

보건진료원 업무분석에 관한 연구

김성혁 외

I. 서 론

1. 연구의 필요성

지구상의 모든 사람들에게 사회적으로나 경제적으로 생산적인 삶(socially and economically-productive life)을 보장하는 건강수준을 서기 2000년까지는 달성시키고자 하는 목표⁴⁷⁾를 내건 일차건강관리*(primary health care) 전략이 1978년 9월 소련의 Alma-Ata에서 개최된 세계보건기구(WHO) 총회에서 공식적으로 채택된 이후 세계의 많은 국가들이 이 개념을 도입하고 있으며, 사업전략을 개발하여 이를 추진하고 있다.

우리 나라에 있어서도 보건의료의 인적·물적 자원이 도시에 편중되었고 의료수가의 양등이라는 문제에 당면하여 대다수의 인구가 필요한 시기에 적절한 가격으로 양질의 보건의료를 받지 못하고 있는 실정이다. 또한 도시와 농촌간 보건의료자원의 불균형으로 인하여 건강증진, 질병예방등의 보건사업이 특히 농촌에서 낙후되었고, 급증하는 보건의료 수요를 효과적으로 충족시키지 못하고 있는 실정이었다.

이와같은 보건의료의 사회·경제적 배경에 따라 1975년 거제도 연간 보건개발 시범사업에서 일차건강관리 제도의 원형이 개발되었다.⁴⁸⁾ 그 후 4년간 한국보건개발연구원(Korea Health Dev-

elopment Institute)이 정부 지원 시범사업을 거친후 농어촌 지역의 주민 건강을 향상시키기 위하여 일차건강관리 사업을 국가보건 정책에 도입하였다. 또한 정부는 법적·행정적으로 일차건강관리사업을 제도화 하기 위하여 1980년 12월 31일 “농어촌 보건의료를 위한 특별조치법”을 공포¹⁷⁾ 하였다. 이에 따른 후속 조치로서 면단위 보건지소에 1984년 4월부터 공중보건의를 배치하기 시작하였고, 리단위 보건진료소에 보건진료원을 배치하기 위한 직무교육이 1981년 3월부터 시작되었다. 따라서 동년 11월부터 교육된 보건진료원이 배치되기 시작하여 1987년 현재 2천여명의 보건진료원이 전국의 보건의료시설이 미비한 도서벽지 지역에 배치되어 보건진료소를 운영하며 주민의 건강관리 업무를 수행하고 있다. 본 제도가 시행되어 7년째 접어든 오늘날 보건진료원들은 지역사회 주민들에 의하여 매우 유용하게 잘 이용되고 있으며, 지역사회 주민들의 수혜만족도는 매우 높은 것으로 평가결과⁸⁾에 의해 나타나고 있어 국가가 취한 본 제도의 채택은 상당히 타당한 것이었다고 할 수 있다.

그러나 일부에서는 일차건강관리 사업인 본 제도를 싼 비용으로 제공하는 부수적인 보건의료로 오인하는 경향마저도 있으며, 일차건강관리 사업에서 진료 기능이 강화되는 것은 바람직하지 않으

*“Primary Health Care”라는 용어를 1977년 국내 워크샵에서 “일차보건의료”로 번역하여 국내에서 사용하고 있으나 “일차건강관리”라는 개념임.

므로 예방기능에 보다 주력해야 한다는 것을 주장하고 있다.

보건진료원의 역할수행을 위한 구체적인 직무설정은 다음과 같은 전제하에서 정하여졌으며, 설정된 직무내용^{10) 11) 17)}은 첫째, 지역사회 내에서의 포괄적인 일차건강관리의 기초가 되어야 한다. 둘째, 지역사회 주민의 요구를 근거로 지역사회 특성에 따라 작성되어야 한다. 셋째, 직무영역은 지역사회 조직 및 개발, 사업계획수립, 지역사회 보건관리, 모자보건 및 가족계획, 통상질환 관리 및 지도와 보건정보체제 개발로 구분된다. 넷째, 통상질환 관리영역에 해당되는 직무내용은 대통령이 정하는 의료행위의 범위로 결정한다. 다섯째, 보건진료원의 진료활동은 증상을 조기에 발견하여 의뢰하는 것이 중요하므로 증상위주의 치료인 증상별 접근방법의 제시가 필요하다. 이와 같은 전제를 근거로 해서 기존연구자료, 농특법에 의한 보건진료원의 업무, 제 외국의 간호사 역할 등의 경로, 국내 전문가의 자문과 WHO의 기술자원을 받아 7개 영역 52개의 보건진료원 직무가 설정되었다. 따라서 보건진료원 제도의 내실을 기하고 일차건강관리를 보다 효과적으로 수행하기 위하여는 설정된 직무영역을 균형있게 수행하는 것이 무엇보다 중요하다고 생각된다.

그러므로 본 연구는 보건진료원 제도가 정착되어가고 있는 현 시점에서 보건진료원의 직무수행과 이에 영향을 미치고 있는 관련요인을 분석하고, 그들에 의한 보건의료 제공실태를 분석함으로써 일차건강관리 사업을 확대·발전시켜 나가는데 따른 문제점을 파악하고 또한 개선 방안을 모색하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 일반적인 목적은 보건진료원의 직무수행과 이에 영향을 미치고 있는 관련요인을 분석하고 보건진료원에 의한 보건의료제공 실태를 분석함으로써 본 제도의 지속적인 발전과 보건진료원 직무 교육과정을 효과적으로 운영함에 있어 그

기초자료를 제공하는 데 있다.

이와같은 목적을 달성하기 위하여 다음과 같이 구체적인 목적을 설정하였다.

- 1) 보건진료원의 일반적인 특성과 업무에 관련된 배경을 파악한다.
- 2) 보건진료원에 의한 보건의료 제공 실태를 파악한다.
- 3) 보건진료원과 보건의료 관련 기관과의 관계를 파악한다.
- 4) 보건진료원의 업무 영역별 직무수행 정도를 파악한다.
- 5) 보건진료원의 업무수행 정도에 대한 직무내용간의 상관관계를 분석한다.
- 6) 보건진료원의 일반적 특성 및 업무에 관련된 배경과 보건의료 제공 실태와의 관계를 분석한다.
- 7) 보건진료원의 일반적 특성 및 업무에 관련된 배경과 보건의료 관련기관과의 협조 관계를 분석한다.
- 8) 보건진료원의 일반적 특성 및 업무에 관련된 배경과 업무 영역별 직무수행정도와의 관계를 분석한다.
- 9) 보건진료원의 업무 영역별 직무수행정도과 관련된 요인을 분석한다.

II. 연구의 배경

보건진료원을 통한 일차건강관리 사업의 실태를 조사하고 관련된 요인을 분석하여 보건진료원 제도의 계속적인 발전과 직무교육과정을 효과적으로 운영함에 있어 기초자료를 제공하는 것이 본 연구의 목적이다.

이와같은 상위목적은 달성하기 위하여 일차건강관리의 개념, 보건진료원 제도의 연역과 영향, 보건진료원 제도의 행정적인 측면, 선행연구를 중심으로 기존의 연구들을 검토하고 고찰하고자 한다.

1. 일차건강관리의 개념

1978년 9월 세계보건기구는 소련의 Alma-Ata에서 보건에 관여하고 있는 세계 134개국 대표 1,500여명이 참가한 국제회의에서 “Health for all, by the year 2,000”를 슬로건으로 채택하였다. 아울러 각국은 이 목표를 달성하기 위한 방안을 개발하도록 촉구하고, 인간의 기본적인 건강권을 보장받을 수 있는 방안이 일차건강관리 (Primary Health Care)라는데 의견의 일치를 보았다.

이와같이 WHO가 일차건강관리를 거론하게된 배경에는 몇가지 이유가 있다. 이는 첫째, 오늘날 부유한 국가로서 “건강을 누리는 자”와 개발도상국가에서 “건강을 영위하지 못하는 자”간의 격차의 심화와 함께 이러한 격차는 국가의 개발정도에 불문하고 동일국가 내에서도 내재하고 있어 사회간형의 차원에서 새로운 접근 전략의 모색이 요구된다는 점이다. 둘째, 보다 나은 건강상태는 인간의 가용한 기초적 지식에 의해 실행될 수 있음에도 불구하고 이러한 지식이 대다수 국민에게 적절히 사용되지 못하고 일부특정인에게 집중되어 있어 전국민의 건강상태를 개선하는데 도움이 되지 못한다는 것이다. 셋째, 보건의료 시설이 가까운 곳에 있어도 의료비 지불능력의 한계로 인하여 많은 사람들이 의료시설을 제대로 활용하지 못하는 경우도 많다는 점이다. 넷째, 보건의료 체계가 사회·경제개발의 주류권에 의해서 고안되기 때문에 공업화나 환경변화 등의 보건문제를 새롭게 만들어내어도 보건의료 체계는 너무나 높은 의료비 지출을 요구하고 있어 새로운 접근전략으로서 일차건강관리가 요구된다는 것이다.

WHO는 Alma-Ata 선언문에서 일차건강관리란 기본적인 보건의료를 지역사회의 개인이나 가족이 일반적으로 쉽게 이용할 수 있으며 지역사회 주민들이 받아들일 수 있는 사업방법으로 주민들의 적극적인 참여에 의해서 그들의 지불능력에 맞는 보건의료수가로 제공되는 필수적인 보건의료라

고 하였다.^{9) 10) 11) 47) 10-1) 29)}

이상의 WHO의 일차건강관리의 정의는 일차건강관리가 단순한 사업이나 활용의 범주에 속하는 것이 아니고 새로운 보건의료 체계로 해석할 때 일차건강관리가 지향하는 바의 이념은 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 공평과 사회정의 (equity and justice)의 실현을 그 이념으로 한다. 이는 개개인은 건강을 영위할 권리가 있으며 * 이러한 기본권이 함축하는 의미는 건강에 접근할 수 있는 사람과 없는 사람의 “차이” 뿐만 아니라 건강을 유지하는 데 필요한 제반요소에 대한 “차이”를 줄이는 것으로서 가장 적게 갖는 사람들에게 혜택을 줄 수 있는 자원의 재분배가 요구된다고 할 수 있다.

둘째, 통합적인 개발전략으로서 경제적인 목적에 추가하여 사회적인 목적에 우선순위를 두는 것이다. 이는 장기적인 관점에서 건강의 달성이란 영양, 환경조건, 경제개발이 양질의 보건의료 서비스에 선행된다는 이론³⁷⁾이나 혹은 건강수준의 개선은 의료서비스의 제공과 보건의료부문의 연구수행은 물론 공해방지와 같은 환경개선, 그리고 생활양식을 변경시킬 수 있는 보건교육을 통해서 가능하다는 이론³⁹⁾ 등에 근거한 일차건강관리를 종합적인 개발전략에 그 목표를 두고 있다고 할 수 있다.

셋째, 주민 스스로가 자기 스스로의 건강에 책임을 갖고 참여할 수 있는데 목표를 두고 있다. 이는 정부나 또는 정부조직체가 주민의 건강문제에 대한 이익을 직접 줄 수 없으며 다만 주민의 노력을 지원해주고 주민과의 공동책임을 짐으로서 달성될 수 있다는데 그 목표를 두고 있다고 할 수 있다.

넷째, 일차건강관리는 보건의료 사업에 있어서 국제협력이라는 신국제경제질서와 보조를 같이 하기 위한 새로운 세계 개발전략이라고 할 수 있다.

일차건강관리 요원의 형태는 국가마다 크게 다

* 우리 나라 헌법 제34 조 2항에도 건강에 대한 기본권을 명시하고 있음.

르나 재래식 진료 및 공중보건활동 그리고 지역사회 개발과 조직이 병합된 활동은 공통적으로 이루어지고 있으며, 태평양지역을 포함한 모든 WHO 지역에서는 일차건강관리의 필수요소인 종합적 접근, 지역사회의 개입, 관련부처간의 협력, 지원체제 확립에 관한 정보수집을 위한 조사 및 개발사업(R&D)을 각 국가에 권장하고 있으며,²⁵⁾ 우리나라의 보건진료원 제도의 전국적 실시는 국내의 호응도는 매우 긍정적이고 여러 국가들의 관심사가 되고 있으며 선망의 대상으로 대두되고 있다. 그러나 이러한 사실과 함께 우리나라의 보건의료 체계가 갖는 문제점으로 도시지역의 일차건강관리사업 문제가 제기되고 있으며,²⁶⁾ 농촌지역에서의 일차건강관리 사업의 효과는 매우 긍정적이므로 이러한 사업전략이 도시에서 확대 적용되어야 하는³⁶⁾ 것이 우리나라 일차건강관리사업의 큰 과제로 남아 있다.

2. 보건진료원 제도의 연혁과 각 측면에 미친 영향

넓게는 우리나라 보건발달사의 새로운 장을 열고, 좁게는 간호발달사의 한 장을 장식한 보건진료원 제도의 시작은 1975년 이경식 박사가 거제도에 소재한 “거제보건의료원”의 원장으로 재직하던 당시 지역사회 간호진료원(C. H. N. P)의 교육에서 시작되어¹²⁾ 일차건강관리 사업을 위한 여덟개의 초진소를 설치하여 이들에게 일차건강관리 업무를 담당하도록 하는데서 시작되었다.

그후 1976년 서울에서는 “한국보건개발연구원”이 설립되어, “저렴의 보건의료 전달체계” 개발을 위한 미국 국제 개발처(USAID) 사업의 하나로서 보건진료원제도 개발 4개년 시범사업이 시작되어³⁵⁾ 의료계의 각종 반대와 물의를 극복하고 성과를 거둠에 따라서 그 건의가 정부에 수정 채택되어 1980년 12월 30일 한국 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법이 공포되었다. 이것은 정부의 차원에서 실시한 보건진료원 제도 출발의 첫 걸음이었으며, 당시 국내에서 지역사회 의학과 지역사회

간호학이 각 의과대학과 간호대학의 관심분야로 전개되었다.

1981년 4월부터 간호사 또는 조산원 면허증 소지자를 6개월간의 교육을 거쳐 보건진료원(C-Community Health Practitioner)으로 양성되면서 1987년말 현재 약 2,000여명의 보건진료원이 배치되어 일하고 있다.

한편 보건진료원 제도가 간호교육에 미친 영향은 첫째, 일차건강관리사업의 개념과 접근법이 기본간호교육 과정에 통합되어 역동적 사회 요구에 따른 보다 넓은 차원에서 기초교육의 내용을 다룰 수 있는 계기가 되었으며, 둘째, 능력분위의 교육과정 접근법이 도입되어 교육과정 내용의 정리조정에 이용될 수 있는 계기가 되었다는 점이다.

또한 이 제도는 보건의료분야에 미친 영향은 의사의 배치없이도 보건진료원에 의해 일차건강관리사업이 지역 주민들의 참여를 통한 무의촌 문제가 해결된 것은 크나큰 수확이라고 할 수 있다.

그리고 사회·경제적인 측면에 미친 영향은 비능률적인 과잉 또는 불필요한 의료절차를 제거하고 보다 경제적인 보건의료 봉사가 농어촌 인구에 제공되고 있다고 할 수 있다.

그러나 일부에서는 일차건강관리사업이 단순한 보건의료사업의 일환으로 생각하며 싼 비용으로 제공하는 부수적인 의료로 오인하는 경향마저도 없지 않은 실정이며, 일차건강관리사업에서 진료기능이 강화되는 것은 바람직하지 않으므로 예방기능에 보다 더 주력해야 함을 주장하고 있다.

따라서 보건진료원제도의 내실을 기하기 위하여 다음과 같은 직무수행 관리가 요구된다²⁵⁾고 하고 있다.

첫째, 주민의 잠재능력을 개발하여 자조, 자립 정신 확립

둘째, 주민들에게 일차보건의료의 주인의식 고취

셋째, 지역사회 주민들과의 동반관계 유지

넷째, 건강문제나 질병상태의 근원적 해결방안

다섯째, 건강문제 해결을 위한 타분야와의 협조 유지 등이다.

3. 보건진료원 제도의 행정적인 측면

1) 보건진료원의 위치와 복무¹⁷⁾ 6): 보건진료원은 군수가 임명하는 전문인으로서 위촉신분이다. 농어촌 벽오지에서 활동하며 활동장소는 리단위 보건진료소에 배치되어 보건진료소를 대표함은 물론 인구 3,000명을 대상으로 포괄적인 건강관리업무 제공에 책임을 지고 있다.

보건진료원은 보건진료소 관할 지역내에 거주하여야 하며 주민보건의료상 긴급을 요한다고 인정할 때에는 보건소장 또는 보건진료소 운영협의회장의 명을 받아 휴일근무를 해야 한다.

그리고 보건진료원은 보건진료소 관할 지역내에 거주하므로 응급환자 뿐만 아니라 기타 환자가 통상 공무원 근무시간외에 진료를 요청할 경우 관리하도록 되어 있다.

2) 보건진료원의 보수: 현재 보건진료원의 보수는¹⁸⁾ 본봉과 진료수당으로 구성되어 년 400%의 상여금이 지급된다. 보건진료원이 최초 위촉시는 1호봉을 원칙으로 하나 경력이 있는자는 5호봉까지 인정하며, 호봉간 승급기간은 1년으로 되어 있다.

'87년도 보수기준은 (표-1)과 같으며, 보건진

료원 보수와 관련하여 고려될 수 있는 것은 보건진료소 운영협의회 예산이 허용되는 범위 내에서 월 70,000원(도시지역의 경우 120,000원)까지의 수당을 보조할 수 있도록 되어 있다.

3) 보건진료소 운영과 기록서식 및 의료기구: 보건진료소의 운영에 관해서는 군수의 업무지도 감독을 받되 의료행위에 관련된 사항은 보건소장 혹은 보건진료소장으로부터 지도를 받을 수 있으며 그렇지 못할 경우에는 가까운 의료기관의 의사에게 지도를 받을 수 있다. 이와같은 기술적 지원을 받으면서 보건진료소는 지역주민으로 구성된 보건진료소 운영협의회에 의하여 자체적으로 운영되고 있다.

한편 보건진료원이 사용하는 기록서식은 보고서식과 각종 기록서식으로 구분된다. 보고서식은 유일한 보건진료소 운영상황보고(분기별 보고양식)이며, 기록서식으로는 환자진료기록부, 조산기록부가 있으며, 일차보건의료지침⁷⁾에 의하면 보건진료원 일지, 의뢰서, 의약품소모대장, 처방전과 가정건강기록부를 사용하도록 되어 있다. 기타 보조 문서기록대장, 입금전표, 출금전표가 추가되어 보건진료원은 11가지의 양식을 사용하도록 되어 있으나 법적문서*는 환자진료기록부, 조산기록부 및 보건진료소 운영상황보고 3가지이다.

보건진료소용 의료기구는 통상질환관리의 1차적인 수준에 해당되는 증상치료를 위한 진찰, 검사 및 치료용 의료기와 예방보건활동을 위한 의료기 등으로 80여종에 이른다.

4. 선행연구

보건진료원에 대한 연구는 광범위하게 연구되었으나 선행연구만을 고찰하면 다음과 같다.

김¹⁰⁾ 등은 "보건진료원의 일차진료 기술 및 직무에 관한 연구보고서"에서 보건진료원들은 부락활동시 래소자를 위하여 간단한 서비스를 제공할 수 있는 보조자의 배치 혹은 기존 면보건요원의 배치

표-1 보건진료원의 본봉과 수당 지급 현황

본 봉		지 역 수 당	
호 봉	금 액	급지별	지 급 액
1	184,700원	병 지	120,000원
2	194,700원	을 지	90,000원
3	204,700원	갑 지	75,000원

- * 1. 호봉간 승급시 인상액 10,000원
- 2. 위촉시 경력 산정은 공무원 또는 군인, 국공립 병원 경력은 80%, 보건진료원 경력은 100%, 기타 종합병원 근무경력은 50%가 인정됨
- 3. 수당의 급지는 병지는 도서지구, 을지는 접적지구, 수북지구, 광산지구, 오백지지구, 갑지는 일부 오백지지구를 말한다.

* 보건사회부령 제 684 호 "농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙", 별지 19, 20, 21 호서식, 1981. 9. 5.

가 요구된다고 하면서, 보건진료원이 포괄적인 서비스를 제공함으로써 지역주민의 건강수준을 향상시키기 위하여 예방보건활동 및 지역사회 활동이 중요하나 이들의 활동을 통하여는 보건진료소를 구체적으로 운영할 때 소요되는 경비를 얻을 수 없기 때문에 자체 운영비 조달을 위하여 지역주민의 요구충족이라는 2중목적으로 보건진료원이 진료활동에 치중할 수 밖에 없다고 제시하고 따라서 중앙정부로부터 기본 운영비의 지원이 절실히 요구된다고 보고하고 있다.

장³²⁾은 “신남보건진료소의 일차보건 의료사업”에 대한 사례 발표에서 보건진료소는 4년동안 보건활동을 하므로써 주민이 쉽게 찾아올 수 있고, 쉽게 의료혜택을 받을 수 있는 자원이 되었다고 하면서 주민들의 건강문제는 대부분이 자기관리를 못하는 데서 기인했다고 하고 이들을 돕는자는 간호원 1명으로는 어렵다고 제시하며, 각종 기관장, 의료팀, 주민의 대표자들의 협력이 요구된다고 발표하였다.

이³⁰⁾는 “지역주민들을 통해서 본 보건진료원 사업실태”에 대한 연구에서 보건진료원들은 주민들의 요구에 의한 환자진료를 주로 하고 보건교육, 모자보건, 가족계획 등의 건강증진사업은 소홀히 하고 있다고 지적하였다.

김⁷⁾ 등의 “보건진료소 활동 평가 조사연구”에서는 보건진료원들의 대다수가 환자치료는 적극적으로 수행하고 있지만 보건교육, 환경위생 및 기타 건강증진에 관한 업무는 시간부족으로 잘 수행되지 못하고 있다고 하면서 하루평균 근무시간으로 환산하여 볼때 92.1%를 진료소 내에서 활동하고 있다고 지적하였다.

서²⁰⁾는 “보건진료원 역할”에서 보건진료원은 지도감독 기능 및 행정관리 기능까지 포함한 많은 역할이 주어져 있으나 무엇보다 중요한 역할은 지역사회 주민의 건강증진 및 유지관리 기능으로서 예방활동 분야라고 지적하였다.

한 연구결과 보고³⁵⁾에 의하면 보건진료원에 대하여 비공무원 신분인 보건의료요원과 정규적인 면

보건의료원의 팀활동 및 지도감독 업무는 원활하지 못할 것이므로 지도감독 체계의 확립이 요청되며, 군, 면단위 보건의료 전달 제도의 원활을 기하기 위하여 보건진료원을 정규직화하는 방안이 절실히 요청된다고 보고한바 있다.

김⁵⁾은 “보건진료원 및 보건진료보조원과 보건의료원의 업무활동 분석”에서 보건진료원은 지역주민에게 직접 서비스를 제공하는 기술업무 이외에 지소관리, 행정처리임무가 있음을 감안할 때 기술업무 제공은 높다고 하면서 일차보건의료 사업의 핵심요원이라고 지적하고, 기술업무는 진료, 가족단위를 위한 다목적 활동, 영유아관리, 가족계획, 모성보건, 결핵관리 순으로 시간이 소비되었으며 지금까지 지역주민에게 충족되지 않았던 보건의료요구를 충족시키고 있다고 하였다.

박¹⁶⁾은 “보건진료원의 역할기대, 역할준비, 역할수행의 상관관계 연구”에서 보건진료원의 역할준비를 위한 직무교육 과정에서는 정확한 역할특성의 전달과 보건진료원에게 확대 허용된 진료업무 내용의 충분한 학습이 이루어질 수 있도록 제도적 여건형성 즉 행정적 지원체계의 수립과 동시에 요구되는 태도의 사회화가 이루어지도록 교과과정의 구성을 조정해줄 필요성이 있다고 지적하고 있다.

오²³⁾는 지역사회 중심의 일차건강관리를 위해서 간호교육은 첫째, 인간관계에 대한 지식과 기술, 둘째, 간호의 대상인 인간의 상호 역동적 관계를 가지는 지역사회와 사회를 이해하기 위한 사회과학, 세째, 건강상태의 감별을 할 수 있는 임상적 판단기술과 능력, 네째, 건강지식을 가르칠 수 있는 기술과 능력, 다섯째, 전문적 책임의 인식을 위한 교과과정이 요구된다고 하였다.

양²²⁾은 “보건의료원의 직무 만족도에 관한 연구”에서 보건진료원에게 직무 만족도를 높이기 위하여 보다 안정된 경제생활 보장이 요구되며, 승진의 기회가 주어져야 한다고 주장하면서 또한 환자의뢰 활동시 체계적인 후속관리가 필요하다고 보건진료원은 소정의 임상 경력이 필요할 뿐만 아니라

전문 인력으로서의 적절한 일반사회의 인지가 요구된다고 제시하였다.

장³³⁾은 “보건진료소 운영협의회 운영실태 분석”에서 보건진료소의 효율적인 운영을 위하여 운영협의회장 및 각 위원에 대한 일차보건의료 사업에 대한 교육 기회를 부여해야 하며 마을 건강원 임명제를 채택하는 경우는 27.8%에 불과했다고 지적하면서 보건진료원 보수교육을 통한 마을건강원의 역할을 주지시켜 그 기능을 다하도록 해야 한다고 제시하였다.

김⁸⁾등은 “보건진료소 이용도 평가”에서 지역사회 주민들의 보건진료소 이용률이 높은 것으로 미루어 보아 일차보건의료 사업이 잘 정착되고 있음을 제시하고 계속적인 정착이 이루어지도록 보건진료원들에게 기술적, 행정적 지원이 제공되어야 한다고 하였다.

김²⁾등은 “지도감독체계평가”에서 보건진료원들을 지도감독해야 하는 필요성을 제시하면서 보건지소장에게 보건진료원 지도감독 권한을 부여하는데 대한 보건소장의 의견은 49.4%가 찬성하고 있고, 19.0%는 반대, 31.6%는 어려울 것이라고 답변했다면서 그 이유는 보건지소장의 능력이 부족하다고 한 경우가 29.7%로 가장 높게 나타났다고 보고하였다.

한³⁴⁾등은 “도시 1차보건의료연구”에서 우리나라 도시에 있어서 일차보건의료는 절대적으로 필요하다고 강조하면서, 1982년부터 현재까지 서울 봉천동에서 실시되고 있는 시범사업에 있어서 일차보건사업담당 보건간호사는 1인당 약 15,000명~20,000명 정도의 인구를 담당해야 하는 실정이므로, 1인당 약 800가구(인구 약 3,500명)씩 담당하여 사업분소를 중심으로 집중적인 서비스를 제공하도록 하는 방안을 제시하였다.

윤²⁴⁾은 “보건진료원의 역할 스트레스 소진 경험 정도와 직무만족도간의 관계 및 직무만족도의 관련요인” 연구에서 보건진료원의 직무만족도를 높이고 보건진료원을 활성화 하기 위해서는 역할 스트레스를 줄여 소진 경험을 경감시키는 방안이 강

구되어야 한다고 지적하면서, 보건진료원은 미혼자보다 기혼자를 기혼자 중에서는 가족과 동거할 수 있는 자를 그리고 교육수준이 높은 자를 선발하는 것이 직무만족도를 높여 보건진료원 업무에 충실할 수 있을 것이라고 제시하였다.

김⁴⁾은 “보건진료원 제도에 대한 간호학생의 태도조사를 위한 일 연구”에서 간호학생들의 보건진료원 제도에 대한 관심정도는 90.69%가 보통 이상의 관심을 보였고, 보건진료원으로 취업하는데 있어서 바라는 조치는 합리적이고 현실적인 임금 제공을 가장 원하고 있는 것으로 지적하였다.

이상과 같이 선행연구를 고찰한 결과 현재까지 여러 측면에서 많은 연구가 이루어졌으나, 보건진료원의 업무분석에 관한 연구는 흔치 않다. 또한 보건진료원 제도에 대한 사회각층의 관심도가 높고 아직까지 완전한 정착이 이루어지지 않았으며, 도시 일차보건의료에 관한 시범사업을 실시중에 있는 현실을 감안할 때 미래의 보건진료원제도가 완전히 정착해야함은 물론 확대되어야 하는 필요성을 인지하여 보건진료원 제도의 정착에 따른 문제점의 개선방안을 모색하기 위한 기초 자료를 제공하고자 본 연구는 시도되었다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

대한간호학회 지역사회간호학회 주관하에 전국의 보건진료원 전수를 조사하기 위하여 17명의 연구위원이 각 도별로 분담하여 조사하였다.

본 연구의 자료수집 기간은 1986년 8월 1일부터 11월 25일까지였다.

본 연구의 설문지는 일부 연구지역의 경우 보건진료원 보수교육에 참가한 조사 대상자들에게 연구의 취지를 설명하고 설문지를 배부하여 작성하도록 한 후 회수하였고, 일부 연구지역의 경우는 우편으로 발송하여 무기명으로 회수하였다. 회수된 설문지 1,512부중 기재상 결함이 있는 설문지

74 부를 제외한 1,438 부를 연구분석에 사용하였다.

2. 연구도구

본 연구를 위해 사용된 설문지는 본 연구자를 포함한 지역사회간호학회 보건진료소 연구팀에 의해 개발되었다.

설문지 내용은 독립변수로 일반적 특성 7개 문항과 업무와 관련된 배경 9개 문항으로 16개 문항이 구성되었으며, 종속변수로서 보건의료 제공 실태 4개 문항, 직업만족도 1개 문항, 보건의료 관련기관과의 관계 8개 문항, 업무수행 정도 7개 영역 52개 문항, 직무영역별 업무시간 7개 문

항으로 79개 문항이 구성되어 총 95개 문항으로 작성되었다.

작성된 설문지는 설문내용, 어순표현의 정확성, 이해력 등을 검증하기 위하여 타지역 보건진료원 20명을 대상으로 사전조사를 하여 결과에 따라 수정, 보완하였다.

본 연구도구의 직무영역별 업무수행 정도에 대한 신뢰도를 검증하기 위하여 SPSS의 Chronbach's Alpha Reliability를 측정한 결과 (표-2)에서 보는 바와 같이 Standardized item $\alpha = .92256$ 의 매우 높은 신뢰도를 나타냈다.

표-2 직무영역별 업무수행정도에 대한 Item Analysis and Internal Consistency Reliability Test

문항	Corrected item - total Correlation	Alpha if item deleted
I. 지역사회조직 및 개발		
1. 사업대상지역의 각종 조직의 파악	.35244	.91876
2. 지역사회 조직의 활용	.41945	.91823
3. 보건진료소 운영협의회 운영	.28442	.91942
II. 사업계획 수립		
4. 사업대상지역의 인구구조 및 특성의 파악	.36956	.91861
5. 지역사회보건 통계자료의 수집	.44034	.91809
6. 지역사회 보건의료자원의 조사 및 활용	.36872	.91861
7. 보건사업대상자 파악 및 사업의 우선순위 결정	.39500	.91840
8. 보건사업 평가계획의 수립	.32943	.91894
III. 지역사회 보건관리		
9. 음료수관리를 위한 수질검사용 가검물의 채취	.36292	.91867
10. 변소의 위생관리 교육	.38685	.91846
11. 농약의 관리교육	.44313	.91796
12. 지역주민의 영양관리	.47466	.91775
13. 취학아동들의 보건교육 실시	.41737	.91822
14. 지역주민의 집단보건교육 실시	.41229	.91824
IV. 모자보건 및 가족계획		
15. 임신진단	.42138	.91820
16. 산과적 진찰 및 일반적 처치	.49302	.91752
17. 고위험 임신부 관리	.42715	.91811

표 2. 계속

문	항	Corrected item total Correlation	Alpha if item deleted
18.	정상분만의 개조	.36207	.91871
19.	분만실 사용법 지도	.48204	.91761
20.	이상분만의 감별	.43977	.91802
21.	산부의 건강상태 파악	.49449	.91752
22.	신생아의 이상상태 감별 및 의뢰	.50677	.91739
23.	영유아의 관리, 예방접종	.52309	.91748
24.	유아기의 영양지도	.58010	.91704
25.	가족계획 대상자 계몽교육	.43026	.91808
26.	IUD시술	.22750	.92071
27.	피임약제의 배부	.35103	.91906
28.	가족 계획실시자의 추구 관리	.56976	.91692
29.	가족 계획 실시자의 부작용 관리	.38432	.91850
30.	영구불임시술을 위한 의뢰	.44068	.91799
V. 통상질환관리			
31.	환자진단을 위한 병력조사, 진찰, 임상검사 의뢰	.31712	.91915
32.	기초진료 범위내의 환자투약 및 처치	.40802	.91828
33.	기초치료 범위의외 환자의뢰	.34438	.91887
34.	질병예방을 위한 교육의 실시	.53148	.91730
35.	기초진료 범위내의 응급환자의 치료	.45143	.91793
36.	기초진료 범위의외의 응급환자 의뢰	.37748	.91855
37.	환자 추구 관리	.42212	.91817
VI. 사업운영관리 및 지도			
38.	보건진료소 사업운영을 위한 계획서 작성	.40461	.91831
39.	장비, 물품, 비품관리를 위한 대장의 비치	.37550	.91856
40.	약품관리를 위한 대장의 비치	.46009	.91793
41.	보건진료소 운영 상황보고서 작성	.36585	.91870
42.	환자진료 기록부 작성	.39192	.91849
43.	조산기록부 작성	.39069	.91863
44.	일반관리업무(공문처리, 회계기록, 활동기록) 및 기타 기록부 작성	.39419	.91845
45.	보건진료소 사업평가의 실시	.44555	.91795
46.	마을건강원의 조직	.47139	.91777
47.	마을건강원의 활용	.47654	.91772
48.	보건요원의 활용	.45026	.91795
49.	마을건강원에 대한 교육 및 활동지도	.49476	.91765

표 2. 계속

문항	Corrected item total Correlation	Alpha if item deleted
50. 보건요원의 지도 감독	.27545	.91943
Ⅶ. 보건정보체계		
51. 보건정보체계 개발	.32728	.91893
52. 보건정보 수집	.35245	.91874
Alpha with all items above = .91973		
Standardized item α = .92256		

※ 경북지역의 연구수치임.

3. 자료처리 및 분석

설문지를 통해 수집된 자료는 각 지역별로 Coding Sheet에 부호화한 후 SPSS(Statistical Package for Social Science)를 이용하여 다음과 같이 전산 통계처리하였다.

1) 독립변수는 각 문항에 대해 실수와 백분율을 산출하였다.

2) 보건의료 제공실태는 각 문항에 대해 실수와 백분율을 구하고 평균과 표준편차를 구하였다.

3) 직업만족도와 보건의료 관련기관과의 관계는 실수와 백분율을 구하고 가장 긍정적인 척도에 5점, 가장 부정적인 척도에 1점을 주어 5단계 등위 평점법을 적용하여 평균과 표준편차를 산출하였고, 점수가 높을수록 만족도가 높으며 보건의료 관련기관과의 협조관계가 원만한 것으로 나타내도록 하였다.

4) 업무수행 정도 또한 5단계 등위 평점법을 적용하여 평균과 표준편차를 산출하였고 점수가 높을수록 해당 업무를 자주 수행하는 것을 나타내도록 하였다.

5) 직무영역별 업무시간은 각 영역별로 평균시간과 표준편차를 산출하였고 각 영역간의 상관관계를 보기 위하여 Pearson Correlation Coefficient를 분석하였다.

6) 독립변수와 종속변수간의 통계적 유의성을 검증하기 위하여 χ^2 -검정, ANOVA를 하였다.

7) 7개의 영역별 업무수행 정도를 설명하고 있는 변수를 규명하기 위하여 관련변수중 회귀분석이 가능한 15개 변수를 Stepwise 방법에 의한 Forward Selection 후 선정된 변수들과 종속변수간의 Multiple Regression을 하였다.

그러나 각 지역별 통계처리 방법은 연구위원의 자유의사에 따라 시행되었으므로 본 연구에서는 지역별 기초통계를 중심으로 도표화하여 분석하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 고찰

1. 보건진료원의 일반적 특성

조사대상자의 일반적 특성으로 연령, 성별, 결혼상태, 현 가족과 동거상태, 최종학력, 종교, 보건진료원 경력은 (표-3)과 같다.

연령분포는 20대 집단이 50.3%로 가장 많은 수를 차지하고 있으며, 최연소 23세에서 최고 55세까지 분포되어 있고, 평균연령은 32.2세였다.

성별로는 남자가 18명으로 1.3%, 여자 98.7%로 대다수가 여성으로서, 이와같은 결과는 간호직의 절대수가 여성인 점과 유사한 것으로 나타났다. 지역별 분포를 볼 때 남성의 분포도는 제주가 10.8%로 수위이며, 경북이 2.6%, 경기도 2.4%로 나타났다. 이와같은 결과는 현재 전국 간호계 대학의 남학생 수와 졸업생 분포율에 그

표 3. 보건진료원 의 일반적 특성

특성	제 주	경 남	경 북	전 남	전 북	충 남	충 북	경 기	강 원	합계(전국)
연령	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
20 ~ 29 세	23(62.2)	89(45.6)	133(56.6)	103(50.9)	136(58.8)	72(58.1)	64(47.1)	49(29.5)	47(48.0)	716(50.3)
30 ~ 39 세	13(35.1)	81(41.5)	89(37.9)	83(41.2)	66(28.6)	38(36.0)	49(36.0)	55(33.1)	35(35.7)	509(35.7)
40 ~ 49 세	0(0)	10(5.2)	8(3.5)	10(4.9)	18(7.8)	4(3.2)	9(6.6)	33(19.9)	6(6.1)	98(6.9)
50 ~ 59 세	1(2.7)	15(7.7)	5(2.1)	6(3.0)	11(4.8)	10(8.0)	14(10.3)	29(17.5)	10(10.2)	101(7.1)
계	37(100.0)	195(100.0)	235(100.0)	202*(100.0)	231(100.0)	124(100.0)	136(100.0)	166(100.0)	98*(100.0)	1424*(100.0)
성 별										
여 자	33(89.2)	193(99.0)	229(97.4)	207(100.0)	231(100.0)	124(100.0)	135(99.3)	161(97.6)	107(99.1)	1420(98.7)
남 자	4(10.8)	2(1.0)	6(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.7)	4(2.4)	1(0.9)	18(1.3)
계	37(100.0)	195(100.0)	235(100.0)	207(100.0)	231(100.0)	124(100.0)	136(100.0)	165(100.0)	108(100.0)	1438(100.0)
결혼상태										
미 혼	21(56.8)	117(60.0)	60(25.5)	64(30.9)	129(55.8)	62(50.0)	48(35.3)	37(22.4)	47(43.5)	585(40.7)
기 혼	15(40.5)	71(36.4)	168(71.5)	136(65.7)	95(41.1)	61(49.2)	84(61.8)	122(73.9)	50(46.3)	802(55.8)
기타(이별, 별거, 사별)	1(2.7)	7(3.6)	7(3.0)	7(3.4)	7(3.1)	1(0.8)	4(2.9)	6(2.9)	11(10.2)	51(3.5)
계	37(100.0)	195(100.0)	235(100.0)	207(100.0)	231(100.0)	124(100.0)	136(100.0)	165(100.0)	108(100.0)	1438(100.0)
현 가족과 동거상태										
배우자·자녀	15(40.5)	92(47.3)	153(65.7)	108(52.2)	109(47.6)	50(40.7)	104(76.5)	87(52.7)	51(47.2)	769(53.7)
부모 형제	2(5.4)	21(10.8)	6(2.6)	10(4.8)	19(8.3)	6(4.9)	6(4.4)	9(5.5)	10(9.3)	89(6.2)
혼자 산다	19(51.4)	72(36.9)	73(31.3)	72(34.8)	91(39.7)	66(53.7)	26(19.1)	66(40.0)	44(40.7)	529(36.9)
계	37(100.0)	195(100.0)	233*(100.0)	207(100.0)	229*(100.0)	123*(100.0)	136(100.0)	165(100.0)	108(100.0)	1423*(100.0)

특 성	제 주 실수(%)	경 남 실수(%)	경 북 실수(%)	전 남 실수(%)	전 북 실수(%)	충 남 실수(%)	충 북 실수(%)	경 기 실수(%)	강 원 실수(%)	합계(전국) 실수(%)
학 력										
간호고등기술학교	1(2.7)	24(12.3)	62(26.6)	43(20.9)	29(12.6)	16(12.9)	18(14.1)	40(26.7)	15(13.9)	248(17.6)
3년제간호전문대학	36(97.3)	160(82.0)	163(70.0)	139(67.5)	191(82.7)	91(73.4)	101(78.9)	98(65.3)	84(77.8)	1063(75.3)
간호대학 및 기타대학	0(0)	11(5.7)	8(3.4)	24(11.6)	11(4.7)	17(13.7)	9(7.0)	12(8.0)	9(8.4)	101(7.2)
계	37(100.0)	195(100.0)	233*(100.0)	206*(100.0)	231(100.0)	124(100.0)	128*(100.0)	150*(100.0)	108(100.0)	1412*(100.0)
증 교										
기 독 교	12(32.4)	50(25.6)	84(36.2)	96(46.8)	121(52.6)	63(50.8)	58(42.6)	85(51.8)	48(45.7)	617(43.2)
천 주 교	10(27.0)	36(18.5)	45(19.4)	42(20.5)	25(10.9)	16(12.9)	34(25.0)	28(17.1)	23(21.9)	259(18.1)
불 교	7(18.9)	47(24.1)	45(19.4)	18(8.8)	19(8.3)	14(11.3)	10(7.4)	16(9.8)	11(10.5)	187(13.1)
기 타	0(0)	6(3.1)	5(2.2)	3(1.5)	7(3.0)	2(1.6)	6(4.4)	4(2.4)	2(1.9)	35(2.5)
무	8(21.6)	56(28.7)	53(22.8)	46(22.4)	58(25.2)	29(23.4)	28(20.6)	31(18.3)	21(20.0)	330(33.1)
계	37(100.0)	195(100.0)	232*(100.0)	205*(100.0)	230*(100.0)	124(100.0)	136(100.0)	164*(100.0)	105*(100.0)	1428*(100.0)
보건진료원 경력										
1년미만	21(58.3)	59(30.3)	55(23.7)	40(19.5)	77(33.3)	59(47.6)	56(41.2)	34(22.2)	29(27.4)	430(30.3)
1년이상 - 3년미만	11(30.6)	78(40.0)	105(45.3)	68(33.2)	66(28.6)	36(29.0)	58(42.7)	59(38.6)	42(39.6)	523(36.9)
3년이상 - 5년미만	3(8.3)	52(26.7)	63(27.1)	74(36.1)	53(23.0)	21(17.0)	14(10.2)	51(33.3)	32(30.2)	363(25.6)
5년이상	1(2.8)	6(3.0)	9(3.9)	23(11.2)	35(15.2)	8(6.5)	8(5.9)	9(5.9)	3(2.8)	102(7.2)
계	36(100.0)	195(100.0)	232*(100.0)	205*(100.0)	231(100.0)	124(100.0)	136(100.0)	153*(100.0)	106*(100.0)	1418*(100.0)

156 보건진료원현

순위가 일치하고 있다.

결혼상태는 기혼이 55.8%, 미혼이 40.7%로 나타났으며 이혼·별거·사별의 경우가 3.5%로 나타났다. 지역별 기혼자율의 분포는 경기지역이 73.9%로서 수위로 나타났으며, 경북 71.5%, 전남 65.7%, 충북 61.8% 등의 순위로 나타났고, 경남지역이 36.4%로 기혼자 분포율이 적게 나타났다.

현재 가족과 동거하고 있는 상태는 53.7%가 배우자 및 자녀와 동거하고 없었으며, 36.9%가 비동거자로 나타나 미혼자율 40.7%에 비해 비동거자율이 적게 나타난 것은 미혼자들도 부모 또는 형제들과 동거하고 있는 경우가 있기 때문으로 해석된다. 지역별로 배우자 및 자녀와의 동거율은 충북, 경북, 경기, 전북, 경남, 강원 등의 순위로 나타났다.

최종학력은 3년제 전문대학 졸업자가 75.3%로 대부분이었는데 이러한 현상의 주요인은 현재 간호교육기간의 학제가 3년제 전문대학 수가 4년제 대학의 수보다 월등히 많기 때문이라고 사료된다. 1970년대 초반까지 존재했던 간호고등학교 출신이 17.6%로 나타났는데 이들은 대부분 오랜 임상 및 지역사회 경험을 가진 보건진료원들이다. 정규대학과정 졸업자는 7.2%로 나타나 지역별로 학위소지율을 보면 충남 13.7%, 전남 11.6%로 높으며 강원, 경기, 충북, 경남, 경북 등의 순위를 나타내고 있으며 제주지역은 한명도 없는 것으로 나타난 점은 각 지역별 정규간호대학의 학생정원율과 유사한 결과라고 할 수 있다.

종교별 분포는 종교인이 76.9%, 비종교인이 23.1%로 나타났다. 종교인중에는 기독교가 43.2%, 천주교 18.1%, 불교 13.1% 등의 순위로 나타났다.

보건진료원의 경력은 1년이상 3년미만의 경우가 36.9%로 수위를 나타내고 있으며, 1년미만 30.3%, 3년이상 5년미만 25.6%, 5년이상 경력자는 7.2%로 나타났다. 그러나 보건진료원의 지역별 경력분포는 표에서 보는 바와같이 많은 차

이를 나타내고 있다. 이와같은 결과는 지역별로 보건진료소의 설치년도가 상이한 점에 영향하고 있는 결과로 사료된다.

2. 보건진료원의 업무에 관련된 배경

보건진료원의 업무와 관련된 배경으로 그들의 근무지역 조건, 현 거주지, 보건진료소의 시설, 보건진료소의 시설상태, 운영협의회의 수당으로 구분하여 분석한 결과 (표-4)와 같다.

보건진료원의 근무지역 조건은 갑지(일부 오백지지구) 50.9%, 을지(집적·수북·광산·오백지지구) 39.9%, 병지(도서지구) 9.1%로 분포되어 있었다. 지역별로 갑지가 많이 분포되어 있는 경우는 제주가 71.4%로 가장 높게 나타났으며, 전북 67.1%, 충북 65.3%, 경북 58.3%, 전남 55.9% 등의 순으로 나타났다.

현 거주지는 96.2%가 진료소나 담당 대상지역 내에서 거주하고 있었고, 담당 대상지역밖에서 거주하는 경우는 진료소 내에 숙소가 없기 때문으로 밝혀졌다. 건강문제란 때와 시간을 가리지 않고 발생할 수 있기 때문에 보건진료원은 항상 대상지역 내에 거주하면서 응급상황에 대처해야 한다. 따라서 법¹⁷⁾은 “보건진료원은 군수에 의하여 근무지역으로 지정받은 의료취약지역 내에 거주하여야 하며 군수의 허가없이 이탈하여서는 아니된다”고 규정하고 있다. 지역별로 진료소내 숙소에 거주하지 못하는 경우는 경남, 전북, 제주 등이 많은 것으로 나타났다.

보건진료소의 시설은 신축된 건물을 이용하는 경우가 79.0%이고, 기존 건물을 이용하고 있는 경우도 21.0%였다. 지역별로 보면 특히 제주지역의 경우 71.4%가, 충남지역의 47.2%가 기존 건물을 이용하고 있는 것으로 나타났다.

보건진료소의 시설상태에 대한 견해는 산술평균이 2.963으로 나타났으며, 27.9%의 보건진료원들이 대체로 진료소 시설상태에 대하여 긍정적인 반응을 나타냈고, 25.4%의 보건진료원들이 진료소 시설상태에 부정적인 반응을 보이고 있다. 또

표 4. 업무에 관한 배경

특성	체	주	경	남	경	북	진	남	건	북	총	남	총	북	경	기	강	원	합계(전국)	
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	
근무지역 조건																				
감지	25 (71.4)	79 (40.5)	137 (58.3)	114 (55.9)	151 (67.1)	34 (27.4)	79 (65.3)	69 (42.3)	30 (27.8)	718 (50.9)										
울지	7 (20.0)	91 (46.7)	87 (37.0)	64 (31.4)	70 (31.1)	70 (56.5)	35 (28.9)	68 (41.7)	71 (65.7)	563 (39.9)										
병지	3 (18.6)	25 (12.8)	11 (4.7)	26 (12.7)	4 (18)	20 (16.1)	7 (5.8)	26 (16.0)	8 (6.5)	129 (9.1)										
소계	35*(100.0)	195 (100.0)	235 (100.0)	204*(100.0)	225*(100.0)	124 (100.0)	121*(100.0)	163*(100.0)	108 (100.0)	1410*(100.0)										
협력주거																				
진료소내의숙소에 거주	30 (81.1)	153 (78.5)	224 (94.9)	200 (97.1)	182 (79.1)	108 (87.1)	123 (90.4)	154 (93.3)	93 (86.9)	1267 (88.3)										
대상지역내 민가에 거주	7 (18.9)	39 (20.0)	6 (2.5)	5 (2.4)	17 (7.4)	13 (10.5)	8 (5.9)	10 (6.1)	9 (8.4)	114 (7.9)										
인근지역에서 출퇴근	0 (0.0)	3 (1.5)	6 (2.5)	1 (0.5)	31 (13.5)	3 (2.4)	5 (3.7)	1 (0.6)	5 (4.7)	55 (3.8)										
소계	37 (100.0)	195 (100.0)	236 (100.0)	206*(100.0)	230*(100.0)	124 (100.0)	136 (100.0)	165 (100.0)	107*(100.0)	1436*(100.0)										
보건진료소의 시설																				
신축건물	10 (28.6)	132 (69.1)	216 (91.9)	185 (92.0)	158 (69.0)	65 (52.8)	128 (94.8)	131 (82.9)	90 (86.5)	1115 (79.0)										
기존건물	25 (71.4)	59 (30.9)	19 (8.1)	16 (8.0)	71 (31.0)	58 (47.2)	7 (5.2)	27 (17.1)	14 (13.5)	296 (21.0)										
소계	35*(100.0)	191*(100.0)	235 (100.0)	201*(100.0)	229*(100.0)	123*(100.0)	135*(100.0)	158*(100.0)	104*(100.0)	1411*(100.0)										
보건진료소의 시설상태																				
매우 좋다	0 (0.0)	6 (76.4)	9 (3.9)	7 (3.4)	5 (2.2)	3 (2.4)	1 (0.7)	5 (3.2)	2 (1.9)	38 (2.7)										
좋다	7 (19.4)	53 (10.8)	54 (23.2)	67 (32.5)	55 (24.2)	23 (18.7)	35 (25.9)	45 (28.5)	18 (17.5)	357 (25.2)										
그저 그렇다	20 (55.6)	69 (11.3)	121 (51.9)	99 (48.1)	101 (44.5)	58 (47.2)	71 (52.6)	66 (41.8)	55 (53.4)	660 (46.6)										
나쁘다	5 (13.9)	36 (1.5)	36 (15.5)	25 (12.1)	45 (19.5)	27 (22.0)	22 (16.3)	22 (13.9)	17 (16.5)	235 (16.6)										
매우 나쁘다	4 (11.1)	30 (0.0)	13 (5.6)	8 (3.9)	21 (9.3)	12 (9.6)	6 (4.5)	20 (12.7)	11 (10.7)	125 (8.8)										
소계	36*(100.0)	194*(100.0)	233*(100.0)	206*(100.0)	227*(100.0)	123*(100.0)	135*(100.0)	158*(100.0)	103*(100.0)	1415*(100.0)										
운영협의회 수당																				
못 받는다	22 (66.7)	149 (76.4)		176 (85.0)	131 (60.1)	28 (23.7)	1 (1.2)	66 (40.0)	0 (0.0)	573 (50.8)										
3만원 미만	8 (24.2)	21 (10.8)		10 (4.8)	19 (8.7)	0 (0.0)	5 (6.0)	43 (26.1)	39 (36.1)	145 (12.9)										
3만원 이상 6만원 미만	2 (6.1)	22 (11.3)		13 (6.3)	57 (26.1)	8 (6.8)	20 (23.8)	26 (15.8)	40 (37.1)	188 (16.7)										
6만원 이상 9만원 미만	1 (3.0)	3 (1.5)		4 (1.9)	10 (4.6)	79 (66.9)	56 (66.7)	23 (13.9)	28 (25.9)	204 (18.1)										
9만원 이상	0 (0.0)	0 (0.0)		4 (1.9)	1 (0.5)	3 (2.5)	2 (2.4)	7 (4.2)	1 (0.9)	18 (1.6)										
소계	33*(100.0)	195 (100.0)		207 (100.0)	218*(100.0)	118*(100.0)	84*(100.0)	165 (100.0)	108 (100.0)	1128 (100.0)										

* 무응답 제외

한 지역별로 볼 때 보건진료소의 시설이 기존 건물을 이용하고 있는 경우가 많은 제주지역과 충남지역의 경우 보건진료소 시설상태가 나쁘다고 응답한 경우가 많은 것으로 나타나 진료소는 기존건물을 이용하는 것보다 신축하는 경우가 보건진료원들이 더욱 긍정적인 반응을 보이는 것으로 사료된다.

보건진료소 운영협의회 수당은 아직도 전혀 못하고 있는 경우가 50.8%이며, 받고 있는 경우도 6만원 이상 9만원 미만인 18.1%, 3만원 이상 6만원 미만인 16.7%, 3만원 미만인 12.9%이며, 9만원 이상은 1.6%에 불과한 것으로 나타났다.

3. 보건진료원에 의한 보건의료 제공실태

보건진료원에 의해 보건의료 제공이 어느 정도 되고 있는지 분석하기 위하여 현재 담당하고 있는 주민수, 적정 담당 주민수, 연간 보건진료소를 이용한 주민수를 살펴본 결과 (표-5, 표-6)와 같다.

보건진료원이 현재 담당하고 있는 주민수는 평균 1,675명으로 나타났다. 이는 보건진료원이 인구 1,000~5,000명을 대상으로 활동하도록 계획된 범위 이내이다. 그러나 이와같은 결과는 우리나라의 총 인구가 약 4,200만³⁾으로 볼 때, 1987년말 현재 2,000여명의 전국 보건진료원들에 의해 보건医료를 제공받는 인구는 약 335만의 인구로서 우리나라 전체 인구의 약 8%가 보건진료원

에 의하여 보건医료를 제공받고 있다고 볼 수 있다. 한편 우리나라 전체인구중 농촌 인구를 34.6%¹⁴⁾ 36)로 보면 우리나라 전체 농촌 인구는 약 1,200만명으로 추정된다. 따라서 우리나라의 농촌인구는 약 28%가 보건진료원에 의해 보건医료를 제공받고 있는 것으로 나타났다.

보건진료원이 담당하는 주민의 적정수는 평균 1,360명으로서 현재 담당 주민수인 1,675명보다 315명이 적은 인원을 적정수로 보고 있다. 이는 곧 현재 담당하고 있는 주민수가 많다고 느끼고 있음을 시사하고 있다.

1985년 1년 동안 보건진료소 이용자는 평균 2,410명으로서 월평균 이용자수는 약 201명이며, 1월 평균 8.4명으로 나타났다. 이와같은 결과는 김⁶⁾의 연구 결과에서 나타난 13.8명과 유사하며, 17.0명* 보다는 다소 적게 나타났다.

그리고 보건진료소를 이용한 주민수가 500명이 하인 보건진료소도 11.3%로 나타난 본 연구결과를 볼 때 보건진료원의 근무지역이 병지 또는 재소기간이 1년 이하인 곳이 있는 점을 감안할 때 보건진료소를 이용하는 이용자수는 보다 증가될 것으로 예측된다.

또한 보건진료원에 의한 담당 주민수 수와 연간 이용자 수는 도시지역이 많은 전남과 경남지역에 적은 수로 나타나고 있어 도시지역을 제외한 지역의 평균 담당주민수와 이용자수는 더욱 증가될 것으로 추정된다.

* 1985년 2/4분기 보건진료소 운영상황 보고서 분석자료

표 5. 보건진료원에 의한 보건 의료 제공 실적

	체 주	경 남	경 북	전 남	전 북	충 남	충 북	경 기	강 원	전 국
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
현 담당 주민수										
500명이하	2 (5.4)	16 (8.5)	20 (8.4)	2 (1.0)	18 (7.8)	5 (4.1)	7 (5.7)	11 (7.1)	5 (4.9)	86 (6.2)
501 ~ 1000명	10 (27.0)	77 (40.7)	64 (27.0)	46 (23.1)	73 (31.6)	23 (18.9)	43 (35.3)	46 (29.5)	21 (20.3)	403 (28.9)
1001 ~ 1500명	7 (18.9)	45 (23.8)	70 (29.5)	55 (27.6)	62 (26.8)	30 (24.6)	33 (27.0)	37 (23.7)	42 (40.8)	381 (27.3)
1501 ~ 2000명	13 (35.1)	24 (12.7)	52 (21.9)	31 (15.6)	44 (19.0)	27 (22.1)	20 (16.4)	34 (21.8)	12 (11.7)	257 (18.4)
2001명이상	5 (18.9)	27 (14.3)	31 (13.1)	65 (32.7)	34 (14.8)	37 (30.3)	19 (15.6)	28 (17.9)	23 (22.3)	269 (19.3)
소 계	37 (100.0)	189*(100.0)	237(100.0)	199*(100.0)	231(100.0)	122*(100.0)	122*(100.0)	156*(100.0)	103*(100.0)	1396*(100.0)
적정 담당 주민수										
500명이하	3 (10.0)	9 (4.7)	10 (4.3)	5 (2.5)	6 (2.6)	4 (3.3)	5 (3.8)	4 (2.6)	3 (2.9)	49 (3.5)
501 ~ 1000명	4 (13.3)	88 (45.9)	108 (46.4)	70 (35.5)	144 (62.9)	57 (46.7)	68 (51.9)	76 (49.4)	49 (45.4)	664 (47.7)
1001 ~ 1500명	19 (63.3)	60 (31.2)	81 (34.8)	64 (32.5)	54 (23.6)	37 (30.4)	34 (26.0)	47 (30.5)	36 (33.3)	432 (31.0)
1501 ~ 2000명	1 (3.3)	31 (16.1)	33 (14.2)	25 (12.7)	23 (9.1)	17 (14.0)	2 (16.0)	19 (12.3)	14 (13.4)	184 (13.2)
2001명이상	3 (10.0)	4 (2.1)	1 (0.4)	33 (16.8)	2 (0.9)	7 (5.7)	3 (2.3)	8 (5.2)	2 (1.9)	63 (4.5)
소 계	30 (100.0)	192*(100.0)	233*(100.0)	197*(100.0)	229*(100.0)	122*(100.0)	131*(100.0)	154*(100.0)	104*(100.0)	1392*(100.0)
년간 이용 주민수										
500 ~	1 (5.0)	15 (13.0)	30 (12.7)	21 (18.1)	12 (8.5)	2 (3.9)	8 (12.9)	6 (5.8)	10 (11.8)	105 (11.3)
501 ~ 2000명	14 (70.0)	71 (61.8)	113 (47.7)	71 (61.2)	75 (52.8)	19 (37.3)	29 (46.8)	57 (54.8)	34 (40.0)	483 (51.8)
2001 ~ 4000명	4 (20.0)	21 (18.2)	65 (27.4)	18 (15.5)	47 (33.1)	23 (45.1)	22 (35.5)	26 (25.0)	25 (29.4)	251 (26.9)
4001 ~ 6000명	1 (5.0)	4 (3.5)	14 (5.9)	3 (2.6)	5 (3.5)	6 (11.6)	3 (4.8)	10 (9.6)	8 (9.5)	54 (5.8)
6001명이상	0 (0.0)	4 (3.5)	15 (6.3)	3 (2.6)	3 (2.1)	1 (1.9)	0 (0.0)	5 (4.8)	8 (9.5)	39 (4.2)
소 계	20*(100.0)	115*(100.0)	237(100.0)	116*(100.0)	142*(100.0)	51*(100.0)	62*(100.0)	104*(100.0)	85*(100.0)	932*(100.0)

* 무응답 제외

표 6. 지역별 연간 및 1일 평균 보건진료소 이용자 수

	세 주	경 남	경 북	전 남	전 북	충 남	충 북	경 기	강 원
지역별 평균 연간 이용자 수	2,201명	1,988명	4,022명	1,586명	2,290명	2,370명	1,923명	2,708명	2,600명
지역별 1일평균 이용자 수	7.6명	6.9명	14.0명	5.5명	8.0명	8.0명	6.7명	9.4명	9.0명

* 연간 이용인수 = 12월 × 24일 = 288일

4. 보건진료원과 보건의료 관련기관과의 관계

보건진료원이 보건의료 관련기관과의 관계를 파악하기 위하여 사업대상 지역내의 보건의료자원 및 이용정도, 많이 이용하는 의뢰기관, 보건소·보건지소·민간 보건의료기관과의 협조관계, 원하는 감독체계, 전문 간호원에 의한 기술지도 및 감독에 대한 견해를 분석하였다. 그 결과는 (표-7)에서 보는 바와 같다.

사업대상 지역내에 있는 보건의료 자원은 약국 및 약종상이 48.2%로 가장 많이 분포되어 있으며, 보건지소도 24%가 보건진료소 사업 대상지역내에 공유하고 있는 것으로 나타났다.

지역주민의 이용도가 가장 높은 보건의료자원은 보건진료소가 56.5%로 가장 높게 나타났으며, 약국 및 약방이 45.4%, 의원 5.7%, 기타 조산소, 보건지소, 모자보건 센터 등의 이용도는 2.4%에 불과한 것으로 나타났다. 이와같은 결과는 71.9%가 약국(방)을 이용하고 있다는 송²¹⁾의 연구결과와는 많은 변화를 가져왔음을 나타내고 있으며 김⁸⁾의 연구결과에서 나타난 보건진료소 48.8%, 병의원 24.2%, 약국 18.6%와도 보건진료소 이용 정도의 차이와 차위간의 변화를 보이고 있어 보건진료소는 점차적으로 그 이용도가 증가되어 가고 있음을 나타내고 있다.

보건진료원이 환자진료업무에 있어서 가장 많이 이용하고 있는 의뢰기관은 병·의원으로서 73.4%를 나타내고 있으며, 보건소 17.3%, 보건지소가 5.6%, 모자보건 센터 2.6%의 순으로 나타났다. 따라서 보건진료원들이 가장 많이 의뢰하는 기관은 병·의원으로 민간 보건기관이나 협조관계에서 민간 보건의료기관과의 협조가 가장 안되고 있는 이유를 파악해 볼 필요가 있다.

보건진료원이 업무를 수행함에 있어 보건의료 관련기관과의 협조여부는 사업수행에 있어 매우 중요한 요소가 된다. 김⁶⁾의 연구에서도 지역사회 조직의 지원이 있을때 업무수행에 유의한 차이를 나타내고 있다.

본 연구에서는 단지 보건의료 관련기관과의 협조관계만을 파악하였는데 협조관계는 최고 5점부터 최저 1점까지로 볼 때 산술평균은 보건소 3.465, 보건지소 3.015, 민간보건의료기관 2.982 순으로 나타나 대체로 업무협조는 원만한 정도로 분석되나 각 기관별로 협조가 되지 않고 있는 이유를 조사해 볼 필요가 있다. 그리고 지역별로는 각 기관에 따라 상이한 차이를 보이고 있으나 대체로 경북지역에서 협조가 잘 되고 있는 것으로 나타난 반면 전북과 제주지역에서 협조가 잘 되지 않고 있는 것으로 나타났다.

원하는 감독체계로는 보건소장, 보건지소장, 보건진료소 운영협의회장을 들어 질문한 결과 보건소장 62.0%, 운영협의회장 11.7%, 보건지소장 54.7% 등의 순위를 나타냈다. 이와 같은 결과는 박¹⁵⁾의 연구결과에서 순위로 나타난 보건지소장 54.7%와 유사하다. 그러나 보건소장과 보건지소장은 본연의 직무가 있고 김²⁾등의 연구결과에 의하면 보건진료원들을 지도감독해야 하는 필요성을 제시하면서, 전국의 보건소장은 의료직이 54.8%, 보건직이 33.3%, 행정직이 11.9%라고 하고 보건지소장에게 보건진료원 지도감독의 권한을 부여하는데 대한 보건지소장의 의견은 19.0%는 반대 31.6%는 어려울 것이라고 답변하면서 그 이유는 보건지소장의 능력이 부족하다고 한 경우가 29.7%로 가장 높게 나타난 것을 감안할 때 이들에 의한 지도 감독이나 비전문적인 운영협의회장에 의

표 7.

보건 의료 지원 및 협조 관계

	제 주 실수 (%)	경 남 실수 (%)	경 북 실수 (%)	진 남 실수 (%)	진 북 실수 (%)	충 남 실수 (%)	충 북 실수 (%)	경 기 실수 (%)	강 원 실수 (%)	합계 (진북) 실수 (%)
지역내보건의료지원분포										
한약방	0 (0.0)	11 (5.9)	18 (10.3)	2 (.1.1)	19 (10.3)	4 (3.8)	15 (14.6)	9 (8.9)	5 (4.9)	83 (7.1)
약방 및 약종상	10 (27.0)	88 (47.1)	95 (54.3)	80 (45.5)	95 (51.4)	52 (50.0)	31 (30.1)	46 (45.5)	64 (62.1)	561 (48.2)
보건지소	12 (32.4)	59 (31.5)	36 (20.6)	31 (17.6)	46 (24.9)	25 (24.0)	30 (29.1)	24 (23.8)	16 (15.5)	279 (24.0)
기 타	8 (21.6)	29 (15.5)	26 (14.8)	63 (35.8)	25 (13.5)	23 (22.1)	27 (26.2)	22 (21.8)	18 (17.5)	241 (20.7)
소 계	30* (100.0)	187* (100.0)	175* (100.0)	176* (100.0)	185* (100.0)	104* (100.0)	103* (100.0)	101* (100.0)	103* (100.0)	1164* (100.0)
보건의료원 이용정도										
의 료	2 (5.4)	14 (7.2)	7 (3.1)	11 (5.3)	9 (3.9)		4 (3.4)	11 (7.5)	14 (13.3)	72 (5.7)
약 국	8 (22.9)	28 (14.4)	47 (21.0)	41 (19.8)	62 (26.8)		24 (20.7)	51 (34.7)	17 (16.2)	278 (22.1)
약 방	7 (20.0)	28 (11.9)	25 (11.2)	41 (19.8)	25 (10.8)		15 (12.7)	20 (13.6)	12 (11.4)	168 (13.3)
보건진료소	18 (51.4)	122 (62.9)	138 (61.6)	109 (52.6)	129 (55.8)		70 (60.3)	63 (42.9)	62 (59.0)	711 (56.5)
기타 (주산소, 보건보건 센터, 보건지소등)	0 (0)	7 (3.6)	7 (3.1)	5 (2.5)	6 (2.6)		3 (2.6)	2 (1.4)	0 (0.0)	30 (2.4)
소 계	35* (99.7)	194* (100.0)	224* (100.0)	207 (100.0)	231 (100.0)		116* (100.0)	147* (100.0)	105* (99.9)	1259* (100.0)
많이 이용하는 의료기관										
보건소	4 (10.8)	29 (15.0)	56 (23.7)	29 (14.7)	40 (17.3)		13 (10.2)	18 (12.2)	39 (36.4)	242 (17.3)
보건지소	1 (2.7)	17 (8.8)	10 (4.2)	8 (4.1)	17 (7.4)		6 (4.7)	8 (5.4)	3 (2.8)	78 (5.6)
모자보건센터	0 (0.0)	3 (1.8)	4 (1.7)	4 (2.0)	7 (3.0)		8 (6.3)	7 (4.7)	2 (1.9)	36 (2.6)
병 원	29 (78.3)	113 (58.6)	102 (43.2)	93 (47.2)	75 (32.5)		66 (52.0)	101 (68.2)	39 (36.4)	683 (48.8)
의 원	2 (5.4)	30 (15.5)	62 (26.3)	61 (31.0)	91 (39.4)		31 (24.4)	11 (7.4)	21 (19.6)	344 (24.6)
기 타	1 (2.7)	1 (0.5)	2 (0.8)	2 (1.0)	1 (0.4)		3 (2.4)	3 (2.0)	3 (2.8)	17 (1.2)
소 계	37 (100.0)	193* (100.0)	236 (100.0)	197* (100.0)	231 (100.0)		127* (100.0)	148* (99.9)	107* (100.0)	1400* (100.0)
보건소와의 협조관계										
매우잘되고있다	1 (2.7)	13 (6.7)	22 (9.3)	22 (10.8)	21 (9.1)		13 (9.9)	17 (10.6)	8 (7.4)	122 (8.6)
잘되고있다	9 (24.3)	91 (46.7)	101 (42.8)	91 (44.8)	86 (37.4)		44 (33.3)	67 (41.9)	46 (42.6)	578 (40.6)
보통이다	22 (59.5)	79 (40.5)	100 (42.4)	79 (38.9)	104 (45.2)		49 (37.1)	60 (37.5)	46 (42.6)	596 (41.9)
잘되고있지않다	3 (8.1)	11 (5.6)	12 (5.1)	11 (5.4)	16 (6.9)		12 (9.1)	14 (8.8)	6 (5.6)	96 (6.7)
전혀안되고있다	2 (5.4)	1 (0.5)	1 (0.4)	0 (0.0)	3 (1.3)		14 (10.6)	2 (1.3)	2 (1.9)	32 (2.2)
소 계	37 (100.0)	195 (100.0)	236 (100.0)	203* (100.0)	230* (100.0)		132* (100.0)	160* (100.0)	108 (100.0)	1424* (100.0)

	계	주	경	남	북	전	남	전	남	북	중	경	기	강	원	합계(전국)
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
보건진료소의 협조관계																
매우잘되고있다	0 (0.0)	6 (3.1)	14 (6.2)	8 (4.1)	11 (5.2)	5 (4.2)	15 (16.6)	8 (5.2)	6 (6.3)	73 (5.4)						
잘되고있다	1 (2.9)	52 (27.3)	84 (37.3)	45 (23.1)	36 (17.0)	37 (30.8)	26 (20.1)	43 (27.7)	30 (31.3)	354 (26.1)						
보통이다	17 (50.0)	90 (47.1)	95 (42.2)	90 (46.2)	81 (38.2)	47 (39.2)	62 (48.1)	70 (45.2)	38 (39.6)	590 (43.5)						
잘되지않고있다	10 (29.4)	25 (13.1)	27 (12.0)	31 (15.9)	43 (20.3)	19 (15.8)	14 (10.9)	20 (12.9)	11 (11.5)	200 (14.7)						
전혀 안되고있다	6 (17.6)	18 (9.4)	5 (2.2)	21 (10.8)	41 (19.3)	12 (10.0)	12 (9.3)	14 (9.0)	11 (11.5)	140 (10.3)						
소 계	34*(100.0)	191*(100.0)	225*(100.0)	195*(100.0)	212*(100.0)	120*(100.0)	129*(100.0)	155*(100.0)	96*(100.0)	1357 (100.0)						
민간보건진료기관과의협조 관계																
매우잘되고있다	0 (0.0)	7 (3.6)	11 (4.7)	3 (1.5)	4 (1.7)	1 (0.8)	9 (6.7)	11 (7.0)	0 (0)	46 (3.2)						
잘되고있다	11 (30.6)	42 (21.5)	45 (19.1)	41 (19.9)	52 (22.7)	33 (27.0)	32 (23.9)	43 (27.2)	34 (31.8)	333 (23.4)						
보통이다	13 (36.1)	101 (51.8)	127 (54.0)	108 (52.4)	102 (44.5)	62 (50.8)	63 (47.0)	70 (44.3)	50 (46.7)	696 (48.9)						
잘되지않고있다	7 (19.4)	34 (17.5)	39 (16.6)	40 (19.4)	51 (22.3)	16 (13.1)	21 (15.7)	20 (12.7)	16 (15.0)	244 (17.2)						
전혀 안되고 있다	5 (13.9)	11 (5.6)	13 (5.5)	14 (6.8)	20 (8.7)	10 (8.2)	9 (6.7)	14 (8.9)	7 (6.5)	103 (7.2)						
소 계	36*(100.0)	195 (100.0)	235 (100.0)	206*(100.0)	229*(100.0)	122*(100.0)	134*(100.0)	158*(100.0)	107*(100.0)	1422*(100.0)						
원하는 감독체계																
보건소장	11 (30.6)	109 (56.5)	172 (74.8)	126 (65.6)	133 (59.1)	77 (63.6)	61 (47.3)	104 (68.4)	64 (61.5)	857 (62.0)						
보건지소장	0 (0.0)	7 (3.6)	14 (6.1)	8 (4.2)	16 (7.1)	4 (3.3)	9 (7.0)	7 (4.6)	6 (5.8)	71 (5.1)						
보건진료운영협의회회장	6 (16.7)	29 (15.0)	24 (10.4)	24 (12.5)	26 (11.6)	19 (15.7)	11 (8.5)	13 (8.6)	10 (9.6)	162 (11.7)						
기 타	19 (52.8)	48 (24.8)	20 (8.7)	34 (17.7)	50 (22.2)	21 (17.4)	48 (37.2)	28 (18.4)	24 (23.1)	292 (21.1)						
소 계	36*(100.0)	193*(100.0)	230*(100.0)	192*(100.0)	225*(100.0)	121*(100.0)	129*(100.0)	152*(100.0)	104*(100.0)	1382*(100.0)						
전문간호요원에 의한 기술 지도 및 감독에 대한 견해																
매우찬성한다	9 (24.3)	33 (16.9)	32 (13.5)	34 (16.6)	47 (20.4)	19 (15.3)	27 (21.8)	21 (13.3)	18 (16.7)	240 (17.0)						
찬성한다	15 (40.5)	78 (40.0)	112 (47.3)	78 (38.0)	102 (44.3)	45 (36.3)	44 (35.5)	65 (41.1)	62 (58.5)	601 (42.5)						
그저 그렇다	1 (2.7)	37 (19.0)	48 (20.3)	45 (22.0)	43 (18.7)	26 (21.0)	22 (17.7)	36 (22.8)	15 (14.2)	273 (19.3)						
반대한다	12 (32.4)	36 (18.5)	35 (14.8)	41 (20.0)	34 (14.8)	27 (21.8)	22 (17.7)	27 (17.1)	10 (9.4)	244 (17.2)						
절대반대한다	0 (0.0)	11 (5.6)	10 (4.2)	7 (3.4)	4 (1.7)	6 (4.8)	9 (7.3)	9 (5.7)	1 (0.9)	57 (4.0)						
소 계	37 (100.0)	195 (100.0)	237 (100.0)	205*(100.0)	230*(100.0)	123*(100.0)	124*(100.0)	158*(100.0)	106*(100.0)	1415*(100.0)						

* 무응답 제외

한 지도 감독 체계보다도 군단위에 보건진료원을 지도 감독할 수 있는 전문요원의 배치에 대한 검토가 이뤄져야 한다고 본다.

전문 간호감독 요원에 의한 기술지도 및 감독의 견해는 찬성 59.5%, 반대 21.2%로 나타났는데 최고 5.0에서 최저 1.0까지의 산술평균은 3.511로 나타나 이들의 호응도는 대체로 높은 것으로 분석된다. 현재 보건진료원을 지도감독하는 요원으로는 기술분야의 경우 보건소장과 보건소의 관리의사 및 보건지소장, 개업의 등이며, 행정분야의 경우 보건소장과 보건소의 보건행정계장, 예방의약계장, 기타 행정담당자 등²⁾으로 다원화되어 있는 실정이다. 또한 지도방법으로는 공문, 현지출장, 집단지도 및 전화를 이용한 지시 등이며 한편으로는 필요에 의해 피지도 감독자가 직접 방문 또는 전화로 문의해 오는 경우도 있을 수 있다.⁴⁸⁾ 그리고 보건소장이 지적한 지도감독에 대한 문제점으로는 제도적인 근거가 없고, 소장의 시간부족 및 동기력 부족 등²⁾을 들고 있어 보건진료원들을 지도 감독할 수 있는 제도의 확립은 보다 시급한 것으로 지적되고 있다.

5. 보건진료원의 직무영역별 업무수행정도

보건진료원이 수행하는 업무를 7개의 직무영역으로 구분한 후 각 영역내용을 다시 세분화 하여 총 52개 문항으로 구성하였다. 이는 5단계 등위 평정법을 적용하여 평균과 표준편차를 산출하였고 점수가 높을수록 해당 업무를 자주 수행하는 것을 나타내도록 하였다. 응답결과는 (표-8)과 (표-9)에서 보는 바와 같다.

보건진료원들이 7개 직무영역중 가장 많이 수행하는 직무영역은 “통상질환관리”로 나타났으며, 차위는 “사업운영관리 및 지도”, 다음은 “지역사회 조직 및 개발”과 “사업계획 수립” 영역이 동일하게 나타났고, “지역사회 보건관리”와 모자보건 및 가족계획, “보건정보 체계개발”의 순위로 나타났다.

이와같은 결과를 다시 직무영역별로 세분화 해

보면 다음과 같다.

1) 지역사회 조직 및 개발

이에 관련된 직무내용은 보건진료소 운영협의회 운영이 3.17로 가장 높고, 사업대상 지역의 각종 조직의 파악 수행이 3.16, 지역사회 보건조직의 활용이 3.11의 순위를 나타냈다.

이는 이들 직무가 보건진료원이 배치되던 초기에 수행되고 그 이후에는 자주 수행되지 않았기 때문인 것으로 분석된다.

2) 사업계획 수립

이에 관련된 직무내용은 “사업대상 지역의 인구구조 및 특성의 파악”이 3.30으로 수위를 나타내고 있으며, “보건사업 대상자 파악 및 사업의 우선순위 결정이” 3.17, “지역사회 보건의료 자료의 조사 및 활용” 3.09, “지역사회 보건통계 자료의 수집” 3.03의 순위로 나타났다.

이와같은 직무는 일차건강관리 사업에 있어 필수적이며, 또한 사업평가계획 수립과 지역사회 보건통계 자료의 수집, 사업계획 수립시 함께 계획되어야 하는 직무임에도 수행도가 낮은 것으로 나타나 이에 대한 지도 및 보수교육이 주어져야 한다고 사료되며, 보건진료원 경력이 풍부한 전문 지도 감독체계의 확립이 절실히 필요하다고 본다.

3) 지역사회 보건관리

이에 관련된 직무내용은 “지역주민의 영양관리”가 3.33으로 수위를 나타내고 있으며, “농약의 관리교육” 3.21, “취학아동들에게 보건교육 실시” 3.20, “지역주민들에게 보건교육 실시” 3.12, “변소의 위생관리 교육” 3.09, “음료수 관리를 위한 수질 검사용 가검물의 채취” 2.71의 순위로 나타났다.

이와같은 결과는 지역사회 환경에 대한 보건관리의 전반적인 업무가 대체로 잘 이루어지고 있음을 나타내고 있다.

4) 모자보건 및 가족계획

이에 관련된 직무내용은 “영유아의 관리 및 예방접종”이 3.55로 수위를 나타냈고, “유아의 영양지도” 3.51, “가족계획 대상자 계몽교육” 3.40.

보건진료원의 업무영역별 수행정도

표-8

목적	내용	수행정도				정도	계수 (%)	평점
		매우자주한다	자주한다	보통이다	거의하지않는다			
1. 지역사회조직및 개발								
1) 사업대상지역의 각종 조직의 파악		35 (2.6)	331 (24.2)	830 (60.6)	161 (11.8)	12 (0.9)	1369 (100.0)	3.16
2) 지역사회 조직의 활용		22 (1.6)	328 (23.8)	824 (59.7)	196 (14.2)	11 (0.8)	1381 (100.0)	3.11
3) 보건진료소 운영협의회 운영		68 (4.9)	340 (24.5)	761 (54.9)	191 (13.8)	26 (1.9)	1386 (100.0)	3.17
2. 사업계획 수립								
4) 사업대상 지역의 인구 구조및 특성의파악		61 (4.5)	442 (32.3)	720 (52.6)	133 (9.7)	12 (0.9)	1368 (100.0)	3.30
5) 지역사회 보건 통계자료의 수집		30 (2.1)	285 (20.0)	825 (58.0)	270 (19.0)	13 (0.9)	1423 (100.0)	3.03
6) 지역사회 보건진료자료의 조사 및 활용		29 (2.1)	313 (22.8)	799 (58.3)	210 (15.3)	19 (1.4)	1370 (100.0)	3.09
7) 보건사업대상자 파악 및 사업의 우선순위 결정		50 (3.7)	358 (26.6)	720 (53.5)	202 (15.0)	15 (1.1)	1345 (100.0)	3.17
8) 보건사업 평가계획의 수립		30 (2.1)	326 (22.8)	784 (54.8)	270 (18.9)	20 (1.4)	1430 (100.0)	3.05
3. 지역사회 보건관리								
9) 음료수관리를 위한 수질 검사용 가감물의 채취		43 (3.2)	249 (18.3)	466 (34.2)	476 (34.9)	129 (9.5)	1363 (100.0)	2.71
10) 변소의 위생관리 교육		59 (4.3)	378 (27.3)	627 (45.2)	280 (20.2)	43 (3.1)	1387 (100.0)	3.09
11) 농약의 관리 교육		75 (5.4)	467 (33.7)	557 (40.2)	246 (17.7)	41 (3.0)	1386 (100.0)	3.21
12) 지역주민의 영양관리		95 (6.9)	508 (36.7)	563 (40.7)	188 (13.6)	30 (2.2)	1387 (100.0)	3.33
13) 취약아동들의 보건교육 실시		68 (4.9)	428 (31.0)	630 (45.7)	223 (16.2)	30 (2.2)	1379 (100.0)	3.20
14) 지역주민의 집단보건교육 실시		46 (3.4)	352 (25.9)	716 (52.6)	219 (16.1)	28 (2.1)	1361 (100.0)	3.12
4. 모자보건 및 가족계획								
15) 임신진단		75 (5.6)	336 (25.2)	562 (42.1)	273 (20.4)	89 (6.7)	1335 (100.0)	3.03

직	부	내	용	행						계	평	점								
				수	자주한다	보통이다	거의하지않는다	도	진하지않는다											
16)	산과적	진찰	및	일반적	처치	80	(5.6)	451	(31.5)	603	(42.2)	257	(18.0)	39	(2.7)	1430	(100.0)	3.19		
17)	고위험	임신부	관리	80	(5.7)	329	(23.4)	516	(36.7)	360	(25.6)	120	(8.5)	1405	(100.0)	2.92				
18)	정상분민	의	개조	62	(4.5)	271	(19.8)	529	(38.6)	402	(29.3)	107	(7.8)	1371	(100.0)	2.84				
19)	분만셀	사용법	지도	70	(5.1)	348	(25.2)	553	(40.0)	327	(23.7)	83	(6.0)	1381	(100.0)	3.00				
20)	이상분민	의	감별	66	(4.8)	320	(23.1)	591	(42.6)	336	(24.2)	73	(5.3)	1386	(100.0)	2.98				
21)	산부	의	건강상태	파악	110	(8.0)	493	(36.1)	535	(39.1)	197	(14.4)	32	(2.3)	1367	(100.0)	3.33			
22)	신생아	의	이상상태	감별	및	의뢰	98	(7.2)	482	(35.2)	534	(39.0)	210	(15.3)	1369	(100.0)	3.28			
23)	영유아	의	관리	,	예방	중	245	(18.2)	550	(40.9)	317	(23.6)	163	(12.1)	1345	(100.0)	3.55			
24)	유아기	의	영양지도	196	(15.5)	529	(41.8)	321	(25.3)	167	(13.2)	54	(4.3)	1267	(100.0)	3.51				
25)	가족	계획	대상자	계몽	교육	178	(13.2)	535	(39.7)	362	(26.9)	194	(14.4)	79	(5.9)	1348	(100.0)	3.40		
26)	IUD	시술	138	(10.2)	262	(19.4)	267	(19.7)	334	(24.7)	352	(26.0)	1353	(100.0)	2.63					
27)	피임	약제	의	배부	169	(12.3)	366	(26.7)	468	(34.1)	255	(18.6)	113	(8.2)	1371	(100.0)	3.16			
28)	가족	계획	실시	지사의	추진	관리	104	(7.6)	466	(33.9)	560	(40.7)	189	(13.7)	1376	(100.0)	3.27			
29)	가족	계획	실시	지사의	부작용	관리	101	(7.4)	404	(29.5)	581	(42.4)	228	(16.6)	1370	(100.0)	3.19			
30)	영구	불임	시술	을	위한	위뢰	125	(9.1)	428	(31.1)	594	(43.2)	183	(13.3)	1376	(100.0)	3.29			
5. 동상				질환	관리															
31)	환자	진단	을	위한	병력	조사,	진찰,	임상	검	217	(17.8)	494	(40.5)	437	(35.8)	33	(2.7)	1221	(100.0)	3.67
32)	기초	진료	범위	내	의	환자	투약	및	처치	353	(25.7)	513	(37.4)	273	(19.9)	143	(10.4)	1372	(100.0)	3.65
33)	기초	진료	범위	외	의	환자	의뢰	211	(15.4)	505	(37.0)	446	(32.7)	156	(11.4)	1365	(100.0)	3.50		
34)	질병	예방	을	위한	교육	의	실시	184	(13.5)	490	(36.0)	486	(35.7)	161	(11.8)	1361	(100.0)	3.45		

직 무 내 용	행 정						도 전하여지않는다	제 수 (%)	평 점
	수			장					
	매우자주한다	자주한다	보통이다	거의하지않는다	전혀하지않는다				
35) 기초진료 범위내의 응급환자의 치료	182 (13.2)	535 (38.8)	466 (33.8)	156 (11.3)	40 (2.9)		1379 (100.0)	3.48	
36) 기초진료 범위외의 응급환자의 의뢰	155 (11.4)	452 (33.1)	563 (41.3)	158 (11.6)	36 (2.6)		1364 (100.0)	3.34	
37) 환자 추구 관리	120 (8.8)	478 (35.2)	562 (42.4)	165 (12.1)	34 (2.5)		1359 (100.0)	3.36	
6. 사업운영관리 및 지도									
38) 보건진료소 사업운영을 위한 계획서 작성	88 (6.5)	373 (27.6)	726 (53.8)	143 (10.6)	2 (1.6)		1351 (100.0)	3.27	
39) 장비, 물품, 비품관리를 위한 대장의 비치	244 (18.2)	501 (37.3)	345 (25.7)	198 (14.7)	55 (4.1)		1343 (100.0)	3.51	
40) 약품관리를 위한 대장의 비치	320 (23.4)	488 (35.7)	341 (24.9)	156 (11.4)	63 (4.6)		1368 (100.0)	3.62	
41) 보건진료소 운영상황보고서 작성	226 (16.5)	462 (33.8)	491 (35.9)	145 (10.6)	43 (3.1)		1367 (100.0)	3.50	
42) 환자진료 기록부 작성	406 (29.7)	449 (32.9)	275 (20.1)	141 (10.3)	95 (7.0)		1366 (100.0)	3.68	
43) 조산기록부 작성	159 (11.7)	354 (26.1)	527 (38.9)	232 (17.1)	84 (6.2)		1356 (100.0)	3.20	
44) 일반관리업무(공문서, 회계기록, 활동기록) 및 기타 기록부 작성	284 (20.8)	442 (32.4)	377 (27.6)	171 (12.5)	90 (6.6)		1364 (100.0)	3.48	
45) 보건진료소 사업평가의 실시	74 (5.5)	263 (19.4)	703 (51.9)	273 (20.2)	41 (3.0)		1354 (100.0)	3.04	
46) 마을건강원의 조직	98 (7.0)	301 (22.0)	702 (51.3)	242 (17.7)	53 (3.9)		1396 (100.0)	3.17	
47) 마을건강원의 활용	65 (4.5)	278 (19.4)	673 (47.0)	303 (21.1)	49 (3.4)		1433 (100.0)	2.87	
48) 보건요원의 활용	70 (5.1)	333 (24.4)	673 (49.2)	245 (17.9)	46 (3.4)		1367 (100.0)	3.10	
49) 마을건강원에 대한 교육 및 활동지도	59 (4.3)	273 (20.0)	714 (52.3)	261 (19.1)	58 (4.2)		1365 (100.0)	3.01	
50) 보건요원의 지도감독	105 (8.0)	216 (16.4)	495 (37.5)	349 (26.4)	155 (11.7)		1320 (100.0)	2.82	
7. 보건정보체계									
51) 보건정보체계개발	77 (5.7)	246 (18.2)	731 (54.2)	251 (18.6)	44 (3.3)		1349 (100.0)	3.05	
52) 보건정보 수집	87 (6.4)	316 (23.4)	719 (53.3)	188 (13.9)	40 (3.0)		1350 (100.0)	3.16	

표 - 9

보건진료원의 업무영역별 평균 평점

직 무 영 역	제주	경남	경북	전남	전북	충남	충북	경기	강원	전국
지역사회조직 및 개발	3.1	3.2	3.1	2.8	3.1	2.9	3.2	2.8	3.3	3.1
사업계획 수립	3.2	3.2	3.1	2.9	3.1	3.0	3.2	2.8	3.1	3.1
지역사회 보건 관리	3.0	3.2	3.2	2.7	3.2	3.0	3.1	2.8	3.1	3.0
모자보건 및 가족 계획	3.3	3.0	3.2	2.8	3.1	3.0	3.1	2.3	3.3	3.0
통상질환 관리	3.7	3.8	3.8	2.3	3.8	2.7	3.7	2.5	3.7	3.3
사업운영 관리 및 지도	3.8	3.3	3.4	2.5	3.5	2.6	3.4	2.7	3.5	3.2
보건정보 체계 개발	2.9	3.0	3.1	3.0	3.1	3.1	3.0	2.0	3.2	2.9

“산부의 건강상태 파악” 3.33, “영구 불임시술을 위한 의뢰” 3.29, “신생아의 이상상태 감별 및 의뢰” 3.28, “가족계획 실시자의 추서관리” 3.27, “산과적 진찰 및 일반적 처치”와 “가족계획 실시자의 부작용 관리”가 동일하게 3.19, “피임약제의 배부” 3.16, “임신진단” 3.03, “분만샐트 사용법 지도” 3.00, “이상분만의 감별” 2.98, “고위험 임신부 관리” 2.92, “정상분만의 개조” 2.84, “IUD 시술” 2.63의 순위로 나타났다.

이와같은 결과는 보건진료원이 배치된 시기와 관련이 있을 것으로 예상되며, 특히 IUD 시술 대상자는 감소하였음을 추정할 수 있고 고위험 임신부 관리는 적절한 시기에 이차보건의료 기관으로 의뢰하여 관리 받을 수 있도록 하기 때문에 사료된다. 그러나 김⁵⁹⁾등의 연구 결과에 의하면 보건진료원들의 활동하고 있는 지역의 모자보건 및 가족계획의 실태는 보건진료원이 배치되기 이전의 실태 보다는 수혜율이 높게 나타났으나 전국 농촌지역의 수혜율과 큰 차이가 없으므로 장차 이 영역에 보건진료원들은 더욱 초점을 두어야 한다고 본다.

5) 통상질환 관리

이에 관련된 직무내용은 “환자진단을 위한 병력 조사, 진찰, 임상검사 의뢰”가 3.67로 수위를 나타내고 있으며 “기초진료 범위내의 환자투약 및 처치” 3.65, “기초진료 범위 외의 환자의뢰” 3.50, “기초진료 범위 내의 응급환자의 치료” 3.48, “질

병예방을 위한 교육의 실시” 3.45, “환자 추후 관리” 3.36, “기초진료 범위 외의 응급환자의 의뢰” 3.34의 순위로 나타났다.

6) 사업운영 관리 및 지도

이에 관련된 직무는 “환자 진료 기록부 작성”이 3.68로 수위를 나타내고 있으며, “약품관리를 위한 대장의 비치” 3.62, “장비, 물품, 비품관리를 위한 대장의 비치” 3.51, “보건진료소 운영상황 보고서 작성” 3.50, “일반관리 업무(공문서, 회계 기록, 활동기록) 및 기타 기록부 작성” 3.48, “보건진료소 사업운영을 위한 계획서 작성” 3.27, “조산 기록부 작성” 3.20, “마을건강원의 조직” 3.17 “보건요원의 활용” 3.10, “보건진료소 사업평가의 실시” 3.04, “마을 건강원에 대한 교육 및 활동지도” 3.01, “마을 건강원의 활용” 2.87, “보건요원의 지도감독” 2.82의 순으로 나타났다.

이와같은 결과는 사업평가, 지역사회 인력의 활용 및 지역사회 간호행정면의 업무들이 수행되도록 교육시 지식 및 기술의 강화와 업무수행 능력을 높일 수 있는 교육과정이 강화되어야 할 것으로 본다.

7) 보건정보체계

이에 관련된 직무는 “보건정보 수집” 3.16, “보건정보 체계 개발” 3.05로 나타났다.

이와같은 결과는 사업운영 관리 및 지도 영역과 관련이 깊은 영역으로서 마을건강원과 같은 각종 자원을 활용한 정보수집 방법을 강구해야 할 것으로 본다.

로 사료된다.

6. 보건진료원의 직무영역별 평균 업무 수행시간

보건진료원의 직무영역을 1일 8시간으로 하여 주 44시간을 기준으로 평균 업무량을 측정하였는데 그 결과는 (표-10)에서 보는 바와 같다.

(표-10)에서 보는 바와 같이 7개 직무영역중 통상질환 관리에 평균 18.3시간이라는 많은 시간을 소비하고 있으며, 지역사회 보건관리에 6.2시간, 모자보건 및 가족계획에 5.8시간, 사업 운영 관리 및 지도에 4.2시간, 지역사회 조직 및 개발과 사업계획 수립에 각각 3.4시간, 보건정보 체계

표 - 10 보건진료원의 직무영역별 평균 수행시간 (단위 : 시간)

직 무 내 용	제주	경남	경북	전남	전북	충남	충북	경기	강원	전국
지역사회조직 및 개발	2.7	3.9	3.4	3.7	3.2	3.0	3.5	3.8	3.1	3.4
사업계획 수립	2.9	3.8	3.1	3.7	3.3	3.2	3.6	3.7	2.9	3.4
지역사회 보건관리	5.2	7.6	6.2	7.1	5.3	6.4	6.7	6.0	5.7	6.2
모자보건 및 가족계획	7.4	5.2	6.1	5.4	5.0	4.8	5.6	7.4	5.5	5.8
통상 질환 관리	19.7	16.7	20.4	16.3	20.5	19.0	15.9	17.6	18.6	18.3
사업운영 관리 및 지도	3.8	3.9	5.3	4.1	3.4	4.8	4.4	4.4	4.1	4.2
보건정보 체계 개발	2.8	3.6	3.0	3.3	2.9	2.9	3.6	3.6	2.9	3.2
계	44.5	44.7	47.5	43.6	43.6	44.2	43.3	46.5	42.8	44.5

개발에 3.2시간을 소비하는 것으로 나타났다.

이상의 결과에서 보건정보 체계에 가장 적은 업무수행 시간을 사용한 것은 마을 건강원등의 활용을 통한 보건정보 수집의 미흡함을 단적으로 나타내 주고 있는 것이라 사료된다.

그러나 보건진료원의 역할중 통상질환관리에 소요하는 시간은 1주일간에 활동하는 전체시간 44시간중 41.1%에 해당하는 18.3시간을 할애하고 하는 것으로 나타나 매우 바람직한 방향으로 나아가고 있음을 짐작할 수 있다.

V. 결 론

본 연구는 보건진료원을 통한 일차건강관리 사업의 실태를 조사하고 분석하여 보건진료원 제도의 지속적인 발전과 직무교육과정을 효과적으로 운영함에 있어 기초자료를 제공하기 위한 목적으로 지역사회 간호학회 주관하에 실시되었다.

보건진료원 전수를 대상으로 1986년 8월 1일부터 11월 25일까지 조사하였고 자료처리에 유용한 1,438명의 설문지를 분석하였다.

본 연구의 자료를 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 보건진료원 1명당 보건의료를 제공받고 있는 주민수는 평균 1,675명으로서, 전국의 보건진료원에 의한 보건의료제공을 받고 있는 우리나라 주민은 약 335만명으로 추정된다. 즉 우리나라 총 인구의 약 8%이며 농촌인구의 약 28%가 보건진료원들에 의해 보건의료를 제공받고 있다.

2. 보건진료원들이 이상적이라고 하는 1인당 적정 담당 주민수는 평균 1,360명으로 실제 담당 주민수보다 315명이 적은 인원이었다.

3. 보건진료소가 설치된 지역사회에 보건의료자원은 약국(방)이 48.2%로 가장 많이 분포되어 있으나 주민의 이용도가 가장 높은 보건의료 기관은 보건진료소(56.5%)로 나타났다.

4. 보건진료원이 환자치료중 가장 많이 의뢰하

고 있는 보건의료 기관은 병·의원(73.4%)이며, 보건소(17.3%), 보건지소(5.6%) 순서로 나타났다.

5. 보건진료원이 인근 보건의료기관중 업무협조가 가장 잘 되고 있는 기관은 보건소이며, 보건지소, 민간보건 의료기관 순서로 나타났다.

6. 보건진료원을 전문적으로 지도 감독할 수 있는 전문 간호감독요원 제도의 설치에 대해 78.8%의 보건진료원들이 긍정적인 반응을 나타냈다.

7. 보건진료원의 7개 직무영역의 업무수행은 “통상질환관리”에 가장 많은 비중을 두고 있었으며 1일 8시간을 기준으로 일요일을 제외하고 “통상질환관리”에 약 3시간 30분 정도를 소비하고 있다.

이상의 결과로 보아 우리나라 농촌인구의 72%가 아직도 보건진료원에 의한 일차건강관리 사업이 안되고 있는 실정이다. 그중 일부는 소도시 및 읍지역에 접하여 있다고는 하지만 그들은 주로 질병에 이환되었을때 치료중심의 보건의료 서비스를 받고 있는 실정이다.³⁴⁾ 따라서 보건의료수준이 향상되고 건강요구도가 증가되어 가는 현실과 전국민을 대상으로 의료보험 확대 일로에 있는 이 시점에서 보건진료원에 의한 일차건강관리 사업의 확대를 예방적 보건의료 사업이 강화되어야 할 것이다. 이와같은 제도의 확대는 특정 보건의료기관(2차, 3차) 특히 종합병원으로 환자가 집중되는 현상을 방지하고 의료보험의 재정적인 측면에도 크게 기여함은 물론 증가되어 가고 있는 건강요구도를 충족시킬 수 있을 것으로 기대한다.

따라서 보건진료원에 의한 일차건강관리 사업을 농어촌 뿐만 아니라 중·소도시 및 대도시에서도 확대 시행함으로써 “서기 2000년까지 전 인류에게 건강을”이라는 세계보건기구의 슬로건에도 부합하는 것으로 본다.

참 고 문 헌

1. 김모임, “우리 나라 보건 전문인력의 현황, 수요 및 교육”, 연세대학교 개원 10주년기념 학술 심포지움 주제 발표문, 1987.
2. 김성태·황방미, “지도감독 체계 평가”, 농촌 1차보건의료사업 연구보고서, 한국인구보건연구원, 1985.
3. 김성혁, “국군병사들의 인구문제와 가족계획에 대한 지식, 태도 및 지식요구도에 관한 연구”, 석사학위논문, 중앙대학교 사회개발대학원, 1986.
4. 김완순, “보건진료원 제도에 대한 간호학생의 태도 조사를 위한 일 연구”, 대한간호, 제22권, 제1호, 1983.
5. 김진순, “보건진료원 및 보건진료원 보조원과 보건요원의 업무활동 분석”, 월간간호, 제6권 제2호, 1982.
6. 김진순, “간호원의 위치에 대한 역사적 고찰 : 지역사회 부문”, 대한간호, 제22권 제3호, 1983.
7. 김진순외, “보건진료원 활동평가 조사연구(보건진료소 및 운영협의회)”, 한국인구보건연구원, 1982.
8. 김진순·오영애, “보건진료소 이용도 평가”, 농촌 일차보건의료사업 연구보고서, 한국인구보건연구원, 1985.
9. _____, “보건진료원이 배치된 농촌 지역의 모자보건 및 가족계획 수행실태”, 인구보건논집, 제5권 제1호, 1985.
10. 김진순·오영애·유호신, “보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서”, 한국인구보건연구원, 1985.
- 10-1. 김화중, 전게서, 225면
11. 김화중, 지역사회간호학, 수문사, 1987.
12. 김화중, “지역사회 간호원의 확대된 역할”, 대한간호, 제24권 제4호, 1985.
13. 김희자, “충북지역 보건진료원의 직무분석 및

- 면단위 지역의 보건실태 조사연구”, 청주전문대학논문집, 제 9 집, 1982.
14. 대한가족계획협회, '86 자료 장기 인구전망과 주요정책, 1987.
 15. 박노예, “보건진료소 운영관리를 위한 일선관리자의 행정지도 현황”, 월간간호, 제 8 권 제 12 호, 1984.
 16. 박정은, “보건진료원의 역할기대, 역할준비, 역할수행의 상관관계 연구”, 박사학위논문 초록, 월간간호, 제 9 권 제 4 호, 1985.
 17. 법률 제 3335 호, “농어촌 보건의료를 위한 특별조치법”, 1980. 12. 31.
 18. 보건사회부, 보건진료소 관리운영지침, 1982.
 19. 보건사회부, 일차보건의료지침, 1981.
 20. 서향숙, “보건진료원 역할”, 보건진료원 연수과정 결과보고, 한국보건개발연구원, 1981.
 21. 송건용, “농어촌 벽지 보건의료에 관한 연구”, 한국인구보건연구원, 1983.
 22. 양경희, “보건진료원의 직무만족도에 관한 연구”, 원광보건전문대학 논문집, 제 8 집, 1986.
 23. 오가실, “새로운 간호인력을 위한 교육방안”, 대한간호, 제 16 권, 1977.
 24. 윤석옥, “보건진료원의 역할 스트레스·소진 경험정도와 직무만족도간의 관계 및 직무만족도의 관련요인”, 복음간호전문대학 논문집, 제 3 집, 1985.
 25. 이경식, “보건진료원의 어제, 오늘 그리고 내일”, 보건진료원 교육과정 종합평가 보고서, 1984.
 26. 이규식, “도시 1 차보건의료 전략의 기본방향과 그 과제”, 도시 1 차보건의료 자문회의 보고서, 한국인구보건연구원, 1984.
 27. 이선자, “보건진료원 업무활동 분석”, 보건학론집, 제 36 호, 1984.
 28. 이선자·정문희·이명숙, 지역사회 보건간호학, 신광출판사, 1987.
 29. 이성우, “일차보건의료 개념 운영 및 실시전략”, 보건진료원 관리요원 연수과정 결과보고, 한국보건개발연구원, 1981.
 30. 이정애, “지역주민들을 통해서 본 보건진료원 사업실태”, 석사학위논문, 경북대학교, 보건대학원, 1983.
 31. 이지현, “일부 보건진료원의 직무만족과 역할갈등에 관한 연구”, 복음간호전문대학 논문집, 제 3 집, 1985.
 32. 장성희, “신남보건진료소의 일차보건진료사업”, 대한간호, 제 24 권 제 4 호, 1985.
 33. 장지섭, “보건진료소 운영협의회 운영실태 분석”, 농촌 일차보건의료사업 연구보고서”, 한국인구보건연구원, 1985.
 34. 한규호·김공현·박인화·박윤성·최창수·고성희·박연우, “도시 1 차보건의료 연구”, 도시 1 차보건의료 시범사업 중간보고, 한국인구보건연구원, 1985.
 35. 한국보건개발연구원, “KHDI Report”, 1976 ~ 1977.
 36. 한국인구보건연구원, 2000년을 향한 국가장기발전구상, 인구 및 보건의료 부문, 1985.
 37. Board, R.G.A. and M.E.M. young, “The Strategy Cost and Progress of Primary Health Care”, “Bulletin of Pan America Health Organization, Vol.16, No.3, 1982.
 38. Eugene. Levine, What do we Know about Nurse Practitioner, A.J.N., 1977.
 39. Feldstein, P.J. “Health Care Economics, John Waley and Sons, Inc., 1979.
 40. Gary L. Burkett. et al, A Comparative Study of Physicians and Nurses Conceptions of the Role of the Nurse Practitioner, A.J.P.H. Vol. 68, No.11, 1978.
 41. Hollnsteiner, M.R., “The Participatory Imperative in Primary Health Care”, Assignment Children, UNICEF, 59/60, 1982.
 42. Loretta C. Ford, and H.K. Silver, Expanded Role of Nurse in Child Care, Nursing outlook, 1967.

43. Myron D. Fottler, Physician Attitudes Toward Physician Extenders, A Comparison of Nurse Practitioners and Physician Assistants, Medical Care, Vol.XVII, No.5, May 1979.
44. Nikorn Dustitsin & Suvanee Satayapan, Sterilization of Women by Nurse-Midwives in Thailand, World Health Forum, Vol.5, 1984.
45. WHO, "Health Care for Rural Communities", 1975.
46. _____, "Health Care that goes out to meet people, 1981.
47. WHO/UNICEF, "Alma - Ata 1978 Primary Health Care", Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma - Ata, USSR, 6-12 Sept., 1978, WHO Geneva,
48. Wishik, S.M., Selective Supervision of Local Service Units in Family Planning Programs, Columbia Univ., 1976.