

정책보고서 98-15, 1,000부, p.256

ISBN 89-8187-170-1 93320

행정간행물등록번호 A0045-65550-57-9830

地域單位 公共保健醫療機關 機能 改編方案

張元基
金鎮順
朴泳澤
李佑百

韓國保健社會研究院

머 리 말

모든 국민의 건강할 권리가 헌법에 명기되어 있다. 하지만 이를 제도적으로 보장하는 장치는 아직도 미비점이 많다. 混沌의 渦中에 있는 의료보험제도가 그러하며, 공공보건의료체계 역시 제 기능을 다하지 못하고 있다. 雪上加霜으로 경제위기에 따른 실업가구의 급증은 우리나라 공공보건의료가 어느 방향으로 나아갈 것인가에 대하여 심각한 고민을 하게 한다.

이러한 상황 속에서 우리 연구원에서는 공공보건의료체계의 방향을 설정하고, 현 시점에서 무엇을 중심으로 공공보건의료가 難局을 돌파할 것인가와 관련하여, 一群의 연구자들의 연구결과를 세상에 내놓게 되었다. 본 연구결과가 비록 공공보건의료 전체를 포괄하는 연구범위를 취하지는 못하였으나, 문제제기 하나하나에 공공보건의료 발전의 모티브가 內在되어 있다는 점을 지적하고 싶다. 특히 보건기관의 당면한 과제로 제기된 重點保健事業의 시행, 保健福祉센터의 설치, 醫療保險 保健豫防事業의 보건소 사업과의 連繫遂行 문제는 앞으로도 더 많은 연구자의 探究 對象이 되었으면 한다.

본 연구의 연구진과 담당 연구분야를 소개하면 다음과 같다.

- 연구의 배경 및 방법(장원기)
- 지역보건기관의 현황과 문제점(장원기, 김진순, 이우백)
- 외국 공공보건의료기관의 기능(박영택)
- 지역보건기관의 기능개편 방안(장원기, 김진순)

본 보고서를 발간하게 됨에 있어서 이를 가능하게 해 준 여러 분들께 감사드린다. 연구 과정에서 설문조사에 응답해주신 전국의 보건소

장 및 보건진료원 여러 분께 우선 감사드리는 것이 순서일 것이다. 또한 보고서의 초안을 일일이 검토해주신 본 연구원의 서미경 부연구위원과 김혜련 책임연구원께 감사드리며, 연구수행 전반에 걸쳐 귀중한 조언을 해주신 조남훈 부원장께도 감사드린다. 일본 자료수집에 많은 도움을 주신 선우덕 책임연구원에 대한 감사도 빼놓을 수 없다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

1998年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭 敬 培

目次

要約	11
I. 研究의 背景 및 方法	18
1. 研究背景	18
2. 研究目的 및 方法	23
II. 地域保健機關의 現況 및 問題點	26
1. 保健所의 類型과 組織現況	26
2. 保健所의 業務 및 豫算	31
3. 保健支所 및 保健診療所	40
III. 外國 公共保健機關의 機能	51
1. 英國	51
2. 美國	59
3. 캐나다	74
4. 濠洲	80
5. 日本	87
6. 外國 事例가 주는 示唆點	94
IV. 地域保健機關의 機能改編 方案	97
1. 事業方式의 變化와 重點事業 選定	99
2. 公共保健福祉傳達體系 改善方案	108

3. 醫療保險 保健豫防事業과 保健所	141
4. 保健診療所 改編 方向	156
5. 其他 機能改編 方案	166
V. 結論 및 政策提言	173
1. 地域保健機關의 現況 및 問題點	174
2. 地域保健機關의 機能改編 方案	179
3. 맺음말	188
參考文獻	190
附 錄	195

表 目 次

〈表 II- 1〉	行政區域 및 管轄人口에 따른 保健所 類型 分類	27
〈表 II- 2〉	行政區域別 保健所 類型 分類	28
〈表 II- 3〉	組織編制에 따른 保健所 類型 分類	28
〈表 II- 4〉	保健機關 構造調整 現況	29
〈表 II- 5〉	保健支所 및 保健診療所 減縮 基準	30
〈表 II- 6〉	保健機關의 主要 職能別 人力 現況	31
〈表 II- 7〉	保健所의 主要事業別 施行率	33
〈表 II- 8〉	保健所의 業務別 投入人力	36
〈表 II- 9〉	保健所 平均 豫算 및 疾病豫防關聯事業別 豫算	39
〈表 II-10〉	行政區域別 保健所 平均 豫算 및 財源別 構成比	40
〈表 II-11〉	公衆保健醫師의 全國的 配置 現況	41
〈表 II-12〉	市·都別 保健診療所 設置 現況	43
〈表 II-13〉	管轄 人口 規模別 保健診療所 數	45
〈表 II-14〉	地域의 人口社會學的 特性에 따른 保健診療所 數	46
〈表 II-15〉	1998年 1月 以後 來所者數 變化 및 增感 程度	48
〈表 III- 1〉	모어캠베이 地域의 主要 保健醫療資源 現況	54
〈表 III- 2〉	모어캠베이 地域保健當局의 主要 業務 現況	55
〈表 III- 3〉	SSWH地域의 主要 保健醫療資源 現況	57
〈表 III- 4〉	SSWH地域 保健當局의 部署別 業務	58
〈表 III- 5〉	유타郡 地域保健部の 部署構成 및 主要業務	62
〈表 III- 6〉	솔트레이크시티郡 地域의 公共保健센터別 主要 서비스	63

〈表 III- 7〉	파스코郡 地域保健部の 主要 業務	65
〈表 III- 8〉	클리郡 地域保健部の 主要 業務	68
〈表 III- 9〉	산타마바라郡 地域保健部の 主要 業務	70
〈表 III-10〉	롱비치市 地域保健部の 主要 業務	72
〈表 III-11〉	브루스－그레이－오웬사운드 保健所の 主要 業務	76
〈表 III-12〉	노스웨스턴 保健所の 主要 業務	79
〈表 III-13〉	뉴사우스웨일즈州의 公共 및 民間保健機關 現況	82
〈表 III-14〉	헌터保健所 組織現況	84
〈表 III-15〉	헌터保健所の 主要業務	85
〈表 III-16〉	保健所 및 市町村 保健센터의 設置現況(1995年末)	89
〈表 III-17〉	카고시마市地域 保健所와 保健센터의 主要業務	91
〈表 III-18〉	아가츠마郡 保健所の 課別 主要 業務現況	94
〈表 III-19〉	外國 公共保健機關의 役割遂行 比較	95
〈表 IV- 1〉	保健所 機能改編을 위한 主要 問題點과 改善方向	98
〈表 IV- 2〉	接近方法別 公共保健醫療事業 例示	101
〈表 IV- 3〉	保健所 事業의 公共·民間 役割分擔에 대한 保健所長의 意見	104
〈表 IV- 4〉	重點保健事業 設定 例示	108
〈表 IV- 5〉	都市地域 保健所の 保健分所 設置에 대한 保健所長의 意見	111
〈表 IV- 6〉	福祉傳達體系의 現況·問題點과 發展方向	112
〈表 IV- 7〉	保健福祉事務所 示範事業 評價結果	117
〈表 IV- 8〉	地方 公共保健福祉組織 統合形態에 대한 保健所長의 意見	122
〈表 IV- 9〉	人口規模別 邑·面·洞 數	124
〈表 IV-10〉	保健福祉센터 設置時 豫想되는 機關別 主要業務	127

〈表 IV-11〉	地域別 保健福祉센터 設置 形態	130
〈表 IV-12〉	保健福祉事務所 示範地域別 訪問看護對象 家口數(1998. 11. 現在)	133
〈表 IV-13〉	保健福祉센터의 主要 業務 및 所要 人力	134
〈表 IV-14〉	行政自治部의 住民自治센터 設置 試案에 따른 年次別 保健福祉센터 推進計劃案	137
〈表 IV-15〉	住民自治센터의 業務로 되어야 할 것	138
〈表 IV-16〉	保健豫防事業의 內容 및 對象	142
〈表 IV-17〉	國民醫療保險管理工團의 保險種類別 健康檢診事業 對象者(1999年)	142
〈表 IV-18〉	國民醫療保險管理工團 1次健康診斷 檢診種目 및 關聯疾患	142
〈表 IV-19〉	國民醫療保險管理工團 2次健康診斷 實施 對象者 및 檢診 種目	143
〈表 IV-20〉	保健豫防事業 豫算 및 執行實積	144
〈表 IV-21〉	事業主體別 業務 變化와 豫想 效果	154
〈表 IV-22〉	類型別 保健診療所 機能改編 方案	163
〈表 IV-23〉	評價體系의 改善	164
〈表 IV-24〉	팀 區分의 例示	168

그림 目次

[그림 III-1]	英國의 NHS構造 現況	52
[그림 III-2]	노스웨스턴 保健所의 組織 構造	78
[그림 III-3]	뉴사우스웨일즈州的 公共保健組織體系	80
[그림 III-4]	日本의 地域保健醫療體系	88
[그림 III-5]	츄오保健所와 타니아마保健센터의 組織構造 現況 ..	90
[그림 IV-1]	公共保健醫療事業 들의 變化	100
[그림 IV-2]	地域單位 公共保健福祉傳達體系 統合模型(1段階) ·	125
[그림 IV-3]	地域保健福祉 傳達體系 模型	126
[그림 IV-4]	農漁村地域 保健福祉센터 設置 模型	128
[그림 IV-5]	地域單位 公共保健福祉傳達體系 統合模型(2段階)	140
[그림 IV-6]	既存 醫療保險 保健豫防事業 遂行體系	147
[그림 IV-7]	醫療保險 保健豫防事業과 保健所 疾病豫防事業의 統合運用體系(案)	148
[그림 IV-8]	行政組織 改編과 팀 組織 形態	168
[그림 IV-9]	主要 慢性疾病의 國家管理體系 模型	171

要 約

1. 事業方式의 變化와 重點事業 選定

□ 問題指向的 事業方式의 導入

- 새로운 사업전개의 시각으로 문제의 근본적인 원인에 대한 관심과 수급자 중심의 시각이 보건소 분야에 적용되고 있음. 이를 문제지향적 사업방식이라고 부를 수 있을 것임.
- 동시에 지역사회 보건의료 전반의 기획과 평가를 강조하는 분위기가 점차 생겨나고 있음.

□ 重點事業 選定

- 중점사업의 수행은 사업의 설정과 실행 및 평가를 관통하여 순환적으로 파악하여야 함.
- 보건소에서 강화해야 할 사업을 중심으로 보건소장들의 의견을 조사한 결과, 보건소가 전담해야 할 사업으로서 현 상태에서 보다 강화해야 할 사업으로 꼽힌 것은 단연 보건교육 관련 사업들이었음.
- 또한 가정방문 진료·간호 사업, 재가 정신질환자 관리, 장애인 방문재활 간호, 가정방문 보건위생사업 등 방문보건의료사업은 보건소가 주체가 되어 시행되어야 한다는 의견이 지배적이었음.
- 기타 보건소의 보건의료서비스와 관련하여 강화해야 할 것으로 지적된 것은 건강관련 상담, 노인 건강검진, 조기암 발견사업, 아동 구강검진 및 충치예방사업, 체력증진시설, 만성질환자 등록진료, 무료한방진료, 장애인 건강검진 등 건강증진 관련사업 및 노인·저

소득층 진료사업이었음.

- 위의 결과들을 종합해 볼 때, 우리나라 보건소의 전반적인 사업 우선순위 설정에 있어서는 보건교육, 방문보건의료서비스, 건강증진 관련사업, 노인 및 저소득층 진료, 지역보건기획 관련업무 등이 중점사업으로 부각되었음.

2. 保健福祉센터의 設置

□ 公共保健福祉 傳達體系의 改編 論議

- 1995년 7월부터 실시해 온 보건복지사무소 시범사업 평가 결과, 복지사무의 집중화를 통한 업무효율의 향상은 이루어졌으나 주민의 접근성 감소가 문제가 되었으며, 이는 농촌 지역에서 특히 심하였음.
- 방문보건요원과 사회복지전문요원 사이의 원활한 업무협조가 문제로 부각되었는데, 이를 가로막은 것은 상호 업무에 대한 지식 및 이해 부족, 소속된 계 또는 과가 다른 상태에서의 경직된 조직운영, 업무분장상 협조 프로그램의 내용이 규정되지 않은 점 등이 지적될 수 있음.

□ 公共保健福祉 傳達體系의 改編 方向

- 공공보건복지 전달체계의 연계강화 원칙을 다음과 같이 제시할 수 있음.
 - 첫째, 주민의 필요에 부응하는 서비스의 연계·통합에서 시작하여 보건·복지 행정업무의 필요에 부응한 통합 추진
 - 둘째, 주민에 대한 정보교류의 체계화부터 시작하여 공동 프로

그럼 개발

- 셋째, 최하위 일선기관에서의 연계·통합에서 시작하여 조직의 상향적인 통합으로 확대

□ 公共保健福祉傳達體系 改編方案으로서의 保健福祉센터 設置

- 보건복지전달체계상 말단 서비스 전달의 조직으로서 읍·면·동 수준의 보건복지센터 설치하는 방안을 고려하면 다음과 같이 요약할 수 있음.
 - 4개 동(또는 1~2개 면) 단위마다 1개소의 보건복지센터를 두어 해당 소규모지역을 담당하여 대민서비스 업무를 수행하도록 함. 보건소 역시 1개 보건복지센터의 기능을 갖추도록 방문보건복지팀을 신설하여 인근 4개 동 또는 1~2개 면을 담당함.
 - 보건복지센터에는 방문보건담당 간호사 2인, 질병예방 및 건강증진 담당 간호사 2인, 사회복지전문요원 4인, 센터관리 담당자 1인을 두어 모두 9인 규모의 인력을 둠.
 - 현재 인력을 재배치할 경우 간호사는 1,694명, 사회복지전문요원은 1,600명의 추가인력이 필요한 것으로 판단됨.
 - 2002년까지 전국에 보건복지센터 1,092개소 및 보건소내 방문보건복지팀 245개 신설
 - 보건복지센터는 보건소장 및 시·군·구청 사회(복지)과의 공동 관리하에 둠. 고유행정업무에 관해서는 보건소장, 사회복지과장의 지시를 받으며, 보건·복지 연계업무는 보건소장이 관장함.
 - 보건복지센터의 수행 업무는 방문보건복지서비스, 공공부조대상자 발굴, 복지민원업무, 모자보건·예방접종·보건교육·정신보건사업 등이며, 농어촌지역에서는 대민진료를 시행함.
 - 보건소는 지역보건기획 및 만성질환관리를 중심으로 하여 시·군

- 구 단위로 효율을 추구할 수 있는 사업을 전개함.
- 도시지역은 주민자치센터(행정자치부 시안) 내에 보건복지센터를 설치하며, 농어촌지역은 기존 보건지소 시설을 활용할 수 있음.

保健福祉센터 設置·運營의 豫想 效果

- 보건복지센터는 다음과 같은 효과를 거둘 수 있을 것이 예상됨.
 - 시범사업에서 지적된 주민에 대한 접근도 제고
 - 보건복지업무의 연계강화로 주민의 욕구충족도 제고
 - 지역단위 보건복지사업의 연계강화로 효율성 증대
 - 민간의료자원 및 민간복지자원의 동원과 구체적 프로그램 연계가 용이함.

3. 醫療保險 保健豫防事業의 統合運用

醫療保險의 保健豫防事業

- 의료보험조합은 매년 가입자 및 피부양자의 질병예방과 조기발견을 위하여 보건예방사업을 시행하고 있음. 이 사업은 질병의 조기발견 및 조기치료로 국민건강 수준을 향상시키며, 질병의 사전예방으로 국민의료비용을 절감하는 것을 목적으로 하고 있음.

保健所 事業과 醫療保險 保健豫防事業 統合運用의 必要性

- 보건소와 의료보험 보건예방사업은 성격상 연계하여 운용될 때 큰 효과를 볼 수 있을 것으로 예상되며, 그 이유를 보면 다음과 같음.
 - 주민의 입장에서 건강진단을 받은 것이 일회성으로 끝나지 않고 지속적인 건강관리의 시발점이 되도록 책임있는 기관의 관리를

받아야 할 필요가 있음.

- 보건소와 의료보험에서 행하는 질병예방사업이 동일 대상자에 대하여 이원적으로 시행되고 있으므로 사업체계를 단일화하여 재원의 효율적인 활용을 꾀할 필요가 있음.
- 의료보험조합은 사업이 실효를 거두기 위해서 검사자의 추구관리가 가능하도록 지역단위에서 공공성을 띠고 보건의료사업을 하는 실무조직이 필요함.
- 보건소가 한정된 예산을 운용하여 저소득층/의료보호대상자에게 더욱 많은 서비스를 시행하기 위해서는, 건강진단 등 보건소가 시행하는 많은 질병예방사업의 대상자가 의료보험 적용자인 경우 그 비용을 의료보험조합의 예산에서 지원하는 것이 바람직함.

□ 統合運用體系의 豫想 效果

- 보건소가 질병예방사업을 지역단위에서 일관된 전략 하에 통합적으로 수행함으로써 재원의 낭비요인을 제거하고, 보다 넓은 범위의 주민을 포괄하는 사업을 수행할 수 있음.
- 건강진단사업을 수행한 이후 지속적인 추구관리가 가능함. 즉, 보건소 단위로 지역주민 건강상태의 DB화가 가능해지며, 이를 활용한 질병관리사업이 가능해짐.
- 추구관리가 잘 될수록 주민의 보건예방사업(건강진단)에 대한 신뢰가 높아질 수 있음. 이는 낮은 의료보험 성인병 건강진단 수검률(35~55%)을 높이는 계기로 작용할 것임.
- 건강진단 대상자 선정을 지역의 특성에 맞추어 자율적으로 결정하게 됨으로써 주민의 의료필요에 보다 적절히 부응하는 시책이 가능해짐.

4. 其他 政策課題

□ 保健診療員 制度의 整備

- 정부조직 구조조정과 관련하여 보건진료소 통합, 폐지에 대한 검토가 지방자치단체별로 이루어지고 있음.
- 보건진료소가 설치된 이후 18년간 오·백지 주민의 보건의료에 많은 혜택을 주었음은 많은 사람이 인정하고 있는 바임.
- 지속된 이농현상으로 1개 보건진료소가 관할하는 지역의 인구가 많이 감소하였으며, 이는 보건진료소 운영의 효율화를 위하여 인구과소 지역의 보건진료소를 통합하는 방향으로 정책고려가 되어야 할 것임.
- 또한 통합후 유휴 보건진료원은 일차보건의료의 경험이 풍부한 전문인력이므로 관할 보건소나 보건지소 및 요양시설 등에 전환 배치하여 활용하는 것이 바람직함.
- 특히 보건복지센터가 설치되는 경우 핵심인력으로 보건진료원의 활용이 요망됨.

□ 組織運營 方式의 變化

- 현재 행정자치부에서 추진하고 있는 지방행정조직체계의 변화와 함께 보건소의 조직형태도 ‘팀’방식으로 변화하고 있음.
- ‘팀’제 도입과 발맞추어 보건소는 대민 서비스 위주의 조직으로 변모할 필요가 있음. 즉, 보건의료서비스 중심으로 ‘팀’을 구성하여 운영하는 것이 필요함.
- 이와 동시에 보건직 및 행정직 인력의 상당 부분을 보건의료서비스 인력으로 대체, 또는 전환 활용하여 인력구성을 서비스 인력 중심으로 하는 것이 바람직함.

- 부서편제도 보건행정, 보건지도 담당부서를 통합하여 보건행정을 담당하는 1개 부서와 보건의료서비스를 담당하는 1개 부서로 조직을 단순화시키는 것이 바람직함.

□ 民間醫療機關과의 協力 增大

- 보건소는 지역주민뿐 아니라 민간의료기관에 대해서도 서비스하는 자세가 될 필요가 있음. 이를 통해 민·관 협력이 활발히 이루어지도록 해야 할 것임.
- 이러한 민·관협력은 민간의료기관이 필요한 정보의 제공에서부터 시작하는 것이 용이하다고 봄. 지역내 질병관련 자료, 인구 및 의료기관 관련 자료, 보건사업 관련 자료 등을 제공하여 민간의료기관의 업무에 도움이 되도록 할 필요가 있음.
- 취약지구 개설 민간의료기관에 대한 지원도 충분히 고려해 볼 만함. 저소득층을 주로 상대하는 의료기관의 경우 보건소에서 현금 또는 현물로 보상함으로써 간접적으로 의료취약지구 주민에 대한 의료서비스 제공 효과를 거둘 수 있음.
- 민·관협력관계가 공고히 다져진다면 지역내 질병감시체계를 수립하는 데에도 민간의 적극적 협조를 기대할 수 있을 것임.

I. 研究의 背景 및 方法

1. 研究背景

가. 國民健康 保障을 위한 保健政策

IMF사태로 표현되는 국가 외환위기 상황에 부딪혀서 정부의 보건 정책은 심각한 도전을 받게 되었다. 전국민의료보험 시행 이후에 사회 취약계층의 보건의료 수혜는 비록 크게 개선되었다고는 하나 아직도 미흡한 상태이며, IMF 관리체제 이후 실업의 증가, 노숙자 문제 등으로 인하여 더욱 악화되고 있다. 이와 같은 상황의 변화는 보건복지분야에서의 국가의 역할을 더욱 강조하게 되었으며, 따라서 보건의료정책에서 공공보건의료부문 역시 차지하는 비중이 커졌다고 할 수 있다. 또한 21세기를 맞이하는 상황이기에 우리나라 보건의료정책의 기본 목표와 실천 과제를 설정하는 움직임이 부산하게 일고 있으며, 이 과정에서도 공공보건의료의 기능 재정립에 대한 논의가 활발히 일고 있다.

IMF 관리체제 이후 21세기를 맞이하는 공공보건의료기관의 입장도 쉽지만은 않다. 정부의 조직개편과정이 보건소를 비롯한 공공보건의료기관에도 그대로 적용되어 인원감축과 조직축소가 예견되기 때문이다. 하지만 정부와 민간부문을 막론하고 보건의료부문에 대한 구조조정의 과정에서 경제성과 효율성만이 의미 있는 잣대로 사용될 경우에는 자칫 국민의 건강이 훼손될 위험에 처할 수 있다. 민간부문 구조조정과 이에 따른 실업자의 급증은 공공보건의료에 대한 국민의 요구

급증으로 곧바로 이어진다. 더욱이 급성전염성질환의 예방 및 치료에 치중하던 과거와는 달리 만성퇴행성질환 중심으로 질병구조가 변하면서, 만성질환의 관리, 재활사업으로 보건의료의 초점이 이동하게 되어, 업무의 성격상 더 많은 자원의 투여가 요구되고 있는 상태이다.

민간의료기관의 입장도 어렵기는 마찬가지다. 급격한 경제악화는 換差損 등으로 민간의료기관 자체의 財政缺損을 부추겼고, 뒤따른 환자수의 격감은 의료기관 생존의 문제로 부각되었다. 이러한 상태에서 국민의 늘어나는 보건의료문제에 대하여 민간의료기관이 해결할 수 있는 부분이 많지 않게 되며, 이는 그대로 공공보건의료기관의 몫이 된다. 즉, 수익성을 추구할 수밖에 없는 민간의료체계가 주도하고 있는 우리나라의 현 의료체계 하에서는 IMF관리체제의 여파로 인하여 급격히 늘어가는 사회취약계층의 건강문제를 해결해 줄 수 있는 공공보건의료부문의 역할이 확대되고 재정립될 필요가 있다는 것이다.

특히 사회 취약계층인 저소득층 주민들의 건강문제는 단순한 질병의 문제라기보다는 복합적인 요인으로 구성되어 있으므로, 포괄적이고 효율적인 보건복지서비스 제공체계가 필요하다. 저소득층 보건문제는 복지서비스와 별개로 분리하여 접근하기 곤란한 점이 많이 있다. 저소득층 주민의 기본적인 생활 영위가 가능하도록 보장하는 것이 공공기관의 중요한 임무의 하나라고 할 때, 일상생활을 스스로 하지 못하는 사람에게 질병치료 행위만 한다고 하여 그 사람이 건강해질 수 없는 것처럼, 보건서비스와 복지서비스의 연계는 지역주민의 필수적인 요구사항이 된다. 사람의 건강이란 그 자체가 보건영역에 의해서만 규정받는 것이 아니기 때문에, 個別的이고 分節的인 접근보다는 全體的이고 包括的인 접근방식을 취할 때에야 제대로 된 健康保障이 이루어질 수 있는 것이라고 하겠다.

나. 公共保健醫療機關 組織改編 方向에 대한 論議

보건소는 모자보건과 가족계획, 방역, 예방접종, 결핵 및 나병관리, 저렴한 진료서비스의 제공 등 주민 전체를 대상으로 한 여러 가지 업무를 지속적으로 수행해 왔으나, 인구의 노령화와 소득 수준의 향상 및 질병 양상의 변화와 함께 보건사업의 내용을 변화시킬 필요에 당면하게 되었다.

보건의료비의 급격한 상승과 새로운 의학기술의 대량도입, 새로운 의료수요의 발생으로 인한 새로운 형태의 의료기관 출현, 소비자(환자) 중심의 의료공급체계 강화 등 보건의료환경의 변화가 일어나고 있으며, 이러한 환경의 변화가 보건소의 기능 변화를 요구하고 있는 것이다.

공공기관으로서 보건소는 지역주민에 밀착하여 민간의료기관이 제공하지 못하는 비영리적 공공보건의료서비스를 제공하는 것을 하나의 임무로 한다. 또한 지역내 의료자원의 관리를 통하여 주민들에게 제공되는 의료서비스의 공공성과 적절한 질을 유지하도록 해야 하며, 이러한 과정에서 보건소는 지역사회 보건의료의 기획·조정자로서 역할을 담당해야 한다.

IMF이후 구조조정의 일환으로 조직축소와 인력감축 위주의 지방행정조직 개편이 진행되고 있다. 이 구조조정 과정이 보건소에도 그대로 여과 없이 적용될 경우, 소외계층의 증가하는 건강문제를 관리해 주어야 하는 공공보건기관이 제 역할을 다할 수 없게 된다. 일반행정조직의 경우 업무에 고도의 테크놀로지가 도입될 경우 인력감축은 필연적 결과가 되나, 보건조직은 환자 개인 및 지역사회주민을 직접 접촉하면서 서비스를 제공하여야 하는 노동집약적 특성을 가짐으로 인력감축은 곧바로 보건의료 서비스량의 감축으로 이어지게 되는 것이다.

하지만 이러한 사정에 대한 고려가 없이 行政自治部는 지방행정조직 개편과 관련하여 보건소에 대하여 다음과 같은 지침을 내렸다(행정자치부, 1998. 6).

- 주민이용률이 낮고 민간 병·의원 등 보건의료기관이 중복되는 지역은 적극정비
 - 보건지소, 보건진료소도 같은 맥락에서 검토
- 의료·진료기능 중 위탁가능기능 위탁 검토
- 지방공사의료원이 있는 시·군의 보건소는 존폐 검토 또는 기능 재정립 후 축소

이 같은 행정자치부의 시각은 보건소의 역할에 대한 이해부족에서 기인한 것으로 보인다. 즉, 보건소의 기능 중 민간 병·의원이 대체할 수 있는 부분이 크지 않다는 점을 간과하고 있으며, 지방공사의료원 역시 마찬가지이다. 다만 위탁 가능 업무에 대한 위탁 검토 문제가 논의의 여지가 있는 것이긴 하나, 이 또한 수익성이 낮아 민간의료기관에서 담당하려고 하지 않는 것들이 대부분이라는 점도 고려해야 할 것이다. 지역에서의 공공보건의료 수요가 경제상황이 악화될수록 더 증가할 것은 자명한 사실인데, 이처럼 보건소를 일반행정조직과 같이 취급한다면 玉石俱焚의 誤謬를 범하게 될 수밖에 없다.

그렇다면 보건소를 중심으로 한 지역단위 공공보건의료기관의 역할은 어떠한 것이 되어야 하는가? 세계보건기구의 ‘보건소 역량강화 연구그룹(WHO, 1997)’에서는 보건소의 역할로 ① 保健開發組織(health development unit)¹⁾으로서의 역할, ② 보건체계와 지역주민간의 接點으로서의 역할, ③ 의료혜택미비계층 또는 질병 고위험군에 대한 사업, ④ 지역 내 보건의료활동의 통합·조정, ⑤ 보건의료자원의 합리적 운

1) 치료, 예방, 건강증진, 지역사회 개발 기능의 총합을 의미한다.

용을 들고 있다. 김창엽은 보건소의 필수기능으로 ① 지역보건의료정책 수립 및 집행, ② 노인·장애인 등에 대한 필수적 보건복지서비스 제공, ③ 질적으로 수준 높은 건강증진 및 예방사업 수행, ④ 전주민을 대상으로 하는 서비스(보건복지 관련 교육, 홍보 등)의 제공을 들고 있으며(김창엽, 1998), 문옥륜은 미국 보건소의 기능의 시대별 변화상²⁾을 보고한 적이 있다(문옥륜, 1988). 본 연구에서는 이러한 보건소의 역할에 대한 정의보다는 보건소의 기능 각각에 대하여 현재 시행되고 있는 사업을 중심으로 하여 분석하였는데, 이러한 접근을 시도한 것은 보건사업을 수행하는 주체의 입장에서 실질적으로 도움이 될 수 있도록, 가급적이면 현실적인 연구가 되도록 하려는 의도에서였다.

현재 보건소가 갖고 있는 문제에 대한 진단도 최근에 여러 방향에서 이루어져 왔다. 신영전은 공공보건의료부문 목표의 부재, 관리체계의 비효율성, 내부운영의 비효율성, 평가체계의 비합리성을 공공보건의료기관의 문제점으로 지적하고 있으며(신영전, 1998), 보건소의 새로운 기능의 비중이 늘어나지만 전통적 사업의 비중이 여전히 높은 점, 민간부문과 중복될 가능성이 있는 업무의 비중이 높은 점(김창엽, 1998), 보건지소 사업에 대한 재정적·기술적·행정적 지원 미비(조주현,

2) 미국의 시대별 보건소의 기능

1940	1950	1964	1970
1.생정통계	1.보건자료의 기록 및 분석	1.의료에 대한 지역계획	1. 지역보건 계획수립
2.위생	2.감독 및 규제	2.보건교육	2.보건자료 개발
3.전염병 관리	3.활동과 자원의 조정	3.보건행정에 대한 지도	3.전염병 관리
4.검사실 업무	4.대인 의료 업무	4.건강한 환경 유지	4.만성병 관리 및 재활
5.모자보건	5.의료시설 운영	5.질병, 상해 및 폐질관리	5.영양
6.보건교육	6.보건교육 및 정보	6.의료시설 운영	6.모자보건
	7.환경보건서비스 제공	7.가정방문	7.구강 보건
		8.각종 예방 보건사업	8. 의료행정
		9.연구·개발 및 평가	9.정신보건
			10.환경보건 관리
			11.검사실 서비스
			12.보건교육 및 정보서비스
			13.연구·개발
			14.직원연수 교육
			15.기관 운영

1996) 등도 문제점으로 지적되고 있다. 또한 남정자 등은 보건소의 업무관련 문제점으로 법령에 의한 업무의 획일적 배분을 우선적으로 꼽고 있는데(남정자 외, 1996), 인력이 적재적소에 배치하는 것이 업무 목표 달성의 지름길이라는 점을 고려할 때, 음미해 볼 만한 부분이라 하겠다.

본 연구에서는 이러한 문제점과 그 개선방안에 대하여 전반적인 조망을 하기보다는 문제 각각에 대하여 개별적인 접근을 하고자 하였다. 이는 앞서 보건소의 역할에 대한 파악 역시 개개 사업에 대한 접근으로 축소하고자 하였던 의도와 동일한 맥락의 것으로, 현장에서 문제로 바로 느껴지고 인정되는 것들을 하나하나 해결해 나가는 것이 결국은 보건소의 문제를 개선하는 지름길이라는 생각에서였다.

2. 研究目的 및 方法

가. 研究目的

본 연구의 목적은 지역단위 공공보건의료기관의 일반현황 및 주요 업무를 살펴보고 원활한 업무 수행을 위한 발전방안을 제시하는 데 있다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- ① 보건소를 중심으로 한 지역단위 공공보건의료기관의 현황 파악
- ② 외국 보건기관의 역할과 기능 비교 조사
- ③ 공공보건의료기관의 주요 업무 파악 및 중요도 설정
- ④ 공공보건의료기관의 원활한 기능 수행을 위한 발전방안 제시

나. 研究方法

1) 研究方法

- ① 문헌 조사
- ② 보건기관대상 우편 설문조사(보건소장, 보건진료원)
- ③ 현장 방문 자료수집
- ④ 정책토론회를 통한 전문가 의견 수렴

2) 全國 保健所長 意見調查

1998년 10월 현재 전국에 설치되어 있는 245개 보건소의 보건소장을 대상으로 향후 보건소의 발전방안과 관련하여 의견을 우편설문조사를 통하여 수집하였다. 주요 조사내용으로는 보건소의 예산규모, 주요 질병예방 관련사업 예산현황, 보건·복지서비스 연계에 대한 의견, 현재 보건소에서 시행되고 있는 제반 사업의 향후 전개방향에 대한 의견 등이 포함되었다. 1998년 10월 13일부터 11월 13일까지 한 달간 수집된 자료를 분석에 포함하였으며, 그 결과 총 245개 보건소 중 144개 보건소에서 자료가 수집되어 58.8%의 회수율을 보였다.

3) 全國 保健診療所 現況調查

전국의 2,024개 보건진료소에 근무하고 있는 보건진료원 중 1998년도 보수교육에 참가한 1,891명을 대상으로 보건진료소의 현황 및 향후 발전방향에 대한 의견조사를 실시하였다. 조사는 보건진료원의 도별 補修教育 일정에 맞추어 교육받는 당일 교육장소에서 조사표를 응답자가 직접 기입하는 방식으로 이루어졌다. 보건진료원의 보수교육은 1998년 10월 12일부터 1998년 11월 30일에 걸쳐 전국 도청 위생과에서 특정 교육장소를 지정하여 실시되었다. 주요 조사내용으로는 관할지역의 인구·사회·지리적 특성, 진료실적, 월평균 진료수입, 보건진

료소 통합·폐쇄에 대한 의견 등이 포함되었으며, 총 교육대상자 1,891명 중 1,666명이 응답하여 88.1%의 응답률을 보였다.

II. 地域保健機關의 現況 및 問題點³⁾

1. 保健所의 類型과 組織現況

우리나라 보건소는 그 관할지역의 인구 및 행정적 위치, 조직구조 등에 따라서 매우 다양한 형태를 띠고 있다. 따라서 어떠한 정통적인 분류라고 고집할 수 있는 유형분류방법은 없다고 할 수 있다.

보건소를 행정구역 및 관할 인구규모에 따라 분류하면 <表 II-1>과 같이 8가지로 나누어 볼 수 있다. 직원 1인당 관할인구수를 볼 때 인구 30만에서 50만 사이의 市가 가장 많은 인구를 관할하고 있으며, 그 다음이 인구 50만 이상 市의 區이다. 특별시의 위성도시 등으로 급격히 성장한 도시의 경우 이처럼 행정적인 측면에서의 지원이 도시의 발전상태를 뒤쫓아가지 못하는 경우를 볼 수 있겠다.

특별시와 광역시의 경우는 일반 郡에 비하여 1개 보건소가 관할하는 인구규모가 상당히 크며, 이를 직원 1인당 관할인구 규모로 볼 때에도 마찬가지이다. 특별시 및 광역시의 직원 1인당 평균관할인구는 5,026명으로, 이는 일반 郡의 843명의 6배에 달하는 수준이다. 도시지역 인구의 증가와 농어촌 인구의 감소라는 인구변동의 장기적 추세를 생각할 때, 도시지역 보건소의 인력보강은 시급한 문제임에 틀림없다⁴⁾.

3) 이 章은 한국보건사회연구원의 『공공복지전달체계 개선방안 연구(변재관 외, 1998)』에 많은 부분 수정없이 공통 인용될 예정임을 밝힌다.

4) 인구이동의 경우 시부에서 군부로의 이동에 비하여 군부에서 시부로의 이동이 절대적으로 크다. 1990년 이후의 군부에서 시부로의 이동이 줄어든 것은 그 동안의 지속적인 인구 유출로 농촌의 이동가능인구가 고갈되었기 때문으로 파악하고 있다. 또한 이와 관련하여 도시화율 역시 1960년의 28.0%에서 1990년의 74.4%를 거쳐 1995년에는 78.5%에 이르게 되었다(조남훈 외, 1998).

<表 II-0> 行政區域 및 管轄人口에 따른 保健所 類型 分類

(단위: 개소, 명)

보건소 유형	보건소 수	평균인력 (A)	관할인구 규모(B)	직원 1인당 관할인구 (B/A)
특별시 구	25	85.7	409,000	4,772.5
광역시 구	44	48.2	246,000	5,103.7
인구 50만 이상 시의 구	17	36.0	273,000	7,583.3
인구 30만 이상 시	2	41.0	430,000	10,487.8
인구 30만 미만 시	16	35.3	136,000	3,852.7
도농복합형 시	49	97.7	190,000	1,944.7
군(보건소)	75	79.5	67,000	842.8
보건의료원형 군	17	89.7	43,000	479.4
합 계	245	72.8	182,000	2,500.0

資料: 보건복지부 보건증진국, 『21기에 대비한 보건소 기능활성화 계획(안)』, 1998. 6.

<表 II-2>와 <表 II-3>은 행정구역 및 조직편제에 따른 보건소 유형분류 방식을 보이고 있는데, 행정구역별 특성뿐만 아니라 보건사업의 주체로서의 보건소 조직편제 역시, 보건사업에 있어서 중요한 고려사항이 되어야 함은 당연하다.

보건소 조직은 사업추진 및 인력관리를 효율적으로 하기 어려운 비탄력적 구조를 지니고 있다. 여러 “과”와 “계”가 설치되어 있는데, 특히 “계”간의 횡적인 연계 협조체계가 불충분하므로 주민의 다양한 건강요구에 신속하게 대응하지 못하고 있는 실정이다. 이것은 지방행정 조직체계 전반의 현상으로, 최근 추진되고 있는 ‘행정조직 구조조정’과 맞물려 개편의 대상으로 부각되고 있다.

(단위: 천명, %)

구분	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995
군부→시부	1,827(11.5)	1,754(11.1)	2,524(17.4)	2,424(18.9)	2,329(22.3)	1,232(13.1)
시부→군부	387(3.4)	558(3.8)	681(3.6)	889(3.7)	743(2.5)	694(3.1)

註: ()는 이동률(“기간이동인구기간말 출발지역 5세 이상 인구”의 백분율)

〈表 II-1〉 行政區域別 保健所 類型 分類

보건소 유형	조직 구조	인력
특별시형	보건행정과, 보건지도과, 의약과 4과 11계(지역보건과 포함)	60여 명 90명
광역시형	기본 3계(보건행정계, 가족보건계, 예방의약계) + 서무과장(사무장)	25명
통합시형	2과(보건사업과, 의무과) 7계	70~80명
일반시, 군형	기본 3계+모자보건계 또는 검사계	30~40명

資料: 보건복지부 보건증진국, 『21기에 대비한 보건소 기능활성화 계획(안)』, 1998. 6.

〈表 II-2〉 組織編制에 따른 保健所 類型 分類

(단위: %)

보건소유형	계(과)수	계(과)명	해당 보건소 비율
기본형	3계	보건행정계, 가족보건계, 예방의약계	33.5
일반형 I	4계	“ “ “ , 모자보건계	22.9
일반형 II	4계	“ “ “ , 검사계	9.0
일반형 III	5계	“ “ “ “ , 모자보건계	3.2
직할시형 I	1과 3계	“ “ “ (서무과/사무장)	10.1
직할시형 II	1과 4계	“ “ “ , 검사계(서무과/사무장)	4.2
보건의료원형	1과 3계 + 1부	“ “ “ (보건사업과, 진료부)	6.9
특별시형 I	3과	보건행정과, 보건지도과, 의약과	7.4
특별시형 II	4과	“ “ “ , 지역보건과	2.6

資料: 강복수 외, 『예방의학과 공중보건』, 계축문화사, 1995, pp.789~795.

1998년 지방행정조직 개편과 관련하여 소위 ‘구조조정’ 대상으로 선정된 보건기관의 수는 <表 II-4>와 같다. 특히 보건진료소가 상대적으로 많은 수를 차지하고 있으며(7.4%), 이는 「농어촌보건의료를위한 특별조치법」에 의하여 1980년 보건진료소가 처음 설치된 이후 농어촌 인구의 지속적 감소와 교통발달에 기인한 것으로 보인다.

<表 II-3> 保健機關 構造調整 現況

(단위: 개소)

구 분		보건소	보건지소	보건진료소
현황		245	1,314	2,034
통·폐합	계	△3(1.2%)	△51(3.8%)	△151(7.4%)
	진행중	△1	△11	△5
	확정	△2	△40	△146
존치		242	1,263	1,883

註: 1998.10 기준

資料: 보건복지부 「국민건강 2010 Task Force」, 『보건소 중심의 21세기 국민 건강 관리 전략 개발(안)』, 1998. 10.

본 연구에서는 1998년 10월부터 11월까지 전국 보건소장을 대상으로 설문조사를 실시하였다(본문 II-2, 부록 1 및 부록 3 참조). 그 결과에 따르면 보건지소 및 보건진료소 감축의 기준으로 주로 사용하고 있는 것들은 <表 II-5>에 나타난 것처럼 타보건의료기관에의 접근성과 관할지역의 인구규모였다. 하지만 이러한 보건기관 감축은 1997년 ‘IMF사태’ 이후 보건기관에 몰려드는 환자의 급증⁵⁾과, 지역주민들의

5) 홍천군보건소의 경우 1998년 8월까지의 환자수가 IMF사태 전인 전년도에 비하여 16.2% 증가하였으며, 이중 보건진료소를 이용한 환자의 수는 40.4%나 증가하였다(강원일보, 1998. 9. 21). 또한 인천시에 따르면 1998년 1년간 인천 시내 10개 보건소의 진료인원은 44만 9천여 명으로 1997년의 30만 3천500명보다 47.9%나 늘었다(연합통신, 1999. 2. 13). 더욱이 대전시에서는 1998년 1년간 보건소를 이용한 시민

반발⁶⁾로 인하여, 그리 쉽게 이루어지지는 못할 것으로 전망된다. 특히 경제위기 상황에서 국가의 보건·복지정책은 오히려 확대되었던 외국의 경험들을 비추어 볼 때⁷⁾, 일괄적인 행정기관 축소방침에 따른 보건기관 감축 논의는 배제되어야 하며, 보건자원의 효율적 배치라는 기준을 명확히 하여 건설적인 방향으로의 조직 재편이 이루어져야 할 것이다.

〈表 II-4〉 保健支所 및 保健診療所 減縮 基準

감축 기준	응답 수
보건소에서 가까운 곳에 위치한 경우	22
담당 인구가 적은 경우	15
담당 지역이 협소한 경우	7
주민 이용률이 낮은 경우	2
민간 의료기관 접근이 용이한 경우	4
기타	2

註: 응답자 45명, 복수응답

<表 II-6>은 보건기관의 주요 직능별 인력현황을 보여주고 있는데, 보건소의 경우 보건직 및 행정직을 합쳤을 때 그 비중이 40%에 이른다.

은 197만 162명으로 1997년 111만 7,245명보다 무려 76.3%가 는 것으로 집계됐다. 이는 5개 보건소별로 하루평균 1300여 명이 진료를 받은 것이다(한겨레신문, 1999.

1. 15).

- 6) 충청남도내 보건진료소 2백42곳 가운데 지자체들이 폐지대상으로 선정한 곳은 당초 40여 곳이었으나 주민 반대에 부딪혀 30곳으로 줄었다(중앙일보, 1998. 8. 31). 경기도 고양시의 경우 보건진료소 8곳(덕양구 5, 일산구 3)을 모두 폐쇄하고 대신 이동 진료팀을 운영할 계획이라고 밝히자, 이에 대하여 주민들이 집단 반발, 주민대표 30여 명이 시청을 항의방문하는 등 파문이 있었다. 주민들은 단지 8명을 정리해고하기 위해 수많은 노약자와 빈곤층이 찾는 보건진료소를 모두 폐쇄하는 것은 있을 수 없는 일이라며 항의하였다(한국일보, 1998. 9. 3).
- 7) 미국의 1930년대 불황기에 성립한 사회보장법, 영국의 2차대전 수행 도중에 성립한 사회보장체계 등 정치·경제적 어려움의 와중에 사회보장의 골간이 성립된 경험을 볼 수 있다.

보건소는 주민의 건강관리를 위한 서비스 제공기능이 중심인 조직임에도 불구하고, 전체 보건소 인력 중 행정·사무직의 인력 분포가 전체직원의 40% 수준에 달한다는 것은, 상대적으로 보건의료 기능인력의 확보가 부족하여 충분한 대민서비스 제공에 애로가 발생할 수 있다는 점을 의미한다.

〈表 II-5〉 保健機關의 主要 職能別 人力 現況

(단위: 명, %)

	계	의사	치과 의사	간호사	약사	의료 기사	간호 조무사	보건·행 정직 등
전체 보건기관의 주요 전문인력 현황								
계	20,069 (100.0)	1,960 (9.7)	845 (4.2)	5,436 (27.1)	235 (1.1)	2,701 (13.5)	3,973 (19.8)	4,910 (24.5)
보건소	11,599	656	193	2,930	232	1,832	997	4,759
보건지소	6,439	1,304	661	472	3	869	2,976	151
보건진료소	2,034	-	-	2,034	-	-	-	-
보건기관 1개소당 주요 전문인력 현황								
보건소	47.3	2.7	0.8	12.0	0.9	7.5	4.1	19.4
보건지소	4.9	1.0	0.5	0.4	0.0	0.7	2.3	0.1
보건진료소	1.0	-	-	1.0	-	-	-	-

註: 1998년 1월 1일 기준(보건기관에 근무중인 공중보건조사 2,113명 포함)

資料: 보건복지부 보건증진국, 『21세기에 대비한 보건소 기능 활성화계획 (안)』, 1998. 6.

2. 保健所의 業務 및 豫算

지역보건법 시행 이후 시작된 보건소의 지역보건기획 수준은 아직 초보적인 단계를 벗어나지 못하고 있는 바, 지속적인 노력이 요구된다. 기존의 예방보건서비스 제공과 행정업무 제공 수준에서 기획, 새

로운 건강요구(만성질환, 정신보건, 노인보건, 보건정보의 DB구축, 위생)에 부응하는 프로그램 개발능력이 하루 빨리 보강되어야 할 것이다.

개별 보건의료사업에서도 체계적인 업무수행의 모습은 크게 눈에 띄지 않는다. 일례로 지역보건법에 방문보건의료사업이 명시되어 있으나 아직 체계적으로 이루어지지 못하고 또한 보다 많은 자원의 투여가 필요한 상태이다. 특히 업무의 특성상 사회복지 업무와의 연계가 절실히 요구되나 상호 정보의 교류가 미미한 실정이라 할 수 있다. 이는 현재 시범보건복지사무소를 운영중인 곳에서도 쉽게 극복하지 못하고 있는 형편이다.

또한 지역보건법 제9조에 규정된 보건소의 16가지 업무 중 만성질환, 정신보건, 노인보건, 모자보건, 응급의료사업은 민간과 연계되어 새롭게 개발되어야 하나, 상호 역할분담이 이루어질 수 있는 장치(의료보험수가, 환자정보 교환, 환자의뢰 등)가 미미한 형편이다. 이처럼 보건소와 민간의료기관의 연계가 부족하기 때문에 주요 만성질환의 관리사업 등을 전주민 대상으로 펼치기에는 역부족인 상태라 할 수 있다.

<表 II-7>은 보건소의 사업 내용별 시행 여부를 조사한 결과이다. 보건행정업무들의 시행률이 100%에 달하는 것은 보건소의 기능상 당연한 것이나, 그 외의 대민서비스 업무에 대해서는 다양한 분화가 이루어지고 있는 것을 볼 수 있다.

이 외에도 지역별로 드물기는 하나 여러 가지 사업들이 펼쳐지고 있는데, 노인안과 무료검진, 각종 여성암검사, 거동불능자 이동목욕, 골다공증 검진, 미혼모 관리, 독거노인 영양돌보기, 치매관리, 우울증 환자 상담진료, 간질환자 관리, 전립선암검진, 노인휴게실, 온욕치료실, 도서열람실, 심장병어린이 찾기 사업, 물리치료환자 무료수송, 노숙자 건강검진사업 등이 이루어지고 있다.

〈表 II-6〉 保健所의 主要事業別 施行率

(단위: %)

사업 구분	사업 내용	시행 비율
국민건강증진 보건교육 구강보건 영양개선	불소용액양치사업	93.1
	성인병교육	89.7
	조기암발견사업	87.2
	순회보건교육	84.7
	아동구강검진, 치아홈메우기	83.5
	건강상담실/자료실 운영	71.6
	금연사업: 금연교육, 금연침	70.7
	보건교육실 운영	68.6
	영양상담, 교육, 전시회	51.3
	치석제거사업	44.7
	아동비만예방교육	40.7
	시민건강측정코너 설치 운영	38.7
	체력증진시설/운동처방	28.1
	지역주민 영양평가	27.9
	건강의 전화	27.3
	무료틀니시술	19.5
전염병 예방 및 관리	장티푸스 보균자 검사	100.0
	방역소독	100.0
	인플루엔자 예방접종	100.0
	일본뇌염 예방접종	100.0
	보건증발급	99.1
	AIDS검사 및 관리	99.1
	전염병예방을 위한 주민 홍보	98.3
	풍진예방접종	97.4
	전염원 조사(어패류, 냉방기 등)	90.4
	B형 간염검사와 예방접종	81.2
	기생충 검사 및 치료	76.3
	성병환자 격리수용 시설	19.3

〈表 II-7〉 계속

사업 구분	사업 내용	시행 비율
모자보건 가족계획	영유아예방접종(간염, MMR, DPT등)	100.0
	선천성대사이상검사, 기형아예방검사	100.0
	가족계획 홍보교육/기술	95.8
	분만체조교실, 태아교실	41.2
	보육시설 순회진료	37.5
	신생아 관계법 교육	33.6
	모유수유아기 선발대회	10.7
노인보건사업	노인건강검진	86.2
	무료한방진료	63.2
	노인체조교육	60.2
공중위생 식품위생	집단급식시설 업무 지도	48.7
	식품접객업소, 위생관련업소 위생지도	43.4
	공중이용시설 위생관리	42.4
응급의료	대량환자발생 대응책 수립	79.3
	보건소직원 응급구조사 교육	36.6
정신보건	재가환자관리	60.3
	정신보건 상담실	55.7
	정신질환요양/수용시설 관리	33.6
	정신보건센터/낮병원 운영	19.6
	소아정신보건센터	14.3
방문보건	가정방문진료/간호	100.0
	순회진료/이동보건소	86.2
	가정방문보건위생사업	70.1
장애인보건	장애인 방문재활간호	66.1
	장애인 건강검진	29.1
	장애인 재활기구 대여	27.5
	장애인 무료치과진료	14.5
	장애인 작업치료/교육	9.1

<表 II-7> 계속

사업 구분	사업 내용	시행 비율
진료 건강진단 질병관리	물리치료실 설치운영	94.0
	만성질환자 등록진료	89.7
	일반주민 건강검진	69.8
	주민무료진료행사	66.7
	외국인근로자 건강검진	27.0
	공휴일 진료	7.9
	병원무료진료권 발급	6.1
기타	지역보건의료계획 수립	100.0
	보건통계 수집, 정리	90.3
	홍보책자, 발행, 배부	85.0
	운전면허 적성검사	71.8
	각종 질병의 유병률 조사	66.1

註: 1998년 10월 전국 보건소에 대한 설문조사 결과임(응답 144개소).

보건소의 이러한 업무별 투입인력을 보면 <表 II-8>과 같다. 보건직 및 행정직의 비율이 앞의 <表 II-6>에서 보듯이 40%에 가까우므로, 보건의료서비스에 배치된 인력이 <表 II-8>에서 조사된 것처럼 64%에 불과한 것은 이해 가능한 수치이다. 하지만 보건의료서비스에 배치된 인력이 진료나 급성전염병 관리 부분에 몰려있고, 보건교육·방문진료(방문간호)·노인보건·정신보건·장애자보건 등에는 소수의 인력이 투입되어 있는 것을 알 수 있다. 이는 보건소가 지역사회에서 찾아오는 사람(주민)에게만 열려있는 조직이라는 점을 의미한다고 해석하는 것이 가능하다. 즉, 지역사회를 대상으로 주민의 불편을 찾아가서 해결토록 하는 데에는 아직 우리나라의 보건소는 매우 인색한 것이다.

〈表 II-8〉 保健所の 業務別 投入人力

(단위: 명)

업무	투입인력	업무	투입인력
1. 보건서비스 관련	18.61 (64%)	2. 규제, 보건행정관리	2.08 (7%)
보건교육	1.13	공중위생	0.00
구강건강	0.70	식품위생	0.00
영양개선	0.11	의료지도관리	0.47
모자보건	1.56	의료기사지도관리	0.19
가족계획	0.65	약사관리	0.56
진료(조제 포함)	4.10	지소지도관리	0.86
건강진단	1.28	3. 일반행정지원	8.31 (29%)
만성퇴행성질환	0.98	보건증발급	1.13
급성전염병	2.37	민원업무	1.14
성병관리	0.81	문서관리(통계)	1.43
결핵, 나병	1.74	예산재무	1.44
응급의료	0.12	비품관리	0.37
지역보건실험검사	0.35	전산관리	0.46
노인보건	1.05	기능(운전, 청소, 관사, 기타)	1.64
방문보건	1.33	일반행정(서무)	0.41
정신보건	0.21	보건업무기획	0.08
장애인재활복지	0.14	보험청구	0.13
		의료개선사업	0.10
계			29.00 (100%)

資料: 한국보건의료관리연구원, 『21세기 보건소를 위한 보건소 업무 표준화 및 교육·훈련 프로그램 개발 기초연구』, 1998. 6(인력수 27~35인 사이의 5개 보건소에 대한 조사결과).

보건소의 간호인력은 주민에게 직접적인 서비스 제공과 관리의 계속성을 유지하고 서비스의 질적 향상을 위하여 담당지역의 설정이 필

요로 되나 지역담당제가 적극적으로 도입되지 않고 있다. 지역담당제는 보건소의 관할 지역을 소규모 지역으로 세분하여 각 담당 인력을 배치하는 것으로서, 장기간 동일지역의 주민들과 같은 사람이 관계를 맺을 수 있기 때문에, 주민과의 지속적 관계형성에 유리하고, 업무에 대한 이해도와 적용능력이 높아지는 효과를 기대할 수 있다. 특히 방문간호사업에서는 이러한 소규모 지역담당제를 반드시 도입할 필요가 있겠다(본문 IV의 2 참조).

보건기관의 하부조직 편제와 관련하여서는 도시와 농어촌 보건소간에는 차이가 있다. 도시지역의 경우 보건소의 하부조직이 없어 보건소의 주요 이용자들은 보건소의 인근주민들이 대부분이고, 보건소에서 먼 곳에 거주하는 저소득층이나 거동이 불편한 노인들은 보건소 이용에 많은 어려움이 있으며, 이들을 방문해서 서비스를 제공하는 것도 인력 및 예산의 부족으로 미흡한 실정이다.

농촌지역의 경우, 보건소는 하부조직인 보건지소와 보건진료소에 대한 기술적 및 행정적인 지원이 불충분하며, 이로 인해 기존 사업 형태를 벗어난 새로운 사업개발에 있어서는 상호연계가 긴밀하게 이루어지지 못하고 있다. 또한 기존 업무라 하더라도, 보건지소나 진료소의 낮은 기술수준으로는 해결할 수 없는 문제가 많기 때문에, 민간 의료기관이 늘어나고 있는 요즈음의 현실에서는 주민의 이용도가 점차 줄어들고 있는 실정이다. IMF사태를 맞아 값싼 의료혜택을 보고자 주민의 이용도가 일시적으로 늘어나는 현상을 보이고 있지만, 근본적으로 민간의료기관과 기술적 측면에서의 격차를 좁히지 않는 한 보건지소나 보건진료소가 주민이 애용하는 의료기관이 되기는 곤란할 것이다.

보건소의 업무와 관련하여 그 동안 등한시되어 왔으나, 점차 그 중요도가 높아지고 있는 事案으로, 업무평가가 있다. 업무에 관한 적절한 평가방법이 개발되어 있지 않은 현실에서 업무의 공과가 제대로

구별되지 않은 채, 많은 부분 실적위주의 행정방식이 고수되고 있기 때문에, 이러한 평가기준의 개발과 확산은 매우 중요한 의미를 가진다. 적정한 평가체계의 개발은 바람직한 사업의 방향설정과 밀접하게 연결되어 있기 때문에, 지역보건법에 의한 지역보건계획의 수립을 한 축이라고 한다면, 이와 맞부딪쳐서 소리를 내게 되는 다른 쪽 손뼉은 바로 평가체계가 될 것이다. 지역별 사업지원의 기준으로 삼는 것도, 사업계획서에 대한 평가에 머물던 수준을 벗어나, 하루 빨리 사업결과에 대한 평가에 의한 것이 되어야 할 것이다.

보건소 업무의 종류와 그 계획에 대한 고려도 중요하지만, 이러한 업무를 계획대로 수행할 조직체계에 대한 고려도 또한 중요하다. 질병예방에 치중하던 과거의 보건사업 수행구조에 맞추어져 있는 현재의 보건소 조직으로서 새로운 건강증진, 정신보건, 만성질환관리 등의 업무에 능동적으로 대처하기 어려운 것이 현실이다. 최근 중앙행정기관뿐 아니라 지방행정조직의 체계에 많은 변화가 예상되고 있는데, 이러한 조직체계상의 변화에 대하여 지방공공보건조직들도 미리 그 추이를 파악하고, 스스로의 한 발 앞선 변화를 추구할 것이 요구된다.

끝으로 보건소의 예산에 대해 살펴보겠다. 우리나라 보건소의 예산은 현재 기초자치단체에 해당하는 시·군·구청의 전체 예산 중에서 매우 낮은 비중을 차지하고 있으며, 국비 보조금 및 도비 보조금 지원도 매우 낮은 수준이다. 더욱이 지방자치시대를 맞이하여 민선기관장들이 홍보성 보건사업(주로 단기 신규사업)의 예산배정에 치중하는 경향을 보일 것이 우려되는데, 이러한 경우 사업에 대한 예산지원에 일관성이 없어 사업수행에 차질이 크게 될 것이다. 물론 지방자치시대의 개막이 보건소의 발전에 호조건으로 작용하게 되는 점도 있으리라 예상할 수 있지만, 단점도 분명히 발생할 것이므로, 이러한 점에 대하여 앞으로 연구가 필요하리라고 본다. 보건소의 예산과 특히 질

병예방관련 제반 사업에 대한 예산을 살펴보면 <表 II-9>와 같으며, 보건소의 예산을 행정단위별로 보면 <表 II-10>과 같다.

<表 II-9> 保健所 平均 豫算 및 疾病豫防關聯事業別 豫算
(단위: 천원, %)

	'97 예산 (평균)	비중 ²⁾	재원별 구성비			
			국비	광역자치단체 비(시·도)	기초자치단체 비(시·군·구)	
보건소 예산	3,037,999	3.39	5.56	5.21	89.23	
질병예방 관련 사업별 예산	건강검진 ¹⁾	131,288	-	4.20	20.83	74.98
	모자보건	33,531	-	24.19	6.44	69.37
	예방접종	130,715	-	8.98	9.26	81.77
	방역업무	99,899	-	0.18	4.64	95.18
	성병관리	9,772	-	2.92	1.79	95.29

註: 144개 보건소 조사 결과

- 1) 일반주민 건강검진 및 연령별, 질환별 특수 건강검진 사업들 모두를 포함
- 2) 기초지방자치단체 예산 중의 비중

<表 II-10>에서 보듯이 보건소별 연간 예산은 평균 30억 정도이며, 소속 기초지방자치단체 예산 중에서 평균 3.4% 정도에 지나지 않는다. 또한 문제로 파악되는 점은 보건소의 예산 중 국비 및 시·도비(광역자치단체비)의 비중이 합쳐도 11%에 불과하다는 점이다. 국비 및 시·도비는 주로 사업비로 사용되므로 이 부분이 보다 높아져야 할 것이다.

질병예방 관련 사업별로 예산규모를 보면, 건강검진 및 예방접종 관련 예산규모가 크고, 국비지원은 그리 많지 않은 반면, 모자보건 등은 국비지원 폭이 상대적으로 크다는 것을 알 수 있다. 기타 규모나 빈도가 낮은 관련사업들은 표에 나타내지 않았다.

행정구분에 따라 보건소의 예산을 보면 일반 시의 경우 기초자치단체 예산에서의 비중이 가장 작다(表 II-10 참조). 예산 절대액의 행정구역별 차이는 관할 인구규모 등의 차이가 고려되어야 하므로, 그 자

체로는 큰 의미가 없다고 볼 수 있다.

국비지원은 특별시가 가장 작으며, 군단위에서 가장 높고, 자치단체비의 비중은 그 반대가 된다. 이는 보건사업에 대한 기초자치단체의 예산 배정이 농어촌지역이 어렵다는 것을 나타내고 있으며, 이러한 현상은 특별시나 광역시에 비하여 일반 시와 군의 재정자립도가 상대적으로 낮다는 점에 기인하는 것으로 보인다.

〈表 II-10〉 行政區域別 保健所 平均 豫算 및 財源別 構成比
(단위: 명, 천원, %)

	평균관할 인구 ¹⁾	'97 예산 ²⁾ (평균)	비중 ³⁾	재원별 구성비		
				국 비	광역자치단체비(시·도)	기초자치단체비(시·군·구)
전국 평균	185,829	3,037,999	3.39	5.56	5.21	89.23
특별시	430,018	3,635,984	3.61	1.83	15.82	82.34
광역시	292,840	2,162,064	3.22	4.30	4.24	91.46
시	206,215	3,184,607	2.70	5.24	2.76	92.00
군	67,872	3,045,042	4.03	7.30	5.16	87.53

註 : 1) 통계청, 『장래인구추계』, 1996. 12.

2) 특별시, 시 보건소의 예산은 광역시 보건소의 예산과 통계적(ANOVA)으로 유의한 차이가 있었음(p<0.05).

3) 소속 기초지방자치단체 예산 중의 비중임.

3. 保健支所 및 保健診療所

가. 保健支所

보건지소는 地域保健法 제19조에 근거하여 지방자치단체의 조례로 설치할 수 있다. 同法 제12조에는 보건지소에 보건지소장 1인을 두되 보건지소장은 지방의무직 또는 전문직공무원으로 임용한다고 되어 있

으나 실제로는 ‘農漁村等保健醫療를위한特別措置法’에 근거하여 공중보건 의사가 군복무 의무기간 동안 근무하게 되어 있다(表 II-11 참조).

보건지소의 업무는 특별히 규정되어 있지 않아서 보건소의 업무를 근거로 수행되고 있는 실정이므로 업무의 명확한 설정이 필요하다. 또한 보건지소가 제공하는 진료 및 예방보건서비스가 양적 및 질적 측면에서 일차보건의료기능을 충분히 담보하고 있지 못하는 실정이다.

보건지소의 인력은 일반적으로 5명(공중보건 의사, 진료보조원, 보건요원, 공중보건치과의사, 치과위생사)으로 구성되어 있으며, 진료보조원과 보건요원은 간호조무사로서 주민의 새로운 건강요구를 충족시킬 수 있는 지식과 기술이 매우 부족한 형편으로, 독자적인 업무수행이 곤란한 상태이다.

〈表 II-11〉 公衆保健醫師의 全國的 配置 現況

(단위: 명, %)

의사종별 기관별	계	의과				치과	한방
		소계	전문의	인턴수료	일반의		
계	3,177 (100.0)	2,383 (100.0)	1,191 (100.0)	273 (100.0)	919 (100.0)	784 (100.0)	10 (100.0)
보건소	463 (14.6)	325 (13.6)	209 (17.6)	45 (16.5)	71 (7.7)	129 (16.5)	9 (90.0)
보건지소	1,951 (61.4)	1,311 (55.0)	324 (27.2)	209 (76.5)	778 (84.7)	640 (81.6)	- -
기타	763 (24.0)	747 (31.4)	658 (55.2)	19 (7.0)	70 (7.6)	14 (1.9)	1 (10.0)

資料: 보건복지부. 1998. 8. 31 현재

공중보건 의사는 군복무 대신이라는 한시적인 배치, 실무경험의 부족, 신분상의 불안정으로 인해 업무생산성이 전반적으로 낮은 상태라 할 수 있다. 더욱이 보건요원은 정규직 공무원인 반면 공중보건 의사는 별정직이어서, 전체의 61.4%가 배치되어 있는 보건지소에서도 보

건진소장으로서 지도력 발휘가 어려워 원활한 업무수행에 지장이 있는 실정이다.

나. 保健診療所 現況 調査

보건진료소는 1명의 일차진료를 전문적으로 담당하는 간호사인 보건진료원이 배치된 기관으로서, 보건진료원이 지역에 거주하면서 주민의 건강관리에 일차적인 창구역할을 수행하고 있다. 1인의 인력으로 주민의 보건·복지 문제를 일선에서 통합적으로 풀어나가고 있으므로 자원운용의 효율성이 높은 기관이라 할 수 있다.

‘農漁村保健醫療를위한特別措置法’⁸⁾(이하 농특법)에 근거하여 1980년 이후 도서지역은 300인 이상, 오·벽지지역은 500인 이상 5,000인 이하 지역의 의료취약지역에 설치하도록 되어 있다. 하지만 계속되는 이농현상으로 관할 인구가 지속적으로 감소하여 현재 평균관할인구는 1,000명 미만이다. 인건비를 제외한 보건진료소 운영비는 자체 충당토록 되어 있어서 활동이 진료중심으로 이루어져 적극적인 방문보건사업을 기대하기는 힘든 상황이며, 주민의 보건·복지와 관련한 요구에 제대로 부응하도록 하기 위해서는 추가적인 지원이 필요한 상태라 할 수 있다.

농특법이 제정된 1980년 12월 당시의 농촌인구비율, 인구구조, 의료자원의 분포, 주민의 건강수준, 경제수준, 주민의 건강요구 및 의식수준, 교통망의 발달 및 지역개발 정도가 현재는 상당히 변화되어, 보건진소와 보건진료소가 근거리에 위치해 있는 곳은 보건진료원 배치가

8) 『농어촌보건의료를 위한특별조치법』은 1980년 12월 31일에 법률 제3335호로 제정되어 1983년과 1989년 두 차례 개정이 이루어진 후 1991년 12월 14일에는 『농어촌등보건의료를 위한특별조치법』으로 개칭되었다. 주요한 변경내용은 행정구역의 변경, 공중보건의사의 복지시설 배치 추가 및 전문직 공무원으로의 전환 등이 있다.

재조정되어야 할 필요가 있다.

1) 保健診療所의 一般的 特性

보건진료소의 최근현황을 파악하기 위하여 전국 보건진료원을 대상으로 보건진료소 현황조사(본문 I 의 2 및 부록 2, 4 참조)를 실시하였다. 응답자의 지역별 분포는 행정구역 그대로를 기준으로 하면 광역시가 3.4%, 시가 35.9%, 군이 60.7%로 나타났다. 하지만 행정구역 개편으로 비록 광역시에 편입되었으나, 주민생활 여건이 군지역과 다르지 않은 지역은 군지역에 포함시켜 분석하는 것이 바람직할 것으로, 지역특성을 고려하여 재구분하였을 때 광역시지역 1.7%, 시지역 35.9%, 군지역 62.4%의 분포를 보였다.

현재 보건진료소의 시·도별 설치현황은 <表 II-12>와 같다.

<表 II-12> 市·都別 保健診療所 設置 現況

(단위: 개소)

시지역 ¹⁾	수	도지역	수
부산광역시	6(도서:2)	경기도	187
대구광역시	10	강원도	138
인천광역시	30(도서:18)	충청북도	165
광주광역시	16	충청남도	243(도서:10)
대전광역시	8	전라북도	258(도서:7)
		전라남도	344(도서:78)
		경상북도	330(도서:3)
		경상남도	253(도서:21)
		제주도	46(도서:3)
계	70	계	1,964(총계 2,024)

註: 1) 광역시 지역의 보건진료소는 행정구역 개편에 따라 군의 일부 지역이 시로 편입된 곳이며 생활상태는 종전의 군 수준임.

資料: 이종구, 『보건소 기능개선사업의 배경과 정책방향』, 보건소기능개선사업 강화를 위한 워크숍, 1997. 7. 4.

보건진료원의 연령은 평균 38.4세로 광역시가 제일 높고 군지역이 낮았다. 보건진료원으로서의 총근무년수 역시 지역별로 큰 차이가 있었으며 평균 11.7년으로 나타났다(附表 4-1 참조).

보건진료원의 근무상황을 살펴보았을 때, 92.2%의 보건진료원이 현재 보건진료소에서 거주하며 근무하고 있어서, 지역주민에게 언제든지 서비스를 제공하는 것이 가능한 것으로 파악되었다. 또한 보건진료원의 7.5%는 도서지역에서 근무하는 것으로 파악되었다(附表 4-2 참조).

2) 保健診療所 管轄 地域住民의 特性

본 연구에서 조사한 바에 의하면 행정적으로 설정된 보건진료소당 평균 관할인구수는 1,032명인 반면 실제 관할인구 평균은 901명으로서 100명 정도의 차이가 있었다. 또한 보건진료소의 72.1%는 실제 인구 1,000명 이하를 관할하고 있는 것으로 나타났으며, 1,000명 이상 2,000명 이하는 24.2%, 2,000명 이상은 3.5%로 나타났다. 그러나 행정적 및 실제관할 인구수 모두에서 지역간의 차이는 크지 않았다(表 II-13 참조).

현재의 관할인구규모에 대하여 보건진료원의 73.5%는 적당하다고 생각하고 있었으며, 이 경우의 담당인구수는 평균 859명이었다. 11.7%의 보건진료소는 관할인구가 많다고 응답하였는데, 이들의 평균관할인구수는 1,747명이었으며, 관할인구가 적다고 응답한 경우(14.8%)의 실제관할인구수는 평균 455명이었다. 이를 비추어 볼 때, 보건진료원이 느끼는 적정 인구규모는 1000명 내외라고 볼 수 있겠다(附表 4-19 참조).

〈表 II-13〉 管轄 人口 規模別 保健診療所 數

(단위: 개소, %)

	광역시	시	군	합 계
행정적 관할인구				
500명 이하	2(6.9)	73(12.4)	162(15.9)	237(14.5)
501~1000명	14(48.3)	244(41.4)	504(49.6)	762(46.6)
1001~1500명	8(27.6)	168(28.5)	218(21.4)	394(24.1)
1501~2000명	1(3.5)	57(9.7)	84(8.3)	142(8.7)
2001명 이상	4(13.8)	47(8.0)	49(4.8)	100(6.1)
(평균 행정관할인구) ¹⁾	1,260	1,122	974	1,032
실제적 관할인구				
500명 이하	5(17.2)	100(16.9)	243(23.6)	348(21.1)
501~1000명	15(51.7)	287(48.6)	540(52.4)	842(51.0)
1001~1500명	7(24.1)	127(21.5)	155(15.0)	289(17.5)
1501~2000명	2(6.9)	48(8.1)	60(5.8)	110(6.7)
2001명 이상	0(0.0)	29(4.9)	33(3.2)	62(3.8)
(평균 행정관할인구) ¹⁾	881	998	846	901

註: 1) p<0.0005

보건진료소의 관할인구 중 노인인구비율은 25.6%이며 평균 노인단독가구수는 46.4가구로 나타났다. 이 중 관내 독거노인수도 시지역이 13.6명, 군지역이 18.9명으로 나타났다. 40세 이상 장년층 비율이 59.6%, 만성질환 및 장애인 비율이 19.1%로서 노인 및 장년층 인구의 건강관리가 보건진료소의 주요문제임을 알 수 있다(表 II-14 참조).

〈表 II-14〉 地域の人口社會學的特性에 따른 保健診療所 數
(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
관내 노인인구의 비율	28.3	25.4	25.7	25.6
노인 단독가구수				
10가구 이하	2(7.1)	55(9.6)	78(7.8)	135(8.4)
11~20가구	9(32.1)	112(19.6)	191(19.1)	312(19.5)
21~30가구	5(17.9)	86(15.0)	203(20.3)	294(18.3)
31~40가구	4(14.3)	88(15.4)	153(15.3)	245(15.3)
41~50가구	2(7.1)	66(11.5)	113(11.3)	181(11.3)
51가구 이상	6(21.4)	166(29.0)	264(26.4)	436(27.2)
(평균 노인단독가구수)	40.4	47.0	46.3	46.4
40세 이상 장년층 비율	58.8	59.2	59.9	59.6
만성질환 및 장애인 비율	17.0	18.6	19.5	19.1
담당하고 있는 리수				
2개 이하	4(13.8)	136(22.9)	230(22.2)	370(22.3)
3~4개	12(41.4)	185(31.2)	339(32.8)	536(32.4)
5~6개	8(27.6)	155(26.1)	280(27.1)	443(26.8)
7~8개	5(17.2)	67(11.3)	112(10.8)	184(11.1)
9개 이상	0(0.0)	50(8.4)	73(7.1)	123(7.4)
(평균 담당리수)	4.2	4.6	4.5	4.5

3) 他保健醫療機關과의 距離

보건진료소에서 가장 인접한 보건의료기관이 보건소인 곳이 13.5%, 보건지소인 곳이 78.4%로 나타났으며(附表 4-3 참조), 보건진료소에서 인접 보건소까지의 거리는 시지역은 11.1km, 군지역은 11.2km이며, 광역시지역에서는 9.3km로 나타났다. 인접 보건소 방문에 걸리는 시간은 도보로 평균 94.3분이 소요되며 버스로는 28분 이상 소요되는 것으로 나타났다(附表 4-4 참조).

한편 보건지소와의 거리는 평균 약 7km로 나타났으며, 도보로는 약 69분이 소요되고, 버스로는 약 15분 이상 소요되는 것으로 드러났다.

도보소요시간이 광역시는 60분, 일반 시지역 65분, 군지역 72분이었으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(附表 4-5 참조).

보건진료소간의 거리는 약 5km이며, 도보로는 약 52분, 버스로는 12분 정도 소요되는 것으로 나타났는데, 버스 소요시간은 시지역이 군지역보다 더 긴 것으로 나타났으며 통계적으로는 유의한 차이가 있었다(附表 4-6 참조). 보건진료소의 71.7%는 가장 가까이에 의원이 설치되어 있다고 응답하였으며, 광역시 보건진료소의 25.0%, 시지역의 29.5%, 군지역의 27.8%에는 병원급 의료기관이 인근에 설치되어 있는 것으로 나타났다.

보건진료소와 인근 민간의료기관과의 거리는 광역시, 일반 시지역, 군지역이 각각 7.1km, 11.3km, 12.1km로, 군지역이 가장 먼 곳에 위치하고 있었으며, 도보소요시간과 버스운행횟수도 시지역이 편리한 것으로 나타났다(附表 4-7~4-10 참조).

4) 保健診療所의 住民利用水準

IMF 사태 이후 보건진료소를 이용하는 주민수의 변화를 파악하기 위하여 1998년 1월 이후의 내소자수 변화를 조사하였다.

보건진료소의 진료업무를 이용하는 주민의 수는 전체적으로 증가하리라 예상할 수 있었으며, 조사결과에도 71.9%의 보건진료소에서 이용자 증가를 경험하고 있었다. 이용자가 증가하는 보건진료소들은 평균적으로 18.4%의 이용자수 증가를 보였다. 반면 2.8%의 보건진료소에서는 이용자가 감소하는 경향을 보이기도 하였는데, 이농현상이 가속화된 지역으로 생각된다.

보건진료소의 예방상담 업무도 대체로 늘어났으며, 78.4%의 보건진료소에서 17.7% 정도의 이용자수 증가를 볼 수 있었다(表 II-15 참조).

〈表 II-15〉 1998年 1月 以後 來所者數 變化 및 增感 程度

(단위: 명, %)

구 분		광역시	시	군	합계
진료	내소자수 변화여부 ²⁾				
	증가	25(86.2)	395(67.1)	762(74.2)	1,182(71.9)
	감소	0(0.0)	18(3.1)	28(2.7)	46(2.8)
	변화없음	4(13.8)	176(29.9)	237(23.1)	417(25.4)
증감정도	증가 ¹⁾	23.7	16.3	19.3	18.4
	감소	-	9.2	10.8	10.2
예방 상담	내소자수 변화여부				
	증가	26(92.9)	443(76.4)	797(79.2)	1,266(78.4)
	감소	0(0.0)	4(0.7)	10(1.0)	14(0.9)
	변화없음	2(7.1)	133(22.9)	199(19.8)	334(20.7)
증감정도	증가 ¹⁾	20.2	16.1	18.5	17.7
	감소	-	11.3	14.8	13.6

註: 1) p<0.05, 2) p<0.005(Mantel-Haenszel Chi-Square 적용)

5) 保健診療員의 活動水準

월평균 방문가구수는 47.8가구로서 월평균 근무일수를 23일로 가정할 경우 하루평균 2가구를 방문하는 것으로 나타났으며 일평균 내소자수는 14명으로 나타났다(附表 4-11 참조).

진료와 예방사업의 비율은 55.5%대 45.5%로 나타났는데 광역시인 경우 보건진료소수가 적어서 일반화하는 데 제한이 있겠으나 63.9%대 36.1%로서 진료비율이 높은 것으로 나타났다.

보건진료원이 가정방문시 소요되는 교통시간은 평균 27분이며 서비스제공시간은 평균 28분으로 나타났다. 방문소요시간은 광역시가 제일 적고, 시지역이 길어서 28분, 군지역은 26분이며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(附表 4-12 참조).

6) 保健診療所의 運營現況

보건진료소의 월평균 진료수입원은 약 114만원이었으며, 150만원 이상인 곳은 18.5%로 나타났다. 반면 보건진료소 운영을 위한 지출 총액은 월 평균 약 87만원이었다(附表 4-13 참조).

‘농어촌등보건의료를위한특별조치법’에 의하면 보건진료소 운영은 보건진료소 운영협의회에 의거하도록 규정되어 있는데, 1994년에 보건진료원의 신분이 민간위촉 신분에서 별정직공무원으로 바뀌면서 기존 보건진료소 운영협의회를 계속해서 활용할 것인가에 대한 논란이 있었다. 보건진료소 현황조사 결과, 이 협의회의 존속여부에 대하여 85.5%의 보건진료원이 필요를 인정하는 것으로 나타났으며, 폐지의견은 12.4%에 불과하여, 계속 활용할 필요가 있음을 알 수 있었다.

7) 近接한 保健支所 혹은 保健診療所와의 統合에 대한 意見

지방 행정조직의 구조조정과 농촌지역의 생활여건 변화로 인하여 일부에서는 보건진료소를 보건지소와 통합하는 의견이 제시되고 있다. 이에 대하여 현지에서 활동하고 있는 보건진료원의 의견은 어떠한지를 알아보았다.

그 결과, 통합에 대하여 찬성하는 비율은 15.3%, 반대는 77.4%, 잘 모르겠다가 7.3%로 나타났다. 반대하는 이유 중 주요 이유는 “교통이 불편하므로 타진료기관 이용이 불편”하기 때문에(23.5%), “통합시 노인인구증가, 산간오지 거동 불편자에게 적절한 보건의료서비스 제공이 어려우므로”(16.4%), “주민이 이용하고 싶은 시간에 서비스를 받을 수 없음”(9.6%)으로 나타났다(附表 4-14 참조).

8) 保健支所에서의 팀장으로 활동하는 것에 대한 意見

보건진료원이 보건지소에 배치되어 팀장으로 활동하는 것에 대하여 의견을 물었을 때, 찬성이 33.2%인 반면 반대가 49.9%로 나타나 반대의견이 더 많았다. 반대 이유로는 “보건요원의 비협조”(16.1%), “업무의 독자 수행이 어려움”(9.6%), “보건요원과의 활동영역이 불분명하고 업무중복”(9.6%), “신분보장이 불확실”(8.5%) 등이 거론되었다(附表 4-15 참조).

9) 年齡, 經歷 및 人口規模別 保健診療所 運營에 관한 差異比較

보건진료원의 연령에 따른 보건진료소 운영방식의 차이를 살펴본 것을 보면, 40세 이상인 보건진료원이 39세 이하의 보건진료원에 비하여 월평균 방문가구수, 일평균 내소자수 및 전화상담건수가 더 많았다(附表 4-16 참조).

경력별 활동건수는 경력이 많을수록 일평균 내소자수와 전화상담건수가 증가하는 것으로 나타났으며(附表 4-17 참조), 실제 관할인구규모별로는 인구수가 증가할수록 일평균 내소자수와 전화상담건수가 늘어나는 것으로 나타났다(附表 4-18 참조).

Ⅲ. 外國 公共保健機關의 機能

공공보건기관의 운영체제는 그 나라가 채택하고 있는 정치형태, 지역적 환경, 의료보장제도 등에 따라서 상이한 차이를 보이고 있다. 본 장에서는 외국의 공공보건기관의 현황과 역할에 대하여 그 기능을 중심으로 살펴보려고 한다.

각국 공공보건의료기관의 현황과 역할을 살펴보는 데 있어서 몇 가지 개념적인 정의를 전제할 필요가 있다. 본 연구에서는 공공보건기관을 우리나라의 보건소와 같은 기능을 하는 정부조직으로서 지역사회 내에 설치되어 보건의료서비스를 직·간접적으로 제공하며 보건의료관련 행정사무를 처리하는 조직으로 규정하였다. 이에 따라 영국의 지역보건당국(Local Health Authority), 미국의 지역보건부(Local Health Department), 캐나다의 지역보건소(Local Health Unit)를 조사하였으며, 호주의 경우는 지역보건서비스사무소(Area Health Services)와 보건소(Public Health Unit)가 우리나라의 보건소와 같은 기능을 하고 있어 이에 대하여 기술하였다. 일본의 경우는 우리나라의 보건소와 개념 및 용어적인 차이가 거의 없으므로 보건소 명칭을 그대로 사용하였다.

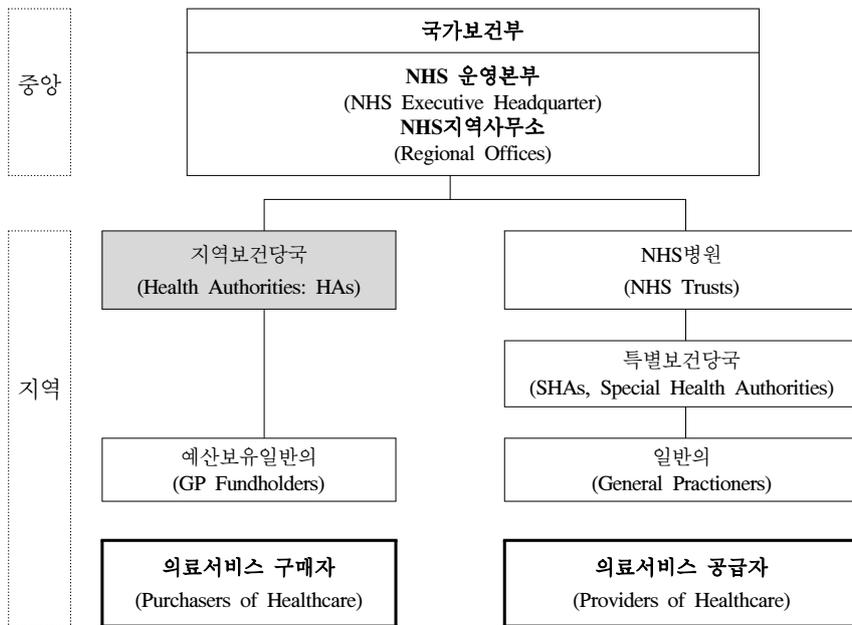
1. 英國

가. 國家構成 및 保健行政體系

영국의 국토는 스코틀랜드, 노던아일랜드, 웨일즈, 잉글랜드로 구성되어 있으며 모두 자치권을 가지고 있다. 1997년 6월을 기준으로 쏘

體人口는 약 5천7백만 명이며 이 중 잉글랜드가 약 4천9백28만 4천명으로 전체의 86.0%를 차지하고 있다. 공공보건기관과 관련하여 잉글랜드의 전역에는 8개의 NHS지역사무소(regional office)⁹⁾가 설치되어 있으며, 이는 잉글랜드 국가보건부내 NHS운영본부의 지역조직으로 中央政府의 權限을 위임받아 지역보건당국(health authority)을 관할하고 있다(그림 III-1 참조).

[그림 III-1] 英國의 NHS構造 現況



資料: NHS, *A Guide of National Health Service*, May 1996, p.37.
(박인화, 『영국의 복지개혁 동향』에서 재인용)

지역보건당국은 8개 NHS지역사무소의 관할 하에 1998년 12월 현재 100개소가 잉글랜드 전역에 설치되어 있다¹⁰⁾. 지역보건당국은 주로

9) NHS지역사무소는 1999년 1월부터 8개 지역이 새롭게 구획되어 운영될 예정입니다.

각 지역에 필요한 보건의료서비스를 계획·구매·관리하며, 사회복지, 환경보건, 가족보건서비스를 관장하는 사회서비스당국¹¹⁾과 긴밀한 협력관계를 유지한다. 영국의 국가보건의료체계에 있어서 이러한 지역 보건당국의 관리대상이 되고 있는 공공보건 및 의료서비스의 제공 주체는 NHS병원¹²⁾, 특별보건당국¹³⁾, 일반의 등이 있다. 여기서 NHS병원이란 지역보건당국으로부터 독립하여 자체적으로 보건의료서비스를 공급하는 공급자조직으로서 1998년 12월을 기준으로 402개 단체가 있다. 지역보건당국뿐만 아니라 一般醫도 자신이 예산을 가지고 의료서비스를 구매할 수 있다. 이들을 예산보유일반의라고 부르며, 최근의 추세를 보면 이들이 지역별로 통합된 일차보건의료집단(primary care groups)이 생겨나고 있다.

본 연구에서는 모어캠베이 지역과 사우스햄튼 사우스웨스트햄프셔의 두 지역을 사례로 살펴보았다.

나. 모어캠베이 地域保健當局¹⁴⁾

1) 一般現況

모어캠베이 지역보건당국은 8개의 NHS지역사무소 중 북서부 지역 사무소의 管轄下에 있는 지역보건당국이다. 모어캠베이 지역은 3개의

10) Department of Health, NHS Bodies. 1998. 12. 15.

11) 노인, 아동, 가족, 정신질환자, 장애인 등을 대상으로 하는 대인사회서비스(personal social services)는 지역의 사회서비스당국(local authority social services departments)이 관장하며, 주된 서비스는 주거, 주간보호 및 각종 사회서비스입니다.

12) 박인화는 『영국의 복지개혁 동향』에서 ‘National Health Service Trusts’를 ‘NHS 재단병원’으로 기술하고 있으나 여기서는 이를 편의상 ‘NHS병원’으로 기술하였다.

13) 제공서비스의 유형에 따라 ‘Dental Vocational Training Authority’, ‘Family Health Services Appeal Authority’ 등 13개의 기관(단체)이 있습니다.

14) Morecambe Bay Health Authority임. 인터넷 [http:// www.info-com.com/MorecambeBay HA/MBHAannualreport95-96.htm](http://www.info-com.com/MorecambeBayHA/MBHAannualreport95-96.htm), Morecambe Bay Health Authority, *Annual Report*, 1995~96. 참조.

자치구¹⁵⁾를 포함하고 있으며 전체면적은 900평방 마일이다. 주요 인구밀집지역은 바로우, 랑카스터, 모어캠베이 등이며, 인구는 대략 31만명 수준이다(表 III-1 참조).

〈表 III-0〉 모어캠베이 地域의 主要 保健醫療資源 現況

구 분	명(개소)	구 분	명(개소)
인구	310,000	치과의 수	104
지역보건당국 근무자 수	70	치과의원 수	50
일반의(GPs) 수	185	약국수	72
의원 수	60	안경사(안경점) 수	70(40)

資料: <http://www.morecambe-ha.nwest.nhs.uk>, 1998. 12. 2.

2) 主要 業務

일반적인 지역보건당국의 업무는 지역사회주민의 건강수준, 의료수요 등을 파악하여 의료공급자로부터 豫防次元의 서비스를 포함한 다양한 의료를 구매하는 것이며, 구매 이후의 사후관리도 지역보건당국의 주요 업무이다. 그러나 지역에 따라서 자체적으로 보건지소를 설치하여 운영하기도 하는데, 모어캠베이 지역보건당국의 경우에는 지역사회 내에 5개소의 保健센터를 설치·운영하고 있다(表 III-2 참조).

15) South Lakeland District Council, Barrow Borough Council, Lancaster City Council이 각각 자치구를 형성하고 있습니다.

〈表 III-1〉 모어캠베이 地域保健當局의 主要 業務 現況

주요 업무	업무수행 내역
보건의료서비스 구매계약체결	지역사회에 보건의료서비스를 공급하기 위하여 다양한 NHS병원과 협상을 하며 구매계약을 체결
지역주민 보건의료 필요 조사	지역사회주민의 보건의료 필요과약을 위해 건강수준, 보건의료 수요, 기타 요구사항 등에 대한 조사실시
지역보건의료자원과 협력관계 유지	지역내 NHS병원, 지역사회보건위원회, 개업의 등과 협력관계 유지
건강증진활동 수행	지역내 보건의료서비스 공급자들과 협력하여 각종 건강증진활동 추진
보건센터 설치운영	1995년 이후부터 5개의 보건센터를 설치운영해 오고 있으며 설치지역내의 인구는 대략 4만에서 7만 정도임. 팀제로 운영되며 설치지역은 바로우, 사우스레이크, 캔달, 모어캠베이, 랑카스터임.
환자헌장 준수여부 관리	국가적 차원에서 제정된 「환자헌장」(Patient Charter)이 준수될 수 있도록 이에 관한 조사와 평가를 수행하고 있음.
각종 보고서 발간	지역사회주민의 의료수요 분석에 관한 자료, 보건당국차원에서의 연간보건의료구입 계획, 각종 전염성질환 관리방안 등 각종 보고서 발간
구매의료 사후관리	구입된 의료에 대한 사후관리방안으로서 NHS병원에 대하여 감사를 실시
응급의료계획 수립	개업의, NHS병원과 협력하여 지역사회에서의 응급의료체계 수립
기타 수행업무	의료공급자를 통한 전염병예방 및 관리, 보건의료정보체계의 구축, 각종 보건의료인력자원에 대한 교육, 훈련 등

資料: Morecambe Bay Health Authority, Annual Report, 1995~1996, 1998. 12. 10.

3) 健康増進 및 豫防保健醫療

위에서 모어캠베이 지역보건당국의 주요 역할을 살펴보았으나 보건 지소의 운영 이외에는 건강증진, 예방 등의 직접적인 서비스제공이 이루어지지 않고 있음을 볼 수 있었다. 영국에 있어서의 이러한 保健, 豫防事業은 대부분 계약을 통하여 지역사회내의 개원의, NHS병원, 간호요양원(Nursing Homes), 건강증진사무소 등에 의하여 이루어지고 있다.

모어캠베이에는 현재 2개의 NHS병원이 있으며¹⁶⁾ 대부분의 一次保健醫療는 1999년 1월부터 바로우, 랑카스터, 사우스레이크랜드 지구를 중심으로 하는 3개의 일차보건의료집단(primary care groups)으로 통합되어 서비스를 제공하도록 예정되어 있다. 이 외에도 지역보건당국에 등록하여 個別的으로 활동하고 있는 32개의 간호요양원과 3개의 건강증진사무소가 있다.

다. 사우스앰튼 사우스웨스트햄프셔 地域保健當局¹⁷⁾

1) 一般現況

사우스앰튼 사우스웨스트햄프셔(SSWH) 地域保健當局은 영국의 8개 NHS지역사무소 중 1999년 1월 이후 잉글랜드 남동부 NHS지역사무소 관할 하에 있게 될 지역보건당국이다. 본 지역에는 약 54만 명의 인구가 거주하고 있으며 지역보건당국내 勤務者 數는 150명이며, 지역내 의원은 80개소가 있다(表 III-3 참조).

16) 이전에는 다수의 NHS병원이 있었으나 1998년 4월 이후 MoreCambe Bay Hospital NHS Trust, Bay Community NHS Trust의 2개로 통합되었습니다.

17) Southampton and South West Hampshire Health Authority: 인터넷 홈페이지 (<http://www.sswaha.org.uk/about/struct.htm> 1998. 12. 5일 기준)참조.

〈表 III-2〉 SSWH地域의 主要 保健醫療資源 現況

구 분	명(개소)	구 분	명(개소)
인구	540,000	치과의원 수	189
지역보건당국 근무자 수	150	약국 수	101
일반의(GPs) 수	318	안경점 수	116
의원수	80		

資料: <http://www.sswhha.org.uk/about/struct.htm> 1998. 12. 1.

2) 主要 業務

조직구조는 보건전략·공공보건부서, 보건의료서비스위탁·일차보건의료부서, 재정·정보·성과관리부서의 3개 체계로 이루어져 있다(表 III-4 참조). 다른 지역보건당국과 마찬가지로 보건의료서비스의 구매를 통하여 지역사회주민들에게 보다 양질의 보건의료서비스를 제공하는 것이 일반적인 업무이다.

〈表 III-3〉 SSWH地域 保健當局的 部署別 業務

부서 구분	업 무
보건전략·공공보건 부서	<ul style="list-style-type: none"> - 보건의료필요 파악 및 공공보건에 관한 보고서 작성 - 보건의료정책의 개입에 따른 효과분석, 보건의료서비스 대한 평가 - 연구 및 개발, 보건의료서비스에 대한 감사, 제공된 보건의료서비스에 대한 성과측정, 임상적인 효과 평가 - 각종 공공보건의료 전략수립 및 실행 - 지역사회주민의 건강한 사회생활 보장활동 수행 - 전반적인 보건의료자원 공급의 우선순위에 대한 정보자원 구축 - 전략개발에 있어서 지역사회주민 및 보건의료자원의 참여 유도 - 전염성질환 및 비전염성 환경위해요인 관리 - 의학적 및 치과적인 자문 제공 - 각종 공공보건의료활동에 대한 통합·조정 역할 수행 - 각종 기관에서 시행하고 있는 건강증진 및 질병예방 프로그램의 통합, 조정, 관리
보건의료서비스위탁·일차보건의료부서	<ul style="list-style-type: none"> - 연간 세부투자프로그램 및 보건의료서비스 구매계획 수립 - 보건의료서비스 질, 환자의 권리에 대한 사항 관리 - 위탁 보건의료서비스 관리, 평가, 소비자의 참여 유도 - 일차보건의료서비스 개발, 수립전략 이행 - 보건의료서비스 공급 위탁 - 전략개발, 수행, 신규대안 마련 - 지역사회 보건의료서비스 공급계획 수립 - 보건의료서비스 연간 구매계획 수립, 환자대기시간 단축 노력 - 최종 보건의료서비스 공급계약 체결 및 관리 - 보건의료서비스 공급자의 주요 변화내용에 대한 영향 주시 - 일반의 기금 - 체계관리, 공동구매체계 확립 - 일차보건의료서비스 제공, 계약자 지원, 서비스 개발, 환자 등록, 각종 스크리닝 프로그램 관리 - 일차보건의료와 관련된 서비스 자문, 서비스 관리(감사) - 간호요양원환자등록(nursing home registration) 및 추구관리 - 아동보호 프로그램 수립, 시행, 관리 - AIDS프로그램 수립, 시행, 관리
재정·정보·성과관리 부서	<ul style="list-style-type: none"> - 보건의료행위관리, 핵심정보관리 - 적정 보건의료자원배분, 관리, 재무계획, 기타 보건의료공급자 비용지불 - 보건의료공급 전략개발, 투자프로그램 개발, 협상 및 계약체결, 예산보유 일반의에게 예산배분 - 적정수의 GP산정을 포함한 정보관리 및 기술지원 - 보건의료서비스 제위원회 운영, 보건의료문제 및 분쟁 관리 - 보건의료관련 조직개발, 인력관리, 고용주 역할관리 - 공공보건관련 대외업무, 기타 연차보고서 발간 - 기타 부서 행정업무, 기록관리 - 각종 보건의료행위관리, 계약, 기타 국장지원

資料: <http://www.sswwha.org.uk/about/struct.htm> 1998. 11. 22.

3) 健康增進 및 豫防保健醫療

사우스앰튼 사우스웨스트햄프셔 지역보건당국은 지역사회주민에게 필요한 건강증진 및 예방보건의료 전반을 잉글랜드의 일반적인 지역보건당국이 하는 것처럼 지역내 NHS병원으로부터 구입하여 제공하고 있다. 이 지역내에는 현재 8개의 NHS병원이 있으며, 특히 지역보건당국은 11개의 보건클리닉(Health Clinic)을 지역사회 내에 지정하고 있는데 이는 SCHS NHS병원¹⁸⁾에 의해 운영되고 있다.

지역사회에서 제공되는 건강증진 및 예방보건의료서비스에는 물리치료, 지역사회간호서비스, 재활치료, 활체어 및 의료장비대여, 지역사회정신보건, 가정방문, 학동기이전 아동의 예방접종서비스, 아동건강검진, 건강증진서비스, 학교보건서비스, 아동 및 가정보건서비스, 학동기이전 아동발달서비스, 청소년 정신상담서비스, 지역사회 어린이보건 의료서비스, 언어치료서비스, 지역사회치과서비스, 약물남용 및 HIV상담서비스, 가족계획서비스, 지역사회 산과서비스, 중금속 및 방사능예방서비스, 직업병치료, 통증완화서비스 등이 있다.

2. 美 國

가. 國家構成 및 保健行政體系

미국은 51개의 주가 연방제형태로 국가를 구성하고 있으며 개개의 주정부는 자체적인 자치권을 갖고 있다. 그러나 연방정부와 주정부는 매우 밀접하게 협력관계를 유지하고 있으며, 이는 인력이나 재원 등 많은 부분이 연방정부에서 주정부, 지방정부로 지원되고 있기 때문으

18) Southampton Community Health Services NHS Trust

로 볼 수 있다¹⁹⁾.

개개의 주정부는 단일 또는 복수 군이나 시, 군-시를 기준으로 하는 여러 개의 자치구로 구성되어 있다. 보건의료와 관련하여 개별 주정부는 주정부보건부(State Health Department)를 두고 있고, 지방정부는 자치구의 공공보건의료 관련 문제를 해결하기 위하여 자체 지역보건부(Local Health Department)를 별도로 설치운영하고 있다.

나. 유타州

1) 一般現況

유타주는 미국의 중부지역에 위치하고 있으며 29개의 郡이 하나의 주를 이루고 있다. 1997년도의 인구는 약 206만 명으로 추정되고 있으며, 1998년 11월 현재 12개의 지역보건부²⁰⁾가 있다. 12개의 지역보건부는 각각 市-郡, 郡 또는 몇 개의 郡이 모인 자치구를 중심으로 설치되어 있으며, 연방정부나 유타주정부가 아닌 자치정부에 의하여 독자적으로 운영된다. 각각의 지역보건부는 직접적인 공공보건서비스를 제공하고 있으며, 附屬機關으로서 지역사회에 공공보건센터(Public Health Center)를 설치·운영하고 있다.

2) 유타郡 地域保健部

지역보건부의 주요 업무를 살펴보기 위하여 유타郡 지역보건부의 사례²¹⁾를 살펴보았다. 郡의 인구는 1997년 7월 기준 32만 8천명으로

19) <http://www.hhs.gov/about/profile.html>, 1998. 12.

20) Bear River, Central Utah, Southeastern, Southwest, Weber-Morgan District, Tri County, City/County of Utah County, Summit County, Salt Lake City/County, Davis County, Wasatch County, Tooele County Health Department.

21) <http://www.co.utah.ut.us/dept/health/index.htm>. 1998. 11. 30.

추정되고 있으며, 지역보건부의 주요 과는 家庭·個人保健부서(57), W.I.C.프로그램부서(24), 건강증진/상해예방부서(5), 휴먼서비스부서(46), 환경보건부서(24), 모기박멸부서(5)의 6개 부서와 행정지원 및 생명통계부서(8)로 구성되어 있으며²²⁾ 1998년 12월 현재 169명이 근무하고 있다.

구체적인 주요 부서별 업무 현황은<表 III-5>와 같다. 특히 W.I.C.프로그램부서에서는 본부 이외에 지역내 3개의 사무소(附表 5-1의 W.I.C. 1, 2, 3 사무소 근무자 수는 각각 3명, 6명, 3명임)에서 관련 서비스를 제공하고 있으며, 휴먼서비스부서의 경우에는 管轄地域 內에 부속지역사무소(근무자수는 19명)와 ‘약물중독치료센터(근무자수 15명)’를 설치하여 지역보건부에서 직접 운영하고 있다²³⁾. 기타 지역보건부는 예방접종, H. I. V.검사 상담 등의 서비스를 직접적으로 제공하고 있다(附表 5-1 참조).

22) ()안의 숫자는 각 기관의 근무자 수입이다.

23) 각 지역에 소재한 시설이 ○○○ office로 통용되어 사무소란 명칭으로 통일하였다.

〈表 III-4〉 유타郡 地域保健部の 部署構成 및 主要業務

부서	주요 업무
가정·개인보건부서	<ul style="list-style-type: none"> - 예방접종(예방접종클리닉 운영) - 혈압(무료) 및 콜레스테롤(유료) 검사(예약제) - 어린이 건강측정 및 무료치료(메디케어 대상 21세 이하) - 부인과 질병 및 유방암 검사(예약제, 유료) - 어린이 신체발달 건강검진(유료) - 임신모건강관리(베이비유어베이비프로그램, 유료) - 발달장애 아동의 조기개발/조기교육, 치료 프로그램 - 장애아동특별관리서비스(진단, 치료, 예약제) - 전염성질병예방관리(상담, 검사, 치료서비스 제공) - 학교보건교육(전문간호사에 의한 예방보건서비스 제공) - 기타 가족계획 프로그램, 고령자클리닉 등
W.I.C.프로그램부서	<ul style="list-style-type: none"> - 임신부, 모유기 산모, 5세 이하의 유아 및 아동 건강평가, 영양상담 - 대상자는 소득수준, 영양학적 필요평가에 의하여 선정되며 무료서비스 제공
건강증진/상해예방부서	<ul style="list-style-type: none"> - 자동차의 안전벨트 착용교육, 건강위험요인분석 및 상담 - 심장병발생 예방교육, 각종 상해발생예방 관리 - 아동 및 어린이용 자동차 안전시트 임대 - HIV-AIDS환자지원 및 교육
휴먼서비스 ¹⁾ 부서	<ul style="list-style-type: none"> - 알코올, 약물중독 성인, 청소년 치료, 소수민족 예방보건의료서비스 - 약물중독 및 남용평가 교육, 가임전임신관련 교육서비스 - 부모교육프로그램, 학교중심프로그램, 의료기관으로의 의뢰프로그램
환경보건부서	<ul style="list-style-type: none"> - 대기오염관리, 상수도 및 식수의 수질관리 - 하천 수질관리, 물탱크 및 정화조 감시 - 식품서비스 검사 및 허가관리, 공공 수영장 및 온천장 관리 - 학교 및 운동장주변 위험요인 관리 - 중금속 및 위해 폐기물 관리, 지하저장고 및 매설물 관리 - 선천시설관리, 공공장소 소각시설물 관리, 기타 주민건강생활 저해사항
모기박멸부서	<ul style="list-style-type: none"> - 검사·감시업무(발생지역조사, 기록관리, 애벌래발생지역감시, 발생규모추정 및 종류관리, 뇌염발생 감시 등) - 관리관련 업무-모기발생원 감소, 생물학적인 관리, 화학적인 관리
행정지원 및 생정통계부서	<ul style="list-style-type: none"> - 출생, 사망관련 기록보관 및 제반 증명서 발급

註: 1) 지역보건부서에서 비용을 부담하며 민간의원에 의하여 서비스가 제공되는 경우가 많음.
 資料: <http://www.co.utah.ut.us/dept/health/index.htm> 1998. 11. 11.

3) 솔트레이크시티郡 地域保健部

솔트레이크시티郡의 인구는 1997년 7월을 기준으로 대략 83만 9천 명으로 추정되고 있다. 11개의 소지역으로 구분되어 있으며 현재 솔

트레이크시티郡 지역보건부는 7개 지역에 공공보건센터를 설치운영중에 있다²⁴⁾. 솔트레이크시티郡 지역보건부는 행정부서, 환경보건부서, 가족보건서비스부서의 3개 부서로 조직되어 있으며 부속기관인 공공보건센터 근무자를 포함하여 총 405명이 근무하고 있다.

<表 III-6>은 각각의 공공보건센터가 제공하고 있는 서비스를 제시한 것이며, 표에 나타내지 않은 Rose Park, West Jordan 공공보건센터는 Magna공공보건센터와 동일한 서비스를 제공하고 있다. 예방접종서비스와 W.I.C.프로그램은 모든 보건센터에서 제공하는 것을 볼 수 있으며, 베이비유어베이비프로그램은 1988년 유타주 보건부에서 처음 시작한 사업으로 모든 임신여성의 산전 출산교육에 관한 것이다.

<表 III-5> 솔트레이크시티郡 地域의 公共保健센터別 主要 서비스

구 분	Salt Lake City	Ellis R. Shipp	Magna	South Main	Southeast
예방접종서비스	○	○	○	○	○
AIDS 검사 및 상담	○	○	×	×	○
성병치료	○	×	×	×	×
유방암검사	○	○	×	×	○
아동 건강검진	○	×	×	×	×
가족계획서비스	○	○	×	×	×
W.I.C. 프로그램	○	○	○	○	○
전염병질환통제	○	×	×	×	×
결핵검진 및 치료	○	×	×	×	×
출생·사망증명서 발급	○	×	×	×	×
베이비유어베이비	×	○	×	○	×
메디케어대상자관리	×	○	×	×	○
소아과진료	×	○	×	×	×

資料: <http://www.slchealth.org/fh/clinics.html>

24) <http://www.slchealth.org/media/factfig.html>, 1998. 12. 10. 기준

다. 플로리다주

1) 一般現況

1997년도 미국 통계청의 인구동태자료에 의하면 플로리다주의 인구는 1,465만 명이며, 플로리다에 있는 모든 郡은 郡지역보건부를 가지고 있다²⁵⁾. 현재 플로리다주 내에는 총 67개의 郡지역보건부가 설치·운영되고 있으며, 플로리다 州政府 보건부와 郡지역보건부가 상호 유기적인 연계체계를 이루고 있다.

2) 파스코郡 地域保健部

파스코郡은 멕시코만에 인접해 있으며 지역내의 인구는 약 30만 3천명으로 추정²⁶⁾되고 있다. 지역보건부의 조직은 행정서비스부서(25), 보건교육/증진부서(10), 생명통계부서(2), 역학 및 傳染病管理部署(12), W.I.C.부서(39), 영양부서(W.I.C.부서에 포함), 일차의료서비스부서(103), 環境保健서비스부서(23)의 8개 부서로 조직되어 총 214명이 근무하고 있으며²⁷⁾, 부서별 업무는 <表 III-7>과 같다.

25) <http://www.co.leon.fl.us/lcphu/lcphu.htm>, 1998. 12. 1.

26) <http://westpasco.com/pasco.html>, 1998. 12. 1.

27) ()안의 숫자는 각 기관의 근무자 수입이다.

〈表 III-6〉 파스코郡 地域保健部の 主要 業務

부 서	주요 업무
행정서비스 부서	<ul style="list-style-type: none"> - 재무관리, 예산편성, 각종 보건서비스 제공에 따르는 계약관리 - 각종 데이터 입력, 유지, 관리
보건교육/건강 증진부서	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 보건교육 프로그램운영, 만성질환 예방관리 프로그램운영 - 지역사회보건자문위원회운영, 보건의료공급자의 보수교육 프로그램운영 - 공공보건 관련 각종 정보관리, 보건교육자료 작성, 비치, 배부 - 지역사회 및 학교보건 관련 전시회 개최, 각종 보건교육 및 건강 증진 관련 예산 지원
생정통계부서	<ul style="list-style-type: none"> - 출생 및 사망 접수, 제증명서 발급 등(1개 분소 있음)
역학 및 전염 병관리부서 (본부, 1개지역 센터)	<ul style="list-style-type: none"> - 전염성질병예방 및 관리프로그램 운영 - 광견병예방프로그램, 정보관리, 환자의뢰 - 공공보건 관련 검사를 위한 실험실운영 - 공중보건 및 안전관리 프로그램 실시 - 성병관리 및 교육프로그램 실시 - AIDS 검사 및 상담, 예방·교육·치료 프로그램 - 수인성 질병, 모기발생 조사 - 지역사회의 질병발생 및 예방대책에 관한 연구 - 지역사회 보건교육서비스 - 보건의료공급자 직무교육 및 상담서비스 제공
W.I.C.프로그램 부서(본부, 6개 지역센터)	<ul style="list-style-type: none"> - 우유, 치즈, 계란, 곡물, 주스 등 식품에 대한 안전성 평가 - 혈중 중금속 스크리닝 실시 - 모유에 대한 정보제공, 유아 및 아동의 영양식에 대한 정보제공 등
영양부서(본부, 6개 지역센터)	<ul style="list-style-type: none"> - 당뇨, 고혈압 등 특별관리가 요구되는 환자에 대한 영양상담 서비스 제공 - 체중감량 상담 및 체중감량교실 운영, 당뇨병교실 운영 - 他郡의 관련 기관에 대한 식이요법 상담서비스 제공 - 학교보건, 郡 지역사회주민의 보건을 위한 영양상담서비스 제공 - 영양교육에 대한 문헌자료, 기타 자료 제공 - 공공보건교육 프로그램, 가정 영양상담 - 각종 영양식 메뉴 및 조리법에 대한 분석 및 상담

〈表 III-7〉 계속

부 서	주요 업무
일차의료서비스부서(본부, 6개 지역센터)	<ul style="list-style-type: none"> - 지역보건부 제공서비스 - 1) 일반의원에서 진료를 받을 수 없는 환자를 위한 진료서비스, 2) 신체검사, 3) 특정 만성질환예방 및 치료, 4) 암검진 및 환자의뢰 등 - 간호 및 개인보건서비스(5개 지역에서 제공) - 1) 임산부의 건강증진서비스, 신체검사, 임신테스팅, 출산전 케어, 영유아교실운영, 산후조리 및 각종 검사서비스, 가족계획, 실험실서비스, 2) 압, 고혈압, 당뇨병 등에 대한 검사, 3) 결핵에 대한 검사 및 치료, 4) 성병에 대한 검사와 치료(생식선 종기, 임질, 클라미디아, 매독, AIDS 등), 5) 저소득층의 만성질환자를 일반의원으로부터 의뢰받아 약물치료서비스를 제공하며, 당뇨, 간질, 류마티스성심장병을 앓고 있는 저소득층환자에게는 특수약물치료서비스 제공 - 가족계획서비스 - 1) 교육, 각종 검사, 2) 피임 및 출산관리, 3) 난관절제술 등을 위한 환자의뢰 등 - 유아·아동보건과 관련된 서비스 - 1) 건강어린이클리닉, 메디케이드 스크리닝, 학동기 아동의 체력검사, 각종 신체검사, 무료 예방접종 등, 2) 지역사회 및 학교보건지원 서비스 등
환경보건서비스과(본부, 2개 지역센터)	<ul style="list-style-type: none"> - 환경보건과 관련된 ‘각종 상담’, ‘교육’, ‘기타 조사서비스’ 등 - 식품 안전성 감시프로그램 실시 - 매 분기별로 식품에 대한 A-B-C 등급을 부여하여 안전성 점검프로그램을 실시 - 부식성 저장시설 점검프로그램 실시 - 각종 시설의 오물에 대한 검사, 처리계획 검토, 허가, 정기검사, 면허발급 등. - 수질 점검프로그램을 실시 - 1) 수영장, 목욕탕의 허가관리, 정기정검, 화학적 및 세균학적 검사, 2) 식수에 대한 각종 검사, 3) 오염물질이 들어있는 저장시설, 110갤런 이상의 지하 저장용 시설에 대한 정기검사 등 - 집단거주시설의 정기적인 관리프로그램 실시 - 병원, 가정간호사업소, 각종 집회장소, 공공 및 민간 교육시설, 구류시설 및 기타 거주 시설 등 - 기타 제공서비스 - 정보관리, 채취 표본에 대한 분석의뢰 등

資料: <http://www.co.leon.fl.us/lcphu/lcphu.htm>

지역보건부는 본부(80) 이외에 뉴포트리치(62), 랜드오레이크(10), 데드시티(31), 홀리데이(5), 채퍼힐(10), 허드슨(16)의 6개 지역에 지역센터(28)를 두고 있으며 본부를 제외한 지역센터의 총 근무자는 134명이

다²⁹⁾. 지역보건부뿐만 아니라 지역센터에서도 일차의료서비스, W.I.C. 및 영양프로그램을 제공하고 있다(附表 5-2 참조).

3) 콜리郡³⁰⁾ 地域保健部

콜리郡 지역보건부는 멕시코만과 인접한 플로리다주의 남쪽 끝에 위치하고 있으며, 1999년도의 인구는 약 21만 9천명으로 추정되고 있다. 지역보건부는 재정, 구매, 의무기록, 각종 생명통계 관련 업무를 담당하는 행정서비스부서(28), 질병예방 및 보건업무를 담당하는 가족·개인보건서비스부서(26), 외래를 통하여 보건의료서비스를 제공하는 외래클리닉(22), 보건의료에 관한 분석 및 평가를 담당하는 역학조사부서(4), 관내 특정지역에 설치된 임모칼리지역사무소(19), 여성·유아·어린이의 보건 및 영양관련 문제를 담당하는 W.I.C.부서(18), 환경관련 업무를 전담하는 환경보건부서(17)로 구성되어 있으며 총 134명이 근무하고 있다. 임모칼리지역사무소는 외래클리닉, 환경보건, W.I.C.서비스를 본부와 별도로 제공하고 있으며, W.I.C.사무소는 이 외에도 2개 지역에 지부를 두고 있다(콜리군지역보건부 내부자료, 1998. 12.). 기타 지역보건부의 주요사업은 <表 III-8>과 같다.

28) 공공보건센터(public health center)와 달리 regional offices로 명명되어 있어 지역센터로 번역하였습니다.

29) 본문에서 ()안에 있는 숫자는 각 기관의 근무자 수를 나타낸 것입니다.

30) 원명은 Collier County Health Department이며, 본 자료는 콜리郡지역보건부 제공 자료와 인터넷 'http://www.naples.net/presents/cchdhome'을 참조하였다.

〈表 III-8〉 콜리郡 地域保健部の 主要 業務

사 업	주요 업무
공공보건사업	<ul style="list-style-type: none"> - 예방접종사업: 1) 대상자에 관계없이 관내 사무소 및 기타 임시 진료소에서 예방접종 서비스를 무료로 제공함, 2) 면역률 평가 및 관리 등 - 전염성질환관리: 1) 질병감시, 2) 요주의 질병에 대한 교육 및 위험요인 감소사업, 3) 성병검진, 진단, 치료, 4) 결핵검진, 진단, 치료, 5) HIV검사, 6) AIDS환자 치료 및 관리, 7) 특정질환 발생에 대한 보고서 작성, 8) 전문기관을 통한 계속적인 교육프로그램사업 실시 등 - ‘건강한 출발(Healthy Start)’사업실시: 1) 임신부와 3세 이하의 아동을 대상으로 함, 2) 건강관리, 3) 모유먹이기 교육, 지원, 4) 영양상담, 5) 출산교육, 6) 부모교육 및 지원, 7) 금연상담, 8) 유해물질에 감염되어 출생한 아이의 추적관리, 9) 영아사망률, 저체중아출생률, 기타 지표의 평가 관리 등
보건교육사업	<ul style="list-style-type: none"> - 일반보건교육: 1) 금연프로그램운영, 2) 지역사회금연캠페인실시, 3) 지역사회 보건교육, 4) 지속적 보건교육프로그램, 5) 토바코프리이니셔티브(Tobacco Free Initiative for)운동 실시 등 - 학교보건교육: 1) 건강검진 및 이상자 치료 의뢰, 2) 학교방문 보건교육, 3) 면역상태 평가 및 관리, 4) 가정방문보건교육, 5) 건강이상 학생에 대한 교사, 학부모 상담, 6) 정책개발, 7) 임보칼리고등학교 학생의 만성질환 예방사업 실시 등 - 보건교육을 위한 대외 상담실 및 사무소 운영 등
각종생명통계 발급사업	<ul style="list-style-type: none"> - 각종 출생 및 사망증명서 발급(유료), 특히 출생증명서는 아동의 입학, 운전 면허취득, 취업, 투표참여, 퇴직대상여부 판정시, 사회보장급여시, 시민권취득, 저소득층 자녀의 공적지원여부 판단시 요구됨.
역학조사사업	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회주민의 건강감시, 전염병 및 질병의 확산예방, 요주의 건강관련 문제 조사 등
W.I.C.사업	<ul style="list-style-type: none"> - 보조적 식품공급 프로그램: 1) 무료급식, 2) 영양평가, 상담, 교육, 3) 다이어트식 처방을 통한 의학적 영양치료, 4) 모유먹이기교육 및 지원, 5) 개인의 경제적, 영양상태에 근거한 W.I.C.대상자 관리 등 - 지역사회영양교육서비스: 지역사회영양교육 및 계속사업 실시, 복지시설수용 고령자¹⁾에 대한 의학적·영양학적 치료사업 등
환경보건사업	<ul style="list-style-type: none"> - 환경학적엔지니어링사업: 1) 하수처리 및 처치시스템 감시, 2) 공공 및 개인 식수 안전관리 및 점검, 3) 수영장 등 시설의 안전점검, 4) 기타 이와 관련된 세부 규제사항 관리 등 - 환경보건사업: 1) ① 사업자(병원, 성인데이케어센터, 교도소 등의 주방시설, 교회, 음식점 라운지 등), ② 시설(학교, 어린이데이케어센터, 정신보건센터 등), ③ 거주지(훈련시설, 이주자거주시설, 모빌홈파크 등) 등에 대한 환경위생검사 및 관련 업무의 인허가증발급, 2) 식품관련 질병조사, 생의학적 및 고체기물, 유해·독성폐기물질 처리안내, 납중독검사 등

註 : 1) Medical nutritional therapy for Senior Friendship Center patients

資料: <http://www.naples.net/presents/cchdhome/cchdsvcs.htm>

라. 캘리포니아주

1) 一般現況

캘리포니아주는 미국의 서부 태평양 연안에 위치한 주로서 현재 주 내에는 총 63개의 지역보건부가 설치·운영되고 있다³¹⁾. 미국인구통계 국에 의하면 1997년 4월 기준 추정인구수는 약 3,226만 명이며, 1994년 기준으로 전체 인구의 약 80%는 공업도시지역에 거주하고 있다.

2) 산타바바라郡 地域保健部

캘리포니아주의 산타바바라郡은 카핀테리아市, 구아델랍市, 롬폭市, 산타마니아市, 산타바바라市와 그 외곽지역으로 구성되어 있으며, 郡의 전역은 행정구역상 5개 지구로 나뉘어 있다. 지역보건부는 행정구역내에 카핀토리어클리닉, 프랭클린클리닉 등 자체적으로 5개의 공공 보건센터를 설치운영하고 있다. 그러나 반드시 행정구역과 일치하지는 않는다. 郡의 지역보건부는 의료서비스부서, 환경보건서비스부서, 건강평가 및 건강증진부서, 공공보건부서, 휴먼서비스부서의 5개 부서와 별도의 보건행정부서를 두고 있다(表 III-9 참조).

31) <http://weber.u.washington.edu/~hserv/hsic/resource/phealth/lhd/ca-lhd.html>

〈表 III-8〉 산타바바라郡 地域保健部の 主要 業務

부서	주요 업무
의료서비스 부서	1) 일차진료클리닉 운영, 2) 의료서비스의 질 감시, 3) 의료보조 서비스, 4) 응급의료서비스, 5) 의료관련시설 관리, 6) 입원환자서비스 및 환자의뢰, 7) 의료사회학적 서비스, 8) 의무기록 관리, 9) 산과 서비스, 10) 의료인력교육서비스
환경보건 서비스부서	1) 지역사회 보건프로그램 지원 및 관리, 2) 식품위생감시, 3) 고체산업폐기물 관리, 4) 액체산업폐기물관리, 5) 재활용품수거지원관리, 6) 가정상수도보건관리, 7) 토양오염감시 및 관리, 8) 가정주거환경관리, 9) 해충 방역 및 관리, 10) 해양오염 감시 및 관리 (검사)
건강평가, 건강증진 부서	1) AIDS예방 및 교육, 기타 HIV관련 사업, 2) 건강증진 및 교육, 3) 지역사회 건강수준 및 보건의료 평가, 4) 금연, 5) 상해예방, 6) 치과 및 치과위생 프로그램, 7) 보건교육, 8) 유방암 조기검진·예방프로그램, 9) 보건의료 관련 국가 보조금 관리, 10) 가족보건
공공보건 부서	1) 가족보건서비스(모자보건, 성폭력예방, 가족계획서비스, 아동의료서비스 등), 2) 예방서비스(전염성질환 관리, 공공보건검사실운영, 공공보건간호, 예방접종 서비스, 각종 생명통계 관리, 흡리스 프로그램, 공공보건클리닉 운영 등), 3) 기타 프로그램(노인보건관리, 주산기 교육, W.I.C. 및 영양서비스 제공 등)
휴먼서비스 부서	1) 연방정부가 제공하는 응급 구난처 보조금 관리, 2) 응급상황에 처한 가구의 지원프로그램 운영, 3) 포괄적인 아동보호(진료) 프로그램, 4) 아동학대 예방 및 관리, 5) 공공보건의료서비스 제공을 위한 각종 지원금 관리, 6) 가정 내 폭력발생 예방 및 관리, 7) 각종 건강증진 계획(안) 수립 등
보건행정 부서	1) 보건의료관련 시설 관리, 2) 보건의료 인력관리, 3) 보건의료서비스 질 관리, 4) 보건의료정보관리, 5) 보건의료관련 안전관리, 6) 보건의료관련 재정관리, 7) 공공보건의료계획 수립, 8) 보건의료관련 제 규정 관리

資料: <http://sbcphd.org/aboutphd/html> 참조.

3) 롱비치市 地域保健部³²⁾

롱비치市는 로스앤젤레스郡의 남쪽 끝과 접하여 태평양연안에 위치한 도시이다. 롱비치市 지역보건부에 따르면 관할 지역의 면적은 50 평방 마일이며, 인구는 1996년을 기준으로 볼 때 대략 438,000명으로 추정되고 있다. 롱비치市는 단일市를 중심으로 모든 자치행정, 보건행정체계가 조직, 운영되고 있다.

롱비치市 지역보건부에는 현재 420명이 근무하고 있으며 이중 222명은 市의 自治區에 속한 공무원이고 나머지 198명은 계약관계를 통하여 공공보건업무에 종사하고 있다. 현재 지역보건부는 공공보건부서, 예방보건부서, 환경보건부서, 동물통제관리부서, 휴먼·사회서비스부서의 5개 부서로 조직³³⁾되어 있다.

롱비치市 지역보건부의 특징은 지역보건부의 업무와 사회복지업무가 통합된 형태로 이루어져 있고, 공공보건업무와 관련한 임상실험을 지원할 수 있도록 보건소 내에 별도의 실험실(검사소)을 두어 운영하고 있는 점을 들 수 있다(表 III-10 참조).

32) 원명은 Long Beach Department of Health & Human Services로 미국의 경우 지역보건부가 사회복지업무와 통합되어 운영되는 경우가 있는데 롱비치지역보건부의 경우가 이 경우에 해당됩니다.

33) 캘리포니아주내 여타 郡, 市의 경우에는 division을 중심으로 하는 조직으로 직제가 편제되어 있으나 롱비치市의 경우에는 bureau 중심으로 되어 있습니다. 본 보고서에서는 편의상 모두 '부서'로 기술하였습니다.

〈表 III-9〉 롱비치市 地域保健部の 主要 業務

부서	업무
공공보건부서 (본부, 2개의 W.I.C.사무소, 1개소의 금연 교육사무소)	<ul style="list-style-type: none"> - 모자보건사업실시: 1)포괄적인 산과서비스를 제공하는 클리닉운영 (저소득층 부녀자를 대상으로 임신에서 산후 60일까지 영양, 보건 교육 등 서비스제공), 2) 미혼모청소년 관리 및 청소년보건사업 실시, 3) 모자보건사업 중 ‘남자의 역할프로그램’실시, 4) 어린이 건강 및 장애예방프로그램 실시, 5) 의학적으로 위험요인이 있는 산모의 건강검진 및 보건교육, 의료기관연계프로그램 실시, 6) 소아 및 초등학교 입학전후의 아동 예방접종(무료 또는 저비용으로 제공), 7) 어린이 납중독예방프로그램 실시, 8) 어린이 보건 및 장애예방프로그램실시(저소득층 자녀), 9) 가족계획사업 실시(저소득층 대상, 클리닉운영), 10) 학교중심 포괄적 치주질환 예방사업 실시 등 - 영양사업: 1) 영양교육, 2) 개인, 집단영양 상담, 3) 모유먹이기 홍보, 교육, 지원, 4) W.I.C.프로그램을 통한 식품공급, 대상자의 정기영양평가, 스크리닝사업 전개 등 - 전염병질환관리: 1) 결핵관리사업실시(검사, 진단, 치료, 추적관리), 2) 뇌막염, 홍역, 간염 등 전염성질환 진단, 치료 등, 3) 전염병감염 환자 격리보호서비스 제공, 4) 산모의 B형간염 예방서비스, 5) 여행자 예방접종사업 등 - 고령자보건서비스-건강평가, 검진, 상담, 안과서비스 등 제공 - 공공보건간호필드서비스-고위험군환자와 그 가족을 대상으로 공공보건간호사가 서비스를 제공함. - 공공보건실험실운영(공공보건업무의 각종 실험업무지원) - 건강증진서비스제공(주정부의 담배세징수를 통한 재원으로 지원되며 청소년 금연교육 등 사업실시) - 직업병 및 재해예방사업 실시 - 의사서비스 제공-재소자 건강진단, 성폭력 피해자 상담 및 치료, 각종 건강관련 상담서비스 등
예방보건부서	<ul style="list-style-type: none"> - 예방보건임상서비스제공: 1) 성병클리닉운영, 2) 캘리포니아지역사회 보건아웃리치서비스 제공(캘리포니아주정부 사업), 3) AIDS검진 및 조기발현 억제사업, 4) AIDS환자 지원 및 관리사업, 5) AIDS치료의 약품 지원사업 - 예방보건교육 및 예방서비스: 1) AIDS교육 및 예방프로그램실시, 2) 10대 청소년 임신예방사업 실시 - 지역사회 건강증진활동에 대한 재원지원사업 실시 - 역학서비스제공: 1) 생정통계 작성관리 및 주정부 통계업무지원, 2) 전염병 발생 감시 - 기타사업-AIDS치료를 위한 지역사회내의 단체와 컨소시엄을 구성하여 재정 지원

〈表 III-10〉 계속

부 서	업 무
환경보건서비스부서(본부, 1개 지역 사무소)	<ul style="list-style-type: none"> - 위험물관리프로그램실시-위해물질배출업소, 불법처리물질 및 저장물, 오염물질, 의료용 폐기물, 지하 저장시설, 가정내 위험물질, 원단 생산업자, 소음공해 등에 대한 집중적인 단속, 감시업무 - 식품위생-식품가공업소, 식당, 음식점 등에 대한 정기점검, 면허관리, 시설점검 - 지역사회 위생점검 프로그램 실시-지역사회주민의 신고사항에 대한 처리 - 해충 및 전염병 매개동물 관리 - 식수 및 지하수 등의 안전관리 - 주거환경 점검프로그램 실시 - 납함유 페인트 유해성 대책사업(미국 주택·도시개발국에 의하여 지원되는 사업으로 납으로 인한 피해를 최소화하기 위하여 지역보건부차원에서 중독검사, 교육 등 시행)
동물통제관리부서(1개 지역 사무소)	<ul style="list-style-type: none"> - 동물의 소유, 처리와 관련된 연방정부, 주정부, 지방정부간의 제반 규정 사항 이행, 기타 법률적인 문제에 대한 처리업무 수행 - 가축 및 동물자산 보호 - 무연고 동물에 대한 관리 및 처리 - 야생동물보호 : 1)캐넬프로그램(애완동물사육면허 등 법적인 책임에 관련된 업무 관련 프로그램), 2) 동물구조서비스, 3) 동물관련 불편신고사항 해결, 기타 연고지 찾아주기, 애완동물에 대한 교육 등 실시
휴먼/사회서비스부서(본부, 4개 지역 사무소)	<ul style="list-style-type: none"> - 재활서비스: 1)지역사회 알코올중독자 예방 및 중독자 치료서비스 제공, 2) 약물중독자에 대한 외래통원치료 서비스 제공, 3) 음주운전자 교육프로그램 실시, 4) 롱비치市 공무원 및 그 가족을 대상으로 약물남용, 정서장애 등에 대한 치료서비스 제공, 5) ‘안정된 가정 가꾸기 운동’전개, 6) 약물관련 기결수(既決囚)에 대한 교육프로그램 실시, 7) 10대 청소년 범죄예방프로그램 실시 - 시설서비스제공: 지역사회 내의 여러 지역사무소에서 데이케어 서비스, 응급구난처 서비스, 청소년 상담 서비스, 각종 상담 서비스를 제공 - 각종 어린이 보호프로그램 실시 - 사회사업서비스 실시: 약물 및 알코올중독자 치료서비스, 가정폭력 및 성폭력 예방서비스, 정신보건서비스 등 다양한 서비스를 제공 - 홈리스 서비스(Homeless Services): 주거지를 상실한 지역사회 주민에게 응급피난처를 제공하며, 기타 연방정부, 주정부에서 지원되는 각종 기금을 제공 - 기타 홈리스 자문위원회를 구성하여 운영

資料: <http://www.ci.long-beach.ca.us/health/pdf/overview98.pdf>

현재 롱비치市 지역보건부 산하에는 지역보건부 본부와 별개로 10개의 지역사무소가 있다. 공공보건부서 소속에는 2개의 W.I.C.사무소와 1개의 금연교육사무소가 있으며, 휴먼사회서비스부서 소속에는 4개 지역사무소가 있는데 3개소는 데이케어서비스, 응급구난장소, 청소년상담소, 食品配分處의 역할을 하고 있으며, 1개소는 가족지원프로그램³⁴⁾을 수행하는 사무소의 역할하고 있다. 동물통제관리부서는 본부 이외의 지역에 관련 事務所를 1개소 설치·운영하고 있으며, 기타로는 高齡者支援센터, 지역사회센터가 있다.

3. 캐나다

가. 國家構成 및 保健行政體系

캐나다는 온타리오(토론토), 앨버타(에드몬드) 등의 10개 주와 노드웨스트(엘로나이프), 요크(화이트호스)의 2개 自治區로 구성되어 있으며 수도는 온타리오주의 오타와이다³⁵⁾. 1996년도의 인구통계에 따르면 2,880만 명의 총인구 중 76.6%정도는 시(cities)나 읍(town)지역에 거주하고 있으며 23.4%는 도시에서 멀리 떨어진 외곽지역에 거주하고 있다.

보건의료와 관련하여 하나의 도시는 자체적인 自治區를 형성하거나 또는 인접한 다른 도심지역과 결합하여 하나의 자치구를 형성하여 보건의료 공급체계를 구축하고 있는데, 예를 들어 온타리오주의 킹스턴

34) 부양능력이 없어 타가정에 자녀를 맡기는 포스터케어시설(foster care facilities) 이용자가 증가하고 있어 이를 예방하기 위하여 로스앤젤레스郡에서 처음으로 신설, 이행하고 있는 사업입니다. 본 가족지원프로그램(Family Preservation Program)은 포스터케어시설에 배정된 예산을 사전예방 차원에서 해당 가구에 지원함으로써 가족구성원의 이탈을 막기 위한 프로그램입니다.

35) 본문에서 ()는 자치구의 수도입니다.

이나 윈저 등은 자체적으로 보건의료자치구의 역할을 하고 있으나, 해밀턴이나 오타와의 경우에는 해밀턴-웬트워스, 오타와-카레톤을 각각 보건의료자치구로 하여 공공보건의료서비스를 제공하고 있다. 현재 온타리오 주에는 42개의 지역보건소(local health unit)가 있으며 각각의 지역보건소는 자체적인 지역분소(branch office)를 설치하고 있다.

나. 브루스-그레이-오웬사운드 地域保健所

1) 一般現況

브루스-그레이-오웬사운드 지역보건소(Bruce-Grey-Owen Sound Health Unit)는 오웬사운드지역에 설치되어 있으며 위커튼, 사우스앰튼, 뒤램지역에 3개의 지역분소를 두고 있다. 1996년 인구통계에 의하면 관할지역의 인구는 약 15만 3천명이며, 지역보건소는 크게 행정·재정부서, 가족보건, 만성질병예방, 지역사회보건문제를 담당하는 인구보건부서, 전염병관리, 환경보건, 건강위해요인 등을 관장하는 보건예방부서로 구성되어 있다. 1998년 12월을 기준으로 정규직 90명이 근무하고 있다.

2) 主要 業務

브루스-그레이-오웬사운드 지역보건소의 주요 업무는 <表 III-11>과 같으며 지역보건소가 주체가 되어 직접적인 보건의료서비스를 제공하는 것을 볼 수 있다.

〈表 III-10〉 브루스-그레이-오웬사운드 保健所의 主要 業務

주요 사업	세부 내역
암예방사업	각종 암에 대한 조기발견과 예방사업 프로그램 실시
전염, 감염성질환 관리	전염성질환의 조사 및 관리, 지역사회데이케어센터, 가정간호사업소, 고령자 및 장애인 관련 시설에 대한 관리, 각종 질병관리 상담서비스제공, 전염병 발생에 따른 통제관리 교육 등
치과서비스제공	1) 초등학교 치과검진사업 실시, 2) 불소화 치료사업(유료), 3) 치과치료서비스(비용지불 능력이 없는 가구의 어린이 중 긴급한 치과적인 치료를 필요로 하는 어린이를 대상)
가족보건서비스 제공	1) 보건소가 주체가 되는 ‘가정보건교육코스’와 워크숍 등 개최, 2) 임신계획, 임신, 건강한 자녀 기르기, 청소년 교육 방안 등 가정의 보건과 관련된 정보제공 등
식품안전성관리	식품과 관련된 질병홍보, 식품사업 관련 종사자의 숙지사항 관리, 식품안전관리방안 교육 및 홍보, 식품안전성조사, 식품안전과 관련된 계규정 관리 및 감시 등
건강위험요인 조사	1) 일반 가정의 주거시설 건강위험요인 감시관리, 각종 공공장소, 주거시설의 공기 오염도 감시, 유해 화학물질, 폐기물 등에 대한 지역사회주민 교육 및 자문 등, 2) 납, 석면, 살충제, 제초제, 살균제 등의 노출 및 과다사용 억제, 이주노동자 주거시설 안전관리, 야영지의 안전관리, 화재예방, 위생시설, 식수공급 등 관리 및 감시업무 등
심장병 예방사업	심장병 예방을 위한 금연운동, 다이어트, 스트레스 예방, 기타 신체운동 등
각종 예방접종	1) 모든 예방가능한 질병에 대한 예방접종 안내정보를 제공하며, 고등학교 학생을 위한 예방접종클리닉 ³⁶⁾ 을 운영, 2) 초등학교 학생의 B형간염 예방접종 프로그램 운영, 지역사회 초등학교 학생의 예방접종 기록 관리, 여행자 예방접종 안내, 지역사회 면역클리닉 운영 등
상해예방사업	음주, 자동차 사고, 노인들의 실족사고 예방 등과 관련된 각종 예방활동
영양사업	1) 지역사회주민들에게 건강한 식단 구성에 대한 다양한 정보를 제공, 2) 소비자가 식품라벨을 읽고 건강을 고려한 식품을 구입하도록 하는 ‘슈퍼마켓 장보기(Supermarket Tours)’, 식품포상점과의 협력 하에 심장을 튼튼하게 하는 ‘저지방식품 선택하기(Keep on Ticking...with low fat choices)’의 2가지 프로그램사업을 지원

〈表 III-11〉 계속

주요 사업	세부 내역
각종 체육활동지원	계단오르기, 저녁 산책하기, 자전거 타기 등 생활속에서의 건강을 추구하도록 하는 ‘생활속 건강추구하기(Active living)’, ‘규칙적으로 에어로빅 운동하기(Regular Aerobic Exercise)’의 두 가지 사업지원
광견병 예방 및 관리	광견병 예방교육, 예방접종, 치료, 기타 관련 클리닉 운영
식수안전 및 하수처리 시스템 관리	1) 모든 식수에 대한 검사, 식수에 관한 교육, 수영장, 풀 등에 대한 수질관리 등의 업무, 2) 만 리터 이상의 처리시스템을 제외한 하수처리시스템 관리 등
지역사회주민의 성보건사업 실시	출산조절, 임신테스트, 성상담, AIDS 등 성적으로 전염되는 질병과 관련된 서비스를 제공
기타 금연, 여행자 예방접종사업 등	금연사업, 여행지의 전염성 질환에 대한 교육 및 예방접종 서비스가 제공(유료), 여행자의 여행지 질환교육 등

資料 : <http://www.srhip.on.ca/bgoshu/FoodSafety/FoodHaccpFS.html>. 1998. 11. 2. 기준.

다. 노스웨스턴 保健所(Northwestern Health Unit)

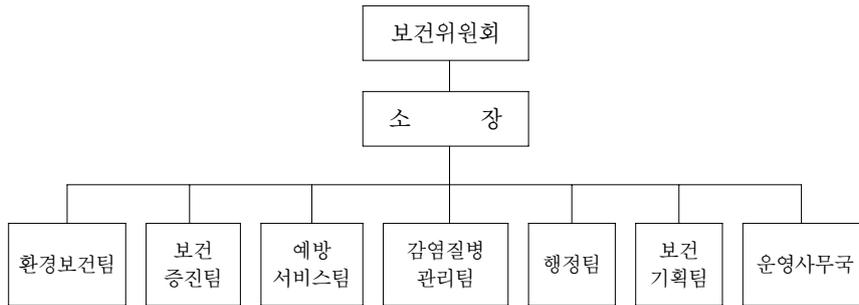
1) 一般現況

케노라, 레이니리버 지역을 포함한 온타리오 북서부지역에 설치운영되고 있는 지역보건소이다. 본부는 케노라에 설치되어 있으며 12개 지역에 지역분소³⁷⁾를 두고 있다. 관할지역의 인구는 케노라가 15,444명으로 가장 많고, 포트 프란시스가 그 다음으로 9,200명이며, 수우 내로우즈 지역은 393명에 불과하여, 모두 5만 6천명 정도이다.

36) 1년에1회 Td Polio, MMR백신 유료예방접종, Hepatitis B형백신 무료접종을 하고 있음.

37) Atikokan, Dryden, Ear Falls, Emo, Fort Frances, Ignace, Minaki, Pickle Lake, Rainy River, Red Lake, Sioux Lookout, Sioux Narrows.

[그림 III-2] 노스웨스턴 保健所의 組織 構造



보건소의 조직은 [그림 III-2]와 같다. 이 중 보건증진팀은 드라이든 분소에, 감염성질병관리팀과 보건기획팀은 포트프란시스 분소에 책임자가 배치되어 관련 업무를 포괄적으로 수행하고 있다. 본부의 45명을 비롯하여 총 108명이 보건소에 근무하고 있으며, 분소 근무자는 2명에서 19명까지 다양하게 배치되어 있다. 예를 들면 예모, 이그너스 분소의 경우에는 행정사무 1인과 공중보건간호 담당자 1인이 근무하고 있으며, 피클 레이크의 경우에는 공중보건간호와 가정방문 담당자가 각각 1인 근무하고 있다(附表 5-3참조).

2) 主要 業務

보건소의 주요업무를 보면 주로 예방부문에 치중된 다양한 서비스를 제공하는 것을 볼 수 있으며, 지역적 특성이 있는 서비스로는 도심으로부터 멀리 떨어진 외곽지역 주민에 대한 언어치료, 교정, 교육 서비스를 들 수 있다(表 III-12 참조).

〈表 III-11〉 노스웨스턴 保健所의 主要 業務

주요 사업	세부 내역
공공보건프로그램 기획 및 평가	각종 공공보건프로그램의 기획, 수행, 평가 및 정보제공
만성질환예방사업	흡연 없는 지역사회 구현을 위한 지역내 연합, 가정내 금연에 대한 캠페인 및 대회개최, 금연을 위한 각종 자료의 개발 등
각종 암의 조기발견사업	이동검진차량을 통한 암 검진 사업 확대, 암 예방에 관한 지역사회 교육캠페인 실시, 각종 비디오, 팸플릿 등의 암 예방에 관한 홍보자료의 배부, 자궁암 검진 등
약물남용 및 상해 예방 사업실시	음주, 약물, 자동차 사고 등으로 유발되는 사망, 장애, 불구를 예방하기 위하여 각종 사업을 실시. 그 예로는 市の 음주관련 정책개발, 음주운전 예방 캠페인, 약물남용 예방단체 지원 등.
유아, 아동, 청소년 보건사업 실시	‘건강한 유아 건강한 아이 프로그램’, ‘자동차의 어린이용 안전띠 착용 캠페인’, 언어장애 어린이에 대한 상담, 치료, 의료기관 연계 서비스 제공, 건강한 모자단체의 결성사업, 모유 수유 사업지원, 치과 치료를 요하는 고위험 집단의 치과서비스 제공, 지역단위의 불소화 사업 감시 등.
건강한 유아출산사업	장애아 출산 예방 프로그램, 임신전의 건강생활 실천 운동 캠페인, 건강한 임신을 위한 작업장 관리, 산전 산모교육, 출산후의 산모 지원사업 등.
性保健事業 실시	모든 지역사회주민에 대한 성교육 실시, 15~19세 여성의 임신예방사업 강화, 성상담, 성교육과 관련된 전문가와의 워크숍 개최, 기타 각종 사업장, 작업장에 대한 성교육 실시 등
각종 위험요인 조사	생물학적, 물리적, 화학적 요인, 기타 지역적 요인으로부터 신체에 초래될 수 있는 역기능을 최소화하도록 하는 사업(예를 들어 겨울철 눈이 많이 오는 경우 사고예방을 위한 조치 등).
응급상황에 대한 대처방안 마련	보건소는 오백지 지역의 응급상황 발생에 따른 조치에 대하여 일차적으로 책임을 지고 있으며 이와 관련된 업무를 수행함.
전염성 질병관리	각종 전염병 관리, 식품안전 관리, 감염 관리, 광견병 관리, 음용수 관리, AIDS 등을 포함한 전염성 성병 관리, 결핵 관리, 기타 질병에 대한 예방접종 등
하수시스템 설치 상담	PartVIII프로그램으로 불리우는 개인의 토지개발이나 건축물 축조시 하수시스템의 처리와 관련된 업무를 전담
발음 및 언어장애, 청력장애 문제관련 서비스 제공	인구밀도가 극히 낮고 관할 지역이 넓은 관계로 인하여 의사소통과 관련된 제반 문제점들이 발생하고 있음. 따라서 발음 및 언어장애와 관련된 치료, 교정 서비스 제공, 청력장애에 대한 예방, 진단, 치료지원서비스 제공 등

資料 : <http://www.srhip.on.ca> 1998. 10.

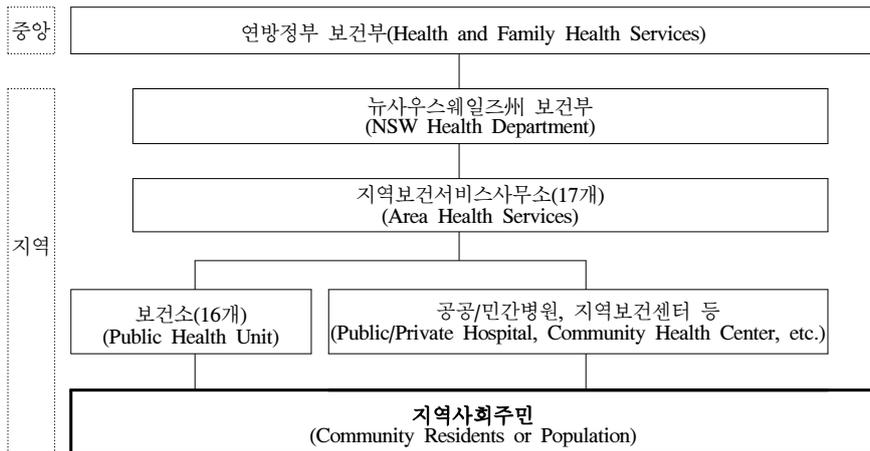
4. 濠洲

가. 國家構成 및 保健行政體系

호주는 연방정부 형태로 운영되고 있으며 6개의 주정부와 오스트리아 수도자치구 등 3개의 자치구로 구성되어 있다. 주정부와 자치구는 모두 자체적인 운영체제를 갖추고 있으며, 연방정부의 본부는 오스트리아 수도자치구인 캔버라에 위치하고 있다. 1996년 인구통계자료에 의하면 호주의 인구는 총 1,789만 명이며 평균 가구원수는 2.7명이다.

우리나라와 같이 행정구역의 편제가 명확히 구획되어 있어 그 편제를 중심으로 보건행정체계가 이루어지고 있다. 연방정부와 개별 주정부에는 각각 보건의료문제를 관장하는 중앙화된 정부부서가 있고, 개별 주정부산하의 관할지역에는 각각 지역내의 보건의료문제를 전문적으로 다루는 지역보건서비스사무소(Area Health Service Office)와 사무소부속의 보건소(Public Health Unit)가 있다(그림 III-3 참조).

[그림 III-3] 뉴사우스웨일즈주의 公共保健組織體系



호주의 지역공공보건부 설치 행정구역에 대한 사항을 구체적으로 살펴보기 위하여 뉴사우스웨일주를 사례로 살펴보았다. 뉴사우스웨일즈 주의 지리적 행정구역은 뉴잉글랜드, 화이트 등 8개의 지역행정구역과 1개의 메트로폴리탄지역으로 구분되어 있다. 메트로폴리탄지역의 경우는 다시 헌터, 센트럴코스트 등의 9개 지역으로 나뉘어진다.

뉴사우스웨일즈주는 17개의 행정구역으로 나뉘어져 있으며 각각의 행정구역은 1개소의 지역보건서비스사무소를 가지고 있고, 이는 주정부 보건부(NSW Health Department)와 협력관계를 유지하며 산하의 보건의료서비스 네트워크를 형성하고 있다. 현재 8개의 지역보건서비스사무소는 메트로폴리탄 지역에 위치하고 있으며 9개는 비메트로폴리탄 지역에 있다. 이러한 지역보건서비스사무소는 자치행정구역 내에서의 공공 및 민간을 포함한 모든 보건의료서비스 제공에 대하여 책임을 진다. 예를 들면 헌터지역에 있는 헌터지역보건서비스사무소(Hunter Area Health Service)는 6,800명의 직원을 거느린 헌터지역 내의 가장 큰 보건의료조직이다. 이는 뉴캐슬대학과 연계되어 있으며, 다양한 보건의료 전문가의 양성 및 교육에도 기여를 한다. 포괄적 지역사회 중심의 공공보건서비스를 제공하고 있으며, 이를 위하여 22개의 병원과 가정간호사업소 등을 운영하고 있다.

각각의 지역보건서비스사무소 산하에는 보건소(Public Health Unit)가 있는데, 현재 뉴사우스웨일즈주에는 16개의 보건소가 있으며, 웨스턴섹터보건소는 2개의 지역보건서비스사무소 지역을 관할한다. 전반적으로 호주의 공공보건의료체계는 뉴사우스웨일즈주의 체계와 유사하나 반드시 일치하지는 않는다.

나. 公共 및 民間醫療機關 現況

보건소는 보건의료행정기능 이외에 진료나 보건업무는 그 기능이

적은 것을 볼 수 있었다. 이는 지역사회내에 있는 지역보건서비스사 무소와 산하의 공공·민간의료기관이 그 역할을 하기 때문인 것으로 보인다. 현재 뉴사우스웨일즈주의 공공 및 민간보건의료기관의 현황을 살펴보면 <表 III-13>과 같다.

<表 III-12> 뉴사우스웨일즈주의 공공 및 民間保健機關 現況

(단위: 개소)

지역구분	공공	민간	계
Metropolitan Area	105 (41.5)	148 (58.5)	253 (100.0)
Central Sydney	11 (37.9)	18 (62.1)	29 (100.0)
Northern Sydney	14 (26.9)	38 (73.1)	52 (100.0)
Wentworth	11 (61.1)	7 (38.9)	18 (100.0)
South Western Sydney	11 (47.8)	12 (52.2)	23 (100.0)
Central Coast	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)
Hunter	26 (68.4)	12 (31.6)	38 (100.0)
Illawarra	8 (53.3)	7 (46.7)	15 (100.0)
South Eastern Sydney	18 (26.1)	51 (73.9)	69 (100.0)
Western Sydney	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
Non-Metropolitan Area	153 (82.7)	32 (17.3)	185 (100.0)
Northern River	17 (77.3)	5 (22.7)	22 (100.0)
Mid North Coast	11 (55.0)	9 (45.0)	20 (100.0)
New England	24 (92.3)	2 (7.7)	26 (100.0)
Macquarie	17 (85.0)	3 (15.0)	20 (100.0)
Mid Western	23 (85.2)	4 (14.8)	27 (100.0)
Far West	12 (100.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
Ggreater Murray	29 (78.4)	8 (21.6)	37 (100.0)
Southern	20 (95.2)	1 (4.8)	21 (100.0)
계	258 (58.9)	180 (41.1)	438 (100.0)

註: 공공정신병원은 센트럴시드니(1), 노던시드니(2), 헌터(3), 미드웨스턴(1), 씨턴지역(1)에 각각 소재해 있음.

資料: internal.health.nsw.gov.au/iasd/isc/isc-related-infor-health-services.htm. 1998. 12. 15.

뉴사우스웨일즈州的 보건의료기관은 58.9%가 공공보건의료기관으로 민간에 비하여 공공부문이 17% 이상 많다. 그러나 뉴사우스웨일즈州 전체 중 메트로폴리턴지역과 非메트로폴리턴지역을 구분하여 보았을 경우 민간의료기관은 메트로폴리턴지역에 몰려 있음을 알 수 있다.

다. 헌터保健所(Hunter Public Health Unit)

1) 一般現況

보건소는 전술한 바와 같이 뉴사우스웨일즈州 전역에 설치되어 있으며, 조직이나 주요 업무가 거의 유사하다. 보건소의 업무는 일반적으로 다음과 같다.

첫째, 전염병의 조사, 관리, 홍보, 둘째, 질병발생지역의 통제관리 및 보건의료서비스 요구사항 감시관리, 셋째, 환경보건 감시 및 자문, 넷째, 지역단위에서의 공공보건응급관리체계 구축 및 관리, 다섯째, 아동 및 성인을 위한 예방접종 프로그램 실시 및 자문, 여섯째, 해외 전염병에 대한 해외여행자 교육 및 안내, 일곱째, 공공 또는 민간의료기관이 매주 지역사회주민의 질병에 대한 보고를 지역보건부에 하도록 함으로써 이상질병 발생의 징후 감시자 역할 수행, 여덟째, 식품안전감시, 식중독 유발식품에 대한 조사, 기타 식품기준치에 대한 상담, 아홉째, 유방암, 천식 등과 같은 특별한 관리가 요구되는 만성질환의 관리 및 역학적인 조사 등의 업무를 수행한다³⁸⁾.

보건소는 위와 같이 보건, 식품, 환경에 대한 전문적인 관리업무를 주로 수행하고 있으며, 이 외에 지역적으로 특색있게 요구되는 기타 업무를 수행하고 있다.

38) <http://www.healthfax.org.au/phu/phuinfo.html>, 1998. 11. 2.

2) 主要 業務

헌터보건소의 업무는 환경위생, 전염병관리, 식품위생 및 감시, 납중독예방프로그램으로 나뉘어지며, 현재 보건소장을 포함하여 22명이 근무하고 있다(表 III-14 참조).

〈表 III-13〉 헌터保健所 組織現況

(단위: 명)

직책/업무	인원	직책/업무	인원
소장	1	전염병관리	4
행정	4	역학	2
식품위생	3	납중독예방 프로그램	4
환경보건	4		
계			22

資料: <http://www.ozemail.com.au/~tblack/staff.htm>

<表 III-15>는 헌터보건소의 주요 업무를 기술한 것이다. 세부 내역을 보면 주로 공공보건과 관련된 관리적 측면의 역할을 수행하는 것을 볼 수 있으며, 기타 지역적 특성에 따라 요구되는 업무를 하고 있다.

〈表 III-14〉 헌터保健所의 主要業務

주요 사업	세 부 내 역
환경보건관리	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 환경학적 건강위해요인에 대한 초기의 적절한 대처방안에 대한 보고서를 수립·작성함¹⁾. - 지역사회내의 환경보건 관련 전문가집단을 구성하여 자문을 구하고 정기적인 회의를 개최함. - 악성폐렴의 일종인 재향군인병의 발생을 예방하기 위하여 지역사회내 공공민간병원의 온·냉각시설에 대한 조사, 기준치 준수여부를 검사 - 18세 이하 청소년들에게 담배를 판매하는 행위에 대한 감시 및 경고장 발부, 기타 관련된 규제사항의 이행에 대한 감시자의 역할 수행 - 보건소내 환경보건담당자는 지역사회내의 ‘석면제거팀’과 협력하며, 독자적인 석면제거 감시자로서의 역할을 수행함. - 오백지 원주민부락 주민의 보건문제 해결을 위하여 환경보건 전문가²⁾를 양성·파견하여 독자적인 업무를 수행토록 함.
응급의료체계관리	<ul style="list-style-type: none"> - 관할지역내의 응급의료체계구축 및 관리 업무 - 보건소의 공중보건의사와 환경보건분야의 책임자는 각각 헌터 지역 응급체계관리위원회와 뉴캐슬지방 응급체계관리위원회에 보건소를 대표하여 참석하여 활동하며, 응급상황관리체계에 관한 정기적인 교육을 받음.
전염성질병관리	<ul style="list-style-type: none"> - 전국적으로 실시되고 있는 어린이 예방접종 등록사업의 지역사회내 업무를 관장하며, 예방접종수행 등록간호사의 보수교육, B형간염의 예방접종 및 원주민 부락으로의 확대, 예방접종 관련 실무팀 운영 - 전염성질환 및 예방접종에 대한 정보를 제공하며, 디프테리아, 파상풍에 대한 일부 예방접종을 실시하기도 함. 기타 연방정부, 호주의학협회 등과 연계하여 여행자를 위한 질병정보, 구급의약품 등을 제공함. - 에이즈 및 성보건 서비스 관련 전문가를 두어 각종 보고서 작성, 정책개발 등에 관한 업무를 수행함. - 뉴사우스웨일스 내의 모든 보건소에 의해 발견된 전염성질환 정보가 데이터베이스에 수록될 수 있도록 하는 ‘전염병발생 감시시스템’에 참여 - 주(week) 단위로 관내 15개 의원에서 천식, 인플루엔자, 감염성 위장염, 호흡기 감염에 대한 보고를 받는 네트워크를 구성하며, 이에 대한 데이터베이스를 구축

〈表 III-15〉 계속

주요 사업	세 부 내 역
식품위생업무	<ul style="list-style-type: none"> - 식품과 관련된 소비자 불만사항 접수, 식품 리콜 조치, 자문 등 - 대부분의 식품위생 감시업무는 헌터지역 식품안전프로그램, 기초 식품안전관리프로그램 등과 같은 전문프로그램과 연계하여 수행 - 지속적인 식품위생 감시, 식품위생 수준의 향상, 기타 인접 도시의 관련 기관과 지속적인 협력체계를 유지
오이스터프로그램 (Oyster Program) 실시	<ul style="list-style-type: none"> - 메커리호에서 생산되는 모든 수산물에 대하여 중금속검사, 식중독유발 질병관리, 식품관련 제반 교육 실시 - 중금속 평가와 관련하여 보건소는 뉴캐슬환경독성연구부, 환경보건국 등 대외기관과 협력하여 해산물의 중금속 오염여부를 분석, 감시 - 불량식품으로 인한 질병발생의 감시, 검체의 채취 등을 통하여 사고발생의 사전예방, 사고발생의 원인규명 등 - 식품위생 관련 세미나, 워크숍 등을 개최, 적절한 식품위생 및 관리기술에 대하여 식품가공업자, 지역사회주민 등에게 교육 실시 - 기타 헌터지역 식품위생감시단을 운영, 식품위생에 관한 홍보용 책자를 발행하고 이를 지역사회주민, 식품가공업자 등에게 배부
메커리호 납검사 및 치료 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 납중독으로부터 지역사회주민을 보호하기 위하여 인접 행정기관, 공공기관, 제위원회와의 협력하여 ‘납프로그램(Lead Program)’을 실시(호수주변의 납성분 검사, 치료 지원) - 매년 정기적으로 호수주변 마을 어린이의 혈중 납성분을 검사 - 중독자의 치료지원과 기타 납중독 관련 문제해결을 위하여 보건소 관내 환경보건국 등으로 구성된 ‘메커리환경보건협력위원회’를 운영하고 있으며, 1995년 12월부터는 ‘치료관리센터’를 설치하여 관련 치료서비스를 제공하고 있음.
와인케어(Wine care)프로그램	<ul style="list-style-type: none"> - 지속적인 과수원근로자의 살충제 노출여부 등 감시 및 자문 - 포도주 주조, 포도 과수원의 폐수처리, 포도주 제조 식수 안전에 관한 3가지 관리수칙 제정 등 - 살충제 용기 처리방안 마련, 과수원용 트랙터의 안전관리 교육, 자문 등

註 : 1) ‘Public Health Unit Services Plan’이며 향후 5년간의 계획을 담고 있음.

2) 현재 1인을 호수 內 최초로 양성하여 투입하였음.

資料: <http://www.ozemail.com.au/~tblack>

5. 日本

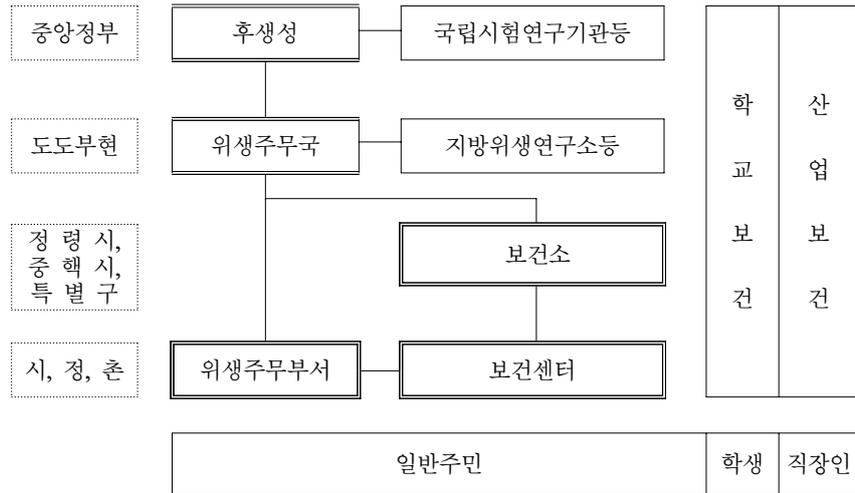
가. 國家構成 및 保健行政體系

일본은 혼슈, 홋카이도, 큐슈 등을 중심으로 한 6,852개의 섬으로 이루어져 있으며 국토의 면적은 대략 377,847km²이다³⁹⁾. 총무국 통계청 통계센터에 의하면 1999년도 1월의 추정인구는 대략 1억 2,649만 명이다. 국가보건업무의 행정주체는 중앙의 후생성이 담당하며 지역단위에서는 도도부현의 위생주무국과 보건소, 시정촌의 위생주무부서와 보건센터가 담당한다. 도도부현의 위생주무국이나 시정촌의 위생담당부서는 주로 인사, 기획, 예산, 총무 등의 기능을 수행하며, 실제 주민들에게 서비스를 제공하는 업무는 보건소와 보건센터가 담당한다(그림 III-4 참조).

1994년 보건소법이 지역보건법으로 개정됨에 따라 보건소와 보건센터의 조직과 기능이 크게 변하였다. 보건소는 지역보건의 광역적, 전문적, 기술적 거점으로서 도도부현이 설치하도록 하고 있고, 설치 의무는 대체적으로 규모가 큰 시로 이관하는 추세에 있으며 인구 30만 이상의 중핵시는 자체적으로 보건소를 설립할 수 있도록 하고 있다. 그러나 보건소는 원래 인구 10만 명당 한 개를 설치하는 것으로 되어 있으며 현재 전국에는 847개가 설치되어 있다(附表 5-4 참조). 보건소의 시설과 직원의 총수는 지역형태와 인구규모에 따라 조금씩 다른데, 한 보건소의 평균 인원은 40명 정도이며, 의사를 포함한 물리치료사, 작업치료사 등 다양한 직종이 근무하고 있다.

39) <http://www.stat.go.jp/16.html> 1998. 12. 30. - Statistics Bureau & Statistics Center, Management and Coordination Agency Government of Japan. Japan in Figures 1999.

[그림 III-4] 日本의 地域保健醫療體系



資料: 배상수, 『일본 지역보건사업의 발전과 전망』, 『보건간호소식』, 1997. 1.

보건센터는 1988년부터 설치가 시작되었으며 현재에는 지역보건법에 의해 법적 근거가 마련되어 있다. 설치기준 면적은 500㎡정도이며, 보건지도나 건강증진지도를 위한 각종 시설을 갖추고 있다. 1992년 후생성의 전국조사에 의하면 평균 직원은 14.2명(상근 9.1명, 비상근 5.1명)으로 보건부(4.6명)와 간호부(2.0명)가 높은 비율을 차지하고 있고 의사는 없으며 기타 영양사와 행정직원이 배치되어 업무를 수행한다. 1995년말을 기준으로 전국에는 1,333개소의 보건센터가 설치되어 있으며, 전체 시정촌 중 40%가 보건센터를 운영하고 있다.

〈表 III-15〉 保健所 및 市町村 保健센터의 設置現況(1995年末)

구 분		설치현황
보건소	도도부현	625
	정령시	169
	특별구	53
	합계	847
보건센터	전체 시정촌수(A)	3,258
	보건센터수	1,333
	보건센터 설치 시정촌수(B)	1,304
	설치율(B/A, %)	40.0

資料: 배상수, 『일본 지역보건사업의 발전과 전망』, 『보건간호소식』, 1997. 1.

나. 카고시마(鹿兒島)市 츠히오(中央)保健所

1) 一般現況

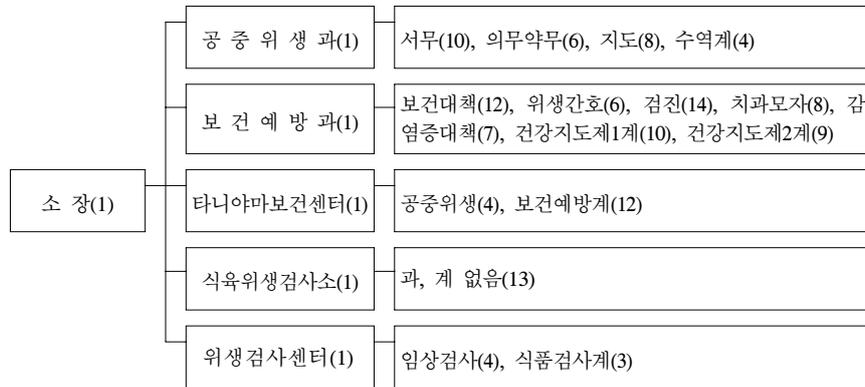
카고시마市는 큐슈의 남단 카고시마縣 본토의 거의 중앙부에 위치하고 있고, 전체면적은 289.8km², 행정구역은 262개의 町으로 구성되어 있다. 카고시마縣에는 현재 츠히오보건소와 산하에 야마시타(山下)보건소, 타니야마(谷山)보건센터를 두고 있으며, 인구는 1997년 10월 1일을 기준으로 549,977명이다. 보건소의 관할인구를 보면 츠히오보건소는 95개의 정에 192,657명, 타니야마보건센터는 66개 町에 154,454명, 그리고 야마시타보건소 관할에는 101개의 町에 202,866명의 주민이 살고 있다.

2) 組織

츠히오보건소와 산하의 타니야마 보건센터에는 총 136명이 근무하고 있다. 위생검사센터, 食肉衛生檢査所를 제외하면 114명이 근무하고 있으며, 타니야마보건센터에는 현재 17명이 근무하고 있다(그림 III-5

참조). 카고시마縣에서 설치운영하고 있는 야마시타보건소의 조직은 공중위생과(14명)와 보건예방과(33명)의 2과로 구성되어 있으며 공중 위생과는 사무계(6명), 지도계(7명)로 구성되어 있고, 보건예방계는 예방계(15명), 건강지도 제1계(9명), 건강지도 제2계(8명)로 이루어져 있다.

[그림 III-5] 츄오保健所와 타니아마保健센터의 組織構造 現況



資料: 츄오보건소, 1998. 11.

3) 主要 業務

보건소와 보건센터의 주요업무를 보면 일본의 공공보건기관의 활동 내용은 주로 예방차원의 업무가 활성화되고 있음을 볼 수 있으며, 자체적인 위생검사소, 식육검사소를 두어 예방에 수반되는 각종 검사업무를 수행하는 것이 특색이라고 볼 수 있다(表 III-17, 附錄 5-5 참조).

〈表 III-16〉 카고시마市地域 保健所와 保健센터의 主要業務

주요 업무	세 부 내 역
모자보건	- 츄오보건소치과 모자계, 아마시타보건소 예방계, 타니아마보건센터 보건예방계에서 수행함. - ‘모자 건강수첩 교부’, ‘유아의 건강진단’, ‘출산과 육아에 대한 건강교실’, ‘신생아 및 임산부 방문지도’, ‘아이키우기 지원사업’, ‘산후케어사업’, ‘미숙아의 양육에 따른 의료지원’, ‘신체장애 아이의 양육을 위한 상담’, ‘만성 질병을 가진 아이의 치료비 지원’, ‘유아의 청각, 신체발달 등에 대한 상담’
의료·약무 업무	- 츄오보건소 의무약무과에서 수행함. - ‘의료감시’, ‘시설의 인허가’, ‘의료 종사자 자격관리’, 보건통계 및 조사 등
구강보건	- 츄오보건소 치과모자계, 아마시타보건소 예방계, 타니아마보건센터 보건예방계에서 수행함. - ‘치과 상담실’, ‘거동불편자 방문치과지도(치과 검진이나 의치 손질의 방법 등 자문업무)’ 등
성인과 고령자보건	- 츄오보건소 건강지도계, 검진계, 아마시타 보건소 건강지도계, 타니아마보건센터 보건예방계에서 수행함. - ‘성인 건강상담’, ‘고조증 건강진단’, ‘생활습관병예방교실’, ‘모두의 의건강교실’, ‘인생건강 강좌’, ‘가정간호 강좌’, ‘당뇨병예방교실’, ‘운동에 의해 건강만들기 교실’, ‘운동보급추진원 양성강좌’, ‘치매 예방개호강좌’와 생활습관병으로 자택요양중인 환자의 방문간호, 생활습관병 예방을 위한 건강진단, 건강수첩의 교부(희망자), 심신기능 저하자 기능훈련 등
결핵예방보건	- 츄오보건소 검진계, 감염증대책계, 건강지도계, 아마시타 보건소 예방계, 건강지도계, 타니아마보건센터 보건예방계에서 수행함. - ‘홍부X레이 검진’, ‘투베르쿨린 반응검사’, ‘결핵검진’, ‘일반 건강상담(건강진단) 및 진단서 발행’ 등 - 노, 홍부렌트계, 신체측정, 혈압측정, 혈액 검사 등이며 유료임.
감염증 예방	- 주로 츄오보건소의 감염증대책계에서 실시함. - 전염병, 성병, 에이즈의 감염예방, 각종 유아의 예방접종 등

〈表 III-17〉 계속

주요 업무	세 부 내 역
식생활과 영양	<ul style="list-style-type: none"> - 츄오보건소 보건대책계, 아마시타보건소 예방계, 타니아마보건센터 보건예방계에서 실시함. - ‘영양지도(영양강좌, 웰린지교실 등)’, ‘영양교실’, ‘집단급식시설지도’, ‘국민영양조사’ 등을 실시
정신보건	<ul style="list-style-type: none"> - 츄오보건소 보건대책계, 아마시타 보건소 예방계, 타니아마보건센터 보건예방과에서 실시함. - ‘정신보건복지상담(의사에 의한 정신질환, 알코올중독자 상담)’, ‘정신장애자 보건복지수첩발급’, ‘정신보건데이케어(재택의 정신장애자를 대상으로 사회복귀를 위한 훈련)’, ‘의료복지상담(질병을 가지고 있는 지역사회주민을 대상으로 보건, 의료, 복지 등의 서비스와 연계하여 상담)’ 등
난치병 질환 대책	<ul style="list-style-type: none"> - 츄오보건소 보건대책계, 아마시타 보건소 예방계에서 수행함. - ‘난치병 환자 등의 거택생활지원사업’, ‘쇼트스테이사업’, 난치병 환자의 입욕이나 가사일반에 과출부를 파견시키는 ‘홈헬프 서비스 사업’, 일상생활에 필요한 번기나 특수 침대 등을 급부하는 ‘일상 생활용구급부사업’ 등
식품과 환경위생	<ul style="list-style-type: none"> - 츄오보건소 지도계, 아마시타 보건소지도계, 타니아마보건센터 공중위생계에서 수행함. - 식품관계 영업시설의 영업허가, 지도감시, 상담, 예방홍보 등의 식품위생업무와 이용실, 미용실, 세탁소, 여관, 공중 목욕탕, 흥행장소등의 영업 허가나 감시 지도와 같은 환경위생업무(타니아마보건센터 제외) 등
식육검사	<ul style="list-style-type: none"> - 츄오보건소내 식육위생 검사소에서 수행함. - 소, 돼지 등의 식육을 소비자가 안심하고 먹을 수 있도록 식육검사 실시
위생검사	<ul style="list-style-type: none"> - 츄오보건소 위생검사센터에서 실시함. - 각종 건강진단에 따른 뇨, 대변, 혈액, 객담검사 등)와 식품검사(식품, 음료수, 가정용품검사 등) 등
견과 묘관리	<ul style="list-style-type: none"> - 츄오보건소 수역계에서 실시함. - ‘정기예방주사(4~5월에 개의 등록과 광견병예방 주사를 각 지역의 공원이거나 공민관 등에서 실시)’와 ‘들개 등의 포획(들개나 방목의 개), ‘견 및 무연고 묘의 인수하기’사업 등

註: 1) 난치병 환자를 개호하고 있는 사람이 질병이나 관혼상제 등으로 개호가 곤란해진 경우 환자를 일시적으로 의료시설에 입소시켜 돌보는 사업을 실시하고 있음.

資料: 인터넷 - <http://cgi-bin/jtra...agoshima/kankyou/hoken/hoken1.html>

다. 아가츠마(吾妻)郡 保健所

3) 一般現況

아가츠마보건소는 일본 열도 관동지방의 군마(群馬)縣 아가츠마郡에 있다. 아가츠마郡은 현의 북서부에 위치하고 있으며 4町 4村으로 구성되어 있고, 人口는 7만에 못 미치고 있다. 면적은 1997년 9월 4일을 기준으로 1,278km²이며 현 전체의 2할을 차지하고 있다.

2) 組織

보건소의 직원구성을 보면 보건소장 아래에 사무직과 의무기술직의 2명의 차장을 두고 있으며, 과로는 총무기획과, 위생과, 예방과, 지역보건과, 환경과를 두고 있다. 총 직원은 33명이며, 정규직 27명, 축탁직 3명, 협회직원 3명으로 구성되어 있다.

3) 主要 業務

아가츠마郡 보건소에는 지역보건과가 있어 지역사회 주민의 건강에 관련된 전반적인 업무를 수행하고 있으며, 환경과가 있어 제반 환경 문제에 대한 업무처리도 한다(表 III-18 참조).

〈表 III-18〉 아가츠마郡 保健所の 課別 主要 業務現況

부 서	주 요 업 무
총무기획과	- 의사, 치과 의사, 간호사, 임상검사 기사 등 주로 의료관련 종사자의 인허가 관련 업무를 담당하고 있으며, 기타 보건소의 제반 행정업무
위 생 과	- 식품위생, 광견병예방 및 동물애호, 환경위생관리, 온천수관리, 헌혈업무지원, 약사영업 허가관리, 약물남용방지의 7가지 업무
예 방 과	- 건강상담 및 건강진단, 결핵검진, 전염병의 예방, 에이즈 상담 및 검사 등
지역보건과	- 지역사회 주민의 건강상담, 가정방문, 전문의 교실운영, 증명서 발급, 각종 보건관련 인허가관리, 특정질환자의 의료비 급부 등의 업무
환 경 과	- 환경공해 예방감시, 수도 및 우물의 수질검사, 정화조 및 폐기물 등의 법률, 조례 등에 근거한 실태관리, 공해물질 상담, 각종 단체의 사무국 역할수행 등 아가츠마군수도협회, 아가츠마군 위생조합연합회, 군마현산업폐기물협회 아가츠마지부 등의 사무국 역할을 수행하며, 이를 위해 현재 3명의 관련 협회 직원이 상주하고 있음.

資料: <http://www2.wind.ne.jp/aga-phc/>

6. 外國 事例가 주는 示唆點

세계 각국의 보건소는 그 형태가 매우 다양함을 볼 수 있었으며, 이러한 차이는 보건의료전달체계의 차이와 보건조직 형성의 역사의 차이 및 보건의료제도를 둘러싼 제반 환경의 차이에서 기인한다고 할 수 있다. 어떤 형태로 보건소를 운영하는 것이 가장 효율적이고 효과적인지는 결국 나라마다 다를 수밖에 없다. 제도마다 다양한 특성이 있는 만큼 수요자인 지역사회주민의 욕구를 최대한 충족시키는 것이 가장 적절한 공공보건의료체계의 모형일 것이다(表 III-19 참조).

주지할만한 사실은 앞서 주요 선진국 보건소의 경우 대개가 보건센터형 산하조직을 설치하여 지역주민에 보다 밀착한 서비스 제공 양태를 보인다는 점이다. 우리나라의 농어촌에 설치된 보건지소에 비견된다고 할 수 있으며, 도시지역에도 이러한 보건센터형 산하조직들이 배치되어 있는 것으로 보인다.

〈表 III-18〉 外國 公共保健機關의 役割遂行 比較

구분 \ 국가	영국	미국	캐나다	호주	일본	
지역보건기관	지역보건당국 (HAs)	지역보건부 (LHD)	지역보건소 (Health Unit)	지역보건서비스 사무소(AHS)/보건소(PHU)	보건소	
연구 대상 지역	모어캠베이, 사우스엠티 웨스트햄프셔	유타郡, 솔트레이크 시티郡, 파스코, 콜리, 산타바바라郡, 롱비치市	브루스그레이 오웬사운드(BGO), 노스웨스트	뉴사우스웨일즈 州 헌터	가고시마市, 아가츠마郡	
지역 인구(명)	310,000~540,000	300,000~840,000	56,000~153,000	540,000	70,000~550,000	
지역보건기관 근무자수(명)	70~150	169~420	90~108	6,840 / 22	33~136	
주요 업무별 특징	보건센터형 산하기관	○	○	○	×	○
	지역보건 의료계획 및 관리	○	∨ (산타바바라)	∨ (노스웨스트)	○	○
	진료서비스	△	○	×	△	×
	예방서비스	△	○	○	△	○
	건강증진사업	△	○	○	△	○
	환경보건	△	○	○	○	○
	식품위생	△	○	○	○	○
	영양관리	△	○	∨ (BGO)	△	○
사회복지연계	○	∨ (롱비치市)	·	·	○	

註 : ○ — 서비스 직접 제공(지역보건기관에서 직접 서비스 제공)
 △ — 서비스 간접 제공(지역보건기관에서는 보건의료계획을 수립하고 관리하며 직접적인 서비스 제공은 지역보건기관의 관장하에 있는 지역내 보건의료기관에서 담당)
 ∨ — 지역에 따라 다름(괄호안은 서비스를 제공하는 지역).
 × — 제공되지 않음.

또한 일본의 경우 저소득층 중심의 가정방문사업이 강화되어 있는 것을 볼 수 있는데, 보건소의 업무가 공적인 서비스의 제공인 만큼 저소득층을 위한 공공보건의료서비스 제공에 능동적이고 적극적인 자세를 취하는 것이 보다 바람직할 것이다. 이러한 의미에서 보건진료원과 사회복지사 등 대국민 직접서비스 제공인력을 지역사회주민에 가까이 전진배치시키는 것이 필요하다.

보건소의 보건의료서비스와 사회복지서비스를 연계시켜 서비스제공을 보다 강화하는 것도 바람직한 정책방향으로 보인다. 영국에 있어서 지역보건당국은 사회서비스부와의 협력이 원활하게 잘 이루어지고 있으며, 미국의 지역보건부는 W.I.C.프로그램과 메디케이드 대상자에 대한 포괄적인 관리를 통하여 보건복지서비스 제공하는 사례를 볼 수 있었다. 특히 미국의 경우에는 지역보건부 내에 관련부서(대체적으로 사회·휴먼서비스부서가 담당)가 설치되어 있어 이를 전담하고 있다.

지역사회 보건의료에 대한 정보수집 및 처리 능력이 강조되고 있는 점도 지적할 수 있는데, 이러한 역할은 특히 영국에서 활성화가 되어지고 있으며, 이는 의료의 구매와 관련하여 지역사회의 의료수요를 예측해야 하기 때문인 것으로 풀이할 수 있다. 이러한 양상은 질병양상을 파악하기 위해 의원과의 핫라인을 개설하여 질병정보를 취득하고, 이를 통하여 전염성질환의 확산 등에 대비하는 호주의 사례에서도 볼 수 있었다. 호주의 보건소는 공공 및 민간 의료기관으로부터 시중의 질병양상에 대한 정기적인 보고를 받고 이를 데이터베이스화하여 이용하고 있었다.

IV. 地域保健機關의 機能 改編方案

보건소의 조직 및 인력, 업무 및 예산에 관하여 앞서 잠시 살펴보았듯이, 우리나라 보건소의 문제점을 한마디로 말하자면 총체적인 ‘낙후’상태에서 벗어날 기회를 잡지 못하고 있다고 할 수 있겠다. 이러한 문제의 책임이 보건기관에서 근무하는 인력들에게 모두 돌려질 성질의 것이 아님은 당연하지만, 그들 또한 작금의 상황에 대한 피할 수 없는 책임이 있다. 문제를 개별적으로 보지 않고 한꺼번에 보건소 전반에 대한 평가를 할 때, 꼭 빠지지 않고 나오는 이야기가 보건소의 필요성에 대한 懷疑이다. 기관 무용론이 나온다는 것은 기관이 하는 일이 아무 의미도 없거나, 아니면 의미는 있으나 홍보가 되지 않았다는 것을 의미한다고 할 수 있다. 이 견해는 실제로는 모든 공무원 사회에 대해 국민이 갖고 있는 공통적인 인상이 아닐까?

보건소의 역할, 사업내용, 조직 및 둘러싼 환경의 변화와 관련하여 몇 가지 눈에 띄는 문제점과 그 해결 방향을 제시하면 <表 IV-1>과 같다. 보건소가 담당해야 할 역할과 관련하여서는 공공기관으로서의 고유의 영역설정 부분과 민간의료자원과의 관계설정 부분이 특히 미흡한 것으로 보인다. 발전방향으로 제시한 질병예방사업의 통합관리는 하나의 민·관협력 차원의 보건의료사업 전개의 형태를 제시하고 있다(IV의 3 참조).

사업측면에서 가장 많이 지적되어 온 것이 병렬적 사업 수행방식이다. 많은 사업을 특별히 어떤 사업에 대한 중요도를 두지 않은 채 규정에 따라 실적 보고를 위하여 수행하는 방식의 업무행태를 말하는 것으로, 이는 지역 나름대로의 보건문제의 선정과 그 해결을 위한 보

건사업의 기획과정이 미흡하기에 드러나는 현상이다. 물론 그 바탕에는 과거의 중앙집권적이고 목표량 달성 중심의 업무수행체계의 잔재가 깔려 있다.

실적위주의 사업방식을 지양하기 위해서는 무엇보다도 보건소 사업에 대한 평가의 기준이 실적만을 고려하는 것에서 벗어나야 한다. 중앙정부 차원에서 보건소 사업의 적절한 평가체계를 구축하는 것이 선결조건이 될 것이다.

〈表 IV-19〉 保健所 機能改編을 위한 主要 問題點과 改善方向

	문제점	개선 방향
역할	<ul style="list-style-type: none"> · 낮은 지역보건 기획 수준 · 민간의료기관과의 연계 부재 · 의료보험 보건예방사업의 독자적 수행 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료보험 보건예방사업의 통합 운용
사업	<ul style="list-style-type: none"> · 다수 사업의 나열식 수행 	<ul style="list-style-type: none"> · 중점관리 사업의 선정
	<ul style="list-style-type: none"> · 실적위주의 사업 수행 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가체계의 도입
환경	<ul style="list-style-type: none"> · 방문사업에서의 보건 및 복지 업무의 중첩 · 방문보건사업의 내용 미흡 · 보건지소·보건진료소의 낮은 기술 수준 · 도시지역 주민의 낮은 지리적 접근성 	<ul style="list-style-type: none"> · 보건 및 복지 서비스 전달의 연계 · 소규모 지역별 사업 거점(센터) 설치
	<ul style="list-style-type: none"> · 보건진료소 관할인구 감소 	<ul style="list-style-type: none"> · 팀 방식, 문제지향적 조직 운영
조직	<ul style="list-style-type: none"> · 경직된 조직 형태 · 행정사무직 과다 	

개별 사업의 측면에서 보건소의 공공성과 지역주민의 필요가 밀접하게 결합되어 나타나는 것이 바로 방문보건사업이다. 방문보건사업의 프로그램이 아직 정착되지 않고 있으며, 그 효과에 대한 파악과

인식이 부진한 실정이나, 앞으로 보건소가 보다 주민과 밀착하여 사업을 전개하고자 한다면 반드시 짚고 넘어가야 할 징검다리와의 같은 사업이라고 할 수 있다. 특히 이 분야는 공공복지서비스와도 밀접한 관련을 갖고 있으므로, 보건소로서는 주민의 생활에 보다 총체적으로 접근할 수 있는 거의 유일한 분야라 할 것이다. 이와 관련하여서는 본문 IV의 2, 개편방안 부분에서 상술하고자 한다.

조직 운영의 문제점에 대하여서는 II장에서 논의하였으며, 그 발전 방향 역시 본문 IV의 4, 개편방안 부분에서 상술하고자 한다.

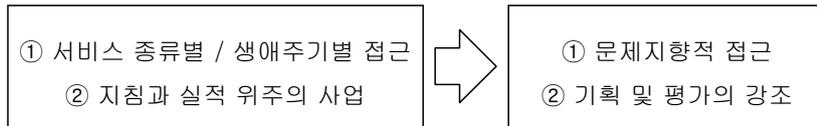
1. 事業方式의 變化와 重點事業 選定

가. 事業方式의 變化

우리나라 공공보건의료사업의 틀은 최근들어 급격한 변화를 겪고 있는 것으로 보인다. 이는 기존의 틀이 급한 불을 끄는 식의 사업전개 방식에 적합하도록 구성되어 있었다고 한다면, 새로운 사업전개의 시각은 문제의 근본적인 원인에 관심을 갖게 되었다고 할 수 있다.

동시에 사업 수행 방식이 상부에서 내려온 지침의 하달과 그 지침의 요건을 충족시키기 위한 모양내기 실적중심으로 전개되던 과거의 모습이 점차 사라지고, 지역사회에 대한 전체적인 조망 속에서 공공보건업무의 기획과 나아가 민간의료자원까지를 포함한 지역사회 보건의료 전반의 기획과 평가를 강조하는 분위기로 변하고 있다(그림 IV-1 참조).

[그림 IV-0] 公共保健醫療事業 들의 變化



보건소 이외에는 마땅한 공공보건서비스를 전달할 조직체계가 없는 현실적 제한 속에서, 과거의 사업 틀은 방역·예방접종·진료 등으로 구분되어 사회적 필요에 대한 則自的 對應의 수준을 벗어나지 못하였는데, 이를 서비스 종류별 접근 방식이라고 지칭할 수 있겠다. 이는 철저히 제공자의 입장에서 구분이 용이한 분류방식으로서, 주민의 보건문제의 복합성을 고려하지 않고 있는 것이다.

이와 함께 인구집단을 생애주기별로 영유아·학생·노인·성인·모성 등으로 구분하여 각각의 인구집단을 대상으로 사업을 전개하는 방식이 사용되어 오고 있다. 하지만 각 인구집단이 갖고 있는 보건문제는 무한하다고 할 정도로 수가 많으며 또한 다양하기 때문에, 일괄적인 접근으로는 효과를 거두기 어렵고, 이로 인해 문제중심으로 사업을 세분화하여 전개해야 할 필요가 발생한다.

근래 들어 지역보건법의 제정과 맞추어 보건소별로 외상환자 방문 진료사업·정신보건사업·만성질환 중심의 제반 사업 등 여러 가지 형태의 지역보건문제 중심의 사업이 활발히 시행되기 시작하고 있다. 이는 해당 지역사회의 우선순위가 높은 보건문제의 파악과, 그에 따른 문제지향적·문제해결적 사업을 기획·수행하는 것으로 보건소의 사업방향이 변하고 있는 것을 말해주고 있다. 이러한 변화는 과거 문제점으로 지적받아 왔던 형식적이고 실적위주의 사업수행 행태가 사라지고, 보건소가 주민의 보건문제를 해결하는데 실제적인 도움이 되는

사업을 모색하고 수행하고자 시도하는 새로운 변신이라고 할 수 있다.

구체적인 사업에서 새로운 방식의 접근이 기존의 방식과 구별되는 것을 예를 들어 살펴보면 <表 IV-2>와 같다. 표에서 보듯이 문제지향적 접근방식은 기존 접근방식에 비하여 사업의 내용과 그 대상을 하나로 아우르는 방식으로 문제를 설정하게 되므로, 사업의 폭이 상대적으로 좁고 또한 명확하게 된다는 장점이 있어서, 실제적인 효과를 보기가 쉬운 사업방식이라고 하겠다.

<表 IV-20> 接近方法別 公共保健醫療事業 例示

	기존의 틀	새로운 틀
사업내용	서비스 종류별 접근 - 외래진료 - 예방접종 - 물리치료 - 보건교육	문제지향적 접근 - 고혈압 관리사업 - 금연 사업 - 주민 건강수준 측정 - 외상노인 관리
사업대상	생애주기 인구집단별 접근 - 영유아 보건사업 - 노인보건사업 - 학생보건사업 - 성인보건사업	

이러한 시각의 변화를 고려하면 우리나라 보건소가 현재 갖고 있는 문제를 파악하고 이것을 해결하는 방향을 설정하는 것이 시급하게 된다. 왜냐하면 문제지향적 접근에 있어서 가장 중요한 것이 지역보건 문제의 파악 및 선정이 되기 때문이다. 즉, 보건사업의 주체로서 지역 보건기관이 우선순위를 고려하여 스스로의 사업의 내용을 결정하여야 하는 것이다. 지역별 특성을 고려한 보건문제의 설정과정이 없이는 어떠한 ‘문제지향적’ 접근방식도 이루어질 수 없음은 논리적으로 당연하다. 하지만 아직까지 ‘문제지향적 사업’이 제대로 수행되지 않고

있는 이유의 중요한 한 가지는 바로 이 ‘문제’에 대한 파악이 되지 않는다는데 있는 것으로 보인다. ‘문제’는 이미 알고 있다는 식의 태도가 어찌면 더욱 ‘문제’일 수도 있겠다.

나. 重點事業의 選定

OECD국가의 공중보건사업 전략의 공통적인 주제는 무엇보다도 문제시 되는 질병의 관리사업이다. 즉, 당뇨병, 심혈관질환, 정신보건, 암, 상해예방 등의 관리사업이 그것이다. 이의 수행전략은 다음의 3가지로 요약할 수 있다(OECD, 1998).

- ① 행태의 변화 추구: 담배세금 증액(벨기에, 터키, 캐나다, 미국), 음주·마약퇴치전략
- ② 상해예방, 건강검진(특히 母子健康檢診)
- ③ 예방접종률 증가

우리나라의 경우도 지역별로 중점 사업을 개발할 필요가 있다. 이는 문제지향적 사업방식의 도입·정착과 궤(軌)를 같이 한다. 중점사업의 수행은 사업의 설정과 실행 및 평가를 관통하여 순환적으로 파악하여야 한다. 사업의 설정에서는 지역사회 보건문제의 파악과 접근전략의 수립이 포함되고, 사업 실행에는 문제지향적 실행팀 구성이 포함된다. 평가부분에서도 문제에 대한 해결정도를 최우선으로 평가하여야 할 것이다.

본 연구에서는 중점사업의 선정에 있어서 도움이 되도록 기초적인 의견조사만을 수행하였다. 중점사업 선정은 우리나라 전체의 보건문제에 대한 파악과 아울러 지역의 특성에 대한 고려가 필수적이므로, 모든 보건기관의 중점사업을 공통적으로 지정할 수 있는 것은 아니다. 다만 우리나라에서 문제시되고 있는 것이 무엇인가에 대한 보편

적인 공통인식을 파악하는 것도 의미있는 일이라 판단하였기에, 전국 보건소장을 대상으로 보건사업의 실행주체의 입장에서 보는 보건문제의 우선순위를 파악해보고자 하였다(부록 전국보건소장조사 참조).

보건소에서 강화해야 할 사업을 중심으로 보건소장들의 의견을 조사한 결과가 <表 IV-3>에 나타나 있다. 보건소가 전담할 문제인지, 아니면 민간의료기관에서 담당할 것인지에 대한 의견도 같이 표에 수록하였다.

보건소가 전담해야 할 사업으로서 현 상태에서 보다 강화해야 할 사업으로 꼽힌 것은 단연 보건교육 관련 사업들이었다. 보건교육관련 사업들에 대한 응답은 대부분 민간에 위임하거나 담당하도록 할 것이 아니라는 인식이 공통적으로 깔려 있었으며, 또한 현재의 상태로는 부족하고 보다 적극적으로 주민을 대상으로 보건교육 및 홍보사업을 펼쳐야 한다는 의견들이었다. 보건교육실 운영, 성인병교육, 전염병 예방을 위한 홍보, 보건교육·홍보책자, 순회보건교육 등 다양한 보건교육 사업들에 대하여 모두 현상태에서 강화되어야 한다는 의견을 보였다.

또한 보건소의 보건의료서비스 직접 제공 사업들의 많은 부분도 민간에서 하도록 할 사업이 아니라는 의견이었다. 그 중에서도 가정방문 진료·간호 사업, 재가 정신질환자 관리, 장애인 방문재활 간호, 가정방문 보건위생사업 등 방문보건의료사업이 주된 영역을 차지하였다. 기타 보건소의 보건의료서비스와 관련하여 강화해야 할 것으로 지적된 것은 건강관련 상담, 노인 건강검진, 조기암 발견사업, 아동 구강검진 및 충치예방사업, 체력증진시설, 만성질환자 등록진료, 무료 한방진료, 장애인 건강검진 등 건강증진 관련사업 및 노인·저소득층 진료사업이 있었다. 그 외 지역보건의료계획의 수립, 보건통계 생산·수집 및 정리, 응급의료관련대책 등도 강화하여야 한다고 지적되었다.

〈表 IV-21〉 保健所 事業의 公共·民間 役割分擔에 대한 保健所長의 意見

(단위: %)

사업구분	사업내용	보건소 전담			민간 위임	민간 전담	불 필요	무 응답
		강화	유지	축소				
국민건강 증진 보건교육 구강보건 영양개선	보건교육실 운영	79.2	17.4	0.0	0.0	0.7	0.0	2.8
	성인병교육	68.1	22.2	1.4	2.1	2.8	0.0	3.5
	건강상담실/자료실 운영	67.4	23.6	1.4	0.0	0.7	0.7	6.2
	순회보건교육	54.9	32.6	2.8	4.2	1.4	0.7	3.5
	아동비만예방교육	54.2	18.8	0.7	4.9	10.4	0.0	11.1
	금연사업: 금연교육, 금연칩	52.1	22.9	2.1	6.2	10.4	0.7	5.6
	영양상담, 교육, 전시회	50.7	21.5	2.1	5.6	9.0	1.4	9.7
	조기암발견사업	50.0	22.2	0.7	13.2	10.4	0.0	3.5
	아동구강검진, 치아홈메우기	48.6	34.0	0.0	2.8	7.6	0.0	6.9
	체력증진시설/운동처방	48.6	13.9	0.0	5.6	13.2	4.2	14.6
	시민건강측정코너 설치 운영	44.4	22.2	0.0	3.5	9.7	6.9	13.2
	불소용액양치사업	43.1	41.7	3.5	1.4	4.9	0.0	5.6
	지역주민 영양평가	41.7	13.2	3.5	16.0	8.3	6.2	11.1
	건강의 전화	38.9	17.4	2.1	4.2	11.1	8.3	18.1
	치석제거사업	30.6	25.0	4.2	7.6	20.8	2.8	9.0
	무료틀니시술	25.0	18.8	3.5	10.4	31.3	2.1	9.0
전염병 예방 및 관리	전염병예방을 위한 주민 홍보	57.6	35.4	0.7	0.0	0.7	0.7	4.9
	AIDS검사 및 관리	39.6	48.6	0.7	6.2	1.4	0.0	3.5
	전염원 조사(어패류, 냉방기 등)	27.1	55.6	2.1	4.2	1.4	2.8	6.9
	장티푸스 보균자 검사	20.1	62.5	7.6	2.1	2.8	0.7	4.2
	방역소독	18.8	36.1	4.9	31.9	3.5	0.7	4.2
	보건증발급	17.4	56.2	6.2	4.9	3.5	1.4	10.4
	B형간염검사와 예방접종	17.1	60.7	4.3	7.7	7.7	0.0	2.6
	인플루엔자 예방접종	16.0	54.2	5.6	7.6	13.9	0.0	2.8
	풍진예방접종	16.0	63.2	0.7	5.6	11.1	0.0	3.5
	일본뇌염 예방접종	15.3	59.0	4.9	6.9	10.4	0.0	3.5
	성병환자 격리수용 시설	12.5	14.6	7.6	17.4	18.1	16.0	13.9
기생충 검사/치료	11.1	35.4	9.7	16.7	11.1	8.3	7.6	

〈表 IV-3〉 계속

사업구분	사업내용	보건소 전담			민간 위임	민간 전담	불 필요	무 응답
		강화	유지	축소				
모자보건 가족계획	분만체조교실/태아교실	36.1	18.1	1.4	9.7	17.4	4.9	12.5
	선천성대사이상/기형아예방검사	25.0	37.5	2.8	20.8	10.4	0.7	2.8
	보육시설 순회진료	23.6	26.4	2.8	15.3	10.4	6.2	15.3
	영유아예방접종(간염,MMR등)	22.9	58.3	0.0	11.1	4.9	0.0	2.8
	신생아 관계법 교육	22.2	32.6	3.5	4.9	9.0	12.5	15.3
	모유수유아기 선발대회	13.2	11.1	1.4	11.8	31.3	19.4	11.8
	가족계획 홍보교육/기술	6.2	31.3	12.5	20.8	23.6	2.8	2.8
노인보건 사업	노인체조교육	51.4	22.9	0.7	6.9	5.6	4.2	8.3
	노인건강검진	50.0	29.9	2.1	6.9	2.8	1.4	6.9
	무료한방진료	42.4	27.1	2.1	6.2	10.4	5.6	6.2
공중위생 식품위생	집단급식시설 업무지도	36.8	28.5	0.7	10.4	9.0	4.2	10.4
	공중이용시설 위생관리	19.4	27.1	3.5	13.2	2.8	5.6	28.5
	식품접객/위생관련업소 위생지도	18.8	27.8	4.2	14.6	2.1	4.2	28.5
응급의료	대량환자발생 대응책 수립	48.6	25.0	0.7	7.6	2.8	2.8	12.5
	보건소직원 응급구조사 교육	45.1	16.7	1.4	13.2	4.9	4.2	14.6
정신보건	재가환자관리	54.9	17.4	1.4	16.0	3.5	0.0	6.9
	정신보건 상담실	53.5	17.4	0.7	16.0	5.6	0.0	6.9
	정신보건센터/낮병원 운영	38.2	11.8	0.7	24.3	12.5	2.1	10.4
	소아정신보건센터	29.9	9.7	2.1	21.5	21.5	2.1	13.2
	정신질환요양/수용시설 관리	23.6	15.3	0.7	28.5	20.1	0.7	11.1
방문보건	가정방문진료/간호	62.5	29.2	1.4	2.8	0.7	0.0	3.5
	가정방문보건위생사업	45.8	29.9	2.8	4.9	0.7	2.8	13.2
	순회진료/이동보건소	31.3	41.7	7.6	4.2	2.1	8.3	4.9
장애인 보건	장애인 방문재활간호	52.8	18.1	0.7	10.4	8.3	1.4	8.3
	장애인 재활기구 대여	36.8	12.5	0.7	16.7	14.6	0.7	18.1
	장애인 건강검진	31.9	15.3	0.7	18.8	15.3	1.4	16.7
	장애인 무료치과진료	29.9	13.2	1.4	17.4	19.4	2.1	16.7
	장애인 작업치료/교육	27.8	6.2	0.0	24.3	22.2	1.4	18.1

〈表 IV-3〉 계속

사업구분	사업내용	보건소 전담			민간 위임	민간 전담	불 필요	무 응답
		강화	유지	축소				
진료 건강진단 질병관리	만성질환자 등록진료	46.5	38.9	1.4	4.2	0.0	2.1	6.9
	물리치료실 설치운영	38.9	46.5	1.4	2.1	3.5	0.0	7.6
	일반주민 건강검진	31.9	36.1	0.7	9.7	10.4	2.8	8.3
	외국인근로자 건강검진	16.7	23.6	0.7	14.6	18.1	5.6	20.8
	주민무료진료행사	11.8	31.9	11.1	4.9	14.6	13.2	12.5
	병원무료진료권 발급	6.9	13.2	4.9	5.6	22.9	23.6	22.9
	공휴일 진료	2.1	15.3	1.4	5.6	36.1	20.1	19.4
기타	홍보책자, 발행, 배부	55.6	33.3	1.4	1.4	0.0	0.7	7.6
	각종 질병의 유병률 조사	55.6	22.9	0.7	5.6	2.8	0.7	11.8
	보건통계 수집, 정리	54.2	36.1	0.0	2.8	0.7	0.7	5.6
	지역보건의료계획 수립	50.0	34.7	4.9	0.0	1.4	2.1	6.9
	운전면허 적성검사	11.1	45.1	2.1	9.0	18.1	2.8	11.8

資料 : 1998년 10월 전국보건소장 조사(응답수 144)

지역별로 특색있는 응답을 보인 사업도 몇 가지 있었는데, 소아정신보건센터에 대한 응답에서 중소도시 지역에서는 민간이 담당해야 한다는 의견이 다수(70%)였는데 반해, 군지역에서는 보건소가 담당해야 한다는 의견이 다수(81%)였다. 또한 장애인 작업치료 및 교육에 대한 의견에서도 중소도시 지역에서는 민간이 담당해야 한다는 의견이 100%를 차지하였는데 반해, 기타 지역에서는 보건소 담당과 민간 담당에 대하여 엇비슷한 양상의 의견을 보였다(48% : 52%). 공휴일진료에 대한 의견도 지역적 차이를 보여, 군지역에서는 민간이 담당해야 한다는 의견이 58%로 약간 많은 반면, 시지역에서는 82%로 압도적으로 민간 담당 의견이 많아, 민간의료자원 배치의 지역적 편차에 따른 의견의 차이를 보였다.

또 한 가지 특이한 점은, 만성질환 등록진료 등 만성질환에 대하여

보건소가 직접 진료서비스를 제공하는 것을 민간이 담당해야 한다는 의견은 매우 적으면서도(6.3%), 현상태에서 보건소가 이를 더 강화해야 한다는 의견도 과반수를 넘지 않았다(46.5%). 즉, 현상태를 유지하는 정도라는 의견이 많은 것인데, 현재의 만성질환에 대하여 보건소가 하고 있는 사업 수준이 과연 어떠한가를 생각해보면 이에 대한 인식의 전환이 필요한 것으로 생각된다.

이상의 결과들을 종합적으로 볼 때, 우리나라 보건소의 전반적인 사업 우선순위 설정에 있어서는 보건교육, 방문보건의료서비스, 건강증진 관련사업, 노인 및 저소득층 진료, 지역보건기획 관련업무 등이 중점사업으로 부각되었다. 이러한 중점사업의 선정 문제가 지역의 특성에 맞게 변형되어야 함은 다시 한번 강조될 필요가 있겠다.

보건교육, 방문보건의료서비스, 진료 등의 구분은 보건문제에 대한 파악과는 다른 것으로 사업에 대한 구분이라 할 수 있다. 즉 중점관리대상 보건문제의 설정은 다른 방식으로 이루어져야 할 것이고, 이에 대한 일례로 새정치국민회의 정책위원회에서 선정한 10대 보건문제(새정치국민회의 정책위원회, 1998)를 들 수 있다. 여기서는 질병을 중심으로 보건문제를 설정하였으며, 각각의 보건문제에 대한 사업방식은 보건교육, 진료 등 서비스 종류별 구분이 가능하다. 이를 교차표로 구분하였을 때 각 칸은 중점보건사업 선정을 위한 내용이 들어가게 될 것이다. 물론 그 각각의 프로그램은 보건소별로 특성을 살려서 생산할 일이다. <表 IV-4>에 이를 하나의 事例로서 나타내 보았다.

〈表 IV-3〉 重點保健事業 設定 例示

중점관리 보건문제 및 대상 ¹⁾		중점강화 서비스		
		보건교육	방문보건 의료서비스	진료
전염성 질환	▶ 간염			
	▶ 결핵			
비전염성 질환	▶ 자궁경부암			
	▶ 고혈압			
	▶ 당뇨병		중점 보건 사업 영역	
정신질환	▶ 치아우식증			
	▶ 정신분열증 및 양극성질환			
건강관리	▶ 치매			
	▶ 산전, 분만 및 산후관리			
	▶ 영유아 건강관리			

註: 1) 새정치국민회의 정책위원회에서 선정한 10개 보건문제를 예로 든 경우
(새정치국민회의 정책위원회, 『보건의료선진화 정책보고서』, 1998. 12).

2. 公共保健福祉傳達體系 改善方案⁴⁰⁾

가. 論議의 背景

지역단위 공공보건의료서비스 전달에 있어서 주민들의 복지욕구⁴¹⁾에 대한 처리문제는 오랜 화두가 되어 왔다. 주민의 입장에서는 스스

40) 이 章은 한국보건사회연구원의 「공공복지전달체계 개선방안 연구(변재관 외, 1998)」와의 공동연구로서 많은 부분이 수정없이 두 연구보고서에 공통 인용될 예정임을 밝힙니다.

41) 보건분야와 복지분야에서 ‘필요(need)’에 대한 용어상의 차이가 있다. 이 보고서에서는 보건분야의 ‘要求’과 복지분야의 ‘欲求’라는 용어를 동일하게 ‘주민이 느끼는 必要(need)’라는 의미로 사용하였다. 보건분야에서 사용하는 ‘의학적 필요(medical need)’는 이와 별개의 것으로 취급하였고, ‘需要(demand)’는 경제학적 의미 그대로 보건과 복지 양 분야에서 공통적으로 ‘구매력이 전제된 요구 또는 욕구’라는 의미로 사용하였다.

로의 생활상의 요구를 보다 간편하게 해결하고자 하는 것은 매우 당연하며, 문제는 이러한 주민의 요구에 보건 및 복지서비스 조직이 어떠한 형태로 대응하여야 하느냐에 달려 있다고 할 수 있다.

보건 및 복지정책을 집행하는 일선 행정조직으로서 지방자치단체 소관의 보건소와 시·군·구청 및 읍·면·동사무소가 각각 보건업무와 복지업무를 수행해 오고 있다. 주민의 입장에서는 보건문제는 보건소에서, 복지문제는 시·군·구청 및 읍·면·동사무소에서 별도로 해결해야 하는데, 공공서비스의 차원에서 볼 때, 공공보건의료서비스를 받아야 할 대상과 복지서비스를 받아야 할 대상이 주민—특히 저소득층 주민으로서 공통성을 갖고 있다는 점이 문제의 발단이라 하겠다.

이러한 점에 착안하여, 주민의 보건·복지 요구를 통합적으로 해결할 수 있는 행정조직체계 정비의 필요성이 주장되었고, 보건·복지전달체계 개편을 모색하기 위해 1995년 7월부터 전국 5개 지역에서 보건복지사무소 시범사업이 실시되고 있다.

또한 1998년 취임한 15대 대통령과 정부는 100대 과제로서 지방행정조직의 구조개편과 조직축소를 추진하고 있으며, 이와 관련하여 읍·면·동사무소의 기능을 「지역복지센터」 등으로 전환하는 방안을 검토하기로 한 바, 행정자치부를 비롯한 관련 부처에서 이를 추진중에 있다. 이는 다단계 행정조직으로 인한 행정능률의 저하를 개선하고, 읍·면·동 업무량 감소 등 행정환경 변화에 부응하는 조직형태로 전환하고자 하는 계획이다.

현재 행정자치부는 주민자치, 지역복지, 문화, 정보 기능 등을 강화하여 읍·면·동사무소를 「주민자치센터」로 전환하려는 방안을 제시하고 있으며, 노동부는 「고용안정센터」 등 실업관련 전달체계, 문화관광부는 「문화의 집」 등 지역문화센터를 마련하고자 추진하고 있다.

특히 IMF사태 이후 공공부문의 통폐합 등 효율성 제고를 위한 구

조조정과 관련하여 지방 보건·복지행정체계의 개편이 현안쟁점으로 부상되고 있고 있는 상황이며, 이에 보건·복지부문의 행정체계 개편 방안 제시가 시급히 요청되고 있다. 하지만 전체 공공부문 조직개편에 보건·복지 부문이 휩쓸려 처리되어서는 곤란하며, 이 기회에 보다 장기적인 고려 속에서 전반적인 조직 및 사업 내용상의 발전방향 제시가 이루어져야 할 것이다.

나아가 보건복지사무소 시범사업이 1999년 12월말로 종료되도록 예정되어 있어, 보건복지부는 1999년 상반기 내에 시범사업 최종평가와 함께 그에 따른 정책대안을 마련해야 하는 위치에 놓여 있다.

나. 公共保健福祉傳達體系 改編의 必要性

보건소의 직접 서비스 제공기능과 관련하여 볼 때, 도시지역의 경우 보건소 시설만으로는 관할 지역의 주민 전체에게 밀착하여 보건의료서비스를 제공하기가 곤란하다. 이는 대단위 주민을 단 하나의 보건소가 모두 포괄하여 사업을 수행할 수 없기 때문이며, 따라서 보다 작은 인구 단위로 보건의료서비스 제공조직을 분산·강화시킬 필요가 있다.

현재 도시지역에서 보건분소라는 형태로 이러한 문제의 해결을 시도하는 흐름이 보이고 있는데, 이는 보건지소 조직은 ‘농어촌등보건의료에관한특별조치법’에 의하여 설치되는 것으로 도시지역에는 해당이 되지 않는 조직형태이기 때문이다. 도시지역 보건소들에서는 보건분소를 주로 관내 저소득층 밀집지역에 설치하여 주민들로 하여금 필요한 보건의료서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. <表 IV-5>에는 보건분소 설치에 대한 보건소장의 의견이 나타나있다. 현재 보건분소가 존재하는 곳은 그리 많지 않으며, 보건소장들 사이에서도 아직 보건분소 조직에 대한 필요성은 그리 크게 부각되고 있지 않은 것으로 판

단할 수 있다. 다만 필요성에 대한 인지가 현재의 분소설치 현황수준을 넘고 있는 것은 사실이다. 또한 분소설치시 분소의 기능에 대한 의견으로는 예방접종 등 모자보건사업, 취약지역 외래진료, 영세민 방문보건의료사업, 주민 보건교육 등이 전반적으로 모두 필요하다고 지적되었다. 기타 장애인 재활사업이나 정신질환자 재활사업에 대한 필요성은 그리 크게 부각되지 않았는데, 이는 보건분소단위에서 수행하는 업무로는 적합하지 않다는 의견으로 판단할 수 있겠다.

〈表 IV-4〉 都市地域 保健所の 保健分所 設置에 대한 保健所長의 意見

질 문	응답수
▷ 관내 보건분소 현황(N=71)	
있음	6
설치예정	2
없음	63
▷ 도시지역의 보건분소 설치 필요성(N=71)	
필요함	17
필요하지 않음	41
모르겠음	3
무응답	10
▷ 보건분소 설치 필요시 그 이유는? (복수응답, N=20)	
예방접종 등 모자보건사업	12
취약지역 외래진료(내과, 한방, 치과 등)	11
영세민 방문보건의료사업	11
주민 보건교육	11
장애인/정신질환자 재활사업	3
기타	1

資料: 전국 보건소장 의견조사(1998. 10.)

농어촌지역의 경우 보건지소 및 보건진료소가 설치되어 있으나, 지속적인 이농으로 관할 인구가 감소하고 있으며, 교통의 발달로 오지가 사라져가고 있는 등 현실적 조건이 바뀌어 감에 따라, 서비스 전

달조직의 형태도 변화해야 할 필요성이 제기되고 있다. 따라서 보건 지소와 보건진료소의 통합 또는 폐지에 대한 움직임이 있어 왔으며, 통합보건지소의 경우 기존 보건지소에 비하여 시설·장비 및 인력의 측면에서 수준을 높일 것이 요구되고 있다.

〈表 IV-5〉 福祉傳達體系의 現況·問題點과 發展方向

구분	현황 및 문제점	발전 방향
역할	<ul style="list-style-type: none"> 지역단위 중심복지센터 역할미흡 지역별 복지계획의 부재 민간복지기관과의 역할분담 모호 	<ul style="list-style-type: none"> 시·군·구 수준의 복지전담 행정조직 설치 지역복지계획 수립의 법제화
사업	<ul style="list-style-type: none"> 현금급여 지급 위주의 사업 수행 대인 서비스 수행 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> 도시지역의 민간복지기관 연계 강화 농촌지역 공공행정조직의 서비스 제공 기능 확충
	<ul style="list-style-type: none"> 취약계층 중심의 제한적 급여 	<ul style="list-style-type: none"> 일반 주민 이용가능 서비스 확대
	<ul style="list-style-type: none"> 복지행정 대상부문간 업무 중복 	<ul style="list-style-type: none"> 지역담당제 및 업무담당제의 적정 운용 급여통합 지급체계 마련
	<ul style="list-style-type: none"> 민간복지기관 및 보건소와 서비스 중복 	<ul style="list-style-type: none"> 보건 및 복지 서비스 전달의 연계 소규모 지역별 사업거점(센터) 설치
	<ul style="list-style-type: none"> 읍·면·동사무소의 일반행정업무 수행으로 전문적 서비스 제공 곤란 	<ul style="list-style-type: none"> 복지전담 행정체계 설치
환경	<ul style="list-style-type: none"> 고령화, 실업 등 복지수요 급증 	<ul style="list-style-type: none"> 복지부문에 대한 선별적 재정투자 확대 민간자원 동원 활성화
	<ul style="list-style-type: none"> 구조조정 등 행정환경 효율화 	<ul style="list-style-type: none"> 읍·면·동사무소 기능 전환시 복지전담 일선 조직 마련
	<ul style="list-style-type: none"> 민간복지기관의 증대 및 서비스 다양화 	<ul style="list-style-type: none"> 민간기관과의 역할분담 명확화 지역별 복지네트워크 구축
조직	<ul style="list-style-type: none"> 복지전담 행정조직의 부재 복지전문 인력의 부족 및 전문인력 배치의 지역별 형평성 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> 사회복지전문요원의 시·군·구 배치 통합 읍·면·동 단위의 일선 사업거점 설치

資料: 변재관·장원기, 『공공보건복지 전달체계 및 보건예방사업 개선방안에 관한 토론회 자료집』, 한국보건사회연구원, 1998. 11.

복지행정체계의 개편은 1980년대 중반 이후부터 공공복지전담기구

의 설치라는 대안으로 모색되어 왔다. 공공부조 및 복지서비스의 제공은 전담행정체계가 없이 보건복지부, 시·도, 시·군·구, 읍·면·동을 통해 이루어지고 있으며, 1995년부터 보건·복지통합전달체계의 구축을 위해 보건복지사무소 시범사업이 실시되고 있다(表 IV-6 참조).

공공부조 및 복지서비스 전달은 지방자치단체의 일반행정체계의 하부조직에서 일부 담당하는 방식으로 조직되어 있기 때문에 전반적인 제도 운영 및 관리의 통합성이 부족하고, 비효율적이며, 전문성이 미흡하다는 지적이 제기되어 왔다. 사회복지전담인력이 일선조직에 배치되어 복지업무를 담당하고 있으나, 현실적으로는 읍·면·동의 일반행정업무까지 관여하게 되어 전문적인 사회복지 서비스 제공을 위해 매진할 여력이 없다고 할 수 있다.

시·군·구청에는 대체로 사회복지전문요원이 배치되지 않아 일관된 복지 기획업무를 기대하기 어려운 실정이며, 일반 종합행정체계 속에서 조직과 인력이 관리됨으로써 다양한 복지욕구에 탄력적으로 대응하기 어렵고, 결과적으로 투입되는 예산과 인력에 상응하는 효과를 달성하지 못하는 것으로 평가되고 있다.

한편, 1987년 이후 복지사업의 전문성 제고의 일환으로 저소득층 밀집지역을 중심으로 읍·면·동사무소에 배치된 사회복지전문요원은 3,000여명에 이르나 미배치 지역이 전국 읍·면·동사무소의 33%를 차지하고 있다. 현재 복지전담인력의 부족으로 업무량이 과다하며, 최근 실업의 증가 등 복지수요의 급증으로 복지전담인력의 확충이 요구되고 있다⁴²⁾.

42) 공무원법 임용령('93. 9. 13) 및 지방공무원 임용령('92. 12. 26) 개정시 행정직군내에 사회복지직렬이 신설되었으나, 대부분의 지자체에서 시행하지 않고 있다. 따라서, 전문적 지도·감독이 어려운 형편이며, 신분보장과 처우에서도 차별이 이루어져 사기저하가 심각하게 대두되고 있다. 또한 현재 근무하고 있는 기존 사회복지전문요원의 정규직 전환이 시급히 해결되어야 할 것으로 제기되고 있다.

다. 保健福祉事務所 示範事業의 評價

보건복지사무소 시범사업은 보건·복지수요의 증가 및 다양화, 지방자치제의 실시 등 경제·사회적 여건변화에 따른 요청에 따라, 복지행정의 전문화 및 효율화, 보건소의 기능 개편, 통합 보건·복지서비스의 제공, 지역복지 기능강화 등을 목적으로 시행되고 있다. 이 시범사업은 1995년 7월부터 1997년 6월까지 1차 시범사업을 종료하고, 1999년 말까지 연장 실시하고 있다(총 4년 6개월간 예정). 전국 5개 지역(서울 관악구, 대구 달서구, 경기 안산시, 강원 홍천군, 전북 완주군)에서, 기존 보건소에 복지사업부서를 신설하고, 읍·면·동에서 근무하던 사회복지전문요원을 전환배치하여 운영중인데, 최근 지방행정체계 구조조정 등 여건 변화에 따라 지역별로 시범사업 운영형태에 변화를 보이고 있다.

경기 안산시, 강원 홍천군의 경우 복지사업계가 보건소에서 각각 시청·군청으로 이전·통합되었으며, 대구 달서구의 경우 사회복지인력의 일부는 구청 사회복지과 소속으로 공공부조 행정업무를 담당하고, 일부는 보건소 방문복지과에서 재가복지서비스를 수행하는 체계로 이원화되었다. 이는 시범사업 수행과정에서 지속되어 온 중앙정부와 지방자치단체간의 역할 설정의 문제로서, 시범사업에 대한 중앙정부의 지원 미흡과 보건복지부 소관 전달체계 미비에서 비롯된 보건·복지사업 수행의 어려움이 드러난 사례라 할 수 있다.

보건복지사무소 시범사업은 보건·복지부문의 연계 모색이라는 측면과 복지행정 및 서비스의 통합 제공이라는 두 가지 측면에서 평가되어야 한다. 시범사업 초기에는 인력 및 재정지원이 미흡하고, 통합을 위한 별도의 프로그램이 마련되지 않는 등 시범사업의 물리적 여건이 구비되지 않아 가시적인 효과를 판단하기 어려웠다. 하지만 시범사업

이 진행됨에 따라 업무내용의 충실성이나 대상자 만족도 등이 향상되고 있었으며, 사업 경험이 축적됨에 따라 보건·복지사업 관계자들 사이에 시범사업에 대한 긍정적 평가와 보건·복지 연계 필요성에 대한 인식이 제고되는 양상을 확인할 수 있었다.

시범사업의 평가 결과, 가장 큰 성과는 복지사무의 집중화를 통한 업무효율의 향상이라고 할 수 있다. 보건복지사무소에 사회복지전문요원들을 집중 투입하여 대부분의 복지업무를 통합 수행하게 되면서, 책임성, 신속성, 공정성, 일관성, 포괄성 등 공공복지전달체계가 갖추어야 할 중요한 기준에 있어 뚜렷한 향상을 보이고 있다. 각 읍·면·동별로 중복 수행되던 업무가 감소되면서 지역에 따라 다양한 복지서비스 프로그램의 개발이 용이해지고, 정보교류 및 업무연계가 활성화되었으며, 특히 후원·결연 및 자원봉사자 동원 등 민간자원 활용이 활발해지고, 지역간에 형평성있는 자원의 배분이 이루어지고 있다.

그러나, 시·군·구청(일반 복지관련업무)과 보건복지사무소(공공부조관련업무)간 복지사무의 이원화와 지역주민의 접근성 감소가 문제로 제기되고 있다. 복지사무의 이원화는 시범사업 체계 자체가 갖는 한계로서, 보건복지사무소 업무를 복지서비스 제공을 중심으로 설정하고, 행정체계의 통합은 시범사업에서 제외하였던 것에 기인한다. 이로 인해 복지업무의 기획과 집행의 일관성이 결여되는 등 전반적인 복지업무의 총괄·조정엔 문제가 발생하였다.

지역주민의 접근성 감소 문제는 보건복지사무소에 사회복지전문요원이 전환배치 되면서, 기존 읍·면·동사무소 배치인력이 없어짐으로써 발생하였다. 수혜 주민과 제공 복지요원간의 공간적 거리가 멀어지게 됨에 따라, 주민 방문시 시간이 많이 소모되는 경우가 나타나게 되었다. 교통의 발달로 농촌지역도 자동차로 접근하는 경우 접근도가 문제가 되지 않을 것으로 예상했으나, 실제 농촌지역 시범사업에서

주민방문을 하러 가는데 걸리는 시간이 2시간 이상 드는 사례가 발생하고 있다.

보건 및 복지부문 조직 통합으로 나타난 서비스의 상승 효과는 아직 미미한 실정이다. 하지만 사업경험이 축적됨에 따라 보건·복지인력간 상호 업무 이해가 깊어지고, 정보교류 등을 통하여 업무 중복 부분이 감소하고 있다. 특히 방문간호인력의 경우 대상자 선정과 민간자원 활용 등에 있어 복지인력과의 협조에 도움을 느끼고 있으며, 보건·복지인력간 정보 제공 및 의뢰가 활발한 지역에서 시범사업에 대한 긍정적 평가가 나타나고 있다.

연계 서비스 미흡의 원인으로는 첫째, 보건과 복지부문 모두 대민 직접서비스 사업이 미성숙한 단계에 있으므로 통합서비스 효과를 기대하기 어려우며, 둘째, 방문간호인력과 복지인력이 부족하여 부과된 기존 업무를 수행하기도 어려운 실정이므로 새로운 서비스 연계 프로그램을 모색하기 힘든 여건이고, 셋째, 복지부문이 기존 보건소 건물로 장소만 이전했을 뿐 보건부문과의 조직 및 사업상의 연계를 위한 노력이 거의 이루어지지 않았으며, 넷째, 보건과 복지간에 업무대상 영역이 경우에 따라 불일치한다는 문제를 지적할 수 있다(表 IV-7 참조).

〈表 IV-6〉 保健福祉事務所 示範事業 評價結果

평가 지표	평가 결과	비고
전문성	<ul style="list-style-type: none"> 일반행정업무 부담이 대폭 감소됨에 따라 기존 생활보호급여 제공중심의 업무에서 다양한 프로그램을 통한 복지서비스 제공이 가능해지고, 업무처리과정에서 인력간 협조에 따른 전문성의 제고가 이루어짐. 일관성: 복지담당인력이 복지업무의 기획, 집행을 병행하고, 감독·평가가 일관되게 이루어짐에 따라 대상자에 대한 급여 중복 및 누락의 사례가 감소되고 종합적으로 서비스가 제공됨. 책임성 및 공정성: 복지전담조직에 의해 복지사무의 집행절차가 체계화되어 복지사무를 전담하는 상급자의 감독이 수반됨으로써, 생활보호대상자 책정 등에 있어 일관되고 공정한 기준에 의거한 책임성있는 업무수행이 가능해짐. 	<ul style="list-style-type: none"> 전문성 발휘에 대한 전문인력의 견해(긍정적 평가: 사회복지전문요원 '95년 14%, '96년 50.6%, '97년 57.3%; 방문간호요원 '95년 14%, '96년 83.3%, '97년 77%) 사회복지전문요원의 일반행정업무 비중('95년 27%, '96년 4.5%, '97년 5.1%)
통합성	<ul style="list-style-type: none"> 보건·복지 연계의 도움 정도 및 필요성에 대한 인식이 전반적으로 제고되었음. 사회복지전문요원과 방문간호요원이 상호 협조하여 업무수행한 경험이 증가하고 있으나, 지역에 따라 편차가 있음 특히 가정방문시 정보교류와 민간자원활용 등에 있어 전문인력간 도움이 되고 있는 것으로 나타남. 	<ul style="list-style-type: none"> 보건·복지서비스 함께 제공할 필요에 대한 방문간호요원의 견해(매우 필요 '96년 21.2%, '97년 53.6%) 보건·복지전문인력간 함께 일하여 도움 느끼는 정도(사회복지전문요원 '96년 42.7%, '97년 55.1%; 방문간호요원 '96년 29.8%, '97년 30.9%)
접근성	<ul style="list-style-type: none"> 시·군·구단위에 일선행정조직이 설치됨에 따라 수급자 및 업무담당자의 접근도가 감소함. 다양한 보완대책을 마련하여 업무상의 무리가 없는 편이나, 농촌지역의 경우 문제가 되고 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> 농촌지역 사회복지전문요원 방문가구의 60% 정도가 1시간 이상 소요
효율성	<ul style="list-style-type: none"> 신속성: 업무처리상 읍·면·동의 단계가 생략됨으로써 복지대상자의 선정 및 서비스 제공을 위한 업무처리의 속도가 빨라짐. 각 읍·면·동에서 중복수행하던 행정업무를 시·군·구단위에서 1회 수행으로 처리함. 읍·면·동사무소에 배치되었던 복지인력과 동일한 수가 시범사업에 투입되었으나, 기존 생활보호중심의 업무에 더해 서비스 프로그램을 실시하고 있으며, 전문요원이 배치되지 않았던 지역도 포괄하게 됨. 	<ul style="list-style-type: none"> 생활보호대상자 책정소요기간(법정 기한 14일) 초과 사례 대폭 감소 급여·서비스의 충분성에 대한 긍정적 평가(사회복지전문요원 '95년 9%, '96년 28.6%, '97년 43.3%; 방문간호요원은 '95년 9%, '96년 37.2%, '97년 37.3%)

資料: 변재관·장원기, 『공공보건복지 전달체계 및 보건예방사업 개선방안에 관한 토론회 자료집』, 한국보건사회연구원, 1998. 11.

라. 改編의 基本方向 및 推進原則

1) 基本方向

보건과 복지의 통합에 대한 논의가 헛수를 거듭하면서 활발해지고 있지만 가시적인 성과는 나타나지 않고 있으며, 보건과 복지의 통합에 대한 원칙과 방향을 수립하는 것이 우선되어야 할 것이다. 또한 보건의료분야와 복지분야의 공동 사업이 부족한 상태에서의 조직체계의 기관통합만으로는 실효를 거두기 힘든 상태에 이른 것으로 보인다.

보건·복지전달체계의 개편에서는 보건·복지 수요자에 대한 서비스 제공의 전문성, 통합성, 접근성, 효율성이 우선적으로 고려되어야 한다. 이는 보건복지사무소 시범사업 평가에서 사용되어 온 기준이다(이현송·강혜규, 1997; 이성기·김성희·강혜규, 1996).

첫째, 서비스 전문성의 향상을 도모할 수 있도록, 보건·복지 행정과 서비스 제공기능을 병행하고 있는 보건소와, 행정업무 중심의 공공복지전달체계를, 주민에 대한 서비스 제공 기능이 강화될 수 있는 체계로 개편한다.

보건소의 경우 기존 조직체계는 지역주민의 보건문제를 해결하는데 효과적인 형태를 갖추지 못하였으며, 공급자 중심의 서비스종류별 조직방식을 유지해 왔다. 그러나 최근 외상환자 방문진료사업, 정신보건사업, 만성질환관리 등 지역보건문제 중심의 사업이 활발히 시행되기 시작하였으며, 이에 따라 이러한 사업이 활성화될 수 있도록 유연하고 지역과 밀착된 문제중심 또는 사업중심의 조직체계가 필요하게 되었다.

지역 복지 서비스의 수준도 일천하기는 마찬가지다. 복지서비스의 내용상 아직도 직접적인 대인서비스(personal social service)가 활발하게

제공되지 못하고 있는 상황이다. 그러나 이에 대한 수요 증가가 예상되고 있으므로, 민간복지기관과의 역할분담으로 공공복지 행정조직에서 담당할 범위를 설정하고 이를 체계적으로 실행할 필요가 있다. 특히 민간복지자원이 부족한 농어촌의 경우는 공공부문에서 직접 대인 서비스 기능을 담당할 수 있는 조직 설계가 이루어지도록 해야 할 것이다.

현행 보건복지사무소 시범사업은 복지행정업무를 시·군·구청과 보건복지사무소에서 이원적으로 수행하고, 취약계층을 대상으로 한 복지서비스는 주로 보건복지사무소에서 실시하고 있다. 이는 복지행정의 기획과 집행(서비스)업무의 일관성을 유지하기가 매우 어려운 조직형태로서, 이 문제점을 극복할 수 있는 방향으로의 조직형태의 개편이 요청된다.

또한 행정관리 및 서비스 제공을 위한 공공부문 인력의 전문성 향상을 위하여, 직능별 전문화를 추진하고 행정분야별 수요에 따라 집중 배치가 이루어질 수 있도록 한다. 이는 보건직뿐만 아니라 사회복지전문요원의 경우도 마찬가지로, 한 두 명씩 분리되어 업무를 수행할 때보다는 한 업무에 여러 명이 집중투입될 경우 해당 직능의 전문성을 더욱 강화시킬 수 있다는 점에 근거를 둔다. 이러한 집중배치의 효과는 시범사업을 통하여 잘 드러나고 있는데, 전문성과 효율성으로 인하여 상당히 증가되었다고 평가된다⁴³⁾.

둘째, 서비스 통합성을 강화하는 방향으로 나아간다. 외상노인·장애

43) 이현송 등은 『시범보건복지사무소 운영평가 및 개선방안(1997)』에서 이러한 복지업무 집중의 효과를 양적·질적으로 크게 평가하였다. 복지업무 집중으로 지역 복지자원 개발 및 관리실적이 급격히 증가하였으며, 업무 관계자간 노하우의 교환으로 전문성이 향상되었고, 새로운 복지서비스의 내용이 계속적으로 개발되었다는 점을 들어, 복지서비스의 향상을 가져왔다고 평가하였다. 또한 공공부조관련 행정업무의 간소화로 업무의 효율을 높였다고 평가하였다.

인·정신질환자 등에 대한 보건·복지 서비스 수요가 증대되고 있는 지역사회의 현실속에서, 보건서비스와 복지서비스가 연계 및 통합 제공될 수 있는 프로그램 및 체계를 마련한다. 이는 서비스 수요자의 입장에서 보건문제와 복지문제가 별개로 분리되지 않는 부분이 많다는 현실인식에 기반하는 것이다. 하지만 연계서비스의 내용에 대해서, 그리고 그 수요의 크기가 어느 정도인지에 대해서 알려진 바가 없기 때문에 이 필요성에 대하여 단정하기는 곤란하다. 다만 보건과 복지부문 모두 대인서비스 내용의 취약이 서비스 전달 연계 실패의 중요한 원인을 제공하였다는 평가(이현송, 1997)대로, 대인서비스 영역에서의 통합서비스 전달이 우선되고, 이러한 내용을 바탕으로 하여 행정차원의 통합을 추구하는 방향으로 나아가야 할 것으로 보인다.

이러한 단계적 통합은 기존 보건 및 복지분야 인력들이 상호 업무에 대한 이해부족으로 인하여 쉽사리 조직적 통합으로 긍정적인 결과를 기대하기 어려운 상태임을 감안할 때 꼭 필요한 순서라고 하겠다. 급격한 전면적인 조직통합을 추진하기보다는 점진적·단계적으로 서비스 차원의 연계프로그램 개발 및 그에 필수적인 조직 설치를 모색하도록 하는 것이 바람직한 방향일 것이다.

셋째, 접근성의 제고를 도모해야 한다. 이는 주민이 직접 접촉하는 행정 집행 단위 및 서비스 제공의 최일선 단위를 조정하는 것을 통하여 이룩할 수 있다.

서비스 제공의 최일선 단위의 형성은 대상인구 및 담당 전문인력의 규모가 고려되도록 하고, 시·도-시·군·구-읍·면·동의 행정단계 축소, 읍·면·동사무소 기능전환 추진과정과 어울려서 이루어지도록 할 필요가 있다⁴⁴⁾.

44) 행정자치부의 「읍면동의 기능전환 기본계획(시안, 1998. 8)」에 따르면 2002년까지 전국의 모든 읍·면·동 행정기관을 폐지하고 가칭 ‘주민자치센터’를 설치할 예정이다.

행정체계 개편에 있어서는 무엇보다도 이용자의 만족도가 향상되도록 하는 일에 초점이 두어져야 한다. 특히 행정조직의 최하위 단위 선정 및 지역별 배치에 있어 주민에의 접근성을 최대한 고려되어야 한다. 즉, 보건복지사무소 시범사업에서 복지요원들을 시·군·구 단위로 집중배치 하였을 때 드러난 접근성 감소의 문제를 극복할 수 있는 방안을 도출하여야 한다.

마지막으로 행정 및 서비스 전달의 효율성을 높이고, 자원활용의 경제성을 도모하는 방향으로 개편해야 한다. 보건서비스와 복지서비스의 전달체계가 효율적으로 운영되는데 있어서 상호 연계체계의 구축이 어느 정도의 효과를 보이는가 하는 것은 전적으로 그 체계를 어떻게 구성하느냐에 달려있다. 즉, 보건서비스와 복지서비스의 내용상 상호 중복되는 서비스 영역이 존재하기 때문에, 본질적으로 두 서비스의 연계는 이 중복 영역을 효과적으로 분배하도록 할 수 있다. 만약 이러한 효과를 달성하지 못한다면 그것은 연계체계가 잘못 구축되었다는 것을 말할 뿐이다.

이러한 점들을 고려하면서 어떠한 조직형태로 공공보건·복지사업의 연계체계를 구축할 것인가를 강구해야 할 것인데, 이와 관련하여 전국의 현직 보건소장들의 의견은 어떠한 지에 대하여 조사하였다. 그 결과는 <表 IV-8>과 같다.

가장 많은 의견은 보건소 내에 한 팀으로 방문보건요원과 사회복지요원을 두어 상호협력토록 하자는 의견이었으며, 기존 방식대로 사회복지요원을 동단위에 그대로 두고 협력체계를 꾸려나가자는 의견도 많은 수를 차지하였다. 하지만 앞서 보았듯이 기존 체계나 시범보건복지사무소 형태는 많은 문제점을 노정하고 있으므로, 그 외의 대안을 좀더 모색할 필요가 있다. 특히 소규모지역단위의 공동팀 구성 의견이나 통합보건복지요원 양성 의견은 주목할만한 것으로 보이며, 앞

으로 이런 주제와 관련하여 발전된 연구가 필요하리라 생각된다. 본 연구에서는 소규모 지역단위 공동팀 구성을 중심으로 대안을 살펴보고자 한다.

〈表 IV-7〉 地方 公共保健福祉組織 統合形態에 대한 保健所長의 意見

의견	응답수 (복수응답, N=134)
방문보건요원과 복지요원을 보건소의 같은 팀에 둬.	48
복지요원은 동단위에 두되, 보건소와 협력하도록 함.	40
소규모 지역단위로 방문보건요원과 복지요원을 같은 팀에 둬.	29
방문보건, 복지요원의 인적통합(통합보건복지요원 양성)	29
복지요원을 기초자치단체에 사회부서에 두어 협력	26
보건소와 사회복지지는 별개의 영역으로 완전분리	18

資料: 전국 보건소장 의견조사(1998년 10월 현재)

2) 推進 原則

개편의 기본방향을 충족시키는 방안으로서 보건과 복지 각 부문의 전문성·집중성·효율성이 향상되고, 주민의 접근편의성 및 보건·복지 연계업무 수행이 가능한 체계를 마련하도록 한다. 이를 위해서는 내용을 우선 확충하고 형식의 변화를 모색하며, 하부조직의 변화를 우선하고 점진적으로 상부조직의 변화를 도모하는 방식이 무리가 없을 것으로 감안하여 다음과 같은 몇 개의 원칙적인 방향을 제시할 수 있겠다.

- 첫째, 주민의 필요에 부응하는 서비스의 연계·통합에서 시작하여 보건·복지 행정업무의 필요에 부응한 통합을 추진한다.
- 둘째, 주민에 대한 정보교류의 체계화부터 시작하여 보건·복지 연계 프로그램 개발로 나아간다.

- 셋째, 최하위 일선기관에서의 사업연계에서 시작하여 조직의 상향적인 통합으로 확대한다.

즉, 지금까지의 보건과 복지의 통합·연계의 문제는 주로 조직 구성의 측면이 강조되어 왔으나, 지역주민의 접촉빈도가 가장 높은 최하위 일선기관에서 가장 낮은 수준의 연계서비스 프로그램을 개발하도록 하는 현실성을 감안한 개편이 추진되어야 한다. 이를 통해 지역에서 보건복지 서비스 업무의 ‘1차적 거점’을 확보하는 것이 중요하다.

이를 위하여 보건·복지의 연계가 가능하도록 소규모 지역단위로 보건·복지서비스전달 통합조직으로서 가칭 「보건복지센터」를 설치하여 주민 대상 서비스를 전달하는 거점으로 삼는 방안을 신중히 고려할 필요가 있겠다. 보건복지센터는 우선 보건소 및 시·군·구청 사회복지과의 공동산하에 두며, 인구 15,000~100,000명 단위에 1개소씩 설치하여 관할 소규모 지역을 전담하도록 한다. 사회복지전문요원을 사회복지과와 보건복지센터에 분할 배치하며, 방문보건요원, 질병예방 및 보건교육 담당요원과 필요시 진료요원을 배치하도록 한다. 그 설치 및 운영에 대한 하나의 대안을 다음 절에서는 좀 더 자세히 살펴보겠다.

마. 改編方案: 保健福祉센터의 設置 및 運營

1) 組織

보건소의 관할 지역을 인구규모 및 지리적 접근도를 고려하여 여러 개의 소규모 지역으로 구분하고, 해당 소규모 지역을 담당하는 보건복지센터를 교통이 편리한 위치에 각각 설립한다. 1개 보건소 소관의 보건복지센터의 수는 보건소가 지방자치단체와 협의하여 자율적으로 결정하며, 연차적으로 1개 보건복지센터가 담당하는 지역의 인구규모를 계속 축소시킬 수 있도록 한다.

인구규모로 볼 때 영국과 일본의 경우 3~12만 단위로 지역센터가 설치되어 사업거점으로 활용되고 있음을 고려할 때, 우리의 경우 4개 동 단위로 1개소(인구 15,000~100,000명 단위)를 설치하는 것이 인구 규모면에서 바람직할 것으로 생각된다(表 IV-9 참조).

〈表 IV-8〉 人口規模別 邑·面·洞 數

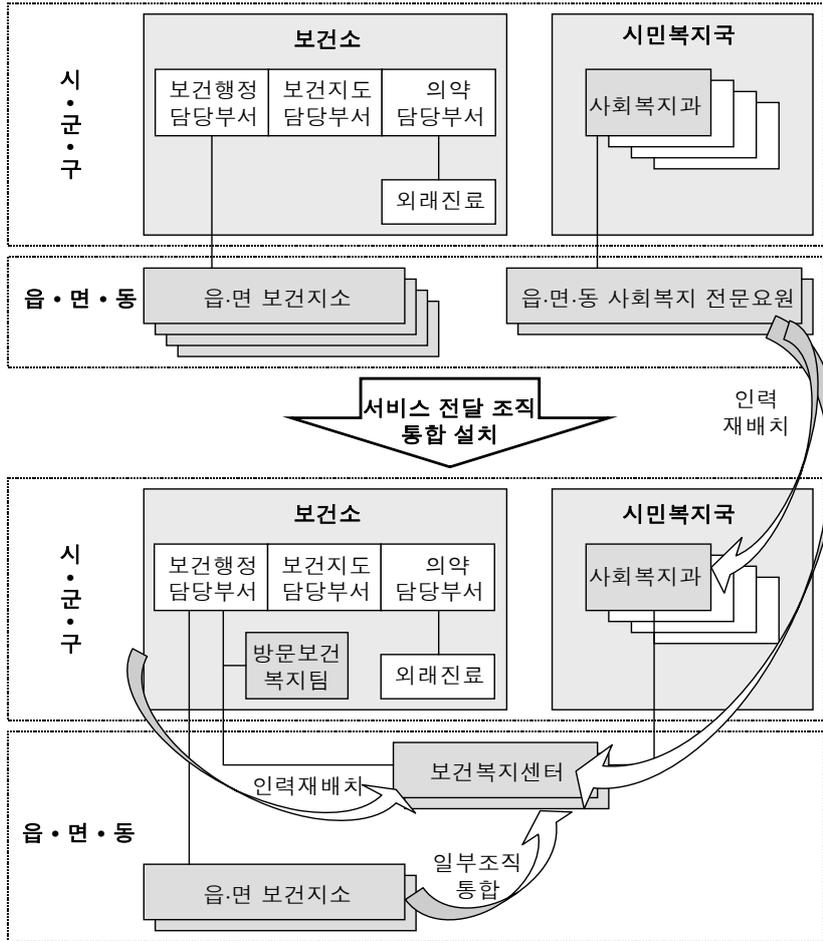
구분	계	5,000 미만	10,000 미만	15,000 미만	20,000 미만	25,000 미만	30,000 미만	35,000 미만	40,000 미만	45,000 미만	45,000 이상
계	3,718	1,069	857	518	438	346	271	120	51	27	21
읍	195	2	39	49	33	24	18	14	9	2	5
면	1,230	741	391	76	18	3	1	-	-	-	-
동	2,293	326	427	393	387	319	252	106	42	25	16

資料: 행정자치부, 『읍면동의 기능전환 기본계획(시안)』, 1998. 8.

보건복지센터의 시설은 지역적 특성 등을 고려하여, 현재 행정자치부 試案에 나타난 『주민자치센터』 내에 설치하거나, 보건분소 및 보건지소 시설을 활용한다.

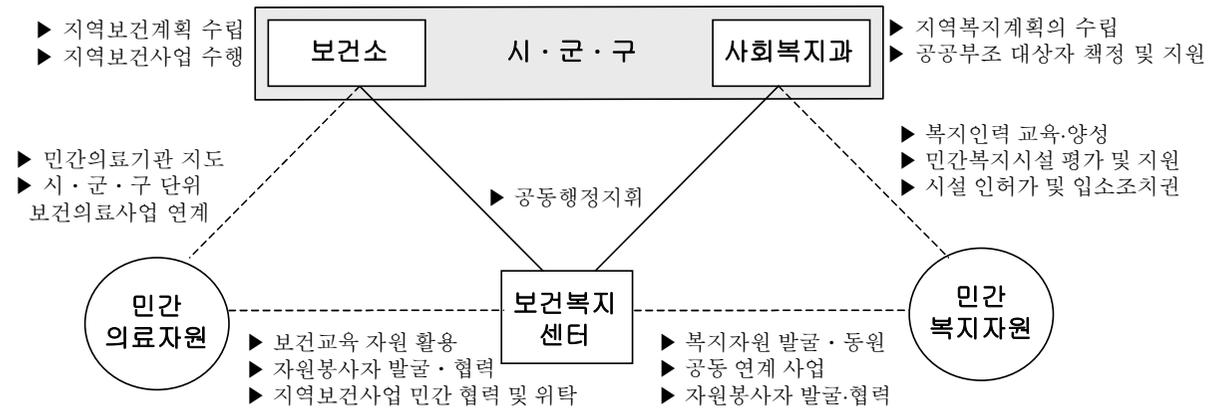
4개 동 또는 4개 이하 읍·면마다 1개소씩의 기존 읍·면·동사무소 시설을 보건복지센터로 활용한다. 보건분소가 설치되어 있고 향후 계속 사용에 무리가 없는 지역의 경우 보건분소 시설을 이용하여 보건복지센터를 설치한다. 또한 현재의 보건소내에 방문보건복지사업을 전담하는 ‘방문보건복지팀’을 설치한다(그림 IV-2 참조).

[그림 IV-1] 地域單位 公共保健福祉傳達體系 統合模型(1段階)



보건복지센터의 수행 업무는 방문보건복지서비스, 공공부조대상자 발굴, 복지민원업무, 모자보건·예방접종·보건교육·정신보건 사업 등이며, 농어촌지역에서는 대민진료를 시행한다. 보건소는 지역보건기획 및 만성질환관리를 중심으로 하여 시·군·구 단위로 효율을 추구할 수 있는 사업을 전개한다(그림 IV-3, 表 IV-10 참조).

[그림 IV-3] 지역 보건복지 전달체계 모형



〈表 IV-9〉 보건복지센터 設置時 豫想되는 機關別 主要業務

기관	보건소	보건복지센터	사회복지과
담당 지역	시군구 단위	(4개) 읍면동 단위	시군구 단위
담당 업무	<ul style="list-style-type: none"> - 지역보건계획 수립 - 의료지도감독 업무 - 전염병관리 - 공중위생 업무 - 실험 및 검사 업무 - 도시지역 대민진료 	<ul style="list-style-type: none"> - 방문복지사업 - 복지민원업무 - 공공부조 대상자 발굴 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역복지계획 수립 - 공공부조 대상자 책정 및 지원
	<ul style="list-style-type: none"> <방문보건사업, 모자보건, 보건교육, 예방접종, 정신보건, 긴급구호, 농어촌지역 대민진료> 	<ul style="list-style-type: none"> - 민간복지시설 평가 및 지원 - 일반복지업무 - 방문복지사업 기획·총괄·기술적 지원 	
	<ul style="list-style-type: none"> · 사업의 기획·총괄 및 기술적 지원 · 인근지역 담당 직접 사업수행 	<ul style="list-style-type: none"> · 담당지역별 사업 수행 	

도시지역은 4개 동 단위로, 농어촌 지역은 2개 읍·면 단위로 보건복지센터를 1개소씩 설치할 경우, 전국 약 1,092개의 센터 및 보건소 내 방문보건복지팀 245개 설치가 예상된다. 각 보건복지센터에는 방문보건담당 간호사 2인, 질병예방 및 건강증진 담당 간호사 2인, 사회복지전문요원 4인, 센터관리 담당자 1인을 두어 모두 9인 규모의 인력을 둔다. 1998년 현재 인력을 재배치할 경우 간호사는 1,694명, 사회복지전문요원은 1,600명의 추가인력이 필요한 것으로 판단된다(表 IV-13, IV-14 참조).

보건복지센터는 보건소장 및 시·군·구청 사회(복지)과의 공동 관리 하에 둔다. 센터의 장은 구성원 중 가장 직급이 높은 선임자로 하며, 지역적 특성을 고려하여 변경할 수 있다. 고유행정업무에 관해서는 보건소장, 사회복지과장의 지시를 받으며, 보건·복지 연계업무는 보건

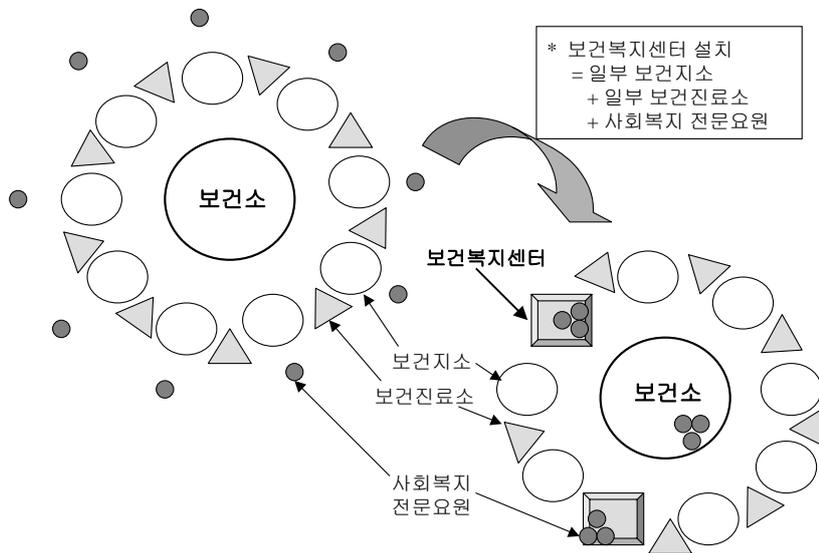
소장이 관장하도록 한다.

센터 운영 초기에는 두 영역간 다소의 업무혼선이 예상되나, 단기적으로는 현행 보건복지사무소 시범사업과정의 업무경험을 참고하여 업무분담을 체계화한다.

농어촌 지역의 경우, 인구 감소와 교통 발달 등의 여건을 고려하여 보건지소 및 보건진료소의 통합이 추진되고 있다. 이 경우 보건복지센터는 통합되는 보건지소와 보건진료소를 대체하는 형식으로, 기존 시설물을 활용하여 설치한다(그림 IV-4 참조).

통합보건지소에서 단순히 진료 측면만을 강조하지 않고 이를 각종 예방사업 및 보건교육의 거점으로 활용함과 동시에 복지서비스 전달의 말단 단위조직체로 활용하는 것이 농어촌지역의 보건복지센터의 개념이 될 것이다.

[그림 IV-3] 農漁村地域 保健福祉센터 設置 模型



2) 主要 機能

보건복지센터는 기존 보건소가 주민을 대상으로 제공하던 보건의료 서비스 기능을 주민과 보다 가까운 거리에서 제공하며, 기존 동사무소 단위에서 수행하던 복지행정업무와 복지서비스를 보다 전문적이고 통합적으로 수행하도록 한다.

보건복지센터에서는 기본적으로 방문보건복지사업, 보건교육, 예방접종, 모자보건, 정신질환자 및 장애인 보건복지사업, 공공부조 대상자 발굴, 민간복지자원의 발굴·동원, 민간복지기관과의 연계 기능 등을 수행하며, 대민진료기능은 농어촌지역에서는 필수적으로 수행하고, 도시지역에서는 필요시 담당하도록 한다. 보건소는 보건교육, 예방접종 등 기존 대민 보건서비스 업무를 인근 지역주민을 대상으로 하여 계속 유지한다. 보건소 내에 설치된 방문보건복지팀은 보건복지센터 처럼 인근 관할 소지역(4개 등 또는 4개 이하 읍·면)을 담당하여 사업을 전개한다(表 IV-11 참조).

도시지역의 경우, 보건복지센터의 보건부문은 방문보건사업과 보건교육 및 질병예방사업을 중심으로 하며, 외래진료 기능은 지방자치단체의 판단에 따라 필요하다고 인정되는 경우에만 설치하고, 설치할 경우 민간위탁 또는 임대 방안을 검토하여 가능한데로 시행한다. 복지부문은 사회복지전문요원들이 담당 지역의 사회취약계층에 대한 방문복지사업을 시행하고, 민간복지자원과의 효율적인 연계 및 업무분업을 통하여 중복서비스를 피하고 서비스의 양과 질을 제고시킨다.

농어촌지역의 경우, 보건복지센터의 보건부문은 기존 보건지소의 기능을 일차진료를 포함하여 모두 계승하며, 예방 및 관리사업을 강화한다. 복지부문은 민간복지 환경이 열악하므로 보건부문과 연계하여 대민 직접서비스를 중심으로 하는 방문복지사업을 전문적이고 통

합적으로 수행하도록 한다.

농촌지역에 이미 건설된 통합보건지소는 그대로 활용하되 성격을 보건복지센터로 전환하여 방문복지서비스 제공기능을 추가하며, 외래 진료 기능 이외에 보건교육, 방문진료 기능 등을 추가하거나 강화하도록 한다. 보건진료소는 지역주민의 편의를 위하여 가급적 유지하도록 하되, 지역특성상 통폐합하게 되는 경우에는 잉여인력을 인근 보건복지센터에 배치하여 활용한다. 이러한 경우 보건진료원은 일차 보건의료서비스 제공의 측면에서 잘 훈련된 인력이므로 보건교육 및 방문간호 업무에 큰 역할을 기대할 수 있겠다.

<表 IV-10> 地域別 保健福祉센터 設置 形態

형태	농어촌형	도농복합형/중소도시형	대도시형
담당 지역	4개 이하(1~2개 예상) 읍·면 기준 1개소	4개 이하(2~3개 예상) 읍·면·동 기준 1개소	4개 동 기준 1개소
설치 시설	보건지소	주민자치센터/보건지소	주민자치센터 보건지소/보건분소
업무	방문보건복지서비스 질병예방 및 건강증진 대민진료	방문보건복지서비스 질병예방 및 건강증진 읍·면지역 대민진료	방문보건복지서비스 질병예방 및 건강증진 (필요시 대민진료)
인력 ¹⁾	방문보건요원 2인 사회복지요원 4인 예방사업담당 2인 진료요원 7인 행정요원 1인	방문보건요원 2인 사회복지요원 4인 예방사업담당 2인 행정요원 1인 진료요원 7인(읍·면지역)	방문보건요원 2인 사회복지요원 4인 예방사업담당 2인 행정요원 1인

註: 1) <표 IV-13>의 업무별 소요인력 산정 참조

도농복합시 등의 중소도시 지역에서는 읍·면 등 단위지역의 사정에 따라 설치된 보건복지센터에서 대민진료기능을 담당할 수 있도록 한다.

방문보건복지사업의 경우, 현재 방문보건사업을 수행하는 데 사회복지요원이 정보를 전달해주는 체계가 없어서 보건인력이 다시 정보수집부터 시작하는 비효율이 나타나고 있다. 이를 고려하여, 방문보건요원 2인과 방문복지요원 3인이 한 팀이 되어 서비스 대상자 지정 및 서비스 전달을 동시에 수행하고, 대상자 관리기록을 공동으로 작성·관리하도록 한다. 즉 말단에서의 기본행정과 서비스를 한 팀에서 공동수행하는 것으로, 이는 업무의 통합성과 효율성을 높이는 것이 소규모 공동팀 형성으로 가능하리라는 판단에서이다.

방문보건복지팀에 배치되는 간호사는 가정간호사, 정신보건간호사 등 분야별 간호사나 보건진료원 등을 중심으로 일차진료 능력을 갖춘 인력이 중심이 되어야 할 것이고, 일차진료 능력이 부족한 간호사가 배치되는 경우에는 이를 지원할 수 있는 업무체계를 보건소 단위에서 설정해 두어야 할 것이다. 이와 관련하여 의사의 순회방문 등이 방문간호업무의 질을 높이는데 도움이 될 수 있겠으며, 담당 간호사가 일차진료 업무를 단독으로 수행하기 곤란한 경우에는 필수적인 조치라 하겠다.

보건복지센터의 중요한 또 하나의 기능으로 인근 주민 대상의 보건교육 사업을 들 수 있다. 기본적 수준의 보건교육을 지속적으로 수행하기 위해서는 소규모 지역일수록 주민과의 밀착도를 쉽게 높일 수 있으므로, 보건복지센터가 보건소와 비교할 때 보건교육 수행에 강점이 있을 것으로 기대된다.

이는 보건복지센터가 소규모 지역을 담당하기 때문에 보건소에 비해 주민의 접근이 용이하여 계속 이용하기 편리하다는 데 하나의 이유가 있다. 또한 인근 의료시설의 전문가(의원급 의료기관의 의사 등)들을 교육 강사로 초빙하여 활용하는 것이 소규모 지역일수록 용이할 것으로 보이는데, 그 이유는 이러한 교육의 자리가 소규모 지역일수

록 주민뿐 아니라 의료기관에 있어서도 이득이 되도록 작용하리라 예상되기 때문이다. 즉, 보건교육의 공간은 인근 지역 주민을 대상으로 의료 행위를 하는 민간의료기관이 주민에게 좋은 이미지를 심어줄 기회이기도 하면서, 민간의료기관이 지역에 봉사하는 공간이기도 한 것이다.

그 외에도 간단한 복지행정업무 역시 보건복지센터에서 주민편의를 위하여 제공할 수 있으며, 예방접종 등 업무도 보건소와 분담하여 수행할 수 있다. 또한 천재지변 등 위난이 닥쳤을 때, 보건복지서비스 제공기능을 가진 센터가 가까이 있으므로 보다 신속하고 정확한 대응이 가능하다는 점을 지적할 수 있는데, 이를 위하여 보건복지센터는 자원봉사자를 조직하여 해당지역에 위기관리망을 운용할 수도 있겠다.

3) 業務別 所要人力

4개 동마다 1개소의 보건복지센터를 설치할 경우 방문보건복지사업은 사회복지전문요원 3인과 방문간호요원 2인이 한 팀으로 배치되어 활동하는 것이 적절할 것이며, 보건교육·모자보건·예방접종·정신보건 업무 등을 담당할 간호사 2인, 저소득 취약계층 자활관련 상담 및 지원업무를 담당할 사회복지전문요원 1인, 그리고 행정·전산요원 1인을 배치하도록 한다.

또한 기초자치단체 단위의 복지행정업무 전문화 및 보건복지센터와의 원활한 업무상 연결을 위하여, 현재 동별로 1인이 배치되어 있는 사회복지전문요원 중 보건복지센터가 설치되는 지역단위별로 1인을 관할 시·군·구청 사회(복지)과에 배치하여 복지행정업무를 담당하도록 한다.

방문간호요원은 1인당 1일 5명⁴⁵⁾의 방문간호가 가능하다고 할 때,

45) 현재 시범사업이 진행되는 지역의 일반적인 수준으로 도시 및 농촌지역의 차이가 있습니다.

1주일에 1회 방문가능한 대상자는 1인당 25명이 된다. 센터당 2명의 방문간호요원이 업무를 수행한다고 할 때, 주당 서비스 대상자 50인 정도를 담당할 수 있을 것으로 보인다. 하지만 이러한 추산은 <表 IV-12>에서 보듯이 지역적 편차를 고려할 때 매우 한정적일 수밖에 없다. 방문간호 업무의 내용에 대한 규범적 기준의 설정과 그에 따른 지역특성별 소요인력 산정에 대하여는 별도의 연구가 필요하다고 판단된다.

〈表 IV-11〉 保健福祉事務所 示範地域別 訪問看護對象 家口數
(1998. 11. 現在)

(단위: 가구, 명)

구 분	서울 관악	대구 달서	경기 안산	강원 홍천	전북 완주
전체 방문간호대상 가구 ¹⁾	2,636	263	1,687	13,568	24,271
월 1회 이상 방문가구	872	263	120	905	4,108
주 1회 이상 방문가구	8	163	-	-	147
방문간호 담당 인력	12	5	5	34	49

註: 1) 전체 방문간호대상 가구수는 지역에 따라 제시 기준이 상이함. 관악, 안산은 지역 주민 중 관리카드를 보유하고 있는 가구, 달서는 이 중 방문대상으로 집중관리하고 있는 가구, 홍천·완주는 관할 지역 전체 가구임. 이러한 차이는 도시지역과 농촌지역의 인구적 특성으로 인하여 발생하는 사업방식의 차이에 기인하는 것으로 보임.

사회복지전문요원 역시 1일 7명 방문서비스를 기준으로 할 때, 1주일에 1회 방문가능한 대상자는 1인당 35명이 된다. 즉, 1개소의 보건복지센터에서 방문복지서비스 대상자 규모는 약 105명이라 볼 수 있다. 이러한 추정 역시 방문간호의 경우와 마찬가지로 방문복지서비스 사업이 아직 시작단계에 있다는 점과 정확한 자료에 의한 추산이 아니라는 점에서 향후 적정 인력 규모에 대한 별도의 연구가 필요하다.

이 외에 고려해야 할 인력으로 자원봉사인력을 들 수 있으며, 사회적으로 자원봉사자의 비중이 점차 높아질 것이 기대되므로, 그 활용 여부에 따라서 소요되는 인력의 규모는 크게 변동이 있을 것으로 보인다. 외상노인 등의 이용대상자가 많은 지역의 보건복지센터에는 공익근무요원, 사회봉사명령자 등을 민간자원과 함께 적극 활용할 필요도 있겠다.

보건복지센터에서 수행할 주요 업무 및 소요인력을 추산해 보면 <表 IV-13>과 같다.

<表 IV-12> 保健福祉센터의 主要 業務 및 所要 人力

사업	업 무	인 력
방문복지사업	<ul style="list-style-type: none"> 방문복지상담 및 공공부조 대상자 발굴 방문복지서비스(부식지원·이동목욕 등) 직접 전달 민간복지기관과의 연계 및 업무 분장 자원봉사자 인력 활용 장애인, 정신질환자 생활·취업상담 및 알선 정신질환자, 장애인 구호 및 결연사업 	<ul style="list-style-type: none"> 사회복지전문요원 3인¹⁾ 아동복지지도원 또는 여성복지상담원²⁾
	<ul style="list-style-type: none"> 생활보호·경로연금 등 대상자신청 및 실사 이용자 통합카드 관리 민간복지기관 연계망 구축 	
복지민원업무	<ul style="list-style-type: none"> 저소득 취약계층 자활관련 상담 및 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 사회복지전문요원 1인¹⁾
방문보건사업	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호 방문보건위생사업 자원봉사자 인력 활용 	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호요원 2인

〈表 IV-13〉 계속

사 업	업 무	인 력
대민진료 (농어촌 지역)	<ul style="list-style-type: none"> • 1차 외래 일반진료 • 1차 외래 치과진료 • 담당지역 순회 진료 • 결핵관리 및 만성질환 관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 의사 2인, 치과 의사 1인, 간호사 3인, 간호조무사 1인³⁾ (도시지역은 필요시 설치)
긴급 구호 ⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 재난 발생시 긴급 보건복지서비스 제공 • 3차 사회안전망 기능(긴급의료보호, 긴급급식, 긴급식품교환권, 긴급주거 제공) 	(시·군·구청 및 주민자치센터와 연계하여 업무수행)
모자보건	<ul style="list-style-type: none"> • 영유아 예방접종 • 모자보건 등록세대 관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 간호사 2인⁴⁾
예방접종	<ul style="list-style-type: none"> • 학교 및 수용시설 예방접종 • 전염병 예방접종 	
보건교육	<ul style="list-style-type: none"> • 주민대상 보건교육 • 민간의료인력의 활용(성인병 교육 등) 	
정신보건	<ul style="list-style-type: none"> • 환자 발견 및 보건소 정신보건센터 연결 • 환자 및 가족 상담 	
센터관리	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지센터 관리 • 지역보건정보 생산 및 DB 구축 	
		<ul style="list-style-type: none"> • 행정·전산 기능 1인⁶⁾

註: 1) 사회복지전문요원 소요인력은 보건복지센터 및 보건복지팀(총 909개)의 방문복지요원 각 3인, 시·군·구청의 복지행정요원 4개 동당 각 1인으로, 총 3,636명임. 현재 동별 배치인원이 2,900명 선이므로, 약 700명의 추가 인력 배치가 요청되는데, 이 외에 저소득계층 자활업무 담당을 위하여 방문복지팀별 사회복지전문요원 1인씩 추가배치가 요청되어, 총 1,600명 정도의 추가인력이 요구됨.

- 2) 현재 시·군·구에 배치되어 있는 아동복지지도원(283명) 및 여성복지상담원(336명)을 분산 배치함.
- 3) 보건지소 및 보건진료소 통합시 기존 인력을 재배치함.
- 4) 간호사는 현재의 보건소 인력을 재배치할 경우 보건복지센터 1개소를 추가담당할 수 있는 것으로 보임. 신규 소요인력으로는 보건복지센터(1,092-245)개소×2인=1,692명이 예상됨.
- 5) 긴급의료보호는 농어촌지역의 경우 보건소, 보건지소, 보건진료소 및 보건복지센터에서 담당하고, 도시지역의 경우 보건소 및 진료기능이 설치된 보건복지센터에서 담당함.
- 6) 현재 보건소의 행정인력이 전체 인력의 40% 수준이므로 기존 인력을 재배치하여 활용함.

4) 推進計劃 案

보건복지센터의 설치에 보건복지부뿐만 아니라 지방행정과 관련된 모든 정부부처 및 지방자치단체들과 관계가 깊기 있으므로, 이에 대한 신중한 배려가 필요하다. 따라서 기본적으로는 행정자치부의 시안대로 ‘주민자치센터’의 형성과 보조를 맞추는 것이 필요하며, 도시지역의 경우에는 가급적 ‘주민자치센터’의 내에 설치되는 방식이 바람직할 것으로 판단된다. 농어촌지역에는 이미 존재하는 보건지소 시설이 있으므로, 이를 활용하는 방안이 우선 고려대상이 되어야 할 것이며, 대개의 보건지소 시설이 읍·면사무소와 지리적으로 밀접한 위치에 있으므로, ‘주민자치센터’와의 협력관계 설정에 있어서도 큰 어려움을 발생시키지 않을 것으로 보인다.

보건소 인근 4개 동 또는 4개 이하 읍·면은 보건소가 직접 서비스를 제공하고, 이를 위해 보건소 내에 방문보건복지팀을 신설하며, 보건교육·모자보건 등 기존 업무는 그대로 유지한다. 농어촌지역의 경우도 군청소재지인 읍 단위는 보건소가 있으므로 센터를 설치하지 않고, 보건소 내에 방문보건복지팀을 설치하여 운영한다. 보건소에 설치하는 방문보건복지팀의 인력 구성은 보건복지센터의 방문보건복지팀(5명)과 같다. 면 단위는 보건지소 시설을 활용하여 4개 이하 면당 1개의 보건복지센터를 설치하고, 센터에서 거리가 먼 보건지소 및 보건진료소는 존치하는 것을 기본으로 한다.

도시지역의 동 단위는 주민자치센터와 협의 하에 동사무소 시설을 활용하여 4개 동당 1개소씩 보건복지센터 설치하도록 한다.

중소도시는 대도시와 같이 4개 동당 1개소, 군단위 농어촌지역은 2개 읍·면당 1개소의 보건복지센터를 설치하는 것을 상정하였을 때, 행정자치부의 주민자치센터 설치 시안에 준하여 보건복지센터를 설치하는 연차별 계획을 아래와 같이 세울 수 있겠다(表 IV-14 참조).

〈表 IV-13〉 行政自治部の 住民自治센터 設置 試案에 따른 年次別 保健福祉센터 推進計劃案

	일반행정조직 개편 (행정자치부 시안)	보건복지센터 설치	방문보건복지팀 설치 (보건소 내)
1998.4	• 195개 읍, 1230개 면, 2293 동 존재(인구과 소 326개 동 통폐합 예정)		
1999	시범사업	시범사업	시범사업
2000	• 도시지역 행정조직 개편(시·구·군청 소재지)	• 도시지역 1,600개 동 ¹⁾ 중 보건소 인근 지역(392개) 제외, 총 302개소 설치	• 29개 시, 69개 자치구, 81개 군청소재지 읍에 각각 1개 팀 설치(총 179개)
2001	시범사업	시범사업	시범사업
2002	• 농촌지역 행정조직 개편(군, 도농복합시)	• 농촌지역 114개 읍, 1230개 면, 367개 동 • 미설치 지역에 총 790개소 설치	• 미설치된 군에 1개 팀씩 설치(총 66개)

註: 1) 인구 과소동(寡少洞) 통폐합 추진에 따라 도시지역에 동 수에 변화 있음(예상치).

바. 向後 發展展望

1) 住民自治센터(案)의 檢討

행정자치부가 시안으로 제시하고 있는 「주민자치센터」가 설치되고 보건복지센터가 그 안에 설치되면, 지역주민이 방문하여 행정서비스를 이용하고 생활편의를 위한 각종 정보를 획득할 수 있는, ‘종합적인 생활센터’가 지역주민을 위해 만들어지는 것이라고 할 수 있다.

‘주민자치센터’의 기능은 지역주민이 한 번의 방문으로 공공부조, 복지서비스, 고용, 기본민원, 문화 및 여가, 보육, 정보 관련 서비스를 이용하고 제공받을 수 있도록 하는 것이 되어야 할 것이다. 또한 고

용보험 업무를 비롯하여 노동관련 업무를 처리하는 지방노동사무소의 일선기능을 보강하되, 장기적으로 복지와 고용업무의 연계성을 고려할 때 사회복지전담인력이 이를 포괄적으로 수행할 수 있도록 하는 것이 바람직할 것이다. 또한 신설되는 통합사회보험관리기구의 직원이 파견근무의 형태로 사회보험업무를 담당하도록 하는 것도 적극 고려해 볼 만하다.

주민자치센터가 설치된다는 것을 상정하였을 때 기대되는 주요 업무를 꼽아보면 <表 IV-15>와 같다.

<表 IV-14> 住民自治센터의 業務로 되어야 할 것

기능	주요 업무
보건·복지	<ul style="list-style-type: none"> • 방문보건·복지사업, 정신질환자 및 장애인 보건·복지사업 • 보건교육, 예방접종, 모자보건, 농어촌지역 대민진료 • 복지서비스업무 및 저소득층 자활사업
주민편의	<ul style="list-style-type: none"> • 민원발급 및 중계, 정보센터 등 • 예식장, 주민회의장, 중고품 교환, 농산물 직거래 등
고용안정 (도시지역 강화)	<ul style="list-style-type: none"> • 취업상담 및 지방노동사무소와 연계하여 취업 알선, 재교육 등의 업무 수행
문화 및 여가 (농어촌지역 강화)	<ul style="list-style-type: none"> • 동호회, 취미회, 스포츠활동, 생애교육, 전시회, 발표회, 문예교실, 향토문화전수관 등
보육 (농어촌지역 강화)	<ul style="list-style-type: none"> • 도시지역은 사회복지전문요원이 민간보육시설을 연계하도록 하고, 농어촌지역에서는 직접 대민 서비스를 제공하거나 민간에 위탁하도록 함.
사회보험업무	<ul style="list-style-type: none"> • 사회보험 관리운영 통합시 적용·징수·급여 등 대민 서비스 업무

註: 주민자치센터의 주요 기능은 행정자치부의 「읍·면·동의 기능전환 기본계획 (시안, 1998. 8)」을 참고로 함.

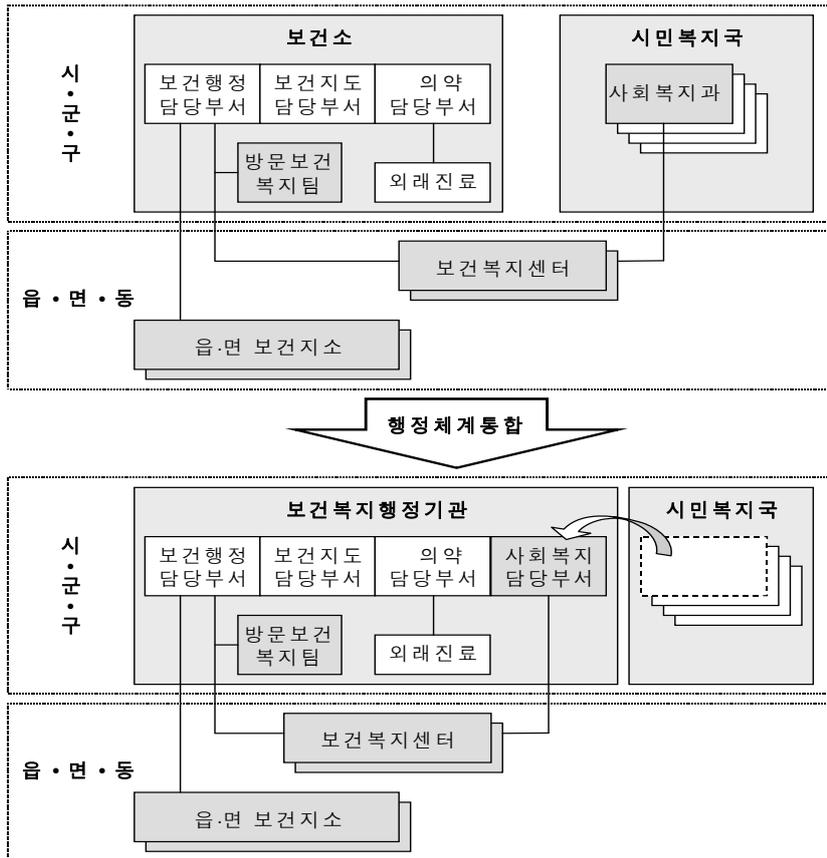
2) 地方 保健福祉行政組織의 統合

향후 고령화율이 10%를 초과하고 정신질환자들이 증가하는 등 주민의 보건·복지 관련 요구가 늘어나고, 서비스 중복부분의 확대로 보건·복지 연계 및 통합 서비스의 필요성이 더욱 급속하게 증가할 것이 예상되므로, 보건복지센터를 설치하여 소규모 지역단위 보건복지서비스 전달을 통합적으로 수행하는 방식만으로는 여러 가지 한계가 노정될 것으로 판단된다. 이는 앞으로 보건 및 복지서비스 양자 모두 그 내용이 더욱 개발되고 영역이 확대되면서 서비스전달의 통합을 내용상 한 단계 높이기 위하여 시·군·구 단위에서의 행정조직 통합의 필요가 발생할 것으로 보인다.

이는 보건복지센터를 통하여 지역주민들의 보건복지요구를 충족시켜 서비스 만족도가 높아지게 되고, 서비스의 내용이 더욱 넓어지면, 보다 높은 수준의 통합(서비스 제공단위 통합 → 행정조직 통합)이 추진될 수 있을 것을 예상케 한다. 즉, 현재의 보건소에 시·군·구청의 사회복지과가 설치되어 본격적인 통합사무소의 역할을 수행하는 일원화된 보건·복지전달체계의 설치가 가능하리라 예상된다.

외국의 경우를 비추어 보아도 지역 보건·복지 행정통합의 타당성을 알 수 있는데, 일본의 1990년대 중반(신골드플랜이 실시된 1993년)부터 농어촌 지역을 중심으로 설치된 ‘지역보건복지센터’나, 현재 영국에서 논의중인 통합서비스 전달체계의 구상 등은 보건과 복지전달체계를 분리된 상태로 운영하였던 과거의 경험 속에서 드러난 문제점들을 극복하기 위한 노력으로 판단할 수 있다.

[그림 IV-4] 地域單位 公共保健福祉傳達體系 統合模型(2段階)



이같은 시·군·구 수준의 보건·복지 행정조직의 통합은 보건복지센터의 설치와 그에 따른 서비스 통합 전달체계 구축이 성과를 보여야 가능한 것으로서, 보건복지센터의 전국 확산과 정착 이후에야 거론되어질 수 있을 것으로 예상된다(그림 IV-5 참조).

또한 시·군·구 행정조직 수준의 통합이 이루어진다면, 현행 지역보건법이나 사회복지사업법을 개정하여 현재의 ‘지역보건계획’의 수립

을 ‘지역보건·복지계획’의 수립으로 전환하는 것도 가능해지며, 이러한 법적 변화는 바로 지역보건·복지사업의 한 단계 비약을 의미하게 될 것이다.

3. 醫療保險 保健豫防事業과 保健所

가. 醫療保險의 保健豫防事業

의료보험조합은 매년 가입자 및 피부양자의 질병예방과 조기발견을 위하여 보건예방사업을 시행하고 있다⁴⁶⁾. 이 사업은 질병의 조기발견 및 조기치료로 국민건강 수준을 향상시키며, 질병의 사전예방으로 국민의료비용을 절감하는 것을 목적으로 하고 있다(보건복지부,1998). 보건예방사업의 사업내용과 대상을 간단히 살펴보면 <表 IV-16>과 같다.

<表 IV-15> 保健豫防事業의 內容 및 對象

내 용	대 상
직장 의료보험 건강진단	직장 피보험자(생산직 매년, 사무직 격년)
공·교의료보험 건강진단	공·교보험 피보험자(격년; 짝수해) 및 피부양자(격년; 홀수해)
성인병 검진	직장조합 피부양자 및 지역조합 피보험자(만 40세 이상)
간염예방사업	공·교공단 피보험자 및 직장조합 피보험자/피부양자(만 50세 미만)
암검사사업	직장 및 공·교 피보험자 건강진단 대상자 중 희망자 (위암/결·직장암은 만 40세 이상, 유방암은 여성, 간암은 간장질환 유질환자)

資料: 보건복지부, 『보건예방사업 실시지침』, 1998.1.

46) 의료보험법 제26조(피보험자 및 피부양자에 대한 예방사업) 및 제39조의 2(피보험자에 대한 건강진단), 동법 시행령 제76조의 2(직장피보험자건강진단 실시방법 등)에 의거, 직장 및 지역의료보험조합의 건강검진이 이루어지고 있으며, 공무원및사립학교 교직원의료보험법 제29조(피보험자건강진단), 제26조 제1항(피보험자 및 피부양자에 대한 예방사업) 및 동법 시행령 제25조(피보험자건강진단), 제55조(피보험자건강진단 카드 비치·관리)에 의거하여 공·교의료보험 건강검진사업이 이루어지고 있다.

지역의료보험과 공·교의료보험이 국민의료보험관리공단으로 합쳐지게 되면서 이러한 보건예방사업도 해당 보험별로 국민의료보험관리공단으로 이관되었다. 이에 따라 1999년도 사업대상자 및 사업내용이 선정되었으며, 그 중 건강검진사업의 내용은 <表 IV-17>부터 <表 IV-19>까지와 같다.

<表 IV-16> 國民醫療保險管理工團의 保險種類別 健康檢診事業 對象者(1999年)

	사업 대상자
지역의료보험	출생연도가 홀수('59. 12. 31 이전 출생자)이고 세대주인 피보험자 또는 세대주가 아닌 피보험자로서 만 40세 이상인 자
공·교의료보험	만 40세 이상('59. 12. 31 이전 출생자)인 피부양자

<表 IV-17> 國民醫療保險管理工團 1次健康診斷 檢診種目 및 關聯疾患

구 분	검진종목	관련질환
진찰 및 상담	<ul style="list-style-type: none"> 진찰(시진, 청진, 문진, 촉진) 체위검사(신장, 체중, 비만도, 시력, 청력, 혈압측정) 	<ul style="list-style-type: none"> 각종질환의 진찰 및 기초검사
기능검사	<ul style="list-style-type: none"> 심전도검사(만 40세이상 피보험자에게 실시) 	<ul style="list-style-type: none"> 고혈압, 고지혈, 심근경색 등
흉부방사선 검사	<ul style="list-style-type: none"> 방사선 간접 촬영 	<ul style="list-style-type: none"> 폐결핵, 폐암 등 흉부질환
요검사	<ul style="list-style-type: none"> 요당, 요단백, 요잠혈, 요pH 	<ul style="list-style-type: none"> 신장질환 및 당뇨질환
혈액검사	<ul style="list-style-type: none"> 혈색소, 백혈구수 	<ul style="list-style-type: none"> 빈혈 등
	<ul style="list-style-type: none"> 혈청지오티, 혈청지피티, 감마지티피 	<ul style="list-style-type: none"> 간장질환
	<ul style="list-style-type: none"> 총콜레스테롤 혈당(식전) 	<ul style="list-style-type: none"> 고혈압, 고지혈증, 동맥경화 당뇨질환
부인과적 세포학적검사	<ul style="list-style-type: none"> 부인과적 세포학적검사 * 여성피보험자 중 희망자에게 실시 	<ul style="list-style-type: none"> 자궁경부암 및 부인과질환

〈表 IV-18〉 國民醫療保險管理工團 2次健康診斷 實施 對象者 및 檢診 種目

구 분	건 강 진 단 종 목	실 시 대 상 자
폐결핵 및 흉부질환	<ul style="list-style-type: none"> • 흉부방사선직접촬영 • 결핵균집균도말검사 • 결핵균배양검사 • 결핵균약제감수성검사 	1차건강진단결과 폐결핵의심자 * 기타흉부질환의심자는방사선직접 촬영만 실시 * 약제감수성검사는 결핵균배양검사 결과 양성자만
순환기계질환	고혈압성질환	<ul style="list-style-type: none"> • 혈압측정 • 정밀안저검사(양측) 1차건강진단결과 고혈압의심자
	고지혈증	<ul style="list-style-type: none"> • 트리글리세라이드 • HDL콜레스테롤 1차건강진단결과 고지혈의심자
간장질환	<ul style="list-style-type: none"> • 총단백 • 알부민 • 알칼리포스파타제 • 빌리루빈(총, 직접) • 유산탈수효소 • 알파휘도단백 • 간염항원 • 간염항체 	1차건강진단결과 간장질환의심자 * 1차건강진단시 간염항원 및 항체검사 실시자는 간염항원항체검사 제외
당뇨질환	<ul style="list-style-type: none"> • 식전혈당 • 식후혈당 • 정밀안저검사(양측) 	1차건강진단결과 당뇨질환의심자
신장질환	<ul style="list-style-type: none"> • 요침사현미경검사 • 요소질소 • 크레아티닌 • 요산 	1차건강진단결과 신장질환의심자
빈혈증	<ul style="list-style-type: none"> • 헤마토크릿 • 백혈구수 • 적혈구수 	1차건강진단결과 빈혈증의심자

공·교보험 가입자는 문제가 없으나, 지역보험 가입자의 경우는 공단에 전화연락을 하거나 방문하여야 건강진단 서식을 발급하도록 되어 있어서⁴⁷⁾, 집행실적 저조에 한 몫을 하고 있다. 1997년 의료보험조합에서 행한 일반건강진단 및 성인병 검사의 예산 및 집행실적을 보면 <表 IV-20>과 같다.

<表 IV-19> 保健豫防事業 豫算 및 執行實積

(단위: 백만원)

구 분		1996		1997	
		예산	집행	예산	집행
성인병 검진	지역의료보험	36,345	18,918	41,003	20,701
	직장의료보험	13,919	7,500	13,742	7,723
일반 건강진단	직장의료보험	70,061	53,084	77,095	58,948
공교의료보험 건강진단 ¹⁾		29,381 ¹⁾	27,707 ¹⁾	9,467 ¹⁾	

註: 1) 1996년도는 피보험자 (일반)건강진단, 1997년도는 피부양자 (성인병)건강진단만 시행함.

나. 醫療保險 保健豫防事業과 保健所의 疾病豫防事業

보건소가 담당지역 주민의 건강관리자로서의 기능을 제대로 수행하기 위해서 필요한 기본 조건은 주민 개개인의 건강상태에 대한 파악이라고 할 수 있다. 하지만 현재 보건소가 획득할 수 있는 주민 건강상태에 관한 정보는 필요시 조사사업을 통하여 얻게 되는 정도의 극히 미미한 수준이며, 지속적인 모니터링 체계는 아예 엄두조차 못내고 있다. 이러한 상황에서 의료보험에서 행하고 있는 건강진단사업은 주민을 포괄하는 범위가 매우 넓다는 강점을 갖고 있으므로, 보건소

47) 국민의료보험관리공단, <http://www.nhic.or.kr>. 1999. 2.

로서는 이 사업의 결과 드러난 주민의 건강상태에 대한 자료를 필히 획득하여야 할 필요가 있다고 할 수 있다.

현재 보건소의 질병예방사업은 사업별 특성에 따라 대상자를 선정 하되, 주민 중 의료보험대상자를 제외시키지 않고 있으며, 이는 전 주민의 건강을 책임지는 공공보건의료기관의 임무라 할 것이다. 하지만 제한된 보건소의 예산으로 인하여 필연적으로 수혜주민이 제한될 수밖에 없다는 사실을 감안할 때, 저소득층 주민에 대해 우선적인 관심을 기울이는 것이 타당하게 된다. 실제로는 의료보험적용자나 의료보호대상자를 구분하여 사업을 수행할 수 없게 되는 것이 대부분의 경우이기 때문에, 의료보호대상자뿐만 아니라 의료보험적용자들도 보건소의 사업에서 많은 혜택을 보고 있는 것이 현실이다. 이러한 상태에서의 의료보험조합의 건강진단사업은 보건소의 질병예방사업과 대상자 및 사업내용이 중복되는 현상을 야기시킨다.

의료보험조합의 경우 보건예방사업을 수행할 하부조직이 없기 때문에 민간의료기관을 지정하여 사업을 수행하도록 위탁하는 형태를 띠고 있다. 하지만 질병자가 발견된 경우 이후의 추구관리를 하는 것이 용이하지 않으며, 이로 인해 사업이 일회성으로 끝나버리는 위험이 있다. 주민의 입장에서 건강진단결과의 통보를 받더라도 이의 해석이 쉽지 않으며, 이후 어떻게 해야 할 지를 알지 못하여, 결과적으로 건강문제에 해결에 큰 도움을 기대하기는 어렵다. 이를 요약하면,

- ① 보건소와 의료보험에서 행하는 질병예방사업이 동일 대상자에 대하여 이원적으로 시행되고 있으므로 사업체계를 단일화하여 재원의 효율적인 활용을 꾀할 필요가 있고,
- ② 의료보험조합은 사업이 실효를 거두기 위해서 검사자의 추구관리가 가능하도록 지역단위에서 공공성을 띠고 보건의료사업을 하는 실무조직이 필요하며,

- ③ 보건소가 한정된 예산을 운용하여 저소득층/의료보호대상자에게 더욱 많은 서비스를 시행하기 위해서는, 건강진단 등 보건소가 시행하는 많은 질병예방사업의 대상자가 의료보험 적용자인 경우 그 비용을 의료보험조합의 예산에서 지원하는 것이 바람직하며,
- ④ 주민의 입장에서는 건강진단을 받은 것이 일회성으로 끝나지 않고 지속적인 건강관리의 시발점이 되도록 책임있는 기관의 관리를 받아야 할 필요가 있다.

이러한 이유로 기존 의료보험 보건예방사업과 보건소의 보건사업이 통합적으로 수행될 필요성이 있으며, 그 구체적인 방안을 제시하면 다음과 같다.

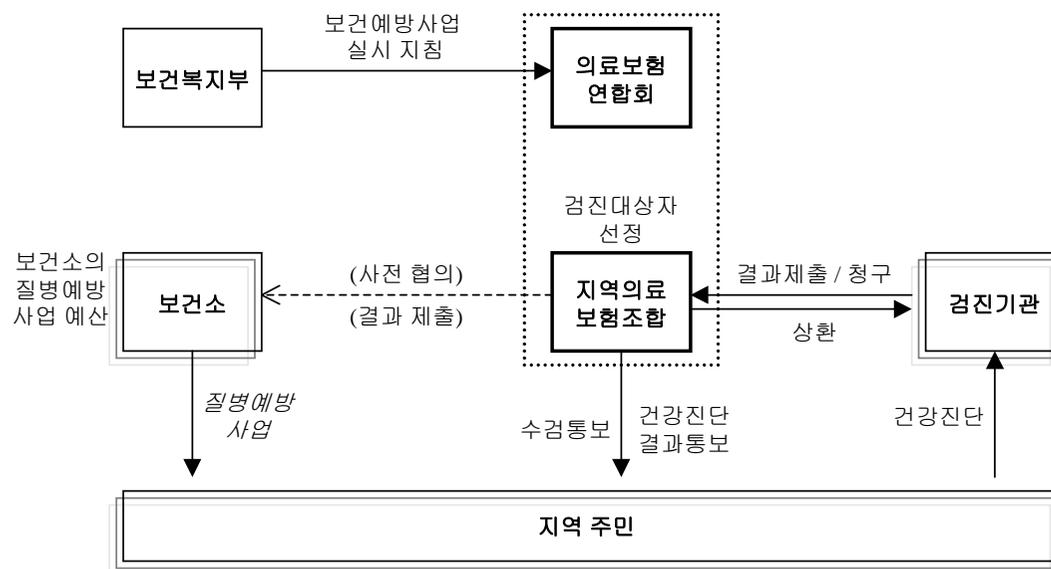
다. 保健豫防事業體系 改編案

기존 보건예방사업의 체계와 지역단위 통합운용체계(안)을 비교하여 살펴보면 [그림 IV-6] 및 [그림 IV-7]과 같다.

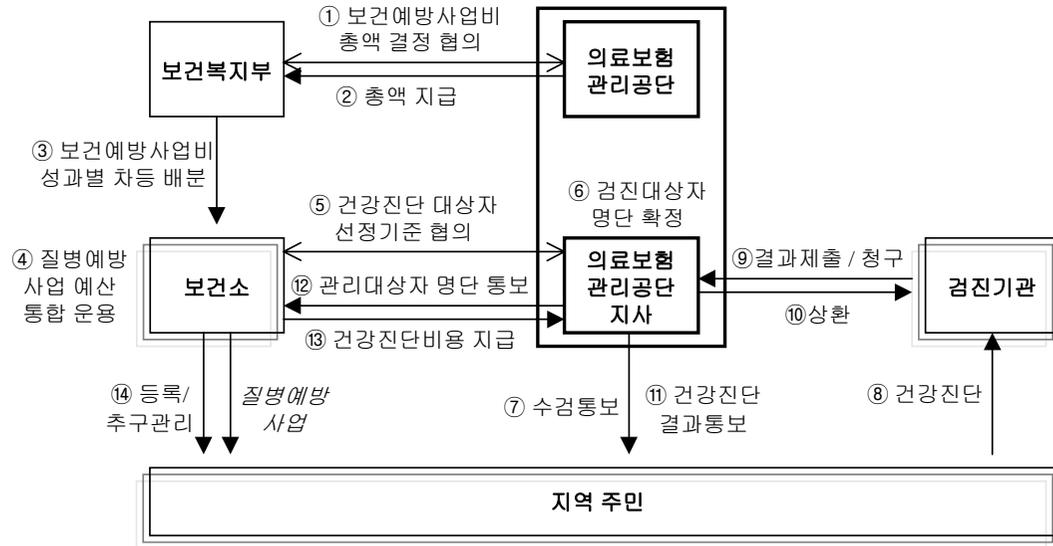
기존 의료보험의 보건예방사업은 보건소와 사업관련 연계를 규정받고 있지 않으며, 지역보건법의 규정에 의하여 사업시행시 보건소와 협의토록 되어 있으나⁴⁸⁾, 법체계상 강제성을 띠기 힘들어 실효를 보지 못하고 있는 실정이다.

48) 현행 지역보건법에는 의료보험조합 건강진단을 실시할 경우 대상·내용·건강진단 기관 등에 대하여 보건소와 사전 협의 및 사후 결과를 제출하도록 규정하고 있습니다(지역보건법 제18조, 동 시행령 제21조). 하지만 실제로 전국적으로 동일한 기준에 의하여 대상자 선정 및 검사 내용 결정이 이루어지고 있으므로 지역별로 특성을 고려하여 내용있는 협의가 이루어지지 못하며, 검진 결과를 제출하는 경우라도 이를 보건사업에 활용하는 예는 찾아보기 힘든 실정이다.

[그림 IV-6] 기존 의료보험 보건예방사업 수행체계



[그림 IV-7] 의료보험 보건예방사업 과 보건소 질병예방사업의 통합운영체계(안)



따라서 보건소의 질병예방 관련사업들은 한정된 보건소의 예산만으로 독자 운영되고 있으며, 재원의 제약으로 인하여 지역주민 전체에 대한 접근은 현실적으로 불가능하다고 할 수 있다.

통합운영체계(안)의 의사결정 및 업무수행 흐름을 [그림 IV-7]의 번호에 따라 순서대로 보면 다음과 같다.

- ① 보건복지부와 신설된 국민의료보험관리공단 간에 연간 보건예방사업비 예산의 총액을 협의 결정
- ② 국민의료보험관리공단이 결정된 보건예방사업비의 총액을 보건복지부에 지급
- ③ 보건복지부는 각 보건소별로 보건예방사업비를 분배하되 보건소의 사업실적평가결과 및 해당 보건소 관할지역의 인구 특성을 고려하여 차등배분
- ④ 보건소는 자체의 질병예방사업 예산에 분배된 보건예방사업비를 통합 운용
- ⑤ 보건소는 해당 지역을 관할하는 국민의료보험관리공단 지사와 협의하여 당해연도 건강진단 대상자 선정 기준을 결정
- ⑥ 국민의료보험관리공단 지사는 결정된 대상자 선정기준에 의거하여 대상자 명단을 확정
- ⑦ 국민의료보험관리공단 지사는 확정된 명단에 따라 지역 주민에게 건강진단 수검을 통보
- ⑧ 주민은 보건소나 검진기관 지정을 받은 민간의료기관에 방문하여 건강진단을 받음
- ⑨ 검진기관은 검진결과를 국민의료보험관리공단 지사에 제출하고 비용을 청구
- ⑩ 국민의료보험관리공단 지사는 검진비용을 검진기관에 지불
- ⑪ 국민의료보험관리공단 지사는 검진결과를 수검자에게 통보

- ⑫ 국민의료보험관리공단 지사는 검진결과 및 보건소와 협의된 기준에 의해 결정된 관리대상자 명단을 보건소에 제출
- ⑬ 보건소는 질병예방사업 통합예산에서 민간 검진기관에 국민의료보험관리공단 지사가 지불한 검진비용을 국민의료보험관리공단 지사에 지불
- ⑭ 보건소는 수령한 검진결과 및 관리대상자 명단에 근거하여 질병 예방사업 통합예산을 운용, 대상자를 추구관리

이러한 통합된 체계에서 사업에 수행될 때 주민들에게 직접적으로 느껴지는 변화는 일회성 검사 뿐 아니라 추구관리가 이루어지는 것으로, 보건소가 관리대상자를 추구관리하는 내용을 구상하면 다음과 같은 것들이 가능하다.

- ① 질환자의 DB구축
- ② 질환자의 의료기관 방문 유도를 위한 접촉
- ③ 만성질환자 대상 질병관리 교육사업
- ④ 급성질환자 대상 전화접촉 또는 방문관리
- ⑤ 정밀진단 필요 주민 선정 및 시행
- ⑥ 다음 연도 건강진단사업 대상자로 선정, 집중관리

또한 지역별로 처해진 상황에 따라 건강진단 대상자를 자율적으로 결정하고 관리할 수 있게 된다는 점이 중요한 변화의 하나가 된다. 보건소가 설치된 지역단위마다 인구구성 및 지리적·문화적 차이가 있으며, 이로 인해 생기는 지역보건문제의 차이가 있다. 그리고 기존 보건사업 수행의 정도와 분야가 지역마다 다르다는 점을 생각해 보면, 건강검진사업 역시 지역별로 특성에 맞게 자율적으로 결정하여 수행하는 것이 타당하다고 하겠다.

모자보건 문제가 시급한 지역에서는 가임연령 여성이나 유아를 대

상으로 건강진단사업을 수행할 수도 있으며, 간디스토마가 극복해야 할 우선적인 보건문제로 선정된 지역에서는 간디스토마 진단 항목을 건강검진에 포함시켜서 사업을 수행할 수도 있다. 이처럼 인구문화적 환경과 보건문제, 보건정책의 차이점을 인정하고 각 지역별로 자율적인 사업을 스스로의 책임 하에 수행하도록 하는 것은, 지방자치제도 시행 이후 공공보건의료계가 겪고 있는 지역별 자율화의 바람을 어떻게 훌륭히 소화할 수 있느냐는 점에 있어서도 의미가 깊다고 생각된다.

라. 統合運用時의 變化

1) 總額 決定

보건복지부와 국민의료보험관리공단(이하 '공단')의 협의로 보건예방사업의 총액이 결정되며, 총액결정의 기준은 기존의 '대상자수×단가' 방식에서 '의료보험예산총액의 몇 %'의 방식으로 변할 수 있다.

2) 但書條項의 設定

보건예방사업비를 공단에서 보건복지부에 제공할 때 단서 설정이 필요하다. 즉, 사업비가 보건예방사업과 그 추구관리를 위하여 사용되도록 하여야 하므로, 단서조항에 포함된 곳 이외에는 보건예방사업비의 사용을 제한하도록 한다. 가능한 단서 조항은 주민건강진단, 간염 예방접종, 성인병환자 추구관리 등이 될 것이다.

3) 保健豫防事業費의 差等 配分

사업비 통합운용 초기에는 보건소별로 관할 인구를 고려하여 동일한 기준을 적용, 배분한다. 이후 보건복지부는 각 보건소의 보건예방

사업비 운용에 대한 평가를 매년 시행하여 평가 결과에 따라 익년 사업비를 등급에 따라 차등 배분한다.

4) 豫算의 統合 運用

분배된 보건예방사업비는 보건소의 질병예방사업 예산에 통합하여 운용한다. 이는 첫째, 건강진단 결과 발견된 질환자의 추서관리 비용을 보건소 예산만으로는 충당하기 어렵기 때문이며, 둘째, 의료보험적용자를 대상으로 한 보건소의 질병예방사업과 의료보호적용자를 대상으로 한 질병예방사업을 구분하여 예산배정을 할 수 있게 되어 보다 많은 보건소 예산을 의료보호적용자에게 배정할 수 있게 되기 때문이다.

5) 公共保健事業의 一貫된 方向 堅持

지역별로 보건소와 공단 지사의 협의를 거쳐 건강진단대상자를 선정하게 되므로, 관할 지역의 보건사업이 일관된 흐름을 견지할 수 있다. 이는 보건소가 지역단위 보건사업의 기획자이며 실행자로서의 위치에 있음을 감안할 때 필수적인 사항이다.

6) 地域特性에 맞는 事業 對象者의 選定

건강진단 대상자를 전국적으로 동일한 기준에 의해 선정하던 것을 지역단위로 자율적으로 선정하게 되므로 지역 특성을 살려 적합한 계층을 대상으로 건강진단사업을 벌일 수 있게 된다. 이는 지방자치시대에 걸맞는 보건사업이라 할 수 있다.

마. 統合運用의 豫想 效果

보건소가 질병예방사업을 지역단위에서 일관된 전략 하에 통합적으

로 수행함으로써 재원의 낭비요인을 제거하고, 보다 넓은 범위의 주민을 포괄하는 사업을 수행할 수 있다.

건강진단사업을 수행한 이후 지속적인 추구관리가 가능하다. 즉, 보건소 단위로 지역주민 건강상태의 DB화가 가능해지며, 이를 활용한 질병관리사업이 가능해진다.

추구관리가 잘 될수록 주민의 보건예방사업(건강진단)에 대한 신뢰가 높아질 수 있다. 이는 또한 현재의 낮은 의료보험 성인병 건강진단 실시율(35~55%)을 높이는 계기로 작용할 것이다.

보건소가 건강진단 대상자 선정을 지역의 특성에 맞추어 자율적으로 의료보험조합과 협의·결정하는 것이 구조적으로 필수적인 체계가 된다⁴⁹⁾. 이로써 주민의 의료필요에 보다 적절히 부응하는 시책이 가능해지며, 지방자치제도가 정착하는 하나의 바탕으로 작용할 수 있다. 보건복지부는 보건사업수행의 성과에 따라 보건소에 대한 보건예방사업비의 배분을 차등을 두어 할 수 있으므로, 보건소가 지역보건사업을 보다 활발히 벌이도록 하는 유인을 보건소 및 해당 자치단체에 제공하는 것이 가능하다.

사업관련 각 주체별로 업무의 변화와 예상 효과를 정리하면<表 IV-21>과 같다.

49) 현행 지역보건법에는 의료보험조합 건강진단을 실시할 경우 대상·내용·건강진단 기관 등에 대하여 보건소와 사전 협의 및 사후 결과를 제출하도록 규정하고 있습니다(지역보건법 제18조, 동 시행령 제21조). 하지만 실제로 전국적으로 동일한 기준에 의하여 대상자 선정 및 검사 내용 결정이 이루어지고 있으므로 지역별로 특성을 고려하여 내용있는 협의가 이루어지지 못하며, 검진 결과를 제출하는 경우라도 이를 보건사업에 활용하는 예는 찾아보기 힘든 실정이다.

〈表 IV-20〉 事業主體別 業務 變化와 豫想 效果

구분	업무 변화	예상 효과
의료 보험	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부와 사업비 협의·결정 (공단) · 보건복지부에 사업비 총액 지급 (공단) · 대상자 및 검사내역 선정시 보건소와 협의(지사) · 대상자 및 검사내역에 따른 검진 비용을 보건소로부터 수령(지사) · 사업결과를 보건소에 제공(지사) 	<ul style="list-style-type: none"> · 동일한 규모의 예산으로 질병예방 및 관리 효과를 높일 수 있음. · 주민의 건강수준 향상은 의료보험 수지상 장기적으로 긍정적인 효과를 가져옴. · 주민의 의료보험에 대한 신뢰도 증가
보건 복지부	<ul style="list-style-type: none"> · 공단과 협의로 사업비 결정 · 공단으로부터 사업비 총액 수령 · 보건소별 사업평가 · 사업평가에 따른 사업비 차등 지급 	<ul style="list-style-type: none"> · 사업비 차등지급에 따른 보건소사업 활성화 유인 제공
보건소	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부로부터 보건예방사업비 수령(성과에 따른 차등 지급) · 공단 지사와 건강진단 대상자 선정 기준 및 검사내역 협의 · 대상자 및 검사내역에 따른 검진 비용을 지사에 지급 · 사업결과를 공단 지사로부터 수령 · 관리대상자 추구관리 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역보건사업의 총괄자로서의 역할 강화 · 지역주민의 보건소 사업에 대한 접근도를 높임. · 기존 질병예방사업 예산을 보다 효과적으로 활용할 수 있음. · 사업의 내용을 풍부히 할 수 있음.
주민	<ul style="list-style-type: none"> · 대상자 선정기준 및 검사내역의 지역별 자율 결정에 따라 검진 내역 변화 · 관리대상자로 결정되면 보건소의 추구관리를 받음 	<ul style="list-style-type: none"> · 추구관리를 받음으로 인한 편의 증가 및 건강수준 향상 · 건강진단 수검률 증가
민간 의료 기관	<ul style="list-style-type: none"> · 대상자 및 검사내역의 지역별 자율 결정에 따라 검사업무 변화 	<ul style="list-style-type: none"> · 주민의 수검률이 높아지면 수익이 증가함.

바. 統合運用體系 導入의 問題點

의료보험의 보건예방사업과 보건소의 질병예방사업은 앞서 언급한 많은 장점에도 불구하고 통합하여 운용하기에는 난점이 많은 것이 사실이다. 우선 보건소와 의료보험조합의 성격상의 차이로서, 정부기관과 민간기관이라는 조직의 차이, 업무의 차이, 재원이 국민의 세금과 보험료라는 차이 등을 들 수 있다. 또한 보건소의 사업은 공공의 이익을 위한 정부의 역할로서 규정을 받는데 비하여, 의료보험의 보건예방사업은 질병예방을 통한 건강수준 향상으로 보험재정 누출을 최소화하려는 보험원리를 바탕으로 깔고 있다는 사업 목적상의 차이가 있다.

이와 같은 주관 기관 및 업무 성격의 차이에서 기인하는 통합운용체계 도입의 어려움은 국민보건 향상을 위하여 정부와 공익기관이 그 역할을 효율적으로 수행하고자 하는 합의만 이루어질 수 있다면 어렵지 않게 풀 수 있는 것이며, 앞서 제안한 통합운용체계를 활용한다면 보건소와 의료보험 양측 모두 지출된 재원이 국민건강 향상에 긍정적인 효과를 가져오는 것을 볼 수 있을 것이다.

두 번째 문제점은 직장 및 공·교조합의 경우 지역단위로 편재되어 있지 않아 보건소와의 공동사업 수행이 어렵다는 점이다. 이 문제에 대하여서는 현재 의료보험 통합작업이 계속 추진중에 있으므로, 향후 추이를 보면서 방안을 강구해야 할 것이다. 현재로서는 보건소와의 협력대상을 지역의료보험조합(공단·지역별 지사)으로만 국한하는 것이 좋겠다.

세 번째 문제점으로 지적될 수 있는 것은 현재 보건소의 역량으로 통합운용방식을 수용할 수 있을 것인지에 대한 문제이다. 이는 지금까지 보건소의 사업수행 성과에 대하여 부정적인 견해를 취하고 있는 사람들이라면 충분히 가질 수 있는 의견이다. 하지만 의료보험의 보

건예방사업이 지역주민들에게 실제적인 도움이 되기 위해서는 추구관리 등을 수행할 조직체가 필요하며, 이를 새로 만드는 엄청난 재정투입을 고려하기보다는 현재의 보건소 조직을 활용할 것을 우선적으로 고려하는 것은 당연한 일이라 할 것이다. 더 나아가 보건소 조직을 적극 강화하도록 여러 가지 지원을 한다고 하여도, 새로운 조직을 만드는 것에 비하면 재정소요가 훨씬 적다는 것도 당연하겠다.

현실적으로 둘 이상의 성격이 다른 조직이 하나의 사업을 공동수행한다는 것은 쉽지 않은 일이다. 하지만 세금과 의료보험료 모두 국민의 건강을 효과적으로 증진시키는데 사용되어야 한다는 대전제에 동의하고 大乘的 견지에서 협력한다면 많은 장애들은 저절로 사라져버릴 것이 분명하다.

4. 保健診療所 改編 方向

우리 나라는 지난 40년 동안 농어촌 벽지 주민의 의료요구를 충족시키기 위하여 여러 보건정책을 추진해 왔다. 1976년에는 한국보건개발연구원을 설립하여 종합 보건의료 시범사업(일명 “마을건강사업”)을 1977년부터 1980년까지 실시하였으며, 시범사업의 5가지 혁신적 요소 중의 하나였던 보건진료원의 개발 및 활용이 지역주민의 보건의료요구 충족에 상당한 기여를 할 수 있음이 시범사업결과로 제시되어 오늘의 보건진료원 제도가 탄생하게 되었다.

정부는 1980년 12월 31일자로 ‘농어촌보건의료를위한특별조치법’(이하 ‘농특법’)을 공포하였고, 1981년부터 정부계획에 의하여 매년 보건진료원이 교육되고 있으며, 현재 2,024개소의 보건진료소가 설치되어 운영중에 있다.

한편, 세계보건기구는 1977년 기본 보건의료(BHS, Basic Health

Service)의 정책을 수정하여 “서기 2000년까지 일차보건의료를 통한 모든 주민에게 건강을(Health for All by the Year 2000 through Primary Health Care)”이라는 목표를 설정하고, 1978년 소련 Alma-Ata에서 개최된 국제회의에서 이를 선언함과 동시에, 각 회원국에 일차보건의료를 도입하도록 권고하였다.

이에 우리 나라는 보건의료문제 해결이 시급한 농촌지역에 일차보건의료 개념을 적극 도입하였으며, 농특법에 근거하여 기존의 보건소 및 보건지소에 공중보건의사를 배치하였고, 일차보건의료 사업을 위한 조직으로서 보건소, 보건지소 및 보건진료소를 운영하기에 이르렀다.

지난 18년 동안 보건진료원의 활동은 농어촌 벽지 주민의 의료이용의 접근성을 높임으로써 의료요구 충족에 상당한 기여를 하였다. 즉, 질병예방을 위한 주민의 보건교육, 응급환자의 신속한 처리 및 후송, 추구관리, 가족의 건강문제에 대한 상담, 학교아동의 건강관리 등을 통한 주민의 건강수준 향상 등의 성과가 여러 연구 결과로써 제시되고 있다.

그러나 보건진료원 제도가 도입된 이후 우리 나라의 사회 경제적 여건으로서 인구구조, 소득 및 교육수준은 지난 18년간 상당한 변화를 가져왔으며, 주민의 보건의료 이용양상 및 질병양상의 변화와 지역의료보험제도의 도입, 의료시설 및 보건의료 인력(공중보건의사, 진료보조원, 치과위생사 등)의 농촌지역 투입 등은 보건진료원의 역할 및 기능의 재조정을 불가피하게 하고 있다. 더욱이 현 정부가 추진하는 공공부문 개혁의 일환으로 보건진료소의 존폐가 거론되고 있으므로, 이러한 시점에서 보건진료원의 활용현황과 이에 따른 문제점을 분석하고 기능 재정립 방안을 제시하는 것은 매우 의의가 있다고 하겠다.

가. 保健診療所 制度運營의 成果

보건진료소와 보건진료원 제도의 개선방안을 논의하기에 앞서 보건진료소가 설치된 이후 지역사회 보건문제와 관련하여 이룩한 성과를 살펴보는 것도 의미 있는 일일 것이다.

1) 豫防保健 서비스 提供의 接近性 向上

- 영유아 예방접종 실천수준에서 특히 홍역 예방접종률이 보건진료원 배치 지역에서 현저히 높았으며 지난 1년간 이미 진단, 치료나 예방접종 관계로 보건소, 보건지소, 보건진료소에 가본 경험을 분석한 결과 보건진료소 방문이 63.0%로서 매우 높았다(송건용 외, 1988).
- 보건진료원 배치지역은 영구피임으로 정관수술 및 난관수술 경험률이 높았으며 인공유산 경험 감소율이 7.8%인 반면, 비배치지역은 5.1%로서 정부 가족계획사업에 보건진료원의 활동이 적극적이었음을 나타낸다고 할 수 있다(송건용 외, 1988).
- 보건진료원 투입전후의 지역주민 건강행위에 대한 변화는 흡연, 음주와 강장식품 복용 수준에서 차이가 있는 것으로 나타나 질병예방을 위한 건강한 생활양식을 갖는 데 긍정적인 변화를 준 것으로 해석될 수 있다(김영희 외, 1986).

2) 地域住民의 一次診療 利用의 接近性 向上

진료를 목적으로 연간 1인당 병의원, 보건(지)소, 약국(방) 등을 방문한 수는 1981년에 보건진료원 미배치지역과 배치지역간에 큰 차이가 없었으나, 1987년에 보건진료원 배치지역은 미배치지역보다 병의원과 보건(지)소 방문이 감소하였고 약국이용의 감소는 더욱 현저하였다. 따라서 보건진료소는 관할지역주민의 치료서비스 이용의 접근

성을 높였음을 나타내고 있다(송건용 외, 1988).

3) 農漁村 一次保健醫療體系 下部構造 確立

보건진료원 제도와 같은 새로운 제도에 대한 주민의 수용도 (Acceptability)는 높았으며 특히 지역주민이 갖고 있는 건강문제의 일차적 접촉 창구(entry point)로서의 활용도는 높은 것으로 나타나 일차 보건의료의 하부구조 확립을 가능하게 하였다(김진순 외, 1991).

4) 費用便益이 높은 組織

보건진료소는 보건소 및 보건지소보다 적은 예산으로 운영될 수 있으며 비용편익이 높은 조직으로서 경제적 측면에서 지속적인 운영에 타당성이 높았다. 따라서 보건진료원 제도는 결코 낭비되고 있는 제도가 아니며 성공적인 제도로서 계속 발전시킬 경우 주민의 건강수준 향상 및 국민의료비 절감에도 크게 기여할 수 있음을 강조하고 있다.

나. 保健診療員 調査 結果의 政策的 意味

본 연구에서 수행한 보건진료원 조사 결과(II장 참조)를 보았을 때, 현재 보건진료소의 활용은 다음과 같은 정책적 의미를 갖는다고 할 수 있다.

1) 管轄人口規模 側面

관할인구 규모를 볼 때 현재 보건진료소의 21.1%가 500명 이하의 인구를 담당하고 있으며, 51.0%가 500~1,000명의 인구를 담당하고 있다. 하지만 도서 및 오·벽지 등 교통이 불편한 지역을 중심으로 보건진료소가 설치되어 있다는 점을 감안하여 교통편의성을 고려한 보건

진료소의 통폐합을 고려할 필요가 있겠다.

2) 對象住民의 健康管理을 위한 必要人力側面

보건진료소 관할 지역주민 중 노인인구의 비율은 (25.6%) 전국 노인인구 비율보다 약 4배 이상 높고 40세 이상 비율(59.6%) 역시 전국치보다 2배 이상 높을 뿐 아니라 만성질환 및 장애인 비율도 높아서 보건진료원과 같은 전문간호사의 활용은 절실히 요구된다고 할 수 있다.

3) 保健診療員의 訪問看護活動 強化側面

보건진료소 관할지역은 평균 노인단독가구수가 46.4가구에 달하여 방문간호 요구가 매우 높다고 할 수 있다. 보건진료원의 월 평균 방문가구수가 47.8가구로 나타났는데, 이 대상에는 노인단독가구뿐 아니라 방문간호를 필요로 하는 질병·장애자들도 포함되어 있으므로, 보건진료소의 방문간호활동은 더욱 활성화 될 필요가 있다고 보인다.

4) 醫療機關 利用의 接近性 側面

보건진료소가 설치될 당시 의료시설이 없는 오·벽지가 설치기준이었으나, 설치 이후 지난 18년간 농촌지역의 교통편 개선, 지역개발, 소득수준향상, 개업의원 및 의료시설의 증가 등 보건의료 환경의 변화가 있어, 보건진료소의 계속활용에 대한 부정적인 견해가 제기되고 있는 실정이다. 더욱이 보건소와 보건지소 혹은 의료시설과 가까운 곳의 보건진료소는 폐지되어야 한다는 의견과, 시 지역의 보건진료소 활용이 계속적으로 논의되고 있다.

그러나 이번 조사결과 공공보건기관과의 평균거리 2km이내는 전체의 3.0%, 도보로 걸어서 30분 이내는 11.2%에 불과한 것으로 나타났

다. 또한 의료기관과의 평균거리 2km이내는 1.4%, 도보로 30분 이내는 6.6%로 나타나 실제적으로 농촌지역의 교통편의 개선 등의 지역개발이 진행되었다고 하더라도, 주민의 보건소, 보건지소 혹은 의원 이용의 접근도는 높지 않음을 알 수 있다.

또한 보건진료소의 주요 사업대상 인구는 노인, 만성질환자 및 장애인 등인데, 이들은 거동이 불편하여 원거리 시설이용에 많은 제약이 따른다. 따라서 이들을 위해 가까운 거리에 의료시설이 있어야 할 필요가 있으므로 보건진료소의 통합 및 폐지에 대한 논의는 신중을 기할 필요가 있겠다.

5) 保健診療所의 運營效率性 側面

보건진료소당 연평균 운영비는 인건비를 제외하고 약 1,000만원으로 보건진료소를 운영하는데 따르는 지방정부조직의 부담은 크지 않을 것으로 보인다. 인건비를 포함한다고 해도 조사대상자의 88%가 별정직 6급이며, 6~15호봉 사이가 76.6%인 점을 고려한다면 총 운영비는 다른 보건조직, 즉 보건소와 보건지소보다는 낮을 것으로 판단된다. 그 동안 여러 연구에서 보건진료소 운영은 비용-편익이 높다는 것이 입증되었으며⁵⁰⁾, 또한 보건진료소 활용에 따르는 비용-편익이

50) 이경호(1993)는 우리나라 보건진료원 제도의 경제성 분석연구에서 다음과 같은 결론을 제시하고 있다(附表 4-20,21,22 참조).

- 1992년 3-9월에 총 2,038개의 보건진료소를 조사한 결과 비용-편익비가 1.8%로서 공익성이 거의 100%인 보건진료원 제도가 경제적인 측면에서도 타당성이 있는 사업으로 판단되었다.
- 그 동안 정부가 농어촌 주민들의 의료문제를 해결하기 위하여 각종 보건시책을 실시하여 왔지만, 보건진료원 제도의 경우는 국가의 정책적 가치와 경제적 타당성을 함께 지니고 있다는 점에서 의의가 크다.
- 보건진료소의 관할인구수가 증가하면 수입의 증가를 가져와 비용-편익비가 높을 것이라는 일반상식과는 달리 관할인구수와 경제적인 운영이 반드시 비례관계가 있는 것은 아니며, 관할인구수가 적어도 보건진료원의 경제적인 운영이 가능하다.

높음은 보건진료원제도가 탄생될 때부터의 전제조건이었음을 상기할 필요가 있다.

다. 保健診療所 機能改編의 方向

보건진료소는 농어촌 주민과 함께 생활하는 최말단 조직으로서 주민이 생활하면서 갖게 되는 복합적인 문제를 일차적으로 접촉하는 중요한 창구이다.

우리나라 시지역은, 인구 741명당 1명의 간호사가 있음에 비하여 농촌지역은 간호사 1인당 인구가 시지역에 비하여 2.5배 이상인 것으로 추정된다. 따라서 군부의 인구수가 계속 감소하는데 보건기관의 간호 인력 특히 보건진료원과 같은 인력이 많다는 일부 의견은 의료 필요의 절대량의 측면에서 타당치 못하다고 할 수 있다.

또한 UR 타결과 IMF 관리상황 하에서 소외감과 생의 의욕 상실의 문제로 부각되는 요즈음, 농어촌 주민들에게 그들의 건강을 의지할 의료인력이 계속해서 지역에 상주해 있다는 것은 커다란 정신적인 위로로 작용할 수 있다.

따라서 보건진료소는 소외된 오·벽지 주민과 보건의료, 복지, 재활, 환경 및 생활관련 문제를 함께 나눈다는 측면에서 공공보건조직 이상의 상징적인 의미를 가진 조직으로서 정부정책적 의미가 크다고 할 수 있다.

이런 보건진료소의 기능개편은 결국 기존 역할을 배제하지 않는 상태에서 인력활용의 효율을 높이는 방향이어야 할 것이다. 지역적으로 농촌벽지지역, 도서지역, 도시에 편입된 지역은 각기 의료자원 배치의 특성이 다르므로 상이한 접근방식이 요구되며 이를 정리하면 <表 IV-22>와 같다.

〈表 IV-21〉 類型別 保健診療所 機能改編 方案

유형	개편방향	업 무
농촌벽지	유지	노인보건, 만성질환관리, 방문간호, 복지서비스 연계
도시지역	확대	일차진료강화, 노인보건, 만성질환관리, 응급환자관리, 건강상담 강화, 방문간호, 복지서비스 연계
도시지역	재조정	일차진료기능 축소, 보건교육, 모자보건, 건강상담, 건강 증진, 노인보건, 만성질환 추구관리

또한 업무의 조정과 동시에 업무수행 정도의 평가를 적극 도입하는 것이 필요하다. 이러한 평가는 보건진료소를 존속시키거나 폐지하는 판단의 근거로 활용할 수 있으므로 매우 중요하다. 특히 현재의 구조 조정 와중에서 기존 평가결과가 제대로 존재치 않아 판단의 근거가 될 만한 자료가 없는 것은 매우 큰 문제가 된다. 자칫 활동성결과 훌륭한 곳을 폐쇄하고 성과가 없는 곳을 존속시키는 식의 불합리가 발생할 수 있기 때문이다.

정기적인 평가를 실시하여 업무를 질적으로 향상시키기 위한 장치를 마련한다. 즉, 중앙정부에서 보고 받고 있는 목표량 위주의 양적인 사업실적 보고를 지양하고, 사업을 통한 건강문제 해결수준을 평가하도록 평가체계를 개선하는 것이 필요하다(表 IV-23 참조).

〈表 IV-22〉 評價體系의 改善

현 재	개 선
사업별 목표 대 실적을 연인원으로 받고 있음.	→ <ul style="list-style-type: none"> · 건강요구에 기초하여 사업목표를 지역이 설정함 (목표설정시에 보건문제, 변화수준, 목표일시, 대상인구포함). · 목표달성 여부 평가 · 주민이용률, 사업효과 평가

라. 保健診療所 機能改編에 따른 保健診療員 活用方案

1) 農村地域의 保健所 및 保健支所에 配置

정부조직 구조조정과 관련하여 보건진료소를 폐쇄하는 지역인 경우 보건진료원을 보건소 혹은 보건지소에 배치하여 방문간호 서비스 및 기타 보건사업을 담당하도록 활용하는 것이 가능하다. 특히 보건지소가 유력한 재배치 장소로 고려될 수 있는데, 이러한 재배치는 보건지소가 보건복지센터로 변모하는 데 중요한 역할을 하리라고 본다.

보건진료원이 상주하지 않게 된 보건진료소 시설은 해당지역 보건사업 수행을 위한 출장시 활용할 수 있도록 유지하는 것이 바람직할 것이다.

2) 都市地域의 保健所下部組織에 配置

지방자치제 하에서 관할지역이 시지역으로 편입된 보건진료소는 필요시 보건복지센터로 변형하여 존속시켜 도시 보건소의 하부구조로 활용한다. 즉, 진료기능은 응급처치 수준으로 축소시키고 건강증진, 노인보건, 모자보건, 보건교육 등의 사업을 강화하여 건강관리 기능을 수행하도록 하며, 인력은 기존 보건진료원을 활용하면서 일반적인 보

건복지센터 수준으로 충원한다.

3) 保健所의 老人癡呆센터, 癡呆病院 및 老人療養施設에 配置

현재 보건진료원은 다년간 지역사회 주민을 대상으로 일차진료를 포함한 포괄적인 서비스제공의 경험을 갖고 있다. 따라서 노인치매센터, 노인치매병원, 사회복지시설 및 요양시설에 수용되어 있는 노인의 건강관리를 위하여 보건진료원을 배치한다면 전문적인 간호 및 건강 서비스 제공에 도움이 될 것이다.

마. 結論 및 建議

행정자치부의 지방조직 구조조정과 관련하여 일부지역에서는 보건진료소의 폐쇄 및 보건진료원 활용에 대한 종합적인 계획 수립이 미흡한 것으로 관찰되고 있다. 그러나 이미 앞에서 기술된 바와 같이 2000년대의 건강문제 해결의 효율과 효과를 기하기 위해서는 보건진료원과 같은 전문간호인력은 보다 적극적으로 활용되어야 하므로 다음과 같은 결론 및 건의를 제시하고자 한다.

- ① 질병양상의 변화, 건강문제의 다양화, 인구 고령화 등에 효율적이고 효과적으로 대처하고 국민의료비를 절감시키기 위해서는, 질병의 예방, 조기 발견 및 지속적인 관리, 악화 방지와 잘못된 건강습관을 건강하게 교정하는 활동이 필요하며, 이에 간호전문직의 활용을 극대화시키는 것이 세계적인 추세이다. 따라서 농어촌 지역에서의 보건진료원의 활동을 존속시키는 것은 주민건강 관리에 절대적으로 필요하다.
- ② 보건진료원은 국가가 비용을 투자하여 육성한 전문인력으로서 그 동안 지역사회주민의 건강관리에 크게 기여하였으며 지역사

회주민을 위한 건강관리 경험을 충분히 쌓았으므로, 보건지소 및 보건소에 전환배치하여 새로운 건강서비스 수요인 건강증진 서비스, 노인 및 장년층 건강관리, 심신장애인관리 및 복지서비스에 적극 활용하도록 한다.

- ③ 시지역의 보건진료소는 보건소의 하부조직인 보건복지센터의 모형으로 육성하고, 만성질환자의 발견, 의뢰, 추구관리와 질병예방 및 건강증진 서비스의 핵심인력으로 보건진료원을 활용하도록 한다.
- ④ 새롭게 설치되는 노인보건복지시설(노인치매센터, 치매병원, 노인요양소 등)에 보건진료원을 전환 배치한다.

5. 其他 機能改編 方案

가. 組織運營 方式의 變化

최근 행정자치부에서는 지방자치단체 행정체계상 ‘계’제도를 폐지하고 ‘담당’을 설치하도록 조직개편안을 마련, 전국에 지침을 시달하였다. 이 새로운 형태의 조직은 기존의 조직에 비하여 상당히 유연하게 상황에 대처할 수 있는 형태인 것으로 보인다. 하지만 아직 많은 지방자치단체에서는 ‘담당’을 ‘계장’의 다른 이름으로 인식하는 수준에서 이해를 하고 있는 실정이다. 행정자치부 안에 따른 조직방식은 다음과 같다.

- ① ‘계’제 폐지가 바로 ‘팀’⁵¹⁾제로 전환하는 것이 아니라 ‘팀’제 도

51) 수평적 연계의 한 형태. 영구적인 또는 장기적인 task force라 할 수 있다(Daft, 1989). 즉 장기간에 걸쳐 부서간에 강한 협조체계를 구축할 필요가 있는 경우 형성되는 것이 일반적 형태의 팀을 의미한다. 팀은 project manager(or brand manager)와

입 및 운용을 용이하게 하는 조건으로 작용하도록 하는 것,

- ② ‘담당’이 ‘계장’과는 달리 결재권자가 아닌 업무담당자로서의 성격을 보다 강하게 갖는 것, 즉 단순집행업무의 경우에는 ‘결재권자’가 되나, 자신의 분장사무에는 ‘기안자’로서, 업무분담자의 업무에 대해서는 총괄 책임자인 ‘검토자’로 존재하게 되는 것,
- ③ 과장의 역할이 상당히 커지게 되는 것, 즉 과장이 ‘담당’ 및 ‘팀’의 업무를 분장하고, 총괄지휘하며, 팀의 신설 및 해체 등 변동사항을 주관하게 되는 것으로 특징지어 말할 수 있겠다.

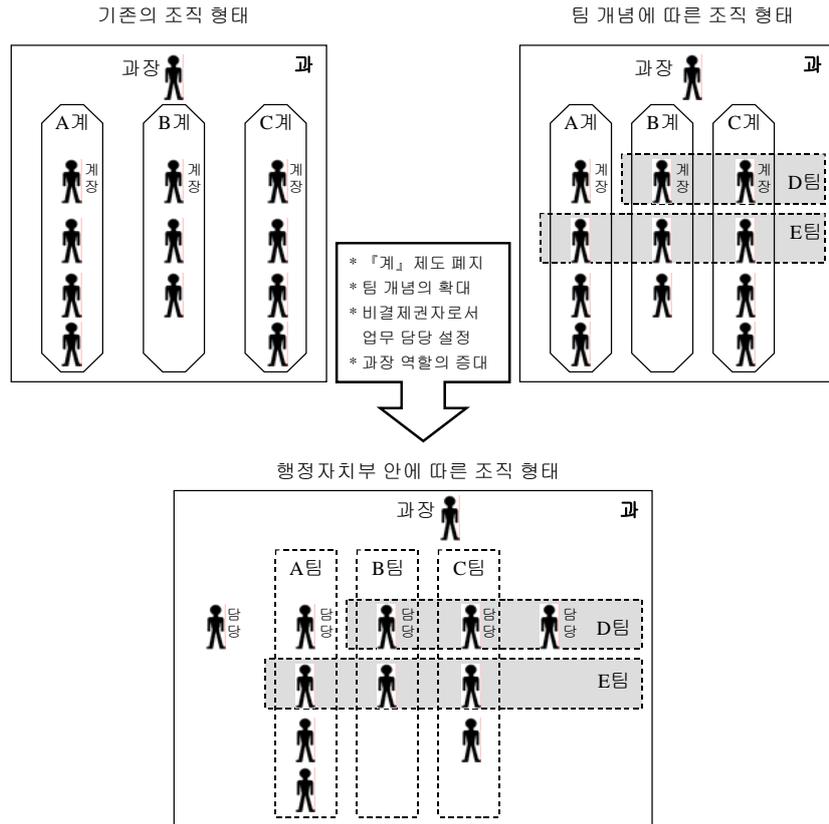
이런 형태의 조직은 ‘과’ 내의 수직적 조직체계를 없애는 것과, 수평적 조직으로서의 ‘팀’을 형성하는 것의 두 가지 측면을 동시에 가지고 있음을 주목해야 한다. 이를 도식화하면 [그림 IV-8]과 같으며, 보건소의 팀으로 적용시킬 때의 한 예가 <表 IV-24>에 나타나 있다.

보건소 조직의 경우 ‘팀’제 도입과 발맞추어 대민 서비스 위주의 조직으로 변모할 필요가 있다. 즉, 보건소가 서비스 중심 조직으로 서기 위하여 40%에 달하는 보건직 및 행정직 인력의 상당 부분을 서비스 인력으로 대체, 또는 전환하여 활용해야 할 것이다. 부서편제도 보건행정, 보건지도 담당부서를 통합하여 보건행정을 담당하는 1개 부서와 보건의료서비스를 담당하는 1개 부서로 조직을 단순화시키는 것이 바람직하다고 본다.

또한 직위 또는 보직 중심의 인력관리체계에서 탈피하여 개개인의 능력과 근무실적에 따라 등급을 부여하는 직능등급제를 채택하는 것도 고려해 볼 수 있는데, 이는 동일직위(또는 보직)에 있더라도 능력 발달에 따라 직능등급은 높아질 수 있으므로 처우가 개선되고 승진적체에 따른 불만을 줄일 수 있는 장치라 하겠다.

연결된다. Task force: 동일 문제의 해결을 위하여 형성된 임시적인 수평적 연계체계(Daft, 1989)를 말한다

[그림 IV-7] 行政組織 改編과 팀 組織 形態



<表 IV-23> 팀 區分의 例示

서비스 종류별 팀 구분	생애주기별 팀 구분	문제지향적 팀 구분
<ul style="list-style-type: none"> - 진료팀 - 예방접종팀 - 물리치료팀 - 보건교육팀 	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아보건팀 - 모성보건팀 - 노인보건팀 - 성인보건팀 	<ul style="list-style-type: none"> - 고혈압 관리사업팀 - 뇌졸중 관리사업팀 - 금연사업팀 - 주민건강평가팀 - 외상노인 관리사업팀 - 기동방역팀

서비스 인력(간호사, 물리치료사, 영양사, 의사 등)의 확보가 어려운 경우 part-time 근무제 도입을 고려해 볼 수도 있으며, 보건기관간의 전문인력의 인사교류를 인근 자치단체간에 특수직렬 인사교류협의체 등을 구성하여 가능케 하는 방안도 생각해 볼 수 있겠다.

이러한 전문 서비스 인력은 그 개발 및 육성을 정책화하여야 한다. 간호사의 경우 일차적으로 기존인력에게 만성퇴행성질환, 정신보건, 노인보건을 위한 서비스를 제공할 수 있도록 재교육을 실시하여 전문성을 높이도록 하고, 이 전문성을 지역사회에 활용하도록 해야 할 것이다. 보건의료인력 재교육도 국립보건원에만 의존하지 말고 지역별로 민간자원을 활용하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 지역단위로 의과대학, 간호대학, 보건대학원을 연계하여 국가지정 연수기관으로 선정하고, 단기간의 훈련을 수시로 실시하는 방안 등이 가능할 것이며, 이러한 지원이 없더라도 자치단체 스스로가 방안을 강구할 여지는 많다고 본다⁵²⁾.

나. 民間醫療機關과의 協力 增大

지역단위로 주민에 대한 보건의료서비스를 강화하기 위해서는 지역 내 민간의료자원을 보건소의 사업에 활용하는 방안을 강구할 필요가 절실하다. 우선 생각해 볼 수 있는 것이 질병감시체계로, 보건소의 지역 질병감시 체계의 수립을 위해서는 민간의료기관의 협조가 필수적이다. 민간의료기관에서 보건소에 통보하고 있는 법정전염병 환자발생 자료에 추가하여 주요 만성질환(고혈압, 당뇨병 등)의 환자진료 현황을 정기적으로 통보받을 수 있다면 이러한 문제는 쉽게 풀어질 수 있겠다.

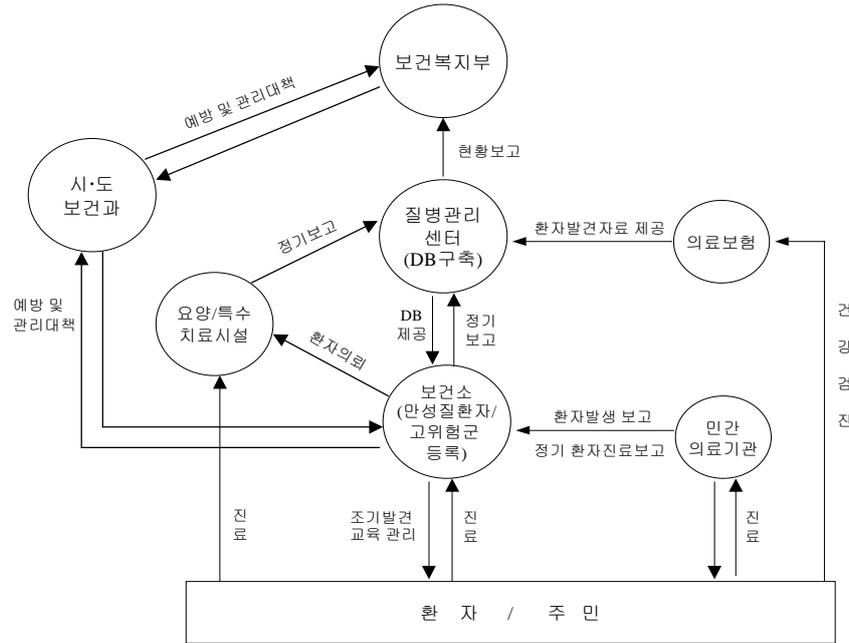
52) 보건의료인력의 재교육을 국립보건원에만 의존한다는 것은 교육훈련의 기회를 보건기관 스스로 제한하는 것으로 볼 수 있다.

[그림 IV-9]는 한국보건사회연구원에서 만성질환의 국가관리 체계를 구성한 것으로, 중앙의 질병관리센터(가칭)를 전제하고 이와 연관된 보건소 및 민간의료기관의 정보전달 흐름을 도식화한 것이다. 전산시스템의 구축 자체는 크게 문제되지 않는 것으로 생각되나, 민간의료기관이 이러한 보고를 어느 정도로 제대로 하도록 유도할 수 있느냐가 큰 난점이다. 의료보험과 민간의료기관간의 관계를 활용하는 방안을 추가할 필요도 있겠다.

이처럼 민간의료기관과의 협력관계가 틀을 갖출 수만 있다면 보건기관의 역할은 비약적으로 확대될 것임은 明若觀火하다 할 수 있다. 이를 가능케 하는 방법으로 법적 강제를 고려할 수도 있으나, 질병보고 내용에 대한 사실확인이 거의 불가능하다는 점 등 민간의 협력이 내실이 없어지기 쉬우므로, 법적 강제보다는 유인을 제공하여 하나씩 하나씩 협력관계를 구축해 나가는 것이 바람직할 것이다.

우선 필요한 정보를 제공하는 것을 생각해 볼 수 있다. 시기별 주요 발생 가능 질환의 진료에 관한 자료, 지역의 인구변동 상황, 지역 내 의료기관의 현황, 보건소와 보건복지센터 등에서 시행되는 주민건강프로그램에 대한 정보 등 민간의료기관의 입장에서 도움이 되는 정보의 제공이 가능하며, 이는 보건소가 지역주민뿐 아니라 민간의료기관에 대해서도 서비스하는 자세가 될 때 얼마든지 가능한 부분이다.

[그림 IV-8] 主要 慢性疾病的 國家管理體系 模型



資料: 한국보건사회연구원, 「주요질병에 대한 국가관리체계 구축(내부자료)」, 1998.

취약지구에 개설한 의료기관에 대한 지원도 충분히 고려해 볼 만하다. 저소득층을 주로 상대하는 의료기관의 경우 보건소에서 현금이나 현물 지원을 함으로써 간접적으로 의료취약지구 주민에 대한 의료서비스 제공 효과를 거둘 수 있다. 즉, 일정한 기준에 드는 환자의 경우 의료보험 본인부담금보다 낮은 수준의 본인부담금을 지급하고 진료를 받으며, 그 차이를 보건소에서 보조금이나 의약품 등 현물로 의료기관에 지원하는 것을 생각해 볼 수 있는데, 이를 통하여 민간의료기관이 지역내에서 의료의 공공성을 확보하게 되는 상황이 가능하다.

공공보건의료시설의 개방도 큰 의미가 있으리라고 볼 수 있다. 지

역내 의료기관 종사자들의 교육·훈련을 위한 시설로 제공하는 것이라든지, 지역내 학교기관의 양호교사를 중심으로 한 보건의료담당자들의 모임의 장소로서 시설을 제공하고 학교보건 사업의 민관 협력을 도모하는 등 여러모로 활용할 가치가 많을 것이다.

이러한 여러 가지 사업에 대하여 보건소는 민간의료기관과 협의 하에 수행방식을 정할 필요가 있으며, 협의를 위하여 간담회를 정기적으로 갖든지 또는 상설 민관협력 조직을 구성하는 것도 좋은 방도가 될 것이다.

V. 結論 및 政策提言

IMF사태로 대변되는 국가 외환위기 상황에 부딪혀서 정부의 보건 정책은 심각한 도전을 받게 되었다. 전국민의료보험 시행 이후 사회 취약계층의 보건의료 수혜는 비록 크게 개선되었다고는 하나 아직도 미흡한 상태이며, IMF 관리체제 이후 실업의 증가, 노숙자 문제 등으로 인하여 더욱 국가의 역할이 요구되고 있다.

보건소는 모자보건과 가족계획, 방역, 예방접종, 결핵 및 나병관리, 저렴한 진료서비스의 제공 등 주민 전체를 대상으로 한 여러 가지 업무를 지속적으로 수행해 왔으나, 인구의 노령화와 소득 수준의 향상 및 질병 양상의 변화와 함께 보건사업의 내용을 변화시킬 필요에 당면하게 되었다.

공공기관으로서 보건소는 지역주민에 밀착하여 민간의료기관이 제공하지 못하는 비영리적 공공보건의료서비스를 제공하는 것을 하나의 임무로 한다. 또한 지역내 의료자원의 관리를 통하여 주민들에게 제공되는 의료서비스의 공공성과 적정한 질을 유지하도록 해야 하며, 이러한 과정에서 보건소는 지역사회 보건의료의 기획·조정자로서 역할을 담당해야 한다.

본 연구는 보건소가 이러한 역할을 다하기 위해서 어떠한 기능을 중심으로 사업을 펼쳐나가야 하는가에 초점을 맞추어 진행되었다. 또한 IMF사태 이후 공공부문 구조조정의 일환으로 진행되고 있는 지방행정조직의 조직축소와 인력감축 상황도 고려하였다. 이 구조조정 과정이 보건소에도 그대로 여과 없이 적용될 경우, 소외계층의 증가하는 건강문제를 관리해 주어야 하는 공공보건기관이 제 역할을 다할

수 없게 된다. 일반행정조직의 경우 업무에 고도의 테크놀로지가 도입될 경우 인력감축은 필연적 결과가 되나, 보건조직은 환자 개인 및 지역사회주민을 직접 접촉하면서 서비스를 제공하여야 하는 노동집약적 특성을 가지므로, 인력감축은 곧바로 보건의료 서비스 량의 감축으로 이어지게 되기 때문이다.

본 연구의 목적은 지역단위 공공보건의료기관의 일반현황 및 주요 업무를 살펴보고 원활한 업무 수행을 위한 발전방안을 제시하는 데 있다. 구체적 목적은 다음과 같이 설정되었다.

- ① 보건소를 중심으로 한 지역단위 공공보건의료기관의 현황 파악
- ② 외국 보건기관의 역할과 기능 조사
- ③ 공공보건의료기관의 주요 업무 파악 및 중요도 설정
- ④ 공공보건의료기관의 원활한 기능 수행을 위한 발전방안 제시

이러한 연구목적의 달성을 위하여 다음과 같은 연구 방법을 채택하였다.

- ① 문헌 조사
- ② 보건기관 설문 조사
 - 전국 보건소장 의견 조사
 - 전국 보건진료소 현황 조사
- ③ 현장 방문 자료수집
- ④ 정책토론회를 통한 전문가 의견 수렴

1. 地域保健機關의 現況 및 問題點

가. 地域保健機關의 一般現況

1) 保健所

1998년 지방행정조직 개편과 관련하여 소위 ‘구조조정’ 대상으로 선

정된 보건기관의 수는 10월 현재 보건소는 전국 245개소 중 3개소, 보건지소 1,314개소 중 51개소, 보건진료소 2,034개소 중 151개소로 되어 있다. 특히 보건진료소가 상대적으로 많은 수를 차지하고 있으며(7.4%), 이는 「농어촌보건의료를위한특별조치법」에 의하여 1980년 보건진료소가 처음 설치된 이후 농어촌 인구의 지속적 감소와 교통발달에 기인한 것으로 보인다.

본 연구에서 실시한 전국 보건소장 의견조사 결과에 따르면 보건지소 및 보건진료소 감축의 기준으로 주로 사용하고 있는 것들은 타 보건의료기관에의 접근성과 관할지역의 인구규모였다. 하지만 이러한 보건기관 감축은 1997년 'IMF사태' 이후 보건기관에 몰려드는 환자의 급증과, 지역주민들의 반발로 인하여, 그리 쉽게 이루어지지 않는 것으로 전망된다. 특히 경제위기 상황에서 국가의 보건·복지정책은 오히려 확대되었던 외국의 경험들을 비추어 볼 때, '보건기관 감축'이란 타 행정기관 축소와의 형평을 고려한다는 식의 행정편의주의적 발상에서 나온 것이라는 비난을 면치 못할 수도 있다.

보건기관의 주요 직능별 인력현황을 보면, 전체적으로 보건직 및 행정직을 합쳤을 때 그 비중이 40%에 이른다. 보건소는 주민의 건강관리를 위한 서비스 제공기능이 중심인 조직임에도 불구하고, 전체 보건소 인력 중 행정·사무직의 인력 분포가 전체직원의 40% 수준에 달한다는 것은, 상대적으로 보건의료 기능인력의 확보가 낮아서 충분한 대민서비스 제공에 애로가 발생할 수 있다는 점을 의미한다.

2) 保健支所

보건지소는 지역보건법 제19조에 근거하여 지방자치단체의 조례로 설치할 수 있도록 되어 있다. 同法 제12조에는 보건지소에 보건지소장 1인을 두되 보건지소장은 지방의무직 또는 전문직공무원으로 임용

한다고 되어 있으나 실제로는 ‘농어촌등보건의료를위한특별조치법’에 근거하여 공중보건의사가 군복무 의무기간 동안 근무한다.

보건지소의 업무는 특별히 규정되어 있지 않아서 보건소의 업무를 근거로 수행되고 있는 실정이므로 업무의 명확한 설정이 필요하다. 또한 보건지소가 제공하는 진료 및 예방보건서비스가 양적 및 질적 측면에서 일차보건의료기능을 충분히 담보하고 있지 못하는 실정이다.

공중보건의사는 군복무 대신이라는 한시적인 배치, 실무경험의 부족, 신분상의 불안정으로 인해 업무생산성이 전반적으로 낮은 상태라 할 수 있다. 더욱이 보건요원은 정규직 공무원인 반면, 공중보건의사는 별정직이어서 보건지소장으로서 지도력 발휘가 어려워 원활한 업무수행에 지장이 있다.

3) 保健診療所

보건진료소는 1명의 일차진료를 전문적으로 담당하는 간호사인 보건진료원이 배치된 기관으로서, 보건진료원이 지역에 거주하면서 주민의 건강관리에 일차적인 창구역할을 수행하고 있다. ‘농어촌보건의료를위한특별조치법’에 근거하여 1980년 이후 도서지역은 300인 이상, 오백지지역은 500인 이상 5,000인 이하 지역의 의료취약지역에 설치하도록 되어 있다.

하지만 농특법이 제정된 당시의 농촌인구비율, 인구구조, 의료자원의 분포, 주민의 건강수준, 경제수준, 주민의 건강요구 및 의식수준, 교통망의 발달 및 지역개발 정도가 현재는 상당히 변화되어, 보건지소와 보건진료소가 근거리에 위치해 있는 곳은 배치가 재조정되어야 할 필요가 있다. 본 연구 결과 실제관할인구가 500인 이하인 곳이 전체의 21.1%에 달하였고 500인에서 1,000인 사이인 곳이 51.0%였다.

나. 地域保健機關의 業務 및 豫算

1) 地域保健機關의 業務

지역보건법 시행 이후 시작된 보건소의 지역보건기획 수준은 아직 초보적인 단계를 벗어나지 못하고 있는 바, 지속적인 노력이 요구된다. 기존의 예방보건서비스 제공과 행정업무 제공 수준에서 기획, 새로운 건강요구(만성질환, 정신보건, 노인보건, 보건정보의 DB구축, 위생)에 부응하는 프로그램 개발능력이 하루 빨리 보강되어야 할 것이다. 개별 보건의료사업에서도 체계적인 업무수행의 모습은 크게 눈에 띄지 않는다. 일례로 지역보건법에 방문보건의료사업이 명시되어있으나 아직 체계적으로 이루어지지 못하고 또한 보다 많은 자원의 투여가 필요한 상태이다. 특히 업무의 특성상 사회복지 업무와의 연계가 절실히 요구되나 상호 정보의 교류가 미미한 실정이라 할 수 있다. 이는 현재 시범보건복지사무소를 운영중인 곳에서도 쉽게 극복하지 못하고 있는 형편이다.

또한 지역보건법 제9조에 규정된 보건소의 16가지 업무 중 만성질환, 정신보건, 노인보건, 모자보건, 응급의료사업은 민간과 연계되어 새롭게 개발되어야 하나, 상호 역할분담이 이루어질 수 있는 장치(의료보험수가, 환자정보교환, 환자의뢰 등)가 미미한 형편이다. 이처럼 보건소와 민간의료기관의 연계가 부족하기 때문에 주요 만성질환의 관리사업 등을 전주민 대상으로 펼치기에는 역부족인 상태라 할 수 있다.

2) 地域保健機關의 人力

보건소의 이러한 업무별 투입인력을 보면 보건직 및 행정직의 비율이 전체의 40%에 가깝다. 또한 보건의료서비스에 배치된 인력이 진료나 급성전염병 관리 부분에 몰려있고, 보건교육·방문진료(방문간호)·

노인보건·정신보건·장애자보건 등에는 소수의 인력이 투입되어 있다. 이는 보건소가 지역사회에서 찾아오는 사람(주민)에게만 열려있는 조직이라는 점을 의미하는 것으로 주민의 불편을 찾아가서 해결토록 하는 데에는 아직 우리나라의 보건소는 매우 인색하다고 할 수 있다.

보건소의 간호인력은 주민에게 직접적인 서비스 제공과 관리의 계속성을 유지하고 서비스의 질적 향상을 위하여 담당지역의 설정이 필요로 되나 지역담당제가 적극적으로 도입되지 않고 있다. 지역담당제는 보건소의 관할 지역을 소규모 지역으로 세분하여 각 담당 인력을 배치하는 것으로서, 장기간 동일지역의 주민들과 같은 사람이 관계를 맺을 수 있기 때문에, 주민과의 지속적 관계형성에 유리하고, 업무에 대한 이해도와 적용능력이 높아지는 효과를 기대할 수 있다. 특히 방문간호사업에서는 이러한 소규모 지역담당제를 반드시 도입할 필요가 있겠다.

3) 地域保健機關의 豫算

우리나라 보건소의 예산은 현재 기초자치단체에 해당하는 시·군·구청의 전체 예산 중에서 매우 낮은 비중을 차지하고 있어서, 본 연구의 조사에서는 3.4%에 불과한 것으로 나타났다. 또한 국비 보조금 및 도비 보조금 지원도 매우 낮은 수준(11%)으로 나타났다. 더욱이 지방자치시대를 맞이하여 민선기관장들이 홍보성 보건사업(주로 단기 신규사업)의 예산 배정에 치중하는 경향을 보일 것이 우려되는데, 이러한 경우 사업에 대한 예산지원에 일관성이 없어 사업수행에 차질이 크게 될 것이다.

다. 地域保健機關의 問題點과 發展方向

보건소의 역할, 사업내용, 조직 및 둘러싼 환경의 변화와 관련하여

현재 드러나는 몇 가지 문제점에 대한 해결방향을 제시하면 다음과 같다(表 IV-1 참조).

- 중점관리사업의 선정
- 보건 및 복지 서비스 전달의 연계
- 소규모 지역별 사업 거점(센터) 설치
- 의료보험 보건예방사업의 통합운용
- 팀 방식, 문제지향적 조직 운영
- 보건소 평가체계의 도입

2. 地域保健機關의 機能改編 方案

가. 事業方式의 變化와 重點事業 選定

1) 問題指向的 事業方式의 導入

우리나라 공공보건의료사업의 틀은 최근들어 급격한 변화를 겪고 있는 것으로 보인다. 이는 기존의 틀이 공급자 중심의 사업전개 방식이었다고 한다면, 새로운 사업전개의 시각은 문제의 근본적인 원인에 대한 관심과 수급자 중심의 시각이라고 할 수 있다. 이를 문제지향적 사업방식이라고 부를 수 있을 것이다.

동시에 사업 수행 방식이 상부에서 내려온 지침의 하달과 그 지침의 요건을 충족시키기 위한 모양내기 실적중심으로 전개되던 과거의 모습이 점차 사라지고, 지역사회에 대한 전체적인 조망 속에서 공공보건업무의 기획과 나아가 민간의료자원까지를 아우른 지역사회 보건 의료 전반의 기획과 평가를 강조하는 분위기로 변하고 있다.

이러한 시각의 변화를 고려하면 우리나라 보건소가 현재 갖고 있는

문제를 파악하고 이것을 해결하는 방향을 설정하는 것이 시급하게 된다. 왜냐하면 문제지향적 접근에 있어서 가장 중요한 것이 지역보건 문제의 파악 및 선정이 되기 때문이다. 즉, 보건사업의 주체로서 지역 보건기관이 스스로의 사업 내용을 우선순위를 고려하여 결정하여야 하는 것이다.

2) 重點事業 選定

중점사업의 수행은 사업의 설정과 실행 및 평가를 관통하여 순환적으로 파악하여야 한다. 사업의 설정에서는 지역사회 보건문제의 파악과 접근전략의 수립이 포함되고, 사업 실행에는 문제지향적 실행팀 구성이 포함된다. 평가부분에서도 문제에 대한 해결정도를 최우선으로 평가하여야 할 것이다.

보건소에서 강화해야 할 사업을 중심으로 보건소장들의 의견을 조사한 결과, 보건소가 전담해야 할 사업으로서 현 상태에서 보다 강화해야 할 사업으로 꼽힌 것은 단연 보건교육 관련 사업들이었다. 보건교육관련 사업들에 대한 응답은 대부분 민간에 위임하거나 담당하도록 할 것이 아니라는 인식이 공통적으로 깔려 있었으며, 또한 현재의 상태로는 부족하고 보다 적극적으로 주민을 대상으로 보건교육 및 홍보사업을 펼쳐야 한다는 의견들이었다.

또한 보건소의 보건의료서비스 직접 제공 사업들의 많은 부분도 민간에서 하도록 할 사업이 아니라는 의견이었다. 그 중에서도 가정방문 진료·간호 사업, 재가 정신질환자 관리, 장애인 방문재활 간호, 가정방문 보건위생사업 등 방문보건의료사업이 주된 영역을 차지하였다. 기타 보건소의 보건의료서비스와 관련하여 강화해야 할 것으로 지적된 것은 건강관련 상담, 노인 건강검진, 조기암 발견사업, 아동 구강검진 및 충치예방사업, 체력증진시설, 만성질환자 등록진료, 무료

한방진료, 장애인 건강검진 등 건강증진 관련사업 및 노인·저소득층 진료사업이 있었다.

그 외 지역보건의료계획의 수립, 보건통계 생산·수집 및 정리, 응급 의료관련대책 등도 강화하여야 한다고 지적되었다.

이상의 결과들을 종합적으로 볼 때, 우리나라 보건소의 전반적인 사업 우선순위 설정에 있어서는 보건교육, 방문보건의료서비스, 건강증진 관련사업, 노인 및 저소득층 진료, 지역보건기획 관련업무 등이 중점사업으로 부각되었다. 이러한 중점사업의 선정 문제가 지역의 특성에 맞게 변형되어야 함은 다시 한 번 강조될 필요가 있겠다.

나. 保健福祉센터의 設置

1) 公共保健福祉 傳達體系의 改編 論議

보건·복지정책을 집행하는 일선 행정조직으로서 지방자치단체 소관의 보건소와 시·군·구청 및 읍·면·동사무소가 각각 보건업무와 복지업무를 수행해 온 바, 사회·경제적 여건 및 질병양상, 복지수요 변화에 따라 사업수행 방식 및 조직구조 등의 개편이 요청되고 있다.

1995년 7월부터 실시해 온 보건복지사무소 시범사업 평가 결과, 복지사무의 집중화를 통한 업무효율의 향상은 이루어졌으나 주민의 접근성 감소가 문제가 되었으며, 이는 농촌 지역에서 특히 심하였다. 또한 보건·복지 양부문의 정보교류가 실무자 수준에서 용이하게 이루어지기 힘든 구조인 것으로 판단되었다.

방문보건요원과 사회복지전문요원 사이의 원활한 업무협조가 문제로 부각되었는데, 이를 가로막은 것은 상호 업무에 대한 지식 및 이해 부족, 소속된 계 또는 과가 다른 상태에서의 경직된 조직운영, 업무분장상 협조 프로그램의 내용이 규정되지 않은 점 등이 지적될 수 있다.

2) 公共保健福祉 傳達體系의 改編 方向

보건복지전달체계 개편은 첫째, 서비스 제공의 전문성·효율성·통합성의 강화와 주민접근도 제고가 가능하도록 해야 하며, 둘째, 말단 서비스 전달단위에서의 공동사업 수행에서부터 시작해야 할 것이다. 이를 감안하여 공공보건복지 전달체계의 연계강화 원칙을 다음과 같이 제시할 수 있다.

- 첫째, 주민의 필요에 부응하는 서비스의 연계·통합에서 시작하여 보건·복지 행정업무의 필요에 부응한 통합 추진
- 둘째, 주민에 대한 정보교류의 체계화부터 시작하여 공동 프로그램 개발
- 셋째, 최하위 일선기관에서의 연계·통합에서 시작하여 조직의 상향적인 통합으로 확대

3) 公共保健福祉傳達體系 改編方案으로서의 保健福祉센터 設置

보건복지전달체계상 말단 서비스 전달의 조직으로서 읍·면·동 수준의 보건복지센터 설치방안을 고려하면 다음과 같이 요약할 수 있겠다.

- 4개 동(또는 1~2개 면) 단위마다 1개소의 보건복지센터를 두어 해당 소규모지역을 담당하여 대민서비스 업무를 수행하도록 함. 보건소 역시 1개 보건복지센터의 기능을 갖추도록 방문보건복지팀을 신설하여 인근 4개 동 또는 1~2개 면을 담당함.
- 보건복지센터에는 방문보건담당 간호사 2인, 질병예방 및 건강증진 담당 간호사 2인, 사회복지전문요원 4인, 센터관리 담당자 1인을 두어 모두 9인 규모의 인력을 둠.
- 현재 인력을 재배치할 경우 간호사는 1,694명, 사회복지전문요원은 1,600명의 추가인력이 필요한 것으로 판단됨.

- 2002년까지 전국에 보건복지센터 1,092개소 및 보건소내 방문보건복지팀 245개 신설
- 보건복지센터는 보건소장 및 시·군·구청 사회(복지)과의 공동 관리하에 둠. 고유행정업무에 관해서는 보건소장, 사회복지과장의 지시를 받으며, 보건·복지 연계업무는 보건소장이 관장함.
- 보건복지센터의 수행 업무는 방문보건복지서비스, 공공부조대상자 발굴, 복지민원업무, 모자보건·예방접종·보건교육·정신보건 사업 등이며, 농어촌지역에서는 대민진료를 시행함.
- 보건소는 지역보건기획 및 만성질환관리를 중심으로 하여 시·군·구 단위로 효율을 추구할 수 있는 사업을 전개함.
- 도시지역은 주민자치센터(행정자치부 시안) 내에 보건복지센터를 설치하며, 농어촌지역은 기존 보건지소 시설을 활용할 수 있음.

4) 保健福祉센터 設置·運營의 豫想 效果

이렇게 설치되는 보건복지센터를 통하여 다음과 같은 효과를 거둘 수 있을 것이 예상된다.

- 시범사업에서 지적된 주민에 대한 접근도를 높일 수 있음.
- 보건복지업무의 연계강화로 주민의 욕구충족도를 높일 수 있음.
- 지역단위 보건복지사업의 연계강화로 효율성 증대가 예상됨.
- 민간의료자원 및 민간복지자원의 동원과 구체적 프로그램 연계가 용이함.

행정자치부 시안에 따라 보건복지서비스 기능을 주민자치센터 내에 설치할 경우, 주민편의업무, 고용안정업무, 문화 및 여가 기능, 보육기능, 통합사회보험 대민서비스 업무 등과 함께, 종합적인 주민생활센터가 만들어 질 것이 예견된다. 향후 외상환자, 노인, 장애인, 정신질환자 등에 대한 보건·복지분야의 직접서비스 내용이 충실해지면 보건복

지 지방행정의 일원화 필요가 발생할 것으로 전망되며, 지역보건복지 종합계획 수립의 필요성도 발생할 것으로 보인다.

다. 醫療保險 保健豫防事業의 統合運用

1) 醫療保險의 保健豫防事業

의료보험조합은 매년 가입자 및 피부양자의 질병 예방과 조기발견을 위하여 보건예방사업을 시행하고 있다. 이 사업은 질병의 조기발견 및 조기치료로 국민건강 수준을 향상시키며, 질병의 사전예방으로 국민의료비용을 절감하는 것을 목적으로 하고 있다(보건복지부, 1998). 지역의료보험과 공·교의료보험이 국민의료보험관리공단으로 합쳐지게 되면서 이러한 보건예방사업도 해당 보험별로 국민의료보험관리공단으로 이관되었다.

2) 保健所 事業과 醫療保險 保健豫防事業 統合運用의 必要性

보건소가 담당 지역 주민의 건강관리자로서의 기능을 제대로 수행하기 위해서 필요한 기본 조건은 주민 개개인의 건강상태에 대한 파악이라고 할 수 있다. 하지만 현재 보건소가 획득할 수 있는 주민 건강상태에 관한 정보는 필요시 조사사업을 통하여 얻게 되는 정도의 극히 미미한 수준이며, 지속적인 모니터링 체계는 아예 엄두조차 못내고 있다. 이러한 상황에서 의료보험에서 행하고 있는 건강진단사업은 주민을 포괄하는 범위가 매우 넓다는 강점을 갖고 있으므로, 보건소로서는 이 사업의 결과 드러난 주민의 건강상태에 대한 자료를 필히 획득하여야 할 필요가 있다고 할 수 있다.

보건소와 의료보험 보건예방사업은 성격상 연계하여 운용될 때 큰 효과를 볼 수 있을 것으로 예상되며, 그 이유를 들어보면 다음과 같다.

- ① 보건소와 의료보험에서 행하는 질병예방사업이 동일 대상자에 대하여 이원적으로 시행되고 있으므로 사업체계를 단일화하여 재원의 효율적인 활용을 꾀할 필요가 있다.
- ② 의료보험조합은 사업이 실효를 거두기 위해서 검사자의 추서관리가 가능하도록 지역단위에서 공공성을 띠고 보건의료사업을 하는 실무조직이 필요하다.
- ③ 보건소가 한정된 예산을 운용하여 저소득층/의료보호대상자에게 더욱 많은 서비스를 시행하기 위해서는, 건강진단 등 보건소가 시행하는 많은 질병예방사업의 대상자가 의료보험 적용자인 경우 그 비용을 의료보험조합의 예산에서 지원하는 것이 바람직하다.
- ④ 주민의 입장에서는 건강진단을 받은 것이 일회성으로 끝나지 않고 지속적인 건강관리의 시발점이 되도록 책임있는 기관의 관리를 받아야 할 필요가 있다.

이 중 가장 중요한 점은 마지막의 주민의 입장에서 바라 본 경우인데, 현재 의료보험의 건강진단은 일회성으로 행해질 뿐 추서관리가 전혀 이루어지지 않는다는 맹점이 있으며, 이러한 추서관리는 보건의료서비스가 가능한 의료인에 의해 행해지는 것이라는 점을 생각할 때, 지역별로 조직체계를 가지고 있는 공공보건의료조직인 보건소가 추서관리를 담당하는 것이 바람직한 모양이 될 것이다.

3) 統合運用體系의 豫想 效果

보건소가 질병예방사업을 지역단위에서 일관된 전략 하에 통합적으로 수행함으로써 재원의 낭비요인을 제거하고, 보다 넓은 범위의 주민을 포괄하는 사업을 수행할 수 있다.

건강진단사업을 수행한 이후 지속적인 추서관리가 가능하다. 즉, 보

건소 단위로 지역주민 건강상태의 DB화가 가능해지며, 이를 활용한 질병관리사업이 가능해진다.

추구관리가 잘 될수록 주민의 보건예방사업(건강진단)에 대한 신뢰가 높아질 수 있다. 이는 또한 현재의 낮은 의료보험 성인병 건강진단 실시율(35~55%)을 높이는 계기로 작동할 것이다.

보건소가 건강진단 대상자 선정을 지역의 특성에 맞추어 자율적으로 의료보험조합과 협의·결정하는 것이 구조적으로 필수적인 체계가 된다. 이로써 주민의 의료필요에 보다 적절히 부응하는 시책이 가능해지며, 지방자치제도가 정착하는 하나의 바탕으로 작용할 수 있다.

보건복지부는 보건사업수행의 성과에 따라 보건소에 대한 보건예방사업비의 배분에 차등을 둘 수 있으므로, 보건소가 지역보건사업을 보다 활발히 벌이도록 하는 유인을 보건소 및 해당 자치단체에 제공하는 것이 가능하다.

라. 其他 政策課題

1) 組織運營 方式의 變化

최근 행정자치부에서는 지방자치단체 행정체계상 ‘계’제도를 폐지하고 ‘담당’을 설치하도록 조직개편안을 마련, 전국에 지침을 시달하였다. 이 새로운 형태의 조직은 기존의 조직에 비하여 상당히 유연하게 상황에 대처할 수 있는 형태인 것으로 보인다. 하지만 아직 많은 지방자치단체에서는 ‘담당’을 ‘계장’의 다른 이름으로 인식하는 수준에서 이해를 하고 있는 실정이므로 이에 대한 정확한 인식을 확립하는 것이 필요하다.

행정자치부에서 추진하고 있는 형태의 조직은 ‘과’ 내의 수직적 조직체계를 없애는 것과, 수평적 조직으로서의 ‘팀’을 형성하는 것의 두

가지 측면을 동시에 가지고 있다. 이런 ‘팀’제 도입과 발맞추어 보건소는 대민 서비스 위주의 조직으로 변모할 필요가 있다. 즉, 보건소가 서비스 중심 조직으로 서기 위하여 40%에 달하는 보건직 및 행정직 인력의 상당 부분을 서비스인력으로 대체, 또는 전환하여 활용해야 할 것이다. 부서편제도 보건행정, 보건지도 담당부서를 통합하여 보건행정을 담당하는 1개 부서와 보건의료서비스를 담당하는 1개 부서로 조직을 단순화시키는 것이 바람직하다고 본다.

또한 직위 또는 보직 중심의 인력관리체계에서 탈피하여 개개인의 능력과 근무실적에 따라 등급을 부여하는 직능등급제를 채택하는 것도 고려해 볼 수 있는데, 이는 동일직위(또는 보직)에 있더라도 능력 발달에 따라 직능등급은 높아질 수 있으므로 치우가 개선되고 승진적체에 따른 불만을 줄일 수 있는 장치라 하겠다.

2) 民間醫療機關과의 協力 增大

지역단위로 주민에 대한 보건의료서비스를 강화하기 위해서는 지역 내 민간의료자원을 보건소의 사업에 활용하는 방안을 강구할 필요가 절실하다. 우선 생각해 볼 수 있는 것이 질병감시체계로, 보건소의 지역 질병감시 체계의 수립을 위해서는 민간의료기관의 협조가 필수적이다. 민간의료기관에서 보건소에 통보하고 있는 법정전염병 환자발생 자료에 추가하여 주요 만성질환(고혈압, 당뇨병 등)의 환자진료 현황을 정기적으로 통보받을 수 있다면 이러한 문제는 쉽게 풀어질 수 있겠다.

이를 가능케 하는 방법으로 법적 강제를 고려할 수도 있으나, 질병보고 내용에 대한 사실확인이 거의 불가능하다는 점 등 민간의 협력이 내실이 없어지기 쉬우므로, 법적 강제보다는 유인을 제공하여 하나씩 하나씩 협력관계를 구축해 나가는 것이 바람직할 것이다.

우선 필요한 정보를 제공하는 것을 생각해 볼 수 있다. 시기별 주요 발생 가능 질환의 진료에 관한 자료, 지역의 인구변동 상황, 지역 내 의료기관의 현황, 보건소와 보건복지센터 등에서 시행되는 주민건강프로그램에 대한 정보 등 민간의료기관의 입장에서 도움이 되는 정보의 제공이 가능하며, 이는 보건소가 지역주민뿐 아니라 민간의료기관에 대해서도 서비스하는 자세가 될 때 얼마든지 가능한 부분이다.

취약지구에 개설한 의료기관에 대한 지원도 충분히 고려해 볼 만하다. 저소득층을 주로 상대하는 의료기관의 경우 보건소에서 현금 또는 현물로 보상함으로써 간접적으로 의료취약지구 주민에 대한 의료서비스 제공 효과를 거둘 수 있다. 즉, 일정한 기준에 드는 환자의 경우 의료보험 본인부담금 보다 낮은 수준의 본인부담금을 지급하고 진료를 받으며, 그 차이를 보건소에서 보조금이나 의약품 등의 현물로 의료기관에 지원하는 것을 생각해 볼 수 있는데, 이를 통하여 민간의료기관이 지역 내에서 의료의 공공성을 확보하게 되는 상황이 가능하다.

3. 맺음말

지금까지 보건기관의 기능개편을 통한 기능강화 방안을 몇 가지 살펴 보았다. 이는 매우 한정된 논의에 불과하며, 보건기관의 문제는 도처에 산적해 있다. 본 연구에서 깊이 살펴보지 못한 여러 가지 문제들에 대하여 마지막으로 간단히 짚고 넘어가고자 한다.

보건소의 다양한 대민 프로그램을 개발하는 것이 중요하다. 지역의 사정에 걸맞는 다양한 대민 프로그램을 개발하여 주민에게 제공하도록 하는데, “건강의 전화(health line)”를 설치하여 주민의 건강상담을 하는 것이나, 노인과 유아를 위한 “낮병원(day care center)”을 운영하는

것, 지역사회 단위의 호스피스(hospice) 운영 등이 예가 될 수 있겠다.

자원봉사자의 개발과 활용 역시 매우 중요한 부분으로 부각되고 있다. 이는 대민 사업의 폭을 혁신적으로 넓혀 줄 수 있는 것이므로 깊은 관심이 필요하다. 특히 목욕 등 위생서비스나 복지서비스의 경우 자원봉사자나 공익근무요원, 공공근로사업 취업자, 공공봉사명령자 등 다양한 인력이 모두 활용될 여지가 많은 부분이므로, 보건복지센터 등의 설립과 함께 이러한 인력의 사업보조인력으로서의 활용을 적극 추진하는 것이 바람직할 것이다.

또한 보건소사업 평가방법의 개발도 빼놓을 수 없는 문제이다. 이는 지역단위로 해결하기는 곤란한 문제로, 중앙정부 차원에서 시급히 정립하여야 할 과제이다. 이와 관련하여 보건소사업의 업무표준화와 지침서를 개발하여 보건소 사업운영의 효과를 극대화 하고자 하는 노력도 진행되고 있다. 하지만 평가의 측면에서는 아직 초보적 수준에서 벗어나지 못하고 있는 것으로 보이며, 구체적인 평가방법과 평가항목의 개발이 필수적인 과제로 부각되고 있다.

더욱이 보건소 조직개편과 관련하여 최근 보건소의 책임경영행정기관화에 대한 논의가 일고 있는데, 이 논의의 기본적인 전제가 되어야 할 것이 바로 평가방법의 개발이라고 할 수 있다. 제대로 된 평가가 정착되거나, 적어도 방법의 개발이 되지 않은 상태에서의 보건소의 책임경영행정조직화는 오히려 실적위주의 사업방식을 부추길 우려조차 있다. 제대로 된 사업평가가 정착된다면, 내용적으로는 책임경영행정조직으로의 변화가 저절로 이루어질 수도 있을 것이다. 보건소 조직 및 기능 개편의 핵심은 조직 首長의 位相에 있기보다는 조직 자체에 대한 엄정한 평가와 평가결과 還流의 強制에 있다고 본다.

參考文獻

- 강복수 외, 『예방의학과 공중보건』, 계축문화사, 1995, pp.789~795.
- 김모임, 「간호: 미래세기의 도전」, 『간호학 탐구』 제1권 제1호, 1992, p.19.
- 김영희, 최부옥, 「보건진료소 지역주민의 건강실태변화조사」, 『최신의학』 제29권 제2호, 1986, pp.175~183.
- 김진순 외, 『보건진료원제도 운영개선에 관한 연구』, 한국보건개발연구원, 1991.
- 남정자 외, 『지역보건의 정책과제와 활성화 방안』 한국보건사회연구원, 1996.
- 김창엽, 「보건소의 개편 방향」, 한국보건행정학회 정책토론회, 1998. 8. 12.
- 문옥륜, 「전국민 의료보험과 도시보건소의 진료기능」, 『보건학논집』 제41호, 1988.
- 박인화, 『영국의 복지개혁 동향(일하는 복지정책으로)』, 1997.
- 배상수, 「일본 지역보건사업의 발전과 전망」, 『보건간호소식』, 1997.1
- 변재관, 장원기 외, 『공공복지전달체계 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 보건복지부 보건증진국, 『21세기를 대비한 보건소 기능 활성화 계획(안)』 1998. 6.

- 보건복지부, 『국민건강 2010: Task Force』, 『보건소 중심의 21세기 국민 건강관리 전략 개발(안)』, 1998. 10.
- _____, 『보건예방사업 실시지침』, 1998. 1.
- _____, 『보건복지통계연보』 제28호, 1997.
- _____, 『보건연감』, 1998.
- 새정치국민회의 정책위원회, 『보건의료선진화 정책보고서』, 1998. 12.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 『농촌지역 방문보건사업 체계 개발』, 1993. 12.
- _____, 『포괄적 보건의료 서비스 제공을 위한 보건지소 모형 개발』, 1993. 12.
- 송건용 외, 『농어촌 벽지 보건진료원 투입요인의 순효과분석』, 한국인구보건 연구원, 1988.
- 신영전, 『공공보건의료의 역할과 과제』, 『한국사회의 공공의료 역할 재정립의 방향과 과제』 공청회 자료, 공공의료기관의 올바른 개혁과 국민건강 보장을 위한 범국민대책회의, 1998. 9. 5.
- 이경호, 『우리나라 보건진료원 제도의 경제성 분석』, 서울대학교 보건대학원 보건학과 박사학위논문, 1993. 12.
- 이성기, 김성희, 강혜규, 『보건복지사무소 시범사업 2차년도 실태조사』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 이종구, 『보건소 기능개선사업의 배경과 정책방향』, 보건소기능개선사업 강화를 위한 워크샵, 1997. 7. 4.
- 이현송, 강혜규, 『시범보건복지사무소의 운영평가 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1997.

- 조남훈 외, 『최근의 인구동향과 대응전략』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 조주현, 『보건지소 진료실적에의 관련요인』, 『보건행정학회지』 제6권 제2호, 1996.
- 한국보건사회연구원, 『국민건강증진사업의 현황과 발전방향』, 『개원 27주년 기념 세미나자료』, 1998. 4.
- 한국보건사회연구원, 『주요질병에 대한 국가관리 체계 구축(내부자료)』, 1998.
- 한국보건의료관리연구원, 『21세기 보건소를 위한 보건소 업무 표준화 및 교육·훈련 프로그램 개발 기초연구』, 1998. 6.
- 행정자치부, 『읍면동의 기능전환 기본계획(시안)』, 1998. 8.
- _____, 『지방조직개편 추진지침』, 1998. 6.
- OECD, 사회정책 관련 장관회의 자료, 파리, 1998. 6. 23~24.
- Daft, R. L., *Organization Theory and Design*. 3rd ed. West Publishing Company, St.Paul, 1989.
- Department of Health, *NHS Bodies*, 1998. 12. 15.
- Devra Lee Davis, Lorenz K. Y. Ng, “National policy issues for health promotion and disease prevention”, *Strategies for public health*, Van Nostrand Reinhold Company, 1981.
- Keith W. Sehnert., “The medical self-care movement; past, present and future”, *Strategies for public health*, Van Nostrand Reinhold Company, 1981.
- Longenecker, J. G., Pringle, C. D. *Management*. 5th ed. Bell & Howell Company, Columbus, Ohio, 1981.
- Morecambe Bay Health Authority, *Annual Report, 1995-1996*, 1998. 12. 10.

NHS, *A Guide of National Health Service*, May 1996, p.37.

Shortell, S. M., Kaluzny, A. D. *Health Care Management*, 2nd ed. John Willey & Sons, Inc. New York, 1988.

WHO., *Improving the performance of health centres in district health systems*. WHO technical report series 869, 1997.

<http://cgi-bin/jtra...agoshima/kankyohoken/hoken1.html>

<http://sbcphd.org/aboutphd/html>

<http://weber.u.washington.edu/~hserv/hsic/resource/phealth/lhd/ca-lhd.html>

<http://www.ci.long-beach.ca.us/health/pdf/overview98.pdf>

<http://www.co.leon.fl.us/lcphu/lcphu.html>

<http://www.co.utah.ut.us/dept/health/index.htm> 1998. 11. 11.

<http://www.hhs.gov/about/profile.html>, 1998. 12.

<http://www.morecmbe-ha.nwest.nhs.uk>, 1998.12. 2.

<http://www.ozemail.com.au/~tblack>

<http://www.ozemail.com.au/~tblack/staff.html>

<http://www.slchealth.org/fh/clinics.html>

<http://www.srhip.on.ca> 1998. 10.

<http://www.srhip.on.ca/bgoshu/FoodSafety/FoodHaccpFS.html>. 1998.11. 2.

<http://www.sswaha.org.uk/about/struct.html> 1998. 11. 22.

<http://www.sswaha.org.uk/about/struct.html> 1998. 12. 1.

<http://www.sswaha.org.uk/about/struct.html> 1998. 12. 5.

<http://www2.wind.ne.jp/aga-phc/>

附 錄

- 附錄 1. 保健所長 意見調查 調查票 / 197
- 附錄 2. 保健診療所 現況調查 調查票 / 205
- 附錄 3. 保健所長 意見調查 結果 / 209
- 附錄 4. 保健診療所 現況調查 結果 / 229
- 附錄 5. 外國 公共保健機關의 機能 / 250

附錄 1. 保健所長 意見調查 調査票

공공보건의료기관 발전 방안 마련을 위한 의견조사

안녕하십니까?

국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 노력하고 있는 소장님의 노고에 진심으로 감사를 드립니다.

1956년 보건소법이 처음 제정된 이후 보건소의 꾸준한 보건의료서비스 제공노력으로 인하여 많은 의료취약지역이 사라졌고 지역주민의 건강수준 또한 높아졌습니다. 그러나 인구의 고령화 및 만성질환의 증가 등 의료환경의 변화로 인하여 공공보건의료기관의 역할을 필요로 하는 부분이 아직도 산재한 실정입니다.

이에 본 연구원에서는 도시 및 농촌지역의 보건의료문제를 해결하는데 실질적으로 도움을 줄 수 있는 제도적인 지원방안을 마련중에 있습니다. 이에 보건소, 보건지소, 보건진료소의 향후 개선방안을 위한 의견수렴의 설문지를 작성하였사오니, 번거로우시겠지만 연구의 중요성을 이해하시어 적극 협조해 주시면 감사하겠습니다.

응답하신 내용은 통계적으로 처리되어 완전히 개인의 비밀이 보장되오니 솔직하고 정확히 답변해 주시기 바랍니다.

끝으로 귀 보건소의 무궁한 발전을 기원합니다.

감사합니다.

1998. 10.

한국보건사회연구원장

한국보건사회연구원

코드	
----	--

(설문 회송을 확인하는 데에만 사용됩니다)

※ 이 설문지는 보건소 발전방안 마련의 실제적인 근거가 되도록 보건소장님의 의견을 듣고자 하는 것이므로 가능한한 정확히 작성하여 주시기를 부탁드립니다.

1. 다음은 보건소 소장님의 인적사항에 관한 질문입니다.

- 1) 연령과 성별을 표시해 주십시오. (남 여) 만 _____ 세
- 2) 보건소장으로 근무하신지는 얼마나 되십니까?(타 보건소 소장 근무 포함) _____ 년 _____ 개월
- 3) 소장님의 직렬은 무엇입니까? (의무직 보건직 기타 _____)

2. 현재 진행되고 있는 행정개혁과 관련하여 귀 보건소 관내의 보건지소(분소)와 보건진료소를 통합하거나 신설할 예정이 있는지를 알아보고자 합니다. 현재 지소와 진료소가 설치된 수와 미래의 예상되는 수를 기입하여 주십시오. 변화가 예정되어 있지 않다면 현재의 수와 같은 수를 기입하여 주시면 됩니다.

	현재 지소/진료소 수	99년 예상 지소/진료소 수
보건지소(분소)	개소	개소
보건진료소	개소	개소

3. 위의 응답과 관련하여 지소나 진료소를 감축할 예정이라면 그 기준은 무엇입니까?

- ① 담당 인구수가 적은 지소나 진료소를 감축한다.
- ② 담당 지역이 협소한 지소나 진료소를 감축한다.
- ③ 보건소에서 가까운 지소나 진료소를 감축한다.
- ④ 기타 (_____)

4. (도시지역 보건소만 응답해 주십시오) 관내에 보건분소가 설치되어 있습니까?

- ① 없다 ② 설치 예정 ③ 있다 (_____ 개소)

5. (도시지역 보건소만 응답해 주십시오) 관내에 보건분소가 없는 경우 설치가 필요하다고 생각하십니까?

- ① 필요하다(→ 5-1번 문항) ② 필요하지 않다(→ 6번 문항) ③ 모르겠다(→ 6번 문항)

5-1. (도시지역 보건소만 응답해 주십시오) 관내에 보건분소 설치가 필요하다면 그 이유는 무엇입니까? 해당사항은 모두 골라 주십시오.

- ① 취약지역 외래진료(내과,한방,치과 등) ② 영세민 방문보건의료사업
- ③ 주민 보건교육 ④ 예방접종 등 모자보건사업
- ⑤ 장애인/정신질환자 재활사업 ⑥ 기타 (_____)

6. 주민에 대한 보건 및 복지 서비스의 통합전달에 대하여 현재 5개 보건소에서 시범사업이 진행되고 있습니다. 의견을 말씀해 주십시오(복수 선택 가능).

- ① 보건소와 사회복지사는 별개의 영역으로 완전 분리하여 운영한다.
- ② 사회복지전문요원은 현재처럼 동 단위에 두되, 보건소와 협력하여 업무를 수행한다.
- ③ 사회복지전문요원을 기초자치단체 사회복지서에 두어 보건소와 상호 협의하여 업무를 수행한다.
- ④ 방문보건요원과 사회복지전문요원을 보건소의 같은 과 내에 두어 업무협력을 원활히 한다.
- ⑤ 소규모 지역단위로 방문보건요원과 사회복지전문요원을 같은 팀 내에 두어 협조토록 한다.
- ⑥ 방문보건요원과 사회복지전문요원의 인적인 통합을 위하여 통합보건복지요원을 양성한다.
- ⑦ 기타 (_____)

7. 귀 보건소의 예산 총액 및 주요 질병예방 관련사업의 예산을 기입하여 주십시오(보건소의 기능 강화와 관련하여 매우 중요한 근거 자료가 되므로 꼭 기입하여 주시기 바랍니다. 사업별 예산에서는 정규직 인건비는 제외하여 주십시오).

		'97 예산	소속 기초 지방자치단체 예산 중의 비중	재원별 총액		
				국비	광역자치단체비 (시·도)	기초자치단체비 (시·군·구)
보건소 총 예산		천원	%	천원	천원	천원
질병예방 관련사업	건강검진 ¹⁾	천원		천원	천원	천원
	모자보건사업	천원		천원	천원	천원
	기타 예방접종	천원		천원	천원	천원
	방역업무	천원		천원	천원	천원
	성병관리사업	천원		천원	천원	천원
	기타:	천원		천원	천원	천원
	기타:	천원		천원	천원	천원

1) 일반주민 건강검진 및 연령별,질환별 특수 건강검진 사업들 모두를 포함

8. 다음은 현재 보건소에서 시행중이거나 지역보건법상 규정되어 있는 사업들입니다. 현재 귀 보건소에서의 시행 여부를 기입하여 주시고, 각 사업들이 보건소에서 할 일인지, 민간의료기관에서 할 일인지, 또는 전혀 불필요한 사업인지에 대한 소장님의 의견을 표의 구분에 따라 표시하여 주십시오(해당 칸에 ○ 표시).

사 업	시행 여부	보건소가 직접 시행			민간 위임 후 관리	민간 이 전담	필요 없는 사업
		강화 필요	현상태 유지	축소 필요			
국민건강증진,보건교육,구강건강 및 영양개선사업							
보건교육실 설치·운영	y / n						
건강상담실/자료실	y / n						
순회보건교육	y / n						
성인병교육	y / n						
아동비만예방교육	y / n						
건강의전화	y / n						
시민건강측정코너 설치	y / n						
아동구강검진/치아홈메우기	y / n						
불소용액양치사업	y / n						
치석제거사업	y / n						
무료틀니시술	y / n						
금연사업:교육,금연칩	y / n						
조기암발견사업	y / n						
영양상담·교육·전시회	y / n						
지역주민 영양평가	y / n						
집단급식시설 업무지도	y / n						
전염병의 예방,관리 및 진료							
전염병 예방 위한 주민홍보	y / n						
방역 소독	y / n						
기생충 검사/치료	y / n						
B형간염검사·예방접종	y / n						
AIDS검사 및 관리	y / n						
일본뇌염 예방접종	y / n						
인플루엔자 예방접종	y / n						
풍진 예방접종	y / n						
장티푸스 보균자 검사	y / n						
전염원 조사(어패류,냉방기 등)	y / n						
성병환자 격리수용시설	y / n						

사 업	시행 여부	보건소가 직접 시행			민간 위임 후 관리	민간 이 전담	필요 없는 사업
		강화 필요	현상태 유지	축소 필요			
모자보건 및 가족계획사업							
영유아 예방접종 (간염, MMR, DPT 등)	y / n						
선천성대사이상검사 /기형아예방검사	y / n						
분만체조교실/태아교실	y / n						
신생아 관계 법 교육	y / n						
보육시설 순회진료	y / n						
모유수유아기 선발대회	y / n						
가족계획 홍보교육/기술	y / n						
노인보건사업							
노인건강검진	y / n						
무료한방진료	y / n						
노인체조교육	y / n						
공중위생 및 식품위생							
식품접객/위생관련업소 위생지도	y / n						
공중이용시설 위생관리	y / n						
응급의료							
대량환자발생 대응책 수립	y / n						
보건소직원 응급구조사 교육	y / n						
정신보건							
재가환자관리	y / n						
정신보건센터/낮병원 운영	y / n						
정신보건 상담실	y / n						
소아정신보건센터	y / n						
정신질환 요양/수용시설 관리	y / n						
가정·사회복지시설 등의 방문 보건의료사업							
가정방문진료/간호	y / n						
가정방문보건위생사업	y / n						
순회진료/이동보건소	y / n						

사 업	시행 여부	보건소가 직접 시행			민간 위임후 관리	민간이 전담	필요 없는 사업
		강화 필요	현상태 유지	축소 필요			
지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리							
병원무료진료권 발급	y / n						
공휴일 진료	y / n						
주민무료진료행사	y / n						
물리치료실 설치 운영	y / n						
만성질환자 등록진료	y / n						
일반주민 건강검진	y / n						
체력증진시설/운동처방	y / n						
외국인근로자 건강검진	y / n						
보건에 관한 실험 또는 검사							
보건증 발급	y / n						
장애인의 재활사업 기타 사회복지사업							
장애인 건강검진	y / n						
장애인 작업치료/교육	y / n						
장애인 재활기구 대여	y / n						
장애인 무료치과진료	y / n						
장애인 방문재활간호	y / n						
기타							
지역보건의료계획 수립	y / n						
보건통계 수집·정리	y / n						
각종 질병의 유병율 조사	y / n						
홍보책자 발행·배부	y / n						
운전면허 적성검사	y / n						
기타 ¹⁾ :	y / n						
기타 ¹⁾ :	y / n						
기타 ¹⁾ :	y / n						

1) 귀 보건소에 기타 특수 사업이 있는 경우 사업명을 기입하고 해당 칸에 표시해 주십시오.

9. 다음 사업 중 보건소가 서비스를 **직접 제공해야 되는** 대상 인구집단을 **모두** 골라 주십시오
(해당 칸에 ○ 표시).

1) 외래진료

	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	성인층 (19~64세)	노인 (65세이상)
복지시설 수용자				
생활보호 대상자				
장애인/정신질환자				
기타 일반주민				

2) 방문진료/간호

	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	성인층 (19~64세)	노인 (65세이상)
복지시설 수용자				
생활보호 대상자				
장애인/정신질환자				
기타 일반주민				

3) 노인보건사업

	노인 (65세이상)
복지시설 수용자	
생활보호 대상자	
장애인/정신질환자	
기타 일반주민	

4) 모자보건사업

	영유아 (0~6세)	모성 (가임연령)
복지시설 수용자		
생활보호 대상자		
장애인/정신질환자		
기타 일반주민		

5) 건강검진

	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	청년층 (19~39세)	장년층 (40~64세)	노인 (65세이상)
복지시설 수용자					
생활보호 대상자					
장애인/정신질환자					
기타 일반주민					

6) 체력증진/운동처방

	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	청년층 (19~39세)	장년층 (40~64세)	노인 (65세이상)
복지시설 수용자					
생활보호 대상자					
장애인/정신질환자					
기타 일반주민					

7) 보건교육

	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	청년층 (19~39세)	장년층 (40~64세)	노인 (65세이상)
복지시설 수용자					
생활보호 대상자					
장애인/정신질환자					
기타 일반주민					

10. 현재 우리나라의 경제적 위기상황을 맞아 지역사회에서 보건소의 역할이 필요하다면 어떤 것
일지 의견을 부탁드립니다.

▶ 긴 시간 동안 자세히 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ◀

122-705
 보내실 곳 : 서울특별시 은평구 불광동 산 42-14
 한국보건사회연구원
 보건제도연구실 공공보건사업 담당자 앞
 Tel. 02) 355-8003~7(교환 122, 264), Fax. 02) 353-0344

附錄 2. 保健診療所 現況調査 調査票

국민의 건강을 보장할 수 있는 공공보건의료기관 발전방안 마련을 위한 의견조사

안녕하십니까?

국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 노력하고 있는 귀하의 노고에 진심으로 감사를 드립니다.

우리나라의 경우 농·어촌 지역에 보건진료소가 설치된 이래 이들의 꾸준한 보건의료서비스 제공노력으로 인하여 많은 의료취약지역이 사라졌고, 지역주민의 건강수준 또한 높아졌습니다. 그러나 인구의 고령화 및 만성질환의 증가 등 새로운 의료환경의 변화로 인하여 공공보건의료의 역할이 보다 강조되어야 하는 실정에 있습니다.

이에 본 연구원에서는 도시 및 농촌지역의 보건의료문제를 해결하는데 실질적으로 도움을 줄 수 있는 제도적인 지원방안을 마련중에 있습니다. 이에 보건진료소의 향후 개선방안을 위한 의견수렴의 설문지를 작성하였사오니, 번거로우시겠지만 연구의 중요성을 이해하시어 적극 협조해 주시면 감사하겠습니다.

이 조사결과는 통계적으로 정리되어 정책개발에 사용할 뿐 그의 다른 목적에는 사용하지 않음을 밝혀 둡니다.

끝으로 귀보건진료소의 무궁한 발전을 기원합니다.

감사합니다.

1998. 10.

한국보건사회연구원장

한 국 보 건 사 회 연 구 원

※ 다음의 해당 사항에 √표 하거나 기록하여 주시기 바랍니다.

1. 보건진료소의 주소지? ()도 ()군 ()면 ()리
2. 다음은 일반적인 사항에 관한 질문입니다.
 - 1) 연령은 어떻게 되십니까? 만 _____ 세
 - 2) 현 보건진료소 근무 년수는 어떻게 되십니까? 만 _____ 년
 - 3) 총 근무년수는 어떻게 되십니까? 만 _____ 년
 - 4) 직급은 어떻게 되십니까? 별정직 ()급 ()호봉
 - 5) 행정적 관할인구수와 실제적인 관할인구수는 어떻게 됩니까?
 - ① 행정적 관할 인구수? ()명
 - ② 실제적 관할 인구수? ()명
 - 6) 근무지로의 출퇴근은 어떻게 하고 계십니까?
 - ① 현재 보건진료소에서 거주하며 근무
 - ② 관할지역 내에서 출퇴근
 - ③ 관할지역 외에서 출퇴근
 - ④ 기타()
 - 7) 보건진료소가 도서(섬지역)나 댐지역에 둘러 싸여 있어 배편을 이용해야 합니까?
 - ① 예
 - ② 아니오
3. 근무지의 지역적 특성은 어떠합니까?
 - ① 교통이 불편한 오지, 벽지
 - ② 교통이 불편한 도서(섬)
 - ③ 교통이 비교적 좋은 도서(섬)
 - ④ 교통이 편리한 지역(시지역)
 - ⑤ 기타 ()
4. 대상인구의 특성에 관한 질문입니다.
 - 1) 관내 노인인구(65세 이상)의 비율은? 약()%
 - 2) 노인단독 가구수(독거노인 포함됨)는? 약()가구
 - 3) 40세 이상 장년층(65세 이상 노인인구 포함)의 비율은? 약()%
 - 4) 만성질환 및 장애인 비율은? 약()%
 - 5) 현재 담당하고 있는 리 수는? ()개
 - 6) 현재의 실제 관할 인구수에 대한 의견은?
 - ① 많다
 - ② 적당하다
 - ③ 적다
 - ④ 기타()

5. 현재의 근무 조건에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ① 아주만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만족 ⑤ 아주 불만족

↳ 그 이유는?(_____)

6. '98년 7~ 9월의 월 평균 보건진료소 운영비 총액은 얼마나 됩니까? (_____)만원

7. '98년 7~ 9월의 월 평균 방문가구수는 몇 가구입니까? (_____)가구

8. '98년 7~ 9월의 가정방문을 하지 않는 경우 일 평균 내소자 수와 일 평균 전화상담 건수는? ① 내소자수는? (_____)명 ② 전화상담 건수는? (_____)건

9. '98년 7~ 9월의 월 평균 진료수입은 대략 얼마나 됩니까?

약(_____)만원 = 환자본인 부담액(_____)만원 + 보험청구액(_____)만원

10. 한 가구를 방문하는데 평균 몇 분 걸리고 서비스제공시간은 얼마나 됩니까?

- ① 평균방문소요시간 편도 약(_____)분 ② 서비스제공시간 약(_____)분

* 기다리는데 걸리는 시간은 제외.

11. 업무중 진료와 예방사업의 비율은 대략 어느 정도입니까?

① 진료사업(_____)% + ② 예방 또는 보건사업(_____)% = 100%

12. 가장 가까운 보건소, 보건지소 또는 보건진료소와의 거리는 몇 km이고 대략 도보 및 버스(배)로 몇 분 정도 걸립니까?

- ① (_____)소* ② (_____)km ③ 도보로 약(_____)분

- ④ 버스(배)로 약(_____)분** ⑤ 하루에 버스(배)운행 횟수는? (_____)회

* 기관명 ** 기다리는데 걸리는 시간은 제외.

13. 가장 가까운 민간의원이나 병원까지의 거리는 몇 km이고 대략 도보 및 버스(배)로 몇 분 정도 걸립니까?

- ① (_____)원* ② (_____)km ③ 도보로 약(_____)분

- ④ 버스(배)로 약(_____)분** ⑤ 하루에 버스(배)운행 횟수는? (_____)회

* 기관명 ** 기다리는데 걸리는 시간은 제외.

14. 현재의 행정조직개편 과정에서 보건진료소를 인접한 다른 보건지소나 보건진료소와 통합하는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ① 찬 성(이유: _____)
- ② 반 대(이유: _____)
- ③ 잘 모르겠음

15. 보건지소에 배치되어 팀장으로서 보건요원과 활동하는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ① 찬성 ② 반대 ③ 잘 모르겠음
- ↓
- (이유: _____)

16. 현재 보건진료소의 운영을 지원하기 위하여 『보건진료소운영협의회』가 있습니다. 향후 본 협의회의 활동에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ① 활동을 존속시킨다 ② 도움이 없되어 폐쇄시킨다 ③ 기타(_____)

17. 1998년도 1월 이후 보건진료소 내소자 수의 변화는 어떠합니까?

- 1) 진 료.....① 증가: (_____) % 또는 ② 감소: (_____) % ③ 변화없음
- 2) 예방상담.....① 증가: (_____) % 또는 ② 감소: (_____) % ③ 변화없음

18. 지역사회주민에게 공공보건서비스를 효과적으로 전달할 수 있는 기타 방안이 있으면 말씀하여 주십시오.

▶ 긴 시간 동안 자세히 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ◀

* 기타 문의: 한국보건사회연구원 공공보건사업 담당팀, Tel. 355-8003~7(교환 264번).

Fax. 353-0344

附錄 3. 保健所長 意見調查 結果(本文 II章 및 IV章 참조)

〈附表 3-1〉 地域別 平均 人口

구 분	최 소	최 대	평균(N=144)
특별시의 구	190,283	636,845	430,018
광역시의 구	112,565	477,620	292,840
시	59,397	518,282	206,215
군	12,624	242,643	67,872

〈附表 3-2〉 應答對象 保健所의 人口分布 現況

구 분	특별시	광역시	시	군	합 계
5만 미만	-	-	-	20(33.9)	20(13.9)
5~10만 미만	-	-	9(18.0)	32(54.2)	41(28.5)
10~20만 미만	1(6.3)	3(15.8)	18(36.0)	6(10.2)	28(19.4)
20~30만 미만	1(6.3)	7(36.8)	11(22.0)	1(1.7)	20(13.9)
30~40만 미만	5(31.3)	5(26.3)	9(18.0)	-	19(13.2)
40~50만 미만	6(37.5)	4(21.1)	1(2.0)	-	11(7.6)
50~60만 미만	2(12.5)	-	2(4.0)	-	4(2.8)
60만 이상	1(6.3)	-	-	-	1(0.7)
합 계	16(100.0)	19(100.0)	50(100.0)	59(100.0)	144(100.0)

〈附表 3-3〉 保健所의 所在地域別 應答者 現況

		현재의 설치수	(%)	응답개수	(%)	응답률(%)
특별시 광역시 시 군	시	25	10.2	16	11.1	64.0
	시	46	18.8	19	13.2	41.3
	시	80	32.7	50	34.7	62.5
	군	94	38.3	59	41.0	62.8
서부 대구 대 광 영 대 인 울 경 기 영 충 청 전 전 경 영 계	울산	25	10.2	16	11.1	64.0
	부산	16	6.5	6	4.2	37.5
	대구	8	3.3	6	4.2	75.0
	대전	4	1.6	3	2.1	75.0
	광주	5	2.0	3	2.1	60.0
	대구	10	4.1	3	2.1	30.0
	대전	4	1.6	1	0.7	25.0
	경북	39	15.9	22	15.3	56.4
	충북	18	7.3	15	10.4	83.3
	충남	12	4.9	9	6.2	75.0
	전북	15	6.1	9	6.2	60.0
	전남	15	6.1	4	2.8	26.7
	경북	24	9.8	16	11.1	66.7
	경남	25	10.2	15	10.4	62.5
제주	21	8.6	13	9.0	61.9	
합계(평균)	4	1.6	3	2.1	75.0	
합계(평균)	245	100.0	144	100.0	58.8	

〈附表 3-4〉 應答 保健所長 一般現況

	응답자 수	%
전 체(N)	144	100.0
성		
남자	118	81.9
여자	26	18.1
연 령 ²⁾		
39세 이하	15	11.0
40~49세	28	20.6
50~59세	85	62.5
60세 이상	8	5.9
근무경력 ²⁾		
2년 미만	44	31.4
2~4년 미만	35	25.0
4~6년 미만	15	10.7
6~8년 미만	6	4.3
8~10년 미만	13	9.3
10년 이상	27	19.3
직 렬		
의무직	54	38.0
보건직	83	58.5
기 타 ¹⁾	5	3.5

註 : 1) 공식으로 인한 직무대리(4), 행정직(1)임.
 2) 무응답은 제외함.

〈附表 3-5〉 特別市 保健所의 '97年度 豫算現況 分析

	'97 예산	비중 ²⁾	재원별총액(%)			
			국비	광역자치단체비(시, 도)	기초자치단체비(시, 군, 구)	
보건소 총 예산	3,698,484	3.61	1.83	15.82	82.34	
관 련 사 업	건강검진 ¹⁾	37,166	-	0.60	0.0	99.40
	모자보건사업	58,469	-	31.61	5.03	63.36
	기타 예방접종	149,990	-	2.52	4.84	92.63
	방역업무	60,252	-	0.0	0.0	100.0
	성병관리사업	10,752	-	9.91	0.0	90.09

註 : 1) 일반주민 건강검진 및 연령별, 질환별 특수 건강검진 사업 모두를 포함
 2) 기초지방자치단체 예산 중의 비중임.

〈附表 3-6〉 廣域市 保健所의 '97年度 豫算現況 分析

구 분	'97 예산	비중 ²⁾	재원별총액			
			국비	광역자치단체비(시, 도)	기초자치단체비(시, 군, 구)	
보건소 총 예산	1,978,608	3.22	4.61	4.91	90.47	
관 련 사 업	건강검진 ¹⁾	58,896	-	6.04	9.09	84.88
	모자보건사업	46,172	-	22.46	9.98	67.55
	기타 예방접종	128,903	-	6.46	7.08	86.47
	방역업무	164,605	-	0.02	2.20	97.78
	성병관리사업	21,745	-	0.23	3.99	95.78

註 : 1) 일반주민 건강검진 및 연령별, 질환별 특수 건강검진 사업 모두를 포함
 2) 기초지방자치단체 예산 중의 비중임.

〈附表 3-7〉 一般市 保健所의 '97年度 豫算現況 分析

구 분	'97 예산	비중 ²⁾	재원별총액			
			국비	광역자치단체비(시, 도)	기초자치단체비(시, 군, 구)	
보건소 총 예산	3,936,643	2.57	6.20	3.30	90.50	
관 련 사 업	건강검진 ¹⁾	48,095	-	3.48	26.28	70.23
	모자보건사업	35,323	-	23.05	8.26	68.69
	기타 예방접종	148,005	-	9.51	9.11	81.37
	방역업무	131,034	-	0.28	8.51	91.20
	성병관리사업	12,756	-	2.44	1.55	96.01

註 : 1) 일반주민 건강검진 및 연령별, 질환별 특수 건강검진 사업 모두를 포함
 2) 기초지방자치단체 예산 중의 비중임.

〈附表 3-8〉 郡 保健所의 '97年度 豫算現況 分析

구 분	'97 예산	비중 ²⁾	재원별총액			
			국 비	광역자치단체비(시, 도)	기초자치단체비(시, 군, 구)	
보건소 총 예산	3,693,392	4.06	8.14	5.73	86.13	
관 련 사 업	건강검진 ¹⁾	254,606	-	5.48	25.36	69.16
	모자보건사업	20,661	-	23.36	4.19	72.44
	기타 예방접종	110,379	-	11.24	11.40	77.36
	방역업무	65,844	-	0.20	3.26	96.54
	성병관리사업	3,508	-	2.41	1.73	95.86

註: 1) 일반주민 건강검진 및 연령별, 질환별 특수 건강검진 사업 모두를 포함
 2) 기초지방자치단체 예산 중의 비중임.

표 3-9~14 및 그림 3-1~5는 보건소가 직접 서비스를 제공해야 하는 대상 인구집단에 관하여 보건소장의 의견을 조사한 것으로서 긍정적 응답의 비율을 표시하였음.

〈附表 3-9〉 保健所의 直接 서비스 提供 對象 人口 - 老人保健事業

(단위: %)

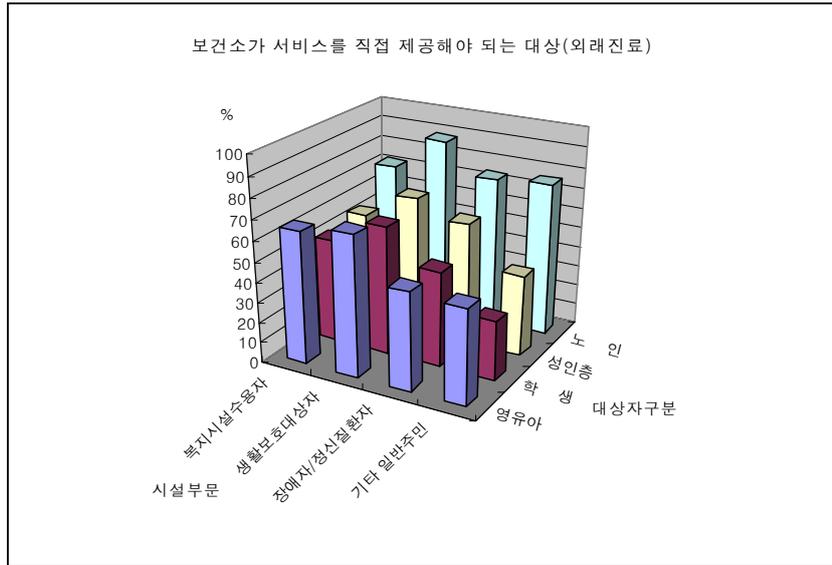
구 분	노인(65세 이상)
복지시설 수용자	76.4
생활보호 대상자	93.1
장애인/정신질환자	85.4
기타 일반주민	76.4

〈附表 3-10〉 保健所의 直接 서비스 提供 對象 人口 - 母子保健事業

(단위: %)

구 분	영유아(0~6세)	모성(가임연령)
복지시설 수용자	69.4	61.8
생활보호 대상자	76.4	77.8
장애인/정신질환자	63.2	66.0
기타 일반주민	61.8	60.4

[附圖 3-1] 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 外來診療

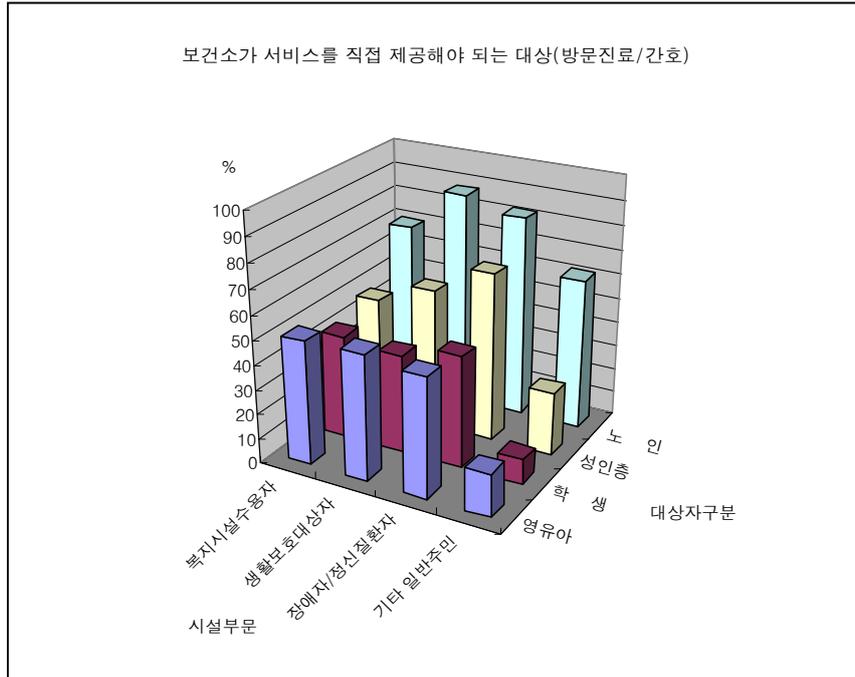


<附表 3-11> 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 外來診療

(단위: %)

구 분	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	성인층 (19~64세)	노인 (65세 이상)
복지시설 수용자	65.3	51.4	54.9	71.5
생활보호 대상자	69.4	63.2	68.1	88.2
장애인/정신질환자	48.6	47.2	60.4	73.6
기타 일반주민	47.2	29.2	40.3	75.7

[附圖 3-2] 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 訪問診療/看護

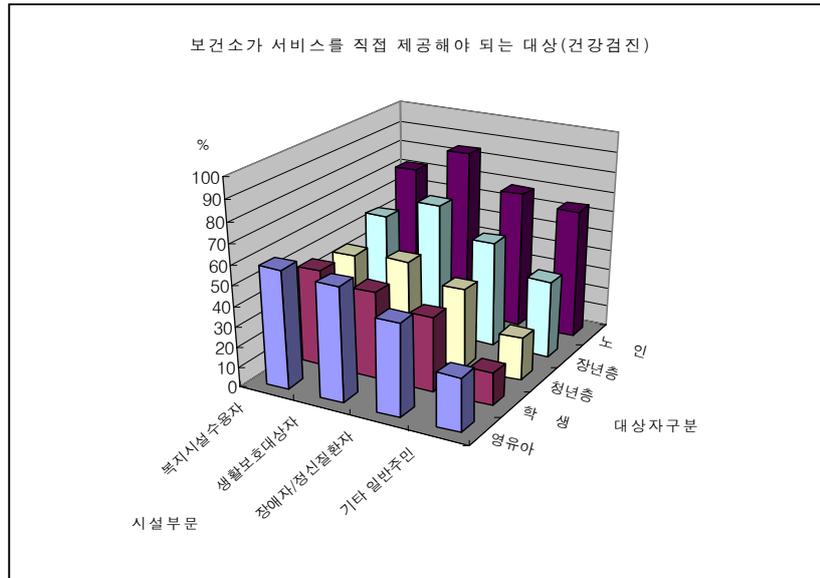


<附表 3-12> 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 訪問診療/看護

(단위: %)

구 분	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	성인층 (19~64세)	노인 (65세 이상)
복지시설 수용자	50.7	42.4	47.9	70.1
생활보호 대상자	51.4	40.3	56.9	87.5
장애인/정신질환자	48.6	45.8	68.7	82.6
기타 일반주민	17.4	10.4	25.7	61.8

[附圖 3-3] 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 健康檢診

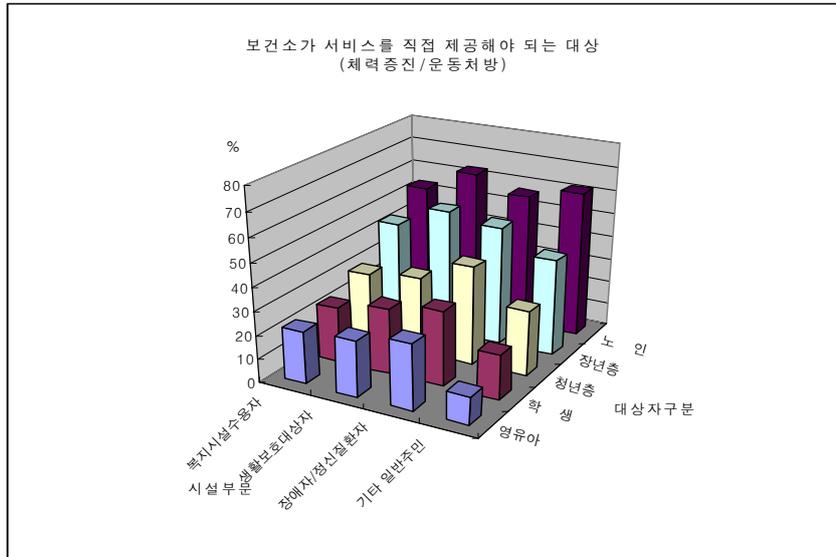


<附表 3-13> 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 健康檢診

(단위: %)

구분	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	청년층 (19~39세)	장년층 (40~64세)	노인 (65세 이상)
복지시설 수용자	58.3	47.9	45.8	56.2	72.2
생활보호 대상자	56.2	43.1	47.9	66.7	84.7
장애인/정신질환자	45.1	36.8	39.6	52.8	68.7
기타 일반주민	26.4	16.0	21.5	38.9	64.6

[附圖 3-4] 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 體力增進/運動處方

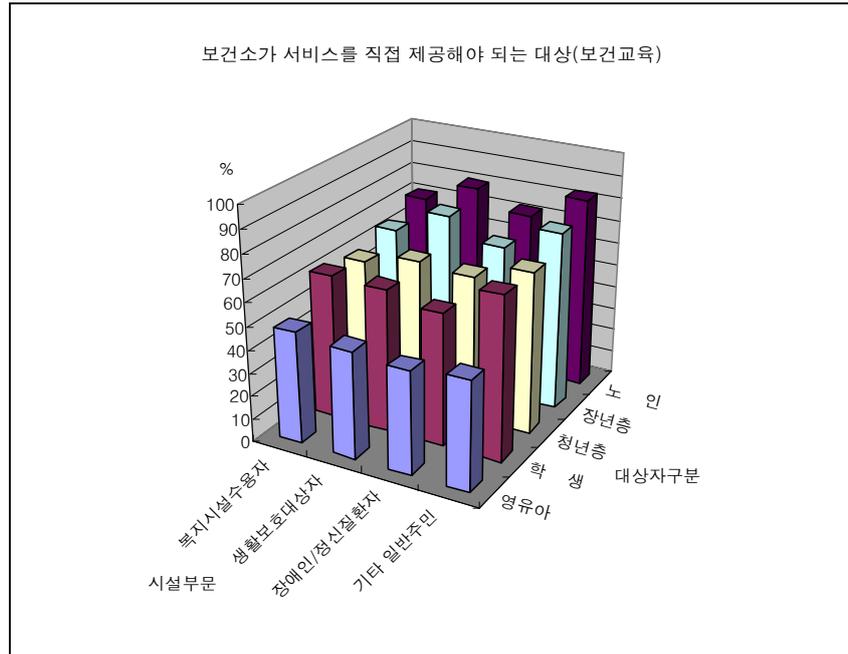


〈附表 3-14〉 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 體力增進/運動處方

(단위: %)

구분	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	청년층 (19~39세)	장년층 (40~64세)	노인 (65세 이상)
복지시설 수용자	22.2	23.6	29.9	44.4	53.5
생활보호 대상자	23.6	27.8	32.6	53.5	63.2
장애인/정신질환자	27.8	31.9	41.7	50.7	56.9
기타 일반주민	11.8	18.8	27.8	41.0	61.8

[附圖 3-5] 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 保健教育



<附表 3-15> 保健所의 直接 서비스提供 對象 人口 - 保健教育

(단위: %)

구 분	영유아 (0~6세)	학생 (7~18세)	청년층 (19~39세)	장년층 (40~64세)	노인 (65세 이상)
복지시설 수용자	48.6	62.5	59.7	64.6	70.8
생활보호 대상자	46.5	61.8	67.4	75.7	79.9
장애인/정신질환자	44.4	57.6	63.2	66.7	72.2
기타 일반주민	47.2	70.8	70.1	77.1	83.3

〈附表 3-16〉 保健所の 遂行業務 및 向後 意見

구 분	시행 여부	보건소가 직접수행			민간 위임후 관리	민간이 전담	필요 업는 사업	무응답	
		강화 필요	현상태 유지	축소 필요					
국민 건강 증진, 보건 교육, 구강 보건, 영양 개선	보건교육실 설치운영여부	68.6	79.2	17.4	0.0	0.0	0.7	0.0	2.8
	건강상담실/자료실	71.6	67.4	23.6	1.4	0.0	0.7	0.7	6.2
	성인병교육	89.7	68.1	22.2	1.4	2.1	2.8	0.0	3.5
	아동비만예방교육	40.7	54.2	18.8	0.7	4.9	10.4	0.0	11.1
	순회보건교육	84.7	54.9	32.6	2.8	4.2	1.4	0.7	3.5
	영양상담, 교육, 전시회	51.3	50.7	21.5	2.1	5.6	9.0	1.4	9.7
	금연사업: 금연교육, 금연칩	70.7	52.1	22.9	2.1	6.2	10.4	0.7	5.6
	조기암발견사업	87.2	50.0	22.2	0.7	13.2	10.4	0.0	3.5
	아동구강검진/치아홈메우기	83.5	48.6	34.0	0.0	2.8	7.6	0.0	6.9
	지역주민 영양평가	27.9	41.7	13.2	3.5	16.0	8.3	6.2	11.1
	시민건강측정코너	38.7	44.4	22.2	0.0	3.5	9.7	6.9	13.2
	건강의 전화	27.3	38.9	17.4	2.1	4.2	11.1	8.3	18.1
	불소용액양치사업	93.1	43.1	41.7	3.5	1.4	4.9	0.0	5.6
	집단급식시설 업무지도	48.7	36.8	28.5	0.7	10.4	9.0	4.2	10.4
	치석제거사업	44.7	30.6	25.0	4.2	7.6	20.8	2.8	9.0
무료틀니시술	19.5	25.0	18.8	3.5	10.4	31.3	2.1	9.0	
전염병예방, 관리, 진료	전염병예방을 위한 주민 홍보	100.0	57.6	35.4	0.7	0.0	0.7	0.7	4.9
	AIDS검사 및 관리	100.0	39.6	48.6	0.7	6.2	1.4	0.0	3.5
	전염원 조사(어패류, 냉방기 등)	90.4	27.1	55.6	2.1	4.2	1.4	2.8	6.9
	장티푸스 보균자 검사	100.0	20.1	62.5	7.6	2.1	2.8	0.7	4.2
	B형간염검사와 예방접종	100.0	17.1	60.7	4.3	7.7	7.7	0.0	2.6
	방역소독	100.0	18.8	36.1	4.9	31.9	3.5	0.7	4.2
	인플루엔자 예방접종	100.0	16.0	54.2	5.6	7.6	13.9	0.0	2.8
	풍진예방접종	97.4	16.0	63.2	0.7	5.6	11.1	0.0	3.5
	일본뇌염 예방접종	100.0	15.3	59.0	4.9	6.9	10.4	0.0	3.5
	성병환자 격리수용 시설	19.3	12.5	14.6	7.6	17.4	18.1	16.0	13.9
기생충 검사/치료	76.3	11.1	35.4	9.7	16.7	11.1	8.3	7.6	

〈附表 3-16〉 계속

구	분	시행 여부	보건소가 직접시행			민간 위임후 관리	민간이 전담	필요 업 사업	무응답
			강화 필요	현상 태유 지	축소 필요				
모자 보건, 가족 계획	분만체조교실/태아교실	41.2	36.1	18.1	1.4	9.7	17.4	4.9	12.5
	선천성대사이상/기형아예방검사	100	25.0	37.5	2.8	20.8	10.4	0.7	2.8
	영유아예방접종(간염,MMR, DPT등)	100	22.9	58.3	0.0	11.1	4.9	0.0	2.8
	신생아 관계법 교육	33.6	22.2	32.6	3.5	4.9	9.0	12.5	15.3
	보육시설 순회진료	37.5	23.6	26.4	2.8	15.3	10.4	6.2	15.3
	모유수유아기 선발대회	10.7	13.2	11.1	1.4	11.8	31.3	19.4	11.8
	가족계획 홍보교육/기술	95.8	6.2	31.3	12.5	20.8	23.6	2.8	2.8
노인보 건사업	노인체조교육	60.2	51.4	22.9	0.7	6.9	5.6	4.2	8.3
	노인건강검진	86.2	50.0	29.9	2.1	6.9	2.8	1.4	6.9
	무료한방진료	63.2	42.4	27.1	2.1	6.2	10.4	5.6	6.2
공중, 식품위 생	공중이용시설 위생관리	42.4	19.4	27.1	3.5	13.2	2.8	5.6	28.5
	식품접객/위생관련업소 위생지도	43.4	18.8	27.8	4.2	14.6	2.1	4.2	28.5
응급의 료	대량환자발생 대응책 수립	79.3	48.6	25.0	0.7	7.6	2.8	2.8	12.5
	보건소직원 응급구조사 교육	36.6	45.1	16.7	1.4	13.2	4.9	4.2	14.6
정신 보건	재가환자관리	60.3	54.9	17.4	1.4	16.0	3.5	0.0	6.9
	정신보건 상담실	55.7	53.5	17.4	0.7	16.0	5.6	0.0	6.9
	정신보건센터/낮병원 운영	19.6	38.2	11.8	0.7	24.3	12.5	2.1	10.4
	소아정신보건센터	14.3	29.9	9.7	2.1	21.5	21.5	2.1	13.2
	정신질환요양/수용시설관리	33.6	23.6	15.3	0.7	28.5	20.1	0.7	11.1
가정, 복지시 설방문	가정방문진료/간호	100.0	62.5	29.2	1.4	2.8	0.7	0.0	3.5
	가정방문보건위생사업	70.1	45.8	29.9	2.8	4.9	0.7	2.8	13.2
	순회진료/이동보건소	86.2	31.3	41.7	7.6	4.2	2.1	8.3	4.9

〈附表 3-16〉 계속

구	분	시행 여부	보건소가 직접시행			민간 위임후 관리	민간이 전담	필요 업 사업	무응답
			강화 필요	현상태 유지	축소 필요				
지역주민 진료, 건강진단, 질병관리	체력증진시설/운동처방	28.1	48.6	13.9	0.0	5.6	13.2	4.2	14.6
	만성질환자 등록진료	89.7	46.5	38.9	1.4	4.2	0.0	2.1	6.9
	물리치료실 설치운영	94.0	38.9	46.5	1.4	2.1	3.5	0.0	7.6
	일반주민 건강검진	69.8	31.9	36.1	0.7	9.7	10.4	2.8	8.3
	외국인근로자 건강검진	27.0	16.7	23.6	0.7	14.6	18.1	5.6	20.8
	주민무료진료행사	66.7	11.8	31.9	11.1	4.9	14.6	13.2	12.5
	병원무료진료권 발급	6.1	6.9	13.2	4.9	5.6	22.9	23.6	22.9
공휴일 진료	7.9	2.1	15.3	1.4	5.6	36.1	20.1	19.4	
보건실험	보건증발급	99.1	17.4	56.2	6.2	4.9	3.5	1.4	10.4
장애인, 재활, 복지	장애인 방문재활간호	66.1	52.8	18.1	0.7	10.4	8.3	1.4	8.3
	장애인 재활기구 대여	27.5	36.8	12.5	0.7	16.7	14.6	0.7	18.1
	장애인 무료치과진료	14.5	29.9	13.2	1.4	17.4	19.4	2.1	16.7
	장애인 건강검진	29.1	31.9	15.3	0.7	18.8	15.3	1.4	16.7
	장애인 작업치료/교육	9.1	27.8	6.2	0.0	24.3	22.2	1.4	18.1
기 타	각종 질병의 유병률 조사	66.1	55.6	22.9	0.7	5.6	2.8	0.7	11.8
	보건통계 수집, 정리	90.3	54.2	36.1	0.0	2.8	0.7	0.7	5.6
	홍보책자, 발행, 배부	85.0	55.6	33.3	1.4	1.4	0.0	0.7	7.6
	지역보건의료계획 수립	100.0	50.0	34.7	4.9	0.0	1.4	2.1	6.9
	운전면허 적성검사	71.8	11.1	45.1	2.1	9.0	18.1	2.8	11.8

〈附表 3-17〉 地域別(都市·農漁村) 主要事業의 施行主體에 대한 意見¹⁾

(단위: 개소, %)

사업명	지역	시행여부(%)	보건소	민간	불필요	무응답
보건교육	도시형 ²⁾	67.4	54(96.4)	1(1.8)	-	1(1.8)
	농촌형 ³⁾	69.4	85(96.6)	-	-	3(3.4)
건강상담, 자료실	도시형	65.2	52(92.9)	1(1.8)	-	3(5.4)
	농촌형	75.7	81(92.1)	-	1(1.1)	6(6.8)
순회보건교육	도시형	82.6	49(87.5)	5(8.9)	1(1.8)	1(1.8)
	농촌형	86.1	81(92.1)	3(3.4)	-	4(4.6)
성인병교육*	도시형	87.0	50(89.3)	5(8.9)	-	1(1.8)
	농촌형	91.6	82(93.2)	2(2.3)	-	4(4.6)
아동비만교육	도시형	47.8	45(80.4)	7(12.5)	-	4(7.1)
	농촌형	35.8	61(69.3)	15(17.1)	-	12(13.6)
건강의 전화	도시형	27.3	32(57.1)	11(19.6)	4(7.1)	9(16.1)
	농촌형	27.3	52(59.1)	11(12.5)	8(9.1)	17(19.3)
시민건강측정코너	도시형	45.5	41(73.2)	7(12.5)	1(1.8)	7(12.5)
	농촌형	34.3	55(62.5)	12(13.6)	9(10.2)	12(13.6)
아동구강검진/ 치아홈메우기***	도시형	63.0	41(73.2)	11(19.6)	-	4(7.1)
	농촌형	97.1	78(88.6)	4(4.6)	-	6(6.8)
불소용액양치사업	도시형	84.8	47(84.0)	5(8.9)	-	4(7.1)
	농촌형	98.6	80(90.9)	4(4.6)	-	4(4.6)
치석제거사업*	도시형	15.2	27(48.2)	20(35.7)	3(5.4)	6(10.7)
	농촌형	64.7	59(67.1)	21(23.9)	1(1.1)	7(8.0)
무료틀니기술	도시형	15.2	25(44.6)	26(46.4)	-	5(8.9)
	농촌형	22.4	43(48.9)	34(38.6)	3(3.4)	8(9.1)
금연사업, 금연침기술	도시형	78.3	46(82.1)	8(14.3)	-	2(3.6)
	농촌형	64.3	65(73.9)	16(18.2)	1(1.1)	6(6.8)
조기암발견사업	도시형	82.6	42(75.0)	12(21.4)	-	2(3.6)
	농촌형	90.1	63(71.6)	22(25.0)	-	3(3.4)
영양상담, 교육, 전시회	도시형	63.0	45(80.4)	5(8.9)	1(1.8)	5(8.9)
	농촌형	43.5	62(70.5)	16(18.2)	1(1.1)	9(10.2)
지역주민 영양평가	도시형	31.1	34(60.7)	11(19.6)	3(5.4)	8(14.3)
	농촌형	25.8	50(56.8)	24(27.3)	6(6.8)	8(9.1)
집단급식시설 업무 지도	도시형	37.0	35(62.5)	14(25.0)	-	7(12.5)
	농촌형	56.7	60(68.2)	14(15.9)	6(6.8)	8(9.1)
전염병예방을 위한 주민 홍보	도시형	100.0	53(94.6)	-	-	3(5.4)
	농촌형	100.0	82(93.2)	1(1.1)	1(1.1)	4(4.6)

註 : 1) 뜻수의 개수가 5 이하인 경우에는 Fisher's Exact Test검정결과임(*: 통계적으로 유의하지는 않았으나 약간의 차이를 보임, ** : p<0.05, *** : p<0.005)

2) 도시형은 특별시, 광역시, 시 지역을 말함.

3) 농촌형은 광역시, 시지역 중 보건지소를 5개 이상 가지고 있는 지역과 군단위 지역을 말함.

〈附表 3-17〉 계속

사업명	지역	시행여부(%)	보건소	민간	불필요	무응답
방역소독	도시형	100.0	29(51.8)	23(41.1)	1(1.8)	3(5.4)
	농촌형	100.0	57(64.8)	28(31.8)	-	3(3.4)
기생충검사/치료**	도시형	62.2	26(46.4)	21(37.5)	5(8.9)	4(7.1)
	농촌형	85.5	55(62.5)	19(21.6)	7(8.0)	7(8.0)
B형 간염검사와 예방접종	도시형	100.0	48(85.7)	5(8.9)	-	3(5.4)
	농촌형	100.0	70(79.6)	17(19.3)	-	1(1.1)
AIDS검사 및 관리	도시형	100.0	48(85.7)	5(8.9)	-	3(5.4)
	농촌형	100.0	80(90.9)	6(6.8)	-	2(2.3)
일본뇌염 예방접종	도시형	100.0	44(78.6)	10(17.9)	-	2(3.6)
	농촌형	100.0	70(79.6)	15(17.1)	-	3(3.4)
인플루엔자예방접종	도시형	100.0	40(71.4)	14(25.0)	-	2(3.6)
	농촌형	100.0	69(78.4)	17(19.3)	-	2(2.3)
풍진예방접종	도시형	93.5	44(78.6)	10(17.9)	-	2(3.6)
	농촌형	100.0	71(80.7)	14(15.9)	-	3(3.4)
장티푸스보균자 검사	도시형	100.0	50(89.3)	3(5.4)	-	3(5.4)
	농촌형	100.0	80(90.9)	4(4.6)	1(1.1)	3(3.4)
전염원 조사	도시형	93.5	50(89.3)	1(1.8)	-	5(8.9)
	농촌형	88.4	72(81.8)	7(8.0)	4(4.6)	5(5.7)
성병환자 격리수용 시설	도시형	10.9	17(30.4)	21(37.5)	8(14.3)	10(17.9)
	농촌형	25.0	33(37.5)	30(34.1)	15(17.1)	10(11.4)
영유아 예방접종	도시형	100.0	46(82.1)	8(14.3)	-	2(3.6)
	농촌형	100.0	71(80.7)	15(17.1)	-	2(2.3)
선천성대사이상검사	도시형	100.0	34(60.7)	19(33.9)	1(1.8)	2(3.6)
	농촌형	100.0	60(68.2)	26(29.6)	-	2(2.3)
분만체조교실/태아 교실	도시형	52.2	33(58.9)	16(28.6)	1(1.8)	6(10.7)
	농촌형	33.8	47(53.4)	23(26.1)	6(6.8)	12(13.6)
신생아 관계법 교육	도시형	37.8	33(58.9)	8(14.3)	7(12.5)	8(14.3)
	농촌형	30.9	51(57.9)	12(13.6)	11(12.5)	14(15.9)
보육시설순회진료	도시형	37.0	30(53.6)	15(26.8)	4(7.1)	7(12.5)
	농촌형	37.9	46(52.3)	22(25.0)	5(5.7)	15(17.1)
모유수유아기 선발 대회	도시형	6.8	15(26.8)	24(42.9)	10(17.9)	7(12.5)
	농촌형	13.4	22(25.0)	38(43.2)	18(20.5)	10(11.4)

〈附表 3-17〉 계속

사업명	지역	시행여부(%)	보건소	민간	불필요	무응답
가족계획 홍보교육/시술	도시형	93.5	28(50.0)	24(42.9)	2(3.6)	2(3.6)
	농촌형	97.2	44(50.0)	40(45.5)	2(2.3)	2(2.3)
노인건강검진	도시형	80.4	46(82.1)	7(12.5)	-	3(5.4)
	농촌형	90.0	72(81.8)	7(8.0)	2(2.3)	7(8.0)
무료한방진료	도시형	73.9	40(71.4)	12(21.4)	2(3.6)	2(3.6)
	농촌형	55.9	63(71.6)	12(13.6)	6(6.8)	7(8.0)
노인체조교육	도시형	60.9	46(82.1)	6(10.7)	1(1.8)	3(5.4)
	농촌형	59.7	62(70.5)	12(13.6)	5(5.7)	9(10.2)
식품접객/위생관련업소 위생지도*	도시형	31.6	22(39.3)	12(21.4)	4(7.1)	18(32.1)
	농촌형	50.8	51(58.0)	12(13.6)	2(2.3)	23(26.1)
공중이용시설 위생관리*	도시형	29.0	22(39.3)	12(21.4)	4(7.1)	18(32.1)
	농촌형	50.8	50(56.8)	11(12.5)	4(4.6)	23(26.1)
대량환자발생 대책 수립*	도시형	75.0	39(69.6)	9(16.1)	1(1.8)	7(12.5)
	농촌형	82.1	68(77.3)	6(6.8)	3(3.4)	11(12.5)
보건소직원 응급구조사 교육	도시형	33.3	36(64.3)	11(19.6)	1(1.8)	8(14.3)
	농촌형	38.8	55(62.5)	15(17.1)	5(5.7)	13(14.8)
재가환자관리*	도시형	60.0	36(64.3)	15(26.8)	-	5(8.9)
	농촌형	60.6	70(79.6)	13(14.8)	-	5(5.7)
정신보건센터/낮병원 운영	도시형	25.0	31(55.4)	19(33.9)	-	6(10.7)
	농촌형	16.2	42(47.7)	34(38.6)	3(3.4)	9(10.2)
정신보건상담실	도시형	64.4	39(69.6)	13(23.2)	-	4(7.1)
	농촌형	50.0	64(72.7)	18(20.5)	-	6(6.8)
소아정신보건센터	도시형	8.9	23(41.1)	25(44.6)	-	8(14.3)
	농촌형	17.9	37(42.1)	37(42.1)	3(3.4)	11(12.5)
정신질환요양/수용시설관리	도시형	31.1	21(37.5)	27(48.2)	-	8(14.3)
	농촌형	35.3	36(40.9)	43(48.9)	1(1.1)	8(9.1)
가정방문진료/간호	도시형	100.0	53(94.6)	1(1.8)	-	2(3.6)
	농촌형	100.0	81(92.1)	4(4.6)	-	3(3.4)
가정방문보건위생사업	도시형	61.9	43(76.8)	3(5.4)	3(5.4)	7(12.5)
	농촌형	75.4	70(79.6)	5(5.7)	1(1.1)	12(13.6)
순회진료/이동보건소*	도시형	89.1	44(78.6)	6(10.7)	4(7.1)	2(3.6)
	농촌형	84.3	72(81.8)	3(3.4)	8(9.1)	5(5.7)
병원무료진료권발급	도시형	6.5	15(26.8)	18(32.1)	13(23.2)	10(17.9)
	농촌형	5.9	21(23.9)	23(26.1)	21(23.9)	23(26.1)

〈附表 3-17〉 계속

사업명	지역	시행여부(%)	보건소	민간	불필요	무응답
공휴일 진료	도시형	6.5	10(17.9)	28(50.0)	9(16.1)	9(16.1)
	농촌형	8.8	17(19.3)	32(36.4)	20(22.7)	19(21.6)
주민무료진료행사*	도시형	56.5	23(41.1)	13(23.2)	12(21.4)	8(14.3)
	농촌형	73.5	56(63.6)	15(17.1)	7(8.0)	10(11.4)
물리치료실 설치 운영	도시형	93.5	48(85.7)	3(5.4)	-	5(8.9)
	농촌형	94.4	77(87.5)	5(5.7)	-	6(6.8)
만성질환자 등록 진료	도시형	87.0	47(83.9)	5(8.9)	-	4(7.1)
	농촌형	91.4	78(88.6)	4(4.6)	-	6(6.8)
일반주민 건강검진	도시형	56.5	36(64.3)	12(21.4)	3(5.4)	5(8.9)
	농촌형	78.6	63(71.6)	17(19.3)	1(1.1)	7(8.0)
체력증진시설/운동 처방	도시형	28.3	36(64.3)	12(21.4)	-	8(14.3)
	농촌형	27.9	54(61.4)	15(17.1)	6(6.8)	13(14.8)
외국인근로자 건강 검진	도시형	20.5	23(41.1)	21(37.5)	1(1.8)	11(19.6)
	농촌형	31.3	36(40.9)	26(29.6)	7(8.0)	19(21.6)
보건증발급	도시형	100.0	45(80.4)	5(8.9)	-	6(10.7)
	농촌형	98.6	70(79.6)	7(8.0)	2(2.3)	9(10.2)
장애인 건강검진	도시형	25.0	23(41.2)	22(39.3)	-	11(19.6)
	농촌형	31.8	46(52.3)	28(31.8)	1(1.1)	13(14.8)
장애인 작업치료 /교육	도시형	11.4	16(28.6)	30(53.1)	-	10(17.9)
	농촌형	7.6	33(37.5)	37(42.1)	2(2.3)	16(18.2)
장애인 재활기구 대여	도시형	32.6	26(46.4)	20(30.7)	-	10(17.9)
	농촌형	24.2	46(52.3)	25(28.4)	1(1.1)	16(18.2)
장애인 무료 초과 진료**	도시형	9.3	18(32.1)	28(50.0)	-	10(17.9)
	농촌형	17.9	46(52.3)	25(28.4)	3(3.4)	14(15.9)
장애인 방문재활 간호	도시형	71.7	39(69.6)	11(19.6)	-	6(10.7)
	농촌형	62.3	64(72.7)	16(18.2)	2(2.3)	6(6.8)
지역보건의료계획 수립	도시형	100.0	49(87.5)	1(1.8)	2(3.6)	4(7.1)
	농촌형	100.0	80(90.9)	1(1.1)	1(1.1)	6(6.8)
보건통계수집, 정리	도시형	78.3	49(87.5)	3(5.4)	-	4(7.1)
	농촌형	98.5	81(92.1)	2(2.3)	1(1.1)	4(4.6)
각종 질병의 유병률 조사	도시형	55.6	42(75.0)	7(12.5)	-	7(12.5)
	농촌형	73.4	72(81.8)	5(5.7)	1(1.1)	10(11.4)
홍보책자, 발행, 배부	도시형	84.9	52(92.9)	1(1.8)	-	3(5.4)
	농촌형	85.1	78(88.6)	1(1.1)	1(1.1)	8(9.1)
운전면허 적성검사***	도시형	50.0	22(39.3)	23(41.1)	2(3.6)	9(16.1)
	농촌형	85.9	62(70.5)	16(18.2)	2(2.3)	8(9.1)

〈附表 3-18〉 主要 事業의 施行主體別 細部方針에 대한 意見

(단위: 개소, %)

사업명	지역	보건소			민간		불필요	무응답
		강화	유지	축소	위임	전담		
보건교육	도시형	45(80.4)	9(16.1)	-	-	1(1.8)	-	1(1.8)
	농촌형	69(78.4)	16(18.2)	-	-	-	-	3(3.4)
건강상담, 자료실	도시형	42(75.0)	10(17.9)	-	-	1(1.8)	-	3(5.4)
	농촌형	55(62.5)	24(27.3)	2(2.3)	-	-	1(1.1)	6(6.8)
순회보건교육	도시형	31(55.4)	18(32.1)	-	4(7.1)	1(1.8)	1(1.8)	1(1.8)
	농촌형	48(54.6)	29(33.0)	4(4.6)	2(2.3)	1(1.1)	-	4(4.6)
성인병교육	도시형	37(66.1)	13(23.2)	-	2(3.6)	3(5.4)	-	1(1.8)
	농촌형	61(69.3)	19(21.6)	2(2.3)	1(1.1)	1(1.1)	-	4(4.6)
아동비만교육	도시형	35(62.5)	9(16.1)	1(1.8)	2(3.6)	5(8.9)	-	4(7.1)
	농촌형	43(48.9)	18(20.5)	-	5(5.7)	10(11.4)	-	12(13.6)
건강의 전화	도시형	21(37.5)	11(19.6)	-	1(1.7)	10(17.9)	4(7.1)	9(16.1)
	농촌형	35(39.8)	14(15.9)	3(3.4)	5(5.7)	6(6.8)	8(9.1)	17(19.3)
시민건강측정 코너	도시형	27(48.2)	14(25.0)	-	1(1.8)	6(10.7)	1(1.8)	7(12.5)
	농촌형	37(42.1)	18(20.5)	-	4(4.6)	8(9.1)	9(10.2)	12(13.6)
아동구강검진/ 치아홈메우기	도시형	24(42.9)	17(30.4)	-	3(5.4)	8(14.3)	-	4(7.1)
	농촌형	46(52.3)	32(36.4)	-	1(1.1)	3(3.4)	-	6(6.8)
불소용액양치 사업	도시형	21(37.5)	23(41.1)	3(5.4)	1(1.8)	4(7.1)	-	4(7.1)
	농촌형	41(46.6)	37(42.1)	2(2.3)	1(1.1)	3(3.4)	-	4(4.6)
치석제거사업	도시형	13(23.2)	11(19.6)	3(5.4)	6(1 0.7)	14(25.0)	3(5.4)	6(10.7)
	농촌형	31(35.2)	25(28.4)	3(3.4)	5(5.7)	16(18.2)	1(1.1)	7(8.0)
무료틀니시술	도시형	14(25.0)	8(14.3)	3(5.4)	6(10.7)	20(35.7)	-	5(8.9)
	농촌형	22(25.0)	19(21.6)	2(2.3)	9(10.2)	25(28.4)	3(3.4)	8(9.1)
금연사업, 금연 침시술	도시형	32(57.1)	14(25.0)	-	1(1.8)	7(12.5)	-	2(3.6)
	농촌형	43(48.9)	19(21.6)	3(3.4)	8(9.1)	8(9.1)	1(1.1)	6(6.8)
조기암발견사업	도시형	31(55.4)	11(19.6)	-	5(8.9)	7(12.5)	-	2(3.6)
	농촌형	40(45.5)	22(25.0)	1(1.1)	14(15.9)	8(9.1)	-	3(3.4)
영양상담, 교육, 전시회	도시형	33(58.9)	11(19.6)	1(1.8)	2(3.6)	3(5.4)	1(1.8)	5(8.9)
	농촌형	40(45.5)	20(22.7)	2(2.3)	6(6.8)	10(11.4)	1(1.1)	9(10.2)
지역주민영양 평가	도시형	25(44.6)	5(8.9)	4(7.1)	7(12.5)	4(7.1)	3(5.4)	8(14.3)
	농촌형	35(39.8)	14(15.9)	1(1.1)	16(18.2)	8(9.1)	6(6.8)	8(9.1)
집 단 급 식 시 설 업무지도	도시형	22(39.3)	13(23.2)	-	7(12.5)	7(12.5)	-	7(12.5)
	농촌형	32(36.4)	27(30.7)	1(1.1)	8(9.1)	6(6.8)	6(6.8)	8(9.1)

〈附表 3-18〉 계속

사업명	지역	보건소			민간		불필요	무응답
		강화	유지	축소	전담	위임		
전염병 예방을 위한 주민 홍보	도시형	35(62.5)	17(30.4)	1(1.8)	-	-	-	3(5.4)
	농촌형	47(53.4)	35(39.8)	-	-	1(1.1)	1(1.1)	4(4.6)
방역소독	도시형	8(14.3)	18(32.1)	3(5.4)	20(35.7)	3(5.4)	1(1.8)	3(5.4)
	농촌형	19(21.6)	34(38.6)	4(4.6)	26(29.6)	2(2.3)	-	3(3.4)
기생충검사/치료	도시형	5(8.9)	16(28.6)	5(8.9)	14(25.0)	7(12.5)	5(8.9)	4(7.1)
	농촌형	11(12.5)	35(39.8)	9(10.2)	10(11.4)	9(10.2)	7(8.0)	7(8.0)
B형 간염검사와 예방접종	도시형	11(19.6)	35(62.5)	2(3.6)	2(3.6)	3(5.4)	-	3(5.4)
	농촌형	20(22.7)	47(53.4)	3(3.4)	7(8.0)	10(11.4)	-	1(1.1)
AIDS검사 및 관리	도시형	22(39.3)	26(46.4)	-	4(7.1)	1(1.8)	-	3(5.4)
	농촌형	35(39.8)	44(50.0)	1(1.1)	5(5.7)	1(1.1)	-	2(2.3)
일본뇌염 예방접종	도시형	8(14.3)	33(58.9)	3(5.4)	6(10.7)	4(7.1)	-	2(3.6)
	농촌형	14(15.9)	52(59.1)	4(4.6)	4(4.6)	11(12.5)	-	3(3.4)
인플루엔자 예방접종	도시형	7(12.5)	27(48.2)	6(10.7)	7(12.5)	7(12.5)	-	2(3.6)
	농촌형	16(18.2)	51(58.0)	2(2.3)	4(4.6)	13(14.8)	-	2(2.3)
풍진예방접종	도시형	8(14.3)	35(62.5)	1(1.8)	5(8.9)	5(8.9)	-	2(3.6)
	농촌형	15(17.1)	56(63.4)	-	3(3.4)	11(12.5)	-	3(3.4)
장티푸스보균자 검사	도시형	10(17.9)	38(67.9)	2(3.6)	2(3.6)	1(1.8)	-	3(5.4)
	농촌형	19(21.6)	52(59.1)	9(10.2)	1(1.1)	3(3.4)	1(1.1)	3(3.4)
전염원 조사	도시형	19(33.9)	30(53.6)	1(1.8)	1(1.8)	-	-	5(8.9)
	농촌형	20(22.7)	50(56.8)	2(2.3)	5(5.7)	2(2.3)	4(4.6)	5(5.7)
성병환자 격리 수용시설	도시형	4(7.1)	10(17.9)	3(5.4)	7(12.5)	14(25.0)	8(14.3)	10(17.9)
	농촌형	14(15.9)	11(12.5)	8(9.1)	18(20.5)	12(13.6)	15(17.1)	10(11.4)
영유아 예방접종	도시형	15(26.8)	31(55.4)	-	7(12.8)	1(1.8)	-	2(3.6)
	농촌형	18(20.5)	53(60.2)	-	9(10.2)	6(6.8)	-	2(2.3)
선천성대사이상 검사	도시형	11(19.6)	20(35.7)	3(5.4)	13(23.2)	6(10.7)	1(1.8)	2(3.6)
	농촌형	25(28.4)	34(38.6)	1(1.1)	17(19.3)	9(10.2)	-	2(2.3)
분만체조교실/태아교실	도시형	18(32.1)	13(23.2)	2(3.6)	5(8.9)	11(19.6)	1(1.8)	6(10.7)
	농촌형	34(38.6)	13(14.8)	-	9(10.2)	14(15.9)	6(6.8)	12(13.6)
신생아 관계법 교육	도시형	8(14.3)	21(37.5)	4(7.1)	4(7.1)	4(7.1)	7(12.5)	8(14.3)
	농촌형	24(27.3)	26(29.6)	1(1.1)	3(3.4)	9(10.2)	11(12.5)	14(15.9)

〈附表 3-18〉 계속

사업명	지역	보건소			민간		불필요	무응답
		강화	유지	축소	전담	위임		
보육시설순회진료	도시형	11(19.6)	17(30.4)	2(3.6)	7(12.5)	8(14.3)	4(7.1)	7(12.5)
	농촌형	23(26.1)	21(23.9)	2(2.3)	15(17.1)	7(7.9)	5(5.7)	15(17.1)
모유수유아기선발대회	도시형	8(14.3)	6(10.7)	1(1.8)	4(7.1)	20(35.7)	10(17.9)	7(12.5)
	농촌형	11(12.5)	10(11.4)	1(1.1)	13(14.8)	25(28.4)	18(20.5)	10(11.4)
가족계획홍보교육/시술	도시형	5(8.9)	14(25.0)	9(16.1)	12(21.4)	12(21.4)	2(3.6)	2(3.6)
	농촌형	4(4.6)	31(35.2)	9(10.2)	18(20.5)	22(25.0)	2(2.3)	2(2.3)
노인건강검진	도시형	30(53.6)	16(28.6)	-	4(7.1)	3(5.4)	-	3(5.4)
	농촌형	42(47.7)	27(30.7)	3(3.4)	6(6.8)	1(1.1)	2(2.3)	7(8.0)
무료한방진료	도시형	19(33.9)	18(32.1)	3(5.4)	4(7.1)	8(14.3)	2(3.6)	2(3.6)
	농촌형	42(47.7)	21(23.9)	-	5(5.7)	7(8.0)	6(6.8)	7(8.0)
노인체조교육	도시형	33(58.9)	13(23.2)	-	3(5.4)	3(5.4)	1(1.8)	3(5.4)
	농촌형	41(46.6)	20(22.7)	1(1.4)	7(8.0)	5(5.7)	5(5.7)	9(10.2)
식품접객/위생관련업소 위생지도	도시형	10(17.9)	8(14.3)	4(7.1)	11(19.7)	1(1.8)	4(7.1)	18(32.1)
	농촌형	17(19.3)	32(36.4)	2(2.3)	10(11.4)	2(2.3)	2(2.3)	23(26.1)
공중이용시설위생관리	도시형	11(19.7)	8(14.3)	3(5.4)	11(19.6)	1(1.8)	4(7.1)	18(32.1)
	농촌형	17(19.3)	31(35.2)	2(2.3)	8(9.1)	3(3.4)	4(4.6)	23(26.1)
대량환자발생대응책수립	도시형	28(50.0)	11(19.6)	-	7(12.5)	2(3.6)	1(1.8)	7(12.5)
	농촌형	42(47.7)	25(28.4)	1(1.1)	4(4.6)	2(2.3)	3(3.4)	11(12.5)
보건소직원응급구조사교육	도시형	23(41.1)	12(22.4)	1(1.8)	8(14.3)	3(5.4)	1(1.8)	8(14.3)
	농촌형	42(47.7)	12(13.6)	1(1.1)	11(11.5)	4(4.6)	5(5.7)	13(14.8)
재가환자관리	도시형	31(55.4)	4(7.1)	1(1.8)	14(25.0)	1(1.8)	-	5(8.9)
	농촌형	48(54.6)	21(23.9)	1(1.1)	9(10.2)	4(4.6)	-	5(5.7)
정신보건센터/낮병원운영	도시형	25(44.6)	6(10.7)	-	13(23.2)	6(10.7)	-	6(10.7)
	농촌형	30(34.0)	11(12.5)	1(1.1)	22(25.0)	12(13.6)	3(3.4)	9(10.2)
정신보건상담실	도시형	31(55.4)	7(1.5)	1(1.8)	10(17.9)	3(5.4)	-	4(7.1)
	농촌형	46(52.3)	18(20.3)	-	13(14.8)	5(5.7)	-	6(6.8)
소아정신보건센터	도시형	18(32.1)	5(8.9)	-	15(26.8)	10(17.9)	-	8(14.3)
	농촌형	25(28.4)	9(10.2)	3(3.4)	16(18.2)	21(23.9)	3(3.4)	11(12.5)
정신질환요양/수용시설관리	도시형	13(23.2)	8(14.3)	-	15(26.8)	12(21.4)	-	8(14.3)
	농촌형	21(23.9)	14(15.9)	1(1.1)	26(29.6)	17(19.3)	1(1.1)	8(9.1)
가정방문진료/간호	도시형	34(60.7)	18(32.1)	1(1.8)	1(1.8)	-	-	2(3.6)
	농촌형	56(63.6)	24(27.3)	1(1.1)	3(3.4)	1(1.1)	-	3(3.4)
가정방문보건위생사업	도시형	24(42.9)	17(30.4)	2(3.6)	2(3.6)	1(1.8)	3(5.4)	7(12.5)
	농촌형	42(47.7)	26(29.6)	2(2.3)	5(5.7)	-	1(1.1)	12(13.6)
순회진료/이동보건소	도시형	16(28.6)	24(42.9)	4(7.1)	4(7.1)	2(3.6)	4(7.1)	2(3.6)
	농촌형	29(33.0)	36(40.9)	7(8.0)	2(2.3)	1(1.1)	8(9.1)	5(5.7)

〈附表 3-18〉 계속

사업명	지역	보건소			민간		불필요	무응답
		강화	유지	축소	전담	위임		
병원무료진료권 발급	도시형	4(7.1)	10(17.9)	1(1.8)	2(3.6)	16(28.6)	13(23.2)	10(17.9)
	농촌형	6(6.8)	9(10.2)	6(6.8)	6(6.8)	17(19.3)	21(23.9)	23(26.1)
공휴일 진료	도시형	1(1.8)	8(14.3)	1(1.8)	4(7.1)	24(42.9)	9(16.1)	9(16.1)
	농촌형	2(2.3)	14(15.9)	1(1.1)	4(4.6)	28(31.8)	20(22.7)	19(21.6)
주민무료진료 행사	도시형	2(3.6)	18(32.1)	3(5.4)	2(3.6)	11(19.6)	12(21.4)	8(14.3)
	농촌형	15(17.1)	28(31.8)	13(14.8)	5(5.7)	10(11.4)	7(8.0)	10(11.4)
물리치료실 설치운영	도시형	19(33.9)	27(48.2)	2(3.6)	1(1.8)	2(3.6)	-	5(8.9)
	농촌형	37(42.1)	40(45.5)	-	2(2.3)	3(3.4)	-	6(6.8)
만성질환자 등록진료	도시형	27(48.2)	19(33.9)	1(1.8)	3(5.4)	2(3.6)	-	4(7.1)
	농촌형	40(45.5)	37(42.1)	1(1.1)	3(3.4)	1(1.1)	-	6(6.8)
일만주민 건강검진	도시형	16(28.6)	19(33.9)	1(1.8)	5(8.9)	7(12.5)	3(5.4)	5(8.9)
	농촌형	30(34.1)	33(37.5)	-	9(10.2)	8(9.1)	1(1.1)	7(8.0)
체력증진시설/ 운동처방	도시형	29(51.8)	7(12.5)	-	3(5.4)	9(16.1)	-	8(14.3)
	농촌형	41(46.6)	13(14.8)	-	5(5.7)	10(11.4)	6(6.8)	13(14.8)
외국인근로자 건강검진	도시형	8(14.3)	14(25.0)	1(1.8)	9(16.1)	12(21.4)	1(1.8)	11(19.6)
	농촌형	16(18.2)	20(22.7)	-	12(13.6)	14(15.9)	7(8.0)	19(21.6)
보건증발급	도시형	10(17.9)	31(55.4)	4(7.1)	5(8.9)	-	-	6(10.7)
	농촌형	15(17.1)	50(56.8)	5(5.7)	2(2.3)	5(5.7)	2(2.3)	9(10.2)
장애인 건강검진	도시형	16(28.6)	7(12.5)	-	11(19.6)	11(19.6)	-	11(19.6)
	농촌형	30(34.1)	15(17.1)	1(1.1)	17(19.3)	11(12.5)	1(1.1)	13(14.8)
장애인 작업치료/교육	도시형	12(21.4)	4(7.1)	-	15(26.8)	15(26.8)	-	10(17.9)
	농촌형	28(31.8)	5(5.7)	-	20(22.7)	17(19.3)	2(2.3)	16(18.2)
장애인 재활기구 대여	도시형	19(33.9)	7(12.5)	-	11(19.6)	9(16.1)	-	10(17.9)
	농촌형	34(38.6)	11(12.5)	1(1.1)	13(14.5)	12(13.6)	1(1.1)	16(18.2)
장애인 무료치과진료	도시형	12(21.4)	6(10.7)	-	13(23.2)	15(26.8)	-	10(17.9)
	농촌형	31(35.2)	13(14.8)	2(2.3)	12(13.6)	13(14.8)	3(3.4)	14(15.9)
장애인 방문재활간호	도시형	28(50.0)	11(19.6)	-	6(10.7)	5(8.9)	-	6(10.7)
	농촌형	48(54.6)	15(17.1)	1(1.1)	9(10.2)	7(8.0)	2(2.3)	6(6.8)
지역보건의료 계획수립	도시형	28(50.0)	19(33.9)	2(3.6)	-	1(1.8)	2(3.6)	4(7.1)
	농촌형	44(50.0)	31(35.2)	5(5.7)	-	1(1.1)	1(1.1)	6(6.8)
보건통계수집, 정리	도시형	30(53.6)	19(33.9)	-	2(3.6)	1(1.8)	-	4(7.1)
	농촌형	48(54.6)	33(37.5)	-	2(2.3)	-	1(1.1)	4(4.6)
각종 질병의 유병률조사	도시형	31(55.4)	10(17.9)	1(1.8)	5(8.9)	2(3.6)	-	7(12.5)
	농촌형	49(55.7)	23(26.1)	-	3(3.4)	2(2.3)	1(1.1)	10(11.4)
홍보책자, 발행, 배부	도시형	32(57.1)	20(35.7)	-	1(1.8)	-	-	3(5.4)
	농촌형	48(54.6)	28(31.8)	2(2.3)	1(1.1)	-	1(1.1)	8(9.1)
운전면허 적성검사	도시형	3(5.4)	18(32.1)	1(1.8)	5(8.9)	18(32.1)	2(3.6)	9(16.1)
	농촌형	13(14.8)	47(53.4)	2(2.3)	8(9.1)	8(9.1)	2(2.3)	8(9.1)

附錄 4. 保健診療所 現況調查 結果(本文 V章 참조)

〈附表 4-1〉 應答者의 一般的 特性

(단위: 명, %)

	광역시	시	군	합계
연 령	29(100.0)	598(100.0)	1,036(100.0)	1,663(100.0)
29세 이하	0(0.0)	24(4.0)	72(7.0)	96(5.8)
30~39세	12(41.4)	290(48.5)	564(54.4)	866(52.1)
40~49세	17(58.6)	262(43.8)	359(34.7)	638(38.4)
50~59세	0(0.0)	17(2.8)	36(3.5)	53(3.2)
60세 이상	0(0.0)	5(0.8)	5(0.5)	10(0.6)
(평균연령)**	39.7	39.1	38.0	38.4
근무년수				
3년 미만	3(10.3)	91(15.2)	215(20.8)	309(18.6)
3~ 6년 미만	3(10.3)	70(11.7)	195(18.8)	268(16.1)
6~ 9년 미만	3(10.3)	86(14.4)	176(17.0)	265(15.9)
9~12년 미만	4(13.8)	115(19.3)	159(15.4)	278(16.7)
12~15년 미만	13(44.8)	145(24.3)	180(17.4)	338(20.3)
15년 이상	3(10.3)	90(15.1)	111(10.7)	204(12.3)
(평균 근무년수)***	10.2	9.1	7.8	8.3
총 근무년수				
3년 미만	0(0.0)	21(3.5)	48(4.7)	69(4.2)
3~ 6년 미만	0(0.0)	29(4.9)	93(9.0)	122(7.4)
6~ 9년 미만	2(6.9)	49(8.2)	141(13.7)	192(11.6)
9~12년 미만	3(10.3)	90(15.1)	187(18.2)	280(16.9)
12~15년 미만	13(44.8)	214(35.9)	303(29.5)	530(32.0)
15년 이상	11(37.9)	193(32.4)	257(25.0)	461(27.9)
(평균 총근무년수)***	13.6	12.4	11.3	11.7

註: * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

〈附表 4-2〉 調査對象의 居住地 環境現況

(단위: 명, %)

구 분	광역시	시	군	합 계
출퇴근 방법				
현재 보건진료소에서 거주하며 근무	26(89.7)	523(87.8)	979(94.9)	1,528(92.2)
관할지역 내에서 출퇴근	2(6.9)	35(5.9)	24(2.3)	61(3.7)
관할지역 외에서 출퇴근	1(3.5)	37(6.2)	27(2.6)	65(3.9)
상주와 관할지역 외에서 출퇴근 겸함	0(0.0)	1(0.2)	2(0.2)	3(0.2)
보건진료소의 도서 여부				
도서	2(8.0)	43(8.4)	61(7.0)	106(7.5)
비도서	23(92.0)	472(91.7)	816(93.0)	1,311(92.5)
근무지의 지역적 특성				
1) 교통이 불편한 오지, 벽지	4(13.8)	339(57.0)	722(69.8)	1,065(64.3)
2) 교통이 편리한 오지, 벽지	0(0.0)	2(0.3)	16(1.6)	18(1.1)
3) 교통이 불편한 도서(섬)	2(6.9)	32(5.4)	53(5.1)	87(5.3)
4) 교통이 편리한 도서(섬)	3(10.3)	33(5.6)	71(6.9)	107(6.5)
5) 교통이 불편한 시(읍)지역	3(10.3)	17(2.9)	5(0.5)	25(1.5)
6) 교통이 편리한 시(읍)지역	14(48.3)	140(23.6)	82(7.9)	236(14.2)
7) 교통이 편리한 군지역	2(6.9)	24(4.0)	62(6.0)	88(5.3)
8) 교통이 불편한 군지역	1(3.5)	7(1.2)	19(1.8)	27(1.6)
9) 민통선	0(0.0)	0(0.0)	4(0.4)	4(0.2)

〈附表 4-3〉 地域社會內 公共保健機關 現況(全體)

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
가장 가까운 공공보건기관				
보건소	11(39.3)	79(13.6)	130(12.7)	220(13.5)
보건지소	9(32.1)	457(78.4)	816(79.8)	1,282(78.4)
보건진료소	8(28.6)	47(8.1)	71(6.9)	126(7.7)
보건의료원	0(0.0)	0(0.0)	6(0.6)	6(0.4)
평균 거리				
2 km 이하	0(0.0)	20(3.4)	28(2.8)	48(3.0)
3 ~ 4 km	8(28.6)	141(24.3)	238(23.8)	387(24.1)
5 ~ 6 km	4(14.3)	150(25.8)	259(25.9)	413(25.7)
7 ~ 8 km	4(14.3)	91(15.7)	196(19.6)	291(18.1)
9 ~ 10 km	11(39.3)	73(12.6)	106(10.6)	190(11.8)
11 ~ 12 km	1(3.6)	37(6.4)	53(5.3)	91(5.7)
13 km 이상	0(0.0)	69(11.9)	119(11.9)	188(11.7)
(평균 거리)	7.0	7.5	7.6	7.6
도보로 약 몇 분				
30분 이하	7(30.4)	68(13.0)	98(10.8)	173(11.9)
31 ~ 60분	9(39.1)	292(55.9)	472(52.2)	773(53.4)
61 ~ 90분	7(30.4)	84(16.1)	150(16.6)	241(16.6)
91 ~ 120분	0(0.0)	46(8.8)	101(11.2)	147(10.1)
12분 ~ 150분	0(0.0)	14(2.7)	37(4.1)	51(3.5)
151분 이상	0(0.0)	18(3.5)	46(5.1)	74(4.4)
(평균 도보소요 시간)	52.4	66.1	73.5	70.5
버스로 약 몇 분				
30분 이하	26(96.3)	522(93.6)	915(94.5)	1,463(94.2)
31 ~ 60분	1(3.7)	34(6.1)	41(4.2)	76(4.9)
61 ~ 90분	0(0.0)	0(0.0)	5(0.5)	5(0.3)
91 ~ 120분	0(0.0)	2(0.4)	4(0.4)	6(0.4)
121분 이상	0(0.0)	0(0.0)	3(0.3)	3(0.2)
(평균 소요 시간)	13.5	17.2	17.4	17.3
하루에 버스 운행 횟수 ¹⁾				
3회 이하	1(3.7)	99(20.1)	186(22.2)	286(21.0)
4 ~ 6회	7(25.9)	169(34.3)	343(40.9)	519(38.2)
7 ~ 9회	4(14.8)	91(18.5)	137(16.3)	232(17.1)
10 ~ 12회	7(25.9)	67(13.6)	102(12.2)	176(13.0)
13회 이상	8(29.6)	67(13.6)	71(8.5)	146(10.7)
(평균 운행 횟수)	16.1	7.7	7.0	7.4

註: 1) 수시라고 응답한 경우는 하루 18시간(심야 6시간 제외), 시간당 3회 운행을 가 정함(18×3=54).

〈附表 4-4〉 地域社會內 公共保健機關 現況(保健所)

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
평균 거리				
2 km 이하	0(0.0)	0(0.0)	2(1.7)	2(1.0)
3~ 4 km	0(0.0)	9(12.3)	14(11.6)	23(11.2)
5~ 6 km	0(0.0)	10(13.7)	17(14.1)	27(13.2)
7~ 8 km	2(18.2)	15(20.6)	22(18.2)	39(19.0)
9~10 km	8(72.7)	6(8.2)	17(14.1)	31(15.1)
11~12 km	1(9.1)	7(9.6)	13(10.7)	21(10.2)
13 km 이상	0(0.0)	26(35.6)	36(29.8)	62(30.2)
(평균 거리)	9.3	11.3	11.2	11.1
도보로 약 몇 분				
30분 이하	0(0.0)	1(1.6)	8(7.8)	9(5.3)
31~ 60분	4(50.0)	29(47.5)	37(36.3)	70(40.9)
61~ 90분	4(50.0)	8(13.1)	13(12.8)	25(14.6)
91~120분	0(0.0)	14(23.0)	18(17.7)	32(18.7)
121~150분	0(0.0)	4(6.6)	12(11.8)	16(9.4)
151분 이상	0(0.0)	5(8.2)	14(13.7)	19(11.1)
(평균 도보소요 시간)	66.9	90.0	99.0	94.3
버스로 약 몇 분				
30분 이하	10(90.9)	56(73.7)	96(80.0)	162(78.1)
31~ 60분	1(9.1)	19(25.0)	16(13.3)	36(17.4)
61~ 90분	0(0.0)	0(0.0)	3(2.5)	3(1.5)
91~120분	0(0.0)	1(1.3)	2(1.7)	3(1.5)
121분 이상	0(0.0)	0(0.0)	3(2.5)	3(1.5)
(평균 소요 시간)	17.5	28.0	29.5	28.3
하루에 버스 운행 횟수				
3회 이하	1(9.1)	7(11.5)	22(21.2)	30(17.1)
4~ 6회	1(9.1)	15(24.6)	42(40.4)	58(33.0)
7~ 9회	1(9.1)	17(27.9)	14(13.5)	32(18.2)
10~12회	4(36.4)	10(16.4)	16(15.4)	30(17.1)
13회 이상	4(36.4)	12(19.7)	10(9.6)	26(14.8)
(평균 운행 횟수)	15.5	9.9	8.0	9.1

〈附表 4-5〉 地域社會內 公共保健機關 現況(保健支所)

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
평균 거리				
2 km 이하	0(0.0)	13(2.9)	20(2.5)	33(2.6)
3~ 4 km	2(22.2)	115(25.4)	195(24.4)	312(24.8)
5~ 6 km	3(33.3)	125(27.7)	224(28.1)	352(28.0)
7~ 8 km	1(11.1)	68(15.0)	159(19.9)	228(18.1)
9~10 km	3(33.3)	61(13.5)	83(10.4)	147(11.7)
11~12 km	0(0.0)	28(6.2)	40(5.0)	68(5.4)
13 km 이상	0(0.0)	42(9.3)	77(9.7)	119(9.5)
(평균거리)	6.8	7.2	7.2	7.2
도보로 약 몇 분				
30분 이하	1(14.3)	55(13.4)	74(10.1)	130(11.3)
31~ 60분	3(42.9)	232(56.3)	396(54.3)	631(54.9)
61~ 90분	3(42.9)	71(17.2)	128(17.5)	202(17.6)
91~120분	0(0.0)	31(7.5)	77(10.6)	108(9.4)
121~150분	0(0.0)	10(2.4)	23(3.2)	33(2.9)
151분 이상	0(0.0)	13(3.2)	32(4.4)	45(3.9)
(평균 도보소요 시간)**	60.0	64.5	71.5	68.9
버스로 약 몇 분				
30분 이하	8(100.0)	416(96.7)	742(97.3)	1,166(97.1)
31~ 60분	0(0.0)	13(3.0)	19(2.5)	32(2.7)
61~ 90분	0(0.0)	0(0.0)	2(0.3)	2(0.2)
91~120분	0(0.0)	1(0.2)	0(0.0)	1(0.1)
121 이상	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
(평균 소요 시간)	12.0	15.7	15.6	15.6
하루에 버스 운행 횟수				
3회 이하	0(0.0)	85(21.7)	142(21.3)	227(21.3)
4~ 6회	2(25.0)	139(35.6)	285(42.8)	426(40.0)
7~ 9회	3(37.5)	69(17.7)	113(17.0)	185(17.4)
10~12회	2(25.0)	52(13.3)	73(11.0)	127(11.9)
13회 이상	1(12.5)	46(11.8)	53(8.0)	100(9.4)
(평균 운행 횟수)	9.1	7.3	6.8	7.0

註: * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

〈附表 4-6〉 地域社會內 公共保健機關 現況(保健診療所)

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
평균 거리				
2 km 이하	0(0.0)	7(15.2)	5(7.5)	12(9.9)
3 ~ 4 km	6(75.0)	16(34.8)	27(40.3)	49(40.5)
5 ~ 6 km	1(12.5)	11(23.9)	15(22.4)	27(22.3)
7 ~ 8 km	1(12.5)	7(15.2)	12(17.9)	20(16.5)
9 ~ 10 km	0(0.0)	4(8.7)	5(7.5)	9(7.4)
11 ~ 12 km	0(0.0)	1(2.2)	0(0.0)	1(0.8)
13 km 이상	0(0.0)	0(0.0)	3(4.5)	3(2.5)
(평균거리)	3.9	5.1	5.5	5.2
도보로 약 몇 분				
30분 이하	6(75.0)	12(29.3)	15(24.2)	33(29.7)
31 ~ 60분	2(25.0)	24(58.5)	32(51.6)	58(52.3)
61 ~ 90분	0(0.0)	5(12.2)	7(11.3)	12(10.8)
91 ~ 120분	0(0.0)	0(0.0)	6(9.7)	6(5.4)
121 ~ 150분	0(0.0)	0(0.0)	2(3.2)	2(1.8)
151분 이상	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
(평균 도보소요 시간)*	31.3	47.2	58.6	52.4
버스로 약 몇 분				
30분 이하	8(100.0)	40(97.6)	66(97.1)	114(97.4)
31 ~ 60분	0(0.0)	1(2.4)	2(2.9)	3(2.6)
61 ~ 90분	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
91 ~ 120분	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
121분 이상	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
(평균 소요 시간)	9.5	13.1	12.0	12.2
하루에 버스 운행 횟수				
3회 이하	0(0.0)	5(15.2)	15(27.3)	20(21.1)
4 ~ 6회	3(42.9)	11(33.3)	14(25.5)	28(29.5)
7 ~ 9회	0(0.0)	5(15.2)	8(14.6)	13(13.7)
10 ~ 12회	1(14.3)	4(12.1)	11(20.0)	16(16.8)
13회 이상	3(42.9)	8(24.2)	7(12.7)	18(19.0)
(평균 운행 횟수)	26.9	8.5	7.8	9.5

註: * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

〈附表 4-7〉 地域社會內 民間醫療機關 現況(全體)

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
가장 가까운 민간의료기관 의원	21(75.0)	353(70.5)	653(72.2)	1,027(71.7)
병원	7(25.0)	148(29.5)	251(27.8)	406(28.3)
평균 거리				
2 km 이하	2(6.9)	9(1.6)	10(1.0)	21(1.3)
3 ~ 4 km	5(17.2)	62(11.0)	91(9.4)	158(10.1)
5 ~ 6 km	5(17.2)	89(15.8)	164(16.9)	258(16.5)
7 ~ 8 km	6(20.7)	87(15.5)	164(16.9)	257(16.4)
9 ~10 km	8(27.6)	72(12.8)	122(12.6)	202(12.9)
11~12 km	2(6.9)	57(10.1)	81(8.3)	140(9.0)
13 km 이상	1(3.5)	87(33.2)	339(34.9)	527(33.7)
(평균거리)*	7.1	11.3	12.1	11.7
도보로 약 몇 분				
30분 이하	8(32.0)	38(8.3)	43(5.5)	89(7.0)
31 ~ 60분	14(56.0)	173(37.7)	256(32.5)	443(34.9)
61 ~ 90분	2(8.0)	79(17.2)	133(16.9)	214(16.8)
91 ~120분	1(4.0)	83(18.1)	148(18.8)	232(18.3)
121~150분	0(0.0)	28(6.1)	70(8.9)	98(7.7)
151분 이상	0(0.0)	58(12.6)	137(17.4)	195(15.3)
(평균 도보소요 시간)***	48.0	92.3	107.9	101.1
버스로 약 몇 분				
30분 이하	23(85.2)	434(78.8)	782(81.6)	1,239(80.7)
31 ~ 60분	2(7.4)	112(20.3)	146(15.2)	260(16.9)
61 ~ 90분	2(7.4)	4(0.7)	10(1.0)	16(1.0)
91 ~120분	0(0.0)	1(0.2)	12(1.3)	13(0.9)
121~150분	0(0.0)	0(0.0)	4(0.4)	4(0.3)
151분 이상	0(0.0)	0(0.0)	4(0.4)	3(0.3)
(평균 소요 시간)	21.1	25.0	26.0	25.5
하루에 버스 운행 횟수				
3회 이하	0(0.0)	77(15.5)	168(20.7)	245(18.4)
4 ~ 6회	5(20.0)	170(34.2)	331(40.8)	506(37.9)
7 ~ 9회	3(12.0)	100(20.1)	137(16.9)	240(18.0)
10~12회	6(24.0)	70(14.1)	112(13.8)	188(14.1)
13회 이상	11(44.0)	80(16.1)	64(7.9)	155(11.6)
(평균 운행 횟수)**	15.2	8.5	7.1	7.7

註: 1) 수시라고 응답한 경우는 하루 18시간(심야 6시간 제외), 시간당 3회 운행을 가정함(18×3=54).

2) * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

〈附表 4-8〉 地域社會內 民間醫療機關 現況(醫院)

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
평균 거리				
2 km 이하	1(4.8)	7(2.0)	7(1.1)	15(1.5)
3~ 4 km	4(19.1)	45(13.0)	74(11.6)	123(12.2)
5~ 6 km	5(23.8)	65(18.7)	125(19.6)	195(19.4)
7~ 8 km	5(23.8)	59(17.0)	121(18.9)	185(18.4)
9~10 km	4(19.1)	48(13.8)	81(12.7)	133(13.2)
11~12 km	2(9.5)	30(8.7)	58(9.1)	90(8.9)
13 km 이상	0(0.0)	93(26.8)	173(27.1)	266(26.4)
(평균거리)*	6.7	10.0	10.9	10.5
도보로 약 몇 분				
30분 이하	7(36.8)	29(9.8)	28(5.3)	64(7.6)
31~ 60분	10(52.6)	123(41.7)	198(37.3)	331(39.2)
61~ 90분	1(5.3)	52(17.6)	90(17.0)	143(16.9)
91~120분	1(5.3)	43(14.6)	94(17.7)	138(16.3)
121~150분	0(0.0)	15(5.1)	38(7.2)	53(6.3)
151분 이상	0(0.0)	33(11.2)	83(15.6)	116(13.7)
(평균소요시간)**	45.8	85.4	101.8	94.8
버스로 약 몇 분				
30분 이하	19(95.0)	277(83.4)	547(87.9)	843(86.6)
31~ 60분	0(0.0)	51(15.4)	66(10.6)	117(12.0)
61~ 90분	1(5.0)	3(0.9)	4(0.6)	8(0.8)
91~120분	0(0.0)	1(0.3)	3(0.5)	4(0.4)
121~150분	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)	1(0.1)
151분 이상	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)	1(0.1)
(평균 소요 시간)	16.0	22.5	22.1	22.1
하루에 버스 운행 횟수				
3회 이하	0(0.0)	45(14.6)	93(17.5)	138(16.1)
4~ 6회	4(22.2)	106(34.4)	229(43.1)	339(39.5)
7~ 9회	3(16.7)	59(19.2)	84(15.8)	146(17.0)
10~12회	4(22.2)	45(14.6)	77(14.5)	126(14.7)
13회 이상	7(38.9)	53(17.2)	49(9.2)	109(12.7)
(평균 운행 횟수)*	14.3	8.4	7.4	7.9

註: * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

〈附表 4-9〉 地域社會內 民間醫療機關 現況(病院)

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
평균 거리				
2 km 이하	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	1(0.3)
3~ 4 km	1(14.3)	8(5.5)	11(4.6)	20(5.1)
5~ 6 km	0(0.0)	11(7.6)	23(9.7)	34(8.7)
7~ 8 km	1(14.3)	19(13.1)	22(9.3)	42(10.8)
9~10 km	4(57.1)	16(11.0)	32(13.5)	52(13.4)
11~12 km	0(0.0)	19(13.1)	16(6.8)	35(9.0)
13 km 이상	1(14.3)	72(49.7)	132(55.7)	205(52.7)
(평균거리)	9.1	14.3	15.0	14.6
도보로 약 몇 분				
30분 이하	1(16.7)	4(3.8)	10(5.6)	15(5.2)
31~ 60분	4(66.7)	26(24.8)	32(17.9)	62(21.4)
61~ 90분	1(16.7)	19(18.1)	26(14.5)	46(15.9)
91~120분	0(0.0)	29(27.6)	41(22.9)	70(24.1)
121~150분	0(0.0)	11(10.5)	24(13.4)	35(12.1)
151분 이상	0(0.0)	16(15.2)	46(25.7)	62(21.4)
(평균 도보소요 시간)*	55.0	111.2	130.6	122.0
버스로 약 몇 분				
30분 이하	4(66.7)	97(66.0)	165(69.0)	266(67.9)
31~ 60분	2(33.3)	49(33.3)	63(26.4)	114(29.1)
61~ 90분	0(0.0)	1(0.7)	3(1.3)	4(1.0)
91~120분	0(0.0)	0(0.0)	5(2.1)	5(1.3)
121~150분	0(0.0)	0(0.0)	2(0.8)	2(0.5)
151분 이상	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	1(0.3)
(평균 소요 시간)	27.0	30.2	32.7	31.6
하루에 버스 운행 횟수				
3회 이하	0(0.0)	17(13.8)	49(25.0)	66(20.3)
4~ 6회	0(0.0)	45(36.6)	75(38.3)	120(36.9)
7~ 9회	0(0.0)	32(26.0)	38(19.4)	70(21.5)
10~12회	2(33.3)	17(13.8)	24(12.2)	43(13.2)
13회 이상	4(66.7)	12(9.8)	10(5.1)	26(8.0)
(평균 운행 횟수)	19.8	7.6	6.7	7.3

註: * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

〈附表 4-10〉 地域社會內 民間公共醫療機關 現況

(단위: 개소, %)

구 분	광역시	시	군	합계
가장 가까운 보건의료기관				
보건소	1(3.7)	17(3.1)	22(2.3)	40(2.6)
보건지소	5(18.5)	244(44.9)	457(47.8)	706(46.2)
보건진료소	5(18.5)	33(5.1)	58(5.1)	96(6.3)
보건의료원	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
의원	7(25.9)	54(9.9)	65(6.8)	126(8.3)
병원	0(0.0)	20(3.7)	26(2.7)	46(3.0)
기관간 동일 한 경우 ²⁾	9(33.3)	196(32.4)	328(34.3)	513(33.6)
평균 거리				
2 km 이하	2(7.1)	26(4.7)	33(3.4)	61(3.9)
3 ~ 4 km	10(35.7)	146(26.1)	248(25.6)	404(26.0)
5 ~ 6 km	6(21.4)	153(27.4)	267(27.6)	426(27.4)
7 ~ 8 km	3(10.7)	87(15.6)	184(19.0)	274(17.6)
9 ~ 10 km	7(25.0)	69(12.3)	100(10.3)	176(11.3)
11 ~ 12 km	0(0.0)	29(5.2)	44(4.5)	73(4.7)
13 km 이상	0(0.0)	49(8.8)	93(9.6)	142(9.1)
(평균거리) ¹⁾	5.7	7.0	7.2	7.1
도보로 약 몇 분				
30분 이하	11(45.8)	74(14.4)	100(11.4)	185(13.1)
31 ~ 60분	11(45.8)	289(56.2)	456(52.1)	756(53.5)
61 ~ 90분	2(8.3)	79(15.4)	159(18.2)	240(17.0)
91 ~ 120분	0(0.0)	44(8.6)	89(10.2)	133(9.4)
121 ~ 150분	0(0.0)	14(2.7)	35(4.0)	49(3.5)
151분 이상	0(0.0)	14(2.7)	36(4.1)	50(3.5)
(평균 도보소요 시간) ^{**}	40.2	64.3	71.0	68.1
버스로 약 몇 분				
30분 이하	23(88.5)	511(95.9)	891(97.1)	1,425(96.5)
31 ~ 60분	1(3.9)	19(3.6)	23(2.5)	43(2.9)
61 ~ 90분	2(7.7)	2(0.4)	2(0.2)	6(0.4)
91 ~ 120분	0(0.0)	1(0.2)	1(0.1)	2(0.1)
121 ~ 150분	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
151분 이상	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)	1(0.1)
(평균 소요 시간) ¹⁾	18.7	16.4	15.6	16.0
하루에 버스 운행 횟수				
3회 이하	1(4.0)	77(16.1)	164(20.4)	242(18.5)
4 ~ 6회	7(28.0)	167(35.0)	337(41.9)	511(39.1)
7 ~ 9회	3(12.0)	94(19.7)	136(16.9)	233(17.8)
10 ~ 12회	7(28.0)	70(14.7)	101(12.6)	178(13.6)
13회 이상	7(28.0)	69(14.5)	66(8.2)	142(10.9)
(평균 운행 횟수) [*]	12.2	8.2	7.0	7.5

註 : 1) 유의한 차이가 없음, 2) 기관간 동일한 경우의 다음 附表 4-10-1 참조

3) * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

〈附表 4-11〉 保健診療員의 活動件數

(단위: 명, %)

구 분	광역시	시	군	합계
월 평균 방문가구수				
20가구 이하	8(27.6)	195(33.1)	262(25.5)	465(28.3)
21~ 40가구	6(20.7)	166(28.2)	292(28.5)	464(28.2)
41~ 60가구	7(24.1)	113(19.2)	237(23.1)	357(21.7)
61~ 80가구	3(10.3)	54(9.2)	97(9.5)	154(9.4)
81~100가구	3(10.3)	30(5.1)	50(4.9)	83(5.1)
101가구 이상	2(6.9)	31(5.3)	88(8.6)	121(7.4)
(월평균 방문가구수)	48.7	43.7	50.1	47.8
일 평균 내소자수				
10명 이하	12(41.4)	247(41.7)	476(46.8)	735(44.8)
11~20명	9(31.0)	261(44.0)	421(41.4)	691(42.2)
21~30명	6(20.7)	61(10.3)	91(9.0)	158(9.6)
31~40명	1(3.5)	11(1.9)	18(1.8)	30(1.8)
41명 이상	1(3.5)	13(2.2)	11(1.1)	25(1.5)
(일평균 내소자수)	17.5	14.7	13.7	14.1
일 평균 전화상담 건수				
5건 이하	21(77.8)	417(74.6)	697(74.9)	1,135(74.9)
6~10건	3(11.1)	111(19.9)	175(18.8)	289(19.1)
11~15건	3(11.1)	17(3.0)	39(4.9)	59(4.0)
16~20건	0(0.0)	12(2.2)	13(1.4)	25(1.7)
21건 이상	0(0.0)	2(0.4)	6(0.7)	8(0.5)
(일평균 전화상담 건수)	5.1	5.3	5.2	5.2

〈附表 4-12〉 訪問서비스 提供時間 및 診療와 豫防比率

(단위: 명, %)

구 분	광역시	시	군	합계
방문소요 시간				
30분 이하	25(86.2)	471(79.2)	856(83.4)	1,352(81.9)
31 ~ 60분	4(13.8)	108(18.2)	152(14.8)	264(16.0)
61 ~ 90분	0(0.0)	9(1.5)	10(1.0)	19(1.2)
91 ~ 120분	0(0.0)	5(0.8)	6(0.6)	11(0.7)
121분 이상	0(0.0)	2(0.3)	2(0.2)	4(0.2)
(평균방문 소요시간) ¹⁾	24.8	28.1	25.8	26.6
서비스제공시간				
30분 이하	24(82.8)	509(85.6)	872(85.1)	1,405(85.2)
31 ~ 60분	4(13.8)	77(12.9)	141(13.8)	222(13.5)
61 ~ 90분	0(0.0)	0(0.0)	5(0.5)	5(0.3)
91 ~ 120분	1(3.5)	7(1.2)	6(0.6)	14(0.9)
121분 이상	0(0.0)	2(0.3)	1(0.1)	3(0.2)
(평균서비스 제공시간)	29.8	28.2	27.1	27.6
합계				
30분 이하	4(13.8)	73(12.3)	164(16.1)	241(14.7)
31 ~ 60분	18(62.1)	377(63.4)	647(63.4)	1,042(63.4)
61 ~ 90분	5(17.2)	117(19.7)	164(16.1)	286(17.4)
91 ~ 120분	1(3.5)	12(2.0)	26(2.6)	39(2.4)
121분 이상	1(3.5)	16(2.7)	19(1.9)	36(2.2)
(평균 방문+서비스제공시간) ¹⁾	54.7	56.3	52.9	54.2
진료와 예방사업의 비율				
진료비율 ¹⁾	63.9	54.5	55.8	55.5
예방비율 ¹⁾	36.1	45.5	44.2	45.5

註: 1) 지역별로 통계적으로 유의한 차이를 보임(p < 0.05).

〈附表 4-13〉 保健診療所の 診療收入 現況

(단위: 개소, %)

구분	광역시	시	군	합계
월평균 진료수입				
30만원 이하	4(14.3)	16(2.7)	32(3.1)	52(3.2)
31 ~ 60만원	3(10.7)	122(20.9)	311(19.0)	311(19.0)
61 ~ 90만원	4(14.3)	143(24.4)	408(25.0)	408(25.0)
91 ~ 120만원	5(17.9)	135(11.6)	356(12.6)	356(21.8)
121 ~ 150만원	6(21.4)	68(11.6)	205(12.6)	205(12.6)
150만원 이상	6(21.4)	101(17.3)	302(18.5)	302(18.5)
(월평균 진료수입)	121.8	110.4	113.6	113.6
월평균 진료수입(환자본인 부담)				
30만원 이하	17(65.4)	483(85.8)	807(85.0)	1,307(84.9)
31 ~ 60만원	8(30.8)	68(12.1)	109(11.5)	185(12.0)
61 ~ 90만원	1(3.9)	8(1.4)	22(2.3)	31(2.0)
91 ~ 120만원	0(0.0)	3(0.5)	9(1.0)	12(0.8)
121 ~ 150만원	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)	1(0.1)
150만원 이상	0(0.0)	1(0.2)	2(0.2)	3(0.2)
(월평균 진료수입(환자부담))	29.0	21.9	22.0	22.1
월평균 진료수입(보험청구액)				
30만원 이하	5(19.2)	38(6.8)	59(6.2)	102(6.6)
31 ~ 60만원	3(11.5)	167(29.7)	266(28.0)	436(28.3)
61 ~ 90만원	6(23.1)	169(30.0)	266(28.0)	441(28.7)
91 ~ 120만원	6(23.1)	87(15.5)	166(17.5)	259(16.8)
121 ~ 150만원	2(7.7)	40(7.1)	77(8.1)	119(7.7)
150만원 이상	4(15.4)	62(11.0)	116(12.2)	182(11.8)
(월평균 진료수입(보험청구))	97.5	89.1	94.3	92.5
월평균 보건진료소 운영비 총액				
30만원 이하	2(6.9)	42(7.1)	79(7.7)	123(7.5)
31 ~ 60만원	7(24.1)	198(33.7)	335(32.8)	540(32.9)
61 ~ 90만원	7(24.1)	137(23.3)	257(25.1)	401(24.5)
91 ~ 120만원	5(17.2)	114(19.4)	185(18.1)	304(18.5)
121 ~ 150만원	6(20.7)	56(9.5)	72(7.0)	134(8.2)
150만원 이상	2(6.9)	41(7.0)	95(9.3)	138(8.4)
(평균 진료소운영비 총액)	96.4	85.2	87.6	86.9

〈附表 4-14〉 保健支所와 保健診療所와의 統合에 대한 意見

구 분	명(%)
통합에 대한 의견	
통합에 찬성	249(15.3)
통합에 반대	1,260(77.4)
잘 모르겠음	119(7.3)
찬성이유	N=289(100.0) ¹⁾
1 팀웍(의사 등)을 이뤄 보건의료서비스를 시행하면 효율적인 업무수행이 기대됨.	70 (24.2)
2 양질의 고급의료 혜택을 받을 수 있음.	45 (15.6)
3 더 많은 인원으로 복합적이고 광범위한 의료시혜를 줄 수 있음.	45 (15.6)
4 진료활동은 공공보건 의사에게 맡기고 방문활동, 만성질환관리에 전념하는 것이 가능할 것으로 사료됨.	35 (12.1)
5 체계적인 의료서비스를 제공 할 수 있음.	25 (8.7)
6 교통이 편리해지고 인구감소로 진료원의 자리만 확보된다면 통합도 바람직함.	12 (4.2)
7 관할인구가 적고 인접지역이면 통합도 찬성	12 (4.2)
8 교통이 편리함.	11 (3.8)
9 지금보다는 어느 정도 자율성이 부여될 것으로 판단되기 때문에	10 (3.5)
10 운영관리비 절감	7 (2.4)
11 신분보장이 된다면 통합도 바람직할 것으로 사료됨.	7 (2.4)
12 행정조직의 일원화도 효율적일 수 있다고 판단됨.	4 (1.4)
13 타지소와 거리가 가까움.	4 (1.4)
14 관할 인구수가 감소하여 적음.	2 (0.7)

〈附表 4-14〉 계속

구분	명(%)
반대 이유	N=1,969 ¹⁾
1) 교통문제가 곤란하기 때문에 타진료기관 이용이 불편함.	463(23.5)
2) 노인인구가 증가하고, 산간오지, 거동불편자들에게 적절한 의료서비스를 제공할 수 없음.	322(16.4)
3) 주민이 이용하고 싶은 시간에 서비스를 받을 수 없음.	188(9.6)
4) 통합시 직접적인 주민관리의 접근성이 떨어지며 주민이용도가 떨어질 것임.	134(6.8)
5) 현재 진료소는 지역주민 가까이 있으므로 지역주민을 잘 이해할 수 있으며, 주민의 일상에 대하여 애착을 느끼고 있고 따라서 지역주민의 호응도가 높음.	116(5.9)
6) 주민들은 진료소에 많이 의존하고 있는 실정이어서 불만족이 클 것으로 사료됨.	101(5.1)
7) 독자적이고 책임성있게 관할구역 인구에 대한 서비스를 제공할수 없음.	86(4.4)
8) 폐지시 지역여건상 주민의 의료비 지출비용이 늘어남(경제적 부담).	79(4.0)
9) 응급 또는 야간에 주민이 진료소를 이용하는 것이 불편할 것임.	58(3.0)
10) 보건진료소와 지소와의 현재하고 있는 업무에는 분명차이가 있고, 보건지소의 운영방식 대로는 보건진료소에서와 같은 효율적이고 직접적인 서비스 제공이 어려움.	58(3.0)
11) 현재 보다 질적인 최선의 보건의료서비스를 제공할 수 없음.	53(2.7)
12) 각 진료소마다 특성이 있는데 통합되어 진료소가 없어질 경우 지역주민들이 불편함.	46(2.3)
13) 현재보다 신분보장이 이루어지기 어려움.	40(2.0)
14) 보건진료소의 축소는 시기적으로 이룸(현재의 보건진료소가 지역여건에 적절함).	36(1.8)
15) 보건진료소의 특수사업, 방문보건 만성질환자 관리가 제대로 될 수 없음.	30(1.5)
16) 통합시 주민과의 공감대 형성이 어려움.	27(1.4)
17) 저소득, 소외계층에 대한 저렴한 양질의 의료서비스를 제공할 수 없음.	24(1.2)
18) 농어촌 지역주민이 이용하기에 비용이 매우 저렴함.	23(1.2)
19) 개인에 대한 보건관리가 효율적으로 이루어지지 못함.	21(1.1)
20) 보건요원과의 견해차이로 인해 팀웍이 이루어질 것 같지 않음.	22(1.1)
21) 관할인구수가 많아져 효과적인 보건의료 서비스를 할 수 없음.	19(1.0)
22) 지속적인 추후관리가 어려움.	7(0.4)
23) 통합시 리별 의견차이에 따른 문제점이 있음.	6(0.3)
24) 인원감축을 통한 조직개편 보다는 종합적인 농어촌 보건의료계획수립이 우선한다고 생각됨(보건진료원을 방문간호사업의 주체로 활용하는 것이 필요함).	4(0.2)
25) 현재의 상태에서 지역담당제, 지역책임제를 도입하였으면 함.	3(0.2)
26) 예산의 절감이 보건진료소수 감축의 원인이라면 1인의 관할 지역을 확대하여 전개하는 것이 필요함.	2(0.1)
27) 도서지역의 경우 가능하면 통합도 지양하는 것이 필요함.	2(0.1)

註: 1) 복수 응답

〈附表 4-15〉 保健支所에 配置되어 팀長으로 保健要員과 活動하는 것에 대한 意見

구 분	명(%)
팀장으로서 활동하는 것에 대해	N=1,597
찬성	531(33.2)
반대	788(49.4)
잘 모르겠음	278(17.4)
반대의 이유	N=623 ¹⁾
1) 보건요원과 상호관계(협조)에 애로가 있을것이라 사료됨.	100(16.1)
2) 업무의 독자수행이 어려움.	60(9.6)
3) 보건요원과 보건진료원의 활동영역이 불분명하므로 반대함(업무중복).	60(9.6)
4) 신분보장이 불확실함.	53(8.5)
5) 보건요원과 보건진료원은 업무의 성격이 다름.	47(7.5)
6) 지소에서의 일은 주민들과의 접근이 어렵고(예: 야간진료, 유대관계 약화) 주민들도 공무원으로서 반복된 틀에 박힌 서비스제공 우려됨.	42(6.7)
7) 보건지소 배치시 주민에게 적용되는 의료서비스에 한계가 있음.	38(6.1)
8) 지역특성에 맞는 보건사업을 제대로 수행할 수 없고, 획일적인 업무만 시행하게 됨.	34(5.5)
9) 진료소만이 갖고 있는 시행방식과 형태,주민과의 유대 및 지역주민에게 제공하는 서비스가 다름.	28(4.5)
10) 농어촌의 오지, 벽지 현실을 고려했을 때 시기적으로 이르다고 생각함.	24(3.9)
11) 시간적, 공간적 제약으로 서비스 제공에 어려움이 발생함(관할지역이 넓어지게 됨).	23(3.7)
12) 주민의 니드(요구)를 더 잘 들을 수 없음.	22(3.5)
13) 특정질환자외에 주민동태파악이 어려움. 비통합시 주민들과 유대강화를 통해 많은 정보를 제공받으며 보건사업을 원활히 할수 있음.	17(2.7)
14) 현재의 시점에서 보다 보건진료원을 적극적으로 활용하는 것이 필요함.	12(1.9)
15) 현 행정체제로는 여러 가지로 불합리적임.	12(1.9)
16) 보람을 느끼며 직접 보건진료소에서 주민들에게 도움을 주고 싶음.	11(1.8)
17) 보건요원과 업무수행에 있어서 책임소재 등	10(1.6)
18) 아직도 보건진료원들이 해야 할 일들이 지역사회에 산재해 있는 실정임.	6(1.0)
19) 보건요원들이 기존의 방식을 고집하므로서 발전적이지 못할 것임.	3(0.5)
20) 팀장이 되는 것에 회의적임.	3(0.5)
21) 보건진료원의 지위가 격하되는 인상이고 활동에 지장을 가져올 것임.	2(0.3)
22) 일차진료투약권을 가지지 않은채 보건요원화합은 무의미함.	2(0.3)
23) 보고서 작성이 어렵고 행정적인 문제발생 우려됨.	2(0.3)
24) 보건요원의 관리문제가 어려울 것으로 사료됨.	2(0.3)
25) 정부의 구조조정 취지에는 반대함.	2(0.3)
26) 별정직의 일반직화가 필요함.	4(0.6)
28) 신규인력을 현재의 보건진료원 수준으로 이끌려면 많은 시간과 노력이 필요함.	2(0.3)
27) 호봉선정의 불이익이 우려됨.	1(0.2)
29) 팀장이 되거나 팀장의 역할에 따라 고려할 수 있음.	1(0.2)

註: 1) 복수 응답

〈附表 4-16〉 保健診療員 年齡別 保健診療所 運營의 差異 比較

구 분	39세 이하	40세 이상	평 균
진료와 예방비율 진료응답지수(평균)	965(55.8)	695(55.1)	1,660(55.5)
예방응답지수(평균)	956(44.2)	695(44.9)	1,651(44.5)
통합 ¹⁾ 에 대한 의견(탐장)			
찬성	320(34.2)	210(31.9)	530(33.3)
반대	455(48.6)	332(50.5)	787(49.4)
잘 모르겠음	161(17.2)	116(17.6)	277(17.4)
운영협의회 ¹⁾ 에 대한 의견			
활동존속	814(86.4)	574(84.3)	1,388(85.5)
도움이 안되어 폐쇄	105(11.2)	96(14.1)	201(12.4)
잘 모르겠음	23(2.4)	11(1.6)	34(2.1)
실제 관할인구수 ¹⁾ 에 대한 의견**			
많다	105(11.0)	89(12.8)	194(11.8)
적당하다	682(71.4)	532(76.4)	1,214(73.5)
적다	168(17.6)	75(10.8)	243(14.7)
근무여건 ¹⁾ 에 대한 의견			
아주 만족	23(2.4)	17(2.5)	40(2.5)
만족	255(27.1)	210(30.4)	465(28.5)
보통	476(50.7)	336(48.7)	812(49.8)
불만족	165(17.5)	111(16.1)	276(16.9)
아주 불만족	22(2.3)	16(2.3)	38(2.3)
월평균 방문 ¹⁾ 가구수**			
20가구 이하	287(30.3)	178(25.7)	465(28.3)
21~40가구	281(29.6)	181(26.1)	462(28.1)
41~60가구	191(20.1)	166(23.9)	357(21.7)
61가구 이상	189(20.0)	169(24.3)	358(21.9)
(평균)	46.1	50.1	47.8
일평균 ¹⁾ 내소자수***			
10명 이하	471(49.8)	263(38.1)	734(44.9)
11~20명	380(40.2)	309(44.8)	689(42.1)
20명 이상	95(10.0)	118(17.1)	213(13.0)
(평균)	13.2	15.4	14.1
일평균 전화상담건수***			
5건 이하	691(79.1)	442(69.2)	1,133(74.9)
6건 이상	183(20.9)	197(30.8)	380(25.1)
(평균)	4.8	5.7	5.2

註 : 1) Mantel-Haenszel Chi-Square 적용

2) * p < 0.05, ** p < 0.005, *** p < 0.0005

3) 명목변수는 X2-검정, 연속변수는 t-검정을 수행하여 나온 결과임.

〈附表 4-17〉 保健診療所 運營의 差異 比較

구 분	9년 이하	10~12년	13~15년	16년 이상	평 균
진료와 예방비율					
진료 ¹⁾	454(55.2)	386(55.8)	505(56.0)	297(55.0)	1,642(55.5)
예방 ¹⁾	454(44.8)	386(44.2)	505(44.0)	297(45.0)	1,642(44.5)
통합에 대한 의견(팀장) ³⁾					
찬성	157(35.1)	124(33.2)	169(34.7)	77(27.8)	527(33.2)
반대	211(47.2)	178(47.6)	243(50.0)	149(53.8)	781(49.3)
잘 모르겠음	79(17.7)	72(19.3)	75(15.4)	51(18.4)	277(17.5)
운영협의회에 대한 의견 ³⁾					
활동존속	383(85.3)	325(85.5)	438(87.4)	236(82.8)	1,382(85.6)
도움이 없되어 폐쇄	56(12.5)	44(11.6)	56(11.2)	42(14.7)	198(12.3)
잘 모르겠음	10(2.2)	11(2.9)	7(1.4)	7(2.5)	35(2.2)
실제 관할인구수에 의견 ³⁾					
많다	53(11.6)	39(10.2)	57(11.3)	42(14.2)	191(11.6)
적당하다	314(68.9)	283(73.7)	389(76.9)	22(74.7)	1,207(73.5)
적다	89(19.5)	62(16.2)	60(11.9)	33(11.2)	244(14.9)
근무여건에 대한 의견 ³⁾					
아주만족	7(1.6)	10(2.6)	17(3.4)	6(2.1)	40(2.5)
만족	106(23.6)	117(30.6)	154(30.8)	86(29.4)	463(28.5)
보통	235(52.3)	182(47.6)	241(48.2)	150(51.2)	808(49.8)
불만족	93(20.7)	66(17.3)	71(14.2)	45(15.4)	275(17.0)
아주 불만족	8(1.8)	7(1.8)	17(3.4)	6(2.1)	38(2.3)
월평균 방문 가구수					
20가구 이하	149(33.0)	109(28.6)	136(26.8)	69(23.6)	463(28.4)
21~40가구	141(31.3)	115(30.2)	129(25.4)	78(26.6)	463(28.4)
41~60가구	82(18.2)	74(19.4)	126(24.9)	71(24.2)	353(21.6)
61가구 이상	79(17.5)	83(21.8)	116(22.9)	75(25.6)	353(21.6)
(평균) ¹⁾	44.5	47.1	49.2	50.2	47.8
일평균 내소자수					
10가구 이하	251(56.3)	181(47.3)	196(38.9)	99(33.7)	727(44.7)
11~20가구	156(35.0)	156(40.7)	236(46.8)	140(47.6)	688(42.3)
20가구 이상	39(8.7)	46(12.0)	72(14.3)	55(18.7)	212(13.0)
(평균) ²⁾	12.1	13.8	14.9	16.3	14.1
일평균 전화상담건수					
5건 이하	334(82.5)	279(78.6)	330(69.8)	186(68.1)	1,129(75.0)
6건 이상	71(17.5)	76(21.4)	143(30.2)	87(31.9)	377(25.0)
(평균) ²⁾	4.7	4.7	5.7	5.8	5.2

註 : 1) ANOVA분석결과 유의한 차이를 보이지 못함.

2) ANOVA분석결과 유의한 차이를 보임(p < 0.0005).

3) 통계적 검정을 실시하지 않음.

〈附表 4-18〉 實際 管轄人口數(島嶼地域 106個는 除外하였음)別 活動
件數 差異 比較

구 분	500명 이하	501~1000명	1001명 이상	평 균
일평균 방문 가구수				
20가구 이하	88(32.2)	226(27.8)	104(23.2)	418(27.2)
21~40가구	69(25.3)	223(27.4)	140(31.2)	432(28.1)
41~60가구	62(22.7)	182(22.4)	100(22.3)	344(22.4)
61가구 이상	54(20.0)	182(22.4)	105(23.4)	341(22.2)
(평균)	44.9	49.9	48.4	47.8
일평균 내소자수				
10가구 이하	191(70.5)	393(48.8)	78(17.3)	662(43.3)
11~20가구	70(25.8)	346(42.9)	245(54.3)	661(43.3)
20가구 이상	10(3.7)	67(8.3)	128(28.4)	205(13.4)
(평균) ¹⁾	9.9	13.0	19.4	14.1
일평균 전화상담건수				
5건 이하	203(83.9)	571(76.5)	274(65.4)	1,048(74.5)
6건 이상	39(16.1)	175(23.5)	145(34.6)	359(25.5)
(평균) ¹⁾	4.4	5.0	6.1	5.2

註 : 1) 유의한 차이를 보임(*** p < 0.0005).

〈附表 4-19〉 實際 管轄 人口規模에 대한 意見

(단위: 수, %)

구분	광역시	시	군	합계
· 실제 관할인구에 대한 의견				
많음	1(3.5)	79(13.3)	114(11.1)	194(11.7)
적당한	22(75.9)	436(73.5)	758(73.5)	1,216(73.5)
적음	6(20.7)	78(13.2)	160(15.5)	244(14.8)
· 행정적 관할 인구 수(명)				
많다고 응답한 경우의 평균	728	2,033	1,923	1,962
적당하다고 평가한 경우 평균	1,434	1,052	936	987
적다고 평가한 경우의 평균	712	578	494	526
· 실제적 관할 인구 수(명)				
많다고 평가한 경우의 평균	680	1,966	1,606	1,747
적당하다고 평가한 경우 평균	937	921	822	859
적다고 평가한 경우의 평균	709	481	433	455

〈附表 4-20〉 保健診療所의 費用-便益費

(단위: 천원)

구분	갯수	총비용(평균)	총편익(평균)	B/C Ratio
시	17	259,049(1,515)	766,217(3,170)	2.96
산간·광산	140	2,024,702(1,431)	3,618,326(1,876)	1.79
농촌	691	10,622,820(1,529)	19,754,171(2,050)	1.86
농촌·도서	55	863,451(1,561)	1,413,330(1,878)	1.64
계	903	13,771,024(1,506)	25,552,045(2,033)	1.86

資料: 이경호, 「우리나라 보건진료원 제도의 경제성 분석」, 서울대학교 보건대학원, 보건학과(박사학위논문), 1993. 12.

〈附表 4-21〉 總 費用 內譯

(단위: 천원)

구분	갯수	경상비용(평균)	자본비용(평균)	총비용(평균)
시	17	252,840(14,870)	6,880(404)	259,040(15,238)
산간·광산	140	1,972,000(14,080)	53,540(382)	2,024,702(14,462)
농촌	691	10,360,420(14,990)	275,407(398)	10,623,820(15,374)
농촌·도시	55	842,200(15,310)	21,671(394)	863,451(15,699)
계	903	13,427,460(14,860)	357,498(395)	13,711,024(15,250)

資料: 이경호, 「우리나라 보건진료원 제도의 경제성 분석」, 서울대학교 보건대학원, 보건학과(박사학위논문), 1993. 12.

〈附表 4-22〉 總 便益費用 內譯

(단위: 천원)

구분	갯수	간접편익 ¹⁾ (평균)	간접편익 ²⁾ (평균)	총편익(평균)
시	17	554,809(32,639)	211,347(12,430)	766,217(40,571)
산간·광산	140	2,620,275(18,776)	998,051(7,120)	3,618,326(25,845)
농촌	691	14,305,331(20,702)	5,448,839(7,880)	19,754,171(28,589)
농촌·도시	55	1,023,487(18,608)	389,842(7,080)	1,413,330(25,096)
계	903	18,503,964(20,491)	7,048,080(7,800)	25,552,045(28,296)

註: 1) 직접편익: 모성, 영유아, 가족계획, 진료, 상담 및 보건교육서비스 제공으로 인한 편익을 의미함.

2) 간접편익: 절약된 시간비용, 절약된 교통비용을 의미함.

資料: 이경호, 「우리나라 보건진료원 제도의 경제성 분석」, 서울대학교 보건대학원, 보건학과(박사학위논문), 1993. 12.

附錄 5. 外國 公共保健機關의 機能(本文 Ⅲ章 參照)

〈附表 5-1〉 유타郡 地域保健部の 保健醫療서비스 提供現況

주요업무	기관					
	본부	W.I.C. 1	W.I.C. 2	W.I.C. 3	Provo	South Provo
예방접종서비스	○	×	×	×	×	×
H.I.V 검사 및 상담	○	×	×	×	×	×
가족계획서비스	○	×	×	×	×	×
베이비유어베이비프로그램	○	×	×	×	×	×
유방암진진서비스	○	×	×	×	×	×
메디케이드대상자 보건관리	○	×	×	×	×	×
W.I.C. 프로그램	○	○	○	○	×	×
생명통계작성관리	○	×	×	×	×	×
약물중독치료서비스	×	×	×	×	○	○
기타 휴먼서비스	○	×	×	×	○	○

註: 1) W.I.C. 1 = Fork City W.I.C. Office, W.I.C. 2 = Orem City W.I.C. Office, W.I.C. 3 = Payson City W.I.C. Office, Provo = 본부와 분리된 관할 지역내 위치, South Provo = Substance Abuse Detox Center

2) 제공 - ○, 제공하지 않음 - ×,

資料: 유타郡 지역보건부, 1998. 11.

〈附表 5-2〉 파스코郡 地域保健部の 保健醫療서비스 提供現況

주요제공 서비스	본부 및 지부						
	본부	NP	LO	DC	HO	Z	HU
보건행정서비스	○	×	×	×	×	×	×
보건교육 및 건강증진서비스	○	×	×	×	×	×	×
생명통계서비스	○	×	×	○	×	×	×
역학/전염병관리서비스	○	×	×	○	×	×	×
W.I.C. 프로그램	○	○	○	○	○	○	○
영양서비스	○	○	○	○	○	○	○
일차의료서비스	○	○	○	○	○	○	○
환경보건서비스	○	×	○	○	×	×	×

註: 1) NP2=New Port Richey, LO=Land O'Lakes, DC=Dade City, HO=Holiday, Z=Zephyrhills, HU=Hudson

2) 제공 - ○, 제공하지 않음 - ×,

資料: 파스코郡 지역보건부, 1998. 11.

〈附表 5-3〉 노스웨스턴保健所 및 附屬支所 勤務者 數 現況

본부 및 지소	직 책 명	지역인구	근무자 수
Kenora (Head Office)	Medical Officer Of Health And Chief Executive Officer, Preventive Services Team Leader, Environmental Health Team Leader, Administration Team Leader, Operations Officer, Executive Secretary, Accounting Clerk 4, Senior Administrative Secretary, Public Health Programs Secretary, Public Health Nurse 5, Executive Secretary, Health Educator, Public Health Programs Secretary, Sexual Health Program Nurse, Dental Coordinator, Tobacco Health Promoter, Clerk 7, Librarian, Clerk/Sexual Health Program, Speech And Language Pathologist, Audiologist, Senior Administrative Secretary, Aids Coordinator/Public Health Nurse, Land Control Officer, Health Promotion Coordinator, Front Desk Receptionist, Environmental/Occupational Health And Safety Technician, Public Health Inspector	15,444	41
Atikokan	Clerk, Health Educator, Public Health Nurse	3,493	3
Dryden	Health Promotion Team Leader, Public Health Inspector 2, Public Health Nurse 3, Nutrition Consultant, Clerk 4, Tobacco Health Promoter, Health Educator, Speech and Language Pathologist, Clerk/Tobacco Resource Technician, Dental Coordinator, Sexual Health Nurse, Registered Practical Nurse	8,755	18
Ear Falls	Public Health Nurse, Clerk, Casual Relief Clerk	1,030	3
Emo	Clerk, Public Health Nurse	2,194	2
Fort Frances	Infectious Disease Control Team Leader, Health Planner, Dental Coordinator, Substance Abuse Prevention Coordinator, Health Educator, Public Health Inspector 2, Public Health Nurse 4, Clerk 4, Registered Practical Nurse, Clinical Audiologist	9,200	17
Ignace	Clerk, Public Health Nurse	1,499	2
Minaki	Primary Care Nurse, Clerk, Primary Care/Registered Nurse	-	3
Pickle Lake	Public Health Nurse, Lay Home Visitor	414	2
Rainy River	Clerk, Health educator, Public Health Nurse	3,310	3
Red Lake	Registered Nurse, Clerk 2, Public Health Nurse 2, Health Educator, Substance Abuse Prevention Coordinator	4,082	7
Sioux Lookout	Registered Nurse, Public Health Nurse 2, Health Educator, Clerk	4,757	5
Sioux Narrows	Public Health Nurse, Clerk	393	2
합 계		54,571	108

註: - 인구통계가 정확하게 파악되고 있지 못한 지역임.
 資料: <http://www.nwhu.on.ca/general.htm>, 1998. 12월 1일 기준.
 Northwestern Health Unit 제공, 1998. 12.

〈附表 5-4〉 日本의 保健所와 保健센터의 比較

	보건소	보건센터
설치주체	도도부현, 지방자치법상의 지정도시, 중핵시, 기타 정령에 정해진 시·특 별구	시정촌(보건소설치시 포함)
법적근거	지역보건법	지역보건법(과거는 공중위생국장통지)
시설개요	지역보건의 광역적, 전문적, 기술적 거점	대인보건서비스의 거점
설치의무	(인구 10만을 기준) 2차진료권당 1개 를 목표로 규모를 확대	설치권장
시설규모	지역에 따라 도시형, 중간형, 농촌 형, 벽지형으로 구분 인구규모에 따라 5형태(인구 3만 이 하의 지도형 포함시는 6가지)로 분 류, 각 유형에 따라 차이가 있음.	기준면적: 500㎡ 시설내용: 관리부문, 보건지도부문, 건 강증진지도부문, 검진부문, 공통(회의, 전시실 등)
직원배치	소장: 의사여야만 함. 직원: (치과)의사, 약제사, 수의사, 보 건부, 조산부, 간호부, 각종 기사, 영 양사, 치과위생사, 통계기술자, 기타 필요한 자	의무는 없으나 시정촌이 배치 소장: 대부분 사무직 직원: 보건부, 영양사, 행정직원 등
사업내용	전문적, 광역적 대응이 필요되는 보 건서비스	일상생활에 밀착되고, 빈도가 높은 보 건서비스
재정조치	신설 시설: 국고보조 1/2 증설, 개축, 개장: 국고보조 1/2 초연도 調弁費: 국고보조 1/2 기타 제경비: 국고보조 1/2	재정지원권장 설립시설당 9,000만엔(1994년) 설비비: 국고보조 1/3
설치수	847(1995년)	1,333개소(1995년)

資料: 배상수, 『일본 지역보건사업의 발전과 전망』, 『보건간호소식』, 1997. 1.

〈附表 5-5〉 카고시마市 츄오保健所의 部署別 業務分場

구 분	업 무
공중위생과	서무계 ① 보건소와 과에 속한 서무 및 보건소내 사무의 조정 ② 보건소의 예산경리 ③ 수수료 및 사용료 등의 수납 ④ 식품 및 환경위생에 관한 허가인가 등에 관한 것 ⑤ 전염병동에 관한 것 ⑥ 공인의 관리
	의무약무계 ① 의료법에 관한 것 ② 약사법에 관한 것 ③ 의사법 및 치과의사법에 관한 것 ④ 치과위생사법, 치과기공사법 및 진료방사선기사법에 관한 것 ⑤ 보건부, 조산부, 간호부법에 관한 것 ⑥ 안마, 마사지, 지압사, 침술사, 뜸뜨는 사람에 관한 법률, 유도 정복사(일명 접골사)법에 관한 것 ⑦ 사체해부보존법에 관한 것 ⑧ 임상검사기사, 위생검사기사등에 관한 법률, 이학요법사 및 작업치료사법에 관한 것 ⑨ 독물 및 독물취급법시행령 제18조, 제24조의 규정에 관한 독물 및 독물을 함유한 제제의 사용신고의 수리에 관한 것 ⑩ 구급병원을 정하는 성령 규정에서 규정된 의료기관 신청절차에 관한 것 ⑪ 시능(시력)훈련사법에 관한 것 ⑫ 보건소 소관업무의 홍보에 관한 것 ⑬ 위생개념의 보급 및 향상에 관한 것 ⑭ 인구동태통계에 관한 것 ⑮ 위생상의 통계 및 조사에 관한 것 ⑯ 보건소 운영협의회에 관한 것
	지도계 ① 식품위생에 관한 것 ② 식중독에 관한 것 ③ 여관업법, 공중욕장법, 온천법, 흥행장법, 이용사법, 미용사법 및 세탁(클리닝)업법에 관한 것 ④ 건축물에서의 위생적 환경 확보에 관한 법률에 관한 것 ⑤ 유해물질을 함유한 가정용품의 규제에 관한 법률에 관한 것 ⑥ 식품 및 환경위생단체등의 육성지도에 관한 것
	수역계 ① 광견병예방에 관한 것 ② 관할지역내(현) 동물의 사육 및 보관 조례에 관한 것 ③ 동물관리사무소등에 관한 것 ④ 화제장(화장터) 등에 관한 법률에 관한 것 ⑤ 식용조류 처리사업의 규제 및 식용조류검사에 관한 것

資料: 카고시마市 츄오보건소 서무계 자료제공, 1998. 12. 1.

〈附表 5-5〉 계속

구 분		업 무
식육위생 검사소		① 도축장법에 관한 도축검사 및 위생지도에 관한 것 ② 식품위생법에 기인한 감시지도, 수거, 검사 및 조치에 관한 것 ③ 공인의 보관에 관한 것 ④ 기타 사무소에 속한 경미한 서무에 관한 것
보건예방과	보건대책계	① 보건예방에 관한 연계조정에 관한 것 ② 정신보건에 관한 것 ③ 정신보건대책협의회에 관한 것 ④ 영양지도 및 영양조사에 관한 것 ⑤ 의료사회사업에 관한 것 ⑥ 난치병대책에 관한 것 ⑦ 공인의 보관관리에 관한 것 ⑧ 그외 과에 속한 경미한 서무에 관한 것
	위생간호계	① 건강진단에 관한 것 ② 예방접종에 관한 것 ③ 전염병예방에 관한 것 ④ 그외 간호부사업에 관한 것
	검진계	① 건강진단에 관한 것 ② X-ray선 촬영에 관한 것
	치과모자계	① 모성 및 유아의 보건지도 ② 모체보호에 관한 것 ③ 치과질환의 예방 ④ 육성의료에 관한 것
	감염증 대책계	① 전염병예방에 관한 것 ② 예방접종에 관한 것 ③ 결핵예방에 관한 것 ④ 결핵진단조사협의회에 관한 것 ⑤ B.C.G접종에 관한 것 ⑥ 성병예방에 관한 것 ⑦ 후천성면역결핍증의 예방에 관한 것 ⑧ 기타 질병의 예방에 관한 것
	건강지도 제1계	① 가정방문에 의한 보건지도에 관한 것 ② 가정간호의 지도에 관한 것 ③ 건강상담에 관한 것 ④ 위생교육에 관한 것 ⑤ 그외 보건부업무에 관한 것
	건강지도 제2계	① 가정방문에 의한 보건지도에 관한 것 ② 가정간호의 지도에 관한 것 ③ 보건상담에 관한 것 ④ 위생교육에 관한 것 ⑤ 그외 보건부업무에 관한 것

〈附表 5-5〉 계속

구 분		업 무
타니아마 보건센터	공중위생계	① 식품위생에 관한 것 ② 식중독에 관한 것 ③ 식품위생에 관한 인허가 등에 관한 것 ④ 식품위생단체등의 육성지도에 관한 것 ⑤ 광견병예방등에 관한 것 ⑥ 청사의 유지관리 등에 관한 것 ⑦ 수수료 및 사용료의 수납등에 관한 것 ⑧ 공인의 보관에 관한 것 ⑨ 그외 센터에 속한 경미한 서무에 관한 것
	보건예방계	① 전염병예방에 관한 것 ② 예방접종에 관한 것 ③ 유유아, 모성 등의 보건지도에 관한 것 ④ 결핵예방에 관한 것 ⑤ 보건부업무에 관한 것 ⑥ 영양지도에 관한 것 ⑦ 그외 보건예방에 관한 것
위생검사센터	임상검사계	① 임상검사에 관한 것 ② 공인의 보관에 관한 것 ③ 그외 센터에 속한 경미한 서무에 관한 것
	식품검사계	① 식품등의 검사에 관한 것 ② 가정용품등의 검사에 관한 것

〈附表 5-6〉 카고시마市 傘下 야마시타保健所の 部署別 業務分場

구 분		업 무
공중위생과	서무계	① 보건소 및 과소속 서무 및 소내 사무의 연계조정에 관한 것 ② 수수료 및 사용료의 수납에 관한 것 ③ 식품 및 환경위생에 관한 인허가등에 관한 것 ④ 공인의 보관에 관한 것 ⑤ 문서에 관한 것
	지도계	① 식품위생에 관한 것 ② 식중독에 관한 것 ③ 도축검사에 관한 것 ④ 여관업법, 공중욕장법, 온천법, 흥행장법, 이용사법, 미용사법 및 세탁업법에 관한 사항 ⑤ 건축물에서의 위생적 환경 확보에 관한 법률에 관한 것 ⑥ 유해물질을 함유하는 가정용품의 규제에 관한 법률에 관한 것 ⑦ 식품 및 환경위생단체 등의 육성지도에 관한 것 ⑧ 광견병예방에 관한 것 ⑨ 현내 동물의 사육 및 관리에 관한 조례에 관한 것
모자예방계	예방계	① 결핵예방에 관한 것 ② 결핵진단조사협의회에서의 자문에 관한 것 ③ 성병 및 기타질병의 예방에 관한 것 ④ 건강진단에 관한 것 ⑤ 모성 및 유아의 보건지도에 관한 것 ⑥ 육성의료에 관한 것 ⑦ 영양지도 및 영양조사에 관한 것 ⑧ 치과질환의 예방에 관한 것 ⑨ 전염병예방에 관한 것 ⑩ 후천성면역결핍증의 예방에 관한 것 ⑪ 예방접종에 관한 것 ⑫ 위생상의 경미한 시험검사에 관한 것 ⑬ 정신보건상담에 관한 것 ⑭ 의료사회사업에 관한 것 ⑮ 난치병대책에 관한 것 ⑯ 기타 과에속한 경미한 서무에 관한 것
	건강지도 제1계	① 가정방문에 의한 보건지도에 관한 것 ② 가정간호의 지도에 관한 것 ③ 건강상담에 관한 것 ④ 위생교육에 관한 것 ⑤ 기타 보건부업무에 관한 것
	건강지도 제2계	① 가정방문에 의한 보건지도에 관한 것 ② 가정간호의 지도에 관한 것 ③ 건강상담에 관한 것 ④ 위생교육에 관한 것 ⑤ 기타 보건부 업무에 관한 것

資料: 카고시마시 휴오보건소 서무계 자료제공, 1998. 12. 1.