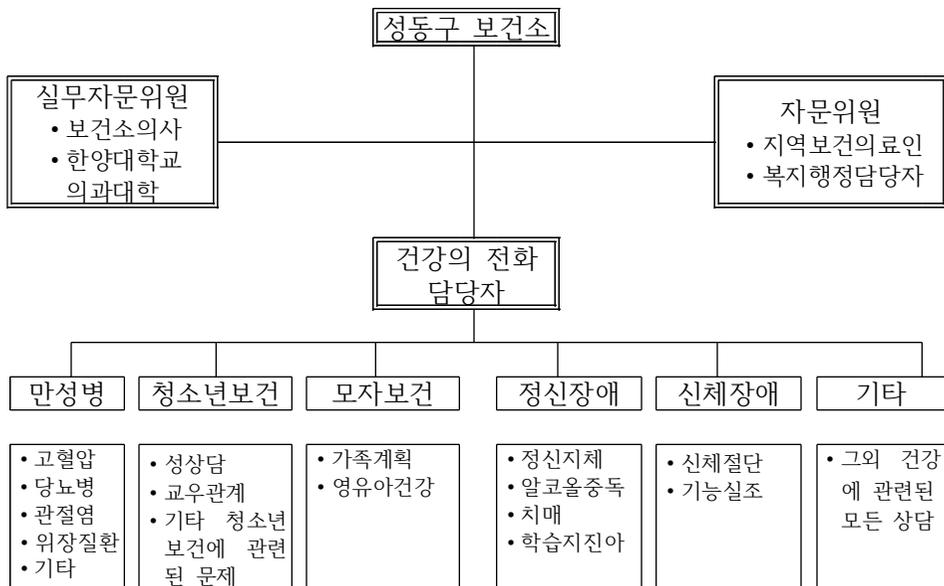
- 성인병상담 • 청소년상담 • 모자보건상담 • 정신장애자상담 • 신체장애자상담 • 그외 건강에 관한 모든상담 및 정보제공

[건강의전화 운영방식]



- 주관 : 성동구보건소
- 자문 : 지역내 민간 병의원자문의사/한양대학교의과대학예방의학과/한양대학교의과대학신경정신과

3. 건강의전화조직



4. 성동구 건강의전화의 특징

- 높은전문성
- 적극적 건강상담
- case by case식 접근방법
- 지역 민간 부분의 참여
- 모범적인 관학연계 체계구축
- 지역 지지네트웍의 구축
- 예방, 치료, 재활을 포괄하는 총체적 접근
- 보건과 복지의 연계체계 구축

5. 주요 사업내용

상담기간 : 1998. 1. 1~1998. 12. 31

(1) 전화상담

환자나 환자가족들뿐만 아니라 지역주민이 보건의료 문제에 대해 손쉽게 도움을 요청할 수 있는 기본적인 사회적 안전망을 구축하고, 지역내 보건의료 및 복지인력들의 상호 협력하에 이루어지는 체계적이고 전문성 높은 지역보건의료지원 체계를 구축한다.

• 운영방법 : 무료전화(클로바서비스, 자동응답기작동) 우편, 농아자를 위한 팩스설치, 컴퓨터 통신 상담

• 상담내용 : 만성병, 청소년, 모자보건, 정신장애, 신체장애, 그외 건강에 관한 모든 상담 및 정보제공

• '98추진실적 : 건강문제상담(총 2,578건)

만성병1,572건, 성상담158건 모자보건433건 정신장애182건 신체장애61건 기타172건

(2) 사례검토위원회운영

상담사례중 전문적인 도움이 필요한 경우 관계 전문가들이 모여 구체적인 도움을 줄 수 있는 방법을 모색한다.

• 자문위원 구성: 한양대의과대학, 지역보건의료인, 복지행정담당자, 보건소의료인

• 운영방법:매월 상담사례중 적극적인 도움이 필요한 경우에 관계 전문가를 주축으로 후속 조치에 대한 토의와 건강의전화 운영프로그램에 대한 논의

• 상담사례검토 실적(5회/12건)

(3) 기타 관련사업

① 보건교육교재 개발

보건정보지를 만들어 상담자에게 배부하였음. 또한 보건소내 화장실(4개소), 민원대기실, 내과대기실, 영유아실, 건강의 전화 상담실 앞에 보건정보지를 한달에 한번 교환하는 방식으로 지속적으로 부착.

② 건강의 전화 홍보사업

밝고 산뜻한 분위기의 건강의 전화 심볼과 홍보물을 만드는 데 주안점을 둬.

홍보사업은 포스터, 스티커, 리플렛 등의 홍보물과 종합일간지, 케이블T.V, 지역신문, 구소
식지 등을 통해 이루어졌고
건강의전화사업의 흥망을
좌우하는 것은 특히 홍보에
있다고 해도 과언은 아님.

- 홍보물 제작

포스터 1,000부 팜플렛4,000부 스티커10,000부 대봉투2,000부 중봉투1,000부

- 홍보

홍보물홍보:50회/27,600부

언론매체홍보:신문,케이블T.V등 28회

▣ 보건의료정보실 운영

목적: 지역주민에게 건강정보제공, 전반적인 지역보건의료분야 사업에 대한 정보제공, P.C 열람 정보

제공, 의학도서대여 등 지역보건의료 정보망을 형성

- 도서구비: 의학서적, 건강관련도서, 기타교양도서 250여권
- 장비구비 : 인터넷, P.C통신가능컴퓨터, 스캐너, 칼라프린터구비
- 운영방법 : ◦ 지역주민이 받아보기 쉬운 우편이나 팩스, 통신등으로 자료발송
 - 민간의료기관, 종합병원의 통신망을 열람하여 최신자료 수집하고 관리
 - P.C통신을 통해 건강에 대한 올바른 정보를 제공하여 잘못된 인식을 교정
 - 지역주민에게 건강관련 도서열람 및 정보제공
 - 전반적인 보건의료분야 사업에 대한 정보제공
 - 보건교육자료 등 자료작성시 최신자료, 정보, 질병그림 스캔등 자료를 지원

하여

교육의 시각효과를 높임

- 운영실적:도서대여 398건

P.C통신 보건교육: 89건
16,406명조회

질병정보자료제공: 1,625
건

◦ 기대효과
: 의학도서
관이 아니면
잘 찾아 볼
수 없는 의
료관계서적
및 정보를
언 제 든

지 찾아 볼
수 있게 되

어 주민이 자신의 건강문제에 대해 정확히 알고
적극적으로 대처 할 수 있도록 한다.

④ 건강,질병,의료정보가 궁금하십니까? “따르릉 건강의전화입니다” 책자발간

본서는 지역병원의의사·보건소의료진·의과대학교수·간호학과교수등 각각의 전문가가 참여하여 만들었으며 성동구 건강의전화에서 4,000여건의 상담한 내용을 분석해 본 결과 상담자들이 정말 궁금해하는 내용은 교과서적인 건강문제보다는 일상에서



불편했던 문제, 고민했던 문제 등 우리생활에 밀접한 관련이 있는 문제였고 성인병의 경우에도 환자 자신이 노력하며 실행 할 수 있는 방법등을 문의해 와 각각의 전문가에게 의뢰하여 발간하게 되었다.

- 참여진 : 보건소의료진, 지역병의원 의사, 의과대학교수, 간호학과교수등(27명)
- 발간사양
 - 유형 : 건강서적
 - 규격 : 신국판변형판(188 235)
 - 지질 : 표지200g 스노우화이트 본문80g 미색백상지
 - 색도 : 표지4도, 본문2도
- 수록내용
 - 제1장 증상에 따른 질병, 어떻게 치료할까요?
 - 제2장 전문가에게 듣는 의학상담실
 - 제3장 도움을 주는 각종 단체에 관한 정보
- 유상보급가격 5,500원
 - 위탁판매처: 교보문고, 종로서적, 영풍문고, 강남진솔문고

건강증진 시범사업

박 향

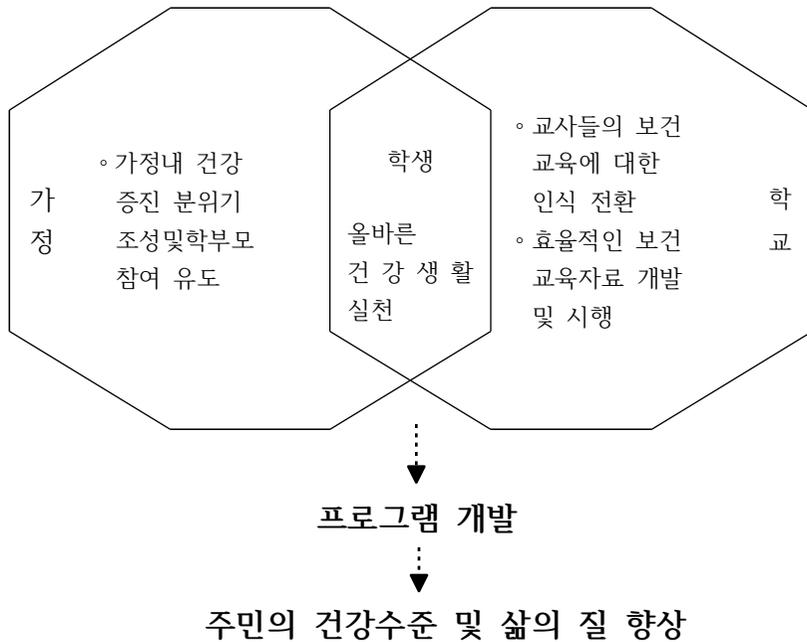
광주광역시 서구 보건소

I. 사업경과

- 98년 5월 시범초등학교중심 식생활개선 프로그램 준비
 - 시범학교 지정(서, 서광초등학교)
- 98년 6월 건강증진 시범보건소 변경 지정
 - 광산구 -> 서구로 변경(보건복지부)
- 98년 8월 보건복지부에 건강증진사업 계획서 제출
(초등학교중심 자기건강 관리사업)
 - 시범초등학교중심 식생활개선 프로그램을 토대로 건강증진 시범사업 확대
- 98년 9월 보건복지부로부터 시범보건소로 선정
 - 사업비 52,200천원 확보(국비 100%)

II. 사업목적

- 시범초등학교에 체계적인 보건교육 실시와 만성퇴행성질환 고위험군 관리를 통해 학생, 학부모 및 교직원 스스로 자기건강 관리능력 개발과 건강생활 실천 유도
- 건강증진에 관한 교과적인 프로그램을 운영함으로써 학교중심의 건강증진 모델 개발



Ⅲ. '98월별 업무추진현황

□ 98년 9월

- 시범초등학교에 건강증진사업 개요 소개
 - 서, 서광 초등학교 방문
 - 건강증진 프로그램 설명 및 협조방안 모임일정 협의
- 건강증진 실무자 회의 : 시범초등학교

□ 98년 10월

- 건강증진 시범보건소 운영 관계자 회의 참석
 - 보건소별 건강증진 시범보건소 운영 문제점 및 건의사항 발표
- 보건복지부 위탁교육 참석
 - 1차 : 10월 12~14일 ◦ 2차 : 10월 28~30일
- 자문위원회 구성 및 회의 개최
 - 자문위원 위촉장 수여 및 1차 회의 : 10월 28일
- 식생활 개선사업 결과 보고회 참석
 - 10월 29일 서 초등학교

□ 98년 11월

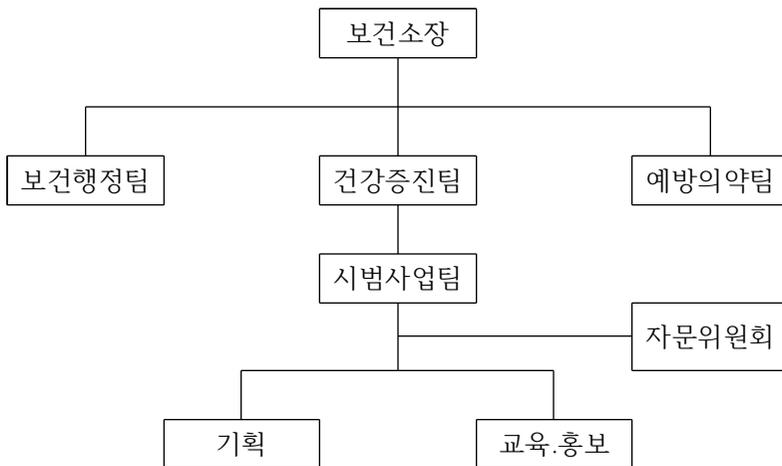
- 보건복지부 위탁교육 : 3차(11월30일 ~12월 2일)
- 보건소식지 1차 발간
 - 11월호 1,000부
- 교육자료 구입 : 비디오테잎, 도서
- 건강증진 실무자 회의 개최 : 3회

□ 98년 12월

- 용역계약 체결 : 기초조사 착수
- 건강증진시범사업 자문회의 개최
 - 2차 : 12월 8일 ◦ 3차 : 12월19일
- 보건소대학 운영
 - 1기 : 12월 15/16일 ◦ 2기 : 12월 22/23일
- 중심보건소 교육.훈련 : 12월 18일
- 보건소식지 2차 발간
 - 12월호 1,000부

1. 조직 및 장비

가. 조직구성



○건강증진 시범사업팀 구성 : 98년 8월

- 4명 (의사 1, 간호사 2, 영양사 1)

○건강증진 시범사업 자문위원회 구성

- 구성시기 : 98년 10월 28일
- 위 원 : 8명
 - 대학교수 : 4명
 - 조선대학교 의과대학 예방의학교실 1명, 소아과 1명
 - 전남대학교 의과대학 간호학과 1명
 - 조선대학교 정보대학 식품영양학과 1명
 - 시범초등학교 교장 2명

교육자료	<ul style="list-style-type: none"> ○내용 : 성, 영양, 구강보건, 질병관리 및 예방, 음주, 흡연, 약물 오·남용, 운동 등 ○품목 : 비디오테잎 24종, 도서 16종
정 비	<ul style="list-style-type: none"> ○비만도 측정기, 혈압계, 혈당측정기, 대형 TV/VTR, 심전도기, 초음파기, 자동 생화학분석기, 자동 혈구분석기

- 전남매일 사회부차장 1명
- 시청 보건위생과 건강관리계장 1명

나. 장비 및 교육자료 보강

2. 인력교육

가. 보건소대학 운영

- 일시 : 12월 15, 16일(1기) / 22, 23일(2기) 10:00~17:00
- 참석인원 : 보건소 직원 45명
- 장 소 : 보건소 건강증진실
- 내 용 : 건강증진 관련 프로그램
- 방 법 : 외부강사 초빙하여 강의 및 토의
- 평 가 : 설문지 및 보고서 제출

나. 직원위탁교육

- 보건복지부 위탁교육 참가 : 5명
 - 1차 : 1명 - 건강증진을 위한 운동프로그램
 - 2차 : 2명 - 골관절염 자조관리 프로그램
 - 3차 : 2명 - 금연을 위한 구체적 전략

3. 시범사업 협조체계 구축

가. 용역계약 체결

- 계약체결 : 12월
- 용역내용 :
 - 시범초등학교 학생에 대한 기초조사
 - 학부모와 교직원에 대한 기초조사
 - 기초조사 자료 분석 및 평가, 보고회

나. 자문위원회 운영 : 3차

- 1차 (98년 10월 28일)
 - 위원 위촉장 수여 및 건강증진 시범사업 배경 설명
 - 지역주민 설문조사 분석 결과, 소아 비만 관리의 중요성 및 건강증진 시범보건사업 개요 설명회
- 2차 (98년 12월 8일)
 - 시범초등학교 기초조사 설문양식 개발 및 방법에 관한 자문
- 3차 (98년 12월 19일)
 - '99. 프로그램 시행을 위한 자문

다. 건강증진 실무자 회의

- 회의개최 : 4회
- 참석대상 : 보건소 실무자, 학교 양호교사, 급식교사, 대학관련자 등
- 회의내용 : 학교 보건교육 실시현황 파악 및 기초조사, 시범사업 실시방안

4. 홍보활동 강화

가. 보건소식지 확대, 강화

- 양 식 : B4 2면, 주 1회, 300부 -> B5 8면, 월 1회, 1,000부

○내 용 : 보건사업 및 건강정보 ->건강정보, 식생활과 건강, 질병예방, 환경문제 등
내용 보강

○배부처 : 구청 각 실과 방문보건사업 대상자 -> 학교, 협조기관, 주민

○98년 11월, 12월호 2회 발행

나. 홍보물 제작.배부

○시범초등학교 교직원 및 학부모를 대상으로 건강증진 시범사업 홍보물 배부
: 시범사업의 개요 및 내용에 대한 소책자 발간

○기타 홍보물 제작

○내 용 : 성, 금연, 마약, 올바른 교통문화 등

○양 식 : 리플렛, 스티커, 소책자 등

V. 중심보건소 교육.훈련

○일 시 : 98년 12월 18일 9:00~17:00

○대 상 : 인근 지역(광주.전남) 보건소 직원 및 보건관계자

○장 소 : 서구청 지하교육관

○참석인원 : 105명

○내 용 : 시범보건사업 추진내용 및 건강증진관련 프로그램

○평 가 : 설문 평가

IV. '99 건강증진 시범사업 계획

시범 초등학교 학생, 학부모 및 교직원을 대상으로 자기건강 관리프로그램을 개발하여 지역주민 건강의 질을 향상시킬 수 있는 건강증진사업의 기초 마련

□ 사업목표

○ 보건소, 시범학교 실무자 및 대학간 업무협조 관리체계 구축

○ 시범학교 학부모들이 적극적으로 참여할 수 있는 프로그램 개발

○ 시범학교 교사들의 보건교육에 대한 인식전환 프로그램 개발

○ 보건소, 시범학교 실무자 및 대학이 협조하여 효율적인 보건교육 자료 및 도구 개발

○ 학생들의 올바른 건강생활 습관을 형성할 수 있는 자기건강관리 프로그램 개발

□ 사업개요

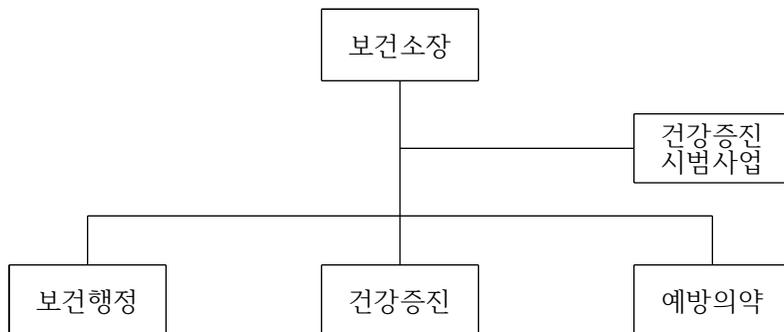
- 기 간 : 99년 3월 ~ 12월
- 대 상 : 시범초등학교(서광, 서) 학생, 학부모, 교직원
- 내 용 :
 - 기초조사 결과분석 : 조선대학교 의과대학 예방의학교실(1~2월)
 - 건강증진 프로그램 개발, 운영 및 평가
 - 초등학생 : 영양개선, 흡연·음주 예방, 올바른 교통문화 보건의교육
 - 학부모 및 교직원 : 영양개선, 금연·절주, 만성질환 예방 및 관리
- 방 법 :
 - 지역대학과 용역계약 체결하여 프로그램 개발 및 평가
 - 관련기관(초등학교, 교육청, 대학)과 연계하여 프로그램 운영
 - 보건소 건강증진 담당자가 초등학교에 방문하여 프로그램 실시
 - 학부모 및 교직원 중 만성질환자 보건소에 등록, 관리
- 소요예산 : 47,000천원(국비 100%)

□ 세부추진계획

1. 조직정비 및 장비확보

가. 팀제의 활성화

- 시범사업 기간동안 건강증진시범사업팀(프로젝트형 팀)을 독립적으로 운영
- 팀장을 중심으로 3인의 팀원(간호사 2인, 영양사 1인)

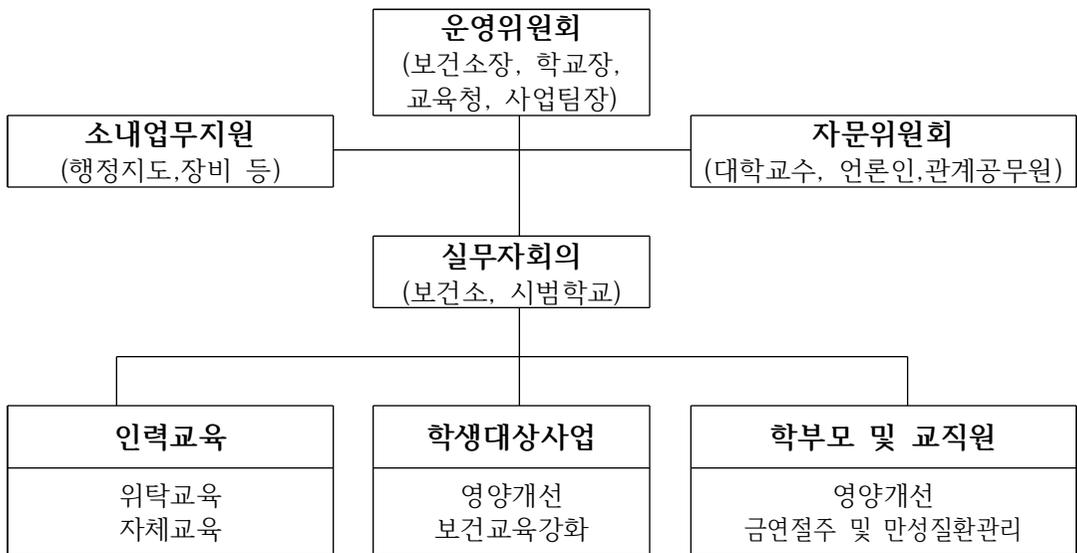


나. 건강증진 시범사업 추진을 위한 회의 활성화

- 운영위원회 : 2회(반기별 1회)
 - 구 성 : 5명(시범초등학교 교장, 교육청관계 직원, 보건소장 및 시범사업팀장)
 - 역 할 : 자문위원의 자문을 받아 실무자회의에서 논의된 사업총괄
- 자문위원회 : 4회 (반기별 1회)
 - 구 성 : 8명
 - 역 할 : 건강증진사업 추진 전반에 관한 자문
- 실무자 회의 : 8회
 - 구 성 : 12명
 - 시범초등학교 양호/급식/주임교사, 보건소 실무자 및 학부모 대표
 - 역 할 : 사업 전반에 관해 구체적으로 논의(필요시 수시회의)

다. 장비확보(구비)

검사장비(2종)	<ul style="list-style-type: none"> ○혈액 자동분석기 ○노화학 자동분석기
교육기자재(4종)	<ul style="list-style-type: none"> ○빔 프로젝터(노트북 포함) ○체지방 측정기 ○건강증진사업용 레이저프린터 ○슬라이드 프로젝터



<< '99 건강증진사업 모형>>

2. 인력교육

- 대 상 : 보건소 직원 및 시범초등학교 실무자
- 목 적
 - 시범사업 실무자로서의 전문지식 및 자질 향상
 - 시범보건소 직원으로서 추후 타 지역으로 사업확대를 위한 소양을 갖추
- 방 법
 - 위탁교육
 - 자체교육 및 우수 시범보건소 견학

3. 시범초등학교 현판식 및 시범사업 설명회

- 일 시 : 99년 3월중
- 대 상 : 시범초등학교(서, 서광) 교직원 및 학부모
- 장 소 : 시범초등학교 강당
- 발표자 : 조선대학교 예방의학교실 박종수
- 방 법 : 현판식 거행후 결과보고회 실시

4. 기초조사 결과보고회

- 일 시 : 99년 4월 12일(월) 14:00~16:00
- 대 상 : 교육청, 관내 초등학교 양호교사.영양사, 시 보건과 및 구청 직원
- 장 소 : 서구청 2층 회의실
- 발표자 : 조선대학교 예방의학교실 박종수
- 내 용 : 시범초등학교 기초조사 분석 결과

5. 건강증진 중심보건소 세미나

- 일 시 : 99년 9 ~10월
- 장 소 : 서구청 2층 회의실
- 대 상 : 광주.전남지역 보건소 및 시.도 보건과, 구청 직원 등
- 내 용 : 건강증진 시범사업 추진현황 및 건강증진 관련교육

6. 용역계약 체결

- 시 기 : 99년 4~5월중
- 용역내용
 - 건강증진 시범사업 프로그램 보완 및 지침서 개발

7. 세부 프로그램 운영

가. 초등학생 대상 프로그램

(1) 영양개선사업

(가) 전체학생 프로그램

○ 영양교육

- 횟 수 : 월 1~2회
- 장 소 : 시범초등학교
- 내 용 : 체중과 비만도, 올바른 식사습관, 비만예방 식사법, 식품위생, 전통음식의 좋은점 등
- 방 법 : 교과시간을 이용한 강의 또는 교내방송 활용, 영양비디오 상영, 학교 급식 신문 활용
- 강 사 : 보건소 영양사 및 학교 급식교사

(나) 비만아동 프로그램

○ 비만아 조사 및 건강검진

- 시 기 : 99년 4~5월
- 건강검진항목 : 신장, 체중, 비만도, 혈액검사 등

○ 비만교실 운영

- 대 상 : 고도 비만아
- 기 간 : 99년 6~11월(월 1회)
- 장 소 : 학교 보건실
- 내 용 : 비만과 건강과의 관계, 나의 체중과 비만도는?, 식품교환표 이해와 활용법, 음식의 칼로리 계산, 식사일지 기록, 비만해소를 위한 운동방법, 생활습관 교정, 개인상담 등
- 방 법
 - 자문위원의 자문을 받아 실무자 회의에서 공동프로그램 개발
 - > 정기적인 비만학생 지도
 - 정신과적 지지가 필요한 경우 소아정신과에 상담 의뢰

(다) 편식아동 프로그램

- 각 학급 담임교사 및 학교 영양사가 편식아 선별 -> 편식 관리카드 작성
 - > 지속적인 상담 및 관리 실시
- 학교 급식시 다양한 조리법 및 메뉴 개발

(2) 흡연·음주 및 약물 오·남용 예방사업

- 정규시간을 이용하여 담임교사, 양호교사가 교육 실시(월 1회)
- 비디오테잎 상영 및 가정통신문 배부
- 포스터 부착 및 팸플렛 배부 : 보건소에서 자료 제작 후 배부
->학교 벽면에 스티커 및 포스터 부착

(3) 구강실태조사 및 구강보건사업

○ 구강실태조사

- 기 간 : 99년 4~5월중
- 대 상 : 3, 5학년
- 장 소 : 초등학교 보건실
- 조사항목 : 우식 유치 및 영구치수, 치료·상실된 유치 및 영구치수 등
- 방 법 : 대학과 연계하여 조사 실시 ->조사결과 가정통신문 발송(학부모 관심 유도) ->보건소에 등록관리 ->구강보건사업 시행후 결과 평가

○ 구강보건사업

- 내 용 : 불소용액양치, 구강보건교육, 치면열구전색 등
- 방 법 : 치과대학, 초등학교 양호교사와 협조하여 지속적인 관리 및 사업실시

(4) 기타 보건교육

- 내 용 : 성교육, 올바른 교통문화, 학원폭력 교육 및 건강증진운동 권장
- 방 법 :
 - 비디오테잎, 슬라이드 등 시청각자료 활용 및 강의, 문답식 교육 병행
 - 보건소내 성상담 전용전화 설치하여 상담 실시
 - 초등학생 건강증진을 위한 운동프로그램의 일환으로 중간놀이 시간을 이용하여 줄넘기, 기타 운동실시
- 강 사 : 외래강사 또는 학교 양호교사 및 보건소 성교육 전담 간호사

나. 학부모 및 교직원 대상

(1) 영양개선사업

○ 영양강좌

- 대 상 : 시범초등학교 학부모 및 교직원
- 장 소 : 초등학교 강당
- 시 기 : 년 1회
- 강 사 : 외래강사 초청(대학교수)

- 내 용 : 비만과 건강 및 영양관련 교육
- 영양상담
 - 대 상 : 학부모 및 교직원 중 만성질환자
 - 장 소 : 초등학교 보건실 또는 급식실
 - 시 기 : 분기별 1~2회
 - 내 용 : 만성질환 식사요법 및 예방을 위한 식사요령
 - 방 법 : 보건소 영양사가 초등학교에 방문하여 식사요법 상담

(2) 금연.절주 유도사업

- 학교내 금연구역 설정
- 금연.절주관련자료 배부(가정통신문)
- 금연교실 운영
 - 대 상 : 학부모 및 교직원 중 흡연자
 - 장 소 : 보건소
 - 시 기 : 반기별 1회(년 2회)
 - 내 용 : 금연침시술, 금연팻취처방, 금연강좌 및 비디오상영, 사례발표, 토의 등
 - 방 법 : 금연협회 및 한의사회, 소내 한방진료실과 연계하여 운영

(3) 만성질환 예방 관리사업

- 대 상 : 학부모 및 교직원 중 고혈압, 당뇨병자 및 고위험군, 간염 항원양성자
- 장 소 : 보건소 건강증진실
- 내 용 :
 - 각종검사 : 혈압, 혈당 및 간기능.간암검사
 - 보건교육 : 질환별 식사요법, 건강관리요령 등 상담, 교육자료 배부
- 방 법 : 공무원 건강진단 결과 및 기초조사에 의해 발견된 대상자 보건소에 등록 ->건강관리카드 제작 -> 정기 검사 및 관리(년 2회)

8. 홍보전략

- 보건소식지에 건강증진에 관한 고정란 배정(월 1회)
- 지역신문(사랑방, 교차로 등)에 건강증진 시범사업 홍보
- 건강달력 제작 배부
- 식품교환표 및 칼로리 책받침을 통한 교육.홍보
- 학교 급식신문 정기 발행

9. 이벤트 행사

○건강글짓기/그리기 대회 개최

- 시 기 : 년중 1회
- 대 상 : 시범 초등학교
- 장 소 : 초등학교 교실
- 방 법 : 대회 실시후 시상, 서구보건소식지, 일간지에 게재, 전시 등

○비만예방 식단 전시회

- 시 기 : 하반기 중 1회(1주일간)
- 장 소 : 시범초등학교 급식실
- 내 용 : 나의 비만도는?,
비만예방을 위한 올바른 식사법, 식품의 칼로리, 비만예방 생활습관 등
- 방 법 : 식품모형 전시, 비만관련 보드 전시, 리플렛 전시 및 배부

○건강가족 선발대회

- 시 기 : 11~12월
- 내 용 : 금연.절주 실천을 잘하는 가족을 건강 가족으로 선정하여 시상 및 소식지
게재
- 방 법 : 부모들의 건강생활 실천에 고나한 소책자를 가정에 배부 후 실천여부 점검
->심사, 시상

○ 1일 영양학교 운영

- 시 기 : 여름.겨울 방학 중 각 1회
- 대 상 : 시범학교 학생 100명
- 장 소 : 서구청 지하교육관
- 내 용 : 튼튼이습관, 식품구성탐, 영양웃놀이, 음식의 칼로리 등
- 방 법 : 학교 양호교사, 영양사와 협조하여 신체계측후 프로그램 진행, 우수아동 시상

10. 사업평가(기술용역)

○기초조사 자료결과에 근거하여 사업목표를 설정하고 1년간 사업 시행후 평가조사 시행

- 대상자별로 평가 실시
- 구 분 : 학생, 학부모 및 교직원

- 항 목 : 식이의 변화, 음주.흡연.약물오남용 및 성문제에 대한 인식변화, 만성질환 관리에 대한 생활태도의 변화 등

○자문회의, 운영위원회, 실무자회의 등 프로그램 진행과정 평가

- 조직구성의 타당성
- 조직운영의 효율성

V. 월별 추진일정

추진내용	월 별 일 정												비고
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
○ 자문회의 개최			⇔			⇔			⇔			⇔	
○ 용역계약 체결								⇔	⇔				
○ 기초조사 결과보고회			⇔	⇔									
○ 시범사업 운영회의			⇔					⇔					
○ 실무자 회의		⇔		⇔		⇔		⇔		⇔		⇔	
○ 중심보건소 교육.훈련세미나									⇔	⇔			
○ 직원 교육													
○ 위탁교육		⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
○ 자체교육	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
○ 특별행사													
○ 비만 식단전시회									⇔	⇔			
○ 건강글짓기/그리기 대회					⇔					⇔			
○ 건강가족 선발대회											⇔	⇔	
○ 1일 영양학교 운영							⇔	⇔					⇔
○ 홍보													
○ 보건소식지	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
○ 지역신문								⇔					⇔
○ 급식신문 발행			⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
○ 평가 및 보고회								⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔

VI. '99. 건강증진 세부사업별 추진계획

구분	사업명	세부추진계획	월 별 추 진 계 획													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
초 등 학 생	영양개선 사 업	○전체학생 프로그램 ○영양교육(월 1회) ○비만아동 프로그램 ○비만교실 운영(월 1회) ○운동프로그램과 병행 ○편식아동 프로그램			⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔		
	흡연·음주 및 약물 오·남용 예방	○예방교육 ○비디오테잎 상영 ○가정통신문 배부 ○포스터 부착 및 팸플렛 배부			⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
	기 타 보건교육	○성교육, 학원폭력 교육 ○구강보건사업 및 교육 ○치면열구전색, 불소양치사업			⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
학 부 모 및 교 직 원	영양개선 사 업	○영양강좌(년 1회) ○영양상담(년 4회)			⇔											
	금연·절주 유도	○학교내 금연구역 설치 ○금연·절주 관련자료 배부 ○금연교실 운영(년 2회)			⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
	만성질환 예방관리	○고혈압, 당뇨환자 및 고위험군, 간염 항원양성자 등록 ○정기관리	⇔	⇔												⇔

지보의

■보건의사업의 역사

보건의소의 과거, 현재, 미래

윤배중, 박찬병, 김혜경, 김은미, 정은경, 한영란, 오현주, 장인숙
지역보건의료발전을 위한 모임 회원

<해방후부터 1950년대>

사회지표

연도	인구(천명)	인구성장률(%)	국민총생산	
			GNP(억\$)	1인당GNP(\$)
1946	19,369	-		
1949	20,167	-		
1955	21,502	1.1	14	65

연도	조사망률 (천명당)	영아사망률 (천명당)	평균수명		주요사망원인		
			남자	여자	1순위	2순위	3순위
1946	15.8	-	45.6년	50.7년			
1949	-	-	-	-			
1955	14.3	134	51.1년	57.3년	결핵	위장관염	폐렴,기관지염

보건의료계 주요 연표

- ☒ 8.15 광복후 미군정실시로 미국식 의료제도가 도입되었으며, 1945년 9월 위생과가 위생국을 거쳐 1946년 2월에는 보건후생부로 승격하면서 조직이나 인력면에서 가장 큰 부서로 등장
- ☒ 1946년 **모범보건소**가 최초로 서울에 설치, 1949년 중앙보건소로 명칭을 바꾸고 직제 개편

☉ 1951년 **국민의료법** 제정

☉ 1953년 **15개 시도립 보건소, 518개 보건진료소 설치**

= 보건진료소는 6.25이후 전국적인 의료시설의 파괴, 의료진 입대등으로 부족한 의료자원을 미국의 원조로 구호약품, 장비를 공급하고 지방개업의의 무료 봉사를 활용하여 운영하였으며, 주로 구료사업과 예방접종 실시

☉ 1956년 12월 3일 **보건소법 제정(법률 406호)**

= 시도립 보건소 설치

= 보건소장은 도지사나 서울특별시장의 직접감독을 받으며 소관구역내의 보건위생에 관한 감독과 책임이 보건소장에게 있었으며, 필요에 따라 보건지소를 둘수 있었음

보건기관현황

연 도	보건소	보건지소	보건진료소	모자보건센터	보건의료원
1946	1 모범보건소	-	-	-	-
1953	15	471 (보건진료소)	-	-	-
1955	16	515 (보건진료소)	-	-	-

보건소 주요업무

1956년 제정된 보건소법에 의한 사무와 직권(제2조)

1. 전염병 기타 질병의 예방진료 및 그 만연방지에 관한 사항
2. 모자보건에 관한 사항
3. 학교보건에 관한 사항
4. 환경위생과 산업보건에 관한 사항
5. 보건통계에 관한 사항
6. 보건사상의 보급에 관한 사항
7. 기타 지방에 있어서의 공중보건의 향상에 관한 사항

1. 전염병관리사업

(1) 결핵관리사업

- ☑ 1953년 : 대한결핵협회 창설 (민간차원)
- ☑ 1954년 : 국립중앙결핵원 창설, 정부에 의해 효과적인 결핵관리사업 추진
 - 각종위원 훈련, 계몽지침사업, BCG접종사업, 환자진료사업

(2) 나병관리사업

- ☑ 1947년 대한나협회 창설, 1952년 DDS도입
- ☑ 1955년 나병에 대한 외래진료와 이동진료사업 시작

2. 모자보건사업

- ☑ 1945년 미군정예하 보건후생부가 설립, 예방국 방역과에 모자보건계설치
- ☑ 서울 시립보건소 : 임산부, 영유아의 건강상담 시작
- ☑ 탈지분유를 공급, 20시간 과정으로 어머니들에게 보건교육 실시

<1960년대-1970년대>

사회지표

연도	인구(천명)	인구성장률(%)	65세이상 인구(%)	국민총생산	
				GNP(억\$)	1인당GNP(\$)
1960	25,012	3.0	2.9	19	79
1965	28,754	2.57	-	30	105
1970	32,241	2.00	3.1	81	253
1975	35,281	1.7	3.4	209	594

연도	조사망률 (천명당)	영아사망률 (천명당)	평균수명		주요사망원인		
			남자	여자	1순위	2순위	3순위
1960	12.1	134	51.1년	57.3년	폐렴,기관지염	결핵	위장염
1965	10.5	121	57.2년	64.1년	폐렴,기관지염	결핵	뇌혈관질환
1970	9.4	-					
1975	8.0	45.4	62.7년	69.1년	악성신생물	뇌혈관질환	고혈압성질환

보건의료계 주요 연표

❖ 1962년 보건소법 전면개정

= 시군구보건소 설치규정 마련, 보건소 업무 13가지 규정

= 보건진료소의 일부가 보건소로 대체, 전국에 시,군보건소 189개소 설치

❖ 1959년 - 1969년 : 세계보건기구의 지원을 받아 **말라리아 박멸사업** 실시

❖ 1965년 **비의료보건소장 임용**에 관한 보건소법 개정

❖ 1967년 1월 16일 **결핵예방법** (법률 제 1881호) 제정

❖ 1973년 2월 16일 의료법 전면개정

❖ 1976년 보건소법 시행령 공포 : 시군구 보건소 설치기준 마련

❖ 1976년 4월 7일 **마약관리법** 제정

❖ 1976년 **공중보건장학을 위한 특례법**(법률 제 2911호) 제정

❖ 1977년 저소득층에 대한 **의료보호제도 실시**

❖ 1977년 사회보험형태의 **의료보험제도 실시**(500인이상 사업장,공단사업장근로자)

❖ 1979년 12월 28일 **향정신성의약품관리법** 제정

보건기관현황

연 도	보건소	보건지소	보건진료소	모자보건센터	보건의료원
1960	80	-	-	-	-
1970	198	1,354	-	-	-
1975	198	1,338	-	-	-
1980	214	1,321	-	-	-

연 도	보건소 (개소)	의 료 인 력			보건지소 (개소)	의료인력		보건 진료소	보건 진료원
		의 사	치과의사	약 사		의 사	치과의사		
1960	80	89	3	5					
1965	189	311	27	17					
1970	192	311	29	53	1,354	797			
1975	198	325	25	62	1,338	761			
1980	214	564	161	97	1,321	1,000			

보건소 주요업무

- ☒ 1960년대 : 결핵, 나병, 성병 및 급성전염병예방과 기생충박멸사업 중심
- ☒ 1970년대 : 가족계획 및 모자보건 사업, 결핵관리사업 중심
- ☒ 1962년 보건소법 개정되면서 변화된 업무

새로 추가된 보건소 업무 : - 가족계획

- 영양개선, 식품위생에 관한 사항
- 구강위생에 관한 사항
- 의료사업의 향상과 증진에 관한 사항
- 보건에 관한 실험과 그 검사에 관한 사항
- 특수지방병의 연구에 관한 사항
- 공의의 지도에 관한 사항
- 의약에 대한 지도에 관한 사항

보건소법(1962. 9. 24, 법률 제1160호) 제4조 업무

1. 보건사상의 계몽에 관한 사항
2. 보건통계에 관한 사항
3. 영양의 개선과 식품위생에 관한 사항
4. 환경위생과 산업보건에 관한 사항
5. 학교보건과 구강위생에 관한 사항
6. 의료사업의 향상과 증진에 관한 사항
7. 보건에 관한 실험과 그 검사에 관한 사항
8. 결핵, 성병, 나병 등 전염병과 기타 질병의 예방과 진료에 관한 사항
9. 특수지방병의 연구에 관한 사항
10. 공의의 지도에 관한 사항
11. 의약에 대한 지도에 관한 사항
12. 모자보건과 가족계획에 관한 사항
13. 기타 국민보건의 향상과 증진에 관한 사항

1. 전염병예방사업

(1) 결핵관리사업

- ☒ 1962년 보건소법이 개정되면서 결핵관리사업이 국가사업으로 채택되면서 WHO의 기술자문을 받아 전국보건소망을 통한 결핵관리업무를 활발히 전개
- ☒ 1963년 : 전국 보건소에는 결핵관리요원, 각시도에는 결핵관리의사 배치
- ☒ 1965년 : 제1차 전국 결핵유병율실태조사 (매5년마다 실시)
- ☒ 1967년 : 결핵예방법 제정, 공포
- ☒ 1968년 : 전국 1,473개소의 읍면에 결핵관리요원 배치, 본격적으로 유증상자에 대해 객담검사 실시, 환자관리
- ☒ 1970년 : 객담검사 전담요원 90명을 보건소에 배치
1978년 전국 보건소에 객담검사 전담요원 1명씩 배치

(2) 나병, 성병관리사업

- ☒ 1962년 WHO의 권장사업인 재가치료사업을 추진하여 보건소법 및 전염병예방법을 개정하고 재가치료를 보건소 업무로 강력 추진하여 실시
- ☒ 1977년 전국 보건소, 의료보호지정 진료기관에서 성병에 대한 무료검진 및 치료를 받을 수 있도록 조치

(3) 예방접종사업

- ☒ 전염병예방법상 정기예방접종 대상질환 (7종)
: 두창, 디프테리아, 백일해, 장티푸스, 콜레라, 파상풍, 결핵
- ☒ 1960년대 : 두창과 장티푸스, 콜레라 등 수인성 질환을 중심으로 접종
- ☒ 1970년 : 두창을 임의접종으로 변경하여 국가예방접종에서 제외
- ☒ 1965년 소아마비, 1975년 일본뇌염 예방접종 실시
- ☒ 1980년 : 생활보호대상자를 대상으로 홍역예방접종 실시

2. 가족계획 및 모자보건사업

(1) 가족계획사업

- ☒ 1961년, 경제개발과 관련하여 인구문제의 중요성에 대한 인식이 높아지면서 가족계획사업을 국가시책으로 추진
- ☒ 1964년 : 시군단위 보건소에 가족계획상담실 설치, 가족계획요원 배치
보건소방문자 상담, 재래식 피임기구 공급, 남성불임술 희망자에게 시술기관알선
- ☒ 1968년 : 전국적으로 어머니회가 조직, 가족계획요원과 밀접한 협조관계를 가지면서 계

몽 및 피임보급활동 확대실시

(2) 모자보건사업

☑ 경제발전을 위해 인구증가억제를 위한 가족계획사업이 중점을 두었으며 다른 모자보건 사업은 조직, 예산, 인력등이 부족하여 부진

☑ 영유아 및 임산부 건강상담, 보건원 가정방문 지도 등

<1980년대-1990년대초반>

사회지표

연 도	인구(천명)	인구성장률(%)	65세이상 인구(%)	국민총생산	
				GNP(억\$)	1인당GNP(\$)
1980	38,124	1.57	3.8	606	1,597
1985	40,806	0.93	4.3	911	2,242
1990	42,869	0.93	5.0	2,518	5,883
1995	44,851	0.86	5.7	4,526	10,548

연 도	조사망률 (천명당)	영아사망률 (천명당)	평균수명		주요사망원인		
			남자	여자	1순위	2순위	3순위
1980	6.7	30.0	62.7년	69.1년	뇌혈관질환	악성신생물	손상, 중독
1985	6.3	13.3	66.0년	72.5년	뇌혈관질환	악성신생물	교통사고
1990	5.8	12.8					
1995	5.9	8.6	69.5년	77.4년	뇌혈관질환	악성신생물	교통사고

보건의료계 주요 연표

- ☑ 1980년 **농어촌보건의료를 위한 특별조치법** 제정 공포
= 읍면 보건지소 1,321개소에 공중보건 의사, 장학의사 배치하고 가족계획계몽원, 모자보건요원 및 결핵관리요원을 통합보건요원으로 기능 통합
- ☑ 1981년 - 1986년 : **모자보건센터 89개소 설치**
- ☑ 1981년 - 1986년 : **보건진료소에 보건진료원 2,000명 배치**

- ☒ 1986년 **모자보건법** 제정
- ☒ 1987년 **후천성면역결핍증예방법** 제정
- ☒ 1988년 1월 **농어촌지역 의료보험제도 실시**
- ☒ 1989년 7월 도시 자영자 대상 **지역의료보험 실시**로 전국민의료보험시대 개막
- ☒ 1988년-1989년 : **의료취약지역 군보건소의 병원화사업 추진(15개 보건의료원 설립)**
- ☒ **1991년 보건소법 개정** : 보건지소 설치 근거마련 및 보건소 업무 보완
- ☒ 1991년 12월 14일 **농어촌등 보건의료**를 위한 **특별조치법(전문개정)**

보건기관현황

연 도	보건소	보건지소	보건진료소	모자보건센터	보건의료원
1985	225	1,303	2,000	89	
1988	227	1,315	2,038	87	15
1992	267	1,329	2,038	79	15
1993	269	1,324	2,042	0	15
1995	238	1,327	2,039	0	16
1997.8	245	1,314	2,034	0	17

연 도	보건소 (개소)	의 료 인 력			보건지소 (개소)	의료인력		보건 진료소	보건 진료원
		의 사	치과의사	약 사		의 사	치과의사		
1985	225	324	398	113	1,303	999	77	2,000	1,533
1990	260	717	179	159	1,318	1,432	1,188	2,038	2,034
1994	269	650	151	171	1,328	1,348	953	2,042	2,042

보건소 주요업무

- ☒ 1980년대 : **가족계획 및 모자보건사업이 중심, 일차진료기능 강화**
- ☒ 1990년대 초반
 - **방문보건사업 활성화**를 통한 노인보건사업, 장애인재활사업
 - 고혈압관리사업을 중심으로 하는 **만성퇴행성질환관리사업**
- ☒ **1991년 보건소법이 전면개정되면서** 변화된 업무

<개정 의미 및 추가된 업무>

- 보건의료정보관리를 강조하고
- 지역보건기획 및 평가, 보건교육, 정신보건, 노인보건, 장애인재활항목 추가
- 보건지소 및 보건진료소직원 및 업무의 감독권을 명기하여 보건소망의 지휘체계 마련

<삭제된 업무>

- 보건사상 및 계몽에 관한 사항
- 환경위생, 산업보건에 관한 사항
- 특수지방병 연구에 관한 사항
- 공의지도에 관한 사항

1991년 3월 개정된 보건소법에 의한 업무(제6조)

1. 전염병 및 질병의 예방 관리와 진료에 관한 사항
2. 보건 통계 및 **보건의료정보의 관리**
3. **지역보건의 기획 및 평가**
4. **보건교육**
5. 영양의 개선, 식품위생 및 공중위생
6. 학교보건에 대한 협조
7. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
8. **구강보건, 정신보건, 노인보건 및 장애인의 재활**
9. 모자보건 및 가족계획
10. **보건지소, 보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도 감독**
11. 의약에 대한 지도
12. 기타 의료사업 및 국민보건의 향상, 증진에 관한 사항

1. 모자보건사업

(1) 모자보건센터 설치 운영

☒ 1980년 - 1988년까지 세계은행의 인구차관사업의 일환으로 전국에 총89개의 모자보건센터 건립

☒ **설립목적** : 농어촌지역의 저소득층 임신부와 영유아건강을 관리하고 비위생적인 가정분만을 저렴하고 안전한 시설분만으로 유도하여 인구의 질적향상과 합리적인 가족계획사업을 추진

- ☒ **주요업무** :
- 임신부 산전,산후관리 및 분만관리
 - 영유아 예방접종 및 건강관리
 - 가족계획 상담지도, 시술 및 관리, 피임기구 보급

☒ 최근 농촌지역의 인구감소와 소득증가로 도시의료기관, 전문의료기관을 선호하면서 이용률이 떨어지면서, 1989년 12개 모자보건센터는 보건의료원에 흡수되고 나머지도 건강관리센터 등으로 전화 모색

2. 일차진료사업의 확대

(1) 농어촌 지역 보건진료소 설치 운영

☒ 의사의 배치가 곤란한 의료취약지역과 의료시설과의 거리가 통상 교통수단에 의하여 30분 이상 소요되고 인구 500명이상, 5천명 미만 지역으로 군수가 필요하다고 인정하는 지역에 보건진료소 설치

☒ **보건진료원** : 간호사 또는 조산사 자격자로서 24주 직무교육을 이수한 자를 별정직 6-7급 공무원으로 임용, 배치

☒ **보건진료소 운영협의회**에서 자율적으로 운영

(2) 도시 저소득 주민을 위한 일차보건의료사업

☒ 1983년부터 1987년까지 서울시 관악구 봉천동, 구로구, 노원구 지역주민을 대상으로 도시 일차보건의료시범사업 실시

☒ 서울시 양천구 신월동 진료소, 강서구 가야동 진료소, 방화동 진료소 운영

☒ 1991년 서울시 보건소에 지역보건과를 확대, 설치하여 도시 저소득층 주민의 방문보건사업강화

(3) 보건소 병원화 사업 : 보건의료원 설치

☒ 1989년 전국민의료보험실시에 대비하여 병원급시설이 없는 15개 군지역보건소의 진료 기능을 보강하기 위해 설치, 운영

☒ 20-40병상 규모의 입원시설과 기본 4과(내과, 외과, 산부인과, 소아과) 및 치과를 설치하여 운영

<1990년대중반 - 현재>

보건의료계 주요 연표

☒ 1994년부터 농어촌특별세 대상사업중 농어민후생복지사업의 일환으로 농어촌지역에 양질의 보건의료서비스를 제공하기위하여 **농어촌의료서비스개선사업 실시**

= 1994년 - 1996년 : 총 102개 시,군을 지원하여 사업추진중

(보건소 :신축 32개소, 장비보강 57개소, 보건지소:신축 38개소, 장비보강 35개소)

☒ 1994년 4월 19일 **지방보건행정 개혁을 위한 결의문 채택**

(경기도 보건소장 등 보건관계자 일동)

☒ 1995년 1월 5일 **국민건강증진법** 제정

☒ 1995년 12월 29일 **지역보건법** 제정

☒ 1995년 12월 30일 **정신보건법** 제정

☒ 1995년 1월 1일 행정구역개편으로 **도농통합형 보건소 탄생**

보건사업과와 의무과 2개 課와 7개 係로 조직개편

보건소 주요업무

☒ 국민건강증진법 제정으로 **건강증진 및 질병예방사업으로의 전환 모색**

☒ 지역보건법의 제정으로 **지역보건의료기획 기능이 강화되고 보건사업의 다양화**

<주요개정내용>

- 지역보건의료의 정비 및 기관간 업무분담
- 지역보건의료에 관한 보건소의 종합, 조정 기능 강화
- 지역보건의료계획 수립 및 집행
- 보건소 및 보건지소 설치 운영의 효율화
- 보건소 조직의 강화
- 보건소 우수인력확보를 위한 제도개선
- 지역보건의료의 민간의료기관참여

<삭제된 업무>

- 보건통계 및 보건의료정보관리
- 학교보건에 대한 협조사항

☞ 다양한 보건사업이 시도되고 있음

- 보건소 전산화사업
- 지역사회정신보건사업
- 지역사회재활사업
- 방문보건사업, 노인보건사업 강화
- 구강보건사업 : 불소용액양치사업, 치아홈메우기사업 등
- 지역사회영양사업
- 시범 보건복지사무소
- 한방진료실 운영
- 질병예방 및 건강증진사업 : 건강검진센터 운영, 보건교육 확대, 강화
운동처방실 운영, 구강보건실 운영,
영양상담실, 조리실습실 운영

지역보건법에 의한 보건소의 업무(법률 5105호 제9조)

1. **국민건강증진**, 보건교육, 구강건강 및 영양개선사업
2. 전염병의 예방 관리 및 치료
3. 모자보건 및 가족계획사업
4. 노인보건사업
5. 공중위생 및 식품위생
6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항
7. **의료기사, 의무기록사 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항**
8. **응급의료에 관한 사항**
9. 농어촌 등 보건의료로 위한 특별조치법에 의한 공중보건 의사, 보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 대한 사항
10. 약사에 관한 사항과 마약 향정신성 의약품의 관리에 관한 사항
11. 정신보건에 관한 사항
12. **가정, 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업**
13. **지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 질병관리에 관한 사항**
14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
15. 장애인의 재활사업 **기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업**
16. 기타 지역주민의 보건의료와 향상증진 및 이를 위한 연구등에 관한 사업

보건조직 현황

구분 연도	보건소	보건지소	보건진료소	모자보건센터	보건의료원
1946	1(모범보건소)				
1953	15	471(보건진료소)			
1955	16	515(보건진료소)			
1960	80				
1970	198	1,354			
1975	198	1,338			
1980	214	1,321			
1985	225	1,303	2,000	89	
1988	227	1,315	2,038	87	15
1992	267	1,329	2,038	79	15
1993	269	1,324	2,042	0	15
1995	238	1,327	2,039	0	16
1997.8	245	1,314	2,034	0	17

보건조직 및 보건의료인력 현황

구분 연도	보건소 (개소)	의 료 인 력			보건지소 (개소)	의료인력		보건 진료소	보건 진료원
		의 사	치과 의사	약 사		의 사	치과 의사		
1953	15				471				
1955	16				515				
1960	80	89	3	5					
1965	189	311	27	17					
1970	192	311	29	53	1,354	797			
1975	198	325	25	62	1,338	761			
1980	214	564	161	97	1,321	1,000			
1985	225	324	398	113	1,303	999	77	2,000	1,533
1990	260	717	179	159	1,318	1,432	1,188	2,038	2,034
1994	269	650	151	171	1,328	1,348	953	2,042	2,042

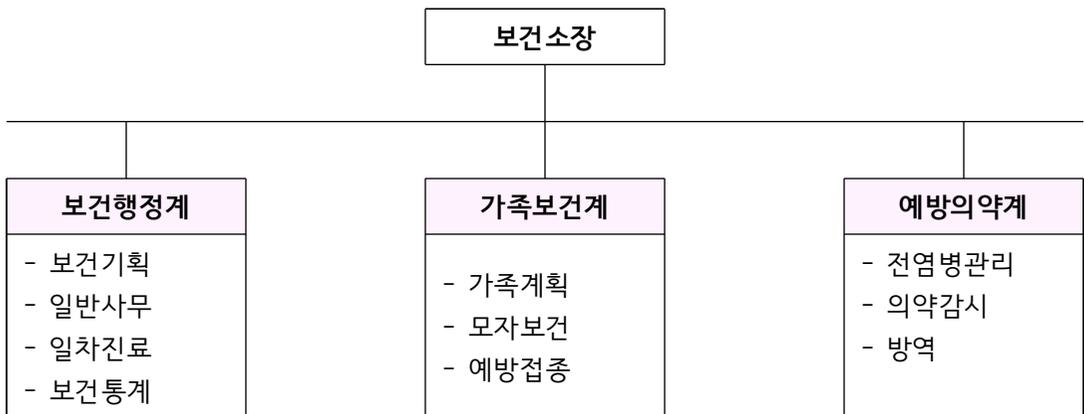
보건소 인력 현황

연도	계	보건소장		의사		치과의사		약사	의료기사			간호사					보건직	행정직	고용원 및 기타	
		임무직	보건의	관리 의사	공중 보건의	관리 의사	공중 보건의		방사선 기사	임상 병리사	치과 위생사	진료실	결핵 관리	모자 보건	가족 계획	나관리				기타
1985	7,617	107	106	175	149	14	384	113	245	343		604	431	598	681	100	326	1,246	560	1,435
1990	10,150	109	144	265	452	35	144	159	316	462	172	752	435	869	742	65	464	1,953	651	1,961
1991	10,478	112	146	247	454	38	98	169	341	492	180	740	427	833	643	64	579	2,126	678	2,111
1992	10,745	113	155	278	442	50	99	160	358	527	195	721	432	801	686	62	636	2,153	691	2,186
1993	11,026	107	156	283	400	49	102	157	360	556	211	690	417	762	698	70	664	2,366	693	2,285
1994	11,016	110	153	284	366	54	97	171	372	573	256	683	394	704	665	73	741	2,374	664	2,282
1995	12,132	111	127	326	376	55	98	194	408	646	302	636	295	578	524	27	831	2,574	746	3,278

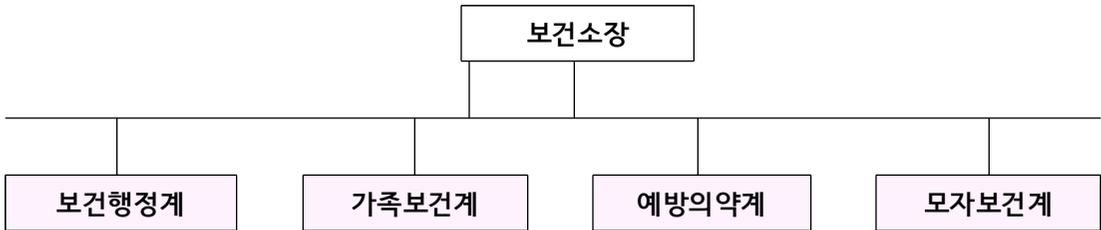
보건지소 및 보건진료소 인력 현황

연도	계	보건지소					보건진료소	
		의사	치과의사	통합 보건요원	진료 보조원	치과 위생사	보건 진료원	마을 건강원
1985	16,326	999	77	2,959	809		1,533	9,949
1990	22,461	1,432	1,188	2,758	1,265	1,174	2,034	12,610
1991	22,002	1,406	961	2,758	1,280	1,151	2,038	12,411
1992	22,084	1,409	1,039	2,730	1,280	1,149	2,038	12,460
1993	21,002	1,353	972	2,654	1,274	1,123	2,042	11,585
1994	20,838	1,348	953	2,557	1,296	1,080	2,042	11,559
1995	19,930	1,317	753	2,695	1,273	970	2,039	10,883

기본형 보건소

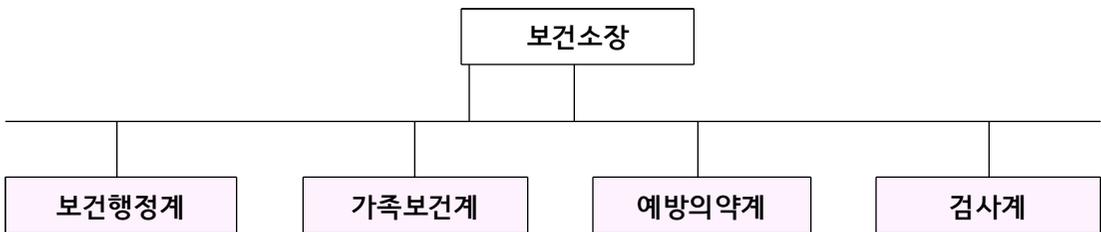


일반형 보건소 1형

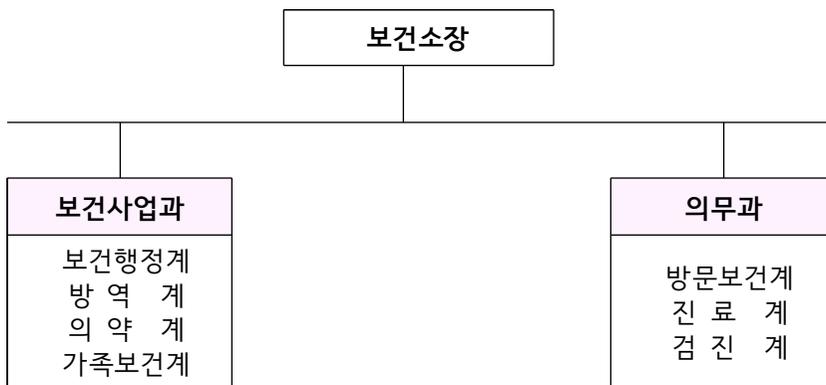


모자보건센터 설치 지역

일반형 보건소 2형

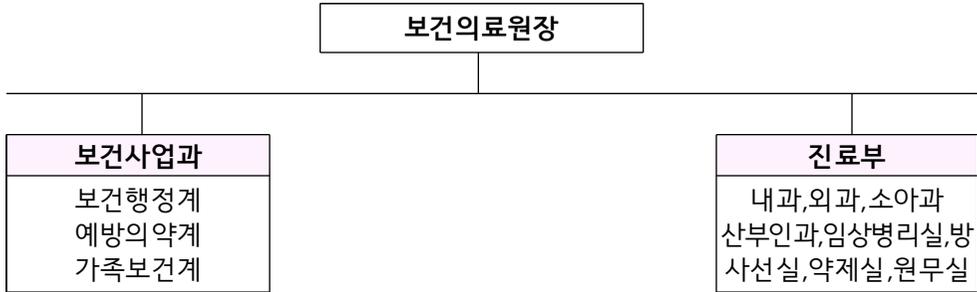


도농 통합시형 보건소



1995년 행정구역개편으로 도농복합형 보건소조직 생기면서 과(課)조직 신설

보건의료원 보건소



의료취약지구에 설립된 병원화보건소로서 다른 보건소 조직보다 진료기능을 대폭 강화

광역시 구 보건소



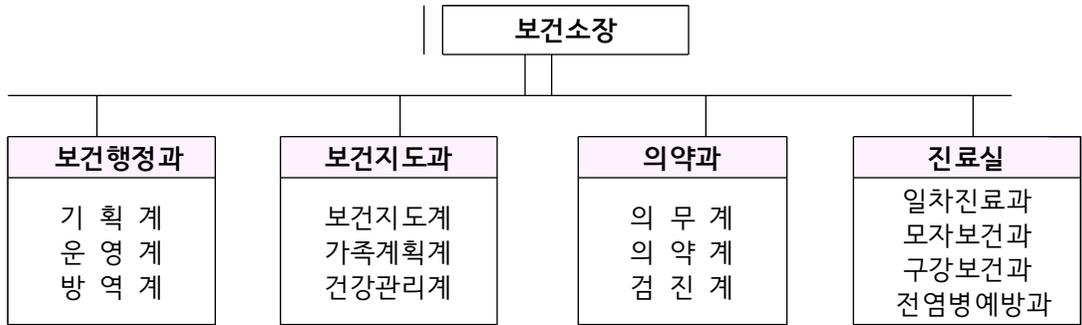
광역시 구보건소는 1개 과(課)조직아래 3개 계조직으로 구성

서울시 보건소 1형

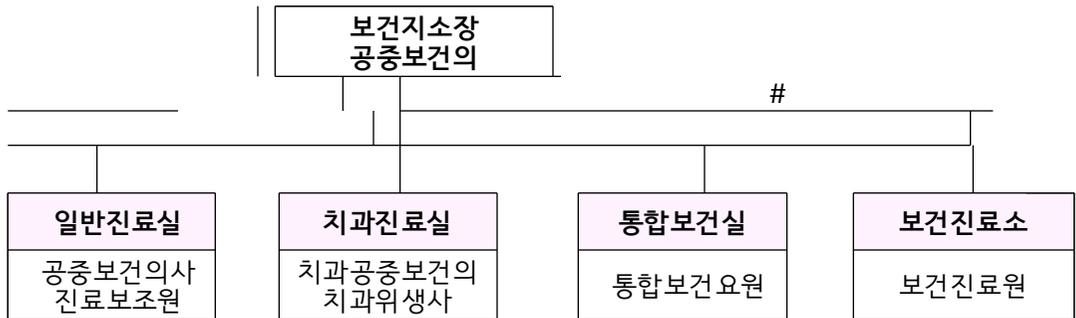


저소득층 주민을 대상으로 방문보건사업을 실시하는 지역보건과 존재

서울시 보건소 2형



보건지소 조직구조



1991년 개정된 농특법에 의해 보건진료소업무의 지도감독이 보건지소장의 임무로 규정하였으나, 보건소법에는 보건진료소가 보건소장의 지도감독을 받게되어 있어 실제 진료소가 보건지소의 지휘를 받는 경우는 없다.

서울시보건소 변천사

1940년대

- 1946년 10월 **모범 보건소 설치**
초대 소장 - 노덕삼 박사
- 1947년 4월 22일 **시립 보건소 발족 (용산 보건소)**
- 1948년 모범 보건소 제2대 소장 - 이용승 박사
- 1949년 국립 중앙 보건소로 승격(국립 보건원 전신)
- 1949년초 목정동 보건소 설치

1950년대

- ◆ 1951년 성북구 보건진료소 설치,
동대문구 제 1,2 보건진료소 설치
- ◆ 1952년 1월 영등포구 보건 진료소 설치
- ◆ 1954년 4월 1일 학교 보건소 설치
- ◆ 1954년 9월 국립 중앙 보건소 제 3대 소장 - 이종학 박사
- ◆ 1954년 12월 25일 시립 성병진료소 설치

- ◆ 1956년 5월 22일 **시립 보건소 설치(보건 진료소를 보건소로 개칭)**
- 서대문, 용산, 회현, 종로 (총 4개소)
경성부 방역사무소를 폐지하고 방역사무소를 신설
- 12월 27일 성동구 보건소 설치
- 성동 제 1, 2 보건진료소,
용산 제 2 보건진료소를 통합
- ◆ 1959년 6월 19일 시립 보건소 증설 (총 9개소)
- 종로, 중구, 동대문, 성동, 성북, 서대문,
마포, 용산, 영등포

1960년대

- ◆ 1961년 9월 1일 **시범 결핵예방관리소**를 중구 보건소에 설치

- ◆ 1961년 12월 학교보건소가 교육국으로 이관
- ◆ 1962년 2월 각 보건소에 **가족계획 상담소 설치**
- ◆ 1963년 2월 4일 보건소 설치조례 공포
 - 보건소에 서무과, 위생과, 방역과, 보건지도과
 - (구에서 담당하는 식품 위생사무보건소로 이관)
- ◆ 1964년 7월 27일 구청 사회과 위생계 폐지

1970년대

- ◆ 1973년 7월 11일 서무과를 민원 봉사실로 개칭 (3과 1실)
- ◆ 1974년 4월 8일 도봉, 관악보건소 신설 (관악 보건지소 폐지)
- ◆ 1975년 9월 30일 천호 보건지소 폐지
- ◆ 1975년 10월 1일 강남구 보건소 설치
- ◆ 1975년 11월 1일 방역 사무소 폐지
- ◆ 1976년 2월 7일 구청 시민 생활국에 위생과 설치
- ◆ 1976년 2월 10일 보건소를 사무장제, 보건지도과, 방역과로 축소
위생과 업무를 구청으로 이관(보건소위생과 폐지)
- ◆ 1977년 1월 의료보호 제도 실시
진료실 운영 확대 (내과계, 외과계 의사로 대별)
- ◆ 1977년 9월 1일 강서 보건소 신설
- ◆ 1979년 9월 26일 은평, 강동, 구로, 동작 보건소 설치 (17개소)

1980년대

- ◆ 1981년 11월 **보건소를 구청장 소속으로 조정**
- ◆ 1988년 5월 시립 보건소에서 자치구 보건소 조정 (22개소)
 - 노원, 중랑, 양천, 서초, 송파 보건소 신설
- ◆ 1989년 7월 보건소를 제 1차 진료 기관으로 지정

1990년대

- ◆ 1991년 5월 보건소에 **4개과 설치**
(보건행정과, 의약과, 보건지도과, 지역보건과)
※ 지역보건과가 없는 보건소도 있음
- ◆ 1995년 3월 금천, 광진, 강북 보건소 신설 (25개소)

지역보건의료발전을 위한 모임 소개

결성취지

보건행정을 담당하고 있는 보건의료인들의 친선을 도모하고 보건행정분야의 발전을 꾀하기 위하여, 보건관리자로서 현지에서 겪고 있는 애로사항과 보건에 관한 정보를 교환하고 연구실적을 발표 토론하는 학문의 장으로서 지보의는 1994년 5월 14일 탄생되었다.

장차 지보의는 각 지역에서 보건관리자로서 보건발전의 중요한 역할을 할 보건의료인들을 조직화하고 계속적으로 발전시켜 보건행정의 중추적인 활동을 할 수 있도록 할 것이다.

결성경과

- 1992년 초 : 몇몇 보건소장이 **전국적인 공직의 모임의 필요성에 대해 논의함**
- 1992.10 : **제44차 대한예방의학회 추계학술대회에서 공직의들의 학회 참여 필요성을 학회 측에 제안**
- 1994. 1. 29 - 30 : 모임 결성을 위한 임시회의에서 모임이름을 **'지역보건의료발전을 위한 모임'**으로 결정하고 조직형태에 대해서 논의
- 1994. 4. 2 :전주시 완산구 보건소에서 **'지역보건의료발전을 위한 모임' 발기인 회의 개최**
- 1994. 4. 19 : 경기도 분당구 보건소에서 경기도내 보건소장 등 보건소관계공직자들에 의해 **'지방보건행정개혁을 위한 결의문'**이 발표됨
- 1994. 5. 14 : 경기도 고양시에서 윤배중 등 18명의 발기인 참석하에 **창립총회 개최**, '지방보건행정발전을 위한 결의'에 대한 대응방안 등을 토의함
- 1994. 5. : 경북 청송군 보건의료원장 안문영, 전북 전주시 완산구 보건소장 정영원, 경기도 광명시 박찬병 보건소장이 **'보사부장관님께 드리는 글'** 이 발송함

활동내용

- 1) **모임 개최** : 총회 8회, 예방의학회 참석 3회, 기타 모임 5회
- 2) **보건의료에 대한 학술활동**

◆ 1993. 10. 대한예방의학회 추계학술대회

	발 표 제 목	발 표 자
1	건강증진프로그램개발사례	김한오(속초시 보건소 관리의사)
2	수원시 권선구 보건소의 보건사업개발사례	김찬호(수원시 권선구 보건소장)
3	지방자치에서의 경상남도 도시보건소 기능강화 방안 안에 관한 연구	김진삼(김해시 보건소장)
4	보건관리기관으로서 보건소의 기관성격과 기능	정영원(전주시 완산구 보건소장)

◆ 1994. 4. 대한예방의학회 춘계학술대회

주 제	‘보건소 - 좌절의 40년과 희망의 21세기’	
발표제목과 발표자	1	‘좌절의 현실’ : 김혜경 구리시보건소장
	2	‘희망을 위한 혁신’ : 이종구 연천군 보건의료원장
토 론 자	1	김규종 성주군보건소장
	2	김공현 인제대보건대학원 교수
	3	류광재 대한공중보건의사협의회 회장

◆ 1994. 10. 대한예방의학회 추계학술대회

	발 표 제 목	발 표 자
1	관리의사 역할제고를 위한 보건소업무에 대한 인식, 태도, 실천도 조사	류영철(경기도 고양시 보건소 관리의사)
2	전국 보건의료원 운영실태 분석	이부옥(함안군 보건의료원장)
3	‘95 통합시군보건소모형에 대한 소고	이종주(대천시 보건소장)

◆ 1995. 10. 대한예방의학회 추계학술대회

	발 표 제 목	발 표 자
1	경상남도 도시보건소 예산운용실태 및 개선 방안에 관한 연구	유영권(경남 사천시보건소 삼천포출장소장)
2	경주시 지역보건의료계획	김미경(경주시보건소 의무과장)
3	광명시 상병, 사망, 의료이용도 지표조사	박찬병(광명시 보건소장)
4	광주지역 일부 노인들의 건강진단 실시 이후 의 추후관리 실태	박 향(광주시 서구관리 의사)

5	구리시 보건의료체계 및 보건사업 개발에 관한 연구	김혜경(구리시 보건소장)
6	농촌형 보건지소를 기반으로 한 건강증진 프로그램 개발	허 목(창원시 보건소 의무과장)
7	부산시 보건소 건강증진사업과 만성퇴행성질환 관리사업의 개선방안	김정하(부산시 사하구보건소 관리의사)
8	지역보건관리에 있어서 지방자치조례의 역할과 개선안	정영원(전주시 완산구 보건소장)

◆ 1996. 10. 대한예방의학회 추계학술대회

	발 표 제 목	발 표 자
1	노인성 치매환자를 위한 낮병동 운영방안	박찬병(광명시 보건소장)
2	건강증진센터 운영방안	정은경(구리시 관리의사)
3	지역사회 치매 및 중풍환자를 위한 이동목욕 사업 평가	양병국(연천군 보건의료원장)
4	공중보건역사의 역할인식, 직무만족도 및 업무충실도에 관한 연구	황병훈(울산시 울주군 보건소장)
5	지역보건의료계획 등을 위한 지역사회진단의 사례	박형철(광주시 동구 보건소장)

3) 책자발간

(1) 지역보건관리자 지침서

- . 재원 : 한국 MSD
- . 내용 : 보건소장 등의 지역보건관리자를 대상으로 하는 지침서
- . 저자 : 김찬호 수원시 권선구 보건소장 외 6인

(2) 지역보건의료

- . 발간 목적
 - 1) 역사지 : 지보의 활동기록
 - 2) 학술지, 정보지 : 연구, 활동, 사업 발표
 - 3) 문예지, 회업무의 보고서 : 회원의 대화(교류)의 장
- . 발행일자 : 창간호 1996. 1. 27. 발행 지금까지 통권 제3호 발행
- . 성격 : 지보의 회지로서 종합지 성격

<보건소의 미래 발전방향>



1. 인구구조와 질병양상의 변화

인구구조의 변화	질병양상의 변화		
노인인구비율		유병율/천명 (1985 ->1992)	사망율/10만명 (1985->1990->1995)
1995년 -> 5.7% 2020년 -> 12.5%	감염성 질환	3.4 -> 2.5	23.2 -> 15.7 -> 11.6
노인부양비	만성 퇴행성질환	순환기계질환 32.2 -> 57.3 악성신생물 2.3 -> 3.3 내분비장애 12.6 -> 20.3	뇌졸중 76.6 -> 75.7 -> 79.7 암 85.9 -> 110.4 -> 112.1
1995년 -> 8.0 2020년 -> 17.5	과 제		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 질병예방, 건강증진을 위한 조직체계로의 구조개편 2. 만성퇴행성질환의 예방과 관리체계 및 건강증진사업의 개발 3. 노인보건사업 및 재가노인보건사업, 노인요양시설의 모델개발 및 확충 			

2. 세계화·지방화

경제와 무역을 중심으로한 새로운 세계질서	경쟁력있는 지방이 직접 세계를 상대
경쟁력 향상을 위한 행정개혁의 기본방향과 특징	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 행정의 비효율성과 불공정성을 줄이기 위한 행정관리에서 행정경영으로의 전환 2. 민간부문의 활성화 및 각종행정규제의 완화 3. 지방자치의 강화 	
보건분야의 세계화 과제	보건분야의 지방화 과제
<ol style="list-style-type: none"> 1. 효율성과 경쟁력향상을 위한 기구의 간소화, 조직의 유연성 확보 2. 민간부문과 공공부문의 역할분담 및 민간부문의 활성화를 위한 촉진자, 조정자로서의 역할수행 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 지역특수성에 기초한 보건기획과 기획과정에서의 시민참여 2. 주민의 욕구·삶에 밀착된 보건사업 개발 3. 지역보건사업 및 지역공동체에의 시민참여 방안 개발

3. 정보화

정보통신혁명에 따른 시간과 공간의 압축을 통한 쌍방향적 통신시대
지식과 정보에로의 부의 원천의 변화 따른 국가발전전략 변화
보건분야 정보전략과제
<ol style="list-style-type: none"> 1. 보건정보의 전산화 2. 정보네트워크 형성으로 주민과의 쌍방향적 정보교환체계의 형성 3. 인간자원에 대한 보존·관리·재생산 전략의 수립과 개별인간의 질적 측면을 발전시키기 위한 서비스개발 4. 보건소직원의 자질향상을 위한 교육체계의 개발과 운영

4. 지구환경에 대한 관심의 증대와 생명존중의식의 확대

무분별한 개발로 인한 생태계의 파괴로 생명의 존립자체가 위협받는 심각한 사태초래
위기의식의 확대 및 삶과 생명가치에 대한 열망 증폭
1992년「 리우 회의 」 1. “지속가능한 개발”의 이념을 천명하고 개발과 보존의 조화를 역설 2. 환경보존을 위한 국가환경계획인 “의제21”을 작성, 실행할 것을 각국에 권고
보건분야 과제
<ul style="list-style-type: none"> 1. 환경관련부서와의 유기적연계체계와 협력방안 마련 2. 환경성 질환에 대한 대책마련 3. 쾌적한 생태환경조성 4. 건강친화적, 생명의 가치를 존중하는 건강도시 만들기

지방보건행정분야의 발전과제들이 바람직한 방향으로 해결된 미래의 보건소
1. 보건사업의 내용은 노인보건사업과 건강증진사업이 추가 될것이다.
2. 지식과 정보를 생산하는 인간의 자질에 대한 관심과 생명존중의식의 확대에 의하여 보건 분야에 대한 우선순위와 투자가 증대될 것이다.
3. 세계화시대의 경쟁력확보를 위한 보건행정분야의 개혁이 진행되어 유연하고 탄력적인 형태의 조직과 인력구조가 될것이다.
4. 민간부문과의 역할분담을 통하여 직접서비스를 제공하기보다는 민간부문의 활성화시키고 조정하는 역할을 할것이다.
5. 지방화시대가 가속화되어 시민들의 지역공동체와 지역보건문제에 대한 관심과 참여가 증가할것이다.
6. 쾌적한 환경, 건강한 생활을 누리기 위한 사람들의 욕구를 충족시키기 위하여 관련된 부서와의 수평적인 연계와 협력이 활성화 될것이다.

방문 보건 사업

- ◀ **사업목적** : 거동불능한 지역주민을 대상으로 직접 방문하여 보건의료서비스 제공
- ◀ **사업인력** : 가족보건계/방문간호계, 보건지소 지역담당인력, 보건진료소 보건진료원
- ◀ **사업내용** : - **거동 불능자 방문 간호** : 물리치료, 운동요법, 언어훈련실시, 욕창예방 간호, 개인위생지도, 재활 물품대여, 가족 교육실시, 전문기관의뢰
- **무의탁 독거노인 건강관리** :혈압측정, 기초건강 점검, 질병유증상자 관리
- **성인병(당뇨, 고혈압) 환자관리** : 정기적 투약 확인, 합병증방지 교육 등
- **경노당 방문 건강관리** :건강 점검 및 상담
- **생활 보호 대상자 중 질병 보유자 방문진료 및 투약, 생활상담실시**

정신 보건 사업

- ◀ **사업목적**
 - 지역사회내 정신질환자를 대상으로 치료 및 재활간호 서비스를 제공하여 환자와 그 가족들에게 건강관리 능력을 유지·증진시킴으로써 삶의 질 향상
 - 정신질환자 발견, 치료 및 등록관리 할 수 있는 지역 정신보건 사업체계를 구축하고 지역사회 중재를 통해 정신질환자를 지역사회로 복귀시킴으로써 재활을 가능케 함
- ◀ **사업인력** : 정신과 전문의(외부인력), 정신보건 사회복지사, 보건소 인력, 자원봉사자
- ◀ **사업내용**:- **등록 및 평가**
 - **주간보호소** ; 지역사회 적응과 재활을 돕기 위한 다양한 정신 사회 재활 프로그램
 - **가정방문** ; 가정 방문을 통하여 사회 생활 기술을 학습할 수 있는 기회를 제공
 - **사례관리** ; 등록된 회원을 대상으로 개별적인 접근을 통해 회원과 가족, 그리고 치료자가 함께 재활목표를 설정하여 회원의 지역사회에서의 적응을 도움

노인 보건 사업

- ◀ **사업목적** : 65세이상 노인을 대상으로 하며, 특히 고위험군인 65세 노인중 혼자 살고 있거나 일상생활 수행에 장애가 있는 노인, 일상생활에 장애가 있는 중증이상의 환자를 대상으로 포괄적인 보건의료 서비스를 제공

- ◀ **사업인력** : 보건소 인력, 자원봉사자, 민간의료기관 후원 등
- ◀ **사업내용** : - **방문보건사업** : 거동불능자, 장애인, 독거노인을 대상으로 방문순회진료, 이동목욕
 - **재활사업** : 재활장비의 확보로 재활서비스를 제공 (의사회, 약사회 등의 협조유도)
 - **질병예방과 건강증진** : 노인건강진단자료를 확보해서 이상자 관리, 보건교육을 통하여 자율적인 건강관리 실천유도, 예방접종, 영양교육과 영양교실, 노인체조보급
 - **노인자치단체(노인정) 활성화로 보건교육, 순회진료 등**

한방 진료 사업

- ◀ **사업목적** : 저소득층 및 노인 건강 관리를 위하여 양방의 기능을 보완하여 한방으로 주민의 건강 증진 및 건강 관리에 만전을 기하고자 함
- ◀ **사업인력** : 한의사(1명 ; 일용직), 간호사(2)
또는 관내 한의사회 회원들이 자원 봉사로 실시
- ◀ **사업내용** : **한방진료내용** - 침, 적외선, 전침, TENS, ICT, 한약(과립제, 산제, 환제) 등
- ◀ **보건소 한방진료실설치 현황** : 서울시(서초구, 강남구, 중구, 강서구, 강동구, 관악구), 경기도(안양시 동안구, 만안구, 안산시, 군포시, 과천시), 인천시(부평구, 남구), 강원도(화천보건의료원, 영월군, 춘성군, 인제군), 충남 공주시, 전북(순창군 보건의료원, 장수군), 광주시 북구, 경북 영양군, 경남 진주시, 부산시(연제구, 남구, 강서구, 금정구), 제주도 북제주군 보건소

체력측정 및 운동처방실 운영

- ◀ **사업목적** : 과학적인 체력측정과 정확한 운동량을 처방하고 운동을 생활화하여 만성 퇴행성 질환을 예방하고 지역 주민의 건강 요구도를 파악하여 지속적인 예방증진 서비스를 제공함으로써 건강위험요인 및 질병의 조기 발견, 관리를 통한 건강 유지증진을 도모하고자 함
- ◀ **사업인력** : 체력 측정 요원(운동처방사, 기타), 간호사, **상담인력** : 의사, 영양사, 운동처방사
- ◀ **사업내용** : - **건강평가**
기본검진 ; 건강생활조사, 체위측정, 체력측정, 선택검사 ; 병리검사
- **건강상담, 운동상담, 영양상담 등 건강생활지도**
- **등록 평가**
- ◀ **설치현황** : 서울시 성북구, 양천구, 구로구, 경기도 구리시, 강원도 양양군, 인제군 등

건강진단 사업

- ◀ **사업목적** : 지역 주민의 질병 예방과 질병의 조기 발견, 조기 치료, 만성 질환의 관리를 위해 건강 진단 실시
- ◀ **사업인력** : 의사, 간호사, 임상병리사, 방사선사, 행정직 등
- ◀ **사업내용** : - 대상 : 저소득층이나 지역 주민 대상
의료보험 피부양자 성인병검진 대상자 등 다양
- 검진내용 : 일반 혈액 검사, 간기능 검사, 소변검사, 혈청검사, 방사선검사, 위투시 검사, 골밀도검사, 암표식자검사, 심전도, 안저 검사 등 보건소마다 다양
- ◀ **사업현황** : 서울시 성동구, 구로구, 경기도 과천시 등 전국 많은 보건소에서 실시하고 있음

영양 사업

- ◀ **사업목적** : 지역 주민의 질병 예방과 질병의 조기 발견, 조기 치료, 만성 질환의 관리를 위해 건강 진단 실시
- ◀ **사업인력** : 영양사 등, 식품영양학과 학생 자원봉사 활용
- ◀ **사업내용**
 - **영양상담실 운영** : 만성퇴행성질환자 식이요법지도, 임산부, 영유아, 노인 영양지도
 - **소아비만캠프** : 비만아동을 대상으로 비만관리를 위한 영양교육, 운동방법지도 등
 - **조리실습** : 영유아 이유식 조리실습, 당뇨부패, 저염식 저지방식 건강요리 실습

구강보건사업

- ◀ **사업목적** : 구강보건교육 등 다양한 구강보건 예방사업을 통해 구강질환을 예방
- ◀ **사업인력** : 치과위생사, 치과의사, 양호교사 등
- ◀ **사업내용**
 - **구강보건실운영** : 구강보건교육, 잇솔질교육 및 실습, 치실 사용법지도 등
 - **학교구강보건실운영** : 학생을 대상으로 구강진단, 잇솔질 및 치실 사용법지도, 치석제거술, 치아홈메우기 등
 - **불소용액양치사업** : 초등학생을 대상으로 일주일에 1회씩 불소용액양치로 치아우식증예방

- 치아홈메우기사업
- 상수도불소화사업

보건소 전산화사업

- ◀ **사업목적** : 보건정보의 구축 및 관리를 통하여 효율적 보건행정과 대민서비스의 다양화
- ◀ **사업인력** : 보건소 전직원 참여
- ◀ **전산화내용**
 - **보건행정부문** : 일반진료 및 보험청구, 제증명발급, 보건통계
 - **보건사업부문** : 모자보건, 가족계획, 방문보건사업
 - **예방의약부문** : 급성전염병관리, 예방접종, 성병, 결핵, 에이즈 관리, 수질관리
 - **의료검사부문** : 임상검사결과 관리 및 안내, 방사선 검사결과 관리 및 안내
- ◀ **전산화 현황** : 시범 전산화 사업 보건소 - 수원시 권선구, 장안구, 팔달구, 용인시, 가평군

지보의

■ 회무보고

회 무 보 고

Ⅲ. 지보의, 1997년도 경과보고

(1) 1997년 2월 22일 : 97년도 제1차 정기총회(대전시유성구 알프스 관광호텔)

1) 특별강연

- 지역사회진단을 위한 표본조사와 자료분석의 실제

한신대 한근식 교수

- 보건의료와 법

신현호 변호사

2) 정기총회 주요토의내용

96년도 회무 및 결산

회칙개정(회비, 기획부서 운영 등)

지역보건 Forum 문제

지역 지보의 소식

지보의 P.C. 통신 활용 방안 등

(2) 1997년 9월 27일 : 97년도 제2차 정기총회(서울 교육문화회관 3003호 회의장)

1) 특별강연

- 공직의사의 임무와 역할

연세대학교 예방의학교실 손명세 교수

- 보건복지사무소에서의 경험

보건사회연구원 이현송 박사

2) 주요토의 내용

보건소운영과 보건사업에 대한 조례 및 준칙

회원대상 설문조사 결과

추계 예방의학회 준비 등

(3) 1997년 10월 6일 : 추계 예방의학회 준비실무팀 모임(성동구 보건소)

◦ 준비내용

- 창립 50주년 예방의학회 기념 : 보건소의 역사(과거, 현재와 미래)에 대한 포스터 전시(포스터 : 2m10 X 1m50, 3개)

(4) 1997년 10월 28일~31일 :

97년 추계 예방의학회 및 보건행정학회(강원도 용평리조트 타워콘도 대회의실)

- 보건소의 역사(과거, 현재와 미래)에 대한 포스터 전시
- 새로운 보건사업의 실천전략(건강증진, 방문보건, 노인보건, 정신보건 등)에 관한 심포지움을 통해 보건소의 사업발표

IV. 지보의, 1998년도 경과보고

(1) 1998년 2월 14일 : 98년도 제1차 정기총회(광주광역시 무등산 관광호텔)

1) 특별강연

- A Framework for The Prevention of Noncommunicable Diseases Through Health Promotion : 조선의대 예방의학교실 김기순 교수
- Management in Health Care : 경기도 보건과 윤배중 과장
- 보건소 기능 활성화를 위한 제도개선 : 보건복지부 이종구 과장

2) 각지역 보건사업 사례발표

- 한방운영, 이동검진차량운영: 황혜경(전주시보건소 의무과장)
- 의정부시 지역사회 정신보건사업 계획서 : 이홍제 (의정부시보건소장)
- 임상사회진단 사례발표 : 안문영(청송군보건의료원장)
- 통합보건지소 설치운영 현황 : 문형도(산청군보건의료원장)

3) 임원담 선출

- 함유식 2대 회장 이임사
- 2대회장 주제 하에 3대 회장과 감사 선출후 신임회장의 추천에 의해 임원 선출
회장 : 황민홍(전남강진), 학회파견이사 : 윤배중(예방의학회, 경기도청),
감사 : 박찬병(경기광명)/이홍재(경기의정부),
부회장 : 김진삼(경남김해)/김은미(편집부장 겸임, 경기하남),
학술부장 : 안문영(경북청송), 총무 : 문강(전남완도), 부총무 : 박향(광주서구)

4) 토의된 내용

- 회칙개정 : 부회장을 2인으로 하고 회장과 감사만 총회에서 선출하고 다른 임원은 회장이 추천하여 운영위원회(또는 총회)의 승인을 받도록 함
- 대의원 선출 : 98년 1차 운영위원회 소집(3월 14일 예정)전 까지 선정하여 회장단에게 보고
- 인터넷과 피시통신 : 통신관리전담자(함양의 이성진 선생 등)선정 -> 지역보건의료계획서 작성에 필요한 정보교환(우수지역보건의료계획서 등)등 각종 지역보건관련 자료의 접근도 및 활용도 향상도모
- 회비 : 납부율 향상을 위해 노력(자동이체 활용)
- 회원명부 : 일제정리 및 운영위원 비상연락망 구축
- 소식지 발행 : 회장단이 월 1회 이상 각 지역과 연락, 격월에 1회이상 발행
- 지보의 중장기 주요과제 선정작업 : 선정소위원회 구성이 제의됨
- 98년 주요사업계획서 : 회장단에서 작성하여 운영위에 보고

(2) 1998년 3월 14일 : 98년도 제1차 운영위원회(지리산프라자호텔)

1) 주요내용

- 신임회장단과 각 지역대의원 상견례
- 총회에서 개정발의된 회칙 심의결정
- 회원명부정리, 운영위원회연락망 구축
- 회비납부 : 각 지역대의원이 취합후 자동이체
- 인터넷과 피시통신 활용 : 지보의 홈페이지(www://chollian.net/~drjibo)
- 소식지 발행 : 격월발행(회무진행상황, 각지역동향, 회원의 애경사, 국내외소식 등)
- 지보의 중장기과제선정 소위구성
- 회지(지역보건의료)발행계획 : 년2회 발간
- 학술활동 : 보건행정학회, 예방의학회, 농촌의학회등 관련학회 참여강화, 년 1회 전국 지보의 자체세미나개최를 검토
- 운영위원회 정례화 : 총회후 1개월이내, 상반기 보건행정학회개최전 1개월이내, 하반기 예방의학회(또는 보건행정학회) 개최전 1개월 이내, 최소 년 3회이상
- 지역보건의료계획서 작성수준 향상방안
- 기타(시국현안 등)

(3) 1998년 5월 18일 : 지보의 소식지 98년 1호(창간호) 발간

- 전국소식

지보의 중장기과제선정소위 위원, 회지편집위원명단, 관련교수님 동정 등
인터넷에 지보의 홈페이지 개설 : <http://soback.cornet.nm.kr/~cocap/>

- 지역소식

경기도 윤배중 보건과장 보건복지국장 승진 및 김찬호 소장 보건과장으로 입성 등

- 공지사항

(4) 1998년 5월 30일 : 98년도 제2차 운영위원회(서울 송실대 사회복지관)

1) 주요내용

- 지보의 중장기 과제 선정 소위의 중간결과 보고 : 안문영 학술부장

- 지보의 학술활동 : 청송군보건의료원 안문영 학술부장

- 인터넷활용 현황 및 발전방향 : 이성진 정보통신부장

- 지방보건행정조직개편방향

◦ 책임경영행정기관제도에 대해 : 서울대학교 의료관리학교실 김창엽교수

◦ 지방자치2기 대비 보건소 육성계획(안) : 보건복지부 이종구 과장

(5) 1998년 9월 26일 : 98년도 제3차 운영위원회(완도군 보건의료원)

1) 토의내용

- 모임의 공식화를 향한 준비작업의 구체화에 대한 토의

- 보건행정학회의 적극적인 참여 거론

- 대한의사협회공직분과 설치건의에 대해 논의

- 읍면동사무소의 community center화 할 때 보건업무 참여범위에 대한 논의-구체화
되지 못함

(6) 1998년 10월 29~30일 : 대한예방의학회 추계학술대회(대전리베라호텔) 참여

V. 지보의, 1999년도 경과보고

(1) 1999년 2월 27일 : 99년도 제1차 정기총회(서울 송실대 사회봉사관)

1) 초청강연

- “국민건강 2010”의 사업방향 : 보건복지부 이종구 과장

- “지역보건사업 그 꿈과 현실” : 한림의대 사회의학교실 배상수 교수

2) 연제발표

- 정신보건사업과 건강의 전화 : 서울시성동구 전해정 보건소장
- 지방행정구조조정과 민간위탁의 문제에대한 소고 : 경기도광명시 박찬병 보건소장
- 건강증진사업 : 광주광역시서구 박 향 선생

3) 토의안건

- 회무보고(98년도 주요업무보고 및 감사보고)
- “보건의료개혁의 활성화를 위한 지보의역의 역할”

(2) 1999년 4월17일 : 99년도 제1차 운영위원회(경북구미시 보건소)

1) 토의내용

- 각지역동향
- 보건소업무중 민간이전 타당사업
- 인터넷활용
- 지역보건의료학회설립
- 국민건강증진기금활용 등

(3) 1999년 7월 3일 : 지보의 중장기소위모임(울산중구보건소)

1) 토의내용

- 의약분업
- 국민의료기본법
- 공공보건의료에 관한 법률
- 2차구조조정
- Agency
- 지보의 조직정비 등

지보의

■지보의 규칙

지역보건의료발전을 위한 모임 규칙

<1994. 5. 14 제 정>
<1995. 1. 21 1차개정>
<1997. 2. 22 2차개정>
<1998. 2. 14 3차개정>

제1조 (명칭) 본 모임의 명칭은 ‘지역보건의료발전을 위한 모임’ (약칭, 지보의)이라 한다.

제2조 (목적) 본 모임은 보건의료업무를 수행하고 있는 회원들의 친선도모와 지역보건의료의 발전을 위한 연구를 통하여 국민건강증진에 기여함을 목적으로 한다.

제3조 (사업) 본 모임의 사업내용은 다음과 같으며 연간계획을 수립하여 집행한다.

1. 국가 및 지방자치단체의 보건의료 정책개발
2. 지역보건의료 사업의 개발
3. 학술대회 개최
4. 기타 본 모임의 목적에 관계되는 사업

제4조 (회원) 본 모임의 회원의 자격은 다음과 같다.

1. 보건의료업무를 수행하고 있는 의사
2. 기타 본 모임의 취지에 적극 찬동하여 총회의 의결을 거친 자

제5조 (회원의 의무) 본 모임의 회원은 각종 모임에 성실히 참여하여야 하며, 가입시에 입회비와 연회비, 모임 참가시에 참가비를 성실히 납부하여야 한다.

제6조 (임원) 본 모임의 임원에는 회장, 학회파견이사, 총무, 부총무, 학술부장, 회지편집부장 각 1인과 부회장과 감사 각 2인을 두며, 각지부에 대의원 1인을 두고 각 임원의 임기는 2년으로 한다.

1. 회장 : 회장은 총회에서 선출하며, 본 모임을 대표한다.
2. 부회장 : 부회장은 회장의 추천에 의해 총회의 승인을 받아야 하며, 회장을 보좌하고 회장의 유고시 회장의 직무를 대행한다.
3. 총무 : 총무는 회장의 추천에 의해 총회의 승인을 받아야 하며, 회장을 도와 본 모임의 실무를 담당한다.
4. 부총무 : 부총무는 총무의 추천에 의해 회장이 임명하며, 총무를 도와 본 모임의 실무를 담당한다.

5. 학술부장 : 학술부장은 회장의 추천에 의해 총회의 승인을 받아야 하며, 본 모임의 학술적인 업무를 담당한다.

6. 편집부장은 학술부장의 추천에 의해 회장이 임명하고 회지발간업무를 담당한다.

7. 감사 : 감사는 총회에서 선출하며, 매년도 회계의 결산내용을 검토하여 총회에서 보고하는 업무를 담당한다.

8. 학회관련이사 : 학회관련이사는 회장이 지명하며 (또는 운영위원회에서 선출하며), 본 모임을 대표하여 각 관련학회의 이사가 되며 학외와의 연락 및 공직의를 대변하는 업무를 담당한다.

9. 대의원 : 각 대의원은 각 지부의 다수의 추천에 의하여 회장이 임명 하며, 지부를 대표하는 업무를 담당한다.

제7조 (운영위원) 운영위원은 회장단과 각 지역대의원 및 전임회장으로 한다.

제8조 (자문교수) 본 모임의 학술적인 도움을 받기 위하여 총회의 의결을 거쳐 자문교수를 둔다.

제9조 (회의) 본 모임의 회의는 정기총회, 임시총회, 운영위원회가 있다.

1. 정기총회 : 정기총회는 매년 1월중에 1회 개최한다.

2. 임시총회 : 임시총회는 회장이나 대의원의 1/3의 발의에 의하여 개최한다.

3. 운영위원회 : 운영위원회는 회장이 소집하며 임원과 대의원이 참석하여 총회에서 의결한 세부사항, 위임사항 및 긴급을 요하는 사항을 결정한다.

제10조 (의결) 중요한 사항은 회원의 1/3이상의 참석에 1/2이상의 찬성으로 의결한다.

제11조 (제정) 본 모임의 입회비, 연회비, 참가비, 기타 기부금으로 충당한다.

제12조 (결산보고) 감사는 정기총회시에 전년도 결산내용을 검토한 후 회원들에게 보고하여야 한다.

부 칙

제1조 본 규칙에 포함되지 않은 내용은 일반관례에 준한다.

제2조 본 규칙은 총회의 의결과 동시에 효력을 발생한다.

제3조 입회비는 10만원, 연회비는 10만원, 참가비는 실비에 준한다.

■지보의 규칙

<1994. 5. 14 제 정>
<1995. 1. 21 1차개정>
<1997. 2. 22 2차개정>

제1조 (명칭) 본 모임의 명칭은 ‘지역보건의료발전을 위한 모임’ (약칭, 지보의)이라 한다.

제2조 (목적) 본 모임은 보건의료업무를 수행하고 있는 회원들의 친선도모와 지역보건의료의 발전을 위한 연구를 통하여 국민건강증진에 기여함을 목적으로 한다.

제3조 (사업) 본 모임의 사업내용은 다음과 같으며 연간계획을 수립하여 집행한다.

1. 국가 및 지방자치단체의 보건의료 정책개발
2. 지역보건의료 사업의 개발
3. 학술대회 개최
4. 기타 본 모임의 목적에 관계되는 사업

제4조 (회원) 본 모임의 회원의 자격은 다음과 같다.

1. 보건의료업무를 수행하고 있는 의사
2. 기타 본 모임의 취지에 적극 찬동하여 총회의 의결을 거친 자

제5조 (회원의 의무) 본 모임의 회원은 각종 모임에 성실히 참여하여야 하며, 가입시에 입회비와 연회비, 모임 참가시에 참가비를 성실히 납부하여야 한다.

제6조 (임원) 본 모임의 임원에는 회장, 부회장, 총무, 부총무, 학술부장 각 1인과 감사 2인 및 학회파견이사 1인을 두며, 각지부에 대의원 1인을 두고 각 임원의 임기는 2년으로 한다.

1. 회장 : 회장은 총회에서 선출하며, 본 모임을 대표한다.
2. 부회장 : 부회장은 총회에서 선출하며, 회장을 보좌하고 회장의 유고시 회장의 직무를 대행한다.
3. 총무 : 총무는 회장의 추천에 의해 총회의 승인을 받아야 하며, 회장을 도와 본 모임의 실무를 담당한다.
4. 부총무 : 부총무는 총무의 추천에 의해 회장이 임명하며, 총무를 도와 본 모임의 실무를 담당한다.
5. 학술부장 : 학술부장은 총회에서 선출하며, 본 모임의 학술적인 업무를 담당한다.
6. 감사 : 감사는 총회에서 선출하며, 매년도 회계의 결산내용을 검토하여 총회에서 보고하는 업무를 담당한다.
7. 학회파견이사 : 학회파견이사는 총회에서 선출하며, 본 모임을 대표하여 대한예방의학회의 당연직 이사가 되며 학외와의 연락 및 공직의를 대변하는 업무를 담당한다.

8. 대의원 : 각 대의원은 각 지부의 다수의 추천에 의하여 회장이 임명 하며, 지부를 대표하는 업무를 담당한다.

제7조 (자문교수) 본 모임의 학술적인 도움을 받기 위하여 총회의 의결을 거쳐 자문교수를 둔다.

제8조 (회의) 본 모임의 회의는 정기총회, 임시총회, 운영위원회가 있다.

1. 정기총회 : 정기총회는 매년 1월중에 1회 개최한다.

2. 임시총회 : 임시총회는 회장이나 대의원의 1/3의 발의에 의하여 개최한다.

3. 운영위원회 : 운영위원회는 회장이 소집하며 임원과 대의원이 참석하여 총회에서 의결한 세부사항, 위임사항 및 긴급을 요하는 사항을 결정한다.

제9조 (의결) 중요한 사항은 회원의 1/3이상의 참석에 1/2이상의 찬성으로 의결한다.

제10조 (제정) 본 모임의 입회비, 연회비, 참가비, 기타 기부금으로 충당한다.

제12조 (결산보고) 감사는 정기총회시에 전년도의 결산내용을 검토한 후 회원들에게 보고하여야 한다.

부 칙

제1조 본 규칙에 포함되지 않은 내용은 일반관례에 준한다.

제2조 본 규칙은 총회의 의결과 동시에 효력을 발생한다.

제3조 입회비는 10만원, 연회비는 10만원, 참가비는 실비에 준한다.

지보의

지역보건의료발전을 위한 모임 조직표

<1998년 2월 현재>

