

우리나라医療要求 및 医療利用에 관한 調査研究 報告

—1981年 全國 保健医療網 編成研究와 僻地 医療
脆弱地域 家口調査 資料를 中心으로—

宋建鏞 · 金弘淑

韓國人口保健研究院

머 리 말

政府는 1980年代에 福祉社會 建設을 目標로 하여, 1982年부터 實施하고 있는 第5次 5個年 開發計劃에서 社會開發의 擴充・強化에 力點을 두고 있다. 保健醫療는 社會福祉의 增進을 위하여 또는 社會的 經濟的으로 生産的 삶의 基礎로서 중요한 要素이며, 生活水準의 向上에 따라 이의 均霑이 政策的 主要課題가 되고 있다. 그러나 保健醫療資源과 서어비스의 地域 및 社會・經濟的으로 不均衡한 配分은 醫療利用과 健康水準에 직접 影響을 주어 전체적으로 全國民을 위한 社會福祉의 增進을 저해하는 要素가 된다.

政府는 우리나라 經濟發展과 社會的 與件을 고려하여, 全國民의 醫療均霑을 指向하는 一連의 革新的 諸措置를 施行하였다. 그 하나는 1種 및 2種 그리고 公務員・教員 醫療保險과 零細民을 위한 醫療保護 受惠範圍의 擴大이며, 다른 하나는 僻地 農漁村住民을 위한 1次保健醫療(primary health care)의 導入・實施이다. 此外에 政府는 장기적으로 合理的 保健醫療傳達體系의 樹立, 診療圈 設定, 投資의 優先順位 決定 및 資源의 合理的 配分등을 위한 諸施策을 講究中에 있다.

本 研究院은 轉換期에 선 保健醫療의 政策的 需要에 副應하여, 1981年에 「全國 保健醫療網 編成을 위한 調查研究」와 「僻地 農漁村 醫療脆弱地域 基礎調查」를 實施하였다. 이들 두 調查는 각기 다른 目的을 갖고 있으나 共通的으로 住民의 醫療要求와 利用에 관한 調查項目을 包含하고 있다.

本 報告書는 이들 두 調查資料를 利用하여 都市, 邑地域, 面地域, 僻地 등으로 地域을 區分하여 住民의 醫療要求, 醫療利用, 未充足 등의 諸實態와 이에 影響을 준 要因을 分析, 記述한 結果를 收錄하고 있다. 이러한 形態의 全國的인 大規模의 調查는 우리나라에서 처음으로 實施되었고, 그 結果는 政策的 形成과 立案은 勿論 學術的으로 有用하게 利用될 것이다.

本 研究에 參與 또는 關與한 여러 研究者의 勞苦에 감사하며,
「이 보고서에 게재된 結論과 政策建議를 포함한 모든 내용은 이
를 담당한 연구자의 의견이며, 당 연구원의 공식 의견이 아님을 밝
혀둔다」.

1982 年 8 月

韓 國 人 口 保 健 研 究 院

院 長 朴 贊 武

目 次

머 리 말

第Ⅰ章 緒 論	11
1. 研究의 背景 및 目的	11
2. 研究方法	13
가. 標 本	13
나. 變 數	16
(1) 資料의 特性	16
(2) 變 數	18
다. 資料蒐集	21
第Ⅱ章 家口 및 人口의 特性	23
1. 人口 및 家口	23
가. 人口分布	23
나. 家 口	30
2. 教育水準	31
3. 生活水準	33
가. 電氣料	33
나. 電話 및 텔레비전 所有	34
다. 生活水準 綜合指標	35
4. 醫療保障 受惠	37
第Ⅲ章 醫療要求	43
1. 醫療要求의 理論 및 定義	43
2. 醫療要求	52
가. 全体水準	52
나. 性・年齡別	54
다. 教育水準別	57
라. 醫療保障 및 生活水準別	62

3. 未治療 理由	67
가. 全体水準	67
나. 性 別	69
다. 年齡別	70
라. 教育水準別	72
마. 醫療保障 受惠別	74
바. 生活水準別	76
4. 要 約	78
第Ⅳ章 醫療利用	79
1. 全体 治療源	79
2. 病醫院 (外來) 訪問	85
가. 訪問理由	85
나. 訪問頻度	94
3. 藥局 (房) 訪問	101
4. 選好治療源	110
5. 要 約	115
第Ⅴ章 病醫院 入院	116
1. 入院率 및 入院者率	116
가. 全体水準	116
나. 人口學的 變數別	118
다. 經濟變數別	120
2. 在院日數	121
3. 入院費 支出源	125
4. 要 約	126

第Ⅵ章 醫療充足과 社會・經濟的 特性間의 多分類分析·····	128
1. 分析方法·····	128
2. 資料 및 變數·····	130
3. 醫療充足水準과 社會・經濟的 特性變數間의 多分類分析·····	135
4. 主要 治療源 利用과 社會・經濟的 特性變數間의 多分類分析·····	142
가. 病醫院 利用·····	142
나. 藥局(房) 利用·····	148
5. 要 約·····	152
第Ⅶ章 要約 및 結論·····	154
1. 要 約·····	154
2. 結 論·····	158
附 錄	
1. 全國保健醫療網 編成研究 保健醫療利用 家口調査票·····	167
2. 農漁村 保健醫療脆弱地區 調査研究 家口調査票 및 罹患調査票·····	171
3. 20個層別 標本地域別 調査對象家口數：全國保健醫療網 編成 家口調査·····	183
4. 標本地域別 調査對象家口數：農村保健醫療 脆弱地區調査·····	185

統 計 表 目 次

表Ⅰ－1. 地域別 標本家口數	15
表Ⅱ－1. 性別・年齡別 人口構成比	23
表Ⅱ－2. 地域別 主要年齡集團別 百分率分布.....	25
表Ⅱ－3. 地域別・性別・年齡別 人口構造	26
表Ⅱ－4. 地域別 家口員數別 家口分布	31
表Ⅱ－5. 地域別 教育水準別 人口分布	32
表Ⅱ－6. 地域別 家口當 月間電氣料 支出分布	34
表Ⅱ－7. 地域別 100 家口當 電話 및 TV 所有分布	35
表Ⅱ－8. 地域別 生活水準別 家口分布	36
表Ⅱ－9. 地域別 醫療保障 受惠人口	37
表Ⅱ－10. 地域別 醫療保障 受惠人口 100 人當 年齡分布	39
表Ⅱ－11. 地域別 教育水準別 醫療保障 受惠人口	40
表Ⅱ－12. 地域別 醫療保障受惠別人口의 生活水準分布	41
表Ⅲ－1. 地域別 지난 15 日間 人口 100 人當 醫療要求率	53
表Ⅲ－2. 地域別 性・年齡別 지난 15 日間 人口 100 人當 醫療要求率	54
表Ⅲ－3. 地域別 性・年齡別 지난 15 日間 人口 100 人當 未治療 및 治療率	56
表Ⅲ－4. 地域別 教育水準別 지난 15 日間 人口 100 人當 醫療要求率	60
表Ⅲ－5. 地域別 教育水準別 지난 15 日間 人口 100 人當 未治療 및 治療率	61
表Ⅲ－6. 地域別 經濟變數別 지난 15 日間 人口 100 人當 醫療要求率	63
表Ⅲ－7. 地域別 經濟變數別 지난 15 日間 人口 100 人當 未治療 및 治療率	64

表Ⅲ－ 8. 地域別 經濟變數別 지난 15日間 醫療要求 100人當 醫療充足率	66
表Ⅲ－ 9. 地域別 醫療要求者의 未治療理由分布	68
表Ⅲ－ 10. 地域別・性別 未治療理由分布	70
表Ⅲ－ 11. 地域別・年齡別 未治療理由分布	71
表Ⅲ－ 12. 地域別・教育水準別 未治療理由分布	73
表Ⅲ－ 13. 地域別・醫療保障受惠別 未治療理由分布	75
表Ⅲ－ 14. 地域別・生活水準別 未治療理由分布	77
表Ⅳ－ 1. 地域別 醫療施設種類別 15日間 訪問 100件當分布	81
表Ⅳ－ 2. 地域別 年間 1人當 平均 醫療施設別 訪問數	84
表Ⅳ－ 3. 地域別 지난 15日間 病醫院 訪問理由分布	86
表Ⅳ－ 4. 地域別・性別 15日間 病醫院 訪問理由分布	87
表Ⅳ－ 5. 地域別・年齡別 15日間 病醫院 訪問理由分布	89
表Ⅳ－ 6. 地域別・教育水準別 15日間 病醫院 訪問理由分布	90
表Ⅳ－ 7. 地域別 醫療保障受惠別 病醫院 訪問理由分布	91
表Ⅳ－ 8. 地域別 生活水準別 病醫院 訪問理由分布	93
表Ⅳ－ 9. 地域別 지난 15日間 病醫院訪問率 및 訪問者當 訪問回數分布	94
表Ⅳ－ 10. 地域別 人口學的變數別 15日間 人口 100人當 病醫院訪問率	96
表Ⅳ－ 11. 地域別 經濟變數別 15日間 人口 100人當 病醫院 訪問率	97
表Ⅳ－ 12. 地域別 人口學的變數別 年間人口 1人當平均 病醫院 訪問數	99
表Ⅳ－ 13. 地域別 經濟變數別 年間 1人當平均 病醫院訪問數	101
表Ⅳ－ 14. 地域別 지난 15日間 藥局(房)訪問率 및 訪問者當 訪問回數分布	102
表Ⅳ－ 15. 地域別 人口學的變數別 15日間 人口 100人當 藥局 (房)訪問率	104

表Ⅳ－16. 地域別 經濟變數別 15日間 人口100人當 藥局 (房)訪問率	105
表Ⅳ－17. 地域別 人口學的變數別 年間人口1人當平均 藥局 (房)訪問數	107
表Ⅳ－18. 地域別 經濟變數別 年間人口1人當平均 藥局(房) 訪問數	108
表Ⅳ－19. 地域別 醫療要求者의 選好治療源分布	111
表Ⅳ－20. 治療者 및 未治療者 理由別 隨好治療源分布	112
表Ⅳ－21. 治療者의 選好 및 實際治療源分布의 比較	112
表Ⅳ－22. 農漁村 僻地醫療源에 대한 利用滿足度 및 信賴度	114
表Ⅴ－1. 地域別 年間入院者率, 入院率 및 平均在院日數	117
表Ⅴ－2. 地域別 人口學的變數別 年間人口1,000人當 病醫院 入院者率	119
表Ⅴ－3. 地域別 經濟變數別 年間人口1,000人當 病醫院 入院者率	121
表Ⅴ－4. 地域別 年間入院者當 在院日數	122
表Ⅴ－5. 地域別 變數別入院者當 年間平均在院數 및 中央值 ...	124
表Ⅴ－6. 地域別 年間入院患者의 醫療費支出源分布	126
表Ⅵ－1. 醫療保障受惠別 醫療充足水準에 대한 社會經濟的 特性의 係數	136
表Ⅵ－2. 醫療充足水準과 社會經濟的 特性과의 關係	139
表Ⅵ－3. 醫療保障受惠與否別 病醫院利用에 대한 社會經濟的 特性의 係數	143
表Ⅵ－4. 病醫院利用과 社會經濟的 特性變數와의 關係	144
表Ⅵ－5. 醫療保障受惠與否別 藥局(房)利用에 대한 社會 經濟的 特性의 係數	148
表Ⅵ－6. 藥局(房)利用과 社會經濟的 特性과의 關係	150

圖 表 目 次

圖Ⅱ－1．性 別 年 齡 別 人 口 構 造	24
圖Ⅱ－2．地 域 別 性 別 年 齡 構 造	27
圖Ⅲ－1．人 口 的 醫 療 利 用 및 그 結 果 的 過 程	48
圖Ⅲ－2．地 域 別 年 齡 別 醫 療 充 足 率	58
圖Ⅲ－3．地 域 別 教 育 水 準 別 醫 療 充 足 率	59

第 I 章 緒 論

1. 研究의 背景 및 目的

保健醫療는 社會福祉의 增進을 위하여 또는 社會的 經濟的으로 生産的 삶의 基礎로서 중요한 要素이다. 政府는 1980 年代에 福祉 社會 建設을 目標로 하여 1982 年부터 실시하고 있는 第 5 次 5 個 年 開發計劃에서 社會開發의 擴充・強化에 力點을 두고 保健醫療의 擴大에 노력하고 있다.

이러한 努力의 궁극적 目標中 하나는 保健醫療의 均霑(equity) 實現에 있다. 均霑의 見解¹⁾는 “社會正義(social justice)”와 “分配的 正義(distributive justice)”의 理想과 뒤엎혀 있는데 이들은 資源이나 서비스의 “公正한 配當(fair shares)” 또는 公平性(impartiality)과 均等한 分配의 概念을 內包한다. 그러나 이들 概念을 保健問題, 健康狀態, 保健서비스에 適用하는 것은 단순한 問題가 아니다.

保健서비스 提供의 均霑²⁾에 관하여 保健分野에서 均霑의 成就를 測定할 目的이나 基準을 마련치 못하고 있기 때문에 그 定義조차 확립되지 않고 있다. 그러나 우리는 이에 관하여 몇가지 質問을 할 수 있다. “均霑의 焦點은 서비스 生産의 側面에 두는가? 아니면 얼마나 많은 사람에게 서비스를 제공할 것인가에 두는가?” “均霑과 均等(equality) 간의 어떤 關係가 있는가?” “均等한 돈

註 1) K. L. White, “Equitable Allocation of Resources, Measurement of Level of Health, WHO Regional Publications,” *European Series* No. 7, 1979, p. 59.

2) Rashi, Fein, “On Achieving Access and Equity in Health Care,” *Economic Aspects of Health Care*, ed. John B. McKinlay, 1973. p. 29.

(또는 서비스)이 모든 사람의診療(care)에 이용가능한 때, 均等한 돈(또는 서비스)이 利用된 때 또는 均等한 保健産物(health outcomes)이 성취된 때 均霑이 실현되었다고 보는가?” 이들 몇 가지 質問에 대하여 현재로서 정확한 答이 있을 수 없다.

그러나 政府는 保健醫療의 均霑을 向하여 서비스 供給 및 利用의 擴大에 노력하고 있고, 특히 利用의 增大를 위해 第3者 支拂制度의 受惠範圍를 극적으로 擴大시키고 있다³⁾ 俸給生活者를 위한 醫療保險 受惠人口는 1977年 全人口의 8.8%에서 1981년에 37.5%로 증가했고, 1991년까지 86.6%로 擴大시킬 계획이다. 零細民을 위한 醫療保護 受惠率은 1977년 전인구의 5.8%였고, 1981년에 9.6%로 증가되어 이 水準을 1991년까지 유지시킬 계획이다. 이외에 農漁村과 都市民을 위한 2種 醫療保險의 擴大를 通하여 1991년에 모든 國民에게 醫療保障의 惠澤을 받도록 계획하고 있다.

한편 農漁村 僻地 住民의 保健醫療 均霑을 위하여 1981~84년 기간에 2,000名の 保健診療員이 訓練・配置될 것이다. 이 Program은 1次保健醫療의 擴大를 통해 醫療脆弱地域의 保健醫療 均霑에 크게 기여할 것이다.

그러나 이들 醫療서비스 擴大計劃에도 不拘하고, 이의 惠澤圈 밖 에 있게 될 都市의 零細民과 一般 農漁村 住民을 위한 保健醫療서비스 擴大策이 요구된다.

이들 政府의 諸革新的 諸措置의 效率化를 위해서 특히 政策의 立案, 實施, 補完 그리고 改善을 위하여 住民의 醫療要求와 醫療利用 實態에 관한 精確한 基礎資料가 필요하다. 다행히 1981년에 全國 保健醫療網 編成을 위한 調査研究가 실시되었다. 이 調査研究는 ① 合理的 保健醫療傳達體系 樹立 ② 診療圈 設定 ③ 投資

註3) 保健社會部, 社會保障 및 保健醫療部門計劃(案), 第5次 經濟社會發展 5個年計劃(1982~1986).

의 優先順位 決定과 資源의 合理的 配分등의 目的을 갖고, 특히 醫療需要의 豫測을 위하여 全國的 規模의 家口面接調査가 실시되었다.

이 研究과 같은 時期에 별도의 農漁村 僻地를 대상으로 한 保健醫療에 관한 家口面接調査가 실시되었다. 이 調査의 目的은 僻地에 배치될 保健醫療員의 活動成果를 綜合評價하기 위해 事業前 基礎資料를 수집하는 것이었다.

이들 두 調査는 각기 目的은 다르나 다 같이 1981년 현재의 醫療要求 및 醫療利用에 관한 同一 調査內容과 調査方法을 사용하여 資料를 수집하였다. 그러므로 두 調査에서 얻은 資料는 全國的 規模의 우리나라 처음의 population-based data로서 醫療要求와 醫療利用 그리고 이에 影響을 준 諸變數를 포함하고 있다.

本 報告書는 이들 두 調査資料를 利用하여 다음과 같은 目的을 위해 記述 및 分析된 結果를 수록한 것이다.

첫째 우리나라의 地域別 醫療要求水準의 推定과 이에 影響을 준 諸要因의 分析

둘째 우리나라의 地域別 醫療利用(實態의 把握과 治療源別 利用率 및 利用頻度에 미친 諸要因의 分析

셋째 우리나라의 地域別 未充足 醫療의 實態, 그 原因, 그리고 이에 미친 諸要因의 分析

특히 本 研究은 政府의 保健醫療 均霑政策을 고려하여, 地域間 醫療要求, 醫療利用, 未充足醫療등의 現實的 隔差에 관하여 重點을 두어 記述 및 分析되었다.

2. 研究方法

가. 標 本

本 研究에 使用된 資料는 1981년 10~11월에 각기 다른 目的을 갖고 實施된 두개의 家口面接調査에서 生産된 것이다. 앞에서

記述된 바와 같이 한 調査는 「全國 保健醫療網 編成을 위한 調査研究」였고, 다른 하나는 「農村 保健醫療脆弱地區 調査」였다. 이들 두 調査는 標本抽出節次가 각기 다르다.

「全國 保健醫療網 編成을 위한 調査研究」의 主要 目的은 地域別 診療圈分析, 醫療需要推定 및 保健醫療網 構築을 위한 模型開發이었고.⁴⁾ 同 研究를 위한 家口調査의 目的은 地域別 醫療利用樣相 및 醫療需要의 推定과 이의 變動을 豫測할 수 있는 資料蒐集에 두었다.⁵⁾

이러한 研究目的에 맞는 標本을 抽出하기 위해 母集團(population : 全國)의 여러 構成要素(components)에서 4개의 基準變數(criteria)인 ① 地域總生産(GRP), ② 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險과 1種 醫療保險適用對象人口 百分率 ③ 醫療機關 接近度 ④ 人口 10,000名當 病床數 등을 選定하여 全國을 20개의 層(strata)으로 區劃,⁶⁾ 이들 20개의 層을 각각 副母集團(sub-population)으로 하여 4段階의 過程을 거치면서 系統標集(systematic sampling), 層化無作為標本(stratified random sampling), 割當系統標集(quota-systematic sampling), 地域標集(area sampling) 등의 抽出方法(sampling method)이 活用되었다.

위와 같은 節次를 거쳐 抽出된 標本家口數는 8,347 家口였고 자세한 標本目錄은 附錄-3에 提示하였다. 同 研究의 標本이 層(stratum)別로 標集된 것이지만 이를 一般的인 地域區分에 맞추어 都市化水準에 따라 區分된 標本家口數는 表 I-1과 같다.

한편 同 調査와 同一時期에 實施된 「農村 保健醫療 脆弱地區 調査」의 目的은 僻地에 配置된 保健診療員의 活動成果를 評價하기

註 4) 韓國人口保健研究院, 全國保健醫療網編成을 위한 調査研究報告書, 韓國人口保健研究院, 1981, 12, p. 32.

5) 안윤옥, 고응린, 유승흠, 保健醫療機關實態調査 및 利用樣相에 대한 住民調査를 위한 標本選定研究最終報告書, 198.12, p.2 (非發刊資料)

6) 안윤옥, 고응린, 유승흠, 前掲書, p. 4.

表一I-1. 地域別 標本家口數：1981年 全國保健醫療網
編成研究 家口調査

	都 市	邑地域	面地域	計
標本家口數	2,563	1,286	4,498	8,347

위하여 이들이 配置되기 以前의 基礎資料 蒐集에 두었고, 이 調査에서도 醫療需要 推定이 主要目的이었다.

이 調査研究의 標本은 全國 農村을 2개의 副母集團으로, 즉 1981年 保健診療員이 投入된 地域⁷⁾과 그렇지 않은 一般農村地域⁸⁾으로 나눈 뒤 基準變數로 “人口數”를 택했다. 왜냐하면 農村의 여러 構成要素(components) 중 都市化와 가장 密接한 관계가 있는 것이 人口規模이기 때문이다. 따라서 面の 里單位까지의 標集過程까지는 이 人口數 變數가 活用되었다. 또한 政府의 保健診療員 投入計劃이 1981年부터 1984年까지 4年間 매년마다 施行될 것이므로 두 副母集團, 즉 保健診療員이 1981년에 投入된 地域과 그렇지 않은 地域의 標本規模(sample size)를 1:3의 比率로 抽出하였다.

그런데 2개의 副母集團중 保健診療員이 投入되지 않은 一般 農村地域을 標集하는 데에는 政府가 向後 3年間 定期的으로 매년 保健診療員을 投入시키는 時系列的 效果가 고려되어야 하기 때문에 副母集團에서 郡까지의 標集過程이 끝난 뒤 最終標集調査區單位인 自然部落을 標集하는데는 약간의 操作的 定義(operational definition)를 가하였다. 同 副母集團에 대해서는 面事務所에서 그 面の 모든 自然部落까지 通常交通手段을 中心으로 한 “所要時間”을 基準變數로 하여 目錄化(listing)하고 이들 각각의 自然部落中 가장

註 7) 保健社會部, '81년도 보건진료소설치 및 보건진료원 직무교육대상자 현황, 1981. 3.

8) 面所在里와 既保健診療所 設置 또는 示範地域인 흥천, 옥구, 군위, 강화, 춘성등 5개 군을 除外한 一般 自然部落

가까운 지역을 " 1," 중간지역을 " 2," 가장 먼 지역을 " 3 "으로
付號化하여 각각의 付號가 1/3 씩 抽出되도록 標集하였다.

標集方法은 系統標集(systematic sampling) 과, 地域標集(area
sampling)을 使用하였으며 標本管理를 위해 選定된 標本 모두에
대해 現地리스트팅(listing) 및 調查區要圖(mapping)를 事前踏查를
통하여 作成하여 現地調査에 임했다. 그 標集結果는 부록과 같다.

以上の 두 調査時의 標集에 관한 자세한 내용은 全國 保健醫療
網編成을 위한 調查研究報告書와 農村保健醫療脆弱地區調查研究報告書⁹⁾
에 제시되어 있다.

나. 變 數

(1) 資料의 特性

本 研究에서 從屬變數가 될 醫療要求, 醫療利用 및 未治療
理由 등과 獨立變數가 될 人口, 社會・經濟的 特性變數, 醫療保障 受
惠 등에 관한 資料는 이미 言及한 바와 같이 1981年「全國 保
健醫療網 編成을 위한 調査」를 위한 家口調査票와 「農村 保健醫
療 脆弱地區 調査」를 위한 家口調査票 및 罹患調査票에서 生産된
것이다.

「保健醫療網 編成研究」의 家口調査¹⁰⁾ 標本은 각 層(stratum)
內 3~4個 地域(里 또는 洞의 통)에서 1個 地域當 133家口
정도하여 400家口씩 抽出되었다.

그러므로 이러한 節次를 거쳐 抽出된 標本은 同一行政區域이나 自
然部落單位를 기초로 한 것과 차이가 있다. 즉 保健醫療網 編成
研究를 위한 家口 調査 標本은 센서스의 調査區(ED) 概念이 層

註 9) 1982年 人口保健研究論集 2卷 1號에 同調査速報가 掲載됐고, 同調査
研究의 綜合報告書는 1982年 10月에 發刊豫定이다.

10) 以後부터는 全國保健醫療網 編成을 위한 調査의 家口調査資料는 「保
健醫療網」資料로, 農村保健醫療 脆弱地區調査의 家口 및 罹患調査資
料는 「脆弱地區」資料로 略稱하고자 한다.

(stratum) 으로 代置된 것이며, 따라서 地域社會 水準의 分析이 어려워진다.

調査資料(survey data)를 地域社會 水準으로 分析하려 할 때, 地域社會 水準은 두 개의 要素로 構成된다. 즉, 하나는 어떤 定義된 地域社會內에 속한 家口나 個人 全數가 갖고 있는 特性들이 總合되어 그 地域社會의 特性을 나타내는 것인데 이른바 個人水準(individual level)에서의 集合的 特性(aggregate characteristics)이다. 다른 하나는 그 家口나 個人 全數가 속한 地域社會가 갖고 있는 環境的 特性(global or community characteristics)이다.¹¹⁾

그러므로 調査對象이 家口나 個人單位일 때 어떤 定義된 地域社會에 대해 地域社會 特性을 고려한 분석을 시도하고 그 分析의 代表性을 높이려면, 定義된 地域社會內的 家口나 個人 全數가 調査되어야 하고 그 定義된 地域社會에 대한 環境的 要因이 調査되어야 한다.¹²⁾

그러나 「保健醫療網 編成 研究」의 家口調査에서는 同一 層內 모든 家口나 住民은 保健醫療的 特性이나 水準에서 均等한 條件下에 있다고 假定하고 한 層內에서 400 家口를 3~4 地域에서 無作為標集(random sampling) 함으로써 環境的 또는 地域社會 特性에 미친 效果分析이 어렵게 된다.

「脆弱地區」資料는 地域社會로서 한 自然部落을 單位로 하였으며 한 調査區는 1個 또는 2個의 自然部落으로 構成되었고, 한 調査區의 크기는 60~120 家口 範圍였다.

註 11) Ronald, Freedman, "Community-level Data in Fertility Surveys"
World Fertility Survey Occasional Paper, No. 8, 1974.

註 12) P. F. Lazarsfeld, and Kandall P. L., "The Relation Between Individual and Group Characteristic in the American Soldier," In *the Language of social research*, edited by Poul F. Lazarsfeld and Moris, Roseuberg, New York, The Free Press, 1962.

따라서 두 調査資料를 利用하여 個人水準에서의 各 變數의 特性水準에 依從하여 分析이 이루어졌다. 그러므로 各 變數들은 「保健醫療網」資料에서 都市, 邑地域, 面地域으로 地域區分되고 「脆弱地區」資料는 僻地로 區分되어 各 變數水準을 都市化水準에 따라 比較・分析되었다.

(2) 變 數

變數는 從屬變數와 獨立變數로 區分된다. 從屬變數에는 醫療要求, 利用, 未治療理由 등이 그리고 獨立變數에는 人口 및 經濟的 特性 등이 各 各 포함되는데, 分析單位는 個人이며, 主要 變數는 다음과 같이 說明 및 分類된다.

變 數	分 類
〈 從屬變數 〉	
1. 醫療要求	15 日間 0. 治療 願치 않음 1. 願하나 받지 않음 2. 治療받음 (1+2 = 醫療要求)
2. 醫療利用	
가. 15 日間 醫療利用	
(1) 利用與否	0. 未治療 1. 治療받음
(2) 病醫院訪問	
－ 訪問回數	0. 없음 1. 있음 또는 回數
－ 訪問理由	1. 齒科診療 2. 妊娠・分娩 3. 手術 4 檢査 (豫防) 5. 一般治療

變 數	分 類
(3) 保健(支)所 訪問	
－ 訪問回數	0. 없음.
	1. 있음 또는 回數
－ 訪問理由	1. 齒科診療
	2. 一般治療
	3. 妊娠・分娩
	4. 豫防서비스
	5. 其 他
(4) 漢方利用	
－ 訪問回數	0. 없음
	1. 있음 또는 回數
(5) 藥局(房) 訪問	
－ 訪問回數	0. 없음
	1. 있음 또는 回數
(6) 助産所 訪問	
－ 訪問回數	0. 없음
	1. 있음 또는 回數
나. 年間入院治療	
(1) 入院回數	0. 없음
	1. 있음 또는 回數
(2) 在院期間	0. 없음
	1. 있음 또는 在院日
3. 15日間 未治療理由	
	1. 症狀輕微
	2. 治療豫定
	3. 經濟的 理由
	4. 地理的 理由
	5. 其 他

變 數	分 類
〈獨立變數〉	
1. 性	1. 男 2. 女
2. 年齡	5 歲間隔 또는 그 以上 큰 隔差
3. 教育	1. 未就學 2. 無學 3. 國民學校 4. 中等學校 5. 高等學校 6. 大學 7. 國校在學 8. 中・高在學 9. 大學在學
4. 生活水準	1. 下 2. 中 3. 上
5. 醫療保障受惠	0. 非受惠 1. 受惠 또는 種類 (公務員, 1 種 醫療保險, 醫療保護, 其他)
〈統制變數〉	
1. 地域	1. 都市 2. 邑地域 3. 面地域 4. 僻地

다. 資料蒐集

(1) 調査票

前述된 모든 變數가 調査票에 수록되었다. 調査票는 試驗 調査를 거쳐 Wording 과 Ordering 등을 修正하여 作成되었다. 調査票는 構造化된 質問項(structured questions)으로 構成되었다.

그러나 「全國 保健醫療網 編成 研究」를 위한 家口調査票는 全体가 21個의 調査項目이 pre-code된 간단한 것이었으나, 「僻地 保健醫療 基礎調査」를 위한 調査票는 家口, 醫療利用, 母子保健, 家族計劃 등 保健醫療 전반에 관련된 調査項目을 포함하고 있다. (각 調査票는 附錄 參照).

(2) 調査팀

調査팀은 「全國 保健醫療網 研究」를 위하여 11個팀이, 「僻地 保健醫療 基礎調査」를 위하여 6개팀이 각각 構成되었고, 각 팀은 5~6명의 調査員과 1명의 指導員으로 構成되었다.

이들 調査를 위하여 理論 및 現地實習이 前者의 研究에서는 2日間, 後者の 調査에서는 4日間 實施되었다.

(3) 現地調査

각 調査팀은 각 팀에 配定된 調査區內 모든 標本家口에 대한 家口面接調査를 실시하였다. 現地調査期間은 1981年 10~11月の 약 25日間이었다.

家口面接의 주요 應答者는 主婦였고 調査完了率은 다음과 같다.

	全國保健醫療網 調査研究			僻地基礎調査
	都市	邑地域	面地域	僻地
標本家口數	2,563	1,286	4,498	4,135
調査完了家口數	2,550	1,277	4,467	4,083
調査完了率(%)	99.5	99.3	99.3	98.7

全体的으로 99 % 以上の 높은 應答率을 나타내고 있다. 無應答은 대부분 空家, 應答者의 長期出他 등이었고, 그 수는 적지만 불확실한 應答 또는 missing response 가 큰 調査票 등이 無應答으로 處理되었다.

現地調査의 全過程은 中央 및 現地에서 統制 및 指導監督되었고, 全体的으로 資料의 正確性 (accuracy) 와 比較性 (comparability) 을 높이도록 努力되었다.

第Ⅱ章 人口 및 家口의 特性

1. 人口 및 家口

가. 人口分布

人口는 常住人口 (de jure) 概念을 사용하여 조사되었다. 즉, 3 個月以上 그 家口에 居住하는 사람을 家口員으로 하였다.

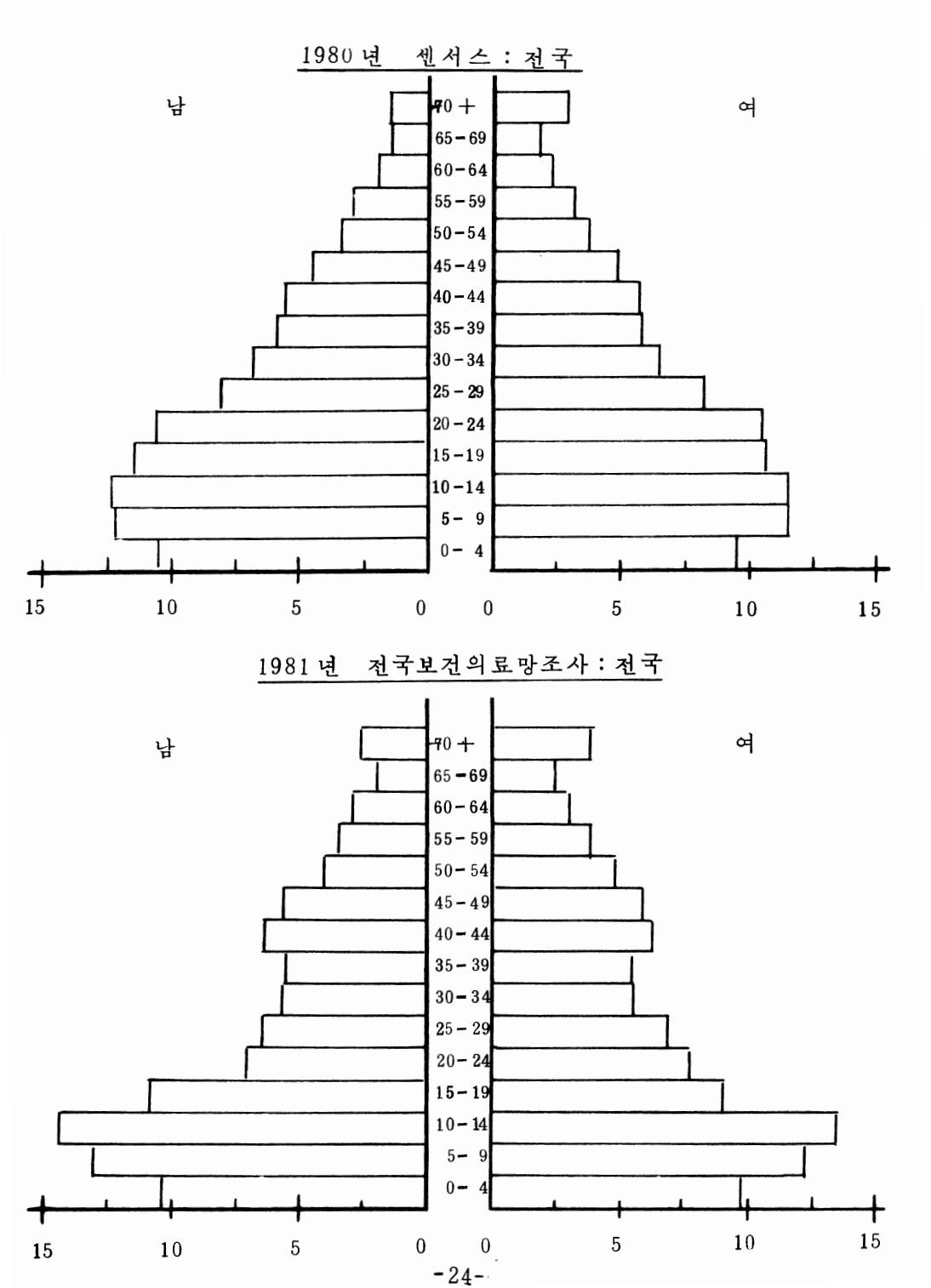
表-Ⅱ-1은 本 調査資料 중 保健醫療網 調査資料와 1980 年 人口센서스資料의 全國値의 年齡構造를 比較한 것이다. 이 比較에서 顯저한 差異는 10~14 歲와 40 歲以上 人口構成比가 醫療網 調査資料에서 훨씬 높은 反面 15~39 歲 人口構成比는 人口센서스에서 높음을 알 수 있다.

表-Ⅱ-1. 性別 年齡別 人口構成比：全國保健醫療網 編成調査 및 1980 人口센서스

年 齡	保健醫療網 家口調査 ¹⁾		1980 年 人口센서스 ²⁾	
	男	女	男	女
0-4	10.3	9.7	10.5	9.6
5-9	13.0	12.2	12.2	11.5
10-14	14.3	13.5	12.3	11.5
15-19	10.8	9.1	11.5	10.7
20-24	7.0	7.6	10.7	10.5
25-29	6.4	6.9	8.1	8.2
30-34	5.6	5.5	6.8	6.5
35-39	5.5	5.4	5.9	5.8
40-44	6.3	6.2	5.7	5.7
45-49	5.6	5.8	4.6	4.9
50-54	4.0	4.7	3.2	3.8
55-59	3.4	3.8	2.8	3.2
60-64	2.9	3.0	1.9	2.4
65-69	2.0	2.4	1.4	1.9
70+	2.6	3.8	1.5	3.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(19,198)	(19,459)	(18,745,703)	(18,671,962)
성 비	98.6		100.4	

資料：1) 韓國人口保健研究院, 1981 年 全國保健醫療網 編成을 위한 調査研究
2) 經濟企劃院, 1980 年 人口센서스 2% 표본자료

圖Ⅱ-1. 性 및 年齡別 人口構造：1980 센서스 및 全國保健醫療網家口調査



이 差異는 첫째 醫療網 資料는 施設收容人口나 特別調查家口를 제외한 普通家口 居住者를 對象으로 하였기 때문에 軍人, 교도소收容者 등 靑壯年人口가 除外되었고, 둘째 醫療網 資料는 都市人口에 비하여 農村人口의 比率이 높게 標本抽出됨으로써 靑壯年人口가 높은 都市人口의 年齡構造의 特性이 全体人口構成比에 낮게 反映된데 기인된다.

이에 따라 女性人口 100 人當 男性人口比인 性比 역시 醫療網調査資料에서 계산된 性比가 入口센서스의 性比보다 낮다.

그러므로 本 調査資料는 全國資料와 比較하여 15~39 歲 靑壯年人口의 比率이 相對的으로 낮으며, 그렇기 때문에 人口構造上 全体 醫療要求 水準을 높일 수 있는 特性을 갖고 있다.

한편 本 調査資料인 保健醫療網 調査와 脆弱地區 調査의 年齡構造를 14 歲以下, 15~59 歲, 60 歲以上으로 區分하여 比較해 보면, 表-Ⅱ-2 와 같다.

地域間 差異는 60 歲以上 老齡人口의 比率이 都市, 邑地域, 面地域, 僻地로 갈수록 增加하며, 15~59 歲 生産年齡人口의 比率은 반대로 都市에서 가장 높은 것이다. 특히 僻地는 60 歲以上 人口의 比率이 11%를 넘는 높은 水準에 있고, 이는 都市의 2 倍以上 높은 水準이다.

表-Ⅱ-2. 地域別 主要 年齡集團別 百分率 分布

地 域 年齡郡	保健醫療網 編成家口調査			農村保健醫療 脆弱地區調査
	都 市	邑	面	僻 地
14 歲以下	36.6	36.7	36.4	37.0
15 - 59 歲	58.5	55.8	53.0	51.7
60 歲以上	4.9	7.5	10.6	11.3
計	100	100	100	100
성 비	98.4	96.9	99.4	98.4

그러므로 人口構造의 特性에 비추어 都市보다 農村 특히 僻地에서 醫療要求 水準이 높고 그 要求의 特性도 다를 수 있음을 알 수 있다.

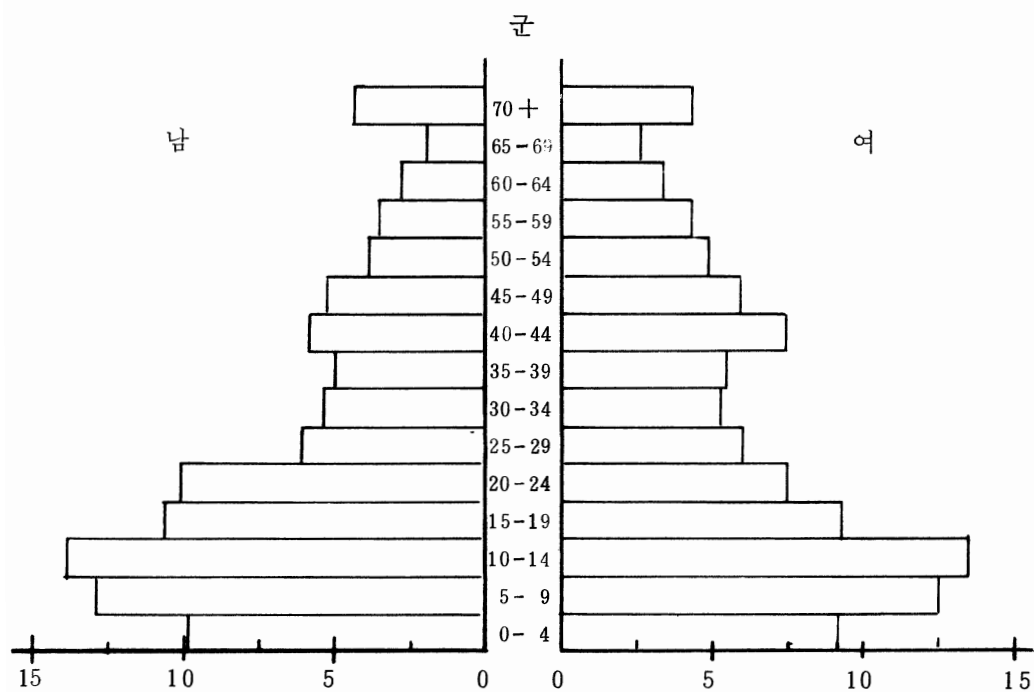
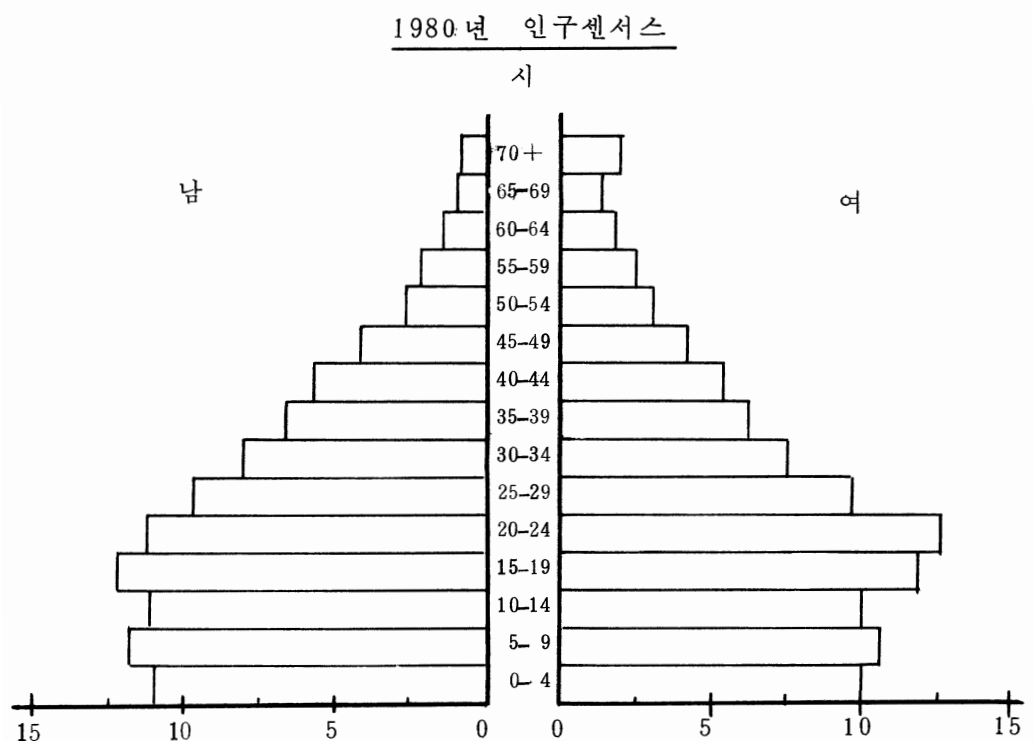
表-Ⅱ-3 및 圖Ⅱ-2는 本 調査資料와 1980年 人口센서스의 地域別 性別 5歲間隔 人口構造를 나타낸 것이다.

表-Ⅱ-3. 地域別 性別 年齡別 人口構造

年 齡	地 域		都 市		邑地域		面地域		僻 地	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0 - 4	12.4	11.9	10.3	10.0	9.2	8.5	9.0	8.7		
5 - 9	13.5	11.8	13.7	12.1	12.6	12.6	13.6	13.0		
10 - 14	12.8	11.0	14.3	13.1	15.1	14.9	15.2	14.8		
15 - 19	9.7	8.9	10.8	10.5	11.4	9.0	9.6	7.1		
20 - 24	6.2	9.2	7.2	7.6	7.5	6.3	7.3	5.3		
25 - 29	7.8	10.7	6.2	6.9	5.8	4.9	5.1	4.2		
30 - 34	8.8	8.4	5.5	5.2	4.0	4.1	4.1	4.3		
35 - 39	7.3	6.5	5.4	5.8	4.1	4.7	4.7	4.5		
40 - 44	6.9	5.8	6.4	6.1	6.1	6.5	5.6	6.8		
45 - 49	4.9	4.2	5.4	5.5	6.1	6.8	6.4	6.6		
50 - 54	3.4	3.2	4.4	5.6	4.4	5.4	4.9	6.4		
55 - 59	2.3	2.4	3.5	3.4	4.0	4.8	4.4	5.5		
60 - 64	1.4	1.8	3.0	2.4	3.7	3.8	3.9	3.8		
65 - 69	1.1	1.7	1.9	2.2	2.6	3.0	2.9	3.2		
70 +	1.4	2.5	2.1	3.5	3.5	4.7	3.0	5.6		
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
(N)	(5,669)	(5,767)	(2,929)	(3,029)	(10,600)	(10,663)	(9,346)	(9,500)		

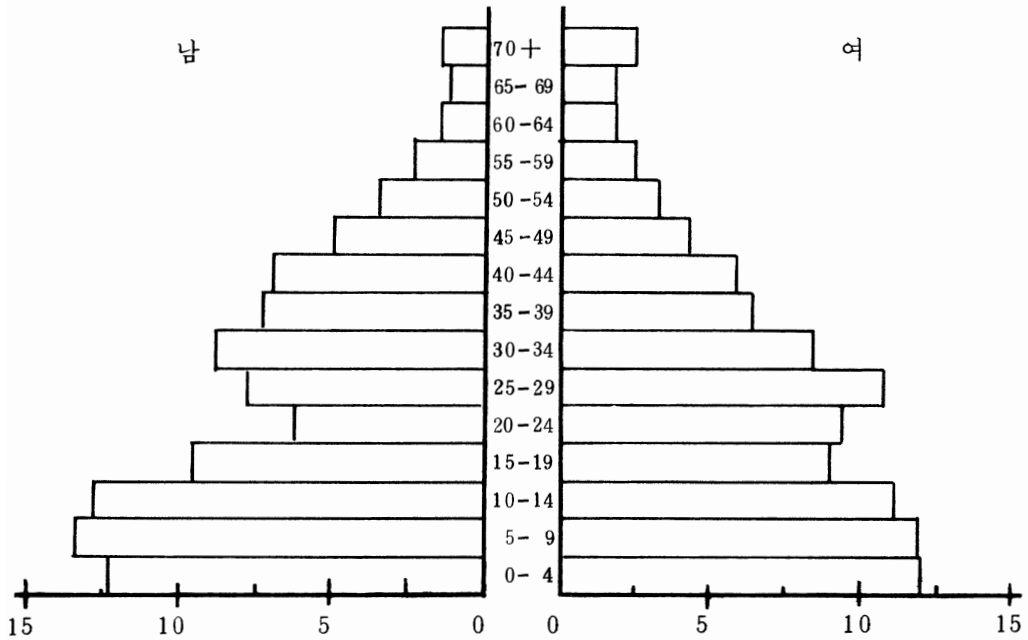
N : 年齡未詳除外 (都市에서 5件, 面地域에서 1件)

圖 II-2. 地域別 性別 年齡構造

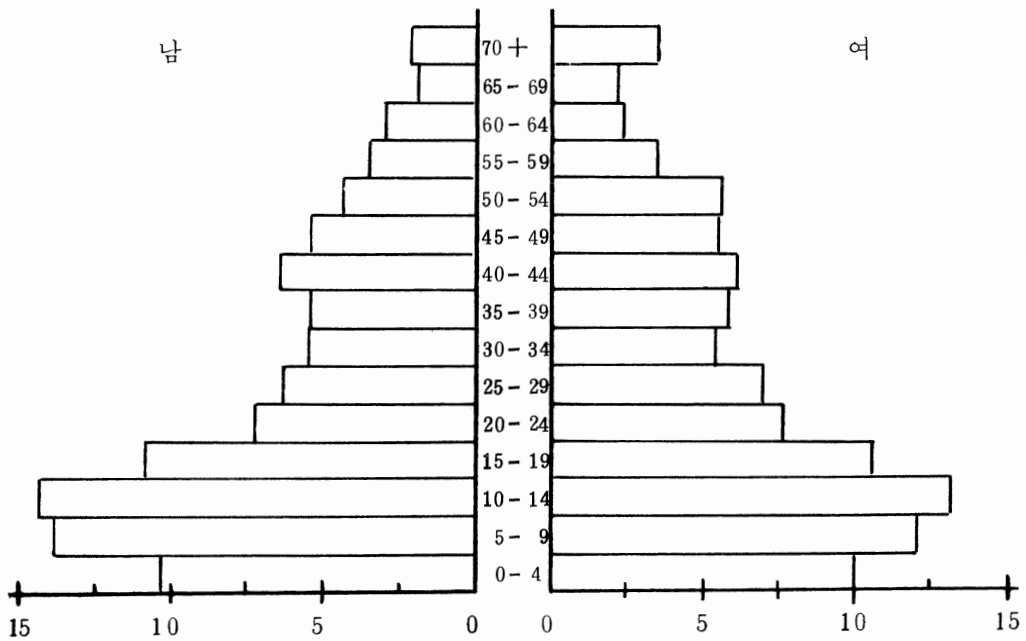


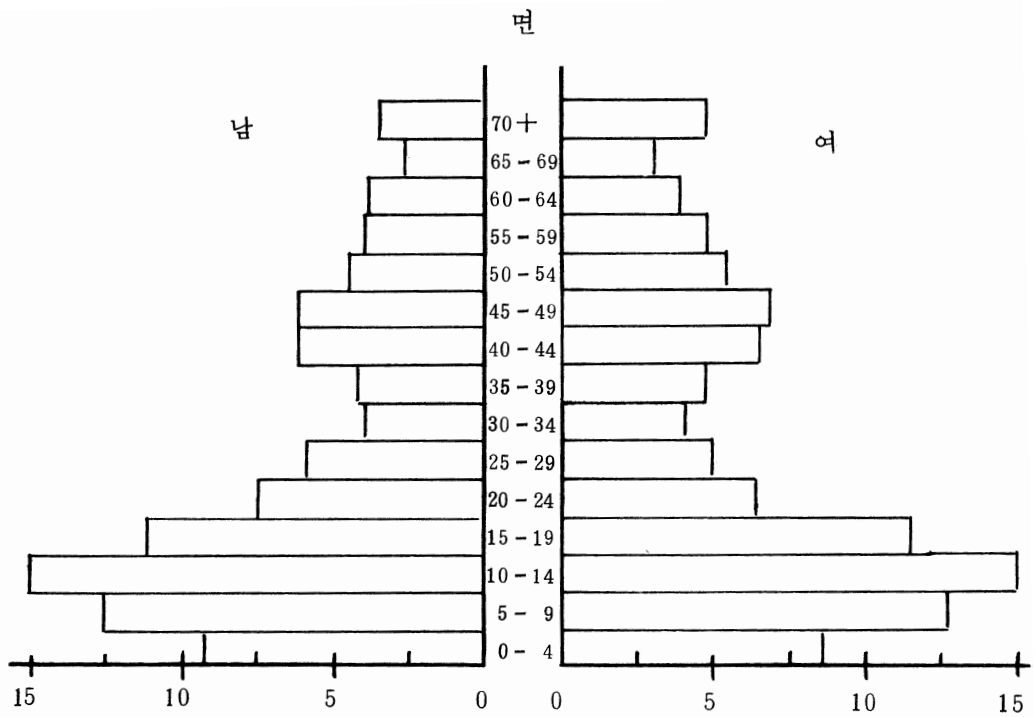
전국보건의료망편성가구조사

시

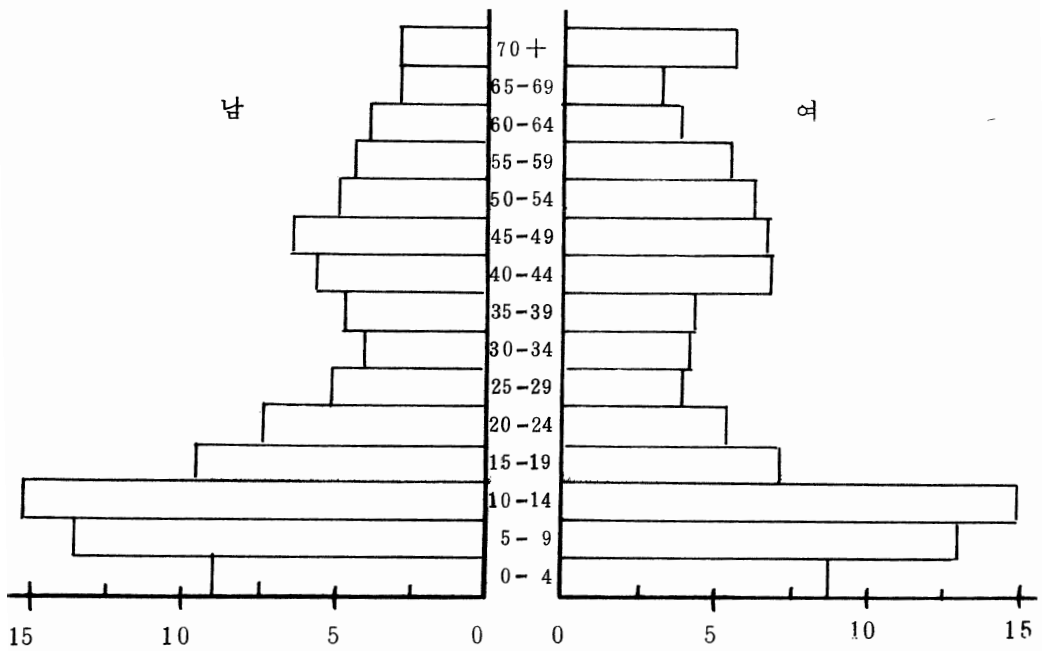


읍





농촌보건의료취약지구가구조사



人口센서스 資料에서 市部와 郡部間 人口構造는 男子와 女子에서 郡地域이 市地域보다 50 歲以上 人口比率이 높고 20~49 歲 靑壯年 人口比率이 낮음을 보여주고 있다. 이러한 差異는 農村地域 靑壯年 人口의 都市流入에 기인된 것이다.

本 調査資料에서 4 個 地域間 性別 年齡構造의 差異는 20~34 歲 女性人口에서 현저하다. 즉 都市의 이들 年齡人口의 比率은 邑 地域, 面地域, 僻地보다 훨씬 높으며, 특히 25~34 歲 女性人口에서 都市는 僻地보다 약 2 倍 높은 比率을 나타낸다.

그러나 45 歲以上 人口比率은 男女 共히 都市보다 邑, 面, 僻地 順位로 높아지는데, 특히 60 歲以上에서 그 比率은 都市로서 보다 僻地에서 훨씬 높은 水準을 나타내고 있다.

이와 같은 地域間 性別 年齡構造의 差異는 醫療要求 水準과 그 特性의 差異를 일으킬 수 있는 주요 要因이 될 수 있다. 즉 僻地는 都市보다 全体 醫療要求 水準은 높고, 慢性 및 成人病 罹患率이 높을 수 있는 것이다.

나. 家 口

表-Ⅱ-4 는 本 調査資料의 4 個 地域別 家口當 家口員數 分布를 나타낸 것이다. 地域間, 즉 都市化 水準에 따른 家口員數의 平均値에는 별 차이가 없었다. 더우기 각각의 中央值(median)도 平均値와의 差異가 별로 없는 것으로 보아 實際로 地域間の 平均値에 差異가 없다고 보아야 할 것이다.

그러나 家口員數別 分布에서는 地域間에 약간의 差異를 나타내고 있다. 1~3 名の 小家族과 7 名以上の 大家族은 都市化水準이 낮은 農村地域에서 훨씬 높고, 반면 4~5 名 家口員數의 比率은 都市化水準이 높을수록 높다.

이러한 地域別 家口員數 分布는 그 地域의 年齡構造와 함께 檢討되어야 한다. 都市化 水準이 낮은 面地域이나 僻地에서 3 名以下の 小家族은 都市의 核家族이 아닌 老人이 포함된 또는 老人만

으로 構成된 家族인 比率이 높을 수 있고, 7名以上の 大家族 역시 老齡人口의 포함으로 인한 結果임을 알 수 있다.

表-Ⅱ-4. 地域別 家口員數別 家口分布

	都 市	邑地域	面地域	僻 地
1 - 3	26.5	26.0	27.9	31.3
4	25.3	21.4	16.8	16.4
5	22.8	20.7	18.6	18.4
6	13.6	16.4	16.3	15.7
7名以上	11.9	15.5	20.4	18.1
計 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,550)	(1,277)	(4,467)	(4,083)
平 均	4.54	4.71	4.80	4.62
中央値	4.40	4.62	4.78	4.62

N = 家口數

2. 教育水準

表-Ⅱ-5는 4個地域의 全体人口에 대한 教育水準 分布를 나타낸 것이다.

“未就學”은 國民學校 學齡兒童에 이르지 못한 嬰幼兒 즉, 0~5歲 人口를 의미하며, “無學”은 14歲以上の 人口중 正規學校에 入學經驗이 없는 경우를 의미한다.

未就學의 경우 都市地域에서 가장 높은 人口比를 보이고 있는데, 이는 앞서 제시한 圖-2의 人口構造에서 0~4歲 人口가 都市地域에서 가장 많았던 것과 一致한다. 이렇듯 都市地域에서 未就學 人口가 他地域에 비해 많은 이유는 可姪期에 있는 女性人口가 都

市地域에 더 많은 것과 낮은 老齡人口

國民學校 在學中인 人口比는 僻地로 갈 수록 높고 반대로 大學
以上人口의 比率은 낮다.

表 - II - 5. 地域別 教育水準別 人口分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
未 就 學	16.0	13.8	12.7	12.6
學 生				
國 校	15.5	16.6	17.7	18.1
中 高 校	11.2	12.9	13.0	11.0
大學 (校)	2.5	0.9	.4	.2
無 學	6.0	10.2	18.2	22.6
國 民 學 校	12.1	20.6	24.1	22.9
中 學 校	11.3	12.1	8.7	7.7
高 等 學 校	16.7	10.4	5.1	4.4
大學 (校)	8.7	2.5	.8	.5
計 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(11,441)	(5,958)	(21,264)	(18,846)

N = 人口數

14 歲以上 在學中 人口가 아닌 一般人口의 教育水準을 보면, 다른
研究結果에서 一般化된 바와 같이 全般的으로 都市化 水準이 높을
수록 教育水準이 높아지고 있다. 無學의 경우는 僻地에서 가장 높
은 比率을 보였고, 國民學校 教育水準의 경우는 面地域에서 中學校
水準의 比率은 邑地域에서 가장 높은 比를 보였다. 高等學校以上
水準에서는 都市地域에서 가장 많은 人口比를 나타내고 있다.

그러므로 4個地域間 人口의 教育水準別 差異는 현저하며, 都市化 水準이 높을수록 教育水準도 높음을 알 수 있다.

3. 生活水準

家口의 生活水準은 收入과 支出의 規模에서 직접 正確히 推定될 수 있으나, 家口調査를 통해 이들의 正確한 資料가 수집되기 어렵다. 그러므로 本 調査에서는 家口의 生活水準을 비교적 민감하게 反映하고 수집가능한 것으로서 月間 電氣料 支出額, 電話 및 TV 所有 등의 proxy index로서 家口의 生活水準을 分類하고자 시도되었다.

가. 電氣料

表Ⅱ-6은 本 調査資料에서의 4個地域 家口當 1981年9月の 月間 電氣料 支出額 分布를 나타낸 것이다. 地域別 平均値는 都市地域에서 가장 많은 11,690 원이었고 그 다음이 邑地域의 6,640 원, 가장 낮은 2,460 원은 僻地였다.

家口當 電氣料 支出額의 地域別 中央値는 平均値와는 큰 差異를 보이며 낮은데, 이는 高額 支出額家口에 기인된 것이다. 中央値는 都市에서 8,010 원, 邑地域에서 3,190 원, 面地域에서 1,680 원, 僻地에서 1,640 원이었다.

全体的으로 家口當 2,000 원以下の 電氣料를 支出한 家口는 都市에서 23%에 불과하나 面地域에서는 59%, 僻地에서는 65%로서 특히 面地域과 僻地에서 높다. 都市에서는 家口當 電氣料를 5,000-20,000 원 支出한 家口가 52%였다.

多額の 電氣料 支出은 높은 生活水準의 한 指標로 볼 때, 都市化 水準에 따라 生活水準의 隔差가 큼을 알 수 있다.

表-Ⅱ-6. 地域別 家口當 月間 電氣料支出額 分布

(1981 年 9 月)

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
0	- %	0.8	3.0	6.4
1 - 1,000	2.4	10.0	17.7	12.3
1,000 - 2,000	10.7	22.5	41.3	46.1
2,000 - 3,000	7.5	14.3	15.9	16.9
3,000 - 5,000	13.2	16.6	9.2	10.3
5,000 - 10,000	26.7	18.2	8.4	5.9
10,000 - 20,000	25.5	12.7	3.2	2.0
20,000 원 이상	13.1	4.5	1.0	.2
未 詳	.8	0.4	.3	-
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(平 均)	(11,690 원)	(6,640 원)	(2,940 원)	(2,460 원)
(中央値)	(8,010 원)	(3,190 원)	(1,680 원)	(1,670 원)
(N)	(2,550)	(1,277)	(4,467)	(4,083)

N = 家口數

나. 電話 및 텔레비전 所有

表-Ⅱ-7 은 電話 및 텔레비전을 所有한 家口 百分比率을 나타낸 것이다.

電話의 경우 都市 家口の 절반 (46.9 %) 이 所有하고 있었고, 都市와 邑地域간의 差異는 13.5 「퍼센트」 「포인트」, 邑地域과 面地域의 差異는 21.2 「퍼센트」 「포인트」로 農村 僻地로 갈수록 所有率의 差異가 크다. 그러므로 電話所有狀態는 地域間 가장 큰 隔差를 나타내고 있음을 알 수 있다.

表-Ⅱ-7. 地域別 100 家口當 電話 및 TV 所有分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
電 話	46.9 %	33.4 %	12.2 %	6.9 %
T V				
黑 白	71.0	82.0	80.9	75.5
칼 라	23.5	8.8	1.4	1.1
(小 計)	(94.5)	(90.8)	(82.3)	(76.6)
(N)	(2,550)	(1,277)	(4,467)	(4,083)

N = 家口數

텔레비전의 所有狀態는 黑白 TV 와 칼라 TV 로 區分하여 질문되었는데, 특히 칼라 TV 와 黑白 TV 를 共有한 경우에는 칼라 TV 所有로 分類되었다. 그러므로 黑白 TV 所有는 黑白 TV 만을 所有한 家口를 나타낸다.

전체적으로 黑白 또는 칼라 TV 중 어느 하나 또는 兩者를 所有한 家口는 都市에서 95 % 邑地域에서 91 %, 面地域에서 82 %, 僻地에서 77 %로서 4 個 地域에서 높은 所有率을 나타내고 있어, TV 普及이 普遍化되고 있음을 알 수 있다.

그러나 地域間 差異는 칼라 TV 所有에서 나타난다. 都市에서 所有 家口의 比率은 24 %였고, 面地域과 僻地에서는 1 %에 불과하다.

다. 生活水準 綜合指標

家口의 生活水準을 나타내는 變數중 특히 電話 所有, 黑白 TV 所有, 칼라 TV 所有 등 3 個 變數의 組合으로서, 生活水準을 나타내는 “proxy index”가 作成되었다.

家口의 生活水準은 3 個로 즉 上・中・下로 分類되었는데, 그 基準은 다음과 같다.

生活水準 區分	基 準
下	黑白 T V 만 있거나 없는 경우
中	下와 上에 속하지 않는 경우
上	칼라 T V 와 電話 共有한 경우

이와 같은 基準에 의한 4 個 地域의 家口 生活水準 分布는 表-Ⅱ-8 과 같다. 전체적으로 生活水準 下の 比率이 가장 높은데, 특히 農村 僻地에 갈수록 높다. 都市에서 48 %, 邑地域에서 64 %, 面地域에서 87 %, 僻地에서 93 %였다.

表 - Ⅱ - 8 . 地域別 生活水準別 家口分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
下	47.9 %	64.4 %	87.3 %	92.9
中	33.8	28.9	11.8	7.1
上	18.3	6.7	.9	.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,550)	(1,277)	(4,467)	(4,083)

N = 家口數

전체적으로 家口の 生活水準은 下에 偏在한 감이 있는데, 특히 農村地域에서 그러하다. 이러한 分類는 都市를 基準으로 했기 때문에 生活水準別 差異가 地域間에 커진 것이다.

生活水準 中 및 上の 比率은 都市에서 높은 反面, 邑・面 그리고 僻地로 갈수록 낮아진다.

4. 醫療保障 受惠

本 調查에서 醫療保障의 種類는 現行 公務員・教員 醫療保險, 1 種 醫療保險, 醫療保護, 其他 (2 種 醫療保險, 私醫療保險, 共濟組合 등) 로 區分하고, 이들 第 3 者 支拂制度의 受惠者를 醫療保障 受惠者로 定義되었다. 따라서 이들 制度의 受惠者가 아니며 病醫院 利用時 醫療費를 全額 自費로 支出해야 하는 경우에 醫療保障 非受惠者로 分類되었다.

表Ⅱ-9 는 地域別 人口 100 人當 教育水準別 醫療保障 受惠 및 非受惠 人口의 比率을 나타낸 것이다. 醫療保障 受惠人口의 比率은 地域間 差異가 크다. 都市에서 43 %, 邑地域에서 31 %, 面地域에서 17 %, 僻地에서 16 %였다. 높은 受惠率은 높은 醫療利用率과 연관성이 크다고 볼 때, 都市는 農村地域보다 훨씬 높은 醫療利用이 기대 된다.

表Ⅱ-9 地域別 醫療保障 受惠人口

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
非受惠	57.4 %	68.5 %	82.7 %	84.2 %
醫療保險				
公務員・教員	15.6	10.9	5.1	4.3
1 種	23.5	15.1	3.0	1.9
醫療保護	2.8	5.3	8.8	9.0
其 他	.4	.1	.5	.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(11,441)	(5,958)	(21,264)	(18,846)

N = 標本數 (人口)

醫療保障의 種類別로 볼 때, 都市에서 1種 醫療保險 受惠者는 24%로서 가장 높았고, 다음은 公務員・教員 醫療保險 受惠者로서 16%였다. 醫療保護 受惠人口는 3%에 불과하다. 邑地域도 都市의 경우와 유사한 特性을 갖고 있으나, 公務員・教員 醫療保險 受惠人口의 比率은 1種보다 약간 낮다. 그러나 面地域과 僻地에서 1種보다 公務員・教員 醫療保險 受惠人口의 比率이 약간 높다. 이는 面地域과 僻地에는 1種 醫療保險의 適用對象이 될 수 있는 企業體 또는 機關이 별로 없고 1種 保險加入者의 被扶養者인 父母나 直系家族이 1種保險 受惠者의 대부분을 차지하며, 面內 公共機關 從事員이나 그 家族이 公務員・教員 醫療保險 受惠者가 되기 때문이다.

그러나 地域別 醫療保障 受惠人口는 都市에서 1種 醫療保險, 邑地域에서 1種과 公務員・教員 醫療保險, 面地域과 僻地에서 醫療保護의 比率이 각각 높은 特性을 갖고 있다. 그러므로 面地域과 僻地에서 醫療保護 受惠人口를 제외한 대부분 人口는 醫療利用에 있어 財政的 負擔 또는 장벽은 都市나 邑地域과 비교하여 훨씬 不利함을 알 수 있다.

表一Ⅱ-10은 地域別 醫療保障 受惠 및 非受惠人口의 年齡分布를 나타낸 것이다.

4個 地域에서 非受惠人口보다 醫療保護 受惠人口는 15~59歲 生産年齡人口의 比率이 낮은 反面, 60歲以上 老齡人口의 比率이 높은데, 이는 醫療保護 受惠人口에서 보다 老人性 疾患의 比重이 높고, 醫療要求도 클 수 있음을 의미한다.

그러나 公務員・教員 및 1種 醫療保險 受惠人口의 地域別 分布는 差異가 크다. 都市에서 1種 醫療保險 受惠人口는 0~14세에서 41%로서 높은 比率을 나타내고 60세이상은 3%에 불과하다. 그러나 0~14세 人口比率은 邑地域에서 40%, 面地域에서 20%, 僻地에서 16%로 감소하는 反面, 60세이상 比率은 僻地에서 20%를 차지한다. 公務員・教員 醫療保險 受惠人口의 地域別 分布 역

表-Ⅱ-10 地域別 醫療保障受惠別 人口 100人當 年齡分布

年齡	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
非受惠人口				
0 - 14	35.8 %	36.6 %	37.4 %	38.1 %
15 - 59	57.0	56.2	52.0	51.4
60 세 이 상	7.2	7.2	10.6	10.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0
醫療保險				
①公務員・教員				
0 - 14	33.7	34.0	29.3	29.5
15 - 59	60.6	56.8	56.1	53.9
60 세 이 상	5.7	9.2	14.6	16.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0
②1 種				
0 - 14	41.2	39.5	19.5	16.2
15 - 59	55.6	55.3	61.6	58.3
60 세 이 상	3.2	5.2	18.9	25.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0
醫療保護				
0 - 14	35.0	35.6	38.1	37.2
15 - 59	55.2	50.2	47.5	49 .6
60 세 이 상	9.8	14.2	14.4	13 .2
計	100.0	100.0	100.0	100 .0

시 1 種의 경우와 유사하지만, 그 差異의 程度가 적다. 앞에서
記述된 바와 같이 面地域과 僻地의 60 세 이상 1 種 및 公務員・教
員 醫療保險 受惠人口의 比率이 높은 것은 都市에 거주하는 被保

險 者의 父母가 農村地域에 거주하는데 기인된 것이다.

전체적으로 4개 地域에서 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口間 年齡分布의 差異는 面地域과 僻地에서 크다. 이들 地域에서 受惠人口는 非受惠보다 0~14歲 年少人口의 比率은 낮고, 60歲以上 老齡人口의 比率에 큰 特性을 갖는다.

表-Ⅱ-11은 地域別 教育水準別 醫療保障 受惠 및 非受惠人口의 分布를 나타낸 것이다. 이들 分布는 地域間 差異가 크다.

都市와 邑地域에서 受惠人口는 非受惠人口보다 未就學, 在學生, 그리고 無學·國民學校 등 낮은 教育水準의 比率이 낮은 反面, 高等

表-Ⅱ-11. 地域別 教育水準別 醫療保障 受惠人口

	都 市		邑 地 域		面 地 域		僻 地	
	非受惠	受 惠	非受惠	受 惠	非受惠	受 惠	非受惠	受 惠
	%	%	%	%	%	%	%	%
未 就 學	14.5	18.1	13.1	15.4	13.1	10.9	12.9	11.3
在 學 生	31.0	26.9	32.0	27.0	31.6	24.8	30.2	24.6
無 學	7.3	4.2	10.6	9.1	16.9	24.4	21.8	26.8
國 民 校	14.1	9.5	21.7	18.3	24.3	23.6	22.9	22.5
中 等 校	11.9	10.4	12.2	12.0	8.9	7.7	7.7	7.3
高 等 校	15.5	18.3	8.8	13.9	4.7	6.6	4.2	5.8
大 學 (校)	5.7	12.6	1.6	4.3	0.5	2.0	0.3	1.7
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(6,568)	(4,869)	(4,080)	(1,877)	(17,577)	(3,686)	(15,859)	(2,981)

N = 標本人口

學校以上 人口比率은 높다. 이는 受惠人口가 非受惠人口보다 教育水準이 높음을 의미한다.

그러나 面地域과 僻地에서는 受惠人口가 非受惠보다 未就學 및 在學生 比率이 낮은 反面, 無學의 比率이 높고, 國校~大學에서 유사한 比率을 나타내고 있어 이들 地域에서는 受惠人口와 非受惠人口間 教育水準別 差異는 크지 않다.

表一Ⅱ-12는 地域別 醫療保障 受惠 및 非受惠人口의 生活水準分布를 나타낸 것이다.

4個 地域에서 醫療保障 受惠人口는 非受惠人口보다 生活水準이 높다. 都市에서 受惠人口는 非受惠人口보다 生活水準 下의 比率은 낮은 反面, 中 및 上의 比率은 높다. 이러한 傾向은 邑地域에서도 명확히 나타나지만, 面地域과 僻地에서는 그 差異가 적다.

表一Ⅱ-12. 地域別 醫療保障 受惠別 人口의 生活水準分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
醫療保障非受惠				
下	48.0 %	63.8 %	86.0 %	92.4 %
中	32.6	29.3	13.2	7.6
上	19.4	6.9	.8	.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0
醫療保障受惠				
下	42.9	56.4	86.6	91.0
中	36.1	35.3	11.7	9.0
上	21.0	8.3	1.7	.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0

전체적으로 要約하여 醫療保障 受惠人口의 比率은 地域間 差異가 크며, 受惠人口는 非受惠人口보다 都市 및 邑地域에서 教育水準과 生活水準이 높다. 그러므로 都市와 邑地域에서 受惠人口는 非受惠人口보다 醫療利用에 있어 財政的 文化的으로 有利한 位置에 있음을 알 수 있다.

그러나 面地域과 僻地에서 醫療保障 受惠率은 낮고, 受惠人口와 非受惠人口間 人口構造의 큰 差異를 제외하고 教育 및 生活水準에는 差異가 별로 없음을 알 수 있다.

第Ⅲ章 醫 療 要 求

1. 醫療要求의 理論 및 定義

保健政策은 諸保健措置를 活用하여 保健서비스의 要求를 充足시키는 것이며, 그렇기 때문에 保健서비스의 開發 및 傳達의 모든 段階에서 필요한 諸措置가 具体化(define) 되고, 資源이 配分되고, 實際 意思決定이 이루어지고, monitoring 및 評價되어야 한다. 특히 資源, 醫療要求 및 利用間 適切な 均衡이 保健서비스体系의 目標인 경우 醫療要求에 관한 諸指標는 健康水準을 反映할 수 있고, 이들 指標중 醫療서비스 要求에 대한 서비스 利用의 比는 人口에 서비스를 제공한 程度를 나타낸다.

그러나 실제로 있어서 要求에 대한 利用의 理想的 比를 算定하기 어렵기 때문에 어떤 標準(standard)을 設定하여 이에 到達하도록 서비스 利用의 增加를 시도하기도 한다. 현재의 知識으로서 人口에 基礎를 둔(population-based) 醫療서비스 要求의 指標(indicators)는 測定上 困難성과 全体人口의 包括性 때문에 충분히 包括적으로 作成되기 어렵다.

醫療要求의 어떤 標準은 醫療利用 또는 顯示需要와 未充足 要求로 區分하여 define 될 수 있다. 즉 醫療要求(need for medical care)는 그 자체가 顯示需要(expressed demand)와 未充足要求(unmet need)로 分類된다. 顯示需要는 실제로 醫療가 利用된 것 즉 冰山理論¹³⁾ (iceberg theory)에서 水上에 솟아있는 부분을 말하며, 未充足要求는 醫療要求에서 顯示需要를 빼낸 나머지로써 醫療가 利用되지 않고 있는 潛在需要 즉 물속에 잠겨있는 氷山の 몸

註 13) R. G., Beck, "Access to Medical Care for the Poor: the Federal Perspective, "Medical Care, 10, May, 1972.

체를 의미한다.

顯示需要와 未充足要求를 測定하는 方法이나 資料源은 각기 다르다. 顯示需要는 醫療利用에 관한 統計를 사용하여 용이하게 測定可能하다. 그러나 未充足要求는 그 定義, 方法, 資料源 등이 顯示需要와는 달리 理論的 爭點이 큰 것이 現實이다.

醫療要求는 두 接近方法에 의하여 定義될 수 있다. 하나는 醫療要求를 “健康과 安寧(well-being)에 어떤 障害 또는 동요(disturbance)가 있어 醫療가 필요한 現象”으로 定義한 것으로서, Donabedian¹⁴⁾이 주장하는 人道主義的 見解(humanitarian view)라고 한다. 이 見解의 특징은 人間이 苦痛을 받고 있을 때 그에 대하여 무엇이든 해야 한다. 또는 모든 患者는 도움을 받아야 한다는 信念을 강조한다.

다른 하나는 現實主義的 見解¹⁵⁾(realistic view)로서 “醫療要求는 醫學的 關與로서 充足될 수 있을 때만 인정되어야 한다.”는 것이다. 이 경우 醫學的 關與(medical intervention)는 肯定的 效用을 갖고 合理的 費用(reasonable costs)으로 疾病의 豫後(prognosis)를 실제적으로 변경시킬 수 있는 것을 의미한다. 그러므로 이 見解는 慢性的이며 治癒가 어려운 疾病보다 治療에 의하여 改善可能한 疾病과 그 治療에 投入되는 合理的 費用 그리고 이용 가능한 醫學的 節次 등을 강조한다.

다시 말해서 人道主義的 見解는 個人이나 社會가 不健康한지? 아닌지? 그 자체를 판단하는 것을 중요시 하지만(실제에 있어 行

註 14) A. Donabedian, *Aspects of Medical Care Administration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1974.

15) G.K., Matthew, *Measuring Need and Evaluating Services, Portfolio for Health Problems and Progress in Medical Care*, Sixth Series, ed. by G. McLachlan, Oxford University Press, 1971.

A. L. Cochrane, *In Health Information, Planning, and Monitoring*, ed. by R.M. Acheson, D. J. Hall, and L. A. Aird, Oxford University Press, 1976.

하기 보다 말하기가 훨씬 쉽다), 現實主義的 見解는 그 疾病은 改善될 수 있는가? 그 것을 改善하는 費用은 合理的인가? 등을 판단하여 이 범주에 속하지 않는 疾病을 醫療要求로 分類하는 것은 무의미하다고 본다.

그러므로 醫療要求를 定義하는 두 接近方法의 見解는 出發點이 다르다. 人道主義的 見解는 要求 자체의 判定에, 現實主義的 見解는 資源의 活用性에, 각각 出發點을 둔다. 그러나 政策의 立案・實施・評價 등을 위해 實際로 어느 한 方法을 使用하기는 어렵다. 資源을 고려하지 않고 모든 罹患을 醫療要求로 定義하거나 資源을 고려하여 豫後 改善이 가능한 罹患과 合理的 費用의 醫學的 節次에 기초를 두어 醫療要求를 定義하는 問題가 크다. 특히 後者의 見解는 醫學의 範圍를 벗어난 道德 및 倫理的 issues를 제기한다.¹⁶⁾

그러므로 現實的으로 두 見解를 함께 고려하면서 새로운 定義를 내려야 할 必要가 있다. 여기서 가장 중요한 것은 罹患의 概念이다. 罹患 또는 疾病에 관한 認識은 醫師와 患者間에 항상 일치하지 않는다. 疾病의 醫學的 概念¹⁷⁾은 醫科學에 의하여 確認 및 分類된 心理-生物學的 體系內 障礙(disorders within psychobiological system)이다. 臨床醫學에서 患者는 病歷, 病理檢査, 또는 臨床的 情報에서 診療可能한 行動的 機能的 또는 機質的 病巢 또는 장애를 갖고 있는 사람이다.

그러나 患者 자신이 認識하는 罹患은 臨床的 疾病과 상호 상관

註 16) R. M. Acheson, "The Definition and Identification of Need for Health Care," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 1978.

17) A. R. Feinstein, "Scientific Methodology In Clinical Studies," *Ann, Intern. Med.* 61, 1964.

되지만 概念的으로 다르다.¹⁸⁾ 즉 患者는 罹患을 다음과 같이 認識한다.

첫째 疾病의 科學的 見解 즉 질병의 原因, 進行, 治療에 전적으로 구애되지 않는다.

둘째 科學的 見解를 받아들이지만, 과학적으로 확인된 바와 같이 疾病의 특성에 관한 完全한 知識을 갖지 못한다.

세째 궁극적으로 結果보다 현재 症狀을 강조하는 傾向이 짙다.
네째 肉體的 不快感과 活動障害 등에 의하여 不健康의 效果에 더 관심을 갖는다.

이와 같이 醫師와 患者는 자기 다른 次元에서 罹患을 定義하는데, 이를 圖示하면 다음과 같다.

		醫學的 罹患	
		예	아 니 오
스스로 認識한 罹患	예	A	B
	아 니 오	C	D

註 18) L. Saunders, *Cultural Differences in Medical Care: The Case of the Spanish speaking People of the Southwest*, Russell Sage Foundation, New York 1954, pp. 141-173.

E. L. Koos, *The Health of Regionville*, Columbia University Press, New York 1954.

R. Strauss, "Determinants of Health Beliefs and Behavior," *American Journal of Public Health*, 5, October 1961, pp. 1547-1552

D. Apple, "How Laymen Define Illness," *Journal of Health and Human Behavior*, 1, (Fall 1960) pp. 219-225.

B. Baumann, "Diversities in Conception of Health and Physical Fitness," *Journal of Health and Human Behavior*, 2, Spring 1961, pp. 39-46.

R. H. Blum, "The Patient's Definition of Illness," *The Management of The Doctor-patient Relationship*, McGraw-Hill, New York, 1960.

H. J. Friedson, and Martin, H. W., "A Comparison of Self and Physicians' Health Ratings in Older Population," *Journal of Health and Human Behavior*, 4, Fall, 1963.

그림에서 A와 D는 醫師와 患者間 罹患의 存在 또는 不在에 관하여 概念的으로 完全히 一致한다. 그러나 B와 C는 이들간에 일치하지 않는다. B의 경우 스스로 疾病이라고 認識하고 있으나 醫學的 所見에 의하여 확인되지 않는 患者이다. C는 醫師는 醫學的으로 患者로 診斷하지만 患者는 이에 同意 안하거나 인식하지 못하는 경우이다. 美國에서 실시된 老人에 대한 두 研究結果¹⁹⁾는 자신의 판단이 흔히 醫師의 診斷結果와 차를 나타내고 있다. 이들 및 다른 研究結果²⁰⁾는 健康에 대한 口述的 意見은 態度, 狀況的 要因, 教育 및 社會的 地位와 같은 背景的 要因 등의 複合的인 것임을 시사하고 있다.

그러나 罹患에 관한 각기 다른 概念중 스스로 認識된 罹患은 醫師가 결정한 또는 科學的으로 확인된 客觀的 尺度보다 行動에 미치는 效果가 더 크다. 즉 醫療要求를 測定하는 基礎로서 主觀的으로 認識된 罹患이 더 가치있다는 것이다. 앞의 그림에서 醫學的 罹患에 기초를 둔 醫療要求는 A + C에 해당하나, 患者의 認識에 기초를 두면, A + B가 이에 해당한다. 현실적으로 醫療利用은 A + B에서 시작된다.

醫療要求를 認識된 罹患(perceived morbidity)과, 治療에 대한 態度(또는 認識), 그리고 실제 醫療利用 등에 기초를 두어 定義할

註 19) G. L. Maddox, "Self-assessment of Health Status, a Longitudinal Study of Selected Elderly Subjects," *J. Chron. Dis.*, 17(5) 1964, pp. 449-460.

E. A. Suchman, Phillips, B. S. Streib, G. F., "A Analysis of the Validity of Health Questionnaires," *Social Forces*, 30(3), 1958, pp. 223-232.

註 20) D. Apple, "How Laymen Define Illness," *Journal of Health and Human Behavior*, 1(3), Fall 1960.

B. Baumamn, "Diversities in Conceptions of Health and Physical Fitness," *Journal of Health and Human Behavior*, 2, Spring 1961.

때, 이들 간의 關係 및 區分은 다음과 같이 圖示할 수 있다.

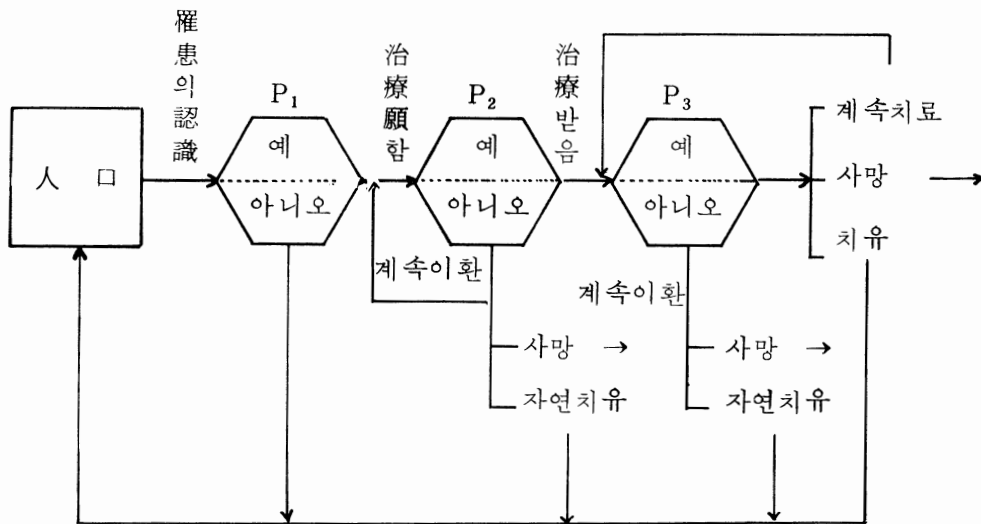


圖 III-1. 人口의 醫療利用 및 그 結果의 過程

돌연한 事故, 集團檢診에 의한 疾病 發見 및 強制治療 또는 豫防서비스 등을 除外한 대부분 認識된 罹患(疾病 및 傷害 포함)은 圖Ⅲ-1의 醫療利用 過程을 거쳐서 자연치유 또는 醫療利用을 통해 치유되어 健康人이 되거나 死亡에 의하여 人口集團에서 除外된다. 한편 「계속이환」 또는 「계속치료」는 그 자체가 순환하면서 健康回復 또는 死亡중 어느 하나의 event로 종결한다.

이와 같은過程은 계속 순환하지만, 어떤 時點에서 人口集團은 P_1, P_2, P_3 로 分類할 수 있다.

P_1 은 人口集團중 罹患을 인식하는 確率이다. 認識된 罹患에 관한 資料는 主觀的 證據(subjective evidence)와 行動的 證據(behavioral evidence)에 의하여 수집될 수 있다. 主觀的 證據는 症狀이나 疾病感(feeling ill), 健康狀態에 대한 個人的 愁訴를 기초로 한다. 行動的 證據는 缺勤, 특정행동의 제한, 醫療利用 등에

기초를 둔다. 그러므로 行動的 證據에 기초를 둔 資料는 主觀的 資料보다 報告의 愛昧성을 어느 정도 배제할 수 있으나, 日常的 活動의 制限, 症狀 등에 대한 知識과 信念 그리고 社會的 文化的 要因에 크게 影響을 받기 때문에 個人差가 크다. 그러나 美國의 健康面接調査는 行動的 證據에 기초를 두어 資料를 수집하여 健康 狀態에 대한 全國的 指標을 作成하고 있는데, 이는 우리나라에서 문제될 수 있는 市와 農村간 醫師利用率과 行動制限 및 症狀에 관한 個人的 態度・信念 등에 큰 差異(response error)를 나타내는 缺點의 影響이 적음을 의미한다.

P₂는 概念的으로 罹患을 認識한 人口 100人當 治療를 願하는 確率이지만, 認識된 罹患에는 主觀的 意見이 크게 影響을 줄 수 있기 때문에 全体 人口에 기초를 두는 것이 타당할 것이다.

醫療利用은 個人的 心理-生物學的 體系內 不調(disorder)라는 認識에서 始作²¹⁾ 하며, 그 利用은 意欲(willingness) 및 支拂能力과 연관성이 크다.²²⁾ 그러므로 意欲은 醫療追求 및 利用에 가장 密接히 影響을 줄 수 있다.

Empirical Data에서 얻은 認識된 罹患(perceived morbidity)와 醫療追求 意欲에 기초를 둔 醫療要求를 比較해 보면 다음과 같다.

1976年 韓國保健開發研究院이 마을健康事業의 評價를 위한 基礎(家口面接)調査²³⁾에서 15日間 人口 100人當 認識된 罹患者 比率은 23%였고, 治療를 원한 比率은 人口의 20%였다. 그러므로

註 21) H. S. Haro, "Strategis for Development of Health Indices, Measurement of Levels of Health," WHO Regional Publications, *European Series* No. 17, Copenhagen, 1979.

22) Paul J. Feldstein, "Research on the Demand for Health Services," *Economic Aspects of Health Care*, Edited by John B. McKinlay, Milbank Memorial Fund, 1973.

23) 宋建鏞, 農村地域의 醫療要求와 醫療供給에 관한 研究, 韓國人口學會誌, 4卷 1號, 1981, pp. 23-35.

治療를 원하는 比率은 認識된 罹患보다 3% 포인트 낮은데, 이에
는 治癒困難이라고 認識하는 老人性, 또는 치료포기자와 症狀이 경
미해서 필요성이 없다 등이 포함된다.

그러므로 意欲에 기초를 둔 醫療要求는 罹患 자체보다 더 概念
的으로 主觀的 애매성을 배제하고 治療追求 態度에 접근함을 알 수
있다. 이에 따라 本 研究에서 醫療要求는 治療追求意欲에 기초를
두어 定義되었다.

P_3 는 治療를 원하는 사람 또는 醫療要求者 100人當 治療를 받
은 또는 醫療를 利用한 사람의 確率이다. 실제 利用은 充足(met
need), 利用하지 않은 比率은 未充足(unmet need)에 해당한다. 醫
療均沾은 未充足이 零에 접근하는 상태이다. 여기서 醫療利用에 사
용된 治療源에는 醫師와 이의 代替機能을 갖는 藥局(房), 漢醫院
과 漢藥房, 民俗治療 등이 포함한다. 그러나 美國에서 醫療利用이
란 醫師에 의한 診療를 의미하기 때문에 本 研究의 醫療利用과 概
念的으로 다르다.

醫療利用과 醫療要求는 metrics로 하여 다음과 같이 圖示할 수
있다.

		醫 療 要 求 (治療를 원함)		
		예	아니오	계
醫療利用	예	A	B	A + B
	아니오	C	D	C + D
	계	A + C	B + D	A + B + C + D

즉 $A + C / A + B + C + D = \text{醫療要求}$

$A / A + C = \text{醫療充足}$

$C / A + C = \text{醫療未充足}$

$B / A + C$ 또는 $A + B + C + D = \text{健康檢診, 豫防서비스受惠}$

등으로 人口를 分類할 수 있다.

이와 같은 醫療要求에 관한 概念的 論議를 거쳐 本 研究에서 醫療要求에 관한 資料는 다음과 같은 質問을 통해 얻었다.

(1) 全國 醫療網編成 調査研究

“ 지난 15日間

病醫院이나 齒科醫院

保健所 또는 支所

漢醫院 또는 漢藥房

藥局이나 藥房

助産所

} 에 가 보셨습니까? ”

(어떤 治療도 받지 않은 경우)

“ 診察・治療를 받거나 약을 써 보았으면 좋겠다고 생각하십니까? ”

위 두 質問에서 “ 예 ” 라고 응답한 경우에 醫療要求로 分類되었다.

(2) 僻地 保健醫療 調査研究

“ 지난 15日間 病院이나 保健所(支所)에 가서 診察이나 治療를 받아 보았습니까? 또는 治療하기 위하여 藥房, 漢藥房에서 藥을 사서 써보거나 약초 등을 써보았습니까? ”

(어떤 治療도 안 받은 경우)

診察・治療를 받거나 약을 써보았으면 좋겠다고 생각하십니까? ”

이상 두 질문에 대하여 “예”라고 응답한 경우에 醫療要求者로 分類되었다.

以上 두 調査에서 醫療要求의 概念的 差異는 醫療網編成 研究에서 豫防서비스 즉 豫防接種, 産前管理, 健康診斷 등의 目的을 위해 醫療機關을 訪問한 경우가 포함된데서 생긴다. 僻地 保健醫療 研究에서는 豫防的 目的의 訪問은 제외되고, 治療서비스를 위한 訪問만이 포함되었다. 이에 따라 豫防서비스를 위한 訪問만큼 두 調査 結果에 差異가 있게 된다.

이와 같은 醫療要求에 관한 概念的 論議를 통해 保健政策이 두어야 할 目標는 醫療要求에 대한 醫療利用의 比(ratio)의 增加 또는 이들간 均衡인데, 本 研究에서는 醫療要求는 個人的 醫療追求에 대한 認識에 기초를 두어 定義되었다.

2. 醫療要求

가. 全体水準

人口 100人當 지난 15日間 醫療要求率은 表 Ⅲ-1에서 보는 바와 같이 4개 地域間 큰 差異를 나타내고 있다. 醫療要求率은 都市에서 가장 높은 35%로서 人口의 1/3이 治療를 받기를 원하거나 실제로 받았고, 邑→面→僻地로 감에 따라 그 水準은 減少하여 僻地에서 21%였다.

이러한 地域間 醫療要求率의 差異는 실제 治療받은 比率의 差에 기인된 것이다. 都市에서 人口 100人當 27%가 어떤 形態이든 治療를 받았으나, 그 比率은 邑・面・僻地 순으로 감소하여 僻地에서 9%로서 都市의 1/3에 불과하다.

未治療率은 都市와 邑地域에서 각각 8%, 面地域과 僻地에서 각각 12%로서 地域間 큰 差異를 나타내지 않는다.

醫療要求가 醫療利用으로 옮겨지기 위하여 醫療要求 자체가 충분히 심각하거나 治療行爲를 正當化하는 關心이 있거나 治療源이 감

表-Ⅲ-1. 地域別 지난 15日間 人口 100人當 醫療要求率

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
未 治 療	7.7 %	8.3 %	12.4 %	12.4 %
治 療	26.8	22.6	18.0	8.7
計	34.5	30.9	30.4	21.1
(N)	(11,441)	(5,958)	(21,263)	(18,825)

N = 標本人口

당할 수 있는 費用으로 適切, 可用, 接近性 등이 있는 것으로 인식되어야 한다.²⁴⁾ 이러한 觀點에서 面地域 및 僻地는 都市 및 邑地域보다 醫療要求가 醫療利用으로 옮겨지기 어려운 실정임을 알 수 있다.

한편 醫療要求 자체의 地域間 差異는 罹患의 認識과 治療해야겠다는 意欲의 差에 기인한 것 같다. 面地域 및 僻地 住民은 都市 및 邑地域 住民과 비교하여 가벼운 症狀은 罹患으로 인식하지 않거나 治療意欲도 낮다는 것이다. 이러한 낮은 認識은 전체 醫療要求 水準을 低下시키는 주요 要因이 되는 것 같다.

醫療要求에 대한 治療率 즉 어떤 형태이든 治療를 받아본 比率 (充足率이라 칭함)은 都市에서 78%로서 가장 높고, 邑地域에서 73%, 面地域, 僻地에서 각각 59%로서 가장 낮았다.

이에 따라 未充足 要求 (전체 醫療要求에서 充足要求를 뺀 나머지)는 面地域 및 僻地에서 각각 41%로서 都市의 27%보다 훨씬 높으며, 地域間 큰 격차를 나타내고 있다.

註 24) I. M. Rosenstock, "Why People Use Health Services?" *Milbank mem. Fd. Quarct.*, 44(3), 1966, pp. 94-124.

나. 性・年齡別

性・年齡別 지난 15日間 醫療要求率은 表 Ⅲ-2에서 보는 바와 같다.

4개 地域에서 性別 醫療要求率은 男子보다 女子에게 약간 높으며, 특히 그 差異는 都市에서 크다.

年齡別 醫療要求率은 4개 地域에서 다 같이 10~19歲를 低邊으로 하는 U型의 형태를 나타내며, 50~59歲에서 가장 높았다.

表 Ⅲ-2. 地域別 性・年齡別 지난 15日間 人口 100人當 醫療要求率

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
性				
男	32.3 %	30.6 %	29.3 %	20.3 %
女	36.6	31.2	31.6	21.9
年齡				
0 - 9	36.6	30.5	23.7	13.1
10 - 19	19.9	18.1	16.0	8.7
20 - 29	31.4	22.9	25.8	16.1
30 - 39	40.2	34.2	38.5	24.9
40 - 49	43.9	41.3	45.8	32.8
50 - 59	48.5	52.1	48.9	39.5
60 +	41.9	43.9	46.0	33.9
計	34.5	30.9	30.4	21.1
(N)	(11,441)	(5,958)	(21,263)	(18,825)

N = 標本數 (人口)

地域間 年齡別 醫療要求率은 29 歲以下 年齡에서 큰 차이를 보이는 特性을 나타내며, 특히 都市地域에서 높고, 邑・面・僻地로 갈수록 低下하는 傾向을 보인다.

30 歲以上에서는 地域間 一貫된 醫療要求率의 차이를 나타내지 않고, 또한 地域間에도 큰 차이를 나타내지 않는다.

전체적으로 地域間 가장 큰 差異를 나타내는 年齡은 0 ~ 9 歲로서 醫療要求率은 都市에서 37 %였고, 僻地에서 이의 1/3 인 13 %에 불과하였다. 다음으로 큰 差異는 20 ~ 39 歲의 靑壯年에서 볼 수 있다. 20 ~ 29 歲 醫療要求率은 都市에서 31 %였고, 僻地에서 이의 1/2 인 16 %였고 30 ~ 39 歲에서는 都市에서 40 %였고, 僻地에서 25 %로서 이 두 地域間 15 % 포인트의 차이를 나타내고 있다.

결국 僻地에서의 비교적 낮은 醫療要求率은 罹患의 認識에 기인된 것 같다. 즉 靑少年・壯年層의 活動期와 嬰幼兒의 成長期에는 가벼운 症狀의 罹患은 저절로 낮다는 信念이 강한듯 하며, 이에 따라 이를 醫療要求로 認識하지 않음으로써 전체 醫療要求 水準을 낮추는 것 같다.

醫療要求는 未治療 및 治療로 區分되는데, 表Ⅲ-3은 性・年齡別 未治療率 및 治療率을 나타낸 것이다.

4 개 地域에서 未治療率은 性別로 큰 差異를 나타내지 않고, 年齡別로 일관성 있게 증가하는 傾向을 보이며, 지역간 큰 차이를 나타내지 않는다. 0 ~ 9 歲에서 未治療率은 3 ~ 4 %로서 가장 낮았고, 年齡增加에 따라 완만한 증가경향을 보여 60 歲以上에서 12-22 %로 증가한다.

그러나 治療率은 4 개 地域間 큰 차이를 나타내고, 都市와 僻地間 큰 격차를 보인다. 이 隔差는 年齡이 적을수록 크다. 0 ~ 9 歲에서 治療率은 都市에서 33 %였고, 邑地域에서 26 %였으나, 僻地에서 10 %로서 都市의 1/3 以下였다. 10 ~ 19 歲, 20 ~ 29 歲에서도 같은 경향을 나타내나, 年齡增加에 따라 그 隔差幅은 감소하고

表Ⅲ-3. 地域別 性・年齢別 지난 15日間 人口 100人當
未治療 및 治療率

	都 市		邑 地 域		面 地 域		僻 地	
	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療
性								
男	7.3 %	25.0 %	8.6 %	22.0 %	11.6 %	17.7 %	7.5 %	12.8 %
女	8.0	28.6	8.1	23.1	13.3	18.3	9.8	12.1
年齡								
0 - 9	4.0	32.6	4.1	26.4	4.4	19.3	3.1	10.0
10 - 19	4.4	15.5	5.0	13.1	6.8	9.2	3.6	5.1
20 - 29	7.8	23.6	6.1	16.7	9.4	16.4	5.3	10.8
30 - 39	10.8	29.4	11.3	22.8	17.2	21.3	9.8	15.1
40 - 49	12.9	31.0	12.9	28.4	20.4	25.4	14.8	18.0
50 - 59	13.5	35.0	15.6	36.5	23.5	25.4	18.3	21.2
60 +	11.8	30.1	16.3	27.6	22.2	20.4	16.4	17.5
計	7.7	26.8	8.3	22.6	12.4	18.0	8.7	12.4

있음을 알 수 있다.

醫療要求에 기초를 둔 醫療充足率은 圖Ⅲ-2에서 보는 바와 같이 年齡別로 都市와 邑地域 그리고 面地域과 僻地에서 각각 유사한 pattern을 나타내면서 都市와 僻地間 年齡別로 큰 差異를 나타내고 있다.

都市에서 醫療充足率은 각 年齡에 걸쳐서 70 %이상의 높은水準을 나타내며, 특히 0 ~ 9 歲에서 90 %로서 治療를 원하는 즉 治療要求의 대부분이 治療를 받았고, 그 充足率은 年齡 增加에 따라 완만하게 低下한다.

邑地域의 醫療充足率은 0 ~ 9 歲, 10 ~ 19 歲 그리고 20 ~ 29 歲에

서 都市와 같은 pattern을 나타내나, 30 歲以後 현저히 감소하여 60 歲以上에서 63 %로 저하한다.

面地域과 僻地에서 醫療充足率は 30 歲以後 현저히 감소하여 60 歲以上 老齡層의 醫療充足率は 44 ~ 52 %로 저하하여 治療를 원하는 老人의 절반이 治療를 받지 못하고 있다.

이러한 地域間 醫療充足率의 差異는 治療源의 可用性(availability)와 醫療費 支拂能力의 差를 반영하지만, 同一 地域內 年齡別 醫療充足率의 差異는 症狀의 심한 程度 및 治療의 價値와 연관성이 큰 것 같다.

다. 教育水準別

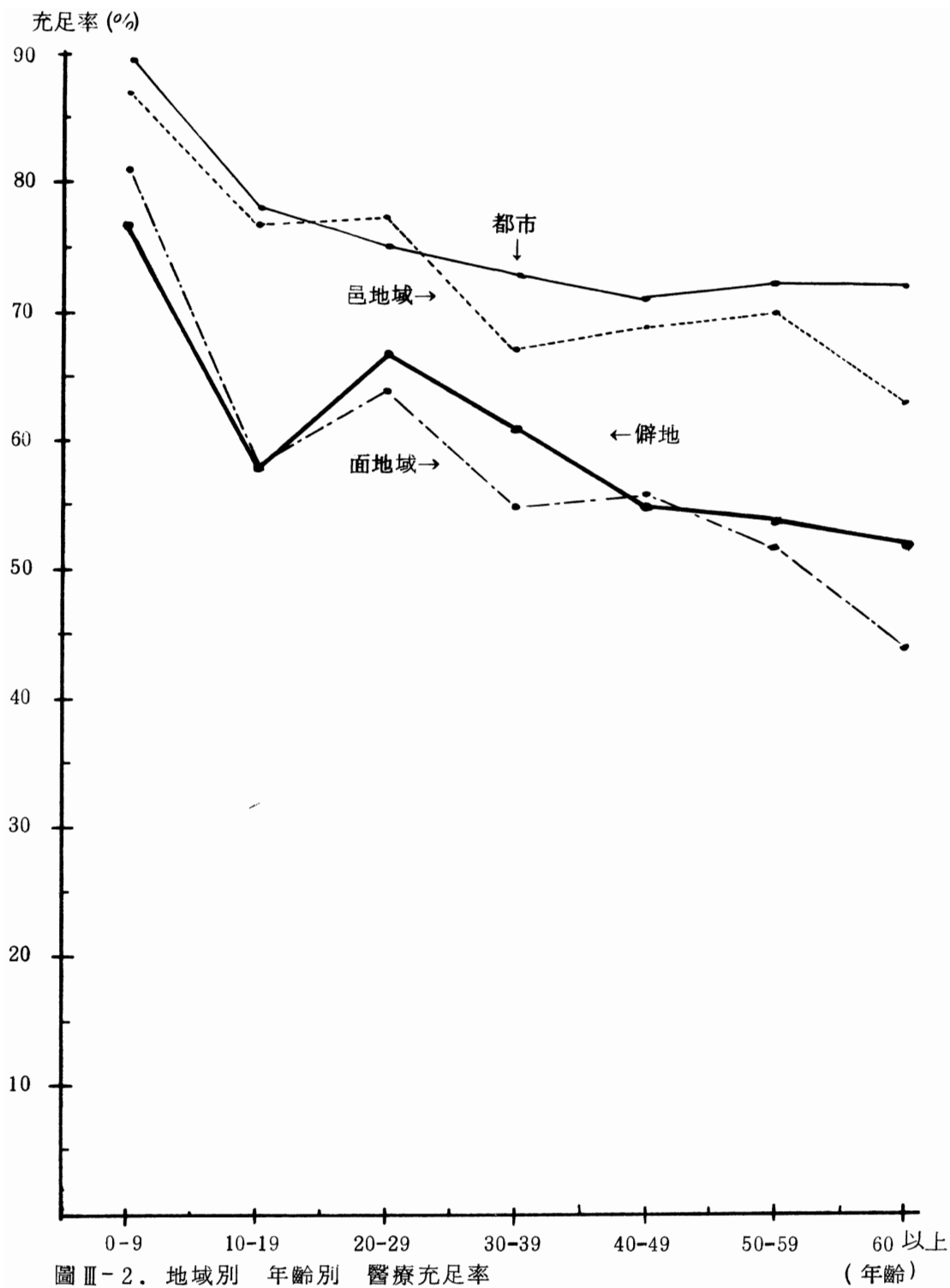
4 개 地域의 教育水準別 醫療要求率は 表-Ⅲ-4 와 같다. 전체적으로 4 개 地域에서 醫療要求率は 未就學(學齡前)에서 비교적 높다. 都市에서 43 %였고, 邑·面·僻地로 가면서 醫療要求率は 감소하여 僻地에서 18 %였다. 이러한 未就學人口의 醫療要求率は 嬰幼兒에 대한 保健的 關心을 나타내고 있지만, 地域間 큰 差異를 나타내고 있다.

學校人口인 國民學校, 中高校, 大學 在學生의 醫療要求率は 4 개 地域에서 다 같이 가장 낮았으나, 특히 國民學校 在學生에서 都市와 僻地間 큰 차이를 나타내고 있다.

成人人口의 教育水準別 醫療要求率は 4 개 地域에서 다 같이 教育水準이 낮을수록 醫療要求率は 높은 경향을 보인다. 都市地域에서 無學의 醫療要求率は 43 %였고, 教育水準이 높아짐에 따라 감소하여 大學에서는 35 %를 나타낸다. 邑地域, 面地域, 僻地에서도 醫療要求率は 教育水準이 높아짐에 따라 低下하는 경향을 나타낸다.

그러나 同一 教育水準의 人口에서 醫療要求率は 地域間 큰 差異를 나타낸다. 즉 都市地域은 僻地보다 훨씬 높은 醫療要求률을 나타내고 있다.

醫療要求를 未治療와 治療로 區分하여 나타낸 結果는 表 Ⅲ-5와 같다.



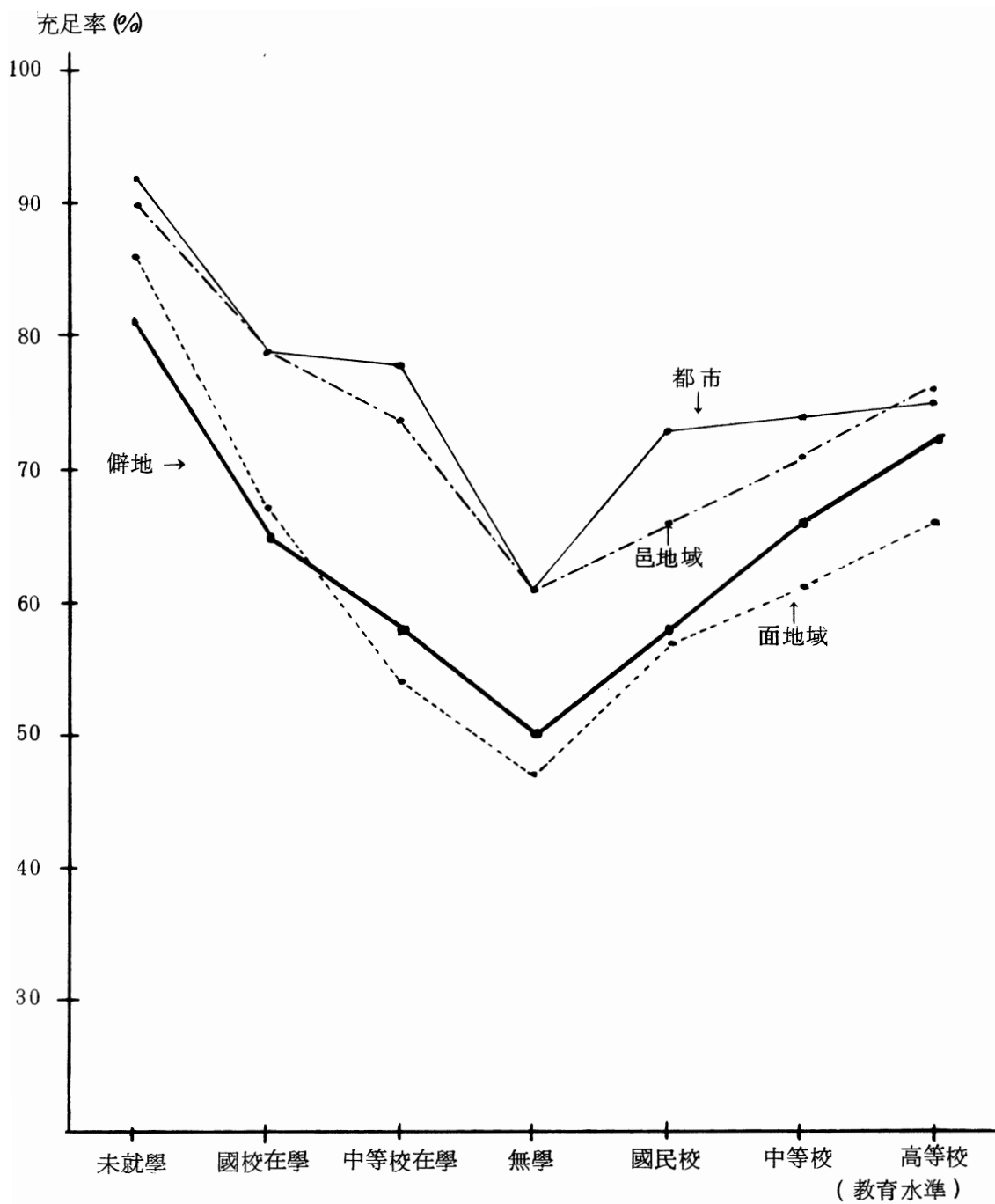


圖 III-3. 地域別 教育水準別 醫療充足率

表-Ⅲ-4. 地域別 教育水準別 지난 15日間 人口 100人當
醫療要求率

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
未就學 (學齡前)	42.7 %	35.1 %	27.6 %	16.7 %
在學中				
國民校	23.0	18.8	17.0	7.5
中高校	19.0	18.1	15.5	9.7
大學 (校)	22.8	*	*	*
無 學	43.0	44.1	43.6	34.0
國民學校	42.4	42.9	40.2	28.4
中學校	39.6	32.7	29.0	19.5
高等學校	37.0	25.6	29.4	17.0
大學 (校)	34.6	*	*	*
計	34.5	30.9	30.4	21.1
(N)	(11,441)	(5,958)	(21,263)	(18,825)

N = 標本數 (人口) * = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

4 개 地域에서 教育水準別 未治療率은 큰 差異를 나타내지 않는다. 未治療率은 未就學과 學校人口에서 비교적 낮았다.

그러나 成人人口에서 教育水準이 낮을수록 未治療率은 높았는데, 이러한 傾向은 4 개 地域에서 다 같이 볼 수 있다. 都市地域에서 無學의 醫療要求率은 17 %로서 가장 높았고, 教育水準이 높아짐에 따라 低下하여 大學에서 가장 낮은 8 %를 나타낸다. 邑・面地域과 僻地에서도 都市와 유사한 pattern 으로 未治療率이 낮아진다. 그러므로 未治療率은 教育水準과 逆의 關係가 있음을 알 수 있다.

表Ⅲ-5. 地域別 教育水準別 지난 15日間 人口 100人當
未治療 및 治療率

	都 市		邑 地 域		面 地 域		僻 地	
	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療
未就學（學齡前）	3.3%	39.4%	3.6%	31.5%	3.8%	23.7%	3.2%	13.5%
在學中								
國民校	4.9	18.1	3.9	14.8	5.5	11.4	2.6	4.9
中等校	4.1	14.9	4.7	13.4	7.0	8.4	4.1	5.6
大學（校）	4.8	18.0	*	*	*	*	*	*
無 學	16.9	26.1	17.2	26.9	23.2	20.4	17.2	16.9
國民學校	11.4	31.0	14.4	28.5	17.4	22.7	11.9	16.5
中學校	10.5	29.1	9.4	23.3	11.2	17.8	6.6	12.9
高等學校	9.4	27.6	6.2	19.4	10.0	19.3	4.7	12.3
大學（校）	7.7	26.9	*	*	*	*	*	*
計	7.7	26.8	8.3	22.6	12.4	18.0	8.7	12.4

* 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

教育水準別 治療率은 4개 地域間 큰 差異를 보이면서 都市地域에서 가장 높다. 특히 僻地의 治療率은 未就學 및 學校人口에서 都市의 약 1/3 水準에 불과하다.

成人人口에서도 地域間 治療率에 큰 差異를 보이지만, 그 差는 比較的 적다. 즉 僻地의 治療率은 都市와 比較하여 無學에서 9%, 國民學校에서 13%, 中學校에서 16%, 高等學校에서 15% 포인트 差를 보여 教育水準이 높아짐에 따라 差의 幅도 넓어짐을 나타내고 있다.

醫療要求 100人當 醫療充足率 즉 治療率은 圖Ⅲ-3에서 보는

바와 같이 教育水準別로 4 개 地域에서 큰 差異를 나타내고 있다. 그러나 전체적 pattern 은 4 개 地域에서 유사하다. 즉 未就學에서 醫療充足率은 가장 높고, 無學에서 가장 낮으며, 教育水準이 높아짐에 따라 增加하는 傾向을 나타낸다.

未就學에서의 醫療充足率은 4 개 地域에서 81 ~ 92 %의 높은 水準을 나타내며, 地域間 큰 差異가 없다.

無學에서 醫療充足率은 가장 낮으나, 都市와 邑地域이, 그리고 面地域과 僻地에서 각각 유사한 水準을 나타내며, 이들간 큰 隔差를 보이고 있다. 특히 都市에서 教育水準이 높아져도 充足率은 증가하지 않으나, 邑・面地域과 僻地에서 教育水準이 높아짐에 따라 현저히 증가함을 나타내고 있다. 이에 따라 都市와 僻地間 醫療充足率의 差異는 無學에서 11 %였고, 高等學校에서 2 % 포인트로 축소됨을 알 수 있다.

그러므로 4 개 地域에서 成人의 教育水準은 醫療充足率과 正의 關係를 갖고 있으나, 地域間 같은 教育水準이라도 醫療充足率에는 큰 差異를 나타내고 있음을 알 수 있다.

라. 醫療保障 및 生活水準

醫療費 支拂負擔은 醫療利用 및 醫療要求와 密接한 연관성이 있다. 醫療保障 (醫療保險, 醫療保護) 受惠人口는 非受惠人口보다, 그리고 生活水準이 높을수록 醫療費 支拂負擔은 輕減되고 醫療利用을 促進시킬 수 있다.

表-Ⅲ-6 는 4 개 地域의 經濟變數別 人口 100 人當 醫療要求率을 나타내고 있다. 醫療保障 受惠人口는 非受惠人口보다 4 개 地域에서 다 같이 醫療要求率이 높다. 都市에서 醫療保障 受惠人口의 37 %가 非受惠人口의 32 %가 각각 醫療要求者로서 이들간 5 % 포인트의 差를 보이고 있다. 面地域과 僻地에서도 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口間에 6 ~ 7 % 포인트의 醫療要求率 差異를 보이고 있다. 邑地域에서는 이들간 큰 差異가 없다. 그러나 전체

적으로 醫療保障은 醫療要求水準을 上昇시키는 주요 原因이 되고 있음을 알 수 있다. 이는 醫療保障이 醫療費 支拂負擔을 輕減 또는 除去시킴으로써 醫療利用을 증가시켜 결과적으로 醫療要求水準을 높임을 의미한다. 앞으로 醫療保障 受惠人口의 增加는 醫療要求水準을 필연적으로 높일 것으로 전망된다.

表-Ⅲ-6. 地域別 經濟變數別 지난 15日間 人口 100人當
醫療要求率

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
醫療保障				
受 惠	37.3 %	31.7 %	36.6 %	25.8 %
非受惠	32.4	30.6	30.1	20.2
生活水準				
下	33.9	32.5	29.8	21.0
中	34.1	29.0	34.1	21.4
上	36.5	26.0	*	*
計	34.5	30.9	30.4	21.1
(N)	(11,441)	(5,958)	(21,263)	(18,825)

N = 標本數 (人口) * 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

4 개 地域을 同一 基準으로 生活水準을 上・中・下로 區分하였고, 이러한 生活水準別 醫療要求率은 表 Ⅲ-6에서 보는 바와 같이 邑 地域을 제외하고, 生活水準이 높아짐에 따라 醫療要求率도 증가함을 알 수 있다. 都市地域에서 生活水準 下の 醫療要求率은 34 %였고, 上에서는 37 %로서 이들간 3 % 포인트의 差異가, 面地域에서는 生

이와 같은 醫療要求의 未治療 및 治療의 區分에 기초를 두어, 醫療要求 100人當 治療 즉 醫療充足率은 表-Ⅲ-8에서 보는 바와 같다.

4개 地域間 醫療保障 受惠人口 및 非受惠人口에서 각각 都市가 農村地域보다 醫療充足率이 높았고, 僻地로 갈수록 감소하는 傾向을 보이고 있다. 그러나 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口間 醫療充足率은 일관성 있는 차이를 나타내지 않는다.

表-Ⅲ-8. 地域別 經濟變數別 지난 15日間 醫療要求 100人當 醫療充足率

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
醫療保障				
受 惠	78.6 %	64.4 %	56.3 %	56.2 %
非受惠	75.6	71.9	58.1	59.7
生活水準				
下	71.7	67.7	58.7	57.2
中	81.8	81.7	60.4	79.2
上	83.8	89.2	*	*
計	77.7	73.1	59.2	59.0

* 標本數가 적어 計算되지 않았음.

즉 都市에서 醫療保障 受惠人口의 醫療充足率이 非受惠人口보다 약간 높은 것을 제외하고, 邑・面, 그리고 僻地에서는 오히려 醫療保障 受惠人口에서 醫療充足率이 낮다. 이는 앞에서 지적된 바와 같이 醫療利用의 높은 期待와 비교하여 利用可能한 施設의 不在 또는 地理的 接近性이 改善되지 않았고, 受惠人口의 57%가 醫療保護

活水準 下와 中間에 4 % 포인트의 差異가 각각 있으나 僻地에서는 生活水準別로 醫療要求率에 差異가 없고, 邑地域에서는 오히려 生活水準이 높아짐에 따라 醫療要求率은 감소하는데, 그 原因은 다음에 記述되는 바와 같이 未治療 또는 未充足 醫療의 比率이 生活水準이 높아짐에 따라 현저히 감소하는데 있다.

醫療要求를 未治療와 治療로 區分하여 經濟變數別로 檢討할 때 보다 더 구체적으로 經濟變數別 醫療要求의 內容을 알 수 있다.

表-Ⅲ-7에서 보는 바와 같이 4개 地域에서 다 같이 醫療保障 受惠人口는 非受惠人口보다 治療率이 높고, 生活水準이 높아질수록 治療率도 높아지는 傾向을 보인다.

都市地域에서 治療率은 醫療保障 受惠人口에서 29 %, 非受惠人口에서 25 %로서 이들간 4 % 포인트의 差異가, 邑地域에서는 2 %

表-Ⅲ-7. 地域別 經濟變數別 지난 15日間 人口 100人當
未治療 및 治療率

	都 市		邑 地 域		面 地 域		僻 地	
	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療
醫療保障								
受 惠	7.9 %	29.3 %	7.8 %	23.9 %	16.0 %	20.6 %	11.3 %	14.5 %
非受惠	7.5	24.9	8.6	22.0	11.6	17.5	8.1	12.1
生活水準								
下	9.6	24.3	10.5	22.0	12.	17.5	9.0	12.1
中	6.1	27.9	5.3	23.7	13.5	20.6	4.5	16.9
上	5.8	30.6	2.7	23.2	*	*	*	*

• 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

포인트, 面地域 및 僻地에서는 3% 포인트의 差異가 각각 있다. 그러나 醫療保障 受惠人口라도 地域間 治療率에 큰 差異가 있다. 즉 治療率은 都市에서 29%였고, 邑地域에서는 24%, 面地域에서 21%, 僻地에서 15%였다. 醫療利用에 미치는 주요 要因은 醫療費 支拂 負擔과 醫療施設에 대한 地理的 接近性(geographic accessibility)이라고 볼 때, 地理的 接近性이 醫療利用에 크게 影響을 주고 있음을 알 수 있다. 특히 面地域과 僻地에서의 醫療서비스 擴大는 醫療保障 受惠人口의 擴大를 통한 醫療費 支拂負擔의 輕減은 勿論 利用 가능한 醫療施設 및 人力의 適正配分이 수반됨으로써 실현될 수 있다. 현실적으로 都市 醫療保障 受惠人口의 절반 수준의 治療率이 僻地 醫療保障 受惠人口에서 이루어지고 있다.

治療率은 4개 地域에서 生活水準이 높아짐에 따라 증가한다. 都市에서 生活水準 下에서 治療率은 24%였고, 上에서 31%로서 이 들간 7% 포인트의 差異가, 邑地域에서는 1% 포인트가, 面地域 및 僻地에서 生活水準 下와 中間에는 3~5% 포인트의 差異가 각각 있다. 높은 生活水準은 治療率을 增加시키는 주요 要因이 되고 있음을 알 수 있다.

그러나 未治療率은 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口 間에 일관성 있는 差異를 나타내지 않는다. 都市 및 邑에서 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口 間에 未治療率에 差異가 없거나 근소 데 반하여, 面地域 및 僻地에서 未治療率은 醫療保障 受惠人口에서 오히려 높다. 앞에서 記述한 바와 같이 醫療費 支拂負擔이 輕減된 경우에 地理的 接近性이 함께 改善되지 않음으로써 未充足 醫療가 높은 것이다.

生活水準은 未治療率과 密接한 연관성을 나타낸다. 都市에서 未治療率은 生活水準 下에서 10%, 中 및 上에서는 각각 6%였고 邑地域과 僻地에서도 生活水準이 높아짐에 따라 未治療率은 감소한다. 앞으로 生活水準의 向上은 未治療率의 감소와 充足率의 증가에 크게 기여할 것으로 전망된다.

者라는 것과 연관성이 큰 것 같다. 특히 都市와 比較하여 農村地域 특히 面地域과 僻地의 醫療保障 受惠人口의 醫療充足率은 낮다.

生活水準은 醫療充足率과 密接한 연관성을 갖고 있으며 4개 지역에서 다 같이 生活水準이 높아짐에 따라 醫療充足率도 높아진다. 都市에서 生活水準 下の 醫療充足率은 72%였고, 上에서는 84%이며 邑・面地域 및 僻地에서도 같은 傾向으로 生活水準이 높아짐에 따라 醫療充足率이 높아진다.

3. 未治療理由

가. 全体水準

治療要求者 즉 治療를 원하는 사람중 治療받지 못한 理由는 5개로 分類되었다.

① 症狀輕微: 자신이 인식하기에 治療 받을만큼 증상이 심하지 않거나 약을 먹거나 治療를 하지 않아도 나을 것이라고 인식한 경우, 嚴格한 意味에서 醫療要求者の 範疇에 속하지 않으나, 治療를 원한다고 응답하면서 실제로는 治療의 필요성을 심각하게 인식하지 못한다.

② 經濟的 理由: 돈이 없어서 또는 治療費가 비싸서란 理由가 해당되는데, 醫療서비스의 接近(access)를 저해하는 가장 중요한 理由가 된다.

③ 地理的 理由: 治療處(sources of treatment)에 도달하기에 지리적으로 거리가 멀어서 또는 旅行時間(travel time)이 많이 걸리기 때문에 참고 견딘다는 경우이다. 이는 醫療施設의 可用性(availability)와 연관성이 크다.

④ 其他: 經濟, 地理的 理由나 症狀輕微란 理由에 해당되지 않는 心理的 理由 즉 시간이 없어서, 바빠서, 醫師 또는 藥局(房)이 싫어서 등이 포함된다.

⑤ 治療豫定: 본 調査는 어떤 時點에서 지난 15日間에 관하여

質問하는 「cross-sectional survey」이기 때문에, 調査日 現在 治療를 해야겠다고 생각하면서 實踐하지 못한 경우가 있게 된다. 이는 앞의 未治療理由인 4개의 範疇와는 嚴格히 區分되며, 未治療理由가 될 수 없는 것이다. 그러나 調査日 現在 未治療 狀態에 있기 때문에 편의상 「治療豫定」이란 範疇(category)를 설정한 것이다.

表-Ⅲ-9는 이와 같은 未治療 理由의 分類別 地域別 分布를 나타낸 것이다. 4개 地域에서 다 같이 經濟的 理由의 比率이 가

表-Ⅲ-9. 地域別 醫療要求者の 未治療理由 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
症狀輕微	21.3 %	22.8 %	15.8 %	15.4 %
經濟的 理由	47.1	51.0	59.8	69.0
地理的 理由	1.9	3.2	2.9	2.7
其 他	6.6	5.0	9.3	7.3
治療豫定	23.0	18.0	12.2	5.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(877)	(496)	(2,638)	(1,634)

N = 標本數 (未治療者)

장 높다. 즉 都市에서 47 %, 邑地域에서 51 %, 面地域에서 60 %였고, 僻地에서는 69 %로서 가장 높았다.

그러나 治療豫定에 해당하는 未治療率은 都市에서 가장 높은 23 %였고, 僻地에서 가장 낮은 6 %였다. 또한 症狀輕微와 같은 治療의 必要性이 별로 심각하지 않은 未治療者는 都市에서 21 %인데

반하여 僻地에서는 15 %에 불과하다. 결국 未治療者 중 治療豫定 또는 症狀輕微의 比率은 都市에서 44 %의 큰 部分을 차지한 반면, 邑地域에서는 41 %, 面地域에서는 28 %, 僻地에서는 21 %로 감소한다.

地理的 理由가 차지하는 比率은 僻地서도 대단히 낮다. 그 理由는 未治療理由의 相對的 重要性이 經濟的 理由에서 크기 때문이다. 醫療利用에서 經濟的 理由가 존재하는 한 他理由는 이에 숨겨지는 경향이 있다.

이와 같은 未治療 理由의 地域的 分布는 都市의 未充足 醫療의 큰 부분은 곧 充足되거나 治療받을만큼 심각하게 인식하지 않는 特性을 갖고 있으나, 面地域이나 僻地의 未充足 醫療의 대부분은 治療를 받아야 할만큼 심각한 것으로 인식되나 治療받지 못하고 있음을 알 수 있다. 즉 未充足 醫療의 地域的 特性이 각기 다른 것이다.

나. 性 別

4 개 地域의 未治療 理由의 性別 分布는 表-Ⅲ-10 와 같다.

4 개 地域에서 다 같이 經濟的 理由의 比率이 가장 높지만, 같은 地域内에서 性別로 差異가 있다. 즉 都市와 邑地域에서 經濟的 理由의 比率은 女子보다 男子에서 높다. 그러나 面地域과 僻地에서는 女子보다 男子에서 낮다. 특히 僻地에서 未治療 女子의 70 %가 經濟的 理由로 治療를 받지 못하고 있다. 그러므로 面地域과 僻地 女子의 醫療擴大를 위한 財政的 接近性(financial accessibility)의 提高는 매우 중요한 것이다.

이에 따라 面地域과 僻地에서 女子의 症狀輕微나 治療豫定の 比率은 男子의 경우보다 낮다.

전체적으로 都市와 邑地域에서 症狀輕微 및 治療豫定の 比率이 女子에서, 그리고 面地域과 僻地에서는 男子에서 각각 높았는데, 이는 地域別 性別로 未充足醫療의 特性 差異를 부분적으로 설명하고 있다.

表－Ⅲ－10. 地域別 性別 未治療 理由分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
男				
症狀輕微	22.6 %	20.7 %	17.0 %	17.6 %
經濟的	48.6	55.0	57.5	67.7
其 他	8.6	13.2	13.1	9.3
治療豫定	20.2	18.3	12.5	5.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(416)	(251)	(1,225)	(700)
女				
症狀輕微	20.2	24.9	14.9	13.7
經濟的	45.8	46.9	61.8	69.9
其 他	8.5	10.6	11.4	10.6
治療豫定	25.5	17.6	11.9	5.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(461)	(245)	(1,413)	(934)

N = 標本數 (15 日間 醫療要求者중 未治療者)

다. 年齡別

4 개 地域의 年齡別 未治療 理由의 分布는 表－Ⅲ－11 와 같
다. 4 개 地域間 都市→邑地域→面地域→僻地로 갈수록 각 年齡群
別로 經濟的 理由의 比率은 높아지고 治療豫定の 比率은 감소한다.
특히 僻地에 있어 각 年齡群의 未治療 理由중 經濟的 理由의 比

表－Ⅲ－11．地域別 年齡別 未治療 理由分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
0 ～ 19 歲				
症狀輕微	21.9 %	27.4 %	16.0 %	21.3 %
經濟的	39.7	48.1	56.7	58.8
其 他	6.0	9.7	11.1	11.3
治療豫定	32.4	14.8	16.2	8.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(219)	(135)	(561)	(301)
20 ～ 39 歲				
症狀輕微	22.7	26.4	16.9	17.0
經濟的	43.5	40.8	55.3	66.8
其 他	10.5	8.8	13.7	9.9
治療豫定	23.3	24.0	14.1	6.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(343)	(125)	(553)	(271)
40 歲以上				
症狀輕微	19.4	20.2	15.4	13.3
經濟的	56.2	56.7	62.5	72.4
其 他	8.2	7.0	12.1	9.7
治療豫定	16.2	16.1	10.0	4.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(315)	(242)	(1,524)	(1,062)

N = 標本數 (15 日間 治療要求者中 未治療者)

率は 높았고, 年齡增加에 따라 높아져서 40 歲以上에서는 72 %를 차지한다.

各 地域의 年齡別 經濟的 理由의 比率은 약간 다르다. 都市와 僻地에서 經濟的 理由의 比率은 0 ~ 19 歲에서 가장 낮고, 年齡增加에 따라 일관성 있게 높아져 40 歲以上에서 가장 높았다. 그러나 邑 및 面地域에서는 20 ~ 39 歲에서 經濟的 理由의 比率이 가장 낮았다.

結局 各 地域別로 症狀輕微와 治療豫定の 比率은 공통적으로 0 ~ 19 歲에서 가장 높고 年齡增加에 따라 감소하는 傾向을 나타낸다. 都市에서 이 比率은 0 ~ 19 歲에서 54 %였고, 20 ~ 39 歲에서 46 %, 40 歲以上에서 36 %였다. 邑地域에서도 0 ~ 19 歲에서 이 比率은 42 %, 20 ~ 39 歲에서 50 %, 40 歲以上에서 36 %였고, 面地域에서는 0 ~ 19 歲에서 32 %, 20 ~ 39 歲에서 31 %, 40 歲以上에서 25 %였다. 僻地에서 이 比率은 0 ~ 19 歲에서 30 %, 20 ~ 39 歲에서 23 %, 40 歲以上에서 18 %에 불과하였다.

이와 같은 4 개、地域의 年齡別 未治療 理由의 分布는 40 세 이상에서 治療를 원하나 經濟的 理由로 未充足된 比率이 큼을 나타내며, 家口內 治療를 위한 財源 配分에서 이들 年齡層의 優先順位가 상대적으로 낮음을 나타낸다.

라. 教育水準別

4 개 地域의 教育水準別 未治療 理由의 分布는 表一Ⅲ-12와 같다. 전체적으로 各 地域에서 낮은 教育水準 즉 無學 및 國民學校 教育水準에서 經濟的 理由의 比率이 가장 높았다. 이 比率은 都市에서 68 %, 邑地域에서 56 %, 面地域에서 64 %, 僻地에서 72 %였다. 이에 反하여 中學以上の 높은 教育水準의 經濟的 理由의 比率은 都市에서 38 %, 邑地域에서 37 %, 面地域에서 44 %였고, 僻地에서는 比較的 높은 60 %였다. 教育水準은 生活水準과 연관성이 크기 때문에 높은 教育水準에서 經濟的 理由의 比率이 낮아지는 것 같다.

表－Ⅲ－12. 地域別 教育水準別 未治療 理由分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
未就學，在學中				
症狀輕微	22.6 %	20.9 %	16.0 %	21.8 %
經濟的	38.0	50.5	56.1	57.5
其 他	5.6	9.6	11.5	11.5
治療豫定	33.8	19.0	16.4	9.2
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(213)	(105)	(512)	(261)
無學・國民校				
症狀輕微	13.5	20.7	14.4	13.4
經濟的	67.5	55.8	64.0	72.4
其 他	7.3	8.3	11.6	9.3
治療豫定	11.7	15.2	10.0	4.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(274)	(276)	(1,794)	(1,235)
中學以上				
症狀輕微	26.2	30.9	23.0	21.0
經濟的	37.7	37.3	43.6	60.1
其 他	11.0	7.3	16.2	13.8
治療豫定	25.1	24.5	17.2	5.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(390)	(110)	(332)	(138)

N＝標本數（15日間 醫療要求者中 未治療者）

이에 따라 症狀輕微와 治療豫定の 比率은 각 地域에서 教育水準이 높아질 수록 높다. 都市에서 無學・國民學校의 이 比率은 25%에 불과하나 中等以上 教育水準에서는 51%로 증가한다. 이와 같은 教育水準別 差異는 邑地域・面地域・僻地에서 다 같이 볼 수 있다.

未就學 및 在學生의 未治療 理由의 分布는 都市→邑地域→面地域→僻地로 갈수록 經濟的 및 其他 理由의 比率이 증가하지만, 治療豫定の 比率은 현저히 감소하여, 이들 年少 또는 在學生의 未充足 醫療는 地域的으로 僻地로 갈수록 심각해짐을 알 수 있다.

마. 醫療保障 受惠別

醫療保障 受惠人口란 現행 醫療保險인 1種 公務員・教員, 2種 및 醫療保護의 受惠者로서 被保險者와 그 扶養家族이 포함되며, 그 수는 적지만 私醫療保險加入者도 포함된다. 이들 受惠人口는 非受惠人口보다 醫療利用의 재정적 부담이 輕減 또는 除去되기 때문에 보다 많은 醫療를 利用할 수 있는 條件을 갖고 있다.

表-Ⅲ-13는 4개 地域의 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口의 未治療 理由・分布를 제시하고 있다. 전체적으로 受惠人口는 非受惠人口보다 未治療 理由로서 經濟的 理由의 比率은 낮다. 都市에서 이 比率은 受惠人口에서 38%인데, 非受惠人口에서는 54%로서 16% 포인트의 差가, 邑地域에서는 18%의 差가 각각 있지만, 面地域 및 僻地에서는 4~11% 포인트의 적은 差를 보이고 있다. 특히 面地域과 僻地에서 經濟的 理由가 차지하는 比率이 受惠人口와 非受惠人口 間에 큰 差異가 없는 것은 이들 地域 受惠人口의 51~57%가 醫療保護 對象者로서 生活水準이 낮는데 기인된 것이다. 그러므로 都市 및 邑地域과 面地域 및 僻地の 醫療保障 受惠人口의 特性이 각기 다름이 먼저 理解되어야 할 것이다.

醫療保障 受惠人口와 非受惠人口의 未治療 理由別 分布는 面地域과 僻地에서 큰 差異가 없다. 그러나 都市와 邑地域에서는 이들

表Ⅲ-13. 地域別 醫療保障 受惠別 未治療 理由分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
醫療保障 受惠				
症狀輕微	27.2 %	25.2 %	17.5 %	13.8 %
經濟的	37.8	38.1	50.9	65.5
其 他	10.1	14.3	16.3	13.3
治療豫定	24.9	22.4	15.3	7.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(386)	(147)	(587)	(325)
醫療保障 非受惠				
症狀輕微	16.7	21.8	15.3	15.9
經濟的	54.4	56.4	62.3	70.0
其 他	7.3	5.7	11.1	9.1
治療豫定	21.6	16.1	11.3	5.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(491)	(349)	(2,051)	(1,299)

N = 標本數 (15 日間 醫療要求者중 未治療者)

두 人口集團 間에 큰 差異를 나타낸다. 都市에서 症狀輕微와 治療豫定の 比率은 受惠人口에서 52 %로서 非受惠人口의 38 % 보다 14 % 포인트 높고, 邑地域에서는 10 % 포인트의 비교적 큰 差異를 나타내고 있다.

현행 醫療保險 受惠人口의 比率이 높은 都市와 邑地域에서 未治

療 理由의 큰 부분이 治療를 곧 받거나 별로 심각하게 인식하고 있지 않은 症狀을 갖고 있어서, 未充足 醫療의 특성이 非受惠人口와 크게 차이를 나타내고 있다. 그러나 面地域과 僻地에서 受惠人口와 非受惠人口 間에 未充足 醫療의 特性에는 큰 차이가 없음을 알 수 있다.

바. 生活水準別

表 Ⅲ-14 는 4 개 地域의 生活水準別 未治療 理由 分布를 나타낸 것이다. 未治療 理由 중 經濟的 理由의 比率은 각 地域에서 生活水準이 높아짐에 따라 감소한다. 그러나 같은 生活水準에서도 都市→邑地域→面地域→僻地로 갈수록 經濟的 理由의 比率이 증가함을 볼 수 있다. 이는 治療費의 概念이 地域間에 差異가 있음을 의미한다. 治療費는 生活費의 일부가 아닌 가외지출로 인식할 때 그 費用은 高價로 인식될 수 밖에 없다. 面地域이나 僻地에서 治療費를 必須經費가 아닌 사치적인 것으로 인식하는 傾向이 더 강한것 같으며, 이러한 認識의 差異가 未治療 理由의 分布에 反映되고 있는 것 같다.

각 地域의 症狀輕微와 治療豫定の 比率은 都市의 生活水準 下에서 36 %, 中에서 50 %, 上에서 66 %로 生活水準이 높아짐에 따라 증가한다. 이러한 傾向은 邑·面·僻地에서 다 같이 볼 수 있으나, 각 地域에서 生活水準別 差異는 邑→面→僻地로 갈수록 감소하고 있다.

表一Ⅲ-14. 地域別 生活水準別 未治療 理由分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
生活水準 下				
症狀輕微	17.1 %	20.0 %	14.6 %	11.0 %
經濟的	56.7	56.1	61.7	77.2
其 他	7.4	9.1	11.8	7.2
治療豫定	18.8	14.8.	11.9	4.6
計	100.0	100.0.	100.0	100.0
(N)	(504)	(385)	(2,245)	(789)
生活水準 中				
症狀輕微	23.8	34.3	22.4	17.9
經濟的	41.8	34.3	49.9	64.7
其 他	8.4	5.1	14.5	12.3
治療豫定	25.9	26.3	13.2	5.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(239)	(99)	(371)	(728)
生活水準 上				
症狀輕微	32.8	*	*	*
經濟的	20.2	*	*	*
其 他	13.4	*	*	*
治療豫定	33.6	*	*	*
計	100.0	*	*	*
(N)	(134)	*	*	*

* 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

N = 標本數 (15日間 醫療要求者중 未治療者).

4. 要 約

醫療要求 (need for medical care) 는 醫療追求 意欲에 기초를 두어 「醫療을 받기를 원하는 사람」으로 定義되었고, 이들 醫療要求 100 人當 어떤 형태이든 治療를 받은 比率은 醫療充足 (met need), 治療를 받지 못한 比率은 未充足 (unmet need) 으로 각각 定義되었다.

전체적 醫療要求率은 4 개 地域間에 큰 차이를 보이면서, 都市가 農村 특히 僻地보다 훨씬 높은 水準을 나타내고 있다. 이는 醫療利用率의 差異에 기인된 것이다. 실제 利用率이 낮으면, 要求率도 낮다. 醫療充足率 역시 都市에서 가장 높음으로써, 農村 특히 僻地에서의 높은 未充足 醫療은 주요 保健問題가 된다.

醫療要求率은 年齡, 教育水準, 醫療保障, 生活水準別로 차이를 보이며, 醫療 未充足率은 年齡增加, 낮은 教育水準, 낮은 生活水準에서 각각 높았다.

未治療 理由 중 經濟的 理由의 比率이 가장 컸고, 특히 都市보다 農村 僻地에서 높았으며, 年齡增加, 낮은 教育水準, 醫療保障 非受惠, 낮은 生活水準 등에서 높았다. 그러나 症狀輕微와 治療豫定과 같은 治療의 必要性이 심각하지 않거나 또는 治療行爲로 쉽게 옮길 수 있는 理由의 比率은 이들 變數에서 낮았다. 그러므로 未治療 즉 未充足 醫療의 特性은 地域과 人口 및 經濟變數에 따라 다름을 알 수 있다.

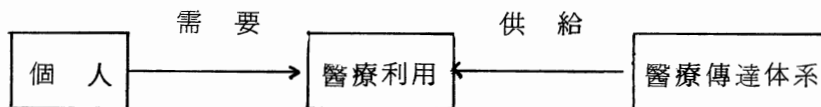
要約해서 地域間 醫療要求 水準에 현저한 差異가 있고, 이 差異는 실제 醫療利用 水準에 기인된 것이지만, 醫療要求 水準이 비교적 낮은 僻地에서 未充足 醫療의 理由 중 經濟的 理由가 가장 큰 比重을 차지하고 있음을 알 수 있다.

第Ⅳ章 醫 療 利 用

1. 全體 治療源

醫療利用 (utilization of medical care) 은 消費者가 要求하는 서비스의 函數일 뿐만 아니라 醫療提供者가 供給한 서비스의 函數이다. 後者は 흔히 前者에 대한 制約要因 (constraints) 으로 작용할 수 있다. 그러나 어떤 時點에서 醫療利用을 관찰할 때, 供給과 需要는 均衡을 유지하지만, 要求되는 供給은 需要와 일치하지 않을 수 있다.

醫療利用은 다음 模型에서 보는 바와 같이 個人과 醫療傳達體系에 의하여 影響을 받는다.



個人은 그의 心理, 生物學的 「system」內 不調를 認識하고 醫療利用을 決定한다. 個人이 일단 醫療追求의 理由 (治療를 원함) 를 가지면, 醫療에 利用할 治療源의 選擇은 社會·文化的 要因과 그 實踐過程에 소요되는 費用의 影響을 받는다. 費用이란 財政的 費用은 물론 便宜 및 機會費用을 포함한다.

治療源 (sources of medical care or treatment) 의 選擇에는 醫療利用에서 오는 利得 즉 近接性, 治癒의 程度, 症勢變化, 滿足 등의 評價와 家族·친구·이웃 間 相互作用도 影響을 줄 수 있다.²⁶⁾

註 26) L. J. Henderson, "Physician and Patient as a Social System," *New Engl. J. Med.*, 1935.

醫療傳達體系는 個人的 社會·文化的 要因, 醫療費 支出負擔, 醫療利用 間 연관성에 크게 影響을 받지만, 그 變數에는 醫療人力과 施設の 供給 및 分布, 醫療費 支拂形態 또는 經濟, 供給構造 등이 포함된다.²⁷⁾

本 研究에서 醫療利用은 特定期間內 消費者와 醫療提供者 間 接觸數(number of contacts)로 測定되었다. 接觸數란 消費者(患者)와 提供者(醫師, 其他 醫療職)간의 公式的 去來(formal transaction)만을 반영하며, 提供된 서비스의 內容, 期間, 量, 質 등과 患者의 滿足程度를 제시하지 못한다.

醫療提供者 또는 治療源에는 病·醫院, 漢方, 洋藥局(房), 其他등이 포함된다. 其他에는 保健所(支所), 助産所 등과 信念(faith) 民俗醫療(folk medicine) 등과 같은 非公式的 治療²⁸⁾ 등이 포함된다. (其他에 保健(支)所, 助産所 등을 포함시킨 것은 治療를 위한 이들 施設の 利用率이 낮기 때문이다).

表 IV-1은 4개 地域의 지난 15日間 各種 治療源別 訪問 또는 接觸數의 分布를 나타내고 있다.

全体 接觸數 100回當 藥局(房)의 比率은 4개 地域에서 모두 높다. 즉 都市에서 61%, 邑地域에서 66%, 面地域에서 68%였고, 僻地에서 가장 높은 72%였다. 醫療利用의 대부분이 藥局(房)에서의 買藥·自家治療에 의존하고 있으며, 특히 僻地에서 그 依存度가 가장 큼을 알 수 있다.

註 27) S. V. Kasl, and Cobb, S., Health Behavior, Ill Behavior, and Sick Role and Behavior, "Arch. Envirom. Health, 12, 1966.

J. R. Butler, "Illness and Sick Role-an Evaluation in Fthree Communities," Brit. J. Soei. Bl., 21, 1970.

28) 信念醫療는 超自然的 힘에 호소하는 治療行爲이다.

具然哲, 農村住民의 保健意識, 韓國國民의 保健意識, 大韓保健協會, 1977. p. 8에서 農村의 土着醫療에 漢醫, 針術, 복술가, 地官, 무당, 방석점쟁이, 三神할머니, 座할머니 등을 包含시키고 있다.

表Ⅳ-1. 地域別 醫療施設種類別 15日間 訪問 100件當 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
全 體				
病・醫院	31.0 %	26.9 %	20.3 %	16.6 %
漢 方	6.4	4.3	6.2	6.8
藥局（房）	60.7	66.0	67.9	72.2
其他*	1.9	2.8	5.6	4.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0
（ N ）	（8,119）	（3,626）	（8,490）	（3,462）
醫療保障 受惠				
病・醫院	41.5	39.7	22.5	27.5
漢 方	6.0	2.7	5.5	6.7
藥局（房）	50.8	54.9	62.5	53.4
其他*	1.7	2.7	9.5	12.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0
（ N ）	（3,502）	（1,101）	（1,778）	（ 676）
醫療保障 非受惠				
病・醫院	23.1	21.4	19.8	14.0
漢 方	6.6	5.0	6.4	6.8
藥局（房）	68.4	70.8	69.3	76.7
其他*	1.9	2.8	4.5	2.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0
（ N ）	（4,617）	（2,525）	（6,712）	（2,786）

N＝標本數（15日間 訪問數）

*＝保健（支）所 包含．

病・醫院은 醫療傳達體系에서 가장 중요한 部分을 차지하지만, 그 利用率은 全体 接觸數 100 回當 都市에서 31 %였고, 邑 및 面地域 다음으로 僻地에서 가장 낮은 17 %였다.

漢方利用率은 地域間 큰 差異없이 4 ~ 7 %의 範圍内に 있고, 其他 治療源의 利用率은 面地域과 僻地에서 높은데, 이는 醫療保護 對象者들의 높은 保健(支)所 利用率에 기인된 것이다.

이들 利用率은 적어도 3개 側面 즉 消費者의 選擇, 供給者의 選擇, 組織 또는 外部의 誘因 또는 서비스 利用의 財政的 負擔 등에 의하여 影響을 받는데, 여러 治療源 중 藥局(房)은 이상 3개 側面에서 다른 治療源보다 훨씬 많은 利點을 消費者에게 준다.*

醫療利用에 있어 財政的 支拂負擔은 가장 중요한 決定要因인데, 表 - IV - 1 에서 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口의 지난 15日間 接觸數 100 回當 治療源別 利用率을 보면, 兩 人口集團 間 큰 차이를 나타낸다.

各 地域에서 특이한 差異는 醫療保障 受惠人口가 非受惠人口보다 病・醫院 利用率이 높고 藥局(房) 利用率이 낮은 것이다. 面地域과 僻地에서 醫療保障 受惠人口가 非受惠人口보다 其他 治療源 특히 保健(支)所 利用率이 높은데, 이는 醫療保護 對象者의 保健(支)所 利用率이 높기 때문이다.

이와 같은 醫療保障人口의 醫療利用 樣相에서 藥局(房) 利用者가 病・醫院 利用으로 轉移함을 알 수 있다. 醫療費 支拂負擔의 輕減 또는 除去는 藥局(房) 利用 減少에 의한 病・醫院利用 增加로 나타난다.

그러나 醫療保障 受惠人口는 이들의 醫療需要를 醫療保障의 惠澤을 받고 있는 病・醫院이나 保健(支)所에 전적으로 의존하고 있지 않다. 즉 漢方이나 藥局(房) 利用率이 都市에서 57 %, 邑地域에서 59 %, 面地域에서 68 %, 僻地에서 60 %에 달한다. 특히 藥局(房)의 높은 利用은 費用, 便宜性(거리, 시간, 친절 등), 治

* 이에 관하여 藥局(房) 利用에서 상술될 것임.

療満足度, 習慣, 可用性(公休日 새벽, 정규 근무시간 후 등) 등에서 利點이 病・醫院 利用보다 높은데 있다. 그러므로 藥局(房)의 이러한 利點이 존재하는 한 醫療保障 受惠人口의 藥局(房) 利用率은 계속 높을 것이다.

한편 1년간 人口 1人當 各 醫療施設 訪問回數는 表 IV-2 와 같다. 年間 訪問回數는 지난 15日間 訪問回數를 24倍하여 얻은 것이다. 그러므로 嚴格한 意味에서 지난 1년간 數値와 一致하지 않는다. 調査時點과 다른 季節的 差異와 換算에 內包되는 標本誤差 등 때문이다. 그러나 僻地에 대한 調査에서 지난 1年間 醫師訪問數를 질문한 바 人口 1人當 平均 訪問數는 0.60 였고, 15日 數値를 24倍하여 얻은 年間推定值는 0.73 회로서 이들간 0.13 의 差로 15日間 調査值가 높았다. 지난 1년간 調査值에는 記憶誤差(memorial error)가 있음을 감안할 때 지난 15日間 數値에 24倍한 것이 現實值에 보다 接近할 것으로 보인다.

4개 地域에서 年間 人口 1人當 醫療施設 訪問數는 都市에서 17回, 邑地域에서 15回, 面地域에서 10回, 僻地에서 4회로서 地域間 큰 差異를 보인다. 특히 都市에서의 訪問回數는 僻地の 약 4倍 높다.

이와 같은 각종 醫療施設 訪問回數는 어느 다른 施設보다 醫療施設은 住民과 빈번히 接觸하는 福祉施設임을 알 수 있다. 이들 施設 중 藥局(房) 利用頻度는 가장 높다. 都市에서 年間 人口 1人當 年間 藥局(房) 訪問數는 10回, 邑地域에서 역시 10回, 面地域에서 7回, 僻地에서 3回였다.

醫師訪問數는 都市에서 5.24回, 邑地域에서 3.94回, 面地域에서 1.95回, 僻地에서 0.73회로서 특히 僻地の 醫師訪問數는 都市의 1/7에 불과하다. 美國에서 1976~78년 醫師訪問數²⁹⁾는 全國平

註 29) U. S. Department of Health and Human Services, *Health*, United States, 1981, p. 58.

表-Ⅳ-2. 地域別 年間 1人當 平均 醫療施設別 訪問數

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
全 體				
病・醫院	5.28	3.94	1.95	.73
漢 方	1.09	.62	.60	.30
藥局(房)	10.35	3.64	6.50	3.18
其他*	.31	.41	.53	.20
計	17.03	14.61	9.58	4.41
醫療保障				
受惠人口：				
病・醫院	7.16	5.59	2.60	1.50
漢 方	1.04	.38	.64	.36
藥局(房)	8.75	7.72	7.24	2.91
其他*	.29	.38	1.10	.68
計	17.24	14.07	11.58	5.45
非受惠人口：				
病・醫院	3.89	3.18	1.81	.59
漢 方	1.12	.73	.59	.29
藥局(房)	11.53	10.52	6.35	3.23
其他*	.33	.42	.41	.11
計	16.87	14.85	9.16	4.22

* 保健所・支所 包含.

均이 4.8回, 大都市에서 5.0回, 農村에서 4.3回인 것과 비교할 때, 우리나라 都市의 醫師訪問數는 美國의 都市와 유사한 수준에 있으나, 農村地域에 있어서는 우리나라에서 현저히 낮음을 알 수 있다.

漢方 및 其他 施設의 訪問回數는 地域間 큰 差異를 나타내지 않는다.

醫療保障 受惠人口와 非受惠人口로 區分하여 各 醫療施設別 年間 1人當 訪問回數를 보면, 이들 人口 間 施設別 訪問回數에 현저한 差異를 나타내고 있다. 즉 전체적으로 各 地域에서 1人當 訪問回數에는 큰 差異가 없으나, 受惠人口는 非受惠人口보다 病·醫院 訪問回數는 높고, 藥局(房) 訪問回數는 낮다. 醫療保障 受惠人口에서 病·醫院訪問回數는 都市에서 7.16回, 邑地域에서 5.59回, 面地域에서 2.60回, 僻地에서 1.50回로서 地域 間 큰 差異를 보인다. 1種 保險 受惠者 1人當 1981年 年間 醫師 外來訪問回數 6.78回³⁰⁾인 것과 비교할 때 本 數値는 都市에서 높고, 其他 地域에서 낮다.

非受惠人口의 病·醫院 訪問回數는 各 地域에서 受惠人口보다 현저히 낮다. 즉 非受惠人口는 受惠人口보다 都市에서 3.27回, 邑地域에서 2.41回, 面地域에서 0.79回, 僻地에서 0.91회가 각각 적다. 醫療保障은 各 地域에서 病·醫院 訪問回數의 增加에 크게 影響을 주고 있음을 알 수 있다.

그러나 藥局(房) 訪問回數는 都市와 邑地域의 非受惠人口에서 현저히 높다. 이들 地域에서 非受惠人口의 病·醫院 需要의 상당부분이 藥局(房)에 의하여 充足되고 있음을 알 수 있다. 그러나 受惠人口에서는 역시 藥局(房) 訪問回數는 病·醫院 訪問回數보다 높다. 그러므로 전체적으로 藥局(房)은 住民이 가장 빈번히 찾는 醫療施設이지만, 특히 非受惠人口에서 治療의 대부분을 의존하고 있음을 알 수 있다.

2. 病·醫院(外來) 訪問

가. 訪問理由

病·醫院 訪問理由는 齒科病·醫院에서의 齒科診療와 일반 病·

醫院에서의 治療 및 手術과 豫防서비스의 性格을 갖는 妊産婦의 産前後管理와 檢診(身體檢査) 및 豫防接種 등으로 區分하며, 僻地에 대한 調査에서 訪問理由를 질문하지 않았다. 訪問理由는 모두 治療에 국한했기 때문에, 齒科 및 일반 診療 즉 手術과 治療 등의 理由만이 포함된다. 따라서 僻地에 대한 調査에서 檢診과 豫防接種을 위한 病・醫院 訪問은 除外되어 있다.

지난 15日間 都市, 邑, 面地域의 病・醫院 訪問理由 分布는 表-IV-3와 같다. 전체적으로 治療目的의 訪問이 가장 높았으며 이 比率은 都市에서 72%, 邑地域에서 78%, 面地域에서 76%였다.

表-IV-3. 地域別 지난 15日間 病・醫院 訪問理由 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域
診 療	13.1 %	11.0 %	9.2 %
妊娠 및 分娩	4.6	2.9	3.7
手 術	1.9	2.6	1.6
檢診・豫防接種	8.9	5.5	9.2
治 療	71.5	78.0	76.2
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(965)	(346)	(728)

N = 標本數 (病・醫院 訪問者數).

다음으로 齒科診療는 都市에서 13%, 邑地域 11%, 面地域에서 9%였다.

豫防서비스의 性格을 갖는 檢診 및 豫防接種은 都市에서 9%, 邑地域에서 6%, 面地域에서 9%로서 전체적으로 그 比率은 크지 않았다.

性別 3개 地域의 病・醫院 訪問理由 分布는 表-Ⅳ-4에서 보는 바와 같다. 각 地域에서 男子는 女子보다 診療 比率이 높은 반면, 齒科와 檢診・相談의 比率은 낮다.

한편 地域別로 볼 때, 都市는 農村地域(邑 및 面) 보다 診療 比率이 낮은 反面, 齒科 比率이 높음을 알 수 있다.

表一Ⅳ-4. 地域別 性別 15日間 病・醫院 訪問理由 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域
男			
診 療	76.3 %	80.4 %	78.5 %
手 術	2.0	2.4	1.9
齒 科	11.4	8.3	7.7
檢診・相談	10.3	8.9	11.9
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(456)	(168)	(376)
女			
診 療	67.2	75.8	73.9
手 術	1.8	2.8	1.4
齒 科	14.7	13.5	10.8
檢診・相談	16.3	7.8	13.9
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(503)	(178)	(352)

N = 標本數 (15日間 病・醫院 訪問者)

그러므로 性別 病・醫院 訪問理由는 性別로 각 地域에서 女子의 檢診・相談과 齒科의 比率이 男子의 경우보다 높은 特性을 갖고 있음을 알 수 있다.

3개 地域의 年齡別 病・醫院 訪問理由 分布는 表-Ⅳ-5와 같다. 각 地域에서 檢診・相談의 比率이 20~39歲에서 가장 높고, 診療의 比率이 낮은 것을 볼 수 있다.

都市에서 0~19歲의 診療를 目的으로 한 訪問은 79%로서 높았으나, 20~39歲에서 57%로 低下하고, 40歲以上에서는 74%를 차지한다.

邑地域에서는 0~19歲의 診療 比率이 85%로서 가장 높았고, 20~39歲에서는 73%, 40歲以上에서 71%였다.

面地域에서 診療의 比率은 0~19歲와 40歲以上에서 각각 80%였고, 20~29歲에서는 60%에 불과하였다.

각 地域에서 年齡群別로 齒科診療의 比率은 年齡增加에 따라 증가하는 傾向을 보인다. 즉, 40歲以上の 齒科診療를 目的으로 한 訪問은 都市에서 17%, 邑地域에서 19%, 面地域의 10%였다.

全年齡에 걸쳐 각 地域에서 診療를 目的으로 한 訪問比率이 가장 높지만, 年齡增加에 따라 齒科診療가 증가하고, 20~29歲에서 檢診・相談 등 豫防서비스 比率이 높음을 알 수 있다.

3개 地域의 教育水準別 病・醫院 訪問理由 分布는 表 Ⅳ-6와 같다.

각 地域에서 教育水準이 높아짐에 따라 齒科診療와 豫防서비스의 성격을 갖는 檢診・相談의 比率이 증가하는 傾向을 볼 수 있다. 都市에서 齒科診療를 目的으로 한 訪問은 10%였고, 無學・國校에서 16%, 中學以上에서 17%로 증가한다. 邑地域에서는 都市에서와 같은 傾向이 뚜렷이 나타나지 않지만, 面地域에서는 都市에서와 같이 未就學・在學中에서 齒科診療와 豫防서비스의 比率이 가장 낮고, 中學以上에서 가장 높다.

表-Ⅳ-5. 地域別 年齢別 15日間 病・醫院 訪問理由 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域
0 - 19 歳			
診 療	79.4 %	84.8 %	80.3 %
手 術	1.2	1.8	.6
齒 科	9.8	6.7	6.9
検診・相談	9.6	6.7	12.2
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(491)	(164)	(304)
20 - 39 歳			
診 療	56.8	73.3	60.0
手 術	3.1	1.3	4.0
齒 科	16.3	9.3	12.7
検診・相談	23.8	16.1	23.3
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(294)	(75)	(150)
40 歳以上			
診 療	74.1	71.0	80.0
手 術	1.7	4.7	1.5
齒 科	17.3	18.7	10.2
検診・相談	6.9	5.6	8.3
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(174)	(107)	(264)

N = 標本数 (15 日間 病・醫院 訪問者)

表-Ⅳ-6. 地域別 教育水準別 15日間 病・醫院 訪問理由 分布

	都	市	邑 地 域	面 地 域
未就學・在學中				
診 療	78.9	%	84.9	%
手 術	1.2		1.9	
齒 科	10.0		6.9	
檢診・相談	9.9		6.3	
計	100.0		100.0	
(N)	(498)		(159)	(283)
無學・國民校				
診 療	69.1		75.8	
手 術	4.0		4.0	
齒 科	16.1		16.2	
檢診・相談	10.8		4.0	
計	100.0		100.0	
(N)	(149)		(99)	(326)
中學以上				
診 療	60.9		68.2	
手 術	1.9		2.3	
齒 科	16.7		12.5	
檢診・相談	20.5		17.0	
計	100.0		100.0	
(N)	(312)		(88)	(119)

N = 標本數 (15日間 病・醫院 訪問者數)

이러한 訪問理由의 分布에 따라, 一般 診療의 比率은 3개 地域에서 다 같이 높아서 都市에서 79%, 邑地域에서 85%, 面地域에서 81%였다.

都市化 및 教育水準이 높아짐에 따라, 齒科診療와 豫防서비스를 위한 病・醫院 訪問은 增加하고 있음을 알 수 있다.

3개 地域의 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口의 病・醫院 訪問理由 分布는 表-Ⅳ-7와 같다.

전체 病・醫院 訪問者 중 醫療保障 受惠者는 都市에서 61%, 邑地域에서 47%, 面地域에서 25%로서 地域間 큰 差異를 나타낸다.

그러나 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口間 訪問理由의 分布는 각 地域에서 큰 差異를 보이지 않는다. 다만 비교적 큰 差異는 面

表-Ⅳ-7. 地域別 醫療保障受惠別 病・醫院 訪問理由 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域
醫療保障受惠			
診 療	73.0 %	79.3 %	82.0 %
手 術	1.6	3.0	1.1
齒 科	12.5	9.8	7.6
檢診・相談	12.9	7.9	9.3
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(581)	(164)	(183)
醫療保障非受惠			
診 療	69.3	76.9	74.3
手 術	2.4	2.2	1.8
齒 科	14.0	12.1	9.7
檢診・相談	14.3	8.8	14.2
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(378)	(182)	(545)

N = 標本數 (15日間 病・醫院 訪問者數)

地域에서 醫療保障 受惠人口보다 非受惠人口에서 檢診・相談의 比率이 약간 높음을 볼 수 있다.

現行 醫療保障은 豫防서비스에 惠澤을 주지 않으며, 齒科診療는 그 要求가 긴급하고 많기 때문에 非受惠人口에서도 어느 程度 充足되고 있어, 전체적 訪問理由의 分布는 이들 두 人口 間에 큰 差異를 나타내지 않는 것 같다.

3개 地域의 生活水準別 病・醫院 訪問理由別 分布는 表-Ⅳ-8와 같다.

生活水準에 따라 각 地域에서 현저한 差異를 보이는 訪問理由는 齒科診療였다. 都市에서 生活水準 下의 齒科診療 訪問理由의 比率은 9%였으나, 生活水準 中에서 17%, 上에서 15%였다. 邑地域에서도 生活水準 下에서 그 比率은 9%였으나, 中에서 13%로 증가하며, 面地域에서는 生活水準 下에서 8%, 中에서 16%로 증가한다.

訪問理由의 分布는 地域間 生活水準別로 都市는 邑 및 面地域과 비교하여 檢診・相談의 豫防서비스의 比率이 높으며, 이에 따라 전체 病・醫院 訪問理由중 一般診療의 比率이 낮은 特性을 갖고 있다.

表-Ⅳ-8. 地域別 生活水準別 病・醫院 訪問理由 分布

	都	市	邑 地 域	面 地 域
生活水準：下				
診 療	75.7 %		78.3 %	76.9 %
手 術	1.6		3.5	1.7
齒 科	8.7		8.8	7.8
檢診・相談	14.0		9.4	13.6
計	100.0		100.0	100.0
(N)	(397)		(170)	(601)
生活水準：中				
診 療	68.2		79.3	73.0
手 術	2.2		.7	1.8
齒 科	16.7		12.7	16.2
檢診・相談	12.8		7.3	9.0
計	100.0		100.0	100.0
(N)	(318)		(150)	(111)
生活水準：上				
診 療	69.5		*	*
手 術	1.9		*	*
齒 科	15.3		*	*
檢診・相談	13.4		*	*
計	100.0			
(N)	(262)			

N = 標本數 (15 日間 病・醫院 訪問者數)

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

나. 訪問頻度

지난 15日間 1回 또는 그 以上 病・醫院을 訪問한 比率은 表-Ⅳ-9에서 보는 바와 같이 都市人口 100人當 8%로서 가장 높았고, 다음은 邑地域 6%, 面地域 3%, 僻地 2%였다.

表-Ⅳ-9. 地域別 지난 15日間 病・醫院 訪問率 및 訪問者當 訪問回數 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
15日間 訪問率	8.4 %	5.9 %	3.4 %	1.5 %
訪問回數				
1	46.8 %	49.4 %	50.0 %	59.9 %
2	20.0	15.4	22.0	14.6
3	12.9	11.0	9.7	13.9
4	5.1	4.0	5.3	4.5
5 +	15.2	20.2	13.0	6.7
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(965)	(350)	(729)	(287)
平均	2.61	2.79	2.37	2.00

* = 人口 100 當

N = 標本數 (訪問者數)

訪問者當 平均 訪問數는 地域間 큰 差異가 없다. 都市에서 1回 訪問者가 47%였고, 回數가 많아짐에 따라 그 比率은 감소한다.

그러나 地域間 1回 訪問者 比率은 都市에서 가장 낮고 邑・面地域・僻地를 갈수록 증가하여 僻地에서 가장 높은 60%였다.

그러므로 病・醫院 訪問率 및 訪問者當 回數는 都市地域이 邑・面僻地보다 훨씬 높아서, 病・醫院 利用의 地域期 格차가 큼을 알 수 있다.

表-IV-10는 人口學的 變數別 지난 15日間 病・醫院 訪問率을 나타낸 것이다.

性別 訪問率은 地域間에 差異가 있다. 都市와 邑地域에서는 女子가 男子보다 높은 訪問率을 나타내나, 面地域과 僻地에서는 오히려 男子의 訪問率이 약간 높다.

年齡別 訪問率 역시 地域間 差異를 보인다. 都市와 邑 및 面地域에서 가장 높은 訪問率은 0~9歲의 年少層에서 볼 수 있으나, 僻地에서는 50~59歲의 生産年齡人口에서 높았다.

全地域에서 10~19歲의 訪問率이 가장 높았고, 20歲 以上에서 年齡群間에 큰 差異를 나타내지 않으나, 50~59歲에서 비교적 높은 訪問率을 볼 수 있다.

전체적으로 地域間 年齡群別로 都市가 他地域 特히 僻地보다 훨씬 높은 訪問率을 나타내고 있는데, 0~9歲의 訪問率에 가장 큰 差異가 있다. 都市에서 이 年齡群의 訪問率은 15%인데, 邑地域에서 10%, 面地域에서 5%, 僻地에서 2%로서 都市의 약 1/8에 불과하다.

教育水準別 訪問率은 地域內에서 큰 差異를 나타내지 않는다. 다만 僻地에서 教育水準이 높아짐에 따라 訪問率도 증가한다. 즉 無學에서 1.3%였고, 高校에서 3.1%로 증가한다. 그러나 都市, 邑地域, 面地域에서 教育水準에 따른 일관성 있는 傾向이 보이지 않는다.

전체의으로 未就學人口에서 訪問率이 높았으며, 都市에서 19%, 邑地域에서 11%, 面地域에서 6%, 僻地에서 3%였고 僻地의 訪問率은 都市의 약 1/7에 불과하다. 다른 教育水準에서도 地域間 訪

表-Ⅳ-10. 地域別 人口學的 變數別 15日間 人口100人當
病・醫院訪問率

	都 市 (M=8.4%)	邑 地 域 (M=5.9%)	面 地 域 (M=3.4%)	僻 地 (M=1.6%)
性				
男	8.1 %	5.8 %	3.5 %	1.6. %
女	8.8	6.0	3.3	1.4.
年 齡				
0 - 9	14.7	9.6	4.7	1.9
10 - 19	3.3	2.3	1.7	.4
20 - 29	8.0	5.9	3.7	1.8
30 - 39	7.8	4.1	3.6	1.8
40 - 49	6.6	6.4	3.7	1.9
50 - 59	8.7	7.1	4.3	2.3
60 +	6.5	6.0	3.5	1.5
教育水準				
未就學 (學齡前)	18.9	11.2	6.3	2.8
在學中				
國民校	5.3	4.8	2.2	.5
中高校	3.4	2.2	1.1	.6
大學 (校)	6.4	*	*	*
無 學	6.0	4.6	3.6	1.3
國民學校	7.8	6.0	3.6	1.9
中學校	7.5	6.8	3.5	1.6
高等學校	7.4	4.7	4.1	3.1
大學 (校)	7.4	*	*	*

M=地域 平均

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

問率의 差異는 一貫性 있게 컸다.

經濟變數別 지난 15日間 病・醫院 訪問率은 表-Ⅳ-11 와 같다.

醫療保障의 受惠人口와 非受惠人口間에 訪問率에 큰 差異가 있다. 都市에서 非受惠人口의 6%가 訪問하였으나, 公務員・敎員 醫療保險 受惠者는 9%, 1種保險 受惠者는 15%였고, 醫療保護 受惠者는 6%였다. 都市에서 1種 醫療保險 受惠者의 訪問率이 가장 높았다.

그러나 醫療保護 受惠者의 訪問率은 4개 地域에서 다 같이 낮아서 醫療保障 非受惠者와 유사한 水準의 訪問率을 나타내고 있다.

表 - Ⅳ - 11. 地域別 經濟變數別 15日間 人口 100人當
病・醫院 訪問率

	都 市 (M=8.4)	邑 地 域 (M=5.9)	面 地 域 (M=3.4)	僻 地 (M=1.6)
醫療保障				
非受惠	5.8 %	4.5 %	3.1 %	1.2 %
受 惠				
醫療保險				
公務員・敎員	8.8	11.5	7.6	6.2
1 種	15.0	8.5	4.2	3.9
醫療保護	6.0	4.1	3.6	1.7
生活水準				
下	7.2	4.7	3.3	1.4
中	8.3	8.2	4.0	2.4
上	11.5	5.9	*	*

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

邑・面 그리고 僻地에서 訪問率은 公務員・教員 醫療保險 受惠者에게 가장 높았고, 1種 醫療保險 受惠者보다 훨씬 높은 差異를 갖고 있다.

전체적으로 地域間 醫療保障 非受惠者나 受惠種類別로 都市가 다른 地域보다 훨씬 높은 訪問率을 나타내고 있어 地域間 差異가 크을 알 수 있다.

生活水準 역시 訪問率에 크게 影響을 준다. 都市에서 生活水準이 높아짐에 따라 訪問率로 증가한다. 生活水準 下에서 訪問率은 7%였고, 上에서는 12%로 증가한다. 面地域과 僻地에서도 이와 같은 傾向이 나타난다.

그러나 같은 生活水準에 있어서도 地域間 訪問率의 격차는 크다. 특히 生活水準 下에서 都市와 僻地間에 訪問率의 격차는 가장 크다. 僻地の 生活水準이 낮은 住民을 위한 醫療서비스의 擴大가 要求된다.

地域別 人口學的 變數別 年間 人口 1人當 平均 病・醫院 訪問數는 表-IV-12와 같다. 年間 訪問數는 앞에서 記述된 바와 같이 15日間 訪問數를 24倍 한 것이다.

性別 1人當 訪問數는 큰 差異가 없으나, 地域別로 都市와 邑地域에서는 女子에서 面地域과 僻地에서는 男子에서 각각 약간 높은 訪問數를 나타낸다.

年齡別 1人當 訪問數는 都市에서 0~9歲에서 邑 및 面地域에서는 60~69歲, 僻地에서는 50~59歲에서 가장 높다. 가장 낮은 訪問數는 4개 地域에서 10~19歲에서 볼 수 있다.

10歲以上에서 年齡 增加에 따라 訪問數도 증가하는 傾向을 보이나, 그 差異는 크지 않았다. 美國의 경우³¹⁾ 年齡 增加에 따라 訪問數는 일관성 있게 증가하여 65歲以上에서 6.6회로 가장 높다.

註 13) U. S. Department of Health and Human Services, op. cit., United States, 1981, p. 57.

表－Ⅳ－12. 地域別 人口學的 變數別 年間 人口 1 人當 平均 病・醫
院 訪問數

	都 市 (M=5.28)	邑 地 域 (M=3.94)	面 地 域 (M=1.95)	僻 地 (M= .73)
性				
男	5.17	3.73	2.09	.82
女	5.40	4.14	1.81	.65
年 齡				
0 - 9	8.45	6.29	2.34	.98
10 - 19	2.37	1.72	1.13	.31
20 - 29	4.43	3.35	2.00	.78
30 - 39	5.56	2.10	2.39	.78
40 - 49	4.88	4.72	1.84	.86
50 - 59	4.73	5.54	2.58	1.02
60 - 69	7.01	7.09	2.36	.87
70 +	3.01	*	2.06	.30
教育水準				
未就學 (學齡前)	11.04	7.00	3.00	1.48
在學中				
國民校	3.13	3.42	1.34	.25
中高校	2.40	1.59	.72	.38
大學 (校)	3.65	*	*	*
無 學	4.72	2.18	2.14	.56
國民學校	5.56	4.59	2.00	.89
中學校	6.12	4.72	2.36	.73
高等學校	4.43	2.37	2.65	1.59
大學 (校)	3.24	*	*	*

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

M = 地域平均

즉 17 歲以下에서 4.1 回, 17 ~ 44 歲에서 4.6 回, 45 ~ 64 歲에서 5.5 回였다.

특히 都市와 比較하여 僻地에서 가장 큰 訪問數의 격차를 보이는 年齡群은 19 歲以下와 60 歲에서 볼 수 있다. 즉 僻地の 病院 訪問數는 都市와 比較하여 0 ~ 9 歲에서 약 1/9, 10 ~ 19 歲에서 약 1/8, 60 ~ 69 歲에서 약 1/8, 70 歲以上에서 1/10 이 낮다.

教育水準別 訪問數는 面地域과 僻地에서 비교적 큰 差를 보인다. 教育水準이 높아짐에 따라 訪問數도 증가한다. 그러나 都市와 邑地域에서 無學과 國民學校以上에서 訪問數에 差를 보이나, 教育水準 증가에 따라 訪問數도 일관성 있게 증가하지 않는다.

전지역에서 在學中인 學生의 訪問數는 비교적 적고 未就學에서 높다. 그러나 地域間 差異는 크다. 특히 未就學과 國民學校 在學生의 訪問數는 僻地에서 현저히 낮다. 都市와 比較하여 僻地の 訪問數는 未就學에서 약 1/7, 國民學校 學生에서 약 1/13 정도 낮은 수준에 있다.

經濟變數別 年間 1人當 病・醫院 訪問數는 表-Ⅳ-13 과 같다. 醫療保障 受惠人口는 非受惠人口보다 현저히 높은 訪問數를 나타내며 그 差異도 크다. 醫療保障 種類別로 訪問數에 큰 差異가 있다. 都市에서 1種 醫療保險 受惠者의 訪問數가 가장 높지만, 邑面 그리고 僻地에서는 公務員・教員 醫療保險 受惠者에서 가장 높았다. 그러나 각 地域에서 非受惠者와 醫療保護 受惠者間 訪問數의 差異는 크지 않다.

각 地域에서 生活水準이 높아짐에 따라 訪問數도 증가하는 傾向을 나타낸다. 이 傾向은 都市에서 뚜렷하다. 生活水準 下에서 訪問數는 4.3 回, 中에서 5.3 回, 上에서 가장 높은 7.5 回였다.

그러므로 醫療供給에서 生活水準이 낮은 階層의 낮은 訪問數가 문제되며, 都市와 僻地間 격차는 크다. 年間 訪問數는 生活水準 下에서 僻地는 都市의 약 1/6 수준에 있다.

表-Ⅳ-13. 地域別 經濟變數別 年間 人口1人當 平均 病・醫院
訪問數

	都 市 (M=5.28)	邑 地 域 (M=3.94)	面 地 域 (M=1.95)	僻 地 (M=.73)
醫療保障				
非受惠	3.89	3.18	1.81	.59
受 惠	7.16	5.59	2.60	1.51
醫療保險				
公務員・教員	5.12	7.07	3.67	2.89
1 種	8.91	5.65	2.33	1.73
醫療保護	4.77	2.50	1.85	.71
生活水準				
下	4.33	3.02	1.90	.70
中	5.27	5.86	2.11	1.14
上	7.49	3.39	*	*

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

M = 地域全體平均

3. 藥局(房) 訪問

藥局(房)은 住民의 높은 利用率 때문에 醫療에서 큰 關心을 갖는다. 특히 藥局 利用者의 대부분은 醫師의 처방없는 買藥에 의한 自家治療이며, 藥局은 극히 제한된 몇 種의 醫藥品을 제외한 광범한 종류의 醫藥品을 消費者의 요구에 따라 販賣할 수 있기 때

문에, 醫藥品の 誤・濫用에서 오는 經濟的 損失은 물론 健康上 피해도 클 것이다. 그러나 藥局(房)은 현실적으로 住民의 醫療要求 充足에 가장 크게 기여하고 있기 때문에 醫療서비스에서 關心의 焦點이 되고 있다.

表-Ⅳ-14는 지난 15日間 人口 100人當 藥局(房)을 治療目的으로 1회 또는 그 이상 訪問한 사람의 比率을 나타낸 것이다. 都市에서 19%, 邑地域에서 17%, 面地域에서 13%, 僻地에서 8%의 住民이 藥局(房)을 訪問하였다.

表-Ⅳ-14. 地域別 지난 15日間 藥局(房)訪問率 및 訪問者當 訪問回數 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
15日間訪問率	19.0 %	17.3 %	13.3 %	8.3 %
訪問回數				
1	51.0	50.0	54.8	67.9
2	22.5	23.8	22.7	18.6
3 +	26.5	26.2	22.5	13.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,179)	(1,031)	(2,820)	(1,556)
(平均)	(2.26)	(2.32)	(2.04)	(1.60)

N = 標本數 (藥局・房 訪問者)

訪問者當 訪問回數는 1回에서 가장 높은 比率을 나타내고 있는데, 특히 面地域과 僻地에서 높다. 이에 따라 訪問者當 平均 訪問數는 都市에서 2.3回로서 가장 많고, 僻地에서는 1.6回로서 가장 적다.

表-Ⅳ-15는 地域別 人口學的 變數別 人口 100人當 藥局(房) 訪問率을 나타낸 것이다.

性別로 訪問率은 각 地域에서 유사한 水準을 나타내나, 특히 都市에서 女子의 訪問率이 男子보다 훨씬 높다.

年齡別 訪問率은 4개 地域에서 10~19歲에서 가장 낮고, 年齡增加에 따라 增加하는 傾向을 나타내고 있다. 地域間 年齡別 差異는 모든 年齡群에 걸쳐서 都市의 訪問率이 農村地域보다 높은 것으로 나타나나, 그 差異의 程度는 病·醫院 訪問率과 비교하여 현저히 적은 것이다.

同一 地域內 年齡別 訪問率을 보면, 10~29歲에서 낮은 訪問率을 제외하고, 각 年齡群에서 큰 차이없이 높은 水準의 訪問率을 볼 수 있다.

教育水準別로 보면, 學校 在學生의 訪問率이 4개 地域에서 다 같이 낮고, 國民學校 教育水準에서 가장 높다. 그리고 教育水準이 높아짐에 따라 訪問率이 감소하는 傾向을 보이니, 그 差異는 적다.

未就學 人口에서의 藥局(房) 訪問率이 비교적 높다. 특히 都市에서 6歲未滿 未就學人口의 약 1/4이 15日間에 藥局을 1回 또는 그 이상 訪問하고 있어 藥局의 지나친 依存度가 문제된다.

同一 地域內 訪問率의 教育水準別 差異는 크지 않다. 그러나 地域間 差異는 각 教育水準別로 큼을 볼 수 있다.

地域別 經濟變數別 人口 100人當 藥局(房) 訪問率은 表Ⅳ-16와 같다.

전체적으로 각 地域에서 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口間에 訪問率에 差異가 거의 없다. 다만 醫療保障의 種類別로 약간의 差異가 있다.

表-Ⅳ-15. 地域別 人口學的 變數別 15日間 人口 100人當
藥局(房) 訪問率

	都 市 (M=19.0%)	邑 地 域 (M=17.3%)	面 地 域 (M=13.3%)	僻 地 (M=8.3%)
性				
男	17.1	17.0	13.0	8.5
女	20.9	17.6	13.5	8.1
年 齡				
0 - 9	20.6	18.8	14.5	7.2
10 - 19	13.1	10.5	7.2	4.0
20 - 29	15.5	11.2	11.4	6.9
30 - 39	21.8	18.2	16.3	10.0
40 - 49	23.2	23.1	19.6	12.7
50 - 59	26.8	29.8	17.3	12.5
60 +	22.1	21.4	13.4	10.5
教育水準				
未就學(學齡前)	24.3	22.6	17.2	9.2
在學中				
國民校	13.4	11.0	9.3	4.1
中高校	12.4	10.5	7.0	4.5
大學(校)	11.8	*	*	*
無 學	19.8	22.1	14.1	10.6
國民學校	23.7	22.9	16.6	10.9
中學校	22.2	16.8	12.1	8.3
高等學校	19.5	15.1	15.2	7.0
大學(校)	18.3	*	*	*

M = 地域平均

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

表-Ⅳ-16. 地域別 經濟變數別 15日間 人口 100人當
藥局(房) 訪問率

	都 市 (M=19.0%)	邑 地 域 (M=17.3%)	面 地 域 (M=13.3%)	僻 地 (M=8.3%)
醫療保障				
非受惠	19.5	17.8	13.2	8.5
受 惠				
醫療保險				
公務員・教員	19.8	21.3	14.7	8.0
1 種	17.2	12.5	16.9	9.4
醫療保護	18.9	16.1	11.1	6.0
生活水準				
下	17.8	17.5	12.8	8.1
中	20.1	17.0	15.6	11.2
上	20.0	17.3	*	*

M=地域平均

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

都市에서 非受惠人口보다 1種 醫療保險 受惠人口에서 訪問率이 약간 낮고, 邑地域에서 역시 訪問率은 1種 醫療保險 受惠者에서 낮지만, 公務員・教員 醫療保險 受惠者에게 약간 높음을 볼 수 있다. 面地域과 僻地에서도 이러한 差異를 볼 수 있다.

다만, 醫療保障의 惠澤이 없는 藥局(房) 訪問이 醫療保障 受惠人口에서 非受惠人口만큼의 높은 率을 나타내고 있는 것은 여러 側面에서 檢討의 餘地가 크다. 醫療保障 受惠人口의 모든 醫療要求는 病・醫院에 의하여 充足되고 있지 않은 原因이 疾病의 종류나 심한 정도, 治療費, 病・醫院의 可用性(거리, 도달시간, 대기시간, 정규근무시간외 이용 등), 病・醫院 治療에 대한 滿足度(친절, 치료결과, 기타) 등에 걸쳐 규명되어야 할 것이다. 한편 醫療保障의 方向도 현재와 같은 水準의 藥局(房) 利用을 전제로 또는 그 水準의 上向 또는 下向調整을 전제로 病・醫院 利用의 擴大에 目標을 두고 있는지 명확히 해야 할 것이다. 앞으로 國民 皆保險을 豫見할 때 藥局(房)의 位置는 保險受惠者의 利益 極大化한 側面에서 심중히 고려되어야 할 것이다.

生活水準別 訪問率은 각 地域에서 약간의 差異가 있으나 그 差異의 程度는 크지 않다.

그러므로 15日間 人口 100人當 藥局(房) 訪問率은 地域間 差異를 보이지만, 同一 地域에서 人口學的 經濟的 變數間 큰 差異없이 높은 水準을 나타내고 있음을 알 수 있다.

表-Ⅳ-17는 地域別 人口學的 變數別 年間 人口 1人當 平均 藥局(房) 訪問數를 나타내고 있다. 年間 訪問數는 15日間 訪問數를 24倍하여 推定된 것이다.

性別 1人當 訪問數는 都市를 제외하고 유사하다. 都市에서 男子의 年間 訪問數는 9.1回로서 女子의 11.7回보다 낮다.

年齡別로 1人當 訪問數는 각 地域에서 10~19歲에서 가장 적고, 年齡增加에 따라 완만한 增加趨勢를 보인다. 특히 40~69歲에서 비교적 높은 訪問回數를 볼 수 있다.

表－Ⅳ－17. 地域別 人口學的 變數別 年間 人口 1人當 平均
藥局(房) 訪問數

	都 市 (M=10.35)	邑 地 域 (M=9.64)	面 地 域 (M=6.50)	僻 地 (M=3.20)
性				
男	8.98	9.51	6.36	3.36
女	11.69	9.76	6.65	3.05
年齡				
0－9	8.95	8.12	5.70	2.26
10－19	5.94	4.51	2.75	1.39
20－29	7.81	4.82	5.40	2.83
30－39	12.81	12.13	8.35	4.01
40－49	15.48	16.01	11.51	5.33
50－59	18.75	20.35	10.03	5.33
60－69	18.45	17.76	8.42	4.16
70＋	12.81	9.57	6.68	4.13
教育水準				
未就學(學齡前)	10.73	10.03	6.84	2.95
在學中				
國民學校	5.55	4.70	3.56	1.32
中高校	5.12	4.37	2.58	1.66
大學(校)	5.23	*	*	*
無 學	14.66	14.95	8.16	4.23
國民學校	14.99	14.88	8.85	4.48
中學校	14.26	10.40	6.64	3.64
高等學校	10.95	8.09	7.83	2.87
大學(校)	10.73	*	*	*

M＝地域平均

*＝標本數가 적어서 計算되지 않았음.

地域間 訪問回數는 역시 4 개 地域중 都市에서 가장 높지만, 都市와 邑地域間 差異는 크지 않음을 알 수 있다.

教育水準別 訪問數는 4 개 地域에서 在學中인 學生에서 비교적 낮고, 教育水準이 높아짐에 따라 약간 감소하는 추세를 보인다.

表-Ⅳ-18는 地域別 經濟變數別 年間 人口 1人當 訪問數를 나타내고 있다.

表-Ⅳ-18. 地域別 經濟變數別 年間 人口 1人當 平均 藥局(房) 訪問數

	都 市 (M=10.35)	邑 地 域 (M=9.64)	面 地 域 (M=6.50)	僻 地 (M=3.20)
醫療保障				
非受惠	11.53	10.52	6.35	3.25
受 惠	8.75	7.72	7.24	2.93
醫療保險				
公務員・教員	9.76	10.01	7.52	3.04
1 種	7.50	5.59	10.08	3.46
醫療保護	11.74	9.01	5.94	3.41
生活水準				
下	9.27	9.78	6.37	3.10
中	11.28	9.46	7.25	4.49
上	11.22	9.25	*	*

M=地域平均

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

醫療保障 受惠人口와 非受惠人口間 訪問數의 差異는 都市와 邑地域에서 비교적 크고, 面地域과 僻地에서는 크지 않다. 都市 및 邑地域에서 醫療保險 非受惠者 1人當 訪問數는 受惠者보다 2.8 회가 각각 많다. 이들 地域 非受惠者의 藥局(房) 依存度가 큼을 알 수 있다.

醫療保障 種類別로 볼 때, 都市 및 邑地域의 1種 醫療保險 受惠者의 訪問數가 비교적 적고, 醫療保險 受惠者에서 비교적 높은 訪問數를 나타내고 있다. 이러한 藥局(房) 訪問數는 앞에서 記述된 病·醫院 訪問數와 연관성이 크다. 높은 藥局(房) 訪問數는 낮은 病·醫院 訪問數와 연관됨으로써, 藥局(房)은 病·醫院의 代替機能을 하고 있음을 알 수 있다.

生活水準別 訪問數는 각 地域에서 큰 差異를 나타내지 않는다. 이는 生活水準과는 관련없이 고루 높은 藥局(房) 訪問數를 나타냄을 의미한다. 그러나 地域間 同一 生活水準別로 訪問數의 큰 差異를 볼 수 있다. 즉 都市에서 生活水準 下의 年間 訪問數는 9.3 회로서 僻地의 3.1 회보다 3 배 높다. 生活水準 中에서도 역시 地域間 큰 差異를 나타낸다.

以上 記述된 바와 같이 藥局(房) 訪問率 및 訪問數는 地域間 差異는 크지만, 同一 地域內에서 人口學的 經濟的 變數別로 큰 差異없이 높은 水準을 나타내고 있다. 이에 따라 藥局(房)은 현실적으로 가장 중요한 醫療資源이 되고 있다.

藥局(房)의 높은 利用은 醫療費의 低廉, 治療結果의 滿足度, 農村地域에서 높은 地理的 接近性(geographical accessibility) 등에 의하여 影響을 받고,³²⁾ 이들 利點을 구비한 治療源은 藥局(房)을 除外하고는 없는 것이 現實이다. 특히 買藥에 의한 自家治療는 선

註 32) 宋建鏞·金應錫. KHD I 示範事業 評價를 위한 1976 年 基礎調查報告. 韓國保健開發研究院. 1978 年 12 月

전과 傳統的 保健行爲에 의하여 影響³³⁾을 받으며, 醫療에 전문지식이 없는 患者 스스로 治療를 着手(patient-initiated)하는 特性을 갖는다.

그러므로 무분별한 醫藥品 消費는 不必要(unnecessary), 過多(redundant) 또는 無用(useless)일 수 있고, 이에 따라 社會에 集團的 危險과 不當한 財政的 負擔을 준다. 藥局(房)의 醫療, 健康, 그리고 經濟的 功過는 종합적으로 검토되고 앞으로의 進路가 再定되어야 할 것이다.

4. 選好治療源

選好治療源이란 醫療要求者에게 治療與否 또는 실제로 받은 治療源의 種類와는 관계없이 調査日 現在 治療를 받고 싶은 治療源의 種類를 말한다. 실제로 있어 選好治療源은 「어디에서 치료받거나 약을 쓰고 싶으십니까?」라고 질문되었고, 그 應答結果가 治療源 種類別로 分類되었다. 그러므로 選好治療源은 醫療要求者가 經濟 및 社會的 要因을 고려함이 없이 治療를 받고 싶어하는 治療源에 대한 潛在된 態度를 나타낸다. 이 資料는 僻地를 除外한 都市, 邑地域, 面地域에서 수집되었다.

表-Ⅳ-19는 地域別 醫療要求者 100人當 選好治療源의 分布를 나타낸 것이다. 3개 地域에서 모두 病·醫院 選好傾向이 강하게 나타난다. 都市에서 75%의 醫療要求者가 病·醫院에서 治療를 받기를 願하였고, 邑 및 面地域에서도 69%로서 높았다.

다음으로 높은 選好를 보이는 治療源은 藥局(房)으로서 都市에서 18%, 邑 및 面地域에서 22~23%였다.

註33) Natonal Analysis, "A Study of Health Practices and Opinions",
Dept. of Commerce, 1972, p. 978.

表 - IV-19. 地域別 醫療要求者의 選好治療源 分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域
病・醫院	75.4 %	68.9 %	68.6 %
藥局 (房)	17.8	22.5	21.5
漢字 (醫院・藥房)	5.3	4.6	5.5
保健 (支) 所	1.3	3.8	1.4
其 他	.1	.2	.3
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(3,263)	(1,599)	(5,656)

N = 標本數 (選好治療源 未詳을 除外한 醫療要求者)

病・醫院에 대한 높은治療 選好性은 性別, 年齡別, 教育水準別, 醫療保障 受惠與否別로 큰 差異없이 높았다.

특히 3개 地域에서 다 같이治療源으로서 民間 醫療提供者를 전적으로 選好하고 있음을 알 수 있다. 이는 실제로 利用한治療源의 分布에서도 나타난 特徵이지만, 公共 醫療서비스의 낮은 可用性 (availability), 낮은 信賴度, 낮은 地理的 接近性 등은 農村地域에서 改善이 要求된다.

한편 醫療要求者중 治療者와 未治療者를 區分하고, 또한 未治療者의 未治療理由別로 選好治療源의 分布를 보면 表 IV-20 와 같다. 이 表에서 統計値는 都市・邑地域, 面地域의 區分없이 總括하여 제시되었다. 地域間 分布의 有意한 差異가 없기 때문이다.

전체적으로治療를 받은 사람과 받지 않은 사람 間에 病・醫院 選好에 差異가 있다. 未治療者에서 보다 높은 病・醫院 選好性이 강하다. 특히 未治療 理由가 經濟的인 때, 病・醫院 選好率은 82%로서 가장 높았다.

表-Ⅳ-20. 治療者 및 未治療者의 未治療 理由別 選好治療源 分布

	治療者	未治療理由 (未治療者)			
		症狀輕微	經濟的	其 他	治療豫定
病・醫院	65.8 %	75.7 %	82.0 %	76.2 %	73.6 %
藥局 (房)	27.5	13.8	7.0	9.6	10.2
漢 方	4.3	5.5	7.0	7.7	7.9
保健 (支) 所	2.2	4.4	3.9	5.5	7.9
其 他	0.2	0.6	0.1	0.0	0.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

藥局 (房) 의 選好性은 治療者보다 未治療者에서 약하지만, 未治療者중 未治療 理由가 症狀輕微에서 비교적 높았다.

未治療者중 상당 부분이 病・醫院 治療를 選好하지만, 經濟的, 地理的 其他 理由로 因하여 治療받지 못하고 있음을 알 수 있다.

治療源에 대한 選好性和 實際 利用間에 큰 幅의 矛盾을 볼 수 있다. 表-Ⅳ-21 에서 보는 바와 같이 治療者의 病・醫院 選好率은 65.8 %였고, 실제 利用은 25.8 %에 불과하여 選好 對比 實際

表-Ⅳ-21. 治療者의 選好 및 實際 治療源分布의 比較

	實際利用 (1)	選 好 (2)	差 異 (3)=(1)-(2)	差 異 率 (4)=(3)/(1)
病・醫院	25.6 %	65.8 %	- 40.2 %	157 %
藥局 (房)	64.5	27.5	37.0	57
漢 方	6.1	4.3	1.8	*
保健 (支) 所	3.4	2.2	1.2	*
其 他	0.4	0.2	0.2	*
計	100.0	100.0	-	

* = 無意味하여 計算하지 않았음.

利用의 比率은 39 %였고 實際利用者の 1.6 倍에 해당하는 病・醫院 選好者가 他治療源을 利用하였다. 이와 같은 病・醫院 選好者 중 이를 利用하지 못한 대부분 治療者는 실제로 있어 藥局(房)을 利用하였다. 즉 藥局(房)을 選好하지 않았으나 실제로 利用한 比率은 藥局(房) 利用者の 57 %를 차지한다.

藥局(房)은 앞의 醫療利用에서 記述된 바와 같이 가장 높은 利用率을 나타낸다. 그러나 利用者の 절반이상이 病・醫院 治療를 選好하고 있으나, 藥局(房)이 갖고 있는 諸利點 즉 費用의 低廉性, 地理的 높은 接近性, 治療結果에 대한 높은 滿足度 때문에 실제로 病・醫院을 利用케 된 것이다. 그러므로 藥局(房)이 病・醫院의 代役으로서 주요 기능을 현실적으로 發揮하고 있으나, 病・醫院 利用의 誘因이 커지면, 藥局(房) 利用者の 큰 部分이 病・醫院 利用으로 轉換할 潛在力을 갖고 있다.

한편 農漁村 僻地에서는 醫療利用의 結果와 治療源에 대한 信賴度에 대한 應答者の 主觀的 認識에 대한 資料가 蒐集되었다. 表-IV-22는 醫療利用者の 각 治療源에 대한 態度를 利用結果에 대한 滿足度와 信賴度로 區分하여 그 分布를 제시하고 있다.

治療結果에 대한 滿足度는 “治療를 받은 후 그 증세는 어떻게 되었습니까?”란 質問에 대하여 「完快 또는 差度 있음」이란 應答를 滿足으로, 「差度 없음 또는 症狀 惡化」란 應答를 不滿足으로, 그리고 治療를 받은 후 症狀의 變化에 대하여 모른다는 應答를 未詳으로 각각 分類되었다.

전체적으로 治療結果에 대한 滿足率은 藥局(房)에서 가장 높은 77 %였고, 醫師에서는 71 %, 漢方에서 가장 낮은 54 %였다. 僻地에서 治療源중 藥局(房)에서의 買藥 自家治療에 가장 높은 滿足度를 나타내고 있다.

治療源에 대한 信賴度는 “그 治療處는 病을 고친다고 믿고 계십니까?”란 質問에 대하여 「아주 확신한다. 또는 좀 믿는다」란 應答를 信賴 또는 確信으로, 「확실히 않다 또는 믿지 않는다」

表-Ⅳ-22. 農漁村 僻地 醫療源에 대한 利用滿足度 및 信賴度

區 分	醫 師	保健(支)所	漢 方	藥局(房)
利用結果				
滿 足	71.0 %	60.6 %	54.3 %	77.0 %
不滿足	9.8	15.6	21.2	7.9
未 詳 *	19.2	23.8	24.5	15.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(307)	(109)	(151)	(1,714)
信賴度				
確 信	83.7	67.9	62.4	74.5
不確信	13.4	23.8	27.6	20.2
未 詳 **	3.9	8.3	10.0	5.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(307)	(109)	(151)	(1,714)

N = 利用者數

* = 現在 治療중이므로 그 결과 모름.

** = 모르겠다 또는 無應答.

란 應答을 不信 또는 不確信으로 각각 分類되었다.

治療源에 대한 利用者の 信賴度는 醫師에서 가장 높은 84 % 였고, 다음은 藥局(房)에서 75 %였다. 醫師에서 治療結果에 대한 滿足度보다 信賴度가 높았으나, 藥局(房)에서는 반대로 信賴度가 약간 낮았다.

이와 같은 각 治療源에 대한 利用者の 態度는 治療源 選擇 및 利用에 크게 影響을 줄 수 있다. 특히 藥局(房)의 높은 利用率은 地理的 및 費用에서의 利點 이외에 이에 대한 높은 滿足度

와 信賴度와 密接한 연관성을 갖는다.

5. 要 約

15日間 醫療利用이 都市, 邑地域, 面地域, 僻地로 地域을 區分하여 각 治療源別로 그 利用狀態가 검토되었다.

醫療利用率의 地域間 隔差는 컸고, 특히 病・醫院 訪問率 및 頻度는 그 隔差가 더욱 컸다. 都市地域에서 높은 病・醫院의 可用性(availability), 높은 醫療保障 受惠水準 등은 病・醫院 利用을 높이는 주요 要因이다.

그러나 治療源중 藥局(房) 依存率은 4개 地域에서 모두 컸다. 藥局(房)이 醫療傳達體系와 전체적 醫療制度에서 차지하는 位置와 役割이 國民保健의 見地에서 再檢討되어야 한다.

醫療要求者の 病・醫院 選好性은 강했고, 이들중 대부분이 현실적으로 藥局(房)을 治療源으로 選擇・利用하고 있다.

第V章 病醫院 入院

病・醫院 入院은 1980年 10月 1日에서 1981年 9月 30日의 1年間 退院한 經驗이 있는 者 또는 9月 30日現在 入院中인 患者로서 調査日 現在 生存者에 대하여 질문되었다. 그러므로 本 調査에서 지난 1年間 入院經驗이 있으나 死亡한 者는 除外되었다.

本 調査에서 入院에 관하여 入院(admissions), 入院者(person with admission), 그리고 在院日數(duration of hospital stay) 등이 질문되었는데, 諸率의 算出에 使用된 公式은 다음과 같다.

$$\text{入院者率} = \text{年間入院者數} / \text{人口} \times 1,000$$
$$\text{入院率} = \text{年間入院件數} / \text{人口} \times 1,000$$
$$\text{入院者當 平均在院日數} = \text{總在院日數} / \text{入院者數}$$
$$\text{入院件當 平均在院日數} = \text{總在院日數} / \text{入院件數}$$

1. 入院率 및 入院者率

가. 全体水準

人口 1,000人當 年間 病・醫院 入院者率은 表 V-1에서 보는 바와 같이 地域間 差異가 크다. 都市에서 35, 邑地域에서 24였고, 面地域과 僻地에서는 각각 21이었다.

入院者當 入院回數 또는 入院件數는 각 地域에서 1回에서 가장 높은 91~92%였다. 入院件數에 기초를 둔 人口 1,000人當 入院率은 都市에서 41로서 面地域과 僻地의 24보다 훨씬 높다. 美國에서 1976~78년 人口 1,000人當 入院率³⁴⁾은 全國平均이

註 34) U. S. Department of Health and Human Services, Health. United States, 1981, p. 58.

表 - V-1. 地域別 年間 入院者率, 入院率 및 平均在院日數:

1980.10. 1 - 1981. 9.30.

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
入院者率 ¹⁾	35	24	21	21
入院者當 入院 回 (件) 數				
1	91.0 %	92.4 %	90.8 %	91.8 %
2	6.6	6.2	7.0	6.5
3 +	2.4	1.4	2.4	1.7
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(406)	(145)	(452)	(402)
入院率 ²⁾	40.7	26.5	24.1	23.5
平均在院日數				
入院者當	12.2	21.5	15.8	17.9
入院件當	10.4	19.2	13.4	16.2

1) 入院者率 = 入院者數 / 人口 × 1,000

2) 入院率 = 入院件數 / 人口 × 1,000

131, 大都市에서 125, 農村에서 155 었는데, 이것과 우리나라 都市의 入院率을 비교해도 큰 差異를 나타낸다. 1種 醫療保險 受惠

者の 入院率은 1980 년에 64, 1981 년에 56³⁵⁾ 인 것과 비교하여 本 調査의 都市 入院率에서도 낮다.

入院者當 平均 在院日數는 都市에서 가장 낮은 12.2日이며, 農村地域에서 훨씬 높다.

入院件當 在院日數는 都市에서 10.4日이며, 面地域에서 13.4日, 僻地에서 16.2日이었다. 邑地域의 在院日數는 4개 地域중 가장 큰 것으로 計算되었는데, 이는 標本數가 비교적 적은데 在院日數 20日以上の 長期在院者の 比率이 例外的으로 높은데 기인된 것이다. 1種醫療保險 受惠者の 入院件當 在院日數³⁶⁾는 1980년에 6.76日, 1981년에 7.89일이었고, 公務員·敎員 醫療保險 受惠者에서는 1980년에 8.59일이³⁷⁾었다.

한편 全國 病院資料에서 計算된 平均 在院日數는 1978년에 12日, 1979년에 16日, 1980년에 11日이었다.³⁸⁾ 本 調査値는 全國 病院의 경우와 유사하지만, 醫療保險 受惠者の 경우보다는 훨씬 높다.

나. 人口學的 變數別

表-V-2는 地域別 人口學的 變數別 入院者率을 나타낸 것이다. 性別로 入院者率의 큰 差異는 都市에서 볼 수 있다. 男子에서 23, 女子에서 47이었다. 地域間 性別 入院者率을 보면 男子에서 地域間 差異가 거의 없으나, 女子에서는 都市에서 가장 높고, 다음은 邑地域이었고, 面地域과 僻地에서 가장 낮다.

註 35) 醫療保險組合聯合會, 月刊醫保소식, 82년 7월호, p. 22.

36) 醫療保險組合聯合會, 前掲書.

37) 醫療保險管理公團, 醫療保險年報, 1980.

38) 保健社會部, 保健社會統計年報, 1981, p. 35.

表Ⅴ-2. 地域別 人口學的 變數別 年間 人口 1,000人當
病・醫院入院者率

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
性				
男	23	21	24	24
女	47	27	18	19
年 齡				
0 - 9	20	11	11	21
10 - 19	14	9	10	9
20 - 29	74	41	34	31
30 - 39	45	40	31	35
40 - 49	37	30	27	37
50 - 59	39	41	37	32
60 - 69	43	32	32	52
70 +	27	30	14	23
教育水準				
未就學（學齡前）	27	15	13	12
在學中				
國民校	10	8	7	5
中高校	13	8	8	11
大學（校）	14	*	*	*
無 學	29	30	26	24
國民學校	42	35	31	35
中學校	53	42	29	31
高等學校	55	34	36	42
大學（校）	67	41	*	*

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

年齡別 入院者率은 4 개 地域에서 다 같이 10 ~ 19 歲에서 가장 낮은 9 ~ 14 였다. 그러나 가장 높은 入院者率을 나타내는 年齡群은 地域間 差異가 있다. 都市에서 20 ~ 29 歲 (74), 邑地域에서 20 ~ 29 歲와 50 ~ 59 歲 (41), 面地域에서 50 ~ 59 歲 (37), 그리고 僻地에서 60 ~ 69 歲 (52)에서 각각 가장 높은 入院率을 나타내고 있다. 그러나 4 개 地域間 각 年齡群別로 入院者率에 큰 差異가 없다. 이는 病・醫院 및 藥局 (房) 訪問 頻度の 地域間 差異가 컸던 것과 비교하면 더욱 뚜렷하다.

教育水準別 入院者率을 보면, 4 개 地域에서 현재 學校 在學生에서 가장 낮고, 教育水準이 높아짐에 따라 增加하는 傾向이 있다. 그러나 그 增加는 완만하며, 또한 地域間 教育水準別로 入院者率의 差異는 크지 않음을 알 수 있다.

다. 經濟變數別

經濟變數別 病・醫院 入院者率은 表 - V-3 에서 보는 바와 같다.

4 개 地域에서 醫療保障 受惠人口와 非受惠人口間 入院者率에는 큰 差異가 있다. 都市에서 醫療保障 非受惠人口의 入院者率은 26 인데, 受惠人口중 1 種醫療保險 受惠人口에서는 56 , 公務員・教員 醫療保險이나 醫療保護 受惠人口에서는 35 ~ 38 이었다. 邑地域, 面地域 그리고 僻地에서도 入院者率의 受惠 및 非受惠人口間 差異를 볼 수 있다.

生活水準別 入院者率은 4 개 地域에서 生活水準이 높아짐에 따라 약간 높아지는 傾向을 보인다. 그러나 그 差는 크지 않으며, 地域間 生活水準別로 入院者率에는 큰 差異가 없음을 알 수 있다.

表－Ⅴ－3. 地域別 經濟變數別 年間 人口 1,000 人當 病・醫院
入院者率

	都	市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
醫療保障					
未受惠	26		21	18	19
受 惠					
醫療保險					
公務員・教員	38		37	37	43
1 種	56		29	63	44
醫療保護	35		25	21	29
生活水準					
下	35		23	21	21
中	39		24	24	24
上	31		36	*	*

* = 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

2. 在院日數

地域別 入院者當 在院日數 分布는 表－Ⅴ－4 와 같다. 각 地域에서 在院日數 증가에 따라 入院者の 比率은 감소한다. 1～3 日의 短期 入院者の 比率은 都市에서 가장 높고, 邑地域, 面地域, 僻地로 갈수록 감소한다. 이에 따라 10 日以上の 비교적 長期 在院者の 比率은 都市에서 33.5 %, 邑地域에서 42.8 %, 面地域에서

39.1 %, 僻地에서 45.3 %로서 農村地域 특히 僻地에서 장기 在院者의 比率이 높음을 알 수 있다.

이러한 在院日數 分布에 따라 入院者當 平均 在院日數는 都市에서 12.2日로서 가장 낮고, 面地域, 僻地로 갈수록 增加傾向을 보인다. 邑地域의 平均이 높게 계산되었는데, 이는 몇 件의 장기 入院者에 기인된 것이다. 在院日數는 1日에서 365日로 간격이 컸고, 몇 件의 장기 在院日로 인하여 平均의 크기가 크게 변한다.

表 - V-4. 地域別 年間 入院者當 在院日數

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
I - 3	35.5 %	31.0 %	30.3 %	26.4 %
4 - 5	9.4	5.5	8.8	9.5
6 - 7	16.5	16.6	14.6	15.0
8 - 9	5.2	4.1	7.1	3.7
10 - 14	9.1	16.6	11.9	13.7
15 - 19	7.4	1.4	7.1	7.7
20 +	17.0	24.8	20.1	23.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0
N	406	145	452	402
平 均	12.2	21.5	15.8	17.9
標準偏差	19.7	41.9	30.3	34.0
中 央 值	6.63	7.62	7.50	7.88

N = 標本數 (入院者數).

中央値는 地域間 큰 差異가 없다.

教育水準別 在院日數를 보면, 4개 地域間 未就學・在學中에서 中央値는 유사하지만 無學・國校의 低教育水準에서 中央値는 都市에서 가장 높고, 農村地域에서 낮다. 그러나 中等以上の 높은 教育水準에서는 都市보다 農村에서 훨씬 높다. 또한 成人에서 教育水準이 높을수록 中央値는 都市와 邑地域에서 낮아지나 僻地에서 높아지는 傾向을 보인다.

標準偏差의 크기로 보아 그 變異의 정도를 알 수 있다.

그러므로 入院者의 平均傾向을 알기 위해 中央値가 더 有用할 수 있다. 入院者當 在院日數의 中央値는 都市에서 6.63일로 가장 낮고, 邑地域 및 僻地에서 7.5 ~ 7.9일의 범위로 都市보다 높다.

入院者當 平均 在院日數는 病・醫院 訪問이나 藥局(房) 訪問頻度와 逆의 關係를 갖는 것 같다. 都市에서 病・醫院 및 藥局訪問 頻도가 높은데, 반하여 在院日數는 적다. 農村地域은 都市의 경우와 반대현상을 나타낸다. 특히 僻地에서 장기의 在院日數는 낮은 病・醫院 및 藥局(房) 利用과 연관성이 크다.

表-V-5는 地域別 諸變數別 入院者當 平均 在院日數를 나타내고 있다.

性別 在院日數를 보면, 4개 地域에서 平均値 및 中央値 모두가 女子보다 男子에서 높고 그 差도 크다. 中央値를 보면 특히 都市에서 性別 差異가 가장 큰 데 이는 分娩을 위한 入院이 많이 包含되메 기인된 것 같다.

年齡別 在院日數에서도 이러한 特性은 잘 나타나고 있다. 20 ~ 39歲에서 在院日數의 中央値는 都市에서 2.93일에 불과하며, 邑地域, 面地域, 僻地에서 都市보다 훨씬 높다. 이는 都市의 높은 施設分娩率을 반영한다. 그러나 40세이상에서 在院日 中央値는 都市에서 가장 높은 14.09日이며, 邑地域의 11.82日, 面地域의 8.05日, 僻地의 9.33日과는 큰 격차를 보인다. 都市地域의 成人 및 老齡人口의 入院需要가 農村地域보다 높다. 0 ~ 19歲에서의 在院日

表－V－5. 地域別 各 獨立變數別 入院者當 年間 平均在院日數 및
中央值

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
	平均 (中央值)	平均 (中央值)	平均 (中央值)	平均 (中央值)
性				
男	17.0(9.17)	29.3(10.56)	17.5(8.13)	19.1(9.00)
女	10.0(4.78)	15.8(6.94)	13.6(6.60)	16.3(7.41)
年 齡				
0－19	11.2(7.38)	10.1(7.83)	15.3(7.21)	15.5(8.75)
20－39	9.1(2.93)	19.6(6.00)	15.1(6.91)	16.6(6.75)
40＋	20.7(14.09)	29.1(11.82)	16.5(8.05)	19.6(9.33)
教育水準				
未就學, 在學中	10.2(7.41)	10.0(7.50)	15.8(7.38)	11.9(7.62)
無學, 國校	18.9(10.56)	27.4(10.23)	15.4(7.62)	18.1(7.65)
中等以上	10.3(5.65)	20.8(6.56)	16.7(7.57)	22.1(11.11)
入院費支出源				
自 費	12.1(7.00)	25.1(7.79)	13.7(7.25)	18.6 (7.41)
第 3 者 **	12.3(6.34)	17.3(7.40)	21.5(9.40)	15.8 (11.39)
生活水準				
下	11.5(6.25)	23.2(7.64)	15.8(7.55)	18.7 (7.95)
中	13.4(6.79)	20.0(8.67)	21.5(7.25)	*
上	11.6(7.20)	*	*	*

** 醫療保險, 醫療保護, 產災, 自動車保險 등 包含.

* 標本數가 적어서 計算되지 않았음.

醫療費 支出源別로 在院日 中央値를 보면, 都市와 邑地域에서 自費보다 第3者 支拂에서 낮지만, 面地域과 僻地에서는 오히려 第3者 支拂에서 높다. 地域間 在院日數의 中央値는 第3者 支拂에서 都市보다 邑・面 그리고 僻地로 갈수록 증가하는 傾向을 보인다.

生活水準別로는 都市 및 邑地域에서 生活水準이 높아질수록 在院日 中央値는 증가하는 傾向을 보이나, 面地域에서 오히려 감소한다.

전체적으로 在院日 中央値는 諸特性別로 4개 地域間 큰 차이는 없으나, 性別로 女子, 年齡 20 ~ 39 歲 등에서 비교적 낮음을 볼 수 있다.

3. 入院費 支出源

지난 1年間 入院者의 入院費 支出源別 分布(2回以上 入院者는 최종 入院件當 基準)는 表-V-6 와 같다.

4개 地域에서 自費 入院의 比率은 都市에서 가장 낮은 43%였고, 面地域과 僻地에서는 73 ~ 74%로서 높았다. 地域別로 入院費 支出源 種類的 比率은 다르다. 都市에서 전체 入院의 35%가 1種 醫療保險 受惠者였으나, 이 受惠者의 比率은 邑地域, 面地域, 僻地로 갈수록 감소한다.

公務員・教員 醫療保險 受惠者의 入院比率은 역시 都市와 邑地域에서 높으며, 都市에서 1種 醫療保險과 比較하여 낮지만, 面地域과 僻地에서는 높다.

産災나 自動車保險 등 事故에 의한 入院은 地域間 큰 차이를 보이지 않는다.

그러나 地域間 特徵的 差이는 醫療保護 受惠者의 入院 比率이다. 이 比率은 都市보다 僻地로 갈수록 증가하며, 僻地에서 全入院者의 9%, 第3者 支出源 受惠者의 약 1/3이 醫療保護 受惠者이다. 각종 醫療保險의 惠澤率이 낮은 僻地에서 醫療保護는 入院費 支出源으로서 중요한 位置를 차지하고 있음을 알 수 있다.

表 - V-6. 地域別 年間 入院患者의 醫療費 支出源分布

	都 市	邑 地 域	面 地 域	僻 地
自 費	43.1 %	54.2 %	73.2 %	73.6 %
醫療保險				
公務員・教員	16.3	16.7	8.2	7.7
1 種	35.0	16.7	7.3	2.8
醫療保護	1.5	3.5	5.3	9.0
産災・自保	3.4	9.0	3.8	4.2
其 他	.7	-	2.2	2.7
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(406)	(144)	(450)	(401)

N = 標本數 (入院患者數)

4. 要 約

人口 1,000人當 年間 入院率은 都市에서 40.7로서 가장 높으며, 邑地域, 面地域, 僻地에서는 24 ~ 27의 範圍로 낮다. 그러나 앞에서 記述한 病・醫院 및 藥局(房) 訪問率 및 그 頻度와 비교할 때 地域間 入院率의 差異는 크지 않은 것이다.

入院者率은 教育水準 및 生活水準이 높아지고, 醫療保障을 受惠하는 人口에서 비교적 높았다.

年間 入院者當 在院日數는 入院者當 1 ~ 365日의 큰 變異를 갖고 있기 때문에, 中央値의 差異를 보면, 각 變數別로 地域間 큰 差異를 나타내지 않는다. 다만 都市에서 女子, 그리고 年齡 20 ~ 39歲에서 中央値는 비교적 낮고, 生活水準이 높아지면서 약간 커지는 傾向을 보인다.

入院率 및 在院日數는 病・醫院 및 藥局(房) 訪問率 및 그 頻度와 比較하여 大 體 低 下 狀 態 에 有 じ, 地 域 間 差 異 도 大 だ. 이 는 病 床 의 不 足, 高 價 한 入 院 費 負 擔 에 基 因 되 じ 有 じ, 外 來 또는 藥 局 (房) 의 高 率 의 利 用 및 選 好 가 入 院 需 要 를 低 下 시 킬 수 도 有 じ 事 實 이 だ.

第Ⅵ章 醫療充足과 社會・經濟的 特性間的 多分類分析

1. 分析方法

앞의 여러 章에서 諸 獨立變數別로 醫療要求 및 醫療充足 등의 差異가 都市, 邑地域, 面地域, 僻地로 區分하여 百分率 및 平均値를 利用하여 記述되었다.

本 章에서는 地域間 區分을 하지 않고, 現居住地 變數를 都市化水準을 나타내는 變數로 취급하여 이 變數를 包含한 社會・經濟的 特性 變數를 중심으로 이들 각각의 變數가 全体的으로 醫療充足 및 利用과 갖는 相關性이 多分類分析 (multiple classification analysis: MCA) 을 適用하여 分析되었다.

多分類分析이란 回歸分析에서 使用하는 「더미」變數 (dummy variable) 의 擴大의 使用으로 볼 수 있다. 「더미」變數라 함은 名稱尺度 (nominal scale) 가 서로 相反된 條件을 나타내는데 이 條件들을 0, 1 등의 數量으로 置換한 變數이다.

여러 社會調查에서 취급되는 變數는 年齡이나 期間과 같은 數量 뿐만 아니라 學歷이나 職業등과 같은 名稱尺度로 나타내지는 것이 大部分인데, 이들은 計量的으로 分析하기 위해 찾아낸 방법이 回歸分析에서의 「더미」變數를 확대적으로 사용토록 한 多分類分析이다. 따라서 多分類分析에서는 名稱尺度를 數量變數로 바꾸어 사용할 수 있는 利點이 있고, 分析過程에서 變數의 性格이 名稱尺度 (nominal scale) 이건 順位尺度 (ordinal scale) 이건 數量變數 (numerical variable) 이건 상관없이 이들을 항상 몇 개의 階級 (class or category) 으로 分類하여 다루게 된다.

그러므로 多分類分析은 回歸分析和 몇 가지 差異를 갖는다. 첫째 多分類分析은 階級變數를 다루는 관계로 從屬變數와 獨立變數 間的

線型關係 (linearity)를 전제로 하거나, 각 變數가 正規分布를 갖는다는 것을 前提로 할 필요가 없다. 또한 多分類分析에서는 從屬變數와 각 獨立變數의 階級間的 關係, 즉 内部的 關係가 附加的 模型 (additive model)이어야 한다는 基本假定에 입각한다. 多分類分析은 階級變數를 다루는 것이므로 獨立變數의 水準에 따라 從屬變數의 값이 一定하게 增加 또는 減少하고 있는 關係 (no interaction)이어야 한다. 두 變數가 있을 때 이들이 $Y = a_i + b_j$ 로 표시할 수 있는 附加的 模型일 수 있어야 한다는 것이다.

둘째, 多分類分析 結果에서 나타나는 값들은 Beta 係數, 決定係數 (R^2)가 있으며, 多分類分析의 模型과 Beta 係數를 檢證하기 위한 F 統計量이 있다. Beta 係數나 R^2 값은 回歸分析에서의 Beta (標準化된 回歸係數) 및 R^2 값 (說明力)과 같은 意味를 갖지만 Eta 係數는 약간 다른 概念이다. 多分類分析에서의 이 係數는 相關分析 (correlation analysis)에서 相關係數 (R)와 같은 概念으로 풀이된다. 즉 한개의 獨立變數는 여러 개의 階級으로 되어 있는데 이 階級들은 바로 「더미」값이 된다. 따라서 한 개의 獨立變數는 여러 개의 「더미」變數의 集合으로 보게 되는데, 이 때 Eta 계수는 이 여러 개의 「더미」變數 (즉 한개의 獨立變數)가 從屬變數를 說明할 수 있는 複合的인 說明이라 할 수 있다. 例컨대 本 分析에서 使用한 學歷變數는 5個의 階級으로 區分되었기 때문에 學歷은 곧 5個의 變數로 구성된 것과 같다. 이 5個의 「더미」變數가 從屬變數를 說明하고 있는 힘은 Eta 係數로 표현되고, 이를 自乘한 Eta^2 은 바로 한개의 獨立變數 (學歷)가 從屬變數를 說明하는 決定係數가 되는 것이다. 그리고 각각의 여러 獨立變數 모두가 從屬變數를 說明하는 影響力은 回歸分析에서와 같이 R^2 값이 되는 것이다.

그러므로 回歸分析과 多分類分析은 거의 같은 방법이라고 볼 수 있다. 그러나 分析에 使用할 대부분의 變數가 名稱尺度였고 또한 從屬變數에 대해 각 獨立變數가 因果的 關係 (causality)에 있다고 假定할 수 없었기 때문에 이 名稱尺度를 「더미」變數의 一種으로

확대적용하기 위해 多分類分析의 利點을 利用하기로 한 것이다.

따라서 本 分析에서는 使用할 從屬變數와 각 獨立變數와의 “interaction” 與否를 事前에 檢討한 후 多分類分析 (M.C.A) 을 適用하였다.

“컴퓨터 프로그램”은 「spss version」에 있는 M.C.A 프로그램 을 使用하였다. 이 「spss」의 M.C.A 프로그램은 獨立變數를 “factovs(nonmetric or categorical independent variable)”와 “covariates(metric independent variable)”로 區分하여 각각 5개 變數까지만이 入力된다는 制限點을 갖고 있다.

2. 資料 및 變數

本 分析에는 「全國 保健醫療網 編成을 위한 調查研究의 家口 調査」資料가 利用되었다. 同家口調査는 한 應答者를 통해 全家口 員의 情報를 蒐集하였다. 그런데 資料의 正確性은 應答者 본인에 게서 얻은 정보가 代理應答(proxy response)에서 얻은 것 보다 높다. 특히 醫療要求와 利用에 있어서 직접 應答과 代理應答 間의 應答結果의 差異가 크다.³⁹⁾ 그러므로 本 分析의 對象은 應答者 本人으로 限定하였고 應答者로부터 직접 얻은 資料만이 分析에 利用 되었다.

本 分析에서 重要 從屬變數의 하나는 醫療要求였다. 醫療要求는

註 39) World Health Organization, “Trends in the Study of Morbidity and Mortality, *Public Health Papers*, No.27, 1965, p. 88.

直接應答時 資料는 代理應答의 경우보다 平均的으로 慢性罹患에서 11.1% 보 통 急性罹患에서 3.8%, 경미한 急性罹患에서 20.0% 높게 보고된다. 즉 直接應答은 代理應答보다 높은 罹患水準을 나타낸다.

應答에서 「 0 : 아니오 」, 「 1 : 예 」, 「 9 : 치료자 」 등 3 개로 區分된 것 중 「 1 : 예 」와 「 9 : 치료자 」를 합한 概念이다.

그런데 本 分析에 들어가지 전 몇 차례의 實驗分析 結果 醫療要求에 관한 從屬變數는 非要求者 (應答에서 “아니오”)를 포함했을 때 보다 要求者만으로 한정했을 때 (應答에서 “예” 와 “치료자”) 分析에 사용될 독립變수들과 “no interaction”의 關係를 나타낼 수 있었다. 따라서, 本 分析에서 應答者 전체가 아닌 醫療要求者만이 對象이 되었다.

醫療利用에서는 利用樣相 自体나 이에 影響을 주는 諸般 獨立變數의 特性이 서로 다르게 나타나는 病・醫院 利用과 藥局 (房) 利用을 區分하여 각각을 從屬變數로 하였다.

각 從屬變數의 構成을 보면 醫療充足水準變數는 「 0 : 醫療要求者이면서 非治療者 », 「 1 : 治療者 」로, 病・醫院 利用과 藥局利用變數는 모두 「 0 : 非利用者 », 「 1 : 利用者 」로 再附號化 (recode) 하여 使用하였다.

이에 따라 本 分析의 從屬變數, 資料의 正確性和 比較性を 고려하여 本 分析에는 전체 調查人口중 3,847 名 (20 歲以下 應答者 除外)이 對象이 되었다.

獨立變數는 現居住地 變數를 포함하여 社會・經濟的 特性變數를 중심으로 하였다. 年齡變數를 제외하고 모두 前章까지의 分析에서 사용된 것과는 그 內容이 약간 달리 하고 있다.

醫療保障受惠變數는 다른 獨立變數와는 달리 醫療利用行爲에 直接의인 影響力을 갖고 있다고 보아 本 分析에서 이를 媒介變數로 使用하였다.

年齡 變數는 20 歲以上の 醫療要求者를 5 개로 再附號化하였다. 教育水準 變數를 보면 20 歲以上の 中・高校 在學中인 경우는 제외되었고 大學以上の 在學中은 포함되었다.

生活水準變數는 앞에서는 電話所有와 TV變數만으로 指數化했었는데 變換수준간의 比率差異가 너무 심하여 本 特別分析에서는 電氣料, 電話所有 및 TV所有 變數를 綜合하여 生活水準을 上・中・

下로 區分하였다. 그 過程에서 上記한 3개 變數는 다음과 같이 區分되었다.

區 分	階 級	比率 (%)
① 電氣料 :		
0 ~ 1,900 원	1	43 %
2,000 ~ 8,400 원	2	36 %
8,500 원 以上	3	21 %
② 電 話 :		
없다.	0	73.9 %
있다.	1	26.1 %
③ 텔레비전 :		
없다.	0	12.7 %
黑白 T V	1	78.0 %
칼라 T V	2	9.3 %

以上과 같이 區分된 3개 變數를 다음과 같이 點數化하여 그 點數를 上·中·下 水準으로 區分하였다.

生活水準指數 :

區 分	階 級	生活水準
電氣料:1, 電話:0, T·V:0	1	下
1, 0, 1	2	下
1, 0, 2	3	下
1, 1, 0	4	下
1, 1, 1	5	下
1, 1, 2	6	上

電氣料:2 , 電話:0 , T・V:0 ,	7	下
2 , 0 , 1 ,	8	中
2 , 0 , 2 ,	9	中
2 , 1 , 0 ,	10	中
2 , 1 , 1 ,	11	中
2 , 1 , 2 ,	12	上
3 , 0 , 0 ,	13	下
3 , 0 , 1 ,	14	中
3 , 0 , 2 ,	15	上
3 , 1 , 0 ,	16	中
3 , 1 , 1 ,	17	上
3 , 1 , 2 ,	18	上

이러한 과정을 거쳐 産出된 生活水準 變數別 分析對象者의 比率은 다음과 같다.

區 分	階 級	比率 (%)	N
下	1	46.6	1,785
中	2	37.2	1,424
上	3	16.2	620
合 計		100.0	3,829

現 居住地 變數는 앞의 여러 章에서 諸獨立變數에 따른 保健醫療關係 變數의 差異를 都市化水準에 따라 比較・分析하는데 使用된 都市化水準 變數였고, 都市, 邑, 面地域으로 分類되었다. 그러나 本分析에서는 居住地 또는 都市化水準의 特性을 明確히 나타내고 地域間 標本數를 調整하기 위하여 “都市”라는 項目을 “大都市”와 “中小都市”로, 面地域은 醫師가 있는 面地域과 없는 面地域에서의

醫療利用 樣相의 差異가 있을 것으로 推測하여 “有醫面”으로 區分되었다. 이와 같은 새로운 分類에 의한 現居住地 變數別 分析 對象者의 比率은 다음과 같다.

區 分	階 級	比率 (%)	N
大 都 市	1	12.4	475
中・小都市	2	19.4	748
邑	3	13.8	532
有 醫 面	4	25.8	993
無 醫 面	5	28.6	1,099
合 計		100.0	3,847

또한 家口員數 變數는 1～3名, 4～6名, 7名以上으로 階級을 區分하여 從屬變數와의 “interaction”을 檢討해 본 결과 “interaction”이 심하게 나타나 부득이 本 分析에서 除外되었다.

이 외에 本 分析에 使用한 各 獨立變數들의 階級을 살펴 보면 다음과 같다.

獨立變數	階 級
1. 年 齡 :	
20 ～ 29 歲	1
30 ～ 39	2
40 ～ 49	3
50 ～ 59	4
60 歲 以上	5

2. 教育水準 :

無 學	1
國民學校卒業 또는 그 以下	2
中學校卒業 또는 그 以下	3
高等學校卒業 또는 그 以下	4
大學 以上	5

3. 生活水準 :

下	1
中	2
上	3

4. 現居住地 :

大都市	1
中・小都市	2
邑	3
有醫面	4
無醫面	5

3. 醫療充足水準과 社會・經濟的 特性變數間的 多分類分析

醫療充足水準에 대한 各 獨立變數의 相關性을 分析하는데 分析模型은 3個로 區分하여 제시되었다. 첫번의 모델은 그 從屬變數에 해당하는 全体 分析對象者를 對象으로 하였고, 두번째 모델은 첫번의 分析對象을 媒介變數인 醫療保障 受惠를 받는 對象, 세째는 受惠를 받지 않는 對象으로 區分하여, 社會・經濟的 特性變數들이 從屬變數에 대해 갖는 相對的 重要性을 分析하였다.

앞의 獨立變數 紹介에 나와 있는 變數들중 上記한 각 모델내에

빠져 있는 경우도 있다. 이는 각 모델의 從屬變數마다 각 獨立變數의 “no interaction” 關係를 檢討하여 “no interaction” 이 약한 變數는 해당 모델에서 除外했기 때문이다.

또한 多分類分析을 하는데 單純相關係數의 性格을 지닌 「eta」係數보다는 獨立變數間의 複合的인 關係를 고려한 「beta」係數가 使用되었고, 각 「beta」값에 대한 「F-test」를 통해 그 有意性이 檢證되었다.

表-VI-1은 醫療充足水準⁴⁰⁾에 影響을 미치는 社會・經濟的 特性 變數들을 각 모델별로 分析한 것이다.

우선 각 모델內에 있는 獨立變數群이 醫療充足水準을 說明하는 說明力(R^2)을 보면, 醫療保障 非受患者 모델에서 R^2 값은 .060(6%)임을 알 수 있다. 그 다음은 應答者 全体群과 受患者群에서 모두 R^2 값은 .056(5.6%)의 說明力を 보이고 있다. 따라서 이들 社會・經濟變數群은 醫療充足水準을 說明하는데 있어서 각 모델별로 낮은 수준을 보이고 있었고, 媒介變數, 즉 醫療保障受惠 與否에서도 큰 影響을 받고 있지 않음을 알 수 있다.

表-VI-1. 醫療保障 受惠別 醫療充足水準에 대한 社會・經濟的 特性의 「Beta」係數

	多分類分析에 의한 β 係數			F-test		
	全 體	受患者	非受患者	全 體	受患者	非受患者
年 齡	.04	.09	.06	$P < .001$	$P < .001$	$P < .001$
教育水準	.10	.06	.13	$P < .001$	$P < .002$	$P < .001$
生活水準	.11	.16	.11	$P < .001$	$P < .001$	$P < .001$
現居住地	.08		.06	$P < .001$		$P < .109$
R^2	.056	.056	.060			

註 40) 앞에서 記述된 바와 같이 充足率은 醫療要求者 100人當 醫療利用者의 比率이다.

獨立變數間的 複合的인 相關을 고려한 「beta」계수를 보면, 全体對象者の 醫療充足水準에 대한 相對的인 重要度가 제일 큰 獨立變數는 生活水準 變數로서 「베타」값은 .11 을 보이고 있다. 그 다음으로 教育水準 變數는 「베타」계수 .10, 그 다음이 現居住地 變數로서 .08 값을 보이고 있었다. 醫療保障 受惠를 받는 경우도 生活水準變數가 「베타」값 .16 으로 가장 큰 相關을 보이고 있었는데, 이 값은 각 모델을 통틀어 보았을 때에도 종속변수에 대한 가장 큰 상관을 나타내고 있는 값이었다.

全体對象者の 경우와는 달리 年齡變數가 「베타」값 .09 로 두번째의 相對的 重要性을 보이고 있었다. 이 모델에서 現居住地 變數가 빠진 이유는 앞서 說明한 바와 같이 醫療充足水準 變數와의 “no interaction” 관계가 약했기 때문이다. 즉, 이 變數는 醫療充足水準을 從屬變數로 하여 多分類分析을 하기에는 適當치 않음을 意味한다.

醫療保障 非受惠者 모델에서는 從屬變數와 가장 큰 相關을 보이는 것이 教育水準變數로서 「베타」값이 .13 이었다. 그 다음이 「베타」값 .11 인 生活水準 變數였고, 現居住地變數와 年齡變數는 모두 「베타」값이 .06 으로 같았다.

각 모델에서 獨立變數가 從屬變數에 대해 갖는 「베타」값의 有意性 檢證을 보면 醫療保障 非受惠者 모델에서의 現居住地 變數를 제외하고 모두 높은 水準 ($P < .002$) 의 有意性을 보여 주고 있었다.

醫療充足水準 變數에 대한 獨立變數의 影響力을 全般的으로 볼 때 醫療保障 受惠者群에서는 生活水準變數가, 非受惠者群에서는 教育水準 變數가 가장 큰 影響力을 미치고 있음을 알 수 있다. 즉 醫療保障 受惠者の 醫療利用 與否에 經濟的 理由가 가장 크게 影響을 주고, 醫療保障 非受惠者에서는 教育水準이 가장 크게 影響을 준 것으로 볼 수 있다. 이러한 사실은 多分類分析의 4個 獨立變數와 醫療充足水準과의 關係에 대한 性格을 보여주는 表 VI-2에서 두드러지게 說明된다. 즉, 醫療充足水準에 있어서 醫療保障 受惠者の 總

平均이 .629 이데 그 모델內의 生活水準이 上인 경우, 醫療充足水準의 平均點이 .761 이며, 下인 경우 平均點이 .516 으로서 .11 에서 -.09 의 偏差幅을 보이고 있다. 따라서 生活水準이 높은 사람일수록 높은 醫療利用水準에 接近한다고 볼 수 있다.

또한 醫療保障 非受患者의 경우 醫療充足水準의 總平均이 .623 이데 教育水準이 제일 높은 大學以上の 平均點이 .811 이었고, 제일 낮은 無學의 平均點은 .489 로서 偏差幅이 .11 에서 -.09이다. 즉 教育水準이 높을 수록 醫療를 더 많이 利用한 것으로 나타났다. 이는 같은 모델內의 어느 變數보다도 가장 큰 偏差幅으로서 醫療充足水準 變數에 가장 큰 影響力을 갖고 있었다.

이제까지의 多分類分析에서 使用된 獨立變數들의 醫療充足水準에 대한 性格은 表-VI-2 와 같다.

醫療充足水準에 대하여 分析對象者 全体를 보면, 教育水準과 生活水準 變數만이 階級水準에 따라 一貫性있는 變化를 보여 주었다. 教育水準 變數의 경우 國卒以下の 水準에서 總平均의 값을 上廻하였고 學力이 높아질 수록 醫療充足水準의 平均點이 높아지고 있다. 偏差도 無學의 경우 -.07 에서 大學以上에서 .08 로 .15 「포인트」의 偏差幅을 보였다. 生活水準 變數도 生活水準 下에서 -.05 의 偏差에서 生活水準 上에서 .10 으로 生活水準이 높아질수록 醫療充足水準이 높아짐을 알 수 있다. 偏差幅은 教育水準 變數에서와 같이 .15 「포인트」로 이 모델內에서 두 變數 똑같이 總平均에 대해 가장 큰 偏差幅을 보이고 있다. 따라서 分析對象 全体에서는 教育水準과 生活水準 變數만이 醫療充足水準 變數에 대해 階級에 따라 明確한 差異를 보여 주었다.

現居住地 變數는 앞의 여러 章에서 分析에서는 醫療充足水準의 差異를 분명히 보여 주었으나, 여기서는 重要な 變數로 부각되지 못하고 있다. 그 이유는 앞에 本 分析에서 “都市”를 “大都市”와 “中小都市”로, “面”地域을 “有醫面”과 “無醫面”으로 區分하였는데, 특히 醫療充足水準이 大都市보다는 中小都市에서 더 높았

表 - VI-2. 醫療充足水準과 社會・經濟的 特性과의 關係

(응답자 전체)

총평균 : .624 (표준편차 ; .484)

변 수	표본수	계 급평균	총평균으로부터의 편차		Eta
			원 값	조정된 값	
연령 :					.13
20 - 29 세	608	.712	.09	.03	
30 - 39 세	849	.666	.05	-.00	
40 - 49 세	1,018	.615	-.01	-.01	
50 - 59 세	765	.586	-.04	.01	
60 세 이상	542	.515	-.11	-.04	
교육수준 :					.19
무 학	1,136	.498	-.12	-.07	
국졸이하	1,543	.635	.01	.02	
중졸이하	519	.711	.08	.03	
고졸이하	453	.748	.12	.05	
대재 이상	169	.787	.17	.08	
생활수준 :					.19
하	1,785	.540	-.09	-.05	
중	1,424	.665	.04	.02	
상	620	.786	.16	.10	
현 거주지 :					.17
대도시	475	.735	.11	.02	
중소도시	748	.730	.11	.05	
읍	532	.682	.05	.05	
유의면	993	.562	-.06	-.02	
무의면	1,099	.539	-.09	-.04	

(표-Ⅳ-2 계속)

(의료보장수혜자)

총평균 : .629 (표준편차 : .483)

변 수	표본수	계급평균	총평균으로부터의 편차		Eta
			원 값	조정된 값	
연령 :					.15
20 - 29 세	213	.662	.04	-.01	
30 - 39 세	264	.739	.11	.07	
40 - 49 세	270	.589	-.04	-.04	
50 - 59 세	250	.612	-.02	.02	
60세 이상	205	.517	-.11	-.04	
교육수준 :					.17
무 학	346	.516	-.11	-.04	
국졸이하	403	.633	.00	.00	
중졸이하	175	.657	.03	-.01	
고졸이하	189	.730	.10	.04	
대재이상	95	.768	.14	.06	
생활수준 :					.21
하	502	.516	-.11	-.09	
중	451	.681	.05	.04	
상	259	.761	.14	.11	

(의료보장 비수혜자)

총평균 : .623 (표준편차 : .484)

연령 :					.14
20 - 29 세	393	.741	.12	.06	
30 - 39 세	583	.631	.12	-.03	
40 - 49 세	740	.622	.00	.01	
50 - 59 세	511	.573	-.04	.01	
60 세 이상	332	.512	-.11	-.03	
교육수준 :					.20
무 학	783	.489	-.13	-.09	
국졸이하	1,133	.636	-.01	.02	

(표-Ⅳ-2 계속)

(의료보장수혜자)

총평균 : .623 (표준편차 : .484)

변 수	표본수	계급평균	총평균으로부터의 편차		Eta
			원 값	조정된 값	
중졸이하	341	.736	.10	.06	
고졸이하	259	.761	.14	.06	
대제이상	74	.811	.21	.11	
생활수준 :					.18
하	1,275	.548	-.08	-.04	
중	967	.659	.04	.02	
상	354	.802	.18	.11	
현거주지 :					.16
대도시	244	.742	.12	.03	
중소도시	443	.725	.10	.03	
읍	349	.682	.05	.04	
유의면	744	.582	-.04	-.01	
무의면	833	.547	-.07	-.03	

다는 事實이 더 直接的인 原因일 것이다. 一般的으로 醫療施設 利用水準은 地理的 接近性 (geographic accessibility) 와 財政的 接近性 (financial accessibility) 가 높을수록 높은데, 中小都市에서 藥局 利用率이 大都市보다 현저히 높음으로써, 전체 醫療充足率도 높았다.

媒介變數인 醫療保障 受惠與否에 따르면, 醫療保障 受惠者의 경우 生活水準 變數만이 階級間에 一貫性있는 差異를 보여 주고 있다. 즉 生活水準 下에서 上으로의 偏差가 -.09에서 .11로 生活水準이 높아갈수록 醫療充足水準이 높아지고 있었다.

教育水準 變數의 경우 그 偏差幅이 .04에서 .06으로 全般的으로 볼 때 教育水準이 높아질수록 醫療充足水準이 높아진다고 볼 수 있다.

醫療保障 非受惠者の 경우 教育水準 變數가 큰 偏差幅을 갖고 있었다. 이 集團의 醫療充足水準의 總平均은 .623 인데 無學의 階級平均點은 .489 이고, 階級이 높아짐에 따라 平均點도 증가하며 大學以上인 경우는 .811 에 달하고 있다. 그 偏差도 無學이 -.09 에서 大學以上이 .11 로 .20 「포인트」의 偏差幅을 갖고 있다. 따라서 教育水準이 높아질수록 醫療充足水準도 높아지고 있었다.

두번째의 큰 偏差幅을 가진 變數는 生活水準 變數로서 階級이하에서 上으로 갈수록 -.04 에서 .11 의 偏差分布를 보이고 있다. 여기서도 生活水準이 높아질수록 醫療充足水準이 높다고 할 수 있다.

現居住地 變數는 邑地域을 除外하면 大都市에서 無醫面으로 갈수록 그 偏差가 .03 에서 -.03 이므로 全般的으로 都市化水準이 낮을수록 醫療充足水準이 낮아진다고 볼 수 있다.

4. 主要 治療源 利用과 社會·經濟的 特性變數間의 多分類分析

醫療利用을 위한 主要 治療源은 病·醫院과 藥局(房)이 있다. 病·醫院은 醫療保障 受惠者가 利用에 있어 惠澤을 받을 수 있는 重要 醫療施設이고, 藥局(房)은 그 惠澤을 받을 수 없으나, 利用에 있어 費用의 低廉性, 높은 地理的 接近性, 그리고 높은 治療満足度 등으로 인하여 가장 높은 利用率을 나타낸다.

그러므로 本 分析에서 이들 두 治療源 利用과 社會·經濟的 特性變數間의 多分類分析이 시도되었다.

가. 病·醫院 利用

지난 15日間 病·醫院 外來訪問 즉 病·醫院 利用에 대한

説明力은 表-VI-3에서 보는 바와 같이 醫療保障 受惠者集團에서 R^2 값이 .064로 제일 높았다. 그리고 非受惠者群에서는 R^2 값이 .036으로 약 4%水準에서 説明力이 있었다. 따라서 全体對象者의 경우 獨立變數들이 從屬變數를 説明해 주는 힘은 3개 모델 중 중간수준인 .046으로 약 5%의 説明力을 갖고 있게 된다.

이렇듯 媒介變數인 醫療保障 受惠與否가 全体 獨立變數의 説明力 差異를 크게 하고 있다. 이는 病・醫院 利用에 높은 醫療費가 필요하나, 醫療保障 受惠者는 利用에 있어 財政的 負擔의 輕減 또는 除去로서 財政的 接近性이 높기 때문이다.

表-VI-3은 病・醫院 利用에 影響을 미치는 程度를 「Beta」係數를 利用하여 각 變數들의 相對的 重要性을 나타낸 것이고 表-VI-4는 獨立變數들이 病・醫院의 利用과 관계된 性格을 나타낸 것이다. 表-VI-3에서 分析對象者 全体群에서는 年齡變數와 生活水準變數 모두에서 「Beta」값 .10으로 病・醫院 利用과 제일 높은 相關을 보였다. 그 다음이 現居住地 變數로서 .09의 「Beta」값이 .09였다. 教育水準 變數는 제일 낮은 相關을 보이고 있다.

表-VI-3. 醫療保障 受惠與否別 病・醫院 利用에 대한 社會・經濟的 特性의 「Beta」係數

	다분류분석에 의한 β 계수			F - test		
	전 체	숙혜자	비수혜자	전 체	수혜자	비수혜자
年 齡	.10	.17	.08	$P < .001$	$P < .001$	$P < .001$
教育水準	.03		.07	$P < .001$		$P < .001$
生活水準	.10	.13	.13	$P < .001$	$P < .001$	$P < .001$
現居住地	.09	.12		$P < .001$	$P < .005$	
R^2	.046	.064	.036			

表 - VI-4. 病・醫院 利用과 社會・經濟的 特性變數와의 關係

(應答者 全體)

總平均 : .132 (標準偏差 : .339)

變 數	標本數	階級平均	總平均으로부터의 偏差		Eta
			원 값	調整된 값	
年 齡 :					.14
20 - 29 세	608	.227	.09	.07	
30 - 39 세	849	.151	.02	.00	
40 - 49 세	1,018	.096	-.03	.03	
50 - 59 세	765	.106	-.03	-.01	
60 세 이상	542	.094	-.04	-.02	
教育水準 :					.14
無 學	1,136	.086	-.04	-.01	
國卒以下	1,543	.114	-.02	-.01	
中卒以下	519	.193	.06	.01	
高卒以上	453	.212	.08	.01	
大在以上	169	.219	.09	.02	
生活水準 :					.15
下	1,785	.090	-.04	-.02	
中	1,424	.140	.01	.01	
上	620	.237	.11	.08	
現居住地 :					.16
大都市	475	.179	.05	.00	
中小都市	748	.219	.09	.06	
邑	532	.147	.01	.01	
有醫面	993	.095	-.04	-.02	
無醫面	1,099	.082	-.05	-.03	

(表Ⅳ-4 계속)

(醫療保障 受患者)

總平均 : .194 (標準偏差 : .396) 69

變 數	標本數	階級平均	總平均으로부터의 偏差		E t a
			원 값	調整된 값	
年 齡 :					.18
20 - 29 세	213	.315	.12	.11	
30 - 39 세	264	.254	.06	.05	
40 - 49 세	270	.130	-.07	-.07	
50 - 59 세	250	.152	-.04	-.04	
60 세 이상	205	.137	-.06	-.05	
生活水準 :					.16
下	502	.122	-.07	.05	
中	451	.235	.04	.02	
上	259	.266	.07	.08	
現居住地 :	227				.19
大都市	227	.207	.01	-.03	
中小都市	299	.301	.11	.07	
邑	182	.225	.0	.04	
有醫面	245	.118	-.08	-.04	
無醫面	260	.115	-.08	-.04	

(醫療保障 非受患者)

總平均 : .183 (標準偏差 : .304)

年 齡 :					.12
20 - 29 세	393	.181	.08	.06	
30 - 39 세	583	.105	.00	-.01	
40 - 49 세	740	.084	-.02	-.01	
50 - 59 세	511	.082	-.02	-.00	
60 세 이상	332	.066	-.03	-.01	

(表-Ⅳ-4 계속)

(醫療保障 非受患者)

總平均 : .183 (標準偏差 : .304)

變數	標本數	階級平均	總平均으로부터의 偏差		Eta
			원 값	調整된 값	
教育水準：					.12
無學	783	.059	-.04	-.02	
國卒以下	1,133	.094	-.01	-.00	
中卒以下	341	.161	.05	.03	
高卒以下	259	.174	.07	.03	
大在以上	74	.189	.10	.03	
生活水準：					.15
下	1,275	.078	-.02	-.01	
中	967	.096	-.01	-.02	
上	354	.215	.11	.10	

醫療保障 受患者群에서는 教育水準 變數는 多分類分析模型에 적합하지 않아 除外시켰다. 年齡變數가 「Beta」값 .17로 病・醫院 利用과 가장 높은 相關을 갖고 있었다. 그 다음이 生活水準, 現居住地 變數 順으로 각기 「Beta」값 .13과 .12로 비슷한水準으로 相關이, 있었다. 年齡變數가 從屬變數에 대해 이렇듯 生活水準이나 現居住地 變數에 비해 강한 相關을 보인 것은 表 VI-4의 도움을 받아 說明될 수 있다.

年齡變數 階級の 特性을 보면, 病・醫院 利用 總平均(grand mean)이 .194이었고, 제일 젊은 年齡層인 20 ~ 29세에서 平均點 .315로서 病・醫院 利用水準이 가장 높았다. 그 다음이 30 ~ 39세로 .254의 平均點을 보였고, 40 ~ 49歲 年齡層을 除外하면 全般的으로 年齡이 많아질수록 病・醫院 利用水準이 낮았다. 따라서 偏差도 20 ~ 29세에서 60세이상까지 .11에서 -.05로 그 幅이 제일 컸다.

또한 生活水準도 그 偏差幅이 下에서 上으로 갈수록 -.05에서

.08로, 生活水準이 높을수록 病・醫院 利用水準이 높았고, 現居住地 變數에서도 階級別로 一貫性 있는 差異를 보여주지는 않지만 대체로 都市에서 農村으로 갈수록 病・醫院 利用水準이 낮다고 말할 수 있다.

以上을 綜合해 볼 때 위 3개 變數의 複合的인 관계가 年齡 變數에서 집약되어 나타난 것으로 보여진다. 年齡 20 ~ 39 歲 젊은 年齡의 分析對象者 比率는 都市에서 비교적 높고 이들은 비교적 教育水準과 生活水準이 높고, 더우기 病・醫院 利用의 重要性에 대한 認識度도 높을 것이다. 따라서 病・醫院 利用을 說明하는데 年齡 變數가 獨立變數間의 複合的인 關係를 고려한 相關係數인 「Beta」값의 水準이 제일 높았던 것으로 여겨진다.

醫療保障 非受患者群에서는 生活水準 變數가 病・醫院 利用에 제일 높은 相關을 보여주었다. 그 「Beta」값은 .13 이었고 그 다음의 「Beta」값은 年齡, 教育水準 變數順이었다. 이 모델에서 生活水準의 相對的 重要性이 제일 높게 나온 것은 第8章의 未治療理由分析에서 經濟的 理由가 제일 큰 比率를 차지했던 것과 관련된 것이라 생각된다.

이 모델의 性格을 보면 偏差 幅이 제일 큰 變數인 生活水準 變數는 下에서 -.01, 上에서 .10의 偏差로서 生活水準이 높아질 수록 病・醫院 利用이 많아지고 있었다. 年齡變數는 偏差 幅이 .07 「포인트」로서 偏差와 階級平均이 제일 큰 20 ~ 29 歲 年齡層의 平均點이 .181로서 이 값은 本 모델의 總平均(grand mean)에도 못 미치는 水準이다. 教育水準 變數 역시 階級水準이 높아갈수록 病醫院 利用이 높아졌다고 볼 수 있으나 教育水準이 제일 높은 大學以上の 平均도 總平均을 약간 넘어선 水準이었다. 이 變數에서는 階級水準에 따른 偏差값에 一貫性 있는 差異가 없었다.

3개 모델을 전체적으로 볼 때, 醫療保障 受患者群에서의 教育水準 變數와 非受患者群에서의 現居住地 變數는 該當 從屬變數와의 “no interaction” 관계가 약하므로 각 모델에서 除外시켰다. 또한

多分類分析에 入力된 獨立變數들의 有意性 檢證에서도 醫療保障 受
惠者群에서의 現居住地 變數 ($P < .005$)를 除外하면 모두 0.1 %
以下の 水準에서 有意성이 있었다.

나. 藥局(房) 利用

表-VI-5는 社會・經濟的 特性變數들이 각 모델별로 藥局(房)
利用을 얼마나 說明하고 있으며, 그 相對的 重要性은 어떠한가를 보
여주고 있다 本 分析에서도 病・醫院 利用에서와 같이 醫療保障 受
惠者群이 제일 높은 說明力を 보여주었으나, 非受惠者群과 比較할 때
그 差異는 크지 않았다.

受惠者群이 5 % 水準에서, 非受惠者群은 4.5 % 水準에서, 分析對
象者 全体로는 4 % 水準에서 각기 說明力を 보이고 있다. 이는
醫療保障 受惠者는 藥局(房) 利用에 있어 醫療費 輕減 또는 免
除의 惠澤을 받지 못함에도 非受惠者만큼 높은 藥局(房) 利用水
準을 나타내고 있음을 의미한다.

表-VI-5. 醫療保障 受惠與否別 藥局(房) 利用에 대한 社會・
經濟的 特性的 「Beta」係數

	전 체	수혜자	비수혜자	전 체	수혜자	비수혜자
연 령	.05	.09	.06	$P < .001$	$P < .005$	$P < .001$
교육수준	.09	.10	.10	$P < .001$	$P < .001$	$P < .001$
생활수준	.08	.04	.09	$P < .001$	$P < .016$	$P < .001$
현거주지	.10	.15	.09	$P < .001$	$P < .002$	$P < .002$
R ²	.041	.051	.045			

從屬變數인 藥局(房) 利用에는 醫療保障이라는 媒介變數의 役割이 필요없다. 그러므로 本 分析에서는 製表上에는 이 媒介變數에 따른 差異가 表現되어 있지만 多分類分析에 入力된 獨立變數의 有意性 檢證에서 3개 모델중 가장 有意性 水準이 높은 分析對象者 全体集團만을 記述하였다.

表-VI-5에서 分析對象者 全体群의 「Beta」係數를 보면, 現居住地變數가 從屬變數에 대해 제일 큰 相關을 나타내었다. 이 變數의 「Beta」값은 .10 이었고, 그 다음이 教育水準, 生活水準, 年齡變數 順으로 각기 「Beta」값 .09, .08, .05 를 나타내고 있다.

表-VI-6의 現居住地 變數에서 都市에서 農村으로 갈수록 利用度가 낮아지고 있었다. 藥局(房) 利用의 總平均이 .460 인데, 現居住地가 邑인 階級에서 平均點 .532로 總平均 水準을 上廻하고 있었다. 面地域에 有醫面이나 無醫面에서 階級平均點이 같은 水準이었다. 大都市의 경우 農村水準보다 거의 2배의 利用水準으로 그 平均點이 .600 이었다. 偏差도 大都市가 .09에서 面地域이 -.04로 .13「포인트」의 偏差幅을 보여주었다. 中小都市보다 邑地域의 利用水準이 높은 것은 病·醫院의 代用施設로서 藥局(房)을 醫療要求의 充足에 많이 利用하고 있음을 나타낸다. 즉 病·醫院을 代替하여 藥局(房)이 많이 利用된 現象을 反映한다.

그 다음의 偏差幅이 큰 教育水準 變數에서는 階級平均이 學歷이 높을수록 많아지고 있었다. 偏差를 全般的으로 볼 때 無學이 -.07에서 大學以上이 .05로 偏差幅 .12「포인트」였다. 無學을 除外한 高卒以下까지는 偏差水準이 같았다.

生活水準 變數에서도 偏差가 下에서 -.04이고 上으로 갈수록 증가하여 上에서 .05의 分布를 보였다. 따라서 藥局(房) 利用에서도 生活水準이 높아질수록 그 利用水準이 높아지고 있었다.

藥局(房) 利用에 대한 年齡變數의 階級效果는 一貫性이 없었다. 즉 年齡에 상관없이 藥局(房)이 利用된다고 볼 수 있다.

表－VI－6．藥局（房）利用과 社會・經濟的 特性과의 關係

（應答者全體）

總平均 : .460 （標準偏差 : .498）

變數	標本數	階級平均	總平均으로부터의 偏差		Eta
			원 값	조정된 값	
年齡：					.09
20 - 29 세	608	.464	.01	-.04	
30 - 39 세	849	.497	.04	-.00	
40 - 49 세	1,018	.491	.03	.03	
50 - 59 세	765	.431	-.03	.01	
60 歲以上	542	.364	-.10	-.03	
教育水準：					.14
無學	1,136	.355	-.10	-.07	
國卒以下	1,543	.484	.02	.03	
中卒以下	519	.515	.06	.03	
高卒以下	453	.536	.08	.03	
大在以上	169	.574	.12	.05	
生活水準：					.15
下	1,785	.388	-.08	-.04	
中	1,424	.500	.04	.03	
上	620	.579	.12	.05	
現居住所：					.15
大都市	475	.600	.14	.09	
中小都市	748	.502	.04	.01	
邑	532	.532	.07	.06	
有醫面	993	.396	-.06	-.04	
無醫面	1,099	.395	-.06	-.04	

(表－Ⅵ－6 계 속)

(醫療保障 受惠者)

總平均 422 (標準偏差 : .484)

變 數	標本數	階級平均	總平均으로부터의 偏差		Eta
			원 값	調整된 값	
年 齡 :					.11
20 - 29 세		.385	-.04	-.09	
30 - 39 세		.504	.08	.02	
40 - 49 세		.444	.02	.01	
50 - 59 세		.404	-.02	.04	
60 歲以上		.342	-.08	.01	
教育水準 :					.15
無 學		.311	-.11	-.07	
國卒以下		.454	.03	.03	
中卒以下		.446	.02	.00	
高卒以下		.497	-.08	.05	
大在以上		.494	-.07	.01	
生活水準 :					.15
下		.345	-.08	-.02	
中		.448	.03	.00	
上		.533	.11	.03	
現居住地 :					.19
大都市		.555	.13	.10	
中小都市		.462	.04	.03	
邑		.484	.06	.06	
有醫面		.314	-.11	-.08	
無醫面		.323	-.10	-.08	

(表-VI-6 계 속)

(醫療保障 非受惠者)

總平均 : .477 (標準偏差 : .499)

變 數	標本數	階級平均	總平均으로부터의 偏差		Eta
			원 값	調整된 값	
年齡 :					.09
20 - 29 세	393	.506	.04	-.02	
30 - 39 세	583	.492	.02	-.02	
40 - 49 세	740	.508	.03	.04	
50 - 59 세	511	.444	-.03	.01	
60 歲以上	332	.377	-.11	-.04	
教育水準 :					.16
無 學	783	.373	-.10	-.07	
國卒以下	1,133	.493	.02	.02	
中卒以下	341	.548	.07	.04	
高卒以下	259	.568	.09	.03	
大在以上	74	.676	.21	.13	
生活水準 :					.16
下	1,275	.404	-.08	-.05	
中	967	.524	.05	.03	
上	354	.616	.14	.07	
現居住地 :					.15
大都市	244	.635	.17	.10	
中小都市	443	.533	.05	.01	
邑	349	.556	.08	.06	
有醫面	744	.423	-.05	-.03	
無醫面	833	.417	-.06	-.03	

5. 要 約

以上과 같이 몇개의 社會・經濟的 特性變數들이 醫療充足 및 主要 治療源 利用水準에 미치는 影響力을 多分類分析을 통해 알아보았다.

醫療充足水準의 경우 生活水準 變數와 教育水準 變數가 影響力이 컸었고, 主要治療源 利用에 있어 病・醫院 利用의 경우에, 生活水準 變數와 年齡變數가, 藥局(房) 利用의 경우에, 現居住地 變數가 각각 가장 큰 相關을 보여 주었다.

媒介變數로 醫療保障 受惠與否를 본 結果 本 分析에서 使用된 獨立變數들은 非受患者들 보다는 受患者群에서 醫療充足 및 病・醫院 利用을 더 잘 說明해 주고 있었다.

全般的으로 볼 때 각 모델들의 從屬變數에 대한 獨立變數群의 說明力水準이 낮았으나, 差異는 統計的으로 有意하게 說明해 주고 있었다.

第Ⅶ章 要約 및 結論

1. 要 約

政府는 全國民의 醫療均霑을 指向하는 一連의 革新的 諸措置를 施行하였고, 長期的으로 合理的 保健醫療傳達體系의 樹立, 診療圈 設定, 投資의 優先順位 決定, 資源의 合理的 配分 등을 위한 諸施策을 講究하고 있는 保健政策의 重要 轉換期에 서 있다. 本 研究院은 政府의 主要 政策需要에 副應하여 1981年에 全國的 規模의 「全國 保健醫療網 編成을 위한 調查研究」와 「僻地 農漁村 醫療脆弱地域 基礎調查」를 實施하였다. 이들 두 調査는 각기 다른 目的을 위해 실시된 것이지만 共通的으로 住民의 醫療要求, 醫療利用, 未治療 理由 등의 調査項目을 包含하고 있고, 이들 資料는 다 같이 家口面接調查에서 수집되었다.

本 研究에서 이들 두 資料를 利用하여 우리나라의 地域別(都市, 邑地域, 面地域, 僻地 등 4個 地域으로 區分) 醫療要求, 醫療利用, 醫療未充足 등의 諸水準의 推定과 이들 水準에 미친 諸要因의 分析 등이 이루어졌다.

同 資料는 家口面接 調查方法에 의하여 1981年 10 ~ 11月 期間에 蒐集되었고, 標本家口중 調查完了된 것은 「全國 保健醫療網 調查研究」에서 8,294 家口, 「僻地 基礎調查」에서 4,083 家口였다. 다음은 주요 結果를 要約한 것이다.

가. 人口學的 特性

(1) 地域間 60歲以上 人口比率에 큰 差異가 있었다. 즉 都市에서 4.9%였고, 僻地에서 이의 2倍가 넘는 11.3%였다.

(2) 都市化 水準이 높을수록 高等學校以上の 教育 및 未就學

人口의 比率이 높았다.

(3) 電話, 黑白T V, 칼라T V 등 3個 變數의 組合으로 家口의 生活水準을 上 中・下로 區分한 바, 都市의 47.9%가 生活水準 下 였고, 邑地域에서 64.4%, 面地域에서 87.3%, 僻地에서 92.9%, 였다.

(4) 家口當 平均 家口員數는 4個 地域에서 4.54 ~ 4.80 名으로 큰 差異가 없다. 그러나 家口當 家口員數別 分布에서 差異가 컸다. 즉 農村地域에서 1 ~ 3 名 및 . 7 名以上の 比率이 높았고, 都市에서는 4 ~ 5 名의 比率이 높았다.

(5) 醫療保險이나 醫療保護 등 醫療保障 受惠人口의 比率은 都市에서 42.6%, 邑地域에서 31.5%, 面地域에서 17.3%, 僻地에서 15.8%였다.

나. 醫療要求 및 充足

(1) 人口 100 人當 15 日間 醫療要求率은 都市에서 34.5%, 邑地域에서 30.9%, 面地域에서 30.4%, 僻地에서 21.1%였다. 이들 地域間 差異는 治療率과 연관성이 컸다.

(2) 醫療要求率은 4個 地域에서 10 ~ 19 歲에서 低點으로 하는 U型을 나타냈고, 教育水準이 높아짐에 따라 低下하고, 醫療保障 受惠人口가 非受惠人口보다 높았다.

(3) 醫療要求 100 人當 治療를 받은 사람의 比率 즉 醫療充足率은 都市에서 가장 높은 78%였고, 다음은 邑地域의 73%였고, 面地域과 僻地에서 가장 낮은 59%였다.

(4) 醫療充足率은 4個 地域에서 年齡의 增加에 따라 低下하고, 教育 및 生活水準이 높아짐에 따라 增加하였다.

(5) 未治療者の 未治療 理由 중 經濟的 理由가 가장 컸다. 同理由가 차지하는 比率은 都市에서 47 %, 邑地域에서 60 %, 僻地에서 69 %였다.

(6) 未治療의 經濟的 理由가 차지하는 比率은 4 個 地域에서 年齡增加에 따라 높아지고, 教育 및 生活水準이 높아짐에 따라 낮아지며, 醫療保障 受惠人口가 非受惠人口보다 낮다.

다. 醫療利用

(1) 4 個 地域에서 治療者가 가장 많이 利用하는 治療源은 藥局(房)이었고, 다음은 病・醫院이었다. 15日間 各種 治療源 訪問 100 件중 藥局(房) 訪問率은 都市에서 61 %, 邑地域에서 66 %, 面地域에서 68 %, 僻地에서 72 %였다. 그러나 病・醫院 訪問率은 都市에서 가장 높은 31 %였고, 邑地域에서 27 %, 面地域에서 20 %, 僻地에서 17 %였다.

(2) 年間 人口 1人當 各種 醫療施設 訪問數는 都市에서 가장 높은 17 回, 邑地域에서 15 回, 面地域에서 10 回, 僻地에서 4 回였다. 年間 人口 1人當 病・醫院 訪問數는 地域間 差異가 더욱 크다. 즉 都市에서 5.28 回, 邑地域에서 3.94 回, 面地域에서 1.95 回, 僻地에서 0.73 回였다.

(3) 病・醫院 訪問率 및 訪問頻度는 4 個 地域에서 教育 및 生活水準이 높아짐에 따라 증가하고, 醫療保障 受惠人口가 非受惠人口보다 높았다.

(4) 藥局(房) 訪問率 및 訪問頻度는 4 個 地域에서 教育, 生活水準, 醫療保障 受惠 등의 變數別로 큰 差異를 나타내지 않았다.

(5) 醫療要求者 100 人當 病・醫院 治療 選好率은 都市에서 75 %, 邑地域 및 面地域에서 각각 69 %였다. 藥局(房) 選好率은

都市에서 18%, 邑地域에서 23%, 面地域에서 22%였다.

(6) 治療를 받은 사람과 받지 않은 사람間 病・醫院 選好率에 差異가 있다. 즉 未治療者에서 病・醫院 選好率이 높았고, 특히 未治療 理由가 經濟的인 때, 가장 높았다.

(7) 病・醫院에서 실제로 治療를 받은 사람의 1.6 배에 해당하는 病・醫院 選好者가 治療를 받지 못했고, 이들 중 대부분이 藥局(房)에서 治療를 받았다.

(8) 僻地에서 藥局(房)의 買藥治療 結果에 대한 滿足度와 信賴度는 病・醫院만큼 높았다.

다. 病・醫院 入院治療

(1) 1980年 10月~1981年 9月の 1年間 人口 1,000人當 入院率은 都市에서 40.7, 邑地域에서 26.5, 面地域에서 24.1, 僻地에서 23.5였고, 入院件當 平均 在院日數는 都市보다 農村地域에서 높았다.

(2) 年間 人口 1,000人當 入院者率은 教育 및 生活水準이 높을수록, 그리고 醫療保障 受惠人口에서 높았다.

(3) 入院者當 在院日數의 中央値는 都市에서 6.63日, 邑地域에서 7.62日, 面地域에서 7.50日, 僻地에서 7.88日이었다. 그러나 전체적으로 人口 및 經濟的 變數別로 4개 地域間 큰 差이가 없으나, 性別로 女子, 年齡 20~39歲 등에서 비교적 낮았다.

(4) 入院費 支出源 중 전액 自費인 入院者의 比率은 都市에서 43%, 邑地域에서 54%, 面地域에서 73%, 僻地에서 74%였다.

마. 多分類分析

(1) 醫療充足 및 主要 治療源인 病・醫院과 藥局(房) 利用

水準에 미친 社會・經濟的 特性變數의 效果를 多分類分析에 의하여 分析한 바, 醫療充足水準은 전체적으로 醫療保障 受惠與否間에 큰 차이가 없고, 전체 分析對象에서 生活水準과 教育水準 變數가, 醫療保障 受惠者 자체내에서는 生活水準이, 非受惠者 자체내에서는 教育水準의 影響이 각각 가장 컸다.

(2) 主要 治療源 중 病・醫院 利用은 全体的으로 醫療保障 受惠與否에 의하여 크게 影響을 받고, 全体分析對象者에서 年齡과 現居住地 變數가, 醫療保障 受惠者 自体内에서 年齡이, 非受惠者 自体内에서는 生活水準이 각각 크게 影響을 주고 있다.

(3) 藥局(房) 利用에서는 醫療保障 受惠與否間에 有意한 差異가 없었다. 全体 分析對象者에서 現居住地 教育水準, 生活水準 등이 큰 影響力을 갖고 있다.

(4) 全体的으로 醫療充足 病・醫院 利用, 藥局(房) 利用 등의 諸水準은 生活 및 教育水準 등에 의하여 크게 影響을 받고, 특히 病・醫療 利用에서는 醫療保障 受惠與否가 크게 影響을 준다.

2. 結 論

本 研究結果는 都市, 邑地域, 面地域, 僻地로 區分된 地域間 醫療要求와 醫療利用에 큰 隔差가 있고, 이들 隔差는 政府가 指向하는 醫療均霑 施策에 있어 資源 및 서비스의 配分과 優先順位 決定, 醫療서비스傳達 등 多角的 檢討가 必要함을 제시하고 있다.

(1) 醫療要求水準은 都市化, 教育 및 生活水準과 醫療保障 受惠水準이 높아짐에 따라 增加하는 傾向이 있으며, 그렇기 때문에 都市와 僻地間 隔差는 크다. 앞으로 社會・經濟・文化的 水準의 向上

은 특히 農漁村 僻地의 醫療要求 水準을 현저히 增加시킬 것이다.

(2) 醫療利用 및 醫療充足率의 地域間 隔差가 큰데, 이는 都市地域에서 醫療利用이 현저히 向上된데 起因된다. 都市의 病・醫院 訪問頻度は 先進國 水準에 있다.

(3) 모든 地域에서 利用된 治療源 중 藥局(房)에서의 買藥 自家治療의 比重이 너무 컸다. 國民保健의 見地에서 治療源으로서의 藥局(房)의 位置와 價値가 再定立되어야 한다.

(4) 政府의 現行 農漁村 僻地 醫療脆弱地域을 위한 公衆保健醫師와 保健診療員의 配置, 그리고 1次 保健醫療 approach의 導入 및 適用은 地域間 醫療隔差를 좁히는 현실적으로 가장 適切한 施策이며, 앞으로 그 成果가 기대된다. 그러나 現實적으로 醫療利用 및 醫療充足의 地域間 큰 隔差를 비교적 단기間に 좁히기 위하여 이들 地域에 대한 醫療施設, 人力 및 서비스의 集中的 擴大와 醫療利用上 財政的 負擔의 輕減을 위한 裝置의 開發 및 實施가 필요하다.

(5) 전체적으로 우리나라 國民의 醫療要求水準은 높다. 이는 健康을 醫藥에 依存하는 性向이 강함을 의미한다. 國民의 健康에 대한 價値와 態度가 變化되어야 한다. 특히 自身の 能動的 努力을 통한 健康活動의 중요성이 강조되어야 한다. 健全한 食習慣, 睡眠, 禁煙, 節酒, 体重管理, 運動 등을 통한 能動的 健康活動이 자신의 健康增進, 疾病豫防에 크게 기여함을 인식시켜야 하며, 이러한 方向에서 汎國民的 保健教育이 要求된다.

參 考 文 獻

高應麟，柳承欽，保健醫療機關 實態調查 및 利用樣相에 대한 住民調查를 위한 標本選定 韓國人口保健研究院，1981（非發刊資料），保健社會部，保健社會統計年報，1981。

“社會保障 및 保健醫療部門計劃（案），第5次 經濟社會發展 5個年計劃（1982～1986）。

“81年度 保健診療所 設置 및 保健診療員 職務教育對象者 現況，1981。

宋健鏞，“農村地域의 醫療要求와 醫療供給에 관한 研究，”韓國人口學會誌，4卷 1號，1981。

宋健鏞，金應錫，KHDI 示範事業 評價를 위한 1976年 基礎調查報告，韓國保健開發研究院，1978。

醫療保險組合聯合會，月刊醫保소식，1982。

韓國人口保健研究院，全國保健醫療網 編成을 위한 調查研究報告書，韓國人口保健研究院，1981。

Acheson, R.M., "The Definition and Identification of Need for Health Care", *Journal of Epidemiology and Community*, 32, 1978.

Apple, D., "How Laymen Define Illness", *Journal of Health and Human Behavior*, I(3), Fall 1960.

Baumamn, B., "Diversities in Conceptions of Health and Physical Fitness", *Journal of Health and Hnman Behavior*, 2, Spring 1961.

Beck, R.G., "Access to Medical Care for the Poor: the Federal Perspective", *Mcdical Care*, 10, May, 1972.

Blum, R.H., "The Patient's Definition of Illness", *The Management of The Doctor-patient Relationship*, McGraw-Hill, New York, 1960.

Butler, J.R., "Illness and Sick Role-an Evaluation in Three Communities", *Brit. J. Sociol.*, 21, 1970.

✓ Cochrane, A.L., *In Health Information, Planning, and Monitoring*, Ed. by R.M. Acheson, D.J. Hall, and L.A. Aird, Oxford University Press, 1976.

Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1974.

Fein, Rashi., "On Achieving Access and Equity in Health Care", *Economic Aspects of Health Care*, Ed. John B. McKinlay, 1973.

Feinstein, A.R., "Scientific Methodology In Clinical Studies", *Ann. Intern. med.*, 61, 1964.

✓ Feldstein, Paul J., "Research on the Demand for Health Services", *Economic Aspects of Health Care*, Edited by John B. McKinlay, Milbank Memorial Fund, 1973.

Freedman, Ronald, "Community-level Data in Fertility Surveys", *World Fertility Survey Occasional Paper*, No. 8, 1974.

Friedson, H.J. and Martin, H.W., "A Comparison of Self and Physicians' Health Ratings in Older Population", *Journal of Health and Human Behavior*, 4, Fall, 1963.

Haro, H.S., "Strategies for Development of Health Indices, Measurement of Levels of Health", WHO Regional Publications, *European Series* No. 17, Copenhagen, 1979.

Henderson, L.J., "Physician and Patient as a Social System", *New Engl. J. Med.*, 1935.

- Kasl, S.V. and Cobb, S., "Health Behavior, Ill Behavior, and Sick Role and Behavior", *Arch. Envirom. Health*, 12, 1966.
- Koos, E.L., *The Health of Regionville*, Columbia University Press, New York 1954.
- Lazarsfeld, P.F. and Kandall P.L., "The Relation Between Individual and Group Characteristic in the American Soldier", In *the Language of social research*, edited by Poul F. Lazarsfeld and Moris, Roseuberg, New York, The Free Press, 1962.
- Maddox, G.L., "Self-assessment of Health Status, a Longitudinal Study of Selected Elderly Subjects", *J. Chron. Dis*, 17(5) 1964. pp. 449-460.
- Matthew, G.K., *Measuring Need and Evaluating Services, Portfolio for Health Problems and Progress in Medical Care*, Sixth Series, Ed. by G. McLachlam, Oxford University Press. 1971.
- National Analysis, "A Study of Health Practices and Opinions", *Dept. of Commerce*, 1972, p. 978.
- Rosenstook, I.M., "Why People Use Health Services", *Milbank mem. Fd. Quart.*, 44(3), 1966, pp. 94-124.
- Saunders, L. *Cultural Differences in the Southwest*, Russell Sage Foundation, New York, 1954, pp. 141-173.
- ☞ Suchman, E.A., Phillips, B.S, Streib, G.F., "A Analysis of the Validity of Health Questionnaires", *Social Forces*, 30(3), 1958, pp. 223-232.
- U.S. Department of Health and Human Services, *Health*, United States, 1981, p. 58.

White, K.L., "Equitable Allocation of Resources, Measurement of Level of Health, WHO Regional Publications", *European Series* No. 7, 1979, p. 59.

World Health Organization, "Trends in the Study of Morbidity and Mortality", *Public Health Papers*, No. 27, 1965, p. 88.

附

錄

전국보건의료망재편성 연구
보건의료 이용 가구조사
1981년

주 소 : _____ 특별시 _____ 구 _____ 동 _____ 번지
도 직할시 _____ 군 읍면

가구주성명 _____

응답자성명 _____

방문일자 _____ 1981년 _____ 월 _____ 일

조사원성명 _____ 인

지도원성명 _____ 인

보 건 사 회 부
한 국 인 구 보 건 연 구 원

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

시 도 시·군·구 읍·면 지역구분 가구번호 가구원수

- ① 지난 9월달에 전기료는 얼마나 됐었습니까?
 ② 전화를 갖고 계십니까? (0) 없음 (1) 있음
 (3) 텔레비전을 갖고 계십니까? (1) 없음 (1) 흑백 (2) 컬러

13 14 15

백원

16

17

72 73 74 75 76 77 78 79 80

1 0 1 9 0

의료제도 연구번호

가 구 원 사 항										작년10월1일부터 금년9월30일까지입원치료			지난 15일 간의 의료기관 이용								비 치 료 자		②① 선호치료처				
④ 이 름	⑤ 관 계	번 호	⑥ 성 별	⑦ 연 령			⑧ 교 육	⑨ 의료보장	⑩ 해당년도	⑪ 입원횟수	⑫ 재원일수	⑬ 의료보장	⑭ 병의원이용	⑮ 보건소이용	⑯ 한방이용	⑰ 약국·약방이용	⑱ 조산소이용	⑲ 치료요구	⑳ 비치료이유								
가구의 이름 부터 차례로' 발 쫓해 주십시오 (작년 10월 1일 이후 병원에 입 원했었으나 현 재 타계 또는 전출하여 안계 신 분이 있으 면 그 이름을최 하단에 기재 한 다)	가구의주와의 관	가구원 번호	(1) 남 (2) 여	이 분은 몇세이 며, 무슨때입 니까?	이 분의 생일은 언제이고 몇년 도에 태어났을 니까?	나이와 띠를 확 인하여 만 나이 로 기록할것.	학교는 어디까 지 다녔습니까? 1. 미취학 2. 무 학 3. 국 교 4. 중 교 5. 고 교 6. 대 학 7. 국교재학 8. 중·고재학 9. 대학재학	의료보험에 가 입되었거나 의 료보호의 혜택 을 받고 계십 니까? 1. 일 반 2. 공·교 3. 1 종 4. 2 종 5. 보 호 6. 기 타 ※ 카드 또는직 업을 확인할것.	가입 또는 수 혜년도는? 0. 비해당 1. 81 2. 80 3. 79 4. 78 5. 77	병원에 입원했 던 분이 있습 니까? (있다면) 입원횟수는? ☐ 없음 ☐ 실외수	그 분은 며칠이 나 입원했었습 니까? 총 일 비해당 : ○○○	치료비는 모두 본인이 냈습니 까? 또는 일부 나 전액을 다른 데서 지급해 주 었습니까? 0. 비해당 1. 일 반 2. 공·교 3. 1 종 4. 2 종 5. 보 호 6. 산 새 7. 자 보 8. 기 타	지난 15일 간에 이분은 병의원이나 치 과의원에 가보 신적이 있습니 까? (없다면) ○○○○ (있다면) 왜가졌습니까? 1. 치과 2. 임신·분만 3. 수 술 4. 검사(예방) 5. 일반치료 6. 몇번 가보셨을 니까?								보건소 또는 지 소에 가보신적 이 있습니까? (없다면) ○○○○ (있다면) 왜가졌습니까? 1. 시·과치로 2. 일반치료 3. 임신·분만 4. 예방서비스 5. 기 타 6. 몇번 가보셨을 니까?	한의원 또는 한 약방에 가보신 적이 있습니까? (없다면) ○○ (있다면) 몇번 가보셨을 니까?	약국이나 약방 에 가보신적이 있습니까? (없다면) ○○ (있다면) 몇번 가보셨을 니까?	조산소에 가보 신적이 있습니 까? (없다면) ○○ (있다면) 몇번 가보셨을 니까?	이분께서는 어 떤 치료도 안받 으셨는데요. 거나 약을써 보 았으면 좋겠 고 생각하셨을 니까? 0. 아니요 1. 예 9. 치료자	이분께서는 왜 어떤치료도 하 지 않았습니까? 진찰치료를 받 ? 0. 아니요 1. 경미한증세 2. 치료예정 3. 경제적인이유 4. 지리적 이유 5. 기 타 9. 치료자	어디서 치료받 거나 약을 쓰고 싶으십니까? 0. 아니요 1. 병원 2. 약 국 3. 한 방 4. 보건소 5. 조산소 6. 기 타
가 구 주		18 19 0 1		20	세 피	연 령	21 22	23	24	25	26	27 28 29	30	31	32 33	34	35 36	37 38	39 40	41 42	43 44	45	46				
		0 2			세 피	연 령																					
		0 3			세 피	연 령																					
		0 4			세 피	연 령																					
		0 5			세 피	연 령																					
		0 6			세 피	연 령																					
		0 7			세 피	연 령																					
		0 8			세 피	연 령																					
		0 9			세 피	연 령																					
		1 0			세 피	연 령																					
		1 1			세 피	연 령																					
		1 2			세 피	연 령																					
		1 3			세 피	연 령																					
		1 4			세 피	연 령																					
		1 5			세 피	연 령																					

※ 현재 이택에는 몇분이 살고 계신지요?

먼저가구주와 직계가족들에 대해서 말씀해 주시고 그밖에 같이 살고계신 형제, 친척, 동거인들이 있으면 빠짐없이 말씀해 주십시오(단, 잠시 방문중인 사람, 오랫동안 다른 지역에서 살고 있는 식구는 제외함)

① 이 름	② 가구주와의 관계	③ 성 별	④연령·출생 년	⑤ 생 년 월 일	⑥ 만 나 이	⑦ 교육정도	⑧ 배우관계	⑨ 의료보장	⑩ 해당년도	⑪ 병의원방 문경험	지난 1년간 병원입원치료				지난 1년간 병의원방문		지난 15일간 의료요구			⑮ 건강상태	⑯응답자구분	
											⑫ 입원횟수	⑬ 입원일수	⑭ 소 재 지	⑮ 의료보장	⑯ 여 부	⑰ 횟 수	⑱ 의료이용	⑲ 치료요구	⑳비치료이유			
그럼가구주의 이름부터 차 례로 말씀해 주십시오.	이분은 가구 주와 어떤관 계입니까?	이분은 남자 입니까? 여자입니까?	이분은 몇세 이며 무슨 업종입니까?	이분의 생일은 언제이 고 몇.년.도에 태어났습 니까?	만년령 ※조사원	학교는 어디 까지 다녔습 니까? 1. 미취학 2. 무 학 3. 국 교 4. 중 교 5. 고 교 6. 대 학 7. 국교재학 8.중고교재학 9. 대학재학	(15세가 넘는 가구원에게) 이분은 결혼 하였습니까? (15세미만은 사선을 긋는 다) 1. 미 혼 2. 결 혼 3. 이혼·별 거·사별 4. 기 타	의료보험에가 입되었거나 의료보호의혜 택을 받고 계 십니까? 1. 일 반 2. 공·교 3. 1 종 4. 2 종 5. 보 호 6. 기 타	가입또는 수 혜년도는? 0. 비해당 1. 1981 2. 1980 3. 1979 4. 1978 5. 1977	지금까지 아 주머니나 식 구중 의사의 진찰이나 치 료를 받아본 사람이 있습 니까? 0. 아니오 1. 예	병원에 입원 했던분이 있 습니까? (있 다면) 입원횟 수는? 없으면: 0 있으면: 실수	그분은 몇일 이나 입원했 습니까? 비해당: 0 있으면: 실수	그병원에서 어 디에 있었습 니까? 0. 비해당 1. 동일면 2. 타읍면 3. 타 군 4. 도 시	치료비는 모두본인이냈 습니까?또는 일부나 전액 을 다른데서 지급해주었습 니까? 0. 비해당 1. 일 반 2. 공·교 3. 1 종 4. 2 종 5. 보 호 6. 산 재 7. 자 보 8. 기 타	지난 1년간진 찰이나 치료 를 받기위해 형의원에 가 본적이 있습 니까? 0. 아니오 1. 예	(있다면) 몇번이나 가 보았습니까? 0. 아니오 실숫수기재	이분께서는지 난 15일간 병 원에 보건의 소에 가서 진 찰이나 치료 를 받아 보았 습니까? 또는 치료하 기위하여 약 방, 한약방에 서 약을사서 써보거나 약 초들을 써보 셨습니까? 0. 아니오 1. 예	이분께서는어 떤 치료도 안 받으셨는데요 진찰치료를받 거나 약을 써 보았으면 좋 겠다고 생각 하십니까? 0. 아니오 1. 예 9. 치료자	이분께서는어 떤 치료도 하 지 않았습니 까? 0. 아니오 1.경미한증세 2. 치료예정 3.경제적이유 4.지리적이유 5.기 타 9.치료자	이분께서는어 떤 치료도 하 지 않았습니 까? 0. 아니오 1.경미한증세 2. 치료예정 3.경제적이유 4.지리적이유 5.기 타 9.치료자	아주머니가생 각하시기에 이분은 아주 건강하다고생 각하십니까? 아니면 그렇 지 못하다고 생각하십니까? 1. 건강하다 2. 보통이다 3. 건강하지못 하다. 4.모르겠다	1.가족계획 2.출산력 3.모자보건 4.이 환
01.	가구주	남·여	세 피	년 월 일음양																		
02.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
03.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
04.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
05.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
06.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
07.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
08.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
09.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
10.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
11.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
12.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
13.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
14.		남·여	세 피	년 월 일음양																		
15.		남·여	세 피	년 월 일음양																		

〈면사무소〉

㉓ 택에서 면사무소에 가실때 보통 무엇을 타고 가십니까?

1. ☐ 버 스
2. ☐ 택 시
3. ☐ 기 차
4. ☐ 기타 교통수단 (무엇)
5. ☐ 걷는다 → 조사원 : 질문 ㉓로 가시오

㉔ (교통기관을 이용하는 경우) 하루에 몇 번 다닙니까?

교통기관 ()
횟 수 () 번

㉕ 아주머니가 면사무소에 가시는데 타고가는 시간과 걷는 시간을 합하여 보통 얼마나 걸립니까?

() 분

〈병의원〉

㉖ 택에서 가시기에 가장 가까운 병의원은 어디에 있습니까?

1. ☐ 동일 리동
 2. ☐ 동일면내 타리동
 3. ☐ 타 읍·면
 4. ☐ 타군
 5. ☐ 도시
 6. ☐ 모르겠다 (이용해 본적이 없으므로) → 조사원 : 질문 ㉖으로 가시오
- } 동일군내

㉗ 그 병원에 가실때 보통 무엇을 타고 가십니까?

1. ☐ 버 스
2. ☐ 택 시
3. ☐ 기 차
4. ☐ 배
5. ☐ 기타 교통수단 (무엇)
6. ☐ 걷는다 → 조사원 : 질문 ㉗로 가시오

㉘ (교통기관을 이용하는 경우) 하루에 몇 번 다닙니까?

교통기관 ()
횟 수 () 번

㉙ 아주머니가 병원에 가시는데 타고가는 시간과 걷는 시간을 합하여 보통 얼마나 걸립니까?

() 분

〈약국 (방)〉

③① 댁에서 가시기에 가장 가까운 양약국 (방)은 어디에 있습니까?

- | | | |
|--|---|------|
| 1. ☐ 동일 리동 | } | 동일군내 |
| 2. ☐ 동일 면내 타 동네 | | |
| 3. ☐ 타읍·면 | | |
| 4. ☐ 타군 | | |
| 5. ☐ 도시 | | |
| 6. ☐ 모르겠다. | | |

③② 그 약국 (방)에 가실때 보통 무엇을 타고 가십니까?

1. ☐ 버 스
2. ☐ 택 시
3. ☐ 기 차
4. ☐ 배
5. ☐ 기타 교통수단 (무엇)
6. 걷는다 조사원 : 질문 ③③으로 가시오.

③③ (교통기관 이용한 경우) 하루에 몇 번 다닙니까?

교통기관 ()

횟 수 () 번

③④ 아주머니가 약국 (방)에 가시는데 타고가는 시간과 걷는 시간을 합하여 보통 얼마나 걸립니까?

() 분

③⑤ 댁에서 환자가 생겼을 때 새벽이나 한밤중에도 약을 타거나 진찰을 받을 수 있는 곳은 어디입니까?

- | | | |
|------------|-------------------------------|---------------------------------|
| ○병의원 | 1. ☐ 예 | 2. ☐ 아니오 |
| ○보건 (지)소 | 1. ☐ 예 | 2. ☐ 아니오 |
| ○약국방 | 1. ☐ 예 | 2. ☐ 아니오 |
| ○한의원 (한약방) | 1. ☐ 예 | 2. ☐ 아니오 |
| ○야미의사 | 1. ☐ 예 | 2. ☐ 아니오 |

③⑥ 아주머니께서는 몸이 어느정도 아파야 병원에 가서 진찰이나 치료를 받아야 한다고 생각합니까?

1. ☐ 아파서 누워있는 경우
2. ☐ 아프지만 쉬어가면서 일을 할 수 있는 경우
3. ☐ 아프지만 해야할 일이 있는 경우
4. ☐ 기타 ()
5. ☐ 모르겠다

③6) 댁의 식구중 아픈 사람이 생기면 치료받기 위해 제일먼저 찾아가는 곳은 어디
입니까?

1. ☐ 병의원 2. ☐ 보건(지)소 3. ☐ 약국(방) 4. ☐ 한방
5. ☐ 야미의사 6. ☐ 무당·점쟁이 7. ☐ 민속요법

③7) 댁에서 아픈사람이 생기면 치료받아야겠다고 미리 성해 놓은 곳이나 단골로
다니는데가 있습니까?

1. ☐ 예 2. ☐ 아니오

(“예”라면) ☒

1. ☐ 병의원 2. ☐ 보건(소)소 3. ☐ 약국(방) 4. ☐ 한 방
5. ☐ 야미의사 6. ☐ 무당·점쟁이 7. ☐ 민속요법

③8) 지난 1년동안 댁에 보건요원이 찾아왔거나 동네에서 만난적이 있습니까?

1. ☐ 아니오
2. ☐ 예

③9) 지난 1년동안 아주머니나 식구중 어느 한사람이라도 보건(지)소나 면사무소에
가서 보건요원을 만나본적이 있습니까?

1. ☐ 아니요
2. ☐ 예

④0) 지난 1년동안 아주머니댁은 보건(지)소나 면사무소 보건요원으로부터 다음과 같
같은 것을 받아본적이 있습니까?

- 가족계획(상담, 피임제공급, 루우프시술, 불임수술) 1. ☐ 아니오 2. ☐ 예
-예방접종 1. ☐ 아니오 2. ☐ 예
-임신출산(산전·산후지도, 분만별, 분만개조, 영양제) 1. ☐ 아니오 2. ☐ 예
-보건지도(예방접종, 환경위생, 영양지도, 이유식지도) 1. ☐ 아니오 2. ☐ 예
-진찰진료 1. ☐ 아니오 2. ☐ 예
-신체검사(X-선, 혈압측정, 체중계측, 뇨검사) 1. ☐ 아니오 2. ☐ 예

④1) 아주머니가 사시는 동네에서 병원에 입원치료해야 할 심환환자가 갑자기 생기
거나 사고가 났을 때, 보통 어떻게 했습니까?

1. ☐ 병원에 가지 못했다 → 조사원: ④4번으로 가시오.
2. ☐ 병원에 가서 치료했다.
3. ☐ 그런적 없었다 → 조사원: 질문 ④5로 가시오

〈병원에서 치료한 경우〉

④2) 어디 있는 병원에 갔습니까?

1. ☐ 동일 면내 } 동일군
2. ☐ 타면
3. ☐ 타군
4. ☐ 도시

④③ 무엇을 타고 가셨습니까?

1. ☐ 버 스
2. ☐ 택 시
3. ☐ 기 차
4. ☐ 배
5. ☐ 기타 (무엇)
6. ☐ 걸어갔다.

조사원 : 질문 ④⑤로 가시오

〈병원에 가지 않은 경우〉

④④ 그 환자는 어떻게 되었습니까?

1. ☐ 사 망
2. ☐ 불건강
3. ☐ 전 강
4. ☐ 모르겠다

인구동태(출생, 사망) 사항

〈출 생〉

④⑤ 작년 추석이후 있었던 출생과 사망에 대하여 몇가지 여쭙어 보겠습니다.

작년 추석 이후(양력: 1980. 9. 23) 부터 현재까지 이택에서 출생한 아이가 있습니까? 출생 즉시 사망한 아이도 있으면 말씀해 주십시오.

1. ☐ 없다 조사원 : 질문 ④⑦로 가시오
2. ☐ 있다. 출생아 _____ 명, 남 _____ 명, 여 _____ 명.

④⑥ 그 아이는 언제(출생년월일) 태어났습니까?

그때(출생시) 어머니의 연세는? (※ 가구사항 자료에서 환산하여 만 연령기재)

그 아이는 남자입니까? 여자입니까?

출 생 표	수	성 별	출 생 년 월 일	어머니의 연령
	1	남·여	년 월 일 음 양	만 세
	2	남·여	년 월 일 음 양	만 세
	3	남·여	년 월 일 음 양	만 세

〈사 망〉

④⑦ 작년 추석(양력 1980. 9. 23) 이후 현재까지 이택에서 사망한 분이 있었습니까?

- 가. ☐ 없다. 조사원 : 질문 ④⑨로 가시오
- 나. ☐ 있다. 사망자 _____ 명, 남 _____ 명, 여 _____ 명

④⑧ 그분은 언제 사망하셨으며 몇세에 사망하셨습니까?

그분은 남자입니까? 여자입니까?

그분은 무슨때이며 생일은 언제입니까?

(조사원은 사망시 만연령을 환산하여 아래 사망표에 기록하십시오)

사 망 표	사망자성별	사망년월일	사망자생일	사망시연령
	1. 남·여	년 월 일 음 양	년 월 일 음 양	년 개월
	2. 남·여	년 월 일 음 양	년 월 일 음 양	년 개월
	3. 남·여	년 월 일 음 양	년 월 일 음 양	년 개월

(가구경제상황)

④⑨ 댁에는 전기가 들어옵니까?

1. ☐ 아니오

조사원:

2. ☐ 예

⑤⑩ (들어온다면) 지난달(9월)에 아주머니댁에는 전기요금을 얼마나 내셨습니까?

(발동기, 정미소 등 가정용 이외의 분제외)

백원

⑤⑪ 아주머니 댁에는 텔레비전이 있습니까?

1. ☐ 아니오

2. ☐ 흑백

3. ☐ 칼 라

⑤⑫ 냉장고가 있습니까?

1. ☐ 아니오

2. ☐ 예

⑤⑬ 전기밥솥이나 전기밥통이 있습니까?

1. ☐ 아니오

2. ☐ 예

⑤⑭ 전화가 있습니까?

1. ☐ 아니오

2. ☐ 행정용

3. ☐ 자가용

⑤⑮ 댁에는 방이 몇개 있습니까?

() 개

⑤⑯ 댁에서는 어떤 물을 먹습니까?

1. ☐ 보통우물

5. ☐ 샘 물

2. ☐ 펌프우물

6. ☐ 기 타 ()

3. ☐ 간이수도

4. ☐ 개울물

⑤⑰ 조사원이 평가하는 생활수준은? (조사후 이장과 협의)

1. ☐ 상

2. ☐ 중

3. ☐ 하

(조사원:보충설명:)

⑨ 그 치료처에 가는데 무엇을 타고 가셨습니까?

첫 번째

1. ☐ 버스
2. ☐ 택시
3. ☐ 기타
4. ☐ 배
5. ☐ 기타 (무엇)
6. ☐ 걷는다

둘 번째

1. ☐ 버스
2. ☐ 택시
3. ☐ 기타
4. ☐ 배
5. ☐ 기타 (무엇)
6. ☐ 걷는다

셋 번째

1. ☐ 버스
2. ☐ 택시
3. ☐ 기타
4. ☐ 배
5. ☐ 기타 (무엇)
6. ☐ 걷는다

⑩ 그 치료처에 가는데 시간은 얼마나 걸렸습니까?

첫 번째

() 분

둘 번째

() 분

셋 번째

() 분

⑪ 치료비나 약값으로 얼마를 내셨습니까?

첫 번째

치료·약대 () 원
교 통 비 () 원
기 타 () 원
계 () 원

둘 번째

() 원
() 원
() 원
() 원

셋 번째

() 원
() 원
() 원
() 원

〈치료결과〉

⑫ 치료를 받으신후 그 증세는 어떻게 되었습니까?

첫 번째

1. ☐ 완쾌
2. ☐ 차도있으나 완쾌안됨
3. ☐ 차도없음, 또는 악화
4. ☐ 모름(치료종결)
5. ☐ 모름(치료중)

둘 번째

1. ☐ 완쾌
2. ☐ 차도있으나 완쾌안됨
3. ☐ 차도없음, 또는 악화
4. ☐ 모름(치료종결)
5. ☐ 모름(치료중)

셋 번째

1. ☐ 완쾌
2. ☐ 차도있으나 완쾌안됨
3. ☐ 차도없음, 또는 악화
4. ☐ 모름(치료종결)
5. ☐ 모름(치료중)

⑬ 그 치료처는 병을 고친다고 믿고 계십니까? → 질문 ⑮로 (의사치료 아닌 경우)

첫 번째

0. ☐ 미치료
1. ☐ 아주확신한다
2. ☐ 좀 믿는다
3. ☐ 확실히 않다
4. ☐ 믿지 않는다
5. ☐ 모르겠다
6. ☐ 기타()

둘 번째

0. ☐ 미치료
1. ☐ 아주확신한다
2. ☐ 좀 믿는다
3. ☐ 확실히 않다
4. ☐ 믿지 않는다
5. ☐ 모르겠다
6. ☐ 기타()

셋 번째

0. ☐ 미치료
1. ☐ 아주확신한다
2. ☐ 좀 믿는다
3. ☐ 확실히 않다
4. ☐ 믿지 않는다
5. ☐ 모르겠다
6. ☐ 기타()

〈미치료 이유〉

⑭ (미치료인 경우) 아프셨는데도 왜 아무런 치료를 받지 않으셨습니까?

0. ☐ 치료자
1. ☐ 증세가 경미해서
3. ☐ 경제적 이유
3. ☐ 지리적 이유
4. ☐ 시간이 없어서
6. ☐ 기타()
6. ☐ 치료예정

⑮ 의사의 치료를 받지 않은 경우) 왜 의사의 치료를 받지 않으셨습니까?

0. ☐ 미치료자
5. ☐ 시간이 없어서
1. ☐ 의사치료로 나올것 같지 않아서
6. ☐ 의사에게 가기 싫어서
2. ☐ 증세가 경미해서
7. ☐ 기타
3. ☐ 경제적 이유
8. ☐ 치료예정
4. ☐ 지리적 이유
9. ☐ 의사치료자

附錄－3. 20 個 層別 (strata) 標本地域別 調查對象家口數：

全國保健醫療網 編成調查 研究 家口調查

Stratum number	표 본 지 역	표 본 가구수	「Stratum」 가 구 수
1	경남 울산시 옥교동 (14 통), 성남동 (1 통) 전하동 (15 중), 염포1 동 (12 통)	417	428,150
2	서울 강남구 삼성동 (22 통), 역삼2 동 (26 통) 내곡동 (13 통), 방배1 동 (22 통)	483	412,930
3	강원 삼척군 도계읍 전두2 리, 근덕면 초곡리 문암리, 노곡면 상반천리, 우발리, 교자리	403	434,097
4	경북 포항시 덕수동 (3 통), 대흥동 (1 통) 죽도1 동 (7 통), 양학동 (5 통)	407	153,098
5	경북 선산군 선산읍 이문리, 도계면 다곡리, 청산리, 해평면 도문리	425	175,603
6	충북 청주시 급천동 (10 통), 문화동 (1 통), 가경북대동 (20 통), 영동 (31 통)	410	82,563
7	전남 광주시 서구 양림동 (14 통), 월산4 동 (9 통), 농성동 (15 통), 유덕동 (7 통)	441	193,735
8	전남 해남군 해남읍 안동리, 오천리 화산면 해창리, 현산면 일평리 공북리, 읍호리	441	172,513
9	강원 평창군 평창읍 대하리, 입탄리 미탄면 창1 리, 방림면 방림1 리	407	43,845
10	경남 충무시 중당동 (1 통), 복신동 (1 통) 평림2 동 (1 통), 인평1 동 (1 통)	405	154,512

Stratum number	표 본 지 역					표 본 가구수	「Stratum」내 가 구 수
11	경 기	안성군	안성읍	낙원리, 공도면	신촌리	460	76,382
			남촌리, 원곡면	칠곡리			
12	전 남	담양군	담양읍	당주리, 청명면	일산리	400	18,530
			금성면	상만 1 리			
13	경 남	하동군	하동읍	신기리, 청암면	목계리	402	218,875
			옥종면	대곡리			
14	충 북	증원군	살미면	세성 1 리, 산척면	도봉리	382	43,614
			금가면	매사리, 하사리			
15	충 남	아산군	온양읍	모종리, 선장면	신덕리	405	290,116
			신창면	행목리			
16	충 북	음성군	맹동면	인곡리, 삼성면	농산리	400	113,167
			용대리, 소이면	문등리			
17	전 북	익산군	오산면	송학리, 황동면	용산리	427	633,353
			황궁면	쌍제리			
18	경 북	봉화군	물야면	입동리, 봉성면	봉성 2 리	402	101,403
			상운면	도일리, 구천리			
19	전 북	진안군	안천면	신리리, 삼전면	운살리	423	382,488
			마령면	개서리			
20	강 원	인제군	인제읍	가리산리, 남면	어론 1 리	407	72,336
			서화면	서화 1, 2 리			
합 계						8,347	4,201,310

부록- 4. 표본지역별 조사대상가구수 : 농촌보건의료 취약지구조사

1. 특별대책지구 표본지역 : 14 조사구

ED 번호	표	본	지	역	표본가구수
101	강원도	횡성군	안흥면	강림 1 리 시장마을	88
102	"	"	"	강림 4 리 상막골 물건너	96
103	"	평창군	도암면	유천 3 리, 2 리	91
104	"	화천군	간동면	오음 1 리 오음마을	74
105	충북	단양군	영춘면	별방리 그루심, 각골마을	73
106	전북	부안군	산내면	진서리 백포마을	104
107	"	"	"	" 작도마을	68
108	전남	광산군	본량면	덕림 3 리 학동마을	80
109	"	여천군	소라면	사곡리 하사, 궁하마을	67
110	경북	금릉군	감문면	문무동, 도명동, 장전마을	84
111	"	안동군	풍천면	어담 2 동	88
112	"	봉화군	소천면	분천 1 리 황목마을	89
113	경남	하동군	횡천면	월평리 탐곡, 횡계마을	76
114	"	"	"	전대리 죽전, 전대마을	94
계					1,172

2. 대조지역 표본지역 : 33 조사구

ED 번호	표 본 지 역					표본가구수
201	경기도	김포군	양촌면	유현 1 리	사류지마을	92
202	"	"	"	석모 4 리, 5 리		89
203	"	안성군	양성면	미산리		97
204	"	"	서운면	양촌리 + 오촌리		90
205	"	"	원곡면	반제리	반제, 음봉마을	90
206	강원도	화천군	사내면	삼일리	수밀마을	87
207	충남	대덕군	구직면	구릉리	청운, 별락마을	91
208	충남	대덕군	산내면	소호리	윗·아랫마을, 알미마을	85
209	"	서산군	소원면	의항리 3 구		75
210	"	"	고북면	장요리 1 구, 2 구		106
211	"	"	"	대사리		69
212	"	"	해미면	석포 2 리		88
213	전북	무주군	무풍면	철곡리	원철목, 산기, 우평마을	106
214	전남	곡성군	입면	제월리 1 구, 2 구		108
215	"	"	석곡면	염곡리 1 구, 3 구		102
216	"	진도군	고군면	도평리	평산, 도론마을	88
217	"	"	의신면	사천리	사상, 논수동마을	84
218	"	신안군	하의면	옥도리		120
219	"	"	압해면	가룡리	원가룡, 하룡마을	78
220	"	"	"	가란리		91
221	"	해남군	제곡면	방춘리	방춘 마교마을	85
222	"	"	옥천면	대산리	동리, 대산마을	97
223	전남	해남군	화산면	평호리	송평마을	92

ED 번호	표	본	지	역	표본가구수
224	전 남	해 남군	화 산면	삼마리, 안호리	100
225	경 북	울진군	근남면	구산리 상천동, 구로동 마을	103
226	"	"	북면	사계 2 리	84
227	"	영덕군	남정면	사암동 1 동, 2 동	67
228	"	"	지품면	손천 2 동, 지품동	92
229	"	"	임동면	대곡 2 동 갈어점, 갈말골, 한신 마을	107
230	"	안동군	풍천면	병산동, 임금 2 동	110
231	경 남	남해군	서면	남상리 염해마을	86
232	"	"	남면	평산리 유구마을	78
233	"	"	"	상가리 북구마을	76
계					3,013

