

강원도 보건소 방문보건사업실태와 업무분석*

안양희** · 김성실*** · 양순옥*** · 이성은****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 노인인구증가, 질병양상의 변화, 보건의료상황 등은 정부의 공공 보건의료기관의 기능 강화 정책을 요구하게 되었고(Ministry of Health and Welfare, 2004), 특히 취약계층에 대한 건강보장의 필요성, 가족부양기능의 대체 요구증가, 환자발견 및 합병증 예방의 필요성 증가 등으로 공공보건 조직을 기반으로 한 방문보건사업의 중요성이 그 어느 때보다도 절실하게 대두되고 있다. 즉 지역사회 만성건강문제의 증가에 따른 건강문제가 있는 가구, 사회·경제적 가족문제를 스스로 관리할 수 없는 가구 및 시설을 방문하여 요구에 적합한 보건의료서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 주민의 의료이용 편의성 등을 높일 뿐만 아니라 국민 의료비 절감 유도하고, 주민 스스로 건강을 유지, 증진하여 삶에 대한 자립의지를 고취시킬 필요성이 증대되고 있음을 뜻한다. 따라서 보건소 방문보건사업을 통하여 취약계층의 지리적 접근성과 경제적 문제, 가족수발자의 부담문제, 저소득층 노인의 질병관리의 지속성 문제 등의 해결이 우선되어야 함을 알 수 있다.

우리나라 보건소 방문보건사업은 1991년 만성질환자 관리를 시작으로 가정방문이 이루어졌으며, 1995년에는 지역보건법 제 9조에 의해 보건소 방문간호사업의 법적 근거를 마련하였다. 1999년부터 2000년까지는 국가 경제적 위기 상황에 대처하기 위한 전략으로 전국 보건소 및 대학을 중심으로 공공방문간호사업을 실시하였으며, 이를 계기로 보건소 방문보건사업의 기틀을 마련하게 되었으며, 2001년 전국 242개 보건소에 정규인력으로 방문보건간호사가 배치되어 방문보건사업이 수행되고 있다.

지금까지 수행된 보건소 방문보건사업은 지역 주민에게 보건의료서비스에 대한 접근성을 높이고 비용-효과적 측면에서도 그 효과성을 입증하고 있는 반면에(Lee, 2004), 방문보건 전담인력의 부족, 방문보건인력의 교육, 훈련 프로그램의 부재, 방문보건서비스의 질 등(Kim et al., 2003; Ryu, et al., 2003)의 문제를 제기하고 있다. 특히 대도시의 경우 방문보건인력 대비 방문보건사업대상자 수의 단순비교만을 하더라도 국민기초생활수급자조차도 제대로 관리할 수 없으며, 또한 보건소 방문보건사업 담당 부서가 방문보건사업 이외의 업무를 겸임하고 있기 때문에 문제의 심각성을 더해 주고 있다는 것이었다. 정부의 보건의료 기능강화정책이 성공적으로 이루어지기 위한 방법의

* 이 연구는 보건간호사회 강원지회의 2004학술연구지원에 의하여 이루어진 것임
** 연세대학교 원주대 간호학과(교신저자 E-mail: ahn57@wonju.yonsei.ac.kr)
*** 한림대학교 의과대학 간호학과
**** 권동대학교 의과대학 간호학과

하나는 방문보건사업의 인프라 구축이 불가피함을 보여 주는 것이라 하겠다. 이에 정부에서는 2003년 초부터 대도시 방문보건사업시범사업을 실시하고 있으며, 이는 대도시의 경우 보건지소, 보건진료소 등의 하부조직이 없고 관할 주민 수가 많기 때문에 농어촌을 포함한 중소도시보다도 그 심각성이 크다는 배경에서 일부 대도시 지역의 14개 보건소를 우선 대상으로 일 보건소당 5인의 인건비를 지원하고 있으며, 사업수행결과를 평가하여 전국 대도시에 확대할 계획으로 되어 있다.

그러면 보건지소나 보건진료소 등의 하부조직이 있고 관할 지역주민의 수가 대도시보다 작은 농어촌을 포함하고 있는 중소도시의 보건소 방문보건사업은 어떠한가? 예로서, 면적 1725.6km²로서 전국의 16.9%에 해당되고, 총 인구는 약 154만 명으로 우리나라 총 인구의 약 10%정도를 차지하고 있는 강원도의 경우, 1999년 국가 경제적 위기에 대처하기 위한 방안으로 실시된 대학 공공근로방문간호사업(Ahn, 2000) 결과, 취약계층 지역주민에게 만족도를 높이고 보건기관에 대한 신뢰도를 높이는 계기가 된 반면에, 강원도 면 지역 총 1,493세대(인구수 2,705명)를 대상으로 한 연구보고서(Ahn, Kim, & Lee, 2000)에 의하면, 면단위의 지역보건의료자원 및 서비스가 취약하며 특히 보건인력의 양적, 질적 수준에 문제가 있음을 주요문제로 지적하고 있다. 이러한 결과는 강원 일 지역의 보건소, 보건지소, 보건진료소의 방문보건사업의 실태조사에서도 그대로 보여주고 있다(Lim, & So, 1999).

따라서 오늘날 방문보건사업이 그 어느 때보다도 중요시되고 있는 시점에 체계적인 인프라 구축전략수립은 절실하다. 이를 위해서 인차적으로 강원도 18개 시·군 보건소의 방문보건사업실태 및 업무분석을 하고자 하며, 이는 향후 강원도 방문보건사업의 정책수립을 위한 기초 자료로 활용될 것으로 기대한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 강원도 18개 시·군 보건소 방문보건사업실태 및 방문보건업무를 분석하기 위함이며, 다음과 같은 구체적 목적을 갖는다.

첫째, 보건소 방문보건사업의 조직구조, 인력, 설비/장비, 예산, 및 대상자관리실태를 파악한다.

둘째, 보건소 방문보건인력의 업무 활동별 소요 시간을 분석한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

보건소 방문보건사업 실태파악을 위해서 서술적 조사연구 설계에 의했으며, 보건소 방문보건인력의 업무 활동 분석은 전향적, 시간연구 설계에 의했다.

2. 연구 대상

강원도내 18개 시, 군 보건소를 대상으로 실태조사가 이루어졌고, 방문보건인력의 업무활동분석을 위한 연구 자료는 방문보건사업을 담당하고 있는 방문보건인력 전수를 대상으로 관찰기간 동안 수행한 업무에 대하여 자가 기록한 '일일 업무활동기록표' 650매이었다. 단 관찰기간 동안 연수, 회의 등으로 업무활동기록이 불가능한 경우는 제외되었다.

3. 연구 도구

실태조사를 위한 연구도구는 본 연구팀이 개발한 "보건소 방문보건사업 실태조사" 설문지를 사용하였으며, 본 설문지는 5명의 강원도 보건간호사들을 대상으로 예비조사를 거친 후 수정, 보완된 것이다. 설문지 내용은 방문보건사업의 담당부서, 방문보건인력 및 업무, 방문보건사업을 위한 시설 및 장비, 방문보건사업 예산, 운영방법, 대상자관리 등으로 구성하였다. 질문지 각 문항별 해당사항에 V표 하거나 또는 단답형으로 서술하도록 하였다.

업무활동분석을 위한 연구도구는 서울시 보건소 방문보건인력의 업무활동을 분석하기 위하여 Ryu 등(2003)이 개발한 "보건소 방문보건인력 업무활동 기록표"를 활용하였으며, 이 도구를 활용한 이유는 대도시와의 업무활동을 비교분석하기 위함이었다. 일일업무활동기록표는 보건소 내 활동과 보건소 외 활동으로 구분되어 있다. 소내 활동은 방문보건사업 계획수립, 가정방문을 위한 사전 준비, 방문보건활동에 대한 평가,

진·출입 확인, 업무일지 작성, 민원상담, 내소자 상담 및 처리, 의뢰 및 연계, 방문보건 외 행정관련 업무, 사업보고 혹은 보고서 작성, 의료지원, 대상자 관리를 위한 전산입력, 대장정리, 자조그룹 운영, 프로그램 운영, 업무회의, 부서지원업무, 점심식사 및 휴식 등으로 구성되었다. 반면에 소외 활동은 가정방문(총 서비스 제공시간, 총 교통 소요시간), 보건교육 활동, 순회 진료, 경로당 건강관리, 자조그룹 운영, 프로그램 운영, 재해지원 업무, 보수교육참여, 외부회의 참여, 출장업무, 동원업무 등으로 구성되었다.

4. 자료 수집기간 및 방법

실태조사를 위한 자료수집기간은 2004년 7월부터 9월까지 이루어졌으며, 자료 수집절차는 1단계: 강원도의 협조를 얻어 도내 18개 시, 군 보건소에 방문보건사업실태조사에 따른 협조공문이 전달되었으며, 2단계: 연구팀은 각 보건소를 직접 방문하여 보건소장 및 방문보건담당자에게 연구목적을 설명하고 동의를 얻었고, 3단계: 연구팀이 직접 보건소를 방문하여 회수하였거나 또는 우편으로 질문지가 회수되었다. 회수된 질문지 자료는 연구팀에 의한 검토가 이루어졌으며, 질문에 대한 답이 미비한 사항이나 의문사항에 대해서는 재확인이 이루어졌으며, 회수율은 100%이었다.

업무활동에 대한 관찰기간은 보건소 공무원들의 격주 5일제 근무여건을 고려하여 월요일부터 금요일까지, 2주간 총 10일간을 원칙으로 하였으나, 지역 및 기관의 특성상 연속적 관찰이 불가능한 경우가 발생하여 관찰이 가능한 일에 업무수행을 기록하도록 하였다. 측정방법은 하루 일과를 시작하면서 매 활동마다 활동 후 업무에 해당되는 시간을 분단위로 관찰 측정하여 자가 기입하도록 하였다.

5. 자료 분석방법

자료 분석은 SAS 프로그램을 이용하여 기술통계방법으로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

1) 방문보건사업실태조사에서 “예산” 과 “대상자 관리” 항목에 응답이 제한되었다. 그 이유는 예산의 경우, 일부 보건소에서는 방문보건사업비의 한계가 불분명하였기 때문이었고, 대상자관리의 경우에는 보고양식의 변환시점에 있었기 때문이었다. 따라서 본 연구결과에서는 응답된 내용을 기반으로 분석한 것이다.

2) 방문보건인력의 업무활동 분석결과는 자가 관찰 기록에 의한 것이므로 관찰편중효과가 있을 수 있다.

III. 연구 결과

1. 보건소 방문보건사업 실태

1) 방문보건사업 담당부서

방문보건사업을 담당하는 부서는 계 단위가 16개소, 팀 단위 2개소이었다. 계 단위 경우 구체적으로는 방문보건 계 5 개소, 건강관리 계 4개소, 건강증진 계 3 개소이었고, 가족보건 계, 주민건강사업 계, 지역보건 계는 각각 1개소이었다. 보건소 내 방문보건사업을 관리하는 상위 부서가 있는 경우, 질병관리과, 건강증진과, 보건사업과, 보건관리과 등이었다. 즉 보건소마다 자기 다른 조직의 구조 내에서 방문보건사업을 운영하고 있음을 알 수 있다.

2) 방문보건인력

방문보건사업에 참여하는 인력은 간호사, 보건요원, 의사, 치위생사, 물리치료사, 한방의사, 방사선사 등으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 간호사와 보건요원은 전 보건소에서 투입되어 활동하고 있었으며, 의사는 15개소, 치위생사 2개소, 한방의사, 물리치료사, 방사선사는 각각 1개소에서 투입되어 활용되고 있었다. 방문보건 간호사의 경우, 최종 학력이 간호전문대학은 82.1%를 차지하였고, 간호고등기술학교와 대학원(석사)이상이 각각 7.1%를 나타냈다. 4년제 간호학과는 3.6%이었다. 간호사 이외의 자격증을 소지하고 있는 영역은 가정전문 간호사 26.2%, 정신전문 간호사 8.3%, 보건교사 3% 이었다.

지난 1년간 방문보건인력의 직무교육 현황을 보면, 대부분의 보건소에서 방문보건인력에게 방문보건사업

직무교육(94.4%)의 기회를 제공하였으며, 그 다음으로 지역사회중심 재활교육(55.6%), 가정간호전문교육(38.9%), 관철염 차조관리(38.9%), 뇌졸중환자관리(33.3%) 등의 순이었고, 그 외에도 노인건강관리, 장애인 보건사업과정, 모자건강사업, 성인병관리, 건강증진사업, 호스피스 관리과정, 암 예방 및 조기검진사업과정, 만성병관리, 건강관리 등 교육의 기회를 제공한 것으로 나타났다. 교육을 주관한 기관은 보건복지부, 한국질병관리 센터, 국립재활원, 한국보건산업진흥원, 대학 교육기관, 강원도, 포스코인재개발원 등이었다.

<표 1> 방문보건사업에 참여하는 인력 n=18

구분	수	비율
간호사	18	100.0
보건요원	18	100.0
의사	15	83.3
치과위생사	2	11.1
한방의사	1	5.5
물리치료사	1	5.5
방사선사	1	5.3
기타(의료기사, 보조인력 등)	3	16.7

<표 2> 방문보건간호사의 특성 n=84

구분	내용	수	비율
학력	간호고등기술학교	6	7.1
	간호전문대학	69	82.1
	4년제 간호학과	3	3.6
	대학원(석사)	6	7.1
자격증 소지	가정전문간호사	22	26.2
	정신전문간호사	7	8.3
	보건교사	3	3.6

3) 방문보건사업 담당부서(인력)의 업무

방문보건인력의 업무 중 하나는 시설이나 기관방문을 통한 서비스를 제공하도록 되어있다. 따라서 방문보건사업에서 수행한 지역사회 기관 및 시설 방문에 대한 조사결과, 사회복지시설 방문이 55.6%로 가장 많았으며, 그 외에도 경로당, 노인요양원, 양로원 등이 있었다. 시설이나 기관방문을 통하여 제공한 서비스는 건강검진(혈압, 혈당 검사 등), 건강상담 및 보건교육이 주로 이루어졌으며, 방문보건과 재가복지의 통합사업을 수행하고 있는 보건소에서는 주택개보수 관련업무도 수행하고 있었다. 방문보건사업 담당부서에서 방문보건사업 이외의 업무를 수행하고 있다고 응답한 보

건소는 14개소이었으며, 그 업무는 다양하였다. 예를 들면, 모성보건사업, 만성퇴행성질환 관리사업, 건강증진사업, 정신보건사업, 국가 암 관리사업, 영 유아 보건사업, 재활보건사업, 영양사업, 노인보건사업, 구강보건사업 등이었다.

4) 방문보건사업 시설 및 장비

방문보건사업을 위한 사무실 공간이 독립으로 되어 있는 곳은 6 개소이었고, 타부서와 함께 공간을 활용하는 곳은 9개소이었다. 모든 보건소에서는 방문가방(관련 비품 및 소모품포함)과 보건교육 자료가 마련되어 있었으며, 방문차량의 경우는 1 개소를 제외한 모든 보건소가 보유하고 있었으며 3대 이상의 차량을 보유하고 있는 보건소도 7개소나 되었다.

5) 방문보건사업 운영방법

방문보건사업 운영방법으로는 지역 담당 제를 16개소에서 활용하고 있었으며, 팀 제를 활용하는 보건소는 2개소이었다.

6) 방문보건사업 예산

지난 1년간 보건소 총 예산에서 방문보건사업에 투입되는 예산의 비율은 평균 4.2%(평균 107,902,000 원)를 차지하는 것으로 나타났으며, 구체적으로 군 보건소 2.0%, 시 보건소 7.6% 이었다.

7) 대상자 관리

지난 1년간 18개 시군보건소에서 등록 관리된 가구수는 평균 877 가구이었으며(시 1,145 가구: 군 706 가구), 등록 관리된 가구를 대상으로 한 평균방문건수는 평균 5,074회(시 평균 4,237회: 군 평균 5,576회)이었다. 따라서 대상자 관리군 별 가구당 평균 가정방문 횟수는 5.8회이었다.

<표 3> 18개 시·군 방문보건사업 대상자관리실태 (지난 1년간)

구분	평균등록관리 가구수	평균 방문건수	가구당 평균방문횟수
시	1,145	4,237	3.7
군	706	5,576	7.9
전체평균	877	5,074	5.8

* 무응답 보건소 제외

구체적으로 대상 군별 평균 등록가구 수는 집중관리군(I군): 평균31가구, 4.2%(시 40가구: 군 26가구), 정기관리군(II군): 평균 141가구, 19.3%(시 128가구: 군 147가구), 감시/추후관리군(III군): 267가구, 36.7%(시 302가구: 군 250가구), 자가관리군(IV군): 291가구, 39.9%(시 249가구: 군 317가구)로 나타났다. 또한 평균방문횟수는 집중관리군(I군) 평균 839회(시 727회: 군 950회), 정기관리군(II군) 평균 1,979회(시 평균 1,473회: 군 평균 2,358회), 감시/추후관리군(III군) 평균 1,341회(시 평균 1,464회: 군 평균 1,249회), 자가관리군(IV군) 평균 478회(시 평균 511회: 군 평균 449회)이었다. 따라서 대상자 관리 군별 가구당 가정방문 횟수를 추정해 보면 집중관리군(I군) 평균 27회(시 평균 18회: 군 평균 37회), 정기관리군(II군) 평균 14회(시 평균 12회: 군 평균 16회), 감시/추후관리군(III군) 평균 5회(시 평균 5회: 군 평균 5회), 자가관리군(IV군) 평균 2회(시 평균 2회: 군 평균 1회)이었다.

2. 업무활동분석

방문보건인력의 일일업무량과 업무활동 내용별 소요시간을 분석한 결과를 보면 다음과 같다. 방문보건인력의 일일 총 업무량은 평균 488분(시 506분: 군 446분)이었고, 구체적으로 보건소 내에서 활동하는 시간은

평균 311분(64.7%)으로 나타났으며, 소외에서 활동하는 시간은 평균 177.4분(36.3%)으로 나타났다. 소외활동 중에서, 가정방문서비스에 소요된 시간은 평균 60분(12.8%), 가정방문 교통시간 평균 40분(6.8%)이었다. 반면에 대도시 보건소 대상의 Ryu 등(2003) 연구에 의하면, 방문보건인력의 일일 총 업무량은 평균 436분이었고, 구체적으로 보건소 내에서 활동하는 시간은 평균 288분(59.2%)으로 나타났으며, 소외에서 활동하는 시간은 평균 178분(40.8%)으로 나타났다. 소외활동 중에서, 가정방문서비스에 소요된 시간은 평균 76분(17.4%), 가정방문 교통시간 평균 37분(8.5%)이었다.

구체적으로 방문보건인력의 일일 업무 내용별 소요시간을 보면, 보건소 내 업무 중 가장 많은 시간을 할애한 활동은 의료지원(평균 337분)이었고, 그 다음이 타부서지원 업무(180분), 건강증진프로그램 운영(161분), 방문보건 외 행정관리(102분) 순이었다. 반면에 소외 활동에서는 1회의 활동을 제외한 상태에서 동원업무가 가장 많은 시간을 차지하였고(평균 379분), 그 다음이 출장업무(평균 231분), 순회진료 (평균 221분), 경로당 건강관리 (평균 144분), 자조그룹 운영 (평균 120분) 등이었다. 유호신 등(2003) 연구에서는 보건소 내 업무중에서 의료지원 (평균 290분), 자조그룹 또는 프로그램 운영 (평균 132분-190분), 행정업무/보고서 작성 (평균 1시간이상) 등의 활동이 가장

<표 4> 대상 군별 대상자관리실태(지난 1년간)

구분	평균등록관리가구수			평균방문건수			가구당평균방문횟수		
	시	군	전체(시,군)	시	군	전체(시,군)	시	군	전체(시,군)
집중관리군(I)	40	26	31	727	950	839	18.2	36.5	27.1
정기관리군(II)	128	147	141	1,473	2,358	1,979	11.5	16.0	14.0
추후관리군(III)	302	250	267	1,464	1,249	1,341	4.8	5.0	5.0
자가관리군(IV)	249	317	291	511	449	478	2.1	1.4	1.6

• 무응답 보건소 제외

<표 5> 일일 평균 방문보건 업무량 시간 단위(분)

구분	본연구			유호신 등 (2003)
	시	군	전체	
	평균시간 (비율)	평균시간 (비율)	평균시간 (비율)	평균시간 (비율)
소내	328.2(64.9)	269.8(60.5)	311.0(64.7)	258(59.2)
소외				
가정방문서비스	70.7(13.9)	50.1(11.2)	60.0(12.3)	76(17.4)
가정방문교통시간	32.8(6.5)	47.1(10.6)	40.3(8.3)	37(8.5)
기타지역사회서비스	74.2(14.7)	79.0(17.7)	76.8(15.7)	65(14.9)
계	505.9(100.0)	446.0(100.0)	488.1(100.0)	436(100.0)

<표 6> 방문보건업무내용별 소요시간(소내)

시간 단위(분)

내 용	본연구				유호신 외(2003)
	시	군	전체		
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	
1. 방문보건사업계획수립	20.5(11.9)	21.1(12.2)	22.7(11.9)	34.0(36.0)	
2. 가정방문을 위한 사전준비	29.5(20.1)	27.4(17.9)	29.5(18.0)	32.4(19.0)	
3. 방문보건활동에 대한 평가	30.6(14.1)	31.3(20.9)	30.1(18.1)	29.1(28.0)	
4. 전, 출입확인	24.7(11.4)	35.8(29.1)	23.7(15.6)	29.4(85.3)	
5. 업무일지 작성	39.4(28.4)	35.0(35.0)	38.5(32.4)	35.3(17.4)	
6. 민원상담	33.6(16.2)	41.2(22.0)	37.0(21.1)	38.0(27.6)	
7. 내소자상담	68.7(90.2)	53.0(41.1)	54.6(64.1)	50.9(41.4)	
8. 의뢰, 연계	53.8(32.1)	40.5(23.1)	42.6(39.1)	37.3(29.7)	
9. 방문보건외 기타 행정관리	102.7(81.2)	107.7(85.8)	102.4(75.3)	77.5(83.1)	
10. 사업 보고 및 보고서 작성	113.9(87.8)	93.8(65.9)	95.0(73.6)	78.9(86.2)	
11. 의료지원	204.0(157.9)	366.7(86.4)	337.1(160.4)	290.0(206.6)	
12. 대상자관련 전산입력	40.4(27.2)	38.5(25.1)	47.0(49.2)	52.8(41.1)	
13. 대상관리	52.0(40.0)	54.4(49.3)	48.5(38.8)	51.7(54.7)	
14. 자료그룹운영	30.0*	50.0*	45.0(10.0)	132.3(55.9)	
15. 건강증진프로그램운영	158.4(95.9)	148.7(86.1)	160.6(96.1)	191.7(79.9)	
16. 업무회의	43.3(24.2)	50.7(42.7)	46.4(36.3)	44.9(34.7)	
17. 타부서지원업무	109.2(64.4)	142.1(93.6)	180.2(131.4)	205.7(153.2)	
18. 점심식사 및 휴식	61.0(17.0)	60.9(20.2)	47.7(30.1)	58.5(13.3)	

* 1회 제공

<표 7> 방문보건업무내용별 소요시간(소외)

시간 단위(분)

내 용	본연구			유호신 외(2003)
	시	군	전체(시,군)	
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	
1. 가정방문 : 서비스제공	128.5(71.3)	89.9(65.0)	108.3(70.7)	73.5~101.8
2. 가정방문 : 교통시간	60.4(38.2)	84.6(74.8)	73.2(61.5)	40.9~ 52.1
3. 보건교육활동	69.0(76.4)	51.9(64.8)	66.5(68.5)	53.7(41.6)
4. 순회진료	220.0(90.0)	245.0(77.6)	221.2(79.5)	183.1(48.1)
5. 경로당 건강관리	174.0(110.1)	148.6(108.0)	143.6(99.1)	115.8(44.3)
6. 자조그룹운영	60.0*	180.0*	120.0(84.9)	173.3(73.3)
7. 건강증진 프로그램운영	127.2(110.1)	149.6(99.1)	152.4(94.2)	204.7(94.4)
8. 재해지원	30.0*	-	30.0*	140.0(34.6)
9. 보수교육	-	600.0*	600.0*	353.8(164.0)
10. 외부회의	151.4(84.9)	133.0(74.1)	148.6(88.5)	225.0(128.3)
11. 출장업무	180.4(163.5)	169.4(184.5)	231.0(175.0)	171.8(126.8)
12. 등원업무	418.0(179.5)	384.7(178.3)	378.8(177.4)	250.6(158.2)

* 1회 제공

많은 시간을 차지하는 것으로 보고하였고, 이외에 내소자 상담 평균 약 50분, 전산입력 혹은 대장정리 평균 50분 정도 소요되는 것으로 분석되었다. 소외 업무로는 보수교육 참여 평균 353분, 등원업무 250분, 외부 회의의 평균 225분, 프로그램 운영 204분, 순회 진료 평균 183분으로 보고하였다.

IV. 논 의

방문보건사업은 보건기관인력이 지역주민의 가정 또

는 시설에 방문하여 가족 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견하고 질병예방 및 관리, 건강증진 등을 위하여 적합한 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰, 연계함으로써 가족의 자가 관리 능력을 개선하여 삶의 질을 향상시켜주는 포괄적인 건강관리 사업(Ministry of Health & Welfare, 2004)임을 분명히 명시하고 있다. 따라서 방문보건사업이 본연의 목적을 달성하기 위해서는 무엇보다도 방문보건사업을 담당하는 하부 부서는 조직의 구조상 독립된 단위로서 수행할 때 보다 자율성을 가지고 역할수행이 이루어지

며 동시에 방문보건 인력도 그 정체성을 찾을 수 있을 것이다. 그러나 본 연구결과에서 제시되었듯이 독립된 계로 구조화되어 있는 보건소는 5개소에 불과 하였다. 이는 지역보건법에 의거하여 지역특성을 기반으로 보건소별 각기 다른 조직의 구조 내에서 방문보건사업이 이루어지고 있기 때문으로 사려되기는 하나 바람직하게는 독립된 단위 조직 내에서 방문보건사업이 이루어져야 될 것이다.

방문보건인력은 보건복지 통합적 접근에 근거하여 방문보건 간호사, 의사, 물리치료사, 영양사, 사회복지사, 보조인력 등 다양한 인력이 포함되도록 하고 있다. 강원도내 보건소에서는 간호 인력이 중심이 되어 방문보건사업을 수행하고 있었으며, 영양사나 사회복지사가 함께 참여하는 보건소는 없었다. 그럼에도 불구하고 방문보건인력이 지역시설/기관 방문실태를 보면 사회복지기관이나 시설을 방문하여 서비스를 제공하고 있는 보건소는 55.6%를 차지하고 있었다. 따라서 무엇보다도 보건복지 통합적 접근을 지향하는 방문보건사업이 되기 위해서는 사회복지사의 참여는 불가피하다. 그러나 현 체제 내에서 읍, 면, 동사무소에 근무하는 사회복지사가 방문보건사업에 참여하기는 불가능하다고 볼 수 있다. 왜냐하면 구조적 또는 행정적 차원의 통합이 없이 기능적 통합을 기대할 수 없기 때문이다. 2004년도 방문보건사업 운영지침(Ministry of Health & Welfare, 2004)에는 보건소장의 역할로 규정되어 있으나 규정에 지나지 않음을 알 수 있다. 따라서 방문보건사업과 재가복지사업의 통합시범사업(2000년-2002년)을 성공적으로 수행한 강원도(Ahn, Jang, & Choi, 2000, 2001, 2002)에서는 지방자치단체수준이 아닌 광역자치단체 수준에서의 구조적, 행정적 제도가 절실히 요구된다고 본다.

방문보건인력의 교육수준은 간호전문대학 졸업이 가장 많았으며(72.39%), 이러한 결과는 전국적으로 유사한 경향을 보이고 있으며(Park, & Ryu, 2001; Kim 등, 2004), 간호사 이외의 가정 전문 간호사 자격을 소지하고 있는 간호사는 26.2%를 차지하였다. 이러한 결과는 전국 58개 보건소 보건간호사 대상으로 한 결과에서 14.0%를 나타낸 것(Park, & Ryu, 2001)과 대도시 25개 보건소 방문간호사업 인력 175명을 대상으로 조사한 결과 20.6%를 나타낸 것(Ryu,

& Hwang, 2004) 보다는 높은 비율이기는 하나, 더 적극적으로 가정 전문 간호사 연수 참여 유인책 및 보건소장의 강력한 지도력이 요구된다고 본다. 왜냐하면 방문보건사업의 질적 향상을 위해서는 방문보건인력에 대한 전문지식과 지도능력을 함양하게 하기 위한 직무교육 및 연수가 필수적으로 요구되며, 게다가 현재 정부에서는 전문성 확보를 위하여 가정 전문 간호사 연수를 위한 국비와 지방비를 지원하고 있기 때문이다. 즉 방문보건인력의 지식과 기술은 방문보건사업 역량을 구성하는 기초가 됨은 틀림없는 사실이다. 일 연구 보고서에 의하면, 전국 130개 보건소 방문보건사업 담당 인력별 업무수행의 차이를 검증한 결과 간호사와 보건요원간의 업무수행에 차이가 있는 것으로 보고하였다(Kim 등, 2004). 방문보건 관련 직무교육과정이 정부차원에서 또는 지방자치차원에서 지속적으로 그리고 다양하게 이루어지고 있기는 하나 중요한 것은 방문보건인력 간 질적 차이를 최소화하기 위한 방안이 절대적으로 요구된다. 이러한 차이를 줄이기 위한 방안으로 지속적인 직무교육이 이루어지고 있다. 강원도 18개 시·군 보건소에서는 방문보건사업 직무교육이외의 지역사회중심 재활교육을 비롯하여 다양한 교육이 이루어졌다. 그러나 이러한 다양한 직무교육이 방문보건사업이외의 업무를 수행하기 위한 것이라면 진정한 방문보건사업의 질적 향상은 기대하기 어려울 것으로 사려된다. 예를 들면, 본 연구결과에서도 나타났듯이 방문보건인력은 방문보건업무 이외의 업무 즉 모성보건사업, 만성퇴행성질환관리사업, 건강증진사업, 정신보건사업 등 다른 보건사업을 함께 수행하고 있었다. 이러한 결과는 다른 연구에서도 문제점으로 지적하고 있듯이(Park, & Ryu, 2001; Ryu, & Hwang, 2004), 다중 역할에 의한 역할갈등, 직무 불만족 등을 초래할 수 있으며, 결과적으로 방문보건사업의 질을 저하시키게 된다.

방문보건사업을 위한 기본 물품은 방문가방 내 들어갈 비품과 소모품이며, 기본 장비는 휴대용 심전도기, 방문보건차량, 방문보건사업 대상자 관리 전용 PC, 응급호출용 휴대폰, 노트북 컴퓨터 등으로 되어있다(Ministry of Health & Welfare, 2004). 본 연구에서는 방문가방 내 비품과 소모품, 교육자료, 그리고 장비로는 방문보건차량에 국한하였고, 추가하여 독립된

공간이 있는지를 조사하였다. 제한된 조사이기는 하였지만 결과에 의하면, 방문가방 내 비품과 소모품, 교육 자료는 모든 보건소가 확보하고 있었으나 방문보건 차량이 아직 확보되지 않은 보건소가 일개 소 있었으며, 독립된 공간을 확보한 보건소는 6개소에 불과하였다. 방문보건 차량 및 독립된 공간은 업무의 효율성과 직결되므로 차량 및 독립된 공간 확보를 위한 노력이 필요로 된다.

방문보건사업의 운영방법은 지역의 여건에 알맞은 방법을 선택하여 운영하기로 되어 있다. 강원도 16개 보건소에서는 지역 담당 제를 그리고, 2개소에서는 팀 제를 운영하고 있었으며, 자료조사이외의 면담과정에서 지역 담당제의 경우 대상가구원들과의 관계형성이 용이하고 문제과약이나 서비스제공이 효율적이 될 수 있는 반면에 업무부담이 큼을 설명하였다.

지난 1년간 강원도 18개 시·군 보건소의 방문보건 사업에 대한 예산은 전체 보건사업 예산의 4.2%를 차지하는 것으로 나타났으며, 군 지역의 예산은 시 지역 예산의 26%에 불과한 것이었다. 예산과 관련하여 언급한 선행연구(Lee, 2004)에 의하면, 대도시 5개 보건소를 대상으로 지난 1년간의 방문보건사업 담당부서의 예산을 가지고 담당부서에서 견입하고 있는 타 업무 경비를 제외하고 순수 방문간호서비스에 소용된 비용을 추정한 결과 평균 133,047,670(SD 57,554,023.9) 임을 제시하면서 대상자당 1년간 총 비용으로 환산하여 평균 161,130.2원으로 추정하였다. 이 추정 액을 기반으로 본 조사에서 보고 된 강원도 18개 시·군 질병관리대상자 850명에게 역으로 적용하여 요구되는 예산을 계산해 보면 136,960,670원의 예산이 요구됨을 알 수 있다. 물론 이 추정방법은 단순 논리이며, 여러 가지 고려해야 할 요인들이 있으므로 적절한 방법은 아니지만, 의사결정의 준거 틀이 될 수 있을 것이다.

사업 대상자는 자가 관리능력에 따라 집중관리군(I군: 주 1회 이상 집중적 방문보건서비스와 관리가 필요한 가족), 정기관리군(II군: 월 1-2회 이상 정기적 방문보건서비스와 관리가 필요한 가족), 감시/추후관리군(III군: 2-3개월에 2회 이상 건강상태 확인하거나 간헐적 방문보건서비스와 관리가 필요한 가족), 자가관리군(IV군: 가족 스스로 건강문제 해결이 가능하도록 6개월이 1회 이상 건강상태 확인이 필요하며 문제발생

시 건강상태에 따라 방문보건서비스와 관리가 필요한 가족) 등의 4군으로 분류하여 관리하도록 규정하였다. 본 조사결과에서 제시된 1년 동안 대상자군 별 차지하는 비율은 집중관리군 4.2 %, 정기관리군 19.3 %, 감시/추후관리군 36.7 %, 자가관리군 39.9 %이었고, 군별 가구당 방문횟수는 집중관리군 약 1-2회/2주, 정기관리군 약 1-2회/4주, 감시/추후관리군 약 5회/년, 자가관리군 약 1회/년 이었다. 이러한 결과는 보건복지부에서 제안한 방문횟수에 미치지 못하고 있음을 알 수 있다. 또한 현재 진행 중인 대도시 14개 보건소를 대상으로 실시하고 있는 방문보건서비스사업의 중간발표에 의하면, 관리 대상자를 분류군별로 보면 집중관리군 2.8%, 정기관리군 21.2%, 감시/추후관리군 35.5%, 자가관리군 40.5%로 보고하고 있다(Jang, 2004). 따라서 본 연구결과와 비교해 보면 대도시보다도 강원 지역의 경우, 집중관리군의 비율이 약 1.5배 더 높음을 알 수 있다. 즉 집중관리군은 보다 전문적이고 집중적인 관리가 요구되는 집단이므로 보건요원보다는 가정 전문 간호 인력 또는 정신 전문 간호 인력이 요구되며, 또한 대상자들이 거주하고 있는 지역은 대도시보다도 보건의료자원의 접근성이 취약하기 때문에 그 심각성은 대도시보다도 더욱 큼을 시사하고 있다. 또한 대도시 소재 25개 보건소 방문간호사업을 담당하고 있는 175명을 대상으로 한 연구에서는 군별 가구당 방문횟수를 집중관리군 월 평균 2.4회, 정기관리군 월 평균 1.4회, 감시/추후관리군 년 4.1회로 보고하였다(Ryu, & Hwang, 2004). 즉 본 연구결과와 비교해 볼 때 유사한 방문횟수를 나타내고 있으며 이는 대도시뿐만 아니라 중소도시에서도 방문보건인력배치가 적절하지 않음을 보여주는 것이라 할 수 있다.

등록 관리되고 있는 질환은 본 조사결과, 고혈압, 관절염, 당뇨병, 정신질환, 뇌졸중, 치매 등의 순으로 나타났으며, 이러한 경향은 다른 연구에서도 거의 유사하였으며(Lim, & So, 1999; Lee, 2004; Ryu, & Hwang, 2004), 고혈압관리의 중요성을 말해 준다고 본다.

방문보건인력의 일일 총 업무량을 대도시와 비교해 볼 때, 강원도가 대도시에 비하여 더 많은 시간의 업무를 수행하는 경향을 나타냈으며, 반면에 가정방문서비스에 소요된 시간을 일일 총 업무시간의 비율에 의하

면 대도시보다 시간을 적게 할애하는 경향을 나타냈다. 이를 일개 보건소를 대상으로 방문보건간호사의 업무 활동을 측정한 결과(Yang 등, 2004)와 비교해보더라도(방문간호서비스 시간 총 133.3분, 25%: 교통시간 119.1분, 22.4%: 시설방문 5.5분, 1.0%), 적은 시간이었다. 강원도에서 가정방문서비스 활동이 전체의 12.3%에 지나지 않는다는 점은 방문보건담당부서가 고유의 업무보다 타 업무에 더 많은 시간을 할애하고 있음을 보여주는 단적인 예가 될 수 있으며, 심각하게 고려해야 할 사항이라 하겠다. 구체적 업무활동에서도 Ryu 등(2003) 연구와 비교했을 때, 특징적인 것은 대도시보다 강원도에서 방문보건 외 행정관리시간, 사업보고 및 보고서 작성 시간, 순회 진료시간이 더 많은 반면에, 자조그룹운영과 건강증진프로그램운영 시간은 소 내·외 활동 모두에서 낮게 나타났다. 이러한 결과에 대해서는 심층적 연구를 통해 검토해 볼 필요가 있겠으나 분명한 것은 방문보건업무 이외의 겸임업무를 수행하고 있는 현실을 감안해 볼 때, 무엇보다도 고유의 방문보건업무를 수행하도록 하는 방안이 모색되어야 한다는 것이다.

이상을 종합해 보면 강원도 방문보건사업의 질적 향상을 위한 노력이 조직, 인력, 예산, 업무 등 다각적 차원에서 절실히 요구됨을 알 수 있다.

V. 결론 및 제언

우리나라의 인구사회학적 변화, 질병구조의 변화, 보건의료상황의 변화 등은 참여정부로 하여금 공공보건기관의 기능 확충을 요구하고 있다. 특히 인구의 고령화와 함께 만성 퇴행성 질환이 지배적인 상병구조는 보건소의 기능 확대가 불가피하다. 따라서 그 일환으로 정부에서는 보건소 방문보건사업의 활성화를 위한 노력을 대도시를 중심으로 이루어지고 있다. 그러나 노령사회의 구조를 보이고 있는 농어촌을 포함하고 있는 중소도시의 경우, 사회, 경제 전반에 걸쳐 대도시와는 다른 양상을 보이며, 무엇보다도 보건의료자원의 접근성 측면에서 방문보건사업은 절대적으로 요구된다. 강원도의 경우, 본 연구에서 논의되었듯이 방문보건인력의 적절한 배치와 전문화를 통하여 그 목적을 달성할 수 있을 것이며, 나아가 지역주민의 건강과 건강할 지

역사회에 기여하게 될 것이다.

본 연구결과를 기반으로 단기적으로는 보건지소, 보건진료소의 방문보건업무를 포함한 자료를 축적하여 강원도 전체 방문보건 소요인력 추계를 통한 강원도 방문보건사업 인프라구축을 위한 정책개발을 제안하며, 장기적으로는 방문보건·재가복지 통합을 제도화할 것을 제안한다.

참 고 문 헌

- Ahn, S. H. (2000). An analysis of home visiting nursing activities in Public Health Centers. Unpublished master's thesis. School of Public Health, Yonsei University.
- Ahn, Y. H., Kim, S. S., & Lee, S. E. (2000). Survey on community health status. Gangwon-do.
- Ahn, Y. H. (2000). Government assisted home visiting nursing services based University. Wonju-si.
- Ahn, Y. H., Jang, S. J., & Choi, G. (2000, 2001, 2002). Demonstration project on integration of home visiting health care and social welfare services. Gangwon-do.
- Gangwon Province (2003). Statistical Yearbook of Ganwon. Gangwon-do.
- Jang, H. S.(2004). The perspective and status of visiting health care services in cities. presentation at seminar.
- Kim, C. J., Lee, W. H., Lee, C. Y., Kweon, B. E., Kim, C. S., Moon, S. M., & Kang, K. H. (2004). An analysis of the work of visiting health care providers in Public Health Centers. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society*, 18(1), 178-186.
- Ko, I. S., Kim, C. J., Lee, T. W., Lee, K. J., Kim, E. S., Ma, H. K., Lee, Y. S., & Park K. M. (2002). Evaluation of government assisted visiting nursing services of Health

- Centers in 2000. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(3), 344-354.
- Lee, T. W. (2004). Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long-term care needs. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(1), 191-201.
- Lim, Y. O., & So, A. Y. (1999). A study on visiting nursing service in primary health care units. *The Journal of Korean Community Nursing*, 10(2), 480-493.
- Ministry of Health and Welfare (2004). Home Visiting Health Care Manual in 2004. MOHAW.
- Park, E. S., & Ryu, H. S. (2001). A study on developing strategies for expanding the roles of public health nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31(4), 712-721.
- Park, J. H., Yun, S. Y., Kim, M.J., Han, K. J., Hong K. J., Park S. A., Whang N. M., & Heo, J. S.(2002). Discussion on expansion and establishment of home nursing care. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(6), 855-866.
- Ryu, H. S. (2001). The effects on home visiting nursing service for community based disabled persons. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31(6), 1098-1108.
- Ryu, H. S., Park, E. S., Park Y. J., Han K. S.,& Lim, J. Y. (2003). A workload analysis of a visiting nursing service based on a Health Center in Seoul. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(7), 1018-1027.
- Ryu, H. S., & Hwang, R. H. (2004). A study on the status and policy issues of visiting nursing programs at Public Health Centers in Urban Areas. *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(1), 67-75.
- Yang, S. J., Shin, K. R., Kim, O. S., Kim, H. Y., Kim, K. H., & Kim, E. H. (2004). Analysis of time taken for visiting nursing activities by visiting nurses. *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(2), 177-186.
- Yoo, I. Y. (2003). A study on link of health and welfare service and barrier's factors of visiting nurses and social welfare workers. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(1), 113-121.

ABSTRACT

A Study on the Status of the Visiting Health Care Services at the Public Health Centers in Gangwon Province*

Ahn, Yang Heui(Yonsei University at Wonju Department of Nursing)
Yang, Soon Ok(Hallym University Department of Nursing)
Kim, Sung Sil(Hallym University Department of Nursing)
Yi, Sung Eun(Kwandong University Department of Nursing)

Purpose: The purpose of this study was to 1) identify the current management status of the Visiting Health Care Services (VHCS) and 2) to analyze the workload of the staff in the VHCS located in the Public Health Centers (PHCs) in the urban and rural areas. **Method:** A descriptive research design and a prospective, time and motion research design were used. A total of 18 PHCs in Gangwon Province participated in this study. A questionnaire and semi-structured observational sheet were utilized. A total of 650 self report records of the work load from the VHCS personnel were collected for a 10 day period at each of the 18 PHCs. A descriptive analysis was then done. **Results:** The major results were as follows. 1) The VHCS staff (nurses and nurse aids) was being assigned additional work such as maternal health care, chronic disease care, mental health care and health promotion on top of their VHCS duties. 2) The average number of home visits per client during the past year was 5.8. More specifically, the clients in the severe dependent group received an average of 27.1 visits, those clients in the moderate dependent group received 14.0 visits those clients in the slightly dependent group received 5.0 visits and those clients in the self-care group received 1.6 visits. 3) The time required for the work duties of the VHCS staff totaled 488 minutes per day. The percentage of time for home visits was only 17.4%, and this didn't include travel time. **Conclusion:** The main problems of VHCS were identified as a lack of personnel and a lack of time for the home visits. Strategies that are directed at the construction of a better infrastructure for VHCS are needed.

Key words : Visiting health care services, Staff workload

* This work was supported by a research grant from the Public Health Nurses Association (Gangwon Province Branch).