



문서번호	질병예방과-3498
결재일자	2015.3.31.
공개여부	대시민공개
방침번호	

주무관	방문보건팀장	질병예방과장	보건소장	
홍유영	임희순	한경숙	03/31 김경희	
협조	보건의료과장 건강관리과장 보건위생과장	김상준 김혜심 정주섭		

▷ 찾아가는 복지실현을 위한 ◁
' 15년 마을간호사 운영 계획

2015. 03.



성 동 구
(질병 예방과)

사 전 검 토 사 항

::: 해당사항에 표시하시기 바랍니다.

항 목	검 토 여 부
사 업 구 분	신규사업 <input checked="" type="checkbox"/> 공약(약속)사업 <input checked="" type="checkbox"/> 계속사업 <input type="checkbox"/> 인센티브/공모사업 <input checked="" type="checkbox"/>
소 통 분 야 고 려 사 항	<ul style="list-style-type: none"> ● 구 민 : 유 <input checked="" type="checkbox"/> () 무 <input type="checkbox"/> ● 전 문 가 : 유 <input checked="" type="checkbox"/> () 무 <input type="checkbox"/> ● 이해당사자 : 유 <input checked="" type="checkbox"/> () 무 <input type="checkbox"/>
기 타 고 려 사 항	일 자리 <input type="checkbox"/> 환경영향 안 전 <input type="checkbox"/> 유지비용 <input type="checkbox"/> 바른 공공언어 <input type="checkbox"/> 성 인 지 <input type="checkbox"/> 취약계층 <input checked="" type="checkbox"/> 장 애 인 <input type="checkbox"/> 디 자 인 <input type="checkbox"/> 갈등발생 요인 <input type="checkbox"/>
타자원 활용	<ul style="list-style-type: none"> ● 중 앙 부 처 : 유 <input type="checkbox"/> () 무 <input checked="" type="checkbox"/> ● 서 울 시 : 유 <input checked="" type="checkbox"/> () 무 <input type="checkbox"/> ● 기 업 : 유 <input checked="" type="checkbox"/> (공공의료기관, 민간의료기관) 무 <input type="checkbox"/> ● 민 간 단 체 : 유 <input checked="" type="checkbox"/> (성동구의사회, 한의사회, 치과의사회) 무 <input type="checkbox"/>
언 론 홍 보 계 획	기획보도 <input checked="" type="checkbox"/> 보도자료 <input checked="" type="checkbox"/> SDTV <input checked="" type="checkbox"/> 성동뉴스레터 <input checked="" type="checkbox"/> 성동구소식지 <input checked="" type="checkbox"/> 기 고 문 <input type="checkbox"/> 전자행정서비스 <input checked="" type="checkbox"/> S N S <input type="checkbox"/> 기타(리플릿 등) <input type="checkbox"/> 없 음 <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● 홍 보 제 목 : 찾아가는 복지실현을 위한 동마을복지센터 ● 중점 홍보사항 <ul style="list-style-type: none"> - 찾아가는 복지실현 - 마을간호사 도입(추진) 	
<p>※ 우리 구만의 차별화된 사업내역과 중점 부각하여 홍보할 사항을 중심으로 '홍보제목'을 선정하여 간결하게 기재하시기 바랍니다.</p>	

' 15년 마을간호사 운영 계획

찾아가는 복지실현을 위한 보편적 방문 건강관리 서비스를 제공함으로써, 건강수명 연장, 장기요양 진입의 억제를 통해 어르신 삶의 질 향상에 기여코자함.

I 큰 거

- 국민건강증진법 제3조(책임), 제4조의2(실행계획의 수립 등)
- 노인복지법 제4조(보건복지증진의 책임)
- 지역보건법 제9조(보건소의 업무)
- 민선 6기 구청장공약(No 336) : 방문보건 기능 활성화
- 찾아가는 복지실현을 위한 동 복지센터 사업공모 선정('2014.12.19)

II 현 황

1. 노인 인구 현황

- 급속한 인구 노령화
 - 저출산과 평균수명 증가로 인구 노령화 급속히 진행
 - 성동구 노인인구 비율¹⁾은 '00년 5.6%(19,155명)에서 '14년 12.3%(36,564명), '20년에는 14.4%(50,470명)로 점차적 증가 예상
 - 평균수명²⁾ '00년 76.02세, '15년 80.55세에서 '20년 81.45세로 연장될 전망
 - 노인부양비³⁾ 증가 : '12년 16.0% ⇒ '20년 21.7%

1) 성동구청 홈페이지 주민등록인구 통계

2) 통계청 홈페이지

3) 통계청 장래인구 추계

□ 노인 부양가족 감소

- 가족구조의 변화로 노인 부양가족 부재
 - 노인 단독가구(노인부부+독거노인) 68.1%, 자녀동거 27.3%, 기타 4.6%
- 성동구 독거노인⁴⁾ 증가 : '11년 6,963명 ⇒ '13년 7,455명, 7.1% 증가
 - '13년, 성동구 전체 노인 중 20%가 독거노인
 - 독거노인 밀집지역 : 옥수동(636명), 마장동(576명)
 - 기초수급자 독거노인 밀집지역 : 용답동(122명), 금호1가동(110명)

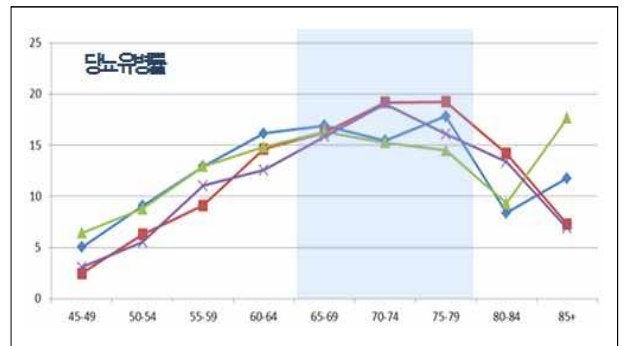
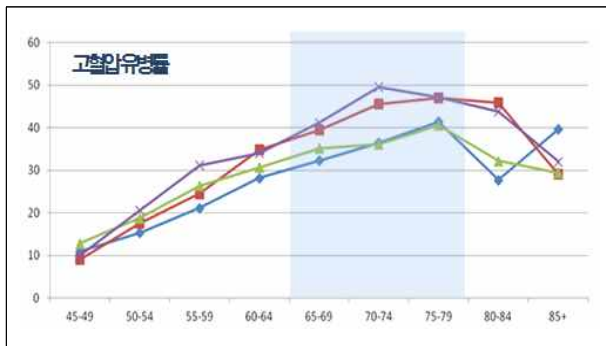
2. 어르신 건강현황

□ 노인성 만성질환 증가

- 65세 이후 해당 연령대의 30% 이상에서 고혈압 이환
- 당뇨 유병률 65세~79세에서 최대

<그림 1. > 고혈압, 당뇨 유병률

※ 출처 : 고령화 연구패널 품질개선 연구보고서(2011)



▲ 남 고령화연구패널 자료, ▲ 남 국민건강영양조사
▲ 여 고령화연구패널 자료, ▲ 여 국민건강영양조사

- 만성질환을 갖고 있는 노인 88.5%, 2개 이상 68.3%, 3개 이상 44.3%, 의사 처방약 3개 이상 복용 노인 33.2%

<표 1. 65세 이상 만성질환관리 현황, 2011 기준>

구분	없음	1개	2개	3개 이상	평균
만성질환 수	11.5%	20.3%	24.0%	44.3%	2.5개
의사 처방약 복용 약 수	16.1%	24.2%	26.5%	33.2%	2.0개

4) 성동구 통계자료(노인복지과, 독거노인현황)

○ 치매환자의 지속적 증가

- 서울시 치매 추정환자 수 : '12년 10만명, '20년 15만명, '30년 22만명
- 우리나라 혈관성 및 혼합형 치매 비율 48.6%, 30%인 서양대비 높음. 이는 **고혈압, 당뇨, 심장병** 등이 계속 증가하고 있기 때문으로 추정

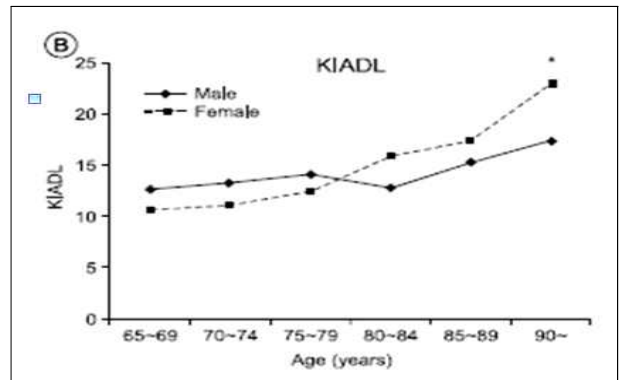
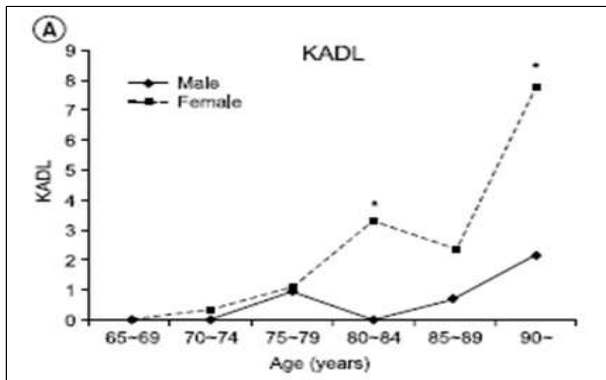
(* 서울특별시 '15년 서울형어르신건강증진사업계획 자료)

□ **성동구 허약노인 4,440명 예상(허약노인 비율 8.3%)**

- 허약노인은 신체기능, 영양상태, 낙상위험 등 거의 모든 건강지표에 대해 열악하며, 72개월 후 **사망률**이 일반 노인에 비해 **6배**가 높음.⁵⁾
- 일상생활 수행에 도움이 필요한 생활기능 장애 노인 7.2%
 - 75세부터 일상생활 장애(KADL, KIDAL) 기울기 증가

<그림 2. 연령별 일상행활동력 장애 점수>

※ 출처 : 대한재활의학회지(2007)



□ **어르신 건강관련 욕구 증대**

○ **건강관련 복지욕구 61.8%**

- 고령자가 원하는 복지서비스 중 건강검진 33.3%, 간병 서비스 28.5%

<표 2. 고령자가 원하는 복지서비스>

※ 출처 : 통계청(2012)

구분	소계	건강검진	간병서비스	취업알선	가사서비스	식사제공	이야기상대	목욕서비스	취미여가	각종교육	기타	
계	100.0	33.3	28.5	7.8	15.9	3.8	1.9	2.3	5.2	1.0	0.4	
연령별	65~69세	100.0	36.1	24.5	13.2	12.8	2.4	1.2	1.4	6.5	1.6	0.2
	70~79세	100.0	34.1	28.2	6.7	17.2	4.0	1.5	2.0	4.8	0.9	0.5
	80세 이상	100.0	26.0	36.0	1.4	17.7	5.6	3.9	4.6	3.8	0.5	0.4

5) CHS(Cardiovascular Heart Study) 코호트 연구. Fried LP, 2001년

3. 의료비 부담 및 공공보건 서비스

□ 총 지출 대비 보건의료비 지출 비율 24.7%

- 전체 인구 보건의료비지출율⁶⁾ 6.6%, 노인 보건의료비지출율 24.7%
- 노인 의료비 '02년 3조 7,892억원 → '12년 16조 4,502억원(434%↑)
- 자녀동거 노인보다 노인 단독가구에서 보건의료비의 부담이 높음

<표 3. 65세 이상 항목별 지출 비율, 2011 기준>

구 분	식비	교육비	주거관련	보건의료	경조사	기타
노인 전체	12.0	6.5	43.0	24.7	8.3	5.5
가구 형태별	노인독거	9.6	0.6	56.4	25.5	4.8
	노인부부	10.7	0.3	42.8	29.7	11.3
	자녀동거	15.4	20.5	34.1	15.9	6.3
	기타	16.3	13.3	40.2	20.0	3.7

□ 노인 건강관리를 위한 공공보건 서비스

<표 4. 2014 성동구 노인건강관리 실적>

	대상자 수(a)	수혜자 수(b)	비율=(b/a)*100	비 고
성동구 노인인구	36,852명			65세이상
방문건강관리사업	25,324명	6,014명	23.7%	기초, 차상위
치매관리사업	3,579명	2,143명	59.9%	치매환자(추계)
보건소 인플루엔자 접종	36,852명	22,920명	62.2%	65세이상 노인
생애주기별 노인건강검진	78명	40명	51.2%	66세 기초생활수급자
노인의치사업	10,136명	66명	0.7%	기초, 차상위

○ 사업의 한계

- 사업의 분절적 성향으로 사업 간 연계성이 부족하고, 특히 민간의료와의 연계가 부족하여 통합적 연계 방안 마련이 시급
- 공공보건 서비스 중 일부 사업은 일회성 시행으로 평가가 어려움

6) 보건의료비지출율 = 총소비지출에서 보건지출 항목이 차지하는 비율(총소비지출 대비, %)

요 약



III 목 표

비전 및 목표

더불어 사는 활기찬 희망 성동

목 표

방문등록관리율 22%(8,107명), 동건강이음터 설치 17개소

과제 1

동마을간호사를 통한 찾아가는 보편적 건강실현

- 65세, 66세, 70세 전체 어르신들의 포괄적 건강평가 및 건강설계 실시
- 어르신 건강증진을 위한 방문간호사(동 마을간호사) 대폭 증원
- 건강이음터 설치로 맞춤형 건강프로그램 제공

과제 2

선택적 맞춤형 건강관리의 강화

- 포괄 건강평가에 따른 맞춤형 건강관리 서비스 제공(허약, 치매, 우울, 만성질환 등)
- 개인별, 소그룹별, 집단별 허약예방 프로그램 운영

과제 3

성동형 의료복지 연계로 시너지 효과 극대화

- 동마을복지건강센터 거점화로 보건과 복지의 연계 확대
- 주민참여형 건강역량강화 프로그램 개발
- 마을·민·관 협의체 구성 및 운영으로 건강생태마을 조성
- 동 마을간호사와 지역 병의원의 의사소통 창구 마련

과제 4

동 건강이음터 설치

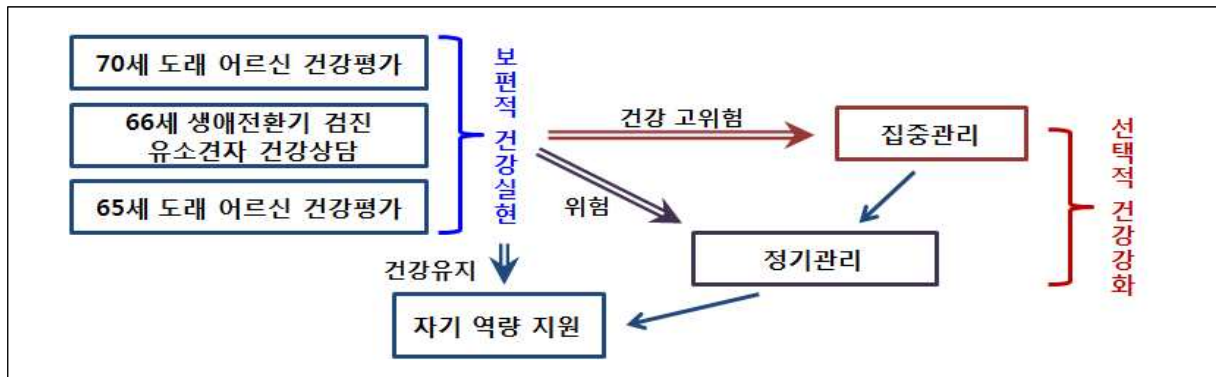
- 동 건강이음터에서 대사증후군 검진 후 통합건강상담
- 대상자별 건강평가 후 군분류
 - 정상군 : 대사증후군 위험요인이 0개
 - 약물치료군, 건강주의군 : 대사증후군 위험요인 1~2개 또는 약물복용자
 - 대사증후군 : 대사증후군 위험요인 3개 이상

□ 세부목표

구 분	마장동(시범동)	'15.7월 17개동 확대
보건복지플래너 투입 (간호사, 사회복지사)	2명 (병원간호사-1명, 사회복지사-1명)	서울시 보건복지플래너 시범구 선정 (동별 2인 1조 확보)
사업 안내(65세군)	243명	2,580명
보편적 방문 관리수(65세전수의 83%)	202명	2,142명
지속 방문수(65세전수의 17%)	41명	438명

*지속 방문수 : 기존 방문건강관리 사업 14년 6월 기준을 근거로 지속 방문 대상 17% 추정
(집중관리 0.6%, 정기관리 12%, 역량지원 4.4%)

IV 추진계획



1 마을간호사를 통한 보편적 건강실현

□ 65세, 70세 도래 모든 어르신에 대한 건강 포괄평가

- 노인 종합평가 도구(K-CAT7))를 활용한 포괄적 건강평가
 - 자기기입식 설문 : 현재의 병력, 생활습관, 수면, 배뇨장애, 일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활 활동(IADL), 노인 우울척도(GDS), 낙상위험, 주거환경, 사회경제적 요인
 - 신체기능 평가 : 신장, 체중, 시력, 청력, 상하지 기능 및 균형, 치매선별검진(MMSE-DS 사용)

7) Korea Comprehensive Assessment Tools : 한국형 외래용 포괄적 노인평가도구, 조비룡 외

□ 66세 건강검진자의 검진결과 상담 및 건강설계

- 66세 생애전환기 건강검진 홍보 및 적극 권유
- 건강보험공단과의 결과 연계 실시
 - 검진시 개인정보 및 결과의 보건소 공개에 동의 유도
- 검진결과에 따른 개인별 건강상담서비스 제공
 - 맞춤형 건강상담 및 노년 건강 설계 실시
 - 건강고위험 어르신에 대한 심뇌혈관질환(고혈압, 당뇨, 고지혈증), 치매, 정신(우울), 건강생활실천(운동, 영양, 금연, 절주) 등 분야별 건강관리서비스에 연계

□ 어르신 건강관리에 전문화된 '동 마을 간호사' 배치

- 동 마을 간호사 배치 : '15년 17명 배치(1인 1동)
- 어르신 전문 건강관리를 위한 직무교육 실시 : 160시간 이상
 - 노인 건강의 특징, 허약노인 기능예방 프로그램, 노인성 만성질환관리, 동 마을복지사업, 지역사회건강관리 자원 연계 등 교육
- 지속적·포괄적 건강 코디네이터 역할 수행
 - 대상자가 타기관 또는 타사업으로 연계되어도 퇴락하지 않고 건강상태에 따라 지역사회 건강서비스 자원을 지속적으로 조정
 - 건강군에 대해서도 퇴락 없이 지속적으로 관리함으로써 퇴락 후 건강 악화로의 회기를 방지
- 업무내용

구 분	업 무 내 용
대상자	· 65세 도래어르신, 70세 도래어르신
마을 간호사	· 만성질환 및 진단여부 · 복용 약물에 대한 점검 및 상담 · 감각기능(시력, 청력 등) · 운동, 흡연, 음주 등 생활습관 · 건강검진 실시여부 및 결과확인 · 66세 생애전환기 건강검진 안내 · 치매 검진 및 지원여부, 노인 우울검사 · 허약노인 판정평가(장기요양등급외 판정자) · 예방접종, 구강상태, 일상생활 수행능력 · 낙상경험 유무 및 안전정도 · 기타 건강위험요인 등
동건강	· 동 복지플래너(우리동네간호사) 연계하여 건강상담 및 프로그램 운영

이음터	· 기초검진 및 건강상담 후 고위험군은 주민맞춤형건강관리 프로그램을 제공하고 질환자는 의료복지 서비스 연계
복지사	· 기초연금 · (기초생활)생계급여 · 노인돌봄기본(종합)서비스 · 노인장기요양, 노인일자리 · 어르신 문화프로그램 · 주택담보노후연금보증(한국주택금융공사) · 마음돌보미(구자체사업) · 단순 무임카드 신청

동당 대상자 수 및 방문 수 추계

- 동 당 등록관리 3,776명, 집중관리 450명, 예상 방문 8,276건 -

▶ 70세 도래 어르신 동당 평균 114명

- 집중관리 : 70세 전체 어르신의 18%, 20명

※ 서울시 추계지침 (18%)
산출근거 = 의사 처방약 3개 이상 복용 노인 33.2% - 장기요양등급 1~3급 6.3% - 통합방문간호사 등록관리 9%)

▶ 66세 생애전환기 검진자 동당 5.1명

- '14년 성동구 66세 생애전환기검진자 88명
- 집중관리 : 2차 검사결과 고혈압·당뇨 환자 (동당 3명)

▶ 65세 모든 어르신 동당 평균 151명, 방문 성공 75명 예상

- 경제활동 등으로 대상자 방문 성공률 50%이하(성북구 시범사업 1월~3월 결과)
- 1일 1가구 사회복지사 동반 방문으로 보건과 복지의 연계 확대
- 집중관리 : 66세와 동일하게 동당 3명 예상

<동 당 대상자 수 및 방문건 수 추계 > 2015.1.30현재

구 분		계	65세 도래	66세 검진자 (수급자)	70세 도래
총 대상자수		4,226명	2,580명	88명	1,935명
총 방문 건수		8,276건	2,626건	583건	5,067건
보편 방문**	대상자	3,776명	2,116명	73명	1,587명
	방문건 수	3,776회	2,116건	73건	1,587건
집중 관리***	대상자	450명	51명	51명	348명
	방문건 수	4,500건	510건	510건	3,480건

* '15년 6월~12월 근로일 수 128일, 일 5건 방문 시 최대 640건 방문 가능

** 대상자 당 1회 방문

*** 집중관리, 3개월간 8~12회의 방문관리

포괄평가에 따른 맞춤형 건강관리 서비스 제공

- 포괄평가에 따라 집중관리군, 정기관리군, 자기역량 지원군으로 구분
- 집중관리군
 - 대 상 : 조절되지 않는 고혈압·당뇨 환자, 허약노인 판정점수 4~12점, 중증 우울자, 인지기능 저하자
 - 방 법 : 8~12회의 집중관리, 대상자 진료 병의원과의 협력으로 질환 개선, 허약예방 프로그램 적용
 - 중증우울자(10~15점), 정신건강증진센터 및 자살예방센터 연계
 - 인지기능 저하자, 지속적 사례관리 및 치매지원센터 연계
- 정기관리군
 - 대 상 : 고혈압·당뇨 증상이 있으나 조절되는 환자
 - 방 법 : 1~3개월에 1회 방문하여 건강관리 서비스 제공
- 자기역량 지원군
 - 대 상 : 고혈압·당뇨가 조절되거나 정상인 어르신
 - 방 법 : 4~6개월에 1회 방문하여 건강관리 서비스 제공

대상자별 허약노인 집중관리 프로그램(12주) 수행

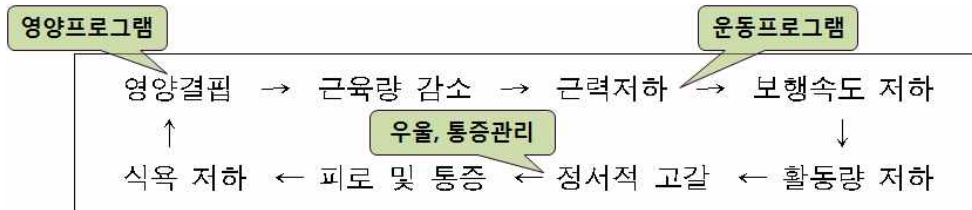
- 개별 프로그램
 - 대 상 : 허약노인 판정점수 4~12점인 집중관리군
 - 방 법 : 집중관리를 위한 방문 시 동 마을 간호사가 시행
- 소그룹별 프로그램(마을 건강사랑방)
 - 대 상 : 동일 질환자 3~5명으로 구성된 어르신
 - 장 소 : 가정, 복지관, 경로당 등 3~5명이 모일 수 있는 장소
 - 방 법 : 동 마을 간호사 1인당 1~2개 그룹 운영, 자조모임 결성으로 주민 참여형 건강역량 강화

○ 집단 프로그램

- 대 상 : 거동 가능한 어르신 회기당 30~50명
- 장 소 : 보건소 강당 등 대규모 프로그램이 가능한 장소
- 방 법 : 허약노인 기능장애 예방팀이 분기별로 1~2개 프로그램 운영

허약노인 기능장애 예방 프로그램

▶ 원 리 : 허약의 악순환 고리 단절



▶ 세부내용

- 사전, 중간, 사후 평가 실시 : 신체기능, 영양, 식욕, 건강력 평가
- 운동프로그램 : 대상자의 운동 수행 능력에 따라 단계적 운동강도 증량
- 영양프로그램 : 노년기 영양, 구강건강 관리(구강보건팀 연계)
- 우울통증관리 : 우울, 스트레스, 치매 등 정신건강관리(정신건강증진센터, 치매지원센터 등 관련 기관 연계)

▶ 허약노인 기능장애 예방팀 구성

- 인력구성 : 간호사, 운동사, 영양사, 물리치료사 등
- 허약노인 기능장애 예방 집단 프로그램 운영, 개인별 및 소그룹 프로그램 지원 등

3

성동형 의료복지 연계로 시너지 효과 극대화

□ 동 마을복지건강센터 거점화로 보건과 복지의 연계

○ 동 마을 간호사 동별 배치로 지역밀착형 건강서비스 제공

- 동 주민센터를 거점으로 찾아가는 건강서비스 제공
- 주민 접근성 향상으로 사각지대 발굴 원활
- 용이한 지역현황 파악으로 서비스 연계 자원 추가 확보

○ 동 마을 간호사와 사회복지사의 연계 확대

- 65세 도래 어르신을 사회복지사와 동반 방문하여 중복된 조사 방지
- 보건과 복지의 분절된 서비스 제공 체계를 통합하여 시너지 효과 제고

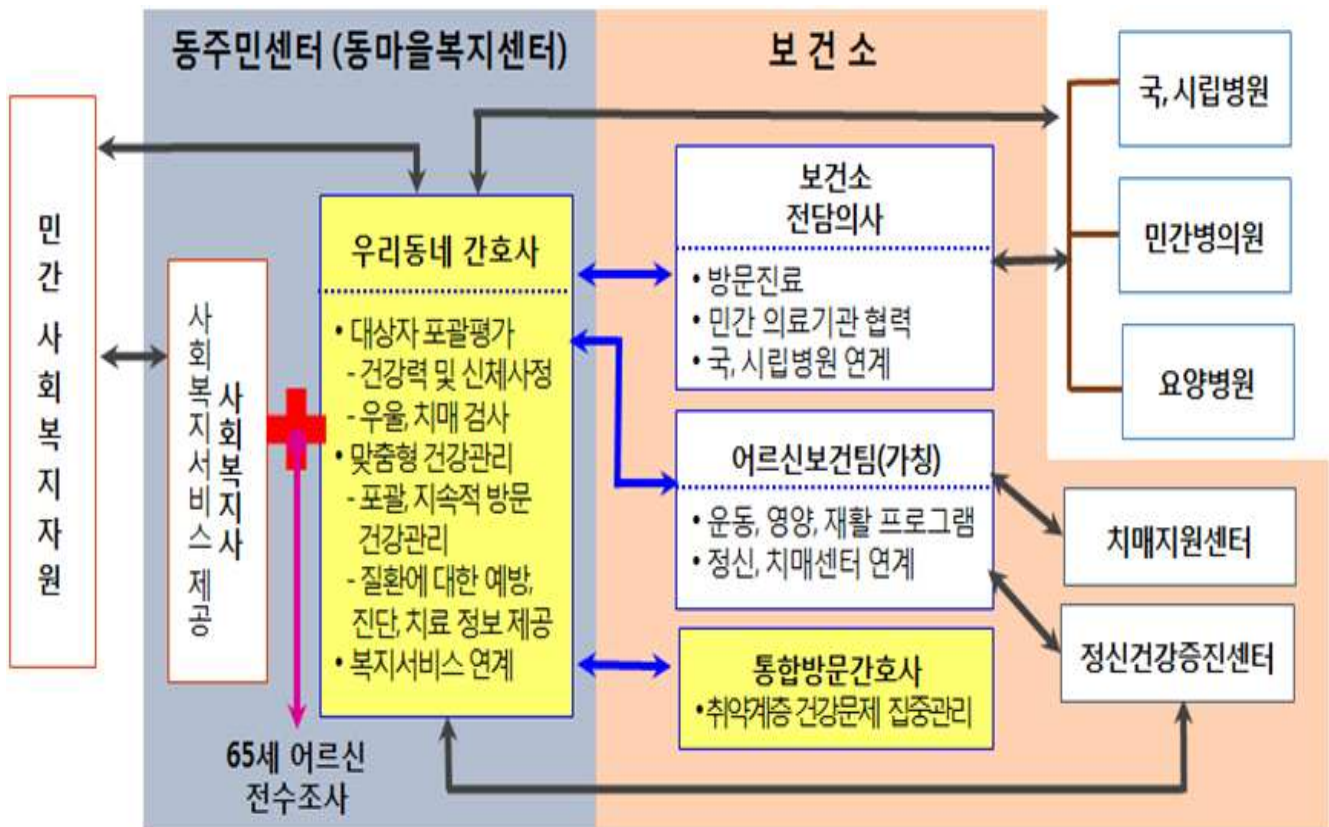
□ 주민 참여형 건강역량강화 프로그램 개발 및 지원

- 마을 건강사랑방 등 주민 참여형 건강역량 강화 프로그램 개발 및 지원
- 동 자원봉사캠프 활용 등 관계망 확대

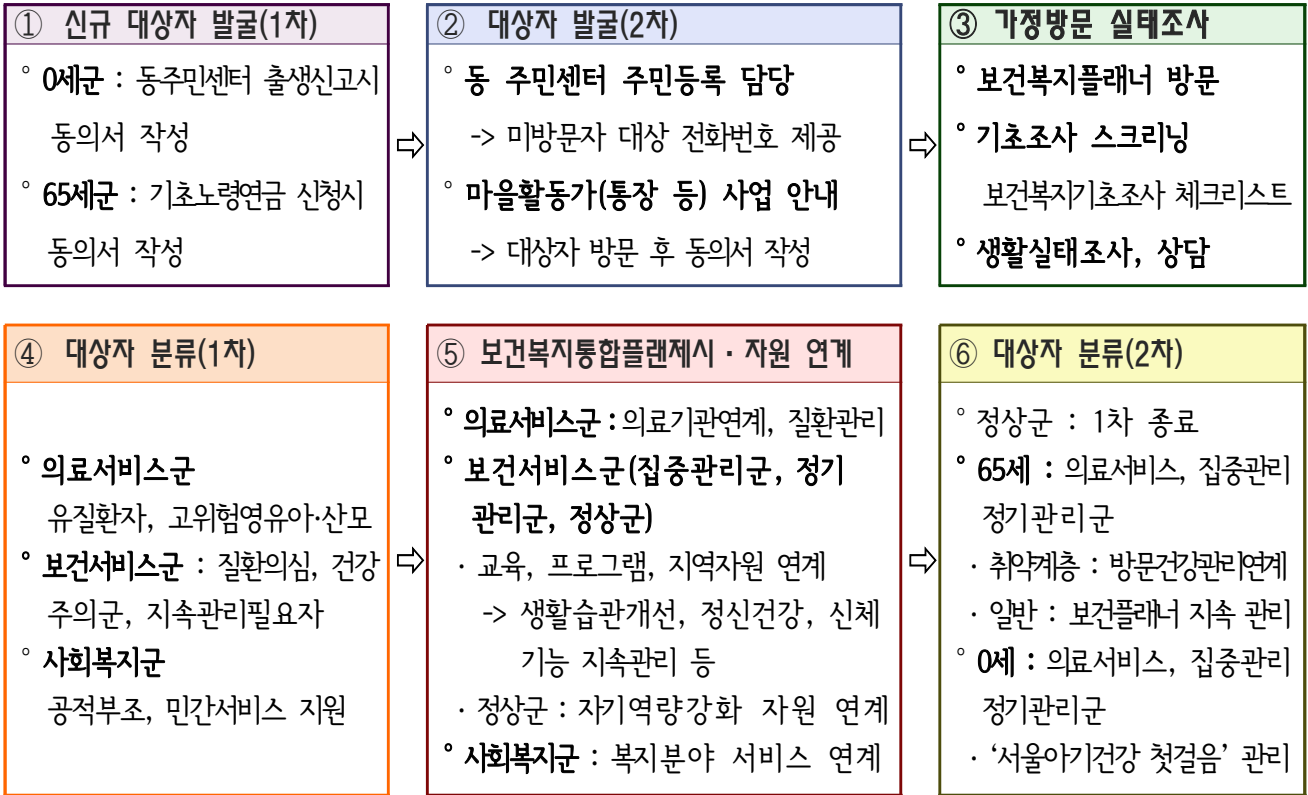
□ 마을·민·관 협의체 구성 및 운영으로 건강생태마을 조성

- 다영역 전문가의 수평적 구조인 '동 통합사례관리회의' 운영
- 공공과 민간의 역할 분담 및 네트워크 구축을 통한 효율적 운영 도모
- 충분한 의사소통과 훈련으로 자생력을 갖춘 건강생태마을 조성

□ 업무 체계도



□ 서비스 제공 흐름도



□ 대상자 군별 서비스 제공 프로토콜

대상	구분	의료서비스군	보건서비스군			사회복지군
			집중관리군	정기관리군	정상군	
65세군 66세군	내용	▶ 생애전환기 검진결과 유질환자(D,G) 판정 ▶ 스크리닝 가정방문 결과 만성질환 또는 타 유질환자 ▶ 의료기관 연계 ▶ 취약계층방문 건강관리연계	▶ 생애전환기 검진결과 질환의심 또는 건강주의 판정 ▶ 스크리닝 가정방문 결과 생활습관, 정신 건강, 신체기능 면에서 지속관리 필요자 ▶ 보건복지플래너의 주요 관리 대상군 ▶ 2차 대상자 분류 : 집중관리, 정기관리군			경제상태, 가정형태 복지자원 서비스 대상자 ▶ 복지팀의 주요 관리 대상군 ▶ 주민센터 및 지원 서비스 등록 및 연계
	방문 주기	1회 방문/ 4 주 (첫 6개월) 6개월 이후 재평가	1회 방문/ 4 주 (첫 6개월) 6개월 이후 재평가	1회/3개월 (첫 1년) 1년후재평가	첫 방문 2년 후 재평가	집중관리군, 정기관리군 : 재방문 정상군 : 1차 방문 후 종결

□ 마을간호사 역량관리

○ 3개동 마을간호사의 신규자 대상 리더 활동 수행

- 신규 보건플래너 관리 : 현장 인계(동행방문), 실무경험 교육, 연계기관 안내, 모니터링 등
- 표준매뉴얼 작성 및 교육자료 개발 시 참여

○ 권역별 모니터링 관리

- 17개동을 4~5개동 씩 4권역으로 조직 관리 : 7월 이후 17개동 확대 시 인력 17명 신규채용(우리아이 플래너 3명 제외) 후 동별 1명씩 배치

○ 보건플래너 표준매뉴얼 작성 : 서비스 제공의 신속성, 통일성, 정보제공 등

□ 사업주체별/담당자 역할

○ 사업주체 역할

실행주체	주요 역할	비고
사회복지사	<ul style="list-style-type: none"> - 65세, 70세 도래 어르신 명단확보 - 복지 및 정보제공 및 관련 담당자 의뢰 - 공적급여, 정서적·심리적 지원, 고용·세무·교육·문화 등 원스톱 통합서비스 정보 제공 - 복합적 욕구(보건·의료) 어르신 가정은 사례관리 의뢰 - 지역 병·의원 및 보건소 연계 구축 	
동마을간호사	<ul style="list-style-type: none"> - 확보된 취약계층 어르신 가정 방문 - 집중관리군, 정기관리군, 자기역량관리군으로 분류하여 관리 - 공공보건과 민간의료의 분절된 서비스 제공 체계를 연계 - 지역 병·의원 및 관련 시설 연계 구축 - 65세 도래 어르신 건강방문 전수조사 - 66세 건강조사 및 검진연계(질환자관리) - 70세 건강조사 및 건강관리 - 마을 건강빈곤집중지수 분석 및 건강관리 - 어르신 건강 코디네이터 역할 - 마을주민 건강상담 - 건강프로그램 운영 (허약노인, 뇌건강, 영양식이, 질환관리, 교육 등) <ul style="list-style-type: none"> • 치매 및 정신환자 관리 • 전문의료기관 연계 - 주민건강사례관리 - 요구도에 맞는 보건복지서비스 연계 - 통합방문간호사와 협력체계 구축 - 성동형 동건강이음터 프로그램 연계 (U-health 사업 병행) 	
동건강이음터	<ul style="list-style-type: none"> · 동 복지플래너(우리동네간호사) 연계하여 건강상담 및 프로그램 운영 · 기초검진 및 건강상담 후 고위험군은 주민맞춤형건강관리 프로그램을 제공하고 질환자는 의료복지 서비스 연계 	

□ 담당자 세부역할

구분	수행역할	확인사항
1. 방문계획수립	-가구방문을 위한 대상자확인 및 선정	
1.1 명단확보 및 발굴	-65세70세 도래 어르신 가구 대상자 명단확보(방문간호사) -취약계층어르신 발굴(사회복지직공무원)	▪보건소 명단 ▪주민등록명단
1.2 방문대상자선정	-계획수립에 의거 월별 방문대상자 선정	
1.3 안내문우편발송	-동장 명의 안내문 발송	
2. 방문상담 준비	-방문일정 확인, 대상자 기본사항 검토	▪각종신청서 준비
2.1 방문일정조정 및 확정	-유선을 통한 대상자 방문 공지 및 일정 협의	
2.2 사전조사	-대상자 기본사항, 보건복지수혜이력 등	▪보건소 수혜이력 ▪행복e음 수혜이력 ▪e-니눔복지통합(성동) ▪체크리스트 준비 ▪교통카드, 기초노령 연금신청서작성
3. 방문조사	-대상자 초기 상담 및 욕구파악	
3.1 초기상담	-개인인부확인, 개인 및 가구 생활실태 등 점검(방문간호사) -신청서에 필요한 구비서류 안내(소득재산신고서 등)	▪업무매뉴얼 참조
3.2 욕구파악	-대상자별 체크리스트 작성 실시(방문간호사) -복지욕구질문지(사회복지직공무원), 보건욕구질문지(방문간호사)작성	▪노인건강관리평가지 ▪사회복지욕구평가지
3.2.1 서비스정보제공	-생활실태점검(건강, 일자리, 교육, 문화 등), 재정상담 및 노후복지설계, 정서적·심리적 지원 등 통합서비스정보(사회복지직공무원) -건강력 및 신체사정, 만성질환 유무, 건강검진 확인 및 결과 상담 등 건강상태점검 및 정보 제공(방문간호사)	▪업무매뉴얼 확인
4. 상담조치	-위기별(위험도) 단순사례, 복합사례로 분류(방문간호사)	▪체크리스트 확인
4.1 대상자 구분	-단순사례 : 정기적 모니터링 실시(방문간호사) -복합사례 : 사례관리담당에게 의뢰(복지공무원)	▪대상자기준 확인
4.2 행정처리 종료	-보건, 복지, 금융 등 해당 서비스 제공 후 종결	▪관련기관 연락처 ▪행복e음 입력
4.3 사례관리 담당 의뢰 및 이관	-복합적지속적 관리대상으로 분류 동 중심 사례관리 실시	▪동중심 사례관리 ▪행복e음 입력
5. 사후관리	-복합사례에 대한 2차 방문 및 지속적 관리 실시	▪행복e음 입력
5.1 직접관리	-대상자 건강상태별 방문건강관리(집중, 정기, 자기역량) -주체별(구, 동, 민간기관, 지역사회) 사후관리 실시	▪노인건강관리평가지 ▪사회복지욕구평가지 ▪행복e음 입력
5.2 서비스연계	-병의원, 복지시설 등 지역사회 자원 연계 -공적급여, 현금성 지원 등 통합서비스 제공 및 연계	▪노인건강관리평가지 ▪사회복지욕구평가지 ▪행복e음 입력
5.3 동단위 실적관리	-발굴된 대상자의 상담내용, 점검사항 등 이력 및 정보관리	▪노인건강관리평가지 ▪사회복지욕구평가지 ▪행복e음 입력
5.4 동건강이음터 연계	-발굴된 대상자 통합적 건강관리	▪동건강이음터 프로 그램 입력

구민 누구나 쉽고 편리하게 정기적인 기초검진 및 건강 추진을 위하여 동 복지센터와 연계한 건강이음터 설치로 건강100세 건강공유도시 성동을 구현하고자 함

1. 추진배경 및 추진방향

추진배경

- 동별 건강 이음터 설치로 쉽고 편리하게 건강측정 및 의료복지연계
 - 구민 누구나 쉽고 편리하게 정기적인 건강측정 및 의료복지서비스를 연계할 수 있는 통합 시스템이 필요함
- 예방중심의 통합적 맞춤형 건강 서비스 지원으로 자가관리 역량 제고
 - 음주율 및 비만율이 서울시에 비해 다소 높지만 체중 조절시도율이 높다는 점에서 지역 주민의 건강에 대한 관심과 요구도가 높음
- U-헬스관리시스템 구축으로 지역주민의 자가건강관리 향상 환경 조성
 - 지역주민의 자가건강관리 및 건강역량강화를 위해 대상자 특성을 고려한 맞춤형 건강관리서비스가 요구됨

추진방향

- 동마을복지센터와 연계한 통합 예방 관리체계 구축
- U-헬스관리시스템 구축으로 만성질환조기발견 및 등록관리
- 유소견자 발견시 보건소 및 병원 진료 연계

2. 사업목표

사업목표

지표	내 용	2015년 목표	비 고
산출	건강이음터 설치 개소 수	17	설치 가능 개소 수 *자체평가
	U-헬스관리시스템 이용인원	8,000	예상방문 인원 *대사증후군관리시스템
결과	대사증후군 인지율	32.8%	전년도 비교 2% 향상 *2013 지역사회 건강통계

3. 성동형 의료복지제도 완성 TF팀 구성

□ 성동형 의료복지제도 완성 TF팀 구성

○ 기간 : 2015. 1월 ~

○ 인원 : 총 11명

- 팀장 : 보건소장

- 팀원 : 보건위생과장, 건강관리과장, 보건의료과장, 질병예방과장, 주민생활과장, 검진팀장, 건강생활팀장, 방문보건팀장, 희망복지팀장(주민생활과), 대사증후군 담당자

□ 마을간호사와 지역 요양기관 의사소통 창구마련

요양기관업무포탈 - '동 마을 간호사'

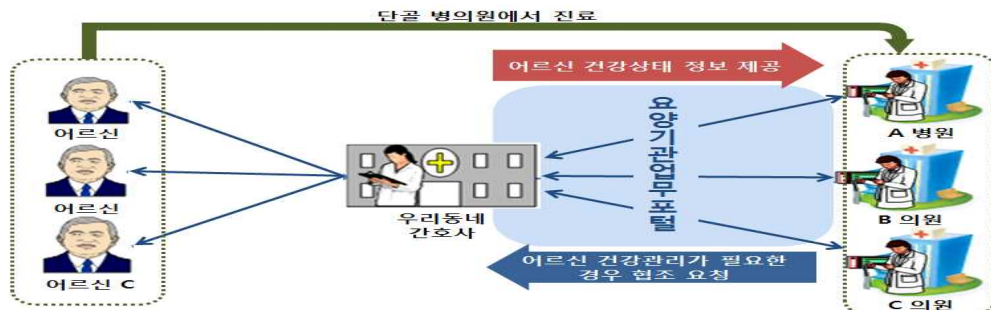
▶ 효율적 건강관리를 위한 지역 병의원 의사와 동 마을 간호사의 의사소통 창구 마련

- 대부분의 어르신은 주로 이용하는 병의원이 있음
- 동 마을 간호사는 대상자의 평소 건강관리 내용과 건강사정 결과를 해당 병의원 의사에게 전달
- 병의원 의사는 동 마을 간호사에게 정보를 받아 진료에 참고하며, 진료환자 중 건강관리가 필요한 대상자는 동 마을 간호사에게 의뢰할 수 있음

▶ 요양기관업무포탈 이용의 장점

- 요양기관업무포탈은 모든 병의원이 1일 1회 이상 접속하는 사이트로서 병의원 데이터 구축이나 가입이 따로 필요 없어 접근이 용이하며 비용 효율적임
- 온라인 프로그램 이용으로 장소와 시간에 구애 받지 않는 의사소통이 가능함
- 요양기관업무포탈은 공공기관의 사이트로서 신뢰할 수 있는 보안시스템을 갖추었음

▶ 시스템 구성도



- 민간의료와의 원활한 연계를 위해 건강보험 심평원 '요양기관업무포탈' 사이트에 의사소통 창구를 마련 ⇒ '동 마을 간호사' 메뉴 신설

마을 內 보건조직(의사, 약사) 연계

- 다영역 전문가의 수평적 구조인 '동 통합사례관리회의' 운영
- 기대효과
 - 공공의료와 민간의료의 분절된 서비스 제공체계를 연계함으로써 어르신 건강관리의 시너지 효과
 - 1차 의료기관 이용 활성화 및 의료 쇼핑 완화 효과

4. 추진 계획

대사증후군 통합 예방관리 체계 구축

■ 사업개요

- 대 상: 지역주민 30세 ~ 64세
- 운영기간: 연중
- 운영시간: 9:00 ~ 17:00
- 운영장소: 보건소 대사증후군 관리센터, 17개 동 주민센터, 이동검진
- 주요 운영방법
 - 대사증후군 조기 발견 및 등록관리(혈압, 혈당, 콜레스테롤, 중성지방, 허리둘레)
 - 신체계측, 체성분 검사(체질량지수, 근육량, 내장지방)
 - 대사검진 결과에 따른 대상자별 DB 등록관리(정상군, 약물치료군·건강주의군, 대사증후군)
 - 국가건강검진 사후관리 서비스
 - 전문상담가의 생활습관개선(영양, 운동, 비만, 금연, 스트레스 등)맞춤형 상담
 - 사례관리프로그램 운영(12주~16주), 사후관리(happy call 운영)

U-헬스관리시스템 구축

■ 사업개요

- 설치기간: 2015. 7.~
- 설치장소: 동 주민센터
- 설치면적: 동 주민센터와 공간협조
- 설치장비: 혈압계, 체성분검사기, 혈액검사기, 컴퓨터
- 운영시작일: 2015. 7.~

■ 추진계획

- '15. 4. 1.: U-헬스관리시스템 시범동 구축(상황에 따라 변경 가능)
- '15. 4. 1. ~ 5. 30.: U-헬스관리시스템 검사장비 구매 및 대사프로그램 설치
- '15. 6. 1. ~ 6. 30.: 시범운영
- 주요 운영 방법
 - 대 상: 지역주민 30세 이상
 - 운영시간 및 요일: 9:00~17:00
 - 내 용
 - 검진(당뇨검사, 고지혈증검사, 혈압측정, 체성분 검사 등)
 - 간호사, 영양사, 운동처방사 등 전문가의 상담 및 등록 관리(타부서 협조)
 - 최근 검진결과(혈압, 혈당, 콜레스테롤, 중성지방, BMI) SMS전송
 - 주기별 건강관리 SMS전송 및 건강정보 제공
 - 다음 방문검진일 SMS전송 및 검진예약일 알림서비스



□ 동 건강이음터 설치(시범운영)

■ 사업개요

- 기 간: 2015. 4. 1. ~ 6. 30.
- 장 소: 마장동 동 복지 센터
- 내 용: 대사 추진 사업 인력이 시범 운영후 동복지 센터 마을 간호사와 연계

■ 추진계획

- 대 상: 지역주민 30세 이상
- 운영시간: 09:00~17:00
- 운영장소: 1차 시범운영 후 17개 동 확대 추진

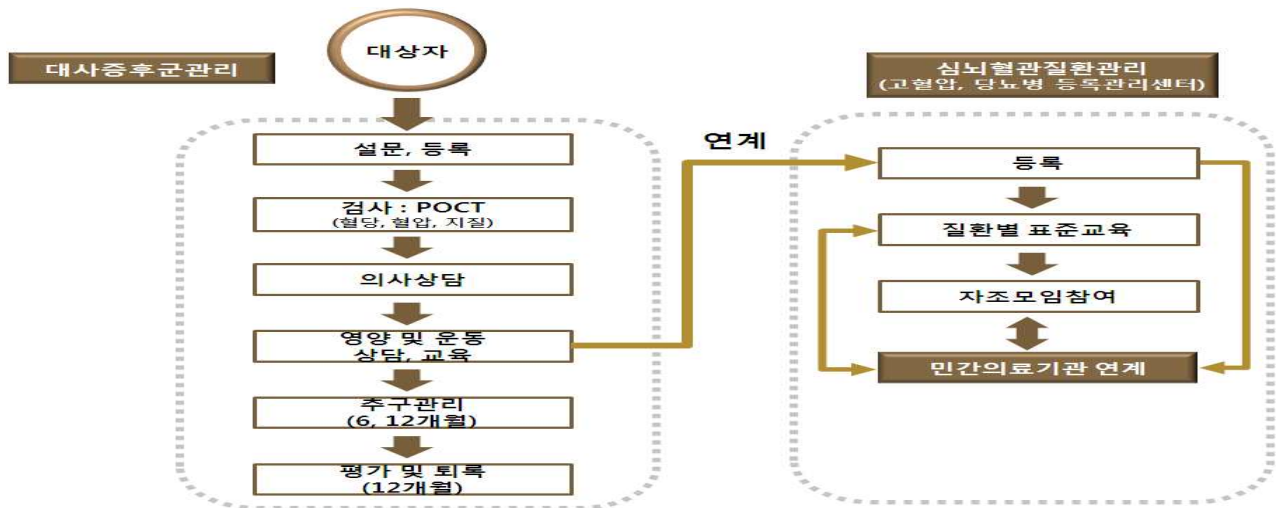
○ 일정별 건강프로그램 운영

동별	요일	월	화	수	목	금
마장동		금연/절주 프로그램	고혈압, 당뇨 프로그램	영양 프로그램	정신 프로그램	구강 프로그램

○ 운영 방법

- 시범동(마장동) 1차운영
- 각부서 협조로 건강상담 및 기존 프로그램 운영
- 만성질환자 조기 발견 및 등록관리(혈압, 혈당, 콜레스테롤, 중성지방, 허리둘레)
- 만성질환자 등록관리 및 투약지속율 관리
- 만성 질환자 발견자 인근 지역 민간의료기관 연계
- 이용자에게 건강체크통장 발급
(스탬프 적립 시 동맥경화, 골밀도 검사 등 보건소 유료 검사 이용)

○ 만성질환자 관리 방법



V 소요예산

□ 소요예산

- 복지플래너(마을간호사): 564,000천원
 - 예산과목(마을간호사): 구민과 함께하는 지역보건, 방문보건사업, 성동구 방문건강관리사업운영
- 동 건강이음터: 323,000천원

복지플래너(마을간호사)		동 건강이음터			
구 분	금 액(천원)	구 분	단 가	금액(천원)	비고(개)
총 계	564,000	총 계	19,000	323,000	
근로자등 보수	510,000	체성분검사기	3,000	51,000	17
공공운영비	3,060	콜레스텍(혈액검사기)	5,500	93,500	17
의료 및 구료비	28,370	혈압계	1,500	25,500	17
사무관리비	20,170	의료 및 구료비(검사시약)	5,000	85,000	17
업무추진비	2,400	데스크톱PC	2,000	34,000	17
		기타 운영비(시설비 등)	2,000	34,000	17

VI 향후계획

시범동 사업추진

- 기 간 : '15. 4.1 ~
- 대 상 : 마장동
- 방 법 : 사회복지사와 함께 가정방문
- 협력부서: 자치행정과, 마장동 주민센터
- 사업 확대
 - '15. 7. 1부터 쏠 동 시행
 - 각 동 복지센터에 전면배치

자치구 동 마을 간호사 모집·채용 : '15. 3.30 ~ 4.30

- 채용등급 : 무기계약직
- 채용인원 : 17명
- 자 격 : 간호사 면허소지자
- 100% 시비 예산지원
 - ※ 세부기준 : '15년 방문간호사 채용 계획 참조

전문교육

- 전문 교육기관에 위탁(각각 160시간 이상 교육)
 - 기 간 : '15.6.3 ~ 6.30

현장배치

○ 일 시 : '15. 7. 1.

세부일정

사업내용	일 정											
	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
시범동 공간배치 현장조사												
업무 관련 담당자 간담회												
성동형 방문사업계획 수립												
마을간호사 인력채용 및 전문교육												
참여기관 업무협약(MOU)												
시범사업 운영(마장동)												
업무 간담회												
마을간호사 인력배치												
지역자원 연계 협력(사업개시)												

VII 문제점 및 대책

사업 대상자에 대한 방문관리율 향상을 위한 협력 필요

○ 대상자 발굴시 주민등록 담당자의 협조 필요

동건강이음터 인력미채용으로 인한 동마을간호사 업무 과중

○ 타부서 협력 필요

■ 부서 협조사항

- 자치행정과 : 동 주민센터 장소 연계 협조
- 주민생활과 : 동 주민센터 복지업무 연계 협조
- 건강관리과 : 프로그램 운영 협조
- 질병예방과 : 동마을복지센터 복지플래너 연계 협조

VIII 홍보

- 관내 유관기관과의 협약을 통한 지역사회 홍보
- 관내 복지 통장, 반장 활용
- 건강정보제공을 위한 리플릿 개발 및 보급
- 관내 지역행사 연계를 통한 캠페인
- 전자행정서비스를 통한 홍보
- 기타 각종 언론 및 구정소식지를 통한 홍보
- IT홍보(SNS, 페이스북, 웹, 스마트폰 등)

IX 기대효과

- 직접 찾아가 맞춤형 서비스제공으로 의료 복지사각지대 적극 해소
- 도움에서 소외되지 않도록 촘촘한 의료복지 서비스제공
- 공공서비스에 대한 주민 만족도 향상. 끝.