

시 민

문서번호	건강증진과-7362	★주무관	어르신건강증진팀장	건강증진과장	보건정책관	복지건강실장
결재일자	2013.4.8.					
공개여부	대시민공개					
방침번호		첨	조			



-건강취약계층 맞춤형 건강관리를 위한-
2013년도 방문건강관리사업 추진계획

2013.4



복지건강실
(건강증진과)

사전 검토항목

::: 해당사항이 없을 경우 '무 ■' 표시하시기 바랍니다.

검토항목	검 토 여 부 (■ 표시)
시 민 참 여 고 려 사 항	● 시 민 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 이 해 당 사 자 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 전 문 가 : 유 ■ (사업지원단) 무 <input type="checkbox"/>
	● 음 브 즈 만 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
법 령 및 기 타 고 려 사 항	● 법 령 규 정 : 교통 <input type="checkbox"/> 환경 <input type="checkbox"/> 재해 <input type="checkbox"/> 기타 ■ (건강증진법 등) 무 <input type="checkbox"/>
	● 기 타 사 항 : 고용효과 ■ 노동인지 ■ 균형인지 <input type="checkbox"/> 홍보 <input type="checkbox"/> 취약계층 ■ 성인지 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 디자인 <input type="checkbox"/> 갈등발생 가능성 <input type="checkbox"/> 유지관리 비용 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/>
	● 종 앙 부 처 : 유 ■ (보건복지부) 무 <input type="checkbox"/>
타 자 원 의 활 용	● 민 간 단 체 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 <input type="checkbox"/>
	● 기 업 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 <input type="checkbox"/>
	● 관 계 기 관 : 유 ■ (27개처, 구, 한국건강증진재단) 무 <input type="checkbox"/>
관 계 기 관 및 단 체 협 의	● 민 간 단 체 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■
	● 시 산 하 기 관 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 ■

순서

I. 추진근거	1
II. 사업개요	1
III. 2012년도 추진현황 및 성과분석	10
IV. 서울시 추진방향	12
V. 2013년도 세부추진계획	13
1. 틈새계층까지 확대 운영하여 취약계층 그물망 관리체계 구축	13
2. 건강문제 유형별 맞춤형 건강플랜 작성관리	14
3. 고객 감동형 보건-복지 통합관리서비스 제공	14
4. 현장 밀착형 ‘정신건강지킴 Gate keeper’ 활동	15
5. 기후변화에 따른 폭염한파 대비 어르신 집중관리 기간 운영	16
6. 재난취약 거주시설 쪽방지역 전담간호사 배치	16
7. 방문건강관리 인력의 역량강화 교육프로그램 운영	17
8. 서울시 방문건강관리사업 지원단 운영	18
VI. 사업평가 및 지표	18
VII. 추진일정	18
VIII. 소요예산	19
IX. 기대효과	19
※ 참고자료	
1. 방문건강관리사업 연도별 예산 및 인력현황	21
2. 자치구별 배정인력 및 취약계층 현황	22
3. 연도별 방문간호 추진실적 참고자료	23
4. 2013년도 방문건강관리사업면접조사지(64쪽)	붙임

-건강취약계층 맞춤형 건강관리를 위한-

2013년도 방문건강관리사업 추진계획

거동이 불편한 어르신 등 지역사회 건강취약계층의 가정을 방문하여 1:1 맞춤형 건강플랜을 작성·관리하고, 고객 감동 보건·복지 통합관리서비스를 제공함으로써 건강생활을 유지 및 개선할 수 있도록 도와 건강형평성 제고 및 건강수명 연장시켜 삶의 질 향상에 기여.

I 추진근거

- 국민건강증진법 제3조
- 지역보건법 제 9조, 동법시행령 제22조 1항 5호, 제5기 지역보건의료계획
- 보건의료기본법 제31조, 보건소 방문건강관리사업 안내
- 공공보건의료에관한법률 제7조

II 사업개요

■ 방문건강사업 개념도 ■

비전 ▶	취약계층 건강형평성 제고 및 건강수명 연장
목적 ▶	<ul style="list-style-type: none"> ■ 취약계층의 건강인식 제고, 자가건강관리 능력 향상, 건강상태 유지 및 개선
목표 ▶	<ul style="list-style-type: none"> ■ 건강상태 인식 ■ 정기적 건강문제 스크리닝 ■ 건강지식 향상, 건강생활실천 유도 ■ 치료순응 향상, 증상조절
사업전략 ▶	<ul style="list-style-type: none"> ■ 취약계층의 건강문제를 포괄적·적극적으로 파악하여 건강관리서비스 제공 및 연계 실시 ■ 생애주기별, 건강관리 : 신생아·영유아, 임부·산부, 성인, 노인 ■ 맞춤형 서비스 : 대상자 중심의 보건·복지서비스 제공 ■ 지역담당제 : 지역사회 건강관리서비스 접점
사업내용 ▶	<ul style="list-style-type: none"> ■ 건강문제 스크리닝 : 건강행태 및 건강위험요인 파악 ■ 방문건강관리서비스 제공 : 건강행태개선, 만성질환관리 및 합병증예방, 생애주기별 건강문제관리, 다문화가족 및 북한이탈주민관리, 장애인 재활관리 ■ 보건소 내·외 자원 연계 : 보건·복지 서비스 제공 ■ 기초생활수급자 및 차상위계층 우선
사업수행체계 ▶	<ul style="list-style-type: none"> ■ 보건복지부, 서울시 : 보건소 방문건강관리사업 총괄(기획, 예산, 평가) ■ 서울시, 보건소 : 사업담당자 및 방문인력 확보 ■ 보건소 : 맞춤형 방문건강관리사업 전담팀 <ul style="list-style-type: none"> - 방문간호사 대상자방문 → 건강상태확인 → 관리군분류 → 중재플랜작성 → 방문건강관리 제공 → 종결 (관리군 분류재평가)

사업목적

- 취약계층의 건강인식 제고, 자가건강관리능력 향상, 건강상태 유지 및 개선

□ 사업목표

건강행태 개선	건강문제 관리
<ul style="list-style-type: none"> - 건강상태인식 - 건강생활 실천 유도 - 건강지식 향상 	<ul style="list-style-type: none"> - 정기적 건강문제 스크리닝 - 증상 조절 - 치료 순응 향상

□ 사업전략

- 건강취약계층의 건강문제를 포괄적·적극적으로 파악하여 건강관리서비스 제공 및 연계처리

▶ 생애주기별-질환별 건강관리

생애주기별			질환별 건강관리(서비스제공)					재활사업	전담
여성 어린이 건강관리	19세~64세 건강관리	노인의 건강관리	만성질환자 관리	건강생활습관 위험요인 집단관리	암환자 관리	구강보건 서비스			
임산부관리	흡연	낙상경험	고혈압 조절	흡연율	치료중 환자	구강보건교육	장애분류 (지체, 뇌, 감각, 언어, 호흡기, 간, 신장, 심장, 지달)	변, 기, 간, 신, 장, 루, 정, 신, 적, 발	
모성보건 (영유아관리)	음주	약복용법	당뇨 조절	과도한 음주	재가 말기 환자	위생관리			
모유수유율 (출생후 4주)	신체활동 및 운동	허약노인	뇌졸중, 치매, 관절염, 정신질환	운동 습관 개선 유도		구강서비스			
다문화가정 건강수준	구강건강	허약노인 프로그램 (개별, 경로당)							
산모도우미 신청자	식생활	장기요양 등급외 판정자관리							
		우울							
		삶의 질							
		저작불편호소 규칙적운동실천							

* 생애주기별 건강관리 : 생애주기별 특성에 맞는 건강생활실천 및 질환예방 프로그램 제공

- ▶ **신생아영유아** : 성장·발달 단계에 따른 건강문제 스크리닝, 예방접종관리, 부모·자녀 간 상호작용 강화를 위한 정보제공 및 상담
- ▶ **임부** : 스크리닝을 통한 건강문제 발견(고위험 임부 등), 건강행태와 지식 관련 교육 및 상담
- ▶ **산부** : 산욕기 평가에 따른 산후 건강관리, 모유수유 정보제공 및 상담
- ▶ **성인** : 건강생활실천을 위한 동기부여, 건강위험요인 및 건강문제별 건강관리서비스 제공, 만성질환관리 및 합병증 예방을 위한 프로그램 제공 및 연계
- ▶ **노인** : 허약예방을 위한 프로그램 제공 및 연계

▶| 맞춤형 서비스

○ 대상자 중심의 보건·복지 서비스 제공

- 대상자의 건강위험요인 및 건강문제를 파악하여 팀 접근의 건강관리서비스 제공
- 보건소 내·외 자원 연계를 통해 다양하고 적절한 보건·복지서비스 제공

▶| 현장 밀착형 지역 담당제

○ 지역사회 건강관리서비스의 접점

- 담당 지역의 주민에게 건강관리서비스를 제공하는 접점으로서 역할
- 지역주민의 보건소 접근 제한을 찾아가는 건강관리서비스로 대체

□ 추진경과

추진경과	
1990	일부 지방자치단체에서 보건소를 통하여 방문보건사업을 부분적으로 실시
1995.12	지역보건법에 방문보건사업 법적근거 마련 - 제9조(보건소의 업무) 제12호 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업
1999~2000	공공근로사업의 일환으로 노인·저소득층 등 의료사각지대에 있는 계층을 대상으로 한 시적으로 사업실시
2001	방문보건사업 표준지침 개발·보급, 전국 보건소 정규인력을 통해 방문보건사업 전면 실시
2003~2004	대도시 방문보건사업 시범 실시
2005	지방자치단체 이관
2006.8	보건소 방문보건사업 활성화 방안 수립 - 인력충원, 교육강화, 업무메뉴얼 보완 등 추진
2006.9	「보건복지분야 사회서비스 확충 전략」 보고 시 포함
2007.4	「맞춤형 방문건강관리사업」 전문인력 2,000명 충원 및 사업 실시 : 서울시 211명
2008.10	재가암 서비스, 재활서비스, 방문구강서비스가 맞춤형 방문건강관리사업에 통합운영 : 서울시 257명
2009.1	방문건강관리서비스 제공인력 2,700명으로 확대 : 서울시 313명
2010.1	집중관리 서비스 확대 실시, 해피콜 만족도 실시 : 서울시 314명
2011.1	방문건강관리서비스 제공인력 2,750명으로 확대 : 서울시 324명
2012.1	방문간호사 100명 증원(시비100%) : 423명
2013.1	지역사회 통합 건강증진사업(포괄보조제도 도입)으로 운영,

❑ 서울시 특화사업 ❑

* 2012년도 서울시 방문건강관리 서비스의 그물망 체계구축을 위한 인력증원

- 방문간호사 100명 증원으로 서비스 대상자 사각지대 해소
- 보건·복지 연계지원체계 구축으로 맞춤형 질적 서비스 제공
- 만성질환자 및 허약노인이 건강상태 악화로 장기요양상태로 진행되지 않도록 조기 개입

◇ 시장 공약사항 - 건강관리 방문간호사 증원

* '12~'13년도 서울특별시 방문건강관리사업지원단 운영

- 방문건강관리사업 발전방향 정책연구 및 다각적 효과평가
- 방문건강관리사업 수준향상을 위한 자치구 기술지원 및 인력교육
- 정기적 모니터링으로 추진현황 분석·평가를 통한 발전방향 제시
- 홈페이지 구축 및 자문센터 상시운영 사업의 실효성 확보

□ 사업대상

- 기초생활수급자 121,283가구 / 194,119명, 차상위계층 최저생계비 120%
- 홀몸노인, 허약노인, 빈곤아동, 다문화가정, 북한이탈주민, 그 외 지역사회 의뢰자

◆건강문제가 있는 취약계층에게 건강관리서비스 제공을 위한 우선순위 기준 설정

순 위	기 준
1순위	기초생활보장수급자 중 건강위험군, 질환군
2순위	차상위계층 중 건강위험군, 질환군
3순위	1순위, 2순위에 해당되지 않는 다문화가족, 북한이탈주민, 독거 노인중 건강위험군, 질환군
4순위	지역아동센터(빈곤아동), 미인가시설, 보건소내 타부서 및 지역사회기관에서 건강문제가 있어 의뢰된 건강위험군, 질환군

❖ 건강위험군은 건강행태위험군과 건강위험군 포함

❖ 장기요양등급 판정자 제외

< 차상위계층 최저생계비 120% 선정기준 >

❖ 보건복지부고시 제2012-141호 국민기초생활보장법 제6조 제2항에 의거 2013년도 최저생계비

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구
금액(원/월)	572,168	974,231	1,260,315	1,546,399	1,832,482	2,118,566	2,404,650

※ 8인 이상가구 최저생계비 : 1인 증가시 286,084원씩 증가(8인가구 2,690,734원)

❖ 건강보험 하위 20% 이하의 보험료 부과액

구 분	직장가입자	지역가입자
2012년 12월	34,370원	17,110원

- 등록목표 : 120,000가구/560,000건
- 사업기간 : 2013. 1~12월
- 사업인력 : 방문간호사 365명(국비보조인력 274명, 시비인력 91명)
- 주요서비스 내용

방문요구도에 따른 군분류

○ 방문간호사가 대상자의 건강위험요인, 건강문제와 증상조절 여부 등 조사하고 보건 기관통합정보시스템에 입력하여 군분류 실시

방문요구도에 따른 군분류

- * **집중건강관리군** : 2~4개월 동안 8회(6~10회) 정기적 방문
 - 고혈압, 당뇨병 있고, 치료 및 투약중이나 증상조절 안됨
 - 증상 있으나 의사 진단을 받지 않음
 - 합병증 의심, 말기암환자, 대상자 및 보호자 교육 필요 등
- * **정기건강관리군** : 2~3개월 동안 1회 정기적 방문
 - 치료 및 약 복용중에 조절되나, 건강위험요인 있음
 - 65세 이상 허약노인, 치료 중 암환자, 중증질환으로 병원관리 받는 자 등
- * **자기역량지원군** : 4~6개월 동안 1회 정기적 방문
 - 병원 정기관리로 잘 조절됨
 - 질환은 없으나, 자가관리 및 생활습관교정과 건강관리 점검 필요한자
- **집중관리군 우선 조건**
 - 매 방문시 대상자 및 보호자 교육, 건강관리가 필요한 경우
 - 장기요양등급 외 판정 후 주기적 건강상태 확인과 관리가 필요한 경우
 - 만성질환(고혈압, 당뇨 등)이 의심되는 경우

▶ 건강관리서비스 내용

○ 간호사, 물리치료사, 치과위생사 등 전문인력이 가정방문하여 대상자의 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스제공, 보건소 내·외 자원연계 실시

구 분	서비스내용	대 상
건강문제 스크리닝	건강행태개선 및 건강위험요인파악	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 사업 대상자 모두 ※ 방문간호 면접조사지 활용
건강관리서비스	건강행태개선	◦ 일반검진 및 생애전환기검진결과 '정상B'인 대상자
	만성질환관리 및 합병증 예방	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 일반검진 및 생애전환기검진결과 건강문제(질환의심유질환자)있는 대상자 ◦ 만성질환자
	생애주기별 건강문제관리	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 신생아·영유아 ◦ 임부 ◦ 산부 ◦ 성인 ◦ 노인
	다문화가족 및 북한이탈주민 관리	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 다문화가족 ◦ 북한이탈주민
	장애인 재활관리	◦ 재가 장애인
보건소 내·외 자원연계	보건·복지서비스 제공	◦ 사업 대상자 모두

방문간호 건강면접조사지 구성내용(총 64쪽)

※ 서비스참여 및 개인정보 동의서, 가구조사표

※ 건강면접조사지

▶ 생애주기별 조사표

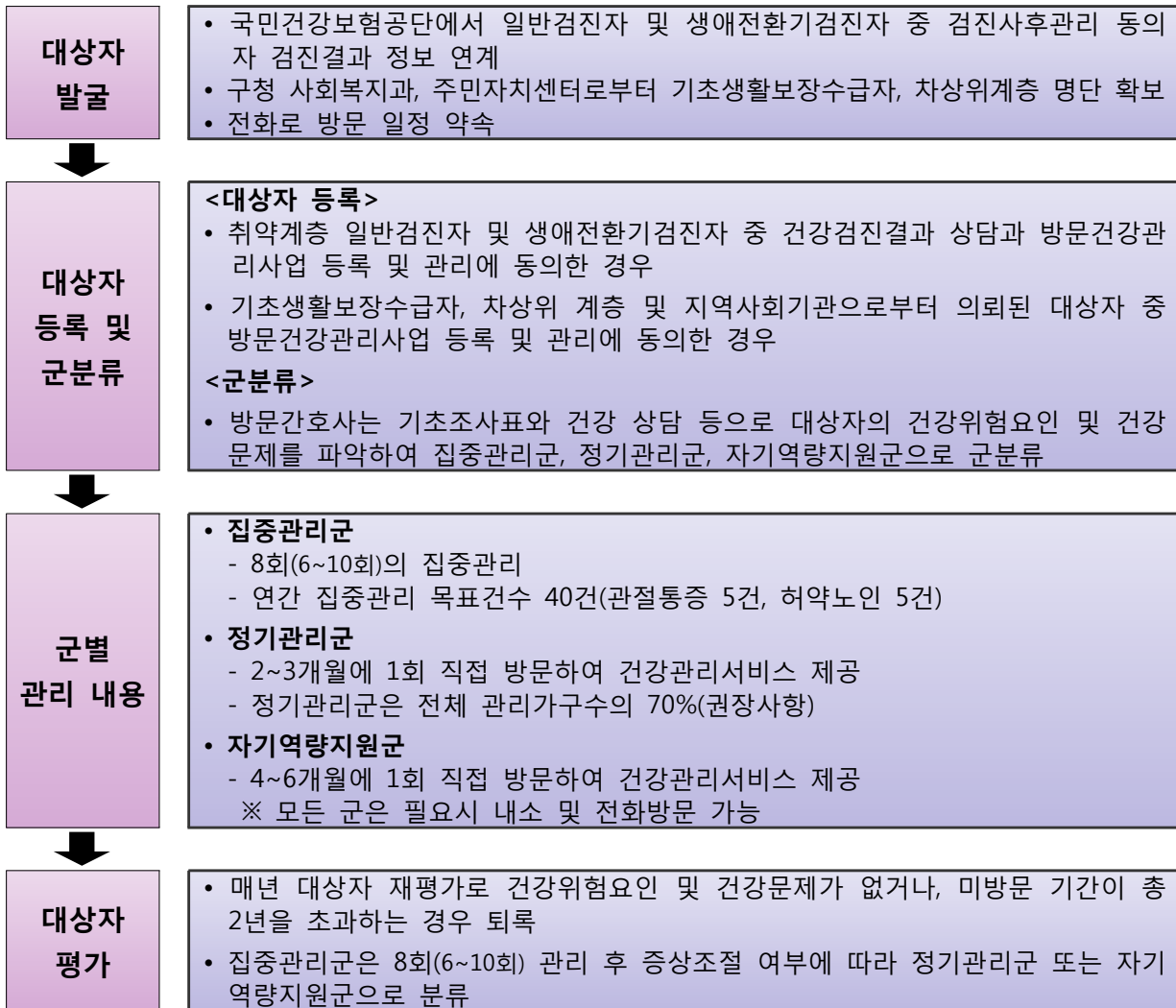
- 18개월 이하 : 건강검진, 예방접종
- 생후 19개월~만 11세 이하 : 건강검진, 예방접종, 건강행태, 정신건강, 사고 및 안전
- 만 12세~만 18세 : 건강행태, 정신건강, 사고 및 안전
- 만 19세 이상 : 건강행태, 건강검진, 만성질병 이환조사, 삶의 질
- 만65세이상 : 기초측정표, 질환조사, 감각기능 체력측정, 노인우울검사, 구강검사

▶ 대상자별 맞춤형 조사표

- 임신부 : 산전검진, 산육기 활력징후, 산후우울 측정
- 북한이탈주민 : 건강검진 감염병 정신보건 의료이용 비만 및 체중조절 여성건강 우울증 선별검사
- 재가암환자 기초조사표
- 재가장애인 기초조사표
- 연계서비스기록지 집단서비스 제공 기록지 건강평가표(전화방문용), 방문건강관리 서비스기록지 참고자료
- ◆건강행태 : 흡연, 음주, 신체활동 및 운동, 주관적감정, 식생활, 구강건강

▶ 서비스 제공 과정

■ 방문건강사업 개념도 ■



□ 서비스 세부 내용

▶ 건강행태개선

- 목적 : 금연, 절주, 규칙적인 신체활동, 균형있는 영양 섭취 등 건강생활실천을 통한 질환 발생 사전 예방
- 대상
 - 일반검진 및 생애전환기검진 결과 건강위험요인(정상B)이 있는 대상자
 - 건강위험요인 및 건강문제가 있는 대상자
- 건강관리서비스 내용
 - 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝
 - 일반검진, 생애전환기 검진결과확인 및 직접방문상담 실시
 - 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육

○ 연계서비스 내용

- 보건소 내
 - 금연클리닉 연계
 - 절주사업팀 및 알코올 상담센터 연계
 - 신체활동사업팀(건강생활실천사업)연계
 - 영양, 운동, 비만, 구강 등 사업팀 연계
 - 한의약 건강증진사업팀 연계
- 보건소 외
 - 통합사례관리사업(희망복지지원단) 의뢰 및 연계

▶ 만성질환관리 합병증 예방

- 목적 : 체계적인 건강관리를 통해 고혈압·당뇨·암 등 주요만성질환의 유병률을 감소시키고 만성질환으로 인한 사망과 장애를 최소화
- 대상
 - 일반검진 및 생애전환기검진 결과 건강문제(질환의심, 유질환자)가 있는 대상자
 - 건강위험요인 및 건강문제가 있는 대상자
- 건강관리서비스 내용
 - 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝
 - 일반검진, 생애전환기 결과확인 및 직접방문상담 실시
 - 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 합병증예방을 위한 교육
- 연계서비스 내용
 - 보건소 내
 - 심뇌혈관질환 예방관리사업 , 한의약 건강증진사업팀
 - 보건소 외
 - 통합사례관리사업(희망복지지원단) 의뢰 및 연계 등
 - 지역사회 보건의료전문기관 의뢰 및 연계
 - 의료급여 사례관리사업 연계 등

▶ 노인 허약예방

- 목적
 - 노인의 신체적·인지적·정서적·사회적 기능의 회복, 유지 및 증진을 통하여 건강한 노후 생활 영위를 도모하고 장기요양상태를 사전 예방

○ 대상

- 만65세 이상 노인의 허약노인 판정평가(만65세 이상 건강면접조사표-기초측정표)결과, 4~12점으로 고위험 허약노인에 해당되는 대상자

○ 건강관리서비스 내용

- 장기요양등급 외 판정자에 대해 허약노인 판정평가 실시
- 치매조기선별검사 시행
 - ※ 치매조기선별검사는 보건소 치매검진사업팀과 치매측정도구를 일원화 하여 실시
- 운동영양구강관리요실금 및 우울 예방인지강화낙상예방을 위한 허약노인 중재프로그램 제공
- 구강기능(저작, 연하, 발음, 타액분비 등) 향상을 위한 입체조 실시
- 폭염, 한파 등 계절별 건강관리교육 실시

 **임산부 · 신생아 및 영유아 관리**

○ 목적

- 임산부와 신생아의 잠재적인 건강문제를 조기 발견하여 체계적으로 관리
- 건강위험군인 영유아에게 건강관리서비스 제공

○ 대상

- 모자보건팀에 산모신생아 도우미지원사업 신청자
- 방문건강관리를 필요로 하는 산모와 영유아, 특히 다문화가족 여성 및 자녀
- 임부 혹은 분만 8주 이내 산욕기에 있는 산부
- 출생 4주 이내 신생아 및 영유아

○ 목적 : 건강관리서비스 내용

- 고위험임부 및 정상임부의 건강문제 스크리닝
- 산욕기 평가에 따른 산후 건강관리
- 모유수유 정보제공 및 상담
- 신생아 · 영유아 발달단계에 따른 건강문제 스크리닝 및 예방접종 관리
- 부모 · 자녀 간 상호작용 강화를 위한 정보제공 및 상담

○ 연계서비스 내용

- 보건소 내
 - 아토피, 천식 예방관리사업팀 연계
 - 모자보건사업팀(철분제, 엽산제 지원, 모유수유 클리닉 운영 등) 연계
 - 영양플러스사업팀 연계
 - 미숙아, 선천성 이상아 의료비 지원사업 연계 등
- 보건소 외
 - 통합사례관리사업(희망복지지원단) 의뢰 및 연계 등
 - 지역사회 보건의료전문기관 의뢰 및 연계

▶▶▶▶▶ **그 외 다문화가족 및 북한이탈주민관리, 장애인 재활 관리 실시**

Ⅲ 2012년도 추진연향 및 성과분석

□ 추진실적

○ 취약가구 등록관리 현황

연도	총취약가구 등록율			기초생활수급자 등록율			차상위계층 등록율		
	모집단	등록가구	등록율	모집단	등록가구	등록율	모집단	등록가구	등록율
2011년	851,225	118,632	13.9%	122,756	77,729	63.3%	728,469	40,903	5.6%
2012년	852,886	133,268	15.6%	121,283	84,914	70.0%	731,603	48,354	6.6%

* '12년 방문간호사 100명 증원으로 기초생활수급가구 등록관리율은 '11년 77,729가구 63.3% → '12년 84,914 가구 70.0%로 증가하였고, 건강보험하위 20% 대상자 등록관리율은 '11년 5.6% → 6.6%로 증가함.
 ⇒ 건강보험하위 20%의 대상자는 개인정보보호법에 의해 명단 확보 안 되는 상태임(전국 공통)

○ 방문인력 1인당 직접방문 횟수

연도	직접방문 횟수	방문인력수	방문선임 인력수	방문인력 1인당 직접방문횟수 (직접방문횟수/방문인력수+(방문선임인력수*0.5))
2011	447,690	241.2	20	1,782.20(1일 방문횟수 : 7.4회)
2012	563,201	324.1	24	1,675.69(1일 방문횟수 : 6.9회)

* 2012년 방문인력 423명 중 공백기간을 산정한 방문인력수가 324.1명이고 방문선임인력수가 24명으로(X0.5 인정) 방문인력 1인당 1일 6.9회의 방문을 실시(행안부 평가지표)

○ 만성질환 관리현황

구분	고혈압				당뇨			
	신규발견자	지속투약율	혈압측정율	혈압조절율	신규발견자	지속투약율	혈당측정율	혈당조절율
2011	16,030	96.0%	86.2%	75.1%	7,159	95.8%	84.9%	64.1%
2012	57,944	100.0%	89.7%	68.9%	23,947	100.0%	88.4%	67.3%

* '12년 방문간호사 100명 증원으로 고혈압, 당뇨 신규발견자수가 각각 41,914명, 16,788명이 증가하였고, 지속투약율과 측정율 또한 다소 증가한 상태임.

○ 지역사회자원 연계서비스 현황

연도	합계(건)	보건소 타부서연계	보건소 외 연계		의료급여 사례관리 연계	건강보험공단 사례관리연계
			보건(의료기관)	복지연계		
2011년	72,573	52,667	7,032	12,401	453	20
2012년	85,671	49,944	19,420	15,656	310	341

- * 연계시 의뢰서를 보내고 완결처리된 회신서를 받은 것만 실적으로 인정함
- * '12년 방문간호사 증원 후 '11년 72,573건 → '12년 85,671건으로 13,098건이 증가된 상태임.

○ 쪽방 방문보건 추진실적

연도	등록현황		방문 횟수	고혈압 관리	당뇨 관리	보건소 타부서 연계	보건소 외 연계		집중 사례관리	흡연 율	고위험 음주율
	가구	가구원					보건 (의료기관)	복지연계			
2011년	1,664	1,684	9,222	664	328	1,343	530	370	-		
2012년	2,103	2,152	8,842	833	396	1,805	1,968	934	164	60%	

- * 쪽방지역 5곳에 경력과 역량이 있는 전담 간호사 1명씩 배치함
- * 흡연율 60%, 고위험 음주율51.3%로 건강행태 개선요인이 많으나 포악성과 취약성 때문에 관리에 어려움이 큼
 - ❖ 고위험 음주율이란? : 일주일 2~3일 이상, 1회 7잔 이상 마시는 경우

□ 성과분석

- 건강취약가구 등록율 11.2% 확대
 - 2011년도 118,632가구 ⇨ 2012년도 133,268가구 등록관리
 - 2012년도 퇴록 22,244가구, 신규등록 36,880가구(전체 등록가구의 27.7%)
- 만성질환(고혈압, 당뇨)환자 신규발견율 353.2% 대폭 증가
 - 2011년도 신규발견 23,189명 ⇨ 2012년도 81,891명
 - 고혈압환자관리 : 혈압측정률 89.7%, 혈압조절율 68.9%, 지속투약율 100%
 - 당뇨환자관리 : 혈당측정율 88.4%, 혈당조절율 67.3%, 지속투약율 100%
- 보건·복지 연계서비스 85,671건 실시
 - 무료수술연계, 전문병의원 연계, 보건소 통합서비스 연계, 복지서비스 연계 등
 - 2011년도 72,573건 ⇨ 2012년도 86,671건(18.0%증가)
- 고위험군 13,352명 1:1 집중사례관리 실시
 - 건강위험요인이 및 건강문제가 있고 증상조절이 안된 경우
 - 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 재가암, 관절통증, 허약노인, 다문화가정, 북한이탈주민, 임산부, 영유아 등
 - 8~10차 방문(2~4개월)하여 집중건강관리 및 복지연계 역할 수행
- 서울시 방문건강관리사업지원단 운영으로 사업 역량강화

- 기술지원 및 교육(사업지원 및 컨설팅 인력교육, 지역네트워크 기반마련)
- 서울시 건강형성성 관점에서 지난 5년간 방문건강관리사업 재조명

문제점 및 개선사항

- 기간제 인력의 고용불안정으로 사업의 연속성 저하되어 건강서비스 질 저하
 - 국가사업이므로 보건복지부에 고용안정에 대한 대책 강구 요청
 - 방문건강관리사업 등 '공공부문 비정규직대책 및 지침'에 따라 2013년도부터 무기계약직 전환 대상 포함(보건복지부 건강정책과-7278, 2012.12.26)
- 2013년도 지역사회통합 건강증진사업 안에서 사업추진방향 제시 필요
 - 2013년 지역사회통합 건강증진사업 안내 「방문건강관리분야」 지침 준수

IV 서울시 추진방향

저소득 틈새계층까지 확대 운영하여 의료접근성 및 서비스 기회 제고

- 건강관리 방문주기 및 서비스 제공 횟수 확대
- 방문간호사 고용 유지 및 지역담당제 실시로 지역주민과 유대감 및 신뢰감 형성
- 서비스제공대상을 기초생활수급자 뿐만아니라 차상위 계층까지 확대

대상자별 건강문제유형에 따른 1:1 맞춤형 통합건강관리서비스 제공

- 대상자의 건강문제 건강위험요인 자가건강관리수준을 확인하고 요구에 맞는 방문서비스 제공
- 만성질환자(고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 암 등)등록 및 추구관리 강화

지역유관기관과의 사업 상호 연계로 대상자에 대한 지원 강화

- 보건의료분야 ↔ 복지분야 상호 연계 및 의뢰

현장 밀착형 위기대응 Gate keeper 활동 수행

- 자살예방 정신건강지킴 gate keeper 활동
- 기후변화에 따른 폭염·한파 대비 어르신 집중관리
- 재난취약 거주시설 쪽방지역 전담간호사 배치

방문건강관리사업의 서비스 질 관리를 위한 노력

- 보건소통합정보시스템 활용을 통한 방문건강관리대상자의 자료관리 및 평가
- 지원단운영을 통한 정기적인 모니터링 및 인력교육기술지원으로 사업의 실효성 확보

2013년도 달라진 점

* 추진체계 변경

- 2012년도 단독 방문건강관리사업 ⇒ 2013년도 지역사회통합 건강증진사업 하에서 방문건강관리사업으로 추진

* 방문전문인력 2012년도 423명 ⇒ 365명(58명, 13.7% 감소) *구비포함 382명

- 국가보조사업 인력 : 323명 ⇒ 275명(48명, 14.9%)
- 서울시전액지원 인력 : 100명 ⇒ 91(9명, 9.1% 감소)
- 자치구 구비 확보인력 : 17명(중구8명, 성북5명, 서초4명)

* 사업목표 : 120,000가구/560,000건(방문건수 10,000건, 10.2% 증가)

- 2012년도 120,000가구/550,000건(133,268가구/563,201건 달성) ⇒ 2013년 120,000가구/560,000건

V 2013년도 세부추진계획

주요내용

○ 보건복지 맞춤형 방문서비스 제공할 예정입니다.

- ⇒ 틈새계층까지 확대 운영하여 취약계층 그물망 건강관리 체계 구축
- ⇒ 건강문제 유형별 맞춤형 건강플랜 작성 관리
- ⇒ 고객 감동형 보건-복지 통합관리서비스 제공으로 만족도 제고

○ 현장 밀착형 위기대응 Gate Keeper 역할을 담당하겠습니다.

- ⇒ 자살예방을 위한 가정방문 1:1 정신건강지킴이 'Gate Keeper' 역할 수행
- ⇒ 기후변화에 따른 폭염·한파 대비 어르신 집중관리
- ⇒ 재난취약거주시설 쪽방지역 전담감호사 배치

○ 지속적인 모니터링 평가 등 역량강화를 통해 사업의 질 향상을 시키겠습니다.

- ⇒ 서울시 방문건강관리사업지원단 운영
- ⇒ 방문전문인력 역량강화 교육프로그램 실시

1 틈새계층까지 확대 운영하여 취약계층 그물망 관리체계 구축

□ 기초생활수급자 외 틈새계층까지 대상범위를 확대하여 서비스 제공

- 대상자 : 기초생활수급자 ⇒ 건강보험부과하위20%이하 가구까지 확대
- 사업순위 : 인력, 업무량, 요구도 등에 의해 탄력운영

□ 의료접근성향상 및 서비스 질 향상을 위한 인력 관리

- 인력고용유지 등 고용안정화 노력 독려
- 지속적인 현장밀착형 그물망 지원을 위한 방문간호사 1인당 1~2개동 담당 운영
 - 복합적 건강의료 문제 해결을 위한 전담팀 구성
(방문간호사, 물리치료사, 영양사, 운동사, 치과위생사, 사회복지사 등)

2 | 건강문제 유형별 맞춤형 건강플랜 작성 관리

- 목 표 : 등록관리 120,000가구/ 방문건강관리 560,000건
- 서비스제공절차 : 대상자의 건강문제, 건강위험요인, 자가건강관리 수준 확인하고 요구에 맞는 방문서비스 제공
- 군 별관리 내용
 - 질환별 관리 : 주기적인 건강검진 및 보건교육, 투약관리, 사례관리 등을 통한 건강관리
 - 고혈압, 당뇨 등 만성질환자의 등록 및 추구관리 강화
 - 퇴행성관절염, 뇌졸중 등 만성퇴행성질환자의 재활 및 자가관리능력 향상
 - 방문건강관리 주기 및 서비스 제공횟수
 - 집중관리군 : 2~4개월 /6~10회 방문
 - 조절 안될 경우 2차 사례관리, 의료기관 연계 또는 정기관리군으로 분류
 - 정기관리군 : 2~3개월 /1회 이상 방문
 - 집중관리군 또는 자가역량관리군으로 분류
 - 자가역량지원군 : 4~6개월 /1회 이상 방문
 - 간이건강평가 ⇒ 퇴락 또는 재분류

3 | 고객 감동형 보건-복지연계 통합관리서비스 제공

- 틈새계층 대상자 실시간 발굴을 위한 대상자 의뢰시스템 운영
 - 동 주민센터, 사회복지과, 지역사회 복지관, 지역리더 신고체계 마련
 - 보건소내 방문보건 대상자 접수센터 운영 등 대상자 적극 발굴 및 개입
- 고객 감동형 보건-복지 통합관리서비스 제공으로 만족도 제고
 - 사회복지통합관리망을 활용한 복합적인 문제 해결 강화

- 지역 내 유관기관과 협력관계 유지하여 의료·복지행정 등 상호 연계 자원 확충
 - 사자지구 해당부서 및 지역사회자원과 상호 연계의뢰 실시
 - 희망복지지원과, 사회복지과, 주민생활지원과, 한국보건복지정보개발원 등
 - 민간의료기관, 서울복지재단 등 복지 관련 단체 연계
- 지역사회 유관기관 연계 항목
 - 보건소 내부 : 의사진료, 건강증진프로그램, 만성질환프로그램, 재활서비스, 구강보건
정신보건센터, 결핵관리, 치매지원센터, 의료비 지원, 가정간호 등
 - 보건소 외부
 - 노인돌보미, 장애인활동보조, 가사간병서비스, 학습지도, 장학금, 차량지원
주거환경개선, 무료수술지원, 외출보조, 말벗지원, 공공업무지원, 밑반찬지원 등
 - 의료기관, 의료급여 사례관리, 국민건강보험공단 사례관리

4 | 현장 밀착형 ‘정신건강지킴 Gate keeper’ 활동

목 적

- 저소득계층, 홀몸어르신 등 자살위험군에 대한 현장 밀착형 예방활동을 통해 자살예방

추진배경

- 급속한 고령화, 빈곤, 질병, 역할상실, 가족상실 등으로 인한 어르신 자살률이 크게 증가됨
- 남자 어르신의 경우 유배우자가 이혼별거사별집단에 비해 자살생각을 덜하는 것으로 나타나 독거어르신 대책필요

사업대상

- 65세이상 어르신 84,000명(저소득취약계층, 홀몸·빈곤·사별 어르신 등)

추진내용

- 가정방문시 자살 신호감지하여 전문가 연계(서울시자살예방센터 1577-0199)
 - 자살신호를 감지해(보기) 대화하고(듣기) 전문가에게 의뢰하기(말하기)
- 노인 우울 검사(Geriatric Depression Scale: short form) 고위험군 집중관리
- 자살시도자에 대한 꾸준한 추후관리 등 위기대응 강화
- 자살유족 정서지원서비스 강화

5

기후변화에 따른 폭염·한파 대비 어르신 집중관리

목 적

- 폭염·한파에 취약한 노약자, 거동불편자, 만성질환자 등에 대한 집중관리 대응체계구축
- 건강관리, 예방교육을 강화하여 신속한 대응 및 효과적 관리를 통해 피해를 사전 예방

추진배경

- 기후변화에 따른 폭염·한파의 잦은 출현으로 건강취약계층 사망 등 피해 속출
 - 전국평균 폭염일수 평년 6.3일, 열대야일수 평년 7.4일(10년 평균)
 - 겨울철 잦은 한파주의보 및 한파경보 발생
- 폭염·한파에 취약한 거동불편자, 노약자, 만성질환자 등에 대한 적절한 건강보호 필요

추진기간

- 폭염대책 : 7월~9월(3개월)
- 한파대책 : 1월 ~ 2월, 12월(3개월)

사업대상

- 홀몸어르신(47,326명), 쪽방거주자(2,152명), 장애인(63,446명) : 총 112,924명

추진내용

- 홀몸노인, 거동불편 장애인, 만성질환자 등 건강고위험군 집중관리 실시
 - 방문간호사 지역담당제 운영 : 1인당 1~2개동 운영
 - 주1회 가정방문 또는 전화를 통한 수시 건강 체크 및 관리
(폭염, 열대야, 한파 발생시 이웃, 통장, 반장 등 지역자원 활용 연계망 구축관리)
 - 폭염·한파시 주의사항, 안전교육, 대피요령 등 교육실시
- 쪽방, 옥탑방, 별집 지역 등 주거 취약시설 거주자 대피시설 안내
 - 동 주민센터, 복지관, 경로당 대피시설 운영
- 가정방문시 환경개선이 필요한 부분 파악하여 동 주민센터 등 의뢰
 - 전기시설 고장, 보일러고장, 수도관동파, 환기불량, 문풍지 파손시 등

6

재난취약 거주시설 쪽방지역 전담간호사 배치

목 적

- 재난취약 거주시설인 쪽방지역에 전담간호사배치하여 쪽방상담센터와 연계하여 건강상담 및 관리 건강행태개선(음주, 흡연) 도모.

추진배경

- 대부분의 대상자가 만성질환, 암 등 건강문제가 크고 관리가 안됨
- 결핵, 세균성이질, 인플루엔자 등 감염병 발생위험이 커 집중관리가 필요
- 음주, 흡연 등 건강행태개선 필요 요인이 많음(흡연율 60%, 고위험 음주율 51.3%)

사업대상 : 쪽방거주자 5개소 / 2,000명

추진인력 : 방문간호사 5명

추진내용

- 만성질환, 암 등 건강문제가 파악 및 집중관리
 - 정기적 건강검진 실시하여 환자 발견 및 관리
- 결핵, 세균성이질, 인플루엔자, 간염 등 감염병 관리
 - 감염병 예방을 위한 손씻기 및 안전수칙 상시교육
 - 감염원 발생시 역학조사 등 감염병 유행 차단 노력
 - 환자 발견시 적절한 치료기관 연계, 장기복약이 필요한 결핵환자 복약지도 및 관리
- 음주, 흡연, 운동, 영양 등 건강행태개선을 위한 교육 및 전문가 연계관리

7

방문건강관리 인력의 역량강화 기본 교육프로그램 운영

교육대상자별 교육과정

- 중간관리자(전문인력)교육(Field Management Training Program : FMTP)
 - 목 적 : 사업 담당자의 업무효율 향상을 위한 전문가 능력제고
 - 일 시 : 2013년 2월~10월
 - 대 상 : 26명(자치구보건소 방문건강관리사업 담당)
 - 내 용 : 사업추진방향, 사업의 적용, 보건기획의 실제, 사업평가의 실제, 사례관리, 보건소통합정보시스템 운영 등
- 방문건강관리 전담인력 직무교육
 - 목 적 : 방문건강관리사업 내용 이해 및 수행방법을 습득할 수 있는 기회 제공
 - 일 시 : 2013년 2월~10월
 - 대 상 : 방문전담인력(신규, 경력, 연계, 선임인력) 365명
 - 내 용 : 사업의 적용, 사례관리 등 정보시스템 활용을 통한 대상자의 자료관리 등

8

서울시 방문건강관리사업 지원단 운영(안)

- 목 적 : 지원단 운영으로 사업 전반에 대한 정기적인 모니터링 및 전문적이고, 근거중심의 기술지원으로 사업의 실효성 확보

- 주요기능 : 전문인력 교육, 연구, 평가, 홍보, 기술지원 등
 - 사업 지원단 운영 별도 세부계획 수립

VI 사업평가 및 지표

- 목 적 : 사업의 효율성과 대상자의 건강수준 평가
- 평가영역 : 2013년 1월 ~ 12월까지의 방문건강관리사업 수행 결과

영역	평가지표
투입(2문항)	인력채용율, 예산 운영
과정(4문항)	실무운영회 및 사례관리 집담회 운영, 취약계층 등록관리율, 북한 이탈주민 등록관리율, 연계실시율
결과(8문항)	건강상태 인식율, 건강검진율, 건강지식 변화율, 건강생활실천율, 치료순응율, 증상조절률, 고위험 허약노인비율, 영유아 관리율, 교육이수율

VII 추진일정

- 사업계획 수립 '13. 3월
- 인력채용 및 사업수행 연 중(결원 발생시)
- 방문건강관리사업지원단운영 '13. 5 ~ '14. 2월
- 정기적인 모니터링, 방문건강관리인력 기본 및 심화교육 '13. 2 ~ 12월
- 방문건강관리사업 전개의 발전방향 정책연구개발 '13. 5 ~ 11월
- 사업 운영 평가 및 성과보고회 개최 '13. 12월

VIII 소요예산

재원내역 : 9,465,376천원

○ 국비 3,324,188천원, 시비 3,825,456천원, 구비 2,315,732천원

예산과목	세부내역	국·시비	국비	시비	구비	총금액	지원비율 (국:시:구)
통합건강증진사업	자치단체 경상보조	4,300,644	3,308,188	992,456	2,315,732	6,616,376	50:15:35
	기간제근로자 인건비	32,000	16,000	16,000	0	32,000	50:50:0
서울시 방문보건사업	자치단체 경상보조	2,517,000	-	2,517,000	-	2,517,000	0:100:0
	민간경상보조 (지원단운영)	300,000	0	300,000	-	300,000	
	총액	7,149,644	3,324,188	3,825,456	2,315,732	9,465,376	

세부내역

- 방문보건사업운영 9,465,376천원
 - 인건비 : 1호봉 1,402,650원~6호봉 1,819,000원, 365명
※ 자치구당 10~21명 배정, 퇴직금 포함
- 방문건강관리사업지원단운영 300,000천원
 - 연구원 인건비(4명내외), 인력심화교육과정 개발·운영 등
 - 사업 전개의 발전방향 연구
 - 방문건강관리사업의 보완점과 극복방안(인력, 사업방향)
 - 연구, 홍보전략 개발 및 지원, 홈페이지 운영
 - '13년 사업성과 보고대회 등 사업 운영비

IX 기대효과

- 취약계층의 건강형평성 제고로 건강수명 연장 기대
- 방문보건사업 확대로 틈새계층까지 서비스 기회 제공으로 사회안전망 구축
- 보건·복지 맞춤형 통합관리서비스 제공으로 시민만족도 향상
- 취약계층의 건강관리능력 향상으로 건강상태 유지 및 개선 기대
- 질병예방 및 만성질환에 대한 건강관리 강화로 의료비 절감 효과

- 참고자료**
- 1. 방문보건사업 연도별 예산 및 인력현황**
 - 2. 자치구별 배정인력 및 취약계층 현황**
 - 3. 연도별 방문간호 추진실적 참고자료('07~'12년)**
 - 4. 2013년도 방문건강관리사업 면접조사지(64쪽)**

< 참고자료 1 > 방문보건사업 예산 및 인력(' 08 ~ ' 13)

□ 연도별 예산 및 인력현황

(단위 : 백만원, 명)

2008년		2009년		2010년		2011년		2012년				2013년				비고
예산	인력	예산	인력	예산	인력	예산	인력	예산		인력		예산		인력		
								복지부	시비	복지부	시비	복지부	시비	복지부	시비	
4,504	257	4,350	313	4,732	314	4,936	324	5,313	2,232	323	100	4,300	2,517	274	91	

구 분	계(명)	간호사	물리(작업) 치료사	영양사	운동사	치 과 위생사	사 회 복지사	의 사
2013년	365	330	8	5	14	7	1	0
2012년	423	384	10	8	13	6	2	0
2011년	324	298	5	4	11	4	2	0
2010년	314	271	12	6	12	10	3	0
2009년	313	269	12	6	12	10	3	1
2008년	257	220	19	6	2	8	1	1

□ 방문건강관리 인력의 역할

전문인력	서비스 내용
방문간호사	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 내 건강위험요인이 있는 대상 가구 발굴 - 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 내·외 자원 연계 실시
방문물리치료사 (작업치료사)	<ul style="list-style-type: none"> - 방문간호사가 의뢰한 대상자의 요구에 맞는 건강관리서비스 제공 - 재활서비스 제공 : 통증감소, 균형 및 협응 촉진으로 가동성 개선, 기능회복, 영구적 신체장애 지연 및 예방
방문운동사	<ul style="list-style-type: none"> - 방문간호사가 의뢰한 대상자에게 운동 상담 및 건강관리서비스 제공 - 일상생활능력 향상을 위한 운동서비스 제공 - 균형감각 촉진, 근력강화, 자가관리 훈련, 체력 및 건강 촉진·유지·회복
방문치과위생사	<ul style="list-style-type: none"> - 방문간호사가 의뢰한 대상자에게 구강보건서비스 제공 - 구강보건교육(보호자 교육 포함), 구강위생관리법, 구강점막 및 구강근육마사지, 전문가 잇솔질, 틀니 관리, 불소도포, 구강위생용품 사용법 교육, 구강관리에 필요한 물품제공
방문영양사	<ul style="list-style-type: none"> - 방문간호사가 의뢰한 대상자에게 영양 상담 및 건강관리서비스 제공 - 대상자의 영양 평가 및 개인 특성별 영양상담 제공
방문사회복지사	<ul style="list-style-type: none"> - 방문간호사가 의뢰한 대상자의 복지요구 파악과 연계서비스 제공 - 지역사회 내 연계 가능한 자원 발굴

< 참고자료 2 > 자치구별 배정인력 및 취약계층 현황

□ 기초생활수급자 : 121,283가구, 194,119명('11.12 기준)

보건소명	배정인력 (시비)	복지부인력	서울시인력	행정동수	기초수급가구수	기초수급가구원
계	274(91)	274	91	424	121,283	194,119
서울시	1	1	-	-	-	-
종로구	14(2)	12	2	18	2,313	3,068
중 구	1(0)	1	0	15	2,694	3,650
용산구	12(3)	9	3	16	3,209	4,226
성동구	15(5)	10	5	17	3,582	5,770
광진구	15(4)	11	4	15	3,237	5,065
동대문	14(4)	10	4	14	5,948	8,803
중랑구	13(4)	9	4	16	6,176	9,800
성북구	13(5)	8	5	20	5,925	9,380
강북구	19(4)	15	4	13	6,199	10,448
도봉구	16(5)	11	5	14	3,103	4,796
노원구	18(4)	14	4	19	11,696	20,950
은평구	12(4)	8	4	16	5,971	9,748
서대문	15(2)	13	2	14	3,474	5,164
마포구	18(2)	16	2	16	3,947	6,430
양천구	15(4)	11	4	18	4,492	7,191
강서구	14(4)	10	4	20	10,320	17,919
구로구	16(2)	14	2	15	3,989	6,130
금천구	12(4)	8	4	10	4,608	7,370
영등포	16(4)	12	4	18	5,527	8,072
동작구	15(4)	11	4	15	3,787	5,927
관악구	17(4)	13	4	21	6,379	10,026
서초구	11(3)	8	3	18	1,819	2,766
강남구	18(4)	14	4	22	5,305	9,093
송파구	20(5)	15	5	26	3,624	6,032
강동구	15(5)	10	5	18	3,959	6,295

※ 자치구 자체예산 확보인력 : 17명 (중구 상용8명, 성북 상용5명, 서초 시간제계약직4명)

< 참고자료 3 > 연도별 방문건강관리 추진실적

추진실적('07~'12년)

연도별	구 분	2007	2008	2009	2010	2011	2012
방문건강관리	등록가구	95,718	108,715	108,131	111,130	118,237	133,268
	방문건수	196,107	271,229	394,246	444,267	482,571	563,201
	집중관리군	-	-	-	18,330	17,795	13,869
	정기관리군	-	-	-	61,021	75,937	88,889
	자가역량지원군	-	-	-	43,583	42,712	30,510
	연계건수	3,965	6,413	30,553	60,279	72,573	85,671

간호사 1인당 담당가구 및 방문인력 1인당 방문횟수

구 분	2007	2008	2009	2010	2011	2012
등록가구	95,718	108,762	108,131	111,130	118,237	133,268
방문횟수	196,107	271,229	394,246	444,269	482,571	563,201
방문인력1인당 방문횟수	3.5	4.4	5.4	6.8	6.8	7.5
방문보건인력 (방문간호사)	235(218)	257(232)	302(239)	272(243)	295(262)	338(312)
간호사 1인당 담당 가구수	439	468	452	447	450	400