

연구보고서 96-21

地域保健의 政策課題와 活性化 方案

南 貞 子

金 惠 蓮

崔 晶 秀

尹 京 一

文 相 植

韓國保健社會研究院

提 出 文

保健福祉部 長官 貴下

귀부로부터 위탁받은 “지역보건의료의 정책과제와
활성화방안” 연구를 완료하였기에 보고서를 제출합니다.

1996年 12月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 清

머 리 말

최근의 保健醫療環境은 새로운 지역 보건서비스의 충족을 위한 다양한 保健行政서비스 開發을 要求하고 있다. 중앙집권적 체제하에서 傳染病管理 時代에 구축된 現行의 보건소 組織과 機能은 保健行政의 地方化·分權化 추세와 주민의 所得水準 향상, 人口의 老齡化, 慢性退行性 疾患의 急増 등 保健醫療環境의 變化에 효율적으로 대처하기에는 不適切하다고 평가되고 있다. 특히 우리나라는 중앙집권적인 전통을 가진 행정체계 하에서 지방보건행정조직은 中央의 劃一的인 지침에 따라 행정업무를 집행하는 上意下達式의 垂直的 體系로 조직되었기 때문에 自律的인 保健行政 業務의 企劃樹立과 運營能力이 不足하였고 주민의 要求에 부응하기 위한 가장 중요한 요소인 주민 참여가 中央集權的 意識構造에서 制度化되어 있지 않았다고 할 수 있다. 특히 保健醫療서비스는 과학적 기술을 토대로 하는 技術行政과 專門的 서비스를 요하는 對人 서비스의 성격을 띠는 特殊性을 지니고 있으나 專門人力의 確保와 育成이 不進하여 충분히 活性化되지 못하여 왔다.

그러나 1995년 保健所法이 地域保健法으로 개정됨으로써 地方 保健行政의 發展을 위한 基盤이 늦게나마 造成되었다고 할 수 있다. 즉 地域保健法은 地方化에 따른 保健所의 機能을 整備하고 地域保健의 必要事務와 專門人力 基準을 제시함으로써 지방자치제 실시하에서 保健部門이 상대적으로 위축되지 않고 活性化될 수 있는 법적 여건을 제공하였다. 또한 보건수준의 형평성을 유지하고 最少限의 統一性を 확보하기 위한 기본틀을 제시하고 있다.

이 研究는 개정 地域保健法에 따른 하위법규(시행령, 시행규칙)의 制定과 관련된 지역보건계획수립 및 평가, 組織運營과 인력의 구성, 시설 및 장비 등의 基準設定과 업무의 활성화 방안 등을 제시하기 위해 수행되었다. 이 研究에서는 수백 종에 이르는 보건소의 細部業務를 분석, 그에 근거하여 實務擔當人力을 추정하였으며 이들 업무를 효율적으로 수행하기 위한 組織改編案을 지역의 특성(보건소의 6가지 유형)에 따라 구체적으로 제시하였다. 또한 보건소의 主要業務에 대한 업무별 추진방안을 제시하고 있는 바, 地方自治團體와 地域의 保健所는 물론 政府의 地域保健健 關聯 政策樹立과 業務修行에도 큰 도움을 줄 것으로 기대한다. 비교적 단기간의 작업이라는 現實의인 制約 속에서도 保健醫療界의 專門家와 實務者를 포함한 30명으로 구성된 地域保健企劃團을 운영하여 20여회에 걸친 워크숍, 작업회의, 실무작업 등을 통하여 意見을 수렴하였으며 이외에도 政策懇談會, 說問紙의 配付 등을 통하여 試案에 대해 專門家와 실무자들의 檢討를 거쳤다.

이 연구는 당원 南貞子 研究委員의 책임하에 수행되었으며 金惠蓮, 崔晶秀, 尹京一 책임연구원 등이 함께 참여하였다. 執筆陣의 담당 연구분야를 소개하면 다음과 같다.

研究調整 및 綜合(南貞子)

地域保健醫療計劃 및 評價(崔晶秀)

保健所の 業務(南貞子)

保健所の 組織(南貞子 · 尹京一)

保健所の 專門人力과 敎育訓練(金惠蓮)

保健所の 財政(尹京一)

日本の 事例研究(崔晶秀)

美國의 事例研究(金惠蓮)

保健所の 業務別 推進方向(南貞子 · 金惠蓮 · 文相植 編)

本 研究陣들은 이 報告書를 作成함에 있어 많은 도움을 준 宋建鏞
前 先任 研究委員과 保健企劃團 및 外部의 專門家, 地域保健施策의 樹
立을 위하여 研究를 要請하고 支援한 保健福祉部 關係官에게 감사하
고 있다. 그리고 原稿를 읽고 귀중한 論評을 해 준 本院의 鄭宇鎭 研
究委員과 黃那美 責任研究員에게 感謝하고 있다. 또한 原稿整理에 도
움을 아끼지 않은 張世援 研究員과 李熙龍 선생님을 비롯한 당 연구
원 파견 公衆保健醫들께도 謝意를 표하고 있다.

끝으로 本 報告書에 收錄된 모든 內容은 著者들의 個人的 見解이며
本院의 公式見解가 아님을 밝힌다.

1996年 12月

韓國保健社會研究院
院 長 延 河 清

目 次

要 約	14
第1章 序 論	27
第1節 研究의 必要性 및 背景	27
第2節 研究目的 및 研究內容	30
第3節 研究方法	31
第2章 日本과 美國의 地域保健 動向	35
第1節 日本의 地域保健	35
第2節 美國의 地域保健	52
第3節 우리나라 地域保健에 대한 示唆點	65
第3章 우리나라 地域保健의 現況과 改善方案	66
第1節 企劃 및 評價	66
第2節 業務	90
第3節 組織	111
第4節 人力	141
第5節 教育訓練	183
第6節 財政	199
第4章 結 論	216
參考文獻	220
附 錄	223

表 目 次

〈表 2- 1〉	日本の 医療圏 分類	35
〈表 2- 2〉	日本の 公衆衛生審議會 提案意見	37
〈表 2- 3〉	日本の 地域保健法 改訂前後事項 比較	42
〈表 2- 4〉	地域保健法 改訂後 保健所の 機能變化	47
〈表 3- 1〉	狀況分析 對象 및 內容	67
〈表 3- 2〉	美國의 地域單位 基本公衆保健業務 및 評價方法	75
〈表 3- 3〉	年間 保健所 文書接受 및 生産現況(1995)	78
〈表 3- 4〉	保健所에 對한 政府의 年間 業務示達 現況(1995)	80
〈表 3- 5〉	保健所の 保健企劃 推進現況	81
〈表 3- 6〉	地域保健企劃能力의 向上을 爲한 教育·訓練 實施(案)	84
〈表 3- 7〉	地域社會 意見收斂對象 및 方法(案)	87
〈表 3- 8〉	地域保健醫療計劃 關聯資料의 內容 및 蒐集方法(案)	87
〈表 3- 9〉	保健醫療計劃 作成 組織 例: 日本	88
〈表 3-10〉	評價方法 및 結果의 活用方案(案)	89
〈表 3-11〉	保健醫療關係 法令에 의해 주어진 保健所の 業務	92
〈表 3-12〉	保健所 業務의 性格	99
〈表 3-13〉	保健所 業務의 平均 遂行程度	100
〈表 3-14〉	地域住民 多數를 對象으로 한 保健教育 實施者 및 機關	106
〈表 3-15〉	保健所 業務의 遂行程度 및 強化의 必要性	107
〈表 3-16〉	委託 또는 代行業務의 範圍와 對象機關(案)	108
〈表 3-17〉	保健所の 業務委託에 關한 見解	108

〈表 3-18〉	保健教育 實施者 및 機關에 대한 指導監督 內容	110
〈表 3-19〉	他法律의 規定에 의하여 健康診斷等을 行하는 者에 대한 協議事項	110
〈表 3-20〉	保健教育 承認時 檢討해야할 內容 및 節次	111
〈表 3-21〉	서울特別市 區保健所의 組織構成	127
〈表 3-22〉	廣域市 및 人口 50萬 以上の 區保健所 組織構成	129
〈表 3-23〉	人口 50萬 未滿 人口 30萬 以上の 市 保健所 組織構成	132
〈表 3-24〉	都農複合形態의 市 保健所 組織構成	134
〈表 3-25〉	郡單位 保健所 組織構成	138
〈表 3-26〉	保健醫療院이 設置된 郡 保健所 組織構成	140
〈表 3-27〉	保健所 專門人力 配置基準	142
〈表 3-28〉	保健所, 保健支所, 保健診療所 配置 地域保健人力 現況(1994)	144
〈表 3-29〉	地域別 保健所 自體人力 分布現況(1992)	144
〈表 3-30〉	保健所 類型別 保健所(支所 包含) 人力現況(1996)	146
〈表 3-31〉	管轄 人口 規模別 保健所(支所 包含) 人力現況(1996)	147
〈表 3-32〉	保健所長의 職列(1996)	148
〈表 3-33〉	保健所 類型別 保健所(支所 包含) 醫師人力 現況(1996)	149
〈表 3-34〉	管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 醫師人力 現況(1996)	150
〈表 3-35〉	保健所 類型別 保健所(支所 包含) 看護人力 構成現況(1996)	151
〈表 3-36〉	管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 看護人力 現況(1996)	152

〈表 3-37〉	保健所 類型別 保健所(支所 包含) 醫療技術人力 構成現況(1996)	153
〈表 3-38〉	管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 醫療技術人力現況(1995)	154
〈表 3-39〉	保健所 類型別 保健所(支所 包含)의 保健職 人力現況(1996)	156
〈表 3-40〉	管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 保健職 人力現況(1996)	157
〈表 3-41〉	保健所 類型別 保健所(支所 包含) 其他人力 構成現況(1996)	158
〈表 3-42〉	管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 其他人力 現況(1996)	159
〈表 3-43〉	保健所 保健職, 機能的 其他 人力의 構成 例(1996)	160
〈表 3-44〉	保健所 類型別 人力構成比(保健支所 人力 包含)(1996) ...	162
〈表 3-45〉	管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 類型別 人力構成比(1996)	163
〈表 3-46〉	保健所 類型別 保健所의 保健職 人力 現況	164
〈表 3-47〉	管轄 人口規模別 保健所(支所 包含)의 保健職 人力現況	165
〈表 3-48〉	保健所 人力 構成	165
〈表 3-49〉	保健所 職員의 一般的 特性	167
〈表 3-50〉	保健所 職列別 人力 現況	168
〈表 3-51〉	日本 保健所의 人力配置 現況(1990)	170
〈表 3-52〉	日本, 美國의 保健所 人力 構成 比較	171
〈表 3-53〉	現行 保健所 人力이 事業遂行에 適正한지에 對한 保健所長의 認識	172

〈表 3-54〉	專門人力의 該當業務 適定配置에 對한 保健所長의 認識	172
〈表 3-55〉	保健所 業務別 人力 配置의 百分率 分布	173
〈表 3-56〉	保健所의 業務別 追加人力所要에 對한 意見	174
〈表 3-57〉	國立保健院 訓練部 教育生의 市·道別 分布現況(1994)	185
〈表 3-58〉	教育生의 職種別 現況(1994)	186
〈表 3-59〉	國立保健院 開設 教育課程 現況(1995~1996)	187
〈表 3-60〉	日本 公衆衛生院 訓練 課程 開設 現況(1995~1996)	188
〈表 3-61〉	保健所 職員의 訓練 經驗 回數	189
〈表 3-62〉	保健所 職員의 訓練 및 研修 履修 現況	190
〈表 3-63〉	保健所 勤務經歷別 訓練 및 研修 履修回數	190
〈表 3-64〉	保健所 職員의 訓練 및 研修 期間	190
〈表 3-65〉	保健所 職員의 訓練 및 研修 履修 機關	191
〈表 3-66〉	保健所 職員의 訓練 및 研修 內容	191
〈表 3-67〉	保健所 豫算財源別 構成(1995)	202
〈表 3-68〉	各級 自治團體別 依存財源比率(1995)	204
〈表 3-69〉	稅外收入과 收入代替經費 方法에 關한 保健所의 反應	208
〈表 3-70〉	美國 保健所의 財政調達 現況	211
〈表 3-71〉	國費의 基準補助率 決定을 爲하여 參考해야 할 變數	213
〈表 3-72〉	稅外收入의 酬價基準과 國家補助(案)	214

圖 目 次

[圖 1- 1]	研究의 必要性 및 推進背景	29
[圖 3- 1]	企劃過程	66
[圖 3- 2]	保健企劃過程의 參與集團	69
[圖 3- 3]	農漁村 醫療서비스 改善事業의 役割變化	74
[圖 3- 4]	年間 政府의 業務別 示達現況(1995)	79
[圖 3- 5]	保健醫療計劃作成 推進節次(案)	86
[圖 3- 6]	保健所 業務分析 節次	91
[圖 3- 7]	保健所 業務의 分析結果	98
[圖 3- 8]	1日 業務活動時間(分)	101
[圖 3- 9]	全擔 및 委託可能 業務의 構成	102
[圖 3-10]	指導, 監督 細部業務別 委託可能性	103
[圖 3-11]	健康管理 細部業務別 委託可能性	103
[圖 3-12]	其他 業務別 委託可能性	104
[圖 3-13]	서울特別市 區保健所 組織(案)	126
[圖 3-14]	廣域市 및 人口 50萬 以上の 市의 區保健所 組織(案)	129
[圖 3-15]	人口 50萬 未滿 人口 30萬 以上の 市 保健所 組織(案)	132
[圖 3-16]	都農複合形態의 市 保健所 組織(案)	134
[圖 3-17]	郡單位 保健所 組織(案)	137
[圖 3-18]	保健醫療院이 設置된 郡 保健所 組織(案)	139
[圖 3-19]	地方保健部門 公務員의 教育·訓練 實施體系	184
[圖 3-20]	保健所 人力訓練의 需要와 教育·訓練 模型	195

要 約

1. 研究目的

- 이 연구는 保健所法이 地域保健法으로 개정·공포(1995. 12. 29)됨에 따라 동법에서 위임된 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 하위법규에서 합리적으로 규정하기 위하여 保健所의 현황 및 문제점을 살펴보고 각계 각층의 합의도출을 통한 지역보건의료의 활성화 방안을 제시하기 위해 실시되었음.

2. 研究方法

가. 地域保健企劃團 構成 運營

- 구성 및 운영방법: 정부, 학계, 연구소, 실무자 등을 포함하는 30여 명으로 구성하고, 企劃, 組織, 人力, 財政, 運營의 5개팀으로 나누어 작업을 추진함.

나. 保健所 實態調査

1) 實態調査

- 調査對象數: 保健所 類型別 7個 保健所
- 調査內容
 - ① 1995년도 保健所 事業實績 및 豫算
 - ② 관할지역내 人口 및 地域社會資源 實態

- ③ 地域保健法 규정업무 수행을 위한 所要 人力·裝備
- ④ 地域保健法 각 조항에 대한 質問書
- ⑤ 全體人力의 個人 人적사항
- ⑥ 人力의 1일 시간·활동실태조사
- ⑦ 保健所 自家診斷 등
- 調査期間: 1996. 3. 18~23(1주간)

2) 全國 保健所人力現況 調査

3) 保健所 業務量 및 業務別 所要人力 調査

- 조사대상수: 25個 保健所(부록 명단 참조)
- 조사방법: 우편조사
- 조사기간: 1996. 7. 25~31

다. 保健醫療關聯法規 分析

라. 公聽會 및 워크숍을 통한 各界 專門家の 意見收斂

3. 保健所 現況 및 問題點

가. 地域保健企劃의 現況 및 問題點

1) 地域保健計劃 樹立에 대한 全般的인 理解와 經驗 不足

- 지역주민의 변화하는 보건의료요구에 保健所가 보다 신속하게 대응토록 하려는 의도하에 1991년 保健所法을 개정(제6조 3항)하여 保健所 業務에 企劃 및 評價業務를 추가하였으나 아직까지 지역단위의 보건계획 수립에 대한 전반적인 이해와 경험이 부족한 실정임.

2) 問題點 把握 및 代案의 連繫 不足

- 地域社會診斷, 既存 保健事業의 問題點 把握, 保健事業의 具體的 代案, 施設 및 長期投資計劃이 지침서상 별도로 분리되어 일관성 있는 사업계획을 수립하는데 어려움 초래
- 지역팀은 문제를 體系의으로 분석하고 해결책을 모색하는 문제해결 접근법을 거의 活用하지 못함.

3) 評價의 問題

- 기존 보건의료사업의 분석이 目標 對 實績으로만 되어 있어 현실적으로 보건기관 평가에 적용될 수 없기 때문에 정확한 사업계획서 평가에 어려움이 있음.

나. 業務의 現況 및 問題點

1) 法令에 의한 業務의 劃一的 配分

- 保健所 業務는 지역의 특성을 고려하지 않고 법령에 의해 획일적으로 부여되고 있어 지역주민의 보건의료 요구에 능동적으로 대응하지 못하고 있음.
 - 保健所의 業務는 傳染病管理法, 健康增進法, 結核管理法 등 20여 가지 보건의료관계 개별법령에 의해 保健所의 업무영역으로 포함시켜 수행하도록 되어 있는 세부업무와 개별법령에는 명시되어 있지 않으나 조직의 운영을 위해 필요한 업무 등 500여 개의 세부업무로 구성되어 있음.
 - 이들 세부업무를 업무의 개인별 책임단위에 따라 분류하면 85개의 單位事務로 구분되며 이들 85개의 單位事務를 성질별로 분류하면 國家事務에 해당하는 團體委任事務(22.4%)와 機關委任事務(31.8%)가 全體 保健所 事務의 절반을 넘는 54.2%를 차지함.

2) 中央으로부터 一律적으로 주어지는 上意下達式의 業務指示로 인해 서비스業務 보다는 行政業務에 치우침.

- 1995년 1년간 한 保健所에서 처리된 문서는 5,400여건에 달하며 그 중 保健業務와 관련하여 중앙(보건복지부) 및 지방정부로부터 전달된 공문건수는 950여건으로서 월 평균 80여건에 이름. 전체 공문의 70.3%는 업무지시에 해당됨.

- 업무분류별로는 醫療人指導, 약무·마약관리 등의 지도·감독업무 관련이 전체의 33.9%로서 가장 많았으며, 다음으로 일반행정(19.2%), 傳染病管理(18.5%) 관련이 많았고, 질병관리나 건강증진 관련은 각기 10.8%, 8.1%로 상대적으로 적었음.

3) 全般的으로 낮은 業務의 遂行程度

- 업무의 수행 정도는 전반적으로 낮았으며, 특히 指導監督業務에 비해 서비스業務의 수행 정도가 낮았음.
- 최근에 새롭게 추가된 정신보건, 노인보건, 건강증진사업, 지역보건계획수립과 관련된 業務는 거의 수행하지 못하고 있음.

다. 人力の 現況 및 問題點

1) 非專門職 人力の 높은 比重

- 保健所의 人力構成은 非專門技術職(보건직, 행정직, 기능직 및 고용 3직)이 51.8%로서 專門保健醫療技術職(의무직, 약무직, 간호직, 의료 기술직 등)에 비해 높은 비중을 차지함.

2) 地域間 專門人力確保의 큰 隔差

- 특별시, 직할시에 비해 일반시 지역은 의사, 약사, 간호사, 방사선사, 임상병리사 등 전문기술인력의 비율이 상대적으로 낮음. 특히 중소

도시지역의 保健所는 인력의 총수와 전문기술인력 비율이 타 지역에 비해 매우 낮음.

- 통합시, 일반군, 보건의료원 지역은 간호조무사 및 비기술직 보건직 등 非專門人力の 비중이 매우 높음.

3) 人力配置의 不適切

- 保健所의 인력은 행정·지도감독 업무와 진료 및 診療支援 업무에 편중 배치되어 있는 것으로 나타남.

4) 새로운 事業에 必要한 專門人力の 不足과 確保의 어려움

- 지방공무원 총정원이 정원규정에 따라 동결되어 새로운 업무 수행에 필요한 추가적인 전문 인력 채용이 통제되고 있음.
- 既存 업무중 活性化되지 않거나 새롭게 부과된 업무를 수행하기 위한 人力으로 간호사, 정신보건 전문요원, 영양사, 임상병리사, 방사선사 등의 人力에 대한 추가 또는 新規需要가 제시되고 있음.

라. 組織의 現況 및 問題點

1) 設置基準의 不適切性

- 현재와 같은 행정구역단위 중심의 保健所 設置基準은 接近性, 空間的 效率性, 서비스배분의 均衡性(equity)의 측면에서 적절하지 못함.

2) 組織體系의 劃一性 및 硬直性

- 현행 保健所 조직체계는 지역특성에 따라 4가지 유형으로 구분되고 있으나, 지방행정조직의 일반적 문제(획일성, 경직성, 제한성)하에서, 지역주민의 변화하는 保健醫療要求에 대응할 수 있는 조직의 유연성이 크게 저하되고 있음.

- 保健所の 總人力數로 볼 때, 현재 課形態를 갖지 않은 지역의 課設置에 대한 요구가 매우 높은 것으로 나타남.

3) 組織의 非效率的 運營

- 계절적 요인 등과 관련된 保健業務의 특성에 따라, 부서별 업무분장이 불균형하게 이루어질 수밖에 없는 실정에서, 組織의 효율적 운영의 미비에 따른 人力의 활용성 저하가 초래되고 있음.
- 현행 조직체계의 사업부서는 크게 보건행정, 가족보건, 예방의약으로 구분되며, 전체인력 중 가장 많은 수가 保健行政部署에 분포하고 있는 것으로 나타났음. 그러나 업무면에서 볼 때, 보건행정부서에 비해 타 부서의 單位業務數가 월등히 많은 것으로 분석되고 있어서 人力의 적정배치와 활용면에서의 문제점을 드러내고 있음.

마. 財政의 現況 및 問題點

1) 國家의 낮은 財政的 支援

- 保健所の 업무 중 국가의 財政的 보조를 필요로 하는 국가적 사무가 보건소 전체사무의 절반 이상을 차지하고 있으나, 保健所에 대한 國家의 財政的 支援은 업무량에 상응하지 못하고 극히 낮은 수준에 그치고 있음.
- 또한 국비보조사업에 대한 보조율 설정에 있어서도 지역의 재정력, 보건의료환경, 업무의 성격 등이 고려된 客觀的인 보조율의 설정이 이루어지지 않고 있음.
- 일률적으로 지급되는 國庫補助金은 지방재정이 미약한 지역의 경우, 지방비 부담액이 과중하여 사업이 영세화 또는 부실화됨으로 행정력의 낭비와 資源의 비효율적 운영을 초래하고 있음.

2) 保健(支)所の 不合理한 會計節次

- 保健所 業務는 一般行政 事務가 아니고 주민에게 직접적인 보건의료서비스를 제공하는 特別行政 事務임에도 불구하고 豫算 編成上的 항목은 이를 반영하지 못하고 일반행정적인 체계로 편성되어 豫算의 執行에 많은 불편을 초래하고 있음.
- 보건지소의 회계는 독립채산제 원칙하에 회계계정을 진료회계와 일반회계로 나누어 診療會計는 現地收入으로 운용되고 일반회계는 군 보조로 운영되고 있으나 보건지소장의 한시적인 지위로 인해 회계상 책임소재의 불분명을 야기하고 있음.

3) 稅外收入의 運用

- 保健所 자체로는 收入을 保健所運營에 재투자하는 등의 수입재원에 대한 권한이 없기 때문에 保健所 운영의 활성화, 또는 財政의 효율적 운용을 위한 동기유발이 부족함.

4. 改善方案

가. 保健企劃能力의 向上

- 지역보건에 관한 종합적인 조사·연구에 의한 사업계획수립, 프로그램개발 및 평가에 대한 기술 지원이 요구됨.
- 地域保健醫療計劃諮問團(假稱) 構成, 運營: 地域保健法에서는 지역보건의료계획의 수립을 위하여 보건의료관련기관·단체 및 전문가의 의견을 듣도록 명시(법 제3조 ①, ②)하고 있음. 이와 관련, 地域保健醫療計劃에 대한 인식과 경험이 일반화되기까지 관련자문단을 구성할 필요성이 있음.

나. 業務의 再定立

1) 業務推進의 基本方向

- 保健所業務는 지역실정에 맞게 다양화되어야 하며, 지역주민의 새로운 보건·의료 요구에 원활히 대응할 수 있는 방향으로推進되어야 함.

2) 專門的이고 技術的인 業務의 強化

- 健康增進, 노인보건, 만성질환관리 등이 強化되어야 하며 정신보건 사업, 재활사업 등이 새로이 追加되어야 함.
- 食品衛生, 환경위생, 의사, 약사 등에 있어서 감시 및 지도 업무 등의 전문적이고 기술적인 業務에 대해서 지역주민이 쾌적하게 안심할 수 있는 생활환경의 確保를 도모함.
- 檢査機能의 과학화와 지역내 임상검사센터로서의 기능확대
- 地域情報센터로서의 역할 강화

3) 保健所 一部 業務의 委託 및 代行

- 保健所의 制限된 人力이나 施設, 裝備등을 고려할 때, 保健所에 부여된 업무 중 일부를 지역의 의료기관 또는 의료인에게 대행(촉탁)토록 함으로써 地域住民에게 보다 수준 높은 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 함.
- 위탁 및 대행업무는 事實事務에 한정하고, 사무의 우선순위 결정 원칙과 전담사무 및 위탁사무의 구분원칙 등을 우선 정립함.

나. 人力의 適正確保 및 配置

1) 保健所長의 資格基準 擴大

- 保健所長은 보건의료에 관한 폭넓은 식견과 조직관리능력, 業務의 企劃 및 推進能力을 갖춘자이어야 함. 의사를 우선적으로 임용하되 保健醫療職群으로 임용자격기준을 확대할 필요가 있음.

2) 專門人力 등의 任用資格基準 強化

- 保健所 人力 중 專門人力의 構成比率 増大를 통한 사업인력의 확충이 요구되며 專門人力의 任用資格基準을 強化하여야 함.
- 새로운 업무의 추가로 인한 新規 專門人力(營養士, 衛生士, 統計電算技士, 社會福祉士, 運動處方士 등)의 추가배치가 요구됨.
- 지역보건의료계획의 평가항목에 專門人力 확보 현황을 포함함으로써 지역별로 적극적인 전문인력 확보대책 마련하도록 유도함.

3) 昇進機會 및 人力交流 増大를 통한 業務遂行動機 誘發

- 人力의 승진직급 제한을 상향조정하고, 전문성에 대한 평가 반영비율을 증대함으로써 專門人力의 사업의욕을 고취시킴.
- 人力의 효과적 교류를 위한 『保健醫療專門人力 交流協議會』 구성·운영
- 인력교류의 活性化를 위한 순환보직의 임기제, 專門人力 교류에 대한 평가제 도입방안 등의 고려
- 중앙과 지방, 地方間 보건의료직 공무원의 인사교류제도 導入

라. 敎育·訓練을 통한 保健所 人力의 事業遂行能力 提高

1) 專門人力등에 對한 敎育訓練

- 새로운 保健醫療 需要에 대비한 양질의 전문인력 공급능력을 갖추기 위해서는 교육기회의 증대 및 교육내용의 개선이 요구되며 분야별 장기(6~12개월) 專門課程의 개설, 특수 전문분야에 대한 국내

위탁교육의 확대, 해외훈련기회 확대 등이 요구됨.

2) 訓練機關의 擴大

- 현재 국립보건원이 專門教育 수요를 收容하는데는 양적으로 한계가 있으므로 시·도가 보건진료원, 공중보건의, 보건요원 등의 연수훈련 기능을 일부 담당토록 함.

라. 組織改編 方案

1) 保健所 設置基準 緩和

- 保健所の 設置: 현행의 行政區域 중심의 체제를 유지하되, 지역적 상황(인구의 급격한 증가 등)에 대처할 수 있도록 保健所 設置基準의 緩和가 요구됨. 대도시의 경우 1개 자치구에 1개 保健所로서 업무를 효율적으로 수행할 수 없는 경우에는 추가로 保健所를 設置·運營할 수 있도록 함.
- 保健支所の 設置: 지역의 읍·면마다 획일적으로 1개소씩의 保健支所 설치를 지양하고, 대도시의 低所得 밀집지역 등 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영하거나 지리적 與件과 생활권을 감안하여 수개의 보건지소를 통합하여 1개의 통합 보건지소를 설치·운영할 수 있도록 함.

2) 組織改編 方向

보건소 조직개편안은 다음과 같이 요약됨.

- 組織의 柔軟性 確保: 지역특성에 맞는 조직을 구성하기 위해서는 중앙에서 保健所 유형별 조직안을 제시해 주되 保健所の 機能과 業務量이 변경될 경우 그에 따라 조정할 수 있도록 함.

유 형	현 행		개편안	
	기구	평균정원	기구	적정인원
1. 서울특별시의 구	4과 9계	80명	5과 14계 1부 5실	92명
2. 광역시 인구 50만 이상의 시의 구	1과 4계	43명	4과 13계 1부 5실	80명
3. 인구 50만 미만~30만 이상의 시(현행 대도시의 행정구)	3계	36명	3과 8계 1부 5실	58명
4. 도농 복합형태의 시	2과 7계	61명	3과 8계 1부 5실	53명
5. 군 보건소	5계	34명	2과 7계 1부 5실	50명
6. 보건의료원이 설치된 군	1과 1부	54명	2과 10계 2부 5실	101명

- 事業中心의 組織體系 開發: 관료조직으로서의 保健所는 업무량과 업무의 특성이 수시로 반영되지 못하여 효율적이지 못하므로 사업별 팀제도를 제도화하는 것이 바람직함. 팀체제의 운영은 保健所에서 專門人力을 여러 개의 사업별로 공유할 수 있어서 專門人力 확보의 문제점을 완화할 수 있음.

라. 財政 安定化 方案

1) 國庫金 補助의 改善

- 國庫의 補助를 보건소가 수행하는 국가사무의 업무량에 상응하도록 점진적으로 增加시키되, 장기적으로는 中央政府와 지방정부간 기능 및 역할 분담의 재정립과 이에 따른 경비분담원칙 등을 명확히 설정하여 재정이 뒷받침되지 않는 國家事務의 지방이양을 止揚하여야 함.
- 또한 이러한 국고 보조금은 地域保健醫療의 需要와 供給, 保健所運營上의 특성 등을 고려하여 차등 지원되어야 함.
- 이와 함께 保健事業서비스開發基金(假稱)을 운영함으로써 保健所관할지역의 보건의료적 특성을 반영한 서비스 패키지의 개발을 적극 지원함.

2) 稅外收入의 適正化와 收入代替經費 方法의 適用

- 진료비 및 수수료 등 稅外收入은 保健所 서비스의 질적향상을 위하여 현실화하는 것이 바람직함.
 - 따라서 현재 무료로 提供되는 서비스는 극히 公共材의 성격이 강한 서비스를 제외하고는 유료화해야 하며,
 - 그 외의 診療費등도 비용을 보전하는 수준에서 보건소가 지방의 재정 형편에 따라 자율적으로 정하도록 하되, 중앙에서는 財政 형편이 열악한 지역의 보건소에 대한 보조를 통하여 민간의료보다는 낮은 수준으로 정하도록 유도해야 함.
- 새로운 地域保健法下에서 세외수입은 收入代替經費의 方法(지방재정법 제13조)에 의하여 처리할 수 있도록 규정되어 있으므로 이의 적극적 활용을 유도해야 함.
 - 수입대체경비 방법을 적용할 경우 이의 사용범위는 藥劑費, 消耗品費, 保健事業費, 施設補强費, 權限委任에 필요한 諸 經費, 保健事業研究費, 기타 긴급을 요하는 지출 등으로 정하도록 함.

3) 保健(支)所 會計方法 改善

- 保健所 豫算形式은, 장기적으로는 保健所 業務의 特性을 감안한 형식으로 개편될 필요성이 있으며, 단기적으로는 國家補助金の 豫算編成內譯 單純化를 통한 保健所 豫算執行의 伸縮性 附與 方案이 강구되어야 함.
- 保健支所 회계처리의 合理化를 위해서는 현행 독립채산제적 운영을 廢止하고 보건지소의 회계업무를 保健所에 이관하여 보건소에서 管轄 보건지소의 재정운용을 통제하는 것이 바람직함.

第1章 序 論

第1節 研究의 必要性 및 背景

우리나라는 최근들어 평균수명의 延長에 따른 인구의 老齡化, 만성 疾病 중심의 疾病構造의 變化, 생활수준의 향상, 급격한 사회변화에 따른 스트레스의 증가, 식품의 안전성, 생활환경문제에 대한 국민의 意識增大 등에 따라 국민의 保健醫療에 대한 요구는 고도화, 다양화되고 있는 추세이다. 반면에 民間中心, 疾病治療中心의 우리나라 보건의료체계는 이와 같은 외적 환경이나 질병구조의 변화에 적절히 대응하지 못하는 것으로 評價되고 있다. 한국보건사회연구원의 『1995년도 국민건강조사』 결과에 의하면 우리나라 국민의 의료이용은 疾病治療에 치중되어 있고 예방서비스의 이용도는 극히 낮으며¹⁾ 만성질환의 주요 위험요인인 음주·흡연·비만·운동부족 등과 같은 健康實踐行爲도 개선되지 않고 있는 것으로 나타났다.

따라서 민간부문에서 기피하거나 수행하기 어려운 豫防, 再活 등 특정정부문의 保健醫療를 관리하고 서비스를 제공하기 위해서는 공공부문의 역할이 強化되어야 할 필요성이 있으며 이와 관련하여 保健所의 活性化와 기능 再定立이 요구되고 있다.

우리나라 보건소는 1956년 保健所法이 제정되고, 동법이 1962년에 改正되면서 전국의 시·군·구 행정단위별로 설치되었다. 1970년에는 郡部地域의 邑·面단위별로 保健支所의 설치가 완료(1,342개소)되었고

1) 외래이용의 92.4%가 질병치료 목적이었고, 건강검진과 질병예방을 위한 이용은 7.6%에 불과함.

1981년에는 농어촌 특별조치법에 의해 의료취약지역에 보건진료소가 설치되어 현재는 전국에 244개의 보건소와 1천3백27개 보건지소, 2천39개 보건진료소가 운영되고 있다. 그동안 보건소는 妊娠, 出産, 영유아를 위한 母子保健과 家族計劃, 法定傳染病의 防疫과 豫防, 結核과 癩病管理, 그리고 저소득층의 診療 등의 업무를 수행했고, 이들 업무는 成功的으로 수행한 것으로 평가되고 있다. 그러나 중앙집권적인 행정체계하에서 중앙의 획일적인 지침에 따라 상의하달식의 업무를 수행해 왔기 때문에 자율적인 보건행정업무의 기획수립과 운영능력은 부족하였다고 할 수 있다. 또한 地域保健醫療은 의료체계 및 환경을 관리하는 技術行政과 개인 또는 집단의 健康水準 유지 또는 향상을 위한 對人保健서비스의 성격을 띠고 있으나 전문인력의 확보와 既存人力의 훈련부진으로 활성화되지 못하였다. 그러나 1995년 행정기관 설치법의 성격을 띤 보건소법이 행위법의 성격을 띤 地域保健法으로 개정되면서 지방보건행정의 발전을 위한 基盤造成의 전환점이 마련되었다고 볼 수 있다. 즉 地域保健法은 지역보건활동에 기본이 되는 사항을 정하고 地域保健의 必要事務와 전문인력의 배치기준 등을 제시함으로써 地方自治制 실시하에서 보건부문이 상대적으로 위축되지 않고 활성화될 수 있는 與件을 조성하고자 하는데 그 목적이 있다.

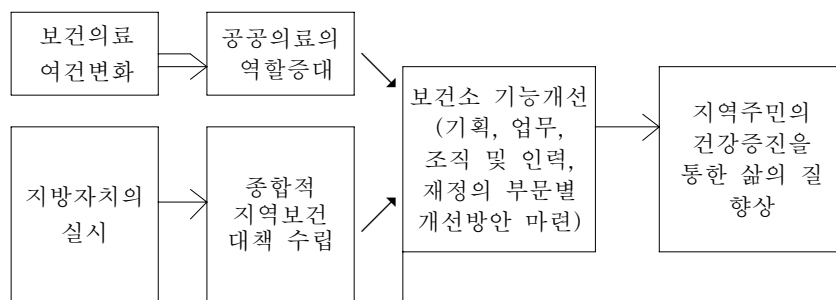
既存의 保健所法과 差別化되는 주요 骨子は 다음과 같다.

- 地方自治團體는 지역적 특성에 맞는 綜合的인 地域保健醫療計劃을 수립하고, 이를 추진하도록 한다.
- 保健所의 업무에 健康評價·健康增進 등 국민건강증진사업, 家庭·社會福祉施設 등을 訪問하여 행하는 보건의료사업, 慢性退行性疾患의 管理 등을 追加한다.

- 保健所に 그 업무수행에 필요한 면허·자격 등을 갖춘 専門人力을 두도록 하고, 필요한 경우 保健所間에 전문인력의 人事交流를 할 수 있는 근거를 마련한다.
- 保健所 및 보건지소의 手數料와 診療費의 수입은 지방재정법 제13조의 규정에 의한 收入對替經費의 방법에 의하여 직접 사용할 수 있도록 한다.
- 保健所 및 보건지소의 진료수준을 향상시키기 위하여 그 업무중 保健福祉部長官으로부터 委任 또는 再委任받은 業務에 대하여 의료기관 등에 위탁하거나 의료인에게 업무를 代行하게 하고 그에 소요되는 費用을 보조하거나 辨償할 수 있는 근거를 마련한다.

이와 같은 地域保健法の 改正으로 인해 보건소의 役割과 책임은 크게 변화될 것으로 예측된다. 변화의 큰 줄기는 保健所를 지역주민의 건강향상을 위한 중추적 健康管理機關으로 육성하겠다는 것으로 볼 수 있다. 이와 같은 배경에서 본 연구는 改正 保健所法(地域保健法)에 따른 하위법규(시행령, 시행규칙)의 제정과 각 항목별 업무활성화를 위한 방안을 제시하기 위한 목적으로 실시되었다(圖 1-1 참조).

[圖 1-1] 研究의 必要性 및 推進背景



第2節 研究目的 및 研究內容

1. 研究目的

본 연구의 목적은 개정 保健所法(地域保健法)의 관련 조항과 연관되는 다음 각 항목의 업무활성화를 위한 구체적 지침 및 방안을 제시하기 위해 실시되었다.

- 지역보건계획의 작성, 시행, 평가, 조정
- 보건소 업무의 분석, 위탁가능성, 위탁의 범위, 절차, 사후관리, 비용 보조, 실비보상, 업무별 현황, 문제점 및 개선방향 등
- 보건교육 및 健康診斷 등의 결과 제출, 승인, 협의, 대상, 절차 등
- 保健所 전문인력의 任用, 배치, 교류, 교육훈련, 훈련평가 등
- 保健所 설치기준, 組織 등과 보건지소 설치기준 등
- 保健所 운영에 관한 수수료, 진료비, 회계 그리고 保健所 시설 및 장비 등의 基準設定 및 운영지침 작성

2. 研究內容

本 研究의 내용은 크게 세 부분으로 나뉘어진다. 첫째, 서론에 이어 제2장에서는 일본과 미국 보건소의 事例 연구를 통해 우리나라 보건소의 발전방향에 관한 示唆點을 제시하였고 둘째, 제3장에는 개정된 地域保健法의 하위법규(시행령, 시행규칙)의 제정에 참고될 수 있도록 관련되는 각 항목(기획, 업무, 조직, 인력 및 교육훈련, 재정)에 대한 현황과악과 活性化 방안을 제시하였다. 셋째, 제4장에서는 우리나라 地域保健·醫療의 발전방향과 그에 따른 정책건의를 요약하여 제시하였다. 또한 一線 보건소에서 참고할 수 있도록 地域保健法에서 명시하고 있는 保健所의 13개 주요 업무에 대한 現況, 問題點 및 개선방안을 부록에서 提示하였다.

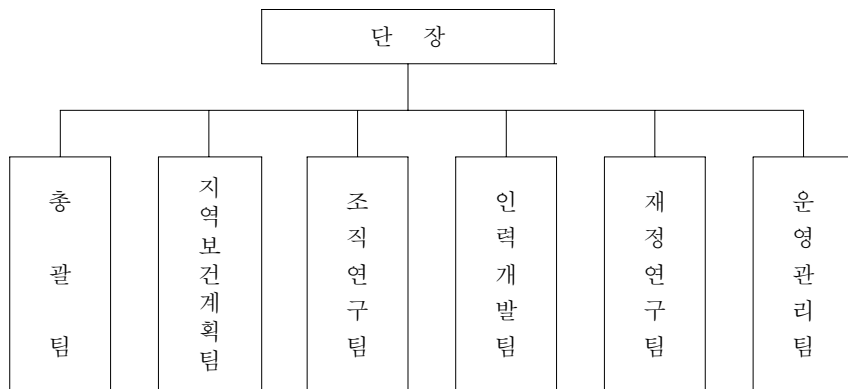
第3節 研究方法

1. 研究方法

- 가. 地域保健企劃團 구성 운영
- 나. 연구과제별 實務作業班 설치 운영
- 다. 현지(市·道 保健所) 출장 자료수집
- 라. 우편조사
- 마. 워크숍 형태의 作業을 통한 各계 專門家의 의견수렴

2. 地域保健企劃團 組織 및 運營

가. 組織



나. 研究팀別 研究分野 및 參與人力(總 35名)

팀별	성명	소 속		연구분야
총괄팀	박윤희	보건복지부	지역의료과장	연구내용 조정, 검토, 지원
	이재국	"	지역의료과	
	정희숙	"	공중보건의사	
	김응환	"	공중보건의사	
	송건용	보건사회연구원	선임연구위원	
	남정자	"	연구위원	
	문상식	"	주임연구원	
지역보건 의료계획팀	김용익	서울대의대	교수	지역보건의료계획의 수립 조정, 시행 및 평가
	권호근	연세대치대	교수	
	박기준	보건복지부	보건정책과장	
	김혜경	구리시보건소	소장	
	이도영	경상북도	보건과장	
	한동운	보건의료관리연구원	지역보건기술지원단 총괄팀장	
	최정수	보건사회연구원	책임연구원	
조직연구팀	이덕형	국립보건원	보건행정학담당관	보건소 및 보건지소의 설치기준, 조직기준
	조형원	한림전문대	교수	
	조성익	서울특별시	의약과장	
	이홍재	의정부시보건소	소장	
	남정자	보건사회연구원	연구위원	
	윤경일	"	책임연구원	
인력개발팀	박노래	국립보건원	훈련부장	전문인력의 확보방안 및 배치기준, 보건소간 인력 교류방안, 교육훈련 수요 측정 및 실시방안
	이석구	충남대의대	교수	
	윤배중	경기도	보건과장	
	황해룡	강남구보건소	소장	
	김영택	문경시보건소	의무과장	
	김혜련	보건사회연구원	책임연구원	
재정연구팀	김병익	한림대의대	교수	보건소 및 지소의 회계제도, 수입대체경비, 회계사무 간소화방안, 수수료 및 진료비 조배준칙
	이태수	사회복지연구원	교수	
	유영학	보건복지부	질병관리과장	
	이종주	보령시보건소	소장	
	김용철	담양군보건소	소장	
	윤경일	보건사회연구원	책임연구원	
운영관리팀	손명세	연세대의대	교수	권한위임 및 위탁의 대상, 절차, 사후관리, 비용보조, 실비변상
	이종구	보건복지부	방역과장	
	최영현	"	식품정책과	
	박찬병	광명시보건소	소장	
	정영원	완산구보건소	소장	
	남정자	보건사회연구원	연구위원	

다. 研究期間 및 主要作業 內容

일 시	작 업 내 용	참 가 인 원
1995. 12. 1	지역보건법 하위법규 작성을 위한 작업방향과 방법 논의	박윤희, 송건용, 이영호, 박찬병
12. 7	지역보건법 하위법규 작성을 위한 작업방향과 내용 검토	손명세, 이석구, 이태수, 조형원, 한동운, 박윤희, 이영호, 송건용, 이원재
12. 15	공동작업, 작업방향결정, 팀구성, 팀별 업무 배정	송건용외 23인(전체) 회의
12. 26	팀별 작업	지역보건계획팀, 운영관리팀, 조직연구팀
12. 29	팀별 작업	재정연구팀, 인력개발팀
1996. 1.11~13	공동작업 및 팀별 특별작업 실시	전작업팀 참여 (충주 코타레저타운)
1. 27	재정관련 조항에 관한 내용 검토·정리	재정연구팀
2. 2	보건(지)소 실태조사 안에 대한 토의	손명세, 김혜경, 박찬병, 이종주, 송건용, 이원재, 문상식
2. 9	지역보건활성화 방안에 관한 정책토론회 개최	한림대학교와 공동개최 (세종문화회관), 350여명참석
2. 10	팀별 작업 및 토의	재정연구팀
2. 14	팀별 작업 및 토의	인력개발팀
3. 13	보건소실태조사를 위한 사전조사(구리시보건소)	송건용, 김혜경, 문상식 외 7명
3. 15	보건소실태조사 준비회의 (보건소실태조사표 내용 검토, 조사방법 및 절차검토)	조사대상 보건소장 및 보건행정계장(서울강남구, 인천서구, 전주완산구, 경기구리시, 경북안동시, 충북단양, 전남곡성), 송건용, 문상식

일 시	작 업 내 용	참 가 인 원
3.18~23	보건소실태조사 실시	7개 보건소 참여
4. 2	전문인력배치기준, 설정기준, 전문인력 훈련소요 및 방법 토의	인력개발팀
4. 17	하위법규 보완 및 수정	송건용외 4인
5. 13	팀별과제에 대한 추진현황보고, 팀별과제의 최종보고를 위한 구체적 작업방법 협의	총괄팀
5. 15	팀별과제에 대한 추진현황보고, 팀별과제의 최종보고를 위한 구체적 작업방법 협의	운영관리팀
5. 17	팀별과제에 대한 추진현황보고, 팀별과제의 최종보고를 위한 구체적 작업방법 협의	지역보건계획팀, 인력개발 및 조직연구팀
5.16~17	보건소 업무 및 운영방안 중간보고서 작성 특별작업	운영관리팀(연세대 알렌관)
7.25~31	조직개편(안) 작성을 위한 보건소 업무량 및 소요인력 유형조사 실시	한국보건사회연구원 연구팀
8.20~21	지역보건법 시행규칙 및 보건소 조직 개편방안 검토	서울 성동구, 용산구, 구리시, 광명시, 의정부시 보건소장, 문경시 의무과장, 보건복지부 지역의료과 이재국 사무관, 남정자, 장세원

第2章 日本과 美國의 地域保健 動向

第1節 日本의 地域保健

1. 地域保健 現況 및 推進方向

가. 一般現況

日本은 인구 1억 2천4백50만명(1993년 말 현재)에 평균수명이 82.5세(1993년 말 현재)인 세계 最長壽 國家에 속한다. 행정구역은 47개의 都道府縣으로 나뉘어져 있으며, 1994년 말 현재 전국에 설치된 보건소 수는 848개소이다.

의료분야에 있어서는 의료권을 단위로 하여 의료의 공급체제 정비를 도모하고 있으며, 노인보건복지의 분야에서는 노인보건복지권을 단위로 하여 노인보건복지서비스 제공체제 정비가 도모되고 있다. 이를 위해 보건·의료·복지를 연계하고자 지역보건대책의 추진거점인 도도부현 보건소의 소관구역을 설정하고 있다(表 2-1 참조).

〈表 2-1〉 日本의 醫療圈 分類

	2차 의료권	노인보건복지권
구역수(圈數)	342	347
평균인구	362,448인	357,226인
평균면적	1,086km ²	1,070km ²
평균인구 2배초과지역수	42개권	32개권
최대인구 지역 인구수	2,918천명	11,610천명
최대면적 지역 면적	10,831km ²	10,831km ²

資料: 日本厚生省, 『厚生白書』, 1995.

나. 地域保健의 變遷

일본의 보건소를 중심으로 한 지역보건 변천과정을 요약하면 다음과 같다.

- 1937년에 보건소법이 제정되었으며, 전국에 본소 550개소, 지소 1100개의 네트워크 구성을 10년 계획으로 착수함.
- 1958년의 국민건강법 개정과 1981년의 국민개보험제도의 발족은 보건소의 운영에 커다란 影響을 끼치게 되었음. 즉, 국민개보험제도에 의해 전후 보건소에 모여들었던 의사가 臨床醫로 유출되어 보건소에 의사인력이 부족하게 됨.
- 1960년에 보건소운영의 개선과 관련하여, 보건소의 종래유형을 지역 특성과 人口를 감안한 유형(U, UR, R, L型)으로 개정함.
- 1965년에는 모자보건법의 제정과 정신위생법의 개정에 따라, 보건소가 지역정신보건법의 一線機關으로서 정신보건센터와의 연휴, 강화를 도모하게 되었음.
- 보건소법이 行政機關의 설치법이며, 따라서 지역보건활동의 기본법을 책정할 필요성이 제기되었으며, 이를 위해 1992년에 「지역보건 기본문제연구회」가 구성됨.
- 1994년 보건소법을 地域保健法으로 명칭을 변경하고, 지역보건대책의 추진에 관해 기본이 되는 사항을 정하는 법률로 함.

「지역보건기본문제연구회」의 검토결과를 토대로 「공중위생심의회」에서 제안한 의견은 다음 <表 2-2>와 같다.

〈表 2-2〉 日本의 公衆衛生審議會 提案意見

	공중위생심의회의 의견(1993년 7월)
지역보건대책의 기본 - 생활선진국의 실현 - 지방분권의 촉진	- 서비스의 수혜자인 생활자의 시점을 중시 - 주민의 다양한 요구에 대응한 구체적 서비스 - 지역의 개성을 살린 보건과 복지의 마을 조성
시정촌과 도도부현의 역할분담 - 시정촌보건센터 - 도도부현보건소	- 가까운 보건과 복지서비스를 시정촌이 일원적으로 실시 - 보건소 서비스 실시하는 기관으로서 법적으로 위치 부여, 이후 더욱 정비를 촉진 - 보건과 복지의 종합적 기능을 보유한 센터로서 정비 - 지역보건의 전문적·기술적인 거점으로서의 기능을 강화 - 소관구역별로, 의료권과 노인보건복지권과 정합성을 도모
보건소 설치시의 실시체제 - 인·허가 권한 - 보건센터, 보건소	- 규정의 기준을 재평가하고 가능한한 지정을 확대 - 보건소 설치시에 권한을 이양 - 새로운 보건소 설치시에 있어서도 보건센터의 정비를 촉진 - 주민에 가까운 서비스는 보건센터에서 실시하고 전문적·기술적 기능을 거점으로 하도록 보건소에 집약
보건·의료·복지의 연휴	- 보건·의료·복지의 연휴를 더욱 일치강화함 - 가까운 보건서비스의 제공주체를 시정촌으로 함으로써 보건·의료·복지의 연휴가 보다 용이하게 됨 - 서비스 수혜자에게 적합한 서비스를 조정·제공하는 기능을 중시
인력의 확보·충실 - 교육·연수 - 보건부의 확보 - 적은규모의 정촌에 대한 지원	- 복지 등의 전문분야 이외에 대하여 연수를 실시 - 시정촌 직원에 대해서도 연수를 실시 - 배치의 가이드라인의 책정이나 보건부 자격을 남자에게도 확대함으로써 필요한 인원의 확보를 도모 - 도도부현 보건부의 주재·파견이나 수확자금 대부제도의 충실 등 지원책을 강화
기 타	- 충분한 준비기간을 거친 다음 실시

다. 地域保健의 推進方向

地域保健을 둘러싼 상황이 급속한 人口의 高齡化나 출생률의 저하, 만성질환의 증가 등에 의한 疾病構造의 변화, 보다 풍요로운 생활을 위한 국민의 요구의 고도화와 다양화, 식품의 安全性, 폐기물 등의 생활환경문제에 대한 국민의 意識增大 등에 따라 보다 현저하게 변화하면서, 이러한 상황의 변화에 대응하기 위한 종합적인 지역보건대책추진의 필요성이 증대되었다.

이와 관련, 후생성은 지역보건대책의 원활한 실시 및 종합적인 추진을 도모하기 위한 基本方向을 다음과 같이 고시하였다(일본후생성, 1994).

1) 住民 개개인의 視點 重視

戰後, 일본의 공중위생행정은 결핵, 이질 등의 전염병 만연과 식중독의 발생을 주요과제로 삼고 사회방위적인 視點에 중점을 두었으며, 관련된 각종시책을 추진, 공중위생수준의 향상을 가져왔다. 현재에도 사회방위적인 視點을 중요시하지만, 여기에 부연하여 서비스의 수혜자인 주민 개개인의 시점을 중시하여, 이들에게 만족하고 안심할 수 있는 서비스를 提供하는 것이 요구되어지고 있다. 이를 위해, 주민의 요구에 적절히 부응할 수 있는 체제의 정비와 질적·양적으로 충분한 서비스의 확보, 서비스를 제공할 據點의 정비 및 인력의 확보 등이 종합적으로 추진될 필요성이 있다.

2) 住民의 多様な 要求에 對應할 수 있는 서비스

주민의 가치관, 라이프스타일 및 요구는 지극히 다양화되어 있으며, 획일적으로 제공되어지는 서비스에서 다양한 요구에 응할 수 있는 섬세한 서비스로의 轉換이 요구되고 있다. 이를 위해 서비스의 제공에

있어서는 종류, 시간대, 실시장소 등을 개인이 선택할 수 있도록 배려해야 한다. 또한 민간서비스의 활용을 통해 서비스의 질을 확보해가면서 진흥책 등을 검토하는 것이 필요하며, 더욱이 서비스의 질 향상과 효율화 및 관계기관의 네트워크를 구축하기 위해 정보처리기술의 적극적인 활용을 도모할 필요가 있다.

3) 地域의 特性을 살린 保健·福祉地域 만들기

주민의 이용빈도가 높은 보건, 복지서비스는 가장 기초적인 자치체인 市町村이 지역의 특성을 충분히 발휘하면서 일원적으로 실시할 필요가 있다. 이를 위해 市町村은 보건과 복지를 일체적으로 제공할 수 있는 체제의 정비에 노력함과 동시에 지역의 특성을 살려서, 주민이 적극적으로 참가하고 주민의 목소리를 반영한 보건과 복지의 지역 만들기를 추진하는 것이 요구되어진다. 그리고 都道府縣 및 국가는 市町村이 그 역할을 충분히 발휘할 수 있는 여건을 조성해 주어야 한다.

4) 쾌적하고 安全한 生活環境의 確保

지역주민의 건강유지 및 증진을 도모하기 위해서는 주민의 생활기반이 되는 쾌적하고 안심할 수 있는 생활환경을 확보하는 것이 중요하다. 이를 위해, 都道府縣, 국가 등은 보건소의 기능강화에 노력함과 동시에 식품위생협회, 환경위생동업조합 등 關係團體에 대한 지도 또는 조언에 노력함으로써, 영업자의 자주적인 위생관리 등을 통한 식품위생, 환경위생 등의 시책추진을 도모할 필요가 있다.

2. 地域保健 活性化 對策

가. 市町村의 整備

1) 市町村保健센터의 整備

- 보건서비스가 市町村에 있어서 일원적으로 제공되어지는 것을 고려해서, 각 市町村은 시정촌보건센터 등의 보건활동 거점을 적절하게 정비한다.
- 국가는 시정촌보건센터의 設置 및 改築 등의 재정적 원조에 힘쓴다.
- 시정촌은 단독으로 시정촌보건센터 등을 정비하는 것이 곤란할 경우에는 地域住民에 대한 보건서비스가 충분히 제공할 수 있도록 배려해 나가면서 공동으로 시정촌보건센터 등의 整備를 고려한다.
- 도시부에서는 도시의 특성을 살리면서 人口規模에 따른 시정촌보건센터 등의 설치를 고려한다.
- 모자보건센터, 국민건강보험, 건강관리센터, 노인복지센터 등의 유사 시설이 정비되어지고 있는 市町村은 이들 시설의 충실을 도모함으로써, 종합적인 보건서비스가 충실히 제공되도록 한다.

2) 市町村 保健센터의 運營

- 市町村은 건강상담, 보건지도 및 건강진사 등의 지역보건에 관한 계획을 책정하는 것 등으로부터, 시정촌보건센터 등에서 주민의 요구에 응한 계획적인 사업의 실시를 도모한다.
- 市町村은 시정촌보건센터 등의 운영에 있어서, 보건, 의료, 복지의 연계를 도모하기 위해 在宅看護 지원센터를 비롯한 사회복지시설 등과의 연계 및 협력체제의 확립, 시정촌보건센터 등에서 종합상담

창구의 설치, 재택복지서비스를 담당하는 施設과의 복합적인 정비, 保健婦 및 保健士(이하 保健婦(士)라 칭함)와 가정도우미(Home Helper)의 공통의 활동거점으로서의 운영 등으로 보건과 복지의 종합적인 기능을 갖춘다.

- 市町村은 시정촌보건센터 등의 운영에 있어서는 保健所로부터의 전문적이고 기술적인 원조 및 협력을 적극적으로 구함과 동시에 市町村 건강만들기 추진협의회의 활용, 검토협의회의 설치 등으로 의사회, 치과의사회, 약제사회 등의 전문기능단체 및 의료기관과의 충분한 연계 및 협력을 도모한다.
- 市町村은 정신장애자의 社會復歸對策, 치매노인대책, 치과보건대책 등의 보건서비스를 시정촌보건센터 등에서 보건소의 협력하에서 실시하는 것이 바람직하다.

地域保健法の 개정과 함께 향후 기대되는 가장 기초적인 자치체 市町村의 보건환경 변화는 <表 2-3>과 같이 요약된다.

나. 保健所の 整備

보건소는 지역보건에 관한 전문적이고 기술적 據點으로서의 기능을 강화하고, 지역사회의 협력하에서 의료기관과의 연계도모 등을 통해 일관된 보건·의료·복지서비스를 제공하는 것이 중요하다.

1) 保健所の 整備

보건소의 전문적이고 기술적인 거점으로서 機能을 강화하기 위해, 다음과 같은 생각에 기초하여 지역의 특성을 고려하여 규모의 확대 및 施設의 충실을 도모하는 것이 필요하다.

〈表 2-3〉 日本의 地域保健法 改訂前後事項 比較

	개 정 전	개 정 후
주요사업	가까운 보건서비스의 일부 - 1년6개월 兒 검진 (예산조치) - 예방접종 - 노인보건서비스	아기부터 노인까지 생애를 통한 건강증진 신) 임산부·신생아 방문지도 신) 임산부 健診·乳兒 健診 1년6개월 兒 健診(法定化) 신) 3세아 健診, 예방접종 신) 영양지도, 노인보건서비스
활동거점	- 시정촌보건센터 (예산조치) [1993년 215개소정비] - 보건소설치市에는 정비를 불인정	- 시정촌보건센터를 법정화하고 보건과 복지의 종합적 기능을 부여 - 보조도 법률에 근거한 것으로 하고 정비를 촉진 - 보건소 설치市에서도 정비를 촉진
복지와의 연휴	- 복지서비스에 대해서는 1993년도부터 시정촌에서 일원적으로 실시	- 가까운 보건서비스를 시정촌에서 실시하고 복지와 일체적인 서비스를 제공
인재의 확보·자질 향상	- 시정촌 保健婦數: 11,525인(1992년말) - 연수의 대상은 도도부현의 보건부가 중심 - 연수내용은 보건등의 전문분야가 중심	- 1999년까지 시정촌 保健婦數를 현재의 약 2배수까지로 할 것을 목표로 함. - 시정촌의 保健婦의 연수를 충실 - 보건등의 전문분야뿐만 아니라 복지등의 관련분야도 연수
소규모 시정촌에 대한 지원	- 특별한 지원제도 없음 - 保健婦미설치 시정촌 數: 83(1992년 말)	- 도도부현이 소규모시정촌의 인재 확보를 위한 계획을 책정·실시 - 국가는 계획에 근거한 사업에 대해 재정적·기술적 지원 - 조금히 保健婦 미설치 시정촌의 해소를 지향함 - 소규모 시정촌에 대해서는 시정촌보건센터를 우선으로 정비

가) 都道府縣이 설치하는 保健所

- 都道府縣이 설치하는 보건소의 소관구역은 1996년도 말까지 보건의료에 관계없는 시책과 사회복지에 관계있는 시책과의 유기적인 연계를 도모하기 위해, 2차 의료권(의료법 「1948년 법률 제205호」 제30조의3 제2항 제1호에 규정한 구역을 말함) 또는 노인보건복지권(노인복지법(1963년 법률 제133호) 제20조의9 제2항에 규정한 구역 및 노인보건법(1982년 법률 제80호) 제46조의19 제2항에 규정한 구역을 말함)과 대략 일치하는 구역으로 하는 것을 원칙으로 정하는 것이 필요하다. 단 현행 의료권이 반드시 보건서비스를 제공하는 체제의 확보를 圖謀하는 취지로 설정되어 있지 않은 점에서 이차의료권의 인구 또는 면적이 평균적인 2차 醫療圈의 인구 또는 면적을 현저하게 넘을 경우에는 지역의 특성을 고려하여 복수의 보건소를 설치할 수 있도록 고려한다.
- 보건소의 集約化에 의하여 식품위생 및 환경위생 관계사업자 등에 대한 서비스의 제공에 누락이 없도록, 예를 들면 移動衛生相談, 관계단체의 협력에 의한 상담의 실시 등 지역의 특성에 적합한 서비스를 整備한다.

나) 政令市 및 特別區가 설치하는 保健所

- 政令지정도시(지방자치법(1947년 법률 제67호) 제252조의 19 제1항의 지정도시를 말함. 이하 동일)는 시정촌보건센터 등의 정비와 병행해서 보건소에 대해서 종래에 대체적으로 행정구 단위로 설치되어 온 것에 배려하면서 都道府縣이 설치하는 보건소와의 균형 및 政令市(지역보건법 시행령(1948년 강령 제77호) 제1조의 市를 말함. 이하 동일)의 인구요건을 감안하여 지역의 특성을 고려하여 설치하는 것이 바람직하다.

- 정령지정도시를 제외한 정령市 및 특별구는 시정촌보건센터 등의 정비와 병행해서 보건소에 대해서 都道府縣이 설치하는 보건소와의 균형 및 정령시의 인구요건을 감안하여 지역의 특성을 고려하여 각 정령시 및 특별구에서 한 곳 이상 설치하는 것이 바람직하다.
- 보건소의 설치 및 운영을 원활히 수행할 수 있는 인구규모를 갖춘 市가 보건서비스를 일원적으로 실시하는 것은 바람직하기 때문에, 인구 30만명 이상의 市는 정령시로의 이행을 검토한다.
- 인구 30만명 미만의 정령市는 계속하여 그 업무의 축진을 한층 도모한다.

2) 保健所の 運營

가) 都道府縣이 설치한 保健所

都道府縣이 설치한 보건소는 다음과 같이 지역보건의 광역적, 전문적 그리고 기술적인 거점으로서의 기능을 강화하는 것이 필요하다.

(1) 専門的이고 技術的인 業務의 推進

- 정신보건, 난치병대책, 에이즈대책 등 전문적이고 기술적인 업무에 대해서 기능을 강화함과 더불어 노인보건, 모자보건, 영양개선 등 市町村이 실시하는 서비스에 대해서 市町村의 요구에 따라서 전문적인 입장에서 기술적인 조언등의 원조에 힘쓴다.
- 정신보건, 난치병대책, 에이즈대책 등 보건서비스의 실시에 있어는 市町村의 복지부국 등과의 충분한 연계 및 협력을 도모한다.
- 식품위생, 환경위생, 의사, 약사 등에 있어서 감시 및 지도, 검사업무 등의 전문적이고 기술적인 업무에 대해서 지역주민이 쾌적하게 안심할 수 있는 생활환경의 확보를 도모한다는 관점을 중시하고 감시 및

지도의 계획적인 실시, 檢査의 정도관리의 철저 등 한층 효율화 및 고도화를 도모함으로써, 식품 등의 광역적 감시 및 검사를 실시하는 전문적이고 기술적인 거점으로서의 기능을 강화한다.

(2) 情報의 蒐集, 정리 및 活用의 推進

- 소관구역에서의 보건, 의료, 복지에 관한 정보를 폭넓게 수집, 관리 및 분석함과 더불어, 關係法令을 고려하여 관계기관 및 지역주민에 대해서 이러한 것들을 적극적으로 제공한다.
- 市町村, 지역의 의사회 등과 협력하면서 주민으로부터의 상담에 종합적으로 대응할 수 있는 情報 네트워크를 구축하고, 이를 위해 정보부문 기능강화를 도모한다.

(3) 調査 및 研究 등의 推進

- 각 지역이 안고 있는 과제에 대해서 지역주민의 생활에 밀착한 調査 및 研究를 적극적으로 추진하는 것이 중요하다. 따라서 이를 위해 조사역학부문의 기능강화를 도모한다.
- 국가는 보건소의 情報의 수집, 정리 및 활용과 조사 및 연구를 추진하기 위해 기술적 및 재정적인 援助에 힘쓴다.

(4) 市町村에 대한 원조 및 市町村 相互間의 連絡조정의 촉진

- 보건소에 배치되어 있는 의사를 비롯한 전문기술 직원은 市町村의 요구에 따라 전문적이고 기술적인 指導 및 支援과 시정춘보건센터 등의 운영에 관하여 적극적으로 협력한다.
- 市町村 직원 등에 대한 업무중 훈련을 포함한 연수 등을 적극적으로 추진하는 것이 중요하며, 이를 위해 研修部門의 기능강화를 도모한다.

(5) 企劃 및 調整의 機能 強化

- 都道府縣의 의료계획, 노인보건복지계획 등의 계획책정에 관여함과 더불어 각종 지역보건서비스를 전문적인 입장에서 평가하고 이것을 장래의 施策에 반영시키는 외에 지역의 재택서비스 등의 보건, 의료, 복지의 시스템 구축, 병원과 진료소와의 연계, 의약분업 등 의료공급체제의 정비, 식품위생 및 환경위생에 걸친 서비스의 제공 및 (1)부터 (4)까지 열거한 과제에 대해서 기획 및 조정을 추진한다. 이를 위해 보건소의 새로운 役割을 충분히 담당할 수 있는 人才의 確保 등을 포함하여 기획 및 조정부문의 기능강화를 도모한다.

나) 政令市 및 特別區가 設置한 保健所

政令市 및 특별구가 설치한 보건소는 시정촌보건센터 등의 보건활동의 거점 및 복지부국과의 유기적으로 連繫하여 (1)에서 열거한 전문적이고 기술적인 업무의 추진, (2)에서 열거한 정보의 수집, 정리 및 활용의 추진, (3)에서 열거한 조사 및 연구 등의 추진 및 (4)에서 열거한 기획 및 조정의 기능강화에 노력한다.

지역보건법의 개정으로 향후 기대되는 보건소의 기능변화는 다음 <表 2-4>와 같이 요약된다.

다. 人材確保 및 資質向上

지역보건대책에 관한 많은 직종에 걸친 전문기술직원의 양성, 확보 및 지식 또는 기술의 향상에 이바지하는 연수의 충실을 도모하기 위해, 市町村, 都道府縣 및 국가는 다음과 같은 노력을 하는 것이 필요하다.

〈表 2-4〉 地域保健法 改訂後 保健所の 機能變化

	개 정 전	개 정 후
사업 내용	- 결핵예방대책 - 정신보건 - 모자보건(3세아健診 등) - 영양지도 - 難病대책 - 에이즈대책 - 환경위생대책 - 식품위생대책	- 3세아健診 등의 가까운 보건서비스는 시정촌에 이양 - 새로 전문적·기술적·광역적 기능을 강화 - 지역의 건강문제에 관한 조사·연구 - 시정촌 직원의 연수·기술적 조언 - 식품 위생감시 기동반의 정비 - 시험검사기능의 강화·집중화 등
설치	- 인구 10만에 1개소를 목표로 함 · 848개소(1993년말 현재) ： 도도부현 631 - 보건소설치市 164 - 특별구 53	- 보건소의 기능강화와 보건·의료·복지의 연계를 도모하기 위해서 보건소의 규모를 확대 - 의료권·복지권을 참작하여 도도부현 보건소의 소관지역을 설정
보건소 설치市 제도	- 인구 30만 이상의 시를 개별로 지정하여 보건소를 설치, 1994년 4월 1일로 33시를 지정	- 지정기준을 인구 35만 이상에서 인구 30만 이상으로 완화 - 보건의료와 관련된 사업의 신고의 수리와 허가의 권한을 보건소 설치市에 이양 - 시정촌보건센터의 정비를 추진하는 한편 보건소의 규모를 확대
인재 확보, 자질 향상	- 의사와 보건부 등 각종의 전문가를 배치 - 연수내용은 보건과 의료 등의 전문분야가 중심	- 계속하여 필요한 각종의 전문가를 배치 - 연수내용을 복지등의 전문분야 이외의 분야까지 확대

1) 人才의 確保

- 市町村은 사업의 장래 전망하에서 보건부(사), 영양사 등의 직원의 계획적인 확보를 추진하는 것이 필요하며, 都道府縣은 보건소장인 의사를 비롯하여 보건부(사) 등 전문기술직원의 계속적인 확보에 힘쓴다.
- 市町村은 의사, 치과의사, 약제사, 조산부, 간호부, 간호사, 이학요법

사, 작업요법사, 치과위생사, 사회복지사, 간호복지사 등의 지역내 인적자원을 최대한 활용한다. 이를 위해 지역 의사회 등의 지원을 구한다.

- 국가는 전문기술직원의 양성에 노력함과 동시에 업무내용, 업무량 등을 감안한 보건부(사)의 활동지표를 정보로서 제공하는 등의 지원을 한다.

2) 人才의 資質向上

- 市町村은 지역보건에 관련 있는 의사, 보건부(사), 사회복지주사 등에 대하여 전문분야의 연수에 부가하여, 보건, 의료, 복지의 연계를 추진하기 위해 직종 횡단적인 연수 및 최적서비스의 종류, 정도 및 제공주체를 판단하는 소위 사업관리와 조정에 이바지하는 연수를 실시함과 더불어 연수내용의 기획 및 실시에 대해서 관계부국이 연계한다.
- 都道府縣은 보건소, 지방위생연구소 등에서 업무중 훈련을 포함한 市町村 직원에 대한 체계적인 연수를 계획적으로 추진함과 동시에 보건소 직원이 市町村에 대한 기술적인 원조를 원활히 할 수 있도록 교육기관 또는 연구기관과 연계된 연수의 추진에 힘쓴다.
- 국가는 국립시험연구기관에서 양성훈련을 비롯하여 종합적인 기획 및 조정능력의 양성 및 지도자로서의 자질향상에 중점을 둔 연수의 충실을 도모함과 동시에 市町村 및 都道府縣에 대한 기술적 및 재정적인 원조에 힘쓴다.

3) 人才確保支援計劃의 策定

- 인재확보 지원계획의 책정에 대한 기본적인 생각

- 市町村은 지역보건대책의 원활한 실시를 위해 스스로 責任感을 가지고 거리접근성과 관련된 보건서비스에 필요한 인재의 확보 및 자질의 향상을 도모하는 것이 원칙이다. 그러나 정촌이 필요한 대책을 강구하여도 지역의 특성에 보다 필요한 인재를 확보할 수 없는 경우에는 都道府縣은 특히 그 인재의 확보 또는 자질향상을 지원할 필요가 있는 정촌에 대해서 정촌의 신고에 기초하여 인재확보 지원계획을 책정함과 동시에 여기에 기초하여 人才의 確保 또는 資質의 向上에 이바지할 사업을 추진한다.
- 국가는 都道府縣이 실시하는 인재확보지원계획에서 정하여진 사업이 원활히 실시될 수 있도록 별도의 정한 요건에 따라 필요한 재정적인 원조를 실시함과 동시에 조언, 지도, 그 밖의 원조에 힘쓴다.
- 위에서 열거한 조치에 따라 각 정촌은 충분한 보건서비스 및 사업관리와 조정의 役割을 담당할 수 있는 보건부(사), 영양상담 등을 할 영양사 기타 필요한 職員의 적절한 배치를 하는 것이 바람직하다.

- 인재확보 지원계획의 책정 및 여기에 기초한 사업의 실시에 있어서 유의사항

- 都道府縣은 인재확보 지원계획의 책정 및 여기에 기초한 사업에 대해서는 특정 정촌과의 충분한 意思疏通 및 공통의 과제를 가지고 있는 특정 정촌에서 당해 사업의 일체적인 추진을 도모한다. 또한 지역의 의사회, 간호협회, 영양사회 등의 전문 직능단체 및 의료기관과의 연계 또는 협력체제를 확립하는 등에 의해서 地域의 特性에 입각하여 效果的으로 실시할 수 있도록 한다.

라. 調査 및 研究強化

地域保健對策을 效果的으로 추진하기 위해, 지역의 특성에 입각한 科學的인 知見을 검토하는 것이 중요하다. 이를 위해 보건소, 지방위생연구소, 국립시험연구기관 등에서 다음과 같은 노력을 하는 것이 필요하다.

- 보건소는 체계하게 안심할 수 있는 生活의 실현에 이바지하기 위해 지역이 안고 있는 과제에 입각한 선구적 또는 模範的인 조사 및 연구를 추진한다.
- 都道府縣 및 政令지정 도시는 그 설치할 지방위생연구소에 대해서 지역에 있어서 科學的이고 技術的으로 중핵으로 되는 기관으로서 재편성하고, 그 전문성을 활용한 地域保健에 관한 종합적인 조사 및 연구를 수행함과 동시에 당해 지역의 지역보건관계자에 대한 연수를 실시한다.
- 都道府縣 및 政令지정도시는 관계부국, 보건소, 지방위생연구소 등의 행정기관 등에 의한 검토협의회를 설치하여 계획적으로 조사, 연구 등을 실시하기 위해 필요한 企劃 및 調整을 한다.
- 국가는 국립시험연구기관 등에서 전국적 규모로 실시하는 것이 적당한 또는 고도의 專門性이 요구되는 조사 및 연구를 촉진함과 더불어 지방위생연구소에 대한 기술적 지원을 한다.
- 조사 및 연구의 성과 등은 관계법령을 검토하여 관계기관 및 국민에 대하여 적극적으로 제공한다.

마. 關聯施策과의 連繫

1) 事業管理와 調整機能의 充實

인구의 고령화, 질병구조의 변화 등과 더불어 주민의 요구가 保健, 醫療, 福祉를 통한 종합적인 것으로 되는 가운데 주민 개개인에게 필요한 최적의 서비스의 종류, 정도 및 제공주체에 대해서 판단하고 적절한 서비스를 綜合的으로 提供하는 것이 중요하다. 이를 위해 市町村은 다음과 같은 노력을 하는 것이 필요하다.

- 事業管理와 調整機能을 충분히 발휘하기 위해 상담부터 서비스의 제공에 이르기까지 體系的인 시스템의 정비 및 직원에 대한 연수의 충실을 꾀한다.
- 事業管理와 調整機能을 충분히 발휘하여 서비스에 대한 주민의 편리향상을 도모하기 위해 적시적절한 정보의 제공, 관계기관의 소개 및 조정 등을 하는 종합상담창구를 시정촌보건센터 등에 설치함과 동시에 고령자의 保健, 福祉서비스에 관한 상담, 연락, 조정 등을 하는 재택개호 지원센터의 정비를 추진한다.
- 사업관리와 조정기능을 충분히 발휘하기 위해 지역 醫師會의 협력 하에서 擔當醫와의 연계 및 협력체제를 확립한다.

2) 包括的인 保健, 醫療, 福祉시스템 構築

주민의 요구에 따른 적절한 서비스를 제공하기 위해 地域에서의 포괄적인 보건, 의료, 복지시스템의 구축이 중요하다. 이를 위해 市町村, 都道府縣, 국가 및 보건, 의료 복지서비스를 제공할 시설은 다음과 같은 노력을 할 필요가 있다.

- 市町村에서는 시정촌보건센터 등의 보건활동의 거점, 보건소, 복지

사무소 등의 행정기관 및 재택개호지원센터, 의료기관, 약국, 사회 복지시설, 노인보건시설, 방문간호스테이션 등의 시설을 연결하는 지역의 특성에 따른 네트워크를 정비한다.

- 2차 의료권에서는 보건, 의료, 복지시스템의 구축에 필요한 사회 자원이 대체적으로 확보되어 있기 때문에, 보건소 등은 이들을 유효하게 활용한 시스템의 구축을 도모하기 위한 검토협의회를 설치한다. 또한 보건소 운영협의회 또는 지역보건 전반에 걸친 사항을 폭넓은 견지에서 협의한다.
- 市町村은 보건, 복지서비스의 유기적인 연계를 위하여, 都道府縣은 市町村에 대한 보건·복지서비스를 통한 일원적인 지도, 원조 등을 원활하게 한다는 관점에서 각각 지역의 특성에 따른 조직의 방향에 대해서 검토한다.
- 都道府縣 및 국가는 상담창구의 일원화, 보건부(사)와 가정도우미에 공통의 활동거점 설치, 관련시설 합병, 연락조정회의 설치, 보건부국과 복지부국간의 인사교류의 촉진, 조직의 재편성 등을 추진하면서, 보건, 의료, 복지시스템의 구축에 관한 市町村 및 都道府縣의 선구적인 노력에 대해서 사례의 소개 또는 정보의 제공을 하는 등의 지원을 한다.

第 2 節 美國의 地域保健

1. 地方保健部の 特徵

미국에서는 건국 이래 보건의료 서비스에 대한 책임과 권한에 관한 사항들은 州와 地方政府의 고유권한으로 여겨져 오면서 일정한 公共

保健 組織과 體系를 갖고 있지 않다. 따라서 다른 先進國家와는 달리 全國的으로 同一하고 傳統이 확립된 진정한 의미의 국가 보건정책이란 존재하지 않는다(Jonas, 1992). 美國의 地方保健部는 지방자치적으로 운영되는 지방정부에 따라 매우 다양한 형태와 기능을 가지고 있기 때문에 일반화하기가 어렵다. 지역(州)에 따라 커다란 차이가 있으며 같은 州내에서도 지역마다 양상이 다양하여 미국의 보건의료제도를 一般化하기에는 항상 많은 예외 사항과 위험이 뒤따른다(Jonus, 1992; Stepohen et al., 1988; Hanlon, 1969).

우리나라의 보건소에 지역보건당국이라는 개념이 추가된 기능을 가지는 美國의 地方保健部の 正義는 “최소한 한 명 이상 상근 직원을 두고 州보다 작은 관할지역의 보건에 관한 책임을 지고 있는 지방정부 또는 주정부의 행정서비스 부서이다(Miller & Moos, 1981)”. 한편, 1990년 국가보건프로그램 보고시스템(NPHPRS)이 내린 지방보건부의 정의는, “① 한 명 이상의 보건전문인력(예: 보건간호사, 위생사) 배치, ② 공중보건서비스의 제공, ③ 일정한 지역에 대한 업무 관장, ④ 행정부 또는 정치적 조직의 하부 부서로서의 예산 확보의 조건을 충족하는 정부 공공보건기관으로서 일부 또는 전체가 주정부 산하에 실체하는 조직체이다(PHF, 1990).”

2. 地方保健部の 組織, 人力 및 機能

미국 地方保健部 組織은 Matrix 形態나 機能 중심의 조직으로써 프로그램이나 프로젝트 중심으로 구성된다. 우리나라 및 日本의 보건소 조직과 같은 係線組織(官僚組織)의 형태를 일부 취하고 있는 곳도 있다. 그러나 美國의 地方保健所 組織의 特性은 업무가 밀접하게 관련되어 있는 다른 부서간의 調整과 協助를 할 수 있도록 開放的이고

重複적으로 조직이 짜여져 있다. 지역에 따라 病院과 연결된 형태, 이웃 保健所(NHC)와 연결된 형태가 있고 일부는 社會福祉 서비스 部署와 연결된 형태를 취하기도 한다. 지방보건부에 따라서는 적극적으로 消費者를 위한 프로그램으로 옴부즈맨제도를 운영하고 있으며, 프로그램에 따라 專門家 諮問委員會를 두고 있다.

지방보건부의 人力構成은 지역의 특성에 따라 달리 구성되는데 대개 의사 또는 MPH, DrPH 등의 상당한 수준의 보건전문가인 機關長 밑에 公衆保健專門醫醫師, 專門醫, 齒科醫, 진료간호사, 看護員, 環境衛生 監視員, 環境衛生技士 및 事務員이 있고, 그 밖에 母子保健을 수행하는 助産員이 있다.

일반적으로 진료에 필요한 우수한 의사의 확보가 어려워 지역내 개업의 등을 時間制로 고용하여 이용하는 경우도 많다(Hanlon 1969). 15개 지방보건부를 사례연구한 報告(Miller & Moos, 1981)에 따르면 지방보건부는 일반적으로 많은 수의 常勤醫師와 齒科醫師를 雇傭하고 있다. 예를 들면 마리코파 카운티의 지방보건부는 30명의 상근 전문의사를 고용하고 있고, 신시나티 시는 80명의 의사를 고용하고 있으며 이 중 16명이 상근의사로 되어 있다. 덴버지역은 시립병원 의사까지 포함하여 162여명의 상근의사를 고용하고 있으며 시애틀의 킹지역은 24명의 치과의사를 고용하고 있다. 이들 지방보건부의 醫師水準은 상당히 높아서 지역의 民間醫師가 어떤 專門領域에 대하여 지방보건부의 전문의사에게 患者를 依頼하기도 한다. 보건진료원은 모든 지방보건부에서 고용하고 있는데 그 활용수준은 지역에 따라 차이가 많으며 상담을 위해 의사와 연계되어 있는 것이 특징이다.

看護師는 전통적인 예방보건업무와 가정방문 등에 주로 관여하고 있다. 1979년 조사에 의하면 미국의 全國的으로는 지방보건부의 平均 人力은 35명인데 지역에 따라 차이가 많아 數名에서, 인구가 많고 병

원이 연계되어 있는 지역은 3,000명이 넘는 인력을 갖추고 있다. 대체로 1/3이 行政 및 支援部署에, 1/3이 看護人力, 1/4이 統計士이며 醫師人力은 30명당 한명꼴로 고용되어 있다.

地方保健部는 지방분권화된 소속지방 정부의 보건당국 및 산하 보건 의료서비스 부서로서 地方政府 자체의 보건프로그램을 기획·운영하며, 한편으로는 州가 운영하는 각종보건의료 프로그램을 시행한다. 또한 聯邦政府가 지원하고 기획한 연방정부의 보건의료프로그램의 지역업무를 수행하기도 한다.

지방보건부에 따라 매우 다른 서비스가 제공되고 있는데 그 형태는 예방접종에 국한되기도 하며, 광범위한 급·만성질환치료, 외래 및 입원서비스, 학교보건, 가정보건 서비스 등을 포함하고 있는 곳도 있다. 대체로 지방보건부는 개업의와의 경쟁을 피하여 개업의의 관심이 적은 영역(定期 well-baby 檢診), 開業醫의 업무범위를 넘어서는 영역(결핵 및 성병의 환자발견, 치료, 추구관리 등), 또는 경제적 이유로 개업의가 드문 지역에서의 急慢性疾病의 通院治療를 해오고 있다. 이와 같이 지역의사회와 개업의들의 반대에 부딪혀 지방보건부의 주요기능은 민간의사들이 일반적으로 기피하는 豫防接種, 環境監視, 結核管理, 母子保健, 學校保健, 性病管理, 慢性病 檢診, 精神保健問題, 職業保健, 家庭看護, 家族計劃, 通院서비스, 검사 및 실험, 醫療監視 등으로 빈곤가정 등 特定 對象으로 特定 疾病만을 취급하기 때문에 '범주형 프로그램'으로 일컬어진다.

미국 公衆保健協會가 선정한 지방보건부의 細部的인 서비스와 機能을 보면 다음과 같으며 지방보건부에 따라 프로그램이 달리 선택되고 있다. 많은 지방보건부가 컴퓨터에 의한 보건정보관리체계(HMIS)를 적용하여 대상자관리, 환자진료, 예약서비스, 회계 등을 포함한 보건의료서비스 관리체계에 혁신을 가져오고 있는 추세이다(Miller & Moos, 1981).

가. 保健關聯 情報의 記錄과 分析

- 출생, 사망, 결혼, 이혼, 특정 질병발생의 기록과 분석
- 특정 慢性病患者, 장애자의 등록
- 각종 질병으로 인한 장애자의 유병률 조사
- 병원, 간호서비스, 보험자, 산업체로부터 傷病資料 수집, 분석
- 보건의료인력의 數와 자격 파악
- 주민의 保健醫療要求의 週期的 평가

나. 保健敎育 및 情報서비스

- 현존하는 保健問題에 대한 주민의 認識 촉구
- 보건사업의 개발을 위한 교육부서, 시민단체, 기타 地域 自願團體와의 협력
- 傳染病 환자 가족, 아동건강협의회 프로그램의 어머니, 당뇨병 환자들에 대한 保健看護員의 保健指導
- 食品취급자, 당뇨병 환자, 지역주민에 대한 강의, 코스 조직
- 보건교육 홍보(신문, 잡지, 팜플렛, 영화, 라디오, TV를 통하여)
- LHD 직원교육 연수

다. 監督 및 規制

- 직업병, 사고 예방
- 전염병 매개체(인체, 동물)관리
- 住宅 規制
- 병원, 양노원, 기타 보건기관 감시(교육, 규제, 검사, 자격관리, 법적 규제 등을 통하여)

라. 環境保健管理

- 식품위생
- 시설위생: 수영장, 캠프장 등
- 환경공해관리¹⁾: 대기오염, 소음공해, 수질오염(지하수, 지표수, 산업폐수, 가정하수 오염), 쓰레기처리, 위해쓰레기 처리, 소음공해관리

마. 母子保健

- 兒童에 대한 구강보건 및 불소 도포, 장애아 등을 위한 진단 및 치 료서비스 지원
- 영유아보건 모임, 보건간호사의 家庭訪問을 통한 지도 및 서비스제공
- 아동의 X-ray 검사, 혈액검사
- 학교보건: 학교건강진단을 통한 환자발견 등
- 肢體障礙兒, 心腸疾患兒 등의 발견을 위한 진단 지원
- 아동기의 납중독 관리
- 공중보건 모성서비스: 産婦人科를 갈 형편이 되지 않는 빈곤층의 妊産婦를 병원과 계약하여 진료를 받게 하며 방문간호를 제공²⁾

바. 家族計劃

직접 국가사업으로 관장하지는 않으나 민간가족계획 관련협회(Planned Parenthood Federation)에서 가족계획사업을 하도록 지원

1) 환경공해관리는 현대사회의 요구에 따라 점점 세분되어 가는 추세이며 州 정부에 환경부가 생기면서 지역에서도 보건부의 업무에서 환경부서로 이관되어 가는 경향이 있다.

2) 보건부(보건소)에서는 과거에는 분만개조를 실시하였으나 현재는 취급하지 않고 있다.

사. 傳染病管理

- 법정전염병에 대한 예방접종(영유아 대상)
- 법정전염병에 대한 보고, 추구관리
- 전염병에 대한 역학조사

아. 性病, 結核, 狂犬病管理

자. AIDS, HIV 管理

차. 慢性疾患管理

- 고혈압, 당뇨, 암환자의 集團檢診과 登録管理: 노인에 대한 종합
건강검진 실시
- 성인 구강보건
- 영양

카. 1次 診療의 提供

都市地域을 관할하는 保健部(保健所)나 季節的인 外國勞動者가 일시 거주하는 특수한 지역에서는 빈곤층, 의료보험 비혜택자를 대상으로 주로 가정의학 전공자 또는 일반의(때로 내과, 소아과, 산부인과 의사도 있음)가 常勤 雇傭醫 또는 계약에 의한 時間制 委託醫가 1次 診療를 限定的으로 제공.

타. 醫療機關 運營³⁾과 檢査室의 운영⁴⁾

- 보건소 및 클리닉 운영
- 일반병원, 특수병원 운영

파. 調整機能

- 地域保健要求를 해결하기 위한 조정 역할
- 관련기관 및 부서의 보건업무의 重複 調整과 효율적 行政管理를 위한 조치
- 상수도 공급, 쓰레기 및 폐기물 처리, 대기오염, 주택, 도시계획, 병원설립, 지역규제 등 지역보건에 영향을 미치는 업무에 관여
- 기타: 빈곤대책, 法的 서비스

3. 이웃 保健所 및 地域保健센터

이웃 보건소(Neighborhood Health Center: NHC)는 미국에서 1960년대 後半부터 1970년대 初半에 발달된 통원보건서비스를 위주로 하는 非營利 保健醫療機關으로 1964~1968년 Johnson 행정부의 ‘빈곤과의 전쟁’ 정책의 일환으로 연방 OEO(Office of Economic Opportunity)의 지원으로 확대되었다. 이웃 保健所는 상근의사의 배치, 多目的 保健要員 팀접근, 정책결정과 운영에 지역사회의 參與, 지역사회 人적자원 활용 등의 개념에 입각하여 주로 都市와 小數民族 居住地의 貧困階層

3) 최근 들어 결핵병원, 시립병원 등은 운영비 절감, 환자의 감소로 인해 폐쇄하거나 민간에 이양하는 추세이다.

4) 과거에는 환경검사실과 임상검사실을 운영하였으나 계속적인 고가장비의 구입과 전문인력 확보 등에서 비용효과가 낮아 현재는 대부분 전국적인 네트워크를 가지고 있는 민간 검사회사와 계약을 맺어 활용하고 있고, 보건부(보건소)의 검사실을 폐쇄하여 가는 추세이다.

에게 家族中心의 1次醫療 및 保健福祉서비스를 포괄적으로 제공하는 기관이다. 1965년 당초 이웃보건소를 설립할 당시의 계획은 인구 2500만명에게 서비스가 미치도록 하는 것이었으나 1980년 당시 130개 센터에서 美國 人口의 2~3%인 130만명에서 서비스가 미치는 효과만을 보았다. 대개의 이웃 보건소는 지방보건부나 공공기관의 관리하에 있거나 연계되어 있었으나 일부는 병원, 의과대학, 지역사회 협회 등 다양한 組織에 속해 있으면서 다양한 規模, 다양한 財政支援處(聯邦政府, 州政府, 기타 지역사회에서 재정지원), 다양한 프로그램으로 센터별로 커다란 차이가 있다. 이웃 보건소에 따라 상당히 수준 높은 서비스를 제공하고 성공적으로 운영된 곳도 있으나 전통적으로 의료계로부터는 이웃 보건소가 의료서비스를 제공한다는 측면에서 상당한 비난을 받기도 했다. 全般的으로 낮은 生産性, 낮은 醫療의 質, 높은 行政費用 등으로 평가받고 있으며, 적절한 시설확보와 의사채용의 어려움, 빈번한 직원의 교체 등의 문제에 부딪혀 어려움을 겪었던 것으로 나타나고 있다.

1980년대에 와서 政府의 지원 부족으로 인하여 축소되었다. 이웃 보건소는 미국의 보건서비스 체계에서 주요한 부분을 차지하지는 못하였으나 地域保健센터로써 地域의 1次 保健管理模型의 개념정립에 중요한 공헌을 한 것으로 평가되고 있다(Jonas, 1986; Jonas, 1992).

1970년 중반에 나타난 地域保健센터(Community Health Centers: CHC)는 1960년대 및 1970년대 초의 이웃 보건소의 일부가 명칭이 바뀐 것으로, 프로그램은 이웃 보건소와 같이 非營利 民間이 운영하거나 병원에서 운영하는 事業所로 이웃 보건소의 지역사회 개발기능과는 달리 훨씬 축소된 기능을 가지고 있다. 1980년 초에 지역보건센터는 전국의 도시와 농촌에 약 800개가 설립되어 주로 이민자, 유동적인 농촌근로자 등 低所得層을 대상으로 서비스를 제공하였다. 이용자는 60%가

소수민족 출신이며, 60%가 빈곤선 이하의 빈민층이다. 1990년에는 연방 정부의 지원을 받는 550개의 CHC에서 530만명에게 혜택을 주었다. CHC는 주로 1차 보건을 수행하고 있으며, 미국 주택 및 도시개발부(U.S. Department of Housing and Urban Development: HUD), 연방정부 등에서 재정지원을 받으며 제3자 支拂方式 및 대상별 차등수가(Sliding Scale)방식에 의해 지불되는 민간의 재원에 의하여 지원되고 있다.

4. 美國의 地域保健에 對한 評價와 最近의 動向

가. 地方保健部에 對한 評價

미국은 多元化된 사회이기 때문에 지방보건부의 名稱과 組織, 業務內容, 運營方式도 지역마다 차이가 많다. 지방보건부는 지역에 따라 組織의 規模나 人力, 프로그램, 財政에 엄청난 차이가 있다. 지방보건부가 病院이나 保健所, 保健支所, 이웃보건소를 직접 運營하거나 支援하기도 하고 일정한 公共 地方保健組織이 없는 州도 있다. 미국에서 지방보건부는 지역내의 여러 自願團體, 福祉機關, 警察, 市民團體, 지역병원, 開業醫 및 관련인사들과 밀접하게 연계되어 있기 때문에 이들 전체가 지역주민의 보건문제 해결에 관여되어 있다.

地方保健部가 제공하는 프로그램은 매우 다양하나 聯邦政府가 지원하는 취약계층을 위한 프로그램은 공통적으로 운영하고 있다. 특히 성인보건프로그램, 만성병관리 프로그램이 빈곤한 우리나라에서는 향후 지방자치제 하에서 보건소의 조직과 역할 및 프로그램을 개발하는데 많은 참고가 될 수 있을 것으로 보인다. 미국내에서 지방보건부에 대한 전반적인 評價는 지방보건부가 제공하는 개인에 대한 통원치료에 대해서 과거보다는 반대가 적어졌지만 여전히 꾸준한 논란의 대상이 되고 있다. 그 이유로는 미국의 전통적인 民間開業醫 중심의 의료체계에도

있지만 지방보건부 자체에 대한 평가에도 기인하는 것으로 보인다.

즉 지방보건부의 官僚的인 行政構造, 政治的으로 敏感한 立地, 지방 정부로부터의 財政的 압박, 民間部門에서의 지속적인 반발로 지방보건 부의 기능이 포괄적인 국가 보건프로그램을 담당하고 健康増進에 대해서 1차적인 책임을 갖는 방향으로 발전되는 데는 제약이 있는 것으로 보인다.

1990년대에 와서는 公共保健體系의 役割과 組織에 대한 인식부족이 공공보건의 발전을 저해하고 있다는 지적이 제기되고 있다. 더불어 공공보건체계 특히 지방수준의 보건체계를 개선하고 강화해야 할 필요성을 강조되고 있으며 保健界에서는 公共保健組織과 機能을 強化하기 위한 3가지 대표적인 제안이 있었다. 또한 1990년에는 『2000년의 美國의 健康目標』에서 公共保健體系가 健康増進과 疾病豫防을 위하여 맡아야 할 기능을 제시함으로써 지방의 보건당국이 나아가 할 방향을 제시하는데 중요한 계기가 마련되었다. 이러한 배경에서 1990년 이후에는 지방보건부의 조직적 기능과 지방보건부의 효율화를 위한 국가적인 監視指標의 開發과 組織의 機能에 대한 調査研究가 과거보다 활발하게 이루어지고 있다.

나. 地方保健部に 대한 最近의 動向

미국의 “Health People 2000”에서는 『敎育과 地域社會에 기반을 둔 프로그램』부문에서 美國人의 90%가 지방보건부서 서비스를 받을 수 있게 지방보건부가 공공의료에서 핵심적이고 효율적인 역할을 하도록 재정립하는 목표를 채택하고 있다. 즉 公共保健體系가 건강증진과 질병예방을 위하여 맡아야 할 기능을 제시함으로써 지방의 보건당국이 나아가 할 방향을 제시하는데 중요한 계기가 되었다.

현재 미국인의 약 94% 정도가 州나 地方保健部の 서비스 대상인구

이지만 지방보건부 등의 공공보건조직이 제공하는 서비스의 量, 質, 效率性은 매우 다양한 양상을 보이고 있다(US DHHS, 1990). 미국의 보건계에서는 최근 공공보건조직과 기능을 강화하자는 다음의 3가지 대표적인 提案이 있었다.

- 1979년 지방에서 공공보건을 실현하기 위한 공공체계의 발전 필요성 강조
- 1987년 전국 지역보건대표들의 협의회에서 질병예방관리센터(CDC)와 공동으로 보건당국 당국의 기능을 확립한 공공보건의 향상을 위한 프로토콜(APEX/PH)에 합의
- 1988년 의학연구소(Institute of Medicine)는 공공보건의 기능을 미래의 공중보건에 제시

이밖에도 HIV 감염문제에 대한 대통령위원회와 국립과학협회(National Academy of Sciences)의 의학연구소의 報告書는 公共保健體系를 改善하고 強化해야 할 필요성을 강조하고 있다. ‘미래의 공중보건’에서는 공공보건체계의 기능을 크게 3가지로 즉, 評價, 政策開發, 實行으로 분류하고 이들 요소를 다음과 같이 10가지로 제시하였다.

1) 評價

- 지역사회 보건의료요구 진단
- 보건의 문제와 보건의 위해 등 탐색
- 보건요구에 영향을 미치는 요소의 분석

2) 政策開發

- 보건정책의 기획과 실행, 관리를 위한 지원 및 협력체계의 구성과 홍보
- 보건요구들의 우선순위 설정
- 정책과 계획의 개발

3) 實行

- 인적·물리적 자원의 배분
- 프로그램의 수행
- 프로그램의 평가
- 정보 및 교육의 제공

이 10가지 機能을 監視·評價하기 위한 指標로써 1991년 일리노이즈 시카고 보건대학에서는 질병관리센터(CDC)와 공동으로 32개의 지표를 개발하여 2000년 미국의 건강목표에서 地方保健部가 효율적으로 再組織되도록 하기 위한 방안을 제시하였고(Turnock et al., 1994), 14개 地方保健部를 대상으로 地方保健部の 업무수행을 國家的으로 監視評價하는 體系를 開發하기 위한 指標에 대한 연구를 진행하고 있다(Miller, 1994). 이 10가지 기능수행에 대하여 힐스보로 카운티(Hillsborough County)에서 실제로 평가한 시범 연구결과를 보면 地方保健部가 80% 이상을 프로그램의 실행부분에 치중하여 지방보건부의 人力의 時間과 豫算을 할애하고 있으며, 評價와 政策開發에는 너무나 적은 부분(각각 10% 이내, 2% 이내)을 할애하고 있음을 밝히고 있다(Studnicki, 1994).

최근에는 일련의 지방보건부의 역할을 평가한 연구가 진행되었는데 그 중 1993년 전국에서 208개의 지방보건부를 조사한 연구는 地方保健部の 10가지 조직기능중 약 50% 정도를 지방보건부가 따르고 있는 것으로 밝히고 있다. 이 중 實行機能은 비교적 잘 수행하고 있는 반면, 企劃과 政策開發의 시행 정도는 낮은 것으로 분석되었다. 또한 지방보건부를 통해 효율적으로 서비스 수혜를 받는 인구는 40% 미만(기준에 따라 26~38%)인 것으로 파악되어 2000년의 美國의 保健目標인 90%의 人口가 효율적으로 지방보건부의 受惠人口가 되도록 하기 위해서는 公共保健體系가 強化되어야 함을 지적되고 있다(Turnock et al, 1994).

第3節 우리나라 地域保健에 대한 示唆點

日本과 美國의 地域保健 사례가 우리에게 주는 示唆點을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 外部 환경변화에 地域보건의체계가 力動的으로 대처해야 한다.

둘째, 중앙정부와 지방자치단체간에 役割이 분담되어야 한다.

셋째, 民間과의 협조를 통해 공공조직의 硬直性을 탈피해야 한다.

넷째, 地域保健은 개인, 보건의료체계, 환경간의 역동적 관점을 기반으로, 개인의 生活史 및 生活의 場을 관통해야 하며, 지역실정에 부응해야 한다. 따라서,

- 서비스 대상은 低所得 脆弱集團 뿐만 아니라 地域사회 주민 全體가 되어야 한다.
- 서비스의 內容은 地域주민의 平生健康管理 및 예방적인 건강관리를 중심으로 構成되어야 하며 주민의 보건의료 要求, 의료수요, 선호 등에 기초해야 한다.
- 보건소는 주민의 다양한 要求에 대응할 수 있도록 보건과 福祉의 종합적인 기능을 갖추어야 하며 이를 위해 보건·의료·복지의 連繫를 도모하고 사회복지시설 등과의 連繫 및 협력체계를 확립해야 한다.
- 보건소는 地域보건에 관한 專門的이고 기술적인 거점으로서의 기능을 強化하고, 地域사회와의 협력하에서 醫療機關과의 연계를 도모함으로써 民間의료와 상호 협조·지원하는 同伴者 關係를 形成 해야한다.
- 수직적 사업전달형식에서 탈피하여 地域사회와의 적극적 參與下에 수립한 地域保健計劃에 의해 수평적으로 사업을 수행·평가하며 필요한 調査·研究 등의 업무를 수행하여야 한다.

第3章 우리나라 地域保健의 現況과 改善方案

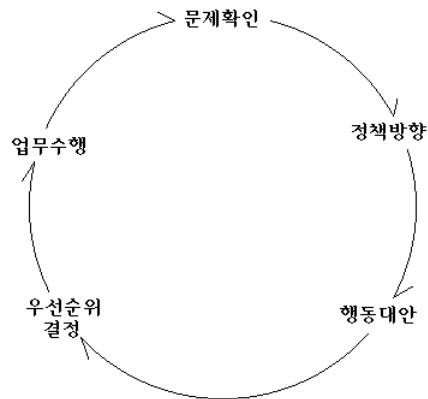
第1節 企劃 및 評價

1. 理論的 考察

가. 保健企劃의 定義 및 節次

保健企劃은 많은 개발도상국들이 단순한 경제적 성장에서 保健을 포함하는 광범위한 사회적 목표의 달성을 지향하게 된 1970년대에 이르러 본격적으로 대두되었다.

〔圖 3-1〕 企劃過程



資料: Green & Kreuter, *Health Promotion Planning*, 1992

保健企劃은 保健과 관련한 目標을 달성하기 위한 복수의 代案 중에서 最善의 案을 선택하려는 組織적이고 의식적이며 계속적인 노력으로서, 이러한 保健企劃은 크게 活動計劃과 資源計劃의 두 가지 범주로 나누어진다.

〈表 3-1〉 狀況分析 對象 및 內容

분 야	내 용	세 부 내 용
보건의료 요구	인구정보	- 인구규모 및 분포 - 생정통계(출생률, 사망률, 출산율) - 인구증가율 - 인구의 성 및 연령별 구조
	의학적인 보건의료 요구	- 상병률, 사망률, 장애율 - 비질환 의료요구(산전진찰, 가족계획)
	지역사회가 인식하고 있는 보건의료요구	- 의료시설 분포 및 접근성
자원이용	사회경제적 여건과 하부구조	- 사회·경제·종교·문화적 특성 - 지리적·지형학적 특성 - 하부구조 - 공공부분의 조직구조적 특성 - 비의료분야에서 제공되는 서비스
	보건의료서비스	- 의료서비스 이용수준 - 서비스이용상의 격차 - 의료서비스 조직의 배열: 기획단계에의 참여범위, 연계 등
	자원 현 서비스체계의 효과, 효율, 형평성	- 재정, 인력, 시설 및 장비 - 서비스 배분에 있어서의 효과, 효율, 형평성의 문제
정치적 여건	전반적인 국가정책	- 보건분야에 영향을 주는 국가정책 - 보건정책
	정치적 환경	- 의학협회 등 직접 관련기관의 태도 - 정치적 안정도

資料: Green, Green & Kreuter, *Health Promotion Planning*, 1992

그 중 活動計劃은 요구되는 활동들의 세부추진에 관한 것으로서 경직성 등의 문제가 없을 경우 운영여하에 달려있다고 볼 수 있으나, 資源計劃은 명시된 목표를 달성하기 위해 가용한 자원을 최대한 효과적으로 활용하는 방안을 마련하는 것으로, 상황의 끊임없는 변화속에서 복합적인 요소들에 대한 지속적인 검토를 요구한다는 점에서 좀 더 복잡하고 논쟁의 소지가 많다(Green, 1992). 保健企劃은 다른 영역과 마찬가지로 狀況分析, 優先順位 및 目標設定, 代案摸索, 計劃 樹立, 實施, 評價로 전개되는 일련의 순환과정이다(圖 3-1 참조).

첫째, 狀況分析은 달성하고자 하는 목적에 비추어 관련현황을 파악하는 것으로서, 그 내용은 보건의료요구, 자원이용, 정책 등의 정치적 여건으로 크게 나누어진다(表 3-1 참조).

둘째, 優先順位 및 目標設定은 상황분석을 통해 발견된 문제들에 대하여 문제의 중요성, 긴급성, 해결가능성, 비용, 대책에 대한 민감성을 고려하여 계획수립에 포함시킬 내용을 결정하는 것이다.

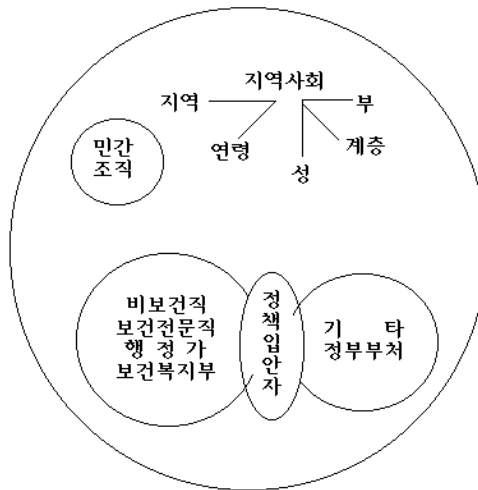
셋째, 代案摸索은 채택된 문제들을 해결하기 위한 방안들을 마련하고, 각각에 대한 事業의 주제, 재원, 운영방법, 장점, 단점에 대해 검토한 후 최적의 案을 선택하는 것이다(문옥륜 편저, 1995).

넷째, 計劃樹立은 채택된 방안을 구체화하기 위한 활동계획을 수립하는 것으로, 계획(안)을 수립함에 있어서는 각계·각층의 의견이 충분히 반영되도록 하는 것이 중요하다(圖 3-2 참조).

다섯째, 實行은 계획(안)을 실제에 適用하는 과정이며, 다음의 경우에 실행이 저조해질 수 있다고 지적되고 있다(Green, 1992).

- ① 당초 설정한 목표와 우선순위의 변화
- ② 계획자체에 포함되어 있는 변화에 대한 내적 및 외적 저항
- ③ 계획을 실행하는데 필요한 자원(재원, 인력 등)의 부족
- ④ 세부실행계획의 부정확
- ⑤ 조직 구조의 적절성 결여와 관리기술의 부족

[圖 3-2] 保健企劃過程의 參與集團



資料: Green & Kreuter, *Health Promotion Planning*, 1992.

여섯째, 評價는 근본적으로 계획에 따라 추진된 활동이 의의가 있는지 여부를 결정하기 위하여 실시된다. 평가는 實行이 終了된 상태에서 이루어지는 경우(summative evaluation)와 實行過程에서 이루어지는 경우(formative evaluation)로 크게 나누어 볼 수 있는데, 전자는 설정된 目標의 達成與否를 把握하거나 示範事業의 擴大 등을 決定하고자 하는 경우에 주로 실시되며, 후자는 細部活動의 繼續推進與否 혹은 活動의 修正을 통한 成果提高 등을 목적으로 이루어진다.

保健企劃은, 국가와 지역의 상호의존성과 地方自治制 실시에 따른 지역의 역할증대 등과 관련하여, 지역에서의 기능이 더욱 강화되는 추세에 있으며, 이는 國家保健醫療體系가 효과적으로 기능하는데 필수적인 조건으로 인식되고 있다(WHO, 1986).

나. 保健企劃에 있어서 中央 및 地方의 役割과 機能

地域單位 保健企劃의 중요성에 대한 인식하에서 保健企劃을 위한 中央과 地方의 役割은 대략 다음과 같이 설정되고 있다.

1) 世界保健機構(WHO)

세계보건기구는 지방자치제 실시에 따른 중앙 및 지방의 保健企劃에 대한 역할과 책임을 다음과 같이 제안하였다(서울대학교 의료관리학교실 譯, 1995).

가) 中央

- 부문간 협조활동에 대한 정책을 포함하는 보건정책 수립
- 국가보건 醫療計劃과 지방의 기획지침 작성
- 자원배분, 특히 자본적 投資基金에 대한 자문 역할
- 특정사업을 위한 수준 높은 기술적 조언
- 약의 구입과 診療材料의 분배에 대한 통제
- 保健醫療人力 개발의 훈련과 규제
- 民間部門의 영리 및 비영리 보건의료조직의 규제
- 국가 보건의료조직과 研究機關의 관리
- 국제 보건의료조직과 원조기관과의 연락

나) 地方

- 지방의 保健企劃과 사업의 모니터링
- 보건의료 지출예산의 편성과 감사
- 대규모 資本投與事業의 승인과 재원조달
- 지역보건의료팀과 특정 보건사업의 지역책임자에 대한 관리와 기술적 감독

- 진료재료의 供給과 다른 물자 지원

다) 地域

- 地域 병원서비스의 組織과 운영
- 다른 모든 정부보건시설의 관리
- 지역사회에 기반을 둔 保健事業의 수행
- 地方保健豫算의 관리와 통제
- 지역내의 모든 정부, 비정부, 민간 보건의료서비스의 조정과 감독
- 지방정부 部署와의 적극적인 연계의 증진
- 地域住民의 지방보건서비스 기획 참여
- 연간 보건의료계획의 준비
- 부가적인 地方財源의 모금
- 모든 보건요원에 대한 현직훈련
- 지역내의 모든 지역사회 보건요원의 監督과 통제
- 일상적인 보건의료정보의 수집·편집과 지방과 보건부로의 전달

라) 地域內 保健事業機構

- 地域社會 보건요원과 훈련받은 助産士의 모집, 급료지급과 감독
- 지역사회에서 保健醫療서비스 비용에 대한 재정 공급
- 지역 보건기획활동에 참여하고 진료소나 요원의 주택을 건설하는 데 노동력과 물자 제공
- 예방적인 보건의료, 특히 母子保健, 예방접종과 경구 수분재 공급과 관련된 활동의 조직

2) 日本

地域保健을 강화하기 위한 방안을 검토하고자 설치된 일본의 地域保健 基本問題研究會에서는 국가, 도도부현, 시정촌이 각기 다음의 역할

을 수행해야 할 것으로 보고하였다(日本厚生省, 1994).

가) 國家

- 法制度 등 기본적이고 종합적인 企劃의 입안
- 서비스의 質을 確保하기 위한 지침의 책정
- 調査 研究
- 인력의 計劃的 養成과 質的 改善을 위한 교육연수 실시
- 시정촌 및 도도부현의 역할을 지원하기 위한 기술적 지원 및 재원의 확보

나) 都道府縣(우리나라의 광역자치단체에 해당)

- 시정촌이 역할을 다할 수 있도록 전문적·기술적 원조·협력
- 人力的 양성과 직원의 敎育 및 練修
- 지역보건에 관한 調査實施
- 의료계획의 수립, 전문적·기술적 판단을 요하는 업무, 통일적인 처리가 필요한 업무의 수행
- 규모, 능력 등의 면에서 실행기능이 부족한 시정촌에 대한 보완적인 업무의 실시

다) 市町村(우리나라의 기초자치단체에 해당)

- 保健 및 福祉서비스 제공의 주체
- 주민의 요구에 맞는 서비스를 종합적으로 제공
- 주민참여 유도

3) 美國

미국의 연방, 주, 지역의 保健企劃과 관련한 책임은 각각 다음과 같다(Anthony R. Kovner, 1990).

가) 聯邦政府

- 지식발달의 지원과 데이터 수집, 연구, 정보교환을 통한 지식의 보급
- 범국가적인 관리대상과 우선순위 선정 및 국가적 차원의 공중보건 쟁점문제 해결방안 모색
- 주 정부 및 지역에 대한 기술적 원조와 국가적, 지역적 목적을 달성하기 위한 연방정부의 활동목표 설정
- 각 주정부들의 서비스 제공능력 향상을 위한 기금 마련
- AIDS 등의 전염병 감시체계 운영

나) 州政府

- 현지조사결과를 토대로, 주 전반에 걸친 건강요구의 사정
- 주 정부의 기본적 보건관련활동을 위한 법령의 확보
- 지역에 대한 권한위임을 위한 주 전반의 건강관련업무의 설정
- 개인적, 교육적, 그리고 환경적 서비스를 발달 유지시킬 수 있는 주 전반의 조직화된 활동계획의 수립
- 기본적인 건강서비스에 대한 최소한의 보장
- 지역보건서비스 영역의 지원

다) 地域

- 지역주민의 건강문제나 요구를 취급하는 자원의 사정과 조정 및 파악
- 정책개발과 리더쉽 배양
- 개인적 건강서비스를 포함하는 높은 質의 서비스 확보

4) 우리나라

'96 농어촌의료 서비스 개선사업에서 제시하고 있는 단계별 中央과 地方의 役割 變化는 다음과 같다(보건복지부, 1995).

〔圖 3-3〕 農漁村 醫療서비스 改善事業의 役割變化

	제 1 단계	제 2 단계	제 3 단계
중앙정부	- 사업지침서 개발 - 사업계획서의 평가·조정·확정 - 보건의료사업비 지원 - 제반 기술지원 - 행정적 지원	- 사업지침서의 수정·보완 - 광역보건의료계획 지침의 개발 - 사업계획서의 평가·조정·확정 - 보건의료사업비 지원 - 제반 기술지원 - 행정적 지원	- 국가단위계획 수립 - 사업지침서의 수정·보완 - 광역보건의료계획의 평가 - 투자대상 시·군·구의 조정 및 확정 - 보건의료사업비지원 - 제반 기술지원 - 행정적 지원
광역자치단체	- 행정적 지원 - 사업계획수립의 지도 - 사업계획의 취합·보고	- 광역보건의료계획의 수립 - 지역보건의료계획의 평가·조정 - 사업계획서의 평가·조정 - 사업계획의 취합·조정·보고 - 제반 기술지원 - 행정적 지원	- 광역보건의료계획의 수정·보완 - 지역보건의료계획의 평가·조정 - 개선사업계획서의 평가·조정 및 투자대상 시·군·구 선정 - 보건의료사업비지원 - 제반 기술지원 - 행정적 지원
기초자치단체	- 지역보건의료계획의 수립 - 개선사업계획 수립 - 지역주민의 의견 수렴 - 보건의료사업 수행	- 지역보건의료 및 개선사업계획의 수정·보완 - 지역주민 의견수렴 - 보건의료사업 수행	- 지역보건의료 및 개선사업계획의 수정·보완(광역보건의료계획 참고) - 지역주민의 의견수렴 - 보건의료사업수행

다. 保健所의 地域保健企劃

地域保健企劃의 중추적 역할을 담당할 保健所의 기획기능은, 一次保健醫療의 提起와 함께 지역의 중요성이 부각되면서 본격화되었다고 볼 수 있다. 세계보건기구는 보건의료체계를 변화시킬 수 있는 훌륭한 조직적 틀로서 지역을 강조하고, 地域水準의 計劃樹立과 地域內 人的·物的 資源의 活用을 통한 政策의 實現可能性을 主旨시켜 왔다. 즉, 지

역은 上向式 企劃과 下向式 企劃을 調整하고, 企劃과 實行에 參與하도록 地域住民을 組織하며, 政府와 民間의 保健醫療活動을 調整하는 일을 하기에 가장 적합한 수준으로 평가되고 있다.

이에 1980년대부터 여러나라에서 地域保健計劃을 수립하기 시작하였는데, 일본은 醫療費增加 抑制策의 일환으로, 1985년 의료법 개정을 통해 각 도도부현에 地域醫療計劃의 작성을 의무화하였다. 또한 미국 (APHA, 1991)은 2000년대 건강을 위한 활동목표로서 주로 保健企劃과 관련된 기본적인 公衆保健業務(Bernard J. Turnock, 1994)를 지역 단위에서 적극적으로 수행토록 독려하고 있다(表 3-2 참조).

우리나라는 1991년의 保健所法 개정으로 保健所 업무중 企劃 및 評價機能이 포함되었으며, 保健所는 주민의 健康增進機構로서 地域保健問題解決의 中心機關이 되어야 할 것으로 제안되어 왔다(문옥륜, 1994). 이처럼 保健所가 의료를 포함한 포괄적 보건을 수행하되, 지역주민들의 요구충족에 초점을 맞추도록 하기 위하여 保健所의 地域保健企劃 및 評價機能이 강화되어야 함은 이미 1970년대부터 제기되어 온 것으로서(이성관 외, 1977), 최근 개정된 地域保健法에서는 이 부분이 특히 강조되고 있다.

〈表 3-2〉 美國의 地域單位 基本公衆保健業務 및 評價方法

업무구분	내 용	평가방법
지역사회 요구사정	- 진단: 지역사회 의 보건수준과 보건의료요구에 관한 정보를 정기적으로 제공하는 요구도 조사체계 구축 - 탐색: 지역사회내 건강문제 및 문제의 지속성, 경향, 위치, 위험인구집단의 크기 등을 파악 - 분석: 건강위험이 높은 특정한 인구집단의 원인론적요인과 기여요인을 분석	- 지역사회의 보건수준과 보건 의료요구를 체계적으로 제시할 수 있는 지역사회 요구사정체계가 있는가? - 건강위해요인에 대한 지속적인 연구가 이루어지고 있는가? - 건강위해요인, 의료자원의 적절성, 건강취약계층 등을 파악하기 위한 분석이 이루어지고 있는가?

〈表 3-2〉 계속

업무구분	내 용	평가방법
사업추진 기반구축	- 옹호: 공공 및 민간의료기관, 관련단체 등과 협력관계를 형성하는 등, 지역사회에서의 공중보건을 옹호하는 기반을 구축 - 우선순위설정: 문제의 크기와 심각성, 수용성, 경제적 지원 가능성, 중재의 효과성을 기초로 하여 보건의료요구의 우선순위 결정 - 계획: 지역사회 요구도와 자원의 공정한 배분 등을 염두에 두고, 목표의 설정 및 일련의 체계적인 활동계획 수립	- 보건관련기구나 매체, 일반대중을 포함하는 지지망이 구축되어 있는가? - 지역사회 사정에서 파악된 보건의료요구에 대하여 우선순위를 정하였는가? - 지역보건의료요구의 우선순위와 지역사회 참여를 반영하는 장기계획과 실용성있는 수행계획이 수립되어 있는가?
사업추진 및 평가	- 자원배분: 자원을 조정하고, 인적, 물리적, 재정적 자원의 획득, 분배, 통제를 위한 조직 개발 - 프로그램의 수행: 우선순위별 보건의료요구 충족을 위한 직접적인 서비스 제공 및 이를 뒷받침하는 각종 조정을 수행 - 평가: 사업을 추진함에 있어서 단계별로 질적인 면의 보증이 있도록 하고, 필요한 변화나 부적합성에 대하여 사업과 자원을 재조정 - 정보 및 교육의 제공: 지역사회의 공중보건문제, 공중보건서비스의 이용, 개인과 집단의 건강증진에 기여할 수 있는 보건교육활동 등에 대해 주민을 홍보·교육	- 조직, 체계적 사정과정, 예산확보전략 등을 갖추고 있는가? - 고안된 사업계획에 의거하여, 지역사회 보건의료요구의 우선순위에 따른 사업이 적절히 수행되고 있는가? - 사업은 전문적이고 규범적인 기준하에서 우선순위에 맞추어 이루어지고 있으며, 그 결과가 적절하게 다음 프로그램에서 반영되고 있는가? - 일반대중을 대상으로 건강수준 현황, 보건의료요구, 건강예행위, 주요한 보건정책 등에 관한 정보제공 및 교육을 실시하고 있는가?

2. 保健所の 企劃 現況 및 問題點

가. 企劃概念의 認識

保健所の 企劃 및 評價業務는 1991년 保健所法 개정(제6조 3항)과 함께 추진되기 시작하였다. 그러나 保健所の 기획기능을 지원하기 위한 인력의 훈련이나 지침제공 등이 수반되지 않은 상태에서 역할을 기대하기가 무리였음은 쉽게 짐작될 수 있다. 이와 관련 保健所法 개정 이후에 보건요원의 현재 업무수행 정도를 4점 척도로 파악한 결과에 의하면, ‘恒常 遂行하는 率’이 높은 업무로서 ‘地域保健事業의 企劃 및 評價’가 87.5%를 차지한 것으로 나타났다. 한편, ‘거의 수행하지 않거나 또는 전혀 수행하지 않은 율’이 높은 업무로서, ‘보건통계 및 보건의료 정보관리’가 32.7%로 나타났다. 이는 종래 보건업무를 企劃 및 評價業務로 잘못 認識하고 있는 데 따른 것으로 평가된다(문옥륜, 1994).

나. 保健所業務의 企劃現況 및 問題點

1) 政府의 指針示達

保健所の 기획기능 부재는 자체 기획능력의 결핍과도 관련되지만, 정부의 保健事業推進方法에도 그 원인이 있다. 과거로부터 保健所業務는 자체기획보다는 政府의 保健事業指針에 주로 의거하여 추진되었으며, 중앙에서 시달되는 문서요청에 대응하는 데 그쳐온 것으로 지적되고 있다. 1995년도 1년간 保健所에서 처리된 문서는 5,400여건에 달하는 것으로 나타났으며(문서접수대장에 등록되는 문서에 한함), 그 중 보건관련업무와 관련하여 中央(保健福祉部) 또는 地方政府(廣域自治團體)로부터 시달된 공문건수는 950여건으로 월 평균 약 80건에 달하였다(表 3-3 참조).

〈表 3-3〉 年間 保健所 文書接受 및 生産現況(1995)

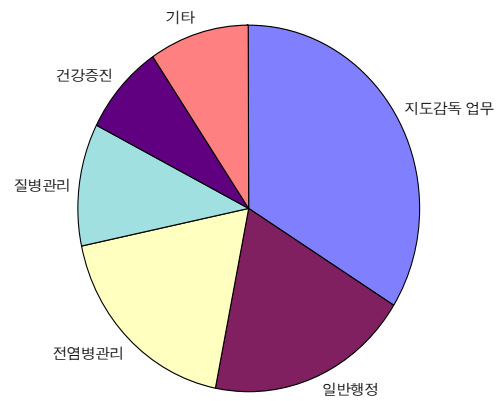
	접수문서		생산문서	
	분류	건수	분류	건수
대상기관	지사	1,037	지사	100
	시장	1,005	구청	63
	동	675	동	98
	유관기관	929	유관기관	665
	구청	89	민원, 내부결재	754
담당부서	행정계	1,634	행정계	562
	가족보건계	556	가족보건계	260
	예방의약계	1,545	예방의약계	858
총		3,735		1,680

註: 전북 전주시 완산구보건소 현황임.

保健所에 대한 정부의 연간 업무시달내용을 보면, 업무추진지침이나 일정 등과 같은 업무지시에 대한 공문이 전체의 70.3%로서 대부분을 차지하였다. 業務分類別로는 醫療人指導, 藥務·麻藥管理 등의 指導·監督業務 관련이 전체의 33.9%로서 가장 많았으며, 다음으로 一般行政(19.2%), 傳染病管理(18.5%) 관련이 많았고, 질병관리나 건강증진 관련은 각기 10.8%, 8.1%로 상대적으로 적었다.

따라서, 保健所의 역할이 서비스 제공보다는 의약지도 등에 치우쳐 왔으며, 자체계획 수립이 매우 어려운 여건에 있었음을 시사하고 있다(圖 3-4 및 表 3-4 참조). 한편, 政府의 保健所에 대한 업무시달은 특히 양적 측면에서 문제가 제기될 수 있으며, 이는 내용의 중복감소와 통보 주기 조절, 내용의 통합 등을 통해 조정되어야 할 필요성이 매우 높다.

〔圖 3-4〕 年間 政府의 業務別 示達現況(1995)



註: 전북 전주시 완산구보건소 현황임.

〈表 3-4〉 保健所에 對한 政府의 年間 業務示達 現況(1995)

(단위: 건)

업무분류		소계	업무시달 내용			
대분류	중분류		업무지시 및 통보	업무보고 및 제출	업무지원 (배포·배정)	지원·협조· 기타
일반행정	예산	32	11	10	11	-
	보건소업무전반	131	75	23	13	20
	인력	23	12	1	2	8
지도감독	의료인·기관지도	84	77	2	2	3
	의료기사지도	17	14	1	-	2
	지소·진료소지도	17	11	3	2	1
	약무·마약관리	211	196	8	4	3
전염병관리	급·만성전염병관리	179	120	23	29	7
질병관리	정신보건	1	1	-	-	-
	방문보건	6	3	-	2	1
	만성질환관리	82	40	6	29	7
	응급의료	16	13	1	1	1
건강증진	건강증진	16	11	1	4	-
	보건교육	7	2	1	3	1
	구강보건	7	3	3	1	-
	영양	1	-	1	-	-
	모자보건·가족계획	48	15	4	24	5
위생관리	공중·식품위생	6	5	1	-	-
기타사무	실험, 검사, 기타	86	73	6	3	4
계		970	682	95	130	63

註: 전북 전주시 완산구보건소 현황임.

2) 自體 企劃實績

우리나라는 아직까지 지역단위의 보건계획 수립에 대한 전반적인 이해와 경험이 부족한 실정이지만, 1994년 3월의 『農漁村特別稅法』 제정과 함께 농어촌의료서비스 개선을 위한 사업계획수립이 시·군단위에서 매년 이루어지게 됨으로써, 시·군단위의 地域保健醫療企劃 能力은 점차 개선될 것으로 기대되고 있다.

〈表 3-5〉 保健所의 保健企劃 推進現況

		현 황
인력	직위	- 보건소의 각계 계장
	경험	- 시·군단위: 농어촌의료서비스개선사업계획서 작성 (’95년: 138개소)
내용	지역보건 총괄	- 지역보건의료 공급현황 및 추계 - 민간과 공공의 역할분담 방향
	직접 서비스 제공사업	- 생의 주기에 따른 보건사업 (모성, 영유아, 학생, 성인, 노인) - 서비스별 보건사업(구강, 급·만성전염병, 의약무, 정신, 재활, 만성질환, 방문보건)
방법	의견수렴	- 소극적, 제한적인 의견수렴
	통계자료 수집분석	- 의료보험 진료실적, 보건소 이용실적, 기타 통계보고 자료 이용

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.
한국보건사회연구원, 『지방자치화에 따른 보건소기능 및 행정체계개선
연구』, 1992
보건복지부, 『농어촌 의료서비스 개선사업지침』, 1995. 6.

농어촌 의료서비스 개선사업의 일환으로서, 1995년도 地域保健醫療
計劃書를 작성, 제출한 시·군·구단위 保健所는 총 138개소였으며, 이
들에 대한 심사결과 나타난 문제점은 다음과 같다(보건복지부, 1995).

가) 作成期間

- 사업계획서 작성 기간이 2주 정도로 지역사회진단 미흡 및 지역사회
회의 의견수렴기회 부족 등을 초래

나) 問題點 把握 및 代案의 連繫

- 地域社會診斷, 既存保健事業의 問題點 把握, 保健事業의 具體的 代
案, 施設 및 長期投資計劃이 지침서상 별도로 분리되어 일관성 있

는 사업계획을 수립하는데 어려움 초래

- 기존건물의 진단미흡, 주민의견 반영 미흡, 자치단체장 선거임박, 사업의 취지 이해부족 등으로 事業의 실현가능성이 떨어짐.
- 지역사회 진단결과를 활용한 具體的 保健醫療事業의 展開가 없음 (주민이 필요로 하는 보건의료사업의 개발이 부족).
- 전반적으로 각 보건기관이 향후 새롭게 역점을 두어 추진하고자 하는 보건의료사업이 명확히 설정되지 못함.
- 保健事業의 현황에 실제 시행하고 있지 않은 사업도 기재하는 경우가 있음.

다) 役割設定未洽

- 지역(시·군·구) 및 광역(도)단위의 역할분담이 불명확하여 사업계획 수립의 혼란 및 실제 실행가능성이 없는 경우가 있음.

라) 評價의 問題

- 기존 보건의료사업의 분석이 目標 對 實績으로만 되어 있어 현실적으로 보건기관 평가에 적용될 수 없기 때문에 정확한 사업계획서 평가에 어려움이 있음.
- 그 밖에도 地域單位 保健企劃의 핵심적인 문제로서 세계보건기구가 지적한 사항은 다음과 같음(서울대 의료관리학교실 譯, 1995).
 - ① 지역수준의 역할, 목표와 절차가 잘 정의되어 있지 않음.
 - ② 일반적으로 지역수준에서는 전문적인 조직, 기획과 관리에 대한 지식이 없음.
 - ③ 포괄적인 지역실행계획 안에 수직적 保健事業을 통합하는데 어려움이 있음.
 - ④ 통상적으로 수집되는 保健醫療情報는 대부분 분석, 이용되지 않고

있으며 동시에 의사결정과 모니터에 필요한 정보는 체계적으로 수집되고 있지 않음.

- ⑤ 保健醫療體系를 연구하고 검토하는 사람과 실제 집행하는 사람과의 차이로 연구의 방향이 부적절하거나 有用하지 않은 경우가 많음.
- ⑥ 지역팀은 문제를 體系的으로 분석하고 해결책을 모색하는 문제해결접근법을 거의 活用하지 않음.

3. 改善方案

가. 人力的 確保 및 企劃能力 向上

地域保健활동의 중심적인 기관인 保健所가 기획기능을 충실히 수행하기 위해서는 관련업무를 遂行하는데 필요한 能力을 갖고 있어야 하며, 이와 관련 세계보건기구가 提案하고 있는 사항은 다음과 같다 (WHO, 1970).

- ① 보건계획방법론
- ② 상황의 분석: 評價의 예측, 문제의 明確化, 우선순위의 결정 등
- ③ 생태학적 및 疫學的 分析
- ④ 보건에 影響을 미치는 사회경제적, 정치적 要素에 대한 분석
- ⑤ 관련자(기관)와의 협의
- ⑥ 일반계획의 運營企劃
- ⑦ 指標設定을 위한 정보시스템의 설계
- ⑧ 주민의견의 수렴 등

이러한 保健所의 企劃能力을 向上시키기 위해서는 다음과 같은 노력이 필요한 것으로 지적되고 있다(문옥륜, 1994).

- ① 전체 보건요원에 대한 보건기획 및 평가교육의 실시
- ② 교육요원의 양성

- ③ 교육자료의 개발 및 보급
- ④ 인근지역과의 정보교환
- ⑤ 외부전문가 초빙, 시범
- ⑥ 창안에 대한 포상제도의 도입
- ⑦ 보건소 기획평가 모델의 개발

이에, 地域保健企劃能力의 향상과 관련하여 개선되어야 할 사항은 다음과 같다.

〈表 3-6〉 地域保健企劃能力의 向上을 爲한 教育·訓練 實施(案)

교육기관	교육대상	교육내용	교육기간
현 교육기관 지역별 지정교육기관 ¹⁾	보건기획 담당	보건의료계획수립 및 평가 전반	4~8주

註: 1) 지역내 보건의료분야 교육기관 중에서 지정

地域保健企劃 및 評價를 담당하는 부서(인력)의 역할은 計劃樹立, 豫算管理, 關聯統計 生産 및 報告, 評價 등으로서, 이를 전담할 부서 및 인력의 배치가 없이는 적절한 수행을 기대하기가 어렵다. 또한 全擔人力에 대하여는 교육을 강화하고, 임기제의 도입을 통하여 장기적으로 전체 인력의 企劃能力 향상을 꾀하는 것이 바람직하다. 전담인력에 대한 교육 훈련은, 정규교육기관의 保健企劃教育期間을 을 감안할 때(週當 4~6시간 6개월 교육), 최소한 4주 이상의 전일훈련을 필요로 한다(表 3-6 참조).

나. 推進指針 마련

1) 計劃樹立 週期 및 節次 規定

地域保健法에 명시된 대로(법 제3조), 保健所가 작성한 地域保健醫

療計劃에 대한 基礎自治團體(市·郡·區議會) 및 廣域自治團體(市·道議會)의 議決과 保健福祉部의 調整 및 確定 節次 遵守는 보건 의료사업에 대한 지역지도자의 관심을 제고시켜 保健事業의 活性化를 꾀하는데 크게 기여할 것으로 기대되며, 그 주기 및 절차에 대한 합리적인 규정마련이 요구된다. 다만 지방자치법 제38조에 의한 현행 기초 및 광역자치단체 의회의 정기회기(기초자치단체: 매년 11월 25일부터 35일간, 광역자치단체: 매년 11월 20일부터 40일간)가 地域保健法에서 정하고 있는 기획절차에 따라 의결을 거치기에는 다소 어려움이 따를 것으로 예상되고 있어서 이에 대한 방안이 모색되어야 하겠다.

2) 地域社會 意見收斂

地域保健法 제3조 ①, ②항에서 명시하고 있는 地域社會 意見收斂은 保健企劃의 필수요건으로서, 이와 관련 지역주민을 효과적으로 참여시키는 방안으로 제안되고 있는 내용들을 요약하면 <表 3-7>과 같다.

3) 關聯資料의 蒐集·整理

保健企劃의 수립에 필요한 자료는 地域保健法 제4조 ①항에 의거하여 有關기관에 협조를 요청하도록 규정되어 있다.

현재 국내에서 保健과 관련하여 통계청의 承認을 받아 실시되고 보건관련 전국조사는 11종으로(통계청, 1995), 여기에서 생산되는 統計資料의 활용이 가능하다. 그 밖에도 醫療保險診療實績資料 등이 매우 유용한 정보로서 활용될 수 있다. 한편, 우선순위에 따른 사업별 세부계획의 樹立을 위해서는 지역별 현황에 관한 실태조사가 요구되는데, 조사항목이나 標本設計 등은 기존에 적용되고 있는 방법들이 적용될 수 있다(表 3-8 참조).

〔圖 3-5〕 保健醫療計劃作成 推進節次(案)

계획작성절차		관련법조항	추진지침
목표설정	→제1조 →	지역보건의료사업의 연계성확보방안 :공공·민간/보건의료·복지사업간연계	<기초 및 광역단위 목표설정>
↓			
현황파악	→제2조 → →제3조 ③→ →제4조 ①→	지역보건의료에 관한 조사·연구수행 보건의료관련기관에 대한 자료요청 보건의료수요측정, 지역보건의료에 관련된 통계의 수집	<자료수집,분석> -인구,경제특성 -이환,의료이용양상 -시설,인력자원현황 -보건소 업무별 대 상 및 실적추이
↓			
(시·군·구 단위) 문제점 도출 ↓ 과제선정 ↓ 과제해결방안검토 ↓ 계획안 작성 ↓ 계획안 의결·제출	→제3조 ①→	지역주민, 보건의료관련단체, 전문가 의견수렴 시·군·구의회의 의결을 거침	<문제발견> -취약계층 선별 -사업우선순위 선정 <의견수렴> -지역주민,관련단체, 전문가의 의견수렴 <계획수립> -과제별 해결방안과 사업추진목표 설정 <계획안 의결>
↓			
(시·도 단위) 계획안 검토 ↓ 계획안 의결·제출	→제3조 ②→	지역주민, 보건의료관련단체, 전문가 의견수렴 시·도의회의 의결을 거침	<의견수렴> -지역주민, 관련단체, 전문가의 의견수렴 <계획안 의결>
↓			
(중앙) 계획안 검토 ↓ 조정 등 ↓ 계획안 확정·통보	→제3조 ④→	시·도 혹은 시·군·구에 보건의료 계획의 조정을 권고	<계획검토> -조정권고 <계획확정통보>
↓			
■	→제5조 ①→	확정된 보건의료계획을 시행	<계획에 따른 시행>
↓			
■	→제6조 ①→ →제6조 ②→	중앙 혹은 시·도단위에서 지역보 건의료계획 시행결과를 평가 평가결과를 비용의 보조에 반영	<평가> -평가결과와 통보 및 비용보조 반영

〈表 3-7〉 地域社會 意見收斂對象 및 方法(案)

대상	지역주민	보건의료관련기관·단체	전문가
방법	- 공공의료기관 운영에 대한 주민참여방안 - 보건기관운영협의회 활성화 - 소비자보호운동 강화를 통한 의료기관 활동의 견제 및 감시 - 의료보험조합에 대한 주민 참여 및 감시기능 강화 - 지방의회를 통한 보건감시기능의 강화 - 시·군·구 주민의료 고충처리실의 운영	- 관련단체 (의사회, 약사회, 간호사회, 가족계획협회, 결핵협회 등)대표의 계획작성 조직 참여 - 의식조사 실시	- 계획작성 조직참여

資料: 문옥륜, 『2000년을 향한 바람직한 의료발전방향』, 국민보건연구소, 1993.

〈表 3-8〉 地域保健醫療計劃 關聯資料의 內容 및 蒐集方法(案)

관련자료의 내용	수집방법
지역의 일반현황(인구, 주택 등), 지역보건의료자원 현황, 지역주민의 건강 및 의료이용관련 현황에 관한 기존자료	기관협조 요청 (법 제3조 ③)
지역별 보건의료 요구도	실태조사 실시

다. 企劃諮問委員會의 構成, 運營

地域保健法에서는 地域保健醫療計劃의 수립을 위하여 보건의료관련 기관·단체 및 전문가의 의견을 듣도록 명시(법 제3조 ①, ②)하고 있으며, 이는 地域保健醫療計劃에 대한 인식과 經驗이 일반화되기까지 특히 요구되고 있다.

日本의 경우, 地域保健醫療計劃의 작성을 지원하기 위하여 3종의 조직을 구성, 운영하고 있으며(表 3-9 참조), 美國은 연방정부에 4개의 의회위원회를 구성, 운영하고 있고, 또한 지방보건부의 약 1/3이 지방 보건위원회를 갖고 있다(Kovner, 1990).

〈表 3-9〉 保健醫療計劃 作成 組織 例: 日本

명칭	업무	세부내용	구성
보건의료계획 연구회	기초적 연구	- 계획의 기본적인 방법 - 보건의료의 현황, 문제점 검토	대학연구자, 보건 의료전문가, 행정 직원
보건의료계획 조사회	조사 실시 및 해석, 평가	보건의료자원, 수요조사의 실시, 해석, 평가를 통한 사업의 선정과 방향결정	대학연구자, 보건 의료전문가, 행정 직원
보건의료계획 협의회	계획안 작성	계획안의 검토 및 작성	대학연구자, 보건 의료전문가, 주민 대표, 행정직원

資料: 문옥륜·조유향 편저, 『지역보건기획』, 1995.

라. 評價結果의 反映

평가는 기획과정의 하나로서 특히 시행결과에 평가를 토대로 한 다양한 형태의 급부제 도입은 차기 기획과정에 활력을 불어 넣는 요소로 작용되며, 이와 관련, 地域保健法은 기획의 평가에 따른 비용보조(법 제6조 ②)를 포함하고 있다. 評價는 客觀的인 시각을 가진 외부전문가와 서비스 제공자 및 이용자가 참여하여 이루어져야 하며, 평가에는 다음의 項目들이 포함되는 것이 바람직하다(Green, 1992).

① 投入要素

- 계획대비 투입자원의 적합성
- 계획실행에 필요한 자원의 충분성
- 투입자원의 적절한 활용성

② 産出要素

- 서비스량
- 서비스의 질

- 서비스의 효율성
- 지역사회와 제공자의 수용성
- 사회경제적 효과
- 분배효과
- 기술적 난이도

③ 產出要素의 效果

- 수행을 통한 목표 달성도
- 수행결과의 건강증진기여도
- 기타 수행으로 얻어진 효과: 여성지위 향상 등

평가의 적용 예로서 인도네시아는 1979년부터 保健所의 기능적인 발전과 업무수행을 측정하기 위한 관리도구로 保健所의 등급화를 개발하여, 1984년부터는 국가정책의 하나로 시행해 오고 있다. 평가방법은 ① 프로그램 活動 ② 企劃, 管理, 評價 ③ 保健醫療施設과 人力 ④ 環境 등의 영역에서의 實行, 成就, 資源의 指標를 개발하여 매년 그 성과에 따라 1~3등급을 결정하며, 1등급으로 선정된 保健所는 다른 保健所의 모델이 되며 훈련센터의 역할도 하고 있다.

우리나라도 地域保健事業의 활성화를 위해서는 保健所 업무추진에 대한 評價計劃이 반드시 필요하다(表 3-10 참조).

〈表 3-10〉 評價方法 및 結果의 活用方案(案)

평가자	평가내용(항목)	평가방법 및 절차	결과 활용
- 기초단체장 - 광역단체장 - 보건복지부	- 사업별 목표 대비 추진실적(전문위원회 자문)	- 계획수립 절차와 동일(지역주민 참여 등)	- 차기계획 반영 - 우수기관 홍보 - 우수기관 포상 (비용보조 등)

第2節 業務

1. 保健所 業務의 分析

가. 業務分析의 目的

우리나라 保健所 業務는 1962년 보건소법을 改正하면서 「전염병 및 질병의 예방·관리와 진료에 관한 사항」, 「보건통계 및 보건의료 정보의 관리」 등 13개항의 業務를 보건소 업무로 규정한 이후 30여년간 변화가 없다가 1991년 3월 보건소법이 개정되면서 업무내용에 「地域保健의 企劃 및 評價」, 「정신보건·노인보건 및 장애인의 재활」, 「보건지소·보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도·감독」 업무가 추가되는 등 시대적인 保健醫療 需要가 대폭 반영되어 조정되었다. 이번(1995년 12월)에 개정된 地域保健法에서는 보건소 업무를 다시 16개항으로 再調整하여 제시하고 있다. 사실상 지역보건법에 명시되고 있는 보건소 업무는 전염병관리법, 모자보건법, 健康增進法 등 20여개의 보건의료관계 법령(시행령, 시행규칙)에 의해 시장, 군수, 구청장에게 위임된 업무들을 재규정한 것이라고 볼 수 있다. 개별 법령에서 規定하고 있는 보건소 업무는 수백개의 세부업무로 구성되어 있으며 법령에 따라 매우 다르게 표현되고 있을 뿐만 아니라 많은 업무가 廣域·基礎自治단체간에 중복 배분되었고 그 내용 또한 개괄적으로 표현되고 있어 책임소재가 명확하지 않다(지방행정연구원, 1992). 수백 중에 이르는 보건소의 세부업무는 아직까지 체계적으로 분석을 시도해본 적이 없으며 현실적으로는 제한된 인력과 조직체계내에서 保健所가 법령에 의해 부여된 모든 業務를 수행할 수 없는 실정이다.

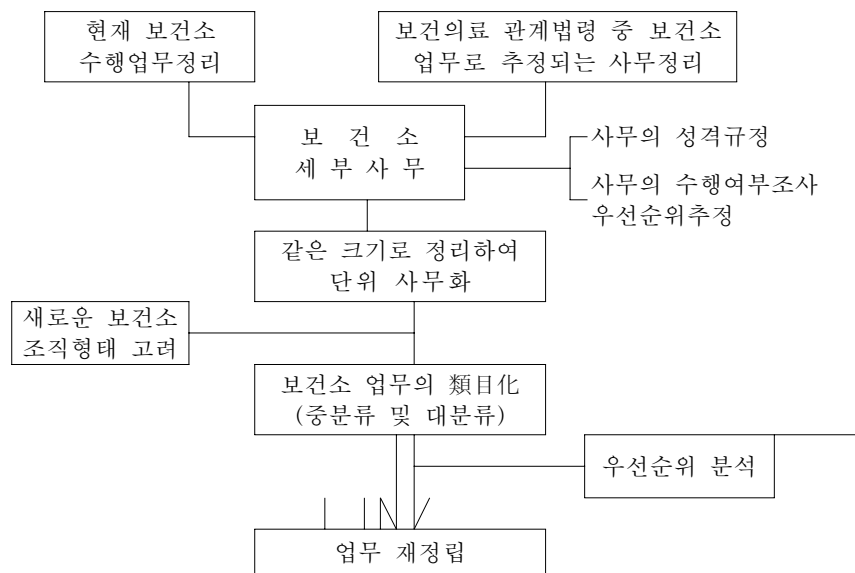
따라서 향후 보건소 업무의 再定立을 위한 첫 번째 단계로서 이節에서는 법령에 의해 보건소에 부여된 業務를 모두 발췌하여 정리하고

單位事務 목록을 작성하며 이를 바탕으로 보건소 사무를 機能 및 性質別로 분석하며 單位事務別 遂行與否, 강화의 필요성, 優先順位를 추정하기 위한 목적으로 業務分析을 실시하였다.

나. 業務分析 方法

業務分析은 運營관리팀에 의해 실시되었으며, 分析節次는 다음과 같다.

〔圖 3-6〕 保健所 業務分析 節次



① 현재 保健所에서 수행하고 있는 모든 業務를 정리하였으며 ② 保健醫療 關係法令中 保健所 業務로 추정되는 業務(시행령, 시행규칙에 의해 시장, 군수, 구청장에게 위임된 업무)를 정리하였다(表 3-11참조). ③ 이들 업무를 중심으로 保健所의 細部業務를 정리하였다. ④ 細部業務들을 같은 크기로 정리하여 單位事務 목록을 작성하였다. ⑤ 單位事務의

性格(자치사무 및 위임사무)을 규정하였으며 單位事務別 遂行與否, 강화의 필요성, 優先順位를 추정하였다. ⑥ 이들을 다시 保健所의 새로운 조직 형태를 고려하여 中分類와 大分類로 類目化하였다(圖 3-6 참조).

〈表 3-11〉 保健醫療關係 法令에 의해 주어진 保健所의 業務

구	분	업	무
1. 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업			
가.	국민건강증진	1) 금연 및 절주운동(교육·홍보) 2) 담배자판기 설치 규제 3) 19세미만자에 대한 담배판매금지 지도·감독 4) 금연·흡연구역 구분지정 지도·감독 5) 건강생활실천협의회 구성·운영 6) 국민건강증진 세부계획 수립·시행 7) 질병의 조기발견을 위한 검진	
나.	보건교육	1) 개인 또는 집단에 대한 보건교육 실시 가) 금연·절주등 건강생활의 실천에 관한 사항 나) 만성퇴행성질환등 질병의 예방에 관한 사항 다) 영양 및 식생활에 관한 사항 라) 구강건강에 관한 사항 마) 공중위생에 관한 사항 바) 건강증진을 위한 체육활동에 관한 사항	
다.	구강건강	1) 구강건강사업의 계획 수립·시행 2) 수돗물 불소화 사업 3) 구강건강에 관한 조사 4) 충치예방을 위한 치아홈메우기 사업 5) 불소용액 양치사업	
라.	영양개선사업	1) 영양상태조사, 영양개선방안 강구, 영양지도 실시 2) 국민영양조사 참여	
2. 전염병의 예방·관리 및 진료			
가.	법정전염병 및 지정 전염병의 예방·관리	1) 법정전염병의 신고 수리 2) 제1종 법정전염병 환자, 그 의사환자 또는 이로 인한 사망자의 신고 수리 및 방역조치 3) 제1종 법정전염병 환자 또는 그 의사환자의 퇴원·치유·사망 또는 주소변경의 신고수리 4) 제2종 법정전염병 환자중 일본뇌염환자 또는 그 의사환자의 변경신고 수리	

〈表 3-11〉 계속

구	분	업	무
		5) 관할구역내에 거주하는 전염병 환자 또는 의사 환자에 관한 환자명부의 작성·비치 및 상황보고	
		6) 디프테리아, 폴리오, 백일해, 홍역, 파상풍, 결핵, B형간염, 기타 보건복지부장관이 지정하는 전염병 에 관한 정기·임시 예방접종 실시	
		7) 예방접종의 공고	
		8) 예방접종유예 신고필증의 교부	
		9) 예방접종증명서 교부	
		10) 예방접종에 관한 기록의 작성 및 보관	
		11) 예방접종의 보고수리 및 보관	
		12) 제1종 법정전염병 환자의 수용에 필요한 격리 병사, 격리소 설치	
		13) 제1종 법정전염병 예방에 필요한 소독소의 설치	
		14) 제3종 법정전염병 예방에 필요한 진료소 설치	
		15) 제1종 법정전염병 진료기관의 지정과 제3종 법정 전염병 격리수용환자의 범위지정	
		16) 제1종 법정전염병 및 그 의사환자의 환가에 대한 방역조치	
		17) 전염병 예방사무에 종사시키기 위한 예방위원의 임명 또는 위촉	
		18) 방역기동반 편성·운영	
나.	후천성면역 결핍증 관리	1) 후천성면역결핍증에 관한 정기 또는 수시검진	
		2) 후천성면역결핍증에 관한 역학조사	
		3) 후천성면역결핍증 검사 확인서 발급	
다.	결핵관리	1) 결핵검진 실시·보고	
		2) 관할구역외의 결핵환자 발생 및 사망 통보	
		3) 보고된 결핵환자에 대한 가정방문지도	
		4) 결핵환자에 대한 진료	
라.	위생분야중사자 등의 건강진단	1) 성병에 관한 건강진단 실시	
		2) 건강진단수첩 교부	
		3) 정기 건강진단 실적보고 접수 및 종합보고	
		4) 정기 건강진단 수수료 징수	
마.	기생충질환관리	1) 기생충의 오염 또는 감염여부 조사	
		2) 기생충 감염원이 될 수 있는 시설의 위생관리	

〈表 3-11〉 계속

구 분	업 무
3. 모자보건 및 가족계획사업	1) 모자보건기구의 설치·운영 2) 임산부의 산전·산후관리 및 분만관리와 응급조치에 관한사항 3) 영유아의 건강관리 및 예방접종등에 관한 사항 4) 피임기술 및 피임약제 보급에 관한 사항 5) 부인과 질병 및 그에 관련된 질병의 예방에 관한 사항 6) 심신장애아의 발생예방 및 건강관리에 관한 사항 7) 보건에 관한 지도·교육·연구·홍보 및 통계관리 등에 관한 사항 8) 임산부의 사망·사산·신생아 사망 신고 수리 9) 모자보건수첩 발급 10) 임산부·영유아에 대한 정기 건강진단 및 예방접종 실시
4. 노인보건사업	1) 노인성 치매환자 등록·관리 2) 노인들에 대한 운동·영양지도
5. 공중위생 및 식품위생	
가. 식품접객업소의 위생개선을 위한 지도	1) 식품접객영업 시설의 설치·지도 2) 식품접객업소의 위생등급 지정 3) 식품접객업소에 대한 임검·수거등 4) 식품접객업소의 영업허가 및 취소
나. 위생접객업, 위생관련 영업, 위생용품제조업의 위생개선 지도	1) 위생접객업의 허가 및 신고수리 2) 위생접객업소의 등급 설정 3) 위생관련영업 및 위생용품제조업의 신고수리 4) 휴업·재개업·폐업·허가 및 신고사항의 변경, 영업의 승계신고 5) 위생관리인의 선임(해임) 신고 수리 6) 영업장소등 출입·검사 7) 위생지도 및 개선명령 등 8) 시설·설비의 폐기처분 9) 영업정지등 행정처분 10) 장난감제조업의 신고 수리

〈表 3-11〉 계속

구 분	업 무
다. 공공이용시설의 위생관리	1) 공공이용시설의 신고수리 2) 공공이용시설의 출입·검사 및 관리의 시정요구 등 3) 위생관리담당자의 지정 또는 해제신고 수리
6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도등에 관한 사항	
가. 의료기관의 개설신고·허가 ·등록관리	1) 의원·치과의원·한의원 또는 조산원의 개설·신고 수리 2) 의료법 제30조 제1항 및 제2항에 규정된 자 이외 의 자가 개설하는 부속의료기관의 개설·신고 수리 3) 의료기관의 진단용 방사선 발생장치의 설치·운영 신고 수리 4) 의료기관의 휴·폐업 신고 수리
나. 의료에 관한 지도·감독 및 행정처분	1) 의료기관의 업무개시 명령 2) 의료에 관한 보고 명령 3) 업무상황·시설 또는 진료기록부·간호기록부 등의 검사 또는 진술청취 4) 의료시설·장비사용의 제한 또는 금지처분 5) 의료기관에 대한 업무정지·허가취소 및 폐쇄처분 및 과징금 부과
7. 의료기사·의무기 록사 및 안경사 에 대한 지도 등 에 관한 사항	1) 안경업소의 개설 신고 수리 2) 안경업소의 등록사항 관리 3) 안경업에 대한 보고 명령 및 지도 감독
8. 응급의료에 관한 사항	1) 응급의료망의 설치·운영 및 응급차 확보 2) 대량환자 발생에 대한 조치계획 수립 3) 구급차의 등록관리
9. 농어촌 보건의료 를 위한 특별조치 법에 의하여 공중 보건·의료·보건진 료원 및 보건진료 소에 대한 지도 등에 관한 사항	1) 공중보건·의료의 시·군·구내의 근무지역 변경 2) 공중보건·의료의 인사관리부 비치 3) 공중보건·의료의 근무지역이탈 허가 4) 공중보건·의료의 근무지역이탈 보고등 근무상황보고 5) 공중보건·의료의 근무상황 평가보고 6) 공중보건·의료의 복무에 관한 지도·감독 7) 보건진료소의 설치·운영 및 보고 8) 보건진료원 응모자 추천 9) 보건진료원 직무교육대상자 선발 및 보고

〈表 3-11〉 계속

구 분	업 무
	10) 보건진료원의 근무지역 추천 11) 보건진료원의 근무지역이탈 허가 12) 보건진료소의 운영상황 보고 13) 보건진료소의 업무 지도·감독 14) 보건진료원의 의료행위 지도·감독
10. 약사에 관한사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항	1) 약국의 개설 신고 수리·등록관리 2) 약업에 대한 지도·감독 및 행정처분 3) 의약품 판매업의 허가·등록관리 4) 의약품 판매업의 지도·감독 및 행정처분
11. 정신보건에 관한 사항	1) 정신질환자 발견·상담·진료 및 만성정신질환자 관리 2) 정신질환자 사회복귀시설 설치허가 및 설치허가 취소·사업정지명령·폐지·휴지·재개신고 수리 및 행정처분 3) 정신과 의원에 대한 폐쇄 및 사업정지명령 4) 정신질환중 평가입원대상자의 진단 및 보호신청 접수, 진단의뢰, 입원조치, 입원치료의뢰 5) 정신질환자의 퇴원, 가퇴원, 처우개선명령 및 입원조치의 해제, 계속입원조치, 재입원조치
12. 가정 및 사회복지시설등을 방문하여 행하는 보건의료사업	방문보건의료사업
13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등 질병관리에 관한 사항	1) 일반진료 2) 치과진료 3) 한방진료 4) 만성퇴행성 질환의 등록·관리
14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항	1) 전염병 환자 및 보균자 색출을 위한 검사 2) 질병발생상황 파악을 위한 검사·조사 및 실험연구사업
15. 장애인 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업	장애인의 재활사업
16. 기타 지역주민 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구등에 관한 사업	기타 주민건강을 위하여 보건소장이 필요하다고 인정하는 사업

다. 業務分析 結果

1) 保健所의 細部業務와 單位業務

분석결과 보건소 업무는 총 500여개의 細部業務로 정리되었다. 이들 細部業務를 다시 單位業務의 분류기준¹⁾에 따라 분류한 결과 85개의 單位業務로 분류되었으며 이는 크게 地域保健法이 정한 16개의 중분류와 7개의 대분류로 구분되었다(圖 3-7 참조).

2) 保健所 業務의 性格

85개의 單位業務를 성격에 따라 분류한 결과 국가의 재정적 지원이 필요한 團體委任事務가 22.4%(19개), 사무의 성격상 전국적 통일이 필요하며, 국가의 지도감독이 필요한 機關委任事務가 31.8%(27개)를 차지하였다. 團體委任事務와 機關委任事務는 국가의 재정적 지원 및 지도·감독이 요구되는 사무로서 國家事務로 분류된다.²⁾ 保健所 事務중 自治事務는 불과 45.9%에 지나지 않았다.

대분류 業務別로 國家事務의 비중을 살펴보면 의료행정관리, 醫療認知度, 應急醫療管理, 보건지소관리, 藥務麻藥管理가 포함된 指導監督業務에서 國家事務의 비중이 가장 높았으며 두 번째로 비중이 높은業務는 傳染病管理로 나타났다(表 3-12 참조).

1) 단위사무의 분류기준: ① 책임을 분리할 수 없는 업무끼리 묶음 ② 성질이 같은 것끼리 묶음 ③ 동일한 계획하에 동일 시행 및 평가를 가져올 수 있는 업무끼리 묶음.

2) 중앙과 지방의 사무배분은 지방자치법(제9조 2항)에 의해 '예시적 열거주의' 또는 '예시적 포괄주의' 방식을 채택하고 있으며 각 개별 법령에서 사무종류별로 배분하는 방식을 취하고 있음.

〔圖 3-7〕 保健所 業務의 分析結果

대분류(7개)		중분류(16개)		단위업무 (85개)	
일반행정 사무(7개)	- 지역보건계획	지역보건의료 계획수립, 지역보건의료 행정관리, 행정계획수립, 일반사무, 인사관리, 예산관리, 자산관리			
지도·감독 사무(13개)	- 의료행정관리 - 의료인지도 - 응급의료관리 - 보건지소관리 - 약무, 마약관리	의료관리계획, 의료행정관리, 의료기사등의 행정관리, 응급의료계획의 수립, 응급의료행정관리·보건지소관리계획, 보건지소행정관리, 보건진료소관리계획, 보건진료소행정관리, 약물관리계획, 약무행정관리, 마약 및 향정신성 의약품관리계획, 마약 및 향정신성 의약품 행정관리			
전염병 관리사무 (12개)	- 전염병관리	전염병 예방계획수립, 전염병의 예방관리, 전염병의 유행시 행정관리, 소독업의 행정관리, 방역소독업무, 전염병의 조기발견 사업, 예방접종사업, 결핵관리, 성병관리, 나병관리, AIDS관리, 기생충관리			
질병관리 사무 (25개)	- 노인보건 - 정신보건 - 방문보건 - 만성질환관리 - 재활사업	노인보건사업계획수립, 노인보건교육사업, 노인운동지도사업, 노인질환관리사업, 정신보건관리계획, 정신보건행정관리, 정신질환자등록관리, 방문보건의료관리계획, 방문보건의료행정관리, 방문보건의료사업, 지역주민진료사업계획, 지역주민진료행정관리, 일반진료, 이동진료, 방사선검사업무, 진료비약품관리, 진료비관리, 지역주민건강진단사업, 만성퇴행성질환관리, 임상병리실 운영계획, 임상병리실운영관리, 장애인관리계획, 장애인행정관리, 장애인관리사업, 장애인재활의료사업			
건강증진 사무 (17개)	- 건강증진, 영양 - 모자보건	건강증진계획, 건강증진행정관리, 절주사업, 금연사업, 운동지도사업, 건강지도사업, 보건교육및관리, 구강보건교육, 영양개선사업, 모자보건관리계획, 모자보건행정관리, 임신부관리, 분만관리, 모성의건강유지증진사업, 영유아관리, 영유아의건강유지증진사업, 가족계획업무			
위생관리 사무 (6개)	- 공중위생, 식품	공중위생계획, 공중위생행정관리, 공중위생검사관리간이급수및공동우물 관리, 식품위생관리계획, 식품위생행정관리			
기타 사무 (5개)	- 실험, 검사	보건에 관한 실험계획, 보건에 관한 실험, 보건에관한 검사계획, 보건에 관한 검사, 기타 지역보건의 보건의료의 향상, 증진 및 이를 위한 업무			

〈表 3-12〉 保健所 業務의 性格

(단위: %, 개)

대 분 류	단 위 사 무				세부사무
	단체위임 ¹⁾	자치사무 ²⁾	기관위임 ³⁾	계	
일반행정사무	28.6 (2)	71.4 (5)	0	100.0 (7)	59
지도·감독사무	0	30.8 (4)	69.2 (9)	100.0 (13)	152
전염병관리사무	8.3 (1)	33.3 (4)	58.3 (7)	100.0 (12)	96
건강관리사무	32.0 (8)	44.0 (11)	24.0 (6)	100.0 (25)	70
건강증진사무	47.1 (8)	35.3 (6)	17.6 (3)	100.0 (17)	115
위생관리사무	0	66.7 (4)	33.3 (2)	100.0 (6)	56
기타 사무	0	100.0 (5)	0	100.0 (5)	13
계	22.4 (19)	45.9 (39)	31.8 (27)	100.0 (85)	561

註: 1) 단체위임사무: 자치사무의 성격을 가지면서 국가의 재정적 지원이 필요하고, 지방의회의 의결을 필요로 하는 사무

2) 자치사무: 국가의 경제적 지원이 적절치 않고, 감독이 필요하지 않는 경우

3) 기관위임사무: 전국적 통일이 필요하며, 주로 규제사무로 국가의 지도 감독이 필요한 경우

2. 保健所 業務의 遂行現況 및 委託 可能性

保健所 業務의 수행현황을 파악하기 위해서 두 가지 方法을 사용하였다. 첫째는 業務分析 결과 파악된 85개의 單位業務에 대해 運營관리 팀 멤버들이 각각의 업무별로 遂行程度, 強化의 必要性, 優先順位를 평가하여 점수(0~5점)를 부여한 후 이들을 대분류로 묶어 평균점수를 계산하였고 둘째는 조사대상 보건소의 보건요원을 대상으로 일일 업무현황을 調査 分析하였다.

가. 專門家팀의 評價에 의한 業務別 遂行程度

運營管理팀에 의한 作業結果 대분류 업무별로 遂行程度가 높게 나타난 업무는 慢性退行性疾患管理, 醫療人 및 醫療機關에 대한 指導, 訪問保健事業의 順이었다. 반면에, 精神保健, 노인보건, 장애인 재활사

업, 健康増進事業, 지역보건계획수립 업무의 수행 정도는 매우 낮게 나타났다. 한편, 保健所 業務中 強化의 필요성이 있는 것으로 나타난 업무는 老人保健, 정신보건, 地域保健醫療計劃樹立이었으며 우선순위가 높게 나타난 업무 또한 노인보건, 정신보건, 지역보건의료계획수립이었(表 3-13 참조).

〈表 3-13〉 保健所 業務의 平均 遂行程度

업 무 구 분	수행정도	강화필요성	우선순위
일반행정: 지역보건의료계획 수립등	0.5	4.8	5
소 계	2.2	3.2	3.2
지도·감독			
의료인 및 의료기관에 대한 지도	3.1	3.8	3.8
의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도	3.0	3.0	3.0
응급의료에 관한 사항	0.7	2.0	2.0
보건지소, 보건진료원에 대한 지도	1.9	2.5	4.2
약물 마약관리에 관한 사항	2.0	3.7	3.7
전염병관리	1.7	2.9	2.7
건강관리			
노인보건사업	0.0	5.0	5.0
정신보건사업	0.0	5.0	5.0
방문보건사업	2.7	4.2	4.5
만성퇴행성질환 관리	3.3	4.4	3.9
장애인 재활사업 및 재활사업	0.2	1.3	1.3
소 계	1.4	3.3	3.2
건강증진	1.3	3.8	3.8
건강증진 및 영양개선	0.4	4.6	4.6
모자보건 및 가족계획	2.1	2.7	3.2
소 계	1.3	3.8	3.8
위생관리: 공중위생 및 식품위생	1.2	3.6	3.6
기타: 보건에 관한 실험 또는 검사	0.4	2.2	1.2
총 계	1.8	3.4	3.8

註: 1) 운영관리팀에 의해 주관적으로 판단한 것임.

2) 6점 척도로 측정한 결과로서, '전혀 수행안함' 0점, '완전 수행함' 5점으로 하여 평균한 점수임.

나. 業務活動時間 分析에 의한 業務遂行 現況

조사대상 保健所에 근무하고 있는 1,369명의 보건요원에 대한 일일 業務活動時間을 조사 분석한 결과에 의하면 가장 많은 시간을 투입하고 있는 업무는 치과 및 일반 진료분야, 전염병관리, 행정업무, 모자보건·가족계획업무의 順으로 나타났다. 요원들의 활동분석결과 전혀수행하지 않은 업무분야는 노인보건사업, 정신보건사업, 방문보건사업, 만성퇴행성질환 관리, 장애인 재활사업, 응급의료, 지역보건계획수립 등으로 나타났다(圖 3-8 참조).

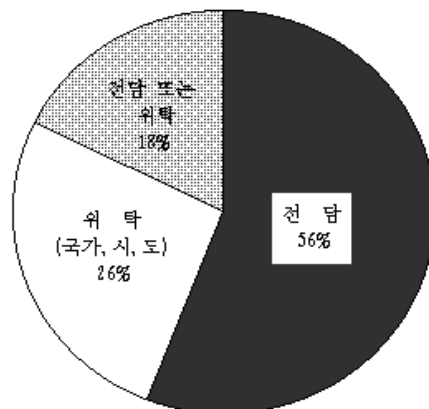
[圖 3-8] 1日 業務活動時間(分)



다. 保健所 業務의 委託 可能性

保健所 業務의 委託 可能性을 파악하기 위해 운영관리팀은 별도의 작업과정을 통해 保健所의 單位業務別로 ① 全擔 ② 委託(國家, 市·道) ③ 全擔 또는 委任의 3가지 가능성에 대해 분류작업을 실시하였다. 작업결과 반드시 전담을 해야 하는 業務로 파악된 業務가 전체의 56%로 나타났으며 委託할 수 있는 業務는 26%로 나타났고 全擔 또는 委任이 可能하다고 판단된 業務가 26%로 나타났다(圖 3-9 참조).

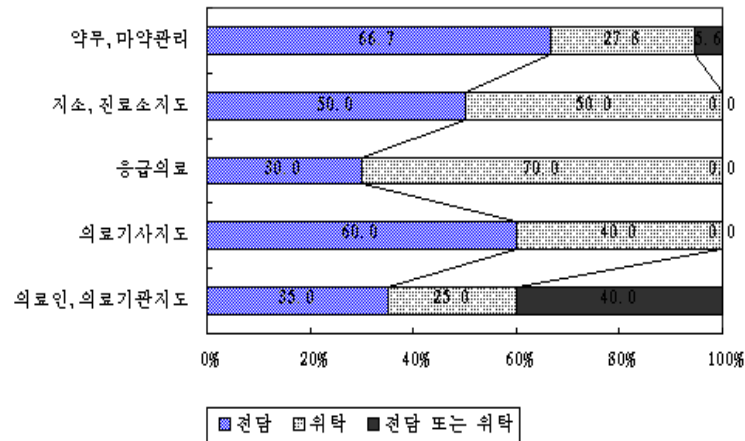
[圖 3-9] 全擔 및 委託可能 業務의 構成



1) 保健所의 細部 業務別 委託可能性

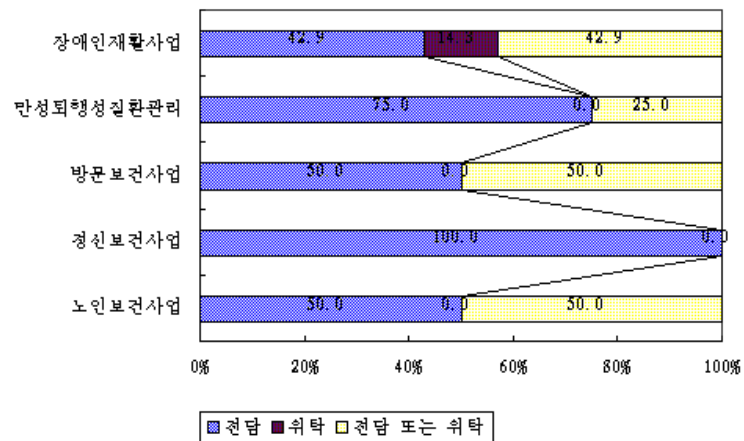
保健所의 細部業務別 위탁가능성은 ① 指導監督業務, ② 건강관리업무, ③ 기타업무의 세 분야로 나누어 파악하였다. 指導監督業務에 속하는 세부업무별로 단위업무의 委託可能性을 살펴보면 委託possible한 業務의 비율이 가장 높은 業務는 應急醫療에 관한 業務로서 이에 속한 單位業務의 약 70%가 委託possible한 것으로 나타났다. 반면에 藥務, 麻藥管理, 支所·診療所 地圖, 醫療技士 指導에 관한 單位業務는 50% 이상을 반드시 보건소가 전담해야 하는 것으로 파악되었다(圖 3-10 참조).

〔圖 3-10〕 指導, 監督 細部業務別 委託可能性



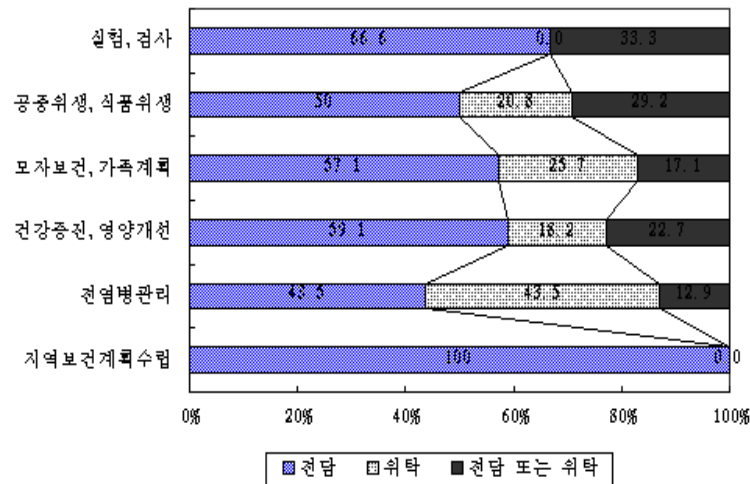
건강관리에 속하는 細部業務中 전담 또는 委託해야할 單位業務의 비중이 비교적 높은 業務는 障碍人再活事業으로 나타났으며 전담해야할 單位業務의 비중이 높은 業務는 精神保健事業과 慢性退行性疾患者 관리사업으로 나타났다. 방문보건사업과 노인보건사업은 각각 單位業務의 50%를 全擔 또는 委託할 수 있는 것으로 나타났다(圖 3-11 참조).

〔圖 3-11〕 健康管理 細部業務別 委託可能性



기타 細部業務別로 委託可能 單位業務의 비율을 살펴보면 전염병관리에 관한 單位業務의 委託可能性이 비교적 높게 나타났으며 公衆衛生·食品衛生, 母子保健·家族計劃, 健康増進·營養改善에 속하는 單位業務도 40% 이상 委託可能한 것으로 파악되었다. 그러나 地域保健計劃樹立은 100% 전담을 해야하는 業務로 나타났으며 實驗·檢査에 속하는 단위업무도 약 70%가 반드시 전담을 해야하는 業務로 나타났다(圖 3-12 참조).

[圖 3-12] 其他 業務別 委託可能性



3. 保健所 業務의 問題點

가. 保健所 業務의 一般的인 問題點.

保健所の 業務는 주민의 다양한 요구에 적절히 대응하지 못하고 있는 것으로 지적되고 있다. 그 이유는 첫째, 保健所の 業務가 1962년에 개정된 保健所法에 의해 13개항의 業務로 명시된 이후 약 30년간 이렇다 할 변화없이 지속되어 왔다는 점이며, 둘째, 1990년 11월 保健所

法이 개정될 때, 시대적인 요구가 반영되어 “地域保健의 企劃 및 評價”, “精神保健”, “老人保健 및 장애인의 재활업무”, “보건지소, 보건진료소의 職員 및 業務指導監督 等”이 추가되었음에도 불구하고 이에 따른 조직과 인력이 지원되지 못한 점을 들 수 있다. 즉 현재의 保健所 組織은 既存의 傳染病 豫防 및 母子保健事業 爲主로 編成되고 있어 새로운 業務를 수행하는 데에는 효율적이지 못하다. 셋째, 추가된 新規 業務에 대한 구체적인 細部事業 수행지침이 마련되지 못한 점을 들 수 있다. 넷째, 保健所의 業務는 법령에 의해 劃一的으로 부여되어 왔으므로 가치관, 생활양식의 변화에 따른 주민의 보건에 대한 다양한 요구를 충족시키지 못하였으며 특히 單位事務中 國家事務(단체위임사무와 기관위임사무)의 비중이 높음으로 인해 지역특성에 맞는 지역주민의 보건의료 요구에 부응할 수 있는 業務의 開發에 한계가 있는 것으로 파악되었다. 그 외에도 保健所法에 명시된 業務는 保健所長의 명의로 처리하여야 함에도 불구하고(地方自治法 제95조) 실제로는 진단서를 발급하는 것 이외에는 保健所長 명의로 처리되는 業務는 없으며 거의 모든 業務는 基礎地方自治의 위임전결규정에 의해 집행되고 있어, 保健所의 自律的 事務執行權限이 制限되고 있는 점이다. 다섯째, 業務의 區分基準이 명확히 정립되어 있지 못해 책임소재가 명확하지 못하다. 개별법령에 의해 부여되고 있는 單位業務는 그 구분기준이 명확히 정립되어 있지 못하며, 중앙정부와 地方自治團體의 業務配分이 自治團體의 規模, 行·財政能力을 고려하지 않고 획일적으로 배분되어 있다. 따라서 많은 業務가 廣域·基礎自治團體間에 重複 配分되었고 그 내용 또한 구체적이지 못해 책임소재가 명확하지 않다. 또한 국가 사무가 전체 保健所 業務의 절반을 넘는 54.1%를 차지함에도 불구하고 이에 따른 중앙정부의 재정지원은 10%를 넘지 못하고 있는 실정이다. 여섯째, 保健所는 법령에 의해 부여된 業務의 극히 일부만을 수행하고 있는 점을 들 수 있다.

나. 地域內 保健教育 等の 現況 및 問題點

최근 국민들의 건강에 대한 관심이 고조됨에 따라 保健教育과 건강진단을 병자하여 약품이나 건강식품 등을 弘報하거나 판매하는 행위가 증가하고 있으며 각종 健康診斷 및 巡廻診療가 실질적 효과보다는 該當機關 또는 團體의 弘報手段으로 惡用되는 경우가 증가하고 있다. 따라서 보건소는 地域住民의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 보건교육에 대한 지도·감독을 해야 할 필요성이 고조되고 있다.

또한 바람직한 보건교육의 경우에는 지역 또는 계층별로 소외되지 않도록 배분할 필요가 있으며 집단 健康診斷의 결과는 지역보건사업의 계획수립을 위해 중요한 자료로 활용되어야 함에도 그렇지 못한 실정이다. 서울시 강남구의 경우를 보면, 지역주민 다수를 대상으로 보건교육을 실시하는 기관은 保健醫療機關, 위생협회단체, YMCA 등 수십개소가 되며 보건교육을 실시하는 사람은 지역내 의사, 간호사, 영양사 등 수만명이나 되는 것으로 파악되었다. 보건교육의 실시장소도 의료기관외에 노인정, 구민회관, 교회, 유아원, 산업장, 학교, 자치단체, 공공기관, 협동조합, 다수인이 모인장소, 직장, 직능 단체사무실, 교회, 가정, 마을회관 등 매우 다양하였다(表 3-14 참조)

〈表 3-14〉 地域住民 多數를 對象으로 한 保健教育 實施者 및 機關

구 분	기 관
보건교육을 실시하는 자 및 기관	- 보건의료기관, 위생협회단체, YMCA 등 시민단체, 결핵협회, 건강관리협회, 나협회, 산업안전협회, 지역의료보험조합, 산업체, 제약회사, 식품회사, 의사회, 약사회, 교육청 등 - 보건학학사, 의사, 간호사, 영양사, 연구소, 대학교수 등
보건교육을 실시하는 자 및 기관의 수	- 서울 강남구: 16,522명 - 안동: 300명(4개소)
의료기관외의 보건교육실시 장소	- 노인정, 구민회관, 교회, 유아원, 산업장, 학교, 자치단체, 공공기관, 협동조합, 다수인이 모인장소, 직장, 직능 단체사무실, 교회, 가정, 마을회관 등

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

4. 改善方案

가. 保健所 業務의 再定立

保健所 業務는 지역주민의 새로운 보건·의료 요구를 충족시켜 줄 수 있는 業務로 재구성되어야 한다. 保健所 실태조사결과 事業計劃樹立, 精神保健事業, 再活事業 등이 새로 추가되어야 할 業務로 지적되었다(表 3-15 참조).

〈表 3-15〉 保健所 業務의 遂行程度 및 強化의 必要性

구분	현재 비교적 잘 수행되고 있는 업무	현재 수행하고 있으나 강화해야 할 업무	추가되어야 할 업무
일반행정	조직관리	-	사업계획수립 보건통계작성 사업분석 및 평가
지도감독	의료인, 의료기관지도 의료기사 등의 지도 공보의, 보건진료원지도	응급의료에 관한 사항 약사 및 마약 관리에 관한 사항	-
전염병관리	전염병 예방·관리·지도	-	-
건강관리	-	노인보건사업 방문보건사업 만성질환관리	정신보건사업 장애인재활사업 및 사회복지사업
건강증진	모자보건 및 가족계획	건강증진 및 영양개선	-
위생관리	-	공중위생 및 식품위생	-
기 타	-	보건에 관한 실험·검사	-

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

나. 保健所 業務의 委託 및 代行

保健所의 제한된 인력이나 시설, 장비 등을 고려할 때, 保健所에 부여된 業務 중 일부를 지역의 醫療機關 또는 醫療人에게 代行(囑託)토

록 함으로써 지역주민에게 보다 수준 높은 보건의료서비스를 제공할 수 있을 것이다.

委託 및 代行業務는 사실사무에 한정하고, 사무의 優先順位 決定原則과 全擔 및 委託事務의 구분원칙 등을 우선 정립하는 것이 필요하다(表 3-16, 表 3-17 참조).

〈表 3-16〉 委託 또는 代行業務의 範圍와 對象機關(案)

업 무 구 분	위탁 또는 대행범위	위탁 또는 대행기관
진료	보건의료원의 진료업무	의료인, 법인
예방접종	전부 또는 일부	의료인, 법인
검사	전부 또는 일부	의료인, 법인
보건교육	전부 또는 일부	전문단체, 교육기관
보건의료계획수립	전부(용역대행)	연구기관
방역 및 역학조사	전부(용역대행)	연구기관
보건지소 경영	전부(위탁경영)	의료인, 법인
특수질환관리	나병, 만성질환	의료인, 법인

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

〈表 3-17〉 保健所の 業務委託에 關한 見解

구 분	내 용
위임가능업무	학교예방접종, 전염병 관리업무중 방역소독, 암검사 등 정밀검사, 건강진단증발급, 일반환자진료, 적출물 처리, 실험 또는 검사, 장애인 재활사업, 사회복지사업, 건강증진 등에 관한 연구
위탁가능 기관및단체	의료기관, 의사회, 약사회, 치과의사회, 한의사회, 공중위생단체, 개업의, 건강관리협회, 가족계획협회, 나관리협회, 결핵관리협회, 소독업체 등
위탁비용 산정기준	인건비+약품비+주사기+적정이윤, 검사비용, 재료비, 월액여비 (정부예산 단가) 원가산정을 통한 전액보조
위탁비용의 보조절차및지도감독자	보조절차: 연초에 희망 병의원 및 업체대상으로 입찰 실시하며 구체적 사항은 시행령, 규칙에 명시 지도감독자: 보건소장
위탁비용의 산정방법	일정한 금액에 미달할 시는 국고 또는 지방비에서 충당시키며 소요경비는 일당으로 지급 소요실비는 본인부담금과 의료보험 청구액을 의사수입이 되도록 산정함

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

다. 地域內 臨床檢査센터로의 機能擴大

保健所의 活性化 方案의 일환으로 地域내에서 개원하고 있는 의원, 치과의원, 한의원, 약국 등에 대한 臨床檢査센터(臨床病理檢査, 放射線撮影 및 判讀)로서의 역할을 수행하는 방안을 마련한다.

1) 期待效果

첫째, 保健所의 檢査能力 提高와 정도관리, 地域내 의원급의 유치를 활성화 할 수 있을 것이며, 둘째, 民間醫療機關의 檢査裝備 重複投資防止를 통하여 국민의료비 절감효과를 가져올 수 있다. 셋째, 臨床病理, 放射線科 專門醫 등 공중보건의 등의 효율적 활용을 할 수 있다는 것이며, 마지막으로 保健所 收益을 增大시키는 효과를 가져올 수 있을 것이다.

2) 具體的 推進方案

① 地域特性에 맞는 臨床檢査센터로의 機能 再定立이 必要하다.

- 병리검사 및 방사선 검사 장비 등의 장비목록 정리
- 지역특성에 맞는 병리검사 항목 및 방사선 검사항목 정립
(한국표준의료행위 2501.00~2510.25 및 3101.00~3208.45)

② 施設利用에 대한 條例制定이 必要하다.

- 실험 및 검사이용시의 이용목적, 내용, 기간, 이용방법, 주체, 수수료검사 양식 등을 규정

라. 地域內 保健教育 等の 調整 役割 附與

1) 保健教育 實施者 및 機關에 대한 指導監督

保健所는 관내의 保健教育, 健康診斷 및 巡廻診療 등을 적절히 조정하여 주민에 대한 형평성을 고려하고 質 管理를 도모할 수 있도록 해야 한다. 즉 관내의 모든 건강진단 및 巡廻診療 결과를 파악하며 이를 보건교육 계획에 반영하도록 해야 한다. 調査結果 보건소가 보건교육을 실시하는 者 및 기관으로부터 파악해야 할 保健教育 결과보고서의 내용으로 실시 기관명, 교육목적, 교육일시, 장소, 교육내용, 대상인원, 강사명, 자격소지여부, 경력사항, 교육평가서 등이 지적되었다(表 3-18 참조).

〈表 3-18〉 保健教育 實施者 및 機關에 대한 指導監督 內容

구 분	기 관
파악해야 할 보건교육 결과보고서의 내용	실시 기관명, 교육목적, 교육일시, 장소, 교육내용, 대상인원, 강사명, 자격소지여부, 경력사항, 교육평가서 등
건강진단 등의 결과 보고서에 포함되어야 할 내용	건강진단 실시기관명, 목적, 실시일자, 장소, 실시인원, 실시내용, 진단결과, 진료과목, 질병명, 진료항목, 총 진료인원, 건강진단내용, 수수료 징수내용, 조건, 향후관리대책 등

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

2) 他法律의 規定에 의하여 健康診斷等を 行하는 者에 대한 協議事項

健康診斷 및 巡廻診療가 營利目的에 惡用되는 것을 방지하기 위해 다른 法律에 의해 健康진단 등을 행하는 자라 할지라도 健康診斷 실시 1개월 전에 보건소에 健康진단일시 日時, 場所, 對象 등에 대한 실시계획서 제출하여 사전협의를 받도록 하는 것이 바람직하다(表 3-19 참조).

〈表 3-19〉 他法律의 規定에 의하여 健康診斷等を 行하는 者에 대한 協議事項

구 분	내 용
다른 법률의 규정에 의하여 건강진단 등을 행하는 자	산업체, 학교, 건강관리협회, 기타의료단체, 가족계획협회, 결핵관리협회, 산업안전협회(근로자 대상)
보건소장과 미리 협의해야 할 사항	건강진단 실시 1개월전 실시계획서 제출, 건강진단일시 일시, 장소, 대상 등에 대한 사전협의로서 신청→건강진단 실시여부 통보

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

3) 保健教育 承認時 檢討해야할 內容 및 節次

保健教育 또는 健康診斷 등의 承認時에는 사업목적, 일시, 장소, 대상, 요금 징수여부, 診斷項目, 의사의 참여여부 등을 검토해야 하며, 별직조항을 만들어 계획과 결과간의 차이를 줄이도록 해야 한다. 승인 절차는 일정한 申請樣式에 의거 계획서 제출→계획서 검토→승인여부 결정(10일 전에 구체적인 계획서를 제출하여 요청, 5일 동안 검토통보)의 과정을 밟도록 한다(表 3-20 참조).

〈表 3-20〉 保健教育 承認時 檢討해야할 內容 및 節次

구 분	내 용
건강진단 등에 대한 승인시 검토해야할 내용	사업목적(영리추구성 목적), 일시, 장소, 진료대상, 진료 과목, 진료방법, 진료비 징수여부, 법적으로 자격이 있는 자가 하는지, 시설을 갖추고 있는지, 불필요한 진단항목 을 하지는 않는지 확인, 건강진단에 대한 내용, 참여인 원, 의사의 참여여부, 사용할 의약품, 관내 보건의료기관 에서도 가능한 진단항목인지 검토
승인절차	일정한 신청양식에 의거 계획서 제출→계획서 검토→승 인여부 결정(10일 전에 구체적인 계획서를 제출하여 요 청, 5일 동안 검토 통보)
계획과 결과간에 큰 차이가 있을 때 의 처리방법	관련법에 위반시 처벌 벌칙조항을 만들어 계획과 결과간의 차이를 줄임, 재 실시 또는 전문의료기관에 의뢰 봉사활동은 중지명령, 의료기관은 행정제제 차후 승인 불허

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

第3節 組織

일반적으로 組織이 조직으로서의 목적을 추구하며 지속적으로 존재하기 위해서는 外的 環境과 밀접한 交流를 해야 한다. 외적환경과의 교류를 통해 조직은 필요한 자원을 확보하고 동시에 서비스나 제품 등 조직의 생산품을 처리할 수 있게 된다. 즉, 조직이 長期的 存續을 보장 받으려면 외적환경과의 원활한 교류를 통하여 환경이 요구하는 조건을 가장 효과적으로 수용할 수 있는 조직구조를 갖추어야 한다.

본 장에서는 효율적인 우리나라 保健所의 組織構造를 제시하고자 한다. 이를 위해 첫째, 狀況組織論(contingency theory)의 이론에 비추어 우리나라 保健所組織이 組織外的 環境을 고려할때 바람직한 것인가, 어떠한 구조적 형태를 갖는 것이 바람직한가에 대해 논하고자 한다. 둘째, 實態調査를 통해 保健所의 유형별로 업무와 담당인력을 파악하며 셋째, 狀況組織論의 이론과 실태조사 결과를 토대로 우리나라의 바람직한 保健所의 組織을 環境的 與件에 따라 몇가지 유형으로 제시하고자 한다.

1. 保健所組織과 環境과의 關係

가. 狀況組織論(contingency theory)

狀況組織論은 다음의 두 가지 관점으로 요약된다. 첫째는 組織을 구성하는 데에 있어서 定型化된 최선의 모형은 있을 수 없다는 관점이고 둘째는 어떠한 조직의 형태도 조직의 목적 달성을 위하여 같은 정도의 효과성을 나타내지는 않는다는 점이다(Scott, 1983). 첫째의 공리는 기존의 행정학자들이 시간과 장소를 초월하는 보편적인 조직으로

서 가장 효과적인 조직구조의 개발을 추구하려는 시도에 정면으로 도전하고 있다. 갈브레이스에 의하면 이러한 定型化된 理想的 組織形態의 追求는 조직 형태의 多樣性을 고려하지 않은 접근이며 또한 조직이 현실적으로 행하는 업무의 다양성을 무시한 접근이라고 주장한다. 한편 두번째 공리는 이러한 組織의 環境과 업무가 다양함을 고려할 때 효과적 組織構造를 형성하기 위한 기본적인 원리를 제시하려는 시도는 현실성이 없다는 주장에 반하여 상황에 따른 效果的 組織形態 構築을 위한 基本原理의 定立을 주장했다.

갈브레이스의 이러한 주장은 상황조직론의 시각을 단적으로 나타내는 하나의 정의를 제시한다. 즉 효과적인 조직의 구조를 형성하는 가장 좋은 방법은 그 조직이 관계하고 있는 환경의 요구를 효율적으로 수용하는 組織構造의 형성이라는 것이다. 이와 같이 상황조직론은 조직과 그 조직이 처해 있는 環境과의 정확한 결합을 강조한다. 따라서 앞에서 갈브레이스가 주장한 것처럼 행정학자들이 추구하고 있는 어떤 이상적이고 보편적인 조직구조란 존재할 수 없고 다만 組織의 구조는 환경이 요구하는 조건에 따라 달라져야 한다는 것이다. 이러한 상황조직론의 근간이 되는 공리는 “環境의 狀況과 組織內的인 構造가 가장 密接하게 짝(fit)을 이루는 組織이 그 環境에서 가장 效率的이다”는 주장이다.

상황조직론을 창시한 로렌스와 로쉬에 의하면 환경의 차이에 따라 환경의 조직에 대한 요구도 다르다고 주장한다. 즉 조직의 환경 예를 들면 조직의 生産品市場이나 조직이 사용하는 기술 등이 급히 변화하거나 그 변화가 불규칙적이어서 예측이 어려운 조직과 환경의 요구 및 변화가 느리고 변화하는 樣相이 규칙적인 조직과는 각각 다르다는 것이다. 또한 이들 환경의 요구는 조직내의 각각의 소단위 組織에 따라 크게 다를 수 있다고 주장한다(Lawrence & Lorsch, 1967). 예를들

면 한 기업내의 研究部署의 환경과 관리부서의 환경은 다르므로 같은 조직내에서도 이러한 외부환경의 요구에 따라 조직구조가 다르게 정립되어야 한다는 것이다.

나. 保健所의 環境

로렌스와 로쉬는 組織의 環境을 “조직 밖에 있는 총체”로 정의하였으며 재슨과 딜은 환경을 두 가지로 분류하여 一般的 環境과 課業環境으로 나누어 개념화하였다(Lawrence & Lorsch, 1967; Jackwon & Dill, 1958). 일반적인 환경은 조직이 속한 사회의 모든 조직에 영향을 미치는 포괄적인 環境이라고 하였으며 과업환경은 광범위하게는 한 조직의 목표 설정과 달성에 잠재적으로 영향을 줄 수 있는 조직외적인 모든 요소로 정의하고 보다 구체적으로는 조직의 업무상 필요한 자원의 提供者, 조직의 生産品의 需要者, 조직의 競爭者, 조직의 規制者 등으로 정의하고 있다.

保健所의 일반적인 환경은 우리나라의 政治, 經濟, 社會的 環境으로 볼 수 있으며, 이러한 환경은 그동안 급격한 변화를 가져와 보건의료의 환경에 많은 영향을 미쳤다. 平均壽命의 增加, 出產構造의 변화에 따른 人口構造의 老齡化, 産業化와 함께 도시로의 인구집중, 만불시대로 표현되는 經濟力의 向上, 産業化의 加速化로 심화되는 생활경쟁으로 인한 스트레스의 증가 등은 保健所의 역할의 변화를 요구 했지만 保健所는 70년대의 조직과 업무의 형태를 그대로 답습해왔다 해도 과언이 아니다. 이렇게 환경의 변화에 대처하지 못한 결과 현재의 保健所 役割과 현실간의 괴리가 초래되었으며 따라서 保健所의 우리나라 보건의료에서의 役割은 점차 축소되어 왔던 것이다. 한편 保健所의 과업환경을 보면 지금까지 중앙집권제 하에서 保健所에 대한 자원의 공급자는 매우 한정적이고 고정화되어 있었다고 볼 수 있다. 그러나 지

방자치제와 함께 지방의 재정적, 인적자원의 확보능력은 지역마다 다를 것이고 이에 따라 保健所도 자원의 확보에 능동적 대처가 요구된다고 하겠다. 保健所 서비스의 수요자를 보면 保健所가 위치한 지역에 따라 다양하다. 지역의 인구수, 지역주민의 인구학적 구성, 지역주민의 건강상태, 건강욕구등이 서로 다르기 때문이다. 이에 따라 保健所는 앞으로 지역특성에 맞는 서비스의 개발에 노력하여 지역주민의 요구에 부응하는 조직이 되어야 한다.

保健所의 경쟁자로는 일반적으로 예방적 업무는 독점적이라고 하더라도 진료업무는 지역의 의료자원의 분포에 따라 여건이 다르므로 保健所別로 서비스의 품목을 달리해야 한다. 保健所의 규제자의 경우 內務部나 保健福祉部로부터의 중앙적 통제가 약화되면서 지방자치단체의 직접적 규제가 강화된다면 規制의 內容, 規制의 方向등 保健所가 대처해 나가야할 規制環境도 지역에 따라 많은 차이를 보일 것이다. 이렇게 급변하는 保健所의 일반적 환경과 업무환경을 볼 때 保健所 조직의 활성화를 위한 기본적 방향은 각각 처해있는 환경에 保健所가 적절히 대처할 수 있도록 조직의 유연성 확보를 위한 제도적 뒷받침이라는 것이 자명하다. 이러한 관점에서 다음 節에서는 保健所의 현황을 고찰하고 保健所 조직구성을 위한 자율성을 제한하는 요소를 살펴본 후 현행 保健所의 조직구조상의 문제점을 고찰하기로 한다.

2. 保健所組織의 現況 및 問題點

가. 保健所의 設置基準

현재 保健所는 保健所法(제2조) 및 同法 施行令(제2조)에 의거, 시·군·구별로 1개소를 설치하고 있으며 전국에 244개소의 保健所(보건소 227개소, 보건의료원 17개소)가 설치·운영 중이다.

나. 保健所의 類型

保健所의 조직은 각 지방자치 단체에 따라 상이하며 保健所의 직제 편제를 중심으로 유형을 구분하면 基本型, 一般型, 直轄市型, 特別市型, 保健醫療院型의 5가지 유형으로 분류된다. 기본형은 保健行政系, 家族保健系, 豫防醫藥系의 3개 계조직으로 이루어져 있다.

일반형은 두 가지 형태로 나뉘어지는데 즉 기본형의 계조직 이외에 母子保健系 또는 檢査系를 가지고 있다. 一般市·區 保健所의 조직은 보건행정계, 예방의약계, 가족보건계의 3개 계로 구성되어 있으며, 母子保健센터가 설치되어 있는 保健所는 母子保健系가 추가로 설치되어 있는 것이 보통이다.

그러나 保健所內 조직은 시·도별로 약간씩 상이한 명칭을 쓰기도 하며, 계조직의 설치도 3개 내지 5개로 차이를 보이고 있다.

서울특별시 保健所 組織은 大都市型으로 保健行政課, 醫藥課, 保健指導課의 3개과와 보건진료실로 구성되어 있는데 저소득 영세민에 대하여 방문간호 사업을 실시하고 있는 7개의 지역(도봉구, 노원구, 강서구, 구로구, 마포구, 관악구, 강남구)에는 지역보건과가 추가되어 있다.

다. 保健所의 指導監督 體系

保健所는 행정체계상 보건복지부와 내부부의 二元的인 지도·감독을 받아 운영되고 있다. 보건복지부는 주로 사무의 내용을 지정하고 국고 보조금을 지급하는 간접적인 방법으로 영향력을 행사하고 있다. 保健所의 운영상 가장 중요한 요소인 保健所의 인력활용에 대한 人事權이나 豫算權은 모두 市長, 郡守에게 있어 지방행정조직을 통한 內務部의 통제를 받고 있다. 따라서 保健所를 하나의 독립적인 조직으로서 보기

는 어렵고 기초자치단체의 한 부서로서 위임된 업무를 수행하고 있다고 보아야 할 것이다.

라. 保健所組織構成에 對한 自律性 制限 要素

1) 管理組織으로서의 保健所

우리나라의 保健所는 기초지방자치단체의 산하기관으로 자치단체 조례를 근거로 지방행정조직의 일부로 설치되어 있다. 따라서 保健所の 조직은 官僚制의 특성을 가지고 있다. 관료제는 規則과 標本的 業務規範, 業務의 分掌, 階層的 管理, 職能에 따른 人事, 所有와 經營의 分離, 行爲의 文書化 등의 도구를 통해 운영된다. 이러한 특성을 가진 관료제를 통해 규격화, 공식화(impersonalization)된 조직관리가 이루어지고 이에 따라 조직의 생산품도 규격화된다. 이러한 의미에서 관료제는 현대의 대형화된 조직의 운영의 효율성과 균일성 유지에 크게 이바지 하고 있다.

保健所도 基礎地方自治團體의 한 부서로서 이러한 관료조직을 갖추므로서 조직관리를 하고 있다. 그러나 기초자치단체라는 큰 조직에서 保健所 組織을 따로 떼어 놓고 볼때 保健所の 조직은 규모가 작다. 또한 업무의 형태가 특수하여 일부의 행정규제적 업무를 제외하고는 보건의료전문가들에 의해 업무가 수행되고 있다고 볼 수 있다. 일반적으로 이렇게 조직이 작고, 주된 업무가 專門性を 띠고 있어서 전문가에 의해서 수행되는 조직의 지나친 官僚性은 그 조직의 효율성에 역기능을 초래할 가능성이 있다(Daft, 1989). 또한 이러한 保健所 業務의 과업환경이 복잡하고 예상키 어렵다는 점을 고려할 때 관료조직의 경직성은 保健所가 외부환경의 변화에 따른 시의 적절한 대응을 위한 기민성의 결핍을 가져오므로 조직의 效果性を 저하시킨다고 볼 수 있다.

이러한 주장은 앞에서 논의된 조직내의 부서별 업무환경에 따른 조직 형태의 다양화를 주장한 상황조직론에 의해서도 뒷받침된다. 따라서 관료조직으로서의 경직성은 保健所의 기본체제상 어쩔 수 없다 하더라도 保健所 업무의 특성을 고려하여 이러한 경직성을 완화할 만한 조직구조의 보완이 필요하다 하겠다.

2) 保健所指導監督의 二重的 體制

保健所가 지방자치단체의 조례에 의하여 設置·運營되고, 保健所長은 市長 또는 區廳長의 指揮·監督을 받아 保健所의 業務를 관장하고 있기 때문에 保健所는 지방자치단체에 예속되어 이의 한 사무소로서의 성격을 지닌다. 이러한 保健所의 특성은 保健所를 이원적 지도·감독체계 하에서 운영되게 한다. 즉 保健所의 人事, 財政 등 일반행정은 지방자치단체를 통한 內務部의 감독 하에 있고 施策, 事業計劃, 施設 및 裝備支援 등의 업무에 관한 사항은 보건복지부의 지시감독을 받도록 되어 있다. 따라서 保健所가 업무에 상응하는 조직을 구성하기에는 이러한 기본적인 제약이 있어 효과적인 보건사업의 전개가 원활히 수행되지 못하고 있는 것이다.

자치단체의 조직구조를 규정하고 있는 지방자치단체 조직 및 인력규정에 관한 法令을 보면 地方自治團體의 행정기구, 공무원 등에 관한 사항은 전반적으로 대통령령으로 정하도록 되어 있어(지방자치법 제101~제107조) 자치단체의 自治組織權의 폭이 매우 좁다. 특히 지방자치법 제102조는 지방자치단체의 행정사무를 분장하기 위하여 필요한 행정기구를 두되, 시·도는 “大統領令이 定하는 範圍 안에서” 지방자치단체의 조례로 정하고, 시·군 및 자치구는 시·도지사의 승인을 얻어 당해 지방자치단체의 條例로 정한다고 명시되어 있다. 시·군·구 기초단체에 관한 조직에 대해서는 시·도지사의 승인을 받지 아니하도록

하여 自律組織權을 부여하고 있으나(대통령령 14647호 제10조 제3항, 제5항) 인원의 增員에 관하여는 시장·군수·구청장은 총정원의 범위 내에서 공무원을 증원하는 경우에 중기인력 수급계획을 수립하여 미리 시·도지사와의 協議하도록 하였다.

위와 같은 중앙에서의 조직구조 및 인력수의 통제에 따라 현행 保健所 組織은 保健所가 소속하고 있는 行政區域에 허락되는 형태의 인원수와 조직구조를 가질 수 밖에 없다. 따라서 保健所 조직구조는 지역의 保健醫療環境에 바탕을 둔 사업량과 사업내용에 따라 적절한 구조를 형성해야 함에도 불구하고 행정구역 단위로 비슷한 조직유형을 갖도록 되어 있어, 保健所의 효과적인 보건사업 전개에 커다란 장애요소가 되고 있다.

3) 保健所組織構成의 制約

官僚組織은 조직표에 의하여 표현될 수 있는데 조직표의 종적인 계층구조는 조직안에서의 보고 관계를 나타낸다. 보고·명령관계는 組織의 직원 모두를 연결하여 누구에게 책임이 있고 누구에게 보고를 하는가 등의 조직전체의 통솔관계를 나타낸다. 한편 관리범위를 나타내는 횡적인 連結關係는 관리자에게 보고하는 사람의 숫자를 나타내고 이 숫자는 대체로 업무가 단조로울때 증가하고 업무가 복잡하고 변화가 많을 때는 감소한다. 이러한 조직표는 업무의 처리가 중앙집권적으로 이루어질 때 종적으로 팽창하고 분산적으로 이루어질 때는 橫으로 팽창하며, 중앙집권적 또는 분산적 업무처리방법은 업무의 專門性 여부 또는 과업환경의 복잡성의 정도에 따라 결정된다.

이렇게 조직구조는 업무의 성격과 과업환경의 특성에 따라 결정되어야 함에도 불구하고 현행 保健所를 포함한 자치단체의 횡적·종적 구조는 중앙에서 규정된 법령에 따라 결정되고 있다. 대통령령 제

14480인 “地方自治團體의 行政機構와 定員基準 등에 關한 규정” 제5조에 의하면 기구설치의 일반요건으로 국은 3개과 이상을 과는 3개 계이상을, 계는 3인 이상의 정원을 필요로 하는 경우에 설치한다고 되어있다. 이러한 組織定型化의 원래취지는 해당조직의 하부단위를 필요 이상으로 세분화하는 것을 방지하기 위한 취지에서이다. 하지만 그러한 취지와는 달리 오히려 上位組織의 신설을 위해서 3개의 하부단위를 유지하는 경우가 많아(김관석, 1995) 조직의 불필요한 종적팽창을 초래하고 있으며 조직구조와 조직의 業務나 環境 사이의 괴리를 가져오고 있다.

3. 改善方案

가. 保健所設置基準 緩和

1) 保健所の 設置

保健所 設置는 근본적으로 지역주민의 接近性, 空間的 效率性, 서비스 配分の 均衡性등이 고려되어야 하나 현실적으로 어렵다. 따라서 현행의 행정구역 중심의 체제를 유지하되, 지역적 상황(인구의 급격한 증가 등)에 대처할 수 있도록 保健所 設置基準의 緩和가 요구된다. 대도시의 경우 1개 자치구에 1개 保健所로서 업무를 효율적으로 수행할 수 없는 경우에는 추가로 保健所를 設置·運營할 수 있도록 한다.

2) 保健支所の 設置

농촌지역의 읍·면마다 확일적으로 1개소씩의 保健支所 設置를 지양하고, 대도시의 저소득 밀집지역 등 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영하거나 地理的 與件과 생활권을 감안하여 수 개의 보건지소

를 통합하여 1개의 통합 보건지소를 설치·운영할 수 있도록 한다.

나. 保健所의 類型區分

보건소의 유형은 현행 보건소의 유형(基本型, 一般型, 直轄市型, 特別市型, 保健醫療院型)의 5가지 유형을 기본틀로 하되 管轄人口와 최근에 통합된 통합보건소의 特徵을 살려 다음의 6가지 유형, ① 서울특별시 自治區 ② 광역시 및 인구 50만 이상의 市의 區 ③ 인구 50만 미만 인구 30만 이상의 市 ④ 都農 복합형태의 市 ⑤ 郡단위 보건소 ⑥ 保健醫療院이 설치된 郡으로 조정한다.

다. 組織改編 基本方向

1) 自律性の 確保

보건소의 組織이 地域사회의 발전수준, 보건의료 환경에 적극적으로 대처할 수 있도록 能動性を 부여해야 한다. 이를 위해 長期的으로는 보건소의 組織改編에 대한 권한을 適切な 水準에서 地方自治團體에 移讓해야 하며, 이를 위한 法的 장치를 마련해야 한다.

2) 柔軟性の 確保

보건소 조직은 地域保健醫療 문제의 특성, 주민들의 요구를 반영하여 그에 필요한 체계와 인력을 갖추어야 한다. 예를 들어 공단지역은 산업보건 關聯業務를, 농촌지역은 慢性疾患이나 풍토병 관련업무를, 신도시지역은 모자보건이나 노인보건 관련업무를 강화, 特性化할 수 있어야 한다. 保健所 조직기준은 지방자치단체의 準則으로 활용되어야 한다.

3) 開放性 維持

보건소의 組織은 福祉 및 環境 관련업무와 연계성을 지닐 수 있도록 개방적이어야 한다. 地域주민의 참여나 관심을 유도하거나 각종 대민서비스의 效果的 제공을 위해 必要的 시설 및 인력을 갖추어야 한다. 특히 대민보건행정, 건강관리, 보건교육 關聯業務는 대민지향적으로 수행될 수 있도록 業務, 施設, 人力이 整備되어야 한다.

라. 保健所 組織改編(案) 作成을 위한 作業節次

1) 保健所の 業務量 및 擔當人力 把握을 위한 實態調査

組織(案)을 작성하기 위해 必要的 基礎資料를 수집하기 위해 전국에서 保健所 유형별로 標本으로 選정한 25개 보건소를 대상으로 우편조사를 실시하였다(附錄 3: 조사대상 보건소 명단 참조). 調査內容은 현재 보건소에서 하고 있는 업무를 행정·지도감독업무와 서비스 업무로 나누어 ① 業務別 相對業務量, ② 업무별 세부업무의 업무량 구성비, ③ 각 업무를 수행하는데 소요되는 人力의 類型, ④ 각 業務의 所要人力別 寄與比率를 조사하였다(附錄 3: 보건소의 업무별 업무량 및 소요인력 조사표 참조).

2) 保健所長 등으로 構成된 實務作業팀에 의한 作業

全國에서 수집된 조사표를 分析하고 이를 바탕으로 실무작업팀에 의해 보건소 유형별로 조직표를 作成하였다.

3) 學界 및 保健醫療界로부터 폭 넓은 意見收斂

實務作業팀에 의해 작성된 조직개편(안)에 대해 實務者, 학계 및 보건의료계 인사들에게 우편으로 意見收斂을 거쳐 最終案을 작성하였다.

마. 保健所 組織改編(案) 作成을 위해 考慮한 事項

1) 業務의 公正配分과 人力의 效率的 活用

일정서비스 공급에 필요한 目的機能 단위개념으로서 인력기준을 적용하였으며 업무의 성격과 業務量을 고려하여 ‘계’조직을 구성하였다. 이는 業務를 공정히 배분함으로써 인력의 效率的인 활용과 조직원의 사기를 고취시키기 위한 것이다.

2) 事業中心의 組織體系 運營

業務의 性格을 고려하여 유사한 성격을 서로 묶어 「과」조직을 구성하였으나 조직의 운영은 사업별 팀장 제도를 도입하여 운영하는 매트릭스 조직의 특성을 유지토록 하였다. 즉 保健所의 업무를 상황에 따라 효율적으로 提供할 수 있도록 하기 위해 사업별 팀제도를 운영하는 것을 基本 前提로 하였다. 팀체제의 운영은 保健所에서 전문인력을 여러개의 사업별로 공유할 수 있어서 專門人力 確保의 문제점을 완화할 수 있다. 예를 들면, 간호사와 치과위생사로 하여금 保健事業 수행시 實務遂行 전문인력의 역할을 담당하도록 한다.

3) 地域保健企劃 및 評價 機能 強化

地域保健醫療計劃의 작성, 수행, 평가를 위한 임시기구로서 保健所內에 保健企劃委員會를 설치하였다. 보건기획위원회의 구성은 보건소

장과 의사, 치과의사 등 보건소내 전문인력과 행정인력, 實務人力을 포함하여 5~6명으로 구성할 수 있다. 企劃·遂行 점검 및 보건소 業務調整은 보건행정계가 담당한다.

4) 保健所 分所 및 保健支所·保健診療所 支援 機能 強化

방문보건계와 구강보건계가 보건지소 및 보건진료소의 관련 사업을 지원하도록 한다. 건강관리실이나 圖書資料室을 운영하여 지역주민에게 健康情報를 체계적으로 제공하고 지역주민이 손쉽게 이용하도록 한다.

5) 多様な 新規事業의 導入

健康増進事業, 정신보건사업, 한방일차진료 등 신규사업을 도입하였고 주민에게 接近하여 서비스를 제공하는 訪問保健事業을 강화하였다.

6) 再活 및 社會福祉 서비스의 提供

기본적 재활서비스의 제공을 위한 再活療法室을 설치하였고 대도시 보건소에는 주간보호실(day care center)을 운영하여 노인 및 慢性 精神患者에 再活 및 요양서비스를 제공할 수 있도록 하였다.

7) 管理 및 監視 業務의 縮小

경제활동에 있어서의 자율성이 強化되는 시대적 요구에 따라 보건소의 관리 및 감독 業務를 축소하였으며 대도시 자치구 保健所 이외에는 醫藥管理業務를 보건행정과(계)에 부속시켜 인력과 관리의 효율성을 높였다.

8) 補助人力의 擴充

人力의 효율적인 活用과 人件費의 감소를 위해 補助人力을 확충할 수 있도록 하였으며 診療需要가 많은 대도시 및 중소도시의 보건소, 보건의료원내 진료실의 보조인력을 증원하여 醫師人力의 활용도를 최대한으로 높였다.

9) 健康管理室과 健康增進係를 통한 保健教育의 強化

건강증진계를 통하여 保健教育資料의 수집, 관리 및 개발을 담당하게 하여 保健教育資料를 효과적으로 관리하고 住民들이 이용할 수 있게 하였다. 건강증진계를 통하여 지역건강소식지를 지속적으로 발간하여 건강에 대한 주민들의 關心을 지속적으로 提高하며, 보건소가 주민들에게 친밀한 관공서로 다가갈 수 있도록 하였다. 건강관리실을 설치하여 지역내의 모든 주민들에 대한 健康情報와 각종 의료정보를 효율적으로 관리하며, 주민들의 요구시 의사인력과 치과의사인력과의 健康相談이 가능하게 하였다. 健康管理室을 통해 주민들이 필요한 醫療情報를 손쉽게 제공받을 수 있게 하였다.

10) 口腔保健事業의 單一한 管理體系의 마련

既存에 여러 부서에 나뉘어져 있으면서 실제로 거의 이루어지지 않고 있던 구강보건과 관련한 사업을 구강보건계에서 통합적으로 관리토록 하였으며 구강보건계에 소속된 치위생사인력은 구강보건계의 業務에 예시한 구강보건사업을 지역사회, 각급 학교등지에서 수행하는 실무인력의 역할을 수행할 수 있도록 하였다. 保健事業으로서의 상수도 불소화사업관리를 保健所에서 함으로써 치아우식증의 유병률관리, 반점치관리, 각 과정에서의 불소이온농도관리 등의 사업과 事業의 評價를 할 수 있도록 하였다.

바. 效率的 事業推進을 爲한 組織構造 改編(案)

1) 서울特別市の 區: 課別 業務의 性格 및 遂行人力

가) 서울特別市の 區 保健所 各 課 業務의 基本性格은 다음과 같다.

- 保健行政課: 보건소 업무 지원·조정, 지역보건의료 사항의 규제·관리
- 保健事業課: 지역주민을 대상으로 예방적·재활적 방문보건서비스 제공
- 健康增進課: 지역주민을 대상으로 건강증진서비스(보건교육 등) 제공
- 醫務課: 주민 개개인을 대상으로 일차수준의 외래진료서비스 제공
- 衛生課: 구청의 위생관계 업무 담당(공중위생·식품위생·위생지도)

나) 健康管理室의 의사 및 치과의사 각 1인은 각각 일반보건사업, 구강보건사업의 자문, 지도 감독, 수행 역할을 담당한다.

다) 人口 10만당 1개씩의 保健所 分所를 설치, 행정 기능은 제외하고 방문보건 서비스 사무실로 활용한다.

라) 保健所 分所와 보건지소를 설치하지 않은 대부분의 都市地域에서 방문보건사업을 충실히 遂行하기 위해서는 충분한 인원이 필요하므로 방문보건계에 배치된 간호사 人力은 지역별로 인원을 나누어 업무를 수행하게 한다.

〔圖 3-13〕 서울特別市 區保健所 組織(案)¹⁾

〈表 3-21〉 계속

과	계	담당 업무	의사참여특성	간호3(2)	비고
보건사업과	방문보건계	만성 퇴행성 질환 관리 모성 및 영유아 관리 노인보건사업	자문, 지도 감독, 수행	간호 15(10) 사회복지사 1	통합보건사업
	구강보건계	구강보건교육 음용수 불소화 사업 영유아 구강보건사업 학교 구강보건사업 노인 구강보건사업	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 1 치위생사 4	
	정신보건계	제가 만성 정신질환자 방문 주간치료실 연계	자문, 지도 감독, 수행	간호 4(2) 사회복지사 1	정신과 의사 정신간호사 1명
	건강증진계	금연 및 약물 지도 건강증진 캠페인 보건교육 및 교육방법 개발 교육 교재 및 자료 정리 지역건강소식지 발간	자문, 지도	보건·행정 2 간호 6 영양사 2	보건소 식단
건강증진과	건강관리실	개인 건강 상담 건강 점검 예방 접종 방문보건사업 지도·감독 구강보건사업 지도·감독 기타 보건사업의 자문 건강정보 축적 및 관리	자문, 지도 감독, 수행	의사 2 치과의사 1 간호 4(2) 정보 1 치위생사 1	
	도서자료실	교재 및 자료 관리·대출 보건 자료 수집 시청각 교육실	자문, 지도 감독	보건·행정 1 간호 1 정보 1	
	일반진료실	일차진료	수행	의사 2 간호 3(2)	
	한방진료실	한방일차진료	수행	한의사 1 간호 2(2)	
의무과	진료부	치과진료실	치과일차진료	수행	치과의사 1 치과위생사 2
		약국	약품 관리 및 조제	자문, 감독	약사 2
		재활요법실	물리치료 및 작업치료	자문, 지도 감독	물리치료사 2 작업치료사 1
		주간치료실	노인 및 만성 정신질환자 요양	자문, 지도	간호 3(2)
	질병관리계	전염병 관리 및 방역 성병 및 에이즈 관리	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 3 간호 4	
	검사계	임상병리 검사 방사선 검사	자문, 지도 감독	임상병리사 4 방사선기사 2	

註: ()는 간호조무사로 대체 가능

2) 廣域市 및 人口 50萬 以上の 市の 區: 業務의 性格 및 遂行人力

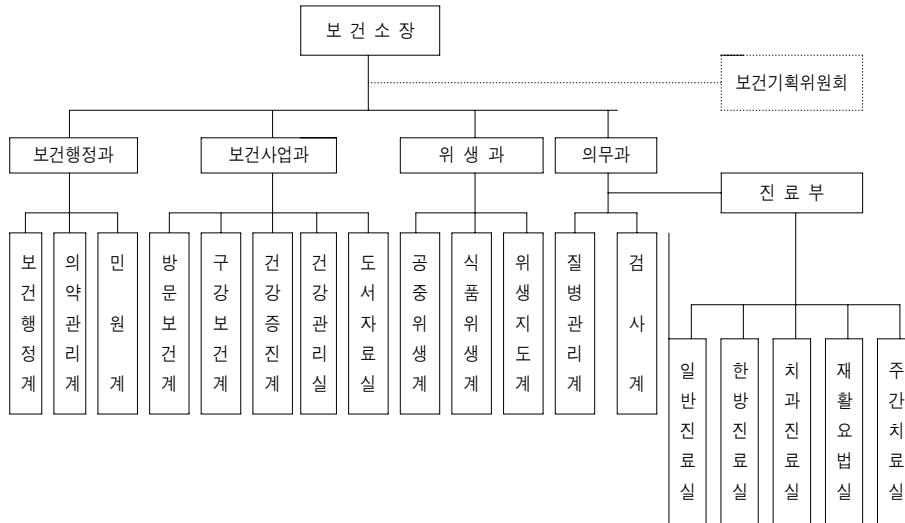
가) 廣域市 및 人口 50萬 以上の 市の 區 保健所 各 課 業務의 기본 성격은 다음과 같다.

- 保健行政課: 보건소 업무 지원·조정, 지역보건의료 사항의 규제·관리
- 保健事業課: 지역 전체를 대상으로 건강증진적 서비스 및 예방적·재활적 방문보건 서비스 제공
- 醫務課: 주민 개개인을 대상으로 일차 수준의 외래진료서비스 제공
- 衛生課: 시청의 위생관계 업무 담당(공중위생·식품위생·위생지도)

나) 健康管理室의 醫師 및 齒科醫師 각 1인은 각각 일반보건사업, 구강보건사업의 자문, 지도 감독, 수행 역할을 담당한다.

다) 保健所 分所나 保健支所를 설치하지 않는 대부분의 도시지역에서 방문보건사업을 충실히 수행하기 위해서는 충분한 인원이 필요하므로, 방문보건계에 배치된 看護師 人力을 지역별로 인원을 나누어 업무를 수행하게 한다.

[圖 3-14] 廣域市 및 人口 50萬 以上の 市の 區保健所 組織(案)



註: 1) 적정 인력: 총 80명(소장 및 과장 제외, 진료부장은 의무과장이 겸직)
 보건·행정 16, 정보 2, 간호36, 의사 4, 한의사 1, 약사 2, 치과의사 2,
 치위생사 6, 물리치료사 1, 작업치료사 1, 임상병리사 4, 방사선기사 2,
 사회복지사 2, 영양사 1

〈表 3-22〉 廣域市 및 人口 50萬 以上の 市の 區保健所 組織構成

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
기획위원회		지역보건기획 작성·평가	자문, 지도 수행		기능적 단위
보건행정과	보건행정계	총무(인사 및 서무), 예산 시설 및 물자 관리	자문	보건·행정 4	
		보건기획 수행의 통제 보건소 업무 조정 보건행정 통계 처리			
	의약관리계	의무 및 약무 관리	자문	보건·행정 3	
	민원계	보건 관련 민원 처리	자문	보건·행정 4 간호 1	
위생과	공중위생계				
	식품위생계				
	위생지도계				

〈表 3-22〉 계속

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
보건사업과	건강증진계	금연 및 약물 지도 건강증진 캠페인 보건교육 및 교육방법 개발 교육 교재 및 자료 정리 지역건강소식지 발간	자문, 지도	보건·행정 1 간호 6 영양사 1	
	방문보건계	만성 퇴행성 질환 관리 모성 및 영유아 관리	자문, 지도 감독, 수행	간호 15(10) 사회복지사 1	통합보건사업 정신간호사 1명
		노인보건사업			
		정신보건사업			
	구강보건계	구강보건교육 음용수 불소화 사업 영유아 구강보건사업 학교 구강보건사업 노인 구강보건사업	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 1 치위생사 4	
	건강관리실	개인 건강 상담 건강 검진 예방 접종 방문보건사업 지도·감독 구강보건사업 지도·감독 기타 보건사업의 자문 건강정보 축적 및 관리	자문, 지도 감독, 수행	의사 2 치과의사 1 간호 3(2) 정보 1	
	도서자료실	교재 및 자료 관리·대출 보건 자료 수집 시청각 교육실	자문, 지도 감독	보건·행정 1 간호 1 정보 1	
의무과	진료 부	일반진료실	일차진료	수행	의사 2 간호 3(2)
		한방진료실	한방일차진료	수행	한의사 1 간호 2(1)
		치과진료실	치과일차진료	수행	치과의사 1 치과위생사 2
		약 국	약품 관리 및 조제	자문, 감독	약사 2
		재활요법실	물리치료 및 작업치료	자문, 지도 감독	물리치료사 1 작업치료사 1
		주간치료실	노인 및 만성 정신질환자 요양	자문, 지도	간호 3(2) 사회복지사 1
		질병관리계	전염병 관리 및 방역 성병 및 에이즈 관리	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 2 간호 2
	검 사 계	임상병리 검사 방사선 검사	자문, 지도 감독	임상병리사 4 방사선기사 2	

註: ()는 간호조무사로 대체 가능

3) 人口 50萬 未滿 人口 30萬 以上の 市: 業務의 性格 및 遂行人力

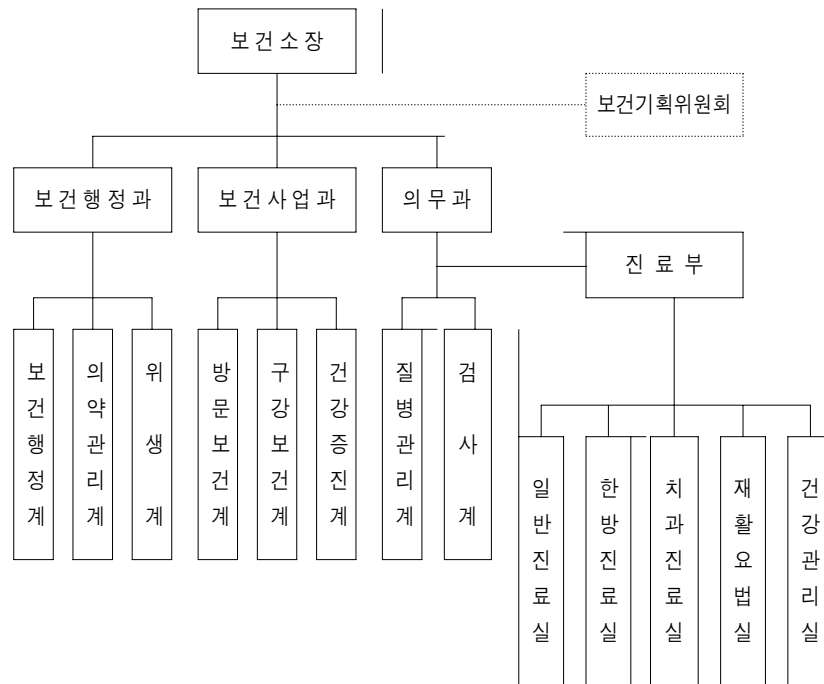
가) 인구 50만 미만 인구 30만 이상의 市 保健所 各 課 業務의 基本 性格은 다음과 같다.

- 保健行政課: 보건소 업무 지원·조정, 지역보건의료 사항을 규제·관리하고 시청의 위생관계 업무를 담당(공중위생·식품위생·위생지도)
- 保健事業課: 지역 전체를 대상으로 건강증진적 서비스 및 예방적·재활적 방문보건 서비스 제공
- 醫務課: 주민 개개인을 대상으로 일차수준의 외래진료서비스 제공

나) 健康管理室의 의사 및 치과의사 각 1인은 각각 일반보건사업, 구강보건사업의 諮問, 指導·監督, 수행 역할을 담당한다.

다) 保健所 分所나 保健支所를 설치하지 않는 대부분의 도시지역에서 방문보건사업을 충실히 수행하기 위해서는 충분한 인원이 필요하므로, 방문보건계에 配置된 간호사 인력을 지역별로 人員을 나누어 업무를 수행하게 한다.

〔圖 3-15〕 人口 50萬 未滿 人口 30萬 以上の 市 保健所 組織(案)¹⁾



註: 1) 적정 인력: 총 58명(소장 및 과장 제외 ; 진료부장은 의무과장이 겸직)
 보건·행정 11, 정보 1, 간호 23, 의사 4, 한의사 1, 약사 2, 치과의사 2,
 치위생사 6, 물리치료사 1, 작업치료사 1, 임상병리사 3, 방사선기사 2,
 영양사 1

〈表 3-23〉 人口 50萬 未滿 人口 30萬 以上の 市 保健所 組織構成

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
기획위원회		지역보건기획 작성·평가	자문, 수행		기능적 단위
보건행정과	보건행정계	총무, 민원, 예산 시설 및 물자 관리 보건기획 수행의 통제 보건소 업무 조정 보건행정 통계 처리	자문	보건·행정 4	민원 업무 담당 공동사무실 사용
	의약관리계	의무 및 약무 관리	자문	보건·행정 3	
	위 생 계	식품 및 공중 위생	자문		
보건사업과	건강증진계	금연 및 약물 지도 건강증진 캠페인 보건교육 교육 교재 및 자료 정리 지역건강소식지 발간	자문, 지도	보건·행정 1 간호 6 영양사 1	
	방문보건계	만성 퇴행성 질환 관리 모성 및 영유아 관리	자문, 지도 감독, 수행	간호 7(5)	통합보건사업
		노인보건사업			
		정신보건사업			
	구강보건계	구강보건교육 음용수 불소화 사업 영유아 구강보건사업 학교 구강보건사업 노인 구강보건사업	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 1 치위생사 4	통합구강보건사업
의무과	진 료 부	일반진료실	일차진료	수행	의사 2 간호 3(2)
		한방진료실	한방일차진료	수행	한의사 1 간호 2(1)
		치과진료실	치과일차진료	수행	치과의사 1 치과위생사 2
		건강관리실	개인 건강 상담 건강 검진 예방 접종 방문보건사업 지도·감독 구강보건사업 지도·감독 기타 보건사업의 자문 건강정보 축적 및 관리 교재 및 자료 관리·대출	자문, 지도 감독, 수행	의사 2 치과의사 1 간호 3(2) 정보 1

〈表 3-23〉 계속

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
의무과	진료부	약 국	약품 관리 및 조제	자문, 감독	약사 2
		재활요법실	물리치료 및 작업치료	자문, 지도 감독	물리치료사 1 작업치료사 1
	질병관리계	전염병 관리 및 방역	자문, 지도	보건·행정 2	간호 2
		성병 및 에이즈 관리	감독, 수행		
	검 사 계	임상병리 검사	자문, 지도	임상병리사 3	
		방사선 검사	감독,	방사선기사 2	

註: ()는 간호조무사로 대체 가능

4) 都農複合形態의 市: 課別 業務의 性格 및 遂行人力

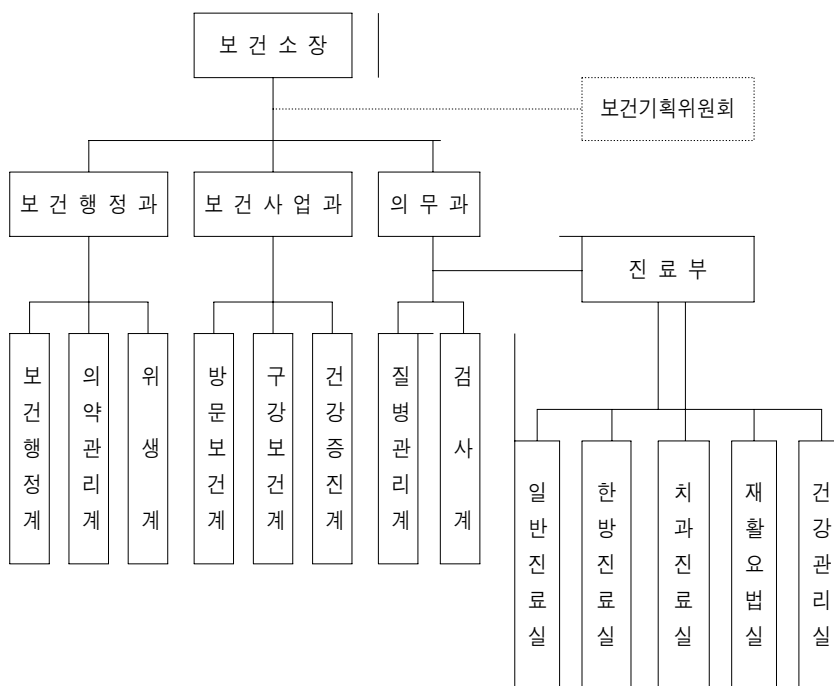
가) 都農複合型 統合市 保健所 各 課 業務의 基本 性格은 다음과 같다.

- 保健行政課: 보건소 업무 지원·조정, 지역보건의료 사항을 규제·관리하고, 시청의 위생관계 업무를 담당(공중위생·식품위생·위생지도)
- 保健事業課: 지역 전체를 대상으로 건강증진적 서비스 및 예방적·재활적 방문보건 서비스 제공
- 醫務課: 주민 개개인을 대상으로 일차수준의 외래진료서비스 제공

나) 都農複合型 地域 統合市 보건소중 기존의 郡保健所는 통합시 보건소(도농복합형 보건소)의 分所로 설치하여 행정 기능을 제외한 방문보건 서비스 및 一次診療 서비스를 제공하는 거점으로 삼는다.

다) 健康管理室의 醫師 및 치과의사 각 1인은 각각 일반보건사업, 구강보건사업의 자문, 지도 감독, 수행 역할을 담당한다.

〔圖 3-16〕 都農複合形態의 市 保健所 組織(案)¹⁾



註: 1) 적정 인력: 총 53명(소장 및 과장 제외, 진료부장은 의무과장이 겸직)
 보건·행정 10, 정보 1, 간호 19, 의사 4, 한의사 1, 약사 2, 치과의사 2,
 치위생사 5, 물리치료사 1, 작업치료사 1, 임상병리사 3, 방사선기사 2, 영
 양사 1, 사회복지사 1

〈表 3-24〉 都農複合形態의 市 保健所 組織構成

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
기획위원회		지역보건기획 작성·평가	자문, 수행		기능적 단위 선지공 활용
보건행정과	보건행정계	총무, 민원, 예산 시설 및 물자 관리 보건기획 수행의 통제 보건소 업무 조정 보건행정 통계 처리	자문	보건·행정 4	민원 업무 담당 공동사무실 사용
	의약관리계	의무 및 약무 관리	자문	보건·행정 2	
	위 생 계	식품 및 공중 위생	자문		
보건사업과	건강증진계	금연 및 약물 지도 건강증진 캠페인 보건교육 교육 교재 및 자료 정리 지역건강소식지 발간	자문, 지도	보건·행정 1 간호 6 영양사 1	
	방문보건계	만성 퇴행성 질환 관리 모성 및 영유아 관리	자문, 지도 감독, 수행	간호 4(2) 사회복지사 1	통합보건사업 보건지소 지원
		노인보건사업			보건진료소 지원
		정신보건사업 읍면 방문보건사업 지원			
	구강보건계	구강보건교육 음용수 불소화 사업 영유아 구강보건사업 학교 구강보건사업 노인 구강보건사업 읍면 구강보건사업 지원	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 1 치위생사 4	통합구강보건사업 보건지소 지원 보건진료소 지원

〈表 3-24〉 계속

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
의무과	진료부	일반진료실	일차진료	수행	의사 2 간호 3(2)
		한방진료실	한방일차진료	수행	한의사 1 간호 1(1)
		치과진료실	치과일차진료	수행	치과의사 1 치과위생사 1
		건강관리실	개인 건강 상담 건강 검진 예방 접종 방문보건사업 지도·감독 구강보건사업 지도·감독 기타 보건사업의 자문 건강정보 축적 및 관리 교제 및 자료 관리·대출	자문, 지도 감독, 수행	의사 2 치과의사 1 간호 3(2) 정보 1
		약국	약품 관리 및 조제	자문, 감독	약사 2
		재활요법실	물리치료 및 작업치료	자문, 지도 감독	물리치료사 1 작업치료사 1
	검사계	질병관리계	전염병 관리 및 방역 성병 및 에이즈 관리	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 2 간호 2
		검사계	임상병리 검사 방사선 검사	자문, 지도 감독	임상병리사 3 방사선기사 2

註: ()는 간호조무사로 대체 가능

5) 郡單位 保健所: 課別 業務의 性格 및 遂行人力

가) 郡單位 保健所 各 課 業務의 기본 성격은 다음과 같다.

- 保健事業課: 보건소 업무 지원·조정, 지역보건의료 사항을 규제·관리하고 시정의 위생관계 업무를 담당(공중위생·식품위생·위생지도)하고, 지역 전체를 대상으로 건강증진적 서비스 및 예방적·재활적 방문보건 서비스 제공
- 醫務課: 주민 개개인을 대상으로 일차수준의 외래진료서비스 제공

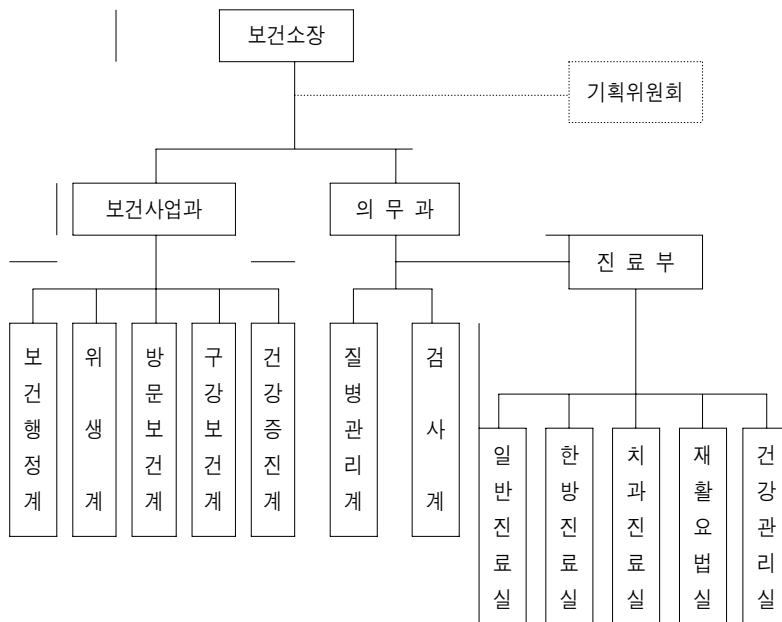
나) 農村型 보건소의 一次診療 機能 및 건강상담 기능을 강화한다.

이를 위해 공중보건 의사 인력을 포함, 도농복합형 및 중소도시

형 보건소와 비슷한 수준의 醫師 人力을 確保한다.

다) 健康管理室의 醫師 및 치과의사 각 1인은 각각 일반보건사업, 구강보건사업의 자문, 지도 감독, 수행 역할을 담당한다.

[圖 3-17] 郡單位 保健所 組織(案)¹⁾



註: 1) 적정 인력: 총 50명(소장 및 과장 제외, 진료부장은 의무과장이 겸직)
 보건·행정 10, 정보 1, 간호 18, 의사 4, 한의사 1, 약사 2, 치과의사 2,
 치위생사 5, 물리치료사 1, 작업치료사 1, 임상병리사 3, 방사선기사 2

〈表 3-25〉 郡單位 保健所 組織構成

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
기획위원회		지역보건기획 작성·평가	자문, 지도, 수행		기능적 단위 선지공 활용
보건사업과	보건행정계	총무, 민원, 예산 시설 및 물자 관리 의무 및 약무 관리 보건기획 수행의 통제 보건소 업무 조정	자문	보건·행정 6	민원 업무 담당 공동사무실 사용
	위 생 계	식품 및 공중 위생	자문		
	건강증진계	금연 및 약물 지도 건강증진 캠페인 보건교육 교육 교재 및 자료 정리 지역건강소식지 발간	자문, 지도	보건·행정 1 간호 4 영양사 1	
	방문보건계	만성 퇴행성 질환 관리 모성 및 영유아 관리	자문, 지도 감독, 수행	간호 4(2)	통합보건사업 보건지소 지원 보건진료소 지원
		노인보건사업			
		정신보건사업			
	구강보건계	구강보건교육 음용수 불소화 사업 영유아 구강보건사업 학교 구강보건사업 노인 구강보건사업	자문, 지도, 감독, 수행	보건·행정 1 치위생사 4	통합구강보건사업 보건지소 지원 보건진료소 지원
의무과	진 료 부	일반진료실	일차진료	수행	의사 2, 간호 1 간호 3(2)
	한방진료실	한방일차진료	수행	한의사 1 간호 2(1)	
	치과진료실	치과일차진료	수행	치과의사 1 치과위생사 1	
	건강관리실	개인 건강 상담 건강 검진 예방 접종 방문보건사업 지도·감독 구강보건사업 지도·감독 기타 보건사업의 자문 건강정보 축적 및 관리 교재 및 자료 관리·대출	자문, 지도 감독, 수행	의사 2 치과의사 1 간호 3(2) 정보 1	
	약 국	약품 관리 및 조제	자문, 감독	약사 2	

〈表 3-25〉 계속

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
의무과	재활요법실	물리치료 및 작업치료	자문, 지도 감독	물리치료사 1 작업치료사 1	
	질병관리계	전염병 관리 및 방역 성병 및 에이즈 관리	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 2 간호 2	
	검 사 계	임상병리 검사 방사선 검사	자문, 지도 감독	임상병리사 3 방사선기사 2	

註: ()는 간호조무사로 대체 가능

6) 保健醫療院이 設置된 郡: 課別 業務의 性格 및 遂行人力

가) 保健醫療院 各 課 業務의 基本 性格은 다음과 같다.

- 保健行政課: 보건소 업무 지원·조정, 지역보건의료 사항을 규제·관리하고 시정의 위생관계 업무를 담당(공중위생·식품위생·위생지도).
- 保健事業課: 지역을 대상으로 예방적·재활적 방문보건 서비스를 제공함.
- 健康増進센터: 지역과 주민 개개인을 대상으로 재활 및 영양서비스, 보건교육 등의 건강증진 서비스 제공
- 診療部: 주민 개개인을 대상으로 일차수준의 외래진료 서비스 제공

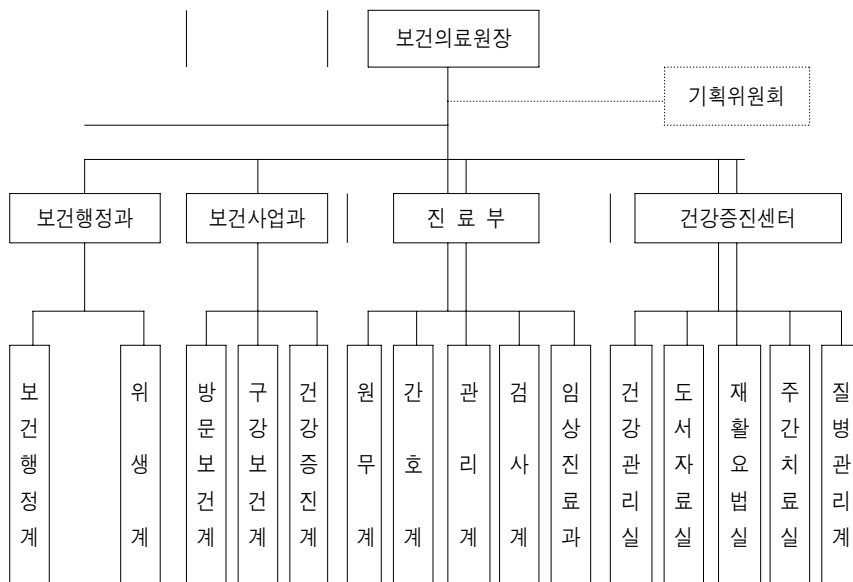
나) 保健醫療院을 포괄적 保健醫療 서비스 제공기관으로 육성할 수 있도록 건강증진 부문과 再活 부문을 조직체계에서 강조한다. 건강증진-예방-진단 및 치료-재활로 이어지는 연속적·포괄적 보건의료 서비스를 제공한다.

다) 건강관리실의 의사 및 齒科醫師 각 1인은 각각 일반보건사업, 구강보건사업의 자문, 지도 감독, 수행 역할을 담당한다.

라) 保健醫療院 전체 시설 및 물자 관리 總括은 보건행정과 보건행정계가, 진료부 및 건강증진센터의 시설 및 물자 관리는 진료부 관리계가 담당한다.

마) 健康増進센터의 책임자는 診療部長이 겸임하되, 의무직 공무원으로 임명한다.

[圖 3-18] 保健醫療院이 設置된 郡 保健所 組織(案)¹⁾



註: 1) 적정인력:총 101명(소장 및 과장 제외, 건강센터실장은 진료부장이 겸직)
 보건·행정 21, 정보 2, 간호 46, 의사 10, 한의사 1, 약사 2, 치과의사 2,
 치위생사 6, 물리치료사 1, 작업치료사 1, 임상병리사 4, 방사선기사 3, 사
 회복지사 1, 영양사 1

〈表 3-26〉 保健醫療院이 設置된 郡 保健所 組織構成

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
기획위원회		지역보건기획 작성·평가	자문, 지도 수행		기능적 단위
보건행정과	보건행정계	총무(인사 및 서무), 예산 시설 및 물자 관리	자문	보건·행정 6	
		보건기획 수행의 통제 보건소 업무 조정 보건행정 통계 처리 의무 및 약무 관리			
	위 생 계	공중 위생, 식품 위생 등			
보건사업과	건강증진계	금연 및 약물 지도 건강증진 캠페인 보건교육 및 교육방법 개발 교육 교재 및 자료 정리 지역건강소식지 발간	자문, 지도	보건·행정 1 간호 6 영양사 1	
	방문보건계	만성 퇴행성 질환 관리 모성 및 영유아 관리	자문, 지도 감독, 수행	간호 4(2)	통합보건사업 보건지소 지원 보건진료소 지원 정신간호사 1명
		노인보건사업			
		정신보건사업			
	구강보건계	구강보건교육 음용수 불소화 사업 영유아 구강보건사업 학교 구강보건사업 노인 구강보건사업	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 1 치위생사 4	
진료부	임상진료과	가정의학과	수행	의사 1, 간호 2	간호사는 모두 간호조무사로 대치 가능
		내과		의사 1, 간호 2	
		일반외과		의사 1, 간호 1	
		소아과		의사 1, 간호 1	
		산부인과		의사 1, 간호 2	
		정형외과		의사 1, 간호 1	
		치과		의사 1, 치위생사 1	
		한방과 응급실		의사 1, 간호 1 의사 2, 간호 2	
	원 무 계	의료보험·의료보호 청구 의무기록 작성 및 관리 입퇴원 수속(수납 등)	지도, 감독	보건·행정 6 정보 1	
	관 리 계	진료부 등 시설 관리 구매·창고 관리	지도, 감독	보건·행정 5	

〈表 3-26〉 계속

과	계	담당 업무	의사참여특성	실무담당인력	비 고
	간 호 계	병실 수술실	자문, 지도 감독	간호 15	
		분만실			
		응급실			
	검 사 계	임상병리 검사 방사선 검사	자문, 지도 감독	임상병리사 3 방사선기사 3	
	약 국	약품 관리 및 조제	자문, 감독	약사 2	
건강증진센터	건강관리실	개인 건강 상담 건강 검진 예방 접종 방문보건사업 지도·감독 구강보건사업 지도·감독 기타 보건사업의 자문 건강정보 축적 및 관리	자문, 지도 감독, 수행	의사 2 치과의사 1 간호 3(2) 정보 1	
	도서자료실	교재 및 자료 관리·대출 보건 자료 수집	자문, 지도 감독	정보 1 간호 1	
		시청각 교육실			
	재활요법실	물리치료 및 작업치료	자문, 지도 감독	물리치료사 1 작업치료사 1	
	주간치료실	노인 및 만성 정신질환자 요양	자문, 지도 감독	간호 3(2) 사회복지사 1	
	질병관리계	전염병 관리 및 방역 성병 및 에이즈 관리	자문, 지도 감독, 수행	보건·행정 2 간호 2	

註: ()는 간호조무사로 대체 가능

第4節 人力

1. 人力 現況

保健所는 地域保健法の 목적에 제시된 바와 같이 지역주민의 건강 관리와 증진을 위해 설립된 公共保健組織의 中樞的인 機關으로 專門的인 保健醫療 서비스가 수행되는 組織이다. 따라서 그 전문성을 확보하기 위해서 우수한 專門人力의 適正數 및 適正比率의 확보는 必須的인 組織要件이 된다.

보건소 구성인력의 職種은 國家免許를 소지한 醫療人力과 醫療技士人力, 營養士 등 10여 종이 넘는 전문분야의 인력과 保健職, 行政職 그외 機能職, 別定職 등으로 이루어져 있다. 이와 같이 다양한 직종의 전문인력이 醫務職, 看護職, 保健職, 醫療技術職, 機能職의 直列別로 定員이 설정되어 이를 기준으로 임용, 승진이 이루어진다.

保健所가 지역별로 지역의 보건요구에 적합한 보건의료사업을 수행하기 위해서는 적정 전문인력의 양적 확보, 전문인력별 적정비율 확보가 중요하나 이제까지는 보건소의 조직여건상 보건소 인력의 수는 內務部の 地方公務員 定員規定에 묶여 지역별 특성과 보건소의 사업 필요성에 부응하여 조정되거나 충원되어 오지 못하여 왔다.

1992년에는 보건사회부 훈령 제639호(1992. 5. 27)로 전문인력 기준이 <表 3-27>과 같이 제시되었으나 근본적으로 수요충족을 위한 인력계획에 입각하지 않고 있으며, 보건소 전문인력확보에 一助하기는 하였으나 지방자치제의 실시 이전 지방공무원 인사관리 주무부서였던 내무부와 협의 등의 문제로 인하여 실효를 거두지 못하였다. 그 기준도 단순히 인구 10만명당을 기준으로 구분되어 있어 우리나라와 같이 보건소의 관할 인구의 규모가 12,000~673,000명으로 相異하고 地域의

社會·經濟的, 地理的 여건에 따라 보건행정서비스 需要가 다른 현실을 반영하지 못하여 왔다.

〈表 3-27〉 保健所 專門人力 配置基準

	인구 10만명 이상	인구 10만명 미만
의사	2	2
치과의사	1	1
간호사	10	9
약사	2	1
임상병리사	4	3
방사선사	2	2
물리치료사	1	1
치과위생사	1	1
간호조무사	(2)	(2)
영양사	(1)	(1)

註: ()내 인력은 간호사와 대체될 수 있음.
資料: 보건사회부 훈령 제639호(1992. 5. 27)

가. 地域別 保健所 人力規模

1) 全體 人力

항상 유동적인 보건소 인력을 정확히 파악하는 것은 쉽지 않다. 그 이유중의 하나는 保健所는 인력의 범위에 보건소 자체인력과 邑·面 單位の 保健支所 및 保健診療所 인력도 산하인력으로 포함되어 있는 다층적인 조직이기 때문이다. 또한 保健所의 專門職人力과 保健支所의 公衆保健醫는 일정기간 계약직이거나 한시적인 인력으로 이들의 신분상 배치현황과 소속상태가 그때 그때마다 유동적이다. 고용직의 형태로 근무하는 임시직도 조사시점에 따라 차이가 있기 때문이다. 조사시점과 조사방법에 따라 현재의 보건소 인력은 대략 19,000~20,000명 정도로 파악되고 있다. 1994년 보건복지부 통계(보건복지부, 1995)는

전국의 보건소 인력이 20,295명으로 이 중 保健所에 11,016명, 保健支所에 7,234명, 保健診療所에 2,045명이 배치된 것으로 파악되고 있다(表 3-28 참조). 보건지소, 보건진료소 인력이 많은 통합시, 일반군, 보건 의료원 지역은 지소 및 진료소 인력을 제외하면 순수 보건소 인력은 이보다 크게 줄어드는데 본 연구에서는 분리되어 조사가 되지 못하였다.

〈表 3-28〉 保健所, 保健支所, 保健診療所 配置 地域保健人力 現況(1994)

(단위: 명)

	계	보건소	보건지소	보건진료소
의 사	2,108	760	1,348	-
치 과 의 사	1,104	151	953	-
약 사	171	171	-	-
간 호 사	3,260	3,260	-	-
보 건 진 료 원	2,045	-	-	2,045
통합보건요원	3,853	-	3,853	-
임 상 병 리 사	573	573	-	-
방 사 선 사	372	372	-	-
치 과 위 생 사	1,336	256	1,080	-
기 타 보 건 직	2,527	2,527	-	-
행 정 직	664	664	-	-
기 능 직	2,282	2,282	-	-
총 계	20,295	11,016	7,234	2,045

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1995.

〈表 3-29〉에서 순수 보건소 인력을 조사한 1992년의 전국 보건소 조사결과를 보면 서울특별시 78.4명, 직할시 46.0명, 중도시 42.1명, 소도시 30.7명, 인구 10만명 이상 군 35.7명, 인구 10만명 미만 군 32.9명, 보건의료원 57.8명으로 전국 평균 40.4명으로 나타나고 있다(임종권 외, 1992).

〈表 3-29〉 地域別 保健所 自體人力 分布現況(1992)¹⁾

(단위: %)

현 인력수	서울시	직할시	중도시	소도시	군(A) ²⁾	군(B) ²⁾	의료원	계
39 이하	0.0	29.6	42.9	90.5	68.0	80.0	0.0	59.6
40~59	0.0	62.9	47.7	9.5	32.0	18.6	53.9	25.5
60~79	70.6	7.4	9.5	0.0	0.0	1.4	46.1	10.3
80 이상	29.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
현원평균(명)	78.4	46.0	42.1	30.7	35.7	32.9	57.8	40.4
정원평균(명)	83.1	45.8	41.5	29.6	35.0	32.6	49.4	39.9

註: 1) N: 응답한 보건소 수

2) 군(A): 인구 10만명 이상 군보건소

군(B): 인구 10만명 미만 군보건소

資料: 임종권·김혜련, 『지방자치화에 따른 보건소기능 및 행정체계 개선연구』, 한국보건사회연구원, 1992.

1996년 2월 현재 전국의 241개 보건소중 보건소의 인력 배치가 아직 이루어지지 않은 광주광역시 남구 보건소를 제외한 全國 240個 保健所의 人力現況(保健支所, 保健診療所 人力 포함)을 地域類型別로 보면 <表 3-30>과 같다.

1996년 2월 현재 전국적인 보건소 인력의 규모를 보면 보건지소, 보건진료소 인력을 포함하여 19,824명이 배치되어 보건소당 평균 82.6명이 배치되어 있다. 지역 유형별로 보건지소, 보건진료소 인력을 포함한 平均 保健所 人力은 特別市 80.8명, 廣域市 48.8명, 中小都市 41.3명, 統合市 111.8명 一般郡 96.7명, 保健醫療院 地域 111.9명으로 중소도시와 광역시의 보건소 인력이 타지역에 비하여 매우 작은 것으로 나타났다. 통합시, 일반군, 보건의료원 지역은 <表 3-30>에서 볼 수 있는 바와 같이 보건지소, 보건진료소 인력으로 인하여 전체 관할지역의 보건인력의 규모가 매우 방대한 상태이다.

〈表 3-30〉 保健所 類型別 保健所(支所 包含) 人力現況(1996)

인력 종별		계 (N=240)	특별시 (N=25)	광역시 (N=40)	중소도시 (N=36)	통합시 (N=45)	일반군 (N=78)	보건의료원 (N=16)
보건소전체	계	19,824	2,020	1,953	1,485	5,033	7,544	1,790
인력수	평균	82.6(38.1)	80.8(5.6)	48.8(16.3)	41.3(21.0)	111.8(44.2)	96.7(25.3)	111.9(25.8)
의사인력 ¹⁾	계	2,527	156	158	79	792	1,085	257
	평균	10.5(10.0)	6.2(0.8)	4.0(5.5)	2.2(5.1)	17.6(12.5)	13.9(8.0)	16.1(10.7)
전문·의무직	계	279	156	75	20	15	11	2
의사 ²⁾	평균	1.1(1.9)	6.2(0.8)	1.9(1.0)	0.6(0.6)	0.3(0.6)	0.1(0.4)	0.1(0.3)
공중보건직	계	2,248	-	83	59	777	1,074	255
(일반의및치과의)	평균	9.4(10.7)	-(-)	2.1(5.9)	1.6(5.2)	17.2(12.7)	13.8(8.0)	15.9(10.6)
간호인력(계) ³⁾	계	8,799	677	796	623	2,273	3,693	737
	평균	36.7(20.5)	27.1(2.7)	19.9(10.0)	17.3(12.6)	50.5(22.3)	47.3(15.9)	46.1(15.3)
간호사(C) ⁴⁾	계	3,352	646	505	354	716	892	239
	평균	14.0(6.4)	25.8(2.4)	12.6(5.0)	9.8(3.0)	15.9(5.8)	11.4(4.4)	15.0(5.5)
간호조무사	계	3,426	31	224	214	972	1,696	289
	평균	14.3(13.3)	1.2(1.2)	5.6(5.7)	5.9(7.6)	21.6(15.4)	21.7(11.4)	18.1(10.5)
의료기술	계	1,882	265	229	156	405	689	138
인력(계) ⁵⁾	평균	7.8(4.6)	10.6(1.7)	5.7(2.5)	4.3(2.9)	9.0(5.3)	8.8(5.1)	8.6(4.9)
약사	계	158	109	27	14	4	3	1
	평균	0.7(1.4)	4.4(1.0)	0.7(0.6)	0.4(0.5)	0.09(0.60)	0.03(0.19)	0.06(0.25)
위생사(보건직)	계	268	14	18	28	75	109	24
	평균	1.1(1.8)	0.6(0.8)	0.5(0.8)	0.7(1.6)	1.7(2.5)	1.4(1.9)	1.5(1.8)
보건직	계	2,947	179	213	168	850	1,211	326
(기술직 제외) ⁶⁾	평균	12.3(12.6)	7.2(2.2)	5.3(3.3)	4.7(2.7)	18.9(18.1)	15.5(11.8)	20.4(14.9)
행정직	계	706	185	105	60	140	159	57
	평균	2.9(2.1)	7.4(2.5)	2.6(1.2)	1.7(0.7)	3.1(1.6)	2.0(1.2)	3.6(1.2)
기능 및 고용직	계	2,319	406	370	323	476	510	234
	평균	9.7(5.3)	16.2(3.4)	9.3(5.2)	9.0(3.4)	10.5(6.0)	6.5(2.9)	14.6(5.6)

註: 1) 의사인력 계는 의무직 보건소장을 제외한 의사인력임(의무·전문직의사+공중보건직)

2) 전문의무직 의사인력은 의무직 보건소장은 제외되고 전문직 치과의사가 포함됨. 서울 지역은 대부분 치과의사 1인이 배치되어 있으며 기타 지역은 대부분 의사인력임.

3) 간호인력 계는 간호사, 간호조무사, 보건진료원이 포함됨.

4) 간호사(C) 인력은 간호직 간호사와 보건직중 간호사 인력을 포함함.

5) 의료기술인력은 의무기술직렬과 보건직렬의 병리사, 방사선사를 포함하였음. 서울지역에서는 물리치료사도 포함됨.

6) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며 비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이 일부 포함된 인력으로 기타 대부분은 비기술직 인력임.

7) ()는 표준편차임.

전국적으로 평균 인력을 보면 醫師는 1.1명(공중보건의까지 포함하면 10.5명), 간호사는 14.0명(간호조무사, 보건진료원을 포함하면 간호 인력은 36.7명), 약사 0.7명, 의료기술인력 7.8명, 비기술직 보건직 12.3명, 행정직 2.9명, 기능 및 고용직 9.7명이다. 지역유형별로는 서울시의 경우 의사, 간호사, 의료기술 인력, 약사인력, 행정직의 수가 타지역에 비하여 많으며 전체 인력수가 많음에도 보건직, 간호조무사 수는 작은 것으로 나타났다.

人口 規模別 保健所人力 전체수는 保健支所 인력이 포함되었기 때문에 인구 10만 이상~20만 미만의 지역에서 가장 많았다. 인력별로는 의사, 간호사, 약사, 행정직, 기능직 및 고용직이 인구규모 순서대로 인력의 평균수가 많은 편이었으나 공중보건의, 간호조무사, 위생사, 비기술직 보건직은 인구규모가 20만 미만인 지역에서 그 수가 많았고 특히 인구 규모가 10만 이상~20만 미만 지역에서 다소 높은 것으로 나타났다(表 3-31 참조).

2) 保健所長

保健所의 책임자인 보건소장은 대내외적으로 보건소의 활성화에 가장 큰 변수로 작용한다. 1995년말 현재 240개 보건소의 보건소장의 직렬은 108명(45%)이 의무직렬이며 132명(55%)이 보건직렬로서 의무직 보건소장이 1992년 보건소 전국조사시에 비해 약간 늘어난 추세이다. 1992년 조사에서는 보건소장의 17.8%가 4급, 82.2%가 5급이며 면허자격은 24.2%가 전문의, 14.9%가 일반의, 23.7%가 위생사, 14.0%가 의료기사, 1.4%가 약사면허를 가지고 있으며 나머지 21.9%는 자격증이 없는 보건직이었다. 1992년 조사당시 평균 보건소 근무기간은 15.0년이며, 보건소장 수임기간은 6.2년인 것으로 나타났다(表 3-32 참조)(임종권 외, 1992).

〈表 3-31〉 管轄 人口 規模別 保健所(支所 包含) 人力現況(1996)

인력 구분	계 (N=240)	인구 10만 미만 (N=94)	인구 10만~20만 미만 (N=55)	인구 20만 이상 (N=91)
전체인력수	19,824	8,273	5,317	6,234
평균	82.6(38.1)	88.0(31.3)	96.7(46.6)	68.5(34.4)
의사인력(계) ¹⁾	2,527	1,219	752	556
평균	10.5(10.0)	13.0(9.4)	13.7(13.0)	6.1(6.5)
전문·의무직 의사 ²⁾	279	20	35	224
평균	1.1(1.9)	0.2(0.5)	0.6(1.0)	2.6(2.5)
공중보건의	2,248	1,199	717	332
평균	9.4(10.7)	12.8(9.4)	13.0(13.4)	3.7(7.2)
간호인력(계) ³⁾	8,799	3,811	2,491	2,497
평균	36.7(20.5)	40.5(17.7)	45.3(25.0)	27.4(16.3)
간호사(C) ⁴⁾	3,352	1,034	751	1,567
평균	14.0(6.4)	11.0(4.5)	13.6(5.2)	17.2(7.1)
간호조무사	3,426	1,657	1,112	657
평균	14.3(13.3)	17.6(11.9)	20.2(15.5)	7.2(9.7)
의료기술인력(계) ⁵⁾	1,882	689	506	687
평균	7.8(4.6)	7.3(4.6)	9.2(5.2)	7.5(4.2)
약사	158	8	12	138
평균	0.7(1.4)	0.08(0.32)	0.21(0.63)	1.52(1.89)
위생사	268	118	87	63
평균	1.1(1.8)	1.2(1.7)	1.6(2.3)	0.7(1.4)
보건직(기술직 제외) ⁶⁾	2,947	1,360	794	793
평균	12.3(12.6)	14.5(13.0)	14.4(13.8)	8.7(10.5)
행정직	706	219	136	351
평균	2.9(2.1)	2.3(1.3)	2.4(1.3)	3.9(2.8)
기능 및 고용직	2,319	741	494	1,084
평균	9.7(5.3)	7.9(4.6)	9.0(4.6)	11.9(5.6)

註: 1) 의사인력 계는 의무직 보건소장을 제외한 의사인력임(의무·전문직 의사+공중보건의)

2) 전문의무직 의사인력은 의무직 보건소장은 제외되고 전문직 치과 의사가 포함됨. 서울지역은 대부분 치과 의사 1인이 배치되어 있으며 기타 지역은 대부분 의사인력임.

3) 간호인력 계는 간호사, 간호조무사, 보건진료원이 포함됨.

4) 간호사(C) 인력은 간호직 간호사와 보건직중 간호사 인력을 포함함.

5) 의료기술인력은 지역에 따라 의료기술직 또는 보건직으로 구분되어 있는데 이들 모두를 포함함. 서울지역에서는 물리치료사도 포함됨.

6) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며 비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이 일부 포함된 것으로 기타 대부분은 비기술직 인력임.

7) ()는 표준편차임.

〈表 3-32〉 保健所長의 職列(1996)

(단위: %)

	N	의무직 보건소장	보건직 보건소장
계	240	45.0	55.0
서울특별시	25	100.0	-
광역시	40	60.0	40.0
중소도시	36	41.7	58.3
통합시	45	44.4	55.6
일반군	78	10.3	89.7
보건의료원	16	100.0	-

註: N은 조사대상 보건소 수임.

3) 醫師 人力

保健所 醫師人力에는 ① 醫務職 所長, ② 醫務職 또는 專門職의 醫師와 齒科醫師(이하 의사라 함), ③ 농어촌 지역을 중심으로 ‘농어촌 특별조치법’에 의거하여 배치된 公衆保健 一般醫師와 公衆保健 齒科醫師가 있다. 이들 의사인력은 전체적으로 전국에 평균 10.5명¹⁾이 배치되어 있는데 이 중 전문·의무직 의사는 1.1명, 공중보건 일반의 6.3명, 공중보건치과의 3.0명이 보건소 관할지역에 근무하고 있다.

地域類型에 따라 醫師人力의 種類別 分布는 큰 차이를 보인다. 서울 지역은 평균의사수가 6.2명인데 비하여 통합시는 0.3명, 일반군 지역은 0.1명이다. 통합시 지역의 공중보건의수는 17.2명, 일반군 지역의 공중보건의수는 13.8명이다(表 3-33 참조).

1) 의무직 보건소장을 제외한 수치이다. 보건소에 배치된 의사인력은 의무직 보건소장을 포함하여 전국적으로 2,635명으로, 보건소당 평균 의사인력은 11.0명(표준편차 10.0명)이 된다.

〈表 3-33〉 保健所 類型別 保健所(支所 包含) 醫師人力 現況(1996)
(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	특별시 (N=25)	광역시 (N=40)	중소도시 (N=36)	통합시 (N=45)	일반군 (N=78)	보건의료원 (N=16)
의사인력 계 ¹⁾	2,527	156	158	79	792	1,085	257
평균	10.5(10.0)	6.2(0.8)	4.0(5.5)	2.2(5.1)	17.6(12.5)	13.9(8.0)	16.1(10.7)
전문·의무직 의사 ²⁾	279	156	75	20	15	11	2
평균	1.1(1.9)	6.2(0.8)	1.9(1.0)	0.6(0.6)	0.3(0.6)	0.1(0.4)	0.1(0.3)
공중보건일반의(A)	1,520	-	60	43	541	687	189
평균	6.3(7.5)	-(-)	1.5(4.1)	1.2(3.8)	12.0(9.3)	8.8(5.4)	11.8(7.9)
공중보건치과의(B)	728	-	23	16	236	387	66
평균	3.0(3.4)	-(-)	0.6(1.8)	0.4(1.4)	5.2(3.7)	5.0(2.9)	4.1(2.8)
공중보건의(A+B)	2,248	-	83	59	777	1,074	255
평균	9.4(10.7)	-(-)	2.1(5.9)	1.6(5.2)	17.2(12.7)	13.8(8.0)	15.9(10.6)

註: 1) 의사인력 계는 의무직 보건소장을 제외한 의사인력임(의무·전문직 의사+공중보건의)

2) 전문의무직 의사인력은 의무직 보건소장은 제외되고 전문직 치과의사가 포함됨. 서울지역은 대부분 치과의사 1인이 배치되어 있으며 기 지역은 대부분 의사인력임.

3) ()는 표준편차임.

人口規模를 기준으로 醫師人力의 확보상태를 보면 인구규모가 클수록 専門·醫務職 의사인력은 많아지며, 공중보건의사 인력은 인구수가 적은 지역에 많은 수가 분포되어 있는 것으로 나타났다(表 3-34 참조).²⁾

4) 看護人力

보건소에 배치되어 있는 看護人力은 ① 看護師(看護職列),³⁾ ② 保健診療員, ③ 看護助務士(保健職列)가 있다. 전국적으로 보건소당 간호사는 평균 14.0명, 간호조무사는 14.3명 충원되어 있는데 의사인력에서도

2) 공중보건의의 대다수는 농·어촌지역의 읍·면에 배치되어 있기 때문에 이와 같은 결과를 보인다.

3) 일부 간호사가 9급 보건직렬로 채용되어 있다.

나타난 바와 같이 지역유형간에 간호인력 유형별 분포에 큰 차이를 보이고 있다. 서울지역은 간호사수가 평균 25.8명이며, 광역시 12.6명, 중소도시 9.8명, 통합시 15.9명, 일반군 11.4명, 보건의료원 15.0명이다. 간호조무사 인력은 서울시 1.2명, 광역시 5.6명, 중소도시 5.9명, 통합시 21.6명, 일반군 21.7명, 보건의료원 18.1명이다. 이와 같이 대도시지역에는 간호사 인력이 많은 반면, 통합시, 일반군, 보건의료원에는 간호조무사 인력이 많은 것으로 나타났다(表 3-35 참조).

〈表 3-34〉 管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 醫師人力 現況(1996)
(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	인구 10만 미만 (N=94)	인구 10만~20만 미만 (N=55)	인구 20만 이상 (N=91)
의사인력계 ¹⁾	2,527	1,219	752	556
평균	10.5(10.0)	13.0(9.4)	13.7(13.0)	6.1(6.5)
전문·의무직 의사 ²⁾	279	20	35	224
평균	1.1(1.9)	0.2(0.5)	0.6(1.0)	2.6(2.5)
공중보건 일반의(A)	1,520	800	487	233
평균	6.3(7.5)	8.5(6.6)	8.9(9.7)	2.3(5.1)
공중보건 치과의(B)	728	399	230	99
평균	3.0(3.4)	4.2(3.1)	4.2(4.1)	1.1(2.2)
공중보건의(A+B)	2,248	1,199	717	332
평균	9.4(10.7)	12.8(9.4)	13.0(13.4)	3.7(7.2)

註: 1) 의사인력 계는 의무직 보건소장을 제외한 의사인력임(의무·전문직 의사+공중보건의).

2) 전문의무직 의사인력은 의무직 보건소장은 제외되고 전문직 치과의사가 포함됨. 서울지역은 대부분 치과의사 1인이 배치되어 있으며 기타 지역은 대부분 의사인력임.

3) ()는 표준편차임.

〈表 3-35〉 保健所 類型別 保健所(支所 包含) 看護人力 構成現況(1996)
(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	특별시 (N=25)	광역시 (N=40)	중소도시 (N=36)	통합시 (N=45)	일반군 (N=78)	보건 의료원 (N=16)
간호인력(계) ¹⁾	8,799	677	796	623	2,273	3,693	737
평균	36.7(20.5)	27.1(2.7)	19.9(10.0)	17.3(12.6)	50.5(22.3)	47.3(15.9)	46.1(15.3)
간호사(A) ²⁾	3,352	646	505	354	716	892	239
평균	14.0(6.4)	25.8(2.4)	12.6(5.0)	9.8(3.0)	15.9(5.8)	11.4(4.4)	15.0(5.5)
보건진료원(B)	2,021	-	67	55	585	1,105	209
평균	8.4(8.1)	-(-)	1.7(3.5)	1.5(3.7)	13.0(8.0)	14.2(5.8)	13.1(5.0)
A+B	5,373	646	572	409	1,301	1,997	448
평균	22.4(10.1)	25.8(2.4)	14.3(5.8)	11.3(5.5)	28.9(11.4)	25.6(8.0)	28.0(7.6)
간호조무사	3,426	31	224	214	972	1,696	289
평균	14.3(13.3)	1.2(1.2)	5.6(5.7)	5.9(7.6)	21.6(15.4)	21.7(11.4)	18.1(10.5)

註: 1) 간호 인력에는 간호직 간호사, 보건진료원, 간호조무사가 포함됨.

2) 간호사 인력에는 간호직 간호사와 보건직 간호사가 포함됨.

3) ()는 표준편차임.

보건소 간호인력이 병의원의 진료보조인력과는 달리 각종 보건프로그램을 기획·운영하고 주민을 교육하는 역할을 맡으므로 일반적으로 外國에서는 보건간호사는 看護師 자격소지자가 추가적인 전문교육과정을 받은후 保健看護師 자격증을 받고 보건소에 배치된다. 이에 비하여 우리나라의 보건소 인력은 별도의 전문과정(Certificate)이 없는 일반 간호사 인력이 배치되며, 더구나 독립적으로 역할을 수행하기 어려운 간호조무사 인력이 간호인력에서 차지하는 비중이 매우 높은 것으로 나타나고 있다. 인구규모별 간호인력의 분포를 보면 간호사 인력은 인구규모가 커질수록 많아지고 있으나 간호조무사 인력은 인구규모가 적은 지역에서 많은 수가 배치되어 있는 현상을 보여 인구가 적은 군 단위 지역에 간호조무사 인력이 과잉 배치되어 있음을 나타낸다(表 3-36 참조).

〈表 3-36〉 管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 看護人力 現況(1996)
(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	인구 10만 미만 (N=94)	인구 10~20만 미만 (N=55)	인구 20만 이상 (N=91)
간호인력(계) ¹⁾	8,799	3,811	2,491	2,497
평균	36.7(20.5)	40.5(17.7)	45.3(25.0)	27.4(16.3)
간호사(A) ²⁾	3,352	1,034	751	1,567
평균	14.0(6.4)	11.0(4.5)	13.6(5.2)	17.2(7.1)
보건진료원(B)	2,021	1,120	628	273
평균	8.4(8.1)	11.9(6.6)	11.4(8.8)	3.0(6.1)
A+B	5,373	2,154	1,379	1,840
평균	22.4(10.1)	22.9(8.8)	25.1(11.7)	20.2(10.1)
간호조무사	3,426	1,657	1,112	657
평균	14.3(13.3)	17.6(11.9)	20.2(15.5)	7.2(9.7)

註: 1) 간호 인력에는 간호직 간호사, 보건진료원, 간호조사가 포함됨.

2) 간호사 인력에는 간호직 간호사와 보건직 간호사가 포함됨.

3) ()는 표준편차임.

5) 醫療技術人力

保健所의 醫療技術人力에는 ① 病理士, ② 放射線士, ③ 齒科衛生士, ④ 物理治療士, ⑤ 衛生士 등이 있다. 병리사, 방사선사의 대부분은 의료기술직렬에 속하지만 보건직렬에 속해 있는 인력도 있다.

치과위생사는 대부분 보건지소에 공중보건 치과 의사의 보조인력으로 배치되어 있다. 물리치료사는 최근에 보건소에 물리치료실이 개설되면서 투입된 인력으로 서울시 보건소에서는 의료기술직렬에 포함되어 있지만 다른 지역에서는 대부분 고용직, 전문직, 임시직 등 다양한 형태로 보직되어 있어 별도로 파악되지 못하였다.

〈表 3-37〉은 보건소의 의료기술 인력으로 의무기술직렬 및 보건직을 망라한 병리사, 방사선사, 치과위생사 인력을 제시하고 있다. 전국 평균 보건소의 의료기술직 인력은 7.8명으로 병리사 2.7명, 방사선사 1.7명, 치과위생사 3.3명이 배치되어 있다.

의료기술인력의 확보상태도 지역유형별로 차이가 커서 병리사, 방사선사 인력은 서울이 각각 5.8명, 3.8명이며 광역시가 2.7명, 1.9명이다. 중·소도시는 각각 2.3명, 1.1명이고, 통합시가 각각 3.1명, 1.8명이며, 일반군은 각각 1.8명, 1.2명이다. 보건의료원은 각각 2.6명, 1.5명을 확보하고 있다.

〈表 3-37〉 保健所 類型別 保健所(支所 包含) 醫療技術人力 構成現況 (1996)

(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	특별시 (N=25)	광역시 (N=40)	중소도시 (N=36)	통합시 (N=45)	일반군 (N=78)	보건 의료원 (N=16)
의료기술인력(계) ¹⁾	1,882	265	229	156	405	689	138
평균	7.8(4.6)	10.6(1.7)	5.7(2.5)	4.3(2.9)	9.0(5.3)	8.8(5.1)	8.6(4.9)
병리사	658	145	109	82	139	142	41
평균	2.7(1.8)	5.8(1.4)	2.7(1.3)	2.3(1.6)	3.1(1.8)	1.8(1.0)	2.6(1.3)
방사선사	412	95	77	41	81	94	24
평균	1.7(1.1)	3.8(1.0)	1.9(1.0)	1.1(0.7)	1.8(0.9)	1.2(0.7)	1.5(0.7)
치과위생사	791	-	43	37	186	452	73
평균	3.3(4.2)	-(-)	1.1(2.0)	1.0(2.0)	4.1(4.2)	5.8(4.6)	4.6(4.0)

註: 1) 의료기술인력은 지역에 따라 의료기술직 또는 보건직으로 구분되어 있는데 이들 모두를 포함함. 서울지역에서는 물리치료사도 포함됨.

2) ()는 표준편차임.

이와 같이 의료기술 인력도 대도시 지역에는 상대적으로 많은 수가 확보되어 있는 반면 중소도시나 군지역의 이들 인력 확보 수준은 낮은 것으로 나타나고 있다. 주로 보건지소에 배치된 치과위생사는 군지역에서 가장 많이 확보되어 있는 것으로 나타났다.

人口規模別 의료기술인력의 배치현황을 보면 인구규모가 큰 지역의 보건소에 병리사, 방사선사의 배치가 다소 많은 것으로 나타났다. 치과위생사는 배치지역이 대부분 보건지소이기 때문에 인구규모가 적은 지역에서 더 많은 수가 배치되어 있는 것으로 나타났다(表 3-38 참조).

〈表 3-38〉 管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 醫療技術人力現況(1995)
(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	인구 10만 미만 (N=94)	인구 10~20만 미만 (N=55)	인구 20만 이상 (N=91)
의료기술인력(계) ¹⁾	1,882	689	506	687
평균	7.8(4.6)	7.3(4.6)	9.2(5.2)	7.5(4.2)
병리사	658	194	131	333
평균	2.7(1.8)	2.1(1.2)	2.4(1.2)	3.7(2.1)
방사선사	412	117	86	209
평균	1.7(1.1)	1.2(0.7)	1.6(0.7)	2.3(1.4)
치과위생사	791	378	288	125
평균	3.3(4.2)	4.0(4.0)	5.2(5.1)	1.4(2.8)

註: 1) 의료기술인력은 지역에 따라 의료기술직 또는 보건직으로 구분되어 있는데 이들 모두를 포함함. 서울지역에서는 물리치료사도 포함됨.

2) ()는 표준편차임.

6) 藥師

藥師 人力은 보건소에 定員이 확보된 이래 대도시 지역을 제외하고는 가장 現員이 충원되지 않은 인력이다. 전국적으로 평균 0.7명의 약사가 배치된 것으로 나타났는데 지역유형별 평균인력은 서울지역 4.4명, 광역시 0.7명, 중소도시 0.4명, 통합시 0.1명이며 일반군은 0.03명, 보건의료원 0.06명 수준으로 지역별로 약사의 확보규모는 큰 차이를 보인다(表 3-41 참조).

관할 인구 규모상으로 비교하면 인구가 많은 지역일수록 평균 약사의 수가 많은 것으로 나타났다(表 3-42 참조).

7) 保健職

保健所의 保健職은 하나의 職列을 구성하고 있어 ① 保健職列의 保健所長, ② 일부지역에서의 보건직렬에 속해 있는 病理士와 放射線士

가 있으며, ③ 看護助務士, ④ 衛生士 등의 이 직렬에 속한 技術職 人力과 주로 ⑤ 行政業務에 관여하는 非技術職 人력이 망라되어 단일 직렬로는 보건소에서 가장 많은 수를 차지하는 직렬이다.

전체 보건소의 보건직렬 인력의 평균수는 전국적으로 30.2명이며, 서울지역 9.1명, 광역시 12.8명, 중소도시 13.6명이며, 통합시 44.9명, 일반군 42.4명, 보건의료원 43.0명이다.

이와 같이 대도시나 중·소도시 지역보다 군단위를 포함한 지역에서 보건직 인력이 월등히 많은 것으로 나타났다. 서울지역은 병리사, 방사선사는 의료기술직으로 보직되므로 보건직에는 이들 인력은 포함되어 있지 않다.

보건직에서 가장 큰 비중을 차지하는 인력이 看護助務士와 기타 非技術職 保健職이다. 간호조무사의 평균 인력은 전국적으로는 14.3명이며 지역간 차이가 크다. 서울은 1.2명, 광역시 5.6명, 중·소도시 5.9명이며 통합시 21.6명, 일반군 21.7명, 보건의료원 18.1명이다. 본 연구 조사에서는 읍·면 지역이 포함된 지역(통합시, 일반군, 보건의료원 지역)에서 간호조무사가 보건소 근무인력인지 보건지소 근무 진료보조인력인지 구분되지 않았지만 이들의 상당수는 보건지소에 배치된 읍면보건요원과 진료보조인력일 것으로 볼 수 있다(表 3-39 참조).

非技術職 保健職 인력은 보건소당 전국 평균 12.3명이며 지역유형별로 배치인력수에 차이가 크다. 서울은 7.2명, 광역시 5.3명, 중·소도시 4.7명이며, 통합시 18.9명, 일반군 15.5명, 보건의료원 20.4명이다. 통합시, 일반군 보건소와 보건의료원에서 이들이 전체인력에서 차지하는 비중은 16~18%에 달한다(뒤의 表 3-38 참조). 이들은 거의 모두 보건소 근무인력으로 볼 수 있는데 오히려 보건소 자체인력수가 적은 일반군 지역에서 이들 인력이 많은 수를 차지하고 있을 것임을 미루어 알 수 있다(表 3-35 참조).

〈表 3-39〉 保健所 類型別 保健所(支所 包含)의 保健職 人力現況(1996)
(단위: 명)

보건직렬인력	계 (N=240)	특별시 (N=25)	광역시 (N=40)	중소도시 (N=36)	통합시 (N=45)	일반군 (N=78)	보건 의료원 (N=16)
계 ¹⁾	7,247	227	513	489	2,019	3,311	688
평균	30.2(21.2)	9.1(1.5)	12.8(5.9)	13.6(8.6)	44.9(22.7)	42.4(15.8)	43.0(17.0)
병리사	119	-	21	32	25	33	8
평균	0.5(1.0)	-(-)	0.5(0.9)	0.9(1.2)	0.6(1.5)	0.4(0.8)	0.5(0.8)
방사선사	63	-	17	14	11	17	4
평균	0.3(0.6)	-(-)	0.4(0.7)	0.4(0.7)	0.2(0.6)	0.2(0.5)	0.3(0.4)
위생사	268	14	18	28	75	109	24
평균	1.1(1.8)	0.6(0.8)	0.5(0.8)	0.7(1.6)	1.7(2.5)	1.4(1.9)	1.5(1.8)
간호조무사	3,426	31	224	214	972	1,696	289
평균	14.3(13.3)	1.2(1.2)	5.6(5.7)	5.9(7.6)	21.6(15.4)	21.7(11.4)	18.1(10.5)
간호사 (보건직9급)	314	-	7	14	88	168	37
평균	1.3(2.1)	-(-)	0.2(0.5)	0.4(0.7)	2.0(1.9)	2.1(2.6)	2.3(2.8)
기타 (기술직 제외) ²⁾	2,947	179	213	168	850	1,211	326
평균	12.3(12.6)	7.2(2.2)	5.3(3.3)	4.7(2.7)	18.9(18.1)	15.5(11.8)	20.4(14.9)

註: 1) 보건직렬의 보건소장을 포함한 수치임.

2) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며
비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이
일부 포함된 인력으로 대부분 비기술직 인력임.

3) ()는 표준편차임.

한편 현지조사가 실시된 7개 지역유형별 보건소의 보건직렬인력의 구성을 보면 간호조무사가 32.1%로 가장 많고 무면허·무자격의 보건직이 23.5%를 차지한다. 보건직렬에서 그 밖의 免許資格者는 看護師(9.9%), 放射線士(4.9%), 病理士(2.5%), 營養士(3.7%) 등이 포함되어 있는 것으로 나타났다(表 3-43 참조).

〈表 3-40〉 管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 保健職 人力現況(1996)

(단위: 명)

보건직렬 인력	계 (N=240)	인구 10만 미만 (N=94)	인구 10~20만 미만 (N=55)	인구 20만 이상 (N=91)
계 ¹⁾	7,247	3,465	2,147	1,635
평균	30.2(21.2)	36.9(18.1)	39.0(23.5)	18.0(16.7)
병리사	119	54	19	46
평균	0.5(1.0)	0.6(0.9)	0.3(0.8)	0.5(1.3)
방사선사	63	25	10	28
평균	0.3(0.6)	0.3(0.5)	0.2(0.5)	0.3(0.7)
위생사	268	118	87	63
평균	1.1(1.8)	1.3(1.7)	1.6(2.3)	0.7(1.4)
간호조무사	3,426	1,657	1,112	657
평균	14.3(13.3)	17.6(11.9)	20.2(15.5)	7.2(9.7)
간호사(보건직 9급)	314	172	102	40
평균	1.3(2.1)	1.8(2.4)	1.9(2.3)	0.4(1.0)
기타(기술직 제외) ¹⁾	2,947	1,360	794	793
평균	12.3(12.6)	14.5(13.0)	14.4(13.8)	8.7(10.5)

註: 1) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며
비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이
일부 포함된 인력으로 대부분 비기술직 인력임.

2) ()는 표준편차임.

人口規模別 保健職 人力の 평균수를 보면 <表 3-41>과 같다. 인구가 10만 이상~20만 미만인 지역에서 타지역보다 간호조무사, 비기술직 보건직의 수가 많은 것으로 나타나고 있다.

8) 行政職

보건소에 배치된 行政職 人력은 지방자치단체에서 複數職으로 循環補職이 이루어지는 인력으로 보건소에서는 대개 보건행정부서에 배치되어 있다. 보건소에 배치된 행정직 평균인력수는 2.9명으로, 서울시 지역이 7.4명, 광역시 2.6명, 중·소도시 1.7명, 통합시 3.1명 일반군 2.0명, 보건의료원 3.6명이다(表 3-41 참조).

관할 인구규모별로 행정직의 배치현황을 보면 인구규모가 많은 지

역일수록 행정직이 다소 높은 것으로 나타나고 있다(表 3-42 참조).

〈表 3-41〉 保健所 類型別 保健所(支所 包含) 其他人力 構成現況(1996)
(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	특별시 (N=25)	광역시 (N=40)	중소도시 (N=36)	통합시 (N=45)	일반군 (N=78)	보건 의료원 (N=16)
약사	158	109	27	14	4	3	1
평균	0.7(1.4)	4.4(1.0)	0.7(0.6)	0.4(0.5)	0.09(0.60)	0.03(0.19)	0.06(0.25)
위생사 (보건직)	268	14	18	28	75	109	24
평균	1.1(1.8)	0.6(0.8)	0.5(0.8)	0.7(1.6)	1.7(2.5)	1.4(1.9)	1.5(1.8)
보건직 (기술직 제외) ¹⁾	2,947	179	213	168	850	1,211	326
평균	12.3(12.6)	7.2(2.2)	5.3(3.3)	4.7(2.7)	18.9(18.1)	15.5(11.8)	20.4(14.9)
행정직	706	185	105	60	140	159	57
평균	2.9(2.1)	7.4(2.5)	2.6(1.2)	1.7(0.7)	3.1(1.6)	2.0(1.2)	3.6(1.2)
기능 및 고용직	2,319	406	370	323	476	510	234
평균	9.7(5.3)	16.2(3.4)	9.3(5.2)	9.0(3.4)	10.5(6.0)	6.5(2.9)	14.6(5.6)

註: 1) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며
비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이
일부 포함된 것으로 대부분 비기술직 인력임.

2) ()는 표준편차임.

9) 機能 및 雇傭職

보건소에 배치된 기능직은 운전기사 및 각종 환경 및 전기 등의 기사직이 주류를 이루고 있다. 고용직은 임시직의 형태로 조리사, 청소원 등의 잡급직원에서부터 정원규정에 묶여 보건소에 정규직으로 채용되지 못하거나 임시직으로 근무하고 있는 각종 전문보건의료 인력, 즉 치과의사, 물리치료사, 방사선사, 병리사, 영양사 등의 면허인력까지 다양한 인력이 포함되어 있다.

본 조사에서는 기능직과 고용직이 분리되어 조사되지 않아 이들의 규모를 합해서 보면 보건소당 평균 9.7명으로 서울 16.2명, 광역시 9.3

명, 중·소도시 9.0명, 통합시 10.5명, 일반군 6.5명, 보건의료원 14.6명으로 기능 및 고용직 인력이 방만하게 채용되어 있는 것으로 나타났다(表 3-41 참조). 보건소 관할 인구규모별로는 기능 및 고용직이 인구규모가 클수록 많이 확보하고 있는 것으로 나타났다(表 3-36 참조).

〈表 3-42〉 管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 其他人力 現況(1996)
(단위: 명)

인력 구분	계 (N=240)	인구 10만 미만 (N=94)	인구 10~20만 미만 (N=55)	인구 20만 이상 (N=91)
약사	158	8	12	138
평균	0.7(1.4)	0.08(0.32)	0.21(0.63)	1.52(1.89)
위생사	268	118	87	63
평균	1.1(1.8)	1.2(1.7)	1.6(2.3)	0.7(1.4)
보건직(기술직제외) ¹⁾	2,947	1,360	794	793
평균	12.3(12.6)	14.5(13.0)	14.4(13.8)	8.7(10.5)
행정직	706	219	136	351
평균	2.9(2.1)	2.3(1.3)	2.4(1.3)	3.9(2.8)
기능 및 고용직	2,319	741	494	1,084
평균	9.7(5.3)	7.9(4.6)	9.0(4.6)	11.9(5.6)

註: 1) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며
비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이
일부 포함된 것으로 대부분 비기술직 인력임.

2) ()는 표준편차임.

보건소의 유형별로 대표적인 7개 현지조사 보건소에서 기능직 및 고용직을 포함한 기타인력의 구성현황을 구체적으로 보면 <表 3-43>과 같다. 기능직 인력은 48명중 24명(50%)이 운전기사이며, 15명(31.3%)이 무면허·무자격자이고 6명은 위험물, 열관리, 전기, 정비, 타자, 조리사 등의 인력이다. 고용직 및 잡급인력의 구성을 보면 7개 보건소의 고용직 및 잡급인력 32명중 9명(28.1%)이 간호사, 6명(18.8%)이 병리사, 3명(9.4%)이 방사선사였고, 기타 영양사, 물리치료사 등이 채용되어 있으며, 7명이 무면허·무자격자인 것으로 나타나고 있다.

〈表 3-43〉 保健所 保健職, 機能的 其他 人力の 構成 例(1996)

(단위: 명, %)

	보건직	기능직 ¹⁾	기타인력 (고용직 및 잡급)
간호사	8 (9.9)	- (-)	9 (28.1)
약사	- (-)	- (-)	1 (3.1)
병리사	2 (2.5)	- (-)	6 (18.8)
방사선사	4 (4.9)	- (-)	3 (9.4)
치과위생사	1 (1.2)	- (-)	- (-)
간호조무사	26 (32.1)	2 (4.2)	2 (6.3)
영양사	3 (3.7)	- (-)	1 (3.1)
위생사	11 (13.6)	- (-)	- (-)
물리치료사	1 (1.2)	1 (2.1)	1 (3.1)
운전면허	- (-)	24 (50.0)	- (-)
기타자격 ¹⁾	6 (7.4)	6 (12.5)	2 (6.3)
무면허, 무자격	19 (23.5)	15 (31.3)	7 (21.9)
계	81 (100.0)	48 (100.0)	32 (100.0)

註: 1) 위험물, 열관리, 전기, 정비, 타자, 조리사 등

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

나. 地域別 保健所 人力構成

본 조사에서 전국적으로 취합된 保健所 人力 19,824명의 構成을 보면 醫師人力(공중보건의 포함)은 12.7%, 看護人力 44.4%, 醫療技術人力 9.5%, 藥務職 0.8%, 保健職(기술직 제외) 14.9%, 行政職 3.6%, 機能 및 雇傭職 11.7%로 나타났다. 이 중 의사인력은 공중보건의사를 제외하면 1.4%(의무직 보건소장을 포함하면 2.0%), 간호인력은 간호조무사를 제외하면 27.1%이며, 농촌지역을 중심으로 보건진료소에 단독으로 배치되어 있는 보건진료원을 제외하면 순수 간호사는 16.9%로 그 양상이 크게 달라진다.

人力構成의 양상은 地域類型에 따라 크게 차이를 보이는데 서울특별시 지역은 의사인력 7.7%, 간호인력 33.5%(간호조무사 1.5% 포함), 의료기술인력 13.1%, 약사 5.4%, 보건직(기술직 제외) 8.9%, 행정직

9.2%, 기능직 및 고용직 20.1%로 보건의료 전문직의 비중이 높은 것으로 나타나고 있다. 광역시의 경우에는 의사인력 8.1%(공중보건의사를 제외하면 3.8%), 간호인력 40.8%(간호조무사, 보건진료원을 제외하면 25.8%), 의료기술인력 11.7%, 비기술직 보건직은 10.9%, 행정직 5.4%, 기능직 및 고용직은 18.9%로 나타났다.

중소도시지역은 의사인력 5.3%(공중보건의사를 제외하면 1.3%), 간호인력 42.0%(간호조무사와 보건진료원을 제외하면 23.8%), 의료기술인력 10.5%, 비기술직 보건직은 11.3%, 행정직 4.0%, 기능직 및 고용직 21.8%였다. 통합시는 의사인력이 15.7%(공중보건의사를 제외하면 0.3%), 간호인력 45.2%(보건진료원과 간호조무사를 제외하면 14.2%), 의료기술인력 8.0%, 비기술직 보건직 16.9%, 행정직 2.8%, 기능직 및 고용직 9.5%였다.

일반군 지역은 의사인력 14.4%(공중보건의사를 제외하면 0.14%), 간호인력(보건진료원과 간호조무사를 제외하면 11.8%), 의료기술인력 9.1%, 비기술직 보건직의 16.1%, 행정직 2.1%, 기능 및 고용직 6.8%였다.

保健醫療院은 一般郡지역과 유사한 인력구조를 나타내고 있다. 이와 같이 특별시, 광역시에서 중소도시, 통합시로 갈수록 의사, 간호사, 의료기술인력, 약사, 행정직 인력이 구성비율이 낮아지고 공중보건의사, 간호조무사, 보건직(기술직 제외)의 비율이 매우 높아지는 현상을 보인다. 이것은 대도시·중소도시에서 군지역으로 갈수록 전문인력 확보의 취약성을 나타내는 것이다(表 3-44 참조).

보건소의 관할 인구규모별로 인력의 구성을 보면 <表 3-45>와 같다. 專門·醫務職 醫師, 藥師, 看護師, 醫療技術人力은 인구가 많아짐에 따라 평균수가 많았으며, 반면 간호조무사, 보건직(비기술직)은 인구가 적은 지역에서 평균인력수가 많은 것으로 나타났다.

〈表 3-44〉 保健所 類型別 人力構成比(保健支所 人力 包含)(1996)

	계 (N=240)		특별시 (N=25)		광역시 (N=40)		중소도시 (N=36)		통합시 (N=45)		일반군 (N=78)		보건의료원 (N=16)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
의사인력(계) ¹⁾	2,527	12.7	156	7.7	158	8.1	79	5.3	792	15.7	1,085	14.4	257	14.4
전문·의무직 의사 ²⁾	279	1.4	156	7.7	75	3.8	20	1.3	15	0.3	11	0.14	2	0.11
공중보건 일반의(A)	1,520	7.7	-	-	60	3.1	43	2.9	541	10.7	687	9.1	189	10.6
공중보건 치과의(B)	728	3.6	-	-	23	1.2	16	1.1	236	4.7	387	5.1	66	3.7
A+B	2,248	11.3	-	-	83	4.2	59	4.0	777	15.4	1,074	14.2	255	14.2
간호인력(계)	8,799	44.4	677	33.5	796	40.8	623	42.0	2,273	45.2	3,693	49.0	737	41.2
간호사(C) ³⁾	3,352	16.9	646	32.0	505	25.8	354	23.8	716	14.2	892	11.8	239	13.4
보건진료원 (D)	2,021	10.2	-	-	67	3.4	55	3.7	585	11.6	1,105	14.6	209	11.7
C+D	5,373	27.1	646	32.0	572	29.3	409	27.5	1,301	25.8	1,997	26.5	448	25.0
간호조무사	3,426	17.3	31	1.5	224	11.5	214	14.4	972	19.3	1,696	22.5	289	16.1
의료기술 인력(계) ⁴⁾	1,882	9.5	265	13.1	229	11.7	156	10.5	405	8.0	689	9.1	138	7.7
병리사	658	3.3	145	7.2	109	5.6	82	5.5	139	2.8	142	1.9	41	2.3
방사선사	412	2.1	95	4.7	77	3.9	41	2.8	81	1.6	94	1.3	24	1.3
치과위생사	791	4.0	-	-	43	2.2	37	2.5	186	3.7	452	6.0	73	4.1
약사	158	0.8	109	5.4	27	1.4	14	0.9	4	0.08	3	0.04	1	0.05
위생사	268	1.4	14	0.7	18	0.9	28	1.9	75	1.5	109	1.4	24	1.3
보건직(기술 직 제외) ⁵⁾	2,947	14.9	179	8.9	213	10.9	168	11.3	850	16.9	1,211	16.1	326	18.2
행정직	706	3.6	185	9.2	105	5.4	60	4.0	140	2.8	159	2.1	57	3.2
기능 및 고용직	2,319	11.7	406	20.1	370	18.9	323	21.8	476	9.5	510	6.8	234	13.1
전 체	19,824	100.0	2,020	100.0	1,953	100.0	1,485	100.0	5,033	100.0	7,544	100.0	1,790	100.0

註: 1) 의사인력 계는 의무직 보건소장을 제외한 의사인력임(의무·전문직 의사+공중보건의)
 2) 전문의무직 의사인력은 의무직 보건소장은 제외되고 전문직 치과의사가 포함됨. 서울지역은 대부분 치과의사 1인이 배치되어 있으며 기타 지역은 대부분 의사인력임.
 3) 간호사(C)는 간호직 간호사와 보건직중 간호사 인력을 포함함.
 4) 의료기술인력은 의무기술직력과 보건직렬의 병리사, 방사선사를 포함하였음. 서울지역에서는 물리치료사도 포함됨.
 5) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며 비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이 일부 포함된 인력으로 기타 대부분은 비기술직 인력임.

〈表 3-45〉 管轄 人口規模別 保健所(支所 包含) 類型別 人力構成比(1996)

인력 구분	계 (N=240)		인구 10만 미만 (N=94)		인구 10~ 20만 미만 (N=55)		인구 20만 이상 (N=91)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
의사인력(계) ¹⁾	2,527	12.7	1,219	14.7	752	14.1	556	8.9
전문·의무직 의사 ²⁾	279	1.4	20	0.2	35	0.7	224	3.6
공중보건 일반의(A)	1,520	7.7	800	9.7	487	9.2	233	3.7
공중보건 치과의(B)	728	3.6	399	4.8	230	4.3	99	1.6
A + B	2,248	11.3	1,199	14.5	717	13.5	332	5.3
간호인력(계)	8,799	44.4	3,811	46.1	2,491	46.8	2,497	40.1
간호사(C) ³⁾	3,352	16.9	1,034	12.5	751	14.1	1,567	25.1
보건진료원(D)	2,021	10.2	1,120	13.5	628	11.8	273	4.4
C + D	5,373	27.1	2,154	26.0	1,379	25.9	1,840	29.5
간호조무사	3,426	17.3	1,657	20.0	1,112	20.9	657	10.5
의료기술인력 ⁴⁾	1,882	9.5	689	8.3	506	9.5	687	11.0
병리사	658	3.3	194	2.3	131	2.5	333	5.3
방사선사	412	2.1	117	1.4	86	1.6	209	3.4
치과위생사	791	4.0	378	4.6	288	5.4	125	2.0
약사	158	0.8	8	0.1	12	0.2	138	2.2
위생사	268	1.4	118	1.4	87	1.6	63	1.0
보건직(기술직 제외) ⁵⁾	2,947	14.9	1,360	16.4	794	14.9	793	12.7
행정직	706	3.6	219	2.6	136	2.6	351	5.6
기능및 고용직	2,319	11.7	741	9.0	494	9.3	1,084	17.4
계	19,824	100.0	8,273	100.0	5,317	100.0	6,234	100.0

註: 1) 의사인력 계는 의무직 보건소장을 제외한 의사인력임(의무·전문직 의사+공중보건의)

2) 전문의무직 의사인력은 의무직 보건소장은 제외되고 전문직 치과의사가 포함됨. 서울지역은 대부분 치과의사 1인이 배치되어 있으며 기타 지역은 대부분 의사인력임.

3) 간호사(C)는 간호직 간호사와 보건직중 간호사 인력을 포함함.

4) 의료기술인력은 의무기술직과 보건직렬의 병리사, 방사선사를 포함하였음. 서울지역에서는 물리치료사도 포함됨.

5) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며 비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이 일부 포함된 인력으로 기타 대부분은 비기술직 인력임.

보건소 인력중 전체적으로 36.6%를 차지하는 보건직렬 인력의 구성

을 구체적으로 보면 전체적으로 보건직에서 간호조무사가 47.3%, 비기술직 보건직이 40.7%를 차지한다(表 3-46 참조).

〈表 3-46〉 保健所 類型別 保健所の 保健職 人力 現況

인력 구분	계 (N=240)		특별시 (N=25)		광역시 (N=40)		중소도시 (N=36)		통합시 (N=45)		일반군 (N=78)		보건 의료원 (N=16)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
소계	7,247	100.0	227	100.0	513	100.0	489	100.0	2,019	100.0	3,311	100.0	688	100.0
병리사	119	1.6	-	0	21	4.1	32	6.5	25	1.2	33	1.0	8	1.2
방사선사	63	0.9	-	0	17	3.3	14	2.9	11	0.5	17	0.5	4	0.6
간호조무사	3,426	47.3	31	13.7	224	43.7	214	43.8	972	48.1	1,696	51.2	289	42.0
간호사 9급	314	4.3	-	0	7	1.4	14	2.9	88	4.4	168	5.1	37	5.4
위생사	268	3.7	14	6.2	18	3.5	28	5.7	75	3.7	109	3.3	24	3.5
기타 (기술직 제외) ⁴⁾	2,947	40.7	179	78.9	213	41.5	168	34.4	850	42.1	1,211	36.6	326	47.4
보건직렬비율(%)	36.6		11.2		26.3		32.9		40.1		43.9		38.4	

註: 1) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며 비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이 일부 포함된 인력으로 대부분 비기술직 인력임.

보건소의 관할 인구규모별로는 보건직렬중 큰 부분을 차지하는 간호조무사와 비기술직 보건직은 인구 규모가 적을수록 배치인력수가 많고, 비기술직 보건직은 인구규모가 큰 지역에서 배치 인력수도 적은 것으로 나타났다(表 3-47 참조).

本 調査研究에서 지역유형별로 현지조사가 실시된 7개 보건소의 인력구성 비율은 <表 3-48>과 같다. 이들 7개 보건소의 인력구성의 특성은 앞의 전국의 인력현황에서 보았던 바와 같이 보건직과 간호직이 차지하는 비중이 각각 24.5%, 21.4%로 높은 비율을 차지하고 있다.

〈表 3-47〉 管轄 人口規模別 保健所(支所 包含)의 保健職 人力現況

인력 구분	계 (N=240)		인구 10만 미만 (N=94)		인구 10~20만 미만 (N=55)		인구 20만 이상 (N=91)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
계 ¹⁾	7,247	100.0	3,465	100.0	2,147	100.0	1,635	100.0
병리사	119	1.6	54	1.6	19	0.9	46	2.8
방사선사	63	0.9	25	0.7	10	0.5	28	1.7
간호조무사	3,426	47.3	1,657	47.8	1,112	51.8	657	40.2
간호사(보건직 9급)	314	4.3	172	5.0	102	4.8	40	2.4
위생사	268	3.7	118	3.4	87	4.1	63	3.9
기타(기술직 제외) ¹⁾	2,947	40.7	1,360	39.2	794	37.0	793	48.5
보건직 직렬비율(%)	36.6		41.9		40.4		26.2	

註: 1) 보건직 인력중 병리사, 방사선사, 간호조무사, 위생사는 제외되었으며
비기술직 보건직 인력과 일부 영양사, 물리치료사 등 면허·자격인력이
일부 포함된 인력으로 대부분 비기술직 인력임.

〈表 3-48〉 保健所 人力 構成

	계		특별시 서울시 강남구		직할시 인천시 서구		중도시 전주시 완산구		소도시 경기도 구리시		통합시 경북 안동시		농촌형 충북 단양시		의료원 전남 곡성군	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
의무직	9	2.6	3	3.7	-	-	1	2.4	1	3.6	3	4.8	-	-	1	1.8
공보의	5	1.4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4.8	2	5.4	-	-
보건직	86	24.5	8	9.9	11	23.9	12	28.6	9	32.1	18	29.0	13	35.1	15	27.3
간호직	75	21.4	23	28.4	8	17.4	12	28.6	3	10.7	13	21.0	5	13.5	11	20.0
행정직	19	5.4	8	9.9	1	2.2	2	4.8	1	3.6	3	4.8	2	5.4	2	3.6
약무직	8	2.3	4	4.9	1	2.2	-	-	1	3.6	-	-	-	-	2	3.6
의료기 술직	40	11.4	13	16.0	2	4.3	1	2.4	4	14.3	5	8.1	8	21.6	7	12.7
전문직	17	4.8	4	4.9	1	2.2	1	2.4	1	3.6	3	4.8	-	-	7	12.7
기능직	54	15.4	18	22.2	6	13.0	6	14.3	5	17.9	5	8.1	6	16.2	8	14.5
기타 ¹⁾	38	10.8	-	-	16	34.8	7	16.7	3	10.7	9	14.5	1	2.7	2	3.6
계	351	100.0	81	100.0	46	100.0	42	100.0	28	100.0	62	100.0	37	100.0	55	100.0

註: 1) 기타: 고용직, 잡급 등 임시직
資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

다. 保健所의 人力的 特性

보건소 인력은 보건의료관련 면허소지자 비율이 75.1% 내외로 높으며, 당해 보건소의 근무경력은 평균 8년으로 장기 근무자의 비율이 높으며, 임용방법은 특채로 채용된 경우가 많다(表 3-49 참조).

2. 問題點

인력현황을 통해 파악된 인력구조의 문제와 인력수요에 대한 현지 보건소의 의견, 외국의 예를 종합하여 현재 보건소 인력의 문제점을 정리하면 다음과 같다.

가. 保健所 人力構成上 非專門職 人力的 높은 比重

1) 保健所 人力構成의 不適正

保健所의 人力構成을 보면 의무직, 약무직, 간호직, 의료기술직 등 전문 보건의료기술직이 全國적으로 48.2% 정도이며 그 외에 보건직, 행정직, 기능직 및 고용직의 비율이 51.8%로 비전문기술직 인력의 비중이 높다. 특히 공중보건직을 제외한 인력 중에서는 보건직이 46.6%로 보건소 전체인력의 거의 半數를 차지하고 있으며 기능 및 임시직이 14.9%, 행정직이 4.5%로 이들을 제외한 나머지 기술인력은 33.9%에 불과한 것으로 나타나고 있다(表 3-50 참조). 즉 보건소 인력이 전반적으로 보건직과 간호직에 편중되어 있으며, 특히 간호조무사와 비기술직 보건직이 차지하는 비중이 각각 17.3%, 14.9%로 높다(表 3-44 참조). 또한 기능직 및 고용직이 차지하는 비율이 11.7%로 높다. 별정직으로 주로 농촌지역에 배치된 공중보건직의사와 보건진료원을 제외하면 전문·의무직 의사가 2.0%, 약사 0.8%로 이들 전문인력이 전체인력에서 차지하는 비중이 매우 낮은 것으로 나타났다(表 3-50 참조).

〈表 3-49〉 保健所 職員の 一般的 特性

항목	구분	1991. 12		1996. 2	
		N	%	N	%
연령	30세 미만	407	24.7	61	19.2
	30~39세	677	41.7	131	41.3
	40~49세	303	18.4	78	24.6
	50~59세	246	15.0	42	13.2
	60세 이상	12	0.8	5	0.2
성별	남 자	580	35.1	124	39.1
	여 자	1073	64.9	193	60.9
교육수준	중졸 이하	104	6.4	-	-
	고졸	600	36.8	-	-
	전문대졸	631	38.7	-	-
	대졸 이상	295	18.1	-	-
결혼상태	미 혼	318	19.3	-	-
	기 혼	1330	80.7	-	-
면허소지	소지자	1,203	73.0	238	75.1
	의사	-	-	21	6.6
	치과 의사	-	-	2	0.6
	간호사	-	-	87	27.4
	약사	-	-	7	2.2
	영양사	-	-	4	1.3
	임상병리사	-	-	24	7.6
	방사선사	-	-	16	5.0
	치과위생사	-	-	10	3.2
	물리치료사	-	-	8	2.5
	간호조무사	-	-	30	9.5
	위생사	-	-	11	3.5
	미소지자	444	27.0	79	24.9
근무경력 (년)	1년 미만	244	15.4	33	10.4
	1~2	291	18.4	75	23.7
	3~4	164	10.4	42	13.2
	5~9	425	26.9	64	20.2
	10~19	346	21.9	73	23.0
	20년 이상	112	7.0	30	9.5
임용방법	공채	92	17.8	-	-
	특채	409	79.0	-	-
	공중보건의	14	2.7	-	-
	계약직	3	0.6	-	-

資料: 1) 1991. 12 조사된 52개 보건소조사자료(문옥륜, 『우리나라 보건소 기능 활성화 방안 모색』, 『보건학논집』, 제45권, 1992에서 재인용)

2) 7개 유형별 보건소 조사자료, 1996. 2.

〈表 3-50〉 保健所 職列別 人力 現況

직렬 및 직종	1991년				1995년			
	정원		현원		현원		현원	
	N	%	N	%	N	%	N	%
의무직 ¹⁾	613	6.0	966	9.3	387	2.0	387	2.5
공중보건직	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2,248	11.3	-	-
보건진료원	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2,021	10.2	-	-
약무직	270	2.5	196	1.9	158	0.8	158	1.0
간호직	3,138	30.5	3,028	29.0	3,038 ⁴⁾ (3,352 ⁵⁾)	15.3	3,038	19.5
보건직 ²⁾	2,621	25.4	2,261	25.1	7,247 ⁶⁾ (6,751 ⁷⁾)	36.6 (34.1)	7,247 ⁶⁾	46.6
의료기술직 ³⁾	920	9.0	954	9.1	1,700 ⁸⁾ (1,882 ⁹⁾)	8.6 (9.5)	1,700 ⁸⁾	10.9
행정직	729	7.0	646	6.2	706	3.6	706	4.5
기능 및 임시직, 기타 인력	2,017	19.6	2,029	19.4	2,319	11.7	2,319	14.9
계	10,263	100.0	10,440	100.0	19,824	100.0	15,555	100.0

註: 1) 의무직 소장 및 전문직 의사, 치과의사 포함

2) 보건직 소장 포함, 일부지역은 간호사, 임상병리사, 방사선사 등이 보건직으로 포함됨.

3) 방사선사, 임상병리사, 치과위생사

4) 간호직은 보건직으로 보직된 간호사 9급 314명을 제외한 간호직렬 인력임.

5) 간호사 면허소지자

6) 보건직으로 보직된 방사선사 63명, 병리사 119명 포함.

7) 보건직렬중 방사선사, 병리사, 간호사 면허자 제외

8) 의료기술직 1,882명 중 상기 보건직렬 보직 방사선사 63명, 병리사 119명을 뺀 수치임.

9) 보건직렬 보직된 방사선사, 병리사 포함.

資料: 보건사회부 의정국, 1991.

전국 보건소 인력조사자료, 1995. 12.

상기 자료(2)중 공중보건직, 보건진료원 제외하고 산출함.

2) 外國의 保健所 人力構成과의 比較

우리나라의 보건소 인력구성을 美國, 日本 등의 보건소의 전문인력 분포와 비교하여 보면 衛生, 環境 등 우리나라 보건소에서는 현재 수행하지 않는 機能⁴⁾과 관련된 인력을 제외하더라도 보건소의 전문인력이 多樣하지 못한 것으로 나타났다.

日本의 1990년 보건소 인력과 비교하면 일본은 각종 다양한 보건관련 전문기술직의 비율이 59.8%이며, 나머지는 행정요원과 보건소 주요 기능중의 하나로 포함되어 있는 食品 및 環境管理를 위한 인력이 40.2%를 차지하고 있다. 이중 식품위생감시원과 식육감시원, 공해대책요원등을 제외하면 행정인력과 운전기사 등의 행정요원은 19.3%에 불과하여 나머지 인력은 모두 전문기술자격을 가진 인력인 것을 볼 수 있다(表 3-51 참조). 美國의 保健所(地方保健部: LHD)의 인력 구성은 1979년 조사에 의하면 미국 전국적으로 LHD의 평균인력은 35명으로 지역에 따라 차이가 많아 수명에서, 인구가 많은 지역은 3천명 이상의 인력을 갖추고 있다. 대체로 1/3이 행정 및 지원부서에, 1/3이 간호인력, 1/4이 통계사이며, 의사인력은 30명당 1명꼴로 고용되어 있다(表 3-52 참조). 이들 외국의 보건소 인력구성은 향후 지역보건법에서 제시하고 있는 보건소의 기능확대에 따라 다양한 전문인력을 장기적으로 확보하여야 할 필요성을 제기하는 것이다.

4) 改正된 地域保健法에서는 衛生業務가 보건소업무로 포함되어 있으며, 실제로 일부 지역에서는 위생업무가 보건소로의 이관이 실시되고 있는 실정임.

〈表 3-51〉 日本 保健所の 人力配置 現況(1990)¹⁾

	배치인원	보건소 1개소당 평균인력수(명) ²⁾	인력구성(%)
(1) 의사	1,239	1.46	3.6
(2) 치과의사	67	.08	0.2
(3) 약사	897	1.06	2.6
(4) 수의사	683	.81	2.0
(5) 보건간호사(保健婦)	8,224	9.70	23.7
(6) 임상간호사	306	.36	0.9
(7) 조산사	81	.10	0.2
(8) 방사선기사	1,295	1.53	3.7
(9) 관리영양사	993	1.17	2.9
(10) 영양사	283	.33	0.8
(11) 치과위생사	337	.40	1.0
(12) 임상병리기사	1,615	1.90	4.7
(13) 물리치료사	25	.03	0.1
(14) 환경위생기사	11	.01	0.0
(15) 보건통계사	869	1.02	2.5
(16) 전산원(Card-keeper)	238	.28	0.7
(17) 보건교육사	566	.67	1.6
(18) 의료사회사업요원	142	.17	0.4
(19) 정신보건상담사	455	.54	1.3
(20) 전염병관리사	1,213	1.43	3.5
(21) 결핵관리요원	1,195	1.41	3.4
소계	20,734	24.45	59.8
(22) 행정요원	4,654	5.49	13.4
(23) 공해대책요원	569	.69	1.6
(24) 운전기사	2,032	2.40	5.9
(25) 식품위생감시원	4,809	5.67	13.9
(26) 食肉감시원 등	1,882	2.22	5.4
소계	13,946	16.45	40.2
계	34,680	40.90	100.0

註: 1) 상기 인력에 비상근 시간제 근무 의사, 치과의사는 포함되지 않음.

2) 보건소는 유형별 규모와 인력에 차이가 있으나 전체적인 평균인력배치 규모를 파악하기 위하여 1990년 3월 현재 일본 보건소수 848개소로 나누어 산출함.

資料: Japan International Cooperation Agency, *National Health Administration in Japan*, Vol.I, 1991.

〈表 3-52〉 日本, 美國의 保健所 人力 構成 比較

	전문 보건의료기술직	위생감시	행정지원	기타 인력
미국 ¹⁾	의사: 30인당 1인 간호: 전체의 1/3	-	전체의 1/3	통계사가 전체의 1/4
일본 ²⁾	전체의 59.8%	전체의 20.9%	전체의 13.4%	운전기사 5.9%외
한국	전체의 50% 내외 (공중보건의, 보건 진료원 제외 30%)	-	전체의 20% 내외	기능직 및 임시직, 간호조무사 등 30% 내외

資料: 1) Miller, C., Arden & Moos, Merry-K., *Local Health Department: Fifteen Case Studies*, American Public Health Association, 1981.

2) Japan International Cooperation Agency, *National Health Administration in Japan*, Vol.I, 1991.

나. 地域間 專門人力 確保의 큰 格差

保健所 人力構成에서의 非專門職의 높은 比重은 특히 地域유형에 따라 큰 격차를 보이고 있다. 大都市를 제외한 地域에서는 전문인력 확보의 어려움을 보여 특별시, 직할시에 비해 도지역의 시·군은 의사, 약사, 간호사, 방사선사, 임상병리사 등 전문기술인력의 비율이 상대적으로 낮다. 특히 중·소도시지역의 보건소 인력 총수와 전문기술인력 비율은 타 지역에 비해 매우 취약한 것으로 나타나고 있다. 통합시, 일반군, 보건의료원 지역은 특히 간호조무사 및 비기술직 보건직 등 비전문인력의 비중이 매우 높은 것으로 나타나고 있다.

다. 既存의 人力配置의 不適切

기존의 전문인력에 대한 보건소장의 의견을 보면 보건소에 인력이 적정 배치되어 있지 못하다는 의견이 많았으며 특히 중소도시, 군지역, 보건의료원지역에서 더욱 부적절하게 인식하고 있었다(임종권 외, 1992)(表 3-53, 表 3-54 참조).

〈表 3-53〉 現行 保健所 人力이 事業遂行에 適正한지에 對한 保健所 長의 認識

(단위: %)

구 분	서울시 (N=18)	직할시 (N=27)	중도시 (N=20)	소도시 (N=43)	군(A) ¹⁾ (N=26)	군(B) ²⁾ (N=70)	의료원 (N=11)	계 (N=215)
매우 적정함	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.5
적정한 편	22.2	18.5	10.0	7.0	11.5	27.1	9.1	17.2
그저 그림	55.6	14.8	25.0	18.6	30.8	8.6	27.3	20.5
적정하지 않은 편임	16.7	51.9	40.0	62.8	57.7	50.0	45.5	49.8
매우 적정 하지 못함	5.6	14.8	25.0	11.6	0.0	12.9	18.2	12.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

註: 1) 군(A)는 인구 10만명 이상 군보건소

2) 군(B)는 인구 10만명 미만 군보건소

資料: 임종권·김혜련, 『지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.

〈表 3-54〉 專門人力의 該當業務 適定配置에 對한 保健所 長의 認識

(단위: %)

구 분	서울시 (N=18)	직할시 (N=27)	중도시 (N=20)	소도시 (N=43)	군(A) ¹⁾ (N=26)	군(B) ²⁾ (N=70)	의료원 (N=11)	계 (N=215)
매우 적정함	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	4.3	0.0	1.9
적정한 편임	27.8	33.3	15.0	30.2	38.5	37.1	18.2	31.6
그저 그림	44.4	18.5	40.0	18.6	26.9	25.7	36.4	27.0
적정하지 못한 편임	16.7	37.0	30.0	46.5	34.6	28.6	36.4	33.5
매우 적정 하지 못함	11.1	11.1	10.0	4.7	0.0	4.3	9.1	6.0

註: 1) 군(A)는 인구 10만명 이상 군보건소

2) 군(B)는 인구 10만명 미만 군보건소

資料: 임종권·김혜련, 『지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.

본 연구조사에서 지역유형별 7개 보건소의 주요업무별 인력배치현황을 보면 보건행정관리와 진료 및 진료지원 등에 인력이 편중 배치되어 있으며 인력이 몇몇 업무에 치중되어 배치되고 있어 결과적으로 다양한 업무를 처리하고 있지 않은 것으로 나타나고 있다(表 3-55 참조).

〈表 3-55〉 保健所 業務別 人力 配置의 百分率 分布

(단위: %)

	계	7개 보건소 인력분포범위
보건행정관리	33.8	29.4~44.0
진료		
일반진료	9.1	3.9~30.6
치과진료	2.8	0.0~ 5.2
진료지원	20.5	14.5~28.0
급만성질병관리	5.4	2.0~ 8.6
방역(소독, 점검)	3.5	0.0~ 7.5
모자보건	5.0	2.0~11.4
가족계획	1.6	0.0~ 2.9
방문진료 및 노인간호	6.0	0.0~10.0
보건교육	1.9	0.0~ 7.5
영양사업	0.6	0.0~ 2.5
기타 ¹⁾	9.8	0.0~14.5
계(N)	100.0(317)	

註: 1) 기타는 차량운전 및 관리, 청사관리

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

라. 새로운 事業에 必要한 專門人力의 不足과 確保의 어려움

지역주민의 보건수요증대에 따라 지역보건법에 포함된 보건소 업무영역도 새로운 분야로 크게 확대되었고 행정전문화 요청에 따라 다양한 신규 전문인력의 수요가 증가되고 있으나 공무원 정원규정에 따라 지방공무원 총정원이 동결되어 있어 보건소가 새로운 업무 수행에 필

요로 하는 추가적인 전문 인력 채용이 통제되고 있다. 실제로 본 연구 조사에서 7개 현지 보건소를 중심으로 파악된 업무분야별 신규인력에 대한 수요는 <表 3-56>과 같이 보건소에서 기존에 활성화되어 있지 않거나 새롭게 부과된 업무를 담당할 인력으로 간호사, 영양사, 정신 보건요원, 임상병리사, 방사선사 등에 대한 追加 또는 新規需要가 제시되고 있다.

<表 3-56> 保健所の 業務別 追加人力所要에 對한 意見

업 무	요구 수준 ¹⁾	추가요구 인력수 ²⁾	추가 소요인력 직종
건강증진·보건교육	6	1~7	간호사, 의사, 영양사, 운동처방사, 물리치료사, 방사선사, 병리사
구강보건	4	1~4	치과 의사, 치과위생사
영양개선	5	1~2	영양사
전염병예방관리 및 진료	3	1~2	보건직, 간호사, 보건행정직,
모자보건/가족계획	2	2~3	의사, 간호사
노인보건	2	2~9	복지요원, 간호사, 물리치료사
공중위생/식품위생	3	4~13	보건직, 공중위생계 관련인력
의료인·의료기관지도	4	1~2	약사, 의사, 보건직, 행정직
의료기사 등에 대한 지도	4	1	의료기술직, 보건직
응급의료	4	1	응급구조사, 간호사, 보건직
공중보건의 등 지도	1	1	보건행정요원
향정신성 약물, 마약 관리	3	1	약사, 보건직,
정신보건	3	1~2	정신간호사, 정신보건요원, 정신과 의사
방문보건의료	6	3~9	의사, 간호사, 행정요원, 복지요원, 물리치료사, 가정간호사
진료, 질병관리	3	1~4	간호사, 보건직, 한의사, 약사, 의사
보건실험, 검사	5	1~2	임상병리사, 방사선사, 환경관리기사
장애인 재활 등	3	1~2	사회복지사, 정형외과 의사, 복지요원,
보건연구	2	1	간호사
보건계획 수립	1	1	보건직
보건계획 평가	2	1	보건직

註: 1) 요구수준은 조사대상 7개 보건소중 해당업무에 추가인력을 요구한 보건소 수임.

2) 해당업무에 대한 추가 요구인력수

資料: 7개 유형별 보건소 조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

3. 改善方案

가. 人力擴充의 基本方向

첫째, 기본적으로 지역보건법 제9조에서 규정하는 확대된 16개 업무를 수행하는데 필요한 전문인력을 최소한 확보하도록 하며, 인력구조의 점진적인 적정화를 위하여 정원을 개정한다.

둘째, 상기 16개 업무중 우리나라의 변화하고 있는 보건환경여건에서 업무 수행량의 증가가 클 것으로 예상되는 부문중 전문성확보의 차원에서 기존인력으로는 대처하기 어려운 부문에 대한 인력확보를 우선적으로 고려한다. 例로 精神保健, 健康增進(健康檢診, 保健教育, 營養 등) 등의 신규사업 수행에 인력이 필요하다.

셋째, 16개 보건소 업무를 효율적으로 운영하는데 요구되는 새로운 支援人力인 電算統計 業務, 情報處理業務, 保健企劃 담당 인력을 확보한다.

넷째, 보건소의 인력구조에서 전문기술직이 차지하는 비율을 점차적으로 높여 직접 서비스인력비율을 확대함으로서 전문인력의 수와 직종별 구성비율의 적정화를 도모하도록 한다. 또한 전문적 업무 수행에 필요한 多樣的 職種の 專門人力을 長期的으로 확보하도록 한다. 이를 위해서는 기존의 보건소 인력에서 많은 수를 차지하고 있는 기능직 인력과 비기술 보건직인력을 전문직인력으로 代替하는 構造調整이 요청된다.

다섯째, 변화하는 보건의료환경속에서 보건소에서 시대적으로 요구되는 전문직종의 인력을 정규인력으로 모두 충원하는 것은 현실적으로 어려움이 있으며 향후에도 보건소의 탄력적인 운영을 저해하는 요소가 될 수 있고, 전문적 수요 자체가 한정된 지역내에서는 제한되어 있는 점을 고려할 때 非常勤職 專門人力의 활용과 필요한 경우 業務

委託 등이 적극적으로 권장되어야 하며, 이를 위해서는 豫算運用의 非硬直性이 요구된다.

나. 人力確保 改善方案

- 1) 人力確保를 위한 總括적인 人力計劃管理體制와 市·道 및 中央의 協助體系 必要

日本의 改正된 地域保健法에서는 地域保健對策을 위하여 다음과 같은 人才確保方案을 계획적으로 수립하고 있음을 볼 수 있는데 이것은 우리나라에서도 中央과 地方間 人力確保 協力體系를 확립하고 長期人力確保計劃을 세우는데 運用될 수 있는 방안이 될 수 있다.

- ① 市町村은 사업의 장래전망을 통해 보건부, 영양사, 보건소장을 포함한 의사 등 전문인력의 계속적인 확보를 추진하도록 한다.
- ② 市町村은 지역내 보건의료 인적자원(의사, 치과의사, 약사, 조산원, 간호사, 간호부, 치과위생사, 사회복지사 등)을 최대한 활용하며 이를 위해 지역의 전문 직능단체 및 의료기관과의 연계 또는 협력체계를 확립하여 효과적이고 일체적인 사업추진을 도모하도록 한다.
- ③ 市町村은 지역보건에 관련된 의사, 보건부, 영양사 등 기술인력의 專門分野別 研修는 물론 업무간의 연계추진을 위하여 횡단적인 연수를 실시하고 연수내용의 企劃과 實施에 관하여 關係부서가 연계되도록 한다.
- ④ 都道府縣은 市町村 직원에 관한 체계적인 연수를 계획하고 추진하며 보건소직원이 市町村에 대한 기술적인 원조를 원활히 할 수 있도록 교육기관 또는 연수기관과 연계된 연수를 추진하도록 한다.
- ⑤ 국가는 都道府縣과 시정촌이 실시하는 「인재확보지원계획」의 실시와 인력훈련에 필요한 재정적인 지원과 전문적인 지도를 하도록 한다.

우리 나라에서는 보건소 전문인력의 확보에서 전문인력의 수급상 확보가 난이한 점보다는 인력의 新規採用에서의 制約이 크므로 필요한 인력을 채용할 수 있도록 관련된 內務部の 定員規定과 中央의 統制 등을 완화하여 市·道 또는 國家가 專門人力確保를 지원하는 분위기를 조성하여야 하겠으며 市·郡·區 基礎自治團體도 保健行政과 서비스의 質을 높이고 專門化시키기 위해 기존의 保健所 人力構造의 問題點을 인식하고 專門人力의 채용에 대한 視角을 변경하여야 할 것이다.

또한 이러한 여건을 조성하기 위하여 地域保健對策의 評價項目에 專門人力 確保現況을 포함하도록 하며 國庫支援金の 差等 支援을 적용할 경우 이를 反映하도록 해야 한다.

2) 適正 專門人力의 確保를 위한 既存人力의 構造 調整

가) 技能職의 縮小

保健所 人力運營에도 企業經營 마인드를 受容한다. 즉 기능직 인력 중 반 수 정도를 차지하는 운전기사 인력을 축소하고 보건소의 앰블란스 차량의 운행도 최소한 필요수를 제외하면 렌트나 계약제를 활용하여 부대비용을 줄이며 이에 전담하는 운전기사를 최소화 한다. 또 다른 대안으로는 지역의 응급후송기능을 보다 적극적으로 수행하도록 하고 이를 위하여 현재의 응급의료를 담당하는 기관 및 체계와 긴밀히 연계되도록 한다. 타분야의 추세에 맞추어 보건소 건물관리 및 청소 등은 용역으로 바꾸어 인력 및 예산의 감량운영을 실시하도록 하는 등 관리운영방법의 전환이 요구된다.

나) 雇傭職의 縮小

서비스 수요를 고려하여 필수적으로 요청되는 기술인력은 해당 직

렬로 양성화하며 非常勤職 인력의 활용을 확대해 나가며 고용직을 축소한다. 이를 위해서는 地域의 醫療人力, 地域의 專門職能團體와의 연계를 통한 活用, 在宅 專門人力의 활용, 自願奉仕者의 활용 등을 活性化시켜야 하며, 人士制度和 아울러 豫算運用 차원에서 事業單位部署別로 伸縮性 있는 운용이 필요하다.

다) 保健診療員의 效率的 活用

保健診療員의 勤務地를 保健支所나 保健所로 전환하여 보건진료원이 현재의 里單位의 협소한 보건진료소 관할지역에서 보건소전체나 지소단위의 지역전체를 관장하는 간호인력으로 활용하도록 한다. 즉 新規事業으로 도입될 老人保健事業, 慢性退行性疾患 및 疾病管理, 母子保健 및 家族計劃, 保健教育 등에 대한 지역주민의 건강관리자로 역할을 하도록 담당업무를 확대하도록 한다. 단, 현재에 같은 상황에 있는 支所에 근무하게 될 경우 別定職 限時的으로 근무하는 공중보건의사의 지도·감독을 받는 인력으로 배치될 경우 대다수의 보건진료원이 6급이라는 현실을 감안할 때 현실적으로 갈등의 소지가 크다. 따라서 당분간은 보건소의 지역사업팀의 일원으로 직접적인 보건의료서비스 제공자로 활용하는 것이 보다 타당할 것으로 보이며, 이러한 새로운 사업이 보건지소 단위에서도 정립되고 전문화된 후에는 보건지소의 인력으로 활용될 수 있을 것으로 볼 수 있다.

라) 看護助務士의 役割 모색

군지역을 포함하는 지역에서 상당한 규모로 배치되어 있는 기존의 간호조무사의 역할에는 상당한 한계가 있다. 따라서 신규채용을 폐지하고 기존의 인력중 여건이 가능한 인력에 대해서는 看護職으로의 교육이수를 권장하여 수를 점진적으로 줄여나가도록 하여야 할 것이다.

또한 향후 읍·면 단위의 사회복지서비스를 강화하고 보건복지사무가 통합되는 경우⁵⁾ 이들 인력을 최일선 사회복지 서비스 인력으로 활용하는 방안이 고려될 수 있다.

마) 非技術職 保健職의 縮小

간호조무사 인력과 같이 군지역을 포함하는 지역에서 상당한 규모로 배치되어 있는 비기술직 보건직에 대해서는 신규채용을 억제하여 점진적으로 수를 줄여나가도록 하여야 할 것이다. 동시에 이들 인력이 시·군·구의 일반행정 인력으로 흡수될 수 있도록 비기술직 보건인력의 한시적 직렬변동 또는 복수직 인정 등의 조치가 지방행정 전체적인 차원에서 고려되어야 할 것이다.

바) 現 專門職 人力の 活用性 提高

현재 전문직 의사, 치과의사 등이 활용이 전반적으로 미비함으로 이들 고급인력의 적극적인 활용방안이 검토되어야 한다. 즉 신규사업인 慢性退行性疾患, 健康檢診, 住民 健康管理에 이들 인력의 활용도를 높이기 위하여 각종 프로그램이나 프로젝트 운영에 참여시키도록 하여야 할 것이다. 이를 위해서는 이들 인력을 대상으로 하는 세부지침(가이드라인)과 교육이 개발되어 이들을 지원하여야 할 것이다.

3) 專門技術 人力の 擴充

상기의 인력구조조정을 점진적으로 시행하는 경우 보건소는 상당한 수준으로 신규 전문기술인력을 확보할 수 있는 인력정원의 여력을 확보하게 될 것이다. 이러한 상황이 조성된 연후에는 합리적으로 전문인

5) 현재 시범적으로 5개의 보건소에서 보건복지사무소가 시범운영되고 있다.

력을 확보하여 인력구조의 적정화를 꾀하여야 할 것이다. 그 방법은 일본에서와 같이 자치단체별로 전문기술인력 확보의 계획과 목표를 세우고 그 계획에 입각하여 전문인력을 계획하여 확보하도록 한다.

4) 新規 任用要件의 確立

신규 임용자의 자격기준을 관련분야의 업무수행능력을 고려하여 관련 자격증 소지자로서 일정기간 보건업무관련 경험자를 채용기준으로 운용한다. 단, 의사인력은 현실적인 충원의 어려움을 고려하여 임용후 보직발령전 특별교육과정을 거치거나 보직중 특정 전문과정 또는 상응하는 교육훈련 이수를 원칙으로 하도록 한다.

5) 專門技術人力の 地域間 衡平 配置 및 適材適所 配置

오벽지 지역의 의사, 간호사, 의료기술직, 약사, 영양사 등에 대한 지역간 인사교류, 수당지급, 각종 훈련연수기회의 우선 부여를 통하여 지역간 인사교류 및 오벽지 근무를 유인하는 대책을 확보하도록 한다.

6) 保健所長의 人事 參與

보건소 전문기술인력의 적시 확보와 적정배치를 위하여 현재 시·군 총무과 내무과 등에 있는 보건소 인력에 대한 인사관리에 보건소장이 참여하는 권한을 가져 필요한 인력이 適時에 확보될 수 있도록 한다

다. 保健所 保健醫療 專門人力 配置의 基準

첫째, 의사 및 간호사, 병리사, 방사선사 인력에 대해서는 인구 및 지역유형별 고려를 원칙으로 확보하도록 한다.

둘째, 약사, 한의사, 영양사, 물리치료사, 정신보건요원 등의 기타 전문인력에 대해서는 보건소별로 1~2명을 확보하도록 하며 장기적으로先進國과 같이 인구를 기준으로 한 인력확보에 도달하도록 한다.

셋째, 인구가 일정규모 이하인 지역은 오백지나 보건의료 취약지역일 가능성이 높으므로 인구대비에 대한 기준 이외에 별도의 加算基準이 필요하다.

넷째, 보건소 업무전산화 및 지역보건통계 산출에 필요한 電算統計人力을 보건소 실정에 따라 확보하도록 한다.

다섯째, 특수 전문보건 의료수요를 충족시키기 위하여 非常勤職 專門人力의 활용을 活性化한다.

라. 保健所 職級の 上限을 上向調整하여 有能한 人力의 確保

1) 經歷發展 機會賦與를 통한 유능한 人力의 確保

보건소장의 승진기회가 4급으로 제한되어 있어 장기 근무자의 경우 근무의욕 고취를 제약하고 있으므로 시·도 보건사회국장 보직에 의료직을 삽입하도록 하며, 건설, 토목, 소방 등의 타분야 기술전문직종과 같이 승진상위직급을 상향조정하여 근무의욕을 고취시킬 수 있도록 하여야 할 것이다. 이러한 직급 조정이 이루어지면 지방 5급 보건직의 考試制度를 통하여 유능한 인력의 공채가 가능하게 될 수 있다.

2) 保健醫務人力에 대한 下位職級 上限의 調整

기타 전문기술인력의 승진기회도 현재의 5~6급에서 상향조정하여 근무의욕을 향상시켜 근본적으로 인력의 효과적인 활용을 도모하도록 한다. 현재 보건직렬에게만 보건소장까지의 승진기회가 부여되어 있어

직렬간의 갈등이 보건소의 업무 활성화를 저해하는 요인이 되고 있는데 보건소장의 자격을 기타 전문기술직에도 확대할 경우 승진기회가 확대될 수 있을 것이다.

3) 職列間 昇進機會의 衡平化와 專門性 評價의 反映

보건소 인력의 내부적인 문제로서 직렬간 정원에 묶인 승진제도로 인하여 인력의 專門性, 勤務成果, 勤務年限을 고려한 昇進이 이루어지지 못하고 직렬간 승진연한의 차이가 심하여 인력관리에서 문제가 야기되어 왔다. 一例가 간호직렬의 정원 문제로 보건직렬의 간호조무사가 간호직을 통솔하는 역전현상 등이 초래되고 있다. 조직의 규모가 제한되어 있는 보건소에서 인력관리의 합리화를 위하여는 탄력성 있는 昇進制度가 운영될 수 있는 방안이 강구되어야 할 것이다.

또한 승진시 專門性과 勤務成果 評價에 대한 反映比率을 확대함으로서 專門人力の 事業遂行意慾과 內部的 專門化를 통한 發展을 誘引하도록 한다.

마. 保健所 專門技術 人力の 交流 制度

지방자치제의 실시로 保健所人力の 人事權이 地方自治團體長의 固有權限으로 부여되게 되었다. 그 결과 보건소의 기술직 인력은 일반 행정직과는 달리 당해 시·군·구내의 근무로 固着化됨으로써 업무수행의 惰性化를 초래할 수 있는 가능성이 높아지고 있다. 따라서 기초자치단체에 근무하는 보건의료직 공무원의 원활한 인사교류를 위하여는 시·도지사에게 최소한의 통제권한을 확보하도록 하기 위한 장치가 필요하다. 이를 위하여 시·도지사 휘하에 市·郡·區 보건소 인력의 자치단체간 교류를 위하여 市·都 지사 휘하에 『保健醫療專門人力 交流協

議會』를 두어 자치단체 지방공무원의 효율적 관리를 위한 협력체계를 마련하도록 한다. 동 인사교류협의회는 내부부의 추천을 통해 임명되는 부시장, 부지사 및 부시장, 부군수, 부청장이 구성원으로 참여하는 위원회를 구성·운영하도록 한다. 협의회가 실질적으로 인사교류를 행하는데 실효성을 확보하기가 현실적으로 어려운 점을 고려할 때 보건소장을 포함한 전문기술인력에 대하여 循環補職의 任期制 도입도 고려되어야 할 것이다.

第5節 教育訓練

1. 保健所 人力訓練 現況

가. 人力訓練의 必要性

保健部門에 있어서도 주민의 保健行政 需要의 增大와 專門化 요청이 높아지고 있다. 또한 地方自治의 實施로 지역의 보건에 관한 企劃과 執行에 대한 地方의 역할이 커지게 되어 지방자치단체의 보건행정 사무가 확대되고 있다. 더구나 地域保健法 改正을 계기로 지역보건의 기획능력과 지역주민의 질병의 예방과 관리를 위한 新規서비스(成人病 管理, 精神保健, 再活서비스, 老人保健, 健康檢診)가 추가됨으로써 이들 업무를 제공할 수 있도록 保健所가 능력을 갖추어야 하며, 이는 곧 保健所 人力의 대응능력을 필요로 한다. 그러나 대부분의 자치단체의 현실적인 여건은 신규인력의 채용을 最小化하고 기존의 人力을 再構成하여 업무를 수행하지 않을 수 없는 행정여건에 놓여 있다. 따라서 확대된 사업들을 수행하기 위해서는 保健所 人力의 業務遂行 態度 및 遂行能力의 變化를 위한 人力의 教育 및 訓練이 매우 중요하게 되

었다. 즉 保健所의 人力에게 새로운 업무수행에 필요한 업무능력을 배양시키고, 주민의 서비스의 전문성 요구에 부응하기 위하여는 현행의 지방 보건부문공무원 敎育訓練 프로그램의 內室化와 改善이 절실하게 요청되고 있다.

나. 專門 保健職務敎育·訓練 現況

현재 保健所 勤務 保健醫療人力의 敎育訓練은 保健部門 公務員敎育에 포함되어 있으며 그 내용은 市·道 地方公務員 敎育院에서 실시하는 기본 소양敎育과 중앙행정기관 소속 특수 훈련기관인 國立保健院 訓練部에서 실시하는 專門 職務敎育으로 대별할 수 있다(圖 3-19 참조).⁶⁾

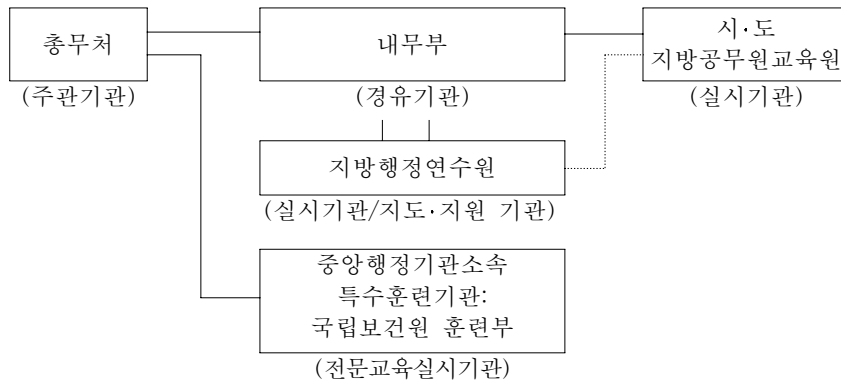
시·도 지방공무원 敎育원에는 일부 전문敎育과정⁷⁾이 개설되어 있으나 보건전문과정은 개설되어 있지 않다. 부처에 따라 산하에 지방공무원 敎育원을 운영하는 곳도 있으나 保健福祉部 산하에는 지방 공무원 敎育시설이 없으므로 공공보건의료에 종사하는 보건관련 공무원의 전문직무敎育을 실시하는 곳은 國立保健院 訓練部가 유일하다.

본 연구에서는 관점이 전문敎育에 한정하고 있으므로 國立保健院의 전문보건직무 敎育·훈련을 중심으로 현황을 파악하였다.

6) 공무원敎育은 공무원 敎育훈련기관에서의 敎育훈련 이외에도 직장훈련, 국내의 위탁(특별)敎育훈련 및 수시 집합 敎育훈련이 권장되어 있기는 하다.

7) 시·도 지방공무원 敎育원에는 보건전문과정은 개설되어 있지 않으나 공통 전문과정으로 재무행정반, 토목행정반, 지방의회반, 지역경제반, 전산행정반, 전산기기조작반이 있으며, 시·도 통합전문과정으로 지방세정전문반, 공기업행정반, 전산전문반, 감사요원반, 건축행정반이 개설되어 있다.

〔圖 3-19〕 地方保健部門 公務員의 教育·訓練 實施體系



1) 國立保健院 訓練部의 教育·訓練 現況

國立保健院 訓練部는 1970년대부터 보건의료공무원의 훈련을 맡고 있다. 교육생은 연간 약 2,200여명⁸⁾으로 교육대상자(保健所 人力, 市道保健 人力, 保健福祉部 人力 등)를 24,500명으로 추산할 때 전체 교육대상자의 약 9%에 해당하는 수요를 담당하고 있다(表 3-57 참조).

실제로 離職者와 新規採用者 등의 變動要因을 고려하면 교육공급은 이보다 낮은 수준이 될 것이며 개략적으로 보아도 전체 보건공무원 교육은 10년에 1회 이하로 받을 수 있는 수준으로 현재의 國立保健院의 수용능력만으로는 보건의료 공무원의 교육수요의 수용도가 매우 낮은 것으로 볼 수 있다. 교육대상이 되는 인력의 지역별 분포와 직종별 현황을 <表 3-57>과 <表 3-58>에서 보면 시·도간에 교육충족 기회가 차이가 있으며, 직종별로 큰 불균형을 보이고 있음을 볼 수 있다.

8) 국립보건원의 훈련생수는 1988년에는 3,179명까지 증가하였으나 1994년 2,227명, 1993년 2,780명, 1992년 2,438명으로 2천에서 3천명 내외이다.

〈表 3-57〉 國立保健院 訓練部 教育生の 市·道別 分布現況(1994)
(단위: 명, %)

기관	교육생수(A)	대상자수(B)	교육충족률(A/B)
보건복지부	415	1,145	36.2
서울	145	1,479	9.8
부산	100	423	23.6
대구	41	360	11.4
인천	45	340	13.2
광주	51	227	22.5
대전	56	321	17.4
경기 ¹⁾	149	1,496	10.0
강원	126	1,149	11.0
충북	119	987	12.1
충남	181	1,562	11.6
전북	183	1,076	17.0
전남	175	1,930	9.1
경북	217	1,790	12.1
경남	167	1,490	11.2
제주	53	269	19.7
타부처	4	-	-
계	2,227	24,500 ²⁾	9.1

註: 1) 경기도는 도청 인력이 포함되지 않았음. 여타 시도의 대상자수에는 保健所 의무직, 공중보건 의사, 보건진료원, 기능직은 포함하지 않음.

2) 대상자수 계는 이들 미포함 인력과 식품위생종사인력을 더한 개략적 결과임.

資料: 이상주 외, 『보건분야 공무원 교육체계 개발에 관한 연구』, 『국립보건원보』 제32권 제1호, 1995.

國立保健院에 개설된 과정은 1990년의 30개 과정에서 1995년에는 47개 과정, 1996년 35개 과정을 운영하고 있으며, 대개 교육·훈련기간은 1~3주로 1개 과정에 20~50명 내외의 훈련인원을 대상으로 短期課程으로 운영되고 있고 新規任用者の 職務教育보다는 在職者에 대한 教育에 치중하여 운영되고 있다. 이러한 점은 현재 보건공무원 교육이 短期教育課程을 중심으로 이루어지고 있으며, 중장기적인 교육계획이 없고 체계적인 교육내용으로 개발되어 있지 못하다고 볼 수 있는 것이다.

〈表 3-58〉 教育生の 職種別 現況(1994)

직종	교육생수 (A)	대상자수 (B)	교육충족률 (A/B)
연구직	112	1,465	7.6
의사	217	3,212	6.8
간호사	517	3,260	15.9
약사	12	171	7.0
보건, 의료기술, 식품위생, 행정직	1,073	11,000	9.8
별정직	270	2,045	13.2
기타	26	24,500	9.1
계	2,227	-	-

資料: 이상주 외, 『보건분야 공무원 교육체계 개발에 관한 연구』, 『국립보건원보』 제32권 제1호, 1995.

또한 교육내용의 實用性이 미약하고 實務와의 連繫性이 부족한 점은 國立保健院의 保健公務員 教育에서도 例外가 아닌 것으로 파악되고 있다. 國立保健院은 이외에도 教育施設 및 環境, 訓練豫算, 訓練教授要員 등이 타 공무원 教育訓練機關과 비교한 결과 매우 열악한 것으로 나타나고 있다(이상주, 1995).

日本에서 국가 및 지방의 보건분야 공무원 교육을 실시하는 중앙기관으로서 國立保健院과 유사한 성격과 기능을 갖추고 있는 日本의 公衆衛生院의 教育課程을 보면 <表 3-60>과 같다. 공중위생원의 개설 과정에는 研究課程, 專門課程, 特別課程으로 구성되어 훈련기간도 1년, 2년, 3년의 長期課程과 16개의 短期課程으로 나누어져 있으며 단기과정의 기간도 24~44일로 國立保健院의 과정보다 길다.

우리나라의 과정이 분야별로 세분화되어 중복되는 교과가 많음에 비하여 일본의 과정은 직무별로 포괄적인 연수과정으로 운영되고 있음을 교과과정 명칭으로 파악할 수 있다. 일본의 공중위생원 훈련과정은 우리나라 보건전문훈련기관의 발전모형으로 참고가 될 수 있을 것이다.

〈表 3-59〉 國立保健院 開設 教育課程 現況(1995~1996)

과정명	1996년			1995년		
	반 명	교육 기간	교육 인원	반 명	교육 기간	교육 인원
전문 직무 교육	세균검사요원반	2주	20	세균검사요원반	2주	20
	보건통계반	1주×2회	40	보건통계반	1주×2회	50
	신규공중보건 의사 교육자반	1주	50	선임지도 공중보건 의사반	1주	22
				보건진료원반	1주×4회	180
				세균검사요원반	2주	20
	식품검정요원반	2주	24	식품검정요원반	2주	25
	약품검정요원반	3주	24	약품검정요원반	3주	21
	AIDS관리요원반	1주×2회	100	AIDS관리요원반	4일×3회	150
				AIDS관리자반	4일×2회	100
	역학조사요원반	2주	22	역학조사요원반	2주	15
	영양지도원반	1주	50	영양지도원반	1주	18
				예방접종간호사반	1주×2회	76
	위생관리자반	1주	50	위생관리자반	1주	33
	위생요원반	2주×2회	100	위생요원반	2주×2회	80
				위생감시원반	2주×3회	135
	유해물질검정 요원반	3주	24	유해물질검정요원반	3주×2회	48
	의·약무 요원반	2주×2회	100	의료·약사·마약 감시원반	2주×2회	72
				의료사업관리 연수반	1주	15
	재활간호사반	1주×2회	120	재활간호사반	2주	48
	정신건강관리반	1주	50	정신건강관리반	1주	40
	지역사회간호사반	3주×2회	100	지역사회간호사반	4주×2회	66
	지역사회간호사업 기획반	2주×2회	80			
	전산중급반	1주×2회	40	전산중급반	1주×2회	40
				전산초급반	1주×2회	60
	총 교육과정수	35과정		총 교육과정수	47과정	
	총 교육회수	52회		총 교육회수	70회	
	총 교육인원 계	2,154명		총 교육인원 계	2,268명	

資料: 보건복지부·국립보건원, 『교육훈련계획』, 1996.

〈表 3-60〉 日本 公衆衛生院 訓練 課程 開設 現況(1995~1996)

과 정 명		훈련인원	훈련기간
보 건 학 Diploma과정	3개 과정	50명	1년
	환경학	15명	
	보건간호학	20명	
	보건학	15명	
석사과정		10명	2년
박사과정		5명	3년
특별 교육과정 ¹⁾	16개 과정	445명	
	환경·위생화학	15명	42일
	빌딩내 환경위생관리	30명	31일
	지역보건복지기획	20명	24일
	수질관리공학	20명	43일
	보건간호관리	30명	35일
	보건간호실제	30명	28일
	노인보건 및 비전염성관리	30명	28일
	식품위생실제	30명	29일
	의료방사선 감시	25명	36일
	보건기획 및 관리	30명×2회	44일
	약물관리	25명	33일
	육류위생 및 검사	30명	29일
	감염증 관리	20명	32일
	공중영양	30명	45일
	보건교육	20명	30일
	폐기물 관리	30명	33일

註: 1) 특별교육과정은 매년 약간씩 조정되어 1994년에는 사춘기 보건, 역학 통계 등 새로운 과정이 포함되어 있었음.

資料: The Institute of Public Health, *Brochure*, 1995~1996.

2) 保健所 職員の 訓練以後 現況

현재 保健所에 근무하는 인력이 어느 정도의 교육·훈련을 받았는가를 7개 現地調査 保健所에서 파악한 결과는 다음과 같다.

保健所 직원이 근무중에 履修한 訓練에 대하여 5회까지 조사한 결과를 종합하면 다음과 같다. 訓練 및 研修經驗은 평균 1.6회로 훈련경

험이 전혀 없는 사람도 35.3%에 달하며 훈련·교육을 받은 사람도 대개 1회 내지 2회에 집중되어 있다(表 3-61~表 3-63 참조). 훈련 및 연수기간은 대부분 1주 내지 3주의 단기 과정인 것으로 나타났다(表 3-64 참조).

〈表 3-61〉 保健所 職員의 訓練 經驗 回數

훈련경험 회수	N	%
계	317	100.0
없음	112	35.3
1회	64	20.2
2회	49	15.5
3회	35	11.0
4회	52	16.4
5회 이상	5	1.6

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

〈表 3-62〉 保健所 職員의 訓練 및 研修 履修 現況

		조사대상 직원수	평균횟수	표준편차
계		317	1.6	1.5
특별시	서울시 강남구	76	1.4	1.4
직할시	인천시 서구	40	0.9	1.1
중도시	전주시 완산구	35	1.9	1.4
소도시	경기도 구리시	25	1.4	1.6
통합시	경북 안동시	58	1.7	1.6
농촌형	충북 단양시	34	1.7	1.5
의료원	전남 곡성군	49	2.1	1.7

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

〈表 3-63〉 保健所 勤務經歷別 訓練 및 研修 履修回數

근무 경력	조사대상직원수	평균횟수	표준편차
계	317	1.6	1.5
1년 미만	33	0.6	1.3
1~4년	117	1.2	1.4
5~9년	364	1.6	1.5
10~19년	73	2.3	1.5
20년 이상	30	2.2	1.8

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

〈表 3-64〉 保健所 職員の 訓練 및 研修 期間

훈련 기간	N	%
계	502	100.0
1주 이내	130	25.9
2주 이내	110	21.9
3주 이내	134	26.7
1개월 이내	67	13.3
2개월 이내	30	6.0
2개월 이상	31	6.2

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

訓練·研修機關은 市·道 公務員教育院이 46.4%, 國立保健院이 32.8%로 保健所 公務員은 시·도 공무원 교육원에서 받는 일반 소양교육을 받을 기회가 國立保健院에서 전문교육을 받을 기회보다 높은 것으로 나타났다(表 3-65 참조).

〈表 3-65〉 保健所 職員의 訓練 및 研修 履修 機關

훈련연수 장소	N	%
계	500	100.0
시·도 공무원 교육원	232	46.4
시·도 보건환경연구원	33	6.6
국립보건원	164	32.8
중앙 공무원 교육원	6	1.2
공공 또는 민간 연구원	17	3.4
병 원	12	2.4
외국 등 기타	36	7.2

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

훈련 및 연수내용은 新規任用教育이 13.5%, 保健行政管理가 30.6%이었으며 保健實務關聯教育은 39.0% 정도로 전문실무과정 이수자 비율이 높지 않은 것으로 나타났으며 그 내용도 診療業務 관련 訓練에 치우쳐 있는 것으로 나타났다(表 3-66 참조).

〈表 3-66〉 保健所 職員의 訓練 및 研修 內容

훈련연수 내용	N	%
계	503	100.0
신규 임용자 교육	68	13.5
보건행정		
관리자교육 ¹⁾	48	9.5
실무자교육	106	21.1
보건실무관련 교육		
각종 보건서비스 관련 ²⁾	66	13.1
진료서비스 지원교육	103	20.5
방역, 전염성관리	27	5.4
전산업무교육	18	3.6
환경, 위생, 급수 관리	27	5.4
해외연수	9	1.8
기 타	30	6.0

註: 1) 일반 보건행정, 통계, 의약무감시 등에 관한 관리자 교육

2) 가족계획, 모자보건, 통합보건, 노인보건, 구강보건, 보건교육, 영양 등

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사자료, 본 연구조사, 1996. 2.

2. 保健人力 教育·訓練의 問題點

國立保健院 教育·훈련을 중심으로 현황에서 제기된 사항을 중심으로 問題點을 제시하면 다음과 같다.

가. 保健專門 教育訓練 受容能力 不足

현재의 업무를 기준으로 할 때도 年間教育 訓練의 供給은 全體對象의 9%를 담당하므로 10년에 1회 미만의 교육수요만을 충족시키고 있다. 현재의 교육·훈련 수용능력으로는 지역보건 관리를 위한 신규업무 훈련에 따라 증가할 訓練需要를 充足시키기에는 不足現狀이 深化될 것으로 보인다. 실제로 현직 保健所 人力이 받은 教育訓練은 평균 1.6회였는데 教育訓練을 전혀 받지 않고 있는 사람의 비율도 35.3%에 달하는 것으로 교육·훈련 이수기회가 제한되어 있었던 것으로 나타났다.

나. 教育課程의 多樣性 不足

현행 國立保健院 訓練部の 교육과정은 短期課程 中心으로 運營되고 있으며 지나치게 세분화된 과정으로 중복교과가 많으며 교육내용, 교육운영방식이 획일화되어 있어 교육과정에서 기대하는 성과를 획득하는데는 한계를 보여주고 있다.

다. 教育需要 把握不足으로 因한 教育對象者에 對한 教育機會 提供의 不均衡

시도별, 직종별로 교육기회의 제공에 균형을 이루지 못하고 있는데 이는 교육대상자에 대한 데이터 베이스가 개발되어 있지 않아 合理的인 教育訓練對象의 선발이 이루어지지 못하기 때문이다. 또한 教育需要의 內容과 質에 대한 需要把握이 이루어지지 않고 있다.

라. 專門教育·訓練 組織 體系의 未洽

敎授要員에 대한 합리적인 관리가 되어 있지 못하여 敎育訓練 履修者에 대하여 敎育後 Feedback을 받지 않고 있으며 그 결과의 재 활용도 미약하다. 외래 강사 이용률은 50~70%나 되고 있으나 외래강사에 대한 오리엔테이션 과정(Trainers' training)이 개발되어 있지 않기 때문에 실제로 필요한 敎育이 이루어지기 어렵다. 또한 내부 교수요원에 대한 能力發展 프로그램이 미약하고 敎育에 대한 動機賦與가 취약하며 교수인력이 자신의 전문분야 지식은 있으나 敎育方法이나 敎科課程 開發, 敎育原理에 대한 이해부족으로 주입식 敎育에 의존하고 있어 效果的인 敎育方法을 동원한 敎育과정을 운영하지 못하는 요인이 되고 있다.

마. 中長期 保健人力 敎育·訓練 計劃의 缺如

현재 보건환경여건은 크게 변화되고 있으며 새로운 지역보건업무를 수행하기 위해서는 보건인력 敎育·훈련에 대한 구체적인 計劃과 目標이 樹立되어야 할 것이나 현재는 이러한 계획이 구체적으로 제시되지 못하고 있다.

바. 敎育施設의 未備

보건인력에 대한 敎育訓練을 충실히 실시하기 위한 敎育環境 施設이 조성되어 있지 못하며 전문敎育에서 필수적인 實習機關의 확보와 專門敎育을 위한 다양한 敎材의 확보가 未洽하다.

사. 他機關과의 連繫 未備

타기관과의 협력체계를 보다 적극적으로 하여 대학, 의료기관, 관련 기관과의 협동운영체계가 개발되어야 하나 현재는 외래강사의 활용수준에 머물고 있다.

3. 改善方案

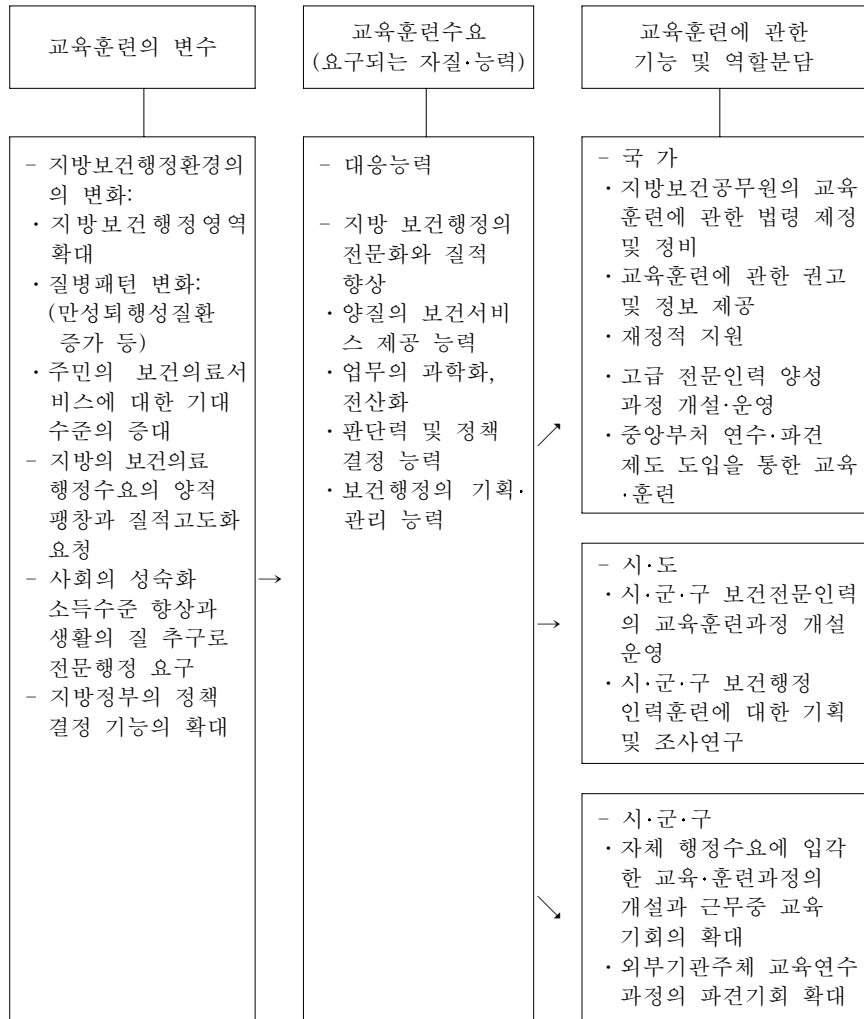
가. 基本 方向

보건소 직원을 포함한 공공보건분야 공무원의 教育訓練의 基本方向은 다음과 같이 네 가지로 두고자 하였고 [圖 3-20]과 같은 기본틀에 따라 보건분야 공무원의 교육훈련의 改善方案을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 성공적인 지방보건 행정을 수행하고 주민의 요구에 부응하는 보건 의료서비스를 제공하는데 있어서 가장 큰 저해요인은 保健所 人力의 資質向上과 業務遂行에 대한 動機化이다. 그러므로 이를 충족시키고 전문 보건인력으로 육성시키기 위하여는 保健專門 職務教育·訓練에 대한 革新的인 擴充이 도모되어야 할 것이다. 즉, 教育訓練體制의 全般的인 改編과 保健專門 教育·訓練 運營의 內室化가 요청된다.

둘째, 다양한 방법을 통한 保健所 人力이 교육·훈련 확대를 통하여 保健所 組織 內部的 專門性を 提高하도록 하여야 한다. 이는 전문기술 인력의 昇進이나 垂直的 經歷 發展機會가 상당히 제한될 수밖에 없는 保健所의 組織특성을 고려할 때 保健所 組織의 풍토를 專門性 向上에 목표를 두는 방향으로 조성하기 위해서도 요청된다.

[圖 3-20] 保健所 人力訓練의 需要와 教育·訓練 模型



셋째, 保健所의 업무 중 擴大되거나 新規로 導入되는 사업에 대한 교육·훈련과정을 충실히 개발하여 교육·훈련을 제공함으로써 保健所의 업무를 간접적으로 지원하는 방안이 구체적으로 강구되어야 한다.

넷째, 新規 및 既存 人力을 대상으로 하는 專門 職務教育訓練의 擴

大로도 충족되지 않는 特殊 專門分野의 需要를 보충하기 위해서는 非常勤 專門人力의 活用이 적극적으로 이루어져야 한다.

나. 保健所 人力에 對한 教育·訓練의 革新的인 改善方案

1) 保健所 組織 內部 專門性 提高

지방화에 따라 성공적인 지방보건행정을 펴나가는데 있어 가장 큰 저해요인중의 하나는 보건행정 조직내 인력의 내부적인 전문성 제고 결여를 꼽을 수 있다. 保健所 人力의 자질향상과 사기의 진작을 통하여 保健所 人力의 活性化를 도모하고 經歷發展 기회를 부여할 수 있도록 새로운 視角에서 教育·訓練의 革新的인 擴充이 요구된다.

2) 訓練 內容의 改善

保健所長은 任用後 전혀 교육없이 업무를 수행하고 있으므로 의무직 소장은 진료를 중시하는 경향이 있으며, 보건직 소장은 보고행정을 위주로 하는 경향이 있다. 이를 개선하기 위하여는 반드시 保健企劃 및 組織管理 등의 교육 이수후 현지에 임용배치하는 것을 원칙으로 하고, 보건소장을 위한 전문기관 위탁교육, 해외연수 등의 기회를 확대한다.

其他 專門技術人力의 教育은 현재 절대적으로 부족한 직무와 관련된 전문기술연수를 강화하고 자체 연수훈련과정의 설치가 어려운 경우, 또는 보다 專門的 研修가 요청되는 경우에는 관련 大學이나 研修機關에서의 委託教育을 확대한다.

3) 訓練 機關의 擴大

현재 國立保健院이 전문교육 수요를 수용하는데는 量的으로도 한계가 있으므로 保健教育訓練도 교육·훈련의 地方化를 擴大하여야 한다. 이를 위해서는 현재 지방공무원의 대다수가 지방공무원교육원을 거치고 있으므로 이 과정에 『保健管理班』(假稱)을 신설하여 일반공무원과는 다른 훈련과정을 개설하도록 한다.

이를 위하여 지방공무원 교육원의 보건관련 과정의 新設을 위한 計劃樹立과 教授要員의 확보가 이루어져야 할 것이다. 현재 國立保健院에서 실시하고 있는 전문연수 교육은 전문인력훈련에 부합되도록 訓練內容과 方法의 多樣化, 長期化, 高度化가 필요하다.

또한 일부 교육은 보건대학원 등에서 훈련하거나 훈련생을 위탁하는 등 관련기관과 제휴하여 훈련을 다양화하도록 한다. 또한 지방의 行·財政能力에 따라 訓練에 所要되는 經費에 대한 國庫支援方案을 마련하도록 한다(中央教育은 國庫에서, 地方教育은 國庫 一部支援 方式으로 하도록 한다). 이를 위하여 中央次元에는 日本의 ‘公衆衛生院’의 訓練課程과 같은 保健領域別 專門 長·短期 專門 訓練課程을 개설하여 일정 직급 이상의 지방공무원을 비롯한 각종 현직 보건행정조직 종사자에게 훈련기회를 부여하여야 할 것이다.

더불어 教育訓練 기회의 부여는 보건분야 종사자에게만 국한하지 말고 연계업무를 담당하고 있는 타부처 담당인력과 타기관 종사자에게도 개방하여 橫斷的 研修가 가능하도록 되어야 할 것이다. 현재 論議되고 있는 國立保健院 內부의 訓練機能 強化에서 보다 확대하여 국가보건인력교육에 대한 개선방안을 보다 획기적으로 구상하는 새로운 전문보건훈련과정이 검토되어야 할 것이다.

4) 訓練期間의 多樣化 및 充實化

현재의 1~3週의 획일적인 훈련기간을 短期 및 長期로 구분·운영하여 전문과정을 개발하도록 한다. 長期訓練은 國立保健院 또는 委託機關에서 管掌하도록 하며, 특수 전문분야의 國內委託教育을 擴大한다. 또한 國際教育(海外訓練)機會를 擴大하도록 한다.

5) 市·道 次元의 研修訓練機能 確保

市·道 자체에서 시·도내에 배치된 시·군·구 보건의료 인력(市·道 保健醫療人力, 市·郡·區 保健醫療人力: 公衆保健醫, 保健診療員, 保健要員 포함)의 단기 職務·補修教育과 訓練을 위한 교육·훈련기능과 研究機能을 확보하도록 한다. 타 전문직종의 과정에서 실시하고 있는 바와 같이 市·道 統合保健專門課程을 만들어 중앙의 國立保健院 훈련과정의 일부를 地方으로 分散시켜 궁극적으로 지방의 공무원 훈련을 지방에서 주체적으로 운영할 수 있는 능력을 향상시키는 방향으로 일부 教育訓練機能의 地方分擔이 이루어지도록 한다.

6) 教育訓練機關의 環境施設의 充實化

교육·훈련을 충실히 하기 위한 체제와 교육환경시설(시청각 기자재, 다양한 교재 등)을 개선하기 위한 教育·訓練 支援을 위한 投資가 절실히 필요하다.

다. 保健所 人力確保의 長期的 課題와 方向

1) 保健分野에 能力있는 人力의 確保

5級 地方考試 公採의 일환으로 보건의료전문인력을 채용하는 방안을

모색하며, 현행 직급상환의 제한으로 유능한 인력유치가 어려운 점을 감안하여 各種 非常勤 専門人力の 活用이 요청된다. 이것은 현인력의 敎育訓練으로 충족되지 못하는 人力需要를 해결하는 방안이 될 것이다.

비상근 전문인력을 활용할 분야는 保健所에서 管轄住民數에 따른 量的인 需要를 考慮하고, 해당 보건의료의 특성상 수요가 제한적이거나 아주 專門的인 需要가 있는 부분으로, 예를 들면 臨床分野 専門醫(眼科, 內科 各 分野, 再活醫學), 運動관련 전문가, 組織管理 및 經營과 保健企劃 專門家, 電算統計專門家 등이 이에 해당될 수 있다. 이들의 활용을 통하여 保健所는 專門서비스 領域을 效率的으로 擴大할 수 있을 것이다.

2) 日本의 專門人力 確保方案을 遠用

日本의 개정된 地域保健法에서는 지역보건대책을 위하여 다음과 같은 인재확보방안을 계획적으로 수립하고 있음을 볼 수 있는데 이와 같이 우리나라에서도 계획적이고 포괄적인 교육·훈련대책이 中央과 地方의 協力體系로 확립되어야 할 것이다.

- ① 市町村은 사업의 장래전망을 통해 保健婦, 營養士, 保健所長을 포함한 의사 등 전문인력의 계속적인 확보를 추진하기 위하여 지역 보건에 관련된 의사, 보건부, 영양사 등 기술인력의 전문분야별 연수는 물론 업무간의 연계추진을 위하여 횡단적인 연수를 실시하고 연수내용의 기획과 실시에 관하여 관계부서가 연계하도록 한다.
- ② 都道府縣은 市町村 직원에 관한 체계적인 연수를 계획하고 추진하며, 保健所職員이 市町村에 대한 技術的인 援助를 원활히 할 수 있도록 敎育機關 또는 研修機關과 連繫된 研修를 추진하도록 한다.
- ③ 國家는 都道府縣과 市町村이 실시하는 인재확보 지원계획의 실시와 인력훈련에 필요한 財政的인 支援과 專門的인 指導를 하도록 한다.

- ④ 상기의 조치에 따라 市町村은 專門人力을 적절히 配置하고 필요한 技術的 訓練을 받도록 한다.

第6節 財政

保健所運營 活性化를 위한 財政面에서의 개선은 國庫支援의 강화와 保健所 豫算樹立 및 執行에 있어서 자율성의 강화로 요약할 수 있다. 保健所에 대한 國庫支援은 그 명분에 지나지 않는 수준이고 또한 예산의 樹立과 執行上에도 制約이 많아 保健所가 내실있고 능동적인 지역의 보건기관으로서의 역할을 수행하지 못하는 주요한 원인으로 지적되어 왔기 때문이다. 현재의 이러한 상황은 保健所の 업무 종사자들에게도 책임이 있지만 보다 근본적인 문제점은 업무를 효율적으로 추진할 수 있는 道具는 제공하지 않고 義務만을 賦課하는 制度上的 不合理性에 있다고 할 수 있겠다. 따라서 본 장에서는 保健所業務의 活性化를 위해서는 保健所 財政의 量과 質面에서의 개선이 필요하다는 관점에서 문제점을 살피고 이의 개선을 위한 방안을 제시하고자 한다. 이를 위해 본 장에서는 國庫補助의 現實化, 豫算樹立 및 執行의 自律性 強化와 함께 保健所 운영에 經營的 思考를 導入한다는 의미에서 稅外收入의 適正化를 통한 收入代替經費 方法 適用의 活性化를 중심으로 고찰하도록 한다.

1. 保健所 運營을 爲한 國庫의 補助

가. 保健所の 業務와 國庫補助 現況

본 절에서는 保健所에서 실행되는 업무의 성격을 규명하고 현행 保

健所 財源의 構造를 이해하므로 國庫補助 현실화의 필요성을 상고해 보기로 한다. 保健所는 基礎地方自治團體에 소속되어 지정된 사무를 처리한다. 따라서 保健所의 業務는 地方自治團體와 中央政府間의 業務의 分掌에 의해서 결정된다. 國家와 地方自治團體間의 업무분장의 기본원칙을 보면 外交, 國防 등 國家의 存立에 필요한 事務, 全國의 規模이거나 全國적으로 統一的 處理를 요하는 事務, 地方自治團體의 技術과 財政力으로는 감당하기 어려운 사무 등은 國家事務로 國家에서 처리하거나 地方自治團體에 위임하여 처리하도록 되어 있다. 한편 지방에서 더 효과적으로 처리할 수 있는 사무는 地方自治事務로 정하고 機關委任事務, 團體委任事務, 固有事務로 나누어 구별한다. 機關委任事務에 관해서는 地方自治法 第93條에 “市·道와 市·郡 및 自治區에서 시행하는 國家事務는 法令에 다른 규정이 없는 한 市·道知事와 市長, 郡守 및 自治區의 區廳長에게 위임하여 행한다”고 명시되어 있으며 團體委任事務와 관련해서는 地方自治法 第9條에 “地方自治團體는 그 관할구역의 自治事務와 法令에 의하여 地方自治團體에 속하는 사무를 처리한다”고 규정하고 있다(韓國地方行政研究院, 1995).

地方自治團體의 업무를 처리하는데 있어서 필요한 재원을 규정한 법을 보면 固有事務는 地方自治團體의 公公사무로 이에 필요한 경비는 당해 地方自治團體가 그 전액을 부담하고(地方財政法 제17조), 團體委任事務는 國家와 地方自治團體 상호간에 이해관계가 있는 경우에, 그 원활한 사무처리를 위하여 국가에서 부담하지 아니하면 아니될 경비는 國家가 그 全部 또는 一部를 부담하도록 되어 있다(地方財政法 第18條 1項).

한편 保健所業務의 많은 부분을 차지하고 있는 機關委任事務에 대해서는 국가가 스스로 행하여야 할 사무를 地方自治團體 또는 그 기관에 위임하여 수행하는 경우에, 그 소요되는 경비는 국가가 그 전부

를 당해 地方自治團體에 교부하여야 한다(地方財政法 제18조 2항)고 규정하고 있다. 또한 이와는 별도로 地域醫療法の 保健所 運營 및 設置를 위한 費用의 補助에 관한 사항은 지역의료법 제19조 2항에 國庫補助金은 設置費와 附帶費에 있어서는 그 2/3 이내, 運營費 및 地域保健醫療計劃의 施行에 필요한 비용은 1/2 이내에서 보조하도록 되어있다. 한편 본 연구에서는 현재 保健所の 業務를 지정하고 있는 21개의 보건의료관계 법령에서 지정된 561개의 細部業務를 85개의 單位事務로 분리하여 업무의 性格別로 분석하였다. 그 결과 국가의 지원이 필요한 機關委任事務나 團體委任事務의 성격을 띤 사무가 全體 保健所事務의 절반을 넘고 있는 것으로 나타났다. 이와 비교를 위하여 본 연구에서 조사한 保健所の 豫算에서 國家補助가 차지하는 비율을 보면 <表 3-67>과 같다. 國家補助率은 保健所 類型이나 地域別로 편차가 크지만 일반적으로 극히 저조하여 국가에서 保健所에 法的으로 委任하고 있는 事務의 量을 반영하고 있지 못하고 있음을 보여주고 있다.

이러한 업무의 양과 재정적 뒷받침의 괴리는 地方自治制가 실시되기 이전에 地方政府는 자구노력 없이 被動的으로 不足財源을 中央政府에 의존하여 왔고 또한 中央政府는 종종 地方政府에 대해 經費支援 없는 業務移讓을 지속해온 결과이다.

재정면에서의 自立度가 약한 地方自治團體는 미흡한 국가보조를 가지고 사업을 수행해 왔고 이러한 상황은 사업내용의 부실화를 가져오는 중요한 요인이 되어 왔다. 즉 지금까지의 保健所는 制限된 財源을 가지고 中央政府에서 細部的 業務單位別로 부여되는 事業目標量 爲主로 업무를 遂行하는 役割을 해온 것이다. 이러한 운영행태는 地方自治時代에 지방의 권한이 점차적으로 강화되고 지방특성에 맞는 보건의료사업의 요구도가 높아지는 상황에서 중앙과 지방간의 갈등의 소지가 있다.

〈表 3-67〉 保健所 豫算財源別 構成(1995)

(단위: 천원, %)

	국비	시·도비	시·군·구비	총액
특별시(강남구)	762 (0.4)	198,706 (99.6)	-	199,468 (100.0)
광역시(인천 서구)	1,002 (1.2)	79,686 (98.8)	-	80,688 (100.0)
중도시(전주 완산)	271 (0.1)	23,052 (12.6)	159,177 (87.2)	182,500 (100.0)
소도시(경기 구리)	9,562 (0.9)	15,842 (1.4)	1,097,125 (97.7)	1,122,529 (100.0)
통합시(경북 안동)	14,798 (25.0)	21,268 (36.0)	23,025 (38.9)	59,091 (100.0)
농촌형(충북 단양)	5,511 (0.4)	3,315 (0.22)	1,467,503 (99.4)	1,476,329 (100.0)
의료원(전남 곡성)	210,153 (6.5)	2,697 (0.008)	3,018,917 (93.4)	3,231,767 (100.0)

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사 자료, 본 연구조사, 1996. 2.

나. 自治團體 財源과 保健所 財源과의 比較

地方自治團體의 財政은 지방세 외에 自治團體間에 財政力の 均衡을 위하여 中央政府로부터 지원되는 地方交付稅, 地方讓與金, 國庫補助金 등을 지원받아 운영되고 있다. 地方交付稅와 地方讓與金은 法令에 그 총액이 결정되어 배분되고 國庫補助金의 경우 자치단체의 신청에 의해 지원되고 있다. 地方交付稅는 現行 內國稅 總額의 13.37%로 규정되어 있고 지방양여금은 주세, 토지초과이득세, 전화세, 농특세전입금 등을 세원으로 하여 지방도로정비, 수질오염방지, 농어촌 지역개발, 청소년육성시설, 지역개발 등 그 세출의 목적이 정해져 있는 자금이다(한국지방행정연구원, 1992).

한편 國庫補助金은 자치단체가 신청하거나 국가가 부득이한 경우 교부를 결정하여 자치단체에 사업별로 지급되는데 여기에는 一定率의

地方費 부담이 의무화된다. 이러한 國家支援金이 地方自治團體의 總豫算에서 차지하는 비율을 地方自治團體別로 보면 <表 3-68>과 같다. 또한 지방의 재정자립도는 매우 낮아 서울을 제외하고는 많은 단체가 국비에 의존하고 있음을 알 수 있다.

<表 3-68> 各級 自治團體別 依存財源比率(1995)

(단위: %)

단체별	지방교부세	국고보조금	지방양여금	계
서울시	0.04	1.89	-	1.93
광역시	2.35	5.43	4.80	12.58
도	14.82	29.48	8.29	52.59
시	21.11	8.58	5.01	34.7
군	34.81	16.76	7.44	59.01

資料: 한국지방행정연구원, 『지방행정통계의 개선방안』, 1992

郡의 경우 地方交付稅의 비중이 높고 道の 경우는 國庫補助金의 비율이 높으며 특히 保健所 財政이 편성되는 군단위의 일반회계 세입총액에서 의존재원이 차지하는 비율이 60%에 달하여 財政의 국고 의존도가 높다. 그러나 이러한 높은 국고 지원율은 <表 3-67>에서 보았던 바와 같이 保健所의 예산에는 전혀 반영되지 않아 國·道費의 保健所 豫算比率은 극히 미약하고 예산의 거의 절대적인 부분이 지방세원에서 지원되고 있는 것이다. 이러한 현상은 지방예산 편성상 보건사업에 대한 중요성이 인식되지 않았기 때문이라고 할 수 있겠다.

2. 保健所 財政運用上の 硬直性

가. 保健所 豫算의 硬直性

예산이란 단순한 행정활동의 건적·예측이 아닌 행동활동의 근거인

동시에 그 범위를 규제하는 것이기 때문에 기능적인 측면에서 財政計劃으로서의 機能, 政策形成으로서의 機能 및 會計的統制로서의 機能을 가진다(韓國地方行政研究院, 1992). 따라서 한 기관의 예산편성에서의 자율성은 그 기관 운영에 있어서 自律性を 직접적으로 나타낸다고 볼 수 있다. 地域保健法 第3條는 각급 단체장에게 지역보건의료계획의 수립을 의무화하고 동법 제4조는 保健醫療需要 測定, 保健醫療에 關한 長·短期 供給對策, 人力, 組織, 財政 등 保健醫療資源의 調達 및 管理, 保健醫療의 傳達體系, 地域保健醫療에 關連된 統計의 蒐集 및 整理 등으로 그 내용을 규정하여 지역실정에 맞는 보건의료계획과 이의 능동적인 실행을 의무화 하고 있다. 이러한 運營의 自律性과 能動性은 豫算 編成 및 執行上의 自律性이 뒷받침되지 않으면 불가능하다고 할 수 있다. 이렇게 볼때 현행의 保健所豫算의 編成 및 執行上의 여러가지 제약점은 능동적인 보건의료계획 수립에 걸림돌이 될 수 있다. 保健所 豫算이 포함되는 基礎地方自治團體의 현행 豫算 編成過程을 보면 地方政府의 中央政府에 대한 종속성이 강하게 나타나고 있다(손희준, 1995). 원칙적으로 內務部는 地方政府로부터 中·長期 地方財政計劃을 제출받아, 이를 근거로 예산편성 기본지침을 작성하여야 하나, 실제로는 재정경제원과 中央政府 各 部處의 意見을 收斂하여 豫算編成基本指針을 作成하고 있는 실정이며, 各 地方政府의 豫算은 이러한 中央政府의 豫算編成指針에 따라 기계적으로 맞추어가는 機能的인 과정에 불과하기 때문이다. 이와 함께 예산편성 시기상의 문제로 지방예산의 편성기간은 9월부터 10월중에 이루어지므로 中央政府로부터의 의존재원에 대한 정확한 규모를 알 수 없기 때문에, 주로 經常的 經費에 대한 豫算編成에 중점을 두게 되어 경직적인 예산 편성이 이루어지고 있다.

이렇게 편성된 기초자치단체의 예산에서 배정되는 保健所의 豫算은

基礎團體의 예산항목에서 規則的, 繼續的으로 소요되는 經常費로 계상되어 매우 硬直된 豫算構造를 가지고 있으며 이의 안배 또한 保健所의 事業計劃에 의해서가 아니라 자치단체의 경상비의 범위에서 예산 실무자에 의해 결정되고 있는 실정이다. 또한 이렇게 편성된 예산은 통제지향적인 운영방식을 취하고 있는 전통적인 지방예산제도에 따라 ‘品目別’ 豫算 編成方式에 의하여 예산 지출의 용도가 세분화됨으로 예산의 신축적 집행을 제약하고 있다. 본 연구조사에 의하면 특히 국·도비 보조금으로 진행되는 사업의 경우 예산이 항목별로 세부분류되어 편성되므로 예산 집행시 절차가 복잡하여 업무에 지장을 주고 있다고 지적되고 있다. 이러한 문제는 保健所業務가 一般行政的인 사무가 아니고 주민들을 직접 접하여 보건의료서비스를 제공하는 特別行政 形態인데도 불구하고 예산 편성상 항목은 이를 반영하지 못하고 一般行政的인 체계로 편성되어 있기 때문이다.

나. 國庫補助金の 硬直性

국가의 지방자치 단체에 대한 보조금제도는 일반적으로 보조방식에 따라 구분될 수 있다. 우선 보조금을 지급하는 정부가 그의 용도를 지정한 特定補助金과 용도가 지정되지 않은 一般補助金으로 대별되고, 특정보조금은 다시 일정한 방식에 의해 결정된 비율로 地方政府의 부담을 요구하는 定率補助金과 이와는 달리 특정사업에 일정한 금액을 보조하는 定額補助金으로 구분된다. 우리나라의 地方交付稅는 일반보조금에 해당되며 國庫補助金은 대체로 정율보조금의 행태로 운영되고 있다(이영희 외, 1994).

保健所 운영을 위한 국가로부터의 보조는 대부분 定率補助金인 國庫補助金 형태로 지급되어 왔다. 이러한 國庫補助金은 그 운용상에 많은 조건을 동반하기 때문에 보조보다는 규제 및 간섭의 수단이 되어

왔고 保健所는 國庫補助金を 집행하기 위한 조건에 피동적으로 맞추어야 하는 입장에 있다. 國庫補助金を 사용하기 위해서는 보조금에 지정된 사업을 수행하면서 일정한 부분을 지방의 自主財源에서 충당하도록 되어 있다. 地方費負擔額은 保健所 豫算의 집행에 있어서 人件費, 관서당경비 등 경상적 경비를 제외하고는 歲出에 우선 計上된다. 따라서 재정상태가 취약한 자치단체의 경우 지방비 부담을 못하여 國庫補助金を 반납해야 하는 경우가 많다. 또한 國庫補助金은 사업별로 업무량과 함께 지급되어 자금의 사용에 전혀 融通性이 허락되지 않기 때문에 保健所는 地域의 特殊性과는 관계없이 주어진 업무량을 소화해내야 하는 입장이다. 이와 함께 補助金事業의 수행중이나 완료시 중앙에의 보고와 이에 따른 審査 등의 조건이 다르기 때문에 保健所의 自律性을 크게 制約하고 있다. 한편, 국비보조사업별 基準補助率의 設定 또한 恣意的인 部分이 많으며 劃一的인 補助條件으로 인해 保健所는 국가가 지역실정을 고려하지 않고 제시하는 조건에 억지로 맞추게 되는 경향이 있다. 이렇게 일률적으로 지급되는 國庫補助金으로 인하여 地方財政이 미약한 지역의 保健所에서는 地方費 負擔額이 과중하여 사업이 零細化 또는 不實化됨으로 行政力의 浪費와 資源의 非效率的 運營을 초래하고 있다.

3. 稅外收入의 適定化

가. 保健所 手數料 및 診療費의 現實化 必要性

保健所 운영의 활성화를 위해서는 지금까지의 관료적 운영행태를 벗어나 積極的 經營의 概念을 導入하는 것도 한 방법이 될 수 있다. 이러한 경영개념의 도입을 위해서 地域保健法은 收入代替經費 方法의 도입을 명시하여 保健所의 財政運用에 活性化를 기하고 있다. 그러나

현재 保健所의 手數料 및 診療費의 체계는 의료의 접근을 확산한다는 의도에서 지나치게 저렴하게 책정되어 있어 保健所의 사업 활성화에 동기 제공이 어려운 실정이다. 이러한 문제점은 본 연구에서 保健所를 대상으로 실시한 현행 수수료와 진료비에 대한 조사에서도 볼 수 있다. 조사결과에 의하면 대다수의 保健所가 진료비나 수수료의 수준이 적정치 않으므로 이를 적어도 原價를 負擔할 수 있는 수준으로 現實化해야 한다는 반응을 보이고 있다. 診療費와 手數料 水準의 保健所別差別化에 대한 질문에는 균등히 하여야 한다는 의견과 차별화해야 한다는 의견이 서로 같은 정도의 응답을 보였고 무료로 제공되는 서비스의 유료화에 관한 응답은 유료화해야 한다는 의견이 지배적이었다 (表 3-69 참조).

保健所의 非現實의인 手數料 및 診療費의 徵收로 인한 保健所 경영상의 문제점을 살펴보면 다음과 같다. 첫째 무료서비스를 제공하여 공공의 비용으로 모든 需要者에게 基本的인 醫療서비스를 提供하는 데에는 限界가 있다는 것이다. 일반적으로 극빈자의 경우를 제외하고는 어느 정도의 비용을 부담할 능력이 있는 데도 불구하고 이를 무료화하여 財政의 枯渴과 함께 保健所가 보다 효율적이고 효과적으로 수행할 수 있는 업무가 미루어질 수 있다. 둘째, 財政의 不足으로 인하여 기본적으로 제공되는 서비스의 質 향상을 가져올 여유가 없어 일반진료 서비스의 경우는 민간 의료기관과 경쟁이 되지 못하고 오히려 保健所 서비스가 質이 낮은 것으로 이용자들에게 인식되고 있다. 따라서 적정한 稅外收入을 확보함으로써 保健所는 제공하는 서비스의 내실화를 기할 수 있을 것이다. 셋째, 保健所의 예산형편상 사업비가 적어지는데 따른 문제이다. 이는 전체예산이 부족하므로 保健所를 하나의 공공서로 유지하기 위해 필수적인 인건비, 관서유지비 등의 지출이 우선되고 있고 정작 保健所의 존재 목적인 서비스의 제공에는 재정적인

여유가 없어 갖추어진 시설 및 인력을 제대로 활용하지 못하는 결과를 가져오고 있는 것이다.

〈表 3-69〉 稅外收入과 收入代替經費 方法에 關한 保健所의 反應

보건소유형	진료비수수료 적정성	무료서비스	진료비 수수료 차별화	수입대채정비 용도
특별시 (강남구)	- 적정함.	- 단계적 유료화	- 균등해야함.	- 해당사항 없음.
광역시 (인천 서구)	- 적당하지 않음. 원가 개선에 의한 개선 필요	- 저소득층 제외 유료화 타당함.	- 차별화가 바람직	- 별도움이 없음.
중도시 (전주 완산)	- 소요인건비 가 나올 정도 로 개선	- 법정예방 접종은 무료, 기타서비스는 실비	- 균등히 함.	- 예방업무 내실화에 사용
소도시 (경기 구리)	- 의료보험 수가로 개선	- 예방접종은 무료실시	- 자치단체에 따라 차등화	- 긴급히 필요 한 경비로 사용함.
통합시 (경북 안동)	- 적당치 않음.	- 예방접종(홍 역)은 무료화	- 균등히 함.	- 도움이 안됨.
농촌형 (충북 단양)	- 보건복지부 고시에 의한 수가로 개선	- 유료화 함.	- 자치단체별 차별화	- 도움이 안됨.
보건의료원 (전남 곡성)	- 적정함.	- 최소한 실비 징수	- 균등히 함	- 없음

資料: 7개 유형별 보건소 실태조사자료, 본 연구조사, 1996. 2

나. 使用者 負擔의 原則

地方自治團體의 固有事務의 서비스는 원칙적으로 지방의 재원에서 조달되어야 한다. 그러나 현재 지방재원의 미약함과 일반적으로 조세 부담이 적지 않다는 사회적 인식을 고려할 때 保健所 서비스 이용자에게 그 부담을 일부 감당하게는 것도 타당하다고 할 수 있다. 사용자

부담은 廣義로는 응익부담, 원인자부담, 손해자부담, 오염자부담 등의 개념이 포함되며, 保健所의 서비스의 경우 응익자부담의 영역에 속한다. 사용자부담의 원칙은 일정 소득수준 이상의 경제적 지불 능력이 있는 계층들의 서비스를 위한 경우나 민간부문에서 기왕 제공해 오고 있는 서비스, 그리고 그 이용자가 뚜렷한 서비스등에 부가하여 서비스 제공에 대한 비용을 분담시킨다(오희환, 1996). 이렇게 볼 때 保健所 서비스 이용자의 경우 의료보호 대상자를 제외하고는 부담능력이 있다고 볼 수 있고, 서비스의 이용자를 뚜렷이 구별할 수 있으며, 그 서비스의 내용이 私有材로서의 성격이 강하며, 다른 민간부문에서도 동일한 서비스를 제공하고 있다고 볼 수 있으므로 保健所 서비스에 대한 사용자부담을 적용하는데는 무리가 없다고 본다.

保健所 서비스에 使用者 負擔의 원칙을 적용할 때 다음과 같은 효과를 기대할 수 있다. 먼저 효율면에서 保健所 서비스의 供給量의 決定에 있어서 시장의 가격결정과 유사한 작용에 의한 資源의 效率의 配分을 達成할 수 있다는 것이다. 즉 保健所 事業의 內容이나 서비스 提供의 量이 中央政府에서 결정된 사항에 의해서가 아니라 그 지역의 需要에 의해서 결정되어 효율적인 保健所資源의 배분을 이룰 수 있다. 또한 個人에게 特別한 便益을 주는 地方自治團體의 서비스에 대해서는 평등의 원칙상 그 便益을 公共에게 返還하여야 한다는 이익 平均의 概念에 의한 公平性이 이루어질 수 있다.

이러한 사용자의 부담의 원칙을 적용하기 위해서는 保健所 서비스를 私有材, 公共材로 구별하여 공공재적 성격이 강한 서비스 이외에는 이의 적용을 고려해야 할 것이다. 이런 의미에서 사유재와 공공재를 구별해 보면 순수한 사유재는 서비스의 모든 혜택이 그 서비스를 소비한 사람에게 국한되는 서비스이고 순수한 공공재는 모든 혜택이 그 사회의 구성원에게 균등하게 향유되는 서비스라고 할 수 있다. 두통을

치료하기 위해서 복용한 아스피린은 그 환자에게 혜택이 국한되므로 순수한 사유재의 예가 될 것이고 여름철 방역소독은 사회 구성원 전원에게 혜택이 가는 공공재의 한 예가 된다. 그러나 많은 보건의료서비스는 이러한 분명한 구분이 어렵다. 서비스의 소비자도 혜택을 받고 또한 사회의 구성원도 개인의 서비스 소비에 의하여 間接적으로 혜택을 입는 경우가 많기 때문이다. 예방주사를 맞은 사람은 個人的으로는 그 질병에 대한 예방을 얻으므로 혜택을 받지만 사회의 구성원 또한 그 만큼 疾病에 노출될 가능성이 적어지므로 간접적인 혜택을 받게 된다. 이러한 구분을 소비자가 서비스에 대해 지불하는 자세의 적극성으로 보면 消費者는 자신에게 직접적인 혜택이 주어질수록 이에 대하여 기꺼이 지불하지만 사회전체적인 혜택을 주는 서비스에 대해서는 지불을 기피하는 경향이 있는데 일반적으로 보건의료 서비스에서 개인이 대가지불에 적극적인 것은 주로 治療的인 서비스이고 소극적인 서비스로는 대개 예방적인 서비스라고 할 수 있다. 따라서 保健所의 서비스중 현재 개인에게 무료로 제공되고 있는 서비스는 그 性格을 分析하여 適正한 手數料를 賦課하여야 할 것이다.

4. 改善方案

가. 國庫의 支援方案

위에서 본 바와 같이 保健所 豫算에 대한 國庫支援의 현실화 필요성은 절실하다. 선진 외국을 보면 日本의 경우 中央政府가 보건소 建築費와 裝備費의 1/2, 運營費의 1/3을 보조하고 있으며, 미국 또한 1981년 기준 保健所 豫算의 14%를 中央政府에서 지원하고 있다(表 3-70 참조). 우리나라의 경우 현실적으로 선진국의 수준을 따라가기에

는 어려움이 있으므로 國家의 補助를 漸進적으로 增加시켜 保健所의 業務負擔에 상응하는 國家적 지원이 고려되어야 하겠다.

〈表 3-70〉 美國 保健所の 財政調達 現況

재정의 원천	지원율(%)	
	1980년 ¹⁾	1984년 ¹⁾
중앙정부	27	28
주정부	17	18
지방정부	46	34
진료비 및 수수료 수입	10	11
기타	-	4

資料: 1) Public Health Foundation, An Inventory of Programs and Block Grant Expenditure, Washington DC, 1990.

國庫支援은 먼저 장기적 안목에서 中央政府와 地方政府間 機能 및 役割 分擔이 再定立되는 가운데, 保健所 業務中 中央政府 事務와 地方 事務의 區分基準을 明確히 하고 이에 따른 經費分擔原則 등이 명확하게 설정되어야 한다. 단기적으로는 地方自治團體의 보건의료사업에 대한 適正한 投資를 確保하기 위해서 비교적 그 용도가 자유로운 地方 交付稅를 재원으로 하여 중앙에서 재배분하는 별도의 재정조달기전을 마련할 필요가 있다.

國庫支援을 위한 구체적인 방안으로 본격적인 지방자치 시대를 맞아 지방의 여건에 맞는 새로운 保健事業 開發의 活性化를 위한 國庫의 支援을 고려할 수 있다. 현재 保健所 豫算編成 過程이 대개 지난해의 예산내용에 의거하는 경우가 많아 新規事業에 대한 豫算確保에는 어려움이 있어 保健所の 地方保健醫療의 特性에 따른 積極的 서비스 패키지의 개발에 어려움을 주고 있다. 자치단체의 입장에서든 관행적으로 수행되고 있는 업무 이외에 효과성이 입증되지 않은 새로운

서비스를 위해 예산을 책정하기란 예산책정의 우선순위상 어려운 것으로 생각된다. 地域保健法의 기본목적 중 하나가 지역별 특성을 고려한 서비스 개발인 점을 감안할때 현행의 예산편성 관행상 지방자치기관에서의 새로운 서비스 개발을 위한 재원조달의 어려움은 地域保健所의 활성화에 부정적 영향을 미칠 것이다. 따라서 신규 사업은 시범사업을 통해 그 실효성을 입증할 수 있도록 하고 시범사업에 필요한 예산을 국가에서 ‘保健事業서비스開發基金’(假稱)을 운영하여 지원하도록 하는 등 신규사업의 개발과 이의 정착화에 국고의 지원이 필요할 것이다.

나. 保健所 豫算編成 및 執行의 自律性

保健所의 豫算編成 및 執行上 硬直性の 문제는 근본적으로는 우리나라 地方財政制度 全體의 問題點이 保健所의 운영상에 노출된 것으로 볼 수 있다. 따라서 이에 대한 개선은 앞으로 지방자치제가 자리를 잡는 가운데 이루어질 것으로 기대된다.

단기적으로는 保健所 國家補助 事業豫算中 대부분을 차지하는 國庫補助金 지급에 대한 개선이 시급하다 할 수 있다. 國家補助金은 앞에서 지적된 바와 같이 집행조건이 까다롭고, 사용내역이 너무 세부적으로 지정되어 회계절차가 복잡하며, 사업별 기본보조율이 지방의 재정능력을 고려하지 않고 중앙에서 결정되고 있다. 따라서 國庫補助金으로 수행되는 사업을 좀더 포괄적으로 지정할 필요가 있으며 집행조건도 세목, 수량, 단가 등은 保健所의 선택에 맡겨 單純化시키며, 기본보조율의 결정도 <表 3-71>에서 보는 바와 같이 지역의 保健醫療 需要·供給의 側面, 單位保健所 運營上の 特性등을 고려하여 결정되어야 할 것이다.

〈表 3-71〉 國費의 基準補助率 決定을 爲하여 參考해야 할 變數

지 역 별 특 성		보건소 운영상 특성
보건의료 수요적 측면	보건의료 공급적 측면	
- 인구규모 - 고위험군 구성비 - 자치단체 관할 면적	- 의료자원 - 자치단체 재정 자립도 - 자치단체 보건의료부분 예산의 정도	- 보건소 환자부담 할인을 - 진료수가 할인을 - 지역보건의료계획 시행결과 평가

다. 稅外收入의 現實化와 收入代替經費方法의 運用

診療費나 手數料는 保健所運營 활성화를 위하여 經營개념을 도입한다는 의미에서 公共材의 性格이 강한 서비스의 경우를 제외하고는 일반적으로 有料化하는 방향으로 개선되어야 한다. 따라서 현재 유료로 실시되는 서비스의 경우 서비스에 소요되는 비용을 보정하는 정도로 의 현실화가 필요하며 무료로 실시되는 서비스도 유료화를 고려해야 한다.

한편 유료로 보급되는 서비스에 대한 일률적인 진료비나 수수의 적용은 地方의 特色을 고려한 保健所 運營의 活性化의 概念과는 차이가 있다. 따라서 診療費나 手數料는 지역의 사정에 따라 差等化 하는 것이 타당하나, 受益者의 입장에서는 똑같은 서비스에 차등적으로 부담이 간다는 면에서 공감을 얻기 어려울 것으로 보인다. 이런 점을 고려하여 保健所의 診療費는 保險酬價의 100% 이내에서 조례로 결정하도록 하되, 약제비와 소모품비는 보험수가의 100%를 유지하도록 권장하고 비보험 수가는 자치단체에서 필요에 따라 자율적으로 결정하도록 하며 검사 및 실험 수수료는 保健環境研究院 수가의 100%로 이내에서 조례로 정하도록 하는 것이 타당하다(表 3-72 참조).

이와 더불어 保健所의 진료비와 수수료를 가능한 한 낮게 유도하기

위해서 國家에서 保健所別 酬價의 割引率과 地方自治團體의 財政自立度を 감안하여 적당한 선에서 보조금을 지급하도록 하고 본인부담 진료비는 일반 의료기관보다 저렴한 수준에서 保健所間에 차등을 두지 않고 정하여야 할 것이다.

保健所 稅外收入 現實化를 保健所 活性化에 연결하기 위해서는 稅外收入을 保健所에서 사용할 수 있도록 하는 제도가 필요하다. 이를 위하여 現 地域保健法 第17條에서 규정하고 있는 收入代替經費 方法의 積極的 運用이 고려되어야 한다. 현재 保健所의 稅外收入은 매일 시·군 금고에 납부되어 地方自治團體의 수입으로 처리되고 있어 保健所 자체로는 收入財源에 대한 권한이 없기 때문에 保健所 運營의 活性化, 또는 財政의 效率的 運用을 위한 동기유발이 부족한 실정이다.

한편 본 연구의 조사에 의하면 수입대체경비 방법의 도입에 대한 保健所의 의견은 일단 긍정적이면서도 한편으로는 이 法에 의한 재정적 도움은 保健所의 다음 회계년도의 예산수립에 반영되어 결국은 재정상 별 도움이 되지 않고 오히려 수입대체경비에 대한 회계감사상의 업무만 증가하는 것이 아닌가 하는 우려를 나타내고 있다. 따라서 수입대체경비 방법의 운용은 그 절차를 간편하게 하고 이의 활용이 保健所 次年度 豫算確保에 不利益의 결과를 가져오지 않도록 하여야 한다.

〈表 3-72〉 稅外收入의 酬價基準과 國家補助(案)

세외수입	수가기준	국가보조
진료비 약제비 및 소모품 수수료 본인부담금	보험수가의 100% 이내 보험수가의 100% 보건환경연구원 수가 일반의원 보다 낮게 통일	지방재정자립도 및 할인을 고려 지방재정 자립도를 감안

收入代替經費의 處理는 市金庫에 保健所 收入代替 經費를 위한 별도의 계정(수입대체경비 출납원)을 설치하고 필요에 따라 지출하도록 하여 定期豫算外로 사용할 수 있도록 뒷받침하여야 하며 자금의 사용은 예산에서 미처 책정되지 못한 사업비용(재료대나 사업을 위하여 고용한 임시직의 인건비 등)으로 쓸 수 있도록 하고 이의 지출은 保健所長이 支出原因行爲關係書類를 收入代替經費 出納員에게 송부하여 지출을 의뢰하도록 하고 이의 사용 결과에 대하여서는 사후조사를 행하도록 하는 것이 바람직하다.

第4章 結 論

본 연구는 保健所法이 지역보건법으로 개정(1995. 12. 29)됨에 따라 그 시행에 필요한 施行令과 施行規則을 합리적으로 규정함으로써 지역보건의 活性化에 기여하기 위해 실시되었다. 연구방법은 첫째, 日本과 美國의 지역보건 현황을 고찰함으로써 우리나라에서의 示唆點을 도출하였다. 둘째, 보건소의 현황 및 문제점을 파악하기 위해 標本 保健所를 대상으로 실태조사를 실시하였으며 전국의 보건소를 대상으로 인력현황을 조사하였다. 셋째, 법령에 의해 주어진 보건소의 業務分析을 위해 보건의료 관련 법규(20여개)를 고찰·분석하였다. 넷째, 施案의 작성을 위해 地域保健企劃團과 研究課題別 實務作業班을 구성·運營하였으며 다섯째, 각계각층의 의견수렴과 합의 도출을 위해 공청회 및 워킹샷형태의 작업을 실시하였다.

연구내용은 ① 美國과 日本의 지역보건 현황, ② 지역보건계획의 作成, 施行, 評價, 調整, ③ 보건소 업무의 分析, 業務委託의 範圍, 節次, 費用補助 등, ④ 보건소 및 보건지소 設置基準, 組織의 현황 및 문제점, ⑤ 보건소 專門人力의 任用, 配置, 交流, 敎育訓練 등, ⑥ 保健所運營에 關한 手數料, 診療費, 會計指針등 재정에 관한 사항으로 나뉘어 진다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 보건소의 企劃 및 評價 業務는 1991년 보건소법 개정(제6조 3항)과 함께 추진되기 시작하였으나, 중앙의 일률적인 사업지침과 담당인력에 대한 훈련지원부족 등으로 그 機能이 적절히 수행되지 못하고 있다.

둘째, 우리나라 보건소는 傳染病管理와 가족계획사업 위주로 운영되어 왔으며 만성질환의 예방이나 再活등 민간부문에서 기피하거나 수

행하기 어려운 분야의 업무를 수행하는데는 미흡하다.

셋째, 현재와 같은 행정구역단위 중심의 保健所 設置基準은 지역사정에 따른 組織의 柔軟性 確保를 저해하고 있으며, 현행 보건소 조직체계는 지역특성에 따라 크게 4가지 유형으로 구분되고 있으나, 보건소업무의 다양화에 따라 組織의 靈活 팽창 요구가 표출되고 있다.

넷째, 保健醫療需要 增大에 따른 專門人力의 증원 요구에도 불구하고, 공무원 정원 동결로 추가적인 관련 인력 채용이 통제되고 있어서, 事業遂行을 위한 專門人力이 수적으로 매우 부족하다. 보건소인력 중 保健醫療專門人力이 차지하는 비율이 선진외국에 비해 낮은 수준이며 특히 인구 10만 미만 지역의 경우에 醫務職, 藥務職, 看護職의 구성비율이 매우 낮은 수준이다.

다섯째, 인력의 訓練內容이 보수교육으로 편중되는 등 부적절하게 구성되어 있으며(기획 및 추가사업수행에 필요한 교육내용의 결여), 훈련횟수, 기간 등이 전반적인 教育·訓練의 부족을 시사하고 있다.

여섯째, 국가적 차원 또는 국가의 財政的 지원하에서 추진되어야 하는 業務가 보건소 업무의 절반이상을 차지하고 있으나, 保健所에 대한 국가의 財政的 지원은 극히 낮은 수준이다.

이와같은 地域保健의 문제점을 개선하기 위한 方案으로서 다음과 같은 提言을 하고자 한다.

- 地域保健企劃能力의 향상을 위한 지역보건의료계획자문단(가칭)의 구성·운영
 - 지역보건의료계획에 대한 認識과 經驗이 일반화되기까지 지역보건의료계획자문단(가칭)을 구성하여 地域單位 조사연구에 의한 사업계획수립, 프로그램개발 및 評價에 대한 기술지원을 하도록 함.
- 保健所 業務의 재정립 및 서비스 領域의 확대
 - 보건소 업무는 地域住民의 새로운 보건·의료 요구에 원활히 대

응할 수 있도록 再定立되어야 하며 건강증진, 노인보건, 만성질환관리 등이 강화되어야 하며 精神保健事業, 재활사업 등이 새로이 추가되어야 함.

- 보건소의 제한된 人力과 施設등을 감안하고 지역주민에게 보다 수준높은 보건의료서비스를 제공하기 위해 보건소에 부여된 業務중 일부를 지역의 醫療機關 또는 의료인에게 위탁 및 대행토록 함.
- 專門人力의 적정 확보 및 배치
 - 保健所 人力 중 專門人力의 構成比率 増大를 통한 사업인력의 확충이 요구되며 專門人力의 任用資格基準을 強化하여야 함.
 - 保健所長은 의사를 우선적으로 임용하되 保健醫療職群으로 임용 자격기준을 확대할 필요가 있음.
- 教育·訓練을 통한 保健所 人力의 事業遂行能力 提高
 - 새로운 保健醫療需要에 대비한 양질의 공급능력을 갖추기 위해서는 교육기회의 증대 및 교육내용의 改善이 요구되며 분야별 장기(6~12개월) 전문과정의 개설, 특수 專門分野에 대한 국내 위탁교육의 확대, 해외훈련기회 확대등이 요구됨.
- 組織의 柔軟性 確保 및 事業中心의 組織體系 開發
 - 지역특성에 맞는 組織을 구성하기 위해서는 중앙에서 保健所 유형별 조직안을 제시해주되 保健所의 機能과 業務量이 변경될 경우 그에 따라 조정할 수 있도록 하며 관료조직으로서의 保健所는 업무량과 業務의 특성이 수시로 반영되지 못하여 효율적이지 못하므로 사업별 팀제도를 제도화하는 것이 바람직함.
- 國庫金 補助의 改善 및 收入代替經費方法의 適用 등을 통한 財政安定化 方案
 - 國庫補助金を 점진적으로 增加시키되, 장기적으로는 중앙정부와

지방정부간 기능 및 역할 분담의 재정립과 이에따른 경비분담원칙 등을 명확히 設定할 필요성이 있음.

- 진료비 및 수수료등 稅外收入의 적정선은 환자에 대한 배려, 사회적 소득 재분배 效果등을 고려하여 民間醫療機關 보다는 낮은 수준에서 자치단체가 자율적으로 정하도록 함.

參 考 文 獻

- 국립보건원, 1995년 교육훈련계획, 1995.
- , 1996년 교육훈련계획, 1996.
- 국립보건원, 『보건소 기능강화 및 가정간호사업 모형개발연구, 1995.
- 김상미, 『지방공무원교육원 전문교육 강화방안』, 한국지방행정연구원, 1991.
- 김원중·정기원·장영식·김혜련, 『지방화 시대의 보건복지정책 방향』, 한국보건사회연구원, 1995
- 김정순 외, 『포괄적 보건의료사업을 위한 보건소 모형개발』, 『보건학 논문집』 42호, 1989.
- 김관석, 『지방자치단체의 조직관리 개선』, 『지방행정연구』, 한국지방행정연구원, 1995, pp.139~173.
- 김홍식, 『지방자치 본격화에 따른 보건행정체계의 개편에 관한 연구』, 『한국행정논문집』, 제4권 제2호, 1995.
- 남정자·최정수·김태정·계훈방, 『한국인의 보건의식행태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 내무부, 『지방재정연감』, 1990.
- 문옥륜, 『우리나라 보건소기능 활성화방안의 모색』, 『보건학 논문집』, 제45호, 1992.
- , 『지방자치하에서의 보건의료행정체계』, 『보건행정학회 제2회 학술세미나』, 1989.
- , 『보건소 기능의 활성화 방안』, 『한국사회와 의료보장정책』, 보건과 사회총서 1권, 명경, 서울, 1994.
- 문옥륜·조유향 편저, 『지역보건계획』, 고려의학, 1995.
- 박노레, 『보건공무원 교육의 현황과 문제점』, 『보건공무원 교육훈련 개선을 위한 워크숍 발표자료』, 1995.

- 변종화 외, 『보건의료원 운영실태 조사연구』 한국보건사회연구원, 1990.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1995.
- 의료보험연합회, 『외국의료보장제도의 경험과 교훈』, 1990, p.36~38.
- 이상주 외, 『보건분야 공무원 교육체계 개발에 관한 연구』, 국립보건원, 제32권 제1호, 1995.
- 임종권·김혜련·장동현·김홍식, 『지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 최정수·남정자·김태정·계훈방, 『한국인의 건강과 의료이용 실태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 한국보건사회연구원, 『'96년도 보건복지부 주요현황 및 업무』, 1996.
- 한림대학교, 『농촌 지역보건사업의 발전방향』, 1996.
- 한림대학교 사회의학연구소, 『건강보장의 선진화를 위한 지역보건사업의 활성화 방안』, 1996.
- 青山英康, 『保健所その歴史と求められる變革』, 『醫療'94』, Vol.10, No.3, 1994. 3.
- Daft, R. L., *Organization Theory and Design*, 3rd edition, West Publishing Company, 1989.
- Dill, W. R., "Environment as an Influence on Managerial Autonomy," *Administrative Science Quarterly*, 2(March), pp.409~443.
- Hanlon J. J., *Principles of Public Health Administration*, 5th edition, Inc. 1988, pp.215~221.
- Institute of Health, *Brochure* 1995~1996.
- Janas, Steven, *Health Care Delivery in the United States*, 3rd edition, Springer Publishing Company, New York, 1986, pp.146~156.
- Japan International Cooperation Agency, *National Health Administration in Japan*, vol. I, 1991.
- Jonas, Steven, *An Introduction to the U.S. Health Care System*, 3rd edition, Springer Publishing Company, New York, 1992.

- Kovner, A. R., *Health Care Delivery in the United States*, Springer Publishing company, New York, 1990.
- Lawrence P. R. Lorsch, J. W., *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Harvard University, Boston, 1967.
- Miller, C. Arden & Moos, merry-K., "A Survey of Local Public Health Department and Their Directors", *AJPH* 67, 931, 1977.
- Miller C. A., et al., "A Screening Survey To Assess Local Public Health Performance", *Public Health Reports*, 1994, Vol.109, No.5.
- PHF, Public Health Agencies, *An Inventory of Programs and Block Grant Expenditures*, Washington, DC: Public Health Foundation, 1990.
- Roemer, Milton I., "Evaluation of Community Health Centers", *Public Health Papers* 48, WHO Geneva, 1978, p.19.
- Scott, W. R., *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*, 2nd edition, Prentice Hall, N. J., 1983.
- Stepohen J. W. & Paul R. T., *Introduction to Health Services*, 3rd edition, John Wiley & Sons Publication, Inc., 1988, pp.85~86.
- Studnicki, James, et al., "Analyzing Organizational Practice in Local Health Departments," *Public Health Reports*, Vol.109, No.4, 1994.
- Turnock, B. J., et al., "Implementing and Assessing Organizational Practice in Local Health Department", *Public Reports*, Vol.109, No.4, 1994.
- U.S. Department of Commerce, *Statistical Abstract of the United States*, 1994.
- US DHHS, *Health People 2000 - National Health Promotion And Disease Prevention Objectives*, 1990, pp.264~265.
- WHO, *The Challenge of Implementation-District Health Systems for Primary Health Care*, 1995.
- Williams, S. T. & Torrens, P. R.,(1980): *Introduction to Health Services*, John Wiley & Sons, Inc.

附 錄

附錄 1. 保健所 主要業務別 推進方案 / 225

附錄 2. 保健所 實態調查 說問書 / 265

附錄 3. 保健所의 業務量 및 所要人力 調查 / 296

附錄 1. 保健所 主要業務別 推進方案

〈作成背景 및 目的〉

- 改正된 地域保健法에서는 보건소의 기능을 16개 기능으로 종전보다 대폭 확대하고 있으며 특히, 새로운 保健醫療 需要에 부응하는 건강증진 및 영양관리와 구강보건, 노인보건관리, 정신보건 장애인의 재활 등이 새롭게 추가되었음. 그러나 현실적으로 이제까지 보건소에서 전통적으로 수행하여 왔던 모자보건, 결핵, 가족계획 등의 일부 業務를 제외하고는 나머지 대부분의 업무에 대해서는 구체적인 업무의 지침이 제시되지 못하였음.
- 따라서 이 편에서는 保健所에서 새로운 업무를 추진하는데 참고가 될 수 있도록 기존의 업무와 신규로 추가되어 수행되어야 할 업무에 대하여 현황과 문제점을 제시하고 그 改善方案과 推進方案을 제시하고자 하였음.
- 업무분야별 執筆은 본 연구원의 研究職中 최근에 해당 分野의 연구를 수행해 온 專門 研究員들이 담당하였으며 本 研究의 研究陣이 재편집하였음.

〈分野別 執筆者〉

- 國民健康增進과 保健教育(卞鍾和 研究委員)
- 口腔保健事業(李熙龍 公衆保健 齒科醫師)
- 營養改善事業(金惠蓮 責任研究員)

- 傳染病의 豫防管理 및 診療(文相植 主任研究員)
- 母子保健事業(韓英子 責任研究員)
- 老人保健事業(南貞子 研究委員)
- 醫療人 및 醫療機關에 관한 指導 등에 관한 事項(李大熙 公衆保健醫師)
- 公衆保健醫師·保健診療員 및 保健診療所에 대한 指導 등에 관한 事項(南貞子 研究委員)
- 精神保健에 관한 事項(南貞子 研究委員)
- 藥事, 麻藥, 向精神性 醫藥品の 管理(文相植 主任研究員)
- 家庭·社會福祉施設 訪問保健醫療事業(黃那美 責任研究員)
- 保健에 관한 實驗 또는 檢査에 관한 事項(文相植 主任研究員)
- 障碍人의 再活事業 기타 保健福祉部令이 정하는 社會福祉事業(南貞子 研究委員)

1. 國民健康增進과 保健教育

가. 現況

건강증진은 상병이 발생한 후에 취하는 治療目的의 醫療的 活動이 아니라 상병이 발생하기 이전에 건강에 위해를 줄 수 있는 生活樣式과 生活環境 및 豫防保健서비스의 개선 등을 통하여 건강할 수 있는 잠재력을 기르고 질병위험요인을 조기에 발견하여 관리함으로써 건강을 維持·增進하려는 積極的인 健康向上政策이라 할 수 있다. 이에 따라 1995년 保健福祉部는 國民健康增進法을 제정하고 이를 기초로 國民健康增進을 위한 기본시책을 수립하여 각 시·도 및 시·군·구와 相關단체에 시달하여 國民健康增進을 위한 保健教育 및 健康生活實踐運動 推進, 疾病豫防 서비스의 強化, 健康生活環境造成 등의 健康增進

事業 활성화를 도모하고 있다. 國民健康增進事業의 現況을 각 조직별로 살펴보면 먼저 中央單位 組織으로서 保健福祉部가 있다. 보건복지부는 기본시책을 수립·시행하며 國民健康增進事業 담당부서는 보건국의 보건정책과이며 이事業의 효율적 추진을 위해 保健政策審議委員會와 國民健康增進基金 運用審議會를 구성 운영하고 있다. 또 韓國保健社會研究院은 健康增進事業에 관한 각종 정보·자료수집과 교육홍보매체의 개발보급, 사업개발 및 평가, 인력의 교육훈련 등을 통한 기술지원업무를 담당하게 된다. 기타 대한보건협회, 한국건강관리협회, 한국금연운동협의회, 대한가족계획협회 등 보건관련단체가 있다. 地方單位 組織으로서 市·道, 市·郡·區, 그리고 健康增進事業의 실시주체로서 保健所가 있다.

나. 問題點

- ① 教育弘報媒體의 不足과 人力의 教育訓練機能이 微弱하다.
- ② 特殊專門人力 및 裝備·施設 不足으로서 保健所에 필요한 專門人力이 확보되어 있지 않고 사업추진에 필요한 기본장비가 부족하고 시설공간도 부족하다.
- ③ 연구개발 및 사업평가활동을 통한 사업지원 기능 부진으로 예산의 뒷받침이 없었다.
- ④ 지속적인 대국민 保健教育 弘報活動이 豫算 및 人力不足으로 부진
- ⑤ 保健所의 健康增進事業組織이 미약하다. 앞으로 健康增進事業 추진으로 인한 증가된 새로운 업무의 다양성이나 업무량으로 볼때 현 조직체계로는 효과적인 사업추진이 어렵다.
- ⑥ 학교 保健教育體系의 構造的인 問題點으로 獨立된 保健教科目不在, 保健教育 專門家 부족, 교육내용의 연계성부족등으로 실효를 거두지 못하고 있다.

⑦ 國民健康增進基金 造成의 부진

國民健康增進法(제22조와 제23조)에서는 國民健康增進事業의 원활한 추진에 필요한 재원확보를 위하여 國民健康增進基金을 설치하기로 되어 있고 재원조달로서 담배事業者의 公益事業 出捐金과 의료보험자의 豫防保健事業費 중의 일부 부담금으로 되어 있으나, 관련부처간의 협의가 이루어지지 않아 당초 國民健康增進基金으로 추진하려던 健康增進事業 계획이 실시되지 못하고 있다.

다. 改善方案

- ① 中央에 保健教育開發센터 설치운영을 통하여 一線事業活動에 대한 기술적 지원을 강화한다.
- ② 保健所를 중심으로 한 地域健康增進事業의 활성화 조치를 강구한다. 이를 위한 정책 대안은 첫째, 保健所의 健康增進事業組織을 개편강화하고 事業實施에 필요한 特殊專門人力을 보강한다. 둘째, 保健所의 健康增進事業 실시에 필요한 장비 및 시설을 확보하도록 한다. 셋째, 地域社會의 주민, 학교, 사업장 대상의 保健教育弘報活動을 강화하고, 地域社會의 주민, 관련기관 및 단체가 참여하는 건강생활실천운동을 전개한다. 넷째, 지역주민을 대상으로 연령별 특성에 따른 疾病豫防管理 서비스를 효과적으로 제공할 수 있는 평생건강관리 체계를 구축하도록 한다. 다섯째, 지역진단 등을 통하여 地域社會의 특성과 주요 보건문제를 파악하고 이를 기초로 지역주민의 健康增進을 위한 事業計劃을 樹立·實施·評價하는 체계를 확립하도록 한다.
- ③ 국민들의 건강생활을 위한 사회적 환경여건조성과 범국민적 건강생활실천운동을 전개한다.

- ④ 주요 慢性退行性 疾患의 예방관리체계를 강화하고, 관련보건기관 및 단체의 豫防事業活動을 활성화한다.
- ⑤ 學校保健教育의 개선강화를 위한 장단기 대책을 강구한다.
- ⑥ 國民健康增進事業 지원을 위한 연구개발 및 사업평가 등의 연구사업활동을 활성화하여 사업계획 수립·실시·평가에 필요한 기초자료를 제공한다.
- ⑦ 관계부처간 적극적인 협의를 통하여 國民健康增進事業 추진에 필요한 健康增進基金을 조속히 확보하여 사업을 활성화한다. 國民健康增進事業은 국민들의 健康增進 및 삶의 質 向上에 크게 기여할 수 있을 뿐만 아니라 健康增進 및 疾病豫防을 통하여 국민보건의료비 절감효과를 가져올 수 있다는 점에서 國民健康增進基金의 확보에 관계부처의 적극적인 협력이 있어야 하겠다.

2. 口腔保健事業

가. 現況

保健所의 口腔保健事業의 現況을 보면 현재 전국의 137개 保健所와 1327개의 보건지소에 약 800명가량의 공중보건치과의사와 1300여명의 口腔衛生士가 근무하고 있다. 이중 위생사의 상당수가 口腔保健과는 무관한 부서에서 근무하고 있다. 保健所와 보건지소에 근무하고 있는 대부분의 人力이 診療業務에만 종사할 것을 요구받고 있는 실정이다. 따라서 口腔保健事業의 목표설정, 예산수립, 사업수행에 필요한 人力이 전무하며 口腔保健에 관련된 전담부서가 전혀 존재하고 있지 않은 상황이다. 보건소나 보건지소단위의 口腔保健事業은 3년 단기근무하는 公衆保健醫師들의 자발성에 의해서 시작되고 진행되는 경우가 대부분

이므로 사업이 지속적이지 못한 것이 현실이다. 결국 위와 같은 상황을 검토해보면 보건소장이나 보건소의 보건관련 공무원들이 口腔保健의 중요성에 대한 인식의 수준이 얼마나 저급한지를 쉽게 알수 있다. 아울러 이러한 상황에서 中央政府나 廣域自治團體 조차 일관된 사업 목표하에 豫算事業으로 진행시키는 口腔保健事業이 전무한 상태이며 국민의 구강건강수준을 파악할 수 있는 구강건강에 관한 실태조사조차도 해보지 않은 상황이다. 현재 中央政府를 통해 공급되고 있는 불소제재(불화나트륨)를 이용한 學校口腔保健事業의 경우도 공급된 불소제재가 이용되지 못하고 있는 경우가 많으며 齒科醫師와 口腔衛生士를 통한 지도감독이 거의 이루어지지 않고 있는 상황이다.

나. 問題方案

- ① 口腔保健分野를 전담 관리할 專門行政組織과 人力이 부족하다. 즉 행정일선에서 口腔保健事業을 기획하고 조율하고 집행해 나갈 全擔部署·人力이 없어 口腔保健의 문제가 심각해지고 있는 실정이다.
- ② 보건관련공무원의 口腔保健에 대한 인식이 부족하다. 口腔保健을 담당하는 人力의 대부분은 口腔保健에 관한 非專門가들이며, 이들에 대한 口腔保健關聯 敎育도 거의 이루어지지 않고 있는 상황이다.
- ③ 口腔保健關聯 人力에 대한 敎育, 훈련이 미비하다. 타보건부문에 비해 방향조차도 제시하지 못해왔으며, 담당인력들에 관한 敎育 또한 지극히 형식적이고 당위적인 차원에서 이루어져 왔다. 또한 敎育의 수혜대상의 폭 또한 매우 제한되어 있다.
- ④ 專門人力에 대한 활용이 미비하다. 전국의 보건(지)소에 근무하고 있는 口腔衛生士의 경우 1300여명 중 약 20%가량이 口腔保健과는 무관한 민원실, 약제실등에 종사하고 있는 실정이다.
- ⑤ 현재 실시되고 있는 정부차원의 口腔保健事業에 대한 관리 및 평

가체계가 미비하다.

- ⑥ 長期的이고 體系的인 口腔保健事業計劃樹立 및 施行의 不在이다. 口腔保健을 담당할 專門行政組織의 不在, 保健行政組織의 口腔保健事業의 중요성에 대한 인식 부족으로 口腔保健에 대한 政策樹立 및 事業計劃이 어렵다.
- ⑦ 低所得層 노인무치악환자에 대책이 전무하다. 65세 이상 노인의 의치필요자율이 66%에 이르고 있으나 이에 대한 대책이 없는 상황이다. 특히 고령화에 따른 수입의 감소로 많은 비용이 소요되는 의치보철치료의 혜택을 거의 기대하기 어려운 상황이다.
- ⑧ 口腔保健教育用 教育資料가 거의 전무하다.

다. 改善方案

- ① 口腔保健을 전담관리 할 專門行政組織과 全擔人力을 확충한다. 口腔保健事業을 기획·수행·평가할 전담부서인 口腔保健室을 保健所單位로 둔다. 치과의사는 市·郡·區單位の 口腔保健事業을 전반적으로 책임지고 기획·운영관리하고 평가하며, 口腔衛生士는 口腔保健事業의 실무수행자로서의 역할을 담당하도록 한다.
- ② 보건소장을 비롯한 관련 공무원들에게 정기적인 연찬회등을 통해 口腔保健事業에 관한 중요성과 필요성을 인식시킨다.
- ③ 현재 실시되고 있는 市·郡保健所 在職 口腔保健專門人力에 대한 보수교육을 현장위주로 확대 발전하여 실무위주의 보수교육을 매년 받을수 있게 하여 현행 실시하고 있는 국립보건원의 교육과는 차별성이 있는 실무위주의 보수교육을 道單位로 실시해야 한다.
- ④ 母子口腔保健, 學生口腔保健, 成人口腔保健, 老人口腔保健등의 생의 주기에 맞는 口腔保健事業을 개발·시행한다.
- ⑤ 교육기관을 통한 集團口腔病管理監督을 강화한다. 학생들에 대한

주기적이고 추후관리가 가능한 口腔檢診與否와 불소용액양치사업 여부, 그리고 口腔保健教育 여부에 대한 사항을 학교를 대상으로 하여 학교口腔保健事業이 실질적으로 수행될 수 있도록 한다.

- ⑥ 매년 口腔保健事業의 계획수립과 시행 및 이에 대한 결과보고를 의무화하고, 이를 지속적으로 수행하여 地域社會住民들의 口腔病 발생 등에 관한 통계자료를 확보함과 아울러 이를 토대로 口腔疾患의 관리를 효율적으로 해 나갈수 있도록 한다.
- ⑦ 65세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 하는 무료의치보철사업을 保健所單位로 지속적으로 확대 실시하는 것이 필요할 것이다. 우선 의료보호대상자들을 중심으로 시작하여 점진적으로 예산을 확보하여 수혜자의 폭을 확대해 나가는 것이 필요하다.
- ⑧ 保健(支)所 口腔保健人力을 통한 口腔保健教育事業의 지속적 시행 및 保健教育資料開發, 普及이 뒤따라야 한다.

3. 營養改善事業

가. 現況

1) 實質的인 保健所 營養業務의 不在

市·郡·區 지역의 現況을 보면 舊保健所法에도 營養改善과 食品衛生業務가 保健所의 業務로 규정되어 있으나 전담자가 없고 保健所內에 근무하는 간호사 또는 간호조무사가 영양지도원을 겸임을 하면서 국민영양조사 지역으로 선정된 지역에서만 조사 협조업무를 실시하는 정도로 실제적인 프로그램은 거의 없거나 형식에 그치고 있는 실정이었다. 그 동안의 국가의 영양정책은 國民營養調查業務에 거의 국한되어 있어 市·道나 保健所에서 실시할 營養業務를 提示하지 않아왔다.

2) 最近 一部 保健所에 自願奉仕 營養示範事業 導入

保健福祉部 보건정책과의 협조아래 1994년 7월부터 자원봉사자의 형태로 영양사를 示範保健所에 배치하여 示範營養事業을 수행 중에 있다. 전국적으로 1994년에는 28개 保健所, 1995년에는 32개 保健所, 1996년에는 25개 保健所(이외 4~5개 保健所에서는 營養事業을 자체적으로 수행함)에서 示範營養事業을 실시하였다. 이事業을 통해 보건소측 및 이용자의 사업에 대한 높은 호응도를 보였으며, 예산의 확보, 보건소장의 자세, 사업내용의 표준화, 지역내 자원의 적극적 활용 등이 중요하다는 결과를 얻었다.

나. 問題點

營養事業은 일부 示範保健所에서만 최근 1~3년간 自願奉仕人力의 투입형태로 제시되고 있으므로 기존에 시행되고 있는 타사업과는 달리 신규사업이므로 문제점을 논하기에는 이른다.

다. 改善方向

사업의 기본방향은 營養不良(營養過少 및 過剩), 集團의 營養問題改善, 地域住民에 대한 적절한 營養敎育 및 情報 提供, 成人病 豫防과 管理를 위한 營養指導, 地域住民 營養評價를 통한 健康危險 對象者の 早期 發見과 管理, 各급 保健要員(醫師, 看護師, 간호조무사 및 保健所職員), 學校 敎師 및 地域內 福祉施設 從事 要員에 대한 營養 敎育 및 知識을 提供하는 방향으로 진행되어야 한다. 사업내용을 보면 영양상 취약대상(high-risk groups)인 영아, 유아, 임산부, 노인에 대한 영양평가를 실시한다. 1차적으로 보건소의 건강진단 및 건강상담을 위해 내소하는 대상자를 중심으로 하고 점차적으로 사업대상자를 지역주민

까지 확대한다. 이의 사업실시 방법에는,

- ① 住民 營養評價 및 監視를 들 수 있다. 이는 사업대상자를 연령계층별로 개별 영양진단과 각종 영양평가 지수(wt/age, ht/age, wt/ht, skinfold thickness, BMI Index, 빈혈판정 등)를 적용하여 영양불량 및 비만상태를 판정하여 각종 영양프로그램에 참여시켜 대상자를 관리하는 방법이다.
- ② 식이행태 개선으로서 지역주민에 대한 간이영양조사를 통하여 식생활의 문제점과 식사형태, 생활형태를 일정 목표까지 개선시킨다.
- ③ 저소득층 식생활 중점지도
- ④ 영양결핍 및 과잉에 관련한 질병의 영양지도
- ⑤ 생활지도사와 연계 식생활 개선 활동추진(농촌)
- ⑥ 모자영양상담(산전후 영양, 영아영양, 모유수유, 영유아 보충식 등)
- ⑦ 관내 각급 보건의료요원, 보건소 직원 및 지역내 학교 교사에 대한 영양교육
- ⑧ 관내 집단급식시설(학교, 복지기관)의 現況把握 및 給食業務 指導
- ⑨ 기타 대상자별 영양프로그램 기획 및 운영을 들 수 있다.

4. 傳染病의 豫防·管理 및 診療

가. 現況 및 問題點

현행 傳染病 管理事業의 주된 평가는 목표량에 따른 실적위주에 치우쳐 질적인 檢査(陽性者 索出)의 어려움이 있다.

1) 水質檢査事業

郡·面 水質檢査 담당요원(사회담당) 1인이 채수과정을 제대로 점검

하지 못하여 실질적인 水質檢査가 되지 못하고 있다. 보건소는 먹는물 관리법, 공중위생법상 수질검사 공인기관이 아니고 간이급수시설등 일부 제한된 시설에 대하여 부분적인 검사만 실시하므로 종합적인 수질 관리가 어렵다. 현행제도는 먹는물 검사(웅달샘 포함)는 수도권에서, 기타 수질검사는 보건소에서 처리하고 있으나 업무의 일원화를 위해 전문인력과 시설을 갖춘 검사기관에서 일괄 처리할 수 있는 검사사업이 요구된다.

2) 簡易給水施設管理者檢診事業

읍·면 마을 리장이 관리자를 겸하고 있어 기타 行政業務 補助로 인해 본 업무의 重要性에 대한 認識이 不足하다. 따라서 간이급수관리자 검진에 대한 비효율성이 초래된다.

3) 防疫消毒事業

自律防疫事業 一環으로 마을 자체적으로 직접 소독을 하게 되어 있으나 마을 자력으로 예산 충당이 불가능하다. 음용수소독에는 약품냄새로 약품투여를 기피하고 있다. 또 주기적으로 교육은 실시되나 생계와 직결되어 참여가 낮은 실정이다.

4) 疾病모니터網 運營事業

모니터 요원들의 질병의 중요성에 대한 인식 저하 및 無報酬自願奉仕要員인 관계로 사기가 저하되어 있다. 疾病發生時 신고지연으로 인한 傳染病 擴散이 우려되고 있다.

5) 保菌者索出事業

일선사업 담당자의 업무적 무관심으로 질적 채변이 이루어지지 않고 있다. 평상시에는 잘 이루어지고 있으나 傳染病 發生 및 수해발생시

강제적으로 이루어질 수 있는 근거가 미흡하다.

나. 改善方案

法定傳染病管理次元에서 防疫脆弱地, 沈水地域 등 취약지구에 대한 순회소독실시 등 防疫事業에 충실을 기하고 있으나 농촌지역 음용수 시설 및 소독관리체계가 일원화되어야 한다.

1) 水因性 傳染病 管理體系 強化

분기별 水質檢査 實施 및 場內細菌(장티프스, 콜레라) 保菌檢査를 실시하고 급수원 관계자 개인별 신상카드를 작성하여 소화기계 감염 여부를 정기적으로 실시하여 감염원을 조기에 차단시키도록 한다.

2) 傳染病豫防을 위한 保健敎育

30인 이상 종사하는 식품제조업체, 대중유흥음식점 등의 단체에 대하여 월 1회 이상 傳染病管理守則 등 保健敎育을 실시한다. 그리고 소독대상 업체에 대해 지역전파매체를 통한 保健敎育을 분기 1회 이상 실시하도록 한다.

3) 疾病豫防과 健康增進事業

보균자 색출, 특수업태부 관리, 상담 및 교육, 예방접종 등 대중과 접촉이 많은 업종에 종사하는 자에 대하여 정기적인 健康診斷實施 및 保健敎育을 위한 홍보전단을 제작보급하고 주민대상의 豫防接種事業을 실시한다.

4) 傳染病診療事業

신속한 患者隔離와 生活根據地 防疫消毒 및 疫學調査實施로 傳染病

發生原을 사전 제거하도록 한다.

5) 訪問保健事業

기왕력자에 대하여 건강지도 관리카드를 작성·관리한다

6) 民間과의 連繫

대중홍보매체를 통하여 傳染病 발생원인 등 관련사항을 정확히 전달하여 주민 스스로가 예방할 수 있도록 행정지원을 한다.

5. 母子保健事業

가. 現況 및 問題點

保健所 母子保健事業의 現況 및 問題點을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 관내의 보자보건 對象人力에 비해 실제 事業受惠者의 비율이 너무 적다. 保健所에서의 母子保健 서비스는 모자인구의 극히 일부분만을 대상으로 저소득층(신고된 사람에게 국한)에게 시혜를 하는 사업으로 되어 있다. 둘째는 서비스의 質 문제로서 산전진찰률, 시설분만을, 예방접종률은 90%를 상회하고 있어, 母子保健서비스의 양적인 지표는 있으나 서비스의 질과 그 結果에 대한 評價가 없는 실정이다. 셋째는 醫療化의 문제로서 임신부, 영유아의 병원 이용이 증가하는 한편 제왕절개수술, 저체중아, 조산아를 위한 고가진료를 유발하여 의료비 상승에 영향을 끼치고 있다.

넷째는 體系化, 連繫化의 문제로서 民間醫療機關(病醫院)과 公共保健機關(保健所) 등의 보건의료자원간에는 상호연계가 안되고 있다. 다섯째 專門人力의 不足이다. 지역에 따라 保健所의 母子保健 전담의사

가 없는 곳도 있다. 母子保健은 保健所의 일반 보건직이 담당하며, 母子保健을 담당하는 專門人力도 거의 없는 형편이다. 母子保健을 포함한 일차보건의료를 담당하고 있는 公衆保健醫師, 保健診療員, 그리고 개업의는 母子保健의 기초적 훈련교육이 부족하고, 산부인과, 소아과 專門醫는 3차병원에 집중되어 있어서 母子保健活動의 특성인 一貫性, 繼續性이 없다.

여섯째 保險給與 問題이다. 국민의료보험으로 의료의 접근성은 높였으나 분만급여수가의 불합리한 책정과 산전진찰, 산후간호 등에 대한 급여는 되어 있지 않아서 母子保健을 위한 의사들의 保健教育, 健康增進相談이 활성화되지 않고 있다. 豫防接種이 保健所에서는 무료이며 개인의원에서는 비보험인 모순을 갖고 있다. 그리고 주민의 참여 부진, 母子保健 評價 및 研究活動의 부진등을 들 수 있다.

나. 改善方案

1) 可妊期 全體女性과 兒童에 대한 母子保健政策 樹立

국가의 母子保健政策에 대한 구체적인 목표제시와 함께 政府와 國民間의 合意가 있어야 한다. 또 저소득층을 중심으로 연차적 서비스 확대 및 事業에 필요한 專門人力과 施設 및 豫算에 대한 투자정도를 정부의 신경제 사회발전계획에 포함시킨다. 그리고 현행 母子保健法 및 관련법규를 개정한다. 또 정부의 정책결정을 뒷받침하기 위해 입법부, 학계, 소비자, 언론 등의 참여를 유도한다.

2) 豫防保險給與 問題

임산부에 있어 현재 비보험부분으로 되어 있는 것은 보험화되어야 하며 비용을 국가에서 일정부분 부담하도록 한다. 산전진찰, 산후간호

母子保健을 위한 醫師들의 保健教育, 健康増進相談 및 豫防서비스에 대한 醫療保險 給與로 豫防保健事業의 활성화를 도모한다.

3) 保健所中心 母子保健管理

산전관리와 영유아 예방접종, 건강진단 비용을 국가에서 일정부분 부담하고 관리는 保健所에서 患者中心으로 한다. 이를 위해 다음과 같이 公共保健機關과 民間醫療機關의 連繫體系가 필요하다.

- ① 임신사실을 保健所에 신고하면 保健所에서는 임신부수첩을 발부하고 이 수첩에는 民間 산부인과 병원에서 산전진찰을 무료로 받을 수 있는 진찰권을 첨부한다.
- ② 임신부가 이 母子保健手帖을 가지고 병원에 가서 진찰을 받으면 診療한 담당병원의사는 診察結果와 함께 診察費用을 保健所에 청구한다.
- ③ 모든 임신부에게 이런 혜택을 주면 保健所로의 임신부 신고는 자동적으로 되고, 병의원에서의 산전관리 및 統計把握이 용이해진다.
- ④ 영유아 예방접종에 대해 政府에서 費用의 一部를 負擔하는 방향으로 나아가야 하며, 병의원에서 접종을 할 경우 접종비를 保健所에 청구하게 하여 체계적인 영유아 관리 및 통계 파악이 가능토록 한다.

4) 心身障礙者 對策

어린이 사고예방 및 안전대책, 심신장애아 조기발견, 저체중아, 미숙아 실태를 파악하고 종합적으로 관리한다.

5) 産前看護서비스의 標準化

필수적인 임신부 서비스에 대한 지침(임신 각각에 최소한의 서비스 내용)이 標準化되어야 한다. 현재는 의사마다 서비스 내용이 다르다. 결혼 전후나 임신 전에 의사를 방문했을 때의 진찰 및 檢査(風塵抗體,

VDRL 등 혼전 건강검진)에 대한 지침도 정해져야 한다.

6) 情報管理體系 構築

母子保健의 현실 파악을 위한 정보자료를 保健所에서 종합관리 한다. 母子保健手帖 發給, 일부 母子保健關聯 의료보험급여를 保健所를 통하여 청구하면서 관련 정보를 수집한다. 保健醫療機關에서 발생하는 신생아 출생증명서, 사산, 신생아 사망진단서를 전산입력 관리한다. 산전, 산후관리, 예방접종기록 등을 관리한다.

7) 最小限의 産前管理 서비스 內容 규정

국가는 모든 보건의료 기관에서 동 기준에 따른 산전서비스를 실시할 수 있고 이에 따른 부담도 국가가 같이 부담하는 정책을 도입한다.

8) 帝王切開分娩에 대한 對策

제왕절개술에 관한 지침이 만들어져 남용이 방지되어야 한다. 시설 분만율이 높는데 비해 우리나라는 산후관리가 저조하다. 산후 1개월은 산과적(출혈, 감염, 손상 등)으로나 정신적(산후 우울증)으로 중요한 시기임으로 추후관리에 대한 保健所와 民間醫療機關과의 連繫協助가 필요하다.

9) 必須專門人力 保健所 出場勤務

일관성 있는 서비스를 위해 단기적으로는 保健所에 人力確保가 될 때까지 자격있는 소아과 의사, 산부인과 의사가 주기적으로 保健所에 초빙으로 출장 근무하는 방안과 장기적으로는 地方에서 간호사, 조산사가 母子保健 분야에서 전담요원으로 종사할 수 있도록 그 보수 및 需給計劃이 마련되어야 한다. 앞으로 분만개조를 병의원급에서 의사가 전담할 것인지 조산사에 의한 가정분만을 장려하는 정책으로 갈 것인가

지 주민의 병원 선호도, 保健所의 신뢰성 그리고 의료비와 관련하여 심도깊은 연구가 요구된다.

10) 保健教育

사춘기, 약혼기의 남녀 청소년에 대한 성교육, 결혼상담, 결혼전 건강진단 등 적절한 건강교육 프로그램이 개발되어야 한다. 인공임신중절의 철저한 감시 및 교육을 실시한다.

11) Tracking system(reminder, 電話 등) 導入

6세까지 어린이를 대상으로 건강문제가 있는 아동의 조기발견 및 문제해결을 지원하고 관리체계를 구축한다.

12) 産後 早期管理 서비스

우리나라는 산후관리에 대한 인식이 부족한데 산후 1~5일, 1개월은 특히 출혈, 간염, 골산도 손상 등 산과적 문제나 산후 우울증 등에 대한 관심이 필요하다. 산후의 추구관리를 하도록 保健所와 民間醫療機關과의 連繫협조가 필요하다.

13) Well Baby Clinic 運營

예방접종과 성장발달 관리 프로그램을 운영한다.

14) Well Women Clinic 運營

임신부 관리, 가임연령 여성의 암예방 및 조기발견, 폐경기 여성의 호르몬 대체요법, 사춘기 소녀 및 신혼여성에 대한 성교육, 가족계획 등에 관한 서비스를 제공한다.

6. 老人保健事業

가. 現況 및 問題點

1) 對象者 管理事業

노인들이 가지고 있는 특성과 2~3가지씩의 만성질환을 보유하고 있어 질병별로 체계적인 관리가 이루어지지 못하고 있다. 대상자를 파악했다 하더라도 관리측면에서 대상자들의 요구에 부응하는 사업이 되지 않고 있다.

2) 健康診斷 事業

형식적인 사업으로 치우치기 쉽고 대상자들이 중요성을 잘 인식하지도 못할 뿐만 아니라 거부하는 사례가 많다. 사회계에서 노인건강검진을 실시하고 있으나 검진뿐 추구관리가 미흡하다.

3) 健康增進事業

노인들의 건강문제 조기발견·치료의뢰 및 계속관리가 안되고 있다. 노인성질환을 예방하기 위한 保健敎育, 體操敎室, 物理治療에 필요한 人力이 부족하다.

4) 豫防接種事業

주로 노인들은 예방접종 대상에서 제외되고 있어 파상풍이나 B형간염에 대한 예방접종관리가 이루어지지 않고 있다. 렙토스피라, 유행성출혈열 같은 희귀질병에 대한 예방접종은 면역율이 홍보되어 있지 않아 접종필요성에 대한 인식부족과 부작용 발생에 대한 두려움으로 예방접종을 기피하고 있다.

5) 訪問保健事業

독거노인과 단독세대 증가로 訪問保健事業 增大가 要求되나 人力不足 및 가정내 조력자의 부족으로 계속관리가 안되고 있다.

6) 其他 老人保健事業: 老人疾患管理(癡呆 등)

치매 조기진단에 관한 관심 저조와 관련요인에 대한 관심도 저하로 조기발견이 어렵고, 치매환자들을 위한 대책수립을 위한 정확한 발병율, 유병률 조사가 미흡하다. 뇌졸중, 퇴행성질환자에 대해 물리치료만 할 뿐 특별관리를 할 만한 專門家가 없다.

나. 改善方案

기본 목표는 保健所를 통한 老人性疾患 豫防 및 診療를 위한 地域中心의 1次診療機關으로 중점육성을 해야 한다. 구체적인 改善方案은 다음과 같다.

1) 老人健康相談 및 診療室 設置運營

相談 및 診療팀 構成은 의사, 간호사, 보건요원 각 1명을 배치한다. 만성퇴행성질환의 豫防·診療등에 관하여 상담서비스와 1次診療를 실시하고 노인정이나 노인교실에서 노년기건강관리, 영양강좌, 식습관 등에 관한 保健教育을 실시한다. 그리고 재가서비스기관, 요양원, 양로원 등 각종 서비스의 이용안내 서비스를 실시한다.

2) 物理治療室 機能強化

物理治療人力 및 裝備를 확보하여 관절통, 요통 등 물리치료를 요하는 질환노인에게 물리치료서비스를 제공한다. 물리치료사 1명을 확보

하고 척추견인기, 적외선치료기, 초음파진료기, 전기치료기, 온열찜질기, 건관절운동기 등을 확보하도록 한다.

3) 在家老人을 爲한 保健事業 實施

첫째, 老人訪問看護事業으로서 病·醫院이나 保健所를 방문할 수 없는 노인의 가정을 방문하여 직접 필요한 서비스를 제공하거나 건강관리 방법, 간호방법들을 지도함으로써 스스로 건강을 돌보는 능력을 배양시키고 가족의 간호능력을 향상시키는 건강관리방법을 지도한다.

둘째, 移動沐浴서비스 事業으로 혼자서 목욕할 수 없는 독거노인 또는 목욕시설이 없는 질환노인가정을 이동목욕차량으로 방문하여 주기적으로 목욕서비스를 실시한다.

셋째, 週間保護事業으로 부득이한 사유로 가정에서 주간에 보호가 어려운 질환노인을 낮동안 보호하면서 필요한 의료 및 일상 서비스를 제공한다.

7. 醫療人 및 醫療機關에 對한 指導 等에 關한 事項

가. 現況 및 問題點

1) 摘出物處理

의료행위로 인해 나오는 탈지면, 붕대, 일회용 주사기, 수액세트 등은 적출물처리업자를 지정하여 처리하고 있는데 대개 처리방법이 소각이나 매몰을 하게 되어 있고 재생이 가능할 경우 재생하여 재활용하도록 권고하고 있으나 실질적으로 이에 대한 감독과 관리는 제대로 이루어지지 않고 있다.

2) 不正醫療行爲

난치병, 국민들의 잘못된 상식을 악용하여 병을 앓고 있는 환자들을 속여 경제적·정신적 피해를 주는 사이비 치료요법이나 치료사들이 난무하고 있다. 고혈압, 당뇨 심지어 암의 완치를 장담하는 약물이나 치료기구등을 선전하는 광고가 많다. 그러나, 불법 의료행위나 광고에 대하여 법적으로 금지하는 규정이 분명히 존재함에도 불구하고(의료법 제25조, 제46조) 별다른 제재나 조치가 취해지지 않고 있다.

3) 應急醫療機關管理事業

現在 ‘應急醫療에 관한 法律’에는 병원이 應急醫療機關으로서 지정되기 위해서 갖추어야 할 요건들에 대해서만 언급하고 있다. 물론 應急醫療機關으로 지정된 병원에 대해서는 어느 정도의 지원이 뒤따르고 있지만 아직 그 중요성에 비해 人力이나 裝備, 豫算 모든 면에서 부족한 실정이다.

4) 醫療脆弱地域管理事業

정부는 1979년부터 公衆保健醫師를 邑·面單位의 보건지소에 배치하여 一次診療에 힘쓰고 의료접근도가 떨어지는 지역에 保健診療所를 설치함으로써 의료취약지역에 대한 의료서비스 제공에 대하여 나름의 성과를 거두어 온 것이 사실이다. 그러나 점점 높아져만 가는 지역주민들의 보건복지에 대한 요구와 변화되는 지역환경에 적합한 새로운 보건의료서비스 제공을 위한 더많은 노력이 선행되어야 한다.

5) 放射線 放出 器具 使用이나 防護施設物에 對한 注意

X-ray나 CT등의 방사선 기자재들의 사용이 보편화는 되었지만, 이러한 장비사용에 있어서 방사선 물질의 위험성 등에 대한 인식부재나

관리소홀로 방사선방출 기구들이 위치한 시설물이나 勤務人力들에 대한 방호대책이 미비한 곳이 많다. 특히 이런 문제는 民間病·醫院 뿐만 아니라 保健支所 등의 公共醫療機關에서도 심각한 것으로 알려져 있다.

6) 放射性廢棄物 및 化學廢棄物의 處理 및 管理

최근 기술의 발달로 여러가지 화학제품이나 방사성 동위원소 등의 이용이 보편화되어 있다. 이들 물질들은 그 사용후 처리를 제대로 하지 않을 경우 심각한 폐해를 줄 수 있는 것들도 많다. X-ray 필름현상액이나 치과의원에서의 아말감 치료후 발생하는 수은 폐기물등의 처리가 제대로 안되고 있어 많은 문제점을 내포하고 있다.

나. 改善方案

1) 摘出物 處理

醫療機關의 摘出物 管理施設이나 摘出物燒却施設 등에 대한 點檢 및 摘出物 處理科程 등에 대한 點檢을 연 1회 이상 정기적으로 실시 하하고 재생처리가 가능한 품목 등에 대하여는 그 再生利用率을 높이는 방향으로 지도한다. 또한 적출물의 불법유기 등에 대한 감시체계의 효율성을 도모한다.

2) 不正醫療行爲

안정성이나 사실유무가 의심되는 의료행위나 광고에 대해 시민들이 즉시 신고할 수 있도록 소비자단체 및 시민단체를 중심으로 홍보를 한다. 醫療人團體는 醫療나 藥品廣告, 醫療施術의 有效性 및 安全性 與否를 審査할 수 있는 기구를 만들어 운영하고 시민단체와 연합하여 올바른 건강관련 정보의 홍보에 힘쓴다.

3) 應急醫療機關管理事業

應急醫療機關에 대한 施設 및 人力과 시스템 구축을 위한 직접적 지원이 있어야 한다. 政府次元에서의 應急醫療 患者들의 치료비 부담을 위한 基金 마련과 應急醫療 人力養成을 서둘러야 한다. 병의원간의 連繫 시스템을 구축해야 한다.

4) 醫療脆弱地域管理事業

보건지소의 역할규정을 새롭게 할 필요성이 있다. 주변에 병의원이 가까운 곳에 있는 보건지소는 一次診療보다는 豫防保健事業으로 그 事業방향을 변경하고 지역적으로 의료접근도가 양호한 지역의 保健診療所에 근무하는 保健診療員들은 보건지소장의 지시를 받아 본연의 豫防保健事業에 힘쓸 수 있도록 한다.

5) 放射線 放出器具 使用이나 防護施設物에 대한 注意

醫療機關에 放射線放出 機資材에 안전대책이 필요하다. 일단 설치하면 許可없이는 移動도 禁止하여야 할 것이다. 매년 定期的인 點檢으로 放射線 流出에 대한 管理를 철저히 해야 한다.

6) 放射性廢棄物 및 化學廢棄物의 處理 및 管理

각종 신종 폐기물들에 대한 사용전심의 및 처리대책 마련이 정부차원에서 있어야 할 것이다. 또한 적극적인 홍보와 교육이 뒤따라야 한다.

8. 公衆保健醫師·保健診療員 및 保健診療所에 對한 指導 等に 關한 事項

가. 現況

1996년 현재 활동하고 있는 公衆保健醫師는 專門醫 및 齒科醫를 포함하여 3,500여명으로, 전국 130여개의 保健所와 1,300여개의 保健支所, 기타 特殊 勤務地에서 근무하고 있다. 한편 保健診療員은 보건지소 접근도가 매우 떨어지는 벽오지를 중심으로 전국에 2,000여명이 활동하고 있다. 지금까지는 치료적 서비스가 주였지만 최근 농어촌 노령 인구의 증가와 질병양상 및 보건인력수급의 변화에 따라 公衆保健醫師 및 保健診療員의 主要 業務와 機能이 대폭 바뀌어야 할 것으로 보인다. 더욱이 최근 地方自治制의 실시와 保健所法의 地域保健法으로의 전면 개정에 따라, 주민건강 및 보건의료수준 향상면에서 自治團體의 기대와 역할이 증대되고 있으며, 地域社會의 特性을 반영하는 지역보건의료계획의 수립, 시행 및 평가가 강조되고 있다.

나. 問題點

1) 服務管理

公衆保健醫師 및 保健診療員에 대한 복무관리는 行政便宜의으로 이루어지고 규제와 감시가 따르고 있다. 근무지역 거주 의무가 현실을 고려되지 않고 있으며 保健診療所 運營協議會가 주민참여 기구에서 保健診療員에 대한 감시기구로 바뀌고 있다. 현재 保健診療所에 대한 國庫補助金은 없는 상태이며, 全額이 地方費에 의하여 충당되고 있다. 시장·군수 또는 구청장의 보건지소 또는 보건지소장으로 하여금 보건診療員의 의료행위를 지도·감독하게 할 수 있으나 실질적으로 이에

대한 지도나 감독은 전무한 상태이며, 예방접종 등 의료과오 발생시 책임 소재가 불분명할 수 있는 위험성이 있다. 한편 보건지소와 保健診療所의 협조가 구조적으로 이루어지지 않고 있다.

2) 敎育訓練

公衆保健醫師 및 保健診療員에 대한 市·郡單位 보수교육이 실질적으로 시행되는 경우는 극소수에 불과하며 보수교육을 시행하기 위한 保健所內 업무분장이 불명확하다.

3) 業務支援

公衆保健醫師 業務가 지나치게 치료적 서비스로 제한되어 있다. 또 市·군차원의 保健事業을 시행하고 여기에 公衆保健醫師 및 保健診療員을 참여시킬 保健所 기구가 없다. 공중보건의나 保健診療員 등이 지역보건의료계획 작성 등 시군단위 보건정책 결정과정에 참여할 길이 실질적으로 봉쇄되어 있다. 公衆保健醫師가 실질적으로 권한을 대행하고 있는 보건지소장의 권한이 매우 빈약하여 보건지소장이 주도권을 지니고 공중보건 業務를 수행하기에는 객관적 어려움이 따른다.

다. 改善方案

1) 服務管理

公衆保健醫師 및 保健診療員에 대한 행정감사를 최소화하여 실적위주 보다는 업무와 관련하여 실질적인 감사가 되어야 한다. 保健診療所 운영 협의회 활성화를 위한 구체적인 사업을 명시하여 효율적·효과적인 주민 참여를 유도한다. 공중보건 업무와 관련 保健所-保健支所-保健診療所間的 유기적 연대관계를 형성할 수 있는 분위기 조성을 해야 한다.

2) 教育訓練

公衆保健醫師 및 保健診療員에 대한 市郡單位의 보수교육은 ‘현장교육(on-the-job training)’의 성격을 띠는 것으로 公衆保健醫師나 保健診療員이 주체가 되는 임상집담회나 월례회의로 되는 것이 바람직하다. 따라서 保健所는 이에 대한 행정적 및 기술적 지원을 강화하고 월례 보수교육을 행정적으로 제도화하고 이에 대한 豫算을 책정하는 등 保健所 차원의 업무로 규정되는 것이 필요하다.

3) 業務支援

公衆保健醫師의 지나친 치료서비스보다는 예방적인 사업으로의 업무지원을 강화하고, 업무에 대한 방향의 재정립을 위해 하부구조를 갖추는 것은 것도 고려해 볼만 하다 公衆保健醫師나 保健診療員들이 地域保健計劃에 적극적인 참여를 할 수 있게 하고 보건지소장에 대한 권한을 강화하여 실질적으로 그 지역에 대해 실질적인 서비스가 이루어지도록 해야 한다.

9. 藥事, 麻藥·向精神性 醫藥品の 管理

가. 現況 및 問題點

1) 藥事に 關한 事項

약국 등 의약품 판매업소에 대한 지도감독 業務는 의료·약사·위생 관련단체 자율지도 운영규칙(복지부 훈령 제650호, '92. 7.28)에 의거 專門人으로 구성된 관련 民間團體에 委託, 自律적으로 監視業務를 수행하도록 하고 있다. 약사감시 業務의 수행에 따른 문제점으로 다음의

사항들이 꾸준히 지적되어 왔다.

첫째, 違反藥局이 行政處分이나 加重處分을 피하기 위하여 개설자명을 교체하며 동일 상호로 지속적인 영업을 할 경우 약사법상 뚜렷한 제제규정이 없다.

둘째, 藥師監視 業務와 관련하여 違反藥局이 서명날인을 거부했을 경우 사실확인의 청문회를 거쳐야 하므로 행정처분 처리기간이 무한정 연장되고 있다.

셋째, 藥事法을 위반한 자가 行政處分을 받는 경우, 행정처분 의뢰 시점으로부터 효력 발생 시점까지의 기간 동안 동일 사안으로 재차, 삼차 지속적으로 위반하고 있으나 이에 대한 가중처벌 등의 적절한 제도적 조치가 없는 실정이다. 따라서 약사법을 위반한 자가 행정처분의 효력이 발생하게 되는 어느 일정한 기간까지 동일 사안에 대해서 위반행위를 계속 자행하고 있는 사례들이 발생하고 있다.

2) 麻藥·向精神性 醫藥品の 管理에 關한 事項

麻藥法 제2조의 규정에 의하면 우리나라에서 마약은 아편, 앵속 및 코카오흔과 그것에서 추출되는 알카로이드로서 대통령령이 정하는 것(33종)으로 이를 천연마약이라 하며 이와 유사하게 남용되거나 해독작용을 일으킬 우려가 있는 화학적 합성품으로써 대통령령이 정하는(73종)것을 합성마약이라 한다.

醫療用麻藥類 取扱者는 수입업자, 제조업자, 소매업자, 도매업자 등으로 보건복지부장관의 면허, 시·도지사의 면허 또는 승인이 이루어짐으로써 취급할 수 있다. 여기에 醫療機關에 종사하는 의사·치과의사·수의사와 약사, 개설약사까지 포함이 된다. 최근 의료용 마약류가 의료목적 외로 남용되고 있는 사례가 많이 발견되고 있다.

나. 改善方案

1) 藥事監視 自律指導 業務의 內室化

- 약국 등 의약품 판매업소에 대하여 의료·약사·위생관련단체 자율지도 운영규칙에 의거 專門人으로 구성된 약사관련단체의 자율지도기능을 최대한 활용한다.
- 保健所는 약사관련단체의 활동에 대하여 지원·감독 등 사후관리業務에 치중한다.
- 약사감시 자율지도를 연 2회 이상 단체 실정에 맞게 실시하며 문제업소 및 취약지역에 대하여는 수시로 지도·점검한다.

2) 重點指導 管理 事項

- 약사면허증 대여
- 무자격자의 의약품 조제 및 판매행위(특히 서울등 대도시 대형약국 집중 점검)
- 약국에서 약사의 백색위생복 착용 및 명찰패용과 약국종업원의 약사로 오인될 수 있는 백색 위생복 착용여부
- 개설등록증, 허가증, 면허증 원본게시(보기 쉬운 곳에 게시여부)
- 부정, 불량 의약품의 진열 및 판매행위
- 약국의 판매가격 준수 및 판매가격 표시여부
- 도매상의 소매행위 및 소매상의 도매행위 등 유통질서 위반여부
- 약국의 과대광고, 허위광고
- 주사, 진맥 등 불법의료 행위여부
- 불법 수입한약제 판매행위
- 품질검사대상 수입한약재의 품질검사필증 미부착 유통행위
- 중개인에 의한 유통질서 교란행위

- 의약품 표시기재사항 위반품목 유통행위
- 완제수입의약품 국문표시 기재사항 위반품목 유통여부
- 부적품 및 유효기간 경과품에 대한 자진회수 여부와 행정처분에 따른 사후관리(변질, 변패, 오손, 유효기한 및 사용기한 경과 등)
- 매약상의 판매질서(개봉판매) 준수 및 조제 또는 제제행위 여부
- 판매업소 이외의 장소(특히 한약제의 地方순회, 방문판매 및 화장품 코너에서의 의약품 판매 등)에서 의약품 판매와 영업사원 주재금지 및 의약품 배달원증 휴대여부
- 오·남용 우려가 있는 의약품(텍스트로 메트로판 제제 등)을 상용량을 초과하여 청소년 등에게 판매하는 행위
- 판매가 금지된 염산날부핀제제를 소매상(약국 등)에서 불법으로 판매하는 행위

10. 精神保健에 關한 事項

가. 現況 및 問題點

1) 慢性精神疾患者 管理事業

保健所를 중심으로 한 만성정신질환자 관리는 우리나라에서는 1987년부터 1992년까지 연세대학교 의과대학이 강화도 지역에서 시범적으로 실시해 온 적은 있으나 아직까지는 전국적으로 확대 실시되지 못한 상태이다. 전국적으로 확대 실시되고 있지 못하고 있는 이유는 專門人力(精神看護師 등)의 미배치로 대상자 파악과 필요한 서비스의 제공이 어려우며 專門醫가 부재한 상태에서 발견된 환자에 대한 정확한 진단과 투약 등 처방이 어렵고 환자의 의뢰체계가 구축되지 않은점

등이 지적되고 있다. 최근 保健福祉部, 서울특별시 및 경기도의 用役事業으로 一部 保健所에서 慢性精神疾患 管理事業을 시범적으로 실시하고 있는 정도이다.

2) 其他 精神保健 事業

알콜중독환자 관리사업은 알콜중독 심각성에 대한 무지로 알콜중독증 환자 본인 뿐만아니라 가족까지도 치료에 대해 무관심하며, 약물·오남용 관리사업은 약물중독에 빠져있는 대상자들의 은폐로 실대상자 파악이 어렵고 특히 청소년들에 대한 대책이 미흡하다. 또한 일반인을 위한 정신건강증진 교육도 홍보책자 개발이 제대로 보급되지 않아 현재 실시되고 있지 못하고 있다.

나. 改善方案

1) 慢性精神疾患 管理事業

정신질환자가 사회에서 격리된 병실이나 요양원 환경보다 가족과 함께 거주하면서 치료와 재활을 받을 수 있는 地域精神保健事業을 추진하기 위해 保健所가 중심적 역할을 수행하여야 한다. 이를 위해 保健所는 精神保健事業을 一般保健事業에 포함시켜 保健所 및 保健支所의 一般保健要員들로 하여금 다음의 정신과 서비스를 地域社會水準에서 제공하도록 한다. 필요한 경우 精神保健專門人力(精神看護師等)을 배치하며 精神科 專門醫를 자문의로 위촉할 수 있다.

- ① 지역사회 정신질환자의 조기발견 및 의뢰
- ② 정신과 응급환자에 대한 초기처치후 센터로의 환자 후송
- ③ 지역사회에 돌아온 만성 정신질환자의 등록 및 투약유지
- ④ 보건소에 다니는 일반환자들을 대상으로 정신질환의 조기발견

및 의뢰

⑤ 정신장애 발생 고위험군에 대한 관리

2) 其他 精神保健 事業

① 幼兒 및 小兒期の 高危險群 對策

- 산모 산전 관리: 고령 임신, 루벨라, 매독, AIDS, 영양 결핍, 유전성 질환
- 출산관리: 출산시 뇌손상 방지
- 뇌외상, 뇌감염 예방 및 재활
- 결손가정: 부모상실, 미혼모, 이혼부모, 부부갈등, 극빈가정, 부모의 정신질환
- 발달장애아, 주의력결핍 장애아 조기발견 및 치료관리

② 靑少年期 精神健康 敎育

- 마약, 알코올, 담배의 위해성
- 성교육 및 상담
- 학업 스트레스 대처: 입시위주 교육제도의 획기적 개선
- 우울증 및 자살의도 조기발견 및 처치

③ 成人期에서의 職場과 家庭에서의 스트레스 減少對策

- 고위험군 관리:
 - 극빈자 생활보조, 이혼 및 결혼 위기상담, 직업상실(실직수당), 만성 신체질환자, 임신 및 출산후, 미혼모 자녀양육수당, 야간근무자
- 직장 근무환경 개선: 연 4주 이상 정기휴가, 병가제도 확립, 근무지 환경오염 제거, 인사공평제도 개선, 종신직장제도, 근무시간 엄수, 학업 및 출신우대 완전철폐, 최저생계보장임금
- 위기개입 센터 설립: 각 직장, 대학, 지역보건센터, 24시간 상담전화, 각 종합병원 응급실에 정신과상담소 설치 의무화

- 자녀양육 및 교육부담 감소: 자녀 양육법 교육, 부부 직장인 자녀탁아, 직장탁아소, 중학교 의무교육 및 교육비 보조, 학교급식, 대학교육수준 상향 평준화(입시제도 철폐)
- 뇌외상 감소: 교통사고 방지, 산업재해 예방, 뇌외상 응급센터

④ 老年期 精神疾患 豫防과 診療 對策

- 갱·노년기 우울장애 및 자살률 감소
- 치매 조기발견 및 지속적 추구 치료
- 직업은퇴자 대우 강화: 연금, 주택, 직장알선, 건강관리
- 독거노인 관리: 지역 사회사업가 정기 방문

4) 其他 地域社會 精神保健 活動

① 도움提供者(Key Person)의 育成

- 위기에 처한 사람에게 도움을 줄 수 있는 자원봉사자를 육성함.

② 自助그룹의 運營

- 단주회, 정신분열증 환자의 모임, 정신질환자의 가족회, 치매노인의 가족회 등 지역내에서 각각의 위기에 대응하는 자조그룹들을 조직하여 활동해 갈 수 있도록 지원해 줌.

③ 네트워크의 造成

- 자원봉사자나 자조그룹이 지역안에서 자주 만날 기회를 만들어 주기 위해 그룹별 연락협의회를 구성하여 정기적인 모임을 통해 실천적인 활동을 할 수 있도록 지원함.

11. 家庭·社會福祉施設 訪問保健 醫療事業(家庭看護)

가. 現況 및 妥當性

保健所中心 家庭看護事業은 地域社會保健事業의 일환으로 조기퇴원 환자뿐만 아니라 기히 가정에서 장기간 투병하고 있는 대상자를 조기에 발견하여 병원으로 의뢰하고 계속 관리하며, 교육과 지지가 필요한 대상자에게 방문간호를 실시하는 包括的인 保健事業의 한 형태라고 할 수 있다.

1) 保健所 家庭看護事業의 模型

구분	보건사업 모형	환자치료 중심모형
주업무	보건교육, 만성환자의 가정간호, 재활지도, 가족에게 간호방법 시범	조기퇴원 환자의 가정치료 교육상담, 만성병 환자의 가정간호
의사와의 관계	직접 감독없이 필요시 자문 및 의뢰	직접적인 감독하 처방에 따라 실시
재원조달방법	특수추가재원요구, 실시가능	보험이나 기타 개인 재정으로 운영
대상인구	보건소가 관장하는 전주민	조기퇴원환자나 개인의 요구가 있는 대상자
사업의 주체	보건사업 조직	공립병원, 사설기관, 종교단체 등

2) 家庭看護事業의 妥當性

- ① 保健所에서 근무하는 保健看護師 본연의 業務는 만성병 및 장기在宅治療 患者의 家庭看護 및 敎育이다.
- ② 保健看護師들은 그동안의 사업 진행을 가정방문이라는 사업수단을 통해 실시하였으므로 지역주민들을 대하고 가족을 접근하는 가정내에서의 활동에 기히 익숙해 있다.

- ③ 保健看護師들은 대부분 정부의 보수교육 정책을 통해 기히 家庭看護에 필요한 교육을 상당부분 필요하고 있으므로, 단기추가교육 투자로 소정의 목적에 도달 할 수 있다.
- ④ 人力の 充員없이 現存人力으로 특수한 豫算의 지원없이 일정교육 투입 후 시행하는 것이 가능하다.
- ⑤ 현재 지역주민들 중 많은 수의 만성건강문제를 가진 주민들이 가정에서 누구의 도움도 없이 불규칙하게 在家治療를 하고 있는 실정이므로 이들의 관리가 사업의 중요한 부분이 된다.
- ⑥ 특수한 재정 추가없이 시행이 가능하다.
- ⑦ 보건소와 주민과의 거리 및 近接性은 그동안 도로망의 확충으로 대다수가 30분 이내에 접근이 용이하며, 특히 보건진료원이 배치된 지역은 보건진료원 담당지역으로 분담될 경우 현재 보건소 간호사와 주민의 접근이 용이하게 된다.
- ⑧ 政府의 家族計劃事業 강화정책으로 家族計劃에 집중해온 人력이 家族計劃事業의 자율지향으로 지역담당 訪問看護事業에의 투입 계기가 마련되었다.
- ⑨ 病院中心 早期退院患者 家庭看護事業이 성공적으로 실시되기 위해서는 保健所 중심 家庭看護事業이 선행되어야 한다.
- ⑩ 정부의 保健事業 政策이 特殊事業에서 지역담당제 統合保健事業으로 이미 전환되어 있다.
- ⑪ 그동안 지역별 부분적 家庭看護 示範事業에 대한 주민들의 호응도가 높고 긍정적이다.

3) 家庭看護事業의 對象

조기퇴원환자, 당뇨병·고혈압·만성질환자, 뇌·척추손상, 교통사고환자 등 재활대상환자 및 그 가정, 산모 및 신생아 가정, 특수처치 대상자 가정, 암질환가정, 노인환자 가정 등

나. 改善方案

- ① 中央部署나 市·道地方自治團體의 행정지시로 特殊事業에서 지역담당제로 전환하여 가족계획, 母子保健, 결핵 뿐만 아니라 담당지역 주민전체의 住民健康管理事業에 대한 정책이 입안되어야 한다.
- ② 현행 特殊事業別로 분담된 保健所의 業務를 담당지역별로 분담한다. 市保健所의 경우 診療室 勤務者를 제외하고 나머지 간호사들에게 담당지역을 분담시킨다. 郡保健所의 경우는 保健所가 소재한 읍 및 인근지역을 행정구역과 관계없이 포함하여 직접사업담당지역으로 분담하고 담당면도 동시에 분담시켜야 한다. 이때 母子保健要員도 診療室勤務者를 제외하고 保健所看護師와 같이 지역을 분담시켜 현재의 特殊事業에서 가족중심의 전반적 保健事業으로 전환해야 한다.
- ③ 保健所가 읍소재지에 위치한 경우는 읍에 있는 보건요원을 保健所에서 근무하도록 읍·면요원을 郡保健所 및 面支所로 흡수하여 업무의 이원화를 방지하여야 한다.
- ④ 현행 保健看護師 및 保健診療員 보건요원에게 기존의 特殊事業에서 담당지역 중심, 가족중심 전반적 家庭看護의 필요성 및 시행전략에 대한 교육을 시도별, 지역별, 군별로 월례회나 기타 교육을 통해 이해시킨다.
- ⑤ 지역이 분담된 간호사들은 단시일내에 地域社會診斷을 실시하여 지역주민들의 건강상태를 파악할 수 있도록 한다.
- ⑥ 진단된 내용에 따라 건강인구, 요보호인구 및 질병인구로 구분하고 건강인구에는 保健敎育과 環境管理事業을 실시하고 특수보건인구 집단을 集中管理事業을 실시하며 질병인구에 대하여는 상태에 따라 병원의뢰와 家庭看護를 사용한다.
- ⑦ 保健福祉部內에 이 事業 담당부서를 명백히 하고 관련기관과의 협

의하에 保健所 家庭看護 事業 活性化와 推進 諮問委員會를 구성, 연4회 이상 순회지도를 실시한후 평가 및 기술지원을 실시한다.

- ⑧ 保健所 중심 家庭看護事業을 효율적으로 수행하기 위해서는 보건 분야 人力에서 看護人力의 비중을 증가시켜야 하며 이 사업을 집중적으로 계획, 수행, 평가할 수 있는 家庭看護系 조직의 재개편을 통한 사업지도·감독이 강화되어야 한다.
- ⑨ 현재 보건사업의 사업별 목표도달 정도를 개발하여 전체주민의 건강관리를 평가하는 평가지표의 개발이 뒷받침되어야 家庭看護事業 뿐만 아니라 全體 保健事業이 성공할 수 있다.

12. 保健에 關한 實驗 또는 檢査에 關한 事項

가. 現況 및 問題點

- ① 1981년 전국 市·道 保健環境研究院의 발족으로 保健檢査의 일부 업무가 保健所 檢査실로 이관됨에 따라 保健所 檢査室의 업무가 급증하였다.
- ② 반면에 保健所는 檢査裝備와 人力의 부족으로 病理檢査와 방사선 檢査 業務가 활성화되지 못하고 단지 保健事業과 診療業務를 위한 약간의 지원 업무를 하고 있는 실정이다.
- ③ 保健所의 檢査要員數는 保健所 및 保健支所의 保健醫療專門人力 배치기준의 40% 정도에 머무르고 있으며 檢査要員의 檢査外의 業務가 많음으로 인해 業務를 충실히 수행하지 못하고 있다.

나. 改善方案

- ① 病理檢査 및 放射線 檢査 施設을 갖춘후 지역내 臨床檢査센터로서의 기능을 확대 수행함으로써 保健所의 檢査능력의 제고시키며 의

- 료비의 절감 등을 꾀한다.
- ② 検査機能を 강화하고 고가 의료장비는 지역내에서 공동이용할 수 있는 기능이 확보되어 지역내 地域検査센터의 기능을 수행할 수 있도록 한다.
 - ③ 検査室의 질 관리에 대한 평가를 받도록 사후관리에 대한 방안이 마련되어야 한다.
 - ④ 検査要員과 結核検査要員을 통합하여 業務能率을 향상시켜야 한다.

다. 地域內 臨床検査센터로서의 機能을 擴大 遂行하기 爲한 具體的 推進方案

- 1) 地域特性에 맞는 臨床検査센터로의 機能 再定立.
 - 병리검사 및 방사선 검사 장비 등의 장비목록 정리
 - 지역특성에 맞는 병리검사 항목 및 방사선 검사항목 정립
(한국표준의료행위 2501.00~2510.25 및 3101.00~3208.45)
- 2) 施設利用에 對한 條例制定
 - 條例에 實驗 및 検査利用時 이용목적, 내용, 기간, 이용방법, 주체, 手數料検査 양식을 별도로 규정함.

라. 期待效果

- ① 지역의 民間醫療機關의 検査裝備의 重複投資를 防止하여 국민의료비 절감효과가 있다.
- ② 臨床病理, 放射線과 專門醫 등 공중보건의 등을 활용할 경우 효율이 높아진다. 지역사정에 따라 保健所의 收益事業으로 처리할 수 있다.
- ③ 종합병원과 人力共有등을 통해 民間部門과의 協力模型을 정립할 수 있다.

13. 障碍人の 再活事業 其他 保健福祉部令이 定하는 社會福祉事業

가. 現況 및 問題點

1) 對象者管理

사회적인 인식부족과 경제적인 어려움으로 적극적인 사회참여가 부족하고 따라서 대상자 관리에도 問題點을 초래하고 있다.

2) 障碍者檢診事業

障碍者檢診事業이 주로 내원환자 중심으로 이루어지고 있으며 실제로 검진이 필요한 자는 누락되는 실정이다.

3) 障碍者登録事業

장애자의 검진결과를 본인이 직접 해당부서를 찾아가 등록하는 현실정은 장애정도가 심한 환자에게는 큰 불편이 있으므로 해당부서와 검진 기관과의 협조하에 등록이 되어야 한다.

4) 物理治療事業(單純治療)

障碍人の 장애정도에 맞는 표준시설을 갖추어야 하나, 현재의 시설은 빈약하고 아주 극소적인 치료에 한정되어 있다.

5) 訪問保健事業

재활과 관련된 사업대상자는 늘어나는 실정이지만 현지역에서 접근 가능한 訪問保健事業中の 재활분야는 적용범위가 극히 제한되어 있다.

나. 改善方案

장애자들이 그들의 최적 기능수준을 되찾아 최상의 안녕상태를 유지할 수 있도록 상실된 능력을 회복하도록 직접, 간접 간호를 제공하고 심리적 적응, 교육적 배려를 통하여 사회로의 통합을 유도하는데 그 목적이 있다. 이를 위해 다음과 같은 개선점이 따라야 한다.

1) 對象者 管理

訪問保健事業과 군청 사회계, 읍·면 사회복지사의 일원화 및 체계적 連繫事業으로 장애인 전수등록을 관리하며 전출입, 진료, 재활, 기타 사회복지사업을 전산관리하도록 유도한다. 재가장애 환자에게는 家庭訪問專門人力을 養成하여 순회물리치료를 실시하고 地域社會 診斷에서 발견된 모든 대상자는 개인별카드화 하여 등록관리한다.

2) 疾病豫防과 健康增進(早期發見事業, 相談 및 教育, 豫防接種 등)

1차수준예방(사회계몽, 산전, 산후관리, 유전상담 등), 2차수준의 예방(응급치료팀의 운영, 장애조기발견, 조기재활치료), 3차수준의 예방(일상생활 동작훈련강화, 보조기사용교육 등)등 각 수준별 장애의 예방을 위해 교육과 홍보를 강화한다. 그리고 운동요법 시행으로 질병발생이전 단계에서 질병을 예방한다.

3) 物理治療 強化

지역담당자가 1차적으로 가정방문하여 환자를 발견하고 訪問保健事業과 읍·면 社會福祉士와 連繫하여 환자 파악후 개인별 카드에 등록한뒤 월 1회이상 관리한다. 保健所 物理治療室을 지속적으로 다닐 수 있도록 차량을 지원(장애인을 위한 차량 대기조 편성운영)하고 누락자나 거동불능환자에게는 순회물리치료를 실시한다. 또한 같은 질환이나

위험요인을 갖고 있는 대상들의 모임을 구성하여 경험을 나누도록 하며 施設中心再活에서 地域社會中心再活로 전환되어가는 시점에서 가족, 친지, 지역주민들을 재활훈련에 참여시켜 의식변화를 유도 하도록 한다.

4) 訪問保健事業

환자의 기능향상을 위해 규칙적인 방문사업을 실시하여 신체부분의 능력증진, 손상되지 않은 신체부분의 기능적 보상, 환경수정 등을 통해 최적의 기능을 유지한다.

5) 地域社會中心 再活事業(保健, 醫療, 福祉 等)

장기간 와병상태와 거동불능장애로 인한 불편함의 해소를 위해 이동목욕서비스를 제공하고 운동재활, 직업재활, 정신재활, 물리치료재활 등을 실시한다. 또 본인, 가족, 地域社會의 積極的인 참여를 유도하고 직업적 재활을 위해 수준에 맞는 직업재활교육 실시로 사회로의 통합을 유도한다.

6) 其他, 民間과의 連繫 等

타기관의 재활의학전문의, 작업치료사, 언어치료사, 임상심리치료사, 직업재활상담자 등과 연계체계를 유지한다.

附錄 2. 保健所 實態調査 說問書

1. 1995년도 보건소 사업실적 및 예산

1) 진료

구 분	사업실적*
일반진료 - 외래 - 입원	
치 과	
한 방	

* 실인원(방문수) 기재

2) 모성보건사업

사 업 명	실적
임산부등록 - 수첩발급 - 기록부 작성	명 명
건강진단	명
산전관리 - 건강검진수진자수 - 산전관리 주기적 통보 - 기타(교육, 확인 및 조치)	명 명 명
분만개조	명
산후관리	명
모유수유	명
피 임 - 난관 - 루프 - 경구피임약 - 콘돔	명 명 명 명
방문보건	명
기타모성보건사업	명

3) 영유아 보건사업

사 업 명	실 적
영유아등록관리	명
- 신규등록 0세	명
- 신규등록 1~6세	
건강진단	명
- 6개월	명
- 18개월	명
- 3세	명
- 6세	명
예방접종	명
- BCG(4주)	명
- DPT, 소아마비	명
- MMR	명
- B형 간염	명
- 추가접종	명
- 일본뇌염	명
선천성대사이상자 관리	명
방문보건	명
기타 영유아보건사업	

4) 학교보건사업

사 업 명	실 적
체질검사	명
- 국민학교	명
- 중학교	명
- 고등학교	
BCG접종	명
B형간염 예방접종	명
- 국민학교	명
- 중학교	명
- 고등학교	명
일본뇌염 예방접종	명
- 국민학교	명
- 중학교	
풍진예방접종	명
보건교육	명
- 성교육	명
- 약물 오·남용 교육	명
- 스트레스	명
- 금연	명
- 기타	명
보건검사지원	건
기타 학교보건사업	

5) 성인보건사업

사 업 명		실적
건강검진		명
건강증진		명
예방접종	- B형간염 - 랩토스피라 - 유행성출혈열 - 기타	명 명 명 명
방문보건		명
기타 성인보건사업		

6) 노인보건사업

사 업 명		실적
건강검진		명
건강증진		명
예방접종	- B형간염 - 랩토스피라 - 유행성출혈열 - 폐렴예방접종	명 명 명 명
방문보건		명
기타 노인보건사업		

7) 구강보건사업

사 업 명		실적
상수도불소화		
학교계속구강관리		명
학교집단잇솔질후불소용액양치(학생)		명
치면열구전색		명
방문보건		명
기타 구강보건사업		

8) 정신보건사업

사 업 명	실적(명)
치매환자관리사업등록관리	
정신분열증환자관리(등록)	명
알콜중독자환자관리(등록)	명
약물오남용관리	명
정신보건시설관리	개소
방문보건	명
기타 정신보건사업	

9) 재활사업

사 업 명	실적
장애자검진	명
장애자등록	명
- 시각	명
- 청각	명
- 지체	명
- 정신박약	명
물리치료	명
작업치료	명
방문보건	명
기타 재활사업	

10) 급성전염병관리사업

사 업 명	실적
수질검사	회
간이급수시설관리자검진	명
방역소독	회
위생관계자교육	명
질병모니터운영	개소
보균자색출	명
- 장티푸스	명
- 콜레라	명
기타 사업	명
- 1, 2종 전염병치료사업	명
- 1종 전염병신고수	명
- 교육·홍보	명

11) 만성질환관리사업

사 업 명	실적
성병관리 - 임질치료 - 비임균성치료 - 매독치료	명 명 명
나병관리 - 등록 - 투약	명 명
결핵관리 - 등록 - 투약	명 명
기생충관리 - 등록 - 투약	명 명
고혈압관리 - 등록 - 투약	명 명
당뇨병관리 - 등록 - 투약	명 명
기타 만성질환관리사업	명

12) 의약무관리사업

사 업 명	실적
의료관리 - 폐기물처리 - 적출물처리 - 세탁물처리 - 부정의료행위 - 인허가	개소 개소 개소 개소 개소
약물관리 - 표준소매가 준수 - 부정의약품유통감시 - 불법/무자격판매행위 - 인허가	개소 개소 개소 개소
응급의료기관관리 - 응급의료센터 - 응급의료지정기관 - 야간진료기관	개소 개소 개소
의료취약지구관리	개소

2. 보건소 기자재 소요 및 전산화

1) 기자재

현재 보유하고 있는 기자재로 사업을 수행하는데 있어 적정여부 및 부족시 구입해야할 기자재 명을 기입해 주십시오

용도별 기자재 구분	적합여부		부족시 구입할 기자재명과 용도	
	적합	부족	기자재명	용도
일반진료 기자재 치과진료 기자재 검사용 기자재 방사선 기자재 보건교육용 기자재 기타				

2) 전산화

보건소에서 전산처리가 되고 있는 사업 내용과 문제점 및 개선방향에 대해 기입해 주십시오

사업내용	전산처리되고 있는 업무	문 제 점	개 선 점
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7. 기타			

3) 귀 보건소가 보유하고 있는 컴퓨터 수는(286 ____대, 386____대,
486 ____대, 586 ____대) 프린트기 수는 (총 ____대)

3. 보건소(보건의료원) 예산

1) 1995년도 보건소 세입예산

내역	예산(원)
총액	
국비	
지방비	
시·도비	
시·군·구비	

2) 1995년도 보건소 세출예산

내역	예산(원)
계	
인건비	
관서운영비	
기본경상비	
경상사업비	
기타경비	
보건지소운영비	
보건진료소 운영비	
기타	

3) 진료·수수료 수입

구분	수입액
진료비	원
- 일반	원
- 치과	원
- 한방	원
검사 및 건강증진	원
보건증, 제증명 발급	원
예방접종	원
기타	원
계	원

(단위: 명)

(단위: 수)

[illegible]

5) 보건의료관련 민간조직

조 직	개 소	회원수
의사회		
치과의사회		
약사회		
한의사회		
적십자회		
노인회		
부녀자회		
요식업회 식품위생업 공중위생업		
기타 자원봉사회 새마을지도자군협의회 통일단체 바르게살기협의회 청년회 로타리클럽		

6) 산업체 및 근로자수

지역(읍·면·동)	업체수	근로자수
계		

7) 학교 및 학생수

구 분	학 교 수	학 생 수
계		
초등학교		
중학교		
고등학교		
대학교		
특수학교		

5. 지역보건법이 규정하고 있는 업무수행을 위한 인력·장비소요

1) 다음은 현행 지역보건법의 업무입니다. 아래의 업무를 수행하기 위해서 현 인력을 어떻게 배치할 것이며 새로운 업무에 대한 기존 인력의 훈련 필요성 여부, 추가인력수에 대해 기입해 주십시오.

[illegible]

구분 업무	기 존 인 력				추가인력 및 장비				
	현 인력 중 배치예상인력 (성명, 직급)	기존 인력의 훈련·연수 필요성			추가 필요인력 (직급, 전 문·직종수)	추가 필요인력의 훈련·연수 필요성			필 요 장비
		필요 없다	필요하다			필요 없다	필요하다		
			종류	기간			종류	기간	
약사,마약·향정 신 성 의 약 품 의 관리									
정신보건									
가정·사회복지 시설 방문보건 의료사업									
진료,건강진단, 만 성 퇴 행 성 질 환 등 질 병 관 리 에 관 한 사 항									
보건에 관한 실험, 검사									
장애인의 재활 사업 등 사회 복지사업									
지역주민의 보 건의료향상·증 진 및 이를 위 한 연구 등									
지 역 보 건 의 료 계 획 수 립									
지 역 보 건 의 료 계 획 의 평 가									

2) 위 업무중 추가인력이 필요한 업무는 기존업무량, 신규(추가)업무량으로 구분하여 기입하고, 간략한 사업계획서를 작성해 주십시오.

추가인력이 필요한 업무	필요한 총업무량			간략한 사업계획	기 타
	기존 업무량	추가 (신규) 업무량	계		
(1)					
(2)					
(3)					
(4)					
(5)					
(6)					
(7)					
(8)					

예: - 노인보건사업(기존대상수 500명, 추가대상수 700명, 계 1,200명)
 - 검진사업(기존업무량 없음, 추가업무량: 연1회 검진, 검진수 1,200회)
 - 가정방문사업(기존업무량 100회, 추가업무량 500명,
 노인대상, 노인당 5회 방문(가정방문수 2,500회))

6. 지역보건법의 관련조항에 대한 질문서

지역보건법은 지방화시대에 부응하고 보건소를 지역주민의 중추적 건강관리기관으로 육성을 하는데 목적을 두고 있습니다. 그러나 이법의 효율적 시행에는 많은 애로점이 있습니다. 이 애로점은 보건소의 입장에서 느끼는 문제점 특히 법규정과 현실간의 괴리가 클수록 커지게 됩니다. 이들 문제의 해소는 물론 보건소 업무의 활성화를 위하여 이 법이 적용되는 보건소의 현실적 의견이 이 법의 시행령과 시행규칙, 업무지침 등에 충분히 반영되어야만 합니다.

보건소의 입장에서 지역보건법이 규정하고 있는 내용을 해석하여 각 질문항에 따라 보건소의 경험과 현실적 문제를 고려하여 구체적으로 기술해 주시기 바랍니다.

- 각 질문항에 기술하실때 보건소의 의견과 이들 의견의 근거, 이유 등도 시행령이나 시행규칙에 반영할 수 있도록 상세히 기술하여 주시기 바랍니다.
- 각 질문항 이외에 보건소 업무의 활성화에 기여할 수 있는 의견도 기술하여 주시기 바랍니다
- 여러분의 적극적 참여를 통해 우리나라 보건소가 획기적으로 발전하는 전환점이 되길 바랍니다. 여러분의 적극적 협조에 재삼 감사드립니다.

참조: 질의에 대한 답변서는 각 질문항 별로 별지에 작성하여 주십시오.

* 제1조, 제2조 해당사항 없음

제3조(지역보건의료계획의 수립등) ① 시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 지역주민, 보건의료관계기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 당해 시·군·구의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·군·구의회의 의결을 거쳐 특별시장·광역시장·도지사(이하“시·도지사”라 한다)에게 제출하여야 한다.

② 제1항의 규정에 의하여 관할 시·군·구의 지역보건의료계획을 제출받은 시·도지사는 관할 시장·군수·구청장, 지역주민, 보건의료관련 기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 시·도의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·도의회의 의결을 거쳐 보건복지부 장관에게 제출하여야 한다.

③ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 지역보건의료계획(이하 “지역보건의료계획”이라 한다)을 수립함에 있어서 필요하다고 인정하는 경우에는 보건의료 관련기관·단체 등에 대하여 자료제공 및 협조를 요청할 수 있으며, 그 요청을 받은 당해 기관·단체등은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

질문1. 시장·군수·구청장은 지역보건의료계획을 수립하게 되어 있습니다

- ① 이 계획수립의 실무책임자는 누가 되겠습니까?
- ② 이 실무책임자는 이 계획의 수립 경험이나 능력을 갖고 있습니까?
- ③ 당장 이 계획을 작성해야 한다면, 무엇이 필요하겠습니까?

질문2. 이 계획수립과정에서 각계의 의견을 듣도록 되어 있습니다.

- ① 「지역주민」이란 어떤 사람으로 생각하고 있습니까?
- ② 어떤 「보건의료 관련기관·단체」를 생각하고 있습니까?
- ③ 어떤 전문가를 생각하고 있습니까?
- ④ 이들 각계 의견을 어떤 방법으로 들을 수 있습니까? 이들 의견은 이해관계나 전문성에 따라 각기 다를 수가 있는데 이런경우에 어떤방법으로 이들 의견을 지역보건의료 계획에 반영하시겠습니까?

질문3. 이 계획은 시·군·구의회의 의견을 거치도록 되어 있습니다.

- ① 언제가 의결을 받는데 좋은 시기입니까? 그 근거는?
- ② 계획안은 실무선에서 언제까지 수립되어야 합니까?
- ③ 의결된 계획안은 언제까지 특별시장·광역시장·도지사에게 제출할 수 있습니까?

질문4. 지역보건의료계획 수립과정에서 보건의료관련기관·단체에 대하여 자료제공 및 협력을 요청할 수 있습니다

- ① 어떤 자료를 요청하시겠습니까?
- ② 어떤 협력을 요청하시겠습니까?
- ③ 자료제공이나 협력을 요청할 보건의료 관련기관·단체에는 어떤 것이 있습니까?

제4조(지역보건의료계획의 내용) ① 지역보건의료계획에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 보건의료수요측정
2. 보건의료에 관한 장단기 공급대책
3. 인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리
4. 보건의료의 전달체계

5. 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리

- ② 제1항에서 규정한 것외에 지역보건의료계획의 내용, 수립방법·시기 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

질문1. 보건의료 수요측정

보건의료수요란 관할지역내 주민이 이용한 예방 및 치료서비스(보건기관, 병원, 치과병원, 한의원, 약국 등)를 이용한 총량입니다. 보건소 관할지역내에 전 주민의 연간 보건의료수요를 누가? 어떻게? 측정하시겠습니까?

질문2. 장단기 공급대책

관내 주민을 위한 보건의료 공급대책이란 보건기관은 물론 공공병원과 민간부문 의료기관을 포함한 공급대책을 의미합니다. 그러므로 공급대책에는 예컨대 5년간 연도별 공급목표, 공급방법(보건기관, 기타 공공의료기관, 민간부문으로 구분), 기대효과 등이 포함되어야 합니다. 이러한 장단기 공급계획을 누가? 어떻게 작성하시겠습니까?

질문3. 보건의료자원의 조달 및 관리

장단기 보건의료계획에 포함되는 관내 공공 및 민간부문의 보건의료기관 및 전문인력, 재정 등의 확보 및 관리계획은 누가? 어떻게 작성하시겠습니까?

질문4. 전달체계

관내 각종 보건의료기관을 기능적으로 분류하여 일반진료와 응급의료를 공급하는 전달체계(예, 1차 및 2차)를 누가? 어떻게 작성하시겠습니까?

질문5. 통계의 수집 및 정리

질문 1-4에 걸쳐서 열거한 지역보건의료계획의 내용과 관련하여 수집해야할 통계의 종류에는 어떤것이 있습니까? 이러한 통계는 어디서 생산되고 수집가능합니까?

제5조(지역보건의료계획) ① 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 지역보건의료계획을 시행하여야 한다.
 ② 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 지역보건의료계획을 시행함에 있어 필요하다고 인정하는 경우에는 보건의료관련기관·단체등에 대하여 인력·기술 및 재정지원을 할 수 있다.

질문1. 지역보건의료계획의 시행

- ① 시행에 필요한 보건의료기관·단체에는 어떤 것이 있습니까?
- ② 이들 기관·단체가 행하는 보건의료사업 중에서 어떤 사업을 지원해야 하겠습니까?
- ③ 지원해야할 인적자원에는 어떤 것이 있습니까?
- ④ 지원해야할 기술적 지원에는 어떤 것이 있습니까?
- ⑤ 지원해야할 재정지원에는 어떤 것이 있습니까?

* 제6조 해당사항 없음

제7조(보건소의 설치) 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)의 설치하는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

질문1. 보건소는 2개소 이상 설치가능합니다.

- ① 2개소 이상 설치할 필요가 있습니까?
- ② (필요성이 있다면) 그 근거는 무엇입니까?

* 제8조 해당사항 없음

제9조(보건소의 업무)보건소는 당해 지방자치단체의 관리구역안에서 행하여지는 다음 각호의 사항을 관장한다.

1. 국민건강증진·보건교육·구강보건 및 영양개선사업
2. 전염병의 예방·관리 및 진료
3. 모자보건 및 가족계획사업
4. 노인보건사업

5. 공중위생 및 식품위생
6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도등에 관한 사항
7. 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도등에 관한 사항
8. 응급의료에 관한 사항
9. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도등에 관한 사항
10. 약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항
11. 정신보건에 관한 사항
12. 가정·사회복지시설등을 방문하여 행하는 보건의료사업
13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의, 질병관리에 관한 사항
14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업
16. 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구등에 관한 사업

- 질문1. 16개 보건소 업무 중에서 현재 비교적 잘 수행되고 있는 업무(수행 실적과 주민의 수혜도 측면에서)는 어떤 것입니까? 그 근거는?
- 질문2. 수행하고 있으나, 강화해야할 업무는 어떤 것입니까? 그 이유는?
- 질문3. 수행하고 있으나 수행하지 않는것이 더욱 좋은 업무는 어떤 것입니까? 그 이유는?
- 질문4. 수행하지 않고 있으나 반드시 수행해야할 업무는 어떤 것입니까? 그 이유는?
- 질문5. 수행하지 않고 있고, 수행해서는 안되는 업무는 어떤 것입니까?

제10조(보건지소의 설치) 지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하“보건지소”라한다)를 설치할 수 있다.

- 질문1. 시·군·구에 보건지소의 설치가 필요하겠습니까?
- 질문2. (필요하다면)어떤 근거로 몇개소를 설치하는 것이 좋겠습니까?

제11조(보건소의 조직) 보건소의 조직에 관하여는 대통령령이 정하는 사항외에는 지방자치법 제102조에 의한다

질문1. 현행보건소의 조직은 어떻게 되어 있습니까?
 질문2. 보건소조직은 어떻게 개편하는 것이 좋겠습니까?
 질문3. 이와 같은 개편의 필요성과 기대효과는 무엇입니까?
 질문4. 개편된 조직에 배치할 인력(직종, 직급)의 수는 얼마로 하는 것이 좋겠습니까? (증원소요를 구분표시)

제12조(전문인력의 적정배치등) ① 보건소에는 소장과 제9조 각호의 규정에 의한 업무를 수행하는데 필요한 면허·자격 또는 전문지식을 가진 인력(이하 “전문인력”이라 한다)을 두어야 한다

② 시·도지사는 보건소의 전문인력등의 적정배치를 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 지방공무원법 제30조의 2조2항의 규정에 의하여 보건소간에 전문인력등의 교류를 할 수 있다.

③ 보건복지부장관과 시·도지사는 보건소의 전문인력등의 자질향상을 위하여 필요한 교육훈련을 시행하여야 한다

④ 보건복지부장관은 보건소의 전문인력등에 대하여 그 배치 및 운영실태를 조사할 수 있으며 그 배치 및 운영이 부적절하다고 판단될 때에는 그 시정을 위하여 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 조언 또는 권고하거나 지도할 수 있다.

⑤ 제1항의 규정에 의한 전문인력등의 배치 및 임용 자격기준과 제3조의 규정에 의한 교육훈련의 대상, 기간, 평가, 그 결과 처리등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

질문1. 전문인력의 범위, 배치, 임용자격

- ① 지역보건법이 규정하고 있는 업무수행을 위하여 보건소에 배치해야 할 전문인력의 종류와 면허·자격 또는 전문지식을 가진자를 어떻게 정하는것이 좋겠습니까?
- ② 각 전문인력을 얼마나 많이 배치해야 하겠습니까?
- ③ 이들 전문인력의 배치기준은 무엇입니까?
- ④ 보건소장의 임용자격기준은 무엇입니까?
- ⑤ 전문인력의 승진·전보에 보건소장이 관여하려면, 어떻게 해야 합니까?

질문2. 교육훈련

- ① 보건소 전문인력의 종류별로 임용전 훈련이 필요하겠습니까?
- ② (필요하다면) 어떤 전문인력에게 어떤 내용의 교육훈련과정, 어느기간만큼, 누가(보건복지부 장관 또는 시·도지사)실시해야 하겠습니까?
- ③ 이와같은 임용전 교육훈련대상자는 언제, 어떤 절차를 거쳐서 교육훈련을 받도록 할 수 있겠습니까?
- ④ 재직중인 전문인력의 종류별로 보수교육이 필요하겠습니까?
- ⑤ (필요하다면) 어떤 전문인력에게 어떤 교육훈련과정으로, 어느기간 만큼, 누가 실시해야 하겠습니까?
- ⑥ 이와같은 재직중 보건교육은 전문인력의 종류별로 정기적으로 실시할 필요가 있습니까? (있다면) 몇년에 한번 실시하는 것이 좋겠습니까?
- ⑦ 이들 보수교육대상자는 언제, 어떤 절차를 거쳐서 보수교육을 받도록 할 수 있겠습니까?

질문3. 평가

- ① 훈련평가결과는 승진·전보에 이용되는 것이 좋겠습니까?
- ② (이용되어야 한다면) 어느 정도의 비중을 두는것이 좋겠습니까?

제13조(시설의 이용) 보건소는 보건의료에 관한 실험 또는 검사를 위하여 의사·치과의사·한의사·약사등에게 그 시설을 이용하게하거나, 타인의 의뢰를 받아 실험 또는 검사를 할 수 있다

질문1. 현재까지 보건의료에 관한 실험 또는 검사를 의사, 치과의사, 한의사, 약사등의 의뢰를 받아 실시한 실적이 있습니까? (있다면) 어떤 실험·검사를 얼마나 실시했습니까?

질문2. 앞으로 확장·강화해야할 의사 등 또는 타인의 의뢰를 받아 실험 또는 검사해야할 종류는 어떤것이 있고, 그 물량은 어느정도가 되어야 한다고 생각하십니까?

제14조(수수료 등) ① 보건소는 그 시설을 이용한 자, 실험 또는 검사를 의뢰한자 또는 진료를 받은자로부터 수수료 또는 진료비를 징수할 수 있다.

② 제1항의 규정에 의한 수수료와 진료비는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

질문1. 현재 징수하는 수수료 또는 진료비는 적정하다고 생각하십니까? (적정하지 않다면) 이를 어떻게 개선해야 하겠습니까?

질문2. 무료로 제공되는 서비스(예, 예방접종, 가정방문 등)에 대하여 최소한도의 비용을 징수하여 유료화해야 한다는 의견에 대하여 어떻게 생각하십니까?

질문3. 수수료와 진료비는 보건소별로 차별화해야 할 것인지? 균등히 정해야 할 것인지? 이에 대해 어떻게 생각하십니까?

* 제15조, 제16조 해당사항 없음

제17조(보건소등의 회계) 보건소 및 보건지소의 수수료 및 진료비의 수입은 지방재정법 제13조의 규정에 의한 수입대체경비의 방법에 의하여 직접사용할 수 있으며, 회계사무는 당해 지방자치단체의 규칙이 정하는 바에 의하여 간소화 할 수 있다

- 질문1. 수수료 및 진료비 수입을 수입대체경비의 방법으로 사용하는 것이 보건소 및 보건지소의 활성화에 도움이 되겠습니까? (도움이 된다면) 어떤 사업에 도움이 되겠습니까?
- 질문2. 수입대체경비의 방법으로 사용하기 위하여 어떤 절차가 필요하겠습니까?
- 질문3. 현행 회계사무절차가 복잡하여 보건소활동에 지장을 주는 사례를 자세히 기술하여 주십시오
- 질문4. 회계사무를 간소화시킬 수 있는 방안을 보건소와 보건지소를 구분하여 기술하여 주십시오

제18조(보건교육등의 조정등) ① 지역주민 다수를 대상으로 보건교육을 실시한 자는 그 결과를 보건교육을 실시하는 지역을 관할하는 보건소장에게 제출하여야 한다.

② 의료기관이 아닌자가 지역주민 다수를 대상으로 건강진단·예방접종·순회진료등 주민의 건강에영향을 미치는 행위(제1항의 규정에 의한 보건교육을 제외한다. 이하“건강진단등”이라 한다)를 하고자 할 경우에는 건강진단등을 하고자 하는 지역을 관할하는 보건소장의 승인을 얻어야 한다. 의료기관이 의료기관외의 장소에서 지역주민다수를 대상으로 건강진단등을 하고자 하는때에도 또한 같다.

③ 제2항의 규정에 의하여 건강진단등의 승인을 얻은 자는 그 건강진단등의 결과를 보건소장에게 제출하여야 한다.

④ 제2항의규정에도 불구하고 다른 법률의 규정에 의하여 건강진단등을 하는 자는 관할 보건소장과 미리 협의하거나 건강진단등을 행한 후에 그 결과를 제출하여야 한다.

⑤ 제1항 내지 제3항의 규정에 의한 보건교육 또는 건강진단등의 결과제출·승인 또는 제4항의 규정에 의한 협의 또는 결과제출의 대상·절차등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

질문1. 지역주민 다수를 대상으로 보건교육을 실시하는자

- ① 「보건교육을 실시하는자」란 어떤사람(기관)이 되겠습니까?
- ② 이런 사람(기관)이 귀 보건소 관할지역내에 얼마나 있습니까?
- ③ 이런 사람(기관)이 행한 보건교육 결과를 보건소장에게 제출토록 하기위한 「결과보고서」에는 어떤 내용이 포함되어야 하겠습니까?

질문2. 의료기관이 아닌자

- ① 의료기관이 아닌자란 어떤 사람(기관)이 되겠습니까?
- ② 이런 사람(기관)이 행하고자 하는 건강진단등에 대한 승인시 검토해야할 내용에는 어떤 것이 포함되어야 하겠습니까?
- ③ 이 승인의 절차는 어떻게 하는것이 좋겠습니까?
- ④ 의료기관외의 장소에는 어떤것이 있습니까?
- ⑤ 건강진단등의 「결과보고서」에는 어떤 내용이 포함되어야 하겠습니까?
- ⑥ 계획과 결과간에 큰 차이가 있을때 이의 처리는 어떻게 하는것이 좋겠습니까?

질문3. 다른 법률의 규정에 의하여 건강진단등을 행하는자

- ① 이에는 어떤 사람(기관)이 있겠습니까?
- ② 보건소장과 「미리 협의」란 무엇이며 어떤 절차가 필요하겠습니까?

질문1. 보건소 설치와 운영비

- ① 보건소 설치와 부대비용에는 어떤 항목이 포함됩니까?
- ② 보건소 운영비에는 어떤 항목이 포함되며, 어떤 기준으로 선정하는 것이 좋겠습니까?
- ③ 이들 비용에 대한 부담액은 어느 정도로 하는 것이 좋겠습니까?

질문2. 지역보건의료계획의 시행 비용

- ① 이 비용에는 어떤 항목이 포함되겠습니까?
- ② 이 비용의 산정기준은 항목별로 어떻게 정할 수 있습니까?
- ③ 이들 비용에 대한 시·도의 부담액은?

* 제20조, 제22조, 제23조 등은 해당사항 없음

제19조(비용의보조) ① 국가와 시·도는 보건소의 설치와 운영에 필요한 비용 및 지역보건의료계획의 시행에 필요한 비용의 일부를 보조

하여야 한다

② 제1항의 규정에 의한 국가보조금은 시설비와 부대비에 있어서는 그 3분의 2이내로 하고, 운영비 및 지역보건의료계획의 시행에 필요한 비용에 있어서는 그 2분의 1이내로 한다.

제24조(권한의 위임등) ① 이 법에 의한 보건복지부장관의 권한은 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 일부를 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 위임할 수 있다.

② 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 이 법에 의한 보건소 및 보건지소의 업무중 보건복지부 장관으로부터 위임 또는 재위임받은 업무에 대하여 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 일부를 의료기관, 기타 보건의료 관련기관·단체에 위탁하거나, 의료법 제2조의 규정에 의한 의료인에게 그 업무의 일부를 대행하게 할 수 있다.

③ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제2항의 규정에 의하여 업무를 위탁한 경우에는 그 비용의 전부 또는 일부를 보조할 수 있고, 의료인에게 그 업무의 일부를 대행하게 한 경우에는 그 업무수행에 소요되는 실비를 변상할 수 있다.

- | |
|---|
| <p>질문1. 위임 또는 대행시킬 수 있는 보건소 및 보건지소의 업무에는 어떤 것이 있습니까?</p> <p>질문2. 업무를 위탁할 수 있는 의료기관, 기타 보건의료 관련기관·단체에는 어떤 것이 있습니까?</p> <p>질문3. 업무위탁에 따른 비용보조액의 산정기준은 어떻게 정할 수 있습니까?</p> <p>질문4. 이 비용의 보조절차는 어떻게 정하고, 위탁한 업무의 지도·감독은 누가 하게 됩니까?</p> <p>질문5. 의료인을 보건소에 유치하여 업무를 대행하게 하는 경우 소요실비는 어떻게 산정할 수 있습니까?</p> |
|---|

* 제25조, 제26조, 부칙 제1조, 제2조, 제3조, 제4조 등은 해당사항 없음.

7. 보건소(지소) 인력현황

() 보건소(지소)

(1996년 3월 현재)

[illegible]

8. 보건소 자가진단

_____보건소/보건의료원

- 1) 보건소 입장에서는 관내주민을 위해서 『잘하고 있다』고 자부심을 갖고 내세울수 있는 것(예, 사업)
- 2) 관내 주민을 위해 꼭 필요하고 조금만 개선(인력, 예산, 사업시행 방법 등)하면 크게 좋아질 수 있는 것.
- 3) 관내 주민에게 별로 도움이 되지 않고 노력해도 개선되지 않는 것.
- 4) 보건소의 고민

보건의료수요는 다양하고 크지만 이에 부응하여 서비스 공급능력은 취약하고 행정체계는 비능률적인 데서 생기는 고민

- (1) 보건소가 제공하는 보건의료 서비스
예: 서비스 개발, 이를 수행하는데 필요한 구체적 지침 등
 - (2) 인력
예: 무엇을 하기 위하여, 수적 부족, 특종 전문직, 기존인력의 능력 등
 - (3) 예산
예: 예산규모, 어떤 사업 위해 어떤 예산?
 - (4) 조직
예: 치료, 예방, 실험·검사, 지도·감독 등을 위하여
 - (5) 행정
예: 시·군·구청 및 의회와의 관계, 시·도지사와의 관계, 보건복지부와 내부부에 대한 기대, 인사관리, 회계 처리, 보건소 운영 등
 - (6) 주민과 지역사회자원
예: 주민참여, 관련 의료기관·단체 활용 등
- 5) 어떤 보건소로 육성?(장래 보건소의 모습)

10. 1일 시간·활동 실태조사(개인별 작성)

- 1) _____ 보건(지)소/보건의료원, 성명()
- 2) 귀하에게 부여된 업무는 개인단독으로 수행합니까? 팀을 구성하여 여러 명이 함께 수행합니까? 개인 (), 팀 ()
 - 팀으로 수행하는 경우에는 팀멤버의 성명과 직종을 기재하고, 1일 활동내용을 공동으로 기재하여 주십시오

예) 팀명: (진료실)
 (성명: 홍길동, 직종: 의사)
 (성명: 홍길순, 직종: 간호사)

팀명: ()

팀: (성명: , 직종:)
 (성명: , 직종:)
 (성명: , 직종:)

- 3) 귀하 또는 귀하가 속한 팀의 1일 활동 내용과 진료수입, 수수료 징수인원을 기입해 주십시오. (기준: 1996년 3월 20일 기준)

활동(사업)내용	활동(사업)장소별 실적: 접촉자(서비스 수혜자)수, 검사수등		
	보건소내	보건소외 (장소)	계
(1)	명(건)	명(건) ()	명(건)
(2)	명(건)	명(건) ()	명(건)
(3)	명(건)	명(건) ()	명(건)
(4)	명(건)	명(건) ()	명(건)
(5)	명(건)	명(건) ()	명(건)
계	명(건)	명(건) ()	명(건)
진료비, 수수료수입	명(건)	명(건) ()	명(건)
무료	명(건)	명(건) ()	명(건)

* 실적은 실인원수 또는 검사건수로 기입

- 4) 귀하의 1일간 근무시간중에 소비한 시간을 업무별로 『1일 시간 활용 조사서』에 기재하여 주십시오(기준일 96년 3월 20일). 출근해서 근무를 완료하기까지 업무종류별로 소비한 시간을 줄(一)을 그으시면 됩니다. 각 칸은 10분 단위입니다.

附錄 3. 保健所の業務量 및 所要人力 調査

안녕하십니까?

본 조사는 地域保健法(1995.12.29. 법률 제5101호)의 시행과
관련한 자료를 마련하기 위한 것으로서, 귀하의 성의있는 답
변을 당부드립니다.

조사결과는 통계 이외의 목적으로는 사용하지 않을 것임을
약속드립니다.

1996. 7.

地域保健企劃團一同 드림

1. 調査内容

① 업무별 상대업무량

- 기준업무(행정·지도업무: 총무, 보건서비스제공업무: 가족계획)
의 業務量을 100으로 했을 경우의 상대업무량

② 업무별 세부업무의 업무량 구성비(%)

- 각 업무의 세부업무별 구성비율(합=100%)

③ 소요인력의 종류

- 각 업무를 수행하는 데 소요되는 인력의 유형

④ 인력별 기여비(%)

- 각 업무의 소요인력별 기여비율(합=100%)

2. 業務分類

가. 행정·지도업무

- 총무, 보건기획, 의약물관리, 지역의료, 식품위생, 공중위생

나. 보건서비스제공업무

- 가족계획 외(행정·지도업무이외의 업무)

3. 調査票作成 例

가. 行政·指導業務

업무	상대 업무량 ①	세부업무내용	업무량 구성비 ②	소요인력	
				유형 ③	기여비 ④
총무	100	일반서무(일반서무, 문서수발, 처리등)	20%	행정	100%
		인사관리	20%		
		예산재정관리(급여관리, 예산관리 등)	20%		
		보건소 자산관리	20%		
		업무보고(월간, 연간)	20%		
보건 기획	150	지역보건의료계획 수립	25%	의사 간호사 행정	30% 30% 40%
		지역보건현황 조사	25%		
		지역행정통계자료 조사	15%		
		의회승인자료 준비	10%		
		계획수행단계별 평가	25%		

註: 1) ☐: 응답할 부분임.

2) 기타: 세부업무를 추가할 필요가 있을 경우, 2개까지 추가 기재.
단, 추가업무도 업무량구성비 산출시 고려 바람.

나. 保健서비스提供業務

업무	상대 업무량 ①	세부업무내용	업무량 구성비 ②	소요인력	
				유형 ③	기여비 ④
가족 계획	100	청소년 상담	30%	의사 간호사	20% 80%
		유배우 가족계획 상담	50%		
		피임약제보급	20%		
모성 보건	120	예비부부 건강교실	30%	의사 간호사	50% 50%
		모성검진사업	70%		

註: 1) ☐: 응답할 부분임.

2) 기타: 세부업무를 추가할 필요가 있을 경우, 2개까지 추가 기재.
단, 추가업무도 업무량구성비 산출시 고려 바람.

<조 사 표>

行政·指導業務

업무	상대 업무량	세부업무내용	업무량 구성비 (%)	소요인력	
				유형	기여비
총무	100	일반사무(일반사무, 문서수발, 문서처리 등)		행정직	
		인사관리			
		예산재정관리(급여관리, 예산관리 실적보고)			
		보건소 자산관리(시설물관리, 장비비품 등)			
보건 기획		지역보건의료계획 수립		보건소장 (Task force team)	
		지역보건현황 조사			
		지역행정통계자료 조사, 통계분석			
		의회승인 자료준비			
의약 무 관리		의료관리 (적출물처리, 부정의료행위단속)		의사	
		의료관련 인허가 업무			
		약물관리, 약사감시			
		응급의료기관관리(시설, 인력, 시스템구축)		행정	
		기타 의약물관리(방사선안전대책, 점검실시)		보건직	
		안경업소관리			

업무	상대 업무량	세부업무내용	업무량구 성비	소요인력	
				유형	기여비
지역 의료		공중보건 의사 복무관리		의사(공보의)	
		공중보건 의사 교육훈련, 보수교육			
		보건지소 운영지원		행정직	
		보건진료원 복무관리			
		보건진료원 교육훈련, 보수교육			
		보건진료소 운영지원		보건직	
식품 위생				기존 시·군·구 위생과 인력 흡수	
공중 위생				기존 시·군·구 위생과 인력 흡수	

保健서비스提供業務

업무	상대 업무량	세부업무내용	업무량 구성비 (%)	소요인력	
				유형	기여비
가족 계 획	100	청소년 성상담		간호사 간호조무사	
		유배우 가족계획 상담			
방역		방역소독계획작성		용역(위탁) 일용잡급	
		소독업소관리			
		위생해충구제사업			
		방역약품 및 기재관리			
		음용수관리			
급성 전염병 관리		오염입국자 조사		의사 보건직 간호사 임상병리사	
		역학조사, 수질검사			
		간이급수시설 관리자 검진			
		전염병 예방접종(뇌염,장티프스 등)			
		질병모니터링 운영			
		보균자 색출			
결핵 관리		결핵 예방접종(BCG)		간호사 방사선사 임상병리사	
		결핵환자발견			
		환자등록관리 및 치료			
		보건교육			
성병 및 에이즈 관리		성병 정기검진 대상자 관리		의사 간호사 임상병리사	
		성병 간이진료소 설치운영			
		성병 감염자 관리 및 치료			
		성병(에이즈)에 관한 홍보 교육			
		성병관리계획수립		간호사 임상병리사	
		에이즈부양가족 보호 및 전파매개 행위금지			

업무	상대 업무량	세부업무내용	업무량 구성비 (%)	소요인력	기여비
노인 보건		노인건강진단		의사	
		재가노인 방문간호		간호사	
		노인주간보호사업		영양사	
		노인정순회 노인교실(검진, 진료, 교육)		간호조무사	
		노인보건교육		사회복지사	
정신 보건		만성정신질환자관리 (등록, 검진, 대상자관리)		정신보건전문요원 (임상심리사, 정신간호사, 정신 의료사회복지사)	
		만성정신질환자 가정방문, 상담			
		만성정신질환자 추구관리 (투약유지, 재활)		간호사	
		알콜중독자 관리		간호조무사	
		간질환자 등록 관리			
		치매노인 등록관리		정신과전문의(비 상근)	
		약물오남용관리			
		정신의료시설관리			
만성 질환		당뇨관리(등록, 검진, 대상자관리)		의사	
		고혈압관리(등록, 검진, 대상자관리)		간호사	
		간질환관리(등록, 검진, 대상자관리)		영양사	
		관절염환자관리(등록, 검진, 대상자관리)		간호조무사	
		암 관리(등록,검진, 대상자관리)		물리치료사	
				임상병리사	
장애자 재활		장애자 등록 및 대상자관리		의사	
		장애자 검진		간호사	
		물리치료		물리치료사	
		작업치료(기능훈련)		간호조무사	
		재가 중증장애자 방문간호		사회복지사	

업무	상대 업무량	세부업무내용	업무량 구성비 (%)	소요인력	
				유형	기여비
보건 교육		지역주민 건강강좌 운영(일반주민, 주부, 민방위대원 등 대상)		의사 간호사 영양사 보건교육사 운동지도사 (비상근)	
		지역매스콤을 이용한 보건교육 홍보활동			
		학교대상 보건교육(건강시범학교 지정 또는 순회학교보건교육)			
		직장대상 보건교육(건강관리, 안전교육, 환경보건)			
구강 보건		구강보건교육 정기실시(보건인력, 교사, 유아, 학생, 임산부 대상)		치과 의사 치과위생사 간호사	
		불소용액 양치사업			
		치아홈 메우기사업			
		구강병 예방관리			
		(상수도 불소화사업 : 도단위)			
영양 보건		주민영양평가 및 영양감시		영양사 간호사 운동지도사 (비상근)	
		성인병의 식이지도			
		비만관리			
		아동편식교정교실			
		영유아 영양관리			
		임산부영양관리			
		노인 영양관리			
		식생활정보센터운영			
모성 보건		예비부부 건강교실		의사 간호사 영양사	
		모성검진사업(자궁암 등)			
		임산부 등록관리(산전, 산후)			
영유 아 관리		영유아 건강관리		의사 간호사	
		영유아 성장발달 클리닉			
		영유아 정기건강진단			

업무	상대 업무량	세부업무내용	업무량 구성비 (%)	소요인력	
				유형	기여비
일차 진료		환자 진료		의사 간호사 간호조무사 약사 물리치료사	
		처방전 기록			
		환자상태 파악 및 혈압측정			
		환자 전화상담			
		주사처치			
		시력·색신·혈압측정			
치과 진료		치과진료		치과의사 치과위생사	
		구강보건교육			
		치과진료보조			
진료 약품 관리		약품청구		약사 간호사	
		약품잔량 확인			
		처방전에 의한 조제			
		진료비 명세서 출력			
		환자 처방전 컴퓨터 입력			
검사		혈청검사		임상병리사 방사선사 간호조무사	
		혈액검사			
		미생물 검사			
		방사선검사			
		대장 및 필립정리			

<조사대상 보건소 명단>

	보건소명	보건소장		보건소명	보건소장
특별시형			중소도시 형		
1	성북구	조종희	13	경기도 구리시	김혜경
2	성동구	전혜정	14	경기도 의정부시	이홍재
3	광진구	문인홍	15	경북 경주시	최학춘
4	은평구	박강원	16	경남 창원시	장동수
5	강남구	황혜룡	17	전남 목포시	김옥
광역시·중도시형(구보건소)			18	충남 보령시	이종주
6	전북 전주시 완산구	정영원	통합시		
7	경남 울산시 남구	함유식	19	경북 안동시	이병훈
8	경기도 수원시 권선구	김찬호	20	충남 천안시	신용택
9	경기도 광명시	박찬병	21	전북 군산시	구성대
10	부산시 중구	이재석	22	전남 순천시	김평오
11	대구직할시 서구	이재무	일반군형		
12	광주직할시 광산구	문재근	23	충북단양군	오용길
			보건의료원형		
			24	경기도 연천군	양병국
			25	경북 청송군	안문영