

의무기록에 반영된 부랑인 환자의 사회의료적 특성에 관한 고찰

박 효 숙 (종로구 보건소)

목 차

I. 서 론	1. 사회적 특성
II. 연구 방법	2. 의료기관의 관리적 특성
III. 이론적 배경	3. 의료적 특성
1. 부랑인의 정의	V. 결론 및 제언
2. 부랑인 복지제도	1. 사회적 특성
3. 부랑인의 특성과 의료보호대상자 진료비 혜택	2. 의료기관의 관리적 특성
4. 부랑인 복지사업 선도	3. 의료적 특성
IV. 연구 결과	참고 문헌
	영문 초록

I. 서 론

덴마크의 수도 코펜하겐에서 1995년 3월에 개최된 사회개발정상회의는 냉전종식 후의 세계발전을 위한 새로운 이념으로서 「인간안보(human security)」를 채택했다.

국민들의 최소한 인간다운 “삶의 질”을 확보하는 것을 의미한다. 우리나라의 경우 국민소득이 1만불 시대에 접어들어 절대빈곤층이 거의 사라지는 듯 비

록 외형적으로 경제발전을 크게 이루었으나, 이 성장의 이면에는 부랑자 복지 등 사회 취약계층의 복지수준은 경제발전수준에 비해 상대적으로 크게 낙후된 상태로 남아 있는 등 전반적인 삶의 질의 수준에 있어 아직도 개선의 여지가 많은 것이 사실이다.

우리나라 부랑인 보호사업은 종래 지방자치단체 또는 민간에 의하여 수용구호 위주의 보호를 자발적으로 실시하여 오던 것이, 1981년에 실시된 전국적 실태조사를 토대로 1982년부터 정부의 지원아래 실

註 : 본 논문은 1995학년도 한양대학교 공학 석사학위 취득 논문임.

시하게 되었다.

그러나 현재까지 부랑인 복지사업법이 없는 상황에서 보면 거의 방임상태라해도 과언이 아니며, 이 분야에 대한 이렇다할 자료가 없는 상황에서, 대체로 이들은 무질서적 생활습관에서 연유하는 보건의료적 문제를 가지고 있을 것으로 추론하고 있다.

부랑인의 보건의료 문제에 대한 치료지침은 의료보호법에 의거한 서울특별시 의료보호 업무처리 지침에 따라 실시되고 있을 뿐이어서 장기적 안목의 대책을 설정함이 필요하다. 이에 따라 내원환자의 절대다수가 부랑인인 서울소재 시립D병원의 의무기록분석을 통하여 이들 부랑인의 사회의료적 특성을 제시함은 의의있는 일이다. 따라서 부랑인의 보건의료문제를 파악할 수 있는 기초자료를 제공할 목적에서 다음과 같이 구체적인 목표를 수행한다.

- 1) 부랑인의 사회적 특성을 연도별로 파악한다.
- 2) 부랑인의 의료기관 관리적 특성을 연도별로 파악한다.
- 3) 부랑인이 의료적 특성을 연도별로 파악한다.

한편, 조사도구가 의사만이 기록한 의무기록부에 한정되었다는 것을 밝힌다.

II. 연구 방법

1. 대상 및 자료

서울 Y동 소재 시립D병원에 내원한 환자중 1992. 1. 1 ~ 1992. 12. 31과 1994. 1. 1 ~ 1994. 12. 31. 기간에 치료를 받아 의무기록이 보존되어 있는 총 2년간의 전체 환자가 대상이다. 따라서 자료로 이용된 의무기록부는 동기간 전자가 2,436명, 후자가 2,419명으로 총 4,855부였다.

2. 변수의 선정 및 측정

1) 사회적 특성

부랑인의 증감은 연도별, 계절별, 월별, 주중별로 차이가 있으며 의뢰지와 퇴원지는 부랑인의 발견장소를 시사하는 변수로서 생각되며, 이 특성들은 넓

게는 사회환경에 따라 민감할 수 있으므로 사회적 특성변수로서 선정하였다.

연도별 차이는 1992년과 1994년도로 구분하였고, 계절별 차이는 12·1·2월을 “겨울”로, 3·4·5월을 “봄”으로, 6·7·8월을 “여름”으로, 9·10·11월을 “가을”로 구분하였으며, 요일에 따라 주중차이를 측정하였다.

부랑인환자를 본 병원에 후송해 온 의뢰지는 경찰서·구청 등인 경우 “관공서”로, 갱생원, 부녀보호소 등을 “복지기관”으로, 시립서대문병원, 지방공사 강남병원, 시립정신병원, 청량리뇌병원, 보라매병원 등을 “의료기관”으로 분류하였다. 한편, 이들이 치료후 귀속하게 되는 퇴원지는 의뢰된 곳에서 다시 의뢰된 곳으로 귀속하게 된 경우 “귀원”으로, 갱생원, 부녀보호소 등으로 귀속된 경우 “복지기관”으로, 지방공사 강남병원, 시립서대문병원, 보라매병원, 시립정신병원, 청량리뇌병원 등지로 2차 단계의 진료가 필요하게 된 경우 “2차 진료기관”으로, 행선지가 불분명하게 스스로 퇴원한 경우 “자진귀가”로 유목화하여 측정하였다.

2) 의료기관의 관리적 특성

시립병원의 관리(수용)규모는 다른 의료기관에 비해 인적·물적자원이 취약하고, 공공기관으로서의 특성 때문에 크게 제한적이다. 이 때문에 성별, 연령별로 부랑인의 수용규모 역시 제한을 받을 수 있다. 또한 과거나 현재나 간호사의 충원이 그다지 변화가 없는 병원현황에서 보면 간호사의 업무영역이 낮변, 초변, 밤변 3영역별로 관찰환자수와 현원 환자수는 의료 및 간호 관리적 특성으로서 매우 중요하다. 이에 덧붙여 의뢰된 환자중 입원된 수와 유료전환된 환자수들은 관리적 특성을 대표할 수 있는 변수로 선정하였다.

부랑인환자는 남자와 여자의 성으로 구분하였고, 연령은 의무기록부에 등재되어 있는 만 연령을 기준으로 24세 이전을 “청년기”, 25~44세를 “성인초기”, 45~64세를 “성인후기”, 65세이상을 “노년기”로 유목화하여 측정하였다.

간호관리 평균 대상수는 동병원에 관찰 및 치료를 위해 내원하여 행정상 입원이 되지 않는 상태에서

“관찰환자(Keep)”와 근무단위인 낮번, 초번, 밤번의 3영역별로 행정상 입원절차를 완료한 현존하는 환자수를 “현원”으로 규정하여 실제 수로서 측정할 바, 숫자가 많을수록 간호관리의 대상수가 많음을 의미한다.

입원환자는 행정절차 및 치료의 성격으로 보아 입원이 필요한 환자와 그렇지 않은 환자로 구분하였으며, 유료전환은 환자 본인이 자비로서 치료비를 지불한 경우와 그렇지 경우로 분류하여 측정하였다.

3) 의료적 특성

동병원에 통원하여 1시간 이상 또는 1일 이상 관찰 또는 체제가 요청되거나 이들이 보유한 질병의 수 및 동기간 중 1일 이내 또는 1일후 사망수는 부랑인이 지닌 의료문제의 심각성을 말해준다. 17국제질병분류별 분포 역시 의료문제의 성격을 뜻한다. 또한 지금까지 통원사유로서 가장 빈번하게 거론되어 오는 음주정도별 특성을 파악하는 것은 이들 부랑인 환자가 지니고 있는 의료문제의 범위와 성격 및 그 예방책을 시사할 수 있는 것으로 생각되어 이들 변수를 의료적 특성 변수로서 선정하였다.

관찰일수·재원일수·질병종류수 및 1일내 사망수와 1일 후 사망수는 실제건수로서 측정하였으며, 17국제질병분류는 WHO 분류를 근거로 하였다. 음주형태별 내원사유는 별다른 의료적 문제를 동반하지 않는 음주입원을 “단순음주”로, 중독형이며 인사불성으로 입원한 환자는 “알콜중독”으로 규정하였다. 음주에 병행해 환각제를 복용한 경우를 “환각제 병행”으로 구분하고, 앞에 언급된 순서부터 후자에 올수록 가중치를 두어 측정함으로써 점수가 높을수록 음주에 의한 문제성이 심각한 것을 뜻한다.

3. 분석방법

SPSS의 χ^2 검정 t-검정, Pearson 상관계수를 이용하여 분석하였다.

III. 이론적 배경

1. 부랑인의 정의

부랑이란 말은 현대 국어대사전에서는 “하는 일없이 이리저리 떠돌아 다님”으로 정의된다. 한편, 부랑인이라는 함은 신기철, 신용철 편저 새우리말 큰사전에 “일정한 주거나 생업이 없이 빈둥빈둥 놀면서, 여러 곳을 떠돌아 다니며 난봉짓이나 하고 방탕한 생활을 하는 사람”으로 되어 있다. 따라서 흔히 ‘거지’, ‘걸인’ 등과 혼용되어 사용하고 있는 용어로서 영어로는 ‘wanderer’, ‘hobo’, ‘homeless’, ‘street’, ‘people’, ‘vaga bond’ 등으로 표현됨을 알 수 있다. 일본에서는 부랑인이라는 말 대신 ‘일용노동자’, ‘무주택자’로 쓰고 있기도 한다.

이 외에 특별히 학술적으로, 규정된 정의도 없다. 실제 정책을 수행하는 행정적인 측면에서 우리나라의 부랑인에 대한 정의는 1975년 12월 15일에 발표된 내무부 훈령 410호에 의한 ‘부랑인의 신고·단속·수용·보호와 귀향 및 사후관리에 관한 업무처리 지침’에 나타나 있다. 동 훈령 제2절에 의하면 부랑인이라 ‘일정한 주거가 없이 관광업소,接客업소, 역, 버스정류소 등 많은 사람이 모이거나 통행하는 곳과 주택가를 배회하거나 좌정하여 구걸 또는 물품을 강매함으로써 통행인을 괴롭히는 걸인, 꺾팔이, 앵벌이 등 건전한 사회 및 도시질서를 해하는 모든 사람을 말한다’라고 규정하고 있다.

이러한 정의가 시사하는 바 부랑인은 비행성·우범성을 지니고 있다는 점이다. 따라서 이는 곧, 법적 처벌의 대상이 될 수도 있다는 것도 포함하는 치안유지 차원의 해석이 된다.

현재 부랑인들은 전국 성인 부랑인 시설 32개소와 부랑아 시설 9개소에서 13,370명이 수용되어 있고 길거리를 부랑하는 인구는 보건복지부조차도 정확한 통계를 가지고 있지 않다. 다만, 산업화, 핵가족화의 물결 속에서 가족해체와 사회조직에서의 방출로 이들이 갈수록 늘어나고 있다는 추론만이 가능할 뿐이다. 이들은 지하도 등에서 노숙을 하며 구걸이나 낚심으로 생계를 연명해 가는 경우가 태반이다.

그러나 학계의 정의는 위 맥락과는 관점을 달리한다. 이윤구(1987)는 부랑인을 “생활수단과 생활공간을 포함한 삶(life)의 권리를 잃고 거리를 헤매면서

구걸하거나 탈선행위를 하게 되는 사회보호대상자"라 하였다. 차홍봉(1987)은 "부랑인은 일정한 주거나 생업수단 없이 상당한 기간 길거리를 배회하며 구걸을 하거나 노숙하는 자"라 하면서 부랑인을 사회보호대상자로서 정의하고 사회복지적 입장을 견지하였으며 부랑인의 인권을 존중하였고, 요보호자로 규정하여 사회와 국가의 노력을 요청한다는 입장에서 주목된다.

2. 부랑인 복지제도

부랑인의 복지란 개개인이 지니고 있는 인간으로서의 가치를 존중하고, 기본적인 생활을 해결하며, 자립생활의 능력을 길러 사회생활에 복귀하도록 돕는 사회적 노력을 의미한다.

우리나라의 본격적인 부랑인 보호사업의 역사는 불과 10여년의 짧은 연륜을 갖고 있다. 5. 16 이후 사회정화차원의 '재건대'가 있기는 했지만 이는 임시방편적인 것이었을 뿐 복지의 차원과는 거리가 있었다. 1981년에 접어들어 제5공화국 정권이 다시 한 번 정화차원에서 대통령 특별지시에 의한 부랑인 대책을 마련한 것이 보호사업의 시발이라 해도 과언이 아닐 것이다.

이 조치의 성격을 반영하듯 부랑인의 신고, 단속, 수용, 보호와 귀향 및 사후관리에 관한 업무처리 지침(내무부훈령 제410호)으로 지속되어 온 부랑인 복지사업이 1987년 형제복지원사건 때문에 보건복지부로 이관되었다. 보건복지부에서는 같은 해 4월 보건복지부훈령 제523호 「부랑인 선도시설 운영규칙」에 의한 발표를 하고 부랑인 복지사업의 제도적 개선방안의 일환으로 전문사회사업가들이 개입하도록 발령하였다.

한편, 우리나라 헌법 제34조는 "모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다"와 "국가는 사회보장, 사회복지의 증진에 노력할 의무를 지닌다. 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다"라는 헌법상의 이념구현을 위하여 개별법에 구체적 보호수단과 방법을 정하고 있다. 그러나 현재 부랑인 단속 및 수용, 보호에 관한 근거와 절차를 직접 규명한 법률이 없다. 다만, 부랑인

선도시설 운영규정이 가장 가까운 제도적인 뒷받침이 되고 있으며, 사회복지차원의 부랑인 보호를 사회복지사업법 제2조에서 정의한 ① 생활보호법 ② 아동복지법 ③ 노인복지법 ④ 장애인복지법 ⑤ 윤락행위 등 방법에 의한 보호선도 또는 복지에 관한 사업 등 부랑인 복지서비스 관련 조항을 근거로 삼고 있다.

한편, 사회질서 유지차원의 부랑인 단속, 선도를 위해서는 경찰관 직무집행법과 경범죄 처벌상의 관련조항을 근거로 하고 있는 실태이다. 그러므로, 아직까지는 "사회복지"라든가 "사회사업"이란 전문적 용어를 사용하기가 어렵다. 이는 부랑인 문제가 사회복지 차원의 서비스보다는 사회질서 유지차원의 접근에서 벗어나지 못하고 있는 이유로 비추진다. 국고와 지방비로 운영되는 사회복지 서비스 예산은 노인복지 부분만이 점증하고, 그 나머지 아동복지, 부녀복지, 장애자 및 부랑인 복지예산이 점감하고 있다. 특히 경제기획원 자료에 의하면 부랑인 복지 예산은 1986년에 13.9%에서, 1990년에 6.1%로 격감하였다.

3. 부랑인의 특성과 의료보호대상자 진료비 혜택

1) 부랑인의 사회성

Stoner(1983)는 부랑인들의 특성을 첫째 신체적, 정신적으로 만성적 장애가 있는 자 둘째, 심한 개인적 위기를 경험한 자라 하였다. 셋째 경제적 실패로 고통을 당하는 자 넷째, 가족이나 친구와의 관계가 결여된 자로 보았다. 부랑인 수용시설인 「원암수양관」(1985)이 발간한 보고서는 "부랑인은 의타성이 농후한 거주근성 때문에 자급자족이 귀찮고 불로소득이 몸에 배어 있으며 욕구불만으로 본능적인 욕구에만 강하고 감사할 줄 모르며 낭비성 때문에 장애에 대한 생각은 없고 소비와 탕진하는 생활을 한다. 그리고 역마성이 있어 방랑적 생활에 집착하여 질서 의식이 부족하고, 자포자기를 쉽게하여 신체적·정신적 결함 때문에 자신감을 잃고 의욕이 없으며, 열등의식에 의한 실패와 소외됨으로 인하여 책임감도 적고 반항의식이 높다"라고 밝혔다. 보건복지부

(1987)에서 부랑인을 보호의 대상으로 규정하고 있는 근거도 위와 동일한 맥락에서 거주지 불안정, 성격 및 생활의 무분별성 등을 예로 하고 있다.

이러한 부랑인을 그대로 방치하면 그들의 무능력과 타인에게 의존해야 하는 사회적 비용, 인적 자원의 낭비라는 점에서 사회적으로 커다란 손실일 뿐 아니라 그들로 인하여 사회적 긴장과 불안을 야기시킨다. 그러므로 정부차원에서 부랑인의 의료비를 부담하는 것은 사회적 안정을 도모하는 일로서 공적부조와 또는 의료보호 측면에서 재정적 지원이 이루어져야 할 것이다.

2) 의료보호대상자 진료비 혜택

의료보호대상자는 보건복지부장관이 정한 기준에 따라 사정, 군수, 구청장이 의료보호 신청자의 소득·재산 등을 조사하여 1종, 2종으로 구분한다.

'95의료보호진료비 부담방법으로 진료비 부담은 1종 보호대상자와 2종 보호대상자의 부담 차이가 있다. 1종 대상자는 외래, 입원진료 구별없이 전액 정부 부담이고, 2종보호대상자는 1차 진료기관 외래진료시 진료당 1,500원을 본인이 부담하고 나머지는 정부가 부담한다. 입원진료비의 경우 정부와 본인이 80%와 20%씩 각각 분담하되 생계유지가 곤란한 생활보호대상자의 경우를 고려하여 본인 부담분에 대해 10만원 이상은 정부에서 대불하여 준 후 무이자로 3년에 걸쳐 상환토록 함으로써 국가에 대한 의타심을 배제하고 자활의식을 고취시키고자 한다.

의료보험의 범위 또한 의료보호대상자들의 모든 질병이나, 부상에 대하여 진찰, 처치, 수술, 분만, 기타의 치료, 약제 또는 치료재료의급부, 의료시설에 수용, 간호, 이송 기타 의료목적 달성을 위한 조치 등의 의료보호 혜택을 제공하고 있다. 진료비 부담은 1종 보호대상자는 외래, 입원진료 관계없이 전액을 정부에서 부담하고, 2종 보호대상자는 1차 진료기관 외래진료시 진료당 1,500원을 본인이 부담하면 나머지는 정부가 부담한다. 입원진료비는 정부가 80%, 본인이 20%를 각각 분담하되 생계유지가 곤란한 생활보호대상자인 점을 고려하여 본인부담분에 대해 10만원 이상은 정부에서 대불하여 준 후 무이

자로 1년에서 3년에 걸쳐 분할상환토록 함으로써 국가에 대한 의타심 배제 및 자활의식을 고취시키고 있다.

한편, 부랑인들의 한 행정부서로부터 진료의 의뢰가 있을 때에는 1종 보호대상자에 준하여 진료를 받고 있으며 시립동부병원, 지방공사강남병원 및 보라매병원에서 중점적으로 진료를 맡고 있다. 국립의료원(NMC)이나 적십자병원에서도 진료를 하지만 응급환자 외에는 거의 하지 않고 있다. 부랑인 환자중 정신질환을 갖고 있는 남자성인 부랑인은 시립서대문정신병원으로 여자성인 부랑인은 청량리뇌병원으로 후송한다. 또한 다른 질병이 없는 단순 결핵환자는 시립서대문병원으로 후송하여 진료하고 있다. 또한 특별한 이상이 없을 때는 남자성인부랑인(18세 이상)은 본인의 의사에 따라 수용시설 입소를 원할 때 서울에서는 유일한 보호시설인 시립갱생원과 여자성인부랑인은 대방동 부녀보호소로 이송 생활토록 한다.

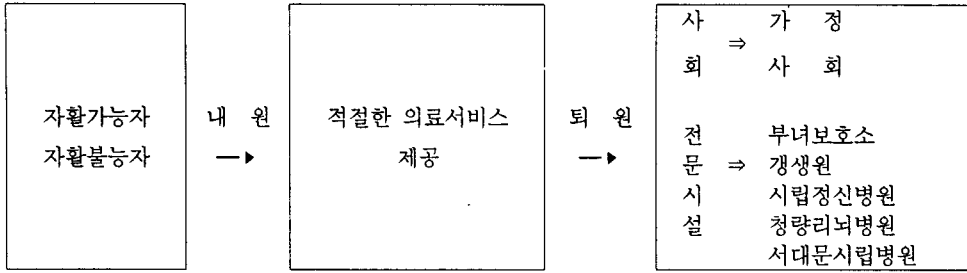
질환이 있는 부랑인은 전문의료기관에서 질병을 치료한 후 [그림 1]과 같이 본인의 희망에 따라 수용·단속절차가 이루어지고 있다.

4. 부랑인 복지사업 선도

부랑인 보호사업은 종래 지방지치단체나 민간에 의해서 단순수용·구호 위주의 보호를 자발적으로 실시하여 오던 것을 1981년 적극적 실태조사를 토대로 국가적 차원에서 부랑인 대책을 수립하였다. 1982년부터 정부의 지원아래 부랑인 선도사업을 실시하게 되었고 1987년부터 정부의 종합개선 대책에 따라 부랑인 선도시설의 운영에 내실을 기하고 있다.

1994년말 우리나라의 부랑인 수용시설은 전국적으로 성인부랑인 시설이 32개, 부랑아시설 9개소에서 13,370명이 보호를 받고 있으며, 연간 10,329명이 입소하고 10,599명이 퇴소하였다.

부랑인을 수용·보호함에 있어서의 문제는 ① 정책면으로 거리에서 배회하는 부랑인 단속을 하면서 거리질서를 유지하거나 대외적 체면을 살린다는 점에서 개인의 인권을 박탈하며 강제적 수용을 강행한 바 없지 않았다.



[그림 1] 부랑인 보호 전달체계

이를 개선하는데는 사회적 병리현상에서 오는 부랑인의 발생을 적극적으로 예방할 수 있는 공적부조 사업이 보완되어야 한다.

② 부랑인 선도를 위한 제도적 법률이 없어 사회복지성 분야에서 정부가 부랑인 선도부문을 신중하게 다루지 않고 있는 점이다.

부랑인 복지분야도 아동, 장애인, 노인 및 모자복지와 같고 중요한 분야임에도 관련법이 없어 부랑인 복지의 중요성에 대한 인식이 낮다. 부랑인복지의 적극적인 개선을 위해서는 "부랑인 복지법" 제정이 절실히 필요하다. 정부의 보건복지부 훈령 제523호는 「부랑인 선도시설 운영규정」을 보완할 필요가 있다.

③ 부랑인 수용보호시설의 경우 부랑인의 수용·보호자는 특수한 성질에 따른 특별한 시설이나 기준도 없거니와 재화를 위한 교육훈련의 설비가 부실하다는 점이다. 우리나라의 부랑인 복지사업은 시설보호에 초점을 두고 보호형태를 다양화해야 한다. 부랑인 복지시설을 일시보호 형태의 시설과 장기보호 시설로 구분할 필요가 있다. 일시 보호소는 수용의뢰된 부랑인을 단기간 보호하면서 연고자 확인 등 절차를 거쳐 사회복지시키거나 전문시설을 전원조치하는 사업을 담당하고, 장기보호시설은 연고자가 없고 타전문시설 전원이 불가능한 부랑인을 장기적으로 보호하면서 자활능력 배양사업을 주로 담당하게 한다.

④ 부랑인 운영면에 재활의 길을 선도하는 쪽으로 운영되지 않고 있으며, 퇴소한 부랑인이 거기서 정착을 못하고 다시 부랑인으로 되는 악순환의 문제점이다. 이를 위한 개선방안은 수용자의 일손을 생산

화하여 사회복지 측면에서 소비에 그치는 것이 아니고 생산적 성격을 갖게 한다. 단기간에 배울 수 있는 도배사, 정원사, 목공, 페인트공 등 쉽게 배울 수 있는 직종을 교육하여 자립심을 길러주고 부랑인으로의 악순환을 방지하며, 시설의 개방으로 시민, 종교단체, 기업단체, 봉사단체를 참여시켜 부랑인선도 사업에 적극 관여하도록 유도한다.

한편 귀향한 부랑인의 사후관리는 부랑인을 정착시켜 재가출을 방지하는 것이며, 부랑인을 정착시키는 일은 부랑인의 생계를 자활할 수 있도록 지원하고, 또 재가출을 못하도록 행동을 감시하는 일이다.

IV. 연구 결과

1. 사회적 특성

1) 계절별 양상

본 연구의 대상자인 총 4,855명의 부랑인환자는 1992년도에 2,436명, 1994년도에 2,419명으로 1994년에 극히 낮은 수준의 감소를 보이고 있는데 이들의 증감을 계절에 따라 살펴 본 것이 <표 1>이다.

총 대상자 4,855명이 계절이 따라 내원한 빈도는 봄철에 22.9%, 여름철에 23.3%, 가을철에 25.6%, 겨울철에 28.1%로 나타났다.

이처럼 봄부터 겨울에 이르기까지 외부환경에서의 생활이 가능한 계절보다 한냉조건 때문에 외부환경에서의 생활이 불가능해지는 겨울철 내원빈도가 가장 많음을 보여주고 있다.

<표 1> 계절별 양상

계절 \ 년도	1992		1994		계		χ^2 값
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
봄	546	(22.4)	567	(23.4)	1,113	(22.9)	9.658*
여름	553	(22.7)	577	(23.9)	1,130	(23.3)	
가을	655	(26.9)	587	(24.3)	1,242	(25.6)	
겨울	682	(28.0)	688	(28.4)	1,365	(28.1)	
계	2,436	(100.0)	2,419	(100.0)	4,855	(100.0)	

*p<0.05 **p<0.01

<표 2> 주중 양상

요일 \ 년도	1992		1994		계		χ^2 값
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
월	388	(15.9)	373	(15.4)	761	(15.7)	33.276**
화	395	(16.2)	348	(14.4)	743	(15.3)	
수	354	(14.5)	369	(15.3)	723	(14.9)	
목	441	(18.1)	342	(14.1)	783	(16.1)	
금	336	(13.8)	411	(17.0)	747	(15.4)	
토	249	(10.2)	321	(13.3)	570	(11.7)	
일	273	(11.2)	255	(10.5)	528	(10.9)	
계	2,436	(100.0)	2,419	(100.0)	4,855	(100.0)	

*p<0.05 **p<0.01

2) 주중 양상

일주일의 시작인 월요일부터 일요일에 이르는 한 주간의 생활단위별로 주중 내원환자의 증감을 알아본 것은 <표 2>와 같다.

1992년 주중 진료를 받기 위해 내소한 환자는 목요일에 가장 많은 441명 18.1%이며, 다음은 화요일 395명 16.2%이고, 마지막 토요일은 249명 10.2%이다. 1994년 주중 진료를 받기 위해 내소한 환자는 금요일로 411명에 17.0%이고 다음은 월요일 373명 15.4%이며 일요일은 255명 10.5%로 가장 적게 내원하였다.

2년을 통산해 평균을 이용하면 목요일에 783명 16.1%으로 가장 많고, 두 번째는 1992년과 동일하며, 월요일로 761명 15.7%, 일요일 528명 10.9%으로 가장 적다.

결과적으로 가장 많이 환자가 내원한 요일은 목·금요일이고, 가장 적게 내원한 요일은 주말 즉 토·일요일이다. 이는 주말이면 사람들이 야외나 결혼 및 모임등 단체의 행동등이 많아 구걸 또는 강매할 곳이 많기 때문일 것으로 생각한다.

3) 의뢰지와 퇴원지

<표 3>에서 보는 바와 같이 부랑인을 가장 많이 의뢰한 기관은 1992년, 1994년 모두 경찰서, 구청과 같은 관공서로 총 3,183명 65.6%이었다. 의료기관과 복지기관은 각각 13.0%와 13.3%로서 비슷하였다.

퇴원지 중 자진귀가란 진료기관이나 수용보호가 아닌 사회로 다시 정착없이 부랑생활을 원하는 곳으로 나가는 것을 의미하는데 1992년의 경우 1,644

<표 3> 의뢰지와 퇴원지에 관한 후송 양상

의뢰 · 퇴원	1992		1994		계		χ ² 값
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
후송							
불명확	289	(11.9)	105	(4.3)	394	(8.1)	94.959**
관공서	1,507	(61.9)	1,676	(69.3)	3,183	(65.6)	
복지	319	(13.1)	312	(12.9)	631	(13.0)	
의료기관(시립,보라매,청녀)	321	(13.2)	326	(13.5)	647	(13.3)	
의뢰							
불명확	521	(21.4)	890	(36.8)	1,411	(29.1)	165.249**
자진귀가	1,644	(67.5)	1,222	(50.8)	2,873	(59.2)	
2차 진료기관	56	(2.3)	45	(1.9)	101	(2.1)	
귀원	169	(6.9)	219	(9.1)	388	(8.0)	
복지기관	46	(1.9)	36	(1.5)	82	(1.7)	
계	2,436	(100.0)	2,419	(100.0)	4,855	(100.0)	

*p<0.05

**p<0.01

명 67.5%였고, 1994년의 경우 1,222명 50.8%로서 1992년이 더 많았다.

반면에 복지기관으로의 수용은 극히 저조하여 1992년에 46명 1.9%였고 1994년에는 이보다 더 적은 36명 1.5%로 나타났다.

이와 같은 결과는 수용시설에서 보호·수용중인 부랑인들이 생활하는데 있어, 아직까지도 공개적이고 자율적이 아닌 은폐식, 군대식 강압성을 띄우고 있다. 또한 각종 질환 및 장애자들이 함께 있어 생활하는데 어려움도 많다. 이런 차원에서 정부는 장애별, 질환별, 무료수용시설의 형태와 정신질환자의 특수요양원을 확대 신설해야 한다.

더불어 이들이 재활 할 수 있는 교육개발을 선택하여 직업알선을 해 주어야 하며 아울러 수용시설에 전문종사자(상담요원, 생활지도원, 직업보도원, 보육사, 보조원, 의사, 간호사, 영양사, 사회사업가, 물리치료사, 기타)를 중원채용할 필요성이 있다.

2. 의료기관의 관리적 특성

1) 성별특성

성(sex)의 연도별 양상은 총 4,855명중 남자가

4,248명이고 여자가 606명으로서 남자 : 여자의 비율은 7 : 1로서 남자가 월등히 높다. 연도별로 남녀 대비는 1992년이 8.51 : 1이고, 1994년은 5.91 : 1로서 1992년이 보다 더 높다. 이 결과는 이길로 (1986)의 수용보호된 부랑인의 성비 10 : 1보다는 낮은 결과이다. 부랑생활에서 남자가 많은 이유는 가정밖에서의 경제적 부담감 없이 생활하는 부랑생활에 흡수된 것으로 생각된다.

부랑인의 각 연령을 청년기, 성인초기, 성인후기, 노년기로 생의 발달 단계별로 구분하여 연도별 차이를 파악한 것은 <표 4>에 나타나 있다.

연령상으로는 24세미만의 청년기와 25~64세에 이르는 성인기 및 65세 이상의 노년기로 생애주기별로 살펴본 부랑인의 빈도는 성인기 특히 성인초기에 가장 많으며 전체환자의 1/2을 넘는다.

연도별 성인초기 부랑인 수는 1992년에 50.6%였으나 1994년에는 54.6%로 1994년에 더 많아졌음을 보이고 있다. 청년기의 환자도 4.6%정도로 나타난 것은 간과할 수 없는 현상이다. 65세이상 노인인구의 경우 1995년 현재 전체인구의 5.7% 254만명, 2005년에는 8.2% 증가할 전망에 비교하여 볼 때 부랑인 노인발생도 11.4%보다 상회할 것으로 추정

되는 바, 부랑인 복지에 관심이 요구된다.

3) 입원유무와 유료전환수

<표 5>에 나타난 바와 같이 1992년 총 2,436명 중 144명이 입원처리되어 치료의 혜택을 받았으며, 1994년 총 2,419명중 288명으로 20%가 더 입원하여 1992년 입원수보다 100%나 증가하였음은 질환의 증상이 더욱 심화되었음을 의미한다.

한편 유료전환이라 함은 각 행정의료 및 기타 부서에서 후송되어 생활보호대상자에 준하여 치료중

연고자가 확인되면 의료비 전체를 보험 또는 일반으로 행정처리하는 방법이다. 1992년도 76명 3.6%, 1994년에는 106명 4.4%가 유료전환 되었다.

4) 간호관리 평균대상수

<표 6>에서와 같이 1992년 관찰환자(Keep)의 경우 간호사의 업무 영역별 근무조인 낮번, 초번, 밤번의 평균빈도는 1992년에는 각각 3.88, 4.49, 5.29로 밤번때, 1994년에는 초번때 4.51로 가장 높게 나타났다.

<표 4> 연령에 따른 생애주기별 양상

생애주기	1992		1994		계		χ^2 값
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
청년기	115	(4.7)	111	(4.6)	226	(4.7)	7.821*
성인초기	1,233	(50.6)	1,320	(54.6)	2,553	(52.6)	
성인후기	797	(32.7)	727	(30.1)	1,524	(31.4)	
노년기	291	(11.9)	261	(10.8)	552	(11.4)	
계	2,436	(100.0)	2,419	(100.0)	4,855	(100.0)	

*p<0.05 **p<0.01

<표 5> 입원 유·무와 유료 전환수

입원·유료	1992		1994		계		χ^2 값
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
입원유무							
무	2,292	(94.1)	2,131	(88.1)	4,423	(91.2)	54.879**
유	114	(5.9)	288	(11.9)	432	(8.8)	
유료전환							
무료	2,360	(96.9)	2,313	(95.6)	4,673	(96.3)	5.358*
유료	76	(3.1)	106	(4.4)	182	(3.7)	
계	2,436	(100.0)	2,419	(100.0)	4,855	(100.0)	

*p<0.05 **p<0.01

<표 6> 간호관리 평균대상자 수

근무조	내용	관찰자수(Keep)				t값	현원				t값
		1992		1994			1992		1994		
		N	mean	N	mean		N	mean	N	mean	
낮 번		236	(3.88)	124	(3.42)	1.77	258	(30.76)	138	(25.63)	6.08**
초 번		247	(4.49)	133	(4.51)	-0.02	258	(31.85)	138	(26.87)	5.80*
밤 번		250	(5.29)	135	(4.08)	1.92*	258	(32.55)	139	(26.46)	7.71*

*p<0.05 **p<0.01

1992년과 1994년을 비교하면 전자는 5.29, 후자는 4.08로 유의한 차이가 있으나 낮번, 초번은 차이가 없다. 현원의 경우 1992년 낮번, 초번, 밤번의 평균값이 30.76, 31.85, 32.55로 평균 30여명이고 1994년은 25.63, 26.87, 26.46이며 26명이 재원하였다. 이는 관찰환자(Keep)수와 함께 현존 수가 확실히 감소한 것을 알 수 있다. 특히 낮번의 경우 1992년과 1994년의 평균수가 30.76, 25.63, 밤번에는 32.55, 26.46일 때 서로간의 차이는 매우 높

게 나타났고, 초번에서는 31.85와 26.87로 통계적 차이가 비교적 유의하였다.

3. 의료적 특성

1) 의료문제의 심각성 관련 특성

관찰일수, 재원일수, 질병종류수, 관찰기간중 1일내 사망수 및 1일후 사망수를 통하여 부랑인이 보유하고 있는 의료문제의 심각성은 <표 7>과 <표 8>

<표 7> 의료문제의 심각성 관련 특성

의료문제 특성	1992		1994		t값
	N	Mean	N	Mean	
관찰일수	731	1.13	1,178	1.06	2.30*
재원일수	32	26.93	124	30.31	-0.50
질병종류수	1,306	1.11	1,728	1.16	-3.05**
관찰기간내 사망수					
1일내 사망	37	1.00	33	1.00	0.00
1일후 사망	15	1.06	11	1.00	0.85

*p<0.05 **p<0.01

<표 8> 연도별 관찰일수 · 재원일수 · 질병종류 수

연도	1992		1994		계		χ ² 값
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
관찰일수							
당일	1,705	(70.0)	1,241	(51.3)	2,946	(60.7)	185.260
1일	682	(28.0)	1,133	(46.8)	1,815	(37.4)	
2일이상	49	(2.0)	45	(1.9)	94	(1.9)	
재원일수							
당일	2,295	(94.9)	2,404	(98.7)	4,699	(96.8)	57.583**
1-15일	53	(2.2)	17	(0.7)	70	(1.4)	
16-30일	33	(1.4)	8	(0.3)	41	(0.8)	
31일 이상	38	(1.6)	7	(0.3)	45	(0.9)	
질병종류수							
0	1,130	(46.4)	691	(28.6)	1,821	(37.5)	194.160**
1	1,190	(48.9)	1,478	(61.1)	2,668	(55.0)	
2	102	(4.2)	231	(9.5)	333	(6.98)	
3+	8	(0.3)	19	(0.7)	27	(0.6)	
계	2,436	(100.0)	2,419	(100.0)	4,855	(100.0)	

*p<0.05 **p<0.01

에서 파악된다.

의료기관에서 환자가 후송되면 응급환자를 제외한 모든 환자는 관찰기간을 두는데, 이때 특별한 이상이 없으면 당일 퇴원을 하고 관찰기간 검사를하여 입원여부를 확정하게 된다. 관찰이 필요했던 대상자수는 1992년과 1994년 연도별로 각각 731명과 1,178명이었으며 이들에 대한 평균 관찰일수는 1992년이 1.13일로서 1994년의 1.06일보다 높았다.

그러나 재원일수를 연도별로 비교하면 1992년 당일의 경우의 32명의 환자가 평균 26.93일입에 비하여, 1994년에는 124명의 환자가 평균 30.31일로 나타나 1994년의 재원환자수가 1992년에 비해 높았다.

이 결과는 현의료법상 부랑인에 대한 외래 진료권이 없이, 퇴원후 계속 관리를 하여야 할 환자가 많은데도 불구하고, 부랑인 복지법이 없는 관계로 수용시설이나 전문기관으로 의뢰되지 않은 경우를 제외하고는 입원 진료만이 가능하기 때문이다.

질병종류수는 1가지 이상 질병을 보유한 환자수는 1992년 2,436명중 1,306명으로 53.6%였으며, 이들이 보유한 질병종류수의 평균은 1.11이었다. 1994년에는 총 2,419명의 환자중 1,728명 71.4%가 1가지 이상 질병을 보유하고 있었으며, 이들이 보유한 질병종류수는 평균 1.16으로 1994년의 경우 다소 많았고 이 차이는 통계적으로 유의하였다.

관찰기간중 1일내 사망수 및 1일후 사망수의 연도별 차이는 발견되지 않았으며, 1일내든 1일후든 1992년에는 2,436명중 52명 2.1%와 1994년에는 2,419명중 44명 1.8%로서 약 2%정도가 사망한 셈이다.

2) 17국제질병 분류별 양상

부랑인들이 보유하고 있는 질병을 「17가지 국제질병 분류」에 의거할 때 <표 9>과 같다. 단, 신생아 고유질환(XV)은 본 조사와 관계없이 처리하지 않았다.

양년도별로 즉 1992년과 1994년에 동일한 빈도를 나타내어 17분류상 순위가 같은 질병은 1위가 (XVII) 분류인 사고, 중독 및 폭력이며, 2위가 (IX)

분류인 소화기질환, 3위가 (III)분류인 내분비 신진 대사 및 영양장애에 관한 것이었다. 이들의 빈도는 각각 다발한 순위대로 전체적으로 51.0%, 12.7%, 6.8%의 수준이었다. 이중 음주로 인한 사고, 중독 및 폭력이 1992년과 모두 가장 높은 빈도를 나타내고 있어 음주의 심각성이 시사된다.

3) 음주형태별 내원사유

여러 문헌에서도 부랑인이 생활양식 중 음주로 인한 피해가 가장 큰 문제로 지적되고 있어서 각 형태의 음주 방식별로 내원하게 된 사유를 살펴 본 바는 <표 10>과 같았다.

알콜중독은 만성 진행성의 질병으로 여러 신체기관 병변을 유발하며 고혈압, 뇌졸중, 당뇨, 간장 및 소화기계 등의 손상이 빈번하다. 본 연구에서 밝혀진 바와 같이 1994년 문제없는 음주자는 1992년에 비해 8.7%가 감소하였으나 문제성 음주자는 4.8% 증가하였다. 알콜중독자는 16배나 증가하고 있어 사실 사회적으로 문제를 제공하고 있음을 의미한다. 한편 환각제 사용자 환자수도 5배정도 증가하고 있어 앞으로 적극적인 정부대책 방안도 마련되어야 할 것으로 생각된다.

4) 질병의 종류와 변수간 상관관계

질병의 종류수와 변수간 상관관계는 음주의 심각성과 관계의 정도가 매우 깊음을 <표 11>을 통해 알 수 있다. 즉 피어슨 상관계수 0.287의 손상관계를 나타내 음주의 형태가 심각하고, 중증일수록 질병의 종류수도 증가하고 있음을 엿볼 수 있다.

IV. 결론 및 제언

부랑인들이 나타내고 있는 사회의료적 특성을 연도별로 파악함으로써 이들을 의료보호영역에서 수용할 수 있는 기초자료를 제공할 목적에서 본 연구가 시도되었다.

서울 소재 시립D병원의 1992년과 1994년 2년간 의무기록 각각 2,436명과 2,419명 총 4,855부를 SPSS를 이용 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

<표 9> 17 국제질병 분류별 양상

17분류	년도		순 위	1994		순 위	계		순 위	χ^2 값
	1992			1994			계			
	N	(%)		N	(%)		N	(%)		
I	42	(3.4)	6	89	(5.4)	4	131	(4.5)	4	49.938**
II	12	(1.0)	13	15	(0.9)	14	27	(0.9)	14	
III	77	(6.2)	3	121	(7.4)	3	198	(6.8)	3	
IV	10	(0.8)	14	12	(0.7)	15	22	(0.8)	15	
V	16	(1.3)	10	19	(1.2)	13	35	(1.2)	13	
VI	33	(2.6)	8	57	(3.5)	7	90	(3.1)	8	
VII	53	(4.2)	4	69	(4.2)	5	122	(4.2)	5	
VIII	40	(3.2)	7	58	(3.5)	6	98	(3.4)	6	
IX	154	(12.3)	2	215	(13.1)	2	369	(12.7)	2	
X	14	(1.1)	12	41	(2.5)	10	55	(1.9)	10	
XI	16	(1.3)	10	20	(1.2)	12	36	(1.2)	12	
XII	28	(2.2)	9	56	(3.4)	8	84	(2.9)	9	
XIII	51	(4.1)	5	47	(2.9)	9	98	(3.4)	6	
XIV	5	(0.4)	15	11	(0.7)	16	16	(0.6)	16	
XVI	4	(0.3)	16	33	(2.0)	11	37	(1.3)	11	
XVII	696	(55.6)	1	781	(47.5)	1	1,477	(51.0)	1	
계	1,251	(100.0)		1,644	(100.0)		2,895	(100.0)		

*p<0.05 **p<0.01

※ I: 감염 및 기생충 질환 II: 신생물 III: 내분비·신진대사 및 영양장애 IV: 혈액 및 조혈기관 질환 V: 정신병 VI: 신경계 및 감각기질환 VII: 순환기질환 VIII: 호흡기질환 IX: 소화기질환 X: 비뇨·생식기질환 XI: 임신 및 분만합병증 출산 및 산욕기질환 XII: 피부 및 피하조직 질환 XIII: 근육 및 골격질환 XIV: 선천성 기형(안과질환) XV: 신생아 고유질환 XVI: 증상 및 진단불명 XVII: 사고, 중독 및 폭력

<표 10> 음주형태별 내원사유

음주형태	년도		1994		계		χ^2 값
	1992		1994		계		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
단순음주	1,670	(68.6)	1,444	(59.7)	3,114	(64.1)	109.389**
문제성 음주	751	(30.8)	855	(35.3)	1,606	(33.1)	
알콜중독	4	(0.1)	64	(2.6)	68	(1.4)	
환각제 병용	11	(0.5)	56	(2.3)	67	(1.4)	
계	2,436	(100.0)	2,419	(100.0)	4,855	(100.0)	

*p<0.05 **p<0.01

<표 11> 변수간 상관관계

	음주의 심각성	1일내 사 망	1일후 사 망	연령	관 찰 일 수	질 병 종 류	재 원 일 수
음주의 심각성	1.0000						
1일내 사망	-0.0692**	1.0000					
1일후 사망	-0.0208	-0.0087	1.0000				
연 령	-0.1840**	0.0078	0.0243*	1.0000			
관찰일수	0.01240**	-0.0355	0.0187	-0.1260**	1.0000		
질병종류	0.2870**	-0.0800**	-0.0371*	0.0241*	-0.0107	1.0000	
재원일수	-0.0194	0.0074	0.0228	0.0305*	-0.0504**	0.0759**	1.0000

*p<0.05 **p<0.01

1. 사회적 특성

계절별로는 겨울철에, 요일별로는 목요일과 금요일에 가장 많이 내원하였다.

의뢰지는 경찰서 또는 구청과 같은 관공서가 가장 많아 65.6%였으며, 퇴원지는 어디로 갔는지 확인없이 퇴원한 사례가 59.2%로 가장 많았고 이는 1992년보다 1994년에 다소 감소하였다.

이는 부랑인들이 치료·입원할 수 있는 보라매병원의 개원(1992년 11월)과 카톨릭재단의 성가병원(성북구관내), 도터병원(은평구관내)에서 부랑인을 위한 외래무료진료를 실시하고 있기 때문으로 생각된다.

2. 의료기관의 관리적 특성

성별내원 대비는 남녀대비가 7:1이었고 연도별로는 1992년이 8.51:1로서 1994년의 5.91:1보다 더 컸으며, 25~44세의 성인 초기에 있는 남자의 내원이 거의 대부분을 차지한다. 한편, 관찰후 입원이 결정되는 백분율은 전체로 8.8%정도이지만 연도별로는 1992년보다 1994년이 배이상 증가하였다.

유료전환은 대체로 4% 내외의 수준이었으며, 간호사의 업무영역에 따라 관찰자수는 밤번의 경우만 1992년의 경우 평균 5.29이었던 것이, 1994년에는

평균 4.08명으로 약 1명이상 감소하였다. 재원(입원) 환자수는 낮·초·밤번의 각 영역별로 연도별로 차이가 있어서 재원환자수는 1992년의 경우 평균 30.76~32.55명이었으나 1994년에는 25.63~26.87명으로 약 5~6명 정도 감소함을 보였다.

3. 의료적 특성

관찰일수는 1992년보다 1994년이 다소 짧아 평균 1.60일이었고 재원일수는 연도별 차이는 없으나 26.93~30.31이었다. 질병종류수는 1992년이 1.11인 것에 비해 1994년은 1.16으로 1994년이 다소 많은데 이는 환자들의 질환이 합병증을 갖고 있기 때문으로 생각된다.

관찰기간중 사망자수는 연도별 1일내 또는 1일후 사망에 따라 차이가 없었다. 질병은 WHO 분류법에 의한 사고, 중독 및 폭력(XVII), 소화기질환(IX)과 내분비·신진대사 및 영양장애(III)의 언급된 순으로 많아서 각각 51.0%, 12.7%, 6.8%를 나타냈다. 내원한 모든 환자가 음주와 관련있으며 단순음주가 64%나 높다. 또한, 음주의 심각성과 질병의 종류수 간에는 피어슨 상관계수 0.287의 순상관관계가 나타나 음주가 중증이며 심각할수록 질병을 보유한 종류수도 증가한다.

본 연구의 대상자는 입원하고 있는 기간에는 비록 질병으로부터 신체적 고통을 받고 있지만 안락한 주

거와 편안한 식생활로 정신적, 심리적 안정감을 갖는다. 보편적으로 입원기간을 3개월로 규정하고 있으나 경우에 따라 「연장승인 신청서」를 이용하여 입원연기를 하고 있다. 입원이 끝나면 가야할 곳이 정해져 있지 않는 부랑인들은 정착지에 대해 몹시 불안해 한다. 숙청 「내구역」이라는 역전, 지하도, 시장한귀통이, 폐허된 건물 등에 외부 침입자가 나타날 때에는 서로가 폭력으로 대항하여 찰과상, 골절 등 불의의 사고가 빈번히 일어나 행정기관에 의해 내원한다.

현 의료법상 부랑인에 대한 외래 진료권이 없다. 입원 후 퇴원하여 수용시설 및 전문기관으로 의뢰된 경우를 제외하고는 기타 지역(종교단체, 독지가 등)으로 퇴원하였을 때 계속 관리를 하여야 할 환자가 많은 데 부랑인 복지법이 없는 관계로 입원 진료만이 허용되고 있다.

이런 상황에서의 삶은 동물들의 삶과 무엇이 다를 것인가? 이들의 인권을 존중하고 삶의 질을 높이기 위해서 정부는 공공보건비 사용을 개선하여야 한다. 즉 3차의료시설, 전공분야훈련 등의 정부비용을 삭감하고 대신 환경오염예방, 타인의 건강위협이 되는 음주자들의 사고예방, 소외된 부랑인들의 복지개선에 주력하여야 한다. 이는 사회정치적으로 공익성과 수용성을 높일 뿐만 아니라 예산절감도 예측할 수 있을 것으로 생각한다.

참고 문헌

공상길 (1991). "부랑인의 재활서비스에 관한 연구" - 인천지역 부랑인 복지시설(은혜의 집)을 중심으로 -, 단국대학교 행정대학원 석사학위논문.

김범수 (1990). 「부랑인 복지시설」, 사회복지시설론, 서울 : 범문사.

김영란 (1989). "성인 남성 방랑인의 생활력에 관한 기술적 연구 - 비행청소년을 위한 사회사업 접근방법에 관한 연구 -", 성심여자대학교 석사학위논문.

김영주 (1988). "부랑인 사회적 성격과 보호대책", 「부랑인 또는 시설운영자 연수교육」.

노순희 (1990). "부랑인을 위한 사회사업 서비스의 개발과 관한 연구", 숭실대학교 대학원 석사학위논문.

김혜래 (1986). "청소년의 가출행동에 있어서 스트레스의 영향과 사회적 지지의 역할에 관한 연구", 서울대학교 대학원 논문 석사학위논문.

사회복지법인 원암수양관 (1985). 「부랑인 사회복지 계획서 : 정착생활 단지조성」.

서규동·정진용 (1988). "부랑인 복지의 문제점과 대책에 관한 연구", 사회사업연구, 제13집, 숭실대학교.

양주동 (1987). 현대국어대사전, 서울 : 일중당.

이길로 (1986). "부랑인 선도제도의 운영 개선책", 부산대학교 행정대학원 석사학위논문.

이석표 (1992). 「건강사회를 위한 보건의료」, 서울 : 실천문학사.

이운구 (1987). "부랑인 복지와 교회의 역할", 한국기독교사회복지학회 제5차 학술세미나 주제 강연요지.

정중우 (1992). "부랑인 선도시설의 입·퇴소 절차 개선방안 연구".

정태용 (1992). "부랑인 시설노인의 생활실태와 복지대책", 대구대학교 사회개발대학원 석사학위논문.

지달현 (1992). 「사회복지 장기개발계획」, 한국보건사회연구원, 서울 : 대명문화사.

차홍봉 (1987). "부랑인 복지의 실태와 대책", 「1987년 춘계 한국사회복지사회 학술토론회 연구 발표 요지」, 서울 : 한국사회복지학회.

통계청 (1993). 「한국표준질병 사인분류」, 서울 : 대한의무기록협회.

하상락 (1983). "한국사회 보장의 역사", 「의료보험」, 제6권 (8), 통권 제61호, 서울 : 의료보험조합연합회.

Stoner, M.R., (1983). "The Plight of Homeless Women", *Social Service Review*, Vol. 57, (4). (Chicago, Illinois : The University of Chicago Press, Dec.)

Eckardt, M.J., Harford, T.C., Kaebler, C.T.,

Parker, E.S., Rosenthal, L.S., Rybback, R.S.,
Salmoiraghi, G.C., Vanderveen, E., Warren, K.R.
(1981). Health Hazards Associated with Alcohol
Consumption, JAMA, 246:648-666.

WHO (1977). Manual of the International
Statistical Classification of Diseases, Injury and
Causes of Death, Vol 1.

= ABSTRACT =

A Study on Sociomedical Characteristics of Homeless People Reflected in Medical Records

Hyo-Sook Park (Chong-Ro Gu Health Center)

It has been individual and social problems that matroids, alcohols and old people alienated from their families have wandered about the streets for rapid urbanization, industrialization and nuclear families. In our country, measures for proper guidance for the tramps under the supports of government in 1982 have been carried out. But it has been difficult that we protected without Welfare Acts for them. According to those the study has aimed to provide for the fundamental data to advance public utilities as needs of an administrative organ with focus on contents of nursing records charts, furthermore general traits of subjects perceived details related to diseases. Medical record service has been a "D" municipal hospital. All the subjects were a total of 4,855 persons, 2,436 in 1992, 2,419 in 1994.

1. Social Traits

They mainly have attended a hospital, especially Thursday and Friday from a week and winter from the seasons. They equally have attended a hospital in the beginning, middle and end of the month. They equally have attended a hospital in the months. Government and public offices such as police stations and district offices have trusted them to a hospital. After they left a hospital, their residence has been their home confirmed in the ratio of 59.2%.

2. Controlling Characteristics of a Medical Institution

The proportion of males to females was 7 to 1. In the ages, the adults at the first of adulthood from 25 years to 44 years were 52.6% mostly entered a hospital. In the observations the percentage of patients should be entered total was 8.8%. In general, the proportion of changes by fee was about 4%. Then the number of patients were on an average from 30, 76 to 32, 55 persons in 1992. It was from 25, 63 to 26, 87 in 1994. But the numbers were 5 to 6. It showed that the number was decreased.

3. Medical Traits

The number of days by measured and the number of days which have been entered to a hospital have not made differences. The kinds of diseases were 1.11 in 1992, but were 1, 16 in 1994. In terms of 17 kinds of international diseases divided, the diseases recorded probably have been accidents, poisoning and violence(XVII), digestive trouble(IX), endocrin disorders, metabolism and dystrophy(III) in orders, then they have been measured 51.0%, 12.7%, 6.8%. All patients who have been entered to a hospital severely have been drinking. As the seriousness of drinking and the kinds of diseases have indicated positively correlated. It have indicated that the more serious drinking have been, the more the number of diseases have been. As we have known according to abover results, the Acts for Homeless People related to special medical problems been have revised, furthermore they need to support the basic medical adds in order to maintain their lives.