

보건소의 방문보건재활업무 수행정도와 관련요인에 관한 연구

김 지 윤*

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

산업화가 전개되면서 인간의 생활을 윤택하게 하고 편리를 제공한 반면 사회는 복잡해지고 교통사고, 산업재해, 약물중독 등과 인구의 고령화는 각종 장애발생의 중요한 요인이 되어 장애인구의 규모는 점차 늘어나고 있는 추세다. 1995년도 장애인 실태조사의 결과 전 인구의 2.35%인 1,053,000명이 장애인으로 추정되어, 1990년의 장애인 실태조사와 비교하면, 지난 5년 사이 장애인 출현률은 14% 증가되고, 장애인구의 규모도 9만 7천명 늘어났음을 보여 주고 있다(정기원 외, 1995). 그런데 조사된 장애인 중에서는 시설보호서비스를 받고 있는 장애인은 약 2.3%인 2만 4천명 정도이며 장애인 중 97.7%는 재가장애인으로(정기원 외, 1995), 이렇게 증가하고 있는 장애인들은 적절하고 충분한 재활서비스를 받지 못하고 있어 이들은 그 자신의 신체적, 정신적 적응에 어려움을 겪고 있으며, 더 나아가서 인간다운 삶의 보장에 위협을 받고 있다(양숙자, 1997).

WHO에서는 장애인의 대부분을 차지하고 있는 재가장애인들의 재활욕구를 충족시키기 위하여 1976년 지역사회중심재활을 제안한 바 있다. 이 지역사회중

심재활(community-based rehabilitation, CBR)이란 지역사회에 있는 모든 재활사업을 전문 기관이나 전문가가 직접 담당하기는 불가능하므로 지역사회의 자원, 즉 장애인 자신, 그 가족 및 지역사회의 인적, 물적 자원을 최대한 가동 활용하고 전문가에 의해 훈련된 인력과 지역사회 조직을 통하여 장애인의 재활과정을 지속적으로 도움으로써 장애인의 재활을 달성하는 것이다(양숙자, 1997). 지역사회중심재활은 각 국가 또는 지역사회의 현실에 적합한 계획을 수립해야 하므로 그 외형적 형태는 지역내의 환경에 따라 다양한 모양을 취할 수 있다(김연희, 1993).

우리 나라는 최근 수년동안 지역사회 주민의 질병양상 및 보건에 대한 요구도가 변화되고 점차적으로 고혈압, 당뇨병, 암 등 만성질환과 이에 수반되는 각종 장애 및 사고, 재해 등으로 인한 장애의 재활에 대한 필요성이 증가되어 1차 보건의료의 재활에 대한 활동이 요구되고 있다(김병식, 1994). 1996년 12월에 개정된 지역보건법에 의하면 보건소의 업무 중 장애인 재활사업이 포함되었으며, 특히 보건간호사는 진료업무대신에 보건교육 및 방문보건업무를 중점적으로 수행하는 업무역할이 강조됨으로써 방문보건 간호대상의 대부분인 거동불편노인과 장애인 관리에 대한 서비스의 질을 높일 필요성을 갖게 되었다(국립재활원, 1997). 보건소에서는 1993년부터 방문보건업무를

* 서울대학교 보건대학원 석사과정 졸업

전국적으로 실시하고 있는데 방문보건업무지침에 거동불편자 관리가 포함되어 있으며, 재가장애인은 이동이 어려우므로 지역사회중심재활사업을 방문보건사업과 연계하여 실시하는 것이 적합하다(국립재활원, 1998). 그러나 극히 일부보건소에서 재활사업을 추진하기 시작하였으며 대부분의 보건소에서는 아직도 준비단계이거나 전혀 접근을 하지 못하고 있는 상태이다(양숙자, 1997).

우리 나라에서 지역사회중심재활사업을 수행하기에 적합한 지역내 기관으로서는 보건소와 장애인 종합복지관이라 할 수 있는데(김병식, 1998), 장애인종합복지관과 그 주요재활요원인 사회복지사의 업무 및 순회재활센터 운영에 대한 연구와 논의에 비해(이기하, 1994; 이정자, 1994; 김명기, 1994; 추병수, 1994; 신상윤, 1994; 박세영, 1996), 보건소의 재활사업운영에 대한 논의 및 방문보건간호사의 재활업무에 대한 연구는 미비하다.

장애인의 재활이나 지역사회재활사업은 어느 한 기관이나 어느 한 분야의 인력으로는 불가능하며 의뢰체계간의 협조가 필요하다. 그러므로 보건간호사의 재활업무는 보건소 내부요인 및 보건소 외부의 상황요인과 같은 실증적인 관련요인이 고려되어야 한다고 생각한다.

차병준(1995)은 보건소 사업성과와 관련된 요인을 분석하기 위해 외부 환경요인을 제시한 바 있다. 그 외 보건소의 기능 활성화 전략으로서 보건소 서비스의 다양화와 충실화에 영향을 줄 수 있는 보건소의 내부요인 및 외부요인이 제시되었다(문옥륜, 1992). 보건소 내부요인에는 조직개편, 기획, 평가와 내용개발, 자원활용이 포함된다. 또한 외부요인에는 의료진달체제, 보건자원, 주민요인이 포함된다.

본 연구에서는 보건소의 재활간호사업의 효율적인 운영을 위하여 보건소 내부요인과 보건소 외부환경요인을 고려하여 방문보건재활업무의 관련요인에 대한 연구를 하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 보건소의 방문보건재활업무 수행 정도에 영향을 미치는 요인을 분석하여 보건간호사를 위한 교육계획의 수립과 효과적인 재활사업 운영의 기초자료를 제공하기 위함이다. 구체적인 목적은 첫째, 보건소의 방문보건재활업무 수행정도를 파악하는

것이다. 둘째, 보건소의 방문보건재활업무 수행 정도에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이다.

3. 연구의 제한점

본 연구는 연구방법상에 있어 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 첫째, 방문보건재활업무 수행 정도에 대한 측정도구를 본 연구자가 제작하여 사용하였으므로 자료분석결과를 비교·분석하는데 제약이 있으며, 이 도구의 신뢰도와 타당도에 대한 지속적인 검토가 필요하다는 것이다.

둘째, 본 연구는 자가보고인 설문지만을 사용하였으므로 방문보건재활업무 수행 정도 및 관련요인에 있어 대상자의 주관적인 면이 작용했다는 점이다.

셋째, 방문보건업무를 담당하는 중간관리자를 대상으로 우편설문을 통해 수집한 결과, 연구대상자의 범위가 방문보건업무를 담당하는 부서 구성원으로 확대되었다는 점이다.

II. 문헌 고찰

1. 지역사회중심재활(community-based rehabilitation)

지역사회중심재활은 1981년 재활전문가 회의에서 제기되었으며, 위원회는 지역사회중심재활을 「장애자 자신이나 그 가족, 그 지역사회 안에 기존의 자원에 들어가서 이용하고 그 위에 성립된 접근」이라고 정의했다(WHO, 1981). 그후 여러 가지 해석이 나오게 되어 WHO, UNESCO, ILO가 합동으로 「지역사회중심재활이란 지역사회에 있어서의 모든 장애인을 위한 재활, 기회의 균등, 사회에의 통합을 위한 전략이다. 지역사회중심재활은 장애인 자신, 가족, 지역사회의 공동운동, 그리고 적절한 보건, 교육, 직업, 사회서비스에 의해서 실시된다」라고 정의했다(ILO, UNESCO, WHO, 1994). 우선 지역수준에서 지역사회중심재활 서비스를 받는 자가 자기의 생활상의 정책결정에 평등하게 참가할 권리를 보장받는 참가격려, 마을의 활성화, 활성화를 통한 의식변화가 그 중심개념이 된다.

WHO가 지역사회중심재활의 목적으로 정한 내용은 다음과 같다. 첫째, 장애인의 삶의 질 향상으로 장애인이 자기가 태어나서 자란 지역사회에서, 학습, 직업훈련, 노동, 사회참가, 가정생활을 할 수 있도록 각종서비스를 제공한다. 둘째, 경제적이며 실행하기 쉬

운 기술의 사용이다. 셋째, 지역사회 의식의 향상이다. 장애인의 가족뿐 아니라 지역사람들, 장애인자신까지를 지역사회중심재활에 동원되어 종래의 장애인의 편견을 없애고 올바른 장애인관을 육성한다. 또한 지역사람들은 자기들이 장애자 문제를 하나하나 해결해 감으로써 자신이 생기고 지역사회전체가 강화된다. 넷째, 장애인의 강화이다. 지역사회가 장애인을 받아들여도록 변화하는 것에 비례해서 지역에서의 참가에 의해 장애인도 자신을 갖고 자기의 문제에 관해 발언하고 책임을 수반한 행동을 하고 지역사회와 더불어 자기들의 문제를 해결하게 된다(中西由起子 외, 1997).

지역사회중심재활의 기본적인 특징을 보면 첫째는 지역사회의 참여를 강조한다. 지역사회를 구성하는 모든 사람에게 장애인 재활에 대한 책임이 있음을 받아들이면서, 필요한 자원 역시 지역사회로부터 확보하려 한다는 점을 가리키며, 둘째는 간소화된 재활기술을 활용한다는 점이다. 전문인력에 의한 세련되고 정교한 기술만이 최선의 재활 효과를 가져오는 것은 아니라는 점에 착안하면서, 간단한 훈련으로 습득될 수 있는 필수적이고 기초적인 기술을 널리 보급하고 활용한다. 따라서 비전문가들도 단기 훈련의 과정을 거쳐서 서비스에 널리 참여할 수 있는 것으로 본다. 셋째는 서비스 전달체계의 특성이다. 장애인 가족이 서비스 전달체계의 기초가 되며, 장애인의 교육과 취업 및 사회통합 등을 돕기 위한 활동은 지방의 교사와 지역사회 지도자가 담당한다. 그리고 지역사회중심재활은 1차 보건의로 서비스 기관과 같은 기존의 공공 서비스 전달체계와 통합하여 운영할 수도 있다. 이밖에 비용부담이 적고 결과에 대한 기대가 크지 않다는 것이다(감정기, 1996). 과거 우리 나라의 지역사회중심재활시범사업을 보면, 1985년 보건사회부의 재정지원으로 한국장애자재활협회가 처음 실시하였다. 대상지역은 도시지역 시범사업으로 관악구 신림 7동과 농촌지역 시범사업으로 충청북도 청원군 북일면과 북이면이 선정되어 1988년 12월까지 4년간 실시된 적이 있다. 이 시범사업에서 지적되는 몇 가지 제한점은 지역 주민의 자발적인 참여도가 저조했다는 것, 기존의 일차보건의로 또는 사회복지서비스 전달체계를 활용하지 못한 것, 사업의 지속성이 제한되었다는 것 등이었다(김연희, 1993).

1987년에는 독일 기독교 맹인 선교회 및 전주예수병원의 재정지원으로 전라북도 북원주 지역을 대상으

로 실시하다 1995년도에 중단되었다. 이 사업은 일차 보건의로사업과 통합된 포괄적 지역중심재활사업으로 발전되었으나 민간재정지원의 중단으로 사업이 중단되는 한계점이 있었다(김연희, 1993).

또한 지금까지 지속되고 있는 사업으로서 1992년부터 장애인종합복지관이 지역사회중심재활사업을 실시하여 오고 있다. 이 사업은 보건복지부의 재정적 지원을 받아 CBR 팀이 관내를 순회하며 재가장애인에 대한 재활서비스를 제공하는 것으로, 시 혹은 도를 한 복지관에서 모두 담당하므로 서비스 제공인력에 비해 서비스 수용인력이 너무 많으므로 서비스의 질이 떨어질 우려가 있고(정진모, 1994), 사업지침의 불명확성으로 기존 복지관 사업내용과 중복현상도 초래되고 있다(신상운, 1994). 이 사업의 개선방향중 지역내의 일차재활요원과 일차보건의로 기관의 연계 필요성이 제시되고 있다(이정자, 1994).

지역사회중심재활에는 의뢰체계가 있는데 우리나라에서 지역사회중심재활을 정착하기 위한 제언 중 하나로 관련된 각 분야 담당자들이 팀을 이루어 일해야 하면서 의뢰체계를 형성하며(김연희, 1993), 1차 단계에서부터 3차 및 4차 단계까지이다. 1차 단계는 보건진료원 중심의 몇 개 마을단위이며 여기서는 장애인의 의료, 사회, 가정적 문제를 파악한다. 2차 단계는 시, 군, 구 보건소를 중심으로 구상해 볼 수 있으며 재활담당 보건간호사 또는 보건소장이 중심이 될 수 있다. 의료 재활이 2차 단계이며, 이 단계에서는 직업적 재활을 위한 소규모의 작업장 혹은 기존산업시설에의 고용촉진 등이 필요하다. 3차 단계는 특별, 광역시 및 도별로 구성되며 의료, 사회, 직업, 교육재활분야를 포괄한다. 4차 단계에서는 정책의 개발, 감시, 평가의 역할을 담당할 수 있다.

1차 단계라고 볼 수 있는 지역수준 서비스제공자의 예를 들자면 자원봉사자, 장애인 가족, 장애인이 되며 필요로 하는 서비스의 예는 종합적이고 기초적인 서비스로서 가족에 의한 훈련방법지도, 지역활동에 참가하기 위한 도움 등이다.

2차 단계의 중간수준 통합 서비스의 예를 들자면 장애의 진단, 치료, 지역행사, 종교활동 등이며 서비스 제공자는 일반의, 간호사, 교사, 상담원, 직업지도원, 동사무소직원, 특수교사, 조산사 등이 될 수 있다. 3차 단계의 서비스의 예를 들자면 고도의 전문화된 수술, 전문적 의료서비스 등이며 재활전문가, 특수교육전문가, 신경과 등의 전문가가 서비스제공자가

될 수 있다(中西由起子 외, 1997). 본 연구에서는 시, 군, 구 수준의 중간수준 서비스인 보건소의 재활사업을 중심으로 살펴보고자 한다

2. 보건간호사의 재활업무

WHO에서는 지역사회중심재활을 위하여 여러 지침서를 제작하였는데, 보건간호사의 재활업무와 관련되는 내용을 보면 다음과 같다. A Guide for Strengthening the Basic Nursing Curriculum에서는 Public Health Care 범주의 간호사의 역할을 제시하는데 그것은 1차와 2차 예방과 3차 예방이다. 3차 예방을 위해서는 ① 손상정도를 파악하는 것, ② 장애인과 그 가족에게 정보를 제공하고 교육시키는 것, ③ 태도변화를 촉진시키는 것, ④ 사회통합을 촉진시키는 것, ⑤ 상담(사회적, 심리적 적응을 위한)이었다.

우리 나라 실정에서 보건간호사는 지역사회중심재활사업체제에서 중간관리자가 적당한데 중간관리자의 업무는 세 가지 유형의 책임으로 나뉘어 지며 그 내용은 다음과 같다. ① 기술적 관리: 장애인에게 기본적인 재활서비스의 제공, ② 프로그램의 관리: 지역사회수준의 감독과 의뢰체계와의 조화, ③ 교육: CBR을 위해 지역사회요원교육, 장애와 재활에 대해 지역사회교육이다. 각각의 내용에 대한 세부내용은 7개, 7개, 4개로 총 18개의 내용으로 구성되어 있으며, <표 II-1>에 제시되어 있다.

3. 업무수행의 관련요인

업무수행에 영향을 미치는 중요한 관련요인의 예는 개인의 신념, 태도, 가치 등이다. 그밖에도 능력, 지각, 성격, 업무에 대한 이해 등 개인적 특성과 조직내외의 상황적 요인들이 직무수행에 영향을 미친다(오

<표 II-1> 중간수준의 재활요원의 업무(Tasks of the MLRW)

기술적 관리

- 각 개인의 장애와 재활요구의 확인
- 더 이상의 장애, 불리, 손상을 막는 활동과 제언
- 중간수준의 치료적인 중재, 장애의 재활을 위한 제언
- 장애인을 사정하고 진행정도를 감시
- 장애상황을 안내하고 상담할 중간수준의 서비스 제공
- 가정과 환경에의 적응을 위한 조언
- 보장구의 유지와 수리를 위한 도움
- 다른 부문의 더 특수한 조언과 중재를 필요로 하는 개인을 의뢰

프로그램의 관리

- 지역사회재활협의회가 지역사회중심재활프로그램을 계획하고 설립하는데 도움
- 지역사회와 의논하며 재활에 관련된 의제에 대한 조언
- 지역사회 보건요원의 재활 활동을 지지하고 감시
- 재활관련 기록과 지역사회 보건요원의 보고체제를 감독
- 지역사회에 의해 주어지는 협동적인 지지를 얻기 위해 다른 부문의 중간수준의 인력, 장애인 단체, 그 외 민간기관과 상호작용
- 장애아동이 학교에 갈 수 있도록 촉진
- 장애인이 직업훈련과 취업기회를 가질 수 있도록 촉진

교육

- 지역사회 재활요원과 다른 지역사회구성원에게 지역사회중심재활에 대해 교육
- 지역사회 재활요원에게 적절한 훈련 도구를 선택하고 사용
- 지역사회 재활요원과 지식과 기술의 차이를 확인하고 계속적인 교육 수행
- 장애에 대한 지역사회의 관심정도를 높임

자료: Education of Mid-Level Rehabilitation Workers

-Recommendations from Country Experiences, WHO, Geneva, p. 5, 1992.

석홍, 1981).

Szilagyi 등(1984)이 제시한 업무성과 혹은 업무수행의 분석체계는 조직구성원의 특성, 집단구조, 상황적 요인, 집단과정으로 구성되어 있으며 조직구성원의 특성은 인구학적 특성과 능력과 지능, 인성을 대표적인 특성으로 들고 있다. 그러나 능력과 지능, 인성요인은 업무성과에 미치는 영향이 그리 크지 못하다고 하고 있다.

상황변수 중에서 환경을 가장 핵심변수로 다룬 Lawrence와 Lorsch(1967)는 “환경은 조직밖에 있는 총체”라고 정의하였다. 환경은 사회적 환경과 과업환경이 있으며 사회적 환경은 사회의 모든 조직에 영향을 미치는 환경이며 과업환경은 개별적인 조직에 좀더 직접적으로 영향하는 환경이라고 구분하며, 과업환경이란 목적설정과 성취에 잠정적으로 관계된 전체환경의 일부로서 고객, 공급자, 피고용자, 경쟁자, 통제집단을 들고 있다(Jackson et al., 1986; Hall, 1972; Manning, 1982).

차병준(1995)은 보건소 사업성과와 관련된 요인을 분석하기 위해 외부 환경요인을 제시한 바 있다. 보건소 조직성과에 영향을 미치는 외부환경요인으로는 보건복지부, 시·군·구의 정책, 지역사회인구특성, 사회 경제적 수준, 민간의료기관수 및 여타 의료시설의 분포 등을 고려할 수 있다.

보건소 기능의 활성화는 보건소 서비스의 다양화와 충실화의 산출이며 내부적인 요인과 외부적인 요인이 작용한다. 그 내부적인 요인은 보건소 조직개편, 보건소 자원의 효율적 활용, 기획 및 관리 요인과 보건소 사업의 내용개발이 포함된다. 그 외부적인 관련요인은 의료전달체계요인과 보건자원요인과 주민 요인이 있다(문옥륜, 1992). 의료전달체계 요인이라 함은 보건소가 보건의료 체계의 소체계로서 또는 국가 의료체계의 하부 구조로서 기능하는데 작용하는 요인이며, 보건자원 요인에 대해서는 인적, 물적 자원과 재원의 종류, 크기, 분포 및 배분이 논의의 중심이 되며, 주민요인에는 주민들의 보건소 서비스에의 수용성과 주민참여가 골자를 이룬다(문옥륜, 1992). 그 이론적 틀은 다음과 같다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구의 개념틀

본 연구의 개념틀은 방문보건간호사와 관련된 요인, 보건소 내부요인, 보건소 외부환경요인이 보건소의 방문보건재활업무에 영향을 준다고 본다. 보건간호사와 관련된 요인은 일반적 특성과 업무특성으로 나누었다. 일반적 특성은 방문보건재활업무에 활용될 수 있는 보건간호사의 수로서 인력이며, 업무특성은 방문보건재활업무를 담당하는 부서의 면허 및 자격증 상태와 재활전문교육이수인원으로 이루어 졌다.

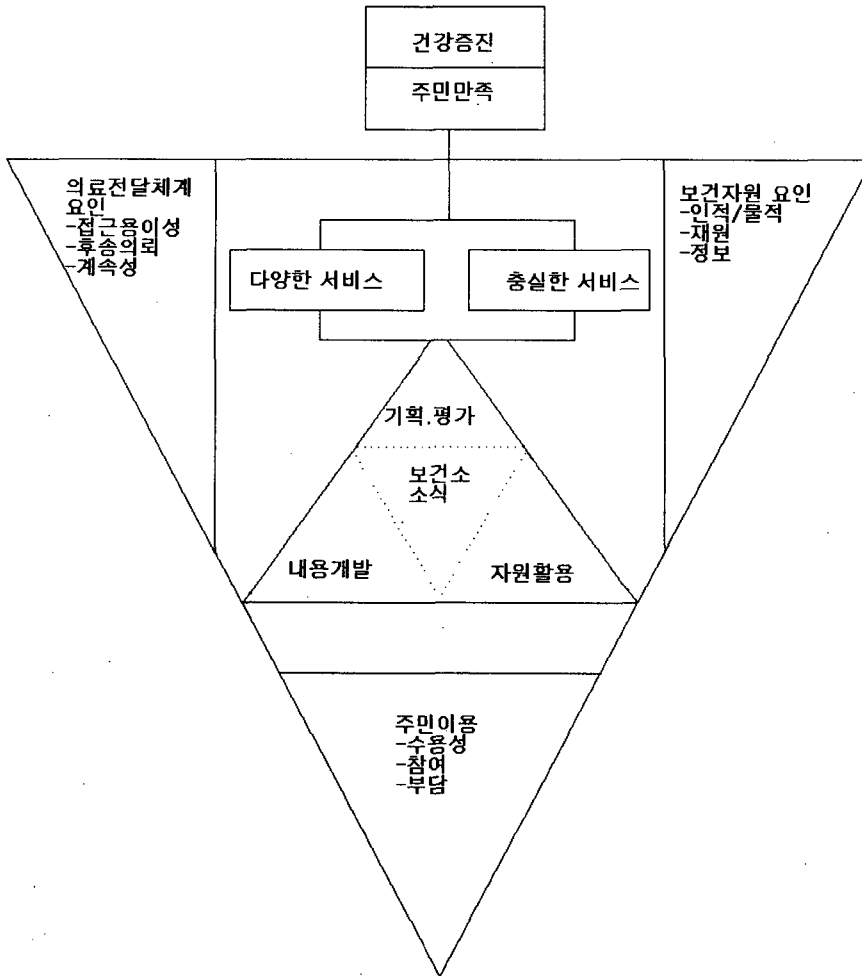
보건소의 내부요인 중 보건소 조직개편은 조직기구의 확대개편으로서 방문재활사업을 실시하는 부서의 조직형태가 포함될 수 있을 것이다. 자원의 효율적 활용에 있어서는 인력의 개발전략 및 시설, 장비와 약품 등의 고려가 필요한데(문옥륜, 1992), 방문보건재활사업에서는 장비 및 보장구, 장애인 편의시설, 타분야 인력의 활동 등이 포함될 수 있겠다. 보건소의 내부요인 중에서 기획 및 관리요인은 보건소가 지역 보건의료의 중심으로서 중앙과 지방간의 보건업무를 원활히 조정하고, 지역주민의 요구에 적절히 대응하는 것으로(문옥륜, 1992), 보건소의 사업 중에 방문보건재활사업의 우선순위, 교육요구도의 우선순위, 재활사업에 참고할 수 있는 자료 등이 되겠다. 보건소 사업의 내용개발은 주변여건에 보건소의 서비스가 적용할 수 있는 순발력을 키우는 것으로서 재활사업을 실시하고 있는지의 여부 및 관리자의 관심도가 포함될 수 있을 것이다.

보건소의 외부요인 중 지역의 일반특성은 지역주민 수, 등록장애인 수, 의료기관의 수, 복지기관의 수로 이루어졌다. 주민은 보건의료문제의 해결에 있어서 전문인 및 관료집단에 대하여 보다 대등한 관계정립을 요구하기에 이르렀다. 본 연구에서는 주민요인 중 재활사업에 활용되는 자원봉사자의 수, 재활사업을 논의하기 위한 주민과의 모임의 유무, 주민참여도, 수용성, 관심도 등을 고려하기로 한다.

보건소는 편제상 지방자치단체 소속기관으로서 인사, 예산, 사업처리 등 지방자치단체의 법규에 적용되어(임종권 외, 1992) 지방자치단체장의 보건소 사업에 대한 관심에 따라 영향을 받게 되므로(차병준, 1995), 지방자치단체장의 관심도 및 관계기관의 협조 정도를 고려하기로 한다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 전국보건소를 행정단위에 따라



〈그림 II - 1〉 보건소 기능분석의 이론적 틀

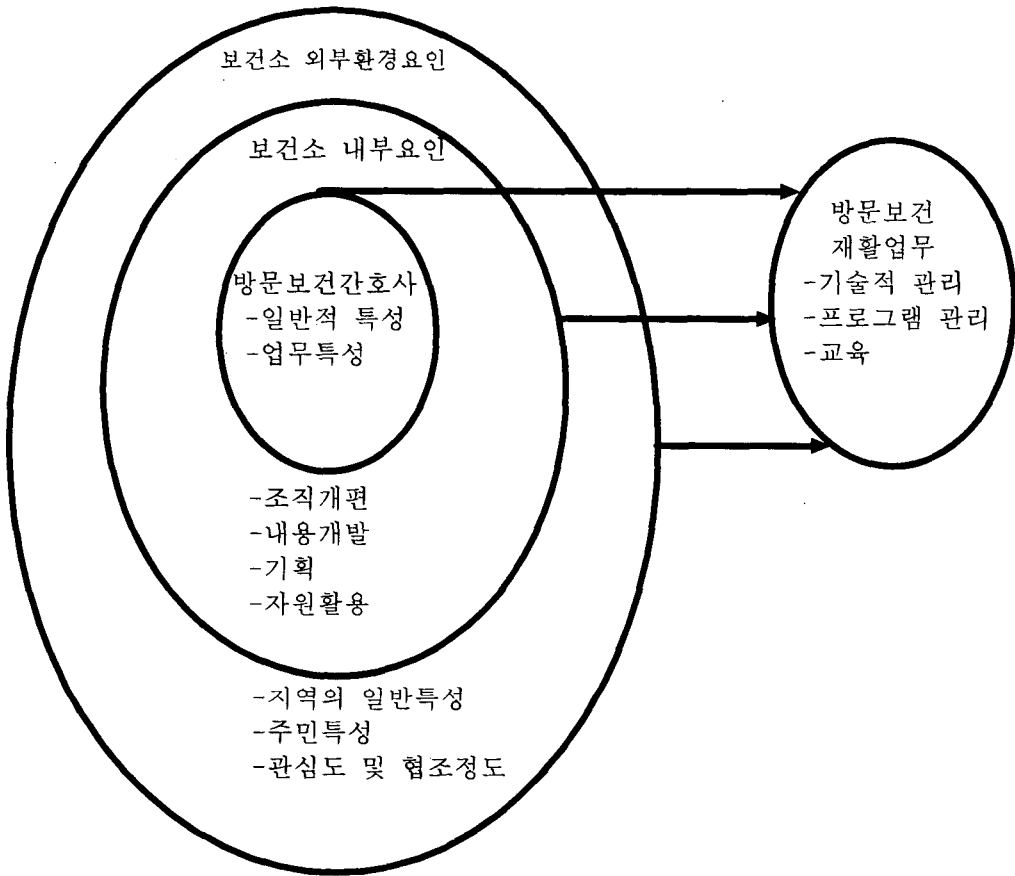
서울특별시, 직할시, 중소도시, 군보건소로 비례층화 무작위법으로 전국의 244개 보건소를 모집단으로 볼 때(보건사회백서, 1997), 50% 표본추출율인 122개를 표집하였다. 각각의 설문지는 보건소의 방문보건사업 담당부서 과(계)장¹⁾에게 보내어 졌다. 설문지에 대한 1차 예비조사는 9월 7일 제주시 보건소의 방문간호계 직원 8명을 대상으로 이루어 졌으며, 9월 10일 국립 재활원의 지역사회중심재활 담당자의 자문을 받아 설문지의 내용을 수정 보완한 후 9월 14일 보건소 방문 간호업무담당 중간관리자를 대상으로 2차 예비조사를

실시하였다. 그 후 질문내용을 일부 수정한 뒤 대상이 되는 보건소에 9월 16일 우편발송하였다. 자료수집기간은 9월 16일부터 10월 9일까지이다. 총 122개의 설문지 중 116개가 회수되었으며, 내용이 불충분한 설문 11개를 제외한 105개를 분석에 이용하였다. 연구대상의 응답률 및 분석대상 수는 〈표 III - 1〉과 같다.

〈표 III - 1〉 분석대상 보건소의 응답률

	연구대상	자료수집	실제분석
특별시	12	12 (100%)	12 (100%)
광역시	23	23 (100%)	22 (95.7%)
시	42	37 (88.1%)	34 (81.0%)
군	45	44 (97.8%)	37 (82.2%)
계	122	116 (95.1%)	105 (86.1%)

1) 계장직은 보건소의 구조조정에 따라 1998년 부터 '담당'이라 부른다. 그러나 본 연구에서는 편의상 '계장'이라 호칭하기로 한다.



〈그림 Ⅲ-1〉 연구의 개념틀

대상보건소 응답자의 직제 및 직급은 〈표 Ⅲ-2〉와 같다. 전체 응답자 중에서 간호직이 89(84.8%)명이었으며, 그 외 보건직 및 의무직은 각각 14(13.3%)명과 2(1.9%)였다. 방문보건업무는 주로 간호사가 수행하므로 간호직이 응답을 한 경우가 많았는데, 의무직인 경우는 과장인 경우였으며, 보건직인 경우 보건직이면서 방문보건담당부서의 계장인 경우가 있었다. 직급의 경우 방문보건업무 담당부서의 과(계)장이라고 할 수 있는 6급 이상은 68(64.8%)명이었으며, 7급 이하는 37(35.2%)명이었다. 7급 이하 계원이 응답한 경우는 과(계)장이 공석이어서 대신 응답하였거나, 계원이 과(계)장을 대신하여 설문에 응답한 경우였다.

3. 연구 도구

본 연구의 도구는 자기기입식의 설문지를 이용하였

으며, 그 내용은 다음과 같다.

〈표 Ⅲ-2〉 대상보건소 응답자의 직제 및 직급

구분	직제	직급	실수	백분율(%)
직제	간호직		89	84.8
	보건직		14	13.3
	의무직		2	1.9
소계			105	100
직급		5급	5	4.8
		6급	63	60.0
		7급	26	24.7
		8급	9	8.6
		9급	2	1.9
소계			105	100

1) 보건간호사의 재할업무 수행조사 도구

방문보건재할사업에서 주어진 업무를 수행하는 것이

며, 본 연구에서는 방문보건사업을 수행하는 부서가 방문보건재활업무를 수행하는 정도이다. 본 연구도구는 WHO의 지역사회중심재활에 대한 지침서 중 Education of Mid-Level Rehabilitation Workers-Recommendations from Country Experiences에 나타난 기술적 관리, 프로그램 관리, 교육업무를 자기기입식 설문으로 4점 척도로 측정한 것이다. 보건간호사가 이해하기 쉽도록 용어를 바꾸거나 내용을 침삭하였으며 총 내용은 31가지이다. 도구는 국립재활원의 지역사회중심재활사업 담당자의 감수를 받았으며, 본 연구에서 도구의 Cronbach Alpha는 0.73~0.95이다.

2) 업무수행관련요인

방문보건재활업무수행에 영향을 미치는 요인으로 보건간호사와 관련된 요인, 보건소 내부요인, 보건소 외부환경요인이다.

보건간호사와 관련해서는 일반적 특성과 업무특성으로 나누어 일반적 특성에서는 인력, 업무관련특성으로 자격증과 재활전문교육을 이수한 보건요원의 수

로 구성하였다.

보건소 내부요인은 크게 조직개편, 내용개발, 기획, 자원활용으로 이루어졌으며, 각각의 내용은 다음과 같다. 조직개편에 해당되는 내용은 조직형태, 관리자의 직렬이고, 내용개발에 해당되는 내용은 재활사업 여부, 관리자의 관심도이다. 기획에 해당되는 내용은 사업우선순위, 교육요구우선순위, 장애인 재활에 대한 자료이며, 자원활용에 해당되는 내용은 장비 및 보장구, 장애인 편의시설, 타분야 인력이다.

보건소 외부환경요인은 크게 지역의 일반특성, 관심도 및 협조정도, 주민요인으로 이루어져 있다. 지역의 일반특성은 지역의 인구수, 등록장애인 수, 의료기관 수, 복지기관의 수가 포함된다. 관심도 및 협조정도는 지방자치단체장의 관심도, 관계기관의 협조정도이다. 주민요인은 재활사업에 활용되는 자원봉사자의 수, 재활사업을 논의하기 위한 주민과의 모임의 유무, 참여도, 관심도, 수용성 등이다. 관련요인과 측정방법은 <표 III-3>에서 제시하였다.

<표 III-3> 관련요인과 측정방법

구 분	변 수	문항수	척도(단위)
방문보건간호사			
- 일반특성	인력	1	(명)
- 업무관련특성	자격증	1	(명)
	재활전문교육실시인원	1	(명)
보건소 내부요인			
- 조직개편	조직형태	1	단답형
	관리자의 직렬	1	단답형
- 내용개발	재활사업여부	1	미실시(0), 실시(1)
	관리자의 관심도	1	1-5점
- 기획	사업우선순위	1	1-10위
	교육요구우선순위	1	1-10위
	장애인재활 자료종류	1	(개)
- 자원활용	장비 및 보장구	2	(개)
	장애인 편의시설	2	(개)
	타분야 인력	2	없음(0), 있음(1)
보건소 외부요인			
- 지역의 일반특성	인구규모, 등록장애인	2	(명)
	의료기관	3	(개)
	복지기관	4	(개)
- 관심도 및 협조정도	지방자치단체장의 관심도	2	1-5점
	관계기관의 협조정도	1	1-5점
- 주민요인	자원봉사자의 수	1	(명)
	모임	1	없음(0), 있음(1)
	관심도	1	1-5점
	참여도	1	1-5점
	수용성	1	1-5점

4. 자료분석방법

보건간호사특성, 보건소 내부요인, 보건소 외부환경요인에 대해서는 기술통계분석을 하였다. 관련요인에 따른 방문보건재활업무 수행정도는 t-test와 anova를 실시하였다. 종속변수와 관련요인과의 회귀분석을 실시하기 전에 상관관계분석을 하였다. 상관관계분석을 통하여 종속변수와 유의미한 관계를 갖는 변수를 예비적으로 파악하였다.

종속변수와 관련요인과의 회귀분석은 SAS ver. 6.12를 이용하여 단계별 회귀분석법을 이용하였다. 다중회귀모형에서 회귀모형에 대한 추정결과 유의도가 없는 독립변수들이 존재하거나 다중공선성이 존재하는 경우 변수를 선택하는 방법으로 여러 가지가 있는데 단계별회귀법(Stepwise Regression)은 상관관계가 높거나 유의도가 높은 변수를 하나씩 투입해 모형을 구성하는 방법이다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 보건간호사의 특성

대상 보건소의 보건간호사의 특성은 <표 IV-1>과 같다. 전체의 방문보건요원은 간호사 400명과 간호조무사 132명이었으며 조사된 보건소 중 특별시 소재 보건소에서는 방문보건요원으로 간호조무사는 없었다. 방문보건간호사의 자격증은 가정간호사가 49(12.2%)명, 정신보건전문간호사가 18(4.5%)명으로 낮은

편이었다. 대상 보건소에서 재활전문보수교육을 받은 인원은 전체 161명(30.3%)이었다.

2. 보건소 내부요인

대상보건소의 보건소 내부요인은 다음과 같다. 조직형태는 특별시 일부에만 지역보건과 밑에 지역1, 2계가 있는 형태를 취하고 있었고, 방문간호계에 속해 있는 보건소는 23개소(21.9%), 가족보건계에 속해있는 보건소는 51개소(48.6%), 기타 27(25.7%)개소는 모자보건계, 건강증진계 등에 속해 있었다. 보건소의 관리자인 보건소장의 직렬을 보면, 보건직 55명(52.9%) 의무직 46명(44.2%)이었다.

내용개발에 해당되는 것으로 재활사업을 실시하는 보건소는 대상 보건소 중 52개소(49.5%)였다. 대상보건소 대부분은 장애인에 대한 재활사업을 적극적으로 하고 있지 않았는데, 일부 보건소에서는 장애인에 대한 재활사업을 특화시켜 장애인의 사회통합을 도와주는 수준까지 활동을 하는가 하면, 단순히 방문보건사업의 대상 중에서 장애인이 포함되어 있는 경우가 있어 장애인에 대한 재활사업을 실시한다고 응답하는 경우도 있었다.

방문보건사업을 실시하고 있는 부서의 과(계)장 또는 계원이 인식하는 보건소장의 재활사업에 대한 관심도는 3.00으로 보통수준이었다. 직렬과 관련하여 재활사업에 대한 관심도의 차이는 유의하지 않았다.

다음은 기획에 해당되는 것으로서 지역보건법에 명시된 보건소의 업무중 대인보건의료서비스와 관련된

<표 IV-1> 대상보건소의 보건간호사 특성

	특별시(12) 실수(%)	광역시(22) 실수(%)	시(34) 실수(%)	군(37) 실수(%)	계 실수(%)
방문보건인력(명)					
간호직	97(100)	84(84.8)	115(76.7)	104(55.9)	400(75.2)
보건직	0(0)	15(15.2)	35(23.3)	82(44.1)	132(24.8)
자격증(명)					
간호사	85(87.6)	48(57.1)	88(76.5)	88(84.6)	309(77.3)
간호사+가정간호사	3(3.1)	27(32.1)	13(11.3)	6(5.8)	49(12.2)
간호사+정신간호사	9(9.3)	5(6.0)	3(2.6)	1(1.0)	18(4.5)
기타(복합)	0	4(4.8)	11(9.6)	9(8.6)	24(6.0)
재활전문교육(명)					
이수	23(23.7)	11(11.1)	62(41.3)	65(34.9)	161(30.3)
미이수	74(76.3)	88(88.9)	88(58.7)	121(65.1)	371(69.7)
계	97(100)	99(100)	150(100)	186(100)	532(100)

〈표 IV-2〉 대상보건소의 조직형태

		특별시	직할시	시	군	계
		실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
조직형태	지역보건과	4(33.3)	0(0)	0(0)	0(0)	4(3.8)
	방문간호계	3(25.0)	1(4.5)	11(32.4)	8(21.6)	23(21.9)
	가족보건계	5(41.7)	19(86.4)	12(35.3)	15(40.5)	51(48.6)
	기타	0(0)	2(9.1)	11(32.4)	14(37.8)	27(25.7)
소 계		12(100)	22(100)	34(100)	37(100)	105(100)
보건소장의 직렬*	보건직	0(0)	6(28.6)	22(64.7)	27(77.1)	55(52.9)
	의무직	12(100)	14(66.7)	12(35.3)	8(22.9)	46(44.2)
계		12(100)	22(100)	34(100)	35(100)	105(100)

*공석인 경우는 제외함.

〈표 IV-3〉 대상보건소의 재활사업실시여부

		특별시	광역시	시	군	계
		실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
재활사업	실시	4(33.3)	10(45.5)	19(55.9)	19(51.4)	52(49.5)
	미 실시	8(66.7)	12(54.5)	15(44.1)	18(48.6)	53(50.5)
계		12(100)	22(100)	34(100)	37(100)	105(100)

〈표 IV-4〉 대상보건소 보건소장의 직렬에 따른 재활사업 관심도

	재활사업에 대한 관심도 M±SD	T값
보건소장 의무직	3.20±1.13	0.4873
보건직	2.87±1.25	
계	3.00±1.20	

사업 10가지를 나열한 후 가장 중요하다고 생각하는 사업에는 1로 표시하고 중요도가 떨어진다고 생각할수록 2, 3, 4로 표시하며 가장 중요하지 않은 사업에 10으로 표시하도록 하여, 사업우선순위와 교육요구우선순위를 물었을 때 대상 보건소에서 장애인재활사업은 6.66번째로 중요한 사업이며 교육은 3.48번째로 필요하다고 응답하였다. 이는 현재 장애인에 대한 재활사업의 우선순위는 낮은 편에 속하지만 재활에 대한 교

육요구는 높다는 것을 말해준다. 자원활용에 해당되는 내용으로서 공공기관에서 요구되는 장애인 편의시설을 10가지 나열하여 설치된 것에 표시하도록 하고, 그 외에 시설이 있다면 기타란에 기재하도록 하여, 대상 보건소의 장애인편의시설의 개수를 세면, 2.44개였다. 방문보건사업에서 활용가능한 장비 및 보장구를 10가지 나열하여 구비된 것에 표시하도록 하고, 그 외에 시설이 있다면 기타란에 기재하도록 하여, 대상 보건소에 설치되어 있는 장비 및 보장구를 표시한 것을 개수로 세면, 3.08개 있는 것으로 나타났다.

장애인 재활에 대한 자료의 내용 중에서 자료가 구비된 보건소 중에서 중복응답을 보았을 때 실무간호에 대한 자료집을 가장 많이 구비하고 있었다. 전체 105개 보건소에서 중복응답을 하였지만 구비된 자료의 수가 45인 점은 재활에 대한 자료가 거의 구비되지 않았다는 점을 알 수 있게 한다.

〈표 IV-5〉 대상보건소의 기획 및 자원활용

	특별시	광역시	시	군	계
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
사업우선순위	6.42±2.50	8.31±1.86	6.33±2.55	6.08±2.99	6.66±2.69
교육우선순위	3.50±2.07	4.00±2.27	3.58±2.29	4.14±2.91	3.84±1.19
장애인 편의시설(개)	2.83±1.60	2.36±2.90	1.41±1.00	3.50±2.37	2.44±1.96
장비 및 보장구(개)	3.33±4.59	1.55±2.46	3.88±4.24	3.31±2.57	3.08±3.78

<표 IV-6> 대상보건소에서 구비하고 있는 장애인재활사업에 대한 자료의 종류 (단위 : 개소)

자 료	특별시	광역시	시	군	계
업무지침	1	1	10	3	15
실무간호에 대한 자료집	3	1	8	6	18
시청각자료	0	1	5	4	10
기타	0	1	1	0	2
계	4	4	24	13	45

* 해당보건소의 복수응답 경우임.

지역보건법 시행규칙의 제6조 제1항 관련 별표2 '보건소 전문인력 등의 면허 또는 자격의 종별에 따른 최소배치기준'에 제시된 전문인력 중에서 재활업무에 관련된 인력중 주체적인 역할을 기대할 수 있는 인력은 의사, 간호사, 물리치료사이다. 그러므로 보건간호사가 방문보건재활업무를 수행함에 있어서 의사와 물리치료사와의 협력이 요구된다. 방문보건사업을 같이 하는 의사가 있는 보건소는 68개소(64.8%)였으며, 방문보건사업을 같이 수행하는 물리치료사가 있는 보건소는 36개소(34.3%)였다. 물리치료사는 대부분 보건소에 1명 있으며, 보건소에 방문하는 다른 대상자에 대한 서비스를 위하여 방문활동은 제한되고

있었다. 그러므로 방문보건재활업무를 수행함에 있어서 물리치료가 필요한 재가장애인중에서 이동이 불가능한 경우가 아니라면 보건소에 물리치료의뢰를 할 수 있을 것이다.

3. 보건소 외부환경요인

대상 보건소가 속해 있는 지역사회의 의료기관중 일반병의원은 102.47개소인데 특별시지역이 331.40개소인데 반하여 군 지역은 13.83개소로 군지역으로 갈수록 일반병(의)원 수가 적었다. 장애인 재활과 관련이 높다고 생각되는 재활병(의)원은 0.85개소였다. 복지기관중 장애인 종합(종별)복지관은 전국에 걸쳐 있으나 도 수준에 1개소정도와 분관이 있으므로 보건소가 위치한 곳 중에서 없는 곳이 많아 0.37개소 있는 것으로 나타났다. 지역주민 중 방문보건사업에서 자원봉사자로 활용되는 수는 약 12명 정도이나 편차가 평균보다 높게 나와 활용되지 않는 곳도 많음을 보여 준다.

지역지도자의 관심도는 5점 척도로 측정되었는데 도 수준에서 2.97, 시·군·구 수준에서 2.91로 보통 정도로 나타났다. 보건사업수행에 있어서 시·군·구

<표 IV-7> 대상보건소의 방문보건사업관련 타분야 인력

		특별시 실수(%)	직할시 실수(%)	시 실수(%)	군 M±SD	계 M±SD
의사*	있음	8(66.7)	13(59.1)	21(61.8)	26(70.3)	68(64.8)
	없음	4(33.3)	9(40.9)	13(38.2)	11(29.7)	37(35.2)
물리치료사*	있음	1(8.3)	5(22.7)	17(50.0)	13(35.1)	36(34.3)
	없음	11(91.7)	17(77.3)	17(50.0)	24(64.9)	69(65.7)
계		12	22	34	37	105

*방문을 함께 해 본 경험이 있는 경우임.

<표 IV-8> 대상보건소의 외부환경요인-1

구 분		특별시 M±SD	광역시 M±SD	시 M±SD	군 M±SD	계 M±SD
의료기관	일반병의원	331.40±145.49	143.73±114.66	103.67±74.46	13.83± 9.53	102.47±121.61
	재활병의원	0.58± 0.79	1.14± 3.23	0.97± 2.98	0.70± 2.79	0.85± 2.76
	보건지(진료)소	0.50± 0.67	4.32± 9.45	18.03±14.27	19.65± 10.33	13.56± 13.28
복지기관	장애인종합(종별)복지관	0.58± 0.51	0.14± 3.23	0.56± 1.42	0.27± 0.65	0.37± 0.93
	수용, 요양시설	1.00± 1.48	0.36± 0.67	0.71± 1.47	0.49± 1.73	0.59± 1.44
	근로시설	0.08± 0.27	0.05± 0.21	0.26± 0.93	0.05± 0.23	0.12± 0.57
	사회복지관	3.08± 2.02	2.32± 2.25	1.59± 1.28	0.86± 2.25	1.66± 2.07
주민특성	자원봉사자의 수	6.58± 15.02	8.45± 16.13	15.70±31.14	12.18± 28.12	11.87± 25.82

의 관계기관과 협조정도는 5점 척도로 측정되었으며, 2.91로서 보통정도로 나타났다.

주민특성은 재활사업에 대한 관심도, 참여도, 수용성을 보았는데 각각 2.80, 3.10, 3.44로 나타나 수용성이 다른 특성에 비하여 약간 높게 나타났다.

보건소의 사업과 관련하여 보건소가 지역주민과의 모임을 갖는 것은 모임이 없는 지역에 비하여 주민들의 요구에 즉응할 수 있다는 의미이다. 본 연구에서 지역주민 중 재활사업과 관련된 모임에 주민이 참여하는 곳은 15개소(14.3%)로 모임에 주민이 참여하지 않는 경우가 대부분이었다.

4. 방문보건재활업무 수행정도

방문간호사의 방문보건재활업무수행내용은 기술적 관리, 프로그램 관리, 교육으로 나누어 분석하였다. 각 업무는 4점 척도를 이용하여 분석하였다.

방문간호사의 업무수행정도는 최대평균 4점에 대해 평균 2.33점에 표준편차 0.54로 나타났다. 기술적 관리의 자세한 내용 및 방문보건재활업무 수행정도는 <표 IV-11>과 같다. 가끔 수행한다는 의미인 3점 대의 업무는 재활간호요구도가 있는 장애인을 방문보건대상자로 등록하여 관리, 유아 성장발달평가, 뇌졸중 고위험군의 건강관리 업무였다. 양미진(1997)이 서울시 보건소의 방문간호업무수행을 분석하는 연구에서 방문간호업무를 제시하였는데, 업무계획수립 중에서

담당지역의 대상자 특성과악활동과 대상자별 간호계획수립활동 항목이 있었다. 이는 재활간호요구도가 있는 장애인을 방문보건대상자로 등록하여 관리하는 항목과 중복된다. 담당지역의 대상자 특성과악과 간호계획수립활동을 하는데 있어서 대상자가 장애인이 라면 재활업무라고 파악할 것이기 때문이다. 방문보건재활업무중에서 유아 성장발달평가에서 선천성 대사이상검사 권유활동의 경우는 국가에서 장려하고 있으며 보건소의 주요 사업이므로 방문보건재활업무에서 수행정도가 높게 측정되었다. 뇌졸중 고위험군의 건강관리는 가정간호사가 수행하는 만성퇴행성질환 관리와 병행된다.

기술적 업무중에서 재활업무특유의 활동이라고 볼 수 있는 장애인 관리수첩 발급/운영업무 수행정도는 평균 1.79, 보장구 및 재활용품에 대한 업무 수행정도는 평균 2.28, 재활기구 대여업무 수행정도는 평균 2.24, 사회적응훈련업무 수행정도는 평균 1.78로 전체 기술적 관리업무 수행정도의 평균인 2.55를 밑돌고 있었다.

<표 IV-12>는 재활업무중에서 프로그램관리업무이다. 이는 지역사회수준의 감독과 의뢰체계와의 조화에 해당되는 것이다. 개별업무의 수행정도가 대부분 2.5이하로서 수행정도가 낮은 편이었다. 2.5이상인 업무는 의료기관과의 상호작용업무였는데 이것은 방문보건사업활동과 중복되는 업무였다. WHO에서 제시하는 지역사회 중심재활에서는 보건소는 지역사회

<표 IV-9> 대상보건소의 외부환경요인-2

구 분		특별시	광역시	시	군	계
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
지역지도자의 관심도	도수준	3.08±0.79	2.50±1.22	3.12±1.22	3.08±0.83	2.97±1.06
	시, 군, 구 수준	3.33±0.98	2.64±1.33	2.94±1.17	2.92±0.92	2.91±1.01
협조정도	관계기관	3.00±1.04	2.77±1.19	3.00±0.87	2.86±1.00	2.91±1.00
주민특성	주민의 관심도	2.58±0.79	2.55±1.10	3.03±0.77	2.81±0.81	2.80±0.88
	주민의 참여도	3.00±0.74	3.18±0.96	2.94±0.70	3.19±1.05	3.10±0.89
	주민의 수용성	3.25±0.75	3.50±1.06	3.39±0.93	3.49±1.04	3.44±0.97

<표 IV-10> 대상보건소의 주민과의 모임여부

		특별시	광역시	시	군	계
		실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
주민과의 모임	있음	3(25.0)	3(13.6)	6(11.8)	3(8.1)	15(14.3)
	없음	9(75.0)	19(86.4)	28(82.4)	34(81.9)	90(85.7)
계		12(100)	22(100)	34(100)	37(100)	105(100)

〈표 IV - 11〉 대상보건소의 방문보건재활업무 수행정도 - 1

재 활 업 무	특별시 M±SD	광역시 M±SD	시 M±SD	군 M±SD	계 M±SD
1. 기술적 관리					
1) 등록된 장애인의 수를 파악하여 등록장애인의 재 활간호요구도 조사	2.08±0.90	2.27±0.94	2.70±0.92	2.32±0.99	2.40±0.96
2) 재활간호요구도가 있는 장애인을 방문보건 대상자 로 등록하여 관리	3.25±0.62	2.95±0.79	3.21±0.93	3.16±0.89	3.14±0.85
3) 지역내 미등록 장애인 발견/등록절차안내	2.58±0.67	2.64±0.95	2.85±0.91	2.58±0.92	2.68±0.89
4) 장애를 예방하는 활동					
4-1) 영유아 성장발달평가(예, 선천성대사이상검 사 권유, 장애아동 조기발견)	3.67±0.65	3.73±0.55	3.39±1.06	3.76±0.89	3.63±0.78
4-2) 뇌졸중 고위험군의 건강관리	3.42±0.67	3.64±0.58	3.21±0.78	3.66±0.53	3.49±0.67
4-3) 사고예방교육	2.92±1.16	3.14±0.94	2.76±0.87	2.84±0.86	2.89±0.91
5) 개별 장애인의 재활간호 계획	2.17±0.58	2.32±0.84	2.39±1.00	2.53±0.95	2.40±0.91
6) 직접재활간호수행	2.41±0.79	2.45±0.74	2.82±0.92	2.61±0.97	2.62±0.89
7) 장애인 관리수첩 발급/운영	1.75±1.22	1.50±0.74	1.94±0.90	1.84±1.08	1.79±0.98
8) 장애상황의 안내와 상담(예, 재활관련 정보제공)	2.00±1.16	2.45±1.06	2.58±0.94	2.37±1.00	2.41±0.98
9) 보장구 및 재활용품 구입, 유지, 수리 도움	1.92±1.00	2.36±1.14	2.58±0.94	2.08±1.00	2.28±0.02
10) 재활기구 대여(운동기구, 보행기구 등)	2.08±1.16	2.05±1.13	2.61±1.14	2.08±1.08	2.24±1.13
11) 사회적응훈련 (예, 공공기관이용, 시장가기, 교회 가기 등)	2.00±1.04	2.00±1.07	1.82±0.77	1.55±0.76	1.78±0.88
12) 타전문기관 의뢰(예, 민간기관, 재활 전문기관, 장 애인 수용시설, 복지기관)	2.75±0.62	2.50±0.86	2.45±0.87	2.53±0.89	2.52±0.84
13) 가정과 지역의 위험환경 평가/편의시설 촉진	1.83±0.83	2.18±1.01	1.91±0.91	1.87±0.74	1.94±0.86
계	2.46±0.43	2.55±0.51	2.61±0.61	2.52±0.51	2.55±0.53

수준의 중간수준 통합서비스를 제공한다고 하고 있는 데 우리 나라 보건소에서는 거의 수행되지 않고 있었다. 특히 장애인 자조단체, 학교, 장애인 훈련기관 같

은 의뢰체계와의 상호작용업무 수행정도는 2점 이하로서 거의 수행되지 않고 있었다.

〈표 IV - 12〉 대상보건소의 방문보건재활업무 수행정도 - 2

재 활 업 무	특별시 M±SD	광역시 M±SD	시 M±SD	군 M±SD	계 M±SD
2. 프로그램 관리					
1) 재활사업을 위해 장애인, 지역지도자, 관련단체장 등으 로 모임개최	1.58±0.51	1.64±0.79	1.76±0.87	1.55±0.69	1.64±0.75
2) 자원봉사자 및 장애인, 장애인가족의 재활활동 지원	1.92±0.51	2.14±0.99	2.21±0.89	2.16±0.79	2.14±0.84
3) 지역주민조직(부녀회, 통·반장모임 등)과의 상호작용 - 장애인발견의뢰, 재활사업 참여 등	1.92±0.67	1.91±0.92	2.24±0.94	2.18±0.87	2.11±0.88
4) 장애인 자조단체와의 상호작용-활동지지, 재활사업참 여, 조언	1.92±0.67	1.91±1.02	2.09±0.98	1.97±0.85	1.99±0.90
5) 동사무소 사회복지과의 상호작용-등록장애인 의뢰, 사회복지혜택 등	2.58±0.79	2.86±0.83	2.64±0.93	2.68±0.74	2.70±0.82
6) 의료기관과의 상호작용-환자의뢰, 추후관리	2.58±0.67	2.68±0.89	2.58±0.94	2.50±0.86	2.57±0.86
7) 복지관과의 상호작용-연계사업, 의뢰	2.83±0.58	2.77±0.92	2.30±0.92	2.32±0.87	2.47±0.89
8) 학교와의 상호작용-특수교육의뢰	2.00±0.60	1.95±0.49	1.79±0.82	1.68±0.62	1.81±0.67
9) 장애인 훈련기관과의 상호작용-직업훈련 및 취업의뢰	2.00±0.74	1.91±0.87	1.85±0.83	1.71±0.69	1.83±0.78
계	2.15±0.41	2.20±0.66	2.16±0.73	2.08±0.53	2.14±0.61

〈표 IV-13〉은 재활업무중에서 교육에 해당되는 내용인데, 이는 지역사회요원의 교육과 장애와 재활에 대한 지역사회교육업무에 속한다. 〈표 IV-13〉에 제시된 업무중에서 2.5이상인 경우가 없는데 이것은 대부분의 방문보건간호사가 지역사회중심재활에 대해 교육을 받지도 않고, 개념도 없는 상태이기 때문에 방문보건간호사가 재활이나 재활기술에 대하여 자원봉사자, 장애인, 장애인가족에게 교육을 실시하지 않고 있다는 것을 설명해준다.

방문간호사의 내용별 업무수행내용 중 기술적 관리 부분이 최대평균 4점에 대해 평균 2.54점 표준편차 0.53으로 가장 높았고, 다음으로 프로그램 관리 업무가 평균 2.14점으로 나타났다. 재활업무별 차이를 보면, 기술적 관리가 프로그램 관리나 교육 업무에 비하여 유의하게 높게 나타났다. 이는 방문보건사업과 중복되는 업무중에서 기본적인 재활서비스의 제공인 기술적 관리업무가 많기 때문이다. 프로그램관리나 교육업무는 보건소의 관리자나 보건간호사가 지역사회중심재활에 대한 필요성을 인식하고 있지 못하여 재활사업을 추진하고 있지 않거나, 보건소의 제반여

건이 미성숙한 결과라고 볼 수 있다.

5. 재활업무수행과 관련요인

1) 상관분석 결과

방문보건재활업무 수행정도와 제 변수들간의 상관관계정도는 〈표 IV-15〉에 제시되어 있다. 방문보건간호사와 관련된 변수 중 인력은 26%의 정적 상관관계에 있었다. 또한, 정신보건전문간호사 자격증과는 23% 정적 상관관계에 있었으며, 재활전문교육은 31% 정적 상관관계가 있었다. 이로써 방문보건간호사의 수가 많을수록, 정신보건전문간호사 자격증 소지자가 많을수록, 재활전문교육이수인원이 많을수록 방문보건재활업무 수행정도가 높았다.

보건소 내부요인과 관련된 변수 중에서 조직형태는 21%의 부적 상관관계에 있었다. 이는 방문보건업무가 가족보건제나 기타의 부서에 속해 있을 때 보다 지역보건과가 설치된 곳이나 방문간호제에 속해 있는 보건소일수록 방문보건재활업무 수행정도가 높다는 것을 설명해 준다. 그리고 재활사업여부는 49%의 정

〈표 IV-13〉 대상보건소의 방문보건재활업무 수행정도-3

재활업무	특별시 M±SD	광역시 M±SD	시 M±SD	군 M±SD	계 M±SD
3. 교육					
1) 지역사회주민에게 장애인재활에 대한 홍보	2.08±0.67	2.41±0.96	2.15±1.00	2.11±0.76	2.18±0.87
2) 재활 교육 및 활용					
2-1) 장애인에 대한 재활교육	2.17±0.72	2.23±0.87	2.33±0.96	1.95±0.84	2.15±0.87
2-2) 장애인 가족에 대한 재활교육 및 활용	2.17±0.72	2.23±0.97	2.30±1.02	2.05±0.87	2.18±0.92
2-3) 자원봉사자에 대한 재활교육 및 활용	2.17±0.72	2.36±0.95	2.30±0.98	2.00±0.93	2.19±0.93
3) 지역사회재활요원의 재활활동확인과 지속적인 보완교육					
3-1) 장애인의 재활활동확인과 지속적인 보완교육	2.08±0.90	2.18±1.01	2.00±0.90	1.92±0.85	2.02±0.90
3-2) 장애인가족의 재활활동확인과 지속적인 보완교육	2.00±0.74	2.32±0.99	2.06±0.86	2.00±0.84	2.09±0.87
3-3) 자원봉사자의 재활활동확인과 지속적인 보완교육	1.92±0.67	2.27±0.98	2.06±0.97	1.97±0.79	2.06±0.88
계	2.08±0.69	2.29±0.88	2.17±0.85	2.00±0.72	2.12±0.79

〈표 IV-14〉 대상보건소의 내용별 방문보건재활업무 수행정도

재활업무	특별시 M±SD	광역시 M±SD	시 M±SD	군 M±SD	계 M±SD	Duncan Grouping
기술적 관리	2.46±0.43	2.55±0.51	2.62±0.61	2.50±0.49	2.54±0.53	A
프로그램 관리	2.15±0.41	2.20±0.66	2.17±0.72	2.07±0.53	2.14±0.61	B
교육	2.08±0.69	2.29±0.88	2.18±0.84	1.98±0.71	2.12±0.79	B
F값					14.12*	

* p<0.0005.

적 상관관계에 있었으며, 장애인 재활사업에 대한 자료는 39%의 정적 상관관계에 있었다. 따라서 재활사업을 실시하거나 장애인 재활사업에 대한 자료의 종류가 많을수록, 보건소에서 방문보건재활업무 수행정도가 높았다. 장비 및 보장구는 50%의 정적 상관관계에 있었다. 이는 장비 및 보장구의 수가 많을수록 방문보건재활업무 수행정도가 높은 관계에 있다는 것을 말해준다. 장애인 편의시설의 경우 28% 정적 상관관계에 있었다.

보건소 외부요인과 관련된 변수 중에서 재활병(의)원의 수가 28%의 정적 상관관계에 있고, 활용되는 지역주민 자원봉사자의 수 38%의 정적 상관관계에 있고, 지역주민과의 모임의 유무가 25%의 정적 상관관계에 있으며 관계기관과의 협조정도가 26%의 정적 상관관계가 있고 주민의 수용성의 정도가 22%의 정적 상관관계가 있었다.

2) 회귀분석 결과

방문보건재활업무 수행정도에 영향을 미치는 주요 변인을 알아보기 위하여 단계별 회귀분석을 한 결과는 <표 IV-16>에 제시되었다. <표 IV-15>에 제시된 변수들로 단계별 회귀분석을 한 결과 R2값이 0.5587로 나와 약 56%정도의 설명력이 있고, 모형의 유의도는 0.0001수준에서 유의하게 나왔다.

설명력이 있는 변수로는 재활사업의 실시여부, 자원봉사자의 수, 관계기관과의 협조정도, 방문보건간호사의 수, 장애인 편의시설이었다. 보건소에서 그 지역의 재가장애인을 대상으로 하는 재활사업을 추진하며, 장애인 편의시설을 설치하고, 장애인 재활사업을 위해 적정수준의 방문보건간호사인력의 확보한다면 방문보건재활업무 수행정도가 높아질 것이다.

재활의 궁극적 목적이 장애인의 사회통합이므로, 장애인관련 기관들만의 사업이 아니라 지역주민의 긍정적 호응과 참여가 중요하다. 이를 위해서는 지역주민으로 구성된 민간 자원봉사자를 활용함으로써 지역주민의 자발적 참여와 장애인에 대한 인식을 변화를 앞당길 수 있을 것이라 사료된다. 또한, 장애인의 재활을 위하여 보건소의 방문보건재활업무만으로는 부족하며, 장애인종합복지관, 재활병(의)원 등의 지역 내 유관 기관과의 협조가 필요하다.

V. 결론 및 제언

늘어나고 있는 장애인구와 장애인구 중에서 많은 비율을 차지하고 있는 재가 장애인에게 필요한 지역사회중심재활서비스를 공급할 필요가 있다는 배경 하에 보건소의 방문보건재활업무는 중요성을 띤다. 장애인 재활은 어느 한 분야의 인력, 기관만으로는 불

<표 IV-15> 대상보건소의 방문보건재활업무 수행정도와 제 변수들간의 상관관계정도

구 분	방문보건재활 업무수행정도	구 분	방문보건재활 업무수행정도
보건간호사 인력	0.26**	가정간호사 자격증	0.18
정신보건전문간호사 자격증	0.23*	재활전문교육인원	0.31***
조직형태	-0.21*	보건소장의 직렬	0.08
재활사업여부	0.49***	관리자의 관심도	0.19
사업우선순위	-0.09	교육우선순위	-0.02
장애인 재활에 대한 자료	0.39***	장비 및 보장구	0.50***
장애인 편의시설	0.28***	타분야 인력(의사)	0.13
타분야 인력(물리치료사)	0.16		
등록장애인(비)	0.10	일반병(의)원수	0.02
재활병(의)원수	0.28***	보건지(진료)소수	-0.06
장애인종합(중별)복지관	0.04	장애인수용·요양시설	0.07
장애인근로시설	0.12	사회복지관	0.04
자원봉사자의 수	0.38***	지역주민과의 모임	0.25**
지역별	-0.04	자치단체장의 관심도	0.19
기관과의 협조정도	0.26**	주민의 관심도	0.10
주민의 참여도	0.15	주민의 수용성	0.22*

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.005.

<표 IV - 16> 방문보건재활 업무수행에 영향을 미치는 변인에 대한 단계적 중회귀 분석

변 인	Partial R2	Model R2	F	prob> T
재활사업	0.2568	0.2568	33.5155	0.0001****
자원봉사자의 수	0.1054	0.3621	15.8568	0.0001****
관계기관과의 협조정도	0.0524	0.4145	8.5011	0.0044***
방문보건간호사 인력(수)	0.0307	0.4452	5.1983	0.0249*
장애인편의시설	0.0330	0.4782	5.8748	0.0173*
장애인 종합(종별)복지관	0.0201	0.4983	3.6807	0.0581
장비 및 보장구	0.0182	0.5165	3.4327	0.0672
재활병의원	0.0192	0.5357	3.7130	0.0571
사업우선순위	0.0108	0.5465	2.1239	0.1441
보건지(진료)소	0.0122	0.5587	2.4387	0.1220

* p<0.05, *** p<0.005, **** p<0.001.

가능하며 여러 부분의 협조가 필요하다. 또한 보건소는 지역에 분포되어 있으면서 보건소의 기능에는 보건소의 내부적인 요인과 외부적인 요인이 작용한다. 보건소 기능의 일부분으로서의 방문보건재활업무의 수행정도를 관련요인을 고려하여 살펴봄으로서, 장애인 재활을 위한 재활인력인 방문보건간호사의 교육과 효율적인 재활사업운영의 기초자료를 제공하고자 본 연구를 실시하였다.

본 연구는 전국의 특별시, 광역시, 시, 군에서 임의로 표출한 122개 보건소를 대상으로 1998년 9월 16일부터 10월 9일까지 방문보건간호사의 자기기입식 설문지로 자료수집을 한 후 최종적으로 105개의 응답자료를 연구 분석에 사용하였다.

본 연구의 분석 결과를 살펴보면,

- 방문보건간호사 인력을 보면, 대상보건소 105개소에 400명이며, 평균 3.81명이었다. 방문보건요원에 간호조무사가 포함된 보건소도 있었다. 자격증을 보면, 가정간호사와 정신보건전문간호사 자격증은 각각 방문보건간호사의 12.27%와 4.5%가 가지고 있었다. 대상보건소에서 재활전문보수교육을 받은 인원은 전체 161명(30.3%)이었다.
- 보건소 내부요인을 살펴보면, 조직형태는 특별시 일부에만 지역보건과 밑에 지역1, 2계가 있는 형태를 취하고 있었고, 방문간호계는 23개소(21.9%), 가족보건계 51개소(48.6%), 기타에 속해 있었다. 보건소장의 재활사업에 대한 관심도는 보통수준이었으며 보건소장의 직렬과 유의한 차이는 없었다. 재가장애인에 대한 방문보건재활사업을 실시하는 보건소는 대상 보건소 중 52개소(49.5%)였다. 지역보건법에 명시된 보건소의 업무중 대인보건의료

서비스와 관련된 사업 10가지를 나열한 후 사업우선순위와 교육요구우선순위를 물었을 때 대상 보건소에서 장애인재활사업은 6.66번째로 중요한 사업이며 교육은 3.48번째로 필요하다고 응답하였다. 장애인 재활에 대한 자료를 구비하고 있는 보건소는 대상 보건소 중 25개소(23.8%)였다. 대상 보건소의 장비 및 보장구는 3.08개 있는 것으로 나타났다. 대상 보건소의 장애인 편의시설의 개수는 2.44개였다. 방문보건사업을 같이 하는 의사가 있는 보건소는 68개소(64.8%)였으며, 방문보건사업을 같이 하는 물리치료가 있는 보건소는 36개소(34.3%)였다.

- 보건소 외부요인을 살펴보면 자치단체장의 재활사업에 대한 관심도는 보통정도로 나타났으며, 관계기관과의 협조정도는 2.91로서 보통정도로 나타났다. 주민특성은 재활사업에 대한 관심도, 참여도, 수용성을 보았는데 각각 2.80, 3.10, 3.44로 나타나 수용성이 다른 특성에 비하여 약간 높게 나타났다. 지역주민 중 방문보건사업에서 자원봉사자로 활용되는 수는 약 12명이며, 재활사업과 관련된 모임에 주민이 참여하는 곳은 15개소(14.3%)였다.
- 보건간호사의 방문보건재활업무 수행정도는 최대 평균 4점에 대해 평균 2.33점에 표준편차 0.54로 나타나 수행도가 낮은 편이었다. 방문간호사의 업무수행내용 중 기술적 관리부분이 최대평균4점에 대해 평균2.54점 표준편차 0.53으로 가장 높았고, 다음으로 프로그램 관리 업무가 평균 2.14점으로 나타났다. 재활업무별 차이를 보면, 기술적 관리가 프로그램 관리나 교육 업무에 비하여 유의하게 높게 나타났다.

참 고 문 헌

5. 방문보건재활업무 수행정도에 영향을 미치는 요인을 살펴보면 재활사업의 실시여부, 자원봉사자의 수, 관계기관과의 협조정도, 방문보건간호사의 수, 장애인 편의시설이었다.

이상의 연구 결과를 기초로 다음과 같은 방문보건 재활업무의 향상을 위한 전략을 제의하고자 한다.

1. 재가장애인들은 대부분 경제형편이 어려워며 재활을 위해서 장기간의 지속적인 관리가 필요하므로, 저렴하면서도 계속적인 재활서비스가 제공될 수 있어야 하는데 보건소는 공공보건기관으로서 그런 서비스를 제공하기에 알맞은 기관이다. 그러나 지금현재 보건소의 방문보건재활업무가 잘 이루어지지 않고 있으므로, 체계적이고 지속적인 재활사업이 추진되어 재가장애인에 대한 방문보건재활사업이 효과적으로 운영될 수 있도록 국가 및 지방자치단체의 지원과 관심이 필요하다.
2. 재활의 궁극적 목적이 장애인의 사회통합이므로, 장애인관련 기관들의 사업이 아니라 지역주민의 긍정적 호응과 참여가 중요하다. 이를 위하여 보건소는 지역사회중심재활의 개념에 입각한 방문보건 재활사업을 홍보함으로써 지역주민으로 구성된 민간 자원봉사자를 활용한다면 지역주민의 자발적 참여와 장애인에 대한 인식을 변화를 앞당길 수 있을 것이라 사료된다.
3. 지역사회중심재활이 기존자원의 활용과 지역사회조직을 통하여 장애인의 재활을 달성하는 것이므로, 보건소는 장애인종합복지관, 재활병(의)원 등의 지역 내 유관 기관과의 협조가 필요하다. 또한 보건간호사가 제공하기 어려운 재활서비스가 필요한 장애인을 위한 2차, 3차 기관으로 의뢰활동이 이루어져야 한다. 이를 위하여 간담회의 개최, 의뢰 후송체계 형성이 필요할 것이다.
4. 보건소의 방문보건재활업무는 기존 방문보건사업에 더해지는 업무과중으로 받아들여지고 있으므로, 방문보건간호사 인력의 확충과 재활사업담당간호사의 배치가 효과적인 재활사업의 운영에 도움이 될 것이다. 그리고 방문보건재활업무와 관련이 있는 요인으로 밝혀진 장애인 편의시설의 설치를 위한 각종 지원과 감독이 필요하다.
5. 보건소의 방문보건재활업무 수행정도에 대한 연구내용을 근거로 향후 재활업무에 대한 표준화된 지침과 보건간호사에 대한 교육과정개발이 필요하다.

김정기 (1996). 재가장애인순회재활서비스센터의 역할과 사업방향, 제4회 전국장애인복지관협의회 위약-재가장애인순회재활서비스센터 사업의 활성화 방안모색.

김병식 (1994). 재활의료의 확대방안. 재활, (1), 49-55.

김병식 (1998). 재활의 개념과 지역사회재활사업의 이해. '98 지역사회재활 보건간호사 교육자료 1, 국립재활원.

김성실 (1984). 보건간호분야 직무수행관련요인 분석. 춘천간호전문대학 논문집, 14, 313-345.

김연희 (1993). 지역사회중심재활의 개발 및 확대방안. '93 재활 세미나, 국립재활원.

김찬호 (1998). 보건소의 업무와 지역사회 재활사업, '98 지역사회재활 보건간호사 교육자료 1, 보건복지부 국립재활원.

국립재활원 (1997). 시범사업 보고서(1995-1997).

국립재활원 (1997). 지역사회재활사업 자료 I.

국립재활원 (1997). 지역사회재활사업 자료 II.

국립재활원 (1997). 지역사회재활사업 활동사례집 I - 보건요원을 중심으로.

국립재활원 (1998). '98 지역사회재활 보건간호사 교육자료 1.

김화중 (1995). 지방자치시대에 부응하는 서울시 방문간호사업. 보건간호소식, (11).

문경태 (1994). 지역사회중심재활의 개발 전략 모색. 제2회 전장중협 위약, 전국장애인종합복지관협의회.

문옥륜 (1992). 우리 나라 보건소기능 활성화 방안의 모색. 보건학논집, 29(1), 37-64.

보건복지부 (1998). 장애인복지사업지침.

보건복지부 (1997). 보건사회백서.

송문섭 (1997). WINDOW용 SAS를 이용한 통계자료분석. 자유아카데미.

신상운 (1994). CBR 적용사례(서울남부장애인복지관), 제2회 전장중협 위약-지역사회중심재활사업의 발전방향 모색.

양미진 (1997). 서울시 각 구 보건소 간호사의 방문간호 업무수행과 직무만족에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.

양숙자 (1997). 보건소망을 통한 지역사회중심 재활

- 서비스를 위한 재가 장애인의 요구사정에 관한 연구. 1997년도 보건장학회에 의한 연구논문집, 19, 176-187.
- 오석홍 (1981). 조직이론. 박영사.
- 유광숙 (1988). 전북지역 보건소 간호사의 업무수행 실태와 그에 관련된 요인분석 연구. 전북의대 논문집, 12(1), 101-116.
- 윤순영 (1995). 보건소의 환경, 조직구조와 조직유효성과의 관계. 서울대학교 간호대학원 박사학위논문.
- 이기하 (1994). 순회재활서비스센터의 시책과 전망, 제2회 전장중협 위샵-지역사회중심재활사업의 발전방향 모색.
- 이정자 (1994). CBR 적용사례(제주도장애인종합복지관), 제2회 전장중협 위샵-지역사회중심재활사업의 발전방향 모색.
- 임은선 (1996). 보건소 보건간호사의 가정방문 활동 분석. 연세대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 임종권, 김혜원, 장동현, 김홍식 (1992). 지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체제개선연구. 한국보건사회연구원.
- 전봉운 (1991). CBR의 원리와 적용과제. 지역사회중심재활방안 개발을 위한 위샵.
- 전영호 (1994). 장애인복지론. 학문사.
- 정기원, 권선진, 계훈방 (1995). 1995년도 장애인 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 정진모 (1994). 순회재활서비스센터 운영실태 조사·분석. 제2회 전장중협 위샵-지역사회중심재활사업의 발전방향 모색.
- 조계숙 (1996). 보건소와 장애인복지관의 CBR 사업 협력방안. 제4회 전국장애인복지관협의회 워크샵, 전국장애인복지관협의회.
- 조계숙 (1997). 재활교육이 보건간호사의 재활에 대한 태도, 지식, 실천에 미치는 효과. 시범사업 보고서(1995-1997), 국립재활원.
- 차병준 (1995). 보건소 사업성과와 관련요인. 경북대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 한국의료관리연구원 (1998). 장애인 재활사업 업무지침.
- 中西由起子, 久野研二 (1997). 障害者の社會開發-CBRの概念とアジアを中心とした實踐. 明石書店.
- Helnder, E., Mendis, P., & Nelson, G. (1989). Training in the Community for People with disabilities. WHO, Geneva.
- Fiedler, F. E. (1967). A theory of leadership effectiveness. McGraw Hill. New York.
- Green, S. G., & Nebeker, D. M. (1977). The effect of Situational factor and leadership style on leader behavior. Organizational Behavior and Human Performance, 19, 360-377.
- Guy, M. (1982). Leadership style and approach in clinical care nursing. Clinical Care Quarterly, 6, 17-24.
- Hall, R. H. (1972). Organizations : Structures and process. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Manning, P. K. (1982). Organizational work : Structuration of Environment. British Journal of Sociology, 33, 118-134.
- ILO, UNESCO, WHO (1994). CBR for and with People with Disabilities. 1994 Joint Position Paper.
- Szilagyi, A. D., & Wallace, M. J. (1984). Organizational Behavior and Performance. Goodyear Publishing Company, Inc.
- Jackson, J. H., & Morgan, C. P. (1984). Organizations Theory(2nd Ed.). Englewood Cliffs, J.: Prentice-Hall.
- _____ (1996). Disability Prevention and Rehabilitation-A Guide for Strengthening the Basic Nursing Curriculum. WHO, Geneva.
- _____ (1995). Disability Prevention and Rehabilitation in Primary Health Care-A Guide for District Health and Rehabilitation Managers. WHO, Geneva.
- _____ (1992). The Education of Mid-Level Rehabilitation Workers-Recommendations from Country Experiences. WHO, Geneva.
- _____ (1996). Guidelines for Conducting, Monitoring and Self-Assessment of Community-Based Rehabilitation Programs : Using Evaluation Information to Improve Programmes. WHO, Geneva.
- _____ (1994). Community-Based Rehabilitation and The Health Care Referral Services-A

guide for programme managers, WHO, Geneva, (1981). Technical Report Series 668, WHO, Geneva

- Abstract -

Key concept : Community-Based Rehabilitation, Community-Based, Rehabilitation Program in Health Centers, Factors in relation to the Job Performance

A Study on the Factors in Relation to Job Performance of Community-Based Rehabilitation Program in Health Centers

*Kim, Ji Yun**

Persons with disabilities have increased and among others, number of them in the community is at the high proportion. But they have a difficulty in physical, psychological adjusting and they don't be offered appropriate, sufficient rehabilitation services. Therefore, Community-Based Rehabilitation Services in Health Center be needed.

With these backgrounds, this study was conducted to examine factors in relation to job performance of community-based rehabilitation program in Health Centers, and the factors are characteristics of district nurses, internal factors,

external-environmental factors. This study provides guidelines for effective management for rehabilitation program.

Subject in this study were 122 Health Centers randomly chosen. Data were collected from September, 16, 1998 to October, 9, 1998, and the data for analyses were ones of 105 respondents.

The instrument of this study was job performance of community-based rehabilitation program is modified WHO guidelines. Credibility of instruments was 0.73~0.95 in main study.

The summary of results was as follows.

First, the mean of job performance of community-based rehabilitation program was 2.33 of full score 4.00. Significant differences were not obtained on the job performance among areas.

Second, stepwise multiple regression analysis revealed that the most powerful predictor to job performance was community-based health program. The number of volunteer workers, the score of cooperation with other institution, the number of visiting nurse, the number of facilities for person with disabilities are accountable factor to the job performance of community-based rehabilitation program.

In conclusions, for all the people with disabilities, Health Centers are necessary to promote community-based rehabilitation program and to increase participation of community residents and to cooperate with other institution.