

문서번호	건강관리과-2338
결재일자	2016.2.19.
공개여부	대시민공개
방침번호	부구청장 방침 제6호

주무관	방문보건팀장	건강관리과장	보건소장	부구청장			
전희진	민일선	강영자	이희영	02/19 김경호			
협 조							
	동행정팀장	이동재					
	희망나눔팀장	이주연					

**‘우리동네 간호사’
찾아가는 동 주민센터 건강서비스 제공 계획**



광진구보건소
(건강관리과)

찾아가는 동 주민센터 건강서비스 제공 계획

동 주민센터에 동 담당 방문간호사(우리동네 간호사)가 직접 방문하여 포괄 평가에 따른 맞춤형 건강관리서비스를 제공함으로써 주민의 접근성을 높이고, 자가건강관리 능력 및 건강수준을 향상시키고자 함

I 추진근거

- 국민건강증진법 제3조(책임) 및 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무)
- 공공보건의료에 관한 법률 제7조(공공보건의료기관의 의무)
- 2016년 광진구 주요업무계획(건강관리과 신규사업)

II 추진배경 및 필요성

■ 취약계층의 건강형평성 제고

- 광진구의 취약계층 인구는 꾸준히 증가하는 추세로 의료접근성을 높여 사각지대의 건강 고위험군을 적극 발굴하고, 건강 위험요인이 큰 취약계층이 보건의료 이용에 소외되지 않도록 건강형평성 제고를 위한 서비스 필요

(단위 : 명)

구 분	전체인구수	65세이상 노인	기초수급자	독거노인	장애인
2012	371,313	35,539	4,934	7,259	13,187
2013	368,927	37,413	4,942	7,506	13,013
2014	363,354	38,808	5,188	8,799	12,660
2015	360,369	40,205	7,332	9,333	12,506

* 출처 : 광진구통계정보, 행복e-음

■ 고령사회 도래에 따른 대응 필요

- 전체 인구수는 매년 감소하는 반면 어르신 인구는 지속적으로 증가하고 있으며, 최근 5년간 2.18% 증가함

(단위 : 명, %)

구 분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
전체인구수	371,936	371,313	368,927	363,354	360,369
고령인구비	8.98	9.57	10.14	10.68	11.16

* 출처 : 광진구통계정보

● 노년부양비는 최근 5년간 2.7%, 노령화지수는 29.6% 증가함

(단위 : %)

구 분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
노년부양비 ¹⁾	11.0	11.8	12.6	13.2	13.7
노령화지수 ²⁾	69.9	77.0	84.7	91.9	99.5

* 출처 : 서울시통계정보

⇒ 가족구조의 변화로 노인 부양가족이 감소하고 있어 지역사회 중심의 체계적이고 효율적인 노인건강관리 체계 마련 필요

■ 만성질환 증가에 따른 예방 및 관리활동 필요

● 광진구 방문건강관리사업 질환별 등록현황을 보면 심뇌혈관질환의 선형 질환인 고혈압 환자가 전체의 절반에 해당하고, 당뇨, 관절염, 암 또한 매년 증가 추세로 만성질환 증가에 따른 적극적인 예방 및 관리활동이 필요함

(단위 : 명, %)

년 도	전체등록자	고혈압	당뇨	관절염	암
2013년	7,717 (100)	2,875 (37.3)	1,233 (16.0)	1,764 (22.9)	406 (5.3)
2014년	6,706 (100)	2,989 (44.6)	1,303 (19.4)	1,803 (26.9)	391 (5.8)
2015년	6,855 (100)	3,412 (49.8)	1,468 (21.4)	1,923 (28.1)	386 (5.6)

* 출처 : 보건소통합정보시스템(PHIS)

■ 서울시 「찾아가는 동 주민센터」 사업 확산에 따라 우리구 실정에 맞는 주민 접근성 향상 보건의료서비스 제공 필요

년 도	서울시 「찾아가는 동 주민센터」 사업 추진구
2016년	성동, 성북, 도봉, 금천, 종로, 은평, 서대문, 마포, 양천, 구로, 노원, 동작, 강동, 강서, 동대문, 영등포, 관악, 강북구(18개구)

※ '16년 현재 18개구 참여중이며 '17년 전체 자치구 시행 예정

Ⅲ 추진 방향

- 동 주민센터를 거점으로 방문간호사 동별배치하여 지역 밀착형 건강서비스 제공
- 주민접근성 향상으로 사각지대 취약계층 및 65세이상 허약 어르신 발굴. 관리
- 지역 현황 및 자원의 효율적 파악으로 보건-복지 연계 통합관리 기반 구축

1) 노년부양비 = (65세이상 인구 / 15~64세 인구) × 100

2) 노령화지수 = (65세이상 인구 / 0~14세 인구) × 100

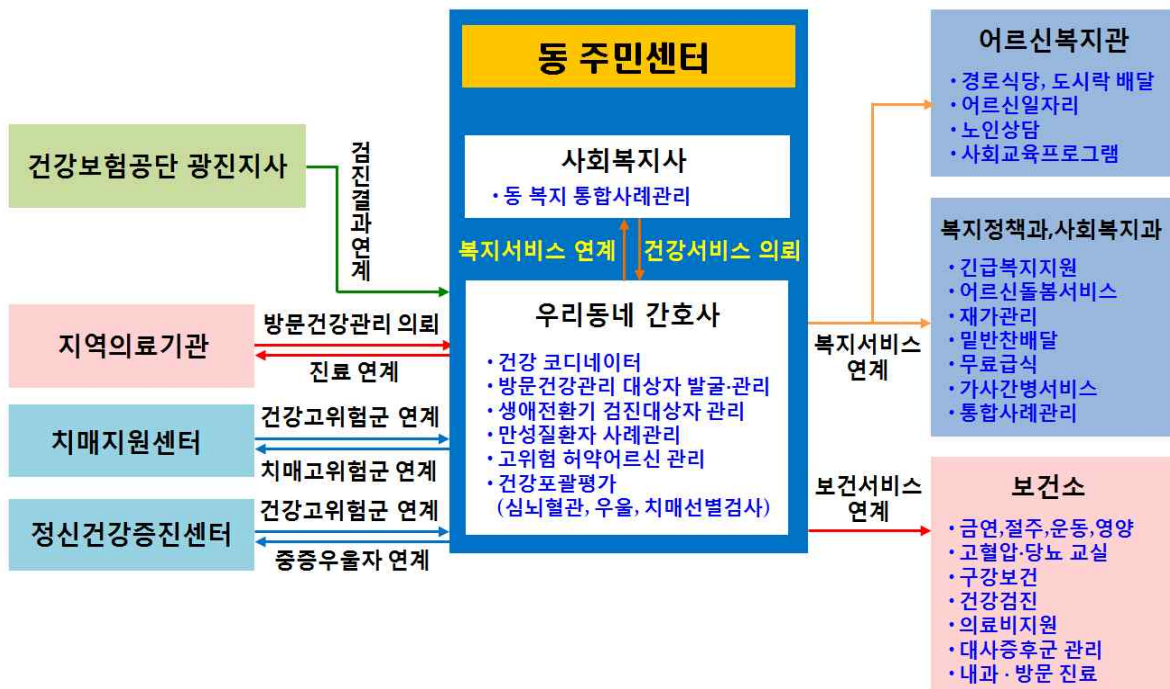
IV 추진 개요

- 기간 : 2016. 3월 ~ 12월
- 대상 : 취약계층 및 65세 이상 어르신, 기타 상담 필요 주민
- 장소 : 15개 동 주민센터
- 인력 : 방문간호사 12명
- 방법 : 자치행정과, 각 동 주민센터와 협업하여 연차별 계획에 따라 동 주민센터로 찾아가는 건강관리서비스 제공

■ 추진내용

- 방문간호사 전담동 배치로 지역밀착형 방문건강관리 대상자 발굴 . 관리
⇒ 동별 요일별 상주 간호사를 통한 지속적 건강상담, 방문서비스 제공
- 군 분류에 따른 맞춤형 건강관리 제공 및 생애주기별 건강검진 대상자 관리
- 지역 주민에 대한 건강 포괄 평가(심뇌혈관질환, 우울, 치매 선별검사등)
- 지속적, 포괄적 건강코디네이터 역할 및 보건-복지연계 통합관리 구축
⇒ 동 주민센터 사회복지사와 협력 체계 강화로 보건·복지 원스톱 통합 서비스 제공

■ 추진 체계도



V

추진 목표

■ 사업 비전

자가 건강관리 능력 강화로 건강수준 향상



추진 목표

- **지역밀착형 건강서비스로 취약계층 건강고위험군 발굴 강화**
 - 동 주민센터 거점 찾아가는 건강서비스로 취약계층 발굴 . 관리
 - 주민 접근성 향상을 통한 자발적 . 지속적 건강관리 추진
- **건강요구도에 따른 맞춤형 건강관리**
 - 포괄 건강평가에 따른 맞춤형 건강관리서비스 제공
 - 지속적 . 포괄적 건강코디네이터 역할 수행
- **지역자원 연계 인프라 구축으로 협력체계 강화**
 - 동 주민센터와 협업을 통한 보건-복지 원스톱 통합서비스 제공
 - 취약계층 건강관리를 위한 협력기관과의 유기적인 정보공유

■ 사업 목표

구 분	평가 지표	사업 목표	비 고
대상자 발굴 및 등록	등록자 수	768명	
건강검진결과 상담	건강검진결과 상담자 수	384명	
기초건강사정	혈압 및 혈당 측정자 수	2,304명	
건강상담	건강상담 건수	3,840건	
허약노인 집중관리 (관절통증 포함)	허약노인 집중관리 수	120명	
지역자원 연계	지역자원 연계 건수	384건	

VI 세부추진계획

■ 우리동네 간호사(방문간호사) 동주민센터 거점 건강관리서비스 제공

- 기 간 : 2016. 3월 ~ 12월
- 일 정 : 주 1회 (동 주민센터 상황에 맞추어 요일 지정)
- 장 소 : 15개동 주민센터 내
- 인 력 : 방문간호사 12명 담당 동에 배치

행정동	방문간호사	행정동	방문간호사	행정동	방문간호사
중곡1동	최노선	구의1동	최민영	자양2동	윤혜영
중곡2동	채용예정	구의2동	권혜숙	자양3동	윤혜영
중곡3동	최노선	구의3동	조혜원	자양4동	박서영
중곡4동	김일미	광장동	박옥숙	화양동	박옥숙
능동	조혜원	자양1동	채용예정	군자동	이상희

※ 중곡2동, 자양1동 담당 방문간호사는 2월말 채용하여 배치 예정

※ 2개동 담당 방문간호사는 주민센터 상황에 맞추어 일정 조율

● 추진내용

☐ 방문건강관리 대상자 발굴 . 관리

- 기초건강사정 : 건강행태 및 건강요구도 파악
- 건강상태 측정 : 혈압 및 혈당체크, 치매선별검진, 노인우울검사 등
- 건강상담 및 건강정보 제공
- 지속적인 관리 필요시 방문건강관리 대상자로 등록관리
- 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 분류하여 군별 건강관리

구 분	집중관리군	정기관리군	자기역량지원군
대 상	- 조절되지 않는 고혈압 . 당뇨 환자 - 허약노인 판정점수 4~12점	고혈압 . 당뇨 증상이 있으나 조절되는 환자 (위험군)	고혈압 . 당뇨가 조절 되거나 정상인 어르신 (정상군)
방 법	2~4개월에 8회(6~10회)집중관리	2~3개월에 1회 방문	4~6개월에 1회 방문
내 용	- 건강생활실천 유도, 합병증 예방을 위한 교육 - 1:1 개별 허약예방 프로그램 적용	건강측정, 건강행태개선, 만성질환관리 등	건강측정, 건강행태개선, 건강관리 정보 제공 등

F5 포괄 건강평가에 따른 맞춤형 건강관리서비스 제공

- 대 상 : 취약계층 및 65세이상 어르신
- 방 법 : 포괄 건강평가
- 내 용
 - 1) 포괄 건강평가 : 현재의 병력, 생활습관, 수면, 배뇨장애, 허약노인 판정 평가, 치매선별검진(MMSE-DS), 노인우울검사(GDS)
 - 2) 평가 결과에 따른 맞춤형 건강관리서비스 제공
 - 조절되지 않는 만성질환자 : 집중사례관리, 지역의료기관 연계
 - 고위험 허약어르신 : 허약노인 집중관리 프로그램 수행
 - 치매고위험군 : 치매지원센터 연계
 - 중증 우울자 : 정신건강증진센터 연계

F6 생애주기별 건강검진 대상자 관리

- 대 상 : 66세 어르신
- 방 법 : 66세 건강검진 결과상담 및 건강설계
- 내 용
 - 1) 66세 어르신 방문 시 건강검진 시행 여부 파악
 - 미수검자 → 검진 유도
 - 수검자 → 검진결과에 따른 건강상담
 - 2) 검진결과 건강고위험 어르신 대상 건강상담
 - 심뇌혈관질환(고혈압, 당뇨, 고지혈증) 예방 및 관리 방법 교육
 - 건강생활실천(운동, 영양, 금연, 절주) 등 분야별 건강관리서비스 연계

F7 고위험 허약어르신 관리

- 대 상 : 허약노인 판정평가 결과 4~12점 고위험 허약어르신
- 방 법 : 관절통증 문제가 있거나 허약노인 대상자를 집중관리군으로 선정 하여 집중 건강관리
- 내 용
 - 자가 스트레칭요법 제공 및 관리, 일상생활 동작 지도
 - 근력강화운동 : 세라밴드, 생활주변 도구 등 이용
 - 건강생활 실천을 위한 금연, 절주, 영양, 구강관리, 낙상 예방교육 실시

- 폭염, 혹한 등 계절별 건강관리 교육 실시
- 정신건강관리 : 스트레스, 우울, 치매예방 등

㉔ 보건-복지 연계 통합관리서비스 제공

- '우리동네 간호사(방문간호사)'와 '동 주민센터 사회복지사' 협업 추진
 - 복지대상자 중 건강관리가 필요하거나, 건강관리 대상자 중 복지서비스가 필요한 경우 사회복지사와 동반 가정방문
 - 취약계층 및 독거어르신 정보 공유
 - 동 복지 통합사례관리 연계
- 보건 . 복지 통합서비스 제공으로 시너지 효과 제고

구 분	서비스 내용
보건서비스	치매지원센터, 정신건강증진센터, 의료비지원, 금연클리닉, 구강보건, 일차진료실, 물리재활치료실, 예방접종, 방역, 노인장기요양보험, 무료수술, 지역의료기관 등
복지서비스	어르신 일자리, 기초연금, 어르신돌봄서비스, 재가관리, 밀반찬배달, 무료급식, 가사간병서비스, 긴급복지지원 등

부서간 협업 체계 구축

우리동네 간호사 취약계층(노인,저소득층) 건강관리

- 건강관리 대상자 중 복지서비스가 필요한 경우 사회복지사와 동행 방문
- 사각지대 취약계층, 허약어르신 발굴·등록 및 복지서비스 연계
- 보건서비스 지원(치매,우울,금연,구강보건,예방접종,무료수술 등)
- 통합사례관리 대상자 연계



VII

추진 일정

세부추진사항	월별 세부추진일정											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
계획수립		→										
간호사 채용 및 배치 준비		→										
취약계층 및 어르신 발굴 . 등록관리			→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
맞춤형 건강관리서비스 제공			→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
생애전환기 건강검진 대상자 관리			→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
고위험 취약어르신 관리			→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
보건-복지 연계 통합관리서비스 제공			→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
평가												→

VIII

평가 계획

- 평가방법 : 평가지표에 의한 자체평가
- 평가시기 : 연 1회(사업종료시)
- 평가결과 활용 : 2017년 사업추진에 반영
- 평가지표

평가내용	평가지표	사업목표	평가기준	평가결과
대상자 발굴 및 등록	등록자 수	768명	① 90%이상 ② 80%이상~90%미만 ③ 80%미만	10 5 0
건강검진결과 상담	건강검진결과 상담자 수	384명	① 90%이상 ② 80%이상~90%미만 ③ 80%미만	10 5 0
기초건강사정	혈압 및 혈당 측정자 수	2,304명	① 90%이상 ② 80%이상~90%미만 ③ 80%미만	10 5 0
건강상담	건강상담 건수	3,840건	① 90%이상 ② 80%이상~90%미만 ③ 80%미만	10 5 0
허약노인 집중관리 (관절통증 포함)	허약노인 집중관리 수	120명	① 90%이상 ② 80%이상~90%미만 ③ 80%미만	10 5 0
지역자원 연계	지역자원 연계 건수	384건	① 90%이상 ② 80%이상~90%미만 ③ 80%미만	10 5 0

IX 기대 효과

- 주민 접근성 향상으로 사각지대 취약계층 및 건강위험군 발굴하여 건강형평성 제고
- 포괄적 건강관리 서비스 제공으로 자가건강관리 능력을 강화시켜 건강수준 향상
- 허약어르신 기능장애 예방, 만성질환 집중관리로 의료비 절감에 기여

X 행정 사항

- 자치행정과 : '찾아가는 동 주민센터 건강서비스 제공' 운영 협조
- 동 주민센터(15개동)
 - 우리동네 간호사 주1회 근무공간 제공(복지상담실 등 동별여건에 따름)
 - 주민센터 취약계층 방문 시 건강관리서비스 안내
 - 건강관리 필요대상자 발견 시 우리동네 간호사(방문간호사)에 연계
- 복지정책과 : 통합사례관리, 지역자원 발굴 . 연계
- 정책홍보담당관 : 소식지 및 보도자료 등을 통한 사업 홍보

끝.