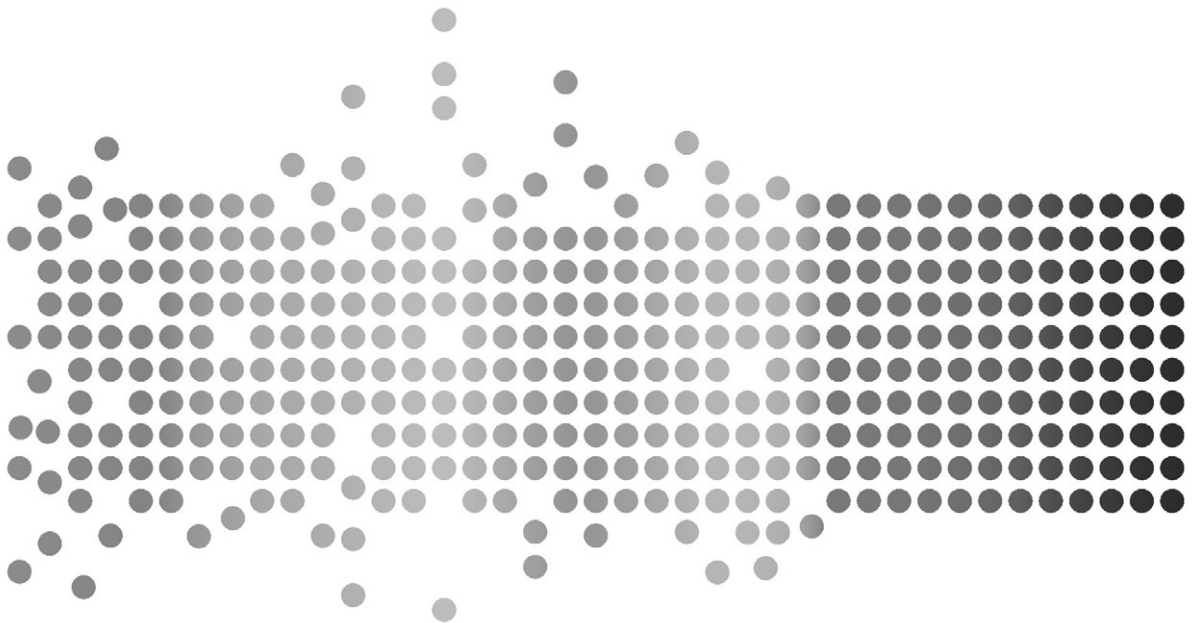


건강증진서비스 전달체계 확충방안 연구

Strengthening the Health Promotion Service Delivery Systems
in Korea

이상영 · 이주열 · 조소영 · 이수형 · 오영인 · 장진영



연구보고서 2012-09

건강증진서비스 전달체계 확충방안 연구

발 행 일 2012년
저 자 이 상 영 외
발 행 인 최 병 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
가 격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-8187-937-2 93510



머리말

우리나라는 최근 인구고령화 및 만성질환의 급증 등에 따라 질병예방 및 건강증진의 중요성에 대한 관심이 크게 증대되고 있다. 그러나 이러한 관심의 증대에 비해 질병예방 및 건강증진서비스 제공을 위한 실질적인 정책수단과 서비스 전달체계는 미흡한 것이 사실이다.

따라서 본 연구는 질병예방 및 건강증진서비스 공급의 확대를 위한 전략적 접근방법이 하나로 지역사회 내에 존재하는 다양한 사회복지시설 및 관련 기관들을 건강증진서비스의 전달체계로 활용하는 방안을 모색하고 있다. 공공보건의료기관을 외형적으로 확대 설치하는 것보다는 기존의 각종 공공서비스 공급망을 건강증진서비스의 전달체계로 활용한다는 점에서 서비스 제공의 효율성과 서비스의 질 향상 측면에서 매우 바람직한 정책방향인 것으로 판단된다.

본 연구는 본 연구원의 이상영 건강보장연구실장의 주관 하에 남서울대학교 이주열 교수, 그리고 원내의 이수형 전문연구원, 오영인 연구원, 장진영 연구원에 의해 수행되었다.

연구진은 본 연구에 대해 귀중한 조언을 아끼지 않으신 경북대학교 박재용 교수, 경원대학교 이원재 교수, 인제대학원대학교 류시원 교수, 그리고 원내의 정영호 연구위원, 최은진 연구위원께 감사의 뜻을 전하고 있다. 아울러 본 연구에서 수행한 지역사회 사회복지기관 및 이용자 설

문조사에 응해주신 기관 관계자 및 응답자 여러분께 깊은 감사를 표하고 있다.

2012년 11월
한국보건사회연구원장
최 병 호

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	13
제1절 연구의 배경 및 필요성	13
제2절 연구목적	14
제3절 연구방법	15
제4절 문제접근을 위한 기본시각	16
제2장 건강증진사업 추진현황과 문제점	35
제1절 건강증진사업 예산 현황 및 문제점	35
제2절 건강증진사업 수행체계 현황 및 문제점	48
제3절 주요 건강증진사업 내용 및 문제점	71
제4절 건강증진서비스 운용에 대한 전반적 문제점 및 시사점	74
제3장 건강증진 및 복지서비스 연계실태	79
제1절 조사개요	79
제2절 시설 이용자 조사결과	82
제3절 기관조사 결과	103
제4절 소결	117
제4장 외국의 건강증진서비스 운영 및 연계사례	125
제1절 일본	125

제2절 영국	128
제3절 미국	132
 제5장 지역사회 건강증진서비스 공급채널 확충을 위한	
보건복지서비스 연계강화 방안	139
제1절 보건복지서비스 연계를 통한 건강증진서비스	
전달체계 강화 방안	139
제2절 U-헬스를 활용한 서비스 공급망 확충방안	192
 제6장 결론	203
 참고문헌	207
 부록: 설문지	215

표 목차

〈표 1- 1〉 국가 경제수준별 10대 사망원인	19
〈표 1- 2〉 보건복지부 소관 사회복지생활시설 생활인원	26
〈표 1- 3〉 사회복지관 현황	26
〈표 1- 4〉 노인복지 이용시설 현황	27
〈표 1- 5〉 장애인복지 이용시설 현황	29
〈표 1- 6〉 지역아동센터 현황	29
〈표 1- 7〉 건강가정지원센터 시설수 및 이용자 현황	30
〈표 1- 8〉 지역사회활센터 현황	30
〈표 1- 9〉 가구월수입별 저체중 및 비만 아동 비율	31
〈표 1-10〉 보건소 및 보건사업 예산	32
〈표 2- 1〉 건강증진부담금 요율 변화	36
〈표 2- 2〉 건강증진기금 지출변동 추이	37
〈표 2- 3〉 연도별 이관사업 현황(일반회계 ⇔ 국민건강증진기금)	38
〈표 2- 4〉 국민건강증진기금 운용 수지(2011년 및 2012년)	43
〈표 2- 5〉 일반회계로의 이관요청 사업	44
〈표 2- 6〉 국민건강증진기금 운용 수지(2012년 및 2013년)	45
〈표 2- 7〉 담배반출량 및 부담금 징수 추이(실적)	46
〈표 2- 8〉 건강증진종합계획의 주요 목표와 개표	49
〈표 2- 9〉 부처별 건강증진관련 사업	53
〈표 2-10〉 보건소·보건지소·보건진료소 설치 현황	54
〈표 2-11〉 보건소 등 설치 기준	55
〈표 2-12〉 국민건강증진사업의 연도별 실시 현황	56
〈표 2-13〉 보건소 건강증진(보건)사업(2009년 기준)	58

〈표 2-14〉 경기도 연천군 보건의료원 건강증진사업 사례	59
〈표 2-15〉 전국 사회복지관 및 관련시설 현황	61
〈표 2-16〉 공공보건의료기관 현황	62
〈표 2-17〉 공공의료기관 기능	63
〈표 2-18〉 기타 건강증진관련 사업수행 조직	64
〈표 2-19〉 지역사회복지협의체 구성·운영 현황(' 11.12월 현재) ...	69
〈표 2-20〉 지역사회복지협의체 대표협의체 구성원 현황 (' 11. 12.31 현재)	69
〈표 2-21〉 지역사회복지협의체 실무협의체 구성원 현황 (' 11. 12.31 현재)	70
〈표 2-22〉 지역사회복지협의체 업무추진 현황	70
〈표 2-23〉 보건소 사업 중 지역사회 통합 건강증진사업	72
〈표 3- 1〉 지역별, 시설별 설문조사기관	81
〈표 3- 2〉 이용자, 기관조사 설문내용	82
〈표 3- 3〉 지역별, 시설별 조사대상자수	83
〈표 3- 4〉 응답자의 건강상태 및 건강관리 현황	86
〈표 3- 5〉 건강증진 및 보건의료서비스를 희망하였으나 받지 못한 경험 유무	98
〈표 3- 6〉 타 기관 제공서비스(건강증진 및 보건의료서비스) 이용 경험 유무	99
〈표 3- 7〉 서비스 연계로 받아보았던 건강증진 또는 보건의료서비스 종류(복수응답)	100
〈표 3- 8〉 연계서비스에 대한 만족도 및 불만족시 불만족 이유	101
〈표 3- 9〉 시설별 건강증진 및 보건의료서비스 제공 현황(복수응답) ..	107
〈표 3-10〉 기관별 주요기능	109

〈표 4- 1〉 PACE 서비스종류	135
〈표 4- 2〉 PACE 서비스 제공자 (협력팀)	136
〈표 5- 1〉 건강증진서비스 제공과 관련한 허브형 연계모형의 장단점	145
〈표 5- 2〉 건강증진서비스 제공과 관련한 수레바퀴형 연계모형의 장단점	147
〈표 5- 3〉 건강증진서비스 제공과 관련한 네트워크 연결형 연계모형의 장단점	148
〈표 5- 4〉 네트워크 참여주체별 편익	156
〈표 5- 5〉 건강증진서비스 연계 내용	160
〈표 5- 6〉 지역단위 각종 위원회·협의체 현황	164
〈표 5- 7〉 지역건강증진위원회 구성(안)	169
〈표 5- 8〉 건강증진 포괄보조금	170
〈표 5- 9〉 지역사회 민간 조직 간의 연계 방법	191
〈표 5-10〉 20010년 현재 U-헬스 시범사업추진 현황	194

그림 목차

〔그림 1- 1〕 건강위험 요인의 변천	18
〔그림 1- 2〕 건강증진서비스 제공주체의 포괄 영역	23
〔그림 1- 3〕 공공부문 건강증진서비스 제공대상	24
〔그림 2- 1〕 담배부담금 수입 규모 추이	46
〔그림 2- 2〕 우리나라 성인 흡연율(2000~2011년)	47
〔그림 3- 1〕 시설별 이용자 성별 분포	83

[그림 3- 2]	시설별 이용자 연령 분포	84
[그림 3- 3]	시설복지관을 이용하는 주된 이유	85
[그림 3- 4]	평상시 건강관리 여부	88
[그림 3- 5]	시설복지관 서비스 이용여부(사회복지관, N=167)	90
[그림 3- 6]	시설복지관 서비스 이용여부(노인복지관, N=142)	91
[그림 3- 7]	시설복지관 서비스 이용여부(장애인복지관, N=167) ...	92
[그림 3- 8]	시설복지관 제공서비스 이용 만족도(사회복지관)	94
[그림 3- 9]	시설복지관 제공서비스 이용 만족도(노인복지관)	95
[그림 3-10]	시설복지관 제공서비스 이용 만족도(장애인복지관)	96
[그림 3-11]	시설복지관에서 제공하는 건강증진 및 보건의료서비스와 관련하여 가장 개선되어야 할 사항	97
[그림 3-12]	시설복지관에서 희망하는 서비스를 받도록 타 기관으로의 소개 / 연결 노력 여부	98
[그림 3-13]	금연, 절주, 운동, 비만 및 식생활 개선 서비스를 받기 위한 평소 방문기관	102
[그림 3-14]	정신건강 서비스를 받기 위한 평소 방문기관	102
[그림 3-15]	보건의료서비스를 받기 위한 평소 방문기관	103
[그림 3-16]	시설 이용자들이 가장 많이 찾는 건강증진 및 보건의료서비스 종류	105
[그림 3-17]	시설별 이용자들이 가장 많이 찾는 건강증진 및 보건의료서비스 종류	106
[그림 3-18]	건강증진 및 보건의료부분 연계를 위한 협력체계 구축 여부	111
[그림 3-19]	협력체계 구축시 주된 협력내용(복수응답)	111
[그림 3-20]	협력체계 구축시 주된 협력기관(복수응답)	112

[그림 3-21]	연계대상기관 확장 차원에서의 협력체계 강화 필요성	113
[그림 3-22]	대상협력기관으로 포함되어야 할 기관(중복응답)	113
[그림 3-23]	연계협력 정도 측면에서 협력체계 강화 필요성	114
[그림 3-24]	타 기관(지역사회복지협의체 제외)과 연계를 통한 건강증진 및 보건의료서비스 제공 여부	114
[그림 3-25]	타 기관과의 연계하여 제공했던 서비스 종류(중복응답)	115
[그림 3-26]	지역사회복지협의체와의 연계를 통한 건강증진 및 보건의료서비스 진행 여부	116
[그림 3-27]	타 기관과의 연계한 건강증진 및 보건의료서비스 제공의사	117
[그림 4- 1]	보건·의료·복지 연계를 위한 지역포괄케어시스템에서의 케어매니저	127
[그림 5- 1]	공식적 커뮤니케이션 네트워크 유형	140
[그림 5- 2]	네트워크 거버넌스 구조의 형태	142
[그림 5- 3]	주도조직관리 네트워크의 세부유형	144
[그림 5- 4]	지역사회 건강증진 서비스 연계모형	149
[그림 5- 5]	건강증진서비스 제공을 위한 평균비용 곡선(Ⅰ)	157
[그림 5- 6]	건강증진서비스 제공을 위한 평균비용 곡선(Ⅱ)	159
[그림 5- 7]	지역사회 자원의 개발 절차	181
[그림 6- 1]	지역사회 보건복지연계 활동	204

An abstract graphic consisting of a central dark grey circle with several smaller, lighter grey circles of varying sizes scattered around it, creating a cloud-like or molecular structure.

Abstract

Strengthening the Health Promotion Service Delivery Systems in Korea

It is widely recognized that effective policy measures to meet population ageing and an increase in chronic diseases should be developed in Korea. Disease prevention and health promotion services have been provided mainly through public sectors. Although provision of disease prevention and health promotion services should be enhanced to face an increase in chronic diseases, increased health promotion services do not necessarily require expansion of public health institutions or manpower.

This study proposes policy alternatives to utilize various social welfare institutions at local levels as channels through which disease prevention and health promotion services are provided.

This study finds that there remains a significant amount of unmet needs for health promotion services among users of local social welfare facilities, and develops a model which can work for integrating welfare and health promotion services and improving linkages among service providers at local levels.

In order to improve linkages, it is recommended that the local governments should support the private welfare facilities for their active participation in providing health promotion services.

요약

1. 연구의 배경 및 목적

- 우리나라의 질병예방 및 건강증진서비스의 전달체계는 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 지역보건의료기관에 국한되어 있는 실정. 현재의 전달체계로는 질병예방 및 건강증진서비스 제공의 사각지대를 해소하기 어려움. 그렇다고 이를 해결하기 위해서 공공부문의 역량 강화 및 확장에만 의존할 수 없음.
- 따라서 공공부문의 질병예방 및 건강증진서비스 공급을 확대하기 위해서 기존의 자원의 최대한 활용함으로써 전체적인 서비스 공급의 효율성을 제고할 필요 있음.
- 효율적 건강증진서비스 제공을 위한 대안의 하나로 사회복지시설 등 지역사회 내의 각종 사회복지시설 등을 통해 서비스를 제공하는 방안을 강구할 필요 있음. 이에 본 연구는 기존의 보건소 중심의 특정 집단, 특정사업 위주의 건강증진서비스가 아닌 보편적 건강증진서비스 제공을 위해서 지역사회 건강증진서비스 전달체계의 다각화를 위한 정책대안을 모색하고자 함.
- 이에 첫째, 건강증진서비스 관련예산 현황과 함께 보건소, 보건지소, 보건진료소, 각종 사회복지시설, 정신보건센터 등 서비스 제공

기관 현황, 건강증진서비스 관련정책, 건강증진 및 복지서비스 전달체계 등 지역사회 내 건강증진서비스 운용 현황을 분석함.

- 둘째, 지역사회 내 각종 복지서비스 제공기관과 이용자들을 대상으로 설문조사를 실시하여 조사결과를 바탕으로 복지서비스 및 건강증진서비스에 대한 욕구와 서비스 제공 실태를 분석함.
- 셋째, 주요 선진국의 사례를 분석함으로써 지역사회 건강증진서비스 전달체계 다각화를 위한 정책적 시사점을 도출
- 넷째, 앞에서의 분석결과를 바탕으로 지역사회 내 사회복지서비스 및 건강증진서비스 연계모형 및 실행방안 제시
- 마지막으로, U-헬스를 활용한 지역사회 내 건강증진서비스 제공 사례 등을 분석하고 향후 건강증진서비스 공급 사각지대 해소차원에서 U-헬스를 활용한 서비스 확충방안을 제시함.

II. 연구방법

- 건강증진사업의 추진체계 및 사업 내용 등에 대한 기존 자료를 분석함과 아울러 관련 전문가와의 간담회 등을 통해 각계 의견 수렴
- 아울러 현재 각종 사회복지 시설 이용자들 중에 건강증진 또는 보건의료에 대한 욕구를 가진 이용자들이 어느 정도이며, 이들이 가진 건강증진욕구의 내용은 무엇인지, 실제 서비스 연계를 통해 어느 정도 건강증진욕구를 충족하였는지 등을 파악하기 위해 사회복지시설 이용자에 대한 설문 실시
- 설문조사는 기관조사와 이용자 조사로 구분하여 실시
 - 기관조사는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 장애인지역사

회재활시설, 양로시설, 아동양육시설, 모자보호시설, 지역자활센터, 다문화가족지원센터 등 총 48개 시설을 대상으로 조사원과 시설 담당자 간의 일대일 면접조사로 진행

- 이용자 조사는 20개 사회복지시설(사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관) 이용자 476명을 대상으로 일대일 면접조사로 진행

III. 주요 연구결과

□ 건강증진서비스 운영에 대한 전반적 문제점 및 시사점

- 우리나라 건강증진사업의 핵심적인 문제점은 정부의 건강증진사업의 주요 전략이 보건소에 과도하게 집중되어 있다는 점과 건강증진 사업을 제공하는 주체들 간의 사업 내용이 중복된다는 것, 그리고 건강증진사업의 핵심기관인 보건소의 경우 건강증진 인프라가 매우 열악한 상황이며 예산도 한계가 있다는 점임.
- 지역 보건소의 공통된 고충은 관으로부터 주어지는 업무만으로도 수행 인력과 시간이 부족. 따라서 지역의 사회복지시설과 연계하여 또 다른 사업을 추진하는 것은 현실적으로 어려움.
- 건강증진사업은 실제 여러 수준에서 공공과 민간부문의 사업이 이루어지고 있지만, 사업의 중복성으로 인해 그 효과성은 의문임. 따라서 여러 대상과 각기 다른 서비스 욕구에 대해 관과 민의 정보의 공유 및 연계가 필수적임.
- 원활한 연계가 이뤄질 수 있도록 중간다리 역할을 할 수 있는 단체는 지역사회 내 지역사회복지협의체임. 그러나 지역사회복지협의체의 경우 각 시설마다 본 업무만으로도 바쁘며, 어떤 사업과 행사를 위해 일회성으로 협력을 했다가 그 후에는 지속적인 연계가

이뤄지기가 힘든 경우가 많아 실질적인 서비스 연계는 어렵다고 함.

- 이러한 현실적인 문제에도 불구하고 기관간 연계에 초점을 맞춰 건강증진사업과 서비스를 기획하고, 예산편성에 고려한다면 장기적으로 보았을 때 협력하는 연계체계를 수립함으로써 다양한 형태로 건강증진서비스를 진행할 수 있을 것으로 판단됨.
- 각종 복지서비스 제공기관과 이용자들을 대상으로 복지서비스 및 건강증진서비스에 대한 서비스 욕구 및 이러한 욕구의 충족을 위해 사회복지시설에서 어느 정도 서비스 연계를 실시하고 있는지 등을 살펴본 결과,
 - 시설이용자들의 건강증진 및 보건의료서비스에 대한 욕구 해소를 위해 시설에서 서비스 연계를 위한 노력을 하나 연계발생시 연계 노력은 절반 정도임.
 - 지역사회내 사회복지시설 등은 기관의 고유목적상 건강증진서비스를 제공하기 위한 자원을 보유하지 않기 때문에 결국 보건소, 보건지소 등 지역보건의료기관이나 공공병원, 민간병의원 등과의 연계를 통해 건강증진서비스를 제공할 수밖에 없음.
 - 그러나 실질적으로 이러한 연계 활동이 이용자의 욕구에 비해 매우 미흡한 것이 사실이며, 연계활동을 실시하는 경우에도 그것이 일정한 제도적인 틀을 기반으로 하여 이루어지는 것이 아니라 시설차원의 개별적인 관심에 의존하여 이루어지고 있음.
 - － 기관조사결과, 건강증진 및 보건의료서비스를 제공하지 않는 시설의 경우 대부분의 서비스 미제공 이유는 ‘건강증진 및 보건의료서비스는 본 기관에서 제공할 서비스 영역이 아니기 때문’임.
 - 그럼에도 불구하고 많은 기관에서 서비스 이용자의 건강한 삶을 위하여 앞으로 타 기관과의 협력체계를 강화해야 한다고 생각하고 있었으며 상당수 기관들은 향후 타 기관과 연계하여 건강증진

및 보건의료서비스를 제공할 의사가 있다고 함.

- 전제 조사기관 중 95.7%가 연계대상기관 확장 차원에서 앞으로 협력체계가 강화되어야 한다고 생각하고 있으며, 97.8%는 연계 협력 정도 측면에서 타 기관과 협력체계를 강화해야 한다고 응답하였음. 향후 타 기관과 연계하여 건강증진 및 보건의료서비스를 제공할 의사가 있다고 응답한 기관도 95.7%나 되었음.

□ 보건복지서비스 연계를 통한 건강증진서비스 전달체계 강화 방안을 모색하기 위해서 지역사회연계모형을 제시하면,

- 건강증진서비스 제공을 위한 지역사회 연계모형의 기본틀로 주도 조직관리 네트워크, 완전연결형 의사소통 모형, 수레바퀴형 거버넌스 네트워크가 결합된 형태로 설정함.
- 공공보건의료기관과 네트워크 참여기관 간에는 경우에 따라 자원의 공유, 권한과 책임의 위임, 예산배분, 지도·감독 등이 이루어져야 하기 때문에 ‘강한’ 관계(tie)를 설정하였으며

[그림 1] 지역사회 건강증진 서비스 연계모형



- － 네트워크 참여기관 간에는 상호 시설생활자 및 이용자 정보교류, 업무협조 등의 약한 관계를 설정하였는데, 경우에 따라 강한 연계가 이루어질 수 있는 여지도 남김.

○ 참여적 의사결정을 보장하기 위한 조직으로서 가칭 “지역건강증진위원회”를 설치·운영하는 방안 고려 필요

- － 각 기관 단체의 지역건강증진위원회 참여를 보장하는 한편, 보건소가 건강증진을 위한 연계사업을 주도하도록 하고, 각 지역사회 기관단체에서의 실질적인 서비스 공급 활동을 보건소가 대부분 주관하도록 함.

○ 지역건강증진위원회는 지역단위에서의 서비스 연계에 중점을 두는 만큼 시도 단위와 시·군·구에 설치하도록 하며 중앙단위에는 설치하지 않음. 다만, 중앙단위에서 지역건강증진위원회와 관련된 사항을 총괄적으로 관장하는 기능을 부여할 경우에는 일차적으로 「국민건강증진법」에 규정, 지방조례 제정

- － 한편, 지역건강증진위원회의 성격과 관련하여 외형적으로는 심의·건의·협의 기능을 주된 기능으로 하도록 함.
- － 지역건강증진위원회의 위원 구성은 25~30명으로 하되 기존의 각종 협의체·위원회의 관계자가 당연직을 참여하도록 함.
- － 담당할 주요 기능은 지역사회건강증진 연계사업 추진계획 심의, 연계사업의 활성화를 위한 연계사업 참여기관 간 자원공유 및 정보교류에 대한 협력, 연계사업 추진을 위해 필요한 기타 사항 협의 등

○ 위원회 운영 활성화를 위한 동기부여 및 지원 방안으로 비용지원에 추가하여 정부합동평가 시에 반영하는 방안 고려. 아울러 건강증진연계사업을 위한 예산은 2013년부터 시행되는 시·군·구 단위의 건강증진사업 포괄보조금을 활용하도록 함.

〈표 1〉 지역건강증진위원회 구성(안)

구 분		내 용
설치목적		• 지역사회 내 건강증진 연계사업 활성화
관련법령		• 『국민건강증진법』에 규정, 지방 조례 제정
기구성격		• 심의·조정·협의 기구
주요기능		• 지역사회건강증진 연계사업 추진계획 심의 • 연계사업의 활성화를 위한 연계사업 참여기관 간 자원공유 및 정보교류에 대한 협력 • 연계사업 추진을 위해 필요한 기타 사항 협의 등
위원장		• 부지자체장
위원	인원수	• 25명~30명
	자격	• 당연직: 지역복지협의체 민간 위원장, 지역복지협의체 회장, 건강생활실천협의체 위원, 지역복지의료계획심의위원회 위원, 지자체 행정 부서장 등 사회복지 및 보건의료 담당공무원 • 위촉직: 의·약단체 등 직능대표, 사회복지시설 대표자, 주민대표, 학계 및 기타 전문가
상위조직		• 시·도, 시·군·구 지역건강증진위원회

○ 기관과의 연계 활성화를 위한 방안

- 민간조직을 지역사회 건강서비스 네트워크에 참여시키고, 적극적으로 연계 활동을 기대하기 위해서는 포인트(point) 제도 검토
- 포인트 제도는 대상자 의뢰 또는 사례관리에 참여한 민간조직에 해당 건수별로 점수를 부여하고, 일정한 점수 이상이 되면 해당 점수에 재정을 지원하는 것으로, 건강서비스를 제공하는 기관뿐만 아니라 대상자를 의뢰하거나 사례관리에 참여하는 조직에도 건수별로 점수를 부여하도록 함.

○ 지역사회 내 사회복지시설 등 각종 기관단체들을 건강증진서비스 공급채널로 활용하는 방안 모색하는 차원에서 대중밀집 장소에서 U-헬스를 활용하여 건강증진서비스를 제공하는 것을 고려해 봄.

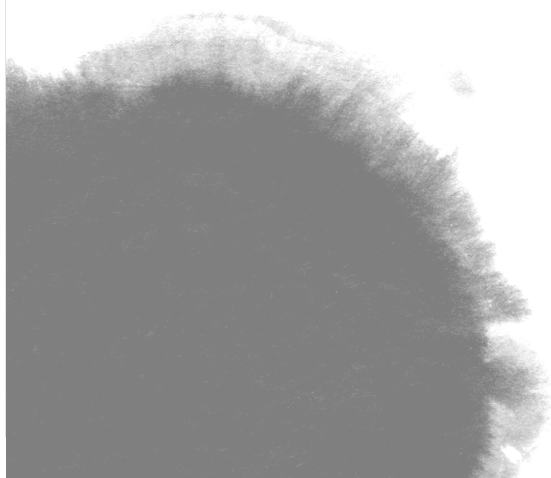
IV. 결론 및 시사점

- 지역사회 건강증진 연계사업의 성공적 추진을 위해서는 일정기간 동안 시범사업 필요
 - 시범사업은 대도시, 중소도시, 농어촌지역 등으로 구분하여 추진하는 것이 바람직하며 시범사업 시행시 서비스의 내용, 대상기관을 최소한으로 축소하여 시범사업을 시작하고, 이후 서비스의 내용과 대상기관을 점차 확대해 나가는 전략 필요
 - 시범사업에 소요되는 경비는 국고로 지원하며, 시범사업 지역 선정은 공모방식으로 추진할 필요 있음.
- 건강증진연계사업을 위한 네트워크에 사회복지시설 지역사회 기관, 단체 뿐 아니라 주민센터 등의 공공조직과 함께 아파트 부녀회, 노인회 등 중산층도 포함된 지역 자생 조직들도 포함하도록 함
- 보건소 등 공공보건의료기관이 중산층 이상을 대상으로 서비스를 제공할 수 있는지에 대해 이론이 제기될 수 있지만 건강증진과 관련된 서비스는 계층과 상관없이 공공보건의료기관이 서비스를 제공하여야 함.
- 건강증진서비스는 민간 의료기관 등에서는 제공되지 않는다는 특성, 그리고 만성질환의 급증에 대응하기 위한 질병예방 및 건강증진 서비스 확충의 시급성 등을 고려할 때 소득계층과 관계없이 공공보건 의료기관이 건강증진서비스를 제공하는 주공급원이 되어야 함.

*주요용어: 건강증진서비스, 보건복지서비스 연계, 전달체계 다원화

1장

서론



제1장 서론

제1 절 연구의 배경 및 필요성

우리나라 건강증진사업은 보건소를 중심으로 이루어지고 있으며 2005년 국민건강증진부담금이 인상되면서 건강증진사업은 새로운 전기를 맞이하였다. 즉, 국민건강증진기금의 예상 누적 규모가 증가하면서 전국 보건소에서 건강증진사업도 확대되고 있으며, 민간단체에 대한 건강증진기금의 지원 확대로 민간의 건강증진사업 참여가 증가하고 있다(배상수, 2007).

그러나 사업예산의 증가에도 불구하고 건강증진사업의 수행체계는 외국과 달리 보건소 중심의 공공보건사업체계를 벗어나지 못하고 있으며, 민간의 건강증진사업의 참여가 늘어났다고 하나 여전히 그 수준은 미미하다.

건강증진사업은 현재 보건(지)소, 보건의료원, 보건의료원 등 지역보건의료기관과 민간단체, 사업장, 학교 등의 채널을 통해 추진되고 있다. 그러나 현실적으로 건강증진사업의 가장 주된 서비스 주체는 보건소로서, 보건소의 건강증진사업은 주로 저소득층을 대상으로 하고 있으며 지리적 측면에서 주로 인접 지역의 주민들만 이용하는 등 접근도 상의 제약이 존재한다.

최근 보건 및 복지 분야에 있어서 ‘찾아가는 서비스’가 강조되고 있

으나 맞춤형 방문간호 사업 등은 빈곤층에 국한되어 있고 직장인이나 지역주민 등이 보건소 등을 방문하지 않고 손쉽게 서비스를 얻을 수 있는 채널이 극히 제한되어 있다. 무엇보다 현재 보건소의 건강증진사업 수행 조직과 인력은 증가하는 일반인의 건강서비스 욕구에 비해 사업의 필요성이나 실제 규모를 따라가지 못하는 것이 현실이다.

학계를 중심으로 보건소 기능 개편과 더불어 건강증진사업의 추진체계를 보건소 이외로 다각화하여야 한다는 지적이 제기되고 있다. 이러한 지적과 더불어 건강증진사업의 추진체계의 다각화 차원에서의 민간참여 확대에 대한 광범위한 공감대 형성에도 불구하고 그동안 건강증진사업에 실제적으로 민간부문을 참여시키려는 적극적인 시도는 극히 미약하였으며, 민간참여 주장을 구두선으로 만드는 제도적, 법적 장치의 개선에는 일보의 진전도 보이지 않고 있는 것이 현실이다(이선희, 2007). 또한 기존 연구 및 정책은 실제 건강서비스가 제공되는 서비스 전달체계에 대한 깊은 논의 없이 건강증진서비스 모형 개발 및 건강서비스 다원화에 초점이 맞춰 있으며, 일부 건강서비스 추진체계 다원화 논의가 있었으나 추진체계 다원화의 구체적인 대안 없이 필요성만을 제시하고 있다.

이에 본 연구는 건강증진서비스가 실제 수행될 수 있는 건강증진서비스 전달체계를 구축하는 것으로, 기존의 보건소 중심의 특정집단, 특정사업 위주의 건강증진서비스가 아닌 보편적 건강증진서비스 제공을 위해서 지역사회 건강증진서비스 전달체계의 다각화를 위한 정책대안을 모색하고자 한다.

제2절 연구목적

본 연구는 지역사회 내 각종 사회복지시설 및 민간기관 등을 건강증

진서비스 전달체계로 활용하기 위한 정책대안을 모색하는데 목적을 둔다. 이를 위해 첫째, 건강증진서비스 관련예산 현황과 함께 보건소, 보건지소, 보건진료소, 각종 사회복지시설, 정신보건센터 등 서비스 제공기관 현황, 건강증진서비스 관련 정책, 건강증진 및 복지서비스 전달체계 등 지역사회 내 건강증진서비스 운용 현황을 분석한다.

둘째, 지역사회 내 각종 복지서비스 제공기관과 이용자들을 대상으로 설문조사를 실시하여 조사결과를 바탕으로 복지서비스 및 건강증진서비스에 대한 욕구와 서비스 제공 실태를 분석한다.

셋째, 주요 선진국의 사례를 분석함으로써 지역사회 건강증진서비스 전달체계 다각화를 위한 정책적 시사점을 도출한다.

넷째, 앞에서의 분석결과를 바탕으로 지역사회 내 사회복지서비스 및 건강증진서비스 연계모형 및 실행방안을 제시한다.

마지막으로, U-헬스를 활용한 지역사회 내 건강증진서비스 제공 사례 등을 분석하고 향후 건강증진서비스 공급 사각지대 해소차원에서 U-헬스를 활용한 서비스 확충방안을 제시한다.

제3절 연구방법

본 연구의 추진을 위해 건강증진사업의 추진체계 및 사업 내용 등에 대한 기존 자료를 분석함과 아울러 관련 전문가와의 간담회 등을 통해 각계의 의견을 수렴하였다.

아울러 현재 각종 사회복지 시설 이용자들 중에 건강증진 또는 보건 의료에 대한 욕구를 가진 이용자들이 어느 정도이며, 이들이 가진 건강증진욕구의 내용은 무엇인지, 실제 서비스 연계를 통해 어느 정도 건강증진욕구를 충족하였는지 등을 파악하기 위해 사회복지 시설 이용자에

대한 설문조사를 실시하였다.

설문조사는 서비스 제공 기관 조사와 이용자 조사 등 크게 두 가지로 구분된다. 우선 서비스 제공기관 조사와 관련하여서는 대도시, 중소도시, 농어촌 지역별로 조사대상 시·군·구를 선정한 다음 해당지역에 소재하는 사회복지시설 중 대표적 시설을 조사대상 기관으로 설정하였다.

전체적으로 총 48개 시설에 대해 조사를 완료하였으며, 조사가 완료된 사회복지시설은 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 장애인지역사회재활시설, 양로시설, 아동양육시설, 모자보호 시설, 지역자활센터, 다문화가족지원센터 등이었다.

조사기간은 2012년 9월 12일~9월 24일까지 약 2주간이었으며, 조사 방법으로는 전문조사원과 시설담당자 간의 일대일 면담을 통해 조사를 실시하였다. 조사내용은 시설 이용자 및 생활인원의 주된 건강증진 서비스 욕구 내용 및 욕구 충족을 위한 타 기관과의 연계 현황 등이다.

서비스 제공기관 이용자에 대한 설문조사는 기관조사 대상 사회복지시설의 이용자들에 대해 실시하였으며, 총 476명에 대해 설문조사를 완료하였다.

조사기간은 기관조사와 같은 기간이었으며, 조사내용은 해당 사회복지시설 이용 현황, 건강증진서비스에 대한 욕구, 건강증진서비스 욕구 충족여부 및 충족방법, 사회복지서비스 및 건강증진서비스 연계 경험 여부 등이었다. 여기에 대한 보다 구체적인 내용은 제3장에서 살펴보기로 한다.

제4절 문제접근을 위한 기본시각

세계보건기구(WHO)¹⁾는 “건강 그 자체가 사회·경제적 그리고 개인

1) WHO (2009) Milestones in Health Promotions : Statements for Global Conferences, (Geneva : WHO/NMH/CHP/09-01), p.3.

의 발전과 삶의 질 향상을 위한 원천이 되며, 사회·경제·정치적 환경과 자연환경, 문화습관 및 생물 등이 모두 건강영향에 영향을 미칠 수 있기 때문에 건강증진은 모든 건강영향 요인을 건강 지지적으로 변화시키는 포괄적 접근으로 전 인류의 건강실현을 목적으로 한다”고 정의하고 있다.

오타와 헌장(Ottawa Charter)²⁾에 의하면, 건강증진은 주민 스스로 자신의 건강증진을 가능하게 하는 일련의 과정이며, 개인이나 집단의 요구를 스스로 파악하여 주변환경을 건강 지지적으로 변화시켜 신체·정신·사회적 안녕을 이루는 것이다. 따라서 건강은 삶의 목표가 아니라 일상의 삶 그 자체의 원천이 되며, 건강생활 양식 이상의 사회·경제적 안녕과 복지까지도 포함한다. 이러한 측면에서 건강증진에 대한 정의를 ‘건강격차 해소’로 확대하고, 건강증진의 목표를 건강자원 접근성을 모든 주민에게 동등하게 보장하여 건강격차 감소와 잠재적 건강기능의 극대화를 추구하는 것으로 설정하였다³⁾. 이에 따라 건강증진의 목표는 주민 생활 환경을 건강 지지적으로 조성하고, 건강정보 및 삶의 기술, 기회 등을 형평성 있게 제도화하는 것을 포함한다. 이러한 목표를 달성하기 위해서는 주민 스스로 건강증진과 잠재기능을 최대한 활성화할 수 있도록 보장되어야 하고, 그 실현을 위해 필요한 건강자원과 건강 지지적 환경의 활용에 대한 주민 간 격차를 해소하고, 성별 간의 차별 문제도 해소되어야 한다.

건강격차 이슈는 아델라이드 선언(2010)⁴⁾에도 반영되었는데, 아델라이드 선언은 건강격차의 해소를 위해 보건의료 뿐 아니라 사회·경제 분

2) WHO (1986) The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21 Nov.1986.

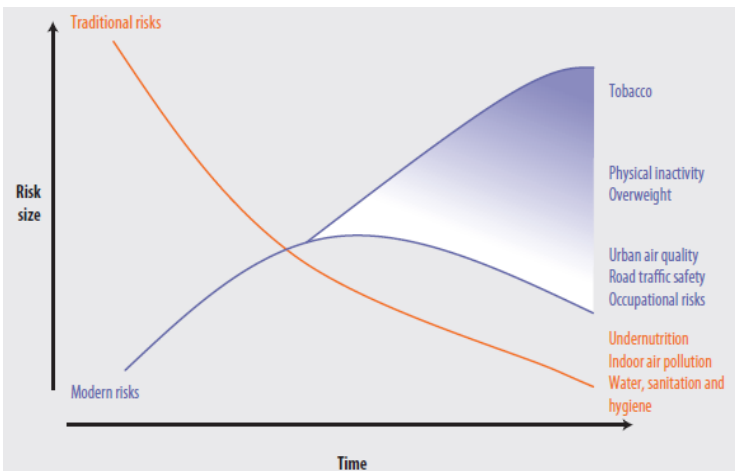
3) WHO (2009) Milestones in Health Promotions : Statements for Global Conferences, (Geneva : WHO/NMH/CHP/09-01), p.3.

4) WHO (2010) Adelaide Statement on Health in All Policies : moving towards a shared governance for health and well-being, International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010.

아의 모든 정책에도 건강과 안녕을 반영하도록 권고하고 있다. 건강격차를 해소하기 위해서는 평화, 안식처, 교육, 식품, 수입, 안정된 생태계, 자원 자립, 사회 정의와 형평성 등을 전제요건으로 갖추어야 한다.

건강이 타 사회경제 부문과 가지는 연관성은 건강위험 요인의 변화에서도 나타나고 있다. 건강위험 요인은 영양실조, 위생불량, 실내 공기오염, 수질 및 하수오염 등에서 나아가 건강습관과 밀접한 연관성을 가지는 것으로 지적되고 있다. 특히, 네 가지 주요 건강관련 습관⁵⁾, 즉 흡연, 음주, 신체활동 부족, 불량한 식습관 등은 당뇨, 고혈압, 비만, 콜레스테롤 과다 등의 유발요인이 된다. 이는 일상생활의 습관을 변화시킴으로써 만성질환을 예방 또는 경감할 수 있다는 것을 의미한다는 점에서 건강증진의 개념을 더욱 확장한 것으로 볼 수 있다.

[그림 1-1] 건강위험 요인의 변천



5) WHO (2012) Global Health Observatory : Risk Factors, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/ 2012.10.30.

건강위험은 시대적 변천 뿐 아니라 사회경제적 수준에 따라서도 변화한다. 저개발 국가에서는 여전히 설사, 폐렴 등 전염성 질환 등의 전통적 건강위험이 주된 건강위험 요인인 반면, 선진국에서는 심혈관계 질환이나 종양 등이 주된 위험요인이다.

아래 표에서와 같이 10대 주요 사망원인이 저개발국가에서는 저체중아, 고혈압, 비위생적 성생활, 수질 및 하수오염, 비위생 문제 등인데 반해, 선진국에서는 흡연, 고혈압, 체중과다 및 비만, 신체운동 비만 등이 우선순위 사인이다.

〈표 1-1〉 국가 경제수준별 10대 사망원인

위험요인	사망자 (백만명)	백분율 (%)	위험요인	사망자 (백만명)	백분율 (%)
세계 평균			저개발국가		
1 고혈압	7.5	12.8	1 저체중아	2.0	7.8
2 흡연	5.1	8.7	2 고혈압	2.0	7.5
3 혈당	3.4	5.8	3 비위생적 성생활	1.7	6.6
4 신체운동 부족	3.2	5.5	4 수질, 하수오염, 비위생	1.6	6.1
5 체중과다, 비만	2.8	4.8	5 고혈당	1.3	4.9
6 고 콜레스테롤	2.6	4.5	6 실내오염(연탄 등)	1.3	4.8
7 비위생적 성생활	2.4	4.0	7 흡연	1.0	3.9
8 음주	2.3	3.8	8 신체운동 부족	1.0	3.8
9 저체중아	2.2	3.8	9 부적절 수유	1.0	3.7
10 실내오염(연탄 등)	2.0	3.3	10 고콜레스테롤	0.9	3.4
개발도상국가			개발국가		
1 고혈압	7.5	12.8	1 흡연	1.5	17.9
2 흡연	5.1	8.7	2 고혈압	1.4	16.8
3 혈당	3.4	5.8	3 체중과다, 비만	0.7	8.4
4 신체운동 부족	3.2	5.5	4 신체운동 부족	0.6	7.7
5 체중과다, 비만	2.8	4.8	5 혈당	0.6	7.0
6 고 콜레스테롤	2.6	4.5	6 고 콜레스테롤	0.5	5.8
7 비위생적 성생활	2.4	4.0	7 과일, 채소섭취부족	0.2	2.5
8 음주	2.3	3.8	8 도시 외기오염	0.2	2.5
9 저체중아	2.2	3.8	9 음주	0.1	1.6
10 실내오염(연탄 등)	2.0	3.3	10 산업장 직업병	0.1	1.1

주: 국가소득 (2004년 기준): 개발국가-일인당 국민총소득 US\$10,066 이상 / 저개발국-US\$825 이하
 자료: Colin Mathers et al.(2009), Global Health Risks,(Geneva:WHO), p.11.

이러한 사인의 차이는 국가 간 뿐 아니라 한 국가 내에서도 대상자 및 거주지의 사회·경제적 수준에 따라 다르다. WHO는 건강을 결정하는 사회적 변인을 건강증진 프로그램에 반영하도록 권고하는 한편, 아델라이드 선언(2010)⁶⁾을 통해 건강증진의 영역을 보건의료 뿐 아니라 사회·경제 분야로 확대하였으며, 리오 회의⁷⁾에서는 “전 인류의 형평성”(All for Equity)을 선언하고 사회·경제적 환경과 빈곤, 불평등 문제 등 사회적 변인에 따른 건강격차 해소와 보건복지의 형평성을 주창하였다.

이와 같이 건강증진과 건강격차의 해소를 위해서는 보건의료 분야 뿐 아니라 사회경제 분야의 다양한 건강 셋팅(settings)을 포함하고 국민 누구나 원할 때 원하는 건강증진서비스를 받을 수 있도록 다원적 접근체계를 구축해야 한다는 것이 세계적인 추세이다.

이와 같이 건강 및 건강격차에 다양한 사회경제적 요인이 영향을 미친다는 점은 효과적인 건강증진사업의 추진을 위해서는 건강증진서비스와 다양한 사회경제적 서비스 간의 연계가 필연적으로 고려되어야 한다는 것을 의미한다. 이런 측면에서 WHO도 “모든 정책에서의 건강”(Health in All Policies)을 주창한 바 있다. 모든 공공정책 수립에 있어서 건강을 고려해야 한다는 것이 WHO의 입장이지만 건강증진이 효과성을 가지기 위해서는 단순한 “고려”의 차원이 아닌 보다 적극적인 서비스 및 사업 연계가 필요하다.

이와 같이 건강결정 요인의 다양화에 따른 근본적 차원에서의 연계의 필요성은 최근 수요자 중심의 서비스가 강조되면서 그 중요성이 더욱 부각되고 있다. 이러한 수요자 중심의 서비스 제공을 실현하기 위해서는

6) WHO (2010) Adelaide Statement on Health in All Policies : moving towards a shared governance for health and well-being, International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010.

7) WHO (2011) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 Oct. 2011

서비스 간 연계가 불가피하며, 이러한 맥락에서 다양한 분야에서 공공-공공, 공공-민간, 민간-민간의 연계에 대한 방법론이 제시되어 왔다.

이와 관련하여, Kohn(1977: 함철호 외 2001에서 재인용)는 서비스 연계에 대한 관심의 이유로 서비스의 파편화, 고객집단의 욕구, 서비스의 효과성 및 효율성에 관련 되는 기관의 책임성을 들었다. 여기서 서비스의 파편화는 결국 각각의 서비스들이 서로 다른 주체나 전달체계를 통해 제공되어 왔다는 현실적 한계를 의미하며, 이러한 한계 하에서 서비스에 대한 접근의 용이성과 서비스의 통합을 통한 질 향상에 대한 고객들의 요구가 증대되면서 서비스 연계에 대한 관심이 증대되었다는 것이다.

보건의료 및 복지 서비스 간의 연계도 이러한 맥락에서 이해될 수 있는데, 우리나라에서는 보건의료 및 복지가 독립적인 영역으로 다루어져 왔으며(이주열·박강원 1996), 보건 및 복지 서비스의 분절로 인한 피해는 노인·장애인·아동·저소득층일수록 큰 것으로 알려지고 있다(박순일 외 1994, 이성의·권중돈 1993). 이에 따라 Hokenstad(1982: 이현주 외 2000에서 재인용)는 보건 및 복지 서비스의 적절성, 접근성, 충분성, 연속성 등을 제고하기 위해 연계가 필요하다고 주장한다.

이와 같은 보건의료 및 복지 서비스간의 연계에 대한 인식은 우리나라에서도 지역보건법에 의한 지역보건의료계획이나 사회복지사업법에 의한 지역사회복지협의체 운영 등에도 이미 반영되어 있다.

그러나 이러한 보건 및 복지서비스 연계를 위한 실질적인 활동이 지역단위에서 거의 이루어지지 못하고 있다는 것이 문제이다. 지역단위에서 건강증진 및 복지서비스 간의 연계가 이루어지지 않는 데는 여러 가지 요인이 관련되어 있지만 가장 근본적인 요인은 연계활동이 이루어지도록 하기 위한 동기부여가 절대적으로 부족하다는 것이다. 지역단위에서 연계활동이 일부 이루어지는 경우도 있지만 대부분은 해당지역의 담

당자들의 개인적인 관심 차원에서 이루어지고 있으며, 정책적으로 연계 활동을 활성화할 수 있는 수단이 부족하다. 보건 및 복지서비스의 연계가 중요하고 현 시점에서 서비스 공급의 효율성이나 대상자의 편익 제고를 위해 반드시 필요하다는 규범적인(normative) 측면에서의 논의만 이루어지고 있는 것이 현실이다.

이러한 시점에서 서비스 연계에 대한 기본적인 접근전략을 전환하여 평면적인 수준의 서비스 연계를 떠나 건강증진서비스 전달체계 측면과 연결하여 입체적으로 보건복지 서비스 연계를 고려할 필요가 있다. 즉, 보건소 등 공공부문을 통한 건강증진서비스의 제공이 일정한 한계에 직면하고 있는 현재의 상황에서 보건복지 연계를 통해 새로운 돌파구를 마련하자는 것이다. 건강증진 서비스 제공을 위한 공공부문의 조직·인력·시설 등 고정비용의 투입을 최소화하면서 보건복지서비스 연계를 통해 건강증진서비스 공급을 확충하자는 것이다. 이렇게 할 경우 건강증진서비스 공급의 확대는 물론 건강증진서비스와 함께 제공되는 사회서비스의 질적 수준도 제고될 수 있다는 부가적인 효과를 얻을 수 있을 것으로 판단된다.

이와 관련하여, 그간 고령사회의 도래와 함께 만성질환의 급증이 예상됨에 따라 질병예방 및 건강증진 정책의 중요성이 누누이 강조되어 왔으나 실질적인 예산배정이나 사업 개발·추진 측면에서 질병예방 및 건강증진의 우선순위가 낮은 것이 사실이다. 치료와 질병예방 및 건강증진 서비스가 연속선 상에서 제공되는 것이 바람직하지만, 치료는 주로 민간의료 기관이 서비스를 제공하고 질병예방 및 건강증진서비스는 공공 지역보건의료기관이 제공하고 있는 것이 우리나라의 현실이다. 공공보건의료 부문의 예산배정에 있어서도 급성질환 치료 등에 예산이 집중되어 있어 2009년을 기준으로 공공보건의료 예산 5,912억원 중 질병예방 및 건강증진 예산 비중은 13%에 불과하다. 특히 질병예방 및 건강

증진예산은 2009년 1,039억원에서 2010년 1,084억원, 2011년 1,099억원 등으로 거의 정체되어 있는 수준이다.

이러한 상황에서 질병예방 및 건강증진서비스의 전달체계도 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 지역보건의료기관에 국한되어 있는 실정이다. 특히 우리나라는 아직까지 저소득층 뿐 아니라 중산층 이상을 포괄하는 종합적인 건강증진서비스 전달체계가 마련되어 있지 않다. 건강보험에서 질병예방 및 건강증진서비스에 대한 급여가 이루어지지 않기 때문에 민간의료기관은 치료중심의 서비스를 제공하고 있다. 따라서 모든 국민이 질병예방 및 건강증진서비스를 이용해야 한다고 볼 때 현재 중산층 이상(㉠ 영역)에 대해 서비스를 제공해 줄 수 있는 전달체계는 마련되어 있지 않다. ㉠ 영역에 대한 질병예방 및 건강증진서비스 전달체계 구축을 위해서는 그간 정부가 건강관리서비스 제도 도입을 추진하였으나 관련 법안이 국회를 통과하지 못하고 있는 상태이다.

아울러 중산층 이상에 대해서도 공공부문이 보건교육 및 상담 등의 서비스를 부분적으로(㉡ 영역) 제공해야 할 필요가 있으나 현실적으로는 서비스를 제공하지 못하고 있으며, 저소득층에 대해서도 서비스를 제공하지 못하는 영역(㉢)이 존재하고 있는 실정이다.

[그림 1-2] 건강증진서비스 제공주체의 포괄 영역

구 분	치 료		질병예방 및 건강증진	
	저소득층	중산층이상	저소득층	중산층이상
민간의료기관				㉠
공공보건의료 기관			㉢	
			㉡	㉣

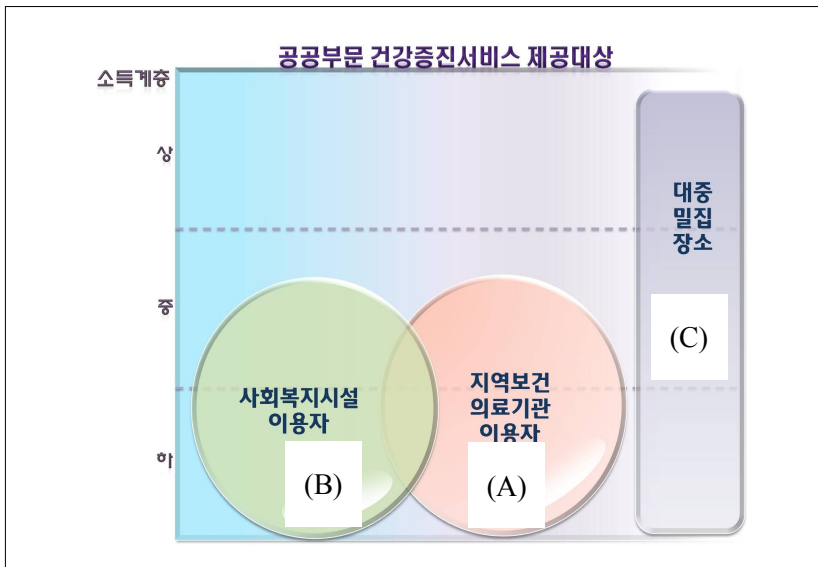
이와 같은 질병예방 및 건강증진 서비스 제공의 사각지대를 해소하기 위해서는 공공부문의 역량을 강화해야 하지만 보건소, 보건지소, 보건진료소 등을 확대 설치하는 등의 외형적인 팽창에 의존할 수는 없다.

따라서 공공부문의 질병예방 및 건강증진서비스 공급을 확대하기 위해서는 기존의 자원을 최대한 활용함으로써 전체적인 서비스 공급의 효율성을 제고할 필요가 있다.

이러한 효율적 건강증진서비스 제공을 위한 대안의 하나로 사회복지시설 등 지역사회 내의 각종 사회복지시설 등을 통해 서비스를 제공하는 방안을 강구할 필요가 있다.

아래 그림에서 지역보건의료기관 이용자(A)를 제외한 나머지 중산층 이하를 공공부문의 건강증진서비스 제공의 사각지대라고 할 때, 이 사각지대의 일부분인 지역사회내의 각종 사회복지 시설이용자(B)를 공공부문의 건강증진서비스 대상으로 편입할 필요가 있다는 것이다.

[그림 1-3] 공공부문 건강증진서비스 제공대상



여기서 사회복지시설 이용자, 특히 사회복지관 등 사회복지 이용시설 이용자들 중 일부분은 지역보건의료기관 이용자와 중복될 수 있다.

다른 한편으로 지하철역 등 대중밀집 장소 등에 U-헬스 등을 이용하여 건강증진서비스를 제공함으로써 건강증진서비스 공급의 사각지대를 줄이는데 기여할 수 있을 것이다. U-헬스 장비를 이용할 경우는 소득계층과 상관없이 다양한 계층에게 서비스를 제공할 수 있다.

지역사회 내에는 각종 사회복지 이용시설과 생활시설이라는 거대한 인프라가 존재하고 있다. 특히 김교성 외(2007)⁸⁾에 의하면 2004년을 기준으로 사회복지시설의 총지출은 1조551억8천7백만원⁹⁾으로 추계되고 있을 정도로 사회복지시설은 일선에서의 서비스 제공에 커다란 부분을 담당하고 있다. 특히, 15세 이상 인구 중 보건소 이용경험이 있는 경험자의 비율은 2010년 1.5%로서, 2010년 15세 이상 인구 40,203,788명을 적용할 경우 연간 보건소 이용자수는 603,057명¹⁰⁾으로 추정되는데, 보건복지부 소관 사회복지 생활시설은 2010년 4,983개, 생활인원은 165,672명으로 보건소 이용자수 대비 약 27.5%에 달한다(표 1-2 참조).

사회복지 이용시설은 전국 단위로 집계된 자료가 가용하지 않지만 최근 각종 다양한 시설이 급속하게 증가하고 있다. 이용시설 중 사회복지관은 2007년 408개에서 2010년 425개로 약간 증가하였다. 사회복지관 중에서는 사회복지법인이 운영하는 복지관이 가장 높은 비중을 차지하고 있으며 전체적인 사회복지관의 증가를 주도하고 있다. 연간 사회복지관 이용자에 대한 통계는 가용하지 않다. 그러나 사회복지관의 이용자가 다양화되고, 노인연령층이 증가하면서 사회복지관 이용자의 수도 점차

8) 김교성 외, “우리나라 사회복지 자원총량 추계에 관한 연구, 『한국사회복지학』, Vol.59, No.4, 2007.11, pp.319-346

9) 생활시설의 총지출 649,037백만원, 이용시설의 총지출 343,515백만원, 미신고시설의 총지출 62,635백만원

10) 위 그림의 (A)영역

증가하였을 것으로 판단된다(표 1-3 참조).

〈표 1-2〉 보건복지부 소관 사회복지생활시설 생활인원

구 분	시설수(개소)			생활인원(명)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
합계	2,921	3,770	4,983	133,576	142,254	165,672
아동복지	285	280	280	17,992	17,586	17,119
노인복지	2,081	2,992	4,150	67,676	79,537	108,129
장애인복지	347	397	452	22,250	23,243	24,395
정신질환자 요양	59	59	59	11,988	12,111	11,613
부랑인	37	37	37	9,492	9,266	8,958
결핵 및 한센	5	5	5	515	511	458
한부모가족	107	-	-	3,663	-	-

자료: 보건복지부, 『2011 보건복지통계연보』, 제57호, 2011.

〈표 1-3〉 사회복지관 현황

		(단위: 개소)			
구 분		2007	2008	2009	2010
사회 복지관	사회복지법인	298	298	305	311
	비영리법인	61	62	61	60
	학교법인	26	26	25	24
	지방자치단체	23	28	28	30
	계	408	414	419	425

자료: 보건복지부 사회복지서비스지원과, 2011년 보건복지통계연보, e-나라지표

노인복지 이용시설은 크게 노인여가복지시설, 재가노인복지시설, 노인 보호전문기관 등으로 구분되는데, 2007년 59,204개소에서 2011년 66,150개소로 증가하였다. 가장 많은 비중을 차지하는 것이 경로당인데 2011년 현재 61,537개소가 운영되고 있다. 경로당의 경우는 공공부문의 건강증진서비스를 제공하기 위한 채널로서 매우 유용하게 활용될 수 있다는 장점이 있는 반면 지역사회 노인들의 적극적인 참여를 유도할 수 있는 프로그램이 개발되어야 하는 한계도 가지고 있다. 「2011년 노인실

태조사」에 의하면 34.2%의 노인이 경로당을 이용하는 것으로 나타나고 있어 이를 2010년 기준 65세 이상 노인인구 5,424,667명에 적용하면 1,855,236명의 노인이 경로당을 이용하고 있는 셈이다.

아울러 「2011년 노인실태조사」에 의하면 8.8%의 노인이 노인복지관을 이용하고 있는 것으로 나타나 전체적으로는 477,371명의 노인이 노인복지관을 이용하고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 1-4〉 노인복지 이용시설 현황

(단위: 개소)

구 분			2007	2008	2009	2010	2011
노인 복지 시설	노인 여가 복지 시설	노인복지관	211	228	237	259	281
		경로당	56,480	57,930	59,543	60,737	61,537
		노인교실	1,082	1,260	1,280	1,464	1,557
		노인휴양소	4	4	5	9	-
		계	57,777	59,422	61,065	62,469	63,375
	재가 노인 복지 시설	방문요양서비스	767	1,111	1,228	1,118	1,180
		주야간보호서비스	504	621	714	786	842
		단기보호서비스	137	217	288	67	95
		방문목욕서비스		349	466	525	633
		계	1,408	2,298	2,696	2,496	2,750
	노인보호전문기관		19	20	21	23	25
	총 계		59,204	61,740	63,782	64,988	66,150

자료: 보건복지부 사회서비스지원과, 2011년 보건복지통계연보, e-나라지표

노인복지관과 경로당을 중복적으로 이용하는 노인이 존재할 수 있지만 이를 단순 합산하면 2,332,607명의 노인이 경로당 또는 노인복지관을 이용하는 것으로 나타나고 있다.

특히 「2011년 노인실태조사」에 의하면 88.5%의 노인이 만성질환을 가지고 있으며, 54.8%의 노인이 고혈압을 가지고 것으로 나타나고 있

다. 노인들의 흡연율은 12.6%, 연간음주율은 33.8%, 운동실천율은 50.3% 등으로 나타났는데, 2004년의 흡연율 17.6%, 연간음주율 34.1%, 운동실천율 39.6%에 비해 건강행태가 다소 개선된 것으로 나타났다. 또한 29.2%의 노인들이 우울증상을 보이고 있으며, 11.2%노인은 자살을 생각해본 것으로 나타나고 있다.

이러한 사실은 경로당이나 노인복지관을 이용하는 노인이 상당한 규모에 달하고 있으며, 이들 중 상당수의 노인들이 만성질환 관리의 필요성이나 금연·절주·운동 등의 건강욕구를 가지고 있다는 점을 제시해주고 있다.

한편, 「2011년 노인실태조사」 결과에 따르면 노인복지관을 이용하지 않는 노인 중 31.0%가 ‘거리가 멀어서’ 노인복지관을 이용하지 못한다는 응답을 보였다. 이는 보건소의 경우도 거리가 멀 경우 보건소 이용의사가 있음에도 불구하고 이용하지 않는 노인들이 상당비율 존재한다고 해석할 수 있으며, 건강증진서비스를 제공하는 서비스 포인트(service point)를 가능한 한 많이 확충할 필요가 있다는 점을 시사하고 있다.

장애인복지 이용시설은 장애인 지역사회 재활시설과 직업재활시설 등으로 구성되는데, 전체적으로 2007년 1,625개에서 2011년 2,276개소로 증가하였다.

아울러 「2011년 장애인실태조사」에 따르면, 장애인중 10.8%가 장애인 복지관을 이용한 경험이 있을 것으로 조사되었다. 2011년 장애인인구가 2,683,477명인 점을 고려하면 장애인 복지관을 이용한 경험이 있는 장애인은 289,812명에 달한다. 장애인복지관 이용경험자가 연중 1회 이상은 장애인복지관을 이용한다고 가정하면 연간 장애인복지관 이용자는 29만명에 달한다.

이와 같이 추정한 경로당이나 노인복지 생활시설, 노인복지관 이용자와 장애인복지관 이용자만 합하더라도 2,622,419명에 달한다.

〈표 1-5〉 장애인복지 이용시설 현황

(단위: 개소)

구 분			2007	2008	2009	2010	2011
장애인 복지 시설	장애인 지역 사회 재활 시설	장애인복지관	157	171	185	191	199
		의료재활시설	16	17	18	18	17
		주간보호시설	321	365	395	443	485
		단기보호시설	76	84	91	103	119
		공동생활가정	400	450	531	589	637
		체육관	24	26	27	27	27
		심부름센터	149	152	154	154	156
		수화통역센터	143	154	162	176	180
		계	1,286	1,419	1,563	1,701	1,820
	직업재활시설		339	364	386	417	456
총계		1,625	1,783	1,949	2,118	2,276	

자료: 보건복지부 사회서비스지원과, 2011년 보건복지통계연보, e-나라지표

이러한 이용시설 이외에도 지역사회에는 다양한 복지관련 기관들이 운영되고 있다. 그중에서 지역아동센터는 2007년 2,618개소에서 2011년 5월 현재 3,802개소로 증가하였다.

〈표 1-6〉 지역아동센터 현황

(단위: 개소)

구 분	2007	2008	2009	2010	2011
지역아동센터	2,618	3,013	3,474	3,690	3,802 ¹⁾

주: 1) 2011년 5월 기준

자료: 보건복지부 사회서비스지원과, 2011년 보건복지통계연보, e-나라지표

아울러 건강가정지원센터는 2010년 기준 138개소가 운영되고 있으며, 2010년 연간 이용자는 1,095,928명에 달한다(표 1-7 참조).

정신보건 사회복지 시설은 2011년 현재 256개소에 달하고 있으며, 지역자활센터는 2011년 247개소가 운영되고 있다(표 1-8 참조).

〈표 1-7〉 건강가정지원센터 시설수 및 이용자 현황

(단위: 개소, 명)

구분	시설수	이용자현황				
		가족교육	가족상담	가족문화	가족지원	계
2007	66	160,579	76,470	184,393	33,344	454,786
2008	83	130,361	103,382	135,324	117,100	486,167
2009	98	275,562	143,963	176,602	257,250	853,377
2010	138	323,685	174,101	401,276	196,866	1,095,928

자료: 여성가족부 가족지원과, 보건복지통계연보

〈표 1-8〉 지역자활센터 현황

(단위: 개소)

구분	2011	2004	2003	2002	2001
총계	247	242	209	192	169
지정	5	33	17	30	99
취소·반납				7(취소 4)	

자료: 보건복지부(2011), 2011년 하반기 자활사업안내(개정판)

이와 같은 지역사회 내에 각종 서비스 공급망을 건강증진서비스 전달 체계로 활용하는 것은 건강증진서비스 공급 사각지대를 줄이는 데 크게 기여할 것으로 판단된다.

앞에서도 언급하였으나 이러한 시설 이용자와 지역보건의료기관 이용자들이 일부 중복될 수도 있지만 그 규모를 정확하게 추정하기는 곤란하다. 다만, 보건소 이용자의 상당부분이 노인이나 영유아 및 모성 등 임을 고려하면 노인들의 경우는 노인복지시설 및 보건소 이용자가 일부 중복되더라도 그 외 부문에서는 이용자가 차별화되는 부분도 크다.

지역아동센터의 예를 들면 지역아동센터 이용 아동들은 평소 보건소를 이용하는 계층으로 보기 어렵다. 즉, 지역아동센터 이용아동들은 주로 저소득층 아동들로서 다양한 건강관리 욕구를 가지고 있지만 보건소 이용을 통해서 그러한 욕구를 충족하고 있다고 보기는 어렵다.

김혜련 외(2011)¹¹⁾에 의하면 저소득층 아동일수록 비만 아동의 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 즉, 과체중 및 비만 아동의 비율은 월 가구수입이 100만원 미만인 가정의 아동인 경우가 22.3%인 반면, 200만원 미만인 가정의 아동은 17.8%이다.

〈표 1-9〉 가구월수입별 저체중 및 비만 아동 비율

(단위: %)

구 분	KCDC 비만 분류				계(N)
	저체중	정상	과체중	비만	
100만원 미만	2.5	75.2	13.2	9.1	100.0(121)
200만원 미만	3.4	78.8	9.4	8.4	100.0(203)
200만원 이상	5.0	75.0	7.5	12.5	100.0(40)
계	3.3	77.2	10.4	9.1	100.0(364)

자료: 김혜련외, 『저소득층 아동 비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안』, 한국보건사회연구원, 2011, p.94.

이는 보건소 이외에 지역아동센터를 통해 운동·영양 등과 관련된 건강증진서비스를 제공할 필요가 있다는 점을 제시해주고 있다.

한편, 건강증진서비스를 제공함에 있어 지역사회 내의 각종 서비스 공급망을 활용할 경우 비용 측면에서도 효율성이 높을 것으로 판단된다.

2011년 보건소 총예산은 총 2.3조원으로 여기에 2010년 보건소 이용자 603,057명을 적용할 경우 보건소 이용자 1인당 약 3,813,901원이 소요되었다. 지역사회 내 사회복지시설을 통해 건강증진서비스를 제공할 경우 기존의 인프라를 활용하기 때문에 최소한 이러한 비용보다는 낮은 수준으로 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

11) 김혜련 외, 『저소득층 아동 비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안』, 한국보건사회연구원, 2011

〈표 1-10〉 보건소 및 보건사업 예산

(단위: 백만원)

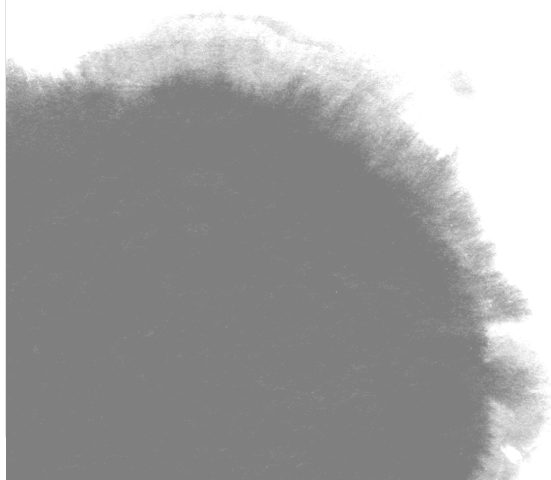
구 분	금액	비 고
보건소 총예산	2,300,000	
이용자 1인당 예산	3.8	2010년 보건소 이용자 603,057명
국고보조	400,000	
보건사업	120,000	개소당 500, 사업당 40

자료: 보건복지부 내부자료

지금까지 살펴본 바와 같이 건강증진사업의 추진체계 또는 건강증진 서비스의 다각화를 통해 보다 낮은 비용으로 서비스를 제공할 수 있는 여지가 충분하다는 점에서 지역사회 내 각종 사회서비스 전달체계를 건강증진서비스 공급망으로 활용하기 위한 방안을 마련할 필요가 있다.

2장

건강증진사업 추진현황과 문제점



제2장 건강증진사업 추진현황과 문제점

본 장에서는 지역사회 내의 각종 관련기관·단체 등을 건강증진서비스 제공을 위한 채널로 활용하기 위한 대안을 제시하기에 앞서 우선 우리나라 건강증진사업 추진현황에 대해 개괄적으로 살펴보기로 한다.

건강증진사업 추진현황을 살펴보는 데 있어서 지역사회 내 각종 사회복지 시설 등을 건강증진 서비스 공급 채널로 활용하자는 본 연구의 취지를 고려하였다. 즉, 단순히 평면적으로 건강증진사업 현황만을 제시하기 보다는 왜 지역사회 내 사회복지 시설을 건강증진서비스 공급채널로 활용하는 대안을 모색해야 하는지에 대한 압박요인(push factor)으로서 건강증진사업 추진예상 및 추진조직 상의 한계 등을 살펴보고자 한다.

제1 절 건강증진사업 예산 현황 및 문제점

건강증진사업 추진을 위한 주된 재원은 국민건강증진 기금이다. 국민건강증진기금은 1995년 『국민건강증진법』 제정되면서 동법 제22조에 따라 설치되었다. 동법 제22조 제1항은 “보건복지부장관은 국민건강증진사업의 원활한 추진에 필요한 재원을 확보하기 위하여 국민건강증진기금을 설치한다” 고 규정하고, 국민건강증진기금의 재원은 동법 제23조 제1항의 규정에 의한 부담금과 기금 운용 수익금으로 조달한다고 규정하고 있다.

이어 제23조 제1항에서는 “보건복지부장관은 제조자등이 판매하는 「담배사업법」 제2조에 따른 담배 중 궤련 및 전자담배(「지방세법」 제54조에 따라 담배소비세가 면제되는 것, 같은 법 제63조제1항제1호 및 제2호에 따라 담배소비세액이 공제 또는 환급되는 것은 제외한다)에 다음 각 호의 구분에 따른 부담금을 부과 징수한다”고 규정하고 있다. 이에 따라 궤련의 경우 20개비당 354원, 전자담배의 경우 니코틴 용액 1밀리리터당 221원의 부담금을 부과하고 있다.

이와 같이 건강증진기금이 법적으로는 1995년에 설치되었으나 기금이 실제 조성된 것은 1997년부터였으며, 그 이전에는 건강증진사업이 일반회계로 추진되었다. 건강증진부담금의 요율은 궤련의 경우 기금 조성 당시인 1997년 5월 20개비당 2원을 시작으로 2002년 2월 1일 150원으로 인상되었으며, 2004년 12월 30일 현재와 같은 354원으로 인상되었다. 전자담배 이용이 증가하면서 2010년부터는 전자담배에 대해서도 부담금이 부과되기 시작하였다.

〈표 2-1〉 건강증진부담금 요율 변화

년 월 일	변 천 내 용
1997.5	담배 20개비당 2원의 부담금 부과·징수
2002. 2. 1	담배 20개비당 2원 → 150원으로 인상
2004.12.30	담배 20개비당 150원 → 354원으로 인상
2010	전자 담배에 대한 부담금 부과(니코틴 용액 1밀리리터당 221원)

자료: 기획재정부, 『부담금운용종합보고서』, 2012.5.

국민건강증진기금이 전체 규모는 부담금의 인상에 따라 크게 영향을 받았는데, 2005년 이후 담배부담금이 인상되지 않으면서 기금규모도 2006년 1,907,628백만원에서 2009년 1,825,446백만원, 2011년 1,919,785백만원 등으로 큰 변화 없이 유지되고 있다.

〈표 2-2〉 건강증진기금 지출변동 추이

(단위: 백만원)

구 분	2006	2007	2008	2009	2010	2011
지 출	1,907,628	1,754,928	1,758,340	1,825,446	1,906,389	1,919,785
○ 사회복지분야	76,182	56,676	43,376	38,738	76,689	73,727
- 취약계층지원	27,927	14,427	9,000	-	12,500	5,200
- 보육가족 및 여성	13,096	13,640	13,369	18,243	42,395	49,251
- 노인·청소년	28,285	23,924	16,400	-	15,943	16,077
- 노인·장애인지원	-	-	-	14,295	-	-
- 사회복지일반	6,874	4,685	4,607	6,200	5,851	3,199
○ 보건분야	1,831,446	1,547,677	1,528,764	1,786,708	1,829,700	1,846,058
- 보건의료부문	760,227	523,732	504,819	760,462	766,638	782,996
- 건강보험부문	1,071,219	1,023,945	1,023,945	1,026,246	1,063,062	1,063,062

자료: 보건복지부, 『복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요』, 각 연도

한편, 국민건강증진기금의 용도는 『국민건강증진법』 제25조 제1항에 규정되어 있는데, 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업, 건강생활의 지원사업, 보건교육 및 그 자료의 개발, 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사연구 및 개발에 관한 사업, 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업, 국민영양관리사업, 구강건강관리사업, 시도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업, 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충, 기금의 관리·운용에 필요한 경비, 그 밖에 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업 등으로 되어 있다.

그런데 문제는 건강증진기금 규모가 크고 작음에 상관 없이 실질적으로 기금이 법정 용도로 사용되지 않는 경우가 많다는 것이다. 이는 2004년말 건강증진 부담금이 대폭 인상되면서 증액된 재원을 활용하기 위해 그 이전에 일반회계로 추진되던 보건의료사업들이 대폭 건강증진기금 사업으로 이관되면서 발생한 현상이다. 2005년 구강보건실 설치 등 25개 사업, 243,828백만원, 그리고 2006년에는 에이즈 감시정보시

시스템 구축 등 15개 사업, 204,856백만원이 일반회계 사업에서 기금사업으로 이관되었다.

2007년에는 생물테러대비 및 대응 사업 등 6개 사업의 44,146백만원, 2009년 생애주기별 맞춤형 건강정보개발 사업 490백만원, 2010년 난임부부지원 등 6개 사업, 27,961백만원이 신규로 기금사업으로 이관되었다.

〈표 2-3〉 연도별 이관사업 현황(일반회계 ⇄ 국민건강증진기금)

(단위: 백만원)

이관 연도	사업명	05년 계획	06년 계획	07년 계획	08년 계획	09년 계획	10년 계획	11년 계획	12년 계획
	이관사업 계	243,828	463,219	382,616	239,970	385,634	418,409	440,354	503,153
	연도별 이관사업소개	243,828	204,856	44,146	-	490	27,961	-	-
2005	구강보건실 설치	1,238	1,644	1,724	1,724	1,552	1,552	사업통합	
	의치보철사업	6,800	6,800	6,996	6,996	16,598	24,898	18,953	18,974
	치아홈 메우기	1,200	1,575	1,575	3,591	2,697	사업종료		
	정신질환 인식개선	150	300	300	360	320	320	320	304
	저소득 임산부 및 영유아 건강검진	78	231	305	사업종료				
	선천성대사이상 검사 및 환아관리	2,378	3,879	4,332	4,317	4,797	사업통합		
	미숙아 및 선천성 대사이상아 의료비	3,000	6,341	5,762	5,071	7,303	10,807	11,902	13,081
	피임 사후관리	20	15	15	15	10	10	사업종료	
	화장품·차성질환자 지원	35,274	4,090	39,240	37,673	43,974	40,017	33,830	33,269
	암조기검진	19,122	23,332	20,514	25,770	25,621	21,360	23,485	22,340
	골수기증희망자 검사지원	2,614	3,474	4,557	4,557	4,101	4,101	4,101	4,073
	말기암환자 전문기관 운영지원	320	900	1,150	1,400	1,400	1,830	2,330	2,480
	소아암환자 의료비 지원	3,500	14,600	16,200	22,400	22,400	25,523	25,655	26,895
	국립암센터 시설 및 장비지원	47,500	2,500	사업종료					
	지역암센터 건립	30,000	30,000	21,300	3,900	3,900	722	881	1,056
	호스피스 국제학술	100	사업종료						

이관 연도	사업명	05년 계획	06년 계획	07년 계획	08년 계획	09년 계획	10년 계획	11년 계획	12년 계획
	대회								
	국가예방접종강화	13,693	21232	사업통합					
	예방접종관리	1,500							
	신종인플루엔자 대비 백신 및 치료제지원	7,296	사업통합						
	국가결핵관리사업	2,084	6,076	사업통합					
	에이즈환자 검사관리	833	2,849	2,739	2,466	2,466	2,181	2,111	2,111
	성병 및 에이즈관리	2,396	7,132	사업통합					
	한방지역보건사업	443	443	443	443	443	443	443	443
	한방진료실 설치 지원	2,160	1,769	2,043	992	993	558	558	사업종료
	노인치매병원확충	11,943	14,878	16,506	14,305	1,032	6,230	3,818	4,696
	지역거점 공공병원 기능강화	42,405	31,904	28,845	3,400	1,500	1,225	883	1,076
	지역보건의료분야 통합정보시스템 구축	781	7,399	18,854	13,627	12,187	13,906	4,299	3,758
	재활병원 건립	3,000	27,000	13,500	9,000	11,000	12,500	5,200	5,000
	혈액안전관리체계 구축	2,000	2,000	2,000	1,000	1,000	1,000	6,584	5,934
2006	에이즈 감시 정보시스템 구축		198	40	사업종료				
	정신질환 실태조사		500	-	-	-	-	500	-
	사스국가표준실험실 운영		15,553	14,859	11,216	9,375	3,778	3,331	3,235
	생물테라관리		5,457	사업통합					
	질병관리연구사업		7,200	7,200	6,000	5,860	6,800	7,300	7,700
	유전체실용화사업		8,104	8,104	5,262	5,132	5,132	5,232	5,500
	국립정신병원 통합 의료정보시스템 구축		1,563	사업종료					
	정책연구개발사업		1,400	707	일반회계 이관				
	노인 안검진 사업		740	1,063	1,063	1,063	1,283	1,326	1,326
	국립암연구소 운영		31,300	일반회계 이관					
	한방치료기술개발		7,000	7,000	8,000	7,560	6,804	6,804	6,854
	보건의료기술연구개발		108,497	92,750	92,217	128,127	128,127	138,498	171,200
	한국보건산업진흥원 운영		8,694	일반회계 이관					
	연구기획평가사업		1,950	2,847	사업종료				
치매치료제 ADD 2004실용화사업		6,700	사업종료						

이관 연도	사업명	05년 계획	06년 계획	07년 계획	08년 계획	09년 계획	10년 계획	11년 계획	12년 계획
2007	예방·접종심의위원회 운영수당			22,257	20,476	39,049	43,425	37,701	73,171
	생물테라피비 및 대응			5,900	5,435	4,885	4,667	5,004	5,504
	생물안전평가관리			537	510	480	480	1,112	1,392
	에이즈 및 성병예방			7,843	7,062	7,675	7,403	6,939	6,935
	국가결핵예방			7,609	9,722	10,686	13,166	43,362	39,077
2009	생애주기별 맞춤형 건강정보개발					490	200	사업통합	
	난임부부지원 운영						57	사업통합	
2010	난임부부지원 지자체보조						25,401	35,572	33,757
	모성건강지원환경 조성						105	95	90
	생애전환기건강진단 지자체보조						948	1,303	1,122
	생애전환기 건강진단 운영						400	사업통합	
	국가 영유아건강검진 운영 및 관리						1,050	922	800

자료: 보건복지부 내부자료

반면, 기금사업에서 일반회계 사업으로 다시 이관된 사업들도 있다. 2006년에 일반회계 사업에서 기금사업으로 이관되었던 한국보건산업진흥원 운영, 국립암연구소 운영은 2007년에 일반회계사업으로 다시 이관되었으며, 정책연구개발 사업은 2008년도에 일반회계사업으로 이관되었다.

이외에도 노인보건의료센터 건립 4,400백만원(2007년 기준), 지방공사의료원 시설 및 기능보강사업 23,845백만원(2007년 기준), 어린이 병원 건립 및 기능 강화사업 22,500백만원(2007년 기준)이 2008년 기금 사업에서 일반회계사업으로 이관되었다.

또한 기금사업 중 지역산업보건센터 설치 사업 900백만원(2010년 기준)은 2011년 고용노동부로 이관되었다.

또한 기금 간에 이전된 사업도 있다. 신종전염병 환자 격리 병상 확충 및 유지사업 6,720백만원(2010년 기준), 국가손상 중독 감시체계 운

영 사업 1,340백만원(2010년 기준)은 2010년 응급의료기금 사업으로 이관되었으며, 인터넷 중독 피해예방관리 사업 566백만원(2010년 기준)은 2010년 청소년육성 기금 사업으로 이관되었다.

이외에도 청소년 육성 기금에서 건강증진기금 사업으로 이관된 사업 등 다양한 사업이관이 있었다.

이와 같은 사업 이관에 따라 2006년에는 신규로 이관된 사업비 이외에 그 전 연도인 2005년 이관된 사업의 추진에 소요된 비용 258,363백만원을 포함하여 총 463,219백만원이 기금에서 추가로 지출되었다. 이와 같이 특정 연도에 신규로 이관되는 사업 이외 그 이전에 이관되었던 사업들을 추진하는 데 소요되는 비용을 모두 포함하면 이관사업들에 소요되는 추가비용은 2007년 382,616백만원, 2008년 329,970백만원, 2009년 385,634백만원, 2010년 418,409백만원, 2011년 440,354백만원, 2012년 503,153백만 등이다.

이와 같이 건강증진기금의 법정 용도와 거리가 있는 이관사업들을 추진하는 데 소요되는 비용이 전체 건강증진기금에서 차지하는 비중이 매우 높다는 것이 더욱 문제다. 즉, 2011년을 기준으로 전체 기금지출 1,919,785백만원 중에서 건강보험 재정지원분 1,063,062백만원(계획 기준)을 제외하고 사업비로 사용할 수 있는 나머지 금액은 856,723백만원인데, 이관사업에 소요되는 비용 440,354백만원은 이 금액의 51.4%를 차지한다는 것이다. 전체적으로 보아 건강증진기금이 외형적으로는 약 2조 원에 가깝지만 건강보험 재정 지원, 일반회계 이관사업들을 제외하고 나면 순수하게 건강증진사업에 집행되는 금액의 비중은 21.7%에 불과하다.

한편, 건강보험에 대한 재정지원은 『국민건강보험법』에 따라 이루어지고 있는데, 당해년도 건강보험료 예상수입액의 100분의 6에 해당하는 금액을 국민건강증진기금에서 지원하도록 되어 있으며, 그 지원금액은 당해년도 부담금 예상수입액의 100분의 65를 초과할 수 없도록 되어

있다. 건강보험에 지원되는 금액은 『국민건강보험법』 제108조 제4항에서 정한 용도 즉, 건강검진 등 건강증진에 관한 사업, 가입자와 피부양자의 흡연으로 인한 질병에 대한 보험급여, 가입자와 피부양자 중 65세 이상 노인에 대한 보험급여 등에 사용하도록 되어 있다.

이와 같이 국민건강증진 기금에서 건강보험 재정 지원이 이루어지면서 건강증진사업에 사용할 수 있는 재원이 크게 제약을 받고 있다. 특히 자금을 지원하는 편은 국민건강증진 기금이면서도 그 지원금액의 결정 등은 『국민건강보험법』에 따라 결정된다. 즉, 국민건강증진 기금이 매년 얼마나 조성되든, 필수사업에 소요되는 예산 규모가 얼마이든 상관없이 『국민건강보험법』이 정하는 바에 따라 예상보험료 수입의 6%를 지원하도록 되어 있다. 건강증진기금 예상수입액의 6%라는 지원금액 상한선을 설정하고는 있는데, 연간 기금 수입을 약 2조원으로 가정할 경우 그 상한액은 1조 3천억원이다. 현재 건강보험에 연간 약 1조원이 지원되고 있는데 이는 이미 상한액에 근접한 금액이다. 앞으로 건강보험료 수입이 지속적으로 증가할 경우 건강보험 재정 지원금액도 멀지 많은 장래에 상한선에 도달할 가능성도 있다. 이 경우 건강증진사업에 활용할 수 있는 예산 규모는 약 7,000억원에 불과할 것으로 예상된다.

이러한 추계가 아니더라도 사실상 건강증진기금 수지는 이미 적자를 기록하고 있다. 2011년을 기준으로 할 때 총 수입은 1,959,785백만원¹²⁾으로 이중 70,000백만원을 공자기금에서 차입하였으며, 2012년도 총수입 2,021,287백만원 중 220,000백만원을 공자기금에서 차입하였다.

12) 앞의 표에서 제시된 2011년 기금규모 1,919,785백만원과 400억원의 차이가 있는데, 여기서는 “계획”을 기준으로 하였기 때문이다.

〈표 2-4〉 국민건강증진기금 운용 수치(2011년 및 2012년)

(단위: 백만원)

구 분	' 11계획(A)	' 12계획(B)	증 감	
			(B-A)	%
수 입	1,959,785	2,021,287	31,502	3.1
□ 자체수입	1,661,648	1,666,213	4,565	0.3
○ 국민건강증진부담금	1,635,480	1,635,480	-	-
○ 가산금	27	27	-	-
○ 이자수입	2,175	2,175	-	-
○ 기타 경상이전수입	23,966	28,531	4,565	19.0
□ 정부내부수입	107,886	250,000	142,114	131.7
○ 공자기금예수금	7,000	220,000	150,000	214.3
○ 건강증진계정전입금	37,886	30,000	△7,886	△20.8
□ 여유자금회수	190,251	105,074	△85,177	△44.8
○ 한국은행예치금 회수	136,290	102,745	△33,545	△24.6
○ 금융기관예치금 회수	53,961	2,329	△51,632	△95.7
지출	1,959,785	2,021,287	61,502	3.1
□ 사업비	1,795,890	1,871,708	75,818	4.2
○ 경상사업비	732,828	808,646	75,818	10.3
○ 건강보험가입자지원	1,063,062	1,063,062	-	-
□ 기금운영비	124	123	△1	△0.8
□ 정부내부지출	39,811	38,524	△1,287	△3.2
○ 공자기금예수금 자자상환	1,925	8,524	6,599	342.8
○ 보건의료계정(의료원) 전출	37,886	30,000	△7,886	△20.8
□ 여유자금 운용	123,960	110,932	△13,028	△10.5
○ 한국은행예치금	121,631	110,588	△11,043	△9.1
○ 금융기관예치금	2,329	344	△1,985	△85.2

자료: 보건복지부 내부자료

이와 같이 기금수지가 적자를 기록함에 따라 담당부처에서는 2013년에 예산부처에 대해 연구개발 8개 사업 252,484백만원, 정보화사업 3개 사업 9,563백만원, 취약계층 의료비 지원사업 5개 사업 100,683백만원, 국립중앙의료원 설립운영 1개 사업 25,000백만원, 정신보건센터 운영 1

개 사업 40,250백만원, 모자보건사업 2개 사업 36,750백만원 등 총 424,480백만원을 일반회계사업으로 다시 이관해 줄 것으로 요청할 것으로 알려져 있다.

〈표 2-5〉 일반회계로의 이관요청 사업

(단위: 백만원)

연 도	2012년	2013년
이관 요청 사업	308,679	424,480
R&D(8개사업)	241,054	252,484
정보화(3개사업)	9,876	9,563
취약계층의료비지원(5개사업)	103,518	100,683
국립중앙의료원(1개사업)	30,000	25,000
정신보건센터운영	27,749	(40,250)
모자보건사업(2개사업)	34,711	36,750

자료: 보건복지부 내부자료

이와 같이 일반회계로의 이관이 이루어지지 않을 경우 2013년에도 공자기금에서 373,374백만원을 차입해야 하는 상황에 있다. 이에 따라 내년까지의 공자기금 차입금은 2011년 70,000백만원, 2012년 220,000백만원, 2013년 373,374백만원을 합한 663,374백만원에 이를 것으로 전망된다(표 2-6 참조).

이와 같이 기금수지가 적자를 기록한 데는 담배판매량의 감소가 영향을 미쳤으며, 앞으로 흡연율의 감소와 함께 부담금 수입도 감소할 전망이다. 최근 5년간 담배부담금 수입은 2009년까지 증가추세를 보이다가 2010년부터 급속히 감소하고 있다. 담배 반출량은 2006년 4,281백만갑에서 2007년 4,241백만갑, 2008년 4,624백만갑, 2009년 4,625백만갑, 2010년 4,477백만갑, 2011년 4,433백만갑 등으로 2010년 이후 감소의 폭이 매우 크게 나타나고 있다(그림 2-1, 표 2-7 참조).

〈표 2-6〉 국민건강증진기금 운용 수치(2012년 및 2013년)

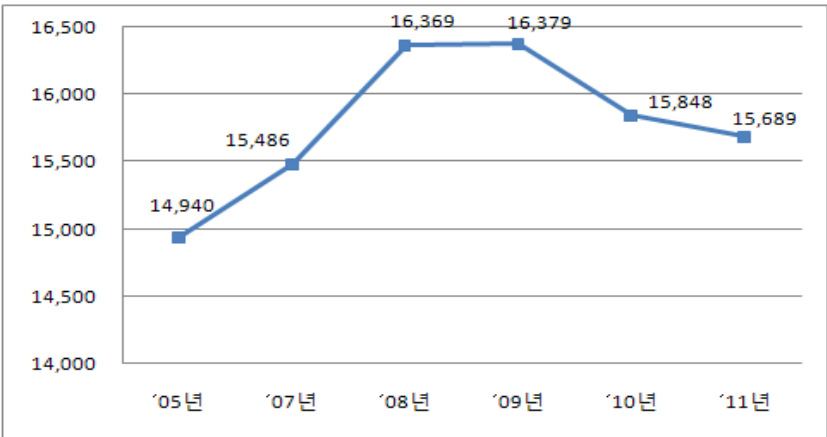
(단위: 백만원)

구 분		'12계획(A)	13요구	증감	증감률(%)
수입	소계	2,021,287	2,044,049	22,762	1.1
	○자체수입	1,666,213	1,534,743	△131,470	△7.9
	- (법정)부담금	1,635,480	1,503,918	△131,562	△8.0
	- 재산수입	2,175	1,444	△731	△33.6
	- 기타	28,558	29,381	823	2.9
	○정부내부수입	250,000	398,374	148,374	59.3
	- 예수금	220,000	373,374	153,374	69.7
	- 전입금	30,000	25,000	△5,000	△16.7
	○여유자금회수	105,074	110,932	5,858	5.6
지출	소계	2,021,287	2,044,049	22,762	1.1
	○사업비	1,871,708	1,869,896	△1,812	△0.1
	- 경상사업비	1,871,708	1,869,896	△1,812	△0.1
	• 기타사업비	808,646	892,349	83,703	10.4
	*건강보험지원	1,063,062	977,547	△85,515	△8.0
	- 용자사업비	-	-	-	-
	○기금운영비	123	124	1	0.8
	- 인건비	23	24	1	4.3
	- 기타운영비	100	100	-	-
	○정부내부지출	38,524	48,358	9,834	25.5
	- 확정이자	8,524	14,024	5,500	64.5
	- 신규공자이자	-	9,334	9,334	순증
	- 의료원	30,000	25,000	5,000	△16.7
	○여유자금운용	110,932	125,671	14,739	13.3
	- 한국은행예치금	110,588	125,327	14,739	13.3
	- 비통화금융기관예치금	344	344	-	-

자료: 보건복지부 내부자료

[그림 2-1] 담배부담금 수입 규모 추이

(단위: 억원)



자료: 보건복지부 내부자료

<표 2-7> 담배반출량 및 부담금 징수 추이(실적)

(단위: 백만갑, 백만원)

연도	구분	계	전년 12월	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월
1997	반출량	2,941	-	-	-	-	-	445	392	425	459	442	414	364
	부담금	5,882	-	-	-	-	-	891	784	850	917	884	828	728
1998	반출량	4,902	381	341	341	355	385	402	414	448	514	499	411	411
	부담금	9,803	763	681	683	710	769	805	827	896	1,027	998	822	822
1999	반출량	4,464	379	281	235	344	373	382	403	418	418	425	398	408
	부담금	9,167	758	762	470	688	746	763	850	836	835	849	795	815
2000	반출량	4,887	426	346	313	373	370	427	430	399	570	344	443	446
	부담금	9,765	852	691	625	745	740	854	589	797	1,139	687	886	890
2001	반출량	4,951	571	209	259	356	382	442	630	325	389	470	502	416
	부담금	9,908	1,142	419	518	712	764	884	1,261	651	779	940	1,005	833
2002	반출량	4,302	419	486	165	264	301	393	389	373	366	388	383	375
	부담금	511,446	838	973	24,688	39,556	45,190	58,989	58,406	55,915	54,903	58,199	57,516	56,273
2003	반출량	4,694	591	254	289	345	340	388	428	433	407	445	429	345
	부담금	702,176	88,717	38,056	41,713	51,745	50,968	58,162	64,120	64,902	60,986	66,702	64,975	51,730
2004	반출량	5,376	362	330	330	386	370	515	635	521	460	433	509	525
	부담금	806,264	54,270	49,487	49,459	57,909	55,570	77,193	95,309	78,093	69,078	64,811	76,400	78,685
2005	반출량	3,943	377	72	100	285	228	329	414	426	477	469	487	279
	부담금	1,318,483	56,527	25,633	35,390	100,946	80,810	116,424	146,477	150,926	168,230	165,870	172,505	98,745
2006	반출량	4,281	278	207	213	346	330	369	411	404	426	534	401	362
	부담금	1,513,653	98,481	73,155	74,621	120,786	116,963	130,668	145,594	142,879	151,039	189,133	142,149	128,185

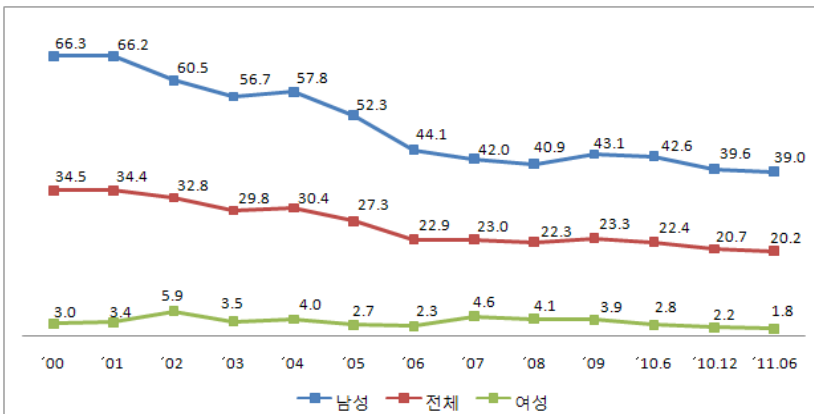
연도	구분	계	전년 12월	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월
2007	반출량	4,241	273	303	228	306	382	405	381	406	412	371	374	400
	부담금	151,849	96,519	107,433	80,846	108,182	135,288	143,640	135,049	143,748	145,854	131,477	132,311	141,502
2008	반출량	4,624	350	379	320	354	426	384	387	459	390	434	395	346
	부담금	1,637,147	123,866	134,196	113,174	125,353	150,961	135,935	137,126	162,392	138,109	153,705	139,919	122,411
2009	반출량	4,625	397	343	342	394	384	363	452	403	372	456	362	357
	부담금	1,637,677	140,511	121,346	121,224	139,615	135,781	128,410	160,140	142,876	131,648	161,575	128,124	126,427
2010	반출량	4,477	403	303	307	404	383	365	420	390	362	371	370	399
	부담금	1,584,828	142,534	107,157	108,532	143,033	135,673	129,328	148,638	137,931	128,279	131,419	130,971	141,333
2011	반출량	4,433	419	355	261	366	344	341	381	401	83	411	366	405
	부담금	1,568,949	148,377	125,594	92,252	129,575	121,633	120,662	134,831	141,900	135,668	145,467	129,494	143,485

주: 2011년 부담금수입 차액 : 1,568,949 - 1,635,480(예산액) = △66,531백만원
 자료: 보건복지부 내부자료

우리나라 성인의 흡연율은 2000년 34.5%에서 2011년 20.2%에 이르기까지 지속적으로 감소하는 추세에 있으며, 이러한 추세가 앞으로도 지속될 가능성이 높다고 본다면 담배가격이 인상되지 않는 한 건강증진 기금 규모도 증가할 가능성은 매우 낮다.

[그림 2-2] 우리나라 성인 흡연율(2000~2011년)

(단위: %)



자료: 리스피아르 조사연구소. 보건복지부 내부자료에서 이차 인용

이에 따라 주류, 탄산음료 등에 대한 소위 죄악세(sin tax)를 부과해야 한다는 등의 주장이 대두되고 있으나 국민들의 생활여건이나 물가 등을 종합적으로 고려할 때 단기간에 이루어지기를 기대할 수는 없을 것으로 판단된다.

지금까지 살펴본 바와 같이, 만성질환의 예방 등을 위해 건강증진사업을 확대해야 한다는 명제는 분명하지만 사업을 확대할 재원은 제한되어 있다. 궁극적으로는 어떤 방법을 동원하든 건강증진사업을 위한 재원이 확충되어야 하겠지만 단기적으로는 효율적으로 사업을 확대하는 전략을 모색할 수밖에 없으며, 그 대안의 하나로 지역사회 내 각종 사회복지시설 등을 건강증진 서비스 공급채널로 활용하자는 것이다.

제2절 건강증진사업 수행체계 현황 및 문제점

1. 건강증진 관련 중앙정부 부처 및 주요 기능

건강증진사업을 담당하는 부처는 보건복지부로, 보건복지부는 『국민건강증진법』 제4조에 따라 매5년마다 국민건강증진종합계획을 수립하여야 하며, 건강증진사업 추진과 평가 등에 대한 전반적인 책임을 지고 있다.

『국민건강증진법』 제4조 제1항은 “보건복지부장관은 제5조의 규정에 따른 국민건강증진정책심의회위원회의 심의를 거쳐 국민건강증진종합계획을 5년마다 수립하여야 한다. 이 경우 미리 관계중앙행정기관의 장과 협의를 거쳐야 한다”고 규정하고 있다. 국민건강증진종합계획은 『국민건강증진법』 제4조 제2항에 규정된 바와 같이 국민건강증진의 기본목표 및 추진방향, 국민건강증진을 위한 주요 추진과제 및 추진방법, 국민건강증진에 관한 인력의 관리 및 소요재원의 조달방안, 국민건강증진기금

의 운용방안 등을 포함하도록 되어 있다. 국민건강증진종합계획은 우리나라의 건강증진사업에 대한 총괄계획이라는 점에서 이 계획의 수립·집행을 담당하는 보건복지부가 건강증진사업이 총괄부서라고 할 수 있다.

국민건강증진종합계획은 2002년 수립된 제1차 『국민건강증진종합계획 2010』, 2005년 『새국민건강증진종합계획 2010』(제2차 국민건강증진종합계획), 2011년 『국민건강증진종합계획 2020(HP2020)』(제3차 국민건강증진종합계획) 등 세 차례에 걸쳐 수립되었는데, HP2020은 2010년에서 2020년까지 10개년의 건강증진사업의 목표 및 추진전략, 그리고 32개의 중점과제를 제시하고 있다.

〈표 2-8〉 건강증진종합계획의 주요 목표와 개표

분야명		HP2020		HP2010	
		중점과제명	목표	중점과제명	목표
총 계		32	156	24	169
건강생활 실천확산		금연	8	금연	10
		절주	5	절주	7
		신체활동	3	운동	5
		영양	5	영양	17
예방 중심 의 상병 관리	만성 퇴행성 질환과 발병 위험 요인 관리	암	8	암관리	
		건강검진	3	-	
		관절염	3	관절염	5
		심뇌혈관질환	9	심뇌혈관질환	6
	감염 질환 관리	-		고혈압	4
		-		당뇨병	4
		비만	4	과체중비만	4
		정신보건	5	정신보건	15
		구강보건	12	구강보건	13
		예방접종	6	예방접종 대상 전염병관리	8
		비상방역체계	10	-	
		의료관련감염	5	-	
	-		매개체 전염병	5	
	결핵	4	결핵·호흡기질환 및 약제내성관리	11	
	에이즈	4	에이즈·성병 및 혈액매개 전염병관리	10	
	-	-	신종전염병관리	6	

분야명	HP2020		HP2010	
	중점과제명	목표	중점과제명	목표
안전 환경보건	식품정책	4	식품매개 전염병관리	5
	손상예방	3		
	건강영향평가	3		
인구집단 건강관리	모성건강	4	모성보건	5
	영유아건강	4	영유아보건	6
	노인건강	5	노인보건	3
	근로자건강증진	2	근로자건강증진	6
	군인건강증진	2		
	학교보건	8	학교보건	6
	다문화가족건강	1		-
	취약가정방문건강	3		-
	장애인건강	7		-
		-	형평성확보	2
사업체계 관리	기반(인프라)	5	-	
	평가	5		
	정보 및 통계	4		
	재원	2		

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 『제3차 국민건강증진종합계획』, 2011.

이중에서 인구집단별 건강관리와 관련하여서는 근로자 건강증진, 학교 보건, 다문화 가족건강 등 타 정부부처와 협조 하에 추진되어야 할 과제 들이 포함되어 있다. 근로자 건강증진과 관련하여서는 고용노동부, 학교 보건과 관련하여서는 교육과학기술부, 다문화가족 건강과 관련하여서는 여성가족부 등의 협조가 필요하다. 이에 따라 『국민건강증진법』 제4조 제1항에서도 국민건강증진 종합계획 수립 단계에서 관계중앙행정기관의 장과 협의를 거쳐야 한다고 규정하고 있으며, 『국민건강증진법』 제4조의 3에서 보건복지부장관, 관계중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 종합계획과 실행계획의 수립·시행을 위하여 필요한 때에는 관계 기관·단체 등에 대하여 자료 제공 등의 협조를 요청할 수 있도록 되어 있다. 아울러 자료협조 요청을 받은 관계 기관·단체 등은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하도록 되어 있다.

이와 같이 관련부처간의 협조 의무를 규정하고 있음에도 불구하고 건강증진계획 수립·추진과 관련한 관련부처 및 기관단체간의 협조가 매우 미흡하다. 이와 같이 계획수립 단계에서부터 부처 간의 협조가 미흡하기 때문에 일선에서 각종 공공서비스와 건강증진서비스 간의 연계나 통합은 더욱 이루어지지 않고 있다.

국민건강증진종합계획을 떠나서도 각 정부부처별 건강증진관련 사업을 추진함에 있어서 부처간의 협조가 미흡하고 일선에서의 각종 사업이나 프로그램 시행에 연계가 이루어지지 않고 있다. 예를 들어 문화체육관광부는 『국민체육진흥법』에 의하여 생활체육 진흥을 위한 계획 수립과 직장 및 지역 생활체육의 진흥, 국민 여가스포츠의 개발 육성에 관한 정책을 추진하고 있다. 특히 공공체육시설 확충 지원을 통해 생활체육을 활성화하는 한편, 지역 간 균형 있는 공공체육 서비스 제공을 위해 국민체육진흥기금, 지방비, 교육청 예산 등으로 학교 및 생활체육시설이 부족한 지역을 우선 대상으로 하여 생활체육시설 설치 지원 사업을 진행하고 있다. 이와 같이 생활체육은 건강증진영역의 신체활동과 직접적으로 연관되어 있음에도 불구하고 중앙부처에서의 업무연계나 지역단위에서의 건강증진서비스와의 연계 등은 이루어지지 않고 있다.

고용노동부는 『산업안전보건법』에 의거하여 근로자에 대한 건강관리, 보건교육, 건강증진 지도 등을 실시하고 있다. 산업안전보건정책의 수립, 보건관리, 보건관리자 전문화 육성, 근로자 건강진단 실시, 작업 환경 개선 등 사업장에 올바른 근로자 건강증진활동을 정착시키기 위한 사업을 추진하는 한편, 근로자 건강증진활동 지원 사업의 일환으로 산재보험기금을 활용하여 근로자 건강증진활동 및 건강검진 비용을 사업장 및 근로자에게 지원하고 있다.

교육과학기술부는 『학교급식법』, 『학교보건법』, 『초·중·등교육법』 등에 의거하여 학교급식계획 수립 및 지원, 청소년 흡연예방 사업 등을 실

시하고 있으며, 교육과학기술부 특별교부금, 시·도교육청, 문화체육관광부 국민체육진흥기금, 지자체 예산 등을 동원하여 교과 활동에서의 체육 교육 강화, 학교스포츠클럽 육성, 학생건강 체력평가제 내실운영 등을 골자로 하는 ‘학교체육 강화 사업’을 추진하고 있다.

국방부는 국군의무사령부 수도병원에 장병들의 정신건강을 체계적으로 관리하기 위해 ‘정신건강증진센터’를 설립하여 군내 정신질환 치료 및 체계적인 연구와 정책 제언, 교육 지원을 실시하고 있다.

또한 2012년부터 군 장병의 건강한 병영생활과 복지증진을 위해 건강검진 시범사업을 실시 중인데, 『국민건강보험법』에 따른 민간 일반건강검진 항목과 동일한 18개 항목(흉부방사선, 구강검진, 혈액·요검사 등)에 대해 사단급 의무대와 군병원에서 검진을 실시하고 있다. 1차 건강검진 결과 이상소견 발견 시 군병원에서 추가적인 정밀 검사를 실시한다.

산림청은 2007년부터 숲을 통해 도시민의 경미한 생활습관병(우울증, 고혈압 등)을 치유하고, 일반 질병에 대한 면역력을 높이기 위한 목적으로 ‘치유의 숲’ 프로그램을 운영하고 있다. 치유의 숲 프로그램의 일환으로 자가 건강검진검사(우울증, 스트레스, 대사증후군 등), 기본건강검사, 삼림욕, 명상, 요가, 편백 오일마사지, 달빛 숲길 걷기, 기공체조 등의 서비스를 개발하여 운영 중이다.

이외에도 여러 관련부처들이 건강증진과 관련한 프로그램을 개발하여 시행중이지만 부처 간 협조가 미흡하고 자체적인 사업추진 조직을 통해서 추진하고 있는 것이 일반적이다. 지역단위에서 보건소 등과의 연계와 통합을 통한 서비스 및 프로그램 개발이 이루어지지 못하고 있는 등 서비스 제공이 산발적이고 분절적으로 이루어지고 있다.

〈표 2-9〉 부처별 건강증진관련 사업

구분	주요 건강증진사업	건강증진의 방법
복지부 (보건소)	심뇌혈관질환 예방관리사업	- 언론매체를 통한 심뇌혈관질환 예방관리 홍보 - 혈압·혈당·혈중지질 알기 캠페인 - 건강검진 수진율 향상을 위한 홍보 - 만성질환관리사업 환자 등록 및 교육
	건강생활실천 통합서비스 사업	- 대국민 건강증진 교육 - 개인별 교육상담 프로그램운영
	금연 클리닉사업	- 금연클리닉 운영 - 지역사회 진단 및 교육·홍보 - 지역사회 금연환경 조성
	맞춤형 방문건강관리사업	- 생애주기별 질환관리, 만성질환 관리, 합병증 예방, 건강증진 등 맞춤형 건강관리 서비스 제공
	영양 플러스사업	- 영양교육 및 상담 서비스 - 보충식품 공급
문화체육 관광부	생활체육시설 설치 지원사업	- 수영장 또는 체육관을 기본으로 하는 실내체육시설 사업비 지원 - 운동장 생활체육 시설 및 농어촌 복합체육시설 지원
고용 노동부	근로자 건강 증진 활동지원	- 근로자 건강증진활동 비용지원 • 뇌졸중, 심근경색증 등 뇌·심혈관질환예방 활동 (비만관리, 영양개선 프로그램 등) • 직무스트레스로 인한 불건강 예방활동(관계갈등개선, 스트레스해소 프로그램 등) • 작업관련 근골격계질환 예방활동(요통예방체조, 스트레칭기법 프로그램 등) • 조직차원의 관리가 필요한 생활습관 개선활동(금연, 절주, 운동, 영양 프로그램) • 기타 신청 사업장(연합체)에서 추진하고자 하는 근로자 건강증진활동
교육과학 기술부	학교체육강화	- 교과 활동에서의 체육교육강화 - 학교스포츠클럽 육성 - 학생 체육활동 참여 동기 부여 - 학교운동부 선진화
국방부	군장병 건강증진시범사업	- 군 장병 건강검진 시범사업 - 민간 일반건강검진 항목과 동일한 18개 항목 검사
	군정신건강사업	- 국군의무사령부 수도병원 「정신건강증진센터」 개소 • 군 정신과 질환 진료 및 연구, 정책제시, 교육지원
산림청	‘치유의 숲’사업	- 자가건강검진검사(우울증, 스트레스, 대사증후군 등) - 기본건강검사, 삼림욕, 명상, 요가, 달빛숲길 걷기

자료: 보건복지부 www.mw.go.kr (2012.11); 문화체육관광부 www.mcst.go.kr (2012.11); 고용노동부 www.moel.go.kr (2012.11); 교육과학기술부 www.mest.go.kr (2012.11); 국방부 www.mmd.go.kr (2012.11); 산림청 www.forest.go.kr (2012.11)

2. 지역단위 건강증진사업 수행조직

가. 보건소 등 지역보건의료기관

지역단위에서 건강증진 서비스를 제공하는 중추적인 조직은 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 등의 지역보건의료기관이다. 2011년 현재 보건소는 253개, 보건지소 1,305개, 보건진료소 1,908개 등이 있다.

〈표 2-10〉 보건소·보건지소·보건진료소 설치 현황

(단위: 개소)

구 분	보건소	보건지소	보건진료소
2006	251	1,280	1,911
2007	251	1,314	1,908
2008	253	1,288	1,907
2009	253	1,287	1,909
2010	253	1,294	1,912
2011	253	1,305	1,908

자료: 보건복지부, 연도별 보건복지백서

보건소의 설치에 『지역보건법』 제7조에 따라 대통령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정하도록 되어 있다. 『지역보건법』 시행령 제7조에서는 보건소는 시·군·구별로 1개소씩 설치하되, 시장·군수·구청장이 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건소를 추가로 설치·운영할 수 있도록 되어 있다.

보건의료원도 『지역보건법』 제7조에 따라 설치되는데, 동법 제8조에 의해 보건소 중 『의료법』 제3조 제2항 제3호에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소를 보건의료원으로 칭할 수 있도록 되어 있다. 따라서 보건의

료원은 기본적인 보건소의 기능에 의료기능이 보강된 조직이다.

보건지소는 『지역보건법』 제10조에 의해 설치되는데, 지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다고 규정하고 있다. 동법 시행령 제8조는 “보건지소를 설치할 수 있는 기준은 읍면(보건소가 설치된 읍면을 제외한다)마다 1개소씩으로 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영 하거나 수개의 보건지소를 통합하여 1개의 통합보건지소를 설치·운영 할 수 있다”고 규정하고 있다.

보건진료소는 『농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법』 제15조에 의거하여 설치·운영되고 있다. 동법 시행규칙 제17조 제1항은 “보건진료소는 의료취약지역을 인구 500인이상(도서지역은 300인이상) 5천인 미만을 기준으로 구분한 하나 또는 수개의 리·동을 관할구역으로 하여, 주민의 의료이용이 편리한 장소에 설치한다”고 규정하고 있다.

〈표 2-11〉 보건소 등 설치 기준

구분	설치근거	설치기준
보건소	「지역보건법」 제7조 「동법시행령」 제7조	사·군구별 1개소(필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 설치)
보건지소	「지역보건법」 제10조 「동법시행령」 제8조	읍·면별 1개소(필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 및 통합 설치·운영)
보건진료소	「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조	이(里)단위의 오·백지에 설치

자료: 보건복지부, 『2011 보건복지백서』, 2011.

이와 같은 지역보건의료기관의 기능은 크게 보면 질병예방과 건강증진, 일차 진료 등으로 구분되는데, 그 중 보건소의 기능은 『지역보건

법』 제9조에 16개 항목이 규정되어 있다. 건강증진사업 추진을 위한 제도적 기반으로서 『국민건강증진법』 제정 이듬 해인 1996년 보건복지부장관 자문기관으로 보건정책심의위원회가 설치되었으며, 시·군·구 단위에는 건강생활실천협의회가 구성되었다.

1997년 건강증진기금(13,627백만원)이 조성되면서 이를 재원으로 하여 15개 보건소에서 건강증진사업 시범사업을 시작하였으며, 1998년에는 9개 건강증진 거점보건소에서 건강증진사업을 시작하였다.

2002년에는 보건소 건강생활실천사업 1차년도 사업이 100개 보건소에서 시작되어 2003년 2차 년도사업, 2004년 3차 년도사업을 거쳐 2005년도에 246개의 모든 보건소로 확대 실시되었다.

〈표 2-12〉 국민건강증진사업의 연대별 실시 현황

연도	법, 재정, 행정	주요사업
의료서비스의 양적확대기		
1992	• 만성질환예방정책의 시작	
건강정책으로의 영역확대기		
1995	• 국민건강증진법 제정·시행	
1996	• 건강증진 관련 정책방향 설정 • 중앙에 보건복지부 장관 자문기관으로 ‘보건정책심의위원회’ 설치 및 운용 • 시·군·구별로 ‘건강생활실천협의회’ 구성 • 보건국 보건정책과에서 건강증진 담당	
1997	• ‘97년 7월 ‘국민건강증진기금’ 조성으로 재정적 기반 마련(한 갑당 2원, ’97년도 13,627백만 원 조성)	• 보건소 건강증진사업: 지역특성에 맞는 건강증진사업 모형 및 프로그램 개발, 확산 15개 시범보건소 • 교육·홍보자료의 개발, 보급을 위하여 보건교육개발센터 설치·운영 • 금연운동 및 절주의 문화·정책을 위한 여건 조성 등 시작
1998	• 건강증진전담 조직 마련: 보건증진국 건강증진과	• 보건소 건강증진사업: 9개 건강증진거점 보건소에서

연도	법, 재정, 행정	주요사업
		건강증진사업 시작
1999		• 보건소 건강증진사업: 건강증진 거점 보건소 18개로 확대
보건의료의 질 향상과 선진화기		
2000		• 건강박람회 2000 개최
2001		• 국민영양사업 추진을 위한 식품별 영양성분자료 DB 구축 시작
2002	• 건강증진금 조성규모 확대(건강증진 부담금 인상, 한 갑 2원→150원) • 국민건강증진종합계획2010 수립 • 담당국 명칭변경: 보건증진국→건강증진국, 건강증진국 건강정책과에서 건강증진사업 전담	• 보건소 건강생활실천사업: 1차년도(2002. 10~2002. 12) : 100개 보건소
2003		• 보건소 건강생활실천사업: 2차년도(2003. 1~2003. 12): 100개 보건소
2004	• 건강증진금 조성 규모 확대(건강증진부담금 인상, 한 갑 150원→354원)	• 보건소 건강생활실천사업: 3차년도(2004. 1~2004. 12) • 보건소를 전국 156개소로 확대 • 담배규제기본협약 (Framework Convention on Tobacco Control) 비준 • 금연클리닉 시범사업 실시 (2004. 10~12.): 전국 10개 보건소
2005	• 국민건강증진종합계획2010 중간평가 실시 • 새국민건강증진종합계획2010수립 • 건강증진국 폐지, 보건의료정책본부 내 보건정책관실 신설 • 보건정책관실 건강정책팀에서 건강증진 업무 관장	• 보건소 건강생활실천사업 : 전국 모든 보건소(246개소) 실시 • 건강증진 전문 인력교육(The Field Management Training Program: FMTP)시작 • 금연클리닉 전국 보건소 확대 • 금연상담전화(Quitline) 시범실시: 2005. 11.
2006		• 보건소 건강생활실천사업: 전국 248개 보건소에서 건강생활 실천사업 수행 • 금연상담전화(Quitline) 본 사업 실시: 2006. 4. • 취약계층 임신부 및 영유아 보충영양관리 시범사업 시작: 15개 보건소

연도	법, 재정, 행정	주요사업
2007	• 명칭변경: 보건정책관→건강정책관, 건강정책팀→건강투자기획팀 • 건강생활팀 신설	• 보건소 건강생활실천사업 : 전국 251개 보건소에서 건강생활 실천사업 수행
2008	• 명칭변경: 건강정책관→건강정책국, 건강투자기획팀→건강정책과, 건강생활팀→건강증진과	

자료: 보건복지부, 보건복지백서, 각 연도

한국경제60년사 편찬위원회, 『한국경제60년사: 사회복지·보건편』, 2011.3에서 이차 인용

한편, 2001년 방문보건사업을 전면 실시하였으며, 2007년에는 맞춤형 방문건강관리사업을 전국 보건소로 확대 실시하였다. 2005년도에는 영양플러스 사업을 시범 운영한 후 2008년 전국 보건소로 확대하였다.

〈표 2-13〉 보건소 건강증진(보건)사업(2009년 기준)

구분	세부사업명	사업수행 보건소	비고
1	지역보건의료계획 및 시행계획	253개	전국
2	맞춤형 방문건강관리사업	253개	전국
3	건강도시	49개	
4	금연클리닉 자체보조사업	253개	전국
5	임산부 및 영유아 영양플러스 사업	245개	
6	지역특화건강행태개선사업(영양, 비만, 운동)	253개	전국
7	생애전환기 건강진단운영	10개	
8	영유아건강검진(의료급여자치단체경상보조)	253개	전국
9	구강보건실 설치운영	253개	전국
10	어린이 충치예방	253개	전국
11	노인장애인 구강건강관리	253개	전국
12	가임기여성 건강증진	100개	
13	선천성대사이상검사 및 환자 관리	253개	전국
14	미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원	253개	전국
15	신생아 난청 조기진단	253개	전국
16	임산부아동건강관리	253개	전국
17	아토피천식예방 관리	42개	
18	국가 암조기검진 지자체보조	253개	전국
19	암환자 의료비지원	253개	전국

구분	세부사업명	사업수행 보건소	비고
20	재가암환자지원 사업	253개	전국
21	아동청소년정신보건	42개	
22	정신보건센터운영	153개	
23	알콜상담센터 운영	34개	
24	노인건강프로그램 지자체보조	192개	
25	치매상담센터 운영	253개	전국
26	노인건강진단	253개	전국
27	노인 안검진 및 개인수술	253개	전국
28	지역사회중심재활사업	45개	
29	전염병관리사업	253개	전국
30	예방접종대상 전염병 관리사업	253개	전국
31	필수예방접종사업	253개	전국
32	인플루엔자관리사업	253개	전국
33	2차홍역 예방접종사업	253개	전국
34	B형 간염 수직감염 예방사업	253개	전국

자료: 박주희, 『보건의료분야 정보화 추진현황 조사분석 및 발전방향 연구』, 삼육보건대학산학협력단, 건강증진사업지원단, 2010

보건의료원은 현재 전국에 17개가 설치·운영되고 있는데, 그 기능은 보건소와 같이 맞춤형 방문건강관리, 예방접종, 모자보건, 정신보건, 구강보건, 영양, 음주, 금연, 운동 등의 건강생활실천 분야 등의 건강증진 사업을 추진하고 있다.

〈표 2-14〉 경기도 연천군 보건의료원 건강증진사업 사례

주요 건강증진사업		주요 내용
맞춤형 방문 건강 관리	만성퇴행성 질환자 관리	- 기초건강검진 / 방문진료 및 간호 / 취약가구 방문건강관리 서비스제공 / 욕창(상처)관리 및 튜브관리
	한방공공보건사업	- 대상자 및 의료취약집단 / 이동진료 및 중풍예방교실 운영 / 침, 부항, 뜸, 한방약처방
	자원봉사자 연계	- 도움이 필요한 대상자 / 말벗, 목욕, 집안청소 등
	의료용구 및 재활장비대여	- 휠체어의 4종
	재가 암환자 관리	- 통증관리 및 가족교육, 영양제 제공

주요 건강증진사업		주요 내용
예방접종사업		- 국가필수예방접종 / 선택예방접종 / 임신예방접종
모자 보건 사업	임산부 등록관리	- 임산부 등록관리 / 임산부 교육
	영유아 등록관리	- 영유아건강검진 : 6세미만 의료수급권자 영유아 무료건강검진
	청각선별검사	- 청각선별검사 / 청각정밀검사
	산모신생아 도우미 사업	- 산모의 산후건강관리 및 신생아관리를 위한 가정방문 도우미 서비스
	미숙아선천성 이상아 의료비 지원	- 미숙아 / 선천성이상아
	선천성대사 이상검사	-생후 7일 이내의 신생아
	B형간염수직 감염예방사업	- 면역글로블린 및 간염 1,2,3차 접종비 검사비 지원
	난임부부지원	- 체외수정비 / 인공수정비 지원
정신 보건 사업	정신센터운영	- 등록, 퇴록관리, 주간재활, 직업재활, 사회적응훈련 등
	사례관리	- 투약, 증상, 질병관리(가정방문, 내소) 이상생활 훈련교육 등
	청소년 정신보건사업	- 심성개발, 인지치료, 집단상담(약물, 성교육, 정신건강프로그램)
	가족지원사업	- 가족교육, 가족지원
	노인정신보건사업	- 노인정신건강교육, 노인성우울증 치매 상담
	지역사회정신건강	- 우울증 상담, 예방교육
구강보건사업		- 학교구강보건실 / 임산부, 영유아, 노인, 장애인 구강건강 사업
영양개선사업		- 영양상담실 운영 / 어린이 영양건강 교실
금연절주사업		- 건강한 연천 만들기 금연, 절주교육
운동비판사업		- 운동사업 운동처방실 운영 / 건강증진실 운영
국가암검진사업		- 5대암에 조기검진
영양 플러스사업		- 영양교육 및 상담 / 보충영양식품 지원
한방지역보건사업		- 한방진료사업 / 한방 건강증진프로그램 운영
진료비지원사업		- 만성신부전증 및 혈우병의 질환 진료비 지원 - 희귀난치성질환자 지원 / 소아암환자 지원
치매사업		- 치매치료약제비 지원사업 / 치매조기검진사업

자료: 연천군보건의료원 건강증진센터(www.iychhealth.or.kr), 2012

지금까지 살펴본 바와 같이 건강증진서비스는 주로 공공부문의 지역 보건의료기관을 통해서 제공되고 있다. 일부 건강증진관련 민간단체 등이 존재하지만 건강증진서비스를 직접적으로 제공하는 기관은 주로 보건소 등이다. 반면, 사회복지 부문에서는 대상자의 특성별로 다양한 시설·기관·단체 등이 직접적으로 서비스를 제공하고 있다. 이러한 시설·기관·단체들은 사회복지법인 등 주로 민간단체들이기는 하지만 정부로부터 사업을 위탁받아 서비스를 제공하고 있다.

〈표 2-15〉 전국 사회복지관 및 관련시설 현황

시설종류 시·도	사회 복지관	노인 복지관	장애인 복지관	장애인지역사회 재활시설		양로 시설	아동 양육 시설	모자 보호 시설	다문화 가족지원 센터	자활 지원 센터
				주간 보호	단기 보호					
합계	426	248	152	443	103	300	238	41	200	245
서울	96	45	37	96	29	21	32	6	23	31
부산	52	12	7	41	1	5	19	6	8	18
대구	25	5	6	29	·	5	18	5	7	9
인천	19	13	7	22	3	22	9	1	8	11
광주	18	7	3	15	1	3	9	1	4	9
대전	20	6	5	23	5	6	11	1	4	5
울산	8	8	3	19	6	1	1	1	4	5
경기	58	55	18	70	18	111	27	2	29	32
강원	16	9	6	14	7	16	9	1	14	16
충북	12	16	7	13	4	21	10	1	11	12
충남	16	11	11	8	4	18	14	2	15	15
전북	17	17	10	21	2	13	14	4	14	18
전남	16	21	11	17	3	24	21	2	20	22
경북	15	7	9	23	7	20	15	5	20	20
경남	29	11	7	20	9	12	24	2	17	20
제주	9	5	5	12	4	2	5	1	2	2

자료: 보건복지부, 사회복지관 운영관련 업무처리안내, 2012.

한국노인종합복지관협회, 전국노인복지관현황, 2012(<http://www.kaswcs.or.kr/>)

보건복지부, 한국사회복지협의회, 사회복지시설평가 II(장애인복지관), 2011

보건복지부, 2011장애인 복지시설 일람표(2010.12 기준)

보건복지부, 2011노인복지시설 현황(2010.12.31 기준)

보건복지부, 2011아동복지시설현황 (2010.12.31 기준)

여성가족부, 2011다문화가족지원센터현황(2011.6.30.기준)

여성가족부, 한부모가족복지시설현황(2011.9. 기준), 2012.

보건복지부, 2012 자활사업 안내, 2012

이와 같이 사회복지 부문과 달리 건강증진 부문에서는 공공 지역보건 의료기관 중심으로 서비스가 제공됨에 따라 지역주민에 대한 접근도 등의 측면에서 한계가 많다. 지역보건의료기관과 사회복지관련 시설 등과의 연계가 이루어질 경우 이러한 한계가 어느 정도 극복될 수 있으나 현실적으로 그러한 연계활동도 매우 미약하다. 여기에 대한 실증적인 조사자료는 다음 장에서 살펴보기로 한다.

나. 국·공립병원 등 공공병원

우리나라의 국공립병원은 현재 180개소로서, 국립중앙의료원, 국립대병원, 지방의료원, 적십자 병원, 일산공단병원, 시립 일반병원, 경찰·산재·보훈·군병원 등이 있으며, 특수병원으로서 결핵·정신·재활·아동·노인 병원 등이 있다.

〈표 2-16〉 공공보건의료기관 현황

(단위: 개소)

구 분		개소수
공공의료기관 계		180
국 공립 일반병원	국·공립병원	7
	국립대학병원	15
	지방의료원	34
	적십자병원	5
	보훈병원	5
	산재병원	9
	경찰병원	1
	군 병 원	20
국 공립 특수병원	아동병원	1
	재활병원	2
	정신병원	18
	결핵병원	3
	한센병원	1
	요양병원	58
	(장애인)치과병원	1

자료: 보건복지부(www.mw.go.kr), 2011

국립의료원은 공공의료기관의 3차 진료기능을 담당하는 기관이며, 국립대학교병원은 해당지역 단위의 거점병원으로서의 기능을 담당하면서 특수취약 계층을 위한 진료를 제공하고 있다. 지방의료원과 적십자병원 은 진료기능 이외에 건강증진, 질병관리, 가정간호, 재활, 재가환자관리, 호스피스 주간보호서비스 등의 사업을 수행하고 있다. 그 외의 국립암센터, 국립결핵병원, 국립정신병원, 국립재활원, 국립소록도 병원 등은 해당 질병에 대한 진료 및 보건사업 기획 등을 수행하고 있다(표 .

공공의료기관은 진료기능 이외에 주요 질병관리사업, 취약계층에 대한 보건의료, 전염병 예방 및 진료, 아동과 모성에 대한 보건의료 등의 서비스를 제공하고 있으며, 만성질환관리사업, 방문간호사업 등 보건소에서 수행하는 일부 보건사업도 수행하고 있지만, 진료기능에 중점을 두고 있어 질병예방 및 건강증진과 관련된 서비스 제공은 극히 제한된 범위 내에서만 이루어지고 있다.

〈표 2-17〉 공공의료기관 기능

구 분	국·공립 병원 기능
진 료	일반진료, 특수진료(정신, 재활, 치매 등), 전염병 진료, 취약계층 대상 진료, 응급의료서비스, 가정간호 등
보건사업	내원 환자 및 가족 대상 보건사업, 지역사회대상 보건사업, 예방 및 건강증진사업 등

자료: 문정부, 공공병원의 공공보건의료사업 교육 계획 및 프로그램 개발, 한국보건산업진흥원, 2007.

다. 민간단체·기관

건강증진서비스와 관련된 민간기관·단체로서 대한적십자사, 국민건강보험공단, 인구보건복지협회, 한국건강관리협회, 한국청소년상담복지개발원 등의 예를 들 수 있다. 우선 대한적십자사의 사업은 크게 지역보건활

동과 병원사업으로 나눌 수 있는데, 지역보건활동사업으로는 노인건강교육 프로그램을 개발하여 보급하고 있으며, 청소년의 건강증진과 HIV/AIDS에 대한 바른 정보를 제공하기 위하여 청소년 또래성교육을 추진하고 있다. 또한 재해 및 위기상황에 처한 계층의 정서적 고통을 경감시키기 위한 심리적 지지프로그램을 보급하고 있으며, 의사 및 간호사 등 전문봉사자들의 무료진료 활동, 독거노인 재가 방문 및 건강상담, 구호현장에서의 심리적 지지활동 등을 지원하고 있다.

국민건강보험공단은 지사단위로 국민건강증진센터를 운영하면서 각종 질병예방 및 건강증진 서비스와 함께 만성질환자를 대상으로 의료서비스를 제공하고 있다. 이와 함께 건강백세 운동교실, 건강정보사이트 건강IN 운영과 건강생활실천 캠페인 등을 추진하고 있다.

인구보건복지협회는 1961년에 창립되어 인구의 자질 향상과 보건·복지 증진을 위한 다양한 사업을 수행 중에 있다. 보건복지 증진, 저출산·고령사회 극복을 기본목표로 하여 정부와 함께 중앙 및 전국 16개 시도에 "아이 낳기 좋은 세상 운동본부"를 출범하여, 결혼·임신·출산·육아지원을 위한 제도 마련을 위해 꾸준히 노력하고 있다. 또한 보건복지부, 보건단체, 여성단체 등 유관기관과의 협조체제를 바탕으로 일·가정 양립을 위한 사회적 지원을 제공하고 있다.

〈표 2-18〉 기타 건강증진관련 사업수행 조직

구 분	주요 사업	사업 내용
대한 적십자사	지역보건활동	- 노인건강교육프로그램 - 청소년 또래성교육 - 심리적 지지프로그램 - 보건봉사활동
	병원사업	- 의료취약계층 진료 지원 - 저소득층 환자 병실 및 간병인 제공 - 사회복지시설 무료검진 활동

구 분	주요 사업	사업 내용
		- 농촌지역 무료 순회진료 및 주치의 - 취약계층 아동 무료 예방접종 - 치매노인 주간 보호센터 운영 - 장애인 및 새터민 의료지원 사업 - 재난 시 긴급의료지원 활동
국민건강 보험공단	건강검진 증진과 의료이용 지원	- 일반건강검진/생애전환기건강진단/암검진 - 건강증진센터 설치 및 운영 - 적정 의료이용 지원 업무 - 검진결과 사후관리 사업
국립암센터	국가암 관리사업 지원	- 암등록사업 - 국가암조기검진사업 - 말기암환자 및 재가 암환자 관리 사업 - 지역암센터 지원 및 육성 - 암환자의료비 지원사업 - 국가암정보센터 및 금연콜센터 운영
인구 보건복지 협회	저출산대책사업	- 저출산대책사업 - 불임대책사업 - 아기 낳기 좋은 세상 운동본부
	고령화대책사업	- 노인 보건과 복지증진 프로그램 개발 - 노년기 성 건강증진을 위한 통합 서비스 제공 - 노인장기요양사업을 통한 노인복지사업 질적 강화
한국 건강관리 협회	홍보· 보건교육사업	- 건강정보 및 보건교육 자료제작 - 건강체험터 및 캠페인 전개 - 흡연예방 및 금연 사업 - 건강관리공개강좌 - 건강클리닉 운영
	건강검진사업	- 종합건강검진 - 국가건강검진 및 지자체 위탁 건강검진
한국청소년 상담복지 개발원	인터넷 중독 예방사업	- 인터넷중독 집중치료프로그램
	드림스타트	- 취약계층 아동 및 임산부와 그 가족을 대상 신체/건강서비스, 인지/언어 서비스, 정서/행동서비스

자료: 대한적십자사(www.redcross.or.kr), 2012.12.
 국민건강보험공단(www.nhic.or.kr), 2012.12.
 국립암센터(www.ncc.re.kr), 2012.12.
 인구보건복지협회(www.ppfk.or.kr), 2012.12.
 한국건강관리협회(www.kahp.or.kr), 2012.12.
 한국청소년상담복지개발원(www.kyci.or.kr), 2012.12.

이와 같이 건강증진 관련 일부 민간단체·기관 등을 살펴보았으나 사회복지설 등에 비해 상대적으로 그 수가 적고, 국가단위의 체계적인 계획 하에 서비스를 제공하는 것이 아니라 자체적인 계획 하에 서비스를 제공하고 있으며, 중앙정부·지방자치단체·타 기관 등과의 연계 활동이 미흡하다는 문제점을 가지고 있다.

3. 주요 위원회 및 협의체

가. 국민건강증진정책심의위원회

국민건강증진정책심의위원회는 건강증진정책에 대한 가장 높은 수준의 심의기구로서, 『국민건강증진법』 제5조에 따라 설치·운영되고 있다. 국민건강증진정책심의위원회는 건강증진종합계획, 국민건강증진기금의 연도별 운용계획안·결산 및 평가, 2개 이상의 중앙행정기관이 관련되는 주요 국민건강증진정책에 관한 사항으로서 관계중앙행정기관의 장이 심의를 요청하는 사항, 「국민영양관리법」 제9조에 따른 심의사항 등을 심의하도록 되어 있다.

이 위원회는 위원장 1인 및 부위원장 1인을 포함한 15인 이내의 위원으로 구성되는데, 위원장은 보건복지부차관이 담당하고, 부위원장은 민간위원 중에서 임명된다. 위원은 국민건강증진·질병관리에 관한 학식과 경험이 풍부한 자, 「소비자기본법」에 따른 소비자단체 및 「비영리민간단체 지원법」에 따른 비영리민간단체가 추천하는 자, 관계공무원 중에서 보건복지부장관이 위촉 또는 지명하도록 되어 있다. 이 위원회의 위원은 주로 민간위원들로 구성되는데, 건강증진 영역에서의 전문가들이며 건강증진과 관련된 다양한 영역의 전문가, 또는 건강증진정책과 관련되는 각종 정부부처의 관계자 등의 참여와 협조가 미흡하다.

나. 건강생활실천협의회

건강생활실천협의회는 『국민건강증진법』 제10조에 의해 설치·운영되고 있는데, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회의 주민·단체 또는 공공기관이 참여하는 건강생활실천협의회를 구성하여야 하며, 건강생활실천협의회의 조직 및 운영에 관하여 필요한 사항은 지방자치단체의 조례로 정하게 되어 있다.

건강생활실천협의회 기능은 각 지방자치단체의 조례에 따라 다르게 명시되어 있지만, 일반적으로 시민건강증진에 관한 기본시책수립 및 실천을 기본으로 시민건강증진사업에 관한 지원을 강조하고 있다.

건강생활실천협의회 구성은 각 지방자치단체의 조례에 따라 다르게 명시되어 있지만 협회장(위원장) 및 부회장(부위원장)을 각 1인을 포함한 10인~20인 사이의 위원으로 구성된다.

다. 지역보건의료계획심의위원회

지역보건의료계획심의위원회는 『지역보건법』 시행령 제2조에 의해 설치·운영되고 있는데, 『지역보건법』 제3조의 규정에 의한 지역보건의료계획에 관한 사항, 지역내 보건의료의 실태조사에 관한 사항, 지역보건의료계획의 시행 및 시행결과의 평가에 관한 사항, 기타 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 지역보건의료시책의 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 사항 등에 대하여 자문하는 기구이다.

지역보건의료계획심의위원회 구성은 위원장 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성하되, 위원은 지역주민, 보건의료관련기관·단체의 임직원, 보건의료관련전문가, 관계공무원 중에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 위촉 또는 임명하는 자로 한다.

라. 지역사회복지협의체

지역사회복지협의체는 『사회복지사업법』 제7조의2에 의해 관할지역의 사회복지사업에 관한 중요 사항과 동법 제15조의3 제1항에 따른 지역사회복지계획을 심의하거나 건의하고, 사회복지·보건의료 관련 기관·단체가 제공하는 사회복지서비스 및 보건의료서비스의 연계·협력을 강화하기 위한 목적으로 설치·운영되고 있다.

지역사회복지협의체의 기능은 지역사회복지계획의 심의 및 건의, 사회복지, 보건의료 관련기관, 단체가 제공하는 사회복지 및 보건의료 서비스의 연계·협력 제고를 위한 건의 및 공동사업 시행, 지역복지 문제 전반에 대한 협의 및 건의, 지역사회 복지자원의 개발과 관련된 협의 및 건의, 협의된 사항의 시행에 대한 모니터링 등이다.

지역사회복지협의체는 대표협의체, 실무협의체, 실무분과로 구성된 서열화된 조직구조를 갖추고 있다. 『사회복지사업법』 및 동법 시행규칙에 명시된 협의체의 구성은 다음과 같다. 대표협의체는 위원장을 포함한 10인 이상 30인 이하의 위원으로 구성되며, 위원장은 위원 중에 호선하되 임명직 위원과 위촉직 위원 각 1인을 공동위원장으로 선출하며, 위원의 임기는 2년이다. 실무협의체 위원 구성은 위원장 1인을 포함한 10인 이상 30인 이하의 위원 등이며, 위원장은 위원 중에서 호선하고 위원은 대표협의체 위원장이 임명 또는 위촉하고 위원의 임기는 2년이다.

실무분과의 구성과 관련하여, 공공기관 실무분과 위원은 사회복지 및 보건, 고용, 교육, 주거, 문화 등 관련 분야의 업무를 담당하는 실무담당 공무원으로 구성된다. 민간서비스기관 실무분과는 사회복지사업을 행하는 기관·단체의 실무자, 그리고 기존 실무분과위원의 추천과 합의를 거친 민간인으로 구성된다. 통합서비스 제공을 위해 연계가 필요한 경우 고용·교육·주거·문화·관광·체육 관련 기관의 실무자 및 전문가 등도

위원으로 참여할 수 있다.

〈표 2-19〉 지역사회복지협의체 구성·운영 현황(11.12월 현재)

구분	시·군·구 수	대표협의체		실무협의체		실무분과			비고
		구성	참여인원	구성	참여인원	구성	분과수	참여인원	
계	230	230	4,410	230	4,749	230	1,655	16,101	

자료: 보건복지부, 지역사회복지협의체 운영 현황, 2012.

〈표 2-20〉 지역사회복지협의체 대표협의체 구성원 현황(11. 12.31 현재)

시·도	분야별 참여자 현황						
	소계	학식경험 풍부한자	복지사업 기관단체 대표	보건의료 기관단체 대표	공익단체 추천	관계 공무원	기타(기업인, 종교인, 노동, 교육 등)
계	4,245	390	1,454	481	558	811	639
서울	515	51	178	64	45	89	88
부산	294	29	91	42	22	63	47
대구	169	14	67	20	12	25	31
인천	210	14	62	25	23	34	52
광주	123	11	48	9	14	16	25
대전	72	14	28	14	8	18	8
경기	665	65	237	64	89	116	103
강원	317	32	114	33	59	62	49
충북	214	16	77	20	38	37	26
충남	306	23	107	40	47	57	32
전북	263	14	82	25	32	64	46
전남	376	39	116	42	56	84	52
경북	374	32	111	42	59	81	45
경남	304	31	114	38	54	60	27
제주	43	5	22	3	-	5	8

자료: 보건복지부, 지역사회복지협의체 운영 현황, 2012.

〈표 2-21〉 지역사회복지협의체 실무협의체 구성원 현황(11. 12.31 현재)

시·도	분야별 참여자 현황						
	소계	학식경험 풍부한자	복지사업 기관단체 대표	보건의료 기관단체 대표	공익단체 추천	관계 공무원	기타기업인, 종교인, 노동, 교육 등
계	4,473	152	1,859	337	406	1,331	389
서울	519	7	239	41	23	170	39
부산	299	10	159	18	19	71	22
대구	173	10	84	17	19	32	11
인천	201	2	81	19	14	54	31
광주	22	0	13	0	0	5	4
대전	90	9	43	11	7	12	8
경기	700	16	282	56	58	220	68
강원	347	13	147	24	36	92	35
충북	262	9	100	24	54	60	15
충남	308	9	143	25	29	80	22
전북	281	10	112	18	24	94	23
전남	445	19	150	29	40	179	29
경북	419	21	155	27	53	129	34
경남	352	16	123	24	30	117	42
제주	55	1	28	4	0	16	6

자료: 보건복지부, 지역사회복지협의체 운영 현황, 2012.

2012년 보건복지부의 지역사회복지협의체 운영현황 자료에 따르면 지역사회복지협의체의 주된 활동은 서비스연계(사례관리)로서 77,796건, 연구·조사·제도개선이 2,860건 등이다.

〈표 2-22〉 지역사회복지협의체 업무추진 현황

(단위: 건수)

합 계	연구·조사· 제도개선	서비스연계 (사례관리)	교육·훈련	기타(행사) 등
82,688	2,860	77,796	1,401	631

자료: 보건복지부, 지역사회복지협의체 운영 현황, 2012

지금까지 살펴본 바와 같은 각종 위원회는 주로 건강증진 관계자가 참여하며 실질적인 사회복지 분야와의 업무연계 등은 거의 이루어지지 않고 있다. 지역사회복지협의체의 경우에도 그 취지는 보건 의료 및 사회복지 서비스 공급주체간의 업무연계 등을 도모하자는 취지이지만 현장에서 연계가 거의 이루어지지 않고 있다. 지역사회복지협의체의 업무 활동 중에서 서비스 연계를 바탕으로 하는 사례관리의 비중이 가장 높은 것으로 통계가 나타나고 있지만 실질적으로는 현장에서는 연계활동이 단순한 안내나 소개 등에 그치는 등 그 연계의 정도와 규모가 크지 않다.

제3절 주요 건강증진사업 내용 및 문제점

건강증진사업 내용에 대해서는 제1절의 국민건강증진기금 관련 내용 및 제2절의 보건소의 기능 등에서 개괄적으로 언급되었으며, 뒤에서도 포괄보조금과 관련하여 언급될 것이기 때문에 여기서는 지역사회 통합 건강증진사업을 중심으로 간략히 소개하기로 한다.

2013년도 시·군·구 보건소 사업 중 지역사회 통합건강증진사업은 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강, 심뇌혈관질환예방, 한의약, 아토피, 천식예방, 모자보건, 치매, 재활, 방문건강관리 등 13개 사업 분야 내에서 해당 지자체에 필요한 사업을 선정하거나 통합하여 기획·추진하도록 되어 있다.

이중에서 건강위험군에 대한 금연사업, 절주사업, 신체활동, 영양사업, 비만관리사업, 치매검진사업은 필수로 추진해야 한다. 이 사업들은 건강증진 부문의 핵심적인 사업들이기 때문에 지자체의 자율적으로 폐지하거나 타 사업과 통합하여 수행할 수 없도록 한 것이다.

〈표 2-23〉 보건소 사업 중 지역사회 통합 건강증진사업

사 업	사업유형
금연(필수)	흡연예방, 흡연자 금연촉진, 간접흡연 없는 환경조성
절주(필수)	절주 교육 및 정보제공, 음주폐해예방
신체활동(필수)	환경개선 및 홍보, 생애주기별 교육 및 프로그램, 만성질환예방 및 관리, 동아리 등 자조모임 지원
영양(필수)	환경조성 및 교육홍보, 생애지구별 영양관리, 만성질환예방 및 영양관리, 영양플러스
비만(필수)	정보제공 및 홍보 캠페인, 만성질환예방 및 비만관리, 생애주기별 주민교육, 취약계층 비만예방 프로그램
구강보건	구강건강예방, 구강보건인프라구축, 수돗물불소농도조정
심뇌혈관질환예방	심뇌혈관질환 교육 및 홍보, 만성질환예방관리
한의약건강증진	한의약 건강증진허브보건소 사업, 한의약지역보건사업(한방진료실)
아토피천식예방	아토피천식안심학교운영, 조소득층 알레르기질환 환자지원, 아토피천식교육 및 홍보
여성어린이 특화	철분제지원, 엽산제지원, 모유수유클리닉 운영, 여성어린이 건강지원
치매예방관리(필수)	치매노인사례관리, 치매검진
지역사회중심재활	장애인재활, 장애인 사회참여, 2차 장애발생예방, 장애인권익지원
방문건강관리	저소득층건강행태개선, 만성질환 및 합병증 예방, 생애 및 영유아관리, 노인허약예방, 다문화가족북한이탈주민관리, 기초재활서비스

자료: 보건복지부, 2013년도 지역사회 통합 건강증진사업 설명회자료, 2012.

구강보건사업, 심뇌혈관질환예방 사업, 한의약건강증진, 아토피천식 예방, 여성어린이 특화 사업, 지역사회 중심 재활사업, 방문건강관리 사업 등은 각 지역의 인구·사회·경제적 특성과 주민들의 수요가 다르기 때문에 획일적으로 사업을 수행할 필요가 비교적 약한 사업들이다. 이에 따라 두 개 이상의 사업을 통합하여 추진하거나 또는 주민들의 수요가 없을 경우 사업을 수행하지 않을 수 있도록 한 것이다.

여기서 치매예방관리가 필수사업으로 지정된 것은 인구고령화 등에 따른 노인 건강증진의 중요성에 대한 인식과 함께 치매노인의 급속한

증가 때문인 것으로 판단된다.

이와 같은 보건소 건강증진사업 추진방식의 변화 등을 통해 사업추진상의 효율성 제고와 주민 욕구에 맞는 서비스의 제공 등을 도모할 수 있을 것이다. 그러나 건강증진서비스의 범주 내에서 통합이나 선택과 집중 등의 전략을 적용하더라도 그로 인해 발생하는 효율성의 증대나 서비스의 질 향상에는 한계가 있다. 궁극적으로는 지역사회 내에서 사회복지 등 기타 공공서비스와의 통합 및 연계를 통해 건강증진서비스를 보다 다양하게 공급할 수 있는 채널을 확보할 필요가 있다.

국민건강증진기금 사업 중에서 장애인 의료재활사업, 모자보건사업, 노인건강관리 사업 등을 사회복지 분야 사업으로 구분하기도 하지만 실질적으로 사회복지 서비스와의 통합 등을 통해 서비스가 제공되는 것이 아니라 단순한 분류 상의 구분에 지나지 않는다. 장애인 의료재활지원 사업을 보면 그 내용이 주로 지역사회중심 재활사업이나 재활병원 건립 사업이 주된 사업이다. 모자보건사업도 선천성대사이상검사 및 환아관리, 미숙아 및 선천성이상아 의료비, 신생아 난청조기진단, 임산부·유아에 대한 보건지도·건강검사, 임산부·신생아의 방문지도, 3세아 검진 등 보건의료 관련 서비스가 주된 내용이다.

노인건강관리 사업도 60세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 안 검진, 치매전문인력 양성 교육 및 치매인식 개선을 위한 홍보 등 치매등록 관리체계 구축, 농어촌 및 거동불편 노인에 대한 실명예방관리 및 치매 예방관리, 노인건강프로그램 지자체 보조 사업 등이 주된 내용으로 되어 있다.

장애인·노인·여성·영유아 등 취약계층에 대해 이러한 서비스를 제공함에 있어서 사회복지 등 공공서비스와 건강증진서비스를 통합하여 제공할 수 있는 방안을 적극 모색할 필요가 있다.

제4절 건강증진서비스 운용에 대한 전반적 문제점 및 시사점

우리나라 건강증진사업의 핵심적인 문제점 중의 하나는 정부의 건강증진사업의 주요 전략이 보건소에 과도하게 집중되어 있다는 것과 건강증진 사업을 제공하는 주체들 간의 사업 내용이 중복된다는 것이다. 또한 건강증진사업의 핵심기관인 보건소의 경우 건강증진 인프라가 매우 열악한 상황이며 예산도 한계가 있다.

지역 보건소의 공통된 고충은 관으로부터 주어지는 업무만으로도 수행 인력과 시간이 부족하다는 것이며, 따라서 지역의 사회복지시설과 연계하여 또 다른 사업을 추진하는 것은 현실적으로 어렵다는 것이다.

건강증진사업은 가족 및 직장, 지역사회, 국가 차원에서 다양한 사업이 추진되어야 하며 실제 여러 수준에서 공공과 민간부문의 사업이 이뤄지고 있기는 하지만, 사업의 중복성으로 인해 그 효과성에는 의문이 제기 된다. 그러므로 여러 대상과 각기 다른 서비스 욕구에 대해 관과 민이 효과적으로 서비스를 제공하기 위해서는 정보의 공유와 연계가 필수적이라 할 수 있다.

원활한 연계가 이뤄질 수 있도록 중간다리 역할을 할 수 있는 것이 지역사회 내 지역사회복지협의체이다. 그러나 지역사회복지협의체들로부터 지역사회 기관 간 연계의 어려움을 파악해보면, 각 시설마다 본 업무만으로도 바쁘기 때문에 여력이 나지 않는 경우가 많고, 또는 어떤 사업과 행사를 위해 일회성으로 협력을 했다가 그 후에는 지속적인 연계가 이뤄지기 힘든 경우가 많다고 한다.

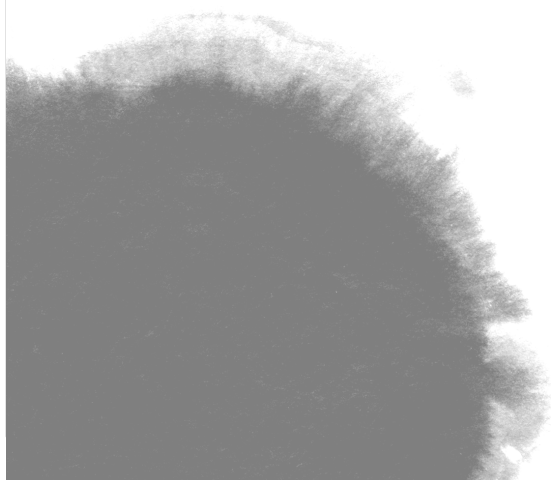
결론적으로 지역사회 내 보건소나 복지관 등 보건·복지 관련 각 기관마다 많은 업무량과 재정상의 한계 등은 기관 간 연계를 어렵게 하는 대표적인 문제점이다.

이러한 현실적인 문제가 따르기는 하지만 지역주민의 욕구에 맞는 서

비스를 효율적으로 제공하는 것을 무엇보다 중요한 가치에 두고, 기관 간 연계에 초점을 맞춰 건강증진사업과 서비스를 기획하고, 예산 편성에 고려한다면 장기적으로 보았을 때 협력하는 연계체계를 수립함으로써 다양한 형태로 건강증진서비스를 진행할 수 있을 것으로 판단된다.

3장

건강증진 및 복지서비스 연계실태



제3장 건강증진 및 복지서비스 연계실태

본 장에서는 지역사회 내 각종 사회복지시설 등을 건강증진서비스 공급채널로 활용함에 있어서 그 필요성과 타당성을 뒷받침하기 위하여 각종 사회복지시설 이용자들이 가지고 있는 건강증진서비스에 대한 욕구와 이러한 욕구의 충족을 위해 사회복지시설 등이 어느 정도 서비스 연계를 실시하고 있는지 등에 대한 설문조사 결과를 제시하였다.

지역사회내 사회복지시설 등은 기관의 고유목적상 건강증진서비스를 제공하기 위한 자원을 보유하지 않고 있기 때문에 결국 보건소, 보건지소 등 지역보건의료기관이나 공공병원, 민간병원 등과의 연계를 통해 건강증진서비스를 제공할 수밖에 없다. 그러나 실질적으로 이러한 연계활동이 이용자의 욕구에 비해 매우 미흡한 것이 사실이며, 연계활동을 실시하는 경우에도 그것이 일정한 제도적인 틀을 기반으로 하여 이루어지는 것이 아니라 시설차원의 개별적인 관심에 의존하여 이루어지고 있다.

제1 절 조사개요

1. 조사목적

본 조사의 목적은 지역사회 내 사회복지시설 및 민간기관 등을 건강

증진서비스 전달체계로 활용하기 위한 정책대안을 모색하기 위하여, 각종 복지서비스 제공기관과 이용자들을 대상으로 복지서비스 및 건강증진서비스에 대한 서비스 욕구와 실제 서비스 연계를 통한 건강증진 욕구가 어느 정도 충족되고 있는지를 파악하는 데 있다. 이에 두 가지 측면으로 설문조사를 실시하였다.

첫 번째 조사는 이용자 조사로, 이용자 조사에서는 사회복지시설 이용자 중에 건강증진 또는 보건의료 서비스 이용자들이 어느 정도이며, 이들이 가진 건강증진 욕구의 내용은 무엇인지, 실제 서비스 연계를 통해 어느 정도 건강증진서비스 욕구가 충족되고 있는지 등을 파악하고자 하였다.

두 번째 조사는 기관조사로, 기관조사에서는 현재 제공되고 있는 건강증진 또는 보건의료서비스 내용은 무엇인지, 이용자의 건강증진서비스 욕구 발생시 기관에서 욕구해결을 위한 타 기관과의 연계현황은 어느 정도인지 파악하고자 하였다.

2. 조사대상 및 조사시기

사회복지시설의 경우 지역에 따라 시설이용 상의 차이가 존재한다는 점을 고려하여 대도시, 중소도시, 농어촌별로 조사대상 시·군·구를 선택한 다음 해당지역에 소재하는 사회복지시설 중 대표적 시설을 조사대상 기관으로 선정하였다. 전체적으로 총 48개 시설에 대해 조사를 완료하였으며, 조사가 완료된 사회복지시설은 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 장애인 지역사회 재활시설, 양로시설, 아동양육시설, 모자보호시설, 지역자활센터, 다문화가족지원센터 등이었다.

이용자 조사는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 이용자들을 대상으로 하였으며, 총 20개 복지관(사회복지관 7개, 노인복지관 6개, 장애인복지관 7개), 476명에 대해 설문을 완료하였다. 이용자 조사 또한

지역의 특성을 고려하여 대도시, 중소도시, 농어촌으로 구분하여 실시하였다. 지역별, 시설별 조사기관 현황은 <표 3-1>과 같다.

〈표 3-1〉 지역별, 시설별 설문조사기관

(단위: 개소)

구분	사회 복지관	노인 복지관	장애인 복지관	장애인지역사회 재활시설		양로 시설	아동 양육 시설	모자 보호 시설	지역 자활 센터	다문화 가족 지원 센터	합계
				주간 보호시설	단기 보호시설	요양원					
대도시	2	2	2	2	-	1	-	-	2	2	13
중소도시	3	2	3	1	2	3	3	1	3	2	23
농어촌	2	2	2	-	-	2	-	-	2	2	12
합계	7	6	7	3	2	6	3	1	7	6	48

조사기간은 이용자조사, 기관조사 모두 2012년 9월 12일부터 9월 24일까지 약 2주간이었으며, 조사는 전문조사기관인 (주)글로벌리서치에 의뢰하여 진행하였다.

3. 조사방법 및 조사내용

원활한 조사진행을 위하여 조사대상기관으로 선정된 각종 사회복지관에 여러 차례 본 연구의 취지를 설명하였으며, 사전조사 차원에서 협조공문과 설문내용을 본 조사에 앞서 각 조사기관에 제공하였다. 이용자 및 기관조사 모두 일대일 면접조사방식으로 진행하였으며, 본 조사에 앞서 설문조사원을 대상으로 1회 면접조사 교육을 실시하였다. 면접조사 교육은 설문지를 설계한 본 연구진이 직접 진행하였다.

조사내용은 이용자 조사의 경우, 사회복지시설 이용자의 복지관 이용 현황 및 건강상태, 건강서비스에 대한 욕구, 건강서비스 욕구 충족여부, 사회복지서비스 및 건강증진서비스 연계경험 여부 등이며, 기관조사는 시설에서 제공하는 건강증진 또는 보건의료서비스 내용, 건강증진 또는

보건의료서비스 욕구 발생시 시설의 서비스 욕구해결 방식, 타 기관과의 보건복지서비스 연계 현황 등이다. 기관조사의 경우 면접조사원은 시설에서 건강증진 또는 보건의료서비스를 제공할 경우, 설문지와 함께 관련 자료를 받아볼 것을 요청하였다. 구체적인 조사내용은 <표 3-2>와 같다.

〈표 3-2〉 이용자, 기관조사 설문내용

구분	이용자 설문조사	기관 설문조사
조사명	(사회·노인·장애인) 사회복지관 이용자 건강증진서비스 실태조사	보건복지서비스 연계 실태조사
조사 내용	1) 이용자의 건강상태 및 건강관리 현황: 현재 건강상태, 건강생활습관 등 2) 복지관서비스 이용현황: 서비스 이용 이유, 복지관 제공서비스 이용 현황 3) 건강관련 연계서비스 이용현황: 복지관의 통한 타 기관 보건의료서비스 이용 경험 등	1) 시설 일반사항: 시설규모, 시설주요 제공서비스 등 2) 건강증진 또는 보건의료서비스 제공 현황: 현재 제공되고 있는 보건의료 서비스 종류, 내용, 제공 횟수 등 3) 시설간 보건의료서비스 연계 현황: 시설간 보건의료서비스 연계 현황, 서비스 연계상 어려운 점, 희망하는 보건의료 연계서비스 등
조사 방법	- 일대일 면접조사(시설당 23명 전후)	- 일대일 면접조사(시설당 시설담당자 1인 설문) - 면접조사원 방문시 조사원 설명 후 시설 담당자 1인이 직접 설문지 작성

제2절 시설 이용자 조사결과

1. 시설 이용자의 일반적 특성 및 건강상태

가. 시설 이용자의 일반적 특성

총 응답자 476명 중 사회복지관 이용자는 167명(35.08%), 노인복지관 이용자는 142명(29.83%), 장애인복지관 이용자는 167명(35.08%)이

었으며 응답자의 29.6%는 도시지역에, 40.3%는 중소도시에, 30.4%는 농어촌에 거주하고 있었다.

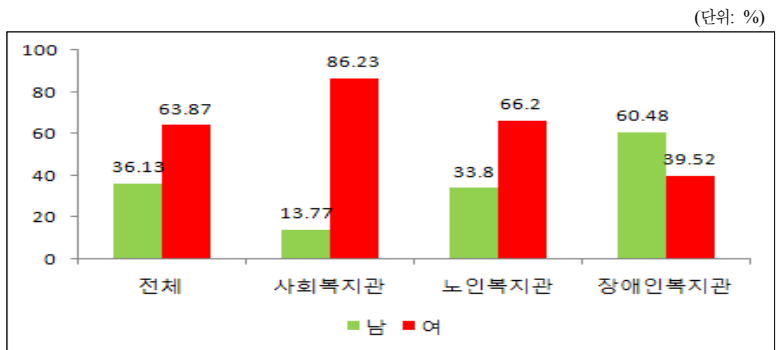
〈표 3-3〉 지역별, 시설별 조사대상자수

(단위: 명, %)

지역	사회복지관	노인복지관	장애인복지관	합계
도시	47 (33.33) (28.14)	47 (33.33) (33.10)	47 (33.33) (28.14)	141 (100.00) (29.62)
중소도시	72 (37.50) (43.11)	48 (25.00) (33.80)	72 (37.50) (43.11)	192 (100.00) (40.34)
농어촌	48 (33.57) (28.74)	47 (32.87) (33.10)	48 (33.57) (28.74)	143 (100.00) (30.04)
합계	167 (35.08) (100.00)	142 (29.83) (100.00)	167 (35.08) (100.00)	476 (100.00) (100.00)

응답자 중 남성은 36.13%, 여성은 63.87%로 남성에 비해 여성 이용자들이 많았다. 시설별로는 남녀 이용률이 다소 달랐는데, 사회복지관의 경우 여성 이용자가 전체 이용자 중 86.23%로 가장 많은 반면 장애인복지관은 남성 이용자가 60.48%로 여성 이용자보다 많았다.

〔그림 3-1〕 시설별 이용자 성별 분포



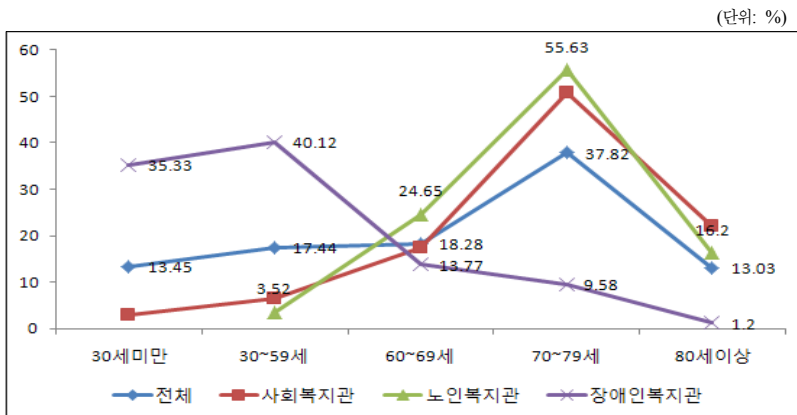
주: Pearson $\chi^2(2) = 79.4090$ Pr = 0.000, 성별에 따라 시설이용자의 차이가 있음을 알 수 있음.

응답자의 평균 연령은 63.1세였으며, 사회복지관 이용자는 72.5세, 노인복지관 이용자는 73.7세, 장애인복지관 이용자는 평균 44.6세로 장애인복지관 이용자의 평균 연령이 가장 낮았다.

[그림 3-2]는 시설 이용자의 연령구조를 나타낸 것이다. 노인복지관 이용자의 경우 60대 이용자는 24.65%, 70대 이용자는 55.63%, 80세 이상 이용자는 13.03%로 70대 이용자가 가장 많았다. 일반적으로 노인복지관 이용자의 연령이 60세 이상인 것에 반해 본 조사에서는 60세 미만인 이용자들도 있었다(50대 후반 4명, 40대 중반 1명).

사회복지관 이용자의 연령분포는 노인복지관 이용자와 유사한 반면 장애인복지관 이용자의 연령분포는 30세미만 연령대가 35.33%, 30~59세 연령대가 40.12%, 60대 연령대가 13.77%, 70대 이상 연령대가 11%로 60세 미만 연령대의 분포가 전체 이용자의 76%를 차지할 정도로 많았다.

[그림 3-2] 시설별 이용자 연령 분포

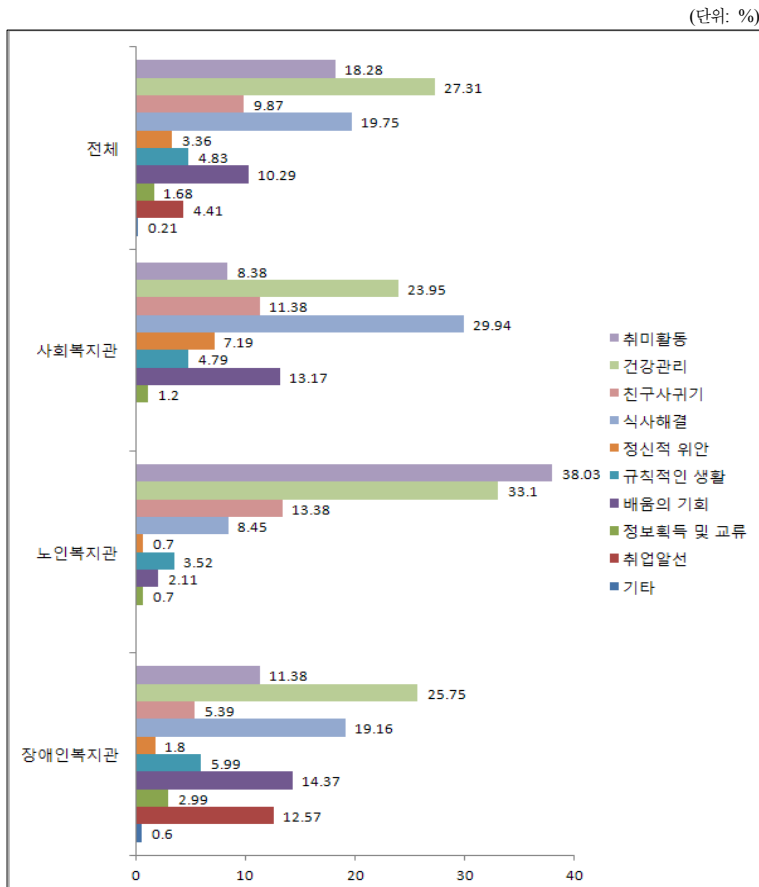


응답자의 65~69%가 평균 2년 이상 복지관을 이용하고 있었으며 6개월 미만 이용자는 5~8%에 불과했다.

복지관을 이용하는 주된 이유는 시설별로 다소 다른 양상을 보였다.

사회복지관 이용자는 주로 “식사를 해결하기 위해서(29.94%)”와 “건강관리를 위해서(23.95%)”인 반면, 노인복지관 이용자는 “취미활동을 위해서(38.03%)”, 그리고 “건강관리를 위해서(33.1%)”였다. 장애인복지관 이용자는 사회복지관 이용자와 마찬가지로 “건강관리를 위해서(25.75%)”, 그리고 “식사를 해결하기 위해서(19.16)” 복지관을 이용하는 것으로 나타났다. 사회복지관 및 노인복지관과는 달리 “배움의 기회(14.37%)”나 취업알선을 위해서(12.57%) 복지관을 이용하는 경향도 높았다.

[그림 3-3] 시설복지관을 이용하는 주된 이유



나. 시설 이용자의 건강상태 및 건강관리 현황

본인의 건강상태가 “조금 안 좋은 편” 또는 “매우 안 좋은 편”이라고 생각하는 응답자 비중은 사회복지관이 55.69%로 가장 높은 반면 노인 복지관은 38.03%로 가장 낮았다. 그러나 전체적으로 시설 이용자의 건강상태는 그리 양호하지 않았다. 또한 노인복지관 이용자에 비해서 사회복지관이용자가 건강상태가 양호하지 않았는데, 그 이유는 사회복지관 이용자의 연령대가 노인복지관 이용자와 큰 차이가 없는 것에 반해 여성이용자 비율이 높아서 상대적으로 주관적 건강상태가 낮은 것으로 보인다.

응답자 중 비흡연자와 비음주자 비율은 높았는데, 이는 시설 이용자의 63.87%가 여성인 것에서 비롯되는 것으로 보인다. 중등도 신체활동 여부 및 근력운동 여부의 경우 응답자의 과반수 이상이 평소 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 전혀 하지 않거나 최근 1주일동안 근력운동을 전혀 하지 않는 것으로 나타났다.

〈표 3-4〉 응답자의 건강상태 및 건강관리 현황

(단위: %)

문항	전체 (N=479)	사회 복지관 (N=167)	노인 복지관 (N=142)	장애인 복지관 (N=167)	p-value
주관적 건강상태					
매우 건강한 편임	9.03	8.38	11.27	7.78	0.005
건강한 편임	23.53	15.57	29.58	26.35	
보통임	21.01	20.36	21.13	21.56	
조금 안 좋은 편임	28.57	29.94	29.58	26.35	
매우 안 좋은 편임	17.86	25.75	8.45	17.96	
흡연여부					
비흡연자(지금까지 파운적 없음)	76.68	86.23	79.58	64.67	0.000
현재 비흡연자	15.34	8.98	14.08	22.75	
흡연자	7.98	4.79	6.34	12.57	

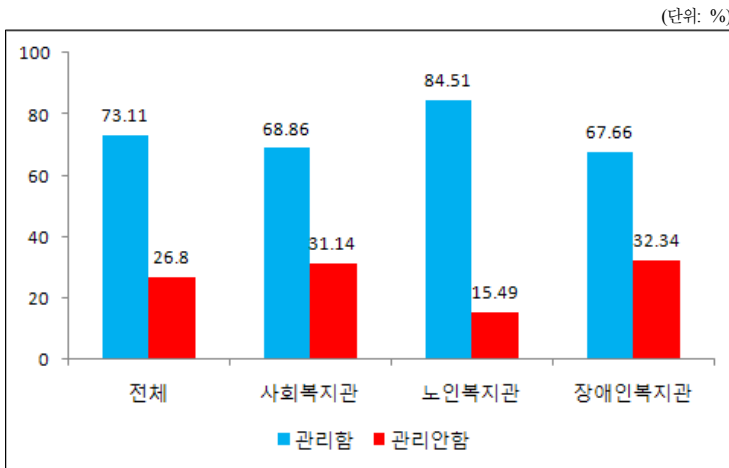
문항	전체 (N=479)	사회 복지관 (N=167)	노인 복지관 (N=142)	장애인 복지관 (N=167)	p-value
음주여부					
전혀 술을 하지 않음	67.44	73.65	71.83	75.49	0.073
최근 1년간 전혀 마시지 않음	6.09	3.59	3.52	10.78	
한달에 1번 미만	5.46	5.99	4.93	5.39	
한달에 1번 정도	5.88	4.79	6.34	6.59	
한달에 2-4번	5.88	3.59	4.93	8.98	
일주일에 2-3번	6.51	5.39	5.63	8.38	
일주일에 4번이상	2.73	2.99	2.82	2.40	
중등도 신체활동 여부					
전혀하지 않음	50.42	52.69	54.93	44.31	0.112
1일	8.19	11.38	4.93	7.78	
2일	11.76	6.59	12.68	16.17	
3일	10.71	11.98	8.45	11.38	
4일	3.36	1.80	5.63	2.99	
5일	6.51	4.79	6.34	8.38	
6일	1.26	1.20	0.70	1.80	
7일(매일)	7.77	8.58	6.34	7.19	
근력운동여부					
전혀하지 않음	64.50	76.65	55.63	59.88	0.002
1일	8.40	2.40	15.49	8.38	
2일	10.92	8.98	12.68	11.38	
3일	5.25	4.19	5.63	5.99	
4일	3.36	1.80	2.82	5.39	
5일 이상	7.56	5.99	7.75	8.98	
주관적 비만상태					
매우 마른 편임	7.98	9.58	8.45	5.99	0.040
약간 마른 편임	16.39	19.16	15.49	14.37	
보통임	48.11	49.10	51.41	44.31	
약간 비만임	23.32	20.96	21.83	26.95	
매우 비만임	4.20	1.20	2.82	8.38	
스트레스 정도					
대단히 많이 느낌	5.67	5.99	4.23	6.59	0.005
많이 느끼는 편임	14.92	19.76	7.75	16.17	
조금 느끼는 편임	44.12	33.53	54.23	46.11	
거의 느끼지 않음	35.29	40.72	33.80	31.14	
저작능력 정도(음식을 씹는데 있어서)					
매우 불편함	10.71	20.36	4.23	6.59	0.000
불편함	29.20	28.74	30.28	28.74	
그저 그러함	22.48	21.56	28.87	17.68	
별로 불편하지 않음	15.76	14.97	21.13	11.98	
전혀 불편하지 않음	21.85	14.37	15.49	34.73	

주: 중등도 신체활동 여부를 묻는 문항을 제외한 모든 문항에서 P 값이 95% 또는 90% 신뢰구간에서 통계적으로 유의하여 시설이용자간 건강상태의 차이가 있음을 알 수 있음

주관적 비만상태의 경우 응답자는 본인이 마른 편이기보다는 다소 비만이라고 생각하는 경향이 높았으며 응답자의 60~65%가 평소 조금이라도 스트레스를 받고 있는 것으로 나타났다. 또한 응답자의 62.39%가 음식을 씹는데 있어서 “그저 그렇거나” 불편함을 느끼고 있었다.

사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 모두 일차적으로 저소득층 및 노인들을 대상으로 운영되기 때문에 시설이용자의 건강상태는 대체로 낮음을 알 수 있다.

[그림 3-4] 평산시 건강관리 여부



주: Pearson $\chi^2(2) = 13.4335$, $Pr = 0.001$, 시설이용자간의 건강관리 시행 차이가 있음을 알 수 있음.

응답자 중 평소 건강관리를 하는 사람의 비율은 사회복지관은 68.86%, 노인복지관은 84.51%, 장애인복지관은 67.66%로 약 70% 이었으며, 주된 건강관리방법은 운동이었다. 금연, 절주, 운동, 비만 및 식생활개선, 만성질환관리, 스트레스/우울증 해소를 위한 건강관리를 위한 다양한 방법이 있음에도 불구하고 응답자의 대부분이 ‘운동’으로만 건강관리를 하고 있었다.

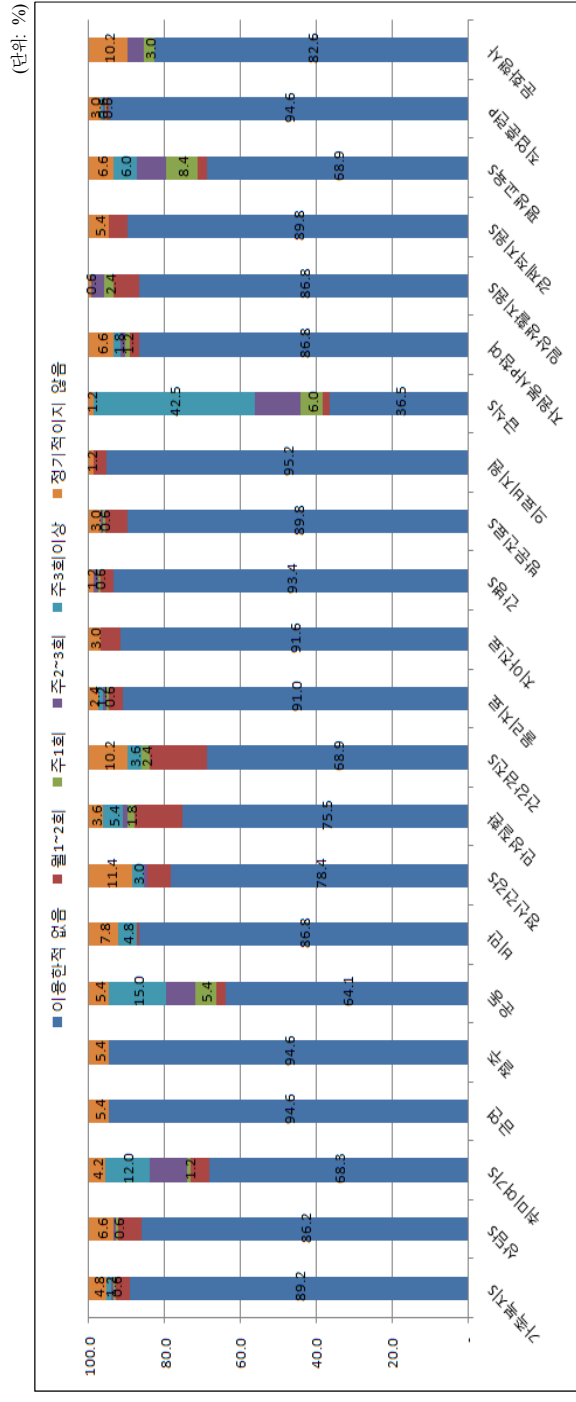
2. 시설 이용자의 복지관서비스 이용현황

가. 시설 이용자의 보건복지서비스 이용현황

[그림 3-5]와 같이 사회복지관 이용자가 주로 이용하는 서비스는 “취미여가서비스”와 “운동서비스”, 그리고 “급식서비스(식사배달, 밑반찬배달, 무료급식)”이었으며, 물리치료, 치아진료, 간병서비스, 방문진료서비스, 의료비지원 등의 보건의료서비스는 극히 일부만이 이용하였다. 대신 응답자의 37.1%가 건강검진서비스를 받아보았으며, 이러한 현상은 노인복지관에서도 나타난다. 노인복지관의 경우 사회복지관과의 차이점은 취미여가서비스, 운동서비스의 이용비율이 사회복지관에 비해 월등히 높은 반면 급식서비스 이용경험은 다소 낮다는 점이다.

장애인복지관 이용자 또한 취미여가서비스, 운동서비스, 급식서비스를 주로 이용하고 있으나 사회복지관 및 노인복지관 이용자에 비해 물리치료, 치아진료 등의 보건의료서비스와 일상생활지원서비스, 평생교육서비스, 직업훈련서비스 이용 경험이 높은 것으로 나타났다(그림 3-7 참조). 그러나 절대적인 수준으로 본다면 보건의료서비스 및 재활, 직업 훈련서비스 이용경험은 여전히 낮았다.

[그림 3-5] 시설복지관 서비스 이용여부(사회복지관, N=167)

[illegible]

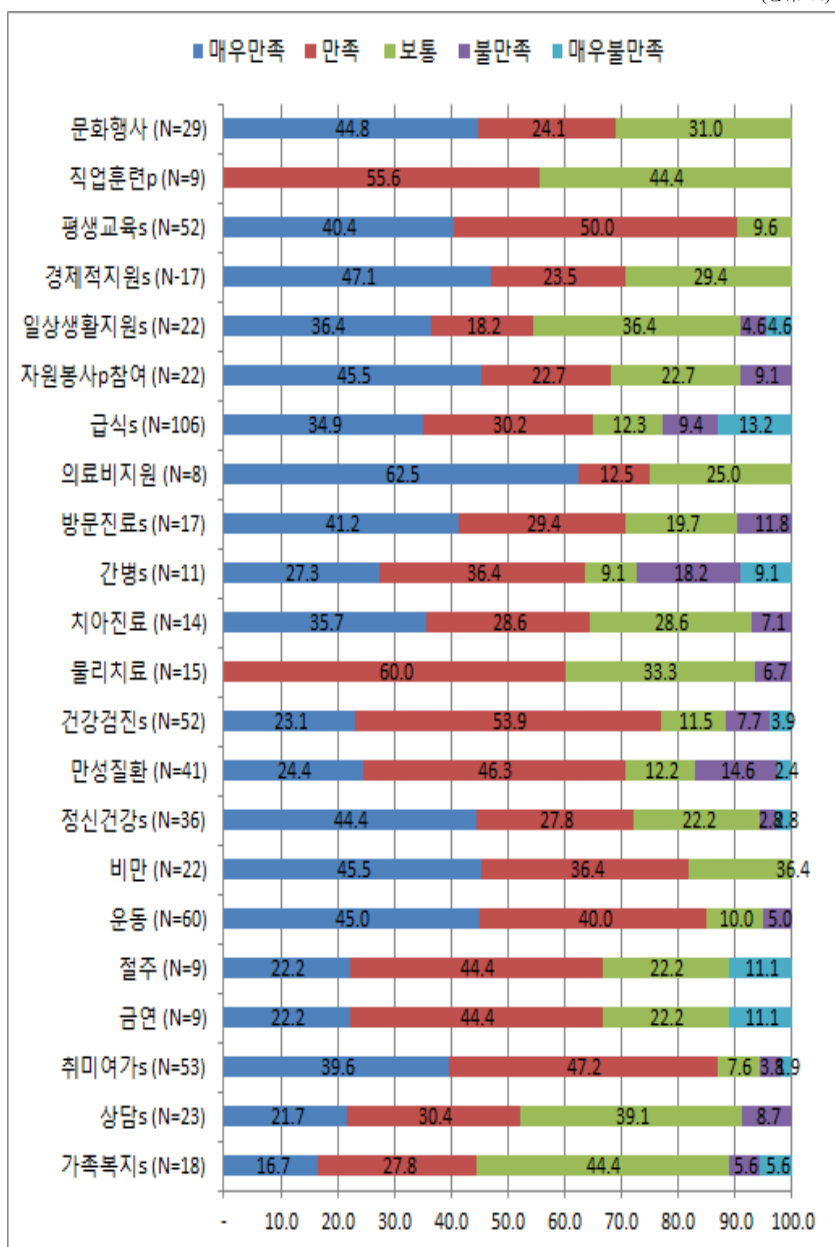
사회복지관의 경우, 이용자가 80%이상 “매우만족” 또는 “만족”이라고 응답한 서비스는 평생교육서비스, 취미여가서비스, 운동 및 비만서비스 이었으며, 이중 90%이상 “매우만족” 또는 “만족”이라고 응답한 서비스는 평생교육서비스였다. 반면 가족복지서비스와 상담서비스에 대한 만족도는 상대적으로 낮았다. 보건의료서비스의 경우 의료지원, 방문진료, 건강검진, 만성질환, 정신건강, 비만, 운동서비스에 대해 70% 이상 “매우만족” 또는 “만족”한다고 하였으며, 이 중에서도 운동과 비만의 만족도가 가장 높은 것으로 나타났다. 그러나 절주, 금연, 물리치료, 치아진료, 간병서비스는 이용자의 만족도가 상대적으로 낮았다(그림 3-8 참조).

노인복지관의 경우, 문화행사, 평생교육서비스, 자원봉사서비스, 급식, 건강검진, 비만, 운동, 취미여가서비스, 상담 및 가족복지서비스 등 복지서비스에 대한 만족도가 높은(“매우만족” 또는 “만족”의 비율이 80%인 경우) 반면 의료비지원, 방문진료, 간병, 치아진료서비스에 대한 보건의료서비스에 대한 만족도는 상대적으로 낮았다(그림 3-9 참조). 보건의료서비스의 이용 만족도가 낮은 것은 노인복지관에서 제공하는 주요 서비스가 복지 또는 운동, 비만 등의 건강증진서비스이다 보니 제공되는 서비스의 횟수 및 질이 다소 낮은 것으로 판단된다.

장애인복지관의 경우, 사회복지관과 노인복지관과는 달리 전체적으로 서비스 이용 만족도가 낮았다(그림 3-10 참조). 일상생활지원서비스, 급식서비스, 물리치료 정도를 제외하고는 대부분의 서비스 이용 만족도는 낮았는데 특히, 의료비지원, 방문진료, 간병, 치아진료, 정신건강서비스, 절주, 금연과 같은 보건의료 및 건강증진서비스에 대해서 서비스 이용 만족도가 상대적으로 낮았다. 또한 사회복지관과 노인복지관의 경우, 운동 및 비만과 같은 건강증진서비스에 대한 만족도는 물리치료, 치아진료 등의 보건의료서비스에 비해 높은 반면, 장애인복지관의 경우, 물리치료를 제외하고는 건강증진, 보건의료서비스 모두에서 낮은 만족도를 보였다.

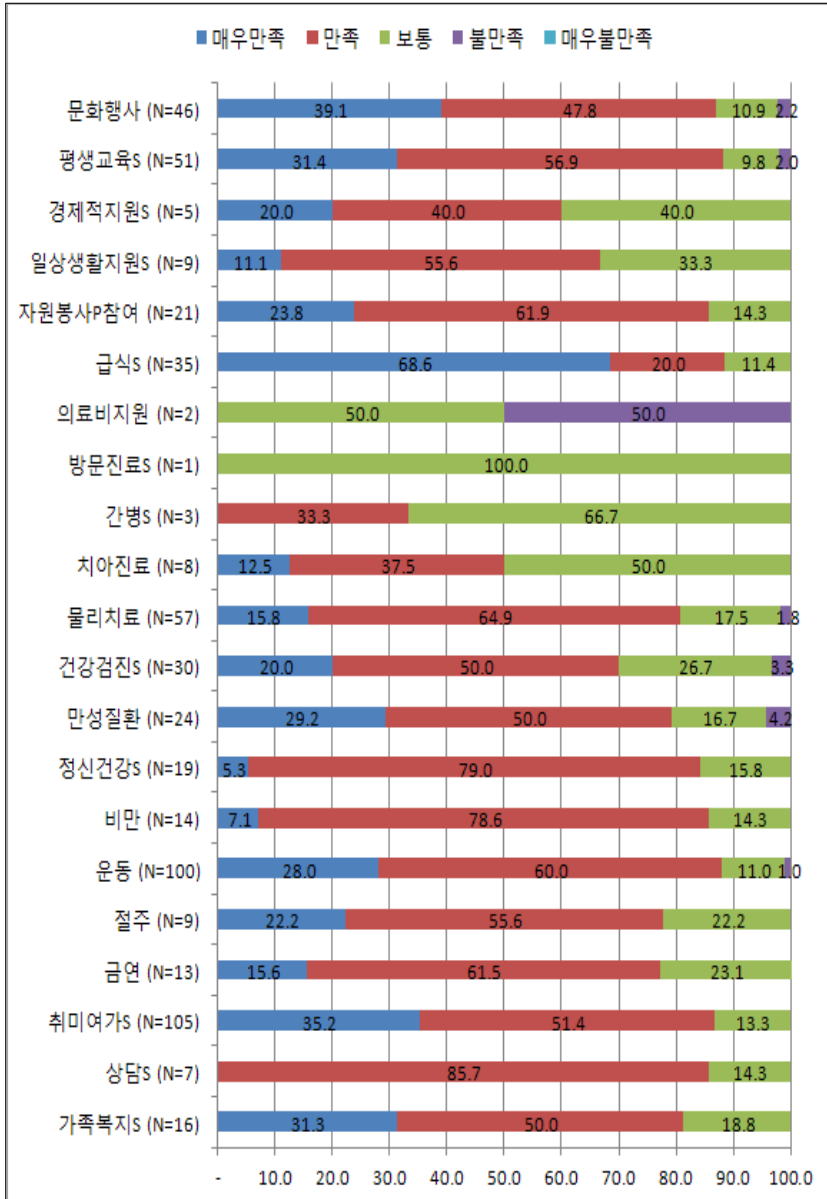
[그림 3-8] 시설복지관 제공서비스 이용 만족도(사회복지관)

(단위: %)

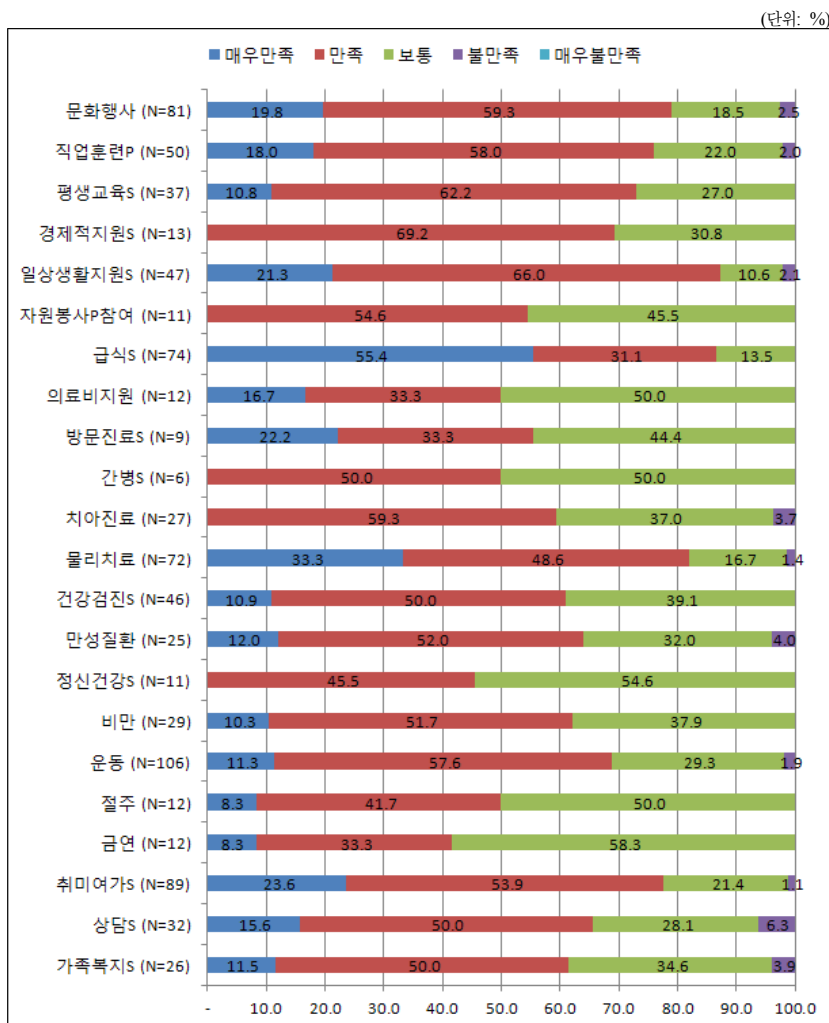


[그림 3-9] 시설복지관 제공서비스 이용 만족도(노인복지관)

(단위: %)



[그림 3-10] 시설복지관 제공서비스 이용 만족도(장애인복지관)

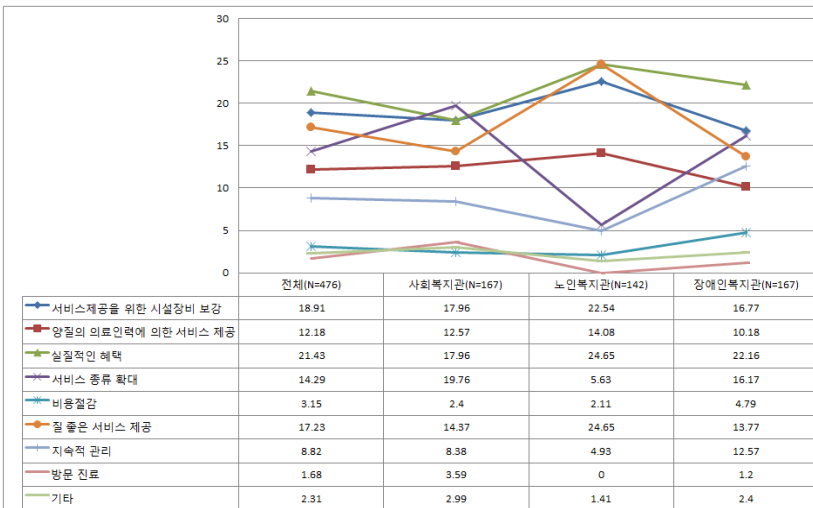


시설에서 제공하는 건강증진 및 보건의료서비스와 관련하여 가장 우선적으로 개선되어야 할 사항이 무엇인지 질문한 결과 사회복지관의 경우, “서비스 종류 확대(19.76%)”가 가장 개선되어야 할 사항이며, 그 다음으로 “서비스 제공을 위한 시설장비 보강(17.96%)” 및 “실질적인

혜택(17.96%)”이었다. 노인복지관의 경우 “지속적 관리” 및 “실질적인 혜택”이 건강증진 및 보건의료서비스와 관련하여 가장 개선되어야 할 사항으로 나타났으며(각각 24.65%), 이외 “서비스 제공을 위한 시설장비 보강(22.54%)”도 개선되어야 할 사항으로 뽑혔다. 장애인복지관에서는 “실질적인 혜택(22.16%)”과 “서비스 제공을 위한 시설장비 보강(16.77%)”이 가장 개선되어야 할 사항인 것으로 나타났다. 즉, 3가지 시설 모두 건강증진 및 보건의료서비스와 관련하여 가장 개선되어야 할 사항이 “실질적인 혜택”과 “서비스 제공을 위한 시설 보강”인 것으로 나타났다.

[그림 3-11] 시설복지관에서 제공하는 건강증진 및 보건의료서비스와 관련하여 가장 개선되어야 할 사항

(단위: %)



나. 시설 이용자의 건강증진 및 보건의료서비스 욕구

건강증진 및 보건의료서비스를 희망하였으나 받지 못한 경험의 비율은 사회복지관 17.96%, 노인복지관 7.75%, 장애인복지관 16.17%였으

며, 이 중 노인복지관에서의 미경험 비율이 가장 낮았다.

미충족 욕구를 충족시키기 위해 타 기관으로의 소개 또는 연결의 노력을 했는지 묻는 질문에 사회복지관은 53.3%, 노인복지관은 45.45%, 장애인복지관은 59.26%가 이용자의 건강증진 및 보건의료서비스 욕구를 해결하기 위해 노력을 한 것으로 나타났다.

〈표 3-5〉 건강증진 및 보건의료서비스를 희망하였으나 받지 못한 경험 유무

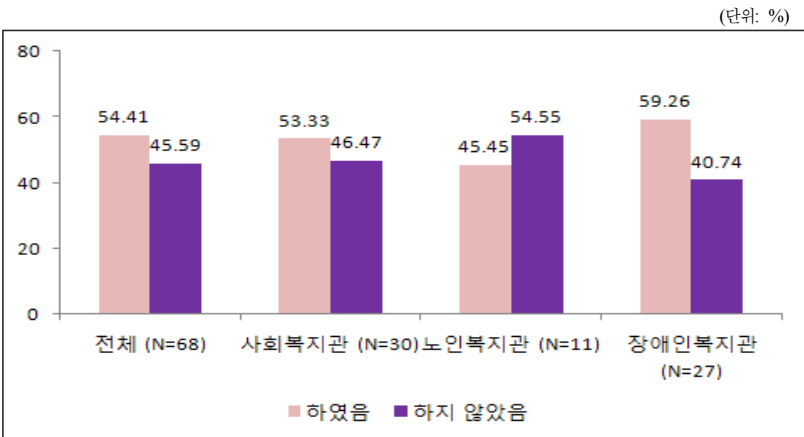
(단위: 명, %)

구분	전체 (N=476)	사회복지관 (N=167)	노인복지관 (N=142)	장애인복지관 (N=167)
있음	68 (14.29)	30 (17.96)	11 (7.75)	27 (16.17)
없음	408 (85.71)	137 (82.04)	131 (92.25)	140 (83.83)

주: Pearson $\chi^2(2) = 7.2873$ Pr = 0.026, 95% 신뢰구간에서 통계적으로 유의

특히, 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 중 장애인복지관에서 이용자의 미충족 욕구를 해결하기 위한 노력이 가장 높았다.

〔그림 3-12〕 시설복지관에서 희망하는 서비스를 받도록 타 기관으로의 소개/연결 노력 여부



주: Pearson $\chi^2(2) = 0.6256$ Pr = 0.731, 95% 신뢰구간에서 통계적으로 유의하지 않음

3. 건강증진 및 보건의료서비스 연계 현황

시설 이용자 중 타 기관에서 제공하는 건강증진 및 보건의료서비스를 이용한 경험은 사회복지관 46.11%, 노인복지관 52.82%, 장애인복지관 53.29%로 이용자의 절반정도가 이용시설 외 타 기관에서 서비스를 이용한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 이중 장애인복지관 이용자가 사회복지관 및 노인복지관 이용자에 비해 타 기관 제공 서비스 이용 경험 다소 높았다. 그러나 시설이용자간 이용 경험 차이는 통계적으로는 유의하지 않았다.

〈표 3-6〉 타 기관 제공서비스(건강증진 및 보건의료서비스) 이용 경험 유무

(단위: 명, %)

타 기관제공서비스 경험유무	전체 (N=476)	사회복지관 (N=167)	노인복지관 (N=142)	장애인복지관 (N=167)
있음	241 (50.63)	77 (46.11)	75 (52.82)	89 (53.29)
없음	235 (49.37)	9 (5.39)	67 (47.18)	78 (46.71)

주: Pearson $\chi^2(2) = 2.1119$ Pr = 0.348

주로 연계받아 이용하는 서비스로는 사회복지관은 건강검진(42.9%)과 만성질환관리(19.5%)인 반면 노인복지관은 건강검진(30.7%) 및 물리치료(30.7%), 운동(29.3%)이었으며 장애인복지관은 물리치료(55.6%)와 운동(30.3%)이었다. 장애인복지관은 물리치료 및 운동서비스 외 건강검진서비스, 치아관련 진료, 금연서비스 등 타 기관에서 연계받은 서비스가 다양하였다.

서비스 연계기관으로는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 모두 보건소(지소/진료소)가 가장 많았으며, 그 다음으로 병의원과 복지시설 순이었다.

〈표 3-7〉 서비스 연계로 받아보았던 건강증진 또는 보건의료서비스 종류(복수응답)

(단위: %)

서비스종류	전체 (N=241)	사회복지관 (N=77)	노인복지관 (N=75)	장애인복지관 (N=167)
서비스 종류				
금연	8.3	5.2	2.7	15.7
절주	2.9	-	2.7	5.6
운동	25.7	16.9	29.3	30.3
비만	8.7	11.7	6.7	7.9
정신건강	10.8	13.0	8.0	11.2
만성질환	13.7	19.5	17.3	5.6
건강검진	32.0	42.9	30.7	23.6
물리치료	33.2	10.4	30.7	55.6
치아관련진료	9.1	11.7	2.7	12.4
간병	0.8	-	1.3	1.1
방문진료	6.6	10.4	2.7	6.7
기타	4.6	1.3	8.0	4.5
서비스제공기관				
병의원	33.2	19.5	38.7	40.5
한방병원	6.6	3.9	8.0	7.9
치과	3.3	2.6	1.3	5.6
약국	2.9	1.3	1.3	5.6
요양시설(장기요양센터)	1.2	-	-	3.4
보건소/지소/진료소	66.4	77.9	57.3	64.0
복지시설	20.8	23.4	14.7	23.6
종교단체	0.8	1.3	-	1.1
민간봉사단체	1.7	13.0	-	3.4

연계해서 서비스를 받기까지의 과정에 대한 만족도를 묻는 질문에 사회복지관 이용자의 79.22%가 “매우만족” 또는 “만족”이라고 응답하였으며, 노인복지관 이용자는 82.66%가, 장애인복지관 이용자는 77.53%가 만족하다고 응답하였다. 대부분의 이용자가 서비스 연계과정에 만족하고 있었으며, 일부 불만족하는 경우 불만족 이유로는 “원하는 서비스와 다른 서비스를 받아서”, “최종서비스를 받기까지 많은 시간이 소요되어서” 또는 “최종서비스를 받기까지 여러 단계의 기관을 거쳐야 해서”였다.

〈표 3-8〉 연계서비스에 대한 만족도 및 불만족시 불만족 이유

(단위: %)

연계해서 서비스를 받기까지 과정에 대한 만족도	전체 (N=241)	사회복지관 (N=77)	노인복지관 (N=75)	장애인복지관 (N=167)
매우만족	19.50	25.97	9.33	22.47
만족	60.17	53.25	73.33	55.06
보통	18.26	19.48	16.00	19.10
불만족	1.66	1.30	1.33	2.25
매우불만족	0.41	-	-	1.12
불만족 이유	전체 (N=5)	사회복지관 (N=1)	노인복지관 (N=1)	장애인복지관 (N=3)
최종서비스를 받기까지 여러 단계의 기관을 거쳐야 해서	20.0	-	-	33.3
최종서비스를 받기까지 많은 시간이 소요되어서	40.0	-	100.0	33.3
원하는 서비스와 다른 서비스를 받게 되어서	20.0	100.0	-	-
기타	20.0	-	-	33.3

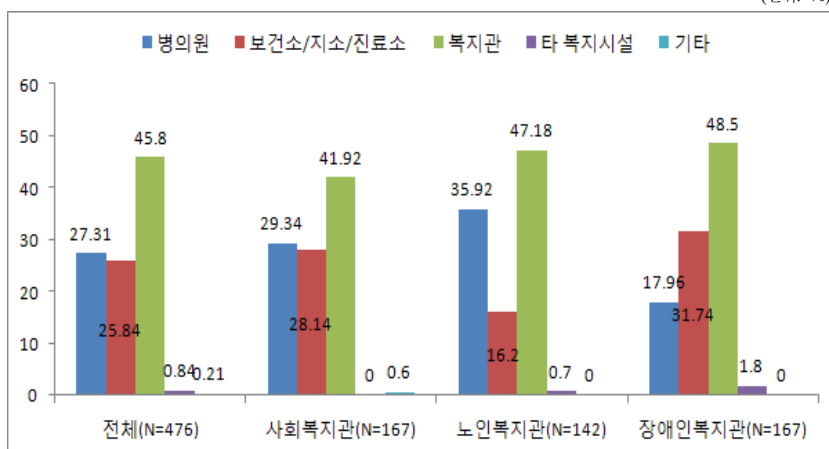
금연, 절주, 운동, 비만 및 식생활 개선 서비스를 받기 위해 평소 방문하는 기관은 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 모두 복지관인 것으로 나타났다. 타 복지시설 이용은 전체 0.84%에 불과했다(그림 3-13 참조). 시설종류를 불문하고 복지관 및 타 복지시설을 이용하는 주된 이유는 “주로 이용하는 곳이라서”가 56.05%로 가장 많았으며, “집과 가까워서”가 23.32%로 그 다음으로 많았다. 이 외 “그곳에 가면 도움을 줄 수 있는 사람이 있을 것 같아서”도 17.04%였다.

반면, 정신건강서비스를 받기 위해 평소 방문하는 기관은 병원 39.5%, 복지관 36.13%로 주로 병원과 복지관이었으며, 정신건강서비스의 경우 복지관보다는 병원 이용이 상대적으로 높았지만 장애인복지관은 병원 이용보다 복지관 이용(29.94% vs. 38.92%)이 더 높았다(그림 3-14 참조). 이용자가 정신건강서비스를 받기 위해 복지관 및 타

복지시설을 찾는 이유는 금연, 절주, 운동, 비만 등과 같은 건강증진서비스 이용이유와 동일하였다.

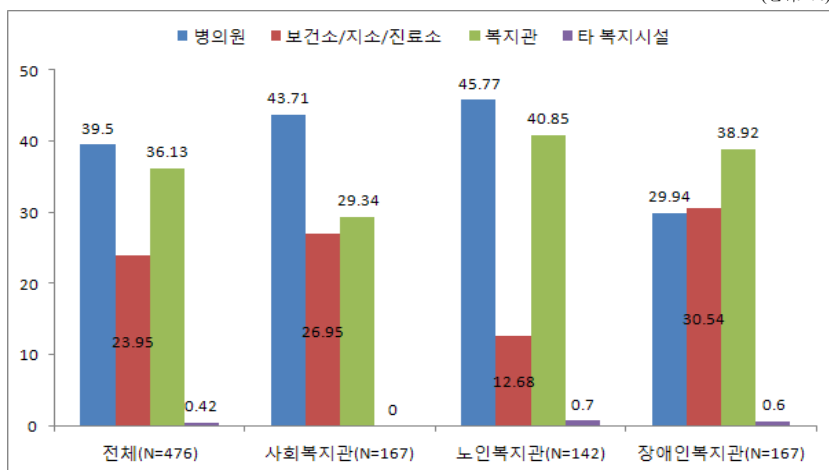
[그림 3-13] 금연, 절주, 운동, 비만 및 식생활 개선 서비스를 받기 위한 평소 방문기관

(단위: %)



[그림 3-14] 정신건강 서비스를 받기 위한 평소 방문기관

(단위: %)

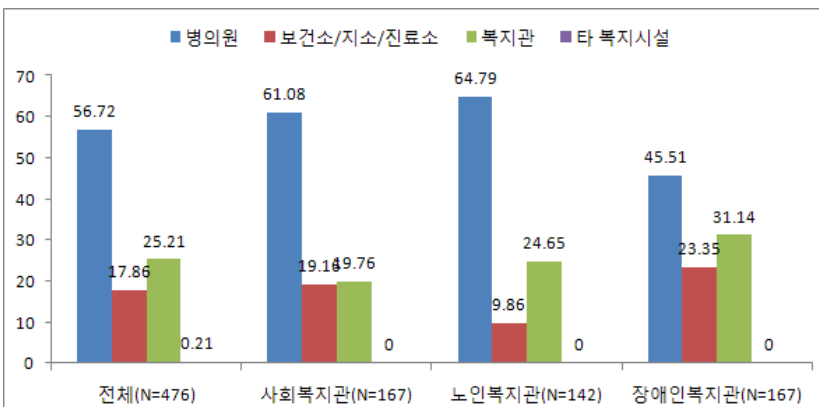


간병서비스, 물리치료, 재활치료, 건강검진, 만성질환관리, 방문진료 등과 같은 보건의료서비스의 경우 평소 서비스를 받기 위해 방문하는 곳은 병의원이었다. 그러나 장애인복지관의 경우 병의원 이용률은 노인복지관(64.79%)이 가장 높은 반면 장애인복지관(45.51%)은 낮았다. 장애인복지관의 경우 병의원의 이용도가 높았지만 병의원 이용 못지않게 복지관 이용(45.51% vs. 31.14%) 또한 높았다.

보건의료서비스를 받기 위해 병의원이 아닌 복지관 또는 타 복지관을 이용하는 이유는 “평소 자주 이용하는 곳이라서”가 64.46%로 가장 많았으며 “집이 가까워서” 이용하는 경우도 21.49% 있었다.

[그림 3-15] 보건의료서비스를 받기 위한 평소 방문기관

(단위: %)



주: Pearson $\chi^2(6) = 20.6251$ Pr = 0.002, 95% 신뢰구간에서 통계적으로 유의

제3절 기관조사 결과

1. 조사기관의 일반적 특성

기관조사는 사회복지관 7개, 노인복지관 6개, 장애인복지관 7개, 장애

인주간보호시설 3개, 장애인단기보호시설 2개, 양로시설 6개, 아동양육 시설 3개, 모자보호시설 1개, 지역자활센터 7개, 다문화가족지원센터 6개 등 총 48개 시설을 대상으로 실시하였으나(표 3-1 참조) 조사기관 중 모자보호시설은 응답결과가 저조하여 분석시 제외하였다. 기관조사에 서는 시설에서 제공하는 건강증진 또는 보건의료서비스 제공 현황, 서비스 욕구발생시 시설의 욕구해결 방식, 타 기관과의 보건복지서비스 연계 현황 등을 살펴보았으며, 분석결과는 다음과 같다.

47개 조사기관의 평균 시설 종사자수는 18.9명(최소 3명, 최대 75명)이며, 이중 보건의료와 관련된 종사자 수는 평균 1.5명(최소 0명, 최대 8명)이었는데, 대부분이 간호사와 물리치료사였다. 하루 평균 시설 이용자(또는 생활시설 거주자) 수는 262.2명(최소 10명, 최대 1,500명)이며, 종사자 및 이용자 규모는 시설유형에 따라 큰 차이를 보였다.

보건의료와 관련된 시설과 장비를 구비하고 있는 곳은 총 27개 기관(조사기관 중 57.45%)으로 조사기관의 절반정도가 보건의료 관련 시설 장비를 보유하고 있었다. 주요 시설장비는 물리치료실/물리치료장비, 혈압, 혈당계, 체온계, 체중계였다. 급식시설은 전체 조사기관 중 70.21%(33개 기관) 기관이 갖추고 있었으나 이 중 57.58%만이 영양사하에 급식시설을 운영하고 있었다.

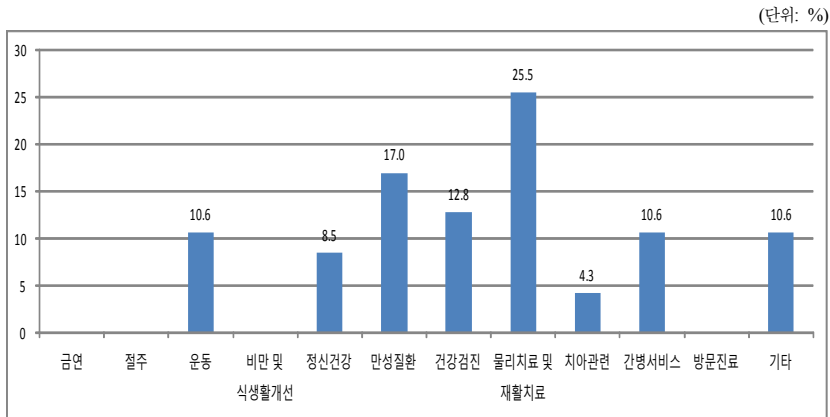
2. 건강증진 및 보건의료서비스 제공 현황

각 기관에서 제공하고 있는 건강증진 및 보건의료서비스 제공 현황을 살펴보기 위해 시설 이용자들이 가장 많이 찾는 건강증진 및 보건의료 서비스 종류와 현재 기관에서 제공하는 서비스 현황을 살펴보았다.

조사결과 시설 이용자 중 가장 많이 찾는 건강증진 및 보건의료서비스는 물리치료 및 재활서비스(25.5%)였으며, 그 다음으로 만성질환

(17.0%), 건강검진서비스(12.8%) 순이었다. 대부분이 보건의료서비스였으며, 금연, 절주, 비만 및 식생활개선 서비스와 같은 건강증진서비스는 해당 사항이 없는 것으로 나타났다.

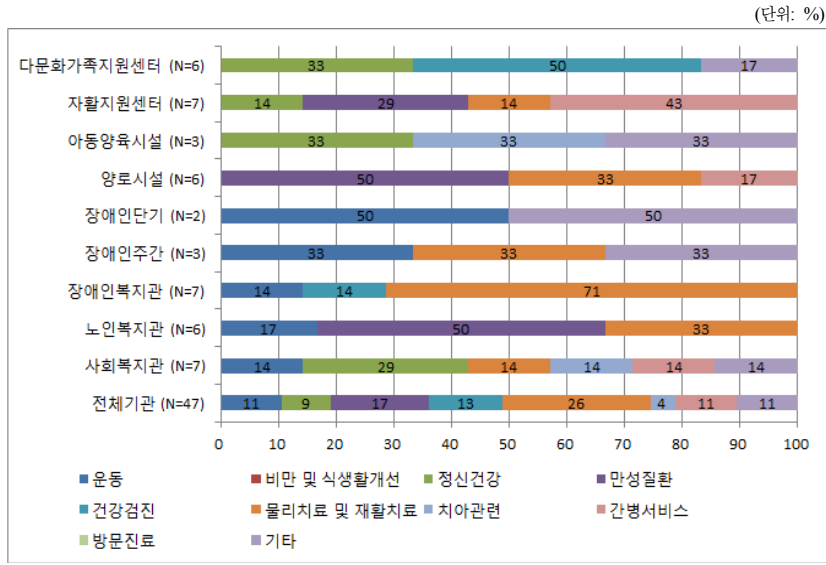
[그림 3-16] 시설 이용자들이 가장 많이 찾는 건강증진 및 보건의료서비스 종류



이를 시설별로 살펴보면(그림 3-17 참조), 사회복지관에서 가장 많이 찾은 서비스는 정신건강서비스였으며, 이외 운동, 물리치료/재활치료, 치아관련서비스, 간병서비스 외 기타서비스 등이었다. 노인복지관은 사회복지관과는 달리 만성질환서비스와 물리치료/재활치료를 가장 많이 찾는 것으로 나타났으며, 장애인복지관은 물리치료/재활치료를, 장애인주간보호시설은 운동, 물리치료/재활치료, 치아관련서비스를, 장애인단기보호시설은 운동서비스와 기타 병원진료서비스를 가장 많이 찾는 것으로 나타났다.

한편 양로시설은 만성질환서비스를, 아동양육시설은 치아관련서비스와 기타 병원진료서비스를, 그리고 자활지원센터는 간병서비스와 만성질환서비스를 가장 많이 찾았으며, 다문화가족지원센터는 건강검진서비스와 정신건강서비스를 가장 많이 찾는 것으로 나타났다.

[그림 3-17] 시설별 이용자들이 가장 많이 찾는 건강증진 및 보건의료서비스 종류



시설별 건강증진 및 보건의료서비스 제공현황은 <표 3-9>와 같다. 표에서와 같이 총 7개의 사회복지관 중 건강검진서비스를 제공하는 기관은 6곳, 운동, 치아관련 진료를 제공하는 기관은 5곳, 만성질환서비스, 의료비지원서비스를 제공하는 기관은 4곳이었으며, 금연, 비만 및 식생활개선서비스, 정신건강, 간병서비스를 제공하는 기관은 3곳, 절주서비스를 제공하는 기관은 2곳, 물리치료/재활치료를 제공하는 기관은 1개였다. 이렇듯 일부 기관에서 건강증진 및 보건의료서비스를 제공하고 있었으며, 기관 중 건강증진 및 보건의료서비스를 가장 많이 제공하는 기관은 장애인복지관과 노인양로시설, 그리고 사회복지관이었다.

〈표 3-9〉 시설별 건강증진 및 보건의료서비스 제공 현황(복수응답)

서비스 종류		사회복지관 (N=7)	노인복지관 (N=6)	장애인복지관 (N=7)	장애인보호시설		노인양육시설 (N=6)	아동양육시설 (N=3)	자활지원센터 (N=7)	다문화가족 지원센터 (N=6)
					주거(N=3)	단기(N=2)				
건강 증진	금연	3 (7.7)	2 (6.1)	4 (8.5)	2 (10.5)	2 (10.5)	2 (4.5)	3 (10.0)	2 (11.1)	1 (4.8)
	절주	2 (5.1)	2 (6.1)	1 (2.1)	1 (5.3)	2 (10.5)	2 (4.5)	2 (6.7)	3 (16.7)	1 (4.8)
	운동	5 (12.8)	5 (15.2)	7 (14.9)	3 (15.8)	2 (10.5)	6 (13.6)	2 (6.7)	1 (5.6)	4 (19.0)
	비만 및 식생활	3 (7.7)	3 (9.1)	4 (8.5)	3 (15.8)	1 (5.3)	3 (6.8)	3 (10.0)	1 (5.6)	3 (14.3)
보건 의료	정신건강	3 (7.7)	4 (12.1)	4 (8.5)	1 (5.3)	1 (5.3)	6 (13.6)	3 (10.0)	4 (22.2)	3 (14.3)
	만성질환	4 (10.3)	5 (15.2)	4 (8.5)	1 (5.3)	2 (10.5)	6 (13.6)	3 (10.0)	1 (5.6)	3 (14.3)
	건강검진	6 (15.4)	3 (9.1)	5 (10.6)	1 (5.3)	1 (5.3)	4 (9.1)	3 (10.0)	2 (11.1)	3 (14.3)
	물리치료 및 재활치료	1 (2.6)	6 (18.2)	6 (12.8)	1 (5.3)	2 (10.5)	5 (11.4)	2 (6.7)	-	-
	치아관리진료	5 (12.8)	-	4 (8.5)	3 (15.8)	1 (5.3)	4 (9.1)	3 (10.0)	-	2 (9.5)
	간병서비스	3 (7.7)	1 (3.0)	2 (4.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	2 (4.5)	3 (10.0)	3 (16.7)	-
	병문진료	-	2 (6.1)	2 (4.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	2 (4.5)	1 (3.3)	-	-
주요 서비스 종류	의료비지원	4 (10.3)	-	4 (8.5)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (4.5)	2 (6.7)	1 (5.6)	1 (4.8)
	합계	39 (100.0)	33 (100.0)	47 (100.0)	19 (100.0)	19 (100.0)	44 (100.0)	30 (100.0)	18 (100.0)	21 (100.0)
	건강증진	교육 및 홍보	교육 및 홍보	상담지도	교육 및 상담지도	-	교육 및 상담지도	교육 및 상담지도	교육 및 상담지도	교육 및 홍보 및 교육
보건 의료	정신, 만성질환	교육 및 상담지도	교육 및 상담지도	교육, 홍보 및 상담지도	상담지도	상담지도	교육 및 상담지도	교육 및 상담지도	교육 및 상담지도	교육 및 홍보

(단위: 기관, %)

서비스 종류	사회복지관 (N=7)	노인복지관 (N=6)	장애인복지관 (N=7)	장애인보호시설		노인양로시설 (N=6)	아동양육시설 (N=3)	자활지원센터 (N=7)	다문화가족 지원센터 (N=6)
				주거(N=3)	단기(N=2)				
기타	기초건강검진, 물리치료, 무릎치과검진, 가사서비스, 간병인교육, 진료비지원 등	기초건강검진, 물리치료, 온열치료, 노인돌봄 서비스, 경로당 자원 방문진료 등	기초건강검진, 물리치료, 무릎치과검진, 치아관리, 대소변처리 서비스, 가사서비스, 생활활동보조 서비스, 가정방문 의료진단, 병원비지원, 결원후원 등	기초건강검진, 물리치료, 무릎치과검진, 가사서비스, 생활활동보조 서비스, 방문진단 등	기초건강검진, 구강검진 등	기초건강검진, 물리치료, 통증완화치료, 무릎치과검진, 수발서비스, 식사보조 서비스, 협력병원 방문진료, 병원비지원 등	기초건강검진, 물리치료, 무릎치과검진, 협력의원 방문진료, 의료비 정부보조지원 등	가사바우처, 병원진료비 감액 등	기초건강검진, 무릎치과검진, 병원비지원 등
주요 미제공 이유	건강증진	수요, 서비스 영역아님	인력상의 문제, 서비스영역 아님	서비스영역 아님	수요, 인력상의 문제	서비스영역 아님	서비스영역 아님	서비스영역 아님	서비스영역 아님
	보건의로	서비스영역 아님	재정상의 문제, 서비스영역 아님	서비스영역 아님	인력, 재정, 장비, 수요상의 문제	서비스영역 아님	서비스영역 아님	서비스영역 아님	서비스영역 아님

주로 제공하는 서비스로는 장애인복지관은 운동서비스와 물리치료/재활치료, 그리고 건강검진서비스였으며, 노인양로시설은 운동, 정신건강, 만성질환서비스와 물리치료/재활치료서비스였다. 사회복지관은 운동과 건강검진 그리고 치아관련 진료서비스를 가장 많이 제공하고 있는 것으로 나타났다. 기관에서 제공하는 서비스들은 앞서 살펴본 시설이용자들이 가장 많이 찾는 서비스와 유사했다. 건강증진 및 보건의료서비스를 제공하지 않는 주된 이유는 “건강증진 및 보건의료서비스는 해당 시설에서 제공해야 할 서비스가 아니기 때문”이며, 이러한 응답은 장애인주간보호시설, 노인양로시설, 아동양육시설, 자활지원센터, 다문화가족지원센터에서 높았다. 실제 <표 3-10>에서와 같이 사회복지시설의 주요 기능은 보건소 등과 같이 질병예방, 진료, 건강증진이 아니기 때문에 건강증진 및 보건의료서비스 제공은 본 시설의 서비스 영역이 아니라고 생각할 수 있다. 그러나 이러한 응답은 사회복지시설 이용 대상자의 대부분이 저소득층, 장애인, 노인, 아동, 여성 등과 같은 취약계층이라는 점과 이용자의 건강한 삶을 위해서는 복지와 함께 보건의료서비스 제공이 중요함을 고려할 때 서비스 제공기관들의 건강증진 및 보건의료서비스 제공에 대한 인식이 낮다고 볼 수 있다.

〈표 3-10〉 기관별 주요기능

기관명	주요기능
사회복지관	지역사회를 기반으로 일정한 시설과 전문 인력을 갖추고 지역주민의 참여와 협력을 통하여 지역사회복지문제를 예방하고 해결하기 위하여 종합적인 복지서비스를 제공
노인복지관	노인의 교양·취미생활 및 사회참여활동 등에 대한 각종 정보와 서비스를 제공하고, 건강증진 및 질병예방과 소득보장·재가복지, 그 밖에 노인의 복지증진에 필요한 서비스를 제공
장애인복지관	장애인에 대한 각종 상담 및 사회심리, 교육, 직업, 의료재활 등 장애인의 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스를 제공하고 장애에 대한 사회적 인식 개선사업수행

기관명	주요기능
장애인주간 보호시설	장애인을 주간에 일시 보호하여 장애인에게 필요한 재활서비스 제공
장애인단기 보호시설	보호자의 일시적 부재 등으로 도움이 필요한 장애인에게 단기간 주거서비스, 일상생활지원서비스 지역사회생활서비스 제공
노인양로시설	노인을 입소시켜 급식과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공
아동양육시설	보호를 필요로 하는 아동을 입소시켜 보호, 양육
자활지원센터	근로능력이 있는 저소득층에게 집중적·체계적인 자활지원서비스를 제공함으로써 자활의욕 고취 및 자립능력 향상
다문화가족 지원센터	다문화가족의 안정적인 정착과 가족생활을 지원하기 위해 한국 어문화교육, 가족교육 상담, 자녀지원, 직업교육 및 다문화인식 개선 등 다양한 프로그램을 통합적으로 제공 및 연계

자료: http://www.mw.go.kr/front_new/policy/index.jsp

3. 건강증진 및 보건의료서비스 연계 현황

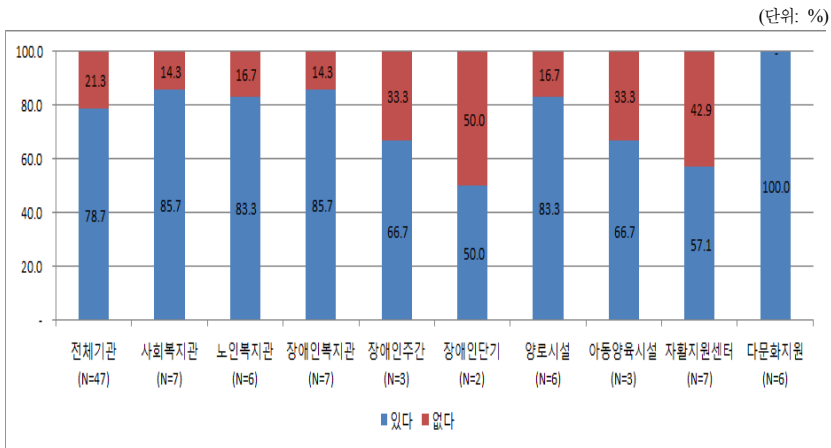
사회복지시설들이 시설이용자의 건강증진 및 보건의료서비스 욕구를 해결하기 위한 타 복지시설 및 보건의료서비스 기관과의 협력체계를 구축하고 있는지, 연계대상기관 확장 차원에서 그리고 연계협력 정도 측면에서 서비스 협력체계 강화의 필요성은 어느 정도인지, 실제 타 기관과 연계하여 건강증진 및 보건의료서비스를 제공했는지 여부, 제공하였다면 제공 상의 어려웠던 점은 무엇인지를 파악하기 위해 기관의 건강증진 및 보건의료서비스 연계현황을 살펴보았다.

전체 조사기관 중 78.7%가 시설 이용자의 건강증진 및 보건서비스 욕구 충족을 위해 타 기관과의 협력체계를 구축하고 있었으며, 기관 중 다문화가족지원센터는 100%, 반면 장애인단기보호시설은 50%만이 협력체계를 구축하고 있었다(그림 3-18 참조).

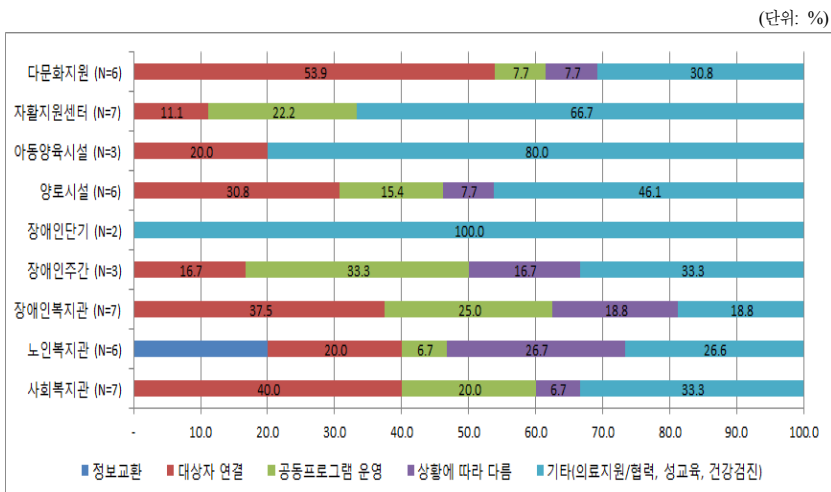
주요 협력내용은 기타로 주로 의료협진, 진료, 건강검진서비스, 성교육이었으며, 이외 대상자 연결도 상당수 있었다. 협력체계 구축시 주요 협

력기관으로는 의료기관인 보건소(보건지소, 보건진료소 포함)와 민간병의원시설 가장 많았으며, 이외 다문화가족지원센터가 주요 협력기관으로 나타났다(그림 3-19, 20 참조).

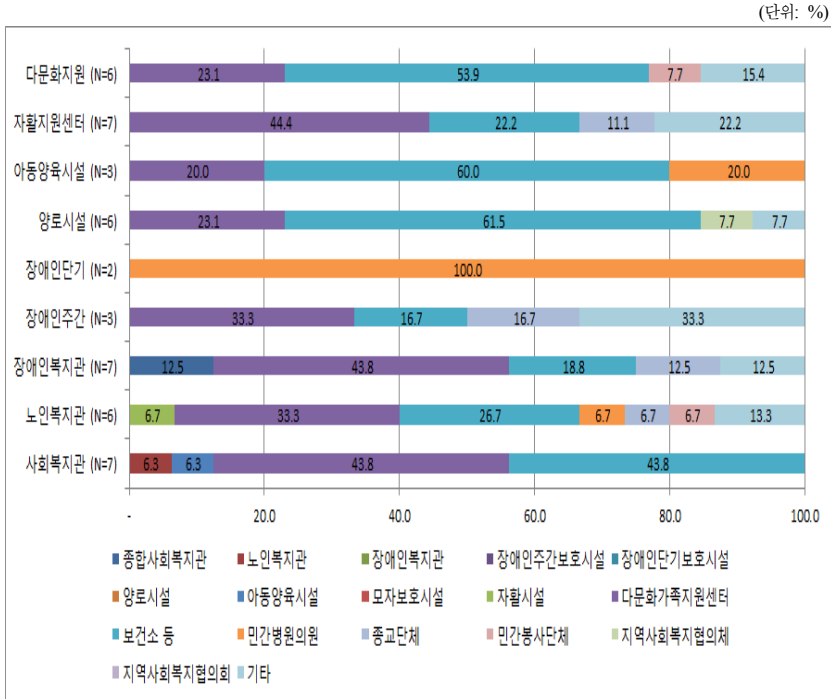
[그림 3-18] 건강증진 및 보건의료부분 연계를 위한 협력체계 구축 여부



[그림 3-19] 협력체계 구축시 주된 협력내용(복수응답)



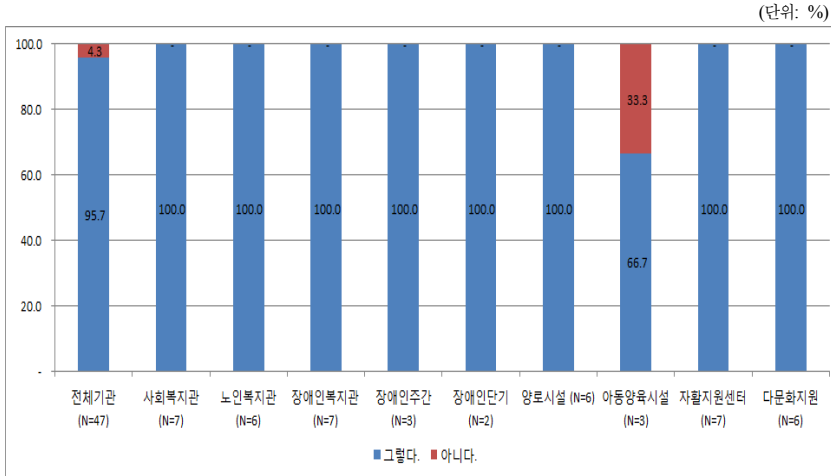
[그림 3-20] 협력체계 구축시 주된 협력기관(복수응답)



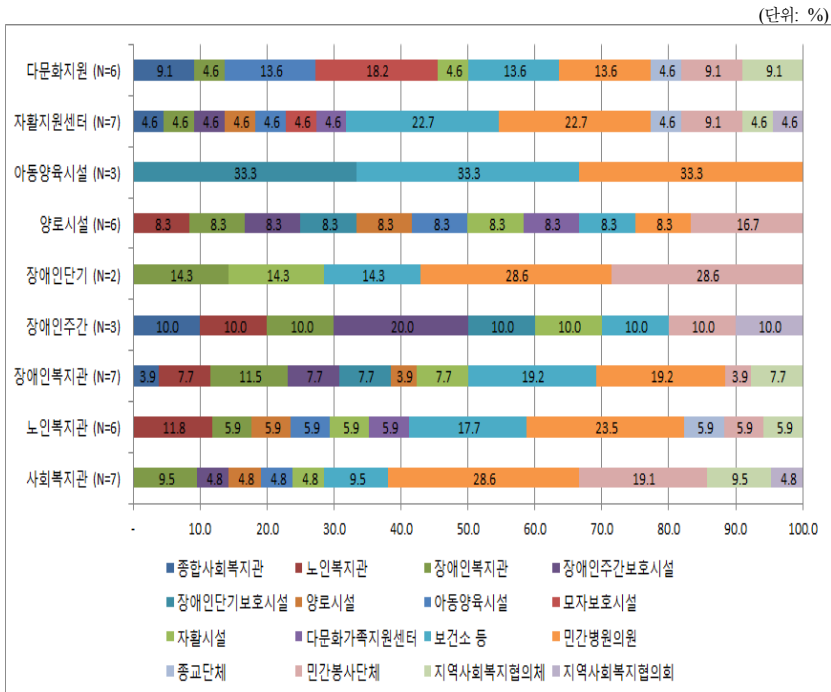
“연계대상기관 확장 차원에서 앞으로 협력체계가 강화되어야 한다고 생각하느냐”에 대한 질문에 조사 기관의 95.7%가 협력체계를 강화해야 한다고 응답하였으며(그림 3-21 참조), 협력기관으로 더 포함되어야 할 기관으로는 보건소, 민간병원의원시설, 민간봉사단체 등을 들었다. 시설별 향후 포함되어야 할 협력기관은 [그림 3-22]과 같다.

연계대상 확장 차원에서 타 기관과의 연계협력 강화와 마찬가지로 “연계협력 정도 측면에서 앞으로 타 기관과의 협력체계가 강화되어야 한다고 생각하느냐”에 대한 질문에 조사 기관 대부분이 협력체계를 강화해야 한다고 응답하였다(그림 3-23 참조).

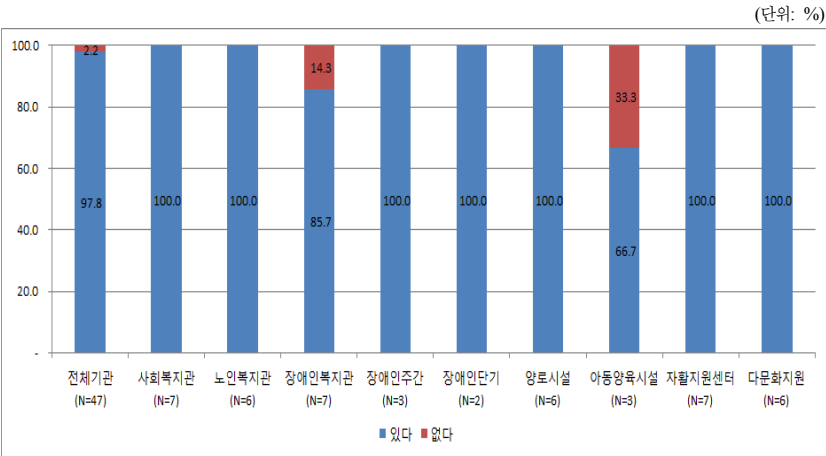
[그림 3-21] 연계대상기관 확장 차원에서의 협력체계 강화 필요성



[그림 3-22] 대상협력기관으로 포함되어야 할 기관(중복응답)

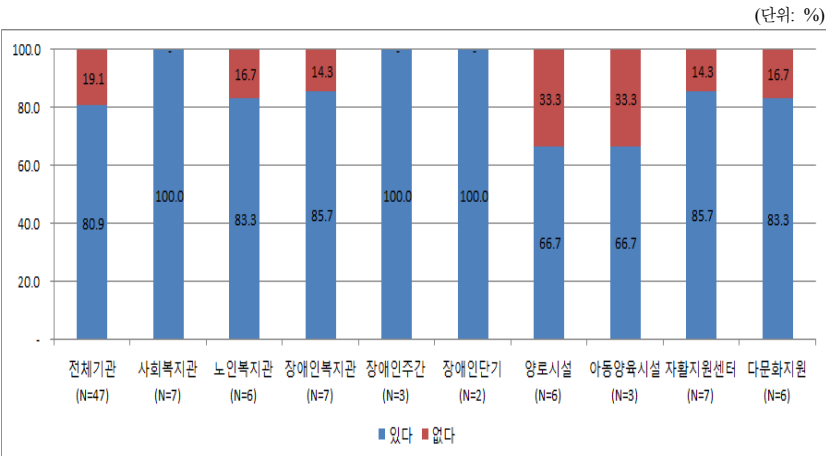


[그림 3-23] 연계협력 정도 측면에서 협력체계 강화 필요성



사회복지시설들이 시설이용자들의 건강증진 및 보건의료서비스 욕구 충족을 위해 충분한 자체 서비스 및 연계서비스를 갖추고 있지 않지만 향후 연계대상기관 확장 차원 또는 연계협력 정도 측면에서 협력체계 필요성에 대해 강하게 인식하고 있음을 알 수 있다.

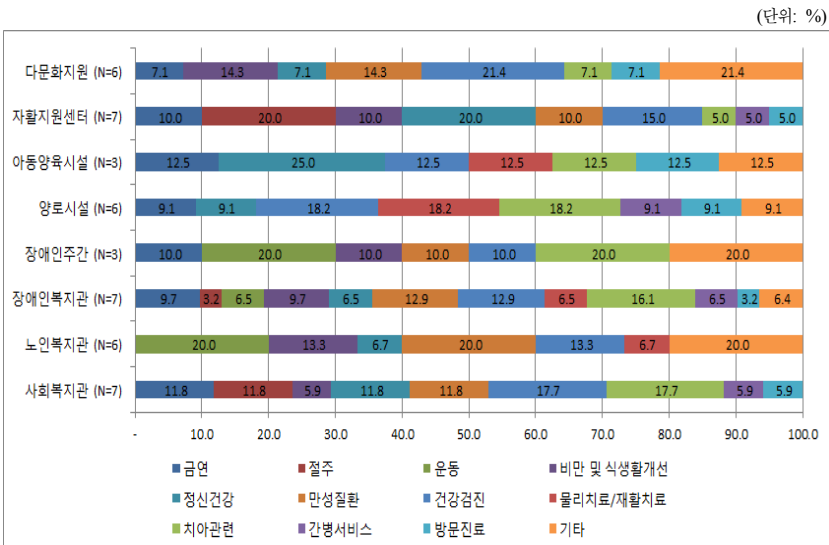
[그림 3-24] 타 기관(지역사회복지협의체 제외)과 연계를 통한 건강증진 및 보건의료서비스 제공 여부



지역사회복지협의체를 제외한 타 기관과 연계하여 시설 이용자에게 건강증진 및 보건의료서비스 제공여부를 묻는 질문에서 시설의 80.9%가 타 기관과 연계하여 시설 이용자에게 건강증진 및 보건의료서비스를 제공한 경험이 있다고 응답하였다(그림 3-24 참조). 이러한 응답은 사회복지관, 장애인주간보호시설, 장애인단기보호시설에서 가장 높았으며, 양로시설, 아동양육시설에서 다소 낮았다. 주로 연계하여 제공한 서비스로는 정신건강, 건강검진, 만성질환, 물리치료/재활치료, 치아관련서비스 및 기타서비스였으며, 기타의 경우 성교육 및 상담서비스가 가장 많았고 다문화가족지원센터의 경우에는 출산과 관련된 서비스가 많았다.

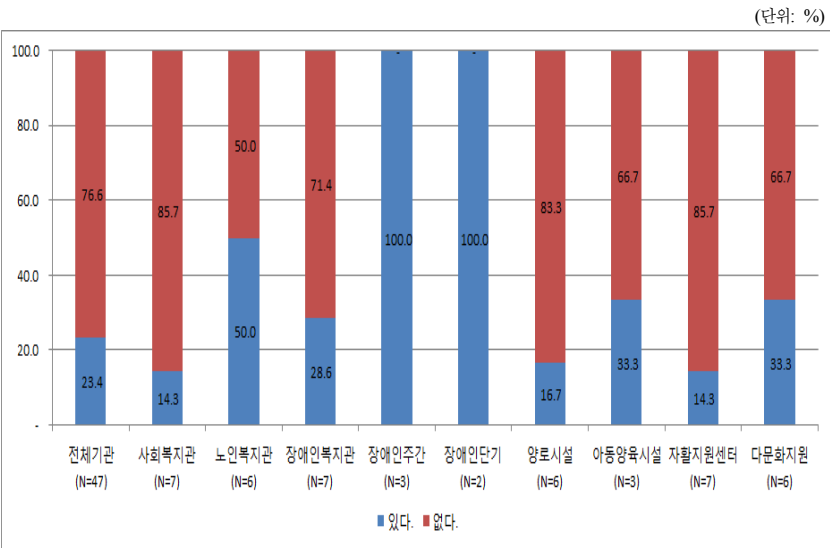
한편, 타 기관과의 보건의료서비스 연계시 시설의 인력 및 예산상의 문제, 시설간 정보공유가 되지 않아서, 그리고 연계기관과의 시간이 맞지 않거나 연계기관과 너무 멀리 떨어져 있어 이동하기 불편하여 연계시 어려움을 겪었다고 응답하였다.

[그림 3-25] 타 기관과의 연계하여 제공했던 서비스 종류(중복응답)



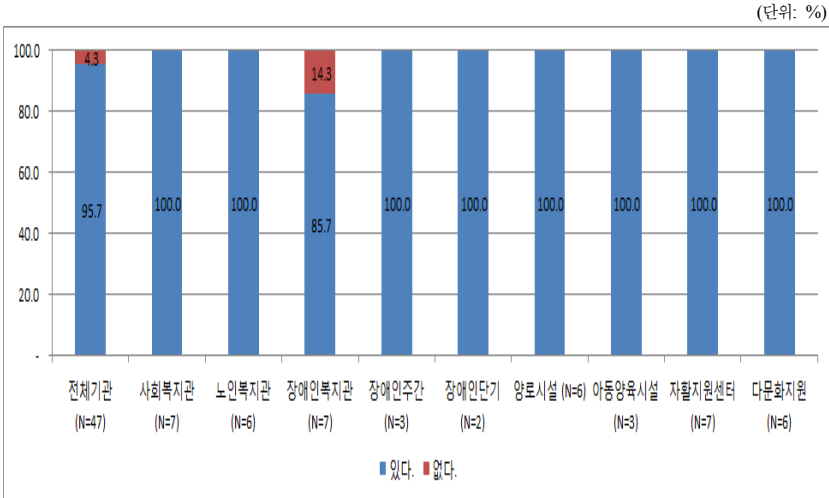
지역사회복지협의체와의 연계를 통하여 건강증진 및 보건의료서비스를 제공해 본 적이 있느냐는 질문에 조사기관의 23.4%만이 연계하여 서비스를 제공한 경험이 있다고 응답하였다. 이는 지역사회복지협의체를 제외한 타 기관과의 연계경험에 비해서는 다소 낮은 수치였다. 이처럼 지역사회복지협의체와의 연계를 통한 건강증진 및 보건의료서비스 제공이 낮은 점은 ‘지역사회복지협의체가 활성화 되지 않아서’, ‘정보가 공유되지 않아서’, ‘시스템이 체계화 되어 있지 않아서’, ‘기관과의 일정이 맞지 않거나 장소가 맞지 않아서’, 일부 ‘절차가 복잡해서’인 것으로 나타났다.

[그림 3-26] 지역사회복지협의체와의 연계를 통한 건강증진 및 보건의료서비스 진행 여부



앞으로 타 기관과 연계하여 건강증진 및 보건의료서비스를 제공할 의사가 있느냐는 질문에 조사기관의 대부분이 서비스를 제공할 의사가 있다고 하였다(그림 3-27 참조).

[그림 3-27] 타 기관과의 연계한 건강증진 및 보건의료서비스 제공의사



제4절 소결

총 20개 복지관(사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관) 이용자 476명을 대상으로 한 시설 이용자 조사결과 사회복지관 이용자들이 주로 이용하는 서비스는 “취미여가서비스”와 “운동서비스” 그리고 “급식서비스”였으며, “건강검진서비스”를 제외하고는 “물리치료”, “치아진료”, “간병서비스”, “방문진료서비스” 등의 보건의료서비스는 극히 일부만이 이용하는 것으로 나타났다. 노인복지관 또한 사회복지관과 유사한 이용행태를 보였으며, 장애인복지관 이용자 또한 “취미여가서비스”, “운동서비스”, “급식서비스”를 주로 이용하고 있었다. 그러나 사회복지관 및 노인복지관 이용자에 비해 “물리치료”, “치아진료” 등의 보건의료서비스와 “일상생활지원서비스”, “평생교육서비스”, “직업훈련서비스” 이용 경향이 높았다.

사회복지관, 노인복지관 이용자들의 서비스 만족도는 대체로 높았으나 장애인복지관 이용자들의 서비스 만족도는 전체적으로 낮았으며, 시설에서 제공하는 건강증진 및 보건의료서비스와 관련하여 가장 우선적으로 개선되어야 할 사항은 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 모두 “실질적인 혜택”과 “서비스 제공을 위한 시설 보강”이었다.

시설에서 건강증진 및 보건의료서비스를 희망하였으나 서비스를 받지 못한 경험의 비율은 사회복지관 17.85%, 노인복지관 7.75%, 장애인복지관 16.17%로 대체로 낮았다. 미충족 욕구 발생시 해당 욕구를 충족시키기 위해 시설에서 타 기관으로의 소개 또는 연결의 노력을 했는지 여부를 묻는 질문에 사회복지관은 53.3%, 노인복지관은 45.45%, 장애인복지관은 59.26%가 노력을 했다고 응답하였다. 전체적으로 45~60%정도가 노력을 하고 있는 것으로 나타났으며, 이중 건강증진 및 보건의료서비스와의 연계를 위해 보다 많이 노력한 기관은 장애인복지관인 것으로 나타났다.

건강증진 및 보건의료서비스와의 연계 현황을 분석한 결과, 시설 이용자 중 타 기관 제공 건강증진 및 보건의료서비스를 이용한 경험은 시설 이용자 중 절반정도(50.63%)였다. 연계받아 이용한 서비스는 사회복지관은 건강검진과 만성질환서비스인 반면, 노인복지관은 건강검진 및 물리치료, 운동서비스였으며, 장애인복지관은 물리치료와 운동서비스였다. 서비스 연계기관으로는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 모두 보건소(지소·진료소)가 가장 많았으며, 그 다음으로 병원 및 복지시설이 많았다. 연계해서 서비스를 받기까지의 과정에 대한 만족도는 3개 시설 모두 대체로 만족하는 것으로 나타났으나 불만족시 불만족 이유는 “원하는 서비스와 다른 서비스를 받아서”, “최종서비스를 받기까지 많은 시간이 소요되서”, 또는 “최종서비스를 받기까지 여러 단계의 기관을 거쳐야 해서”였다.

분석결과, 시설이용자들의 건강증진 및 보건의료서비스에 대한 욕구 해소를 위해 시설에서 서비스 연계를 위한 노력을 하나 연계시 연계노력은 절반정도이며, 연계 과정에 있어서 이용자들이 불편함은 주로 “본인이 원하는 서비스와 다른 서비스를 받아서”, “최종서비스를 받기까지 많은 시간이 소요되어서”, 또는 “최종서비스를 받기까지 여러 단계의 기관을 거쳐야 해서”인 것으로 나타났다.

기관조사는 사회복지관 7개, 노인복지관 6개, 장애인복지관 7개, 장애인주간보호시설 3개, 장애인단기보호시설 2개, 양로시설 6개, 아동양육시설 3개, 모자보호시설 1개, 지역자활센터 7개, 다문화가족지원센터 6개로 총 48개 시설을 대상으로 실시하였으나 모자보건시설 설문결과는 응답결과가 저조하여 본 분석시 제외하여 총 47개 조사기관을 대상으로 분석을 하였다.

기관조사결과, 시설 이용자가 가장 많이 찾는 건강증진 및 보건의료서비스는 시설별로 다소 차이를 보이나 대부분 보건의료서비스로 물리치료/재활서비스(25.5%), 만성질환서비스(17.0%), 건강검진서비스(12.8%)등이었다. 모든 기관이 제공하는 것은 아니나 실제 많은 기관에서 건강증진 및 보건의료서비스를 제공하고 있었으며(표 3-9 참조) 건강증진 및 보건의료서비스를 가장 많이 제공하는 곳은 총 9개 시설 중 장애인복지관, 노인양로시설, 사회복지관이었다. 주로 제공하는 서비스로는 장애인복지관은 운동서비스와 물리치료/재활치료, 그리고 건강검진서비스였으며, 노인양로시설은 운동, 정신건강, 만성질환서비스, 물리치료/재활치료였다. 사회복지관은 운동과 건강검진, 그리고 치아관련 진료서비스를 가장 많이 제공하는 것으로 나타났다.

서비스 미제공시 미제공 이유는 대부분 “건강증진 및 보건의료서비스”는 본 기관에서 제공할 서비스 영역이 아니기 때문이며, 이러한 응답은 장애인주간보호시설, 노인양로시설, 아동양육시설, 자활지원센터, 다문화

가족지원센터에서 높았다. 실제 사회복지시설의 주요기능이 보건소 및 의료기관과 같은 건강증진 및 진료가 아니기는 하지만 사회복지시설 이용자들이 대부분 저소득층, 장애인, 노인, 아동, 여성 등과 같은 취약계층이라는 점과 이용자의 건강한 삶을 위해서는 복지와 함께 건강이 중요함을 고려할 때 서비스 제공기관들의 건강증진 및 보건의료서비스 제공에 대한 인식이 다소 낮다고 볼 수 있다.

건강증진 및 보건의료서비스 연계 현황분석 결과, 전체 조사기관 중 78.7%가 시설 이용자의 건강증진 및 보건의료서비스 욕구 충족을 위해 타 기관과 협력체계를 구축하고 있는 것으로 나타났다(그림 3-17 참조). 주요 협력내용은 대부분 의료협진, 진료, 건강검진서비스, 성교육 등의 기타사항과 대상자 연결이었으며 주요 협력기관은 보건소 및 민간병의원인 것으로 나타났다.

조사기관의 95.7%가 연계대상기관 확장 차원에서 앞으로 협력체계가 강화되어야 한다고 생각하고 있었으며, 시설별로 다소 차이는 있었으나 협력체계 강화시 더 포함해야 할 기관으로 보건소, 민간병의원시설, 민간봉사단체를 들었다. 연계협력 정도 측면에서의 타 기관과의 협력체계 강화 필요성 또한 전체 조사기관 중 97.8%가 협력체계를 강화해야 한다고 응답하였다.

지역사회복지협의체를 제외한 타 기관과 연계를 통해 건강증진 및 보건의료서비스를 제공한 경험이 있느냐에 대한 질문에 조사기관의 80.9%가 제공한 경험이 있다고 응답하였고 주로 연계하여 제공한 서비스로는 정신건강, 건강검진, 만성질환, 물리치료/재활치료, 치아관련서비스 및 기타서비스였으며, 기타의 경우 성교육, 상담교육지원서비스가 가장 많았다. 이외 다문화가족지원센터의 경우 출산과 관련된 서비스가 많았다. 한편, 타 기관과의 건강증진 및 보건의료서비스 연계시 어려웠던 점으로는 인력 및 예산상의 문제로, 시설간 정보공유가 되지 않아서, 그리고

연계기관의 시간이 맞지 않거나 연계기관이 너무 멀어서 이동하기 불편함을 뵈었다.

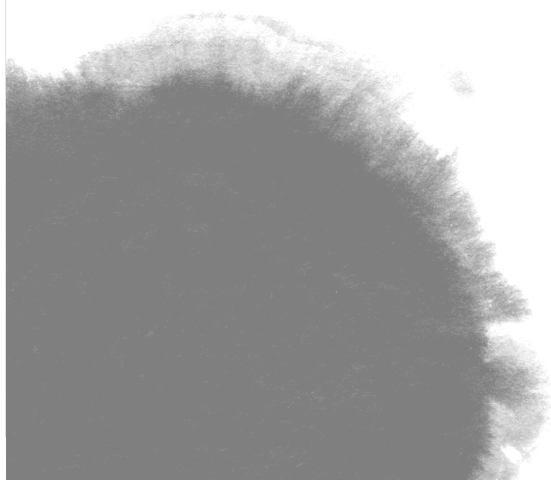
지역사회복지협의체와의 연계를 통한 건강증진 및 보건의료서비스를 진행해 보았느냐는 질문에 조사기관 중 23.4%만이 서비스를 제공한 경험이 있다고 하였다. 이는 지역사회복지협의체를 제외한 타 기관과의 연계서비스 경험에 비해 월등히 낮은 수치였다. 지역사회복지협의체와의 연계를 통한 서비스 제공시 어려운 점으로는 ‘지역사회복지협의체가 활성화 되지 않아서’, ‘정보가 공유되지 않아서’, ‘시스템이 체계화 되어 있지 않아서’, ‘기관과의 일정이 맞지 않거나 장소가 맞지 않아서’, 일부 ‘절차가 복잡해서’ 서비스 연계가 어렵다고 하였다.

지역사회복지협의체 및 타 기관과의 서비스 연계상의 어려움에도 불구하고 조사기관의 95.7%는 앞으로도 타 기관과 연계하여 건강증진 및 보건의료서비스를 제공할 의사가 있다고 하였다.

기관조사 결과 조사기관들 대부분이 타 기관과의 협력체계를 강화할 필요성에 대해서는 모두 공감하고 있었으며, 향후 타 기관과 연계하여 건강증진 및 보건의료서비스를 제공할 의사 또한 높음을 알 수 있었다.

4장

외국의 건강증진서비스 운영 및 연계사례



제4장 외국의 건강증진서비스 운영 및 연계사례

제1 절 일본

일본은 2004년 4월 1일부터 장기요양제도인 ‘개호보험제도’를 실시하고 있다. 개호보험제도는 연령이 증가하면서 발생하는 질병 등으로 개호가 필요하게 되더라도 가능한 한 자립된 일상생활을 영위할 수 있도록 필요한 서비스를 종합적으로 제공함으로써 이용자 본인이 선택한 서비스를 이용할 수 있도록 하는 제도이다.

일본은 개호보험에 대한 개혁을 추진해 오고 있는데, 주된 내용은 예방 중심형 시스템으로의 전환, 시설급여의 수정, 새로운 서비스 체계의 확립, 서비스 질의 확보 및 향상, 보험료 부담률 및 제도운영 보완, 피보험자 및 인정자의 범위 조정 등이다.

개호보험제도는 고령자의 의료비 절감뿐만이 아니라, 지역 내의 고령자의 자립생활을 실현하기 위한 제도로써 기존의 복지나 의료서비스로서의 한계를 극복한 보건·의료·복지의 종합적인 연계정책이라 할 수 있다. 개호보험제도의 시행에 따라 개호를 중심으로 하는 새로운 보건·의료·복지의 연계시스템의 구축이 필요하게 되었고, 지역사회를 거점으로 한 보건·의료·복지의 연계 시스템을 운영하게 되었다.

연계에 참여하는 중심기관은 지자체 및 관련기관, 의료기관, 지역 및 민간단체로 구성되어 있는데, 지자체의 역할은 지역의 종합적인 개호에

방시스템을 구축·운영함과 동시에, 관계기관·단체와 연계하여 개호예방을 위한 종합계획을 입안하여 추진하고 사업평가 후 수정 및 보완 등을 추진하는 것이다. 보건복지 담당부서나 개호보험 담당부서 뿐만 아니라 고용, 교육, 교통, 건설, 경찰 등의 각 담당부서도 적극적으로 관여할 수 있는 체제를 구축하고 있다.

의료기관도 개호예방에서 중요한 역할을 담당하고 있는데, 이는 단순히 개호예방사업 이용자의 건강관리나 개호 대상자 인정시의 주치의 의견서 발급 등의 차원을 벗어나서 지역 지원사업의 특정고령자 파악측면에서도 중요한 역할을 담당하고 있다. 주치의는 고령자의 건강관리 이외에 개호예방에 관한 환자교육을 실시하고 생활기능 평가를 일상적으로 실시하는 한편, 개호예방 특정고령자시책의 대상자가 될 수 있는 고령자를 지역포괄지원센터에 소개하는 등 다양한 역할을 담당한다.

마지막으로 종합적인 개호예방시스템에서 지역 및 민간단체로는 민생위원, 식생활개선추진원 등의 지역지도자, 노인클럽, 반사회 등의 지구조직, 자원봉사 및 민간단체 등이 중요한 자원으로 활용되고 있다.

1. 나가노현의 지역포괄케어시스템 사례

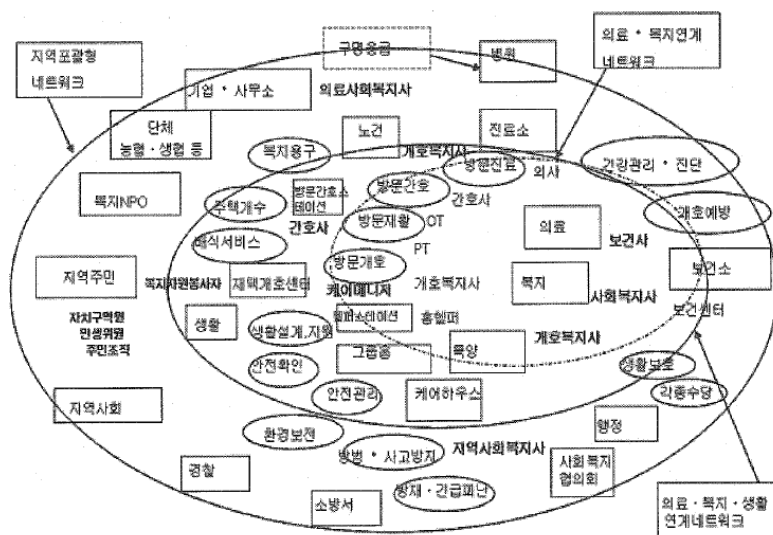
보건복지서비스센터에서는 시의 보건사, 케어매니저 등을 전문적으로 배치하여 상담에서부터 케어매니지먼트(care management) 등의 서비스를 제공하고 있다. 케어매니저는 진료소, 주간보호센터, 방문개호시설 등 재가 복지서비스거점이 병설된 센터를 중심으로 하여 보건·의료·복지를 연계하여 팀 케어 서비스를 제공하고 있다.

나가노현의 쓰와중양병원(쓰와노시나 쓰와시) 등의 자치단체에 의해 운영되는 자치단체 건립병원으로서 약 18년 이상 동안 24시간 방문간호·방문재활 서비스를 제공하고 있다. 아울러 노인보건시설이나 간호병동,

분원진료소 등을 통하여 재가의료를 지원해 왔다. 또한 지역행사와 연구회를 통하여 건강교육활동을 지속적으로 실천하며, 지역주민과의 적극적인 관계를 구축하면서 지역밀착형 병원으로 역할을 담당해 왔다. 지역포괄케어시스템에서 핵심적 역할을 담당하는 의료기관을 중심으로 복지분야의 시설, 기관이나 전문요원과의 연계·협력이 이루어져 왔다.

지역포괄케어서비스를 제공하는 케어매니저는 주민의 생활수요에 대응하고 자립생활을 지원하기 위해서 주민생활에 근거한 보건의료·복지 서비스를 제공해 왔다.

[그림 4-1] 보건·의료·복지 연계를 위한 지역포괄케어시스템에서의 케어매니저



資料: 石路路子(2005) 地域における保健・医療・福祉のシステム—医療と福祉における連携概念としての介護, 介護福祉研究Vol.13, No.1, 岡山県介護福祉學會, 中國四國介護福祉學會, 日本ケアワーク研究會, p.2.

2. 일본의 건강도시사업을 위한 지역사회 파트너십 형성

일본의 소요타운(Soyo town)에서 진행된 건강도시사업은 건강증진 프로그램 모형을 통하여 건강한 도시를 건설하겠다는 슬로건을 가지고 주민들이 참여하여 자신의 건강관리능력을 함양하고 서로의 장점을 공유하는 것을 주된 목적으로 하고 있다.

소요타운(Soyo town)은 학교 및 지역 내 사조직과 협력하고 모든 사업의 기획과정에 다양한 구성원들을 참여시켰다. 바람직한 생활양식을 향상시키기 위하여 식품회사, 자원단체, 사회적 관계망, 지역의 단체급식 시설, 식당, 요양원, 가사도우미, 공중보건간호사, 방문간호사, 사회사업가로 구성된 보건의료 시설과 인력들이 협력하고 있다.

제2절 영국

1. 영국의 보건의료제도

영국의 보건의료는 대부분 세금으로 재정이 충당되고 있어 노인은 물론 젊은이들도 개인적으로 병원비나 약값을 부담하지 않는다. 이것은 영국이 국가가 의료를 공급하는 국가보건서비스(NHS: National Health Services)를 채택하고 있으며, 이러한 제도적 특성으로 인해 전 국민은 질병의 치료와 예방, 간병과 간호, 그리고 재활에 이르기까지 포괄적인 보건의료 서비스를 무료로 받을 수 있다(김원진, 2012).

영국의 국가보건서비스(NHS)는 1948년 도입 이후 구조와 조직 개편 등 지속적인 변화의 과정을 거쳐 왔다. 특히 2000년 7월에 발표된 NHS 계획(NHS Plans)에서 국민중심의 보건 및 복지 서비스 제공을

위한 활동계획으로, 지역에 기반을 둔 일차의료기관에 지역사회 내 건강 증진의 역할을 위임하였다. 이 계획은 기존에 존재하던 모든 보건조직을 재편하여 보다 넓은 지역을 포괄하면서 전략적인 역할을 할 수 있는 보건조직을 구축하고자 하고 있다.

2. 영국의 보건 및 복지 서비스 연계

앞서 설명한 NHS 계획에서도 알 수 있듯이 영국은 지역단위에서 보건 및 복지서비스를 통합 제공하려는 장기적인 계획과 의도를 가지고 있다. 또한 영국에서 사회복지 서비스 연계는 지역사회보호(community care)사업과도 연결된다고 볼 수 있는데, 영국은 1970년대부터 지역사회 단위에서 지역사회보호 시범사업을 추진하여 왔는데, 하나의 예가 영국 달링톤 지역 사업이다(김원진, 2012).

영국의 건강증진서비스 전달체계와 관련하여 특징적인 것으로 건강행동지역(HAZ: Health Action Zones)이 있는데 이는 정부, 지방 공공기관, 그리고 민간기관 간 협력체로서 지역단위에서 건강증진사업을 보다 활성화시키고, 지역 간의 불평등을 해소하는 데 그 목적이 있다(최윤정 외, 2006).

가. 달링톤 지역 사회보호 사업(Dalington Community Care Project)

이 프로젝트는 신체적으로 허약한 노인들에 대해 병원에서의 장기간 보호를 지역사회 서비스로 대체하고자 하는데 있다. 노인 관련 전문가들로 팀을 구성하여 다각적인 사례관리를 통해 의료와 사회복지서비스를 연계하여 제공하고자 하고 있다. 사업진행을 위한 협력과 서비스의 조정은 필수적인 사항으로 다음과 같은 운영체계를 가지고 있다.

첫째, 기관 간 협력과 관련하여, 사회복지서비스 담당부처와 보건부 간 협력체계를 구축하고, 정책관련 기관 간 책임소재를 분명히 하는 한편, 구체적인 예산계획 수립 시에 관련 기관들의 권한을 종합적으로 고려하는 협력체계를 가지고 있다.

둘째, 지역사회의 다양한 전문가가 공동으로 참여하여 보호계획을 수립하기 때문에 사정 및 사례관리, 서비스 제공 등의 전 과정에 사회복지사, 간호사, 의사, 물리치료사, 작업치료사 등 다양한 전문가 간의 협력이 이루어진다.

셋째, 개별 사례별로 욕구에 맞는 맞춤형 보호서비스가 제공되며, 대상자의 욕구 충족을 중심으로 서비스의 조정이 이루어진다.

넷째, 사례담당자 1인이 담당하는 사례를 20개로 한정하여 업무부담을 낮추는 대신 사례별 맞춤 서비스를 제공하도록 하고 있다. 사례관리자는 기본적으로 사회복지사이며, 사례의 특성을 고려하여 특별히 필요한 경우, 또는 사회복지사 수가 적을 때에는 간호사가 사례관리사의 역할을 담당한다.

나. 영국의 건강행동지역(HAZ, Health Action Zones)

건강행동지역(HAZ)은 NHS, 지방공공기관, 민간기관과 지역사회 간 협력체로서, 지역별 건강불평등을 해소하기 위한 정부의 노력의 일환으로 시작되었다. 본 제도는 장기적 관점에서의 건강결과물(health outcomes)의 증대와 건강불평등 감소, 그리고 지역단위의 건강불평등 해소 방안 모색 등 두 가지 목표를 가지고 있다. HAZ의 특징은 기존의 건강증진사업보다 그 사업의 범위가 매우 넓다는 것인데, 특정 취약지역 또는 지역주민 대상의 건강증진을 위한 모든 활동이 HAZ 사업에 포함된다. 여기에는 취약지역 주민을 중심으로 건강증진사업이나 보건의료사

업, 그리고 보건의료 영역을 넘어서는 다양한 사회개발사업들이 포함된다. HAZ 사업에서는 다음과 같은 7가지 원칙을 추구하고 있다.

첫째, 건강형평성 달성(Achieving equity)을 위해 서비스에 대한 접근의 형평성과 자원배분의 형평성을 향상시킨다.

둘째, 지역사회 참여(Engaging communities)를 활성화시키기 위해 서비스 기획에 주민이 참여하도록 하며, 서비스 사용자 및 환자의 권리 강화를 도모함으로써 스스로의 건강 및 치료결정에 대한 책임성을 강화한다.

셋째, 기관 간 협력(Working in partnership)과 관련하여, 지역 주민은 다양한 기관으로부터 서비스를 받고 있기 때문에 서비스 제공의 최대 효과를 얻기 위해서는 협력·조정이 필요하다는 점을 인식한다.

넷째, 실무진의 참여 유도(Engaging front line staff)를 위해 전략의 개발 및 실행과정에 실무진이 참여하도록 하여 유연하고 반응도 높은 조직을 구성한다.

다섯째, 서비스 기획 및 전달에 있어서 보다 구조화되고 근거에 기반한 접근방식(Taking an evidence based approach)을 채택한다.

여섯째, 주민중심 서비스 전달체계(Developing a person centered approach to service delivery)를 구축하고 주민 요구에 근거한 서비스를 개발한다.

일곱째, 총체적 접근방식(Taking a whole systems approach): 보건, 사회 및 기타 서비스들은 상호 의존적이며 보건문제를 포괄적으로 다루기 위해 거시적인 기획과 조직이 필요하다는 점을 인지한다.

이와 같은 원칙 중에서 총체적 접근방식이나 기관 간 협력 등은 HAZ의 가장 두드러진 특징의 하나로서, 보건의료 뿐 아니라 다양한 복지서비스들을 통합적으로 제공하고 있다.

제3절 미국

미국은 대부분의 보건의료가 민간에 의해 주도되고 있으며, 공적의료 보장 영역은 노인, 저소득층 등 특정집단에 국한되어 있다.¹³⁾ 또한 정부의 역할은 최소화하고 지방의 자치성과 자율성이 강조된다. 따라서 미국 주정부의 보건행정 및 건강증진 체계는 각 주에 따라 매우 다양하여 주마다 다양한 보건의료 프로그램이 존재하며, 재원조달도 공공과 민간이 각각 다른 형태로, 혹은 공공과 민간이 혼합되어 가입자에 대한 의료 보장이 이루어지고 있다.

복지서비스분야 또한 연방정부의 재원과 운영지침이 기본적으로 주어지기는 하지만 집행 및 서비스 제공의 책임이 주정부와 지방정부에게 상당부분 이전되어 있어 미국의 사회복지 전달체계를 하나의 통일된 체계로 정리하기는 어렵다. 즉, 주정부별로, 지방정부별로 사회복지제도의 구체적인 운영체계 및 프로그램 제공이 다양한 형태를 보이고 있다(강혜규 등, 2008).

미국의 사회복지서비스 연계를 위한 제반 노력은 1970년대부터 시작되어 1990년대에 활발하게 진행되었다. 서비스 연계 또한 보건의료, 사회복지 분야와 같이 종합적으로 관리하는 단일한 상위 행정체계는 존재하지 않는다. 또한 대부분 주(state) 단위로 또는 하위 지방정부에 따라 서비스 연계와 관련된 시도가 매우 다양하게 이루어진다. 따라서 서비스 연계가 활발하게 시도되고 있는 주의 사업인 위스콘신 파트너십 프로그램(Wisconsin Partnership Program: WPP)과 PACE(Program of

13) 주요 공적의료보장제도로는 1965년에 도입된 고령자를 대상으로 하는 Medicare와 저소득층이나 장애인을 대상으로 하는 Medicaid가 있으며, 기타 공적의료보장제도로는 1997년 도입된 저소득층 아동들을 위한 보완적형태의 공적보험인 S-CHIP(State Children's Health Insurance Program), 재향군인을 위한 VA(Veteran's Health Administration) 그리고 연방공무원 공제 등이 있다.

All-Inclusive Care for the Elderly)을 중심으로 연계의 현황을 살펴보고자 한다.

1. WPP(Wisconsin Partnership Program)

위스콘신 파트너십 프로그램은 1996년 1월 미국의 DHFS(Department of Health and Family Service)에서 실시한 서비스로 지역사회를 기반으로 포괄적인 보건의료와 장기요양서비스를 제공하는 미국의 대표적인 프로그램이다.

위스콘신 파트너십 프로그램은 노인과 65세미만의 장애인을 대상으로 운영되며, 이 프로그램은 재가보호를 기본으로 하고 노인과 장애인들을 지원하여 가능한 한 그들이 지역사회에 남아 독립적으로 생활할 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다. 서비스에 대한 접근성과 서비스 질을 향상시키면서 비용을 절감하기 위하여 고안된 보건의료와 장기요양(보호)의 통합된 프로그램으로(문승연, 2011), 요양비용을 제한하고 요양서비스를 제공받는 사람에 기초하여 서비스 비용을 지원하는 체계(인두제)를 선택한다.

서비스는 DHFS와 위스콘신내의 여러 지역에 있는 지역사회에 기반한 조직들(community-base organization: CBOs)과의 계약에 의하여 수행되며 특히, 지역사회 기반 일차의사(community-based primary care physician :PCP)와 간호사, 간호조무사, 사회복지사 등으로 구성된 팀에 의해 운영되며, 의사의 방문, 응급서비스, 이송지원, 개별보호 서비스 등 지역 또는 병원으로 전환되는 지점에서 요양서비스 조정으로 서비스 질 향상과 서비스의 정확성, 중복을 방지코자 한다.

이 프로그램에서는 자발적인 참여에 의해 등록이 되었고 참여자들은 언제든지 등록을 취소할 수 있었지만, 기관은 정해진 경우를 제외하고는

등록을 취소할 수 없는 소비자 선택권을 강조하는 것에서, 노인과 장애인
의 만족도 향상에 중요요인으로 평가 되고 있다(이춘하, 2007).

2. PACE(Program of All-Inclusive Care for the Elderly)

노인을 위한 포괄적 서비스프로그램인 PACE는 1971년 샌프란시스코
의 차이나타운 온록(On-Lok)에서 장기요양시설 입소자격에 해당하는 55
세 이상 노인을 대상으로 시설입소를 최대한 지연시킬 목적으로 시작된
시범사업으로, PACE는 nursing 입소자격대상에 해당하는 중증장애 노인
들에게 포괄적인 급성 및 장기적인 보건의료 및 복지서비스를 제공한다
(임병우, 2008).

PACE는 처음 영국의 Day Hospital Program을 벤치마킹한 것으로
1978년, 의료서비스에 사회복지서비스를 융합하여 현재의 보건복지연계
서비스의 근간을 만들었으며, 1980년에는 입원서비스에 skilled nursing
care, 급성병원서비스를 추가, 1983년에는 사회보장법 개정에서 따라 메디
케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid), 민간재원을 포함하여 위험(risk)
기반 재정시스템을 운영하였다. 초기 주요 재원은 재단기금(Robert
Wood Johnson Foundation, the John A. Hartford Foundation and
the Retirement Research Foundation)이었다. 1985년 의회에서 On
Lok의 대상자를 확대하였으며 1986년 10개의 replication sites가 생겼
는데, 이때부터 정부의 기술적 지원을 받을 수 있게 되었다. 1990년에는
첫 번째 replication site에서 메디케어, 메디케이드 환자를 대상으로 시
범사업 실시하였다. 해당 시범사업은 향후 "Program of All-inclusive
Care for the Elderly", 또는 PACE로 알려지게 되었고 2010년 현재
미국 30개의 주에서 76개의 PACE와 5개의 Pre-PACE 프로그램이 실
시되고 있다.

PACE에서는 HMO(Health Maintenance Organization)에 고용된 자체 의료진에 의해 주로 주간보호센터를 중심으로 한 서비스를 제공하며 기타 전문의 진료, 급성병원, 요양시설 서비스 등은 타 기관과 계약 하에 서비스를 제공한다(임병우, 2008). 제공되는 구체적인 서비스 종류는 <표 4-1>과 같으며 서비스 이용에 있어서 제한은 없다. PACE 대상자는 필요시 아래와 같은 의료, 약물, 물리치료서비스 등을 받을 수 있으나 호스피스 서비스(hospice benefit) 이용할 경우, PACE 프로그램에 자동적으로 제외된다.

〈표 4-1〉 PACE 서비스종류

✓ 일차의료(의사 및 간호사에 의한 서비스) ✓ 급성병원치료 ✓ 전문의 치료서비스 ✓ 약처방 ✓ 너싱홈케어 ✓ 응급의료 ✓ 홈케어 ✓ 물리치료 ✓ 직업치료	✓ 주간보호 서비스 ✓ 레크레이션(오락) 치료 ✓ 식사제공 ✓ 치과치료 ✓ 영양상담 ✓ 사회복지서비스 ✓ 방사선(Laboratory/X-ray) 서비스 ✓ 사회복지 상담 ✓ 이동서비스 지원
--	---

주: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Integrating-Care/Program-of-All-Inclusive-Care-for-the-Elderly-PACE/PACE-Benefits.html>

PACE 서비스 대상자들은 매우 허약하며 혼자서 일상생활을 하기 어렵기 때문에 PACE의 운영방식은 대상자의 질병예방과 자립에 초점이 맞추어져 있다. 따라서 주기적 체크, 운동, 식이요법, 모니터링, 근력강화 프로그램 등과 같은 예방서비스 중심으로 운영된다.

PACE 프로그램은 주간보호센터, 의료진 사무실, 사회복지, 물리치료 서비스 요원과 행정인력이 모두 한 곳에 배치되어 있는 “PACE 센터”에서 이루어진다. 그러나 모든 인력들이 상주하는 것은 아니며 개인의 일정에 따라 보통 주 2일 근무한다.

PACE 프로그램을 제공하기 위해서는 최소한 <표 4-2>와 같은 인력 규모를 충족해야 한다. 서비스 협력팀은 일차적으로 서비스 제공자의 보건복지욕구를 평가하고, 개인별 서비스 계획을 설계하며, 대상자와 매일 미팅을 갖고 논의를 거쳐 대상자의 포괄적 보건복지서비스 욕구를 충족시킨다. 사례관리는 각 전문분야 협력팀이 사례관리와 서비스 제공을 겸하고 있어 조정과 케어의 연속성을 중시한다. 그러나 이 프로그램에 가입시 개인 주치의를 포기하고 자체 의료진을 이용하도록 하고 있다.

<표 4-2> PACE 서비스 제공자 (협력팀)

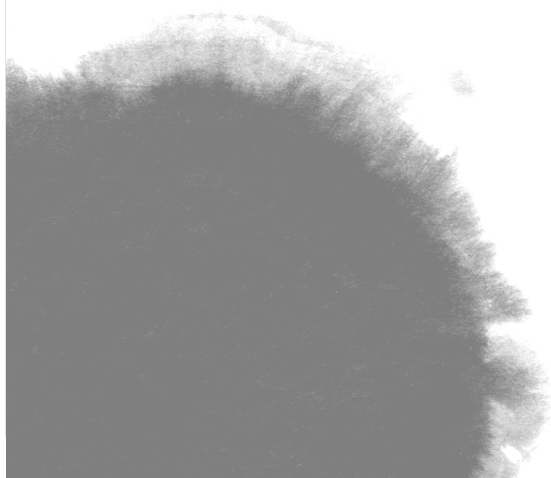
✓ 일차의료인 ✓ 간호사 ✓ 사회복지사 ✓ 물리치료사 ✓ 작업치료사 ✓ 레크레이션 치료사 또는 activity coordinator	✓ 영양사 ✓ PACE 센터 감독관 ✓ 홈케어 liaison ✓ 간병인(personal care attendants) ✓ 운전자
--	---

주: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Integrating-Care/Program-of-All-Inclusive-Care-for-the-Elderly-PACE/PACE-Benefits.html>

재정은 메디케어, 메디케이드 민간재원을 통합하여 장기요양비를 포함한 지출 정책을 통합관리하고 있다. 또한 재정위험을 기관이 자체적으로 흡수토록 함으로써 예방 및 재활서비스를 강조하며 운영의 효율을 도모하고 있다(임병우, 2008). 지불보상방법은 등록 대상자에 대한 메디케어, 메디케이드 인두제 방식(capitation payment)이며 월을 기준으로 지급받는다.

5장

지역사회 건강증진서비스 공급채널 확충을
위한 보건복지서비스 연계강화 방안



제5장 지역사회 건강증진서비스 공급채널 확충을 위한 보건복지서비스 연계강화 방안

제1 절 보건복지서비스 연계를 통한 건강증진서비스 전달체계 강화 방안

1. 서비스 연계 모형

지역사회에서 금연, 절주, 운동, 영양 등의 건강증진서비스를 전달하기 위한 공급채널은 결국 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 공보건의료기관이 중심이 될 수밖에 없다. 지역사회 내 사회복지시설이 자체적으로 건강증진서비스를 제공할 수 있는 인프라는 갖추지 못하고 있다. 특히 사회복지시설 등에서 건강증진 및 의료서비스에 대한 욕구가 존재하지만 일부 시설들이 자원봉사 차원에서 민간 병·의원에 서비스를 의뢰하는 정도에 불과하다. 따라서 지역보건의료기관이나 민간 의료기관 등이 사회복지시설과의 연계를 통해 서비스를 제공하는 방식으로 귀결될 수밖에 없다.

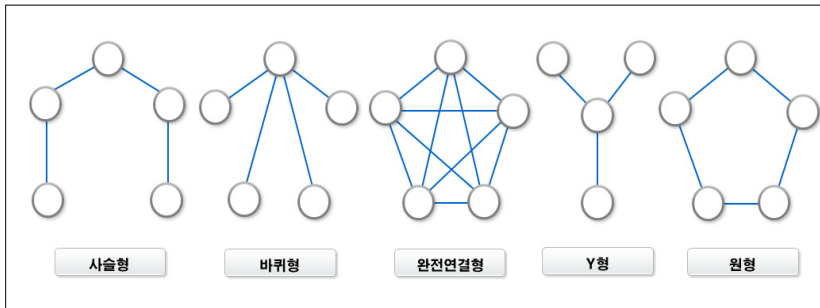
그런데, 여기서 연계와 관련하여 연계의 외형적인 기본틀에 대한 구상과 함께 그 연계망이 공공서비스를 전달하는 채널로서의 기능을 하기 위한 연계의 형태에 대한 구체적인 검토가 필요하다.

가. 연계의 기본틀

연계란 사전적 의미로 “사회사업에서 다른 기관의 요원, 자발적 집단 그리고 관련된 개인들과 같은 자원을 결합시키고, 클라이언트나 사회목표를 위하여 그들의 노력을 증대하거나 조화시키는 기능”¹⁴⁾을 의미한다.

이러한 연계와 관련하여 커뮤니케이션(communication)이론이나 거버넌스(governance) 이론 등에서 제시되는 다양한 모형들을 원용할 수 있다. 현재 우리나라의 지역사회 내 민간기관간의 연계체계는 비공식적인 의사소통 유형인 그레이프 바인(grape vine)형¹⁵⁾의 형태를 취하고 있다. 의사소통을 위한 공식적 네트워크 유형으로는 다음과 같이 사슬형, 바퀴형, 완전연결형, Y형, 원형 등이 있다.

[그림 5-1] 공식적 커뮤니케이션 네트워크 유형



서비스의 연계가 의사소통 및 정보교류를 기본적인 전제로 하기 때문에 이러한 의사소통 모형은 서비스 연계모형으로도 활용될 수 있을 것이다.

14) 이철수, 『사회복지학 사전』, 블루피쉬, 2009.08.15

15) 비공식적인 자생적으로 형성된 비공식적 의사소통체계로 단일형, 수다형, 무작위형, 군집형 등이 있음.

여기서 시슬형, 바퀴형, Y형의 경우는 중심기관이 존재하는 모형인 반면, 완전연결형이나 원형은 각 기관들간의 대등한 관계를 전제로 한다. 여기서 시슬형은 최상위에 중심기관이 위치하고 그 아래로 참여 주체들이 위계적으로 연결된 모형이다.

바퀴형은 중심기관을 존재하되 나머지 참여주체들이 이 기관을 통해 의사소통을 하는 모형이다.

Y형은 스텝과 라인이 통합된 경우의 모형인데, 바퀴형과 원형의 중간 형태이다. 완전연결형은 참여주체들이 대응한 관계를 바탕으로 모든 참여주체 상호간에 완전한 정보교환이 이루어진다는 점에서 가장 바람직한 모형이다. 원형은 참여주체 간 위계적인 서열이 없는 상태에서 인접한 기관들 간의 의사소통이 고리형으로 연결되는 모형이다.

이와 같은 모형 중에서 공공보건의료기관이 중심이 되지만 지역사회 내 복지관련 민간조직들이 위계적인 형태로 참여하는 것은 현실적으로 불가능하기 때문에 시슬형이나 Y형은 일차적으로 고려의 대상에서 제외되어야 한다.

이에 따라 바퀴형이나 완전연결형, 원형 등을 일차적인 연계모형으로 고려하되 이 모형들에 대해서는 뒤에서 보다 구체적으로 살펴보기로 한다.

한편, 거버넌스 모형도 건강증진서비스 제공과 관련한 연계모형에 고려될 수 있다. 최근 정부의 정책결정, 공공관리, 공공정책 수행, 공공서비스 생산·제공 등에 있어 거버넌스의 중요성이 증대되고 있다. 배귀희 외(2020)¹⁶⁾는 Agranoff & McGuire(2003)¹⁷⁾, Kenis & Provan(2006)¹⁸⁾을 인용하면서 “네트워크 거버넌스에서는 자발적이고 수평적 네트

16) 배귀희·임승후, “공공갈등과 네트워크 거버넌스 구조: 한탄강댐 사례에서의 네트워크 특성과 주요 행위자들의 변화를 중심으로”, 『행정논총』, 제48권 제4호, 2010.12. pp.107-144

17) Agranoff, R., & McGuire, M., Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments, Washington D.C., Georgetown University Press, 2003

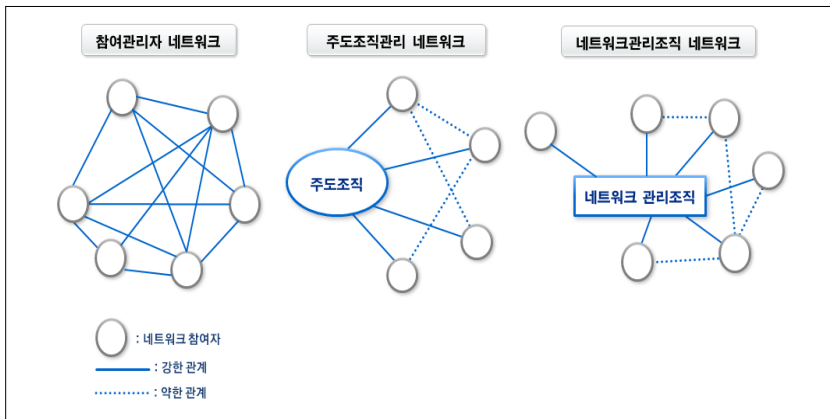
18) Kenis, P. & Provan, K. G. The Control of Public Networks, International Public

워크 형태 이외에도 수직적이고 또한 전통적인 권력과 통제를 행사하는 네트워크 형태도 함께 고려해 분석함으로써 좀 더 현실의 거버넌스 실체를 잘 반영하는 특성이 존재한다”고 주장한다.

Kenis & Provan(2006)는 이러한 네트워크 거버넌스를 참여자 관리 네트워크(participant-governed network), 주도조직관리 네트워크(lead organization-governed network), 네트워크 관리조직(network administrative organization) 네트워크 등 세 가지로 구분한다. 참여자 관리 네트워크는 대등한 네트워크 참여주체에 자발적 상호작용에 의해 운영되는 네트워크이다. 이 네트워크는 참여주체의 자발성을 기초로 하기 때문에 각 참여주체의 참여여지가 결정적인 역할을 한다.

주도조직관리 네트워크는 하나의 리더가 조정의 역할을 담당하며, 네트워크 관리조직 네트워크에서는 정부조직이나 비영리법인 등의 외부조직이 네트워크 내로 진입하여 조정자 역할을 담당한다¹⁹⁾.

[그림 5-2] 네트워크 거버넌스 구조의 형태



자료: Kenis & Provan(2009)²⁰⁾, 배귀희외, 전계서에서 이차 인용

Management Journal, 9(3), 2006, pp.227-247

19) 배귀희외, 전계서

20) Kenis, P. & Provan, K.G., Towards an Exogenous Theory of Public Network

여기서, 비록 현재는 연계체계가 거의 구축되지 않은 상태이기는 하지만 지역사회 내에 각종 기관·조직들 간의 연계체계 속에 공공보건의료기관이라는 외부조직이 네트워크 내에 진입하여 전체적으로 네트워크를 조정·운영한다는 측면에서 볼 때 본 연구에서 구상하는 연계체계의 기본 틀은 네트워크 관리조직 네트워크와 유사한 형태가 된다.

그러나 다른 한편으로는 공공보건의료기관이 네트워크 관리조직은 맡고 그대로 주된 임무가 네트워크의 관리에 치중되어 있다. 공공보건의료기관은 네트워크 관리 뿐 아니라 건강증진서비스 제공에 있어 주도적인 역할을 해야 한다는 점에서는 주도조직관리 네트워크와 유사하다.

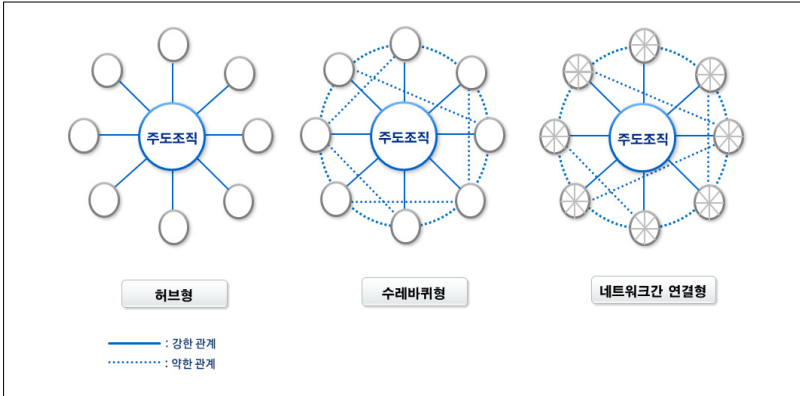
연계체계 구축 초기단계에서는 기존의 자생적인 네트워크에 외부기관이 진입하는 형태이지만 이후 공공보건의료 기관이 건강증진서비스 제공의 주도적 역할을 해야한다는 점에서 주도조직관리 네트워크가 적합할 것으로 판단된다.

한편, 강동완(2008)²¹⁾은 네트워크 유형으로 “허브와 바퀴살형”, “수레바퀴형”, “네트워크간 연결형” 등의 모형을 제시하고 있다. 이 모형들의 전체적인 특징은 연계망의 중심에 구심점(focal point)이 존재하고 그 외곽에 참여조직들이 배치되어 있다는 점이다.

따라서 의사소통 이론에서의 완전연결형 또는 바퀴형, 그리고 강동완(2008)의 모형과 Kenis & Provan(2009)의 모형 등을 통합하면 다음과 같은 형태의 모형이 가능하다.

Performance, Public Administration, 87(3), 2009. 440-456
21) 강동완, 대복지원정책의 거버넌스의 평가 및 발전방안, 통일연구원, 2008.

[그림 5-3] 주도조직관리 네트워크의 세부유형



자료: 강동완, 대북지원정책의 거버넌스의 평가 및 발전방안, 통일연구원, 2008.

그런데 이 세 가지 모형은 상호 배타적인(exclusive) 관계라기보다는 허브형→수레바퀴형→네트워크간 연결형으로 가면서 보완되는 관계로 이해될 수 있다. 즉, 허브형 모형을 바탕으로 하여 대상기관간의 자체적인 연계가 추가된 것이 수레바퀴형 모형이며, 대상기관 집단별로 하부 연계 클러스터(cluster)를 구축하고 그 클러스터 간, 그리고 공공보건의료기관 간 연계로 분화된 것이 네트워크 연결형 모형이다.

그러나 복잡한 형태를 가진 네트워크 연결형 모형이 가장 발전된 형태라고 할 수는 없다. 건강증진서비스 제공과 관련된 현실적인 여건을 고려할 때 각 모형마다 가지는 장단점이나 실현가능성이 다르다.

1) 연계모형별 장단점 및 특징

① 허브형 연계 모형

허브형 연계 모형은 건강증진서비스 연계모형에 적용될 수 있는 가장 간단한 형태의 모형이다. 공공보건의료기관이 중심점이 되고 민간기관이

연계 대상기관으로 참여하는 형태이다.

이 모형에서는 연계 대상기관 간의 자체적인 연계는 없는 것으로 가정한다. 지역사회 내에 각종 사회복지시설이나 민간단체, 민간병의원 등 사이에 건강증진과 관련한 협조관계가 존재하지 않는 현재의 상황을 그대로 받아들인 상태에서 공공 보건 의료기관의 역할만을 추가하였기 때문에 현실적으로 가장 쉽게 시도해볼 수 있는 모형이다.

아울러 공공보건의료기관이 강력한 이니셔티브(initiative)를 가지고 연계활동을 추진하기 때문에 일관성 있고 체계적인 연계활동이 가능하다. 이에 따라 공공보건의료기관과 대상기관간의 협조관계가 상대적으로 다른 모형에 비해 긴밀해 질 수 있다.

〈표 5-1〉 건강증진서비스 제공과 관련한 허브형 연계모형의 장단점

구 분	내 용
장 점	• 일관성 있고 체계적인 연계활동 가능 • 현실적으로 가장 용이하게 적용 가능 • 공공보건의료기관과 대상기관 간의 긴밀한 관계 형성 가능
단 점	• 공공보건의료기관과 대상기관간 1:1 관계에 치중 • 공공보건의료기관의 업무부담 과중

반면 연계활동이 공공보건의료기관과 대상기관간의 1:1 관계에 치중되며, 공공보건의료기관의 업무가 과중될 가능성이 높다는 단점이 있다.

이러한 모형은 대상기관 간 연계의 필요성이 낮거나 약한 수준의 연계(weak linkage)가 필요한 상황에서 활용 가능한데, 건강증진서비스 제공과 관련하여서는 다음과 같은 측면에서 한계를 가진다. 즉, 건강증진서비스의 제공은 더 이상 보건의료 영역만의 문제가 아니다. 개인의 건강관련 행태를 변화시키기 위해서는 건강요인 이외에 여러 가지 사회경제적 요인에 대한 고려가 필요하다. 예를 들어 흡연자가 금연을 하지 못

하는 사유를 단순한 의지부족에서 찾기보다는 금연을 하지 못하는 개인적인 사회경제적 배경과 직접적 사유 등을 종합적으로 고려하여야 한다.

따라서 건강증진서비스 제공 그 자체는 보건의료 전문인력에 의해 이루어져야 하지만 대상자의 건강증진 서비스 수용 및 행태 변화를 유도하기 위한 서비스의 제공은 개인의 형태, 사고방식, 사회·경제적 여건, 근로여건 등을 종합적으로 고려한 상태에서 이 분야의 각종 관련 기관과 공동으로 이루어져야 한다. 물론 이와 같은 지역사회 자원동원 등은 대상기관간의 연계 없이도 공공보건의료 기관이 중심이 되어 추진할 수 있다.

그러나 서비스 대상자를 발굴(identify)하여 서비스를 제공하는 초기단계에는 이러한 접근방법이 가능하다. 즉, 공공보건의료기관이 구축되어 서비스 제공대상자의 욕구를 파악하고 이를 기초로 필요한 서비스 제공계획을 수립하여 연계대상 기관간의 역할을 분담하여 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 그러나 이후 대상자에 대해 지속적으로 서비스를 제공하는 단계에서는 공공보건의료기관이 모든 사항을 추적·관리할 수는 없으며, 연계대상 기관들이 상호간의 연계를 통해 자발적으로 서비스 연계를 수행해야 한다.

결론적으로 허브형 모형은 이론적으로는 불완전하지만, 건강증진서비스 제공측면에서 대상기관 간에 연계를 해야 할 서비스의 내용이 명확히 설정되어 있지 않고 연계망도 구축되어 있지 않은 현재의 상태에서 공공보건의료기관이 주도가 되어 대상기관과의 1:1 관계를 기초로 건강증진서비스를 제공하기에는 가장 현실적인 모형이다.

② 수레바퀴형 연계모형

수레바퀴형 모형은 허브형 모형에 대상기관간 연계활동이 추가된 형태의 모형으로서 이론적인 측면에서는 가장 바람직한 모형 중의 하나이

다. 즉, 공공보건의료기관 및 대상기관 간의 연계, 그리고 대상기관 간의 연계를 포괄하는 모형으로서, 공공-민간, 민간-민간 간의 다양한 서비스 연계를 포함한다.

그러나 이러한 모형을 현실에 당장 적용하는 데는 한계가 있다. 즉, 이 모형을 적용하기 위해서는 우선 대상기관 간에 상호 연계가 이루어 지도록 하기 위한 서비스의 내용 및 서비스 교환을 위한 메커니즘이 개발되어야 한다. 아울러, 어느 정도까지 공공보건의료기관과 대상기관간의 연계를 통해 서비스를 제공하고, 어느 정도까지 대상기관 간의 연계를 통해 서비스를 제공해야 하는 지에 대한 구체적인 전략과 역할분담 방안이 마련되어야 한다.

한편, 민간-민간의 연계활동을 의무화하도록 관련 법을 개정하거나 또는 이러한 활동을 유도하기 위한 인센티브 제공 등 동기를 부여해야 하는데, 연계활동이 실제 어느 정도 이루어지는지를 평가·관리하는 데 한계가 존재한다.

〈표 5-2〉 건강증진서비스 제공과 관련한 수레바퀴형 연계모형의 장단점

구 분	내 용
장 점	• 공공-민간 및 민간-민간 연계 포괄 • 공공부문 중심의 연계 활동 탈피
단 점	• 대상기관 간 연계활동 내용 및 방법 개발 필요 • 대상기관 간 연계활동에 대한 관리 및 성과측정 상의 어려움 • 공공-민간, 민간-민간 연계활동 간 연계활동의 차별화 방안 마련 필요

③ 네트워크간 연결형 연계모형

네트워크 간 연결형 모형은 메타네트워크 형태이다. 즉, 하부 네트워크가 여러 개 존재하고 공공보건의료기관은 이러한 하부 네트워크를 연계·조정하는 형태이다.

이 모형은 지역단위를 세분화 하여 세부지역 단위별로 하부 연계망을 구축할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 원칙적으로 네트워크 연결형 모형은 공공보건의료기관이 전체적인 조정이나 예산지원 등의 역할을 후방에서 담당하는 데 적합한 모형이기 때문에 공공보건의료기관이 적극적으로 연계를 주도해 나가는 데는 한계가 있다.

특히 시·군·구 단위 등에서 여러 개의 하부 네트워크가 존재하는 데 한계가 있고, 각 하부 네트워크 내의 구심점으로서 리더 역할을 담당할 공공보건의료기관이 없다. 읍·면단위의 보건지소 또는 보건진료소가 중심이 되어 해당지역 내에서의 기관들로 하부 네트워크를 구성할 수 있으나 이들 기관의 역량으로는 그러한 역할을 담당하는 데 한계가 있다.

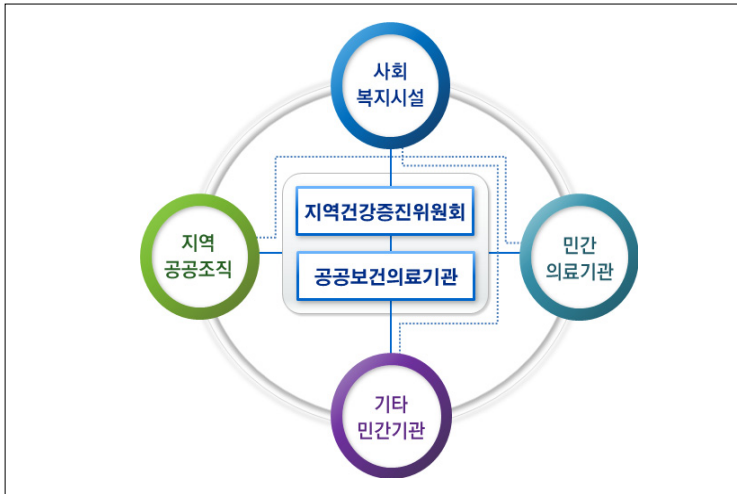
〈표 5-3〉 건강증진서비스 제공과 관련한 네트워크 연결형 연계모형의 장단점

구분	내 용
장 점	• 하부 지역단위별 연계 체계 구축 가능 • 지역의 특성을 보다 면밀하게 서비스 연계에 반영 가능
단 점	• 공공 보건의료기관의 적극적 연계 주도에 한계 • 하부 지역단위별 연계망의 리더 역할을 담당할 보건의료 조직 부재

2) 건강증진서비스 제공을 위한 지역사회 연계모형

공공보건의료기관이 서비스 공급을 주도해야 하며, 네트워크 참여기관 간에 의사소통이 제약 없이 이루어져야 하며, 네트워크 참여기관 간 연계가 이루어져야 한다는 점에서 건강증진서비스 제공을 위한 연계체계의 기본틀로 주도조직관리 네트워크, 완전연결형 의사소통 모형, 수레바퀴형 거버넌스 네트워크가 결합된 형태를 설정하였다.

[그림 5-4] 지역사회 건강증진 서비스 연계모형



여기서, 공공보건의료기관과 네트워크 참여기관 간에는 경우에 따라 자원의 공유, 권한과 책임의 위임, 예산배분, 지도·감독 등이 이루어져야 하기 때문에 ‘강한’ 관계(tie)를 설정하였다.

네트워크 참여기관 간에는 상호 시설 생활자 및 이용자 정보 교류, 업무협조 등의 약한 관계를 설정하였는데, 경우에 따라 강한 연계가 이루어질 수 있는 여지도 있다.

지역건강증진위원회의 설립 방안을 제안하고 있는데, 여기에 대해서는 뒤에서 보다 구체적으로 언급하고자 한다.

나. 연계체계 운영상의 권한배분과 연계의 내용

지금까지는 건강증진서비스 제공을 위한 지역사회 내 연계체계의 기본적인 외형에 대해 살펴보았다. 이러한 기본틀 하에서 지역사회 연계체계가 성공적으로 운영되기 위해서는 연계체계 운영 상의 장애요인을 해

소하고, 공공부문의 개입 및 지도·감독 없이도 연계체계가 지속적이면서도 자발적으로 작동되도록 하기 위한 제도적 설계가 필요하다.

이를 위해서는 건강증진서비스 제공과 관련한 의사결정은 어떻게 이루어져야 하며, 연계의 실질적인 내용은 무엇이며, 네트워크 참여 기관의 권한 및 의무는 어떻게 설정되어야 하는지 등에 대한 검토가 필요하다.

1) 의사결정 구조 : 가칭 “지역건강증진위원회” 구성·운영

지역사회 내 연계체계를 마련하기 위해서는 가장 먼저 연계체계의 중심점이 되는 주도조직과 의사결정 구조에 대한 검토가 필요하다. 시·군·구 단위에서의 주도조직은 보건소가 될 수밖에 없다. 그러나 보건소는 연계사업에 대한 의사결정 권한을 가지고 있지 못하다. 연계사업을 추진하기 위해서는 사업의 승인, 예산배정 등의 권한이 부여되어야 하지만 보건소는 지방자치단체의 장이 배정하는 예산과 국고지원 예산 범위 내에서 일상화된 업무를 수행하는 것이 현실이다.

주도조직은 의사결정에 있어서 주도적 역할을 조직, 그리고 사업수행 및 서비스 제공에 있어서 주도적 역할을 하는 조직으로 구분할 수 있는데, 보건소는 사업수행 및 서비스 제공에 있어서 주도적 역할을 담당할 수는 있으나 의사결정에 있어서 주도적 역할을 하는 데 한계가 있다.

따라서 의사결정에 있어서 주도적 역할을 담당하는 별도의 조직이 필요한데, 공공부문만을 포괄하는 사업수행 및 서비스 제공의 경우는 지방자치단체의 장이 주도적 역할을 담당하여야 한다. 그러나 민간부문과의 연계 및 민간의 참여를 전제로 하는 경우에는 공공과 민간부문의 책임자로 구성되는 참여적 의사결정 구조가 필요하다. 건강증진 연계사업이 효과적으로 추진되기 위해서는 네트워크에 참여하는 기관들의 의견이 반영될 수 있어야 하며, 네트워크 참여기관들은 결정된 의사에 따라 권한

및 책임의 일부를 분담해야 한다. 따라서 네트워크 참여기관들이 참여하는 의사결정 구조가 필수적이다.

이러한 참여적 의사결정을 보장하기 위한 조직으로서 가칭 “지역건강증진위원회”를 설치·운영하는 방안을 고려할 필요가 있다. 다양한 구성원이 참여한다는 의미에서 ‘위원회’라는 명칭을 사용하였는데, 위원회(committee)는 기관장을 보좌하는 자문 또는 심의기구로 설치되는 것이 보통이지만 기관장이 위원장을 맡을 경우 의결기구로 기능할 수도 있다. 이 “지역건강증진위원회”의 구성·운영 방안에 대해서는 뒤에서 보다 구체적으로 살펴보기로 한다.

2) 네트워크 참여기관의 권한 및 의무

민간기관이 공공정책과 관련된 의사결정 과정 및 연계사업에 참여할 권한과 의무가 있느냐의 문제, 지역사회 내 수많은 기관들이 모두 참여할 수 있느냐의 문제, 그리고 지역건강증진위원회에서 결정된 사항이 민간기관을 구속할 수 있느냐의 문제, 만약 구속한다면 어디까지 구속할 수 있느냐의 문제에 대한 검토가 필요하다.

우선, 민간기관이 공공정책과 관련된 의사결정과정에 참여할 권한이 있느냐의 문제와 관련하여서는 지방자치단체가 지역건강증진위원회 운영 규정 등을 제정하여 여기에서 민간위원에 대해 의사결정에 참여할 권한을 부여하면 문제는 없을 것으로 판단된다.

그러나 반대로 의사결정과정에 참여할 의무를 부여하는 데는 한계가 있다. 이는 결국 지역사회 관련기관들이 네트워크에 참여하려는 의지가 없을 경우 네트워크 참여를 강제할 수 있느냐의 문제로 귀결된다.

지금까지 지역사회 내에서 서비스 및 업무 연계이 중요성이 강조되어 왔으나 현실적으로 이러한 연계사업이 활발하게 이루어지지 못하는 가장

큰 이유로는 연계를 주도할 구심점이 없다는 점과 지역사회 관련기관들의 참여의지가 부족했다는 점, 그리고 관련기관들의 인력부족 및 업무부담 과중으로 연계활동에 참여할 여력이 부족했다는 점 등을 들 수 있다.

현재 지역사회 내의 서비스 및 업무 연계 등을 위해 지역사회복지협의체가 시·군·구 단위에 설치·운영되고 있는데, 이 지역사회복지협의체도 이러한 이유로 유명무실하게 운영되는 경우가 많다. 이러한 상황이 그대로 유지된다면 건강증진서비스 연계 네트워크도 성공적으로 작동하기 어렵다.

이 문제를 해결하기 위한 접근 방법으로는 법적 근거를 마련하여 참여를 강제할 수단을 강구하거나 자발적 참여를 유도하기 위한 동기를 부여하는 두 가지 방법에 대한 검토가 필요하다.

우선 법적 근거 마련을 통한 네트워크 참여 의무화와 관련하여, 지역 건강증진위원회 참여를 의무화하기 위한 법적 근거 마련을 위해서는 우선적인 고려대상 법률로 『사회복지사업법』과 『국민건강증진법』을 검토할 수 있다.

현행 『사회복지사업법』 제7조의2는 사회복지·보건의료 관련 기관·단체 간에 사회복지서비스 및 보건의료서비스의 연계·협력을 강화하기 위해 지역복지협의체를 둔다는 내용을 포함하고 있다. 따라서 본 연구에서 제안하는 지역건강증진위원회가 각종 사회복지시설과 공공보건의료기관을 포괄한다는 점에서 『사회복지사업법』에 관련내용을 포함하는 방안을 고려할 수 있다. 그러나 다른 한편으로는 네트워크에 참여하는 기관들이 주로 사회복지 관련 기관·단체이기는 하지만 서비스의 내용이 건강증진서비스인 점 등을 감안하면 『국민건강증진법』이 고려의 대상이 되어야 한다.

『국민건강증진법』 제10조에서는 시·도 및 시·군·구에 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회 주민과 단체, 공공기관으로 구성되는 “건강생활실천협의회”를 두도록 규정하고 있다. 따라서 이 “건강생활

실천협의회”를 포괄하는 지역건강증진위원회를 설치하는 방안을 고려할 필요가 있다. 건강생활실천협의회 자체를 지역건강증진위원회로 개편하는 방안도 고려할 수 있으나 건강생활실천협의회가 건강교육·상담·지도 등의 서비스를 직접적으로 제공하는 데 관여하기보다 건강생활 실천운동에 중점을 두고 있다는 점, 그리고 지역사회복지협의체 또는 지역사회내의 다양한 사회복지 기관단체를 포괄해야 한다는 점 등을 고려할 때 건강생활 실천협의회를 포괄하는 수준의 위원회를 구성하는 것이 바람직하다.

※ 「국민건강증진법」 10조 (건강생활실천협의회)

- ① 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회의 주민·단체 또는 공공기관이 참여하는 건강생활실천협의회를 구성하여야 한다.
- ② 제1항의 규정에 의한 건강생활실천협의회의 조직 및 운영에 관하여 필요한 사항은 지방자치단체의 조례로 정한다.

여기서, 『사회복지사업법』이나 『국민건강증진법』 등 상위 법령을 개정하지 않고 지방 조례로서 의무화를 규정하는 방안도 고려될 수 있으나 이는 현실적으로 한계가 있다. 개인이나 법인의 권리 제한이나 의무 부과에 관한 사항 등을 조례로서 규정할 때에는 상위 법률의 위임이 있어야 하기 때문에 결국 지방조례를 제정하기 위해서는 『국민건강증진법』 등 상위법을 개정하여 권한위임에 관한 사항을 포함시켜야 한다.

지금까지 네트워크 참여를 의무화 할 경우 법적 근거를 어떻게 마련할 것인지에 대해 살펴보았다. 그러나 여기서 과연 네트워크 참여를 의무화할 수 있는 가능성(feasibility)과 필요성이 있는지 대해 살펴볼 필요가 있다.

우선 건강생활실천협의회는 조직 및 운영과 관련한 사항을 지방자치

단체의 조례로 정하도록 되어 있는데, 대부분의 경우 보건의료관련 전문가와 일부의 지역 공공보건의료기관 단체장 등으로 구성되며, 지역사회 내 기관단체의 장들이 반드시 참여하도록 의무화되어 있지는 않다. 아울러, 『사회복지사업법』 제7조의2에 따라 지역복지협의체를 설치하는 것은 의무화되어 있지만 이 지역사회복지협의체에 지역사회 내 모든 사회복지·보건의료 관련 기관·단체가 협의체에 참여하도록 의무화되어 있지는 않다. 즉, 사회복지 또는 보건의료 관련 전문가, 사회복지사업을 하는 기관·단체의 대표자, 보건의료사업을 하는 기관·단체의 대표자, 공익단체에서 추천한 사람, 사회복지업무 또는 보건의료 업무를 담당하는 공무원 중에서 지방자치단체의 장이 지역복지협의체 위원을 임명하거나 위촉하도록 되어 있기 때문에 지역사회 내 모든 기관·단체의 장이 협의체에 참여할 의무는 없다.

※ 「사회복지사업법」 제7조의2

제7조의2(지역사회복지협의체)

- ① 관할지역의 사회복지사업에 관한 중요 사항과 제15조의3제1항에 따른 지역사회복지계획을 심의하거나 건의하고, 사회복지·보건의료 관련 기관·단체가 제공하는 사회복지서비스 및 보건의료서비스의 연계·협력을 강화하기 위하여 특별자치도 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제15조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 지역사회복지협의체를 둔다.
- ② 지역사회복지협의체의 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장이 임명하거나 위촉한다.
 1. 사회복지 또는 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람
 2. 사회복지사업을 하는 기관·단체의 대표자
 3. 보건의료사업을 하는 기관·단체의 대표자
 4. 공익단체에서 추천한 사람
 5. 사회복지업무 또는 보건의료업무를 담당하는 공무원

이러한 사례를 제외하고서라도, 중앙정부나 지방자치단체와 사업위탁 등의 계약관계에 있지도 않으며 완전히 사적 영역에 속하는 민간 병의원 등의 기관에 대해 네트워크 참여를 강제할 수는 없다. 아울러, 참여 의무화 대상 기관의 범주를 분명하게 정하기도 어렵다. 또한 참여동기가 부족한 상태에서 법적으로 참여를 의무화하더라도 현실적인 성과를 올리기도 어렵다. 의무화를 위한 법령 개정 등의 노력만 낭비될 가능성이 높다.

따라서 결론적으로 『국민건강증진법』에 지역건강증진위원회 설치·운영에 관한 사항을 규정하되 선택적 참여를 보장하는 형태로 규정되어야 한다. 지역건강증진위원회 시·군·구 단위에 설치하는 것을 기본으로 하고 지역건강증진위원회 간 업무연계·조정을 위해 시·도단위에 광역건강증진위원회를 설치할 필요가 있다.

이러한 측면을 고려해 볼 때 결국 법적 근거 마련을 통한 네트워크 참여 의무화보다는 동기부여를 통한 자발적 참여 유도가 바람직하다고 할 수 있다. 그러나 자발적 참여의지에 의존할 경우 네트워크 참여도가 낮을 수 있다는 문제점이 있다. 이러한 문제가 해결되기 위해서는 기본적으로 각 기관·단체들이 네트워크에 참여함에 따르는 비용 대비 편익이 그렇지 않은 경우에 비해 높아야 한다.

이와 관련하여 건강증진서비스 연계사업으로 인한 편익은 공공보건의료기관의 경우 낮은 비용으로 보다 많은 대상자에 대한 서비스 제공이 가능하며, 사업추진을 위한 포괄적 인프라로서 다양한 지역사회 접근채널을 확보할 수 있으며, 이를 통해 다양한 서비스 프로그램 개발이 가능해진다는 점을 들 수 있다.

사회복지 생활시설이나 이용시설의 경우는 시설에 대한 주민의 인지도와 이용자의 만족도가 증대되고, 생활인원의 건강증진으로 인한 질병 관련 비용이 절감되며, 지역주민의 시설이용이 증가한다는 점을 들 수 있다.

민간병의원이 네트워크에 참여하여 건강관리에 대한 상담·지도 서비스 등을 제공하거나 사회복지시설로부터 환자 의뢰를 받는 형태로 네트워크에 참여할 경우 병의원 이용환자의 증가와 유희자원의 활용도가 증가하는 등의 편익이 발생할 수 있다.

〈표 5-4〉 네트워크 참여주체별 편익

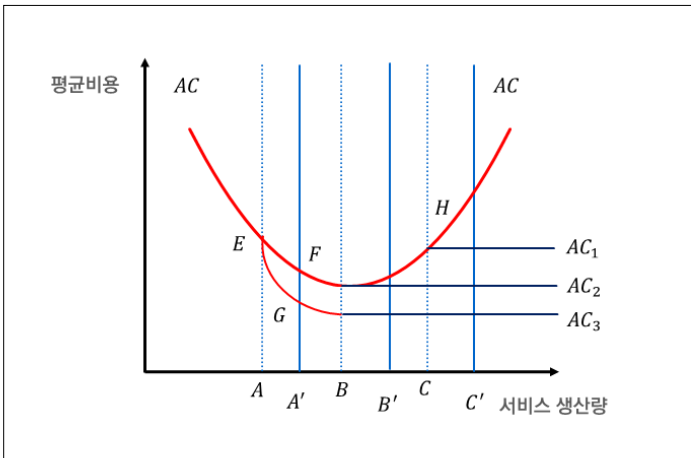
주 체	편 익
공공 보건의료기관	• 낮은 비용으로 보다 많은 대상자에 대한 서비스 제공 가능 • 사업추진을 위한 포괄적 인프라로서 다양한 지역사회 접근채널 확보 • 다양한 서비스 프로그램 개발 가능
사회복지생활시설 및 이용시설	• 주민의 인지도 및 이용자의 만족도 증대 • 생활인원의 건강증진 및 질병관련 비용 절감 • 지역주민의 시설이용 증가
민간병의원	• 의료기관이용 환자 증가 • 의료기관 내 유희자원 활용도 증가

한편, 서비스 생산비용과 관련하여 건강증진서비스 제공 프로그램이 각 기관·단체의 기존 프로그램에 부가하여 별도로 시행된다고 가정하자. 그리고 3개의 기관이 아래의 그림에서와 같이 동일한 평균비용 곡선 AC를 가지고 있다고 가정하자. 그리고 기관 I은 A점, 기관 II는 B점, 기관 III은 C점에서 서비스를 생산한다고 하자.

A점에서 서비스를 생산하는 기관 I은 기관 내에 유희 자원이 존재하여 서비스 생산량을 늘리더라도 서비스 생산에 소요되는 평균 비용이 감소하는 단계에 있는 기관이다. 이 기과의 경우 건강증진서비스를 추가로 제공함으로써 전체적인 서비스 생산량이 A'으로 이동하게 된다. 이때 FG 만큼의 비용을 공공보건의료기관이 지원할 경우 이 기관의 평균비용 곡선은 AC₃이 된다. 이 기관의 경우는 서비스 공급을 증대시키더라도 평균비용이 감소하는 상태이며, 건강증진서비스 제공을 위한 비용을 공

공보건의료기관이 지원하기 때문에 건강증진 서비스 제공에 참여할 동기가 발생한다.

[그림 5-5] 건강증진서비스 제공을 위한 평균비용 곡선(1)



B점에서 서비스를 제공하는 기관은 이미 기관내의 가용자원을 충분히 활용하고 있어서 서비스의 공급을 증대시킬 경우 평균비용이 증가하는 국면에 있는 기관이다. 아울러 C점에서 서비스를 제공하는 기관은 서비스 공급을 늘릴 경우 평균비용이 급격히 증가하는 국면에 있다. 이 두 기관의 경우 건강증진서비스를 추가로 제공하여 B' 또는 C'에서 서비스를 제공할 경우 큰 폭의 평균비용 증가가 수반되기 때문에 건강증진서비스 제공에 참여할 동기가 약하다. 비록 공공부문에서 추가로 소요되는 비용 지원하여 평균 비용곡선이 AC2 또는 AC3로 바뀔다고 하더라도 일부 있을 수 있는 자체비용 소요에 대한 우려로 인해 건강증진서비스 제공에 참여할 동기가 약하다.

따라서 공보건의료기관이 지역사회 기관·단체들에 대해 비용을 지

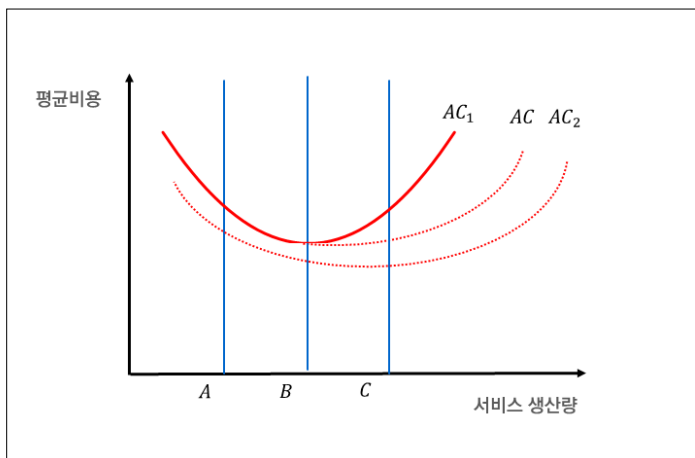
원할 때 건강증진서비스 제공만을 위한 비용을 별도로 지원하는 것은 위와 같은 문제점이 발생할 수 있다. 특히 현실적으로 지역사회의 많은 서비스 기관들이 인력부족 등의 문제를 가지고 있으며 B점 또는 C점에서 서비스를 제공하는 경우가 많다.

따라서 건강증진서비스 제공은 각 기관·단체들의 기존 서비스 제공 프로그램과 통합하여 제공하고, 비용지원은 해당 통합프로그램에 비용을 지원하는 방식으로 추진되어야 한다.

이와 같은 방식으로 비용을 지원함으로써 아래 그림에서와 같이 기관·단체들의 평균비용 곡선을 AC1, AC2 등으로 하향 이동시켜주는 것이 바람직하다.

공공보건의료기관의 예산 제약이 있을 경우 최소한 AC1으로 이동시켜주는 것이 바람직하다. 이렇게 함으로써 B점에서 서비스를 공급하던 기관이나 C점에서 서비스를 공급하던 기관 모두 건강증진서비스 제공에 보다 적극적인 동기를 가질 수 있을 것이다. 예를 들어 지역아동센터의 기존 프로그램에 운동지도 프로그램을 통합하여 시행하고, 이때 기존 프로그램에 소요되는 비용의 일부까지를 운동지도 프로그램에서 지원하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 운동지도 강사가 기존 프로그램 운영을 통합하여 운영한다거나, 운동지도를 위한 팜플렛 등의 교보재에 기존 복지 프로그램 내용을 통합하여 제작하는 등의 지원을 고려할 수 있을 것이다. 물론, 지역사회 기관·단체의 고유목적 서비스와 건강증진서비스 공급의 평균비용 곡선이 서로 다르며, 각 기관·단체별로도 평균비용 곡선이 서로 다르기 때문에 위의 그림이 각 기관·단체의 평균비용 곡선을 정확하게 나타내는 것은 아니다.

[그림 5-6] 건강증진서비스 제공을 위한 평균비용 곡선(II)



그러나 여기서 설명하고자 하는 바는 기존의 서비스에 부가하여 건강증진 서비스를 제공하고 건강증진서비스 제공에 대해서만 비용을 지원하는 것보다는 기존 서비스와 건강증진서비스를 통합하여 그 통합된 서비스에 대해 비용을 지원하는 것이 바람직하다는 것이다. 이와 같은 비용 지원 방식을 활용할 경우 지역사회 내 기관·단체들의 보다 적극적인 참여를 유도할 수 있을 것이다.

결론적으로, 지역사회 기관·단체들의 네트워크 참여를 의무화하는 것보다는 이와 같은 방법을 통해 자발적인 참여를 유도하는 것이 바람직하다. 아울러 지금까지 연계를 주도할 조직이 없었다는 문제점과 관련하여서는, 각 기관·단체의 지역건강증진위원회 참여를 보장하는 한편, 보건소가 건강증진을 위한 연계사업을 주도하도록 하고, 각 지역사회 기관·단체에서의 실질적인 서비스 공급 활동을 보건소가 대부분 주관하도록 함으로써 이러한 현실적인 문제점을 극복할 수 있을 것이다.

3) 연계 및 서비스의 내용

공공보건의료기관과 사회복지시설 등 간의 연계는 기본적으로 ① 인적·물적 자원 등의 공동 활용, ② 서비스 공급 계획 공동 수립, ③ 시설 이용자의 욕구 사정, ④ 제공할 서비스의 규명, ⑤ 서비스 제공 상의 편의 제공, ⑥ 대상자에 대한 정보 제공 등으로 구분할 수 있다.

이러한 기본구도 하에 영양관리, 금연지원, 절주지원, 운동지도 등을 위한 연계서비스의 내용과 역할분담 방안은 아래 표와 같이 정리될 수 있다.

〈표 5-5〉 건강증진서비스 연계 내용

구 분		영양관리
서비스 내용		• 지역아동센터, 사회복지 생활시설 및 이용시설에 대한 영양지도 • 올바른 영양섭취 등에 대한 홍보·교육자료 제공 • 사회복지시설 등에 대해 food-bank 등 연결 • 영양불균형 실태 조사 및 정보관리 • 지역특화 생활행태 개선사업과 연계 • 영양플러스 사업 등 대상자 발굴 연계
연계방법 및 역할 분담	보건소	• 지역사회 내 사회복지시설 등과의 협의 하에 시설내 기존 프로그램과 보건소의 영양관련 교육·상담을 통합한 프로그램 개발 • 보건소 영양관련 전문인력을 활용하여 지역사회 내 사회복지시설 등 생활자 및 이용자 등에 대한 상담·교육 실시 • 영양관련 홍보·교육자료 제작 및 지역사회 내 관련 기관 배부 • 영양 불균형 실태 조사 및 정보관리, food-bank 등과의 연계
	네트워크 참여기관	• 시설 이용자 중 영양플러스 사업 대상자 발굴 및 보건소 연계 • 영양문제를 가진 대상자 발굴 및 보건소 연계

구 분		금연지원
서비스 내용		• 시설 이용자 및 생활인원에 대한 금연 홍보·교육 프로그램 실시 • 금연관련 홍보자료와 금연보조 재료 제공 • 사회복지시설 생활인원에 대한 금연클리닉 서비스 제공 • 흡연예방 교육 및 개인별 상담 등 실시
연계방법 및 역할 분담	보건소	• 사회복지시설 이용자 및 생활인원을 보건소의 금연클리닉으로 연계하여 서비스 제공 • 지역사회 내 기관·단체에 금연관련 전문인력을 파견하여 금연 교육 및 지도 • 사회복지시설 종사자에 대한 교육(trainers' training) • 사회복지시설에 대한 금연 패치 등 제공
	네트워크 참여기관	• 사회복지시설 이용자 및 생활인원에 대한 보건소 연계 • 보건소에서 제공하는 금연보조 재료와 홍보·교육자료 배부 • 사회복지시설 종사자의 시설 이용자에 대한 금연 교육 및 지도
구 분		절주지원
서비스 내용		• 시설 이용자 및 생활인원에 대한 절주 프로그램 실시 • 알콜상담센터, 정신보건센터, 보건당 간의 연계 하에 알콜 문제 상담 실시
연계방법 및 역할 분담	보건소	• 관련 전문가를 시설에 파견하여 알콜 중독자, 알콜 문제를 가진 시설 이용자 및 생활인원에 대한 상담 및 지도 • 알콜관련 홍보·교육 자료 제작 및 배부 • 건전한 음주문화 조성을 위한 지역사회 홍보·교육 활동
	네트워크 참여기관	• 알콜중독자 및 알콜문제를 가진 시설 이용자 및 생활인원 보건소 등 연계 • 시설 내 알콜 관련 교육·상담 프로그램 개발
구 분		운동지도
서비스 내용		• 시설 이용자 및 생활인원에 대한 운동지도 프로그램 실시 • 보건소, 건강증진센터 등간의 연계 하에 운동 처방 및 운동 지도
연계방법 및 역할 분담	보건소	• 건강증진센터와 협력하여 시설 이용자 및 생활인원에 대한 운동 지도 • 사회복지시설 내 운동기구 설치 지원 • 사회복지시설 종사자에 대한 교육(trainers' training)
	네트워크 참여기관	• 시설 이용자 및 생활인원에 대한 운동 욕구 파악 및 대상자 발굴 • 보건소, 건강증진센터의 지원 하에 운동프로그램 개발 실시

4) 서비스 연계 사업 추진방식

연계는 그 수준에 따라 의사소통(communication), 협력(cooperation), 조정(coordination), 협동(collaboration) 등으로 구분할 수 있다. 공공보건의료기관과 네트워크 참여기관 간에는 자원의 공동활용 등을 포함하는 “협동” 수준의 연계가 필요하며, 네트워크 참여기관 상호간에는 “약한 연계”(weak tie)인 의사소통이나 협력만으로도 이루어 질수도 있다.

이와 같이 공공보건의료기관과 네트워크 참여 기관 간의 협동이 원활하게 이루어지기 위해서는 일정한 형태의 “사업”을 개발하는 것이 필요하다. 즉, 연계서비스를 제공함에 있어서 추가적인 예산이 수반되고 이러한 추가소요예산을 공공보건의료기관이 주로 조달해야 하기 때문에, 예산 확보 등 자원의 조달을 위해서는 독립적 단위의 사업을 개발하여 이를 통해 연계활동을 추진해야 한다는 것이다. 연계활동을 위해 사용용도를 일정한 범위 내에서 개방해 놓은 경상비 형태의 예산을 확보한 다음 필요할 때마다 예산을 집행하는 방식은 현실적으로 불가능하기 때문이다.

이와 같이 독립적인 사업단위로 연계사업을 개발하여 추진할 경우 일부 서비스의 경우는 이 사업에 포함되지 못하는 경우도 발생할 수 있다. 이 경우는 시설의 종류나 서비스의 내용을 기준으로 주기적으로 순환하며 사업을 개발 추진하는 방안을 고려할 수 있을 것이다.

2. 지역건강증진위원회의 구성·운영 방안

가. 지역건강증진위원회 구성(안)

지역건강증진위원회 구성안을 제시하기에 앞서 지역단위의 기존 보건복지 관련 협의체·위원회 등의 구성·운영 현황에 대해 살펴보면 다음과 같다.

건강생활실천협의회는 『국민건강증진법』 제10조에 따라 시·도 및 시·

군·구에 설치하도록 되어 있으며, 중앙단위에서는 설치되어 있지 않다. 건강생활실천협의회 구성·운영에 관한 사항은 지방 조례로 규정하도록 되어 있는데, 지방 조례는 협의회의 성격, 위원구성 등의 측면에서 지방자치단체별로 매우 다양하다. 우선 협의회의 성격과 관련하여 건강생활실천협의회를 지방자치단체장의 자문기구로 운영하는 경우, 심의·조정·의결 기구로 운영하는 경우 등으로 다양하다. 위원회 위원은 10인~20인으로 구성되는 것이 일반적이며, 위원장 또는 회장은 부단체장이 담당하거나 위원 중에서 호선하여 지자체 장이 위촉 또는 임명하는 경우도 있다. 위원은 대체로 보건소장 등 건강증진 관련 공무원, 지역주민 대표, 공공기관장, 학계전문가, 의·약 단체, 보건의료관련 단체, 기타 전문가 등으로 구성된다. 또한 위원회 간사는 보건소 과장 또는 담당사무관이 담당하고 있다.

지역사회복지협의체는 『사회복지사업법』 제7조의2에 따라 특별자치도·시·군·구에 설치되며, 지역사회복지계획의 심의·건의 기구이면서, 사회복지 및 보건의료 기관간 연계·협력을 위한 협의기구이다. 지역사회복지협의체는 『사회복지사업법』 시행규칙 제1조의4에 따라 위원장을 포함한 10명 이상 30명 이하의 위원으로 구성되며, 지역사회복지협의체의 위원장은 위원 중에서 호선하되, 임명직위원과 위촉직 위원 각 1명을 공동위원장으로 선출할 수 있도록 되어 있다.

지역사회복지협의체에는 실무협의체를 두도록 되어 있는데, 실무협의체는 『사회복지사업법』 시행규칙 제1조의4에 따라 위원장 1명을 포함한 10명 이상 30명 이하의 위원으로 구성하며, 위원장은 위원 중에서 호선하고, 위원은 지역사회복지협의체의 위원장이 임명 또는 위촉하도록 되어 있다. 이 때 지역사회복지협의체의 위원장이 2명의 공동위원장이인 경우에는 공동으로 임명 또는 위촉하도록 되어 있다.

특별시·광역시·도·특별자치도에는 『사회복지사업법』 제7조에 따라 지역사회복지계획을 심의·건의하기 위하여 사회복지위원회를 두도록 되어

있다. 사회복지위원회의 위원은 사회복지 및 보건의료 전문가, 사회복지법인 대표자, 사회복지사업을 하는 비영리법인 또는 단체의 대표자, 사회복지를 필요로 하는 사람의 이익 등을 대표하는 사람, 지역사회복지협의체의 대표자, 공익단체 추천자, 사회복지공동모금회 추천자 중에서 특별시장·광역시장·도지사 특별자치도지사가 임명하거나 위촉하도록 되어 있다.

사회복지협의회는 『사회복지사업법』 제33조에 따라 전국 단위의 한국 사회복지협의회, 시·도 사회복지협의회, 시·군·구 사회복지협의회 등이 있으며, 사회복지에 관한 조사·연구 및 정책 건의, 사회복지 관련 기관·단체 간의 연계·협력·조정 등을 주된 기능으로 하고 있다.

지역보건의료계획심의위원회는 『지역보건법』 시행령 제2조에 따라 지역보건의료계획의 수립 등 지역보건의료시책의 추진에 필요한 사항에 관한 자문기구로서 시·도 및 시·군·구 단위에 설치·운영되고 있다. 위원회는 위원장 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성되며 위원은 지역주민, 보건의료관련기관 단체의 임직원, 보건의료관련전문가, 관계공무원 중에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 위촉·임명하도록 되어 있다.

〈표 5-6〉 지역단위 각종 위원회·협의체 현황

구 분		건강실천협의회
설치목적		• 건강생활의 실천운동 추진
관련법령		• 『국민건강증진법』 제10조, 지방 조례
기구성격		• 자문기구 또는 심의·조정·의결 기구
주요기능		• 건강생활의 실천운동 추진
위원장		• 부지자체장, 위원 중 단체장이 위촉 또는 임명
위원	인원수	• 지자체별로 10명~20명
	자격	• 건강증진 관련 공무원, 지역주민 대표, 공공기관장, 학계 전문가, 의·약 단체, 보건의료관련 단체, 기타 전문가 등
상위조직		• 시·도, 시·군·구 건강생활실천협의회

구 분		지역사회복지협의체
설치목적		• 지역사회복지계획 심의, 사회복지·보건의료 연계
관련법령		• 『사회복지사업법』 제7조의2 • 동법 시행규칙 제1조의4
기구성격		• 심의·건의 기구, 협의기구
주요기능		• 지역사회복지계획을 심의하거나 건의하고, 사회복지·보건의료 관련 기관·단체가 제공하는 사회복지서비스 및 보건의료서비스의 연계·협력 강화
위원장		• 위원중 호선, 임명직과 위촉직 공동 위원장 가능
위원	인원수	• 10명~30명
	자격	• 사회복지 및 보건의료 전문가 • 사회복지사업을 하는 기관·단체의 대표자 • 보건의료사업을 하는 기관·단체의 대표자 • 공익단체에서 추천한 사람 • 사회복지업무 또는 보건의료업무를 담당하는 공무원
상위조직		• 특별자치도·시·군·구 지역사회복지협의체, 시도·특별자치도 사회복지위원회
구 분		사회복지협의회
설치목적		• 사회복지에 관한 조사·연구 및 정책 건의 • 사회복지 관련 기관·단체 간의 연계·협력·조정 • 사회복지 소외계층 발굴 및 민간사회복지자원과의 연계·협력 등
관련법령		• 『사회복지사업법』 제33조 • 동법 시행령 제12조
기구성격		• 조사·연구, 정책건의, 연계·협력 기구
주요기능		• 사회복지에 관한 조사·연구 및 정책 건의 • 사회복지 관련 기관·단체 간의 연계·협력·조정 • 사회복지 소외계층 발굴 및 민간사회복지자원과의 연계·협력 • 대통령령으로 정하는 사회복지사업의 조성 등
회원	중앙협의회	• 사·도협의회 의 장 • 사회복지법인 및 사회복지사업과 관련있는 비영리법인의 대표자 • 경제계·언론계·종교계·법조계·문화계·교육계 및 보건의료계 등을 대표하는 자 • 기타 사회복지사업수행에 필요하다고 인정되어 중앙협의회 의 장이 추천하는 자

구 분		사회복지협의회
회원	시·도협의회	• 시·군구협의회회의의 장 • 당해 지역에 주된 사무소가 있는 사회복지법인 및 사회복지사업과 관련있는 비영리법인의 대표 • 당해 지역의 경제계·언론계·종교계·법조계·문화계·교육계 및 보건의료계 등을 대표하는 자 • 그 밖에 지역사회의 복지발전을 위하여 시·도협의회회의의 장이 추천하는 자
	시·군구협의회	• 당해 지역에 주된 사무소가 있는 사회복지법인 및 사회복지사업과 관련있는 비영리법인의 임직원 • 당해 지역에 주된 사무소가 있는 사회복지시설의 종사자 • 당해 지역의 경제계·언론계·종교계·법조계·문화계·교육계 및 보건의료계 등에 종사하는 자 • 그 밖에 지역사회의 복지발전을 위하여 시·군구협의회회의의 장이 추천하는 자
구 분		지역보건의료계획심의위원회
설치목적		• 지역보건의료계획의 수립 등 지역보건의료시책의 추진에 필요한 사항에 관한 자문
관련법령		• 『지역보건법』 시행령 제2조, 지방 조례
기구성격		• 자문기구
주요기능		• 지역내 보건의료의 실태조사에 관한 사항 • 지역보건의료계획의 수립에 관한 사항 • 지역보건의료계획의 시행 및 시행결과의 평가에 관한 사항 • 기타 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 지역보건의료시책의 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 사항
위원장		• 부지사·체장 등
위원	인원수	• 위원장 1인을 포함한 20인 이내
	자격	• 지역주민 • 보건의료관련기관·단체의 임직원 • 보건의료관련전문가 • 관계공무원 등
상위조직		• 시·도, 시·군·구 지역보건의료심의위원회

이러한 사례를 고려해 볼 때 지역건강증진위원회는 지역단위에서의 서비스 연계에 중점을 두는 만큼 시·도 단위와 시·군·구 단위에 설치하

도록 하며 중앙단위에는 설치하지 않는다. 다만, 중앙단위에서 지역건강증진위원회와 관련된 사항을 총괄적으로 관장하는 기능을 부여할 경우에는 일차적으로 『국민건강증진법』 제5조에 의한 국민건강증진정책심의위원회와 『보건의료기본법』 제20조에 의한 보건의료정책심의위원회를 고려해 볼 수 있다. 우선, 국민건강증진정책심의위원회는 국민건강증진종합계획, 국민건강증진기금의 연도별 운용계획안·결산 및 평가, 2개 이상의 중앙행정기관이 관련되는 주요 국민건강증진시책에 관한 사항으로서 관계중앙행정기관의 장이 심의를 요청하는 사항, 「국민영양관리법」 제9조에 따른 심의사항, 그 밖에 위원장이 심의에 부치는 사항을 심의하는 기능을 담당하고 있다.

보건의료정책심의위원회는 보건의료발전계획, 주요 보건의료제도의 개선, 주요 보건의료정책, 보건의료와 관련되는 국가 및 지방자치단체의 역할, 그 밖에 위원장이 심의에 부치는 사항을 심의하는 기능을 담당하고 있다.

이와 같이 보건의료정책심의위원회는 국가적인 보건의료제도에 관한 사항의 심의를 주된 기능으로 하는 반면 국민건강증진정책심의위원회는 여러 부처에 걸친 건강증진관련 사항을 심의하는 기능을 담당하고 있다는 점에서 국민건강증진정책심의위원회가 지역건강증진위원회와 관련된 사항을 심의하도록 하는 것이 바람직하다.

그러나 지역단위의 특성을 고려한 연계사업을 개발·추진하는 것이 지역건강증진위원회의 주된 기능이라는 점을 고려하면 이를 총괄하는 중앙단위 기구가 반드시 필요한 것은 아니다.

한편, 지역건강증진위원회의 성격과 관련하여 외형적으로는 심의·건의·협의 기능을 주된 기능으로 하도록 한다. 지역건강증진위원회가 심의기능을 가지기 위해서는 심의할 대상계획이나 사업 등을 가지고 있어야 한다. 즉, 국민건강증진정책심의위원회는 국민건강증진종합계획, 보건의

료정책심의위원회는 보건의료발전계획, 지역보건의료계획심의위원회는 지역보건의료계획, 지역사회복지협의체는 지역사회복지계획 등의 심의할 대상계획을 가지고 있다.

이러한 점을 고려하여, 지역사회 네트워크 참여기관의 협력 하에 공공 보건의료기관이 주도가 되어 지역사회 건강증진연계사업 계획을 매년 수립하고 이를 지역건강증진위원회에서 심의하도록 한다.

여기서 심의 의결된 사항은 공공보건의료기관이라는 행정조직을 통해 집행되기 때문에 지역건강증진위원회의 위원장은 지방자치단체의 부단체장이 담당하도록 하고 부위원장은 민간위원이 담당하도록 한다.

지역건강증진위원회의 위원 구성은 25명~30명으로 하되 기존의 각종 협의체·위원회의 관계자가 당연직으로 참여하도록 한다. 당연직으로 참여할 위원은 지역복지협의체 민간 위원장, 지역복지협의회 회장, 건강생활실천협의회 위원, 지역복지의료계획심의위원회 위원, 지자체 행정 부서장 등 사회복지 및 보건의료 담당공무원 등으로 하고 위촉직으로 참여할 위원은 의·약단체 등 직능대표, 사회복지시설 대표자, 주민대표, 학계 및 기타 전문가 등으로 한다.

지역건강증진위원회가 담당할 기능은 지역사회건강증진 연계사업 추진 계획 심의, 연계사업의 활성화를 위한 연계사업 참여기관 간 자원공유 및 정보교류에 대한 협력, 연계사업 추진을 위해 필요한 기타 사항 협의 등이다. 앞에서 언급되었던 연계의 내용 즉, ① 인적·물적 자원 등의 공동 활용, ② 서비스 공급 계획 공동 수립, ③ 시설이용자의 욕구 사정, ④ 제공할 서비스의 규명, ⑤ 서비스 제공 상의 편의 제공, ⑥ 대상자에 대한 정보 제공 등은 지역건강증진위원회 개최 전단계에서 공공보건의료 기관과 네트워크 참여기관들 간의 협의를 통해 지역사회건강증진 연계사업 추진계획 속에 포함되어야 하며, 지역건강증진위원회에서는 이 계획을 심의하고 연계활동을 원활하게 수행하기 위한 협의를 수행한다.

〈표 5-7〉 지역건강증진위원회 구성(안)

구 분		내 용
설치목적		• 지역사회 내 건강증진 연계사업 활성화
관련법령		• 『국민건강증진법』에 규정, 지방 조례 제정
기구성격		• 심의·조정·협의 기구
주요기능		• 지역사회건강증진 연계사업 추진계획 심의 • 연계사업의 활성화를 위한 연계사업 참여기관 간 자원공유 및 정보교류에 대한 협력 • 연계사업 추진을 위해 필요한 기타 사항 협의 등
위원장		• 부지자체장
위원	인원수	• 25명~30명
	자격	• 당연직: 지역복지협의체 민간 위원장, 지역복지협의회 회장, 건강생활실천협의회 위원, 지역복지의료계획심의 위원회 위원, 지자체 행정 부서장 등 사회복지 및 보건의료 담당공무원 • 위촉직: 의·약단체 등 직능대표, 사회복지시설 대표자, 주민대표, 학계 및 기타 전문가
상위조직		• 시·도, 시·군·구 지역건강증진위원회

이와 같은 지역건강증진위원회 설치·운영에 관한 법적 근거로 『국민건강증진법』에 관련 조항을 포함시킨 다음 구체적인 사항은 지방 조례로 규정하도록 한다.

나. 위원회 운영 활성화를 위한 동기부여 및 지원

지역건강증진위원회 운영과 지역 건강증진연계사업의 활성화를 위해서는 앞에서 언급한 비용지원에 추가하여 정부합동평가 시에 반영하는 방안을 고려할 수 있다.

아울러 건강증진연계사업을 위한 예산은 2013년부터 시행되는 시·군·구 단위의 건강증진사업 포괄보조금을 활용하도록 한다. 포괄보조금은 23개 건강증진사업 중에서 17개 사업에 대해 실시될 예정인데, 888억원

의 예산이 국고로 배정될 예정이다.

〈표 5-8〉 건강증진 포괄보조금

No	사업명	12년국비 (억원)	➡	2013년 개선안
1	방문건강관리사업	309		① 건강증진 포괄보조사업 (888억원)
2	지역사회중심재활사업	13		
3	보건소 건강생활실천통합서비스	117		
4	영양플러스사업	176		
5	보건소 금연클리닉	126		
6	모유수유클리닉	2		
7	임산부 철분제·엽산제 지원	33		
8	구강보건실(센터) 설치·운영	16		
9	어린이구강건강관리	1		
10	노인 불소도포·스케일링	10		
11	치매조기검진사업	16		
12	치매노인사례관리	8		
13	수돗물불소농도조정사업	8		
14	한의원건강증진Hub보건소 사업	37		
15	한의원 지역보건사업(한방진료실)	4		
16	아토피천식 예방관리	6		
17	심뇌혈관질환 예방관리·교육홍보사업	6		
18	민관협력 고혈압·당뇨병 등록관리사업	65		②고혈압·당뇨병 등록관리사업
19	표준형 정신보건센터	114		③표준형 정신보건센터
20	아동청소년 정신건강증진사업	11		④아동·청소년 정신건강 증진사업
21	알코올상담센터 운영	30		⑤알코올상담센터 운영
22	노숙인등알코올중독자사례관리	3		⑥노숙인등알코올중독자 사례관리
23	지역사회 건강조사	61		⑦지역사회 건강조사

자료: 보건복지부 내부자료

포괄보조금 방식의 국고지원이 이루어질 경우 지방자치단체로서는 일정한 범위 내에서 예산집행의 자율성을 가질 수 있기 때문에 이 포괄보

조금을 건강증진연계사업에 활용할 수 있을 것이다. 포괄보조금을 활용함에 있어서 “제3차 국민건강증진종합계획” (HP2020)이 전략에 맞추어 사업을 추진하여야 하지만 13개 분야에 걸쳐 건강증진 연계사업을 추진하는 데 현실적인 제약은 없는 것으로 판단된다.

또한 지자체별로 포괄보조금 지출한도액 집행계획을 수립할 때 사업 수행 방법으로 1:1관리만 수행한다거나, 캠페인만 수행한다거나 또는 집단교육만 하는 등 한 가지 방법만 적용하는 것은 인정되지 않을 뿐 아니라, 중앙에서 제시한 사전검증 사항에 근거하여 지방자치단체별로 특화사업을 선정해야 하는데, 이 특화사업은 중앙에서 제시하지 않은 사업 분야별 유형 및 방법을 사용한 사업을 의미한다는 점을 고려할 때 지역사회 건강증진연계 사업은 포괄보조금 사업으로 수행하는 것이 매우 적절한 것을 판단된다.

다만, 건강증진연계 사업의 추진을 위해서는 실질적인 예산의 증액이 요구되는데, 중앙단위의 예산증액이 어려울 경우 지자체별 지출한도액에 대한 지방자치단체의 50% 매칭펀드(matching fund) 이외에 지자체가 별도의 예산을 마련하도록 노력해야 한다. 그러나 단기적으로 예산을 충분히 확보할 수 없을 경우는 지역사회 내 전문가 및 주민 등을 포함한 자원봉사 인력을 적극 활용함으로써 효율적으로 사업을 추진할 수 있는 여건을 조성해야 한다.

다. 지역건강증진위원회 운영상의 고려사항

지역건강증진위원회가 성공적으로 운영되는 데는 사업계획의 체계적 수립과 이를 뒷받침할 수 있는 자원의 동원이 가장 핵심적인 요인이다.

이러한 체계적인 사업계획 수립과 지원동원이 이루어지기 위해서는 지방자치단체와 네트워크 참여기관의 적극적인 관심과 역량의 배양이 전

제되어야 한다. 이를 위해서는 일정한 범위 내에서 시범사업을 우선 추진함으로써 사업운영과 관련한 지식과 경험을 축적하는 전략이 필요하다. 이러한 예로서 서울시 건강친화마을 시범사업 지역으로 서울시 강북구 번2동 148번지에서 실시되는 “148 건강마을사업”을 들 수 있다.

아울러 희망복지지원단, 맞춤형방문보건사업, 지역복지협의체 사례관리, 의료급여 사례관리 등 지역사회 내에서 다양한 사례관리 활동이 이루어지고 있는데, 이러한 사례관리 사업 간에도 정보교류 등 연계가 부족하다. 건강증진연계사업 네트워크 참여 기관 간에 사례관리의 체계적 수행을 위한 협조체계도 마련되어야 한다.

3. 지역사회건강증진위원회와 서비스 제공기관 간의 관계

가. 지역사회 네트워크 구축

1) 네트워크의 의미

지역사회에서 네트워크를 형성한다는 것은 지역의 다양한 자원을 파악하고 각 자원들이 유기적인 관계를 맺도록 하여 지역사회에서 보다 효율적인 활동을 할 수 있도록 하는 것이다. 네트워크는 연계망(net)을 가지고 활동하는 것이다. 네트워크는 기관 운영 및 서비스의 생산 및 전달에 필요한 자원을 교환하고 클라이언트의 의뢰 및 서비스 연결을 위해 기관 간에 형성된 체계적이고 협력적인 관계망을 말한다. 네트워크 조직을 완성시키는 과정을 네트워킹(networking)이라고 하며, 이 활동을 통하여 네트워크에 참여하는 조직들 간에는 새로운 구조와 체계를 형성하게 된다. 네트워킹은 네트워크가 가능하도록 개인들 사이, 개인과 조직, 조직과 기관 사이에 사회적 관계를 구축하고 유지하도록 상호작용하

는 활동이다.

한편, 지역사회 자원을 개발하기 위해서는 지역의 기존 네트워크와 자원을 활용하는 것이 필요하다. 지역사회에는 이미 확보된 자원과 자원 활용을 위한 네트워크가 형성되어 있기 때문이다. 그런데, 네트워크가 요구하는 것이 새로운 관계이기 때문에 개인이나 조직이 기존에 갖고 있던 방식이나 조직문화의 변화를 전제로 한다. 따라서 대부분의 조직이나 기관들은 총론적으로는 네트워킹을 찬성하지만, 실제로 운영하거나 네트워크에 참여하는 것에 대해서는 신중한 입장을 갖게 된다. 특히, 다른 개인이나 조직과 정보를 공유하는 것에 익숙하지 않은 영역의 경우는 더욱 어려울 수밖에 없다.

2) 네트워크의 유형

지역사회 네트워크는 개별적 자원이 아닌 단체나 기관 등과의 연계라 할 수 있는데, Ellen 등(1998)은 다음의 몇 가지로 네트워크를 구분하였다.

① 의사소통

의사소통(communication)은 조직들 간의 언어, 문서, 정보, 아이디어 등을 공유하는 것이 다. 상호 자문 활동도 여기에 포함될 수 있다.

② 협력

협력(cooperation)은 정보를 공유하여 조직 활동의 효율성을 높이고 불필요한 중복을 피하는 것이다. 정보교류 등을 통해 중복되는 프로그램 운영을 최소로 줄이고 다른 조직 프로그램의 우수한 점을 참고할 수 있다.

③ 조정

조정(coordination)은 조직들이 함께 프로그램을 기획하고 부드럽게 상호작용 하는 상태이다. 조정의 목적은 전문적인 부문의 결합을 통해 보다 효율적인 활동체계를 구축하는 것이다. 조정이 협력과 다른 점은 각 조직의 전문성으로 연계된다는 것이다. 예를 들어, 고혈압 환자를 관리할 때에 보건소에서 보건교육을 병원에서 진료서비스를 담당하는 경우를 고려할 수 있다.

④ 협동

협동(collaboration)은 분리된 각 조직이 단일한 활동에 대해 각각의 자원을 내어놓아 공동의 활동을 수행하는 것이다. 이를 통해 네트워크에 참여하는 각 조직이나 단체들은 자신들이 하고자 하는 활동내용을 보다 전문적이고 풍부한 자원을 동원하여 효율적으로 수행할 수 있다.

3) 네트워크에서의 건강증진위원회의 역할

앞에서 살펴본 네트워크 유형 중에서 건강증진위원회의 핵심 역할은 조정이라 할 수 있다. 즉, 각 조직 간의 건강서비스 네트워크 활동이 활성화될 수 있도록 지원하는 역할을 건강증진위원회에서 담당하게 된다. 지역사회 건강서비스 협의체 네트워크에서 건강증진위원회의 역할을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

가) 네트워크 중심체

앞에서 살펴본 지역사회 네트워크의 유형은 고착화된 것이 아니라 연계되어야 할 상황과 조건에 따라 형태가 결정되게 된다. 또한, 네트워크

는 새로운 상황과 조건에 따라 여러 형태로 시작과 종결이 반복된다. 건강서비스와 관련된 지역사회의 네트워크에는 보건의료 기관 및 단체, 사회복지시설, 민간 병원 등이 포함될 수 있다. 그러나 네트워크는 각 지역사회의 여건에 따라 연계가 가능한 부문부터 구성해 나가는 것이 바람직하다. 지역사회 건강증진위원회는 건강서비스 네트워크의 중심체 역할을 담당하며, 그 주요 기능은 건강서비스의 조정과 연계, 각 기관 간의 역할 분담, 지역사회 자원 개발 및 관리 등이다. 네트워크 참여기관 중 한 개 기관에 연계 네트워크 운영과 사례관리 실행에 관한 책임을 부여할 수도 있으나 이 경우 중립성 문제나 특정한 기관에의 과도한 권한 부여의 문제가 발생하여 연계 서비스 실행이 어려울 수 있다. 따라서 네트워크 참여 기관이 모두 참여하는 지역사회 건강증진위원회가 네트워크의 중심체 역할을 담당하는 것이 바람직하다.

나) 지역사회 자원 연계 활동

① 자원의 파악 및 개발

연계체계를 구축해 나가기 위해서는 일차적으로 클라이언트에게 제공할 수 있는 지역사회 내의 자원을 자세히 알고 있어야 한다. 지역사회 자원 활용을 통한 건강서비스 연계 활동은 단순히 담당자의 업무 실행에 도움을 주는 수동적인 의미뿐만 아니라, 담당자를 통해서 지역사회 내의 건강자원을 더욱 풍부하게 하고 클라이언트를 보다 효율적으로 보호·관리해 나가게 하는 적극적인 의미를 갖는다.

지역사회 자원은 분류방식에 따라서 물적자원과 인적자원, 공식자원과 비공식자원 등으로 나누어질 수 있으며, 대상자별 분류(노인, 장애인, 아동, 여성 등), 서비스 종류별 분류(경제적 문제의 지원, 건강문제의 지원, 일상생활 편의 및 정서적지지, 근로활동의 지원, 가정폭력 등에 대한 상

담합동 등), 제공주체별 분류(국가와 지방자치단체 등이 제공하는 공공 서비스, 민간부문에서 제공하는 민간서비스) 등으로 나눌 수 있다.

한편, 지역사회에서 활용 가능한 지역사회 서비스 기관으로는 각 공공 기관 사회복지과, 보건소정신보건센터, 민간 사회복지관이나 시민단체 및 종교단체 그리고 각 병·의원 등이 있다. 자원의 효과적인 활용을 위해서는 각 기관(조직)의 기본적인 기능과 역할은 물론, 경우에 따라서는 세부적인 서비스 종류와 상세 내용까지도 파악하여 이들 기관이 구체적으로 어떠한 대상자들에게 어떠한 서비스를 제공하고 있는지를 파악하고 있어야 한다.

② 자원의 관리

연계 업무를 본격적으로 실시하기 전에 지역사회 내의 각종 인적, 물적 자원의 현황을 파악하고 관련 자료를 수집한 후 그 내용을 업무 목적에 맞도록 정리하는 것이 필요하다. 잘 정리된 목록이 제공되는 지역이라면 별도의 정리과정이 필요하지는 않겠지만 목록에는 기본적으로 각 기관이 제공하고 있는 서비스 및 프로그램 현황이 포함되어야 한다. 기관명, 담당자, 연락처, 주소, 지원 가능한 서비스내용 등 개발한 지역사회자원에 대한 데이터베이스를 구축하여 관리할 수 있을 것이다. 목록의 정리 방법에는 절대적인 기준이 있기 보다는 업무담당자가 쉽고 효과적으로 활용할 수 있는 방식으로 정리되는 것이 가장 효율적이다. 지역사회 자원을 보다 효과적으로 관리하기 위해서는 자원을 여러 가지 차원에서 분류하여 정리해보는 것이 도움이 될 수 있다.

- 자원의 명칭, 주소, 전화번호 등
- 자원(개인이나 기관)이 제공하는 사업의 목적 및 업무
- 접촉방법
 - 누구에게 의뢰할 것인가?

- 접촉 가능 시간
- 접촉하기 위한 양식 : 전화, 서식, 편지 등
- 자원을 이용할 수 있는 대상범위 및 조건
 - 거주 지역
 - 연령
 - 경제상태
- 의뢰방법
 - 의뢰양식
 - 의뢰기관을 이용할 수 있는 시간
 - 의뢰 절차
- 다른 기관에 의뢰할 때 유의할 점
 - 다른 기관으로 의뢰될 때는 상황을 부정적으로 보게 되는 경우가 많으므로 다른 기관을 안내하는 내용에 대해서 충분히 설명을 한다.
 - 의뢰하는 기관의 담당자와 사전에 전화로 연락하여 필요한 정보를 알려준다.
 - 의뢰서를 작성하여 필요한 정보를 기재한 후 해당 기관으로 가도록 한다.
 - 의뢰하는 기관에 대해 설명을 해주고 필요한 정보를 제공한다.
 - 위치를 정확하게 알려주고 담당자를 만날 시간과 장소를 정확히 알려준다.
 - 의뢰는 가능한 한 개개인을 대상으로 한다.

다) 연계를 위한 행정 활동

① 기관 간의 협약

건강서비스를 제공하는 각 기관들이 계약에 의해 특정 프로그램을 공

유하는 방식이다. 이 방식은 수립이 용이하다는 장점을 가지는 반면, 계약에 관련되는 조직의 수가 많은 경우 운영이 어렵다는 문제가 있어 서비스의 범위가 제한된다. 따라서 기관 간의 협약방식을 구체적으로 명시하여야 한다. 다수 조직이 협약에 기초하여 건강서비스 협의체가 구성되는 것이다. 이렇게 되면 다양한 조직의 참여로 인해 다양한 건강서비스에 대한 접근성은 향상되지만 다수의 조직이 관여되어 있기 때문에 연계 활동에 혼선이 발생할 수도 있다. 특히 문제가 발생하면 책임 소재가 불분명해지는 불안정성이 나타날 수 있다.

② 통합 정보관리시스템 구축

건강서비스 각 기관 간의 연계를 활성화하기 위해서는 건강서비스 협의체를 연결할 수 있는 통합 정보관리시스템을 구축하는 것이 필요하다. 정보관리시스템은 정보수집과 관리단위들을 조직적인 방식으로 연결시키는 체계를 의미한다. 실제 연계전략에서 서비스대상자에 관한 조직간 정보공유는 핵심적인 요소가 되며, 더 나아가 건강서비스 연계를 효율화하고 효과적인 자원 활용을 위해서는 관련 정보를 통합적으로 관리하는 것이 필수이다.

통합적인 정보관리는 서비스 제공자들에게 중복적인 정보기록시간을 감소시키고 풍부한 정보를 통한 서비스계획의 질 향상을 가져다준다. 또한 사례관리자에게는 정규적이고 시기적절한 업무보고가 가능하게 해주며, 제공 사례별 서비스계획의 비교가 용이하게 함으로써 관리비용을 절감시키는 장점이 있다. 통합 정보관리시스템의 구축방식은 어떠한 연계전략이 활용되는가하는 점에 따라 다양한 방식이 존재할 수 있다.

라) 자원의 활용 방법

① 기존 연계 관련 조직의 활용

자원의 효과적인 관리와 활용을 위해서는 지역사회 내에 이미 구성되어 있는 보건서비스 관련 네트워크를 활용할 수 있다. 지역사회에는 이미 확보된 자원을 가지고 있고 그 자원을 활용할 수 있는 네트워크가 형성되어 있는 경우가 대부분이기 때문에 기존의 연계 조직을 활용하는 것이 바람직하다. 주민생활지원부서의 서비스연계팀이나 지역사회복지협의체 등을 포함하여 다양한 목적을 가진 네트워크들이 지역사회 내에 구성되어 있는 경우가 많다. 이러한 기존의 자원과 네트워크를 활용하면 쉽게 자원을 개발할 수 있다. 뿐만 아니라 자원 연계 및 관리 업무 또한 용이해질 수 있기 때문에 이들 조직간, 관련단체, 지역사회 주민과 유기적 관계망을 맺는 것이 중요하다.

② 자원의 직접 동원

지역사회 내의 복지시설, 각종 단체 등을 대상으로 필요한 서비스 내용 및 사업계획, 효과 등을 제시하고 설득하여 프로그램을 실시하도록 유도한다. 이런 과정을 통하여 직접 필요한 물적, 인적 자원을 확보한다.

③ 관련 기관 간의 모임 활동

지역사회 자원의 관계자와 정기적으로 간담회를 실시하여 연계사업에 대한 이해와 적절한 협조체계를 구축할 수 있다. 활동에 참여한 지역사회 내 복지시설, 단체, 개인 등에게 감사편지, 지역 내 선행홍보 등 다양한 방법의 보상 방안을 강구하여 모임활동이 지속될 수 있도록 노력한다.

마) 지역사회 자원 개발

지역사회 건강증진위원회가 건강서비스 협의체에 참여한 기관들에게 연계에 필요한 정보를 제공하기 위해서는 지역사회의 각종 자원을 지속적으로 개발해야 한다. 지역사회 자원 개발 과정은 다음과 같다.

① 자원 확인

공식적으로 정리되어 있는 자원을 확인한다. 이미 알려져 정리되어 있는 자원을 확인하는 것으로 이용 가능한 자원 목록은 공공 기관의 공식적인 자료 등이다.

② 자원 정보수집

관련 담당자와 전화하거나 방문을 통해 자원을 확인한다. 공식적으로 정리되어 있는 자원 외에 지역사회 지도자나 그 지역 보건담당과 면담을 통해 주민들이 가장 많이 이용하고 있거나 이용 가능한 인적 및 물적 자원에 대한 정보를 얻는다.

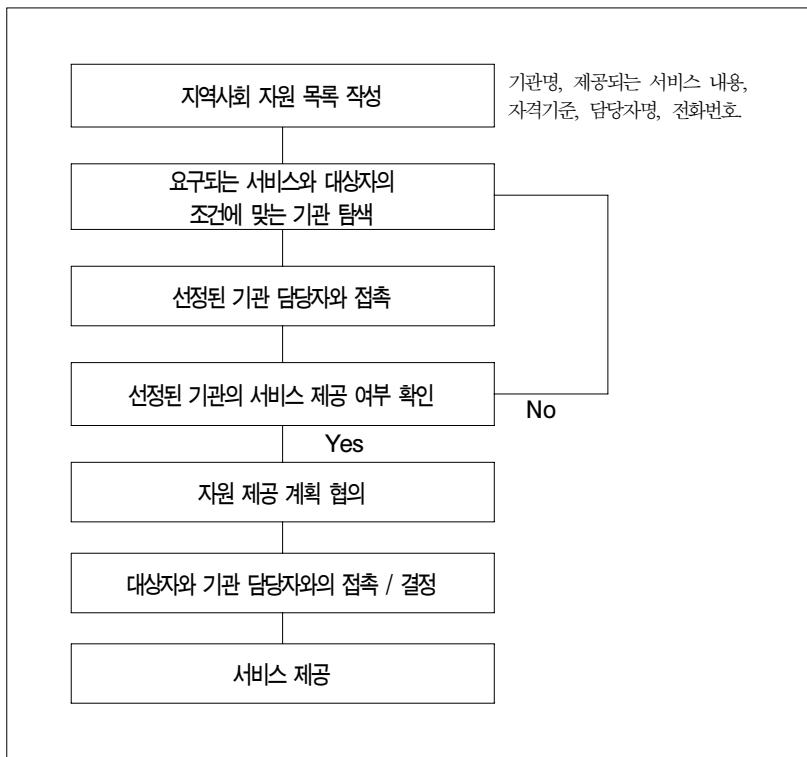
③ 자원 정리

확인된 자원을 정리하여 지역사회 자원 목록표를 정리한다. 확인된 자원을 정리하는 단계로 지역사회 자원 목록표를 만들어 활용하면 효과적이다. 자원 목록표에는 관할 지역뿐 아니라 타 지역과 국내의 유용한 자원이 포함되어야 한다. 각 보건기관의 사업목적 및 임무와 제한점 등을 알아둔다. 가능한 자원이 어디에, 어떤 목적으로, 어떤 대상에게, 어떤 일을 할 수 있는지 알고 있어야 한다.

④ 협조체계 형성

지역사회 자원 활용을 위한 협조체계를 형성한다. 담당자는 작성된 자원 목록표를 효과적으로 활용하여 지역사회 자원의 협조체계를 형성하게 된다. 간담회, 자문회의, 사업설명회 등을 통하여 관련된 기관에서 참여할 수 있도록 유도하고 필요한 경우 사업진행 자료를 우편으로 제공한다. 편리하고 간편한 의뢰방법을 정해둔다. 또한 그 자원을 이용하기 위해서는 누구에게, 어떤 방법으로, 언제, 어떤 경로를 통해서 이용하며, 제한이나 한계는 무엇인지를 알아서 주민이 이용할 경우 불편함이 없어야 한다.

[그림 5-7] 지역사회 자원의 개발 절차



4) 바우처 제도 운영 방안

가) 바우처의 의미

지역사회 건강서비스 운영에서 직면하게 되는 가장 큰 문제는 서비스를 공급할 수 있는 공공 기관의 부족이라 할 수 있다. 우리나라 건강서비스 공공 전달체계가 보건소 및 시도립 병원으로 구성되어 있다는 점을 고려하면, 적정 수준의 서비스를 공급하기 위한 공급량의 증대는 시급한 과제라 할 수 있다. 공공 서비스 기관의 확충이라는 측면이 아니라 건강서비스 공급량을 확대한다는 측면에서 접근할 경우에는 현실적으로 선택할 수 있는 대안의 범위가 더 넓어진다고 할 수 있다. 바우처(voucher) 제도는 서비스 공급량을 증대할 수 있는 방법으로 제안될 수 있다.

바우처(voucher)는 정부가 지불을 보증하는 일종의 전표로 수혜 대상은 일정한 자격을 갖춘 특정계층으로 소득이 중요한 기준으로 사용된다(Gilbert et al., 1993). 이 제도는 현금 급여에 비해 수혜자의 소비행위를 통제할 수 있다는 점에서 효용성을 평가받고 있다(최재성 외, 2000). 바우처 제도는 건강서비스 전달체계에서 공공과 민간의 역할 분담이라는 측면에서 검토될 수 있다. 바우처 제도는 비용부담은 공공이 맡고, 서비스의 생산과 전달은 민간이 맡게 된다. 따라서 바우처는 민간과 정부의 역할분담의 과정에서 효율성을 높일 수 있다(Salamon, 1989). 정부의 직접 제공보다는 시장논리에 따라 민간의 제공으로 유도하고 대신 구매력이 부족한 사람에게 정부에서 보조함으로써 전체 전달체계의 효율성을 추구할 수 있다.

또한, 바우처는 소비자가 직접 서비스 공급자를 선택할 수 있기 때문에 소비자 선택권을 보장한다(Salamon, 1989). 이 방식은 소비자가 직

접 서비스 공급자를 선택할 수 있는 권한을 행사할 수 있도록 하기 때문에 공급자들은 적극적으로 고객을 확보하기 위해 경쟁하게 된다. 이러한 과정을 통하여 서비스의 질이 개선되고 소비자 중심으로 서비스가 제공되게 된다. 즉, 바우처는 건강서비스의 소비와 공급 과정에서 시장 기능의 장점이 나타날 수 있도록 한다.

나) 고려 사항

바우처가 민간 조직의 참여를 유도하여 건강서비스 공급량을 증대할 수 있기 때문에 현재 우리나라 실정에서 중요한 정책으로 고려될 수 있다. 그러나, 성공적인 바우처 도입을 위해서는 다음과 같은 몇 가지 사항에 대한 고려가 필요하다.

첫째, 바우처 제도를 적용할 수 있는 적정 규모의 시장이 형성되어 있어야 한다. 즉, 소비자가 선택할 수 있는 최소한의 공급자가 존재하여 경쟁이 발생할 수 있어야 한다. 특히, 우리나라의 경우 이용자가 바우처를 활용하여 서비스를 받을 수 있는 공급자가 제한적일 수 있기 때문에 시장규모의 적정성에 대한 검토가 필요하다.

둘째, 소비자의 선택을 위해서 소비자가 공급자에 대한 정보에 충분히 접근할 수 있어야 한다. 이렇게 되어야 현명한 선택을 통한 합리적인 소비와 공급자 간의 경쟁이 발생하게 된다. 특히 건강증진서비스는 전문 영역이기 때문에 소비자는 서비스의 내용과 접근성에 대한 정보가 부족하고 공급자에게 의존적일 수밖에 없다. 따라서 소비자가 올바른 선택을 할 수 있도록 충분한 정보를 제공하여야 한다.

셋째, 바우처 제도를 운영할 경우에 행정적인 업무는 해당 지역의 보건소 보건행정팀에서 담당하는 것이 바람직하다. 주로 다루게 되는 행정 업무 내용은 공급자가 제공하는 서비스의 범위와 수준 규정, 공급자와

계약, 바우처 수혜 자격기준 관리, 바우처 유통 등의 업무를 총괄하게 된다.

다) 단계적 도입 방안

우리나라에서 건강서비스와 관련된 바우처를 단기간에 도입하기에는 충분한 여건이 조성되어 있지 않기 때문에 시범사업을 거쳐서 최소한 3년 정도의 시간적 여유를 가지고 단계적으로 추진되는 것이 바람직하다. 각 단계별 특징을 살펴보면 다음과 같다.

① 시범 사업기

본격적으로 실시하기에 앞서 시범사업 지역을 선정하여 최소 6개월은 제도 운영에서 발생할 수 있는 문제점을 충분히 파악하여 보완 방안을 마련하도록 한다. 시범사업은 서비스 제공 기관을 일정한 기준 이상 확보한 지역을 선정하여 실시하도록 한다. 특히, 농어촌 지역은 건강서비스 민간 공급기관이 부족하기 때문에 바우처 방식은 제한적일 수 있다는 점을 충분히 고려해야 한다.

② 기반 조성 및 확대 준비기

시범사업을 통하여 파악된 문제점을 개선하고 제도적 보완 방안을 마련하는 기간이다. 그리고 전국 지자체로부터 바우처 방식을 희망하는 지역을 신청 받아서 지원한다. 이 시기에는 바우처 대상의 건강서비스와 바우처 운영과 관련된 행정 절차를 확정해야 한다. 아울러 바우처 운영 성과를 평가하여 건강서비스 바우처 제도의 확대 가능성을 최종 검토한다.

③ 전국 확대 실시기

확대 준비기에 실시된 바우처 운영 성과의 평가결과를 근거로 전국 확대 여부를 결정한다. 일괄적인 추진이 어려운 경우에는 대도시, 중소 도시, 농어촌 지역으로 점차적으로 확대하는 것도 고려할 수 있다. 바우처 제도의 시행을 위해서는 일정 수 이상의 건강서비스 공급 기관이 확보되어야 하기 때문에 바우처 제도를 도입할 때에 중요한 기준으로 고려해야 한다.

5) 네트워크 참여를 위한 동기부여 방안

건강증진위원회가 지역사회 건강서비스 협의체를 구성하고, 참여한 각 조직 간의 네트워크 활동을 활성화시키기 위해서는 일차적으로 네트워크에 참여하는 기관을 충분히 확보해야 한다. 지역사회에서 건강서비스를 제공할 수 있는 다양한 조직들이 네트워크를 형성해야 건강증진위원회가 본래의 기능을 수행할 수 있기 때문이다. 따라서 지역사회 건강서비스 관련 기관들이 네트워크에 적극적으로 참여하도록 유도하는 방안이 고려되어야 한다. 단순한 행정적인 참여는 의미가 없으며, 실제로 네트워크에 참여하여 적극적으로 활동하는 것이 중요하다. 이런 이유로 네트워크 참여를 위한 동기부여 방안도 두 단계로 나누어 고려하는 것이 필요하다. 첫째는 지역사회 건강서비스 협의체에 소속된 기관에 대한 인센티브이며, 둘째는 건강서비스를 적극적으로 제공한 조직에 대한 인센티브이다. 그런데, 공공 기관은 국가 정책에 따라 사업 방향을 추진하는 것이기 때문에 별도의 인센티브를 고려할 이유가 없으며, 인센티브는 민간 조직을 중심으로 고려하면 될 것이다.

민간 조직에서 제공하는 개별 건강서비스에 대한 보상은 바우처를 통해서 지원되기 때문에 경제적인 인센티브를 고려할 경우에는 건강서비스

운영과 관련된 행정 비용 또는 추가 전담 인력 채용에 대한 보상이 필요하다.

4. 서비스제공기관간의 연계

가. 기관 간의 연계 형태

1) 연계의 의미

서비스 주체가 다원화되면서 전달체계에서의 주요 관심사의 하나는 양적으로 증가하고 다양한 조직에 의해서 제공되는 서비스를 어떻게 대상자의 욕구에 맞게 효율적, 효과적으로 전달할 것인가 하는 것이다. 이러한 서비스 전달체계에서 나타나는 문제를 해결하기 위한 방안으로 조정, 연계, 협력, 통합, 네트워크 등의 다양한 용어들이 제시되고 있다. 그런데, 일반적으로 효과적이고 효율적인 전달체계 구축과 운영을 위한 노력을 포괄적하는 용어로 연계를 사용한다(이주열 외, 2005). Franklin과 Streeter(1995)는 연계를 협력, 조정, 협동을 포괄하는 넓은 의미로 규정하면서 협력에서 조정, 협동의 개념으로 갈수록 기관 간 또는 실무자들 간의 연계가 체계화되고 공식화되는 경향을 보인다고 하였다.

연계는 특정한 전달체계 구축과 운영에 관한 노력의 상태나 수준을 의미하기보다는 포괄적인 의미로 활용된다. 즉, 연계는 서비스 대상자들의 다양한 욕구에 대응하기 위한 관련 조직과 그 구성원들 간의 교환을 중심으로 한 연결 관계를 의미한다. 한편, 연계를 포괄적으로 규정하였을 때 가장 흔히 혼용되고 있는 개념이 네트워크이다. 네트워크 자체는 정태적인 개념이며, 관계적, 구조적 혹은 과정적인 측면에 대한 이해로 볼 수 있다. 그러나 연계는 정태적인 측면과 동태적인 측면을 포괄하는

개념이다. 서비스 조직 간의 관계망 자체가 효과적이고 효율적인 서비스 전달을 가져오는 것은 아니며 관계망을 형성하고 유지하려는 지속적인 활동이 중요하기 때문이다. 그렇지만 관계망 자체가 존재하지 않는다면 이러한 노력이 효율적으로 이루어질 수 없을 것이다(이주열 외, 2005).

2) 공공과 민간 조직 간의 연계 방안

가) 연계에 대한 이론 모형

공공과 민간 조직 간의 연계 방안으로 Kramer과 Salamon(1989)은 병행보완 모형(parallel supplement model), 병행보충 모형(collaborative vendor model), 협동대리 모형(collaborative vendor model), 협동동반 모형(collaborative partnership model) 등을 제시하였다. 그런데, 이들 모형은 공공과 민간 간의 역학 관계에 따라 쉽게 다른 모형으로 변화될 수 있다. 따라서 각 이론적 모형은 공공과 민간 간의 역할 설정을 위한 기초적인 구분일 뿐이다. 각 모형의 특성은 다음과 같다.

① 병행보완 모형

공공 조직과 민간 조직이 각각의 역할을 수행하면서 서비스 대상자를 결정하는 과정에서 연계가 이루어진다. 민간 조직은 공공의 사각지대에 위치한 수요자에게 서비스를 제공하게 된다. 공공 조직과 민간조직이 제공하는 서비스 수혜자의 중복을 막기 위해 사례관리(case management approach)가 고려되어야 한다. 병행보완 모형이 실현되기 위해서는 민간 조직이 자발적인 자원동원 능력이 있어야 한다.

② 병행보충 모형

병행보충 모형은 공공 조직과 민간 조직이 각각의 역할을 수행한다는 점에서는 병행보완 모형과 같지만, 병행보충 모형은 제공하는 서비스의 종류와 관련하여 연계가 이루어진다. 이 모형은 수요자의 욕구는 다층적이기 때문에 특정한 제공주체가 수요자의 욕구를 모두 충족시키기는 불가능하다고 본다.

③ 협동대리 모형

공공은 재원조달의 책임을 맡고 민간은 서비스의 책임을 맡는데, 공공과 민간의 관계는 일방적이다. 이 모형에서 민간은 정부의 대리인으로 기능을 하며, 정부는 민간의 역할을 평가 및 감독한다. 이 모형에서 정부와 민간의 파트너십은 재원을 배분하는 과정에서 이루어진다.

④ 협동동반 모형

공공이 재원조달의 책임을 맡고, 민간이 서비스를 맡지만 공공과 민간 조직의 관계가 쌍방적이다. 이 모형에서 민간조직은 프로그램 관리나 정책개발에 상당한 재량권을 가질 뿐 아니라 공공 조직의 정책결정과정에서 직·간접적인 영향을 행사할 수 있다.

나) 건강서비스에서 적합한 모형

앞에서 공공과 민간 조직 간의 연계 방안으로 네 가지 이론 모형을 살펴보았는데, 건강서비스와 관련하여 우리 현실에 가장 적합한 모형은 협동대리 모형이라고 할 수 있다. 즉, 건강서비스와 관련된 재원은 공공 조직이 담당하고, 실제 서비스 제공에는 민간조직이 참여하게 된다. 이 모형의 문제점은 민간 조직이 공공 조직의 재원에 의존하기 때문에 자

율성과 독립성을 상실할 수 있다. 그러나, 협동대리 모형이 우리나라의 지역사회 건강서비스 운영 방안에 완전히 부합되지는 않는다. 왜냐하면, 공공 조직인 보건소는 행정과 건강서비스 제공을 동시에 담당하기 때문이다. 또한, 연계 기관에 따라 제공하는 건강서비스의 내용이 다르기 때문에 병행보충 모형의 내용이 일정 부분 포함되게 된다.

한편, 협동대리 모형으로 공공과 민간 조직 간의 연계를 추진할 경우에 다음 사항에 대한 고려가 필요하다. 첫째, 공공 조직의 재원으로 운영되기 때문에 민간 조직은 서비스의 생산 및 제공에 관한 책임(accountability)을 입증해야 하며, 공공 조직은 그것을 정기적으로 모니터링 해야 한다. 둘째, 참여를 활성화하고 참여의 시너지 효과를 높이기 위해서는 연계에 적극적으로 참여한 민간 조직에 인센티브를 부여할 필요가 있다. 셋째, 지역사회 건강서비스 연계에 참여하는 민간 조직에게 어떤 비용도 부과되지 않도록 해야 하며, 건강서비스와 관련되지 않은 민간 조직의 기능에 대해서는 간섭하지 말아야 한다. 또한 민간조직의 융통성, 독립성의 유지에 중요한 민간기부금을 계속적으로 장려함과 동시에, 넷째, 재원 배분의 투명성 확보와 특정 민간 조직과의 유착을 피하기 위해 지역사회 건강증진위원회에서 예산 배분을 담당하도록 한다.

3) 민간과 민간 조직 간의 연계 방안

공공과 민간 조직 간의 연계가 수직적 관계라고 한다면, 민간과 민간 조직 간의 연계는 수평적 관계라고 할 수 있다. 건강서비스 연계가 필요하다고 해서 현실적 여건을 고려하지 않고 추진할 경우 당초의 목적을 달성할 수 없고, 상호 조직에 업무적으로 부담감만 가중될 뿐이다. 따라서 현재의 여건을 고려하여 단계적으로 접근할 필요성이 있다. 따라서 여기에서는 지역사회 민간 조직 간의 수평적 연계 방법으로 정보제공,

대상자 의뢰단계, 사례관리 등의 3단계로 구분하여 제안하고자 한다. 여기에서 제시하는 각 연계의 방안들이 수준별로 분류되었다고 해서 그 실행방법에 우열이 있다고 보기 보다는 모두가 각각의 상황에 적합한 방법으로 활용될 수 있는 연계 방안으로 고려되어야 한다.

가) 정보제공

정보제공은 민간 조직을 이용하는 클라이언트에게 지역사회 내에서 이용 가능한 건강서비스를 알려주는 것이다. 적극적인 의미의 연계 방법이 될 수는 없지만 지역사회자원에 대한 정보나 이해가 없다면 실행할 수 없기 때문에 연계방법의 하나로 볼 수 있다. 실질적으로 연계 활동의 대부분을 차지하는 방법이다. 의료기관에 지역사회의 복지관에서 운영하는 건강교육 강좌나 건강관리와 관련된 프로그램을 안내하는 홍보물을 비치하여 병원을 방문하는 환자들이 활용할 수 있도록 한다. 이 연계에서 중요한 것은 각 민간 조직을 이용하는 클라이언트에게 필요한 정보를 제공하는 것이다. 이를 위해서는 민간 조직 간의 최소한의 교류가 필수적이다.

나) 대상자 의뢰

대상자 의뢰는 민간 조직을 이용하는 클라이언트에게 추가로 필요한 건강서비스를 제공 할 수 있는 기관에 직접 연락을 취하여 대상자의 정보 등을 전달하고 서비스를 받을 수 있도록 지원하는 것이다. 클라이언트에게 지역사회 자원의 존재나 정보를 단순히 알려주기만 하는 정보 제공의 방법보다 한층 적극적으로 연계하는 방법이다. 병원을 퇴원하는 장애인의 경우 지역사회의 장애인복지관 담당자에게 직접 연락하여 클라

이언트의 문제와 정보를 전달하며, 클라이언트가 전달받을 수 있는 서비스 내용을 알아보고 기관의 서비스를 받을 수 있게 해줄 것을 요청하는 것이다. 대상자 의뢰를 하면서 중요한 것은 대상기관의 서비스나 프로그램 내용을 사전에 충분히 확인한 후에 의뢰가 이루어져야 한다.

다) 사례관리

사례관리(case management)는 건강서비스 제공의 중복이나 누락을 방지하고 효율적인 서비스 제공을 위해 민간 조직 간의 협력을 강조하는 연계의 방법이다. 특히, 건강사례관리(health case management)는 기존 사례관리의 원리를 건강관리에 적용한 새로운 개념이다. 건강사례 관리는 분절된 단일서비스 제공의 한계를 극복하고 포괄적인 건강서비스 연계에 초점을 두는 활동이다(이주열, 2010). 이 방법은 일차적으로 클라이언트의 욕구, 특히 단일 민간 조직으로는 해결할 수 없는 복합적인 욕구 및 문제에 초점을 두고 이를 충족시키고 해결하기 위해서 개입과정에 다양한 조직이 참여하기 때문에 가장 복잡한 수준의 연계 방법이다.

〈표 5-9〉 지역사회 민간 조직 간의 연계 방법

연계 방법	내용
정보제공	문제의 수준이 심각하지 않고, 클라이언트가 스스로 서비스 기관을 방문하여 지원을 요청할 수 있는 경우 가능한 연계 방법
대상자 의뢰	관련 기관의 빠른 개입이 필요한 경우 해당 기관에 담당자가 직접 클라이언트 의뢰를 요청하는 방법
사례관리	다양한 문제를 복합적으로 가지고 있어 단일 기관의 개입으로는 문제해결이 어려울 것으로 예상되는 클라이언트에게 제공하는 연계 방법

자료: 이주열, 양순옥 외, 의료급여 수급권자 중심의 보건복지 연계 지침서, 보건복지부, 2007.

5. 기관간의 연계 활성화를 위한 방안

공공과 민간 조직 간의 연계에는 공공 조직에서 참여하는 민간 조직에 재정을 지원하기 때문에 연계에 대한 최소한의 동기는 부여될 수 있다. 이와 달리 민간과 민간 조직 간의 연계에는 특별한 인센티브가 없을 뿐만 아니라 연계 활성화가 오히려 기존 업무에 지장을 초래할 수도 있다. 이런 이유로 민간 조직에서는 건강서비스 연계 활동에 소극적일 수밖에 없을 것이다. 소비자인 클라이언트의 입장에서 본다면 조직 간의 연계 활성화가 지역사회 건강서비스를 효과적으로 이용하는데 큰 도움이 되지만, 공급자인 각 조직의 입장에서 본다면 추가적인 업무 부담이 될 수 있다. 따라서 민간 조직을 지역사회 건강서비스 네트워크에 참여시키고, 적극적으로 연계 활동을 기대하기 위해서는 포인트(point) 제도를 검토하여야 할 것이다.

포인트 제도는 대상자 의뢰 또는 사례관리에 참여한 민간 조직에 해당 건수별로 점수를 부여하고, 일정한 점수 이상이 되면 해당 점수에 재정을 지원하는 것이다. 건강서비스를 제공하는 기관뿐만 아니라 대상자를 의뢰하거나 사례관리에 참여하는 조직에도 건수별로 점수를 부여하도록 한다. 다만, 건강서비스를 제공한 조직에 부여한 점수의 50%를 대상자를 의뢰 및 사례관리에 참여한 조직에 부여하는 것이 바람직할 것이다.

제2절 U-헬스를 활용한 서비스 공급망 확충방안

건강증진서비스 서비스는 공공부문을 통해 주로 제공되는데, 보건소 등 공공부문이 접근할 수 있는 대상집단에는 한계가 있다는 것이 본 연구의 가장 기본적인 문제의식의 하나이다. 이러한 문제의식을 바탕으로

건강증진서비스 공급대상을 가능한 한 효율적인 방법을 통해 확대하자는 것이 본 연구의 목적이다. 이런 측면에서 지역사회 내 사회복지시설 등 각종 기관단체들을 건강증진서비스 공급채널로 활용하는 방안을 모색하고자 하였다.

이러한 노력과 맥락을 같이하여, 낮은 비용으로 대중에게 건강증진서비스를 제공할 수 있는 또 하나의 방법으로 대중밀집 장소에서 U-헬스를 활용하여 건강증진서비스를 제공하는 것을 고려할 필요가 있다.

지역사회 내에서는 주민자치센터, 공원, 지하철, 극장, 은행 등 대중이 결집하는 장소가 다양하게 존재한다. 이와 같이 대중밀집 장소에서 유헤스를 이용한 서비스를 제공하기 위해서는 먼저 금연, 절주, 영양, 운동 등 건강증진서비스만 제공할 것인지 또는 혈압측정, 신체운동계측 등 건강관리를 서비스까지를 제공할 것인지에 대한 검토가 필요한데, 이용자의 수용도를 제고하기 위해서는 건강관리서비스를 포괄적으로 제공하여야 한다. 이와 관련하여 우선 U-헬스를 이용하여 건강관리서비스 제공하는 사례들을 소개하면 다음과 같다.

1. U-health 건강관리 사업 추진사례

우리나라에서의 U-헬스사업은 아래 표와 같이 중앙정부, 지방자치단체, 공공기관, 대학 등을 통해 다양하게 추진되고 있다. 이 중에서 대중밀집 장소에서 활용될 수 있는 U-헬스사업의 사례를 서울시를 중심으로 제시하면 다음과 같다.

〈표 5-10〉 20010년 현재 U-헬스 시범사업추진 현황

No	지역	사업명	연도	현황	추진기관
1	기타	안양시 교도소 재소자 원격의료사업	2005	서비스 중	안양교도소
2	기타	서울 구치소 원격화상진료 사업	2007	추진 중	서울구치소
3	기타	u-Army 사업	2007	추진 중	국방부
4	서울	서울시 강남구 보건소 원격 영상진료 사업	2003	서비스 중	강남구보건소
5	서울	서울시 구로구 유헬스케어시스템을 이용한 만성질환관리 사업	2007	서비스 중	구로구보건소
6	서울	서울시 성북구 보건소 유헬스케어 사업	2006	서비스 중	성북구보건소
7	서울	서울시 노원구 보건소 Tele-PACS 사업	2004	서비스 중	노원구 보건소
8	경기	안산시 단원구 보건소 원격영상진료 사업	2005	서비스 중	단원구 보건소
9	경기	안산공단 근로자 365 건강프로젝트	2007	서비스 중	단원구 보건소
10	경기	수원시 u-지킴이 서비스 시범사업	2005	서비스 중	수원시
11		남극 세종기지 U-헬스사업	2006	서비스 중	고려대학교 미래도시 유헬스 협단(서울시 산학협력사업팀)
12	부산	부산시 u-Healthcare 사업	2006	서비스 중	부산시 u-city 정책팀
13	전라	전남 고흥군 원격화상진료 사업	2006	서비스 중	농림부, 한국농림수산 정보센터, 고흥군 보건소, 화순전남대병원
14	전라	전남 신안군 원격 헬스케어 시스템 시범사업	2007	서비스 중	행자부, 정보사회진흥원, 신안군
15	전라	전남 완도군 희망의 e-doctor 시스템 구축 사업	2006	서비스 중	완도군 보건의료원, 조선대병원
16	강원	강원도 만성질환 원격관리 시스템 사업	2003	서비스 중	강원도청, 한림대학교 원격관리 센터
17	충청	충주의료원 원격진료 사업	2005	서비스 중	충주의료원
18	경기	경기 화성시 산업장 및 꿈나무 u-건강관리 서비스 사업	2007	추진 중	경기 유헬스 사업단, 아주대 산학협력단
19	경남	마산시 u-IT기술을 활용한 소외계층 건강관리 및 주민 건강 증진 서비스 사업	2007	추진 중	마산시청, 정보사회진흥원
20	충청	충청남도 도시농어촌 복합형 u-헬스케어시스템 구축 사업	2007	추진 중	정통부, 정보사회진흥원, 충남도청, 순천향대병원
21	충청	충남 증평군 독거노인 원격관리 사업	2007	추진 중	증평군, 서울대 의공학과

No	지역	사업명	연도	현황	추진기관
22	서울	방사선 영상진료시스템 사업	2003	서비스 중	21세기 의원 xray 21
23	부산	부산시 u-응급의료서비스 및 u-방문간호를 위한 인프라구축 사업	2007	‘06년 확산	정통부, 정보사회진흥원, 부산의료원
24	부산	동아대 항해 선박 원격진료사업	2005		기술개발 동아대학교
25	충남	병원선, 이동차량원격진료, u-생활습관관리서비스	2007		
26	경기	산업장 환경측정 및 건강관리, ADHD 건강관리	2007		
27	경남	소외계층 안전/건강관리, u-Healthpark 서비스	2007		
28	부산	u-응급의료, u-방문간호 서비스	2007		
29	강원	연세대학교(원주) 원격의료 추진사업	2002	기술 개발	연세대학교(원주)
30	서울	연세대 재택 만성질환자 원격진료 사업	2002		연세대학교
31	경북 충남 강원	USN 기반 원격 건강모니터링시스템 사업	2008-2009	서비스 중	행안부, 복지부, NIA, 강원/KT 컨소시엄, 경북/인성정보컨소시엄, 충남/SK텔레콤컨소시엄
32	충남 경기 전북	독거노인 u-care 시스템 구축	2008-2009	서비스 중	행안부와 공동으로 시범사업 실시
33	서울	U-헬스 서비스 R&D 지원	2008-2009	서비스 중	건국대컨소시엄, 서울대컨소시엄
34	지자체	U-헬스 대사증후군 관리서비스	2010-	서비스 중	지자체, 헬스맥스

자료: u-Healthcare 실태조사, 보건복지부, 2007.
u-IT 확산사업 통합착수보고회, 행정안전부, 보건복지부, 한국정보사회진흥원, 2008.
u-Health 신산업 창출을 위한 사업화 전략연구, 한국보건산업진흥원, 2010.
송태민외(2011)에서 이차 인용

가. 서울시 강동구 “건강100세 상담센터”

서울시 강동구는 2009년부터 주민자치센터에 “건강100세상담센터”를 설치하고 간호사를 파견하여 당뇨, 고혈압, 고지혈증 등 대사증후군 관리와 관련한 상담교육 서비스를 제공하고 있다. 보건소 의사와 화상으로 상담을 실시하기도 하며, 영양사 및 운동처방사가 1주일에 1회 방문하여

맞춤형 서비스를 제공하기도 한다.

이를 위해 강동구는 2012년 5월 “건강100세상담센터 설치·운영조례”와 “주민참여촉진에 관한 조례”를 제정·공포하였다. “건강100세상담센터 설치·운영조례”는 건강100세상담센터의 설치, 사업 및 인력운용, 운영실적 평가에 관한 사항들의 내용을 담고 있다.

“주민참여촉진에 관한 조례”는 주민참여 촉진 및 활성화를 위한 건강100세실천위원의 활동 및 역할, 임기 및 회의에 관한 내용을 담고 있다. 특히 주민의 참여를 확대하기 위해 지역의료기관과 협력하여 건강체험마당, 주민건강강좌, 주민참여 건강체험 행사 등을 추진하고 있다.

건강100세상담센터는 현재 12개동에 설치·운영되고 있는데, 현재 30세 이상 주민의 약 16%가 등록하여 만성질환 예방을 위한 상담교육을 받고 있으며, 1일 평균 300명이 이용하고 있다.

나. 서울시 도봉구 “도봉건강 이음터”

서울시 도봉구는 13개의 주민센터에 미니보건소 개념의 “도봉건강 이음터”를 설치·운영하고 있다. “도봉건강 이음터”에 권역별로 간호사가 상주하며, 혈압, 혈당, 콜레스테롤, 체지방, 당화혈색소 등 건강측정을 실시하고, 분야별 소규모 건강교실(투약, 대사증후군, 정신, 치매, 구강, 영양상담 등), 임산부 건강관리(건강측정, 철분제 지급), 방기간중의 초중고생 특별 건강측정 등을 실시하고 있다.

특히 2010년 U-셀프건강관리 시스템을 구축하여, 동주민센터 전용단말기를 통해 원격 건강상담을 실시하고 있다. 건강측정 결과는 홈페이지(<http://u-health.dobong.go.kr/main/main.do>)를 통해 확인할 수 있도록 하고 있다.

다. 서울시 마포구 “U-헬스 마을건강센터”

서울시 마포구는 2009년 11월부터 주민자치센터에 “U-헬스 마을건강센터”를 설치·운영하고 있다. “U-헬스 마을건강센터”에는 간호사가 상주하며, 마포구 대흥동, 신수동에서는 간호사 출장기간 동안 일정한 교육을 이수한 자원봉사자인 “마을건강지도자가”가 서비스 제공에 참여한다.

또한 보건소와 “U-헬스 마을건강센터” 간에 화상상담 시스템을 구축하여 보건소 의료진과 주민 간에 화상 건강상담 서비스 제공하고 있다. “U-헬스 마을건강센터”는 보건분소가 있는 서강동을 제외한 마포구 15개 전체 동주민센터에서 설치되어 있다.

서비스 내용으로는, 30세 이상주민을 대상으로 대사증후군 기초검진(혈압, 혈당, 중성지방, HDL 콜레스테롤, 복부둘레)을 실시하고, 검진결과를 전담의사 및 담당간호사가 실시간으로 안내해준다. 필요할 경우 보건소 의료진과 화상 상담을 실시한다.

또한 보건소와 병원 간 연계 하에 심혈관질환검진센터, 당뇨관리교실, 비만교실 등을 운영하고 있다.

센터별로 하루 평균 30여명이 건강관리를 받는 것으로 알려지고 있는데, 특히 고혈압, 당뇨 등 만성질환을 가진 노인들의 이용 빈도가 높은 것으로 알려지고 있다.

검진결과 질환위험이 있는 주민에 대해서는 연세대학교 세브란스병원과의 협력 하에 추진하고 있는 심혈관질환 관리사업으로 연계하고 있다.

라. 서울시 강북구 우이동 주민센터의 “야호건강센터”

서울시 강북구 우이동 주민센터 내 설치된 “야호건강센터”에서는 당뇨, 고지혈, 당화혈색소, 혈압, 콜레스테롤, 신장·체중 등의 검사를 실시

하여, 필요할 경우에는 보건소 의사와 화상상담을 실시하고 있다. 센터에는 간호사가 상주하며, 매월 2회 영양사와 운동처방사가 방문하여 관련서비스를 제공하고 있다.

검진결과에 따라, 대상자를 적극적 상담군, 동기부여 상담군, 정보제공군으로 분류하여 관련서비스를 제공하고 있다. 특히 검사결과를 대사증후군 시스템 및 닥터유비 홈페이지(<http://gangbuk.drub.kr>)에 등록하여 만성질환 등록관리 및 자가 건강관리를 할 수 있도록 하고 있다.

고위험군인 적극적 상담군 대상자에게는 6개월간 8회의 건강·영양·운동 상담과 주 1회의 문자서비스를 제공하고, 3개월째의 중간평가와 6개월째의 최종평가를 실시하고 있다.

마. 서울시 성동구 “U-헬스관리센터”

서울시 성동구는 2009년 9월부터 구청, 성수 1가 1동 주민센터, 이마트 왕십리점 고객 휴게실 등 3곳에 “U-헬스관리센터”를 설치·운영 중이다. U-헬스케어 장비를 이용하여 혈압, 체성분, 혈관나이, 스트레스 등을 자가진단 할 수 있도록 하고 검사결과를 성동 U-헬스관리센터(<http://sd.drub.kr>)에 등록하여 자가 건강관리를 할 수 있도록 하고 있다. 3개의 U-헬스관리센터에는 간호사 1명이 순환근무하고 있다.

2. U-health를 통한 대중밀집 장소에서의 건강관리서비스 제공방안

서울시 일부 구가 주민센터 등에 설치 운영하고 있는 U-헬스 모형은 대중밀집 장소에 대한 U-헬스 모형으로 그대로 원용될 수 있을 것으로 판단된다. 특히 서울시 성동구가 이마트 왕십리점 고객 휴게실에 U-헬스관리센터를 운영하면서 간호사가 순환 근무하고 있다는 점을 고려하면

이러한 모형을 공항, 철도, 지하철 등 다양한 대중결집 장소에 설치 운영할 수 있을 것이다. 지방자치단체별로 해당지역내의 대중 밀집지역을 선정하여 소규모 건강관리부스(booth)를 설치하고 U-health 장비를 통해 보건소의 의료인력과 화상상담 등의 서비스를 제공하도록 한다.

보건소의 입장에서는 이러한 지역 내에서 포스트(post)가 많아질수록 간호사 인력 확보 등에 어려움이 발생할 수 있다. 이 경우 건강상담 등과 관련하여 보건교육사 등을 적극 채용하여 활용할 필요가 있다.

검사결과는 현장에서 실시간으로 대상자에게 통보하되, 건강관리가 필요한 대상자에게는 보건소 또는 온라인 시스템에 등록하여 관리하도록 한다.

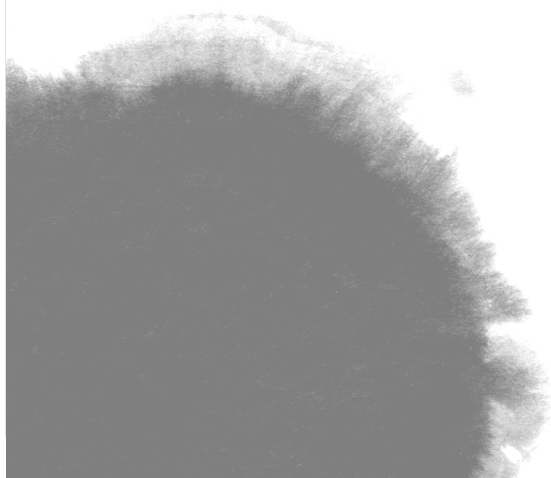
앞에서 소개한 주민센터에서의 U-헬스 서비스는 지역주민을 대상으로 하지만 대중밀집 장소에서의 U-헬스 이용자는 거주지역에 얽매이지 않는다. 해당 대중밀집지역을 관할하는 보건소에서 U-헬스 포스트를 운영 하더라도 그 포스트 이용자는 타 지역거주자일 수도 있다. 따라서 타 지역 거주지들에 대해 건강측정 등의 서비스는 해당 포스트에서 제공하되 건강측정 결과에 따라 후속적인 관리가 필요한 경우는 관련정보를 이용자의 거주지역 보건소로 통보하도록 한다.

공항, 역청사, 대형마트 등 특정 시설 내에 U-헬스 부스를 설치하기 위해서는 한국공항공사, 코레일(KORAIL), 한국지하철공사 등 해당 기관·단체, 기업 등의 협조가 필요한데, 이러한 협조를 원활하게 하기 위해 해당 기관·단체의 관장 중앙 정부부처 또는 지방자치단체 등의 지원이 필요하다. 설치비용은 국고지원과 지방자치단체의 매칭펀드(matching fund)로 설치하는 것이 바람직하다.

이와 함께 이용자들의 거주지역에 상관없이 U-헬스 서비스를 제공하기 위한 방안의 하나로 중앙단위에 가칭 “U-헬스센터”를 설치하는 방안도 고려할 필요가 있다.

6장

결론



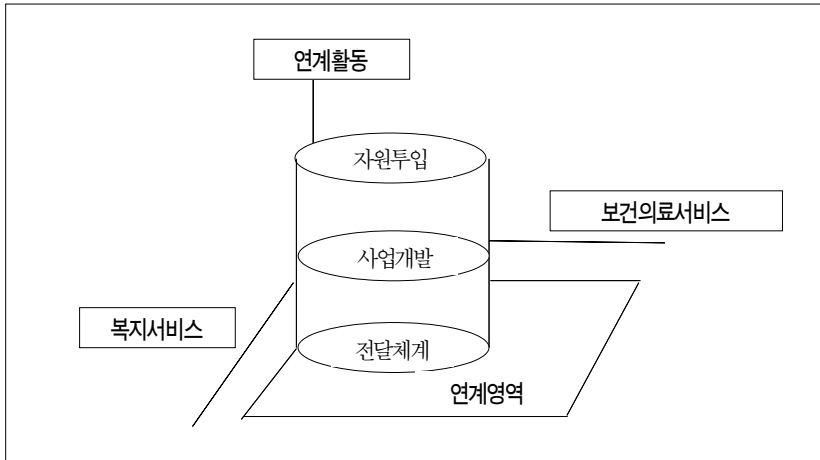
제6장 결론

지금까지 보건의료 및 복지서비스의 연계에 대해서는 그 중요성이 누누이 강조되어 왔다. 지역사회 내에서 보건의료 및 복지서비스의 연계를 강화하기 위하여 지역사회복지협의체 등의 조직도 구축되어 있다. 지역사회복지협의체를 보건복지 연계서비스를 제공하기 위한 전달체계의 하나라고 볼 때, 단순히 연계서비스 전달을 위한 기틀은 구축되었으나 이는 [그림 6-1]에서와 같이 단지 연계활동을 위한 평면적인 위치만을 설정한 것에 지나지 않으며, 입체적인 측면에서 연계활동이 실제 이루어지도록 하기 위한 사업개발이나 자원투입이 거의 없었다. 이에 따라 지역에 따라 일부 연계활동이 이루어지고 있으나 매우 제한된 범위와 수준으로 국한되어 있다.

이러한 상황에서 기존의 지역사회 네트워크를 건강증진 연계서비스 제공을 위한 채널로 활용하기 위해서는 건강증진 서비스를 연계 제공하기 위한 사업의 개발과 이를 뒷받침할 수 있는 적극적인 자원 투입이 필요하다.

따라서 본 연구에서는 지역사회 내 건강증진 연계서비스 제공을 위한 네트워크 구축 및 운영 방안을 제시하였으나 이러한 시도는 지금까지 우리나라에서 한 번도 이루어진 적이 없기 때문에 본 연구의 제안사항을 현실화하는 데는 많은 시행착오가 뒤따르고 이에 따른 제도의 수정·보완이 필요하게 될 것이다.

[그림 6-1] 지역사회 보건복지연계 활동



이러한 문제점을 극복하기 위한 전략으로 지역사회 건강증진 연계사업의 성공적 추진을 위해서는 일정기간 동안의 시범사업이 필요하다. 시범사업은 대도시, 중소도시, 농어촌지역 등으로 구분하여 추진하는 것이 바람직하며, 시범사업을 3단계로 구분하여 시행하는 방안을 고려할 필요가 있다. 1단계에서는 서비스의 내용, 대상기관을 최소한으로 축소하여 시범사업을 시작하고, 이후 서비스의 내용과 대상기관을 점차 확대해 나가는 전략이 필요하다. 시범사업에 소요되는 경비는 국고로 지원하며, 시범사업 지역 선정은 공모방식으로 추진할 필요가 있다.

한편, 지역사회 내 사회복지시설 등의 이용자도 보건소 등과 마찬가지로 주로 저소득층이기 때문에 이러한 연계사업을 수행하더라도 그 대상자는 주로 저소득층이 될 가능성이 높다. 따라서 건강증진연계사업을 위한 네트워크에 사회복지시설 등 지역사회 기관·단체 뿐 아니라 주민센터 등의 공공조직과 함께 아파트 부녀회, 노인회 등 중산층도 포함된 지역 자생조직들도 포함하도록 하는 것이 바람직하다.

보건소 등 공공보건의료기관이 중산층 이상을 대상으로 서비스를 제

공할 수 있는지에 대해 이론이 제기될 수 있지만 건강증진과 관련된 서비스는 계층과 상관없이 공공보건의료기관이 서비스를 제공하여야 한다. 건강증진서비스는 민간 의료기관 등에서는 제공되지 않는다는 특성, 그리고 만성질환의 급증에 대응하기 위한 질병예방 및 건강증진 서비스 확충의 시급성 등을 고려할 때 소득계층과 관계없이 공공보건의료기관이 건강증진서비스를 제공하는 주공급원이 되어야 한다.

참고문헌

- 강동원. 대북지원정책의 거버넌스의 평가 및 발전방안, 통일연구원, 2008
- 강혜규 외. 사회복지서비스 공공 전달체계 개선방안, 보건복지가족부 한국보건사회연구원, 2008
- 기획재정부. 부담금운용종합보고서, 2012.
- 김교성 외. 우리나라 사회복지 자원총량 추계에 관한 연구, 한국사회복지학, 2007.
- 김원진. 보건 및 복지 연계서비스 모형개발을 통한 지역사회의 방문보건사업의 활성화 방안. 한국자치행정학보, 2012.
- 김혜련 외. 저소득층 아동 비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안, 한국보건사회연구원, 2011.
- 대한적십자사 (www.redcross.or.kr)
- 문승연. 정신장애인 직업재활 서비스에 대한 사례 연구: 이동식 스팀세차 사업을 중심으로. 한국자치행정학보, 2011
- 문정부. 공공병원의 공공보건의료사업 교육 계획 및 프로그램 개발, 한국보건산업진흥원, 2007
- 문화체육관광부 (www.mcst.go.kr)
- 박순일 외(1994). 저소득층의 의료복지 연구: 의료서비스 수요 분석을 중심으로, 한국보건사회연구원.
- 박순일 외. 농촌복지의 주요 정책과제, 한국보건사회연구원, 1994.
- 박주희. 보건의료분야 정보화 추진현황 조사분석 및 발전방향 연구, 삼육보

- 건대학산학협력단, 건강증진사업지원단, 2010
- 배귀희·임승후. 공공갈등과 네트워크 거버넌스 구조: 한탄강댐 사례에서의
네트워크 특성과 주요 행위자들의 변화를 중심으로, 행정논총, 2010.
- 배상수. 건강증진사업 추진체계의 다각화, 대한보건협회학술지, 2007
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 제3차 국민건강증진종합계획, 2011
- 보건복지부. 2011 보건복지백서, 2011
- 보건복지부. 2011 보건복지통계연보, 제57호, 2011
- 보건복지부. 2011년 하반기 자활사업안내(개정판)
- 보건복지부. 2012 자활사업 안내, 2012
- 보건복지부. 2013년도 지역사회 통합 건강증진사업 설명회자료, 2012.
- 보건복지부. 보건복지백서, 각 연도(www.mw.go.kr)
- 보건복지부. 복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, 각 연도,
(www.mw.go.kr)
- 보건복지부. 사회복지관 운영관련 업무처리안내, 2012.
- 보건복지부. 사회서비스자원과, 2011년 보건복지통계연보, e-나라지표
- 보건복지부. 지역사회복지협의체 운영 현황, 2012
- 보건복지부. u-Healthcare 실태조사, 2007.
- 보건복지부·한국사회복지협의회, 사회복지시설평가 II(장애인복지관), 2011
산림청 (www.forest.go.kr)
- 이선희. 민간 부문의 건강증진 서비스 확충과 발전방안 연구대한보건협회학
술지, 2007
- 이성기. 보건복지서비스 연계모형과 사례분석연구. 한국보건복지학회. 2007.
- 이성의·권중돈(1993). 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지욕구, 서울특별시
북부노인종합복지관.
- 이주열 외. 지역단위 건강증진사업 추진체계 구축, 건강증진기금사업지원단,
2005.
- 이주열. 공공부문에서 보건교육사의 활동 영역과 능력 개발, 보건교육건강증

- 진학회지, 2010.
- 이주열·박강원(1996). 「보건과 사회복지의 연계방안(1)」, 『대한보건협회지』, 22(2), 13-20.
- 이주열·박강원. 보건과 사회복지의 연계방안(1), 대한보건협회지 1996.
- 이주열·양순옥 외. 의료급여 수급권자 중심의 보건복지 연계 지침서, 보건복지부, 2007.
- 이주열·이용표 외. 지역사회 보건복지연계사업 방안 개발, 보건복지부, 2005.
- 이철수. 『사회복지학 사전』, 블루피쉬, 2009
- 이춘하. 보건의료와 복지서비스와의 연계활성화 방안에 관한 연구(경주지역을 중심으로), 중부대학교 원격대학원 석사학위논문, 2007.
- 이현주 외(2000). 지역단위 사회복지 관련 서비스 연계체계 모형개발, 한국보건사회연구원.
- 임병우. 영국·미국·일본의 노인보건복지통합서비스 사례연구 - 한국의 노인보건복지통합서비스 개발에 주는 시사점, 대한케어복지학회, 2008
- 정경희 외. 2011년도 노인실태조사, 보건복지부, 한국보건사회연구원 2012
- 최윤정 외. 주요 OECD 국가의 건강증진정책에 대한 연구. OECD 아시아 사회정책센터 건강증진사업지원단. 2006.
- 최재성 외. 사회복지시설 이용권제도 모형개발, 보건복지부, 2000.
- 한국경제60년사 편찬위원회, 한국경제60년사: 사회복지·보건편, 2011
- 한국보건산업진흥원, U-Health 신산업 창출을 위한 사업화 전략연구, 2010.
- 함철호 외(2001). “지역사회에서 보건의료와 복지의 연계실태와 연계의 틀로서 케어 매니지먼트에 대한 태도”, 『노인복지연구』, 가을호
- 행정안전부. 보건복지부, 한국정보사회진흥원, U-IT 확산사업 통합착수보고회, 2008.
- Agranoff, R., & McGuire, M., Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments, Washington D.C., Georgetown

University Press, 2003

Colin Mathers et al., Global Health Risks, WHO, 2009

Franklin, Cynthia and Streeter, Calvin L., School Reform: Linking Public School with Human Service, Social Work, Vol. 40(6), 1995.

Gilbert, N., Specht, H., Terrell, P. Dimension of social welfare policy, Nov., 13. 1993.

Hokenstad M.C.Jr. and Ritvo R.A., Linking Health Care and Social Services, Sage, London, 1982.

<http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Integrating-Care/Program-of-All-Inclusive-Care-for-the-Elderly-PACE/PACE-Benefits.html>

Kenis, P. & Provan, K. G. The Control of Public Networks, International Public Management Journal, 9(3), 2006,

Kenis, P. & Provan, K.G., Towards an Exogenous Theory of Public Network Performance, Public Administration, 87(3), 2009.

Kohn, R., Coordinationg Health and Welfare Services in Four Countries ; Austria, Italy, Poland and Sweden, Copenhagen, WHO European Regional Office, 1977

PACE Benefits, at available from

Salamon, L. M. The changing partnership between the voluntary sector and the welfare state, in Hodgkinson, V.A. & Lyman, R. W., ed., The future of the nonprofit sector, Jossey-Bass Pub. 1989.

WHO (1986) The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa.

WHO (2009) Milestones in Health Promotions : Statements for Global

Conferences.

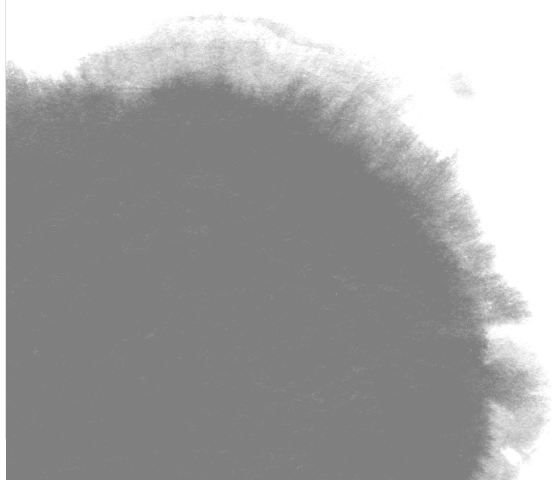
WHO (2009) Milestones in Health Promotions : Statements for Global Conferences.

WHO (2010) Adelaide Statement on Health in All Policies : moving towards a shared governance for health and well-being, International Meeting on Health in All Policies, Adelaide.

WHO (2011) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil.

WHO (2012) Global Health Observatory : Risk Factors,
http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/

100





부록

보건복지서비스 연계 실태조사

조사표 일련번호

--	--	--	--

안녕하십니까?

국무총리실 소속 보건복지 정책 전문연구기관인 한국보건사회연구원입니다.

이번에 우리 연구원에서는 ‘건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구’의 일환으로 ‘보건복지서비스 연계실태’를 파악하고 있습니다.

이에 시설에서 운영하고 있는 보건복지서비스 현황, 건강관련 서비스 연계 현황에 관하여 간단히 여쭙보고자 하오니 바쁘시겠지만 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.

이 설문에 응답하신 내용은 연구목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용되지 않으며, 통계법 제33조(비밀의 보호 등) 및 34조(통계작성사무 종사자 등의 의무)에 의거 비밀이 보장됨을 밝혀드립니다. 감사합니다.

2012년 9월 한국보건사회연구원

※ 조사표 관련 문의: 이수형 전문연구원, 오영인 연구원, 장진영 연구원 (☎ 02-380-8277, 8256, 8271)

작성자 직종			
시설명			
지역	사·도	사·군·구	
연락처	()	-	

한국보건사회연구원

1. 일반사항

1. 시설의 설립형태는 무엇입니까?

- ☐① 종합사회복지관 ☐② 노인복지관
☐③ 장애인복지관 ☐④ 장애인지역사회활동시설(주간보호시설)
☐⑤ 장애인지역사회활동시설(단기보호시설) ☐⑥ 양로시설
☐⑦ 아동양육시설 ☐⑧ 모자보호시설
☐⑨ 자활지원센터 ☐⑩ 다문화가족지원센터

2. 귀 시설에 종사하시는 분은 몇분이 계십니까?

□ () 명

- 2-1. 그 중 보건의료와 관련된 종사자는 몇 분이며, 직종은 무엇입니까?

□① () 명 □① 직종 ()

3. 귀 시설의 이용자 수(또는 생활시설 거주자)는 하루 평균 몇 명입니까?

□ () 명

4. 귀 시설에서 제공하는 **주요** 서비스는 무엇입니까? (영역별로 주요사업을 한 개씩 체크해주세요.)

서비스영역	세부 서비스		
가족복지 사업	☐ ① 가족관계증진 ☐ ④ 부양가족 지원 ☐ ⑥ 해당없음	☐ ② 가족기능 보완 ☐ ⑤ 기타()	☐ ③ 가족문제 해결·치료
지역사회 보호사업	☐ ① 급식서비스 ☐ ④ 일상생활 지원 ☐ ⑦ 기타()	☐ ② 보건의료서비스 ☐ ⑤ 정서서비스	☐ ③ 경제적 지원 ☐ ⑥ 일시보호서비스 ☐ ⑧ 해당없음
지역사회 조직사업	☐ ① 주민조직화 및 교육 ☐ ④ 자원 봉사자 양성 및 후원자 개발 조직 ☐ ⑤ 기타()	☐ ② 복지네트워크 구축	☐ ③ 주민복지 증진 ☐ ⑥ 해당없음
교육문화 사업	☐ ① 아동·청소년 기능교육 ☐ ④ 문화복지 ☐ ⑥ 해당없음	☐ ② 성인 기능교실 ☐ ⑤ 기타()	☐ ③ 노인 여가문화
자활사업	☐ ① 직업기능 훈련 ☐ ④ 자활공동체 육성 ☐ ⑥ 해당없음	☐ ② 취업알선 ☐ ⑤ 기타()	☐ ③ 직업능력 개발

2. 건강프로그램 관련 사항

5. 귀 시설에는 보건의료와 관련된 시설이나 장비가 있습니까?

☐① 있다. 5-1 응답 ☐② 없다.

- ### 5-1. 어떠한 시설·장비가 있습니까?

6. 귀 시설에는 급식시설이 설치되어 있습니까?

☐① 있다. 6-1 응답 ☐② 없다.

- 6-1. 있다면 영양사는 몇 명입니까? (명)

7. 건강검진	☐ ① 제공	서비스 내용을 간략히 적어주세요		☐ ① 정기적 (월 회) (월 명)
				☐ ② 부정기적 (연 회) (1회 명)
	☐ ② 미제공	미 제 공 이 유	☐ ① 재정적 문제 ☐ ② 인력상의 문제 ☐ ③ 장비상의 문제 ☐ ④ 공간상의 문제 ☐ ⑤ 이용자 수요의 문제 ☐ ⑥ 우리 시설의 서비스 영역이 아님 ☐ ⑦ 기타()	
8. 물리치료 및 재활치료	☐ ① 제공	서비스 내용을 간략히 적어주세요		☐ ① 정기적 (월 회) (월 명)
				☐ ② 부정기적 (연 회) (1회 명)
	☐ ② 미제공	미 제 공 이 유	☐ ① 재정적 문제 ☐ ② 인력상의 문제 ☐ ③ 장비상의 문제 ☐ ④ 공간상의 문제 ☐ ⑤ 이용자 수요의 문제 ☐ ⑥ 우리 시설의 서비스 영역이 아님 ☐ ⑦ 기타()	
9. 차이관련	☐ ① 제공	서비스 내용을 간략히 적어주세요		☐ ① 정기적 (월 회) (월 명)
				☐ ② 부정기적 (연 회) (1회 명)
	☐ ② 미제공	미 제 공 이 유	☐ ① 재정적 문제 ☐ ② 인력상의 문제 ☐ ③ 장비상의 문제 ☐ ④ 공간상의 문제 ☐ ⑤ 이용자 수요의 문제 ☐ ⑥ 우리 시설의 서비스 영역이 아님 ☐ ⑦ 기타()	
10. 간병서비스	☐ ① 제공	서비스 내용을 간략히 적어주세요		☐ ① 정기적 (월 회) (월 명)
				☐ ② 부정기적 (연 회) (1회 명)
	☐ ② 미제공	미 제 공 이 유	☐ ① 재정적 문제 ☐ ② 인력상의 문제 ☐ ③ 장비상의 문제 ☐ ④ 공간상의 문제 ☐ ⑤ 이용자 수요의 문제 ☐ ⑥ 우리 시설의 서비스 영역이 아님 ☐ ⑦ 기타()	
11. 방문진료	☐ ① 제공	서비스 내용을 간략히 적어주세요		☐ ① 정기적 (월 회) (월 명)
				☐ ② 부정기적 (연 회) (1회 명)
	☐ ② 미제공	미 제 공 이 유	☐ ① 재정적 문제 ☐ ② 인력상의 문제 ☐ ③ 장비상의 문제 ☐ ④ 공간상의 문제 ☐ ⑤ 이용자 수요의 문제 ☐ ⑥ 우리 시설의 서비스 영역이 아님 ☐ ⑦ 기타()	
12. 의뢰비 지원	☐ ① 제공	서비스 내용을 간략히 적어주세요		☐ ① 정기적 (월 회) (월 명)
				☐ ② 부정기적 (연 회) (1회 명)
	☐ ② 미제공	미 제 공 이 유	☐ ① 재정적 문제 ☐ ② 인력상의 문제 ☐ ③ 장비상의 문제 ☐ ④ 공간상의 문제 ☐ ⑤ 이용자 수요의 문제 ☐ ⑥ 우리 시설의 서비스 영역이 아님 ☐ ⑦ 기타()	
13. 기타	☐ ① 제공	서비스 내용을 간략히 적어주세요		☐ ① 정기적 (월 회) (월 명)
				☐ ② 부정기적 (연 회) (1회 명)

8. 귀 시설 이용자(또는 생활시설 거주자)들이 **가장 많이** 찾는 보건의료서비스는 무엇입니까? (하나만)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ ① 금연교육 및 상담 | ☐ ② 절주교육 및 상담 |
| ☐ ③ 운동 | ☐ ④ 비만 및 식생활 개선 교육 및 상담 |
| ☐ ⑤ 정신건강서비스 | ☐ ⑥ 만성질환 관리 |
| ☐ ⑦ 건강검진서비스 | ☐ ⑧ 물리치료 및 재활치료 |
| ☐ ⑨ 치아관련 진료 | ☐ ⑩ 간병서비스 |
| ☐ ⑪ 방문진료 | ☐ ⑫ 기타 () |

9. 귀 시설에는 보건의료부분 연계를 위한 협력체계가 구축되어 있습니까?

- ☐① 있다. ⇨ 9-1 응답 ☐② 없다. ⇨ 10 응답

9-1. 있다면 협력기관은 어디이며, **주된** 협력 내용은 무엇입니까? (중복응답 가능)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
방문기관					
협력 내용					

<보기항목>

방문기관	협력 내용
① 종합사회복지관 ② 노인복지관 ③ 장애인복지관 ④ 장애인지역사회재활시설(주간보호시설) ⑤ 장애인지역사회재활시설(단기보호시설) ⑥ 양로시설 ⑦ 아동양육시설 ⑧ 모자보호시설 ⑨ 자활지원센터 ⑩ 다문화가족지원센터 ⑪ 보건소/보건지소/보건진료소 ⑫ 민간병·의원 ⑬ 종교단체 ⑭ 민간봉사단체 ⑮ 지역사회복지협의체 ⑯ 지역사회복지협의회 ⑰ 기타()	① 정보 교환 ② 대상자 연결 ③ 공동프로그램 운영 ④ 그때그때마다 다름 ⑤ 기타 ()

10. 귀 시설은 연계대상기관 확장 차원에서 앞으로 협력체계가 강화되어야 한다고 생각하십니까?

- ☐① 그렇다. ⇨ 10-1 응답 ☐② 아니다. ⇨ 11 응답

10-1. 대상협력기관에 더 포함되어야 할 기관은 어디입니까? (중복응답 가능)

- | | |
|--|--|
| ☐ ① 종합사회복지관 | ☐ ② 노인복지관 |
| ☐ ③ 장애인복지관 | ☐ ④ 장애인지역사회재활시설(주간보호시설) |
| ☐ ⑤ 장애인지역사회재활시설(단기보호시설) | ☐ ⑥ 양로시설 |
| ☐ ⑦ 아동양육시설 | ☐ ⑧ 모자보호시설 |
| ☐ ⑨ 자활지원센터 | ☐ ⑩ 다문화가족지원센터 |
| ☐ ⑪ 보건소/보건지소/보건진료소 | ☐ ⑫ 민간병·의원 |
| ☐ ⑬ 종교단체 | ☐ ⑭ 민간봉사단체 |
| ☐ ⑮ 지역사회복지협의체 | ☐ ⑯ 지역사회복지협의회 |
| ☐ ⑰ 기타() | |

11. 귀 시설은 연계협력 정도 측면에서 앞으로 협력체계가 강화되어야 한다고 생각하십니까?

- ☐① 그렇다. ☐② 아니다.

12. 타 기관(지역사회복지협의체 제외) 연계해서 이용자에게 보건의료서비스를 제공한 적이 있습니까?

- ☐① 있다. ⇨ 12-1, 2 응답 ☐② 없다. ⇨ 13 응답

12-1. 연계해서 제공했던 서비스 무엇입니까? (중복응답 가능)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ ① 금연교육 및 상담 | ☐ ② 절주교육 및 상담 |
| ☐ ③ 운동 | ☐ ④ 비만 및 식생활 개선 교육 및 상담 |
| ☐ ⑤ 정신건강서비스 | ☐ ⑥ 만성질환 관리 |
| ☐ ⑦ 건강검진서비스 | ☐ ⑧ 물리치료 및 재활치료 |
| ☐ ⑨ 치아관련 진료 | ☐ ⑩ 간병서비스 |
| ☐ ⑪ 방문진료 | ☐ ⑫ 기타 () |

12-2. 타 기관과의 보건의료서비스 연계시 어려운 점은 무엇입니까?

()

13. 시설에서 보건의료서비스를 위해 지역사회복지협의체와 연계하여 프로그램을 진행한 적이 있습니까?

- ☐① 있다. ⇨ 13-1 응답
☐② 없다. ⇨ 13-2 응답

13-1. 보건의료서비스를 위해 지역사회복지협의체와 연계하여 지원 받은 서비스는 무엇입니까?

(중복응답 가능)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ ① 금연교육 및 상담 | ☐ ② 절주교육 및 상담 |
| ☐ ③ 운동 | ☐ ④ 비만 및 식생활 개선 교육 및 상담 |
| ☐ ⑤ 정신건강서비스 | ☐ ⑥ 만성질환 관리 |
| ☐ ⑦ 건강검진서비스 | ☐ ⑧ 물리치료 및 재활치료 |
| ☐ ⑨ 치아관련 진료 | ☐ ⑩ 간병서비스 |
| ☐ ⑪ 방문진료 | ☐ ⑫ 기타 () |

13-2. 보건의료서비스를 위해 지역사회복지협의체와 연계하기 어려운 이유는 무엇입니까?

()

14. 귀 시설은 앞으로 타 기관과 연계하여 보건의료서비스를 제공할 의사가 있습니까?

☐① 있다. ➡ 15 응답

☐② 없다. ➡ 14-1 응답

14-1. 타 기관과 연계하여 서비스를 제공할 의사가 없다면 그 이유는 무엇입니까?

()

15. 귀 기관은 이용자를 대상으로 사례관리를 한 적이 있습니까?

☐① 있다.

☐② 없다.

16. 지금까지 타 기관과의 연계협력이 활발하게 이루어지지 못한 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

()

17. 타 기관과의 연계협력을 활성화하기 위해서는 어떻게 해야 한다고 생각하십니까?

()

※ 설문에 응해 주셔서 감사합니다!

(사회·노인·장애인)복지관 이용자 건강증진서비스 실태 조사

조사표 일련번호

--	--	--	--

안녕하십니까?

국무총리실 소속 보건복지 정책 전문연구기관인 한국보건사회연구원입니다.

이번에 우리 연구원에서는 ‘건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구’의 일환으로 ‘지역사회내 복지관 이용자를 대상으로 건강증진서비스 현황’을 파악하고 있습니다.

평소 시설이용시 느끼셨던 건강과 관련된 생각을 간단히 여쭙보고자 하오니 바쁘시겠지만 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.

본 설문에 응답하신 내용은 연구목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용되지 않으며, 통계법 제33조(비밀의 보호 등) 및 34조(통계작성사무 종사자 등의 의무)에 의거 비밀이 보장됨을 밝혀드립니다.

감사합니다.

2012년 9월 한국보건사회연구원

※ 조사표 관련 문의: 이수형 전문연구원, 오영인 연구원, 장진영 연구원 (☎ 02-380-8277, 8256, 8271)

응답자	성별 : ☐ ① 남 ☐ ② 여		나이 : 만 ____ 세	
	장애유무 : ☐ ① 있음 ☐ ② 없음 (※ 질문하지 않고 응답자가 판단하여 기입)			
시설종류	☐ ① 사회복지관 ☐ ② 노인복지관 ☐ ③ 장애인복지관			시설명
지역	시·도		시군구	

한국보건사회연구원

1. 건강상태 및 건강관리 현황

1. 현재 귀하의 건강은 어떻다고 생각하십니까?

- ☐① 매우 건강한 편임 ☐② 건강한 편임 ☐③ 보통임
☐④ 조금 안 좋은 편임 ☐⑤ 매우 안 좋은 편임

2. 지금까지 살아오는 동안 피운 담배의 양은 총 얼마나 됩니까?

- ☐① 5갑(100개비) 미만 ⇨ 문) 2-1 ☐② 5갑(100개비) 이상 ⇨ 문) 2-1
☐③ 피운적 없음 ⇨ 문) 3

2-1. 현재 담배를 피우십니까?

- ☐① 피움 ☐② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

3. 술을 얼마나 자주 마십니까?

- ☐① 최근 1년간 전혀 마시지 않았음 ☐② 한 달에 1번 미만
☐③ 한 달에 1번 정도 ☐④ 한 달에 2-4번
☐⑤ 일주일에 2-3번 ☐⑥ 일주일에 4번 이상
☐⑦ 술을 전혀 마시지 않음 ⇨ 문) 4

3-1. 한 번에 술을 얼마나 마십니까?

- ☐① 1-2잔 ☐② 3-4잔 ☐③ 5-6잔
☐④ 7-9잔 ☐⑤ 10잔 이상

4. 최근 1주일 동안 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 1일 30분 이상, 주 5일 이상 한 날은 며칠입니까?

- ☐① 전혀 하지 않음 ☐② 1일 ☐③ 2일
☐④ 3일 ☐⑤ 4일 ☐⑥ 5일
☐⑦ 6일 ☐⑧ 7일(매일)

5. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 첼봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 날은 며칠입니까?

- ☐① 전혀 하지 않음 ☐② 1일 ☐③ 2일
☐④ 3일 ☐⑤ 4일 ☐⑥ 5일 이상

6. 현재 본인의 체형이 어떻다고 생각하십니까?

- ☐① 매우 마른 편임 ☐② 약간 마른 편임 ☐③ 보통임
☐④ 약간 비만임 ☐⑤ 매우 비만임

7. 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼고 있습니까?

- ☐① 대단히 많이 느낌 ☐② 많이 느끼는 편임
☐③ 조금 느끼는 편임 ☐④ 거의 느끼지 않음

8. 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?

- ☐① 예 ☐② 아니오

9. 현재 치아나 틀니, 잇몸 등 입안의 문제로 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼십니까?

- ☐① 매우 불편함 ☐② 불편함 ☐③ 그저 그렇다
☐④ 별로 불편하지 않음 ☐⑤ 전혀 불편하지 않음

10. 어제 하루 동안 칫솔질(잇솔질) 한 시기를 모두 √ 표기해 주세요.

- ☐① 아침식사 전에 ☐② 아침식사 후에
☐③ 점심식사 전에 ☐④ 점심식사 후에
☐⑤ 저녁식사 전에 ☐⑥ 저녁식사 후에
☐⑦ 간식 후에 ☐⑧ 잠자기 전에
☐⑨ 칫솔질 하지 않음

11. 평소 본인 스스로 건강관리를 하고 계십니까?

- ☐① 예 ☞ 문) 11-1 ☐② 아니오 ☞ 문) 12

11-1. 현재 귀하가 하고 있는 건강관리는 무엇입니까? (중복응답 가능)

- ☐① 금연 ☐② 절주 ☐③ 운동
☐④ 비만 및 식생활 개선 ☐⑤ 만성질환 관리 ☐⑥ 스트레스·우울증 해소
☐⑦ 기타 ()

2. 복지관서비스 이용현황

12. 해당 복지관을 이용한 기간은 어느 정도입니까?

- ☐① 6개월 미만 ☐② 6개월~1년 ☐③ 1년~1년 6개월
☐④ 1년 6개월~2년 ☐⑤ 2년 이상

13. 복지관을 이용하는 가장 주된 이유는 무엇입니까? (하나만)

- ☐① 취미활동 ☐② 건강관리 ☐③ 친구 사귀기
☐④ 식사해결 ☐⑤ 정신적 위안 ☐⑥ 규칙적인 생활
☐⑦ 배움의 기회 ☐⑧ 정보획득 및 교류 ☐⑨ 취업알선
☐⑩ 기타 ()

14. 현재 복지관에서 이용하고 있는 서비스는 무엇이며, 평균 이용횟수 및 만족도는 어떻습니까? (중복응답 가능)

서비스 내용	평균이용횟수						만족도				
	이용 한적 없음	월1- 2회	주1 회	주2- 3회	주3 회이 상	정기적 이지 않음	매우 만족	만족	보통	불만 족	매우 불만 족
1. 가족복지서비스(폭력예방, 부모역할훈련, 가족 임파워먼트 프로그램 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
2. 상담서비스(가족관련상담, 개인상담, 가족폭력상담, 우울상담 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
3. 취미여가지원서비스(음악, 미술, 원예, 다도교실, 연극, 레크리에이션, 바둑장기, 당구·탁구 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
4. 건강증진서비스(건강교육, 건강상담, 건강교실(건강체조, 기체조, 요가 등), 노인건강운동 등)											
- 금연교육 및 상담	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 절주교육 및 상담	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤

- 운동	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 비만 및 식생활 개선 교육 및 상담	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 정신건강서비스(치매, 우울증, 자살예방, 알코올 중독, 스트레스 상담 및 관리)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 기타 ()	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
5. 보건의료서비스(간병서비스, 물리치료, 재활치료, 방문 진료 등)											
- 만성질환 관리(당뇨, 고혈압, 뇌졸중, 관절염, 골다공증, 요통 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 건강검진서비스	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 물리치료 및 재활치료	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 치아관련 진료	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 간병서비스	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 방문진료	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 의료비 지원	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
- 기타 ()	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
6. 급식서비스(식사배달, 밀반찬 배달, 무료급식)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
7. 자원봉사프로그램 참여(지역봉사활동, 노인자원봉사 활성화사업, 교통안전봉사, 동아리·클럽활동 지원 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
8. 일상생활지원서비스(가사서비스, 가정봉사원, 이동목욕, 차량지원, 이·미용서비스 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
9. 경제지원서비스(의료비, 교육비, 생활비, 후원물품 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
10. 평생교육서비스(부모교육, 취미여가교실, 한글교실, 외국어교실, 정보화교실, 예비노인은퇴준비 프로그램 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
11. 직업훈련프로그램 또는 자활서비스(직업기능훈련, 직업능력 개발 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
12. 문화행사	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤
13. 기타()	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤

15. 해당 복지관에서 제공하는 건강관리 및 보건의료서비스와 관련하여 **가장** 개선하였으면 하는 사항은 무엇입니까? (**하나만**)

- ☐① 서비스제공을 위한 시설장비 보강 ☐② 양질의 의료인력에 의한 서비스 제공
☐③ 실질적인 혜택(실제 도움이 되는 서비스 제공) ☐④ 서비스 종류 확대
☐⑤ 비용절감(저렴한 비용으로 서비스 제공) ☐⑥ 질 좋은 서비스 제공
☐⑦ 지속적 관리 ☐⑧ 방문 진료
☐⑨ 기타 ()

16. 해당 복지관에서 건강관리 및 보건의료서비스를 희망하였으나 받지 못한 경험이 있습니까?

- ☐ ① 있다 ⇨ 문) 16-1 응답 ☐ ② 없다 ⇨ 문) 17 응답

16-1. 해당 복지관에서는 귀하가 희망하는 서비스를 받을 수 있도록 타 기관에 소개/연결의 노력을 하였습니까?

- ☐ ① 하였다 ☐ ② 하지 않았다

3. 건강관련 연계서비스 이용 현황

17. 해당 복지관을 통해서 타 복지시설, 보건소 또는 의료기관에서 제공하는 건강관리 및 보건의료서비스를 받아보신 적이 있습니까?

- ☐ ① 있다 ⇨ 문) 17-1 응답 ☐ ② 없다 ⇨ 문) 18 응답

17-1. 복지관의 연결로 받아보았던 서비스는 무엇입니까? (중복응답 가능)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ ① 금연교육 및 상담 | ☐ ② 절주교육 및 상담 |
| ☐ ③ 운동 | ☐ ④ 비만 및 식생활 개선 교육 및 상담 |
| ☐ ⑤ 정신건강서비스 | ☐ ⑥ 만성질환 관리 |
| ☐ ⑦ 건강검진서비스 | ☐ ⑧ 물리치료 및 재활치료 |
| ☐ ⑨ 치아관련 진료 | ☐ ⑩ 간병서비스 |
| ☐ ⑪ 방문진료 | ☐ ⑫ 기타 () |

17-2. 어디에서 서비스를 받아보셨습니까? (중복응답 가능)

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| ☐ ① 병의원 | ☐ ② 한방병의원 | ☐ ③ 치과 |
| ☐ ④ 약국 | ☐ ⑤ 요양시설(장기요양센터) | ☐ ⑥ 보건소/보건지소/보건진료소 |
| ☐ ⑦ 복지시설 | ☐ ⑧ 종교단체 | ☐ ⑨ 민간봉사단체 |
| ☐ ⑩ 기타() | | |

17-3. 연계해서 서비스를 받기까지 과정에 만족하십니까?

- ☐ ① 매우만족 ☐ ② 만족 ☐ ③ 보통
☐ ④ 불만족 ⇨ 문) 17-4 응답 ☐ ⑤ 매우불만족 ⇨ 문) 17-4 응답

17-4. 만족하지 않았다면 그 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 최종 서비스를 받기까지 여러 단계의 기관을 거쳐야 해서(번거로워서)
☐ ② 최종 서비스를 받기까지 많은 시간이 소요되서
☐ ③ 원하는 서비스와 다른 서비스를 받게 되어서
☐ ④ 소개는 받았으나 결국 서비스를 받지 못해서
☐ ⑤ 기타()

18. 귀하께서는 **금연, 절주, 운동, 비만 및 식생활 개선 서비스**를 받기 위해 평소에 어디를 방문하시며, 복지관 및 타 복지시설을 방문한다면 그 이유는 무엇입니까?

18-1. 방문기관	18-2. 방문이유
☐ ① 병원 ☐ ② 보건소/지소/진료소 ☐ ③ 복지관 ☞ 18-2 응답 ☐ ④ 타 복지시설 ☞ 18-2 응답 ☐ ⑤ 기타() ☞ 18-2 응답 (※ ③-⑤ 체크시 방문이유를 기입할 것)	☐ ① 집과 가까워서 ☐ ② 비용이 저렴해서 ☐ ③ 평소 자주 이용하는 곳이라서 ☐ ④ 그곳에 가면 도움을 줄 사람이 있을 것 같아서 ☐ ⑤ 기타 ()

19. 귀하께서는 **정신건강 서비스**를 받기 위해 평소에 어디를 방문하시며, 복지관 및 타 복지시설을 방문한다면 그 이유는 무엇입니까?

19-1. 방문기관	19-2. 방문이유
☐ ① 병원 ☐ ② 보건소/지소/진료소 ☐ ③ 복지관 ☞ 19-2 응답 ☐ ④ 타 복지시설 ☞ 19-2 응답 ☐ ⑤ 기타() ☞ 19-2 응답 (※ ③-⑤ 체크시 방문이유를 기입할 것)	☐ ① 집과 가까워서 ☐ ② 비용이 저렴해서 ☐ ③ 평소 자주 이용하는 곳이라서 ☐ ④ 그곳에 가면 도움을 줄 사람이 있을 것 같아서 ☐ ⑤ 기타 ()

20. 귀하께서는 **보건의료 서비스(간병서비스, 물리치료, 재활치료, 건강검진, 만성질환관리, 방문진료 등)**를 받기 위해 평소에 어디를 방문하시며, 복지관 및 타 복지시설을 방문한다면 그 이유는 무엇입니까?

20-1. 방문기관	20-2. 방문이유
☐ ① 병원 ☐ ② 보건소/지소/진료소 ☐ ③ 복지관 ☞ 20-2 응답 ☐ ④ 타 복지시설 ☞ 20-2 응답 ☐ ⑤ 기타() ☞ 20-2 응답 (※ ③-⑤ 체크시 방문이유를 기입할 것)	☐ ① 집과 가까워서 ☐ ② 비용이 저렴해서 ☐ ③ 평소 자주 이용하는 곳이라서 ☐ ④ 그곳에 가면 도움을 줄 사람이 있을 것 같아서 ☐ ⑤ 기타 ()

※ 설문에 응해 주셔서 감사합니다!