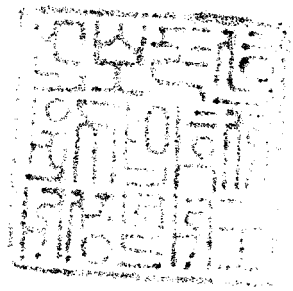
94－08

세미나 報告書

# 家族保健事業 活性化 方案



1994

韓國保健社會研究院

# 머 리 말

본 보고서는 지난 1994년 4월 15일 개최된 가족보건사업 활성화를 위한 세미나에서 발표된 내용을 수록한 것입니다.

가족보건사업은 가족계획과 모자보건을 근간으로 가정의 건강을 향상시키기 위한 사업으로써 보건정책과 인구정책의 기본틀이 되어 왔다고 하여도 과언이 아니겠습니다. 가족계획사업은 그동안 정부의 꾸준한 노력으로 출산력 저하를 성공적으로 달성하였고 1990년대에는 인구질적인 향상측면에서 서비스 개선 및 내실화를 기하여 가고 있음은 우리 모두는 잘 알고 있는 사실입니다.

따라서 이제 가족계획사업은 각 가정이 원하는 수의 자녀를 출산할 수 있도록 피임을 올바르게 사용하고, 원하지 않는 임신을 예방할 수 있는 사업의 전개뿐만 아니라, 성비의 불균형이나 미혼남녀의 성문제, 또한 인구의 질적개선 등에 대응하는 정책과제를 위한 사업을 전개하여야 한다고 생각 됩니다. 따라서 보다 효율적인 사업추진을 위하여 임신 및 출산전후의 모성건강과 영유아 관리를 위하여 모자보건사업에 통합, 모자보건사업의 질적개선을 함께 도모하여야 할 것입니다. 또한 모자보건사업은 이와 함께 심신장애아의 유전적요인의 사전예방과 조기발견 및 치료를 위한 새로운 서비스를 도입하여 한차원 높은 모자보건사업이 추진되도록 노력하여야 할 때라고 생각 되는 것입니다.

특히 지방자치제의 실현과 함께 가족보건사업도 지방자치단체의 발전과 더불어 지역여건과 특성에 맞게 시·도단위의 자체적인 사업관리체계를 확립하도록 노력하는 것이 무엇보다 중요하다고 생각합니다. 또한 날로 급변하는 사회변화와 국민의 기대에 부응할 수 있는 가족보건사업이 되기 위하여는 환경변화에 대응하여 사업관계자의 끊임 없는 노력과 창의력이 지속되어야 한다고 생각 되는 것입니다.

이와 같은 관점에서 이번 세미나는 가족보건사업을 더욱 내실화 할 수 있는 새로운 계기가 되었을 것으로 믿습니다.

본 보고서가 향후 가족보건사업 수행에 유익한 자료가 되기를 기대하며, 이번 세미나를 성공적으로 종료시킬 수 있도록 적극적으로 지원해 주신 여러분께 깊은 사의를 표합니다.

1994年 5月

**韓國保健社會硏究院**

**院長　延 河 淸**

# 목 차

머리말

Ⅰ. 저출산국가의 인구정책 ····· 1
1. 서론 ····· 1
2. 저출산 국가의 인구정책 개관 ····· 2
3. 아시아 저출산 국가의 인구정책 비교 ····· 11
4. 결론 ····· 24
Ⅱ. 21세기를 향한 가족계획사업의 새로운 접근방안 ····· 30
- 모자보건, 청소년 성교육 및 성상담 시범사업 중심 -
1. 배경 ····· 30
2. 사업체계 ····· 31
3. 사업인력 ····· 31
4. 시범사업 영역 및 실시형태 ····· 32
5. 사업지역 현황 ····· 32
6. 모자보건사업 ····· 33
7. 청소년 성교육 및 성상담사업 ····· 43
8. 지원사업 ····· 54
9. 기존 사업과의 비교 ····· 56
10. 시범사업이 보건소 활동에 미친 영향 ····· 61
11. 새로운 접근방안 ····· 64
Ⅲ. 우리나라의 모자보건수준 및 전망 ····· 68
1. 모자보건사업대상의 규모 ····· 69
2. 사망수준과 그 양상 ····· 71
3. 영양 및 상병상태 ····· 74
4. 보건의료이용 ····· 76
5. 결어 ····· 78

Ⅳ. 1994년도 가족보건사업 추진방향 ····· 79
1. 개요 ····· 79
2. '94년도 가족보건사업 ····· 80
3. 결론 ····· 90
Ⅴ. 대한가족계획협회 1994년도 주요 사업추진계획 ····· 92
1. 기본목표 ····· 92
2. 추진방침 ····· 92
3. 94년도 주요 사업 추진계획 ····· 93
4. 1994년도 세입세출 예산 ····· 108
Ⅵ. 대한불임시술관리협회 1994년도 사업추진방향 ····· 110
1. 개요 ····· 110
2. 기본 추진방향 ····· 111
3. 주요 사업별 추진 계획 ····· 112
Ⅶ. 도시지역 가족보건사업의 전산화 ····· 119
- 전주시 완산보건소의 가족보건업무 전산화 사례를 중심으로 -
1. 가족보건사업 전산관리 업무 현황 ····· 119
2. 완산보건소 전산화 과정 ····· 121
3. 보건소내 전산 연계 구상 ····· 122
4. 전산화 후의 변화 ····· 124
5. 보건소 전산화를 위한 참고 사항 ····· 124
Ⅷ. 농촌지역 영유아의 포괄적 의료서비스 개발사례 ····· 125
1. 사업의 배경과 필요성 ····· 125
2. 기존사업의 현황과 문제점 ····· 126
3. 개선 방향 ····· 129
4. 개선 서비스 내용 ····· 131
5. 사업의 결과 ····· 137
6. 사업의 평가 ····· 141
7. 사업 수행상의 문제점 및 장애 요인 ····· 142
8. 교훈 ····· 144

Ⅸ. 1993년도 정부가족보건사업 진도평가 ····· 152
1. 1993년 정부가족계획사업 진도평가 ····· 152
2. 1993년 정부모자보건사업 진도평가 ····· 155
3. 가족보건사업 추진방향 ····· 157

◉ 참고자료

Ⅰ. 격려사 ····· 175
Ⅱ. 연도별 정부지원 피임보급실적 : 1962-1993년 ····· 177
Ⅲ. 가족보건사업 활성화를 위한 세미나 일정표 ····· 178
Ⅳ. 가족보건사업 활성화를 위한 세미나 참석자 명단 ····· 180
Ⅴ. 수상자 명단 ····· 186

# Ⅰ. 저출산 국가의 인구정책

홍 문 식*

## 1. 서론

전 세계적으로 대부분의 개발도상국은 높은 인구증가율을 낮추기 위해 출산억제에 노력하고 있다. 인구의 급증은 부양비용의 증가로 인한 국가의 재정적 압박을 심화시키기 때문이다. 우리나라의 경우도 인구정책은 오랫동안 과잉인구가 경제, 사회에 미치는 역효과를 개선하기 위해 출산억제 위주의 피임보급 확대에 초점을 두어 왔다. 다행히도 1960년대의 높은 출산율이 지속적으로 저하되어 1980년대 중반부터 대치수준 이하의 저출산으로 진입하게 됨에 따라 이제는 서구 선진국과 같은 수준의 낮은 출산율을 유지하고 있다. 이러한 결과는 정부의 강력하고도 지속적인 가족계획사업 추진과 더불어 경제·사회 발전 등으로 전통적인 자녀관이나 남아선호관 등이 불리한 여건 속에서도 빠른 속도로 변화하였기 때문이다.

이러한 저출산의 장기적인 지속은 조만간 인구의 성장을 멈추게 할 것이고, 인구성장이 멎는 시점을 지나면 다시 같은 수준의 저출산에 큰 변동이 없는 경우 2020년 전후해서 인구는 5,000만을 조금 넘는 규모에서 계속 감소하게 될 것이다.

인구가 그 성장속도가 안정된 수준에서 유지된다면 바람직할 것이나 감소하는 방향으로 계속 변해 간다면 또 다른 인구구조상의 문제가 제기될 것이 뻔하다. 인구정책은 이러한 인구성장, 분포 등의 변화가 단기적인 측면에서보다는 장기적으로 고려되는 가운데 일관성 있는 방향정립이 여건변화에 대응하여 조정되어야 할 것이다. 이에 저출산 국가의 인구정책의 현황을 검토하고 앞으로의 정책방향을 구상해 보는 것이

---

* 한국보건사회연구원 인구연구부장

큰 의미가 있을 것으로 사료된다.

여기서는 일정규모 이상의 인구를 지니고 대치수준 이하의 출산수준을 유지하고 있는 여러 나라의 주요 현황을 개관하고 우리나라와 지리적, 문화적 여건이 유사한 아시아 지역 저출산 국가인 일본, 대만, 싱가포르 등의 정책배경과 현황을 비교 검토함으로써 저출산시대를 맞은 우리나라의 향후 인구정책 방향 설정에 참고가 될 수 있는 대안을 제시코자 하는 것이다.

## 2. 저출산 국가의 인구정책 개관

### 가. 저출산 국가의 연도별 출산수준 및 인구밀도

출산수준은 보편적으로 선진국일수록 낮고, 개발도상국일수록 높게 나타나고 있다. 우리나라도 일찍부터 출산율 저하를 위해 노력을 계속하여 왔고, 그 결과 경제·사회 발전과 더불어 이제 출산율은 오히려 선진국 수준보다 낮은 수준까지 이르게 되었다.

1985-90년 기간중 합계출산율이 대치출산수준 이하인 저출산국가라고 말할 수 있는 31개국의 1965-90년 기간중의 변화를 살펴보면 다음 <표 Ⅰ-1>과 같다.

높은 출산율의 변화는 국가마다 차이는 있지만 급격한 출산율 저하에 비하여 증가시에는 급격하게 증가하지 않았을 뿐 아니라, 그 수준도 대치출산수준을 넘은 국가가 없다는 것이다. 인구밀도가 높은 국가에 있어서는 인구규모의 절대수 감소를 위해 일정기간의 대치출산수준 이하로의 출산수준 유지도 바람직할지 모르지만 상당수의 국가 특히 인구밀도가 낮은 국가에서는 적어도 대치출산수준 정도의 출산수준을 유지하는 것이 바람직하다고 생각하고 있으나 일단 대치출산수준에서 크게 저하된 국가일수록 출산율의 증가는 그 만큼 어려운 것으로 보인다.

## 나. 저출산 국가의 출산수준에 대한 인지 및 출산수준 방향

### 1) 저출산 국가의 출산수준에 대한 인지

출산수준에 대한 정부의 견해는 그 나라의 향후 출산수준에 영향을 미칠 수 있는 주요 요인이 된다. 즉, 출산수준이 너무 낮다고 생각하는 국가에서는 출산수준을 높일 수 있는 직·간접의 정책도입 및 조치들의 마련과 노력이 뒤따를 가능성이 그 만큼 높아지고, 이와 반대로 출산수준이 너무 높다고 생각하는 국가에서는 이를 낮추기 위한 방향으로 정책이나 제도들이 마련되고 수행될 가능성이 그 만큼 크기 때문이다.

1985-90년 기간중 합계출산율이 2.1이하로 나타난 국가들의 현출산수준(1989)에 대한 견해는 만족하는 국가가 67.7%로 21개국이었으며, 너무 낮다고 생각하는 국가는 32.2%인 10개국이었고 현 수준이 높다고 생각하는 나라는 한 나라도 없었다. 그러나 우리나라는 당시 조사시점에서 유일하게 출산수준정책이 저하방향으로 나타난 국가임이 주목된다. 출산수준이 너무 낮다거나 만족한다는 것은 물론 현재의 출산수준이 높고 낮음에 따라 결정될 수도 있으나, 반드시 출산수준에 의해서만 결정되는 것은 아니다. 즉, 각 나라가 처해 있는 경제·사회·문화 등의 특성에 따라 그 인지도는 달라질 수 있는 것이다. 여기서 출산수준의 만족여부에 따른 출산수준을 살펴보면 현재 출산수준이 만족하다고 생각하는 국가들의 합계출산율이 2.00-1.47까지 분포되어 있고, 너무 낮다고 생각하는 국가들의 합계출산율은 1.90-1.32까지 분포되어 있다. 여기서 너무 낮다고 생각하는 국가들의 출산율이 만족하는 국가들보다는 약간 낮은 수준에서 분포되어 있어 출산율이 출산수준 인지에 영향을 미치고 있지만 반드시 출산수준에 따라 그 만족여부가 결정되는 것이 아님을 알 수 있다.

### 2) 인구정책에서의 출산수준 방향

불코비치는 인구와 관련된 정책은 모든선진국에 반드시 존재한다고

표 I-1. 저출산 국가[1]의 연도별 출산수준 및 인구밀도 : 1965 - 1990년

| 국 가 | 1965 - 1970 | 1970 - 1975 | 1975 - 1980 | 1980 - 1985 | 1985 - 1990 | 인구 증가율 ('85-90) | 인구 밀도 (1990) | 인구 (천) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 오스트리아 | 2.53 | 2.01 | 1.64 | 1.61 | 1.47 | 0.07 | 90 | 7,583 |
| 바베이도스 | 3.45 | 2.74 | 2.23 | 1.92 | 1.79 | 0.16 | 593 | 255 |
| 벨기에 | 2.34 | 1.94 | 1.71 | 1.59 | 1.57 | -0.03 | 323 | 9,845 |
| 불가리아 | 2.16 | 2.17 | 2.25 | 2.01 | 1.90 | 0.11 | 81 | 9,010 |
| 카나다 | 2.51 | 1.97 | 1.77 | 1.66 | 1.65 | 0.88 | 3 | 26,521 |
| 쿠바 | 4.29 | 3.55 | 2.10 | 1.85 | 1.83 | 1.03 | 96 | 10,608 |
| 체코슬로바키아 | 2.08 | 2.34 | 2.36 | 2.09 | 2.00 | 0.21 | 123 | 15,667 |
| 덴마크 | 2.24 | 1.96 | 1.70 | 1.42 | 1.47 | 0.08 | 119 | 5,143 |
| 핀란드 | 2.06 | 1.62 | 1.64 | 1.69 | 1.65 | 0.30 | 15 | 4,975 |
| 프랑스 | 2.61 | 2.31 | 1.86 | 1.87 | 1.82 | 0.35 | 102 | 56,138 |
| 동독 | 2.29 | 1.71 | 1.81 | 1.83 | 1.70 | -0.48 | 150 | 16,249 |
| 서독 | 2.33 | 1.62 | 1.44 | 1.36 | 1.40 | 0.10 | 247 | 61,324 |
| 그리이스 | 2.39 | 2.32 | 2.32 | 1.97 | 1.70 | 0.23 | 76 | 10,047 |
| 헝가리 | 1.97 | 2.08 | 2.11 | 1.80 | 1.75 | -0.18 | 113 | 10,552 |
| 이탈리아 | 2.49 | 2.27 | 1.92 | 1.55 | 1.32 | -0.03 | 189 | 57,061 |
| 일본 | 2.00 | 2.07 | 1.81 | 1.76 | 1.68 | 0.43 | 327 | 123,460 |
| 한국 | 4.52 | 4.11 | 2.80 | 2.40 | 1.73 | 0.95 | 432 | 42,793 |
| 룩셈브르크 | 2.22 | 1.96 | 1.54 | 1.48 | 1.50 | 0.32 | 144 | 373 |
| 말타 | 2.19 | 2.09 | 2.04 | 1.98 | 1.90 | 0.49 | 1 | 353 |
| 마리티우스 | 4.25 | 3.25 | 3.07 | 2.45 | 2.00 | 1.17 | 530 | 1,082 |
| 네덜란드 | 2.74 | 1.97 | 1.58 | 1.51 | 1.55 | 0.63 | 366 | 14,951 |
| 뉴우질랜드 | 3.22 | 2.79 | 2.20 | 1.96 | 2.00 | 0.87 | 13 | 3,392 |
| 노르웨이 | 2.72 | 2.25 | 1.81 | 1.69 | 1.69 | 0.28 | 13 | 4,212 |
| 포르투갈 | 2.86 | 2.76 | 2.42 | 1.99 | 1.75 | 0.25 | 111 | 10,285 |
| 싱가포르 | 3.46 | 2.63 | 1.87 | 1.69 | 1.80 | 1.25 | 4,407 | 2,723 |
| 스페인 | 2.93 | 2.89 | 2.63 | 1.86 | 1.60 | 0.30 | 78 | 39,187 |
| 스웨덴 | 2.12 | 1.89 | 1.65 | 1.65 | 1.90 | 0.22 | 19 | 8,444 |
| 스위스 | 2.27 | 1.82 | 1.52 | 1.53 | 1.53 | 0.42 | 160 | 6,609 |
| 영국 | 2.52 | 2.04 | 1.72 | 1.80 | 1.81 | 0.22 | 234 | 57,237 |
| 미국 | 2.55 | 1.97 | 1.93 | 1.82 | 1.83 | 0.81 | 27 | 249,224 |
| 유고슬라비아 | 2.49 | 2.32 | 2.20 | 2.08 | 1.95 | 0.58 | 93 | 23,807 |

자료출처 : UN, *World Population Prospects 1990*, 1991
주 : 1) 1985-1990년 기간중 합계출산율이 2.1이하인 국가

보고 있다. 이는 국가의 가장 기본이 되는 인구에 관한 정책은 고출산으로 인한 인구과잉을 우려하여 인구증가 억제를 도모하고 있는 국가뿐만 아니라 저출산으로 인한 인구구조의 불균형이나 인구감소를 우려하여 출산장려를 꾀하고 있는 국가 또는 현재의 출산수준에 만족하고 있는 국가들도 인구정책은 어떤 형태로든 수행되고 있으며, 인구정책의 필요성은 상존하고 있음을 의미하고 있는 것이다.

앞에서 비교된 31개 국가 가운데 현재의 출산수준에 만족하고 있는 21개국은 76.2%가 정책방향을 정하고 있지 않으며, 19.0%가 출산율의 현수준 유지로, 그리고 1개국만이 출산저하에 두고 있으나 이는 우리나라로서 1989년과는 출산수준에 대한 인지가 변하여 지금은 현수준 유지로 사업방향이 전환된 만큼 실질적으로 저하에 목표를 두고 있는 국가가 없는 셈이다. 이와 같이 1989년 당시의 출산수준에 만족하고 있는 국가들의 상당수가 인구정책에서의 출산수준에 대한 확고한 방향설정이 되어 있지 않았다.

한편 '너무 낮다'고 생각하고 있는 불가리아, 프랑스, 동독, 서독, 그리이스, 헝가리, 이탈리아, 룩셈브르크, 싱가포르, 스위스 등 10개국은 90.0%가 출산수준의 증가쪽에 인구정책의 방향을 두고 있고, 1개국(서독)만이 뚜렷한 정책방향을 갖고 있지 않았다.

이와 같이 출산수준에 대한 인구정책방향은 그 나라가 처해 있는 출산수준과 그 출산수준에 대한 정부의 인식이 크게 좌우하고 있음을 알 수 있다. 즉, 현재의 출산수준에 만족하고 있는 국가의 대부분이 정책방향을 갖고 있지 않거나 현수준 유지를 희망하고 있는 반면에 너무 낮다고 생각하는 국가에서는 출산수준을 증가시키기 위한 정책방향을 갖고 노력하고 있다.

### 3) 출산수준에 대한 인지별 피임사용제한 및 지원

저출산수준에 있는 어느 국가도 피임사용에 제한을 두고 있지는 않았다. 그러나 지원 측면에서는 다소의 차이를 보이고 있다. 즉, 현재의 출산수준에 만족하고 있는 21개국중 정부에서 피임에 관한 정보를 제공하고 유도하며, 정부 기관을 통해 공급하는 등 직접지원하고 있는

표 I-2. 저출산 국가의 출산수준에 대한 인지

| 국 가 | 출산수준 | | 출산조절 정책 |
|---|---|---|---|
| | 출산수준 (1985-90) | 현출산수준 (1989) | |
| 오스트리아 | 1.47 | 만족 | 없음 |
| 바베이도스 | 1.79 | 만족 | 현수준유지 |
| 벨기에 | 1.57 | 만족 | 없음 |
| 불가리아 | 1.90 | 너무낮다 | 증가 |
| 카나다 | 1.65 | 만족 | 없음 |
| 쿠바 | 1.83 | 만족 | 없음 |
| 체코슬로바키아 | 2.00 | 만족 | 현수준유지 |
| 덴마크 | 1.47 | 만족 | 없음 |
| 핀란드 | 1.65 | 만족 | 없음 |
| 프랑스 | 1.82 | 너무낮다 | 증가 |
| 동독 | 1.70 | 너무낮다 | 증가 |
| 서독 | 1.40 | 너무낮다 | 없음 |
| 그리이스 | 1.70 | 너무낮다 | 증가 |
| 헝가리 | 1.75 | 너무낮다 | 증가 |
| 이탈리아 | 1.32 | 너무낮다 | 증가 |
| 일본 | 1.68 | 만족 | 없음 |
| 한국 | 1.73 | 만족 | 저하 |
| 룩셈브르크 | 1.50 | 너무낮다 | 증가 |
| 말타 | 1.90 | 만족 | 없음 |
| 마리티우스 | 2.00 | 만족 | 현수준유지 |
| 네덜란드 | 1.55 | 만족 | 없음 |
| 뉴우질랜드 | 2.00 | 만족 | 없음 |
| 노르웨이 | 1.69 | 만족 | 없음 |
| 포르투갈 | 1.75 | 만족 | 없음 |
| 싱가포르 | 1.80 | 너무낮다 | 증가 |
| 스페인 | 1.60 | 만족 | 없음 |
| 스웨덴 | 1.90 | 만족 | 없음 |
| 스위스 | 1.53 | 너무낮다 | 증가 |
| 영국 | 1.81 | 만족 | 없음 |
| 미국 | 1.83 | 만족 | 없음 |
| 유고슬라비아 | 1.95 | 만족 | 현수준유지 |

자료출처 : UN, *Trends in Population Policy*, New York, 1989

국가는 76.2%였으며, 민간조직의 경영비 보조에 의한 피임정보의 보급 및 안내 그리고 용구의 간접적지원과 이같은 활동을 지원하는 간접지원이 19.0%, 지원하고 있지 않은 국가는 4.8%로 1개국만이 피임지원을 하고 있지 않았다.

'너무 낮다'고 생각하는 10개국에서는 50.0%가 직접지원을, 그리고 30.0%는 간접지원을 하고 있었고, 20.0%만이 지원을 하지 않고 있어 만족하고 있는 국가들보다는 피임지원 강도가 약하였다. 그러나 전체적으로 볼 때 31개국중 3개국(노르웨이, 룩셈브르크, 스위스)만이 지원을 하고 있지 않았다. 대부분의 국가에서는 낮은 출산수준임에도 어떤 형태로든 피임을 지원하고 있으며, 피임지원에 대한 인식은 정부의 출산조절 측면에서 보다는 모자보건의 향상, 사회복지 측면에서 사업이 추진되고 있다.(표 Ⅰ-3 및 표 Ⅰ-4 참조)

이는 피임이 인구정책에 있어서 출산억제를 위한 한 방법이 될 수 있을 뿐 피임이 인구증가를 위한 방편이 될 수 없음을 의미하는 것으로 피임에 대한 지원은 출산수준과 관계없이 어떤 형태로든 정부에서 지원할 필요성이 있다 하겠다.

한편, 저출산 국가의 피임실천율은 각 국가마다 피임실천에 대한 정의 및 대상이 상이하여 일괄적인 비교는 힘들지만 보편적으로 피임실천율이 높다.

**표 Ⅰ-3. 출산수준에 대한 인지별 피임사용 제한 및 지원**

| 출산수준인지 | 직접지원 | 간접지원 | 지원없음 | 계 |
|---|---|---|---|---|
| 만족 | 16 | 4 | 1 | 21 |
| 너무낮다 | 5 | 3 | 2 | 10 |
| 계 | 21 | 7 | 3 | 31 |

**표 I-4. 저출산 국가의 피임사용지원 여부 및 피임실천율**

| 국 가 | 피임사용 | | 피임실천율 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 제한여부 | 지원 | 실천율(%) | 연령 | 연도 |
| 오스트리아 | 제한없음 | 간접지원 | 71.4 | a | 1981/82 |
| 바베이도스 | 제한없음 | 직접지원 | 46.5 | 15-49 | 1980/81 |
| 벨기에 | 제한없음 | 간접지원 | 81 | 20-24 | 1982/83 |
| 불가리아 | 제한없음 | 직접지원 | 76 | 18-44 | 1976 |
| 카나다 | 제한없음 | 직접지원 | 73.1 | 18-49 | 1984 |
| 쿠바 | 제한없음 | 직접지원 | | | |
| 체코슬로바키아 | 제한없음 | 직접지원 | 95[b] | 45 | 1977 |
| 덴마크 | 제한없음 | 직접지원 | 63 | 18-44 | 1975 |
| 핀란드 | 제한없음 | 직접지원 | 80 | 45[c] | 1977 |
| 프랑스 | 제한없음 | 간접지원 | 78.7 | 20-24 | 1978 |
| 동독 | 제한없음 | 직접지원 | | | |
| 서독 | 제한없음 | 간접지원 | 77.9 | 15-44 | 1985 |
| 그리이스 | 제한없음 | 간접지원 | | | |
| 헝가리 | 제한없음 | 직접지원 | 73.1 | 15-39 | 1986 |
| 이탈리아 | 제한없음 | 직접지원 | 78 | 18-44 | 1979 |
| 일본 | 제한없음 | 직접지원 | 64.3 | 15-49 | 1986 |
| 한국 | 제한없음 | 직접지원 | 79.4 | 15-44 | 1991 |
| 룩셈브르크 | 제한없음 | 지원없음 | | | |
| 말타 | 제한없음 | 직접지원 | | | |
| 마리티우스 | 제한없음 | 직접지원 | 75.4 | 15-49 | 1985 |
| 네덜란드 | 제한없음 | 간접지원 | 72 | 21-37 | 1985 |
| 뉴우질랜드 | 제한없음 | 간접지원 | 69.5 | d | 1976 |
| 노르웨이 | 제한없음 | 지원없음 | 71 | 18-44 | 1977 |
| 포르투갈 | 제한없음 | 직접지원 | 66.3 | 15-49 | 1979/80 |
| 싱가포르 | 제한없음 | 직접지원 | 74.2 | 15-44 | 1982 |
| 스페인 | 제한없음 | 직접지원 | 59.4 | 18-49 | 1985 |
| 스웨덴 | 제한없음 | 직접지원 | 78.1 | 20-44 | 1981 |
| 스위스 | 제한없음 | 지원없음 | 71.2 | e | 1980 |
| 영국 | 제한없음 | 직접지원 | 83 | 18-44 | 1983 |
| 미국 | 제한없음 | 직접지원 | 68.0 | 15-44 | 1982 |
| 유고슬라비아 | 제한없음 | 직접지원 | 55 | 45 | 1976 |

주: a; 1974년 혹은 1977년 결혼한 여성 b; 경험자
c; 지난 두달간 사용자 d; 임신위험이 있는 15세이상 유배우 부인
e; 1970-1979년 사이에 결혼한 부부

자료: 1) UN, *Trends in Population Policy*, New York, 1989
2) __, *Levels and Trends of Contraceptive Use as assessed in 1988*, New York, 1989
3) 공세권외, 『1991 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1992

## 다. 출산조절과 관련된 주요정책

저출산 국가의 출산과 관련된 인구정책 내용들은 모자보건의 향상이나 사회복지 측면에서 수행되고 있는 것들이 대부분이지만, 그 내면에는 출산수준을 대치출산수준 정도로 잡아 장기적으로 안정된 인구구조를 갖기를 대부분의 국가들이 희망하고 있다.

출산과 관련된 주요인구 정책으로서의 사회지원시책은 다음 표에 제시된 바와 같이 크게 출산(전·후)휴가, 자녀보호를 위한 휴가 및 보호시설 확충 그리고 자녀수당 지급, 주택보조금 및 대부, 가족수당 지급, 결혼수당 지급 등의 제도로 주로 모자보건 및 사회복지 향상을 위한 것이 대부분을 점하고 있다.(표 Ⅰ-5 참조)

**표 Ⅰ-5. 출산조절과 관련된 주요인구정책**

| 시 책 | 주요내용 | 해당국가 |
|---|---|---|
| ○ 산전휴가 | - 4주간의 유급휴가(출산휴가 별도) | - 덴마크 |
| | - 30일의 유급휴가( 〃 ) | - 포르투갈 |
| | - 8주간의 유급휴가( 〃 ) | - 말타 |
| ○ 출산휴가 | - 16주간의 유급휴가 | - 오스트리아, 스페인 |
| | - 12주간의 유급휴가 | - 바베이도스 |
| | - 10-12개월의 유급휴가 | - 불가리아 |
| | - 26주의 유급(90%)휴가 | - 체코슬로바키아 |
| | - 20주의 유급휴가 | - 덴마크 |
| | - 290일의 유급(90%)휴가 | - 스웨덴 |
| | - 258일간의 휴가 | - 핀란드 |
| | - 아버지에 대한 6-12일간의 휴가 | - 핀란드 |
| | - 14주간의 출산휴가 | - 그리이스 |
| | - 5개월간의 유급휴가 | - 헝가리 |
| | - 3개월간의 유급(임금의 80%)휴가 | - 이탈리아 |
| | - 16주간의 유급휴가 (조산이나 다산인 경우 또는 | - 룩셈브르크 |

표 I-5. 계속

| 시 책 | 주요내용 | 해당국가 |
|---|---|---|
| | 어머니가 아이를 돌보아야 하는 경우 4주 추가) | |
| | - 5주간의 유급휴가 | - 말타 |
| | - 60일간의 유급휴가 | - 포르투갈 |
| ㅇ 출생수당 | - 출생수당 지급 | - 헝가리 |
| | | - 체코슬로바키아 |
| | | - 포르투갈, 불가리아 |
| ㅇ 산후지원 | - 출산후 1년 동안 산모에 대한 금전적 이익 부여 | - 오스트리아 |
| | - 어머니 혼자인 경우 아이가 3세에 이를 때까지 노동시장 참여금지 (별도의 수당 지급) | - 오스트리아 |
| | - 직업이 보장된 3년간의 휴직 | - 불가리아, 스페인 |
| | - 1년 동안의 휴직 가능 | - 프랑스, 그리이스 |
| | - 출산보수 지급(출산 5개월이후 1세반까지 보수의 75%지급) | - 헝가리 |
| | - 아이가 1세이전 6개월간의 무급 휴가 | - 이탈리아 |
| ㅇ 자녀보호 | - 병든자녀 보호를 위해 유급휴가 | - 불가리아, 스웨덴 |
| | - 아픈아이의 간호을 위한 수당지급 | - 헝가리, 포르투갈 |
| | - 자녀(복지)수당 지급 | - 불가리아, 말타 |
| | | - 체코슬로바키아 |
| | | - 핀란드, 그리이스 |
| | | - 룩셈브르크, 스페인 |
| | | - 포르투갈, 스웨덴 |
| | | - 뉴우질랜드 |
| | - 어린이 보호시설 확대 및 보호 | - 불가리아, 말타 |

표 I-5. 계속

| 시 책 | 주요내용 | 해당국가 |
|---|---|---|
| | | - 핀란드, 뉴우질랜드<br>- 헝가리, 그리이스 |
| ○ 가족지원 | - 부모 및 다른 가족에 대한 이익 부여 | - 체코슬로바키아 |
| | - 주택보조금 및 주택대부 | - 핀란드 |
| | - 3자녀이상 가족을 위한 주택구조 개선 | - 그리이스 |
| | - 가족수당 지급 | - 헝가리, 이탈리아 |
| | - 2자녀이상가족에 대한 학비보조 | - 룩셈브르크 |
| ○ 신혼부부지원 | - 집의 가구설비 및 구입에 저리 융자 | - 체코슬로바키아 |
| | - 결혼수당 지급 | - 포르투갈 |
| | - 젊은 부부에 대한 대부제도 | - 룩셈브르크 |

# 3. 아시아 저출산 국가의 인구정책 비교

## 가. 출산조절 정책의 배경

아시아지역에서의 저출산 국가로서 여기에 비교·분석된 나라는 우리나라를 비롯하여 일본, 싱가포르, 대만 등 네 나라이다. 이 가운데 싱가포르, 대만, 한국 등은 30여년이라는 짧은 기간동안의 급속한 경제성장을 통해 오늘날 개발도상국중에서 선두그룹을 형성하고 있는 국가들이다. 이 국가들은 경제분야 뿐만 아니라 기타 사회분야 전반에 걸쳐 급속한 발전을 이룩하여 왔다. 그 중에서 인구분야 특히, 출생, 사망 등 인구동태(人口動態) 측면에서도 급속한 변화를 경험하여 왔다. 그것은 서구 선진국에 있어서 1세기 이상이 소요되었던 인구전환이 이들 국가에서는 약 30여년만에 완료되었다

는 점에서도 그 변화의 속도가 매우 빨랐음을 알 수 있다. 이들 국가들이 급속한 출산율·인구증가율의 저하를 달성할 수 있었던 것은 1960년대부터 본격적으로 실시되기 시작한 가족계획사업의 성과 때문이었다. 물론 사회·경제적인 발전으로 인한 영향도 컸지만 출산율 및 인구증가율이 그만큼 빨리 감소할 수 있었던 것은 가족계획사업의 적극적인 추진에 힘입은 바 크다고 하겠다.

싱가포르나, 대만, 한국이 1960년대 가족계획사업을 착수할 당시 사망률은 이미 상당수준까지 하락해 있었던 반면 출산율은 높은 수준을 유지함으로써 인구전환 단계중 「다산소사」(多産少死) 단계에 있었다고 할 수 있다. 뿐만 아니라, 대만의 경우는 국민당 정부의 대만 이동, 싱가포르의 경우는 영국으로 부터의 독립, 우리나라의 경우는 6.25 동란으로 인한 민족분단 등 정치적으로 큰 격변을 거친 다음 새로운 국가부흥을 위해 사회·경제적인 기초를 다지던 시기였다. 경제적으로도 약간의 차이는 있었으나 전반적으로 비슷한 상황이었다. 이와 같이 싱가포르, 한국, 대만은 가족계획사업을 시작할 당시 인구·사회·경제적으로 매우 비슷한 상황에 처해 있었을 뿐만 아니라, 가족계획사업을 착수하게 된 근본적 동기도 높은 인구성장률의 억제와 이를 통한 경제개발의 극대화라는 동일한 목표에 바탕을 두었다. 가족계획사업 착수 이후의 사업발전 과정도 1970년대 중반에 이미 대치수준의 출산율에 도달한 싱가포르를 제외하고 우리나라와 대만은 전체적으로 비슷한 과정을 밟아 왔다. 우리나라나 대만 모두 사업초창기에는 인구가 농촌을 중심으로 거주하고 있었기 때문에 농촌지역에 적합한 사업모형을 개발·추진하였으나 그사이 산업화, 도시화가 진척됨에 따라 차츰 도시형 사업추진 전략을 채택하게 되었다. 또한 불임수술, 자궁내장치, 기타 일시적 피임방법에 대한 정부지원, 쿠폰제 운영, 가족계획요원 활용 방식, 목표량제도 및 평가제도, 사업관리 방식 등 전반적인 사업추진 방식이 매우 많은 공통점을 가지고 있었다. 출산율의 하락 측면에서 본 사업의 성과도 1984년 같은 해에 출산율이 대치수준에 도달할 정도로 비슷한 성과를 이룩하였다. 이로 인해 가족계획사업 방향전환에 착수하게 된 것도 1980년대 말로 비슷한 시기였다.

그러나 싱가포르의 경우는 우리나라나 대만보다 훨씬 빠른 1970년대 중

반에 이미 대치수준 출산율에 도달하였고, 우리나라와 대만이 가족계획사업의 새로운 추진방향을 모색하기 시작할 당시인 1980년대 중·후반에 출산장려책으로 방향을 전환하였다. 싱가포르가 우리나라와 대만 양국에 비해 10여년 빨리 대치수준에 도달할 수 있었던 데는 여러가지 이유가 있겠으나 국가규모가 작고 사업대상자의 수도 작을 뿐만 아니라, 정부가 공식적으로 가족계획사업을 시작하기 이전부터 이미 국민들 사이에 콘돔에 대한 선호도가 어느 정도 형성되어 있었으며, 상당비율의 부인들이 모성병원(母性病院)에서 분만을 하고 있어서 병원을 통한 사업활동이 효과적으로 실시될 수 있었던 것도 한 요인이 되었던 것으로 생각된다.

일본의 경우는 애초부터 가족계획사업을 도입한 이유가 출산조절보다는 인공임신중절 예방, 모자보건의 증진이었기 때문에 사업의 전개과정·추진방식이 싱가포르, 대만, 한국과 전혀 달랐다. 즉, 가족계획사업 활동은 모자보건사업중의 한 활동이라는 차원에서 추진되었기 때문에 가족계획만을 위한 별개의 조직이나 인력, 그리고 사업전략이 없었고 기존의 보건사업에 통합되어 추진되어 왔다.

이러한 측면에서 볼 때, 우리나라 가족계획사업과 가장 많은 공통점을 가진 국가는 대만이라 할 수 있다. 그러나 대만은 가족계획사업 추진 과정에서 우리나라에 비해 「인구정책」이라는 전체적인 틀속에 가족계획사업을 통합시키려는 노력을 일찍부터 해 온 것으로 보인다. 대만정부는 1968년 가족계획사업을 착수한 이후 1969년 「대만인구정책의 개요」의 수립과 1983년, 1986년 두차례에 걸친 개정, 그리고 1983년에 발표된 「인구정책의 집중적 추진을 위한 계획」 등을 통해 인구성장 억제, 인구자질 향상, 인구분포의 적정화라는 목표하에서 이러한 각 목표들을 달성하기 위한 정책수단을 규정하고 있다. 여기서, 인구성장 억제를 위해서는 가족계획사업과 인구교육을, 인구자질 향상을 위해서는 유전보건사업·사회복지제도 강화, 영양 개선 등을, 인구의 적정분포를 위해서는 지역개발계획 수립·실시, 지역생활권역의 개발 강화 등을 그 정책 수단으로 규정하고 있다. 이와 같이 가족계획사업이 실시될 초창기부터 가족계획사업을 둘러싼 전체적인 인구정책의 틀을 염두에 두고 사업을 추진함으로써, 출산율 수준이 대치수준에 접근해 들어가기 시작한 1980년대 초부터 인구자질 정책의 필요성을 강조

하여 1980년대 중반부터 유전보건사업을 가족계획사업과 연계하여 본격적으로 추진하는 등 1980년대 말의 가족계획사업 방향전환의 발판을 미리부터 마련하기 시작하였다고 할 수 있다. 그것은 1990년도에 모자보건, 유전보건, 인구자질, 가족복지 차원에서의 각종 시책을 내용으로 하는 「신가족계획사업」을 통해 앞으로의 사업추진방향을 분명히 정립하고 구체화할 수 있었던 기초가 되었다고 할 수 있다.

우리나라도 향후 가족계획사업의 추진방향을 보다 구체화하고 이를 위한 사업수단이 적극 모색되기 위해서는 정부차원에서의 인구정책에 대한 보다 넓은 시각과, 모자보건·인구자질 측면에서의 가족계획사업의 필요성에 대한 충분한 인식이 전제되어야 할 것이다.

## 나. 가족계획사업수행 조직

거의 모든 국가들은 보건조직을 통해 가족계획사업을 수행하고 있다. 기존의 보건조직을 그대로 이용하거나 혹은 그 보건조직을 근간으로 하여 가족계획사업 수행을 위한 조직·인력을 추가한 형태가 대부분이다. 그것은 가족계획과 모자보건 사이의 내재적인 연관성 때문이기도 하겠지만, 일선 대민 서비스제공 차원에서 가족계획과 모자보건 서비스 제공활동이 서로 쉽게 통합될 수 있다는 점, 그리고 가족계획사업만을 위한 독립적인 조직을 구성할 경우 거기에 따르는 비용문제 등의 요인 때문이기도 할 것이다.

기존의 보건조직을 그대로 이용한 경우로는 일본을 들 수 있다. 일본의 가족계획사업 활동은 모자보건사업의 일부분으로 추진되고 있기 때문에 사업활동도 당연히 모자보건사업 조직내에서 수행되고 있다. 중앙단위의 후생성 아동가정국 모자위생과는 모자보건사업의 주무부서로서 가족계획사업 활동의 주관부서이기는 하지만 구체적인 프로그램의 개발, 예산배정 등은 도도부현 단위에서 보다 활발히 이루어지고 있다. 그것은 일본의 경우 지방자치제가 정착되어 있어서 지방정부의 기능이 전체적으로 활성화되어 있기 때문이기도 할 것이다. 뿐만 아니라 일본 가족계획사업 활동 내용의 대부분이 주로 가족계획상담·지도·교육 등이어서 현실적으로 이러한 서비스가 필요한 계층은 저소득·저교육 계층으로서, 지역내의 저소득·저교육 계

층을 찾아내고 이들에 대한 적절한 접근방법을 모색하기 위해서는 중앙단위에서의 획일적인 사업계획보다는 지역단위에서의 지역특수성을 감안한 융통성 있는 프로그램 개발이 보다 효과적이기 때문이기도 할 것이다.

이것은 한국과 대만이 채택해 온 사업추진 방식과 큰 차이를 보여주고 있다. 우리나라의 경우는 보건사회부, 대만의 경우는 행정원의 위생서가 가족계획사업을 주관해 오면서 중앙에서 기획한 사업계획·지침을 지방조직으로 하달하고 이러한 사업지침에 따라 지방 사업조직·인력의 사업수행 활동을 지도·감독·평가하는 등 중앙집권적 방식에 의해 사업을 수행해 왔다. 대만의 경우 지방자치제가 우리보다 먼저 도입되기는 하였지만 가족계획사업은 중앙의 행정원 위생서가 총괄·지휘해 왔다.

이러한 차이는 국가간의 행정체계·제도의 차이에 기인하기도 하겠지만, 가족계획사업을 통해 추구하던 목표상의 차이에서도 그 이유를 찾을 수 있다. 즉, 우리나라와 대만의 경우는 피임실천 증대 및 출산율의 억제라는 국가적 목표를 가장 효율적으로, 그리고 가장 빠른 기간내에 달성하기 위해 중앙정부의 강력한 의지와 지도력을 바탕으로 한 중앙집권적 사업추진 방식에 의존하였다. 반면에 일본의 경우는 가족계획사업의 목표가 인공임신중절 예방 및 모자보건의 증진이었기 때문에 그 목표의 특성상으로 보아 구체적인 목표수준을 정하고 일정기간내에 그 목표수준을 달성하기 위해 사업노력을 집중적으로 투입하고 사업수행인력들을 독려하는 등의 사업추진 형태가 적용되기 어려웠다고 할 수 있다. 그보다는 일상적이면서도 지속적인 서비스의 제공 및 사업발전 노력이 보다 적절하였다고 할 수 있으며, 이러한 요인이 바로 일본과 우리나라 및 대만 사이의 가족계획사업 추진양상의 차이를 낳게 했던 하나의 요인이었던 것으로 보인다. 그러나 우리나라나 대만도 출산억제라는 인구목표를 달성하고 모자보건과 연계한 서비스의 질적 개선을 도모하고 있는 지금에 와서는 특히 우리나라의 경우 모자보건과 연계한 지역별 특수시책의 중요성을 강조하는 등 종래와는 다른 사업전략을 채택하기 위해 노력하고 있다.

한편, 대만의 경우는 대만성의 가정계획연구소, 대북과 고웅시의 가정계획추광중심이라는 가족계획사업만을 위한 별개의 기관들을 가지고 있다. 이 기관들은 각 해당지역내에서 가족계획사업 수행에서부터 사업평가·연구

에 이르기까지 사업활동 전반에 걸친 책임을 지고 있다. 또한 우리나라의 가족계획요원에 해당하는 가정계획공작원도 이 기관들에 직접적으로 소속되어 있다. 따라서 이들은 대만성의 경우 향진위생소, 대북시·고웅시의 경우는 구위생소에 배치되어 활동하고 있으나 가정계획연구소와 가정계획추광중심에 의해 직접적으로 관리된다. 이러한 측면에서 볼 때, 대만성의 경우는 우리나라에 비해 기존의 보건조직에 가족계획사업을 위한 하부조직을 보다 많이 추가한 형태를 가지고 있다고 할 수 있다.

우리나라의 경우는 모자보건, 결핵관리 등 기타 보건사업과 함께 일선 가족계획사업 활동을 담당하고 있는 보건요원들은 보건소의 지도·감독을 받고 있으며, 보건사회부 가족보건과 → 시·도 보건과 → 보건소로 이어지는 보건행정조직의 위계체계하에 있다. 업무영역도 1985년부터 가족계획, 모자보건, 결핵을 통합적으로 담당하게 되어 있어 그 명칭도 통합보건요원으로 불리고 있다.

따라서 최근의 가족계획사업 방향전환과 함께, 가족계획사업과 모자보건과의 통합추진이라는 차원에 있어서 대만의 사업수행조직은 우리나라에 비해 좀더 조직상의 재조정이 필요할 것으로 보인다. 대만은 1988년부터 가정계획공작원으로 하여금 가정방문을 통해 고혈압, 당뇨 등 성인병 검사와 추적관리를 하게 하고 있다. 그러나 이들은 순수한 가족계획사업기관인 가정계획연구소와 가정계획추광중심의 소속이어서 이들이 근무하고 있는 구·향진 위생소의 타부서 보건인력들과 업무영역의 조정이 필요할 것이며, 가정계획연구소나 가정계획추광중심의 기능·업무영역 자체도 타 보건관련 부처와의 조정을 통해 재정립되어야 할 필요가 있을 것으로 보인다.

우리나라의 가족계획사업 활동은 점차 일본의 형태를 닮아 가고 있다. 즉, 과거 피임보급에 두어지던 비중이 현격히 감소하여 상대적으로 상담·교육활동의 비중이 커짐으로써 가족계획상담·지도·교육활동이 주를 이루는 일본의 가족계획사업과 유사한 형태로 변모해 가는 과정중에 있다. 조직측면에서도, 보건사회부 가족보건과, 시·도 보건과 가족보건계, 보건소의 가족보건계 등의 업무가 과거 출산억제와 피임보급을 강력히 추진하던 시기에는 주로 가족계획사업 관련 업무가 대부분을 차지하였으나 전반적인 가족계획사업 규모의 축소, 그리고 가족계획과 모자보건과의 연계성이 강조

되면서, 일본에서 가족계획사업 활동이 모자보건 사업과 통합된 형태로 이루어지는 것과 같은 형태로 변화해 가기 시작하고 있다.

통합보건요원도 가정방문 등 활동방식 측면이나 성인병 관리, 결핵관리, 모자보건, 가족계획 등의 업무영역 면에서 일본의 보건부와 매우 유사한 형태를 띄고 있다.

이와 같은 현상은 결국 사업방향을 피임보급의 양적 확대에서 불원임신 및 인공임신중절 예방, 모자보건과 연계한 서비스의 질적 개선, 인구자질 향상으로 전환함에 따라 이미 가족계획사업 도입시부터 이러한 목표를 추구하였던 일본의 사업형태에 점차 접근해 들어가는 과정중에 나타난 현상이라 할 수 있다.

## 다. 가족계획사업의 내용

가족계획사업 활동을 크게 분류하면 가족계획에 대한 수요창출·관리 활동, 가족계획에 대한 수요를 충족시켜 주기 위한 서비스 공급활동, 그리고 사업전개 과정중에 필요한 사업관리 활동으로 나뉘어진다. 가족계획 수요창출 및 관리 활동에는 자녀수요 감소 및 소자녀관의 정착, 피임실천 의식의 제고를 위한 홍보교육 활동 및 피임권장 활동이 여기에 속한다. 서비스 공급활동에는 피임보급, 사후관리, 그리고 피임지식을 제공하기 위한 교육활동이 여기에 해당된다. 피임보급확대 및 출산율의 저하가 가족계획사업의 일차적인 목표였던 대만, 한국, 싱가포르(싱가포르는 1980년대 초반 이전까지)는 사업초창기부터 이 세가지 활동 모두의 중요성을 인식하고 거기에 따라 사업내용 및 전략을 수립·추진해 왔다. 그러나 일본은 가족계획에 대한 수요 창출활동이 없었다. 그것은 가족계획사업 초창기 당시에 이미 국민들 사이에 피임실천의식이 자생적으로 조성되어 있었을 뿐만 아니라 일본가족계획사업이 출산율 저하를 목표로 하지 않았기 때문이다. 또한 일본정부의 입장도 출산행태에 관한 한 개인의 자유선택에 맡긴다는 원칙을 고수하여 왔기 때문에 자녀관의 변화를 목표로 한 홍보나 계몽 형태의 활동은 존재하지 않았다. 뿐만 아니라 타국가들에서는 가족계획사업의 핵심적 부분을 이루었던 피임보급 활동도 없었다. 피임은 개인적으로 여러 가

지 상업채널을 통해 구입·사용하고 있었으며, 한때 수태조절실지지도원을 통해 영세민을 대상으로 피임약제·기구를 무료로 보급하였으나 일본의 국민소득으로 보아 일본국민들의 주피임방법인 콘돔 등 일시적 피임방법의 가격이 부담이 될 정도의 영세민은 거의 없기 때문에, 사실상 일본의 경우는 정부차원의 피임보급활동이 존재하지 않았다고 할 수 있다. 민간단체인 일본가족계획협회에서 피임서비스 제공활동을 하고 있으나, 이것은 정부가 가족계획사업을 통해 추구하는 목표와 연관해서 이 목표를 달성하기 위한 하나의 전략으로서 실시되고 있는 것이 아니라 단순히 피임서비스 구득처의 확충이라는 차원에서 이루어지고 있다.

따라서 일본의 가족계획사업 활동은 가족계획서비스 중에서도 가족계획에 대한 정확한 지식을 보급하기 위한 상담·지도·교육활동으로 그 범위가 한정되어 있다. 뿐만 아니라 가족계획 상담·지도활동의 대상에 있어서도, 아직까지 가족계획에 대해 충분한 지식을 갖추지 못했거나 갖추어 나가는 초기단계에 있는 계층 즉, 미혼계층, 신혼부부, 저교육 기혼부인들을 주대상으로 하고 있기 때문에, 전체적으로 보아 사업활동의 규모가 타 국가들에 비해 현저히 작다.

한편, 대만의 경우는 신가족계획사업을 수립하는 과정에서 새로운 사업방향의 정립은 물론, 이러한 사업방향하에서 구체적인 사업과제를 설정하는 데 많은 노력을 기울인 것으로 보인다. 새로운 사업과제는, ① 종래까지의 사업추진 과정에서 관심이 미흡했던 분야, ② 사업노력은 있었으되 그 성과가 여전히 좋지 않은 분야, ③ 현실적인 문제를 감안하여 새로운 정책 수요가 있다고 판단되는 분야 등에 걸쳐 다양하게 설정되었다. 이러한 새로운 사업과제를 추진함에 있어서 구체적인 사업활동의 규모는 작아졌지만 사업활동의 영역은 종래와 비슷하게 유지되고 있다. 바꾸어 말하면, 앞에서 가족계획사업 활동을 수요창출활동, 서비스 공급활동, 사업관리 활동으로 분류하였는데, 우리나라의 경우는 이중에서 자녀수요 감소 및 소자녀관 형성을 위한 홍보계몽활동이 거의 사라지게 되었지만 대만의 경우는 오·벽지주민 등 일부계층의 출산율이 여전히 높다는 판단하에 이들에 대한 출산억제 노력을 가족복지 차원에서 계속하고 있기 때문에 과거 전국민을 대상으로 하던 시기에 비해서는 그 활동의 규모가 작아지기는 하였지

만 여전히 가족계획 수요창출 활동 및 피임보급 증대를 위한 노력은 존재한다고 할 수 있다.

불임수술 보급과 관련하여서도, 오늘날 우리나라는 전반적인 피임보급 예산의 축소와 함께 저소득층을 주로하여 불임수술을 보급하고 있다. 그러나 대만은 보급량을 축소하기는 하였으나 유전보건사업과 연계하여 유전이상자에 대해 불임수술을 보급하는 등 새로운 불임수술 보급대상을 찾아내고 있으며, 불임수술의 질을 향상시키기 위해 시술의사에 대한 교육도 강화하고 있다. 이와 아울러 오·벽지 지역에 대해서는 불임수술 보급망을 확충하고 있다.

대만 신가족계획사업에서 높은 비중을 차지하고 있는 또하나의 사업은 종래 까지 상대적으로 배려가 미흡했던 정신지체·질환자, 장애인 등 특수계층을 발견해 내고 이들에게 피임서비스를 제공해 주는 것이다. 이와 아울러, 일본, 한국, 싱가포르 등 주변국에 비해 월등히 높은 출산율을 보이고 있는 15-19세 부인층도 주요 사업활동 대상의 하나이다. 어린 연령층에서의 출산은 산모나 자녀의 건강 측면에서 바람직하지 못하다는 점을 고려하여 이들에 대한 피임보급노력의 강화 및 조기결혼·출산 방지를 위한 홍보교육활동을 전개하고 있다. 저연령층의 출산 뿐만 아니라 고연령층 부인의 출산억제를 위해서도 피임보급 및 홍보활동을 강화하고 있다. 유전보건사업과 관련하여 고연령층 부인의 선천성기형아 출산을 예방하기 위해 유전검진·상담 및 불임수술 서비스를 제공하고 있다.

대만 신가족계획사업의 또하나의 특징은 광의의 가족계획 개념을 도입했다는 것이다. 가족계획이란 개인 가정의 여건에 따라 적절한 자녀의 수를 결정하고 이 자녀수를 실패없이 가지도록 하는 것이라는 넓은 의미의 가족계획 차원에서, 자녀를 가지고 싶어도 불임증으로 인해 자녀를 가지지 못하는 부부들에 대해 상담 및 관리 서비스를 제공하고 있다. 이와 같이 대만의 가족계획사업은 사업규모 및 활동영역의 측면에서 새로운 문제점 및 정책수요의 파악, 이에 따른 사업과제의 설정, 유전보건사업 등 타보건사업과의 연계를 통해 그 활동영역을 점차 다변화해가고 있다. 대만의 사회·인구적인 배경이 우리나라와 다르기 때문에 대만가족계획사업이 현재 설정하고 있는 과제가 우리나라에도 그대로 적용될 수 있다고 할 수는 없

으나, 우리나라도 나름대로의 새로운 문제점 파악 및 사업과제·내용 설정을 위한 노력이 강화되어야 할 것이다.

## 라. 가족계획사업의 방향 및 목표

개발도상국에 있어서 가족계획사업은 서구 선진국에서와 같이 근대화된 시민사회에서 자생적으로 발전해 나간 민간운동으로서의 형태가 아니라 국가적 차원에서 인구문제의 해결을 위한 국가사업이라는 데 그 특징이 있다. 가족계획은 개인적 차원의 의사결정에 관한 것이다. 그러나 개발도상국들에 있어서의 가족계획사업은 인구증가억제라는 국가적 목표를 달성하기 위한 하나의 정책수단으로 이용되어 왔다. 그렇지만 개인의 자유선택에 바탕을 둔 가족계획을 국가가 이용해 왔다고 해서 그것이 반드시 개인의 자유로운 출산의식·행태에 관한 침해나 간섭만으로 파악될 수는 없다. 그것은 인구팽창이라는 국가적 문제의 해소는 결국 개인과 가정의 복지증진으로 귀결되는 것이기 때문에 인구증가 억제라는 공통적 목표를 위해 국민적 합의하에 일정한 방향으로 출산행태를 조정해 나간다는 차원에서 이해되어야 할 것이다. 특히 개발초기단계에 있는 개발도상국들의 경우 높은 인구증가와 노동력의 초과공급으로 인해, 증가되는 인구가 생산수준을 제고하기 위한 취업인력으로 흡수되지 못하고 소비인구로 남게 되어 경제발전을 저해하고 국민생활수준의 향상을 어렵게 하는 요인이 된다. 우리나라나 대만, 싱가포르 등도 예외는 아니어서 가족계획사업에 착수할 당시에는 경제적으로, 사회적으로 어려운 상황에 처해 있었기 때문에 경제개발을 통한 국가부흥을 위해서는 당시 높은 증가율로 성장하던 인구를 억제하는 것이 시급한 국가적 과제였다.

이러한 맥락하에 시작된 한국, 대만, 싱가포르의 가족계획사업은 당연히 그 일차적 목표를 출산율 저하 및 인구증가율의 억제로 하였다. 그뒤 이 3개국은 경제개발에도 성공하였을 뿐만 아니라 싱가포르의 경우는 가족계획사업을 실시한 이후 약 10여년만에, 우리나라와 대만의 경우는 약 20-25년만에 출산율이 대치수준에 도달하게 되었다. 대치수준에 도달한 후 10여년 동안 싱가포르는 그 대치수준의 출산율을 유지하기 위한 노력을 기

울여 왔다. 그러나 출산율은 계속 하락하여 1986년에는 합계출산율이 1.4로까지 하락하였다. 이에 1987년부터 종래까지의 출산억제를 포기하고 출산장려책으로 전환하여 오늘에 이르고 있다. 싱가포르가 출산장려로 전환하게 된 것은 저출산으로 인한 인구노령화와 노동인력이나 국방인력 등 국가운영에 필요한 절대소요인력의 부족 가능성에 대한 우려 때문이었다. 그러나 이것은 총 인구규모가 매우 작은 싱가포르만의 특수한 여건이라 할 수 있다. 다시 말해, 싱가포르는 인구규모가 매우 작기 때문에 출산율이 일정수준 이하로 낮아질 경우 출산아 수나 인구증가규모가 현저히 줄어들어 국가운영에 필요한 최소한의 기초인력마저 충분히 공급치 못하는 상황이 올 가능성도 있다는 것이다. 그러나 총인구규모가 비교적 큰 국가에서는 출산율이 극단적으로 낮지 않는 한 이러한 상황은 발생하기 어렵다.

이러한 측면에서 싱가포르가 출산장려로 전환할 때와 같은 기준·동기로서는 우리나라나 대만의 출산조절정책의 방향을 판단하기에는 적합하지 않다. 모든 국가에 적용되는 사항이기는 하겠지만, 우리나라와 대만은 적어도 출산 및 인구목표에 관한 한 앞으로의 장기적인 인구변화, 그로 인한 사회·경제적인 영향이 종합적으로 고려되어야 할 것이다. 대만의 경우 출산목표에 관한 한 현재 관망하는 입장에 있는 것으로 보인다. 일부에서는 순재생산율이 1로까지 상승되어야 한다는 주장을 제기하기도 하였다. 그러나 현재 시행되고 있는 신가족계획사업에서는 인구증가율 목표를 '합리적인 수준의 유지'로 설정해 두고 있다. 그러나 인구증가율 목표를 합리적인 수준의 유지라는 말로 표현하고 있어서, 합리적인 수준의 기준이 무엇인지 명확치는 않으나, 현재 추진하고 있는 가족계획사업 활동중에서 추가적인 출산율의 저하나 반대로 출산을 장려하기 위한 내용은 없는 것으로 보아 종래까지의 출산억제 노력을 철회한 상태에서 출산율의 추세를 관망하고 있는 것으로 판단된다.

이와 같이 출산목표에 있어서는 관망하는 입장에 있으나, 출산조절을 제외한 가족계획사업의 여타 목표·기능과 관련하여서는 모자보건, 유전보건과의 연계 등 사업영역의 다변화를 위해 많은 노력을 기울이고 있다. 장애인, 고출산 오·벽지주민 등 특수계층의 피임수용 충족, 저연령층의 출산 및 선천성기형아 출현율이 높은 고연령층 출산의 억제, 유전보건 및 인구

자질 측면에서의 불임수술 보급, 청소년에 대한 성교육, 불원임신 및 인공임신중절 예방, 미혼층에까지 피임상담 및 피임방법의 제공, 불임증부부에 대한 서비스 제공, 성인병 및 B형간염 검진활동과의 통합 등 그 활동내용을 다변화하였다. 이러한 활동들의 궁극적인 목표는 모자보건 증진, 인구자질 향상, 가족복지 증진으로 모아지지만, 문제는 이러한 목표를 위해 얼마만큼 새로운 사업과제를 찾아내고 이를 위한 사업전략을 개발해 내느냐이다.

우리나라 가족계획사업도 더이상 출산억제를 목표로 하지 않는다. 이로 인해 정부 피임보급량을 대폭 축소하였다. 이러한 정부 피임보급량의 감소로 인해 불임수술 수용률은 점차 감소하는 반면 일시적 피임방법의 수용은 점차 증가할 것으로 예상된다. 과거 연 20-30만건 가량 보급되던 정부지원 불임수술이 1993년에 41,400건으로 감소한 상태에서 약 16-26만건의 감소분이 자율적인 불임수술 수용의 증대에 의해 상쇄될 수 있을 것으로 기대하기는 어렵다. 따라서 불임수술로 흡수되지 못하는 부분이 일시적 피임방법으로 옮겨갈 것으로 예상된다는 것이다. 불임수술 수용률이 높아지는 것이 바람직한지 혹은 낮아지는 것이 바람직한지는 판단하기 곤란하지만, 일시적 피임방법의 증대는 전반적으로 피임실패 임신이나 이로 인한 인공임신중절의 증가를 가져올 가능성이 있다. 따라서 이러한 상황이 예상되는 만큼, 피임에 대한 정확한 지식·정보를 제공해 주기 위한 교육프로그램이 보다 체계적으로 개발되어야 할 것이다.

불임수술, 자궁내장치, 콘돔, 먹는 피임약 등 피임방법의 경우에는 시장경제원리에 의한 수요와 공급의 원칙이 적용될 수 있다 손치더라도, 가족계획에 대한 교육서비스는 구입과 판매라는 시장경제원리가 적용되기 어려운 측면이 있다. 따라서 국민생활에 없어서는 안될 기본적인 사항들이 민간의 자체적인 공급기능에 의해 충족될 수 없을 경우 정부가 개입하여 그 수요를 충족시켜 주기 위한 활동을 하는 것은 복지국가 구현을 이념으로 삼고 있는 국가에서는 당연한 일이라 할 수 있다. 이러한 관점에서, 가족계획 교육활동과 관련한 정부역할의 중요성을 충분히 인식하여 가족계획 상담·교육활동의 정책적 우선순위를 높여야 할 것이며, 체계화되고 가시화된 구체적인 교육활동이 미흡한 실정인 만큼 대상자에 대한 다양한 접근방

법 및 프로그램의 개발, 적극적인 예산의 투입이 있어야 할 것이다.

대만의 가족계획사업에서는 불임증 부부에 대한 상담 및 관리 서비스를 제공하고 있다. 이것은 앞에서 언급된 바와 같이 넓은 의미의 가족계획 개념을 도입한 것인데, 우리나라의 경우에 정부가 지원하고 있는 불임복원수술 서비스도 이러한 광의의 가족계획 개념과 부합한다고 볼 수 있다. 우리나라는 현재 정부보급 불임수술을 받은 자중에서 한자녀만을 두고 있다가 그 자녀가 사망한 경우에 복원수술을 정부에서 지원해 주고 있다. 이것은 정부가 보급한 불임수술의 사후관리라는 측면에서 이루어지고 있으나 넓은 관점에서 보면 위와 같은 광의의 가족계획 개념의 범주에 속하는 활동이라 할 수 있다. 그러나 불임시술비중 사후관리비 명목으로 일정액을 공제하여 대한불임시술관리협회에 적립해 두었다가 그 적립금으로 복원수술비와 부작용에 따른 사후관리비를 지원하게 되어 있기 때문에, 최근 정부의 불임보급물량이 대폭 감소하면서 적립금의 규모가 작아져 사후관리비와 복원수술비 소요액을 충당해 내지 못하고 있다. 따라서 사후관리의 개선, 더나아가 서비스의 질 향상이라는 차원에서도 정부예산상의 지원을 통해서 부작용에 대한 치료와 복원시술을 받는 데 불편함이 생기지 않도록 해야 할 것이다.

현재 우리나라는 가족계획사업의 방향·목표를 ① 자율적인 피임실천의식의 제고, ② 수용자중심의 피임서비스 제공, ③ 사후관리의 질 개선, ④ 피임실패임신 및 인공임신중절 예방, ⑤ 남성피임 실천의식의 제고, ⑥ 타 보건사업과의 연계추진, ⑦ 청소년에 대한 성교육 강화, ⑧ 지역실정에 맞는 특수시책의 개발 등으로 설정하고 있다. 이와 같은 목표가 추구하는 전체적인 방향은 모자보건 증진과 가족복지의 증진이며, 이것은 일본이나 선진국의 가족계획사업이 추구하는 바라 할 수 있다. 물론, 후진국이나 개발도상국들의 가족계획사업이라고 해서 이러한 목표를 추구하지 않는 것은 아니지만 그 일차적인 목표는 출산율의 저하에 있기 때문에 이들은 2차적인 부수적 목표로 취급되고 있을 뿐이다. 우리나라와 대만의 경우도 1980년대까지는 이와 같은 형태의 가족계획사업을 추진하여 왔으나 1990년대에 들어 사업추진방향을 전환하게 된 것이다. 그러나 이와 같이 사업방향이 전환되고 난 후 국내에서도 가족계획사업의 중요성에 대한 인식이 점차 약

화되는 경향을 보이고 있는 것도 사실이다. 그러나 가족계획은 모자보건사업, 인구자질향상책의 기초부분을 형성하는 필수적인 사항이라 할 수 있다. 적절한 터울조절을 통한 모자보건증진, 인공임신중절예방을 통한 모성건강의 보호라는 모자보건상의 목표를 위해서는 가족계획의 올바른 실천이 그 출발점이 되며, 대만에서와 같이 유전보건사업을 통한 인구자질의 향상을 도모하기 위해서는 유전이상자들의 피임실천이 그 밑바탕이 되는 것이다. 이러한 관점에서 결국 가족계획사업의 의의는 과거 못지 않게 여전히 큰 비중을 차지하고 있다고 해야 할 것이다.

## 4. 결론

가. 대치수준보다 크게 낮은 출산율이 그대로 지속된다면 인구는 일정시점을 지나면 마이너스 성장으로 반전할 것이며, 인구구조는 젊은 인구의 비율이 계속 낮아지는 고령화 양상이 심화될 것이다.

나. 우리나라보다 20여년 앞서 저출산에 도달한 선진국의 경험에서 보면 일단 낮아진 출산율이 다시 상승세로 반전하는 경우는 찾을 수 없다. 특히 불란서, 스웨덴 등 출산장려책을 수용하는 경우에 있어서도 출산율의 상승을 실현하지 못하고 있다.

다. 국가단위의 적정인구수준은 정치, 경제, 사회, 문화, 과학기술 등 제반여건의 시각에 따라 서로 달리할 수 있는 것이기 때문에 그 절대적인 수치는 제시할 수 없다지만 인구학적 측면에서 본다면 장기적인 인구 구조상의 안정을 도모하는 것이 가장 바람직할 것이다.

라. 우리나라를 비롯한 상기 저출산 선진공업국들은 1960년대 고출산에서 대치수준이하의 저출산으로 인구전환을 이룩하는데 소요된 기간이 4반세기에 불과하므로 100여년이 소요된 선진국에 비해 인구구조상의 급변이 수반되고 이러한 구조상의 급변은 장기적으로 연소인구, 경제활동인구, 노령인구 등의 변화에 따른 교육, 인력수급, 보건의료, 부양부담 등 국가사회적 충격을 심화시킬 것으로 예상된다.

마. 저출산에 도달한 여러나라의 대체적인 현상을 토대로 해서 본다면, 주로 출산장려를 위하여 시행하고 있는 정책내용은 출산과 관련된 출산유급휴가(아버지까지 포함된 경우도 있음), 출산후 자녀양육을 위한 휴직제, 출산수당 등이 있고, 자녀와 관련된 것으로 육아실 운영(종일보호), 병든 아이의 간호를 위한 유급휴가, 자녀 출생수당 및 복지수당, 일정 연령에 이르기까지 출생보조금 지급 등의 내용이 포함되어 있으며, 가족과 관련된 가족수당, 세금감면, 주택 및 교육에 대한 정부보조, 주택자금 대부, 대가족을 위한 저율의 대부, 다자녀 가족을 위한 주택구조 개선 등이 있으며, 그 외에 여성지위 향상정책, 신혼부부를 대상으로 한 융자제도 등의 내용을 포함하고 있다.

바. 저출산 국가의 출산율 변동을 보면 출산율이 급격히 저하된 국가가 상당수 있으나 반대로 출산율이 급격하게 증가된 국가는 없다. 우리나라도 출산율이 급격히 저하된 국가중의 하나로, 향후 출산율의 급격한 증가를 예상하기는 어렵다.

사. 1989년의 출산수준에 대한 각국의 견해는 31개 저출산국중 약 2/3는 만족하고 있으며, 약 1/3은 '너무 낮다'고 생각하고 있다. 우리나라의 경우는 과거의 높다는 쪽에서 만족하는 쪽으로 변하였다. 이제 우리나라도 전반적인 사회분위기가 현재의 출산수준에서 출산억제적 정부가족계획사업의 지속은 필요 없는 것으로 간주하는 것 같다. 그러나 광의의 가족계획은 출산억제만을 위한 것은 아니다. 그 때문에 저출산 국가일지라도 피임사용을 제한하는 경우는 하나도 없으며, 오히려 현재의 출산수준(1989)에 만족하고 있는 21개의 저출산 국가중 16개국이 직접적인 피임보급지원을 하고 있고, 4개국이 간접지원을, 그리고 1개국만이 지원을 실시하지 않고 있다. 또한 '너무 낮다'고 생각하는 10개 국가들 중에서도 5개국이 직접지원을, 3개국이 간접지원을, 그리고 2개국만이 지원이 없다. 이와 같이 저출산 국가의 피임지원은 출산억제와 관계없이 사회복지 측면에서 지원되고 있다고 할 수 있다.

아. 저출산 선진제국의 전반적인 인구사업 내용에서나 우리와 유사한 문화권의 일본 및 아시아 신흥공업국의 현행 인구정책 내용에서도 가족계획 계몽교육이나 피임보급 프로그램의 성격이 출산억제 요소를 띄고 있는 경우는 추호도 찾아볼 수 없다. 반대로 구체적인 출산장려를 노골화하는 경우는 구라파의 몇개국, 그리고 아시아에서는 싱가포르 정도가 있을 뿐이다. 미국이나 일본도 출산장려나 억제가 정책잇슈로 구체화되어 있지 않고, 출산행위를 개인의 요구와 사정에 맞게 전적으로 개인의 책임에 맡겨 두는 양상일 뿐 필요한 교육, 지도, 상담, 피임서비스 등이 불편없이 적기에 미칠 수 있도록 한다는 데 인구정책의 기본방향이 정립되어 있는 것으로 판단된다.

자. 우리나라는 출산억제를 위해 실시된 2자녀 이하 불임수술 수용자에 대한 사회지원시책 강화(생업자금 우선융자, 복지주택자금 우선융자, 영세민에 대한 특별생계보조금 지급, 불임수술 수용자 자녀 1차 진료 무료실시), 의료보험급여 대상에 불임수술 포함, 근로기준법 개정시 여성근로자의 유급출산휴가 제한(3자녀 이상 출산시 무급휴가), 의료보험 피부양자의 범위에 출가한 여성의 직계존속 포함, 중장기 복지주택자금 융자시 1자녀 불임수술수용(34세 이하)가정에 우대제도 시행, 한자녀 단산가정에 분만비 무료혜택, 단산가정인 경우 자궁내장치 무료시술 등 피임확대를 위한 사회지원정책이 아직도 제도화된 상태로 존속되고 있다.

차. 인구란 균형된 구조하에서 출산율이 계속 대치수준으로 유지될 때 가장 안정된 모습이 될 수 있다. 다시 말해서 인구는 절대적 수의 팽창이나 축소의 불가피한 입장이 아니라면 가급적 대치수준의 출산율에 가까이 접근하는 범위내에서 유지되는 것이 바람직하다. 따라서 우리나라의 경우도 1988년 이래 지속되고 있는 저출산 수준을 고려할 때 기존 인구정책에서 이미 출산억제 목적으로부터 피임서비스 개선 등 질적 사업으로 방향전환을 했던 것을 바탕으로 하여, 2000년대를 향하고 있는 우리의 인구정책은 인구자질 및 국민복지 향상 차원에서 추진되어야 할 것이다.

카. 정책대안

1) 출산억제로부터 인구자질 향상으로 정책방향이 전환됨에 따라 종래에 피임보급 확대를 위하여 적극적으로 개발되어 적용되어 왔던 사업은 사업내용 가운데 출산억제 지향적인 요소는 모두 제거토록 정비해 나가야 한다.

- 사회지원시책으로서의 피임수용 유인을 위한 규제 또는 보상제도는 철폐토록 한다.(예 : 근로소득공제 대상의 2자녀 제한, 취약계층 불임수용 보상대상의 자녀수 제한 등)
- 성비불균형 현상의 완화대책과 관련하여 일부 상존하고 있는 남아선호 경향을 불식시키기 위한 지원시책은 더욱 강화·발전시켜 나가도록 한다.(예 : 여권신장을 위한 여성의 고용기회 확대, 성별 임금수준 격차 해소 등)
- 홍보 및 계몽교육 내용에서 소자녀를 유인하거나 지나치게 피임을 촉진하는 사항은 삭제한다.(예 : 과잉인구에 대한 지나친 공포유도, 한자녀 운동 등)

2) 근원적으로 가족계획사업은 건전한 모성육성 및 건강한 자녀양육에 의한 인구자질 향상을 목표로 계몽교육과 피임서비스를 조화롭게 발전시켜 나가야 한다.

- 저소득층에 대한 피임서비스를 적극화하고 사전지도, 사후관리 등의 철저한 이행으로 피임의 실패 또는 부작용을 방지하는 데 중점적인 서비스가 이루어지도록 해야 한다.
- 특히 취약계층에 대해서는 방문지도 등 적극적인 지도방법을 집중적으로 체계화하여 피임지식, 생식건강, 질병예방 및 전반적인 모성건강과 지도에 주력토록 해야 할 것이다.
- 청소년에 대한 성교육, 생식교육, 피임 및 육체적·정서적 건강관리를 위한 조치 등이 학교교육으로부터 출발하여 사업장, 보건소 및 민간단체 등을 통한 혼전교실, 신혼교실 등으로 연결되도록 체계화하여 건전한 생식활동에 대비토록 해야 한다.
- 어머니 교실을 통한 지역사회 활동으로 피임 및 출산과 육아

등 일련의 지도를 강화하는 동시에 상담 서비스도 활성화시켜 나가야 한다.

- 20세 미만의 저연령층 출산이나 35세 이후의 고령출산 등 모자보건 및 우생학적으로 열악한 상황의 발생을 극소화하기 위한 노력으로 조혼, 만혼, 또는 혼전출산 등의 방지를 위한 특수계몽교육 프로그램을 개발 보급해야 한다.
- 보건조직을 통한 유전상담 클리닉 설치·운영의 단계적 개발로 단순한 피임, 건강지도 수준을 넘어서 선천적 유전상담, 산전 유전검진 및 이와 관련한 피임 및 인공임신중절 서비스의 적극적인 연계 등이 발전되어야 한다.
- 불임여성들에 대해서도 적극적 지도를 위한 상담 서비스를 체계화하여 전문 클리닉과 연결시킴으로써 건전모성육성 차원의 정부 프로그램을 추진토록 해야 할 것이다.
- 혼전건강 검진을 제도화하는 프로그램을 개발하고 선천성 기형아 출산의 위험이 있는 경우에 피임상담 및 임신중절 지도를 실시해야 한다.
- 현행중인 선천성대사이상검사를 모든 신생아에게 확대할 수 있도록 방안을 강구하여 실현해 나가도록 해야 한다. 정부의 지원을 줄이고 자비부담에 의해서 자발적으로 실시할 수 있는 수준으로 어머니들의 이해를 촉구하는 교육이 병행되어야 할 것이다.

3) 정부 피임보급을 축소해 온 데 반해 지금까지 사업의 질적 향상에 구체적인 노력이 거의 부재했음을 돌이켜 볼 때 정부의 서비스 기능을 다양하게 개발하고 기존자원의 효율적 활용을 도모해야 한다.

- 대한가족계획협회와 대한불임시술관리협회 등 민간단체의 기능을 재개발 확대하는 데 정부의 적극적 투자가 있어야 할 것이며, 정부조직 체계에서는 어려운 특수 프로그램을 담당하게 함으로써 질적 사업 발전에 기여토록 지원해야 할 것이다.
- 보건요원의 기능은 과거의 피임보급 위주에서 올바른 피임지식 보급 및 지도를 위한 보건교육 기능위주로 개발토록 한다.

4) 이상과 같이 출산 및 건전한 모성육성과 직접 관련된 사업개발 및 서비스개선 외에, 앞으로 사회·경제적 변천에 대응하기 위하여 지난 30여년간의 출산정책의 영역을 벗어나서 국민복지 차원의 인구정책의 새로운 장을 열어 21세기를 대비해야 할 것이다.

- 점진적으로 다가오는 고령화 사회에 대비하여 노인문제를 비롯한 경제적·사회적 장기 대응책 개발에 보다 적극적 조치가 요구된다. 특히 이혼, 미혼모, 기아, 입양 등 가족복지 측면의 사회적 문제성의 심화를 방지하기 위한 종합적 대응책을 개발해야 한다.

5) 장기에 걸쳐 많은 관심과 노력에도 불구하고 거의 실효를 거두지 못했던 인구의 대도시집중 현상을 완화하기 위해 인구이동정책에 대한 체계적인 노력이 요구되고, 앞으로 남북통일에 대비한 인구이동 대응방안 마련에도 관심을 기울여야 할 것이다.

# Ⅱ. 21세기를 향한 가족계획사업의 새로운 접근방안

## (모자보건, 청소년 성교육 및 성상담 시범사업 중심)

이 양 재*

## 1. 배경

1960년대초 3%였던 인구증가율이 1988년말 정부의 신인구추계에서 1%미만으로 둔화된 것으로 발표되면서 한국의 가족계획사업은 이미 성공된 것으로 인식하는 풍조가 정치인이나 정부관료 그리고 일부 국민 사이에 조성되어 가족계획사업의 향방이 기로에 서게 되었다.

가협에서는 그 시점이 가족계획사업의 궤도 수정 단계임을 간파하고 그 방향수립의 작업을 추진하고 있다. 한편 국제가족계획연맹에서는 국가사정이 다른 4개의 모형을 설정하고 각기 처한 상황에서 가족계획협회의 진로설정을 위한 전략적 계획수립과 그 계획추진을 위한 시범사업을 특정국가에서 실시키로 하는 방침을 제시하였다. 그중 우리나라는 정부와 민간단체인 가협이 긴밀한 협력으로 가족계획사업을 적극적으로 추진하여 인구증가율 둔화에 성공한 유형의 나라로 선정되었다.

따라서 우리 협회는 국제가족계획연맹의 특별지원을 받아 미래지향적인 사업방향 설정을 위한 작업의 일환으로 1990년 9월 5 - 6일에 정치인, 정부관료, 관계기관 인사 및 가협임직원 등 72명이 한자리에 모여, 향후 가족계획사업의 방향과 가협의 전략개발을 위한 세미나를 하

---

* 대한가족계획협회 시범사업추진단장

였다. 여기에서는 인구의 양적측면 가족계획사업은 정지인구 달성시기까지 계속하되 이제부터는 인구의 자질향상을 위한 가족계획사업으로 내용을 보강·강화해야 하며, 그 우선순위는 모자보건사업과 청소년성교육 및 성상담사업으로 하는데 합의하였다. 이에 따라 우리협회는 1990년에 "2000년대를 향한 전략적 계획"을 수립하고 합의된 우선순위사업의 모형개발을 위한 시범사업을 1991년 10월부터 착수하게 되었다.

## 2. 사업체계

이 시범사업을 위하여 사무국에는 1991년 10월 15일부로 본부에 시범사업추진단을 설치하고, 해당지부에는 1992년 1월 1일부로 사업소를 설치하는 동시에 활동영역별로 담당(모자보건, 청소년 성교육, 상담실 운영) 직원을 사업지역에 배치하였다.

한편 이 사업의 원활한 추진과 지역별 협력체계를 구축하기 위하여 본부에는 시범사업 중앙운영위원회(9명), 지부에는 시범사업지부 추진위원회(2지역 28명), 그리고 사업지역에는 지역사업후원회(2지역 33명)를 구성하고 운영하였다.

## 3. 사업인력

| | | | 1992 | 1993 | 1994 |
|---|---|---|---|---|---|
| 자원 지도자 | 중앙운영위 | | 9명 | 9명 | 9명 |
| | 지부추진위 | | 28명 | 28명 | - |
| | 지역후원회 | | 34명 | 32명 | - |
| 직원 | 중앙추진단 | | 4명 | 3명 | 2(1)명* |
| | 지부 사업소 | 2개 지부 | 4명 | 4명 | - |
| | | 2개 지역 | 6명 | 6명 | - |

* ( ) 인원은 한시 인원임.

## 4. 시범사업 영역 및 실시형태

향후 가족계획사업의 방향전환을 위한 1단계 사업으로 모자보건사업과 청소년 성교육·성상담사업을 시범적으로 2개 지역 즉, 농촌지역(경기도 안성군 6개 읍·면)과 도시지역 (충청북도 청주시 1개 동 및 공단)에서 실시하였다.

사업지역내 활동근거지를 농촌지역의 경우는 안성군 보건소로 하고 실질적으로 보건소와 합동으로 사업을 추진하였으며, 도시지역의 경우는 가협충북지부에 사업소를 설치하고 가협주도로 사업을 실시하였다.

## 5. 사업지역 현황 (1991. 12. 현재)

| 행정구역 | 경기도 안성군 | 충청북도 청주시 |
|---|---|---|
| 거리 | 서울기점 98Km | 서울기점 121Km |
| 소요시간 | 1시간 | 1시간 10분 |
| 사업지역 | 13개읍·면중 6개읍·면 | 1개동 1개 공업단지 |
| 면적 | 251.28$Km^2$ | 6.73$Km^2$ |
| 가구수 | 18,083 | 4,365 |
| 인구수 | 74,066 | 16,867 |
| 남자 | 37,557 | 7,072 |
| 여자 | 36,509 | 9,795 |
| 유배우가임여성수 | 7,600 | 2,563 |
| 임부 | 310 | |
| 임산부 | 785 | 290 |
| 영유아 | 5,802 | 1,518 |

| 행정구역 | 경기도 안성군 | 충청북도 청주시 |
|---|---|---|
| 청소년 | 11,400 | 17,579 |
| 산업장 | 1,731 | 14,336 |
| 방임 | 202 | 100 |
| 중학교 | 4,139(5개교) | 626(1개교) |
| 고등학교 | 5,328(5개교) | 2,517(2개교) |

# 6. 모자보건사업

## 가. 목적

1) 모자보건사업에 대한 사회적 관심도 제고
2) 정확한 피임지식 증진으로 원치 않는 임신과 인공임신중절 예방
3) 산전·산후 정기검진율 증대
4) 자발적인 자궁암 검진율 제고
5) 영유아 예방접종률 증대 및 선천성대사이상검사 참여율 증대
6) 모유 수유율 증대
7) 훈련된 모자보건 자원봉사자수 증대

## 나. 기대결과

1) 산전 정기검진회수 8회로 증대 (전국 평균 3.4회)
2) 합계인공임신중절률 1이하로 감소 (전국 평균 1.6 )
3) 자궁암 검진율 90%이상으로 증가
4) 지역사회 여성조직의 모자보건사업 활동강화
5) 영유아의 결핵, DPT, 소아마비, MMR 예방접종률 100%

## 다. 시범사업목표

1) 새로운 접근방법 개발
2) 현행제도 개선 및 개발
3) 유관기관, 단체간의 효율적인 연계체계 개발
4) 지역사회 자율사업화 방법개발

## 라. 대상인구 (1991. 12. 현재)

| | 안 성 | 청 주 | 계 |
|---|---|---|---|
| 여성인구 | 36,509 | 9,795 | 46,304 |
| 유배우가임여성 | 7,600 | 2,563 | 10,163 |
| 임산부 | 785 | 290 | 1,075 |
| 영유아 | 5,802 | 1,518 | 7,320 |

## 마. 투입된 활동 및 실적

### 1) 투입된 활동

(1) 지역내의 대상자(임산부, 출생아, 영유아)를 최대한으로 파악하는 활동
(2) 지역별 임부의 산전검진 여부 및 예정일을 일견할 수 있는 명부화된 대상자관리대장 개발 활용
(3) 산전정기검진율 증대를 위한 통신(서신 또는 전화)지도 실시
(4) 산전·산후 검진여부 확인을 위한 봉함엽서 활용
(5) 임산부들에게 모자보건 수첩보급
(6) 임신등록과 산전정기검진 촉진을 위한 홍보캠페인 실시
(7) 대상자 근접거리 임산부교육(모자건강교육) 실시
(8) 어머니 자원봉사인력 확보 및 활용

(9) 모자보건이동검진 실시
(10) 교육자료지원 및 활용
(11) 모자보건상담활동 (상담자원봉사자 활용)

### 2) 활동실적

| | | 1992 | 1993 | 계/평균 |
|---|---|---|---|---|
| (1) 대상자 파악 | | 9개월 | 12개월 | 21개월 |
| 출생아수 | | 766 | 1,499 | 2,265 |
| 안성 | | 582 | 1,190 | 1,772 |
| 청주 | | 184 | 309 | 493 |
| (2) 대상자 등록관리 | 임부등록 | 521 | 728 | 1,249 |
| | 안성 | 375 | 414 | 789 |
| | 청주 | 146 | 314 | 460 |
| | 산부등록 | 266 | 392 | 658 |
| | 안성 | 266 | 392 | 658 |
| | 청주 | - | - | - |
| | 영유아 등록 | 889 | 1,055 | 1,944 |
| | 안성 | 686 | 800 | 1,486 |
| | 청주 | 203 | 255 | 458 |
| (3) 산전정기 검진율 제고 | 통신지도 (월평균) | 607.9회 | 366.1회 | 469.7회 |
| | 안성 | 121.1회 | 187.8회 | 159.2회 |
| | 청주 | 486.8회 | 178.3회 | 310.5회 |

| | | | 1992 | 1993 | 계/평균 |
|---|---|---|---|---|---|
| (3) 산전정기 검진율 제고 | | 봉함엽서 송부(매) | 3,488 | 1,084 | 4,572 |
| | | 안성 | 2,688 | 1,084 | 3,772 |
| | | 청주 | 800 | - | 800 |
| | | 봉함엽서 회수(매) | 304 | 793 | 1,097 |
| | | 안성 | 260 | 793 | 1,053 |
| | | 청주 | 44 | - | 44 |
| | | 모자보건 수첩보급 (부) | 770 | 698 | 1,468 |
| | | 안성 | 342 | 428 | 770 |
| | | 청주 | 428 | 270 | 698 |
| (4) 홍보 교육 | (가) 홍보 캠페인 | 실시회수 | - | 4회 | 4회 |
| | | 안성 | - | 2회 | 2회 |
| | | 청주 | - | 2회 | 2회 |
| | | 전단배부 | - | 4종/ 13,570매 | 4종/ 13,570매 |
| | | 안성 | - | 2종/ 6,000매 | 2종/ 6,000매 |
| | | 청주 | - | 2종/ 7,570매 | 2종/ 7,570매 |

| | | | | 1992 | 1993 | 계/평균 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (4) 홍보교육 | (가) 홍보 캠페인 | 전단배부 방법 | | 13,570매 | 13,570매 | 13,570매 |
| | | 가두 | | - | 4,900매 | 4,900매 |
| | | 통신 | | - | 8,670매 | 8,670매 |
| | | 주제 | 1차 | "임신하면 등록하고 검진받아 안전분만" | | |
| | | | 2차 | "안전분만 여권 발급안내" | | |
| | | 자원봉사자 참여 | | - | 168명 | 168명 |
| | | 안성 | | - | 138명 | 138명 |
| | | 청주 | | - | 30명 | 30명 |
| | (나) 임산부 교육 (모자 건강 교육) | 실시횟수 | | 73 | 124 | 197 |
| | | 안성 | | 44 | 85 | 129 |
| | | 청주 | | 29 | 39 | 68 |
| | | 참석 연인원 | | 1,061 | 2,142 | 3,203 |
| | | 안성 | | 511 | 1,524 | 2,035 |
| | | 청주 | | 550 | 618 | 1,168 |
| | | 실시장소 | 보건소/가협지부 | 10회 | 14회 | 24회 |
| | | | 안성 | 4회 | 11회 | 15회 |
| | | | 청주 | 6회 | 3회 | 9회 |

| | | | | 1992 | 1993 | 계/평균 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (4) 홍보교육 | (나) 임산부 교육 (모자 건강 교육) | 실시장소 | 마을/진료소 | 63회 | 110회 | 173회 |
| | | | 안성 | 40회 | 74회 | 114회 |
| | | | 청주 | 23회 | 36회 | 59회 |
| | (다) 어머니 자원 봉사회 구성 및 활용 | 인력확보 (신규) | | 47명 | 36명 | 83명 |
| | | | 안성 | 16명 | 36명 | 52명 |
| | | | 청주 | 31명 | - | 31명 |
| | | 교육 | | 1회 | 2회 | 3회 |
| | | | 안성 | 1회 | 1회 | 2회 |
| | | | 청주 | - | 1회 | 1회 |
| | | 회의 | | 3회 | 4회 | 7회 |
| | | | 안성 | 1회 | 2회 | 3회 |
| | | | 청주 | 2회 | 2회 | 4회 |
| (5) 모자보건 이동검진 | (가) 검진횟수 | | | 17회 | 24회 | 41회 |
| | 안성 | | | 16회 | 17회 | 33회 |
| | 청주 | | | 1회 | 7회 | 8회 |
| | (나) 검진인원 | | | 173명 | 1,275명 | 1,448명 |
| | 안성 | | | 133명 | 1,155명 | 1,288명 |
| | 청주 | | | 40명 | 120명 | 160명 |

| | | | 1992 | 1993 | 계/평균 |
|---|---|---|---|---|---|
| (5) 모자보건이동검진 | (다) 지역별 검진 내용 및 인원 | 안성 | 133 | 1,155 | 1,288 |
| | | 모성 | 9 | 209 | 218 |
| | | 영유아 | 5 | 422 | 427 |
| | | 피임시술 | 48 | 102 | 150 |
| | | 심장질환 | - | 27 | 27 |
| | | 자궁암 | 52 | 180 | 232 |
| | | 기타 | 19 | 215 | 234 |
| | | 청주 | 40 | 120 | 160 |
| | | 자궁암 | 40 | 120 | 160 |
| (6) 교육자료지원 | (가) 임산부 교육용 교재 (아기건강 엄마건강) | | 1,000부 | - | 1,000부 |
| | (나) 책임부모 교실 용교재 (자녀 성교육) | | 300부 | 500부 | 800부 |
| | (다) VTR Tape | | 70종 140개 | 11종 136개 | 81종 276개 |
| (7) 모자보건상담 | (가) 상담실 운영 | | 9개월 | 12개월 | 21개월 |
| | (나) 상담봉사자 확보(신규) | | 59명 | 7명 | 66명 |
| | 안성 | | 29명 | - | 29명 |
| | 청주 | | 30명 | 7명 | 37명 |

| | | 1992 | 1993 | 계/평균 |
|---|---|---|---|---|
| (7) 모자보건상담 | (다) 상담봉사 참여 연인원 | 409명 | 735명 | 1,144명 |
| | 안성 | 142명 | 460명 | 602명 |
| | 청주 | 267명 | 275명 | 542명 |
| | (라) 상담횟수 | 220회 | 701회 | 921회 |
| | 안성 | 45회 | 281회 | 326회 |
| | 청주 | 175회 | 420회 | 595회 |

## 바. 결과

1) 월평균 임부 등록인원이 증가됨 ('92년 대비 '93년 증가율이 2개 지역 평균 30.3%, 안성은 14.1%, 청주는 61.7% 증가)
2) 등록관리 임산부 비율이 증대됨 (연도별 출생아수대 등록임부 비율을 보면 안성의 경우 사업 전년도인 1991년에는 51.6%이었으나 '92년에는 62.4%, '93년에는 67.7%가 되었으며, 청주지역은 '92년에 52.1%,'93년에 101.6%로 됨).
3) 정부 모자보건센타 방문 산전검진 인원이 증가됨 (안성의 경우 1-3월 기간의 산전검진 인원은 시범사업 이전인 '92년의 경우 '91년에 비하여 24%가 감소하였으나 '93년에는 67%가 증가하였으며, 4-11월 동기간 대비의 경우 시범사업 이전인 '91년에 비해 '92년과 '93년에는 각각 45%와 116%가 증가하였음).
4) 모자보건 수첩 보급이 확대됨.
   (사업기간중 안성에서는 770명, 청주에서는 698명에게 보급)
5) 대상자 근접장소에서 실시한 임산부교육으로 주민들에게 더 많은 교육기회가 확대됨 (기존 방식인 보건소와 가협지부로 대상자를 소집하는 방법에 더하여 마을단위 또는 보건진료소 단위로

임산부 교육을 실시하여 안성은 보건소 회의실에서 실시한 15회(287명)이외에 마을단위에서 114회(1,748명), 청주에서는 지부 회의실에서 실시한 13회(400명)에 더하여 마을단위에서는 55회(768명)에 걸쳐 교육을 실시하여 시범사업 접근 방법이 투입됨으로써 총 169회(2,516명)의 교육접촉기회가 주민들에게 더 주어졌음).

6) 모자보건상담통로 개설홍보로 주민들의 상담건수가 증가됨 ('92년에는 2지역에서 월평균 24.4건이었던 것이 '93년에는 58.4건으로 123%가 증가하였으며, 안성에서는 5건에서 23.4건으로 368%, 청주에서는 19.4건에서 35건으로 80.4% 증가함).
7) 모자보건 상담내용의 지역적 차이를 확인함 (농촌지역인 안성에서는 피임, 산전관리, 일반건강, 영유아 관리, 산후관리의 순위였으며, 도시지역인 청주에서는 일반건강, 피임, 영유아 관리, 산전관리, 산후관리의 순위였음).
8) 모자보건 이동검진의 정기화에 따라 주민들의 이용도가 높아짐 (안성지역의 경우 '92년에는 부정기적으로 실시하였으나 사업이 정착화되면서 '93년부터는 매월 2째주 목요일로 정기화하면서 회별 검진인원수가 '92년에는 14.8명이었던 것이 '93년에는 115.5명으로 '92년 대비 '93년에는 680%가 증가함).

## 사. 성과

1) 대상자 근접 홍보교육 방법으로 주민들의 보건소사업에 대한 인식이 전환되어 보건소의 일반진료실 이용자수도 증가함 (안성군 보건소의 경우 시범사업 착수이전인 '91년에 비하여 시범사업 기간인 '93년에는 일반진료실 이용주민 실인원이 55%, 연인원이 125%, 내원자 1인당 진료회수는 4.4회에서 6.4회로 46%가 증가함).
2) 시범사업 합동실시 보건소(안성군)는 비참여 보건소(청주시)에 비하여 등록관리, 산전검진, 산후검진에서 큰 신장을 보였으며,

영유아 등록·관리, 영유아검진, 기본예방접종 사업에서도 비참여 보건소에서는 감소추세이나 합동실시 보건소에서는 양호한 상태를 보였음(비참여 보건소와 합동실시 보건소의 '91년 대비 '93년 증감비율을 보면 임산부 등록관리는 비참여 보건소의 4% 증가에 비하여 합동실시 보건소에서는 71% 증가, 산전검진인원 1% 감소에 반하여 116% 증가, 산후검진 21% 증가에 비하여 107%, 영유아 등록관리 6% 감소에 반하여 10%가 증가하였으며, 영유아검진과 기본예방접종 실적은 비참여 보건소에서 46%와 15%가 감소한 데 비하여 합동참여 보건소에서는 13%와 7%의 감소밖에 되지 않았음).

3) 안성군보건소의 모자보건센타가 '94년 이후에도 전국적으로 유일하게 존치 운영될 수 있도록 하는데 기여함 (연도별 1/4분기의 모자보건센타 실적을 보면 시범사업 이전인 '92년은 '91년에 비하여 모두 감소 - 임부등록 21%, 산부등록 64%, 영유아 등록 4%, 산전검진 26%, 산후검진 36%, 분만 32% 감소 - 하는 현상으로 시범사업이 착수되지 않았으면 위에서 지적한 비참여 보건소와 같이 하향 추세가 지속될 것으로 예상될 수 있었으나, 시범사업 기간인 93년에는 임부등록 10%, 산부등록 90%, 영유아 등록 1%, 산전검진 67%, 산후검진 72%, 분만 14%가 증가할 뿐 아니라 상승 추세임을 감안하여 여타지역 보건소에서는 모자보건센타 기능을 전환함에도 불구하고 안성군에서는 '94년 이후에도 현존 모자보건센타를 보강 운영키로 함).

4) 자궁암검진의 중요성이 지방정부나 주민들에게 인식되어 보건소를 통한 지방정부지원 검진건수와 자비부담 검진건수가 증대됨 (안성군 보건소의 경우 시범사업 이전인 '91년에 92건의 검진실적을 보였으나 '93년에는 1,172명이 검진을 받아 1,174%의 신장률을 보이고 있음).

5) 임신등록 시기가 빨라지고 임신월당 및 임신기간중의 산전검진 회수가 증가함 (임부등록 시기는 시범사업 착수년도인 '92년에는 평균 임신 6.17개월이었으나 '93년에는 5.32개월로 0.85개월

이 빨라졌고, 임신잔여 기간중의 월평균 검진회수는 기초조사시에 0.71회로 나타났으나 사업소에서 등록관리한 임부들의 경우는 '92년에는 1.1회, '93년에는 1.28회로 나타났음. 이로 미루어 볼 때 임부들의 산전검진 총회수는 시범사업 전에는 평균 7.1회, '92년에는 11회, '93년에는 12.8회로 증가한 것으로 추정됨).

6) 시범사업의 지역사회 자체 사업화 의도가 실현됨 (안성군 보건소는 전지역으로 확장실시, 가협 충북지부는 지부 자체사업으로 지속 추진키로 함).
7) 가협에 대한 외부의 지원 분위기를 조성함 (중앙정부로부터 모자보건수첩 제작보급 수임, 정부의 선천성대사이상검사 목표량 증대수임, 청주시의 가협 모자보건센타 운영비 증액지원과 유방암 검사사업 위탁).

# 7. 청소년 성교육 및 성상담사업

## 가. 목적

1) 지역사회 주민들의 관심도 제고
2) 청소년들의 성 및 가정생활 관련 지식제고와 계획임신 설계 태도형성
3) 성상담 및 서비스 기회 확대
4) 체계적인 성교육 자료 개발 보급
5) 청소년 성교육 지도자 양성
6) 혼전임신 및 인공임신중절 예방
7) 혼전 건강검진 활동 기반조성

## 나. 기대결과

1) 성행동에 대한 책임의식 제고
2) 생식생리 및 피임에 관한 지식수준 제고

3) 혼전 인공임신중절률 저하
4) 성문제 및 예방에 대한 사회적 관심도 제고
5) 양질의 성교육 기회 확대 및 활성화
6) 청소년들의 성문제 예방과 성고민 해소
7) 건전한 이성교제관 및 결혼관 정립

## 다. 시범사업 목표

1) 성교육 교재개발
2) 성교육 전문가 양성
3) 접근방법 개발
4) 유관기관,단체간의 효율적인 연계 체계 개발
5) 청소년 사업의 지역사회 자율화 방법 개발

## 라. 대상인구 (1991. 12. 현재)

| | 안 성 | 청 주 | 계 |
|---|---|---|---|
| 교외청소년 | 1,933 | 14,436 | 16,369 |
| 산업장 | 1,731 | 14,336 | 16,067 |
| 방 임 | 202 | 100 | 302 |
| 교내청소년 | 10개교/9,467 | 3개교/3,143 | 13개교/12,610 |
| 중학교 | 5개교/4,139 | 1개교/ 626 | 6개교/ 4,765 |
| 고 교 | 5개교/5,328 | 2개교/2,517 | 7개교/ 7,845 |

## 마. 투입된 활동 및 실적

### 1) 투입된 활동

가) 성교육·성상담전문가 양성훈련
나) 성교육 전문가 양성훈련 교재개발 및 활용
다) 성교육 전문가 회의
라) 청소년 지도자 회의
마) 책임부모교실 개최
바) 성문제예방 및 상담실 안내 홍보캠페인(현수막, 포스타, 전단)
사) 청소년대상 성교육 실시 (전문가 양성과정 수료자 활용)
아) 청소년 성상담실 운영 (상담자원봉사자 활용)
자) Youth클리닉 운영
차) 교육자료지원 및 활용
카) 성교육 시범학교 운영

### 2) 활동실적

| | 1992 | 1993 | 계 |
|---|---|---|---|
| **(1) 성교육·성상담 전문가 양성훈련** | | | |
| (가) 이론과정 훈련 (회수/인원) | 2/132 | - | 2/132 |
| 안성 | 1/73 | - | 1/73 |
| 청주 | 1/59 | - | 1/59 |
| (나) 실습과정 완료자 | 90 | - | 90 |
| 안성 | 53 | - | 50 |
| 청주 | 37 | - | 37 |
| (다) 심성개발 훈련 및 수료자 | - | 2/90 | 2/90 |

| | 1992 | 1993 | 계 |
|---|---|---|---|
| 안성 | - | 1/53 | 1/53 |
| 청주 | - | 1/37 | 1/37 |
| **(2) 성교육 전문가 자격증 수여** | | | |
| 지역별 | | | |
| 안성 | - | 53 | 53 |
| 사업지역내 | - | 45 | 45 |
| 사업지역외 | - | 8 | 8 |
| 청주 | - | 37 | 37 |
| 사업지역내 | - | 18 | 18 |
| 사업지역외 | - | 19 | 19 |
| 분야별 | | | |
| 안성 | - | 53 | 53 |
| 교사 | - | 25 | 25 |
| 일반 | - | 4 | 4 |
| 보건요원 | - | 16 | 16 |
| 가협직원 | - | 8 | 8 |
| 청주 | - | 38 | 38 |
| 교사 | - | 9 | 9 |
| 일반 | - | 8 | 8 |
| 보건요원 | - | 10 | 10 |
| 가협직원 | - | 10 | 10 |
| **(3) 성교육전문가 훈련 교재발간** | 700부 | 220부 | 920부 |
| 1차 (14과목, 합본) | 700부 | - | 700부 |
| 2차 (19과목, 별책) | - | 각 70부 | 각 70부 |
| 3차 (19과목, 합본) | - | 150부 | 150부 |
| **(4) 교재개발 전문가 회의** | 3회 | - | 3회 |

| | 1992 | 1993 | 계 |
|---|---|---|---|
| **(5) 청소년성교육실시** | 519회<br>/42,438명 | 625회<br>/39,874명 | 1,144회<br>/32,312명 |
| 안성 | 169회<br>/15,420명 | 369회<br>/21,171명 | 538회<br>/36,591명 |
| 산업장 | 11회<br>/588명 | 18회<br>/729명 | 29회<br>/1,317명 |
| 국 교 | 58회<br>/2,713명 | 117회<br>/6,405명 | 175회<br>/9,118명 |
| 중 교 | 12회<br>/630명 | 97회<br>/5,918명 | 109회<br>/6,548명 |
| 고 교 | 88회<br>/11,489명 | 137회<br>/8,119명 | 225회<br>/19,608명 |
| 청주 | 350회<br>/27,018명 | 256회<br>/18,703명 | 606회<br>/45,721명 |
| 산업장 | 109회<br>/6,161명 | 96회<br>/4,513명 | 205회<br>/10,674명 |
| 국 교 | 40회<br>/1,454명 | 15회<br>/647명 | 55회<br>/2,101명 |
| 중 교 | 34회<br>/5,618명 | 24회<br>/2,252명 | 58회<br>/7,870명 |
| 고 교 | 160회<br>/13,410명 | 103회<br>/9,883명 | 263회<br>/23,293명 |
| 대 학 | 7회<br>/375명 | 18회<br>/1,408명 | 25회<br>/1,783명 |
| **(6) 성교육전문가 회의** | 6회 | 10회 | 16회 |
| 안성 | 3회 | 6회 | 9회 |
| 청주 | 3회 | 4회 | 7회 |
| **(7) 청소년지도자 회의** | 3회 | 4회 | 7회 |
| 안성 | 1회 | 2회 | 3회 |
| 청주 | 2회 | 2회 | 4회 |

| | 1992 | 1993 | 계 |
|---|---|---|---|
| (8) 책임부모고실 개최 | 14회 | 4회 | 18회 |
| 안성 | 11회 | 2회 | 13회 |
| 청주 | 3회 | 2회 | 5회 |
| (9) 홍보활동 | | | |
| (가) 성문제 예방 현수막 게첨 | 5회 | 8회 | 13회 |
| 안성 | 3회 | 6회 | 9회 |
| 청주 | 2회 | 2회 | 4회 |
| (나) 상담실안내 포스타(장소수/매수) | 202 /1,403 | 277 /453 | 479 /1,856 |
| 안성 | 178 /443 | 145 /320 | 323 /763 |
| 청주 | 24 /960 | 132 /133 | 156 /1,093 |
| (다) 캠페인 실시회수 | - | 4회 | 4회 |
| 안성 | - | 2회 | 2회 |
| 청주 | - | 2회 | 2회 |
| 전단배부 | - | 130소 /53,442매 | 130소 /53,442매 |
| 안성 | - | 43소 /18,065매 | 43소 /18,065매 |
| 중고교 | - | 10교 /14,430매 | 10교 /14,430매 |
| 산업장 | - | 33소 /3,635매 | 33소 /3,635매 |
| 청주 | - | 87소 /35,377매 | 87소 /35,377매 |
| 중고교 | - | 4교 /6,537매 | 4교 /6,537매 |
| 산업장 | - | 83소 /28,840매 | 83소 /28,840매 |

| | 1992 | 1993 | 계 |
|---|---|---|---|
| **(10) 성상담실 운영** | | | |
| (가) 상담실 운영 | 9개월 | 12개월 | 21개월 |
| (나) 상담봉사자 확보 | 98 | 7 | 105 |
| 안성 | 68 | - | 68 |
| 청주 | 30 | 7 | 37 |
| (다) 상담봉사 참여연인원 | 1,264 | 1,213 | 2,477 |
| 안성 | 582 | 682 | 1,264 |
| 청주 | 605 | 608 | 1,213 |
| (라) 상담건수 | 1,710 | 2,329 | 4,039 |
| 안성 | 233 | 433 | 666 |
| 청주 | 1,477 | 1,896 | 3,373 |
| (마) 성상담 봉사자 보수교육 | - | 4회 | 4회 |
| 안성 | - | 2회 | 2회 |
| 청주 | - | 2회 | 2회 |
| **(11) 성교육 시범학교 운영** | | | |
| 학교수 | - | 2 | 2 |
| 안성 | - | 1 | 1 |
| 청주 | - | 1 | 1 |
| 학교별 학급및 학생수 | | | |
| 안성여자상업 고등학교 | - | 33/1,572 | 33/1,572 |
| 청주서원중학교 | - | 39/1,949 | 39/1,949 |
| 성교육 실시회수 | - | 93회 | 93회 |
| 안성여자상업 고등학교 | - | 71회 | 71회 |
| 청주서원중학교 | - | 22회 | 22회 |

## 바. 결과

1) 지역사회내에 훈련된 청소년 성교육·성상담 자원봉사 인력을 양성하였음 (성교육전문가 양성 훈련을 통하여 사업지역 및 인근 지역의 교사 47명, 일반 및 관계기관 지도자 29명, 보건요원 36명, 가협직원 20명, 총 132명이 이론교육 과정을 수료하고 이중 90명이 성교육전문가 자격증을 취득하였음).

2) 성교육 등으로 전문가 양성 연수교재를 개발하였음 ('92년 7월에 1차 교재를 제작하여 시범사업지역 훈련용 교재로 활용하고 동년 12월 16일에 개최된 연수과목 및 교재개발위원회에서 내용과 집필진을 재구성하여 2차와 3차로 본부주관 제3기와 제4기 연수용 교재를 발간 활용하는 동시에 연수생들의 반응과 전문가들의 의견을 수합하여 현재 수정보완 중에 있음. '94년 1/4분기에 완본을 발간할 것임).

3) 성교육 전문가양성 연수과정을 개발하였음 (이론과정 과목수를 16과목에서 20과목, 시간을 32시간에서 64시간으로 하고, 실습과정과 심성개발 과정을 보강하였으며, 연수참가비를 무료에서 참가자(기관) 부담으로 전환시키는 방침을 확정함).

4) 성상담 활동에 대한 지역내 청소년대상 메시지를 대상집단별 특유통로를 통하여 전달하는 캠페인 방법을 개발하였음 (통신 캠페인).

5) 성교육 전문가 양성훈련으로 시범사업지역 및 훈련참가자 소재 인근지역의 성교육 실시가 활성화되었음 (성교육전문가 양성훈련 이론과정을 안성은 '92년 9월, 청주는 '92년 7월에 실시한 바 '92년의 실적에서 보면 동훈련 전에 비하여 성교육 실시회수에서 안성사업소에서는 345% (31회 → 138회), 청주사업소에서는 448% (54회 → 296회)로 총 411% (85회 → 434회) 증가하였음. 특히 국민학교, 중학교의 성교육은 훈련 전에는 실시실적이 없었으나 훈련 후에는 대폭 실시되었음 - 국민학교 98회(안성 58회, 청주 40회), 중학교 46회(안성 12회, 청주 34회) -).

6) 시범사업 지역내로 국한시켜 보면 대상 초,중,고 학생의 60%는 '93년 중에 평균 1.8회의 성교육을 받았음 (안성 사업지역에서는 총인원 15,991명의 61%가 평균 2회의 성교육을 받음. 즉, 국민학교생의 44%는 평균 2회, 중학교생의 71%가 평균 1.7회, 고교생의 77%가 평균 2.1회의 성교육을 받았으며, 중고교생들은 74.2%가 평균 1.9회의 성교육을 받았었음. 청주 사업지역에서는 총 5,642명중 57%가 평균 1.2회의 성교육을 받음. 즉, 중학교생의 95%가 평균1회,고교생의 37%가 평균 1.3회의 성교육을 받았음. 중고교생의 경우 안성은 74.2%가 1.9회, 청주는 57%가 1.2회로 68%의 학생이 1.7회의 성교육을 받았음).

7) 성교육 전문가훈련 이론교육과정 수료교사 39명 (안성 30, 청주 9)은 1인당 평균 9.3회 (안성 11.2회, 청주 3회)에 걸쳐 588명 (안성 640명, 청주 413명)의 학생들에게 성교육을 실시하였음.

8) 월평균 성상담 회수는 '92년의 149회 (안성 26회, 청주123회)에 비하여 '93년에는 194회 (안성 36회, 청주 158회)로 증대되었음 (안성의 경우는 1992년 4월에 처음 개설하였을 뿐만 아니라 상담실 홍보와 상담봉사자 구성 등을 신규로 착수하였으나, 청주의 경우는 청소년 상담실을 1987년 6월에 개설하여 계속 활동을 하고 있는 관계로 양지역의 상담회수에 차이가 나고 있음. 그러나 신장률은 안성(39.4%)이 청주(28.4%)보다 빠른 것으로 나타나고 있음).

9) 청소년 상담내용의 빈도는 2개 지역을 합칠 경우 건강(20.3%), 이성문제 (14%), 자위행위(11.4%), 사고임신(10.6%), 성충동(9.1%)의 순위였으나, 지역별로는 그 순위가 달랐음 (안성(농촌)에서는 이성문제 22.6%, 건강 14.4%, 성충동 10.6%, 사고임신 10.8%, 취업/진로 9.2%의 순위였고, 청주(도시)에서는 건강 21.9%, 자위행위 12.2%, 이성문제 11.6%, 사고임신 10.8%, 성충동 8.8%의 순위였음).

10) 시범사업 기간중 2지역 성상담 봉사자의 상담활동 참여 실인원은 총 108명으로 이들은 1인당 평균 23회에 89.4시간씩 상담실 근무를 하였음 (안성지역에서는 62명이 20.4회에 74.8 시간씩, 청주지역에서

는 46명이 26.4회에 109.2시간씩 상담봉사함).

11) 지역별 성상담 자원봉사회에서는 상담실 근무시간표 작성, 봉사자들의 자질 향상을 위한 보수교육 주제선정, 상담실 홍보용 포스타 도안과 수작업 제작 등의 활동을 자발적으로 하고 있음.

12) 양지역에서는 해당학교와의 협의에 의하여 성교육 시범학교를 운영하였으며 해당학교 학생들은 '93년중에 전교생이 성교육을 1회이상 수강했음 (안성여자상업고등학교(1,572명)의 경우는 가협 성교육전문가 자격증 취득교사 13명이 성교육위원회를 조직하여 운영계획과 학년별, 시기별 주제를 결정하고 71회에 걸쳐 전교생에게 1인당 평균 2.2회의 성교육을 실시하였으며, 청주의 서원중학교(1,949명)는 성교육전문가 자격증 취득교사 1명과 가협 충북지부의 강사가 협력하여 학년별 주제를 설정하고 총 22회의 교육을 실시하여 학생 1인당 평균 1회의 성교육을 받도록 하였음)

## 사. 성과

1) 가협에서는 성교육·성상담 전문가 양성 연수과정을 유료사업으로 정규 사업화하게 되었음 (시범사업지역의 전문가 양성훈련에 이어 본부에서는 '93년 4월과 7월에 제3기와 제4기 전문가양성 연수과정을 실시하여 제3기생중 38명에게 자격증을 수여하였고 50명이 실습과정중에 있음)

2) 가협의 성교육·성상담 전문가 양성 연수과정은 정부 (보사부, 교육부, 문화체육부, 시·도 및 보건소)에서 큰 관심을 갖게 하였고 보건사회부와 가협에서는 교사들의 정규연수과정으로 이 연수과정이 채택되도록 교육부와 협의하고 있음.

3) 성교육 교재의 확대보급 가능성을 확인하였음 (전문가양성 연수교재 발간공지 후 보건소와 학교로부터 제작비부담 주문요청이 있어 530부를 보급하였음).

4) 청소년 성교육 및 상담활동이 가족보건사업의 중요한 영역임을 인식시키게 되었음 (보건소에서는 청소년 성교육·성상담 활동이 가족보건계의 주요임무로 받아 들여지고 있으며, 가협의 전문가양성연수에 보건요원들이 참가토록 보건사회부와 시·도정부에서는 적극 권장하고 있음).

5) 가협의 청소년 성교육·성상담활동의 확대는 문화체육부 주관사업인 시·도의 청소년시설 수탁운영 계기를 마련케 하였음 ('93년말 현재 7개소).

6) 성교육 협력학교 지정운영 확대기반이 조성됨 (가협에서는 '94년에 지부별로 각 시·도에 1개씩의 사립실업고교를 성교육시범학교로 협력·운영토록 추진 함. 동건은 교육부와 협의 추진중임).

7) 가협 및 정부가족보건사업의 성교육·성상담 프로그램에 대한 전문 및 자원봉사 인력의 협력기반이 확대됨 (중앙차원에서는 전문가들의 연수과정 개발과 강의, 교재 개발참여 등으로, 지역에서는 전문가양성연수 수료인원의 증대로 가협/정부의 가족보건사업에서 성교육·성상담이 추진되어야 할 당위성에 동조하고 적극 협력하는 분위기가 조성됨).

8) 시범사업의 지역자체사업화 구상이 실현됨 (안성군 보건소에서는 '94년부터 청소년 성교육과 성상담 활동을 보건소 자체사업화하여 가족보건계의 임무로 추진토록 하는 동시에 성상담 자원봉사자운영 등에 필요한 소요예산을 확보하였음).

9) 향후 사업에서 간과할 수 없는 착안사항 발견

(가) 시범사업지역 산업장청소년중 중학교 이하 학력자는 2.1% (안성 1.3%, 청주 2.3%)로 극소수임. 따라서 장기적 안목으로서의 학교성교육 활성화가 고려되어야 할 것임.

(나) 현실적으로 산업장청소년대상 일과시간 중의 집체교육은 아주 힘듬. 교육시기, 시간, 방법, 회당 인원 등의 재고가 필요함.

(다) 지역 사회내의 성상담 자원봉사 인력의 계속적인 보충방안이 강구되어야 함.

(라) 성교육의 내용개발이 계속 필요하며, 이 분야의 주도 역할을 가협이 심도 있게 담당해야 할 것임.

# 8. 지원사업

## 가. 목적

1) 사업별 활동 활성화
2) 유관기관 및 단체간의 연계체계 구축
3) 지역사회 자율사업화 분위기 조성

## 나. 투입된 활동 및 실적

### 1) 투입된 활동

가) 시범사업 중앙운영위원회 구성 및 운영 (중앙)
나) 시범사업 지부추진위원회 구성 및 운영 (해당지부)
다) 지역사업후원회 구성 및 운영 (사업지역)
라) 기초조사 및 과정평가
마) 지역사회지도자대상 시범사업설명회
바) 시범사업 관련요원교육
사) 지역언론매체 협력 및 활용

### 2) 활동실적

| | 1992 | 1993 | 계 |
|---|---|---|---|
| 중앙운영위원회의 | 2회 | 1회 | 3회 |
| 지부추진위원회의 | 4회 | 3회 | 7회 |
| 경기지부 | 2회 | 1회 | 3회 |
| 충북지부 | 2회 | 2회 | 4회 |
| 지역사업후원회 | 4회 | 3회 | 7회 |
| 안성 | 2회 | 1회 | 3회 |
| 청주 | 2회 | 2회 | 4회 |
| 지역사회지도자간담회 | 2회 | 2회 | 4회 |
| 안성 | 1회 | 1회 | 2회 |
| 청주 | 1회 | 1회 | 2회 |
| 모자보건요원교육 | 1회/31명 | - | 1회/31명 |
| 안성 | 24명 | - | 24명 |
| 청주 | 7명 | - | 7명 |
| 읍·면동보건요원교육 | 8회 | 3회 | 10회 |
| 안성 | 6회 | 2회 | 8회 |
| 청주 | 2회 | 1회 | 2회 |
| 언론매체활용보도 | 38회 | 89회 | 127회 |
| 안성 | 14회 | 24회 | 38회 |
| 청주 | 24회 | 65회 | 89회 |
| 기초조사 | 1회 | - | 1회 |
| 과정평가회의 | - | 1회 | 1회 |
| 사후조사 | - | 1회 | 1회 |

# 9. 기존사업과의 비교

| 활 동 | 시범사업 | 기존사업 |
|---|---|---|
| **가. 모자보건사업** | | |
| 1) 대상자 파악 | 지역내 모든 임산부파악 | 목표량만 파악 |
| 2) 대상자 등록관리 | 지역내 모든 의료기관 활용자 | 보건소 내원자로 한정 |
| 3) 관리대장 양식 | | |
| 가) 임산부등록 대장 | 명단형, 정기검진 회수별 점검 | 명단형, 인적사항만 기재 |
| 등록번호 | o | o |
| 등록일자 | o | o |
| 임산부성명 | o | o |
| 임산부년령 | o | o |
| 세대주명 | x | o |
| 남편성명 | o | x |
| 남편년령 | o | x |
| 주 소 | o | o |
| 전화번호 | o | x |
| 모자보건수첩유무 | o | x |
| 분만예정일 | o | △(계산가능) |
| 엽서배부 | o | x |
| 정기검진회수기록 | o | x |
| 임신주수 | △(계산가능) | o |
| 분만일 | o | x |
| 대사이상검사일 | o | x |
| 수유구분 | o | x |
| 변동사항 | x | o |
| 비 고 | o(정기검진기관기재) | x |

| 활 동 | 시범사업 | 기존사업 |
|---|---|---|
| 나) 모성보건 등록대장 | (임산부등록대장) | (모성보건등록대장) |
| 일련번호 | x | o |
| 등록번호 | o | o |
| 등록일자 | o | o |
| 모성성명 | o | o |
| 모성년령 | o | x |
| 남편성명 | o | o |
| 남편년령 | o | x |
| 남편직업 | x | o |
| 주 소 | o | o |
| 전화번호 | o | x |
| 모자보건수첩 | o | x |
| 교육정도 | x | o |
| 초 경 | x | o |
| 결혼년령 | x | o |
| 자녀수 | x | o |
| 임신수 | x | o |
| 최종월경 | x | o |
| 분만예정일 | o | o |
| 엽서배부 | o | x |
| 정기검진회수기록 | o | x |
| 분만일 | o | x |
| 분만장소 | △ | o |
| X-Ray | x | o |
| H.D, V.D | x | o |
| 출생아성별 | x | o |
| 개조자 | x | o |

| 활 동 | 시범사업 | 기존사업 |
|---|---|---|
| 다) 산전관리기록부 | | 개인별카드식<br>모자보건센타내원자용 |
| 라) 분만관리기록부 | | 개인별카드식<br>모자보건센타내원자용 |
| 마) 영유아관리기록부 | | 개인별카드식<br>모자보건센타내원자용 |
| 바) 임산부·영유아 기록부 | | 개인별카드식<br>-임산부건강기록부편<br>임신력/ 산전관리/<br>분만상태/신생아상태/<br>산후관리<br>-영유아건강기록부편<br>영유아건강관리/<br>예방접종/회복일 |
| 사) 산후관리대장 | | 연월일/성명/주소/<br>혈압/자궁수축/<br>관리사항/ 비고 |
| 아) 모자보건수첩 발급대장 | | 수첩발급번호/<br>발급년월일/<br>임산부, 영유아성명/<br>주민등록번호/<br>세대주명/주소/<br>임신주수/<br>진단기관명/<br>변경사항/<br>비고 |

| 활 동 | 시범사업 | 기존사업 |
|---|---|---|
| 4) 대상자등록권유방법 | | |
| 영유아예방접종시 | △ | o |
| 특별캠페인(거리 및 가정통신) | o | x |
| 매체활용홍보 | o | o |
| 어머니자원봉사회 운영 | o | △ |
| 5) 정기검진지도 및 점검 | | |
| 전화 | o | o |
| 서신 | o | x |
| 6) 임산부(모자건강) 교실운영 | | |
| 보건소 | o(정기화) | o |
| 지소/보건소 | o | x |
| 마을순회 | o | x |
| 7) 지역사회지도자 간담회 | o | x |
| 8) 모자보건이동검진 | 월례정기화 | |
| 9) 모자보건상담실운영 | o | △ |
| 10) 보건요원 모자보건 요원반 교육참석 | o | x |
| **나. 청소년 성교육 및 성상담사업** | | |
| 1) 성교육·성상담 인력훈련 | 성교육·성상담전문가 양성훈련 | x |

| 활 동 | 시범사업 | 기존사업 |
|---|---|---|
| 2) 성교육 교재개발 및 활용 | o | x |
| 3) 성교육 전문가 모임체 구성 | o | x |
| 4) 청소년 지도자 모임체 구성 | o | x |
| 5) 책임부모교실 개최 | o | x |
| 6) 성교육 강사 | | |
| -훈련받은 각급학교교사 | o | x |
| -가협직원 | o | o |
| -보건요원 | o (훈련받은 자) | o |
| -체육교사, 양호교사 | △(훈련받은 자) | o |
| -산업장간호사 | x | o |
| 7) 성교육 실시집계 | | |
| -자체실시분만 집계 | x | o |
| -각급학교 실시분도 취합 | o | x |
| 8) 성상담실 운영 | | |
| -독립상담실 운영 | o | x |
| -전용 상담전화 설치 | o | △ |
| -상담실 운영담당자 | 1명 배치 | 비특정인 |
| -상담자 | 훈련된 자원봉사자 | 가족계획요원 |
| -상담실공지방법 | 포스타/안내전단/ 유선방송/생활정보지/ 반상회보/ 홍보물 | 공시청자막홍보 /반상회보 |
| -성상담자원봉사회 구성 | o | x |

| 활 동 | 시범사업 | 기존사업 |
|---|---|---|
| 9) 성교육 시범학교운영 | o | x |
| **다. 지원사업** | | |
| 1) 지역사회협력체제 구성 및 운영 | o | x |
| 2) 지역사회각계지도자 초청간담회 | o | x |

## 10. 시범사업이 보건소 활동에 미친 영향

(이 부분의 내용은 안성군 보건소의 보고서를 전제/인용한 것임)

### 가. 보건요원들에게 미친 영향

1) 업무추진에 있어서 새로운 접근 방법을 경험함 (사업수행중 도출사항, 진행과정, 문제점/애로사항 등을 기록하고 보고하는 등).

2) 소집단 모자건강교실 운영 등으로 인원수배 방법, 교안작성 방법, 자료수집, 보조자료활용 등 창의적인 업무추진을 함으로써 요원들의 자질이 향상되었고 자신감을 갖게 됨.

3) 청소년 성교육/성상담 사업은 가족보건사업의 일환으로 반드시 추진되어야 한다는 인식을 갖게 됨.

4) 성교육전문가 양성훈련으로 기존 업무추진에 많은 도움을 받았고, 성상담자원 봉사활동에 참여하여 개인적으로도 많은 발전과 보람을 느끼게 됨.

5) 지역내의 초,중,고교 교사들과 함께 성상담봉사회에서 활동함으로 학교보건 사업과의 협력에 크게 도움이 됨.

6) 사업 착수 당시에는 기존사업 이외의 추가업무가 부여된다는 생각으로 매우 부정적이었으나 추진중에 실시된 요원들의 교육을 통하여 본인들의 자질이 향상됨은 물론 타지역 요원들과는 달리 새로운 형태의 사업추진 기회를 갖게 된데 대하여 자부심을 갖고 긍정적인 태도가 되었음.

## 나. 보건소 분위기에 미친 영향

1) 부서간, 직원간의 협조 분위기가 조성됨. 즉, 과거에는 타지에서 어떤 일이 있는지 정보교류가 미흡했으나 시범사업중에는 잦은 행사, 교육, 회의 등을 하면서 부서간에 상호 업무계획을 파악하고 자발적으로 협조하는 체제로 변화됨.

2) 시범사업 추진과정에서 경험한 치밀하고 구체적인 계획수립·수행, 문제점 도출, 보완활동 등이 바탕이 되어 일상 업무에서도 구체적이고 빈틈없는 세부계획수립과 수행은 물론 상세한 기록보존 태도가 형성됨.

3) 외국인 현지방문 등 과거에 자주 있지 않던 큰 행사 등을 수시로 접하면서 청사 내외의 정리정돈 등을 자발적으로 솔선하는 등 단합된 분위기가 조성됨.

4) 일과시간후에도 상담실에 나와서 활동하는 상담자원봉사자들을 보면서 직원들 스스로 열성적인 집무태도가 형성됨.

5) 지역내 유관기관(군부대, 교육청, 산업체, 경찰서등)들과 폭넓은 유대가 강화됨.

6) 시범사업으로 인하여 보건소사업과 직원들에 대한 기관장(군수)의 관심과 인정도가 높아짐.

## 다. 보건소에 대한 주민들의 인식에 미친 영향

1) 보건소의 대상 및 활동영역에 대한 주민들의 인식이 변화됨. 즉, 보건소는 영세민을 위주로 가족계획, 모자보건, 결핵관리, 예방접종 등을 주로 하는 것으로 인식하고 있던 주민들이 시범사업의 다양한 프로그램과 주민에게 접근하는 노력을 체험하면서 보건소에 대한 신뢰도가 높아지고 이용자 수가 증가함.

2) 마을단위로 실시한 소집단 임산부교실(모자건강교실)로 주민들의 교육참여 기회를 확대한 결과 산전산후 정기검진, 선천성대사이상검사, 모유수유, 여성암 검진, 방문보건사업, 보건소 모자보건센타의 활동 등에 대한 인식이 높아졌고, 건강에 대한 관심이 높아졌음.

3) 상담실 안내 홍보가 다각적으로 이루어져, 보건소에서도 기존 피임상담 영역에 더하여 부부문제, 성문제 등도 병행 상담할 수 있다는 인식을 갖게 됨.

4) 대상자들이 사업초기에는 비협조적이고 피동적이었으나 사업추진 후반기에는 능동적으로 변화됨 (예 : 임산부 교육참석 전화통지시 초창기에는 기피하는 경우가 많았으나 교육이 거듭되는 동안에 자진 참석 태도로 바뀌었고, 계획이 없는 마을에서는 교육유치를 희망하게 됨).

5) 보건서비스의 일부 자비부담 태도가 형성됨.

## 라. 지역사회의 보건소사업에 대한 협력

1) 지역사업후원회 운영으로 유관기관 분야별로 관련사업 협력이 원활해졌으며, 특히 보건사업에 대한 지역사회 여타기관 및 지도자의 이해도가 높아짐.

2) 지역신문 및 유선TV의 시범사업관련 사항 보도 및 공지로 보건소와 유대관계가 더욱 좋아짐.

3) 성교육시범학교 운영협력으로 학교와의 유대가 강화됨.

### 마. 시범사업관련 보건소의 애로사항

1) 성상담중 어려운 사례가 있을 때 연계할 수 있는 체계가 미흡함.

2) 행사, 교육, 회의시 대상자 수배가 어려움.

3) 다양한 행사, 교육, 회의 등이 시기적으로 편중되어 시간, 인력면에서 기존 업무수행에 어려움이 있었음.

4) 향후에 보건소자체사업으로 계승할 때 인력면에서 상담실 전담요원배치에 어려움이 있음.

## 11. 새로운 접근방안

### 가. 사업영역의 확대 변화

가족계획사업이 인구의 자질 향상측면으로 전환함에 따라 사업추진 영역도 확대되고 달라져야 한다.

1) 임신조절방법에 대한 교육과 피임보급은 계속하되 그 목적은 원치 않는 임신과 인공임신중절을 예방하는데 두어야 한다.

2) 모자보건사업은 가족건강과 가정복지 측면에서 강화되어야 하며, 그 사업방향은 모든 임산부가 보건소에 신고(등록)되고 정확한 산전정기검진을 모두가 받도록 지도, 관리하는 것을 출발점으로 하여 안전분만, 산욕기관리, 모유수유, 신생아 및 영유아건강관리가 단계적으로 이루어지도록 해야 한다. 이렇게 함으로써 영유아 건강관리 기록은 학교보건에 연결되도록 하고, 임산부의 관리기록은 차기 임신지도에 활용되도록 해야 한다. 이를 위하여는 모자보건 수첩의 철저한 활용체제와 제도를 구축하고 시행해야 한다.

3) 책임성 있고 계획성 있는 성인이 되도록 청소년을 지도하여 차세대의 자질을 높이기 위한 청소년대상 성교육과 성상담 등 지도사업을 가족보건사업의 영역으로 채택하고, 보건소 단위에서 추진하는 동시에 지역내에서 실시되는 현황을 보건소에서 파악하고 관리하도록 해야 한다.

## 나. 사업추진을 위한 역할분담

### 1) 보건사회부

가) 기존사업의 내용전환과 신규사업을 보강하는데 필요한 조치를 한다.

나) 보건소 단위에서는 관할지역내 모자보건대상자 등록 및 관리의 개념과 접근방법이 개선되도록 하는 동시에 지역내 성교육 및 성상담활동의 관리에 있어서 중심역할을 하도록 보건소 업무를 보강한다.

다) 보건요원들의 사업개념 전환에 필요한 보건요원 보수교육/훈련을 실시한다.

라) 모자보건 수첩활용 관련제도를 개발하고 시행한다.

마) 보건요원들이 성교육 전문가연수를 받는 데 필요한 제반조치를 강구한다.

바) 피임보급의 체계를 재정립한다.

사) 중앙 또는 지방에서는 영세민대상보급용 피임약제기구와 주민대상 각종 교육자료를 구입할 수 있는 예산을 확보토록 조치한다.

### 2) 교육부

가) 가협의 성교육·성상담 전문가 양성연수과정을 교원 정규연수과정의 하나로 지정한다.

나) 성교육 연구 또는 시범학교 지정운영을 확대하여 전국확산 기

반을 조성한다.

다) 교사들의 성교육 전문가 양성 연수참가에 필요한 조치를 강구한다.

라) 각급학교 교육과정에서 성교육을 독립과목으로 설정한다.

마) 교육과정중에 모자보건내용을 보강하고 모든 여학생에게는 풍진예방 접종을 실시하도록 조치한다.

### 3) 문화체육부

가) 청소년지도자 자격증취득 과정의 하나로 가협의 성교육·성상담 전문가 연수과정을 지정한다.

나) 가협에 더 많은 청소년 수련시설 관리운영을 위탁토록 조치한다.

다) 각종 청소년시설에서는 성교육 프로그램을 정규화하도록 조치한다.

### 4) 노동부

가) 모든 산업장에서는 복지차원에서 근로청소년대상 성교육(가정생활교육)이 실시될 수 있도록 조치한다.

나) 모든 산업장의 고충상담원과 보건담당자(간호사)는 가협의 성교육·성상담 전문가 자격증을 취득토록 조치한다.

다) 모든 여성 근로청소년에게는 기본적으로 풍진예방접종을 할 수 있도록 조치한다.

### 5) 시·도 및 보건소

가) 관할지역내의 모든 임부를 파악하고 산전검진여부, 수진의료기관, 정기검진상태를 점검하여 모성보건, 영유아보건, 가족계획, 그리고 학교보건으로 연계하는 기본개념으로 모자보건사업을 추진한다.

나) 보건소를 시, 군, 구의 성교육과 성상담활동 구심체가 되도록

한다. 즉 협력가능한 지역사회 성교육지도자를 규합하여 대상 집단별 성교육과 성상담에 참여토록하고 그 상황을 파악하고 관리한다.

다) 보건요원과 지역사회 가용 자원봉사 인력이 성교육·성상담전문가양성연수 참가에 필요한 조치를 한다.

라) 영세민대상 보급 피임약제기구와 각종 교육 및 홍보에 필요한 교재와 자료를 구입할 수 있는 예산을 확보한다.

마) 의료서비스를 포함한 건강 및 성교육서비스는 수요자와 공급자의 편리를 최대한 존중하되 그 현황은 보건소에서 집계, 파악하고 주민들의 미충족 요인을 적기에 지도한다.

바) 지역사회내의 사업관련 기관/조직 인사들로 모임체를 구성하여 정기적인 정보교류 및 협력체제를 구축한다.

### 6) 대한가족계획협회

가) 모자보건 및 성교육 사업에 필요한 교재, 교육 및 홍보자료 등을 개발하고 공급한다.

나) 사업추진을 위한 성공적인 전략/전술/절차관련 경험사례를 수집하고 발전시켜 확산한다.

다) 모자보건요원 단기보수교육을 주관한다.

라) 청소년 성교육·성상담전문가 양성 연수과정을 상설한다.

마) 모자보건과 성교육전문가 모임체를 구성운영하여 사업과 내용을 개발하고 확산한다.

바) 가협 성교육·성상담 전문가 자격증 취득자를 관리하고 활동을 활성화하는 조치를 한다.

사) 피임보급 및 시술, 모자보건, 청소년 및 노인건강 전문의료 서비스 기관으로 발전하여 국민들의 수요에 대처한다.

# Ⅲ. 우리나라의 모자보건수준 및 전망

홍 재 웅*

우리나라의 모자보건 수준과 앞으로의 전망을 하는데 있어서 엄격하게는 믿을 만한 객관적인 자료를 제시할 수 없기 때문에 인상과 추정자료로 밖에는 논할 수 없다는 것이 우리의 수준이라고 생각된다. 모자보건의 수준뿐 아니라 국민보건 수준을 대표적으로 반영한다고 하는 모성이나 영아사망률조차도 얼마다 하고 자신 있게 말할 수 없기 때문이다.

그러나 그러한 모자보건수준에 관련된 지표가 정확치 않다는 데에만 지나치게 매달려 논의만을 계속하는 것은 옳지 않다고 생각된다. 문제는 그러한 지표들을 어디에 이용할 것인가를 고려하여야 한다. 그 동안의 논의를 보면 그러한 지표가 없기 때문에 마치 아무것도 할 수 없고 그 정확한 수치를 찾아내는 일이 최우선인 것같은 인상을 주어 왔다. 그러한 지표들은 모자보건의 수준을 추정하고 모자보건사업의 효과를 평가하는데 활용하고자 할 때 의미가 있는 것이므로 꼭 완벽한 수치가 아니더라도 가능한 같은 표본추출 방법과 조사방법으로 산출되었더라면 최소한의 활용목적은 충족시킬 수 있었을 것이다.

모자보건은 모든 임산부와 장차 임산부가 될 수 있는 사람들의 건강을 보호하고 건강한 태아를 잉태하여 건강하게 출산할 수 있게 하고 태어난 자녀들이 건강하게 성장, 발육케 하여 타고난 잠재력을 최대한 발휘할 수 있게 하는데 목표가 있다. 그런데 이들은 다른 어느 인구집단에 비해서도 건강상의 위험이 많다. 또한 그러한 건강상 문제는 의학적인 문제만이 아니라 살고 있는 지역사회 또는 국가의 사회·경제와 문화적인 발달정도에 따라 달라진다. 그러므로 모자보건의 수준은 모성과 영유아의 건강 상태 뿐만 아니라 전 인구의 건강상태와 그가 살고 있는

* 인하대학교 의과대학 교수

지역사회 또는 국가의 사회·경제적 조건을 반영한다. 특히 그 지역사회와 국가의 보건사업의 이용상태와 효과를 잘 나타내 주는 지표로 이용되기도 한다. 그 이유는 이들의 건강상 문제를 해결하는 데는 고도로 발달된 의학적 지식이나 기술이 꼭 필요한 것이 아니고 대부분은 생활환경이나 영양의 개선 등 아주 기본적이고 일반적인 방법으로 가능하기 때문이다.

이와 같이 모자보건수준은 현재의 상태를 반영하는 것 뿐 아니라 미래의 그 인구의 질을 결정하는 요소로서 그 예측을 가능케 한다. 이러한 관점에서 모자보건서비스는 비용과 편익의 면에서도 투자할 충분한 가치가 있는 공공서비스 중의 하나라고 생각한다. 모자보건서비스는 오늘의 주제인 가족보건사업 활성화의 핵심이며 인구정책과 관련한 가족계획사업의 지원이라는 측면에서도 중요한 몫을 해 왔다.

그러면 우리나라의 모자보건수준은 현재 어느 정도에 도달해 있으며 앞으로 어떻게 발전해 갈 것인지를 몇가지 지표를 통해 점검하고 전망해 보기로 하자. 모자보건수준을 가늠할 수 있는 지표는 여러가지가 있겠으나 실제 우리나라에서 이용 가능한 지표만으로 살펴보기로 한다. 보건수준의 지표로는 사망, 질병이환과 서비스의 이용양상 등이 대표적인 것이겠으나 모자보건과 관련해서는 출산수준도 간접적으로는 보건수준을 일부 반영하고 있다. 여기서는 모자보건사업 대상의 규모, 사망, 질병이환과 중요한 보건서비스의 이용지표를 중심으로 논의하고자 한다.

## 1. 모자보건사업대상의 규모

모자보건사업의 대상은 넓게는 가임여성인구와 15세 미만의 어린이가 된다. 물론 좁게는 그해의 임산부와 학령전 아동이 일차적인 모자보건사업의 대상이 된다. 그런데 이러한 모자보건사업대상의 규모는 출산율 추이에 따라서 달라진다. 1992년의 조출생률이 인구 1,000명당 15.4로 추정되고 있으므로(표 III-1 참조) 한해에 출산되는 임산부수가 약 67만명 정도로 추정되고 있다. 한편 15세 미만의 인구는 전인구의

24.9%이다. 1990년 인구센서스 결과를 보더라도 20-24세 가임여성인구는 912만명으로 전인구의 21.0%이고 0-5세의 영유아인구는 전인구의 9.1%인 395만명 규모로 줄어들었다.

**표 Ⅲ-1. 인구구조 및 인구동태 지표의 변화(1960-2000년)**

| | 1960 | 1980 | 1992 | 2000 | 미 국 ('89) | 일 본 ('88) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 수정된 연앙인구(천명) | 25,012 | 38,124 | 43,663 | 46,789 | 248,239 | 122,783 |
| 0-14세 인구 비율 (%)(A) | 42.3 | 34.0 | 24.9 | 21.2 | 21.7 | 19.5 |
| 15-64세 인구 비율 (%)(B) | 54.8 | 62.2 | 69.9 | 72.0 | 65.8 | 69.3 |
| 65세 이상 인구 비율 (%)(C) | 2.9 | 3.8 | 5.2 | 6.8 | 12.5 | 11.2 |
| 노령화 지수 (C/A) | 6.9 | 11.2 | 20.9 | 32.1 | 57.6 | 57.4 |
| 노년 부양비 (C/B) | 5.3 | 6.1 | 7.4 | 9.4 | 19.0 | 16.2 |
| 조출생률 (천명당) | 42.1 | 23.4 | 15.4 | 14.2 | 15.9 ('88) | 10.1 ('89) |
| 조사망률 (천명당) | 12.1 | 6.70 | 5.79 | 6.10 | 8.8 ('88) | 6.4 ('89) |
| 자연 인구 증가율(%) | 3.00 | 1.67 | 0.96 | 0.81 | 0.71 ('88) | 0.37 ('89) |
| 합계 출산률(명) | 6.0 | 2.7 | 1.63 | 1.63 | 1.8 ('90) | 1.7 ('90) |

자료 : 보건사회부

이와 같이 모자보건사업 대상인구의 규모가 감소한 것은 출생률이 인구 1,000명당 1960년에 42.1이던 것이 1970년에는 29.9, 1980년에는 23.4, 1990년에는 16.4 그리고 1992년대에는 15.4로 지속적으로 낮아진 때문이다. 물론 이러한 출생률의 감소는 그동안 적극적으로 추진해 온

가족계획사업의 효과라고 할 수 있다. 이러한 낮은 출산율수준을 계속 유지할 수만 있다면 장기적으로는 인구규모가 변하지 않는 정지인구의 상태 또는 인구의 감소까지도 예측할 수 있다. 현재의 출산율수준을 기준으로 할 때 2021년에 인구증가가 없는 정지인구의 상태가 되고 최대 인구는 5,059만명이 되며 15세 미만의 유년인구의 비율은 전인구의 15.8%까지 낮아질 것으로 추계하고 있다. 그 결과로 모자보건서비스의 양적 부담은 감소하나 질적 변화가 필수적이다. 인구의 자질향상과 복지의 구현에 있어 건강수준의 질적 향상은 빼놓을 수 없는 중요 요소이기 때문이다. 그러한 요구는 계속적으로 증대될 것이 틀림없다.

## 2. 사망수준과 그 양상

인구의 사망수준은 그 보건수준을 간명하고 객관적으로 나타내는 지표이다. 모자보건수준을 잘 반영해 주는 사망지표는 여러가지가 있으나 크게는 양적으로 나타내는 사망률과 질적인 측면에서는 중요 사망원인을 분석할 필요가 있다. 그중 중요한 것들을 들어보면 다음과 같다.

### 가. 영아사망률

영아사망률은 그 해의 출생아 1,000명당 1세 미만의 영아사망수인데 이 지표는 영아의 건강수준 뿐만 아니라 전체인구의 건강수준과 그 사회의 사회·경제상태를 잘 반영하고 특히 그 사회의 보건의료서비스의 수준을 예민하게 반영하는 지표로서 모자보건수준을 비교하는데 매우 유용하게 쓰이고 있다. 이 영아사망률은 선진국과 개발도상국 사이에 큰 차이가 있다. 가장 개발이 늦은 나라들에서는 출생 1,000명당 200이 넘는 나라들도 있는 반면에 가장 선진된 나라들에서는 출생 1,000명당 10이하이다.

우리나라의 통계청에 의한 공식적인 추정치는 출생 1,000명당 12.8(1992년)이다. 이 수치는 완벽한 신고에 의한 것은 아니고 소수의 표본조사에 의한 결과이다. 그러나 UN은 최근 추정치를 출생 1,000명당

16으로 보고 있고 다른 방법에 의한 추정치는 이보다 훨씬 더 높다. 결론적으로는 정확히 모른다는 말이 옳을 것이다. 거의 완벽한 신고에 의한 일본의 1991년도 영아사망률은 출생 1,000명당 4.4이고 이미 1970년에 12.4에 도달해 있다. UN의 통계에 의하면 1991년에 스웨덴이 출생 1,000명당 6정도이고 영국, 프랑스, 독일 등의 서유럽 국가들은 7-8, 미국은 9정도이다. 전세계의 평균은 출생 1,000명당 63으로 추정하고 있다.

영아사망의 원인으로는 통계청의 사망원인 통계년보에 의하면 주산기질환, 불의의 사고, 폐렴 및 기관지염, 심장병의 순위이다. 그 외에도 7,8,9위가 수막염, 장관감염병과 패혈증으로 아직도 현대의학으로 치료가 가능한 원인으로 사망하는 경우가 많이 있음을 나타내 주고 있다.

우리나라의 경제수준과 비교할 때는 우리의 공식적인 영아사망률은 낮은 것으로 추정하기도 하지만 영아사망률만을 가지고 단순비교하는 것으로 모자보건수준을 단정할 수는 없다. 영아사망률이 출생 1,000명당 10이하로 낮은 경우에는 그것 때문에 다른 심각한 문제가 있기도 하다. 영아사망률에는 어떤 상태로나 죽지 않고 첫돌만 넘기면 제외되게 되어 있기 때문이다. 현대의 의학은 인간을 생존케 하는 기술은 뛰어나나 문제를 완전히 해결하는 수준에는 도달해 있지 못하다. 문제를 뒤로 미루고 있다는 사실을 염두에 두어야 한다. 그런 점에서 오늘날은 특히 어느 수준에 오른 국가들간에 영아사망률만을 비교하는 것은 예전처럼 그 나라의 모자보건수준을 예민하게 반영해 준다고는 할 수 없게 되었다. 그 삶의 질을 고려해야 할 단계에 이르렀다고 할 수 있다. 특히 선천적 장애의 경우에는 문제를 누적시키는 결과를 초래하고 있다.

이 영아사망과 관련해서는 이를 다시 신생아사망(출생후 4주미만의 사망)과 그 이후의 영아후기사망으로 나누어 볼 수도 있으나 우리나라의 경우 그 자료의 정확성이 의문스러워 논할 가치가 없는 것으로 판단된다. 신생아사망과 영아후기사망은 그 의미가 다르다. 최근 선진국에서의 영아사망률의 감소는 신생아사망률의 감소에 기인한 경우가 많다.

## 나. 유아사망률

유아사망률은 1-4세의 유아 1,000명당 1-4세의 사망자 수를 말한다. 이 사망률은 영아사망률을 제외한 것으로 오늘날에는 오히려 영아사망률보다도 영양, 위생 그리고 감염병 및 불의의 사고 등 환경요인에 의해 영향을 받는 아동의 건강상태를 더 잘 반영하는 것으로 믿고 있다. 즉 영아사망률보다도 경제적인 상황을 더 잘 반영하여 지역사회의 사회경제개발수준과 보건의료서비스수준을 더 예민하게 나타내 주는 지표로 알려져 있다. 세계의 가장 후진국의 경우는 1,000명당 100명이상이 사망하는 것으로 알려졌으나 가장 낮은 나라는 1,000명당 0.4로 약 250배의 차이가 나서 영아사망률의 차이보다도 더 큰 차이를 보이고 있다. 이러한 현상은 후진국에 있어서는 더 많이 낮출 수 있는 여지가 있음을 나타내고 사회·경제조건의 개선에 의하여 유아사망의 대부분을 예방할 수 있는 것으로 믿어진다.

우리나라의 이 유아사망률이 얼마나 되는지는 정확히 알 수 있는 자료가 없다. 다만 2개의 인구센서스자료를 이용해서 추정된 것이 같은 연령의 인구 1,000명당 1-2의 범위에 있으며 사망원인으로는 불의의 사고가 중요한 것으로 밝혀져 있다.

## 다. 5세 미만아 사망률

원칙적으로 5세 미만아 사망률(Under 5 mortality rate)은 영아를 포함한 5세미만의 아동인구 1,000명당 5세미만아의 사망자수로 나타낸다. 그 장점은 영아사망률로는 환경요소의 영향을 알 수 없는데 비하여 이 사망률은 영아사망률 뿐 아니라 유아기의 환경요인에 의한 사망양상까지도 추정이 가능하기 때문이다. 예컨대 영양결핍에 의한 사망위험이 출생후 2년째에 높은 경우 영아사망률로는 이를 알 수가 없다. 이 경우에도 세계적으로 볼 때 최저 1,000명당 2로부터 1,000명당 100을 초과하는 큰 차이가 있다.

그러나 근래 이 사망률의 산출이 어렵기 때문에 변형으로 5세미만

아동 1,000명당 사망수로 하지 않고 출생 1,000명당 5세미만 사망자의 비로 나타내기도 한다. UN의 추정에 의하면 우리나라는 영아사망률이 출생 1,000명당 16에 비하여 5세미만의 사망은 19인 것으로 추정하고 있다. 전 세계에서 가장 낮은 나라는 일본이 출생 1,000명당 6, 스웨덴이 8, 영국,프랑스,서독 등이 9정도이나 많은 후진국들에서는 100이상이다.

### 라. 모성사망률

모성사망률은 임신과 출산에 기인한 사망수를 출생수를 기준으로 율로 나타낸 것이다. 그 출생수의 기준은 10,000명으로 하기도 하고 모성사망수가 적을 때에는 출생 100,000명당으로 하기도 한다. 즉, 이 모성사망률은 임신과 출산에 따르는 임산부의 사망위험을 반영하는 것으로 일반적인 사회·경제적 조건, 영양상태와 위생상태 및 모성건강관리의 상태에 의해서 영향을 받는다.

우리나라의 모성사망률 역시 정확한 자료는 없으나 통계청의 공식자료에 의하면 1992년에 출생 10,000명당 3.0으로 추정하고 있다. 2000년에는 출생 10,000명당 2.0으로 낮아질 것으로 추계하고 있다. 선진국들에 있어서는 출생 10,000명당으로는 계산되지 않을 정도로 낮아져 있다.

그 사망원인은 근원적으로 임신과 출산으로 임신중독증, 산욕의 합병증, 임신 및 출산시의 출혈 그리고 유산이 중요한 사망원인이다.

## 3. 영양 및 상병상태

모성과 영유아의 건강상태를 파악하려면 어떤 의미에서는 그들의 영양과 상병상태를 파악하는 것이 더 적극적이고 활용가치가 있다고 하겠다. 그러나 문제는 그 객관성과 정확성에 문제가 있기 때문에 믿을 만한 자료를 제시하기가 어렵다.

## 가. 영양상태

아동들에 있어서 영양상태의 지표로서는 신장, 체중 등 신체계측을 함으로써 신체의 발육과 발달상태를 평가할 수 있으나 별도의 조사가 필요하여 표본조사를 하는 도리밖에 없다. 또한 정상여부를 판단하는 것도 매우 어렵다.

지역사회의 영양상태 특히 모자보건대상의 영양상태를 평가할 수 있는 중요한 지표는 출생아중 저체중 출생아(출생시 체중이 2500gm미만을 기준으로 함)의 비율을 쓸 수 있다. 그러나 이 저체중 출생아의 비율도 시설분만이 아닌 경우는 실제로 파악할 수 없다.

현재 우리나라의 시설분만율은 의료보험 실시이후 상당히 높은 수준에 있으므로 그 자료에서 저체중 출생아의 비율을 파악할 수 있으나 전체적인 집계가 되어 있지 않은 실정이다. 1992년에 한국보건사회연구원이 일부 병원을 표본으로 분석한 결과에 의하면 전체 출생아의 7.7%가 저체중 출생아였다. 출생시 체중이 1,500gm미만이 1.5%이고, 1,500gm - 2,500gm미만이 6.2%였다. 이러한 비율은 다른 선진국의 비율과 별 차이가 없는 것이다.

이 저체중 출생아는 출생 후 생존율이 정상체중아에 비해서 낮고 신체발육과 발달에 장애를 초래할 수 있으며 고도의 의료서비스를 필요로 한다는 점에서 의미가 있다. 저체중 출생아는 특히 임산부의 부적절한 영양과 질병상태를 반영하기도 하고 임신터울조절의 실패와 부적절한 산전관리의 지표가 되기도 한다.

## 나. 상병상태

상병상태의 지수로서는 각종 질병의 발생률과 유병률이 이용될 수 있으나 실제적으로 이용하기에는 매우 어렵다. 그 진단의 정확성이 문제가 되고 급성질환의 경우에는 그 변이가 심하기 때문이다. 그러나 장기적인 장애에 대해서는 파악할 필요가 있으나 우리나라의 경우 믿을 만한 자료가 없다.

이러한 상병상태의 자료로 의료보험의 자료를 활용하거나 특별한 조사를 통하여 획득함으로써 그 원인을 밝히고 예방, 치료 및 재활서비스를 계획하는데 활용할 수 있어야 한다. 특히 장애가 있어도 그 생존기간이 길어짐에 따라 필요로 하는 서비스도 다양해져야 하기 때문이다.

## 4. 보건의료이용

모자보건수준의 간접적인 지표로서 보건의료서비스의 이용양상을 쓸 수 있는데 이중에서도 질병이나 건강상의 위험을 예방하기 위한 영유아의 예방접종률, 임산부의 산전수진율 및 시설분만율이 이용가능한 대표적인 지표이다.

### 가. 영유아의 예방접종률

한국보건사회연구원의 조사자료에 의하면 최근 우리나라 영유아의 예방접종률은 <표 III-2>와 같이 매우 높은 수준에 도달해 있다. 물론 개별적으로 접종시기가 지연되었거나 접종횟수와 간격 등의 구체적인 내용에 대한 문제가 없다고는 할 수 없으나 포괄적으로는 큰 문제가 없을 정도에 이르렀다고 할 수 있다.

### 나. 임산부의 산전수진율과 시설분만율

상기한 한국보건사회연구원의 같은 자료에서 <표 III-3>과 같이 임산부의 산전관리 수진율과 시설분만율도 매우 높은 것으로 나타나고 있다. 여기에서도 산전관리 수진율의 내용에 있어서 완전한가 하는 의문은 있으나 시설분만율은 거의 완벽할 정도에 이르렀다.

이와 같이 시설분만율이 높아진 것은 전국민 의료보험의 실시가 결정적인 역할을 했다고 할 수 있겠으나 최근 의료보험재정의 안정을 위해서 일각에서 분만급여를 의료보험의 급여대상에서 제외시키자는 의견이 대두되고 있는 것에 대하여 경계해야 할 것으로 생각된다.

**표 Ⅲ-2. 영유아 예방접종 종류별 접종률**

| 조사년도 / 종류 | 1988년 [1] | 1989년 [2] |
|---|---|---|
| | '83-'87년 출생아 | '87-'88년 출생아 |
| BCG | 93.8 % | 93.7 % |
| B형 간염 | 79.7 % | 90.5 % |
| DPT 1차 | 96.6 % | 98.2 % |
| 2차 | 95.6 % | 96.4 % |
| 3차 | 90.7 % | 93.0 % |
| Polio 1차 | 94.8 % | 98.2 % |
| 2차 | 94.1 % | 96.4 % |
| 3차 | 89.0 % | 93.0 % |
| 홍역 | 85.1 % | 92.4 % |
| MMR | 88.8 % | 96.3 % |

자료:1) 한국인구보건연구원, 『전국출산력 및 가족보건실태조사』, 1989

2) 김혜련외, 『전국 영유아 예방접종 실태조사』, 한국인구보건연구원, 1989

* 출처:한국보건사회연구원, 『모자보건의 정책과제와 발전방향』, 1993

**표 Ⅲ-3. 연도별 산전관리 및 시설분만율 추이**

(단위 : %)

| 연 도 | 산전수진율 | 시설분만율 |
|---|---|---|
| 1977 | - | 35.3 |
| 1980 | - | 56.9 |
| 1982 | 69.3 | 62.9 |
| 1983 | 78.0 | 75.7 |
| 1985 | 90.0 | 89.8 |
| 1988 | 93.7 | 97.7 |
| 1991 | 95.1 | 98.9 |

주: 동 자료원은 영유아를 대상으로 조사된 자료 중 출생년도를 기준으로 대상아 100명당 산전 및 시설분만율을 제시하였음. 따라서 임신 및 분만시점에 조사한 자료가 아니므로 [사산]이나 [출생 후 사망]한 경우에는 본 분석에서 제외되었음.

*출처:한국보건사회연구원, 『모자보건의 정책과제와 발전방향』, 1993

# 5. 결어

가. 지금까지 살펴본 우리나라의 모자보건수준은 외형상 또는 포괄적으로 보았을 때는 적어도 건강의 유지를 위한 기본적인 단계에는 도달해 있다고 할 수 있겠다. 이제 앞으로의 과제는 질적으로 개선하고 적극적인 건강증진을 위한 노력을 필요로 한다는 점이다. 하나의 도약의 출발점에 있다고 할 수 있다.

나. 이와 같은 단계에 도달한 것은 일반적인 사회·경제발전과 전국민 의료보험에 힘입은 바가 절대적이며 공공서비스로서의 모자보건서비스의 기여가 얼마나 되는지는 의문이다. 그러나 앞으로는 공공서비스로서의 모자보건서비스 자체의 역할이 증대될 것으로 예상된다.

다. 앞으로의 중요한 문제는 적극적인 건강증진과 장기적인 장애에 대한 대책이 큰 비중을 차지하게 될 것이 틀림없는데 그 "공공의 적정성"에 대한 심각한 고려가 요구되고 있다. 불완전한 고도의 의학기술을 적용함으로 인해서 새로운 문제를 만들거나 누적시켜 사회의 부담을 가중시킬 위험은 없는가를 검토할 필요가 있을 것이다.

# Ⅳ. 1994년도 가족보건사업 추진방향

임 요 택*

## 1. 개요

우리나라의 인구정책은 1961년부터 국가경제개발 계획의 일환으로 시작하여 인구증가억제에 목표를 두어 추진하여 왔다. 그 결과 1960년도의 인구증가율 3.0%, 합계출산율 6.0명에서 1994년도에는 각각 0.94%(통계청 추정치)와 1.6으로 둔화되어 출산수준이 대치출산수준 이하로 저하되는 등 양적인 조절을 이루는데 성공하였다.

이러한 결과는 다른 선진제국의 경우에는 100여년에 걸쳐 이룩한 성과를 30여년만에 이룩한 것이어서 세계적인 주목을 받고 있으며, 개발도상국으로부터는 우리나라의 가족계획사업의 성공에 있어서 큰 역할을 한 국가정책, 활동조직, 경험 등에 대하여 알고자 하여 우리의 경험을 알려주고 있다.

그러나 이러한 성공의 결과로 가족계획사업의 불필요론 내지는 민간주도에 대한 논난이 일고 예산감소로 인하여 사업이 축소되고 사업관계자들의 사기가 저하되고 있으며, 피임실천율 79.4%라는 높은 수준에도 불구하고 아직 피임실패로 인한 인공임신중절이 성행하고 있는 등 많은 문제점을 내포하고 있기도 하다.

따라서 적기에 정확한 피임을 실천하도록 홍보·계몽하고, 인구성비의 불균형이 심화되지 않도록 남아선호관을 불식시키는 노력도 지속적으로 추진하겠으며, 청소년을 포함한 미혼남녀의 올바른 성윤리관 정립을 위하여 성교육에도 힘쓸 것이다.

나아가 인구의 자질향상을 위하여 그동안 상대적으로 소홀히 하였던

---

* 보건사회부 가족보건과장

모자보건사업을 더욱 활성화하기 위하여 선천성 대사이상 검사, 모유수유 권장, 모자보건수첩 발급, 영유아 등록관리 등을 내실있게 추진하고 저소득층에 대한 모자보건서비스를 더욱 강화하여 나갈 계획이다.

가족단위의 포괄적인 보건의료서비스를 위한 통합보건사업은 그간 사업 추진과정에서 나타난 일부 문제점을 보완함과 아울러, 일선에서 조사된 지역사회 진단자료를 토대로 적극적으로 사업을 추진할 수 있도록 하기 위해 각 일선 보건의료 기관별로 만성퇴행성질환 사업을 1개 이상씩 선정 추진토록 할 계획이다.

## 2. '94년도 가족보건사업

### 가. 가족계획사업

#### 1) 피임보급사업

그간의 가족계획사업은 인구증가억제를 위한 출산조절을 시급한 당면과제로 하여 정부가 막대한 예산을 들여 인구억제에 효과가 큰 피임방법을 선택하여 정부지원 피임보급 확대 위주로 추진해 왔다. 이에따라 개개인의 여건을 고려한 수용성이 등한시 되어 부작용 발생 등 수용자의 불편도 컸을 뿐 아니라 피임실천에 대한 정부 의존도를 높여주는 계기가 되기도 하였으나, 30여년이라는 짧은 기간동안에 세계적으로 그 유례를 찾아볼 수 없을 만큼 괄목할 만한 인구증가율의 둔화와 선진국형의 저출산시대에 진입하는 성과를 거둠으로써 인구정책사업의 전환기를 맞이하게 되었다.

이에따라 정부는 '88년 이후부터 정부피임보급 물량의 축소와 더불어 서비스의 향상 등 질적 개선과 자율피임 실천율 제고를 위한 홍보·교육을 강화하는 등 가족계획사업의 질적인 변화를 시도하고 있으나, 가족계획사업은 성공된 사업으로 인식되어 각 계층의 협조나 관심이 감소되어 가고 있고 국민들의 의식도 점차 이완되고 있는 것이 사실이다.

최근 몇년간의 정부피임보급 현황을 살펴보면 <표 Ⅳ-1>에서 보는 바와 같이 매년 대폭 감소하여 '94년도에는 총량 기준으로 전년 대비

**표 Ⅳ-1. 1990 - 1994년 정부가족계획사업 피임보급 실적**

(단위 : 명)

| 구 분 | | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 증감률 | 1994계획 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 총 량 | 사업량 | 388,000 | 315,000 | 312,000 | 188,900 | △39.5 | 140,000 |
| | 보급량 | 422,976 | 314,798 | 311,634 | 199,414 | △36.0 | |
| | 진도율 | (109.0) | (99.9) | (99.9) | (105.6) | | |
| 불 임 수 술 | 사업량 | 90,000 | 60,000 | 57,000 | 41,400 | △27.4 | 27,000 |
| | 보급량 | 113,485 | 68,457 | 60,327 | 42,007 | △30.4 | |
| | 진도율 | (126.1) | (114.1) | (105.8) | (101.5) | | |
| 자궁내 장 치 | 사업량 | 178,000 | 150,000 | 150,000 | 82,500 | △45.0 | 50,000 |
| | 보급량 | 186,614 | 149,502 | 145,383 | 83,952 | △42.3 | |
| | 진도율 | (104.8) | (99.7) | (96.9) | (101.8) | | |
| 콘 돔 ( 월 평균) | 사업량 | 100,000 | 100,000 | 100,000 | 60,000 | △40.0 | 58,000 |
| | 보급량 | 102,565 | 90,322 | 100,239 | 68,057 | △32.1 | |
| | 진도율 | (102.6) | (90.3) | (100.2) | (113.4) | | |
| 먹는 피임약 ( 월 평균) | 사업량 | 20,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 0 | 5,000 |
| | 보급량 | 20,312 | 6,517 | 5,685 | 5,398 | △5.0 | |
| | 진도율 | (101.6) | (130.3) | (113.7) | (108.0) | | |

o 증감률(%) : $\frac{\text{'93년도 사업량(보급량)} - \text{'92년도 사업량(보급량)}}{\text{'92년도 사업량(보급량)}} \times 100$

25.9% 감소하였다.

점점 감축되는 정부지원 피임보급량만으로는 현재의 피임실천율을 유지하기 어려울 것으로 예상되어 '94년도에는 207천건을 의료보험을 통한 목표량으로 책정하였다.

또한 피임수용자의 편의제공을 위한 조치로 대한가족계획협회가 민간 상업망을 통한 피임보급사업을 개발하여 신용카드를 이용한 콘돔 통신판매 사업을 실시하고 있으며, '94년도에는 그간 중단되었던 자동판매기를 이용한 콘돔판매를 재개할 예정이다.

한편, '92년도 가족계획사업실적중 남녀불임시술의 비율이 <표Ⅳ-2>에서 보는 바와 같이 54.9 : 45.1로서 가족계획사업을 실시한 후 처음으로 남성 불임수술이 여성 불임수술을 상회했으며, '93년에는 전체적인 보급량은 줄었다하나 남성 불임수술의 비율이 62.4 : 37.6으로 무척 높아졌음을 알 수 있다. '94년에는 남·여 불임수술 목표량을 48.1 : 51.9의 비율로 계획하였으나 이러한 추세를 계속 뒷받침하기 위하여 총 사업비 범위내에서 난관사업비를 정관사업비로 전용 가능하도록 하여 남성불임수술 비율을 높일 예정이다.

**표 Ⅳ-2. 1991 - 1993 남·여 불임수술 비율**

(단위 : 명)

| 구분 | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 계획 (%) | 실적 (%) | 계획 (%) | 실적 (%) | 계획 (%) | 실적 (%) | 계획 (%) |
| 불임 수술 | 60 (100.0) | 68.5 (100.0) | 57 (100.0) | 60.3 (100.0) | 41.4 (100.0) | 42.0 (100.0) | 27 (100.0) |
| 정관 | 20 (33.3) | 31.9 (46.5) | 29 (50.9) | 33.1 (54.9) | 22.2 (53.6) | 26.2 (62.4) | 13 (48.1) |
| 난관 | 40 (66.7) | 36.6 (53.5) | 28 (49.1) | 27.2 (45.1) | 19.2 (46.4) | 15.8 (37.6) | 14 (51.9) |

또한 피임시술서비스의 질적인 향상을 위하여 금년에도 대한불임시술관리협회 주관하에 총 280여명의 피임시술의사, 조산사 등 피임시술을 실시하는 의료인에 대한 전문 보수교육을 실시할 예정이다.

### 2) 영세민 생계비 지원

정부에서는 소자녀관의 확립과 피임실천을 촉진하고 저소득층 불임수용가정의 생활안정을 도모하기 위하여 '93년도까지는 2자녀이하 생활보호 대상자와 의료보호 대상자 불임수용 가정에 생계비를 지급하였다. '93년 영세민 생계비 지원 실적을 보면 생활보호 106명, 의료부조 4명 총 110명으로 총목표량 222명의 절반수준을 달성했을 뿐이다. 이러한 결과에 따라 '94년도에는 의료부조자에 대한 지원은 중단하였으며, 생활보호 대상자 150명에게 생계비를 지원할 계획이다.

**표 Ⅳ-3 1991 -1993 영세민 생계비 지원실적**

(단위 : 명)

| 연 도 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994계획 |
|---|---|---|---|---|
| 인원수 | 294 | 183 | 110 | 150 |

### 3) 인공임신중절 예방사업

우리나라에서는 1973년도 모자보건법상에 인공임신중절의 허용한계를 규정하기 이전부터 인공임신중절이 확산되어 있었으며 최근에도 계속적으로 증가하고 있는 실정이다. 인공임신중절은 출산력 조절에 많은 공헌을 하기도 하였으나 모체에 미치는 영향이 심대하여 만연시에는 모성건강의 악화가 우려되며 사회·윤리적 측면에서도 인식전환이 필요한 상황이다.

인공임신중절은 원치 않는 임신을 임신중에 수술로 종결시키는 출산

기피 수단이므로 철저한 피임에 의하여 원하지 않는 임신을 예방함으로써 이를 방지할 수 있을 것이다. 이를 위하여 유배우 가임여성중 인공임신중절 위험군의 집중관리, 청소년 성교육과 성윤리관 확립, 피임지식이 부족한 신혼부부에 대한 피임정보 제공, 예비군·민방위·군인·학생 등 집단홍보 교육시 인공임신중절로 인한 모성건강 악화, 부인병 발병 등의 문제점을 주지시켜 인공임신중절을 예방할 계획이다.

또한 금년은 UN이 정한 국제 가정의 해 이므로 건전가정 육성과 여성건강 증진에 힘써야 하겠으나 인공임신중절과 관련해서는 그 실태를 파악하여 예방대책을 강구하고 팜프렛 제작, 세미나개최 등 홍보사업을 전개하고 청소년 성교육을 확대하도록 노력할 계획이다.

#### 4) 사업관리기능의 개선

'94년도부터는 시·도의 시·군에 대한 평가주기를 분기별 평가에서 반기별 평가로 전환하고, 현재까지의 실적위주 평가에서 계획 및 과정에 비중을 둔 평가제도를 개발·실시하도록 할 계획이다.

한편 가족계획 대상자 관리카드에 대하여 몇몇 시·도에서 이의 폐지를 건의했으나 이의 폐지는 아직은 시기상조일 것으로 생각되며, 농촌지역은 관리가능한 대상자의 기준을 설정하여 관리하고 전 대상자의 관리가 곤난한 도시지역의 경우는 내소자를 중심으로 등록·관리토록 할 계획이다.

### 나. 모자보건사업

'93년도 정부모자보건사업은 임산부, 영유아의 효율적인 등록관리와 임산부 산전, 산후, 분만관리 및 영유아 건강진단을 실시하여 고위험대상이나 비정상적 소견자에 대하여는 정밀검사 및 치료를 받도록 조치하였고, 예방접종 적기의 실시로 면역효과를 높이고, 저소득층 신생아에 대한 선천성 대사이상 검사를 확대 실시하여 정신지체아 발생을 사전에 예방하는등 임산부, 영유아 건강관리에 역점을 두고 추진하는 한편, 임산부, 영유아 전원에게 모자보건수첩을 보급하도록 하였으나 그 실적은

40% 정도에 그쳤다. 모유 수유율을 높이기 위하여 각종 홍보책자, 팜프렛 등을 배포하였고 각종 신문, 방송, 가두캠페인, 마을방송을 통한 홍보 교육을 실시하였다.

임산부, 영유아 건강관리와 시설분만을 도모하기 위하여 '79년에 IBRD 차관을 도입, 농어촌 지역에 모자보건센터 89개소를 설치하였으나, 전국민 의료보험실시와 농촌인구 감소등 사회여건의 변화에 따라 센터의 본래기능인 분만개조사업이 실효를 거두지 못하여 국유재산인 모자보건센터 건물을 해당 지방자치단체에 일괄 양여하여 지역실정에 적합한 보건의료사업에 적극 활용토록 하였다.

'94년에도 정부모자보건사업은 임산부, 영유아에 대한 건강진단과 임산부관리 및 영유아 기본예방접종의 보급확대, 저소득층을 대상으로 선천성 대사이상 검사를 확대실시할 것이다.

### 1) 임산부, 영유아 등록관리

보건소에 등록한 임산부 71천명에게 산전, 분만, 산후관리를 연계 실시하여 고위험 요인을 사전 방지하기 위하여 등록된 영유아 293천명에 대하여는 성장단계별 적기 보건지도 및 서비스제공으로 기초 건강확보에 노력하고 보다 많은 대상자가 신고, 등록토록 하여 신속한 보건의료서비스 제공으로 위험요인을 조기발견 예방하여야 한다.

### 2) 임산부, 영유아 건강진단

보건소에서 등록 관리하고 있는 임산부, 영유아중 생활보호대상자 46천명에게 건강진단을 실시, 고위험대상자를 발견하여 건강관리를 도모하고자 한다.

### 3) 엄마젖 먹이기 운동 전개

우리나라 모유수유 실천율을 높이기 위해 WHO, UNICEF 등 국제보건기구, 민간사회단체와 정부가 협조하여 많은 노력을 기울여 실천율이

높아가는 추세이다. '94년도에도 이들 단체들과 협조하여 각종 홍보활동을 전개하고 세계모유수유의 날(8월 1일)을 맞이하여 모유수유율 제고를 위한 가두캠페인 등도 실시할 계획이며, 각 시·도에서도 적극적인 홍보교육을 실시하여야 한다.

### 4) 영유아 예방접종

영유아 시기에 질병에 이환되면 사망의 원인이 되거나 지체장애자가 되어 경제적, 정신적, 사회적으로 부담이 가중되므로 적절한 시기에 예방접종을 실시하여 질병을 사전에 예방하여야 한다.

**영유아 예방접종 실적**

(단위 : 명)

| 연도별 / 접종명 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994계획 |
|---|---|---|---|---|
| 계 | 3,655,804 | 3,592,651 | 3,570,535 | 3,443,000 |
| 피 디 티 | 1,189,191 | 1,192,293 | 1,213,641 | 1,187,000 |
| 엠 엠 알 | 342,236 | 333,881 | 330,795 | 300,000 |
| 폴 리 오 | 1,523,625 | 1,482,836 | 1,479,206 | 1,427,000 |
| 디 티 | 600,752 | 583,641 | 546,893 | 529,000 |

### 5) 선천성 대사이상 검사

신생아에 대한 선천성 대사이상 검사를 실시하여, 이상자를 조기 치료함으로써 지체아 발생을 예방한다. '94년도에 50천명을 검사할 계획이며 검사대상자에게 신속히 검사결과를 통보하여 민원인의 편리를 도모하고 이상자 발견시 2차 검사 등도 신속히 할 수 있도록 조치하여야

한다. 그리고 페닐케톤 이상자에게는 특수분유를 무료로 지급하여 사후 관리를 계속 실시할 계획이다.

선천성대사이상 검사실적

(단위 : 명)

| 연 도 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994계획 | 비 고 |
|---|---|---|---|---|---|
| 인 원 | 29,325 | 20,302 | 35,417 | 50,191 | 페닐케톤뇨증 19명<br>감상선기능저하증 22명 |

### 6) 모자보건수첩 발급

'93년도에는 모자보건수첩의 효율적 활용을 위하여 모자보건수첩 내용 및 규격을 통일하였고 금년에는 보건소에 신고, 등록된 자는 물론 일반의료기관 이용자에게도 모자보건수첩을 발급할 계획이다. 또한 영유아기에서 학동기에 이르기까지 지속적인 건강관리를 위하여 모자보건수첩을 국민학교 입학시에 의무적으로 제출토록 적극 추진할 것이다.

## 다. 통합보건사업

### 1) 목표

통합보건사업은 모든 주민으로 하여금 필수적이며 기본적인 보건의료 혜택을 받도록 하고, 질병예방 노력을 강화하여 주민이 적어도 생산적으로 활동할 수 있고 지역내의 사회생활에 능동적으로 참여할 수준의 건강을 확보하도록 보건요원이 지도함을 목표로 한다. 더나아가 개인, 가족 및 지역사회에 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 포괄적인 서비스를 제공하여 주민 모두에게 건강을 주는 것이 그 궁극적 목표이다.

### 2) 추진방침

그간의 지역사회진단 및 통합추진 상황을 면밀히 분석, 평가하고 이를 지속적으로 보완 발전시켜 지역주민의 건강복지 욕구에 적극 부응토록 하는 한편 통합보건요원의 자질향상과 전문성을 제고해 나가도록 한다.

### 3) 사업내용

보건교육, 모자보건, 가족계획, 결핵관리, 노인보건관리, 장애인건강관리, 성인병관리, 영양지도 등을 포괄적으로 실시한다. 다만 최근 국민보건상의 중요한 문제로 제기되고 있고 조기발견, 조기치료 및 추구관리가 가능한 만성퇴행성 질환중에서 1개 이상의 역점사업을 선정 시행한다.

### 4) 사업대상자

통합보건사업의 대상자는 관내 전 거주민이어야 한다. 그러나 당해 기관의 조직 및 인력형편상 전 거주민에 대한 실시가 곤란할 경우에는 자체 실정에 맞는 사업과 대상자를 자율적으로 선정 실시하도록 하고 있다. 또한 실시 대상자에게 어느 정도까지 서비스를 제공할 것인가를 정하는 것은 지역 실정에 따라 다를 것이나 형평에 맞고 지속될 수 있어야 한다. 그렇지 않으면 더 큰 불만을 살 우려가 있다.

### 5) 사업전담요원의 적정 배치

통합보건사업 요원은 대상자를 직접 면담하고 필요한 서비스를 제공하는 일선 수행자로서 사업의 성공여부를 좌우할 수 있는 요원이다. 따라서 보건소장은 사업대상자별로 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 사업요원 배치 및 그 활용에 각별한 관심을 가져야 한다. 특히 사업요원이 특정지역에만 편중 배치되어 다른지역의 보건사업에 지장을 초래할 우려가 있다고 판단될 경우에는 인력을 조정 배치하여 보다 효율적으로

활용될 수 있도록 하여야 함은 물론 이들의 전문성 제고를 위해 부단한 노력도 게을리 하여서는 아니될 것이다.

### 6) 사업대상자에 대한 서비스 제공

통합보건사업의 궁극적 목표는 지역주민의 건강확보와 가정방문을 통한 적절한 보건의료서비스의 제공이다. 이러한 서비스의 제공내용이나 그 방법 및 수단이 형식으로 흐를 경우에는 인력의 낭비는 물론 지역주민에 대한 불편과 불만을 가중 시키게 된다. 따라서 등록 관리하고 있는 사업대상자에 대하여는 정기적인 가정방문 또는 적극적인 내소를 통해 대상자 질환에 맞는 건강교육, 상담, 검사, 진단, 투약 및 치료 등의 보건의료서비스를 제공하고, 그 결과에 대하여는 개인별 관리카드에 명확히 기록 유지되어야 한다.

보건소에서의 병력조사결과 이상자로 판단된 자로서 자체검진 및 치료가 어렵거나 상급의료기관의 재검사 등이 필요할 경우에는 상급기관에 환자를 적기 의뢰하여 필요한 진료를 받도록 함으로써 공공보건기관에 대한 신뢰를 확보해 나가도록 하여야 한다.

## 라. 홍보·계몽·교육사업

현재까지 가족계획 및 모자보건사업에 대한 홍보가 각 사업별로 실시되어 왔으나, 가족계획 및 모자보건 홍보는 서로 분리하여 실시할 수 있는 것이 아닌 것으로 판단되어 '94년도부터는 하나의 사업으로 통합하여 실시할 계획이다.

우리나라의 가족계획사업이 세계에서 유례를 찾아볼 수 없을 만큼 성공적이라고는 하나, 피임실패로 인한 인공임신중절이 만연하고 있고 유교적인 전통사상에 의한 남아선호관의 잔존, 성개방화에 따른 미혼모 발생, 청소년 성범죄의 발생 등 여전히 노력해야 할 여지가 많다

이러한 문제점을 해소해 나가기 위해 '94년에도 홍보·계몽·교육사업을 강화해 나갈 계획이다. 즉, 실패임신에 따른 인공임신중절의 방지를 위한 적절한 피임방법의 교육 및 홍보, 청소년 성교육 등 집단교육을

지역사회의 단체, 교육기관과의 협력하에 추진할 계획이다. 그리고 이미 시행되고 있는 전화상담을 더욱 활성화하여 사업성격상 면접에 의한 상담보다는 전화상담을 통하여 필요로 하는 국민은 누구나 접근이 용이하게 할 계획이다. 이러한 사업의 일환으로 대한가족계획협회에서 시행하고 있는 음성자동응답시스템(ARS) 방식에 의한 홍보·교육을 더욱 확대해 나갈 계획이다.

또한 모자보건 측면에서 영·유아 예방접종에 대한 대국민 홍보, 산전·산후 관리를 통해 모유의 장점과 인공분유의 단점을 비교하여 모유수유의 동기를 부여하는 등 모유수유 권장 홍보, 모자보건에 관한 각종 홍보자료 제작 배포, 새마을 부녀회등 각종 여성 관련단체를 통한 모자보건 홍보를 적극 실시하여 국민건강 증진에 기여토록 할 계획이다.

### 마. 특수시책 개발운영

'94년도에는 가족계획이나 모자보건대상자 파악을 위한 전수조사 및 유배우 부인중 인공임신중절 위험군 집중관리, 지역에 특유한 질병관리 등 지역주민의 상황, 욕구에 따라 해당지역에 적합한 사업을 채택하여 지역주민에게 보건의료혜택이 고루 돌아갈 수 있도록 할 계획이다.

## 3. 결론

인구억제 목표의 조기달성으로 가족계획사업에 대한 정부지원이 축소되고 이에 따라 사업관계자들의 사기가 저하되었으며 각계각층의 관심이 줄어든 것은 사실이다. 그러나 인구문제는 양적인 면에서나 질적인 면에서나 앞으로도 계속 사회 전반에 영향을 줄 것임에는 의심할 여지가 없다.

따라서 계속되는 정부지원 피임보급의 축소에 따른 문제점을 보완하기 위하여 자비부담 가능 계층으로 피임을 원하는 자에 대하여는 의료보험에 의하여 자비 피임을 하도록 홍보하고 서비스의 향상 등 질적인 개선을 위해 노력해야 할 것이다.

또한 인구의 질 향상과 국민보건 증진을 위하여 임산부 관리, 영유아 예방접종, 선천성 대사이상검사, 모유수유 권장사업의 적극 추진 등에 많은 노력을 하여야 할 것이다.

그리고 전국민에게 보건의료혜택을 확대하고 국민건강을 확보하기 위해 지역실정에 맞는 보건사업을 실시함으로써 새로운 질병양상으로 나타나고 있는 만성퇴행성 질환 등의 관리를 철저히 하여 국민건강 증진에 기여하는 한편, 질병의 조기발견 및 조기치료를 가능케 함으로써 국민 의료비 절감에도 기여하도록 해야할 것이다.

# V. 대한가족계획협회 1994년도 주요 사업추진계획

전 종 기*

## 1. 기본목표

가. 모자보건, 청소년 성교육으로 인구의 자질 향상

나. 인구/가족계획사업의 지속화로 안정인구 유지

## 2. 추진방침

가. 가족계획 서비스와 모자보건 증진

나. 청소년 성교육 사업의 체계화

다. 대중매체를 통한 지속적인 홍보

라. 자원개발을 통한 자립기반 조성

마. 새로운 홍보교육서비스 제공

바. 영상교재 개발 보급

사. "세계 가정의 해" 기념사업

아. 국제교류 사업

---

* 대한가족계획협회 사무총장

# 3. 94년도 주요 사업 추진 계획

## 가. 홍보사업

### 1) 대중매체홍보

가) 전파매체 및 인쇄매체를 활용한 인구/가족계획, 모자보건, 청소년 성교육에 관한 대국민 홍보활동 전개
나) 지하철 차내 광고를 통한 인공임신중절 예방 캠페인
다) 에이즈 예방 홍보
라) 국민보건 관련 기념의 날을 통한 계기홍보 전개

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 라디오방송 | 308 회 | 스팟트 방송, 기획특집 |
| ○ 텔레비젼방송 | 141 회 | 스팟트 방송, 기획특집 |
| ○ 인쇄매체활용 | 496 회 | 신문, 잡지, 사보 |
| ○ 지하철 차내광고 | 30량 12월 | 지하철 차내 포스터 광고 |
| ○ 계기홍보 | 17 회 | 보건의 날(4. 7),<br>세계인구의 날(7.11)<br>세계가정의 날(5.15)<br>모유수유의 날(8.1)<br>세계 AIDS의 날(12.1) |

### 2) 자료개발

가) 정기간행물로 월간 "가정의 벗" 발행 보급
나) 모자보건 미니 문고 시리즈 발간
다) 전단 등 인쇄물 자료개발 홍보

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 소 책 자 | 4,000부 | 모자보건 미니 문고<br>(원형개발 1,000부 x 4종) |
| ○ 전 단 | 239,500매 | 모자보건 홍보 |
| ○ 보도자료 제작 | 200부 | 방송사, 언론사 기획특집<br>보도 홍보자료 |
| ○ 가정의 벗 | 36만부 | 1968.8 창간 월 30,000부 |

**표 V-1. 미니 문고(책자명)**

| 번호 | 단행본 책자명 | 규 격 | 면수 | 비 고 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 일하며 키우며 | 9cmx17cm(48절) | 28 | 기발행보급증 |
| 2 | 선천성장애, 그 원인과 예방 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 3 | 불임증 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 4 | 유방의 건강 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 5 | 환절기의 영유아관리 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 6 | 청소년의 정신질환과 대책 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 7 | 자궁암의 모든 것 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 8 | 아기영양과 이유(보충)식 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 9 | 사랑의 피임법 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 10 | 성인병 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 11 | 성병 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 12 | 영유아 돌보기 | 9cmx17cm(48절) | 28 | 94 발행계획 |
| 13 | 여성 정신건강 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 14 | 청소년의 성교육 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |
| 15 | 한방 건강정보 | 9cmx17cm(48절) | 28 | " |

* 권당보급가 : 300원

표 V-2. 1994년도 지부별 집단흥보교육 목표

| 지 부 | 예비군교육 | | | 현역군교육 | | 민방위 교육 | | 기회교육 | | 노인회교육 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 횟수 | 인원 | 정관수술 | 횟수 | 인원 | 횟수 | 인원 | 횟수 | 인원 | 횟수 | 인원 |
| 합 계 | 2,630 | 684,400 | 5,320 | 604 | 64,900 | 4,450 | 1,512,700 | 4,300 | 430,300 | 125 | 6,450 |
| 서 울 | 320 | 221,000 | 1,300 | 35 | 3,500 | 1,500 | 900,000 | 240 | 49,000 | 17 | 840 |
| 부 산 | 80 | 35,000 | 490 | 26 | 2,500 | 500 | 125,000 | 190 | 19,600 | 8 | 400 |
| 인 천 | 40 | 21,000 | 260 | 6 | 6,300 | 110 | 13,200 | 130 | 8,000 | 2 | 100 |
| 경 기 | 280 | 56,000 | 880 | 70 | 7,000 | 150 | 22,500 | 600 | 60,000 | 28 | 1,450 |
| 강 원 | 280 | 19,000 | 140 | 100 | 9,800 | 130 | 19,500 | 600 | 60,000 | 8 | 400 |
| 충 북 | 130 | 19,000 | 140 | 35 | 3,500 | 190 | 28,500 | 380 | 23,000 | 8 | 500 |
| 대전/충남 | 250 | 49,000 | 280 | 50 | 5,000 | 120 | 24,000 | 340 | 34,000 | 10 | 500 |
| 전 북 | 200 | 35,500 | 340 | 80 | 7,700 | 310 | 62,000 | 340 | 34,000 | 15 | 800 |
| 광주/전남 | 320 | 47,500 | 460 | 65 | 6,300 | 500 | 90,000 | 460 | 46,000 | 7 | 350 |
| 대구/경북 | 390 | 77,000 | 280 | 80 | 7,700 | 700 | 175,000 | 620 | 61,000 | 15 | 750 |
| 경 남 | 250 | 50,400 | 700 | 50 | 4,900 | 140 | 28,000 | 290 | 29,000 | 4 | 210 |
| 제 주 | 90 | 17,000 | 50 | 7 | 700 | 100 | 25,000 | 110 | 6,700 | 3 | 150 |

### 3) 집단홍보교육

가) 예비군, 현역군 및 각급 기관단체를 대상으로 집단홍보 교육 실시

나) 도시 저소득층 주민을 대상으로 순회교육 실시

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 현역군인 교육 | 64,900명 | |
| ○ 예비군 교육 | 684,400명 | |
| ○ 대인, 집단홍보 교육 | 1,949,450명 | 민방위대(1,512,700)<br>각급단체 ( 430,300)<br>노 인 회 ( 6,450) 등 |
| ○ 도시저소득층 주민교육 | 120 통 | 야간순회 교육<br>(인천지부) |

## 나. 청소년 사업

1) 전국 7개 지역 공단에 청소년 상담실을 설치하여 근로청소년을 대상으로 상담 및 지도활동 전개

2) 중, 고등학교 졸업반 학생을 대상으로 성교육 실시

3) 청소년 성교육 지도자 연수과정을 통한 지도자 양성

4) 청소년 종합상담실 및 수련실 위탁운영으로 청소년 대상 지도 육성

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 근로청소년상담실 운영 | 7개소 | 7개 공단지역(구로, 사상, 부평, 안산, 청주, 대구, 창원) |
| ○ 청소년종합상담실 및 수련실운영 | 2개소 | 서울, 인천 |
| ○ 청소년 성상담 전화운영 | 12대 | 본부, 11개 지부 |
| ○ 중·고졸업반 학생 성교육 | 200개교 72,000 명 | 시·도지부 |
| ○ 산업장 청소년 교양대학강좌 | 100명 | 인천 |
| ○ 청소년 공부방 운영 | 3지역 10개월 | 서울, 인천, 대구 |
| ○ 청소년 성교육 지도자연수 | 64강좌 100명 | 실습 : 강의 20회, 상담 50회 |
| ○ 청소년 성교육 협력학교지정운영 | 15개교 | 전국 시·도단위 실업여자고등학교에서 15개교 선정 |

**표 V-3. 1994년도 청소년집단 성교육 목표량**

(단위 : 횟수)

| 구분 | 교내 청소년 | | | | 교외 청소년 | | | 합계 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 중·고등학생 | 대학생 | 중·고졸업반 | 소계 | 산업장 청소년 | 방 임 청소년 | 소 계 | |
| 계 | 2,330 | 370 | 200 | 2,900 | 1,700 | 450 | 2,150 | 5,050 |
| 서울 | 110 | 50 | 30 | 190 | 250 | 20 | 270 | 460 |
| 부산 | 140 | 40 | 20 | 200 | 200 | 10 | 210 | 410 |
| 인천 | 24 | 6 | 20 | 50 | 20 | 10 | 30 | 80 |
| 경기 | 230 | 30 | 20 | 280 | 250 | 30 | 280 | 560 |
| 강원 | 100 | 10 | 10 | 120 | 40 | 10 | 50 | 170 |

| 구분 | 교내 청소년 | | | | 교외 청소년 | | | 합 계 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 중·고등학생 | 대학생 | 중·고졸업반 | 소계 | 산업장청소년 | 방 임청소년 | 소 계 | |
| 충북 | 220 | 30 | 10 | 260 | 140 | 20 | 160 | 420 |
| 대전충남 | 130 | 30 | 20 | 180 | 150 | 60 | 210 | 390 |
| 전북 | 340 | 20 | 10 | 370 | 90 | 30 | 120 | 490 |
| 광주전남 | 600 | 71 | 20 | 690 | 200 | 60 | 260 | 950 |
| 대구경북 | 250 | 70 | 20 | 340 | 250 | 60 | 310 | 650 |
| 경남 | 150 | 10 | 14 | 174 | 100 | 80 | 180 | 354 |
| 제주 | 36 | 4 | 6 | 46 | 10 | 60 | 70 | 116 |

## 다. 피임 보급 사업

o 11개 부속의원을 통한 불임수술 및 일시 피임 보급

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| o 정관불임수술 | 12,680건 | 11 개 부속의원 |
| o 난관불임수술 | 3,790건 | " |
| o 자궁내장치피임시술 | 7,323건 | " |
| o 자동판매기를 통한 콘돔보급 | 861만개 | 일시피임, AIDS 예방 |

## 라. 모자보건사업

1) 11개 부속의원을 통한 저소득층 무료분만 및 진료
2) 산전산후 영유아 등록관리

3) 사춘기 자녀를 둔 부모에 대한 책임부모교실 운영

4) 정신박약아 예방을 위한 선천성대사이상검사 및 특수분유 공급

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ㅇ 산전·산후 관리 | 31,798건 | 지부 부속의원 |
| ㅇ 분만개조 | 4,892건 | " |
| ㅇ 영유아 관리 | 33,450건 | " |
| ㅇ 임산부 교육 | 84회 | 11개 시·도지부 |
| ㅇ 책임부모교실운영 | 400명 | 서울, 대구/경북, 대전/충남 |
| ㅇ 모자보건 요원 교육 | 180명 | 경기, 경남 |
| ㅇ 감통분만교실 운영 | 12 회 | 부산(라마즈체조) |
| ㅇ 선천성대사이상검사 | 45,313건 | 부산, 경기, 인천, 광주/전남, 경남 |
| ㅇ 유방암 검사 | 21,300건 | 부산, 인천, 대전/충남 |
| ㅇ 예방접종 | 91,964건 | 시·도지부 부속의원 |
| ㅇ 자궁암 검사 | 163,400건 | " |

**표 V-4. 지부별 1994 피임보급 목표**

| 구 분 | 계 | 정관 | 난관 | IUD |
|---|---|---|---|---|
| 계 | 23,793 | 12,680 | 3,790 | 7,323 |
| 서 울 | 5,700 | 5,000 | 300 | 400 |
| 부 산 | 2,300 | 1,600 | 200 | 500 |
| 인 천 | 900 | 400 | 200 | 300 |
| 경 기 | 3,000 | 1,000 | 500 | 1,500 |
| 강 원 | 543 | 180 | 140 | 223 |
| 충 북 | 1,600 | 800 | 300 | 500 |

| 구 분 | 계 | 정관 | 난관 | IUD |
|---|---|---|---|---|
| 대전/충남 | 1,400 | 500 | 500 | 400 |
| 전 북 | 1,500 | 700 | 400 | 400 |
| 광주/전남 | 3,500 | 800 | 900 | 1,000 |
| 대구/경북 | 1,550 | 700 | 150 | 400 |
| 경 남 | 1,800 | 1,000 | 200 | 600 |

**표 V-5. 1994년도 선천성대사이상검사 목표**

| 지부별 | 목 표 량 | | |
|---|---|---|---|
| | 계 | 정부지원 | 자비부담 |
| 계 | 45,313 | 25,313 | 20,000 |
| 서 울 | 2,200 | - | 2,200 |
| 부 산 | 6,273 | 2,173 | 4,100 |
| 인 천 | 2,900 | 1,000 | 1,900 |
| 경 기 | 9,050 | 7,150 | 1,900 |
| 강 원 | 200 | - | 200 |
| 충 북 | 200 | - | 200 |
| 대전/충남 | 5,910 | 4,710 | 1,200 |
| 전 북 | 4,060 | 2,860 | 1,200 |
| 광주/전남 | 8,140 | 4,140 | 4,000 |
| 대구/경북 | 400 | - | 400 |
| 경 남 | 4,080 | 3,280 | 800 |
| 제 주 | 1,900 | - | 1,900 |

표 V-6. 1994년도 모자보건 및 일반진료 목표

| 지 부 | 분만 개조 | 산전 관리 | 산후 관리 | 영유아 관리 | 예방 접종 | M.R | 자궁암 검사 | 유방암 검사 | 일반 검사 | 일반 진료 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 합 계 | 4,892 | 24,460 | 7,338 | 33,450 | 91,964 | 12,300 | 163,400 | 21,300 | 45,100 | 116,375 |
| 서 울 | 200 | 1,000 | 300 | 400 | 500 | 400 | 700 | - | 1,500 | 2,190 |
| 부 산 | 650 | 3,250 | 975 | 1,000 | 5,100 | 500 | 3,200 | 1,500 | 8,000 | 7,170 |
| 인 천 | 1,000 | 5,000 | 1,500 | 20,000 | 40,000 | 2,000 | 11,000 | 8,400 | 9,000 | 38,000 |
| 경 기 | 200 | 1,000 | 300 | 700 | 7,000 | 600 | 6,000 | - | 6,000 | 7,620 |
| 강 원 | - | - | - | - | - | 100 | 25,000 | - | - | 2,450 |
| 충 북 | 300 | 1,500 | 450 | 600 | 1,700 | 600 | 12,000 | 4,000 | - | 3,030 |
| 대전/충남 | - | - | - | 2,500 | 8,000 | 900 | 35,000 | 2,000 | 3,000 | 7,920 |
| 전 북 | 430 | 2,150 | 645 | 4,000 | 17,574 | 700 | 12,500 | - | 5,000 | 13,800 |
| 광주/전남 | 1,550 | 7,750 | 2,325 | 3,100 | 3,500 | 4,500 | 40,000 | 5,000 | 8,000 | 2,120 |
| 대구/경북 | 400 | 2,000 | 600 | 800 | 8,190 | 1,600 | 17,000 | 400 | 4,450 | 10,325 |
| 경 남 | 162 | 810 | 243 | 350 | 400 | 400 | 1,000 | - | 150 | 21,750 |

## 마. 선천성대사이상검사 정도(精度)관리사업

### 1) 목적

가) 정부가 실시하는 선천성대사이상검사의 정확도 관리로 검사 잘못으로 인한 정신 박약아 발생 예방
나) 지속적인 임상병리사 교육훈련 및 정보제공으로 검사능력 제고
다) 대사이상 검사기관으로서의 협회 신뢰도 제고

### 2) 방침

가) 가협에 선천성대사이상검사 정도관리위원회 설치 운영
나) 정부에서 선천성대사이상검사 정도관리사업을 가협에 위임
다) 정도관리 대상질환은 정부지정 검사종목을 기준으로 함
라) 정도관리는 연 2회 실시
마) 정도관리사업 향상을 위한 국제교류 사업 참여

### 3) 정도관리위원회 운영

**가) 구 성** : 위원장 1명을 포함 11명이내로 구성(정부2명, 의료계/학계 3명, 검사기관 3명, 유관기관 3명)

**나) 사 업** :

- 정도관리 및 학술사업
- 정도관리 기술의 향상 개발, 보급 및 교육사업
- 검사실의 표준화 사업
  (기구, 시약 및 장비 등의 보급, 평가 등 필요한 사업)
- 국제 정도관리기관 또는 학회와의 기술협력사업
- 정부 검사종목의 추가 및 삭제

**다) 경 비** :

- 정도관리 의뢰기관의 등록비로 충당한다.

· 기타 필요한 경비는 대한가족계획협회에서 부담

**4) 대상기관 및 등록 :**

가) 정부지정 검사소를 대상으로 한다.

나) 의뢰기관은 위원회에 등록해야 한다.

## 바. 국제교류 사업

1) 동남아 11개국의 인구/가족계획에 관한 여성지도자를 초청 한국 가족계획사업의 성공적인 경험과 기술을 전수

2) 대만과 훈련 교류를 통한 상호 사업견학 및 정보교류

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 국제훈련 | 1 회, 20명 | 방글라데시, 중국, 인도네시아, 인도, 파키스탄, 말레이지아, 필리핀, 태국, 베트남, 스리랑카, 피지 |
| ○ 해외훈련교류 | 10명 | 한국 5명, 대만 5명 |
| ○ 세계인구대회 | 3명 | 94.9.5-13, 이집트 카이로 |

## 사. 자원개발사업

1) 목적사업 수행을 위하여 인력, 재원, 물자 등 자원개발

2) 인구/가족계획, 모자보건, 청소년 성에 대한 전화 자동응답 홍보교육(ARS) (인구/가족계획 31문항, 모자보건 54 문항, 청소년 성교육 58문항)

3) 콘돔 유료보급 시범사업

4) 종합병원 영상시스템 운영을 통한 내원자들에게 의료정보 제공 및 국민보건 홍보,

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 전화 자동응답 홍보교육(ARS) | 8개 지역 | 서울 2지역, 부산, 인천, 전주, 광주, 대구, 원주 |
| ○ 콘돔보급 시범사업 | 180,000개 | 콘돔 유료보급 시범사업 |
| ○ 종합병원 협력홍보 사업 | 10개 병원 | 서울, 부산, 종합병원 |

## 아. 영상교재개발보급 사업

1) 인구/가족계획, 모자보건, 청소년 성교육 및 국민보건에 관한 VIDEO 제작 및 보급
2) 관련 기관 및 단체 VIDEO 자료 제작

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ VTR 복사 | 30,000벌 | |
| ○ 영화복사 | 2벌 | |
| ○ VIDEO 자료 제작 | 10종 | |

## 자. 모자보건수첩 제작·보급사업

○ 전국의 임산부와 신생아를 대상으로 통일된 내용의 모자보건수첩을 제작, 체계적으로 보급·활용케 함으로써 모자보건 증진

| 사 업 별 | 목 표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 모자보건수첩제작 보급 사업 | 400,000권 | 전국 시·군·구 보건소 보급<br>* 93년도 실적 266,363권 |

표 V-7. 1993년도 시·도별 모자보건수첩 보급현황

| 구 분 | 전 국 보건소수 | 수첩보급 보건소수 | 비 율 % | 수 첩 보급량(권) |
|---|---|---|---|---|
| 합 계 | 271 | 159 | 58.7 | 266,363 |
| 서 울 | 22 | 20 | 90.9 | 85,750 |
| 부 산 | 12 | 12 | 100.0 | 10,000 |
| 인 천 | 6 | 4 | 66.7 | 12,080 |
| 경 기 | 41 | 33 | 80.5 | 68,206 |
| 강 원 | 22 | 12 | 55.0 | 13,470 |
| 충 북 | 14 | 12 | 85.7 | 8,966 |
| 대전/충남 | 26 | 14 | 53.8 | 16,550 |
| 전 북 | 20 | 5 | 25.0 | 9,775 |
| 광주/전남 | 31 | 13 | 41.9 | 16,080 |
| 대구/경북 | 41 | 16 | 39.6 | 11,800 |
| 경 남 | 33 | 16 | 48.5 | 11,686 |
| 제 주 | 4 | 2 | 50.0 | 2,000 |

표 V-8. 1994년도 시·도별 모자보건수첩 보급계획

(단위 : 권)

| 시·도 | 계 | 분기별 보급계획 | | | | '94년도 출생예상 아수 | 보건소수 /보급 보건소수 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1/4분기 | 2/4분기 | 3/4분기 | 4/4분기 | | |
| 계 | 232,694 | 67,984 | 61,470 | 76,120 | 27,120 | 631,693 | 271/131 |
| 서울 | 87,600 | 14,300 | 26,800 | 35,500 | 11,000 | 141,358 | 22/22 |
| 부산 | 28,600 | 16,350 | 1,550 | 5,350 | 5,350 | 50,114 | 12/8 |

| 시·도 | 계 | 분기별 보급계획 | | | | '94년도 보건소수 출생예상 아수 | /보급 보건소수 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1/4분기 | 2/4분기 | 3/4분기 | 4/4분기 | | |
| 인천 | 11,830 | 3,830 | 3,000 | 5,000 | - | 42,512 | 6/4 |
| 경기 | 32,400 | 9,400 | 5,800 | 11,300 | 5,900 | 119,712 | 41/22 |
| 강원 | 10,054 | 4,754 | 3,100 | 2,100 | 100 | 17,350 | 22/13 |
| 충북 | 8,100 | 1,300 | - | 6,800 | - | 16,163 | 14/9 |
| 대전충남 | 16,300 | 4,800 | 11,100 | 100 | 300 | 38,938 | 26/14 |
| 전북 | 1,600 | - | 1,100 | 500 | - | 24,761 | 20/3 |
| 광주전남 | 11,200 | 4,000 | 1,500 | 3,300 | 2,400 | 46,550 | 31/10 |
| 대구경북 | 13,710 | 7,250 | 5,520 | 670 | 270 | 74,228 | 41/17 |
| 경남 | 4,800 | - | 2,000 | 1,500 | 1,300 | 52,335 | 32/6 |
| 제주 | 6,500 | 2,000 | - | 4,000 | 500 | 7,672 | 4/3 |

## 차. "세계가정의 해" 기념사업

1) "세계가정의 해" 계기 홍보를 통한 건전가정 육성분위기 조성
2) 인구자질 향상 차원의 기존 가족보건사업과 연계추진

| 사 업 별 | 목표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 가정의 벗 활용 홍보 | 11회 | 세계가정의 해 기념광고 6회<br>특집기사 5 회 |
| ○ 모유수유캠페인 | | |
| 사진콘테스트 | 1회 | 12 점 |
| 사진전시회 | 전국 12개 시 | 전국 12개 시·도청 소재지 |
| 지하철 차내광고 | 30량x6월 | 서울 지하철 차내광고 |

| 사 업 별 | 목표 | 비 고 |
|---|---|---|
| ○ 인공임신중절예방 캠페인 | | |
| 잡지광고 | 5회 | 주요 여성지활용 광고게재 |
| 지하철 차내광고 | 30량x6월 | 서울 지하철 차내광고 |
| ○ 청소년 성교육 | | |
| 성교육 전문가 양성 | 100명 | 전문가 양성연수 |
| 성교육 협력(시범) | | |
| 학교지정 운영 | 15개교 | 사립여자실업고등학교 |
| 청소년 성교육 | 5,050회 | 중·고생 및 산업장 청소년 성교육 |
| ○ 한자녀 가족회 | 12지역 | |
| 걷기 대회 | 1,800명 | 600가정 x 3명 |

# 4. 1994년도 세입세출 예산

## 가. 본·지부 합계예산

(단위 : 천원)

| 세 입 | | | 세 출 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 재 원 별 | 예 산 | % | 사 업 별 | 예 산 | % |
| 합 계 | 12,265,545 | 100.00 | 합 계 | 12,265,545 | 100.00 |
| 일반회계 | 11,640,231 | 94.90 | 일반회계 | 11,640,231 | 94.69 |
| 국고보조 | 1,310,022 | 10.68 | 홍보사업 | 2,397,859 | 19.55 |
| 국제가족 | 805,000 | 6.56 | 청소년사업 | 818,212 | 6.67 |
| 계획연맹 | | | 피임보급 | 2,081,716 | 16.97 |
| 협 회 | 7,906,789 | 64.46 | 모자보건 | 3,550,345 | 28.95 |
| 시 도 비 | 1,618,420 | 13.20 | 교육훈련 | 71,750 | 0.58 |
| | | | 자원개발 | 96,732 | 0.79 |
| | | | 관리운영 | 2,306,537 | 18.80 |
| | | | 예 비 비 | 317,080 | 2.59 |
| 특별회계 | 625,314 | 5.10 | 특별회계 | 625,314 | 5.10 |
| 영상교재 개발원 | 493,850 | 4.03 | 영상교재 개발제작 | 493,850 | 4.03 |
| 모자보건수첩 보급사업 | 120,000 | 0.98 | 모자보건수첩 보급사업 | 120,000 | 0.98 |
| 시범사업 | 11,464 | 0.09 | 시범사업 | 11,464 | 0.09 |

## 나. 1994년도 시·도지부 예산규모(자체예산)

(단위 : 천원)

| 구분 | 1994 | 1993 | 증△감 | 비 고 |
|---|---|---|---|---|
| 합계 | 9,206,756 | 8,469,086 | 737,670 | |
| 서울 | 881,691 | 734,938 | 146,753 | 협회 시료수입:58,485천원 증 |
| 부산 | 937,407 | 825,935 | 111,472 | 협회 시료수입:40,278천원 증 |
| 인천 | 1,497,991 | 1,551,923 | △53,932 | 적립금전입및 잡수입 : 198,594천원 감 |
| 경기 | 1,105,324 | 1,005,562 | 99,762 | 협회 시료수입:149,880천원 증 |
| 강원 | 301,306 | 323,173 | △21,867 | 협회 시료수입: 21,087천원 감 |
| 충북 | 420,724 | 324,655 | 96,069 | 협회 시료수입: 97,906천원 증 |
| 대전 충남 | 708,562 | 664,030 | 44,532 | 협회 시료수입: 71,964천원 증 |
| 전북 | 574,209 | 499,855 | 74,354 | 협회 시료수입: 78,795천원 증 |
| 광주 전남 | 1,219,260 | 1,167,637 | 51,623 | 협회 시료수입:169,973천원 증 |
| 대구 경북 | 725,544 | 605,723 | 119,821 | 협회 시료수입: 76,800천원 증 |
| 경남 | 802,321 | 722,992 | 79,329 | 협회 시료수입: 88,911천원 증 |
| 제주 | 32,417 | 42,663 | △10,246 | |

# Ⅵ. 대한불임시술관리협회 1994년도 사업추진 방향

최 형 백*

## 1. 개 요

우리나라 인구정책의 효과적 달성은 사회·문화적 변화요인에 의한 것보다는 그동안 정부 주도하에 강력한 의지로 추진되어 온 가족계획 사업의 결과로서 소자녀관의 편승과 피임시술의 지속적 보급으로 인구 증가율이 1% 미만 수준에 머무르고 있음은 그간의 성과와 더불어 국가 경제발전 계획에 있어서도 효과적인 정책 수립을 위한 지표가 되었음은 주지의 사실이다. 그러나 전국민 의료보험 실시와 함께 정부지원 피임시술 보급량이 계속해서 감소하고 있는 상황에 비추어 볼 때 미래의 인구정책 또한 자율적 실천을 통한 인식의 전환이 요구되고 있다.

그러므로 피임시술 보급 또한 정부의 지원 및 지방비의 활용을 저소득층에게만 한정하고 의료보험에 의한 자율적 피임실천으로 지속되어야 할 것이다. 그러나 지난 30여년간 정부 주도하에 적극적으로 추진되어 온 피임시술 보급이 경제성장과 국민소득의 향상으로 자율적 피임수용의 전환기를 맞이한 지금 시술의들의 의료보험에 의한 피임시술 기피 현상 및 피임시술 수용자들의 시술 기피 등 몇가지 문제점이 대두되고 있는 실정으로서 향후 인구정책 수립에 있어서도 많은 우려를 낳게 하고 있음을 인식하여 자율적 피임실천을 정착시킬 수 있는 분위기 조성을 위한 홍보 및 계몽·교육의 병행은 물론, 활성화된 민간단체들의 역할이 어느 때보다도 중요하다고 하겠다.

따라서 우리 협회는 1994년도에도 피임시술 분야의 교육사업, 정부

---

* 대한불임시술관리협회 사무총장

지원 및 지방비 시술부작용 사후관리사업과 함께 의료보험에 의한 자율적 피임시술 수용 증대를 위한 부작용 사후관리사업도 관계기관과 협의 추진하고자 한다. 그리고 저출산시대에 따른 시대에 부응할 수 있는 수용자 중심의 양질의 피임 서어비스를 제공하기 위해서 국제 기구와 협력, 안전한 최신 피임시술 방법 및 시술기법의 국내 보급에도 주력할 계획이며, 민간단체로서의 전문성과 자립기반을 갖추어 나아가기 위하여 최선의 노력을 기울이고자 한다.

## 2. 기본 추진방향

1994년도 우리 협회 사업추진 방향은 전년도와 같이 피임시술 분야의 각종 사업의 질적 향상과 최신 피임시술 기법 및 피임보급 그리고 정부지원에서 의료보험 피임시술로 전환하고 있는 시점에 비추어 시술의는 물론 피임수용자들이 능동적으로 수용할 수 있도록 피임의 질을 향상시키는 데 역점을 두고자 한다.

○ 양질의 피임시술 서어비스 제공을 위한 신기법 및 피임기구 보급 확대

○ 피임시술 부작용 극소화를 위한 대책 강화 및 사후관리 사업 관리 운영의 효율화

○ 자율적 피임실천 정착을 위한 의료보험 피임시술 수용자 사후관리 지원 대책 강구

○ 국제기구와의 정보 및 기술협력과 국내 민간협의체와의 유대 강화로 전문화 촉진

# 3. 주요 사업별 추진 계획

## 가. 피임시술 교육

1994년도 피임시술 교육은 가족계획사업에 참여하고자 희망하는 의사 및 조산사를 대상으로 학습 및 실습의 기본교육을 실시하고, 기 시술요원을 대상으로는 새로운 시술기법 및 부작용 억제를 교육내용으로 연수교육을 실시할 계획이다.

### 1) 피임시술의사 기초교육

o 교육대상 : 시술요원이 되고자 희망하는 의사 150명

o 교육시기

- 학과교육 : 1차 1994.4.8 - 4.9 (2일 12시간)
  2차 1994.4.14 -4.15 (2일 12시간)
- 실습교육 : 학과교육 완료후 수시(단,해당전문의로서 전공의 과정중 실습완료자는 제외)

o 교육장소

- 학과교육 : 협회교육장
- 실습장소 : 협회지정 실습교육기관

### 2) 자궁내장치 시술교육

o 교육대상 : 자궁내장치 시술 및 모자보건교육을 희망하는 조산사 30명

o 교육시기

- 학과교육 : 1994. 9월중 (2주간)
- 실습교육 : 1994. 10 -12월중 (46일간)

o 교육장소

- 학과교육 : 본 협회 강당
- 실습교육 : 본 협회지정 실습교육기관 또는 피교육자 지도강사 의료기관

### 3) 피임시술의사 연수교육

o 교육대상 : 기 지정 시술의사중 해당 보건소에서 추천한 자 100명
o 교육시기 : 1994.11월중
o 교육내용
  - 무도정관절제술, 놀프랜트시술 및 정관,난관 복원수술기법
  - 피임시술에 따르는 부작용 극소화 방안과 적정관리
o 교육장소 : 본 협회 강당

## 나. 피임시술 사후관리사업

정부의 적극적인 지원 아래 1980년부터 꾸준히 추진되고 있는 사후관리사업은 우리 협회의 가장 중요한 사업으로서 정부의 인구억제 정책사업을 수행하는 데 있어서 그 중추적 역할을 하고 있음은 재론할 바 없다 하겠다. 앞으로도 피임시술로 인한 부작용 또는 합병증을 적시에 진료하여 줌으로써 피시술자의 건강을 보호하고 시술의사 및 피임수용자들이 안심하고 피임시술 사업에 참여할 수 있도록 최선을 다할 것이다. 1982년 이후 피임시술 보급의 양적 증가는 1983년부터 1992년까지 10년 동안의 시술실적에서 보듯이 전체시술실적(31년간)의 57.5%를 차지하고 있으며(표 Ⅵ-1 참조), 1990년 이후 정부지원 피임시술의 감소와 시술기법 향상으로 부작용 발생 또한 <표 Ⅵ-2>에서 보는 바와 같이 뚜렷하게 감소추세를 나타내고 있다.

그러나 전체 피임시술 부작용의 90%를 점유하고 있는 난관 부작용의 경우에 있어서는 6년 이내에 60.7%만이 발생하고 있고 6년 이후에도 부작용은 발생되고 있는 실정이다(표 Ⅵ-3 참조).

따라서 피임시술 부작용 발생원인을 규명하고 안전한 피임시술을 보급하기 위해서 새로운 피임시술 기법 및 피임시술기구 도입, 교육, 홍보의 강화를 통한 책임시술 의식 제고, 부작용에 관한 연구, 분석 등 대책 마련에 만전을 기하고 있다.

**표 Ⅵ-1. 최근 10년간 피임시술(정관,난관) 보급 비교**

| 시술기간 | 시술건수(정관·난관) | 비율 |
|---|---|---|
| 1962년 - 1982년(21년간) | 1,775,465 | 42.5% |
| 1983년 - 1992년(10년간) | 2,401,757 | 57.5% |
| 계 (31년간) | 4,177,222 | 100.0% |

**표 Ⅵ-2. 피임시술 부작용 발생현황 (진료비 청구건 기준)**

| | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 정관 | 129 | 225 | 187 | 217 | 198 | 179 |
| 난관 | 512 | 948 | 1,229 | 1,696 | 1,948 | 1,823 |
| I.U.D. | 39 | 46 | 48 | 61 | 75 | 78 |
| 계 | 680 | 1,219 | 1,464 | 1,974 | 2,221 | 2,080 |

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | '94추정 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 정관 | 261 | 146 | 78 | 52 | 53 | 47 |
| 난관 | 1,864 | 1,591 | 1,200 | 982 | 749 | 707 |
| I.U.D. | 104 | 79 | 46 | 56 | 31 | 25 |
| 계 | 2,229 | 1,816 | 1,324 | 1,090 | 833 | 779 |

**표 Ⅵ-3. 피임시술부작용 발생기간별 현황 (1988-1992년까지 시술년도 대비 발생년도 기준)**

| 기간 / 종목 | 계 | 1년 이내 | 1-2년 이내 | 2-3년 이내 | 3-4년 이내 | 4-5년 이내 | 5-6년 이내 | 6년 이상 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 정관 | 716 | 30.3%<br>217 | 27.9%<br>200 | 13.7%<br>98 | 7.1%<br>51 | 5.5%<br>39 | 15.6%<br>111 | - |
| 난관 | 7,460 | 2.3%<br>173 | 6.4%<br>480 | 10.1%<br>750 | 12.7%<br>950 | 14.2%<br>1,057 | 15.0%<br>1,120 | 39.3%<br>2,930 |
| I.U.D | 363 | 22.0%<br>80 | 36.9%<br>134 | 15.7%<br>57 | 8.0%<br>29 | 4.1%<br>15 | 13.3%<br>48 | - |

* 정관, I.U.D.의 '5-6년 이내'는 5년 이상 발생한 수치임.

그 결과로서 부작용 발생은 1991년부터 1993년까지 평균 23.1% 감소를 나타내고 있으며 1994년도에는 뚜렷하게 감소할 것으로 예상된다.

물론 부작용 발생의 감소원인이 시술건수의 감소에도 그 영향이 있겠지만 정부 및 우리 협회 그리고 관계기관의 꾸준한 노력의 결과라고 할 수 있겠다.

그리고 1994년도에는 정부사업외에 지방비의 피임시술 보급이 본격화되는 만큼 기존의 사후관리 사업을 계속 추진하면서 의료보험에 의한 피임시술 사후관리도 확대 실시할 계획을 추진중에 있으며 WHO 및 미국 FDA에서 공인된 실패율과 부작용이 가장 적어 국내에서도 많이 사용하고 있는 자궁내장치 『카파티』 380A도 계속해서 보급하며 세계불임시술 연맹 등 국제기구와 협력하여 새로운 피임약제 및 피임방법을 도입, 보급하는 데도 주력할 것이다.

그동안 사후관리 사업의 재원이었던 사후관리 경비부담금의 감소와 의료보험수가 인상으로 인한 진료비 상승으로 진료비 체불현상이 심화되고 있는 실정이다.

따라서 우리 협회에서는 국고외에 자체 재원을 확보하기 위하여 자궁내장치 보급 등 효과적 사후관리를 위한 대책마련을 위해 최선을 다할 것이다.

## 다. 복원수술사업

정부 가족계획사업에 대한 국민의 신뢰도와 피임수용도를 높이고자 추진되어 온 이 사업은 1978년부터 시작되어 1993년말 현재 복원수술을 희망하는 총 1,695명중 1,343명에게 복원수술을 하여줌으로써 정부사업에 참여한 피시술자들의 건강은 물론 자녀에 대한 가정 행복도 정부가 보장해 줌과 동시에 안심하고 피임시술사업에 참여함으로써 피임보급 확대에 크게 이바지하였다.

그리고 최근에는 생활여건 향상 및 재혼 등으로 인하여 의료보험 및 자비부담에 의한 복원수술이 증가하고 있는 관계로 일반병원 및 의원에서도 상당수의 복원수술이 시행되고 있는 것으로 나타나고 있다. 따라서 앞에서 기술한 바와 같이 1994년도에도 피임시술 교육의사를 대상으로 복원수술교육을 실시할 계획이며 전액 국고로 지원되고 있는 복원수술 사업을 효율성 파악과 임신 성공률 증대를 위한 관계기관과 협조를 통한 연구사업을 지속하여 피임시술 보급에 일조할 수 있는 사업이 될 수 있도록 노력할 것이다.

## 라. 의료보험 피임시술 사후관리 사업

의료보험 피임시술 사후관리 사업은 1991년도에 전국 시·도 보건관계자들의 건의로 우리 협회에서 1992년도에 사업을 추진하였으나 사업예산 확보 등 여러가지 문제점이 도출되어 보류된 상태로서 정부지원 피임시술 목표량이 감소하면서 피임시술 보급이 의료보험 피임시술로 전환되고 있는 현실에 비추어 볼 때 피임보급 사업의 지속적 추진과 피임서어비스의 질적 향상으로 인한 자율적 피임실천을 위한 대책으로서 확고한 사후관리 대책이 요구되고 있다.

1993년도에도 각 시·도 보건소 관계자는 물론 시술의사 그리고 피임수용자들로부터 의료보험 피임시술 사후관리를 위한 제도 확립을 수없이 요청 받은 바 있으며 안전한 피임시술을 보급하기 위해 최선을 다하고 있는 민간전문기관으로서 이러한 상황을 인식, 1993년도 11월에 전국 시술기관을 대상으로 의료보험 피임시술에 대해서 설문 조사한 결과 의료분쟁 조정 및 사후관리 제도화(94.4%)를 희망하였으며, 기피 원인으로는 시술비 저렴 및 부작용 사후관리 대책 미흡으로 조사되었다.

이 결과를 미루어 볼 때 피임시술 사후관리는 지난 30년간 정부의 강력한 의지와 지도력을 바탕으로 추진되어 정부의 사후관리제도 합리성에 기대하고 있음을 배제 할 수는 없다.

그러나 현재 출산 억제라는 인구 목표를 조기에 달성하였다고는 하나 저출산 인식의 정착에 대해서는 상당한 의문이 제기되고 있으며 정부 또한 의료보험 피임시술 보급의 확대를 추진하고 있는 시점에서 의료보험 피임시술 사후관리사업도 제도화의 필요성을 인식하고 있으리라 생각된다.

그러므로 가장 중요한 사업비 재원은 정부 및 지방자치단체 지원 시술자와 같이 사후관리 경비부담금을 주재원으로 하고 수납 절차와 환자진료 및 진료비 청구 절차 등 세부계획은 보건사회부와 협의 확정한 후 시행할 계획이다.

## 마. 복강경 유지관리 사업

피임시술기관에서 보유중인 복강경기구는 '70년대 후반에 정부 또는 자비부담에 의해 확보된 것으로서 1992년부터 정부배정 복강경에 대하여는 크게 노후되고 성능이 불량한 기구는 각 시·도로 하여금 폐기 되었으며, 아직 사용하고 있는 기구에 대해서는 우리 협회에서 정기 및 수시 점검을 실시하여 수리사용 가능한 기구는 해당 부품이나 노후 파손된 부품을 수리 교환 공급하고 있다.

앞으로 의료보험에 의한 피임시술 보급증가에 따른 시술기관들의

복강경기구 자체 구입 사용 또한 증가할 것으로 예상되기에 우리 협회는 피임시술의사 및 조산사 교육시 사용방법을 지도·교육할 계획이다.

## 바. 맺는말

인구억제 목표 1% 이하의 조기 달성은 우리나라 인구정책의 새로운 제도 전환을 도래하였다. 전국민 의료보험 실시와 함께 2000년대를 향한 경제성장과 소득증대는 저소득층을 제외한 정부지원 피임 보급에서, 수용자가 피임 비용을 부담하는 자기책임과 확신을 갖고 실천하는 분위기가 성숙되어 가고 있다고 볼 수 있다.

이러한 여건속에 가까운 시일내에 자율적 가족계획 실천으로 전환이 이루어질 것이라고 생각된다.

그러나 정부주도하에서 추진되어 온 사업 체계와 방식의 급속한 변화는 그동안 엄청난 예산을 들여서 이룩하여 놓은 가족계획사업이 정착되기도 전에 경제·사회 개발계획에 영향을 미치지 않을까 우려되는 바이다.

그리고 이미 정부 주도형 피임보급에서 민간 주도형 피임보급 형태로 전환되고 있다고 하더라도 저출산에 의한 소자녀관이 완전히 정착될 때까지는 정부의 정책 및 재정 지원은 계속해서 필요하다고 생각되며 1994년도에도 민간주도형 출산 억제 사업형태 정착으로의 발전을 위해 전문기관으로서의 역할과 수임된 사업 추진에 최선을 다 할 것을 약속 드리면서 관계관 여러분의 많은 충고와 격려 그리고 적극적인 협조를 바란다.

# Ⅶ. 도시지역 가족보건사업의 전산화

## (전주시 완산보건소의 가족보건업무 전산화 사례를 중심으로)

정 영 원*

완산보건소 전산화 사례는 창조된 사업이 아니며 민간 업체들의 전산화 추세에 비하면 그리 빠른 것도 아니라고 본다. 다만 행정기관 특히 보건소 중에서 약간 빨리 시작했다고 볼 수 있다. 더욱이 전산화의 정도로 보면 수원시 권선구 보건소를 가장 으뜸으로 손꼽을 수 있을 것이다. 따라서 선진화되고 완성된 보건소의 전산화는 수원시 권선구의 전산화를 눈여겨 보아야 할 것으로 생각된다. 다만 완산보건소의 전산화가 미진하고 좀 원시적인 전산화이지만 예산이 부족하고 주위의 인식이 부족한 지역에서는 조금이나마 보건의료업무의 전산화에 참고가 되지 않을까 하는 생각에서 다음과 같이 완산보건소의 전산화 과정을 가족보건업무 중심으로 기록하여 보았다. 거듭 강조하고 싶은 것은 완산보건소보다도 더 훌륭하게 전산화사업을 이룩한 곳이 있으며 특히 수원시 권선구 보건소가 그 예라는 점이다.

## 1. 가족보건사업 전산관리 업무 현황

### 가. 현재 전산관리중인 업무

1) 영유아 예방접종 관리
2) 예방접종 약품 관리
3) 가족계획 시술비 관리

---

* 전주시 완산보건소장

4) 지역방문사업 관리
5) 컴퓨터통신을 통한 가족보건사업 안내 및 홍보교육사업

## 나. 전산관리 보류중인 업무

1) 임산부 관리
2) 영유아 건강관리
3) 피임시술관리

## 다. 전산화의 평가

### 1) 전산화의 성과

가) 정확하고 빠른 예방접종 예정자 및 예정일 명부작성
나) 모자보건수첩 미지참시 신속한 검색
다) 정확하고 빠르며 편리한 접종약품 및 시술비 관리
라) 손쉬운 통계처리와 자료의 다양한 활용
마) 과년도 자료 신속 검색 (외국 유학시 등 예방접종증명서 발급 용이 )
바) 서류 작성이 간편해짐

### 2) 붙임말

전산관리의 처음 의도는 첫째, 직원들이 전산에 친숙하게 하여 앞으로 다가올 전산행정 시대에 자연스럽게 적응할 수 있도록 하는 것이었고, 둘째로는 반복되는 기록업무와 틀리기 쉬운 계산업무를 전산으로 처리함으로써 업무처리의 편리성과 업무처리의 효율성을 인식할 수 있도록 하고자 하였으며, 세째로 민원업무를 보다 적극적으로 처리할 수 있도록 하고자 하였다. 이러한 방침아래 프로그램을 진료실, 검사실, 가족계획실, 민원실이 자료를 필요에 따라 공유할 수 있도록 구성하였으나 시행도중 전산을 처음 대하는 직원들에게는 무리라고 판단되어 근본 골격을 유지하면서 사용자가 원하는 방향으로 개조함으로써 좀더 전

산의 편리성을 느끼게 하여 무리없이 전산에 친숙해지도록 하였다.

결과적으로 전산처리로 가장 눈에 띠게 편리성을 보여준 영유아 예방접종관리 및 접종약품관리를 통해 타직원들까지 전산관리의 필요성을 가지게 되었다. 그럼에도 임산부 관리나 피임시술 관리 등은 그 관리대상이 매우 적고 그 관리자의 연령이 매우 많아서인지 전산활용을 성공시키지 못했다.

그러나 읍·면·동 등의 주민자료를 공유할 수 있다면 가족보건업무의 전산관리의 효용성을 크게 인식시킬 수 있어 스스로 전산관리에 참여할 수 있으리라고 보며 사업관리 또한 가정단위로 통합 관리가 쉽게 이루어질 수 있으리라고 본다.

### 라. 앞으로의 계획

1) 전직원 1인당 전산기 1대 보급
2) 전 가족보건업무 전산처리
3) 진료 및 방역업무 등과 연계처리 완성
4) 컴퓨터통신을 통한 가족보건업무 수행
5) 컴퓨터 보건동우회를 구성하여 마을 건강원과 연계한 지역보건의료사업의 활성화 도모
6) 동과의 전산연계를 위한 프로그램을 개발하여 동에 보급
7) 직원들의 자료관리 프로그램의 운영능력 개발(폭스베이스)

## 2. 완산보건소 전산화 과정

### 가. 전산화 사업 동기

주변환경의 전산화와 갈수록 다양해지는 자료관리에 능동적으로 대응하고자 함.

## 나. 사업 경과

1) 1990 : 프로그램개발
2) 1991-1993 : 직원 전산교육
3) 1991 업무 전산관리 개시
4) 1993 : 전산통신 개시
   - 천리안 가입
5) 1994 : 전산통신을 통한 대민업무 개시
   - 지역컴퓨터통신사와 전용선 연결
6) 1994 : 지역방문사업관리 개시 -일부 미완성-

## 다. 개발내용

1) 개발 언어 : 폭스베이스 + 2.1.
2) 종 류 : 진료비 청구 관리, 약품관리, 건강진단증 발급관리, 가족보건관리
3) 개 발 자 : 보건소장

## 라. 교육내용

1) 전산기초 및 전산기 운영기초
2) 문서작성 및 관리: 아래아 한글
3) 자 료 관 리 : 폭스베이스 +2.1, 로터스 1-2-3
4) 교 육 자 : 보건소장

# 3. 보건소내 전산 연계 구성

## 가. 연계 범위

1) 직접 관련사업간의 연계
   예 : 영유아 ⟷ 임산부 ⟷ 피임(완성됨)

2) 관련업무간의 연계 (미완성)
   예 : 민원 접수 ⟷ 진료실 ⟷ 검사실 ⟷ 방사선실
3) 보건소내 업무연계 (개발 예정)
4) 도내 업무연계 (도 사업)
5) 국가 보건의료 전산망(국가 사업)

## 나. 연계방법: 완산보건소는 운반디스켓에 의한 방법

### 1) 온라인 방법(LAN System)

- 자료를 공유함에 있어 신속하고 편리하다.
- 시설비가 많이 들고 고도의 기술을 요함

### 2) 운반디스켓에 의한 방법

- 시설비가 적게 들고 쉽게 이용할 수 있다.
- 자료를 공유함에 있어 느리고 불편하다.

### 3) 결론적으로 2)의 방법이 우선적으로 타당하다고 봄.

## 다. 보건소 전산화 환경

### 1) 전산기기

가) 컴퓨터: 민원실 1대(XT): 도트프린터 180,
약국 1대(AT): 도트프린터 180,
사무실(AT): 레이저,
전산실 1대(AT): 도트프린터 180,
영유아관리실1대(AT): 도트프린터 80,
소장실 1대(AT), 예방접종실(XT)1대, 검사실(AT)1대,
진료소 2대(AT): 도트프린터 180 2대
총계: 컴퓨터 10대 , 프린터 7대

나) 외장 전용모뎀 1, 전화선 내장모뎀 1

**2) 프로그램 활용능력**

가) 자료관리 프로그램 응용 : 1명
나) 자료관리 프로그램 활용 : 2명
다) 문서편집 : 직원의 약 80%
라) 컴퓨터통신 활용능력 : 3명

## 4. 전산화 후의 변화

가. 사용자들이 전산화 이전의 업무 형태를 원하지 않음
나. 전산에 회의적이던 직원들의 전산습득 욕구 고취
다. 업무처리의 효율성이 좋아짐
라. 민원인의 민원 해결이 간편해짐
마. 감사 등 자료요구시에 손쉽게 제출
바. 자료관리 및 보관이 용이해짐

## 5. 보건소 전산화를 위한 참고 사항

가. 전산기 직원 1인당 1대 보급
나. 전산자료 공식문서화 (인쇄 문서를 전산문서로)
다. 행정기관간의 전산화 자료 공유 (주민업무 등)
라. 전산 프로그램의 단계적 개발
마. 컴퓨터통신 실시
바. 보건인력중 전산 전문관리인 양성 (적어도 도단위에 1명 정도)
사. 전산프로그램 개발시 개발언어를 쉬운 것으로

# Ⅶ. 농촌지역 영유아의 포괄적 서비스 개발 사례

이 종 구*

## 1. 사업의 배경과 필요성

장기적으로는 성인 건강의 기초를 제공하며 미래의 불구나 불건강을 예방할 목적의 영유아 보건사업은 가장 기본적인 서비스로 그간 국가 보건사업의 근간이며 일차 보건 의료 사업의 중요한 영역으로 인지되어 왔다. 열악한 보건의료 환경에도 불구하고 지속적으로 영유아 건강과 관련된 각종 지표들이 선진국 수준으로 개선되기까지 일선 보건기관의 역할과 보건의료인의 노력은 대단한 것으로 여겨진다. 의료 인력의 증가와 의료 시설의 팽창에도 불구하고 그 분포에 있어서 불균형이 심화되어 농어촌 지역의 보건의료에서 이러한 영유아 보건사업은 여전히 공공의 역할이라는 것에는 재론의 여지가 없어 보인다. 따라서 전국민 의료보험 이후에도 공공 보건의료 시설에 대한 장비, 시설 투자가 지속적으로 이루어지고 있으며, 특히 의료 취약지구는 보건소를 병원화한 보건의료원이 건립되고 양질의 전문의사 인력이 배치되어 서비스의 양적, 질적 향상을 도모하고 있다.

보건소법 및 농특법의 개정으로 공공 보건의료 기관인 보건소, 보건지소, 보건진료소의 역할이 보다 분명해져 보건지소가 읍·면단위 보건사업의 중심 기관으로 변모되어 읍·면사무소 보건담당이 보건지소로 배치되었다. 즉, 보건지소는 기존의 진료사업에서 예방보건사업을 동시에 실시하는 기관으로 변화되었음을 뜻한다. 따라서 기존의 영유아 보건

* 연천군보건의료원장, 가정의 전문의, 서울대학교 지역의료체계 시범사업단 위촉연구원

건사업의 주체가 보건소, 읍·면 보건담당의 계통에서 보건소, 보건지소의 계통으로 관리되어 보건소는 기획과 평가를 담당하며 보건지소는 서비스를 생산하여 지역주민에게 제공하는 개념으로 설정되어 보건지소는 영유아 보건사업의 시행자로서 보건사업에 전환을 맞이하고 있다.

한편 질병예방과 건강증진의 확산으로 평생건강관리에 대한 국민의 관심이 높아지면서 영유아 보건사업의 질적인 개선을 요구하고 있다. 영유아 관리는 이러한 평생건강관리의 시발점으로 평생건강관리의 사업내용은 기존 영유아 관리사업에 충분히 반영되어 있으나 집단 관리 형식으로 되어있어 개인별 관리에 필요한 서비스가 보완되어야 질적인 향상을 도모할 수 있을 것으로 사료된다.

지자제와 보건의료의 지역화에 대한 논의가 활발해지면서 일선 보건기관에서는 각 지역 실정에 맞는 보건사업을 개발하여 지역주민에 대한 다양하고 포괄적인 서비스 개발·제공 중이며 본 사업은 이러한 배경에서 실시하고 있다. 이러한 지역보건 사업을 통하여 보건소가 자체 기획능력, 예산확보 능력, 인력개발을 위한 교육 및 훈련, 지침서 개발 등 기능과 역할이 변화되어야 할 것으로 여겨진다.

본 사업은 1991년에 기획되어 1993년까지 실험적으로 실시하고 1994년부터 전 보건지소로 확대 실시하고 있다. 확대 실시 전에 제반 문제점에 대한 토의를 실시하였으며 예산 등의 문제점은 추후에 보완하기로 하였다.[1)]

## 2. 기존 사업의 현황과 문제점

### 가. 일반 현황

#### 1) 사업 대상자

농어촌 지역의 인구의 감소는 청장년 층의 도시 진출에 기인하고 연

---

1) 본 사업은 서울대학교 지역의료체계 시범사업단의 자문과 지원, 경기도 보건과의 연구사업으로 지정 받아 실시하였음을 밝힌다.

천군도 그 예외는 아니다. 따라서 영유아의 절대 인구가 감소 중이며 <표 Ⅷ-1>은 이러한 사항을 잘 반영하고 있다. 영유아 보건사업 대상자가 점차 줄어들고 있는 현 시점에서 보건사업의 나가야 할 바를 스스로 개발해야 하지 않을까란 생각을 지니는 것은 당연한 일이다.

**표 Ⅷ-1. 0-4세의 예방접종 대상자**

| 연 도 | 남 | 여 |
|---|---|---|
| 1988년 | 2,313 | 2,166 |
| 1989년 | 2,229 | 2,047 |
| 1992년 | 1,930 | 1,885 |

자료원 : 연천군 통계 연보(1993)

### 2) 보건의료원의 건립[2)]

연천군은 의료 취약지구로 마땅히 주민이 믿고 찾을 병원이 없었다. 1989년 보건의료원은 이러한 주민의 요구에 의해 건립되었으며 일반 병의원과 달리 보건사업 체계를 지니고 있어서 지역 보건의료에 대한 역할 증가는 보건소 시절보다 강화되었다. 즉, 보건사업의 기획과 조정 역할, 지역의 외래 및 입원 요구에 대한 수용, 보건의 하부 조직에 대한 행정적, 기술적, 교육적 지원 역할 등 단순 물리적인 접합이 아닌 기능을 필요로 하고 있다.

전곡읍에 보건의료원이 건립되었음에도 다른 군 지역과 유사하게 영유아 보건관리를 읍사무소가 담당하는 아이러니한 현상이 발생하여 보건의료원 진료부 내 건강관리실을 만들고 그곳에서 읍에서 담당했던 영유아 보건사업을 맡아서 실시하면서 여러 문제점이 파악되고 개선 방안

2) 연천군 보건의료원은 전곡읍에 진료부, 본래의 보건소 자리인 연천읍에 사업과가 있으며 약 11km 떨어져 있다.

에 관한 논의가 이루어졌다.

## 나. 문제점

### 1) 일반적인 문제점

영유아 보건사업의 내용은 크게 등록사업, 검진사업, 예방접종 사업, 선천성 대사이상자 검사 사업 등 4가지로 구별된다. 각 사업은 대상자 관리가 서로 연계되어 있지 못하여 사업 하나 하나는 제대로 실시되어 있음에도 한 개인에서 본 사업의 효과는 의심되었다. 즉, 서비스의 개인 관리가 전제되고 그를 기반으로 정보관리 및 분석이 이루어지고 사업 후 혹은 사업과정에 기술적인 지도 및 자문이 부족되어 효율적이지 못한 것으로 보인다. 또한 보건의료원이 연천군 전체의 영유아에 대한 서비스를 책임진다는 의식보다 민간 의료기관의 접근성이 떨어지는 영세민에게 서비스를 제한적으로 제공한다는 형평성의 논리는 지역 보건당국의 역할이 아닌 것으로 보였다.

### 2) 세부 사업별 문제점

#### 가) 영유아 등록 사업

보건사업의 사업 대상자 관리의 수단으로 등록은 좋은 수단이다. 농촌 지역의 영유아가 줄어 들고 있는 상황에서 등록은 사업의 활성화를 위해 필요함에도 효과적으로 접근하지 못하고 있다. 즉, 읍·면의 전출입, 출생 자료를 이용하여 대상자를 파악하고 이 대상자에게 서비스의 안내, 홍보, 예방접종 현황, 상담으로 연결되는 수단으로 연결되지 못하여 등록사업은 유명무실하였다. 즉, 등록사업의 목적이 고위험군을 사전에 발견하여 이를 효과적으로 예방하는 것임에도 보사부의 지침과 달리 단순 행정적 등록으로 그치고 등록자를 위한 서비스로 연결되지 못하여 본 사업은 하나마나한 사업으로 인식되고 공공 서비스에 대한 불신을 초래하고 있었다.

#### 나) 영유아 검진 사업

검진의 목적은 생후 나타나는 질환을 조기에 발견하는 것이 목적으로 문진, 지속적인 성장 발달에 대한 신체검사, 소아기에 잘 나타나는 질환에 대한 임상검사 등으로 현 사업에서 임상검사를 제외한 나머지 서비스는 거의 제공되고 있지 못하다. 즉, 이러한 서비스에는 어느 정도 교육과 훈련을 받은 전문 인력이 참여되어야 하나 각 읍·면 단위의 보건지소에 배치된 의료 인력은 능력이 부족된 것으로 여겨지며 자신들의 업무로 이를 받아들이고 있지 못하였다. 또한 필요한 임상검사 장비가 부족된 것으로 보였다.

#### 다) 예방접종사업

예방접종 대상자에 대한 전체 기록을 제대로 가지고 있지 못하여 찾아오는 대상자만 예방접종을 하고 있으며 보건지소 공중보건의의 참여없이 이루어지고 있다. 따라서 예방접종의 완료 상태에 대한 개인별 관리가 이루어지고 있지 못하며 부작용에 대한 책임 소재가 모호한 상태였다. 민간의료기관의 예방접종기록이 통합관리되어 있지 못하여 개인별 관리를 시도하고 있지 못한 상태였다.

#### 라) 선천성 대상 이상자 검사

검사가 생후 1주일이내 실시하여야 하므로 대상자는 매우 한정적이다. 또한 검사 후 통보까지의 기간이 길어 사업 효과가 의심되었다.

# 3. 개선 방향

## 가. 개선 대상 지역의 제한

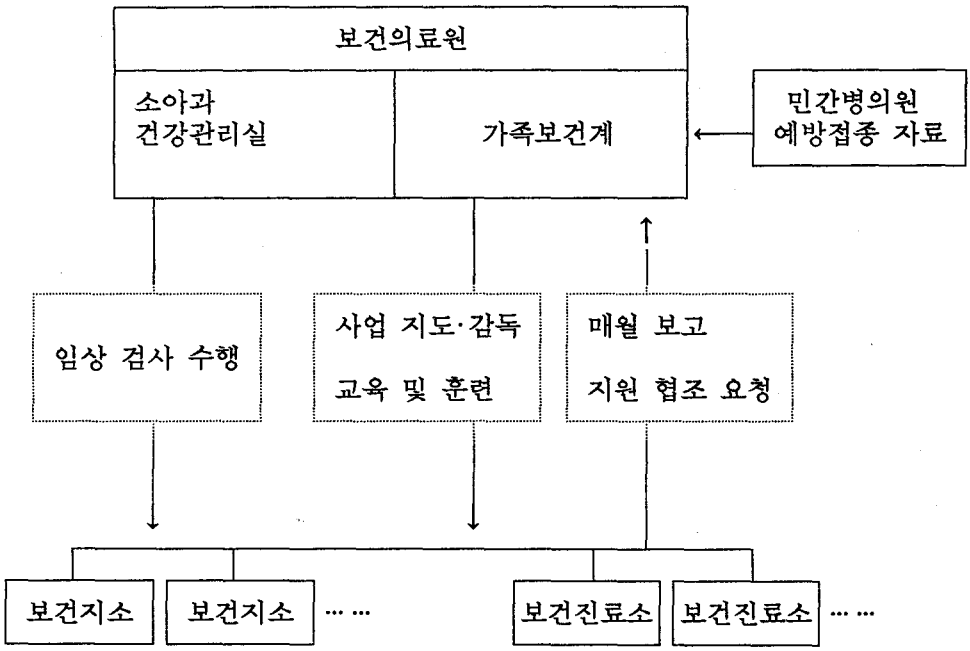
사업의 개선은 단계적으로 실시하여 진료부에서 전곡읍만 대상으로 시험적으로 실시 후 사업평가를 한후 보완하여 전군으로 확대하기로 하였다. 그러나 사업 체계 구성은 장차 확대될 것을 고려하여 개발하기로

하였다. 이유는 보건담당이 보건지소와 통합하여 근무를 하지 않고 있기 때문이며 당분간 감독과 평가를 직접하기 어렵기 때문이었다.

## 나. 지속적 사업관리 체계의 구성[3)]

사업 관리 회의체를 구성하여 관계 공무원 및 공중보건의가 월 1-2회 모여 문제점 및 대처 방안을 토의하고 진료부(소아과 의사)의 역할은 각 보건지소, 보건담당을 기술적으로 지원하기 위한 각종 지침개발,

**그림 Ⅷ-1. 영유아 관리사업체계의 모형**




3) 이러한 사업체계를 만드는 것이 공무원의 사고방식과 충돌하여 애로점이 많았다. 공중보건의 주도방식, 기존사업체계의 변경 등은 받아들이기 힘들어 사업화의 과정 속에서 사고와 태도의 변화를 유발시키려고 애썼다.

교육 및 훈련, 프로그램의 자문 역할을 담당하며 사업과의 가족보건계는 사업의 행정적, 물자지원 역할, 감독 및 평가, 민간 의료기관과의 협조를 담당한다.

### 다. 서비스 내용의 포괄성[4], 지속성, 책임성 구현

1차 보건의료가 지향하는 기능에 부합되도록 보건지소는 포괄적인 서비스를 하는 기관으로 설정하여 자기 읍·면 대상자에 대한 등록, 예방접종, 영유아 검진사업, 상담 등 영유아 시기에 필요한 모든 서비스를 제공하고 그에 대한 사후 관리를 담당하도록 설정하였다. 그러나 당분간은 현 사업체계를 과도하게 변화시키지 않는 것을 원칙으로 한다.

## 4. 개선 서비스 내용

보건지소 및 진료소(진료부 건강관리실)를 방문한 영유아에 대하여 등록관리, 성장발달 감시, 신체검진, 건강 교육 및 상담, 예방접종, 임상선별검사(screening test) 등의 포괄적 서비스를 제공한다. 영유아에 대하여 이러한 포괄적 서비스를 제공함으로써 영유아 건강관리를 효과적으로 수행할 수 있고, 기존에 분리되어 시행되어 오던 기존 영유아 관리사업의 질을 향상시킬 수 있다고 판단되었다(부록 Ⅷ-1 참조).

### 가. 대상자 파악

1개 읍의 출생 및 전출입 자료를 2주 단위로 파악하여 2세 미만 영유아를 대상자로 등록하며 이 대상자를 전산 입력하여 예방접종일에 대

---

4) 여러 종류의 평생건강 관리 프로그램이 존재하나 US Preventive Task의 Physician's Guideline for Clinical Preventive Services에서 언급한 내용과 1991년 한림의대 사회의학연구소 추최 의료정책 세미나의 보건기관의 만성질환관리에 발표된 영유아의 예방보건서비스를 기초로 삼았다.

한 안내를 편지 혹은 전화로 보냈다. 이러한 대상자는 전산입력하여 예방접종의 미접종자에 대한 안내로 연결하였으며 민간의료기관에서 접종된 내용도 같이 입력하여 잠재적 대상자로 등록하여 관리하였다.

## 나. 영유아 검진 및 성장발달 감시

매 방문 시마다 영유아에 대한 이학적 검사와 문진 등을 통하여 영유아의 건강상태를 평가한다. 또한 영유아에 대한 신체검진과 신체계측를 시행하여 성장발달을 감시하며 이를 개인 기록부에 기록하였다. 그러나 이부분은 전산입력하지는 아니하였다. 성장에 대한 감시에는 혈압, 키, 몸무게, 가슴둘레, 머리둘레 측정을 포함하며, 발달에 대해서는 시각, 청각, 운동기능, 언어, 수면, 대소변 가리기 기능을 문진 등을 시행하여 검진하였다. 이에 대한 기록은 각 방문시에 기록하였다.

## 다. 건강 상담 및 교육

건강 상담과 교육은 예방접종 사업과 분리하지 아니하고 예방접종시에 영유아 검진 및 성장 발달 감시를 시행하였다. 개인 기록부를 이용하여 개인별 내용을 기록 과정에서 발견된 이상 소견에 대한 것과 일반적인 영유아의 건강관리에 필요한 사항에 대한 상담 및 교육을 제공하도록 하였다. 영유아 영양 섭취에 대한 지도 및 영양 장애, 아구창, 기저기 발진, 어머니의 B형 간염시 예방접종이나 수유에 대한 문제, 고관절 탈구, 탈장과 같은 선천성 기형 등이 주요한 상담 및 교육 내용이 될 수 있으며, 일반의 수준에서 해결되지 못하는 경우 소아과로 보내어 실시하였으며 집단교육은 VTR이나 모자보건 교육 시간을 이용하였다.

## 라. 예방접종

예방접종 전에 예방접종의 과거력 및 부작용 여부, 예방접종의 금기여부 등을 확인하여 예방접종의 부작용을 최소화하였고, 예방접종에 대

한 교육, 부작용 관리 등의 내용을 추가하여 예방 접종 사업의 서비스 내용을 확대한다. 예방접종 시기와 내용은 <표 Ⅷ-2>와 같다. 이는 현 예방접종 사업과 동일하다.

이 부분은 전산화를 하였으며 <부록 Ⅷ-2>에 일부를 소개한다.

**표 Ⅷ-2. 예방접종의 시행 시기와 종류**

| 시 기 | 종 류 | 비용 부담 |
|---|---|---|
| 1개월 | BCG | 무료 |
| 2개월 | DPT/TOPV | 무료 |
| 4개월 | DPT/TOPV | 무료 |
| 6개월 | DPT/TOPV | 무료 |
| 9개월 | Measles | 본인부담 |
| 15개월 | MMR | 무료 |
| 18개월 | DPT/TOPV | TOPV(150원) |
| 출생시~방문시 | B형 간염 | 무료 |

## 마. 질병 선별 검사(screening test)

질병의 선별 검사는 <표 Ⅷ-3>과 같이 설정하고 그 연령에 맞는 시기에 검사하는 것으로 정하였다. 영유아 건강관리를 위하여 기존에 부분적으로 시행되어 왔던 질병 선별 검사를 예방접종을 위하여 방문하는 모든 등록 영유아를 대상으로 확대하여 실시하려고 하였다.

**표 Ⅷ-3. 영유아 질병 선별 검사의 시기와 종류**

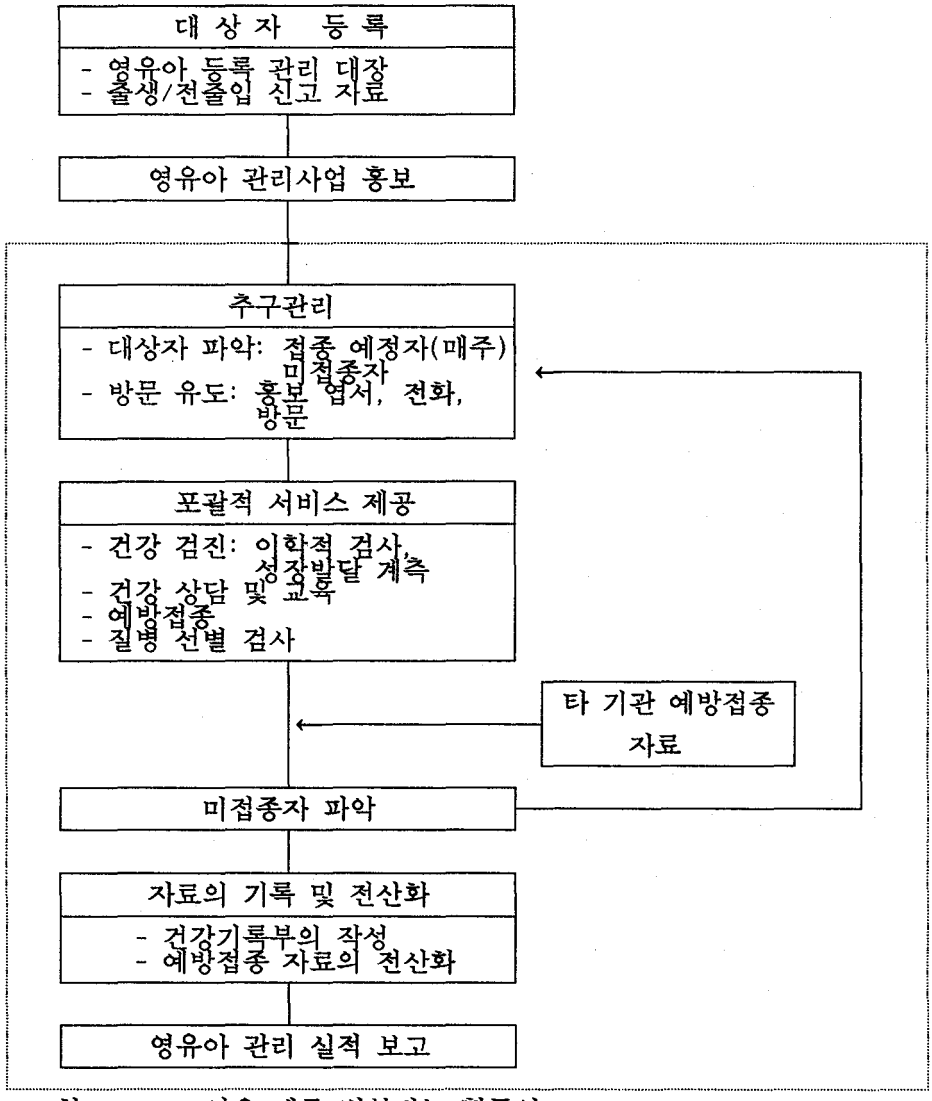
| 검사 시기 | 검사 종류 | 비용 부담 |
|---|---|---|
| 1) 출생시 | 선천성 대사이상검사 | 무료 및 유료 |
| 2) 6, 18개월 | 혈액형 | 무료 |
| | 헤모글로빈 또는 혈색소 | |
| | 소변검사 | |
| | 결핵반응검사 | |
| 3) B형간염예방접종 6개월후 | B형 간염 항원항체 검사 | 유료 |

* 참고 : 선천성 대상이상검사는 원하는 대상자에 한하여 유료로 실시함.

## 바. 추구관리 및 보고

입력된 자료를 중심으로 민간의원의 보고자료를 추가하여 입력함으로써 개인 환자의 예방접종 현황을 파악하도록 하였다. 추적관리에 필요한 양식은 <부록 Ⅷ-1>에 언급되어 있으며 민간의료기관으로부터 파악할 예방접종자 신고 양식 역시 <부록 Ⅷ-1>에 언급되어 있다.

그림 Ⅷ-2. 영유아 관리사업의 업무 내용 및 흐름




* 참고: ····· 안은 매주 반복되는 활동임

**표 Ⅷ-4. 영유아 관리사업에서 각 부서별 역할**

| 구 분 | 역 할 |
|---|---|
| 가족보건계 | 1) 사업의 지도, 감독<br>2) 보건의료인력 교육·훈련<br>3) 타 기관 예방접종에 대한 자료 제공 (매주)<br>- 민간의원 접종자 명단 : 월보 인쇄, 우송, 수집, 전달<br>- 타 보건기관 접종자 명단 : 수집, 전달<br>4) 데이타베이스 관리<br>- 각 보건지소 및 진료소의 예방접종 데이타베이스 파일을 받아서 갱신하고 관리<br>5) 사업 수행 결과 분석, 평가 |
| 가족보건계<br>/보건의료원<br>진료부 | 1) 임상 검사 수행, 결과 통보<br>2) 의뢰된 환자 진료<br>3) 보건의료원 진료부 : 영유아 검진에 대한 교육·훈련 |
| 보건지소<br>및 진료소<br>(건강관리실) | 1) 영유아 등록<br>- 영유아 등록 대장<br>- 읍·면 주민등록자료<br>- 출생/전출입자 명단 파악 (매월)<br>2) 영유아 추구관리<br>3) 영유아에 포괄적 서비스의 제공<br>4) 영유아 예방접종 자료의 입력 및 건강기록부의 작성<br>5) 사업 실적 보고 (매월) |

## 5. 사업의 결과

연천군 보건의료원이 1991년 9월부터 전곡읍에서 영유아 예방접종사업 개선안을 시행해 왔다는 것은 앞서 언급한 바 있다. 이러한 사업 시행 결과, 93년 12월말 현재 전곡읍 지역 0~2세 영유아의 총 995명이 등록 관리되고 있다.[5)]

### 가. 사업대상자 파악

#### 1) 대상자 파악

**표 Ⅷ-5. 연천군 읍·면별 0~2세 인구 현황 (1992년말 현재)**

| 구 분 | 0세 | 1세 | 2세 | 계 |
|---|---|---|---|---|
| 연천읍 | 127 | 117 | 120 | 364( 16.5) |
| 전곡읍 | 316 | 322 | 293 | 931( 42.2) |
| 군남면 | 58 | 63 | 51 | 172( 7.8) |
| 청산면 | 81 | 99 | 79 | 259( 11.7) |
| 백학면 | 32 | 38 | 44 | 114( 5.2) |
| 미산면 | 18 | 19 | 27 | 64( 2.9) |
| 왕징면 | 12 | 7 | 11 | 30( 1.4) |
| 신서면 | 82 | 90 | 67 | 239( 10.8) |
| 중 면 | 5 | 3 | 4 | 12( 0.5) |
| 장남면 | 9 | 10 | 3 | 22( 1.0) |
| 계 | 740 | 768 | 699 | 2,207(100.0) |

5) 사업관리에 필요한 전산프로그램은 당시 소아과를 맡아보던 고재욱과장(현 국립의료원 소아과 근무)이 담당하였다.

### 2) 전곡읍의 연도별 신규 등록 현황

**표 Ⅷ-6. 연도별 신규 등록자**

| 연 도 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|---|---|---|---|---|
| 등록자 | 180명 | 222명 | 165명 | 310명 |

## 나. 상담 및 교육 실적

전산 입력된 부분을 제외하고 통계를 구할 수 없었다. 1992년도부터 모자보건교실을 진료부에서 실시하면서 임신부 등록과 검진 사업을 동시에 실시하면서 강의, 상담 및 VTR 교육을 실시하였다.

## 다. 예방접종 실적

### 1) 총 실적

**표 Ⅷ-7. 연천군 보건의료원 예방접종사업 실적**

| 연 도 | BCG | DPT | 소아마비 | D T | M M R | B형 간염 | 계 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1990 | 520 | 2,914 | 3,148 | 961 | 1,122 | 1,515 | 10,180(1.00) |
| 1991 | 543 | 3,074 | 3,062 | 784 | 998 | 2,063 | 10,524(1.03) |
| 1992 | 578 | 2,784 | 3,239 | 800 | 789 | 2,001 | 10,191(1.00) |
| 1993 | 639 | 2,884 | 2,868 | 763 | 800 | 1,767 | 9,721(0.95) |

* 자료 : 연천군 보건의료원, 예방접종사업 보고, 1993

# 참고 : (  ) 안은 1990년의 예방접종건수를 1.00으로 하였을 때의 값임.

### 2) 사업 대상 전곡읍의 실적

**표 Ⅷ-8. 연천군 전곡읍 예방접종 개선사업 실적**

| 기 간 | BCG | DPT | 소아마비 | 홍역 | MMR | B형 간염 | 계 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1992.1- 6월 | 48 | 99 | 100 | 0 | 0 | 73 | 320(1.00) |
| 1992.7-12월 | 97 | 288 | 281 | 34 | 0 | 220 | 920(2.87) |
| 1993.1- 6월 | 109 | 352 | 337 | 127 | 59 | 187 | 1,171(3.66) |
| 1993.7-12월 | 95 | 350 | 345 | 68 | 60 | 227 | 1,145(3.58) |
| 계 | 349 | 1,089 | 1,063 | 229 | 119 | 707 | 3,556 |

* 자료 : 연천군 보건의료원, 예방접종사업 보고, 1993
* 참고 : ( ) 안은 1992년 1-6월의 예방접종건수를 1.00으로 하였을 때의 값임.

### 3) 예방접종의 분석

**표 Ⅷ-9. 1991-1993년 연천군 전곡읍 등록 영유아의 접종 장소 분포**

| 구 분 | 대상건수 | 예방접종률 | |
|---|---|---|---|
| | | 진료부(%) | 민간병의원(%) |
| BCG | 630 | 77.3 | 22.7 |
| DPT | 2,019 | 84.4 | 15.6 |
| 소아마비 | 1,929 | 86.4 | 13.6 |
| MMR/Measles | 699 | 61.9 | 38.1 |
| B형 간염 | 1,383 | 79.6 | 20.4 |
| | 6,660 | 82.3 | 17.7 |

* 참고 : 전산 입력 시작 후 민간의료기관은 월보 형식으로 취합한 것임. 진료부에 와서 접종한 타 읍·면 자료 제외

**표 Ⅶ-10. 기록에 의한 1992년 등록 영유아의 예방접종률**

| 구 분 | 추정 대상건수 | 예방접종률 | |
|---|---|---|---|
| | | 진료부 접종수 | / 접종률 |
| BCG | 316 | 204 | 64.6 |
| DPT | 1,240 | 694 | 55.6 |
| 소아마비 | 1,240 | 682 | 55.0 |
| MMR | 283 | 131 | 46.3 |
| B형 간염 | 954 | 463 | 48.5 |
| 계 | 4,033 | 2,174 | 53.9 |

* 참고 : 전산 입력 시작 후 민간의료기관은 월보 형식으로 취합한 것임.
진료부에 와서 접종한 타 읍·면 자료 제외

## 라. 영유아 검진 실적

**표 Ⅶ-11. 연도별 연천군 영유아 보건사업 실적**

| 구 분 | | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|---|---|---|---|---|---|
| 영유아 검진 | 전체 | 98(1.00) | 59(0.60) | 234(2.39) | 199(2.03) |
| | 전곡읍 | 40(0.41)* | 20(0.34)* | 85(0.63) | 100(0.50)* |
| 선천성 대사이상자 | 전체 | 36(1.00) | 40(1.11) | 20(0.56) | 37(1.03) |
| | 전곡읍 | 9 | 8 | 3 | 16 |

# 참고 : ( ) 안은 1990년의 실적을 1.00으로 하였을 때의 값임.
* 는 전곡읍이 차지하는 비율임

# 6. 사업의 평가

## 가. 영유아 등록

전곡읍을 대상으로 출생자 및 전출입 조사와 예방접종 대상자 파악 작업은 약 75% 내외로 판단된다. 그러나 각 예방접종의 대상자로 보면 실제 보건의료원 진료부(전곡읍 대상자)에서 접종한 경우는 54% 정도를 상회하고 있다. 인구가 점차 줄어 전체 영유아 등록이 줄고 있는 상황에서 전곡읍 대상자는 별로 줄고 있지 않은 이유는 다각도로 설명할 수 있다.

등록 사업을 평가할 때 보건담당이 읍사무소에 근무할 때보다 등록수가 감소하는 경향을 보이고 있어 이에 대한 대책이 필요할 것으로 보인다.

또한 소아과 개원으로 전반적인 영유아 관리 사업에 지장을 초래하고 있는 것으로 보여 사업의 세밀한 추진이 이루어져야 할 것으로 보였다.

## 나. 예방접종률

전곡읍 지역의 예방접종 건수는 1990년에 비하여 3.5배 정도 증가하였다. 그러나 전체적인 예방접종률은 별 변화를 보이고 있지 않고 있다. 기록에 나타난 전곡읍 등록 영유아의 예방접종률이 54%로 일반적으로 알려진 내용보다 낮은 것은 예방접종 개인별 기록이 전산기록으로 제대로 반영되지 못하고 민간의료기관의 접종 내용이 통보되지 못한 결과로 보인다. 실제로 지역조사 결과 밝혀져 민간의료기관의 접종이 실제 보다 2배가량 많은 것으로 알려져 이들에 대하여 보고 독려와 전산입력자의 교육 강화가 필요한 것으로 여겨진다. 또한 개인별 접종을 연령별, 추구 기간별 완료율을 산정할 수 있도록 프로그램이 개발되어 있지 못하여 정확한 접종 완료율을 구하지 못하였다.

### 다. 영유아 검진 사업

영유아 검진 사업은 처음 계획대로 만든 지침을 실행하지 못하였다. 6, 18개월 등록된 모든 영유아에 대한 검진을 하지 못하고 예산 책정 부분만 검진하였다. 그 이유는 결핵반응 검사는 시약을 구할 수 없어서 하지 못하였기 때문이며 예산 한도내에서 정부 지침에 의한 선별검사 부분만 하자는 의견이 대두되었기 때문이기도 하다. 따라서 등록된 영유아 전원에 대한 <부록 Ⅷ-1> 양식에 따른 지침을 실행하지 못하고 정부 양식대로하여 예산을 청구하는 이중 작업이 진행되었다. 또한 이러한 가운데 사업을 감독하고 확인하는 작업에 한계가 있어서(소아과 의사의 전역으로) 이부분이 소홀히 취급되었다.

## 7. 사업 수행상의 문제점 및 장애 요인

### 가. 민간 의료기관의 협조 부진

민간 의료기관의 접종자 명단을 본 의료원에서 인쇄한 엽서를 이용하여 통보해 주도록 요청하였으나 지연 통보되는 경우가 허다하여 예방접종 안내에 차질이 생겼으며 통보가 잘 이루어지지 않아서 대상자 관리가 잘되지 않았다.

### 나. 주민의 이용 편리성과 읍·면 사업의 위축

대상자가 작은 읍·면의 예방접종과 지역적으로 진료부가 교통이 편리한 지역의 대상자들이 진료부를 이용하면서 읍·면 사업이 위축되었다. 대표적으로 BCG 예방접종은 대상자를 통합적으로 관리하는 것이 효과적으로 판단되어 진료부로 통일하였다. 그러나 BCG 접종 후에 계속 예방접종을 진료부에 와서 접종함으로 인하여 읍·면의 사업이 위축되어 읍·면 단위 사업의 시작을 빨리하는 것이 바람직하다고 평가되었다.

## 다. 약품의 조달 문제

예방접종 약품은 사업이 활성화되면서 부족하게 되었으며, 읍·면간의 약품 조정과 전체 물량 조절이 필요하여 도의 추가 배정 및 전배를 요구하였으며, 자비부담 접종에 대한 처리 방안이 번거로워 주민에게 약품을 사오도록 하는 경우가 발생하였다. 또한 튜베르쿨린 반응검사약은 시중에서 구할 수 없어서 제대로 실시하지 못하였다.

## 라. 보건지소의 보건사업 수용 태도의 문제점

예방접종에 대한 사·후처리 및 신체검사 등에 의사가 참여하면서 진찰료 문제가 거론되었다. 일반의원에서 비보험처리하고 있는 현실에서 영유아 관리에 관한 모든 서비스가 보건지소의 수입과 무관하게 되어 관심이 적었다. 특히 보건지소로 확산시키는 과정에서 일부 선별검사 항목(헤모그로빈)의 검사항목은 미처 보건지소에 검사장비가 부족한 까닭에 검진을 할 수 없었다.

## 마. 목표량 위주 사업관리체계와 상충

정부의 목표량 및 국고보조에 의한 사업에만 관심이 주어지고 그와 무관하거나 예산이 없는 경우 사업을 하지 않으려는 태도는 사업에 대한 인식이 부족한 탓으로 보인다. 지방 보건행정 담당자들의 자세도 문제가 되며 이러한 사업의 예산 확보가 군부담이 가중되는 방향이나 그 총액은 그리 크지 않아 군당국의 설득 작업이 모자란 것으로 보였다.

## 바. 사업의 평가와 감독, 보상체계의 미비

사업의 감독이 보다 확실하게 이루어졌다면 보다 정확한 평가를 할 수 있었을 것으로 보인다. 군단위에서 자체 사업을 평가하기에는 능력이 따라가지 못하였다. 이와 아울러 충분히 동기부여가 이루어지지 못하고 사업 지시 혹은 잘못에 대한 직접적인 문책은 불가능한 까닭에 강

력한 지도력을 발휘하기가 힘들었다.

## 8. 교훈

### 가. 군단위의 기획의 중요성

일련의 사업과정에서 군단위의 보건사업에 있어서 지역관리(district health management)란 개념이 중요함을 깨달았다. 보건사업 영역은 항상 민간의료기관의 경제적, 지리적 제한이 있는 계층에 국한한다는 개념이 지배적이었다. 영유아 관리사업도 같은 개념으로 민간의료기관의 역할이 대부분을 차지하고 있는 현실이다. 그러나 민간의료기관의 예방접종실적을 받아 정리하고 전체 군지역의 예방접종 상태를 파악하는 과정에서 영유아 관리라는 것이 지역 전체를 관리한다는 개념으로 전환되어야 함을 확신할 수 있었으며 접종건수보다 접종완료에 촛점이 두어져 개인별 관리이어야 한다는 것으로 판단되었다. 이러한 지역관리란 개념이 본질적인 보건소의 역할로 보이며 이를 위한 전산화도 필요하다고 생각되었다.

### 나. 군단위 교육 및 훈련의 중요성

보건사업을 개발하는 과정에서 군단위에서 교육과 훈련이 중요하다는 것을 느꼈다. 이러한 교육과 훈련은 일반 공무원이 보건소의 계장 역할을 수행하는 경우에는 더욱 필요하며 공중보건의사도 마찬가지로 영유아에 대한 임상지식과 기술이 부족하기 때문이다. 본 의료원에서는 이러한 것을 위해 조직적인 방법을 접근하였다. 공중보건의 집담회 혹은 영유아 관리지침(예- Infant Acute Respiratory Infection)을 개발하여 보급하였고 이러한 업무 담당을 보건교육계로 일원화하였다. 또한 직원의 보수교육에 관한 총괄업무를 맡기어 교육과정, 교육방법을 개발, 시행하도록 유도하였다.

## 다. 보건지소 및 공중보건의 역할의 제고가 필수적

농·어촌 지역의 보건의료의 중요 인력인 공중보건의사를 단순이 진료만 잘하고 자리만 지키면 된다는 인식하에서는 이러한 사업을 진행하기 힘들다. 보건지소가 보건소의 하부 조직화되면서 보건지소장의 역할로 영유아관리를 책임지고 이들에 대한 보건사업 요원의 임무를 부여하지 않으면 이러한 서비스 위주의 사업은 실행되기 어렵다.

<부록 Ⅷ-1>

**부록. 표 Ⅷ-1-1. 영유아 관리 개인 기록부**

생년월일 : 이름: 성별:남/여 등록번호:
주 소 :

아버지/어머니, 이름: / , 나이: / 세, 직업: /
자녀수 : 출산 명중 생존 명중 번째 자녀
가족력 : 간염(유/무, 누구?: ,발견한 때: ,현재 상태?: )
결핵(유/무, 누구?: ,발견한 때: ,현재 상태?: )
당뇨(유/무, 누구?: ,발견 한때: ,현재 상태?: )
고혈압(유/무,누구?: ,발견 한때: ,현재 상태?: )
기타: 1.
2.

=< 과거력 >=

분만(자연/유도/제왕절개), 출생체중 Kg, 출산예정일: 년 월 일
입원(유/무, 1.진단?: , 나이: ,합병증/후유증?: 유/무
2. : , 나이: ,
경련:유/무,--> 부터 회, 홍역 :유/무,-->
결핵:유/무,--> ,볼거리:유/무,-->
간염:유/무,--> , 풍진 :유/무,-->
알레르기:유/무,--> , 수두 :유/무,-->
고관절탈구/탈장/구개·순열/혈관종/Tong-tie/torticolis
기타:

=< 예방접종 >=

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BCG I: | 추: | / | / | | |
| DPT I: | II: | III: | 추: | / | / |
| OPV I: | II: | III: | 추: | / | / |
| HBV I: | II: | III: | 추: | / | / |
| 홍역 I: | 추: | | | | |
| MMR : | | | | | |
| JBE I: | II: | III: | 추: | / | / |
| 수두 : | | | | | |
| 장티푸스: | | | | | |
| 콜레라: | | | | | |
| 기타: 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |

=< 검 사 >=

결핵반응: 1. /( X ) 혈액형 :
2. /( X ) 간염검사: 1. /
3. /( X ) 2. /
4. /( X ) 3. /
5. /( X ) 기 타:

부록. 표 Ⅷ-1-2. 예방접종을 위한 영유아 검진

| 날 짜 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 접종종류 | | | | | | | | | | |
| 〈체 위〉 | | | | | | | | | | |
| 체중/신장 | | | | | | | | | | |
| 두위/흉위 | | | | | | | | | | |
| 〈 개 인 〉 | | | | | | | | | | |
| Feeding | | | | | | | | | | |
| Activity | | | | | | | | | | |
| 발 열 | | | | | | | | | | |
| 설 사 | | | | | | | | | | |
| 경 련 | | | | | | | | | | |
| 투 약 | | | | | | | | | | |
| 입원/수술 | | | | | | | | | | |
| 알레르기 | | | | | | | | | | |
| 〈개인·가족〉 | | | | | | | | | | |
| 호 열 | | | | | | | | | | |
| 수 두 | | | | | | | | | | |
| 볼거리 | | | | | | | | | | |
| 결 핵 | | | | | | | | | | |
| 간 염 | | | | | | | | | | |
| 접종부작용 | | | | | | | | | | |
| 〈 진 찰 〉 | | | | | | | | | | |
| Activity | | | | | | | | | | |
| Skin | | | | | | | | | | |
| Head | | | | | | | | | | |
| ENT/Neck | | | | | | | | | | |
| Lung/Heart | | | | | | | | | | |
| Abdomen | | | | | | | | | | |
| Extr.Back | | | | | | | | | | |
| 결 과 | | | | | | | | | | |
| Order& Sign | | | | | | | | | | |

* 기록 방법 : 이상이 없으면 0, 있으면 X로 표기하고 아래에 날짜와 내용을 명기한다.

* 1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

**부록. 그림 Ⅷ-1-1. 우편 월보 양식**

- 전 면 -

동두천시 000동
000 소아과 〈우편엽서〉
000-00

000-00

연천군 전곡읍사무소
보건담당

- 이 면 -

예방접종 사항 : 0000년 00월 00일 - 00월 --일

| 이 름 | 생년월일 | 접 종 | 접종일 | 주 소 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

부록. 그림 Ⅷ-1-2. 우편 홍보 서식 (우편엽서 이면 인쇄)

## 예방 접종 안내문

귀 댁의 자녀 0 00은
00000 예방접종을 하여야할 시기이므로 안내하오니
00년 00월 00일(목요일) 보건의료원 1층
질병관리실로 내원하시면
의사의 검진과 함께
무료로 예방접종을 하여 드리니
위의 날자에 꼭 방문하시기 바랍니다.

연천 보건의료원 (전화:832-0219,0230)

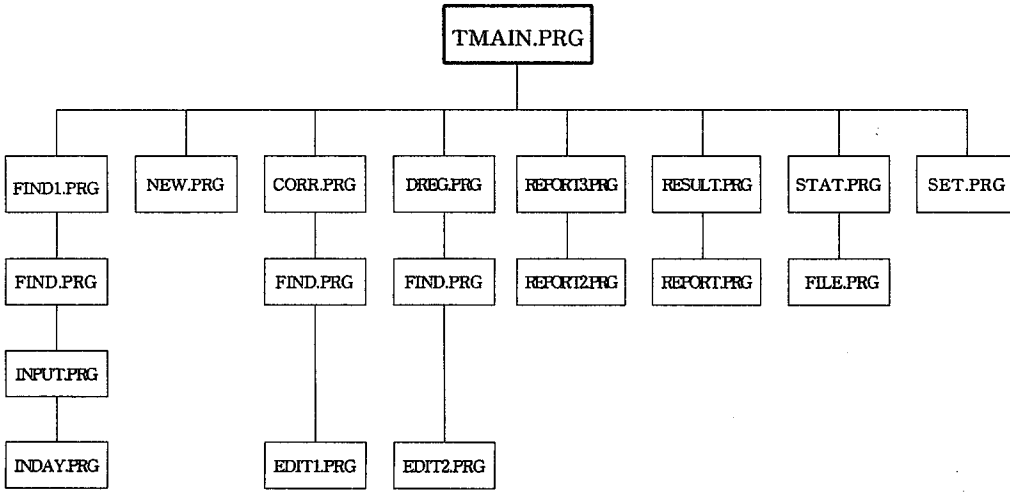
<부록 Ⅷ-2>

# 영유아 예방접종사업 관리 소프트웨어 개발

## 1. 개요

예방접종사업 관리 소프트웨어에 사용된 프로그램은 기본적으로 폭스베이스 플러스이고, 폭스프로 2.0으로 컴파일되어 있다. 컴파일 하기 전의 프로그램의 구성과 기능은 <부록 그림 Ⅷ-2-1>과 같고, 프로그램을 동작하는 데 쓰이는 데이타베이스 파일들의 이름과 각각의 기능은 <부록 그림 Ⅷ-2-2>와 같다.

**부록. 그림 Ⅷ-2-1. 영유아 예방접종사업 관리 소프트웨어 구성**



**부록. 그림 Ⅷ-2-2. 초기 화면**

| | |
|---|---|
| <1> 접종사업 내용 입력 | 접 종 명 단 보 고 <6> |
| <2> 월보/외래 접종입력 | 접종안내/미접종자 <7> |
| <3> 출생/전입자 입력 | 통 계 <8> |
| <4> 수 정 / 보 기 | 환 경 설 정 <9> |
| <5> 자료관리(삭제·부활) | 작 업 끝 <0> |

# Ⅸ. 1993년도 정부가족보건사업 진도평가

## 1. 1993년 정부가족계획사업 진도평가

### 가. 가족계획사업 실적분석

1993년도 정부피임보급사업의 기본 추진방향은 현 출산력 수준유지를 위한 피임보급, 피임의 생활화를 통한 자율피임실천율 제고, 그리고 수용자 중심의 피임서어비스 제공 등이다.

1993년도의 사업목표량은 1992년도에 비하여 매우 축소된 피임보급량을 설정하였는데 불임수술은 57,000건에서 41,400건(정관수술 22,200건, 난관수술 19,200건)으로 전년도에 비하여 27.4% 감소하였으며, 일시피임방법의 보급량은 42.2%나 감소되었는데, 피임방법별로 보면 자궁내장치는 150,000건에서 82,500건으로 45.0%, 콘돔은 100,000건에서

**표 Ⅸ-1. 1993/1992년도 정부가족계획사업 목표량 비교**

| 구 분 | 1993 | 1992 | 증감률(%) |
|---|---|---|---|
| 피임보급총량 | 188,900 | 312,000 | -39.5 |
| 불임수술 | 41,400 | 57,000 | -27.4 |
| 정관수술 | 22,200 | 29,000 | -23.4 |
| 난관수술 | 19,200 | 28,000 | -31.4 |
| 일시피임방법 | 147,500 | 255,000 | -42.2 |
| 자궁내장치 | 82,500 | 150,000 | -45.0 |
| 콘돔(월평균:갑) | 60,000 | 100,000 | -40.0 |
| 먹는피임약(월평균:싸이클) | 5,000 | 5,000 | - |

60,000건으로 40.0% 감소 되었다. 그러나 먹는피임약은 전년도와 동일 수준인 5,000건을 유지하였다.

1993년도 피임방법별 연간 목표량(약제기구는 월평균 목표량)에 대한 1-12월기간중 실적진도율은 불임수술이 101.5% (정관수술 118.1%, 난관수술82.3%), 자궁내장치 101.8%이며, 피임약제기구인 콘돔과 먹는 피임약의 월평균 실적은 각각 113.4%, 108.0%로 모든 피임방법이 연간 목표를 초과달성 하였다.

**표 Ⅸ-2. 1993년도 가족계획사업 목표 대 실적 진도현황**

| 구 분 | 목 표 | 실 적 | 진도율(%) |
|---|---|---|---|
| 불임수술 | 41,400 | 42,007 | 101.5 |
| 정관수술 | 22,200 | 26,209 | 118.1 |
| 난관수술 | 19,200 | 15,798 | 82.3 |
| 자궁내장치 | 82,500 | 83,952 | 101.8 |
| 콘돔(월평균)* | 60,000 | 68,057 | 113.4 |
| 먹는피임약(월평균)** | 5,000 | 5,398 | 108.0 |

* 월평균 : 연간실적/12, ** 월평균 : 연간실적/13

1993년도 피임방법별 실적을 1992년도 실적과 비교하여 보면 전반적으로 감소를 보였는데, 피임방법별로 살펴보면 정관수술은 20.8%, 난관수술은 42.0% 감소하여 불임수술이 30.4%의 감소율을 보였으며, 자궁내장치와 콘돔은 각각 42.3%와 32.1% 감소하였으며, 먹는피임약은 5.0% 감소하였다. 이와 같은 감소추세를 전년도 목표량 감소율과 비교해볼 때 난관수술은 목표량 감소율보다 더 큰 폭으로 감소하였고, 정관수술과 콘돔은 낮게 감소하였다. 사회지원시책으로 도입된 저소득층 불임수용자에 대한 생계비 지원은 동 기간에 비하여 18.6%가 감소한 실적을 보였다.

표 Ⅸ-3. 1993/1992년 가족계획사업 실적 비교

| 구 분 | 1993년 | 1992년 | 증감률(%) |
|---|---|---|---|
| 피임보급 | | | |
| 불임수술 | 42,007 | 60,327 | -30.4 |
| 정관수술 | 26,209 | 33,111 | -20.8 |
| 난관수술 | 15,798 | 27,216 | -42.0 |
| 자궁내장치 | 83,952 | 145,384 | -42.3 |
| 콘돔(월평균) | 68,057 | 100,239 | -32.1 |
| 먹는피임약(월평균) | 5,398 | 5,685 | - 5.0 |
| 지원사업 | | | |
| 영세민 생계비 지원 | 149 | 183 | -18.6 |

## 나. 가족계획사업 실적평가

1990년도 초과실적 평가의 폐지에 이어, 1991년도에는 콘돔과 먹는 피임약의 실적평가가 제외 되었으며, 1993년도 진도평가에서는 목표 대 실적의 평점이 전년도 40에서 20점으로, 사업운영평가가 40점에서 30점으로 하향 조정된 반면, 홍보·계몽·교육평가가 20점에서 30점으로 상향 조정되었고, 특수시책 개발운영 평가항목이 20점으로 추가되었다.

1993년도 진도평가 결과를 보면 목표 대 실적 평가에서는 불임수술은 경남과 제주를 제외한 13개 시·도가 책정된 목표량을 초과 달성하여 항목평가에서 10.0점을 받았으며, 자궁내장치는 서울, 광주, 그리고 경남를 제외한 12개 시·도가 항목평가에서 10.0점을 받았다.

# 2. 1993년 정부모자보건사업 진도평가

## 가. 모자보건사업 실적 분석

1993년도 정부모자보건사업의 기본 추진방향은 모자보건교육 및 홍보사업 강화, 예방보건사업 및 예방의료사업 강화, 우생학적 모자보건 예방사업전개, 모자보건 민·관 협력체계 구축, 임산부 신고제도 확립으로 대상자 관리철저 등이다.

임부 신규등록과 영유아 신규등록의 전년대비 목표량은 모두 전년도에 비하여 약간 상향 책정된 71,700명과 311,000명이며, 임부 및 영유아 건강진단사업의 목표량은 전년대비 17.3% 하향조정되어 각각 23,160명이다. 예방접종관리사업(1차 무료) 목표량은 DPT와 Polio는 각각 873,000명이며, DT 581,000명 그리고 MMR 331,000명이다.

**표 Ⅸ-5. 1993/1992년도 정부모자보건사업 목표량 비교**

| 구 분 | 1993 | 1992 | 증감률(%) |
|---|---|---|---|
| 사업목표 대 실적 | | | |
| 임부 신규등록 | 71,700 | 68,000 | + 5.4 |
| 영유아 신규등록 | 311,000 | 297,000 | + 4.7 |
| 사업내용별실적 | | | |
| 임부 건강진단사업 (1차) | 23,160 | 28,000 | -17.3 |
| 영유아 건강진단사업 (1차) | 23,160 | 27,998 | -17.3 |
| 예방접종관리 | | | |
| DPT(기초,무료) | 873,000 | 852,000 | + 2.5 |
| DT(무료) | 581,000 | 614,000 | - 5.4 |
| Polio(기초, 무료) | 873,000 | 852,000 | + 2.5 |
| MMR(무료) | 331,000 | 356,000 | - 7.0 |

1993년도 임부 신규등록은 총 84,427명으로 연간목표를 117.8% 달성하였으며, 동 기간중 영유아 신규등록은 총 357,157명으로 연간목표를 114.8% 달성하였다. 이를 등록시기별로 살펴보면 임부등록은 임신 초기(13주 이내)에 44.6%, 중기(14-28주)에 41.8%, 말기(29주 이후)에 13.6%로 나타났으며,
영유아 등록은 생후 1개월 이내에 41.6%, 1-12개월미만에 53.5%로 영아기 등록이 95.1%로 나타났으며, 12개월 이후의 유아기 등록이 4.9%로 나타났다. 예방접종관리 사업실적에서 DPT와 Polio는 연간목표량에 대하여 각각 104.9%와 102.6%로 초과달성 하였으나, MMR과 DT는 각각 99.9%와 94.1%의 실적률을 나타내었다.

## 나. 모자보건사업 실적평가

**표 Ⅸ-6. 1993년도 정부모자보건사업 실적**

| 구 분 | 목표량 | 실 적 | 진도율(%) |
|---|---|---|---|
| 사업목표 대 실적 | | | |
| 임부신규등록 | 71,700 | 84,427 | 117.8 |
| 등록기간별 : 0-13주 | | 37,668(44.6%) | |
| 14-28주 | | 35,259(41.8%) | |
| 29-40주 | | 11,500(13.6%) | |
| 영유아신규등록 | 311,000 | 357,157 | 114.8 |
| 등록기간별 : 0-1월미만 | | 148,535(41.6%) | |
| 1-12월미만 | | 191,037(53.5%) | |
| 1-5세 | | 17,585( 4.9%) | |
| 예방접종관리 | | | |
| PDT(기초,무료) | 873,000 | 915,960 | 104.9 |
| DT(무료) | 581,000 | 546,877 | 94.1 |
| Polio(기초, 무료) | 873,000 | 895,601 | 102.6 |
| MMR(무료) | 331,000 | 330,636 | 99.9 |

1993년도 각 시·도별 임부 및 영유아 신규등록의 목표 대 실적에 대한 평가결과는 서울, 대구, 인천 등 3개 대도시를 제외한 시·도에서 만점을 얻었으며, 3개 시도 거의 만점에 근접하고 있어 양호한 실적을 나타내었다. 사업내용별 실적 중에 산전관리 및 산후관리 항목에서는 15개 시·도 전체가 만점을 얻었다. 예방접종관리에서는 영유아 건강관리항목은 전체 시·도가 만점을 받았으나, 예방접종 실적은 강원, 충남, 전남, 그리고 경북의 4개 지역에서만 만점을 얻어 다소 부진함을 보였다.

## 3. 가족보건사업 추진방향

우리나라의 가족계획사업은 합계출산율이 1.6 수준에서 정착됨에 따라 1980년대 말부터 모자보건 증진, 가족복지 향상 등을 목표로 하는 선진국형 가족계획사업으로 전환되어 왔다. 이러한 과정중에 가족계획을 출산조절의 수단으로만 생각하는 일부의 시각에 의해 가족계획사업의 존폐론까지 거론되고 있는 것도 사실이다. 그러나 저출산 상황으로의 진입은 사업목표와 내용의 전환, 정부의 역할 재정립 등의 필요성을 제기하는 것일 수는 있어도 가족계획사업 자체의 무용론의 제기는 가족계획사업의 본질을 잘못 이해한 때문이다. 이러한 관점에서 가족계획사업에 대한 정부의 역할은 계속되어야 할 것이다.

향후 가족보건사업은 그 근본 취지에 맞추어 건전한 모성육성 및 건강한 자녀양육에 의한 인구자질 향상을 목표로 계몽·교육과 피임서비스를 조화롭게 발전시켜 나가야 한다. 즉, 저소득층에 대한 피임서비스를 강화하여 피임의 실패 또는 부작용을 방지하는 데 중점적인 서비스를 시행하여야 한다. 특히 취약계층에 대해서는 방문지도 등 적극적인 지도방법을 집중적으로 체계화하여 피임지식, 생식건강, 질병예방 및 전반적인 모성건강 지도에 주력한다. 청소년에 대한 성교육, 생식교육, 피임 및 육체적·정서적 건강관리를 위한 조치 등이 학교교육으로부터 출발하여 사업장, 보건소 및 민간단체 등을 통한 혼전교

실, 신혼교실 등으로 연결되도록 체계화하여 건전한 생식활동에 대비토록 해야 한다.

또한 어머니 교실을 통한 지역사회 활동으로 피임 및 출산과 육아 등 일련의 지도를 강화하는 동시에 상담 서비스의 활성화를 기하고, 20세 미만의 저령층 출산이나 35세 이후의 고령출산 등 모자보건 및 우생학적으로 열악한 상황의 발생을 극소화하기 위한 노력으로 조혼, 만혼, 또는 혼전출산 등의 방지를 위한 특수계몽교육 프로그램을 개발 보급한다.

보건조직을 통한 유전상담 클리닉 설치·운영의 단계적 개발로 단순한 피임, 건강지도 수준을 넘어서 선천적 유전상담, 산전유전검진 및 이와 관련한 피임 및 인공임신중절 서비스의 적극적인 연계를 꾀한다. 불임여성들에 대해서도 적극적 지도를 위한 상담 서비스를 체계화하여 전문 클리닉과 연결시킴으로써 건전모성육성 차원의 정부 프로그램을 추진한다. 현행중인 선천성대사이상검사를 모든 신생아에게 확대할 수 있도록 방안을 강구하여 실현해 나가도록 하며, 정부의 지원을 줄이고 자비부담에 의해서 자발적으로 실시할 수 있는 수준으로 어머니들의 이해를 촉구하는 교육이 병행되어야 할 것이다.

## 별첨 Ⅸ-1. 가족계획사업 평가 방법

### 1) 사업별 평가 배점

| 평 가 항 목 | 배 점 |
|---|---|
| 총 계 | 100점 |
| 가. 피임보급사업 진도평가 | 20점 |
| - 불임수술 진도평가 | (10) |
| - 자궁내장치 진도평가 | (10) |
| 나. 가족계획사업 운영평가 | 30점 |
| - 사업통계보고 및 정확성 | ( 4) |
| - 계획수립 및 평가 · 조치 | (10) |
| - 사업관련 각종 통계지표 작성 및 활용 | (10) |
| - 가족계획사업 평가반 활동사항 및 결과조치 | ( 6) |
| 다. 홍보·계몽·교육평가 | 30점 |
| - 홍보·계몽·교육을 위한 계획수립 및 실시 | ( 5) |
| - 대인교육 및 사회교육 활동 | ( 5) |
| - 대중매체 및 각종 매체 활용 | ( 5) |
| - 모니터요원 위촉 · 활용 | ( 4) |
| - 홍보·계몽·교육사업의 자체평가 | ( 3) |
| - 홍보자료 제작실적 | ( 4) |
| - 보건교육실 운영 | ( 4) |
| 라. 특수시책개발운영 | 20점 |

## 2) 평가지표에 따른 각 항목별 세부 평가방법

가. 피임보급사업 진도평가 : 20점

(1) 불임수술(10점)

$$\text{평점} = \frac{\text{해당월까지 불임수술 누계실적}}{\text{연간 불임수술 목표량} \times \frac{\text{해당월}}{12}} \times 10$$

(2) 자궁내장치(10점)

$$\text{평점} = \frac{\text{해당월까지 자궁내장치 누계실적}}{\text{연간 자궁내장치 목표량} \times \frac{\text{해당월}}{12}} \times 10$$

단, 진도평가시 목표량을 초과하는 경우 초과점수는 인정치 아니함.

나. 가족계획사업 운영 평가 : 30점

(1) 통계보고 및 정확성(4점)

ㅇ 보고시기(2.0점) : 각 시·도 및 보건소에서 월보 및 쿠폰을 규정에 명시된 기일(익월 10일 : 발송일 기준)내에 제출 여부

- 1회 지연시마다 0.1점씩 감점
- 지연일자가 1주일이상 경과시 2회 지연으로 간주

ㅇ 정확성(2.0점) : 월보 및 쿠폰의 내용중 기재 누락 및 오기

- 기재 누락 및 오기 발생 월당 0.1점씩 감점

(상기 사항을 발견시에 익월 월보 송부시까지 정정보고를 공문으로 제출하는 경우 감점사항에서 제외)

(2) 계획수립 및 평가 조치(10점)

시·도 자체 '93년 사업계획수립 및 실시여부는 4/4분기중 현지 점검

ㅇ 계획수립(5점) : 시·도 인구현황 및 피임실태 현황을 포함하여

자체 계획수립

- 자체계획 수립시 5점
- 중앙계획에서 목표량만 변경 수립시 4점
- 계획 미수립시 0점

ㅇ 평가 및 조치(5점) : 분기별로 사업을 평가한 후 그에 따른 조치 여부

- 분기별 사업평가 및 조치지시 실시 5점
- 분기별 사업평가 실시 4점
- 분기별 사업평가 미실시 0점

(3) 사업관련 각종 통계지표 작성 및 활용(10점)

ㅇ 작성 및 활용 : 시·도 및 보건소 단위의 가족계획사업 관련 각종 통계지표(지역별·방법별·연령별 피임실천율, 피임중단율, 연령별 유배우 부인수, 실대상 부인수) 작성 및 활용 여부

- 시·도 및 보건소 단위에서 미산출 항목당 0.5점씩 감점
- 산출시기가 전년도 4/4분기에서 당해년도가 아닌 경우 0.5점 감점

(4) 가족계획사업 평가반 활동사항 및 결과조치(6점)

가족보건 업무규정 제 58조 ②항에 의하여 구성된 평가반 활동 사항 및 결과조치 보고 여부

ㅇ 보고시기(3.0점) : 각 시·도에서 시·도 평가반 활동결과를 분기종료 후 15일 이내(발송일 기준)에 제출 여부

- 1회 지연시마다 0.3점씩 감점

ㅇ 보고내용(3.0점) : 규정상 명시된 내용중 기재 누락

- 기재누락된 1항목당 0.3점씩 감점

다. 홍보·계몽·교육결과(가족계획) : 30점

(1) 홍보·계몽교육을 위한 계획수립 및 실시 여부(5점)

ㅇ 시·도 단위(3점) : 중앙계획 외에 시·도 자체계획 포함 수립 여부

- 계획수립, 실시 3.0점
- 계획수립, 미실시 1.5점
- 계획 미수립, 실시 1.0점
- 계획 미수립, 미실시 0점

ㅇ 보건소 단위(2점) : 정기적인 교육 및 홍보에 관한 연간계획 수립 시에 월별 또는 분기별로 주제를 사전에 선정하여 그에 따른 실시 여부

- 월별 또는 분기별 계획 수립, 실시 2.0점
- 연간 계획만 수립, 실시 1.5점
- 계획 미수립, 실시 1.0점
- 미수립, 미실시 0점

(2) 대인교육 및 사회교육 활용(5점)

공무원, 군인교육(예비군, 민방위), 반상회, 부녀회, 기회교육(농민교육, 일반교육 등), 청소년교육 등의 보건소 주관으로 실시한 교육의 종류

ㅇ 보건소 단위 : 보건소 주관으로 실시한 각종 교육의 종류

- 6종이상 5.0점
- 3 - 5종 3.0점
- 1 - 2종 1.0점
- 미실시 0점

(3) 대중매체 및 각종매체 활용(5점)

전파매체를 비롯한 인쇄매체 등의 각종매체를 통하여 실시한 활동으로서 행정기관의 예산확보 또는 보도자료 제공에 의한 홍보실적

ㅇ 시·도 단위(3점) : 텔레비젼, 라디오, 신문 등의 인쇄매체 활용

홍보건수

- 3회이상 활용 홍보실적 3.0점
- 2회이상 활용 홍보실적 2.0점
- 1회 활용 홍보실적 1.5점
- 홍보실적은 없으나 보도자료 제공근거 확보 1.0점
- 미활용 0점

ㅇ 보건소 단위(2점) : 지역신문, 반상회보, 유선방송 등의 매체를 통한 홍보실적으로 홍보자료 제공 및 인력 투입 등의 협조에 의한 홍보 실적

- 2회이상 활용 홍보실적 2.0점
- 1회 활용 홍보실적 1.5점
- 협조요청 근거만 있는 경우 1.0점
- 미협조요청 0점

(4) 모니터요원 위촉·활용 여부(4점)

모니터요원을 위촉한 후 교육 및 정보 수집, 내용분석 등의 활용 근거 여부

- 위촉·활용 4.0점
- 위촉·미활용 2.0점
- 미위촉·미활용 0점

(5) 홍보·계몽·교육사업의 자체 평가(3점)

시·도에서 시·군·구 홍보, 계몽, 교육사업의 평가 실시 여부

ㅇ 시·도 단위 : 실시 3.0점
미실시 0점

(6) 홍보자료제작 실적(4점)

기존 홍보자료의 재제작 또는 신규 홍보자료의 제작·배부 현황(소책자, 전단, 안내문 또는 안내엽서 등의 유인물)

ㅇ 시·도 단위 :

- 홍보자료 모델 개발 및 배부 4.0점
- 홍보자료 모델 개발 3.0점
- 미실시 0점

(7) 보건교육실 운영(4점)

보건소내에 각종 자료 및 시청각 기자재를 구비하여 독립된 공간을 확보한 보건교육실 운영 여부

ㅇ 시청각 기자재 확보현황(2점) : VTR, OPH, 슬라이드 프로젝트 등의 기자재 확보 현황

- 3종이상 확보 2.0점
- 2종 확보 1.5점
- 1종 확보 1.0점
- 미확보 0점

ㅇ 보건교육실 운영(2점) : 보건소내 독립된 방 또는 공간을 확보하여 보건교육실 운영

- 독립된 보건교육실 운영 2.0점
- 미운영 0점

라. 특수시책 개발 운영(가족계획) : 20점

지역여건을 고려한 시·도 자체의 가족보건 특수시책 수립 및 실시 여부

ㅇ 시·도 단위(10점)

- 예산 확보하여 특수시책 실시(7점)
  · 3건이상 7점
  · 2건이상 5점
  · 1건이상 4점
  · 미실시 0점
- 비예산 특수시책 실시(5점)
  · 3건이상 5점

· 2건이상 3점
· 1건이상 2점
· 미실시 0점

○ 보건소 단위(10점) : 시·도단위 공통 특수시책을 제외한 자체 특수시책

- 예산 확보하여 특수시책 실시(7점)

· 3건이상 7점
· 2건이상 5점
· 1건이상 4점
· 미실시 0점

- 비예산 특수시책 실시(5점)

· 3건이상 5점
· 2건이상 3점
· 1건이상 2점
· 미실시 0점

단, 예산사업 및 비예산사업의 점수를 합산할 경우 10점 초과시는 초과 점수를 인정하지 않음.

## 별첨 Ⅸ-2. 1993년도 모자보건사업 평가방법

### 1) 사업별 평가배점

| 평 가 항 목 | 배점(점) |
|---|---|
| 총 계 | 100점 |
| 가. 사업목표 대 실적 | 16점 |
| - 임부신규등록 | ( 8) |
| - 영유아신규등록 | ( 8) |
| 나. 사업내용별 실적 | 33 점 |
| - 임부건강진단사업 | ( 8) |
| - 산전관리 (연1회) | ( 9) |
| - 산후관리 | ( 2) |
| - 영유아건강진단사업 | ( 8) |
| - 특수사업 | ( 6) |
| 다. 예방접종관리 | 15점 |
| - 예방약품목표 대 실적 | ( 8) |
| - 영유아관리 (연1회) | ( 7) |
| 라. 현지확인 | 20점 |
| - 실적현지확인 | ( 5) |
| - 모자보건담당 인력확보 확인 | ( 3) |
| - 임신신고실적 확인 | ( 2) |
| - 임산부·신생아 사망보고의 정확도 | ( 3) |
| - 선천성 대사이상 검사실적 | ( 5) |
| - 특수사업 | ( 2) |
| 마. 임산부·신생아 사망보고 | 5점 |
| - 지역별 총 산·소아과 의료기관수 대 보고의료기관수 | ( 5) |
| 바. 홍보·계몽교육 | 11점 |
| - 모자보건 홍보·계몽교육계획수립 | (2.0) |
| - 모자보건홍보실적 (시·도) | (2.0) |
| - 계몽·교육실적(시·군) | (2.0) |
| - 홍보·교육자체평가 | (2.5) |
| - 모유수유·홍보(시·도) | (2.5) |

## 2) 사업별 평가방법

가. 사업목표 대 실적 (16점)

(1) 임부 신규등록 (8점)

$$\text{평점} = \frac{\text{임부신규등록 누계실적}}{\text{임부신규등록 년간목표량} \times \frac{6}{12}} \times 8$$

(2) 영유아 신규등록 (8점)

$$\text{평점} = \frac{\text{영유아신규등록 누계실적}}{\text{영유아신규등록 년간목표량} \times \frac{6}{12}} \times 8$$

나. 사업내용별 실적 (33점)

(1) 임부 건강진단사업 (8점)

$$\text{평점} = \frac{\text{임부건강진단 누계실적}}{\text{임부건강진단 년간목표량} \times \frac{6}{12}} \times 8$$

(2) 산전관리 (9점)

$$\frac{\text{산전관리 누계실적}}{\text{전년도 연말이월등록수+신규등록누계-퇴록누계}} = \text{평균산전관리회수}$$

(3) 산후관리 (2점)

$$\text{평점} = \frac{\text{산후관리 누계실적}}{\text{영아 0-1월 신규등록 누계}} \times 2$$

(4) 영유아 건강진단사업 (8점)

$$\text{평점} = \frac{\text{영유아건강진단 누계실적}}{\text{영유아건강진단 연간목표량} \times \frac{6}{12}} \times 8$$

(5) 특수사업 (6점)

특수사업을 개발 시행하는 사업수

- 1개 특수사업 실시 : 2점
- 2개 특수사업 실시 : 4점
- 3개이상 특수사업 실시 : 6점

다. 예방접종관리 (15점)

(1) 예방접종 목표 대 실적 (8점)

예방접종증 기초예방접종(폴리오, 디피티, 디티, 엠엠알 각 2점씩)의 목표 대 실적 평가는 다음과 같다.

$$\text{PDT} = \frac{\text{PDT 1,2,3차 연간 실적}}{\text{PDT 1,2,3차 연간 목표}} \times 100$$

$$\text{Polio} = \frac{\text{Polio 1,2,3차 연간 실적}}{\text{Polio 1,2,3차 연간 목표}} \times 100$$

$$\text{DT} = \frac{\text{DT 연간 실적}}{\text{DT 연간 목표}} \times 100$$

$$\text{MMR} = \frac{\text{MMR 연간 실적}}{\text{MMR 연간 목표}} \times 100$$

* 평점방법은 다음에 의해서 환산하여 4종의 예방접종 실적을 합하여 8점 만점으로 함

- 목표량 대비실적 100%이상 : 2점 x 4종 = 8점
- 목표량 대비실적 95%이상 : 1.5점 x 4종 = 6점
- 목표량 대비실적 90%이상 : 1점 x 4종 = 4점
- 목표량 대비실적 85%이상 : 0.5점 x 4종 = 2점
- 목표량 대비실적 80%이상 : 0.25점x 4종 = 1점
- 목표량 대비실적 80%이하 : 0점

(2) 영유아 관리 (7점)

$$\text{평점} = \frac{\text{영유아 관리중 0-12월 총관리건수}}{\text{0-1월 신규등록 누계} \times 6(\text{기본예방접종 회수})} \times 10$$

라. 현지확인 (20점)

(1) 실적 현지확인 (5점)

월보의 허위작성을 방지하기 위하여 현지확인지도를 실시하며 그 결과에 따라 다음과 같이 배점한다.

- 현지확인 지도결과 허위사실이 없을 경우 5점
- 기록내용에 허위사실이 있을 경우 시·도 평가에 0.5점씩 감점한다.
- 1건이란 임부 및 영유아 신규등록, 임부·영유아 건강진단 실적, 관리회수, 예방접종실적 등 각각의 실적을 말한다.

(2) 모자보건담당인력 확보확인 (3점)

- 시·군·구 보건소 및 보건지소별 모자보건사업담당 최소 필요 정원 확보 확인 평가
- 모자보건센터 설치 보건소의 경우는 센터의 면허자격별 정원확보 확인 평가

(3) 임신신고실적 확인 (2점)

- 임신신고 목표량 대 모자보건수첩 발급실적 비율확인 평가
- 모자보건수첩 제작예산 및 연간 제작부수 등을 감안하여 평가

(4) 임산부·신생아 사망, 사산 보고의 정확성 (3점)

- 각 시·도 평가에 정확히 작성하였을 경우 : 3점
  1 건의 기재가 틀린 경우 : 2점
  2 건의 기재가 틀린 경우 : 1점
  3 건의 기재가 틀린 경우 : 0점

(5) 선천성 대사이상 검사실적(5점)

- 연간실적이 목표량 달성 : 5점
- 연간실적이 목표량 95%미만달성 : 4점
- 연간실적이 목표량의 85%미만달성 : 3점
- 연간실적이 목표량의 65%미만달성 : 2점
- 연간실적이 목표량의 50%미만달성 : 1점

(6) 특수사업 실시 여부 (2점)

- 1종이상 실시 : 2점

마. 임산부·신생아 사망, 사산 보고 (5점)

- 총 의료기관 대 보고의료기관수 : 지역별 총 산부인과, 소아과 의료기관수 대 보고의료기관수의 비율을 확인하여 평가한다.

바. 모자보건 홍보·계몽 교육 (11점)

(1) 모자보건 홍보·계몽 교육계획 수립 (2점)
(2) 모자보건 홍보실적 (2점)
(3) 계몽·교육실적 (2점)
(4) 홍보·교육 자체평가 (2.5점)
(5) 모유수유홍보(시·도) (2.5점)

## 별첨 Ⅸ-3. 1993년도 시·도별 정부가족계획사업실적

| 시·도 | 불임수술 | | | 자궁내 장치 | 콘 돔* (월평균 /갑) | 먹는** 피임약 (싸이클) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 정관수술 | 난관수술 | 소 계 | | | |
| 서 울 | 7,631 | 4,129 | 11,760 | 22,350 | 20,115 | 1,394 |
| 부 산 | 2,410 | 1,699 | 4,109 | 8,277 | 5,241 | 411 |
| 대 구 | 1,415 | 868 | 2,283 | 4,652 | 3,468 | 304 |
| 인 천 | 1,443 | 853 | 2,296 | 4,676 | 3,335 | 276 |
| 광 주 | 620 | 463 | 1,083 | 2,057 | 1,952 | 160 |
| 대 전 | 757 | 301 | 1,058 | 2,205 | 1,531 | 138 |
| 경 기 | 4,825 | 2,227 | 7,052 | 14,816 | 11,635 | 1,065 |
| 강 원 | 649 | 550 | 1,199 | 2,626 | 2,342 | 214 |
| 충 북 | 658 | 446 | 1,104 | 2,307 | 1,959 | 204 |
| 충 남 | 647 | 823 | 1,470 | 3,022 | 2,207 | 173 |
| 전 북 | 767 | 663 | 1,430 | 2,821 | 2,030 | 169 |
| 전 남 | 837 | 823 | 1,660 | 3,296 | 2,600 | 216 |
| 경 북 | 1,246 | 861 | 2,107 | 4,630 | 2,498 | 236 |
| 경 남 | 2,123 | 918 | 3,041 | 5,247 | 6,469 | 389 |
| 제 주 | 181 | 174 | 355 | 970 | 675 | 49 |
| 전 국 | 26,209 | 15,798 | 42,007 | 83,952 | 68,057 | 5,398 |

* 월평균 : 연간실적/12, ** 월평균 : 연간실적/13

# 참고자료

# I. 격려사

이 자리에 참석하신 인구 및 가족보건분야 관계인사 여러분!

그동안 가족보건사업 분야에서 헌신적으로 일해오신 여러분의 노고에 깊이 감사드리며 오늘 영광스러운 상을 받으신 유공자 여러분께 진심으로 축하를 드리는 바입니다.

국민의 보건수준 향상에 가장 기본이 되는 가족보건사업을 보다 발전적으로 수행하기 위하여 사업관계자들이 한자리에 모여 새로운 사업방향을 모색하는 세미나를 개최하는 것은 매우 뜻 깊은 일이라고 생각합니다.

우리는 급격한 인구증가로 인하여 경제사회적으로 일어나는 많은 문제들을 해소하기 위하여 지난 30여년간 인구증가억제에 역점을 두고 가족보건사업을 추진하여 온 결과 피임실천율이 증가되고 출산율이 감소되어 인구증가율이 1%이하로 크게 둔화되었습니다.

그러나 피임실천율이 80%라는 높은 수준에 도달되었음에도 불구하고 53%의 부인이 인공임신중절 경험이 있다는 사실은 모성건강에 큰 위협이 될뿐 아니라 피임의 생활화가 충분히 이루어지지 못하고 있다는 것을 의미하고 있으며 모성 및 영아사망률이 선진국에 비하여 크게 높다는 것도 가족보건사업 관계자들이 더 많은 노력을 하여야 한다는 것을 말하여 주고 있다 하겠습니다.

가족보건사업은 계획된 자녀의 출산과 임산부 및 영유아에 대한 건강관리로 건전하고 행복한 가정생활을 영위토록 하여 국민복지 향상에 이바지하는 것이 본래의 목적이라 하겠습니다.

따라서 피임을 필요로 하는 모든 대상에게 올바른 피임방법을 알려주고 양질의 서비스를 함으로써 원치않은 임신으로 인한 인공임신중절을 예방하는 한편 심화된 인구성비의 불균형이 완화되도록 남아선호관을 불식시켜 나아가야 하겠으며 청소년을 비롯한 미혼남녀의 올바른 성윤리관이 정립될 수 있도록 성교육도 체계적으로 실시해 나가야 할 것입

니다.

또한 그동안은 출산력조절 위주의 가족계획에 치중한 결과 모자보건 측면은 상대적으로 소홀한 경향이 있으나 앞으로는 모성과 영.유아의 건강관리를 위하여 산전·산후의 임산부관리와 모든 영유아의 등록관리, 그리고 양질의 건강진단 실시 등 내실있는 모자보건사업을 추진함으로써 모성 및 영아사망률을 선진국 수준으로 낮추어야 하겠습니다.

또한 정신지체아의 발생을 방지하기 위하여 저소득층 신생아를 대상으로 실시하고 있는 선천성 대사이상 검사는 그 필요성을 널리 알려 일반 신생아에게도 확대 실시토록 하고 대중매체를 통하여 모유의 우수성을 적극 홍보하여 모유수유로 기초건강을 확보토록 함과 아울러 지역주민의 요구가 높은 특수사업을 개발 실시하여야 하겠습니다.

끝으로 이번 세미나를 통하여 앞으로의 가족보건사업이 더욱 향상 발전되는 좋은 성과를 얻게 되기를 바라며, 여러분과 여러분의 가정에 건강과 행복이 함께 하기를 진심으로 기원합니다.

감사합니다.

1994년 4월 15일

보 건 사 회 부

차관 주 경 식

# II. 연도별 정부지원 피임보급실적 : 1962-1993년

| 연도 | 자궁내 장치 | 불임수술 | | | 콘 돔* | 먹는 피임약* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 정관수술 | 난관수술 | 계 | | |
| 1962 | - | 3,413 | - | 3,413 | 59,351 | - |
| 1963 | 1,493 | 19,866 | - | 19,866 | 129,804 | - |
| 1964 | 106,397 | 26,256 | - | 26,256 | 156,301 | - |
| 1965 | 225,951 | 12,855 | - | 12,855 | 191,706 | - |
| 1966 | 391,687 | 19,942 | - | 19,942 | 168,868 | - |
| 1967 | 323,452 | 19,677 | - | 19,677 | 152,724 | - |
| 1968 | 263,132 | 15,988 | - | 15,988 | 135,184 | 26,264 |
| 1969 | 285,500 | 15,457 | - | 15,457 | 147,773 | 91,175 |
| 1970 | 295,100 | 17,321 | - | 17,321 | 162,986 | 170,512 |
| 1971 | 293,680 | 18,581 | - | 18,581 | 161,277 | 199,694 |
| 1972 | 299,901 | 16,396 | 3,283 | 19,679 | 155,562 | 213,969 |
| 1973 | 325,875 | 19,696 | 4,793 | 24,489 | 175,986 | 234,707 |
| 1974 | 351,618 | 32,020 | 5,348 | 37,368 | 172,685 | 241,980 |
| 1975 | 343,907 | 43,056 | 14,532 | 57,588 | 196,735 | 240,183 |
| 1976 | 297,872 | 44,881 | 35,545 | 80,426 | 158,070 | 203,402 |
| 1977 | 281,798 | 53,781 | 181,445 | 235,226 | 103,166 | 178,893 |
| 1978 | 240,871 | 36,922 | 193,398 | 230,320 | 110,901 | 130,506 |
| 1979 | 188,734 | 25,863 | 195,271 | 221,134 | 80,759 | 108,745 |
| 1980 | 188,393 | 28,036 | 179,093 | 207,129 | 73,746 | 102,827 |
| 1981 | 167,206 | 31,320 | 164,769 | 196,089 | 79,030 | 91,388 |
| 1982 | 199,083 | 53,143 | 233,518 | 286,661 | 101,601 | 113,014 |
| 1983 | 213,144 | 97,150 | 329,845 | 426,995 | 127,273 | 82,414 |
| 1984 | 195,352 | 123,222 | 255,547 | 378,769 | 129,672 | 59,209 |
| 1985 | 176,919 | 110,105 | 217,644 | 327,749 | 124,887 | 43,966 |
| 1986 | 233,385 | 92,244 | 220,274 | 312,518 | 108,343 | 45,840 |
| 1987 | 242,496 | 82,984 | 211,934 | 294,918 | 144,173 | 39,331 |
| 1988 | 251,898 | 70,849 | 165,851 | 236,700 | 137,825 | 29,267 |
| 1989 | 235,933 | 66,217 | 115,622 | 181,839 | 143,982 | 29,426 |
| 1990 | 186,614 | 45,398 | 68,087 | 113,485 | 102,565 | 20,312 |
| 1991 | 149,502 | 31,848 | 36,609 | 68,457 | 90,322 | 6,517 |
| 1992 | 145,384 | 33,111 | 27,216 | 60,327 | 100,239 | 5,685 |
| 1993 | 83,952 | 26,209 | 15,798 | 42,007 | 68,057 | 5,398 |
| 계 | 7,186,229 | 1,333,807 | 2,875,422 | 4,209,229 | 4,151,554 | 2,714,624 |

* 월평균실적

# Ⅲ. 가족보건사업 활성화를 위한 세미나 일정표

1994. 4. 15(금)

09:30 - 10:00 등 록

10:00 - 10:40 개 회 식

시 상 : 보건사회부차관 주 경 식

개회사 : 한국보건사회연구원장 연 하 청

격려사 : 보건사회부차관 주 경 식

10:40 - 11:00 휴 식

【 주 제 발 표 】

좌장 : 한국보건사회연구원 부원장 정 경 배

11:00 - 11:30 **저출산국가의 인구정책**

한국보건사회연구원 인구연구부장 홍 문 식

11:30 - 12:00 **21세기를 향한 가족계획사업의 새로운 접근방안**

- 모자보건, 청소년 성교육 및 성상담 시범사업중심 -

대한가족계획협회 시범사업추진단장 이 양 재

12:00 - 12:30 **우리나라의 모자보건수준 및 전망**

인하대학교 의과대학 교수 홍 재 웅

12:30 - 13:30 중 식

## [ 주 제 발 표 ]

좌장 : 보건사회부 보건국장 이 동 모

13:30 - 14:50 **1994년도 사업추진방향**

보건사회부 가족보건과장 임 요 택

대한가족계획협회 사무총장 전 종 기

대한불임시술관리협회 사무총장 최 형 백

한국보건사회연구원 인구연구부장 홍 문 식

14:50 - 15:00 **휴 식**

15:00 - 15:20 **도시지역 가족보건사업의 전산화**(전주시 완산구)

전북 전주시 완산보건소장 정 영 원

15:20 - 15:40 **농촌지역 영유아의 포괄적 의료서비스 개발사례**

경기도 연천군 보건의료원장 이 종 구

15:40 - 17:00 **종합토의**

17:00 - 17:10 **폐 회 식**

17:10 - 18:00 **리 셉 션**

# Ⅳ. 가족보건사업활성화를 위한 세미나 참석자 명단(무순)

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 보건사회부 | 차관 | 주경식 |
| 〃 | 보건국장 | 이동모 |
| 〃 | 가족보건과장 | 임요택 |
| 〃 | 가족보건과 사무관 | 이강문 |
| 〃 | 〃 | 최송림 |
| 〃 | 가족보건과 | 이달호 |
| 〃 | 〃 | 구을회 |
| 〃 | 〃 | 정경덕 |
| 〃 | 〃 | 김권수 |
| 국립보건원 | 훈련부 모자보건담당관 | 이길웅 |
| 〃 | 훈련부 | 이원희 |
| 〃 | 〃 | 김귀향 |
| 서울특별시 | 의약과 가족보건계장 | 최행지 |
| 〃 | 〃 가족계획담당 | 백만순 |
| 〃 | 〃 모자보건담당 | 홍경자 |
| 〃 | 〃 | 하명주 |
| 〃 | 서대문구보건소장 | 최규상 |
| 〃 | 마포구보건소장 | 김영호 |
| 〃 | 동작구보건소 보건지도과장 | 최양희 |
| 〃 | 성동구보건소 보건지도계장 | 김규성 |
| 〃 | 관악구보건소 | 이옥자 |
| 〃 | 송파구보건소 | 최숙정 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 부산직할시 | 보건과 가족보건계장 | 정병석 |
| 〃 | 〃 가족보건담당 | 정양숙 |
| 〃 | 해운대구보건소 가족보건계장 | 박혜숙 |
| 〃 | 남구보건소 가족보건계장 | 박은희 |
| 〃 | | 박정자 |
| 대구직할시 | 보건과 가족보건계장 | 권점숙 |
| 〃 | 보건과 | 조영길 |
| 〃 | 서구보건소 | 김영숙 |
| 〃 | 달서구보건소 | 이지진 |
| 인천직할시 | 보건과장 | 박두환 |
| 〃 | 보건과 가족보건계장 | 정문자 |
| 〃 | 동구보건소장 | 김경자 |
| 〃 | 남구보건소장 | 심우섭 |
| 〃 | 남구보건소 가족보건계장 | 조정옥 |
| 광주직할시 | 보건과 가족보건담당 | 류숙자 |
| 〃 | 동구보건소 가족보건계장 | 박애자 |
| 〃 | 북구보건소 가족보건계장 | 최숙자 |
| 〃 | 광산구보건소 가족보건담당 | 장정자 |
| 대전직할시 | 보건과 가족보건계장 | 이선자 |
| 〃 | 〃 가족보건담당 | 임재문 |
| 〃 | 동구보건소 가족보건계장 | 권일순 |
| 〃 | 중구보건소 가족보건계장 | 조정애 |
| 〃 | | 김순금 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 경기도 | 보건과 가족보건계장 | 한중석 |
| 〃 | 보건과 | 김혜숙 |
| 〃 | 연천군 보건의료원장 | 이종구 |
| 〃 | 안성군보건소장 | 구자상 |
| 〃 | 포천군보건소 가족보건담당 | 윤정숙 |
| 〃 | 양주군보건소 | 정은경 |
| 강원도 | 보건과 가족보건계장 | 김정희 |
| 〃 | 〃 가족보건담당 | 최영구 |
| 〃 | 양구군보건소 모자보건계장 | 양옥녀 |
| 〃 | 명주군보건소 | 박준애 |
| 충청북도 | 보건과 가족보건계장 | 석연자 |
| 〃 | 〃 모자보건담당 | 김혜련 |
| 〃 | 단양군보건소장 | 오용길 |
| 〃 | 괴산군보건소 모자보건계장 | 이범윤 |
| 충청남도 | 보건과 가족보건계장 | 한창옥 |
| 〃 | 〃 가족보건담당 | 박금옥 |
| 〃 | 천안시보건소 모자보건계장 | 최연윤 |
| 〃 | 논산군보건소 가족보건계장 | 김기문 |
| 전라북도 | 보건과 가족보건계장 | 서봉석 |
| 〃 | 〃 가족계획담당 | 정옥순 |
| 〃 | 완산구보건소장 | 정영원 |
| 〃 | 진안군보건소 가족보건계장 | 김정순 |
| 〃 | 익산군보건소 모자보건계장 | 김영자 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 전라남도 | 보건과 가족보건계장 | 양지훈 |
| 〃 | 〃 가족계획담당 | 문정임 |
| 〃 | 담양군보건소장 | 문상용 |
| 〃 | 여천군보건소 가족보건계장 | 이정희 |
| 〃 | 화순군보건소 모자보건계장 | 문춘자 |
| 경상북도 | 보건과 가족보건계장 | 구본순 |
| 〃 | 보건과 가족계획담당 | 김윤수 |
| 〃 | 구미시보건소 가족보건계장 | 김진환 |
| 〃 | 선산군보건소 가족보건계장 | 남태희 |
| 경상남도 | 보건과 가족보건계장 | 전용자 |
| 〃 | 〃 가족계획담당 | 조경자 |
| 〃 | 남해군보건소 가족보건계장 | 이두연 |
| 〃 | 밀양시보건소 가족보건계장 | 박선자 |
| 제주도 | 보건과 가족보건계장 | 이경희 |
| 〃 | 제주시보건소 가족보건계장 | 정용범 |
| 〃 | 남제주군보건소 모자보건계장 | 김명희 |
| 대한가족계획협회 | 회장 | 김용완 |
| 〃 | 사무총장 | 전종기 |
| 〃 | 사업부장 | 신동진 |
| 〃 | 시범사업추진단장 | 이양재 |
| 〃 | 모자보건과장 | 윤선규 |
| 〃 | 감사평가과장 | 홍수기 |
| 〃 | 서울지부 사무국장 | 한상복 |
| 〃 | 부산지부 사무국장 | 노수일 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 대한가족계획협회 | 경기지부 사무국장 | 박평길 |
| 〃 | 강원지부 사무국장 | 부윤화 |
| 〃 | 충북지부 사무국장 | 김영환 |
| 〃 | 대전/충남지부 | 김남섭 |
| 〃 | 전북지부 사무국장 | 홍종흡 |
| 〃 | 광주/전남지부 사무국장 | 김수현 |
| 〃 | 대구/경북지부 사무국장 | 김성구 |
| 〃 | 경남지부 사무국장 | 김만영 |
| 〃 | 제주지부 사무국장 | 김광춘 |
| 〃 | | 김희영 |
| 대한불임시술협회 | 회장 | 배병주 |
| 〃 | 사무총장 | 최형백 |
| 〃 | 사업부장 | 황영환 |
| 〃 | 사후관리과장 | 고준명 |
| 〃 | | 김문종 |
| 〃 | | 김만선 |
| 서울대 보건대학원 | 교수 | 정경균 |
| 인하대 의과대학 | 교수 | 홍재웅 |
| 한국보건사회연구원 | 원장 | 연하청 |
| 〃 | 부원장 | 정경배 |
| 〃 | 인구연구부장 | 홍문식 |
| 〃 | 연구기획부장 | 조남훈 |
| 〃 | 연구위원 | 문현상 |
| 〃 | 〃 | 임종권 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 한국보건사회연구원 | 책임연구원 | 장영식 |
| '' | '' | 이상영 |
| '' | '' | 박인화 |
| '' | 주임연구원 | 전학석 |
| '' | '' | 오영희 |
| '' | '' | 황나미 |

# V. 수상자 명단

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 국민훈장(동백장) 1명 | | |
| 서울대학교 보건대학원 | 교 수 | 정경균 |
| 국민포장 2명 | | |
| 대한가족계획협회 | 관리부장 | 천을윤 |
| 한국보건사회 연구원 | 책임 연구원 | 장영식 |
| 대통령표창 4명 | | |
| 보건사회부 가족보건과 | 보건 사무관 | 최송림 |
| 인천직할시 남구보건소 | 지방보건 서기관 | 심우섭 |
| 경상남도 보사환경국보건과 | 지방간호 사무관 | 전용자 |
| 전라남도 담양군보건소 | 지방보건 사무관 | 문상용 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 국무총리 4명 | | |
| 서울특별시 보사환경국의약과 | 지방 간호주사 | 하명주 |
| 부산직할시 사하구보건소 | 지방 간호주사 | 박정자 |
| 광주직할시 보건사회국보건과 | 지방 간호주사 | 류숙자 |
| 경상북도 상주군 함창읍 보건지소 | 지방 간호서기 | 설옥조 |
| 장관표창 38명 | | |
| 대한가족계획협회 경기도지부 | 전임강사 | 위승훈 |
| 대한불임시술관리 협회 | 3급 | 김만선 |
| 서울특별시 김기원 산부인과 | 원장 | 김기원 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 부산직할시<br>춘해범천병원 | 의사 | 김희진 |
| 대한가족계획협회<br>대구·경북지부 | 간사 | 민병국 |
| 대한가족계획협회<br>인천직할시지부 | 서무과장 | 서일수 |
| 대한가족계획협회<br>광주·전남지부 | 업무과장 | 최수채 |
| 대전직할시<br>박숙자 조산소 | 조산사 | 박숙자 |
| 경기도 안성여자<br>상업고등학교 | 교감 | 변권훈 |
| 대한가족계획협회<br>강원도지부 | 전임강사 | 유종수 |
| 충청북도 김 피부<br>비뇨기과 의원 | 원장 | 김석칠 |
| 충청남도<br>김일선 산부인과 | 원장 | 김일선 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 대한가족계획협회<br>전라북도지부 | 전임강사 | 이진호 |
| 전라남도 여천시<br>선원동 1256 | | 한상덕 |
| 경상북도 구미시<br>진평동 548 | 통장 | 손용대 |
| 대한가족계획협회<br>경상남도지부 | 사무국장 | 김만영 |
| 제주도<br>제일 산부인과 | 원장 | 현유범 |
| 서울특별시<br>은평구보건소 | 지방<br>간호주사 | 전경희 |
| 부산직할시<br>보건사회국보건과 | 지방<br>보건주사 | 김덕상 |
| 대구직할시<br>보건사회국보건과 | 지방보건<br>주사보 | 조영길 |
| 대구직할시<br>동구보건소 | 지방<br>간호서기 | 금향미 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 인천직할시<br>동구보건소 | 지방<br>간호주사 | 이순애 |
| 광주직할시<br>동구보건소 | 지방<br>간호주사 | 박애자 |
| 대전직할시<br>유성구보건소 | 지방<br>간호주사 | 정옥룡 |
| 대전직할시<br>대덕구보건소 | 지방<br>간호주사 | 장성자 |
| 경기도<br>포천군보건소 | 지방간호<br>주사보 | 윤정숙 |
| 강원도<br>양구군보건소 | 지방<br>간호주사 | 양옥녀 |
| 강원도<br>명주군보건소 | 지방간호<br>주사보 | 박준애 |
| 충청북도<br>중원군보건소 | 지방<br>보건서기 | 류순옥 |
| 충청북도<br>단양군보건소 | 지방<br>기능직 | 김무태 |

| 소 속 | 직 위 | 성 명 |
|---|---|---|
| 충청남도<br>대천시보건소 | 지방<br>보건서기 | 방일순 |
| 충청남도<br>태안군보건소 | 지방<br>간호주사 | 김보환 |
| 전라북도<br>정주시보건소 | 지방간호<br>주사보 | 김양임 |
| 전라북도<br>완주군보건소 | 지방간호<br>주사보 | 강해숙 |
| 전라남도<br>나주시보건소 | 지방간호<br>주사보 | 정점례 |
| 경상북도<br>청통면 보건지소 | 지방<br>보건서기 | 신금숙 |
| 경상남도<br>남해군보건소 | 지방<br>간호주사 | 이두연 |
| 제주도<br>서귀포시보건소 | 지방<br>보건주사 | 강동호 |

| 구 분 | | 기 관 |
|---|---|---|
| 장관표창(단체) | | 6개 기관 |
| 우수시.도 | 최우수 | 충청남도 |
| | 우 수 | 전북, 대전직할시 |
| 우 수<br>모자보건센타 | | 전라남도 화순군<br>충청북도 괴산군<br>경 기 도 안성군 |

# 家族保健事業 活性化 方案

1994 年 5月　　日 印刷
1994 年 5月　　日 發行

發行人 : 延　　河　　清
發行處 : 韓國保健社會研究院
서울特別市 恩平區 佛光洞 山 42-14
(電話 : 355 - 8003)
印刷所 : 아진인쇄