

정책연구자료 96-08, 78페이지, 700부

農漁村地域 公衆保健齒科醫師의  
效率的 活用方案

孔世權

李熙龍

文柄尹

韓國保健社會研究院

## 目 次

I. 序論 .....	7
II. 農漁村地域 公衆保健 現況 .....	12
1. 農村의 一般的 特性 .....	12
2. 地域保健 現況 .....	15
3. 公衆保健醫師 配置 .....	19
III. 口腔保健 分野의 現況 .....	23
1. 口腔健康 實態 .....	23
2. 保健支所單位 口腔病管理實態 .....	28
3. 口腔保健人力의 配置 및 活用實態 .....	31
4. 農漁村地域의 口腔保健 事業實態 .....	39
5. 口腔保健事業의 具體的 問題點 .....	46
IV. 改善方案 .....	51
1. 口腔保健事業方向의 轉換 .....	51
2. 口腔保健人力의 效率的 配置 및 活用方案 .....	60
3. 口腔保健事業의 活性化를 爲한 環境 構築 .....	67
V. 結論 .....	74

## 表 目 次

〈表 1〉 全國 道單位 市·郡의 地域規模 및 人口分布 .....	13
〈表 2〉 全國 道單位 郡部의 邑·面別 地域規模 및 人口分布 .....	14
〈表 3〉 全國 郡單位 面의 地域規模 및 人口分布(1995) .....	14
〈表 4〉 全國 市·郡別 醫療機關 및 病床分布 現況 .....	16
〈表 5〉 全國 市·郡別 醫療機關 및 病床當 人口率 .....	16
〈表 6〉 地域別 家口當 醫療機關 利用實態(1995) .....	18
〈表 7〉 地域別 住民當 醫療機關 利用現況(1995) .....	18
〈表 8〉 公衆保健醫師 機關別 配置現況(1996年 7月末 現在) .....	19
〈表 9〉 道單位 邑·面別 公衆保健醫師 配置現況(1996年 7月末 現在) .....	20
〈表 10〉 公衆保健醫師 年次別 配置現況(1996年 7月末 現在) .....	22
〈表 11〉 韓國 12歲 兒童 1人 保有 平均 齲蝕經驗永久齒牙數 變化 推移	25
〈表 12〉 地域別 年齡 階層別 地域社會 齒周加療 必要者率(1990) .....	25
〈表 13〉 齒牙補綴 裝着者率 및 必要率 變化(65歲 以上) .....	26
〈表 14〉 世界 主要國의 12歲 兒童 1人 保有 平均 齲蝕經驗永久齒牙數의 變化 .....	26
〈表 15〉 外國의 12歲 兒童의 齲蝕經驗永久齒指數(DMFT 指數) .....	28
〈表 16〉 有效齒牙齲蝕症診療需要 .....	30
〈表 17〉 有效齒周病診療需要 .....	30
〈表 18〉 公衆保健齒科醫師 機關別 配置 現況(1996年 7月末 現在) .....	33
〈表 19〉 地域別 公衆保健齒科醫師 配置 比較(1996年 7月末 現在) .....	33
〈表 20〉 各 道別 邑·面單位 公衆保健齒科醫師配置 및 開院醫 現況(1996年 7月末 現在) .....	34
〈表 21〉 保健所 및 保健支所의 齒科衛生士人力 配置現況 .....	37

〈表 22〉	江華郡 口腔保健室 裝備 등 購入內容 .....	43
〈表 23〉	公衆保健齒科醫師 1人을 保健所에 配置하여 口腔保健事業을 專擔케 하는 境遇 .....	66
〈表 24〉	公衆保健齒科醫師 2人을 保健所에 配置하고 1人은 口腔保健事業을, 나머지 1人은 診療業務 專擔하는 境遇 .....	67

## 圖 目 次

[圖 1]	日本の 中央政府內 口腔保健擔當部署 .....	69
[圖 2]	日本の 大部分 地方政府(縣 單位-우리나라의 道에 該當內) 口腔保健擔當部署 .....	70
[圖 3]	美國의 州政府 口腔保健行政體系(North Carolina) .....	70

## I. 序論

1980년에 제정된 「農漁村 등 保健醫療를 위한 特別措置法」(이하 「農特法」)은 醫療人力의 都市偏重에 따른 농어촌 무의지역에 郡의관으로 充원하고 남는 의료인력을 배치함으로써 地域間 保健醫療의 均霑化라는 점에 초점을 두고 있다. 이를 계기로 농어촌 주민들의 齒科診療에 대한 接近度를 높임으로써 應急口腔顎顔面疾患(응급악안면질환)으로 인한 이들의 고통을 완화시키는 데에는 이 제도가 공헌을 하였으나 농어촌 주민들의 口腔健康水準 향상에는 별다른 기여를 하지 못한 것이 사실이다. 구강건강을 효율적으로 증진, 유지시키기 위해서는 다른 모든 질병과 마찬가지로 口腔病이 발생하는 要因을 규명하고 요인이 작용하는 기구를 효과적으로 차단하는 노력을 지속적으로 기울여야 한다. 그러므로, 農漁村 口腔保健은 人力의 效率的 配置뿐만 아니라 구강보건을 증진시키기 위한 기본계획과 이들 인력을 효과적으로 활용하여 사업을 진행시키기 위한 口腔保健行政組織과 施設, 裝備, 財政 등의 뒷받침이 이루어져야 하며 이를 토대로 효율적인 인력을 활용했을 때만이 실질적인 지역주민의 구강건강을 증진시킬 수 있을 것이다. 이러한 시각에서 본 연구는 農漁村 口腔保健人力에 대한 業務評價가 이루어지는 과정에서 별도로 공중보건치과의사와 치과위생사의 效率的 配置 및 活用方案과 구강건강증진에 장애가 되는 요인들을 지적하고 해결책을 제시하는데 焦點을 두고 있다.

구강보건사업이 전반적인 보건의료의 틀 속에서 전개되어야 하므로 농어촌 지역의 보건의료에 관하여 살펴볼 필요가 있다. 公衆保健醫師란 「農特法」에 따라 의사, 치과의사 및 한의사 등이 郡복무를 대신하여 公衆保健業務에 從事할 것을 명령받은 대상을 말하며, 종사기간은 3년이고, 근무지역은 정부가 정하는 農漁村地域의 保健(支)所, 保健醫療院을 비롯한 醫療脆弱地域病院

및 療養施設 등 다양하다. 그러나, 『농특법』에는 公衆保健醫師의 배치 및 활용에 관한 사항만을 명시하고 있을 뿐 農漁村 保健醫療의 방향과 추진방법, 공중보건직의 具體的 役割에 대한 내용은 별다른 언급이 없다.

따라서, 공중보건직 배치와 아울러 農漁村 保健醫療를 위한 계획은 어떻게 세워야 하고, 그러한 틀속에서 公衆保健醫師가 어떠한 역할을 감당해야 하며, 또 이들의 활동을 위해서 무엇을, 어떻게 지원해야 할 것인지에 대한 새로운 평가와 규정이 요구된다고 하겠다.

農漁村 保健醫療를 위한 政府의 關心은 1980년 이후 지속되었다. 1979년 약 600명(치과의사: 304명, 의사: 300명)의 의료인력을 농어촌에 배치하기 시작한 후 점차적으로 증원하여 1995년에 약 3,000명(치과의사: 813명, 의사: 2,095명)에 달하는 의료인력이 농어촌에서 근무하고 있다. 이는 農漁村 保健醫療의 脆弱이 인력부족에 의한 것이 아니라 人力活用 및 事業支援에 대한 관심부족에 있음을 의미한다고 할 수 있다.

現在 농어촌 보건의료의 상황은 인력과 시설은 있으나, 이를 체계적인 계획하에서 효과적으로 배치활용하여 사업을 추진해야 할 保健事業計劃能力이 절대적으로 부족한 상태에 있다. 이를 단적으로 드러내는 예가 공중보건 치과의사의 供給不足을 해결하기 위해 2개 이상의 보건지소를 交代勤務하도록 하는 방식을 각 지방자치단체에서 취하고 있다. 현재 農漁村의 口腔病의 특성상 광범위한 1차진료대상자와 높은 新生口腔病의 發病率을 감안한다면, 농어촌의 구강건강향상을 위한 정책은 1次豫防 爲主의 적극적인 지역사회 구강보건사업이 주가 되어야 할 것이다. 그러나, 현재 대부분의 市·郡 單位의 保健所에는 구강보건을 담당하는 組織과 專擔行政人力이 없으며 지역사회 구강보건의 문제가 무엇인지에 대한 실태조차 파악하지 못하고 있다. 따라서 이러한 상황에서 장·단기 지역사회 구강보건사업계획을 세우고 이를 위한 人力의 效率的 活用計劃을 지역사회에서 수립하여 사업을 추진한다는 것은 어려운 실정이다.

실제 대부분의 市·郡 保健所는 보건소의 유일한 口腔保健專門人力인 공

중보건의과 의사와 치과위생사를 단지 診療擔當人力<sup>1)</sup>으로만 간주하여 이들의 업무를 환자에 대한 진료서비스 제공으로 국한시켜 놓고 있는 상황이다. 결국 이러한 형태의 口腔保健人力 活用方式을 통해서는 相對口腔保健診療必要<sup>1)</sup>중 최소한의 부분만을 보건소와 보건지소에서 충족시킬 수 있을 뿐이며 나머지 상당부분은 그냥 방치하거나 약국에서 소염진통제의 구입, 복용을 통하여 증상만을 완화시키면서 질환을 악화시키는 악순환을 거듭하고 있다. 대표적인 口腔病人 齒牙齶蝕症<sup>2)</sup>과 齒周病<sup>3)</sup>의 경우 대부분 초기증상이 거의 없거나 매우 미약하고 간헐적이며 질환의 진행속도도 매우 느려서 질환이 악화되기 전에는 생업에 지장을 초래하면서까지 자발적으로 保健所 등의 구강진료기관을 내원하기를 기대하기는 상당히 어렵다. 결국 相對口腔保健診療必要<sup>1)</sup>중의 대부분은 有效口腔保健診療需要<sup>4)</sup>화 되지 못하고 지역주민의 구강건강수준은 계속 악화일로를 걷게 되어 마침내 치아를 발거하고 義齒를 장착해야 하는 상황에 도달하게 되는 것이다. 현재 우리나라의 65세 이상 인구의 可撤性義齒<sup>5)</sup>必要者率이 무려 40%(서울대학교 치과대학, 1990; 부산대학교 치과대학, 1990)에 이른다는 사실은 우리나라의 구강보건정책이 얼마나 부재한가를 알 수 있게 한다.

따라서 農漁村 住民의 生活形態와 口腔病의 特性을 고려하여 구강건강수준의 향상을 기하기 위해서는 먼저 보건소가 지역주민에게 접근하여 주민들

- 
- 1) 상대구강보건진료필요란 구강건강을 증진시키는데 논리적으로 필요한 구강보건진료필요중 조사가능한 구강보건진료필요를 말한다.
  - 2) 치아우식증이란 치아의 경조직에 구강내 세균이 만든 산에 의해서 생성된 부식치질을 일차적인 소견으로 하는 질환을 말한다.
  - 3) 치주병이란 치아를 둘러싸고 있는 잇몸과 치조골부위에 발생한 각종 질환을 말한다.
  - 4) 유효구강보건진료수요란 구강보건진료수요중에서 실제 구강보건진료소비자가 구매력과 구매의사를 가지고 충족할 수 있는 부분을 말한다.
  - 5) 가철성의치란 구강내에 의치를 고정할 잔존치아가 부족하여 의치가 구강내의 조직에 반영구적으로 고정되지 못하고 사용할 때에만 구강내에 넣어 사용하는 의치, 소위 틀니라고 일컬어진다.

의 구강건강상태를 지적하고 보다 편리한 방식으로 口腔病治療서비스와 口腔病豫防서비스를 제공해야 할 것이다. 그리고, 口腔保健人力의 활용방식도 이러한 형태의 구강보건서비스가 용이하게 이루어질 수 있도록 운용되어야 할 것이다. 이러한 역할을 수행하는 데 있어서 중심적인 실무역할을 담당해야 할 公衆保健齒科醫師들이 口腔保健學的 專門知識과 구강보건사업의 계획 및 수행, 평가까지 독자적으로 능히 수행해 낼 수 있는 능력을 충분히 갖추지 못하였기 때문에 이들에 대한 교육활동이 병행되어야 한다는 문제가 있다. 그러나, 현재 진행되고 있는 新規公衆保健醫師 職務教育과 國立保健院에서 진행하는 補修教育 등을 통해서 지속적으로 제공함과 동시에 지역사회에서 지속적인 再教育이 이루어진다면 현재의 여건에서도 가능할 것이다.

지금까지 경제성장과 의식주의 해결이 우선되었던 주변환경으로 인해 口腔健康은 노동력의 상실과 직접적인 관련성이 적다는 이유로 매우 소홀히 다루어져 왔다. 그 결과 지역사회 보건사업의 내용중에 구강보건의 다루어지지 않는 경우가 대부분이었으며 豫算의 配定이나 專擔行政人力의 擴充을 통한 독자적인 사업추진을 거의 기대하기 어려운 상황이었다. 그러나 소위 文化病으로 취급되는 대부분의 口腔病이 소득수준의 증가에 따라 매우 빠른 속도로 有柄率이 증가하고 있으며 이로 인한 勞動力의 손실 뿐만 아니라 인간의 基本權 중의 하나인 건강한 삶의 질을 유지하는 데 커다란 障礙要因으로 다가오기에 이르렀다. 특히 農漁村地域의 경우 식생활 패턴이 빠르게 변화함에 따라 齒牙齲蝕症(치아우식증)과 齒周病(치주병)이 급격히 증가하고 있으나, 齒科診療機關에의 接近性이 떨어지고, 상대적으로 낮은 교육수준, 낮은 소득수준으로 인하여 발생된 구강질환이 방치되고 있는 경우가 많아 이들 지역의 口腔保健問題는 매우 深刻한 수준에 이르렀다. 農漁村地域의 경우 12세 아동의 齲蝕經驗永久齒指數(우식경험영구치지수)가 1979년에 1.7개였던 것이 1990년에는 3.3개로 증가하고 있으며 그 결과가 대부분(약 88%) 齒牙喪失로 이어지고 있다(김종배, 1994). 이는 국민 개개인에게 있어서 상당한 생활상의 불편과 심리적 박탈감을 초래할 뿐만 아니라 補綴施術 관련 의료비가 국민의료



비를 증가시키는 요인이 되어 국가경제에도 손실이라고 할 수 있다.

한편 우리나라도 OECD 가입과 함께 先進國으로의 진입을 목전에 두고 있는 상황에서 국민의 건강과 복지에 보다 많은 관심을 기울여야 할 것이다. 무한경쟁의 세계에서 인적자원이 유일한 국가의 자산인 우리나라에서 국민의 건강은 가장 중요한 국가경쟁력 중의 하나일 것이다. 또한 보다 윤택한 삶의 질을 추구하는 국민들에게 구강건강은 건강한 생활의 중요한 요소 중의 하나로 자리잡고 있음을 감안한다면 이 또한 국가경쟁력 향상의 중요한 원천이 될 것이다.

따라서 본 研究의 目的은 농어촌지역에서 구강보건업무를 담당하고 있는 公衆保健齒科醫師를 중심으로 이들의 배치현황 및 활동실태 등에 대한 검토를 통하여 향후 이들의 지역배치의 적정화와 인력활용의 효율화, 새로운 구강건강관리방식에 대한 대안을 모색하는 데 있다.

## II. 農漁村地域 公衆保健 現況

앞장에서도 언급한 바와 같이 농어촌지역에서의 口腔保健事業은 전반적인 보건의료의 틀 속에서 수행되어야 하므로 本章에서는 구강보건을 포함하여 우리나라 농어촌지역에 있어서 公衆保健의 현황을 간략히 살펴보고자 한다.

### 1. 農村의 一般的 特性

農村과 都市를 어떻게 규정짓느냐는 점은 간단한 일이 아니다. 行政區域상 郡部를 農村으로, 市部를 都市로 간주할 때 과연 도시와 농촌은 무엇이 다를까? 일반적으로 도시를 정치, 경제, 문화의 중심지로, 그리고 농촌을 榮農爲主의 周邊地域으로 간주한다면, 오늘날의 농촌에서 이러한 점은 도시거점 산업화와 산업거점 도시화, 그리고 行政爲主의 都市編入으로 그 본래의 특성을 상실한 경우가 많다고 하겠다. 따라서 도시와 인접된 농촌을 都市形 농촌으로, 도시에 편입된 농촌을 농촌형 도시로 본다면 농촌중 고립된 지역은 농촌중 농촌으로 구분할 수 있는 등 다양성을 내포한다.

이처럼 오늘날 농촌과 도시는 모호성을 지니고 있지만 급속한 산업화에서 농촌으로 남겨진 지역은 소외된 대상이 분명하다. 즉 도시거점 산업화에서 젊은층이 도시로 떠나 농촌은 노인들만 남아서 전통적 家族農을 유지하는 형태가 一例이다. 그 결과 농촌은 相對的 貧困化가 불가피했고, 빈곤화는 경제적 측면만이 아닌 사회, 문화 및 복지 등을 포괄하면서 소위 ‘無醫村’, ‘無校村’ 또는 ‘無人村’까지 등장하고 있다. 이러한 현상은 산업화에 따른 상대적 황폐화와 탈농현상의 단면이 아닐 수 없다.

그렇다면 오늘날 우리의 농촌은 어떠한 상황에 있을까? 1990년 인구조사

는 총 인구중 농촌지역에 해당하는 군부의 인구를 약 25.6%(읍부: 8.3%, 면부: 17.3%) 수준으로 추정하고 있다. 그 후 5대 광역시 설정과 市·郡間 統廢合 및 일부 농촌의 都市編入 등 일련의 行政區域 改編은 도단위의 군부를 137개에서 95개로 축소시키면서 인구는 약 14.3%(읍부: 5.2%, 면부: 9.1%)로 감소되었다. 이처럼 행정구역 개편으로 인한 도시화는 장기적 차원에서 도시주변 농촌의 도시화를 촉진시킨 이면에 농촌으로 남겨진 지역의 孤立化를 가속화시킨 양면성을 내포한다.

〈表 0〉 全國 道單位 市·郡의 地域規模 및 人口分布

도명	행정구역			지역규모(천/Km <sup>2</sup> )			인구 규모(천명)			도시화율(%)		인구밀도(명/Km <sup>2</sup> )		
	전체	시부	군부	전체	시부	군부	전체	시부	군부	지역	인구	전체	시부	군부
경기	10	3	7	10	4.0	7	7,332	6,220	1,112	35.2	84.8	722	1,738	177
강원	17	5	12	17	5.0	12	1,530	1,021	509	28.6	66.7	91	213	43
충북	7	2	5	7	2.0	5	1,425	896	529	27.2	62.9	192	444	98
충남	8	3	5	8	3.0	5	1,842	876	966	39.7	47.4	220	264	191
전북	8	3	5	8	3.0	5	2,003	1,547	456	38.3	77.3	249	504	92
전남	12	2	10	12	2.0	10	2,197	980	1,218	18.1	44.6	185	457	125
경북	19	9	10	19	9.0	10	2,761	2,076	685	46.5	75.2	145	235	67
경남	12	5	7	12	5.0	7	3,897	3,099	798	40.8	79.5	337	658	117
제주	2	1	1	2	0.5	1	514	333	180	28.3	64.9	281	644	138
전체	95	33	62	95	33.5	62	23,501	17,048	6,453	34.7	72.5	247	517	104

資料: 한국행정구역 편찬위원회, 『한국행정구역 총람』, 1995.

이러한 점은 醫療資源의 都市偏重과 관련하여 도단위 군부와 이들 市·郡부 중 면단위에 관심을 갖게 된다. 전국적으로 도단위 군부는 95개로 구성되며, 그 이하는 131개의 읍과 805개의 면을 포함한다. 여기서 면단위는 일정한 형태를 유지하는 것이 아니라 지역크기 및 인구규모가 다양하다. 즉 지역의 넓이는 49km<sup>2</sup> 이하인 면이 48%인데 비해 100km<sup>2</sup> 이상인 면은 14%를 점유하고, 인구규모는 4천 9백명 이하의 면이 45%인데 비해 1만명 이상의 면은 10%로 지역넓이 및 인구규모가 3배 이상 차이를 나타내는 면이 약 10%에 해당한다.

〈表 1〉 全國 道單位 郡部의 邑·面別 地域規模 및 人口分布

시도	행정구역			지역규모(Km <sup>2</sup> )			인구규모(천명)			인구밀도(명/Km <sup>2</sup> )		
	전체	읍	면	전체	읍	면	전체	읍	면	전체	읍	면
경기	112	14	98	6,584	729	5,855	1,112	391	721	169	536	123
강원	79	19	60	11,988	2,664	9,324	509	241	268	43	91	29
충북	82	10	72	5,419	685	4,734	565	192	373	104	280	79
충남	115	17	98	5,049	690	4,359	966	395	571	191	573	130
전북	87	9	78	4,962	532	4,430	456	125	331	92	235	75
전남	198	27	171	9,714	1,436	8,278	1,217	392	825	125	273	100
경북	119	15	104	9,270	964	8,306	685	204	481	74	211	58
경남	132	13	119	677	655	6,120	798	287	511	118	438	84
제주	12	7	5	1,309	974	335	180	141	39	138	145	117
전체	936	131	805	61,070	9,329	51,741	6,488	2,368	4,120	106	254	80

資料: 한국행정구역 편찬위원회, 『한국행정구역 총람』, 1995.

〈表 2〉 全國 郡單位 面의 地域規模 및 人口分布(1995)

지역규모(Km <sup>2</sup> )	면단위 수(개)	%	인구수(명)	%	평균인구수(명)	인구밀도(명/Km <sup>2</sup> )
29 이하	98	12.2	380,186	9.4	3,879.4	194.0
30~ 49	285	34.4	1,460,445	36.0	5,124.4	128.1
50~ 69	199	24.7	1,099,706	27.1	5,526.2	92.1
70~ 89	84	10.4	476,331	11.8	5,670.6	70.9
90~109	55	6.8	243,175	6.0	4,421.4	44.2
110~129	29	3.6	134,853	3.3	4,650.1	38.8
130~149	22	2.7	92,033	2.3	4,183.3	29.9
150 이상	33	4.1	164,210	4.1	4,976.1	31.1
전체	805	100.0	4,050,939	100.0	5,032.2	79.6

資料: 한국행정구역 편찬위원회, 『한국행정구역 총람』, 1995

어느 사회나 行政區域은 국토의 효율적 관리, 주민생활의 편의 및 행정관리의 능률화라는 점을 기초로 하지만 급속한 地域開發 및 人口移動은 지역편차로 이어질 수밖에 없다. 한편 행정구역 조정 과정을 살펴보면 1960년대는 3회, 1970년대는 2회, 1980년대 8회, 그리고 1990~1995년간은 6회에 걸쳐 行政區域 調整이 이루어져 왔지만 이는 地域偏差를 완화하기보다 오히려 심화시킨 결과를 가져왔다. 여기서 偏差의 概念은 지역넓이와 인구규모에 관한 것이며, 이러한 요인들에 의해 국토의 효율적 관리와 주민의 편의에 문제가

있다면 「農特法」에 의한 공중보건역사의 배치도 재고되어야 할 것으로 사료된다. 왜냐하면 현재 보건조직이 행정구역별로 읍·면 단위에 保健支所를 설치하면서 1명씩의 公衆保健醫師를 배치하고 있기 때문이다. 또한 보건지소가 설치된 지역의 지역크기 및 인구규모의 偏差가 3배 이상인 지역이 1/3에 달하여 군단위 내에서도 지역간 보건의료 서비스의 불균형이 야기되고 있으며 公衆保健醫師의 업무량 차이도 격심함을 예상할 수 있다. 공중보건의 한 명이 1만명 이상의 인구를 관장해야 하는 경우가 약 2/3에 달하고 있는가 하면 5천명 이하의 인구를 관장해야 하는 경우도 1/3을 차지하고 있다. 또한 지역넓이에 있어서도 비슷한 양상을 보이고 있다. 이에 保健支所의 설치에 행정구역 위주로 하기보다 지역크기 및 인구규모를 감안하여 보건조직을 재조정함으로써 공공보건기관의 활성화를 이루고 지역주민에 대한 의료서비스를 다양하게 제공할 수 있도록 해야 한다.

## 2. 地域保健 現況

우리나라에서 公共醫療는 民間醫療의 제한성을 보완하기 위한 차원에서 국공립 병의원을 통한 의료확대, 보건조직을 통한 질병예방, 그리고 醫療保險을 통한 서비스의 均霑化라는 현안문제의 집중관리에 기초를 두고 있다. 아울러 장기적 차원에서는 국민건강을 위한 기틀조성에 기초를 두고 있다. 이러한 관점에서 1960년대 지역단위별 保健所의 설치와 1980년대 全國民 醫療保險 확대는 보건정책의 새로운 전기가 아닐 수 없다. 여기서 保健所의 設置는 지역단위 보건문제의 자체적 해결을 위한 체제구축을, 醫療保險의 擴大는 범국민적 질병치료의 제도적 장치라는 점에서 의미를 지닌다.

그렇다면 오늘날 農漁村 保健醫療의 實態는 어떠한가? 「農特法」 제정이 말해주듯 농어촌은 보건의료 취약지역임이 분명하다. 여기서 보건의료의 취약성은 의료자원의 도시편중에 따른 의료이용의 불편은 물론 醫療機關 부재로 인한 의료수혜의 제한 및 경제적 빈곤으로 인한 의료비 지불능력의

취약, 相對的으로 낮은 교육수준으로 인한 건강관리의 취약성 등을 포괄한다. 이와 같은 취약성은 총 인구중 약 1/4을 차지하는 농촌지역에 의료기관이 약 1/10(의료인력: 8%)밖에 분포되어 있지 않아 의료이용의 불편은 물론 가계비중 醫療費의 占有率(도시가구에 비한 상대적 비: 1.2배, 통계청, 1993)을 높이는 결과를 가져왔다. 또한 농어촌의 특성을 고려한 보건사업 프로그램의 부재도 농어촌이 취약지역으로 남게된 중요한 이유라고 하겠다.

〈表 3〉 全國 市·郡別 醫療機關 및 病床分布 現況

(단위: 개소, 병상, %)

	의료기관 수			병상수		
	전국	시부	군부	전국	시부	군부
종합병원	52	228	24(10.0)	91,172	87,175	3,997( 4.4)
병의원	14,293	12,708	1,585(11.1)	70,748	57,390	13,358(18.8)
치과병의원	7,726	7,027	699( 9.0)	90	90	- ( - )
한방병의원	5,617	5,103	514( 9.2)	3,088	2,978	110( 3.6)
조산원	193	167	26(13.5)	244	210	34(13.9)
총 계	28,081	25,233	2,848(10.1)	165,342	147,843	17,499(10.6)

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1995.

〈表 4〉 全國 市·郡別 醫療機關 및 病床當 人口率

(단위: 개소, 병상)

	의료기관 수				병상수			
	전국	시부	군부	군/시비	전국	시부	군부	군/시비
병의원	3,123	3,071	4,066	1.32	282	271	373	1.38
치과병의원	5,880	5,546	9,231	1.66	504,742	433,045	-	-
한방병의원	8,087	7,637	12,554	1.64	14,711	13,087	58,662	4.48
전 체	1,629	1,555	2,286	1.47	275	264	369	1.40

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1995.

이러한 측면에서 『農特法』은 시·군보건소와 면단위 보건지소에 公衆保健醫師를 配置하여 이들로 하여금 진료서비스를 제공토록 하는 일종의 無醫村 解消에 초점을 두고 있다. 그러나, 農漁村 保健醫療는 공중보건 의사 배치만으로 충족될 수는 없다. 공중보건 의사는 병역을 대신하여 한시적으로 동원된

상태이므로 업무의 連續性 缺如와 지역보건관리자로서 체계적인 교육을 받지 못하여 지역보건사업계획의 수립 및 집행, 평가 능력이 부족하다. 또한 保健所는 地域社會의 懸案問題로 지역보건문제를 다루지 않고 있어 이 문제를 해결하기 위한 중장기적인 계획은 수립조차하지 못하고 있으며 保健支所의 제한된 의료요건(장비 및 약품 등)을 기반으로 민원해결차원의 진료서비스만을 공급하는 상태에 있다. 또한 公衆保健醫師의 숫자도 농촌주민의 상대 진료필요를 충족시키기에 충분한 정도는 아니다. 1996년 公衆保健醫師 配置現況을 보면 일반의사는 1,327개 보건지소에 1명씩 배치되어 있으나, 1개면의 인구가 10,000명 이상되는 지역이 1/3 이상이나 되고 농어촌지역의 특성상 人口集中度가 떨어지고 상대적인 교통의 취약성 등을 고려할 때 이들 지역에 배치된 公衆保健醫師 1인이 同 지역의 診療需要를 감당하기에는 너무나 부담이 크다. 치과 의사의 경우 이러한 문제는 더욱 심각하다. 公衆保健齒科醫師의 경우 여성들의 치과대학입학이 증가함에 따라 公衆保健醫師資源이 부족하게 되어 현재는 전체 보건지소의 약 1/2정도도 안되는 572명만이 배치된 상태이다. 따라서 이 정도의 인력으로는 지역사회의 有效口腔診療需要를 충족시키기조차 힘들 뿐만 아니라 공공보건의료기관의 본연의 기능인 相對口腔診療必要의 有效口腔診療需要化를 해결한다는 것은 불가능하다.

그럼에도 불구하고 농어촌 주민들의 병의원 이용(52%)이나 保健支所(30%) 및 保健診療所(11%) 이용이 현저히 증가하고 있다. 이러한 현상은 농어촌이 보건의료 취약지역이라 하더라도 교통시설이 확충되면서 도시의 의료기관 이용이 증가하고, 마땅한 의료기관을 찾을 수 없는 경우에는 보건지소나 보건진료소를 찾는데 연유한다(문창진, 1990). 또한 도시주민의 保健所의 利用은 年間 약 14%에 불과한데 비해 농촌주민의 保健所, 保健支所, 保健診療所의 이용은 40%(최정수 외, 1995)에 달하며, 이들 기관을 訪問한 目的은 도시의 경우 대부분 豫防接種을 위한 것인데 비해 농촌의 경우는 질병치료를 위한 것으로 나타나고 있다. 이같은 분석 결과는 아직도 農漁村地域에서 保健所와 保健支所를 제외하고 선택할 만한 의료기관이 부족하다

는 설명이 될 수 있으며 아울러 진료기관선택에 있어서도 진료서비스의 質보다는 低廉한 診療費가 선택의 주요 기준이 되고 있음을 의미한다.

〈表 5〉 地域別 家口當 醫療機關 利用實態(1995)

(단위: %)

	전체	시부	군부	시군간 상대비
연간 가구원중 상병치료 가구율	37.0	37.8	34.3	0.86
연간 가구원중 만성질환 유병 가구율	65.9	63.1	75.2	1.77
연간 가구원중 상병치료 입원 가구율	15.9	16.0	15.8	0.99
연간 가구원중 병의원 이용 가구율	82.2	82.6	80.7	0.88
연간 가구원중 한방원 이용 가구율	37.2	38.7	32.3	0.76
연간 가구원중 치과 이용 가구율	45.7	48.1	37.8	0.66
연간 가구원중 보건기관 이용 가구율	34.1	28.1	54.2	3.03

資料: 최정수 외, 『한국인의 의료이용 실태』, 한국보건사회연구원, 1995.

〈表 6〉 地域別 住民當 醫療機關 利用現況(1995)

(단위: %)

	전체	시부	군부
일반 병의원	52.3	52.4	51.7
한방 병의원	16.3	16.8	14.4
치과 병의원	21.3	22.1	18.5
보건소 및 지소	16.6	13.0	29.5
보건진료소	2.8	0.6	10.7

資料: 최정수 외, 『한국인의 의료이용 실태』, 한국보건사회연구원, 1995.

그렇다고 保健支所나 保健診療所를 농어촌 지역의 유일한 의료기관으로 생각할 수는 없다. 농어촌 지역의 교통망 확충과 醫療保險의 擴大에 따라, 주민들의 保健支所 利用은 良質의 서비스를 받기 위해서 라기 보다는 지역 내에 적절한 의료기관이 없거나, 또는 보다 나은 의료기관을 이용하게 될 경우 지불해야 할 高額診療費를 감당하기 어려울 때 주로 찾고 있기 때문이다. 따라서 공공의료기관인 保健所와 保健支所, 保健診療所는 공공기관으로서의 특성을 최대한 살리면서 지역주민의 실질적인 건강증진에 기여하기 위해서,



그 업무를 현재와 같이 진료에만 한정할 것이 아니라 診療對象者를 低所得層 및 老齡人口로 국한하여 양질의 진료서비스를 제공함과 아울러 健康保護 및 疾病豫防의 영역에 역점을 두는 방향으로 전환할 필요가 있다.

### 3. 公衆保健醫師 配置

公衆保健醫師는 「農特法」에 의거 보건복지부장관이 공중보건업무에 종사할 것을 명령받은 대상(의사, 치과의사 및 한의사)을 말한다. 보건복지부는 도별 保健醫療 脆弱地域을 파악하고 공중보건의사들을 대상으로 일선근무에 필요한 職務教育을 실시한 후 해당지역에 배치하고 있다. 이들의 신분은 專門職 公務員에 준하며, 복무기간은 3年으로 한정되어 매년 일정한 수의 인력이 공중보건의사로 편입되었다가 복무기간이 완료되면 그 직을 떠나는 형태가 반복되고 있다.

〈表 7〉 公衆保健醫師 機關別 配置現況(1996年 7月末 現在)

(단위: 명)

	전체			시지역			군지역		
	계	일반의사	치과의사	계	일반의사	치과의사	계	일반의사	치과의사
보건소	252	134	118	26	21	5	226	113	113
보건지소	1,861	1,289	572	190	127	63	1,671	1,262	409
공공병원	331	296	14	91	96	1	240	218	22
정부지원민간병원	384	384	-	117	117	-	267	267	-
병원선	13	9	4	-	-	-	13	9	4
이동진료반	4	3	1	2	1	1	2	2	-
복지시설	39	39	-	3	3	-	36	36	-
교도소등	44	43	1	26	25	1	18	18	-
보건기관	54	48	6	54	48	6	-	-	-
보건단체	47	47	-	45	45	-	2	2	-
응급환자정보센터	35	35	-	35	35	-	-	-	-
계	3,064	2,339	725	589	512	77	2,475	1,827	648

資料: 보건복지부, 내부자료, 1996.

1996년 현재 公衆保健醫師 배치현황은 <表 8>과 같이 요약할 수 있다. 동표에서 公衆保健醫師는 전체 3,064명으로 이 중 치과의사는 725명, 일반의사는 2,339명으로 치과의사가 24%를 점유하고 있다. 機關別 公衆保健醫師의 配置現況은 보건지소에 61%(치과의사: 79%, 일반의사: 55%)로 가장 많고, 다음은 의료기관(23%) 및 보건소(8%)의 순이다. 또한 <表 9>와 같이 전국 읍·면단위에 보건지소가 있다고 가정할 때 道單位 邑·面別 公衆保健醫師 配置에 있어서 일반의사는 절대적인 수요 면에서 부족함이 없지만 齒科醫師는 인력부족으로 전체 保健所 및 保健支所의 약 1/2 밖에 배치할 수 없다. 이는 전국의 1,399개의 邑·面 保健支所에 1,289명의 공중보건일반의사와 572명의 공중보건치과의사가 배치된 점에서도 엇볼 수 있다(물론 읍지역에는 郡保健所가 있는 경우가 많이 있으므로 이런 지역에는 보건지소가 설치되어 있지 않아 보건지소배치 公衆保健醫師의 數가 전체 邑·面數보다 적다).

<表 8> 道單位 邑·面別 公衆保健醫師 配置現況(1996年 7月末 現在)

(단위: 명)

도명	읍면수 <sup>1)</sup>			전체 공중보건의사수		보건소 및 보건지소 배치공중보건의사수	
	계	읍	면	일반의	치과의	일반의	치과의
경기	155	24	131	295	92	155	81
강원	119	24	95	192	58	108	54
충북	103	12	91	180	54	107	54
충남	170	23	147	334	74	176	71
전북	159	14	145	230	77	154	70
전남	229	30	199	361	135	236	132
경북	238	32	206	410	114	250	111
경남	214	23	191	367	110	227	107
제주	12	7	5	44	11	17	10
전체	1,399	189	1,210	2,339	725	1,430	690

註: 1) 도단위별 읍·면수는 시·군통합에 따른 행정구역상 시지역의 읍·면을 포함한 것임.

資料: 보건복지부, 내부자료, 1996.

이처럼 公衆保健醫師는 無醫村 配置를 우선하고 있지만 전체 공중보건의사 중 약 1/3은 보건소나 보건지소가 아닌 의료기관, 요양시설 등에 배치되고 있다. 결국 急速한 産業化와 함께 무의촌이 존재하기 어렵고, 그 의미도 달라지고 있다면 公衆保健醫師는 어떠한 지역에, 무엇을 위해서 배치해야 할 것인가가 주요 관심의 대상이 된다. 그것은 공중보건의사제도가 農漁村 保健醫療를 위한 基本計劃에 의해 이루어진 것이 아니라 軍醫官制度에서 남는 의료인력을 놓여진 지역에 활용한다는 補完的 性格을 내포하고 있기 때문이다.

따라서, 公衆保健醫師의 地域 配置는 그 자체만으로 의미를 지니는 것이 아니라 이들이 地域保健을 위해서 무엇을, 얼마만큼 기여할 수 있는냐는 活用的 側面이 중요시된다. 그러나, 현재 극소수의 공중보건의사들을 제외한 대다수의 공중보건의사들은 내원환자에 대한 진료업무만을 담당하고 있어 이들의 役割은 매우 제한적이다. 그 이유로 公衆保健醫師는 지역보건을 위해 자발적 참여가 아닌 義務召集된 상태에 있으며 이들은 일반적인 의학 및 치학교육만 받았기 때문에 지역보건사업을 수행하는데 필요한 전문교육은 받지 못한 상태이다. 또한 從事期間은 3년간으로 한정되어 지역보건사업의 연계가 이루어지기 어렵다. 그러나 保健所는 이들을 農漁村 地域社會에 배치한 후 이들에게 地域保健事業에 관한 모든 것을 맡겨놓고 이들의 근무 상황만을 감독하고 있다. 이와 같은 보건소의 불합리한 관행을 개선하기 위한 방안으로는 공중보건의사들에게 구체적인 地域保健狀況을 이해시키고 그들이 해야 할 임무를 지역보건사업의 일관된 흐름속에서 부여하며, 보건사업수행과정을 조정하고 결과를 평가하는 등의 보건사업수행에서 주도적인 역할을 담당하도록 해야 할 것이다. 이러한 점에서 保健所는 公衆保健醫師에게 지역보건을 위해 부여해야 할 역할과, 이들을 위한 支援은 물론 지도, 감독을 어떻게 해야 할 것인가에 대한 적극적인 고민이 필요하다.

앞서 언급한 것들은 공중보건의사의 역할이 地域保健이란 基本計劃의 틀 속에서 논의되어야 함을 의미한다. 즉 保健醫療의 초점을 國民健康을 위한 질병예방, 질병치료 및 건강증진 등에 두고 국민건강을 위한 組織의 構築,

人力の 確保, 役割의 分擔 및 資源의 配分은 어떻게 이루어져야 하고, 또 이를 위한 접근방식측면에서 公衆保健醫師의 역할이 논의되어야 한다. 말하자면 公衆保健醫師로 충원하고 남은 인력을 농어촌에 배치하고, 이들의 전문성을 고려해 진료업무에 종사토록 한다는 既存 方式의 人力活用은 원래 보건조직이 목표로 하고 있는 질병예방에 대하여 相對的 逆機能임은 물론 民間醫療와의 役割混亂의 문제도 야기시킬 수 있다.

물론 농어촌 보건의료의 취약성을 완화하기 위해서 「農特法」을 제정하여 公衆保健醫師를 배치하게 되었지만 아직도 법제정 당시의 문제점이 해결되지 않았기 때문에 진료기능을 완전히 배제하는 것은 무리가 있다. 그러나 지방화시대에 걸맞게 地方自治團體가 스스로 지역사회의 綜合的인 開發事業의 일환으로 보건의료서비스를 계획하고, 이러한 틀속에서 地域社會住民의 健康增進事業의 효율성을 충분히 고려하여 진료와 예방보건사업을 실시하고 이들 사업을 전제로 한 인력활용방안을 마련해야 할 것이다. 그리고, 이 과정에서 公衆保健醫師들의 특성을 면밀히 고려하여 적소에 배치하고 활용해야 할 것이다.

〈表 9〉 公衆保健醫師 年次別 配置現況(1996年 7月末 現在)

(단위: 명)

	전체				일반의사				치과의사			
	계	'94	'95	'96	계	'94	'95	'96	계	'94	'95	'96
경기	387	146	152	89	295	118	115	62	92	28	37	27
강원	250	72	77	101	192	60	59	73	58	12	18	28
충북	234	88	60	86	180	65	42	73	54	23	18	13
충남	334	108	108	118	260	90	84	86	74	18	24	32
전북	307	110	107	90	230	85	72	73	77	25	35	17
전남	496	145	151	200	361	102	108	151	135	43	43	49
경북	524	193	157	174	410	165	109	136	114	28	48	38
경남	477	190	153	134	367	155	103	109	110	35	50	25
제주	55	20	14	21	44	17	10	17	11	3	4	4
계	3,064	1,072	979	1,013	2,339	857	702	780	725	215	277	233

資料: 보건복지부, 내부자료, 1996.

### Ⅲ. 口腔保健 分野의 現況

#### 1. 口腔健康 實態

##### 가. 우리나라 農漁村 住民의 口腔健康實態

口腔은 음식물의 섭취(저작기능), 언어의 구사(발음기능) 및 안면의 유지(미용기능) 등 특수기능을 담당한다. 그러므로 구강 및 이를 둘러싼 顎顔面組織(악안면조직)의 정상적인 기능 發揮는 咀嚼(저작)을 통한 기본적인 생존의 유지, 의사소통 및 정상적인 顎顔面部位의 외형의 유지를 통한 사회생활에 매우 중요한 부분이다. 이러한 점에서 口腔保健은 치아 및 악안면조직의 보호, 유지 및 관리를 담당하는 특수한 영역으로 취급되고 있으며 선진 사회로 갈수록 국가는 국민의 삶의 질의 향상이라는 측면에서 보다 많은 관심을 쏟고 있다. 그 결과 국민의 口腔健康水準이 상당히 높은 수준으로 유지되고 있는 국가들도 상당수 있으며, 대부분의 OECD 加入國家의 경우 齒牙齶蝕症(치아우식증)과 齒周病(치주병)등에 대한 국가적 관리로 구강병이 감소되는 추세를 보이고 있어 우리나라도 국가차원에서 口腔病의 管理를 담당해야 할 단계에 이르렀음을 보여주고 있다.

그러나, 현재 OECD 가입으로 先進國의 隊列에 진입하고 있는 우리나라는 국민의 口腔病의 有病率이 계속적으로 증가하고 있다. 특히 이들 疾患중 齒牙齶蝕症과 齒周病과 같은 기본적인 치과질환으로 인한 의료기관 이용빈도가 전체 口腔病으로 인한 의료기관 방문횟수의 각각 80%와 11%를 차지할 정도로 많은 부분을 차지하고 있다는 사실은 국민들의 口腔健康이 날로 악화되어 가고 있음을 뜻하며, 결국 이로 인한 의료비 지출도 계속 증가하고 있다.

<表 11>에 따르면 齒牙齶蝕症의 경우 '70년대 들어와 급증하였고 '90년

도 이후에도 계속 증가추세를 보이고 있으며 이대로 방치한다면 2000년경에는 1인당 齶蝕經驗永久齒指數가 3.6개에 이를 전망이다.

한편 <表 12>에서처럼 齒周病의 경우는 치과의원에서의 치료를 요하는 齒面洗磨必要者率(CPITN<sub>2</sub>)<sup>6)</sup>이 15세에 이르면 32%, 그리고, 35세에서 44세에 이르면 무려 66%가 이를 정도로 급증하고 있는 것을 볼 수 있으며, 특히 65세 이상의 경우는 78%에 이르게 된다는 사실을 볼 때, 齒周病에 대한 관리가 전혀 이루어지지 않고 있음을 알 수 있다. 더욱 심각한 것은 도시지역에 비해 醫療機關 接近도가 현저히 떨어지는 農漁村地域의 구강건강상태는 더욱 좋지 않다는 것이다. 따라서 농어촌지역 주민들의 口腔病 罹患率이 계속 증가될 전망이다. <表 11>과 <表 12>는 모두 도시지역보다 農漁村地域의 有病率과 治療必要者率이 더욱 높은 것을 나타내고 있다.

치아우식증과 치주병 및 외상 등으로 치아가 상실되면 상실된 치아의 기능을 복구시키기 위하여 齒牙補綴을 해야 한다. 그러나 <表 13>과 같이 加工義齒로서 보철을 해주어야 할 필요가 있는 대상은 65세 이상 인구의 1/4을 차지하고 있으며, 의치를 해주어야 할 필요가 있는 대상은 65세 이상 인구의 1/2에 육박하고 있는 실정이다. 즉, 치아상실 이후에 기능회복을 위한 치료가 거의 이루어지지 않고 있음을 설명하고 있다.

이미 보건복지부는 세계보건기구(WHO)에서 설정한 口腔保健의 해인 1994년에 2000년에 달성할 3대 口腔保健 政策目標를 다음과 같이 설정하여 공포하였다.

첫째, 12세 아동의 齶蝕經驗永久齒指數(DMFT index)<sup>7)</sup>를 3.0 이하로 낮추고,

- 
- 6) 치면세마필요자율(CPITN<sub>2</sub>)이란 치주병의 심도에 따라 4단계로 분류되는 지역사회 치주가료필요(Community periodontal treatment need)중 2번째 분류기준으로 피검자중 치석이 형성된 치아를 가지고 있거나 치아와 잇몸조직과의 부착이 부분적으로 소실되었거나 치조골의 파괴가 있는 치주질환을 가진 환자의 비율로서 이런 부류의 환자는 치석제거술이나 그 이상의 심도있는 치료를 받아야만 한다.
  - 7) 1인당 우식경험영구치지수(DMFT index)란 한 사람이 보유하고 있는 영구치중 치아우식증에 이환된 경험에 있는 발거된 치아(Missing Teeth), 치료된 치아(Filling Teeth), 우식치아(Decayed Teeth)의 총합을 말한다.

둘째, 12세 아동의 齲蝕永久齒率(DT rate)<sup>8)</sup>을 10% 이하로 낮추며,  
셋째, 15세 아동의 齒面洗磨必要者率(CPITN<sub>2</sub>)를 25% 이하로 낮춘다.

그러나 우리나라 국민, 특히 農漁村地域 주민들의 口腔保健水準이 계속해서 떨어지고 있는 상황이므로 앞에서 언급한 목표의 달성은 어려울 것으로 예상된다. 이에 적극적인 대책이 요구되는 상황이라고 하겠다.

〈表 10〉 韓國 12歲 兒童 1人 保有 平均 齲蝕經驗永久齒牙數 變化 推移 (단위: 개)

조사연도	우식경험영구치아수		
	전국	도시	비도시
1972	0.6	-	-
1979	2.2	2.5	1.7
1990	3.0	2.9	3.3
2000	3.6	3.3	4.9

資料: 문혁수·변종화 외, 『국민건강증진의 목표와 전략』, 한국보건사회연구원, 1995.

〈表 11〉 地域別 年齡 階層別 地域社會 齒周加療 必要者率(1990) (단위: %)

연령	전국			도시			비도시		
	치면세 균막관 이필요 자율 <sup>1)</sup>	치면 세마 필요 자율	치주병 치료 필요 자율 <sup>2)</sup>	치면세 균막관 이필요 자율	치면 세마 필요 자율	치주병 치료 필요 자율	치면세 균막관 이필요 자율	치면 세마 필요 자율	치주병 치료 필요 자율
5세	0	0	0	0	0	0	1	1	0
12세	25	14	0	15	8	0	51	30	0
15세	40	32	0	32	26	0	64	50	0
35~44세	70	66	3	63	59	2	98	96	7
65세 이상	80	78	17	75	71	9	89	89	29

註: 1) 치면세균막관리필요자율: 치아와 잇몸사이의 틈새에 약한자극을 가했을 때 도출혈이 발생하는 정도 이상의 잇몸질환을 가진 환자의 비율

2) 치주병치료필요자율: 치아와 잇몸사이의 틈새의 깊이가 6mm이상(정상 3~4mm)으로 깊을 정도로 심한 치조골파괴를 동반한 잇몸질환을 가진 환자의 비율

資料: 문혁수·변종화 외, 『국민건강증진의 목표와 전략』, 한국보건사회연구원, 1995.

8) 우식영구치율(DT rate)이란 한 사람이 가지고 있는 영구치아중에서 현재 치아우식증을 앓고 있는 치아(Decayed teeth)의 비율이다.

〈表 12〉 齒牙補綴 裝着者率 및 必要率 變化(65歲 以上)

(단위: %)

조사년도	장착자율		필요자율	
	가공의치	의치(국+총)	가공의치	의치(국+총)
1979	11	7	25	59
1990	22	30	26	40

註: 국-국소의치(부분틀니), 총-총의치(완전틀니)

資料: 문혁수·변중화 외, 『국민건강증진의 목표와 전략』, 한국보건사회연구원, 1995.

## 나. 外國의 口腔健康實態

최근 世界保健機構(WHO)가 발표한 12세 아동의 1인당 齶蝕經驗永久齒指數는 <表 14>와 같다. 자료(Data bank)에 의하면 핀란드(7.5, 1977년→3.0, 1990년), 홍콩(2.0, 1970년→1.5, 1986년), 프랑스(3.5, 1975년→3.0, 1990년), 캐나다(6.0, 1977년→4.3, 1988년), 영국(4.7, 1973년→3.1, 1983년), 스위스(9.0, 1975년→2.4, 1988년), 미국(4.0, 1967년→1.8, 1987년)과 같은 선진국에서는 상당한 수준으로 齒牙齶蝕症의 발생이 감소되고 있음을 알 수 있다.

〈表 14〉 世界 主要國의 12歲 兒童 1人 保有 平均 齶蝕經驗永久齒牙數의 變化

국가명	우식경험영구치지수	우식경험영구치지수	증감
핀란드	7.5(1977)	3.0(1990)	▼4.5
홍콩	2.0(1970)	1.5(1986)	▼0.5
프랑스	3.5(1975)	3.0(1990)	▼0.5
캐나다	6.0(1977)	4.3(1988)	▼1.7
영국	4.7(1973)	3.1(1983)	▼1.6
스위스	9.0(1975)	2.4(1988)	▼6.6
미국	4.0(1967)	1.8(1987)	▼2.2
한국	0.6(1972)	3.0(1990)	▲2.4

資料: 신승철, 『세계의 치과여행』, 1995.

<表 15>에서 보듯이 齒牙齶蝕症發生 감소가 현저한 나라들은 노르웨이, 스웨덴, 핀란드, 독일, 프랑스, 덴마크, 뉴질랜드, 호주, 미국, 영국, 아이슬랜



드, 프렌치폴리네시아, 스위스, 싱가포르, 홍콩 등의 선진국가들이며, 齒牙齲蝕症 발생이 정체 또는 다소 감소하고 있는 나라들은 중국, 일본 등이다. 그리고, 치아우식발생이 증가하고 있는 나라들은 우리나라와 후진국, 개발도상국들로서 인도네시아, 잠비아, 중앙아프리카, 수단, 예멘, 미얀마, 필리핀, 사모아웨스턴 등이다.

이와 같은 양상은 대부분의 선진국들이 과거 경제성장과정에서 설당소비량의 급증으로 齒牙齲蝕症이 급격히 증가하였으나 專擔行政組織을 통한 집중적이고 체계적인 統計管理와 이에 따른 사업의 수행으로 현재는 급격히 齒牙齲蝕症이 감소하는 추세를 나타내는 것이다. 그러나, 開發途上國과 後進國의 경우 성장과정에서 선진국의 과거 행태를 그대로 답습하면서 설당섭취량이 급격히 늘어나고 있으나 구강병의 관리가 국가적 차원에서 전혀 이루어지지 않아 齒牙齲蝕症의 有病率이 급격히 증가하고 있는 상황이다. 先進國에 진입하고 있는 우리나라는 국민의 구강건강상태에 관한 국가적인 疫學調査마저도 전무한 상태인 것에서 알 수 있듯이 구강건강에 관해 지나치게 관심을 소홀히 한 결과 口腔病의 발생이 급격히 증가하고 있으며 특히 農漁村地域에서는 이러한 경향이 보다 심하게 나타나고 있다. 구강병의 대부분은 그 발생이 예측되며, 또 거의 대부분 예방될 수 있다는 특징을 갖고 있기 때문에 매우 안타까운 일이 아닐 수 없다.

국민의 구강건강을 나타내는 指標로서 가장 많이 이용되는 것이 12세 아동의 齲蝕經驗永久齒指數이다. 이 자료에 따르면 우리나라의 경우 대부분의 선진국들과는 달리 齲蝕經驗永久齒指數가 비록 현재의 수준이 매우 나쁜 상황은 아니더라도 증가 일로에 있으며 이와 같은 추세는 현재와 같이 대책이 없는 상황하에서는 지속적인 증가추세를 보여 2000년에는 3.6개에 이를 것으로 예측되고 있다. 특히 農漁村地域의 경우에는 더욱 심각하여 4.9개에 이를 것으로 예측되고 있다.

〈表 15〉 外國의 12歲 兒童의 齲蝕經驗永久齒指數(DMFT 指數)

국가	DMFT	연도	경향	국가	DMFT	연도	경향
미국	1.8	1987	감소	한국	3.03	1990	증가
일본	4.9	1990	감소	북한	0.9	1970	증가
영국	1.2	1992	감소	대만	3-5	1994	증가
노르웨이	3.7	1985	감소	멕시코	5.4	1976	증가
덴마크	3.0	1987	감소	홍콩	1.5	1993	감소
핀란드	1.8	1987	감소	인도네시아	2.0	1982	증가
스페인	4.0	1987	감소	미얀마	1.4	1982	증가
독일	4.3	1993	감소	나이지리아	3.5	1990	증가
호주	1.2	1992	감소	잠비아	2.0	1982	증가
뉴질랜드	1.4	1993	감소	케냐	1.4	1993	증가
남아프리카	2.5	1993	감소	탄자니아	0.8	1993	증가
수단	2.5	1984	감소	예멘	3.0	1987	증가
사모아	2.0	1987	감소	페루	7.5	1993	증가
스웨덴	3.5	1982	감소	방글라데시	1.4	1994	증가
헝가리	5.0	1993	감소	태국	3.4	1993	감소
덴마크	2.0	1994	감소	중국	0.7	1993	증가

資料: 신승철, 『세계의 치과여행』, 1995.

## 2. 保健支所單位 口腔病管理實態

현재 우리나라의 보편적인 行政體系上的 주민구강건강관리의 단위라고 할 수 있는 면단위의 口腔健康管理實態를 조사하기 위하여 경상북도 청송군 현서면을 대상으로 보건지소에서 診療 爲主로 적극적으로 환자를 관리하는 경우 구강병이 어떻게 관리될 수 있는 가를 알아보았다. 조사의 기본 목적은 내원환자만을 대상으로 진료를 제공하면서 적극적인 환자관리를 하였을 때 지역사회내에 존재하는 相對口腔診療必要 중 얼마만큼이나 有效口腔診療需要化하여 보건지소에 의한 지역주민의 구강병관리 가 이루어 질 수 있는가를 알아보는 것이었다. 단 12세와 15세 아동의 경우 年間 1회 이상의 學校口腔檢診을 통하여 보건지소 내원진료를 유도하였으며 부분적으로 학교를 대상으로 하여 구강보건사업을 실시하였다. 현서면의 총인구는

3,466명으로 우리나라의 행정구역상의 ‘面’지역의 인구로서는 다소 적은 편에 속하는 경우이며 이 지역에는 보건지소 치과 이외에는 개원한 치과의원이나 다른 진료기관이 없고 개원치과의사가 있는 청송읍으로부터도 30km 이상 떨어진 지역이므로 발생한 口腔病에 대한 口腔診療는 현서면 보건지소만을 이용해서 받을 수 있다는 사실을 전제로 하였다. 극소수 여행중이나 타지 방문중의 구강진료의 경우는 무시하였다. 有效口腔診療需要에 영향을 미칠 수 있는 요인인 현서면지역에 이미 공급되어 있는 구강진료의 양이나 지역주민의 所得水準, 口腔保健 意識은 다른 農漁村 地域과 유의한 차이를 보이지 않는 보편적인 우리나라의 농어촌 수준이라 간주하였다. 시간과 연구여건의 제약으로 현서면 지역의 주민들에 대한 구강건강실태조사는 하지 않았으며 대신 1991년도 國民健康調查報告書(서울대학교 치과대학 예방치학교실, 부산대학교 치과대학 예방치학교실, 김종배 외)의 우리나라 농어촌지역의 구강건강실태를 이용하여 각 연령대의 구강건강실태를 현서면 주민들의 구강건강실태에 적용하였다. 현서면의 口腔病管理實態에 관한 자료는 1995년 12월 1일부터 1996년 11월 31일까지 1년간 齒牙齲蝕症과 齒周病을 主訴로 현서면 보건지소를 내원한 환자를 토대로 정리하였다. 아울러 고려해야 할 사항은 현서면 보건지소의 1일 내원환자는 평균 20명선으로 전국 보건지소 1일 내원환자 수인 10명 내외에 비해 상당히 많은 수의 환자 진료를 담당하고 있는, 적극적으로 열심히 근무하고 있는 공중보건치과의사의 경우라는 점이다. 比較指標로서, 齒牙齲蝕症에 대해서는 永久齒齲蝕有病者率을 비교대상으로 삼아, 有效齒牙齲蝕症 診療需要는 연간 齒牙齲蝕症을 主所로 내원한 환자수를 연령별로 제시하였으며, 상대치아우식증 진료필요는 해당연령의 우리나라 농어촌지역의 齲蝕有病者率을 해당연령별로 제시하였다. 齒周病에 대해서는, 치면세마필요자율을 비교대상으로 삼아서, 유효치주병 진료수요는 연간 치면세마 이상의 진료를 필요로 내원한 환자수를 해당 年齡別로 제시하였으며, 상대치주병 진료필요는 해당연령의 우리나라 농어촌지역의 齒面洗磨必要者率을 해당 연령별로 제시하여 비교하였다.

齒牙齲蝕症의 경우 12세, 15세, 35~44세, 65~74세의 4개 연령층을 대상으로 해서 비교하였으나 齒周病의 경우 12세와 15세의 경우 진행된 齒周病의 이환 빈도가 매우 낮으므로 비교대상에서 제외하였다.

〈表 15〉 有效齒牙齲蝕症診療需要

(단위: %, 명)

연령	상대치아우식증 진료필요	연간내원 환자수	인구수	유효치아우식증 진료수요 <sup>1)</sup>
12세	76.3	16	4	47.0
15세	74.7	22	57	51.2
35~44세	82.0	70	408	20.9
65~74세	78.3	36	376	12.2

註: 1) 유효치아우식증진료수요 = 해당연령연간내원환자수/(상대치아우식증진료필요 × 해당연령인구수)

〈表 16〉 有效齒周病診療需要

(단위: %, 명)

연령	상대치주병 진료필요	연간 내원환자수	인구수	유효치주병 진료수요 <sup>1)</sup>
35~44세	95.7	36	408	9.2
65~74세	88.7	40	376	12.0

註: 1) 유효치주병진료수요 = 해당연령연간내원환자수/(상대치주병진료필요 × 해당연령인구수)

위의 <表 16>과 <表 17>을 보면 保健支所의 診療活動을 통해서 구강진료를 지속적으로 공급하였으나 지역사회 높은 수준의 구강병 진료필요 중 매우 적은 부분만을 보건지소의 진료활동을 통해서 해결하고 있을 뿐 대부분의 주민들은 진료를 받지 못한 채 구강질환을 방치하고 있는 상황임을 알 수 있다. 특히 齒牙齲蝕症의 경우 12세와 15세의 경우 學校保健事業을 통해서 보건지소 내원진료를 적극 유도한 결과 有效齒牙齲蝕症 診療需要를 상당한 수준으로 높일 수 있었으나 관리되지 않는 연령인 35~44세의 성인층과 65~74세의 노인층의 경우 齒牙齲蝕症과 齒周病 모두 10% 내외

의 유효구강병 진료수요를 보여주고 있어 발생된 구강병에 대해 거의 치료를 받지 못하는 채 방치되고 있는 것으로 나타났다. 또한, 이 지역의 경우 保健支所의 平均 來院患者가 20명 내외로 평균적인 보건지소 내원 환자수의 2배에 이르고 있는 상황과 현서면의 인구가 다른 면지역의 인구에 비해 상대적으로 적다는 것을 감안한다면, 다른 지역의 경우 有效口腔丙 진료수요가 더욱 낮을 것이라는 것을 예측할 수 있다.

이와 같이 면단위 구강병관리를 공중보건치과의사 1인의 진료능력에만 의존할 경우 公衆保健齒科醫師의 노력여하에 상관없이 농어촌지역의 구강건강 실태는 계속 惡化될 것이라는 예측을 쉽게 할 수 있다. 이러한 예상은 17년간 공중보건치과사제도를 운영해 오는 동안 保健支所에서 진료서비스를 지속적으로 공급해 왔음에도 불구하고 12세 아동의 1인당 齲蝕經驗永久齒指數가 시행초기인 1979년에는 1.7이었던 것이 1990년에는 3.3으로 증가된 것에서도 쉽게 알 수 있다. 그러므로, 공중보건치과의사의 역할을 公衆口腔保健事業의 극히 일부분인 구강질환에 대한 진료서비스에만 국한할 것이 아니라, 지역사회차원의 포괄적인 구강보건사업을 수행할 수 있도록 公衆保健齒科醫師와 齒科衛生士에 대한 效率的 活用方案을 재고해야 할 것이다.

### 3. 口腔保健人力的 配置 및 活用實態

현재 전국의 137개 保健所와 1,327개의 保健支所에 725명(1996년 현재, 보건소 118명, 보건지소 572명, 의료원 및 기타 35명)의 公衆保健齒科醫師와 1,203여명의 齒科衛生士가 근무하고 있다.

#### 가. 公衆保健齒科醫師의 配置 및 活用實態

기본적으로 현재 지방자치단체에서 보건소와 보건지소를 바라보는 시각은 1980년 「農特法」의 시행초기와 같은 ‘무의촌의 해소를 위한 일차의료기관’으

로 보는 시각이 지배적이다. 그래서, 保健所 및 保健支所 운영에 있어 건강 관리, 예방사업, 진료서비스를 포괄하는 포괄구강병관리서비스를 제공해야 한다는 당위성을 도외시 한 채 지역주민들이 원하는 시간에 값싼 진료를 제공받게 하는 데에만 주안점을 두고 있다. 따라서 상당수의 지역에 치과의원이 개원을 하고 있는 상황에서도 保健所 및 保健支所 치과실의 운영은 相對 口腔診療必要의 감소라는 當爲的인 공공보건진료기관의 역할을 외면한 채 개원치과의원과 전혀 差別性이 없는 진료서비스만을 공급하고 있는 실정이며 일부지역에서는 개원치과의원과 경쟁하고 있는 상황까지 초래되고 있다.

그러나, 보건복지부가 제시한 保健所 및 保健支所의 구강건강업무지침(1996년)에 따르면 公衆保健齒科醫師의 임무를 지역주민의 구강건강증진을 위한 사업(보건(지)소 구강건강사업)계획 수립 및 수행, 지역주민을 위한 구강건강진료, 구강건강실의 운영·관리 책임, 齒科衛生士 업무지도 등으로 규정하고 구강건강사업의 세부적인 사업으로 口腔健康實態調査, 구강건강에 관한 교육, 재진시 잇솔질 실습, 불소도포, 치아홈메우기, 불소용액양치, 소내 일반구강진료 등에 관한 사항 등을 제시하고 있다. 이와 같이 보건복지부가 제시한 다양한 口腔保健事業에 대한 公衆保健齒科醫師의 임무는 전혀 수행되고 있지 못함에도 불구하고 이에 대한 개선의 노력은 보건복지부나 지방자치단체, 그리고 공중보건치과의사, 어느 누구에게서도 발견될 수 없는 상황이다. 그러나, 口腔保健事業에 관한 행정체계의 내부를 들여다보면 이와 같은 문제가 발생된 이유를 쉽게 발견할 수 있다. 人力管理와 事業管理가 보건복지부내 지역의료과와 보건정책과로 이원화되어 있기 때문에 어느 부서 어느 누구에게도 책임소재가 없으며 실제로 사업을 추진하고 실무 인력관리를 담당할 전담인력이 中央政府, 廣域自治團體 뿐 아니라 地方自治團體의 保健所에조차 존재하지 않는 상황이므로 公衆保健醫師의 任務放棄는 충분히 예측될 수 있는 상황이다.

그러나, 이상과 같은 문제는 農漁村地域에 공중보건치과의사 인력의 충분한 배치가 이루어졌던 과거에도 있었던 문제이며, 최근에는 공중보건치과의

사가 보건소와 보건지소의 절반을 채우기에도 不足한 水準으로 충원되고 있다는 새로운 변수가 제기되어 公衆保健醫師의 活用을 통한 농어촌지역의 구강보건사업에 있어서 새로운 방식의 해결책을 찾아야 할 상황이 도래되었다.

<表 17> 公衆保健齒科醫師 機關別 配置 現況(1996年 7月末 現在)

(단위: 명)

	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
보건소	9	10	7	13	13	36	17	11	2	118
보건지소	72	44	47	58	57	96	94	96	8	572
공공병원	3	4	-	2	7	2	3	2	-	23
병원선	1	-	-	1	-	1	-	1	-	4
이동진료반	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
복지시설	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
교도소등	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
보건기관	6	-	-	-	-	-	-	-	-	6
계	92	58	54	74	77	135	114	110	11	725

資料: 보건복지부, 내부자료, 1996.

<表 18> 地域別 公衆保健齒科醫師 配置比較(1996年 7月末 現在)

(단위: 명)

	시 지역									군 지역									
	계	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남
보건소	5	2	1	-	-	2	-	-	-	113	7	9	7	13	13	34	17	11	2
보건지소	63	21	14	12	-	16	-	-	-	509	51	30	35	58	57	80	94	96	8
공공병원	1	-	-	-	-	1	-	-	-	22	3	4	-	2	7	1	3	2	-
병원선	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	-	-	1	-	1	-	1	-
이동진료반	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
복지시설	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
교도소등	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
보건기관	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
계	77	30	15	12		19		1		648	62	43	42	74	77	116	114	110	10

資料: 보건복지부, 내부자료, 1996.

위의 <表 18>과 <表 19>에서 보듯이 대부분의 公衆保健齒科醫師가 保健所와 保健支所에 배치되어 있음에도 불구하고 공중보건치과의사의 숫자가 절

대적으로 부족한 상황이다. 이러한 현상은 여성 치과의사의 증가로 인해 발생한 문제로 전체 齒科醫師의 人力需給 側面을 고려했을 때 공중보건치과의사의 확보를 위해 齒科醫師의 공급을 늘릴 수 없는 상황이다. 그러므로, 절대적으로 부족한 公衆保健齒科醫師 人力資源을 효과적으로 활용하여 지역사회 상대구강진료필요를 감소시키는 방향으로 해결책을 모색해야 할 것이다. 1개 保健支所에 한 명씩의 齒科醫師와 齒科衛生士를 배치하여 진료업무를 담당시키는 방식은 앞에서 기술한 '진료만의 제공을 통해서 유효구강보건 진료수요를 필요량만큼 늘릴 수 없다'라는 문제를 떠나, 현재 보건지소 내원환자의 진료수요조차 충족시키지 못한다는 측면에서도 재고되어야 한다.

아울러 또 한 가지 고려해야 할 사항은 과거 공중보건의사제도의 시행초기와는 달리 상당수의 民間齒科醫院이 과거의 무의촌지역이었던 농어촌지역에 분포하게 되었다는 점이다.

〈表 19〉 各 道別 邑·面單位 公衆保健齒科醫師配置 및 開院醫 現況(1996年 7月末 現在)

(단위: 개소, %)

도명	전체 읍·면수	공중보건의사 배치 읍·면 수	개원의 있는 읍·면 수
경기	155	81(52.0)	56(36.1)
강원	105	54(51.4)	22(20.9)
충북	103	54(52.4)	18(17.5)
충남	168	71(42.3)	33(19.6)
경북	221	111(50.2)	48(21.7)
경남	195	107(54.9)	41(21.0)
전북	160	70(43.8)	18(11.3)
전남	225	132(58.7)	34(15.1)
제주	13	10(76.9)	5(38.4)
총계	1,345	690(51.3)	269(20.0)

資料: 보건복지부, 내부자료, 1996.

〈表 20〉에서 보는 바와 같이 農漁村地域이라 할 수 있는 읍, 면지역에 20%에 이르는 민간치과의원이 개원한 상태이다. 또한 農漁村地域에 開院한 대부분의 치과의사는 개원한지 얼마되지 않은 젊은 齒科醫師이며 대도시



지역의 개원치과의사의 분포는 거의 포화상태에 이르렀음을 고려할 때, 앞으로 농어촌지역에서 개원하는 치과의사의 수는 급격히 증가하여 이 지역의 診療需要를 상당부분 담당할 것이 예측된다. 즉 민간치과의원의 경우 시설과 장비의 우수함, 보조인력의 활용폭이 넓은 점 및 치과의사의 생산성이 높은 점을 勘案한다면 현재보다 훨씬 많은 診療需要를 충족시킬 수 있으리라는 예상이 가능해진다. 결국 보건지소가 현재와 같은 運營方式을 고집한다면, 조만간 공존하는 民間齒科醫院에 대한 競爭力을 상실하고 중국에는 보건지소 본연의 존재의미를 상실하고 지역주민으로부터 外面당하는 상황을 초래하게 될 것이다.

그러나 다행스럽게도 공중보건치과의사의 인력관리를 담당하고 있는 보건복지부 지역의료과는 1996년의 公衆保健醫師 配置指針을 통해 공중보건치과의사의 경우 市·郡 保健所에 1~2人を 배치하여 구강보건사업을 전담하도록 하였다. 이러한 조치는 공중보건치과의사인력을 통한 보다 적극적인 형태의 지역사회 보건의료서비스를 제공하기 위한 것이었다. 이 조치후 전국 28개의 郡 保健所에 口腔保健室이 설치되어 구강보건사업만을 전담하게 되었으며 구강보건실의 공중보건치과의사는 시·군 단위의 口腔保健事業을 계획, 수립하고 시·군내 公衆保健齒科醫師 人力과 齒科衛生士 人力을 활용하여 군내 보건사업을 수행하도록 하였다. 공중보건의사의 활용방식의 변화를 기한 것이라 할 수 있다.

그러나, 이 조치후 口腔保健室이 설치된 곳에서는 口腔保健事業에 대한 무지로 인해 口腔保健室의 운영에 대한 기본적인 개념도 파악하지 못하고 있다. 또한, 준비 부족으로 군단위 보건사업의 기획과 지휘본부로서의 역할을 하지 못하고 公衆保健齒科醫師 1인과 齒科衛生士 1인을 배치하는 것이 상의 보건소의 역할을 발휘하지 못하고 있는 상황이다. 그리고, 시·군단위 구강보건사업에 관한 모든 업무를 공중보건치과의사에게 위임해 놓은 상황이다. 한편 시·군 보건소의 공중보건치과의사의 劣惡한 處遇<sup>9)</sup>로 인하여 2년차나 3년차 공중보건치과의사보다는 新規公衆保健齒科醫師가 주로 配置

되어 근무의욕은 상대적으로 높으나 業務遂行能力과 經驗의 不足으로 사업을 독자적으로 기획하여 수행해 나가기에는 상당한 어려움이 따르고 있다. 이러한 상황임에도 불구하고 이들에 대한 실무교육은 겨우 1주일간의 신규 공중보건 의사 직무교육이 전부인지라 전문적인 口腔保健事業 管理者로서의 역할을 요구하기에는 어려운 실정이다. 반면 이러한 악조건하에서 口腔保健室이 그나마 설치된 지역에서는 대부분 公衆保健齒科醫師들이 나름대로 열심히 보건사업을 수행하려는 모습을 보여주고 있다.

그러나, 28개 정도의 郡을 제외한 나머지 지역은 公衆保健齒科醫師들을 開院齒科醫院의 존재를 고려하지 않고 주로 인구가 집중된 邑·面에 優先적으로 배치하여 진료업무만을 독려함으로써, 개원의와 경쟁적인 관계에 놓여 있다. 또한 保健事業을 위해 보건지소를 비우고 출장가는 것조차 허락하지 않는 곳이 많은 실정이다. 더욱이 대부분의 郡 保健所 소재 지역은 개원의가 있는 市·郡의 중심지임에도 불구하고 郡 保健所에 公衆保健齒科醫師를 배치하여 진료업무를 시키는 경우가 대부분이다. 심지어는 한 명의 공중보건치과 의사로 하여금 2~3個面의 보건지소 치과진료실의 업무를 담당하게 하여, 이들이 어느 한 지역에도 所屬感을 갖지 못하게 되어 업무의 불안정성은 물론 非效率的인 職務遂行을 하도록 만들고 있다. 이러한 상황이 지방자치단체에서 만연하고 있는 이유는 기본적인 地域保健의 概念을 보건소가 확립하지 못한 채 지나치게 주민들의 민원에만 급급하여, 주민들이 방문했을 때 즉각적인 진료제공에만 주안점을 두고 있기 때문이다.

#### 나. 齒科衛生士의 配置 및 活用實態

口腔保健 人力을 세계보건기구의 분류방식에 따라 구분을 한다면 口腔保健

- 
- 9) 진료수당이 保健支所 公衆保健齒科醫師의 1/2~1/3에 불과한 10만원선이고 관사가 제공되지 않아 별도의 숙박시설을 확보해야 하므로 과중한 경제적 부담이 있으며 대부분의 지역보건사업이 출장을 통해 이루어지기 때문에 많은 사람과 접촉해야 하는 등 업무량이 과다하고 심리적인 스트레스도 많다.

管理人力으로서의 치과의사, 診療擔當 口腔保健 補助人力으로서의 치과위생사, 학교치아간호원 및 치아치료사, 그리고 診療非擔當 口腔保健 補助人力으로서의 구강진료보조원과 치기공사를 들 수 있다. 그러나, 진료비담당 구강보건 보조인력은 현실적으로 農漁村의 公共口腔保健 診療資源으로 존재하고 있지 않으며 학교치아간호원과 치아치료사는 우리나라에서 채택하고 있지 않은 직종이므로 다루지 않았다. 따라서, 현재 보건소의 정식 공무원 인력인 齒科衛生士 人力의 배치 및 활용실태만을 기술하였다. 물론 치과위생사 이외에도 주로 방문진료를 담당하고 있는 統合保健要員들도 口腔保健 人力으로 활용가능하나 현재 전혀 활용되지 않고 있으므로 여기서는 다루지 않았다.

<表 20> 保健所 및 保健支所の 齒科衛生士 人力 配置現況

(단위: 명)

	보건소 및 보건지소에 근무하는 치과위생사	구강보건업무 이외의 업무에 종사하는 치과위생사
경기도	142	32
강원도	93	17
경상남도	166	33
경상북도	184	49
전라남도	180	14
전라북도	146	25
충청남도	182	15
충청북도	99	14
제주도	11	2
계	1,203	201
(%)	(83.0)	(17.0)

資料: 공직치과위생사협회, 내부자료, 1995.

<表 21>에 따르면 현재 전국의 보건소 및 보건지소에 근무하는 齒科衛生士는 1,203명에 이르고 있다. 公衆保健齒科醫師에 비해 치과위생사의 숫자가 현저하게 많은 이유는 과거 공중보건치과의사가 保健支所를 다 채울 수 있을 정도로 공급되었던 시절에 공중보건치과의사 1인과 치과위생사 1인을 1개조로 보건소와 보건지소의 齒科診療室에 배치하였기 때문이다. 그러나, 여성치과의사의 비율 증가로 인하여 公衆保健齒科醫師의 수가 감소하

게되어 과거처럼 1대 1 관계로 치과위생사를 배치하는 것은 불가능하게 되었고 이들이 정식 공무원인 까닭에 감원도 어려워 현재와 같은 인원 규모가 계속 유지되어 왔다.

그러나, 대부분 지역의 保健所는 이들의 업무를 단지 진료보조만으로 국한시켜서 생각하는 까닭에 齒科醫師와 같이 근무하지 않는 齒科衛生士는 활용도가 없다고 판단하여 1대 1로 진료보조를 담당하지 않는 齒科衛生士 人力の 전문성을 活用하는 방안을 거의 고려하지 않고 있다. 그러므로, 감소하는 齒科衛生士 人력에 대해서는 더 이상 충원을 하지 않고 있으며 17%에 이르는 많은 人力を 公衆口腔保健事業 이외의 일반 민원업무 등의 다른 保健所 업무에 종사시키고 있다. 이는 앞의 齒科醫師 人力の 활용도를 진료업무에만 국한시켜 놓은 것과 마찬가지로 치과위생사의 업무도 진료 보조업무만으로 한정시키기 때문이다.

한편, 齒科醫師가 保健支所에 없음에도 불구하고 치과위생사를 혼자 보건지소에 근무하게 하면서 다른 보건지소 직원들이 담당하기를 꺼려하는 會計 등의 業務를 시키는 경우도 있다. 이 경우 회계업무 등의 간단한 업무수행 후 많은 시간이 남게 되므로 단독으로 口腔檢診, 學校 弗素溶液養齒事業, 口腔保健事業 등을 수행하기도 한다. 이들의 이러한 업무방식은 '齒科衛生士의 口腔保健診療業務 수행시 치과의사의 지휘감독을 받아야 한다'는 의료법 취지에도 어긋날 뿐 아니라 기획과 관리능력의 부족으로 지역사회진단에 따른 체계적인 사업이라기 보다는 일회적인 사업에 그치기 쉽고 사업의 결과를 평가하여 이후 지속적인 사업으로 진행시키기도 어렵다. 아울러, 이들에 대한 보수교육 대상인력도 연간 80여명 수준으로 일인당 10년에 한 번도 교육을 받지 못하므로 이들의 사업수행능력을 높이는데 장애요인이 되고 있다.

결국 공중보건치과의사의 경우와 마찬가지로 齒科衛生士의 活用方案도 종합적인 地域社會 口腔保健事業 計劃下에서 인력의 특성을 고려하여 지속적인 업무 수행능력 향상을 위한 재교육이 병행될 때 이들의 효과적인 口腔保健事業 수행 및 효율적인 활용이 가능해 질 수 있다.

#### 4. 農漁村地域의 口腔保健 事業實態

농어촌지역의 구강보건사업의 시작은 1980년 「農特法」에 의해 公衆保健齒科醫師가 保健所, 保健支所에 배치되고 치과위생사가 배치되어 치과진료실을 설치한 것이라 할 수 있다. 그리고, 이를 계기로 설치된 보건소와 보건지소의 齒科診療室은 '무의촌 해소를 위한 일차의료기관'으로 지난 17년간 운영되어 오면서 초기 장비의 열악함과 공중보건역사의 올바른 위상의 부재로 인해 많은 시행착오가 있었지만 나름대로 농어촌 지역주민의 口腔診療 接近度を 높이고 구강건강에 대한 관심이 증가하였다는 점에서 성과를 인정할 수 있다. 하지만 公衆保健齒科醫師가 배치된 지난 17년 동안 농어촌 지역주민의 구강건강이 실제로 계속 악화되어 왔다는 것은 口腔保健人力과 시설은 존재하였으나 달성가능한 口腔保健 目標를 세우고 이를 달성하기 위해 이들을 효과적으로 활용하여 구강건강사업을 수행하려는 노력이 부족했음을 말하는 것이다. 그 일례가 '學校弗素溶液養齒事業<sup>10)</sup>'의 시행을 위해 弗素製劑(불화나트륨)를 각 보건소에 지급했던 경우를 들 수 있다. 그러나 이후 각 보건소에서의 지속적인 사업추진계획의 부재와 관리감독의 노력이 전무하였기 때문에 성과를 거두지 못한 채 弗素가 保健所의 창고에서 방치되고 있는 실정이다. 이러한 결과는 구강건강관리의 가장 중요한 시기인 초등학교 및 중등학교에 대한 口腔保健事業에 대해 교육청과 학교가 무관심한 것도 주된 이유 중의 하나라고 할 수 있다. 그러나 교육청과 학교가 보건전문기관이 아닌 만큼, 이들을 교육하고 협조를 추진하는 것은 보건기관의 책임일 것이다. 결국 이런 하나의 사업을 추진하는 과정에서도 責任人力의 不足과 場·短期計劃 및 期待效果 등에 대한 예측없이 일회적이고 즉흥적으로 사업을 추진하기 때문에 이러한

10) 학교불소용액양치사업이란 점심시간을 이용하여 양호교사 및 담임교사의 지도 하에 집단적으로 잇솔질을 한 후 1분간 불소용액을 양치하게 하는 사업으로 불소의 치아우식예방작용과 잇솔질을 통한 치주병과 치아우식증의 예방효과를 기대하는 사업이다. 불화된 수돗물이 공급되지 않는 지역에서 실행가능한 가장 효과적인 구강병관리사업이다.

결과가 계속적으로 초래되고 있다.

公衆保健醫師制度가 안정되면서 일부 공중보건치과의사와 치과위생사들의 個人的 意志로 시도된 口腔保健事業 事例가 종종 있어왔다. 이들은 주로 면 단위에서 정기 학교구강검진을 통해 수집한 자료를 기초로 口腔保健教育事業, 學校弗素溶液養齒事業, 치아홈메우기사업 등을 실시해 오고 있다. 특히, 치아홈메우기사업의 경우 1994년부터 보건복지부가 치아홈메우기용 광조사기와 사용재료를 각 군에 보급하기 시작함에 따라 기구와 재료가 보급된 지역에서는 사업이 매우 활성화되는 모습을 보여주었다. 그러나, 이 사업도 '97년 까지 전국의 保健支所에 모두 기구와 재료를 공급하려던 보건복지부의 계획이 '95년 초반 이후 중단됨에 따라 더 이상의 진전은 보여주지 못하고 있으며, 현재는 어느 지역에서 얼마만큼 시행되고 있고 그 효과는 어떠한 지에 대한 평가도 전혀 이루어지지 않고 있는 상황이다. 물론 이러한 여러 가지 사례에도 불구하고 대부분의 公衆保健齒科醫師들이 한 지역에서 1년 내지 2년 정도만 근무하고 이동하는 사례가 많으므로 사업이 지속적으로 관리되지 못하고 단절되는 경우가 대부분이다. 또 각급 보건소는 이런 공중보건치과의사들의 노력의 의미를 제대로 이해하지 못하고 이들에게 보건지소를 지키면서 보다 많은 환자에게 진료해 줄 것을 요구하고 있다.

이러한 상황에도 불구하고 지난 1993년 口腔保健事業에 적극성을 가진 公衆保健齒科醫師들을 중심으로 '口腔保健事業團'이 결성되면서 '제1대구치 건강도 조사사업<sup>11)</sup>', '구강보건의 날 기념행사<sup>12)</sup>', '치아홈메우기사업<sup>13)</sup>' 등이

---

11) 제1대구치 건강도 조사사업이란 구강내 치아중 가장 먼저 맹출하면서 저작활동에 가장 중심적인 역할을 하는 제1대구치를 효과적으로 보호하고 관리하기 위해 구강내 치아중 제1대구치만을 대상으로 하는 건강도실태조사사업

12) 구강보건주간행사란 치과계에서는 구강건강의 중요성과 구강병관리에 대한 필요성을 국민대중에게 광범위하게 인식시키기 위해 매년 6월 9일을 중심으로 1주일간 기념 주간으로 설정하여 다양한 구강보건사업과 행사를 실시하고 있다.

13) 치아홈메우기사업이란 치아우식증이 발생되기 쉬운 치아표면의 좁고도 깊은 홈이나 가는 틈을 인공적인 재료로 미리 막아 치아우식증의 발생을 예방하는 사업

전국적으로 추진되어 왔고 현재 40여개 군에서 활발한 활동을 보이고 있다. 이는 일회성으로 끝났던 예전의 산발적인 口腔保健事業을 지양하고 전국적인 모임을 통해 과거의 사업경험을 지속적으로 축적하여 후배 公衆保健齒科醫師들로 하여금 지속적이고 체계적인 추진을 할 수 있도록 하기 위한 노력이었다. 그러나, 이러한 公衆保健齒科醫師들의 자발적인 노력에도 불구하고 이 모임의 근본적 한계인 행정력의 부재로 최근 들어서는 새로운 내용의 생산 및 사업의 전개가 이루어지지 못하여 부진한 활동모습을 보여주고 있다.

이처럼 보건소와 지방자치단체가 口腔保健實態의 심각성을 파악하지 못하고 口腔保健事業의 重要性을 인식하지 못함에 따라 사업수행을 위한 행정력을 확보하지 못하고 있다. 또한 구강보건사업의 경우 保健所의 主要事業으로 예산이 배정되지 못하는 경우가 많아 대부분의 구강보건사업은 公衆保健齒科醫師의 意志 與否에 따라 시행되기도 하고 중단되기도 하는 상황을 반복하고 있다. 따라서 보건사업의 기본이라고 할 수 있는 地域社會 口腔健康水準에 대한 통계를 비롯하여 사업실적에 관한 통계가 거의 전무한 상황이다. 즉, 公衆保健齒科醫師가 새로 부임하게 되면 처음 단계부터 사업을 다시 시작하는 상황을 반복하고 있다. 이렇듯 시·군 단위의 지역주민의 口腔保健水準이 악화일로에 있고 구강보건사업 또한 산발적이고 비체계적인 상태로 운영되고 있음에도 불구하고 保健所는 아직도 口腔保健事業에 관한 구체적 대안을 찾으려는 움직임을 보이지 않고 있다.

이와 같이 전반적인 우리나라 農漁村의 口腔保健事業은 뚜렷한 체계도 계획도 없는 것이 현실이다. 그러나 이러한 어려운 상황에서도 가능성을 보여주는 몇몇 지역이 있다. 경기도 강화군과 충남 보령시의 경우로 이들 지역에서는 保健所에 口腔保健室을 설치하여 담당 공중보건치과의사와 치과위생사를 배치해 郡單位의 口腔保健事業을 시행하고 있으며 1996년 전라북도의 모든 군에서는 아직 초기단계이기는 하지만 口腔保健室을 설치하여 운영하기 시작하였다. 참고로 경기도 강화군과 충청남도 보령시의 사례를 살펴보면 다음과 같다.

## 가. 京畿道 江華郡 事例

### 1) 設置背景

전반적으로 내원환자를 대상으로 한 치료중심의 진료를 실시하던 보건(지)소 치과진료실은 齒科醫師의 數的 減少로 인해 일부 면의 보건지소 齒科診療室이 폐쇄되고, 또한 치료중심의 진료방식으로 질환을 중단시킬 수는 있으나 질환의 발생을 감소시키지 못하는 상황에서 役割轉換이 필요하게 되었다. 이에 口腔保健室을 설치하여 齒科疾病의 대부분을 차지하는 치아우식증(소위 蟲齒), 치주병(소위 風齒)등을 교육과 예방사업을 통해 감소시키도록 하며, 각 보건지소에서 부분적으로 행해지던 구강보건사업을 市·郡 全體 次元에서 다룸으로써 지속적인 효과를 얻도록 하고 지역사회를 대상으로 한 포괄적 구강보건사업을 시행하여 주민의 口腔保健을 向上시키고자 하였다.

### 2) 事業內容

구체적인 사업내용은 다음과 같다.

첫째, 保健所에 來院한 患者의 口腔保健教育 및 管理

둘째, 母子保健事業과 연관 未就學 兒童의 口腔健康管理

셋째, 學生들의 口腔檢診 및 教育

넷째, 母子保健 관련 妊産婦의 口腔健康管理

다섯째, 老人과 障碍人을 위한 口腔保健事業의 개발

여섯째, 地域社會를 대상으로 한 口腔保健教育 및 弘報

일곱째, 6.9제(구강보건의 날) 기념 口腔保健行事를 주관

여덟째, 電算作業을 통한 事業에 따른 資料 制作 및 管理 등이 있다.

### 3) 所要豫算(初期投資費用)

1993년도 초기투자비용은 총 2,000만원이었고 이중 장비 및 재료구입비는



1,800만원, 시설보수비는 200만원이었다.

〈表 21〉 江華郡 口腔保健室 裝備 등 購入內容

(단위: 천원)

품 목	금액
장애인을 위한 장비	2,000
프로젝트(슬라이드, 오버헤드)	2,000
비디오(TV 포함)	2,000
사진기(기록 및 교육자료 제작용)	1,500
불소이온도입기	1,500
자료제작 및 교육용 오디오	1,000
컴퓨터세트(통계처리 및 교육자료제작)	3,000
교육재료구입비	5,000
계	18,000

資料: 경기도 강화군 군보건소, 내부자료, 1993.

#### 4) 人力의 配置

구강보건실에 公衆保健齒科醫師 1명(진료실에는 별도의 진료담당 公衆保健齒科醫師 1명)과 齒科衛生士 2명(실습담당자 1인, 교육담당자 1인)이 배치되었다.

#### 5) 1996年 口腔保健 事業 計劃

1996년도의 사업계획은 다음과 같다.

- 첫째, 口腔健康 實態調査
- 둘째, 健齒 兒童 選拔 및 健齒 標語 選定
- 셋째, 口腔健康 教育(學校口腔保健教育, 住民口腔保健教育)
- 넷째, 再診時 잇솔질 實習
- 다섯째, 齒牙홈 메우기 事業
- 여섯째, 弗素溶液 養齒事業 등이다

## 나. 忠淸南道 保寧市 事例

### 1) 設置背景

공중보건치과의사의 供給不足으로 인하여 공중보건치과의사 未配置 保健支所의 증가가 예견되었고 미배치 보건지소의 구강보건의 문제점을 해소하기 위한 방안을 마련하며 齒科衛生士人力의 活用方案 提高와 치과장비 이용의 효율성을 제고하기 위한 것이었다.

또한, 지역주민의 구강건강 향상을 위한 예방사업 및 교육사업의 중요성이 대두되었고 口腔保健事業의 기획, 조정, 평가를 수행할 專擔部署의 부재로 구강보건 사업의 一貫性和 連續性이 결여되어 이를 보완하고자 하였다.

### 2) 組織構成

交通이 편리하고 시보건소 이용거리가 가까운 반경 10Km 이내의 5개 保健支所의 齒科診療室을 폐쇄하고 前任指導 公衆保健齒科醫師 1인과 未配置 保健支所 齒科衛生士 5인으로 구강보건실을 구성(별도의 진료담당 공중보건치과의사 1인 임명)하였으며 각 보건지소 치과위생사의 구강보건 사업능력 향상을 위하여 초기 시행년도에 보건소 구강보건실에 6개월간 巡廻 派遣 勤務를 실시하였다.

### 3) 事業內容

구체적인 사업내용은 다음과 같다.

첫째, 口腔保健統計

둘째, 弗素溶液養齒

셋째, 齒牙홈메우기

넷째, 學校口腔健康管理(學校口腔保健室)

다섯째, 口腔保健教育

- 여섯째, 6.9祭 行事(口腔保健의 날 행사)
- 일곱째, 口腔健康教室運營(회의실 활용)
- 여덟째, 老人健康室 運營事業(방학기간운영사업)
- 아홉째, 養護教師 口腔保健教育(방학기간운영사업)
- 열째, 地域住民의 口腔保健에 관한 설문조사 등 이었다

위와 같이 口腔保健室을 구성하여 사업을 실시한 결과 충남 보령시의 경우는 1995년 7월 1일부터 1995년 12월 30일까지 불과 6개월만에 11,795명에 대해 口腔健康實態調査를 하였으며 4,334명에 대하여 口腔保健教育을 실시하였고 248명에게는 치아홈메우기사업, 5,852명에 대해서는 弗素溶液養齒事業을 실시하였다. 이와 같은 결과는 동일한 기간중에 保健支所에서 진료만 할 경우 500명 내외의 환자밖에 볼 수 없고 그나마 내원횟수가 여러 차례인 점을 감안한다면 실제 대상인원은 100명 정도에 불과해 구강진료보다 생산성이 매우 높다는 것을 알 수 있다. 또한 질병이 발생되기 전에 豫防次元의 접근을 하였다는 점에서 더욱 의의가 있을 것이다.

특히 보령시의 경우 專擔保健事業人力으로서 齒科衛生士 5명을 배치하고 공중보건치과의사 1명을 專擔口腔保健事業 管理人力으로 확보하여 企劃力과 事業遂行能力을 확보하였으며 口腔保健教育室을 이용하여 상당량의 구강보건 관련자료를 구비하여 구강보건 교육사업을 지속적으로 실시해오고 있다. 또한 보건소장의 적극적인 지원으로 행정력의 확보까지 이루어져 사업을 지속적으로 확대 실시해오고 있는 상황이다. 물론 이러한 상황하에서도 ‘室’이라는 불안정한 체계로 인해 豫算 使用에의 어려움이나 정식 保健所 行政體系 밖에 있음으로 인한 업무 처리의 비효율성, 잦은 訪問事業에 대한 출장비 지급의 어려움 등이 지적되고 있지만, 현재 가장 발전적인 모습이라는데 주목할 필요가 있다.

이와 같이 일부 지역에서는 발전적인 구강보건사업을 진행해 오면서 앞으로의 方向을 제시해오고 있으나 地方自治團體의 경우 대부분이 아직도 口腔健康 實態把握은 물론 그 중요성에 대한 인식조차 제대로 하지 못하고

있는 실정이다. 따라서 지역주민의 口腔健康을 향상시키기 위해서는 中央政府의 적극적인 자세가 절실히 요구된다.

## 5. 口腔保健事業의 具體的 問題點

위에서 口腔保健 사업과정과 人力의 配置 및 活用現況을 통해 나타난 문제점을 정리하면 다음과 같다.

### 가. 保健關聯 公務員의 口腔保健에 대한 認識 不足

道保健課나 保健所의 口腔保健業務를 담당하는 인력은 대부분 다른 많은 업무와 함께 구강보건에 관련되는 업무를 맡고 있다. 더욱이 이들은 대부분 口腔保健에 관한 非專門家들이며 구강보건관련 교육도 받은 적이 없어 구강보건에 관한 사업을 시행해야 할 필요성조차 인식하지 못하고 있는 상황이다. 또한 주무부서의 수반이라고 할 수 있는 保健所長의 경우도 이와 비슷하여 口腔保健에 대한 展望과 事業 結果에 대한 확신이 없고 이에 대한 절실한 필요성조차도 인식하지 못하고 있다. 그로 인해 保健所 事業으로 口腔保健事業이 策定되지 못하고 있음은 물론이거니와 최소한 지역내 주민들의 구강건강에 대한 실태조차 파악하고 있지 못한 상황이다. 결국 口腔保健事業은 그 사업의 중요성과 구강건강실태의 심각성에도 불구하고 대부분의 保健所에서 豫算事業으로 선정되지 못하고 있다.

### 나. 地域社會 住民들의 口腔保健에 대한 認識 缺如

현재 정부 및 치과계의 소극적인 口腔保健 弘報活動과 農漁村地域 住民들의 학력과 소득수준이 도시지역에 비해 상대적으로 낮다는 점에서 주민들이 구강보건에 대한 관심이 없는 것은 당연한 것이다. 실제로 이로 인해 많은 농어촌 주민들은 初期 口腔病을 치료할 기회를 잃고 질환이 악화되어

치아가 제기능을 하지 못할 때 비로소 口腔診療機關을 내원하게 되는 경우가 대부분이어서 많은 환자들이 치아를 상실하게 된다. 그러므로 이들은 구강진료에 많은 經濟的 負擔과 시간적인 손실을 입고 있는 실정이다.

#### 다. 口腔保健 關聯 人力에 대한 教育 및 訓練의 未備

현재 우리나라의 一般 保健業務의 경우 어느 정도 역사를 가지고 있고 사회적 관심을 불러 일으켰으므로 관련 인력에 대한 많은 교육이 이루어져 왔다. 그러나, 구강보건인력의 경우는 짧은 역사와 학계나 政府 次元에서의 豫防保健에 대한 뚜렷한 방향성 조차도 제시하지 못해 왔으므로 擔當 人力들에 관한 교육 또한 지극히 형식적이고 당위적인 차원에서 이루어져 왔다. 또한 교육의 수혜 대상의 폭도 매우 제한되어 있어 변화하는 豫防保健事業의 내용과 조류를 빠르게 흡수하기에는 어려움이 많은 실정이다. 결과적으로 公衆保健齒科醫師의 경우 3년간의 복무기간 중 매년 새로이 임용되는 300명 가량의 公衆保健齒科醫師 가운데 불과 50명 정도만이 補修教育을 한 차례 이수하고 나가는 실정이다. 또한 齒科衛生士의 경우도 1,200여명 가운데 매년 80여명만이 補修教育을 받고 있다. 이 또한 중앙교육기관인 國立保健院을 통해서만 이루어지고 있으므로 확대의 가능성도 매우 희박한 편이다.

#### 라. 專門人力에 대한 效率的 配置 및 活用 未備

앞에서 논의한 바와 같이 1995년 현재 全國의 保健(支)所에 근무하고 있는 齒科衛生士가 1,203명에 이르고 있으나 이들 인력중 약 17%가량이 구강보건과는 무관한 민원실, 약제실 등에 근무하고 있는 실정이다. 현재 시·군 단위의 보건소에는 口腔保健室을 설치하여 口腔保健事業을 주도적으로 기획하고 추진해 나가려는 움직임이 점차 활발해 지고 있는 상황에서 그나마도 모자라는 구강보건인력을 非專門人도 가능한 일에 종사시킨다는 것은 본인 뿐만이 아닌 국가적인 손실이라고 할 수 있다. 또한 口腔保健室에 實

務人力으로서 보건소당 3명 이상의 齒科衛生士가 필요한 것이 현실임을 감안한다면 현재와 같은 구강보건전문인력의 비효율적 관리는 분명 문제가 있다고 하겠다. 더구나 구강보건사업의 중추적 인력인 公衆保健齒科醫師의 경우도 대부분 보건사업 수행보다 診療人力으로만 활용되고 있는 실정이다.

#### 마. 政府次元의 口腔保健事業에 대한 管理 및 評價體系의 未備

현재 保健福祉部를 통해서 40% 이상의 初等學校에 양치용 불소가 공급되고 있다. 또한 치아홈메우기 사업을 위한 光照射機와 필요한 材料등이 이미 상당수의 保健支所에 공급되어 있는 상황이다. 그러나 이러한 물품의 공급 이후에 사업의 수행과정과 그 결과에 대한 확실한 管理監督의 不在로 사업이 지속적으로 확대, 발전되기보다는 오히려 부실화되어 가는 경향이다. 또한 사업을 실시하기 위한 물적인 지원 이후에 이를 통한 보건사업의 결과와 이에 따른 效果 與否가 統計資料를 통해서 평가되는 과정이 이루어지지 않는 것에 대해 保健福祉部 차원에서 어떠한 대책도 마련하고 있지 못하는 상황이다.

#### 바. 長期的이고 體系적인 口腔保健事業計劃樹立 및 施行의 不在

현재 우리나라의 農漁村地域社會에서 口腔保健事業에 관한 계획을 수립하고 시행하며 관리, 감독할 능력을 가진 유일한 인력은 公衆保健齒科醫師일 것이다. 그러나 이들 또한 齒科大學 教育課程 중에 배운 豫防保健에 대한 단편적인 지식을 기초로 지역사회에 적용하는 수준이다. 그러므로 진정한 의미에서의 地域社會 口腔保健事業을 효과적으로 수행하기는 부족한 면이 많다고 할 수 있다. 더구나, 이들은 대부분 3년간의 단기근무 종사자인 관계로 교체될 때 기존에 수립된 계획이 바뀌거나 진행중인 사업이 중단되는 경우가 非一非再하다. 이처럼 우리나라는 지역사회 뿐 아니라 국가적 차원에서의 중장기 구강보건사업은 保健福祉部가 발표한 '2000년 口腔保健目標' 외에는 구체적인 사업계획이나 시행되는 사업이 존재하지 않는 실정이다.

#### 사. 口腔保健分野를 專擔 管理할 專門行政組織과 人力의 不在

현재 우리나라에는 中央 및 地方政府의 구분없이 구강보건을 담당하는 專擔部署는 단 한 곳도 찾아 볼 수 없다. 국민 대다수가 한 가지 이상의 구강병을 가지고 있고 口腔健康水準이 계속 악화되고 있는 상황임을 주목해 볼 때 구강보전에 대한 우리나라의 중앙정부와 지방자치단체의 상황인식 및 이에 대한 대안을 찾으려는 적극적인 의지가 요구되고 있다. 口腔保健의 先進國이라 할 수 있는 미국과 비교해 보면 인구 3억의 미국의 경우 구강보건만을 전담하는 공무원 수가 4,100여명에 이를 정도이며, 대부분의 선진국에서는 별도의 口腔保健 專擔部署를 두어 국민의 口腔健康과 관련된 사업을 시행·관리하도록 되어있다. 그러나, 우리나라의 경우 보건소의 '係'單位の 여러 업무중 하나로 기술해 놓는 수준이 대부분이며 이를 전담하는 담당자는 보건소 조직에 존재하지 않는다. 또한 광역자치단체나 중앙정부에도 구강보전에 관한 업무를 전담하여 구강건강에 관한 실태를 파악하고 목표를 세우며 사업을 기획하고 시행을 독려하는 部署도 擔當者도 없는 상황이다. 이러한 상황에 대한 단적인 사례는 아직 우리나라에는 정부주도의 국민의 口腔健康에 대한 統計資料 조차 나와있지 않다는 것이다.

#### 아. 口腔保健教育用 教育資料의 不在

현재 保健(支)所 單位에는 지역주민이나 학동기아동들에게 구강보전에 관한 교육을 시행할 教育資料가 상당히 부족하다. 주로 공중보건 의사나 치과 위생사가 자체적으로 제작하여 사용하고 있으므로 다소 조잡하고 내용에도 여러 가지로 부족한 면이 많다. 그나마도 대부분의 보건지소에는 구비되어 있지 않아 口腔保健教育의 효과가 매우 의심스러운 상황이다. 실제로 現地の 口腔保健人力들이 구강보건사업을 수행하면서 가장 큰 어려움의 하나로 지적하고 있는 상황이 적절한 口腔保健教育用媒體의 부족이다. 급기야 1995년 대한공중보건학회의회에서 口腔保健教育用掛圖를 제작하여 보건지소

에 배포하였으나 이 역시 변화하는 교육환경에 적합하지 않은 ‘패도’라는 형태로서 비디오 등 보다 확실한 매체를 요구하는 현실과 다소 동떨어진 느낌을 주고 있다. 그러나 教育資料의 경우 專門人力과 많은 비용이 소요되는 까닭에 地域社會에서 자체적으로 제작하여 배포하기에는 사실 어려운 점이 많이 있을 것이다.

#### 자. 低所得層 老人無齒顎患者에 對策 不在

현재 65세 이상 老人의 義齒必要者率이 66%에 이르고 있으나 이에 대한 어떠한 조치도 취해지고 있지 못한 상황이다. 특히 이들은 고령화에 따른 수입의 감소로 많은 비용이 소요되는 義齒補綴治療의 혜택을 기대하기 어려운 상황이다. 그러나, 음식물을 咀嚼(저작)하는 행위는 생존을 위한 기본 행위로 齒牙喪失은 곧 生存權을 위협한다고도 할 수 있다.



## IV. 改善方案

### 1. 口腔保健事業方向의 轉換

民間 口腔診療機關이 급속히 증가하고 있고 소비자들이 양질의 口腔診療 서비스의 제공을 요구하고 있는 오늘날 保健所의 口腔保健事業은 지역사회 전체의 구강보건 진료자원을 고려하는 가운데 地域社會 開發過程의 일환으로 자리매김 지워져야 할 것이다. 따라서 民間과 公共部分의 차이점에 대한 명확한 인식과 이에 근거하여 각각 최대한의 능력을 발휘할 수 있는 방향으로 口腔保健事業의 方向이 설정되어야 할 것이다. 이에 보건소는 口腔診療業務를 민간 진료기관에 가급적 이양하는 한편 현재의 진료위주로 되어 있는 구강보건서비스 제공방식에서 集團口腔保健事業 爲主의 구강보건서비스 제공방식으로 전환할 필요성이 있다.

구강보건인력의 활용방안을 제시하기에 앞서 이들이 무엇을 해야 할 것인가를 먼저 명확히 해야 한다. 이들 구강보건인력의 존재 이유는 農漁村 住民들의 落後된 口腔健康 水準을 향상시키고 향상된 구강건강 수준을 지속적으로 유지·증진하면서 새로운 구강병이 발생되지 않도록 하는 것이다. 즉, 相對口腔診療必要의 有效口腔診療需要化를 촉진시켜 발생된 口腔病을 빨리 치료함과 동시에 相對口腔診療 必要 자체를 발생시키지 않도록 구강병 예방서비스를 적극적으로 제공해야 할 것이다. 물론 이렇게 包括的인 口腔病豫防과 診療서비스를 동시에 제공하는 과정에서 이미 발생된 구강병은 빠른 시간내에 치료하면서 疾病의 發生 자체를 억제할 수 있는 예방서비스를 제공하는 것이 가장 바람직할 것이다. 保健學的·倫理的 側面 뿐 아니라 經濟的 側面에서 볼 때 치아가 일단 손상되면 회복되지 않아 손상의 정도가 클수록 치료비용이 기하급수적으로 증가하므로 初期 發見治療의 필요성이 크게 요구되

며, 예방을 할 경우 그 비용은 더욱 감소될 수 있다. 또한 청송군의 예에서 확인된 것처럼 진료서비스만 제공한 경우 有效口腔診療需要가 10%내외 밖에 충족되지 않는 상황이 지속되었음을 볼 때 구강보건서비스의 전환의 필요성이 제기되며, 아울러 豫防爲主의 口腔保健事業과 口腔保健教育을 병행하였을 경우 유효구강진료수요의 증가를 부분적으로 확인할 수 있어 다양한 예방위주의 集團口腔保健事業이 필요하다는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 농어촌의 보건소는 진료업무보다 구강병의 예방업무에 더 중점을 두고 관심을 가져야 한다. 물론 보건소 이외의 민간진료기관을 이용하기 곤란한 低所得層이나 老人, 僻·奧地의 일부 주민들에 대해서는 구강진료의 공급이 가장 급선무가 될 수 있다. 그러나 20%가 넘는 읍·면단위에 개원치과의사가 존재하고 있고 대부분의 開院齒科醫師가 있는 지역은 대중 교통으로 30분 이내에 접근할 수 있는 지역이 상당수임을 고려할 때 나머지 지역에서는 豫防保健事業을 위한 사업팀의 형태로 구강보건인력이 再配置되어야 하며 업무와 사업내용 또한 이에 걸맞게 설정되어야 할 것이다.

#### 가. 事業의 設定과 事業의 推進

地域保健法과 國民健康增進法을 통해서 지역사회 발전과정에 따라 장·단기 지역보건계획을 수립하여 체계적인 진료사업과 보건사업을 수행하도록 하고 있다. 물론 현재 地域社會의 여건상 이러한 일을 수행할 수 있는 자질을 충분히 갖춘 인력이 부족한 상황이다. 그러나 외부의 專門機關과 保健所長을 비롯한 경륜있는 보건소 인력과 공중보건 의사 및 공중보건치과의사들을 통하여 豫防指向의 健康管理를 위한 보건사업계획을 세우고 이를 관리할 인력 및 조직, 시설, 장비, 예산 등을 확보하여 사업을 추진해 나가는 과정을 밟아야 할 것이다. 이 중 가장 먼저 선행되어야 할 것은 地域社會 住民들의 健康實態를 정확히 파악할 수 있는 자료의 확보이며 보건소내에 구강보건사업을 책임지고 수행할 수 있는 組織과 人力을 갖추고 구강보건인력에게 적절한 업무분장을 해야 한다. 이에 먼저 保健所內에 口腔保健室을

설치하고 수행해야 할 口腔保健事業을 설정해야 한다.

#### 나. 口腔保健室의 設置

보건소내 口腔保健室을 설치하여 구강보건사업만을 전담하게 하여야 한다. 구강보건실은 지역사회에서 구강보건사업을 企劃, 施行 및 評價하는 ‘地域社會 公衆口腔保健 管理센터’(Community Public Oral Health Care Center)라 할 수 있는 것이다. 구강보건실은 보건소 구강보건계의 산하에 두어 구강보건사업의 실무를 담당하게 한다. 口腔保健室의 人力은 기존 구강보건계의 인력을 부분적으로 최대한 활용하면서 사업전담인력을 별도로 확보하도록 해야 한다.

保健所의 口腔保健室은 현재 시·군 보건소에 설치되어 있는 치과진료실의 기능을 확대하는 방식으로 이루어질 수 있다. 시·군 보건소 소재지는 대체로 지역사회의 중심지로서 民間齒科醫院이 인근에 존재하지 않는 경우가 거의 없다. 그러므로 현재의 保健所 齒科診療室은 이들 民間診療機關과 동일한 업무를 수행하면서 단지 진료비가 4분의 1수준(본인부담금)이라는 차이밖에는 존재하지 않는다. 심지어 많은 진료비가 소요되는 의치보철진료까지도 민간 진료기관보다 낮은 診療費를 받고 제공하는 실정이어서 보건소 본래의 존재 의미인 豫防指向的 包括口腔診療의 제공과는 거리가 먼 업무를 수행하는 곳이 대부분이다. 특히 이들 보건소는 義齒補綴 受惠者에게 민간 진료기관과는 달리 시설투자비와 인건비가 감안되지 않은 낮은 진료비를 책정하여 민간 진료기관과의 마찰이 계속적으로 발생되고 있는 상황이다.

이와 같이 제 모습을 찾지 못하는 보건소의 齒科診療室의 診療業務를 대폭 축소하여 저소득층과 노인층에 대한 진료서비스만 공급하게 하고 나머지 시간과 인력을 市·郡單位 豫防保健事業에 집중적으로 투입하도록 해야 한다. 특히 구강보건사업이 각 부분별로 전문화되지 못하여 실제 사업을 시행하게 될 경우 부실을 초래할 가능성이 많으므로 되도록 많은 인력을 保健所의 口腔保健室에 확보하여 구강보건교육사업, 구강검진사업, 일차예방사업 등으로

구체화하여 전문인력을 양성, 전담하도록 해야 한다. 이를 위해 口腔保健 實務人力으로 치과위생사 3名 以上을 보건소에 배치하는 것이 필요하며 1名 以上の 공중보건치과의사는 口腔保健管理人力으로서 진료업무를 배제한 구강보건사업의 기획 및 관리만을 전담하도록 하는 방안이 요구된다. 또한 구강보건계의 설치를 통하여 행정적인 지원을 받을 수 있도록 해야 한다.

한편 인력배치에 관한 논의는 公衆保健齒科醫師 및 齒科衛生士人力 活用 方案에서 구체적으로 언급하기로 하겠다.

#### 다. 口腔保健室의 業務

##### 1) 保健所 口腔保健事業

###### 가) 事業計劃樹立 및 評價

口腔保健室의 가장 중요한 업무가 바로 口腔保健事業의 計劃을 수립하고 평가하는 일이다. 사업계획을 수립하는 일은 철저한 지역사회의 진단을 통하여 구강건강에 관한 상황뿐만 아니라 다양한 지리적, 경제적, 사회적, 문화적 특성까지 고려하여 사업계획을 수립해야 한다. 물론 口腔保健室을 담당하는 公衆保健齒科醫師와 齒科衛生士 및 다른 保健所人力이 지역사회 주민들과 공동으로 구강보건 사업계획을 수립하는 것이 가장 바람직할 것이나, 현재의 여건상 이러한 일을 완벽하게 수행하기에는 공중보건치과의사의 인력이 부족하다. 그러므로 단기적으로는 지역사회 인근 대학 등의 地域社會 口腔保健專門人力을 활용하여 實態調査를 실시한 후 이에 근거한 중장기 계획을 수립하고 공중보건치과의사에게 사업수행의 관리를 맡기는 것이 적절할 것이다. 아울러 장기적으로는 지역사회 자체적으로 전문인력을 확보, 교육하여 이러한 작업이 지역사회내에서 원활히 이루어 질 수 있도록 해야 하며, 사업계획의 수립시 評價計劃도 함께 수립되어야 할 것이다.

## 나) 口腔保健統計

보건사업의 成敗는 統計資料를 얼마나 잘 기록, 정리하여 지속적인 관리를 하느냐에 달려 있다고 해도 과언이 아니다. 보건사업의 수행시 일차적으로 해야 할 것은 구강보건사업의 대상을 설정하고 그 대상의 口腔保健健康에 대한 정확한 통계자료를 확보하는 것이다. 사업수행시 과거 구강건강에 대한 統計는 이후의 구강보건사업을 하는데 가장 기초적인 자료가 되며 이를 토대로 사업의 성과를 평가하고 사업의 지속여부를 결정하는 중요한 근거자료가 될 것이다. 그러나 현재 보건지소 단위로 1년에 한 차례씩 정기적인 學校口腔檢診이외에는 保健所 單位에서 구강검진이 이루어지고 있지 않으며, 이것마저도 統計化하지 않고 있는 실정이다. 실제로 지역사회 주민의 口腔健康實態를 통계자료로 제시할 수 있는 시·군은 구강보건실을 설치하여 운영하고 있는 극소수 지역을 제외하고는 거의 전무하다. 이러한 상황을 볼 때 현재 보건지소 단위의 口腔保健事業은 齒科醫師 1인과 齒科衛生士 1인이 구강보건사업 인력의 전부로서 체계적인 통계의 정리는 물론 충실한 검진조차 거의 불가능하다. 따라서 保健所 單位에서 口腔檢診人力을 敎育한 후 집중적으로 투입하여 주어진 시간에 충실히 검진을 한 후 보건소의 전산인력을 통해 전체주민에 대한 통계관리가 가능하도록 해야 한다. 물론 초기단계에서는 중점 관리대상이나 口腔病發生危險集團<sup>14)</sup>에 대해 우선적인 검사가 이루어져야 한다.

---

14) 구강병발생위험집단이란 10세 전후의 아동들의 경우 맹출되지 얼마되지 않는 영구치가 존재하며 음식섭취에 있어서 스스로 조절하는 능력이 떨어져 대표적인 구강병발생 위험집단이다. 그 외에도 제빵제과업계 종사자, 교정치료를 받는 자, 지체장애자로서 스스로 구강건강을 관리할 능력이 없는 자 등을 들 수 있다.

#### 다) 口腔保健教育室의 運營

유치원 및 국민학교 학부모, 인솔교사 및 아동, 양호교사 등에 대하여 별도의 구강보건교육실에서 口腔保健教育을 실시한다. 이때 口腔保健教育室에는 구강보건교육에 필요한 시청각교육자료를 비치하여 교육에 활용한다. 특히 방학기간중 학교보건사업의 업무량이 감소한 시기에 지역주민과 유아원들에 대한 집단적인 口腔保健教育을 집중적으로 실시하고 담당인력은 지역사회 구강보건교육사업 대상자의 관리와 대상에 맞는 교육내용의 결정 및 교육일정 등을 관리하도록 해야 할 것이다.

#### 라) 口腔保健 教育資料의 開發 및 管理

市·郡單位 保健所의 人力이 구강보건교육자료를 직접 제작하기는 현실적으로 어려움이 많다. 그러므로 새로운 자료를 제작하기보다는 기존자료를 수집, 정리하여 주어진 교육에 적합한 매체를 제작하는 것이 바람직하다. 또한 교육자료의 사용법을 습득, 정리하여 다른 교육자들에게 제공해야 한다.

#### 마) 上水道水 弗化事業의 管理

弗化된 上水道水를 공급받는 지역의 보건소의 경우 불화된 상수도수의 지속적인 弗素濃度의 관리뿐만 아니라 음료수를 음용하고 있는 주민들에게 나타나는 변화와 음료수 불화로 인한 齒牙齲蝕症 豫防效果를 지속적으로 확인하는 일을 담당해야 한다. 弗素濃度의 관리는 가정에 공급되는 불소의 농도를 측정하는 방법과 함께 정기적으로 정수장에서 불소의 농도를 측정하는 방법이 병행되어야 하며 지역주민의 齒牙齲蝕症 발생에 수돗물 불화가 미치는 영향을 지속적인 검진과 통계관리를 통하여 수행해야 할 것이다.

## 2) 學校口腔保健業務

### 가) 學校口腔保健室의 開設(學校繼續口腔健康管理事業<sup>15)</sup>의 實施)

폐쇄된 보건지소의 치과유닛을 관내 가장 큰 초등학교에 이동시켜 놓고 口腔保健室의 치과의사와 치과위생사가 주기적으로 방문하여 檢診 및 齒牙홈메우기등의 예방적인 처치를 한다. 아울러 간단한 1차구강진료도 병행한다.

### 나) 弗素溶液養齒事業의 實施

학교에서 점심시간등을 이용하여 弗素溶液養齒事業이 지속적으로 시행될 수 있도록 기술적인 지원을 하며 수시로 방문하여 시행여부를 확인한다. 또한 시행의 효과를 확인할 수 있도록 계속적으로 구강건강에 대한 상태를 파악할 수 있는 口腔檢診을 시행하여 統計資料化 한다.

### 다) 齒牙홈메우기事業의 實施

치아홈메우기사업의 경우 학교 교사나 양호교사를 통해서는 수행되기 어려운 상황이다. 가급적이면 保健支所의 齒科診療裝備를 이용하여 사업을 수행하는 것이 바람직하며 이것이 어려운 경우 인근 보건소를 방문하거나 혹은 口腔保健室 소속의 치과위생사와 치과의사가 방문하여 시술하는 것이 바람직하다.

---

15) 학교계속구강건강관리사업이란 기초구강건강관리사업과 계속구강건강관리사업의 2단계로 나누어지는데 기초구강건강관리단계에서는 기존에 발생된 구강병을 치료해 주며 계속구강건강관리단계에서는 발생된 초기 구강병을 치료해 주고 구강병이 발생되지 않도록 주기적 검진과 예방진료를 제공한다. 이와 같은 방식으로 수년간 계속 사업을 수행하게 되면 환자 1인당 연간 구강진료비용을 감소시킬 수 있으며 치과의사1인당 담당환자수를 늘릴 수 있다.

#### 라) 口腔保健敎育事業의 實施

學校口腔保健事業시 다양한 사업을 시도할 수 있으나 항상 병행되어야 하는 것이 구강보건敎育사업이다. 환자 자신의 口腔保健 意識을 변화시켜서 스스로 구강건강관리에 관심을 기울이고 실천하게 하는 것이 무엇보다도 口腔健康管理에 중요하기 때문이다. 그러므로 다양한 매체와 훈련된 구강보건敎育요원의 敎育진행을 통하여 口腔保健敎育을 수행해야한다. 그러나, 많은 인원에 대한 효과적이고 지속적인 敎育이 될 수 있도록 하기 위해서는 가급적 擔任敎師와 養護擔當敎師를 敎育시켜 이들로 하여금 學校口腔保健事業 管理者의 역할을 부여함과 동시에 구강보건敎育을 담당하도록 하는 것이 바람직할 것이다. 물론 이와 같은 사업을 효과적으로 수행하기 위해서는 적당한 敎育매체가 풍부히 마련되어야 있어야 할 것이다. 그러나, 이는 많은 예산이 소요되고 각 지역에서 단독으로 제작할 경우 중복투자로 인한 예산의 낭비가 우려되므로 中央政府次元에서 專擔人力과 施設을 확보하여 제작, 배포하는 것이 바람직할 것이다. 미국의 경우 군인들이 사용하는 카드에 조차 口腔健康에 관한 情報를 얻을 수 있는 내용을 담아놓아 국민들의 口腔保健敎育을 위한 다각적인 노력을 펼치고 있음을 참고하여 우리나라도 빠른 시일안에 口腔保健敎育을 위한 효과성 있는 방안을 마련해야 할 것이다.

### 3) 地域社會 訪問 口腔保健業務

#### 가) 老人口腔健康敎室運營

현재의 口腔保健事業이 주로 학교중심으로 진행됨에 따라 보건사업 대상층이 국한된다는 문제점이 있으며 아울러 현재 설치되어 있는 口腔保健室의 방학기간 동안 업무를 제대로 찾지 못하는 상황에서 적절한 사업이라고 할 수 있을 것이다. 또한 老齡人口의 증가와 더불어 이들의 심각한 口腔健康實態에 대한 대책이 전무하므로 노령층에 대한 보다 다양한 사업도 마련해야 할 것이다. 예를 들어 노인들이 집단적으로 모이는 老人亭 등의 시설



방문을 통하여 口腔保健敎育과 이닦아주기 등의 치아우식증 및 치주병 관리사업을 수행할 수 있을 것이며 예산이 확보되는 선에서 無依託, 低所得層 老人들에게 우선적으로 義齒補綴서비스를 제공하는 사업도 전개해야 할 것이다. 이는 많은 비용이 소요되는 사업인 만큼 중앙정부차원에서 적절한 재정지원을 위한 조치가 취해져야 할 것이다.

나) 地域住民의 口腔保健에 대한 說問調査

地域住民의 口腔保健水準을 파악하고 구강보건서비스의 요구도를 조사하여 기초통계조사로 이용하고 지역주민이 원하는 口腔保健서비스를 공급함과 아울러 지역주민들의 구강보건에 관한 관심도를 높이는 데도 용이한 사업이다.

다) ‘口腔保健의 날’ 行事

매년 6월 9일을 중심으로 주간행사로서의 口腔保健 週間行事를 실시하여 다양한 對 주민 서비스와 敎育홍보 등의 사업을 수행할 수 있다. 이러한 과정을 통하여 口腔保健에 관한 지역주민들의 關心을 고조시킬 수 있을 것이며 地方自治團體의 政策 決定者들에게 구강보건의 중요성에 대한 이미지를 심어주는 효과도 기대할 수 있을 것이다.

라) 言論媒體를 통한 口腔保健에 관한 敎育 및 弘報

口腔保健敎育은 끊임없는 자극을 통해서 효과를 거둘 수 있을 것이다. 그러므로 地域新聞이나 地域有線放送을 통하여 구강병에 대한 상식과 口腔健康 管理方法 등에 관한 내용을 지속적으로 제공함으로써, 지역주민들의 구강건강에 대한 지식의 증대와 지속적인 구강건강을 관리하도록 자극하는 노력을 해야 할 것이다.

## 2. 口腔保健人力的 效率的 配置 및 活用方案

해마다 배출되는 公衆保健齒科醫師의 수는 점차 減少하는 추세이다. 한때 전체 인원이 1,500여명에 이를 때도 있었으나 1996년 현재는 725명만이 근무하고 있다. 이러한 추세는 치과대학내의 여학생 비율의 증가가 직접적인 원인이며 한동안 계속될 전망이다. 즉, 전국의 公衆保健醫師 配置可能機關인 137개의 보건소와 1,327개의 보건지소를 모두 채울 수 있는 인력을 확보하는 것은 불가능한 상황이다. 그러나, 公衆保健齒科醫師의 配置를 재고해야하는 더욱 중요한 이유는 지난 17년간 공중보건치과의사를 배치한 결과 公衆保健醫師의 役割은 진료만 공급하는 인력에 지나지 않았고 또한 保健支所의 역할도 진료제공장소에 지나지 않았기에 農漁村 住民의 口腔健康을 향상시키는데 별다른 도움이 되지 않았기 때문이다. 3章에서 언급한 경상북도 청송군 현서면의 사례를 보더라도 지역주민의 숫자가 상대적으로 적고 公衆保健齒科醫師가 매우 열심히 근무하여 保健支所 평균1일 來院患者의 2배에 이르는 환자를 진료하고 있음에도 불과 10%내외밖에는 유효구강진료 수요를 충족시키지 못하고 있으며 나머지는 계속 방치하게 되어 口腔病의 惡化와 齒牙喪失, 健康惡化 등의 과정을 겪고 있다. 따라서 이와 같은 점을 고려해 본다면 단지 無醫村에 근무하는 齒科醫師라는 것만으로 존재 의미를 찾으려 해서는 안 될 것이다.

### 가. 保健所 組織의 役割과 業務變化

구강보건사업에 관한 保健所의 役割과 業務는 地域사회 的 구강보건문제를 해결해 나가는 하나의 사업팀의 성격을 띠어야 한다. 그러므로 현재 保健支所 單位로 분산되어 있는 口腔保健事業計劃과 사업의 수행 및 평가가 保健所 單位에서 포괄적으로 수립되고 관리되며 평가되어야 한다. 물론 이를 위해 口腔保健人力的 管理도 보건소가 기획한 시·군단위 主題別 口腔保健事業을 수행해 나가는 기능적인 단위를 管理하는 方式으로 이루어져야

한다. 구체적으로 접근해 본다면 保健所의 口腔保健室에 ‘地域社會 公衆口腔保健事業 管理센터’의 역할을 부여하여 수집된 구강보건통계에 따라 지역 사회에서 重點管理해야하는 口腔病을 지적하고 구강병의 특성을 지역사회의 경제적·사회적·문화적인 특성을 고려하여 장·단기 구강보건사업과제를 선정하게 한다. 선정된 과제에 따라 사업을 수행함에 있어서 면단위 보건지소가 개별적으로 하는 보건사업방식을 지향하고 市·郡 全體를 하나의 單位로 파악하여 하나의 사업에 지역내의 구강보건인력을 집중적으로 투입하여 사업의 효율성을 높인다. 현재와 같은 경우 특정 사업수행시 公衆保健齒科醫師 1인과 齒科衛生士 1인이 사업의 기획과 수행 및 평가를 담당해야 하며 특히 관계기관의 협조가 없을 경우 대부분 당일에 많은 사람을 대상으로 사업을 해야하므로 상기 2인으로는 사업자체의 수행여부가 의심스럽게 된다. 단적으로 연 1회의 口腔檢診의 경우 학생수에는 관계없이 하루에 모두 끝내야 하므로 매우 형식적인 검진이 이루어지는 실정이다. 그러므로 그 결과가 이후의 보건사업과 연결되지 않는 것은 당연한 일이다. 따라서 시·군보건소 구강보건실은 관내의 公衆保健齒科醫師와 齒科衛生士를 口腔保健 교육담당, 구강보건 개별사업담당, 구강보건 인력담당, 기자재 및 재료담당, 구강보건 통계담당 등으로 역할을 세분화하여 專門化시킴과 아울러 사업수행시에는 전원 實務人力으로 활용하고 구강보건실이 조정역할을 하여 필요한 사업에 필요한 만큼의 인력을 투입하는 방식으로 人力管理가 이루어져야 한다. 물론 이 과정에서 리더의 역할은 市·郡保健所 口腔保健室에 근무하는 公衆保健齒科醫師가 수행하게 될 것이며 만약 구강보건계가 존재한다면 구강보건계장과의 업무협조를 통해서 역할을 수행하게 될 것이다.

#### 나. 公衆保健齒科醫師의 配置 및 活用方案

위에서 記述한 역할을 公衆保健齒科醫師가 수행하기 위해서는 진료업무의 양을 많이 감소시켜야 할 것이다. 현재 20%에 이르고 있는 개원치과의사가

존재하는 읍·면의 數는 앞으로 급격하게 증가될 것으로 예상되고 있으며, 현재의 상황에서도 대중교통편을 이용하여 민간진료기관을 이용하는 것이 어렵지 않으므로 될 수 있는대로 保健支所의 患者診療業務의 상당 부분을 民間齒科醫院에 담당시키는 것이 바람직하다. 즉, 지역에 따른 편차가 있겠으나 1주일에 2~3일만 진료를 담당하게 하고 나머지 시간은 보건소 단위의 口腔保健事業에 참여하게 해야 한다. 물론 도서지역이나 벽오지의 경우 예외적으로 應急口腔診療 등에 항상 대비하여 보건지소에서 진료를 수행하는 일수를 늘려야 하겠으나 나머지의 경우 老人層과 低所得層의 진료수요를 담당할 정도의 日數만 진료를 담당하고 나머지 기간은 집단을 대상으로 하는 口腔保健事業을 위해 사용해야 할 것이다.

구체적으로 公衆保健齒科醫師의 配置方案을 살펴보면 우선 시·군보건소에 공중보건치과의사를 2인씩 배치하여 1인을 口腔保健室을 專擔하게 하여 구강보건사업의 관리업무를 책임지게 하고 나머지 1명의 齒科醫師로 하여금 市·郡內의 노인층과 생활보호대상자 등의 低所得層에 대한 구강진료를 담당하게 하며 주기적으로 거동불능자들에 대한 구강건강관리 업무를 담당하게 한다. 이 경우 전체 公衆保健齒科醫師 725명(1996년 현재) 가운데 247명이 保健所에 근무하게 되고 나머지 451명이 保健支所에 근무하게 된다. 이는 전체 보건지소 숫자의 34%를 담당하게 되며 나머지 66%의 지역에는 공중보건치과의사를 배치하지 않는다. 현재 공중보건치과의사가 배치되지 않는 66%의 지역에 開院齒科醫師가 있는 邑·面의 數는 20%이며 나머지 46%의 지역은 치과의사가 없는 지역으로 남게 되어 다소 무리가 있다고 볼 수 있겠으나 실제로 교통여건 등이 좋아진 점과 매년 배출되는 치과의사의 수가 1,000여명에 이르고 도시지역에 이들이 개원할 만한 지역이 이미 飽和狀態라 최근 들어 면단위에 개원하는 추세가 급격히 증가하는 점들을 고려한다면 무의촌 해소를 목적으로 하는 保健支所配置의 需要는 충분히 감당할 수 있을 것이다.

또 다른 방식으로는 보건소에는 公衆保健齒科醫師를 1인만 배치하고 나머지 인력을 保健支所에 배치하는 방식으로 이 경우 137명이 보건소에 근무하

게 하고 588명이 保健支所에 근무하게 된다. 이 경우에는 44%의 보건지소를 담당하게 하는 경우로 20%의 開院齒科醫師가 있는 경우를 제외하더라도 36%의 지역이 치과 의사가 없는 지역으로 남게되어 2명이 배치되는 경우보다 치과 의사가 없는 지역이 다소 감소되기는 하지만 역시 모든 보건지소를 채우기에는 부족함이 있다. 그러나, 더욱 중요한 문제는 이 경우 보건사업을 관리할 공중보건치과 의사 1명만이 保健所의 口腔保健室에 남게되어 불가피한 보건소의 齒科診療를 위한 별도의 치과 의사를 고용하여 활용해야 한다는 것이다.

#### 다. 齒科衛生士의 配置 및 活用方案

齒科衛生士는 1992년에 1,400여명에 이르던 것이 1995년에는 1,203명으로 그 수가 급격한 감소를 보이고 있다. 1992년 1,000여명에 이르던 공중보건 치과 의사가 1996년에는 725명에 이를 정도로 급격히 감소함에 따라, 치과 위생사를 단순한 診療補助人力으로 간주하는 지방자치단체에서는 口腔保健人力의 배치를 '1保健支所, 1齒科醫師, 1齒科衛生士'의 공식으로만 파악한 결과, 齒科衛生士를 다른 업무에 종사시키기도 하고 퇴직인력에 대해서는 충원을 하지 않고 있어 불과 3년 사이에 200명 가량 감소한 상황이다. 이러한 분위기로 인해 현재 공중보건치과 의사가 없이 보건지소에 單獨으로 배치된 치과 위생사들은 혼자서 保健支所에서 열심히 口腔保健事業을 추진하고 있는 실정이나 효율성이 떨어지고 형식적인 면이 다분히 존재하는 모습이다. 이와 같이 불안정한 齒科衛生士의 活用構造가 전문대학을 수료한 치과 위생사 인력의 전문성을 제대로 활용하지 못하게 하고 있는 것이다. 그러므로, 치과 위생사의 배치와 활용방안 역시 군 보건소 중심의 市·郡單位 統合保健事業의 部分人力으로 활용하는 것을 주된 방법으로 생각해야 한다.

이에 보다 많은 치과 위생사 인력을 보건사업에 투입할 수 있는 效果的인 活用體系가 마련되어야 할 것이다. 아울러 치과 위생사의 경우 지역사회에 계속 근무하게 되는 인력으로 地域社會의 口腔保健狀況에 대해 누구보다도 상세하게 인식하고 문제를 해결할 수 있는 가능성을 가진 인력이다. 그러므

로, 이들 인력을 보건소의 정식 行政要員으로 활용하여 구강보건업무만을 전담하게 하여 공중보건치과의사의 교체로 인한 業務의 連續性이 단절되는 문제점을 해결해야 할 것이다.

이들의 구체적인 배치방안으로 우선 齒科醫師가 존재하는 保健支所에 1인씩을 배치하여 진료보조와 구강보건사업의 실무인력으로 활용하도록 하고 나머지 치과위생사 인력을 모두 市·郡保健所에 배치하도록 하여 口腔保健事業만을 專擔하는 인력으로 활용하도록 한다. 그러면 1명의 공중보건치과의사가 시·군보건소에 근무하는 경우에는 588명의 치과위생사가 保健支所에 근무하게 되어 1,203명중 나머지 인력을 시·군보건소에 배치한다면 보건소당 4.5명의 齒科衛生士를 口腔保健室의 人力으로 활용할 수 있을 것이다. 또 2명의 치과의사가 市·郡 保健所에 근무하는 경우에는 451명의 치과위생사가 보건지소에 근무하게 되고 나머지 인력은 평균 5.5명 정도를 시·군보건소에 배치하여 활용할 수 있을 것이다. 물론 이중 한 명은 시·군보건소의 진료실 담당인력으로서 다른 인력에 비해 구강보건사업에의 활용도는 떨어지겠지만, 保健所에서 診療業務의 비중이 감소한다면 유용한 구강보건사업의 實務遂行 人力으로서 활용이 가능해 질 것이다.

두 경우에서 모두 시·군 보건소의 구강보건실에 배치된 齒科衛生士人力은 시·군 보건소의 구강보건사업을 주제별로 한 가지씩 전담하게 하거나 업무형태나 내용에 따른 역할 분담(教育擔當, 事業擔當, 企劃擔當, 機資材 및 材料擔當, 統計擔當)을 하도록 하여 전문적인 실무책임을 맡기며, 協業形態의 보건사업을 수행할 경우에는 다수의 인력을 집중적으로 투입하여 효과적으로 보건사업을 수행하도록 해야 한다.

그리고, 아울러 고려해야 할 사항은 이들 인력이 효과적으로 업무를 수행할 수 있도록 능력을 증진시키려면 補修教育을 강화해야 한다. 앞에서 살펴본 바와 같이 국립보건원을 통한 극소수에 대한 재교육은 그 수혜대상이 매우 적음으로 인해 실제적 효과가 의심되는 면이 많으므로, 이들에 대한 지속적인 再教育이 지역사회나 도단위에서 이루어 질 수 있도록 標準化된

교육프로그램을 保健福祉部 次元에서 개발하여 보급하려는 노력이 필요하다. 아울러 口腔保健事業活用可能 保健人力인 保健要員들에 대한 구강보건 관련 교육도 이루어져야 할 것이다.

#### 라. 管理齒科醫師의 活用方案

현재의 상황에서 가장 이상적인 방법은 保健所에 醫務職齒科醫師를 고용하여 관내의 보건사업을 총괄하게 하면서 公衆保健齒科醫師를 관리하게 하고 함께 협조하면서 구강보건사업을 協業의 形態로 수행해 나가는 것이다. 이렇게 된다면 공중보건의사이기 때문에 발생하는 여러 가지 단점들(事業의 斷切, 부족한 保健事業企劃 및 遂行能力 등)을 극복하고 안정적으로 보건사업을 수행해 나갈 수 있을 것이다. 그리고, 醫務職 齒科醫師가 나머지 구강보건실의 공중보건치과의사 1인과 보건지소에 근무하는 공중보건치과의사들과 함께 사업을 수행해 나감으로써 專門性과 連續性의 증가효과를 기대할 뿐만 아니라 인력간에 발생될 수 있는 마찰의 가능성도 최소화 할 수 있을 것이다. 이러한 변화는 현재 고용되어있는 관리치과의사들에게도 요구되어야 할 뿐만 아니라 이후 새로이 고용되는 管理齒科醫師는 구강보건사업 관리능력여부를 임용의 기준으로 삼아야 할 것이다.

#### 마. 其他 人力의 活用方案

현재 보건소의 인력 중 활용하기 용이한 口腔保健事業 可能人力으로는 統合保健要員을 들 수 있다. 통합보건요원의 경우 방문보건사업과 예방접종 등의 업무를 주로 담당하고 있으므로 이들의 업무수행과정에 구강보건교육사업과 구강병의 실태과약 등의 업무를 추가로 부여하여 활용할 수 있을 것이다. 실제 이들의 업무량이 특정 시기에만 집중되는 경향이 있어 人力의 活用度를 높일 수 있다는 장점과 이들이 良質의 保健人力으로서 부분적인 구강보건사업을 능히 수행할 수 있는 능력을 갖추고 있다는 점을 고려할

때, 이들을 口腔保健事業에 적극적으로 활용하면 부족한 구강보건사업인력의 문제를 해결할 수 있을 것이다. 물론 이들에 대한 구강보건교육이 전제되어야 한다. 그러나 이러한 문제는 지역사회 내에서 齒科醫師에 의한 自體教育만으로도 어느 정도 해결이 가능할 것이며, 장기적으로는 이들의 新規職務教育과 국립보건원에서 실시하는 補修教育內容에 口腔保健을 추가하여 교육이 이루어져야 할 것이다.

위에서 살펴본 口腔保健事業人力の 配置狀況을 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 市·郡 保健所에 公衆保健齒科醫師 1인을 배치하여 口腔保健事業만을 담당하게 하고 나머지 공중보건치과의사들은 보건지소에 배치하여 1차 진료와 보건사업을 수행하게 하는 것이다. 이 방안은 보건지소 공중보건치과의사의 수 만큼에 해당되는 치과위생사 인력을 保健支所에 근무하게 하고 나머지는 市·郡 保健所에서 보건사업만을 수행하도록 하는 방법이다(表 23 참조).

〈表 22〉 公衆保健齒科醫師 1인을 保健所에 配置하여 口腔保健事業을 專擔케 하는 境遇

(단위: 명)

	공중보건치과의사 총인원	치과위생사 총인원	보건소당 공중보건치과의사	보건소당 치과위생사
시·군보건소	137	615	1	4.5
보건지소	588	588	-	-
계	725	1,203	1	4.5

둘째, 市·郡 保健所에 公衆保健齒科醫師를 2명씩 배치하여 보건사업과 저소득층에 대한 진료업무를 각각 담당하게 하는 경우이다. 이 경우에도 치과위생사의 수는 保健所에 배치된 치과의사의 숫자만큼만 保健支所에 배치하며 나머지는 郡保健所에 배치하여 1인은 진료업무를 담당하게 하고 나머지 인력은 보건사업을 전담하도록 하는 것이다(表 24 참조).



〈表 23〉 公衆保健齒科醫師 2人을 保健所에 配置하고 1人은 口腔保健事業을, 나머지 1人은 診療業務 專擔하는 境遇

(단위: 명)

	공중보건치과의사 총인원	치과위생사 총인원	보건소당 공중보건치과의사	보건소당 치과위생사
시·군 보건소	274	752	2	5.5
보건지소	451	451	-	-
계	725	1,203	-	-
비고	1인은 진료실근무			1인은 진료실 근무

마지막으로 보건소에 醫務職 齒科醫師를 고용하여 口腔保健事業을 專擔하게 하는 경우 다른 인력의 배치현황은 첫 번째의 경우와 동일하다.

### 3. 口腔保健事業의 活性化를 爲한 環境 構築

#### 가. 口腔保健 全擔行政體系의 整備와 人力的 確保

현재 우리나라의 구강보건에 있어서 가장 큰 문제는 口腔保健問題를 전담하는 책임인력과 조직이 없다는 것이다. 구강건강에 대한 구체적인 責任所在가 없는 상황에서 國民口腔健康이 효과적으로 관리되기를 바란다는 것은 있을 수 없는 일일 것이다.

위에서 제시된 모든 문제의 일차적인 해결수순이 되는 것이 바로 口腔保健을 전담하여 관리하는 체계의 마련과 專擔人력을 갖추는 것일 것이다. 현재는 중앙정부 뿐 아니라 광역자치단체와 지방자치단체에도 구강보건을 담당하는 전담부서와 인력이 존재하지 않는다. 이처럼 不合理한 體系로 17년간 공중보건치과의사를 農漁村地域에 配置해 업무를 수행하게 한 결과가 농어촌 주민의 口腔保健水準이 3배 이상 악화되는 결과를 가져온 것이다. 결국 구강보건과 관련된 문제를 해결하기 위해서는 우선적으로 이를 담당

할 組織과 人力을 확보해야 할 것이다.

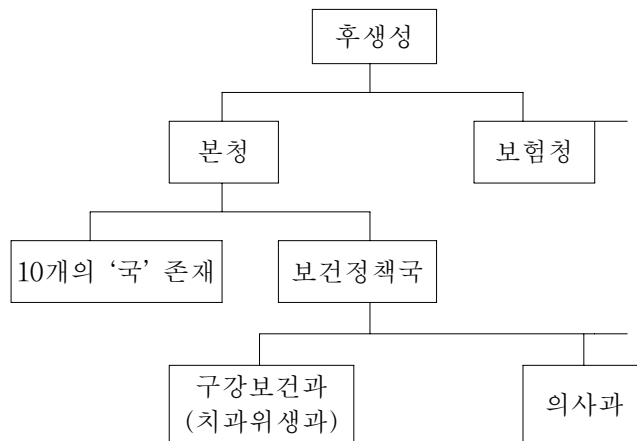
口腔保健을 담당할 조직은 중앙정부, 광역자치단체, 지방자치단체에 모두 갖추어져서 구강보건사업을 전담하게 해야 할 것이다. 中央政府의 경우 현재 口腔保健事業과 口腔保健人力管理가 보건정책과와 지역의료과로 나뉘어져 있는 모순을 극복하는 것을 일차적인 과제로 삼고 여타의 구강보건과 관련된 업무를 하나의 부서에서 포괄적으로 관리하는 口腔保健專擔管理體系를 마련하여 업무의 전문성을 최대한 살리면서 업무효율을 극대화하여야 한다. 廣域自治團體의 경우 道 保健課에 구강보건계를 두고 역시 도내의 구강보건에 관한 전반적인 사항을 전담하도록 한다. 그리고, 地方自治團體의 경우 각급 보건소에 현재 운영에 어려움을 겪고 있는 口腔保健室을 傘下事業組織으로 가지는 口腔保健係를 설치하여 구강보건사업을 전담하게 한다.

참고적으로 구강보건 행정조직에 관한 외국의 사례를 살펴보기로 하겠다.

정부는 최근 OECD에 가입한 후 모든 분야에서 先進國에 비교하여 뒤떨어지지 않으려는 노력을 해오고 있다. 그러나, 보건의료서비스분야는 많은 분야에서 아직도 후진성을 면치 못하고 있으며 특히 口腔保健分野의 경우 기본적인 업무수행을 위한 行政的인 틀조차도 갖추지 못하고 있다. 이렇게 국가적으로 口腔保健事業에 관해 개념조차도 제대로 정립하고 있지 못한 상황에서는, 일선 市·郡單位의 口腔保健事業의 경우 더욱 혼선을 겪을 수 밖에 없다. 즉 일선의 적극적인 公衆保健齒科醫師를 중심으로 수행되고 있는 口腔保健事業조차도 체계적으로 정리되지 못하고 있으며 計劃과 調整의 부재속에 전망 없이 일회적인 사업만을 소모적으로 반복하고 있는 실정이다. 그러나, OECD 선진국 대부분은 중앙정부에 口腔保健專擔部署를 설치하고 지방정부에도 專擔部署를 갖춰 장기적인 계획하에 체계적으로 구강보건사업을 진행한 결과 현재에 이르러서는 상당한 효과를 거두고 있다. 아래에 제시한 미국과 일본의 예 뿐만 아니라 영국, 덴마크, 오스트레일리아, 핀란드, 스웨덴, 아일랜드, 룩셈부르크, 노르웨이, 그리고, 우리와 비슷한 수준의 싱가포르 등의 국가에서 口腔保健專擔部署를 두고 있으며 우리나라보다 소득수준이 떨어지는 인도네

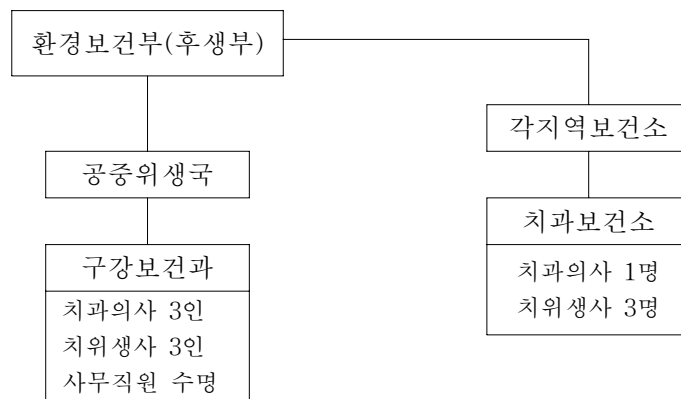
시아나 태국의 경우도 증가하는 口腔病 문제를 해결하기 위해 口腔保健專擔部署를 설치하여 구강보건사업을 효과적으로 벌여나가고 있다.

[圖 24] 日本의 中央政府內 口腔保健擔當部署

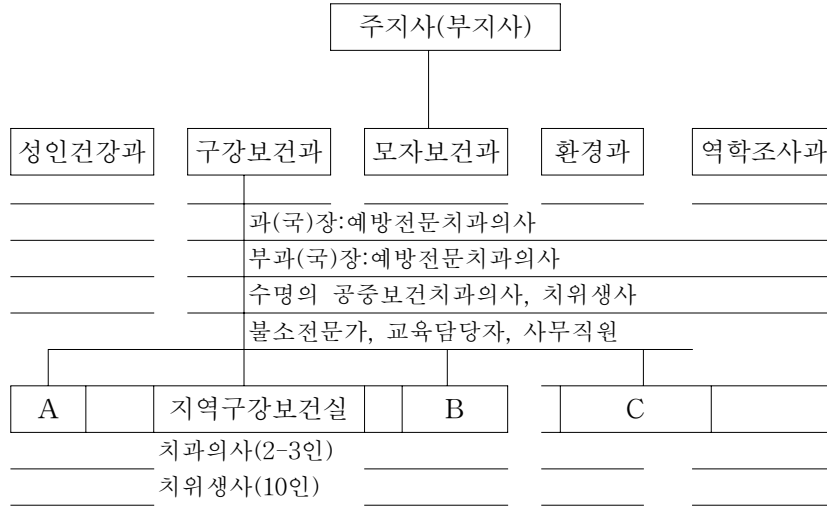


註: 인원: 치과의사 4명(후생성 전체에 치과의사 10명)

[圖 1] 日本의 大部分 地方政府(縣 單位-우리나라의 道에 該當內) 口腔保健擔當部署



[圖 2] 美國의 州政府 口腔保健行政體系(North Carolina)



註: 州政府(North Carolina) 내 치과의사: 19인, 치위생사: 45인,  
불소전문가: 4인, 교육담당자: 6인

나. 口腔保健室의 改善

口腔保健室의 운영이 시행초기인 상황에서 개선점을 논의한다는 것이 성급한 면이 있으나 현재 성공적으로 운영되고 있는 몇몇 지역의 口腔保健室의 경우 사업을 위한 實務體系를 갖추고 구성원들의 사명감과 책임의식을 기초로 활발히 운영되어 어느 정도 성과를 거두고 있는 상황이다. 그럼에도 불구하고 口腔保健室이라는 체계는 정규조직이 아니라는 점등의 문제로 인해서 過渡期的인 상황에서의 역할이외에 지속적으로 발전하기에 어려운 점들을 보여주고 있다.

(1) 口腔保健室의 경우 보건소 내의 特定係에 소속되는 형식으로 만들어 질 수 밖에 없는 상황이므로 사업수행시 결재절차가 복잡하고, 보건소내에서의 사업의 比重이 점차 확대되고 있음에도 불구하고 豫算使用시 제약이 많으며, 이

로 인해 出場業務가 대부분인 구성원들의 自費出血이 불가피하고(예방접종 등의 사업에 비해 수입이 거의 없으므로 해당계의 출장비와 일괄책정되는 과정에서 출장비 책정에서 불리), 사업의 확대 및 발전이 용이하지 않다.

(2) ‘室’의 형태는 保健所의 체계에 포함되지 않는 한시적인 組織의 形態로 保健所長의 의지 여부에 따라 설치와 폐지가 용이해 업무의 안정성이 떨어지며, 특히 公務員의 증원을 허용하지 않고 있는 추세에서 다른 부서의 인원이 필요할 때 우선 차출대상이 될 가능성이 크다. 실제로 施行 1년만에 지역 유지 등의 민원들로 인해 口腔保健室이 폐지되는 모습이 나타나고 있다.

(3) 구강보건실의 경우 公衆保健醫師가 口腔保健室長을 맡게 됨으로 인하여 公衆保健醫師의 의지여부에 따라 사업의 기복이 매우 클 수도 있으며, 기본적으로 매년 바뀔 수밖에 없는 상황에서 많은 부분을 업무과약에 소요하게 되어 지속적이고 체계적인 사업을 수행하는데 어려움이 있다.

(4) 口腔保健室의 경우 사업실무를 담당하는 소수의 專門人으로만 구성되는 경우가 대부분이므로 사업을 수행하기 위한 행정처리에 있어서 많은 어려움을 겪을 수 있다. 특히 保健所內에서 實務人力이 실제로는 문서의 기안 등 복잡한 행정처리를 구강보건사업 실무와 병행해야 하므로 업무의 과중으로 인한 사업의 질적인 저하를 초래할 수 있다.

그러므로, 여러 가지 문제점을 극복하기 위하여 口腔保健室을 實務事業組織으로 포괄하는 口腔保健係의 형태가 시·군 보건소에 만들어져야 할 것이다. 구강보건계의 인력확충의 경우 이미 치과위생사의 배치에서 살펴보았듯이 市·郡 保健所에 4.5에서 5.5명씩 배치할 수 있는 인력이 있으므로 이들 인력만으로도 口腔保健係를 구성하는 것이 가능할 것이다. 물론 현재 보건소 인력의 직렬상 口腔保健係의 係長이 될 수 있는 齒科衛生士의 숫자가 적으므로 이 경우에는 계장급만을 보건직이나 행정직에서 발탁하여 활용하면 별다른 인력의 확충없이도 口腔保健係를 構成하고 운영하는 것이 가능할 것이다.

#### 다. 各種 問題點의 解決

(1) 市·郡 單位에서 口腔保健事業의 活性化를 위해서 실질적으로 가장 중요한 요소는 보건소장의 구강보건에 대한 인식이다. 그러므로, 保健所長이 구강보건사업의 중요성을 인식하고 해결책을 강구할 수 있도록 다양한 방식의 교육이 이루어져야 할 것이다. 그리고, 保健所長을 비롯한 관련 公務員들에게 정기적인 研鑽會등을 통해 구강보건사업에 관한 중요성과 필요성을 인식시킬 수 있도록 해야 한다. 口腔保健係와 같은 專擔部署를 설치하여 구체적인 사업을 수행해 나가는 과정에서 보건소장이나 관련 공무원들의 인식을 바꾸어 나가기가 한결 수월해 질 것이다. 아울러 地域保健醫療計劃의 내용중에 반드시 口腔保健事業의 내용을 포함하게 하여 구강보건사업에 대한 관심을 유도해야 할 것이다.

(2) 현재 실시되고 있는 시·군 보건소 在職 口腔保健 專門人力에 대한 補修教育을 현장위주로 확대발전하여 實務爲主의 補修教育을 매년 받을 수 있게 하며, 이를 위해 현재 실시하고 있는 국립보건원의 교육과는 차별성 있는 實務爲主의 補修教育을 道單位로 실시해야 할 것이다.

(3) 教育機關을 통한 集團口腔病管理監督을 강화해야 할 것이다. 보건소와 보건지소가 학생들에 대한 주기적이고 추후관리가 가능한 구강검진 여부와 불소용액양치사업 여부, 그리고 口腔保健教育 여부에 대한 사항을 학교를 대상으로 하여 지속적으로 관리 감독하여 學校口腔保健事業이 실질적으로 수행될 수 있도록 한다. 또한 교육청의 원활한 지원하에 學校繼續口腔健康管理事業時 각급 학교 담당자가 적극 협조, 지원할 수 있도록 하는 체계를 마련해야 할 것이다.

(4) 매년 口腔保健事業의 계획수립과 시행 및 이에 대한 결과보고를 의무화하여 구강보건사업을 定式 豫算事業으로서 운영하게 하며, 이를 지속적으로 수행하여 지역사회 주민들의 구강병발생등에 관한 統計資料를 확보함과

아울러 이를 토대로 口腔病의 管理를 효율적으로 해 나갈 수 있도록 한다.

(5) 보건(지)소 口腔保健人力을 통한 口腔保健教育事業이 지속적으로 이루어짐으로 인하여 구강보건에 대한 관심도를 높이고 口腔病 豫防效果를 높일 수 있을 것이다. 또 이러한 구강보건 교육사업을 효과적으로 시행하기 위해서는 대상과 장소에 맞는 口腔保健 教育資料가 개발, 보급되어야 할 것이다. 그리고, 이를 위해 구강보건 교육자료를 개발할 전담팀을 中央單位 혹은 道單位에 구성하여 지속적으로 자료를 개발, 제작, 발전시켜나아가야 할 것이다.

(6) 가장 중요한 현실적인 문제로 市·郡 保健所에 근무하는 공중보건치과 의사들에 대하여 手當의 引上支給과 宿食施設을 제공해야 할 것이다. 현재 市·郡 保健所에 근무하는 公衆保健齒科醫師의 경우 보건지소 근무자에 비하여 과중한 업무의 부담과 관사가 제공되지 않아 스스로 숙박을 해결해야 함에도 불구하고 오히려 保健支所에 勤務하는 公衆保健齒科醫師의 手當에 비하여 折半밖에 되지 않는 수당을 받고 있어 근무의욕의 감퇴와 능력있는 많은 공중보건치과의사들의 市·郡 保健所 勤務 忌避의 原因이 되고 있다. 그러므로, 가장 우선적으로 이들에 대한 手當의 引上和 아울러 宿泊施設의 문제를 해결하기 위한 노력을 기울여야 할 것이다.

## V. 結論

口腔病은 대개 그것이 바로 생명과 관련된 경우가 흔치 않다는 점에서 保健組織을 통한 구강보건사업은 아직 체계화되지 않은 상태에 있다. 그러나 최근에 이를 수록 糖類食品의 選好와 함께 치아우식증 증가가 치아상실로 이어지면서 구강보건은 새로운 保健問題로 제기되고 있다. 이는 치아발거의 主要原因인 齒牙齶蝕症이나 齒周病이 식후 잇솔질이나 불소용액양치 및 음용수의 불소화 같은 방법으로 반감시킬 수 있음에도 12세 兒童의 齶蝕經驗永久齒指數는 1972년 0.6에 불과하던 것이 최근에 3.1로 증가하고, 또 15세 아동의 齒面洗磨必要者率은 33%에 달하고 있다는 사실에서 엿볼 수 있다. 보건 의료의 전반적인 확대에도 불구하고 이와 같은 口腔健康의 惡化는 이를 위한 체계적 질병관리와 예방사업이 이루어지지 않고 있는데 연유한다.

특히 農村地域의 口腔健康은 농어촌의 사회경제적인 상황과 연관을 가지면서 都市地域 보다 한층 더 악화된 상태에 있다(김종배, 1994). 이러한 점에서 「農特法」에 의한 공중보건치과의사 배치는 農漁村 口腔保健事業에 새로운 전기가 아닐 수 없다. 그러나, 농어촌 구강보건사업 수행은 공중보건치과의사의 배치만으로 기대하기 어렵다. 그것은 주어진 농어촌지역의 口腔保健事業을 위한 체계속에 公衆保健齒科醫師가 배치되면서 자연스럽게 해야 할 업무를 부여받고 근무하는 방식이 되어야 하기 때문이다. 그러나 실제로는 公衆保健齒科醫師 스스로 배치후 체계를 구성하고 사업을 독자적으로 수행해야 하는 일이 반복되기 때문에 소모적인 일들이 10년 넘게 이루어지고 있는 상황이다.

이러한 점에서 본 研究는 公衆保健齒科醫師의 地域配置 및 人力活用に 다음과 같은 점을 제안하고자 한다. 첫째, 시·군의 口腔保健事業의 長·短期計劃과 事業을 수행할 수 있는 체계를 갖추어야 한다. 현재 인력의 배치에 있어서 공중보건치과의사의 지역배치는 보건지소 중심으로 이루어지면서



인력의 제한으로 평균 2개 保健支所當 1명의 齒科醫師를 배치하고 있지만, 지역넓이 및 인구규모의 偏差로 형평을 기하기 어렵고 실제 보건사업의 효과적인 수행에 도움이 되지 않는 체계이다. 그러므로, 齒科醫師와 齒科衛生士를 보건소의 口腔保健室을 중심으로 배치하여 시·군단위 구강보건사업팀을 구성하는 것이 필요하다. 이는 地域單位 口腔保健事業에서 보건지소 중심의 환자진료 보다는 體系的 保健教育 및 豫防事業이 더 중요시되기 때문이다. 따라서 공중보건치과의사의 지역배치는 地域特性 및 事業內容을 고려한 신축성이 요구되며 邑·面單位 診療事業은 벽오지를 우선으로 하는 최소한의 배치가 필요하다.

둘째, 현재 保健支所 중심의 診療事業에 치중한 보건소의 업무는 公衆保健 齒科醫師의 효율적 활용을 위해 地域單位 口腔保健을 위한 豫防事業의 강화와 함께 진료사업의 縮小가 요구된다. 이는 구강병에 있어서도 다른 慢性病과 마찬가지로 豫防이 훨씬 효과적이기 때문이다. 특히 成長期 兒童을 중심으로 한 불소를 통한 齒牙齲蝕症의 豫防과 치아홈메우기 등의 예방시술, 그리고 스스로 관리할 능력을 제공하는 口腔保健教育事業이 중요시된다. 또한 시급하고 당위적인 측면에서도, 방치되어 있는 老人層에 대한 口腔病治療서비스의 체계적인 공급이 필요하다. 아울러 成人層에서도 스스로 구강건강을 효과적으로 관리하게 하고 가급적이면 조기에 치료서비스를 제공하여 노인이 되었을 때 구강병이 악화되어 齒牙喪失을 막을 수 있는 사업을 벌여나가야 한다. 이러한 점에서 공중보건치과의사는 관내 齒科衛生士와 팀워크를 이루면서 보건소단위 口腔保健室 運營은 물론 학교단위 구강보건사업과 사업장에 대한 口腔保健事業을 펼쳐나가야 하며, 공중보건치과의사 교체시 사업연계를 위해 신규요원에 대한 교육프로그램을 갖추어야 할 것이다. 그리고, 거동불능자에 대한 읍·면단위 移動서비스반의 운영도 관심을 두어야 할 것이다. 특히 農漁村 지역사회가 口腔保健事業의 기획과 관리능력이 취약한 점을 고려한다면, 公衆保健 齒科醫師로 하여금 구강보건사업의 관리자로서의 역할을 수행할 수 있도록 역할과 업무를 부여함과 아울러

이들에 대한 효과적인 교육프로그램이 갖추어져야 할 것이다.

셋째는 地域單位 口腔保健事業의 體系化이다. 지역단위 구강보건사업은 이를 주관하기 위한 保健所單位 內部的 組織과 豫算 및 人力 등을 기초로 한다. 그러나 현재 배치된 공중보건치과의사를 비롯한 치과위생사들은 사업을 위한 組織과 豫算은 뒤따르지 못한 상태에서 환자진료 내지 타업무에 대한 지원을 주로 하고 있다. 이러한 점에서 보건소 단위에는 구강보건계를 중심으로 口腔保健室 運營과 아울러 사업의 지속화를 위한 시·도단위에 구강보건전담부서의 설치가 요망되며, 中央單位에도 구강보건사업을 위한 인력, 예산, 사업의 기획, 교육자료의 개발, 사업내용의 개발을 총괄하여 관리할 수 있도록 여러 부서에 산재해 있는 구강보건관련업무를 한곳에서 전담하여 관리할 수 있도록 조직체계의 변화를 기해야 할 것이다. 특히 『農特法』에 의한 公衆保健齒科醫師의 배치가 시작된지 이미 17년이 경과했고 또한 앞으로도 인력이 계속 활용될 계획이라면, 이들의 효율적 활용은 이와 같은 인력과 이들의 업무를 동시에 관할하는 체계를 통해 사업과 인력을 동시에 관리할 때만이 효과적으로 진행될 수 있을 것이며, 농어촌 지역의 口腔健康의 增進도 이러한 조직을 중심으로 인력, 관련법규, 예산 등을 갖추어 나갈 때만이 가능할 것이다.

## 參考文獻

- 김수춘·김은주 편, 『21세기를 향한 보건의료 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 김종배 외, 『구강보건정책개발에 관한 연구』, 1987.
- \_\_\_\_\_, 『국민구강건강조사보고서』, 1991.
- \_\_\_\_\_, 『공중구강보건학』, 고문사, 1993.
- 남정자 외, 『한국인의 보건의식 행태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 대한공중보건의사협의회, 『'95대공협 회원주소록』, 1995.
- 보건복지부, 『공중보건의사 직무교육교재(치과의)』, 1994.
- \_\_\_\_\_, 『보건(지)소 구강건강업무지침』, 1996.
- \_\_\_\_\_, 『보건복지통계연보』, 제41호, 1995.
- \_\_\_\_\_, 『신규공중보건의사 직무교육교재(치과의)』, 1995.
- \_\_\_\_\_, 『신규공중보건의사 직무교육교재(치과의)』, 1996.
- 보령시보건소, 『95구강보건사업실적』, 1996.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 『포괄적 보건의료 서비스 제공을 위한 모형개발』, 1993.
- 서현석, 『학교계속 6세구치관리사업에 관한 사례연구』, 서울대학교 치과대학논문집, 1996.
- 송건용 외, 『장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 신승철, 『지역사회계속구강건강관리 시범사업 사례보고』, 단국대학교 치과대학 예방치과, 1989.
- 신승철 외, 『보건(지)소 공중보건치과의사업무에 관한 개선방안』, 단국대학교 치과대학 예방치과, 1995.
- \_\_\_\_\_, 『세계의 치과여행』, 1994.

- 의료보장개혁위원회, 『의료보장 장기개혁과제와 정책방향』, 1994.
- 임종권 외, 『지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계개선 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 최정수 외, 『한국인의 건강과 의료이용 실태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 한국보건사회연구원, 『'90년대 보건의료정책의 발전방향』, 1990.
- \_\_\_\_\_, 『장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구』, 1991.
- 한국행정구역편찬위원회, 『한국행정구역총람』, 1995.