

지역단위의 건강증진 사업의 평가와 결과의 활용 - 주민건강증진센터의 평가

안 형 식

고려대학교 의과대학 예방의학교실

1. '주민건강증진센터'의 사업 배경

지역사회 건강증진 사업은 1998년부터 시작된 18개 건강증진거점보건소를 중심으로 영양, 고혈압·당뇨, 정신보건사업, 재활사업, 금연사업 등의 전개부터 시작되었다. 이후 2003년 100개 보건소를 대상으로 금연, 절주, 운동, 영양 사업 중 지역여건에 따라 선택 운영하도록 한 건강생활실천사업이 이루어졌고, 2005년에는 전국 보건소로 확대 실시되었다. 건강생활실천사업의 주요내용은 환경조성과 홍보, 교육을 중심으로 진행되고 있으며 건강생활실천 분위기 조성사업이라고 할 수 있다.

1998년 국민건강영양조사를 토대로 분석한 결과, 건강의 주요 결정요인으로 흡연, 영양, 운동, 음주, 스트레스와 같은 개인의 생활습관이 52%의 비중을 차지하였다²⁵⁾. 이러한 조사결과와 기존의 건강생활실천사업을 토대로 2005년에 건강실천을 위한 대인서비스 제공 모형을 개발하기 위해 '주민건강증진센터 시범사업'을 20개 보건소에서 실시하고 있다. 센터의 목적은 금연/영양·비만/운동/절주/스트레스 관리 등 포괄적인 건강증진 서비스를 제공함으로써 건강생활실천율을 제고하고 궁극적으로는 국민건강증진을 도모하기 위함이다.

2. '주민건강증진센터'의 운영체계²⁶⁾

주민건강증진센터의 역할은 개인, 소규모 집단 대상의 교육·상담 중심의 대인서비스

25 한국보건사회연구원. 2010년 국민건강증진 목표설정과 전략개발. 2000

26 보건복지부. 주민건강증진센터 시범사업 안내. 2005

스를 제공하며, 시설보다는 인력중심의 전문적인 대인 서비스를 제공하는 팀의 개념에 가깝다(표 1). 설치장소는 보건소 내·외 어느 곳이나 가능하며, 다만, 업무용 공간과 구분하여 상담을 위한 별도의 공간을 확보하여야 한다. 운영은 보건소가 직접 운영하는 형태 또는 사업장이나 대학교 등 외부에 용역을 주는 형태 등 다양한 방법이 가능하다. 운영형태도 보건소, 사업장, 대학교 등 여러 곳에 주민건강증진센터를 설치·운영할 수 있으며, 이동주민건강증진센터의 형태도 가능하다.

인력은 보건소장의 책임하에 전문영역별 상담사로, 종합상담간호사 2-3인, 영양·비만 상담사 1-2인, 운동상담사 1인, 절주·스트레스 상담사 1-2인으로 총 6인 이내(금연상담사 별도)에서 탄력적으로 구성할 수 있으며 매년 보수교육과 지속적인 교육훈련을 실시한다.

표 1. 주민건강증진센터의 역할

구분	주민건강증진센터
① 서비스 대상	<ul style="list-style-type: none"> · 개인 · 소규모 집단
② 사업전략	<ul style="list-style-type: none"> · 대면적 접근
③ 사업수단	<ul style="list-style-type: none"> · 교육 및 상담 · 약물처방과 등록관리
④ 서비스 종류	<ul style="list-style-type: none"> · 개인별 건강평가 · 등록과 모니터링 · 상담 및 약물처방 등 개별 서비스 제공 ※ 수요자 중심의 맞춤 서비스
⑤ 서비스 제공자	<ul style="list-style-type: none"> · 상담사

자료 : 보건복지부. 주민건강증진센터 시범사업 안내. 2005

대상자 모집은 방문보건 대상자 중 희망자, 관내 보건의료기관으로부터 의뢰받은 자, 집단교육을 통해 모집, 등록할 수 있으며, 소득 및 연령에 관계없이 등록 가능하나 저소득층을 우선적으로 고려한다. 서비스 제공은 종합상담간호사의 상담을 통해 최대 3개까지 선정할 수 있도록 하여 금연/영양·비만/운동/절주/스트레스 영역별 전문상담 서비스로 이어진다. 영역별 서비스를 제공하고 모든 일정이 완료되고 각 영역별로 목표에 도달한 경우 정상종결 처리하고, 서비스를 받는 도중에 연락두절이나 절주/단주

거부, 타지역으로 이사, 질병 및 사망 등으로 대상자가 탈락된 경우 중간종결로 처리한다. 서비스 종결시 정해진 서식을 이용해 프로그램별 만족도와 함께 종합적인 만족도를 조사한다.

3. '주민건강증진센터'의 운영 현황

2005년 시범사업은 보건소에 따라 착수시기가 다양하다. 센터 설립은 2005년 2월부터 7월 사이에 이루어졌으며, 실제 서비스가 제공된 시점은 그보다 더 늦게 이루어졌다. 대학교 모형을 운영하는 성북구보건소는 대학과의 용역체결 절차 및 사업 분위기 조성을 위한 학내 워크숍 개최 등의 이유로 대상자 등록은 7월 22일에 시작되었고 강북구보건소는 주 서비스대상인 임대아파트 주민의 요구도조사를 마치고 9월 5일부터 서비스제공이 이루어졌다. 위탁운영하고 있는 성남중원구보건소는 센터 장소마련과 기초적인 시설 구비를 마치고 8월 1일부터 실제 대상자 등록이 이루어졌다. 인천연수구보건소는 7월 5일부터 시작되었으나 센터 독립적인 공간을 임대하고 시설을 갖추어 실질적인 대상자관리가 이루어진 것은 9월 5일부터이다. 일부 보건소에서는 사업초반에 행사 위주의 홍보를 통해 1차 혹은 2차 방문으로 중단되는 대상자중심으로 운영하기도 하였다.

1) 설치 장소와 모형

센터의 위치는 보건소 내 외가 비교적 고루 분포하였고, 전주시와 창원시 보건소는 지역사회, 학교, 사업장을 이동하면서 운영하는 이동형 센터이다(표 2). 주민건강증진센터의 운영유형을 서비스 제공 장소와 주 대상자에 따라 몇가지 모형으로 세분화하였다. 한 장소에서 서비스를 제공하는 모형을 표준형으로 하여, 지역사회의 복지관, 주민자치센터 등의 장소에서 대상자 모집 및 서비스제공을 하는 경우 지역사회혼합형으로 명명하였다. 대전대덕구는 유한킴벌리와 제일사료 사업장에서 이동상담하고 있어 사업장혼합형으로 구분하였다. 성북구는 성신여대를 중심으로 한 대학교 모형, 전주시와 창원시는 이동센터 운영을 중심으로 운영함으로 이동형으로 구분하였다. 천안시는 남서울대학교, 부산진구는 동의대학교의 이동센터를 운영하고 있어서 대학혼합형으로 구분하였다(표 3). 향후 각 모형에 따라 운영체계, 대상자 특성과 세부 프로그램의 종류 및 특징 등을 구체화함으로써 다양한 주민건강증진센터의 모형을 제시하고 전국적으로

확대 실시할 경우 각 보건소에서 참조할 수 있는 사례가 개발되어야 한다.

표 2. 2005년 주민건강증진센터 설치 장소

구 분	보건소 수	보건소
보건소 내	9	부산, 울산, 포천, 강릉, 충주, 함평군, 포항, 경산, 서귀포
보건소 외	9	강북구, 성북구, 대구, 대전, 인천, 광주, 성남, 천안, 평양
이동형	1	전주, 창원

표 3. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 모형

구 분	운영형태	보건소
표준형	고정식	강북구, 광주남구, 성남중원구
지역사회혼합형	고정식 + 지역사회이동식	인천연수구, 대구서구, 경산시, 포항시북구 등
사업장혼합형	고정식 + 사업장이동식	대전대덕구
대학혼합형	고정식 + 대학이동식	천안시, 부산진구
이동형	이동식	전주시, 창원시
대학교모형	대학교 중심	성북구

2) 인력 현황

주민건강증진센터 시범사업을 위한 총 인력은 121명이고 종합상담간호사가 35명, 운동과 영양/비만 상담사가 각각 28명, 절주/스트레스상담사 26명의 인력이 사업에 참여하고 있다.

표 4. 주민건강증진센터 상담사 인력 현황

보건소명	총인원	종합상담	영양/비만	운동	절주	스트레스	기타
서울시 성북구	10	2	2	3	1	1	1
서울시 강북구	5	1	2	1	1	절주와 겸임	
부산 진구	7	1	1	2	1	1	
대구 서구	5	2	1	1	1	종합상담과 겸임	
인천 연수구	5	2	1	1	1	절주와 겸임	
광주 남구	4	1	1	1	1	절주와 겸임	
대전대덕구	5	1	2	1	1	절주와 겸임	
울산 동구	6	3	1	1	1	절주와 겸임	
성남시 중원구	6	2	2	1	-	-	1
포천시	6	1	1	1	1	절주와 겸임	2
강릉시	6	1	1	2	1	1	
충주시	6	2	1	1	1	1	
천안시	9	4	1	2	1	1	
전주시	7	1	3	2	1	절주와 겸임	
광양시	6	2	1	2	1	절주와 겸임	
함평군	6	1	1	2	1	1	
포항시 북구	4	1	1	1	1	절주와 겸임	
경산시	6	2	1	1	1	1	
창원시	7	3	2	1	1	절주와 겸임	
서귀포시	6	2	2	1	1	절주와 겸임	
계	121	35	28	28	19	7	4

3) 영역별 프로그램 등록 현황

프로그램 등록 현황 및 이후 운영현황에 대한 자료는 6개 보건소의 9월 한 달간의 등록대상자의 자료분석 결과이다. 최종적인 시범사업평가는 20개 보건소의 8-10월 등록대상자의 자료를 분석할 계획이다.

한 달간 6개 보건소의 종합상담 등록 대상자는 783명이고, 운동 449명, 영양/비만 321명, 절주 40명, 스트레스 187명이다. 운동과 영양/비만 상담은 비교적 활발히 진행되고 있으나 스트레스와 절주는 대체로 등록실적이 저조하였다.

대상자의 의료보장 유형은 서비스의 형평성을 반영한다. 프로그램별로 의료급여 대

상자 구성비는 종합상담이 5.2%이고 운동이 6.4%, 영양/비만 7.8%이다. 종합상담등록자를 대상으로 보건소별 의료급여 대상자 구성비를 비교하면, 보건소간에 1%부터 30% 이상까지 많은 차이를 보이고 있어 서비스 대상에 대해 보건소간의 큰 차이를 보이고 있다.

표 5. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 등록자수

구분	종합상담	운동상담	영양/비만상담	절주상담	스트레스상담
A*	92	91	65	1	21
B	42	36	35	0	0
C	139	14	31	4	20
D	25	13	23	0	19
E	72	69	44	6	32
F	413	226	123	29	95
계 (평균)	783(131)	449(75)	321(54)	40(7)	187(31)

* A 보건소는 월평균 치를 적용함.

표 6. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 대상자의 의료보장 유형, 서비스별

서비스 구분	대상자 수 (%)		
	건강보험	의료급여	계
종합상담	455 (94.8)	25 (5.2)	480
운동	334 (93.6)	23 (6.4)	357
영양/비만	214 (92.2)	18 (7.8)	232
절주	36 (100)	0 (0)	36
스트레스	153 (97.5)	4 (2.6)	157

A 보건소 제외함.

표 7. 2005년 주민건강증진센터 시범사업
 종합상담등록자의 의료보장 유형, 보건소별

보건소 구분	대상자 수 (%)	
	건강보험	의료급여
B	30 (66.7)	15 (33.3)
C	61 (91.0)	6 (9.0)
D	25 (100.0)	0
E	71 (98.6)	1 (1.4)
F	268 (98.9)	3 (1.1)

4) 이용자 접근성

이용자 접근성을 보건소별로 평균 방문소요시간과 이용수단별 빈도를 확인하였다. 평균 방문소요시간은 A 보건소를 제외하고 10-18분 사이이다. 이동수단은 A, B, C 보건소는 도보가 가장 많고 D, F 보건소는 도보보다 차량이용이 더 많다.

표 8. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 이용자 접근성, 보건소별

구 분	종합상담 등록자수	방문소요시간 평균	이동수단별 빈도 (%)	
			자가용	빈도 (%)
A*	282 (월평균 92)	23분	자가용	1 (0.4)
			버스	80 (28.4)
			택시	17 (6.0)
			도보	184 (65.3)
B	42	12분	자가용	2 (4.8)
			버스	1 (2.4)
			도보	39 (92.9)
C	139	10분	자가용	8 (16.0)
			버스	3 (6.0)
			자전거	1 (2.0)
			도보	38 (76.0)
D	25	18분	자가용	11 (44.0)
			버스	8 (32.0)
			도보	6 (24.0)
E	72	11분	자가용	33 (45.8)
			자전거	6 (8.3)
			도보	33 (45.8)
F	413	15.2분	자가용	100 (37.7)
			버스	53(20.0)
			택시	13 (4.9)
			자전거	5 (1.9)
			도보	94 (35.5)

* A 보건소는 7월 등록자 5명을 포함하여 10월까지 총 3개월의 자료임.

서비스대상자의 지역별 구성도(commitment index: C.I.)를 통해 대상자들의 지역별 선호도와 센터의 서비스권 범위를 파악하였다. 계산은 특정 센터를 내소한 대상자중 해당 지역내 거주하는 대상자수를 일정기간 특정 센터를 내소한 대상자수로 나누어서 구하였다. B보건소를 제외한 나머지 보건소는 모두 종합상담등록자의 20% 미만의 대상자만이 센터 소재와 같은 지역에 거주하는 대상자이다.

표 9. 2005년 주민건강증진센터 시범사업의 지역별 구성도, 보건소별

구 분	해당지역 거주 대상자수	종합상담 등록자수 중 주소 기재자	C.I.
A			NA
B	34	42	0.81
C	18	98	0.18
D	4	25	0.16
E	2	72	0.03
F	13	413	0.03

5) 참여도

참여도는 서비스를 권유받은 대상자중 서비스에 실제 등록한 대상자의 비율(등록율)로 보았다. 서비스가 필요한 대상자수는 연인원으로 계산하였다. 즉, 2가지의 서비스가 필요한 것으로 평가된 대상자는 2인으로 계산하였다. 프로그램별로 6개 보건소의 자료를 합해서 보면 운동프로그램의 참여도가 87.3%, 영양/비만프로그램이 72.4%이다.

표 10. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 참여도, 프로그램별

구 분	필요서비스 등록자수	종합상담 결과 서비스가 필요한 대상자수	등록률 (%)
운동프로그램	329	377	87.3
영양/비만프로그램	223	308	72.4
절주프로그램	20	25	81.1
스트레스프로그램	154	201	76.5

A 보건소의 경우 월 평균 건수로 계산함.

보건소별로 종합상담 결과 필요하다고 평가된 서비스에 대해 해당 서비스 등록률로 확인한 참여도는, A 보건소 32.8%, D 보건소 98.2%로 보건소에 따라 큰 차이를 보였다.

표 11. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 참여도, 보건소별

구 분	필요서비스 등록자수	서비스 필요한 대상자수	등록률 (%)
A*	39	119	32.8
B	74	84	88.1
C	28	60	46.7
D	55	56	98.2
E	150	172	87.2
F	405	499	81.2

* A 보건소는 7월 등록자 5명을 포함하여 10월까지 총 3개월의 자료임.

6) 목표집단 참여도

목표집단 참여도는 사업대상자의 특성을 통해 업무의 활동성을 평가할 수 있다. 서비스 등록자 중 운동프로그램은 신체비활동자(PACE 점수 5점 이하)의 구성비로, 영양 프로그램은 과체중/비만자 구성비, 절주프로그램은 AUDIT 12점 이상자의 구성비, 스트레스프로그램은 BEPSI 1.8 이상자의 구성비로 측정하였다.

분석결과 운동은 72.3%, 영양은 56.4%, 절주는 97.4%, 스트레스는 56.6% 이다. 각 목표집단을 정의하는 도구의 객관성이 상이하므로 프로그램간 비교는 어렵다. 보건소 간 비교에서 운동은 대체로 높으나 영양/비만은 보건소간 편차가 심하다.

표 12. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 목표집단 참여도, 프로그램별

구 분	목표집단대상자수	서비스 등록자중 1차 검사자수	목표집단참여율 (%)
운동프로그램	167	231	72.3
영양/비만프로그램	132	234	56.4
절주프로그램	37	38	97.4
스트레스프로그램	81	143	56.6

A 보건소 제외.

표 13. 2005년 주민건강증진센터 시범사업 목표집단 참여도, 보건소별

구분 (등록자수)	목표집단대상자수	측정자수	목표집단참여율 (%)
<운동프로그램>			
B (36)	32	36	88.9
C (14)	1	1	100
D (13)		0	NA
E (69)	49	61	80.3
F (226)	85	133	63.9
<영양프로그램>			
B (35)	8	35	22.9
C (31)	15	21	71.4
D (23)	18	23	78.3
E (44)	7	35	20.0
F (123)	132	234	56.4

7) 영향 및 결과 평가

각 영역별 프로그램의 즉각적인 행태변화를 통해 시범사업의 영향을 평가할 수 있다. 예를 들면, 운동프로그램은 운동시작율, 운동실천율로 프로그램의 즉각적인 행태변화를 측정할 수 있으며, 영양/비만프로그램은 목표체중유지율과 식습관향상비, 절주프로그램은 절주시작율과 절주실천율, 스트레스프로그램은 이완워크샵 등록율과 자がい완실천율 등이 있다.

중간수준의 결과를 평가하기 위해서 운동프로그램은 체지방, 체력 등의 신체변화율, 영양/비만프로그램은 체중, 체지방, BMI 등의 신체변화율, 체중감소율, 비만교정율, 스트레스프로그램은 스트레스점수를 통해 변화율을 평가할 수 있다.

4. '주민건강증진센터' 평가결과의 활용

1) 1차년도 시범사업 평가

주민건강증진센터 1차년도 시범사업은 사업 여건의 차이로 사업의 착수가 보건소별로 많은 차이를 보이고 있어 등록자수(실인원)나 센터 이용인원(연인원)으로 사업을 평가하는 것은 제한점이 많다. 또한 올해 건강생활실천사업과 주민건강증진센터 시범사업을 동시에 시작한 보건소도 있어, 이 경우 건강생활분위기조성사업(건강생활실천

사업)과 개인별 상담 서비스(주민건강증진센터)의 사업이 혼재하여 사업담당자들이 혼란스러움을 겪었다. 상담사들에게 제공된 지침서 또한 실제 사업을 진행하면서 수정해야 할 내용들이 발생하였다. 따라서 1차년도 시범사업의 평가가 실적위주의 평가가 되어서는 안 될 것이며, 우선 주민건강증진센터의 인지도 향상을 위해 어떤 홍보활동과 연계활동을 하였는지를 살펴보고 실제 서비스를 이용한 대상자의 유형을 파악하여 내년도 사업을 위해 대상자를 명확히 하는 작업이 필요하다. 그리고 기존 지침서의 개정 필요내용을 구체화하여 차기년도 사업진행시 모호함을 줄이는 작업이 이루어져야 한다.

실제 각 영역별 프로그램의 종결시 성공여부를 평가할 수 있는 명확한 지표의 합의가 이루어지지 않은 상태라 서비스의 성공여부로 1차년도 평가는 문제가 있다. 따라서 사업의 준비정도와 얼마나 대상집단을 명확히 하였는지, 그리고 상담사들의 활동성 정도를 간접적으로 반영할 수 있는 평균 신규대상자 수와 추구관리율을 파악하여 1차년도 시범사업의 활성화정도를 평가해야 할 것이다.

2) 1차년도 시범사업 평가결과의 활용

1차년도 시범사업 평가를 통해 내년도 사업의 방향을 제시해야 하며 이때 고려해야 할 사항은 다음과 같다.

○ 영역별 프로그램의 운영 방식 : 운동과 영양/비만 프로그램의 통합 운영을 통한 포괄적인 서비스제공을 고려해야 한다. 또한 대상자 등록 및 프로그램 진행에 어려움을 겪고 있는 절주 및 스트레스프로그램의 운영에 대한 전환이 필요하다.

○ 대상자의 명료화 : 현재 찾아오는 대상자 모두를 종합상담하는 보건소가 있는가 하면, 취약계층으로 대상자를 제한하고 직접 전화나 방문을 통해 대상자를 모집하는 경우도 있다. 또한 건강한 대상자와 만성질환이 있는 대상자가 혼재해 있다. 추구관리 및 개인 상담서비스의 효과를 극대화하기 위해서는 대상자를 보다 명확히 해야 한다.

○ 연계활동의 강화 : 주민건강증진센터를 둘러싸고 있는 방문보건, 정신보건센터, 알콜상담센터, 건강생활실천사업 등과의 대상자 의뢰 및 연계활동에 대한 논의와 합의가 이루어져야 한다.

○ 지침서 개정 : 각 영역 프로그램의 성공 지표 및 지표 산출을 위해 측정해야 할 검사 및 도구의 측정일시 명시, 각 영역 프로그램의 차수별 방문기간의 조정, 대상자의 지속관리를 위한 서비스 마련, 영양/비만프로그램의 경우 차수별 제공해야하는 영양자

료의 개발 및 공유, 절주 및 스트레스 프로그램의 내실화 등이 이루어져야 한다. 이러한 작업은 상담사들의 의견 취합과 전문가 검토가 필요하다.