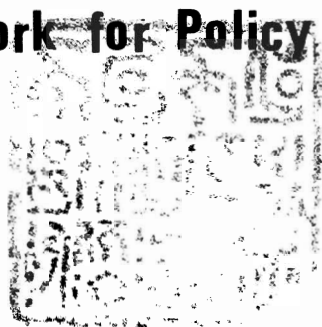


Report of the Seminar on Maternal & Child Health Work for Policy Makers



**Organized by Ministry of Health & Social affairs
and Korea Institute for Population & Health
Sponsored by World Health Organization**



目 次

開 會 辭	韓國人口保健研究院長	1
致 辭	保健社會部長官	3
祝 辭	世界保健機構駐韓代表	6
I. 主題發表內容 및 討議		7
1. 母子保健의 重要性和 그 推進方向	梁在謨	9
2. 政府母子保健事業現況	李柱源	37
討 議	方 淑・朴正漢	49・51
3. 母性保健事業開發을 위한 政府의 役割	徐永旭	54
討 議	朴寅緒・金貞泰	67・69
4. 嬰幼兒保健事業開發을 위한 政府의 役割	洪彰義	72
討 議	具然哲・洪在雄	93・95
5. 母子保健事業을 위한 統計	高應麟	98
討 議	金正根・朴泰根	111・112
II. 分科 및 綜合討議結果 建議		117
1. 政府母子保健事業의 問題點과 對策		119
2. 우리나라 母子保健事業의 方向		124
3. 母子保健事業 統計의 問題點과 對策		125

Ⅲ. 附 錄	129
1 . 英文秒錄.....	131
Abstract	
2 . 프로그램 (國・英文)	135
Programme	
3 . 參席者名單 (國・英文)	141
Participants	

開 會 辭

保健社會部 保健局長님, WHO 駐韓代表 오카모토 博士, 그리고 學界의 여러 教授님들, 地方에서 모여주신 保社局長님과 保健所長님, 公私로 多忙하실텐데도 不拘하시고 이처럼 자리를 빛나게 해주신 대해 衷心으로 感謝를 드립니다.

오늘 여러분을 한자리에 모시게 된것은 그동안 家族計劃事業의 時急性으로 인해 가리워져 온 듯한 母子保健事業의 活性化를 爲해 高見을 交換코자 함에 입니다.

最近 先天性 心臟疾患의 問題가 巷間의 話題가 되어있는 實情입니다. 그러나 이러한 疾病은 最近에 이르러 突然 發生하고 있는 것은 아니고 過去에도 勿論 있었읍니다.

醫學의 發達이 今日과 같지 않아 사람의 힘으로 어쩔 道理가 없었고 結果적으로 苦痛을 받다 죽어가곤 했던 것입니다. 오늘날 醫學이 高度로 發達되어 이를 治療할 수 있게되어 적지않은 數의 아이들이 그 惠澤을 입고 있음은 實로 劃期的이라 아니할 수 없읍니다. 그러나 이 경우라 하더라도 治療를 하는일에 앞서 萬一 이러한 疾患이 發生하지 않을 수 있었다면 한층 效果的일 것이 分명한데 이 한 예로도 母子保健의 重要性을 指摘할수 있을것 같습니다.

그외에도 많은 種類의 心身障礙의 發生이 母子保健을 管理하는 過程에서 抑制될 수 있습니다. 그뿐 아니라 어머니의 健康과 어린이의 保健이 保障되지 않은 限, 家族計劃事業의 展望도 樂觀할 수 없읍니다.

또 母子保健이란 來日の 人口의 資質向上을 爲해 重要な 基礎가 되고 있는 것이 分명한 데도 不拘하고 國家의 經濟水準이 適正線에 이르지 못하는 狀態에서는 往往“호미로 막을 것을 가래로 막는” 道理 밖에는 없을 만큼 母子保健事業은 長期投資를 必要로 하는 事業이라 할 수 있습니다. 그 때문에 우리나라의 경우도 經濟水準이 向上된 最近에 이르러 드디어 母子保健이 本格的으로 注目되기에 이른 것이 라 指摘할 수 있습니다.

이제 國家的으로 여러분들의 高見을 收斂하므로써 眞正한 意味의 母子保健事業 나아가 福祉國家로서의 모습을 構築해 갈 時點에 이른 것 이라 할수 있는데 이에 世界保健機構의 도움을 얻어 오늘 이자리를 마련하게 된것입니다.

다시한번 參席해 주신 여러분께 感謝를 드리며 이 一泊二日이 뜻깊은 時間이 되기 빌어마지 않습니다.

感謝합니다.

1985年 5月 2日

韓國人口保健研究院長

朴 贊 武

致 辭

親愛하는 保健分野의 專門家 및 關係官여러분!

그리고 公私多忙하신 중에도 이 자리에 往臨해 주신 世界保健機構 駐韓代表, 오카모도 博士님! 本人은 오늘 母子保健 關係人士들이 參席한 가운데 韓國人口保健研究院이 主催하는 母子保健事業의 活性化를 爲한 政策 立案者 세미나에 參席하여 致辭를 드리게 된것을 매우 뜻깊게 생각합니다.

國民의 健康은 母子保健事業에서 부터 始作되고, 國家와 民族의 繁榮도 保健事業을 基盤으로 하여 이루어지게 되기 때문에 이事業의 重要性은 다시 말씀드릴 必要가 없다고 생각합니다.

政府는 이런 點을 勸案하여 母子保健事業에는 年次的으로 많은 財源을 投入하고 갖은 努力을 다하여 1979년부터 1984年 사이에 全國 農・漁村 地域에 90個所의 母子保健센터를 建立하였읍니다. 또 年間 母子保健對象者中 40%의 嬰幼兒登錄管理와 24%의 妊産婦를 登錄管理하기에 이르렀읍니다.

그러나 이러한 努力에도 不拘하고 우리나라의 母子保健 水準은 先進國에 比하여 매우 落後되어 嬰兒死亡率은 千名當 三十二 32.6名, 母性死亡率은 萬名當 3.4名の 水準으로 우리와 水準이 비슷한 이웃의 싱가포르, 홍콩, 台灣과 比較하여도 低調한 實情에 있습니다. 이는 母子保健에 關한 國民의 傳統的인 慣習에 起因된 것으로 보아 이를 改善하기 爲하여서는 여기 모이신 여러분의 使命과 役割이 重要하다고 생각되기에 몇가지 當付말씀을 드리고자 합니다.

첫째로, 국민스스로가 母子保健의 重要性을 깨닫고 定期的인 産前및 産後管理를 받아 安全 分娩을 할 수 있는 制度的인 方案의 模索이 可能하도록 기탄없이 討議해 주시고,

둘째로, 母子保健事業을 推進할때에는 그 地域의 與件에 따라 住民들에 對해 保健서비스를 展開할 수 있는 方案을 提示하여 주시기 바랍니다.

또 셋째로, 母子保健事業에 關한 基本資料의 確保方案과 各種 問題點에 對한 具體的인 解決方案을 提示하여 주시기 바라며,

넷째로, 官民이 共同으로 母子保健 事業을 展開하는 組織體系도 함께 研究하여 주시기 바랍니다.

오늘날 우리가 부러워 하는 先進國의 母子保健水準은 政府의 努力 외에도 學界와 專門家, 그리고 國民의 自發的인 參與에 依하여 이룩되었다는 點을 勘案하여 우리의 當面課題를 슬기롭게 解決하여 나가는데 큰 도움을 주시기 바랍니다.

한편 政府는 여러분이 提供하시는 政策建議에 따라 우리 實情에 맞는 綜合計劃을 樹立하고 制度改善을 模索하여, 이에 따른 財政投資, 人的資源 確保等を 段階的으로 遂行토록 할것입니다.

母子保健事業은 결코 하루 아침에 이루어지는 것이 아니고, 또 당장에 成果가 나타나는 것도 아닙니다.

그러나 母子保健事業을 통한 人口의 資質向上과 小子女觀의 定着은 民族의 繁榮과 先進祖國을 創造하는 契機이 될 것이며, 21世紀를 열기위한 가장 確實한 열쇠라고 말할수 있겠습니다.

모처럼 마련된 이 자리에서 진지한 討議와 기탄없는 建議를 通하여
向後 母子保健事業의 活性化를 위한 政策方案을 提示하여 주시기 바랍니다.

끝으로 여러분들이 그동안 母子保健事業을 爲해 誠意를 다하신 勞
苦에 대해 깊은 感謝를 드리며, 이 세미나를 爲하여 財政的 支援을
해주신 世界保健機構와 準備를 위하여 手苦해 주신 韓國人口保健研究
院 關係職員 여러분의 勞苦에 對해서도 感謝드립니다.

感謝합니다.

1985年 5月 2日

保 健 社 會 部 長 官
李 海 元

Congratulatory Address

It is with pleasure that I greet the participants of the Seminar on the Maternal and Child Health Care, today.

We commend the MCH experts & workers for their continuing efforts to reduce the risk incidents among mothers and children who represent the greatest resource of this country.

Your efforts are not only providing sophisticated MCH Care for the great number of those afflicted with the abnormalities but have undertaken research, education and information programmes for the benefit of the public.

We are confident that this Seminar will be another milestone in medical circles and that the result of the scientific and administrative meeting will redound to the benefit of the Korean people.

We, WHO, understand that, in Korea, the government has been constructing MCH centers with the target of 91 centers and is making efforts to replenish those functions with capable staff.

We feel no misgivings that you will continue to master difficulties which you encounter in achieving your activities.

Please keep up the good work!

Dr. R. Okamoto
WHO Representative
2 May 1985, Taejon

I. 主題發表內容 및 討議

1. 母子保健의 重要性和 그 推進方向
2. 政府母子保健事業現況
3. 母性保健事業開發을 위한 政府의 役割
4. 嬰幼兒保健事業開發을 위한 政府의 役割
5. 母子保健事業을 위한 統計

母子保健의 重要性和 그 推進方向

目 次

- I. 緒 論
- II. 母子保健의 重要性
- III. 母子保健 水準指標
- IV. 母子保健事業의 原則
- IV. 現況과 問題點
- V. 建 議

梁 在 謨
大韓家族計劃協會會長
延世大學校 名譽教授

第1章 緒 論

1. 母子保健의 概念

母子保健이란 妊娠, 分娩 및 授乳期에 있는 女性과 胎兒로 부터 시작하여 新生兒, 嬰兒, 幼兒 및 學齡期 兒童을 包含한 小兒들의 保健을 말하며, 그 保護와 增進을 위한 事業들을 母子保健事業이라 하며, 家族計劃事業과는 서로 重複되는 部分이 많다. 母子保健은 이를 受胎調節, 妊婦의 健康管理, 特히 産前管理和 安全分娩管理和 産後管理等을 다루는 母性保健과 嬰幼兒의 健康管理를 다루는 小兒 保健으로 區分된다. 그러나 廣義의 母子保健에는 學校保健, 不具 및 障礙兒들에 對한 再活醫學 및 婚前管理도 包含된다.

2. 母子保健의 對象

1984 年末 現在 母子保健 對象人口는 最少로 추정할 때 0~6 歲

의 嬰幼兒 600 萬名과 有配偶可妊女性 570 萬名으로 全體人口의 28.8 %에 該當된다. 그러나 15 歲로부터 49 歲까지의 우리나라 可妊年齡層 女性數는 1,000 萬名이 넘는다.

1984 年 母子保健 對象人口

(單位：千名)

區 分	對 象 年 齡	人 口	(總人口對比)
計		11,684	28.8 %
嬰 幼 兒	0 ~ 6 歲	5,928	14.6 %
母 性	15 ~ 44 歲 (有配偶女性)	5,756	14.2 %

資料：保健社會部，家族保健事業 參考資料，1985. 1.

第2章 母子保健의 重要性

1. 첫째로 健康한 다음 世代를 가지기 위하여；即 國民體位와 資質의 向上을 위하여；

우리나라 俗談에 “세 살 적 버릇 여든까지 간다”는 말이 있지만 이는 情緒나 行爲에 局限되는 것이 아니고 肉體의인 健康이나 精神的 健康의 모든 基礎가 어릴 적에 다져지는 것이고, 또 妊娠時期나 妊産婦의 健康與否는 태어날 孩兒의 健康與否에 至大한 影響을 끼치는 것이므로 다음 世代 國民의 體位와 그 資質을 向上시키고자 願하는 未來指向의인 國家에게는 이보다 더 重要한 事業이 있을 수 없다.

2. 둘째로 母子保健事業 對象의 特性때문에 ;

妊娠婦와 嬰幼兒는 연약해서 疾病에 걸리기 쉽고, 또 惡化되는 速度도 빠르다. 反面에 早期診療에 대한 反應도 빠르고 종을 뿐아니라 이들의 疾病 大部分은 平素의 適切한 管理로써 쉽게 豫防될 수 있다. 이러한 特性들 때문에 母子保健事業에 대한 投資나 努力은 成人 또는 老齡層을 對象으로 하는 保健事業에다가 쏟는 投資나 努力보다 越等 迅速하고도 效率的인 成果를 거둘 수 있는 反面에 母子保健을 위한 平素의 管理나 早期診療를 等閑히 하였을 적의 惡化의 進度는 急速하고, 平生을 持續하는 不具나 畸形을 가져올 確率도 다른 年齡層에 비해 높다.

3. 세째로 國家開發水準의 한 指標다 ;

母子保健水準은 嬰兒死亡率, 周産期死亡率, 母性死亡率로서 測定 比較되는데 이들 指標가 한 나라의 開發水準을 나타내기 위하여 個人當 國民總生産, 文盲率, 平均壽命 등과 더불어 使用되고 있는데, 嬰兒死亡率을 위시한 母子保健指標가 向上되는데는 母子保健事業 以外에도 그 나라의 國民營養, 上下水衛生, 教育, 國民所得, 女性の 地位, 交通, 保健醫療 등 全般的인 開發이 複合的으로 影響을 미치기 때문이다.

4 生産性 低下 ;

母子保健 對象人口들의 大多數는 非勞動人口로서 直接 生産에 參與하지는 않지만 嬰幼兒와 母性の 不健康은 間接的으로 그 家族의 生産性を 低下시킨다.

5. 母子保健은 家族計劃과 相互補完 關係에 있다 ;

一般的으로 出産이나 産褥期の 危險度는 母性年齡이 20 歲 이하이거나 30 歲 이상으로 될수록, 또는 反復되는 妊娠과 出産間隔이 짧을수록 증가한다. 따라서 이러한 危險要因이 없어지면 母性과 어린이의 健康이 增進될 수 있으며, 이러한 努力은 家族計劃과의 共同努力에 의해 成就될 수 있다. 또 이와 같이 母子의 健康이 保障될 때 父母는 마음놓고 子女數를 줄이기 위해 避妊을 採擇한다. 新生兒 혹은 嬰兒死亡은 授乳無月經 期間을 短縮시켜서, 곧 이어서 다시 妊娠될 確率이 높아지고, 出産間隔이 短縮된다.

世界銀行總裁였던 Robert McNamara 가 1977 年에 MIT에서 行한 演說에서 40 개 開發途上國을 資料로 하여 分析한 結果 出生率 低下와 그 나라의 國民所得, 教育水準, 嬰兒死亡率, 女性の 地位, 都市比率等 다섯가지 條件과 關係가 크다고 하였다.

第3章 母子保健水準 指標

1. 母性死亡率

母性死亡이란 妊娠, 分娩, 産褥期와 關聯된 原因으로 女性이 死亡한 것을 의미한다. 우리나라는 1985 年 現在 母性死亡率이 10,000 出生當 3.39 로 推定하나 이는 先進諸國보다는 3~5 倍 높은 편이다. 母性死亡率은 母性年齡이 30 歲 以上으로, 出産回數가 3 回以上으로 증

가할수록 점차 증가되며, 이들 두 요소는 함께 작용해서加重하는影響을 일으키기도 한다.

2. 嬰兒死亡率

嬰兒死亡率은 아기가 滿 1 歲 未滿에 死亡한 數를 1,000 出生으로 나눈 것이다. 1940 年에 世界各國중 오스트리아가 38.4 로 最低였고, 1950 年, 1960 年, 1970 年, 1979 年에는 스웨덴이 21.0, 16.6, 11.0, 7.8 로 繼續 最低였으며; 日本이 1979 年에는 7.9 로 스웨덴 다음으로 낮아졌다. 現在 世界的으로 20 ~ 50 이 中進級이고 50 以上은 後進級에 屬한다. 우리나라는 人口動態統計의 貧弱으로 아직도 全國的인 嬰兒死亡率을 算出하기가 어렵지마는 1960 年頃에 120 쯤으로 推定하던 것을 1980 年에는 36.8 로 보고 1985 年에 27.5 로 할 것을 目標로 하고 있다.

3. 周産期死亡率

周産期 死亡率이라 함은 妊娠 28 週 以後의 胎兒死亡件數와 生後 1 週間の 早期 初生兒死亡件數를 合計한 것을 1,000 出産에 對한 比로 표현한 것으로서 世界保健機構는 1950 年부터 母子保健水準을 特히 出産을 中心으로 한 直前・直後の 保健狀態를 反映하는 가장 좋은 指標로 권장하고 있다. 先進各國에서는 最近 20 餘年 동안에 周産期 死亡率이 점차적으로 減少되어 거의 다 20 미만으로 떨어졌다. 아직도 20 以上인 것은 높은 편이고, 20 未滿은 낮은 편이며, 그 構成比

는 대체로 胎兒死亡이 初生兒死亡보다 많은 편이다. 우리나라에서 調査된 周産期死亡率은 江華郡에서 1977 年에 41.2 였고, 서울市에서는 1976 年에 34.2 로 나타났다. 우리나라에서 全國的인 周産期死亡率을 計出함은 嬰兒死亡率보다 더 不可能하다.

4. 低體重兒 出産率

出生時 體重은 父母의 體重, 妊娠中 母體의 營養, 母性年齡, 出産 間隔, 出産順位 등과 많은 關係가 있다. 出生時 體重在 2.5kg 未達인 경우를 低體重兒라 하는데, 低體重兒 出産率이 貧困한 나라에서는 10~30 퍼센트로 높고, 日本의 경우는 1979 年에 男兒에서 5.0 퍼센트, 女兒에서 6.0 퍼센트였다. 우리나라도 過去 20 年間に 많이 減少되었을 것으로 짐작되며, 36 週 以前에 出生된 早期出生兒의 比率은 1981 年 現在 3.6 %였다.¹⁾

5. PQLI (Physical Quality of Life Index)

美國의 海外開發局의 Dr. James Grant 는 1976 年에 每人當 國民 總生産, 平均壽命, 文盲率의 세 가지 指數를 統合해서 PQLI 라는 하나의 指標를 만들어 냈다. 여기서의 平均壽命에는 嬰兒死亡의 影響이 크게 左右한다. 日本의 PQLI 는 1935 年에 隔差指數가 28.7 이었다

1) Tai-Keun Park, et al ; Previous Experience of Induced Abortion as a Risk Factor for Fetal Death and Preterm Delivery, Int. J. Gynaecol Obstet., 1984 ; 22 : 195-202.

가 1955 年에 10.9 로 떨어져서 年間 減少率이 4.7 이었는데, 우리나라는 1976 年 現在의 PQLI 가 82, 隔差指數가 18 로서, 2000 年에 가서야 9.0 으로 떨어질 것이 展望되고 있다. 우리나라는 1970 年代를 통하여 6.9 %의 GNP 成長率과 6.8 %의 PQLI 隔差減少率 (Discrepancy Reduction Rate) 을 持續해 왔으며, 이것은 世界的으로 가장 빠른 發展速度에 屬하는 편이다.

第 4 章 母子保健事業의 原則

1. 健康管理과 豫防에 重點

母子保健事業은 母性和 嬰幼兒의 健康管理에 重點을 둔다. 따라서 患者 診療는 그 一部分에 지나지 않는다. 그러므로 母子保健은 可妊女性과 5 歲 미만 嬰幼兒 모두가 疾病有無에 關係없이 그 對象이 된다.

이처럼 母子保健은 地域社會內的 모든 母性和, 嬰幼兒를 對象으로 삼아야 하기 때문에 母子保健事業을 위한 組織은 이들 對象들이 쉽게 接近할 수 있도록 짜져야 한다. 특히 貧困, 無知, 失業狀態, 家庭不和 등의 危險要因을 가진 階層에서 보다 많은 問題가 發生되고 있기 때문에 農漁村이나 都市零細民에게 效果的인 母子保健事業이 優先적으로 실시되지 않는 한 保健指標가 向上되지 않을 것이다.

母子保健事業中 가장 重要的 活動은 모든 妊娠을 可能的 限 妊娠初期에 發見하여 登錄시키고 産前管理를 받도록 하는 것이다. 妊娠初

期の産前管理만 잘 받으면 高危險 妊娠은 쉽게 判別될 수 있다. 全體 妊娠의 5~10%는 高危險 妊娠이라고 보는데, 이들에게는 營養教育, 特別 保健教育을 시켜서 危險要因이 제거되거나 해결되도록 해야 한다.

2. 一次 保健醫療와의 關係

1978年 9月 소련의 Alma Ata에서 열린 世界保健機構와 國際兒童基金이 共同 주최한 一次保健醫療에 關한 國際大會에서 “2000年代까지 모든 人類에게 健康을” 누리게 할 것을 目標로 하고, 이를 達成하기 위하여 一次保健醫療를 施行키로 合意했다. 一次保健醫療란 地域社會 住民의 參與와 모든 分野의 協助로써 基本的인 事業을 提供하는 것이다. 基本 保健醫療事業의 內容은 國家에 따라, 또는 地域社會에 따라 다를 것이나 最少限 다음의 內容을 包含한다. 即 營養의 增進, 家族計劃을 包含한 母子保健事業, 豫防接種, 風土病의 豫防 및 管理, 保健教育, 흔히 發生하는 疾病과 外傷의 適切한 治療等이다. 이중 많은 部分이 母子保健에 屬해 있고, 母子保健을 強化하므로써 이를 수 있는 것들이어서 母子保健이 一次保健醫療의 가장 重要한 部分임을 알 수 있다.

3. 母子保健은 家族計劃, 營養等과 統合 推進되어야 한다

保健社會部の 組織을 보면 1963년에 保健局內에 母子保健班을 設置하고, 1972年 2月 母子保健管理官室을 設置해서 10年을 運營하는

동안 母子保健이라는 標榜下에 家族計劃擔當 部署를 두어왔으나 實際 運營에 있어서는 母子保健은 等閑視되고 保健社會部の 家族保健事業 總 豫算의 5 %만이 母子保健事業에 使用되고, 나머지 大部分은 家族計劃 事業에 投入되어 왔다. 그렇다고 해서 演者는 이것이 잘못된 것으로 指摘하려는 것이 아니고 오히려 그동안의 우리 與件으로서는 아주 잘한 處事였다고 본다. 그렇게 보는 理由는 첫째로 出産力을 抑制하기 위한 強力한 家族計劃事業 展開의 必要性이 너무도 切實하고 時急하였고, 둘째로는 積極的인 家族計劃事業 推進은 危險要因을 많이 가진 願치 않은 妊娠과 出産을 大幅 減少시킴으로써 母子保健向上이라는 波及效果를 가져오며, 세째로는 母子保健事業展開를 위하여 家族計劃事業보다는 훨씬 많은 施設裝備과 보다 長期間의 訓練을 받은 要員이 投入되어야 하기 때문에 制約된 豫算으로 두가지 일 即, 家族計劃과 母子保健을 同時에 推進하다가는 하나도 제대로 못하게 될 것이 우려되고, 네째로는 家族計劃 없는 母子保健事業만의 展開는 긴 眼目으로 보면 家族計劃에도 좋은 影響을 끼칠 것이로되 當場에는 一方的인 死亡率 低下로 人口增加를 부채질 하는 結果가 올 것이기 때문이다. 그러나 이제부터의 우리나라 家族計劃事業은 母子保健을 통한 人口의 資質向上 없이는 이 以上の 進展을 期待하기 어렵다는 것이 確實하므로, 비록 母子保健事業에는 더욱 訓練된 要員과 보다 많은 施設 및 投資가 所要된다 하더라도 더이상 本格的인 始作을 늦추었다가는 오히려 國家的으로 큰 損失을 가져올 것이 우려된다.

第5章 現況과 問題點

1. 지금까지의 經由와 現況

가. 母子保健 現況

1981 年에 政府는 福祉社會를 구현하는 것을 最大의 目標라고 闡明하면서, 母子保健管理官室과 傘下의 母子保健擔當官, 家族計劃擔當官室을 廢止시키고, 保健局內에 家族保健課를 두어서 母子保健과 家族計劃業務를 擔當토록 縮少시켰다. 母子保健事業 統計에 依하면 妊産婦管理의 始作이 되는 全體의 47 %의 妊娠登錄이 妊娠 6 個月 以後에 실시되고 있고, 登錄時 平均妊娠期間이 5.3 個月이다. 이로 미루어 妊娠 初期의 異常에 對하여는 아무런 情報도 없음을 알 수 있다.

嬰幼兒 健康管理도 86 %는 전혀 保健醫療人과 接觸이 이루어지지 않고 있고, 다만 豫防接種이 비교적 많이 利用되는 서어비스이다.

2 歲以下 嬰幼兒 豫防接種率, 1979 年

種 類	接 種 率
DT, DPT	32.0 % (1 回以上)
소 아 마 비	70.6 % (1 回以上)
紅 疫	14.7 %
BCG	22.0 %

資料 : KHDI, Statistical Tables derived from the 1979 Post-Evaluation Survey, 1979.

保健社會部 集計에 의하면 1980 年에 安全分娩率は 不過 32.0 %에 지나지 않았으며, 이보다도 妊娠婦의 7.5 %가 分娩時 醫療人의 介助 도움의 必要性을 認識하지 못하고 있다.

나. 母子保健要員

政府는 母子保健事業을 推進하기 위해 1967 年에 邑·面 保健支所에 母子保健要員을 配置했다. 母子保健要員을 助産員으로 任命해서 農漁村에서 妊娠婦를 登録시키고, 産前管理를 擔當하여 正常的인 分娩을 介助시키며, 이어서 産後管理和 嬰幼兒管理를 하도록 한 것이다. 그런데 現在 母子保健要員의 70 % 以上이 看護補助員이어서 이들은 書類上의 業務以外에는 本來 母子保健要員의 任務中에서 거의 아무 일도 할 수 없는 水準에 있다.

다. 母子保健센터

政府는 農漁村地域의 醫療均霑을 위하여, 保健問題의 根本이 되는 母子保健의 重要性을 인정하고, 巨額의 借款을 導入하여, 母子保健센터를 建立하게 되었다. 1981 年에 14 個所를 세운 것을 시작으로 1984 年末까지 42 個所가 完工되었으나, 그 運營上 많은 어려움이 있다.

母子保健센터는 母子保健事業을 추진할 病院이나 醫療人力이 없어서 助産員 中心으로 臨機應變으로 設立된 것이 아니다. 妊娠과 分娩은 病이 있는 患者를 다루듯이 接近해서는 안될 正常的인 過程이고, 嬰幼兒에 對한 育兒指導 역시 治療의 機能이 아니다. 母子保健센터에서는 正常的인 妊娠婦들이 스스로 健康에 대해 責任意識을 느끼고, 健

康을 지키며 增進시키려는 努力이 主로 시행되어야 한다. 母子保健 센터를 찾아오는 患者만을 對象으로 하는 病院과 비슷하게 운영해서 病醫院들과의 競爭을 시도해서는 안되며, 그 長點을 살려서, 病院에서 하기 어려운 部分을 擔當하므로써 相互 補完적으로 운영해야 한다. 正常的인 妊婦의 健康管理, 正常分娩 等은 자체내에서 해결하지만, 심한 심장병, 현저한 骨盤畸形 또는 子癰등은 病院으로 處理를 依頼하는 것이 바람직하다.

母子保健센터는 다음의 基準을 지켜야 한다. 첫째, 對象者の 家族이 健康管理의 팀으로 參與해야 한다. 妊娠과 分娩 그리고 育兒를 家族이 다 같이 參與하고 經驗하도록 가정과 가장 비슷한 雰圍氣를 保存한다. 둘째, 正常 妊産婦管理에 必要한 적정한 病理檢査나 X線 촬영시설을 갖춘다. 셋째, 家庭과 같은 雰圍氣를 만들어, 방에서 分娩하며, 入院에서 退院까지 같은 방에 머물게 하며, 新生兒室을 廢止해서, 産母와 애기를 서로 隔離시키는 일이 없도록 한다. 넷째, 母子保健센터에서 解決할 수 없는 産母나, 未熟兒 等を 後送할 病院과 協助體制를 樹立한다. 다섯째, 自體 運營費를 節減해서 患者나 國費의 負擔을 낮춰야 한다.

育兒指導室에 대개 어머니들이 嬰幼兒를 데리고 찾아오는데, 이들이 대기하는 동안, 保健教育을 받거나, 母乳授乳하기, 또는 기저귀 갈아주는 등 家庭과 같은 環境에서 不便을 느끼지 않도록 設計해야 하고, 이러한 要求를 충족시킬 수 있는 높은 水準과, 친절한 態度가 職員들에게 強調되어야 한다. 育兒指導室에서는 健康管理, 成長發育計測, 豫防接種, 保健教育, 授乳 및 補充食教室과 간단한 疾病의 早期 診斷

및 治療를 위한 活動을 擔當한다.

待機室에는 어머니가 애기를 안고 편히 母乳를 먹일 수 있도록 낮은 의자를 두고, 어머니가 育兒記錄簿를 가지고 다닐 수 있는 制度를 採擇한다. 體重測定도 保護者가 直接하고 스스로 記入토록 권장하면, 參與意識도 높이고 健康에 對한 關心도 높일 수 있다.

母子保健센터의 産前管理서비스가 내용적으로 貧弱하다. 産前管理는 妊娠中 부작용을 예방하고, 安全 分娩까지 도달하기 위해 가장 重要한 서비스로서 産前管理 擔當者는 임신으로부터 분만까지는 變化를 계속 觀察해서 健康管理의 持續性을 갖는데에 力點을 두어야 한다. 産前管理의 水準은 첫 訪問時의 妊娠 個月數, 총 訪問回數 및 妊娠終結時의 妊娠個月數에 의해 결정되기 때문에, 우선 妊娠을 初期에 發見해 내는 것이 産前管理 水準을 높이는 관건이라 하겠다.

産前管理의 內容은 過去歷을 묻고, 身體檢査, 妊娠中 危險症勢에 對한 教育 以外에도, 營養攝取에 對한 教育, 妊娠中の 個人衛生, 分娩時의 呼吸調節, 筋肉運動法, 母乳授乳의 重要性和 方法, 育兒法 等に 대하여 教育하는 것이 主된 內容이 되어야 한다.

産前管理의 效果를 測定하려면, 對象地域內 妊娠婦의 80 % 이상이 서비스를 이용할 수 있어야 하고, 來訪하지 않는 나머지 婦人은 家庭訪問을 해서라도 妊娠의 經過를 把握해야 하는 것이다. 自發적으로 訪問하지 않는 婦人일수록 더욱 營養狀態가 나쁘고, 健康上 危險한 婦人이기 때문에, 이들에 對한 家庭訪問은 매우 重要한 것이다.

農漁村에는 各 邑·面마다 保健支所가 있고, 交通이 不便한 地域에는 保健診療所가 있다. 母子保健센터는 이러한 機關과 人力과의 連

繫를 強化해서 同一한 目的으로 協助하며 일하는 中樞的 役割을 擔當해야 한다. 各 機關에 현재 定員이라도 채우도록 人力이 確保되어야 하는 것은 勿論이고, 各 機關間에 醫療費 支拂方法이 큰 차이를 보이지 않아야 하고, 妊娠婦를 管理하고 後送할 때 持續性이 維持되도록 해야 한다.

母子保健센터는 正常的인 妊娠의 經過를 確認하고 유지시켜주는 機能을 하기 때문에 助産員이 責任맡도록 되어 있다. 따라서 조산원보다는 醫師가, 醫師도 一般醫보다는 産婦人科 專門醫와 같이 높은 水準의 教育을 오래 받은 사람일수록 더욱 좋다는 사고는 옳지 못하다. 危險한 부인은 진통전에 발견해서 醫師에게 依賴해야 하며, 未熟兒 등의 病的인 新生兒도 母子保健센터에서도 擔當하지 않는 것이 바람직하다.

正常分娩을 위한 施設이 農村 住民의 生活環境이나 價値觀에 적합하지 못하고, 住民으로부터의 信賴度가 低調하다. 母子保健센터는 助産員이 中心이 되어 分娩介助하기 때문에, 施設이나 産室의 構造가 病院과는 달라야 하며, 産母들이 자기 家庭에서 기거하는 것과 같은 분위기에서 分娩이 이루어져야 한다.

産後에는 褥婦는 지쳐있고, 항상 新生兒를 돌보아야 하기 때문에 다시 母子保健센터나 病院을 訪問하기가 매우 어렵다. 따라서 家庭을 訪問해서 産後の 健康을 管理하고 必要한 內容을 教育시켜야 한다.

嬰幼兒에 體重測定, 母乳授乳와 기타 營養教育을 強化해야 한다. 과거에는 保健所나 母子保健센터에서 來訪者를 集團으로 教育하거나, 벽에 붙은 포스터, 간단한 유인물을 통해 형식적인 保健教育을 해왔다.

그러나 敎育은 여건이 허락되는 限 集團敎育보다는 個人別로 시행하는 것이 더욱 效果의이며, 敎育의 重要性이 높기 때문에 個人別 敎育을 強調해야 한다. 모든 訪問者는 대기시간이나 진찰후 어느 時間에든지 相談과 敎育을 만드시 받도록 해야 할 것이다.

産後에는 産母와 新生兒를 分離시켜서는 안된다. 그러므로 母子保健센터에는 新生兒室이 別途로 설치되어서는 안된다. 母子保健센터는 病이 있는 患者가 들어오는 病院과는 달리 健康한 사람만이 올수 있는 장소가 되어야 한다.

助産員은 正常分娩만을 介助해야 하며, 따라서 會陰切開, 誘導分娩 및 吸引分娩 等の 病的인 分娩介助術을 禁止하고 있는 것은 重要的 意義를 지닌 것이다.

母子保健센터는 農漁村의 母子의 健康管理의 가장 큰 責任을 맡은 機關이어서 年中 쉬지 않고 機能을 발휘해야 한다. 이것은 경직된 官僚的 行政으로 可能해지는 것이 아니라 醫療機關으로서의 技術과 專門性이 보장되므로써 가능해 지는 것이다. 예를 들어 부족한 助産員의 人力을 一日 24時間 찾아올수 있는 産母診療에 活用하려면, 근무시간, 근무장소와 住居 食生活의 自律性이 보장되지 않고서는 不可能하다. 現在와 같이 母子保健센터의 조직을 保健所長 지휘 감독하에 둔다면 助産員인 母子保健센터 책임자에게도 6급의 係長 직급에 보하여야 할 것이다.

母子保健은 各 事業單位의 對象者 全體를 管理해야 한다. 過去에 保健支所에 母子保健要員으로 근무한 助産員들은 비교적 面 全體의 妊娠婦와 嬰幼兒管理를 많이 감당하고 있었다. 江華郡의 仙源面, 內可面

에도 助産員이 있어서 이들은 面全體 分娩의 약 50 ~ 60 %를 直接 介助했으며, 나머지는 産前管理와 産後管理를 위해 家庭訪問해 왔다.

1981年 面 保健要員을 定規職 公務員化하면서, 55才以上の 有能하고 經驗많은 助産員이 자리를 떠나야 했다. 이어서 保健診療員 制度가 시작되어서 有能한 助産員과 看護員들이 保健要員의 자리를 떠나 保健診療員으로 지원해갔다. 保健要員은 아직도 과반수가 看護補助員으로 任用되어 있어서, 看護補助員으로서는 書類整理와 藥劑의 傳達 이상의 水準 높은 保健事業을 展開할 수 없다.

原來 保健看護員의 任務는 正規看護員의 教育이나 資格으로도 擔當하기 어려운 것이어서, 正規 看護員이 되고도 1年以上 公衆保健學을 배운 사람에게만 保健看護員 資格을 주며, 이런 資格證이 있어야만 保健事業에 종사할 수 있도록 法에 規定했다. 그러나 保健看護員의 職位가 發展性이 적고, 대우도 형편없이 薄하여 經歷 많고, 資質이 우수한 看護員부터 離職했으며, 많은 看護員들이 轉職할 때에, 當局은 그 原因을 分析하고 保健事業에 蹉跌을 가져오지 않도록 그 問題를 解決하려고 노력하지 않았다. 오히려 使命感이 부족하다고 非難만 하고 看護員이 없으면 看護補助員으로 임시 채용하면 마찬가지라는, 어느 누구도 納得할 수 없는 處事를 서슴없이 저지르고 말았고, 이제는 아예 保健看護員 資格證 制度도 없애버려서 아무나 할수있는 것 같이 認識되어 버렸고, 保健要員은 의례 看護補助員으로 任用하는 것으로 方針을 굳힌 것 같은 인상마저 있다.

1982年 以後 母子保健센터가 建立되면서 母子保健事業은 産前管理로부터 시작해서 豫防的인 事業위주로 全住民을 對象으로 하는 가장

重要な 公衆保健事業임을 保健當局이 完全に 忘覺하는 듯해서 우려를 금치 못한다. 그 理由는 母子保健센터가 外援에 依해 建立된 것임에도 불구하고, 그 設計나 運營方法을 病院 흉내를 내려 한다는 것이다. 地域社會中心이 아닌 施設中心 接近을 하려는 의도가 역력하며, 그 代表的 例가 保健支所の 母子保健要員 定員을 줄이고, 그 定員을 母子保健센터로 策定하는 處事이다. 이제까지 必要한 서서비스를 충분히 提供하지 못하고 書類作成 爲主의 형식적인 母子保健事業을 母子保健센터가 設立되므로써 異常 妊娠을 後送할 수도 있고, 또 母子保健센터가 地域社會 全 住民의 健康을 擔當하는 機關이 되도록 手足 役割을 해야하는 것이 바로 保健要員인데, 面 單位의 母子保健事業의 擔當者를 줄이는 意圖는 納得할 수 없다.

2. 問題點

가. 政府의 意志

政府의 母子保健豫算이 貧弱한 것을 보아 政府가 그간 母子保健事業의 命脈만 끌어왔었지, 거의 始作도 안해 왔던것을 알수있다. 保健社會部の 一個係에 서너명의 職員을 두고서 母子保健을 擔當시키고 있고, 特別市, 直轄市, 道에는 母子保健 專門家가 單한명 없는 것을 보아서도 事業의 不在를 實感한다. 政府는 母子保健의 重要性을 다시 한번 認識하고, 事業을 늦추거나 適當히 施行할 경우 지금과 같은 國民健康上의 不利益이 더욱 커질 것을 내다 볼수있어야 한다. 美國과 같이 모든 保健醫療網이 잘 갖추어 있고, 가만 두어도 保健

指標 水準이 높은 나라에서도 白堊館內에 大統領 直屬으로 母子保健의 運營과 增進을 위한 White House Conference를 定期的으로 運營해온 것을 우리 政府도 깊이 念頭에 두어야 한다.

나. 接近方法

母子保健의 참뜻은 健康을 維持, 保全하고 增進시키는데에 있다. 첫째 主對象은 患者가 아니라 健康한 사람이다. 따라서 절대로 患者를 다루듯이 計劃해서는 안된다. 妊娠婦와 嬰幼兒는 患者가 아니며 단지 健康上 脆弱集團이기 때문에, 健康할때에 家庭에서 健康이 계속 監視되어야 하며, 특히 健康의 危險要因을 지닌 사람들에게는 特別한 關心을 가지고 保健醫療活動을 集中시켜야 한다. 따라서 危險值 接近方法을 實施해야 한다.

危險值 接近方法이란 모든 사람에게 적절한 서어비스를 提供하기 위해서 醫療를 가장 必要로 하는 사람부터 먼저 保健醫療를 제공하는 保健管理手段을 말한다. 危險에 있는 妊娠婦나 嬰幼兒를 일찍 發見하기 위해 評點制를 利用하기도 한다. 그러나 危險值 接近의 目的은 各地域의 혹은 社會經濟的 계층에 危險要因의 分布, 즉 有病率을 알아내서 더욱 問題點과 危險이 많은 곳에, 더욱 많은 醫療서어비스, 人力, 施設을 集中시키는 데에 있는 것이다.

危險要因이란 마을의 平凡한 主婦가 쉽게 發見할 수 있는 家庭問題나 社會的 要因으로부터, 좋은 病院施設에서 確認될 수 있는 複雜要因도 있다. 따라서 地域住民의 母子保健 要求를 각 水準別로 確認發見하기 위하여 일하는 人力이 있어야 한다. 京畿道 江華郡에서는

各마을마다 家庭健康要員을 自體內에서 선발하고, 延世醫大에 教育을 의뢰한 후, 이들이 有配偶 可妊女性과 嬰幼兒가 있는 家庭을 정기적으로 訪問해서, 妊娠을 初期에 發見하고, 産前, 分娩 및 産後管理를 잘 받도록 하여, 어린이 健康과 育兒教育, 成長發育計測等を 실시하는 事業을 12年째 계속중이다. 이곳에는 政府의 保健行政體系가 다른 農村과 다 마찬가지로 實施되는데도 불구하고, 家庭健康要員이 末端마을 單位의 保健管理者로 일하므로써, 母子健康과 관련된 問題의 頻度와 程度를 파악하며, 危險에 처할 虞가 있는 個人을 일찌기 발견해서, 保健支所로 연락하고, 의뢰하므로써, 豫防管理 對策을 세우도록 하고 있다.

豫防接種은 公共醫療部分에서 가장 力點을 두었던 活動中 하나이다. 1983年度 統計를 보면 B. C. G나 D. P. T 또는 소아마비 예방접종율은 80%以上을 기록하고 있다. 그러나 홍역예방접종등 高價의 接種은 아직도 地域에 따라 40~60%정도의 낮은 接種率에 그친다. 豫防接種은 그對象集團에 따라 提供되어야 한다. 즉 嬰幼兒에게 使用되는 것은 嬰幼兒 育兒指導室이나 母子保健센터의 活動에서 使用되도록 하고, 年中 계속 供給되고, 保管되어야 한다. 계절별로 주로 成人에게 使用하는 콜레라, 장티프스와 같은 백신과 함께 補給, 管理되어서는 안된다. 接種要員들이 接種에 對한 知識을 정확히 파악해서, 自身있는 태도와 높은 技術로 실시하도록 해야한다.

新生兒破傷風으로 入院한 新生兒의 86%가 家庭에서 分娩한 경우였다. 妊娠中에 破傷風 Toxoid를 接種하고, 家庭分娩하는 妊産婦를 위한 安全衛生分娩서비스對策을 수립해야 한다. 風疹을 妊娠初期에 앓으면 新生兒 畸形, 自然流産등의 妊娠虛實위험이 높아진다. 따라서 結

婚前에 妊娠이 안된 것을 確認해서 中學生 以上の 여성에게 風疹豫防接種해 주는 事業도 시급히 도입해야 한다.

西歐제국에서는 20 ~ 50 %의 分娩이 家庭에서 醫療人에 의해 介助되며, 美國에서도 95 % 이상이 施設分娩을 하는 것은 사실이나, 이 중 많은 産母는 Birth center 나 Freestanding clinic 에서 助産員에 의해 介助를 받고 있다. 우리나라에서도 1977 年에는 64.2 %에 달하던 家庭分娩率이 1983 年에는 29 %로 감소되기는 하였으나, 向後 醫療保險의 擴大 實施에 따라 증가되는 産母의 分娩介助를 病院에서 감당하기에는 施設, 財政, 人力面에는 매우 힘겨운 일이다. 따라서 産前管理期間中 正常的인 分娩이 豫想되는 産母는 家庭分娩을 願할 경우, 往診 分娩介助하는 제도를 적극적으로 권장 實施해야 한다. 地域 社會에 널리 分布되어 있는 高危險妊娠을 發見하는 노력없이, 醫療機關에 찾아오는 産母에게만 分娩介助해주고, 아무리 難産이 豫想되어도 家庭에서 分娩하는 경우에는 전혀 接觸이 없는 母子保健事業 體系는 개선되어야 한다.

英國은 治療醫學뿐 아니라 公衆保健에 있어서도 가장 먼저 發展한 나라이다. 英國에서는 제 1 차 세계대전 당시까지도 出生 1,000 名當 150 에 달하는 嬰兒死亡率이 계속 50 년동안 떨어지지 않다가, 家庭訪問事業과 嬰幼兒 診療所가 設立되어, 어머니들에게 保健教育을 시키고, 豫防과 治療가 併行되자 비로소 嬰兒死亡率이 떨어지기 시작했다. 이를 위해서는 助産員, 看護員과 많은 補助人力을 確保하여 팀接近을 통해 目標를 달성할 수 있었다. 1899 年에 163 에 달하던 嬰兒死亡率이 1921 年에 83 으로, 1940 年에 55 로, 다시 1970 年에는 15 명까

지 크게 감소되었다. 씨시리·윌리엄스는 이러한 成果가 어머니에 대한 保健敎育과, 保健看護員에 의한 家庭訪問, 그리고 助産員들에 의해 이룩된 공로라고 했다.

다. 母子保健 組織

政府는 이제까지 母子保健事業의 重要性을 認定하지 않고 있었고, 1 個面에 1 名の 母子保健 擔當 保健要員을 두어 왔으나, 이들도 缺員된 지역이 많다. 母子保健은 다른 保健事業과 달리 여러 活動과 프로그램이 綜合되어야 하며, 保健醫療分野의 각종 水準의 人力이 함께 참여하여야 하고, 一定 水準以上の 技術이 필요한 分野이다. 그러나 이제껏 母子保健要員을 確保할 때 이러한 방침을 전혀 認定하지 않았던 것이 사실이다. 助産員과 一般 看護員, 심지어는 看護補助員과 同一하게 대우하고, 業務內容에 있어서도 區分을 明確히 하지 않으므로써, 有能한 人力의 離職을 부채질하게 되었다.

面마다 保健支所가 있음에도 불구하고, 母子保健要員들이 面長의 傘下에 配置되어 있다. 一般行政에서는 母子保健에 對한 概念도 關心도 없어서 事業의 優先順位에서 뒤지며, 保健에 關心없는 一般行政 體系 밑에 保健要員을 두었을 때 保健事業을 獨自的으로 遂行할 수 없는 것은 말할것없고, 往往 그릇된 干涉을 받고 本然의 業務遂行을 妨害받게 마련이다.

母子保健要員은 保健支所와도 關聯없이 일한다. 保健支所의 醫師는 治療以外에는 關心없고, 더우기 자기를 찾아오지 않는 사람에 對해서는 關心이 없다. 保健支所를 맡는 醫師들에게는 地域社會保健行政 管理에 대한 敎育을 義務的으로 받게 함으로써 母子保健事業要員들의 活動을

指揮監督할 能力을 갖추게 하고 그러한 管理業務가 患者診療 보다도 더 重要함을 認識케하는 同時에 保健要員은 그에 필요한 相談, 家庭訪問等を 通해서 서로 팀으로서 함께 일하도록 해야한다.

保健所에도 母子保健擔當 看護員이 있으나, 그위의 係長은 行政職 公務員이 있어서 看護員과 醫師의 專門職間의 意思疏通을 이들 行政職 公務員이 斷絶시키고 있다. 保健所와 母子保健센터와 保健支所等은 純粹 保健事業機關으로서 本然의 任務를 責任질 수 있도록 하기 爲해서는 必要以上の 一般 行政的 人力과 業務를 除去할 필요가 있다.

라. 要 員

母子保健要員の 離職率이 높다. 특히 助産員 資格證을 가진 가장 適合한 要員일수록 離職率이 높다. 看護補助員 程度면 할수있다고 當局에서 보는 職位에 助産員이나 看護員이 들어 간다면, 業務의 보람도 없고, 오히려 오죽 無能하면 看護補助員들이 하는 職位에 있는가 하는 蔑視까지도 받을 수 있다.

地域社會中心의 任務가 遂行되지 못한다. 母子保健事業 對象者는 場所에 구애됨없이 接觸되어야 하며, 必要한 서비스를 받을수 있어야 한다. 妊娠登錄은 모든 妊娠婦가 되어야지, 그중에서도 保健支所가 가까워서 訪問이 容易한 사람만 登錄되어서는 안된다. 이를 위해서는 적어도 地域內의 모든 可妊女性이 妊娠되었는지를 一定間隔을 두고 確認되어야 한다. 따라서 모든 家庭마다 健康記錄簿를 만들고, 定期的으로 이것을 檢討함으로써 家庭訪問 對象 家口도 찾아낼 수 있게된다. 그러나 母子保健要員에 對한 指導・監督體系가 없다. 書類로 作成된 報告書가 全部이며, 活動 內容이나 成果等은 檢討되지 않는다. 定期的인

評價 및 事業計劃을 위한 會議가 週間 혹은 月間으로 開催되어, 活動狀況과 問題點의 報告와 問題點 解決을 위한 討議, 指導等이 進行되어야 한다.

마. 評 價

母子保健事業의 評價計劃은 事業의 初期 計劃段階에서부터 樹立되어야 한다. 評價方針에 따라 事業의 方向이 決定되기 때문이다. 評價는 窮極的인 目標에 맞는 評價를 해야한다. 무릇 評價는 結果(outcome) 또는 窮極目標(ultimate goal), 過程(process) 또는 中間目標(intermediate goal), 및 構造(structure)의 세가지로 區分되는데, 우리나라 母子保健事業 評價에서는 結果를 가지고 하는 評價가 等閑視되어 왔다. 이렇게 되는 原因은 첫째로 中央에서 地方行政單位까지 내려가는 事業目標量이 結果로 되어있지 않고 過程으로 되어있기 때문이고, 둘째로는 出生, 死亡, 妊娠等の 生政統計가 不在하기 때문이다. 예를 들면, 豫防接種 事業을 評價하려면 豫防接種으로 인한 疾病의 豫防效果를 測定해야지, 豫防接種 件數만 가지고 評價할 경우에는 事業을 遂行하는 實務級에서는 件數만 채우거나, 그件數도 불리기에 汲汲한 나머지 서어비스의 質이 떨어지고, 對象者나 施行의 時期選定の 適正與否도 옳게 따지지 않은 粗雜한 서어비스가 될 뿐 아니라 때로는 그 事業의 窮極目標에는 何等의 貢獻을 못하는 경우까지 있게 될 것이다.

또 事業을 施行한 후 나타난 健康效果를 評價하려면, 事業後 效果가 나타날 때까지 所要되는 期間을 經過한 後에 評價해야 한다. 무

急히 서두르는 評價는 결국 件數와 實績만 보는 것이지 그 效果는 볼 수 없다. 이렇게 事業의 中間 目標만을 意識한 評價는 件數만 맞추기 위해 統計를 造作하게 하는 誘因이 될수도 있다.

過去에 家族計劃事業의 評價에서 이런 試行錯誤를 持續해 왔다. 即지금까지의 우리나라 家族計劃事業의 主目標는 出産力을 低下시킴에 두고 있었으므로 地方行政單位로 주어질 目標는 그地域의 人口比例로 割當되는 出生件數의 上限線으로 되어야 그窮極目標 達成을 위한 中間目標는 妊娠件數의 上限線이 되어야 한다. 그러므로 家族計劃事業의 評價는 이 窮極目標나 中間目標達成率을 가지고 해야지 不妊術을 몇件 했느냐 콘돔을 얼마나 配布했느냐 등의 過程만을 가지고 할때에는 그릇된 評價로 될 수 있을뿐 아니라 一線要員들의 事業에 臨하는 基本 姿勢를 誤導할 憂慮가 있다. 이러한 窮極目標 指向的인 評價를 하기 위해서는 保健社會部는 물론 各道에도 이러한 能力을 갖춘 專門家를 任命해야 한다. 純粹 行政要員이 評價를 擔當하는 限 그들의 專門的 評價能力이 부족하여 결국 現在와 같은 件數爲主의 評價만이 계속될 우려가 있다.

第 6 章 建 議

① 妊産婦와 嬰幼兒들은 國民保健上 가장 脆弱한 人口集團이므로 適切な 保健管理로써 그들의 健康을 保護하고 增進시키는 當代的 國民福祉向上과 生産性 増大에 이바지할 뿐 아니라 다음 世代의 國民體位와 民族資質을 向上시키는 未來指向的인 效果가 있음을 認識하고, ② 또 母子保健向上과 家族計劃成果 間에는 相互 補完的 作用을 함을 勘案할 때에 우리나라는 早速한 人口増加抑制目標達成을 促進시키기 위하여서도 母子保健事業을 積極的으로 展開할 時期가 成熟하였음을 認定하고, ③ 母子保健事業에 投入한 努力의 效果는, 家族計劃事業을 次置하고는 單 어느 保健醫療事業에 投入한 努力에서 거둘 수 있는 效果보다는 比較가 안될 정도로 莫大함을 確信함으로 演者는 우리 政府에 대하여 다음과 같은 建議를 드리는 바이다.

1. 母子保健向上을 위한 政府事業을 家族計劃에 버금가는 優先順位로 採擇하여 推進하겠다는 意志를 굳힐 것.

2. 政府가 말아서 해온 保健醫療事業이 治療醫學分野에 置重했던 지금까지의 過誤로부터 果敢하게 脫皮하여 그러한 일들은 可能的 限 民間에게 맡기고 政府는 民間이 손대지 않는 公衆保健事業(그중에 하나가 母子保健事業)에 責任을 지는方向으로 政府保健事業의 基本哲學에 變化가 있기를 要望함.

3. 地方保健行政組織體系 만이라도 改革됨으로써 最小限 市郡保健所

長이 保健所의 모든 職員은 勿論이요 保健支所長과 邑面保健要員들에 대한 人事權과 指揮監督權을 갖도록하고 邑面要員의 活動場所도 保健支所로 옮기고 保健支所長의 統傘下에 둬으로써 保健行政에 專門的 素養이 없는 邑面長에 依하여 中斷되어 있던 意思疏通의 線을 直線으로 連結토록 한다.

4. 保健行政은 그 分野에 專門要員으로서의 教育과 訓練을 받지 않은 사람이라도 多小의 一般行政經驗만 있으면 아무라도 할수 있다는 錯覺은 是正되어야 한다. 따라서 一般行政事務職이 家族保健係長자리에 앉아서 專門職要員들을 指揮監督하게 하고 있음은 語不成說이요, 邑面長이나 一般行政職員이 邑面保健要員의 活動을 指揮監督하는 것도 소경으로 하여금 눈뜬사람의 길잡이노릇 하라는 格이니 是正되어야 한다. 따라서 保健所와 保健支所에 勤務하는 모든 職員은 保健分野 專門要員으로 充當되어야 한다.

5. 醫師, 看護員이나助産員, 그리고 看護補助員들은 大體로 臨床醫學即 患者의 診療, 臨床看護 또는 助産 等에 대한 能力은 갖추고 있지만 保健行政管理나 保健看護에 대한 素養은 갖추고 있지 않는 경우가 많다. 따라서 醫師나 看護員 또는 看護補助員으로서의 資格을 가진 者라도 그들에게 保健行政 業務를 맡기려면 保健行政管理에 대한 訓練을 追加해 주어야 한다.

6. 保健行政機關에 在職하는 醫師나 看護員에 대한 報酬는 臨床醫學機關 即 病醫院에 在職하는 醫師나 看護員들에게 支給되는 報酬보다

훨씬 못한 現行 報酬制度는 是正되어서 隔差를 없애거나 正反對로 되게 해야 한다. 그러지 않고서는 保健行政管理業務에서 誠心誠意로 奉仕할 資質을 갖춘 醫師나 看護員을 붙들어 두기는 永遠히 不可能하고, 有資格者를 못求하니까라는 口實로 低級 或은 無資格者로 格下시켜서 充當시킴으로써 제대로 된 保健事業이 안되는 惡盾環에서 벗어나지 못하게 된다.

7. 保健行政에 從事하는 醫師나 保健要員에 대한 報酬가 患者診療件數의 增加에 比例하여 增額된다면 住民에 대한 健康管理을 잘하여 患者發生이 적을수록 收入이 줄고 反對로 豫防을 疏忽히 하여 患者가 많이 생길수록 收入이 올라간다는 矛盾이 있다. 그러므로 그들에 대한 基本報酬는 患者診療件數의 多寡와는 關係없이 固定시켜놓고 追加的報酬는 部落을 巡訪하면서 保健教育和 母子保健管理를 위한 出張等 에다가 붙여주는 方向으로 是正되어야 한다.

8. 母子保健事業을 展開하기 위하여는 먼저 全國的으로 母子保健센터가 設立되어서 거기서 施設分娩을 해주고 對象者들이 찾아오는 것을 기다리면 되는것으로 생각해서는 안된다. 그보다 먼저 할 일은 資格을 갖춘 有能한要員들이 部落을 巡訪하면서 妊産婦와 嬰幼兒들의 保健을 管理하는 일이 더 急하고도 效率的인 課業이다.

9. 江華郡에서 實施하여 좋은 成果를 거둔 바 있는 마을單位의 家族健康要員制度를 全國的으로 波及시킬 것을 建議한다. 可能하면 高等學校以上の 教育水準을 가진 中年婦人으로서 經濟的 生活水準도 中級

以上이고 德望이 있고 熱誠的으로 自願奉仕할 사람을 選定하여 母子保健, 家族計劃, 營養, 家族健康記錄簿記帳 等 基礎적인 教育을시킨 후에 마을健康要員으로서의 功지를 가지고 일하게 함으로써 邑面保健要員을 돕게 한다. 이들에게 若干의 手當을 주는 것은 長短點이 있으므로 더 研究해볼 일이다.

10. 母子保健事業과 家族計劃事業의 評價는 出生率, 妊娠率, 嬰兒死亡率, 母性死亡率 等を 基準으로 하여 實施되는 方向으로 바꾸고, 이를 뒷받침하기 위하여, 마을健康要員 → 邑面要員 → 保健支所長 → 保健所長 通路로 모든 出生, 死亡, 妊娠, 流産, 死産, 移入, 移出 等の 人口動態 및 保健統計資料가 每月別로 把握될수 있도록하고 保健所에서는 컴퓨터를 使用하는 方案이 講究되기를 바란다.

以上の 열가지 建議 内容中에는 母子保健과는 좀 距離가 먼 事項들을 다루지 않았으나 하는 批判도 있을줄 안다. 그러나 演者の 생각으로는 우리나라 保健行政이 가지고있는 痼疾적인 問題點들을 그대로 두고, 그 테두리 안에서 母子保健事業만을 아무리 強力하게 推進해보았자 所期の 成果를 거두기는 어려운 것으로 보고 母子保健事業 推進이 이러한 全般的인 保健行政의 改革과 併行되기를 바라는바이다.

〈主題 1〉

政府 母子保健事業 現況

目 次

- I. 緒 論
- II. '85 母子保健事業內容
- III. '85 細部 推進計劃
- IV. 結 論

李 柱 源
保健社會部
保健局長

I. 緒 論

賦存資源이 貧弱한 우리의 처지에서 繁榮할 수 있는 길은 健康하고 優秀한 國民을 確保하는 길 이외에는 없다고 判斷되므로 母子保健事業은 대상의 수나 性格上 國民保健의 重要한 部分을 차지하고 있다.

母子保健事業은 좁게는 妊産婦의 保護, 安全分娩, 産辱期 管理 및 新生兒의 保護와 適切한 授乳등을 포함하나 넓게는 婚前의 健康에서부터 出發하여 家族計劃이 포함된 家庭福祉까지 포함되므로, 이 事業의 目的은 妊産婦의 健康保護와 健全한 出産 및 養育을 圖謀하여 人口의 資質을 向上시키는 것이다. 그러나 우리나라와 같이 醫療資源 및 財政이 制限되어있고 醫療人力의 適正配置와 醫療體系가 確立되지 못하고 있는 實情에서는 最少한의 人力과 豫算投資로 良質의 서비스를 받을 수 있도록 하기위한 事業을 할 수 밖에 없다.

우리나라 母子保健水準을 살펴보면 嬰兒死亡率 約 32.6/1,000 명, 母性死亡率 約 3.4/만명, 그리고 安全分娩率 約 69.4 %이나 이는 西歐先進諸國과는 비교도 안되는水準이며, 이웃 日本의 嬰兒死亡率 8.0/1,000 명, 母性死亡率 2.2/만명 ('80 년), 安全分娩率 99.8 %와 비교할 때에 더욱 부끄러운 상태임을 인정하지 않을 수 없다.

Ⅱ. '85 母子保健事業內容

1. 基本目標

妊産婦와 胎兒 및 嬰幼兒 健康管理을 우선적 國家政策으로 추진하여 國民健康과 體位向上에 寄與코자 함이다.

2. 基本方向

가. 妊産婦 産前・産後管理 強化

나. 安全分娩 제고

다. 嬰兒死亡率 減少

라. 嬰幼兒 健康管理

마. 人口資質 向上

3. '85 事業施策方向

가. 母子保健센터運營의 活性化

나. 妊産婦・嬰幼兒 繼續登錄管理

다. 센터 未設置地域 保健所內 母子保健 클리닉 開設運營

라. 母子保健 서어비스 強化

마. 계몽 보건을 위한 대상자 스스로의 參與擴大

바. 研究 評價機能의 強化

4. '85 年度 母子保健事業 對象人口

우리나라 人口를 약 41,209 천명으로 볼 때 〈표 1〉에서 보는 바와같이 母性健康管理 대상은 그중 14.7 %인 5,930 천명이고, 嬰幼兒健康管理 대상은 14.4 %인 6,040 천명으로 全人口의 약 30 %를 차지한다.

〈 표 1 〉 '85 년도 모자보건사업 대상인구

(단위 : 천명)

구 분	대 상 인 구	비 율 (%)
총 인 구	41,209	100.0
0 ~ 6 세	6,040	14.4
15 ~ 44 세 (유배우가임여성)	5,930	14.7

政府의 母性 및 嬰幼兒 管理事業은 일선보건요원에 의한 妊産婦 登録管理, 嬰幼兒 登録管理, 分娩介助事業으로 나누어 실시되며 이는 保健所, 新築 開院된 母子保健센터와 保健支所를 중심으로 實施된다.

금년도 사업별 목표량은 〈표 2〉에서 볼 수 있듯이 妊産婦 登録管理 목표는 우리나라 전체 出産豫想兒數 931 천명의 약 24.3 %에 해당하는 226.5 천명이며 嬰幼兒 登録管理目標는 出産豫想人員數의 약 40.4 %에 해당하는 376.4 천명이고, 分娩介助事業目標는 登録 妊産婦의 약 55.6 %인 125.9 천명이다.

〈 표 2 〉

'85 년 도 모 성 및 영 유 아 등 록 관 리 목 표 량

(단위 : 천명)

총 계	임 산 부	영 유 아	분 만 개 조	비 고
				* '85 출산예상
728.8	226.5	376.4	125.9	인원수 : 931천명

Ⅲ . '85 年 細 部 推 進 計 劃

1. 母 子 保 健 센터 運 營 活 性 化

가. 母 子 保 健 센터 建 立 및 開 院 現 況

1981 년 도 부 터 건 립 되 기 시 작 한 母 子 保 健 센터 는 1984 년 12 월 말 까 지 74 개 소 가 완 공 되 어 그 중 '85 년 3 월 말 현 재 71 개 소 가 開 院 , 運 營 되 고 있 다 .

〈 표 3 〉

모 자 보 건 센터 건 축 및 개 원 실 적

(단위 : 개소)

'84 당 초 계 획			실 적 ('85. 3 월 현 재)			비 고
계	건 립	개 원	계	건 축 중	개 원	
91	20	71	90	19 (1)*	71	완공 : 74

* 모 자 보 건 훈 련 센터 1 개 소 포 함 .

나. 母子保健센터의 기능

母子保健센터는 家族保健業務規定 第 9 條 第 2 項에 의거(保健社會部長官 訓令 第 464 號)하여 다음과 같은 기능을 수행하고 있다.

- 妊産婦의 産前, 産後管理 및 分娩介助와 應急處置
- 嬰幼兒에 대한 예방접종 등 健康管理
- 家族計劃 相談 및 施術
- 保健事業에 관한 지역주민 지도 계몽 및 醫療支援
- 要員에 대한 家族保健 技術指導
- 센터 分娩費 및 기타 진료수가의 징수
- 기타 센터運營에 관한 事項

다. 母子保健센터 運營의 問題點

- 1) 保健醫療人力 확보곤란
- 2) 運營財源 확보곤란
- 3) 母子保健 增進을 위한 주민참여 부족

라. '85 년도 母子保健센터의 운영 효율성을 위한 改善方案

1) 人 力

母子保健센터 運營上 가장 큰 문제점의 하나가 人力確保問題다.

保健社會부가 제시하는 母子保健센터 單位 소요인력(정원)은 <표 4>와 같이 A형은 19명, B형은 15명이다.

〈 표 4 〉

모자보건센터 단위 소요인력(정원)

(단위 : 명)

구분	계	의사	조산원	간호원	간 호 보 조 원	행 정 요 원	운 전 기 사	고용원
A형	19	1	3	4	7	1	1	2
B형	15	1	3	3	4	1	1	2

이를 기준으로 '85年度 支援 運營豫定인 78 個所(既存 7 個所包含)에 대한 人力確保計劃은 〈表 5〉와 같이 의사 32명, 조산원 11명, 간호원 86명 등이다.

의사의 경우는 1개 센터당 1명씩의 의사가 배치되며, 이들은 “農漁村 保健・醫療를 위한 特別措置法”에 의해 軍服務 대신에 農漁村 保健・醫療脆弱地域에서 勤務하는 公衆保健醫로서 一般醫師의 充員問題는 별 어려움이 없을 것으로 보이나 産婦人科 専門醫 確保問題는 수요대 공급의 측면에서 볼 때 어려운 실정이다.

조산원의 경우는 7급~8급을 6급~7급으로 職級上向調整採用하거나, 任用年齡이 초과되어 任用이 곤란한 조산원을 地方 専門職 公務員 5등급으로 任用토록 하였다. 아울러 現職看護員이나 任用豫定인 看護員에게 조산원 위탁교육 실시 후 배치하고 있다.

간호원의 경우는 오벽지에서 看護職으로 任用이 곤란할 경우에 地方 専門職 公務員 5등급으로 確保할 계획이다.

간호보조원, 행정요원, 운전기사, 고용원 등의 소요인력은 關係部處와 協議하여 〈표 5〉의 母子保健센터 單位 所要人力을 定員으로 確定 推

進 및 確保할 계획이다.

〈표 5〉

'85 년도 人력 확보 계획

('85. 3. 31 현재 단위 : 명)

구 분	수(개소)	자 격 별	정원*1)	현원	'85 년 총원 예 정 인 원 *2)	비고
모자보건	78	의 사	78	46	32 *3)	
센 터 (기존 7		조산원	234	145	11	
개소 포함)		간호원	213	70	86	
		간호보조원	372	214	158	
		행정요원	78	33	45	
		운전기사	78	-	(기존차량운전원으로 풀관리)	
		고용원	156	51	105	

* 1) 3 부 교대기준을 원칙으로 한다.

* 2) 우선 2 부교대를 기준으로 총원계획

* 3) '85 년 신규배출 공중보건의로 총원계획

2) 運 營 財 源

豫算問題도 人力問題와 같이 센터運營上 가장 큰 문제점의 하나로 지적되고 있다. 이는 센터 運營費가 國庫支援없이 純粹 地方費에서 充당하고 있어 재정 자립도가 낮은 郡으로서 充분한 支援을 못하고 있기 때문이다.

保健社會부와 經濟企劃院이 추정 한 A형 센터의 年間 運營費는 人件費를 포함하여 83,994 천원, B형은 56,220 천원으로 책정하고 있다.

또한 센터의 1984년도 평균 운영비 확보액은 29,570천원으로 소요 예산 56,220천원의 반액 밖에는 확보하지 못한 것으로 나타났다.

따라서 運營財源 國庫支援을 위하여 '85년도 當部豫算에 총 센터 運營費의 5%인 227백만원을 國庫에서 支援할 計劃이다. '85년도 개 소당 國庫支援額은 A형 4,500천원, B형이 3,000천원이며, 向後 25%까지 逐年적으로 增額 國庫支援할 計劃이다.

〈표 6〉

운 영 비 현 황

(단위 : 천원)

구 분	A 형	B 형	비 고
'84 센터당 운영비	83,994	56,220	
'84 지방비 확보액	36,846	29,570	(평균확보액)
'85 국고 지원액	4,500	3,000	총운영비의 5%국고지원

3) 住民參與 제고

家族保健業務規定 第 51 條에 의한 家族保健 移動弘報施術班 12 個班을 活用하여 母子保健에 대한 계몽·홍보를 강화하고, VTR 장비 배정 및 홍보자료를 제작, 배부하였다.

기존조직인 부녀회, 반상회, 새마을 지도자, 보건요원을 통하여 센터의 기능과 주민 이용시 장점 등을 홍보하고 있다.

또한 모자보건수첩 35천부를 3 / 4 분기 중에 제작 배부할 계획이다.

4) 母子保健 事業用 救急車를 '85. 1. 28 일자로 전센터에 배정 완료

5) 醫療人力 技術訓練

'85 년도 신규 배출되는 公衆保健醫는 國立保健院과 保健社會部長官이 지정하는 임상기관에서 2 / 4 분기 중에 保健行政課程 2 週, 臨床實習課程 10 週를 技術訓練시킬 계획이다.

助産員, 看護員 중 新規採用者 및 技術未熟者에 대하여는 管内 病院(醫)院 産婦人科에서 자체 보수교육을 실시토록 조치하였다.

센터별 운영 및 기술지도를 위하여는 센터를 설치 운영중인 9 개 道別 定期 巡回指導教育을 3 / 4 분기 중에 9 일간 실시할 계획이다.

6) 組 織

母子保健 센터를 保健所 組織에 흡수·통합하고 組織·管理體系 定立을 위하여 保健所 條例準則을 '84. 8. 1 일자로 개정하였으며, 센터 건물의 다목적 活用과 서어비스 범위 확대를 위하여 同 센터 운영 지침을 '84. 7. 12 일자로 개정 시달하였다. 아울러 同 센터 설치지역에 보건소 건물의 신축시에는 센터와 인접 신축토록하여 센터 운영의 효율성을 제고하고 있다.

2. 母子保健 事業用 健康危險值 評點方法 適用

妊娠·出産의 현상은 특수한 경우를 제외하고는 모든 女性들이 대체로 동일한 과정을 거치므로, 이 때에 제기될 수 있는 異常現象도 예측 가능한 현상들일 수 있다. 이 때 異常現象을 가져올 수 있는 요인들을 위험요인이라 하는데 공통적으로 있을 수 있는 위험요인을 사전에 탐지·발견해 냄으로써 적절한 조치를 강구할 수 있다면 妊娠·出産 등으로 인한 異常現象은 豫防될 수 있고 이것이 바

로 母子保健事業의 基本이 될 수 있을 것이다.

世界保健機構가 이 점에 착안 1978년 위험요인접근(Risk Approach)이란 개념을 개발, 위험요인을 알아내고 이에 점수를 부여함으로써 소위 「危險要因 評點制」라는 방법을 발전시키기에 이르렀다. 이러한 방법은 母子保健事業을 有効하게 전개하는데 크게 공헌할 수 있는 도구로 인정하여 政府에서도 이를 도입한 것이다.

그러나 妊娠・出産現象에서 야기되는 위험요인이 대체로 공통적이라고 하더라도 한 나라의 社會・經濟의 發達狀態에 따라 또는 社會가 갖는 習慣이나 意識構造에 따라 위험요인의 내용은 다를 수 있고, 뿐만 아니라 이를 어느 水準의 保健人力이 다루게 될 것인가에 따라 서로 내용은 필연적으로 달라져야 할 것이다.

이러한 상황에 따라 우리나라 農村에 적절한 것이라 예측되는 요인의 내용과 평점을 개발하여 1984년 3월부터 健康 危險值 評點方法을 실시하여 高危險 妊産婦와 嬰兒에 대한 적극적인 診療體系를 갖추으로써 妊産婦 管理, 嬰幼兒 管理 및 예방접종, 분만관리사업을 발전시켜 나갈 것이다.

3. 物 品 支 援

生活保護法에 의거 국가로부터 保護를 받고 있는 生活保護 對象者인 登錄妊婦로서 혈액검사 결과 빈혈로 판정된 妊婦와 家庭分娩 希望者中 貧血妊産婦 20천명에게 영양제를 공급하고, 家庭分娩을 돕기 위해 30천명분의 분만셀을 공급할 계획이다.

또한 妊娠으로 인한 母性과 胎兒에게 위험을 초래케되는 妊娠中毒

症 및 기타 여러 合併症 등의 早期發見을 위한 노점사용 검사지를 250 천매 배부하여 登錄妊産婦를 대상으로 실시토록 할 계획이다.

嬰幼兒에 대한 무료 예방접종 범위를 확대하여 간염, D. P. T., 소아마비 외 5종을 지원하며 母子保健事業用 간염 예방접종 백신 52 천명분을 지원하며, 아울러 健康危險值 評點方法 事業을 위한 血壓計, 청진기 각 1,300 개를 '85 4월중 배정한다.

4. 研究, 評價機能의 強化

母子保健事業의 評價는 '82 년도에 처음 실시되었으며, 실적진도 평가와 母子保健事業 管理實態에 관한 평가로 이루어진다.

평가내용은 목표대실적, 사업내용별 관리실적, 사업실적 보고의 정확도 등을 평가하며 각 내용을 점수화시켜 最終評價한다.

保健所單位 家族保健事業 評價班 運營을 강화하고, 母性死亡率, 嬰兒死亡率에 대한 연구조사와 都市 母子保健事業 活性化를 위한 研究事業을 실시할 계획이다.

IV. 결 론

母子保健은 社會衡平(Social Equity)의 원리에 입각 弱者가 保護받아야 하므로 취약계층인 母子保健 對象者가 保護받아야 된다는 견지에서라도 擴大 強化되어야 한다.

母子保健事業의 改善方向은 첫째 母性 및 嬰幼兒 管理의 完全성과 繼續性 確保, 둘째 높은 위험이 있는 對象의 체계적 발전과 이들의 적절한 의뢰, 셋째 家庭 스스로 해결할 수 있도록 동기화하고 지원

하는데 두어야 한다.

따라서 모든 사람을 위한 健康増進과 예방 그리고 지역사회 중심 健康管理로 전환되어야 하며 이를 위하여 현행 母子保健法을 보다 효율적으로 人口資質向上을 기할 수 있도록 개정할 것을 검토하고 사업규모 확대에 따른 機構, 人力補强등 사업조직을 強化하고, 정책적인 財政支援등을 통하여 同事業을 發展시켜 나갈 것이다.

主題 1 에 대 한 討議

討議者： 方 椒
順天鄉醫大 教授

緒論에서 重要하게 느끼는 것은 母子保健은 두 生命과 두 世代를 취급하고 脆弱階層을 관리, 生産的인 일을 담당하고 있으므로 肯定的인 측면으로 생각하여 보아야 한다. 母子保健은 歷史의 흐름에서 필연적으로 하여야 하며 사명감으로 역사적 관점에서 兩者擇一이 아니라 兩者擇二, (즉 가족계획+모자보건)이다. 가족계획은 정부가 強力히 推進하고 있는데 모자보건은 앞으로 국민의 요구를 어떻게 收斂, 推進하여야 하는가를 말씀드리고자 한다.

첫째：우선 政府의 目標은 概念的인 目標에서 구체적인 目標로 하여야 한다. 要員中心이 아니라 地域社會 中心으로 活動하여 어떤 問題點이 있는가를 찾고 要員들을 어떻게 도와주어야 地域社會가 健康할 것인가를 파악한다. 管理 對象者에 對하여서는 최소한의 人力과 예산으로 최대의 效果를 얻어야 하는데 Risk Approach가 바로 이러한 접근방법으로, 정부는 어떻게 등록하여 관리를 받도록 하고 우선 순위를 두어 위험한 임신부 위주로 관리할 것인가가 필요하다.

둘째：母子保健事業을 제공하는 모자보건 센터는 現行과 같은 分娩센터로 하지 않고 임신관리를 하는 방법의 개념으로 적극적인 方法을 강구하도록 한다. 또 이에 必要한 人力을 확보하도록 한다.

세째：財源問題인데 지방과 국가와의 책임분담으로 하는 것이 좋을

것 같다.

특히 政府豫算에서 家族計劃事業豫算은 300 억이고 母子保健事業豫算은 30 억이며 그中 27 억은 모자보건센터 건립을 위한 借入金에 대한 利子 償還額이어서 3 억만이 순수 모자보건사업비이다. 따라서 100:1 의 不均衡 豫算을 가지고는 중요한 모자보건사업을 施行하기란 不可能할것이다. 이에 대한 경제기획원의 배려가 있어야 할 것이다.

네째 : 住民參與를 어떻게 하여야 할것인가에 대해 본인은 가족계획 협회가 지방에서의 역할을 담당하듯이 母子保健事業도 母子保健協會를 만들어 教育資料 및 홍보資料를 生産하는것이 좋겠다. 모자보건수첩을 만들어 배포한 경우에는 이에 상응하는 서비스가 뒤따라야 하며 민간 病院과는 모자보건센터의 후송체계를 위하여 구급차로 연결, 협력을 받도록 하여 주민의 母子保健센터를 利用하도록 하게 하는 것이 좋겠다.

다섯째 : 人力訓練을 시키는 문제가 남아 있는데 공중보건의사 등이 team work 으로 活動하기 위하여 어떻게 政府가 지원하고 訓練을 시켜야 하는가에 대해서는 여기에는 막대한 예산이 소요하게 된다.

여섯째 : 또 모자보건센터와 保健所 및 보건지소 組織과의 관계가 문제가 되며 職員의 의사소통체널 형성도 문제가 된다고 보고 있다.

일곱째 : 현재 실시되고 있는 건강위험치 평점제도는 idea 는 좋지만 사실상 매우 어렵다고 생각되며 실시하기 전 人力에 대한 막대한 훈련을 필요로 하여야 하며 의료기자재·검사시설등의 준비작업이 선행되어야 하기 때문이다.

여덟째 : 모자보건에 대한 研究機能이 중앙으로부터 강화되어야 하는

데 연구비의 확보가 시급하다.

결론으로 母子保健은 人口資質向上을 도모하기 위한 事業으로 政治的 意志를 표명하는 것이 必要하다. 大學에서 일차보건의료를 뒷받침할 수 있도록 정부의 지원이 必要하다. 이제까지 언급한 일을 하기 위하여 re-orientation 과 훈련이 필요하다.

討議者： 朴 正 漢
慶北醫大 教授

실질적인 事業 추진에 대하여 말하고자 한다.

먼저 모자보건센터의 문제점과 그 해결책에 대해서 말씀드리 보면 먼저 문제점으로는 人力 확보, 재원 확보, 그리고 주민참여가 부족하다는 것이다. 인력은 公衆保健醫師와 助産員이 養成, 배치되어가고 있고 재원도 국고지원이 점차로 증가하고 있어 매우 고무적이라 생각된다. 주민참여 부족 이유로는 거리가 멀다는 것과 모자보건센터 및 모자보건에 대한 인식이 부족하다는 것이다. 또한 신뢰도가 낮고 要員이 불친절한 것도 또 다른 이유이다. 그러므로 신뢰받는 모자보건센터를 만들기 위해서는 첫째 일시에 전국의 모든 모자보건센터에 획일적으로 시설과 인력의 일부를 배치하여 年次的으로 보강하는 대신 하나의 모자보건센터라도 필요한 시설과 人力을 완벽하게 갖추어 운영해 나가는 것이 신뢰도를 얻는데 용이할 것이며 자원의 이용도 더 効果的이다. 둘째, 기존 요원의 보수교육과 指導監督으로 친절 봉사를 유도하여야 하겠다.

政府의 母子保健事業은 保健所, 母子保健센터, 保健支所, 保健診療所에서 妊産婦 및 嬰幼兒를 등록시키고 分娩介助하는 것이 主事業인데 公衆保

健醫師에 대한 調査에서 母子保健事業을 遂行하는 사람은 불과 3%이었다. 母子保健事業을 하지 않는 이유는 자신의 임무가 아니더라고 응답한 경우와 할 줄 모른다는 경우가 대부분이었다. 이 경우를 보더라도 公衆保健醫師의 “10주” 教育期間에는 치료보다도 母子保健에 대한 실습지침이 있어야 한다. 또한 “妊産婦 및 嬰幼兒 등록”은 실적을 제시하기에는 편리한 資料이나 등록을 해서 실제적으로 무엇을 해 주었는가는 별개의 問題이다.

現 예방접종율은 높으나 적절한 시기에 이루어 졌는가가 중요하다. 이 점이 問題點으로 생각되는데 B.C.G.는 50명 또는 100명분으로 포장되어 있으므로 50~100여명의 嬰兒가 모여야 낭비를 하지 않고 다 쓸 수 있기 때문에 농촌에서는 適期에 접종하려면 매우 어렵다고 생각되므로 B.C.G. 포장을 小型으로 하는 것이 좋겠고 봄·가을에 년 2회만 공급되는 소아마비는 항상 공급되어야 할 것이다. D.P.T에서 문제가 되고 있는 백일해는 부작용으로 접종을 기피하고 있는데 의료인을 보호하여야 하는 대책이 마련되어야 한다. 이외 필수적으로 하여야 할 사항은 성장발육에 대한 점점이며 monitoring을 할 수 있도록 要員들에게 教育을 실시하고 指導監督을 하여 심신장애아의 조기발견이 필요하다.

건강 위험치 접근법을 시도하는데에는 referral system의 확립이 필요한데 현재 안되고 있다. regional referral center가 필요하다고 보며 邑面保健要員, 保健診療員, 保健支所 및 保健所 間の 연계성이 결여되어 있으므로 移送체계가 정비되어야 한다.

임신중독증의 發見을 위한 뇨 검사지의 공급이 너무 적은 량이다.

妊婦 등록목표가 226,500 명인데 노 검사지는 25 만매 배부 예정으로
최소한 産前管理時 2 회는 검사할 수 있도록 45 만부의 공급이 필요
하다고 본다.

◁主題 2▷

母性保健事業開發을 위한 政府의 役割

目 次

I. 序 論	徐 永 旭
II. 産前管理의 必要性	啓明大學校 醫科大學
III. 産前管理強化를 위한 政府支援	
IV. 結 論	教 授

I. 序 論

母子保健事業의 必要性은 새로이 強調할 必要는 없다고 생각한다. 왜냐하면 母子保健管理가 國家社會의 福利向上의 基本이 된다는 點은 어느나라에서든지 政府當局이나, 學者 그리고 社會 각기관에서 強調되고 있기 때문이다. 우리나라에서도 第5共和國의 出發과 함께 先進國家에의 도약을 위해 노력하고 있고, 社會福祉의 重要性을 認識, 強調하고 있기 때문에 于先的으로 社會福利의 基礎가 되는 母子保健事業에 重點的인 投資와 努力을 기울일 것으로 期待된다.

母性保健에 관한것은 좀 特異한 點이 있다. 妊娠이나 分娩 그自體는 疾病이 아니고 어디까지나, 하나의 生理的인 現象이란 點이다. 그러므로 大部分의 경우 별 큰도움을 주지 아니하더라도 正常的으로 進行되기 마련이다. 그러나 만약 그 過程에서 異常이 發生해서 疾病이 誘發된다면 妊婦의 健康을 害칠뿐만 아니라 胎兒의 健康에도 나쁜

영향을 줄수도 있는 것이다. 그러므로 이를 소홀히 했을 경우 母性健康은 물론 태어나는 新生兒의 健康 또한 나쁘기도 하는데, 경우에 따라서는 健康에 異常이 있는 胎兒가 태어나서 오랜동안 社會에 큰 負擔을 주게되는 경우도 있을수가 있다. 이리하여 母性保健管理는 母體自體는 물론이고 어 린이健康에도 重大한 영향을 미치게되므로 母子保健管理가 國民福祉事業의 一次的인 先決문제로 그 比重을 두고 있다.

Ⅱ. 產前管理의 必要性

產前管理의 目的은 모든 원하는 妊娠이 母體에 害를 주지않으면서 健康한 아기를 얻는데 있다. 이와같은 目的을 이루기위해서 모든 産科醫가 最善의 產前管理를 하기위해서 취해야 할것을 要約하면 (1) 一般的인 產前管理 (2) 高危險群의 患者를 確認하는 일 (3) 胎兒의 健康狀態를 점검하기위해 각종기구를 利用하는 것들이다. 一般的인 產前管理는 妊娠하기 以前부터 이루어져야 하는것이 가장 이상적이다. 모든 可妊娠에 있는 女性들은 妊娠前 産科醫를 방문하여야한다. 이렇게 함으로 妊娠을 해서는 안될 內科的 또는 遺傳的疾患을 發見하고 妊娠은 포기하고 대신 아이를 養入하도록 권유받기도 한다. 그러나 실제로 이러한 理想的 方法보다 대개 妊娠과 同時에 產前管理가 始作되며, 이때 産科醫는 高危險群의 産母를 찾아내기 위하여 努力을 하게된다.

妊娠 그 自體가 아무리 生理的인 것일지라도 生理的인 變化가 다양함으로 그중에서 약 10%~30%의 産母가 危險群에 屬하게 되고

이들의 75%~80%가 周産期死亡과 罹病이 發生하게된다. 이러한 事實로해서 高危險群의 産母를 早期發見해서 豫防的 처치를 하기도하고, 또한 早期治療를 함으로써 다음과 같은 利點을 얻을수가 있다.

1. 母性 및 新生兒死亡의 豫防

母性死亡의 原因은 大部分 妊娠과 直接的 관련이있는 出血, 妊娠中毒症 그리고 感染에 依한 것들이다. 이와같은 直接的原因들은 先進國이나 우리나라나 같은 現象이다. 美國의 統計에 依하면 1930年 家庭分娩이 63%에 達하였을때 母性死亡率이 600/100,000 였던것이 44%가 家庭分娩을 한 1957년에는 38로 急激히 低下하였고 < Allemand 1963 > 99%가 病院分娩을 하고있는 1974년에는 20.8로 1980년에 와서는 9.2로 떨어졌었다.

이에 比하면 우리나라는 近來에 와서 經濟發展으로 國民生活이 向上되었다고 하나 아직도 매우 높은 死亡率을 나타내고있다. 國內綜合病院들의 報告에 따르면 국립의료원 434.0 (박등, 1961~1976), 梨大病院 317.3 (김등, 1961~1976), 延世大病院 292 (유등, 1968~1975) 카톨릭병원 138.5 (황등, 1966~1971), 그리고 啓明醫大 401.5 (이등, 1971~1980) 등으로 先進外國에 比해 大體的으로 20배나 높은 實情인데 이는 美國의 1930年代의 死亡率보다 약간 낮은 程度의 値를 보이고 있는 實情이다.

美國에 있어서 過去 30餘年間に 이처럼 死亡率이 減少할 수 있었던 理由를 보면 産科學 및 一般醫學의 發展, 輸血의 利用 및 抗生劑, 그리고 有能한 産科醫의 養成, 一般醫 및 看護員등 保健要員에

對한 教育, 병원시설의 확장과 病院分娩의 增加, 患者에 對한 教育 및 産前管理의 增大, 特히 農村地域의 보다나은 産前管理의 提供과 아울러 最近 美國에서의 人工流産이 合法化 됨으로서 이에따른 死亡이 低下된 때문이라고 한다. 더우기 1930年代에 들어와서 設置 運營하여 온 母性死亡委員會의 活動으로, 母性死亡의 빈도, 原因, 責任所在와 豫防可能性의 要因을 찾아내어 이에 對한 豫防活動을 通하여 死亡率을 減少시키고 있는것이다.

母性死亡의 三大要因인 出血, 妊娠中毒 그리고 感染이 全體 死亡의 80.5%를 차지하고 있고 特히 最近에 와서 妊娠中毒에 依한 死亡이 急激히 增加하고 있는데 이는 75%以上이 豫防可能하다 (Harris, 1963, Allemang, 1963) 고 하며, 우리나라도 적절한 産前管理를 通해 減少추세를 보이고 있다.

以上에서 미루어 볼때 母性死亡률을 줄이기 위해서는 徹底한 産前管理를 通하여 妊娠中毒症에 對한 早期發見 및 치료, 輸血을 손쉽게 할수있도록 하여 出血에 依한 死亡을 防止하고, 의료시설의 現代化와 아울러 病院分娩의 적극권장, 그리고 양질의 의료인양성으로 부적절한 치료나 오진이 없도록 하여야 할것이다. 아울러 患者에 對한 産科 계몽교육도 必要할 것이며, 가족계획요원이나 母子保健看護員 및 一般醫의 再교육과 醫療人力の 效果的인 活用과 同時에 地域別 母性死亡委員會의 設置運營도 바람직하다고 본다.

2. 先天的 기형아 및 心身障礙兒 出生豫防

醫學의 發達로 因해서 先天性기형아 또는 心身障礙兒의 장기生

存으로 이에 따라 여러 문제들이 야기되고 있다. 또 先天性기형은 出生兒들의 1才未滿死亡의 原因들中 세째를 차지하고 있다. 自然流産과 死産兒의 경우에는 正常分娩의 生存兒보다 發育결함의 정도가 훨씬 더 심한 경우가 많다. 先天的기형은 환경적요인과 유전적요인으로 그 원인을 區分할 수 있다. 환경적인것은 妊娠初期에 産母가 風疹에 걸렸을때 主로 發生되는 先天性 白內障, 심장의 기형, 귀머거리, 그리고 精神發育지연등의 어린이가 出生하게 된다. 유전인자의 이상은 많게는 50名出産에 1名 또는 200名出産에 1名, 平均 178名에 1名 (0.56%)으로 報告되고 있다. 死産兒와 新生兒死亡의 原因中 염색체 異常이 차지하는 빈도는 6~7%를 點하기도 한다.

이와같은 事實로 미루어보아 우리나라에서도 상당한 수의 이런 問題兒들이 出産되리라 믿어진다. 그리하여 産科醫들은 先天性 태아기형의 危險性を 內包하고 있는 患者를 區分해 내어야만 한다. 이미 先進各國에서는 母體의 年령이 35세 以上인 경우, 한 아이라도 염색체 異常이 있는 分娩經歷, 兩親 어느 편에서도 염색체 異常이 있을때, 家族內 Down's syndrome의 病歷이 있을때, 2회以上の 自然流産歷이 있을때, 기형아의 出産기왕력이 있을때등...의 高危險群에서 羊膜穿刺를 하여 염색체 이상의 有無를 가려내어 기형아 및 心身障礙兒의 出産의 抑制에 노력하고 있다. 우리나라에서도 風疹豫防接種을 行하거나, 염색체 異常으로 因한 先天性기형아를 早期發見하는 노력을 기울인다면 적어도 이런 문제아의 出産을 半以下로 줄일수 있으리라고 믿어진다.

3. 妊娠中毒症의 豫防

妊娠中毒症, 즉 임신中 高血壓性疾患은 母性死亡의 三大原因의 하

나이다. 또한 이는 胎兒死亡이나 罹病에도 重大한 영향을 미치고 있다. 美國의 統計를 引用하여보면 이 疾患은 全分娩의 7%에 불과한데 (産前管理가 잘되는 private hospital에서는 1.5%인데 비해 public hospital에서는 15%를 點) 全周産期兒死亡의 22%, 그리고 全母性死亡의 30%를 차지한다고 한다.

우리나라의 發生빈도를 보면 延世의 13.37%(1963年), 梨花大 39.93%(1964年), N.M.C.의 18.6%(1964年) 등으로 産前管理가 잘되어있는 先進國들에 비해 매우 높다. 또 文의 報告(1977年)에 依하면 産前管理를 받은 群에서는 全妊娠中毒症患者의 26.4%를 차지한데 比해서 받지 않은 群에서는 73.6%로 높았다.

위에서 본바와 같이 妊娠中毒症은 철저한 産前管理가 이루어진다면 豫防이 될수가 있고, 설령 完全히 豫防이 안된다고 하더라도 最大限으로 줄일뿐만 아니라 그로 因한 母子의 死亡率이나 罹病率은 最大限으로 줄일수가 있다.

4. 早産(未熟兒 出産)의 防止

早産은 高周産期死亡率 및 罹病率을 同伴하는 중요한 合併症의 하나이다. 그러므로 周産期死亡 및 罹病率을 낮게 하기 위해서는 적절한 産前管理를 通해서 最大限으로 妊娠을 지속시키는 일이다. 早産의 여러 原因中 특히 社會, 經濟的인것과 자궁경관부전정으로 인한것들은 적절한 산전관리를 함으로써 未熟兒의 出産을 抑制할수가 있다.

5. 子宮內 胎兒發育遲延兒의 早期發見과 死産兒 豫防

各種原因들로 因한 子宮內 胎兒發育遲延은 現代産科學의 큰 관

심사이다. 어떤 原因에 있어서든지 胎兒의 發育이 中斷되든지, 또는 正常보다 늦어지는 경우에는 放置하면 子宮內 胎兒死亡의 危險性이 매우 높아지고, 出産된다 하더라도 分娩前後의 死亡과 罹病率이 아주 높아진다. 그리고 出産後 甚한 후유증을 남기는 경우가 많다. 문헌에 依하면 發育遲延은 사전診斷을 해서 적절한 처치를 했을때는 死亡率이 20/1,000 이고 死産은 없었는데 反해서 事前診斷이 안된 경우나 産前管理가 없었던 경우에는 103/1,000 이었다고 報告하고 있다.

6. 妊娠中 感染의 豫防

妊娠中 感染은 다른 어떤 周産期 문제들보다도 더욱더 重要的 影響을 母 및 兒의 罹病率과 死亡率에 미치게 된다. 先天的으로 感染되는 風疹이라던가 바이러스등이 知能發育遲延을 일으키게 되고 또 50~60%가 先天性 기형아를 出産케하기도 한다. 梅毒의 感染은 子宮內 胎兒死亡 또는 先天性梅毒兒를 出産하기도 한다. 뿐만아니라 세균감염이 임신부와 태아에 甚한 問題를 야기시킴도 勿論이다. 이와같은것들도 産前管理를 잘 함으로써 豫防이 가능하고 또한 病을 早期發見 문제해결을 쉽게 할 수 있다.

7. 安全分娩의 誘導 및 帝王切開分娩의 抑制

以上에서 열거한 것들은 産前管理를 해야하는 理由中 重要的 것들의 一部에 지나지 않으나, 모든것들을 열거하자면 끝이 없다. 事實 産前管理를 하지 않더라도 妊娠 그 自體가 生理的 現象이기 때문에 大部分 自然分娩을 하게된다. 그러나 그中 一部인 危險群에 屬하는 妊娠中 特히 高危險群에 屬하는 사람들을 放置하게되면 帝王術을 해야

하는 경우가 아주 많아지게 된다. 그러므로 적절한 産前管理를 통해서 安全分娩으로 誘導하여 帝王切開分娩을 抑制하게 된다.

Ⅲ. 産前管理強化를 爲한 政府支援

1. 現實情

近間에 와서는 生活과 教育水準의 向上 및 의료보험등의 혜택으로 도시에서 生活하는 사람들은 産前管理를 받고 病院分娩을 하는 분들이 늘어가고 있다. 그러나 全國적으로 볼때 우리나라에서는 産前管理가 이루어지고 있지않다고 하는 편이 옳을 것으로 느껴진다. “家族計劃實施者와 非實施者の 母子保健實態”(家族計劃研究院 發行 1978年)라는 책자에서 보면 分娩場所가 家庭이 86.0%,産婦人科專門醫에 依한 病·醫院이 12.5%, 산파가 0.8, 一般醫가 0.7%로 되어있다. 産母의 大多數가 家族分娩을 하고있고 이들은 거의 全部 産前管理를 전혀 받고있지 않다고 보아야 할것이다. 都市에서 産前管理를 받고있는 一部妊婦들도 첫 妊娠때는 여러번 受診을 하지만, 다음때 부터는 産前管理를 받는 回數가 떨어져서 한 두번의 진찰로서 끝이나는 경우가 많다. 이들 産前管理를 받고있는 사람들에게 꼭 必要로하는 諸檢査들 까지도 經濟的인 理由때문에 檢査못하는 경우가 있다. 왜냐하면 산전진찰과 諸檢査는 非保險이기 때문이다.

2. 政府 支援 方案

- 1) “ 모든 分娩은 病院에서 ”라는 政府의 정책목표의 設定要望 위에서 간단히 기술한 바와같이 産前진찰이 여유있는 一部の 都

市사람들이 自意로 받고 있을뿐 國家的인 次元에서 실시하는 體系的 産前管理는 없다. 母子保健管理가 社會福祉의 기초가 되고 나아가 人口자질향상을 기한다는 點에서 “ 모든사람은 産前管理를 받고 모든 分娩은 病院에서 ” 한다는 政府의 基本目標의 設立을 바라는 바이다. 이 目標가 設立된후 단계적으로 문제해결에 노력을 기울인다면 더욱 效果的 結果를 얻을 수 있으리라고 믿기 때문이다.

2) 妊婦의 登錄制

産前管理를 보다 效果的이며 체계적으로 實施하기 爲해서는 모든 妊婦들의 登錄이 바람직하다.

3) 標準化된 妊婦手帖을 利用

産前管理를 원활히 하기 위해서는 妊婦自身이 휴대하는 手帖을 利用한다면 (이미 一部 病・醫院에서 活用中), 出産을 爲해 시골에서 도시로, 또는 시가에서 隣정으로 옮겼을때, 또 事情이 있어 이 病院에서 他病院으로 옮겼을때 여러가지 상세한 진찰기록과 검사 소견이 기재되어 매우 效果的으로 利用할 수 있고, 또한 經濟적으로 도움을 준다.

4) 産前管理를 爲한 諸般檢査費의 保險적용요망

現在 妊婦들의 産前진찰시 實施하는 여러가지 검사들은 保險에서 除外되어 있다. 그 理由는 임신 그 自體가 病이 아니기 때문에 건강진단과 같은 次元에서 취급되기 때문인 것으로 알고있는데 이들이 保險적용이 된다면 보다 넓게 效果的인 方法으로 産前管理를 실시하게 될 것이다.

5) 母子保健 Center 設立

이미 一部地方에서 實施하고 있는 都市영세민을 위한 母子保健 진료센터를 各 保健所마다 設置하여 經濟的인 理由로 病·醫院을 찾지 못하는 분들에게 저렴한 수가로 産前管理는 勿論 正常分娩까지 取扱할 수 있도록 함이 좋을 것이다. 여기에서 異常이 發見된다던가 危險群에 屬하는 妊婦는 病·醫院으로 의뢰하여, 보다 철저한 産前管理를 받도록한다. 앞으로 經濟的인 餘件이 좋아지게될 때 이들을 地域病院分娩으로 誘導함으로써 소기의 目的을 달성할 수 있을 것이다.

6) 농어촌 임부들을 爲한 對策

여기에도 都市에서와 同一하게 各 保健所 또는 保健支所 마다 母子保健診療Center 의 設置, 운영이 바람직하다. 그러나 地方은 都市와는 달리 自然部落이 散在해 있음으로해서 保健所에서 一律적으로 診療하기에는 거리上 어려움이 있을줄안다. 이런 경우 特定한 날을 택하여 診療하는 移動診療班의 編成이 바람직하다. 産前診療는 보통 임신 6 주頃에 임신의 確診이 可能하고, 그 以後로는 임신 28 週까지 每月 1 回, 그 以後 36 週까지는 每 2 週마다 1 回, 36 週以後로는 出産時까지 每週 實施하기 때문에 可能하다고 본다. 지금 우리나라 實情으로서는 모든 문제를 1 次내 解決을 할수가 없기 때문에 現實에 맞도록 正常群은 家庭分娩케 하고 危險群에 屬하는 사람들을 發見, 郡單位 病院, 또는 地域單位 病院으로 移送, 보다 次元높은 産前管理와 病院分娩을 하도록한다. 또 充分한 人力과 保健所의 施設을 期한 후에는 家庭分娩群을 保健所 母子保健Center 에서의 分娩으로, 나아가서

는 病院分娩으로에의 유도가 좋을것이다. 이는 診療의 傳達體系確立과도 有關하여 도움을 주리라고 생각된다.

7) 産前管理要員の 確保와 이들의 教育

오늘날 無醫面이 없어지고 各 保健所는 勿論 保健支所마다 의사가 配置되어 있는 것으로 알고있다. 그러나 이들은 지금 上述한 바와같은 産前管理를 담당케 함은 無理가 있을줄 안다. 그럼으로 이를 短期間에 걸쳐 再教育시켜야 한다. 이들뿐만 아니고 産前管理要員, 看護員 및 助産員の 再教育 혹은 開業에 종사하고 있는 一般醫의 再教育도 實施하여 産前管理의 內實을 期해야한다. 또 이事業이 本格的으로 推進되게 하기위해서는 要員の 確保가 절대, 必要함으로 政府의 배려가 있어야만 한다.

8) 施設擴張 및 器具確保

一時的으로는 不可能하나 年次的으로 保健所에서 영세민들의 分娩을 할 수 있을 施設과 器具確保, 그리고 産前管理에 最小限 必要한 檢査施設도 併行되어야 한다.

9) 産前管理의 必要性에 對한 啓蒙

産前管理가 왜 꼭 必要한가에 對한 正確한 知識을 갖고 있는 분들은 그리 많지는 않다. 妊娠을 했으니까, 또 醫師가 指示하니까 그렇게 할 뿐이다. 그러므로 産前管理를 보다 積極적으로 國家의 保健事業의 次元에서 推進하려면 組織的이고 體系的인 啓蒙이 먼저 先行되어야 한다.

10) 母性保健委員會 構成

各 市, 道 單位로 母性保健委員會를 設立하여 母性保健에 관한 全般的인 문제를 취급하도록 함이 좋다.

ㄱ. 모든 母性死亡의 原因分析

母性死亡 即, 直接産科的原因 및 間接産科的原因(심장疾患, 血管系, 尿路等) 등을 포함한 모든 産母의 死亡原因들을 教育的 次元에서 分析하여 보다 좋은 母性健康管理에 도움이 되도록 改善하는데 利用한다.

ㄴ. 産前管理에 있어서 高危險要素를 發見 改善

i. 高危險群에 속하는 患者

ii. 高危險群에 속하는 産科醫 및 助産員(경험 不足等)

iii. 高危險群에 속하는 病院 및 診療所(從事員, 裝備, 施設, 血液供給, ……)

以上에 記述한 바와 같이 이 委員會는 各其 市, 道內에 散在해 있는 産前에 從事하는 醫師 및 간호원의 教育, 人力수급 그리고 定員調整문제와 이들 市, 道 單位로 이들 事業이 아주 組織的이고 體系的으로 實施되며 그들의 업적을 평가 檢토키하여 自體發展케 한다.

IV. 結 論

이상 개괄적으로 産前管理의 現實, 이의 必要性 그리고 産前管理

강화를 위한 政府次元의 지원에 대해 살펴보았다. 오늘날 우리의 現實은 母子保健管理의 重要性은 인식하면서도 여기에 대한 具體的인 對策이 없었는데, 이제 이에 관한 대책을 강구하기 위해 정부주도하에 이런 자리를 마련한 것은 늦은감이 있으나 매우 고무적이라 생각된다.

母子保健管理는 社會福祉의 기초가 되는 것이기 때문에 이 사업에 많은 배려가 있어 重點的인 投資와 努力을 기울여 주기를 바라고 우리가 원하는 福祉社會가 한 걸음 앞당겨지기를 기원한다.

主題 2 에 대 한 討 議

討 議 者 : 朴 寅 緒

國 立 醫 療 院 産 婦 人 科 科 長

母性保健事業開發을 위한 政府의 役割에 대하여 몇가지 要約 및 添加 하고자 한다.

1. 政 策

- “ 모든 사람은 産前管理를 반드시 받고 모든 分娩은 病院에서 ”라는 政府의 基本 目標設定이 切實히 要望된다.
- 産前管理勸奨을 위한 妊婦登録制
- 標準화된 妊婦手帖의 活用
- 健康危險值 評點方法의 活用으로 危險群의 早期發見과 處置를 할 수 있는 傳達體系의 確立
- 各 市・道 單位로 母性保健委員會를 構成하여 母性保健에 관한 全般的인 문제를 취급하는 機構의 設立 (例 : 母性死亡의 原因分析, 人力, 施設・裝備・血液管理 등)

2. 施 設

- 母子保健센터의 施設器資材 및 檢査施設의 擴充 및 補强과 血液輸及의 圓滑

3. 人 力

- 産前管理要員의 確保 및 教育強化 (産前管理要員 即 看護員, 助

産員의 再教育, 統合保健要員의 活用, 産前管理 內實을 위한 一般 醫의 再教育)

4. 豫 算

- 政府事業費 (75 年 : 3 億 원, 80 年 : 9 億 8 千 원, 81 年 : 51 億 원) 中 母子保健事業 豫算 할 당이 증가되는 추세에 있어 다행.

5. 啓蒙 및 弘報

- 실질적인 産前管理의 重要性 強調

6. 評價 및 研究 強化

- 病院 醫務記錄 中心의 調査分析은 非現實的이므로 現地 Survey에 의하여 진정한 保健問題를 찾아내는 調査分析이 必要함.

7. 成 果

- 短期的인 成果 : 既存施設 事業의 活成化 (例 : 母子保健서비스의 시험치 접근방법適用)
- 長期的인 成果 : 新生兒破傷風, 新生兒死亡率 및 母性死亡率의 低下와 低體重兒 出産의 減少. 家族計劃事業을 受動的인 姿勢에서 能動的인 姿勢로 改善

위에서 열거한 것을 結論的으로 말하면 健康分野의 活動만으로 母性 健康의 危險値를 줄일 수 있는 것이 아니라 地域社會開發의 寄與度가 重要視된다. 즉 農業의 發達로 인한 營養問題改善과 貧血의 退治, 交通·通信施設擴張으로 인한 患者移送容易, 安全한 食水源의 擴充등 균형적인 발달이 母性 健康에 寄與하는 것이다. 이렇듯 母子保健事業은 오랜 시

일과 많은 경비가 소요되는 부분으로 長期的인 眼目下에 점진적인 接近 내지 擴大하는 것이 바람직하다.

討議者： 金 貞 泰
韓國人口保健研究院
首席研究員

우리나라 母子保健사업의 水準은 政府의 公共사업만을 사업으로 간주하는 경우 대단히 낮다. 그러나 實際로 우리나라 母子保健사업은 결코 그 水準이 낮은 것은 아니다. 卽 自費負擔의 사업이 一般 病醫院에서 이루어 지고 있기 때문이다. 1982 년도에 한국인구보건연구원이 調査한 가족보건실태조사 結果에 의하면 우리나라의 安全分娩率은 都市에서 82% 農村에서 52%로 높게 나타나고 있다. 따라서 우리나라 母子保健 사업의 水準은 政府사업과 民間사업의 統合이 이루어진 位置에서 測定이 되어야 하고 그러한 경우 결코 낮은 것은 아니라고 할 수 있다. 좀 더 나아가서라면 政府나 民間을 막론하고 사업을 政府의 責任이 되어야 하는데 卽 社會保障制度가 安全하게 되는 경우를 指摘하는 것이다.

徐教授님께서 發表해 주신 “母性保健사업개발을 위한 政府의 역할”은 臨床만을 해 오신 분답지않게 包括的인 수록을 해 주신 것이라 감탄해 마지 않는데 母子保健사업을 福祉사업이라 指摘하고 따라서 政府는 投資를 해야 한다고 하였다. 産前管理의 必要性和 理想的인 方法을 說明하고 있기도 하다. 원래 임신·분만의 過程은 자연적인 生理현상이고 疾病은 아닌 것이다. 女性의 生涯에 하나의 cycle로 일어나는 일이고 그 때문에 特別한 管理의 必要性을 느끼지 않는 경우가 많아 문제가

되고 있다.

發表하신 內容中 首肯이 가거나 贊同하는 부분에 對한 言及은 避하고 다음의 몇 가지에 대하여 指摘 하고자 한다.

첫째, 內容中 보여 준 統計數値에 대하여, 미국 數値의 기본이 어떤 것인지는 알 수 없으나 그것이 國家를 代表하는 數値라고 한다면 우리나라 病院에서의 死亡率과 直接 比較가 될 수는 없다는 意見이다. 綜合病院 특히 大學病院에 來訪하는 分娩 事例 中에는 원래 異常分娩의 危險을 갖는 경우가 많을 것이 當然하고 따라서 死亡하는 率도 一般의 平均보다는 높은 것이 分明할 것이기 때문인데 大學病院은 診療圈이라는 뜻에서도 3次診療圈에 屬하는 것이다. 一般 平均은 當然히 이보다 低率일 것이다.

둘째, “病院分娩에 對한 권장”은 반드시 그럴 必要가 있는 것은 아니라고 思料되는 것이다. 우리나라의 경우 都市에는 充分한 數의 病·醫院이 있으나 農村은 그렇지 못하고 더구나 긴세월동안의 習性에 의해서도 病院이라는 생소한 곳 보다는 可能하다면 가정에서 분만을 하는 것이 便利할 수도 있는 것이다. 特히 메어 놓을 수 없는 작은 아이가 딸려 있을 경우 산전관리를 위해서도 이 어린이까지 데리고 가야 한다는 등 번거로움이 있고 조산원이 가정을 방문함으로써 좀 더 가까이에서 가정의 環境衛生을 비롯한 諸般 衛生狀態에 對한 保健教育을 할 수도 있는 것이다. 집을 비우지 않아도 되고 特히 이 제도는 産前管理를 爲하여 좋은 方法일 수 있는 것이다. 그러므로 病院分娩권장은 再考의 余地가 있을 것이다.

세째로, 心身장애아 出生防止, 早産防止, 子宮內胎兒發育 지연에 對한 관

理 등으로 豫防의 重要性에 言及하고 있으나 이에서는 한걸음 더 나아가 자칫하면 醫學의 發達이 心身장애아의 發生을 增加시킬 수도 있음이 指摘되어야 할 것이다. 體重이 현저하게 적은 未熟兒를 補育시키는 일이 때로 副作用을 나을 수 있다는 例가 그러한 것이다. 感染의 防止에서도 抗生劑 使用의 어려움 또는 기타의 藥禍에 對한 言及도 있어야 할 것이나 時間의 制限 때문인 것으로 理解된다.

네째는, 都市에 母子保健센터가 있어야 한다는 指摘이다. 現在 醫師의 都市集中은 잘 알려져 있는 現象이다. 도처에 病醫院이 있으므로 이를 有効하게 活用하는 일로 代替가 되어야 할 것으로 高價의 垜地에 센터를 設置하고 이를 運營한다는 일은 政府가 助産費를 支拂해 주는 일보다 한층 高價의 사업이 되는 것이다. 그러므로 이 指摘은 適合하지 않다고 해야 한다.

끝으로 要員의 教育 또는 再教育等 切實히 共感되는 바로 早速한 措置가 必要할 것으로 한층 強調하고 싶고 다시한번 包括的인 展開에 감사드리는 바이다.

◁主題 3▷

嬰幼兒 保健事業 開發을 위한 政府의 役割

目	次
1. 緒 論	
2. 우리나라 嬰幼兒의 保健에 관한 몇 가지 統計	
3. 嬰幼兒 保健事業에 있어서의 政 府의 役割	洪 彰 義
4. 嬰幼兒 保健事業에 대한 몇 가지 提案	서울大學校 醫科大學 教 授

1. 緒 論

國家의 開發은 結局 그 國家를 構成하고 있는 國民 個個人の 發展에 基礎를 두고 있으며 嬰幼兒期는 人間發達過程에서 가장 決定的인 時期라 할 수 있다. 따라서 國民의 保健向上을 위해서는 國家는 그 나라 嬰幼兒의 保健事業, 더 넓게는 母子保健事業에 力點을 두어야 할 것이다.

지금까지 우리나라는 주로 家族計劃을 통하여 人口의 數를 줄이는 데 力點을 두어 왔으며 앞으로는 이것은 계속 推進되어야 하겠으나 同時に 出生한 子女를 어떻게 하면 健康하게 자랄 수 있게 하는가 하는데 力點을 두어야 할 것이다. 따라서 앞으로는 母子保健事業에 더 많은 比重을 두어 國民健康의 質的인 向上을 圖謀해야 할 것이다.

2. 우리나라 嬰幼兒의 保健에 관한 몇 가지 統計

우선 우리나라 어린이의 保健實態가 어떠한가를 大略 알기 위하여 外國 여러 나라와 比較한 간단한 保健指標를 보면 表 1 과 같다.

이 表를 보면 UNICEF 에서 集計한 世界 130 個國 中에서 韓國은 嬰兒死亡率이 30 으로 嬰兒死亡率이 가장 적은 나라부터 시작하여 39 번째에 해당한다 (1982 年 現在).

隣國 日本은 嬰兒死亡率이 7 로서 世界에서 第 2 位를 차지하고 있다 (表 1).

紅痘, 디프테리아, 破傷風, 百日咳, 포리오 (小兒麻痺), 結核 이 6 가지 疾患이 開發途上國家에서 1 年에 5 百萬名 가량의 小兒를 死亡케 하고 있으며 全體 小兒死亡의 약 1/3 을 차지하고 있는 것으로 推算되고 있다. 破傷風만으로도 1 年에 百萬名 가량의 애기가 죽어가고 있다

中進國家에서는 이 疾患들 中에서 디프테리아, 百日咳, 포리오, 紅痘은 豫防接種으로 말미암아 현저한 減少를 보이고 있으나 破傷風 (新生兒破傷風), 結核 (結核性 腦膜炎)은 아직 적지 않게 發生하고 있다. 그러므로 그 나라의 嬰兒死亡率, 新生兒破傷風 및 結核性腦膜炎의 頻度を 보면 그 나라의 保健狀態를 大略 把握할 수 있을 것으로 생각된다.

우리나라에서는 表 2, 表 3 에서 보는 바와 같이 新生兒破傷風, 結核性腦膜炎 등이 아직까지 小兒의 主要死亡原因 가운데 들어 있는 것을 볼 수 있다.

表 1. 世界各國의 保健指標

順位	國家	嬰兒死亡率 (≤ 25)		總人口 (百萬)	年間出生數 / 嬰幼兒死亡 (0 ~ 4 歲)	GNP (1 人當) (US \$)	平均壽命 (年)
		1982	1960				
	Median	11	31	1,116	17,258 /	7,920	74
1	Sweden	7	16	8.3	88 /	14,040	76
2	Japan	7	31	118.2	1,051 /	10,080	76
3	Finland	7	22	4.8	63 /	10,870	73
4	Switzerland	8	22	6.3	53 /	17,010	76
5	Norway	8	19	4.1	51 /	14,280	76
6	Netherlands	8	18	14.3	167 /	10,930	76
7	Denmark	8	22	5.1	58 /	12,470	75
8	France	9	29	54.1	745 /	11,680	74
9	Canada	9	28	24.7	401 /	11,320	75
10	Spain	10	46	38.1	649 /	5,430	74
11	Australia	10	20	15.1	245 /	11,140	74
12	United States	11	26	231.8	3,708 /	13,160	74
13	United Kingdom	11	23	55.6	710 /	9,660	74
14	Singapore	11	36	2.5	44 /	5,910	72

낮은 嬰兒死亡率 國家 (≤ 25)	嬰兒死亡率 (0~1歲)		總 人 口 (百 萬)	年間出生數 / 嬰兒死亡 (0~4歲)	GNP (1人當) (US \$)	平均壽命 (年)
	1982	1960				
15 Ireland	11	31	3.5	73/	5,150	73
16 Germany, Fed. Rep. of	11	32	61.4	623/	12,460	73
17 New Zealand	12	22	3.2	51/	7,920	73
18 Hong Kong	12	43	5.3	94/	5,340	74
19 German Dem. Rep.	12	38	16.7	210/	7,180x	73
20 Belgium	12	31	9.9	119/	10,760	73
21 Italy	13	44	56.4	728/12	6,840	74
22 Austria	13	37	7.5	90/1.5	9,880	73
23 Greece	14	50	9.8	154/2.7	4,290	74
24 Israel	15	32	4.0	97/1.8	5,090	74
25 Czechoslovakia	16	26	15.5	252/5.1	5,820	72
26 Bulgaria	18	49	9.1	141/3.1	4,150	72
27 Poland	20	60	36.5	676/16	3,900	72
28 Hungary	20	50	10.8	156/3.8	2,270	71
29 Cuba	21	70	9.8	166/4.1	1,410x	73
30 Costa Rica	21	80	2.4	74/1.8	1,280	73
31 USSR	25	38	270.6	5,068/	4,550x	71

中間 嬰兒死亡率 (26～50)	嬰兒死亡率 (0～1歲)		總人口 (百萬)	年間出生數/ 嬰幼兒死亡 (0～4歲)	GNP (1人當) (US \$)	平均壽命 (年)
	1982	1960				
Median	38	80	1,451	31,198/1,959	1,885	67
32 Portugal	26	80	9.9	176/5.2	2,450	71
33 Panama	27	70	2.0	58/2.0	2,120	71
34 Romania	28	70	22.6	395/1.14	2,560	71
35 Jamaica	28	60	2.2	63/	1,330	70
36 Trinidad and Tobago	29	50	1.1	27/0.9	6,840	70
37 Malaysia	29	70	14.5	427/16	1,860	67
38 Yugoslavia	30	90	22.7	374/14	2,800	71
39 Korea, Rep. of (韓國)	30	80	39.2	839/31	1,910	67
40 Kuwait	31	90	1.5	57/2.0	19,870	71
41 Mauritius	32	70	1.0	25/	1,240	67
42 Korea, Dem. Rep.	32	80	18.7	575/23	1,130	64
43 Argentina	36	60	29.2	718/31	2,520	70
44 Guyana	37	70	0.9	26/	670	68
45 Uruguay	38	50	2.9	58/2.6	2,650	70

中間 嬰兒死亡率 (26 ~ 50)	國家	嬰兒死亡率 (0 ~ 1 歲)		總人口 (百萬)	年間出生數/ 嬰幼兒死亡 (0 ~ 4 歲)	GNP (1人當) (US \$)	平均壽命 (年)
		1982	1960				
46	Venezuela	39	80	16.7	591/27	4,140	68
47	Sri Lanka	39	70	15.4	419/21	320	67
48	China	39	140	1,029.5	19,318/1,306	301	67
49	Chile	41	110	11.5	285/14	2,210	67
50	Albania	44	110	2.9	80/4.4	840x	71
51	Paraguay	45	90	3.4	122/6.8	1,610	65
52	United Arab Emirates	46	140	1.1	30/1.7	23,770	70
53	Lebanon	48	70	2.6	79/4.6		65
54	Thailand	50	100	48.5	1,398/92	790	63
55	Philippines	50	110	50.8	1,651/108	820	64
56	Mongolia	50	110	1.8	60/3.9	780x	64
57	Mexico	50	90	73.2	2,508/171	2,270	66
58	Colombia	50	90	26.9	839/57	1,460	63

入院患者의 10 가지 主要死亡 原因

表 2

(1976 ~ 1980, 全南大)

疾	病	死 亡 者 數	全 體 患 者 數	致 命 率
1. 敗 血 症	(Sepsis)	46 (10.1 %)	134	34.4
2. 未 熟 兒	(Prematurity)	39 (8.6 %)	244	16.0
3. 新生兒 破傷風	(Tetanus neonatorum)	37 (8.2 %)	130	28.7
4. 日 本 腦 炎	(J. B. encephalitis)	27 (5.9 %)	379	7.1
5. 肺 炎	(Pneumonia)	25 (5.5 %)	611	4.1
6. 急 性 腦 症	(Acute toxic encephalopathy)	24 (5.3 %)	350	6.9
7. 結核性 腦膜炎	(T. B. meningitis)	19 (4.2 %)	223	8.5
8. 細菌性 · 腦膜炎	(Bacterial meningitis)	17 (3.7 %)	183	9.3
9. 先天性 心疾患	(Congenital heart diseases)	16 (3.5 %)	151	10.6
10. 白 血 病	(Leukemia)	14 (3.1 %)	102	13.7
其 他	Others	190 (41.9 %)	4,612	4.1
合 計		454 (100.0 %)	7,119	6.4

表 3

入院患者의 主要死亡 原因

(1976 ~ 1980, 서울적십자병원)

疾	病	例數	死亡者에 대한 %	致命率
1. 敗血症	(Septicemis)	20	11.70	43.48
2. 痙攣	(Convulsions)	15	8.77	6.28
3. 結核性 腦膜炎	(Tuberculous meningitis)	13	7.60	8.28
4. 先天性 心疾患	(Congenital heart disease)	12	7.02	37.50
5. 白血病	(Leukemia)	8	4.68	20.00
6. 細菌性 이질	(Bacillary dysentery)	6	3.51	5.31
7. 新生兒 破傷風 Reye症候群	(Neonatal tetanus) (Reye syndrome)	6 6	3.51 3.51	42.86 31.58
8. 腦腫瘍	(Brain tumor)	5	2.92	45.45
低酸素症	(Hypoxia)	5	2.92	20.00
肺炎	(Pneumonia)	5	2.92	3.13
9. 先天梅毒	(Congenital syphilis)	4	2.34	16.67
藥物中毒	(Drug intoxication)	4	2.34	6.06
急性細氣管支炎	(Acute bronchiolitis)	4	2.34	1.68

이와 같은 事實은 우리나라 嬰幼兒保健의 後進性을 나타내 주는 것이라고 생각된다. 즉 아직도 多數의 嬰幼兒가 이미 開發된 豫防接種이나 單純한 措置에 의해서도 容易하게 豫防될 수 있는 疾患으로 死亡하고 있다는 것을 意味하기 때문이다. 이런 일들은 결국 우리나라의 保健醫療서비스가 그것을 必要로 하는 모든 嬰幼兒에게 充分히 提供되지 못하고 있기 때문일 것이다. 그 이유는 여러가지 要因이 複合적으로 作用하고 있을 것이다. 物理的인 保健醫療資源(人力, 施設 및 財政的 負擔能力等)의 不足이나 不均衡도 이유가 되겠고 養育의 直接的인 責任이 있는 父母의 無知와 無關心도 重要的 이유가 된다. 그러므로 우리의 現實에서는 이러한 問題들을 해결하는 것이 急先務가 되겠다. 손쉽게 해결할 수 있는 문제부터 차근차근 해결하도록 努力을 기울여야 할 것으로 생각된다.

3. 嬰幼兒 保健事業에 있어서의 政府의 役割

保健事業에 있어서의 政府의 役割로서는 크게 事業의 全般的인 計劃, 行政 및 財源調達等の 中樞役割과 事業을 直接 實行하는 役割 및 政府의 事業은 勿論이거니와 民間의 事業活動까지도 調整하는 役割이 있을 것이다. 이러한 役割은 嬰幼兒의 保健事業에 있어서도 마찬가지이다.

嬰幼兒保健事業을 위한 國家의 全般的인 計劃을 樹立하고 이를 遂行하는데 必要的인 行政機能과 財源을 마련하는 일은 政府가 아니고는 擔當할 수 없을 것이다. 따라서 國家의 다른 分野의 開發計劃과 맞

추어서 嬰幼兒保健事業을 計劃해야 할 것으로 생각된다.

다음으로 政府의 保健組織網을 통하여 嬰幼兒保健에 必要한 서비스를 제공하는 일이다. 이미 保健所, 保健支所 및 母子保健센터를 통하여 여러가지 서비스를 제공하고 있으나 質과 量에 있어서 充分치 못하므로 既存 事業의 強化와 새로운 事業의 開發을 통하여 充分한 서비스를 제공할 수 있도록 지속적인 努力이 必要하다.

이에 더하여 嬰幼兒保健事業에 관계되는 民間團體나 機關의 活動을 調整하여 國家가 指向하는 目標에 一致되도록 하는 일이 매우 중요한 政府의 役割이 될 것이다. 이 役割에 있어서는 충분한 協議를 통하여 干涉 또는 規制의인 것을 피하고 民間團體나 機關의 自律性을 最大限 살릴 수 있도록 밀어 주는 것이 必要하다. 지나친 干涉과 規制는 民間團體나 機關의 이 分野에 대한 參與意慾을 저해하게 되기 때문이다.

이와 같은 政府의 役割이 合理的으로 充實히 수행될 때에 嬰幼兒保健事業은 活氣를 띠고 嬰幼兒健康을 向上 시킬 수 있을 것으로 생각된다.

4. 嬰幼兒保健事業에 대한 몇가지 提案

우리나라 嬰幼兒 保健事業의 開發이 要求되는 課題는 수없이 많을 것이나 여기서는 斷片的이나마 本人이 平素의 느껴온 우리나라 嬰幼兒保健事業에 대한 몇가지 具體的인 提案을 적어보고자 한다.

1. 母子保健事業을 위한 醫療人力的 効率的 活用

1) 公衆保健醫 및 保健診療員

近年에 와서 公衆保健醫制度의 導入으로 無醫面이 解消되게 되었고 保健診療員制度의 導入으로 農漁村 奥地住民에게 一次保健醫療의 接近도가 向上되었다.

그러나 이들이 患者診療에 置重하거나 또는 豫防 및 保健事業에 無關心함으로써 이들의 더 重要的 役割인 母子保健같은 分野는 소홀히 되고 있다. 또한 醫科大學을 갓 卒業한 狀況에서 母子保健事業을 實踐할만한 實習, 訓練이 不足한 경우가 많다. 이같은 高級人力を 確保할 수 있는 좋은 與件을 가지고 있으면서도 이같이 非效果的으로 使用되고 있다는 것은 國家的으로 큰 損失이라고 아니할 수 없다.

이런 問題를 解決하기 위하여는 公衆保健醫의 任命을 醫科大學 卒業後 적어도 인턴 課程을 끝마친 後에 하도록 하고 公衆保健醫의 職務 配定을 豫防 및 保健事業에 더 置重하도록 한다.

2) 開院醫

都市에 있어서는 母子保健事業에 대한 開院醫의 參與가 큰 比重을 차지하게 된다. 분주한 診療時間中에서 開院醫로 하여금 健康 診察, 豫防 等 保健事業에도 充分한 時間을 내게하기 위해서는 이를 위해서 消費되는 時間과 精力에 대해서도 應分の 代價가 支拂되도록 制度的으로 支援이 되어야 한다.

또한 開院醫로 하여금 母子保健에 대한 關心을 높이기 위하여 補修教育 內容안에 이를 위한 時間을 割當하도록 한다.

2. 保健教育의 強化

1) 學校保健教育의 強化

國民學校 및 中·高等學校의 教科書를 통한 母子保健에 관한 保健教育의 強化가 要望된다. 특히 女學生들에 대하여는 母子保健에 관한 內容을 重點적으로 다루어야 한다.

教科書의 편찬에 있어서는 文教部와 保社部사이의 밀접한 協調가 이루어져야 하며 教科書 作成에는 保健學, 營養學, 小兒科, 婦人科, 內科 精神科 專門家들이 廣範圍하게 參與되어야 한다.

急速度로 發展하는 醫學的 知識이 適期에 國民에게 적용되려면 자주 教科書의 內容이 改訂되어야 할 것이다.

國民의 健康은 各自가 自己自身 및 自己家族의 健康에 대하여 얼마나 關心을 가지고 돌보는가에 따라 至大한 影響을 받는 것이므로 全國民에게 가장 效果的으로 作用할 수 있는 學校 教科書를 통한 保健教育에 力點을 두어야 할 것이다.

이것을 위하여 現行 教科書의 內容을 再檢討하고 是正補充하는 作業이 이루어져야 할 것이며 이를 위하여는 保社部, 文教部 學界間의 密接한 協調가 要望되는 바 이다.

2) 어린이를 위한 健康守則 制定

어렸을 때 버릇이 80 세까지 간다는 속담이 있듯이 어렸을 때의 習性은 一生동안 影響을 미치게 된다. 그런 意味에서 어린이들의 健康增進을 위하여 어린이들이 지켜야 할 生活習慣 (Life Style) 을 간결하게 條目으로 提示하는 것이 바람직하다. 이것은 父母들이子女들을 教育하는데도 必要하고 어린이들 自身들이 어려서부터 이러한

習性이 몸에 배도록 習慣化하는 도움이 될 것이다. 여기에는 다음과 같은 項目들이 포함되어야 할 것이다. 즉 營養, 睡眠, 規則的 運動, 清潔 (몸과 환경) 豫防接種, 놀이, 취미, 交友, 精神衛生, 倫理, 道德 等. 父母들을 위해서는 文章化하고 어린이들을 위해서는 그림등을 통하여 재미있게 提示해 준다.

3) 어린이憲章의 制定

社會가 어린이에 대하여 올바른 觀念을 가질수 있도록 어린이憲章을 制定하여 家庭과 社會가 모든 어린이들을 幸福한 어린이로 키워나가도록 最善을 다한다.

(UN에서 制定한 憲章, 여러 나라마다 制定되어 있는 어린이憲章 參照)

3. 妊娠婦 및 嬰兒에 대한 定期的 健康診察

妊娠婦에 대하여 妊娠中 적어도 2回, 嬰兒에 대하여는 新生兒期 및 生後 1年以內에 적어도 2回 健康診察을 받을 수 있도록 保健所에서는 無料로, 一般病醫院에서 받을 때는 診療費의 一部를 補助해 준다. 이를 위해서는 母子保健手帖을 作成하여 사용케 하여 그속에는 國家가 追後에 補助費를 支拂해 주는 制度가 바람직하다.

Denmark 같은 나라에서는 모든 1年未滿 嬰兒에 대하여 12回 간 호원이 訪問하여 營養, 豫防接種에 대한 指導, 先天代謝異常症에 대한 간단한 검사를 해주고 모든 어린이는 7歲까지 9回 醫師의 無料檢診을 받을 수 있게 되어 있다.

그리고 모든 妊娠婦는 妊娠中 9回 無料相談을 받을 수 있게 되어 있다.

4. 母子保健手帖의 作成 및 活用

앞에서 말한 母子保健手帖의 必要性은 오래전부터 強調되어 왔으나 實現을 보지 못하였었다. 多幸히 今番 政府에서 母子保健手帖을 만들기로 한 것은 늦은 感은 있으나 고무적인 일이라고 생각된다.

國家的으로 實踐할 수 있는 項目을 制定하여 妊娠婦와 嬰幼兒가 반드시 그 項目들을 체크하여 記錄하게 하므로써 國民保健을 劃期的으로 增進시킬 수 있다. 어떤 나라에서는 애기의 體重曲線 한가지만을 어머니가 記錄하므로써도 그 어린아기의 營養不足, 疾病의 有無를 發見하는데 크게 기여하였다.

母子保健手帖에 포함시켜야 할 內容을 定하고 그 內容에 대해서 어떻게 國民에게 實踐할 수 있을 것인가를 研究하도록 한다.

母子保健手帖에 포함시킬 內容으로는 다음과 같은 것을 들 수 있다.

- 1) 妊娠檢診申請書 } (切取線, 우표첨부) → 保健所
- 2) 出生申告書
- 3) 妊娠記錄 (體重, 血壓, 尿蛋白, 尿糖, 血色素, 血液型, B型肝炎抗原抗體)
- 4) 分娩記錄 (分娩經過, 母兒狀態)
- 5) 發育曲線 (體重, 身長)
 嬰兒期 : 月 1回
 幼兒期 (1 ~ 2 年 : 每 3 個月
 2 ~ 6 年 : 每 6 個月
- 6) 豫防接種 (BCG, D.P.T, 포리오, 日本腦炎, 홍역, 풍진, B型肝炎, 其他)

結核反應 (홍역에 방접 중시)

7) 健康診療 記錄

8) 指針, 注意事項

- (1) 妊娠中 注意事項
- (2) 分娩前後 注意事項
- (3) 新生兒에 대한 注意事項
- (4) 豫防接種計劃表
- (5) 營 養
- (6) 家族計劃

上記 手帖은 國民學校 入學時 提示하도록 하고 國民學校 身體檢查 記錄과 연계되도록 한다.

5. 嬰幼兒의 營養改善

健康한 嬰幼兒로 成長하는데는 妊娠으로부터 시작하여 授乳期, 離乳期の 營養이 適切해야 한다.

1) 母乳營養의 勸獎

- (1) 啓蒙 · 教育
 - a . 學校教科를 통하여
(학교 교과서 안에 그 내용을 포함시킨다)
 - b . 매스 미디어를 통하여
 - c . 社會團體活動을 통하여
- (2) 新生兒室을 母子同居室로 바꾼다.

(3) 職場을 가진 女性을 위한 對策

a. 有給産後休暇 (2 個月以上)

b. 職場부근에 託兒所 또는 授乳室設置

2) 離乳食에 대한 具體的 指導教育

母乳로 充分한 營養을 받고 있는 生後 6 個月頃까지는 體重增加가 圓滿하나 離乳期以後에 들어가면서 體重曲線이 처지고 있다.

大部分의 家庭에서 離乳食에 대한 특별한 考慮없이 어른들의 食卓 옆에서 어른들이 먹는 食事を 小量씩 얻어먹는 식이다. 그런가 하면 都會地 젊은 女性들은 무작정 商品化된 食品에 依存하는 경향이 있다. 어머니들이 우리 周圍에서 쉽게 구할 수 있는 食品原料를 써가지고 離乳食을 만들 수 있는 具體的인 知識과 練習이 不足하다.

(1) 離乳食에 대한 啓蒙, 教育 (具體的으로)

a. 學校教課를 통하여

b. 매스 미디어를 통하여

c. 保健所 活動안에 포함시켜

時間의 餘裕가 있는 어머니는 自己가 손수 離乳食을 만들 수 있도록 具體的 메뉴 및 調理法의 모델을 여러가지로 提示하고 어머니들이 實踐할 수 있도록 教育시킨다.

(2) 離乳食의 開發

우리나라는 쌀을 主食으로 하고 있기 때문에 離乳食에 대한 특별한 고려없이 어른들이 먹고 있는 음식을 얻어 먹고 있을 때 蛋白質不足을 초래하게 된다. 이것은 특히 農村에서 심하며 農村어머니

들은 일에 시달리기 때문에 離乳食을 손수 만들어 줄 時間의 여유가 없다. 그러므로 農村家庭에서도 廉價로 求得하여 添加할 수 있는 蛋白質 및 脂肪補充食品을 開發하도록 한다.

어떤 한가지 商品化된 食品으로 모든 營養分이 充足된다는 식의 離乳食이 아니라 죽이나 밥에 添加하면 蛋白質이나 脂肪質이 補充될 個別的인 食品이 더 必要하다.

3) 經口輸液療法の 利用

UNICEF는 1) 經口輸液療法 2) 豫防接種의 擴大 3) 母乳의 권장 4) 成長發育表 作成, 이 4가지 活動을 通하여 開發途上國家에서 죽어가고 있는 하루 20,000 名의 어린이를 救할 수 있으며 특히 經口輸液療法을 通하여 設사로 每日 죽어가는 13,000 名의 어린이의 生命을 救하고 있다고 하면서 開發途上國家에서 이 經口輸液療法을 利用할것을 強力히 권장하고 있다. 그래서 여러 나라에서 이 經口輸液의 材料를 粉末로 봉지에 넣어서 시골의 작은 商店에서도 싼값(10~20 센트, 100 원 정도)으로 利用할 수 있도록 하고 있다. Lancet 라는 權威있는 醫學誌는 이 經口輸液의 導入이야말로 今世紀 醫學의 가장 重要한 發展의 하나라고 評하고 있다.

勿論 우리나라는 이런 나라들과는 달라서 設사로 죽기까지 하는 어린이는 近來에는 드문 형편이지만 그러나 設사는 가장 흔한 疾患의 하나이므로 國家的으로 광범위하게 이것을 普及하므로써 특히 農漁村의 設사하는 어린이들에게 많은 도움을 줄 수 있을 것이라고 생각된다.

4. 豫防事業의 擴充

1) 新生兒破傷風の 根絶

- (1) 啓蒙教育
- (2) 分娩介助서비스의 擴大
- (3) 出生時 臍帶處置의 徹底
- (4) 이것이 어려운 地域에서는 妊娠婦에 대한 破傷風 toxoid 注射

2) 無料 또는 廉價豫防接種・種類의 擴大

現在 全國民에게 國家的으로 無料 또는 廉價로 施行되고 있지 않는 아래와 같은 豫防接種을 영세민을 포함하여 廣範圍하게 施行할 수 있는 方法을 講究하여 年次的으로 擴大해 나가도록 한다.

(1) B型肝炎

- a. 妊娠婦에 대한 B型肝炎抗原檢査
- b. B型肝炎抗原 陽性母體에서 出生한 新生兒에 대한 免疫글로부린 및 B型肝炎백신 注射

(2) 홍역백신

(3) 風疹

嬰兒期에 다른 백신과 같이, 또는 13~15 歲 女兒에게 接種

(4) 其他

3) 豫防接種施行의 確認

國民學校 入學時 母子保健手帖을 點檢하여 豫防接種이 제대로 施行되어 있지 않을 때에는 빠진 것을 반드시 補充 接種하도록 한다.

4) 醫療人의 豫防接種 忌避要因 除去

(1) 백신의 改良

副作用이 되도록 적은 백신 生産

a. BCG

b. 百日咳 백신

(2) 醫療人의 잘못없이 事故가 생겼을 때 國家 또는 製造會社가 賠償

(日本等 先進國家에서의 施行實態 參照)

5. 周産期死亡에 대한 對策

우리나라의 嬰兒死亡率을 줄이기 위하여는 周産期死亡率을 줄이는데 力點을 두어야 한다. 그러기 위하여 다음과 같은 事業을 推進 또는 強化한다.

1) 어머니教室의 運營

保健所, 母子保健센터,

마을의 會館, 學校, 教會 等

2) 産前相談 및 診察

保健所, 母子保健센터

個人醫療院을 利用할 경우

保險患者: 保險惠澤

非保險患者: 2 회까지는 診療費의 一部補助 (쿠폰)

3) 公共分娩施設 擴大

4) 未熟兒에 대한 對策

未熟兒센터 地域化

後送方法

6. 身體精神障礙兒의 豫防 및 早期發見

身體精神障礙兒의 豫防 및 早期發見을 위한 事業을 國家經濟가 어느 水準以上이 되어야 可能한 일이지만 2,000 年을 向한 우리나라 嬰兒를 위한 保健事業을 생각할때 漸次的으로 開發해 나가야 할 重要的 事業中の 하나이다. 一但 障礙가 생긴 後에 이에 대한 治療에 드는 費用을 생각하면 미리 이것을 豫防하거나 早期에 發見하여 適切히 治療하므로써 오히려 費用의 節減을 가져올 수 있고 障礙兒의 發生을 줄일 수 있을 것이다.

1) 妊娠婦에 대한 檢診

保健所나 母子保健센터를 通하여 無料 檢診

2) 分娩介助서비스人員 및 施設擴大

3) 新生兒의 檢診

4) 高危險新生兒에 대한 對策

(1) 未熟兒에 대한 對策

未熟兒를 위한 施設

地域化, 後送體系

(2) 先天性 奇形の 豫防 및 對策

5) 先天性代謝異常症에 대한 스크리닝 (screening)

參 考 文 獻

Grant. J. P. (UNICEF) : The State of the world's Children. 1982 - 1983,
Oxford Univ. Press. 1982, p.10.

김의형外 : 소아과 입원환자에 대한 임상통계적 고찰, 소아과 27:639,
1984

송태숙外 : 소아과 입원환자에 관한 통계적 관찰, 소아과 28:1, 1985.

韓國人口保健研究院 : 嬰兒營養研鑽會 報告書 1982 年

Morley. D: Paediatric Priorities in the Developing World, Butterworths,
London, 1973.

主 題 3 에 對 한 討 議

討 議 者 : 具 然 哲

梨花醫大 教 授

洪教授님 序論에서 우리나라의 嬰幼兒保健의 後進性を 강조하고 그
基本原因을 資源 (技術・財政) 보다 住民의 意識에 있음을 指摘하고 政
府는 公共部門과 民間部門을 총 망라한 全般的인 事業計劃의 樹立과
이를 推進하는 中樞的 役割을 促求하였고, 提案에서 財源의 効率의인
活用과 住民의 意識開發에 具體的인 細部方案들을 提示하였으며 끝으로
事業에 使用可能한 技術部門을 細密하게 提示함으로써 嬰幼兒保健事業
活性化에 관한 包括的이고 細部的인데 까지 提示하여 앞으로 이 分野
事業推進에 좋은 方向과 資料를 提示하여 더 追加나 異見은 없다.
다만 政策推進의 基本骨格分野에 대하여 附言하겠다.

嬰幼兒保健을 包含하는 母子保健事業을 地域單位 綜合保健을 構成하
는 여러事業中の 根幹을 이루는 事業임을 우리가 다 認定하는 바 임
으로 母子保健事業單獨으로 劃期的으로 向上될수는 없고 우리나라 全
體 國民保健의 一部로써 發展할수 있다. 그러나 一面 母子保健事業
의 活性化가 우리나라 保健事業發展에 重要的 기폭제가 되기를 바라
는 마음 간절하다.

地域保健事業의 基本要素는 1) 住民의 保健意識과 2) 事業에 쓰여
질 技術과 3) 이러한 技術을 住民에게 傳達하는 適正方法등이다.
洪교수는 發表에서 이미 上記 各分野에 대하여 훌륭하게 言及하였다.
특히 住民의 意識強化分野에 대하여는 상세하게 保健教育과 地域社會

參與에 대하여 發表하였으므로 부언에 여지가 없고 다만 2)와 3)分野 發表에 대하여 基本問題에 대하여 簡略하게 附言하겠다. 2)의 技術分野에 있어서 細部的이고 廣範圍한 方法 提示는 훌륭하나 다만 그러한 技術들이 管理體系上(醫院·病院 또는 保健診療員, 保健支所, 母子保健센터등) 어느 水準까지 使用될것인가에 言及되었으면 더 좋았을 것이다. 保健事業에 使用될 技術水準에 있어서 우리나라 保健事業에 切實히 必要한것은 가장 낮은 水準에 있는 마을이나 面水準에서 適正하고 되도록 간편하고 費用이 많이 안드는 方法 即 例를 들면 面單位의 保健要員이 妊娠婦의 正常確認 Check에 必要한 蛋白尿 check 方法이나 部落에서 보건진료원에 의한 正常妊娠에 가장 安全한 우리나라 實情에 맞는 家庭分娩 技法등 病院分娩 技術보다는 重要하다.

다음은 3) 傳達體系分野에 있어서도 모자보건사업의 單獨體系構成을 誘導하지 않는限 우리나라 全體 保健醫療 傳達體系內에서 그것과 全體體系의 基礎가 되는 面單位(都市는 좀 다르지만) 一次保健·醫療體系內에서 이루어 질수 밖에 없음으로 面單位에 効率的인 一次保健醫療體系 整備가 가장 시급하다.

即 우리나라 一次保健事業 提供 體系 活性化方案의 基本은 現存하는 우리나라 面地域內에 保健資源(보건요원, 보건진료원, 공중보건의등)의 保健支所로의 統合과 이의 活性化方案임을 부언한다.

討議者： 洪 在 雄

서울大 保健大學院 教授

洪彰義선생님께서 嬰幼兒 保健事業의 開發에 필요한 구체적 方法에 이르기까지 자세히 말씀해 주셨습니다. 특히 洪선생님께서 保健事業에 있어서의 政府의 세가지 役割을 제시하신 중에 주로 서비스의 직접적인 提供者로서의 역할을 강조하시고 그에 필요한 事業內容과 方法에 重點을 두어 여러가지 有益한 提案을 해 주셨습니다. 이에 本人은 嬰幼兒 保健事業에 있어서의 政府의 역할중 나머지 企劃, 行政 및 財源調達者로서의 역할과 事業의 調整者로서의 역할에 있어서 고려하여야 할 몇가지 事項을 補充하는 것으로 討議에 대신하고자 합니다.

먼저 討議에 앞서 嬰幼兒 保健事業 開發을 위한 政府의 役割은 앞의 主題인 母性保健事業 開發에 있어서의 役割과 비교할 때 事業內容에 차이가 있을지언정 그에 있어서의 政府의 역할은 다를 것이 없다고 생각합니다. 여기서 政府의 역할은 保健社會部의 역할에 국한해서 論議하고자 합니다.

첫째, 政府는 嬰幼兒 保健事業에 대한 確固한 政策을 수립하고 이를 推進하는데 필요한 事業의 總體的 計劃과 行政機能을 수행해야 할 것입니다. 이를 위해서는 필요한 正確한 情報를 研究와 事業의 評價制度를 통하여 얻어야 할 것입니다. 그런데 現行 評價制度는

지나치게 下部組織(道 및 市·郡)의 統制와 要員의 業務監督을 위한 實績評價에 置重된 감을 주고 있습니다. 이 評價制度를 앞으로의 計劃樹立 및 事業修正에 필요한 情報를 획득할 수 있는 方法으로 改善해야 하리라고 생각합니다.

둘째로 事業의 總體的 計劃과 行政 및 事業遂行에 필요한 部處間 및 部內의 他部署와의 協助와 協力體制를 마련하여야 할 것으로 생각됩니다. 이러한 協助體制가 不足하다고 느껴집니다. 예컨대 下部事業機關인 保健所網은 실제로 內務部에 속해 있으므로 內務部와의 원활한 協助없이 保健事業의 遂行에 障礙를 초래할 것이며 農村指導所의 營養改善事業과 協力함으로써 좀더 効率的으로 國民營養의 改善을 이룩할 수 있고, 職業을 가진 母性에 대한 保護措置는 勞働部와의 協助를 필요로 합니다. 더구나 保健社會部內의 다른 局 또는 다른 課의 事業과의 연계는 필수적이라고 하겠습니다. 앞의 演者께서 妊娠婦의 產前管理를 위한 여러가지 檢査費用이 醫療保險의 支給對象이 아니라고 말씀하셨는데 이러한 問題도 部內의 協助를 해결할 수 있는 문제라고 생각합니다. 더 나아가서 性病患者가 醫療保護의 對象이 되듯이 妊娠婦 및 生後 1년까지의 嬰兒만이라도 醫療保護의 對象으로 넣을 수 있는 可能性도 研究해 볼만한 方案이라고 생각합니다. 뿐만아니라 開院醫, 病院 및 地域社會組織등 民間部門에 대해서도 度外視하지 말고 公共 및 民間을 總體로 한 計劃이 필요한 것입니다. 이와 관련해서는 嬰幼兒 保健事業을 위한 人力·施設의 적절한 配置와 相互依賴體系를 수립할 필요가 있습니다. 一方的이 아닌 兩方向의 依賴制度(Referral system)가 필요합니다.

세째로 保健社會部の 중요한 역할의 하나는 嬰幼兒 保健事業에 필요한 財政의 확보일 것입니다. 豫算當局을 설득하여 事業에 필요한 財源을 확보하여야 할 것이며 外援을 유치하는 것도 한 방법이다. 특히 이 경우에는 政府의 직접적인 事業에 필요한 財源뿐 아니라 民間의 事業을 支援하는데 필요한 財源도 고려하여야 할 것이다.

네째로 開院醫 및 病院, 民間團體와 研究機關등을 嬰幼兒 保健事業에 적극적으로 參與하도록 誘導함으로써 서비스의 質改善과 量的 擴大를 도모하는 것도 政府가 해야 할 일이다. 그런데 현재 政府와 이들 民間機關間에는 相互信賴가 부족한 것으로 보인다. 政府는 적극적인 支援이 없이 法과 行政規制에 의해서 民間機關에 社會的인 奉仕를 요구하고 이에 대하여 民間機關은 희생을 强要當하는 것으로 인식하는 경우가 허다하다. 그러므로 政府事業에의 參與가 적고 消極的이다. 따라서 이를 改善하기 위하여는 法과 行政에 의한 規制 말고도 다른 方法이 필요한데 그것은 결코 技術 및 財政支援이라고 생각된다. 특히 財政支援에 의한 적극적 참여의 유도가 가능한 방법이라고 생각되며 이를 활용해 民間事業을 統制하고 調整하는 역할을 政府가 할 수 있을 것이다. 그렇다고 해서 事事件件 간섭하는 것보다는 民間機關의 自律性を 保障하고 結果에 대한 評價로 필요한 경우 責任을 추궁하고 支援의 中斷과 같은 制裁를 통하여 調整하는 것이 더 實質的인 方法이 될 것이다.

다섯째로는 특히 身體・精神障礙兒에 대한 對策은 發生後의 對策보다는 發生自體를 豫防하는데 力點을 두어야 할 것이다. 障礙의 發生後의 對策은 그 効果에 있어서도 떨어질 뿐 아니라 費用의 社會的負擔이 엄청나기 때문이다.

◁主題 4 ▷

母子保健을 위한 統計

目 次

- I. 보건통계에 대한 재인식
- II. 보건사업을 위한 통계의 역할
- III. 모자보건사업을 위한 통계
- IV. 모자보건 종합평가지표
- V. 결 론

高 應 麟
漢陽大學校 醫科大學
教 授

I. 보건통계에 대한 재인식

근자에 우리나라에서도 보건분야에서의 정보자료의 중요성과 필요성에 관한 강조가 되풀이되고 있고 이 분야에서의 연구조사활동도 빈번하지만 아직도 이에 대한 재인식을 호소하게 된다는 것은 보건통계의 필요성에 대한 인식과 신빙성있는 자료 수집의 노력이 아직 미흡하다는 것을 반영해주고 있다고 해석되는 것이다.

우리는 흔히 통계의 필요성을 강조하지만 이때의 “통계는 필요한 것이다”라는 표현과 “땀은 필요한 것이다”라는 표현에는 그 문장의 구성은 같으나 그 “필요하다”에 함유되어 있는 뜻은 다르다.

즉, 땀의 경우는 모든 사람이 필요로 한다는 뜻이 되지만 통계의 경우는 그렇지 못한 것이 사실이다.

통계는 필요한 것임에 틀림없으나 모두에게 꼭 같이 필요한 것은 아니기 때문이다.

우리나라 전체인구중 65세이상 노령인구에 관한 각종 변수별로 집

계된 통계자료는 국가적 차원에서 노인복지정책을 구상하는 위치에 있는 사람들에게는 꼭 필요한 것이 되겠으나 일선에서 양로원을 관리 운영하는 사람들에게는 별로 큰 도움을 주는 통계는 아닐 것이다.

반대로 양로원내의 지체부자유자나 건강장애자들에 관한 내용별, 정도별 등으로 제시된 상세한 통계자료는 양로원관리자들에게는 필요하겠으나 국가의 노인복지정책을 다루는 사람들에게는 별로 필요한 것은 아닐 것이다.

이와 같이 사용자의 말은바 정책에 따라 필요로 하는 통계가 달라지기 때문에 서로가 상대방이 필요로 하는 통계에 대한 필요성 인식이 결여되다 보면 전체적으로 통계에 관한 인식도 저하될 수도 있는 것이다.

일선모자보건요원에게는 우리나라의 영아사망률이란 통계지표가 별로 필요하다고 느껴지지 못할 것이고 보건정책을 다루는 상위 관리에게는 일선보건요원들이 갖고 있는 영유아등록건수나 영유아건강상담기록 등으로 얻을 수 있는 통계자료는 직접적으로 필요한 것으로 느끼지 않고 있는 것이다.

그러나 여기서 중요한 것은 어느 계층에서 필요로 하는 통계이든간에 모든 통계의 생산과정은 한 줄로 연결되어 있다는 것이다. 즉, 자기만 필요로 한 통계를 단독적으로 생산할 수 없으며 각 분야에서 수집되는 자료들이 모여서 결국 각 계층에서 요구되는 통계자료가 구성되는 것인데 이와같은 체계를 보건정보관리체제라고 부르기도 한다.

이와같은 체제에서 무엇보다도 중요한 것은 일선보건분야에서의 국

민개개인에 대한 성실한 기록과 보고활동이라 할 수 있으며 이 기반이 확립되지 않고서는 상위계층에서 요구되는 통계의 생산도 불가능해진다는 점에 유의해야 할 것이다.

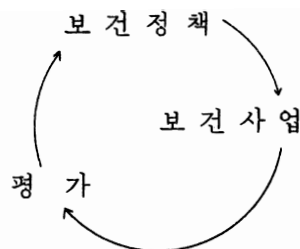
과거 우리나라의 보건통계자료의 수집은 단순히 관례에 따라 기계적으로 집계만 해 나가는 태도에서 크게 벗어나지 못했었으므로 통계작성의 목적과 활용에 관한 깊은 배려도 없었고 또한 자료의 신빙성과 유용성을 향상시키기 위한 노력도 미온적이었다 할 수 있다.

앞으로 2,000 년대를 향한 획기적인 보건정책의 수립과 국민건강증진을 위해서는 좀더 적극적인 자세로서 (1) 꼭 필요하고 (2) 생산가능하고 (3) 정확하고 (4) 신속성있는 보건통계자료를 구하도록 노력해야 할 것이며 이것은 통계수집분석이란 독립된 활동으로서가 아니라 전체 보건사업의 일환으로써 이루어져야 할 것이다.

Ⅱ. 보건사업을 위한 통계의 역할

보건사업에서의 통계수집 및 분석의 주요 목적은 (1) 국민의 보건상태 (2) 보건자원상태 (3) 보건자원의 활용상태 (4) 사업효과 등에 관한 상호간의 관계를 분석하는데 있다고 할 수 있는데 결국은 “보건사업의 평가”를 위한 것이라 결론지을 수 있다.

평가의 결과는 곧 정책방향조정에 이용될 것이고 이것은 다시 사업수행으로 그리고 평가로 이어지면서 다음과 같이 순환회로를 밟게 될 것이다.



일반적으로 보건사업을 평가하는데는 그 내용과 단계에 따라 편리 상 다음과 같이 5과정으로 나누어 볼 수 있다.

(1) 업무량 분석 (2) 업적 분석 (3) 업적의 적절도 분석

(4) 효율 분석 (5) 효과과정 분석

이들 각 평가과정의 뜻과 요구되는 보건통계지표의 성격을 요약해 설명해 보면 다음과 같다.

평가 과정 :	(내 용)	통 계 지 표
(1) 업무량 분석 :	(사업을 통해 투입된 노력의 양적 측정)	예) 가정방문건수, 임신부등록건수, 계몽교육횟수 등
(2) 업 적 분 석 :	(사업목적에 부합되는 결과 (Performance) 의 양적 측정)	예) 예방접종건수, 피임부인수, 영양지도건수 등
(3) 업적의 적절 : (Adequacy of Performance)	(목표량에 대한 업적량의 비율 측정)	예) “ 목표량 ”에 대한 피임부인수, 예방접종건수 등의 비율 등
(4) 효 율 분 석 : (Efficiency)	(같은 업적을 얻는데 좀더 효율적인 방법은 없는가를 측정 분석)	예) 보건요원당 업적건수, 예방접종건당비용, 영양지도건당비용 등
(5) 효 과 과 과 정 : (Process)	(업적발생이 어떤 기전에 의하여 나타나는가를 분석)	예) 대상인구특성별로 본 피임부인률, 예방접종률 등

이들 평가과정은 보건사업의 어느 계층에서나 모두 관련될 수 있

겠으나 일반적으로 볼 때 일선보건관리기관에서는 앞쪽의 (1) 업무량 (2) 업적 (3) 업적의 적절도 등에 관한 평가와 통계지표들이 주로 필요하게 될 것이고 높은 정책수립을 하게 되는 관청일수록 주로 뒷부분인 (4) 효율도 (5) 효과과정 등에 관한 평가와 그에 관련된 통계지표가 요구될 것이다.

Ⅲ. 모자보건사업을 위한 통계

앞서 소개한 사업평가의 과정별로 공공 모자보건사업분야에서 요구되는 통계지표들을 제시해 보면 다음과 같다.

1. 산전관리사업평가를 위한 주요 통계지표

(1) 업무량 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 등록임신부인수	연령, 임신기간, 임신 및 출산횟수, 현존자녀수, 최종임신결과, 과거병력, 이상분만경력 등
2) 방문임신부인수	방문횟수 등
3) 지도활동건수 (가정방문, 집담회 등)	지도 및 활동내용 등

(2) 업적 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 산전관리수혜자수	산전관리내용(검사, 처치, 대책 등)
2) 임신부건강장해자수	건강장해내용(증상, 검사결과, 병세 등)
3) 유 산 전 수	자연, 인공, 임신기간, 유산원인 등
4) 임신부사망건수	사망원인, 임신부특성 등
5) 타기관 의뢰건수	의뢰원인, 의뢰기관 등

(3) 업적의 적절도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 산전관리 수혜율	1) 총 산전관리수혜자수 / 총등록임신부인수 2) 총 산전관리수혜자수 / 산전관리 목표량
2) 임신부 건강장애 발생률	1) 건강장애자수 / 총임신등록자수 2) 건강장애자수 / 산전관리수혜자수
3) 유 산 률	1) 유 산 전 수 / 총임신등록자수 2) 유 산 전 수 / 산전관리수혜자수
4) 의 퇴 율	1) 의 퇴 전 수 / 총임신등록자수 2) 의 퇴 전 수 / 산전관리수혜자수

(4) 효율도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 요원당 임신등록자수	(지역, 대상자, 요원특성별 등)
2) 임신등록건당 비용	
3) 요원당 산전관리 수혜자수	
4) 산전관리 수혜건당 비용	
5) 요원당 임신부건강장애자 발견건수	
6) 임신부 건강장애건수당 비용	
7) 요원당 타기관의회전수	
8) 타기관의회전당 비용	

(5) 효과과정 분석

상기한 여러 통계지표들을 기본자료로 하여 대상인구, 행정구역, 보건요원 등 여러 요인들을 관련시켜 비교분석함으로써 종합적인 평가와 사업효과 발생과정에 관한 심층분석을 시도하게 된다.

2. 분만관리사업평가를 위한 주요 통계지표

(1) 업무량 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 분 만 건 수	임신등록여부, 산전관리 수혜여부, 분만장소, 분만개조자 등
2) 분만셀 보급수	수령자특성, 분만횟수 등

(2) 업적 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 분만개조 건수	임신등록여부, 산전관리여부, 대상자특성 등
2) 시설분만 건수	
3) 정상분만 건수	성별, 임신부특성, 분만장소, 분만개조자 등
4) 이상분만 건수	이상분만 내용 성별, 출생순위, 임신부특성, 분만장소, 분만개조자 등
5) 분만 합병증 발생 건수	합병증 내용
6) 기준이하 체중아수	분만시 2,500g 이하의 신생아, 산전관리 여부, 임신부특성

(3) 업적의 적절도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 분만개조율	1) 분만개조건수/총분만건수(등록) 2) 분만개조건수/분만개조 목표량
2) 시설분만률	1) 시설분만건수/총분만건수(등록) 2) 시설분만건수/시설분만 목표량
3) 분만셀 사용률	1) 분만셀 사용자수/총분만건수(등록) 2) 분만셀 사용자수/분만셀 사용목표량
4) 이상분만률	이상분만건수/총분만건수(등록)
5) 사 산 륜	임신 12 주 이후 태아사망건수/총분만건수(등록)
6) 임신부 사망률	분만시 사망건수/총분만건수(등록)

(4) 효율도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 요원당 분만건수	지역, 분만장소, 임신부특성 등
2) 분만건당 비용	
3) 요원당 분만개조건수	
4) 분만개조건당 비용	
5) 요원당 분만셀 배포건수	
6) 분만셀 배포건당 비용	
7) 요원당 시설분만건수	
8) 시설분만당 비용	

(5) 효과과과정 분석

상기한 여러 통계지표들을 기본자료로 하여 대상인구, 행정구역, 보건요원 등 여러 요인들을 관련시켜 비교 분석하므로써 종합적인 평가와 사업효과발생과정에 관한 심층분석을 시도하게 된다.

3. 산후관리 사업평가를 위한 주요 통계지표

(1) 업무량 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 산후관리 등록자수	산후기간, 임신결과, 분만장소, 분만개조자, 산전관리여부, 방문횟수 등
2) 산후관리 지도활동건수 (가정방문, 집회 등)	지도활동내용

(2) 업적 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 산후관리 수혜자수	수혜자특성, 서어비스내용, 수혜빈도 등
2) 산후합병증건수	합병증내용, 처리내용 등
3) 타기관 의뢰건수	의뢰동기, 의뢰기관 등
4) 산욕기 사망건수	사망원인, 사망자특성 등

(3) 업적의 적절도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 산후관리 수혜율	1) 산후관리 수혜자수 / 총임신등록부인수 2) 산후관리 수혜자수 / 총분만건수(등록) 3) 산후관리 수혜자수 / 산후관리 목표량
2) 산 후 합병증률	1) 산후합병증건수 / 총분만건수(등록) 2) 산후합병증건수 / 산후관리 수혜자수
3) 타기관 의뢰율	의뢰건수 / 산후관리 수혜자수
4) 산욕기 사망률	1) 산욕기(산후 6주)사망자수 / 총분만건수(등록)

(4) 효율도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 요원당 산후관리 등록자수	
2) 요원당 산후관리 수혜자수	
3) 요원당 산후관리건수	
4) 산후관리 수혜자당 비용	
5) 산후관리건당 비용	
6) 요원당 산후합병증 발생건수	
7) 요원당 타기관 의뢰건수	

(5) 효과 과정 과정

상기한 여러 통계지표들을 기본자료로 하여 대상인구, 행정구역, 보건요원 등 여러 요인들을 관련시켜 비교분석함으로써 종합적인 평가와 사업효과발생과정에 관한 심층분석을 시도하게 된다.

4. 영유아건강관리 사업평가를 위한 주요 통계지표

(1) 업무량 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 등 록 아 수	산모의 특성, 분만특성, 산전·산후관리 상황 등 영유아 특성
2) 방문 영유아수	
3) 지도활동건수 (가정방문, 집담회 등)	활 동 내 용

(2) 업적 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 영유아 건강상담건수	상담, 서어비스내용
2) 영유아 건강장해건수	장 해 내 용
3) 예 방 접 종 건 수	예방접종 종류
4) 영양제 보 급 건 수	영양제 내용
5) 타기관 의뢰건수	의뢰내용, 의뢰기관 등
6) 영유아 사 망 건 수	사망원인, 사망연령 등

(3) 업적의 적절도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 영유아 등록률	영유아 등록수/총분만건수(등록)
2) 영유아 상담률	1) 영유아 상담건수/영유아 등록건수 2) 영유아 상담건수/상담목표량
3) 영유아 건강장해율	1) 영유아 건강장해자수/영유아 등록자수 2) 영유아 건강장해자수/영유아 건강상담자수
4) 예 방 접 종 륜	예방접종건수(종류별)/영유아 등록자수
5) 영유아 사망률	영유아 사망건수(연령별)/영유아 등록자수
6) 타기관 의뢰율	의뢰건수/영유아 등록자수

(4) 효율도 분석용 통계지표

통 계 지 표	기 재 내 용
1) 요원당 영유아 등록자수	
2) 요원당 영유아 건강상담건수	
3) 영유아 건강상담건당 비용	
4) 요원당 예방접종건수	
5) 예방접종건당 비용	
6) 요원당 영양지도건수	

(5) 효과 과정 분석

상기한 여러 통계지표들을 기본자료로 하여 대상인구, 행정구역, 보
건요원 등 여러 요인들을 관련시켜 비교분석하므로서 종합적인 평가
와 사업효과발생과정에 관한 심층분석을 시도하게 된다.

Ⅳ. 모자보건사업 종합평가 지표

2,000 년대를 향한 획기적인 일선모자보건사업이 정착되고 “임산부기
록부” 등을 출발점으로 한 모자보건정보체계의 확립과 출생·사망신
고의 철저 등을 중축으로 한 행정통계신고자료의 질적향상이 이루어
짐에 따라 우리나라도 최소한 “시·도” 수준의 행정구역별로 다음
과 같은 내용의 “모자보건 종합평가지표”를 구하여 연도별로 제시
할 수 있어야 하겠다.

모자보건 종합평가지표

국 제 간 비 교

	한 국 (1983)	일 본 (1982)	필리핀 (1982)
1) 보통 출생률 (Crude Birth Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 총출생수}}{\text{년 중앙인구}} \times 1,000$	(23.2)	(12.8)	(30.5)
2) 사 망 률 (Crude Death Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 총사망수}}{\text{년 중앙인구}} \times 1,000$	(6.3)	(6.0)	(6.5)
3) 영아 사망률 (Infant Mortality Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 1 세 미만 사망수}}{1 \text{ 년 간 출 생 수}} \times 1,000$	(34.2)	(6.6)	(59.8)
4) 신생아사망률 (Neonatal Mortality Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 28일미만 사망수}}{1 \text{ 년 간 출 생 수}} \times 1,000$	(-)	(4.2)	(-)
5) 영아후기사망률 (Post-neonatal Mort. Rate) = 영아사망률 - 신생아사망률	(-)	(2.4)	(-)
6) 유아 사망률 (Child Death Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 1 ~ 4 세 사망수}}{1 \sim 4 \text{ 세 중앙인구}} \times 1,000$	(-)	(1.2)	(16.6)
7) 사 산 률 (Fetal Death Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 사산수 (임신 12주이후사망)}}{1 \text{ 년 간의 출산수 (출생 + 사산)}} \times 1,000$ = (자연사산률+인공사산률)	(-)	(49.0)	(-)
8) 주산기 사망률 (Perinatal Death Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 주산기사망수 (임신 28주이후 사산수 + 생후 1주이내 사망수)}}{1 \text{ 년 간의 출생수}} \times 1,000$	(-)	(10.1)	(-)
9) 모성 사망률 (Maternal Mort. Rate) = $\frac{1 \text{ 년 간의 임신, 분만, 산욕기 합병증 등으로 사망한 임산부 수}}{1 \text{ 년 간의 출생수}} \times 100,000$	(38)	(18)	(141.6)
10) 영아사망의 10 대 사망원인별 통계			

11) 임신부사망의 10대사망원인별 통계

12) 임신기간별 신규임신부등록건수

13) 건강장애 유무별 임신부건강지도수

14) 건강장애 유무별 영유아건강지도수

V. 결 론

“모자보건사업을 위한 통계”란 제목하에 모자보건사업평가란 입장에서 각 평가내용별로 필요한 각종 통계지표를 구분하여 제시해 보았으나 앞으로 보완이 필요할 것이다.

이들 대부분의 통계지표는 일선모자보건분야에서의 기본기록서식 등을 통한 사업통계자료가 그 기반을 이루고 있기 때문에 각종 기록서식 등의 개발과 기록관리 등에 대한 지도감독이 요구될 것이다.

한편 모자보건 종합평가를 위한 각종 통계지표들(예를 들면 영유아사망, 신생아사망, 주산기사망, 모성사망, 사망원인 등)이 아직 우리나라에서 신고자료만으로 구할 수 없는 상태이므로 “임산부기록부”, “영유아기록부” 등을 시발점으로한 모자보건정보체계의 확립을 통해 이들 지표의 생산이 최소한 “시·도” 수준의 행정구역별로 가능해져야 할 것이다.

主題 4 에 대 한 討 議

討 議 者 : 金 正 根
서울大保健大學院長

1. 統計가 없다고들 하는데 알고 보면 活用할 수 있는 統計가 우리 周邊에 相當히 많다. 例로서 input 에 關한 指標는 水準級이고 output 에 關한 것도 相當數에 달하는데 이것들을 有効適切하게 活用할 줄 알아야할 것이다.

2. 그런데 WHO 의 定義에 의하면 統計라함은 政府가 生産해서 政府가 公表한 것만을 統計라 하고 있다. 오늘 發表된 主題論文 중에는 個別的인, 研究結果에서 나온 統計資料를 引用한 것이 많은 데 이러한 統計資料의 使用에는 대단한 注意가 必要하다. 꼭 使用해야 할 경우에는 이러한 統計가 어떻게 生産되었는지, 또 一般化해서 使用될 수 있는 性質의 것인지를 事前에 充分히 檢討하여 이에 對한 言及이 있어야 한다.

3. 母子保健醫療가 그 目的을 效果的으로 追求하기 위해서는 母子保健을 위한 情報制度가 組織化되어야 할 것이다. 그렇게 되면 下部시스템에 있어서의 統計生産은 日常業務過程에서 處理될 수 있을 뿐 아니라 完全하고 信賴性있는 統計情報가 適時 生産供給케 된다. 또한 이러한 情報는 母子保健管理의 實施者가 直接生産에 參與하는 것이므로 그 情報를 實際의 保健管理에 쉽게 活用할 수 있게 된다.

4. 調査를 통해서만 生産될 수 있는 統計가 있다. 예로서 嬰幼兒

身體發育에 關한 것이라든지 嬰幼兒의 食攝取에 關한 것은 調査하지 않고서는 統計를 얻을 수가 없다. 이를 위해서 政府에서는 定期的인 調査를 計劃하고 實施해야 할 것인데, 가장 바람직한 것은 政府의 指定統計로서 定하는 것이다.

5. 出生證明書와 死亡診斷書, 死産診斷書의 作成方法을 모르는 醫師와 助産員이 많아서 醫師가 作成한 死亡診斷書도 大部分이 死因統計分類에 使用치 못하고 있는 것이 우리의 現實이다. 醫師와 助産員에 대한 보수교육이 시급하다.

6. WHO가 내놓은 ICD는 보완되어야 할 것이 많다. 各先進國에서는 그 나라의 實情에 맞도록 修正해서 使用하고 있는데 특히 嬰幼兒를 위한 死因分類는 ICD-9에는 明示되어 있지 않으므로 우리나라에서도 嬰幼兒를 위한 特殊死因統計分類表를 制定할 必要가 있다.

討議者： 朴 泰 根
延世醫大 教授

母子保健의 水準이 向上되었다는 主張을 가끔 듣는데, 本人의 생각에는 現在의 水準도 모르고 있고, 과거에도 그 當時에 狀況을 알았던 적이 일찌기 없었던 것으로 미루어, 이러한 主張의 근거가 없다고 생각한다. 우선 現在의 水準을 把握하기 위한 斷面的인 有病調査가 있어야 한다. 이것은 特別調査로서 우선은 現況을 把握해야 하며, 向後에는 日常 業務를 통해 自然히 統計를 얻을 수 있도록 誘導해야 한다.

母性死亡이나 嬰幼兒死亡의 原因도 변했고, 이것이 先進國型에 가까워졌다고 하는 주장도 있다. 이것역시, 死亡申告率이 낮고, 醫療人에 의한

死亡診斷率이 낮으며, 嬰兒의 경우에는 死亡의 危險이 높은 아이일수록 死亡後에 申告는 물론, 出生申告조차 안되기 때문에, 現在와 같은 統計體系下에서는 死亡의 原因에 對하여도 言及하는 것이 무리하다고 본다.

궁극적인 事業目標 統計라면 첫째, 嬰兒死亡, 周産期死亡과 母性死亡의 率과 둘째, 이들 死亡의 原因등이 있다. 死亡率을 얻으려면, 現在 그 分子가 되는 死亡件數는 그런대로 찾을 수 있지만, 分母에 利用되는 總出生兒나 死産數를 把握하기가 不可能하다. 이를 위해서는 地域社會全體의 妊娠을 登錄시키는 方法外에는 없다. 妊娠을 早期에 確認, 登錄시킬려면, 妊娠여부를 정기적으로 확인하는 조치가 필요하다.

延世大學校 豫防醫學教室에서는 경기도 江華郡에서 이러한 結果를 얻을수있는 事業을 1975 年부터 지금까지 進行시켜오고 있다. 各 家庭마다 家庭健康記錄簿를 作成하고, 各家庭을 2 個月마다 1 回씩 訪問해서 月經週期를 確認하고, 月經이 6 週以上 지연된 婦人은 소변檢査를 해서 妊娠여부를 확인한다. 이러한 事業이 이제 11 년이 經過되었으며, 그 結果로서 이제야 嬰兒死亡率을 구해 볼려고 계획중에 있다. 또한 統計事務에 대하여 要員들이 自發적으로 일하게 하려면, 이業務가 關聯要員들의 收入과 관계가 있어야하며, 이와 같은 豫防的 活動에 대하여도 醫療保險에서 지불해 주어야 할 것이다.

이와 같은 事業組織이 형성되고 家庭健康要員과 같은 마을單位 統計擔當者가 配置되지 않는다면, 現在와 같은 낮은 妊娠登錄率과, 또 登錄時期도 지연되어서 妊娠結果에 대한 신빙성 높은 資料를 가질수없다.

産前管理의 내용을 보다 충실히하고, 記錄을 正確히 維持하여야 한다. 妊

産婦登録簿는 家庭別 確認이 可能해야 하며, 各 對象者の 管理段階에 맞도록 對象者 把握, 産前管理對象者 把握, 未畢者 確認 및 受診内容 파악등을 단계적으로 할수 있도록 관리해야 한다.

妊産婦登録簿의 개선은 診療의 持續性を 維持하는데에 도움이 되는 方向으로 되어야 한다. 妊産婦 健康簿와 嬰幼兒 記録簿를 1장으로 붙인것은 母子의 쌍을 同一한 對象으로 다룬다는 점에서 좋은 方法이라고 본다. 그러나 助産員分娩介助 記録簿라든지 分娩실 記録簿等이 아직도 따로 있는데, 이것 역시 妊産婦記録의 一部分으로 包含시키는 것이 좋겠다.

出生時の 體重은 新生兒나 嬰兒死亡을 예측하는 데에 가장 重要な 情報인데, 出生時 體重 測定이 不正確하고, 測定率도 低調하다. 特히 농어촌에서, 醫療人에 의해 分娩이 개조되지 않는 경우에는 家庭健康要員等 많은 保健人力을 利用해서 간이體重器로서 家庭訪問 測定을 시도했으나, 正確도가 떨어지고, 方法이 標準化되어 있지 않으며, 出生直後 訪問이 어려워 體重이 감소된 후에 測定하는 예가 많았다.

母子保健統計의 現況은 事業統計만 있고, 事業結果를 評價할 수있는 指數를 生産하지 않고 있으므로, 이를 利用한 結果統計가 없는 實情이다. 이러한 問題點은 公共部門과 이들간의 연계가 없는데에서 비롯된다.

1. 公共部門

첫째, 公共部門은 診療및 統計管理能力이 微弱하다. 主로 事業統計에만 關心이 있기 때문에, 傘下기관에 융통성이 주어지지 않고, 目標達

成 方法에 해당하는 過程의 統計를 얻고저하기 때문에, 산하기관에서 事業方法마저도 獨自적으로 선택할 수없도록 간섭하게 된다. 따라서 산하기관은 산하기관대로 事業의 水準向上을 도모하는 것이 아니라, 事業統計를 조작할수 있게된다. 政府가 目標量 制度를 사용하고 있으면서, 이 目標를 궁극적인 健康指標로 내려보내지를 않고, 中間 단계의 活動件數로 내려보내기 때문에 이러한 문제가 발생된다.

모든 妊娠을 登錄시키기 위해서는 妊娠의 申告를 制度化해야 한다. 이것은 義務規定으로 強制化하는 것보다는 福祉社會 구현정책에 맞춰서, 妊娠 申告를 통해서 健康管理, 行政的 惠澤, 義務教育혜택등과 聯關되게 해서 妊娠申告率이 높아지도록 유도해야 한다.

危險值 接近方法은 危險한 사람이나, 醫療가 必要한 사람에게 더욱 많은 醫療를 주기위한 方法이다. 이것은 개개인 妊産婦에게 점수를 주는 단순한 作業이 아니다. 母子保健은 個個人の 健康管理를 重要視해서 다루지만 同時에 集團과 地域社會 全體를 다루는 것이다. 따라서 地域別, 社會계층별 危險要因의 分布를 알아내는 것이 더욱 重要하며, 이 結果에 따라 더욱 많은 人力과 醫療를 必要로 하는 곳에 더욱 많은 資源과 서서비스를 配置, 提供하여야 한다.

2. 民間部門

民間部門에서는 個別的으로 우수한 統計를 生産管理하며, 비교적 活用도 잘되고, 分析하는 能力도 좋다. 그러나 資料의 統一性이 없고, 그나마도 統計를 收集할 수있는 體系가 없다. 現在 産前管理受診의 84.3%와 分娩介助의 56%가 民間部門에서 施行되기 때문에 民間部門에서의 資料가 없이는 國家全體의 統計를 알수가 없다.

3. 公共部門과 民間部門

이렇게 民間部門과 公共部門의 體制와 活動方法, 人力構成의 차이에도 불구하고 統一的인 統計體系가 수립되어야 한다. 民間部門까지 包含할 때의 統計에는 事業統計는 확인할 수 없고, 母子保健의 窮極的인 目標에 對한 統計만을 取合하면 된다. 各 機關의 事業統計를 報告하도록 해서 는 안되며, 特히 民間部門에 對하여 이러한 要求를 해서는 안된다. 妊娠婦 個個人에 대한 記錄을 全國的으로 취합하는 方向으로 發展되어야 한다. 이것은 앞서 洪彰義교수가 發表하신 것과 같은 母子保健手帖제도의 도입과 活用方案을 通해서 可能해진다.

嬰兒死亡率, 母性死亡率, 周産期死亡率은 國家保健指標中 가장 重要한 것이므로, 이에 關한 統計를 수집, 整理하고, 分析·評價하는 機構와 部署가 있어야 한다. 여기에 종사하는 要員에 對한 疫學的인 訓練이 또한 필요하다.

Ⅱ. 分科 및 綜合討議結果建議

1. 政府母子保健事業의 問題點과 對策
2. 우리나라母子保健事業의 方向
3. 母子保健事業統計의 問題點과 對策

1. 政府母子保健事業의 問題點과 對策

1) 人口資質向上을 위한 政治的 意志 表明

嬰幼兒의 健康問題는 곧 國家發展의 原動力이 되며 나아가 嬰幼兒의 健康은 妊娠의 管理에서 부터 始作되므로 母子保健의 重要性은 再論의 餘地가 없다 하겠다. 特히 우리나라와 같이 賦存資源이 貧弱한 狀態에서 繁榮 할 수 있는 길은 健康하고 優秀한 國民을 確保하는 길 이외는 없다고 判斷할 때 그 重要性은 더욱 強調되어야 한다.

그러나 이제까지는 妊娠・分娩 過程은 女性이 겪어야 하는 自然現象으로 크게 重要視 되어 오지 않았었다. 近來에 이르러 우리나라도 社會・經濟的인 發展과 더불어 女性의 社會的 地位의 向上, 또는 保健意識이 向上됨에 따라 母子保健의 重要性을 認識하게 되었고 相當數의 女性이 이에 대한 適切한 措置를 取하고 있으나 아직도 農・漁村및 一部 都市 零細民層에서는 適切한 措置를 받지 못하고 있는 實情이다. 그러나 基本法에 明示된바와 같이 (憲法 第34條) 모든 國民은 保健에 관하여 國家의 保護를 받을 權利가 있으므로 政府는 마땅히 福祉社會建設의 礎石이 되는 母子保健事業을 強力히 推進할 굳은 意志表明이 있어야 한다.

2) 既存人力및 施設의 積極活用

農村地域은 保健支所를 末端保健組織으로 하여 地理적으로 統合이 가능한 하나 또는 두개의 保健支所를 統合大型化하고 邑・面에 勤務하는 保健要員과 保健診療員을 保健支所 定員으로 하여 保健支所長의 指導・

監督을 받아 住民에 대한 서서비스를 提供하는 팀 接近方法을 建議하며 都市地域은 既存의 民間病・醫院을 積極 活用하고 政府는 別途 定하는 바에 의한 檢査 및 檢診費用의 一部를 負擔하고 零細民에 대한 分娩介助 補助費를 支援하도록 건의함.

3) 教育訓練의 強化

가. 公衆保健醫師와 保健診療員에 대한 母子保健訓練

일선에서 母子保健의 指導的인 役割과 실질적인 서서비스를 제공하는 人力은 이미 배치된 公衆保健醫師와 保健診療員이다. 그런데 公衆保健醫師와 保健診療員은 産前管理 分娩介助, 産後管理 그리고 嬰幼兒管理에 대해 自信이 없고 特히 分娩介助는 大部分 自信이 없어 忌避하고 있는 實情이다. 이와같은 現象은 醫科大學教育課程에서 지나치게 專門科目을 細分化하여 治療 위주로 또는 理論에 置重한 教育을 하고 있을 뿐 배운것을 活用하는 應用力과 臨床實習이 不足한 까닭에 惹起되는 것으로 생각된다. 保健診療員은 一次保健・醫療의 概念을 確實히 理解하지 못하고 있고 分娩介助는 臨床實習의 不足으로 自信이 없는 것으로 思料된다.

따라서 公衆保健醫師는 一次保健・醫療를 擔當할 수 있는 能力을 갖추도록 醫學教育課程을 改編하고 臨床實習 特히 産前管理, 正常 分娩介助, 産後管理 및 嬰幼兒管理에 必要한 實習을 強化하고 保健診療員 教育課程에도 助産機能을 強化하여야 한다.

나. 保健行政家에 대한 母子保健訓練

公共事業機關의 保健行政業務는 主로 醫務識, 保健識 그리고 行

政識이 擔當하고 있으며 이들 保健行政 擔當者들도 母子保健의 重要性을 認知하지 못하고 있는 實情이다. 따라서 事業에 대한 理解와 關心不足등으로 事業의 優先順位가 뒤로 처지게 되어 結果적으로 事業에 대한 投資와 活動이 未洽하다.

保健行政識들도 正規教育課程, 세미나, 워크숍등에 隨時로 參與시켜 母子保健의 重要性을 認識시켜 事業의 活性化를 期하여야 한다.

4) 保健支所 施設및 裝備의 補強

保健支所의 建物이 없거나 老朽, 狹少한 建物の 新·改築과 裝備의 補強, 公共料金, 藥品費, 機關運營 必須 經費등의 支援으로 勤務環境 與件이 改善되어야 한다.

5) 妊産婦 및 嬰幼兒의 定期 檢査 및 檢診을 醫療保險에 適用

現在 妊産婦들의 産前·後에 實施하는 여러가지 檢査및 檢診과 嬰幼兒에 대한 定期檢診등은 醫療保險에서 除外되고 있다. 그 理由는 妊娠 그 自體가 病이 아니기 때문에 健康診斷과 같은 次元에서 取級되고 있기 때문이다. 그러나 萬若 妊娠·分娩 過程에서 異常이 發生해서 疾病이 誘發된다면 妊婦의 健康을 害칠 뿐만 아니라 胎兒의 健康에도 나쁜 影響을 줄 수 있을 것이고 경우에 따라서는 心身으로 異常이 있는 胎兒가 태어나서 家庭또는 社會에 주는 負擔은 大端히 심각하게 될수도 있는 것이다. 이 때문에 母子保健事業管理란 國民福祉事業의 一次的인 關門으로 그 比重을 크게 두고 있는 것인데 그러므로 이는 마땅히 醫療保險에 適用이 되어야 한다고 본다.

6) 民間과 公共部門 資源의 連擊

우리나라의 母子保健 서비스는 大部分 民間醫療機關에서 管理되고 있어 産前管理의 경우 84.4%가, 分娩은 56.0%가 一般病·醫院에서 이루어지고 있고 保健所와 母子保健센터에서 分娩된 것은 全體出産의 2.4%에 不過하였으며 나머지는 家庭分娩이었다.(1982年)

이와 같이 民間部門의 利用率이 公共部門에 비해 높은것은 우선 施設 및 裝備 또는 人力面에서 公共部門에 비해 숫자적으로 많을 뿐만 아니라 技術面에서도 優秀하기 때문이라 할 수 있다.

더구나 公共部門事業의 對象이 주로 農·漁村 및 都市 零細階層이고 서비스에 있어서도 正常分娩介助에 限하고 있으므로 施設·裝備 및 人力이 未洽한 상태이어서 公共機關에서 高危險 對象者를 單獨으로 管理 하기란 不可能 함으로 民間과 公共部門은 相互 緊密한 連擊關係를 維持 하여야 한다. 즉 一次水準에서 問題가 생기는 母子保健의 事例들은 2차, 3次機關(대부분 民間病院)의 지원없이 그 管理를 充分히 하기 어렵기 때문이다. 따라서 國家사업에 협조하는 기관에 對하여서는 세금의 公제 및 기타 가능한 혜택을 주는 방안이 있어야 하겠다.

7) 他開發事業과 母子保健事業과의 連擊 推進

母子保健事業은 우리나라 國民의 1/3인, 어머니와 어린이의 健康問題이기 때문에 保社部 1個部處 單獨으로 되는 것이 아니고 관계 부처의 協조가 必要하다. 따라서 國家의 強力한 政策事業으로 推進하고 있는 家族計劃事業을 비롯하여 새마을事業, 기타 保健事業(簡易 上下水道事業, 營養改善 사업 등)과 連擊 推進하여 事業의 效率性을 增大시켜야 한다.

8) 目標量과 評價制度의 改善

現行 目標量 및 評價制度는 事業要員에게 負擔을 줄 뿐만 아니라 事業評價 結果에 따라 序列이 定해져 施賞이 되고 있어 一線事業機關에서는 目標達成을 위하여 質的이라기 보다는 量的인 事業에 置重하게 된다. 따라서 現行 目標量 制度와 評價方法은 質的인 事業을 誘導하기 위한 方法으로 轉換되어야 한다.

即 事業評價는 事業實績에 의한 過程評價는 물론 事業統計와 調査統計에 의해 該當地域의 嬰兒 및 母性 死亡率(市・道別)을 算出하여 그 結果에 따라 評價하는 方法으로 改善되어야 한다.

9) 地域特性에 適合한 接近方法에 의한 서어비스 提供

農村에 있어서의 母子保健 事業은 母子保健센터에서 또는 邑面에 있어서는 家族計劃事業과 함께 保健要員 中心으로 推進되어 왔다. 그러나 將來의 母子保健事業은 住民이 살고 있는 邑面の 特性에 맞는 地域社會 中心으로 推進되어야 할 것이다. 그러므로 이에 책임이 있는 保健支所長을 中心으로 保健要員, 保健診療員등이 팀이 되어 統合保健事業으로 推進해야 할 것이고 都市에 있어서는 單獨事業, 例컨대 母子保健 家族計劃사업등으로 서어비스를 提供한다.

10) 事業投資費의 擴大

現在 家族計劃事業費中 不妊施術費를 全額 國庫에서 支援하고 있는 것을 零細民 施術者에게만 支援하고 一般人에게 支援하는 施術費 全額을 母子保健事業 豫算으로 轉換할것을 建議함.

2. 우리나라 母子保健事業의 方向

우리나라의 母子保健事業이라 하면 政府의 公共事業만을 지칭하는 경우가 一般的이다. 그러나 우리나라의 母子保健이라함은 公共機關의 事業 뿐 아니라 民間水準에서 이루어지고 있는 母子保健事業이 包含되어야 진정한 우리나라의 母子保健事業이라 할 수 있다. 이미 主題發表에서도 언급한 바 있는 그대로 우리나라의 安全分娩率は 都市에서 82%, 農村에서 52%로 높게 나타나고 있으며 이 數値는 대체로 民間事業으로 이루어지고 있고 政府의 公共事業은 극히 미흡한 수이다.

따라서 우리나라 母子保健事業의 方向을 토의코자할 때는 우선 兩個 事業을 어떻게 표준화시켜 혜택의 균점을 도모하느냐에 있어야 할 것이다. 그러기 위하여는 主題發表해 주신 여러분이 한결같이 언급하여 주셨던 妊娠手帖 또는 母子保健手帖을 國家的으로 活用하는 方法이 가장 捷徑일 것이라 생각된다. 手帖을 活用하는 過程에서 醫療人の 협조를 얻어 申告를 하도록 하는 것이다.

學界에 계신 분들과 公共部門의 一線에 계신 여러분과 함께 토의한 結果의 建議內容을 요약해 보면 다음과 같다.

1. 母子保健手帖의 活用

妊娠・分娩・嬰幼兒로 이어지는 一連의 現象을 管理하여 모든 過程에서 惹起되는 異常을 事前에 防止및 早期發見하기 위한 對策을 강구하고, 公共部門과 民間部門事業을 統合 抱括的인 事業을 推進하므로써 우리나라 母子保健事業 水準을 向上시킨다. 또한 手帖을 活用하여 諸

般母子保健統計를 수집 國家的 指標를 作成 政策資料로도 活用한다.

2. 母子保健教育의 強化

母子保健의 必要性和 重要性을 各級 學校및 社會團體 教育課程에 必須的으로 包含시켜 스스로 管理할 수 있는 能力을 培養하고 同時에 이들 弘報및 啓蒙要員으로 活用한다.

3. 公共및 民間部門 事業機關의 母子保健事業 活性化를 위하여 現地 調査・研究事業을 強化하여 問題點을 導出 이를 果敢히 是正하으로써 事業의 極大化를 강구한다.

3. 母子保健事業統計의 問題點과 對策

요사이 우리나라에서도 保健分野에서의 情報資料의 重要性和 必要性에 관한 강조가 되풀이 되고 있으나, 母子保健統計의 경우 일부 事業統計만 있을 뿐 事業結果를 評價할 수 있는 結果統計가 없는 實情이다. 母子保健事業統計의 必要性에 대한 認識・制度的 뒷받침, 人力・不足 및 현기존 보고서의 미비와 중복의 문제점등, 안고 있는 母子保健事業統計의 문제점과 대책에 대하여 다음과 같이 討議하였다.

1. 母子保健手帖의 活用

우리나라의 母子保健水準은 결코 낮은 것은 아니다. 그러나 이를 뒷받침 할 統計資料의 미비로 사업운영 및 정책을 수립하는데 많은 문제점이 대두되고 있다. 더욱기 民間部門에서의 母子保健서비스 및 기록은 우수하다 하겠으나 이를 취합, 國家的 指標로 활용하지 못하고

있는 실정이다. 따라서 母子保健手帖을 활용하여 妊娠, 分娩, 嬰幼兒로 이어지는 일련의 現象을 管理하고, 民間과 公共部門事業을 망라한 國家의 指標를 開發하여 정기적인 관리를 추진하여 事前에 異常을 발견하고 또한 早期에 발견하으로써 早期 對策을 강구한다.

2. 母子保健統計를 專擔하는 統計係 設置

現行 人口動態 申告 및 聚合은 各 邑・面・洞에서 取扱되고 中央에서는 경제기획원 통계국에서 다루고 있다. 또한 母子保健事業의 報告體系는 있으나 人力 및 他事務의 過重으로 그 內容이 未洽한 상황이다. 그러므로 人口動態統計를 保社部가 인수하여 各 保健所에 統計係를 설치함으로써 母子保健과 관련된 統計를 담당하는 專擔部署를 두도록 한다. 이를 위한 감정조치로서 保健所內 現 人力中에서 1, 2 名을 訓練시켜 統計業務를 專擔하도록 한다.

3. 일선에 統計情報의 生産을 위한 적절한 保健醫療情報體系 構築.

현재 出生에 대한간단하고도 중요한 資料마저도 수집되지 않고 있고, 母子保健事業을 計劃하기 위하여 필요한 統計를 수집하고 분석하기 위한 公共部門과 民間部門의 統合的인 母子保健統計體系가 없다. 嬰兒死亡率, 母性死亡率, 周産期死亡率 및 各種 有病統計를 파악할 수 있도록, 保健所, 保健支所, 保健診療所 및 母子保健센터의 적절한 母子保健醫療情報體系를 구축하는 것이 시급한 문제이다.

4. 母子保健統計를 政府의 指定統計로 指定

行政指示는 內務部에서, 業務指示는 保社部에서 받는 組織의 二元化로

母子保健統計가 정확하고 신속하게 수집되기 어려우므로 母子保健統計를 政府의 指定統計로 指定化하여 法的인 뒷받침下에 豫算・人力の 確保를 가능케 한다.

5. 人口動態申告에 對한 住民의 啓蒙教育 強化

現 人口動態申告는 75 % 정도의 申告率로 보면 人口動態申告 및 登錄에 대한 住民의 認識이 不足하다. 따라서 集團 및 個人別 接觸을 통하여 啓蒙教育을 強化하여야 한다. 또한 各 保健所에서 妊娠反應檢査를 실시하여 妊婦登錄 및 産前管理를 早期에 받을 수 있도록 하고 특히 일선요원은 이에 대한 住民의 動機誘發을 促求하도록 한다.

6. 高位 行政當局者에 대한 母子保健統計의 重要性 鼓吹

母子保健統計의 重要性和 統計를 바탕으로 政策이 立案된다는 事業들을 政策立案者나 行政當局者에게 周知시켜 그의 必要性和 重要性을 鼓吹시킨다.

Ⅲ．附 錄

1. 英文秒錄 (Abstract)
2. 프로그램 (國・英文) (Programme)
3. 參席者名單 (國・英文) (Participants)

1. ABSTRACT

The seminar on MCH Program was held from 2nd to 3rd May in the country, it was jointly organized MOHSA and KIPH and sponsored by WHO.

Participants were 70 attended from various levels nation widely as the list attached.

Government offices (Central and local)

Professors from several schools of medicine

Researchers from institutes.

Journalists from mass media etc.

The site of seminar was out of Seoul (Chungcheong Nam Do) to keep the participants tightly. The opening ceremony was held in attendance of WR/WHO and other VIPs as shown in the program attached.

Recommendations made during the seminar and shown as attached abstract.

1) Strategy on Improvement of MCH Program in Public Sector

(1) Political will putting priority on MCH program should be brought as a welfare measure of the country.

(2) Full utilization of existiting available personnel and facilities.

Rural: Team approach should be developed by Gov't workers, such as subcenter director, CHP, and HW to serve rural residence

Urban: Private facilities can be utilized as it has been
& Gov't can subsidy it fee

(3) Strengthen the training program on MCH for the personnel at various levels such as community physician (subcenter director), community health practitioner health workers, and even administrators concerned.

(4) Improve working conditions such as subcenter building and equipment.

(5) Routine check up for the pregnant women & children should be covered by medical insurance.

(6) Referring system between Gov't and private sectors should be well developed to utilize modernized private facilities and manpower.

(7) Full utilization as well as participation of the all other development programs including family planning should be made.

(8) Present target system and the method of evaluation should be replaced as to get the rates of infant and maternal mortality.

(9) MCH program should be developed accordingly on the conditions faced in urban and rural areas, which are certainly different each other.

(10) Some of family planning budget such as the fees of sterilization can be allocated to MCH program for its improvement.

2) Future Direction of Overall MCH Program in the Country

(1) MCH handbook can be applied in both public & private MCH services in order to improve the quality and standardize the services as well as to collect necessary vital data on MCH.

(2) Appropriate knowledge on MCH should be included in various levels of school curricula through which people do understand the importance of MCH services ahead of its need.

(3) All constraints and problems raised in operations of Health Center as well as MCH Center should be solved as soon as possible, so that the operation of those can be sufficiently activated to be utilized fully.

3) Strategy on Improvement of MCH Statistics

1. Strengthen organization for statistical data collection particularly on MCH. The organization of health center has to be strengthened to be available a full time staff for the purpose of MCH statistics while presently the workload of the staff in health center are greatly overloaded.

2. Strengthen MIS system through out health network to be able to obtain necessary statistics on MCH.

3. MCH statistics should be designated by the Government as compulsory reporting vital event in order to solve the different conditions appeared by present way of its operation.

4. Strengthen enlightenment and education on importance of vital statistics while the present reporting rate of vital events such as birth and death is about 75% only.

2. 프 로 그 램

5월 2일 (목)

14 : 00 ~ 14 : 30 등 록

14 : 30 ~ 15 : 00 개 회 식

개회사: 박 찬 무 한국 인구보건연구원장

치사: 이 해 원 보건사회부장관

축사: 오 까 모 도 세계보건기구 주한대표

15 : 00 ~ 15 : 10 휴 식

15 : 10 ~ 15 : 50 특 강 : 모자보건의 중요성과 그 추진방향

발 표 : 양 재 모 대한가족계획협회장

15 : 50 ~ 16 : 30 좌 장 : 박 찬 무 한국 인구보건연구원장

주제 1 : 정부모자보건사업현황

발 표 : 이 주 원 보건사회부 보건국장

토 의 : 방 숙 순천향의대 교수

” : 박 정 한 경북의대 교수

16 : 30 ~ 16 : 40 휴 식

16 : 40 ~ 17 : 20 주제 2 : 모성보건사업개발을 위한 정부의 역할

발 표 : 서 영 옥 계명의대 교수

토 의 : 박 인 서 국립의료원 산부인과 과장

” : 김 정 태 한국 인구보건연구원 수석연구원

17 : 20~18 : 00 좌 장 : 서 영 욱 계명대의대 교수
주제 3 : 영유아 보건사업개발을 위한 정부의 역할
발 표 : 홍 창 의 서울의대 교수
토 의 : 구 연 철 이화의대 교수
" : 홍 재 웅 서울대 보건대학원 교수

18 : 00~18 : 40 주제 4 : 모자보건사업을 위한 통계
발 표 : 고 응 린 한양의대 교수
토 의 : 김 정 근 서울대보건대학원장
" : 박 태 근 연세의대 교수

19 : 00~20 : 00 만 찬

5월 3일 (금)

09 : 00~10 : 30 분과토의 :
의제 1. 정부모자보건사업의 문제점과 대책
2. 우리나라 모자보건사업의 방향
3. 모자보건사업 통계의 문제점과 대책

10 : 30~10 : 40 휴 식

10 : 40~12 : 00 분과토의 계속

12 : 00~13 : 00 점 심

13 : 00~14 : 00 분과토의 결과발표
좌 장 : 구 연 철 이화의대 교수

14 : 00~15 : 00 전체토의 및 전의
좌 장 : 이 주 원 보건사회부 보건국장

15 : 00 폐 회

PROGRAMME

2nd. May

14:00-14:30	Registration	
14:30-15:00	Opening Ceremony	
	Opening Remark :	Dr. Chan Moo Park, President of Korea Institute for Population & Health
	Congratulatory : Address	Mr. Hae Won Lee, Minister Health & Social Affairs
	Contratulatory : Address	Dr. R. Okamoto, WHO Representative in Korea
15:00-15:10	Coffee Break	
15:10-15:50	Key-note Speech	
	Need and Direction of Maternal & Child Health Program in future.	
		Prof. Jae Mo Yang, (former) College of Medicine Yonsei Univ.
15:50-17:20	Plenary Session I	
	Chairman :	Dr. Chan Moo Park, President of KIPH
	Topic I	
	Present Status of National MCH Program	
		Dr. Joo Won Lee, Director General, Public Health Bureau of MOHSA

Discussants : Prof. Sook Bang,
Medical College,
Sooncheonhyang Univ.

Prof. Jung Han Park,
School of Medicine,
Kyungbook Univ.

Topic II

Government Role of Maternal Health Program

Prof. Young Wook Suh,
College of Medicine,
Gyemeong Univ.

Discussants : Dr. In Sou Park, Chief,
Department OBGY in
National Medical Center.

Dr. Chung Tai Kim,
Fellow of KIPH

17:20-18:40 Plenary Session II

Chairman : Prof. Young Wook Suh,
College of Medicine,
Gyemeong Univ.

Topic III

Government Role of Child Health Program

Prof. Chang Yee Hong,
College of Medicine,
Seoul National Univ.

Discussants : Prof. Youn Choul Koo,
College of Medicine,
Ewha Womans Univ.

Prof. Jae Woong Hong,
School of Public Health,
SNU

Topic IV

Strategy of Data Collection on Maternal & Child Health Program

Prof. Ung Ring Ko,
College of Medicine,
Hanyang Univ.

Discussants : Prof. Jong Kun Kim,
School of Public Health
SNU

Prof. Tae Keun Park,
College of Medicine,
Yousei Univ.

3rd May

09:00-12:00 Group Discussion :

Group I : Strategy on Improvement of
MCH Program in Public
Sector

Group II : Future Direction of
overall MCH Program in
the Country

Group III : Strategy on Improvement of
MCH Statistics

12:00-13:00 Lunch

13:00-15:00 Plenary Session III

Chairman : Prof. Youn Choul Koo,
College of Medicine,
Ewha Womans Univ.

Presentation, Summaries of Group Discussion

Chairman : Dr. Joo Won Lee, Director
General, Public Health
Bureau of MOHSA

Conclusion and Recommendation

15:00

Closing Ceremony

3. 참 석 자 명 단

구 분	성 명	소 속	직 위	분과	비고
학 계 (가나다순)	고 응 린	한양의대	교 수	3	
	구 연 철	이대의대	//	1	
	김 정 근	서울대보건대학원	원 장	3	
	박 인 서	국립의료원 산부인과	과 장	2	
	박 정 한	경북의대	교 수	1	
	박 태 근	연세의대	//	3	
	방 숙	순천향의대	//	1	
	서 영 욱	계명의대	//	2	
	홍 재 웅	서울대보건대학원	//	1	
	홍 창 의	서울의대	//	2	
경제기획원	맹 정 주	경제기획원 사회개발계획	담당관	1	
	장 수 만	// 보사예산담당	//	3	
보 사 부	이 주 원	보건사회부 보건국	국 장	1	
	고 왕 진	// 가족보건과	과 장	3	
	원 봉 필	// 보건교육과	//	2	
	이 흥 윤	// 지역의료과	//	3	
	유 성 호	// 행정관리	담당관	2	
	최 신 덕	// 가족보건과	계 장	1	
	김 진 수	// //	//	3	

	성명	소속	직위	분과	비고
	이재관	보건사회부 가족보건과	보건기획	1	
	최홍섭	" "	행정주사	2	
	신상숙	" "	간호사	2	
	박해숙	" "		1	
	박재익	" "	전문요원	1	
국립보건원	장영섭	국립보건원	보건연구관	1	
한국인구보건연구원	박찬무	한국인구보건연구원	원장	2	
	김정태	" "	수석연구원	2	
	장지섭	" "	책임연구원	1	
	황나미	" "	연구원	2	
	김숙자	" "	"	3	
대한가족계획협회	박동은	대한가족계획협회 홍보부	부장	3	
시·도	이원근	서울시 의약과	과장	1	
	정진우	부산시 보건과	"	2	
	구자엽	대구시 "	"	3	
	경창선	인천시 "	"	1	
	황원주	경기도 "	계장	2	
	정의호	강원도 "	과장	3	
	김진엽	충북 "	계장	3	
	강윤식	충남 "	과장	3	
	이기동	전북 "	"	2	

	성명	소속	직위	분과	비고
	박인수	전남보건과	과장	1	
	조재연	경북 "	"	2	
	신윤철	경남 "	"	2	
	최수광	제주 "	"	1	
보건소	신기준	서울시 종로구	보건소장	3	
	손정신	" 동작구	"	2	
	박진형	부산시 진구	"	2	
	김영웅	" 동래구	"	1	
	정한진	대구시 남구	"	1	
	정다줄	" 수성구	"	3	
	박영철	인천시 남구	"	1	
	임응준	경기도 연천군	"	2	
	이영두	" 강화군	"	3	
	최영재	강원도 태백시	"	2	
	신지수	" 정선군	"	1	
	방금식	충북 영동군	"	1	
	김도영	" 음성군	"	3	
	임인수	충남 금산군	"	2	
	이관우	" 청양군	"	3	
	구성대	전북 군산시	"	3	
	황종옥	" 부안군	"	2	

	성명	소속	직위	분과	비고
보 건 소	윤 봉 식	전 남 여천군	보건소장		3
	허 득 형	" 영암군	"		2
	조 성 익	경 북 군위군	"		2
	강 갑 석	" 안동군	"		3
	백 용 구	경 남 창령군	"		1
	강 유 길	" 고성군	"		3
	김 정 부	제 주 남제주군	"		1
언 론 계	김 자 현	의협신보	국 장		2
	서 병 준	약사공론	부 국 장		3

PARTICIPANTS

Universities

Prof. Ung Ring Ko	College of Medicine, Hanyang University
Prof. Youn Choul Koo	College of Medicine, Ewha Womans Univ.
Prof. Jong Kun Kim	Dean, School of Public Health Seoul National Univ. (SNU)
Dr. In Sou Park	Chief, Dept. of OBGY in National Medical Center
Prof. Jung Han Park	School of Medicine, Kyungbook National Univ.
Prof. Tai Keun Park	College of Medicine, Yonsei Univ.
Prof. Sook Bang	Medical College, Sooncheonhyang Univ.
Prof. Young Wook Suh	College of Medicine, Gyemyeong Univ.
Prof. Jae Woong Hong	School of Public Health, SNU
Prof. Chang Yee Hong	College of Medicine, SNU

Economic Planning Board

Mr. Jung Ju Maeng	Director, Social Development Planning Office
Mr. Soo Man Chang	Director, Health & Social affairs Budgeting Office

Ministry of Health and Social Affairs

Dr. Joo Won Lee	Director-General, Public Health Bureau
Dr. Wang Chin Ko	Director, Family Health Division
Mr. Bong Pil Won	Director, Health Education Division

Mr. Hong Yoon Lee	Director, Community Health Division	
Mr. Sung Ho Yu	Director, Administrative Management Office	
Mrs. Cin Duck Choi	Deputy Director, Family Health Division	
Mr. Jin Soo Kim	Deputy Director,	"
Mr. Jae Kwan Lee	Deputy Director,	"
Mr. Heung Sup Choi	Health Officer,	"
Mrs. Sang Sook Shin	Health Officer,	"
Mrs. Hae Sook Park	Health Officer,	"
Mr. Jae Ik Park	Health Officer,	"

National Institute of Health

Mr. Young Sup Chang	Director, MCH Office
---------------------	----------------------

Korea Institute for Population and Health

Dr. Chan Moo Park	President
Dr. Chung Tai Kim	Fellow
Mr. Chi Sup Chang	Senior Researcher
Mrs. Na Mi Hwang	Researcher
Ms. Sook Ja Kim	Researcher

Planned Parenthood Federation of Korea

Ms. Dong Eun Park	Director, Information education & Communication Division
-------------------	--

Local Government

Government office

Mr. Won Kun Lee	Chief, Medical & Drug Section, Seoul City
Mr. Jin Woo Chung	Chief, Public Health Section, Busan City
Mr. Ja Youp Koo	" Daegu City
Mr. Chang Sun Kyung	" Incheon City
Mr. Won Ju Hwang	Subsection Chief, Public Health Section, Gyeonggi Province
Mr. Eui Ho Chung	Chief, Public Health Section, Gangweon Province
Mr. Jin Yoop Kim	Subsection Chief, Public Health Section, Chungbug Province
Mr. Yoon Sik Kang	Chief, Public Health Section, Chung Nam Province
Mr. Kee Dong Rhee	" Jeonbug Province
Mr. In Soo Park	" Jeonnam Province
Dr. Jae Yeong Cho	" Gyeongbug Province
Mr. Yoon Cheol Shin	Chief, Public Health Section, Gyeongnam Province
Mr. Soo Kwang Choi	" Jeju Province

Health Center

Dr. Ki Joon Shin,	Director, Chonglo Gu, Seoul City
Dr. Jung Sin Son,	Director, Dongjak Gu, Seoul City
Dr. Jin Hyung Park,	Director, Busan Jin Gu, Busan City
Mr. Young Woong Kim,	Director, Donglae Gu, Busan City
Dr. Han Jin Chung,	Director, Nam Gu, Daegu City
Dr. Da Chool Chung,	Director, Soo Seoung Gu, Daegu City
Dr. Young Chul Park,	Director, Nam Gu, Incheon City
Mr. Eung Joon Yim,	Director, Yeoncheon Gun, Keyonggi Prov.
Dr. Young Doo Lee,	Director, Kang Hwa Gun, Keyonggi Prov.
Mr. Young Jea Chae,	Director, Taeback Si, Kangwon Prov.
Mr. Ji Soo Shin,	Director, Jeongsun Gun, Kangwon Pvov.
Mr. Keung Sik Bang,	Director, Yeongdong Gun, Chungbuk Prov.
Mr. Do Young Kim,	Director, Eumseong Gun, Chungbuk Prov.
Mr. In Soo Lim,	Director, Kumsan Gun, Chungnam Prov.
Mr. Kwan Woo Lee,	Director, Cheongyang Gun, Chungnam Prov.
Mr. Sung Dae Koo,	Director, Kunsan Si, Cheonbuk Prov.
Mr. Jong Ok Hwang,	Director, Buan Gun, Cheonbuk Prov.
Mr. Bong Sik Yoon,	Director, Yeocheon Gun, Cheonnam Prov.
Mr. Dook Hyang Her,	Director, Yeongam Gun, Cheonnam Prov.
Dr. Seong Oek Cho,	Director, Kunwee Gun, Kyongbuk Prov.
Mr. Kap Sung Kang,	Director, Andong Gun, Kyongbuk Prov.
Mr. Yuong Goo Baig,	Director, Changyeong Gun, Kyeongnam Prov.

Mr. Yu Kil Kang, Director, Koseong Gun, Kyeongnam Prov.

Mr. Choung Boo Kim, Director, Namjeju Gun, Jeju Prov.

Mass Media

Mr. Ja Hyun Kim Director, The Korean Medical Association
News

Mr. Byong Joon Suh Deputy Director, The Korean Pharmaceutical
Association News

