보건진료원의

보건·복지서비스 실태분석

연세대학교 보건대학원
지역사회간호학과
장 봉 희

보건진료원의
보건·복지서비스 실태파악

지도 고 일 선 교수

이 논문을 보건학석사학위 논문으로 제출함

2004년 6월 일

연세대학교 보건대학원
지역사회간호학과
장 봉 희

감사의 글

주어진 나의 일에 정신없이 달려오다 문득 스쳐지나가는 나의 삶에 지금까지 누려왔던 시간을 나를 필요로 하는 사람들께 돌아가기 위해 재투자해야 한다는 생각에 때늦은 공부의 힘겨움으로 힘들어하는 나에게 항상 활짝 핀 웃음으로 칭찬과 격려로 회답을 주시는 고일선 교수님, 보건진료원 대모이신 조원정교수님, 김진순교수님께 깊은 감사를 드립니다.

지역주민의 삶의 질의 향상에 몰두하시면서 , 도시화된 시 지역에서 노인과 소외계층을 위해 보건진료소의 필요성을 인식하시고 항상 격려을 잊지 아니하시는 시흥시장님을 비롯한 모든 분께 또한 시의회장님을 비롯한 모든 시의원님께 깊은 감사를 드립니다.

공부를 끝까지 무사히 마치게 크나큰 도움을 주셨던 김태민 운영협의회장님과 사모님, 마을건강원 회장님을 비롯한 모든 회원님들 이 아니었다면 일과 공부를 병행 하는게 힘들어 중도에 포기 하였을 것입니다. 또한 지역주민의 건강증진에 열정이 넘치시는 민한근, 안병윤, 조진열, 김남홍 운영협의회장님, 진료소장님들 정말 감사합니다.

제가 공부를 끝까지 마칠 수 있는 것은 여러분들과 죽율동 지역주민의 힘 입니다.

사랑합니다.

끝으로 나를 사랑하는 사람과 내가 사랑하는 모둔 분께 이 논문을 바치렵니다.

아들 규민아 쌍둥이 인혜, 신혜 정말 고맙다. 그리고 사랑한다.

2004년 6월

장 봉 희 올림

차 례

Ⅰ. 서 론 ····· 1
1. 연구의 필요성 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 4
3. 용어의 정의 ····· 4
4. 연구의 제한점 ····· 5

Ⅱ.문헌고찰 ····· 6
1. 보건진료원의 역할 ····· 6
2. 보건진료원의 보건서비스 ····· 7
3. 보건진료원의 복지서비스 ····· 10
4. 보건·복지 통합서비스 ····· 14

Ⅲ. 연구방법 ····· 20
1. 연구 설계 ····· 20
2. 연구 대상 ····· 20
3. 연구 도구 ····· 20
4. 자료수집 기간 및 방법 ····· 21
5. 자료 분석방법 ····· 21

Ⅳ. 연구결과 ····· 22
1. 보건진료원의 일반적 특성 ····· 22
2. 보건진료원이 수행하는 보건서비스 ····· 29
3. 보건진료원이 수행하는 복지서비스 ····· 36

Ⅴ. 고 찰 ····· 42

Ⅵ. 결론 및 제언 ····· 47

참고문헌 ····· 50
영문초록 ····· 62

표 차 례

〈표 1〉 대상자의 인구사회학적 특성 ····· 23
〈표 2〉 보건진료원의 담당지역의 지역적 특성 ····· 25
〈표 3〉 보건진료원의 업무관련 특성 ····· 28
〈표 4〉 보건진료원이 수행하는 보건서비스 ····· 30
〈표 5〉 지역주민, 보건진료원이 필요하다고 인지하는 보건서비스 ····· 31
〈표 6〉 보건진료원의 인구사회학적 특성과 보건서비스와의 관계 ····· 33
〈표 7〉 보건진료원의 지역적 특성과 보건서비스와의 관계 ··· 34
〈표 8〉 보건진료원이 수행하는 특수사업 ····· 35
〈표 9〉 보건진료원이 수행하는 복지서비스 ····· 37
〈표10〉 보건진료원의 인구사회학적 특성과 복지서비스와의 관계 ····· 39
〈표11〉 보건진료원의 지역적 특성과 복지서비스와의 관계 ····· 40
〈표12〉 보건진료원이 인식하는 복지서비스에 대한 지역주민의 만족도 ····· 40
〈표13〉 보건진료원이 인식하는 복지서비스에 대한 불만족 이유 ····· 41

국문초록

보건진료소는 우리나라 공공보건사업조직의 최 말단에 위치하고 있으면서 일차보건의료의 접근전략에 따라 적은 예산으로 운영되고 있으면서 보건사업의 비용 효과 측면에서 경제성이 높은 것으로 보고 되고 있다. 변화하는 지역주민요구에 대응하기 위하여 향후 보건진료원에게 요구되는 보건 및 복지서비스의 통합 방안을 제시할 수 있는 기초 자료를 제공하고자, 보건진료원들이 수행하고 있는 보건과 복지서비스 내용을 파악한 서술적 조사연구이다.

연구대상은 경기도 지역에 있는 보건진료원을 전수 160명중 사전조사에 참여한 15명을 제외한 145명으로 하였다. 자료수집은 연구자에 의해 개발된 설문지를 가지고, 2004년 4월 12일에서 5월 4일까지 우편 및 팩스로 통해 이루어졌으며, 71부가 회수 되여 분석에 사용되었다. 보건진료원의 일반적 특성, 보건·복지서비스 실태를 빈도 및 백분율, 보건진료원 일반적 특성과 보건·복지서비스와의 관계는 chi-square 검정으로 분석하였다.

1. 보건진료원의 인구사회학적 특성으로 연령은 41-50세가 50.7%로 가장 많았으며, 소지하고 있는 면허종별로는 양호교사가 64.8%로 가장 많았고, 보건진료원의 경력은 16-20년이 42.3%로 가장 많았다.

2. 보건진료원의 지역적 특성으로 행정관할인구수는 평균 3,475명이고, 실

제적 관리인구수는 평균 1,532명 이었고, 보건진료원이 인식하는 적정관리 인구수로는 평균 1,278명이었다. 운영협의회 협력정도에서는 보건진료원이 69%가 높다고 응답하였으며, 마을건강원협력정도도 보건진료원이 70.4%가 높다고 응답하였다.

3. 보건진료원의 업무관련특성으로는 내소자들의 주요 건강문제는 감기, 고혈압, 관절염, 이었고, 월평균 일차진료 건수는 283명 이었고, 가정방문 건수는 월평균 35건수 이었다.

4. 보건진료원이 수행하는 보건서비스중 95%이상의 보건진료원이 수행하는 서비스는 방문간호, 건강상담, 보건교육, 노인정방문이었고, 80%이상 수행하는 서비스는 건강검진, 정서적서비스, 가족문제 상담, 자원에 대한정보제공, 자녀교육문제상담으로 나타났으며, 이동목욕서비스, 호스피스간호, 한방서비스는 20%미만의 보건진료원이 수행하고 있었다. 또한 주민들이 가장 필요로 하다고 인식하는 서비스는 일차진료이며, 보건진료원이 지역주민에게 가장 필요하다고 인식하는 서비스는 건강증진관련서비스로 나타났다.

5. 복지서비스에서는 20%이상의 보건진료원이 직접수행하는 가사서비스, 거동불편자외출동행, 자원봉사자파견, 후원물품지급, 사회복지관련기관의뢰이었다. 타기관연계서비스로 20%이상 보건진료원이 수행하는 서비스는 식사 및 밑반찬서비스, 가사서비스, 거동불편자외출동행,이미용서비스제공,후원물품지급,사회복지관련기관의뢰,주택개조도움이었다.

이상의 결과에서 보건진료소는 공공기관으로서 주민의 일차적인 서비스창구에서 보건과 복지를 함께 해결할 수 있는 기관이다.
경제적 지원과 인력이 보충되면서 노령인구와 취약계층을 위한 프로그램을 개발하고, 지역별 특성을 고려한 사업을 방문보건 및 지역주민 관리체제 중심으로 보건기관 및 만간의료기관으로부터 기타 보건서비스를 제공받고, 공공기관 및 민간기관에서 훈련된 자원봉사자들을 활용하고, 사회복지기관에 의뢰 및 연계하여 보건·복지서비스를 제공하는 관리자로서의 방안을 제안 한다.

핵심되는 말 : 보건진료원, 보건·복지서비스

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

보건진료원 제도를 도입할 당시 농어촌 주민은 보건서비스를 균등하게 제공받지 못할 뿐만 아니라 건강 문제를 가진 경우 이를 해결하기 위하여 이용할만한 자원이 부족하였다. 보건진료원 제도는 일차보건의료를 통한, 의료취약지역의 보건의료욕구충족이라는 사회적 필요성에 따라 시작된 하나의 보건의료사업으로, 보건진료원은 농어촌 등 취약의료지역에서 개인, 집단, 지역사회의 건강을 유지하고 보건의료를 효율적으로 제공하며 의료행위가 허용된 지역사회에서 일차보건의료를 담당해왔다(조원정등,1988). 보건진료소는 보건소 및 보건지소와 같은 보건조직으로, 가장 최일선에 위치하는데, 보건진료소에 근무하는 보건진료원은 일차보건의료의 가장 중요한 가치체계인 자발성, 형평성 논리에 입각하여 주민과 함께 살면서 오벽지 주민에 대한 포괄적인 건강문제를 관리하고 있다. 따라서 보건진료소는 그 지역사회 내에서는 보건조직 이상의 의미가 있다(김진순,1994).

보건진료원은 관할대상주민에게 일차보건의료 서비스 요소인 질병예방, 건강증진, 재활간호, 가족단위상담 및 가족에 관련된 문제를 해결하기 위한 방안을 모색하고 지역의 모든 일에 같이 참여하면서 일차진료와 함께 복지서비스를 통합해서 제공하여야 함에도 불구하고 진료업무에 치중하고 있는 것으로 지적되고 있다.

이태화와 고일선(2001)의 연구에서도 보건진료원 활동 우선순위가 진료사

업 50%, 건강증진사업 20% 순으로 분석되었고, 유영숙(2000)의 연구에서도 보건진료소에서 가장 비중을 두는 업무는 일차진료 55.9%, 건강증진관리 28.2% 순으로 나타났다. 지역주민 역시 보건진료원이 제공하여야할 가장 필요한 업무로 진료업무 57.7%, 보건교육 31.4% 순으로 인식 하고 있었다.(김철우,2002)

위와 같이 일차진료 중심으로 사업을 하는 요인을 살펴보면 보건진료원이 관리하고 있는 관할주민들은 취약계층인 저소득층 주민과 노인인구로 구성되였기 때문이다.

그러나 20여년이 지나는 동안 사회경제적 발전에 따른 보건환경도 많은 변화를 가져오고, 지역주민의 건강요구도 역시 건강증진에 대한 인식이 높아져가고 있다. 이런 변화 속에서 취약계층인 저 소득층 대상자와 노인층은 보건과 복지서비스에 대한 욕구를 동시에 갖고 있어, 효율적으로 통합서비스를 제공할 수 있어야 한다.

그래서 보건과 복지의 문제를 가지고 있는 대상자들의 문제 해결방안으로 보건소의 보건의료 전문직과 복지기관의 전문직들이 상호연계, 협력하려는 시도로 보건복지사무소(1995.7-1999.7) 사업을 시범 실시한 바 있었다. 시범사업에서 보여준 보건, 복지서비스 행정의 통합 노력은 우리나라의 행정 현실을 고려하지 않은 무리한 통합이었고, 통합이전에 확고히 해야 할 근본적인 문제들이 간과되었음을 보여주었다. 따라서 우리나라의 보건·복지서비스 통합방향은 양 부문의 무리한 조직통합 보다는 우리나라 현실에 적합한 실제적인 통합방안이 모색되어야 함을 시사하고 있다(박미숙,2001). 시범사업이 남긴 문제점으로 첫째 대상자에 대한 정보취득이 어렵고, 방문에 따른 비효율성(방문가구수, 방문시간, 방문거리)과 방문 하였을 때 진

료권과 투약권이 없는 방문자가 제공할 수 있는 서비스의 한계와 방문자의 신변안전 문제등도 있었다(1999,현대정치경제연구소).

이러한 보건과 복지부문에서 각각의 변화에 대한 요구를 배경으로 하여 의료취약계층인 지역주민들에게 보건·복지 서비스를 포괄적으로 제공할 수 있는 기관으로 보건진료소를 육성한다면 공공성이 강조되는 새로운 보건·복지수요를 충족시킬 수 있을 것이다.

시대가 변하고 특히 경기도지역은 농어촌이 개발이 되면서 도시화로 변모되여 가고 있는 시점에 보건진료원도 스스로 변화되는 지역주민요구에 부응하는 사업으로 보건·복지사업을 수행하고 있고, 오랫동안 한 지역에서 근무하고 있어, 그 지역의 요구를 발 파악할 수 있을 뿐만 아니라 지역요구를 충족시키기 위한 다양한 사업을 펼치고 있다.

이러한 측면에서 보건진료원은 보건·복지 통합서비스를 제공할 수 있는 위치에 있으므로, 보건진료원이 지역실정과 주민요구에 기초하여 제공하고 있는 보건·복지서비스의 실태를 분석 하므로서 향후 지역의 하부 보건의료체계인 보건진료소의 보건 및 복지서비스의 통합 에 기초 자료로 활용하고자 본 연구가 실시 되였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 급변하는 지역주민의 건강요구에 능동적으로 대처하고 보다 효율적으로 보건·복지사업을 보건진료원이 제공할 수 있는 방안 모색을 위한 기초 자료를 제공하는데 목적이 있다. 이를 달성하기위한 구체적 목적은 다음과 같다.

1) 보건진료원이 지역사회 주민에게 제공하고 있는 보건 서비스를 파악한다.
2) 보건진료원이 지역사회 주민에게 제공하고 있는 복지 서비스를 파악한다.

3. 용어 정의

1) 보건 서비스

보건서비스란 질병을 예방하고 치료하기 위한 각종 활동을 말한다. 본 연구에서는 가정방문, 건강상담, 건강검진등 을 포함한 총20개의 서비스를 의미한다.

2) 복지 서비스

최저한의 수준 또는 평균적인 욕구가 충족되지 않은 개인, 가족, 집단 등에 대한 여러 가지 사회 서비스를 의미한다(김상규외.1990).

본 연구에서는 식사 및 밑반찬서비스, 가사서비스, 거동불편자외출동행을 포함하여 총14개의 서비스를 의미한다.

4. 연구의 제한점

1) 일개 도를 대상으로 보건진료원의 보건 및 복지서비스를 분석하였으므로 연구 결과를 일반화 하는 데는 제한점이 있을 수 있다.

2) 보건진료원이 제공할 수 있는 복지서비스의 이론적 근거와 서비스의 범위에 대한 개념정립이 불충분한 상황에서 측정도구가 개발되었다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 보건진료원의 역할

지역주민의 건강문제를 관리하는 일차적 관문으로서의 보건진료원의 역할수행은 지역주민의 건강요구에 기초하여 건강증진 의식을 고취시키고 건강문제 해결 등 다양하고 광범위하다. 구체적인 역할은 서비스제공자, 교육자, 상담자, 의뢰자, 연구자, 평가자, 팀요원, 대변자 등으로 보건진료원의 업무는 다음 사항들을 기초로 하여 설정되었다.

첫째, 지역주민의 특성을 근거로 하여야 하고, 둘째, 지역주민의 보건의료 요구를 반영할 수 있는 포괄적인 1차 보건의료 제공 이여야 하며, 셋째, 기본적으로 가족계획, 모자보건 등 보건사업과 경미한 치료범위 내에 환자를 치료하고 의뢰하는 진료활동이 포함되어야 한다.

넷째, 보건진료원의 진료활동은 증상을 조기 발견하여 의뢰하는 것이 중요하므로 증상위주의 접근 방법이어야 한다.

이에 따라 보건진료원의 주된 업무영역은 지역사회 조직 및 개발, 사업계획 수립, 지역사회보건관리, 모자보건 및 가족계획, 통상질환관리, 사업운영관리 및 기술지도, 보건정보체계 개발 등 7개영역으로 분류될 수 있다. 이를 위한 보건진료원의 역할은 다음과 같다.

첫째, 성별, 인구별, 환경별 관할 지역사회의 특성에 따라 발생하는 보건의료 요구를 해결하는 데 적절한 치료와 예방을 포함한 기본적인 보건복지

서비스를 지속적이고 포괄적으로 지역주민에게 제공해야 한다.
둘째, 지역주민의 보건·복지요구가 무엇인지, 이 요구에 대처하기 위하여 어떤 서비스를 제공할지를 파악해야 한다.
셋째, 보건의료서비스의 지속성과 포괄성을 보장하기 위하여 일차보건의료기관으로서 필요할 때 환자를 보다 상위의 의료기관으로 의뢰, 후송하고 역 의뢰를 받아 환자를 추구 관리할 수 있도록 지역 내 의료전달체계를 구성해야한다.
넷째, 동일한 지역주민을 대상으로 하고 있는 관내 일차보건의료기관이나 관련부문의 자원들 즉 보건소나 학교양호교사, 농촌지도소, 읍, 면 동사무소의 사회복지전문요원 등의 부문간 협력과 효율적이고 포괄적인 보건·복지서비스를 제공할 수 있도록 사업상의 연계활동을 해야 한다.
다섯째, 보건진료소의 평가 등 보건진료소의 전 과정에 대해서 지역주민의 자발적인 참여를 유도하고 지역주민들의 의견을 수렴하는 활동을 해야 한다(2000,이용문).

2. 보건진료원의 보건서비스

보건진료원은 농어촌등보건의료를위한특별조치법 제 14조에 명시되어 있는 의료행위와 보건예방활동에 근거하여 보건서비스를 제공하고 있다.
의료행위로는 상병상태 판별 위한 진찰, 검사행위, 환자의 이송, 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자의 응급처치, 상병의 악화방지를 위한 처치, 만성환자의 요양 치료 및 처치, 정상분만 개조 및 가족계획을 위한 피임기구 삽입, 예방접종, 위의 의료행위에 따르는 의약

품 투여 등이 있다. 보건업무로는 환경위생 및 영양개선에 관한 업무, 질병예방에 관한 업무, 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업무, 주민의 건강에 관한 업무담당자에 대한 교육 및 지도에 관한업무, 기타 주민의 보건의료 증진에 관한 업무 로 이루어져있다.

이 같은 업무는 일차보건의료가 기반이 되며, 농촌 건강문제의 80%가 일차보건의료수준의 건강문제로 관할대상주민에게 일차보건의료 서비스요소인 질병예방, 건강증진, 일차진료와 재활복지서비스를 통합해서 제공 할 수 있는 기관임과 동시에 지역주민이 갖고 있는 각종 현안문제를 일차적으로 접촉할 수 있는 창구로서의 역할을 수행하고 있다.

현재 보건진료원이 제공하고 있는 보건서비스의 실태를 살펴보면,

이태화와 고일선(2001)의 연구에서 진료사업 50%, 건강증진사업 20%, 방문보건사업 20%, 예방사업 10%순으로 분석되었다

또한 지역주민이 보건진료원이 제공해야하는 가장 필요한 서비스라고 응답한 것으로 진료업무가 57.7%, 보건교육 31.4%, 지역사회보건정보수집이 10.9%순으로 나타났다. 또한 보건진료원의 불필요한 서비스로는 가족계획이 68.8%로 가장 높았고 결핵관리 11.1%, 영.유아보건 6.3%, 모성보건 5.6% 순으로 나타났다(김철우,2002).

보건진료원의 활동에 대한 지역주민의 만족도는 자유롭게 질문할 수 있다 93.5%, 주민들의 건강문제에 관심이 있는 것 같다 90.3%, 환자의 이야기를 잘 들어 준다 90.3%로 제시되었다(정미영,1995).

한국인구보건연구원의 보고서에 따르면 보건진료소의 투입대비효과에 있어서 의료충족, 연간의료이용, 모자보건관리, 가족계획, 예방접종, 만성질환자 관리 측면에서 순 효과가 있는 것으로 보고 되었고, 지역주민들이 보건진

료소를 많이 찾는 이유로는 거리가 가까워서 36.1%, 큰 병이 아니어서 22.6%, 효과가 좋아서 19.1% 서비스가 친절하다 9.1%순으로 나타났다(이용문,2000).

또한 건강문제 발생시에 41.5% 가 보건진료소를 제일 먼저 찾으며, 보건진료소를 이용하는 이유로는 가깝기 때문에 28.3%, 저렴해서 20.0%로 나타났다(김경자,2000).

변화하는 지역주민의 요구에 부응하기 위해 요구되는 보건진료원의 보건서비스와 관련하여서는, 일차보건의료를 운영하는데 있어서 요구되는 것은 무엇보다도 지리적, 사회적, 경제적 및 기능적 접근성이 있어야 한다. 지리적 접근성은 보편적이고 경미한 진료와 건강상담을 30분 이내에 어디서든지 받을 수 있어야 함을 뜻하므로 주민이 생활하는 거주지에서 멀리 떨어지지 않는 곳에 보건의료시설이 있어야 한다. 사회 경제적 접근성은 서비스를 제공하는 보건의료인력, 그들이 사용하는 각종 의료품 및 기술수준이 개인, 가족 및 지역시회가 생소하게 느끼지 않게 기꺼이 받아들일 수 있어야 하며, 서비스 이용 후 지불비용이 너무 비싸거나 주민이 감당할 수 없는 정도가 아닌 적당한 비용을 뜻한다. 해결이 중단 없이 계속적인 서비스가 제공되며, 1차,2차,3차, 건강문제가 큰 문제없이 해결되어야 하므로 환자의뢰체계, 행정 및 기술적 지원체계, 물품조달 및 공급체계 등이 원활히 이루어져 건강관리 기능이 용이 하여야 한다(김진순,2001).

이런 모든 사업을 원할히 진행하려면 첫째로 의료서비스 기능을 확대 둘째, 자체운영 방식보다는 운영비지원방식으로 개선 셋째, 방문간호활성화와 방문차량지원 넷째, 시설장비확충과 인원충원 다섯째, 노인복지시설 설치와 노인을 위한 프로그램개발등을 제시하였다(김경자,2000).

또한 충분한 예산, 체계적인교육실시, 지역사회자원의 개발 및 활용, 전문인력 으로 이루어진 방문간호팀의 구성 및 지원, 의료기관과 연계망 형성 및 적극활용, 지역분담제를 제시하였다(박정숙,2001).

보조자 배치, 중앙으로부터 기본 운영비지원, 보건진료원의 교육, 프로그램 개발, 정부의 행정적 제도적, 재정적 지원이 크게 요청된다고 제시하였다(송향영,1993). 일차진료중심에서 건강증진 및 질병 예방 기능이 보다 강화되고, 각종 건강요구를 충족시키는 프로그램 개발, 지역사회 참여 유도하는 새로운 활동 접근이 필요하고(현영순,1999), 보건진료원이 앞으로 담당해야 하는 진료업무로 만성질환자관리, 재활업무, 노인질환, 치매, 상담 진료시 의뢰활동과 방문간호, 주민상담을 제시하였다(한명화,1999).

또한 이미자(1998)연구에서는 일차진료 중심에서 가정방문사업을 통한 성인병 및 만성질환관리, 노인건강관리, 보건교육등 질병예방과 건강증진사업으로 전환되어야하며, 지역주민의 보건복지증진으로 삶의 질을 높이는데 업무의 중심이 되어야한다 하였다.

3. 보건진료원의 복지서비스

사회복지란 어의적으로 사회(social)와 복지(welfare)의 합성어이다. 복지서비스를 사회복지라는 개념으로 통용하고 있는데, 사회란 사람과 사람과의 관계성을 강조하므로 사회복지는 개인 혼자만의 복지를 의미하는 것이 아니라 개인과 개인의 관계성 속에서 모두의 복지를 이루는 것을 추구하는 것이다.

사회복지서비스는 구조적 사회문제보다는 파생적 사회문제에 대처하는 서

비스라고 말할 수 있다. 소득, 의료, 교육, 주택등과 같은 문제는 소득보장이나 의료보장 등을 위한 사회보험이나 공공부조 제도의 현금이나 현물 등의 급부를 통해 해결할 수 있겠으나, 개인, 집단, 가족, 조직, 지역사회 등의 구체화된 부적응, 역기능 등의 문제는 전문가에 의한 직접적이고 대면적인 서비스, 즉 대인서비스제공으로 해결해야 되겠다.

사회복지서비스의 주요대상은 아동, 노인, 장애인, 여성으로 각 대상별로 복지서비스가 제공되고 있다.

우리나라의 사회복지현장은 크게 공공복지 행정체계, 사회복지 생활시설체계 ,이용시설체계로 분류될 수 있다. 이 체계들 중에서 공공복지행정체계는 사회보험행정체계와 사회복지사업(공공부조와 사회복서비스) 체계로 나누어질 수 있다(이재완,2003).

이용시설로도 분류될 수 있는 공공복지행정체계로서의 사회복지체계는 주로 사회복지전담공무원이 읍, 면, 동에 배치 되여 있다. 이들이 주로 공공부조업무와 부수적으로 사회복지서비스 업무를 수행하고 있다.

동사무소나 면사무소 시청 등에서 근무하는 사회복지전담공무원의 업무를 살펴보면, 생활보호대상자의 조사, 자산 및 소득조사, 보호의 신청 및 접수, 보호의 결정, 보호비용 및 물품지급, 직업훈련 및 알선, 생활보호대상자 사후관리 등을 들 수 있다. 이들 사회복지공무원은 지역사회의 욕구를 파악하고, 기초생활보장 수급자를 조사 및 선정하여 생계급여 등의 업무를 하며 이들의 자활과 자립을 위한 업무, 수급자의 욕구와 자원연결, 개별상담과 사후지도 등의 대인서비스를 통해 수급자 자신이 빈곤에서 탈피할 수 있도록 도와주는 변화매개자의 역할을 한다.

사회복지관등에서 제공되는 사회복지업무를 보면 가정복지 영역 에서는 가

정문제 종합상담 및 생활보호대상자의 상담 및 사후관리 직업 및 부업 기능훈련, 교양교육 ,취미교실 등이 있고, 아동청소년복지영역에서는 문제치료. 예방, 자모상담, 유아교육, 어린이공부방, 아동선도, 사회교육, 어린이독서실, 기능 교실, 인성교육, 취미(캠프)지도 등이 있다.
노인복지영역에서는 문제상담, 사회교육, 여가지도, 노인대학, 부업실운영, 가정봉사원, 목욕서비스, 식사서비스 등이 있고, 장애인복지영역에서는 지체장애인상담, 자립작업장, 서비스알선, 이송, 재가서비스, 지역복지영역에서는 주민사회. 취미교육, 자원봉사자. 지도자교육, 후원자 개발 등이 있다. 재가봉사센터에서 사회복지 업무를 살펴보면, 가사서비스로 집안청소, 식사보조 및 취사, 세탁 청소 등이 있고, 간병서비스로는 안마, 병간호수발, 병원안내 및 동행, 통원시 차량지원, 병원수속대행, 보건소안내, 약품구입, 체온측정, 신체운동, 집안소독, 정서적 서비스로는 말벗, 상담 학업지도, 책읽어주기, 여가지도, 취미활동제공, 행정업무 등이 있다.

사화복지 전달의 주요원칙 으로 첫째, 효율성(efficiency)을 둘 수 있으며 이는 투입비용과 산출과의 관계의 개념으로 최소의 자원으로서 최대의 효과를 어떻게 거둘 것인가 라는 것이다. 이 원칙은 자원의 유한성을 전제로 하는 경우 항상 문제로 되는 것이다. 자원의 제한성이 있는 보건복지 서비스의 공급에 있어서는 중요시되는 개념이다.
둘째, 공평성(equity)이란 동일한 요구를 가진 대상자는 동일한 서비스를 받아야 한다는 것이다. 특히 복지보건 서비스의 공급에 있어는 기회와 내용뿐 아니라 그 비용 등을 포함하여 판단할 필요가 있다. 간혹 보건복지 서비스의 공급은 필요한 서비스 또는 시책 등이 충분히 준비되지 않기 때문에 서비스 수익자와 비수익자간에 공평성을 결하는 점이 있으며, 사회복

지시설 발전의 불균형에서 생기는 불공평 등이 있다. 그러나 공평성은 반드시 형식적 평등만을 의미하는 것이 아니다.

셋째, 책임성(responsibility)은 사회복지조직이 시민의 권리로 인정한 사회복지서비스를 전달하도록 위임받은 조직이므로 사회복지 서비스의 전달에 대하여 책임을 져야 한다는 것이다. 책임을 져야 할 주요내용은 서비스가 수혜자의 요구에 적절히 대응하는 것인가, 서비스의 전달 절차가 적합한가, 서비스가 효과적이고 효율적인가, 서비스 전달 과정에서의 불평과 불만의 수렴장치는 적합한가에 대한 것이 되어야 한다.

넷째, 편의성(convenience) 또는 접근성(accessibility) 은 사회복지 요구 중 특히 비화폐적 요구 충족의 경우에 문제가 된다. 이것은 대상자가 서비스를 쉽기 이용 할 수 있도록 되어야 한다는 것이다. 비화폐적 요구 충족은 금전급여와는 달리 현물(시설, 물품, 인적, 노동서비스) 또는 상담서비스가 되기 때문에 이용자의 신변에서 쉽게 이용되도록 하는 것이 문제가 된다. 어떤 종류의 요구충족에 있어서 시설서비스를 필요로 할 때 시설(institution)이 충족한 설비와 기능을 갖추고 있어도 그 설비가 이용자에게 물리적으로 떨어져 있고 또는 그 시설의 운영관리가 지나치게 관료적이면 그 서비스는 요구 충족의 기능을 다하지 못하게 된다.

보건진료원은 지역에 거주하면서 24시간 보건서비스를 제공할 뿐 아니라 지역사회문제나 가족문제 등에 긴밀한 협조관계를 유지함으로 주민들에게 언제든지 도움을 줄 수 있는 인력으로 심리적 안정감을 주고 있다. 또한 지역주민 대표로 구성된 운영협의회와 마을건강원회를 운영하여 주민의 자발적인 참여로 지역보건문제 해결에 적극적으로 동참시킴 으로서 주민들에게 주인의식을 가지게 한다.

그리고 운영기금 중 일부를 주민 환원사업에 투입하여 다음과 같은 여러 가지의 복지서비스를 제공하고 있다.

자궁암, 유방암, 간염, 골다공증 무료검사 실시, 방역약품 및 외상 처치 약 공급, 물리치료 무료실시, 구충제 무료배부, 예방 접종비 일부지원 및 무료 접종, 당뇨검사 무료실시, 지역에 혈압기 제공 및 응급처치함 등을 제공하고 있고, 독거어르신대상으로 목욕사업을 실시하고, 독거노인 밑반찬 만들어 주기, 건강달력을 제작하여 보급하고 또한 가정방문을 통해 필요한 부분의 복지 서비스를 제공해주거나 복지 자원과 연결시켜주는 역할을 한다.

4. 보건・복지 통합서비스

급격한 산업화, 도시화, 노령화와 같은 변화에 빈곤문제와 질병문제는 서로 밀접한 연관성이 있다. 우리나라의 경우를 보면, 사회복지의 주 대상인 저소득층에게서 소득보장, 의료보장 및 여러 사회복지서비스에 대한 욕구가 동시다발적으로 발생한다(박경숙,1996).

송건용외(1992)의 조사에 의하면, 우리나라의 경우 저소득층의 질병 이환율이 중·상위 계층 보다 상당히 높았다. 특히 저소득층은 다른 계층에 비해 만성 이환율이 두 배나 높게 나타나고 있음을 보여주고 있다.

사회적 약자층, 즉 저소득층과 장애인 노인의 경우에는 보건의료의 욕구가 높아 보건복지서비스가 이원화되어 제공되는 것보다는 통합의 필요성이 매우 높다.

보건·복지서비스의 통합의 필요성은 대상자의 요구보다는 기존의 보건·복지 서비스체계가 갖는 서비스의 단편성, 조정의 부재, 복합적 욕구를 가진 개인에게 상이한 구성요소들을 하나의 팩키지로 묶어 전달하는 장치가 없어 보건·복지의 연계망과 통합에 대한 필요성이 강조되어 왔다.

이러한 문제점들을 보완하려는 보건과 복지 서비스를 연계 및 통합하려는 시도들이 있어 왔다.

수원시의 보건·복지 연계센타 운영 보건소나 복지기관 사이에 보건·복지 연계 센타라는 별도의 연계기관을 두고 연계하려는 시범사업이 있었다 (이현기,2001). 김정우외(1998)의 연구에서는 지역사회자원을 효율적으로 관리하기 위해서 각 서비스 제공자들이 한 곳에 모일 수 있는 사례관리팀을 구성하여 수혜자에 대한 중복지원, 정보교류, 체계의 부족 등을 사례별로 사례관리자를 지정하자고 하였다. 저소득층 밀집지역 몇 개동을 중심으로 주민자치센타 내에 가칭 “방문간호센터”를 두고 “사례관리”와 같은 형태로 운영하여 사회복지전문요원과 연계서비스를 추진해야한다는 제안이 있었다 (정문희, 유인영,2002).

사례에 대한 관리로 지역사회복지자원과 서비스를 필요로 하는 대상자에게 효과적으로 연결시켜 복지자원의 낭비를 예방할 수 있다고 하였고 (이현기,1999), 기능적 연계방법을 시도하면서 지역사회중심 보건·복지 통합서비스 체계 모형으로 “보건·복지협의체”를 제시하였다(변재관,2001).

서비스제공 기관측면에서 현재 서비스기관은 병원, 의원, 보건소, 재가복지봉사센터, 가정봉사파견센터, 주간보호소, 단기보호소 등이 있으나 이들이 서비스의 연속선상(continuum of care)에 있지 못하고, 각기 따로 따로 떨어진 형태로 존재하고 있다. 지역 내 연계 체계의 구축에서는 지역단위에

서 각 자원들을 연계하는 시스템 구축이 필요하나 체계가 구축되어 있지 않고, 지역의 실정에 맞는 중심기관이 있어야 한다. 그래서 대상자의 지리적 접근성을 높이고(한림과학원, 이신호,1999), 보건 및 복지서비스 신청 및 제공의 창구의 일원화를 기반으로 하여 동사무소(주민자치센터)내에 방문간호센터를 설치하고 운영 하는 것과, 동사무소(주민자치센터)와 조직은 분리하되 사회복지전문요원과 긴밀한 협조관계를 유지하는 안과 방문간호센터는 보건소 간호부서의 하부조직이 되고 업무의 지도 감독을 받으며 보건 및 복지 통합서비스를 위한 방문간호사업 관리모형이 제시되기도 하였다(유인영,2001).

또한 우리나라 현실에 적합한 보건복지통합시스템 구축이 시급하며 이를 위해 현재 방문보건·복지서비스가 제공되고 있는 방문간호서비스를 중심으로 통합시스템 구축을 제언하였다(박미숙외1인,2002). 김향근(2001)의 연구에서는 통합형, 연계형, 분리형 중에서 현재의 상태를 유지하면서 공식회의를 통한 연계형태를 선호하는 걸로 나타났다,

이러한 보건·복지 서비스를 연계하려는 다양한 연구에서 보건의료와 복지가 연계되어야 하는 이유를 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 클라이언트 개인의 입장에서 양질의 서비스를 제공받을 수 있다는 것이다. 둘째, 서비스를 제공하는 사회의 입장에서는 효율적인 서비스를 제공할 수 있다는 것이다.

지금까지 통합에 대한 논의와 방안이 제시되고 있음에도 이를 현실적으로 적용시키지 못하고 있는 한계점을 고려하여 볼 때, 보건진료소에서 일하는 보건진료원들은 일차보건의료의 가장 중요한 가치체계인 자발성, 형평성의 논리에 입각하여 지역사회 내에서 그 지역사회의 일원으로 생활하면서 그

지역에 일차보건의료 및 포괄적인 복지서비스를 제공하고 있다. 그래서 우리현실에 적합한 실제적인 통합방안으로 일차적인 창구에서 일하는 보건진료원이 보건 및 복지통합서비스를 제공할 수 있는 가능성을 파악하는 것이 필요하다.

외국의 보건·복지서비스에 대해서 살펴보면, 영국은 보건·복지서비스 통합의 방법으로 보건·복지의 기존조직이 분리되어 있는 상태에서 사례관리(case management)라는 방식을 도입하고 있다. 즉 제도적. 제정적 분리를 유지한 채 사례관리자라는 인력을 통한 조정기제를 도입하여 보건. 복지서비스 통합을 시도하였다. 의료공급체계를 국가가 관리하고 있어 신분이 공무원인 일반의들이 노인들의 일차적인 보건의료요구를 담당하고 있는 상황에서 역시 공적 영역의 보건의료서비스와 복지서비스와의 연계 또는 통합이 여러 가지 측면에서 용이하다고 할 수 있다(김향근,2002).

미국의 경우는 보건·복지서비스를 통합하기 위한 새로운 제도를 도입하여 응급의료와 장기요양보호서비스통합실험을 시도하였다. 고령자통합보건·복지서비스프로그램(Program of All-inclusive Care for the Elderly)은 노인요양원 입소자격을 갖춘 허약노인에게 의료적, 사회적, 재활서비스를 포괄적으로 공급함으로써 지역사회 내에서 생활할 수 있도록 지원해 주는 급성 및 장기요양보호의 재정과 제공을 통합한 프로그램이다.
지역사회에 기반을 둔 보건·복지통합 프로그램을 실행하고 있으며, 이 프로그램은 도움이 필요한 클라이언트에게 보건과 복지서비스를 시설이나 병원 대신 지역사회에서 독립적으로 생활하면서 도움을 받도록 하는 모형이다.

일본은 인구고령화의 속도, 노인복지의 기반이 되는 사회문화적 환경, 노인복지의 기본적인 제도적 틀 등에서 우리나라와 많은 유사점을 가지고

있을 뿐만 아니라 고령화 사회에 일찍부터 제도적, 실천적인 측면에서 다양한 시도가 있어 일본의 보건의료서비스와 복지서비스 종합화 사례는 그것이 가진 보편적인 장점과 효과 등을 추출해 우리나라에 많은 시사점을 줄 수 있다(김향근,2002). 일본은 보건·복지서비스를 통합적으로 제공하기 위해 3가지 모델, 즉 보건소와 복지사무소를 전면적으로 통합한 형태, 복지사무소에 보건소 기능을 추가한 형태, 복지사무소나 보건소 이외의 제 3 기관을 설립한 형태를 운영하는데 이중 둘째 가장 많이 활용되고 있다.

캐나다에서는 주정부가 주민의 건강에 책임을 지고 있으며 지역사회에서 수행하여야 할 기본 프로그램을 정하여 놓고, 의료관계자가 총책임자이며 의료와 보건, 사회복지서비스를 총괄한다. 보건·복지서비스 분야에서 주민들에게 필수적으로 주어야 할 서비스는 고용과 소득 지원, Child Care, 만성병과 상해, 가족건강, 전염병, 만성병예방, 조기검진 프로그램 등의 보건서비스가 있다. 보건소는 건강증진을 강조하고 있는데, 건강증진, 일차진료와 지역사회주민과의 partnership을 강조하고 있다. 즉 건강증진에 대한 책임과 의무를 보건소와 주민이 공유한다는 것이다. 주정부에서는 지역보건소에서 꼭 실행하여야 할 사업을 정하고 있다.

서비스 제공 인력은 매우 다양해서 의사, 전문간호사(nurse practitioner), 영양사, 발 전문의사(foot doctor), 사회복지사, 행정가, 건강증진전문가(health promotor)등의 인력을 가지고 있다.

도시지역 일개 보건소에서 시행되는 Lakeshore Area Multi-Services Project 는 주로 저소득층이 사는 곳 혹은 의료서비스가 좋지 않은 지역에 설립 되여 있다. 재정은 연장정부, 주정부, 시, 사립기관, 자체적인자금조달, 헌금(donations) 등의 방법으로 충당하고 있다(보건복지부,2000).

덴마크에서는 보건과 복지서비스 연계의 중심에 방문 간호사가 있다. 덴마크의 경우에는 통합서비스가 노인들에게 국한하지 않고 청년과 중증장애자가 다수 포함되어 있다는 특징이 있으며 관련된 복지제도도 생활지원법이라는 제도 하나로 매우 간소하다(1999,이현기).

덴마크에서는 와상노인제도의 실현은 의료 면에서는 재활운동의 강화, 복지면 에서는 거주지역에서의 복지서비스, 복지서비스 상호 및 간호, 의료와의 훌륭한 연계로 인한 결과인 것이다. 방문간호사는 정신적, 육체적 상태의 관찰, 혈압의 측정, 약의 관리, 의사의 처방에 따른 주사와 상처의 간호 같은 간호처치 외에도 필요한 간호를 판단하여 제공한다. 이와 같은 요구 판정과 함께 여러 가지 서비스를 개개인에게 집중적으로 시기에 맞게 관리 할 수 있도록 인력을 배정하는 역할을 방문간호사가 담당하고 있는 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 보건진료원이 제공하는 보건서비스 및 복지서비스의 실태를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서는 2004년도 현재 경기도 160개소의 보건진료소에서 근무하는 보건진료원 160명중 사전조사에 참여한 15명을 제외한 145명을 대상으로 전수 조사하였다.

3. 연구도구

연구도구로는 설문지를 사용하였다. 설문지는 선행연구 등 관련문헌을 고찰하여 연구자가 개발하였다.

개발된 설문지 내용의 타탕도는 3명의 전문가의 의견을 수렴하여 검증하였으며, 현재 경기도에 근무하는 보건진료원 15명 대상으로 사전 조사한 후 최종적으로 설문지를 완성하였다.

설문지내용으로는 보건진료원의 일반적 특성은 39문항이었는데, 인구사회

학적 특성 7문항, 지역 특성 14문항, 업무관련특성으로는18문항이었고, 보건서비스는 20문항, 복지서비스는14문항으로 총 73문항으로 구성 되였다.

4. 자료수집기간 및 방법

자료수집기간은 2004년 4월12일부터 5월 4일까지 23일 동안 실시하였다. 자료수집방법은 설문지와 자료수집 협조문(경기도보건진료원회)을 반송용 봉투와 함께 발송하였다.

1단계로 각시, 군 대표들이 각 회원들에게 전화 연락하여 설문지작성 협조를 부탁하였다. 2단계로 연구자가 보건진료원에게 직접 전화를 하여 다시 한번 설문지 작성을 부탁하였다. 3단계로 설문지를 반송하지 않은 보건진료원에게 연구자가 직접 전화를 하여 팩스로 설문지를 받았다.

총 145부 발송하여 71부 회수하여 회수율은 48.9%이었다. 회수된 71부 전부가 자료분석에 사용되었다.

5. 자료분석방법

자료분석은 SAS(Statistical Analysis System) 프로그램을 이용하여 분석하였다. 자료 분석 방법으로는 보건진료원의 일반적 특성을 파악하기 위하여 빈도와 비율을 산출하였다. 보건진료원의 보건서비스와 복지서비스 내용을 알아보기 위해 빈도와 비율, 보건진료원의 일반적 특성과 제공하는 보건 및 복지서비스와의 관계는 chi-square 검증을 이용하여 분석하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 보건진료원의 일반적 특성

본연구대상자인 보건진료원의 특성으로 인구사회학적특성, 지역적특성, 업무관련특성을 파악하였다.

1) 보건진료원의 인구사회적 특성

보건진료원의 인구사회적 특성으로 연령, 결혼상태, 가족과 동거여부, 교육정도, 소지하고 있는 면허종류, 보건진료원의 총 경력, 현 지역에서 근무경력을 살펴본 결과 〈표1〉과 같았다.

평균연령은 44.5세이며, 50.7%의 보건진료원이 41-50세로 가장 많은 비율을 차지하였으며, 그다음으로 31-40세 35.2%, 51-60세 14.1%, 순이었다. 보건진료원의 결혼상태는 97.2%가 기혼이었으며, 보건진료원의 교육정도는 전문대졸이 63.4%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 그다음으로는 대졸 25.3%, 대학원졸 9.9%순으로 나타났다. 소지하고 있는 면허 및 자격종류를 살펴보면 64.8%의 보건진료원들이 양호교사 자격증을 소지하고 있었으며, 그 다음으로는 가정간호사, 사회복지사, 정신간호사 순으로 나타났다. 근무경력은 42.3%의 보건진료원이 16-20년의 경력을 가지고 있었으며, 그 다음으로는 6-10 년이 23.9%, 21-25년이 18.3%의 순으로 나타났다. 현 지역에서의 근무경력을 살펴보면, 2-5년이 38.0% 으로 가장 많았으며, 그 다음으로는 16-20년이 22.5%, 6-10년이 11-15년이 각각 12.7%로 나타났다.

〈표 1〉 대상자의 인구사회학적 특성

(N=71)

항 목	구 분	빈 도(명)	백분율(%)
연령	40이하	25	35.2
	41-50	36	50.7
	51이상	10	14.1
결혼	기 혼	69	97.2
	미 혼	2	2.8
가족과동거여부	동 거	48	67.6
	비동거	23	32.4
교육정도	전문대졸	46	64.8
	대졸	18	25.3
	대학원졸	7	9.9
소지하고있는	조산사	7	9.9
면허종류	양호교사	49	64.8
	가정간호사	15	21.1
	정신간호사	5	7.0
	보건간호사	4	5.6
	사회복지사	5	7.0
	기타	4	5.6
보건진료원	5년이하	3	4.2
총경력	6-10년	17	23.9
	11-15년	7	9.9
	16-20년	30	42.3
	21-25년	13	18.3
	26년이상	1	1.4
현지역에서	1년이하	3	4.2
근무경력	2-5년	27	38.0
	6-10년	9	12.7
	11-15년	9	12.7
	16-20년	16	22.5
	21-25년	6	8.5
	26년이상	1	1.4

2)보건진료원의 지역적 특성

지역적 특성을 파악하기 위해 담당지역의 지리적 특성, 기초생활수급자 행정적 관할인구수, 실제적인 관할인구수, 인구분포, 운영협의회와 마을건강원회 협력정도 및 필요성 등을 파악한 결과는 〈표2〉에 제시 되었다. 보건진료원들이 근무하는 지역의 지리적 특성은 농촌지역이 573.2%, 도시농촌통합지역 23.9%순으로 나타났다.

담당지역의 기초생활수급자수는 11-20명이하가 35.2%이고, 10명이하가 23.9%, 31명이상이 22.5%순으로 나타났다.

보건진료원이 담당하는 지역의 행정적 관할 인구수는 평균 3,475명 이었으며, 5,000명이하인 지역이 59.2%, 1,000명이하가 32.4%, 5,001명이상이 8.4%으로 나타났다. 담당하는 지역의 실제적인 관할인구수는 평균 1,532명으로 나타났으며 5,000명이하 52.1%, 1.000명이하가 45.1%, 5,001명이상이 2.8%으로 나타났다. 그런데 보건진료원이 관리하기에 적당하다고 생각하는 인구수는 평균1,279명이라고 응답 하였다.

보건진료원이 담당하고 있는 지역의 인구 분포는 65세이상의 노령인구가 45%이상 차지하는 지역이 32.4%이고, 모든 보건진료원이 있는 지역이 10세미만의 연령층이 전체 지역인구의 15%이하 인 것으로 조사되었다.

〈표 2〉 보건진료원 담당지역의 지역적 특성

(N=71)

항 목		구 분	빈 도(명)	백분율(%)
지리적특성		농촌지역	52	73.2
		도시농촌통합지역	19	26.7
기초생활수급자		10명이하	17	23.9
		11-20명	25	35.2
		21-30명	13	18.3
		31명이상	16	22.5
행정적관할인구수		1,000명이하	23	32.4
		5,000명이하	42	59.2
		5,001명이상	6	8.4
실제적관할인구수		1,000명이하	32	45.1
		5,000명이하	37	52.1
		5,001명이상	2	2.8
인구분포	65세이상 인구중	15%이하	5	7.0
		16-25%	16	22.5
		26-35%	12	16.9
		36-45%	15	21.1
		46%이상	23	32.4
	40-64세 인구중	15%이하	2	2.8
		16-25%	12	16.9
		26-35%	41	57.7
		36-45%	13	18.3
		46%이상	3	4.2
	20-39세 인구중	15%이하	36	51.4
		16-25%	20	28.6
		26-35%	13	18.6
		36-45%	1	1.4
	10-19세 인구중	15%이하	62	91.2
		16-25%	6	8.8
	10세미만	15%이하	66	100.0

〈표2〉 계속

(N=71)

항 목	구 분	빈 도	백분율(%)
운영협의회 협력정도	매우높다	16	22.5
	비교적높다	33	46.5
	비교적낮다	18	25.4
	낮다	4	5.6
마을건강원 협력정도	매우높다	14	19.7
	비교적높다	36	50.7
	비교적낮다	18	25.4
	낮다	3	4.2
운영협의회 필요성	매우필요하다	16	22.5
	비교적필요하다	33	46.6
	비교적필요하지않다	18	25.3
	매우필요하지않다	4	5.6
마을건강원 필요성	매우필요하다	18	25.3
	비교적필요하다	33	46.6
	비교적필요하지않다	17	23.9
	매우필요하지않다	3	4.2

운영협의회 협력정도는 69%의 보건진료원이 높다고 응답하였으며, 31%가 낮다고 응답하였다.

마을건강원의 협력정도가 높다고 응답한 보건진료원은 70.4% 이었다. 또한 운영협의회의 필요성에 대해서는 69.1%가 필요하다고 응답하였으며, 마을건강원회도 71.9%의 보건진료원이 필요하다고 응답하였다.

3) 보건진료원의 업무관련특성

보건진료원의 업무관련 특성을 알아보기 위하여 내소자의 건강문제 및 일차 진료건수, 지역주민이 필요로 하는 서비스, 보건진료원이 필요하다고 생각하는 서비스중심으로 분석한 결과 〈표3〉과 같았다.

내소자의 건강문제에 대해 우선순위로 기재하게 한 결과 1위에 감기 47.9%, 고혈압 40.8%, 관절염이 8.4% 이었다. 2위에서 관절염으로 33.8%, 감기 31.0%. 고혈압 28.2% 순으로 나타났다. 3위에서는 관절염, 고혈압, 감기 순으로 나타났다. 따라서 보건진료소 내소자의 주요 건강문제는 감기, 고혈압, 관절염 이었다.

보건진료원의 가정방문을 빈도를 보면 평균 월 35회 었다. 월평균 최소로 4회에서 최대 가정방문 116회 로 나타났으며, 11-50회가 77.5%로 가장 많이 나타났다. 내소자 월평균 일차진료 건수를 살펴보면 최소 50건에서 최대 570건으로 평균 284건 이었으며, 101건 이상이 94.3%로 나타났다.

〈표3〉 보건진료원의 업무관련 특성

항 목	구 분	빈 도	백분율(%)
내소자건강문제	1순위 감기	34	47.9
	고혈압	29	40.8
	관절염	6	8.4
	기타	2	2.8
	2순위 관절염	24	33.8
	감기	22	31.0
	고혈압	20	28.2
	기타	5	7.0
	3순위 관절염	29	40.8
	고혈압	14	19.8
	감기	15	16.9
	기타	16	22.5
월평균가정방문	10건이하	3	4.2
	11-50	55	77.5
	51-100	11	15.5
	101건이상	2	2.8
내소자중월평균 일차진료건수	10건이하	0	0
	11-50	1	1.4
	51-100	3	4.2
	101건이상	67	94.3

2. 보건진료원이 수행하는 보건서비스

보건진료원이 수행하는 보건서비스 내용을 파악한 결과 보건진료원의 95%이상이 직접 수행하는 서비스로 방문간호가 98.6%, 건강상담 98.6%, 보건교육 97.2%, 노인정방문 97,2%이었고, 80%이상 수행하는 서비스는 가족문제 상담 7.1%, 자원에 대한정보제공 82.7%,정서적서비스 81.7%, 건강검진 80.2%, 자녀교육문제상담 80.0% 나타났다. 20%미만의 보건진료원이 수행하는 서비스로는 이동목욕서비스 19.7%, 한방서비스 12.7%로 나타났다.
타기관연계하는 사업으로는 성인병예방을 위한 조기검진사업으로 45.1%,무료진료의뢰가 21.1%, 한방서비스 12.9%, 순으로 나타났다.

〈표 4〉 보건진료원이 수행하는 보건서비스

(N=71)

항 목	직접수행함 명(%)	수행안함 명(%)	타기관연계 명(%)
방문간호	70(98.6)	1(1.4)	
건강상담	70(98.6)	1(1.4)	
건강검진	57(80.2)	7(9.9)	7(9.9)
보건교육	69(97.2)	1(1.4)	1(1.4)
노인정방문	69(97.2)	1(1.4)	1(1.4)
성인병예방을위한조기검진 (보건소및기타기관연계)	30(42.2)	9(12.7)	32(45.1)
무료진료(기관연계)	30(42.2)	26(36.6)	15(21.1)
건강증진및기타운동프로그램	44(62.0)	20(28.2)	7(9.9)
이동목욕서비스	14(19.7)	50(70.4)	7(9.9)
재활서비스	41(57.7)	24(33.8)	6(8.4)
재활기구대여	47(67.1)	20(28.6)	3(4.3)
정서적서비스	58(81.7)	12(16.9)	1(1.4)
자녀교육문제상담	56(80.0)	14(20.0)	
가족문제상담	61(87.1)	9(12.9)	
자원에대한정보제공	58(82.7)	12(17.1)	
재가암환자관리	39(55.7)	28(40.0)	3(4.3)
호스피스간호	23(32.4)	46(64.7)	2(2.8)
한방서비스	9(12.7)	52(74.3)	9(12.9)
환경위생관리	6(51.4)	28(40.0)	6(8.6)
물리치료실운영	0(28.2)	47(66.2)	4(5.6)

지역주민, 보건진료원이 필요하다고 생각하는 보건서비스는〈표 5〉와 같았다. 주민들이 가장 필요로 하는 보건서비스로는 1순위에서 일차진료가 83.1%로 가장 많았고, 그 다음이 건강증진 관련 서비스가 4,2%, 방문간호, 물리치료, 보건교육 순으로 나타났으며, 2순위로는 물리치료가 35.7%,방문간호가 17.1% 순으로 나타났다. 따라서 주민들이 보건진료원에게 원하는

보건서비스는 일차진료, 물리치료, 방문간호 이었다.

또한 보건진료원이 지역주민에게 가장 필요로 되는 보건서비스로 생각하는 1순위로는 건강증진관련서비스가 46.5%로 가장 많았고, 일차진료가 25.3%, 그 다음으로는 보건교육, 방문간호, 기초측정 등으로 나타났으며, 2순위로는 물리치료가 28.6%, 보건교육이 27.1%, 건강증진, 방문간호, 일차진료 순으로 나타났다. 따라서 보건진료원이 주민에게 필요로 되는 보건서비스로 생각하고 있는 것은 건강증진관련서비스, 일차진료, 물리치료, 보건교육이었다.

〈표 5〉 지역주민, 보건진료원이 필요하다고 인지하는 보건 서비스

구 분	지역주민	명(%)	보건진료원	명(%)
1순위	일차진료	59(83.1)	건강증진	33(46.5)
	건강증진	3(4.2)	일차진료	18(25.3)
	방문간호	2(2.8)	보건교육	12(16.9)
	물리치료	2(2.8)	방문간호	4(5.6)
	보건교육	2(2.8)	기초측정	3(4.2)
	기 타	3(4.2)	기 타	1(1.4)
2순위	물리치료	25(35.7)	물리치료	20(28.6)
	방문간호	12(17.1)	보건교육	19(27.1)
	일차진료	9(12.9)	건강증진	8(11.4)
	건강상담	7(10.0)	방문간호	8(11.4)
	보건교육	6(8.6)	일차진료	7(10.0)
	기 타	11(15.7)	기 타	8(11.4)

보건진료원의 일반적 특성과 제공하는 보건서비스와의 관계를 파악하여 통계적으로 유의한 차이가 있는 인구사회학적 특성으로 교육, 총경력, 가정방문으로〈표6〉과 같았고, 지역적 특성으로 운영협의회필요성, 운영협의회협력정도, 마을건강원협력정도는〈표7〉과 같았다.

보건진료원의 교육정도에서는 전문대졸보다 대학교졸업 이상에서의 보건진료원이 정서적서비스를 수행하는 비율이 높게 나타났다 (x^2=0.7333, P=0.0030).

총 경력에서도 15년 이하의 경력을 가진 보건진료원보다 16년 이상경력을 가진 보건진료원이 이동목욕서비스를 수행하는 비율이 높았고(x^2=9.8872, P=0.0017), 물리치료실 운영을 수행하는 비율도 높았다 (x^2=8.4385, P=0.0037).

가정방문에서는 월평균 30건 이하인 보건진료원보다 31건 이상인 보건진료원이 운동프로그램을 수행하는 비율이 높았다(x^2=4.8696, P=0.0078).

운영협의회가 필요하다고 응답한 보건진료원이 운영협의회가 필요 없다고 응답한 보건진료원보다 성인병조기검진서비스 수행이 높게 나타났으며 (x^2=5.7500, P=0.0214), 자녀 교육문제 상담서비스에서도 높게 나타났으며 (x^2=4.0000, P=0.0279), 자원에 대한 정보제공서비스도 높게 나타났다 (x^2=7.2857, P=0.0066).

운영협의회 협력정도가 높은 보건진료원이 운영협의회협력정도가 낮은 보건진료원보다 자원에 대한 정보제공을 하는 비율이 높았다 (x^2=7.2857, P=0.0066).

마을건강원 협력정도가 높은 보건진료원이 마을건강원 협력정도가 낮은 보건진료원보다 재활서비스 수행하는 비율이 높았고 (x^2=15.4510, P=0.0001),

이동목욕서비스를 수행하는 비율도 높았으며 (=$x^2$4.5160, P= 0.0336), 재가암환자관리를 수행하는 비율도 높았다 (x^2=4.5160, P=0.0327).

〈표6〉 보건진료원의 인구사회학적특성과 보건서비스와의관계

항 목		구 분		x^2	P
		교 육			
		전대졸	대졸이상		
정서적서비스	수행함	33(73.3)	25(100.0)	0.7333	0.0030
	수행안함	12(26.7)	0(0.0)		
		총경력			
		15년이하	16년이상		
이동목욕서비스	수행함	2(8.0)	18(45.0)	9.8872	0.0017
	수행안함	23(92.0)	22(55.0)		
물리치료실운영	수행함	3(12.5)	21(47.7)	8.4385	0.0037
	수행안함	21(87.5)	23(52.3)		
		가정방문			
		30건이하	31건이상		
운동프로그램	수행함	23(59.0)	28(87.5)	4.8696	0.0078
	수행안함	16(41.0)	4(12.5)		

〈표7〉 보건진료원의 지역적 특성과 보건서비스와의 관계

항 목	구 분			x^2	P
		운영협의회필요성			
		필요하다	필요없다		
성인병예방 조기검진	수행함	46(74.2)	3(33.3)	5.7500	0.0214
	수행안함	16(25.8)	6(66.7)		
자녀교육문제상담	수행함	42(75.0)	6(42.9)	4.0000	0.0279
	수행안함	14(25.0)	8(57.1)		
자원에대한정보제공	수행함	43(74.1)	5(41.7)	4.0133	0.0407
	수행안함	15(25.9)	7(58.3)		
		운영협의회협력정도			
		높다	낮다		
자원에대한정보제공	수행함	51(89.5)	7(53.9)	7.2857	0.0066
	수행안함	6(10.5)	6(46.1)		
		마을건강원협력정도			
		높다	낮다		
재활서비스	수행함	40(83.3)	7(35.0)	15.4510	0.0001
	수행안함	8(16.7)	13(58.0)		
이동목욕서비스	수행함	18(38.3)	2(11.1)	4.5160	0.0336
	수행안함	29(61.7)	16(88.9)		
재가암환자관리	수행함	33(75.0)	9(47.4)	4.5592	0.0327
	수행안함	11(25.0)	10(52.6)		

보건진료원이 지역주민을 위해 수행하고 있는 특수사업으로 성인병관련사업이 18.4%로 가장 많은 빈도를 차지하였으며, 그 다음으로는 건강관련운동사업 15.3%, 순회검사 및 건강검진보조사업 12.3%순으로 나타났으며, 그 외에 지역주민을 위하여 다양한 사업을 실시하고 있었다.

기타로는 무료급식을 매주 1회 실시하는 곳도 있었으며, 대체요법으로 수

지침을 시행하는 곳도 있었으며, 농한기에는 지역주민을 위한 문맹퇴치사업으로 한글교실 등을 운영하는 곳 도 있었다.

〈표8〉 보건진료원이 수행하는 특수사업

구 분	빈 도	백분율(%)
성인병관련사업	30	18.4
건강관련운동사업	25	15.3
순회검사 및 건강검진사업보조	23	12.3
구충사업	16	9.8
정신보건상담및교육	13	8.0
건강증진교실 및노인대학	11	6.7
경로당순회건강관리	9	5.5
건강달력제작 및 소식지발간	8	4.9
찜질간호사업(물리치료)	7	4.3
독거노인목욕동행사업	6	3.7
독거노인관리	6	3.7
자원봉사자연결사업	6	3.7
기타	6	3.7

*복수응답

3. 보건진료원이 수행하는 복지서비스

보건진료원이 지역주민에게 수행하는 복지서비스를 파악한 결과 직접 복지서비스를 제공하는 보건진료원 50%이상 이었으나 서비스 종류에 따라 직접복지서비스를 수행함과 더불어 타기관연계하여 복지서비스를 제공하는 보건진료원이 20%~70%정도 되었다. 보건진료원의 20%이상이 직접 수행하는 복지서비스로는 자원봉사자파견 56.3%, 가사서비스 36.6%, 거동불편자외출동행 23.9%, 사회복지관련기관의뢰 23.9%, 후원물품지급 22.5%로 나타났다.

타기관연계 서비스에서 20%이상 보건진료원이 수행하는 서비스는 이.미용서비스제공 38.0%, 사회복지관련기관의뢰 28.2%, 후원물품지급 26.8%, 식사 및 밑반찬서비스 25.3%, 가사서비스 22.5%, 주택개조도움이 21.4%, 거동불편자외출동행 21.1%로 나타났으며, 직접수행하지 않는 복지서비스 50%이상 인것은 취업 및 부업알선 81.7%, 노인대학개강 80.0%, 경로잔치제공 80.0%, 소풍 및 야유회개최 77.1%, 주택개조도움 75.7%, 소년소녀가장돌보기73.2%, 식사 및 밑반찬서비스 56.3%, 거동불편자외출동행 54.9%로 나타났다.

<표9>보건진료원이 수행하는 복지서비스

(N=71)

구 분	직접수행함 명(%)	수행안함 명(%)	타기관연계 명(%)
식사 및 밑반찬서비스	13(18.3)	40(56.3)	18(25.3)
가사서비스(집안일)	26(36.6)	29(40.8)	16(22.5)
거동불편자 외출동행	17(23.9)	39(54.9)	15(21.1)
이. 미용서비스 제공	11(15.5)	33(46.5)	27(38.0)
소년소녀가장돌보기	8(11.3)	52(73.2)	11(15.5)
자원봉사자파견 (마을건강원포함)	40(56.3)	21(29.6)	10(14.1)
후원자결연	12(16.9)	45(63.4	14(19.7)
후원물품지급	16(22.5)	36(50.7)	19(26.8)
취업 .부업알선	6(8.4)	58(81.7)	7(9.9)
사회복지 관련기관 의뢰 (단기보호시설입소안내등기타)	17(23.9)	34(47.9)	20(28.2)
경로잔치제공	4(5.7)	56(80.0)	10(14.3)
주택개조도움	2(2.9)	53(75.7)	15(21.4)
노인대학개강	5(7.1)	56(80.0)	9(12.9)
소풍 및 야유회 개최	5(7.1)	54(77.1)	11(15.7)

보건진료원의 인구사회학적특성과 복지서비스제공과의 관계를 파악한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 나이, 총경력으로 이는 〈표10〉과 같다. 연령이 41세이상 보건진료원이 40세이하 보건진료원보다 소풍 및 야유회개최서비스 수행하는 비율이 높았다 (x^2=4.9726 , P=0.0258). 총경력에서 16년 이상 보건진료원이 경력이 15년이하인 보건진료원 보다, 자원봉사자파견서비스 수행하는 비율이 높았고 (x^2=4.6851, P=0.0304), 후원자결연서비스를 수행하는 비율도 높았고 (x^2=4.0957, P=0.0430), 소풍 및 야유회 개최서비스를 수행하는 비율도 높았다 (x^2=6.125 , P=0.0133).

보건진료원의 지역적 특성과 복지서비스와의 관계를 파악한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것은 운영협의회의 필요성여부와 협력정도, 마을건강원협력정도였으며 이는〈표11〉과 같았다.

운영협의회가 필요하다고 응답한 보건진료원이 필요 없다고 응답한 보건진료원보다 식사 및 밑반찬서비스 수행이 높게 나타났으며(x^2=14.6323, P=0.0001), 가사서비스에서도 높게 나타났으며(x^2=5.9500, P=0.1479), 거동불편자외출동행 서비스도 높게 나타났으며(x^2=6.5920, P=0.0102), 경로잔치 제공에서도 높게 나타났다 (x^2=7.8788, P=0.0485).

운영협의회 협력정도가 높은 보건진료원이 운영협의회 협력정도가 낮은 보건진료원보다 식사 및 밑반찬서비스를 제공하는 비율이 높았다 (x^2=8.5807 , P= 0.0034). 마을건강원 협력정도가 높은 보건진료원이 마을건강원 협력정도가 낮은 보건진료원보다 거동불편자외출동행 서비스를 수행하는 비율이 높았고 (x^2=5.5339 , P=0.0187), 소풍 및 야유회개최수행서비스를 수행하는 비율도 높았다 (x^2=4.9726 , P=0.0258).

〈표10〉 보건진료원의 인구사회학적 특성과 복지서비스와의 관계

항 목		구 분		x^2	P
		나 이			
		40세이하	41세이상		
소풍 및 야유회 개최	수행함	2(8.3)	14(32.6)	4.9726	0.0258
	수행안함	22(91.7)	29(67.4)		
		총 경 력			
		15년이하	16년이상		
자원봉사자파견	수행함	34(82.9)	16(59.3)	4.6851	0.0304
	수행안함	7(17.1)	11(40.7)		
후원자결연	수행함	20(23.1)	6(47.6)	4.0957	0.0430
	수행안함	22(76.9)	20(52.4)		
소풍 및 야유회 개최	수행함	14(34.2)	2(7.7)	6.1253	0.0133
	수행안함	27(65.8)	24(92.3)		

〈표11〉 보건진료원의 지역적 특성과 복지서비스와의 관계

항 목	구 분			x^2	P
		운영협의회필요성			
		필요하다	필요없다		
식사 및 밑반찬서비스	수행함	29(93.5)	16(50.0)	14.6323	0.0001
	수행안함	2(6.5)	16(50.0)		
가사서비스	수행함	34(80.9)	12(52.2)	5.9500	0.0147
	수행안함	8(19.1)	11(47.8)		
거동불편자외출동행	수행함	27(84.4)	20(55.6)	6.5920	0.0102
	수행안함	5(15.6)	16(44.4)		
경로잔치제공	수행함	13(92.9)	33(62.3)	7.8788	0.0485
	수행안함	1(7.1)	20(37.7)		
		운영협의회협력정도			
		높다	낮다		
식사 및 밑반찬서비스	수행함	30(57.7)	1(9.1)	8.5807	0.0034
	수행안함	22(42.3)	10(90.9)		
		마을건강원협력정도			
		높다	낮다		
거동불편자외출동행	수행함	27(56.3)	5(25.0)	5.5339	0.0187
	수행안함	21(43.7)	15(75.0)		

보건진료원이 제공하는 복지서비스에 대한 지역주민의 만족도에 대해서는 지역주민의 70.4%가 만족하는 것으로 보건진료원들이 인식하고 있었다.

〈표12〉 보건진료원이 인식하는 복지서비스에 대한 지역주민의 만족도

구 분	빈 도	백분율(%)
매우 만족하다	2	2.8
비교적 만족하다	48	67.6
비교적불만족하다	19	26.9
매우 불만족하다	2	2.8

제공되는 복지서비스에 대해 지역주민의 불만족 이유로는 인력부족으로 47.5%의 보건진료원이 인식하고 있었다.

〈표13〉 보건진료원이 인식하는 복지서비스에 대한 불만족이유

구 분	빈 도	백분율(%)
대상가구과다	6	10.2
인력부족	28	47.5
관련기관과의 연계부족	9	15.2
전문성 부족	4	6.8

Ⅴ. 고 찰

본 연구는 보건진료원의 보건서비스, 복지서비스 내용을 파악하기 위한 연구로 보건진료원이 제공할 수 있는 복지서비스의 내용을 명확히 규명하지 않고 일반적인 복지서비스를 중심으로 이루어졌다.

보건진료원의 인구사회학적 특성으로는 연령으로 41-50세가 가장 많은 비중을 차지하였는데, 고일선(2003)연구에서도 연령 41-50세가 48.5%로 가장 많은 비율을 차지한 것과 일치된 결과를 나타내었다. 또한 이태화, 고일선(2001) 연구에서는 51.5%로 31-41세가 가장 많았고, 41.4%로 41-50세가 그다음으로 나타났다. 이는 보건진료원의 전국적인 연령분포와 경기도보건진료원의 연령분포도가 비슷하게 나타났다. 그러나 김철우 (2002) 연구에서는 1989년 연령이 29세 이하가 38.9%로 가장 높았다고 나타났고, 이미자(1998)연구에서는 30-39세 62.6%, 40-49세 31%로 나타난 결과는 차이가 있었는데 이는 보건진료원 제도가 시행된 지 20여년 이 지난 2004년 현재 대부분의 보건진료원의 경력이 15년 이상이 많아 연령의 증가로 볼 수 있다. 소지하고 있는 면허종별로는 양호교사가 64.8%로 가장 많이 소지하고 있었으며, 가정간호사, 조산사, 사회복지사, 정신간호사 등의 자격증을 소지하고 있었다. 이는 이태화, 고일선(2001)연구에서는 양호교사, 조산사, 보건간호사, 가정간호사면허 순으로 나타났고, 고일선(2003) 연구에서도 소지하고 있는 면허증도 양호교사, 가정간호사, 사회복지사, 조산사 순으로 나타난 것과 비슷한 경향을 보였다.

이는 최근에 가정간호의 필요성이 대두되면서 가정간호사를 배출하는 교육

기관 및 자격증제도가 생기고, 지역에서 보건진료원 1인으로 지역주민들이 갖고 있는 모든 영역을 해결해야 하는 입장으로 특히 가정방문 시 와상환자대상으로 많은 도움이 되여 줄 수가 있는 가정간호기술을 필요로 인한 자격증을 소지하게 되고 이를 계기로 많은 활동을 펼치고 있는 것으로 사료된다.

보건진료원의 총 경력에서도 15-20년 미만이 50.1%, 그다음으로 10-15년 미만이 23.8%로 나타났는데, 이용문(2000) 연구에서도 15년 이상 43.5%로 나타났으며, 이미자(1998)연구에서는 11-20년 66.2%, 1-10년 27.8%로 나타난 것과 비슷한 경향을 보인다.

대상지역의 특성으로 행정관할인구수는 평균3,475명이고, 실제적 관리인구수는 평균 1,532명이었는데, 고일선(2003)의 전국 보건진료원 대상으로 연구한 결과에서는 행정적 관할인구 1,037명으로, 실제적 관할인구 평균은 854명으로 나타난 결과와 비교할 때 경기도보건진료원의 경우 행정적으로나 실제적 인구관리 더 많게 나타났다.

운영협의회 협력정도에서는 69%가 높다고 응답하였으며, 마을건강원협력정도 70.4%높다고 응답하였다. 보건진료원들이 일하는 지역은 도시와 떨어지는 농어촌이 많다. 사업을 하기위한 자원봉사자들 영입하기가 어려운 실정에 있으므로 지역 내에 있는 인력으로 운영협의회 및 마을건강원회의 회원들을 활용하는 보건진료원이 많다고 사료된다. 이는 일차보건의료사업에 있어서 지역사회 참여를 강조하고 있는 시점에서, 마을건강원과 운영협의회의 적극적인 지역사회참여를 유도하고, 이들을 자원으로 활용하기위한 정기적인 재교육 및 재충전의 기회를 부여하고, 지역사회 인력으로 육성하여 현행대로 계속적으로 유지 하는 게 바람직하다고 본다.

보건진료원의 업무관련특성으로는 보건진료소 방문 질병별 분류는 보면, 1위로 감기, 고혈압 2위로는 관절염, 감기 순으로 나타났는데, 고일선(2003) 연구에서는 1순위 고혈압, 2순위 관절통 등, 3순위로는 감기 등으로, 보건진료소를 방문하게 하는 주요 질병은 비슷하였다. 월평균 일차진료건수(내소자)는 283명이었는데, 고일선(2003)연구에서는 274명, 이태화,고일선(2001) 연구에서는 300명으로 비슷하게 나타났다. 가정방문건수는 월평균 35건수이었고, 고일선(2003)연구에서는 42건, 이태화, 고일선(2001) 연구에서는 월평균 가정방문건수가 45건으로 나타난 것과 비교할 때 경기도 보건진료원의 가정방문 건수가 적었다.

가정방문건수가 전국적인 건수보다 경기도보건진료원의 건수가 작게 나오는 것은 건강증진 관련 예방사업으로 업무가 강조되면서 노인정방문, 목욕사업, 물리치료, 건강증진교실 개설 등 업무의 변화가 다양해지고, 지역의 도로 사정이 좋아지고, 교통편이 편해지면서 누워서 지낼 정도가 아니면 진료소를 직접 찾아오거나 이용을 권장하기도 하면서 주민의 활동을 격려한 것이 보건진료원의 가정방문건수가 적게 나타난 것으로 사료된다.

보건진료원이 수행하는 보건서비스 중 직접 수행하는 서비스로 95%이상 수행하는 서비스는 방문간호, 건강상담, 보건교육, 노인정방문이었고, 80%이상 수행하는 서비스는 건강검진, 정서적서비스, 가족문제 상담, 자원에 대한정보제공, 자녀교육문제상담 나타났으며, 20%미만으로 수행하는 서비스로는 이동목욕서비스, 한방서비스로 나타났다. 타기관연계하는 사업으로는 성인병 예방을 위한 조기검진사업 45.1%, 무료진료의뢰가 21.1%, 한방서비스 12.9%, 순으로 나타났다.

김경자(2000) 연구에서는 진료기능 55.6%로 가장 중요한 기능으로, 그다음

으로 건강관리기능, 예방기능, 상담 및 교육 순으로 나타났으며, 김철우(2002)연구에서는 진료업무 57.7%, 보건교육 31.4%로 나타난 것과 같이 보건교육은 대부분의 보건진료원이 수행하고 있었다.

대체적으로 보건진료원이 수행하는 보건서비스에서는 지역주민이 많이 필요로 하는 사업으로 직접수행하거나 타기관을 연계하고 사업을 수행하고 있으며, 한 지역에서 오래 동안 근무하고 경력이 높으므로 지역주민의 정신적 ,정서적 상담역할도 잘하고 있는 것으로 추측할 수 있다.

또한 주민들이 가장 필요로 하는 서비스는 일차진료이며, 보건진료원이 지역주민에게 가장 필요한 서비스는 건강증진관련서비스로 주민이 요구하는 것과 보건진료원이 필요하다고 인식하는 보건서비스와는 차이가 있었다.

지역주민이 일차진료를 가장 많이 필요로 하는 이유로는 아직도 건강증진 개념보다는 일차적 의료욕구 해결하려는 지역주민이 대다수가 된다고 사료된다.

복지서비스에서는 보건진료원이 지역주민에게 수행하는 복지서비스로는 직접 수행함과 타기관 연계를 합하여 자원봉사자파견으로 70.4%로 가장 많은 빈도를 차지하였으며, 그다음으로는 가사서비스 59.1%, 이・미용서비스제공 53.5%, 사회복지 관련기관 의뢰 52,1%, 후원물품지급, 거동불편자 외출동향, 식사 및 밑반찬서비스 순으로 나타났다. 보건진료원이 제공한 복지서비스에 대해 70%의 지역주민이 만족하고 있다고 보건진료원이 인식하고 있었다. 그리고 제공된 복지서비스의 불만족이유로 인력부족이 47.5%로 가장 높게 나타났다.

현재 제공되고 있는 복지서비스가 보건진료원이 반드시 수행해야 하는 서비스보다는 지역의 특성상 또한 위에 지적한대로 인력부족으로 인해 보건

진료원이 수행할 수밖에 없는 것으로 생각 되여 진다. 따라서 복지서비스를 수행하기위한 인력, 또한 자원봉사자들을 활용하는 방법을 모색하는 것이 필요하다.

향후 만성질환자, 노인인구 등의 급증으로 인한 거동불편자에 대한 방문보건이나 재활 및 돌봄이 필요할 것으로 예상되고, 보건 및 복지에 대한 수요 또한 증가될 것으로 예상된다. 보건진료원 1인으로 모든 보건복지문제를 해결할 수 없으므로, 타기관과 연계, 자원봉사자 및 관련단체 연계, 기타지역주민을 활용하는 관리자로서의 역할을 수행하는 것이 중요하다 하겠다.

Ⅵ. 결론 및 제언

보건진료소는 우리나라 공공보건사업조직의 최 말단에 위치하고 있으면서 일차보건의료의 접근전략에 따라 적은 예산으로 운영되고 있으면서 보건사업의 비용 효과 측면에서 경제성이 높은 것으로 보고 되고 있다. 변화하는 지역주민요구에 대응하기 위하여 향후 보건진료원에게 요구되는 보건 및 복지서비스의 통합 방안을 제시할 수 있는 기초 자료를 제공하고자, 보건진료원들이 수행하고 있는 보건과 복지서비스 내용을 파악한 서술적 조사연구이다.

연구대상은 경기도 보건진료원 전수 160명중 사전조사에 참여한 15명을 제외한 145명으로 하였다. 연구자에 의해 개발된 설문지를 가지고, 2004년 4월 12일에서 5월 4일까지 우편 및 팩스로 통해 자료수집이 이루어졌으며, 71부가 회수 되여 회수된 질문지 전부가 분석에 사용되었다. 보건진료원의 일반적 특성, 보건·복지서비스 실태를 빈도 및 백분율, 보건진료원 일반적 특성과 보건·복지서비스와의 관계는 chi-square 검정으로 분석하였다.

1. 보건진료원의 인구사회학적 특성으로 연령은 41-50세가 50.7%로 가장 많았으며, 소지하고 있는 면허종별로는 양호교사가 64.8%로 가장 많았고, 보건진료원의 경력은 16-20년이 42.3%로 가장 많았다.

2. 보건진료원의 지역적 특성으로 행정관할인구수는 평균 3,475명이고, 실

제적 관리인구수는 평균 1,532명 이었고, 보건진료원이 인식하는 적정관리 인구수로는 평균 1,278명이었다. 운영협의회 협력정도에서는 보건진료원의 69%가 높다고 응답하였으며, 마을건강원협력정도도 보건진료원의 70.4%가 높다고 응답하였다.

3. 보건진료원의 업무관련특성으로는 내소자들의 주요 건강문제는 감기, 고혈압, 관절염, 이었고, 월평균 일차진료 건수는 283명 이었고, 가정방문 건수는 월평균 35건수 이었다.

4. 보건진료원이 수행하는 보건서비스 중 95%이상의 보건진료원이 수행하는 서비스는 방문간호, 건강상담, 보건교육, 노인정방문이었고, 80%이상 수행하는 서비스는 건강검진, 정서적서비스, 가족문제 상담, 자원에 대한정보제공, 자녀교육문제상담으로 나타났으며, 이동목욕서비스, 호스피스간호, 한방서비스는 20%미만의 보건진료원이 수행하고 있었다. 또한 주민들이 가장 필요로 하다고 인식하는 서비스는 일차진료이며, 보건진료원이 지역주민에게 가장 필요하다고 인식하는 서비스는 건강증진관련서비스로 나타났다.

5. 복지서비스에서는 20%이상의 보건진료원이 직접 수행하는 가사서비스, 거동불편자외출동행, 자원봉사자파견, 후원물품지급, 사회복지관련기관 의뢰이었다. 타기관연계서비스로 20%이상 보건진료원이 수행하는 서비스는 식사 및 밑반찬서비스, 가사서비스, 거동불편자외출동행, 이·미용서비스제공, 후원물품지급, 사회복지관련기관의뢰, 주택개조도움이었다.

보건진료원이 제공하고 있는 보건서비스는 방문간호, 건강상담, 보건교육 등 다양하게 많이 시행하고 있었다. 보건진료원이 제공하는 복지서비스는 많지 않았지만 타기관과 연계하여 가사서비스, 자원봉사자파견 등 서비스를 제공하고 있었다, 따라서 만성질환을 가진 노령인구가 급증하고 있는 현실에서 방문간호를 통한 건강관리 및 자원봉사자들을 활용 및 사회복지기관에 의뢰 및 연계하여 보건·복지서비스를 제공하는 관리자로서의 방안 모색이 필요하다.

이상의 연구결과를 기초로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

1. 보건진료원이 제공 할 수 있는 복지 서비스의 범위 설정에 대한 후속연구가 필요하다.

2. 보건진료소는 일차보건의료서비스의 포괄적인 제공이 그 어느 보건조직보다 효과와 효율성이 높은 조직으로 인식되고 있으므로 보건 및 복지 서비스의 통합 모델개발에 대한 후속 연구가 필요하다.

Ⅶ. 참고문헌

김융일외9인. 사회복지학개론, 동인, 2003

김상규외. 사회복지론, 형성출판사, 1990

김화중. 지역사회간호학, 수문사,1986

지역사회간호학회출판편찬위원회. 보건학강좌, 수문사,1992

서울대의학교육연수원. 노인의학, 서울대학교출판부,1999

이선자, 정문희, 이명숙. 지역사회간호학, 신광출판사,1990

전국대학보건관리학교육협의회.보건학원론, 계축문화사,1995

한림과학원. 사회복지제도의 쟁점과 과제, 도서출판소화,1999

김정우, 이주열, 엄명용. 보건복지서비스전달체계의 효율적 운영방안에 관한 연구-모델개발을 위한 사례관리 적용- 한국사회복지학, 1998

김지윤. 보건소의 방문보건 재활업무 수행정도와 관련요인에 관한 연구,1999 지역사회학회지10(11)121～139

김조자. 전문간호사의 역할정립과 교육방향, 대한간호35(1), 1996

김진순. 보건진료소사업의 전망과 정책,1996

김철중. 의료정책과 언론의 역할, 대한의사협회지45(3),2002

김화중. 농어촌개발과의료보장개혁에따른보건진료원의책임 지역사회간호학회지 5(2), 101～108,1994

김혜숙. 외국의 전문간호사 제도, 대한간호35(1), 1996

보건사회연구원. 한국인의건강과의료이용실태, 1995

박경숙. 도시저소득층을 위한 사회복지서비스와보건의료서비스간사회복지. 서비스내서비스연결실태, 성곡논총 27(3),1996

박경호. 정부의 입장에서 본 의료정책과 의료계의 역할, 대한의사협회지 45(3), 2002

박명환. 국내 원격의료서비스 발전모형 연구, 사회과학논집 14(1), 2000

박영희 외6인. 보건진료소의 업무실태와 개선방안, 한국농촌의학회지,2000

송건용 외3인. 1992년도 국민건강 및 보건의식 형태조사-국민건강조사결과-한국보건사회연구원,1993

송태민. 일본의 원격의료동향, 보건복지포럼, 2003.3(100-107)

이성국. 노인보건복지사업의 정책과 보건인력활용, 2002년 보건의 날 기념

학술세미나발표원고임
이태화, 고일선. 보건진료원 활동의 비용-편익 분석,2001
유인영. 방문간호사와 사회복지사의 보건복지서비스 연계 및 장애요인에 관한연구, 대한간호학회지33(1), 2003
연세대학교 간호대학 간호정책연구소(주관연구책임자 고일선). 보건진료원 환자진료지침 개선방안, 보건복지부,2003
정영호. 도하개발 아젠다하에서의 보건의료서비스분야의 대응방안, 보건복지포럼, 2003.2(113-123)
조병희. 소비자입장에서 본 의료정책과 의료계의 역할, 대한의사협회지45(3), 2002
현대정치경제연구소. 보건진료원, 1999
함철호, 김태숙, 정은경등. 지역사회에서 보건의료와 복지의 연계실태와 연계의 틀로서 케어 매니지먼트에 대한태도, 노인복지연구,2001
경기도 보건진료원 보수교육 교재. 2003
보건복지부. 2003년도 보건진료소 일차보건의료사업안내
김진순. 지역사회간호와일차보건의료,연세대학교보건대학원강의자료, 2001
김경자. 농어촌주민을 위한 보건진료소의 활성화 방안연구. 대전대학교경영행정대학원 석사학위논문, 2000
김경회. 노인복지정책의 비교연구-아시아 국가들을 중심으로-인하대학교대학원 석사학위논문, 1998
김영미. 중소도시 노인의 복지욕구와 지역복지 서비스 개선방안에 관한 연구, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문, 2000
김옥희. 지역보건 의료정책의 문제점과 개선방안에 관한 연구, 서울시립대학교 도시과학대학원 석사학위논문, 2001
김석주. 인터넷기반의 멀티미디어 원격진료시스템에서 병력기록관리 기법, 성균관대학교 박사학위논문, 2001
김지영. 노인보건의료와 사회복지서비스의 연계방안에 관한연구, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001
김준희. 지역 보건복지 서비스체계에 관한 비교연구, 고려대학교 대학원 석사학위논문, 2000
김향근. 재가노인을 위한 방문보건 의료서비스와 복지서비스의 연계모형에

관한연구, 부산대학교 대학원 석사학위논문, 2001
김철우. 시대에 따른 보건진료원의 업무활동에 대한 비교조사 연구, 전북대학교대학원 석사학위논문, 2002
권선희. 시범 보건복지 사무소의 복지전달체계에 관한 연구, 동아대학교정책과학대학원 석사학위논문, 2001
노윤숙. 농촌형 재가복지 실천에 따른 사회복지 전문직과 보건전문직의 연계 및 역할 분담에 관한연구, 호남대학교행정대학원 석사학위논문, 2001
박윤경. 지불의사 접근법에 의한 보건진료소 편익분석, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2000
박정숙. 보건진료소 방문간호사업의 개선방안에 관한 연구, 대전대학교 경영행정대학원 석사학위논문, 2001
박신영. 노인의 대체의료 이용에 관한연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 2001
이규세. 보건. 복지서비스 연계를 통한 지역사회복지 활성화방안에 관한연구, 순천향대학교 산업정보대학원 석사학위논문,2001
이용문. 지역주민의 보건복지서비스를 위한 보건진료소의 활용방안에 관한연구,한일장신대학교기독교사회복지대학원석사학위논문, 2000
이용표. 보건복지사무소에 대한 전문직 간의 인식차이연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1995
이지미. 원격의료 체계의 군 운용방안, 국방대학교 석사논문,2001
이지현. IT와 멀티미디어의 활용을 기반으로한 첨단의료서비스에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위논문, 2001
이현기. 취약계층 보건과 복지서비스 연계방안에 대한 연구, 경기개발연구소,1999
이현숙. 농촌지역 재가노인 복지서비스를 위한 보건진료소의 활용방안에 관한 연구, 초당대학교 산업대학원 석사학위논문,2003
임미영. 하나선, 한국 저소득층 주민의 보건의료 서비스 이용형태와 그 영향 요인에 관한 연구, 지역사회간호학회지13(2), 2002
임현재. 노인복지 관점에서 조명한 의료보장정책에 관한 연구, 연세대학교 행정대학원석사학위논문, 2000

유인영. 박사논문, 보건 및 복지 통합 서비스를 위한 방문보건사업 관리에 관한 연구, 2001
유영숙. 보건진료소의 역할 및 기능 정립에 관한 연구, 군산대학교 경영행정대학원 석사학위논문, 2001
유태우. 인터넷을 이용한 진료관리의 발달 방향, 대한의사협회지45(1), 2002
윤순희. 공공. 민간보건 의료서비스의 연계방안에 관한 연구, 부산대학교 행정대학원 석사학위논문, 2000
원한라. 노인보건의료. 복지서비스 연계체계의 활성화 방안에 관한 연구, 협성대학교사회과학대학원 석사학위논문, 2000
신승호. 요양기관 유형별 의료이용자들의 특성비교, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 2000
송찬식. 한국노인복지 정책의 실태 및 향후 방안에 관한연구, 호남대학교 행정대학원 석사학위논문, 2002
송향영. 보건진료소 운영 개선방안에 관한연구, 대전대학교 경영행정대학원 석사학위논문, 1993
장 선. 복지. 보건서비스 종합운영에 관한연구, 원광대학교행정대학원 석사학위논문, 2002
정미영. 보건진료소의 고혈압환자관리에 관한 조사연구 전남대학교석사하위논문,1995
정병훈. 노령화에 따른 노인의료보장 비용에 관한 연구, 성균관대학교 대학원 석사학위논문, 2000
최호진. 세계화와 서구 복지국가의 변화에 관한연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문, 2000
황희숙. 우리나라 일선보건의료기관운영의 활성화방안에 관한연구, 경희대학교행정대학원 석사학위논문, 1999
함철호. 보건복지사무소의 조직효과성 평가연구, 중앙대학교 대학원 박사학위논문, 1998
서순원. 노인 보건의료서비스 정책발전에 관한연구, 단국대학교정책경영대학원 석사학위논문, 2001

설 문 지

안녕하십니까?
저는 연세대학교 보건대학원에서 지역사회간호학을 전공하는 석사 과정 학생이며 경기도 시흥시에서 근무하고 있는 보건진료원 장봉희 입니다.

본 설문지는 현재 보건진료원들이 행하고 있는 보건·복지 서비스내용을 분석하여, 통합된 보건·복지서비스를 제공하기 위한 방안을 제시하고자합니다. 연구 이외의 다른 목적으로는 절대 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

선생님의 응답 하나하나는 본 연구에 매우 귀중한 자료입니다.
선생님의 응답이 귀중한 연구 자료로 쓰여 질 수 있도록
솔직하고 성의 있게 답해주시면 감사 하겠습니다.

바쁘신 중에도 귀중한 시간을 내주셔서 진심으로 감사드립니다.

2004년 4월

연세대학교 보건대학원 지역사회간호학 전공

장 봉 희 올림

연락처) 경기도 시흥시 죽율동 285-1
☎ 031-498-2900 H.P 016-390-2153
E-mail : chbohe4@hanmail.net

다음은 귀하의 일반적 특성과 관련된 사항입니다. 해당사항에 기술하거나 표시하여 주십시오.

1. 소재하고 있는 주소는?_____광역시. 도____시_____군____면_____리

2. 귀하의 연령은? 만 _____세

3. 결혼상태는? □기혼 □미혼 □기타( )

4. 가족과 동거 여부? □동거 □비동거

5.귀하의 학력은? □고졸□전문대졸 □대졸 □대학원졸□기타( )

6. 귀하께서 소지하고 계신 면허종류에 모두 표시해 주십시오.
□조산사 □양호교사 □가정간호사 □정신간호사 □보건간호사
□마취간호사 □사회복지사 □보육사 □기타( )

7. 귀하의 총 경력? 보건진료원_____년_____개월
임상, 학교, 보건분야 등_____년_____개월

8. 현재 일하시는 보건진료소에서근무하신기간은 몇년이십니까?:___년__개월

다음은 귀하께서 담당하고 계시는 지 역 에 관한 사항입니다. 해당사항에 기술하거나 표시하여 주십시오.

1. 지역적 특성?
□농촌지역 □어촌지역 □도서지역 □도시농촌통합지역 □기타( )

2. 담당 지역의 행정적 관할 인구수? _____명/실제적관할 인구수?_____명

3. 담당지역에 기초생활 보호 대상자 수는? _____가구_____명

4. 업무보조원을 쓰시고 계십니까?(일시적, 계속적 모두포함)□예□아니오

5. 현재 관할하고 있는 인구수에 대해 어떻게 생각하십니까?:
□많다 □적당하다 □적다

5-1 귀하께서 생각하는 적당한 관할인구수는? _____명

6. 보건진료소의 운영협의회를 어떻게 생각하십니까?:
□매우필요하다□비교적필요하다□비교적필요하지않다□매우필요하지 않다

6-1 운영협의회 협력정도?
□매우 높다 □비교적높다 □비교적낮다 □매우 낮다

7. 보건진료소의 마을건강원회를 어떻게 생각하십니까?
□매우 필요하다□비교적필요하다□비교적필요하지않다□매우필요하지않다

7-1.마을건강원회 협력정도?
□매우 높다 □비교적높다 □비교적낮다 □매우 낮다

8. 귀하의 지역주민들이 보건·복지 문제를 해결하기위하여 보건진료소를 얼마나 이용하십니까?
□매우 많이 이용한다 □비교적 많이 이용한다
□비교적 이용하지 않는다 □매우 많이 이용하지 않는다

9. 귀하께서 보건·복지 문제를 해결하기 위해 얼마나 노력을 하고계십니까?
□매우 노력한다 □비교적 노력한다
□비교적 노력하지 않는다 □매우 노력하지 않는다

10. 귀하께서 관할구역 지역주민의 보건·복지 문제를 충분히 해결할 수 있다고 생각하십니까?
□매우 그렇다 □비교적 그렇다 □비교적 그렇지 않다□매우 그렇지 않다

보건 서비스 와 관련된 질문입니다. 해당사항에 기술하거나 표시하여 주십시오.(2003년기준)

1. 보건진료소를 이용하는 내소자 중 일차진 건수는 몇명 입니까?(월평균)
실인원_____명 / 투약일수(연인원)_____명

2. 귀 보건진료소에서 실시하는 가정방문 건수는?_____건(월평균)

3. 귀 보건진료소에서 실시하는 보건교육 건수는?_____건(월평균)

4. 각 연령층이 관할인구에서 차지하는 비율과 귀하의 보건진료소를 가장 많이 이용하는 연령층을 순위로 써 주십시오.

연령층	비 율	이용순위	연령층	비 율	이용순위
0-4세			20-39세		
5-9세			40-64세		
10-19세			65세이상		

5. 내소하는 환자의 질병명 단위로 많이 이용하는 순위별로 적어주십시오.
(고혈압, 관절염, 감기, 당뇨, 기타)
1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____

6. 주민들이 가장 필요로 하는 요구사항을 순위별로 적어주십시오.
1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____

7. 보건진료원 으로써 지역주민에게 필요한 사항을 순위별로 적어주십시오.
1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____

8. 가정방문 하여 하시는 일은 무엇입니까?
□투약서비스□기초측정(혈압,당뇨 등)□건강관련정보제공 □말벗(상담)
□청소 □외출시 동행 □잔심부름 □병간호수발
□위생관리 □용변관리 □세수 □생필품의 관리
□자원에대한정보제공 □욕창관리 □기타_____

9. 노인정방문하여 하시는 일은 무엇입니까?
□투약서비스 □기초측정(혈압,당뇨 등) □보건교육 □말벗(상담)
□청소 □운동프로그램 □자원봉사자연결 건강증진프로그램
□자원에대한정보제공 □기타_____

10. 지난 1년 동안 시행했던 정규사업 외 귀하께서 실시한 특수사업을 순위별로 기입해 주십시오.('향후' 는 비중이 큰 것으로 번호를 매겨주십시오)

순위	명 칭	회 수	향후	순위	명 칭	회 수	향후
1				4			
2				5			
3				6			

11. 특수사업을 수행하는데 가장 장애가 되는 요인은 무엇이라고 생각하십니까?
□법적한계 □타직종과의갈등 □재정부족 □장소미흡 □기타_____

12. 다음 보건 서비스 중 귀하께서 제공하는 보건 서비스에 대하여 수행방법과 수행정도를 기록하여 주십시오. (2003년기준)

활 동 내 용	①직접 수행함	②수행 안함	③대상자 없음	④타기관연계 (연계기관기입)
① 방문간호				
② 건강상담				
③ 건강검진측정				
④ 보건교육				
⑤ 노인정방문				
⑥ 성인병예방을위한조기검진 (보건소 및 기타기관연계)				
⑦ 무료진료(보건소 및 기타 기관연계)				
⑧ 건강증진 기타 운동 프로그램				
⑨ 이동목욕서비스				
⑩ 재활서비스				

활 동 내 용	①직접 수행함	②수행 안함	③대상자 없음	④타기관연계 (연계기관기입)
⑪ 재활기구대여				
⑫ 정서적서비스				
⑬ 자녀교육문제상담				
⑭ 가족문제상담				
⑮ 자원에 대한 정보제공				
⑯ 재가암환자관리				
⑰ 호스피스간호				
⑱ 한방서비스				
⑲ 환경위생관리				
⑳ 물리치료실운영				

13.보건진료원이 현재하고 있는 보건서비스 중 보건복지부 지침서에 새롭게 기술되어야할 필요성이 있는 업무를 기재하여 주십시오.
(우선순위가 높은 순위로.....)

①_____

②_____

③_____

④_____

⑤_____

복지 서비스 에 관련된 질문입니다. 해당사항에 기술하거나 표시하여 주십시오.(2003년기준)

1. 귀 진료소를 통해 대상가구들에게 충분한 복지서비스가 주어진다고 생각하십니까?

□매우 충분하다 □비교적 충분하다 □비교적 충분하다□매우불충분하다

2. 그와 같은 서비스에 대해 대상가구들이 만족하고 있다고 생각하십니까?

□매우 만족하다 □비교적 만족하다 □비교적 불만족하다□매우불만족하다

3. 불충분한서비스나 불만족스러운 서비스라고 생각한다면 그 요인은 어디에 있다고 생각하십니까?
□대상가구과다 □인력부족 □관련기관과의 연계부족 □전문성 부족
□기타_____

4. 귀 보건진료소에서 복지서비스 관련하여 도움을 받고 있는 연계기관이 있습니까?
□예 □아니오

4-1. 도움을 받고 있는 연계기관 3곳을 기입하여 주십시오.
(병원/의원, 보건소, 사회복지관부설의료센터, 사회복지관재가봉사센터, 노인복지관가정봉사원파견시설, 재가노인복지관 가정봉사원파견시설, 기타 등)

□_____
□_____
□_____

4-2. 연계하고 있는 사업내용은?

□_____
□_____
□_____

5. 다음 복지 서비스 중 귀하께서 제공하는 복지 서비스에 대하여 수행방법과 수행정도를 표시하여 주십시오. (2003년 기준)

활 동 내 용	①직접 수행함	②수행 안함	③대상자 없음	④타기관연계 (연계기관기입)
① 식사 및 밑반찬서비스				
② 가사서비스(집안일)				
③ 거동불편자 외출동행				
④ 이. 미용서비스 제공				
⑤ 소년소녀가장돌보기				
⑥ 자원봉사자파견(마을건강원포함)				
⑦ 후원자 결연				

활 동 내 용	①직접 수행함	②수행 안함	③대상자 없음	④타기관연계 (연계기관기입)
⑧ 후원물품지급				
⑨ 취업 .부업알선				
⑩ 사회복지 관련기관 의뢰 (단기보호시설입소안내 등 기타)				
⑪ 경로잔치제공				
⑫ 주택개조도움				
⑬ 노인대학개강				
⑭ 소풍 및 야유회개최				

6. 보건진료원이 현재하고 있는 복지서비스 중 보건복지부 지침서에 새롭게 기술되어야할 필요성이 있는 업무를 기재하여 주십시오.(우선순위가 높은 순위로)

①_____

②_____

③_____

7. 변화에 부응하는 보건진료원으로서 현재하고 있는 활동영역이외에 보건진료원이 솔선하여 활동할 수 있는 영역이 있으시면 기술하여 주십시오.

①_____

②_____

③_____

수고하셨습니다.

우리 보건진료원의 희망찬 앞날을 위하여 쓰겠습니다.

늘 건강하시고 행복하세요.

The Actual Status of Health & Welfare Service of Community Health Practitioners

Bong Hee Chang
Graduate school of
Health science and management
Yonsei university
Directed by professor Ilsun Ko

Though the community health center is the terminal organ of the Korean public health organizations and has been operated with such a low budget under the strategy of focusing on the primary health care system, it is reported to show cost effectiveness in the health operation. To meet the demands of local citizens, we have conducted a descriptive research on the health/welfare services performed by community health practitioners so that we could provide them with fundamental data which may come up with measures to unify health and welfare services required for the future community health practitioners.

145 community health practitioners out of a total of 160 members of the Kyoung-gi province Health Care Center were the subjects of this study. 15 persons who had participated in the preliminary survey were excluded. The questionnaire developed by the researchers were distributed and collected by mail or fax from April, 12 to May, 4, 2004. 71 collected papers were used in the analysis. The general characteristics of the community health practitioner and the actual status of the health/welfare services were analyzed in the aspect of frequency and percentage. The relationship between the general characteristics of the community health practitioners and the health service were analyzed through chi-square examination.

1. In the aspect of the socio-demographic characteristics, those at the age of 41-50 accounted for the largest group of the community health practitioners with 50.7% of the total participants. 64.8% of all the participants had the license of nurse-teacher. In terms of career, community health practitioners with personal history of 16-20 years occupied 42.3%.

2. As regional characteristics, the official number of the population under the executive care was 3,475, but 1,532 was under actual care on average. The respondents thought 1,278 is the reasonable number that may be managed in a region. 69% of the community health practitioners answered that administrative council has been highly cooperative and 70.4% answered that village health workers were highly cooperative.

3. When it comes to the service characteristics of the community health practitioners, most of the people visiting community health centers suffered from the cold, hypertension and arthritis. An average of 283 was under the primary care and the number of home visiting care was 35 in a month.

4. More than 95% of health services were found to include home nursing, health counseling, health education and visiting senior centers. Medical examination, emotional counseling, family affair counseling, offering information on the resources, and children education advice accounted for more than 80% of the service. Itinerant bath service, hospice nursing and Chinese medical services were conducted by less than 20% of the community health practitioners. It was reported that local citizens

through they were urgently in need of the primary medical examination, while the community health practitioners thought the people mostly requires the health improvement services.

5. In the welfare services, more than 20% of the community health practitioners provided housework assistance services, accompanied those who have troubles in carrying themselves, sent volunteer workers, supplied goods and requested the support from the social welfare organs. The services linked to other organs included free meal services, housework assistance, accompanying those who have troubles in carrying themselves, supplying goods, requesting support from the welfare-related organs and house rebuilding services.

Now the community health centers offer many services including home visiting health service, health counseling, health education and etc. The community health practitioners have not provided many welfare services but they tried to cooperate with other organizations to support housework assistance and volunteer services.

In these days when the number of elderly population with chronic diseases are rapidly increasing, we are required to search for new ways to provide health care through home visiting and health/welfare services by linking with social welfare organs and utilize the volunteers.

Key word : Community Health Practitioners, Health·Welfare Service