

2000年을 向한 1次保健医療의 基本計劃樹立研究

金 鎮 順
吳 英 愛
柳 好 信
尹 治 根
尹 錫 宇 (招聘研究員)

韓國人口保健研究院

KOREA INSTITUTE FOR POPULATION AND HEALTH

머 리 말

우리 나라는 農漁村 地域住民의 保健醫療問題를 해결하고 住民의 健康水準을 向上시키기 위하여 國家保健政策에 1次保健醫療를 도입하여 1981年부터 農村地域에서 실시중에 있다.

그동안 실시중인 1次保健醫療는 크게 2가지 點에서 成果를 거두었다고 할 수 있다. 즉 農村保健醫療事業實施에 큰 問題로 대두되었던 專門保健醫療人力과 施設不足을 해결할 수 있었다.

保健所에 醫師人力의 配置가 強化되었고, 保健支所에 公衆保健醫師를, 保健診療所에 追加職務教育을 이수한 간호원인 保健診療員이 배치되므로써 農村住民이 가까이에서 低廉한 費用으로 언제든지 서비스를 받을 수 있게 되었다. 또한 이들이 活動하는데 必要로 하는 施設, 器資材 및 豫算이 대폭 補充되었다는 점이다. 그러나 이와같은 成果는 保健醫療事業의 最終目標인 全住民의 健康水準向上에 必要한 各種 措置中 始作段階에 불과하므로 이들 資源이 効率的으로 活用되어 큰 成果를 거둘 수 있는 支援과 管理가 必要하다.

더우기 2000년까지 地球上의 모든 住民에게 健康을 주자는 (Health for All by the Year 2000) 세계적인 健康目標達成에 도달하기 위하여 보다 具體적인 計劃樹立과 管理方案이 講究되어야 할 것이다.

이에 本 研究는 그동안 우리나라에서 실시중인 1次保健醫療概念 및 現況의 分析, 1次保健醫療를 效果的으로 推進하는데 必要한 理

論의 記述, 2000 年 까지 到達되어야 할 保健醫療提供指標別 目標設定등을 위하여 國內外的 1 次保健醫療關聯資料의 活用과 諮問會議를 거쳐 進행되었으므로 本 研究結果는 1 次保健醫療를 全般的으로 이해하는데 크게 寄與하리라 期待된다.

그러나 本 研究는 1 次保健醫療를 통한 健康達成에 必要로 되는 基本計劃의 全 過程中에 始作段階에 해당되므로 계속적인 研究를 통하여 全 過程이 計劃樹立에 包含되어져야 할 것이다.

그간 本 研究를 위하여 勞苦가 컸던 研究陣, 諮問會議에 참석하여 좋은 意見을 주신 各界 專門家 여러분께 深甚한 謝意를 表하는 바이다.

끝으로 本 研究報告書에 掲載된 內容은 擔當研究者의 意見이며 當 研究院의 公式見解가 아님을 밝혀 둡니다.

1 9 8 6 年 1 2 月

韓 國 人 口 保 健 研 究 院

院 長 朴 贊 武

諮 問 委 員 (가나다順)

高 應 麟	(漢陽大學校 醫科大學)
具 然 哲	(梨花女子大學校 醫科大學)
金 慕 妊	(延世大學校 看護大學)
金 貞 順	(서울大學校 保健大學院)
朴 鍾 茂	(漢陽大學校 醫科大學)
廉 容 泰	(高麗大學校 醫科大學)
李 東 模	(保社部 地域醫療課)
李 秉 國	(카톨릭大學 醫科大學)
李 符 永	(서울大學校 醫科大學)
李 時 伯	(서울大學校 保健大學院)
鄭 文 植	(서울大學校 保健大學院)
陳 炳 洹	(大韓結核協會 結核研究院)
蔡 範 錫	(서울大學校 醫科大學)
洪 麗 信	(서울大學校 醫科大學 看護學科)

目 次

I. 緒 論	5
1. 研究背景 및 目的	5
2. 1次保健医療의 發展과 當面課題	8
2.1 1次保健醫療의 發展過程	8
가. 背 景	8
나. 基本保健서비스의 發展	10
다. 새로운 接近方法의 摸索	10
라. 알마아타會義와 그 以後의 推進過程	12
마. 定義와 主要要素	14
바. 1次保健醫療의 活動內容	16
2.2 韓國의 1次保健醫療의 發展	17
가. 1970年代 初半까지의 保健醫療 發展過程	17
나. 韓國保健開發研究院	19
다. 마을健康事業	20
라. 示範保健事業의 經驗	21
마. 第5次經濟社會發展5個年計劃	22
바. 第6次經濟社會發展5個年計劃	23
2.3 韓國의 1次保健醫療의 概念 및 運營	24
가. 韓國에서의 1次保健醫療의 概念	24
나. 1次保健醫療組織과 運營	31
다. 人力開發現況	35

라. 1次保健醫療의 對象人口	49
마. 1次保健醫療人力の 活動分析	51
바. 地域社會參與	66
2.4 1次保健醫療推進過程	70
가. 健康達成의 意味	71
나. 國家保健發展의 運營過程	71
다. 管理過程에 必需的인 制度	73
라. 第1回 評價實施 및 結果	75
2.5 韓國의 1次保健醫療의 當面課題	78
가. 國家保健政策과 1次保健醫療	78
나. 保健政策樹立 및 運營體系의 確立	79
다. 保健計劃의 樹立, 實踐 및 評價	81
라. 一線에서의 1次保健醫療體系의 強化	82
마. 地域社會參與	84
 II. 研究方法 및 資料	 86
1. 研究方法	86
2. 資 料	91
 III. 2,000 年을 向한 1次保健醫療	 94
1. 1次保健醫療 管理方法	94
1.1 推進方向	94

1.2	對象人口	94
1.3	保健醫療體系	97
1.4	保健醫療人力	110
1.5	서비스 提供을 위한 接近	103
1.6	保健醫療管理 및 技術支援	106
2.1	次保健醫療管理 目標	109
2.1	疾患管理	110
가.	通常疾患管理	110
나.	傳染病管理	124
다.	結核管理	125
라.	慢性疾患管理	137
마.	事故管理	149
2.2	母子保健 및 家族計劃	168
가.	母子保健	168
나.	家族計劃	176
2.3	基本環境衛生	183
2.4	精神保健管理	200
2.5	營養管理	210
2.6	保健教育	218
IV	要約, 結論 및 建議	224
1	要 約	224

2 . 結 論		225
3 . 建 議		227
附錄 1 1 次保健醫療管理를 위한 活動計劃書		231
附錄 2 示範保健事業別 要約		239
附錄 3 附 表		249
參 考 文 獻		261

I . 緒 論

1. 研究背景 및 目的

健康이 인간의 基本權利로 받아드려지면서 건강의 保障은 오늘날 全世界가 당면한 社會開發의 으뜸가는 目標가 되고 있다. 健康이 社會開發의 目標로 중요시되는 것은 지속적인 경제사회발전의 원동력이 될뿐더러 또한 生活向上에 주요 要素가 되기 때문이다.

그러나 그동안 推進되고 있는 健康管理事業은 醫療事業의 範圍를 벗어나지 못한 것이 세계적인 경향이라 할 수 있다.

그러므로 세계보건기구 및 국제연합아동기금이¹⁾ 1978年 9月 소련 알마아타에서 개최한 國際會議에서 세계보건기구회원국들은 서기 2,000년까지 지구상의 모든 인류가 필요한 健康을 보장받을 수 있도록 노력하여야 하며 1次保健醫療(Primary Health Care = PHC)가 이 目標達成과 社會正義實現의 主要接近方法임을 선언하였다.

회원국들은 1次保健醫療를 선언한 背景으로 現代醫療가 갖는 問題點과 나라마다 당면한 制度上的 問題들을 다음과 같이 要約하였다.

첫째, 현대적인 의료서비스가 均等하게 都市・農村地域에 제공되지 못하였을 뿐아니라 所得間에 심한 差異가 있다.

둘째, 주민의 건강증진은 적절한 보건의료기술(appropriate tech-

註1) World Health Organization, Primary Health Care, Alma-Ata 1978, WHO, Geneva, 1978.

no logy)에 의하여 도달될 수 있음에도 불구하고 의료의 專門化, 高級化 및 施設擴大등에 너무 많은 투자를 하여 계속해서 인상은 醫療費를 격감시킬 수 없는 상태에 도달하였다.

세 제, 保健醫療體系가 社會・經濟開發의 主要要素로서 확립되지 못하고 단독으로 결정되기 때문에 산업화, 환경변화 및 주민의 보건 의료요구등 변화에 따른 보건문제가 새롭게 발생되어도 현재의 醫療體系로는 根本的인 保健問題의 해결이 어렵다.

그러므로 국민에게 균등한 보건의료서비스를 충분히 제공하기 위하여 한정된 資源을 어떻게 効率的으로 활용하며 국민의 건강수준을 향상시킬 것인가가 先進國家나 後進國家 모두가 해결하여야 할 주요과제인 것이다.

우리나라의 保健醫療問題 역시 위에서 지적된 問題點의 範圍를 벗어나지 못한 상태였으며 특히 醫療資源(의료시설 및 전문의료인력)의 대도시 집중현상, 적합한 보건의료전달체계의 未確立과 보건의료서비스에 대한 支拂制度의 불충분등으로 균등한 보건의료서비스가 전국민에게 제공되지 못한 실정이다.

그러나 政府는 제 4 차 5 개년 경제・사회개발계획의 시작을 前後하여 의료보험제도의 실시, 농어촌보건문제해결을 위한 1 차보건의료 시범사업의 실시, 농어촌지역에 모자보건센터의 설립 등 상당한 노력을 기울였으며 특히 1 次保健醫療示範事業의 결과를 국가보건정책에 도입하여 1980 년 12 월 31 일에 농어촌보건의료를 위한 특별조치법을 공포하였다.

이 법에 의하여 既存 郡保健所와 保健支所에 공중보건의사가 배치되었고 부락단위 保健診療所에 간호원 혹은 조산원으로 24 주간의

직무교육을 받은 2,000 명의 보건진료원이 1981 년부터 1986 년까지 배치되었다.

1 次保健醫療가 추진되고 있는 지난 5 년간 행정 및 연구차원에서 추진된 사항들은 보건진료소신축, 의료장비의 공급, 보건진료원 및 공중보건의사의 교육, 공중보건의사 업무지침 및 보건진료소관리운영지침 등 활동에 필요한 각종지원과 이들의 활동실태파악이 重點적으로 다루어졌다.

그러나 1 次保健醫療의 最終目標인 국민의 건강증진에 도달하기 위하여는 보건지표개발, 서비스목표설정 및 전략과 활동에 대한 기본계획이 수립되고 이를 기초로 구체적인 활동의 展開, 効率 및 效果에 대한 評價등이 실시되어야 한다.

더우기 우리나라는 2000 년을 국민생활향상을 위한 목표년도로하여 2000 년을 향한 국가장기발전구상이 각 분야별로(경제, 보건, 교육, 산업, 교통 등) 작성되었다.

따라서 이미 작성된 長期構想중 특히 人口 및 保健醫療部門을 기초로 현재 진행중인 1 차보건의료를 效果的으로 推進하기 위한 구체적인 計劃樹立이 절실히 요구된다.

그러나 基本計劃을 樹立하기 위하여는 현재까지 추진되어온 1 次保健醫療의 背景, 概念과 우리나라에서 실시되고 있는 1 次保健醫療現況에 대한 分析과 整理가 필요하며 그 結果가 基本계획수립에 활용되어야 한다. 그러므로 본 연구는 1 次保健醫療의 基本計劃樹立에 一般目的이 있으며 細部目的은 다음과 같다.

첫째, 1次保健醫療의 概念, 推進現況 및 方向을 分析 및 整理한다.

둘째, 利用 가능한 既存 研究結果 및 行政資料를 기초로 保健醫療 提供指標別 현재의 水準을 把握한다.

셋째, 保健醫療提供指標別 2000 년의 目標 및 活動이 包含된 基本計劃을 作成한다.

2. 1次保健医療의 發展과 当面課題

1 차보건의료에 대한 올바른 概念의 理解와 接近方法에 대한 이해를 돕기 위하여 필요한 理論을 세계보건기구(WHO)가 발행한 文獻(Health for all series 1-8 과 기타 數種의 자료)을 근거로 제시하고 " 모든 주민에게 건강을 " 주기 위하여 政策決定水準에서부터 事業實施에 이르기까지 필요한 이론을 제시하였다.

그 다음으로 우리나라의 1次保健醫療概念과 推進過程을 구체적으로 整理하였으며 그동안 行政 및 研究次元에서 실시된 各種資料가 整理에 사용되었다.

2.1 1次保健醫療發展過程

가. 背景

세계적인 견지에서 볼 때 PHC는 WHO와 국제연합아동기금(United Nation's Children's Fund = UNICEF)에 의해서 體系化되었다고 할 수 있다.

1948년에 창설된 WHO는 UN 산하의 여러 기구중에서 가장 많은 업적을 올린 기구 중의 하나이다.

특히 WHO 와 UNICEF 의 협조로 성공한 사업의 대표적인 것으로 천연두근절 (Smallpox Eradication) 을 들 수 있다. 이 질병은 오랜 인류 역사에서 우리에게 가장 큰 고통을 준 것중의 하나다. 1796 년 영국의 에드워드·제너 (Edward Jenner) 가 시작한 우두 (Cowpox Vaccination) 를 세계 각국에서 실시하여 천연두의 발생은 격감되었으나 1960 년대에도 지역적으로 여러나라에서 위력을 떨치고 있었다.²⁾ 이에 WHO 는 1967 년부터 전 세계적 천연두 근절운동을 전개하였으며 각 회원국의 적극적인 參與와 협조로 1977 년말 아프리카의 소말리아 (Somalia) 에서 보고된 환자를 최후로 새로운 환자 발생이 나타나지 않았다. 이 규정에 의해서 3 년후인 1980 년 5 월 세계보건총회 (World Health Assembly) 는 지구상에서의 천연두근절이라는 역사적 선언을 하였다.

열대지방에서 나타나는 일종의 피부괴양인 요즈 (Yaws) 나 트라코마 (Trachoma) 도 근절 내지는 거의 자취를 감추었으며, 결핵, 나병, 콜레라 등의 질병도 지역에 따라 차이가 있지만 큰 성과를 거두었다. 한편 WHO 나 UNICEF 가 가장 중요한 사업의 하나로 선택해서 1955 년에 전 세계적 근절사업으로 시작한 말라리아 (Malaria) 는 근절이 성공한 나라나 지역도 있으나 시작조차 못한 곳이 많다. 최근의 WHO 보고에 의하면 말라리아 유행이 있던 143 개국에서 40 개국은 근절되었고 10 개국에서는 그 피해가 최소로 감

註 2) WHO 에 의하면 1967 년에 44 개국에서 천연두환자 발생보고가 있었다. 한국에서는 6.25 동란 중인 1951 년에 43,213 명이 라는 최고발생보고가 있었고 11,930 명이 사망하였다. 전 국가적 방역사업의 활동으로 1961 년 이후에는 환자 발생보고가 없다.

소되었으나 93개국에서는 그 피해가 重等度 내지는 심각한 상태라고 한다.

나. 基本保健서비스의 發展

WHO는 주요 질병 특히 전염병의 근절(eradication)과 관리(control)에 노력하는 것과 병행해서 기본보건서비스(Basic Health Services = BHS)의 확대와 강화에도 힘써 왔다. 1962년의 세계보건총회는 BHS의 중요성을 강조하였으며 특히 말라리아근절사업 성공에 필수적임을 부언하였다. 그리하여 WHO가 지원하는 基本保健서비스事業(BHS Project)을 실시하는 나라가 1965년에는 85개에서 1971년에는 156개로 증가되었다.

BHS의 主要目的

- ① 지역말단에 서비스망을 만든다.
- ② 치료의학에만 중점을 두는 새로운 병원시설의 증설을 억제 또는 중단한다.
- ③ 基本的으로 要求되는 保健서비스 즉, 예방접종, 전염병의 조기발견, 조기치료, 환경위생, 환자진료 등을 정부책임아래 전 국민에게 제공한다.

이를 위하여 기본보건체계(Basic Health Services Network)를 전국적으로 設置하여 必要한 保健人力(의사, 간호원, 위생사 등)을 配置하고 장비와 의약품을 供給한다. 이렇게 함으로써 각 나라의 모든 국민이 기본보건서비스의 惠澤을 받을 수 있도록 한다.

다. 새로운 接近方法의 摸索

WHO의 모든 회원국가가 BHS를 전 人口에게 제공하자는 이론은 타당하나 실제로는 추진이 어렵다는 것을 차차 알게 되었다.

1960년대 후반부터 각 회원국, 특히 개발도상국들로부터 B H S 사업이 政府나 외부원조만으로는 성취하기 어렵다는 것이 보고 되었고 이에 따라 WHO 와 UNICEF 의 각종회의에서 거듭 논의된 결과, 그대로는 사업 성취가 안되겠다는 것이 합의되었다.

그리하여 1973년부터 1974년까지 WHO 와 UNICEF 는 여러가지 方法을 통해 각 지역에서 선택적으로 事業評價를 하면서 새로운 接近方法 (Alternative Approach) 을 研究하였다.³⁾⁴⁾ 그 결과 WHO와 UNICEF 의 합동자문단은 사업부진의 要因으로 다음과 같은 점을 지적하였다.

① 명확한 국가보건 정책의 不備 및 保健事業과 다른 발전분야 사업간의 연관성 결핍

② 불분명한 우선순위

③ 보건 정책 변동에 대한 저항

④ 보건사업을 위한 지역사회참여 부족

⑤ 보건사업요원의 부적당한 교육과 훈련

이어서 자원 (resources) 에 관련되는 문제는 다음과 같이 지적하였다.

① 保健事業에 必要한 자원의 부족과 잘못된 배정

② 현재 또는 장차 사용 가능한 자원의 死藏 및 이용 부족

註 3) V.Djukanovic & E.P.Mach, Alternative Approach to meeting basic health needs in developing countries, WHO, Geneva, 1975.

4) K.W.Newell, Health by the People, WHO, Geneva, 1975.

- ③ 1 차보건의료인력의 불충분한 활용
- ④ 보건사업 운영에 소요되는 경비의 상승
- ⑤ 적절하지 못한 보건교육
- ⑥ 基本的 環境衛生의 未備
- ⑦ 통신 및 교통의 미비
- ⑧ 必要한 보건정보의 부족

이어서 WHO/UNICEF의 합동자문단은 사례연구결과(방글라데시, 중공, 쿠바, 탄자니아, 베네주엘라, 유고슬라비아, 인도, 니제르, 나이지리아)를 발표하였고 사업부진의 要因을 극복하기 위한 새로운 대체 방법으로 PHC를 1975년에 권고하였다.

WHO/UNICEF 합동자문단의 報告는 檢討를 거쳐 1977년에 개최된 世界保健總會와 UNICEF의 실행이사회에서 토의되었으며 다음과 같이 국제회의를 개최하였다.

라. 알마아타會義와 그 以後의 推進過程⁵⁾

1 차보건의료에 관한 국제회의(International Conference on Primary Health Care)는 소련정부의 초청과 WHO 및 UNICEF의 주최하에 1978년 9월 6일부터 12일까지 소련의 가작공화국(Kazakh Soviet Socialist Republic)의 수도 알마아타(Alma-Ata)에서 개최되었고 134개 회원국과 70여개의 국제단체와 기구의 대표가 참석하였다.

이 회의의 목적은 모든 나라에서 PHC 개념을 설명 고취시키며

註 5) Alma-Ata 1978, Primary Health Care, "Health for All", Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978.

PHC를 발전토록 함에 따른 문제들의 해결 방안을 摸索하며, 협조와 지원을 研究하고 나아가 각국 政府와 국제기구 등의 역할을 토의 함에 있었다.

이 회의는 현재 전 세계의 수억 住民들의 건강상태가 좋지 않으며 특히 발전도상국에서 심하여 全世界人口의 과반수가 적절한 건강보호의 惠澤을 받고 있지 않다고 선언하였다. 보건문제의 심각성은 나라와 나라사이 또는 같은 나라안에서도 보건자원의 분배가 적당치도 않고 평등하지도 않음을 감안하며 건강이 기본인권의 하나이며, 세계적 社會目標임을 확신하면서 이 회의는 “가진 자 (haves)”와 “안가진 자 (have-nots)”의 격차를 없애고 전세계 주민이 사회적으로나 경제적으로 생산적인 생활을 능히 할 수 있는 건강을 향유할 수 있게 하기 위한 새로운 接近方法 (approach method)을 강조하였다. 이 회의는 PHC의 정의를 토의·합의하고 이의 발전을 논의하였으며, 운영상의 문제, 국가전략의 수립방안 등을 토의하고 알마아타선언 (Alma-Ata)을 채택하였다.

알마아타의 國際會議에 이어 1979년의 세계보건총회는 2000년까지 세계 모든 주민에게 건강을 주자 (Health for all by the year 2000 = HFA/2000 라고도 약기함)는 원칙과 정책을 채택하였으며 각 회원국은 각각 자기나라 사정에 적합한 국가정책과 전략 (strategy)을 성안하도록 권고하였다. 이들을 기초로 하여 각 회원국은 1980년 6월까지 국가전략을 완성 제출토록 하였으며 이 전략에 의하여 국가실천행동계획 (National plans of action)이 1981년 5월까지 작성토록 하였다. 이들 회원국의 계획을 토대로 하여 WHO의 6개 지역 사무국은 지역전략과 계획이 수립되었으며 이

어 세계전체의 전략과 계획이 수립되었다.

이러한 전략과 계획에 의하여 각 회원국은 사업실천을 하게 되며 따라서 평가가 정기적으로 수행되도록 합의하였다.

마. 定義와 主要要素

PHC는 결코 새로운 개념이 아니다. 따라서 그 정의나 사업내용도 여러가지가 있을 수 있지만 여기에서는 WHO 와 UNICEF 가 제정한 것을 중심으로 논의하는 것이 타당하므로 要約하면 다음과 같다.

PHC는 실용적이며 과학적이고 사회적으로 받아들일 수 있는 방법과 기술에 근거한 필수적인 건강관리(essential care)를 말한다. 또 PHC는 지역사회(community)의 모든 개인이나 가족이 다 같이 접근할 수 있어야 한다. PHC는 지역사회 구성인원의 참여로 운영되며, 자체의존과 자체결정의 정신에 의하여 발전되고 유지되어야 한다. PHC는 그 나라 보건의료체계의 구성부분이 되며, 지역사회의 전반적인 사회나 경제발전의 중요중심이 된다. 또한 국가의 보건체계와 개인, 가족 및 지역사회가 접촉하는데 첫단계이며, 건강관리를 주민들이 거주하며 일하고 있는 곳에 가능한한 가까이에서 하게 하고, 계속적인 관리가 되는 것이 첫요건이 된다.

PHC는 완전한 국가보건의료체계의 일부분이 되며, 2차나 3차보건의료체계는 물론이고 정부나 민간의 보건사회체계의 지원을 받아야 한다. 한가지 분명히 해둘 점은 PHC가 결핵관리나 모자보건 또는 가족계획처럼 별개의 사업(project 또는 programme)이라기 보다는 하나의 접근방법(approach method)이라고 함이 타당하다.

이와 같은 정의에 따라 PHC는 다음과 같은 요소를 포함한다고 말할 수 있다.

- ① 필수적인 건강관리 (예 방적 · 증진적 · 치료적)이며
- ② 지역사회의 모든 개인이나 가족에게 혜택을 주며
- ③ 가장 말단인 마을단위에서부터 시작되며 (오지, 벽지, 낙도 등을 포함함)
- ④ 지역사회와 전적인 지원을 받으며
- ⑤ 전문적 교육을 받지 않은 보건인력에 의해서 업무활동이 진행되며
- ⑥ 國家保健醫療體系의 구성부분의 하나이며
- ⑦ 각계각층의 협조를 받는다.

이상에 열거한 것 중에서 첫째로 강조해야 할 것은 지역사회의 적극적인 참여가 중요하다는 점이다. 옛날에는 병에 걸리고 치료를 받는다는 것 하는 일은 자기자신이나 가족의 책임이며 아니면 운수 소관이라고 생각하였다. 그러다가 현대에 들어서면서 특히 세계제2차대전후인 1945년 이후 건강에 대한 政府의 責任이 강조되어 왔다. 나라에 따라서는 지나치게 국가의 책임이 많아져서 오히려 과중한 부담이 되기도 하였다. 즉 국한된 資源 즉 豫算, 物資, 人力 으로서는 도저히 전국민의 모든 욕구를 만족하게 할 수 없음을 알게 되었다. 그러나 한편으로는 이러한 사업수행에 있어서, 지역사회 참여도가 높을수록 사업이 훌륭하게 전개되고 있는 것을 여러 곳에서 볼 수 있다.

둘째로는 보건요원 즉 1차보건의료에 종사할 인력문제인데 전문적 교육을 받은 고급인력은 나라에 따라서 형편이 틀리지만 그 수가 증가한다고 하여도 그들을 농촌 특히 奥地・僻地에까지 끌고루 배치하기에는 어려움이 많은 것이 현실이다. 한편 PHC에서 보면 그러한 高級専門人力이 아니라도 감당할 수 있는 일이 상당히 많다. 그러므로 전문가 아닌 인력 더우기 그 지방에서 태어나서 거주하는 사람에게 얼마간의 교육을 받게한 후 사업에 참여하도록 할 수 있을 것이라고 결론지었다.

세째로는 보건문제도 다른 分野와 밀접한 관계를 가지고 있으므로 각 分野와의 긴밀한 협조가 있어야 한다는 것이다. 중앙, 시·도, 군·읍·면·동 등 각계층에서의 협조가 필요하다. 예를 들면 사회, 경제, 교육, 농업, 축산, 상하수도, 환경, 건축, 토목, 통신, 산업 등이다.

또 여러가지의 직업 또는 민간단체(의사회, 약사회, 간호협회, 혈액협회, 가족계획협회 등)의 협조가 긴밀해야 하며, 새마을운동, 지역사회개발위원회나 적십자사, 종교단체 및 일반유지들과도 협조가 잘 되어야 한다.

바. PHC 活動內容

PHC의 활동내용은 나라와 지역에 따라서 상당한 차이가 있겠지만 WHO에서는 최소한 다음의 각항을 포함하도록 권장되고 있다.

- ① 영양의 향상
- ② 충분하고도 안전한 물의 공급과 기본적인 환경위생
- ③ 모자보건과 가족계획

- ④ 주요 전염병에 대한 예방접종
- ⑤ 지방적으로 많은 질병의 예방과 치료
- ⑥ 주요 건강문제의 예방과 관리방법에 관한 보건교육
- ⑦ 흔한 질병과 外傷의 적절한 치료와 후송
- ⑧ 필수약품의 비치 및 공급

위의 활동내용을 보면 PHC는 매우 廣範圍한 것을 대상으로 하며, 그중에서 診療事業은 일부분에 속하며, 전부가 아님을 잘 알수 있다. 다음으로 논의되어야 할 문제는 위에 열거한 事業들 외에도 꼭 들어가야 할 것도 있을 것이며 이러한 것들을 모두 동시에 시행해야 할 경우도 있을 것이지만 선택적으로 할 수도 있다는 점이다.

또 事業의 實質的 範圍는 어디까지인지, 어디서, 누가, 어떻게 하는지 등일 것이다. 이 문제에 대한 명확한 대답은 얻기 어려우며 단지 확실한 것은 地域社會가 이들을 결정하는데 主人役割을 하여야 한다는 것이다.

2.2 韓國의 1次保健醫療發展

가. 1970年代 初半까지의 保健醫療發展過程

韓國에서도 다른나라에서와 마찬가지로 PHC에 該當하는 事業은 일찍부터 존재해 왔다. 민간의원이나 病院, 產業場, 公共醫療機關 및 宣敎會에서 運營한 病醫院 등은 많은 업적을 이룩하였다. 그중 좀더 體系的인 것의 한 例로는 1948년 이영춘(李永春)박사가 중심이 되어 設立한 농촌위생연구소(전북 옥구군 개정면 소재)이며 그 傘下에는 2個所의 종합병원과 7個所의 진료소를(전라북도 3

個郡에 設置) 設置하고 간호학교를 병설하여 農村住民을 대상으로 地域保健事業을 實施하였다.

1950년 6월 25일에 戰爭이 발생하자 政府는 UN의 원조를 받아 全國 500 個所에 保健診療所를 設置하여 避難民과 구호대상자에게 1次的 醫療의 惠澤을 주었다. 1953년의 休戰成立과 더불어 이 計劃은 擴張되어 1956년에는 各 市都에 2 個所씩을 選定해서 소위 모범보건진료소라 해서 育成發展 시켰으며 이것이 후에 保健所始作의 계기가 되었다. 그러나 이미 서울에는 국립중앙보건소, 시도청소재지에는 시·도립보건소가 設立 運營되고 있었으며 이들은 1956년 12월 13일에 제정 공포된 保健所法에 의해 시·도립 보건소로 法の 根據를 확보하게 되었다.

그러나 1962년 9월 24일자로 保健所法이 개정됨에 따라 保健所는 市長, 郡守傘下로 되었고 1986년 6월 현재 225 個所로 增加되었다.

1961년의 5.16 軍事革命直後 政府는 의사가 없는 面地域에 의사를 配置하는 것이 國民醫療均霑의 시점에서 必要하다고 인정하여 병역미필한 의사를 無醫面에 配置하였다. 그러나 計劃이 소홀하였고 건물, 장비, 의약품의 준비도 거의 없었으며 의사들에게 事前教育도 없었기 때문에 그들의 사기는 저조할 수 밖에 없었고 결국 별다른 成果없이 끝났다.

經濟社會發展第 1 次 5 個年計劃(1962-1966)과 第 2 次計劃(1967 - 1971) 期間인 10年間은 경제제일주의의 政策 때문에 保健分野는 현상유지와 傳染病管理에만 국한되었다. 經濟發展과 긴밀한 관련이 있다고 하여 家族計劃事業에는 많은 投資가 있었다.

나. 韓國保健開發研究院 (Korea Health Development Institute)⁶⁾

政府는 第3次 經濟發展 5 個年計劃 (1972-1976)에서 國民保健 특히 醫療의 均霑을 重要視 하게 되었다. 이와 관련하여 韓國政府는 1972 年 파리 (Paris, France)에서 開催된 國際經濟對韓援助協議體 (IECOK, the International Economic Commission for Korea)에서 郡立病院 設立을 위한 소요자금의 借款을 요청하였다.

이 요청에 따라 USAID 調査團이 파견되었고 각종 調査와 협의를 거쳐 韓國政府와 USAID 는 保健開發을 위한 독립적 비영리적 研究機關을 設立하여 示範事業을 實施토록 하는 保健企劃事業協定을 1974 年 6 월에 締結하였다. 이 事業의 최종 目的은 韓國自體가 감당할 수 있는 資源으로써 저소득국민에게 基本的인 健康의 증진, 예방, 치료 등의 보건서비스를 效果的으로 줄 수 있는 方法을 개발하고 제도화함에 있었다.

이의 推進을 위하여 1975 年 12 月 韓國保健開發研究院法이 제정되었고 1976 年 4 월에 동법시행령이 공포됨으로써 示範事業의 研究開發을 實施할 韓國保健開發研究院 (KHDI)이 設立運營케 되었다. 또 KHDI 를 지도하며 정책형성을 調整할 保健政策協議會가 設置되었으며 KHDI 事業의 외부평가와 保健政策協議會에 적절한 措置를 건의할 保健企劃團이 韓國開發研究院 (Korea Development Institute = KDI)내에 設置 運營되었다.

그후 政府方針에 의하여 KHDI 는 家族計劃研究院 (1970 年 國立家族計劃研究所로 출발하였다가 1971 年 가족계획연구원으로 독립 개편

註 6) 保健示範事業綜合評價報告, 韓國保健開發研究院, 1980.

됨)과 統合되어 1981년에 韓國人口保健研究院(Korea Institute for Population & Health =KIPH)으로 새로히 출발하여 기존의 두 機關의 機能과 事業을 대부분 계승하여 현재에 이르고 있다.

다. 마을健康事業

KHDI는 示範事業으로서 鴻천군(강원도), 옥구군(전라북도), 군위군(경상북도)등 3個郡을 선정하여 示範地域으로 하고 새로운 綜合保健醫療傳達體系로서 마을健康事業을 實施하였다.

1976년 4월부터 1980년 12월말까지의 4년 9개월간에 실시된 이 事業은 다음과 같은 5개의 새로운 方案에 重點을 두었다.

- ① 기존 보건 의료서비스 傳達體系의 재편성 및 補完
- ② 중간층의 保健要員인 保健診療員(Community Health Practitioner =CHP)의 開發, 訓練 및 活用
- ③ 地域社會의 參與
- ④ 財源調達機構의 設置
- ⑤ 經營情報體系의 開發 및 運營

마을健康事業의 示範經驗을 토대로 다음과 같은 計劃을 政府는 樹立하였으며 이들은 第4次經濟社會開發 5個年計劃(1977-1981)의 主要部門으로 包含되었다.

- ① 3段階 保健醫療傳達體系를 設定한다.
- ② 1981년부터 4년간에 걸쳐 매년 500명의 保健診療員(CHP)을 선발 訓練하여 農漁村醫療脆弱地域에 配置 勤務토록 하여 1984년말까지에 약 2,000명의 保健診療員이 勤務하도록 한다. 이를 위하여 政府는 農漁村保健醫療를 위한 特別措置法을 1980년 12월에 제정하였다.

③ 農漁村地域에도 醫療保險을 점차 擴大한다.

라. 示範保健事業의 經驗

1960년대 중반에 들어 社會的 經濟的 狀況이 점차로 안정성장을 이루게 되자 병원중심의 의료만으로는 사명을 達成할 수 없으며 地域社會保健의 發展이 住民健康向上에 더욱 効果的이며 效率的이라는 것이 특히 의학교육기관이나 외부원조기관, 종교기관 등에서 論議되었다.

그리하여 1960년대 후반부터 地域社會保健 示範事業이 여러 곳에서 전개되었으며, 그중에는 事業이 부진하거나 재정자원의 고갈 등의 이유로 중단 혹은 끝나기도 하였으나 꾸준한 努力으로 많은 성과를 올리며 지금까지 繼續되고 있는 곳도 몇군데 있다.

여러 곳의 地域社會保健示範事業을 통하여 有益한 經驗을 얻은 內容을 要約하면 다음과 같다.

① 1次保健醫療의 概念이 보편화 되기 이전인 1970년 초반에 이미 병원중심의 診療事業에서 脫避하여 該當地域의 전 주민을 대상으로 하는 地域社會保健의 重要性을 인식하였다.

② 地域社會 保健事業은 面을 1次的 地域單位로 보고 郡을 2次的 單位로 고려하는 데 대체적으로 합의되었다.

③ 保健醫療傳達體系로서 독자적 체계개발(기존의 것과 개발된 것을 包含)을 하기도 하였으나 대다수는 현존하는 공공보건체계 즉 保健所, 保健支所 등을 活用하였으며 이들 機關이 활성화되어야 한다는 것을 강조하였다.

④ 이미 존재하는 保健人力 즉 의사나 간호원만으로는 事業遂行에 問題가 있으므로 새로운 種類의 人力인 보건진료원(Comm-

unity Health Practioner =CHP) 과 마을건강원 (Village Health Volunteer) 등을 開發하였다.

⑤ 各 事業에서 保健醫療서비스가 圓滑하게 제공되었고 成果도 좋았으나 財政的 自立은 매우 어려웠 여러 示範事業에서 임의 의료보험제도 같은 것 을 시도하였으나 활발하지 못하였다.

結論的으로 볼 때 各地의 示範事業은 政府가 國家保健計劃을 樹立하고 전략을 작성하는데 크게 공헌하였으며 또한 保健人力의 開發 教育訓練에도 많은 成果를 얻었다. (示範事業 別 要約 附錄참조)

마. 第5次經濟社會發展5個年計劃 (1982-1986)

第5次5個年計劃에서는 經濟와 社會發展이 均衡있게 이루어지도록 目標를 세웠으며 國民保健의 향상, 인구억제, 사회보장 및 환경보존 등을 推進方向으로 하였다.

한편 1983 年말에는 急變하는 國內外情勢의 각종 與件을 고려하여 5次5個年計劃을 1983 年末 수정하였고 1984 년부터 1986 年 까지의 3 年間に 중점적으로 실천해야 할 과제 를 결정하였으며 이 수정계획에서 1次保健醫療와 관련되는 事項은 다음과 같다.

1) 農漁村保健醫療서비스의 擴大

가) 1983 年에 1,576 名의 공중보건 의사를 1986 년에는 2,348 名으로 증원 配置하므로써 全國의 모든 面에는 적어도 1 名의 의사가 계속해서 勤務하게 한다.

나) 1983 年의 1,152 名의 보건진료원을 1986 년에는 2,000 名으로 증원하여 오·벽지에 勤務하게 한다.

다) 1982 年의 264 개소의 邑·面地域 上水道를 1986 년에 391 개소로 확대 보급한다.

라) 1983년의 33,134개소의 간이급수시설을 1986년에 36,906개소로 확충한다.

2) 醫療資源의 効率的 利用을 위한 制度改善과 醫療資源의 擴充

중전 計劃을 좀더 강화하면서 의사인력의 확보를 위하여 의과대학 정원을 150명씩 매년 증원하고 공공부문의 病床 7,480개를増設토록 한다. 한편 都市地域(특히 영세민 대상)에서는 1次保健醫療의 示範事業을 확대하고 정신병관리 및 성인병관리 등도 강화토록 한다.

마. 第6次經濟社會發展5個年計劃(1987-1991)

1987년부터 시작되는 6次5個年計劃은 能率과 衡平을 토대로 한 經濟先進化와 國民福祉의 증진을 目標로 한것과 같이 國民福祉가 중요시 되고 있다. 1人當 GNP를 1986년의 US\$2,200에서 1991년에는 US\$3,800에 도달할 것을 目標로 하였고 農漁村의 諸般生活向上을 도모하게 하였다. 1次保健醫療과 관련되는 事項은 다음과 같다.

① 保健所를 地域保健醫療의 中추기관으로 育成하기 위하여 醫療人力의 강화, 진료과목의 확충, 施設裝備를 補强한다.

② 1990년까지 모든 保健支所에 인턴과정을 수료한 공중보건 의사를 배치한다.

③ 전 국민이 醫療保障의 惠澤을 받도록 한다.

④ 母子保健의 向上, 家族計劃의 促進, 安全한 음료수의 充分한 供給, 環境衛生施設의 向上 등에 주력한다.

2.3 韓國의 1次保健醫療概念 및 運營

가. 韓國의 1次保健醫療概念

農村住民의 보건의료요구를 效果的으로 充足시킬 수 있는 새로운 接近方法을 開發하고 우리나라 實情에 맞는 1次保健醫療의 概念을 整理하기 위하여 한국보건개발연구원 (KHDI)은 1次保健醫療에 관한 세미나를 2회에 걸쳐 實施하였다. 첫번째의 세미나는 1977년 9월 7일 - 9월 9일까지 忠南 牙山郡 道高에서 開催하면서 우리나라에서의 1次保健醫療에 대한 方向定立을 시도하고자 努力하였다. 최초의 국내세미나에서 다음의 內容이 決定되었다.⁷⁾

1) 第1次保健醫療研鑽會

가) 用語의 해석

Primary Health Care를 잠정적으로 “1次保健醫療”로 번역한다. 본 세미나에서 “PHC”를 “1次保健醫療”로 번역하기까지 많은 토의가 있었으며 참가자 전원의 일치된 견해는 아니었으나 최종적으로 합의하면서 “暫定的”이라는 用語를 添加하였으므로 앞으로 빠른 時日內에 用語翻譯의 再定立이 要請된다. 用語翻譯당시 논의사항을 要約하면 다음과 같다.

PHC는 治療 및 豫防의 차원을 넘어서 健康增進을 目標로 하기 때문에 “1次保健醫療”라는 用語가 充分한 뜻을 나타내지는 못하지만 우리나라는 서비스를 받는 國民이나 서비스를 제공하는 國家가 治療以外の 모든 事業을 保健事業으로 理解하고 있으며 治療를

註 7) 韓國保健開發研究院, 1次保健醫療에 관한 세미나 結果報告, 1977.10. p.8

醫療로 이해하기 때문에 保健醫療라는 用語에 익숙해 있으므로 PHC를 1次保健醫療로 翻譯하기로 하였다. 그러나 참석자중 一部 保健專門家は “ 1次健康管理 ”로 하자는 제안도 있었다.

나) 1次保健醫療의 概念

① 전국민을 管轄하는 전체保健醫療傳達體系의 하부기초보건의료 單位 및 機能이다.

② 일정지역 사회(가정, 부락, 행정리 包含)내에서 保健醫療要員과 住民의 積極적인 參與로 이루어지는 保健醫療活動이다.

③ 본 活動은 單位 地域社會(部落 또는 行政里)의 自主적인 活動과 公共保健機關의 活動으로 構成된다.

④ 保健醫療活動은 地域社會의 基本的인 保健欲求를 充足시켜야 하므로 全體保健醫療스펙트럼에 있어서 보다 豫防面에 置重된다.

⑤ 1次保健醫療活動은 各種 保健醫療要員(醫師, 看護員, 其他 保健要員)의 協同과 非專門人인 部落自助要員의 協力으로서 이루어지며 各 要員은 治療, 豫防 및 其他 機能이 附與된다.

⑥ 本 事業은 全體地域社會 發展의 一部로서 이루어짐이 바람직하다.

＊ 保健醫療란 治療, 豫防, 健康增進, 再活을 包含한 包括적인 活動을 意味한다.

다) 本 세미나에서 내려진 結論

① 國民保健向上이라는 觀點에서 볼 때 國民의 기초적 保健醫療의 充足은 必須의이며 이 基礎的 保健醫療의 充足을 위해서 豫防, 治療, 健康增進, 再活을 包括적으로 제공하는 1次保健醫療

擴大는 緊急하다.

② 이를 위해서는 1次保健醫療의 提供者와 地域社會住民의 共通된 努力이 必要하며 이 共同努力은 새마을사업의 一翼 또는 主役으로서 具現된다.

③ 새마을 운동을 통한 1次保健醫療의 제공과 확대는 國民의 保健의식구조의 개선, 정신개혁, 지역사회참여, 지역자원 활용과 협동을 圓滑하게 하고 全國的으로는 國民保健向上에 크게 공헌할 것이다.

④ 새마을 운동을 통한 1次保健醫療의 확대는 그 成果에 대해 연속적인 分析評價過程을 거쳐 보다 發展的 形態로 改善向上 시켜야 할 것이다.

이상의 用語해석, 1次保健醫療概念과 1次保健醫療에 대한 結論은 그당시 保健, 의학계의 교수, 專門家, 세계보건기구의 PHC 자문관, 정책결정자 및 경제학자들의 진지한 토의를 거쳐 결정되어진 것으로서 우리나라 실정에 맞는 1次保健醫療의 開發 및 運營方向을 提示한 것이었다.

2) 第2次 1次保健醫療研鑽會

第1次 연찬회개최이후 2년이 지난 1979년 10월 8일 - 10월 10일까지 경주 조선폰에서 개최된 “새마을 운동을 통한 1次保健醫療事業 推進方案開發”이라는 國家研鑽會(national workshop)에서는 전체 및 분과토의를 거쳐 政府에 다음의 사항⁸⁾이 건의되었다.

註 8) 韓國保健開發研究院, 새마을운동과 住民福祉研鑽會 結果報告, 1979.10. pp.101-102.

＊ 研鑽會結果 建議事項：

① 1次保健醫療事業內容은 Alma-Ata 선언문에서 제시된 1次保健醫療事業內容을 8가지를 包含한다.

② 1次保健醫療事業은 包括的인 地域社會開發事業에 包含되어야 할 必須的인 구성요소이다.

③ 사업요원으로는 마을단위에 마을건강원을 확보하고 既存保健要員은 多目的要員으로 活用한다.

④ 既存要員中 看護員 또는 助産員을 訓練하여 輕微한 診療를 包含한 包括的인 保健醫療事業을 수행하도록 하고 單一目的의 機能을 수행하는 看護補助員은 多目的化 한다.

⑤ 事業의 地域單位로서는 資金의 釀出이나 經營,所得事業이 施行possible한 國民 학교學區單位가 적절하며 여기에 包括的인 保健醫療서비스를 제공할 수 있는 保健診療機關(保健診療員配置)을 設置함이 바람직하다. 이렇게 함으로써 圈域事業으로서 企劃,管理 等 經營能力을 附與할 수 있으며 施設로서는 마을會館의 全部 또는 一部, 學校養護室 等を 兼用 또는 轉用하여 活用할 수 있을 것이다.

⑥ 學區單位 圈域 保健診療機關은 郡(保健所)의 下部組織으로서 運營하되 數個部落으로 構成되는 새마을 事業의 運營協議體의 支援을 받는다.

⑦ 事業財源로서는 要員訓練과 裝備는 國고로 지원하고 運營費에 있어서는 住民釀出, 지방, 國고가 각 1/3씩 부담하는 것을 原則으로 한다.

⑧ 事業擴張에 있어서는 郡마다 年間 2 - 3個地域씩 漸進的으로 事業地區를 擴張한다. 事業地域選定の 優先順位는 郡守에

게 一任하되 保健醫療에 대한 취약지역 住民參與(事業費 一部の 釀出)能力이 있는 地域이 事業地區로서 優先될 것이다.

⑨ 本 研鑽會에서 건의되는 事業의 施行으로 末端組織 數가 증가할 것이므로 事業管理에 필요한 人力確保와 機構強化가 이루어져야 하며 1次保健醫療事業을 政府의 重要사업으로 시행한다는 政府방침의 表明이 있어야 하는 한편 法的, 行政的 뒷받침이 마련 되어야 한다.

以上の 1次 및 2次會議는 우리나라에서 1次保健醫療를 實施하는 것은 必須的인 要素이므로 全國民의 기초적인 保健醫療를 충족시키기 위하여 概念定立, 具體的인 運營戰略과 方法에 대한 方向이 제시되었으므로 1年後 공포된 “農漁村保健醫療를 위한 특별조치법”(이하 농특법이라 함) 立案에 기초자료로 活用되었다.

3) 農特法을 中心으로 한 概念

가) 目 的

農特法⁹⁾은 農漁村 등 보건의료취약주민에게 보건의료를 効率的으로 提供하게 함으로써 國民의 醫療均霑과 보건향상에 기여함을 목적으로 한다.

나) 從事人力

공중보건업무에 종사하도록 명령받은 醫師 또는 치과의사와 保健診療員

다) 勤務場所 : 공중보건의사는 郡保健所 또는 邑・面의 保健

註9) 保健社會部, 農漁村保健醫療를 위한 特別措置法 및 同施行令, 1980.12, 법률제 3335 호.

支所와 大統領令으로 정하는 醫療施設에서 勤務한다.

保健診療員은 郡守가 設置한 保健診療소에서 勤務한다.

라) 從事人力の 業務

公衆保健醫師는 公衆保健業務全般에 관하여 수행하며 保健診療員은 醫療行爲로서는 환자진찰 및 검사행위, 환자이송, 外傷 등 흔히 볼 수 있는 患者의 治療, 應急處置, 傷病惡化를 위한 處置, 정상분만개조, 家族計劃을 위한 피임기구 삽입, 예방접종, 의료행위에 따르는 의약품의 투여로 규정하였다. 保健業務로서는 環境衛生 및 營養改善業務, 질병예방업무, 家族計劃을 포함한 母子保健業務, 주민건강에 관한 業務를 담당하는 자에 대한 敎育 및 指導, 保健醫療增進에 관한 業務로 규정하였다.

마) 保健診療所運營

保健診療所運營을 圓滑히 하기 위하여 地域마다 住民으로 構成되는 保健診療所運營協議會를 두어 保健診療所運營을 支援케 한다. 國家와 道는 郡에 대하여 保健診療所の 設置와 運營에 必要한 費用의 一部를 보조하여 주며 醫療業務遂行時 保健診療所に 수입되어지는 診療費는 保健診療所の 運營經費에 직접 지출할 수 있다. 따라서 保健診療所는 自治的으로 運營되도록 措置되었다.

以上과 같은 法的措置로 1次保健醫療實施의 圓滑을 기할 수 있으며 期待效果로서 末端地域에 活用possible한 전문적인 保健醫療人力の 配置로 住民에게 質的인 서비스제공이 가능할 뿐 아니라 地域住民이 保健醫療事業에 적극 참여할 수 있는 能力의 開發이 가능한 점이다.

以上の 農特法에 明示된 内容만을 근거로 할 때 1次保健醫療를 保健事業中 한 事業 (programme)으로 국한하여 이해하거나 혹은 1次診療로 誤解할 수도 있다.

그러나 1次保健醫療를 保健醫療傳達體系의 한 要素로서 추진하는데 必要한 法的措置중 既存 醫療法이나 保健所法에서 適用될 수 있는 措置는 既存法을 근거로 하고 단지 그렇지 못한 事項만이 農特法에 明示되었기 때문에 農特法の 해석은 신중함이 要求된다.

以上 2회에 걸쳐 實施된 國家研鑽會와 農特法을 근거로 우리나라의 1次保健醫療概念을 종합정리하면 다음과 같다.

地理的 및 經濟的으로 保健醫療에 쉽게 接近할 수 없는 農漁村 벽지주민의 健康維持 및 증진을 위하여 既存 保健所 및 保健支所の 1次診療와 豫防保健活動을 強化하고 전체보건의료전달체계의 하부기초보건의료단위로서 行政理에 保健診療所를 신설하여 看護員 및 조산원을 保健診療員으로 開發 配置한다.

保健診療員은 1次保健醫療서비스를 의미하는 8가지 事業¹⁰⁾을 地域住民에게 제공하면서 지금까지 未充足要求 (Unmet need)로 남아있던 의료요구를 환자조기발견 및 의뢰, 輕微治療, 교육을 통하여 充足시켜 주고 있다.

地域社會參與方案으로는 地域住民으로 構成된 保健診療所運營協議會와 마을건강원이 組織되어 活動중에 있으며 中央, 道 및 郡과 地域社會는 그들이 支拂할 수 있는 範圍內에서 共同으로 1次保健醫療實施에 必要한 建物新築, 醫療器具購入, 人件費確保, 運營費, 醫藥品

註 10) WHO Alma-Ata declaration

購入 및 其他 物品調達 등 財政을 부담하고 있다.

따라서 우리나라의 1次保健醫療는 政府의 강력한 의지로서 諸外國에서 실시되고 있는 어느 1次保健醫療보다 HFA이라는 目標에 매우 접근되는 措置로서 평가되고 있다.

다만, 우리나라의 1次保健醫療가 農漁村住民의 當面問題인 診療를 우선적으로 해결하기 위하여 發展되었기 때문에 좀더 住民의 건강 문제를 包括적으로 해결하는 方向으로 接近되어야 하는 과제가 남아 있다고 할 수 있다.

나. 1次保健醫療組織과 運營

1次的으로 農村地域에 適用되고 있는 우리나라의 1次保健醫療組織은 保健所, 保健支所 및 保健診療所이며 이들 組織은 政府의 公共保健機關으로서 세계 보건기구의 指針인 1次保健醫療의 接近方法을 적극 도입하여 住民의 건강을 向上시키고자 積極活用되고 있다. 특히 保健診療所는 1次保健醫療의 哲學接近方法, 事業內容 등을 우리 實情에 맞게 組織되었으며 實際적으로 이와 같은 哲學이 實踐되도록 設置된 것임이 강조되고 있다.

1) 保健所 및 保健支所

保健所는 郡當 1個所가 設置되어 있으며 人口 약 150,000 명의 人口를 對象으로 하고 있다. 이 保健所에 配置된 人力으로 의사, 看護員, 保健職 및 行政職員이며 이들은 公衆保健行政指導, 包括적인 保健豫防活動, 急慢性傳染病 管理 및 防疫活動, 一般患者 診療活動을 實施하고 있다.

註 11) 保健社會部, 農漁村 1次保健醫療(保健診療所)事業推進計劃, 1986.

또한 1次保健醫療의 下位組織인 保健支所 및 保健診療所를 技術的 및 行政的으로 指導 및 支援을 하고 있다.

1次保健醫療의 積極的인 추진을 위하여 保健所에 管理醫師의 配置를 강화하였으며 保健事業에서 重要な 要素가 되는 母子保健事業을 강화하기 위하여 母子保健센터가 지난 5년간(1981 - 1985년) 89개소가 건립되었다. 母子保健센터의 위치는 가급적 保健所와 隣接한 곳에 設立하고 센터를 保健所에 흡수통합 運營하여 運營費를 節減하고 保健所의 診療機能을 강화하려는 것이 기본취지¹²⁾로 되어 있다.

母子保健센터는 A형 및 B형으로 나누어지며 A형인 경우 의사 1인, 조산원 3인, 간호원 4인, 간호보조원 7인으로 총 15인의 구성인력으로 계획되어 있고, B형인 경우 의사 1인, 조산원 3인, 간호원 3인, 간호보조원 4인으로 총 11인의 인력으로 구성되어 있다.¹²⁾

또한 앞으로 實施될 農漁村住民을 위한 醫療保險을 위하여 保健所의 診療機能을 包含한 全般的인 機能이 擴大될 展望이다.

母子保健센터人력을 包含한 郡保健所の 總人력은 1986년 6月末 現在 平均 28명이 配置되어 있어 充員率은(정원대 현원비율) 90.9%이다.

保健支所는 邑・面單位에 總 1,303 個소가 設置運營 되고 있으며 人口 約 5,000 ~ 15,000 명을 대상으로 邑・面住民에게 保健醫療서비스를 提供하고 있다.

註 12) 保健社會部, 母子保健센터 運營指針, 1984.7

農特法에 따라 公衆保健醫師 1 명이 1981 년부터 配置되었고 (公衆保健醫師가 配置되지 않은 곳은 一般醫師 및 축탁의사가 담당) 간호보조원은 統合保健要員이 1 ~ 2 명 配置되어 있으나 이들의 勤務地는 大部分 面事務所이다.

保健要員以外에 診療補助員이 1 명씩 配置되어 있다. 保健支所는 一般患者診療, 母子保健, 家族計劃, 結核管理, 保健教育事業을 주로 住民에게 提供하고 있다.

2) 保健診療所

保健診療所 設置基準人口는 落島는 1,000 ~ 3,000 인, 벽지는 3,000 ~ 5,000 인이며 管轄인구의 2/3 이상이 保健診療所に 接近되도록 하며 接近所要時間은 30 분이내가 되도록 計劃되어졌다. 이와 같은 기준하에 지난 5 년간 事業을 實施한 結果 人口數는 적더라도 오히려 保健의료수혜대상자의 서비스 接近性을 높일 必要性이 대두되어 設置基準이 다음과 같이 조정되었다.¹³⁾

500人 以上の 地域으로 郡守가 必要하다는 地域과 통상교통수단에 의하여 30 분이상 所要되는 地域에 設置한다.

따라서 地域住民의 保健醫療接近性은 더욱 높아졌으며 1986 년 6 월말 현재 당초목표인 2,000 개의 保健診療所設置가 完了되었다. 또한 保健診療所運營의 圓滑을 기하기 위하여 保健診療所運營協議會를 구성하였다. 保健診療所運營協議會는 地域社會參與 一環으로 保健診療所를 地域社會의 自體 開發의 性格을 띠고서 設置되어 保健診

註 13) 韓國人口保健研究院, 母子保健센터의 效率的인 方案研究 摸索을 위한 評價會議報告書, 1984.

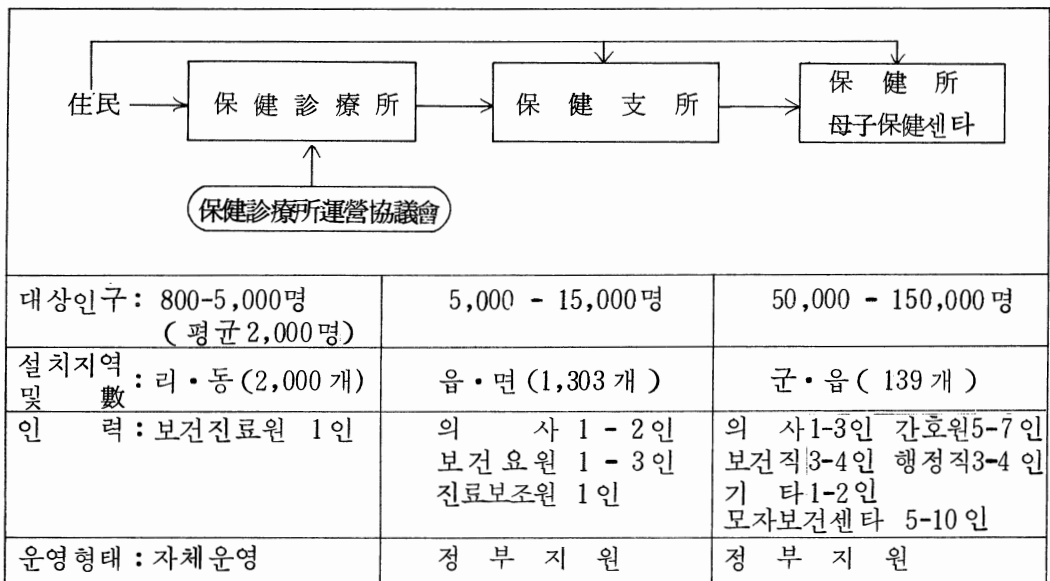
療所運營의 支援, 保健診療所運營에 관한 건의와 地域開發 및 地域住民의 保健全般에 관하여 협의하고 활동한다.

地域社會參與의 一環으로 마을건강원이 개발되어 保健診療所當 5~10 명의 마을건강원이 地域住民의 健康問題에 관한 資料蒐集 및 연락과 간단한 保健教育등의 활동을 수행한다.

따라서 保健診療所는 1 명의 保健診療員과 保健診療所運營協議會 및 마을건강원에 의하여 運營되면서 郡保健所로부터 技術 및 行政的支援과 指導를 받고 있다.

1 次保健醫療組織 및 運營을 위한 政府支援 現況은 圖 1 및 表 1 과 같다.

< 圖 1 > 1 次保健醫療組織



한 水準을 유지하다가 1986년에는 25.8 세로 지원연령이 낮아졌다.

교육수준은 (기본간호교육) 3년제 간호학교졸업자가 전체의 95% 수준이며 4년제 간호대학졸업자가 1981년과 1986년에 제일 높아 5.0% 수준이며 1983년이 제일 낮아 1.5%였다.

결혼상태는 志願當時의 상태로서 1986년에 미혼자가 73.5%로 제일 높은 반면 1984년은 기혼자가 전체의 62.0%를 차지한 것으로 나타났다. 그 이외의 年度에는 기혼자와 미혼자가 약 반씩 차지하였다.

志願當時의 경력은 무경력자가 1986년이 제일높아 50.4%인 반면 1984년에는 무경력자가 18.3%였다. 평균경력은 1986년이 2.3년이며 다른 年度는 약 5.0년 정도였다. 지원직전의 勤務地는 활동하지 않다가 지원한 率이 제일 높았으며 그 다음이 綜合病院, 市郡保健所 順이었다.

志願動機는 " 일에 의의가 있고 " " 職業的 獨立 " 이 제일높아서 전체의 96.1%을 차지하였다.(表 2 參照)

이상과 같이 保健診療員의 學歷, 經歷 및 志願動機를 살펴본 結果 3年制 간호학교출신의 保健診療員學歷이 將來에는 다양한 住民의 건강요구를 충족시키기 위하여 보다 향상됨이 바람직하며 특히 無經歷者가 지원되지 않도록 선발규정등이 강화되어야 한다. 이와같이 學歷이나 經歷이 강화되어야 할 이유는 地域社會라는 廣範圍한 서비스대상자의 건강증진을 위하여 현재 제공되고 있는 서비스내용, 접근, 건강위험도의 경감등 效果를 최대한 높히는데 學歷과 經歷이 主要變數로 작용하고 있음을 그동안의 研究結果에서 提示되고 있기 때문이다.

〈 表 2 〉 保健診療員の 一般的特性

(단 위 : %)

교육년도		1981 년	1982 년	1983 년	1984 년	1985 년	1986 년
특성							
연령 (세)							
—	24	36.3	38.4	24.5	21.7	44.1	58.6
25	— 29	33.7	38.1	43.6	32.2	22.4	22.2
30	— 34	10.9	12.2	16.1	26.7	19.6	12.9
35	— 39	2.6	4.1	3.9	3.8	5.3	2.8
40	— 44	5.9	4.3	5.0	3.9	4.5	0.7
45	— 49	5.0	5.5	2.7	6.1	2.1	1.3
50	+	5.6	7.1	4.2	5.6	2.0	1.5
(평 균)		(29.4)	(30.3)	(29.4)	(30.9)	(28.0)	(25.8)
출 신 학 교							
3	년 제	94.5	92.8	96.3	95.5	96.0	94.7
4	년 제 이 상	5.5	3.3	1.5	2.2	3.3	5.0
기	타	-	3.9	2.1	2.3	0.8	0.3
결 혼 상 태							
미	혼	55.8	47.5	39.9	38.0	60.8	73.5
결	혼	44.2	52.5	60.1	62.0	39.2	26.5
경 력							
무		21.4	15.2	20.1	18.3	37.3	50.4
~	3 년	24.0	27.2	22.4	25.6	18.4	22.9
4	~ 6 년	14.5	29.8	31.2	21.7	18.5	16.6
7	~ 9 년	25.5	10.3	15.2	16.1	11.9	6.3
10	년 이 상	14.5	17.5	11.1	18.3	13.9	3.8
(평균 (년))		(4.7)	(5.9)	(5.0)	(5.4)	(4.0)	(2.3)
계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)		(365)	(360)	(391)	(363)	(390)	(428)

〈表 3〉 保健診療員 志願直前 勤務地

(단위 : %)

勤務地 \ 年 度	1983 年	1984 年	1985 年	1986 年
無	40.0	34.7	49.2	59.8
綜 合 病 院	28.6	38.6	34.0	29.0
市(郡)保 健 所	20.2	14.2	9.2	5.9
面 保 健 支 所	3.1	2.8	0.8	0.3
學 校 分 野	2.1	3.4	2.9	1.3
産 業 場 分 野	1.7	0.6	2.5	2.3
助 産 所 開 業	0.3	1.1	0.8	1.0
其 他	3.8	4.5	0.4	0.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(319)	(363)	(390)	(428)

〈表 4〉 保健診療員 配置現況

(1986.6.30)

道	配 置 數
경 기 도	197
강 원 도	146
충 청 북 도	162
충 청 남 도	234
전 라 북 도	259
전 라 남 도	322
경 상 북 도	333
경 상 남 도	249
제 주 도	43
계	1,947

나) 公衆保健醫師配置現況

1986 년 4 월 30 일 현재 公衆保健醫師는 총 1,087 명이 配置되었다. 이중 1,028 명만이 保健所 및 保健支所에 配置되었고 나머지 59 명은 병원선 및 교도소 등에 配置되었다.

공중보건치과의사 역시 총 741 명중 598 명만이 保健所 및 保健支所에 配置되었고 나머지는 병원선, 교도소 및 취약지병원등에 配置되었다.

農村地域의 保健支所가 1,303 개소이므로 공중보건의사가 配置되어 있지 않은 426 개소에는 축탁의사와 일반의사가 활동하고 있다. 반면 공중보건 치과의사는 139 개 郡保健所에 185 명이 配置되어 있어 保健所當 평균 1.3 명이 配置되었다고 할 수 있다.

이상과 같이 配置된 공중보건의사의 資格은 일반의사가 全體의 52.7 %, 인턴수료자가 3.0 %, 전문의사가 7.7 %, 치과의사가 36.5 %로 나타나 保健支所の 1次保健醫療事業의 질적강화를 위하여는 좀더 경력있는 의사(적어도 인턴수료의사)로 配置되도록 공중보건의사 配置基準이 改善되어야 할 것이다.(表 5 , 6 參照)

다) 統合保健要員配置現況

1次保健醫療의 주요 전문인력인 保健診療員과 공중보건의사 이외에 面單位에 상당수 配置되어 활동중인 統合保健要員の 配置現況은 다음과 같다.

邑・面單位의 豫防保健事業 즉 結核管理, 母子保健 및 家族計劃事業을 추진하기 위하여 配置되기 시작한 保健要員은 임시직 신분에 單一機能(結核擔當, 家族計劃擔當, 母子保健擔當)을 遂行하다가 單一機能을 統合하여 종합적인 서비스를 제공한다는 목적을 위하여

〈表 5〉 公衆保健醫師 및 齒科醫師 配置現況

(1986.4.30)

도	공 중 보 건 의 사		치 과 의 사		계
	보 건 소	보건지소	보 건 소	보건지소	
경 기 도	11	67	27	47	152
강 원 도	25	66	21	46	158
충 청 북 도	14	62	13	26	115
충 청 남 도	15	103	18	45	181
전 라 북 도	16	108	18	43	185
전 라 남 도	29	155	26	65	275
경 상 북 도	21	169	31	69	290
경 상 남 도	16	143	27	67	253
제 주 도	4	4	4	5	17
계	151 [*] (87)	877	185	413	1,626

註 : * 151 명의 보건소배치 공중보건의사중 87명은 MCH 센터에 배치된 수임.

〈表 6〉 年度別 資格別 公衆保健醫師 配置現況

자 격	1981	1982	1983	1984	1985	1986	계
일 반 의 사	176	311	325	256	383	434	1,885
인턴수료의사	-	-	-	3	11	48	62
전 문 의 사	-	-	237	46	53	58	394
치 과 의 사	140	139	177	176	260	306	1,198
계	316	450	739	481	707	846	3,539

자료 : 보건 사회 부 지역의료과, 지역의료사업현황. 1986.6.30 현재

1979 년부터 통합보건 요원교육을 시작하였다. 임시직으로 있던 保健要員은 1981 년 7 월 1 일을 지방정규직공무원이 기하여 되었으며 1984 년 7 월 - 12 월까지 통합보건시범사업이 政府에 의하여 實施된後 1985 년 7 월 1 일부터 전국 面單位에서 활동하는 保健要員은 統合保健要員으로서 활동하게 되었다.

統合保健事業을 實施하기 위한 措置로서 政府는 보건요원의 勤務地를 面事務所에서 보건지소로 바꾸고, 地域을(1 個面) 擔當地域으로 분할하여 각각 수행하던 事業을 統合함과 동시에 목표량을 대상인구를 감안하여 調整하고, 보건요원중 간호원을 선임보건요원(不在시 선임자로 직급 혹은 호봉상위자)으로 하여 의약품 및 물품관리 등을 책임지게 하였다.

1986 년 6 월말 현재 邑・面 統合保健要員은 총 2,910 명이 配置되어 있고 2 명이 配置된 邑・面이 전체의 85 %로 제일 높고 1 명과 3 명이 각각 6.6 % 및 7.7 %로 나타났다.(表 7 參照)

이들의 勤務地는 전원 保健支所에서 활동하는 率は 28.0 %에 불과하고 66.7 %가 邑・面事務所에서 그대로 勤務하는 것으로 나타났다.(表 8 參照)

앞으로 이들이 保健醫療事業에 전적으로 활용되기 위하여는 당초 계획대로 빠른시일내에 全員이 保健支所로 勤務地를 바꾸어야 할 것이며 邑・面當 평균 2.1 명이 配置되어 있는 수 역시 인구규모에 따라 증원되어야 할 것이다.

〈表 7〉 邑・面統合保健要員の 勤務地現況

(1986 . 6 . 現 在)

도	별	계	전원보건지소	전 원 일 부 만 음요원 - 군보건소		
				읍면사무소	보 건 지 소	나머지 - 보건지소
	계	1,434	401	956	72	5
	(%)	(100 %)	(28.0 %)	(66.7 %)	(5.0 %)	(0.3 %)
경	기	190	39	148	3	-
강	원	108	61	44	-	3
충	북	105	64	41	-	-
충	남	175	94	79	-	2
전	북	161	-	161	-	-
전	남	238	38	200	-	-
경	북	224	103	52	69	-
경	남	222	2	220	-	-
제	주	11	-	11	-	-

자료 : 보건사회부, 통합보건사업추진계획, 1985.

〈表 8〉 邑・面統合保健要員の 配置現況

(1986 . 6 . 現 在)

도 별 개소수		인 원	배 치 인 원 별 개 소 수				
			1 명	2 명	3 명	4 명	
계	수	1,434	2,910	94	1,219	110	11
	(%)		(100%)	(6.6 %)	(85.0 %)	(7.7 %)	(0.8 %)
경	기	190	377	5	183	2	-
강	원	108	211	11	92	4	1
충	북	105	209	5	96	4	-
충	남	175	386	1	139	33	2
전	북	161	344	3	133	25	-
전	남	238	430	52	180	5	1
경	북	224	448	-	224	-	-
경	남	222	483	17	161	37	7
제	주	11	22	-	11	-	-

자료 : 보건사회부, 통합보건사업추진계획, 1986.

2) 1次保健醫療人力의 訓練

1次保健醫療人力은 郡保健所에서 부터 保健診療所에 이르는 전체 保健醫療人力이 되겠으나 1次保健醫療精神에 의하여 개발된 人力은 保健診療員이며 또한 이들은 새롭게 개발된 것이므로 保健診療員訓練을 중심으로 기술하고, 農特法에 의하여 配置된 公衆保健醫師의 訓練은 간단히 요약하였다. 그리고 기타 人力에 대하여는 既存保健人力이므로 기술에서 제외하였으나 面單位 保健醫療人力중 상당한 수를 차지하는 통합보건요원에 대하여 간단히 제시하였다.

가) 保健診療員의 訓練

保健診療員에게 무엇을 가르칠 것인가를 決定하기 위하여는 우선적으로 그들에게 어떤 役割을 하도록 할 것이며 役割遂行을 위하여 어떤 직무가 必要한가가 決定되어야 한다.

따라서 직무설정을 위한 前提, 節次 및 設定된 직무는 다음과 같다.

(1) 職務設定을 위한 前提

① 地域社會內에서의 包括적인 1次保健醫療提供이 기초가 되어야 한다.

② 地域社會住民의 要求 (need)를 根據로 하여 地域社會特性에 따라 作成되어야 한다.

③ 職務領域은 母子保健, 家族計劃 및 營養改善, 診療와 地域社會組織, 行政 및 其他 保健事業으로 3個領域으로 區分한다.

④ 診療領域에 該當하는 직무내용중 大統領令이 定하는 輕微한 治療의 範圍를 기초로하여 患者를 早期에 發見하여 의뢰하는 것이 重要하며 治療를 적용해야 할 경우 증상위주의 治療 接

近方法이 必要하다.

(2) 職務設定의 節次

保健診療員에게 提供된 職務는 WHO의 재정지원을 받아 1981.2. 12-3.4 (3주간)까지 실시된 保健診療員管理要員 研修過程의 작업 결과로 설정되었고 設定時 農特法에 明示된 保健診療員의 業務와 農漁村住民의 保健醫療要求 및 1次保健醫療概念을 기초로 하였고 1982.11.8 - 19까지 WHO의 재정지원을 받아 既設定된 직무에 대하여 再分析을 거쳐서 당초 3個領域으로 設定된 직무가 7個領域으로 補完되었다.

(3) 教科課程內容 및 運營

保健診療員 教育은 基本的인 專門教育을 이수하고 現직교육의 형태로서 擴大된 役割을 수행하는데 必要한 知識 및 技術의 補強이 必要하므로 이에 알맞는 教育내용과 방법의 선택이 무엇보다도 시급하다. 따라서 短期間의 專門職要員의 訓練效果를 높이기 위하여 能力本位訓練方法 (Competency based training method)을 적용하였다.

더우기 訓練對象者인 保健診療員은 간호원 혹은 조산원의 資格으로 연령은 55세이하이면 志願할 수 있어, 기본간호교육제도의 변화에 따라 教育받은 기간 역시 3년 혹은 4년으로 다르고 경력역시 無經歷에서 數年の 經歷까지 多樣하므로 가르치고 배우는데에는 어려움이 多少있었으나 職務中心의 能力附與에 초점을 두었으므로 새로운 教育方法이 적용되었다.

教育期間은 理論教育 (8 주), 臨床實習 (12 주), 現地實習 (4 주)으로 구성되었으며 이론교육 8 주중에 50 %는 診療領域에 時間이 배정되었고 기타에 50 %의 時間이 배정되었다.

臨床實習 12주는 患者管理 및 母子保健管理에 必要한 技術習得에 초점을 두었으며 이론 및 임상실습 강사진은 의학분야가 전체의 66 %를 차지하여 제일 높았다.

현지실습은 保健診療員으로서의 現地適應能力과 地域社會內的 保健醫療活動을 직접 습득 시키는데 초점을 두었다.

教育機能은 地方分散教育方針에 따라 各道內的 醫科大學과 看護大學이 있는 곳은 該當學校가 맡고 그렇지 못한 경기도, 강원도, 충청북도와 제주도를 위하여는 서울에 있는 學校를 지정하였다.

教育運營은 한국인구보건연구원이 작성한 教育運營指針과 教材 및 教育運營豫算의 支援을 받아 管理教授가 되기 위한 3주간의 特別教育을 받은 管理教授에 의하여 실시되고 있다.

지난 5년간 실시된 保健診療員訓練에 대하여 保健診療員이 應答한 여러 調查研究資料¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾에 의하면 教育이 실제업무수행에 도움이 된 정도가 69.0 % - 84.1 %이며 教育中 診療管理教育이 제일 높아 84.1 %로 나타났으며, 강사들의 교육열의 및 교재활용을 포함한 계획대로의 교육운영정도가 78.9 % - 91.2 %이며 실제업무수행에서 제일 자신있다고 느껴지는 자신감정도가 地域社會組織 및 家族計劃이 90 %이상인 반면 診療 및 母子保健은 62.3 % - 68.2 %로 나타났다.

註 14) 김진순의, 保健診療員 활동평가조사연구, 한국인구보건연구원, 1982.

15) 이선자, 保健診療員들의 학습경험과 직무수행능력과의 관계에 대한 연구, 대한보건협회지, 제 9 권, 제 3 호, 1983.

16) 황나미의, 보건진료원 훈련생의 제 특성 및 교육실태분석, 한국농촌의학회지, 제 7 권 제 1 호, 1982.

결과적으로 그동안 實施된 보건진료원훈련은 훈련생의 入學水準의 차이, 能力本位訓練方法適用의 어려움, 學校의 강의실 및 실습지도팀 확보의 어려움이 다소 있었으나 교육운영의 圓滑함과 教育效果를 얻었다는 점에서 성과를 거둘 수 있었다.

나) 公衆保健醫師의 訓練

公衆保健醫師의 訓練은 國立保健院에서 實施하는 2주 이론교육과 10주의 임상실습으로 구성된다.

臨床實習은 公衆保健醫師의 대부분이 醫科大學卒業後 醫師로서의 수련과정을 거치지 않고 保健支所에 配置되게되므로 患者診療能力을 부여하는 좋은 機會가 될 것이며, 國立保健院에서 實施하는 2주 이론교육은 公衆保健醫師의 役割 및 機能을 이해하는데 必要한 教育이라 할 수 있다.

國立保健院에서 설정한 2주이론교육 목표는 다음과 같다.

教育目標: ① 邑面 保健支所에서 地域社會住民의 健康을 유지, 증진할 수 있는 能力을 부여한다.

② 疾病 및 事故에 대처할 수 있는 基本能力을 부여한다.

③ 公衆保健事業에 흥미를 갖도록 유도한다.

教科內容은 人口政策, 醫療人的 사명 및 人口政策으로 구성된 정신분야에 13.3%의 教育時間이 할당되었고, 직무공통 및 직무전공에 80%, 行政 및 其他領域에 6.7%의 時間이 할당되었다.

직무공통과목은 보안업무, 비상대비, 보건교육 및 보건통계의 內容으로 구성되었다.

전문과목으로는 保健所運營을 위하여 保健行政體系, 法해설, 문서관리 및 診斷書作成 등이 包含되었고, 保健醫療事業으로는 政府가 主要 保健事業으로 提供하는 각종보건사업(母子保健, 家族計劃, 結核, 環境衛生 등)이 包含되었으며 地域社會保健管理를 위하여 건강수준측정, 保健事業評價, 傳染病 유행조사 등의 方法에 대한 知識이 提供되었다.

公衆保健齒科醫師를 위한 이론교육기간도 2주이며 국립보건원에 의하여 실시되고 있다.

2 주간의 訓練時間分布는 정신분야에 7.9%, 직무공통과목에 22.4%, 專門科目에 61.8%, 行政 및 其他에 7.9%로 나타났다.

公衆保健齒科醫師의 이론교육은 구강보건관계 법규, 의료보험, 구강보건행정, 地域社會구강보건, 학교구강보건, 구강병관리가 중점적으로 다루어 진것으로 나타났다.

公衆保健醫師의 臨床實習은 內科, 外科, 小兒科, 產婦人科, 應急室 그리고 其他 特殊科를 돌아가며 경험을 쌓도록 計劃되어졌으며 實習病院의 지정원칙은 基本 4 科가 있는 지역중심병원(지방공사의료원, 민간취약지병원)으로 郡單位 혹은 중소도시에 位置한 곳에서 實習이 이루어 지고 있으며 구체적인 실습내용지침과 실습지도팀에 대한 方針이 없이 實習이 進行되고 있다.

公衆保健醫師의 訓練課程을 評價하기 위하여 1983년에 경남북 및 전남북지역에 配置된 86명의 公衆保健醫師를 대상으로 설문 및 면담조사결과¹⁷⁾에 의하면 保健行政分野의 理論教育의 경우 22.1%만이 도움이 되었고, 기타과목은 거의 도움이 되지 않은 것으로 應

註 17) 박정환외, 공중보건의사의 수련방안 연구결과보고서, 1983.12.

답되었으며 별로 도움이 되지 않은 이유는 教育內容이 현지 사정과 다르고, 教育方法의 부적합으로 나타났다.

임상實習의 경우 該當 專門醫師가 없어 充分한 實習이 이루어지지 않은 비율이 內科 17.4 %, 外科 16.3 %, 小兒科 39.5 %, 產婦人科 33.7 %로서 특히 產婦人科와 小兒科實習이 더욱 불충분한 것으로 나타났다.

이 상과 같이 공중보건의사훈련은 教育內容, 教育方法 및 實習教育全般에 관한 改善을 통하여 教育效果를 높일 必要가 있겠으며 地域社會住民의 保健醫療要求를 充足시키기 위하여 공중보건의사는 配置 이전에 充分한 준비를 갖추어야 될 것이다.

다) 統合保健要員의 訓練

統合保健要員의 訓練은 1981 년까지는 韓國人口保健研究院이 實施하다가 1982 년부터는 國立保健院이 訓練을 담당하고 있다.

國立保健院의 資料에 의하면 1982 년 - 1985 년까지 看護員資格인 統合保健要員의 訓練은 480 명計劃에 407명(84.8 %)을 教育하고 간호보조원 資格인 統合保健要員은 3,120 명 計劃에 3,084 명(98.8 %)을 教育한 것으로 나타났다.

看護員班은 총 12 주(이론 4 주 : 保健所實習 2 주 : 조산소실습 6 주) 중 이론 4 주는 國立保健院에서 實施되고 서울시내 保健所와 產婦人科醫院 혹은 조산소에서 實習이 이루어진다.

看護補助員班은 총 14 주(이론 4 주 : 保健所 2 주 : 조산소 4 주 : 現地實習 4 주)이며 경기도, 충남, 전남 및 경북등 4 개도관내의 看護大學 및 도청간호원중 관리요원 교육을 이수한 訓練팀에 의하여 道單位에서 實施되고 있다.

教科內容은 看護員班은 정상분만개조, 地域社會中心看護事業, 人力管理과 政府에서 推進하는 모든 豫防保健事業이 提供되며 看護補助員班은 모성보건, 영유아보건, 예방접종, 結核管理 以外에 환경위생, 保健教育, 患者發見依頼, 傳染病管理 등에 초점을 두어 進行되고 있다.

統合保健要員 訓練은 地方分散教育을 實施함으로써 地方行政當局의 권한이임과 동시에 保健事業의 責任을 부분적으로나마 地方行政當局이 지고 있다는 점에서 바람직하게 運營되고 있다고 할 수 있다.

그러나 이와 같은 教育效果가 실제업무수행에서 어느정도 나타나고 있는 가는 구체적인 研究를 거쳐 교과과정 改善에 繼續 반영되어야 할 것이다.

라. 1次保健醫療의 對象人口

1) 對象人口 (Target Population)

건강증진을 통한 HFA에 도달되기 위하여는 全體人口 (total population)가 대상이어야 한다. 그러나 1次保健醫療를 保健事業에 適用하는 과정에서 고려될 수 있는 것은 큰위험 (greatest risk)이 있는 集團이나 혹은 큰요구가 있는 (greatest need) 集團에게 保健醫療서비스와 社會的 開發서비스를 提供하는 것이 특별히 강조되고 있다.

따라서 保健醫療體系도 全體人口중에 건강상 위험에 노출되는 地域住民과 건강문제를 갖는 住民을 우선적인 대상으로 하게 된다.

따라서 대상인구를 total population에서 우선적으로 要求가 있는 특수인구층 (subgroup of the total population)으로 구분할 수 있다.

특수인구층의 구분¹⁸⁾에는 人口學的, 社會學的, 經濟的, 文化的 要因이 作用하는데 영아, 여성, 산업장근로자(industrial workers), 貧困層(extreme poor), 임산부와 農村과 도시취약주민(rural and urban marginal inhabitants)이 될 수 있다.

우리나라에서는 保健醫療要求가 큰 農漁村地域을 1次的인 대상인구로 정하였으며 農漁村地域中에서 특히 面以下地域의 벽지지역에 거주하는 주민전체를 대상인구로 규정하였다.

2) 事業對象集團(Service Target Group)

대상인구에서 기술된 바와 같이 대상주민전체의 건강수준이 향상되는 것이 최종목표이나 1次的인 目標集團으로 一般診療가 必要한 患者, 應急管理가 必要한 應急患者, 임신한 부인층, 家族計劃이 必要한 가임유배우부인, 結核患者, 미취학전의 모든 영유아, 傳染病이 의심되거나 앓는 인구, 環境衛生管理對象人口를 우리나라의 1次保健醫療 事業對象集團으로 하여 관리되고 있다.

事業對象集團을 결정하는 과정은 우선 현저한 위험(significant risk)을 주는 질병 혹은 사고와 우선순위가 높은 건강문제(p-priority health hazards)가 우선 고려되기 때문에 실제적인 事業推進에서도 包括的인 서비스제공이 불충분할 수가 있다.

우리나라도 1次保健醫療對象集團을 위에 기술된 바와 같이 설정하였으나 治療를 요하는 集團에 우선순위를 두었기 때문에 그외의 事業對象者管理는 積極的이지 못한 편이다.

註 18) World Health Organization, Health for All by the Year 2000 Strategies, pan American Health Organization 1980, p.136.

특히 農村地域의 保健問題는 保健教育을 통한 地域住民의 건강관리, 實踐水準의 향상과 基本環境衛生의 改善을 통하여 해결될 수 있으므로 個人, 家族 및 地域社會 全體를 대상으로 事業이 추진되어야 할 것이다.

마. 1次保健醫療人力の 活動分析

保健醫療人力の 活動分析은 評價에 의하여 이루어질 수 있으며 評價는 현재 進行되고 있는 事業內容, 事業組織과 資源割當에 대한 改善과 장래의 방향설정에 指針을 주기 위하여 매우 중요하다.

그러므로 保健醫療事業의 評價는 여러측면에서 實施되어야 하므로 어느 한 측면의 評價結果로 事業의 成果를 가름하기란 매우 어렵다. 더우기 保健醫療事業을 Input, Process, Output의 全過程을 통하여 계속적으로 實施되어야 함은 물론 組織的次元(Organizational performance)과 個人的次元(Individual performance)의 業務遂行이 당초 目標을 어느 정도 성취하였는가를 分析하여야 하므로 評價道具의 개발, 전문인력 확보, 평가기간 및 예산의 확보 등이 主要課題가 된다.

그러나 保健醫療事業이 目標에 도달되기 위하여 提供되는 各種 서비스 혹은 活動에 대하여 서비스를 받고 있는 住民의 서비스 利用率(Utilization rate)과 受惠率(Coverage)를 포함한 서비스 質(Quality)이 評價의 第一段階로 實施된다.

따라서 本章에서는 保健診療所 利用率과 保健診療員이 提供하는 서비스량에 대한 分析資料와 公중보건 의사가 제공하는 서비스제공자료를 중심으로 活動수준을 把握하고자 한다.

1) 保健診療員の 活動分析

保健診療所가 관할하고 있는 地域住民중에 2,111 家口를 표본추출하여 가구면접조사를 실시한 결과 한달간 保健醫療서비스를 받기 위한 기관이용율은 다음과 같다.

保健診療所利用率이 48.8 %로 제일 높았고 병원 24.2 %, 약국 18.6 %順이었다.

保健診療所 利用目的은 診察 및 治療가 제일 많아 88 %를 차지한 것으로 나타났다. (치료 및 진찰 : 978 건, 모자보건 : 15 건, 기타 상담 : 23 건)

治療 및 處置技術에 대한 住民의 반응은 보통이상 충분하다가 93.2 %로 매우 긍정적인 태도였으며 대부분의 住民은 30 分 이내에 보건진료소에 到着할 수 있었으며 治療費 역시 저렴하다는 반응이었다.(表11參照)

이상의 자료는 地域住民의 의료요구가 아직 다른 保健要求 보다 높음을 나타낸다고 할 수 있으며, 保健診療所는 地理的 및 經濟的으로 容易하게 지역주민이 이용할 수 있도록 設立된 취지에 부합된다고 추측할 수 있다.

保健診療員の 1 일 평균 서비스량을 保健診療員이 분기별로 作成하여 보고하는 분기보고자료에 의하면 1 일평균 15.6 件으로(1986년 2 / 4 분기자료)로 나타났으며 診療와 保健教育이 주요 서비스 內容이었다.(表 13 參照)

그러나 이와같은 서비스 제공건수는 지역주민의 건강요구를 얼마나 充足시켰느냐는 측면에서 분석될 때에만 주요 의미를 갖는다.

〈表 9〉 保健醫療機關別 利用 分布

機 關 名	百 分 率 (%)
病 醫 院	24.2
保 健 所	3.0
保 健 支 所	1.0
保 健 診 療 所	48.8
藥 局 (房)	18.6
漢 藥 房	2.9
其 他	1.6
計	100.0
(N)	(2,082)

N = 지난 한달간 訪問數

資料：김진순외, 보건진료소 이용도評價, 1985.

〈表 10〉 訪問目的別 保健醫療機關 利用 分布

區 分	診察및 治療	母子保健 家族計劃	其他健康相談
病 醫 院	24.1	31.3	19.4
保 健 所	2.8	15.6	-
保 健 支 所	1.0	-	3.2
保 健 診 療 所	48.5	46.9	71.0
藥 局 房	19.1	3.1	-
漢 藥 房	2.9	-	6.5
其 他	1.6	3.1	-
計	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,018)	(32)	(32)

N = 지난 한달간 訪問數

資料：상동

〈表 11〉 疾患別 治療 및 處置術에 對한 保健診療所 利用患者의 反應

區 分	充 分	보 통	不充分	計
소 화 기 계 질 환	69.5	23.0	7.5	100.0
두통・기침을 포함한 전신증상	72.1	21.2	6.6	100.0
손 상	60.2	33.9	5.9	100.0
빈혈증을 포함한 순환・정서장애	69.1	20.6	10.3	100.0
구 강 질 환	64.3	28.6	7.1	100.0
안 질 환	66.7	33.3	0.0	100.0
피 부 질 환	64.7	29.4	5.9	100.0
호 흡 기 계 질 환	70.1	24.8	5.1	100.0
신 경 계 질 환	71.4	28.6	0.0	100.0
근 골 격 계 질 환	63.1	32.3	4.6	100.0
비 뇨 생 식 기 계 질 환	44.4	22.2	33.3	100.0
其 他	20.0	80.0	0.0	100.0
計	67.6	25.6	6.8	100.0
(N)	(661)	(250)	(67)	(978)

N = 지난 한달간 疾患件數

資料: 상 동

〈表 12〉 保健診療所 利用住民의 選擇動機, 交通手段 및 治療水準에 대한 反應

區	分	分 布 (%)
<u>선택 동기</u>		
가까운 거리 및	교통편리	70.6
치 료 비 저 렴		15.9
치 료 효 과		9.4
기	타	4.1
<u>교통수단</u>		
도	보	91.4
자 전	거	4.4
버	스	3.7
기	타	0.5
<u>소요시간 (분)</u>		
0 ~	30	96.9
30 +		3.1
(평균 11.9)		
<u>치료비 수준</u>		
싸	다	78.9
적 당 하	다	15.1
비	싸 다	6.0

자료 : 상 동

〈表 13〉 保健診療員 1日 平均 서비스 提供件數

서비스 (월)	1985 년 도				1986 년 도	
	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6
보 건 교 육	2.0	2.4	2.3	2.1	2.4	2.7
모 성 교 육	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1
영 유 아 보 건	0.8	1.8	1.2	1.1	1.0	1.8
가 족 계 획	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.0
진 료	8.3	11.7	9.0	8.4	9.4	9.4
결 핵 관 리	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.9
구 강 보 건	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.1
계	12.1	16.9	13.4	12.7	13.8	15.3
(범 위)	-	-	-	-	(7.8-19.6)	(11.7-22.7)

자료 : 한국인 구보건연구원, 보건진료원이 작성하여 보고하는 분기현황 보고 자료

즉 地域住民의 健康要求 (health care need) 별 受惠程度 (coverage) 가 어느 수준인가가 평가되어야 한다.

따라서 서비스 수혜정도평가가 앞으로는 구체적으로 實施되어야 하며, 이것이 계속적으로 진행되기 위하여 (on going evaluation) 는 비용효과측면을 고려하여 현재 보건진료원이 기록하고 보고하는 서식에 보건의료요구별 서비스 충족수준이 충분히 把握되고 受惠率 (coverage rate) 이 측정될 수 있도록 기록 및 보고서식이 改善되어야 한다.

2) 公衆保健醫師의 活動分析

1985 년 10 월에 801 명의 公衆保健醫師를 대상으로 우편설문조사를 實施한 結果¹⁹⁾에 의하면 公衆保健醫師의 평균연령은 27 세이며 미혼이 51.6 %로서 기혼보다 다소 높았다. 이들의 76.7 %는 勤務地 管內에서 生活하며 23.3 %는 市·郡에서 통근하는 것으로 나타났다.

이들의 地域社會關聯活動은 地域住民對象, 中高校對象 및 其他모임을 통하여 集團教育實施率이 23.3 %이고, 地域社會組織의 活動率은 8.1 %로 나타나 보다 積極的인 活動이 要求된다.

같은 期間에 實施된 32 개 保健支所의 公衆保健醫師들의 業務遂行實態는 診療業務인 경우 환자상담이 62.5 %로서 제일 많이 遂行하였고 그외의 訪問診療, 依頼, 患者追求管理등의 業務遂行率은 각각 21.9 % - 34.4 % 水準으로 나타났다(表 14 參照).

〈 表 14 〉 公衆保健醫師의 診療業務遂行實態

(N = 32)

구	분	수 행 실 태			계
		잘하고있다	가끔한다	하지않는다	
방 문 진 료		31.3	65.6	3.1	100.0
환 자 상 담		62.5	37.5	-	100.0
임 상 검 사 의 퇴		21.9	50.0	28.1	100.0
환 자 의 퇴		34.4	59.4	6.3	100.0
환 자 추 구 관 리		34.4	46.9	15.6	100.0
진 단 서 발 급		12.5	59.4	28.1	100.0

자료 : 남철현의, 보건지소의 보건서비스 향상을 위한 조사연구, 한국인구보건연구원, 1986.

註 19) 남철현의, 보건지소의 보건서비스 향상을 위한 조사연구, 한국인구보건연구원, 1986.

월 평균 왕진건수는 3.5 건이며 의뢰환자수는 9 건으로 나타났는데
총 월평균환자수는 164.8 명으로서 하루평균 6.9 명을(한달근무일수
24 일 기준)診療한 것으로 계산될 수 있다.

환자진료이 외에 공중보건의사의 예방보건활동수행실태는 母子保健事
業中에서는 豫防接種이 31.3 %, 이유식지도가 18.8 %로 비교적 높
고 임신부관리는 5 %이하였다.

結核管理와 成人病管理는 각각 34 %이상 遂行하고 있으며 學校保
健의 신체검사 및 교육참여율은 65 %이상 잘하고 있는 것으로 나
타났다. 地域住民의 營養管理는 28 % 程度가 業務를 遂行한 것으로
나타났다.(表 15,16 參照)

< 表 15 > 1 個月間 保健支所 訪問 患者數

환자수 (명)	수	%
계	32	100.0
— 49	7	21.9
50 — 99	6	18.8
100 — 149	5	15.6
150 — 199	6	18.8
200 — 249	-	-
250 — 299	2	16.3
300 — 399	4	12.5
400 +	2	6.3
평균	164.81	
(S D)	(137.64)	

자료 : 남철현외, 보건지소의 보건서비스 향상을 위한 조사연구, 한국
인구보건연구원, 1986.

〈 表 16 〉 公衆保健醫師 月平均 往診 및 依頼件數

환	자	수	왕 진 건 수		의 퇴 환 자 수	
			수	%	수	%
	계		32	100.0	32	100.0
없	음		1	3.1	2	6.3
	1		-	18.8	4	12.5
	2		8	25.0	3	9.4
	3		1	3.1	2	6.3
	4		4	12.5	2	6.3
5	-	9	8	25.0	6	18.8
10	-	19	-	-	9	28.1
20	-	29	4	12.5	1	3.1
30	+		-	-	3	9.4
평	균		3.53		9.00	
(S . D.)			(2.54)		(10.67)	

자료 : 남철외, 보건지소의 보건서비스 향상을 위한 조사연구, 한국 인구보건연구원, 1986.

公衆保健醫師가 作成하여 報告하는 분기별 보고에 의하면 1986 년 4 - 6 월 (3 개월) 기간의 평균 1 일 진료건 수는 7.1 건으로 보고되어 있어 1985 년도에 실시된 현지조사결과 활동건수와 유사하다 (表 17 參照).

結果的으로 公衆保健醫師는 1 일 10 명이 하의 서비스대상자를 管理 하고 있어 좀더 생산적인 활동이 되도록 각종 대책이 강구되어야 할것이다.

〈表 17〉 分期報告에 의한 保健支所 平均診療件數

구	분	1985 년 도				1986 년 도	
		1 - 3월	4 - 6월	7 - 9월	10 - 12월	1 - 3월	4 - 6월
상	담	1.4	1.6	1.4	1.4	1.3	1.1
치 료 및 투 약		4.7	6.2	5.1	4.8	4.2	4.2
의	뢰	0.1	0.3	0.2	0.3	0.1	0.2
구 강 보 건		1.7	1.8	2.1	2.9	3.7	1.6
계		7.9	9.9	8.8	9.4	9.4	7.1

자료 : 보사부, 한국인구보건연구원, 보건소, 보건지소, 보건진료소사업량 평가, 1985, 1986.

3) 統合保健要員의 活動分析

統合保健要員의 配置現況에서 把握된 바와 같이 1985년 7월 1일부터 統合保健事業이 保健要員에 의하여 제공되도록 措置되면서 면을 몇개리로 구분하여, 保健要員當 地域을 분담하도록 하였다. 또한 勤務地를 保健支所로 옮기도록 하였다.

統合保健事業을 實施하기 위하여 政府는 保健要員의 既存業務인 母子保健, 家族計劃 및 結核管理外에 保健教育, 其他 家庭健康管理를 추가업무로 권장하였고 기타 家庭健康管理는 家庭에서 흔히 발생하는 불편한 증상 혹은 질병의 발견, 의뢰, 상담, 영양상태지도, 전염병발견 및 의뢰, 가정사고에 대한 교육을 내용으로 하고 있다.

業務調整以外에 이들은 12 - 14 주의 교육을 받았으며 保健所長 혹은 保健支所長의 지도감독을 받도록 하였다.

統合保健事業實施指針이 내려진 1 년 후에 이들의勤務場所는 66.7%가 그대로 면사무소로 나타났으며 활동 역시 기본업무수행이 대부분인 것으로 나타났다.

統合保健事業이 積極的으로 遂行되지 못하는 이유는 첫째, 保健要員資質不足(98.2 %가 간호보조원 자격소지자이며 이중 50.4 %는 중학교졸업자임), 둘째, 指導監督體系의 불완전, 세째, 人力不足(1人當 對象人口가 4,800 명임), 네째, 保健要員의 業務量 不適切(家族計劃目標量 강조로 인한 타업무소홀, 면사무소의 행정업무처리등), 다섯째, 勤務環境의 불충분 등으로 지적²⁰⁾되고 있다.

따라서 이들은 統合保健事業보다 目標量이 주어지는 既存業務에 치중되어 활동하면서 目標量達成에 주요관심을 두고 있다.

1985년 9월에 48명의 統合保健要員을 대상으로 勤務時間活用實態를 把握한 資料²¹⁾에 의하면 이들의 하루勤務時間이 保健業務에 35.0 %, 行政業務에 20.6 %, 其他個人用務에 32.3 %로 할애되었다. 保健業務中에서는 家族計劃에 제일 많은 시간이 소비되고 그 다음이 結核管理業務로 나타났다.

이 상과 같이 邑・面單位에 配置된 약 2,900 명의 保健要員을 앞으로 効率的으로 活用하기 위하여 공중보건의사와 保健診療員의 팀요원으로 活動하도록 하며 이들의 직접적인 기술지도 및 협의하에 대상자 발견, 등록 및 구체적인 관리 혹은 의뢰가 충분히 이루어지도록 재계 획되어져야 할 것이다.

註 20) 보사부, 통합보건사업추진계획에서 인용된 내용. 1986.

21) 박노예외, 보건요원 근무시간활용에 관한 연구, 국립보건원보 제 22 권, 1985.

이상과 같이 公衆保健醫師, 保健診療員 및 統合保健要員の 活動實態를 把握한 결과 이들은 地域社會住民에게 서비스를 직접 제공하는 人力이면서도 상호지원 협력이 거의 이루어지지 않고 각각 活動하고 있어 앞으로 팀活動을 통한 活用の 効率性を 높여야 할 것이다.

4) 保健醫療人力의 서비스提供程度를 分析하기 위한 提案

保健醫療人力의 活動分析을 제한된 자료이기는 하나 公衆保健醫師, 保健診療員 및 統合保健要員에 대하여 把握한 결과 이들의 活動을 생산적으로 유도하기 위하여 각종 措置가 必要함을 인식하였다.

이에 1 차적인 方法으로 保健人力의 事業對象者인 住民의 保健醫療要求 (health care need)를 산출하여 장래 이들의 活動分析에 기초자료로 사용함은 물론 현재의 活動에 guideline 으로 활용하기 위하여 다음과 같이 제안한다.

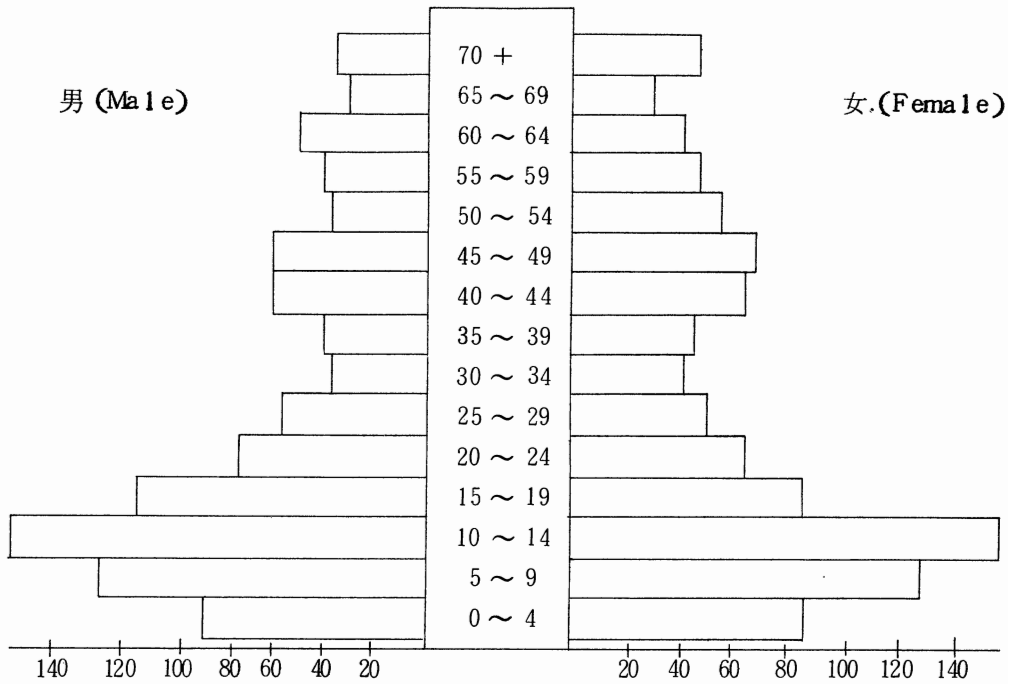
가) 保健醫療要求算出을 위한 人口規模

保健診療員이 관할하는 평균인구는 약 2,000 명이다. 또한 1 次保健醫療를 위하여 최말단서비스 單位의 관할인구는 2,000 명이 적절하다는 견해가 여러 文獻에서^{22) 23)} 제안되고 있으므로 2,000 명을 기준으로 하였고 1980 년도 인구센서스중 면단위 인구구조를 적용한 결과 연령별 및 성별인구분포는 〈表 18〉과 같다.

註 22) Robert Kohn, The Health Center Concept in Primary Health Care, Public Health in Europe 22, WHO, Copenhagen, 1983.

23) Nigel C.H. Stott, Primary Health Care, Bridging the Gap between Theory and Practice, Springer-Verlag, 1983.

圖 2. 2,000 名의 年齡構成



〈表 18〉 2,000 名의 人口構造別 人口數 및 分布

연령	인 구 수			인 구 구 조		
	계	남	여	계 (%)	남 (%)	여 (%)
0 ~ 4	177	91	86	8.9	9.2	8.5
5 ~ 9	251	125	126	12.6	12.6	12.6
10 ~ 14	299	150	149	15.0	15.1	14.9
15 ~ 19	203	113	90	10.2	11.4	9.0
20 ~ 24	137	74	63	6.9	7.5	6.3
25 ~ 29	106	57	49	5.3	5.8	4.9
30 ~ 34	79	39	40	4.0	4.0	4.1
35 ~ 39	87	40	47	4.4	4.1	4.7
40 ~ 44	125	60	65	6.3	6.1	6.5
45 ~ 49	129	60	69	6.5	6.1	6.8
50 ~ 54	97	43	54	4.9	4.4	5.4
55 ~ 59	89	40	49	4.5	4.0	4.8
60 ~ 64	85	46	39	4.3	4.7	3.8
65 ~ 69	55	25	30	2.8	2.6	3.0
70 +	81	34	47	4.1	3.5	4.7
계	2,000	997	1,003	100.0	100.0	100.0

자료 : 1980 년 인구센서스결 과의 면지역 인구구조를 근거 함.

나) 保健醫療要求別 算出基準

母子保健要求量算出은 조출생율, 임신소모율 및 政府指針 서비스제공기준을 適用하였다. 家族計劃要求量은 有配偶可妊者の 現 家族計劃實踐率, 方法別 實踐水準과 政府指針 서비스기준을 適用하였다.

結核管理要求量은 結核有病率, 균양성환자율, 등록율, 환자발견 수준을 適用하였으며 疾患管理는 유병율 및 서비스이용율을 근거로 하였다.

(산출기준에 사용한 유병율, 실천율등은 가능한 농촌수준을 적용하였다.)

그외의 노인 및 성인병관리, 환경위생관리는 연구자의 判斷을 기초로 하였다.

다) 保健醫療要求量

이상을 기초로 연간 保健醫療別 管理要求量은 다음과 같다.

母子保健이 총 1,652 건, 家族計劃이 2,170 건, 結核管理 536 건, 疾患管理 3,600 건, 노인 및 성인병 관리 3,308 건, 환경위생관리 930 건으로 총 12,196 건이 된다. 이 要求의 70 %만을 管理對象으로 할 경우 8,537 건이 되며 한달에 24 일 勤務日로 計算해서 1 年에 288 일이 총근무일이 되므로 하루 관리건수를 산술평균 할 경우 30건이 된다. (표 19 참조)

그러나 保健醫療要求別 健康 서비스제공시간, 기술수준, 방문에 所要되는 출장시간(특히 분만관리 및 산후관리, 환자관리등), 처치지원시간 및 지역주민의 參與水準에 따라 달라지므로 하루에 실제적으로 관리할 수 있는 서비스건수는 30 건보다 적어야 할 것이다.

또한 이 상에 제시된 要求量은 1980 년도 인구센서스자료를 기초로 하였기 때문에 과다추정 (over estimation)이 될 수 있으므로

〈表 19〉 農村住民 2000 명을 管理하는데 必要로 되는 保健醫療要求量

보건의료요구	산출기준	서비스기준	서비스량	참고자료
모자보건 1) 조출생율(84年) 2) 연간에 출생생수 3) 모성보건 산전관리 분만관리 산후관리 4) 영유아보건 출생아수 예 방 집 중 B C G D P T, 소아마비 (기본) (추가) 홍역 건강관리(성장및발육관리)	20,61,000명 41 41 41 41 0-12개월: 41명 " " 12-24개월: 36명 0-6 " 6-36 " 36-70 "	3회 3회 1회 각 3회 각 1회 1회 3회 6회 3회	123 41 123 41 82 36 63 540 357	1) 2) 모사부, 보건사회통계연보, 1986 3) 산전관리 대상자는 종업선전수(임신소모율포함)가 되어야 하나 임신소모는 임신전기에 대부분 발생하므로 실제관리대상은 애출생수로 함. 4) 서비스기준: WHO 자료를 기초로 최소한 관리되어야 할 횟수 5) 모사부, 가족보건 업무규정, 1983.
계			1,652	
가족계획 1) 유배우가임여실수 2) 가족계획실천율(%) 3) 가족계획대상수 4) 가족계획방법별 자궁내장치(%) 불임시술(%) 관능(%) 먹는피임약(%) 기타(%) 5) 가족계획비실천자수	240명 70.0 169명 26 (15.5) 89 (52.8) 11 (6.6) 16 (9.2) 27 (15.9) 71명	월 1회 " " " " 연 2회	312 1,068 132 192 324 142	1) 1980년 인구센서스중면 인구 비율 적용 2) 3) 모사부, 보건사회통계연보, 1986. 4) 방법별 실천수준: 한국인구보건연구원, 전국가족보건실태조사보고, 1982. 서비스기준: 모사부, 가족보건업무규정, 1983.
계			2,170	
결핵관리 1) 추정환자수 2) 결핵유병율(%) 3) 발견환자수 4) 미발견환자수 5) 균양성환자율(%) 6) 환자관리 등록(%) 연간 X-선검사 연간객담검사 부약 및 상담 연간 완전 치료자수 퇴짜자관리 연간 신규 환자 발견 X-선에 의한 방법(%) 객담검사에 의한 방법(%) X-선에 의한 환자 발견율(%) 객담검사에 의한 환자 발견율(%)	44명 2.2 18명 26명 35.0 50.0 22명 22명 11명 11명 6명 5명 (80.0) 1명 (20.0) 5.0 % 3.5 %	연 2회 연 4회 월 1회 연 1회 5 × 1/0.05 1 × 1/0.035	44 88 264 11 100 29	2) 3) 4) 5) 6) 모사부, 보건사회통계연보, 1986 6) 서비스기준: 모사부, 만성병관리사업지침, 1984.
계			536	
질환관리 연 1인당 병의원 방문수	연간 1인당 병의원 방문수	1.8회*	3,600	*송진용외, 우리나라의료요구 및 의료이용에 관한 조사 연구, 한국인구보건연구원, 1982. * 1.8회는 면지역 의료보험비가입자의 방문수를 적용함.
계				
노인관리 1) 65+ 인구 성인병관리 1) 30 ~ 64세 인구	136명 691명	연 4회 연 4회	544 2,764 3,308	
계				
환경위생관리 (1가구 4.3인 기준)	465 가구	연 2회 관리	930	

지역별로 適用할시 이 점이 고려되어야 한다.

바. 地域社會參與

이미 1次保健醫療概念에서 기술된 바와 같이 1次保健醫療가 目標하는 “ 모든 住民에게 건강을 ” 이라는 目標에 도달하려면 地域社會參與는 主要要素中에 하나이다.

Alma-Ata 회의에서²⁴⁾ 제안된 地域社會參與의 정의는 “個人, 家族, 地域社會의 건강문제와 복지문제해결의 책임을 지며 또한 그들 자신과 地域社會의 개발에 기여할 수 있는 能力을 개발하는 과정 ” 이라고 기술되어 있다. 그러므로 地域社會參與를 유도하기 위하여 1次保健醫療觀點에서는 地域社會를 體系的으로 組織할 必要가 있다. 특히 1次保健醫療를 위한 地域社會組織 (Community organization)은 地域社會의 구성원인 住民이 건강증진활동에 參與하기 위하여 組織되어지는 過程 (process)과 構造 (structure)로서 정의 되어 지므로²⁵⁾ 자주 地域社會參與와 地域社會組織을 같은 의미로 사용 하기도 한다.

그러나 地域社會參與는 地域社會住民의 實際的인 加擔 (actual taking part) 혹은 關聯 (involvement)을 의미하므로써 地域社會組織과는 구별되기도 한다.

地域社會라는 用語는 농촌마을 혹은 도시이웃등과 같이 같은 地域에서 살고 있는 集團을 의미하는 地域的 觀點에서의 地域社會

註 24) 전제서 1과 동일

25) Arthur Goldsmith, et al, Community Organization, Operations Research Issue PRICOR. Monograph Series Issues Paper 3, 1985.

(geographic community)와 종교, 인종 혹은 직업적집 단개념으로서 같은 지역에 살고있지는 않지만 機能的 觀點에서의 地域社會(functional community)로 이해되고 있다.

이상 地域社會 自體 및 地域社會參與가 무엇인가를 概念面에서 살펴보았으며 어떻게 地域社會參與를 위하여 活動하는가를 整理하면 다음과 같다.^{26) 27)}

事業計劃 및 實施를 위한 計劃段階에서의 의사결정에 參與, 事業 實施段階에서의 參與, 事業進行 및 成果를 위한 研究와 評價에 參與, 保健서비스 혹은 住民健康増進을 위하여 베풀어지는 각종 서비스를 받고 이용하는 것을 의미한다. 구체적인 地域社會活動內容²⁸⁾은 ① 保健醫療 活動全般에 參與하여 保健事業計劃에 의사결정, 우선순위설정, 保健事業의 개발 ② 資源의 提供으로서 地域單位 保健施設를 위한 건물 혹은 장소의 제공, 실험실의 확보, 물품의 공급, 地域社會기금에 의한 소규모 地域病院의 건립, 위생사업을 위한 노동력제공 ③ 서비스의 제공으로 地域社會 住民 스스로가 사람을 뽑아서 frontline care 를 맡기거나 다양한 특수사업을 제공하게 된다.

즉 서비스종류도 身體的 및 精神的인 不具者의 再活管理活動, 老人 管理活動(시설뿐 아니라 가정의 노인관리) 설사어린이의 탈수예방 활동, 기타 생명구조활동이 있다.

註 26) 상계서 18) 동일

27) 상계서 19) 동일

28) Bogdan M.Kleczkowski et al. Health System Support for PHC Public Health Papers, 80, WHO. Geneva, 1981, pp.33-40.

④自體健康管理로서 주민 스스로 건강유지 및 증진활동에 參與하여 문제중심보건교육 혹은 안내된 自己健康計劃에 參與한다.

⑤保健醫療人力과 地域社會住民과의 상호관계를 유지하므로서 保健醫療人力으로 부터 좋은 서비스를 받으며 地域社會는 保健醫療人力에게 地域社會의 특성, 사고방식, 습관을 전달하므로서 건강증진에 圓滑하게 협력할 수 있다. 또한 건강유지, 예방 및 增進을 위하여 地域社會自體內的 자원 및 住民의 活動만으로는 많은 제한이 있으므로 保健醫療人力의 도움과 협조가 必要하므로 긴밀한 협조관계의 유지가 중요하다.

이와 같은 地域社會參與活動이 體系化되고 지속적이기 위하여는 地域社會를 組織化하고 全體 地域住民의 行爲變化(Behavior change)을 위하여는 이와같은 活動을 이끌어갈 地域社會組織 혹은 裝置가 必要하므로 우리나라에서는 保健診療所運營協議會와 마을건강원(Village Health Volunteer)이 開發되었다.

保健診療所運營協議會委員은 15 인이내로서 部落의 全般的인 일을 맡아보고 있는 里長, 學校, 單位 農(水)協, 영농지도자 및 새마을사업 분야등에서의 각 지도자와 새마을금고 및 토지개량조합등의 대표로 運營委員이 구성되어 있다. 이들의 活動은 이미 住民의 건강증진을 위한 事業計劃 段階에서 평가단계까지 넓어져야 하나 운영협의회 활동을 把握한 結果²⁹⁾ 住民의 健康管理를 위하여 活動하는 保健診療所가 住民에 의하여 利用될 수 있도록 住民啓蒙 및 弘報

註 29) 장지섭, 농촌 1차보건의료연구보고서, 보건진료소운영협의회 운영 분석, 한국인구보건연구원, 1985.

活動과 保健診療所가 자체적으로 운영되도록 소정의 물품지원과 保健診療所建築을 위한 대지 제공등에 국한되어 있다.

保健診療所運營協議會의 年間會議의 개최회수는 평균 2.6 회이며 운영위원 2/3 이상의 參席率은 85.7 %로 나타났다.

會議開催回數와 參席率은 간접적이나마 주민관심의 尺度를 把握하는데 도움이 될뿐더러 運營의 계속성을 유지하는데 必要한 기본요소라 할 수 있다.

한편 地域社會參與의 一環으로 마을건강원이 개발되어 1985 년 부터 郡保健所單位에서 全國的인 教育이 이루어졌고 1986 년 부터 活動이 시작되었으므로 이들이 무엇을 할수 있으며, 어떻게 그들 地域社會住民의 건강수준향상에 기여할 수 있는가가 向後 分析되어야 한다.

以上の 地域社會參與을 평가하기 위하여 提案된³⁰⁾ 內容을 예로 보면 參與範圍(range of participation)와 참여완성도(completeness of participation) 측면에서 평가될 수 있으며 地域社會參與範圍는 地域社會參與의 Agents가 될 수 있는 地域社會保健委員會, 다른 地域社會組織, 地域社會開發活動과 건강촉진자중 몇개의 Agents가 參與하는가 하는 數를 의미하여 地域社會參與完成度は Agents 別로 가능한 活動들을 어느정도 遂行하였는가를 측정하는 것이므로 向後 우리나라의 地域社會參與 評價에 지금까지 기술되었던 地域社會參與活動, 活動內容과 評價內容이 고려되면서 우리나라 실정에 맞

註 30) Carlos A. Aguolelo C, Community Participaton in Health Activities; some concepts and appraisal criteria, Bulletin of the pan American Health Organization, 17(4), 1983.

는 model 이 개발되어야 할 것이다.

2.4 1次保健醫療推進過程

가. 健康達成의 意味

“ 2000 년 까지 모든 住民에게 健康을 ” (Health for All by the Year 2000) 라는 WHO 의 표어는 여러가지 意味를 갖는다.^{31) 32)}

즉 住民 누구에게나 健康을 달성하도록 하자는 것이다. 健康은 각 개인의 安寧을 의미하며 保健서비스에 접할 수 있다는 것만을 뜻하는 것이 아니다. 다시 말하면 健康을 해치는 것들을 排除하여야 한다. 즉 영양실조, 무리, 오염된 음료수, 비위생적인 가옥 등에서 탈피해야 하며 이러한 것들은 의사, 병원입원실, 의약품과 예방접종 약의 有無에서 기인하는 각종 의학적 문제와 같은 것이다.

또한 누구나 백살까지의 長壽를 누리게 한다는 것도 아니다. 嬰幼兒死亡率, 母性死亡率을 비롯한 각종 死亡率의 低下와 함께 각종 疾病의 罹患率을 줄여 平均수명을 연장토록 하는 것을 目的으로 하지만 개인 하나하나가 生産的 생활을 누리며 平安하게 생활하게 하자는 것을 뜻한다.

따라서 豫防가능한 疾病, 혹은 早期發見, 早期治療가 가능한 疾病에 대한 管理를 強化하여야 하며 1次保健醫療에 의하여 최대한 가능하도록 하자는 것이다. 그러므로 貧富의 차이나 地域間 거리의 차이 등에 관계없이 누구든지 惠澤을 받게 하되 地域社會가 감당할

註 31) Dr.H.Mahler, The Meaning of "Health for All by the Year 2000," World Health Forum, 2(1), 5-22 (1981)

32) Global strategy for Health for All by the Year 2000, "Health for All" Series, No.3, WHO, Geneva, 1981.

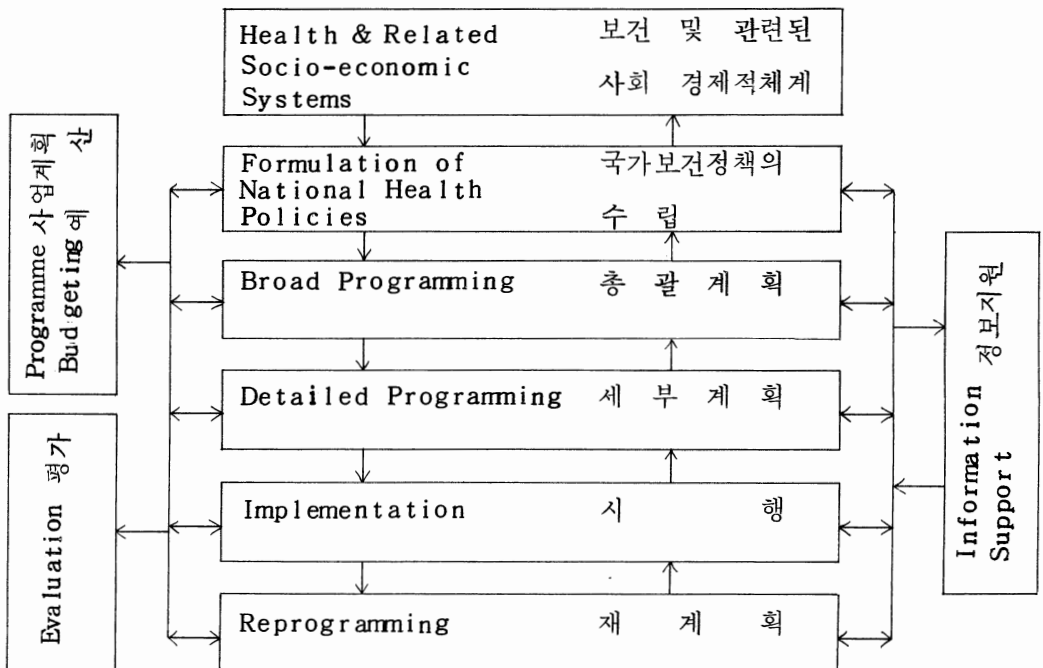
수 있는 範圍 안에서 이루어져야 함을 강조하고 있다.

나. 國家保健開發의 運營過程

1 次保健醫療의 접근방법으로 2000 년까지 모든 住民에게 건강을 (HFA/2000) 이라는 고귀한 目標達成을 위해서는 반드시 적절한 국가적 管理過程 (National Managerial Process) 이 있어야 하며 이를 통해서 戰略과 實踐計劃이 수립되고, 事業이 實施되며, 保健組織이 強化되고, 實踐過程을 추적하고, 평가하며 재계획이 이루어지는 과정을 갖는다.

國家保健開發을 위한 管理過程은 圖 3 과 같다.

< 圖 3 > Managerial Process for National Health Development
國家保健開發의 管理過程



資料 : Managerial Process for National Health Development
"Health for All" Series, No 5, WHO, Geneva, 1981.

1) 國家保健政策의 樹立

목표 (goals), 우선순위 (priority) 및 우선적인 目標達成을 위한 주요방침이 包含되어야 하며 방침 결정시에는 社會的 必要性和經濟狀態를 勘案해야 하며 國家의 經濟社會發展計劃의 일부가 되어야 한다.

2) 總括計劃 (Broad Programming)

國家保健政策을 計劃하여 각 단계별로 확실한 목적을 도달하기 위하여 다시 전략 (strategy)으로 표현 되어야 하며 가능하면 특정목표 (specific targets)가 明示되어야 한다.

3) 事業計劃豫算 (Programme Budgeting)

戰略의 實踐에 소요되는 여러가지 資源 (豫算)을 選擇적으로 배정한다.

4) 全般的 實踐計劃 (Master Plan of Action)

總括計劃과 事業計劃豫算 및 戰略 방향의 결과로서 戰略遂行에 필요한 保健 및 다른 分野의 行動實踐의 지침을 作成한다.

5) 細部計劃 (Detailed Programming)

戰略과 全般的 實踐計劃을 基本으로 하여 작성되는 것이며 目的, 目標, 技術的方法, 所要人力, 下部組織, 財政資源, 所要期間 등 統合된 保健體制를 通해서 實踐되어야 할 事項 등이 明示된다.

6) 實施 (Implementation)

細部計劃을 實踐으로 옮기는 가장 중요한 단계라 할 수 있다. 따라서 각종 細部計劃이 保健體系의 主要部分으로 운영하게 된다. 이러한 實踐을 위하여 事業・서비스기관의 매일매일의 운영과 사업의 계속적인 追跡 (monitoring)이 必要하다.

7) 評價 (Evaluation)

戰略의 발전과 운영상태의 評價는 效果 (effectiveness)의 향상과 效率 (efficiency)의 증진을 위해서 필수적이다.

8) 再計劃 (Reprogramming)

國家保健開發을 위한 운영관리의 일환으로서, 全般的 實踐計劃이나 그 일부를 수정 또는 삽입하는 것은 필요에 따라 계속적으로 이루어진다.

9) 情報支援 (Information Support)

위의 全過程을 통해서 관련되거나 필요한 통계자료를 包含 諸般 情報를 제공한다.

다. 管理過程에 必須的인 制度

管理過程에서 중요한 것은 계속성이며 일관성이다. 따라서 이를 위하여 다음과 같은 制度 (혹은 裝置)가 要求된다.

1) 保健部 (Ministry of Health)

위에서 記述한 계속성을 보장하기 위하여 保健部 (韓國의 경우는 保健社會部에 해당됨)는 중앙부처의 하나로서 정치적 또는 기술적 支援을 받아야 하며 동시에 保健分野는 물론 다른 분야 및 地域社會의 效果的인 협조를 얻기 위해서 制度를 설치하고 強化할 必要가 있다. 또한 保健部는 國家保健政策을 明示하고 保健計劃을 樹立하며 保健體系를 計劃, 運營, 監督할 責任이 있다.

2) 國家保健審議會 (National Health Council)

몇 나라에서는 이미 設立되어 기능을 발휘하고 있지만 이 審議會는 保健部를 위시하여 政府關聯部處의 대표와 권위있는 학자, 민간단체 및 전문직업단체의 대표로 구성된다.

이 審議會의 주요기능은 HFA라는 目標達成을 위한 政策樹立과 戰略實踐過程을 감독하며 평가 조정하는 최고기관이다. 한편 審議會는 保健開發이 經濟社會發展의 주요부분으로써 지방말단부에서 중앙에 이르기까지 圓滑하게 進行되도록 監視한다.

3) 保健開發의 中央機關 (National Centres for Health Development)

保健부와 保健審議會를 비롯한 政策 및 기술계층을 支援하기 위하여 保健開發中央機關 또는 이와 유사한 기관의 設立이 必要하다. 이 機關은 현재 存在하는 機關, 研究所, 教育 및 其他 各種 機關의 組織網으로도 이룰 수 있다. 이 機關은 國家保健政策, 戰略, 實踐計劃의 作성과 1次保健醫療 發展에 관련되는 運營管理 및 保健 서비스研究를 管掌한다. 또한 이 機關은 技術諮問, 教育訓練 및 情報交換에 関여하며 保健發展을 위한 기술요원의 확보에도 関여한다.

4) 實務集團 또는 實務者委員會 (Intersectoral Core Group)

運營過程의 시작은 보통 실무그룹이나 實務者로 구성된 委員會를 政府가 設置 임명하여 이루어 지는데 이 그룹은 각 分野의 전문가들로 構成되어야 한다. 그 임무는 1次保健醫療를 통한 2000년 까지 모든 住民에 건강을 (Health for All) 주자는데 関해서 國家的 차원에서의 戰略이나 事業計劃 등의 草案作成을 하게 된다. 이 實務그룹의 運營方法은 여러가지가 있으나 保健開發中央機關 (National Centre for Health Development)이 핵심적 役割을 하며 保健부와 政府 各機關 및 國家保健審議會와 긴밀한 協調를 갖는다.

5) 地方分權 (Decentralization)

接近方法, 政策, 戰略 또는 總括的 事業計劃 등은 中央에서 作成

됨이 원칙이지만 特別市, 直轄市, 道, 市, 郡 등의 地方水準에서 각각 그 特性을 고려하여 그 地方 事情에 적합한 細部計劃이 地方 자체적으로 작성되어 實踐되도록 그 권한과 책임이 부여됨이 바람직하다. 이것은 지역사회의 積極的 參與를 조성하는 데 도움이 된다.

라. 第1回評價實施 및 結果

HFA/2000의 戰略을 결의할 때 이 事業의 進行을 정기적으로 評價할 것이 豫定되었다. 이에 따라 각 會員國은 評價報告를 제출하였고 이를 토대로 1985년에 처음으로 세계적인 評價가 이루어졌으며 1986년 1월 WHO집행이사회는 이 報告書³³⁾를 세밀히 검토하여 5월의 世界保健總會에 제출하였다. WHO 전 회원국의 88%에 該當하는 146개국에서 提出된 평가보고서에서 각 회원국이 PHC와 세계 모든 住民에게 건강을 達成하자는 政策에 얼마나 열성적으로 事業을 展開하고 있나를 보여주고 있다. 이 방대한 報告書는 각 地域과 各國의 保健狀態의 問題點 및 PHC와 HFA/2000의 進行過程을 여러모로 把握할 수 있게 되어 있다. 그 중 주요한 것을 요약하면 다음과 같다.

1) 1975년부터 1980년까지의 人口增加는 아프리카(AFR)와 동부지중해지역(EMR)이 가장 높아서 매년 平均 3%가 增加하였고 1980년에서 1985년까지의 人口增加는 유럽지역(EUR)은 增加率이 정지상태였으나 다른 4개지역은 약간 떨어졌다. 가장

註33) Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000-Seventh Report on the World Health Situation,WHO, Geneva, 1986.

많이 감소된 곳은 서태평양지역 (W P R)이었다.

2) 1975 년에서 1980 년까지의 粗死亡率 (Crude Death Rate) 은 平均 47.6 으로서 아프리카와 동부지중해지역에서 報告된 것이 최고였으며 1980 년에서 1985 년까지의 死亡率은 아프리카를 除外한 全地域에서 감소되었다.

3) 지난 10 년간 (1975 ~ 1985)에 前述된 國家에서의 人口의 도시이동이 현저하였는데 그 중 아프리카와 아메리카지역이 심하였다. 아프리카地域에서는 도시인구가 75 %나 증가되었으며 2000 년에는 세계인구의 절반이 都市에 살게 될 展望인데 대도시 20개중 17개는 개발도상국이 차지할 것이다.

4) 55 개국 (대부분은 유럽과 아메리카지역)은 GNP의 5 % 以上을 保健에 割當하였으나 43 개국 (동남아시아 및 동부지중해 地域의 全國家를 包含)은 5 % 以下다.

5) 1次保健醫療의 주요 부분의 有無를 보면 保健發展狀態를 알 수 있다. 안전한 음료수의 공급을 보면 57 개국에서 80 %가 惠澤을 받고 있는 반면 85개국 (동남아시아, 아프리카 및 동지중해지역의 대다수 國家들)에서는 惠澤을 받는 人口가 80 %이하이다.

6) 적절한 위생시설 (변소등)이 각 가정이나 근처에 있는지에 대해서는 43 개국에서 80 %이상이 있다고 하였고 73 개국 (대부분이 아프리카나 동남아시아지역)은 80 % 이하라고 報告되었다. (동남아시아, 동지중해 및 아프리카지역의 몇 나라는 農村地域에는 적절한 衛生施設이 1 %水準이라고 하였다.)

7) 38 개국 (유럽地域 全部를 包含)은 80 %이상의 妊娠婦가 訓練된 要員의 도움을 받고 있으나 41 개국은 80 % 이하라고 報

告되었다. 報告한 나라 중 약 절반은 保健要員이 分娩介助를 한다고 하였다.

8) 保健醫療서비스의 利用施設의 有無에 있어서는 최소한 20 種類의 필수약품이 備置된 곳까지 한 시간 이내에 걸어서 갈 수 있는 것을 의미한다. 66 개국이 80 %이상의 人口에게 惠澤을 주고 있다고 하였으나 65 개국은 報告를 하지 않았는데 그 중에는 아프리카에서 25 개국, 아메리카地域에서 21 개국이 包含되어 있다.

9) 123 개국중 77 개국은 신생아중 90 %이상이 2,500g 의 低體重兒이며 155 개국중 74 개국은 嬰兒死亡率이 1,000 명당 50 이하라고 하였다 (한편 81 개국은 50 이상, 44 개국은 100 이상이라고 하였다.) 144 개국중 81 개국은 平均壽命이 60 세이상이라고 報告하였다.

10) 성인문맹율에 있어서 133 개국 중 75 개국이 30 %이하라고 하였다. 여성문맹율은 保健과 관련있는 指標인데 많은 개발도상국의 문맹자의 2/3 는 여성이다.

結論적으로 HFA의 進度和 效果에 관해서 많은 國家는 상당한 성공이 있음을 報告하였으며 특히 保健醫療施設이 人口에 쉽게 接近할 수 있게 되었다고 報告하였다. 끝으로 事業의 成果를 評價하기는 이르지만 건강향상의 성과를 계속하여 追跡하고 評價하여야 하며 이를 위해서 특히 嬰兒死亡率, 平均壽命 등의 경향이 追跡되어야 함이 강조되었다.

世界保健總會는 HFA의 戰略의 追跡과 評價를 계속할 것과 1989 년에 제 2 회평가를 하도록 결의하였다.

2.5 韓國의 1次保健醫療의 當面課題

가. 國家保健政策과 1次保健醫療

이미 前述된 바와 같이 政府는 1978년에 채택된 PHC를 제4차 經濟社會開發 5個年計劃(1977-1981)에 반영하여 1次保健醫療의 強化를 重要施策으로 채택하였으며 3段階 保健醫療傳達體系(保健所,保健支所 및 保健診療所)의 確立에 주력키로 하고 1980년말에는 農漁村保健醫療을 위한 特別措置法을 制定하였으며 1977년부터 醫療保險制度도 導入되었다.

그후 제5차경제사회개발5개년계획(1982-1986)期間에도 1次保健醫療는 強化되었으며 제6차5개년계획(1987-1991)은 社會福祉面에 중점을 두어 全國民에게 醫療保險의 惠澤을 주도록 計劃함은 물론 1次保健醫療의 接近方法이 보다 擴大強化되어야 함을 強調하였다.

PHC가 世界的으로 國家保健政策에 導入되어 實施되면서도 1次保健醫療에 대한 理解가 아직 잘 되어 있지 않음(1次保健醫療에 대한 誤解)이 WHO의 유럽地域事務處에서 主催한 한 심포지움(1次保健의 理論과 實在)의 報告에서 다음과 같이 지적되고 있다.³⁴⁾

“産業化된 몇 나라에서 보면 다음과 같은 세가지 誤解를 일으키고 있다. 즉, 첫째, 1次保健醫療는 새로운 概念이며 둘째, 開發途上國에 該當되는 것이며 셋째, 1次診療(primary medical care)

註 34) Primary Health Care - From theory to action, Euro Report & Studies 69. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1982.

와 1次保健(primary health care)은 同一한 것이다."

이러한 誤解는 우리나라에서도 흔히 나타나고 있으며 심지어 1次保健醫療는 低質醫療(second class care)이며 保健診療員 즉 간호원만이 從事하는 일처럼 생각하는 것이다. PHC는 WHO와 UNICEF가 새로이 定立했다고 할 수 있으나 그 概念 自體는 오래 전부터 存在해 왔다. 또한 PHC는 1次診療 - 즉 간단한 疾病(감기, 두통, 설사)이나 外傷을 診察하고 治療하는 것 - 만을 뜻하는 것이 아니라 豫防的措置와 健康増進을 위한 여러가지 活動을 갖는다.

그러므로 우리나라는 後進國에서 中進國이 되었으나 1次保健醫療의 惠澤 - 그것도 質的으로 우수한 - 을 全 國民이 골고루 提供받지 못하고 있기 때문에 위에서 지적된 誤解를 拂拭시켜야 하며 또한 2次 및 3次診療施設을 위한 지나친 投資는 낭비를 招來할 뿐이지 HFA 目標達成과는 方向설정이 맞지 않으므로 이 점이 고려되어야 한다.

나. 保健政策樹立 및 運營體系의 確立

國家保健開發을 위한 運營體系의 중요성을 인식한 우리나라는 1975년에 韓國保健開發研究院法을 제정할 때 保健政策協議會를 設置하였으며 經濟企劃院 長官인 副總理를 委員長으로, 保健社會部 長官을 副委員長으로, 內務, 文教 등 長官과 各계各층의 권위자를 委員으로 선임하였다.

한편 韓國開發研究院(KDI)안에 保健企劃團을 두어서 주로 KHDI의 示範事業의 評價와 保健政策資料蒐集을 하는 한편 保健政策協議會의 事務局의 役割도 하도록 하였다.

위와 같은體系는理論上으로는타당하였으나實際運營面에서는
애로사항이 있어서 결국, 1983년 12월 韓國人口保健研究院法을改
正할 때 協議會와 保健企劃團의 條項이 削除되었다. 近來의 保健政
策의 樹立은 保健社會部가 주로 담당하고 있는데 關係部處間的 協
調가 충분히 이루어지지 않거나 혹은 各 部處가 자기 책임진 範
圍와 關聯된 부문에서 保健政策과 密接한 問題를 다루기도 한다.
이와 같은 현상은 지방(서울特別市, 直轄市, 道와 市·郡·區水準)
에서도 동일하며 保健社會部の 방침이 신속하게 실행되지 않기도 하
다.

따라서 國家保健政策의 樹立이 시급하며 그 政策에 입각한 戰略
을 작성하고 그 實踐을 지도 감독하는 體系를 確立하기 위하여 다
음과 같은 機構의 設立과 機能附與가 必要하다.

1) 保健政策協議會

韓國保健開發研究院法에 의해서 設置되었다가 없어진 것을 再設置
하든지 어려움이 있으면 이를 변경하는 것도 고려할 수 있다.
즉 현재 人口政策協議會가 設置되어(經濟企劃院長官이 委員長으로,
保健社會部長官이 副委員長, 關係長官을 委員으로함) 人口抑制, 家族
計劃 등의 政策을 樹立하여 그 施策의 運營을 감독하고 있는 데
이 協議會의 機能範圍를 넓혀 保健問題까지를 包含토록 함이 보다
타당성이 있는 方法이라고 고려될 수 있어 그 명칭도 人口保健政
策協議會로 함이 타당할 것이다.

2) 保健開發實務委員會

保健政策協議會의 직속기관으로 協議會가 위촉하는 각종사항을 취
급하는 실무적이며 기술적인 기관이며 필요에 따라 분과위원회를 둔다.

3) 韓國人口保健研究院 (KIPH)

KIPH 는 실질적인 주요업무 — 즉 各種 政策, 戰略, 計劃 등의 草案作成, 事業實施 過程에서의 指導, 監督 및 評價, 要員訓練의 參與 및 關聯된 研究業務를 담당한다. 그러므로 KIPH 의 關聯職員은 保健開發實務委員會의 重要구성원이 된다.

4) 地方水準에서의 活動

서울特別市, 直轄市 및 道 水準에서는 중앙의 保健開發實務委員會에 준하는 기구가 설치되어 해당관내에서의 細部計劃의 樹立, 戰略의 作成, 指導, 監督 및 評價를 담당함이 바람직하다.

다. 保健計劃의 樹立, 實踐 및 評價

앞서 기술된 WHO에서 권고한 國家保健開發의 管理過程을 그대로 實踐함으로써 保健計劃의 樹立, 實踐 및 評價가 可能하다.

이를 위하여는 우선 各種 示範事業에서 얻은 經驗들을 참고하거나 과거의 事業評價를 정밀하게 分析한 후 國家保健政策의 樹立이 이루어져야 하나 이것이 충분히 分析되어 있지 않으므로 總括計劃과 細部計劃의 차질이 흔히 오고 있다.

예를들면 政府는 長期保健醫療計劃樹立의 일환으로 醫療의 地域的 균배와 합리적인 후송체계의 모델 개발을 1981년 韓國人口保健研究院에 의뢰하였다. 韓國人口保健研究院에서는 自體人力과 學界의 專門家를 동원하여 全國 保健醫療網 編成을 위한 調查研究³⁵⁾를 實施하여 1982년 9월에 報告書를 政府에 제출하였다.

註 35) 全國保健醫療網編成을 위한 調查研究報告書, 韓國人口保健研究院, 1982.

이 研究의 結論中에서 중요한 점은 醫療機關을 1次, 2次, 3次로 區分하며 각기 診療圈을 設置하여 각 醫療機關의 活動範圍와 地域을 設定하자는 것이다.

따라서 이와같은 研究結果를 기초로하고 國家의 諸般經濟社會開發計劃에 맞추어 保健事業의 總괄계획은 細部計劃으로 細分化되어야 하며 적절하고 필요한 節次를 거쳐서 決定되고 성실하게 實踐되어야 한다. 또한 保健事業計劃의 實踐過程을 精確하게 추적 (monitoring) 하여 이를 토대로 當初計劃을 調整 또는 修正하여야 된다. 그러므로 우리나라도 이 過程을 유지하여야 할 것이다.

라. 一線에서의 1次保健醫療體系의 強化

우리나라의 1次保健醫療體系의 핵심은 市·郡에서는 保健所, 邑·面에서는 保健支所 그리고 農漁村의 오지벽지에서는 保健診療所로 되어 있다. 이들 3단계기관은 行政機關(市·郡·邑·面)의 直接支援과 地域社會의 적극적인 參與를 통해 活動하도록 되어 있다.

동시에 이들 3단계의 保健醫療機關은 자체가 질적으로 충실하며 상호협조가 긴밀하게 이루어져야 하는데 현실적으로 불충분한 점이 있다. 이러한 약점중에서도 가장 문제되는 것은 人力問題라 할 것이다. 保健所長은 醫師로서 保健管理에 경험과 지식이 있어야 하는데 全國의 保健所長中 2/3는 의사자격이 아닌 保健職公務員이며 職員들은 기술직보다는 행정계통이 수적으로도 많다.

따라서 保健所가 서비스機關으로서의 기능보다 行政機關과 같은 인상을 주고 있다.

保健支所는 최근 保健支所를 強化토록 하는 政府方針의 변경에 따라 상당한 豫算이 投入되어 建物, 裝備 및 醫藥品普及에 많은 진

전을 보고 있다. 保健支所長으로 配置된 公衆保健醫師는 醫科大學을 卒業한 直後에 부임하게 됨으로써 經驗 및 知識이 충분하지 못하며 또한 그들의 사기가 저조하여 소수의 患者診療에만 국한되어 있어 예방, 보건, 환경위생등의 活動은 거의 하지 못하고 있어 地域社會住民의 기대에 못미치는 實態이다.

한편 이들의 法的 身分도 불분명하며 行政機關, 保健所 및 地域內 醫師會의 지원도 저조한 실정이다.

따라서 이상의 問題點이 해결되면 保健支所의 活動은 地域社會保健發展에 크게 기여하게 될 것이다.

保健診療所는 韓國人口保健研究院에서의 示範事業을 通해서 얻은 유익한 經驗과 保健診療員 자신이 희망하여 임명되었고 職務教育도 체계적으로 24주간을 이수하였기 때문에 사기가 비교적 높아서 事業이 圓滑하게 進行되고 있다. 또한 地域社會住民의 기대에 크게 부응하고 있다. 그러나 많은 保健診療所가 診療活動에 치중 되어 包括的인 保健活動이 부진한 경향이 있으며 保健支所와의 協력이 불충분하다. 그러나 위의 취약점이 보완된다면 보다 큰 성과를 기대할 수 있을 것이다.

최말단인 里·洞·部落에는 마을건강원을 단기 훈련하여 거주지에서 자원봉사자로서 活動토록 하였다. 현재 상당히 많은 수(12,000명)의 마을건강원이 배치되어 保健教育, 母子保健, 家族計劃, 傳染病管理 및 出生, 死亡統計 등에 參與하고 있으므로 앞으로 계속 개발 활용되어야 할 것이다.

또한 地域社會內에는 여러 機關, 團體, 學校 및 自治會合인 있으며 農業(또는 水產) 協同組合, 새마을운동, 4 H클럽, 부인회, 종교단체

(교회나 사찰) 등이 많이 있고 그외 훌륭한 事業을 전개하고 있는 곳이 많다. 1次保健醫療는 이러한 기관단체와 긴밀하게 협조하여 공동목표인 보다 더 잘 살기 위한 노력이 경주되어야 한다.

1次保健醫療를 제공하는 施設 중, 公共機關 以外에 各種 民間醫療施設이 있는데 이들의 役割이 매우 중요하므로 이들과의 협조체계가 확립되어야 한다.

1次保健醫療를 지원하는 2次 또는 3次保健醫療施設의 役割은 더욱 중요하다. 郡이나 市에 소재한 專門開業醫院, 病院 또는 綜合病院, 特殊病院은 1次保健醫療發展에 없어서는 안되며 특히 대도시의 大學病院, 研究所 등도 그 役割이 중요하다. 이들은 1次保健醫療施設에서 이송되는 患者의 診療와 退院後 추구 관리를 위해서 상호 유기적인 협력이 있어야 한다.

한편 大學이나 이들 기관은 地域內 保健要員의 재교육에도 좋은 성과를 기대할 수 있다. 그러므로 우리나라에서는 이점의 중요성을 인식하여 상호간의 많은 협조가 강조되어야 한다.

마. 地域社會參與

1次保健醫療를 추진하는 데 가장 중요한 요소의 하나는 地域社會의 적극적인 參與이며 하행식 (top to down) 이 아닌 상행식 (bottom up) 接近方法이어야 한다. 이러한 원칙에 따라 各水準에서의 郡・邑・面・洞・里 - 地域社會參與를 위한 組織이 있어야 한다. 그러나 이 組織이 1次保健醫療만을 위하여 단독으로 設立되든 다른 組織의 기능에 統合되든지간에 그 組織을 통해서 事業理念을 주지케 하며 필요에 따라서는 물질적, 재정적 협조나 노동력을 제공할 수도 있다.

그러나 더욱 중요한 것은 1次保健醫療의 管理過程에서 地域社會가 직접 關여하여야 하며 政府(중앙이나 지방)는 地域社會가 關여하도록 이들을 유도하여 官主導的인 사고방식을 止揚하고 地域社會가 主役이 되도록 지원하여야 한다.

Ⅱ . 研究方法 및 資料

1 . 研究方法

1 次保健醫療는 2000 년까지 전세계 모든 住民이 社會的 및 經濟的으로 生産的인 生活을 할 수 있는 적절한 건강상태에 도달하도록 하는 接近方法 (approach)으로 선언되면서 새로운 概念이 아닌 새로운 接近方法임이 강조되고 있다.

그러므로 1 次保健醫療는 “ 모든 住民에게 건강을 ” 이라는 (Health for All = HFA) 目標에 필수 요소이며 어떻게 國家保健政策에 도입될 것인가가 主要課題인 것이다.

세계보건기구 (WHO)는 ³⁶⁾ 서기 2000 년까지 HFA에 도달되기 위하여 실시되고 있는 國家的次元의 각종사업의 진행 (progress)을 평가할 수 있는 (monitoring) 지표 (indicators)를 다음과 같이 제시하였다. 다음의 지표를 제시하면서 세계보건기구는 이들 지표는 특히 保健醫療事業評價에 기초가 되는 指針임을 강조하였다.

(1) 保健政策指標 (health policy indicators)

- ① HFA를 위한 정책입안 (political commitment to HFA)
- ② 자원할당 (resource allocation)
- ③ 보건자원의 공정한 분배 정도 (the degree of equity of distribution of health resources)

註36) World Health Organization, Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000, WHO, Geneva, 1981.

④ HFA 에 도달하기 위한 地域社會 개입

(Community involvement in attaining health for all)

⑤ 組織的 틀과 運營過程

(Organizational framework and managerial process)

(2) 保健에 관련된 社會的・經濟的 指標

① 인구증가율 (rate of population increase)

② 국민총생산 (GNP)

(gross national product or gross domestic product)

③ 수입분배 (income distribution)

④ 작업조건 (work conditions)

⑤ 성인문맹율 (adult literacy rate)

⑥ 주택 (housing)

⑦ 식량유용성 (food availability)

(3) 保健醫療提供指標 (Indicators of the provision of health care)

保健醫療提供指標은 서비스 範圍 혹은 수혜 (coverage)가 강조되면서 유용성 (availability), 시설접근성 (physical accessibility), 경제문화적 접근성 (economic & cultural accessibility)서비스이용 (utilization of service), 사업의 질 (quality of care)이 중요시 되며 2 개의 서비스 수혜 (coverage)로 나누어 진다.

① 1次保健醫療에 의한 수혜

(Coverage by primary health care)

② 의뢰체계에 의한 수혜

(Coverage by the referral system)

(4) 保健狀態指標 (Health status indicators)

- ① 영양상태 및 어린이의 정신사회적 발달 (Nutritional status and psychosocial development of children)
- ② 영아사망율 (infant mortality rate)
- ③ 유아사망율 (ages 1-4 years inclusive)
- ④ 수명 (life expectancy at birth or at other specific ages)
- ⑤ 모성사망율 (maternal mortality rate)

이상의 指標들은 특히 政策的 水準에서는 國民의 健康狀態가 향상되고 있는지 그리고 保健政策戰略 및 實施計劃이 계획대로 進行되고 있는지를 把握하고 혹시 수정할 必要가 있는지를 把握하는데 必要할 뿐더러 地域社會 또는 어떤 특수 서비스 수혜집단의 건강 수준을 관찰하고 國內・外的인 건강수준비교에 가능한 것이다. 이들 指標들을 위한 자료수집 방법은 여러가지가 있을 수 있으나 자료수집을 위한 費用效果側面을 고려하여 出生申告, 인구 및 주택센서스자료, 건강서비스기록부 (routine health service records), 疫學的 조사자료 (epidemiological surveillance data), 사회조사방법 (sample surveys), 질환등록부와 기타 보건의외의 각종자료등이 活用될 수 있다.

本 研究에서는 이상 4개영역의 指標中 保健醫療提供指標에 한정하였으며 保健醫療提供指標 (1次保健醫療와 의뢰체계에 의한 수혜로 구성됨) 중에서 1次保健醫療에 의하여 항상 가능한 서비스만을 연구대상으로 하였다.

세계보건기구는 1次保健醫療수혜대상 서비스³⁷⁾를 保健教育, 營養增進, 음료수 및 기본위생, 모자보건, 예방접종, 지방풍토병의 예방과 관리, 통상질환의 치료, 필수약품의 제공으로 제시하였으나 本研究에서는 우리나라의 保健水準과 장래의 保健水準變化를 고려하여 다음의 서비스를 설정하였다.

本 研究에서 設定된 1次保健醫療서비스 範圍

(1) 疾患管理: 유병율, 이용수준

- ① 통상질환관리
- ② 전염병관리: 결핵관리, 기타전염병관리
- ③ 만성질환관리: 당뇨병, 고혈압
- ④ 사고관리

(2) 母子保健管理: 實踐水準, 利用水準

- ① 모성관리: 산전, 산후, 안전분만실천수준
- ② 영유아관리: 영유아상담수준, 예방접종수준, 성장발육수준
- ③ 가족계획: 가족계획실천수준

(3) 基本衛生: 안전수준

음료수 및 인간배설물의 처리 및 안전수준

(4) 精神保健: 유병율, 관리수준

(5) 營養管理: 단백질섭취량, 열량섭취량

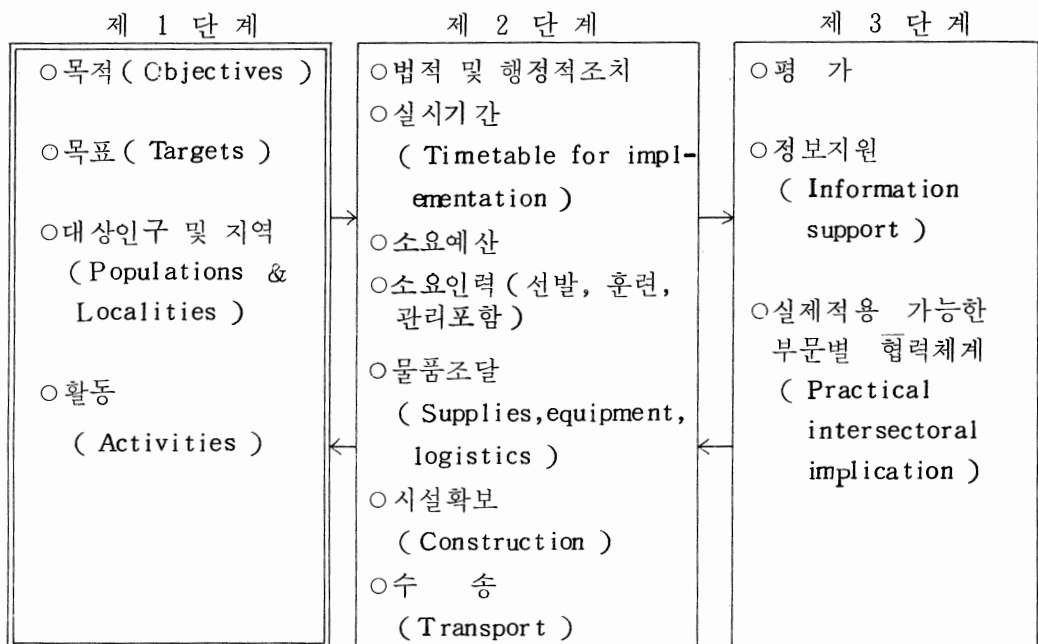
(6) 保健教育: 건강행위실천수준, 보건교육제공수준

註37) 전게서 1) 과 동일

이상과 같이 設定된 서비스를 통하여 住民의 건강을 향상시키기 위하여는 이들 서비스가 實際적으로 운영될 수 있는 具體적인 計劃으로 (detailed programming) 轉換되어야 한다. 구체적인 計劃過程은 人力計劃, 施設, 物品調達, 輸送 (transport), 年活動계획 (calendar of action), 豫算, 保健醫療體系와의 관계가 고려되면서 최종적으로 計劃文書 (programme document) 로 될 때 基本計劃樹立이 완성될 수 있다.

그러나 本 研究에서는 研究期間 및 人力의 制約과 國家保健醫療傳達體系의 未確定을 감안하여 圖 4 와 같이 제 1 단계의 연구내용으로 한정하였으며 제 2 및 제 3 단계의 研究는 앞으로 계속해서 深層研究가 되어야 할 것이다.

〈 圖 4 〉 段階別 基本計劃樹立에 必要한 研究內容



2. 資 料

2.1 保健醫療提供指標別 現水準의 決定

保健醫療提供指標別 現在의 水準은 全國을 대상으로 調査한 研究結果와 比較적 標本數가 큰 研究結果資料를 根據로 決定되었으며 일부 行政資料가 既存資料分析에 利用되었다.

가. 資料選擇基準

① 經濟・社會開發計劃中 保健部門에 比較적 큰 豫算이 投入되기 시작한 제 4 차 計劃의 기초년도인 1975 년을 중심으로 지난 10 년간의 調査研究된 論文

② 全國對象 혹은 標本人口가 5,000 명이상의 研究資料

③ 國家保健政策을 결정하기 위하여 이미 研究完了된 資料에서 決정한 水準은 그대로 인용하여 적용.

④ 上記한 基準에 맞지 않더라도 本 研究에 필요하다고 判斷된 몇편의 資料

이상의 資料選擇을 위하여 保健關係學述雜誌에 발표된 200 여편의 論文과 역학적 방법에 의하여 研究된 학술논문이 검토되었으며 保社部, 經濟企劃院, 建設部, 內務部에서 발행된 통계연감과 行政機關을 支援하는 여러協會에서 提示된 資料를 活用하였다.

나. 現水準의 決定過程

선택기준에 의하여 선택된 研究結果의 整理를 위하여 年代 및 地域이 비슷한 資料는 統合하여 提示하였고, 全國對象 調査結果는 全國値로 整理한 후 分野別 전문가의 諮問으로 現수준을 가능한 범위내에서 결정하였다.

2.2 2000 年の 保健醫療提供指標別 目標 및 計劃의 決定

保健醫療提供指標別로 현재의 水準이 把握되었다고 하더라도 14 년 후인 서기 2000 년에 어느수준까지 1 次保健醫療를 통하여 건강수준을 향상시키겠다고 결정하기란 매우 어렵다. 이는 社會・經濟 開發에 따른 所得의 變化로 인한 國民意識構造의 變化, 健康하여지려는 實踐水準의 變化, 國家保健政策의 의지 및 立案, 住民의 保健醫療需要의 變化등 예측이 어렵기 때문이다.

따라서 이상의 제한점을 감안한 결정과정은 다음과 같다.

目標決定過程

① 國家保健政策立案資料에서 이미 서기 2000 년의 目標를 設定한 基準은 그대로 인용한다.

② 우리나라와 비슷한 경제수준의 나라와 우리경제수준과 비슷했던 선진국가의 年代에 설정되었던 目標를 參考한다.

③ 保健管理指標別 專門家の 자문에 의하여 결정한다.

2.3 保健醫療提供指標別 現水準과 目標設定의 制限點

現在の 水準과 目標設定을 위하여 제시된 숫자들은 體系的으로 分類된 기초資料가 매우 부족한 與件하에서 또한 調查方法이 多樣하게 실시된 結果 資料를 집계한 숫자이므로 解釋에 매우 신중을 기할 필요가 있으므로 이들 수치는 하나하나의 正確性 보다는 趨勢把握에 의의가 있을 것이다.

또한 이들 숫자들의 妥當度와 信賴度가 제시되지 않은 여건에서 여러 指標別로 蒐集된 방대한 자료를 分析하였으므로 客觀化를 높

힐 수 있는 도구 (tool) 를 使用하지 못하였다. 따라서 앞으로는
既存資料 分析에 필요한 tool 을 사용함으로써 資料分析에 正確性
과 客觀性을 높여야 할 것이다.

Ⅲ. 2000 年을 向한 1 次保健醫療

1. 1 次保健醫療管理方向

2000 年까지의 保健醫療提供指標別 目標에 도달하기 위하여 현재 實施중인 1 次保健醫療는 다음과 같은 方向으로 추진되어야 할 것이다.

1.1 推進方向

健康危險에 노출되는 集團(high risk group)의 管理를 우선 적으로 하며 健康增進의 이고 包括적인 接近에 의하여 서비스를 提供한다.

1.2 對象人口

2000 年까지의 人口構造 및 經濟水準이 變化되고 1 次保健醫療 提供目標에서 설정된 서비스가 제공되기 위하여 農漁村僻地住民을 對象人口로한 1 次保健醫療의 對象人口가 점차 확대되어야 한다.

우선 人口構造 및 經濟水準이 2000 年에 어느 수준인가를 살펴보면 다음과 같다.

즉 1985 年을 기준으로 할 때 2000 년에는 0 - 4 세는 11 %에서 8 %로 감소되는 반면 15 - 49 세 가임여성 人口分布는 전체 여성인구의 54 %에서 56 %로 증가될 전망이다. 65 세人口는 4 %에서 6 %로 증가될 것으로 推定되며 30 - 64 세 人口는 33 %에

서 43 %로 증가될 전망이다.³⁸⁾

특히 農村의 人口는 점차 줄어서 2000년에는 全體人口의 22.9 %인 반면 都市人口는 77 %로 증가될 것으로 추정되었다.

1984년에 1인당 GNP는 1,999 弗에서 2000년에는 5,016 弗로 성장되어 세계수준 3,355 弗보다 높으나 선진국의 13,892 弗이 될 展望이어서 先進國水準에는 미치지 못하나 선진국대열에 서게 된다는 展望이다.³⁹⁾

이상의 經濟成長과 더불어 一般生活環境의 改善, 營養增進, 老人人口增加로 인한 老人健康管理要求增加, 慢性疾患(당뇨병, 고혈압, 암) 肥滿症의 增加, 各種事故 및 情緒障礙인 精神保健의 問題 등이 더욱 管理對象에서 강조될 것이며 國際社會間의 더욱 긴밀한 유대관계와 협력으로 各種特殊疾患(예를들어 AIDS 및 기타)과 熱帶病 등이 새로운 문제로 대두될 것이다.

그러므로 2000년을 향한 1次保健醫療對象人口와 事業은 全體人口에게 疾病早期發見, 豫防, 健康增進, 再活과 신속하면서도 적절한 治療가 실제적으로 提供되어야 한다.

註 38) 한국인구보건연구원, 2000년을 향한 국가장기 발전구상, 인구 및 보건의료 부문. 1985.

39) 한국개발연구원, 2000년을 향한 국가장기발전구상, 총괄보고서 1985.9. pp.37-58.

現在의 1次保健醫療
對象人口 및 事業

2000年을 向한 1次
保健醫療 對象人口 및
事業

대상인구

- 1) 농촌지역의 인구
- 2) 농촌지역 중 오·벽지
지역주민에 초점

사업

- 1) 대상인구의 치료에
초점
- 2) 모자보건, 가족계획,
결핵관리, 보건교육을
포함한 일부예방보건
사업에 초점

대상인구

- 1) 도시·농촌의 전국민
- 2) 전체국민 중 도시영세민
및 저소득층 주민과 농
어촌 벽지주민에 초점

사업

- 1) 전국민의 질병예방 및
건강증진에 초점
- 2) 모자보건, 가족계획, 환
경위생, 통상질환치료등
기본예방 및 치료사업
의 충분한 제공
- 3) 노인보건, 만성성인병,
정신보건, 특수질환, 각
종사고로 인한 재활및
건강증진에 초점

1.3 保健醫療體系

2000 년을 향한 保健醫療傳達體系는 全體人口를 관리하되 效果 및 效率의 기초위에서 1次, 2次 및 3次 保健醫療서비스가 계속적이고 포괄적으로 제공되어야 하므로 機能的 接近性 (Functional accessibility)이 保障되도록 서비스傳達體系가 확립되어야 한다. 그러므로 1次保健醫療 接近에 의한 保健醫療傳達體系 확립을 위하여 다음의 前題條件⁴⁰⁾이 必要로 된다.

政治的 意志 (Political will) :

國家의 次元에서 保健政策樹立과 실제적으로 기능할 수 있는 保健醫療傳達體系를 관련있는 集團 (醫學, 看護 및 保健專門團體, 民間病醫院 및 教育機關 등)의 이해와 협력하에 확립하도록 강력한 政策을 立案한다.

社會 및 經濟的 正義 (Social/economic justice) :

“모든 국민에게 건강을” (health for all)이라는 目標에 도달하기 위하여 經濟적인 빈·부의 격차 (gap between “haves and have-nots)에 관계없이 保健醫療서비스를 보장받으므로써 社會的 衡平과 社會正義를 達成한다.

保健醫療의 公正한 提供 (Equitable provision of health care):

전 국민의 生活週期 (life cycle)에 따른 health need 및 demand를 고려하고 健康危險集團에 우선 순위를 둔 保健醫療 서비스의 제공을 위하여 人力的 配置, 서비스개발 및 서비스전달체

註 40) WHO, Health system support for PHC, public health papers 80, WHO, Geneva, 1981. pp.7-10.

계가 再組織되어야 한다. 따라서 현재 公共機關(保健所, 保健支所, 保健診療所)에 의하여 실시되고 있는 1次保健醫療가 2000년에는 1次民間醫療機關에까지 適用되어야 한다.

醫療의 地域化, 醫療施設의 機能分擔, 合理的인 後送依賴機關을 편성하므로써 保健醫療를 効率的으로 제공하기 위한 方案摸索으로 실시된 全國保健醫療網編成을 위한 調查研究에⁴¹⁾ 의하면 外來患者 管理하는 1次醫療機關인 醫院數가 1983년에 8,822 개소가 1991년에는 16,473 개소(1일 外來患者 40명 관리기준: 인구 2,428 명당 1개 의원)로 증가되어야 한다고 제안되었다.

이와 같이 1次醫療機關이 87.3%가 증가되어야 한다고 提案되었으나 이들 의원은 대부분 시·읍지역에 開設될 것으로 예상되므로 농촌지역에서는 지역주민의 최초 서비스접촉기관은(entry point) 保健診療소가 되며 도시지역은 保健所(혹은 保健支所)와 1次醫療機關인 의원이 되어야 할 것이다.

특히 政府는 도시지역의 保健所로 하여금 都市零細民과 基本豫防保健事業을 지역주민에게 충분하게 提供하기 위하여 資格 갖춘 간호원을 활용한 도시1차보건의료를 실시하게 할 계획⁴²⁾으로 있어 도시지역의 1次保健醫療를 위한 entry point는 保健所(어느 지역은 保健支所를 設置할 수 있음)가 충분히 될수 있으리라 기대한다.

1次保健醫療機關을 적극 지원할 2次 및 3次醫療機關은 病院施設 規模, 專門性 및 運營方針에 따라 구분될 것이며 2次, 3次醫

註 41) 保健社會部, 전국보건의료망 편성을 위한 조사연구보고서, 1984.

註 42) 보사부 의정국, 제6차경제사회발전 5개년 계획(안), 일차보건의료사업부문, 1985.10.

療機關이 1次保健醫療에서의 役割은 1次保健醫療機關에서 依頼되어 오는 患者의 治療, 1次保健醫療機關의 人力에 대한 技術支援(訓練 및 순회지도), Two way patient referral system의 운영, 연구평가 등을 수행하여야 할 것이다.

1次保健醫療를 効率的으로 수행하기 위한 保健醫療體系를 要約한 結果는 <圖 5>와 같다.

<圖 5> 2000 年の 1次保健醫療接近에 의한 保健醫療體系 模型

구분	1 차 보 건 의 료 기 관	2 차보건의료기관	3 차보건의료기관
농 촌	주민 → 보 건 (self care) 진료소 ↑ 마을건강원 보 건 → 보 건 지소 보 건소 의 원 (洋·韓) 모자보건 센 터 ↓ 지역병원	종합병원	대 학 및 종 합 병 원
도 시	주민 → 보 건소(보 건 지소) (self care) 의 원(洋·韓) 모자보건센 터	종합병원	대 학 및 종 합 병 원
기 능 분 담	- 주민의 self care 능력개발 - 건강증진 및 유지 - 환자조기발견 및 의뢰 혹은 치료 - 재활추구관리 - 마을건강원의 훈련 및 지도	- 입원환자치료 - 1 차의료기관에서 의뢰된 환자치료 - 건강증진 및 재활 - Two way referral system 운영 - 기술지원 및 순회 지도	- 특수질환관리 - 연구개발 - 교 육 - 2 차의료기관 지원 - 효율적인 관 리운영체계 연구

1.4 保健醫療人力

1次保健醫療를 위하여 活用되어질 保健醫療人力은 어떤 人力이 가장 적합한 것인가가 주요 관심의 대상이 된다. 그러나 1次保健醫療의 主 概念은 (key concept) 均等한 資源 (人的 및 物的資源) 의 配分 (equitable distribution), 地域社會參與 (community participation), 豫防에 焦點 (focus on prevention), 적절한 기술 (appropriate technology) 과 多角的인 接近 (multisectoral approach) 으로서 어느 한 保健醫療人力의 配置로써 保健問題를 해결할 수 없음을 알 수 있다.

그러므로 1次保健醫療를 効率的으로 제공하기 위하여 team approach 를 적용하여야 하며 팀 구성인력은 의사, 간호원, 의료보조원 보건보조인력, 지역사회보건요원 (지역주민), 전통적인 현지 治療人力 (traditional medical practitioners) 이 제안⁴³⁾ 되고 있으며 우리나라인 경우 의사, 간호원력 (保健診療員, 看護員, 조산원, 간호보조원) 및 마을건강원 (지역주민) 등이 주요 人力으로 개발되고 있다.

示範事業을 통하여 얻어진 우리나라 농어촌지역의 健康要求分布는 健康增進要求가 40 % (保健教育, 環境衛生, 個人衛生, 營養增進), 豫防 및 處置要求 30 % (모자보건, 예방사업, 간단한 처치요구) 질병과 상해에 대한 치료요구가 20 %로 1次保健醫療에 속하는 要求가

註 43) A Guide to Curriculum Review for Basic Nursing Education, WHO, Geneva, 1985

44) 'PHC, Health for All, Series, No1. WHO, Geneva, 1981.

90 %이며 나머지가 2次保健醫療에 속하며 90 %의 1次保健醫療要求중 70 %가 간호원의 지식과 기술수준에서 해결될 수 있는 것으로 보고되었다.⁴⁵⁾

또한 1983년에 유럽 지역에서 발간된 자료⁴⁶⁾에 의하면 모든 건강문제의 80 - 90 %는 1次健康管理水準(primary level)에서處理될 수 있으므로 이와 같은 건강문제를 충분히 관리할 수 있도록 人力開發과 教育이 실시되어야 함이 강조되고 있어 이 결과는 그 동안 우리나라 농촌 건강문제중 90 %가 1次保健醫療水準에 속한다는 것과 비슷한 수준이었다.

이상 90 %에 해당되는 1次保健醫療를 위하여 어떤 인력을 지역주민의 최초서비스 접촉인력(entry point)으로 할 것이냐가 중요한 과제이다.

그동안 발표된 外國文獻에 의하면 대부분 先進國에서는 家庭醫 혹은 一般醫師를 중심으로 하되 간호인력(Nurse practitioner , MEDEX, Visiting nurse 등)을 최대한 활용하는 것으로 나타났으며 後進國 중 일부 아시아국가 및 대부분의 아프리카지역 국가들은 마을건강원 혹은 간호보조원 및 보건보조인력을 활용하고 中進國(우리나라를 포함한 아시아지역 및 남아메리카지역)은 정규간호원을 각각 entry point 로 활용하고 있다.

특히 우리나라는 간호인력인 保健診療員을 農村地域住民의 健康問題管理를 위한 entry point 로 활용하였으며 장래 인구구조의 변화

註 45) 이경식외, 지역사회 간호학-개정증보-수문사 1983. p.234.

46) Stott.op.cit.

및 傷病狀態의 變化 등 住民健康要求에 부응하고 주민 각자의 自己管理能力 (self care) 을 개발하므로써 예방과 건강증진을 도모하기 위하여 保健診療員이 계속해서 entry point 로 활용되어야 한다.

그러나 위에서 기술된 바와 같이 앞으로 증대되는 老人健康管理, 慢性成人病管理, 精神保健, 事故로 인한 再活管理, 기타 암조기발견을 위한 健康評價 (health screening) 追求管理등을 위하여는 우리나라의 간호인력의 역할이 좀더 擴大 및 多樣化되어야 한다. 즉 미국의 간호사, (Nurse Practitioner) 분야별 전문간호원 (Nurse Specialist), 영국의 visiting nurse 는 주민의 추구관리 (follow up) 를 위한 主要役割을 수행한다. 또한 이들은 대학부속병원의 지역사회보건과 독자적인 건강관리상담실, 지역병원, 보건과, 보건소 등 다양한 장소에서 역할을 수행하므로써 주민의 건강증진에 크게 기여하는 것으로 나타났다.

따라서 우리나라에서도 全國民의 健康增進과 都市 1次保健을 위한 看護人力의 開發一環으로 선진국형의 간호사, 방문간호사등의 개발이 필요하고 이들이 간호상담실 (nursing care office) 등을 운영하며 병원, 의원, 보건소 등과 긴밀한 기술지원과 협력하에 활용되는 방안도 고려될 수 있다.

그러므로 HFA에 도달하기 위한 1次保健醫療人力活用方案은 다음과 같다.

가. 보건진료원은 현재와 같이 인구 800 ~ 5000 의 人口單位로 配置할 수 있으나 適正人口는 2000 명으로 한다.

나. 현재 제공되고 있는 1次保健醫療서비스內容의 質的 向上을 위하여 保健診療員 및 公衆保健醫師의 基本資格을 (保健診療員은 3

년제 간호교육수료에서 4년제 간호교육수료자로 하며 公衆保健醫師는 인턴과정을 수료한 후 配置) 높이며 각각의 役割機能을 충분히 수행하도록 職務教育을 強化한다.

다. 1次保健醫療의 서비스內容이 住民의 治療 및 處置에 큰 비중을 두고 있으므로 1次保健醫療管理 目標에서 제시된 事業들이 포괄적으로 제공되도록 서비스의 구체적인 개발과 역할의 조정 등이 이루어져야 한다.

라. 현재 面單位 豫防保健事業을 거의 독자적으로 수행하고 있는 保健要員을 1次保健醫療서비스의 質을 向上시키기 위하여 公衆保健醫師와 保健診療員의 팀要員으로 활용하며 그들의 기술적인 指導下에 活動하도록 한다.

1.5 서비스 提供을 위한 接近

1次保健醫療 活動範圍(scope of activities)는 健康增進, 豫防, 治療 및 再活에 중점을 두므로 이의 效果的인 提供을 위하여는 住民, 患者個人 및 家族과의 끊임없는 情報交換技術과 능숙한 상담기술이 요구된다. 따라서 상담을 效果的으로 수행하기 위하여는 ①地域住民이 현재 갖고 있는 健康問題의 管理(management of presenting problem) ② 도움을 받고자 취하는 행위의 調整(modification of help seeking behavior) ③ 계속적인 문제의 관리(management of continuing problems) ④ 적합한 건강증진의 관리(opportunistic health promotion) 라는 4개 영역을 보조방법으로 사용할 수 있으며 이를 상호 연결하여 地域住民의 健康向上에 活用하여야 한다.

이와 같은 4개 영역의 相談分野 중에서 현재 갖고 있는 健康問題로 아픈사람의 치료, 임신부관리, 결핵환자 치료, 만성질환자의 관리, 영유아의 예방접종 등 건강문제를 갖고 있는 個人을 대상으로 대부분의 管理가 이루어지고 있으며 그 이외의 領域(계속관리, 건강증진, 도움을 받고자 하는 행위의 조정 등)을 위하여는 활발한 활동이 제공되지 못함으로써 1次保健醫療의 포괄적인 관리가 缺如되었다는 것이 여러번 지적되었다.

유럽 및 미국지역에서 실시된 primary health care 接近에 대한 研究結果에 의하면 1次保健醫療를 받기 위하여 醫療機關 訪問者の 30 - 40 %는 계속관리를 받기 위한 case였으며(만성질환자 혹은 응급환자의 follow up) 나머지는 치료상담, 예방접종, 영유아관리, 식품관리, 특수검사 혹은 상담, 위생문제, 음료수, 여가선용 및 기타 가정관리 케이스인 것으로 나타났다.

한편 1964년부터 1978년 사이에 유럽지역에서 健康行爲(illness, disease, sick role, health)에 대한 研究結果에 의하면 ① 아프다고 느끼는 사람 중에 2/3는 대부분의 나라에서 전문인을 찾지 않으며 ②전문인을 찾는 사람의 대다수는 질병보다, 다른 이유로(housing, preventive procedures, certification) 방문하고 ③ 질병을 갖은 많은 사람은 자각증상이 없으므로 질병과 불편감을 인식 못하고 있으며 ④질병의 증명은 진단에 의한 질병보다 나타나는 고통에 더 관련된 것으로 믿고 있음이 보고되었다.

또한 1976년에 Kohn 과 White 가 12개 나라(유럽地域)에서 실시한 調査에 의하면 症狀과 疾患이 있는 주민 중에서 임상적인 문제 중 10 ~ 30 %만이 1次保健醫療서비스를 받기 위하여 찾아 오

며 나머지는 무시되거나 혹은 self care, 家族의 助言, 非專門的情報에 의하여 증상이 경감된 것으로 나타났다. 따라서 이와 같은 研究結果들을 기초로 1次保健醫療의 役割은 건강유지와 질병예방을 하도록 주민에게 動機를 부여하고 症狀이 없는 문제 (asymptomatic problems)와 診斷되지 않는 문제 (undiagnosed problems)를 찾아서 早期豫防 및 신속한 治療와 健康增進이 되도록 하여야 함을 강조하고 있다.

이상의 研究結果는 社會・文化的인 背景이 다르다고는 하나 대부분의 나라들에서 공통적으로 갖고 있는 주민의 健康行爲面이라 할 수 있다. 특히 우리나라의 경우 그동안 실시된 주민대상의 健康行爲 및 醫療機關 利用實態調査 역시 적절한 시기에 적합한 전문인력을 (특히 1次保健醫療機關인 公共保健機關, 의원급) 찾지 않고 各種 藥品의 과다복용, 혹은 남용, 건강식품이라는 잘못된 음식의 섭취와 예방 및 건강증진을 위한 건강생활의 실천등이 매우 부족한 것으로 나타났다.

따라서 2000 년의 1次保健醫療서비스內容은 지금까지 실시되고 있는 치료 및 예방사업인 환자의 通常疾患管理, 母性保健, 嬰幼兒保健, 結核管理, 家族計劃의 보다 적극적인 서비스제공과 質的인 向上이 이루어져야 하며 健康增進 및 再活서비스로서 영양증진, 기본환경위생 (음료수, 폐기물) 산업발달로 발생이 증가될 수 있는 사고관리, 정신보건, 보건교육, 성인병 및 노년인구관리를 의미하는 만성질환관리 등이 새로운 接近으로 관리되어야 하므로 서비스내용이 개발되어야 한다.

결론적으로 이상의 서비스는 個人, 家族 및 地域社會가 갖고 있

는 현재의 문제해결 接近에서 확대되어 계속관리가 가능하도록 包括的인 接近이 要求된다.

1.6 1次保健醫療管理 및 技術支援

모든 국민의 건강증진을 위한 目標에 도달하기 위하여 제일 중요한 것은 모든 利用可能한 資源인 (resources) 人的 및 物的 (human and material) 資源의 効率的인 활용에 있다. 특히 保健醫療事業은 노동집약적인 사업으로서 効率的인 관리가 무엇보다도 要求되며 그 중 1次保健醫療는 기존 資源을 최대한 활용하는 데 있으므로 더욱 중요시되고 있다.

그러므로 管理는 計劃된 目標에 도달하기 위하여 자원의 사용방법을 향상시키는 데 특히 必要로 되는 지식을 의미하며 資源活用に 대한 計劃 (planning), 組織 (organization), 調整 (coordination), 監視 (monitoring), 統制 (regulation) 를 의미한다. 그러나 管理는 여러 차원과 관점에서 (small & large scale/development versus routine operation) 논의될 수 있으나 本 研究에서는 routine operation 을 위한 管理 側面이 強化됨으로써 1次保健醫療의 效果를 기대할 수 있다.

가. 計劃 및 評價 (planning and evaluation)

効率的인 計劃과 評價를 세우기 위하여는 누가 할 것인가에 대한 초점보다는 무엇을 어떻게 할 것인가에 더 비중이 주어져야 한다. 더우기 計劃과 評價를 위하여는 個人, 地域社會, 地方末端組織, 中間 및 中央單位の 保健醫療人力이 參與하여야 한다. 특히 地域社會가 事業計劃 및 評價에 관여되는 것은 事業의 우선순위 결정과 그들에게 책임이 부여됨으로써 事業의 적극적인 추

진이 용이하여 질 수 있기 때문이다. 또한 住民의 要求와 地域社會單位의 현실을 勘案한 실질적인 事業計劃의 樹立이 가능하고 評價를 통하여 再計劃이 이루어질 수 있기 때문에 중요하다.

그러나 대부분의 경우(지방자치제가 실시되지 않는 나라) 中央單位에서 모든 計劃과 評價計劃이 作成되어 下向式으로 전달되므로써 당초 計劃대로의 집행의 어려움, 地域社會 特性에 따른 事業 優先順位の 차이, 특히 중요한 地域社會(住民 地域社會自體)와 地方行政組織의 參與를 기대하기 어려워 事業의 効率과 效果가 問題가 되고 있다. 우리나라의 경우도 中央單位에서 모든 計劃, 實施 및 評價計劃이 樹立되어 下向式으로 전달되고 있으므로 이에 대한 改善이 이루어져야 한다. 따라서 2000년을 위한 計劃 및 평가는 다음과 같이 樹立되어야 한다.

1) 中央(行政府 次元), 道, 郡單位別로 1次保健醫療計劃 및 評價委員會의 構成과 各 單位別 plan of action 作成

2) 특히 中央單位는 事業實施를 위한 procedural guideline과 monitoring 體系의 確立과 實施.

3) 中間單位(intermediate level; 道水準)와 末端事業 施行單位(peripheral level; 郡·面·里 等)의 保健人力에게 managerial skill을 부여하는 教育계획 수립과 예산이 中央單位에 확보.

4) 末端保健行政組織으로부터의 計劃과 評價計劃이 樹立되어 中央의 協力 및 調整後 事業이 實施되도록 上向式的 計劃 및 評價의 추진

나. 支援的인 指導 (supportive supervision)

1次保健醫療가 効果的으로 추진되기 위하여 技術的 支援과 指導는 매우 중요하다. 그럼에도 불구하고 技術的 支援과 指導가 충분히 실시되지 못하고 있는 것은 適合한 人力의 不足, 특히 支援과 指導의 중요성 인식에 대한 결여, 기동력의 불충분, 機能 可能한 지도 체계의 결여, 豫算의 부족 등을 들 수 있다. 더우기 1次保健醫療는 2次 및 3次保健醫療體系와의 two way referral system과 협력관계가 성립되지 못할 때는 機能的인 繼續性 및 近接性을 期待하기 어렵다.

따라서 이의 效率的인 관리를 위하여

1) 1次診療에 관한한 2次醫療機關(道單位)과 郡單位 民間 開業醫, 郡, 面 및 部落單位 保健機關과의 정기적인 협력회의 및 순회지도 실시.

2) 地域住民의 건강수준 향상을 위하여 地方保健組織과 地域 社會가 긴밀한 협력하에 環境衛生改善, 自己健康管理能力開發과 疾病 豫防을 직접 實踐할 수 있도록 技術指導 및 啓蒙.

다. 研究事業 (Research)

1次保健醫療事業이 計劃대로 實施되며 內容別 利用水準, 健康水準이 어떻게 변화되고 있는가를 把握하기 위하여는 계속적인 자료의 蒐集이 要求된다. 이와 같이 資料가 정확히 수집되고 장래 1次保健醫療의 計劃, 運營, 評價에 活用되기 위하여는 별도의 研究는 물론 適切한 實際研究(appropriate practical research)가 必要하며 事業進行중에 계속해서 수집되는 研究資料는 人口構造別 健康要求 혹은 健康水準을 評價하는 데 活用되어야 한다. 더우기 實際研究

方法은 program의 改善은 물론 保健人力活動의 生産성 향상과 效率的인 管理에 크게 기여된다. 그러므로 2000 년의 健康達成 目標에 도달되기 위하여는

1) 定期的인 健康水準의 變化와 運營分析을 통한 管理側面의 改善을 위한 研究가 國家單位에서 實施되어야 한다.(3 ~ 5 년마다 實施)

2) 1次保健醫療가 實施되고 있는 郡 및 面, 部落單位에서 提供되는 活動이 구체적으로 住民의 要求 및 健康水準의 變化가 把握될 수 있도록 記錄 및 報告資料의 개발이 必要하다.

3) 末端地方組織單位에서 研究가 이루어질 수 있도록 研究能力開發과 資料活用에 대한 能力開發이 要求된다.

2. 1次保健医療管理目標

本章에서는 1次保健醫療에 의하여 제공되는 保健醫療提供指標別 현재의 水準과 달성목표를 기술하였으며 다음의 전제가 이루어질 때 目標達成이 가능할 것이다.

前提 1 : 全國民에게 均等한 保健醫療를 提供함으로써 HFA에 도달할 수 있도록 保健醫療傳達體系를 確立하고 效果的으로 運營되도록 管理技術을 導入한다.

前提 2 : 國民의 保健醫療要求需要를 充足시키기 위하여 全國民이 醫療保險惠澤을 받도록 現行醫療保險을 擴大하고, 의료비 증가를 抑制하고 건강증진을 위한 예방조치가 가능하도록

록 의료보험을 건강보험으로 전환한다.

前提 3 : 國民의 健康問題 中 70 %는 1次保健醫療機關(民間 및 公共保健醫療機關)이 管理하고 30 %는 2次 및 3次保健醫療機關이 管理하도록 人的 및 物的 資源을 再調整한다.

2.1 疾患管理

1次保健醫療에 의하여 提供되어질 수 있는 疾患管理를 경미하면서도 흔한 疾患인 통상질환, 傳染病 中에서 아직까지 집중적인 管理가 必要한 結核患者管理, 만성질환 中에서도 豫防과 早期管理가 必要한 당뇨병 및 고혈압관리, 그리고 점점 증가추세에 있는 事故(Accidents)管理로 구분하여 4개영역에 대하여 기술하였다.

가. 通常疾患管理

通常疾患*이라 함은 경미하면서도 일상생활에서 흔히 발병하는 질환, 즉 합병증이 없는 복통, 기침, 발열, 피로, 설사 등을 동반한 증상 및 질환으로서 1회 3일간의 투약을 거쳐 7일 이내에 호전되는 疾患과 흔한 外傷을 의미한다.

1) 目的(objectives)

國民의 健康維持 및 增進에 必要한 保健醫療서비스 中 事前豫防이 가능하고 신속히 處理되어야 할 증상을 効率的으로 管理함으로써 住

* 주) 보건 사회부 환자진료지침 - 보건진료원용 - 1985에 근거하여 연구자가 정리한 정의임.

民의 일상생활의 制約을 최소화함은 물론 健康維持에 기여함을 目的으로 한다.

2) 現況 및 問題點 (present status)

全國民에게 均等한 保健醫療를 提供하고 住民의 保健醫療需要를 적절하게 충족시키기 위하여는 우선 保健醫療要求와 保健醫療利用 등에 관한 精確한 기초자료가 要求된다. 그러나 이와 같은 자료가 國家的次元에서 精確하게 把握되지 못한 실정이다. 그러나 本 研究에서는 그 동안 적게나마 발표된 有病實態와 保健醫療서비스 利用實態資料를 중심으로 기술하였다.

가) 有病率

本 資料에서 사용한 유병율은 時點有病率로서 調査時點에서 疾病을 가진 사람이 분자가 되고 調査 혹은 진단된 전체 사람을 분모로 하여 가구면접조사, 應答者의 자계기재식자료와 건강진단자료를 기초로 한 것이다.

有病率을 調査한 研究資料는 많은 편이나 本 研究에서는 ①표본 대상인구 5,000 명 이상의 資料와 ②全國을 대상으로 調査된 資料 ③醫療保險加入者에 대한 건강진단결과 ④진료기관에서 의사진단에 의한 資料들만을 선택하여 수집, 분석한 결과 현재의 有病率 水準은 다음과 같이 추정되었다.

醫療保險管理公團의 健康診斷資料에 의하면 건강진단을 받은 가입자 1,000 명당 1980 년의 有病率은 18.4 (1 次 진찰인원 760,671 명)이며, 이를 性別로 구분하면 남자는 21.9 (1 次 진찰인원 593,413 명), 여자는 5.7 (1 次 진찰인원 167,258 명)이었다.

1982년의 有病率은 21.61 이며 (남자 25.5, 여자 7.4), 1984년의 有病率은 37.5 (남자 44.6, 여자 11.7)로 지난 6년간의 有病率은 남녀 공히 계속 증가되었고 특히 최근 2년 (1982 - 1984)에는 1982년 이전보다 증가폭이 훨씬 컸다 (表 1 參照).

醫療保險對象者를 對象으로 1개월동안 (10월) 1,000명당 治療 혹은 診察을 받기 위하여 방문한 시설별 이용률 (신환자 및 재래환자포함)은 1982년에 192.2였던 것이 1984년에는 1,875.4로 급증하여 1983년보다 약 10배나 증가한 것이다 (表 2 參照).

〈表 1〉 健康診斷結果 有病率

구분	1 차 수검 인원			2 차 수검 인원			유병율 (1,000명당)		
	'80	'82	'84	'80	'82	'84	'80	'82	'84
남	593,413	627,313	635,666	90,202	103,663	132,527	21.94	25.47	44.57
여	167,258	169,970	173,369	9,270	12,832	17,747	5.67	7.37	11.72
계	760,671	797,283	809,035	99,472	116,495	150,274	18.36	21.61	37.53

資料 : 의료보험관리공단, 의료보험 통계연보 '81, '83, '85

註) 기간 : 4월 1일 ~ 7월 31일 (당해년도) 기간동안 건강진단해당일 (該當日) 유병율이며 단순요양과 휴무요양을 합한 수치임.

〈表 2〉 醫療保險對象者 疾病分類別 1 個月間 受診率

(1,000 명당 수진율)

년도	계	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	수진건수
1982	192.2	13.4	1.1	1.0	0.3	3.1	15.4	2.8	72.7	39.6	9.7	2.9	16.2	4.7	0.2	0.2	1.4	7.4	2,596,751
1983	302.9	19.2	1.9	1.7	0.5	5.3	27.4	4.6	111.4	58.4	16.2	4.1	27.4	9.0	0.3	0.3	2.6	12.4	4,334,459
1984	1875.4	105.9	11.1	9.7	2.6	26.2	144.9	27.5	804.2	332.6	93.0	24.2	136.9	55.1	1.7	1.9	15.1	76.8	31,974,955

주 : 10 월 1 개월간

자료 : 보사부, 통계연보, '83 '84 '85

I : 전염병 및 기생충병

II : 신생물

III : 내분비, 영양 및 대사의 질환

IV : 혈액 및 조혈기의 질환

V : 정신장애

VI : 신경, 감각계질환

VII : 순환기의 질환

VIII : 호흡기의 질환

IX : 소화기의 질환

X : 비뇨, 생식기의 질환

XI : 임신, 분만, 산후의 합병증

XII : 피부, 피하조직의 질환

XIII : 근골격계 및 관절조직의 질환

XIV : 선천성불구

XV : 주산기 상병 및 사망의 원인

XVI : 증상 및 증후불명

XVII : 사고, 중독, 폭력

一般的으로 소비자가 서비스를 받기 위하여 시설을 이용하는 경우는 자각증상이 있기 때문이라고 추측된다. 따라서 서비스이용률을有病率로 간주할 경우 건강진단실시 하루중의 의사진단에 의한 유병율(인구 1,000 명당 37.5)보다 한달간 자각증상에 의한 유병율(인구 1,000 명당 1,875.4)이 무려 50 배가 넘는 것을 알 수 있으나 이와 같이 유병율을 직접 비교할 수는 없다. 왜냐하면 의료보험가입자는 자각증상이 심하지 않더라도 쉽게 의료서비스를 받을 수 있는 재정장치가 되어 있으므로 불필요한 의료기관이용도 상당히 包含될 수 있기 때문이다. 그러므로 한달간 자각증상에 의한 유병율은 하루중 의사진단에 의한 유병율보다 높을 수 있다. 의료보험가입자의 受診實態를 질병분류별로 살펴보면 매년 호흡기계 질환이 가장 높고 그 다음이 소화기계 질환이며, 신경감각기계 질환과 피부 및 피하조직질환이 3, 4 위로 높게 보고되었다(表 2 參照).

經濟企劃院에서 16,500 가구를 대상으로 지난 2 주간의 유병 상태를 조사대상이 직접 기술방법으로 調査된 全國調査에 의하면 지난 6 년간(1977 년 - 1983 년)의有病率이 100 명당 7.0 - 9.2 水準으로 나타났다(表 3 參照).

한편 가구면접조사를 통하여 1982 년에 실시된 全國調査結果에 의하면 인구 1,000 명당 약 136 ~ 365 였고, 1983 년엔 141.2 (여름) ~ 171.3 (가을)로 보고되었다.

이상의 자료를 살펴본 바와 같이 유병율이 상당히 차이가 있음을 알 수 있는 데(全國 가구면접조사 141-171/1,000, 가구응답

자 자체기술방법 76/1,000 , 건강진단조사 37/1,000) 그 원인은 사회조사방법을 통한 조사대상자의 주관적인 자각증상과 연령적인 차이, 의사의 객관적 진단에 의한 결과라는 방법상의 차이, 醫療保險適用對象者들이 취업시 대부분 건강진단을 받았고,勤務에 지장을 초래할 정도의 疾患이 발견될 경우에는 휴직 등을 하여 건강진단의 대상자에 包含되지 않았기 때문인 것으로 예상된다.

〈表 3〉 全國調査를 통한 疾病有病率 (%)

구 분		1977	1979	1980	1983
전	국	7.0	7.4	9.2	7.6
	남	6.5	6.9	8.3	7.1
	녀	7.4	7.8	10.0	8.1
시	부	8.0	7.8	10.7	9.3
	남	7.5	7.1	9.8	8.5
	녀	8.4	8.4	11.7	10.0
군	부	6.1	7.0	7.4	4.9
	남	5.6	6.7	6.7	4.8
	녀	6.5	7.2	8.1	5.0

자료 : 경제기획원, 한국의 사회지표

$$\text{유병율} = \frac{\text{기간내 유병자수}}{\text{조사대상 인구수}} \times 100$$

日本の 有病率は 國民健康調査結果 1965 년부터 계속해서 증가되어 1984 년에는 1,000 명당 137 로서 우리나라 家口面接調査水準과 비슷하다(表 5, 表 6 參照).

이상과 같이 여러 방법으로 조사된 결과를 통하여 유병율을把握해 보았으며, 증상이 있을 시 서비스를 받기 위한 시설이용을 살펴본 결과는 다음과 같다.

〈表 5〉 일본의 年度別 有病率

(인구 : 천명당)

연령 \ 년도		1965	1970	1975	1980	1984
계		63.6	93.6	109.9	110.4	137.3
남		63.0	89.5	103.0	102.6	126.2
녀		64.2	97.5	116.5	117.8	148.0
0	세	56.7	87.9	96.5	77.9	82.9
1	~ 4	36.2	75.2	129.5	89.5	84.7
5	~ 14	30.2	50.5	70.1	56.0	63.3
15	~ 24	28.1	33.2	40.4	30.2	35.1
25	~ 34	43.7	56.8	64.0	43.4	51.9
35	~ 44	72.5	86.2	85.5	74.3	84.2
45	~ 54	95.7	126.6	129.3	121.8	155.4
55	~ 65	143.1	200.8	195.5	229.9	276.8
65	~ 74	177.8	257.0	312.6	336.0	424.1
75	세 이상	177.5	249.5	328.1	437.3	556.8

資料 : 厚生省統計情報部「國民健康調査」

〈表 6〉 日本의 年度別 受診率

(인구 : 천명당)

연령 \ 년도		1965	1970	1975	1980	1983
계		59.1	69.9	70.5	68.5	74.3
남		60.0	68.1	65.9	65.5	69.6
녀		58.3	71.6	75.0	71.3	78.8
0	~	75.1	91.0	77.3	69.1	74.6
1	~ 4	57.3	81.4	72.2	67.9	71.0
5	~ 9	42.6	64.6	69.4	64.2	70.3
10	~ 14		35.8	38.6	38.9	40.6
15	~ 19	49.0	36.1	29.9	27.2	30.3
20	~ 24		54.8	44.3	39.6	41.1
25	~ 34	60.0	62.6	51.9	46.3	48.3
35	~ 44	64.7	71.6	63.3	54.5	53.6
45	~ 54	70.2	85.1	81.4	78.4	80.1
55	~ 64	79.6	104.0	103.4	102.2	110.1
65	~ 69	83.5	116.0	133.8	133.8	150.6
70	~ 74		116.9	188.6	184.7	198.4
75	~ 79	65.9	107.6	199.9	193.8	227.1
80	세이상		88.2	168.2	191.7	230.4

資料 : 厚生省統計情報部 「患者調査」

나) 利用實態

醫療機關의 利用狀態를 대변해 주는 指數로 첫째, 각 의료기관을 일정기간동안 이용한 回數와 둘째, 總 醫療利用中에서 각 기관에 대한 利用比率을 들 수 있다.

최근 10 년 동안의 醫療機關利用實態資料들을 살펴보면 다음과

같다.

調査對象人口 중 지난 15일간 병·의원 등 醫療施設을 한 번이라도 방문한 比率은 1983년에 31.5%이며 약국이용율이 그 중에서 24.5%를 차지하여 다른 의료시설이용율보다 높았다. 또한 의료보장가입자와 비가입자의 의료시설 방문일수는 큰 차이가 없는 것으로 나타났다.

그리고 아프다고 느껴면서 실제로 의료시설을 방문하여 치료한 비율은 83.7%로서 높은 治療率을 나타내고 있다. 1981년도에 調査된 醫療施設別 방문회수를 보면 도시지역이 2.0회 이상으로 농촌·벽지지역의 2.0회 이하보다 다소 높게 나타났으나 큰 차이는 없었다.

그러나 1985년도에 全國單位의 調査對象人口 15,427명을 대상으로 지난 2주간 의료이용조사를 한 결과(유승훈외)¹⁾ 醫療保障適用群의 保健醫療機關 利用率은 57.7%인데 비해 非醫療保障適用群의 同機關 利用率은 38.7%로서 19.0%의 차이가 있으며 약국 利用率도 의료보장적용군이 42.3%인데 비해 非醫療保障適用群이 61.3%로 차이가 있는 것으로 나타났다.

註 1) 유승훈, 이용호, 조우현, 홍영표, 김상재, "우리나라 의료이용에 관한 연구", 예방의학회지, Vol.9, 1986.

〈表 7〉 有病治療率 比較 (15 일 간)

구 분	대 도 시	중소도시	농 촌	전 국
1983	87.5	83.7	79.8	83.7(4,923)
병 · 의원	27.7	27.4	21.5	25.2
약 국	68.0	64.6	63.5	65.5
한 방	4.6	5.0	5.2	4.9
보 건 소	1.3	1.4	3.6	2.2
1982*	83.1	82.2	77.0	80.5(4,237)

* 문헌상, 함희순, 신성희, 1982, 전국가족보건실태조사보고
인구보건연구원, 1982. p.98.

〈表 8〉 醫療保障狀態別 醫療機關 訪問者의 平均 訪問日數
(단위 : 일)

의 료 보 장	병·의원	병 원	의 원	치 과	약 국	한 방	보건소
가 입	2.81	2.78	2.70	2.89	2.07	2.00	1.33
비가입	2.50	2.45	2.50	3.64	2.27	1.59	1.34
계	2.69	2.63	2.63	2.92	2.21	1.79	1.33

자료 : 上同

〈表 9〉 지난 15日間 地域別 醫療施設別 訪問率 및 訪問回數 分布

구 분	도	시	읍	면	벽	지
병·의원방문율 (평균회수)	8.4 % (2.61)	5.9 % (2.79)	3.4 % (2.37)	1.5 % (2.00)		
약국방문율 (평균회수)	19.0 % (2.26)	17.3 % (2.32)	13.3 % (2.04)	8.3 % (1.60)		

자료: 상동

〈表 10〉 調査對象者の 地域別, 醫療施設 訪問率

구 분	1983 년 조 사 ¹⁾				1981 년 조 사 ²⁾		
	대 도시	중소도시	읍·면	전 국	도	시	읍
병·의원	10.0	10.5	8.0	9.3	8.4	5.9	3.4
약 국	24.6	25.7	23.8	24.5	19.0	17.3	13.3
한 방	1.8	1.9	2.0	1.9	-	-	-
보 건 소	0.6	0.7	1.6	1.0	-	-	-
계	32.0	33.2	30.3	31.5 (13,408)	27.1	21.9	16.7

1) 서문희외, 국민의료이용과 의료비에 관한 조사연구, 한국인구보건연구원, 1983.

2) 송건용외, 우리나라의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구보고서, 한국인구보건연구원, 1981.

〈表 11〉 住民의 特性에 따른 醫療保障適用別 外來利用率

(단위 : 회 / 1명 / 년)

거 주 지 역	적 용 대 상	비 적용대상	계
시	9.3	6.4	7.6
읍 • 면	7.8	6.1	6.7

자료 : 유승흠외, 우리나라 의료이용에 관한 연구, 예방의학회지, 제 19권 제 1호, 1986.5

〈表 12〉 醫療保障適用에 따른 居住地域別 治療場所

(%)

		병 · 의원	한	방	약	국	보건기관	계
의료보장적용								
시		52.7		2.0		43.9	1.4	100.0
읍	·	43.7		3.9		37.9	14.6	100.0
합	계	50.4*		2.5		42.3*	4.8	100.0
의료보장비적용								
시		35.4		2.6		59.7	2.3	100.0
읍	·	25.4		3.4		64.8	6.3	100.0
합	계	32.2*		2.9		61.3*	3.6	100.0

* $P < 0.01$

자료 : 유승흠외, 우리나라 의료이용에 관한 연구, 예방의학회지, 제 19권, 제 1호, 1986.5

이 상 과 같 이 把 握 된 유 병 실 태 와 보 건 의 료 이 용 자 료 는 通 常 疾 患 에 국 한 된 疾 患 의 治 療 만 을 위 하 여 이 용 한 자 료 는 아 니 고 모 든 증 상 을 包 含 한 것 이 므 로 通 常 疾 患 範 圍 내 의 疾 患 有 病 率 과 서 비 스 수 혜 범 위 는 물 론 주 민 의 수 요 를 把 握 하 기 란 불 가 능 하 다.

그 러 나 위 에 제 시 된 資 料 에 서 나 타 난 바 와 같 이 어 떤 증 상 이 있 을 시 문 제 해 결 을 위 하 여 약 국 을 제 일 많 이 이 용 하 고 있 는 데 약 국 에 서 서 비 스 를 받 을 정 도 의 증 상 은 通 常 疾 患 範 圍 내 의 管 理 對 象 이 거 나 自 己 管 理 (self care) 수 準 에 서 해 결 될 수 있 는 것 이 라 추 측 할 수 있 다.

일 반 적 으 로 通 常 疾 患 과 같 은 경 미 한 증 상 일 수 록 빈 번 히 발 생 하 므 로 예 방 이 매 우 중 요 하 며 또 한 왜 발 생 하 는 가 에 대 한 原 因 把 握 이 신 속 히 이 루 어 지 지 않 으 면 더 심 한 증 상 으 로 발 진 되 기 쉬 우 므 로 충 분 한 건 강 평 가 와 상 담 이 중 요 한 데 實 際 的 으 로 는 賣 藥 을 통 하 여 간 단 하 게 문 제 를 해 결 하 므 로 서 藥 物 過 多 服 用 과 早 期 發 見 의 어 려 움 을 가 져 오 게 한 다.

또 한 醫 療 保 險 및 醫 療 保 護 對 象 에 서 제 외 되 는 人 口 는 (전 체 인 구 의 49.9 %, 1984 년 기 준^{*}) 醫 療 費 를 전 적 으 로 자 비 부 담 하 여 야 하 는 현 실 이 므 로 通 常 疾 患 의 管 理 가 적 합 한 時 機 , 施 設 및 人 力 에 의 하 여 이 루 어 지 지 못 하 고 있 는 실 정 이 다.

이 상 의 현 실 을 개 선 하 기 위 하 여 다 음 의 目 標 를 設 定 한 다.

* 李奎植外, 全國民醫療保險實施를 위한 制度研究, 韓國人口保健研究院, 1985. p.52.

3) 目 標 (Targets)

經濟的, 地理的 및 醫療機關간의 機能的 近接性 (economic & geographical & functional accessibility) 의 부족으로 상당수의 주민이 通常的인 疾患管理를 충분히 받지 못하고 있으므로 현재의 通常疾患範圍內的 서비스수혜는 2000 년까지 전주민의 100 %가 받도록 保健醫療傳達體系, 保健醫療人力 및 施設의 조정과 醫療保險을 全國民에게 擴大한다.

4) 活 動 (Activities)

가) 通常疾患範圍內的 症狀 및 疾患은 상당부분 豫防이 가능하고 조기치료를 함으로써 해결될 수 있으므로 주민 각자가 자기 건강관리 (self care) 를 하도록 능력을 개발하고 적합한 서비스를 신속히 받도록 1次保健醫療人力 (保健所, 保健支所, 保健診療所, 醫院) 의 역할을 조정하여 保健教育, 健康評價 및 추구관리에 중점을 두도록 한다.

나) 1次保健醫療機關에서 診斷, 治療가 問題되는 患者는 즉시 인접한 地域의 2次機關으로 의뢰하며 管理結果를 2次機關은 1次機關으로 通報함으로써 계속적인 管理가 가능하도록 (two-way patient referral system) 의뢰체계를 확립하고 人力들에 대한 教育을 實施한다.

다) 1次保健醫療提供機關이 건강문제의 70 %를 해결할 수 있도록 人力의 教育, 施設의 強化, 各種 技術 및 行政的 支援을 強化한다.

나. 傳染病管理

1) 現況과 問題點

過去 약 20년간 부단한 노력으로 傳染性 疾患중 천연두는 근절되었고, 일본뇌염을 비롯 소아마비, 콜레라 등은 수년동안 환자보고가 없으며 각종 기생충 감염은 격감하였고 나병도 감소추세에 있다. 한편 성병은 그 實態를 把握하지 못하고 있으며 그 管理狀態도 매우 불만족스럽다. 水因性傳染病 특히 장티푸스도 아직 問題가 되고 있으며 肝炎은 증가된다고 보고되어 있다. 아동에게 유행하는 百日咳, 紅疫, 풍진, 水痘, 설사질환 등은 아직도 保健問題중에 包含되고 있다.

2) 目 標

각종 傳染病은 격감되었거나 근절된 것이 많다. 그러나 아직도 이환율이나 발생율이 問題視 되는 것(性病, 기생충, 癩病, 장티푸스, 肝炎 등)이 있으므로 그중 대부분은 일차보건의료체계의 活動으로 근절되거나 保健問題로서 중요시 되지 않도록 격감한다.

3) 活 動

가) 각종 급성전염병의 근절은 1차보건의료체계에서 책임이크므로 患者發生報告의 신속과 관리를 해야한다.

나) 성병관리는 매우 어려운 事業中の 하나이지만 각 기관의 협조와 보건교육의 강화, 患者 및 접촉자 관리를 철저히 해야 한다.

다) 각종 예방접종도 1차보건의료체계의 책임이며, 保健教育을 통하여 대상인구 전원에게 접종을 실시토록 해야 한다.

다. 結核管理

1) 目 的

질병이환 및 사망의 10대 原因中の 하나인 結核을 적극적으로 管理하며 특히 일차보건의료체계의 活動을 활성화하여 保健問題의 우선순위에서 제외되도록 한다.

2) 現況과 問題點

結核은 오랫동안 유병율이나 사망율에 있어서 가장 심각한 保健問題中の 하나였으나 1960년대 초반부터 國家的인 차원에서 집중적인 노력을 경주한 結果 좋은 成果를 거두고 있다.

가) 結核有病率 및 死亡率

5 차에 걸쳐 大韓結核協會에서 實施한 全國 結核實態調査結果에 의한 結核有病率は 표 1 과 같다.

엑스선상 활동성 결핵유병율은 5세이상 人口中 1965年 5.1%에서 1985年 2.2%로 균양성 결핵유병율은 0.94%에서 0.44%로 각각 55%의 감소율을 보이며 계속 감소 추세이다. 그리고 도말양성 결핵유병율도 0.69%에서 0.24%로 65.2%의 감소율을 보이며, 계속 감소하고 있는 경향이다. 그러나, 이와같은 현상이 마치 不遠間에 結核이 근절될 것이라고 잘못 이해되어 國民保健問題中에서 結核管理의 중요성이 일반국민은 勿論 정책결정자 및 심지어는 保健醫療人에 이르기까지 경시되어 가고 있는데, 이 점이

結核管理事業의 큰 저해 요인으로指摘되고 있다.

그리고, 結核 患者實數에 있어서도 1965 年에 1,240,000 명으로 추계되었던 엑스선상 活動性 結核 患者가 1985 年에 798,000 명으로 36 %의 감소율을 보였고 이중 균양성 患者에 있어서는 226,000 명에서 164,000 명으로 28.0 %가 줄어서 감소현상을 보이나 人口증가로 患者實數의 감소율이 有病率의 감소추세에는 못미치고 있는 實情이다 (表 1 參照).

〈表 1〉 年度別 結核有病率

구 분	년 도	1965	1970	1975	1980	1985	'65-'80 감소율 (%)	비 고
엑스선상 활동성 결핵	유 병 율 (%)	5.1	4.2	3.3	2.5	2.2	56.9	5세 이상 인구 대비
	환 자 수 (천 명)	1,240	1,112	1,014	852	798	35.6	
균 양 성 결핵	유 병 율 (%)	0.94	0.74	0.76	0.54	0.44	53.2	//
	환 자 수 (천 명)	226	197	235	186	164	27.4	
도 말 양성 결핵	유 병 율 (%)	0.69	0.56	0.48	0.31	0.24	65.2	//
	환 자 수 (천 명)	167	149	148	105	89	46.7	

資料：保健社會部，大韓結核協會，第 1～5 次 結核實態調查報告，
1965-1985.

한편 우리나라의 結核有病率을 다른 나라와 比較해 보면 日本이 나 美國，유럽 여러 나라와 같은 先進國보다 훨씬 높으며，우리나라

와 經濟水準이 비슷한 대만이나 싱가포르 등에 비해서도 월등히 높은 편이며, 태국등에 比較해 볼 때도 높은 편이다 (表 2 參照).

〈 表 2 〉 나라별 結核有病率 比較

구 분 \ 나라	韓 國	태 國	대 만	싱가폴	日 本
엑스선상活動性 結核 有病率	2.20	1.40	0.86	0.80	0.16
균 양 성 結 核 有 病 率	0.44	0.31	0.16	0.16	0.02
備 考 (조사년도)	5 세이상 인 구 (1985)	전 인 구 (1977)	20세이상 인 구 (1982)	전 인 구 (1975)	15 세이상 인 구 (1984)

資料：大韓結核協會，1986 韓國의 結核實態 - 現況과 展望 - 1986.

그리고 各國의 結核으로 인한 死亡率을 比較해 보아도 韓國은 높은 편이다. 1984 年 經濟企劃院 死亡原因 통계보고서에 의하면 結核으로 인한 死亡이 사망원인별 順位가 10 位로 나타났다. 이는 우리와 비슷한 처지에 있는 대만이나 말레이지아는 人口 10 萬名當 各各 13.0, 5.4 인데 반해 우리나라는 17.2 로 높은 死亡率을 나타내고 있다 (表 3 參照).

〈表 3〉 나라별 結核으로 인한 死亡率 比較

나	라	사망원인별순위	인구 10 만당 사망자수	조사년도
韓	國	10	17.2	1984
대	만	8	13.0	1982
말	레이 지 아	8	5.4	1980
태	국	4	11.9	1981
일	본	15	4.5	1982
뉴	질 랜 드	22	0.9	1980

資料：大韓結核協會，1986 韓國의 結核實態 - 現況과 展望 - ，1986.

나) B.C.G.접종율

B.C.G.접종에 의한 예방적 효과에 관해서는 많은 研究가 있으나 우리나라에서는 WHO가 권장하는 방침에 의하여 아동 특히 0세로 부터 4세에 중점적으로 실시토록 하는 방침이다. 結核實態調査時 B.C.G.반흔조사로 밝혀진 우리나라의 0~29才 人口의 B.C.G.반흔 保有率은 표 4 와 같이 1985年 現在 80.1%이며, 가장 結核감수성이 높은 14才 以下 학령기 兒童에서는 90%線의 接種率에 이르고 있으나, 영유아(0~4才)에 있어서 接種率이 아직은 60%정도에 지나지 않고 있으므로 이들에 대한 豫防接種率의 증가가 더욱 要求되고 있다.

〈表 4〉 年度別 나이, 성 및 地域別 B.C.G 接種率

區 分	1985		1980	1975	1970	1965
	조사자수	B.C.G 반흔보유율				
계	26,563	80.1	69.9	60.6	44.4	24.3
남	13,160	81.2	71.4	62.2	45.9	26.1
여	13,403	79.1	68.5	58.9	42.8	22.5
도 시	17,364	79.7	67.9	59.2	45.7	30.0
농 촌	9,199	81.0	72.4	61.7	43.5	21.3
0 - 4 (세)	4,167	65.9	49.8	48.2	38.8	6.1
5 - 9	4,836	75.7	74.2	72.8	54.3	28.1
10 -14	5,672	92.7	88.8	77.1	52.6	49.3
15 -19	4,370	93.1	83.1	62.9	47.4	32.6
20 -24	3,512	83.0	60.0	49.2	28.3	22.0
25 -29	4,006	65.8	49.9	29.5	20.5	5.5
보정율 *	-	80.3	69.6	59.4	42.6	25.7

* 1975 년 인구센서스로 보정함.

資料：大韓結核協會，1985 年 結核實態調查，심포지움 발표 자료.

다) 結核감염율

結核감염율은 B.C.G.接種을 받지 않은 者中 튜버큐린 반응 검사에서 양성반응 즉 10mm 以上인 者를 百分率로 나타내는데, 結核實態調查에서 나타난 結核감염율은 표 5 와 같이 1965 年 44.5 %, 1985 年 38.7 %가 B.C.G.接種을 받지 않은 채 결핵균에 감염된 것

으로 나타났다.

〈表 5〉 B.C.G.반흔 미보유자중 튜버큐린 양성(10mm이상)율

區 分	1985		1980	1975	1970	1965
	조사자수	≥ 10 mm				
계	5,279	38.7	41.7	46.9	46.9	44.5
남	2,478	37.3	42.4	46.4	46.3	46.2
여	2,801	39.8	41.0	47.4	47.5	43.0
도 시	3,532	39.4	43.6	50.3	58.0	51.8
농 촌	1,747	37.3	38.9	44.2	39.9	41.4
0 - 4 (세)	1,420	5.4	4.9	4.8	8.5	10.2
5 - 9	1,177	8.9	12.6	15.9	26.1	33.7
10 -14	414	29.2	32.1	49.6	54.1	69.5
15 -19	301	63.1	71.1	69.6	72.0	69.4
20 -24	597	74.5	73.2	78.8	73.4	77.3
25 -29	1,370	80.5	79.7	81.3	81.8	80.0
보정율*	-	38.8	41.1	45.9	49.2	53.8

* 1975년 인구센서스로 보정함.

資料：大韓結核協會，1985年 結核實態調査 심포지움발표 자료.

라) 患者登錄

1985年 12月末 現在 全國 保健所에 등록된 總患者數는 106,291명이다. 이중 양성환자는 34.3%이며, 음성환자는 35.7%, 要觀察者

는 30.3 %이다 (표 6 참조).

〈 表 6 〉 保健所登錄患者 現況

			1985 년 12 월 말
구	분	등 록 환 자 수	백 분 율
초	치 료	69,297	65.2
(양	성)	(31,358)	(29.5)
(음	성)	(37,939)	(35.7)
재	치 료	5,086	4.8
요	관 찰 자	31,908	30.0
계		106,291	100.0

資料 : 保健社會部, 결핵평가회의자료, 1986.3.

이들 登錄患者 中 치료 받고 있는 자는 要觀察者를 除外 하고 全國 추정 總患者의 8.8 %에 불과하며 전염성 환자의 保健所受療率은 19.9 %로서 1983 年 (受療率 11.3 %, 양성受療率 25.4 %) 및 1984 年度 (受療率 9.6 %, 양성受療率 21.0 %)와 比較하여 감소 추세를 보이고 있다.¹⁾

그리고 發見患者의 保健所 登錄率은 표 7 과 같이 95.1 %인데 객담검진에 의한 發見患者의 90.8 %, 엑스선검진에 의해 發見한 患者의 95.9 %가 保健所에 登錄되었으며, 1981 年 以後로 계속 증가하고 있는 추세이다.(1981 年 72.7 %, 1982 年 89.1 %, 1983 年

註 1) 保健社會部, 결핵관리평가회의자료, 1986.3.

92.0 %, 1984 年 93.3 %) 그러나 객담검사에 의해 發見된 전염성 患者의 미등록실태는 治療事業의 問題點으로 지적 된다.

〈表 7〉 發見患者 保健所登錄率

1985 年 12 月 末

구 분	발 견 수	보건소등록수	등 록 율
계	100,615	95,539	95.1
객 담 검 진	17,296	15,700	90.8
엑 스 선 검 진	83,319	79,939	95.9

資料：保健社會部，結核평가회의자료，1986.3.

마) 治療實態

1985 年 全國結核調查實態에 의하면 우리나라 X - 선 상 活動性 結核患者中 41.3 %가 結核으로 진단받아서 治療받은 경력을 가지고 있었으나, 나머지 58.7 %는 아직 자신이 結核患者임을 전혀 모르고 있었다.

結核으로 진단받은 일이 있는 者中 保健所를 治療場所로 利用하는 者가 54.8 %, 病 · 醫院 31.4 %이며, 나머지 17.3 %는 자가 또는 기타 장소에서 治療를 받고 있다. 년도별로 保健所 利用이 늘고 있는 추세이다 (表 8, 9 參照).

〈表 8〉 結 核 治 療 實 態

구 분	년 도	환자수	치 료 자 수			백 분 율		
			계	과 거	현 재	계	과 거	현 재
균양성 결 핵	1985	176	75	48	27	42.6	27.3	15.3
	1980	127	60	35	25	47.2	27.6	19.7
	1975	207	50	26	24	24.2	12.6	11.6
	1970	195	58	23	35	29.7	11.8	17.9
	1965	188	77	30	47	41.0	16.0	25.0
X선 상 활동성 결 핵	1985	857	354	257	97	41.3	30.0	11.3
	1980	585	225	138	87	38.5	23.6	14.9
	1975	901	124	69	55	13.8	7.7	6.1
	1970	1,111	146	81	65	13.1	7.3	5.9
	1965	1,019	169	89	80	16.6	8.7	7.9

資料：大韓結核協會，1985 년 結核實態調查，심포지움발표 자료.

1985 년 結核實態調查結果에 의하면 표 10 에서 보는 바와 같이 과거 치료자는 병원에서 치료받은 자가 보건소에서 보다 높았으나, 현재 치료자에 있어서는 그와 반대로 보건소에서 치료받은 자가 병원보다 높은 것으로 나타났다 (表 10 參照).

〈表 9〉 過去 또는 現在 治療者の 治療場所別 分布

구 분	년 도	계		보 건 소		병·의 원		기 타	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
균 양 성	1985	75	100.0	46	61.3	16	21.3	13	17.3
	1980	60	100.0	45	75.0	8	13.3	7	11.7
	1975	50	100.0	29	58.0	18	36.0	3	6.0
	1970	58	100.0	31	53.4	15	25.9	12	20.7
결	1965	Not available							
X - 선 상	1985	354	100.0	194	54.8	111	31.4	49	13.8
	1980	225	100.0	130	57.8	55	24.4	40	17.8
	1975	124	100.0	62	50.0	35	28.2	27	21.8
	1970	146	100.0	71	48.6	42	28.8	33	22.6
결	1965	Not available							

資料：大韓結核協會，1985年 結核實態調査，심포지움발표 자료.

〈表 10〉 X선상 發見된 患者中 治療者의 治療場所別 分布

구	분	치 료 자 수	치 료 장 소		
			보건소	병 · 의원	기 타
현재 또는 과거 치 료 자	계	1,467	37.2	46.1	16.7
	도 시	1,021	31.3	52.0	16.7
	농 촌	446	50.4	32.7	16.8
현 재 치 료 자	계	163	57.1	28.2	14.7
	도 시	94	53.2	31.9	14.9
	농 촌	69	62.3	23.2	14.5
과 거 치 료 자	계	1,304	34.7	48.4	16.9
	도 시	927	29.1	54.0	16.8
	농 촌	377	48.3	34.5	17.2

資料：大韓結核協會，1985 年 結核實態調査，심포지움 발표 자료.

바) 其他 結核管理의 問題點

우리나라의 結核管理事業은 保健所 조직망을 통한 國家結核管理事業 체계와 國公立 및 民間病醫院 등에서의 患者診療體制로 二元化되어 있다. 이들 兩者間에는 患者診療나 管理面에서 전혀 다른 形態를 취하고 있을 뿐 아니라 橫的인 관련을 이루지 않은채 各己 독립적인 方法에 依存하고 있다.

이로인한 二元化 體制에서는 患者診療를 위한 必要한 여러가지 情報의 不正確으로 인하여 不適切한 診療를 하게 되고, 그 結果 治療 效果가 떨어지게 된다.

한편 우리나라 結核患者의 治療効率は 50% 以下²⁾인 것으로 추정되고 있다.

患者管理는 患者에 대한 治療効果を 최대한 높이기 위하여 正確한 診療, 적절한 治療 및 治療期間에 이루어져야 할 服藥監視, 조기탈락의 방지, 가족에 대한 保健教育 등이다. 그러나 이와같은 患者管理가 잘 되지 못하고 있다. 한편 經濟的인 부담이 크며 治療期間中에 반드시 수반되어야 할 患者의 追放관리 能力이 전혀 없을 뿐 아니라 무절제한 個人的인 賣藥服用 등이 큰 문제점으로 分析되고 있다. 이와같은 要因으로 早期에 治療를 中斷하게 됨으로써 낮은 治療효과를 가져오고 있다. 그리고 保健所에서 治療가 어려워져서 전문적인 診療가 必要하게 된 患者에 대하여 治療를 의뢰할 만한 醫療體系가 거의 갖추어 지지 않는 상태이다.

3) 目 標

1985년 현재의 엑스선상 활동성 결핵 유병율 2.2%를 2000년에 1.0%로 감소시킨다. 목표설정은 1965년 엑스선상 활동성 결핵유병율이 5.1%에서 1985년 2.2%로 떨어진 속도로 계속 감소할 것이라는 가정하에 설정하였다.

4) 活 動

가) 結核管理는 일차보건의료체계의 중심이 되는 보건소에서 시·

註 2) 진병원, 국가결핵관리대책, 대한의학협회지, vol.26, No.5, May, 1983. 423p

군·구내의 모든 業務를 일원화하여 책임지고 登錄·治療·檢査·評價등이 이루어져야 한다. 따라서 患者가 保健所 以外에서 치료받게 되어도 반드시 보건소에 등록되어야 한다.

나) 保健所에 결핵전문 의사가 없는 경우에는 市·道の 結核管理醫師가 정기적으로 순회하여 保健所 結核管理業務 特히 患者診療를 指導해야 한다.

다) 보건지소와 保健診療所는 의심되는 患者를 保健所에 의뢰하여 정밀검사(X-線 檢査 및 세균검사)를 실시한 후 그 結果에 따라 통보받고 환자치료를 실시한다.

라) 面單位에서 보건지소장의 역할중 結核管理는 強化되어야 한다.

마) B.C.G.接種事業은 계속하되 영·유아기에 實施하는 것을 더욱 강화하여야 한다.

바) 患者의 조기발견, 조기치료, 환자가족의 진찰 등의 활동을 강화한다.

사) 登錄되어 管理되고 있는 患者가 약복용 및 기타검진(객담, X-선)을 중단하지 않도록 철저한 관리를 한다.

라. 慢性疾患管理

1) 目 的

증가추세에 있는 고혈압 및 당뇨병 등 만성질환에 이미罹患되었거나 罹患 가능한 脆弱集團을 管理하여 조기발견, 조기치료함으로써

이들의 發生 및 惡化를 방지하여 健康한 地域社會를 유지하려는데 目的이 있다.

2) 現況 및 問題點

最近들어 經濟成長으로 인한 生活水準의 向上과 醫學 및 보건 學 分野의 발전으로 인구의 高齡化와 사망 및 질병發生樣相에 많은 變化를 가져왔다.

1965 년까지만 해도 급성전염병으로 인한 사망이 많았으나 1980 년에 이르러는 腦血管疾患, 惡性新生物, 其他 循環器系 疾患, 高血壓의 順으로 循環器系 疾患으로 인한 사망이 급격히 증가하였다. 즉 1961 年에는 循環器系 疾患으로 인한 사망이 사망인구 10.00 명당 30 명이던 것이 1980 年에는 266 명으로 8~9 배 정도 증가한 것으로 보고¹⁾ 하였고 앞으로도 循環器系 疾患으로 인한 死因은 계속 높아질 것으로 豫測된다.

특히 循環器系 疾患으로 인한 사망 중에서 고혈압성질환이 10 퍼센트 내외를 차지하는 것으로 보고¹⁾²⁾ 되고 있어 고혈압이 慢性疾患에서 차지하는 비중은 매우 크다.

慢性疾患가운데 당뇨병 역시 선진외국에 비해 아직은 낮겠으나 우리나라도 식생활의 變化에 따른 고칼로리의 식이 섭취, 복잡한 社會生活, 醫療技術의 發展 및 평균수명의 연장, 인구의 고령화 등으로 그 發生頻度가 점차 증가추세에 있다.

總 6,091 개 병·의원을 대상으로 조사한 우리나라 전체 성인병 환자의 時點醫療機關利用(1979 年 11 월 11 일)은 인구 100만명당

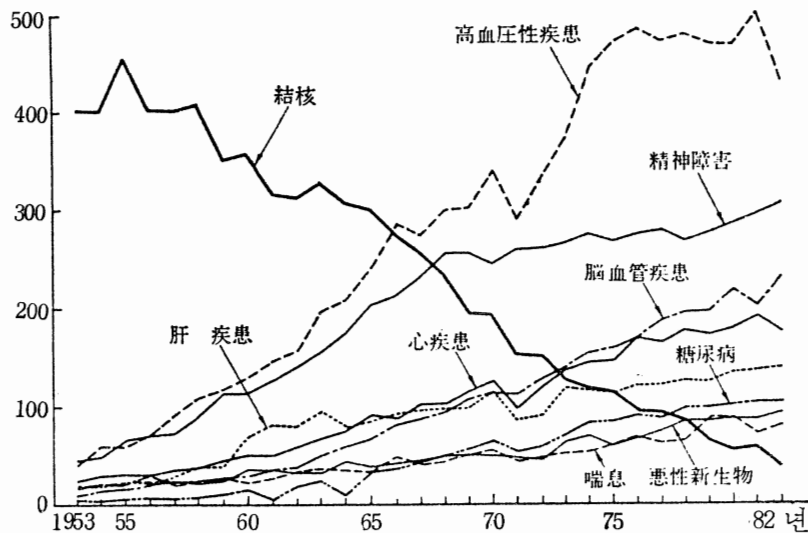
註 1) 공세권외, 「한국의 사망력과 사망원인」, 한국인구보건연구원, 1983.

註 2) 문옥륜, 「성인병 실태조사 연구보고서」, 보건사회부, 1980.

368.1 명이었다. 이들을 疾患別로 分類하면 高血壓患者가 115.8 명, 癌患者가 95.3 명, 糖尿病환자가 44.3 명, 心臟病患者가 39.6 명, 肝硬化症患者가 38.2 명, 慢性腎臟炎患者가 17.1 명, 腦出血患者가 15.6 명, 腦血栓患者가 4.6 명이었다(표 1 참조).

日本の 경우에서도 후생성통계정보부의 조사결과(1982년 7월 15일 조사), 全 醫療機關에서 받은 受療率^{*}은 고혈압환자가 인구 10만명당 1981년에 503명으로 계속 증가해 오다 1982년에 다소 떨어지기는 했으나 여전히 가장 높은 受療率을 보여 주었고, 그 다음으로 精神疾患, 腦血管疾患, 心疾患, 肝疾患, 糖尿病, 惡性新生物, 喘息, 結核 등의 順으로 보고되었다(그림 1 참조).

〈그림 1〉 주요질병별 受療率의 연도별 推移(인구 10만명당)



資料: 厚生省統計情報部, 「1982年 患者調査」

註 3): 受療率은 조사일(82년 7월 15일)에 전국의료시설에서 受療한 추계 환자수의 인구 10만명에 대한 비율임.

〈表 1〉 人口 100 萬名當 成人病 患者의 年齡別 性別 時點醫療機關 利用率

年 齡	糖 尿 病			高 血 壓			心 臟 病			腦 血 管 疾 患		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
19 歲 以 下	0.9	0.6	0.8	1.8	0.6	1.3	7.8	6.3	7.0	-	0.6	0.3
20 ~ 29 歲	0.4	3.2	2.8	9.8	2.8	6.4	9.7	14.9	12.3	1.3	-	0.7
30 ~ 39 歲	14.6	16.5	15.5	44.7	27.2	36.1	19.4	29.0	24.1	3.4	-	1.7
40 ~ 49 歲	107.4	49.5	77.3	215.1	158.4	121.6	52.9	52.5	52.7	30.1	13.0	21.2
50 ~ 59 歲	178.0	157.2	167.2	365.8	350.9	358.1	113.8	90.0	101.5	59.0	43.9	51.1
60 歲 以 上	181.2	10.2	133.6	547.7	397.8	458.1	141.2	121.5	129.4	85.2	65.7	73.6
計	50.5	39.1	44.3	122.1	109.6	115.8	38.2	41.0	39.6	17.7	13.6	15.6

資料：문옥륜外, “성인병 실태조사 연구” - 의료기관 이용자를 중심으로 - , 보건학논집, No.31,

77 ~ 100, 1981.

따라서 본 研究에서는 만성질환중 有病率이 높고 예방, 조기발견, 조기치료 및 계속적인 追求管理가 시급히 요구될 뿐 아니라 일차보건의료사업의 接近을 통해 個人, 家族 및 地域社會水準에서 管理가 可能的한 고혈압과 당뇨병만을 다루었다.

가) 高血壓

세계보건 기구에서 고혈압 (Definite Hypertension)의 기준은 최고혈압이 160 mmHg 이상, 최저혈압이 95mmHg 이상인 경우로 경계역고혈압 (Borderline Hypertension)은 최고가 140 ~ 160 mmHg, 최저가 90~95mmHg인 경우로 각각 정하여 현재 모든 세계 각국에서 이 基準에 따라 血壓의 정상 與否를 판가름하고 있다.

現在까지 全國調査를 통해 우리나라의 高血壓有病率을 제시한 結果는 표 2와 같다.

1979 ~ 1980년까지 1년 동안에 全國의 의료보험과 의료보호가입자를 對象으로 의료기관을 이용한 고혈압환자수를 전체 인구에 適用하여 推計한 고혈압유병율은 전연령층에서 인구 10만명당 584 (남자 536, 여자 631)이었다. 1980년에는 30세 이상의 地域社會住民을 대상으로 조사한 結果 남자가 14.0 퍼센트, 여자가 9.8 퍼센트 였다. 1983년에는 전연령층의 地域社會住民을 대상으로는 인구 1000명당 8.3 (남자 8.2, 여자 8.4)로 報告되었다.

이와같이 고혈압 유병율을 報告한 全國資料인 1979 ~ 80년의 結果는 의료기관을 이용하지 않은 고혈압환자들이 除外되었기 때문에 실제보다 낮은 유병율일 것으로 판단되고, 1980년의 結果는 고혈압의 基準을 수축기와 확장기혈압 중 어느 하나만 고혈압 범

주에 속해도 고혈압으로 看做한 것과 30 세 이상의 인구만을 대상으로 조사한 것이기 때문에 實際보다 높은 有病率일 것으로 판단된다. 그리고 1983 년의 결과는 1 년 이상 高血壓狀態에 있는 경우만의 有病率로서 他 研究結果에 비해 낮은 水準으로 판단된다.

이상과 같이 살펴본 全國資料 以外에도 일부 地域社會 住民이나 職場人 身體檢査 그리고 병원 外來 및 入院患者를 대상으로 조사한 論文들이 있다. 이들 중 1975 년 이후에 調査된 고혈압유병율 결과는 부표 1 에 整理하였다.

부표 1 중에서 地域社會住民을 대상으로 조사된 결과만을 살펴보면 年齡補正率(Age adjusted rate)로 1976 年에 남자가 6.3 퍼센트, 여자가 5.6 퍼센트, 1979 년에 남자가 6.9 퍼센트, 여자가 7.9 퍼센트, 1983 년에 남자가 6.9 퍼센트, 여자가 5.8 퍼센트였다. 따라서 대체적으로 우리나라의 고혈압유병율은 6 ~ 8 퍼센트로 추정된다.

美國⁴⁾의 고혈압유병율은 전 연령층의 지역사회주민을 대상으로 조사한 전국자료에 의하면 1979 년에 인구 1000 명당 110.1 에서 1985 년에 125.1 로 계속 증가하고 있다.

이상과 같이 살펴본 고혈압은 뚜렷한 증상이 없으며 원인을 알 수 있는 2 차성(續發生)고혈압과 별다른 증상없이 원인을 알 수

註 4) “Current Estimates from the National Health Interview Survey” Series 10, No.136, 150, 156, 160, Vital Statistics, 1979 ~ 1985.

〈表 2〉 全國調查結果에 의한 性別 高血壓有病率

研究年度	研究者	高血壓 有病率		調査數 (名)	調査對象者 特性 및 資料收集方法
		男	女		
1979- 1980	文玉綸外 ¹⁾	5.4	6.3	5.8 85,000 (인구 천명당)	전국의 의료보험·의료보호가입자를 대상(전연령층)으 로 진료비청구명세서 자료 이용 분석
1981	金駟瞬外 ²⁾	14.0	9.8	- 9,790 (백분 율)	지역사회주민을 대상(30 세이상)으로 설문지와 혈압기 를 이용하여 4 명의 간호원이 혈압측정한 전국표본조사
1983	KIPH ³⁾	8.2	8.4	8.3 43,714 (인구 천명당)	지역사회주민을 대상(전연령층)으로 여름과 가을 2 회 에 걸쳐 9762 가구 면접조사

資料: 1) 文玉綸, 金秉益等, 全國成人病實態調查研究, 保健學論集, No.33, 44 ~ 79, 1982.

2) 金駟瞬外, Korean Nationwide Blood Pressure Study, Yonsei Medical Journal: vol.23, No.1, 1982.

3) KIPH, 國民健康調查報告, 1983.

없는 1차성(本態性)고혈압으로 區分된다. 2차성고혈압은 고혈압의 약 10~25 퍼센트로 이들은 發病原因을 除去하면 쉽게 治癒가 가능하다. 그러나 나머지 75~90 퍼센트를 차지하는 1차성 고혈압은 10년 내지 20년 이상의 오랜기간에 걸쳐 發病되기도 하고 原因도 잘 모르게 나타나기 때문에 근본적 치료는 어렵고 豫防이 가장 중요하다. 심하지 않던 고혈압도 계속적인 追求管理를 소홀히 하게 되면 여러가지 무서운 合併症이 뒤따르게 된다.

그러나 고혈압은 地域社會 일차보건의담당자나 보건요원 등을 통해서도 손쉽게 발견될 수 있고 地域社會 보건사업을 통해 體系的으로 잘 管理해 주면 2차예방은 물론 무서운 合併症으로 부터 豫防이 可能하다.

특히 우리나라 農村地域은 醫療施設이나 人力이 不足하고 경제사정으로 자발적인 治療를 할 수 없어서 고혈압인줄 알면서도 追求管理를 소홀히 하거나 포기하는 경우가 많다.

따라서 건강한 地域社會를 유지하기 위해서는 일차보건의료사업을 통해 국가나 社會가 이들 脆弱集團에 대한 體系的인 管理를 해주어야 한다.

나) 糖尿病

近來에 이르러 糖尿病도 전세계를 통하여 보건학적으로 重要的疾患이라는 사실이 統計學的으로 확인될 만큼 증가되고 있다. 왜냐하면 첫째, 인간의 平均壽命이 연장되어 糖尿病患者의 수명도 길어졌기 때문에 당뇨병환자의 總數가 증가하고 있고 둘째, 糖尿病素因의 主要 原因인 肥滿症이 증가하고 있고, 셋째, 인슐린(insu-

lin)의 優秀한 치료효과로 젊은 糖尿病患者가 전보다 오래 살아 남게 되어 糖尿病의 遺傳素因을 지닌 자녀들이 많이 태어나게 되었고 넷째, 早期診斷이 可能해진 것 등의 이유 때문이다.

우리나라의 糖尿病 有病實態를 報告한 전국자료는 유일하게 1979-80년 1년동안의 의료기관을 이용한 의료보험·의료보호 가입자를 대상으로 分析한 것 뿐이다(표3 참조). 여기서 報告한 糖尿病有病率은 의료기관을 이용한 환자수를 전체인구에 적용한 결과 인구 10만명당 130(남자 143.0, 여자 116.7)이었다.

〈表 3〉 性別・年齡別 糖尿病 患者數 및 有病率(1979-1980)

연령(세)	전	체	남	자	여	자
0 ~ 4	21	*	11	*	10	*
5 ~ 14	99	6.3	50	6.4	49	6.3
15 ~ 24	365	20.3	158	21.1	207	19.8
25 ~ 34	1,128	67.5	631	67.3	497	67.7
35 ~ 44	2,270	218.1	1,432	255.4	838	174.6
45 ~ 54	3,321	457.5	1,890	436.6	1,431	488.3
55 ~ 64	2,611	493.2	1,352	545.8	1,259	446.9
65	1,282	421.9	589	474.1	693	385.8
計	11,097	129.9	6,113	143.0	4,984	116.7

* 註：人口 10만명당 유병율

資料：이동모, “糖尿病 罹患實態”, 인간과학, 제 5권, 제 7호, 1981.

이 유병율은 의료기관을 이용하지 않은 당뇨병환자가 除外된 결과이기 때문에 실제보다 낮은 水準일 것이다. 참고로 미국이 지역사회주민을 대상으로 조사한 糖尿病有病率을 살펴보면 全年齡層에서 人口 1000명당 1979년에 24.3에서 1982년에 25.4, 1985년에 26.2로 계속 增加趨勢를 보임을 알 수 있다. 따라서 현재 우리나라의 糖尿病有病率은 人口 10만명당 130보다 높은 水準일 것으로 판단된다.

이 외에 研究者들에 의한 論文으로는 1950년대말부터 臨床報告나 역학적 연구들이 發表되었다. 그러나 이들 대부분이 각 대학병원에서 입원환자나 외래환자를 대상으로 糖尿病患者의 比率을 報告하거나 身體檢查 資料를 分析한 결과이기 때문에 당뇨병유병율 파악이 不可能하였다. 단지 같은 의료기관내에서 同一한 研究者들에 의해 分析된 결과로서 全內科患者中 糖尿病患者의 比率은 최근에 이룰수록 增加趨勢에 있음을 알 수 있었다(표 4 참조).

이와 같이 增加趨勢에 있는 당뇨병은 完全히 뿌리뽑을 수 없는 疾患인 데에 더욱 문제가 있다. 일단 좋아졌다 하더라도 追求管理를 소홀히 하게 되면 곧 본래대로 되고 말거나 무서운 合併症을 동반하여 死亡에까지 이르게 된다. 더우기 당뇨병은 주로 社會的으로나 家庭的으로도 가장 活動的인 時期인 중년기에 많이 발생되어 社會的으로도 큰 損失이 되고 있다.

그러나 당뇨병은 의학의 발달로 인해 患者의 早期發見이나 진단이 容易해졌고 적절한 치료와 追求管理를 잘하면 환자는 健康한 生活을 유지할 수 있다. 그러므로 지역사회의 1차건강관리 次元에

〈表 4〉 主要 研究結果에 의한 糖尿病 有病水準

研究年度	研究者	糖尿病有病率(%)	調査數	調査機關 및 地域	調査對象者 特性 및 資料蒐集方法
1975	김응진외 ¹⁾	* 2.12	22,371	서울의대	서울대학병원 당뇨병관리실에 등록된 환자대상 유병율은 년도별 전 내과환자중에서 발견되는 당뇨병의 배분율임
1976	김응진외 ¹⁾	* 2.16	22,647	서울의대	上 同
1977	김응진외 ¹⁾	* 2.45	25,958	서울의대	上 同
1982.7 ~1983	배기택외 ²⁾	2.9	4,755	부 산	부산지역의 공무원 및 사립학교 교직원의 정기신체검사
1980.5 ~1983	이광우외 ³⁾	3.5	18,201	카 톨 립 의 대	시 역학적 관찰을 (1982년 7월부터 1년동안) 실시 1980년 5월부터 1983년 4월까지 카톨릭의대, 강남성 모병원 건강진단센터에 내원한 환자대상으로 1980년 5 월에 설치된 자동화 건강진단 System을 이용, 분석

* 註: 그해의 전내과환자 중 초진과 재진의 당뇨병환자가 모두 포함된 비율(%)임.

資料: 1) 김응진외, “한국인 당뇨병의 역학적 연구(V)” 당뇨병, 제 5권, 1호, 1979.

2) 배기택외, “부산지역 공무원 및 교직원의 당뇨병에 관한 역학적 조사연구”, 인제의학, 4(1), 1983.

3) 이광우외, “한국인 18,201명에서 당뇨병과 관련 질환에 관한 역학적 연구, 당뇨병, 제 8권, 1호, 1984.

서. 보건 의료 서비스를 주민에게 적절히 제공해 주어 당뇨병 환자의 발생 및 악화를 抑制시켜야 할 것이다.

3) 目 標

만성질환 中有病率이 높고 계속해서 增加趨勢에 있는 고혈압 (現 유병율 6 ~ 8 %) 과 당뇨병 (現 유병율 0.13 ~ 3 %) 을 2000 년까지 더 이상 增加되지 않도록 抑制시킴으로써 30 ~ 65 세 人口의 健康水準을 증진시킨다. 이 목표를 위하여 2000 년까지 고혈압 및 당뇨병 환자의 發生率을 최소한 15 % 이상 減少시킨다.

4) 活 動

가) 地域社會住民 全體를 對象으로 集團檢診, Screening Test 등을 公共保健機關 및 醫療機關이 지속적으로 실시한다. 특히 30 ~ 65 세의 농어촌 및 도시영세민에게는 고혈압, 당뇨병, 암의 早期發見을 위한 정기적인 健康診斷을 실시해 준다.

나) 일차보건의료 담당인력에서 지역사회주민의 行態變化를 誘導할 수 있는 保健教育을 실시한다.

다) 일차보건의료 담당인력에게 患者의 早期發見 및 追求管理를 容易하게 할 수 있도록 지침서를 開發하여 活用하도록 한다.

라) 만성질환관리에 必要한 여러가지 書式的 開發과 精確한 환자실태 파악을 위한 자료수집 방법을 標準化하여 基礎資料로 活用할 수 있도록 한다.

마) 人口의 老齡化로 인한 老人性疾患을 만성질환관리체계 속에 包含시켜 취약한 노인들을 위한 양로의료원을 운영한다.

마. 事故管理

1) 目 的

1 차보건의료측면에서 國民의 健康水準向上을 위협하는 각종 事故를 豫防하고 事故發生 즉시 조치하며 불구에 대한 效果的인 役割을 통하여 國民보건수준향상에 기여한다.

2) 現況 및 問題點

國家가 產業化, 都市化됨에 따라 당면하는 보건문제도 달라진다. 우리나라는 지난 20餘年 동안 급속한 經濟發展으로 말미암아 보건수준이 向上되었으나 한편으로는 國民保健을 위협하는 새로운 요인을 맞게 되었다.

健康의 최악상태인 사망에 있어서 死因構造만 보더라도 과거 50 ~ 60年代의 주요사인이었던 감염성질환이 감소하고 文明社會와 더불어 나타나는 만성질환 및 각종 事故가 主要 10 大死因의 상위권에 진입했다.

우리나라의 主要死因의 變化는 80년대에 들어와 不意의 事故가 주요 10대 사인에서 3위를 차지하고 있으며 교통사고와 自殺 및 自傷을 합하면 그 비중은 더 클 것이다(표 1參照). 日本의 경우를 보더라도 불의의 사고 및 유해작용이 1984년에 주요 10대 사인에서 5위를 차지했다.

〈表 1〉 우리나라의 年度別 主要死亡原因

順位	1958-1959 ¹⁾	1966-1967 ¹⁾	1974 ²⁾	1979 ³⁾	1980 ⁴⁾	1981 ⁵⁾	1982 ⁶⁾	1983 ⁷⁾	1984 ⁸⁾
1	폐렴 및 기관지염 (73.8)	폐렴 및 기관지염 (43.8)	악성신생물 (43.5)	뇌혈관질환 (93.7)	악성신생물 (92.4)	고혈압성질환 (105.2)	뇌혈관질환 (141.9)	뇌혈관질환 (156.5)	뇌혈관질환 (154.5)
2	결핵 (39.5)	결핵 (35.8)	뇌혈관질환 (40.3)	악성신생물 (74.0)	뇌혈관질환 (76.2)	뇌혈관질환 (96.5)	폐순환질환및 기타심질환 (81.7)	폐순환질환및 기타심질환 (71.7)	폐순환질환및 기타 (71.4)
3	위장염 (31.0)	뇌혈관질환 (26.1)	고혈압성질환 (38.6)	기타 순환기계 (73.1)	분의의사고및부작용 (72.9)	분의의사고 기타 (73.4)	분의의 사고 기타 (75.7)	분의의 사고 기타 (65.1)	분의의 사고 기타 (64.6)
4	악성신생물 (25.8)	악성신생물 (25.8)	사고(자동차사고 제외) (32.1)	고혈압 (54.5)	고혈압성 질환 (66.7)	노쇠 (54.3)	고혈압성질환 (57.5)	노쇠 (50.5)	교통사고 (55.8)
5	뇌혈관질환 (19.6)	위장염 (14.2)	호흡기계결핵 (21.9)	사고 (44.4)	중독및독성영향 (39.0)	위의 악성신생물 (45.3)	만성간질환및 경변증 (45.4)	만성간질환및 경변증 (50.4)	노쇠 (53.6)
6	심장질환 (8.5)	사고 (12.8)	기관지염 폐기종 (20.0)	결핵 (30.7)	심장 질환 (33.5)	만성간질환및간경변 (43.6)	위의 악성신생물 (45.0)	위의 악성신생물 (48.9)	만성간질환및경 변증 (52.9)
7	사고 (8.2)	심장질환 (11.7)	폐렴 (17.0)	간경변 (24.1)	만성간질환및경화증 (27.5)	교통사고 (41.4)	노쇠 (44.5)	교통사고 (43.6)	위의 악성신생물 (46.9)
8	-	-	기타 심장질환 (16.0)	중독 및 독성영향 (20.0)	결핵 (25.8)	결핵 (38.2)	결핵 (38.3)	고혈압성 질환 (42.2)	고혈압성 질환 (39.9)
9	-	-	간경변 (12.4)	폐렴 (19.8)	자살 (20.8)	자살 및 자살 (37.1)	자살 및 자살 (37.7)	결핵 (37.6)	간의 악성신생물 (35.0)
10	-	-	병인 불명 (33.6)	천식, 기관지염, 기종 (15.2)	정후증상및불명병태 (71.8)	만성기관지염 폐기종및천식 (18.3)	간의악성신생물 (33.9)	간의 악성신생물 (35.5)	결핵 (34.8)

資料: 1) 김 일순의, “최근 한국인의 사망력의 배경에 관한 연구”, 예방의학회지, 2(1), 1969.

2) 이 동우, 김 일순, “사망력 지표의 개발 및 측정”, 사망신고 자료를 중심으로.

(고위추정치) 「한국의 보건문제와 대책(Ⅲ)」, 한국개발연구원, 1977, pp.437-442.

4) 공 세권의, 「한국의 사망력과 사망원인」, 한국인구보건연구원, 1983, pp.219-221.

3) 5) 경제기획원 조사통계국, 사망원인 통계.

註: 2) 인구 100만명당 사망율의 고위추정치임.

4) 5) 총 사망자 1000명당 비율임.

全死因에서 事故(損傷 및 中毒의 外因, ICD-9 E47-E53)가 차지하는 비율은 83년에 7.4%에서 84년에는 8.1%를 보였는데 일본과 미국의 경우에는 4.0%정도를 나타내고 있다(표 2 참조).

〈表 2〉 全死亡者中 事故(ICD-9, E47-E53)에 의한 死亡者比(%)

국명 연도	한국 ¹⁾	캐나다 ²⁾	미 국 ³⁾	일본 ⁴⁾	프랑스 ⁵⁾	독일 ⁶⁾	영국 ⁷⁾
1980	-	6.6	5.3	-	6.7	-	-
1981	-	6.3	5.1	-	-	-	-
1982	-	5.4	4.8	4.1	-	3.7	2.3 [*]
1983	7.4	-	-	4.0	-	3.6	3.3 ^{**}
1984	8.1	-	-	4.0	-	3.4	3.3 ^{**}

資料: 1) 경제기획원 조사통계국, 사망원인통계, 1983, 1984.

2) ~ 7) WHO, World Health Statistics, 1984, 1985.

* England & Wales

* * Scotland

각국의 事故에 의한 사망율을 보면 우리나라는 84년에 43.3(실제는 더 높을 것으로 추정됨)을 나타냈으며 일본은 24.6, 美國, 독일, 영국 등은 40 미만임을 보여주고 있다(표 3 참조).

이와 같이 산업사회의 國民保健을 위협하는 각종 事故에 대한 定義도 다양하다. Webster 사전에는 「事故는 원인이나 우연에 의해 발생하는 사건으로 부주의, 태만, 무지 혹은 복합적인 요인에 의한 불행한 결과, 즉 損害와 손상을 가져오는 事件」이라 정의하고 있

〈表 3〉 事故 (損傷 및 中毒의 外因, ICD-9 E47-E53)에 의
한 死亡率

(人口 : 100,000 명당)

國名 韓國 ¹⁾ 年度	캐나다 ²⁾	美 國 ³⁾	日 本 ⁴⁾	프랑스 ⁵⁾	獨 逸 ⁶⁾	英 國 ⁷⁾
1980	-	47.1	46.5	-	-	-
1981	-	44.8	43.9	-	69.1	-
1982	-	38.5	40.6	24.6	-	43.3 **
1983	39.2 *	-	-	24.8	-	40.6 ***
1984	43.3 *	-	-	24.6	-	59.9 ***

資料 : 1) 경제기획원 조사통계국, 사망원인통계, 1983, 1984.

2) ~ 7) WHO, World Health Statistics, 1984, 1985

* 인구는 한국인구보건연구원, 「국가장기발전구상」- 인구 및 보건부문 - 의 추정 인구임.

** England & Wales.

*** Scotland.

으며 WHO는 「알아볼 수 있는 상처를 입히는 돌연한 事件」으로, 미국안전위원회에서는 「상처 또는 사망이나 재산의 손실을 가져오는 事件의 結果」로 정의하고 있으며, 保健學에서는 事故를 「불의의 원인, 조건, 환경, 불완전한 시설, 불완전한 상태 등으로 야기되며 시시각각으로 인간의 생명과 재산에 막대한 피해를 가져오는 것」으로 정의하고 있다.

事故에 대한 정의도 다양하듯이 사고의 發生場所, 豫防 및 管理

를 위한 접근에도 어려움이 많다. 그러나 事故의 예방 및 관리는 우리의 미래사회가 해결해야 할 중요한 保健問題가 아닐 수 없다. 따라서 1차보건의료측면에서 각종 사고를 크게 産業災害, 交通事故, 一般事故로 區分하여 살펴본다.

가) 産業災害

産業災害라 함은 産業 또는 작업장과 관련하여 인체의 손상과 재산상의 피해를 가져오는 예기치 못한 사건이라 할 수 있다.

오늘날 世界는 연간 수백만건에 달하는 産業災害를 감수하고 있으며, 그 수는 생산수단의 다양화와 복잡화로 증가하고 있는 추세이다. 産業災害는 젊은 층, 즉 經濟活動人口에게 不具와 사망의 중요한 원인이 되기 때문에 그 심각성은 더욱 크다.

現在(1985년) 우리나라 4,100만 인구 중 1,500만이 勞動人口이다. 이 중 2차산업(광업, 제조업, 건설업)에 종사하는 근로자수는 약 400만명으로 이들은 약 10만개소의 5인 이상 사업장에서 일하고 있다. 그러나 94%의 사업장은 100인 미만의 근로자를 가진 중소기업으로 42%의 근로자들이 여기서 일하고 있다.

1,000명 이상의 근로자를 고용하고 있는 事業場은 전체 사업장의 0.3%, 전체 근로자의 21%를 차지하고 있는데 불과하다.

산업재해를 보면 산업재해보험에 가입하고 있는 총 근로자 440만명(85년) 중 16만명이 재해로 보상을 받고 있는데 이 중 약 10%는 永久障害를 남긴 자이며 약 1%는 사망자이다. 이것을 災害度數率로 보면 13.1(84년)이고 強度率로 보면 2.6으로 先進國家들에 비하여 월등히 높다.

지난 10년간 産業災害의 發生을 보면 최근에 을수록 災害件數, 災害者數가 증가하고 있다. 84년 재해건수는 약 158,000件으로 100명당 産業災害率은 4.0을 나타냈다. 이것은 재해발생증가가 83년 이전에는 7일 이상 치료를 요하는 재해를 통계에 包含시켰으나 83년부터는 4일 이상을 包含시킨 데 그 원인이 있다고 본다. 그러나 선진국에서는 1일 이상을 災害로 보는 것에 비하면 우리의 재해건수는 통계숫자상 훨씬 적게 잡힌다고 하겠다. <表 4>는 연도별 산업재해발생현황을 보여준다.

<表 4> 年度別 産業災害 發生現況

년도	근로자수 (1,000명)	재해건수	재해건수	산업재해율 (100명당)
1975	1,836	79,819	80,570	5.3
1976	2,270	94,847	95,289	4.4
1977	2,647	117,077	118,011	4.1
1978	3,106	138,182	139,242	4.5
1979	3,608	128,457	130,307	3.9
1980	3,753	112,111	113,375	3.5
1981	3,457	116,698	117,938	3.8
1982	3,465	136,952	137,816	4.1
1983	3,941	156,116	156,972	4.3
1984	4,385	157,985	159,306	4.0

자료 : 노동부, 노동통계 연감.

경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

재해자는 死亡, 負傷, 신체장애로 본 千件當 災害率은 80年代에 들어와 死亡은 10 정도, 負傷은 890 정도를 나타내고 신체 장애는 약간씩 감소하여 84년에 106을 나타냈었다(표 5 참조).

산업재해는 불구와 사망의 중요한 원인이다. 인구 100,000 명당 災害者率은 83, 84년에 393으로 주춤한 상태이다. 사망율은 일정한 경향을 보이지 않고 84년에 4.1을 나타냈으며, 身體障害率은 41.0이었다.

〈表 5〉 年度別 災害者數 및 千件當 災害率

년 도	재 해 자 수	사 망		부 상	신 체 장 해	신 체 장 해 자 수	千 건 당 재 해 율
		사망자수	千 건 당 재 해 율				
1975	80,570	1,006	13	73,074	915	6,490	81
1976	95,289	883	9	36,598	913	7,804	82
1977	118,011	1,174	10	105,501	901	11,336	97
1978	139,242	1,397	10	124,832	903	13,013	94
1979	130,307	1,537	12	115,513	868	17,257	134
1980	113,375	1,273	11	97,229	867	14,873	133
1981	117,938	1,295	11	101,837	873	14,806	127
1982	137,816	1,230	9	120,704	881	15,882	116
1983	156,972	1,245	9	138,652	888	16,868	108
1984	159,306	1,667	11	139,478	891	16,655	106

자료 : 노동부, 노동통계연감.

경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

고도의 産業化된 유럽에서는 매년 보고되는 産業災害는 근로자 100 명당 6명 정도이며 사망율은 2~5 명 (100,000 명당) 정도로 보고되고 있다 (유럽에서는 재해의 基準이 1 일 이상의 치료를 요하는 사고를 재해로 봄으로 4 일 이상으로 하고 있는 우리와는 직접 비교가 곤란하다). 産業災害의 10 % 정도가 영구불구이며 남자가 여자보다 10 배 정도 높다. 유럽에서는 치명적인 산업재해를 거의 한계수준까지 감소시켜 사고발생에 대한 일반적 경향은 제한적이며 더 감소하고 있지 않다.

〈 表 6 〉 災害者率 및 死亡, 負傷, 身體障害率

(인구 100,000 명당)

년 도	재해자율	사 망 율	부 상 율	신체장애율
1975	228	2.9	207	18.4
1976	265	2.5	102	21.8
1977	324	3.2	289	31.1
1978	376	3.8	337	35.1
1979	347	4.1	297	46.0
1980	297	3.3	255	39.0
1981	304	3.3	263	38.2
1982	350	3.1	306	40.4
1983	393	3.1	347	42.2
1984	393	4.1	343	41.0

자료 : 노동부, 노동통계연감. 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

* 인구는 경제기획원 추계치임.

最近의 産業災害發生을 원인별로 보면 불안전행동, 안전지식부족이 災害發生의 주요원인으로 나타나고 있다(표7 참조).

이것은 재해발생에 대한 예방 및 안전교육이 매우 必要함을 시사하고 있다.

〈表 7〉 原 因 別 産 業 災 害

원인	연도	1 9 8 3		1 9 8 4	
		재해자수	%	재해자수	%
안 전 지 식 부 족		33,780	21.5	34,664	22.0
불 안 전 행 동		69,116	44.0	81,051	51.4
감 독 불 충 분		19,876	12.7	18,239	11.5
시 설 하 자		30,389	19.4	17,033	10.8
기 타		3,808	2.4	6,813	4.3
계		156,972	100.0	157,800	100.0

자료 : 노동부, 노동통계연감.

나) 交通 事故

經濟發展으로 인한 産業化, 都市化는 교통수단의 다양화 및 교통환경의 변화를 가져왔으며 교통사고도 계속 증가되어 왔다.

WHO는 國際傷病分類(I C D - 9)에서 교통사고의 내용에 자동차, 철도, 선박, 항공기에 의한 사고 등 여러가지를 포함시키고 있는데, 이러한 교통수단별 사고발생의 90 % 이상을 자동차사고가 차지하고 있다.

우리나라는 지난 10년간 자동차수가 4배로 늘어났다. 85년에 자동차수가 약 110만대 사고수는 약 14만 7천건이었으며 인명피해는 19만명 정도였다(표 8 참조).

〈表 8〉 年度別 自動車數와 交通事故數 推移

년도	자동차대수	사 고 수	인 명 피 해		
			계	사 망	부 상
1976	218,978	47,952	69,519	3,863	65,656
1977	275,312	54,566	81,223	4,097	77,126
1978	384,536	65,177	91,578	5,114	91,464
1979	494,378	78,168	111,951	6,006	105,945
1980	527,729	83,711	117,249	5,608	111,641
1981	571,754	87,119	121,093	5,804	115,289
1982	646,996	101,528	136,415	6,114	130,605
1983	785,316	120,214	159,406	6,834	152,572
1984	948,319	134,335	177,845	7,468	170,377
1985	1,113,430	146,836	191,942	7,522	184,420

자료 : 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

교통사고는 病院入院과 영구불구의 중요한 원인이다. 교통사고는 치료를 위해 필수적으로 복잡하고 高價의 의료가 요구될 뿐 아니라 불구자에 대한 재활 및 사회적 보장이 필요하다. 따라서

〈表 9〉 年度別 1日平均 交通事故 및 人口 10萬名當 發生率

구 분		연 도									
		76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
1 日 平 均	발생건수	192.4	216.0	258.4	312.1	328.3	338.0	386.9	329.0	368.0	402.3
	사 망	10.6	11.2	14.0	16.5	15.3	15.9	16.7	18.7	20.5	20.6
	부 상	179.8	211.3	250.5	290.3	305.0	315.8	357.8	418.0	466.8	505.3
人 口 (100,000 名當)	발생율	196.8	217.5	256.1	304.6	322.2	319.4	359.8	426.2	331.1	356.3
	사 망 율	13.1	13.5	16.0	18.0	17.2	17.0	17.1	19.4	18.4	18.5
	부 상 율	186.0	214.5	249.8	284.0	300.4	300.1	332.8	383.5	419.9	447.5

자료 : 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

*인구는 경제기획원 추계 인구임.

교통사고에 대한 예방 및 그 관리가 무엇보다도 중요하다고 하겠다. 85년 교통사고의 1일평균 발생은 402.3건, 사망은 20.6명, 부상은 505.3명으로 놀라운 통계이며 계속 증가하고 있다. 인구 10만명당 발생율, 사망율, 부상율을 보면 각각 356.3건, 18.5명, 447.5명을 나타냈다(표 9 참조). 일본의 경우 84년에 인구 10만명당 교통사고에 의한 사망율이 11.4로 우리와는 큰 격차를 보이고 있다.

자동차 증가에 따른 사고발생수와 사상자수를 보면 최근에 올수록 감소하고 있는데, 85년에 자동차 100대당 사고수는 13.2건을 보였으며 死傷者數는 17.2명이었다(표 10 참조).

〈表 10〉

交通事故와 死傷者數

(자동차 100대당)

년도	사 고 수 (100대당)	사 상 자 수 (100대당)
1 9 7 6	21.9	31.7
1 9 7 7	19.8	29.5
1 9 7 8	16.9	25.1
1 9 7 9	15.8	22.6
1 9 8 0	15.7	22.2
1 9 8 1	15.2	21.2
1 9 8 2	15.7	21.1
1 9 8 3	15.3	20.3
1 9 8 4	14.2	18.8
1 9 8 5	13.2	17.2

자료 : 내무부 치안본부, 교통통계.

다) 一般事故

一般事故는 産業災害 및 交通事故를 제외한 중독, 불의의 추락 화재 등을 포함하는데 여기서는 火災事故와 家庭事故로 나누어 살펴본다.

(1) 火災事故

우리나라의 연간화재발생과 인명피해를 보면 해를 거듭할수록 화재발생수는 증가하여 84년에 약 8,500건에 인명피해는 1,331명이었다(표 11 참조). 死因으로서 모든 事故(손상 및 중독의 외인)에 의한 사망에서 화상으로 인한 사망이 2.7%를 차지했다.

〈表 11〉 年度別 火災發生 및 人命被害

년도	화재 발생 수	인 명 피 해			
		계	사 망	부 상	
1975	4,259	929	219	710	
1976	4,712	884	221	663	
1977	5,363	1,059	259	800	
1978	5,648	1,080	236	844	
1979	5,711	1,097	283	814	
1980	5,438	888	247	641	
1981	5,851	999	291	703	
1982	6,822	971	276	695	
1983	7,725	1,457	381	1,076	
1984	8,562	1,331	372	959	

자료 : 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

火災發生率을 보면 84 年에 1 日平均 發生은 23.5 건, 火災 100 件當 人命被害는 15.5 명이며 人口 10 萬名當 人命被害는 3.3 명으로 나타나고 있다(표 12 참조). 火災發生原因別로 보면 失火가 압도적으로 높게 나타나고 있어 火災豫防에 대한 주의와 대책이 필요함을 지적할 수 있다(표 13 참조).

〈表 12〉 1 日平均 火災發生 및 人命被害率

년도	1 日平均發生數	人 命 被 害 (100 件當)	人命被害率 (人口 100,000 명)
1 9 7 5	11.7	21.8	2.6
1 9 7 6	12.9	18.8	2.5
1 9 7 7	14.7	19.7	2.9
1 9 7 8	15.5	19.1	2.9
1 9 7 9	15.6	19.2	2.9
1 9 8 0	14.9	16.3	2.4
1 9 8 1	16.0	17.1	2.6
1 9 8 2	18.7	14.2	2.5
1 9 8 3	21.2	18.9	3.6
1 9 8 4	23.5	15.5	3.3

자료 : 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

* 인구는 경제기획원 추계치임.

〈表 13〉

年度別 火災發生原因

년도	발 생 원 인			
	계 (%)	실 화 (%)	방 화 (%)	기 타 (%)
1 9 7 6	4,712 (100.0)	4,177 (88.6)	128 (2.7)	407 (8.6)
1 9 7 7	5,363 (100.0)	4,753 (88.6)	165 (3.1)	445 (8.3)
1 9 7 8	5,643 (100.0)	5,131 (90.9)	-	517 (9.1)
1 9 7 9	5,711 (100.0)	5,111 (89.5)	-	600 (10.5)
1 9 8 0	5,438 (100.0)	4,732 (87.0)	221 (4.1)	485 (8.9)
1 9 8 1	5,851 (100.0)	5,040 (86.1)	233 (4.0)	578 (9.9)
1 9 8 2	6,822 (100.0)	5,483 (80.4)	474 (4.0)	1,065 (15.6)
1 9 8 3	7,725 (100.0)	6,659 (86.2)	340 (4.4)	726 (9.4)
1 9 8 4	8,562 (100.0)	7,872 (91.9)	416 (4.9)	274 (3.2)

자료 : 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.

(2) 其他 事故

事故發生의 場所에 대한 精確한 資料는 없지만 가정의 사고발생의 중요한 장소이다. 가정사고에 대한 資料가 거의 없는 실정이나 가정사고로 인한 사망 및 손상도 전체사고 중에서 차지하는 비율이 클 것으로 추정된다.

우리나라 가정에서 불의의 사고 중 煤炭가스中毒事故가 차지하는 위치는 크다. 연탄가스중독사고에 대한 最近의 全國的 資料가 없

어 全體的인 把握은 어렵다. 70年代 후반에 일부 지역을 조사대상으로 한 報告*들은 연탄가스중독증의 發生率이 人口 10,000名當 300이 상으로 우리나라 일부 도시지역에서의 연탄가스중독 발생율이 매우 높음을 보였다. 앞으로는 연탄가스중독 발생율이 현재의 수준보다 감소할 것으로 展望되나 도시지역에서 연탄사용이 감소하는 반면에 農村地域에서는 사용이 늘어나 당분간 급격한 감소는 예상하기 어렵다.

家庭事故에 대한 여러 研究*는 嬰幼兒의 偶發事故가 가장 많다고 보고하고 있으며 이에 대한 예방책이 시급함을 지적하고 있다. 또한 事故發生場所로는 都市地域에서 屋內事故가 많고 農村地域에서는 屋外事故가 많은 것으로 보고하고 있다. 사고종류별로는 都市地域에서 화상, 농촌지역에서는 타박상이 많이 발생한 것으로 나타났다. 특히 농촌지역에서 중요한 것은 農藥使用으로 인한 농약 중독사고와 농기구(특히 경운기)에 의한 사고가 심각한 問題로 나타나고 있다. 일부 농촌지역을 대상으로 조사한 결과에 따르면 30 ~ 59세 연령군에서 농약중독경험자가 50%에 이른다고 한다. 또한 15일간 상병을 조사한 경우 全傷病 중 손상 및 중독이 22%

* 윤덕로외, 연탄가스중독의 발생 및 진료실태에 관한 조사연구, 대한의학협회지, 20(8), 1977.

김용익외, 도시영세민지역의 연탄가스중독에 관한 역학적 실태조사, 대한의학협회지, 23(10), 1980.

조수현외, 일산화탄소중독의 발생상태에 대한 조사연구, 대한예방의학회 학술대회 초록, 1976.10.

에 해당한다는 보고도 있다.**

지금까지 事故에 대한 現況 및 問題點을 살펴 보았다. 결론적으로 보면 事故는 現在 우리나라의 주요 10 대 사인의 상위권을 점하고 있으며 이런 추세는 당분간 계속될 것으로 예측된다. 또한 각종 事故, 즉 産業災害, 교통사고, 一般事故가 계속 증가하고 있어 사고의 심각성은 더욱 증가하고 있다.

産業災害의 경우 84 년에 사망율은 인구 10 만당 4.1, 産業災害率은 근로자 100 명당 4.0 으로 선진국의 사망율 6.0 과 산업재해를 2 ~ 5 에 비해 별 차이가 없는 것 같으나 산업재해의 기준과 산업재해대상 근로자가 다르기 때문에 직접적인 비교가 곤란하며 우리가 훨씬 높다고 볼 수 있다. 산업재해의 주요원인으로는 불안전 행동과 안전 지식부족으로 나타나고 있어 이에 대한 대책이 요구된다.

교통사고의 경우 85 년에 인구 10 만당 18.5 로 일본의 11.4 에 비해 훨씬 높음을 알 수 있다. 기타 一般事故에 있어서는 國家間の

* 박순자, 서울시내 일부 시민아파트 주민의 가정 사고에 대한 조사, 공중보건잡지, 10(2), 1973.

박은숙, 서울대학교병원 가정의학과 일부등록가구의 가정 사고 양상에 대한 조사, 가정의, 3(11), 1982.

변수자, 영유소아기 가정 사고의 원인과 예방에 관한 연구, 대한간호학회지, 4(1), 1974.

강대민, 농촌가정의 어린이 사고에 관한 연구, 전남의대잡지, 9(3), 1972.

홍화기, 우리나라 사고의 역학적 특성에 관한 고찰, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1986.

** 이해숙외, 농촌지역의 1차보건사업개발과 음용수관리개선을 위한 기초조사연구, 미발표, 1986.

정확한 資料가 없어 직접적인 비교는 할 수 없으나 우리가 낮다고 볼 수는 없다.

2000 년까지는 만인의 健康을 위해 일차보건의료측면에서 다음과 같이 목표를 설정한다.

3) 目 標

각종 事故의 發生率, 死亡率이 여러 先進國에 비해 월등히 높은 현 수준에서 2,000 년에는 오늘날 선진국 수준에 이르기 위해서는 적어도 현 수준의 50%는 감소시켜야 한다. 이 目標을 위해 각종 事故에 대한 國家的 차원의 관리대책이 要求되며 특히 地域社會單位에서 發生하는 一般事故는 일차보건의료접근을 통하여 效果的인 管理를 한다.

4) 活 動

이상의 目標에 도달하기 위해서는 각종사고의 豫防과 管理가 國家的 次元, 地域社會單位 등 다각적인 活動과 노력이 필요하다. 그러나 일차보건의료차원에서 管理할 수 있는 活動은 다음과 같다.

가) 情報體系

地域社會單位에서 發生하는 각종 사고에 대한 正確한 통계를 把握, 管理한다.

나) 保健教育 및 事故豫防教育

일차보건의료요원의 대상인구에 대해 地域社會의 產業體, 學校, 家庭에서 保健교육과 事故豫防교육을 실시한다.

다) 事故後 管理

事故로 인한 狀態의 정도에 따라 적절한 의료기관에 후송하여 양질의 의료를 받도록 하며 그 후에 필요에 따라 계속적인 追後管理를 한다.

라) 産業災害

地域社會內的 産業場에 주기적인 방문을 통하여 産業災害豫防을 위한 사업주의 역할을 강조하고 산업장의 안전시설과 근로여건 개선을 위하여 노력하며 여러가지 教育資料를 이용한 安全教育를 行한다.

마) 交通事故

地域社會內的 자동차와 도로이용자에 대해서 더욱 効果的인 교통통제와 安全教育, 더 나은 도로여건 마련, 안전장치개발 및 부착을 건의하고 시행하도록 적극적인 活動을 한다.

바) 家庭事故

(1) 煉炭가스中毒事故

연탄가스중독사고의 원인은 부주의와 가옥구조이므로 가정방문을 통하여 주의를 주고, 가옥내 난로, 문틈, 아궁이의 위험요인제거를 위해 活動한다.

(2) 火災事故

화재원인의 대부분이 失火이므로 화재예방에 대한 철저한 教育과 安全施設, 화재예방을 위한 각종 措置를 위해 活動한다.

(3) 農藥中毒 및 農機具使用으로 인한 事故

농약사용에 관한 教育을 相關기관에서 정기적으로 실시하도록 건

의하고 아울러 農民들이 의무적으로 教育에 參加할 수 있도록 하며 농민들이 농약에 대하여 정확한 지식과 정보를 얻을 수 있도록 관계기관들의 적극적인 협조를 요청한다. 또한 농기구(특히 경운기) 사용시 각별한 주의를 하도록 教育한다. 그리고 事故發生時 신속한 응급처치와 2차 의료기관으로 후송한다.

(4) 嬰幼兒偶發事故

地域住民에 대한 보건교육시간을 통하여 嬰幼兒 부모들에게 嬰幼兒偶發事故豫防을 教育하고 嬰幼兒를 대상으로 하는 물건에 대한 嚴格한 公産품관리규정이 適用되도록 하며 潛在的 事故豫防을 위하여 安全裝置 및 구조의 규격화, 가옥구조를 안전하게 하도록 活動한다.

2.2 母子保健 및 家族計劃

가. 母子保健

1) 目的

임산부와 嬰幼兒를 中心으로 모자보건 대상자들에게 質的인 保健醫療서비스를 제공하여 人口의 資質을 向上시켜 健康한 國民으로 育成시키는 데 目的이 있다.

2) 現況 및 問題點

우리나라의 母子保健事業 對象人口은 표 1과 같이 推計되었다. 總人口 중 母子保健事業 對象人口比率은 1985年 현재 55.3 퍼센트

에서 2,000년에는 50.1 퍼센트로 그 비율에 있어서는 다소 減少되나 대상수는 增加되는 것으로 報告되었다.

〈表 1〉 母子保健事業對象人口推計(1985 ~ 2000)

區 分	單 位	1985	1990	1995	2000
總 人 口	千名	41,209	44,261	47,250	50,066
15-44 歲(女性)	千名	10,026	10,947	11,556	12,063
(%)		(24.3)	(24.7)	(24.5)	(24.4)
0 - 14 歲	千名	12,778	12,652	13,019	12,996
(%)		(31.0)	(28.6)	(27.6)	(26.0)
出 生 兒 數	千名	931	893	912	848
都 市	(%)	(56.6)	(62.4)	(67.2)	(71.2)
農 村	(%)	(43.4)	(37.6)	(32.8)	(28.8)

資料：1) 經濟企劃院,第5次經濟社會發展5個年計劃 人口部門計劃.

2) 한국인구보건연구원, 2,000년을 향한 모자보건종합대책, 1986.

가) 母性死亡率 및 嬰兒死亡率의 變化樣相

모자보건의 指標로서 가장 많이 사용되고 있는 嬰兒 및 모성사망율은 과거 20년간의 노력으로 많은 減少를 본 것은 확실하지만 이에 대한 정확한 통계자료는 미비한 실정이다.

현재 우리나라는 출생신고제의 미비로 센서스자료에 의해 간접추정식으로 算出된 嬰兒死亡率 및 모성사망율이 사용되고 있는데 推計된 嬰兒 및 모성사망율은 표 2와 같다. 嬰兒死亡率은 1966년에

〈表 2〉 年度別 嬰兒死亡率과 母性死亡率 推計値(1966-2000)

區 分	1966	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
嬰兒死亡率 ¹⁾	60.0	53.0	38.0	36.8	32.6	18.2	11.7	8.1
母性死亡率 ²⁾	-	8.3	5.6	4.2	3.6	2.49	1.72	1.52

주: 1) 출생 1,000 명당.

2) 출생 10,000 명당.

자료: 1) 보건사회부, 보사통계년보.

2) 한국인구보건연구원, 2000 년을 향한 국가장기발전구상, 1985.

3) 한국인구보건연구원, 2000 년을 향한 모자보건종합대책, 1986.

60.0 에서 계속 감소되어 1985 년에는 32.6 으로 推計되었다. 그러나 이 32.6 은 現實情보다 높다는 것이 전문가들 사이에서 논의되고 있으므로 빠른 시일내에 정확한 영아사망율이 작성되어야 한다. 모성사망율 역시 推定値로서 1970 年에 8.3 에서 1985 년에는 3.6 으로 減少되었다(표 2 참조).

나) 母性健康管理

母性保健管理(Maternal Health Care)는 산전관리, 분만관리, 산후관리를 통한 妊産婦와 胎兒의 건강관리가 重點的으로 다루어지고 있다.

우리나라 妊婦들의 産前管理 실천수준은 附表 2와 같다.

農村地域의 産前管理經驗率은 1976 年에 18.1 퍼센트에서 최근

의 全國調查結果는 (1980 ~ 85 년) 70.9 퍼센트였고, 都市地域은 1976년에 63.9 퍼센트에서 최근의 전국조사결과(1980 ~ 85 년) 86.7 퍼센트로 도시, 농촌지역 모두 높아졌으나 지역간에 차이가 있음을 알 수 있다. 그러나 이들 결과는 전 임신기간 동안에 한 번이라도 산전진찰을 받아본 경험이 있는 경우는 다 包含된 것이다. 때문에 단순한 산전관리 경험보다는 산전수진시기와 수진횟수를 고려한 실태파악은 물론 適期에 適正水準의 產前管理를 받도록 해야 한다.

安全分娩 개조실태는 附表 3 과 같다. 도시의 안전분만개조율은 1976년에 43.9 퍼센트에서 1985년에 84.6 퍼센트로, 農村은 1976년 10.2 ~ 19.6 퍼센트에서 1985년에는 53.7 퍼센트로 최근에 이를수록 상당히 증가하고 있음을 알 수 있다. 그러나 農村地域에서는 아직도 과반수 정도가 非專門醫療人에 의해 分娩이 이루어지고 있어 이에 대한 대책이 절실히 要求된다.

產前管理나 安全分娩에 대한 인식은 어느정도 높아져 가고 있으나 산후관리의 중요성에 대한 인식은 아직도 稀薄하다. 더우기 우리나라 產母들의 산후관리실태를 把握하기 위한 資料도 없는 실정이다.

다) 嬰幼兒保健管理

嬰幼兒期の 保健管理는 地域社會保健事業 중 가장 効率的이고 지속적인 效果를 기대할 수 있다. 嬰幼兒期の 健康管理는 嬰幼兒期の 發育狀態와 營養상태의 관찰, 건강상담, 각종 질환관리, 豫防接種, 事故豫防 등 豫防的 側面에 力點을 두어야 한다.

그러나 現 實情은 成長 發育을 위한 정기적인 건강상담을 소홀히 하고 특정질환이 발생했을 경우나 병원을 방문하는 예가 대부분이다. 또한 豫防接種이 嬰幼兒 건강상담의 전부라고 생각해서 예방접종의 終結과 더불어 영유아 건강상담도 終結하는 경우가 대부분이다.

더우기 一 예방접종마저도 정확한 보건지식의 缺如로 適期에 完全한 예방접종을 받지 않으므로 해서 많은 환자가 發生되고 있다.

附表 4 와 5 는 1975 년 이후에 發表된 우리나라 嬰幼兒의 예방접종실태 자료들을 정리한 것이다. 대체적으로 농촌지역은 과거 10 년전에 비해 최근에 예방접종이 많이 이루어지고 있음을 알 수 있었으나 도시지역에서는 년도별 比較가 곤란하였다. 이는 調査對象者의 特性이나 調査對象數, 資料蒐集方法 등의 차이 때문이다.

따라서 1982 년에 조사한 전국자료를 중심으로 嬰幼兒의 기본예방접종율을 살펴보면 홍역이 55.4 퍼센트, BCG가 69.4 퍼센트, DPT가 80.2 퍼센트, 소아마비가 80.6 퍼센트였다(표 3 참조). 地域別로는 都市가 농촌보다 모든 예방접종을 더 받은 것으로 報告되었다. 그러나 DPT나 소아마비는 3회의 기본접종과 1회의 추가접종을 받아야 完全한 豫防接種을 받게 되는 것이나, 대부분의 資料가 1회 이상 접종한 것으로 접종율을 본 결과이기 때문에 이에 대한 改善이 要求된다.

또한 영유아기에 흔한 傳染性疾患인 성홍열이나 홍역, 백일해, 수두, 볼거리, 풍진 등은 적지 않게 발생되고 있으나 이에 대한 發生率은 勿論 死亡率조차 把握되지 못하고 있는 實情이다.

〈表 3〉 地域別 嬰幼兒 基本豫防接種率

(單位：%)

지 역	홍 역	B.C.G.	D.P.T.	소아마비
都 市	58.3	71.8	82.7	81.9
農 村	50.4	65.1	75.9	78.3
全 國	55.5	69.4	80.2	80.6
(대 상 수) [*]	(766)	(1,261)	(1,183)	(1,190)

註：^{*}홍역은 9개월 이상 24개월 미만의 영유아 대상.

BCG는 출생 후 부터 24개월 미만의 영유아 대상.

DPT, 소아마비는 생후 2개월부터 24개월 영유아 대상.

資料：韓國人口保健研究院，1982年 全國家族保健實態調查，1982.

表 4 는 전국조사결과에 의한 영유아의 授乳實態를 살펴본 것이다. 1982 年에 68.9 퍼센트이던 母乳授乳率이 1985 年에는 59.0 퍼센트로 감소되었고 相對的으로 母乳과 우유의 혼합형 수유율이 1982 年에 14.5 퍼센트에서 1985 年에는 25.3 퍼센트로 증가됨을 볼 수 있다. 母乳授乳가 갖는 장점 중의 면역성 증가, 정서적 영향 및 경제성을 고려한다면 減少趨勢에 있는 母乳授乳를 적극 권장하고 실천할 수 있도록 해야 한다.

嬰幼兒保健에서 예방접종이나 수유 못지 않게 중요한 것이 보충식이다. 보충식은 시작사기도 중요하겠으나 嬰幼兒의 발달단계에 따른 보충식의 選擇이 더 중요하다.

또한 6 세까지는 정기적으로 成長發育을 측정하고 기타 건강관리를 받도록 해야 하나 이에 대한 조직적인 관리가 이루어지지 못

〈表 4〉全國調査 結果에 의한 地域別 嬰幼兒의 最初授乳實態

년 도 지 역	수 유 형 태 (%)				대 상 수
	모 유	우 유	혼 합	기 타	
1982 ¹⁾ 全 國	68.9	14.6	14.5	2.0	1,267
都 市	65.6	16.6	15.7	2.1	811
農 村	74.8	11.0	12.5	1.8	456
1985 ²⁾ 全 國	59.0	15.6	25.3	-	3,538
都 市	55.2	17.8	26.9	-	2,567
農 村	69.1	9.7	21.2	-	971

자료: 1) 한국인구보건연구원, 1982년 전국가족보건실태조사, 1982.

2) 한국인구보건연구원, 1985년 출산력 및 가족보건실태조사, 1985.

하고 있는 實情이다.

3) 目 標

가) 1985년 현재 모성사망율 3.6(출생 10,000名當)과 嬰兒死亡率 32.6(출생 1,000名當)을 2000년까지 모성사망율은 1.5로, 영아사망율은 8.1로 떨어뜨린다.

나) 1985년 현재 安全分娩介助率 75퍼센트를 2000년까지 98퍼센트 이상 받도록 한다.

(이 目標은 韓國人口保健研究院이 「2000년을 향한 국가장기발전구상」에서 설정한 사업목표임).

4) 活 動

가) 일차보건의료체계내에서 모자보건사업의 중심적 역할은 모자보건센터가 담당한다. 모자보건센터는 1일 24시간, 연중 휴일없이 운영되어야 하며 産婦人科專門醫 및 訓練된 助産員이 배치되어야 한다. 따라서 시·군내에서 발생하는 異相分娩은 모자보건센터 또는 산부인과 전문의가 배치된 병·의원에서 分娩介助를 받도록 한다.

나) 2000년까지는 모든 妊産婦가 임신과 동시에 보건·의료기관을 방문하여 모자보건수첩을 받도록 한다. 그 후 임산부는 分娩時까지 최소한 3회 이상 방문토록 하여 産前管理를 받도록 한다.

다) 2000년까지는 모든 임산부의 分娩介助가 醫療人(助産員, 醫師, 保健診療員이 配置되어 있는 地域에서는 診療員 包含)에 의해 이루어지도록 한다.

라) 분만후 正常狀態로 회복될 때까지 모든 産母는 産後管理를 받도록 한다.

마) 놓어촌 및 도시영세민 영유아의 기본예방접종(BDG, 홍역, DPT, 소아마비)은 국비부담으로 실시하고 특히 DPT와 소아마비는 3회의 기본예방접종이 완전히 실시되도록 한다.

바) 영유아기에 흔한 질환관리(설사, 폐렴, 감기, 사고)를 실시한다.

사) 만 6세까지의 모든 영유아는 출생후부터 6개월까지 2개월에 1회, 6개월부터 36개월까지 6개월에 1회, 그 후엔 1년에 1회 정기적으로 成長發育測定 및 健康檢診을 받도록 한다.

아) 어머니들에게 영유아의 건강증진을 위한 보건교육을 強化

하고 마을건강요원의 꾸준한 활동을指導한다.

나. 家族計劃

1) 目 的

원하는 妊娠으로 알맞은 數의 子女를 좋은 터울로 낳아 잘 키
움으로써 행복한 가정을 이룩하고, 國民 各 個人의 質的인 生活改
善은 물론 國家的 次元에서도 人口增加의 調節 效果를 갖는 데 目的
이 있다.

2) 現況 및 問題點

우리나라는 1961 年에 政府家族計劃事業이 채택되어 家族計劃事業
이 큰 成果를 이룩하였다. 이 成果는 出生率의 低下와 피임실천
율의 괄목할만한 增加를 가져왔다.

表 5 에서 提示된 바와 같이 우리나라 15 ~ 44 세 유배우 부인의
피임실천율은 1976 年에 44.2 퍼센트에서 1985 年 현재에는 70.4
퍼센트의 높은 水準에 이르고 있다.

그러나 이와 같은 증가는 不妊手術에 의해 이룩된 것임을 알 수
있다. 같은 기간 동안에 (1976 ~ 85) 不妊實踐率이 32.2 퍼센트
포인트 증가된 반면 非永久方法에 의한 피임실천율은 별 변동이 없
거나 오히려 줄어든 현상을 볼 수 있다.

피임실천부인의 연령 및 현존자녀수와 관련하여 분석한 結果에
서도 피임실천부인의 대다수가 斷産을 目的으로 實踐하고 있음을
알 수 있다 (표 6 참조).

〈表 5〉 우리나라 有配偶婦人 (15-44 세) 의 避妊方法別 實踐率

(單位: %)

避妊方法	1976	1979	1982	1985
먹는 避妊藥	7.8	7.2	5.4	4.3
콘돔	6.3	5.2	7.2	7.2
루우프 施術	10.5	9.6	6.7	7.4
卵管手術	4.1	14.5	23.0	31.6
精管手術	4.2	5.9	5.1	8.9
其他方法	11.3	12.1	10.3	11.0
計	44.2	54.5	57.7	70.4

資料: 韓國人口保健研究院, 1982 年 全國家族保健實態調查, 1982.

韓國人口保健研究院, 1985 年 出產力 및 家族保健實態調查, 1985.

合計出產率이 우리나라보다 더 낮은 外國의 경우와 비교해 보아도 우리의 非永久的 方法에 의한 피임실천율은 저조한 것이다 (표 7 참조).

따라서 우리나라에서도 20 代 젊은 연령층에 대한 피임보급을 強化하여 원치 않는 임신을 사전에 豫防하고 人工流產을 최대한 방지하여 여성의 건강을 향상시켜야 할 것이다. 그러기 위해서는 정부차원의 확고한 母子保健事業의 기반위에서 家族計劃事業이 실시되어야 한다.

다음은 우리나라 유배우부인 (15 ~ 44 세) 의 人工妊娠中絶實態를

〈表 6〉 有配偶婦人 特性別 避妊實踐 變化趨勢

(單位 :%)

特 性	1976	1979	1982	1985
年 齡				
15 ~ 24	15.4	18.3	22.5	35.8
25 ~ 29	31.9	40.9	44.6	60.8
30 ~ 34	55.8	68.5	71.7	84.2
35 ~ 39	61.5	71.9	79.8	87.2
40 ~ 44	45.1	53.3	62.3	69.6
計	44.2	54.5	57.7	70.4
現 存 子 女 數				
0	4.6	7.0	10.7	13.8
1	18.2	20.7	2.6	44.7
2	44.0	58.2	66.6	82.5
3	59.0	69.0	76.4	84.0
4	60.4	68.9	70.8	80.1
5	47.2	58.5	64.2	76.3
計	44.2	54.5	57.7	70.4

資料：韓國人口保健研究院，1982年全國家族保健實態調查，1982。

韓國人口保健研究院，1985年出產力 및 家族保健實態調查，1985。

〈表 7〉 國家間の 避妊實踐 및 出產率 比較

國 名	避 妊 實 踐 率(%)			合計出產率
	不妊手術	非永久方法	計	
韓 國*	28	30	58	2.7
臺 灣	20	50	70	2.7
日 本	4	61	65	1.8
싱 가 폴	21	50	71	1.8
美 國	19	49	68	1.8
英 國	15	60	75	1.9
佛 蘭 西	5	74	79	1.9
濠 洲	4	63	67	1.6

* 韓國은 82年 調査資料, 其他國家는 81年 基準임.

資料: Population Reference Bureau, Inc, Fertility & the Status of Women, 1981.

살펴본 것이다. 表 8에서 提示된 바와 같이 적어도 1회 이상의 임신중절을 경험한 부인의 비율도 避妊實踐率과 마찬가지로 증가하고 있음을 알 수 있다. 즉 1971년에는 26퍼센트이던 人工妊娠中絶經驗率이 1984년에는 무려 두배 수준인 53퍼센트까지 增加되었다.

이와 같이 人工妊娠中絶率은 계속 增加하고 있으나, 女性의 全生涯期間(Life Time) 동안의 累積的인 結果를 본 合計人工妊娠中絶率은 1978년을 고비로 하여 그 후 다소 감소되는 것으로 報告하고 있다(표 9 참조).

〈表 8〉 有配偶婦人の 年齢別 人工妊娠中絶経験率の 變動趨勢

(單位: %)

年 齡	1971	1973	1976	1978	1984
15 ~ 24	11	10	16	19	22
25 ~ 29	18	19	27	36	42
30 ~ 34	30	29	46	54	61
35 ~ 39	38	43	50	62	63
40 ~ 44	33	40	45	61	67
計	26	30	39	49	53
평균인공임신중절회수	0.6	-	0.9	1.2	1.1

자료: 한국인구보건연구원, 1982년 전 국가족보건실태조사, 1982.

한국인구보건연구원, 1985년 출산력 및 가족보건실태조사, 1985.

〈表 9〉 有配偶婦人の 年齢別 人工妊娠中絶率

年 齡	1963	1973	1975	1978	1981	1984
20 ~ 24	16	86	63	70	74	91
25 ~ 29	29	75	86	156	158	146
30 ~ 34	58	137	158	148	146	115
35 ~ 39	40	88	153	156	106	40
40 ~ 44	-	22	75	54	48	20
合計人工流産率	0.7	2.1	2.3	2.9	2.7	2.1

資料: 한국인구보건연구원, 1982년 전 국가족보건실태조사, 1982.

한국인구보건연구원, 1985년 출산력 및 가족보건실태조사, 1985.

이와 같은 현상이 나타난 이유는 첫째, 가족계획실천의 증가와 함께 그 효과도 증대됐고, 둘째, 不妊手術이 크게 보급된 결과로 추측된다.

이처럼 높은 人工妊娠中絶外에도 婚外の 人工妊娠中絶實態를 고려한다면 더욱 높은 水準일 것이다.

따라서 앞으로의 가족계획사업은 20代의 젊은 연령층을 대상으로 效果的인 避妊方法의 普及과 家族計劃에 대한 啓蒙에 더욱 역점을 두어야 한다.

이상과 같이 살펴본 피임실천율과 인공임신중절은 우리나라의 출산력 저하에 큰 영향을 주었다.

表 10에서 보는 바와 같이 合計出生率이 1960 ~ 78년 동안에 6.0에서 2.7 水準으로 約 55 퍼센트가 감소되었으나 최근에 이를 수록 停滯狀態를 보이고 있다. 이러한 現象은 우리나라 국민들의 뿌리깊은 男兒選好觀 때문으로 본다.

특히 우리나라 부인들의 피임실천은 대부분이 단산을 목적으로 하고 있기 때문에 출산력이 저하되지 않는다면 피임실천수준의 증대도 기대하기 어렵게 된다. 따라서 계속 출산율을 감소시키기 위해서는 男兒選好觀을 緩和시킬 수 있는 여러 對案들을 마련하여 1子女갖기운동을 실천하게 해야 할 것이다.

〈表 10〉 年 齡 別 出 産 率 變 化 趨 勢

年 齡	1960	1971	1976	1978	1981	1984
15 ~ 19	37	6	10	6	12	7
20 ~ 24	283	188	147	134	161	162
25 ~ 29	330	341	275	244	245	187
30 ~ 34	257	234	142	119	94	52
35 ~ 39	196	124	49	29	23	8
40 ~ 44	80	41	18	13	3	1
45 ~ 49	14	3	1	-	-	-
合計出産率	6.0	4.7	3.2	2.7	2.7	2.1

자료 : 韓國人口保健研究院, 1982 年 全國家族保健實態調查, 1982.

韓國人口保健研究院, 1985 年 出産力 및 家族保健實態調查, 1985.

3) 目 標

1985 年의 合計出産率 2.1 을 2000 年까지 1.7 로 감소시킨다.
 이 目標을 위하여 20 代 젊은 연령층에 대한 避妊普及을 강화
 하여 人工流産을 감소시키고 非永久的 避妊方法實踐率을 증가시
 키며, 男兒選好觀을 緩和시킬 수 있는 강력한 支援策을 마련하고
 1 子녀 갖기 운동을 積極的으로 펴나간다. (이 · 목표는 한국인구
 보건연구원의 「2000 年을 향한 국가장기발전구상」에서 설정한 사
 업목표임).

4) 活 動

가) 피임실천은 年齡과 方法別 選好에 따라 적절히 보급하고 특히 20代 젊은 연령층에서 一時的 避妊方法의 普及을 強化한다.

나) 家族計劃 實踐率 못지 않게 높은 人工妊娠中絶率을 낮추기 위한 가족계획 계몽교육을 실시 한다.

다) 一般大衆이 쉽게 接近할 수 있는 雜誌(週刊 또는 月刊 등)를 活用하여 지속적인 人口 및 家族計劃에 대한 啓蒙教育을 실시한다.

라) 母子保健과 家族計劃이 地域社會 全體의 노력으로 이루어져야 한다는 것을 강조하고 특히 1자녀갖기 운동을 위한 계몽에 注力한다.

2.3 基本環境衛生

1) 目 的

健康增進에 影響을 미치는 基本的인 環境위생을 效果的으로 管理함으로써 國民全體의 健康水準을 向上시킨다.

2) 現況 및 問題點

環境은 넓은 의미로 인간을 둘러싸는 모든 事物과 現狀을 의미하며 空氣, 물, 下水, 糞尿, 廢棄物, 住居, 衣服, 氣溫, 太陽光線, 騒音 등을 包含한다.

그러므로 環境위생관리는 이러한 많은 要因이 복합된 生活環境을 건

강의 維持, 增進을 위해서 調整, 統制하고 人間社會의 機能이 充分히 발휘될 수 있도록 하는 데에 있다. 따라서 환경위생이 관리하여야 할 내용은 매우 다양하고 넓기 때문에 國家的 次元에서의 관리대책이 必要하며 또한 專門的인 管理가 必要한 것과 地域社會水準에서 管理가 가능한 것으로 구분될 수 있다.

그러므로 本 研究에서는 個人, 家族, 地域社會의 健康증진과 直接 관련되고 一次保健醫療接近을 통하여 地域社會水準에서 管理가 가능한 음료수와 분뇨(Human Excreta) 및 쓰레기처리를 基本環境衛生으로 한정하였다.

가) 음료수(Drinking Water)

물은 인간의 생존에 있어 필수적인 요소이므로 음료수는 안전하고 충분히(safe and adequate) 공급될 수 있어야 한다. 특히 음료수가 잘못 管理되면 各種 水因性傳染病의 媒介手段이 되어 우리 건강을 크게 위협하게 된다.

안전한 음료수라 함은 處理된 地表水(treated surface water), 혹은 處理되지 않는 물이나 汚染되지 않은 물을 의미한다¹⁾고 정의를 내리고 있는가 하면 음료수가 갖추어야 할 조건으로서 病原體가 없어야 하며 색깔이 透明(low turbidity: INTU, little colour : 15 TCU) 하여야 하며 불쾌한 맛과 냄새(not offensive taste or smell,

1) WHO, Safe Water Supply & Sanitation, World Health Statistics, Vol.39, No.1, 1986.

not saline)가 없어야 한다²⁾³⁾고 세계보건기구는 규정하고 있다. 따라서 이와 같은 기준을 기초로 우리나라의 飲料水普及實態와 飲料水の 安全水準을 分析한 결과는 다음과 같다.

上水施設을 통하여 給水되는 水道물과 안전한 水源을 이용한 簡易上水道에서 공급되는 물은 安全水라 할 수 있다. 그러므로 한국 수도협회에서 발표된 上水道現況과 行政資料를 통한 간이상수도 보급상태를 보면 1975 年の 상수도보급율 43 %가 계속 증가하여 1984 년에는 65 %로 높아졌다. 그러나 給水都市內 人口에 대한 普及率은 80.8 %로 나타났다(표 1, 표 2 참조).

농촌주민을 위한 간이상수도 보급율은 간이상수도 설치가 1967 년부터 시작되어 1985 년 현재 65 %가 設置, 完了된 것으로 나타났으며 當初目標인 80 %⁴⁾에의 도달이 1987 년부터 시작되는 第 6 次 5 個年 經濟社會開發期間에 달성될 展望이므로 施設設置面에서는 농촌주민을 위한 음료수 보급문제는 數年內에 해결될 것으로 예상된다. 간이상수도 보급율 80 %목표에서 제외되는 농촌주민의 20 %는 도시인접지역으로서 도시상수도 보급지역과 설치가 어려운 지역으로 간이상수도 설치에서 제외되었다. 또한 1980 년에 실시된 人口 및 住宅 센서스조사에서 나타난 市地域의 全國住宅別 上水道施設保有率이

2) International Reference Center for Community Water & Sanitation, Technical Paper Series 18, John Wiley & Sons, 1981.

3) WHO, Guidelines for Drinking Water Quality, Vol.1. Recommendations, WHO document EFP/82.39.

4) 保健社會部, 保健社會部內 修正計劃, 第 5 次經濟社會開發計劃, (1984-1986).

83.1 %로 나타났다 (표 4 참조).

以上の 우리나라 上水道普及現況은 미국의 98 % (1人當 608 ℓ / 日) 와 일본의 91 % (1人當 361ℓ / 日) 에 비하여 아직 낮은 실정이다.

〈表 1〉 年 度 別 上 水 道 現 況

년 도 별	총 인 구 (천 인)	급수인구 (천 인)	총인구에대한 보급율 (%)	시 설 용 량 (천톤 / 일)	1 일 1 인 당 급수량 (ℓ)
1 9 7 0	31,435	10,430	33	2,166	158
1 9 7 1	31,828	11,600	36	2,670	173
1 9 7 2	32,360	12,250	38	2,803	177
1 9 7 3	32,905	12,944	39	2,980	179
1 9 7 4	33,459	14,089	42	3,466	182
1 9 7 5	34,709	14,961	43	3,842	216
1 9 7 6	35,849	17,910	50	4,409	220
1 9 7 7	36,412	18,582	51	4,820	228
1 9 7 8	36,969	19,053	52	5,286	232
1 9 7 9	37,534	19,834	53	6,186	235
1 9 8 0	38,124	20,809	55	6,756	256
1 9 8 1	38,723	22,088	57	7,508	264
1 9 8 2	39,331	23,363	59	8,076	270
1 9 8 3	39,941	24,728	62	8,386	273
1 9 8 4	40,559	26,211	65	9,498	280

자료 : 한국수도협회, 수도, 1984.

〈表 2〉 給水 都市住民의 上水道 普及現況

년 도	급 수 도시내 인 구 (천명)	급 수 인 구 (천명)	보급율 (%)	시 설 용 량 (천 t/ 일)	급수량 (천 t/ 일)	1 일 1 인 당 급수 량 (ℓ)	총인구에 대한 보 급율 (%)
1980	26,177	20,809	79.7	6,756	5,341	256	54.6
1981	27,549	22,088	80.2	7,508	5,593	264	57.0
1982	29,173	23,363	80.1	8,076	6,324	270	59.4
1983	30,922	24,728	80.0	8,386	6,735	273	61.9
1984	32,425	26,211	80.8	9,498	7,339	280	64.6

자료 : 건설부.

〈表 3〉 簡易給水施設 設置實績

區 分		總目標	實 績 (累 計)	'67-'71	'72-'76	'77-'81	'82-'83	'84-'85	'86 이 후
施設數 (個 所)		39,302	34,707	1,180	11,460	16,505	3,553	2,009	4,595
受 惠 人 口 (千 名)		11,436	9,262	628	3,482	3,861	645	646	2,174
比 率	目標進度(%)	100	80.9	5.5	30.4	33.8	5.6	5.6	19.1
	給 水 率 (%) (農村人口 對比)	80	65	4	24	27	5	5	15

자료 : 보건사회부, 보건 사회부문수정계획, 5 차경제사회발전 5 개년계획,
(1984-86).

〈表 4〉 地域別 住宅의 上水道 및 便所施設實態

(單位 : %)

지 역	상 수 도 시 설				변 · 소 시 설				목 욱 시 설							
	있 음		없 음		재래식		수세식		없 음		온 수		비온수		없 음	
	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985
전 국	51.2	-	48.8	-	80.0	66.4	18.4	33.6	1.6	-	10.0	20.4	12.1	14.3	78.0	65.3
시지역	83.1	-	16.9	-	61.0	44.9	37.0	55.1	2.1	-	20.0	33.4	21.6	20.5	58.4	46.1
읍지역	41.7	-	58.3	-	92.1	92.6	5.5	7.4	2.4	-	3.2	4.6	7.7	6.8	89.1	88.6
면지역	17.9	-	82.1	-	97.8	1.3	1.3	0.9	0.7	-	0.7	2.6	2.6	96.6	96.6	96.6

자료 : 경제기획원, 인구 및 주택센서스 보고서, 1980.

경제기획원, 인구 및 주택센서스 숙박집계 결과, 1985.

以上の 상수도 보급실태 이외에 安全水에서 가장 중요한 요소는 물의 質로서 얼마나 음료수로 적합한 것인가를 결정하는 것이다.

1975년부터 1985년까지 일부 도시 혹은 농촌지역을 대상으로 조사한 결과에 의하면 농촌지역인 경우 음료수로 不適合한 水準이 56%, 取水源 不適合이 44%, 우물 및 펌프일 경우 대부분 소득이 必要한 것으로 나타났다. 간이급수시설인 경우 62~85%만이 음료수로 적합한 것으로 나타났다. 그러므로 공급되는 음료가 100% 안전하려면 적극적인 관리가 요구된다.

음료수의 적합여부 이외에 사용되는 水量에 대한 실태는 상수도의 경우 1日1人當 給水量은 1975년에 216ℓ에서 1984년에 280ℓ로 9년 사이에 30%가 증가한 것으로 나타났으나(표1 참조) 농촌주민의 1日1人當 使用量이 22.7~28ℓ인 반면 서울의 일부 지역주민은 115ℓ로 나타나(1979~1976년 조사결과) 研究時期의 차이는 있으나 도시주민의 물사용량이 농촌주민보다 많음을 알 수 있으나 위생적인 생활을 통한 건강향상을 위하여 사용목적 별로 바람직한 것으로 산출되어 제안된 물사용량이 실제로 공급될 수 있도록 대책이 필요하다(표5, 표6, 표7 참조).

그러나 가장 안전하다고 할 수 있는 上水道에서 공급되는 물의 水源의 汚染度가 큰 문제로 대두되고 있는데 한강, 낙동강 등 4大江의 本流水質은 비교적 양호하나 대도시 하수유입지점 근처는 上水源水 3級(BOD 6ppm이하)水質을 초과하고 있으며 大都市 貫流枝川은 심히 오염되어 있음이 지적되고 있다.⁵⁾

5) 環境保全部門計劃委員會, 第6次經濟社會開發5個年計劃, 環境保全部門計劃(案), 1986.3.

以上과 같이 우리나라 음료수의 안전도를 높이기 위하여 상당한 노력이 必要함을 알 수 있으나 선진국 역시 음료수 안전도가 국민보건향상이라는 관점에서 主要 課題로 대두되고 있다.

유럽지역의 경우 지역내 모든 나라들이 1990년까지는 안전한 음료수를 충분히 섭취하여야 하며 1995년까지는 강, 호수, 바다가 오염되는 것을 방지한다는 目標을 설정하였으며 이와 같은 목표설정 의 배경으로 유럽지역의 1억 이상 인구가 적합한 음료수를 공급받지 못하며 2억 5천만명은 충분한 위생시설의 혜택을 받지 못하고 있다.

〈表 5〉 使用目的에 대한 段階別 使用水量

단 계	사 용 목 적	사용수량범위	평균사용수량
제 1 단 계	주방, 청소, 음용, 기타	22 ~ 48	35
제 2 단 계	제 1 단계 +세탁	50 ~ 89	70
제 3 단 계	제 2 단계 +수세식변소	122 ~ 128	125
제 4 단 계	제 3 단계 +목욕	155 ~ 170	163

자료 : 정 문식의 2인에 의하여 춘성군지역의 환경개선방안에 대한 연구결과 제시된 단계별 사용수량 추정양임.

아메리카지역의 Community Water Supply의 Coverage는 84% 이상이나 상수도는 도시가 85%(집까지의 상수도연결율은 73%)이며 농촌지역은 50% 정도이다. 그리고 우리나라가 소속되어 있는 서태평양지역의 개발도상국들의 도시주민 상수도보급율은 54%

〈表 6〉

家庭 및 地域社會內 물使用量

Typical domestic water usage

물 공 급 처 Type of Water Supply	물소비량 Typical Water Consumption (litres/capita (litres/capita /day) /day)	범 위 Range
공통 물공급 지점 Communal water point (e.g. village well, public standpost)		
- at considerable distance(>1000m)	7	5 - 10
- at medium distance (500-1000m)	12	10 - 15
부 락 우 물 Village well		
walking distance<250m	20	15 - 25
공 통 수 조 Communal standpipe		
walking distance<250m	30	20 - 50
구 내 연 결 Yard connection		
(tap placed in house-yard)	40	20 - 80
가 정 연 결 House connection		
- single tap	50	30 - 60
- multiple tap	150	70 - 250

〈表 7〉

施設別 水必要量
Various water requirements

시 Category	설	물 사 용 량 Typical Water Use
학 교 - Schools		
• Day Schools		15- 30 l/day per pupil
• Boarding Schools		90-140 l/day per pupil
병 원 - Hospitals		
(with laundry facilities)		220-300 l/day per bed
호 텔 - Hostels		80-120 l/day per resident
식 당 - Restaurants		65- 90 l/day per seat
종교시설 - Mosques		25- 40 l/day per visitor
극 장 - Cinema Houses		10- 15 l/day per seat
사 무 실 - Offices		25- 40 l/day per person
철도 및 버스정거장 - Railway and Bus Stations		15- 20 l/day per user
축 사 - Livestock		
• Cattle		25 - 35 l/day per head
• Horses and Mules		20 - 25 l/day per head
• Sheep		15 - 25 l/day per head
• Pigs		10 - 15 l/day per head
양 계 장 - Poultry		
• Chicken		15 - 25 l/day per 100

자료 : International Reference Center for Community Water Supply and Sanitation, Small Community Water Supplies, technical papers series 18, John Wiley & Sons, 1981.

이며 농촌지역은 45% 정도이다.⁶⁾

결론적으로 상수도가 보급되고 있는 도시지역은 水源인 江의 本流 혹은 下流가 오염되고 있어 上水源水에 대한 오염을 최소화시켜 水質을 관리하는 일이 중요하며, 간이상수도에서는 일반세균이나 대장균의 基準値를 초과하여 검출된 비율이 높으며 어떤 경우에는 水源보다도 取水源에서 더 많은 세균과 대장균이 검출되는 것으로 나타나 간이급수시설의 보급확대와 동시에 水質에 대한 관리가 철저히 이루어져야 한다.

나) 廢棄物處理 (Waste Disposal)

폐기물은 생활수준이 높아질수록 量이 늘어나게 되므로 이의 처리가 심각한 문제이다. 폐기물에는 여러 종류가 있을 수 있으나 크게 생활폐기물과 산업폐기물로 나눌 수 있다. 일상생활에서 발생하는 생활폐기물은 糞尿와 좁은 의미의 생활폐기물, 즉 쓰레기로 나눌 수 있다. 그리고 인간의 배설물(human excreta)인 糞尿가 잘 처리되지 않을 경우 各種 水因性傳染病과 寄生蟲感染症 發生의 媒介體가 될 수 있다. 따라서 생활폐기물 중 糞尿處理은 주요관리 요소가 되고 있다.

한사람이 하루에 배설하는 糞尿의 양은 약 1ℓ 정도이며 1983년 말 현재 전국에서 배출되는 糞尿는 1日 39,114kℓ에 이르며 特別清掃地域內에서 배출되는 糞尿의 양은 1日 약 29,770kℓ 정도이

6) WHO, World Health Statistics, Safe Water Supply & Sanitation, Vol. 39, No. 1. 1986.

다.⁷⁾

糞尿의 수집, 운반 및 처리에 있어서 특별청소구역 이외의 지역은 농촌, 산간 등지의 地域으로서 사실상 수집, 운반이 불가능한 실정이며 이들 지역에서는 직접 農地로 환원되고 있으므로 별 문제가 되지 않으나 특별청소지역내에서는 糞尿의 수집, 운반 및 처리가 불가피하다.

排泄한 糞尿는 변소의 구조에 따라 처리방법이 다르며 水洗式便所の 경우 배설한 糞尿가 糞尿淨化槽 또는 汚水淨化施設에서 1次處理된 후 下水道를 통하여 下水終末處理場에 流入, 處理되거나 河川에 放流되며, 收去式便所の 경우에는 排泄한 糞尿가 일정기간 便槽에 저장되었다가 全量 收去되며 수집된 糞尿는 그 처리양상이 다양하나 가장 위생적인 처리방법은 終末處理施設에 의한 처리이다.

경제기획원이 5년마다 가구면접조사에 의하여 실시하는 인구 및 주택센서스 조사 자료에 의하면 1980 년도는 전국 주택의 80%가 재래식변소인 것이 5년후인 1985 년도에는 66.4%로 줄었으며 도시의 수세식변소는 1980 년에 37%인 것이 1985 년에 55.1%로서 5년 동안에 18.1%의 변소가 위생적으로 개선된 반면 농촌의 수세식 변소 시설율은 1980 년에 6.8%에서 1985 년에 7.4%로 증가되어 불과 0.6%의 시설만이 개선된 것으로 나타났다 (표 4 참조).

7) 環境廳, 環境保全, 1984, pp.372-373.

특히 서울시 영세민을 대상으로 한 조사결과⁸⁾에 의하면 전체의 44%만이 단독전용변소가 있고 이들 변소의 98.6%가 재래식 변소인 것으로 나타났다.

미국, 영국, 독일, 프랑스 등 선진구미 국가에서는 糞尿를 수세식 변기를 통하여 직접 하수도로 투입함으로써 收去할 필요없이 下水終末處理場으로 유입, 처리하나 하수도시설이 불완전한 우리나라를 비롯한 동남아시아의 일부 국가에서는 변소에서 일정기간 저장된 糞尿를 수거하여 糞尿終末處理場에서 처리하고 있다.

우리나라는 1983년말 현재 전국에 설치된 糞尿終末處理施設에서 7,902kl / 日 처리능력을 갖추고 있으며 수거분뇨에 대한 종말처리율은 71%에 이른다. 그러나 종말처리율이 점차 늘어서 1986년말에는 收去 糞尿에 대한 종말처리율이 95 %⁹⁾까지 향상될 전망이다 한다.

실제적으로 분뇨종말처리시설은 설치비용이 매우 크게 들므로 농촌지역에 설치하기란 그렇게 용이하지 않다. 더우기 분뇨수거, 운반, 처리는 市長, 郡守의 책임이므로 郡豫算의 책정은 쉽지 않을 것이다. 따라서 농촌의 변소는 재래식에서 3개월 이상 저장되어 분해되고 부식되어 병원성세균 및 기생충란이 사멸된 후 질병전파의 위험이 없도록 한 후 비료로 사용될 수 있도록 삼조식계량변소로 바꾸는 것이 종말처리시설을 설치하는 것보다 더 경제적이고 용이할 것이다.

8) 金公鉉外, 都市低所得層 地域保健서비스 開發을 위한 基礎調査研究報告, 韓國人口保健研究院, 1983.

9) 環境廳, 環境保全, 1984.

분뇨처리 다음으로 폐기물처리에서 중요시되는 쓰레기 現況은 다음과 같다. 1982년 현재 전국 쓰레기 발생량은 1日 47,800톤이며 그 성질별로는 可燃性 31%, 不然性 62%, 其他 再活用品 7%로 구분된다. 또한 1인 쓰레기 발생량은 약 1.9Kg/日으로서 外國(독일: 0.7Kg/日, 일본: 0.8Kg/日)에 비해 높다(표 8 참조). 이렇게 발생된 쓰레기는 燒却, 埋立, 再活用 등의 방법으로 終末處理되나 우리나라는 대부분의 쓰레기를 매립하는 실정이라 非衛生處理될 우려가 있다. 또한 再活用 可能的한 쓰레기를 단순처리 방법인 매립함으로써 資源浪費를 초래하기도 한다. 더우기 우리나라의 생활쓰레기는 표 9에서와 같이 연탄재, PVC, Vinyl 등과 같은 非燃燒性成分과 야채류 등 연소가 곤란한 성분이 많고 가정에서 쓰레기를 버릴시에 조각, 매립, 재활용 등 용도에 따라 쓰레기를 區分하지 않고 그대로 섞어서 버리는 것이 무척 문제가 될 수 있다. 특히 농촌에서는 쓰레기통이 집집마다 거의 없는 실정이며 설사 쓰레기통이 있다고 하더라도 뚜껑이 없어 밖으로 쓰레기가 노출되어 여름철일 경우 파리, 모기의 서식처가 되기도 한다.

또한 농촌쓰레기 문제 중 농약을 사용한 후 빈병의 처리가 하나도 되지 않고 있는 실정이며 농촌지역 사회에 건설된 중소기업규모의 공장들에서 나오는 각종 폐기물이 새로운 오염물질로 대두되고 있으므로 단위생산당 오염물질을 감소시키기 위하여 규모를 크게 한 工團化도 고려될 수 있다.

〈表 9〉 쓰레기 발생 및 處理現況

(單位：톤／일)

區 分	市 地 域	郡 地 域	計
<u>發 生 現 況</u>			
가 연 성	13,835	1,005	14,840
불 연 성	26,443	3,325	29,768
재 활 용 품	2,982	210	3,192
계	43,260	4,540	47,800
<u>處 理 現 況</u>			
소 각	503	474	977
매 립	42,308	3,836	46,144
재 활 용	449	230	679
계	43,260	4,540	47,800

그 동안 우리나라는 쓰레기 처리 문제를 해결하기 위한 조사사업을 실시하였고 1984년에 쓰레기 減量 및 安定을 위하여 終末處理方法으로 燒却施設을 설치하였으며 쓰레기 매립장을 설치하였으나 매우 부족한 실정이다. 따라서 1人當 쓰레기 發生量을 줄이도록 국민 각자의 노력이 필요하며 재활용 가능한 폐기물의 재생, 不燃性의 쓰레기가 생기는 연료를 天然가스로 대체하는 등의 대책이 요구된다.

이상의 현황 및 문제점을 기초로 하여 2000년까지 개선하여야 할 환경위생목표를 다음과 같이 제시한다.

3) 目 標

가) 簡易上水道를 포함한 安全한 음료수보급율을 현재의 80 % 外에서 서기 2000년까지 95 %*로 증가시키며 안전한 음료수 보급을 위한 관리체계를 확립한다.

나) 糞尿處理의 効率을 기하기 위하여 도시지역 가정의 수세식 변소 보유율 37 %를 2000년까지 95 %*로 증가시키며 도시영세민에게는 최소한 매주택당 위생적 변소를 보급하고 농촌지역 가정의 재래식변소를 三槽式改良便所로 개선되도록 국가의 기본정책을 수립한다.

다) 가정용 쓰레기를 포함한 지역사회단위에서 발생하는 각종 폐기물을 効率的으로 관리하기 위한 국민계몽계획 및 국가차원의 관리계획을 수립한다.

* 음료수 보급율 95 % 목표설정과 도시지역 가정의 수세식 변소 보급율 95 %는 세계보건기구에서 설정한 목표, 先進諸外國의 수준 및 우리나라 경제개발 5개년계획기간의 추진실적과 장래 계획 등을 참고로 추정한 수준이므로 국가의 기본계획수립을 포함한 政策意志와 국민의 認識提高水準에 따라 상당한 차이가 있을 수 있다고 예상된다.

4) 活 動

2000년 까지 도달하여야 할 목표를 달성하기 위하여 일차보건의료에 의하여 제공될 활동은 다음과 같다.

가) 농촌지역의 기본환경위생은 지역사회내의 里長 및 기타 地域社會指導者에 의하여 직접 관리되도록 하며 공중보건의사, 보건진료원 및 보건요원이 정기적인 지도를 한다.

나) 飲料水源의 관리는 매우 중요한 것이므로 철저한 관리가 요구되므로 도시 상수도는 該當地方官署가 水質이 보존되도록 책임을 진다.

다) 농촌지역의 수질관리는 地域社會가 담당하되 주민중에 책임자(이장, 새마을지도자, 보건진료소운영위원, 마을건강원 등)를 선정하여 간단한 訓練을 받은 후 염소소독(1일1회), 오염방지 및 배수관보호 등을 담당한다. 보건지소와 보건진료소는 이들 책임자의 教育 및 指導를 담당한다.

라) 보건소 또는 보건지소는 관내지역의 取水源 水質檢査를 정기적으로 실시하고 평가하여 부적합 취수원 수질을 개선하도록 地域社會를 指導한다.

마) 농촌지역의 분뇨처리를 위하여 분뇨종말처리시설의 설치와 병행하여 三槽式改良便所計劃을 적극 추진하고 정부와 지역사회가 공동으로 이計劃을 추진한다.

바) 특히 농촌지역의 분뇨처리가 분뇨의 분해를 거쳐 비료로 사용하지 않고 그대로 강으로 버리는 현실을 개선하기 위하

여 郡單位에 적극적인 계획과 시행이 필요하다.

사) 도시영세민에게는 최소한 每住宅當 위생적인 변소가 설치되도록 주민계몽과 지원을 한다.

아) 가정에서 나오는 쓰레기의 양을 줄이도록 하며 일정한 장소에 수거한 후 매립, 소각 등 처리방침은 도시 및 농촌의 지방책임기관이 수립한다.

자) 가정 및 지역사회에서 나오는 쓰레기를 성분별로 분리하여 버리도록 주민에게 계몽교육을 실시한다.

2.4 精神保健管理

1) 目 的

精神患者의 치료, 요양, 간호와 재활은 물론 精神患者를 예방하여 우리나라 精神保健의 향상을 통해 전 국민의 건강수준을 증진시키는 데 목적이 있다.

2) 現況 및 問題點

앞으로 우리나라의 국가정책방향은 복지사회의 실현을 目標로 定하고 있다. 이러한 방향下에서 정신질환은 가장 중요한 보건문제의 하나로 대두되고 있다. 대부분의 선진국가들이 산업화의 발달과정에서 경험하였듯이 우리나라도 현대사회가 형성되어 산업화되는 과정에서 急激한 사회변동을 겪으면서 그 派生的 現象의 하나로 精神患者의 증가가 점차 社會問題化되기에 이르렀다.

제 6 차 경제사회발전 5 개년계획 수립을 위한 정신질환관리 부분의 보고내용에 의하면 外國의 경우 全人口의 1 ~ 3 퍼센트를 주요 정신질환자로 推計하고 있으며 이 중 16 퍼센트를 치료대상으로 보고 있다. 이러한 경우 우리나라의 주요 정신질환자는 412,000 명이고 치료대상은 67,000 명에 이른다고 推計하였다. 그러나 정신질환자의 분류방법이나 판단기준이 나라마다 다르기 때문에 서로 비교하는 데 어려움이 있다.

또한 1985 년까지의 정신과 전문진료기관은 총 179 개소, 전문병상은 총 6,107 개, 전체 정신과 전문의는 520 명, 요양시설병상은 9,225 개이다 (표 1, 2, 3 참조).

입원치료를 要하는 精神患者는 精神分裂症患者 중 79 퍼센트, 氣質性精神障礙患者 중 2 퍼센트, 老人性精神患者 중 1 퍼센트, 躁鬱症患者 중 14 퍼센트, 其他精神病患者 중 4 퍼센트로 推計하고 있기 때문에 부족 병상수는 18,138 개로 報告되었다.

제 5 차 경제사회발전 5 개년계획 중의 국립정신병원 시설확충계획에서는 서울이 1983 년에 700 병상으로 完了되었고 나주가 현재 250 병상에서 1987 년까지 500 병상, 부곡이 1987 년까지 350 병상, 옥천이 1988 년까지 350 병상을 신축할 예정에 있다. 精神疾患療養院은 4 개소를 完工하였고 6 차계획 중에 8 개소를 신축할 예정에 있다. 1985 년 현재 정신요양시설종사자 人件費, 運營費支援은 42 개소, 시설보강비 지원은 23 개소가 받았고, 遊休法人施設, 6 개소를 變更誘導하였으며, 정신질환관리 전문지정병원을 7 개 지정하였다. 또한 무인가 시설의 양성화는 8 개소를 誘導하였으며, 無認可施設

〈表 1〉

專門診療機關 現況

	계	전문정신병원			종합병원	개 인 정신과 의 원	국 립 요양원
		국 립	공 립	사 립	정 신 과		
기 관 수	179	2	1	4	55	113	4
병 상 수	6,107	950	200	1,022	2,064	1,091	780
구 성 비 (%)	100.0	15.6	3.3	16.7	33.8	17.9	12.8

자료 : 제 6 차 경제사회발전 5 개년계획을 위한 정신질환 관리 보고서.

〈表 2〉

國家間の 專門治療病床 比較現況

				('80년도 基準)	
국	명	인 구 수 (천명)	병 상 수	인구천명당 병 상 대 비	
미	국	229,308	227,709	1.00	
영	국	49,224	85,369	1.73	
일	본	116,916	227,233	1.94	
필 리 핀		48,098	7,000	0.14	
한	국 [*]	41,176	6,107	0.15	

* 비고 : 한국은 1985 년 기준.

자료 : 제 6 차 경제 사회발전 5 개년계획을 위한 정신질환관리 보고서.

< 表 3 >

全國 精神科專門醫 病・醫院 勤務現況

지역별 병원별	대 학 병 원		정 신 병 원		총 합 병 원 신 정	개 인 신 경 정 신 과 의	계
	공 립	사 립	공 립	사 립			
서 울	11	52	24	5	29	60	181
부 산	3	6	-	2	8	23	42
대 구	4	6	-	-	-	12	22
인 천	-	-	-	-	3	4	7
경 기	-	-	-	13	7	9	29
강 원	-	3	-	-	3	3	9
충 북	-	-	-	-	1	4	5
충 남	2	-	-	-	7	7	16
경 북	-	-	-	-	5	2	7
경 남	-	2	-	-	8	8	18
전 북	3	2	-	4	4	1	14
전 남	3	3	3	-	3	9	21
제 주	-	-	-	-	-	1	1
계	26	74	27	24	78	143	372

* 전체 정신과 전문의는 520 명인데 병・의원 근무자수는 상기 도표와 같이 372 명이고 그 외 148.명은 주소불명이 79 명, 군의관으로서 파악된 전문의 수 - 30 명, 해외에 이민 또는 유학을 간 수 - 19 명, 공중보건의 보건소등에 근무하는 수 - 5 명, 휴업 - 5 명, 공직 - 1 명, 전과 - 1 명, 사망 - 8 명 등이다.

資料：李奎恒，“만성정신 질환의 현황 및 문제점”，신경정신의학 부록，
Vo1.24，No.3,1985.

의 自進 및 強制閉鎖는 20 개소를 하여 1983 년 9 월 기도원 보도 이후 28 개소, 2,721 명을 감소시킨 것으로 보고하였다.¹⁾ 이 외에도 5 차계 획기간 중에 20 명씩 배출하던 남자간호원을 1985 년 40 명씩으로 증원, 배출하였고 1986 년부터 1988 년까지 추진될 민간부문의 시설확충차관협정이 추진중에 있다고 하였다. 그리고 현재 精神疾患者の 醫療 및 療養을 効率的으로 管理하기 위한 精神保健法(案)이 관계부처와 협의중에 있다.

다음은 現在까지 發表된 한국인의 主要 精神疾患 實態把握을 위한 역학적 조사자료들의 분석결과이다.

1945 년부터 現在에 이르기까지 약 30 여편에 달하는 研究結果가 發表되었는데 진단기준 및 조사방법의 차이로 인해 크게 두 범주로 區分이 된다. 즉 1945 년부터 1982 년까지의 연구결과와 1986 년에 發表된 論文(李定均등) 결과이다.

우선 1982 年까지의 研究結果들을 살펴보면, 대부분이 農漁村과 島嶼地域을 대상으로 一個面을 조사하였다. 그리고 모든 論文에서 일제조사방법을 통해 DSM 진단기준²⁾을 적용하였고 주요 정신질환으로 정신분열증(Schizophrenia), 조울정신병(Manic Depressive Illness), 간질(Epilepsy), 진행마비(General Paresis) 등 네 疾患을 조사하였으며 그 중 몇 편만이 老人性精神疾患을 함께 다루었다. 1974 년부터 1982 년까지 조사된 주요 정신질환 유병율은 0.3 ~

1) 제 6 차 경제사회발전 5 개년계획을 위한 정신질환관리보고서.

2) Diagnostic and Statistical Manual : 미국정신의학회 진단분류서, I, II, III 편이 나오고 있다.

1.0 퍼센트 (0.5 퍼센트 내외)³⁾로 보고되었다. 진단별로는 一般頻度로 정신분열증이 0.11 ~ 0.29 퍼센트, 조울정신병이 0.007 ~ 0.03 퍼센트, 간질이 0.09 ~ 0.30 퍼센트, 노인성정신질환이 0.05 ~ 0.47 퍼센트, 그리고 진행마비는 거의 발생하지 않는 것으로 分析되었다 (부표 6 참조)。

한편 李定均등의 연구결과에서는 표 5에서 보는 바와 같이 조사된 地域住民의 약 40 퍼센트가 DIS-Ⅲ에 包含된 DSM-Ⅲ진단 중 일생동안 적어도 한가지 이상의 정신장애를 경험하고 있다고 하였다. 비슷한 疾患群을 묶어서 보면 가장 높은 유병율을 보이고 있는 것은 物質濫用 및 依存性 (Substance Abuse/Dependence)으로서 서울 및 시골지역에서 모두 全住民의 약 1/3 이 이를 경험하였고 이 중 酒精濫用 및 依存性 (Alcohol Abuse/Dependence)이 약 22 퍼센트에 달했으며 담배依存性 (Tobacco Dependence) 역시 20 퍼센트 정도의 높은 頻度였다. 약물남용 및 의존성은 0.5 ~ 0.9 퍼센트였고 전체 물질남용 및 의존성을 제외하더라도 국민 7명 중 1명은 적어도 한가지의 정신장애를 경험한 것으로 보고하였다. 정신분열성장애 (Schizophrenic Disorders)는 서울이 0.34 퍼센트, 農村이 0.65 퍼센트, 情動障礙 (Affective Disorders) 중 燥症 (Manic Episode)이 서울 0.4 퍼센트, 농촌 0.44 퍼센트, 주요우울증 (Major Depression)은 서울 3.31 퍼센트, 농촌 3.47 퍼센트로 보고하였다. 이와 같이 주요 정신질환 유병율이 크게 차이를 보인 이유는 다

3) 이근후, 한국의 정신질환과 진료현황 및 문제점, 정신건강, 1980.

表 5. DIS/DMS-III 診療基準에 依한 精神疾患 의 平生有病率

Classifications	Seoul(%)	Rural(%)
	(N=3,134)	(N= 1,966)
Any DIS disorder covered	39.81(41.51)	41.05(43.79)
Any DIS disorder except tobacco dependence	31.80(33.222)	33.02(35.09)
Any DIS disorder except substance use disorders	13.36(13.40)	13.46(14.24)
Substance use disorders	31.75(32.83)	31.98(34.49)
Alcohol abuse	12.95(13.59)	10.65(10.63)
Alcohol dependence	8.76(9.32)	11.74(13.38)
Tobacco dependence	19.92(20.80)	20.96(22.74)
Drug abuse/dependence	0.88(0.93)	0.49(0.56)
Schizophrenic/Schizophreniform disorders	0.34(0.35)	0.65(0.56)
Schizophrenia	0.31(0.32)	0.54(0.46)
Schizophreniform disorder	0.03(0.03)	0.11(0.10)
Affective disorders	5.52(5.49)	5.11(5.39)
Manic episode	0.40(0.35)	0.44(0.36)
Major depression	3.31(3.29)	3.47(3.61)
Dysthymia	2.42(2.48)	1.89(2.09)
Anxiety/Somatoform disorders	8.17(8.14)	8.51(9.10)
Phobia(sum)	5.89(5.87)	5.97(6.31)
Agoraphobia	2.08(2.17)	3.62(3.71)
Social phobia	0.53(0.51)	0.65(0.56)
Simple phobia	5.35(5.30)	4.67(5.34)
Panic disorder	1.11(1.21)	2.60(2.90)
Agoraphobia with panic attack	0.65(0.67)	1.27(1.37)
Obsessive-compulsive	2.29(2.23)	1.90(1.88)
Somatization	0.03(0.03)	0.18(0.20)
Anorexia	2.03(0.03)	0.00(0.00)
Antisocial personality disorder	2.08(2.07)	0.91(0.76)
Gambling	1.02(1.12)	0.98(1.12)
Cognitive impairment mild	4.60(5.42)	8.77(10.58)
severe	0.16(0.19)	1.85(2.14)

() : unweighted data.

자료 : 이정균등, “ 한국의 정신질환에 대한 역학적 연구(I)”, 서울의
대정신의학, 11(1), 1986.

음과 같이 분석할 수 있다. 1982년 이전의 자료들은 첫째, 대부분이 間接情報에 의하여 選別된 住民들에 대하여 정신과 의사가 이를 확인하는데 그쳤으며 둘째, 일정한 진단도구 혹은 선별검사조차 실시하지 않아서 진단시 조사자의 편견(bias)이 개입되었을 가능성이 높으며 셋째, 유병율의 산출기간이 일정하지 않으며 넷째, 대부분이 농어촌지역이나 도서지역을 대상으로 하였기 때문에 도시지역의 유병수준을 알 수 없는 등의 조사방법상의 문제점을 갖고 있다.

李定均등의 論文에서는 國內에서 최초로 미국국립정신보건원에서 제작 사용중인 DIS-III(Diagnostic Interview Schedule - III)의 韓國版을 표준화하였고, 전체 인구에서 가능한 잠재적 문제의 크기를 把握하는 데 특히 有用한 平生有病率⁴⁾(Robins et al 1984, Regier et al 1985)을 사용한 結果이기 때문에 보다 신빙성이 있다고 보나 광범위한 전국실태 파악을 위한 조사가 요구된다.

精神患者의 平均入院期間은 6개월 이하가 전체의 58.1 퍼센트였으며 2년 이상되는 환자도 14.3퍼센트로 報告되었다.⁵⁾

이상과 같이 살펴 본 우리나라의 정신질환과 관련된 주요 문제들을 다음과 같이 지적할 수 있다.

4) 평생 유병율은 과거에 병을 앓았던 사람중에서 完全히 치유된 경우와 일시적 寬解상태에 있는 경우, 그리고 현재 앓고 있는 경우가 모두 포함됨.

5) 박문희外, “韓國精神障礙者の 역학적 연구”, 서울의대, 정신의학, 10권 2호, 1985.(1984년 2월 27일 오전 10시에 정신과 병·의원에 입원한 환자를 대상으로 조사한 결과임).

첫째, 地域社會 精神保健을 위한 제도가 전혀 마련되어 있지 못한 실정이다.

정신질환은 生物學的 要因, 社會文化的 要因, 心理的 要因 등이 복합적으로 작용하여 發生되므로, 치료도 여러방향의 복합적 치료접근 (comprehensive approach) 방법을 모색하여야 한다. 특히 조기발견이 가장 중요하다. 조기발견되어 치료할 경우 많은 치료효과를 얻을 수 있고 慢性化를 방지할 수 있다. 정신질환에 대한 一般住民들의 인식부족으로 조기발견, 조기치료가 이루어지지 못하고 있고 만성화된다. 그런 후에는 기도원이나 비과학적 방법을 찾게 되어 經濟的 損失을 가져와 가정경제의 惡化는 물론 가정파탄을 초래하기도 하고 精神疾患患者의 遺棄事例까지 發生하기도 한다.

둘째, 만성정신질환자의 의료대책을 세우려면 정확한 기초자료의 수집을 통한 통계학적 기반위에서 연구, 검토된 現況分析이 必要하다. 그러나 지금까지는 부분적인 역학조사가 이루어졌을 뿐, 정책수립을 위한 資料로 活用될 수 있는 全國調査가 없는 실정이다.

셋째, 만성정신질환병상수가 부족하고 이들을 위한 총 병상수를 산출함에 있어서도 수용시설의 보호능력수를 전문치료병상수와 同一하게 취급한다는 것은 병원시설 기준이나 임상적 측면에서 비교조차 할 수 없는 모순된 問題點이다.

넷째, 精神保健에 관한 종합적인 연구조사, 國民의 啓蒙 및 專門家의 教育訓練 등을 담당할 專門機構와 정신질환자의 재활 및 사회복귀를 위한 근본대책이 미흡한 실정이다.

3) 目 標

정신분열증, 조울증, 간질, 진행 마비, 兩極性障礙 등 主要精神病 (Major Psychosis)의 유병율이 현재 약 0.5 ~ 3.5 퍼센트 水準에서 2000 년에는 더 이상 증가되지 않도록 한다.

4) 活 動

가) 정신질환관리를 위한 일차보건의료의 가장 중요한 임무는 早期發見, 在家治療 및 事後管理에 있다.

나) 각 도단위의 전문병·의원의 정신과 전문의가 정기적으로 보건소를 순회하여 보건 진료소, 보건지소 또는 민간의원에서 의뢰한 환자들의 진단과 치료지침을 주도록 하며 점차 보건소에도 정신과 전문의가 배치되도록 한다.

다) 위의 方針에 의하여 환자는 必要에 따라 정신병원으로 의뢰하거나 가정으로 보내어 在家治療를 받도록 한다.

라) 일차보건의료기관에서는 정신병원에서 退院한 患者를 계속해서 재가치료 또는 재활훈련을 담당하도록 한다.

마) 일차보건의료 담당인력에게 환자의 早期發見, 相談, 在家治療 등에 必要한 活動指針書를 개발해 주어 이를 活用토록 한다.

바) 일반적으로 우리나라 國民들은 alcohol 섭취량과 담배의존성이 높으므로 이에 대한 개선대책과 계몽교육이 必要하다.

2.5 營 養 管 理

1) 目 的

衛生的이고 균형잡힌 음식을 적절하게 섭취 함으로써 健康을 증진시키고 國民의 수명을 연장시킨다.

2) 現況과 問題點

가) 現 況

영양은 個人에게는 健康한 身體를 통하여 행복한 生活을 영위하기 위한 기본적 요소이며, 國家의으로는 경제사회발전의 원동력이 되고, 특히 國民資質向上의 主要素라는 점에서 그 중요성이 강조되고 있다.

한편 國民의 營養問題는 그나라 國民의 健康, 體格, 體力의 向上에 目的을 두고 운영되고 있다. 國民의 健康은 疾病과 密接한 관계가 되어 있으며, 健康은 營養과 密接한 관계가 있으므로 保健醫療와 營養은 떼어서 생각할 수가 없다.

그러면 우리나라 國民의 食生活 現況은 어떠한지 살펴보기로 한다(표 1 참조).

곡류의 1人1日 平均 攝取量은 年度別로 서서히 감소하고 있으나 아직 곡류는 全體 食品攝取量의 50%을 차지하고 있다.

韓國人の 1人1日 平均 에너지섭취량은 과거 10年間 변화가 거의 없이 1日 2,086kcal 水準이다. 이와 같은 에너지섭취량은 韓國人の 平均 에너지勸奨量 2,100~2,200kcal 水準이고 日本과도

비슷하다. 그러나 총 에너지섭취량 중 곡류에너지比는 표 3과 같이 1969년에 83.6%이던 것이 1984년 72.9%로 15年間 11.0%밖에 줄지 않았으나, 日本의 1981년 곡류에너지比 48.0%이나 총 식품섭취량 중 곡류섭취비율 25.4%와 比較하면 곡류의존도가 아직도 높다.

1人1日 총 단백질섭취량은 過去 10여년간 65.6 ~ 69.3 g으로 韓國人の 平均 攝取量 70.0g에 비해 많이 부족하지는 않으나 동물성 섭취비율은 아직도 낮으며, 단백질의 50%를 곡류로부터 얻고 있다. 동물성단백질의 섭취량은 1969년 6.8g에 不過하던 것이 1984년 26.4g으로 약 3.9배 증가하였으나 아직 동물성단백질은 총 단백질의 37.8%에 지나지 않으며, 日本의 1981년 동물성단백질섭취량 40.1g과 동물성 단백질比 50.2%에 비하면 상당히 낮은水準이다 (표 1, 3 참조).

지방질은 곡류에서 얻은 당질과 함께 에너지원으로 대단히 중요한 營養素이다. 지방질의 섭취량은 1969년 16.9g에서 1980年代에 21.8 ~ 24.0 g으로 많이 증가되었으나, 아직 총 에너지섭취량의 11.

에 불과하며 日本의 절반이 못되는 實情이다.

3대 營養素의 에너지 구성比의 균형은 營養學에서 중요시 다룬다. 이상적인 단백질, 지질, 당질의 에너지 구성比는 단백질 11~12%, 지질 20 ~ 25%, 그리고 당질 63 ~ 69%가 된다.

韓國人の 에너지 구성比는 圖 1과 같이 아직도 당질 에너지比는 높고, 지방질 에너지比는 낮음을 알 수 있다. 日本은 과거 20 ~ 30年前에 韓國과 비슷한 에너지 구성比를 갖고 있었으나 최근 이상적으로 변했다.

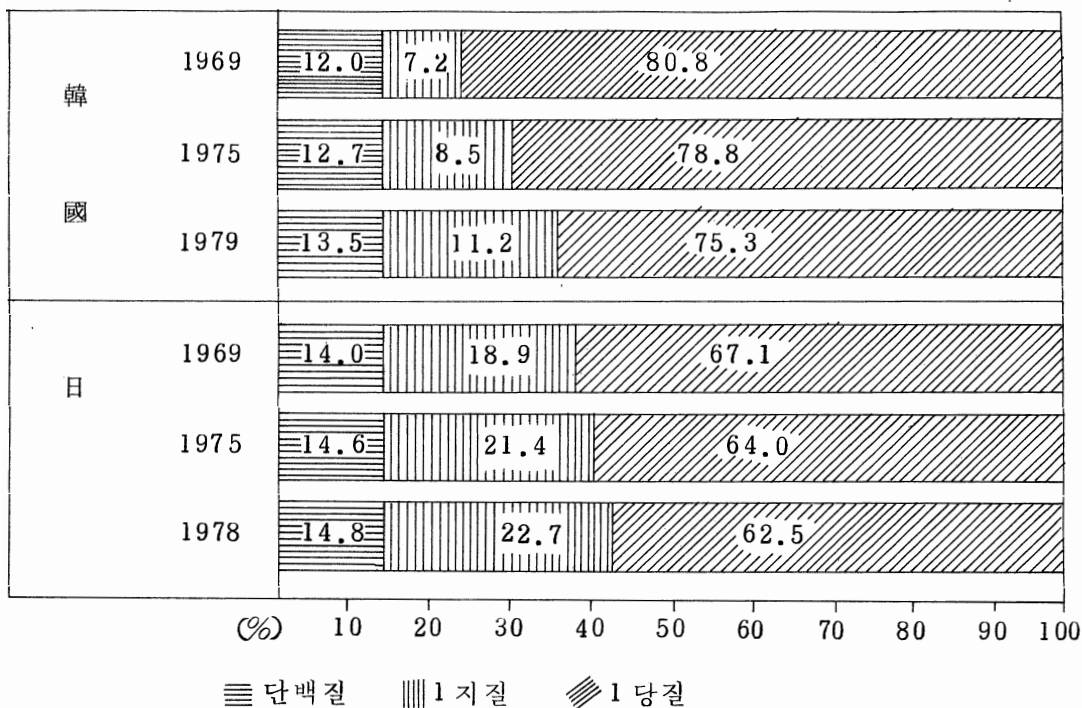
〈表 1〉 1人1日當 食品 및 營養素 攝取量의 比較

국 명 연 도	주요 식품군별 섭취량						영 양 소 섭취 량							
	총 량 (g)	곡 류 (g)	콩 류 (g)	채소류 (g)	육 류 (g)	어패류 (g)	우유류 (g)	에너지 (Kcal)	당류 지 질 (g)	단백질 (g)	칼슘 (mg)	철 분 (mg)		
한국 ¹⁾	1969	1,055	559	38.8	271	6.6	18.2	2.4	2,105	423	16.9	65.6 (6.8)	444	-
	1974	1,000	500	33.8	289	6.7	49.1	1.7	2,054	405	15.4	68.1 (12.3)	444	14.1
	1976	949	490	28.6	256	9.6	41.0	5.3	1,926	380	20.5	60.4 (12.2)	402	12.3
	1978	894	419	28.4	241	19.8	48.3	10.4	1,833	346	22.6	59.5 (17.1)	412	10.3
	1980	1,061	495	46.9	301	13.6	65.7	9.9	2,052	396	21.8	67.2 (19.3)	598	13.5
일본 ²⁾	1982	980	458	46.6	265	17.6	76.1	14.0	1,991	381	21.1	67.4 (22.0)	466	13.3
	1984	991	404	59.6	254	29.1	78.0	20.2	1,901	351	24.0	69.3 (26.4)	481	13.9
	1965	1,134	410	70	219	30	76	57	2,184	384	36.0	71.3 (28.5)	465	-
	1970	1,248	371	71	249	43	87	79	2,210	368	46.7	77.6 (34.2)	534	-
	1975	1,384	338	70	247	64	94	104	2,188	337	52.0	80.0 (38.9)	550	13.4
1981	1,256	319	66	204	72	92	116	2,101	310	54.7	78.8 (40.1)	546	13.4	

자료 : 1) 보건사회부, 국민영양조사보고서, 1969-1984.

2) 체법석, 평균수명과 식생활형태개선, 대한의학협회, Vol.28, No.1, Jan., 1985.

〈圖 1〉 韓國과 日本의 에너지 構成比 比較



우리나라의 食生活은 動物性 食品의 消費量이 적으며, 기름을 使用해서 調理하는 경우가 많지 않으므로 지방질의 攝取量이 매우 낮다. 지방질은 당질이나 단백질보다 에너지 함량이 높으므로 적은 量으로 必要한 에너지를 얻을 수 있으므로 지방질의 攝取量을 증가시켜야 한다.

學童期에 속하는 國民學校, 中學校, 高等學校에 다니는 年齡은 만 6세부터 17세 까지인데, 우리나라와 日本의 學童을 比較해 보면 成長이 왕성한 時期에 충분한 營養을 공급함으로써 體位向上을 가져

온다는 事實을 잘 나타내 준다. 우리나라에서는 그동안 경제발전과 더불어 학동기 아동의 體位向上을 가져온 것도 사실이나 1983년 현재 韓國은 日本보다 男子國民學生은 평균 1.0 cm, 中學生은 평균 3.9 cm, 高等學生은 평균 2.2 cm가 더 작고, 女子國民學生은 약 1.2 cm, 中學生은 2.3 cm, 高等學生은 0.4 cm가 더 작은 것을 볼 수 있다(표 2 참조).

〈表 2〉 韓國, 日本 初·中·高等學生의 身長比較(1983年)

區 分		男 子			女 子		
		日 本 ¹⁾	韓 國 ²⁾	差	日 本 ¹⁾	韓 國 ²⁾	差
		cm	cm	cm	cm	cm	cm
國 民 學 校	6 세	116.2	116.0	0.2	115.5	114.8	0.2
	7 세	121.8	121.1	0.7	121.0	120.1	0.9
	8 세	127.2	126.2	1.0	126.6	125.5	1.1
	9 세	132.3	131.2	1.1	132.2	130.4	1.8
	10 세	137.4	136.2	0.8	138.4	136.2	2.2
	11 세	143.1	140.7	2.4	145.2	144.2	1.0
中 學 校	12 세	150.0	146.4	3.6	150.7	147.9	2.8
	13 세	157.5	152.9	4.6	154.3	151.9	2.4
	14 세	163.6	160.1	3.5	156.1	154.4	1.7
高 等 學 校	15 세	167.3	164.8	2.5	156.9	156.4	0.5
	16 세	169.1	166.9	2.2	157.3	156.7	0.6
	17 세	170.2	168.3	1.9	157.4	157.4	0.0

자료: 1) 日本, 文部省, 學校保健統計調查報告書, 各年版, 1983.

2) 文교부, 文교통계연보, 1983.

오늘날 科學이 발달함에 따라 음식물속의 營養分이 자세히 밝혀졌으며, 健康을 위하여 어떤 營養素가 必要하고, 量的으로 어느정도 먹어야 하며 質的으로 어떠한 균형을 이루어야 하는지 알게 되었다.

이와 같은 食生活의 科學化와 경제 성장에 따른 營養素攝取의 개선은 감염증에 대한 저항력을 증대시키며, 免疫機構를 개선시킴으로써 과거 어린이의 감염증이나 靑壯年에 많던 結核으로 인한 死亡을 감소시켰다. 그리하여 영아사망율이 저하되고 平均壽命도 연장되는데 기여하였다.

食生活樣式은 平均壽命과 어떠한 관련을 갖고 있으며 우리의 食生活形態는 어떻게 개선되어야 하는지 알아보기로 한다.

日本人的 平均壽命은 세계에서 제일 길다. 1981년에 男子 73.5歲, 女子 79.0歲이고 1983년에는 男子 74.2歲, 女子 79.8歲로 韓國人보다 10세 가량 더 길다.

수명연장은 영아사망율 감소, 전염병 예방관리 등 여러 다른 복합적인 것이지만, 식생활패턴이 기여하는 바가 크다. 國民의 平均壽命의 증가에 대하여 곡류에너지比와 동물성단백질比는 各各 逆과 正의 상관관계를 보이고 있다. 韓國과 日本의 平均壽命과 곡류에너지比 및 동물성단백질比의 변화를 보면 곡류에너지比가 줄고, 동물성단백질比가 증가함에 따라 平均壽命이 늘어나는 것을 볼 수 있다(표 3 참조).

1984年 우리의 곡류에너지比는 72.9%, 동물성단백질比는 37.8%, 그리고 1980年代의 平均壽命이 男子 62.7세, 女子 69.1세여서 日本의 1981年度 곡류에너지比 48.0%, 동물성단백질比

〈表 3〉 平均壽命과 食生活의 變化

구 분	연 도	평 균 수 명		곡 류 에너지比(%)	동 물 성 단백질比(%)
		남	여		
일 본 ¹⁾	1 9 5 0	59.6	63.0	77.0	25.0
	1 9 6 2	66.2	71.2	67.0	38.0
	1 9 6 7	68.9	74.2	58.6	41.4
	1 9 7 3	70.7	76.0	51.2	49.8
	1 9 7 8	73.0	78.3	48.2	49.0
	1 9 8 1	73.5	79.0	48.0	50.2
한 국 ²⁾	1 9 6 9	59.8	66.7	83.6	12.5
	1 9 7 5	62.7	69.1	82.5	20.6
	1 9 7 6			82.3	20.2
	1 9 7 7			77.7	24.3
	1 9 7 8			78.0	28.7
	1 9 7 9			77.4	31.9
	1 9 8 0			77.4	28.7
	1 9 8 1	-	-	75.5	32.2
	1 9 8 2	-	-	77.9	32.6
	1 9 8 3	-	-	74.9	33.5
	1 9 8 4	-	-	72.9	37.8

자료 : 1) 보사부, 국민영양조사보고서, 1969년 ~ 1984년.

2) 채범석, 평균수명과 식생활형태개선, 대한의학협회지,
Vol.28, No.1, Jan.1985.

50.2%, 평균수명 男子 73.5 세 및 女子 79.0 세와 比較하여 차이가 있다(표 3 참조). 우리나라의 곡류에너지比, 동물성단백질比 및 평균수명 패턴은 1950 ~ 1960 年代의 日本水準에 불과하므로 우리의 식생활 패턴은 개선되어야 한다.

나) 問題點

(1) 우리나라 國民의 식생활은 곡류에너지比가 높고, 동물성단백질比가 낮다.

(2) 영유아, 임산부의 영양관리는 특별한 배려가 必要함에도 불구하고 이에 대한 대책이 부진하다.

(3) 학동기(만 6 ~ 17 세) 아동은 성장과정에 있으므로 보다 충분한 영양섭취가 요구된다. 이와 관련하여 학교급식이 실시되고 있으나 극히 일부에 지나지 않는다.

(4) 도시영세민이나 일부 농촌주민에서는 영양섭취량이 부족하며, 식품위생관리면에 문제점이 있다.

(5) 근로자 및 산업체 집단급식시설이 부족하고, 영양관리가 소홀하다.

(6) 영양에 관한 올바른 지식이 주민 간에 특히 가정주부에게 부족되어 가정에서의 영양섭취가 양적으로나 질적으로 미흡한 실정이다.

(7) 음식점 및 집단급식시설에서의 식품위생관리가 철저하지 못하다.

3) 目 標

우리 나라 2000 年代의 G.N.P 를 5,016 弗¹⁾ 로 추정 하고, 곡류에
너지比를 1984 年 72.9 %에서 50.0 % 水準으로 높이며, 지방질 섭
취량을 총 에너지섭취량의 11.2 %에서 20 %까지 높인다. 그리고
식품위생업소의 위생관리를 철저히 함은 물론 보건교육을 강화하여
食品을 통한 전염성질환이 이루어지지 않도록 하며, 식중독 등이 발
생되지 않도록 한다.

4) 活 動

가) 일차보건의료사업에서 營養改善 및 向上을 重點事業으로
하여 이에 대한 홍보, 敎育 및 실습 등을 強化한다.

나) 保健所, 保健支所, 保健診療所에서 활동하는 保健醫療人力
의 役割 및 機能 등에 營養向上活動을 包含시켜 적극적인 업무
수행을 하도록 한다.

다) 마을건강원의 活動內容中 營養指導業務를 중요시 하며, 住民,
특히 가정에서의 영양향상을 기한다.

라) 음식점 및 집단급식시설의 식품관리요원을 대상으로 敎育을
수시로 실시한다.

마) 학교급식을 확대하여 학동기 아동의 營養을 向上시킨다.

2.6 保 健 敎 育

1) 目 的

個人 및 家族이 保健에 관한 正確한 知識을 갖게 하며 이를 實

註1) 韓國開發研究院, 2000 년을 向한 國家장기발전 구상, 1985.

踐하도록 하는 한편 地域社會가 스스로의 노력으로 保健事業에 적극 참여하여 健康水準을 向上시키도록 한다.

2) 現況과 問題點

그간 政府 및 各 民間機關, 즉 各급학교, 새마을운동단체 등의 노력으로 住民의 個人衛生에 대한 계몽은 상당한 수준에 이르고 있다.

우리나라 국민들이 保健에 대한 知識을 얼마나 實踐하고 있는가를 把握한 結果는 다음과 같다.

가) 우리나라 國民의 保健에 대한 知識, 態度 및 實踐樣相

(1) 健康 및 疾病

1984 年 全國標本家口調査¹⁾에 의하면 健康 및 疾病에 對한 知識中 健康에 대한 개념, 疾病發生原因, 장티푸스傳染源, 腦炎傳染源 등에 대해서는 各各 70 % 정도가 바른 知識을 가지고 있으나 結核, 肝炎, 成人病 등에 대한 바른 知識을 가진 者는 30 % 水準으로 대단히 낮았다.

한편 健康 및 疾病에 對한 態度로서 장티푸스 豫防을 위해 물을 끓여 먹어야 하며, 전염병 유행시 예방접종을 맞아야 하며 便所에 다녀온 후 손을 씻어야 한다는 데에 대한 태도는 各各 90 % 以上 水準이 바른 態度를 지니고 있었으나, 술잔 交換이 肝炎을 傳染시킨다고 할 경우 술을 마시는 男子 중 술잔을 交換하지 않겠다는 者는 30 % 水準에 불과하였다.

그리고 健康 및 疾病에 對한 實踐 중 식수습관으로 끓여 먹고,

註 1) 南喆鉉外 3人, 國民保健意識行態調查研究, 韓國人口保健研究院, 1984. 12.

便所에 다녀온 후 손을 씻는 者는 各各 70 % 以上 水準이나, 結核診斷을 위해 지난 1年間 X-線檢査를 받은 者와 지난 1年間 구충제를 복용한 者는 各各 20 % 以下와 40 % 水準의 낮은 實踐率을 나타내고 있다.

(2) 家族保健

家族保健에 대한 知識, 態度 및 實踐樣相으로 妊娠동안의 產前管理에 대해서는 全體婦人의 50 % 정도만이 꼭 받아야 한다는 態度를 보였으며, 實際로 婦人中 1回以上の 產前管理를 받은 率은 70 % 水準에 불과하였다.

母乳授乳에 대하여는 80 % 以上の 婦人들이 母乳가 가장 좋은 授乳形態라는 態度를 보였는데, 실제로 母乳授乳한 婦人은 70 % 水準에 불과하였다.

(3) 健康食品에 대한 態度, 實踐樣相

婦人中 40 % 정도가 補藥을 服用한 經驗이 있으며 補藥을 섭취한 婦人에게서 非攝取婦人에서 보다 食사를 하더라도 補藥을 먹어야 健康하다는 態度를 보이고 있다. 그러나 50 % 정도의 婦人들은 食事만 제대로 하면 補藥을 服用하지 않아도 健康하다고 하였다.

한편 健康食品으로 알려진 인삼, 녹용, 약초, 동물의 생피 등 11가지 食品에 대한 攝取狀態는 男子와 女子 모두 人蔘攝取가 가장 많았고, 그 다음이 보신탕으로 男子의 60 % 정도, 女子의 25% 정도를 차지하고 있었다. 女子에 비해 男子들의 特定食品의 攝取는 食品종류에 따라 2배 내지 10배 가량 높으며, 健康食品의 種類도 노루, 사슴이나 동물의 생피, 토룡탕, 뱀탕 등과 같이 다양하다.

(4) 吸煙 및 飲酒

吸煙은 많은 研究에서 報告되었듯이 健康과 關係된 위험한 行爲의 形態이다. 吸煙과 關係된 疾病은 폐암 및 기타 암, 심장병, 만성지관지염, 기흉, 만성동맥 질환 등이며 妊娠婦의 吸煙에 의해 태아에 끼친 影響은 늘어나고 있는 추세이다.

우리나라의 경우 吸煙이 健康에 해롭다는 바른 知識을 가진 者는 男女 各各 95 % 以上이다. 그러나 成人男子의 80% 정도가 吸煙하고 있으며, 年齡이 젊은 층일수록 吸煙者가 많은데 20 代에서는 80 %의 吸煙者가 있었다.

한편 吸煙에 대한 態度로서 담배 피우는데 있어 肯定的인 者는 40 % 以下水準이며 즉 吸煙이 健康에 有害하다는 것을 잘 알고 있고, 담배를 끊어야 한다는 態度를 지니면서 實踐하지 못하고 담배를 피우는 者가 많은 實情이다.

술을 마시는 男子는 80 % 정도이며, 1 週에 1 ~ 3 回 飲酒者는 34 %이며, 거의 每日 술을 마시는 者는 20 %에 達했다.

一般的으로 우리나라 國民들의 保健에 대한 知識, 態度 및 實踐水準이 낮으므로 이를 높이기 위한 保健教育의 政策 및 戰略開發이 時急한 실정이다. 특히 結核, 肝炎 등 感染疾病에 대한 知識, 態度, 實踐水準이 아직도 問題가 되므로 이에 대한 教育이 활발히 이루어져야 한다.

4) 保健教育實態

保健教育은 疾病뿐만 아니라 健康狀態를 좀 더 向上시키기 위해서 必要로 하는 健康管理의 원리뿐만 아니라 實踐에 옮길 수 있

도록 지도해 주는 것도 담당해야 한다. 또한 個人, 集團, 地域에 따라 背景이 다르고 問題도 다르기 때문에 일률적으로 판에 박힌 듯한 保健教育이란 있을 수 없다. 保健知識을 提供한 뒤 人間的 態도와 行爲를 變化시키는 것은 어렵기 때문에 時間的 概念에 따라 주어진 過程을 통하여 實踐할 수 있도록 하는 것이 중요하다.

保健에 대한 知識習得은 주로 集團保健教育, 弘報媒體 그리고 健康相談으로 이루어지는데 여기에 대한 우리나라의 現況은 다음과 같다.

保健에 대한 集團教育 經驗者는 1982年 7.5%¹⁾, 1984年 13.8%²⁾로 低調하며, 단체교육시 教育을 담당한 강사는 保健要員이 26.1%로 가장 많고, 婦女會長 16.2%, 保健所職員 12.7%, 學校教師 7.5% 順이다.

한편 全國民의 80% 정도가 大衆媒體를 통하여 保健知識을 習得한 經驗이 있다. 가장 많은 接觸媒體는 텔레비전이었으며, 新聞, 雜誌, 라디오 順이다.

중래의 보건교육은 개인위생향상에 중점을 두었고, 地域社會의 參與와 자조정신의 강조 등에는 다소 등한시한 감이 있었다.

3) 活 動

가) 1차보건의료의 모든 체계(보건소, 보건지소, 보건진료소를 包含)를 통하여 保健教育이 全體活動의 가장 중요한 위치에 있음을 감안하여 모든 보건요원은 각 事業計劃에 保健教育活動을 반드시 包含시켜야 한다.

註 2) 남철현의 1명, 보건교육통보매체접촉도 조사연구, 한국인구보건연구원, 1982.

註 3) 남철현의 3명, 국민보건의식행태조사연구, 한국인구보건연구원, 1984.

나) 위의 사항을 보다 더 効率的으로 운영하기 위하여 보건소, 보건지소, 보건진료소의 공중보건의사 및 치과의사와 보건진료원이 보건교육 실시 및 평가에 보다 적극적으로 활동한다.

다) 1차보건의료체계에서의 보건교육활동을 지원하기 위하여 중앙 및 각 시도는 각종자료(인쇄물, 슬라이드, 필름 등)를 계속해서 지급하여야 한다.

라) 마을건강원의 직무 중 보건교육이 중요한 것이므로 적절한 訓練을 정기적으로 실시하며, 이들의 活動을 지원한다.

마) 학교에서의 보건교육을 강화하기 위하여 양호교사 및 양호를 담당하는 일반교사의 教育 및 施設強化가 必要하며, 이들과 일차보건의료체계와의 긴밀한 협조가 있어야 한다.

바) 地域社會의 積極的인 參與를 위하여 마을단위, 면단위, 군단위의 지역사회조직을 강화하고 실질적인 活動이 활발하게 展開되도록 地方自治團體가 적극적으로 지원하도록 한다.

사) 産業場, 農協을 비롯한 각종의 단체와 모임을 통하여 保健教育을 強化한다.

아) 保健教育內容에 구강보건, 노인보건, 性教育, 각종 질환의 豫防과 管理가 包含되어 실시될 수 있도록 一次保健醫療人力의 役割을 점차 확대한다.

Ⅳ. 要約, 結論 및 建議

1. 要 約

2000 년을 向한 1次保健醫療의 計劃을 樹立하기 위하여 1次保健醫療의 概念과 推進現況을 分析, 整理하고 1次保健醫療에 의하여 제공될 수 있는 保健醫療提供指標別 현재의 水準과 目標을 설정하는 것을 目的으로 本 研究는 실시되었다. 研究目的에 도달하기 위하여 既存 研究結果와 保健, 經濟 및 其他 行政統計資料를 이용한 既存資料分析과 咨文회의를 研究方法으로 하여 얻어진 研究結果의 主要內容을 要約하면 다음과 같다.

가. 保健醫療均霑을 높이고 農漁村住民의 保健醫療要求를 충족시키기 위하여 실시된 일차보건의료는 住民에게 地理的 및 經濟的인 接近性을 높여줄 수 있었다.

나. 1次保健醫療의 活動範圍는 질병예방, 치료, 건강증진 및 재활을 包含하고 있으나 本 연구결과 우리나라의 1次保健醫療는 治療에 중점을 둔 것으로 나타났으므로 앞으로 포괄적인 活動이 要求된다.

다. 1次保健醫療의 効率과 效果를 높힐 수 있도록 1次保健醫療 人力間의 協力, 2次保健醫療機關과의 케이스 의뢰 및 技術支援, 1次保健醫療管理技術의 強化가 必要하다.

라. 1次保健醫療에 의하여 提供될 수 있는 指標別 現水準과 2000년의 目標는 다음과 같다.

1) 通常疾患管理는 상당수의 주민이 충분한 서비스를 받지 못하는 현 수준을 100 %가 受惠를 받도록 한다.

2) 結核管理는 현 유병율 2.2 %를 1.0 %로 감소한다.

3) 고혈압 현 유병율 6 %~ 8 %, 당뇨병 현 유병율 0.13 % ~ 3 %를 더 이상 증가되지 않도록 하기 위하여 發生率을 최소한 15 % 이상 감소시킴으로써 만성질환관리의 效率을 기한다.

4) 선진국의 사고발생수준보다 높은 사고발생을 50 % 감소시킨다.

5) 모성사망율을 3.6/10,000 명을 1.5 로 감소시키며 영아사망율 32.6/1,000 을 8.1로 감소시킨다. 안전분만개조율을 98 %로 증가시킨다.

6) 合計出產率 2.1 을 1.7 로 감소시키기 위하여 質的인 家族計劃事業을 실시한다.

7) 安全한 음료수 보급율은 80 %를 95 %로 하며 수세식변소 보급율을 37 %에서 95 %로 向上시킨다.

8) 主要 精神疾患의 現有病率 0.5 % ~ 3.5 %가 더 이상 증가되지 않도록 精神保健을 강화한다.

9) 영양증진을 위하여 곡류에너지比를 72.9 %에서 50 %로, 동물성단백질比는 37.8 %에서 50.0 %로 높이며 지방질攝取量은 총에너지攝取量의 11.2 %에서 20.0 %까지 높인다.

2. 結 論

本 研究는 利用할 수 있는 資料와 研究期間의 制約으로 HFA에 도달하기 위하여 研究되어져야 할 4개 主要指標中 保健醫療提

供에 局限되었고, PHC 現況 역시 要點의 記述에 초점을 두어 포괄적으로 제시하기 어려웠다.

또한 2000 年을 向한 全國民 健康達成이란 방대한 指標의 現 수준 추정 및 장래 目標와 活動을 보다 精確히 규정하기 위하여 더욱 광범하고 심층있는 研究가 必要하다.

그러나 本 研究는 HFA 에 도달하기 위하여 우리나라에서는 처음으로 시도된 일차보건의료기본계획이라는 點에서 큰 意義가 있으며 겨우 基本計劃의 1 段階研究에 限定되었으므로 이미 研究方法에서 제시된 第二 및 第三段階研究를 위한 始作이라 볼 수 있다. 그러므로 2 段階 및 3 段階의 研究로 제시된 內容이 研究課題化되어 종합적인 研究가 계속해서 進行되어야 한다.

끝으로 本 研究의 結論을 내린다면

그동안 실시되고 있는 우리나라의 1 次保健醫療는 농어촌, 벽지주민이 가까이에서 財政的인 부담을 크게 느끼지 않으면서 언제든지 경미하면서 흔한 질병의 치료를 包含한 보건의료서비스를 제공받을 수 있는 가능성을 제공하였다는 점에서 성과를 올렸다고 할 수 있다. 더우기 전문인력으로 공중보건의사와 보건진료원을 면 및 부락단위에 배치할 수 있었고 보건지소에 保健診療員을 새롭게 배치하였음은 물론 이들 一次保健醫療人力이 활동하는 데 필요한 시설 및 의료장비의 확보와 운영지원에 많은 노력을 기울여 事業實施에 量的인 成果를 거두었다.

그러나 2 차 및 3 차보건의료기관의 적극적인 支援活動의 不足, 일차보건의료기관내(보건소, 보건지소, 보건진료소)의 支援 및 指導의 不充分, 일차보건의료기관들간의 業務責任限界의 不分明, 중앙 및

지방행정기관내의 커뮤니케이션 결핍과 管理技術의 不足 등으로 일차보건의료의 質的 維持 및 向上을 기대하기 어려운 것으로 나타났다.

그러므로 일차보건의료사업의 質的 向上과 維持를 위하여 保健政策, 人力管理, 研究 및 事業管理 運營次元에서 改善方向이 빠른 시일 내에 수립되어야 할 것이며 이를 위하여 다음과 같이 건의한다.

3. 建 議

1) 保健政策次元

(1) 일차보건의료의 용어, 개념 및 운영방침에 대한 수정, 보완을 위한 綜合評價를 거쳐 장래의 보건정책의 方向設定을 위하여 국가차원의 연찬회(national workshop)의 개최.

(2) “ 2000 년 까지 모든 住民에게 健康을 ”의 目標達成을 위한 정책수립 및 실천과정의 評價, 調整을 위한 國家保健審議會(national health council)의 설치.

(3) 보건정책심의회가 위촉한 事項을 研究, 檢討하기 위하여 보건발전실무위원회(Intersectoral core group)의 설치.

(4) 일차보건의료기관의 기능, 인력개발 및 서비스개발에 따른 법적 및 행정적 조치(현재의 농특법 및 指針의 재정 혹은 새로운 조항의 삽입).

2) 人力管理次元

일차보건의료인력 중 공중보건의사와 보건진료원의 선발기준강화,

훈련 및 活用의 効率性을 높이기 위한 計劃, 改善案 作成 및 評價를 위한 人력관리자문위원회 설치.

(2) 面單位에서 주로 예방보건 활동에 종사하는 보건요원의 질적 유지를 위한 敎育強化와 점차 자격을 갖춘 간호원으로 대체하기 위한 人력수급계획의 樹立.

(3) 住民의 건강증진목표에 도달하기 위하여 面 및 부락단위 人력들간의 팀活動의 전개.

(4) 공중보건 의사, 보건진료원 및 보건요원 活動의 効果와 質을 向上시키기 위하여 평가제도의 도입과 적용.

(5) 일차보건의료인력에 종사하는 인력을 위한 보수교육 및 繼續敎育의 제도화.

3) 事業管理運營次元

(1) 일차보건의료기관내의 人력들에게 관리운영기술 및 지식 부여를 위한 敎育 실시.

(2) 일차보건의료에서 진단, 치료 및 管理할 수 없는 問題에 대한 의뢰체계확립 및 2, 3 차기관에서 일차기관으로 재의뢰할 수 있는 의뢰체계의 운영.

(3) 地域住民의 보건의료요구에 기초한 事業計劃, 우선순위 결정 및 목표가 작성되어 상향식으로 보고되고 이를 수행할 수 있도록 지침, 예산 및 기타 지원이 이루어질 수 있도록 일차보건의료 관리운영모델 개발.

(4) 일차보건의료를 주관하는 지방행정부서에 건물, 의료장비 및 물품의 보급과 관리를 위한 책임 부여(권한이행).

(5) 地域住民의 건강증진을 위하여 個人 및 地域社會를 대상으로 포괄적인 서비스가 이루어지도록 目標設定, 業務分擔, 評價가 실시되도록 전반적인 업무수행 지침의 개선.

(6) 事業計劃에서부터 평가에 이르기까지 활용할 수 있는 기록 및 보고서식의 개발과 분석방안의 수립.

4) 研究次元

(1) 일차보건의료의 서비스수혜범위, 효과, 효율에 대한 평가를 정기적으로 실시할 수 있도록 보사부가 예산확보 및 실시계획 수립(3~5년마다 전국대상 실시).

(2) 연구기관, 대학, 政府의 긴밀한 협력하에 研究計劃에서 결과까지의 참여와 연구결과를 정책에 신속히 반영하도록 장치 마련.

(3) 일차보건의료를 통한 주민의 건강증진 및 건강실천행위의 변화를 계속적으로 파악하고 일차보건의료운영의 개선을 위한 研究開發事業(Research and Development)을 위하여 지정된 지역에서 사업이 이루어지도록 예산 및 행정 지원.

(4) 세계보건기구에서 발생 하는 일차보건의료 및 기타 보건관련 간행물, 연구결과 및 이론들에 대한 정보의 신속한 구입과 국내보급(일차보건기관, 행정부, 대학 등)을 위한 제도적 장치.

일 반 목 적	세 부 목 적	세 부 활 동 과 목 표 (연 차 별)			
		활 동 내 용	1987-91 (제 6 차) *	1992-96 (제 7 차) *	1997-2001 (제 8 차) *
1. 모든 疾患의 豫防과 診療를 向上 強化하여 모든 住民이 일차보건의료의 혜택을 받게 한다.	1.1 통상질환의 豫防, 診斷 및 치료의 질적, 양적 향상으로 모든 住民이 醫療혜택을 받으며 통상질환의 70 %는 일차보건의료기관에서 處理 한다. 일차보건의료기관에서 處理 안되는 환자(약 30 %)는 2차 또는 3차 기관으로 이송한다.	1) 보건소, 보건지소, 보건진료소 인력의 양적, 질적 향상과 사기양양을 기하며 건물, 시설을 完備한다. 2) 全國民에게 醫療保險의 혜택을 준다. 3) 의약품 공급을 원활히 한다. 4) 1차, 2차, 3차의료기관의 체계수립과 운영을 원활히 한다.	80 % 향상 - 91년 까지 100 % 도달 - 80 % 향상 - 체계의 확립 주력	90 % 향상 질적향상 주력 90 % 향상 운영의 원활 주력	100 % 향상 예방기능을 包含한 의료보험범위를 확대 100 % 향상 새로운 문제에 대비하여 차기계획을 수립
	1.2 結核管理의 철저를 기한다.	1) 보건소는 관내 結核管理의 中心이 되며, 管内患者의 등록, 진단, 검사, 치료, 사후관리의 철저를 기한다. 2) 보건지소, 보건진료소, 민간의원은 환자발견, 치료(보건소지침 의거) 사후관리를 철저히 한다. 3) 각 시도결핵관리 전문의사의 정기적 순회방문으로 환자지도와 결핵관리의 지도를 철저히 한다. 4) BCG 접종을 1세미만 아동에게 실시한다.	- 80 % 도달 - 80 % 도달 - 80 % 도달 - 80 % 도달	90 % 도달 90 % 도달 90 % 도달 90 % 도달	100 % 結核管理의 성공적 전개로 유병율은 1 %이하로 되며, 보건의 주요 문제에서 제외함 100 % 도달 100 % 도달

일 반 목 적	세 부 목 적	세 부 활 동 과 목 표(연 차 별)			
		활 동 내 용	1987-91(제 6 차) *	1992-96 (제 7 차) *	1997-2001 (제 8 차) *
	1.3 傳染病管理를 強化하여 질병에 따라 根絶을 기하거 나 激減되도록 한다.	1) 발생이 있는 전염병(장티푸스등) 이나 발생가능성 있는 병, 증가추세 에 있는 병(간염등)의 환자발생 보고와 관리에 신속을 기한다.	- 역학적 조사, 보고 체계의 확립을 기 함 - 간염예방접종의 권 유 - 식품위생의 강화 - 관리체계의 강화 - 집단, 주민교육의 강화 - 치료기관의 운영	계 속	계 속
		2) 성병관리는 그 특수성을 감안하여 患者의 發見 및 접촉자의 管理를 강화하며 보건교육을 통한 자발적 진찰, 치료를 유도한다.	- 체계수립 - 시범사업 전개	계 속	계 속
	1.4 증가추세의 각종 非傳染 性 慢性疾患의 管理를 체계 화하며 강화한다.	1) 일차보건의료기관을 방호하는 患者中 만성병환자 발견에 주력하며 이의 계속적 치료와 사후관리를 향상한다. (중점 - 고혈압, 당뇨병등)	- 체계수립 - 시범사업 전개	체계의 확대	원활한 운영
		2) 집단검진(산업장, 특수집단, 일반주민) 으로 患者의 조기발견, 치료를 기한 다.	- 30 %의 주민대상 - 시범사업 진행	50 % 대상	70 % 대상
		3) 만성병 관리 指針書의 開發과 保健 교육의 強化	- 계획수립과 시행	제몽의 강화	계 속
		4) 노인질환관리에 중점을 두며 노인 시설 운영에 협조한다.	- 실태조사와 시범 사업, 연구조사	사업계획수립과 실 천	사업전개

일 반 목 적	세 부 목 적	세 부 활 동 과 목 표 (연 차 별)			
		활 동 내 용	1987-91(제 6 차) *	1992-96 (제 7 차) *	1997-2001(제 8 차) *
2. 母子保健의 向上과 家族計劃의 보급을 강화한다.	1.5 事故管理를 強化하여 發生率, 負傷率, 死亡率을 저하토록 한다.	1) 地域內 事故의 把握과 정보체계를 確立한다. 2) 사고예방의 教育 및 구급처치를 教育한다. 3) 가정사고, 연탄중독, 농약중독, 농기구 사고의 예방 및 구급처치의 教育과 發生時의 처리를 강화한다.	- 체계수립, 실태조사 - 計劃樹立, 指針書 開發, 事業施行 - 計劃樹立, 指針書 開發 - 事業施行	事業施行 事業施行 事業施行	事業施行 事業施行 事業施行
	2.1 母子保健의 質的, 量的向上으로 모성, 영유아의 罹患率, 死亡率을 선진국형으로 저하토록 한다.	1) 모자보건센타를 각 시·군마다 설치 運營하며, 각 시·郡地域 全體의 모자보건, 家族計劃事業의 중심역할을 하게 된다. 2) 임신부는 일차보건의료기관에 등록되며, 분만시까지 최소 3회 방문하여 산전관리를 받는다. 3) 임신부의 분만개조는 시설에서 의료요원에 의해서 시행된다. 4) 분만후 정상상태로 복귀할 때까지 산후관리를 받는다. 5) 영유아의 기본예방접종을 實施하되 국비부담으로 한다.	- 全國 市·郡에 설치, 시설 강화 - 산부인과 전문의사 배치 - 24 시간, 365 일 가동 60 % 달성 80 % 달성 70 % 달성 50 % 달성	繼 續 85 % 달성 90 % 달성 85 % 달성 80 % 달성	繼 續 100 % 달성 100 % 달성 100 % 달성 100 % 달성

일 반 목 적	세 부 목 적	세 부 활 동 과 목 표 (연 차 별)			
		활 동 내 용	1987-91 (제 6 차) *	1992-96 (제 7 차) *	1997-2001 (제 8 차) *
3. 基本環境衛生의 向上으로 각종 질병의 예방과 健全사회 건설에 이바지 한다.	2.2 家族計劃의 보급율을 높임으로써 1건전가정을 이룩하고 나아가 國家人口政策에 호응한다.	6) 영·유아(만 6세까지)는 정기적인 成長發育의 측정과 건강진단을 받는다.	50 % 달성	80 % 달성	100 % 달성
		7) 임신부와 영·유아는 모자보건수첩을 받으며, 保健教育의 중점대상이 되고, 이에 마을건강원의 活動이 크다.	60 % 달성	80 % 달성	100 % 달성
		1) 피임실천을 각 개인의 형편과 선호에 따라 보급하며 특히 20대 연령층의 보급율을 높인다.	50 % 달성	80 % 달성	100 % 달성
	3.1 기본환경 위생(특히 농어촌)은 地域社會의 공동책임임을 認識하게 하며, 일차보건의료기관은 기술지도에 주력한다.	2) 인공임신중절술의 저하에 주력하며 한 자녀 갖기 운동을 적극 추진한다. 이에 마을건강원의 活動이 기대된다.	- 법적 조치 완성, 각종 권장법의 제정	계 속	계 속
		1) 地域社會를 대상으로 하는 보건교육을 철저히 하며 각 기관의 협조와 체계적 事業을 진행한다.	- 조직완성, 事業展開	계 속	계 속
		2) 保健所는 환경위생 지도의 중심이 되며 기술전문인력의 배치와 必要한 檢査機能을 갖는다.	- 인원배치, 훈련 - 檢査실 강화	계 속	계 속

일 반 목 적	세 부 목 적	세 부 활 동 과 목 표 (연 차 별)			
		활 동 내 용	1987-91 (제 6 차) *	1992-96 (제 7 차) *	1997-2001 (제 8 차) *
	3.2 음료수管理를 철저히 하며 安全하고도 충분한 음료수 공급이 되어야 한다.	1) 마을단위로 음료수관리원 (자원봉사자) 을 선정, 훈련하고 水源의 검사, 소독 실시, 소규모수리와 보고작성을 한다. 2) 수질검사를 정기적으로 실시하여 安全 한 음료수 확보에 주력한다.	- 관리원 선정, 훈련 계속관리 - 물의 표본은 마을 에서 채취하여 보 전소, 보건지소에서 검사한다.	계 속 관 리 계 속	계 속 관 리 계 속
	3.3 분뇨처리를 衛生的으로 한다.	1) 農村地域의 분뇨처리를 위하여 終末 糞尿處理施設의 設置와 병행하여 三 槽式 改良便所 보급을 적극 추진한다. 2) 農村地域에서 분뇨의 안전분해없이 직접 비료로 사용되거나 하천으로 배 출되는 것을 금지한다. 3) 都市 零細民 가족은 개별 또는 몇가 구의 합동으로 위생적인 변소를 갖도 록 진전하며 적극 권장한다.	- 計劃樹立과 施行 50 % 달성 - 敎育과 법제정 - 지원과 계몽	80 % 달성 계 속 계 속	100 % 달성 계 속 계 속
	3.4 쓰레기처리를 합리적으로 한다.	1) 각 家庭이나 마을에서 나오는 쓰레기 기의 양을 가능한 대로 줄이고, 쓰레 기를 종류별로 區分하여 소각 매립하 거나 일정장소에서 수거처리케 한다.	- 체계확립, 시범적 실시 - 계속적 노력	계 속	계 속

일 반 목 적	세 부 목 적	세 부 활 동 과 목 표 (연 차 별)			
		활 동 내 용	1987-91(제 6 차) *	1992-96 (제 7 차) *	1997-2001(제 8 차) *
4. 영양을 개선, 증진하며, 食品衛生管理에 주력한다.	4.1 곡류에너지 攝取量을 줄이며 지방질, 단백질 攝取量을 늘린다.	1) 保健教育을 통하여 계몽에 주력하며, 관련기관 단체와 협조한다.	- 計劃樹立과 事業의 推進	계 속	계 속
	4.2 요식업소의 위생상태를 改善하며 가정에서의 식생활을 보다 위생적으로 계몽한다.	1) 군단위의 식품관계 전문가들의 협력하에 관내 教育指導 및 計劃樹立과 評價에 참여토록 한다.	- 인력협조와 事業의 推進	계 속	계 속
5. 정신보건관리체계를 발전토록 하여 가정과 社會의 정신적 건강의 向上을 도모한다.	5.1 일차보건의료체계에서의 정신보건관리를 개발, 강화토록 한다.	1) 일차보건의료체계는 정신질환환자 發生을 예방하며 조기발견, 조기치료와 가정내 치료에 주력한다. 이를 위해 보건소에 정신과 전문의사를 배치한다.	- 정신과 전문의사의 정기적 순회활동 - 시범사업의 발전	專門醫의 常住, 事業의 展開	계 속
		2) 重症이거나 급성발작자의 患者는 지정된 정신병원에 입원, 치료후 회복되면 在家治療를 받는다.	- 시범사업의 발전 - 모형의 개발	적극적 적용 사업의 발전	계 속
		3) 정신보건지침서의 작성과 정신건강사의 양성, 保健教育의 強化를 기한다.	- 計劃樹立, 시범事業의 시도	사업의 발전	계 속
6. 保健教育을 強化하여 모든 보건사업의 원활하고도 적극적인 發展을 기한다.	6.1 地域社會의 적극 참여를 도모한다.	1) 일차보건의료체계의 모든 시설요원은 地域社會의 적극적 참여를 위한 각종 활동에 주력한다.	- 운영협의회의 적극적 활동	계 속	계 속

일반 목적	세부 목적	세부 활동 과 목 표(연 차 별)			
		활동 내용	1987-91(제 6 차)*	1992-96(제 7 차)*	1997-2001(제 8 차*)
	6.2 活動內容에 관한 홍보 활동을 전개 한다.	2) 각계각층, 地域社會指導者의 협조로 事業計劃의 작성, 사업 진행의 추구 및 評價를 한다.	- 계몽, 협조로 活動이 전개 된다.	계속	계속
	6.3 마을건강원의 活動을 支援한다.	1) 집회, 보건교육자를 통해서, 각종 活動의 必要性을 인식케 하며 특히 患者와 가족의 협력을 도모한다.	- 活動의 展開	계속	계속
		2) 각종 보고서를 上位機關이나 地域社會에 통보하여 지도와 협조를 기대 한다.	- 活動의 展開	계속	계속
		1) 마을건강원의 活動을 항시 추구하며, 정기적 모임을 통해서 계속 教育을 하며, 그들 보고를 통해서 통계작성을 한다.	- 活動의 展開 - 評價	계속	계속
		2) 마을건강원의 보고에 의한 患者, 임산부 등의 조치를 지체 없이 시행 하며, 이들의 活動을 격려 한다.	- 活動의 展開 - 評價	계속	계속

1. 거제 지역사회보건사업 (1969 ~)

美國人 선교의사인 존 시브리(Dr. John R. Sibley)는 대구 동산병원에서 外科醫師로 근무하던 중 地域保健事業의 必要性을 통감하였고 이에 경상남도 거제도를 시범지역으로 선정하여 세계기독교연합회(World Council of Churches)와 서독 재단의 재정적 원조를 받아 1969 년에 이 사업을 시작하였다.

事業의 目的

1) 家族計劃, 공중보건 및 과학적으로 올바른 醫療를 包含한 광범위한 보건사업 전개

2) 韓國政府의 保健事業計劃에 적극적인 협조 및 정책 수행

3) 마을단위에서 교회가 保健事業에 參與함으로써 지역사회의 적극적인 참여 이룩

4) 자체적으로나 정부차원에서나 감당하기 어려운 시설투자는 피하고 韓國의 無醫地域 주민들을 위하여 그들의 경제수준에 적합한 포괄적 건강관리(Comprehensive health care)를 전달할 수 있는 사업 개발

이 事業은 거제도 하청에 본부를 두고 주민 30,000 명을 대상으로 포괄적인 건강관리사업을 전개 하였는데 1974 년에 실시된 사업평가에 따르면 모자보건, 家族計劃, 結核管理, 학교보건 및 간단한 診療는 効率的으로 시행되었다. 하지만 의료보험사업은 부진하였고 이차보건 의료시설이 없어 원거리까지 환자를 이송해야 했으며 보건소 및 정부기관과의 협조도 원활하지 못했다.

1974年 시브리박사는 정희섭박사(전 보사부장관, 국회의원)와 협의하여 새로운 시범사업으로서 거제지역보건협회(KCHCC)를 1974년 9월에 사단법인으로 설립하였고, 이차진료기관으로서의 병원은 유럽 수개국의 기독교재단의 재정지원으로 거제도 군청소재지인 고현에 설립하였다.

1977년 이후로는 정희섭박사를 이사장으로 한 거제지역사회 보건협회가 단독으로 운영되었으나 재정부족과 人力難 등으로 당초 計劃했던 각종 事業이 중단되었고 1986년 현재 고현소재의 병원만이 운영되고 있는 實情이다.

2. 강화 지역사회 보건사업(1974 ~)

연세대학교 의과대학 예방의학교실은 일찍부터 地域社會保健의 중요성을 인식하여 1958년에 경기도 고양군 보건소와 협조하여 事業을 展開하였고, 1969년부터는 경상남도 거제군에서, 1973년부터는 도시영세민지역인 서울특별시 연희동에서 示範事業을 실시하였다.

이후 위의 경험을 토대로 강화지역사회 보건사업을 1974년에 2개면(선원면, 내가면)에서 시작하였고 1979년에는 불은면을 추가하여 1984년 現在 地域內 총 사업대상인구는 약 15,700명에 이르게 되었다.

事業目的은 다른 地域社會示範事業에서와 마찬가지로 우리나라 농촌지역에서의 보건의료문제를 해결하기 위한 방안을 모색하는 것과 의과대학 및 간호대학의 地域社會保健 學實習의 效果的이고도 效率的인 실시에 있다.

이事業의接近方法은 우선 家庭健康要員이 1개 行政里에 있는 1개 마을보건소(Village Health Post)나 그가 사는 집에서 임신부와 산모, 미취학아동, 可妊婦, 결핵환자에 대해 서비스를 하도록 하였다. 동시에 보건지소의 활성화를 통하여 모자보건, 家族計劃을 중심으로 하는 일차보건의료사업에 역점을 두었다.

그러다가 일차보건의료사업이 정착된 후 이차의료에 대한 요구가 地域社會內에서 상당히 높아짐을 인식하게 되어 1981년 10월 50병상規模의 병원을 설립하였다.

한편 주민들의 요구에 따라 소규모의 의료보험조합을 조직하여 임의가입형태로 운영하다가 병원설립 후에는 정부의 지역의료보험시범지역으로 지정받음으로써 1982년 7월부터는 강화군에 거주하는 모든 住民이 의료보험에 가입하게 되었다.

이事業을 위하여 초기에 外國機關으로부터 재정지원을 받았다. 학생교육을 위한 기숙사 시설의 건축, 가정건강요원의 선발 및 敎育, 마을보건소 운영, 보건지소 신축과 장비구입 등은 1974년에 독일의 해외중앙선교부(EZE)와 미국의 연합재단(United Board)에서 支援하였다.

3. 여주 지역사회보건사업(1982 ~)

농어민, 도시영세민, 영세근로자의 건강향상을 目的으로 고려대학교는 경기도 여주, 서울의 구로 및 반월지역에 서독 KFW차관에 의한 地域社會病院을 1979년 9월에 설립하였으며, 이에 따라 여주군 점동면을 시범지역으로 선정하여 地域社會保健事業을 1982년

부터 착수하였다.

이事業은 고려대학교부속 여주병원(신설)을 비롯하여 현존하는 地域社會의 資源을 최대한 活用하며 이들을 効率의으로 연결함으로써 地域社會에 적합한 보건의료전달체계의 모형을 개발하는 것이 목적이었다.

事業期間은 1982년 10월부터 1986년 9월까지의 4년간이며 독일측의 재원협조 총액은 1,450,000 DM이다.

4. 수동면 地域社會保健事業(1972~)

事業地域은 경기도 남양주군 수동면이며 1984년 10월 현재 7개 里, 22개 자연부락에 1,133가구가 있으며 人口는 4,904명이다. 無醫面이었던 수동면을 이화여자대학교 의과대학이 주민의 요청을 감안하여 시범사업지역으로 선정하여 1972년 3월부터 사업을 시작하였다.

이事業의 目的은 다른 시범사업의 그것과 비슷하나 特徵的인 것은 地域社會 주민조직을 통하여 의료비 재정확보를 조성한다는 것이다. 그런 뜻에서 지역사회개발보건의회가 조직되었고 이화대학교는 事業所로서 보건의원을 개설하였는데 이 보건의원은 1972년 5월 양주군 수동면 보건지소로서의 기능을 부여받아 정부기구의 일환이 되었다. 이 점이 특기할 만하며 동시에 그 보건의원은 연구와 敎育訓練事業도 계속하여 왔다.

각 자연부락에서 선출된 1명씩(주부 22명)을 敎育하여 마을 보건원으로 선임하여 각기 마을의 보건향상에 힘쓰도록 하여 지

역개발의 바탕을 이루하였다. 이들은 보건지소에서 초보적인 地域保健에 관한 敎育과 가정응급조치요령에 대한 훈련을 받고 주어진 기능으로서 마을주민의 응급치료와 보건지소의 보건요원 업무 지원 및 주민과의 교량역할을 한다.

수동면 지역사회개발 보건위원회는 면내의 각 이장, 마을부녀회장, 각 기관장들로 구성되었고 면내 전 세대를 회원으로 하여 의료공제조합의 성격을 가지며, 每 가구에 대하여 회비를 징수(1974년에 480 원, 1985년에 900 원)하여 會員에게 기본서비스를 제공하였다.

이 事業의 성공적 경험을 토대로 제 2 차 단계로서 남양주군(8 개면) 전역을 대상으로 군단위 지역보건사업으로까지 發展할 수 있도록 計劃中이다.

5. 전주예수병원 地域社會保健事業(1970 ~)

1960년대말에 병원중심의 의료만으로 과연 地域社會住民에 대한 健康管理의 사명을 다하고 있는 것인가에 대한 논의와 더불어 전주예수병원(1897년 미국 선교의사 매티 잉골드(Dr. Mattie Ingold)에 의해 설립)은 地域社會示範保健醫療事業을 시작하게 되었다. 1970년부터 1975년까지는 전라북도 완주군 소양면에, 1976년부터 1981년까지는 완주군 용진면에서 農村地域 1개면을 대상으로 일차보건의료사업을 시도하였으며, 1982년부터는 완주군 북부 산간 오지인 고산지역 5개면에서 인구 약 40,000명을 대상으로 하는 종합보건의료사업을 실시하고 있다.

이 事業의 目的은 다른 示範事業과 유사하지만 특히 강조하는 점은 地域社會와 自生的 조직이 그들의 자원과 창의성을 통해서

地域의 복귀문제를 책임지도록 하자는 것과 기독교정신에 입각하여 만인평등사상을 실현하자는 것이다. 따라서 그 접근방법 중에도 특기할 것은 마을건강원, 보건간호원, 보건진료원, 가정의에게 훈련을 실시하며 의료기관의 모든 임상의들이 전체 地域社會 의료수요에 부응할 수 있도록 재훈련하는 것이다.

사업내용으로는 예방보건활동, 진료활동 및 地域社會의 참여 등을 들 수 있다. 예방보건 활동에는 모성보건관리, 영유아건강관리, 家族計劃, 고혈압관리, 保健教育, 주택환경개선 등이 있으며, 이러한 각 活動이 마을, 보건진료소, 보건지소, 고산의원에서 분담되어 잘 실시되고 있다.

고산지역 5개면의 환자진료를 위하여 의료전달체계를 십분 활용하여 마을건강원, 보건진료소, 보건지소, 고산의원, 전주예수병원 등이 질병의 輕重에 따라 적절히 활용됨으로써 저렴하고도 양질의 의료가 될 수 있도록 체계화되고 있다.

시범지역의 중심지인 고산에 고산의원이 전주예수병원의 分院으로서 활동하고 있다. 고산의원이 설립되기 전에는 이 地域內 住民은 간단한 치료나 임상병리 및 방사선검사만을 위해서도 1~2시간 전주까지 왕래해야 하는 불편을 겪었다. 1981년 약 2억원(그 중 75%는 독일 EZE에서 원조)의 施設投資로 10병상을 가진 현대식 의료시설이 개설되어 거의 완벽한 일차진료를 주민이 받게 되었고 소수만이 전주로 후송된다.

地域社會의 참여도가 매우 높으며 정부기관의 협조 또한 잘 되고 있다. 교회와의 협조 뿐 아니라 그 구성원은 자원봉사자로서 活動이 크며 신용협동조합, 새마을금고의 利用度도 높다.

6. 춘성군 지역사회 보건사업¹⁾ (1971 ~)

1971년 서울대학교와 강원도는 춘성군지역을 대상으로 시범보건사업을 하기로 합의하고 일차적으로 춘성군 신동면지역부터 시작하였다.

이 사업의 주요목적

- 1) 모범적인 시범보건사업의 실시
- 2) 학생 및 보건요원의 교육훈련
- 3) 地域社會 保健問題의 研究 등

사업지역은 1973년 6월까지 신동면동내역(가구수 1,312, 人口 7,041)이었으나 그 후 점차 확대되어 1984년 12월 현재 춘성군 8개면 全域과 춘천의 일부도 포함되어 총 家口數는 47,770이며 대상 인구는 221,765 명이다.

事業의 원활한 진행을 위하여 운영위원회가 설치되어 서울대학교와 강원도에서 각각 7명씩 14명으로 구성되었다. 사업의 실제 기획과 진행을 위하여 실행위원회가 있고, 事業의 실제수행을 위하여 시범보건사업소가 있으며, 소장은 서울대학교 보건대학원 간부직원이 되며 그 아래에는 진료사업과, 예방사업과, 의료보험사업과 등이 있고 직원 총수는 19명이다.

事業內容은 豫防保健事業, 의료보험 및 진료사업, 새마을부녀사업 및 교육훈련사업 등이 있다.

1) 일차보건접근을 통한 지역보건사업의 개발전략(세미나보고서), 순천향대학, 1986년 4월

豫防保健事業은 모자보건, 가족계획, 질병관리 등으로 상당히 활발하였다. 그러나 이 사업에서 가장 심혈을 기울여 추진한 것은 의료보험사업이다.

이 事業의 目的

- 1) 저렴한 의료비로 양질의 의료제공
- 2) 주민 스스로 地域社會에서 必要한 보건의료문제 해결
- 3) 自營者시범의료보험조합의 모형개발

住民의 強力한 요망에 의하여 설립된 춘성의료보험조합은 1973년 10월 802세대 4,750명의 조합원으로 출발하였다. 1984년 12월 현재 30,522명의 조합원을 가지며 이 숫자는 전체주민 중 다른 의료보험가입자 인구를 제외한 인구의 28.7%에 해당한다. 이 사업은 임의보험의 좋은 예가 되었다. 10년이 지나도 인구의 30%미만이 가입되었지만 보험금 징수율이 83%라는 점등은 흥미있는 사실이다. 問題點中の 하나는 장차 국민개보험이 실시될 때 이 事業을 어떻게 의의있게 계속할 것인가 하는 것이다.

7. 용인군 종합보건개발사업 (1972 ~ 1977)

保健社會部는 보다 効率的이고 效果的이며 經濟的으로 부담할 수 있고, 社會的, 政治的 狀況에 합당한 보건의료전달체계를 개발하기 위하여 이 사업을 1972년부터 1977년까지 경기도 용인군에서 전개하였다. 이 事業은 WHO와 UNICEF의 원조로 이루어졌으며 다음과 같은 目的을 가졌다.

- 1) 地域內 모든 住民이 地理的으로 接近할 수 있고 經濟的으

로 감당할 수 있는 보건의료전달체계 개발

2) 민간보건의료기관 및 인력 활용

3) 地域社會參與 장려

4) 國家保健計劃과 정책에 합치하고 보건의료전달체계 제공

5) 地域社會의 必要에 적응하는 융통성있는 체계 개발

이 事業은 기존의 보건소 및 보건지소 같은 공공보건시설을 보다 効率的으로 또는 効果的으로 발전토록 하기 위해 그 조직을 개편하고 보건요원의 기능을 단일목적에서 통합목적으로 변경토록 하였다. 그 결과 보건소에 보건간호과를 설치하였으며 각 면에 배치되었던 모자보건, 家族計劃 및 결핵관리요원 등 단일목적 인력의 기능을 통합하여 한 요원이 여러가지 활동을 할 수 있도록 하였다.

8. 음성지역사회보건사업(1985 ~)

순천향대학은 의료취약지역의 하나인 충청북도 음성군에 韓國政府와 독일정부의 지원(차관)으로 순천향병원을 建立하여 1984년 4월에 개원하였다. 이와 관련하여 동 대학의 인구 및 地域社會醫學研究所는 음성지역내의 일차보건의료자원과 동 병원의 이차적 기능을 연결하는 보건의료전달체계의 모델개발을 위해 독일정부 기술원조처(GTZ)의 지원을 받아 1983년 11월에 이 事業을 準備하기 시작하였으며 1985년 1월에는 활동을 시작하였다.

이 事業은 이미 실시되어 온 각 시범사업의 경험을 검토하여 現在와 미래의 정부(보건사회부)보건의료정책을 고려한 모델 개발

을 목적으로 하고 있으며 특히, 의료공급자 (Provider)와 의료수혜자 (consumer) 양측의 接近方法을 모색하는 데 주력하였다. 따라서 이를 위해서 1985년 4월에 각 대학 및 기관의 전문가 간담회를 개최하여 사업목적과 計劃의 자문을 받았으며 이어 8월에 음성지역 보건사업의 모델開發을 目的으로 하는 세미나 (일차 보건接近을 통한 地域保健事業의 開發戰略)를 개최하였다. 그리하여 개괄적 目標는 다음과 같다.

1) 健康水準의 改善

2) 모자보건 家族計劃의 통합

3) 健康診斷을 통한 潛在된 疾病의 조기발견과 적절한 治療

1986년 9월에 실시된 자체평가에서 지적된 점은 사업에 참여하고 있는 각 기관 즉 정부 (도·군 보건소), 의료기관 (순천향병원 및 의원 등의 민간기관), 대학 (순천향대학)과 住民間의 協助가 부족하며 따라서 참여도도 소극적이라는 것이며 앞으로 남은 시일내에 이 점을 특히 강조하여 事業展開에 노력을 기울여야 한다는 것이었다.

附錄 3

附表 1. 主要 研究結果에 依한 性別 高血壓 有病率

(單位: %)

研究 年度	研究者	確定域高血壓		調査數	調査地域	調査對象者特性 및 資料蒐集方法	資料 目録
		男	女				
1975	金梅俊	13.1	-	1,822	서울	1975년 6~7월과 1976년 9월 동안 서울시 남자교직원 (25~59세)을 대상으로 실시된 사립학교 교원 건강기초조사를 종합하여 분석, WHO 기준	(1)
1976	金貞順	7.7 (6.3)	6.5 (5.6)	1,446	충성 군	1976년 9월 15 세이상 인구만을 대상으로 가구단위 면접조사와 의사의 진찰에 의존, 고혈압관장은 WHO기준과 미국의 Health Survey 기준에 의거함	(2)
1979	金周永	7.5 (6.9)	8.0 (7.9)	2,329	이리	1979년 4월 10일 - 1979년 5월 13일 동안 아파트 주민 중 15세 이상 인구대상으로 혈압 측정 및 면접. WHO기준	(3)
1981	李錦珍	8.8	-	2,461	서울	1981년 5월에 실시된 정기건강진단을 받은 30세 이상 H은행 근무자 대상	(5)
1983	尹希燮	7.3 (6.9)	6.3 (5.8)	2,740	충성 군	1983.1.7 ~ 1983.1.14 일 동안과 3월 3일~3월 9일 두차례에 걸쳐 30세 이상 신동면 주민대상으로 혈압 측정 및 면접조사 실시	(6)

주: 1) 고혈압이라 함은 WHO에서

"Definition Hypertension"이라 정의한 160/95mmHg 이상을 말한다.(確定域高血壓)

2) "Borderline Hypertension"은 140/90mmHg 이상인者 혹은 고혈압약을 복용하고 있는者 중 Definite Hypertension인者를 제외한者 (境界域高血壓)

3) ()은 Age adjusted rate임.

附表 1 의 研究資料

- 1) 金海俊, “고혈압의 유병율과 그 관련요인에 대하여” - 敎職員을 대상으로 -, 공중보건잡지, 14(1), 1977.
- 2) 金貞順, “종합진찰에 의한 일부 농촌주민의 고혈압증”, 한국역학회지, 1(1), 1979.
- 3) 金周永, “증도시 일부 아파트주민을 대상으로 한 고혈압에 관한 연구,” 서울대 보건대학원 석사논문, 1979.
- 4) 金俊錫外, “1980년 한국인 노무자 및 사무직의 혈압 및 고혈압의 역학적 연구”, 대한의학협회지, 25(5), 1982.
- 5) 李鎬珍, “금융기관 근무자의 고혈압 이환상태 및 건강 관리에 대한 조사연구”, 서울대 보건대학원 석사논문, 1982.
- 6) 尹希燮, “일부 농촌지역의 혈압에 관한 역학적 연구”, 서울대 보건대학원 석사논문, 1983.
- 7) 文玉綸外, “전국 성인병 실태조사연구”, 보건학논집, No.33, 1982.
- 8) 김일순외, “Korean Nationwide Blood Pressure Study”, Yonsei Medical Journal, 23(1), 1982.
- 9) KIPH, 「국민건강조사보고」, 1983.
- 10) 文玉綸外, 「성인병 실태조사연구」 - 의료기관 이용자를 중심으로 - 보건학논집, No.31, 1981.

附表 2. 主要 研究結果에 依한 產前管理 經驗率 (1976 ~ 1985)

研究年度	資料目	產前管理經驗率(%)	調查對象數(妊産婦數)	調查地域	調查對象特性	方法
1976	(1)	18.1	1,055	< 동 권 > 홍천군, 옥구군, 군위군	3세이하(최종아)의 자녀를 가진 부인을 대상으로 1976.11.10 ~ 12.19 동안 조사원의 가구면접조사	
1976	(1)	14.7	333		3세이하(최종아)의 자녀를 가진 부인대상으로 조사표에 의한 가정방문 면접조사	
1981	(25)	28.2	1,238		15 ~ 44 세 유배우 부인 중 최종아를 대상으로 1981.7.15 ~ 8.10 일 동안 가구단위 면접조사	
1981	(25)	22.7	1,151		15 ~ 44 세 유배우 부인 중 최종아를 대상으로 1981.7.15 ~ 8.10 일동안 가구단위 면접조사	
1981	(4)	34.3	594		1978년 1월 ~ 81년 9월 사이 출산경험이 있는 부인을 대상으로 1981.10 ~ 11월 (25일) 동안 가구단위 면접조사	
1982	(10)	54.8*	442	전국표본조사	조사당시 임신중이거나 출산 1년 미만인 부인을 대상으로 1982.4.11 ~ 23일 동안 가구단위 면접조사	
1974-1980	(21)	62.7	300	강화군 내가면, 선원면, 불은면	1974년 이후 조사일까지 중 출산부인을 대상으로 1980.5.15 ~ 25일 동안 조사원에 의한 대상부인 면접조사	
1980-1985	(11)	70.9*	971	전국 표본조사	1980년 이후 자녀를 출산한 부인을 대상으로 1985.5.2 ~ 6.9일 동안 조사원에 의한 면접조사	
1976	(16)	63.9	458	광 주	< 도 시 > 20 ~ 49 세 가임부인의 최종아 분만 대상으로 1976.7 ~ 9월동안 조사원이 가구단위 면접조사	
1978-1982	(26)	67.5	366	강동구 송파동의 59개반		
1982	(10)	77.3*	794	전국표본조사		
1980-1985	(11)	86.7*	2,570	전국표본조사		

주 : *는 직국조사 결과임.

附表 3. 主要 研究結果에 依한 分娩介助者 分布

研究 年度	資料 目録	分娩介助者 (%)			調査對象數 (分娩數)		調査地域	調査對象者特性 및 方法
		助産員	助産員	助産員	健康 助産員	他家 其他		
1974	(13)	1.2	2.3	-	64.0	32.5	657	가정분만을 한 20~49 세 유배우 부인을 대상으로 1974.7.28-8.29 일 동안 가정 방문 면접조사
1973-1976	(1)	14.7	4.6	0.3	68.4	12.0	1,055	조사일 현재 3 세이하 (최종아) 한 가진 부인을 대상으로 1976.11.10-12.19 일 동안 조사원의 가정방문 면접조사
1973-1976	(1)	7.5	2.4	0.3	74.2	15.6	333	안 조사원의 가정방문 면접조사
1976	(16)	12.7	2.0	-	83.6	1.5	275	조사일 현재 3 세이하 (최종아) 한 가진 부인을 대상으로 1976.11.10-12.19 일 동안 조사원의 가정방문 면접조사
1974-1980	(21)	18.6	6.6	간1.7 아13.3	59.7	-	301	20-49 세 가임부인 중 최종아 분만을 대상으로 1976.7.9 일 조사원의 가정방문 면접조사
1981	(25)	15.5	1.1	-	83.4	-	1,238	1974년 이후 조사일까지의 출산부인을 대상으로 1980.5.15-25 일 조사원에 의한 대상부인 면접조사
1981	(25)	9.5	7.7	-	88.8	-	1,151	15-44 세 부인의 마지막 출산을 index birth로 분석한 부인을 대상으로 1981.7.15-8.10 일 조사원이 개별 면접조사
1981	(4)	12.1	3.8	-	73.0	11.1	592	15-44 세 부인의 마지막 출산을 index birth로 분석한 부인을 대상으로 1981.7.15-8.10 일 조사원이 개별 면접조사
1982	(10)	3.7	10.2	3.2	75.5	7.4	216	1978.1-81.9 월 사이 출산부인을 대상으로 1981.10-11 월 (25일간) 가구단위로 대상부인 면접조사
1981-1983	(28)	26.5	2.5	19.7	42.0	9.3	279	1981.1.1 일 이후 출산한 부인을 대상으로 1982.4.11-5.23 일 동안 가구단위로 대상부인 면접조사
1980-1985	(11)	44.1	6.5	3.1	43.5	2.8	971	인 면접조사 조사당시 출산 1년 미만의 부인을 대상으로 1983.8.8 ~ 8.23 일 동안 전체가구 면접조사
1976	(16)	39.3	4.6	-	55.5	0.6	458	1980년 이후 자녀를 출생한 부인을 대상으로 1985.5.2-6.9 일 동안 조사원에 의한 전체가구 면접조사
1978-1982	(26)	38.0	15.3	0.4	46.3	-	366	20-49 세 가임부인의 최종아 분만을 대상으로 1976.7-9 월 동안 조사원의 가구단위 대상부인 면접조사
1982	(12)	50.6	11.4	-	36.9	1.1	176	1978년 6월 이후 출산경험 (최종아) 저소득층 부인 대상으로 1982.6.8-28 일 동안 조사원의 가구단위 대상부인 면접조사
1980-1985	(11)	70.7	13.9	1.5	13.2	0.6	2,570	1980년 10.1 이후 출산부인을 대상으로 1982.10.6-10.17 일 동안 조사원의 가구단위 대상부인 면접조사

주: *는 전국조사 결과임. 간: 간도모조원, 마: 마을건강원

附表 4. 主要 研究結果에 依한 都市地域의 嬰幼兒 豫防接種率 (단위 : %)

연구 年度	資料 目録	紅 痘 B C G	D P T		小兒麻痺	調査地域	調査對象者特性	方法
			接種率	完了率				
1975	(14)	45.9 (314)	51.6 (314)	-	84.7 (314)	광	생후 7개월부터 만 3세 이하인 영·유아를 대상으로 1975.9-12월까지 전남의대부속모자보건센터의 보건소에 내원한 주부에게 설문지를 사용한 면접조사	전남의대부속모자보건센터의
1976	(15)	80.9 (256)	89.1 (256)	-	89.1 (256)	대구시 아 파트지역	최종아 나이가 48개월 미만인 영·유아(대구시 아파트주민)를 대상으로 1976.3.15-3.30일 까지 간호학생 3명이 아파트를 방문하여 설문지를 통한 면접조사	대 상 으 로 1976.3.15-3.30 일
1976	(17)	18.9 (106)	82.1 (223)	25.6 (223)	57.8 (223)	서울	입동구, 중구 보건소 영유아실에 來所한 0~24개월된 영유아를 대상으로 1976.7.25-9.25일 까지 보건소에 來所한 영유아 어머니에게 간호학생 2명의 설문지 면접조사	대 상 으 로 1976.7.25-9.25 일
1977	(19)	57.8 (467)	86.7 (467)	59.3 (467)	85.0 (467)	서울	조사일 현재 종합병원 외래 및 육아지도실을 방문한 5세미만의 영유아를 대상으로 1977.1-9월 사이 설문지를 통한 면접조사(경희대, 서울대, 중앙의대, 한양의대, 서울적십자병원)	대 상 으 로 1977.1
1978	(20)	-	64.1 (2,635)	34.5 (2,635)	64.1 (2,635)	대구	1978년도 대구모자보건센터에 등록된 유아를 대상으로 등복부 기록지 분석	대 상 으 로 1978.1
1979	(23)	-	-	-	-	서울	1개 보건소에 등록된 영유아 중 생후 만 1년까지의 유아를 대상으로 1983.5-6월 동안 시보 진소의 영유아 등복부 분석	대 상 으 로 1983.5-6월 동안 시보
1982	(12)	32.0 (108)	67.0 (160)	-	63.4 (167)	봉천동	B C G는 출생시부터 24개월까지, DPT와 소아마비는 생후 2~24개월까지, 홍역은 9-24개월까지의 영유아를 대상으로 1982.10.6-10.17일동안 조사원에 의한 가구 면접조사	대 상 으 로 1982.10.6-10.17 일 동안 의 한 가 구 면 접 조 사
1982	(26)	47.8 (292)	77.5 (343)	-	78.4 (343)	서울 (저소득층)	1978년 6월 - 1982년 3월 사이의 출생아 대상(BCG, DPT, 소아마비), 홍역은 1981년 8월까지의 출생아를 대상으로 1982.6.8-6.28일동안 조사원에 의한 가구면접조사	대 상 으 로 1981년 8월까지의 출생아를 대상으로 1982.6.8-6.28 일 동안 의 한 가 구 면 접 조 사

주: () 은 조사대상수

附表 5. 主要 研究結果에 依한 嬰幼兒 豫防接種率

研究 年度	資料 日錄	紅 痘 對 象 數	疫 症 對 象 數	BCG 在 調 査 對 象 數	DPT		小兒麻痺 完了率 (調査對象數)	調 査 地 域	調 査 對 象 者 特 性 及 方 法
					接種率 (調査對象數)	完了率 (調査對象數)			
1976	(1)	23.7 (359)		40.4 (359)	46.8 (315)	10.4 (201)	73.7 (201)	홍천군, 옥구군, 군위군	BCG, 홍역은 출생후부터 12개월까지 DPT는 6 - 12개월까지, 소아마비는 24-36 개월까지의 영유아를 대상으로 1976.11.10-12.19 일간 조사원의 가정방문 면접조사
1976	(1)	8.0 (112)		25.0 (112)	34.4 (67)	6.0 (102)	54.9 (102)	평창군 9개면	BCG, 홍역은 출생후부터 12개월까지, DPT는 6 - 12개월까지 소아마비는 24-36 개월까지의 영유아를 대상으로 하여 1976.11.10-12.19 일간 조사원의 가정방문 면접조사
1976	(30)	22.5 (1,275)		56.2 (1,275)	83.7 (1,275)	79.7 (1,275)	83.3 (1,275)	충청군 8개면전역	1.법보건의사업소에 등록된 6세미만 영유아를 대상으로 사업실적, 사업소기록, 사업량 분석
1977	(19)	20.7 (358)		37.7 (358)	34.4 (358)	30.9 (358)	59.8 (358)	화성군, 평창군,	조사일현재 5세미만의 영유아를 대상으로 1977.1-9월 사이 의대생들의 부의존 진료를 통한 설문조사
1978	(30)	20.4 (1,199)		45.2 (1,199)	78.6 (1,199)	75.7 (1,199)	76.0 (1,199)	충청군 8개면전역	시범보건사업소에 등록된 6세미만 영유아를 대상으로 사업실적, 사업소기록, 사업량 분석
1980	(30)	31.8 (1,184)		62.2 (1,184)	70.5 (1,184)	72.5 (1,184)	68.5 (1,184)	충청군 8개면전역	시범보건사업소에 등록된 6세미만 영유아를 대상으로 사업실적, 사업소기록, 사업량분석
1981	(4)	17.7 (576)		30.7 (576)	56.9 (576)	25.3 (576)	-	논어촌 벽지조사	조사일 현재 23개월 이하 영유아를 대상으로 1981.10-11월 현재 23개월 이하의 영유아 100인당 접종률
1976	(22)	71.9 (1,031)		-	-	-	-	강화군 산원면, 내 가면, 불은면	1976.1-80.6월사이 출생한 영유아를 대상으로 1981.7.1일 조사원에 의한 면접조사
1980	(25)	44.6 (1,238)		59.9 (1,238)	74.1 (1,238)	-	75.5 (1,238)	서산군 해미면, 순 산면	홍역은 1세미만, 소아마비, DPT는 3개월 미만아제의, 조사시점에서 마지막 아이를 대상으로 1981.7.15-8.10 일동안 가구단위 면접조사
1981	(25)	43.0 (1,151)		40.9 (1,151)	70.3 (1,151)	-	70.3 (1,151)	서산군 팔복면, 안 지면, 지북면	조사시점에서 마지막 아이를 대상 (홍역은 1세미만, 소아마비, DPT는 3개월 미만아 제외) 으로 1981.7.15-8.10 일동안 가구단위 면접조사
1981.1 (3)		-		73.0 (810)	77.3 (810)	42.7 (810)	78.8 (810)	홍천시범사업지역	1 - 3세 사이의 영유아 810명을 대상으로 1 - 3세 사이 영유아 810명의 추적조사
1982.6		-		59.4 (276)	67.8 (276)	34.5 (276)	67.1 (276)	42개보건진료소 배치지역	1981.10-83.7월 현재까지 출생한 영유아대상으로 1983.8.8-8.28사이 전체 가구 면접조사
1981.10(31)		28.2 (277)		59.4 (276)	67.8 (276)	34.5 (276)	67.1 (276)		
1983.7		-		-	-	-	-		
1984	(24)	55.3 (264)		95.8 (264)	96.2 (264)	87.5 (264)	96.2 (264)	경산군내 5개면	생후 6 - 23개월 사이의 영유아를 대상 (보건진료원이 배치된 지역내 거주 영유아) 으로 1984년 3월동안 조사원에 의한 조사대상 영유아 어머니와 면담

주: () 은 조사대상수

附表 2 - 附表 5 의 研究資料

- 1) 한국보건개발연구원, 「1976 년 기초조사 보고」, 1979.
- 2) 한국보건개발연구원, 「1979 년 시범사업종합평가보고」, 1980.
- 3) 한국인구보건연구원, 「홍천모자보건진료소 종합평가보고서」, 1982.
- 4) _____, 「농어촌 벽지보건의료에 관한 연구」, 1983.
- 5) _____, 「농촌지역 보건소 조직 및 기능개선에 관한 연구」, 1983.
- 6) 가족계획연구원, 「1976 년 전국 출산력 및 가족계획 평가조사」, 1978.
- 7) _____, 「1978 년 가족계획 및 출산력 실태조사」, 1979.
- 8) _____, 「도시 저소득층 가족계획 평가보고」, 1979.
- 9) _____, 「1979 년 한국피임보급실태조사」, 1980.
- 10) 한국인구보건연구원, 「1982 년 전국가족보건실태조사보고」, 1982.
- 11) _____, 「1985 년 출산력 및 가족보건실태조사」, 1985.
- 12) _____, 「도시 저소득층 지역보건서비스개발을 위한 기초조사 연구」, 1983.
- 13) 이영자, “일부농촌지역의 모성보건실태에 관한 연구”, 최신의학, 18:4, 1975.
- 14) 채경남, “광주지역 영유아의 예방접종실태에 관한 조사연구”, 중앙의학, 31:3, 1976.
- 15) 김혜성, “영유아의 예방접종에 대한 어머니의 지도, 태도 및 예방접종실시에 관한 조사”, 공중보건잡지, 13:2, 1976.

- 16) 조길자, “地域的으로 본 모자보건실태에 관한 조사연구”, 중
앙의학, 31: 6, 1976.
- 17) 이영자의, “영유아 예방접종에 대한 지식·태도 및 實踐에 관
한 연구”, 공중보건잡지, 13: 2, 1976.
- 18) 정경자, “우리 나라 일부농촌의 모자보건실태에 관한 조사연구”,
중앙의학, 33: 4, 1977.
- 19) 안창일의, “예방접종실태조사에 관한 통계적 관찰”, 소아과,
21: 4, 1978.
- 20) 이성관의, “母의 특성이 유아보건에 미치는 영향”, 경북의대잡지,
21: 2, 1980.
- 21) 한성현의, “가족계획과 모자보건의 상관성에 관한 연구”, 순천
향대학논문집, 4: 3, 1981,
- 22) 이용호, “강화지역주민의 과거 10 년간 홍역이 환율 및 예방접종을
의 변화”, 예방의학회지, 4: 1, 1981.
- 23) 배미승, 일부도시지역영아의 예방접종율에 미치는 요인에 관한 조
사연구”, 예방의학회지, 16(1), 1983.
- 24) 박정환의, “도시와 농촌지역의 영유아 예방접종율 비교조사”,
예방의학회지, 18: 1, 1985.
- 25) 방숙의, “가족계획 및 모자보건사업의 효율적 종합방안에 관한
연구(서산군)”, 예방의학회지, 16(1), 1983.
- 26) 한국인구보건연구원, 「1982 년 도시보건의료실태조사보고서」 - 서
울의 저소득층과 중산층지역을 중심으로 -, 1983.
- 27) _____, 「도시 1 차 보건의료연구」, 1985.
- 28) 김진순의, “보건진료원이 배치된 농촌지역의 모자보건 및 가족계
획 수혜 실태”, 인구보건 논집, 5 : 1 , 1985.

29) 연세의대 예방의학교실, 「강화지역 보건연구 및 교육사업」, 1985.

30) 서울대 보건대학원, 「서울대학교 강원도 보건사업평가 세미나 보고서」, 1985.

31) 한국인구보건연구원, 「농촌 1 차보건 의료사업 연구보고서」, 1985.

附表 6. 主要研究結果에 依한 精神疾患 有病率

조 사 년 도	연구자	대상수	조사지역	주 요 정 신 질 환				자 료 정신박약 목 록
				제	정신분열증	조울증	간질	
1974	우종인외	14,720	인제면	0.28	0.13 (0.35)	0.007 (0.021)	0.14 (0.24)	- 1)
1974	이상연	12,466	함양	0.51	0.26 (0.67)	0.02 (0.05)	0.15 (0.25)	0.08 2)
1974	김용식외	25,066	순성면 우강면	0.43	0.25 (0.59)	0.024 (0.08)	0.14 (0.29)	0.02 3)
1976	정영조	8,364	연천	0.54	0.29 (0.70)	0.02 (0.07)	0.14 (0.23)	0.09 4)
1976	송경의	14,049	임희면	0.50	0.16 (0.41)	0.007 (0.02)	0.17 (0.28)	0.16 5)
1978	최문식	7,216	죽왕면	0.35	0.15 (0.35)	0.013 (0.035)	0.19 (0.31)	- 6)
1979	허찬희	8,551	수륜면	0.54	0.29 (0.58)	0.01 (0.027)	0.09 (0.13)	- 7)
1979	홍종화	12,231	금구면	0.81	0.20 (0.43)	0.03 (0.10)	0.30 (0.47)	0.28 8)
1980	연병길외	1,284	팽성읍	1.01	0.31 (0.54)	0.23 (0.41)	-	0.47 9)
1982	김현외	20,727	신립 7동	0.30	0.11 (0.25)	0.08 (0.22)	0.10 (0.16)	0.01 10)

비고: () 은 Weinberg 의 간편법 (이정균, 1981) 에 따른 Age adjusted rate 임.

附表 6 의 研究資料

- 1) 우종인 외, “인제 지역의 주요정신질환의 빈도조사”, 신경정신의학, 14 (1), 1975.
- 2) 이상연, “경상남도 함양지방에서의 주요정신질환에 대한 역학조사”, 신경정신의학, 14 (1), 1975.
- 3) 김용식 외, “농촌지역의 주요정신질환에 대한 역학조사”, 신경정신의학, 14 (4), 1975.
- 4) 정영조, “경기도 연천지방에서의 주요정신질환에 대한 역학조사”, 신경정신의학, 16 (4), 1977.
- 5) 송경의, “전남 진도군 임희면에서의 주요정신질환에 대한 역학조사” 1977.
- 6) 최문식, “농촌지역 (죽왕면) 의 주요정신질환의 역학적 조사”, 신경정신의학, 18 (1), 1979.
- 7) 허찬희, “농촌지역 (수윤면) 에서의 주요정신질환의 유병율”, 신경정신의학, 20 (1), 1981.
- 8) 홍종화, “농촌지역 (금구면) 의 주요정신질환에 대한 역학적 조사”, 신경정신의학, 19 (2), 1980.
- 9) 연병길 외, “농촌지역 (팽성읍) 의 주요정신질환에 관한 역학조사”, 정신의학보, 6 (7), 1982.
- 10) 김 현 외, “도시 일부지역 (신림 7 동) 의 주요정신질환에 대한 역학조사”, 신경정신의학, 22 (4), 1983.
- 11) 이근후, “한국의 정신질환과 진료현황 및 문제점”, 정신건강, 1980.3.

- 12) 박문희외, “한국 정신장애자의 역학적 연구”, 서울의대, 정신의학, 10 (2), 1985.
- 13) 이정균외, “한국의 정신질환에 대한 역학적 연구 (I)~(VI)”, 서울의대, 정신의학, 11 (1), 1986.
- 14) 경제기획원, 제 5, 6 차 경제사회발전 5 개년 계획, 1986.9.
- 15) 배대균, 만성정신질환의 현황과 문제점, 신경정신의학 부록, 24 (3), 1985.
- 16) 이만홍, 정신과 진료체계내에서의 만성정신질환의 관리방안, 신경정신의학 부록, 24 (3), 1985.
- 17) 이규함, 만성정신질환의 현황 및 문제점, 신경정신의학 부록, 24 (3), 1985.
- 18) 보사부담당관, 정신보건정책방향과 만성정신질환 (정신보건법의 경과 정책방향), 신경정신의학 부록, 24 (3), 1985.
- 19) 김종주외, 만성정신질환의 현황 및 문제점 I (부랑민시설 수용자를 대상으로), 신경정신의학 부록, 24 (3), 1985.
- 20) 석재호, 만성정신질환자의 대책, 신경정신의학 부록, 24 (3), 1985.
- 21) 염우권, 정부의 정신질환관리 종합대책에 대한 토론, 신경정신의학 부록, 24 (3), 1985.
- 22) 조순자, 김정순, “우리나라 정신질환의 역학적 특성” — 문헌고찰을 중심으로 —, 한국역학회지, 5 (1), 1983.

1. 한국보건개발연구원, 보건시범 사업종합평가보고, 1980.
2. 한국보건개발연구원, 1차보건의료에 관한 세미나 결과보고,
1977.10
3. 한국보건개발연구원, 새마을운동과 주민복지 연찬회 결과보고,
1979.10.
4. 보건사회부, 농어촌보건의료를 위한 특별조치법 및 동 시행령,
1980.12
5. 보건사회부, 모자보건센터 운영지침, 1984.7.
6. 한국인구보건연구원, 모자보건센터의 효율적인 방안연구 모색을
위한 평가회의 보고서, 1984.
7. 보건사회부, 농어촌 일차보건의료(보건진료소) 사업추진계획, 1986.
8. 박정환외, 공중보건의사의 수련방안 연구결과 보고서, 1983.12.
9. 남철현외, 보건지소의 보건서비스 향상을 위한 조사연구, 한국인
구보건연구원, 1986.9.
10. 보사부, 통합보건 사업추진계획, 1986.
11. 박노예외, 보건요원 근무시간활용에 관한 연구, 국립보건원보,
제 22 권, 1985.
12. 장지섭, 농촌일차보건의료연구보고서, 보건소 운영협의회 운영분석,
한국인구보건연구원, 1985.
13. 한국인구보건연구원, 전국보건의료망 편성을 위한 조사연구보고서,
1982.
14. 보건사회부, 환자진료지침 -보건진료원용-.

15. 유승흠, 이 용호, 조우현, 홍영표, 김상재, 우리나라 의료이용에 관한 연구, 예방의학학지, vol.9, 1986.
16. 이규식외, 전국민의료보험 실시를 위한 제도연구, 한국인구보건연구원, 1985.
17. 보건사회부, 보건사회부내 수정계획 제 5 차 경제사회개발계획 (1984-1986) .
18. 환경보건부문계획위원회, 제 6 차 경제 사회개발 5 개년계획, 환경보건부문계획 (안), 1986.3.
19. 환경청, 환경보건, 1984. pp.372-373.
20. 김 공현외, 도시저소득층지역 보건서비스개발을 위한 기초조사연구보고, 한국인구보건연구원, 1983.
21. 한국개발연구원, 2000 년을 향한 국가장기발전구상, 총괄보고서, 1985.9.
22. 한국인구보건연구원, 2000 년을 향한 국가장기발전구상, 인구 및 보건의료부문, 1985.
23. 보건사회부, 전국보건의료망 편성을 위한 조사연구보고서, 1984.
24. 이경식외, 지역사회간호학 -개정증보-, 수문사, 1983.
25. 황나미외, 보건진료원 훈련생의 제특성 및 교육실태분석, 한국농촌의학회지, 제 7 권, 제 1 호, 1982.
26. 김진순외, 보건진료원 활동평가지조사연구, 한국보건개발연구원, 1982.
27. 이선자외, 보건진료원들의 학습경험과 직무수행능력과의 관계에 대한 연구, 대한보건협회지, 제 7 권, 제 9 권, 제 3 호, 1983.

28. 대한결핵협회, 1986 韓國의 結核實態 - 現況과 展望 -, 1986.6.
29. 배길한, 韓國의 結核管理實態에 관한 考察, 공중보건잡지, 제 13권, 제 2호, 209-224, 1976.
30. 大韓結核協會. 結核研究院, 결핵 관리 - 국제 항결핵연맹. 세계보건기구 공동연구보고서 -, 1982.
31. 보건사회부, 결핵 관리평가회의 자료, 1986.3.
32. 진병원, 국가결핵관리대책, 대한의학협회지, 제 26권, 제 5호 별책.
33. 보건사회부, 대한결핵협회, 제 1 ~ 5차 결핵실태조사보고, 1965 ~ 1985.
34. 남철현외 3인, 국민보건의식형태조사연구, 한국인구보건연구원, 1984.12.
35. 남철현외 1인, 보건교육홍보매체접촉도 조사연구, 한국인구보건연구원, 1982.
36. 문교부, 문교통계연보, 1983.
37. 보건사회부, 국민영양조사보고서, 1969-1984.
38. 채범석, 평균수명과 식생활형태개선, 대한의학협회, vol.28, No. 1, Jan., 1985.
39. 한국개발연구원, 2000년을 향한 국가장기발전구상, 1985.
40. 한국인구보건연구원, 2000년을 향한 국가장기발전구상, 1985.12.

- 41) 경제기획원 조사통계국, 사망원인통계, 1983, 1984.
- 42) 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감.
- 43) 노동부, 노동통계 연감.
- 44) 내무부, 치안본부, 「교통통계연보」.
- 45) 조규상, 산업보건학, 수문사, 1982.
- 46) 정규철, 최신 산업보건학, 탐구당, 1980.
- 47) 김일순외, 최근 한국인의 사망력의 배경에 관한 연구, 예방의학 회지, 2 (1), 1969.
- 48) 이동우, 김일순, 사망력지표의 개발 및 측정 -사망신고 자료를 중심으로- (고위추정치), 「한국의 보건문제와 대책(II)」, 한국개발연구원, 1977.
- 49) 공세권외, 한국의 사망력과 사망원인, 한국인구보건연구원, 1983.
- 50) 윤덕노외, 연탄가스중독의 발생 및 진료실태에 관한 조사연구, 대한의학협회지, 20 (8), 1977.
- 51) 김용익외, 도시영세민지역의 연탄가스중독에 관한 역학적 실태 조사, 대한의학협회지, 23(10), 1980.
- 52) 조수현외, 일산화탄소중독의 발생상태에 대한 조사연구, 대한예방 의학회 학술대회초록, 1976.10.
- 53) 박순자외, 서울시내 일부 시민아파트 주민의 가정사고에 대한 조사, 공중보건잡지, 10(2), 1973.
- 54) 박은숙, 서울대학교병원 가정의학과 일부등록 가구의 가정 사고 양 상에 대한 조사, 가정의, 3 (11), 1982.
- 55) 변수자, 영유아기 가정 사고의 원인과 예방에 관한 연구, 대한간 호학회지, 4 (1), 1974.

- 56) 강대민, 농촌가정의 어린이 사고에 관한 연구, 전남의대잡지, 9
(3), 1972.
- 57) 홍화기, 우리나라 사고의 역학적 특성에 관한 고찰, 서울대학교
보건대학원 석사학위 논문, 1986.
- 58) 이해숙외, 농촌지역의 1차보건사업개발과 음료수관리 개선을 위
한 기초조사연구, 미발표, 1986.

59. World Health Organization, Primary Health Care, Alma-Ata 1978, WHO, Geneva, 1978.
60. World Health Organization, Development of indicators for monitoring process towards health for all by the year 2000 WHO, Geneva, 1981.
61. V. Djukanovic & E.P. Mack, Alternative Approach to meeting basic health needs in developing countries, WHO, Geneva, 1975.
62. K.W. Newell, Health by the people, WHO, Geneva, 1975.
63. Alma-Ata 1978, Primary Health Care, "Health for All" series. No.1. WHO, Geneva, 1978.
64. Dr. H. Mahler, the meaning of "Health for All by the year 2000." World Health Forum. 2(1) 5-22 (1981)
65. Global Strategy for Health for All by the year 2000 "Health for All" Series. No.3, WHO, Geneva, 1981.
66. Managerial Process for National Health Development. "Health for All" Series. No.5, WHO, Geneva, 1981.
67. Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000- Seventh Report on the World Health Situation, WHO, Geneva, 1986.
68. WHO, Alma-Ata declaration.
69. World Health Organization, Health for All by the year 2000 Strategies, pan American Health Organization, 1980.
70. Robert Kohn, The health center concept in Primary Health Care, Public health in Europe 22, WHO, Copenhagen, 1983.

71. Nigel C.H. Stott, Primary Health Care, Bridging the Gap between Theory and Practice, Springer-Verlag, 1983.
72. Arthur Goldsmith, et al, Community Organization, Operations Research Issue, PRICOR, Monograph Series issues paper 3. 1985.
73. Bogdan M. Kleczkowski et al, Health System Support for PHC, Public Health Papers 80, WHO, Geneva 1981, pp.33-40.
74. Carlos. A.Aguolelo C, Community Participation in Health Activities; some concepts and appraisal criteria, Bulletin of the pan American Health Organization, 17(4) 1983.
75. Primary Health Care-from theory to action, Euro Reports & Studies 69, WHO, Regional office for Europe, Copenhagen, 1982.
76. WHO, Safe Water Supply & Sanitation, World Health Statistics vol.39, No.1, 1986.
77. International Reference Center for Community Water & Sanitation Technical Paper, Series 18, John Wiley & Sons, 1981.
78. WHO, Guidelines for Drinking Water Quality vol.1. Recommendations, WHO, document, EFP/82.39.
79. WHO, World Health Statistics, Safe Water Supply & Sanitation, vol.39. No.1. 1986.
80. WHO. Health System Support for PHC Public Health papers 80, WHO, Genora, 1981.

81. WHO, A Guide to Curriculum Review for basic nursing education, WHO, Geneva, 1985.
82. WHO, Targets for health for all, World Health Organization, Copenhagen, 1985.
83. Gabriel.G. Carreon, The role of the hospital in PHC, World Health Forum 3(2), 1982.
84. Carl E.Taylor, Health Services Research-how hospitals can help primary health care, World Health Forum, 3(4), 1982.
85. WHO, World Health Statistics, 1984, 1985.
86. WHO, Targets for Health for All, 1985.
87. 厚生省, 人口問題研究所, 人口統計資料集, 1985.
88. 日本 厚生省, 學校保健統計調查報告書, 各 年版, 1983.