

보고서 2001-16

慢性疾患實態와 管理方案

吳泳昊
吳眞珠
池永建

韓國保健社會研究院

머 리 말

1960년대부터 계속된 經濟成長과 醫學技術의 발달은 국민의 건강수준을 향상시키고 平均壽命을 연장시킨 반면 평균수명의 연장과 함께 인구의 老齡化가 급속하게 진행되고 있으며, 疾病發生樣相과 死人構造에도 중요한 變化를 가져오고 있다. 그 중에서 주목할만한 변화는 慢性退行性疾患가 급속히 增加하고 있는 것이라고 할 수 있는데, 이로 인해서 國民醫療費의 增加와 국민의 삶의 질의 저하 등 여러 가지 문제를 야기 시키고 있다. 이러한 문제를 인식한 정부는 1995년 國民健康增進法을 제정하여 치료중심의 保健政策에서 벗어나 疾病豫防 및 健康增進을 위한 保健政策으로 방향을 전환하겠다는 의지를 보여주었고, 뿐만 아니라 그 해 보건소 법을 지역보건의료법으로 개정하여 보건소가 그 지역의 慢性退行性疾患管理의 중추적인 역할을 하도록 규정하였다. 그러나 그 이후 현실적이고 구체적인 정부의 정책이 수립되지 않았을 뿐만 아니라 학계에서도 慢性退行性疾患管理에 대한 연구가 미흡하였다.

慢性疾患은 原因 그 자체가 多元的이고 發生時點이 불확실하며, 生活樣式과 밀접한 관계를 지니고 있는 경우가 대부분이어서 현대 醫學技術로서는 근본적인 치유가 어려운 질환들이 대부분이다. 그러므로 慢性疾患의 管理事業은 기술적인 접근보다는 관리에 많은 재원을 요구하는 장기적인 보건사업이며 국가보건의료체계의 관점에서 접근해야 하는 거시적인 접근이 필요하다. 그러나 지금까지 慢性退行性疾患에 관련된 연구는 고혈압이나 당뇨병 등 일부 慢性退行性疾患에 대하여 보건소에서 관리하자는 방안을 제시한 연구들이 있고, 최근에는 慢性退行性疾患에 대한 管理方案을 國家保健醫療體系의 側面에서

접근한 연구가 있지만, 이 연구 역시 공공기관인 보건소를 중심으로 한 慢性退行性疾患管理를 강조한 것에 머물고 있다.

따라서 본 연구에서는 이러한 문제점을 극복하고자 하였고, 문헌 고찰을 통해서 慢性退行性疾患에 대한 이론적인 고찰과 우리나라 慢性退行性疾患管理의 사업현황과 문제점을 파악하고, 外國의 慢性退行性疾患 管理方案에 대한 고찰을 통하여 우리나라에 시사점을 얻고자 하였다. 이와 함께, 기존자료분석에서는 1998년 국민건강·영양조사 자료를 분석하여 만성질환자의 인구학적 특성, 사회·경제적 특성 및 보건학적 특성과 주요만성질환에 대한 분석결과에 근거하여 우리나라 慢性疾患 管理方案에 대한 개선책을 모색하였다. 이 연구의 결과가 우리나라 만성질환자를 위한 관리방안모색과 더 나아가 장기요양의료체계를 재정립하는데 기여할 수 있기를 기대하며 관련학계, 전문가 및 정부관계자 등에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 당원 吳泳昊 責任研究員 책임하에 檀國大 看護學科 吳眞珠 教授와 逋遷中文醫大 池永建 教授에 의하여 수행되었다.

연구진들은 이 보고서를 작성함에 있어 그 동안 많은 助言과 協助를 해주신 인제대 保健大學院 金公鉉 教授, 서울大 保健大學院 李承旭 教授, 유한대 金鎮順 教授에게 사의를 표하고 있다. 아울러 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 남정자 박사와 서동우 박사와 자료정리와 원고편집을 도와준 이난희 주임연구조원과 신숙연 연구원에 게도 사의를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 참여한 연구진들의 개인적 견해이며, 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2001年 12月

韓國保健社會研究院

院 長 鄭 敬 培

目 次

要 約	13
I. 序 論	35
1. 研究 必要性 및 目的	35
가. 研究의 必要性	35
나. 研究의 目的 및 內容	40
2. 研究方法	41
가. 研究의 틀	41
나. 研究資料	42
II. 理論的 考察	44
1. 慢性疾患의 概念	44
가. 慢性疾患의 定義 및 特徵	44
나. 慢性疾患의 疫學的 特性	45
2. 慢性疾患을 위한 保健醫療서비스	51
가. 長期 療養保護서비스의 定義	51
나. 長期 療養體系	53
3. 慢性疾患을 위한 保健醫療施設	63
가. 居住地 療養施設(Residential Care Homes)	63
나. Nursing facilities(Intermediate Care Facilities)	65
다. 專門療養施設(Skilled Nursing Facilities)	65
라. 退職者村(Retirement Communities)	66

다. 擴大 療養施設(Extended Care Facilities: ECF)	66
바. 專門治療(Specialty Care)	67
아. 아급성 治療施設(Subacute Care)	68
4. 慢性疾患者管理方案에 대한 先行研究	68
III. 慢性疾患者 實態 分析	70
1. 慢性疾患者의 特性	70
가. 人口學的인 特性	70
나. 社會經濟的인 特性	75
다. 保健學的인 特性	79
라. 主要 慢性疾患	86
2. 慢性疾患 決定要因 分析	130
3. 要約	132
가. 人口學的인 特性	132
나. 社會經濟的인 特性	132
다. 保健學的 特性	133
라. 主要 慢性疾患	134
마. 慢性疾患 決定要因	139
IV. 우리나라의 慢性退行性疾患者 管理制度 現況	140
1. 保健醫療資源	140
가. 人力	140
나. 保健醫療施設	143
다. 保健醫療知識	144
2. 資源의 組織的 配置	145
가. 國家保健醫療 行政組織	145

나. 醫療保險 프로그램	147
다. 其他 政府機關	148
라. 非政府機關	149
마. 獨立 民間部門	150
3. 保健醫療의 提供	150
가. 1次醫療의 未備	151
나. 治療爲主의 保健醫療서비스	152
다. 醫療傳達體系의 未備	154
4. 管理	156
가. 指導力	156
나. 意思決定	159
5. 經濟的 支援	161
V. 外國의 慢性退行性疾患者 管理 現況	162
1. 美國	162
가. 保健醫療體系	163
나. 美國의 保健醫療施設	164
다. 美國의 保健行政體系	165
라. 癌 管理 現況	166
마. 心血管疾患	170
바. 糖尿病	172
사. 慢性退行性疾患者에 대한 監視體系	175
2. 英國	176
가. 保健醫療體系	177
나. National Service Framework	179
다. 癌患者 管理(Cancer Framework)	180

라. 冠狀動脈疾患 管理(Coronary Heart Disease National Service Framework)	183
마. 長期療養患者 管理(National Service Framework for Long Term Conditions)	185
바. 老人保健(National Service Framework for Old People)	187
사. 精神保健(National Service Framework for Mental Health) ..	188
아. 糖尿病 管理 (Diabetes National Service Framework)	189
3. 日本	190
가. 國家保健體系	190
나. 日本의 慢性退行性疾患 現況	194
다. 慢性退行性疾患의 管理 方案	195
라. 癌 管理 方案	197
마. 健康增進	198
바. 介護保險	203
4. 外國의 慢性退行性疾患 管理 方案의 比較	204
VI. 우리나라 慢性疾患者 管理 改善方案	209
1. 效率的 管理體系 樹立의 前提	210
가. 管理行政 組織의 整備	210
나. 民間과의 協力體系 構築	211
다. 他部署와의 協助 強化	212
라. 保健所 慢性退行性疾患 管理事業 強化	212
마. 疾病管理 段階化와 地域化	213
2. 서비스 提供上의 戰略	214
가. 1次 豫防서비스	214
나. 2次豫防서비스: 1次醫療의 機能 強化	218

3. 其他 支持體系 確保	223
가. 慢性疾患 人力的 確保: 人力養成 및 訓練을 위한 制度的 裝置 마련	226
나. 情報體系的 確立	224
다. 醫療保險 프로그램 運營改善	226
4. 慢性退行性疾患센터 運營 모델	226
가. 慢性退行性疾患센터 組織 및 運營	227
나. 教育(education)	228
다. 監視體系와 登錄(surveillance system and registration)	231
라. 本人負擔額 減免 制度	232
마. 慢性退行性疾患管理 指定醫療機關制度	233
 VII. 要約 및 結論	 234
 參考文獻	 238

表目次

〈表 I-1〉	主要死因의 年度別 人口 10萬名當 死亡率	37
〈表 II-1〉	우리나라 醫療保險統計上의 慢性疾患分類	48
〈表 II-2〉	美國健康調査 基準 慢性疾患	49
〈表 II-3〉	우리나라 國民健康·營養調査 慢性疾患 基準	50
〈表 II-4〉	長期療養保護서비스 프로그램	55
〈表 II-5〉	長期療養保護서비스 區分	56
〈表 II-6〉	醫療의 連續的인 概念에 따른 長期療養保護서비스	59
〈表 III-1〉	性別에 따른 慢性疾患의 有無	70
〈表 III-2〉	年齡에 따른 慢性疾患의 有無	71
〈表 III-3〉	生涯週期에 따른 慢性疾患의 有無	72
〈表 III-4〉	結婚狀態에 따른 慢性疾患의 有無	73
〈表 III-5〉	教育水準에 따른 慢性疾患의 有無	74
〈表 III-6〉	地域別 慢性疾患의 有無	75
〈表 III-7〉	職業別 慢性疾患의 有無	76
〈表 III-8〉	從事者의 地位別 慢性疾患의 有無	77
〈表 III-9〉	醫療保障種類別 慢性疾患의 有無	78
〈表 III-10〉	月平均 家口所得別 慢性疾患의 有無	79
〈表 III-11〉	慢性疾患 罹患 個數別 慢性疾患의 有無	80
〈表 III-12〉	主要 活動制限 程度別 慢性疾患의 有無	81
〈表 III-13〉	慢性疾患의 有無別 主要 活動制限 原因	81
〈表 III-14〉	慢性疾患의 有無別 屋內活動 程度	82
〈表 III-15〉	屋外活動 程度別 慢性疾患의 有無	83
〈表 III-16〉	慢性疾患의 有無別 ADL 6個 全體項目 制限 與否	83

〈表 III-17〉	慢性疾患의 有無別 ADL 項目 一部制限 與否	84
〈表 III-18〉	慢性疾患의 有無別 IADL 4個 全體項目 制限與否	85
〈表 III-19〉	慢性疾患의 有無別 IADL 4個 項目 一部制限	85
〈表 III-20〉	生涯週期別 10大 慢性疾患(治療經驗 또는 醫師診斷) 有病率	87
〈表 III-21〉	慢性疾患의 認知經緯	89
〈表 III-22〉	慢性疾患의 發病時期	92
〈表 III-23〉	慢性疾患의 診斷現	95
〈表 III-24〉	年齡別 醫師診斷率	99
〈表 III-25〉	生涯週期別 醫師診斷率	102
〈表 III-26〉	發病時期別 醫師診斷率	105
〈表 III-27〉	慢性疾患 治療經驗率	108
〈表 III-28〉	慢性疾患의 治療經驗率(年齡別)	111
〈表 III-29〉	慢性疾患의 治療經驗率(生涯週期別)	114
〈表 III-30〉	發病時期別 慢性疾患의 治療經驗率	117
〈表 III-31〉	慢性疾患의 主要治療處	120
〈表 III-32〉	繼續 未治療 理由	123
〈表 III-33〉	慢性疾患으로 인한 入院與否	126
〈表 III-34〉	慢性疾患 2週間 治療與否	128
〈表 III-35〉	慢性疾患患者 決定要因 分析結果	131
〈表 IV- 1〉	年齡別·性別 未充足 醫療要求 比率	148
〈表 V- 1〉	英國의 National Service Framework(NSF)	180
〈表 V- 2〉	冠狀動脈疾患 管理의 12個 指針(英國)	184
〈表 V- 3〉	長期療養患者 서비스 段階	186
〈表 V- 4〉	日本의 慢性退行性疾患 및 老人醫療 現況	195
〈表 V- 5〉	日本 介護保險의 서비스	204
〈表 V- 6〉	外國의 慢性退行性疾患 管理 方案의 比較	208

그림 目次

[그림 I-1]	연구의 기본 틀	41
[그림 II-1]	連續的 概念으로서 醫療의 統合體	62
[그림 II-2]	療養서비스의 類型	64
[그림 V-1]	美國의 保健醫療體系	163
[그림 V-2]	美國 National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion의 構成	166
[그림 V-3]	日本의 健康情報網시스템	202

要約

1. 研究의 必要性 및 目的

가. 研究의 必要性

- 老齡化 및 疾病構造의 變化에 따른 慢性退行性疾患 增加
 - 우리나라는 1960년대 이후 경제개발정책으로 經濟成長을 이룩하였으며, 산업화에 따라 인구의 도시집중이 심화되고, 생활환경의 변화, 식생활을 포함한 생활양식의 변화, 의료기술의 발달 등으로 平均壽命이 延長되어 노인인구가 늘어 크게 增加하였음.
 - 이러한 사회 및 경제적 여건의 변화에 따라 疾病樣相도 크게 변화하여 1960년대까지만 해도 감염성 질환이 주된 사망원인이었으나 1970년대부터는 순환기계 질환, 암 등과 같은 비감염성 만성퇴행성 질환들이 주 사망원인이 되었으며, 이러한 만성퇴행성 질환은 老人人口의 增加와 계속되는 生活樣式의 變化 등으로 더욱 늘어날 것으로 전망됨.
- 慢性退行性疾患 治療를 위한 長期療養 및 長期治療 施設의 不足
 - 우리나라 의료서비스 供給體系는 주로 영리추구 위주의 치료사업에 편중되어 있으며, 慢性退行性疾患과 관련된 국민보건과 삶의 질 향상에 필수적 서비스인 健康增進, 예방, 추구관리, 재활, 영양 등의 보건서비스는 수익성이 낮다는 이유로 민간의료에서 공급을 기피하는 현실임.

- 老人患者, 慢性退行性疾患 급증으로 인한 醫療環境의 變化로 의료자원의 효율적인 활용이 요구되고 있지만, 우리나라 의료기관은 급성 및 만성치료기관 등으로 기능 분류가 되어 있지 않고 노인 및 만성 질환자들을 위한 전문 보건의료시설들이 부족하여 적지 않은 이들이 의료이용의 관행에 따라 3차진료기관을 포함한 종합병원에서 장기입원치료를 받고 있어 의료자원의 효율적 이용을 저해하고 있을 뿐만 아니라 결국 國民醫療費의 增大를 야기시키는 요인이 되고 있음.
- 慢性退行性疾患 管理體系 不在
 - 우리나라 保健醫療體系의 대부분의 문제점들은 민간중심의 의료 제공체계에서 초래되는데, 공공부문이 취약함에 따라 공공, 민간 의료기관간에 수직적, 수평적인 연계와 유기적 협조 관계가 이루어지지 못한다는 것은 慢性退行性疾患管理體系의 수립에 큰 걸림돌로 작용하고 있으며, 이런 배경으로 인해 우리나라는 慢性退行性疾患管理라는 개념하에 이루어지는 통합적이고 일관된 사업은 존재하지 못함.

나. 研究의 目的

- 본 연구에서는 巨視的인 側面인 國家保健醫療體系의 觀點에서 효율적인 慢性退行性疾患 管理方案을 모색하고자 함.

2. 研究方法

가. 文獻考察

- 慢性退行性疾患에 대한 원론적 고찰로써 慢性退行性疾患의 기본 개념, 역학적인 특성, 慢性退行性疾患의 실질적인 분류체계와 慢性退行性疾患에 적합한 보건의료서비스의 유형과 시설을 살펴 보았음.
- 그리고 외국의 慢性退行性疾患 管理方案에 대한 고찰을 통하여 우리나라에 시사점을 얻고자 하였으며, 우리나라 慢性退行性疾患 管理의 事業現況과 問題點을 파악하여 정리하였음.

나. 國民健康·營養調查 資料分析

- 1998년 국민건강·영양조사자료를 사용하여, 만성질환자의 인구학적 특성, 사회·경제적 특성 및 보건학적 특성과 주요만성질환에 대한 분석을 하였음.

다. 政策諮問會議

- 慢性退行性疾患管理方案 樹立에서 필수적으로 감안하여야 함에도 불구하고 이상의 접근방법들에서 미비되기 쉬운 점에 대하여 보건 의료 전문가의 시각에서 검토하고자 개별적 심층면접 및 자문회의, 워크숍 등의 방법을 활용하였음.

3. 研究內容

본 연구의 내용은 크게 여섯 부분으로 구성되어 있음.

- 첫 번째, 2장은 慢性退行性疾患의 이론적 고찰에 해당하는 부분으로 이 장에서는 慢性退行性疾患의 개념, 慢性退行性疾患를 위한 보건의료서비스 및 보건의료시설을 살펴보았으며, 특히 장기요양보호서비스를 의료의 연속체적인 관점에서 통합한 長期療養體系로 構築해야하는 것에 대한 이유와 방법에 대한 이론적인 측면을 정리하였음.
- 두 번째, 3장에서는 1998年 國民健康·營養調查資料를 사용하여 만성질환자에 대한 실태분석결과를 제시하였는데, 주로 만성질환자들의 人口學的인 特性, 社會·經濟的인 特性, 保健學的인 特性과 主要慢性疾患에 대한 분석결과를 제시하였음.
- 세 번째, 4장에서는 우리나라의 慢性退行性疾患管理制度의 現況과 問題點을 기술하였음.
- 네 번째, 5장에서는 외국의 慢性退行性疾患管理制度에 대한 고찰로, 보건의료부문이 자유주의 시장경제체계의 대표인 미국, 정부가 의료를 제공하는 국가인 영국, 그리고 우리나라와 유사한 보건의료체계를 가지고 있는 일본을 고찰하여 우리나라의 示唆點을 제시하였음.
- 다섯 번째, 6장은 우리나라 慢性退行性疾患 管理方案에 대한 개선책을 모색하였는데, 효율적인 管理體系 樹立의 前提條件, 서비스 제공상의 지지체계의 확보에 관한 내용을 제시하고 있음. 그리고 마지막장인 7장에서는 要約과 結論을 제시하고 있음.

4. 研究結果

가. 慢性疾患管理에 대한 先行研究

- 지금까지 慢性退行性疾患에 관련된 연구는 고혈압이나 당뇨병 등 일부 만성퇴행성질환에 대하여 보건소에서 관리하자는 방안을 제시한 연구들이 있고, 최근에는 慢性退行性疾患에 대한 管理方案을 국가보건의료체계의 측면에서 접근한 연구가 있음. 이 연구는 중앙정부의 역할 모색과 조직관리체계를 설계·제시한 것으로 평가되고 있지만, 보건의료체계 각 구성부분에 대한 심도있는 논의가 이루어지지 못하고 이 연구 역시 공공기관인 보건소를 중심으로 한 慢性退行性疾患管理를 강조한 것에 머물고 있음.

나. 우리나라 慢性疾患者 實態分析 結果

- 人口學的 特性
 - 만성질환자는 전체조사대상자의 56%였으며, 남성이 54% 여성이 58%로 여성이 남성보다 만성질환 유병률이 더 높고, 연령에서는 60대와 70대에서 각각 87.3%와 87.5%로 가장 높았으며, 생애 주기별로 보면 65세 이상에서 88.0%로 가장 높고 7~18세에서도 41.8%나 되었음.
 - 결혼상태별로 보면 이혼·사별·별거를 하고 있는 사람이 83.7%로 유병률이 가장 높았음. 교육수준별로 보면 무학인 경우가 87.2%로 가장 높았음. 도·농간에서는 농촌이 65.8%, 도시가 53.6%로 농촌이 도시에 비해 만성질환자 비율이 높았음.

－ 社會·經濟的 特性

- 직업에 따른 만성질환자는 농업에 종사하는 사람이 83.3%로 가장 높으며, 의료보장형태에서는 의료보호환자가 75.1%로 가장 높았음. 소득수준별로 보면 50만원 이하의 저소득층이 69%로 가장 높고, 151~300만원과 301만원 이상의 소득계층에서 각각 51.5%와 51.6%로 낮음.

－ 保健學的 特性

- 만성질환자들은 50.9%가 2개 이상의 이환을 가지고 있었고, 주요활동에 제한을 받는 만성질환자는 9%였으며, 옥내활동과 옥외활동에 도움이 필요한 만성질환자(활동을 전혀 못하는 사람포함)는 각각 1.2%와 2.4%로 대부분의 만성질환자들이 활동에 제한을 받지 않았음.
- 일상생활수행능력(ADL)에 전부 제한을 받는 비율과 부분적으로 제한을 받는 비율은 각각 0.7%와 1.8%였으며, 수단적 생활능력(IADL)의 경우는 각각 1.5%와 2.5%로 대부분의 만성질환자들이 큰 문제가 없었음.

－ 主要慢性疾患

- 가장 많이 앓고 있는 만성질환을 보면, 충치가 1위이고 그 다음으로는 피부병(2위), 관절염(3위), 요통·좌골통(4위), 위염·소화성 궤양(5위), 고혈압(6위)의 순이었으며, 이와 같은 6대 질환은 전체 만성질환의 54.4%를 차지함.
- 생애주기별로 만성질환 유병률을 살펴보면, 만성질환의 유병률이 점점 높아지는 45세 이상 인구에서는 관절염 유병률이 22.6%로 1위이며, 피부병 18.5%(2위), 요통·좌골통 14.7%(3위),

충치 13.6%(4위), 고혈압 13.4%(5위), 위염·소화성궤양 10.9%(6위), 당뇨 6.9%(7위) 등으로 나타났으며, 특히 65세 이상의 노인들이 앓고 있는 주요 만성질환은 관절염(34.2%), 요통·좌골통(23.1%), 고혈압(19.4%) 등이었음.

－ 慢性疾患 決定要因分析 結果

- 만성질환과 관련되는 변수로는 연령, 결혼상태, 교육수준 및 지역 등 주로 인구학적인 요인이 크게 영향을 미치고, 사회경제적인 특성의 변수는 부분적으로 만성질환 확률에 영향을 주고 있음.

다. 우리나라 慢性疾患管理制度의 現況과 問題點

1) 慢性疾患管理體系上の 現況과 問題點

－ 管理行政組織의 問題

- 慢性退行性疾患에 대한 중추적인 역할을 담당하는 부서가 질병관리과이지만, 그 외에도 암관리과, 노인보건과 등 만성퇴행성질환과 관련된 부서가 있어 이러한 다원화된 만성퇴행성질환을 담당하는 부서를 통솔하는 통합관리기관이 없음.

－ 民間과의 協力問題

- 우리나라 의료부문의 대부분은 민간이므로 예방보건사업에는 소극적으로 대처하는 경향이 있음.

－ 他部署와의 協助 不足

- 일반적인 보건의료체계와 학교 및 산업장의 건강관리사업과는 거의 연계가 이루어지고 있지 못한 실정으로서 각자 독립적으로 이루어있음.

－ 保健所の 機能 未備

- 우리나라의 민간의료에 대한 의존도가 높아 全體醫療部門에서 공공부문의 역할은 매우 미약한 실정이며, 공공의료기관은 만성 퇴행성 질환관리를 위한 건강증진사업이나 저소득층에 대한 기본적인 의료서비스의 제공 등의 기능이 취약함.

－ 疾病管理 段階化와 地域化 未備

- 만성퇴행성질환 진료체계가 원활히 이루어질 수 있는 각 수준별 진료체계가 서로 유기적으로 개입할 수 있는 구조미비와 진료서비스의 지역화의 미비로 만성퇴행성질환자 의료이용의 持續性과 효율적인 이용의 接近性이 보장되지 않음.

2) 서비스 提供上의 問題點

－ 1次 豫防서비스: 健康增進事業과 健康檢診事業의 問題

- 우리나라의 慢性退行性疾患管理를 위한 효과적 전략으로 健康增進事業에 대한 본격적 추진을 위해 노력하고 있지만, 구체적 사업추진 기관인 보건소의 입장에서는 健康增進事業을 효과적으로 추진하기 위한 인력 부족, 예산의 부족 등이 큰 문제로 지적됨.
- 건강검진사업이 대부분 특정 질병유무의 확인에만 치중한 나머지 수검자의 건강보호 및 疾病豫防 등 사후관리에 대한 관심이 나 제도적 뒷받침이 미흡한 상태에 있음.

－ 2次 豫防서비스: 1次 醫療의 機能 未備

- 慢性退行性疾患管理를 위한 가장 기본적이고 중요한 보건교육,

건강상담 등 健康增進의 사업은 기본적으로 개인적인 신뢰감과 대면을 통해 이루어지며, 이러한 기능은 1차 의료와의 접촉을 통해 우선적으로 이루어지기 때문에 1차 의료의 만성퇴행성질환의 치료 성과를 좌우하는 중요 요소가 됨.

- 그러나 우리나라 1차 보건의료 부문은 치료서비스 위주의 기능을 하며, 서비스내용에서도 2·3차와의 기능 분화가 되어있지 못하고, 또한 진료의 지속성 없이 내소하는 환자를 대상으로 서비스를 제공하며, 진료내용에서도 疾病豫防 및 健康增進機能이 수행되지 않고 있어 포괄성 측면이 부족함.
- 이러한 1차의료의 기능 미비는 慢性退行性疾患 관리를 위한 중요한 요인인 진료의 지속성을 저해하고, 환자 치료순응도를 저해하는 결과를 초래함.

－ 3次 豫防서비스: 長期療養 및 治療施設供給 不足

- 의료기술의 발전 등으로 急性醫療體系는 어느 정도 잘 정립되어 있는 반면, 점차 수명의 연장에 따른 老齡化 및 慢性退行性疾患 者의 등의 문제해결을 위한 장기요양 및 치료시설이 부족하고 長期療養醫療體系(long-term care system)가 제대로 정립되어 있지 않음.
- 이들 적지 않은 만성질환자들이 의료이용의 관행에 따라 3차진료기관을 포함한 종합병원에서 長期入院治療를 받고 있어 의료자원의 효율적 이용을 저해하고 있을 뿐만 아니라 결국 國民醫療費의 増大를 야기시키는 요인이 되고 있음.

3) 其他 支持體系 確保 現況

- 慢性退行性疾患을 위한 專門人力 不足
 - 慢性退行性疾患管理를 위해서는 적절한 인력의 확보가 중요하나, 우리나라는 노인이나 장기질환자를 적절히 돌볼 수 있는 전문인력이 준비되어있지 못한 실정임.
- 情報體系의 未確立
 - 국가단위의 疾病統計 生成 體系를 수립하는 것은 慢性退行性疾患管理의 가장 기초적이고도 중요한 작업이지만, 국내에서는 아직도 慢性退行性疾患에 대한 정확한 유병률과 사망률 통계를 생성할 수 있는 정보체계가 제대로 되어 있지 않음.
- 治療中心의 醫療保險給與 政策
 - 의료보험 프로그램의 조직화는 단순한 재정구조라는 차원을 넘어 만성퇴행성질환 관련 의료서비스의 내용과 질을 결정하는 하나의 방법이 되는 것이지만, 우리나라의 의료보험은 진료에 치중함으로써 의료자원의 대부분이 치료 부문에 집중하게 되는 결과를 초래하고 있음.

라. 外國의 慢性疾患管理制度

1) 外國의 慢性疾患管理方案 比較

	정책의 주안점	구체적인 방안
미국	· 만성퇴행성질환의 의료 소외계층에 대한 국가의 보건의료서비스 제공(특히 예방, 조기 검진 분야)	· 소외계층 중심의 만성퇴행성질환의 예방, 조기검진 · 체계적인 감시체계 구축
영국	· 만성퇴행성질환 보건의료서비스의 질 향상 · 만성퇴행성질환 보건의료서비스를 위한 보건의료자원의 확대	· National Service Framework 시행
일본	· 건강증진 중심의 만성퇴행성질환 관리 · 국가보다는 개인, 지역사회 중심의 만성퇴행성질환 관리 · 만성퇴행성질환에 취약한 집단을 대상으로 한 서비스 확대	· 건강증진의 활성화 · 개호보험의 실시 · 암 등에 대한 조기검진 강화

2) 外國의 慢性疾患管理의 示唆點

- 첫째, 慢性退行性疾患管理의 방법은 그 나라의 보건의료체계와 보건의료재정의 형편 등을 감안하여야 하는데, 우리나라의 경우 보건의료공급체계는 민간중심이면서 공공부문이 취약한 상황에서 공공보건체계를 통해 慢性退行性疾患管理를 한다는 것은 현재의 상황에서 실효성이 크지 않을 것으로 판단되며, 뿐만 아니라 이를 위해서는 인력·시설투자가 선행되어야 하는데 현재의 정부재정 상황에서 가능성, 효율성의 측면에서도 우선 방안으로 선택하기에는 제한점이 많음. 뿐만 아니라 영국과 같이 국가가 직접 慢性退行性疾患을 관리하는 안도 우리나라의 현재 상황에서는 어려울 것으로 보임.

- 둘째, 미국과 같이 醫療脆弱人口를 主 對象으로 慢性退行性疾患을 관리하는 것은 우리나라의 실정에는 적합하지 않을 것으로 보임. 의료취약인구를 선별한다는 것은 국민 대부분이 본인 스스로가 慢性退行性疾患을 관리할 수 있는 개인적·사회적 여건이 구비되어 있다는 것이 전제되어야 하는데, 우리나라는 그렇지 못한 실정이고, 의료보험체계에서 제공하지 않는 급여서비스를 의료취약인구(주로 의료보호 대상)에게만 제공한다는 것도 공감하기 어려울 것임.
- 셋째, 일본의 개호보험과 유사한 재원과 서비스 제공의 틀을 마련하는 것도 방안은 될 수 있으나, 우선 현재 의료보험의 급여와 재정안정이 선행된 후 고려되어야 할 것으로 보임.
- 마지막으로, 감시체계의 구축과 健康增進의 활성화는 만성퇴행성 질환 관리방안으로 고려해 볼 수 있으며, 지금까지 고찰한 외국의 慢性退行性疾患管理 현황을 통하여 우리나라의 보건의료체계안에서의 慢性退行性疾患管理는 민간보건의료자원을 최대한으로 활용하면서, 정부는 이를 조직화하여 서비스제공의 내용과 수준을 향상시키는 방향으로 전개해야 할 것으로 제언할 수 있음.

마. 우리나라 慢性疾患管理의 改善方案

1) 效率的인 管理體系 樹立의 前提

- 管理行政組織의 整備

- 우리나라는 민간 부문이 우위를 점하므로 국가 단위에서의 慢性退行性疾患 문제를 해결하기 위한 지도력 발휘는 더욱 중요함. 민간부문의 역할은 더 강화할 수 있도록 제도적으로 지원하는 한편, 공공부문은 사업의 방향을 제시하거나, 예산의 지원 및 서

비스의 조정 등 민간이 할 수 없는 일을 해 나가거나 사업의 방향을 제시하는 지도력을 발휘해 나가야함.

- 중앙정부 차원에서 만성퇴행성질환에 대한 總體的 整備가 필요하다는 주장이 제기되고 있으며, 組織 및 制度整備를 통해 만성퇴행성질환의 실태 파악, 관련 의료시설 및 의료인력의 강화 등 제도 전반에 대한 노력이 이루어져야 함. 따라서 ‘慢性退行性疾患센터’를 중앙 집중적 형태로 운영하고, 병·의원을 포함한 민간기관이 慢性退行性疾患에 적극 참여하도록 유도하는 방안이 바람직하다고 생각하고 운영모델이라고 판단됨.

－ 民間과의 協力體系 構築

- 우리나라 의료부문의 대부분은 민간이므로 豫防保健事業에는 소극적으로 대처하는 경향이 있는데, 慢性退行性疾患의 관리가 효과적으로 이루어지기 위해서는 민간부문도 공공부문과 더불어 健康增進과 慢性退行性疾患管理에 참여할 수 있도록 주치의 등록제나 의료보험상의 인센티브제 도입 등이 제도적 뒷받침이 요구됨.

－ 他部署와의 協力 強化

- 산업장과 학교를 대상으로 하는 건강증진 및 만성퇴행성관리사업은 대상자에 대한 접근성을 제고, 기존 인력(양호교사, 산업장 보건인력 등)활용, 기존 기록 활용 등의 여러 가지 장점으로 사업의 효율을 높일 수 있는바 중앙관리부서(慢性退行性疾患管理센터)는 교육부나 노동부와의 연계를 통해 慢性退行性疾患관리사업의 효율적 추진을 위해 협력을 추진해 나가야 할 것임.

－ 保健所 慢性退行性疾患 管理事業 強化

- 보건소 등 공공의료기관은 현재는 물론 앞으로도 건강증진사업의 계속적 추진을 위한 중추기관으로서의 기능, 저소득층에 대한 기본적인 의료서비스의 제공과 慢性退行性疾患管理 기능이 강화되어야 할 것임.

－ 疾病管理 段階化와 地域化

- 慢性退行性疾患은 그 복잡성의 정도로 보면 매우 간단한 수준(예: 고혈압으로 외래진료)에서 매우 복잡한 수준(예: 고혈압 뇌출혈로 인한 중환자실 입원진료)까지 다양한 접근을 요하고 있음. 따라서 慢性退行性疾患 診療體系는 각 수준별로 진료체계가 서로 유기적으로 개입할 수 있는 구조가 되어야 하며, 함.
- 慢性退行性疾患 관련 진료자원의 지역적 불균형 배치로 인해 일부지역의 경우 환자들의 접근성을 보장할 수 있는 수준이 되지 않았다. 따라서 慢性退行性疾患 管理體系가 확립되기 위해서는 기존의 의료자원은 서비스 제공 수준 및 단계별로 명확한 역할 구분이 되어야하며, 자원이 취약한 진료권에 대한 자원투입이 증대되어야 함.

2) 서비스 提供上 戰略

－ 1次 豫防서비스 강화

- 健康增進서비스
 - 健康增進事業은 그 사업 영역이 광범위하고, 다양한 자원을 활용해야하는 사업으로서 정부의 리더십과 기획능력을 필요로 함. 관련 인력 개발과 교육 훈련, 사업추진 체계와 조직 개선,

관련 법령의 재정비, 중앙단위의 홍보, 타부문과의 협력 등은 중앙차원에서의 정책수행과 체계적인 지원이 필요함.

- 앞으로 건강증진상의 접근방법이 구체적으로 제시되고 사업의 구체적 추진을 위한 사회 각 분야의 역할이 명확하게 분담되어 추진되어야 할 것이며, 중앙정부의 시책상 추진하는 사업의 경우 보건소에 대한 인력확보 및 재정적 지원을 확보하는 방안도 마련해야 할 것임.

• 健康檢診서비스

- 국민의 癌 早期發見에 대한 욕구와 수요가 적지 않은 만큼 건강보험의 재정형편을 감안하여 건강검진항목의 확대와 더불어 앞으로 각종 건강검진의 검사항목 선정, 검사시기 및 간격 설정, 대상자 조정, 검진결과의 활용 등을 총괄·조정할 수 있는 제도적인 장치가 마련되어야 할 것임.
- 의료기관에서는 검진결과에 따라 건강위험자 및 유질환자에 대한 개인별 상담은 물론 사후관리 방법이나 지침을 작성하고 주기적으로 사후관리 과정을 관찰할 수 있는 추구관리 방안이 개발되어야 함.

• 平生健康管理 프로그램 導入

- 환자와 일반국민을 대상으로 疾病豫防 및 健康增進의 중요성을 홍보하고, 의료제도 자체를 예방중심적인 의료제도로 전환하기 위한 행정적, 법적 지원이 필요하며, 이러한 평생건강관리 프로그램을 의원을 중심으로 정착시키기 위해서는 후술할 단골의사제도 도입이 같이 병행되어야 할 것임.

- 2次 豫防서비스: 1次醫療의 機能 強化

- 현재의 치료중심의 보건의료 공급체계를 慢性退行性疾患管理

를 위한 예방적, 포괄적 健康增進서비스를 제공할 수 있도록 하기 위한 가장 효율적 방안의 하나가 1차의료의 강화를 통한 건강증진관련 서비스 강화이므로 이에 대한 전략수립이 요구되며 이러한 방안으로는 단골의사제도의 도입과 의료기관별, 질병별 수가차등제 도입이 필요함.

- 이와 함께 1차의료기관에서의 診療의 持續性이 확보되려면, 서비스의 질 보장이 필요한데, 1차의료의 질 보장을 위해서 최근 유럽국가와 미국에서 실시하고 있는 총체적 질 관리 개념의 도입, 결과지표의 도입, 환자만족도의 강조, 임상진료지침의 도입 등이 고려될 수 있을 것임.

－ 3次 豫防서비스: 療養施設 및 末期患者 施設供給 增加

- 장기보호 서비스 시설과 병상 부족의 문제를 해결하기 위하여, 한국의 병상 수급정책에 대한 재검토가 요구되며 동시에 새로운 보건의료 수요에 대응하는 대책 마련이 필요함.
- 이러한 점에서 의료기관 중별에 요양병원이 신설되고, 중소병원을 요양병원으로 전환시키려는 방안과 요양병원 외에 간호양로원, 말기환자를 위한 호스피스 시설 등 각종 중간시설을 확대해 나가며, 특히 老人福祉法에 규정된 유료시설을 통해 중산층의 수요가 충족되도록 서비스 시설을 확대해 나가야 할 것임.
- 더 나아가 가정간호, 주간보호, 단기보호 등의 복지서비스와의 연계를 통해 慢性退行性疾患者의 지역사회내의 보호가 순조로이 이루어지도록 해야하며, 이러한 다양한 의뢰서비스가 보다 확립되기 위해서는 이들 서비스에 대한 醫療保險 給與가 가능해야 함.

3) 支援體系 確保

- 慢性退行性疾患 人力的 確保: 人力養成 및 訓練을 위한 制度的 裝置 마련
 - 中間人力 들-간병인 혹은 간호인-을 중심으로 요양병원 등 장기시설에서 질적인 돌봄을 제공할 수 있는 인력이 준비됨으로써 인력공급이 원활히 이루어지도록 해야하며, 이를 위해서는 노인 전문간호사, 전문간병인제도, 외상노인, 치매노인을 위한 간병복지사 등 각기 거론되고 있는 전문인력의 필요성을 검증하고 이를 양성·확보함으로써 예상되는 수요에 대비하여야 함.
 - 老人性疾患의 豫防·治療·再活·療養서비스 등에 필요한 인력을 양성하기 위해 대학·전문대학·종합병원·사회복지연수원 등에 교육 및 훈련 프로그램을 개발·확대하여야 함.
- 情報體系의 確立
 - 慢性退行性疾患에 대한 包括的, 持續的 서비스 提供 機能을 가질 수 있기 위해서는 환자의 순응도가 중요한데, 이러한 환자의 순응도를 제고하고 관리능력을 제고하기 위해서는 정보체계가 필수적임.
- 醫療保險 프로그램 運營 改善
 - 건강교육, 상담 등에 대한 급여를 보장하고, 더 나아가 장기요양 서비스, 1차 의료의 강화를 위한 새로운 제도를 위한 급여방안을 도출해 나가야 할 것임.
 - 또한 높은 本人負擔金으로 인한 慢性退行性疾患 管理不足에 대한 대책이 수립되어야 할 것이며, 현재 65세 이상 저소득층 노인

단독세대에 대해서는 의료보험료가 50% 경감되고 있으며, 앞으로 경감 수혜대상을 점차 확대해 나가는 한편, 공공기관에서의 진료서비스를 통해 未充足 需要를 充足시켜나가야 할 것임.

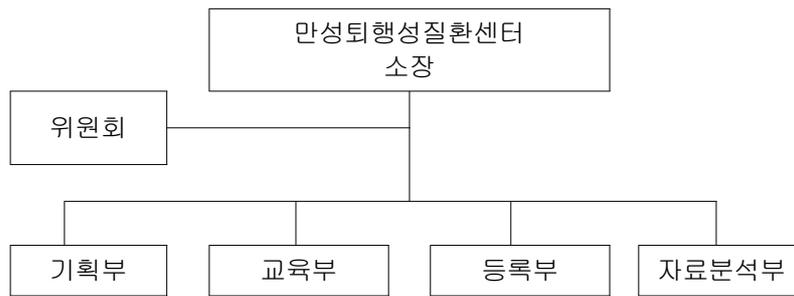
4) 慢性退行性疾患센터 運營 모델

본 연구에서는 慢性退行性疾患을 관리하기 위한 거점시설로 대규모의 조직을 구축하기보다는 ‘慢性退行性疾患센터’를 중앙집중적 형태로 운영하고, 보건소 등 공공병원뿐만 아니라 병·의원을 포함한 민간기관이 慢性退行性疾患에 적극 참여하도록 유도하는 방안을 제시하였음.

－ 慢性退行性疾患센터 組織 및 運營

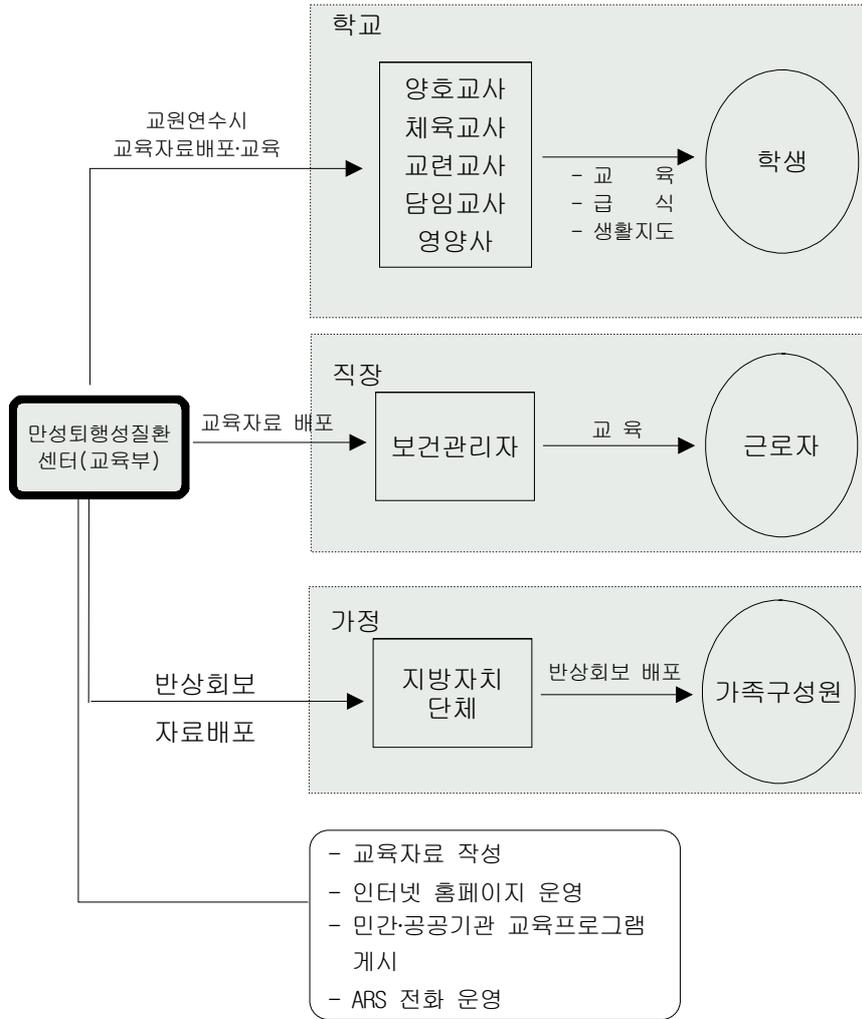
- 慢性退行性疾患센터의 運營主體: 운영은 국가기관으로서 운영하는 방법을 생각해 볼 수도 있으나, 업무의 성격으로 볼 때 보건복지부의 산하기관 또는 일본과 같이 재단법인의 성격으로 운영하는 것도 가능할 것임.
- 센터의 役割과 機能: 慢性退行性疾患管理를 위한 정책·행정·연구·교육기관으로 기능하도록 하며, 이러한 새로운 조직을 통해 국가는 만성퇴행성 관리사업에서 민간부문을 선도하고 더 나아가 모든 부문의 조정자 역할을 해 나가야하며, 또한 관리적 측면에서 필요한 정보 및 연구들의 통합관리를 지원하는 역할을 해 나가야 함.
- 慢性退行性疾患센터의 組織: 教育部와 登錄部가 설치되며, 이외에도 자료분석부, 기획부 등이 추가될 수 있으며, 자료분석부에서는 등록자료 또는 국내외 여러 연구·보고자료를 통합하여 우리나라의 慢性退行性疾患의 동향과 사업성과 등에 필요한

자료를 제공하는 업무를 수행함. 기획부는 분석된 자료를 통하여 慢性退行性疾患에 대한 정책수립과 성과를 높이기 위한 방안들을 기획하고 추진하는 업무를 수행함. 또한 만성퇴행성 관련 전문인을 중심으로 한 위원회의를 구성하여 운영과 정책수립의 자문을 구하는 것도 필요할 것임. 센터의 조직은 다음 그림과 같은 형태로 제안하며, 조직은 전국에 지부를 두는 것도 가능하겠으나, 이것은 차후에 업무의 양과 효율성을 고려하여 정하는 것이 바람직하다고 사료됨.



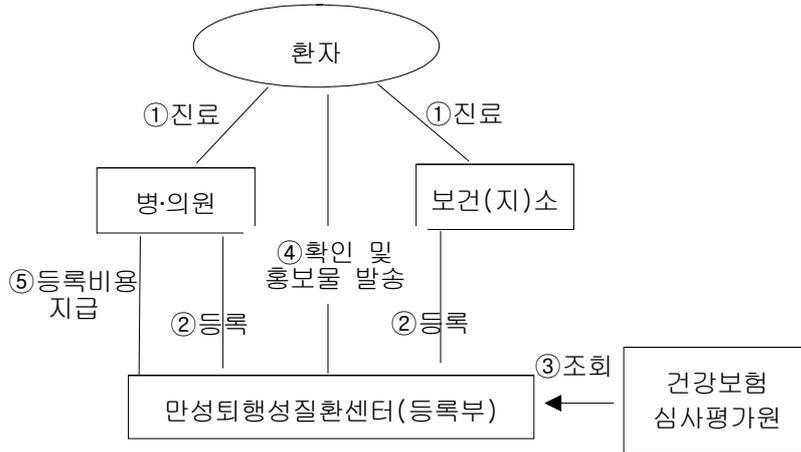
－ 教育(education)

- 疾病에 대한 知識(knowledge) 수준의 향상은 질병에 대한 태도 (attitude)를 변화시키고, 그 결과 예방 및 관리에 필요한 생활습관을 실천(practice)하게 된다는 점이며, 보건교육의 가장 중요하고 효과적인 거점인 학교, 직장과 가정을 대상으로 慢性退行性疾患에 대한 기본 지식과 정보를 교육하고 홍보하는 것이 필요함. 이 외에도 인터넷 홈페이지의 운영, 민간·공공기관 교육프로그램 게시, ARS 전화운영 등의 사업이 필요함.



－ 監視體系와 登錄(surveillance system and registration)

- 慢性退行性疾患센터에서 운영하는 登錄部에서는 등록의 주체는 병·의원, 보건소등의 공공기관을 포함한 모든 의료기관이 되며, 새로운 환자로서 확인될 경우 일정 금액을 의료기관에 지급하여 등록을 적극적으로 유도하는 것이 필수적이라 할 수 있음.1)



－ 本人負擔額 減免 制度

- 慢性退行性疾患으로 진단받은 환자가 慢性退行性疾患센터에 등록한 후 본인이 선택한 慢性退行性疾患管理 지정의료기관에서 진료를 받을 경우 本人負擔額을 減免하는 제도로, 이에는 고혈압이나 당뇨병 등 지속적 관리가 필요한 질환에 국한되며, 암 등은 제외됨. 본인부담액의 감면 범위는 항고혈압제나 당뇨치료 약제에 국한하여 이들 약제비의 본인부담액 일부는 연말에 환급 받는 형식이 적절할 것임. 이러한 제도를 통해 환자는 진료비

1) 우리나라의 40세 이상의 인구는 1643만명으로 추정되며(통계청) 이 중 10%가 등록대상이라 가정하고, 2,000원의 등록비용을 보상해준다고 가정하면, 약 33억원이 소요될 것이다. 초기에 환자 등록이 집중될 수는 있으나 몇 년에 걸쳐서 환자의 등록이 분산될 것이고, 장기적으로 볼 때에는 추가 발생 환자에 대해서만 등록이 이루어 질 것이므로, 비용 부담이 크다고 볼 수는 없다. 즉, 40세의 인구를 80만명으로 할 때 등록사업이 안정화 되어 40만명의 인구집단이 매년 유입된다고 하면, 등록비용은 8000만원 수준으로 추정된다. 등록사업에 필요한 재원은 건강보험 재정에서 지출할 수도 있으나, 관련법의 개정이 필요하고 당분간 재정상태가 호전되지 않을 것으로 예상되므로, 慢性退行性疾患퇴치를 위한 기금을 조성하여, 이를 통해 재원을 마련하는 것도 가능할 것이다.

부담이 일부 줄어들는 효과가 있으며, 慢性退行性疾患의 등록을 유도하고, 본인이 선택한 慢性退行性疾患管理 지정 의료기관에서 지속적인 관리를 받음으로써 의료의 持續性·連續性의 向上도 도모할 수 있게됨.

－ 慢性退行性疾患管理 指定醫療機關制度

- 慢性退行性疾患管理 지정의료기관으로 지정 받기 위해서는 慢性退行性疾患에 필요한 의료서비스를 제공할 수 있어야 하며 별도의 慢性退行性疾患 登録·관리카드를 작성하여야 하며, 의료기관내에 慢性退行性疾患管理센터의 홍보물을 비치 또는 게시하여야 하며, 가능하다면 정기적으로 환자 또는 일반인들을 대상으로 하는 보건교육을 실시하여야 함.
- 이러한 요구사항에 대한 반대 급부로서 수가항목을 신설하여 慢性退行性疾患관리료를 환자방문시 받게 하며, 의료기관내에서 보건교육을 실시할 경우, 만성퇴행성관리기금에서 실비를 보상 받게 함. 慢性退行性疾患管理 지정의료기관으로 될 경우 안정적인 환자의 확보라는 측면에서도 유인책이 될 것임.

I. 序 論

1. 研究 必要性 및 目的

가. 研究의 必要性

1) 老齡化 및 慢性退行性疾患者의 增加

우리나라는 지난 30여 년 동안 산업화를 통한 급속한 經濟成長으로 사회 모든 분야에 큰 變化가 일어났다. 산업화에 따라 인구의 도시집중이 심화되고, 생활환경의 변화, 식생활을 포함한 생활양식의 변화, 의료의 발달 등으로 平均壽命이 延長되어 노인인구가 늘어 크게 증가하였다. 2000년 현재 우리나라 전체인구 중 65세 이상의 노령자가 차지하는 비율이 7.2%로 2020년에는 12.5%로 증가할 것으로 추정하고 있으며 人口構造가 老齡化 社會로 진입하고 있다. 65세 이상 노인의 진료건수는 그 비율이 증가하고 있어 직장의료보험의 경우 1985년 2.6%에서 1990년 4.8%, 1993년 6.5%, 1996년 8.5%, 1998년 10.5%로 증가되었다. 공·교의료보험은 1990년 7.4%에서 1993년 9.0%, 1996년 11.5%로, 지역의료보험은 1990년 4.9%에서 1993년 5.8%, 1996년 7.4%로 증가되었으며, 1998년부터 공·교의료보험과 지역의료보험이 통합된 국민의료보험에서는 10.0%로 증가되었다(의료보험연합회, 1985, 1990, 1993, 1996, 1998). 뿐만 아니라 노인의 진료건수, 진료일수도 전체 인구에 비하여 길게 나타나고 있어 이로 인한 의료비 증가는 점차 사회적 부담이 되고 있다. 노인인구의 급여비는 직장의료보험의 경우 1985년 총급여비의 4.8%에서 1993년 10.5%, 1996년 13.6%, 1998년

16.0%로, 공·교의료보험은 1990년 11.8%에서 1993년 14.5%, 1996년 18.4%로 증가되었다. 그리고 지역의료보험은 1990년 7.6%에서 1993년 9.1%, 1996년 11.5%로 증가되었으며, 1998년 국민의료보험에서는 15.5%로 증가되었다(의료보험연합회, 1985, 1990, 1993, 1996, 1998).

이러한 사회 및 경제적 여건의 변화에 따라 질병양상도 크게 변화하여 1960년대까지만 해도 감염성 질환이 주된 사망원인이었으나 1970년대부터는 순환기계 질환, 암 등과 같은 비감염성 만성퇴행성 질환들이 주 사망원인이 되었다. 이러한 만성퇴행성 질환은 노인인구의 증가와 계속되는 생활양식의 변화 등으로 더욱 늘어날 것으로 전망됨에 따라 이로 인한 의료이용량의 증가 및 의료비의 급격한 상승은 국민전체 의료비의 압박요인이 되고 있을 뿐만 아니라 국민들의 삶의 질 저하를 초래하고 있다.

사망자료에 의하면 급성 전염성질환에 의한 사망비율이 현저히 감소하여 선진국과 비슷한 사인구조를 보이기 시작한 것은 1970년대 이후부터이다. 전염병과는 달리 많은 만성 퇴행성 질환은 그 원인이 규명되지 않아 효과적 치료방법이나 예방방법이 수립되어 있지 않기 때문에 효율적 관리가 어렵다는 데 문제가 있다. 더구나 연령증가와 비례하여 발생하는 만성 퇴행성 질환은 老齡人口의 增加 때문에 계속 축적되고 있다.

<표 I-1>은 통계청에서 발간하는 「死亡原因統計年譜」에서 나온 인구 10만 명당 사망률을 나타내는데, 주요 10대 사인 중에서 뇌혈관질환, 고혈압, 만성간질환, 악성신생물 등의 慢性退行性疾患이 차지하는 비중이 해마다 늘어나고 있으며, 우리나라 국민의 5대 사인의 거의 모두가 만성퇴행성질환임을 알 수 있다.

〈表 1-1〉 主要 死因의 年度別 人口 10萬名當 死亡率

순위	1990		1991		1992		1993		1994	
1	뇌혈관질환	75.6	뇌혈관질환	72.6	뇌혈관질환	80.3	뇌혈관질환	82.5	뇌혈관질환	84.4
2	심장질환	47.4	심장질환	49.1	심장질환	43.0	심장질환	42.3	심장질환	43.6
3	운수사고	39.7	운수사고	38.2	운수사고	34.4	운수사고	33.0	운수사고	35.3
4	고혈압성질환	35.6	간질환	32.2	간질환	31.6	간질환	31.4	간질환	29.2
5	간질환	33.8	고혈압성질환	29.9	위암	30.5	위암	29.4	위암	28.8
6	위암	31.5	위암	29.5	고혈압성질환	27.4	고혈압성질환	26.9	고혈압성질환	25.8
7	간암	24.1	간암	23.7	간암	23.8	간암	23.1	간암	23.0
8	폐암	14.4	폐암	15.2	폐암	16.9	폐암	17.4	폐암	18.8
9	당뇨병	11.8	당뇨병	12.4	당뇨병	13.5	당뇨병	16.3	당뇨병	17.0
10	호흡기결핵	11.0	만성하기도질환	11.5	만성하기도질환	12.9	만성하기도질환	15.5	만성하기도질환	15.7

순위	1995		1996		1997		1998		1999	
1	뇌혈관질환	79.7	뇌혈관질환	74.7	뇌혈관질환	73.5	뇌혈관질환	74.0	뇌혈관질환	72.9
2	운수사고	38.7	운수사고	38.3	심장질환	35.8	심장질환	38.6	심장질환	39.1
3	심장질환	36.9	심장질환	35.7	운수사고	33.5	운수사고	25.7	운수사고	26.3
4	간질환	29.4	간질환	27.3	간질환	26.1	간질환	24.8	위암	24.0
5	위암	26.5	위암	25.5	위암	25.6	위암	23.9	간질환	23.5
6	간암	22.0	간암	21.4	간암	21.2	당뇨병	21.1	폐암	22.1
7	간폐암	18.9	폐암	19.4	폐암	20.8	폐암	20.6	당뇨병	21.8
8	고혈압성질환	18.3	당뇨병	17.4	당뇨병	18.8	간암	20.0	간암	20.7
9	당뇨병	17.2	자살	14.1	자살	14.1	자살	19.9	자살	16.1
10	만성하기도질환	14.9	만성하기도질환	14.0	만성하기도질환	13.6	만성하기도질환	12.7	만성하기도질환	13.7

자료: 통계청, 『1999 사망원인 통계연보』 1999.

또한 慢性退行性疾患 現況을 파악하기 위하여 한국보건 의료관리 연구원에서 1994년 3차진료기관 인정기준 연구와 관련하여 조사한 400명상 이상 규모의 전국 49개 종합병원 자료를 분석한 결과 재원일 수 30일 이상되는 장기 입원환자의 다빈도 진단명은 위암, 폐암, 간질환, 골절, 당뇨, 결핵, 만성신부전, 정신질환 등으로 나타났으며 암질환의 이환율이 상대적, 절대적으로 增加하고 있는 추세였다.

2) 慢性疾患 治療를 위한 長期療養 및 長期治療施設의 不足

노인환자, 慢性退行性疾患 급증으로 인한 醫療環境의 變化로 의
료자원의 효율적인 활용이 요구되고 있다. 그러나 우리나라 의료기관
은 급성 및 만성치료기관 등으로 기능 분류가 되어 있지 않고 노인
및 만성 질환자들을 위한 전문 보건의료시설 부족으로 이들은 의료이
용 관행에 따라 3차 진료기관을 포함한 종합병원에서 장기입원치료를
받고 있어 의료자원의 효율적인 활용을 저해하고 있는 실정이다.

노인 및 慢性退行性疾患들이 의료기관에서 받고 있는 의료서비스
는 특성상 서비스의 강도가 높은 급성 전문치료보다 환자 질환군 별
로 특성화된 장기적이고 반복적인, 또한 서비스의 강도가 낮은 요양
치료가 요구되고 있다. 그러나 병원 이외의 대체서비스의 부재는 노
인인구나 慢性退行性疾患의 불필요한 병원장기입원이 초래되고 이
는 결국 국민 의료비의 증대를 야기시키는 요인이 되고 있다. 이러한
현상은 각종 통계자료를 통해서도 잘 나타나고 있다. 의료보험 자료
를 통한 추계 결과 총 병상의 약 10.1%가 65세 이상 노인에 의하여
점유되고 있는 것으로 추정되며(문옥륜, 1995) 1994년도 1개월분 환자
진료결과를 분석한 결과 급성기질환시설의 총 입원환자의 13%, 총 재
원일수의 34%가 장기요양서비스를 요하는 환자로 조사되었다. 전체
환자중 급성기 환자의 재원일수는 9.5일, 장기요양환자의 재원일수는
39.3일로 추정되었고 특히 비전염환자의 평균재원일수는 69일이었다
(보건의료선진화 정책보고서, 1998).

앞으로 慢性退行性疾患와 와상노인이나 치매성노인 등 장기요양
보호를 필요로 하는 대상자가 급증할 것으로 예상된다. 따라서 이러
한 慢性退行性疾患의 욕구에 적절히 대응하고 慢性退行性疾患를 효
율적으로 관리할 수 있는 장기치료 및 요양서비스의 공급이 필요하
다. 서비스는 치료, 간호, 재활서비스가 체계적으로 연계되어 공급되

어야 하며, 특히 慢性退行性疾患과 노인을 효율적으로 관리하기 위한 장기요양보호서비스체계(long-term care system)를 구축하는 것이 요구된다.

3) 慢性疾患 管理體系 不在

고혈압, 당뇨 등 慢性退行性疾患은 관리를 통해서 사망을 감소시킬 수 있으며 특히 생활 습관에서 위험 요소를 제거하고 질병을 조기에 진단하는 일차 예방의 노력과 조기에 치료를 시작하고 지속적인 관리를 해야하는 노력이 가장 중요하다. 그러나, 慢性退行性疾患은 장기간의 잠재적 경과기간 후에 발현되므로, 예방이 어렵다. 예로 고혈압과 당뇨병 환자의 절반이 자신이 환자라는 것을 모르고 있으며, 질병을 알고있더라도 치료를 받고 있는 사람은 소수에 불과하다. 지속적으로 치료를 받고 있는 환자는 더욱 적다. 고혈압은 자신의 질병을 알면서도 치료를 전혀 받고 있지 않는 환자가 60% 정도이며, 지속적 치료를 받는 경우는 20%에 불과하다(한달선 등, 1993). 당뇨병 역시 치료를 받고 있는 경우가 30~40대는 10% 이내이고, 치료율이 높은 70대 이상도 17.8%에 불과한 것으로 추정된다(김정순 등, 1993)

이러한 산발적이고 비효율적인 치료 양상은 질병 자체의 성격에 의한 것이 크지만, 잘 조직된 효율적인 질병관리체계의 부재 때문에 더 조장되고 있다. 여러 선진국의 경험으로 보아 위험 인구의 생활 습관과 慢性退行性疾患者들의 의료 이용을 일차 예방과 조기 진단, 치료의 노력을 통합·조정한 질병관리 사업으로 관리해서 뇌혈관계 질환과 허혈성 심질환의 유병과 사망을 감소시키는 것은 충분히 달성 가능한 목표가 된다.

나. 研究의 目的 및 內容

本 研究의 目的은 慢性退行性疾患²⁾에 대한 實態分析을 통해서 향후 적절한 의료공급과 일차의료의 체계적인 확립을 위한 기초자료의 생산과 이를 토대로 慢性退行性疾患 管理方案을 수립하고자 한다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫 번째, 2장은 慢性退行性疾患의 이론적 고찰에 해당하는 부분으로 이 장에서는 만성퇴행성질환자의 개념, 만성퇴행성질환자를 위한 보건의료서비스 및 보건의료시설을 살펴보았으며, 특히 장기요양보호 서비스를 의료의 연속체적인 관점에서 통합한 장기요양체계로 구축해야 하는 것에 대한 이유와 방법에 대한 이론적인 측면을 정리하였다.

두 번째, 3장에서는 1998년 國民健康·營養調查資料를 사용하여 만성질환자에 대한 실태분석결과를 제시하였는데, 주로 만성질환자들의 人口學的인 특성, 社會·經濟的인 특성, 保健學的인 특성과 主要慢性疾患에 대한 分析結果를 제시하였다.

세 번째, 4장에서는 우리나라의 慢性退行性疾患管理 制度의 現況과 問題點을 기술하였다.

네 번째, 5장에서는 외국의 慢性退行性疾患管理制度에 대한 考察로,

2) 成人病, 慢性疾患, 慢性退行性疾患이란 용어는 특별히 구분되지 않고 함께 사용되고 있으나 最近에는 만성퇴행성질환이란 용어를 사용하는 것이 타당하다는 전문가의 의견이 제시되어 만성퇴행성질환 용어가 공식적으로 사용되고 있다(김진순 등, 1993). 따라서 본 연구에서도 최근의 추세를 따르고, 뿐만 아니라 관리방안이 주로 퇴행성질환자에 초점을 두었기 때문에 만성질환보다는 만성퇴행성질환이라는 용어를 사용하고자 한다. 단 미국의 국민건강조사에서는 아직도 만성퇴행성이라는 용어보다는 만성질환(chronic disease)이라는 용어를 사용하고 있고, 우리나라 국민건강·영양조사에서도 만성질환이라는 용어를 사용하고 있기 때문에 주로 미국의 문헌을 고찰한 '2장 이론적인 고찰'과 우리나라의 1998년 국민건강·영양조사 자료를 사용한 '3장 만성질환자 실태분석'에서는 만성퇴행성질환이라는 용어보다는 만성질환이라는 용어를 사용하고자 한다.

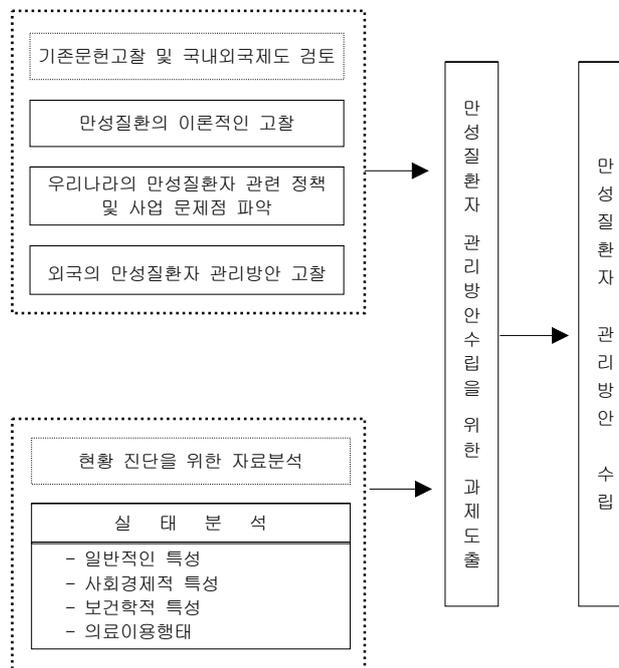
보건의료부문이 자유주의 시장경제체계의 대표인 美國, 정부가 의료를 제공하는 국가인 英國, 그리고 우리나라와 유사한 보건의료체계를 가지고 있는 日本을 고찰하여 우리나라의 시사점을 제시하였다.

다섯 번째, 6장은 우리나라 慢性退行性疾患 管理方案에 대한 개선책을 모색하였는데, 효율적인 管理體系 수립의 전제조건, 서비스 제공상의 지지체계의 확보에 관한 내용을 제시하고 있으며, 마지막 장인 7장에서는 要約과 結論을 제시하고 있다.

2. 研究方法

가. 研究의 틀

[그림 1-1] 研究의 基本 틀



나. 研究資料

본 연구에 사용된 분석자료는 1998년 國民健康·營養調查資料로, 이 자료는 1983년 이후 한국보건사회연구원이 3년마다 조사하는 전국적인 가구조사로 1998년 조사에서는 기존의 國民健康調查와 營養調查를 통합하고 여기에 건강검진조사를 추가함으로써 새로운 형태의 국민건강·영양조사가 실시된 원년으로, 급·만성이환, 의료이용, 보건의식행태조사, 건강검진 및 영양조사 등 광범위한 보건의료정보를 제공한다. 표본은 1995년 인구주택총조사의 조사구와 인구주택총조사 이후부터 1997년 10월까지의 신축아파트자료에서 층화 2상 2단 계통확률비례추출방법을 혼용하여 총 200개 標本調查區를 抽出하였으며, 표본조사구 내 조사대상가구는 13,523가구였다. 현지조사기간은 1998.11.1~12.30까지 2개월간이었으며, 조사대상가구 13,523가구 중 12,283가구가 완료되어 90.83%의 調査完了率을 보였다.

다. 研究方法

이 연구에서는 慢性退行性疾患의 管理方案을 구상하기 위한 연구방법으로 기존 문헌고찰, 기존 자료분석 등을 활용하였다.

1) 文獻考察

문헌연구를 통해서는 慢性退行性疾患에 대한 원론적 고찰로써 慢性退行性疾患의 기본개념, 역학적인 특성, 만성질환의 실질적인 분류체계와 만성질환자에 적합한 보건의료서비스의 유형과 시설을 살펴보고, 그리고 외국의 慢性疾患 管理方案에 대한 고찰을 통하여 우리나라에 시사점을 얻고자 하였으며, 우리나라 만성질환 관리의 사업현황과 문제점을 파악하여 정리하였다.

2) 國民健康·營養調查 資料分析

한편 기존 자료분석에서는 1998年 國民健康·營養調查資料를 사용하여, 만성질환자의 인구학적 특성, 사회·경제적 특성 및 보건학적 특성과 주요만성질환에 대한 분석을 하였다.

3) 政策諮問會議

끝으로 慢性退行性疾患管理方案 수립에서 필수적으로 감안하여야 함에도 불구하고 이상의 접근방법들에서 미비 되기 쉬운 점에 대하여 보건의료 전문가의 시각에서 검토하고자 個別的 深層面接 및 諮問會議, 워크숍 등의 방법을 활용하였다.

II. 理論的 考察

1. 慢性疾患의 概念

가. 慢性疾患의 定義 및 特徵

慢性疾患이란 急性感染性疾患과 대응되는 질환 군으로 만성경과를 취하면서 연령증가와 더불어 증가하는 질환들을 지칭한다. 慢性疾患은 대개 다음과 같은 특징을 가지고 있는 질환들을 慢性疾患으로 분류할 수 있다.

- ① 일단 발생하면 3개월 이상 오랜 기간의 경과를 취한다.
- ② 호전과 악화를 반복되면서 결국 점점 나빠지는 방향으로 진행된다. 악화가 거듭될 때마다 병리적 변화는 커지고 생리적 상태로의 복귀는 적어진다.
- ③ 퇴행성이란 어휘가 의미하듯이 대부분의 慢性疾患은 年齡增加와 비례적으로 그 유병률이 증가한다.
- ④ 이 질환군에 속하는 대부분의 질환들은 감염성 병원체가 알려진 결핵, 백혈병 등 몇몇 질환군을 제외하면 역학적 연구에 의해 수개씩의 위험요인은 파악되었으나 원인이 명확하게 알려진 것을 드물다.

1949년 대통령 직속으로 설립된 미국의 만성질환위원회(National Commission on Chronic Illness)에 의한 정의는 다음과 같다.

“만성질환은 다음 열거한 특성 중 한 개 이상의 특성을 갖는 손상(impairment)이나 이상을 포함한다.:

- ① 질병 자체가 영구적인 것
- ② 후유증으로 불능(Disability)을 동반하는 것
- ③ 회복 불가능한 병리적 병변을 가지는 질병
- ④ 재활에 특수한 훈련을 요하는 질병
- ⑤ 장기간에 걸친 보호, 감시 및 치료를 요하는 질병이나 기능장애

나. 慢性疾患의 疫學的 特性

1) 直接的인 原因이 存在하지 않는다.

대부분의 만성질환은 하나의 직접적인 원인이 밝혀진 경우가 거의 없고, 관련된 위험요인만이 제시되고 있다.

2) 原因이 多因的이다.

만성질환의 경우 원인과 관련된 요인들이 훨씬 더 복잡하게 얽혀 있다. 관상동맥질환의 경우 주요한 3대 위험인자로 고혈압, 고콜레스테롤혈증, 흡연이 알려져 있으나, 이 이외에도, 당뇨병, 비만, 운동부족, 음주, 스트레스, 경구 피임약, 성별, 연령 등이 상호 작용하여 질병을 유발하는 것으로 알려져 있다.

3) 潛在期間이 길다.

대부분의 만성질환은 원인과 개체가 접촉하여 질병을 일으키기까지 상당한 기간을 필요로 하며, 일반적으로 잠재기간은 수 십 년의 긴 기간이 되므로 원인적인 요인을 규명하기가 대단히 어렵다.

4) 疾病의 發生時點이 不分明하다.

대부분의 慢性疾患의 이환시점은 정확하게 파악하기가 어렵다. 예를 들어 동맥경화증의 경우, 진단 가능한 변화가 나타나는 시기는 이미 병이 상당히 진행된 뒤이며, 대부분의 慢性疾患은 어린 시절부터 변화가 축적되어 질병이 발생하며, 증상만 성인이 되어 나타나지 질병의 병변 자체는 오랜 기간을 거쳐 이미 체내에서 일어나고 있다.

다. 慢性疾患群의 實質的 分類

이상에서 설명한 특징을 근거로 하더라도 실제에서 구체적으로 어떤 질병들이 慢性疾患의 범주에 속할 것인가를 열거하기란 쉽지 않다. 미국 국민건강조사에서는 만성퇴행성질환이라는 용어의 실질적 정의를 위해 다음 두 가지 기준을 설정하였다.

- ① 질병의 종류에 상관없이 발병 후 3개월이 넘어도 낫지 않는 병
- ② 실제 이환기간에 관계없이 질병의 자연사적 특징에 따라 처음부터 만성병으로 분류해 놓은 34가지 질환

우리나라에서는 국민건강·영양조사와 의료보험연합회에서 사용하는 만성질환 기준이 있다. 국민건강영양조사에서 사용하는 기준은 미국의 국민건강조사에서 사용하는 만성질환기준을 채택하였지만 다소 차이가 있다. 기타 동맥 및 모세관 질환(ICD-9: 441-448), 만성폐질환(491, 492, 494, 496), 진폐증(500-505), 기타만성신장장애(582, 583, 586-588), 만성신부전(585)과 류마티즘(725-729)은 미국의 국민건강조사에서 사용하는 만성질환에는 포함되어 있지 않지만, 우리나라의 국민건강영양조사와 의료보험연합회에서 사용하는 만성질환범위에는 포함되어 있다. 의료보험연합회에서 사용한 만성질환 기준은 미국의 국민

건강조사에서 사용한 기준과 비교하여 보면 상당히 제한적인 기준을 사용하고 있다.³⁾ 따라서 본 연구에서는 한국의 국민건강영양조사에서 사용하는 만성질환기준을 따르고자 한다.

3) 미국의 국민건강조사사에 사용하는 만성질환범위에는 포함되어 있지만 우리나라 의료보험연합회에서 사용하는 만성질환범위에는 제외된 질병은 다음과 같다: 성격 미상의 신생물(235-238), 상세불명 성질의 신생물(239), 정신발육지연(317-319), 두 개내농양 또는 화농성 감염의 휴유증(326), 반측마비(342), 기타 마비성 증후군(344), 간질(345), 말초신경계의 장애(350-359), 눈 및 눈부속기의 장애(360-379), 난청(389), 류마티성 무도병(390-392), 허혈성 심질환(410-413), 급성폐성심질환(415), 폐순환의 기타질환(417), 기타 형의 심질환(420-429), 정맥 및 림프계의 질환과 순환기계의 기타질환(451-459), 만성부비동염(473), 알레르기성 비염(477), 외인성 알레르기성 폐포염(495), 복강헤르니아(550-553), 비뇨기계 기타질환(592-594), 전립선의 염증성 질환(601), 전립선의 기타 장애(602), 피부염(691-693), 피부의 만성궤양(707), 두드러기(708), 선천이상(740-759), 압계손상(925-929).

〈表 II-1〉 우리나라 醫療保險統計上の 慢性疾患分類

ICD-9	질병 분류
010-018 030 090-099	결핵 나병 성병
140-149 150-159 160-165 170-175 179-189 190-199 200-208 230-234	구순, 구강 및 인두의 악성신생물 소화기 및 복막의 악성신생물 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성신생물 뼈, 결합조직, 피부 및 유방의 악성신생물 비뇨생식기의 악성신생물 기타 및 상세불명부위의 악성신생물 림프조직 및 조혈조직의 악성신생물 정상소개의 암종
240-246 250	갑상선의 장애 당뇨병
290-294 295-299 300-316 317-319	기질적 정신병 상태 기타 정신병 신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 정신장애 정신발육지연
401-405 393-398, 414, 416 430-438 440 441-448 455	고혈압성질환 만성심(장)질환 뇌혈관질환 동맥경화증 기타 동맥 및 모세관의 질환 치핵
493 491, 492, 494, 496 500-505	천식 만성 폐질환 진폐증
531-534 571-573	위 및 십이지장 궤양 만성 간질환
582, 583, 586-588 585 600	기타 만성신장애 만성신부전 전립선 비대
710-719 725-729 730-739 722 720, 721, 723, 724	관절병증 및 관절장애 류마티즘 골병증, 연골병증 및 후천성 근골격 변형 추간원판 장애 기타 배부병증

〈表 II-2〉 美國健康調查 基準 慢性疾患

ICD-9	질병 분류	
710-719	관절염/류마치성 관절염	Arthritis, Rheumatoid arthritis
477, 708, 691-693	알레르기성 질환	Allergic disease
493	천식	Asthma
140-239	암(악성종양)	Malignancy
740-759	선천이상	Cleft palate, Club foot, Congenital anomaly
389	청각장애	Deafness
250	당뇨병	Diabetes mellitus
345	간질	Epilepsy
440	동맥경화증	Atherosclerosis
495	외인성 알레르기성 폐포염	Extrinsic allergic alveolitis
410-429	심질환(허혈성 심질환, 폐순환이 질환, 기타 형의 심질환)	Cardiac disease
550-553	복강 헤르니아	Hernia
401-405	고혈압	Hypertensive disease
592-594	신석증	Renal calculus
290-319	정신병	Psychoses
925-929	압쇄손상	Defect of body(Crushing injury)
350-359	말초신경계 장애	Disorder of peripheral nervous system
326, 342, 344	마비	Paralytic disease
730-739	골병증, 연골병증 및 후천성 근골격변형	Musculoskeletal deformity
600-602	전립선 질환	Disease of prostate
720-724	척추질환	Dorsopathies
390-398	류마치성 열	Rheumatic fever
360-379	시력장애	Disorder of vision
473	부비동 질환	Sinusitis
430-438	뇌혈관질환	Cerebrovascular disease
240-246	갑상선 질환	Disorders of thyroid gland
707	피부의 만성궤양	Chronic ulcer of skin
010-018	결핵	Tuberculosis
451-459	정맥 및 림프계의 질환과 순환기계의 기타질환	Varicose veins, Hemorrhoids

〈表 II-3〉 우리나라 國民健康·營養調查 慢性疾患 基準

기준질병		질병 분류	
1	만성감염성질환	010-018	결핵
2	악성신생물	140-149 150-159 160-165 170-175 179-189 190-199 200-208 230-234 235-238 239	구순, 구강 및 인두의 악성신생물 소화기 및 복막의 악성신생물 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성신생물 뼈, 결합조직, 피부 및 유방의 악성신생물 비뇨생식기의 악성신생물 기타 및 상세불명부위의 악성신생물 림프조직 및 조혈조직의 악성신생물 정상소계의 암종 성격미상의 신생물 상세불명 성질의 신생물
3	내분비질환	240-246 250	갑상선의 장애 당뇨병
4	정신장애 신경계	290-294 295-299 300-316 317-319 326 342 344 345 350-359 360-379 389 390-392	기질적 정신병 상태 기타 정신병 신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 정 신장애 정신발육지연 두개내농양 또는 화농성 감염의 후유증 반측마비 기타 마비성 증후군 간질 말초신경계의 장애 눈 및 눈부속기의 장애 난청 류마티성 무도병
5	만성순환기계 질환	401-405 410-413 393-398,414,416 415 417 420-429 430-438 440 441-448 451-459 455 473 477	고혈압성질환 허혈성 심질환 만성심(장)질환 급성 폐성 심질환 폐순환의 기타질환 기타 형의 심질환 뇌혈관질환 동맥경화증 기타 동맥 및 모세관의 질환 정맥 및 림프계의 질환과 순화기계의 기타질환 치핵 만성 부비동염 알레르기성 비염
6	만성호흡기계 질환	493 491,492,494,496 495 500-505	천식 만성 폐질환 외인성 알레르기성 폐포염 진폐증

〈表 II-3〉 계속

기준질병		질병 분류	
7	만성소화기계 질환	531-534 550-553 571-573	위 및 십이지장 궤양 복강 헤르니아 만성 간질환
8	만성비뇨 생식기계질환	582,583,586-588 585 592-594 600 601 602 691-693	기타 만성신장애 만성신부전 비뇨계의 기타질환 전립선 비대 전립선의 염증성 질환 전립선의 기타 장애 피부염
9	근골격계 및 결합조직의 질환	707 708 710-719 725-729 730-739 722 720,721,723,724 740-759 925-929	피부의 만성궤양 두드러기 관절병증 및 관절장애 류마티즘 골병증, 연골병증 및 후천성 근골격 변형 추간원판 장애 기타 배부병증 신전이상 압궤손상

2. 慢性疾患를 위한 保健醫療서비스

가. 長期 療養保護서비스의 定義

만성질환자를 위한 보건의료서비스는 대부분이 장기요양보호서비스에 해당한다. 이러한 장기요양보호서비스는 장기 요양서비스가 전체 보건의료체계의 한 부분을 이루고 있는 미국의 경우 연방정부의 장기요양보호서비스에 대한 정의를 보면 다음과 같다. “장기 요양서비스는 가정을 포함한 지역사회와 다양한 시설에서 만성적인 신체, 정신기능의 손상을 가진 사람에게 신체·정신·사회·심리적 기능을 최적으로 증진시키기 위하여 진단적, 예방적, 치료적, 재활적, 지지적, 유지

적 서비스를 제공함을 의미한다.” 또한 Evashwick에 의하면, “장기요양보호서비스는 기능적인 장애를 가진 사람들에게 그들이 최대한 독립적인 일상생활활동을 할 수 있도록 장기간 공식적 또는 비공식적으로 제공되는 건강이나 건강과 관련된 지원적 서비스를 말한다 (Evashwick, 1996).” 여기서 건강과 관련된 지원서비스란, 신체적, 정신적 건강, 그리고 사회적, 지원적인 서비스를 말하는 것으로, 이러한 서비스는 의사방문에서부터 배우자에 의한 침실목욕에 이르기까지 폭넓으며, 또한 여러 가지 서비스들이 동시에 제공되기도 한다. 이러한 서비스는 공식기관(agency)이 제공하는 것에서부터 가족이나 친구들에 의한 비공식적인 요양에 이르기까지 다양하다. 장기요양의 대상자는 어떤 연령층에 국한되지 않고 선천적인 이상을 가진 어린이에서부터 영구적인 장애를 남기는 충격이나 외상과 장기간 회복기간이 필요한 어른과 만성적인 질환을 가진 노인에 이르기까지 다양하다.

장기요양이 필요한 주된 이유는 구체적인 질병이나 건강상태불능뿐만 아니라 주로 기능적인 장애 때문이다. 따라서 일상생활활동(ADLs; activities of daily living)이나 도구적 일상생활활동(IDALs; instrumental activities of daily living)을 수행하는 능력이 중요한 기준이 된다.

장기간은 90일 이상을 의미하며 이러한 90일은 미국의 보건서비스(public health service)에서 사용하는 만성질환을 나타내는 기준에서 온 것이다. 어떤 경우에는 한정된 기간 동안만 장기요양보호서비스가 필요할 수 있는데, 이러한 경우는 사고로부터 회복하는데 장기요양보호서비스가 필요한 경우이며, 보통 총기간이 4개월에서 6개월로 비교적 짧으며, 회복되면 장기요양보호서비스는 더 이상 필요하지 않게 된다. 또 다른 경우에는 장기요양보호서비스가 무한정, 즉 평생동안 필요한 경우도 있다.

이와 같이 장기요양보호서비스의 목적은 치료가 목적인 급성의료서

비스와는 달리 기능적인 독립이 가능한 한 최고의 수준을 유지시키는 것이라 할 수 있다(Evashwick, 1996).

나. 長期 療養體系

만성질환자들을 위한 장기요양보호서비스는 여러 가지 지속적인 건강과 정신건강, 또는 사회적인 지원 서비스를 장기간 요하는 사람들을 위한 것이며, 이들의 요구는 변화할 가능성이 크다. 요양이란 예방과 함께 시작하고 진단, 치료, 재활 및 지속적인 요양서비스의 유지와 함께 지속되는 연속체의 측면에서 제공된다는 것이다. 따라서 이상적인 장기요양보호서비스체계는 포괄적이고 통합된 치료를 지속적으로 제공해야 하며, 환자의 욕구가 변화함에 따라 이에 맞추어서 다양한 수준의 치료를 제공해야 한다. 장기요양보호서비스는 연속성(continuum of care)의 개념에서 이해된다. Evashwick(1993)에 의하면, 의료의 연속성(continuum of care)이란 “복잡하거나 또는 지속적인 문제를 가진 환자의 욕구를 효율적이고 효과적으로 충족시키기 위해 조직된 포괄적이고 조정된 의료시스템”을 의미한다. 그러므로 의료의 연속성은 단순히 여러 서비스를 한데 모아놓은 것 이상의 것을 의미하며, 이러한 서비스들을 통합적으로 조직하는 시스템을 운영하는 장치를 포함한다. 장기요양의 목적은 사람들이 기능적인 독립성을 최대한으로 유지할 수 있도록 의료적으로 관련된 지원서비스를 제공하는 것이며, 이것이 환자의 질병을 치료해야 하는 급성의료서비스와의 차이점이라 할 수 있다.

신체건강, 정신건강 및 사회적인 서비스에 대한 포괄적인 조직은 단일의 주체에 의해 소유될 필요는 없다. 중요한 것은 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 하는 것이다. 공급자 사이에 조직적인 배치는

자기소유나 계약이나 동맹 또는 비공식적이지만 강한 관계가 될 수 있다. 치료에 관한 모든 수준은 급성이면서 높은 기술적인 개입 (intervention)으로부터 가사의 일과 같은 지속적이고 지원적 서비스까지 다양하다. 연속체는 급성과 장기서비스를 두 개의 개별적인 시스템으로 만드는 것이 아니라 공동의 통합된 장치로 급성과 장기서비스를 합병시키는 것이다. 의료의 연속성의 개념은 환자가 적정한 서비스에 대한 접근을 빨리 그리고 효율적으로 용이하게 하기 위해서이다.

따라서 연속체로서의 의료서비스는

- 서비스에 대한 중복과 부적절한 서비스의 사용을 피하고, 자원과 환자의 상태를 일치시키고,
- 환자의 상태를 모니터링하고, 욕구가 변화함에 따라 서비스를 변화시키고,
- 다양한 분야의 의료를 조정하고,
- 다양한 환경에서 제공하는 의료를 통합하고,
- 환자의 흐름을 효율적으로 하고, 필요한 서비스에 쉽게 접근할 수 있도록 조장하며,
- 임상, 재정이용에 관한 자료를 통합하는 포괄적인 기록을 유지한다.

실제적인 의료의 연속체는 자원이용을 극대화함으로써 효율성을 극대화할 수 있고, 접근의 적정함과 용이함, 그리고 지속적인 의료의 연속성을 통해서, 서비스의 질과 환자의 만족을 동시에 높이고, 공급자의 효율성을 증대시킬 수 있다.

다.療養서비스의範圍

앞에서 정의된 바와 같이 만성질환자들을 위한 요양서비스는 일반 병원에서의 급성 질환의 병리적 상태에 대한 치유(Cure)나 증진을 위

한 요법에 비해 신체 기능수준에 대한 치료적 재활요법과 현재의 기능수준을 유지하고 기능의 저하과정을 지연시키기 위한 서비스이고 만성질환이나 기능의 손상, 또는 생애의 말기에 있는 개별노인들의 보호서비스의 제공 등으로 다양한 종류의 서비스 프로그램이 요구되며, 그 대상자가 다양한 만큼 그 범위도 상당히 광범위하다(표 II-5 참조). 이 광범위한 서비스를 Pfeiffer(1976)는 <표 II-6>에서와 같이, 유지적, 지지적, 치료적 서비스와 서비스의 정보와 이용을 돕는 조정적 서비스의 4가지로 분류하고 있다.

<表 II-4> 長期療養保護서비스 프로그램

서비스 프로그램		
진료 간호 사회사업서비스 정신서비스 물리치료 오락치료 언어/청각치료	호흡치료 식이요법 직업서비스 지역사회서비스 약국서비스 진단서비스 임상검사	방사선 검사 구명조치 건강교육 종교서비스 치과의료 교통서비스 운동서비스 정보 및 후송서비스

資料: Kyoung S. Bay, et als., *A Patient Classification System for Long-Term Care*, University of Alberta, 1979.

〈表 II-5〉 長期療養保護서비스 區分

구 분	장기요양보호서비스
유지적 서비스 (maintenance service)	교통서비스 식료품 구입서비스 숙소제공서비스
지원적 서비스 (supportive service)	지속적인 감독 식사준비 행정적, 법률적, 보호적인 서비스
치료적 서비스 (remedial service)	사회적, 오락적인 고용 치료적인 훈련과 관련된 고용 정신건강 간호 의료 물리치료 psychotropic drugs 보조기구(인공보철물)
조정과 정보서비스 (coordination & information)	재배치 후송서비스 다차원적인 평가 재정적인 지원

資料: Pfeiffer, E., "Generic Services for the Long-Term Care Patient", *Medical Care* 4 (5), 1976.

한편 의료의 연속적인 개념에서 요양의 범위를 살펴보면 아주 광범위하다고 할 수 있다. 이러한 의료의 연속체에는 60개 이상의 서비스가 있으며, Evashwick(1993)은 이러한 서비스를 장기입원의료(extended inpatient care), 급성입원의료(acute inpatient care), 외래의료(ambulatory care), 가정의료(home care), 부가적인 프로그램(outreach), 건강보호(wellness/health protection), 거주지서비스(housing)로 구분한다(표 II-6 참조).

다음의 7개의 항목은 아플 때 뿐만 아니라 건강한 상태동안에 필요한 건강과 건강관련지원의 기본적인 유형들이다.

첫 번째, 장기입원의료는 아프거나 기능적으로 장애가 있어서 공식적인 의료기관으로부터 지속적인 간호와 지원서비스를 필요한 사람들에게 필요하다. 그러나 급성으로 아파서 병원의 전문적이고 고도의 의료기술을 필요로 하는 사람을 위한 것은 아니다. 대부분의 장기입원시설은 요양시설(nursing facilities)을 말한다.

두 번째, 급성입원의료(acute inpatient care)는 중요한 급성적인 건강문제를 가지고 있는 사람들을 위한 병원의료를 말한다. 대부분의 사람들에게서 보통 5~8일간의 병원입원은 질병을 가진 긴 기간동안 중에 가장 강도 높은 부분이며, 먼저 진단이 선행되고 추구의료가 뒤따른다.

세 번째, 외래의료(ambulatory care)는 여러 가지 증상을 나타내는 사람들에게 예방적인, 유지적인, 진단적인 그리고 회복적인 서비스를 제공하며, 여기에는 아주 건강하고 단순히 매년 정기검사를 원하는 사람에서부터 입원으로부터 회복단계에 있는 중요한 건강문제를 가진 사람들이나 또는 만성질병에 대한 지속적인 감시가 필요한 사람에까지 다양하다.

네 번째, 가정간호서비스(home care)는 간호, 치료와 지원적인 서비스를 집에서 서비스를 받는 것에 대해 만족을 느끼는 사람에게 제공된다. 가정간호프로그램은 기술적인 간호서비스를 제공하는 공식적인 조직에서부터 가사일을 돕는 비교적 비공식적인 조직에까지 다양하다.

다섯째, 부가적인 프로그램(outreach program)은 큰 기관내에서 보다는 지역사회에서 의료서비스와 사회적인 서비스가 쉽게 가능하도록 한다. 쇼핑센터내의 건강전시회, 노인회원프로그램(senior membership program)들은 모두 이러한 부가적인 프로그램의 한 형태이다. 이러한 서비스는 건강한 사람이나 약간 아픈 사람들을 의료제도와 연결시키는 것을 목표로 삼는다.

여섯째, 복지 및 健康增進프로그램(wellness/health promotion program)은 기본적으로 건강한 사람으로 健康增進에 활동적으로 참여하기를 원하는 사람에게 제공된다. 이러한 프로그램으로는 보건교육, 운동프로그램, 건강검진 등이 있다.

일곱째, 거주시설 프로그램(housing program)은 취약한 인구에 대하여 건강과 지원적 서비스에 대한 접근을 용이하게 한다. 의료와 통합된 거주시설은 주단위로 혈압검사를 위해 간호사를 보내는 의료시스템에 가입된 독립적인 아파트에서부터 24시간 계속되는 현장 간호와 사회적 서비스를 가진 지원적 생활시설에 이르기까지 다양하다.

〈表 II-6〉 醫療의 連續的인 概念에 따른 長期療養保護서비스

구 분	서비스
장기입원의료 (Extended Inpatient Care)	전문요양시설 중간요양시설(step-down units) 이동 병상(swing bed)
급성입원의료 (acute inpatient care)	의료/수술 입원시설 정신입원시설 재활입원시설 등
외래의료 (ambulatory care)	의사진료 낮 병원 성인주간보호(진료) 정신질환 진료 정신사회상담 약물 및 알콜 남용진료 위성진료소(Satellite Clinics)
가정의료 (home care)	가정진료 호스피스 고도기술장비지원치료 방문진료 식사배달서비스(home delivered meals) 집안일 서비스 간병요원서비스
부가적인 프로그램 (outreach)	건강검진 정보제공 및 의뢰 전화상담 응급상담 교통지원 노인회원프로그램 급식배달(Meals on Wheels)
복지 및 건강증진서비스 (wellness/health promotion)	교육프로그램 운동프로그램 오락과 사교집단 프로그램 노인자원봉사프로그램
거주시설 프로그램 (housing program)	continuing care retirement communities 노인거주시설 단체치료시설 지원거주시설(assisted living facilities) 정신박약자를 위한 중간요양시설

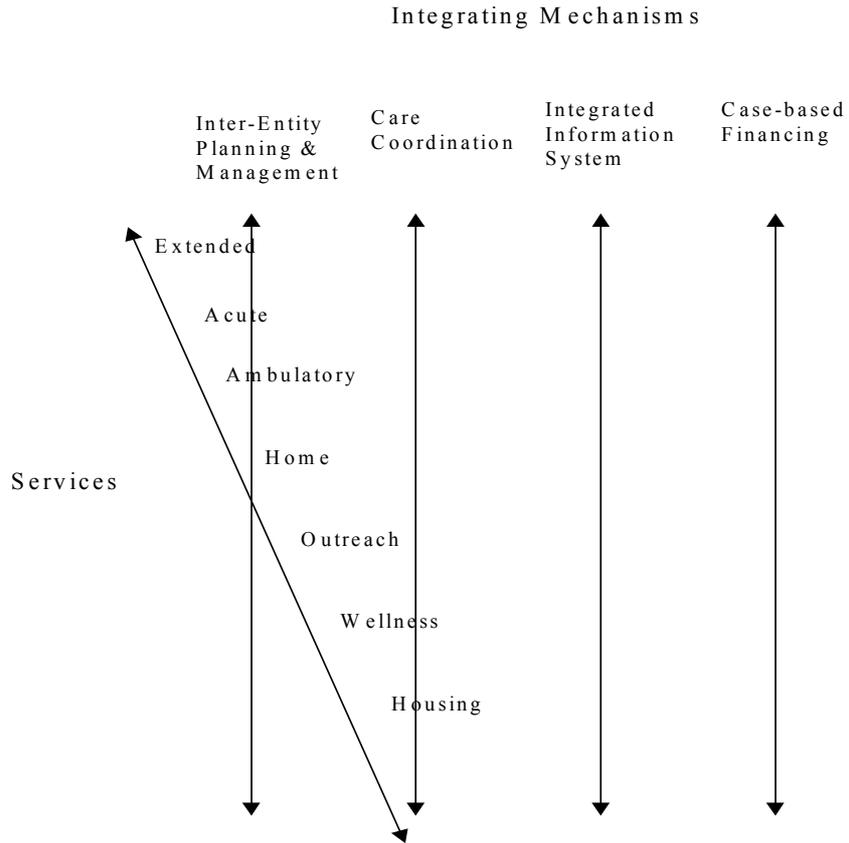
연속적인 개념으로서의 의료를 표현하면, [그림 II-1]과 같은데, 여기에는 60개 이상의 의료서비스를 7가지 항목으로 재분류할 수 있으며 이 또한 여러 차원으로 분류할 수 있고, 따라서 이러한 서비스의 분류 순서도 달라질 수 있다. 이러한 통합체는 모든 항목의 의료서비스를 포함하고 조정하는 관리시스템의 일종이다. 위에서 구분한 7가지 항목을 재원기간(duration of stay), 의료의 강도(intensity of care), 질병의 단계(stage of illness), 전문의 분야(disciplines of professionals), 시설유형, 비공식적인 지원의 이용가능성에 근거하여 재분류할 수 있다. 각 항목안에는 전문임상의사, 공급조직, 가족이나 환자 자신에 의해서 제공하는 건강, 정신건강과 사회적인 서비스가 있다. 이러한 관계를 행렬(matrix)로 그려보면 정적이 아니라 동적임을 알 수 있다. 각 항목간 뿐만 아니라 항목내에서 의료서비스의 연속성은 분명하게 나타난다. 각 항목은 규제, 재정(지불방법), 대상인구, 인력과 시설요건이 다르며, 또한 입원제도, 환자치료규정과 의료비청구시스템(billing system)도 다르다. 그리고 각 조직은 고유의 환자의뢰와 퇴원제도를 가지고 있다. 서비스를 하나의 연속체로 조직하는 근본목적은 통합을 성취하기 위한 것이지만, 서비스간 차이로 통합된 계획과 운영이 매우 어렵다.

한편 의료의 연속체란 하나 하나의 서비스를 모아놓는 것 이상이며, 의료시스템이 운영의 효율성, 원만한 환자흐름, 서비스의 질에 있어서 향상을 꾀하기 위해서는 통합체로 구성되어야 함을 의미한다. 이를 위해서 4개의 통합관리시스템인 상호실체계획과 관리구조(inter-entity planning & management), 의료조정(care coordination), 통합된 정보시스템(integrated information system), 재정(case-based financing) 등이 필요하다.

첫째, 상호실체계획과 관리구조는 관리요강(management arrangement)

과 운영정책이 서비스들 사이에 의료를 조정하고, 원만한 환자의 흐름을 촉진하고, 전문인력시설들의 사용을 극대화할 수 있도록 마련되어야 한다는 것을 의미한다. 예를 들면, 이러한 구조에는 생산관리조직(product line management organization), 연합계획위원회(joint planning committees)와 합의된 예산(negotiated budgeting)등이 있다. 둘째, 의료 조정(care coordination)이란 의료의 임상적인 구성요소들을 조정하는 것인데, 보통 복수의 장소에서 다양한 분야의 전문가 사이의 의사소통을 원활히 하기 위한 사람들과 과정을 결합한다. 셋째, 통합된 정보 시스템이란 다수의 장소에서 다수의 공급자와 지불자가 사용할 수 있도록 재정적, 임상적 의료이용에 관한 정보를 묶은 환자기록이다. 넷째, 통합된 재정이란 급성치료뿐만 아니라 장기요양보호서비스에 대한 재정을 가능하도록 하여 의료의 연속성과 적정성에 대한 장애를 제거한다.

[그림 11-1] 連續的 概念으로서 醫療의 統合體



자료: Connie Evashwick. "Defining of the Continuum of Care." in *Managing the Continuum of Care*, C. Evashwick and L. Weiss, Rockville, MD: Aspen Publishers, Inc., 1987.

3. 慢性疾患者を 위한 保健醫療施設

만성질환자를 위한 장기요양보호서비스는 의료, 재활, 사회서비스, 주거서비스 등을 포함하는데, 이들 서비스들은 요구되는 의료적 수준에 따라 셋으로 구분된다. 제1수준의 장기요양보호서비스는 의료적 지원보다는 보건복지서비스로 대부분의 일상생활활동이 가능한 노인 및 만성질환자에게 제공되는 서비스를 말한다. 이러한 수준의 요양서비스를 제공하는 시설에서는 의료서비스를 제공하지 않으며 시설 외에서 의료서비스와 방문간호서비스를 받고 있는 사람들만 입소하고 있다. 이러한 수준의 대표적인 시설이 residential care home이라 할 수 있다. 제2수준의 서비스는 건강문제와 기능장애가 있는 노인 및 만성질환자에게 의사와 간호사의 감독에 의해 제공되는 진료서비스를 말하는데, 이러한 요양서비스를 제공하는 시설유형으로는 nursing facilities가 있다. 마지막으로 제3수준은 만성질환이나 급성질환을 겪는 환자들에게 제공되는 고도의 의료기술이 필요한 요양서비스를 말한다(그림 II-2 참조). 장기요양보호서비스가 활성화된 선진국에서는 장기요양보호서비스의 유형에 큰 차이를 보이지 않는다. 따라서 여기서는 장기요양보호서비스체계가 정착된 미국의 유형을 검토하고자 한다.

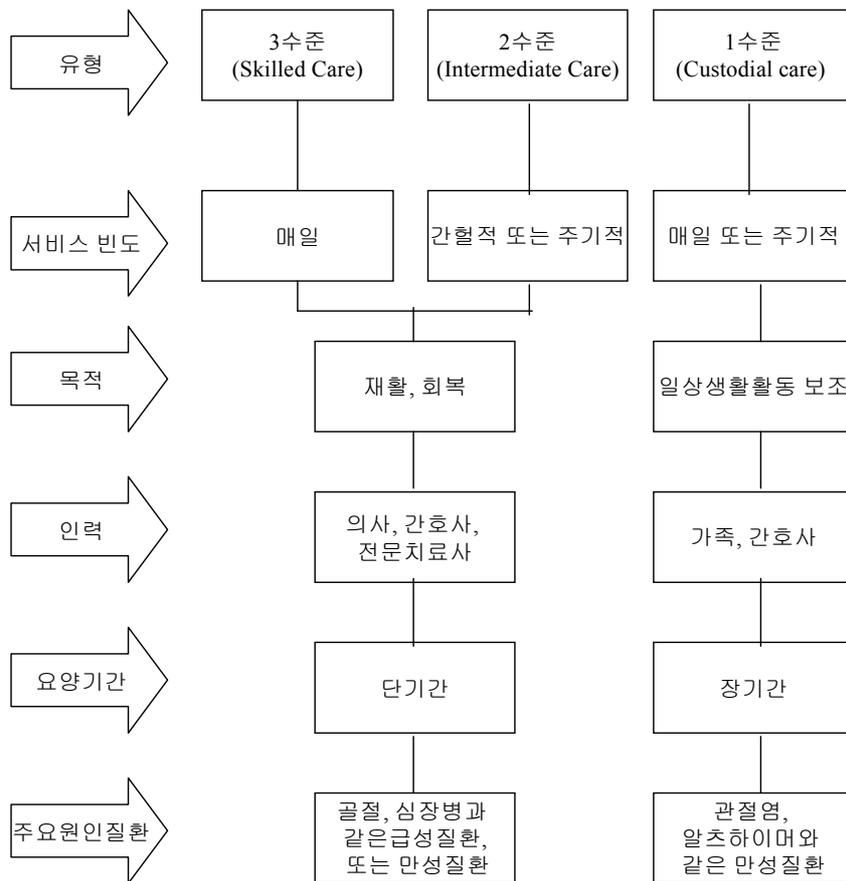
가. 居住地 療養施設(Residential Care Homes)

이전에 쉼터라 불리었던 주거시설(residential facilities)에는 흔히 domiciliary homes, personal care homes, assisted living facilities, 그리고 group homes 등이 포함된다. 이들 시설은 소규모이고 1960년대 중반 Medicare나 Medicaid가 형성되기 이전에 운영되었던 boarding homes와 거의 유사하다. 이러한 시설의 입소자들은 대부분 또는 모든 것을 스스로 돌볼 수 있는 사람들이다. 이들이 점차 자신을 돌볼 능력이 감

되되고 누군가의 도움이 필요하게 되면, 24시간 전문 요양 서비스를 제공하는 전통적인 요양시설로 옮겨가게 된다.

쉼터에서는 전문 건강 서비스가 거의 제공되지 않으며, 주에 따라서는 면허(인가)를 요하지 않는다. 대부분의 이 시설의 거주자는 현금을 지불하거나 메디케이드나 지방 재원으로부터 보조를 받는다.

[그림 11-2] 療養서비스의 類型



나. Nursing Facilities(Intermediate Care Facilities)

인가된 요양원은 그들이 제공하는 요양 서비스의 수준이나 제공한 서비스에 대해 어떻게 보상을 받을 것인지를 명시할 수 있는 자격이 주어질 수 있다. 중간 단계(intermediate)의 요양을 제공하도록 인가된 요양원을 전에는 중간요양시설(ICFs: Intermediate Care Facilities)이라고 불렀다. 현재 새롭게 붙여진 명칭은 요양시설(NF: Nursing Facility)이다. 요양시설은 주마다 규정이 다소 다르기는 하지만, 다양한 ADL(Activities of Daily Living) 서비스에 의존해야 하는 거주자들에게 대한 요양제공에 대해 보통은 합법적으로 메디케이드 재원, 즉 주정부의 보상받을 수 있다. ADL서비스의 예로는 옷입히기, 목욕시키기, 먹여주기 등이 포함된다.

주에 따라서, 거주자들은 경미한 요양, 중간요양과 강도 높은 전문 요양 대상으로 분류되기도 한다. 거주자 요양 서비스에 대한 보상은 요구되는 요양 서비스의 수준이나 양에 근거한다.

텍사스나 네브라스카와 같은 주들은 많은 수의 중간요양시설을 갖고 있으나, 캘리포니아와 같은 다른 주들은 이런 시설이 거의 없다. 대략 모든 요양원 병상의 3분이 1이 중간 단계의 요양으로 인가되고 있다(Mattenson, McConnell, & Linton, 1997).

다. 專門療養施設(Skilled Nursing Facilities)

메디케어 자금, 즉 연방정부의 보상 프로그램으로부터 지원을 받을 수 있는 요양원을 숙련된 전문요양시설(SNF)이라 칭한다. 전문요양시설은 간호사, 물리치료사, 또는 작업 요법사 등과 같은 건강 요양 전문인들의 주위가 필요한 요양을 제공한다. 중간 단계 요양이 일상생활 활동(ADL)을 수행할 수 있는 능력에 초점을 맞추는 반면, 전문요양

은 면허 있는 스텝에 의해 수행되는 치료나 처치에 초점을 맞춘다. 예컨대, 골절된 엉덩이를 위한 재활, tube feedings, 인공 항문 성형술(ostomy)로 인한 요양 등이 포함된다. 메디케어는 요양 거주자 서비스에 대해 2% 정도만 지원한다.

몇몇 주들은 중간 단계와 전문 요양을 결합한 독특한 면허와 인정 과정을 갖고 있다. 예컨대, 메릴랜드주에서는, 요양원 병상들이 중간 단계나 전문요양을 요하는 거주자가 시설에 있는 아무 병상이나 사용할 수 있다는 의미에서 포괄적이라고 할 수 있다.

라. 退職者村(Retirement Communities)

일부 요양원들은 퇴직자촌(retirement community) 또는 퇴직자 센터라고 하는 큰 단지의 일부로서 존재한다. 이들 센터는 Life Care Retirement Communities(LCRCs) 또는 Continuing Care Retirement Communities(CCRCs). 두 유형 모두 거주자가 일시적 또는 영구적 요양을 필요로 할 때 제공해 줄 수 있는 요양원뿐만 아니라 아파트나 독채와 같은 독립적인 생활 주거환경을 갖고 있다. 요양원 병상은 중간 단계, 전문 또는 양자가 결합된 것이다. 일부 센터는 반드시 24시간 요양이 필요한 것은 아니지만, 24시간 감독이 필요한 거주자들을 위한 assisted living(or domiciliary)지역을 갖고 있다.

생활요양센터(LCRC)에서 거주자들은 보통 생활비와 요양비의 대부분을 포함한 입주비를 지불한다. CCRC에서는 적은 입주비만을 내지만, 필요한 요양 수준에 따라 매달 지불하기도 한다.

마. 擴大 療養施設(Extended Care Facilities: ECF)

ECF의 개념은 원래 요양원의 개념과는 다른 것이었다. ECF는 급성

치료로부터 벗어난 환자들을 위해 더 오랜 기간 수용할 수 있는 시설을 원하는 병원을 위해 개발되었다. 비록 오늘날에도 이 용어가 때로 사용되기는 하지만, 이런 유형의 시설이 널리 사용되는 것은 아니다.

바. 專門治療(Specialty Care)

지난 10년간, 여러 형태의 전문 치료 시설이 요양원의 일부로서 또는 독립적인 시설(freestanding units)로 개발되어 왔다. 이 시설에서는 모든 입소자들이 동일하거나 유사한 의학적 진단을 갖고 있다. 그 중에서 가장 일반적인 시설이 치매전문시설(dementia or geropsychiatric units), 뇌손상 전문시설(head injury units)과 인공 호흡기 시설(ventilator units) 등이 있다. 치매전문시설은 치매를 진단 받은, 흔히 알츠하이머 병을 갖고 있는 사람들을 수용한다. 이런 유형의 시설의 장점은 치료가 입소자들의 필요에 응하도록 특별히 조정될 수 있다. 예컨대, 정신 착란의 증상을 가진 환자를 위한 활동은 다른 환자와는 다르게 구성되어야 한다. 스태프 비율도 전통적인 요양원에서 보다 훨씬 높아야 한다. 왜냐하면, 병의 단계에 따라서는 더 강도 높은 감독이 필요하기 때문이다. 치매환자를 예로 들면, 그들에게는 환경적인 구성이 필요하다. 시설은 안전하고, 편안해야 하며, 지나치게 자극적이어서는 안된다. 치매전문시설이 갖고 있는 문제점 중에 하나는 입소와 퇴소의 기준을 정하는 것이다. 일부 시설들은 초기 또는 중기의 치매 환자들을 입소시키고자 한다. 그러나 많은 가족들은 치매를 가진 가족 구성원의 감정적 행동이나 신체적 조건이 더 이상 가정에서 돌볼 수 없을 만큼 어려워질 때까지 그들과 가정에서 함께하기를 바란다.

또 다른 시설들은 치매의 단계에 상관없이 환자의 입소를 허용한다. 그러나 초기 또는 중기 치매 환자가 있는 가족들은 그들이 아끼는 가족이 말기 환자와 함께 있는 것을 원치 않는다. 이런 문제 내지

는 다른 문제에도 불구하고 치매전문시설은 꽤 대중적이며 치매를 가진 노인이 증가함에 따라 계속해서 개발되고 있다.

뇌손상전문시설 및 인공호흡기시설은 그 입소자가 노인이라기보다는 주로 청장년들이다. 많은 주들이 증상이 더 심하거나 더 복잡한 치료(care)가 필요한 입소자들을 위해 높은 비율로 요양원에 보낸다.

요양원의 또 하나의 특별한 목적은 휴식(respite care)을 위한 가장 흔한 장소가 바로 요양원이다(Stanley & Beare, 1995). 이런 서비스에 대해 메디케이드나 메디케어와 같은 제삼자의 지불자에 의해 보상받지는 못하지만, 집에서 환자를 돌보는 가족이나 간병인에게 휴식을 갖게 하도록 일시적으로 이들 환자를 요양원에 입소시킬 기회를 제공한다. 일부 요양원에서는 이런 목적을 위해 휴식을 제공할 수 있는 병상을 선정한다.

아. 아급성 治療施設(Subacute Care)

아급성 치료는 새로운 개념의 시설로서 의학적으로 병원에서 퇴원해도 될 만큼 안정되어 있으나, 복합적인 건강 치료를 필요로 하는 사람들에게 제공되는 서비스이다. 이곳 환자들은 보통 너무 아파서 가정에서 돌볼 수 없거나 가정에서 간병을 위해 가족의 지원을 받지 못하는 경우이다.

4. 慢性疾患管理方案에 대한 先行研究

선진국에서는 국가차원의 健康增進 및 疾病豫防을 위한 국가보건의료계획을 수립하고 있으며, 이런 계획수립은 國家管理體系 전반에 대한 검토를 기초로 하여 이루어진다. 우리나라의 경우 만성퇴행성질환 관리를 위한 전반적인 국가관리체계의 구축과 관련된 연구는 없으며,

기존의 연구는 주로 지역단위에서 보건소 사업을 중심으로 국가의 지원 필요성을 모색한 정도였다.

지역사회를 대상으로 만성퇴행성질환관리에 관한 연구는 경기도 연천군(서울대학교, 1993), 강원도 화천군(한달선 외, 1993) 등에서 수행되었다. 이들 연구에서는 공공의료기관에서 이루어지는 만성질환관리가 주로 제한적인 범위에서의 患者發見과 治療 中心으로 이루어지고 있다는 점을 지적하고 있으며, 공공기관의 역할 확대와 이를 위한 제반 여건 강화 및 정부지원을 통해 효율적인 만성퇴행성관리사업이 이루어져야 함을 강조하고 있다. 즉, 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1993)은 경기도 연천군을 중심으로 고혈압과 당뇨질환의 관리를 위한 공공보건기관의 접근방안을 제시하였으며, 한림대(1993) 사회의학연구소는 강원도 화천군에서 고혈압사업의 실제 운영과정을 통한 사업모형을 제시하고 있다. 그 외 홍종관과 조환구(1991)는 의료보험 자료를 이용한 성인병 추이를 분석하고, 보건교육 및 건강검진을 중심으로 한 성인병관리방안을 제시하였다.

가장 포괄적인 관점에서 이루어진 정두채 외(1999)의 연구는 접근과 범국가적 차원에서의 적극적인 개입이 필요함을 강조하였으며, 국가관리 만성퇴행성질환을 선정하고, 민간과 공공협동 혹은 공공 관리모형에 근거한 慢性退行性疾患 國家管理體系 案을 제시하고 있다. 국가 만성퇴행성질환 관리체계의 구성요소로는 국가 만성퇴행성질환 관리사업체계와 이들 사업을 관리, 지원하는 조직·자원체계로 구분하여 제시하였으며, 만성퇴행성질환관리 사업체계에서는 예방과 보건교육, 조기진단 및 등록사업, 치료 및 재활사업, 연구사업 등을 만성퇴행성질환 관리 조직·자원체계는 만성퇴행성질환 관리사업이 원활하게 구동할 수 있도록 지원하는 행정조직 체계와 인력 및 정보·기술, 재정 등의 관리 자원개발 체계로 구분하여 고찰하였다.

Ⅲ. 慢性疾患者 實態 分析

1. 慢性疾患者の 特性

가. 人口學的인 特性

1) 性別

총 조사대상자 43,682명 중 만성질환자수는 24,476명으로 전체에서 56%가 만성질환이 있는 것으로 나타났다. 만성질환자의 남녀 비율을 보면 남자는 47.1%이고 여성은 52.9%로 여성이 남성보다 5.8%가 높다. 남성에서 만성질환자라고 응답한 사람의 비율은 54%이며, 여성의 경우는 58%로 여성이 남성보다 좀더 높게 나타났으며 이는 통계적으로 유의하다($p < 0.05$).

〈表 III-1〉 性別에 따른 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구 분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	성별내 %	만성질환 무내 %	N	성별내 %	만성질환 유내 %	N	%
남	9,822	46.0	51.1	11,537	54.0	47.1	21,359	100.0
여	9,383	42.0	48.9	12,939	58.0	52.9	22,322	100.0
합계	19,205	44.0	100.0	24,476	56.0	100.0	43,681	100.0

Pearson $\chi^2 = 69.145$, P=0.000

2) 年齡

만성질환자에 대한 나이별로 분포를 살펴보면 0~9세 아동은 9.5%를 차지하였고 10~19세는 11.3%, 20~29세는 11.9%, 30~39세는 19.0%로 가장 많은 분포를 보였고, 그 다음으로는 40~49세로 17.1%를 차지하였다. 50~59세는 13.6%를, 60~69세는 10.9%, 70세 이상은 6.7%를 차지하였다.

10세 간격 나이에 따른 만성질환자 비율의 차이를 보이며 통계적으로 유의하게 나타난다(p<0.05). 0~9세에서 만성질환자의 비율을 보면 35.1%이고 10~19세의 경우는 39.6%로, 20~29세에서는 44.1%이며, 30세 이후부터는 만성질환자의 비율이 50%를 넘어서는데 30~39세는 58.3%, 40~49세는 66.7%, 50~59세는 78.1%, 60~69세는 87.3%, 70세 이상에서는 87.5%로 나이가 많아질수록 만성질환자의 비율은 증가하는 것으로 나타났다.

〈表 III-2〉 年齡에 따른 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구 분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	연령별 내%	만성질환 무내 %	N	연령별 내%	만성질환 유내 %	합계	%
0~9세	4,314	64.9	22.5	2,329	35.1	9.5	6,643	100.0
10~19세	4,234	60.4	22.0	2,773	39.6	11.3	7,007	100.0
20~29세	3,694	55.9	19.2	2,914	44.1	11.9	6,608	100.0
30~39세	3,322	41.7	17.3	4,644	58.3	19.0	7,966	100.0
40~49세	2,087	33.3	10.9	4,174	66.7	17.1	6,261	100.0
50~59세	931	21.9	4.8	3,329	78.1	13.6	4,260	100.0
60~69세	390	12.7	2.0	2,677	87.3	10.9	3,067	100.0
70세 이상	234	12.5	1.2	1,635	87.5	6.7	1,869	100.0
합계	19,206	44.0	100.0	24,475	56.0	100.0	43,68	100.0

Pearson $\chi^2 = 5454.102$, P=0.000

3) 生涯週期

만성질환자에서 생애주기별 분포를 살펴보면 0~6세는 5.6%, 7~18세에서는 14.2%, 19~44세는 41.7%, 45~64세는 27.4%, 65세 이상인 노인에서는 11.1%로 19~44세인 경우가 가장 높은 분포를 보였다.

생애주기별로 보면 0~6세인 영유아인 경우 29.1%, 7~18세에서는 41.8%, 19~44세에서는 54%, 45~64세는 77.3%, 65세 이상인 노인층에서는 88%로 영유아에서 노인층으로 갈수록 만성질환이 있다라고 대답한 사람의 비율이 높아지며 생애주기별 만성질환자의 비율은 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다($p < 0.05$).

〈表 III-3〉 生涯週期에 따른 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	생애주기 별내 %	만성질환 무내%	N	생애주 기별내%	만성질환 유내%	N	%
0~6세	3,317	70.9	17.3	1,362	29.1	5.6	4,679	100.0
7~18세	4,852	58.2	25.3	3,482	41.8	14.2	8,334	100.0
19~44세	8,694	46.0	45.3	10,203	54.0	41.7	18,897	100.0
45~64세	1,971	22.7	10.3	6,715	77.3	27.4	8,686	100.0
65세 이상	370	12.0	1.9	2,715	88.0	11.1	3,085	100.0
합계	19,204	44.0	100.0	24,477	56.0	100.0	43,681	100.0

Pearson $\chi^2 = 4971.991$, $P=0.000$

4) 結婚狀態

만성질환자에서 결혼상태별 분포를 살펴보면 미혼인 경우가 14.7%, 유배우자가 있는 경우는 59.8%, 이혼, 별거, 사별을 통한 무배우자는 10.6%, 비해당(만14세 이하)에서는 15.0%로 유배우자가 가장 큰 분포를 보였다.

미혼인 경우에서 만성질환자 비율이 40.2%, 유배우는 67.3%, 이혼,

별거, 사별을 통한 무배우자는 83.7%, 기타에 해당하는 결혼상태에서는 36.9%로 나타나 결혼상태에 따라 만성질환자의 비율이 통계적으로 유의한 차이를 보인다(p<0.05). 즉 이혼, 별거, 사별을 통한 무배우자에게 있어 만성질환이 가장 높고, 미혼인 경우와 기타에서 차례로 낮게 나타났다. 미혼인 경우에 있어서는 결혼상태 외에도 유배우자에 비해 상대적으로 나이가 어려 낮게 나타날 수 있다.

〈表 III-4〉 結婚狀態에 따른 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성무			만성유			합계	
	N	결혼상태내%	만성질환무내%	N	결혼상태내%	만성질환유내%	N	%
미혼	5,346	59.8	27.8	3,590	40.2	14.7	8,936	100.0
유배우	7,107	32.7	37.0	14,639	67.3	59.8	21,746	100.0
이혼, 별거, 사별	503	16.3	2.6	2,587	83.7	10.6	3,090	100.0
비해당(14세 이하)	6,249	63.1	32.5	3,660	36.9	15.0	9,909	100.0
합계	19,205	44.0	100.0	24,476	56.0	100.0	43,681	100.0

Pearson $\chi^2 = 4971.991$, P=0.000

5) 教育程度

만성질환자에 있어 교육수준별 분포를 보면 미취학인 경우 5.1%, 무학은 9.9% 초등에서는 22.6%, 중졸은 14.9%, 고졸은 31.0%, 전문대 이상인 경우는 16.5%로 고졸이 가장 높은 분포를 보였다.

만성질환의 유무에 대해서 교육수준별로 살펴보면 미취학인 경우 27.8%, 무학인 경우는 87.2%, 초등학교 졸업인 경우 66%, 중졸인 경우 59.8%, 고졸인 경우는 54.7%, 전문대 이상인 경우는 50.2%로 가장 낮은 비율을 보인다. 교육수준에 따른 만성질환자 비율은 통계적으로 유의한 차이를 보이며(p<0.05) 교육수준이 낮을수록 만성질환자의 비율이 증가하는 것으로 나타났다.

〈表 III-5〉 教育水準에 따른 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	교육수준 별내%	만성질환 무내%	N	교육수준 별내%	만성질환 유내%	N	%
미취학	3,243	72.2	16.9	1,249	27.8	5.1	4,492	100.0
무학	353	12.8	1.8	2,413	87.2	9.9	2,766	100.0
초등	2,847	34.0	14.8	5,531	66.0	22.6	8,378	100.0
중졸	2,459	40.2	12.8	3,656	59.8	14.9	6,115	100.0
고졸	6,290	45.3	32.8	7,584	54.7	31.0	13,874	100.0
전문대 이상	4,014	49.8	20.9	4,043	50.2	16.5	8,057	100.0
합계	19,206	44.0	100.0	24,476	56.0	100.0	43,682	100.0

Pearson $\chi^2 = 3042.787$, $P=0.000$

6) 地域別 分布

만성질환자에 있어 도시, 농촌별 거주 비율을 살펴보면 도시에 거주하는 사람이 76.7%, 농촌에 거주하는 사람은 23.3%로 농촌에 비해 도시에 거주하는 사람이 53.4% 많았다.

지역에 따라 만성질환자 비율은 통계적으로 유의한 차이($p<0.05$)를 보이며 도시거주자에서 만성질환자의 비율은 53.6%이고, 농촌은 65.8%로 농촌에 거주하는 사람이 도시에 거주하는 사람에 비하여 만성질환자 비율이 높게 나타났다. 그러나 최근에 농촌에 거주하는 사람이 노인층이 대부분이어서 이로 인해 도시에 거주하는 사람보다 만성질환이 있다고 응답한 사람이 높게 나타날 수 있다.

〈表 III-6〉 地域別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	지역구분 별내%	만성질환 무내%	N	지역구분 별내%	만성질환 유내%	N	%
도시	16,237	46.4	84.5	18,769	53.6	76.7	35,006	100.0
농촌	2,968	34.2	15.5	5,707	65.8	23.3	8,675	100.0
합계	19,205	44.0	100.0	24,476	56.0	100.0	43,681	100.0

Pearson $\chi^2 = 417.972$, P=0.000

나. 社會經濟的인 特性

1) 職業別 分布(活動分野)

만성질환자에 대해서 직업별 분포를 살펴보면 전문행정관리직이 4.8%, 사무직 5.9%, 판매서비스직은 12.0%, 농어업은 9.0%, 기능단순 사무직은 14.3%, 군인 0.1%, 학생 7.2%, 기타 46.7%로 나타났다.

만성질환 유무에 대해 직업별로 살펴보면 전문행정관리직은 54.4%가 만성질환이 있다고 응답하였고, 사무직은 50.5%, 판매서비스직은 61.3%, 농어업은 83.3%, 기능단순노무직은 64.6%, 군인은 44.1%, 학생은 38.3%, 그외 기타(미취학, 주부, 무직)에서는 54.1%로 나타났으며 직업에 따라 만성질환자 비율은 통계적으로 유의한 차이를 보였다 (<0.05). 즉 농어업인 경우에 만성질환자 비율이 가장 높게 나타났고 그 다음이 기능단순노무직이었다. 반면 직업이 학생인 경우에 만성질환자 비율이 가장 낮게 나타났으며 군인(44.1%)이 그 다음 순으로 나타났다. 학생인 경우는 다른 직업에 비해 상대적으로 나이가 어리기 때문에 만성질환이 있다고 응답한 사람이 적게 나타날 수 있다.

〈表 III-7〉 職業別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	직업별내 %	만성질환 무내%	N	직업별내 %	만성질환 유내%	N	%
전문행정관리직	992	45.6	5.2	1,183	54.4	4.8	2,175	100.0
사무직	1,429	49.5	7.4	1,455	50.5	5.9	2,884	100.0
판매서비스직	1,853	38.7	9.6	2,930	61.3	12.0	4,783	100.0
농어업	440	16.7	2.3	2,192	83.3	9.0	2,632	100.0
기능단순노무직	1,912	35.4	10.0	3,490	64.6	14.3	5,402	100.0
군인	33	55.9	.2	26	44.1	.1	59	100.0
학생	2,838	61.7	14.8	1,764	38.3	7.2	4,602	100.0
주부, 무직 등	9,706	45.9	50.5	11,437	54.1	46.7	21,143	100.0
합계	19,203	44.0	100.0	24,477	56.0	100.0	43,680	100.0

Pearson $\chi^2 = 1667.411$, $P=0.000$

2) 從事上 位置

만성질환이 있다고 응답한 사람들에 대한 종사자의 지위상 분포를 살펴보면 자영업자인 경우는 12.7%, 고용주는 2.6%, 전일제상용근로자는 17.3%, 시간제상용근로자는 0.5%, 임시근로자는 1.9%, 무급가족종사자는 6.5%, 비해당자는 51.3%였다.

종사상의 위치에 따라 만성질환의 유무에 차이가 나타나며 통계적으로 유의하다. 만성질환의 유무를 종사상의 위치별로 살펴보면 자영업자는 70.6%, 고용주는 62.1%, 전일제상용근로자는 55.3%, 시간제상용근로자는 61.8%, 임시근로자는 57.9%, 일용근로자 66.6%, 무급가족종사자에서는 74.1%로 무급가족종사자인 경우(74.1%)에서 만성질환자 비율이 가장 높게 나타났고 두 번째로는 자영업자(70.6%)였다. 반면 전일제 상용근로자(55.3%)에서 가장 낮은 만성질환자 비율이 나타났다.

〈表 III-8〉 従事者の 地位別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	중사상의 지위내%	만성질환 유무내%	N	중사상의 지위내%	만성질환 유무내%	N	%
자영업자	1,298	29.4	6.8	3,111	70.6	12.7	4,409	100.0
고용주	382	37.9	2.0	625	62.1	2.6	1,007	100.0
전일제상용근로자	3,423	44.7	17.8	4,235	55.3	17.3	7,658	100.0
시간제상용근로자	83	38.2	.4	134	61.8	.5	217	100.0
임시근로자	339	42.1	1.8	467	57.9	1.9	806	100.0
일용근로자	550	33.4	2.9	1,095	66.6	4.5	1,645	100.0
무급가족종사자	552	25.9	2.9	1,583	74.1	6.5	2,135	100.0
기타	12,578	48.7	65.5	13,226	51.3	54.0	25,804	100.0
합계	19,205	44.0	100.0	24,476	56.0	100.0	43,681	100.0

Pearson $\chi^2 = 996.719$, P=0.000

3) 醫療保障形態

만성질환에 대한 의료보장종류별 분포를 보면 공교보험인 경우 9.2%, 직장보험은 33.2%, 지역보험은 54.3%, 의료보호는 2.3%, 의료보장이 없는 경우는 1.0%로 지역보험이 가장 높은 분포를 보였고 그 다음은 직장보험으로 나타났다.

의료보장종류별 만성질환자 비율을 보면 공교보험인 경우 55.6%, 직장의료보험에서는 54.7%, 지역의료보험은 56.4%, 의료보호는 75.1%이며 의료보험에 가입이 안 되어 있는 경우에는 52.1%로 차지하였다. 의료보장종류에서 의료보호인 경우가 만성질환자의 비율이 가장 높은 것으로, 지역의료보험인 경우가 유병률이 가장 적은 것으로 나타났다으며 통계적으로 유의하다(p<0.05).

〈表 III-9〉 醫療保障種類別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	의료보장 종류내%	만성질환 무내%	N	의료보장 종류내%	만성질환 유내%	N	%
공교	1,791	44.4	9.3	2,240	55.6	9.2	4,031	100.0
직장	6,736	45.3	35.1	8,130	54.7	33.2	14,866	100.0
지역	10,259	43.6	53.4	13,293	56.4	54.3	23,552	100.0
의료보호	186	24.9	1.0	561	75.1	2.3	747	100.0
없음	232	47.9	1.2	252	52.1	1.0	484	100.0
합계	19,204	44.0	100.0	24,476	56.0	100.0	43,680	100.0

Pearson $\chi^2 = 126.182$, $P=0.000$

4) 月平均 家口所得

만성질환자에 있어서 가구 소득의 분포를 보면 50만원 이하인 사람은 20.6%, 51~150은 49.5%, 151~300만원인 경우는 26.1%, 301만원 이상은 3.9%로 51만원에서 150만원인 경우가 가장 높은 분포를 보였다.

가구 소득에 따른 만성질환자 비율은 통계적으로 유의한 차이를 보인다($p<0.05$). 즉 50만원 이하에서 만성질환이 있다고 응답한 사람의 비율은 69.0%, 51만원에서 150만원은 54.7%, 151만원에서 300만원은 51.5%, 301만원 이상에서는 51.6%로 가구 소득이 낮을수록 만성질환자의 비율이 높게 나타났다.

<表 III-10> 月平均 家口所得別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

구분	만성질환 무			만성질환 유			합계	
	N	가구소득 내%	만성질환 무내%	N	가구소득 내%	만성질환 유내%	N	%
50만원 이하	2,264	31.0	11.8	5,039	69.0	20.6	7,303	100.0
51~150만원	10,047	45.3	52.3	12,112	54.7	49.5	22,159	100.0
151~300만원	6,005	48.5	31.3	6,378	51.5	26.1	12,383	100.0
301만원 이상	889	48.4	4.6	948	51.6	3.9	1,837	100.0
합계	19,205	44.0	100.0	24,477	56.0	100.0	43,682	100.0

Pearson $\chi^2 = 632.955$, P=0.000

다. 保健學的인 特性

1) 罹患個數

만성질환이 있다고 응답한 사람을 중심으로 이환갯수의 분포를 살펴보면 1개라고 응답한 사람은 40.1%로 가장 많았고 그 다음은 이환갯수가 2개로 30.7%로 나타났다. 이환갯수가 3개인 사람은 15.2%, 이환갯수가 4개라고 응답한 사람은 7.2%로, 5개인 사람은 6.7%를 차지하였다.

반면에 만성질환이 없는 사람의 경우 대부분의 경우인 94.2%가 이환갯수가 1개였으며 두 개 이상의 이환이 있는 경우는 거의 없었다. 그러나 만성질환자의 경우 2개 이상 이환자에게도 60%나 되었다.

〈表 III-11〉 慢性疾患 罹患 個數別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

이환개수	만성질환 무	만성질환 유	합계
1개	4,350 (94.2)	9,824 (40.1)	14,174 (48.7)
2개	248 (5.4)	7,526 (30.7)	7,774 (26.7)
3개	20 (0.4)	3,711 (15.2)	3,731 (12.8)
4개	-	1,774 (7.2)	1,774 (6.1)
5개 이상	-	1,643 (6.7)	1,643 (5.7)
합계	4,618 (100.0)	24,478 (100.0)	29096 (100.0)

2) 主要 活動制限

가) 主要 活動制限 程度別

주요 활동제한이란 질병이나 장애 또는 고령으로 인해 평소 활동에 제한을 가져온 경우로서 전체 조사대상자에서 5.5% 정도가 활동제한이 있는 것으로 나타났다.

만성질환이 있다고 응답한 집단 중에서 주요활동제한정도에 대한 분포를 살펴보면 ‘주요활동을 전혀 못한다’, ‘주요활동에 제한적이다’와 ‘일반활동에 지장을 받는다’라고 응답한 비율이 각각 0.9%, 2.1%와 6.0%였다. 그러나 대부분의 만성질환자들은 주요활동에 전혀 제한을 받지 않았다.

〈表 III-12〉 主要 活動制限 程度別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

주요 활동제한 정도	만성질환 무	만성질환 유	합계
전혀못함	34 (.2)	224 (.9)	258 (.6)
제한적	61 (.3)	504 (2.1)	565 (1.3)
일반활동지장	92 (.5)	1,477 (6.0)	1,569 (3.6)
전혀없음	19,019 (99.0)	22,272 (91.0)	41,291 (94.5)
합계	19,206 (100.0)	24,477 (100.0)	43,683 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 1349.751$, P=0.000

나) 主要活動制限 原因別

주요활동에서 제한을 받은 822명 중에서 만성질환자 비율은 88.4%였으며 만성질환이 있다고 응답한 사람들 중에서 질병으로 인해 주요 활동제한을 받은 사람의 비율은 63%으로 가장 높은 분포를, 반면에 사고(손상)에 의해 주요활동에 제한을 받는 경우는 10.2%로 가장 낮은 분포를 보였으며, 장애로 인해 주요활동에 제한을 받는 경우는 11.8%이고, 고령 때문에 주요활동에 제한을 받는 경우는 15%였다.

〈表 III-13〉 慢性疾患의 有無別 主要 活動制限 原因

(단위: 명, %)

	만성질환 무	만성질환 유	합계
질병	4 (4.2)	458 (63.0)	462 (56.2)
사고(손상)	5 (5.3)	74 (10.2)	79 (9.6)
장애	53 (55.8)	86 (11.8)	139 (16.9)
고령	33 (34.7)	109 (15.0)	142 (17.3)
합계	95 (100.0)	727 (100.0)	822 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 168.756$, P=0.000

3) 屋內 活動

만성질환자 중에서 옥내활동이 혼자 가능한 집단과 주요활동에 지장이 없는 집단의 비율은 각각 17.5%와 81.3%를 차지하였고 도움이 필요하다고 응답한 사람은 0.8%와 전혀 옥내 활동을 못하는 경우는 0.4%로 대부분의 만성질환자들이 옥내 활동에 지장을 받지 않았다.

〈表 III-14〉 慢性疾患의 有無別 屋內活動 程度

(단위: 명, %)

	만성질환 무	만성질환 유	합계
혼자 가능	635 (3.3)	4,284 (17.5)	4,919 (11.3)
도움 필요	22 (.1)	189 (.8)	211 (.5)
전혀 못함	18 (.1)	95 (.4)	113 (.3)
활동지장 없음	18,523 (96.5)	19,904 (81.3)	38,427 (88.0)
합계	19,198 (100.0)	24,472 (100.0)	43,670 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 2338.334$, P=0.000

4) 屋外活動

만성질환자 중 옥외활동 정도를 살펴보면 혼자서 옥외활동이 가능하다고 응답한 사람의 비율은 16.2%였고, 도움이 필요한 경우는 1.5%, 옥외활동이 전혀 불가능 한 사람은 0.9%로 옥내활동에서처럼 대부분의 만성질환자들이 옥외활동에서도 지장을 받지 않았다.

〈表 III-15〉 屋外活動 程度別 慢性疾患의 有無

(단위: 명, %)

	만성질환 무	만성질환 유	합계
혼자가능	592 (3.1)	3,972 (16.2)	4,564 (10.5)
도움필요	45 (.2)	367 (1.5)	412 (.9)
전혀못함	39 (.2)	230 (.9)	269 (.6)
육외활동지장없음	18,523 (96.5)	19,904 (81.3)	38,427 (88.0)
합계	19,199 (100.0)	24,473 (100.0)	43,672 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 2337.241$, P=0.000

5) 日常生活 遂行能力(ADL)

가) 日常生活遂行能力(全體制限)

전체조사대상자중 걷기, 일어서기, 앉고 서기, 옷갈아 입기, 세수하기, 밥먹기, 화장실 사용하기 등과 같은 일상생활 수행능력에 모두 제한이 있다고 응답한 경우 0.4%를 차지하였다.

만성질환자에서의 일상생활 수행능력 제한에 대한 분포를 보면 일상생활 수행에서 전혀 제한이 없는 사람의 비율은 99.3%를 차지하였고, 일상생활 수행능력 6개 항목을 모두 선택한 사람의 비율은 0.7%였다.

〈表 III-16〉 慢性疾患의 有無別 ADL 6個 全體項目 制限 與否

(단위: 명, %)

	만성질환 무	만성질환 유	합계
전혀 제한 없음	19,182 (99.9)	24,307 (99.3)	43,489 (99.6)
ADL 모두제한	23 (.1)	170 (.7)	193 (.4)
합계	19,205 (100.0)	24,477 (100.0)	43,682 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 80.821$, P=0.000

나) 日常生活遂行能力(一部制限)

전체 조사 대상자 중 걷기, 일어서기, 앉고 서기, 옷갈아 입기, 세수하기, 밥먹기, 화장실 사용하기 등과 같은 일상생활 수행능력에서 일부 제한을 받고 있다고 응답한 사람은 1.1%였다.

만성질환자 중에서 일상생활 수행능력별 분포를 살펴보면 일부제한을 받는 집단은 1.8%에 불과하였고 대부분의 만성질환자들이 일상 생활 수행능력에서 일부제한도 받지 않았다.

〈表 III-17〉 慢性疾患의 有無別 ADL 項目 一部制限 與否

(단위: 명, %)

	만성질환 무	만성질환 유	합계
일부제한	51 (.3)	444 (1.8)	495 (1.1)
제한없음	19,154 (99.7)	24,033 (98.2)	43,187 (98.9)
합계	19,205 (100.0)	24,477 (100.0)	43,682 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 230.292$, P=0.000

6) 手段的 生活遂行能力

가) 手段的 生活遂行能力(全體 制限)

전체 대상자 중 집밖 출입하기, 전화걸기, 버스타기, 집안 일하기 등과 같은 수단적 일상생활 수행능력에 대해 모두 제한을 받고 있는 경우가 1%로 나타났다.

만성질환자 중에서 수단적 일상생활 수행능력에 대한 분포를 살펴보면 전혀 제한이 없다고 응답한 집단이 98.5%를 모두다 제한이 있다고 응답한 집단이 1.5%를 차지하였다.

〈表 III-18〉 慢性疾患의 有無別 IADL 4個 全體項目 制限與否
(단위: 명, %)

	만성질환 무	만성질환 유	합계
전혀 제한 없음	19,146 (99.7)	24,112 (98.5)	43,258 (99.0)
모두제한(4개)	59 (.3)	365 (1.5)	424 (1.0)
합계	19,205 (100.0)	24,477 (100.0)	43,682 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 156.940$, P=0.000

나) 手段的 生活遂行能力(一部 制限)

전체 조사 대상자 중 1.6% 정도가 집밖 출입하고, 전화걸기, 버스타기, 집안일하기 등과 같은 수단적 일상생활 수행능력에 일부 제한을 받고 있으며 이들 4가지 능력에 전혀 제한이 없는 경우는 98.4%였다.

만성질환이 있는 집단에서의 수단적 일상생활 수행능력별 분포를 보면 일부제한이 있는 경우는 2.5%, 제한이 전혀 없는 경우는 97.5%로 대부분의 만성질환자들이 수단적 생활수행능력에서 부분적인 제한도 받지 않았다.

〈表 III-19〉 慢性疾患의 有無別 IADL 4個 項目 一部制限
(단위: 명, %)

	만성질환 무	만성질환 유	합계
일부제한	84 (.4)	604 (2.5)	688 (1.6)
제한없음	19,122 (99.6)	23,872 (97.5)	42,994 (98.4)
합계	19,206 (100.0)	24,476 (100.0)	43,682 (100.0)

Pearson $\chi^2 = 286.174$, P=0.000

라. 主要 慢性疾患

1) 主要 慢性疾患의 種類 및 有病率

한국인이 많이 앓고 있는 만성질환을 보면, 충치가 1위이고 그 다음으로는 피부병⁴⁾(2위), 관절염(3위), 요통·좌골통(4위), 위염·소화성궤양(5위), 고혈압(6위)의 순으로 나타났다. 이와 같은 6대 질환은 전체 만성질환의 54.4%를 차지한다. 생애주기별로 만성질환 유병률을 살펴 보면, 만성질환의 유병률이 점점 높아지는 45세 이상 인구에서는 관절염 유병률이 22.6%로 1위이며, 피부병 18.5%(2위), 요통·좌골통 14.7%(3위), 충치 13.6%(4위), 고혈압 13.4%(5위), 위염·소화성궤양 10.9%(6위), 당뇨 6.9%(7위) 등으로 나타났다. 특히 65세 이상의 노인들이 앓고 있는 주요 만성질환은 관절염(34.2%), 요통·좌골통(23.1%), 고혈압(19.4%) 등이다.

4) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

〈表 III-20〉 生涯週期別 10大 慢性疾患(治療經驗 또는 醫師診斷) 有病率

(단위: %)

순위	전체	0~6세	7~18세	19~44세	45세 이상		
					소계	45~64세	65세 이상
1	충치 (치아우식증)	충치 (치아우식증)	충치 (치아우식증)	피부병	관절염	피부병	관절염
	15.8	15.7	24.4	20.0	22.6	21.1	34.2
2	피부병	피부병	피부병	충치 (치아우식증)	피부병	관절염	요통·좌골통
	15.4	5.3	6.3	13.5	18.5	18.5	23.1
3	관절염	축농증	축농증	위염·소화성 궤양	요통·좌골통	충치 (치아우식증)	고혈압
	7.4	2.0	3.9	6.3	14.7	15.0	19.4
4	요통·좌골통	만성폐색성 폐질환	알레르기성 비염	요통·좌골통	충치 (치아우식증)	요통·좌골통	피부병
	5.8	1.7	3.0	4.1	13.6	11.7	11.3
5	위염·소화성 궤양	천식	만성폐쇄성 폐질환	치질, 치핵	고혈압	고혈압	위염·소화성 궤양
	5.8	1.6	1.0	3.7	13.4	11.3	10.1
6	고혈압	알레르기성 비염	천식	치주질환 및 치경부마모증	위염·소화성 궤양	위염·소화성 궤양	충치 (치아우식증)
	4.2	1.4	1.0	3.0	10.9	11.1	9.5
7	치주질환 및 치경부마모증	만성중이염	변비	관절염	당뇨	치주질환 및 치경부마모증	당뇨
	3.1	0.8	0.8	2.9	6.9	7.2	8.7
8	치질, 치핵	변비	위염·소화성 궤양	축농증	치주질환 및 치경부마모증	당뇨	백내장· 녹내장
	2.7	0.3	0.7	1.9	6.5	6.3	6.7
9	당뇨	만성간염· 간경화	만성중이염	변비	디스크	디스크	만성폐쇄성 폐질환
	2.2	0.2	0.5	1.8	4.2	4.6	5.4
10	축농증	치주질환 및 치경부마모증	빈혈	알레르기성 비염	치질, 치핵	치질, 치핵	천식
	2.1	0.2	0.4	1.8	4.1	4.5	4.8

2) 慢性疾患 認知經緯

만성질환을 인지하는 경위 중에서 자각증상을 통해 만성질환을 인지한 경우는 93.53%로 가장 높게 나왔고 그 다음은 건강검진을 통해 인지한 경우로 6.44%였으며 사고로 인한 인지는 0.03%로 가장 낮은 비율을 차지하였다.

변비, 기타 피부 및 피하조직의 질환, 임신, 출산 및 산욕의 후유증은 100% 자각증상을 통해 인지하였고 자각 증상으로 인지한 질병 중 피부병이 99.9%, 치질, 치핵이 99.89%, 두통이 99.88%, 신경통이 99.77%, 요통, 좌골통이 99.62%, 기타 근 골격계 및 결합조직의 질환이 99.19%, 기타 귀 및 유양돌기의 질환이 99.56% 관절염이 99.36% 등 자각증상으로 인지한 경우가 99% 넘는 질병이다.

건강검진으로 만성질환을 인지하는 경위는 자각증상으로 인지하는 경우보다 낮은 비율이지만 그 중에서도 만성간염, 간경화가 60.12%, 저혈압이 59.69%, 기타 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애가 56.63%로 이들은 건강검진으로 인한 인지경위가 자각증상으로 인한 인지경위보다 높은 것들이다. 그 다음으로 당뇨가 42.85%, 골다공증이 40.76%로 그나마 건강검진으로 인지한 만성질환 중에서 높은 편이었다.

사고로 인한 인지경위는 극히 드물지만 사고 및 중독의 후유증이 1.29%, 기타 근 골격계 및 결합조직의 질환이 0.38%, 요통, 좌골통이 0.12%에서 나타났다.

〈表 III-21〉 慢性疾患의 認知經緯

(단위: %)

구 분	(자각)증상	건강진단	사 고	모 름	전 체
전 체	93.53	6.44	0.02	0.01	100.00(46,257)
특정감염성 및 기생충성질환 결핵, 폐결핵	79.69	20.31	0	0	100.00(87)
기타 감염성 및 기생충성질환	-	-	-	-	100.00(6) ¹⁾
신생물					
위암	70.87	29.13	0	0	100.00(37)
자궁암	67.98	32.02	0	0	100.00(32)
기타 부위 악성신생물	83.63	16.37	0	0	100.00(101)
양성신생물	80.50	19.50	0	0	100.00(157)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애					
빈혈	92.21	7.79	0	0	100.00(332)
기타 혈액 및 조혈기장애	-	-	-	-	100.00(7) ¹⁾
내분비영양 및 대사질환과 면역장애					
당뇨	57.06	42.78	0	0.16	100.00(978)
갑상선질환	87.07	12.93	0	0	100.00(280)
기타 내분비영양 및 대사질환	-	-	-	-	100.00(8) ¹⁾
정신 및 행동장애					
신경증	98.65	1.07	0	0.28	100.00(460)
정신병	95.38	4.62	0	0	100.00(62)
기타 정신장애	93.87	6.13	0	0	100.00(70)
신경계의 질환					
두통	99.88	0.12	0	0	100.00(551)
기타 신경계 및 감각계의 장애	97.84	2.16	0	0	100.00(206)
눈 및 부속기의 질환					
백내장, 녹내장	90.42	9.58	0	0	100.00(449)
기타 눈 및 부속기의 질환	99.19	0.81	0	0	100.00(173)
귀 및 유양돌기의 질환					
만성중이염	98.30	1.70	0	0	100.00(307)
기타 귀 및 유양돌기의 질환	99.56	0.44	0	0	100.00(169)
순환기계의 질환					
고혈압	59.71	40.22	0	0.07	100.00(1,954)
중풍, 뇌혈관질환	97.61	2.39	0	0	100.00(283)
협심증, 심근경색증	86.02	13.98	0	0	100.00(209)
기타 심장질환	86.65	13.35	0	0	100.00(590)
저혈압	40.31	59.69	0	0	100.00(322)
치질, 치핵	99.89	0.11	0	0	100.00(1,879)
기타 순환기계의 질환	81.86	18.14	0	0	100.00(314)

〈表 III-21〉 계속

(단위: %)

구 분	(자각)증상	건강진단	사 고	모 름	계(N)
호흡기계의 질환					
축농증	98.00	2.00	0	0	100.00(1,077)
알레르기성비염	98.05	1.95	0	0	100.00(807)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기증)	97.59	2.41	0	0	100.00(1,031)
천식	96.31	3.69	0	0	100.00(606)
기타 호흡기계의 질환	93.79	6.21	0	0	100.00(306)
소화기계의 질환					
위염·소화성궤양	96.52	3.48	0	0	100.00(2,580)
만성간염, 간경화	39.88	60.12	0	0	100.00(744)
충치(치아우식증)	97.03	2.97	0	0	100.00(8,038)
치주질환 및 치경부마모증	98.80	1.20	0	0	100.00(1,703)
변비	100.00	0	0	0	100.00(921)
기타 소화기계의 질환	95.01	4.99	0	0	100.00(1,204)
피부 및 피하조직의 질환					
피부병 ²⁾	99.90	0.10	0	0	100.00(7,418)
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	-	-	-	100.00(4) ¹⁾
근골격계 및 결합조직의 질환					
관절염					
요통, 좌골통	99.36	0.64	0	0	100.00(3,514)
디스크	99.62	0.26	0.12	0	100.00(2,794)
신경통	96.97	3.03	0	0	100.00(831)
골다공증	99.77	0.23	0	0	100.00(296)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	59.24	40.76	0	0	100.00(218)
	99.37	0.43	0.2	0	100.00(683)
비뇨생식기계의 질환					
만성신장질환	82.10	17.90	0	0	100.00(306)
기타 비뇨생식기계의 질환	97.86	2.14	0	0	100.00(530)
임신, 출산 및 산욕의 후유증	100.00	0	0	0	100.00(13)
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	-	-	-	100.00(8) ¹⁾
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	94.88	5.12	0	0	100.00(69)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증					
사고 및 중독의 후유증	98.49	0.49	1.02	0	100.00(533)

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.

2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

3) 慢性疾患 發病時期

만성질환의 발병시기를 보면 10년 이상이라고 응답한 집단이 30.57%로 가장 많았고, 1~3년이라고 응답한 집단은 20.96%로 그 다음 순이었다. 발병 시기가 5~10년인 경우는 17.77%, 3개월에서 1년 미만은 13.81%, 3년에서 5년이 13.56%, 3개월 미만은 가장 적은 3.34%를 차지하였다.

발병시기가 3개월 미만인 경우 자궁암이 16.59%로 가장 높았고 기타 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애가 13.03%, 양성신생물이 9.56%, 중풍, 뇌혈관질환이 8.26%로 발병시기 3개월 미만에서 비교적 높은 비율을 보이는 질병이다.

발병시기가 3개월에서 1년 미만인 경우에는 양성신생물이 38.29%로 가장 높았고, 기타 혈액 및 조혈기 장애가 37.18%, 기타 부위 악성 신생물이 32.49%, 결핵이나 폐결핵이 30.33%, 기타 피부 및 피하조직의 질환에서 30.01%로 나타났다.

발병시기가 1년에서 3년인 경우 기타 감염성 및 기생충성 질환이 47.28%로 가장 높았고 골다공증이 38.03%, 기타 내분비 영양 및 대사 질환과 면역장애가 34.37%, 기타 피부 및 피하조직의 질환이 33.92%, 기타 눈 및 부속기의 질환이 33.56%를 차지하였다.

발병시기가 3~5년인 경우 기타 정신장애가 20.11%, 알레르기성 비염이 18.99%를 차지하였다.

5~10년인 경우 위암이 26.18%로 가장 높았고, 알레르기성 비염이 25%, 기타 신경계 및 감각계의 장애인 경우 24.5%, 당뇨가 21.59%, 갑상선질환이 21.17%를 차지하였다. 만성질환 발병시기가 10년 이상에서는 임신, 출산 및 산욕의 후유증이 58.54%, 선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상은 57.88%, 정신병이 50.63%, 신경통이 47.69%를 차지하였다.

〈表 III-22〉 慢性疾患의 發病時期

(단위: %)

구 분	2주 이내	2주~ 3개월전	3개월~ 1년전	1년~ 3년전	3년~ 5년전	5년~ 10년전	10년 이상	모 름	계(N)
전 체	0.37	2.05	14.47	20.91	13.52	17.72	30.47	0.49	100.00(46,257)
특정감염성 및 기생충성질환 결핵, 폐결핵	0	0	36.16	17.07	10.10	13.14	23.53	0	100.00(87)
기타 감염성 및 기생충성질환	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(6) ^{d)}
신생물									
위암	0	0	15.22	29.67	11.08	26.18	17.85	0	100.00(37)
자궁암	0	16.59	25.69	25.27	14.87	10.61	6.97	0	100.00(32)
기타 부위 악성신생물	0	1.31	32.49	30.13	9.81	14.29	11.97	0	100.00(101)
양성신생물	1.85	7.71	38.29	28.49	10.48	5.20	7.98	0	100.00(157)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애 빈혈	0.75	3.21	16.05	21.79	11.60	16.64	29.33	0.63	100.00(332)
기타 혈액 및 조혈기장애	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(7) ^{d)}
내분비영양 및 대사질환과 면역장애									
당뇨	0.68	2.20	11.48	22.55	17.78	21.54	23.51	0.26	100.00(978)
갑상선질환	0	1.24	10.55	21.87	17.64	20.97	26.78	0.95	100.00(280)
기타 내분비영양 및 대사질환	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(8) ^{d)}
정신 및 행동장애									
신경증	0.82	2.49	10.25	20.86	17.63	18.34	29.19	0.42	100.00(460)
정신병	0	3.23	2.20	12.23	14.29	17.42	50.63	0	100.00(62)
기타 정신장애	0	0	25.46	31.96	19.92	12.98	8.74	0.94	100.00(70)
신경계의 질환									
두통	0.28	1.18	6.50	20.30	12.03	19.86	39.28	0.57	100.00(551)
기타 신경계 및 감각계의 장애	0	0	10.87	15.76	15.33	24.70	33.34	0	100.00(206)
눈 및 부속기의 질환									
백내장, 녹내장	0.85	5.24	15.03	25.70	12.90	19.97	20.16	0.15	100.00(449)
기타 눈 및 부속기의 질환	0	0	20.77	33.05	12.31	16.82	15.54	1.51	100.00(173)
귀 및 유양돌기의 질환									
만성중이염	0.47	2.16	16.42	18.93	6.66	11.48	42.78	1.1	100.00(307)
기타 귀 및 유양돌기의 질환	0	0	19.99	22.22	14.71	15.84	27.24	0	100.00(169)
순환기계의 질환									
고혈압	0.43	2.27	11.17	22.41	15.11	19.88	28.57	0.16	100.00(1,954)
중풍, 뇌혈관질환	0.95	7.31	19.14	17.23	14.04	20.33	21.00	0	100.00(283)
협심증, 심근경색증	0	2.27	16.20	20.68	15.36	22.14	23.35	0	100.00(209)
기타 심장질환	0	2.39	11.49	17.19	15.64	18.33	34.78	0.18	100.00(590)
저혈압	0.97	3.22	10.08	20.36	14.84	20.03	29.19	1.31	100.00(322)
치질, 치핵	0.36	1.90	7.54	12.24	10.33	20.16	46.81	0.66	100.00(1,879)
기타 순환기계의 질환	1.40	5.46	18.85	23.08	12.44	17.43	20.50	0.84	100.00(314)

〈表 III-22〉 계속

(단위: %)

구 분	2주 이내	2주- 3개월전	3개월- 1년전	1년- 3년전	3년- 5년전	5년- 10년전	10년 이상	모 름	계(N)
전 체	0.37	2.05	14.47	20.91	13.52	17.72	30.47	0.49	100.00(46,257)
호흡기계의 질환									
축농증	0.56	2.76	10.93	22.22	14.53	19.55	29.39	0.06	100.00(1,077)
알레르기성비염	0.52	2.47	8.62	21.56	18.97	24.98	22.79	0.09	100.00(807)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	0.24	2.77	9.75	22.46	11.58	17.55	35.05	0.60	100.00(1,031)
천식	0.22	2.55	9.49	16.88	11.85	20.20	38.36	0.45	100.00(606)
기타 호흡기계의 질환	0	0	23.34	20.81	15.00	15.58	25.27	0	100.00(306)
소화기계의 질환									
위염·소화성궤양	0.38	2.24	10.36	20.72	14.3	18.53	33.15	0.32	100.00(2,580)
만성간염, 간경화	0.88	3.73	18.49	27.26	17.12	16.57	15.34	0.61	100.00(744)
충치(치아우식증)	0.79	4.08	23.96	27.23	12.64	12.37	17.95	0.98	100.00(8,038)
치주질환 및 치경부마모증	0	0	21.28	22.65	13.93	16.57	24.61	0.96	100.00(1,703)
변비	0	0	14.17	17.23	14.34	19.74	33.72	0.80	100.00(921)
기타 소화기계의 질환	0	0	18.01	24.13	13.98	15.83	27.75	0.30	100.00(1,204)
피부 및 피하조직의 질환									
피부병 ²⁾	0	0	9.93	15.81	13.40	19.07	41.14	0.65	100.00(7,418)
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(4) ¹⁾
근골격계 및 결합조직의 질환									
관절염	0.25	1.85	9.31	18.46	12.66	20.29	37.16	0.02	100.00(3,514)
요통, 좌골통	0.29	2.00	9.71	17.08	12.78	19.16	38.96	0.02	100.00(2,794)
디스크	0.46	1.85	10.98	20.13	15.49	23.12	27.97	0	100.00(831)
신경통	0.22	1.51	6.80	12.54	13.64	17.60	47.69	0	100.00(296)
골다공증	1.34	5.17	19.18	38.03	14.93	10.97	10.38	0	100.00(218)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	0.31	2.27	22.67	25.00	13.78	16.25	19.52	0.20	100.00(683)
비뇨생식기계의 질환									
만성신장질환	0.41	2.19	14.55	23.47	11.59	16.24	31.17	0.38	100.00(306)
기타 비뇨생식기계의 질환	0	0	20.78	23.71	13.43	15.39	26.58	0.11	100.00(530)
임신, 출산 및 산욕의 후유증									
임신, 출산 및 산욕의 후유증	0	0	9.66	35.05	13.75	0	41.54	0	100.00(13)
선천성기형, 변형 및 염색체이상									
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(8) ¹⁾
달리 분류되지 않은 증상, 정후와 임상 및 검사의 이상소견									
달리 분류되지 않은 증상, 정후와 임상 및 검사의 이상소견	0	0	22.29	13.37	20.15	22.05	22.14	0	100.00(69)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 사고 및 중독의 후유증									
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 사고 및 중독의 후유증	0	2.82	29.78	23.18	12.77	13.96	17.49	0	100.00(533)

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.
 2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

4) 慢性疾患의 診斷現況

의사에 만성질환이 진단된 경우는 69.41%로 가장 높았고 그 다음은 자가진단인 경우로 21%를 차지하였으며, 약사에 의해 진단된 경우 7.98%, 간호사에 의해 진단된 경우는 0.14%로 가장 낮게 나타났다.

약사에 의해 만성질환이 진단된 경우는 임신, 출산 및 산욕의 후유증이 28%로 가장 높았고, 피부병이 23.75%, 기타 신경계 및 감각계의 장애가 21.01%, 변비가 16.35%였다. 간호사에 의한 만성질환이 진단된 경우는 극히 드물지만 간호사에 의해 진단 받은 질병 중에서는 기타 정신장애가 1.79%로 가장 높았고 신경통이 0.95%, 빈혈이 0.81%였다.

가족이나 이웃사람들에 의해 만성질환 진단을 받은 질병은 기타 정신장애가 44.8%로 가장 높았고 정신병이 14.04%로 눈에 쉽게 띄는 질병이었다. 자가진단으로 인해 만성질환 진단을 받은 경우는 변비로 57.8%로 가장 높았고, 치질, 치핵이 52.66%로 변비와 함께 여타의 질병과는 달리 자가 진단으로 인해 만성질환을 진단하는 경우가 50% 이상으로 나타났고 그 다음으로는 피부병이 48.57%였다. 대부분의 질환은 의사에 의해 진단되는 경우가 많으며 기타 피부 및 피하조직의 질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 위암, 자궁암 등은 100% 의사에 의해 진단된 것이다. 이외에도 당뇨가 99.39%, 갑상선질환이 98.06%, 중풍이나 뇌혈관질환이 98.87%, 골다공증이 98.47%, 결핵이나 폐결핵이 98.22%로 의사에 의해 진단되는 경우 비율이 높은 질병이다.

〈表 III-23〉 慢性疾患의 診斷現

(단위: %)

구 분	의 사	약 사	간호사	가족·이웃	자가진단	모 름	계(N)
전 체	69.43	7.96	0.14	1.47	20.99	0.01	100.00(46,257)
특정감염성 및 기생충성질환							
결핵, 폐결핵	98.22	0	0	0	1.78	0	100.00(87)
기타 감염성 및 기생충성질환	-	-	-	-	-	-	100.00(6) ¹⁾
신생물							
위암	100	0	0	0	0	0	100.00(37)
자궁암	100	0	0	0	0	0	100.00(32)
기타 부위 악성신생물	97.77	0	0	0	2.23	0	100.00(101)
양성신생물	95.36	0	0	1.66	2.98	0	100.00(157)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애							
빈혈	60.67	10.57	0.81	2.22	25.73	0	100.00(332)
기타 혈액 및 조혈기장애	-	-	-	-	-	-	100.00(7) ¹⁾
내분비영양 및 대사질환과 면역장애							
당뇨	99.39	0.28	0	0	0.33	0	100.00(978)
갑상선질환	98.06	0.38	0	0.7	0.86	0	100.00(280)
기타 내분비영양 및 대사질환	-	-	-	-	-	-	100.00(8) ¹⁾
정신 및 행동장애							
신경증	63.14	5.54	0.28	2.02	29.01	0	100.00(460)
정신병	76.99	1.22	0	13.88	6.77	1.14	100.00(62)
기타 정신장애	38.74	0.98	1.79	44.8	13.7	0	100.00(70)
신경계의 질환							
두통	48	16.98	0.37	0.29	34.36	0	100.00(551)
기타 신경계 및 감각계의 장애	55.04	20.66	0.34	1.14	22.83	0	100.00(206)
눈 및 부속기의 질환							
백내장, 녹내장	89.09	1.17	0	1.46	8.28	0	100.00(449)
기타 눈 및 부속기의 질환	87.48	3.01	0	1.12	8.39	0	100.00(173)
귀 및 유양돌기의 질환							
만성중이염	91.59	2.81	0	0.51	5.08	0	100.00(307)
기타 귀 및 유양돌기의 질환	59.94	0.9	0	1.21	37.95	0	100.00(169)
순환기계의 질환							
고혈압	96.14	1.91	0.46	0.32	1.18	0	100.00(1,954)
중풍, 뇌혈관질환	98.87	0	0.26	0.42	0.45	0	100.00(283)
협심증, 심근경색증	94.07	2.15	0	0.32	3.46	0	100.00(209)
기타 심장질환	85.08	3.06	0.34	0.46	11.06	0	100.00(590)
저혈압	92.47	4.21	0.43	0.83	2.06	0	100.00(322)
치질, 치핵	33.98	11.78	0.12	1.43	52.62	0.07	100.00(1,879)
기타 순환기계의 질환	72.24	5.66	0	0.37	21.51	0.22	100.00(314)

〈表 III-23〉 계속

(단위: %)

구 분	의 사	약 사	간호사	가족·이웃	자가진단	모 름	계(N)
전 체	69.43	7.96	0.14	1.47	20.99	0.01	100.00(46,257)
호흡기계의 질환							
축농증	77.58	6.42	0.18	3.55	12.14	0.12	100.00(1,077)
알레르기성비염	83.28	7.29	0	2.34	7.09	0	100.00(807)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	67.18	12.72	0.34	1.92	17.83	0	100.00(1,031)
천식	82.93	7.26	0.11	1.67	8.04	0	100.00(606)
기타 호흡기계의 질환	86.58	5.41	0	0.85	7.16	0	100.00(306)
소화기계의 질환							
위염·소화성궤양	86.38	8.16	0.06	0.12	5.23	0.05	100.00(2,580)
만성간염, 간경화	97.62	0.85	0.11	0.11	1.31	0	100.00(744)
충치(치아우식증)	84.89	0.54	0.01	2.57	11.99	0	100.00(8,038)
치주질환 및 치경부마모증	67.7	5.92	0.18	0.49	25.7	0	100.00(1,703)
변비	22.34	16.4	0.14	3.31	57.81	0	100.00(921)
기타 소화기계의 질환	79.79	7.74	0.06	0.6	11.81	0	100.00(1,204)
피부 및 피하조직의 질환							
피부병 ²⁾	25.49	23.71	0.09	2.07	48.64	0	100.00(7,418)
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	-	-	-	-	-	100.00(4) ¹⁾
근골격계 및 결합조직의 질환							
관절염	76.99	6.02	0.2	0.61	16.15	0.02	100.00(3,514)
요통, 좌골통	73.69	4.29	0.27	0.31	21.43	0	100.00(2,794)
디스크	97.53	0.71	0	0.33	1.43	0	100.00(831)
신경통	74.09	6.42	0.95	1.17	17.36	0	100.00(296)
골다공증	98.47	0	0	1.18	0.35	0	100.00(218)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	70.48	5.48	0.1	1.31	22.63	0	100.00(683)
비뇨생식기계의 질환							
만성신장질환	86.38	4.02	0	0	9.6	0	100.00(306)
기타 비뇨생식기계의 질환	53.11	9.64	0	1.72	35.53	0	100.00(530)
임신, 출산 및 산욕의 후유증	60.06	10.14	0	11.13	18.66	0	100.00(13)
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	-	-	-	-	-	100.00(8) ¹⁾
달리 분류되지 않은 증상, 정후와 임상 및 검사의 이상소견	72.72	1.77	0	0	25.51	0	100.00(69)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증							
사고 및 중독의 후유증	91.3	0.5	0	0.58	7.62	0	100.0(533)

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.

2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

5) 醫師診斷率

가) 年齡別 醫師診斷率

의사 진단율을 살펴보기 위해 먼저 나이별로 분류해보면 0-19세인 경우에 의사 진단에 의해 만성질환이 진단된 비율이 평균적으로 80.05%로 가장 높게 나오고 70세 이상 평균 76.99%, 60~69세가 평균 75.19%, 50~59세는 평균 69.97%, 40~49세는 평균 61.31%, 20~29세가 평균 58.20%, 30~39세가 평균 54.91%였다.

질병별로는 기타 피부 및 피하조직의 질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 위암, 자궁암의 경우 의사진단율이 평균 100%로 의사의 진단율이 평균적으로 정확하게 나타났고, 그 외 당뇨가 평균적으로 98.94%로, 중풍이나 뇌혈관 질환이 평균적으로 98.84%, 갑상선질환, 결핵이나 폐결핵이 평균 97.77%, 디스크가 평균 97.45%, 골다공증이 평균 97.42%, 기타 부위 악성 신생물이 평균 97.34%로 나타났다.

0~19세는 기타 부위 악성신생물, 양성신생물, 갑상선질환, 기타 내분비 영양 및 대사 질환과 면역장애, 정신병, 백내장, 녹내장, 고혈압, 중풍 및 뇌혈관질환, 협심증 및 심근경색증, 만성간염이나 간경화, 만성신장질환, 선천성 기형이나 변형 및 염색체 이상, 결핵이나 폐결핵, 기타 감염성 및 기생충성 질환에 대해서는 의사진단율이 평균적으로 100%였다. 20~29세에서는 기타 부위 악성신생물, 정신병, 고혈압, 중풍 및 뇌혈관 질환, 근골격계 및 결합조직의 질환선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 결핵이나 폐결핵, 자궁암인 경우 의사진단율이 평균적으로 100%였다. 30~39세는 양성신생물, 정신병, 중풍 및 뇌혈관질환, 기타 피부 및 피하조직의 질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 결핵이나 폐결핵, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 자궁암에서 의

사 진단율이 평균적으로 100%였다. 40~49세는 기타 부위 악성 신생물, 기타 혈액 및 조혈기 장애, 중풍이나 뇌혈관질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 결핵이나 폐결핵, 위암, 자궁암에 대해서 의사진단율이 평균적으로 100%였다. 50~59세는 기타 부위 악성신생물, 갑상선질환, 중풍이나 뇌혈관질환, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 위암, 자궁암에서는 의사진단율이 평균적으로 100%로 나타났다. 60~69세는 기타 부위 악성 신생물, 기타 내분비영양 및 대사질환과 면역장애, 중풍 및 뇌혈관질환, 기타 근 골격계 및 결합조직의 질환, 결핵 및 폐결핵, 위암, 자궁암의 경우에서 평균적으로 100%의 의사진단율이 나왔다. 70이상의 경우에는 기타 부위 악성신생물, 갑상선질환, 알레르기성 비염, 만성간염이나 간경화, 기타 비노생식기계의 질환, 선천성 기형이나 변형 및 염색체의 이상, 결핵 및 폐결핵, 위암, 자궁암의 경우에서 의사진단율이 100%였다.

〈表 III-24〉 年齡別 醫師診斷率

(단위 : %)

구 분	0~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 이상	계
전 체	80.05	58.20	54.91	61.31	69.97	75.19	76.99	67.30
특정감염성 및 기생충성질환 결핵, 폐결핵	100.00	100.00	100.00	100.00	91.65	100.00	100.00	97.77
기타 감염성 및 기생충성질환	100.00	-	100.00	-	100.00	-	-	100.00
신생물 위암	-	-	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
자궁암	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
기타 부위 악성신생물	100.00	100.00	77.01	100.00	100.00	100.00	100.00	97.34
양성신생물	100.00	89.66	100.00	97.84	94.89	88.60	41.03	94.23
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애 빈혈	37.38	55.95	69.33	66.88	47.09	59.31	53.52	57.35
기타 혈액 및 조혈기장애	85.20	-	.00	100.00	-	-	-	79.52
내분비영양 및 대사질환과 면역장애 당뇨	-	100.00	100.00	98.82	98.59	99.34	98.36	98.94
갑상선질환	100.00	97.14	93.31	100.00	100.00	96.91	100.00	97.77
기타 내분비영양 및 대사질환	100.00	-	.00	-	-	100.00	-	82.49
정신 및 행동장애 신경증	53.17	59.16	39.38	65.30	67.54	75.95	67.58	62.75
정신병	100.00	100.00	100.00	80.57	35.93	54.86	50.65	75.88
기타 정신장애	-	-	-	.00	29.77	82.56	29.15	34.74
신경계의 질환 두통	68.01	31.05	36.08	39.51	52.91	55.81	61.18	47.71
기타 신경계 및 감각계의 장애	75.69	36.25	49.56	52.45	72.50	68.88	70.65	53.59
눈 및 부속기의 질환 백내장, 녹내장	100.00	88.20	74.92	58.71	86.73	90.38	94.35	87.93
기타 눈 및 부속기의 질환	94.54	91.93	93.73	85.52	94.02	73.50	84.41	87.38
귀 및 유양돌기의 질환 만성중이염	98.75	72.96	86.05	95.60	89.74	92.28	96.72	91.44
기타 귀 및 유양돌기의 질환	65.87	68.74	89.67	66.47	58.44	53.23	54.02	59.76
순환기계의 질환 고혈압	100.00	100.00	85.77	89.69	95.75	93.47	95.67	93.54
중풍, 뇌혈관질환	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.87	98.84
협심증, 심근경색증	-	31.72	69.37	84.07	95.67	96.97	93.65	93.11
기타 심장질환	89.02	86.73	62.95	82.37	79.16	86.76	88.06	82.78
저혈압	100.00	52.94	89.55	74.41	81.86	86.18	86.17	81.32
치질, 치핵	37.92	34.48	30.45	37.12	33.78	30.99	45.90	33.92
기타 순환기계의 질환	74.22	52.79	63.99	68.74	64.14	73.99	58.94	66.45

〈表 III-24〉 계속

(단위: %)

구 분	0~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 이상	계
전 체	80.05	58.20	54.91	61.31	69.97	75.19	76.99	67.30
호흡기계의 질환								
축농증	87.37	75.80	72.47	63.61	58.53	74.06	52.43	77.24
알레르기성비염	87.19	82.08	76.11	82.10	86.25	71.59	100.00	82.95
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	82.94	54.37	61.96	58.16	70.31	61.74	69.53	66.37
천식	93.54	73.33	68.78	71.03	77.75	86.16	77.75	82.28
기타 호흡기계의 질환	88.80	82.79	79.71	78.19	84.01	95.72	93.05	85.20
소화기계의 질환								
위염·소화성궤양	82.78	77.70	80.35	86.29	91.86	90.87	91.66	85.97
만성간염, 간경화	100.00	88.97	94.87	94.44	92.88	93.17	100.00	94.03
총치(치아우식증)	88.23	80.83	81.43	82.24	83.47	83.38	79.09	84.41
치주질환 및 치경부마모증	66.88	53.82	58.53	71.25	75.62	70.20	57.79	67.40
변비	23.69	17.64	18.27	17.37	28.76	25.81	32.19	22.41
기타 소화기계의 질환	83.04	68.16	70.99	80.12	80.86	87.02	86.37	78.72
피부 및 피하조직의 질환								
피부병 ²⁾	57.98	26.26	19.83	17.23	19.63	22.32	33.10	25.45
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	100.00	100.00	-	-	-	-	100.00
근골격계 및 결합조직의 질환								
관절염	79.05	62.49	66.00	69.87	78.23	81.14	80.12	76.85
요통, 좌골통	64.02	64.07	69.72	69.78	75.73	76.10	79.11	73.63
디스크	90.08	93.87	96.96	97.29	98.60	98.67	98.18	97.45
신경통	-	73.93	74.48	68.69	72.05	77.35	74.80	74.03
골다공증	-	-	-	100.00	93.33	100.00	97.28	97.42
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	74.25	70.48	67.84	71.61	68.03	68.22	81.70	70.68
비뇨생식기계의 질환								
만성신장질환	100.00	89.60	77.64	68.72	86.73	96.33	100.00	83.41
기타 비뇨생식기계의 질환	26.50	33.84	55.11	60.01	78.75	80.04	83.29	51.48
임신, 출산 및 산욕의 후유증	-	-	49.96	-	60.24	-	-	57.20
선천성기형, 변형 및 염색체이상	100.00	100.00	100.00	100.00	-	-	100.00	100.00
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	100.00	.00	53.14	65.47	75.93	77.96	79.06	71.25
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증								
사고 및 중독의 후유증	89.70	86.19	90.01	92.49	93.18	92.58	91.21	91.28

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.

2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

나) 生涯週期別 醫師診斷率

생애주기별 의사진단율을 살펴보면 0~6세인 영유아에게 있어 평균적으로 86.09%의 진단율을 보이며 7~18세에서 79.39%, 65세 이상 노인에게 있어서는 76.90%의 진단율을 보이고 45~64세에서는 69.53%, 19~44세는 가장 낮은 57.13%를 보였다.

0~6세의 영유아에서는 암, 혈액 및 조혈기장애, 정신병, 눈 및 부속기의 질환, 기타 신경계 및 감각계의 장애, 만성중이염, 순환기계질환, 관절염 등에서 평균적으로 의사진단율이 100%로 나왔다. 7-18세 청소년에서는 암, 갑상선 질환 및 내분비계 질환, 정신병, 백내장이나 녹내장, 중풍 및 뇌혈관질환, 만성간염 및 간 경화, 만성신장질환 등에서 평균적으로 의사진단율이 100%로 나왔다. 19~44인 청장년 층에서는 당뇨, 협심증이나 심근경색증, 피부질환에 대해서만 평균적으로 의사진단율이 100%로 나타났고 45~64세인 경우 암, 혈액관련장애나 내분비질환, 협심증이나 심근경색증 등에 대해서 의사진단율이 100%로 나왔다. 노년인 65세 이상은 암, 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애, 만성간염이나 간경화, 비노생식기계의 질환에 대해서 의사진단율이 100%였다.

〈表 III-25〉 生涯週期別 醫師診斷率

(단위: %)

구 분	0~6세	7~18세	19~49세	45~64세	65세 이상	계
전 체	86.09	79.39	57.15	69.53	76.90	67.30
특정감염성 및 기생충성질환 결핵, 폐결핵	100.00	100.00	100.00	94.16	100.00	97.77
기타 감염성 및 기생충성질환	100.00	100.00	100.00	100.00	-	100.00
신생물						
위암	-	-	100.00	100.00	100.00	100.00
자궁암	-	-	100.00	100.00	100.00	100.00
기타 부위 악성신생물	100.00	100.00	89.70	100.00	100.00	97.34
양성신생물	100.00	100.00	98.09	92.37	65.57	94.23
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애						
빈혈	-	37.93	60.92	62.04	54.14	57.35
기타 혈액 및 조혈기장애	100.00	79.57	.00	100.00	-	79.52
내분비영양 및 대사질환과 면역장애						
당뇨	-	-	100.00	98.61	99.15	98.94
갑상선질환	-	100.00	96.36	98.75	100.00	97.77
기타 내분비영양 및 대사질환	-	100.00	.00	100.00	100.00	82.49
정신 및 행동장애						
신경증	22.50	88.77	52.22	70.22	69.79	62.75
정신병	100.00	100.00	95.50	44.57	55.94	75.88
기타 정신장애	-	-	.00	40.82	35.06	34.74
신경계의 질환						
두통	-	65.44	36.68	52.05	56.66	47.71
기타 신경계 및 감각계의 장애	100.00	82.14	44.56	63.27	75.77	53.59
눈 및 부속기의 질환						
백내장, 녹내장	100.00	100.00	68.67	84.08	94.02	87.93
기타 눈 및 부속기의 질환	100.00	92.35	87.79	87.68	80.82	87.38
귀 및 유양돌기의 질환						
만성중이염	100.00	97.66	84.89	92.69	95.47	91.44
기타 귀 및 유양돌기의 질환	-	65.87	74.03	59.53	52.26	59.76
순환기계의 질환						
고혈압	-	100.00	86.57	94.61	94.66	93.54
중풍, 뇌혈관질환	100.00	-	100.00	100.00	97.72	98.84
협심증, 심근경색증	-	-	85.03	94.00	93.84	93.11
기타 심장질환	100.00	81.68	79.08	80.78	87.78	82.78
저혈압	-	-	79.02	79.41	88.96	81.32
치질, 치핵	.00	42.90	33.17	33.23	41.72	33.92
기타 순환기계의 질환	100.00	59.64	65.46	67.62	64.96	66.45

〈表 III-25〉 계속

(단위: %)

구 분	0~6세	7~18세	19~49세	45~64세	65세이상	계
전 체	86.09	79.39	57.15	69.53	76.90	67.30
호흡기계의 질환						
축농증	90.81	86.65	72.00	65.41	62.05	77.24
알레르기성비염	92.81	87.59	78.30	82.45	77.86	82.95
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	96.39	71.51	59.41	65.41	66.08	66.37
천식	92.91	94.06	71.91	79.91	80.68	82.28
기타 호흡기계의 질환	92.40	86.96	81.00	86.77	96.09	85.20
소화기계의 질환						
위염·소화성궤양	.00	86.13	80.98	91.40	89.23	85.97
만성간염, 간경화	-	100.00	92.33	94.46	100.00	94.03
충치(치아우식증)	83.98	90.49	81.10	83.59	80.10	84.41
치주질환 및 치경부마모증	90.10	63.42	63.00	73.36	60.10	67.40
변비	32.03	23.73	18.73	19.99	34.10	22.41
기타 소화기계의 질환	100.00	84.37	73.27	80.40	89.30	78.72
피부 및 피하조직의 질환						
피부병 ²⁾	86.14	48.28	20.85	19.75	27.68	25.45
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	-	100.00	-	-	100.00
근골격계 및 결합조직의 질환						
관절염	100.00	73.91	65.96	77.46	81.82	76.85
요통, 좌골통	-	62.14	67.37	75.18	79.02	73.63
디스크	-	85.70	96.39	98.41	98.57	97.45
신경통	-	-	78.48	69.64	78.70	74.03
골다공증	-	-	-	96.49	98.65	97.42
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	-	70.26	69.52	68.63	77.70	70.68
비뇨생식기계의 질환						
만성신장질환	-	100.00	73.58	86.47	100.00	83.41
기타 비뇨생식기계의 질환	84.41	25.20	45.92	69.35	86.48	51.48
임신, 출산 및 산욕의 후유증	-	-	49.96	60.24	-	57.20
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	100.00	100.00	-	100.00	100.00
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	-	100.00	54.19	75.72	78.10	71.25
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증						
사고 및 중독의 후유증	100.00	84.86	89.28	93.07	92.15	91.28

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.
 2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

다) 發病時期別 醫師診斷率

3개월 미만은 65.65%, 3개월에서 1년 미만은 71.59%, 1년에서 3년은 69.83, 3년에서 5년은 68.19%, 5년에서 10년은 67.53%, 10년 이상은 63.79%로 발병시기 3개월에서 1년 미만의 경우에서 의사진단율이 가장 높았다.

발병시기가 3개월 미만인 경우에 악성신생물, 당뇨, 갑상선질환, 눈질환, 만성중이염, 만성간염이나 간경화, 골다공증, 만성신장질환은 의사진단율이 100% 아주 높게 나왔다. 3개월에서 1년 미만은 양성신생물, 혈액 및 조혈기 장애, 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애, 피부 및 피하조직의 질환, 임신이나 출산 및 산욕의 후유증에서 의사진단율이 100%으로 가장 높게 나왔다. 1년에서 3년 미만은 악성신생물, 혈액 및 조혈기장애, 내분비영양 및 대사질환의 면역장애, 피부질환, 임신이나 출산 및 산욕의 후유증에서 의사진단율이 100%로 나왔다. 3년에서 5년 미만은 악성신생물, 골다공증과 임신, 출산 및 산욕의 후유증에서 의사진단율이 100%로 나왔다. 5년에서 10년 미만은 악성신생물, 중풍 및 뇌혈관질환, 피부질환, 임신이나 출산 및 산욕의 후유증에서, 10년 이상은 악성신생물, 선천성 기형이나 변형 및 염색체 이상, 당뇨, 협심증이나 심근경색증에서 의사진단율이 100%를 차지하였다.

〈表 III-26〉 發病時期別 醫師診斷率

(단위: 명, %)

구 분	3개월 미만	3개월~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년 이상	계
전체	65.65	71.59	69.83	68.19	67.53	63.79	67.40
특정감염성 및 기생충성질환							
결핵, 폐결핵	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	90.56	97.77
기타 감염성 및 기생충성질환	-	100.00	100.00	-	-	100.00	100.00
신생물							
위암	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
자궁암	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
기타 부위 악성신생물	100.00	91.28	100.00	100.00	100.00	100.00	97.34
양성신생물	89.13	100.00	95.14	100.00	100.00	56.93	94.23
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애							
빈혈	21.22	57.40	54.14	56.11	68.67	59.82	57.55
기타 혈액 및 조혈기장애	-	100.00	100.00	-	.00	65.40	79.52
내분비영양 및 대사질환과 면역장애							
당뇨	100.00	97.72	100.00	97.72	99.01	100.00	99.12
갑상선질환	100.00	94.85	100.00	97.17	97.83	98.42	98.02
기타 내분비영양 및 대사질환	-	100.00	100.00	-	.00	100.00	82.49
정신 및 행동장애							
신경증	87.61	43.40	53.24	54.47	71.63	73.26	62.77
정신병	.00	48.25	77.32	75.04	87.20	74.85	75.88
기타 정신장애	-	39.93	18.59	38.92	39.48	71.90	35.09
신경계의 질환							
두통	48.37	53.28	41.07	51.11	45.97	50.69	47.98
기타 신경계 및 감각계의 장애	34.32	73.68	39.14	41.19	51.21	63.04	53.59
눈 및 부속기의 질환							
백내장, 녹내장	85.38	91.54	88.61	88.18	92.89	80.71	87.91
기타 눈 및 부속기의 질환	100.00	85.80	87.18	96.83	85.10	87.58	87.98
귀 및 유양돌기의 질환							
만성중이염	100.00	79.82	88.37	92.79	96.38	94.90	91.35
기타 귀 및 유양돌기의 질환	55.72	54.48	45.69	70.00	60.79	68.70	59.76
순환기계의 질환							
고혈압	93.39	83.93	92.89	92.93	93.60	97.14	93.53
중풍, 뇌혈관질환	97.04	97.77	98.48	98.44	100.00	100.00	98.84
협심증, 심근경색증	60.54	89.66	92.21	95.13	93.79	97.00	93.11
기타 심장질환	82.78	82.29	86.64	78.36	81.39	83.84	82.78
저혈압	23.36	59.25	97.14	82.41	93.61	78.62	80.81
치질, 치핵	31.03	39.86	33.84	35.61	30.09	34.49	33.96
기타 순환기계의 질환	66.35	61.66	54.50	77.15	73.69	70.88	66.91

〈表 III-26〉 계속

(단위: %)

구분	3개월 미만	3개월 ~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년 이상	계
전 체	65.65	71.59	69.83	68.19	67.53	63.79	67.40
호흡기계의 질환							
축농증	95.30	79.07	75.75	73.39	84.58	72.61	77.29
알레르기성비염	74.18	78.50	83.77	81.16	86.51	82.48	82.94
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	63.68	58.72	64.99	64.45	64.65	71.79	66.61
천식	61.81	74.37	78.15	85.35	85.33	85.86	82.67
기타 호흡기계의 질환	80.28	92.60	82.32	84.08	74.01	91.19	85.20
소화기계의 질환							
위염·소화성궤양	86.06	82.10	80.74	84.09	86.97	90.93	86.08
만성간염, 간경화	100.00	88.23	94.84	95.35	94.43	94.43	93.98
총치(치아우식증)	70.51	82.23	84.08	88.00	86.96	87.51	84.52
치주질환 및 치경부마모증	52.96	65.32	67.37	66.23	67.77	73.53	67.55
변비	36.63	20.12	11.57	15.01	25.45	28.96	22.44
기타 소화기계의 질환	79.12	81.00	79.71	73.58	80.00	78.68	78.78
피부 및 피하조직의 질환							
피부병 ²⁾	35.98	35.60	32.88	27.27	25.71	19.59	25.56
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	100.00	100.00	-	100.00	-	100.00
근골격계 및 결합조직의 질환							
관절염	57.63	67.53	70.35	76.49	79.59	82.07	76.84
요통, 좌골통	62.00	65.98	62.56	74.89	76.41	79.25	73.62
디스크	85.68	94.24	99.21	97.32	97.01	98.90	97.45
신경통	60.77	57.16	64.40	72.21	84.13	76.29	74.03
골다공증	100.00	92.76	97.33	100.00	100.00	95.53	97.42
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	69.22	71.74	73.32	75.76	70.32	63.68	70.82
비뇨생식기계의 질환							
만성신장질환	100.00	91.42	86.01	81.67	77.62	80.56	83.34
기타 비뇨생식기계의 질환	44.78	55.05	56.29	38.47	45.50	56.65	51.53
임신, 출산 및 산욕의 후유증	-	100.00	-	.00	-	52.16	57.20
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	-	100.00	100.00	-	100.00	100.0
달리 분류되지 않은 증상, 정후와 임상 및 검사의 이상소견	50.02	59.00	66.63	65.94	83.43	77.45	71.25
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 사고 및 중독의 후유증							
사고 및 중독의 후유증	89.22	95.59	88.90	94.45	84.05	90.90	91.28

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.

2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

5) 慢性疾患 治療經驗率

만성질환의 치료를 해봤다는 응답이 87.56%이고 치료를 해본 적이 없다고 응답한 경우는 12.44%로 나타났다. 기타 부위 악성신생물, 기타 혈액 및 조혈기 장애, 기타 피부 및 피하조직의 질환, 임신, 출산 및 산욕의 후유증, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 위암은 경우는 100% 치료를 해본 경험을 가지고 있으며 그 외 중풍, 뇌혈관질환이 99.55%, 디스크에서 98.05%로 치료를 해본 경험이 높은 질병이었다. 반면에 치료를 해본 경험이 없는 질병 중에서 가장 높은 비율을 차지하는 것은 기타 정신장애로 62.83%를 차지하였고, 저혈압이 43.50%, 기타 귀 및 유양돌기의 질환이 41.61%, 기타 순환기계의 질환이 37.43%, 기타 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애가 33.72%로 나타나 치료를 잘 안 하는 질병으로 나타났다.

〈表 III-27〉 慢性疾患 治療經驗率

(단위: %)

구 분	예	아니오	모름	계(N)
전 체	87.59	12.4	0.01	100.00(46,257)
특정감염성 및 기생충성질환				
결핵, 폐결핵	96.11	3.89	0	100.00(87)
기타 감염성 및 기생충성질환	-	-	-	100.00(6) ¹⁾
신생물				
위암	100	0	0	100.00(37)
자궁암	97.91	2.09	0	100.00(32)
기타 부위 악성신생물	100	0	0	100.00(101)
양성신생물	87.8	12.2	0	100.00(157)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애				
빈혈	79.52	20.48	0	100.00(332)
기타 혈액 및 조혈기장애	-	-	-	100.00(7) ¹⁾
내분비영양 및 대사질환과 면역장애				
당뇨	95.94	4.06	0	100.00(978)
갑상선질환	97.56	2.44	0	100.00(280)
기타 내분비영양 및 대사질환	-	-	-	100.00(8) ¹⁾
정신 및 행동장애				
신경증	71.99	28.01	0	100.00(460)
정신병	77.15	22.85	0	100.00(62)
기타 정신장애	37.17	62.83	0	100.00(70)
신경계의 질환				
두통	93.33	6.67	0	100.00(551)
기타 신경계 및 감각계의 장애	94.77	5.23	0	100.00(206)
눈 및 부속기의 질환				
백내장, 녹내장	82.83	17.17	0	100.00(449)
기타 눈 및 부속기의 질환	92.87	7.13	0	100.00(173)
귀 및 유양돌기의 질환				
만성중이염	94.48	5.52	0	100.00(307)
기타 귀 및 유양돌기의 질환	58.39	41.61	0	100.00(169)
순환기계의 질환				
고혈압	91.99	8.01	0	100.00(1,954)
중풍, 뇌혈관질환	99.55	0.45	0	100.00(283)
협심증, 심근경색증	93.42	6.58	0	100.00(209)
기타 심장질환	87.68	12.32	0	100.00(590)
저혈압	56.98	43.02	0	100.00(322)
치질, 치핵	62.55	37.37	0.08	100.00(1,879)
기타 순환기계의 질환	77.93	22.07	0	100.00(314)

〈表 III-27〉 계속

(단위: %)

구 분	예	아니오	모름	계(N)
전 체	87.59	12.4	0.01	100.00(46,257)
호흡기계의 질환				
축농증	85.43	14.45	0.12	100.00(1,077)
알레르기성비염	93.19	6.81	0	100.00(807)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	85.89	14.11	0	100.00(1,031)
천식	92.1	7.73	0.17	100.00(606)
기타 호흡기계의 질환	91.7	8.3	0	100.00(306)
소화기계의 질환				
위염·소화성궤양	97.53	2.42	0.05	100.00(2,580)
만성간염, 간경화	83.75	16.25	0	100.00(744)
충치(치아우식증)	85.04	14.96	0	100.00(8,038)
치주질환 및 치경부마모증	78.77	21.23	0	100.00(1,703)
변비	77.36	22.64	0	100.00(921)
기타 소화기계의 질환	95.54	4.37	0.09	100.00(1,204)
피부 및 피하조직의 질환				
피부병 ²⁾	90.68	9.32	0	100.00(7,418)
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	-	-	100.00(4) ¹⁾
근골격계 및 결합조직의 질환				
관절염	91.28	8.72	0	100.00(3,514)
요통, 좌골통	90.22	9.78	0	100.00(2,794)
디스크	98.05	1.95	0	100.00(831)
신경통	92.87	7.13	0	100.00(296)
골다공증	90.85	9.15	0	100.00(218)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	90.98	9.02	0	100.00(683)
비뇨생식기계의 질환				
만성신장질환	85.21	14.79	0	100.00(306)
기타 비뇨생식기계의 질환	78.98	21.02	0	100.00(530)
임신, 출산 및 산욕의 후유증	86.7	13.3	0	100.00(13)
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	-	-	100.00(8) ¹⁾
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	80.18	19.82	0	100.00(69)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증				
사고 및 중독의 후유증	94.42	5.58	0	100.00(533)

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 %를 계산하지 않음.

2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

가) 年齡別 慢性疾患의 治療經驗率

연령별로 만성질환의 치료 경험률을 비교해보면 0~19세는 87.81%, 20~29세는 83.16%, 30~39세는 85.49%, 40~49세는 87.44%, 50~59세는 88.96%, 60~69세는 89.87%, 70세 이상은 89.88%로 대략 60세 이상에서 치료 경험률이 가장 높은 것으로 나왔다. 가장 낮은 연령층은 20대이고 그 다음이 30대로 나타났다.

0~19세에서는 기타 부위 악성 신생물, 양성신생물, 기타 혈액 및 조혈기 장애, 갑상선질환, 기타 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애, 정신병, 기타 신경계 및 감각계의 장애, 눈 및 부속기의 질환, 순환기계질환, 디스크, 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 기타 감염성 및 기생충성 질환에 대해서는 100% 치료 경험이 있다고 하였다. 20~29세는 악성신생물, 당뇨, 정신병, 기타 눈 및 부속기의 질환, 순환기계의 질환, 기타 피부 및 피하조직의 질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상에서 100%의 치료경험을 보이고 있으며, 30~39는 20대와 비슷하며 임신, 출산 및 산욕의 후유증이 더 포함된다. 40~49세는 중풍 및 뇌혈관질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상, 악성신생물에서 100%, 50~59세와 60~69세는 기타 신경계 및 감각계의 장애, 중풍이나 뇌혈관질환, 악성신생물에서 100% 치료경험률을, 70세 이상은 알레르기성 비염, 디스크, 악성신생물에서 100%의 치료 경험률을 보이고 있다.

〈表 III-28〉 慢性疾患의 治療經驗率(年齡別)

(단위: %)

구 분	0~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 이상	계
전 체	87.80	83.16	85.49	87.44	88.96	89.87	89.88	87.56
특정감염성 및 기생충성질환 결핵, 폐결핵	91.35	100.00	100.00	100.00	92.69	94.79	100.00	96.11
기타 감염성 및 기생충성질환	100.00	-	100.00	100.00	100.00	-	-	100.00
신생물								
위암	-	-	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
자궁암	-	100.00	100.00	100.00	90.32	100.00	100.00	97.91
기타 부위 악성신생물	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
양성신생물	100.00	78.70	88.21	88.86	88.99	82.02	41.03	86.94
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애								
빈혈	70.70	87.02	83.90	86.97	68.23	74.88	66.41	79.16
기타 혈액 및 조혈기장애	100.00	-	100.00	100.00	-	-	-	100.00
내분비영양 및 대사질환과 면역장애								
당뇨	18.83	100.00	92.39	95.49	94.73	97.49	98.53	95.94
갑상선질환	100.00	97.76	93.85	100.00	100.00	94.73	100.00	97.56
기타 내분비영양 및 대사질환	100.00	-	34.13	100.00	-	100.00	-	66.28
정신 및 행동장애								
신경증	59.08	64.53	61.89	75.63	74.36	78.03	74.74	71.99
정신병	100.00	100.00	100.00	80.57	48.72	48.15	50.65	77.15
기타 정신장애	-	-	-	.00	61.43	78.25	30.73	37.17
신경계의 질환								
두통	82.77	93.81	96.07	90.91	95.42	91.57	97.34	93.56
기타 신경계 및 감각계의 장애	100.00	89.52	98.81	91.80	100.00	100.00	81.12	94.81
눈 및 부속기의 질환								
백내장, 녹내장	100.00	88.20	74.12	53.30	80.48	86.01	88.13	82.83
기타 눈 및 부속기의 질환	100.00	100.00	100.00	87.70	98.34	80.47	93.62	92.87
귀 및 유양돌기의 질환								
만성중이염	98.79	81.20	96.80	95.69	93.85	90.23	96.72	94.48
기타 귀 및 유양돌기의 질환	65.87	68.74	79.39	66.47	57.52	53.23	51.63	58.39
순환기계의 질환								
고혈압	100.00	53.32	74.10	88.36	94.82	94.20	95.64	91.99
중풍, 뇌혈관질환	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	98.78	99.55
협심증, 심근경색증	100.00	100.00	45.82	86.72	96.58	95.75	94.32	93.42
기타 심장질환	85.03	97.61	69.40	87.48	86.50	88.26	96.16	87.68
저혈압	46.23	23.82	48.99	53.77	63.23	66.01	55.30	56.50
치질, 치핵	55.44	59.18	60.81	65.15	64.35	62.01	68.42	62.57
기타 순환기계의 질환	74.22	60.13	68.46	82.40	78.56	83.08	74.43	77.93

〈表 III-28〉 계속

(단위: %)

구 분	0~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 이상	계
전 체	87.80	83.16	85.49	87.44	88.96	89.87	89.88	87.56
호흡기계의 질환								
축농증	91.80	80.06	84.92	77.35	76.40	84.49	70.85	85.53
알레르기성비염	94.42	93.36	91.50	92.40	95.28	85.89	100.00	93.19
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	95.92	69.33	87.22	81.64	86.68	83.64	90.24	85.89
천식	94.77	80.54	91.44	88.03	89.91	94.74	92.39	92.04
기타 호흡기계의 질환	93.74	93.52	90.99	81.93	89.37	92.13	93.05	91.24
소화기계의 질환								
위염·소화성궤양	93.96	95.45	96.99	97.91	98.07	98.94	98.78	97.58
만성간염, 간경화	66.78	79.93	85.23	81.00	87.78	92.67	89.14	83.75
충치(치아우식증)	86.85	81.44	82.81	84.03	85.48	87.77	84.46	85.00
치주질환 및 치경부마모증	73.48	65.49	71.09	83.38	84.50	82.10	75.52	78.94
변비	74.52	81.01	74.88	79.17	72.71	74.61	81.40	77.10
기타 소화기계의 질환	98.73	96.26	93.25	96.55	94.14	97.37	92.23	95.46
피부 및 피하조직의 질환								
피부병 ²⁾	87.80	88.47	91.76	92.06	91.05	88.80	91.70	90.57
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	100.00	100.00	-	-	-	-	100.00
근골격계 및 결합조직의 질환								
관절염	92.12	78.90	85.54	91.30	92.08	92.26	92.64	91.26
요통, 좌골통	85.06	79.23	88.78	90.56	92.47	90.80	91.77	90.22
디스크	100.00	93.75	96.94	99.09	98.47	98.20	100.00	98.05
신경통	-	100.00	90.83	91.12	91.82	94.46	93.08	92.87
골다공증	-	100.00	100.00	69.76	85.10	93.70	98.10	90.85
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	69.73	88.98	92.62	91.92	90.43	92.41	96.50	91.15
비뇨생식기계의 질환								
만성신장질환	83.63	100.00	81.15	77.46	86.42	98.26	86.57	85.21
기타 비뇨생식기계의 질환	74.64	80.08	79.92	75.39	81.93	84.65	84.31	79.14
임신, 출산 및 산욕의 후유증	-	-	100.00	-	100.00	-	-	100.00
선천성기형, 변형 및 염색체이상	100.00	32.89	100.00	100.00	-	-	100.00	81.94
달리 분류되지 않은 증상, 징후 와 임상 및 검사의 이상소견	78.25	56.57	78.70	89.12	82.61	77.96	79.06	80.18
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 사고 및 중독의 후유증								
사고 및 중독의 후유증	93.93	92.43	95.27	93.95	92.66	96.63	96.25	94.42

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.

2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

나) 生涯週期別 慢性疾患의 治療經驗率

생애주기별로 만성질환의 치료 경험률을 살펴보면 0~16세에서 88.74%, 7~18세에 88.01%, 19~44세는 85.30%, 45~64세는 88.91%, 65세 이상은 89.81%로 노인에게 있어 만성질환에 대한 치료 경험률이 가장 높은 것으로 나타났다.

0~6세 영유아는 악성신생물, 정신병, 눈 및 부속기의 질환, 신경계 및 감각계의 장애, 만성폐쇄성 질환, 소화기계질환, 관절염, 선천성 기형이나 변형 및 염색체의 이상, 사고 및 중독의 후유증 등에서 100%의 치료 경험률을 보이고 있고 7~18세 청소년은 악성신생물, 정신 및 행동장애, 눈 및 부속기의 질환, 관절염이나 디스크, 선천성 기형이나 변형 및 염색체의 이상에서 100%의 치료 경험률을 보여준다. 19~44세인 청장년층과 45~64세는 은 악성신생물, 골다공증, 임신이나 출산 및 산욕의 후유증에서 100%, 65세는 악성신생물, 갑상선질환, 선천성 기형이나 변형 및 염색체의 이상에서 100%의 치료경험률을 보여준다.

〈表 III-29〉 만성疾患의 治療經驗率(生涯週期別)

(단위: %)

구 분	0~6세	7~18세	19~44세	45~64세	65세 이상	계
전 체	88.74	88.01	85.30	88.91	89.81	87.56
특정감염성 및 기생충성질환						
결핵, 폐결핵	100.00	100.00	96.11	92.58	100.00	96.11
기타 감염성 및 기생충성질환	100.00	100.00	100.00	100.00	-	100.00
신생물						
위암	-	-	100.00	100.00	100.00	100.00
자궁암	-	-	100.00	95.68	100.00	97.91
기타 부위 악성신생물	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
양성신생물	100.00	100.00	90.64	82.29	70.15	86.94
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애						
빈혈	-	70.88	84.12	80.23	66.78	79.16
기타 혈액 및 조혈기장애	100.00	100.00	100.00	100.00	-	100.00
내분비영양 및 대사질환과 면역장애						
당뇨	-	18.83	94.06	95.91	97.92	95.94
갑상선질환	-	100.00	96.74	97.54	100.00	97.56
기타 내분비영양 및 대사질환	-	100.00	34.13	100.00	100.00	66.28
정신 및 행동장애						
신경증	22.50	100.00	66.90	75.75	75.19	71.99
정신병	100.00	100.00	95.72	48.53	55.94	77.15
기타 정신장애	-	-	.00	54.96	36.64	37.17
신경계의 질환						
두통	-	89.42	92.13	95.74	92.54	93.56
기타 신경계 및 감각계의 장애	100.00	100.00	94.70	95.36	90.51	94.81
눈 및 부속기의 질환						
백내장, 녹내장	100.00	100.00	63.64	81.17	86.94	82.83
기타 눈 및 부속기의 질환	100.00	100.00	94.89	90.09	91.35	92.87
귀 및 유양돌기의 질환						
만성중이염	100.00	97.74	91.80	94.62	93.56	94.48
기타 귀 및 유양돌기의 질환	-	65.87	70.11	58.98	50.84	58.39
순환기계의 질환						
고혈압	-	100.00	78.22	93.75	95.53	91.99
중풍, 뇌혈관질환	100.00	-	100.00	100.00	99.11	99.55
협심증, 심근경색증	-	100.00	80.38	94.81	94.89	93.42
기타 심장질환	89.07	80.19	85.53	86.80	91.35	87.68
저혈압	-	-	42.87	65.35	59.65	56.50
치질, 치핵	.00	60.68	62.81	61.28	68.28	62.57
기타 순환기계의 질환	100.00	56.64	71.73	82.73	75.10	77.93

〈表 III-29〉 계속

(단위: %)

구 분	0~6세	7~18세	19~44세	45~64세	65세 이상	계
전 체	88.74	88.01	85.30	88.91	89.81	87.56
호흡기계의 질환						
축농증	93.95	91.59	81.67	78.75	77.78	85.53
알레르기성비염	97.95	94.66	91.52	93.43	77.86	93.19
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	100.00	92.34	80.50	85.90	86.69	85.89
천식	93.30	96.10	88.54	89.63	94.23	92.04
기타 호흡기계의 질환	100.00	91.33	90.47	88.05	96.24	91.24
소화기계의 질환						
위염·소화성궤양	100.00	92.85	97.14	98.16	98.44	97.58
만성간염, 간경화	100.00	57.26	81.23	88.53	89.67	83.75
증지(치아우식증)	82.69	89.08	82.33	85.54	85.39	85.00
치주질환 및 치경부마모증	100.00	71.50	75.32	83.02	76.99	78.94
변비	72.43	71.13	77.91	76.81	79.37	77.10
기타 소화기계의 질환	100.00	98.05	95.24	95.35	94.82	95.46
피부 및 피하조직의 질환						
피부병 ¹⁾	97.50	84.18	90.82	91.39	89.32	90.57
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	-	100.00	-	-	100.00
근골격계 및 결합조직의 질환						
관절염	100.00	100.00	86.80	91.60	93.11	91.26
요통, 좌골통	-	83.29	87.25	92.11	91.23	90.22
디스크	-	100.00	96.82	98.65	99.30	98.05
신경통	-	-	96.62	90.67	94.65	92.87
골다공증	-	-	100.00	87.44	96.43	90.85
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	-	70.07	91.43	90.86	95.10	91.15
비뇨생식기계의 질환						
만성신장질환	-	83.63	77.61	90.88	91.21	85.21
기타 비뇨생식기계의 질환	84.41	68.03	80.73	78.08	87.49	79.14
임신, 출산 및 산욕의 후유증	-	-	100.00	100.00	-	100.00
선천성기형, 변형 및 염색체이상	100.00	100.00	57.22	-	100.00	81.94
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	-	90.35	78.59	80.27	78.10	80.18
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증						
사고 및 중독의 후유증	100.00	91.07	94.10	94.41	95.35	94.42

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.
 2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

다) 發病時期別 慢性疾患의 治療經驗率

발병시기별 만성질환의 치료 경험률을 비교해보면 3개월 미만이 79.81%, 3개월에서 1년 미만이 83.41%, 1년에서 3년 미만이 86.11%, 3년에서 5년 미만이 88.96%, 5년에서 10년 미만이 89.20%, 10년 이상이 89.86%로 만성질환의 발병시기가 10년 이상인 사람에서 치료 경험률이 가장 높은 것으로 나타났고 반면에 3개월 미만인 경우에는 가장 적은 비율을 보였다.

3개월 미만에서는 악성신생물, 갑상선질환 및 대사질환과 면역장애, 신경계의 질환, 눈 및 부속기의 질환, 만성중이염, 기타 호흡기계질환, 만성신장질환, 결핵, 자궁암이 100% 치료경험률로 가장 높았다. 3개월에서 1년 미만은 악성신생물, 혈액 및 조혈기 장애, 기타 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애, 기타 신경계 및 감각계의 장애, 중풍이나 뇌혈관질환, 기타 피부 및 피하조직의 질환 등에서 100%의 치료율을 보인다. 1년에서 3년 미만은 악성신생물, 갑상선질환, 중풍 및 뇌혈관질환, 결핵 및 기생충성 질환 등에서 100% 치료율을, 3년에서 5년 미만은 골다공증, 악성신생물에서 100%의 치료율을 보이고 있다. 5년에서 10년은 골다공증을 포함해 악성신생물, 기타 혈액 및 조혈기 장애, 임신, 출산 및 산욕의 후유증 등 다른 발병시기에서도 많이 나타나는 질병에 대해서 100%의 치료율을 나타낸다. 10년 이상은 5~10년과 더불어 임신, 출산 및 산욕의 후유증에서 100%, 그 외 악성신생물에서도 100%의 치료율을 보이고 있다.

〈表 III-30〉 發病時期別 慢性疾患의 治療經驗率

(단위: %)

구 분	3개월미만	3개월~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년 이상	계
전 체	79.81	83.41	86.11	88.96	89.20	89.86	87.62
특정감염성 및 기생충성질환							
결핵, 폐결핵	100.00	95.74	100.00	100.00	100.00	88.96	96.11
기타 감염성 및 기생충성질환	-	100.00	100.00	-	-	100.00	100.00
신생물							
위암	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
자궁암	100.00	100.00	91.75	100.00	100.00	100.00	97.91
기타 부위 악성신생물	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
양성신생물	81.83	89.71	92.91	100.00	84.64	42.81	86.94
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애							
빈혈	74.73	77.42	75.41	80.34	87.10	78.07	79.03
기타 혈액 및 조혈기장애	-	100.00	100.00	-	100.00	100.00	100.00
내분비영양 및 대사질환과 면역장애							
당뇨	79.98	85.28	95.33	98.10	100.00	99.41	96.20
갑상선질환	100.00	95.52	100.00	97.46	98.02	96.74	97.77
기타 내분비영양 및 대사질환	100.00	100.00	23.97	100.00	.00	100.00	66.28
정신 및 행동장애							
신경증	87.61	55.56	60.61	65.26	82.74	81.63	72.05
정신병	64.72	100.00	82.00	75.04	87.20	72.92	77.15
기타 정신장애	-	39.93	23.71	30.73	49.74	78.31	37.52
신경계의 질환							
두통	100.00	88.96	86.60	95.83	94.45	96.43	93.52
기타 신경계 및 감각계의 장애	100.00	100.00	94.04	92.27	95.60	93.93	94.81
눈 및 부속기의 질환							
백내장, 녹내장	91.23	77.43	82.80	85.98	83.59	81.43	82.80
기타 눈 및 부속기의 질환	100.00	94.45	93.64	96.83	92.76	87.55	93.16
귀 및 유양돌기의 질환							
만성중이염	100.00	89.66	93.74	93.19	98.20	95.38	94.42
기타 귀 및 유양돌기의 질환	69.00	54.48	42.90	70.00	57.91	67.15	58.39
순환기계의 질환							
고혈압	90.51	86.37	90.16	92.55	92.71	95.38	92.11
중풍, 뇌혈관질환	97.04	100.00	100.00	98.44	100.00	100.00	99.55
협심증, 심근경색증	100.00	91.48	93.68	87.36	94.33	97.02	93.42
기타 심장질환	79.75	85.58	88.53	86.30	85.25	90.85	87.84
저혈압	42.90	50.55	62.22	49.01	52.70	61.80	56.16
치질, 치핵	53.87	70.99	62.93	65.21	60.82	61.97	62.69
기타 순환기계의 질환	74.06	75.29	70.78	81.52	85.38	83.50	78.41

〈表 III-30〉 계속

(단위: 명, %)

구 분	3개월미만	3개월~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년이상	계
전 체	79.81	83.41	86.11	88.96	89.20	89.86	87.62
호흡기계의 질환							
축농증	97.93	86.20	84.67	82.45	91.09	82.53	85.59
알레르기성비염	83.07	88.72	94.82	93.58	92.93	94.61	93.18
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	78.73	81.40	89.02	82.94	83.12	88.02	85.86
천식	72.35	86.85	90.71	95.72	93.11	94.11	92.23
기타 호흡기계의 질환	100.00	90.38	87.59	89.77	84.50	97.55	91.24
소화기계의 질환							
위염·소화성궤양	93.38	94.15	96.45	97.03	98.72	99.41	97.62
만성간염, 간경화	87.92	83.54	81.21	88.93	83.20	83.37	83.95
총치(치아우식증)	68.58	80.67	84.29	89.38	89.10	90.68	85.05
치주질환 및 치경부마모증	74.05	75.90	78.20	79.98	77.59	83.55	79.03
변비	77.34	67.73	67.22	77.97	85.22	81.03	77.38
기타 소화기계의 질환	87.79	92.86	94.84	93.74	97.09	98.34	95.44
피부 및 피하조직의 질환							
피부병 ²⁾	86.42	86.66	88.72	91.29	91.22	91.76	90.59
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	100.00	100.00	-	100.00	-	100.00
근골격계 및 결합조직의 질환							
관절염	82.84	84.44	89.88	89.84	92.10	94.16	91.26
요통, 좌골통	85.50	82.88	84.23	92.19	91.34	93.75	90.22
디스크	92.93	97.49	98.47	98.61	97.52	98.51	98.05
신경통	73.72	73.48	92.38	94.73	97.44	94.25	92.87
골다공증	60.63	82.87	92.24	100.00	100.00	96.65	90.85
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	98.17	89.34	87.68	94.07	93.00	93.06	91.13
비뇨생식기계의 질환							
만성신장질환	100.00	84.12	83.16	87.34	83.64	85.87	85.15
기타 비뇨생식기계의 질환	85.96	75.87	74.71	78.47	82.56	82.33	79.23
임신, 출산 및 산욕의 후유증	-	100.00	-	100.00	-	100.00	100.00
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	100.00	100.00	100.00	-	68.80	81.94
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	75.37	42.78	92.48	95.01	84.73	86.86	80.18
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 사고 및 중독의 후유증							
사고 및 중독의 후유증	78.90	96.01	94.46	97.59	90.06	95.31	94.42

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.

2) 지진의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

6) 慢性疾患의 治療處

만성질환의 치료처는 병의원이 56.99%로 가장 많이 이용하는 치료처이고 한방은 5.27%, 약국은 29.85%로 두 번째로 이용을 많이 했으며, 보건소는 2.45%, 보건진료소는 0.41%, 기타가 5.03%로 나타났다.

기타 피부 및 피하조직의 질환이나 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 기타 감염성 및 기생충성 질환은 100% 병원에서 치료한 것으로 나왔고 임신, 출산 및 산욕의 후유증이 41.43%, 중풍 및 뇌혈관질환이 32.95%로 한방을 자주 이용하는 질병으로 나타났다. 만성질환 치료를 위해 약국을 이용하는 질병 중에서 피부병이 73.05%, 두통이 70.67%로 가장 높은 비율을 보였다. 만성질환으로 인해 보건소나 보건진료소는 많이 이용하는 편은 아니나 보건소에서 가장 높은 비율로 이용하는 질병은 결핵, 폐결핵이 26.83%로 가장 높았고 고혈압으로 인해 이용하는 경우는 10.17%로 그 다음으로 높았다. 보건진료소는 중풍, 뇌혈관질환이 1.58%, 결핵, 폐결핵이 1.56%로 보건진료소 이용하는 질병에서 가장 높은 비율을 보이는 질병이다.

〈表 III-31〉 慢性疾患의 主要治療處

(단위: %)

구 분	병의원	한방	약국	보건소	보건 진료소	기타	계(N)
전 체	56.99	5.27	29.85	2.45	.41	5.03	100.00(36,811)
특정감염성 및 기생충성질환							
결핵, 폐결핵	69.86	-	1.74	26.83	1.56	-	100.00(76)
기타 감염성 및 기생충성질환	100.00	-	-	-	-	-	100.00(5)
신생물							
위암	94.57	3.50	-	-	-	1.92	100.00(34)
자궁암	98.15	-	1.85	-	-	-	100.00(28)
기타 부위 악성신생물	95.39	1.27	2.23	-	-	1.11	100.00(92)
양성신생물	90.38	2.95	6.05	.62	-	-	100.00(124)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애							
빈혈	33.79	6.7	53.40	1.81	.77	3.48	100.00(239)
기타 혈액 및 조혈기장애	81.37	-	9.60	-	-	.02	100.00(7)
내분비영양 및 대사질환과 면역장애							
당뇨	76.25	1.61	11.15	5.58	.21	9.19	100.00(852)
갑상선질환	91.27	2.55	4.25	.72	-	1.20	100.00(248)
기타 내분비영양 및 대사질환	61.38	-	12.26	-	-	26.36	100.00(5)
정신 및 행동장애							
신경증	70.16	5.84	22.50	.64	-	.87	100.00(301)
정신병	86.13	3.65	1.58	1.39	-	7.25	100.00(43)
기타 정신장애	84.82	2.53	12.65	-	-	-	100.00(24)
신경계의 질환							
두통	20.52	3.83	70.67	2.67	.98	1.32	100.00(465)
기타 신경계 및 감각계의 장애	27.36	8.26	60.32	1.05	1.08	1.93	100.00(179)
눈 및 부속기의 질환							
백내장, 녹내장	89.81	.18	8.03	.70	.19	1.08	100.00(338)
기타 눈 및 부속기의 질환	81.22	1.18	15.89	1.28	-	.44	100.00(146)
귀 및 유양돌기의 질환							
만성중이염	85.39	1.89	11.12	.90	.24	.47	100.00(263)
기타 귀 및 유양돌기의 질환	87.26	5.04	2.48	2.31	-	2.91	100.00(89)
순환기계의 질환							
고혈압	67.70	3.19	15.63	10.17	1.58	1.72	100.00(1,633)
중풍, 뇌혈관질환	56.98	32.95	2.38	2.49	1.23	3.97	100.00(255)
협심증, 심근경색증	89.74	2.20	6.34	1.39	.33	-	100.00(178)
기타 심장질환	68.95	9.26	14.71	4.10	.80	2.19	100.00(470)
저혈압	63.64	11.57	11.08	2.58	.79	10.34	100.00(165)
치질, 치핵	39.10	2.25	43.14	.35	.05	15.11	100.00(1,067)
기타 순환기계의 질환	42.77	21.85	18.31	4.25	1.14	11.68	100.00(222)

〈表 III-31〉 계속

(단위: %)

구 분	병의원	한방	약국	보건소	보건 진료소	기타	계(N)
전 체	56.99	5.27	29.85	2.45	.41	5.03	100.00(36,811)
호흡기계의 질환							
축농증	74.86	2.55	19.09	.52	.07	2.92	100.00(836)
알레르기성비염	63.78	3.98	29.12	.38	.17	2.57	100.00(683)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	47.05	4.27	36.61	4.71	.46	6.89	100.00(805)
천식	62.88	5.08	24.27	4.56	.59	2.62	100.00(506)
기타 호흡기계의 질환	67.99	2.85	22.74	1.56	-	4.85	100.00(253)
소화기계의 질환							
위염·소화성궤양	60.30	3.46	31.74	1.69	.40	2.40	100.00(2,284)
만성간염, 간경화	80.62	2.95	8.88	1.46	.35	5.75	100.00(566)
충치(치아우식증)	94.00	.06	4.06	1.50	.04	.34	100.00(6,206)
치주질환 및 치경부마모증	71.18	.22	24.20	1.73	.15	2.52	100.00(1,234)
변비	8.78	3.59	59.86	1.54	.28	25.95	100.00(647)
기타 소화기계의 질환	56.50	5.68	31.80	2.02	.24	3.75	100.00(1,045)
피부 및 피하조직의 질환							
피부병 ²⁾	18.07	.52	73.05	.33	.10	7.94	100.00(6,117)
기타 피부 및 피하조직의 질환	100.00	-	-	-	-	-	100.00(4)
근골격계 및 결합조직의 질환							
관절염	46.66	14.52	26.04	4.64	.87	7.28	100.00(2,910)
요통, 좌골통	39.69	19.46	27.54	4.51	1.17	7.63	100.00(2,289)
디스크	68.45	17.17	6.05	1.90	.44	6.00	100.00(740)
신경통	38.97	17.07	31.36	5.54	1.04	6.02	100.00(250)
골다공증	75.91	4.88	7.91	4.62	.32	6.36	100.00(180)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	39.92	15.73	31.98	3.59	.70	8.08	100.00(563)
비뇨생식기계의 질환							
만성신장질환	76.04	4.09	15.20	.53	.28	3.87	100.00(237)
기타 비뇨생식기계의 질환	47.21	8.39	40.32	1.04	.15	2.89	100.00(390)
임신, 출산 및 산욕의 후유증	43.77	41.43	-	-	-	14.80	100.00(4)
선천성기형, 변형 및 염색체이상	100.00	-	-	-	-	-	100.00(6)
달리 분류되지 않은 증상, 징후 와 임상 및 검사의 이상소견	54.01	12.50	22.32	4.83	-	6.34	100.00(50)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 사고 및 중독의 후유증							
사고 및 중독의 후유증	74.64	9.01	7.66	1.16	.43	7.10	100.00(457)

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.
 2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

7) 未治療 理由

증세가 경미해서 만성질환을 치료하지 않는 경우는 65.90%이고 치료할 예정인 사람은 11.30%, 비용문제로 인해 미치료하는 경우는 11.27%, 시간부족으로 인해 미치료하는 경우 4.98%, 치유곤란으로 인해 치료를 안 하는 경우는 3.09%, 거리상의 문제가 되는 경우는 0.12%로 나타났다.

결핵이나 폐결핵의 경우는 100%가, 변비는 91.51%정도가 증세가 경미하여 치료를 안 하는 것으로 나타났다. 자궁암의 경우 비용문제로 인하여 치료를 못하는 경우가 100%였다. 기타 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애인 경우 시간부족으로 인해 미치료하는 경우가 22.51%, 기타 근골격계 및 결합조직의 질환에서는 12.29%로 나타났다. 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상인 경우에는 치유가 곤란하여 치료를 안 하는 경우가 100%였다. 그 다음으로 치유가 곤란하여 미치료한 경우는 기타 정신장애가 49.06%이었다.

〈表 III-32〉 繼續 未治療 理由

(단위: %)

구 분	증세 경미	비용 문제	시간 부족	치유관련 ·불지병	거리가 멀어서	치료 예정	기 타	모 립	계(N)
전 체	65.66	11.24	5.01	3.12	0.12	11.25	3.31	0.29	100.00(5,737)
특정감염성 및 기생충성질환 결핵, 폐결핵 기타 감염성 및 기생충성질환	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(3) ¹⁾
신생물 위암 자궁암 기타 부위 악성신생물 양성신생물	- - - 23.19	- - - 25.5	- - - 0	- - - 16.23	- - - 0	- - - 27.91	- - - 7.17	- - - 0	- - - 100.00(19)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애 빈혈 기타 혈액 및 조혈기장애	70.33 -	17.17 -	0 -	1.17 -	1.02 -	8.18 -	2.13 -	0 -	100.00(68)
내분비영양 및 대사질환과 면역장애 당뇨 갑상선질환 기타 내분비영양 및 대사질환	73.06 - -	8.16 - -	6.83 - -	2 - -	0 - -	8.3 - -	1.65 - -	0 - -	100.00(40) 100.00(7) ¹⁾ 100.00(3) ¹⁾
정신 및 행동장애 신경증 정신병 기타 정신장애	69.05 20.66 30.95	17.48 13.9 12.73	0.56 0 0	7.16 45.59 49.06	0 0 0	4.09 0 1.4	1.66 19.85 5.86	0 0 0	100.00(129) 100.00(14) 100.00(44)
신경계의 질환 두통 기타 신경계 및 감각계의 장애	62.57 87.12	14.26 12.88	6.31 0	3.69 0	0 0	7.87 0	5.3 0	0 0	100.00(37) 100.00(11)
눈 및 부속기의 질환 백내장, 녹내장 기타 눈 및 부속기의 질환	28.06 31.54	30.2 34.04	1.58 5.14	2.25 5.18	0.85 0	32.33 17.91	4.73 6.19	0 0	100.00(77) 100.00(12)
귀 및 유양돌기의 질환 만성중이염 기타 귀 및 유양돌기의 질환	64.98 51.06	5.52 22.12	7.97 2.98	7.52 16.09	0 0	14.01 4.09	0 3.66	0 0	100.00(17) 100.00(70)
순환기계의 질환 고혈압 중풍, 뇌혈관질환 협심증, 심근경색증 기타 심장질환 저혈압 치질, 치핵 기타 순환기계의 질환	86.32 - 66.1 75.84 83.52 80.32 61.63	6.64 - 19.58 8.1 7.74 5.1 22.25	1.73 - 14.32 2.64 0 3.61 5.85	1.27 - 0 3.8 6.34 1.38 1.81	0 - 0 0 0 0 1.15	2.75 - 0 9.62 0.86 6.11 3.47	1.29 - 0 0 0.54 3.48 3.84	0 - 0 0 1 0 0	100.00(156) 100.00(1) ¹⁾ 100.00(14) 100.00(73) 100.00(139) 100.00(702) 100.00(69)

〈表 III-32〉 계속

(단위: %)

구 분	중세 경미	비용 문제	시간 부족	치유곤란 · 불치병	거리가 멀어서	치료 예정	기 타	모 름	계(N)
전 체	65.66	11.24	5.01	3.12	0.12	11.25	3.31	0.29	100.00(5,737)
호흡기계의 질환									
축농증	72.36	8.17	7.39	3.85	0.42	5.67	1.73	0.41	100.00(156)
알레르기성비염	75.11	6.36	8.39	6.13	0	2.71	1.3	0	100.00(55)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	71.12	12.53	5.69	3.44	0	3.88	3.34	0	100.00(146)
천식	74.58	13.93	1.37	2.81	0	7.31	0	0	100.00(47)
기타 호흡기계의 질환	40.23	19.95	11.17	11.29	2.51	14.85	0	0	100.00(25)
소화기계의 질환									
위염·소화성궤양	81.6	5.17	5.65	0	0	5.85	1.73	0	100.00(62)
만성간염, 간경화	60.43	11.88	4.48	8.76	0	10.15	2.74	1.56	100.00(121)
충치(치아우식증)	41.25	14.65	8.52	0.33	0	30.34	4.91	0	100.00(1,202)
치주질환 및 치경부마모증	60.84	17.68	8.31	0.42	0.19	8.54	4.02	0	100.00(362)
변비	91.39	2.17	1.02	1.56	0	2.32	1.54	0	100.00(209)
기타 소화기계의 질환	72.64	9.82	2.57	0	0	10	4.97	0	100.00(53)
피부 및 피하조직의 질환									
피부병 ²⁾	86.36	3.13	2.59	1.31	0	4.04	2.15	0.42	100.00(691)
기타 피부 및 피하조직의 질환	66.24	15.85	4.77	5.14	0.21	4.5	2.01	1.28	100.00(306)
근골격계 및 결합조직의 질환									
관절염	65.07	13.77	6.92	4.91	0.81	4.71	2.84	0.97	100.00(273)
요통, 좌골통	49.47	11.89	9.6	3.97	0	9.99	15.08	0	100.00(16)
디스크	67.19	15.23	3.21	7.66	0	3.78	2.93	0	100.00(21)
신경통	73.72	16.57	0	0	0	9.71	0	0	100.00(20)
골다공증	67.04	13.05	12	3.74	0	2.11	2.06	0	100.00(62)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	-	-	-	-	-	-	-	-	-
비뇨생식기계의 질환									
만성신장질환	59.85	23.51	0	0	0	5.21	8.1	3.33	100.00(45)
기타 비뇨생식기계의 질환	57.74	7.29	3.36	6.28	0	17.38	7.95	0	100.00(111)
임신, 출산 및 산욕의 후유증	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(2) ¹⁾
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00(2) ¹⁾
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	56.12	16.02	4.73	4.66	0	18.47	0	0	100.00(14)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증									
사고 및 중독의 후유증	61.55	8.28	5.13	16.31	0	8.73	0	0	100.00(30)

주: 1) 건수가 10건 미만인 경우 비율을 계산하지 않음.

2) 지진의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

8) 慢性疾患으로 인한 入院與否

만성질환으로 인한 입원여부를 살펴보면 입원을 안 하는 경우가 85.43%로 가장 높았고, 1번 입원을 한 경우는 1.78%, 2회 이상 입원을 한 경우는 12.79%를 차지하였다. 임신, 출산 및 산욕의 후유증으로 인한 경우는 100% 입원은 하지 않았지만 기타 혈액 및 조혈기 장애가 1회 입원한 질병으로 가장 높은 비율인 46.24%를, 기타 정신장애시 2회 이상 입원을 한 경우는 64.66%로 나타났다(表 III-33 참조).

9) 慢性疾患 2週間 治療與否

만성질환을 2주간 치료여부에 있어 의료기관을 이용한 경우는 12.11%, 가정비상약으로 치료를 한 경우는 18.76%, 기타의 방법으로 치료한 경우는 2.25%, 미치료한 경우는 66.88%로 나타났다. 선천성 기형, 변형 및 염색체에 이상이 있는 경우 2주간 의료기관을 치료했다고 응답한 사람의 비율이 34.16%로 의료기관 치료여부에서 가장 높은 비율을 보였고, 기타 피부 및 피하조직의 질환은 33.92%로 그 다음 순이었다. 2주간 치료여부에서 가정상비약을 복용한 경우는 협심증이나 심근경색증으로 44.04%의 가장 높은 비율을 보였고, 당뇨병이 44.03%, 두통이 43.13% 순이었다. 반면에 미치료를 안한 질병 중에서 충치가 90.73%로 가장 높았고, 저혈압이 89.70%, 기타 귀 및 유양돌기의 질환이 89.59%, 치질 및 치핵이 89.41%로 나타났다(표 III-34 참조).

〈表 III-33〉 慢性疾患으로 인한 入院與否

(단위: %)

구 분	입원한적 없음	입원함	모름	계(N)
전 체	97.62	2.37	0.01	100.00(40,523) ¹⁾
특정감염성 및 기생충성질환				
결핵, 폐결핵	91.01	8.99	0	100.00(84)
기타 감염성 및 기생충성질환	-	-	-	100.00(6) ²⁾
신생물				
위암	71.83	28.17	0	100.00(37)
자궁암	71.86	28.14	0	100.00(31)
기타 부위 악성신생물	58.13	41.87	0	100.00(101)
양성신생물	67.09	31.93	0.98	100.00(138)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애				
빈혈	97.68	2.32	0	100.00(264)
기타 혈액 및 조혈기장애	-	-	-	100.00(7) ²⁾
내분비영양 및 대사질환과 면역장애				
당뇨	96.13	3.87	0	100.00(938)
갑상선질환	97.76	2.24	0	100.00(273)
기타 내분비영양 및 대사질환	-	-	-	100.00(5)
정신 및 행동장애				
신경증	96.26	3.74	0	100.00(331)
정신병	70.98	29.02	0	100.00(48)
기타 정신장애	93.84	6.16	0	100.00(26)
신경계의 질환				
두통	99.79	0.21	0	100.00(514)
기타 신경계 및 감각계의 장애	97.56	2.44	0	100.00(195)
눈 및 부속기의 질환				
백내장, 녹내장	91.59	8.41	0	100.00(372)
기타 눈 및 부속기의 질환	98.16	1.84	0	100.00(161)
귀 및 유양돌기의 질환				
만성중이염	97.00	3	0	100.00(290)
기타 귀 및 유양돌기의 질환	97.35	2.65	0	100.00(98)
순환기계의 질환				
고혈압	98.43	1.57	0	100.00(1,797)
중풍, 뇌혈관질환	79.88	20.12	0	100.00(282)
협심증, 심근경색증	86.01	13.99	0	100.00(195)
기타 심장질환	96.59	3.41	0	100.00(517)
저혈압	98.92	1.08	0	100.00(184)
치질, 치핵	94.00	6	0	100.00(1,176)
기타 순환기계의 질환	98.05	1.95	0	100.00(245)

〈表 III-33〉 계속

(단위: %)

구 분	입원한적 없음	입원함	모름	계(N)
전 체	97.62	2.37	0.01	100.00(40,523) ¹⁾
호흡기계의 질환				
축농증	98.62	1.38	0	100.00(922)
알레르기성비염	99.72	0.28	0	100.00(752)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	99.23	0.77	0	100.00(886)
천식	96.68	12.84	0.48	100.00(559)
기타 호흡기계의 질환	86.68	12.84	0.48	100.00(281)
소화기계의 질환				
위염·소화성궤양	98.54	1.46	0	100.00(2,518)
만성간염, 간경화	93.49	6.51	0	100.00(623)
충치(치아우식증)	99.96	0.02	0.02	100.00(6,835)
치주질환 및 치경부마모증	99.95	0.05	0	100.00(1,342)
변비	100.00	0.00	0	100.00(713)
기타 소화기계의 질환	93.61	6.39	0	100.00(1,152)
피부 및 피하조직의 질환				
피부병 ³⁾	99.9	0.08	0.02	100.00(6,727)
기타 피부 및 피하조직의 질환	-	-	-	100.00(4) ²⁾
근골격계 및 결합조직의 질환				
관절염	99.02	0.98	0	100.00(3,207)
요통, 좌골통	98.95	1.05	0	100.00(2,521)
디스크	93.17	6.83	0	100.00(815)
신경통	99.24	0.76	0	100.00(275)
골다공증	96.31	3.69	0	100.00(198)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	97.26	2.65	0.09	100.00(622)
비뇨생식기계의 질환				
만성신장질환	87.61	11.94	0.45	100.00(261)
기타 비뇨생식기계의 질환	94.94	5.06	0	100.00(419)
임신, 출산 및 산욕의 후유증	94.41	5.59	0	100.00(11)
선천성기형, 변형 및 염색체이상	-	-	-	100.00(7) ³⁾
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사 이상소견	100.00	0	0	100.00(55)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증				
사고 및 중독의 후유증	86.64	13.36	0	100.00(503)

주: 1) 치료경험이 없는 사람을 제외
 2) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.
 3) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

〈表 III-34〉 慢性疾患 2週間 治療與否

(단위: %)

구 분	의료기관	가정상비약	기타	미치료	계(N)
전체	12.11	18.76	2.25	66.88	100.00(42,074)
특정감염성 및 기생충성질환					
결핵, 폐결핵	13.88	22.05	-	64.06	100.00(79)
기타 감염성 및 기생충성질환	10.37	10.62	-	79.01	100.00(5)
신생물					
위암	18.93	23.08	5.40	52.29	100.00(34)
자궁암	26.87	22.30	-	50.83	100.00(29)
기타 부위 악성신생물	25.37	30.75	1.11	42.76	100.00(92)
양성신생물	14.21	12.19	-	73.60	100.00(143)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애					
빈혈	10.35	26.39	.82	62.44	100.00(301)
기타 혈액 및 조혈기장애	9.06	9.60	-	81.34	100.00(7)
내분비영양 및 대사질환과 면역장애					
당뇨	26.49	44.03	4.09	25.39	100.00(888)
갑상선질환	12.43	36.84	-	50.73	100.00(254)
기타 내분비영양 및 대사질환	8.24	32.44	-	59.32	100.00(7)
정신 및 행동장애					
신경증	17.72	18.77	.22	63.30	100.00(418)
정신병	22.59	20.44	4.46	52.52	100.00(56)
기타 정신장애	2.74	13.14	-	84.13	100.00(64)
신경계의 질환					
두통	16.36	43.13	.71	39.80	100.00(498)
기타 신경계 및 감각계의 장애	10.99	41.16	.31	47.54	100.00(189)
눈 및 부속기의 질환					
백내장, 녹내장	16.29	19.29	.50	63.91	100.00(408)
기타 눈 및 부속기의 질환	20.93	23.61	-	55.46	100.00(157)
귀 및 유양돌기의 질환					
만성중이염	17.45	11.41	.21	70.93	100.00(279)
기타 귀 및 유양돌기의 질환	4.03	5.49	.90	89.59	100.00(153)
순환기계의 질환					
고혈압	24.03	41.35	.62	34.01	100.00(1774)
중풍, 뇌혈관질환	23.25	34.99	1.29	40.47	100.00(257)
협심증, 심근경색증	18.74	44.04	-	37.22	100.00(190)
기타 심장질환	13.75	28.73	.75	56.77	100.00(535)
저혈압	1.90	7.78	.62	89.70	100.00(293)
치질, 치핵	3.20	4.85	2.53	89.41	100.00(1704)
기타 순환기계의 질환	14.37	16.52	5.77	63.34	100.00(288)

〈表 III-34〉 계속

(단위: %)

구 분	의료기관	가정상비약	기타	미치료	계(N)
전 체	12.11	18.76	2.25	66.88	100.00(42,074)
호흡기계의 질환					
축농증	10.58	10.08	1.86	77.49	100.00(979)
알레르기성비염	15.36	16.70	2.03	65.91	100.00(733)
만성폐쇄성 폐질환(기관지염, 폐기종)	10.85	18.39	3.56	67.21	100.00(937)
천식	17.14	26.00	2.58	54.28	100.00(550)
기타 호흡기계의 질환	16.95	12.15	2.33	68.57	100.00(279)
소화기계의 질환					
위염·소화성궤양	19.82	23.99	1.36	54.84	100.00(2343)
만성간염, 간경화	13.07	17.46	2.05	67.42	100.00(676)
충치(치아우식증)	7.66	1.49	.12	90.73	100.00(7304)
치주질환 및 치경부마모증	8.28	7.58	1.26	82.88	100.00(1565)
변비	6.51	22.62	11.99	58.89	100.00(839)
기타 소화기계의 질환	18.51	23.80	2.96	54.73	100.00(1097)
피부 및 피하조직의 질환					
피부병 ²⁾	5.29	24.78	1.68	68.25	100.00(6765)
기타 피부 및 피하조직의 질환	33.92	-	-	66.08	100.00(4)
근골격계 및 결합조직의 질환					
관절염	16.19	25.59	4.36	53.86	100.00(3192)
요통, 좌골통	12.98	19.21	4.74	63.07	100.00(2538)
디스크	14.39	15.55	6.65	63.41	100.00(755)
신경통	17.90	25.57	3.73	52.80	100.00(269)
골다공증	16.70	35.45	6.27	41.58	100.00(198)
기타 근골격계 및 결합조직의 질환	18.85	19.43	5.49	56.23	100.00(622)
비뇨생식기계의 질환					
만성신장질환	12.75	18.66	1.46	67.12	100.00(277)
기타 비뇨생식기계의 질환	16.31	13.49	1.28	68.92	100.00(492)
임신, 출산 및 산욕의 후유증	28.00	-	14.80	57.20	100.00(4)
선천성기형, 변형 및 염색체이상	34.16	15.67	-	50.17	100.00(8)
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	24.09	16.83	2.30	56.78	100.00(63)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정사고 및 중독의 후유증					
사고 및 중독의 후유증	16.69	14.90	5.55	62.86	100.00(485)

주: 1) 건수가 10건 미만이어서 비율을 계산하지 않음.

2) 지선의 질환, 여드름, 건선(버짐), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

2. 慢性疾患 決定要因 分析

앞에서는 만성질환자에 대한 기술적인 분석과 단순상관관계를 제시하였는데, 이러한 단순상관관계는 개별 독립변수들과 만성질환여부간에 존재하는 관계의 정도 및 방향을 제시해 주지만 다른 독립변수의 영향을 통제하지 않은 상태에서 산출되는 것이기 때문에 진정한 관계를 보여주는 것으로 해석할 수 없다. 따라서 다른 독립변수들의 영향을 통제한 채 개별 독립변수와 만성질환여부간의 관계를 살펴보기 위해서는 개별독립변수들을 종속변수인 만성질환 유무에 집단으로 회귀시킬 필요가 있을 것이다. 이를 위하여 본 연구에서는 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 사용하여 각 독립변수들이 만성질환유무에 미치는 효과를 산출하여 결과를 제시하였다.

만성질환 결정요인 모델에는 인구학적인 변수와 사회경제적인 변수가 포함되었는데, 인구학적인 변수는 성, 연령, 결혼상태, 교육수준과 지역이며, 사회경제적인 변수로는 직업, 의료보장과 소득수준이다. 이러한 변수들로 구성된 모델의 예측확률은 66.2%이며, 모델 적정성에 대한 통계검정결과는 유의한 것으로 나타나 본 연구에서 설정한 만성질환결정요인모델이 적절한 것으로 나타났다.

성에 따른 만성질환의 차이를 보면, 남녀간 만성질환의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으며, 10세 간격으로 구분한 연령의 경우 연령에 따른 만성질환차이가 통계적으로 유의하였으며, 이 밖에도 만성질환 비율에 영향을 미치는 변수로는, 결혼상태, 교육수준 및 지역이었다. 직업에서는 사무직의 경우 만성질환 비율이 낮고, 농·어업의 경우는 만성질환 비율이 높았으며, 의료보장의 경우는 의료보호 집단에서 만성질환 비율이 통계적으로 유의하게 높았다. 마지막으로 소득수준의 경우는 50만원 이하의 저소득층에서 통계적으로 유의하게 만성질환 비율이 높았다.

〈表 III-35〉 慢性疾患者 決定要因 分析結果

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	OR
성	남	-.016	.023	.477	1	.490	.984
연령				443.647	7	.000	
	0~9세	-.978	.127	59.521	1	.000	.376
	10~19세	-1.241	.114	117.848	1	.000	.289
	20~29세	-1.139	.097	137.633	1	.000	.320
	30~39세	-.884	.092	92.578	1	.000	.413
	40~49세	-.681	.091	55.848	1	.000	.506
	50~59세	-.273	.091	8.980	1	.003	.761
결혼상태				152.128	3	.000	
	미혼	.304	.082	13.657	1	.000	1.355
	유배우 이혼·별거·사별	.780 .893	.087 .104	80.902 73.205	1 1	.000 .000	2.182 2.442
교육수준				449.414	5	.000	
	미취학	-.418	.075	30.926	1	.000	.659
	무학	.606	.082	54.410	1	.000	1.834
	초등	.547	.052	110.271	1	.000	1.728
	중졸	.266	.046	34.182	1	.000	1.305
	고졸	.088	.034	6.701	1	.010	1.092
지역	도시	-.153	.030	25.936	1	.000	.858
직업				25.709	7	.001	
	전문행정관리직	-.082	.055	2.244	1	.134	.921
	사무직	-.158	.048	10.879	1	.001	.853
	판매서비스직	-.088	.039	5.069	1	.024	.915
	농어업	.175	.064	7.513	1	.006	1.191
	기능단순노무직	-.072	.040	3.230	1	.072	.931
	군인	-.065	.268	.058	1	.810	.937
학생	-.101	.064	2.454	1	.117	.904	
의료보장				11.243	4	.024	
	공교	.114	.105	1.183	1	.277	1.121
	직장	.158	.100	2.508	1	.113	1.172
	지역	.152	.099	2.372	1	.124	1.164
	의료보호	.413	.136	9.179	1	.002	1.511
소득수준				21.343	3	.000	
	50만원 이하	.167	.059	7.926	1	.005	1.182
	51~150만원	.054	.052	1.061	1	.303	1.055
	151~300만원	-.002	.053	.001	1	.976	.998
상수		.382	.172	4.921	1	.027	1.465

주: 1) 기준변수로는 성에서는 여자, 연령에서는 70세 이상, 결혼상태에서는 비해당(18세 이하), 교육수준에서는 전문대졸 이상, 지역에서는 농촌, 직업에서는 기타직업군, 의료보장에서 는 보험없음, 소득수준에서는 301만원 이상의 집단이 기준변수임.

2) 예측확률: 66.2%

Model chi-Square=293.0(p=.000)

3. 要約

가. 人口學的인 特性

총 조사대상자 43,682명 중 만성질환자수는 24,476명으로 전체에서 56%⁵⁾가 만성질환이 있는 것으로 나타났다. 남성에서 만성질환자라고 응답한 사람의 비율은 54%이며 여성의 경우는 58%로 여성이 남성보다 좀더 높게 나타났으며 10세 간격으로 만성질환자의 비율을 보면 0-19세 이하에서는 35.1%이고 70세 이상에서는 87.5%로 나이가 많아질수록 만성질환자의 비율은 증가하는 것으로 나타났다. 생애주기별도 나이별 분포처럼 65세 이상인 노인층에서 88%로 비율이 가장 높게 나타났다.

결혼상태별로 보면 이혼, 별거, 사별을 통한 무배우자에게 있어 만성질환 비율이 가장 높고, 미혼인 경우 낮게 나타났다. 교육수준별로는 무학인 경우는 87.2%, 전문대 이상인 경우는 50.2%로 교육수준이 낮을수록 만성질환자의 비율이 증가하는 것으로 나타났다. 거주지역별에 따른 만성질환자의 비율은 도시거주자가 53.6%이고, 농촌거주자는 65.8%로 농촌에 거주하는 사람이 도시에 거주하는 사람에 비하여 만성질환자 비율이 유의하게 높게 나타났다.

나. 社會經濟的인 特性

농어업인 경우에 만성질환자 비율이 83.3%로 가장 높게 나타났고 반면 직업이 학생인 경우에는 38.3%로 만성질환자 비율이 가장 낮게 나타났다. 만성질환의 유무를 종사상의 위치별로 살펴보면 무급가족

5) 1998년 만성질환자 비율은 56%로, 이는 1995년의 29.9%에 비해 거의 두 배에 가까운 수치이며, 그 이유는 상당부분이 이환조사 방법의 차이와 일반인의 질병에 대한 인지도 차이에서 온 것임을 감안하더라도 만성질환자가 크게 증가하였다.

종사자에서는 74.1%로 무급가족종사자인 경우(74.1%)에서 만성질환자 비율이 가장 높고 두 번째로는 자영업자(70.6%)였다. 반면 전일제 상용근로자(55.3%)에서 가장 낮은 만성질환자 비율이 나타났다. 의료보장종류별 만성질환자 비율을 보면 지역의료보험에서 56.4%로 가장 적은 비율을, 의료보호는 가장 높은 75.1% 비율을 보였다. 주관적인 생활 수준에서 아주 잘사는 편이라고 응답한 사람은 70.0%가 만성질환이 있다고 가장 많이 응답했고, 잘사는 편이라고 응답한 사람에서의 만성질환자 비율이 52.8%로 가장 낮았다. 50만원이하인 가구 소득에서 만성질환이 있다고 응답한 사람이 69.0%, 301만원이상에서는 51.6%로 가구 소득이 낮을수록 만성질환자의 비율이 높게 나타났다.

다. 保健學的 特性

만성질환이 있다고 응답한 사람 중 이환갯수가 1개라고 응답한 사람은 40.1%로 가장 많았고 그 다음은 2개로 30.7%, 반면에 만성질환이 없는 사람에서는 이환갯수가 1개로 응답한 사람이 94.2%였다.

주요 활동제한이란 질병이나 장애 또는 고령으로 인해 평소 활동에 제한을 가져온 경우로서 전체 조사대상자에서 5.5%정도가 활동제한이 있는 것으로 나타났다. 만성질환이 있다고 응답한 집단 중에서 주요 활동제한정도에 대한 분포를 살펴보면 ‘주요활동을 전혀 못한다’, ‘주요활동에 제한적이다’와 ‘일반활동에 지장을 받는다’라고 응답한 비율이 각각 0.9%, 2.1%와 6.0%였다. 그러나 대부분의 만성질환자들은 주요활동에 전혀 제한을 받지 않았다. 주요활동의 원인별로 살펴보면 질병으로 인해 주요활동제한을 받는 경우가 63%으로 가장 높았고, 반면에 사고(손상)에 의해 주요활동에 제한을 받는 경우는 10.2%로 가장 낮게 나타났다. 그외 장애로 인해 주요활동에 제한을 받는 경우는 11.8%이고, 고령 때문에 주요활동에 제한을 받는 경우는 15%였다.

만성질환자 중에서 옥내활동이 혼자 가능한 집단과 주요활동에 지장이 없는 집단의 비율은 각각 17.5%와 81.3%를 차지하였고 도움이 필요하다고 응답한 사람은 0.8%로 대부분의 만성질환자들이 옥내 활동에 지장을 받지 않았다. 옥외활동에서는 혼자서 가능하다고 응답한 사람의 비율은 16.2%, 도움이 필요한 경우는 1.5%로 옥내활동에서처럼 대부분의 만성질환자들이 옥외활동에서도 지장을 받지 않았다.

전체조사대상자 중 걷기, 일어서기, 앉고 서기, 옷갈아 입기, 세수하기, 밥먹기, 화장실 사용하기 등과 같은 일상생활 수행능력에 모두 제한이 있다고 응답한 경우 0.4%를 차지하였다. 만성질환자에서의 일상생활 수행능력 제한에 대한 분포를 보면 일상생활 수행에 전혀 제한이 없는 사람의 비율은 99.3%를 차지하였고, 일상생활 수행능력 6개 항목을 모두 선택한 사람의 비율은 0.7%였다. 일부제한여부에서는 일부 제한을 받고 있다고 응답한 사람은 1.1%이고 만성질환자 중에서는 1.8%가 일상생활에 일부제한이 있는 것으로 나타났다.

전체 대상자 중 집밖 출입하기, 전화걸기, 버스타기, 집안 일하기 등과 같은 수단적 일상생활 수행능력에 대해 모두 제한을 받고 있는 경우가 1%로 나타났다. 만성질환자 중에서 수단적 일상생활 수행능력에 대한 분포를 살펴보면 전혀 제한이 없다고 응답한 집단이 98.5%를 모두다 제한이 있다고 응답한 집단이 1.5%를 차지하였다. 수단적 생활 수행능력의 일부제한이 있는 경우는 1.6%이고 만성질환이 있는 집단에서는 2.5%로 나타나 일상생활수행능력처럼 대부분의 만성질환자들이 수단적 생활수행능력에서 부분적인 제한도 받지 않았다.

라. 主要 慢性疾患

한국인이 많이 앓고 있는 만성질환을 보면, 충치가 1위이고 그 다음으로는 피부병⁶(2위), 관절염(3위), 요통·좌골통(4위), 위염·소화성궤양(5

위), 고혈압(6위)의 순으로 나타났다. 이와 같은 6대 질환은 전체 만성 질환의 54.4%를 차지한다. 생애주기별로 만성질환 유병률을 살펴보면, 만성질환의 유병률이 점점 높아지는 45세 이상 인구에서는 관절염 유병률이 22.6%로 1위이며, 피부병 18.5%(2위), 요통·좌골통 14.7%(3위), 충치 13.6%(4위), 고혈압 13.4%(5위), 위염·소화성궤양 10.9%(6위), 당뇨 6.9%(7위) 등으로 나타났다. 특히 65세 이상의 노인들이 앓고 있는 주요 만성질환은 관절염(34.2%), 요통·좌골통(23.1%), 고혈압(19.4%) 등이다.

만성질환을 인지하는 경위 중에서 자각증상을 통해 만성질환을 인지한 경우는 93.53%로 가장 높게 나왔고 그 다음은 건강검진을 통해 인지한 경우로 6.44%였으며 사고로 인한 인지는 0.03%로 가장 낮은 비율을 차지하였다.

변비, 기타 피부 및 피하조직의 질환, 임신, 출산 및 산욕의 후유증은 100% 자각증상을 통해 인지하였고 건강검진으로 만성질환을 인지하는 경위는 자각증상으로 인지하는 경우보다 낮은 비율이지만 그 중에서도 만성간염, 간경화가 60.12%, 저혈압이 59.69%로 이 경우는 건강검진으로 인한 인지경위가 자각증상으로 인한 인지경위보다 높았다. 사고로 인한 인지경위는 극히 드물지만 사고 및 중독의 후유증이 1.29% 요통, 좌골통이 0.12%에서 나타났다.

만성질환의 발병시기를 보면 10년 이상이라고 응답한 집단이 30.57%로 가장 많았고 3개월 미만은 가장 적은 3.34%를 차지하였다. 발병시기가 3개월 미만인 경우 자궁암이 16.59%로 가장 높았고 3개월에서 1년 미만인 경우에는 양성신생물이 38.29%, 1년에서 3년인 경우 기타 감염성 및 기생충성 질환이 47.28%로 가장 높았고 골다공증

6) 지선의 질환, 여드름, 건선(비집), 피부염, 피부가려움증, 손발톱의 질환, 티눈 및 굳은살, 무좀, 알러지 등을 포함한 피부질환임.

이 38.03%, 발병시기가 3~5년인 경우 기타 정신장애가 20.11%, 알레르기성 비염이 18.99%, 5~10년인 경우 위암이 26.18%로 가장 높았고, 알레르기성 비염이 25%, 10년 이상에서는 임신, 출산 및 산욕의 후유증이 58.54%, 선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상은 57.88%로 높은 비율의 만성질환이다.

의사에 의해 만성질환이 진단된 경우는 69.41%로 가장 높았고 그 다음은 자가진단인 경우로 21%를 차지하였으며 간호사에 의해 진단된 경우는 0.14%로 가장 낮게 나타났다. 약사에 의해 만성질환이 진단된 경우는 임신, 출산 및 산욕의 후유증이 28%로 가장 높았고, 피부병이 23.75%, 간호사에 의한 만성질환이 진단된 경우는 극히 드물지만 기타 정신장애가 1.79%가 간호사에 의해 진단받은 만성질환으로 가장 높았고 신경통, 빈혈이 그 다음 순이었다. 가족이나 이웃사람들에 의해 만성질환 진단을 받은 질병은 정신장애나 정신병으로 쉽게 눈에 띄는 질병이었다. 자가진단으로 인해 만성질환 진단을 받은 경우는 변비로 57.8%로 가장 높았고, 그 다음은 치질, 치핵이 52.66%였다. 대부분의 질환은 의사에 의해 진단받았는데 피부 및 피하조직의 질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 위암, 자궁암 등은 100% 의사에 의해 진단된 것이다. 이외에도 당뇨, 갑상선질환, 중풍이나 뇌혈관질환, 골다공증, 결핵이나 폐결핵 등은 의사에 의해 진단되는 비율이 높은 질병이다. 나이별로 의사 진단율을 분류해보면 0~19세인 경우에 의사 진단에 의해 만성질환이 진단된 비율이 평균적으로 80.05%로 가장 높게 나오고 70세 이상 평균 76.99%로 그 다음순이었고 30~39세가 평균 54.91%로 가장 낮았다. 질병별로는 기타 피부 및 피하조직의 질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 위암, 자궁암의 경우 의사진단율이 평균 100%로 의사의 진단율이 평균적으로 정확하게 나

타났고, 그 외 당뇨, 중풍이나 뇌혈관 질환, 갑상선질환, 결핵이나 폐결핵, 디스크, 골다공증이 높은 편이었다. 0~19세는 악성신생물, 양성신생물, 갑상선질환, 정신병, 눈질환, 고혈압, 중풍 및 뇌혈관질환, 순환기계질환, 간경화, 만성신장질환, 선천성 기형이나 변형 및 염색체 이상, 결핵이나 폐결핵, 기타 감염성 및 기생충성 질환에 대해서는 의사진단율이 평균적으로 100%였다. 20세 이후에서도 19세 이하와 비슷하며 자궁암 등에서도 의사진단율이 평균적으로 100%였다. 생애주기별 의사진단율을 살펴보면 0~6세인 영유아에게 있어 평균적으로 86.09%의 진단율을 보이며 19~44세는 가장 낮은 57.13%를 보였다. 0-6세의 영유아에서는 암, 혈액 및 조혈기장애, 정신병, 눈 및 부속기의 질환, 기타 신경계 및 감각계의 장애, 만성중이염, 순환기계질환, 관절염 등에서 평균적으로 의사진단율이 100%로 나왔다. 19~44인 청장년층에서는 당뇨, 협심증이나 심근경색증, 피부질환에 대해서만 평균적으로 의사진단율이 100%로 나타났고, 발병시기 3개월에서 1년 미만은 71.59%, 10년 이상은 63.79%로 발병시기 3개월에서 1년 미만의 경우에서 의사진단율이 가장 높았다. 3개월에서 1년 미만은 양성신생물, 혈액 및 조혈기 장애, 내분비 영양 및 대사질환과 면역장애, 피부 및 피하조직의 질환, 임신이나 출산 및 산욕의 후유증에서 의사진단율이 100%로 가장 높게 나왔다. 10년 이상은 악성신생물, 선천성 기형이나 변형 및 염색체 이상, 당뇨, 협심증이나 심근경색증에서 의사진단율이 100%를 차지하였다.

만성질환의 치료를 해봤다는 응답이 87.56%이고 기타 부위 악성신생물, 혈액 및 조혈기 장애, 피부 및 피하조직의 질환, 임신, 출산 및 산욕의 후유증, 기타 감염성 및 기생충성 질환, 위암은 경우는 100% 치료를 해본 경험을 가지고 있으며 그외 중풍, 뇌혈관질환, 디스크에서 치료를 해본 경험이 많고, 반면에 기타 정신장애, 저혈압, 기타 귀

및 유양돌기의 질환에서는 치료 경험률이 낮은 것으로 나타났다. 연령별로는 20~29세는 83.16%로 가장 낮고 60~69세는 89.87%로 치료 경험률이 가장 높은 것으로 나왔다. 20~29세는 악성신생물, 당뇨, 정신병, 기타 눈 및 부속기의 질환, 순환기계의 질환, 기타 피부 및 피하조직의 질환, 선천성 기형, 변형 및 염색체의 이상에서 100%의 치료경험을 보이고 있으며, 60~69세는 기타 신경계 및 감각계의 장애, 중풍이나 뇌혈관질환, 악성신생물에서 100% 치료경험률을 보이고 있다. 생애주기별로도 65세 이상에서 89.81%로 노인에게 있어 만성질환에 대한 치료 경험률이 가장 높은 것으로 나타났고 주로 악성신생물, 갑상선질환, 선천성 기형이나 변형 및 염색체의 이상에서 100%의 치료경험률을 보여준다. 발병시기별로는 3개월 미만은 79.81%로 가장 적은 비율을, 10년 이상이 89.86%로 치료 경험률이 가장 높은 것으로 나타났고 3개월 미만에서는 악성신생물, 갑상선질환 및 대사질환과 면역장애, 신경계의 질환, 눈 및 부속기의 질환, 만성중이염, 기타 호흡기계질환, 만성신장질환, 결핵, 자궁암이 100% 치료경험률로 가장 높았다. 10년 이상은 임신, 출산 및 산욕의 후유증에서, 악성신생물에서도 100%의 치료율을 보이고 있다.

만성질환의 치료처는 병원이 56.99%로 가장 많이 이용하는 치료처이고 보건소 및 보건진료소가 가장 적게 이용하는 치료처였다. 피부 및 피하조직의 질환이나 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상, 감염성 및 기생충성 질환은 100% 병원에서 치료한 것으로 나왔고 임신, 출산 및 산욕의 후유증이나 중풍 및 뇌혈관질환은 한방을 자주 이용하는 질병으로 나타났다. 약국을 주로 이용하는 만성질환의 질병은 피부병이나 두통이고 만성질환으로 인해 보건소나 보건진료소는 많이 이용하는 편은 아니나 그나마 보건소에서 가장 높은 비율로 이용하는 질병은 결핵, 폐결핵, 고혈압 등이었다.

만성질환을 미치료한 사람에서 증세가 경미해서 만성질환을 치료하지 않는 경우가 가장 높고 거리상의 문제는 가장 낮은 비율을 차지하였다. 결핵, 폐결핵, 변비는 증세가 경미하여 치료를 안 하는 것으로 자궁암의 경우 비용문제로 인하여 치료를 못하는 경우가 100%였고, 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상인 경우에는 치유가 곤란한 것이 미치료의 주이유였다. 만성질환으로 인한 입원여부에서 입원을 안하는 경우가 85.43%로 가장 높았고, 1회 입원을 한 경우는 1.78%, 2회 이상 입원을 한 경우는 12.79%를 차지하였다. 임신, 출산 및 산욕의 후유증으로 인한 경우는 100% 입원은 하지 않았지만 기타 혈액 및 조혈기 장애가 1회 입원한 질병으로 가장 높은 비율인 46.24%를, 기타 정신장애시 2회 이상 입원을 한 경우는 64.66%로 나타났다.

만성질환을 2주간 치료여부에 있어 의료기관을 이용한 경우는 12.11%, 가정비상약으로 치료를 한 경우는 18.76%, 기타의 방법으로 치료한 경우는 2.25%, 미치료한 경우는 66.88%로 나타났다. 선천성 기형, 변형 및 염색체에 이상이 있는 경우 2주간 의료기관을 치료했다고 응답한 사람의 비율이 34.16%로 가장 높은 비율을 보였고, 가정상비약을 복용한 질환에서는 협심증이나 심근경색증, 당뇨, 두통이 높은 편이었다. 반면에 미치료를 안한 질병 중에서 충치나 저혈압이 가장 높았다.

마. 慢性疾患 決定要因

만성질환과 관련되는 변수로는 연령, 결혼상태, 교육수준 및 지역 등 주로 인구학적인 요인이 크게 영향을 미치고, 사회경제적인 특성의 변수는 부분적으로 만성疾患에 영향을 주고 있다.

IV. 우리나라의 慢性退行性疾患 管理制度 現況

본 장은 우리나라 慢性退行性疾患管理에 대한 문제점을 파악하기 위해서 보건의료체계 전반에 대해 고찰하는 것을 목적으로 하며 고찰의 기본 틀은 클레츠코프스키는 보건의료체계의 구성요소를 사용하였다. 클레츠코프스키는 보건의료체계의 구성요소를 다음과 같이 분류하였다.

- 가. 의료자원의 개발(인력, 시설, 장비와 공급, 지식)
- 나. 자원의 조직적 배치(국가 보건당국, 의료보험프로그램, NGO 등)
- 다. 보건의료의 전달(일차의료, 이차의료, 삼차의료)
- 라. 경제적 지지(공적재정, 사용자, 자발적조직, 지역사회의 노력, 외국 의 원조, 개별 가정, 기타)
- 마. 관리(지도력, 의사결정<계획, 실행, 모니터링과 평가, 정보지원>, 규제)

1. 保健醫療資源

보건의료자원에는 크게 인력, 시설, 장비, 지식 등이 포함된다.

가. 人力

보건의료인력의 문제점은 인력의 양, 질, 분포, 생산성 등의 여러 요소를 살펴보아야 한다. 보건의료인력에 포함되는 인력도 의사, 치과 의사, 한의사, 간호사, 물리치료사 등 매우 다양하며, 이 들 중 의사와 간호사는 대표적인 인력이다.

1) 保健醫療人力의 量的 需給

우리나라 1997년 현재 의사수는 62,240명(인구 10만명당 136명), 간호사는 63749명으로 급속한 증가를 해오고 있다. 의사는 매년 3,260명이, 간호사는 11,160명이 유입됨에 따라 의료인력 공급능력은 선진국을 상회하는 수준으로 평가된다(백화중, 황나미, 1997).

그러나 慢性退行性疾患을 다루는 전문인력에 대한 공급은 부족하다. 노인전문분야가 별도로 없으며, 최근 가정간호 전문간호사 제도 도입이 유일한 慢性退行性疾患 관련인력생산을 위한 제도변화라고 할 수 있다. 그 외 현재 간호분야에서는 호스피스전문간호사, 노인전문간호사 제도를 보건복지부에 요청하고 있는 상태이다.

또한 건강증진법의 제정시행에 따라 보건소에서 慢性退行性疾患者를 대상으로 하는 신규 사업적 성격의 사업활동이 크게 증가하였다. 이러한 활동을 효과적으로 추진하기 위해서는 사업분야별 전문인력이 필수적으로 요구되고 있다(변중화, 1997). 또한 보건소에서 健康增進 업무를 담당하도록 지정된 인력은 평균 2.5명으로서 업무내용 및 업무량에 비해 담당인력이 매우 부족한 실정이다(변중화, 1997).

2) 人力의 質

보건의료 인력에 대한 질적 수준을 평가하기는 매우 어렵다. 더욱이 慢性退行性疾患管理 측면에서의 의료인력의 질 평가에 대한 근거 자료를 찾기는 매우 어렵다.

3) 人力의 分布

보건의료인력의 분포문제는 지리적 분포 및 전문의와 1차의료 의사의 분포가 문제가 된다. 일반적으로 1차의료는 보건의료체계의 토대

이며, 의료전달체계 내에서 최초의 의료를 말하는데, 이러한 일차의료는 전체의료 요구의 75~85%를 해결할 수 있는 효율적인 수단이므로, 1차의료 인력의 적정 배출은 인력분포상 주요한 문제이다.

- ① 의료인력의 지리적 불균등 분포, 특히 의사인력의 지리적 불균등 분포는 지속적으로 제기되어 왔으나 해결이 완전하게 이루어지지 못하고 있다.

이런 의료인력의 불균등분포는 취약지역에서의 적절한 慢性退行性疾患 管理體系가 이루어지지 못하는 원인이 되며, 결국 질적 서비스 제공을 저해하는 요인이 된다.

- ② 專門醫와 1次醫師 分布의 不均等

이제까지의 의사인력에 대한 적정수급에 대해서는 의사 수 전체의 규모 즉, 의사인력의 수가 부족한지 과잉인지에 관심이 집중되어 의사인력 수를 확대하는데 우선순위가 주어졌으며 의료인력 구성을 적정화하는데 대해서는 별다른 사회적 노력이 기울여지지 않아 왔다.

의사인력과 관련되어 가장 심각한 문제는 慢性退行性疾患者들에게 제공되는 서비스가 덜 전문적이고 지속성과 포괄성이 요구되는 1차의료서비스의 속성을 가졌기 때문에 일차의료의사들이 담당해야할 慢性退行性疾患者들이 많음을 감안할 때 전문의와 일차의료의사간 불균등 분포의 문제이다. 1995년 현재 전체 의사의 65.3%가 전문의이지만 잠재적 전문의인 전공의 등을 제외한 활동의사의 94.1%가 전문의이다. 단과전문의의 과잉은 일차의료의사의 절대적 부족을 초래하고 있다.

1차 의료의 핵심적 특징은 1차 접촉 의료, 지속성, 포괄성, 조정기능이다. 그러나 현재 우리 나라의 1차 의료 서비스는 의사가 환자의 보호자가 되는 문지기 기능을 하지 못하고있으며, 일정의사 또는 의료기관에 대한 지속적 연계측면도 크게 결여되어 있다. 또한 1차 의

료의 진료 내용을 보면 진료내용의 거의 대부분이 급성질환에 대한 일회성 진료이고 광범위한 서비스의 제공과 예방기능이 수행되지 않고 있어 포괄성 측면이 부족하고 앞서 제기한 바와 같이 의뢰를 통한 조정기능이 제대로 시행되지 않고 있어 결국 1차 의료의 기본 속성이 라 할 1차 접촉의료, 지속성, 포괄성, 조정이라는 관점에서 그 역할을 제대로 담당하지 못하고 있다고 평가할 수 있다. 이는 전문의들의 일반의로서의 훈련부족과 그로 인한 1차의사로서의 본래의 기능수행 장애로 인한 것이다(김혜련, 1997). 또한 이러한 單科專門醫의 과잉은 醫療費의 양등을 초래하는 요인이 되기도 한다.

나. 保健醫療施設

시설의 위치·규모·설계, 기능은 보건의료시설의 주요 특징으로서 보건의료시설의 효율성에 막대한 영향을 미친다.

1) 急性病床 爲主의 施設增加

병원과 병상수가 크게 증가하고 있다. 1971년 5,991개이던 의료기관은 1997년에 20,190개로 증가하여 1971을 100으로 하였을 때 337%에 달했다. 이 기간 중 종합병원은 14개에서 262개로(1,886%), 병원은 272개에서 456개로(168%)로 의원은 5,700개에서 15,876개로 증가(279%)하여 종합병원의 증가율이 다른 의료기관의 증가율에 비해 압도적으로 높았다. 이는 우리 나라 의료기관이 대형의료기관 위주로 재편되는 경향을 잘 보여준다.

더욱 문제가 되는 것은 병상의 대부분이 급성질환 중심이라는 점이다. 급성질환 서비스 이외의 대체서비스의 부재는 불필요한 병원장기 입원을 초래하며 결국은 의료비의 증대를 야기시키고 있다. 즉, 급성

치료 중심의 기관 편중으로 노인 및 慢性退行性疾患자들을 위한 전문 보건의료시설 부족을 초래하고 있으며 이로 인해 3차 진료기관을 포함한 종합병원의 병상이 이러한 장기요양 서비스를 위해 점유되고 있어 의료자원의 효율적인 활용을 저해하고 있는 실정이다(문옥륜, 1995). 이는 결국 국민의료비의 증대를 야기시키는 요인이 되고 있다.

1994년도 1개월분 환자진료결과를 분석한 결과 급성 단기질환시설의 총 입원환자의 13%, 총 재원일수의 34%가 장기요양서비스를 요하는 환자이며, 전체 환자 중 급성 단기환자의 재원일수는 9.5일, 장기요양환자의 재원일수는 39.3일로 추정된다. 특히 비전염환자의 평균재원일수는 69일이었다. 이는 급성 단기병원에서 치료를 받고 있는 상당수의 환자는 장기요양서비스로 대체되어야 함을 의미한다고 볼 수 있다(문옥륜, 1998).

2) 醫療施設의 地域 不均等 分布

보건의료 인력, 시설의 지역별 불균등 분포가 개선되지 않고 있다. 의료인력은 1996년 12월말 현재 도시지역에 93.6%가 집중되어 있는 반면, 농촌지역은 6.4%에 불과하다. 또한 1996년 의료시설에 있어서도 현재 병상의 90.8%가 도시지역에 편재되어 있으며 의료기관수도 91.2%가 도시지역에 분포되어 인구의 도·농간 분포를 감안하더라도 지역간 심한 불균형 현상을 보이고 있다(문옥륜, 1998).

다. 保健醫療知識

과거 생의학적 연구는 전염성질환 감소에는 큰 공헌을 하였으나, 현재의 만성퇴행성 질환관리에는 그 한계가 드러나고 있다.

현재의 비전염성 질환 및 만성 질환 발병요인은 사회·행태적 조건

과 밀접히 연관되어 있기 때문이다. 만성퇴행성 질환관리를 위해서는 역학자·사회학자·기타 여러 전문가들의 노력을 통해 주로 ‘사회학적 연구’에 바탕을 둔 광범위한 프로그램들이 진행되고 있다. 또한 사회적인 노력들을 어떻게 통합시켜나갈 것인가에 대한 ‘보건의료체계 연구’(health systems research)는 그 중요성을 더해가고 있다(서울대학교의료관리학교실, 1996).

2. 資源의 組織的 配置

보건의료체계의 다양한 자원들을 보건의료 활동으로 옮겨 그 자원들로 하여금 적절히 기능할 수 있도록 하려면 일정 유형의 사회조직이 필요하다. 보건의료 자원들을 효과적인 상호관계에 놓이게 하고, 보건의료 전달 메커니즘을 통해 개별 환자나 지역사회 집단들로 하여금 그들 자원과 접촉할 수 있도록 하기 위해서도 자원의 조직적 배치는 필요하다.

가. 國家保健醫療 行政組織

보건의료행정조직의 책임은 나라마다 다르다. 보건의료 자원 및 서비스 조직화의 모든 책임 혹은 거의 모든 책임을 보건부에 일임한 국가도 있다. 또 어떤 국가에선 보건부가 예방서비스만 일부 담당하고, 이외의 다른 측면들은 기타 공공기관이나 민간기관이 맡고 있는 경우도 있다.

1) 中央行政機構

우리나라의 慢性退行性疾患管理의 최고 정책담당기구는 보건복지부

의 질병관리과이다.

현재 질병관리 관련 업무를 담당하는 인력은 과장 및 사무관 2인을 포함하여 모두 6인으로 이들 인력이 만성퇴행성관리를 위한 여러 분야 사업의 기획관리, 정책지원, 사업지도 등의 업무를 총괄하는 책임을 맡고 있다. 또한 健康增進과 관련되어서는 건강증진국이 별도로 있어 건강증진업무를 담당하고 있다.

2) 公共 保健醫療施設

공공의료기관은 공중보건활동, 저소득층에 대한 기본적인 의료서비스의 제공, 민간의료에 대한 견제역할 등을 수행해야 한다. 그러나 우리나라의 공공의료부문은 매우 미약하다.

공공의료기관은 73개 공공병원(특수병원 포함)과 244개의 보건소를 중심으로 하는 보건기관으로 나누어 볼 수 있다. 이러한 공공부문의 의료기관은 기관수로 볼 때 전체의 11.4%, 병상수로 볼 때 전체의 14.9%만을 차지하고 있는 반면, 전체병원의 88.6%, 병상 수의 85.1%가 민간소유로 되어있다. 이러한 민간의료에 대한 의존도는 미국에 비해서도 더 높아 전체의료부문에 있어 공공부문의 역할은 매우 미약한 실정이다. 國民醫療費의 재원별 구성비를 보더라도 공공부문이 차지하는 비중이 아시아 지역은 물론 세계 선진국들보다 현저히 낮다. 1992년 현재 國民醫療費 지출의 10.4%만이 공공부문의 지출로 기록되고 있는데, 의료보험법에 의한 지출을 공공으로 계산할 경우 민간에도 33.9%에 불과하다. 즉 國民醫療費의 약 2/3가 민간부문지출로 구성되어 있음을 알 수 있다(문옥륜, 1998).

우리 나라 보건의료체계의 문제점들을 열거하여 보면 그 중 상당수가 민간중심의 의료제공체계에 기인하고 있음을 쉽게 알 수 있다. 보건의료자원의 대도시 편중문제, 대형의료기관에 환자가 집중하는 문

제, 의료인력의 구성에서 가정의가 부족하고 단과전문의가 과다한 문제 등을 들 수 있다. 저소득층 상당수가 실질적으로 의료보장의 혜택을 받지 못하고 있으며 의료보험의 급여를 받고 있다 하더라도 진료비 중 높은 본인 부담률로 인해 의료이용에 많은 제약이 있다.

그 외에 공공부문이 취약함에 따라 공공, 민간의료기관간에 수직적, 수평적인 연계와 유기적 협조 관계가 전반적으로 이루어지지 못하고 있다는 문제점이 있다.

또한 우리나라 공공의료기관은 양적인 취약 이외에도 국가 공공의료체계의 위상과 목표설정이 없고, 각 공공의료기관간 기능이 불명확할 뿐만 아니라 행정체계의 혼선과 비효율, 조정능력의 부재 등으로 제 역할을 하지 못하고 있다.

나. 醫療保險 프로그램

의료보험기관은 재정지원 과정을 통해 보건의료 제공자의 행위에 영향을 미칠 수 있는 능력을 부여받게 된다. 따라서 의료보험 프로그램의 조직화는 단순한 재정구조라는 차원을 넘어 慢性退行性疾患관련 의료서비스의 내용과 질을 결정하는 하나의 방법이 되는 것이다.

그러나 우리나라의 의료보험은 의료보험이 아닌 진료보험의 수준이다. 즉, 병이 났을 때 진료하는 수준이며, 건강유지와 증진을 도모할 수 있는 급여는 거의 없는 상태이다(최삼섭 외, 1995). 이로 인해 보건의료 서비스가 건강증진·치료·재활의 전 영역에 걸쳐 포괄적으로 제공되지 못하고 의료자원의 대부분이 치료 부문에 집중하고 있다.

또한 우리나라는 의료서비스 접근성 저하로 인한 미충족 의료수요가 상당히 높은 비율로 존재한다.

〈表 IV-1〉 年齢別・性別 未充足 醫療要求 比率

(단위: %, 명)

생애주기	연간 만성 이환		
	전체 (N=46258)	남자 (N=19699)	여자 (N=26559)
45~64세	11.1	11.0	11.1
65세 이상	10.2	10.8	9.9

註: 1) 연간 만성질환에 이환되었으나 치료 경험이 없는 경우

2) 질병이환건임.

資料: 『'98 국민건강·영양조사』 원자료 분석

특히 IMF 이후 제도적인 의료보장의 혜택을 받지 못하고 있는 한계인구집단이 급속히 증가하고 있다. 이들은 주로 공식 또는 비공식 경제부분의 실직자이거나 의료보호대상자가 아니면서 한계빈곤층이거나, 의료보험료를 지불하지 않아서 급여가 사실상 중단된 자들이다. 98년 9월말 현재 실업률은 7.2%인 154만명으로 집계되고 있다. 이들 중 상당수가 의료보장의 혜택을 받지 못하고 있으며 의료보험의 급여를 받고 있다 하더라도 진료비 중 높은 본인 부담률로 인해 의료이용에 많은 제약이 있다(문옥륜, 1998)

다. 其他 政府機關

건강관리에는 중앙부서 외에 기타 정부기관이 관여한다. 교육부는 양호교사의 배치를 통해 학령기 아동들의 건강보호에 노력하고, 노동부는 보건관리자를 배치함으로써 근로자들에게 1차수준의 건강서비스를 별도로 제공하고 있다.

1998년도 우리 나라의 초·중·고 학생수는 817만명, 산업장 근로자수는 758만명에 이른다. 그러나 일반보건의료체계와 학교 및 산업장

에 배치된 보건의료인력과 연계는 거의 없다. 또한 보건소의 건강증진사업에서도 대개는 지역주민을 대상으로 전개되며, 학교와 직장에 대한 사업의 우선 순위는 높지 않다(배상수, 1999).

‘97년 상반기 중학교 보건교육을 지원한 보건소는 45.9%이고 지원 학교 수는 6.8개소로 조사된 바 있으나(변중화·김진수·김은주, 1997), 사업내용이 단순하고 질적 수준도 높지 않을 것으로 추정되며, 산업장에 대한 健康增進事業은 더욱 초보단계로서, 직장 健康增進事業이 시행되는 지를 확인하는 형태이며, 사업의 수행을 기술적으로 뒷받침하지 못하고 있다(변중화·김진수·김은주, 1997).

라. 非政府機關

정부 외곽에도 국가보건 의료체계 내에서 일부 역할을 담당하고 있는 많은 기관·단체가 있다. 그 중 일부는 결핵·암과 같은 일정한 질환환을 다루거나, 일부는 아동이나 장애인 같은 특정 부류의 사람들에게 보건 의료를 제공하는 것을 목표로 삼고 있다. 환자들에게 직접적인 서비스를 제공하는 기관이 있는가 하면, 정부의 활동이나 국민들의 교육을 장려하는 기관도 있다. 어떤 임의기구들은 특수 유형의 직접적인 서비스를 제공한다.

의사협회·간호사협회 등의 단체들 역시 정부의 보건의료 정책결정에 지지나 반대를 표명하거나, 지속적인 교육이나 보건의료 요원의 자질기준 설정에 기여할 수도 있는 것이다.

민간단체 중 보건관리단체로서 건강증진 목적의 사업을 실시하고 있는 단체로는 한국건강관리협회, 대한보건협회, 한국금연운동협의회, 대한결핵협회, 대한가족계획협회, 대한산업보건협회, 한국성인병예방협회, 대한적십자사 등이 있다. 이들 단체들에서는 疾病豫防 및 건강

증진 활동으로 보건교육 및 홍보자료의 개발과 보급에 힘쓰고 있으며 특수질환 및 성인병 검진 등의 건강검진사업을 실시하고 있다. 앞으로 이런 단체와의 협조관계가 더욱 증진되어야 할 것이며 한편 다른 보건사업과의 연계도 고려해야 한다.

마. 獨立 民間部門

보건의료 자원의 조직적 배치 중 그 어느 것보다도 관련되지 않으면서 개인적으로 서비스를 제공하는 갖가지 유형의 독립적인 보건의료 인력, 慢性退行性疾患管理와 관련된 개인 소유의 민간 의료기관, 연구기관 등이 해당된다

의료서비스 전달상에서 민간부문의 비율이 높은 국가에서는 의료요구와 관련하여 의료의 공정분배를 달성하는 데 많은 문제점이 나타나는 경향이 있다.

현재 우리나라의 경우 慢性退行性疾患 진단 및 진료, 재활, 연구 영역의 거의 전부가 민간부분에 의해 이루어지고 있는 실정이다.

3. 保健醫療의 提供

제공된 서비스의 궁극적 결과에 따라 건강증진·질환예방·치료·재활을 위한 의료, 그리고 중증 장애인과 불치병자들의 사회의학적 의료로 분류된다.

또한 서비스의 복잡 정도 및 주민의 보건의료 요구가 어떤 일련의 절차를 거쳐 제공되는냐에 따라 1·2·3차 의료로 분류(WHO, 1973)한다.

가. 1次醫療의 未備

1차의료는 의료전달체계의 문지기 역할을 통하여 소비자의 합리적인 선택을 유도하고 불필요한 의료이용을 억제하는 기능을 할 수 있다. 또한 1차의료는 보건의료서비스를 적정화하고 자원배분에 형평을 기할 수 있는 수단으로서 뿐만 아니라 의료자원의 합리적인 이용과 의료체계의 효율성을 높이는 수단으로서도 중요성이 강조되고 있다. 慢性退行性疾患管理를 위한 가장 기본적이고 중요한 보건교육, 건강상담 등 건강증진에 대한 개인적 접근은 전문가와 대상자의 대면접촉을 필요로 하는 경우가 많으며, 이러한 기능은 1차의료와의 접촉을 통해 우선적으로 이루어지며, 치료의 성과를 좌우한다.

그러나 우리나라 1차 보건의료 부문은 이런 기능을 제대로 수행하고 있지 못하며 2·3차와의 기능분화없이 전문적 진료에 치중하고 있다.

1차의료의 미비는 진료의 지속성을 저해하고, 慢性退行性疾患管理에 중요한 요인인 환자의 치료순응도를 저해하는 결과를 초래한다. 만성퇴행성 질환 관련 건강행위의 교정은 일차의료의 중요한 기능의 하나가 되고 있다. 아울러 만성퇴행성질환의 관리에서 치료 순응도의 확보가 매우 중요한 과제의 하나가 되고 있다. 고혈압환자 중 집단검진에서 발견된 환자 중에서 병의원을 방문한 경험이 있는 환자는 23.6%에 불과하며(한성현, 1986), 의료기관에서 고혈압 치료를 시작한 환자도 약 2/3가 한 두 번의 방문으로 치료를 중단하였다(김혜원, 1986). 연천군에서 시행한 조사에서도 대상 환자의 19.3%만이 의료기관을 빠지지 않고 방문하였다(서울대학교 지역의료 체계 시범사업단, 1993). 도시의 종합병원과 농촌의 의원간 치료 순응도의 차이를 비교한 연구에 의하면 농촌 의원의 경우 6개월 이내에 48%가 치료에서 탈락한데 비해, 도시 종합병원에서는 78%의 환자가 탈락하였다(문정주, 1996).

이는 일차의료기관이 만성퇴행성 질환 치료의 순응도를 높일 가능성이 있음을 시사하며, 일차의료기관의 중요성을 말해주는 사례의 하나라 할 수 있다. 이에 따라 의사의 역할도 환자를 치료하는 역할에서 능동적으로 질병을 예방하고 건강을 증진하는 것이 중요한 역할의 하나로 변화되고 있어 일차의료의 필요성을 더욱 크게 하고 있다.

나. 治療爲主의 保健醫療서비스

보건의료서비스가 건강증진·치료·재활의 전 영역에 걸쳐 포괄적으로 제공되지 못하고 의료자원의 대부분이 치료 위주의 보건의료 서비스 부문에 집중하고 있다.

1) 疾病豫防 및 健康增進 서비스

慢性退行性疾患의 1차 예방과 2차 예방을 위해서 疾病豫防과 健康增進 서비스는 매우 중요하다. 일차의료에서 행할 수 있는 상담 서비스의 내용으로는 금연교육·상담, 영양교육·상담, 운동교육·상담, 스트레스 경감교육·상담 등 여러 가지가 있다. 그러나 우리나라에서 이러한 상담의 시행은 매우 저조한 상태이다. 개원의의 고혈압 환자에 대한 설문조사에서 고혈압 환자에 대해서 반드시 시행해야 하는 행동교정 교육을 향상 하는 의사가 62.9%(스트레스 해소)에서 82.7%(저염식)의 범위에 불과했다(조홍준, 1996). 공중보건역사의 경우에는 이보다 더 낮아서 스트레스 해소가 28.0%, 저염식 교육은 56.4%에 불과했다(송운미 등, 1996).

2) 檢診事業(김응석, 1997).

현재 이루어지고 있는 疾病豫防 서비스의 대부분은 건강검진이다.

우리나라 건강검진사업은 종합병원이나 병·의원에서 실시하는 종합건강진단, 대한건강관리협회에서 실시하는 건강진단, 지역단위 주민을 위한 보건소 건강검진 등 여러 의료기관이나 보건단체에서 행하고 있다. 이들 건강검진에 대해서는 그 시행효과, 항목선정의 적절성, 시행방법, 수가의 적절성 등에 관한 논란이 계속되고 있다.

즉, 현재의 건강검진사업이 국민의 健康增進이라는 목적보다는 경제적 이유로 성행되는 경우도 많고, 또한 대부분 특정 질병유무의 확인에만 치중한 나머지 수검자의 건강보호 및 疾病豫防 등 사후관리에 대한 관심이나 제도적 뒷받침이 미흡한 상태에 있다.

1994년 이후 의료보험관리공단과 직장 및 지역조합에서 시행하고 있는 건강진단에서는 건강자, 건강요주의자 및 유질환자 등으로 분류하여 조기진단 및 치료권장과 함께 질병발생 예방과 건강관리 및 증진에 필요한 서비스를 제공하려고 시도하고 있어 건강진단사업의 변화에 중요한 계기를 마련하였으나 아직 이들에 대한 사후관리 체계는 확립되어 있지 못하다.

항목의 적절성도 논란이 된다. 동일한 연령, 성별 인구집단에서 시행하는 건강검진도 각 검진사업마다 검사항목에 차이가 있으며 그 외 검사항목의 선정이 연령별, 성별 발견 대상질병과 위험요인을 고려하지 않고 일률적으로 실시하고 있다(양병극, 1995).

낮은 참여율도 문제이다. 일부 민간 또는 공공단체에서 건강검진사업을 실시하고 있지만 의료보험에서는 보건예방 사업의 일환으로 피보험자나 그 가족에게까지 건강진단사업 대상을 확대하고 있다. 그러나 공·교 의료보험 및 직장의료보험 피보험자의 일반 건강진단 수검률은 높은 데 반해 40세 이상 피부양자에 대한 성인병 건강검진은 수검률이 낮고 특히 지역조합에서 더 낮게 나타나고 있다.

다. 醫療傳達體系의 未備

1) 낮은 依賴率

현행 의료전달체계의 주 내용은 진료의뢰서를 통한 2단계의 환자의뢰 체계이다. 현재의 의료전달체계는 진료의뢰서를 통해서 의원이나 병원에서 3차 진료기관으로 환자가 연결되는 형식은 취하고 있으나 각각의 의료단계를 연결해 주는 장치는 설정되어 있지 않다.

실제 의뢰율은 대체로 총 진료환자의 2% 내외로 매우 낮으며, 의뢰 과정에서 의무기록이 거의 전달되지 않고 있는 등 의뢰와 회송은 매우 부진한 것으로 나타나고 있다.

의뢰율은 의료제도에 따라 국가간에 크게 차이가 있기 때문에 이를 직접 비교하기는 어렵다. 이것은 의료기관간 기능이 분화되어 있지 않고 의원개원의의 87.3%가 전문의인 상태에서 행위별 수가제를 채택하고 있는 가운데 의료기관이 자체적으로 의뢰 및 회송에 대한 유인을 갖기는 어려우며 과소 의뢰 및 의뢰의 지연이 이루어질 가능성이 높기 때문으로 볼 수 있다.

2) 3차 醫療機關으로의 患者 集中

최근 3차 진료기관이 외래 진료건수에서 차지하는 비중은 크게 증가하고 있다. 이는 3차 진료기관 수의 증가를 고려하더라도 3차 진료기관당 평균 외래진료건수의 증가폭이 의원이나 병원당 평균 외래진료건수의 증가폭보다 월등히 높은 것으로 나타나고 있는데, 이는 대형병원의 환자집중이 계속되고 있음을 나타내는 것이며, 현행 의료전달체계가 실효를 거두고 있지 못한 것을 보여주는 것으로 평가할 수 있다.

이러한 현상은 의료보험 진료비의 증가추세에서도 나타난다. 1990

년도 2조 9419억원이었던 진료비는 1998년도에 3.39배가 증가하여 9조 9650억원으로 연평균 16.20%의 증가율을 보였다(국민의료보험관리공단, 『의료보험 진료비 증가요인 분석자료집』, 1999; 국민의료보험관리공단, 『최근 의보동향』, 1999.7).

이러한 진료비의 급격한 증가는 환자의 대형의료기관에의 집중으로 인한 단위당 진료비 증가에 기인한다. 1998년도 전체 진료건수의 9.4%를 차지하고 있는 종합병원이 진료비의 43.9%를 점하고 있다는 것은 이를 말해 주며, 또한 진료건수의 연평균 증가율에 있어서 종합병원이 8.72%로 가장 높다는 사실도 이를 잘 말해준다. 이는 환자들의 대형 의료기관 선호를 반영하는 결과이다(문옥륜, 1998).

3) 歪曲된 醫療利用 行態

의료이용행태 조사에서 1990년도에 동일 질환으로 의원, 병원, 종합병원 등 의료기관을 1개만 이용한 경우가 전체의 59.5%였고, 2개 이상의 의료기관을 방문한 경우가 40.5%, 3개 이상의 의료기관을 이용한 환자는 전체의 7.3%로 나타났다.

이러한 의료기관 중복 방문은 의료의 지속성과 포괄성 저하는 물론 서비스의 질을 저하시키고 환자의 입장에서는 의료에 대한 만족도, 신뢰도를 저하시키는 요인이 된다. 또한 의료비의 낭비를 초래함으로써 국민의 부담을 커지게 한다. 의사의 입장에서도 자기가 진료하는 환자가 다시 자기를 찾아올지 확신할 수 없으며, 환자의 과거병력을 파악할 방법도 없기 때문에 의사로서 환자에 대한 진료의 책임성을 가질 수 없게 된다(문옥륜, 1998).

4. 管理

가. 指導力

조직이나, 기관, 사람들은 나름대로 역사·전통·목적·권력구조를 갖고 있다. 바로 이것들이 변화에 대한 저항력으로 작용한다. 이를 극복하기 위해 사람들에게 대한 지시·동기부여·동원을 바람직한 변화 쪽으로 몰고 갈 수 있는 보건의료체계 관리내의 지도 기능에 대한 요구가 날로 증가하고 있다.

세계 선진국가들은 疾病構造의 變化, 국민 생활양식의 변화, 의료비 증가와 같은 변화에 직면하여 보건의료 정책의 우선 순위를 국민 健康增進에 두고 다양한 정책들을 추진하여왔다. 각 국가들은 중앙정부는 健康增進과 관련된 국가시책을 종합적으로 계획, 수립하고, 방향을 선도하는 한편 지방조직에서는 지역실정에 부합하는 다양한 사업유형들을 개발, 추진해 나가고 있는 일관된 특성들을 보이고 있다. 미국의 'Healthy people 2000'과 이를 재설정한 '국민건강 비전 2010', 캐나다의 'Achieving Health for all; A Framework for Health Promotion' 등이 중앙정부에서 국민건강증진 목표를 제시함으로써 사업의 원칙과 방향을 제시한 대표적인 경우이다.

그러나 우리나라의 만성퇴행성질환관리와 관련된 국가의 지도력은 다음과 같은 문제점이 있다.

- 1) 慢性退行性疾患 管理事業에 대한 國家의 政策課題로서의 綜合的이고 長期的인 事業目標와 具體的인 戰略이 樹立되어있지 못하다.

우리나라의 경우 건강증진과 관련하여서는 의료보험조직을 중심으로 한 건강검진사업이나 성인병 예방사업, 그리고 보건복지부의 국민

건강생활 지침 배포와 홍보, 보건소와 민간단체의 보건교육 활동 등의 노력들이 있어왔으나 산발적이고 단편적으로 진행해온 실정이었으며 본격적으로 健康增進事業이 논의되기 시작한 것은 1995년 건강증진법이 제정되면서부터였다. 국민건강증진법에서는 국가와 지방자치단체로 하여금 건강생활실천 여건조성과 국민보건교육을 강화하고 질병위험요인의 조기발견·관리를 위한 예방서비스를 개선, 강화하며 구강건강관리와 영양 및 운동도 사업을 추진토록 규정하고 있다.

健康增進을 하나의 건강을 위한 사회적 노력이며 과정으로 볼 때 우리나라의 건강증진사업이 종합적 내용을 지향하는 방향설정을 한 것은 긍정적인 평가가 될 수 있으며 공공조직에 대해 일정한 책임을 규정한 것은 정책추진 책임기관이 명확해진다는 장점이 있다.

그러나 민간부문이 우세한 현 실정에서 실제 건강증진사업을 주도해 나갈 국가 공공보건의료 체계의 위상과 목표설정의 부재는 계속 문제로 남는다. 아직까지 국가보건의료체계 하에서 공공의료부문의 역할에 대한 충분한 논의가 없고, 환경변화에 능동적으로 대처하여 공공보건의료분야의 역할, 목표가 수정되지 못하는 실정이다(김용익, 1998).

2) 保健部 自體 內 및 他部署와의 協力關係 微弱

慢性退行性疾患 관리 및 健康增進과 관련된 사업을 추진하는 사업 주체간에 연계가 없이 단편적, 산발적으로 사업이 수행됨으로써 사업 내용이 중복되거나 비효율을 초래하고 있다. 특히 주무부서인 보건복지부의 중앙활동을 사업 현장에서 구체적으로 실천할 기반조직이 미비하며 내무부나 교육부 등 관련 행정기관과의 협조체계도 원활하지 못하다.

관련 부처간, 중앙정부와 지방정부간 연계체계 미흡으로 일관성 있

는 정책이 추진되지 못하였다.

먼저 공공의료기관을 관장하는 중앙부처간의 관계는 공식적으로 연결고리가 없다. 조정·통제기능을 발휘할 수 있는 중앙정부의 조직으로서는 정부조직법 상 국무총리실이 있으나 실제로는 이러한 조정행위가 없었다.

보건의료에 관한 업무를 관장하는 보건복지부 역시 타 부처의 관련 업무에 전혀 영향을 미치지 못하고 있다. 일 예로 암병원의 경우 과학기술처 산하에 원자력병원이 있고, 보건복지부는 慢性退行性疾患의 진단 및 치료의 연구 및 개발이라는 목적 하에 일산 신도시에 국립 암센터를 건립하였으며, 한편 재정경제원의 감독을 받는 담배인삼공사는 수익의 일부를 공익사업에 활용하여야 한다는 명목으로 암병원의 건립을 계획하고 있다(김용익, 1998).

또한 보건복지부는 광역이나 기초자치단체에 대한 조정능력도 없다. 특히 지방정부가 관장하고 있는 일선 보건 행정기관인 보건소 등 보건기관에 대해서도 행정자치부와 지방정부의 지원을 받아 간접적으로 정책을 수행하는 형태를 취하고 있으며 또한 해당 부처 내에서의 연계도 이루어지지 않고 있다. 중앙정부의 부처간 총괄 조정기능이 미흡한 것과 마찬가지로 의료기관 상호간의 관계는 전무한 상태로서 동일 지역 내에서 운영되는 공공의료기관이라 할 지라도 의료기관간에 협조체제나 지원체제가 없다.

3) 民間과의 連繫不足

민간이 보건의료 공급체계의 주축을 이루는 민간주도의 의료공급체계 하에서 정부는 행정적 규제와 의료보험제도를 통해서 공급체계를 관리하고 있을 뿐이다(한국보건의료관리연구원, 198). 이로 인해 공공조직과 민간집단간의 연계가 미약할 뿐만 아니라 공동과 민간간의 적

절한 역할분담이 이루어지지 못하였다. 실제 민간의 경우 이윤동기를 충족시킬 수 있는 일부 사업들에만 관여하거나 健康增進 프로그램의 상업화를 심화시키는 등 사업의 왜곡을 가져왔다.

나. 意思決定

의사결정 과정의 범위·특성·조직은 자원의 배치방법, 특히 의사결정 구조의 다양한 속성에 따라 좌우된다. 의사결정은 책임과 관계 있다. 행정체계는 다변화된 것일 수도 있고, 단일화된 것일 수도 있다. 의사결정 구조의 네 가지 결정적 측면들을 고려해야 할 것이다. 1) 기획, 2) 실행 및 실현, 3) 감시 및 평가, 4) 정보지원이 그것이다.

1) 企劃: 目標의 設定

정부는 최근 각 주요 만성질환별로 국가단위의 총체적인 목표 설정을 시작하고 있다. 그러나 慢性退行性疾患管理라는 총체적인 단계로서의 사업의 지향점은 부재하다.

특히 '보건의료체계연구(health systems research)는 보건의료와 관련된 연구에서 날로 중요성을 더해 가는 하나의 유형으로서 과학적 방법을 이용, 정보·통찰력을 제공함으로써 보건의료문제 및 보건의료문제 통제에 대해 더 쉽게 이해할 수 있도록 하는 것을 목적으로 삼는다(Kleczkowski, and Mansourian, 1981). 그러나 慢性退行性疾患管理를 위한 보건의료체계연구는 미비한 실정이다.

2) 情報體系의 未備

慢性退行性疾患에 대한 포괄적, 지속적 서비스 제공 기능을 가질 수 있기 위해서는 환자의 순응도가 중요하다. 그러나 현재는 慢性退

行性疾患을 가진 환자를 추적할 수 있는 등록체계가 미비하고, 전산 프로그램의 개발과 보급이 미비하여 치료의 순응도를 높일 수 있는 여건이 미비하다.

3) 規制

법적 규제의 형식으로는 의료요원에 대한 면허 부여, 보건의료기관에 대한 인가, 의약품 통제, 의료서비스 사용에 대한 접근권 및 조건 등이 있다.

① 質의 統制

효과적인 慢性退行性疾患管理는 각 치료 단계에서 질적 서비스가 제공되는 것을 전제로 한다. 그러나 현재 의료서비스의 질을 실질적으로 평가하는 기전은 거의 존재하지 않는다. 의료기관에서 제공하는 진료서비스를 제외한 서비스에 대해서 평가가 이루어지고 있으나 평가 결과가 공개되지 않고 있으며 서비스 개선을 위해서 이용되지도 않고 있다.

② 公共保健醫療機關 評價의 非合理性

각종 검사 및 평가기관들은 보건의료부문의 기능과 역할에 대한 이해없이 감사와 평가를 진행해오고 있으며, 지역적 회계처리시의 오류에만 초점을 두고 있다. 또한 기존의 경영평가는 수익만 우선시 하여 공공의료기관의 설립 목적인 공익성에 대한 평가는 충분하지 않고 따라서 재정 자립도가 낮아지는 이유로 인해 사회기여도가 높은 부분의 진료 및 사업을 기피하게 하고, 공공의료기관들이 수익성 있는 사업에만 전념하게 하는 원인이 된다.

5. 經濟的 支援

현재 慢性退行性疾患을 위한 疾病豫防 및 健康增進의 추진을 위한 재원으로는 健康증진법 22조에 의한 담배사업자 기여금과 의료보험자의 예방사업비(5%)로 조성되는 국민健康增進 기금이 있어 향후 이 분야에 대한 재원확보의 전망을 밝게 하고 있다(오대규, 1999).

V. 外國의 慢性退行性疾患 管理 現況

이 장에서는 미국, 영국 그리고 일본에서 慢性退行性疾患들이 어떻게 관리되고 있는지 고찰하고 분석하고자 한다. 각 국가의 정부는 慢性退行性疾患들을 효과적, 효율적으로 관리하기 위하여 자신들의 독특한 보건의료체계 안에서 나름대로의 목표와 방법을 가지고 있으므로, 고찰하기에 앞서 이들 국가들의 보건의료체계를 이해하는 것이 필요하다. 미국, 영국, 그리고 일본을 선택한 이유는 이들이 각각 자유주의 시장경제에 기초하여 의료이 이루어지는 국가, 정부가 직접 의료서비스를 제공하는 국가, 그리고 우리와 유사한 보건의료체계를 가지고 있는 국가로서 대표하기 때문이었다. 이들 국가의 慢性退行性疾患 관리 현황을 이해하는 것은 우리나라의 慢性退行性疾患 관리가 어떠한 방향으로 진행되어야 할 것인가를 연구함에 있어서 도움이 될 것이다.

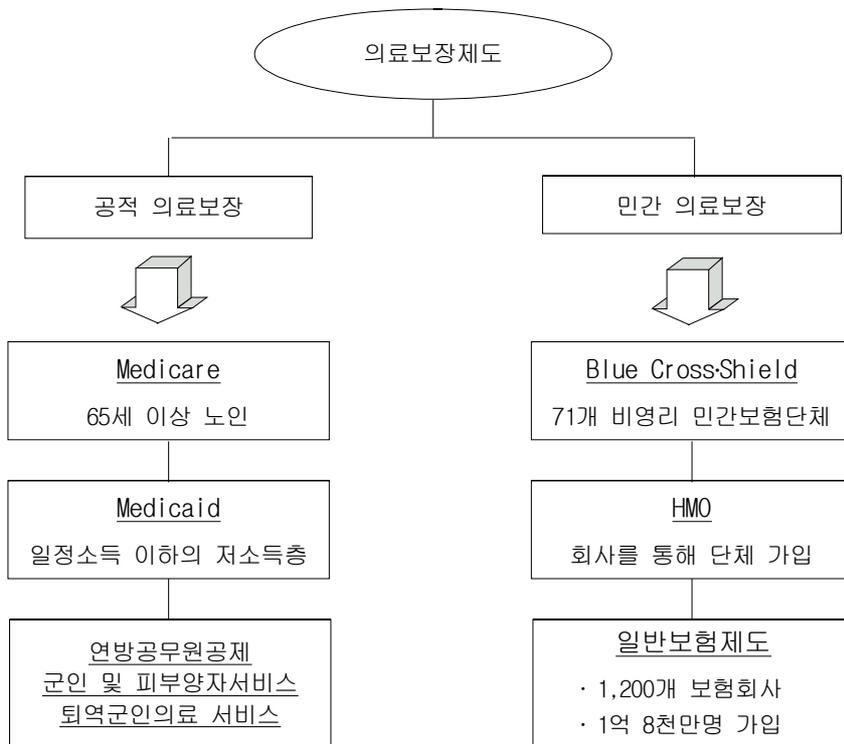
1. 美國

미국은 자유주의 시장경제를 기초로 하여 보건의료가 제공되며, 국가는 최소한의 국민과 서비스범위 내에서 의료를 보장하고 있다. 여기에서는 미국의 보건의료현황을 개괄적으로 살펴보고 암, 심혈관질환 및 당뇨병이 어떻게 관리되고 있는지 살펴보고 慢性退行性疾患에 대한 국가감시체계를 고찰하였다.

가. 保健醫療體系

자유주의 이념을 지향하고 자본주의 체제의 시장경제 기능에 의존하는 미국은 시장경제 기능에서 해결하지 못하는 의료에 대해서만 국가가 개입하고 보완하는 형태를 가지고 있다. 우리 나라와는 달리 공적의료보험이 전국민의 20%를 담당하고 나머지 대부분은 민간의료보험에 의하여 이루어진다. 민간의료보험조직은 오랜 역사의 Blue Cross·Blue Shield와 HMO 및 일반보험회사(생명보험·손해보험) 등으로 구분된다

[그림 V-1] 美國의 保健醫療體系



나. 美國의 保健醫療施設

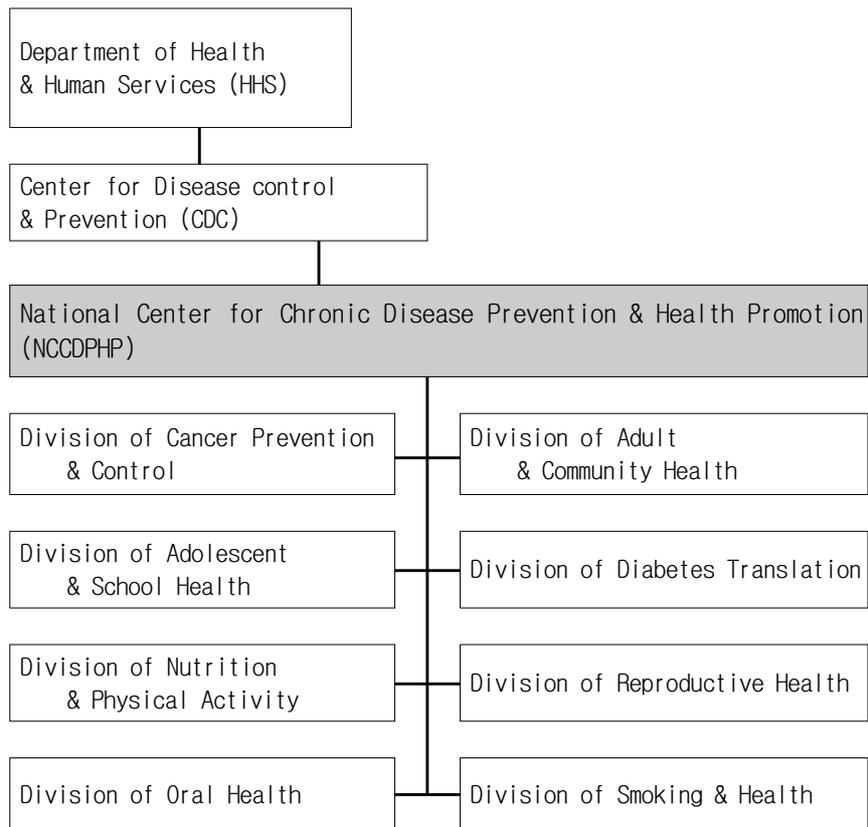
미국 병원들은 크게 연방정부가 설립한 장기입원병원(정신병원·결핵병원·기타 호흡기질환병원 등)과 연구기관부속병원, 篤志家·주립·지방정부설립·영리·투자가 소유의 단기입원병원으로 구분된다. 연구기관부속병원은 대학·의료연구시설에서 운영하는 병원으로 의학교육 등을 목적으로 하는 병원이다. 篤志병원은 민간이 이사회를 구성하여 운영한 자선사업적인 단기입원 의료시설이었으나, 1980년대 이후 정부의 공적 의료보험에 대한 의존율이 높아져 독립성이 상실되고, 경영이 어려워짐에 따라 매각되어지고 있다. 주립·지방정부설립병원은 주정부나 지방정부가 경영하는 단기입원병원으로서 비록 재정보조를 받고 있으나, 역시 경영상의 어려움을 겪고 있다. 기타 퇴역군인·공무원 등 특정 계층에 대한 서비스를 제공하는 공립병원이 있다.

요양원(Nursing Home)은 회복기에 접어든 환자나 치료보다는 생활보조를 필요로 하는 사람을 수용하는 시설로 요양원의 시설형태·의료인력·설비에 따라 차이가 있으나 대략적으로 비상근 의사나 간호사가 주축이 되는 시설을 ‘간호케어시설(Skilled Nursing Facility)’과 생활보조를 하는 시설을 중간케어시설(Intermediate Care Facility)로 구분한다. 요양원은 의료비역제와 입원기간 단축을 목적으로 Medicare를 적용하여 1970년대부터 육성하였으나, 이후 국가재정의 압박으로 현재는 일부 급여를 제한하고 있다. 대신 미국은 간호사·전문의료인력·생활보조인력 등을 가정에서 파견하는 간호인파견기관(Home Health Care Agency, HHCA)을 육성하고 있는 실정이다. 간호인파견기관은 공공의료시설을 보완하는 것으로서 진료비가 적지 않은 외래나 병원을 대체하고 있다. 간호인파견기관은 설립주체별로 병원·사적 비영리단체·공적기관·민간영리법인·기타로 구분되어진다.

다. 美國의 保健行政體系

미국에서의 국가보건의료를 담당하는 최고기관은 「Department of Health and Human Services(HHS)」이며, 우리 나라의 보건복지부에 해당된다. HHS에 소속되어 慢性退行性疾患管理와 관련된 기관은 우리나라의 노인복지과, 노인보건과에 해당하는 「Administration on Aging(AoA)」, 보험정책·급여·관리과에 해당하는 「Centers for Medicare & Medicaid Service(CMS)」, 질병관리과, 보건원 방역과에 해당하는 「Center for Disease control and Prevention(CDC)」와 질병의 연구를 담당하는 「National Institutes of Health」가 있다. 특히 慢性退行性疾患管理를 주 목적으로 하는 기관은 CDC의 「National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion(NCCDPHP)」이다.

[그림 V-2] 美國 National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion의 構成



라. 癌 管理 現況

미국인의 4명 중 1명은 암으로 사망하고 있다. 1990년 이래 1500만 명의 암환자가 발생하였으며, 2001년 한 해에만 100만명의 암환자가 발생할 것으로 추정되고 있다. 그리고 암으로 인한 비용은 2000년도에 1800억달러에 이른 것으로 추정되었다.

1) 癌 管理의 保健行政體系와 方法

의료나 경제의 측면에서 적지 않은 부담을 발생시키는 암의 예방, 진단, 치료 및 관리를 위하여, 미국정부는 암 발생의 NCCDPHP의 「the Division of Cancer Prevention and Control(DCPC)」의 부서내에, 체계적인 조직을 갖추고 여기서 암관리의 목표설정 및 프로그램 개발·시행을 하여왔다. 정부의 이러한 정책시행이 민간기관과 공공기관이 함께 협력하여 유기적으로 진행되는 물론이다. DCPC에서는 암발생의 감시와 연구, 교육, 조기진단 등의 프로그램을 개발하고 시행할 수 있는 체계적인 조직을 포함하고 있다(그림 V-2 참조).

Cancer Surveillance Branch에서는 암의 발생과 암 사망률의 현황과 변화를 감시하기 위하여 재정적, 기술적 지원을 하고 있다. 뿐만 아니라 암의 위험요인과 생활습관 등의 현황과 변화도 감시하고 있다. 이러한 체계를 통해 암발생의 현황을 파악하여 예방과 관리 활동을 개발하고, 추진하고 평가하며, 보건의료자원을 재배치하는 업무를 한다. Epidemiology and Health Service Research Branch에서는 암과 관련된 생활습관의 문제점과 개선의 필요성과 기회 등에 관한 연구를 진행하고 연구비를 제공한다. 그리고 암을 예방하고 관리하는 전략에 대하여 실행성과 효과성에 대한 연구를 진행한다. Communication and Behavioral Services Branch에서는 암을 예방하기 위한 교육자료를 만들고 캠페인을 하여, 일반 국민들이 健康增進이나 교육, 암의 위험인자 감소 활동 등에 관한 것들을 의료진이나 일반국민에게 전달한다. Program Services Branch에서는 암에 대한 연구결과를 토대로 공공보건 활동이나, 관리, 의료전달체계에서 활용할 수 있도록 적용한다. DCPC의 기타 업무로는 암과 관련된 인터넷 사이트를 운영하며, 일반인들에게 전자우편 서비스, 무료전화 서비스를 시행하고 있다.

DCPC에서 우선적으로 관리하고자 하는 암의 종류로는 유방암, 자

궁경부암, 대장암, 직장암, 난소암, 피부암, 전립선암 등이 있으며, 이 중에서 현재 유방암·자궁경부암, 대장암·직장암에 대해서 조기 검진 및 치료가 실시되고 있으나 난소암, 전립선암, 피부암에 대해서는 아직 실시되지 않고 있다. 한편, 1992년부터는 국가암등록사업이 체계적인 방법으로 확대 실시되었으며, 효과적이고 효율적인 암관리를 위한 총체적 암관리 사업이 기획중에 있다.

2) 乳房癌·子宮脛部癌 早期檢診 프로그램

1990년에 미국 의회는 『the Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act of 1990, Public Law 101-354』의 법률을 제정하여 유방암·자궁경부암 조기검진 프로그램의 근거를 마련하였으며, CDC를 통해 주 정부나 지방 정부에 이에 필요한 재정적 지원을 하도록 하였다. DCPC는 州 당국과 계약을 맺어서, 적용대상이 되는 여성들은 유방암 조기검진의 mammogram과 자궁경부암 조기검진의 Pap test를 무료 또는 할인된 가격에 시행하고 있다. 현재 150만명이 넘는 여성들에게 NBCCEDP를 적용하고 있지만, 이는 아직도 검진 대상의 15%에 불과한 실정이다.

조기검진의 우선 대상자는 저소득층 여성과 소수 인종/종족의 여성들이며, 필요할 경우 상급 의료기관에서 적절한 치료를 받을 수 있도록 의료전달체계를 마련해 놓았다. 이러한 조기검진 프로그램의 적극적인 홍보와, 해당 검진기관에 대한 교육, 검진의 질적 향상을 위한 노력을 같이 하고 있으며, 암발생의 감시체계와 역학적 조사체계를 동반하고 있다.

3) 大腸·直腸癌 管理 事業

미국은 2000년부터 매년 3월을 「National Colorectal Cancer Awareness Month」로 지정하여 50세 이상의 성인에게 검진을 할 것을 권유하는 캠페인을 벌이고 있다. CDC는 이를 위해 의료진들에게 훈련과 교육을 실시하고, 암 감시체계를 가동하고 있다. 주 당국에서도 이에 관련된 사업을 수행하고 있는데, 예를 들면, Massachusetts에서는 일반인들과 의료진에게 대장·직장암에 대한 교육을 실시하고 New York에서는 의료보험에 가입되지 않은 사람들을 대상으로 보건교육과 검진의 기회를 제공하고 있다.

4) 國家癌登錄事業 National Program of Cancer Registries (NPCR)

1992년에 미국의회는 「the Cancer Registries Amendment Act, Public Law 102-515」의 법률을 개정하여 국가암등록사업의 내용을 확대하였으며, CDC를 통해 주 정부나 지방 정부에 이에 필요한 재정적 지원을 하도록 하였다. 이것은 기존의 국가암등록사업을 향상하고, 사업실시지역을 확대하며, 관리 운영의 타당성을 증가시키기 위해 ① 주 정부의 법률과 규제를 개선하고, ② 완벽한 자료의 수집과 등록에 필요한 인력의 교육, ③ 보고 시스템의 전산화 등이 주요 골자이다. 현재 45개의 주 정부와 3개 지방정부, District of Columbia에서 암등록사업을 수행하고 있으며, 추가로 4개의 암등록지역을 포함시킬 계획을 가지고 있다.

5) 總體的 癌管理事業 National Comprehensive Cancer Control(CCC)

대부분의 암관련 프로그램들은 CDC에서 주로 추진하고 있지만, 州에서 실제 시행될 때에는 연방정부와의 연계가 부족하여 프로그램의

일부가 중복되거나 누락되는 경우가 발생하여왔다. 따라서 암관리의 응집력을 높이기 위하여 각각의 프로그램을 통합적으로 관리 운영하는 것이 필요한데, 총체적 암관리 사업은 공공보건과 의료전달체계의 개선을 통하여 암관리가 국가, 주, 지역사회의 유기적인 협조관계를 통하여 이루어지도록 하는 것을 목표로 하고 있다. 현재 Arkansas 등 6개 주 보건국이 참여하여 암 관리의 활동을 조정하고 자원을 최대한으로 활용하는 방안을 기획중에 있다.

마. 心血管疾患

미국에서는 심장병과 뇌졸중이 사망원인의 1위와 3위를 차지하고 있으며, 전체 사망원인의 40%를 차지하고 있다. 매년 95만명이 심장병과 뇌졸중으로 사망하고 있고 6100만명이 이들 질환으로 고생하고 있으며, 심장병과 뇌졸중으로 인한 경제적 손실은 약 2980억달러로 추정된다.

1) 財政 現況과 프로그램의 特性

CDC는 심혈관질환의 예방과 관리를 위해서 2000년 회계연도에 약 2500만달러의 예산을 편성하여 각 주에 재정적 지원을 하였는데, 21개 주에 대해서는 일부 보조를, 4개 주에 대해서는 프로그램에 필요한 비용 전체를 지원하였다. 2001년 회계연도에는 3500만달러가 의회에서 예산으로 책정되었고, 3개주가 추가로 재정지원 대상이 되었으며, 전체 비용을 지원받는 주는 6개이다. 한편 2001년 회계연도에는, 비만과 운동량 증가 프로그램에 대해서 1620만달러라는 전례없는 많은 예산을 책정하였다.

일반적으로 심혈관질환의 주요 위험인자는 흡연, 운동부족, 잘못된

영양상태 등으로 알려져 있다. 따라서 심혈관질환 관리의 초점을 이들 생활습관의 교정과 함께 고혈압, 고콜레스테롤혈증을 관리하는 것을 포함하고 있다. 미국에서는 심혈관질환에 대하여 ① 예방프로그램, ② 등록사업을 진행하고 있으며, ③ 다른 慢性退行性疾患과 마찬가지로 Behavioral Risk Factor Surveillance System을 통해서 심혈관질환의 위험 인구집단과 프로그램·정책의 효과를 평가하고 있다. 그리고, 보다 효과적이고 효율적인 심혈관질환의 예방과 관리를 위하여 American Heart Association, the National Heart, Lung, and Bolld Institute, the National Stroke Association 등의 기관이 의료 커뮤니케이션(health communication), 역학연구, 감시체계 등에 동참하고 있다.

이 외에 심혈관 질환과 관련하여 CDC의 National Standard Laboratory에서는 콜레스테롤 등의 지질 성분과 심장병 발생과의 관련성을 연구하고 있다.

2) 豫防 프로그램

심혈관질환의 가장 중요한 위험인자인 흡연을 감소시키기 위하여 50개 주에서 시행하는 금연 프로그램을 정부가 도와주고 협력하고 있다. 특히 이들 금연 프로그램은 고위험 집단(젊고, 소수 민족, 여성, 낮은 사회경제적 수준의 국민들)에게 초점을 맞추고 있다. 미국에서는 심혈관질환이 특히 여성에서 주요 사망원인이 된다는 인식하에 Womens cardiovascular Health Network를 조직하여 여성의 심혈관 건강을 향상하기 위한 프로그램과 운동 프로그램을 기획하여 전파하여왔다. 그리고, 젊은 층의 심혈관질환 감소를 위해 20개 州에서 coordinated school health programs을 시행하여 흡연감소, 건강하지 못한 식생활, 부적절한 운동 등의 위험인자를 감소시키고 있다. 이 프로그램에 대한 예를 들어보면 South Carolina 州에서는 11개 지역의 93

명의 선생들이 일일 워크숍에 참여하게 하여 심장병의 위험 생활행태를 피하도록 훈련하고, 각각 훈련받은 내용을 각 교실에서 학생들에게 실행하도록 하였다.

3) 腦卒中 登錄事業

뇌졸중으로 인한 사망과 장애를 줄이고 살아남은 사람의 삶의 질 향상에 기여하기 위하여 CDC에서는 2001년 회계연도에 450만달러의 예산을 승인받아 Paul Coverdell National Acute Stroke Registry를 설립하였고, 이를 통해 뇌졸중 환자에 대한 등록사업을 시작하였다. 이것은 기존의 National Institute of Neurological Disorder and Stroke와 the Brain Attack Coalition 등이 참여하여 병원에 내원하는 뇌졸중 환자들이 빠짐없이 등록되도록 한 것이다(hospital-based registry).

4) 監視體系

심혈관 질환의 감시체계는 독립적으로 구분되어있는 것이 아니라, 다른 慢性退行性疾患과 마찬가지로 Behavioral Risk Factor Surveillance System을 통해서 함께 실시되고 있다. 여기에는 심혈관 질환의 위험인자뿐만 아니라 질병부담(burden)의 감시를 포함하고 있으며 위험요인 집단을 집중적으로 감시한다는 점이 특징이라 할 수 있다. 감시체계에서 조사되는 내용들은 뒤에서 자세히 기술하였다.

바. 糖尿病

미국에서는 1600만명의 당뇨병 환자가 있고, 매년 20만명이 당뇨병과 합병증으로 사망하는 것으로 추정되고 있다. 임신성 당뇨병을 포함하여 1998년의 당뇨병의 유병률은 1990년에 비하여 33%가 증가하

였으며, 특히 30~39세의 연령에서 급증(79%)하였다. 당뇨병으로 인한 경제적 손실은 매년 1억달러에 달하는 것으로 추정되고 있는데, 당뇨병으로 인한 의료비만 해도 1997년에 환자 일인당 10,071달러였다(비 당뇨병 환자의 경우는 환자 일인당 2,699달러). 당뇨병으로 인한 합병증으로서 失明하는 환자는 1만 2천명~2만 4천명으로 추정되고 있는데, 이들의 90%이상은 건강검진을 통해 예방될 수 있지만, 실제 매년 안과 검사를 받는 환자는 60%에 불과하다. 신장질환의 합병증은 매년 33만명이 발생하고 있으며, 10만명이 치료를 받고 있으며, 이들의 50%는 혈압과 혈당 조절을 통해 예방될 수 있었던 것으로 보고 있다. 하지의 절단을 요하는 합병증의 발생은 매년 8만 6천명으로 추정되고 있다.

1) 糖尿病 管理의 特徵

일반적으로 당뇨병 관리의 초점은 당뇨병에 대한 교육, 당뇨병의 조기검진 및 관리, 합병증의 조기검진과 치료, 당뇨병 환자의 삶의 질 향상에 있다. 미국은 효율적인 당뇨병 관리를 위하여 당뇨병에 취약한 인구집단을 선정하여 이들을 집중적으로 이루어지도록 하는 프로그램의 표적화(targeting)를 하고 있다. 예를 들면 아메리카 인디안, 멕시코인, 소아 당뇨, 임산부 등으로 구분하여 프로그램 대상자를 차별화 한다는 것이다. 또한 당뇨병 관리의 프로그램을 질병의 자연사에 입각하여, 어느 한 부분도 놓치지 않고 면밀히 수립되어 시행되고 있다. 즉 적극적인 1차 예방차원에서 CDC, National Institutes of Health, 200개 이상의 공공·민간 기구가 공동으로 구성하여 실시하는 국가 당뇨병 교육 프로그램(the National Diabetes Education Program, NDEP), 2차 예방차원에서 당뇨병 환자들이 적절한 치료 및 관리를 받을 수 있도록 하는 의료전달체계의 개선과 평가, 3차 예방차원에서 이루어지

는 합병증의 감소를 위한 당뇨병 관리 프로그램(diabetes control programs)과 캠페인·홍보가 바로 그 것이다. 그리고 다른 慢性退行性疾患과 마찬가지로 Behavioral Risk Factor Surveillance System을 통해서 당뇨병의 위험 인구집단과 프로그램·정책의 효과를 평가하고 있다. 이 중에서 당뇨병 관리 프로그램 (diabetes control programs)과 캠페인·홍보를 좀 더 자세히 살펴보고자 한다.

2) 糖尿病 管理 프로그램(diabetes control programs)

당뇨병 관리 프로그램의 목적은 당뇨병의 합병증을 감소시키는 것에 있다. 이 프로그램은 州 또는 지방 정부에서 운영하며, 연방정부는 CDC를 통해 재정적 지원을 하고 있다. 재정적 지원의 규모는 2001년 회계연도에 5830만달러였으며, CDC는 이 금액을 선별적으로 주 또는 지방 정부에 차등 지원하고 있다. 2001년도에는 16개 주에 대해서는 상당부분(comprehensive programs)을, 34개 주, 8개 지방정부와 District of Columbia에 대해서는 일부분(core programs)을 지원하였다.

프로그램의 사례와 성과를 살펴보면, California 州의 경우 메디케이드(Medicaid)의 대상이 되는 당뇨병 환자를 대상으로 이들에게 일반 진료외에 당뇨와 식이요법에 대한 교육을 시행하고, 혈당 감소의 변화를 평가하고 있다. New York 州의 경우는 일부 의료기관과 협동으로 프로그램을 진행하여 당뇨병으로 인한 입원과 하지 절단의 합병증 발생을 각각 35%, 39% 줄이는 등의 성과가 있었다.

3) 캠페인 및 弘報

캠페인과 홍보는 주로 당뇨병에 취약한 특정 인종이나 사업장을 대상으로 실시하고 있다. 그 내용의 예를 들어보면 당뇨병 환자들이 독

감이나 폐렴구균 예방접종을 잊지 않도록 캠페인을 하고, 교육하거나 당뇨병의 날(Diabetes Today)을 정해서 당뇨병의 관리와 예방의 중요성을 적극적으로 홍보하는 것 등이다.

사. 慢性退行性疾患에 대한 監視體系

미국에서는 Behavioral Risk Factor Surveillance System(BRFSS)를 통하여 慢性退行性疾患에 대한 지식, 태도, 정보, 행동 등을 조사하고 있으며, 이를 토대로 보건의료의 목표를 설정하고 프로그램을 기획하고 있다. 최근에는 청소년을 대상으로 하는 Youth Risk Behavior Surveillance System을 개발하여, 연방정부-주정부-민간부문이 협력하고 있다.

1) Behavioral Risk Factor Surveillance System(BRFSS)

CDC에서는 주 당국과 함께 1980년대 초반부터 성인들을 대상으로 하는 Behavioral Risk Factor Surveillance System(BRFSS)를 구축하여 시행하여 왔다. 현재 미국의 모든 州가 이 감시체계에 참여하고 있으며, 수집된 자료를 통해 고위험인구집단을 究明하고, 예방 프로그램의 전략을 수립하며, 프로그램의 효과를 평가하고 있다. 이것은 미국의 Healthy People 2010의 목표를 설정하는데 기초가 되기도 하였다.

여기에서 수집되는 주요 자료들은 운동부족(Lack of physical activity), 영양상태불량(Poor nutrition. e.g., high-fat, low-fiber diets), 흡연(Tobacco use), 암에 대한 조기검진 미실시(underuse of known prevention strategies, such as breast, cervical, and colorectal cancer screening) 등에 초점이 맞추어져 있다.

2) Youth Risk Behavior Surveillance System(YRBSS)

1995년부터 Youth Risk Behavior Surveillance System(YRBSS)이 실시되기 시작하여 2003년까지 계획되어 있으며, 2년마다 시행한다. 이 프로그램은 慢性退行性疾患의 관리를 주목적으로 실시되는 것은 아니다. 그렇지만 청소년들이 가지고 있는 생활습관이 결국 慢性退行性疾患을 초래한다는 점을 주시하여 조사 내용에 만성퇴행성질환과 관련된 항목들이 포함되어 있다. 한편 이 감시체계는 연방정부-주정부-민간부문이 협력함으로써 효과적이고 효율적으로 이루어지고 있다.

수집되는 주요 자료로는 흡연(Tobacco use), 건강에 해로운 식이습관(Unhealthy dietary behaviors), 부적절한 운동(Inadequate physical activity), 음주 및 약물 복용(Alcohol and other drug use), 건강 위해를 초래하는 성행위(Sexual behaviors that may result in HIV infection, other sexually transmitted diseases, and unintended pregnancies), 폭력 및 손상의 위험이 있는 생활(Behaviors that may result in violence and unintentional injuries (motor vehicle crashes)) 등이 포함되어 있다.

2. 英國

영국은 국가에서 보건의료서비스를 직접 제공하고 있으므로, 비교적 형평성 있는 의료제공이 이루어지고 있으며, 치료보다는 예방을 강조하고 있다. 따라서 미국의 자유시장에 의한 보건의료제공체계보다 慢性退行性疾患에 대하여 관리가 잘 이루어질 수 있는 하부구조(infra-structure)를 가지고 있다고 보여진다. 그러나 관리의 비효율성에 의하여 適材適所에 慢性退行性疾患에 필요한 자원이 적시에 배분하기가 어렵고, 서비스의 질이 낮다는 문제점이 제기되어 왔다. 따라서 영

국 정부는 National Service Framework라는 방안을 기획하여, 만성퇴행성질환 관리의 수준을 높이고, 필요한 보건의료자원을 충분히 확보하며, 서비스의 수준을 높이기 위한 지침을 만들기에 이르렀다.

가. 保健醫療體系

영국의 보건의료는 1948년 7월부터 국가가 국민에게 직접 보건의료 서비스를 제공하여 왔으며, National Health Service(NHS)라는 기관이 이를 관장하고 있다. 영국 보건의료체계의 기본구조는 병원의 국영화, 병원종사자의 공무원화, 개업의와 국가간에 계약체결 등 의료공급의 사회화를 전제로 주로 국가의 일반재원에 의해 경비를 조달함으로써 모든 국민에게 원칙적으로 무료의료를 보장하는 형태이다. 서비스의 공급과 재원은 모두 국가가 관장하고 있으며 모든 의료기관의 의료진은 공공부문 피용자이며 봉급제가 적용되고 있다. 단, 1차 진료의는 NHS와의 계약제로 의료서비스를 공급하고 있으며 주로 인두제의 적용을 받지만 일부는 행위별수가제에 기초하여 진료보수를 지불받고 있다. NHS의 총예산은 국가수준에서 타부문 예산과의 경쟁하에서 결정되며 인구규모, 인구구성, 건강수준 등에 기초한 예산배분 방식에 기초하여 각 지역으로 할당된다.

NHS는 1차, 2차, 3차의료를 모두 포함하여 포괄적인 의료를 제공하고 있다. 1차의료(primary care)는 일반의(general Practitioner), 치과의, 안과의사, 안경사 등에 의해서 제공된다. 모든 국민은 일반의에 등록할 수 있는 권리가 주어져 있으며, 일반의는 필수적인 일차진료와 전문가 치료를 위한 환자의 의뢰의 관문(gate keeper)의 역할을 수행하고 있다. 영국 전체 의료의 90%가 1차의료에 의하여 이루어진다.

2차의료(secondary care)의 경우는 병원 및 응급의료서비스로서 지역

의 종합병원이 담당하고 있으며 병원 규모는 전문의들의 진료와 공급 서비스를 제공하는 대형기관과 작은 지역병원에 이르기까지 다양하다.

3차의료(tertiary care)의 경우는 암과 같은 특정질환을 치료하는 전문병원에 의해서 제공되고 있으며, Christie Hospital(영국에서 암과 관련된 최고의 병원), Great Ormond Street 병원 등이 대표적이다.

지역보건의료(community care)는 노인, 장애인, 정신질환자 및 사회적으로 취약계층의 수요에 적합한 보건서비스를 제공하고 있으며 지역 의사(community doctor), 방문보건사(health visitor), 지역간호사, 조산원 등이 일반의와 연계하여 업무를 수행한다. 지역 의사는 소속된 지방 또는 지역의 보건의료욕구나 서비스를 분석하며 지방자치단체의 환경위생, 사회복지, 주택, 교육에 대해 보건의료전문가의 입장에서 조언하고 관계기관과의 업무를 조정하는 역할을 수행한다. 방문보건사는 신생아, 노인, 장애인 등의 가정을 방문해 보건상의 문제점을 파악하고 조언하며 필요에 따라 가정의, 병원, 지방공공단체의 사회복지부 등에 연락한다. 지역간호사는 노인, 장애인 등의 가정을 방문하여 환자의 목욕, 침구교환, 주사, 투약 혈압 및 뇨검사 등의 업무를 수행한다. 그리고 조산원은 재택분만의 조산, 출산전후의 진료를 행한다. 영국의 지역보건의료는 NHS와 해당 지방의 사회서비스(social service) 부서와 협조체계를 구성하여 제공되고 있으며, 대부분의 서비스와 시설이용은 무료라는 점을 특징으로 들 수 있다.

그러나, NHS는 ‘사회화된 의료’가 갖는 여러 가지 문제점들로 인해 비판의 대상이 되기도 하였다. 즉, 공공부문이 갖는 관료적 경직성, 의사결정의 과도한 중앙집중화, 혁신과 효율의 증진에 대한 유인의 부재 등이 문제점으로 지적되어 왔다. 즉, 1차진료나 응급진료를 제외한 나머지 전문진료 등의 의료서비스가 대기시간에 따라 분배되고 새로운 의료기술에 대한 접근을 제한하였기 때문에 증가하는 의료수요

가를 충족시키지 못하였고 선택적 수술을 기다리는 환자들이 대거 발생하였다. 경직된 예산배정으로 인한 모순과 변화하는 진료환경에 대한 반응이 느리다는 점, 공급자 중심의 의료서비스 등의 문제를 갖고 있었다. 이에 따라 1991년에 NHS는 경쟁체계를 일부 도입하는 등의 개선 노력을 하여왔으며, 최근에는 신속히(fast), 국민 모두에게 골고루(fair), 더 낫은 의료서비스(high quality, convenient)를 제공하는 노력을 하여왔다.

나. National Service Framework

National Service Framework(NSF)는 영국정부가 보건의료서비스의 질을 높이고, 서비스 제공의 불균형을 해소하고자 시행하는 보건의료서비스 체계이다(사회 서비스에 대해서는 A New Approach to Social Services Performance의 정책을 진행하고 있다). NSF는 ‘the National Institute for Clinical Excellence and National Service Frameworks’에서 기획하고, ‘the Commission for Health Improvement’, ‘the New National Performance Assessment Framework’, ‘the National Survey of Patients’에서 평가하고 있다. 몇 가지 NSF 중에서 癌, 관상동맥질환 등의 慢性退行性疾患과 관련된 NSF는 이 연구의 목적인 우리나라의 慢性退行性疾患 管理方案과 관련되기 때문에 자세히 고찰하였다.

〈表 V-1〉 英國의 National Service Framework(NSF)

Cancer Framework
Coronary Heart Disease National Service Framework
Diabetes National Service Framework
Mental Health National Service Framework
Older People National Service Framework
Pediatric Intensive Care Framework
Renal Service National Service Framework
The Children's National Service Framework

다. 癌患者 管理 (Cancer Framework)

1) 癌發生 豫防 政策

흡연율이 높은 저소득층을 우선 대상으로 금연프로그램을 시행하고 있다. 어린이들의 과일과 채소 섭취를 높이기 위하여 'five-a-day' 프로그램을 시행하고, 급식에서 제공하는 과일의 양을 제한하지 않는 정책을 시행하고 있다.

2) 癌의 早期檢診

국민들이 암의 초기 증상에 대하여 더 많은 정보를 가지게 하고, 암의 조기진단율을 높이기 위하여 다음과 같은 프로그램과 정책을 시행하고 있거나 계획하고 있다.

첫째, 2004년까지 65~70세 모든 여성들에게 유방암 검진을 확대 실시한다. 40만 여성들에게 매년 유방암 검진을 실시하고, 70세 이상의 여성들에게는 원할 경우 언제라도 검진을 실시한다. 둘째, 자궁암 검진에 대하여 불필요한 반복 검진은 줄이되, 정밀검사를 요하는 경우에 이를 적극 지원한다. 셋째, 대장·직장암에 대한 검진의 시범사업

을 2002년까지 완료하고, 시범사업이 성공적이면 50~69세의 모든 국민들에게 검진을 실시한다. 넷째, 전립선암에 대한 PSA 검사를 본인이 선택적으로 할 수 있게 한다.

3) 癌患者 管理體系

영국에서의 암환자 管理體系는 「Cancer Framework」라고 표방된 체계에 의해서 관리된다. 이 체계에 따라 암환자는 일반의(General Practitioner)→Cancer Unit→Cancer Centre로 이어지는 3단계 진료체계에 따라 진단과 치료를 받으며, 모든 암환자는 표준화된 고도의 의료서비스를 보장받는다. Expert Advisory Group on Cancer(EAGC)의 기관은 암환자들이 어떠한 수준의 의료서비스가 필요한지 평가하여 자문한다. 암환자의 진료를 위하여 Cancer Unit와 Cancer Centre가 지정된다. Cancer Unit는 암환자의 진단과 치료를 위한 전문의가 있는 병원 중에서 선정되어 운영되며, Cancer Centre는 상대적으로 규모가 큰 병원내에서 암환자의 진료를 위한 팀이 구성되어 운영된다. 완치가 불가능하다고 판단된 환자들에게 고식적 진료(palliative care)를 제공하는 것은 일차 의료기관이나 지역사회 기관이 담당한다.

4) Cancer Plan

영국에서는 위와 같이 완벽한 암환자 管理體系를 가지고 있지만, NHS가 가지고 있는 근본적인 문제점, 즉 보건의료자원이 부족하고 전문적인 서비스를 위한 대기시간이 길며, 서비스의 질적 수준이 충분하지 못하다는 문제점이 있었다. 최근에는 이를 개선하기 위하여 'Cancer Plan'이라는 장기적인 계획을 마련하여 실행할 계획에 있다. Cancer Plan은 암환자에 대한 진료를 확대하고, 진료의 전달체계

(streamline)을 효율적으로 하며, 고도의 기술적 진료를 많은 환자에게 제공하는 것을 목표로 하고있다.

이를 위해 2003년과 2004년에 암 진료에 대한 의료비를 5억7천만 파운드를 추가 편성하고, 2006년까지 암에 대한 전문의를 1,000명(1999년도의 암 전문의의 1/3에 해당)을 더 양성하고, 간호사, 방사선 기사 등을 증원할 계획을 가지고 있다. 50대의 MRI와 200대의 CT를 추가로 구비하고, 방사선치료를 위한 linear accelerator를 45대 더 구비할 계획이다. 그리고, 고환암 소아 환자, 유방암 환자 등의 입원치료 대기 기간을 1~2달 이내가 되도록 단계적으로 줄일 계획을 가지고 있으며, Cancer Services Collaborative(CSC)를 통해 환자의 대기시간을 감소시킬 계획을 가지고 있다.

5) 癌患者의 療養

영국은 암환자들이 병원에서 치료를 받은 후에 1차 의료기관이나 가정간호를 통해 지속적 관리가 될 수 있도록 지원을 강화할 계획을 가지고 있다. 일차의료인(primary care trust)의 암환자 진료 능력을 향상하기 위하여 매년 300만 파운드를 지출하며, 지역간호사가 암환자를 보다 더 잘 간호하도록 교육시키기 위하여 매년 200만 파운드를 지출하며, 2004년까지 5000만 파운드를 투입하여 호스피스와 고식적 치료(palliative care)를 위한 시설을 갖출 예정이다.

라. 冠狀動脈疾患 管理(Coronary Heart Disease National Service Framework)

1) 冠狀動脈疾患 管理의 現況

영국에서는 매년 11만명이 관상동맥질환으로 사망하고 있고, 140만 명 이상의 국민들이 협심증을 경험하고 있다. 그러나, 이러한 심혈관 질환에 대한 치료와 관리는 질병의 다발성 사회계층이나 지역에 비추어 형평성있게 제공되지 못하다는 문제점을 가지고 있었다. 즉, 관상동맥질환의 발생이 소외계층에서 많은 반면, 상대적으로 이들에게 보건의료자원이 집중되고 있지 못하였다. 예를 들면 CABGs나 PTCA의 수술은 CHD의 질병부담이 높은 곳에서는 오히려 적게 시행되고 있었고, 65세 이전에 CHD로 인한 사망률은 Manchester가 Kinston이나 Richmond에 비해서 3배나 높았다. 이에 따라, 영국에서는 관상동맥질환의 예방, 진단, 치료, 재활의 각 단계에서 수행하여야 할 서비스의 지침(standard)을 만들기에 이르렀다.

2) 冠狀動脈疾患 管理의 12個 指針

관상동맥질환의 NSF에서 마련된 ‘관상동맥질환 관리의 12개 지침’은 국가가 일반 국민 또는 환자에게 어떠한 보건의료서비스를 제공할 것인가를 구체적으로 명시하고 있다. 관상동맥질환에 대한 영국의 管理體系는 일반 국민이나 환자를 유형화하여 각 집단의 특성에 맞는 보건의료서비스를 제공한다는 점이 특징이라 할 수 있다. 즉, 지침 1~3은 일반 국민을 대상으로, 지침 4~12는 환자를 대상으로 하며, 예방과 진단, 치료에서 재활에 이르기까지 광범위한 서비스를 국가가 제공하고 있다.

〈表 V-2〉 冠狀動脈疾患 管理의 12個 指針(英國)

구 분	내 용
지침 1 & 2 심장병의 유병률의 감소	<ol style="list-style-type: none"> 1. NHS와 관련 기관이 주축이 되어 관상동맥질환의 위험요인을 감소시키고, 특정 인구집단이 갖고 있는 질병과 의료접근성의 불형평성을 해소한다. 2. NHS와 관련 기관이 주축이 되어 흡연율을 감소시킨다.
지침 3 & 4 고위험군에서의 관상동맥질환을 예방	<ol style="list-style-type: none"> 3. 일반의와 일차의료팀이 주축이 되어 심혈관질환을 가지고 있는 주민들에게 이들의 관상동맥질환 위험요인이 감소되도록 총체적인 조언(comprehensive advice)과 치료를 병행한다. 4. 일반의와 일차의료팀이 주축이 되어 심혈관질환을 가지고 있지 않은 주민들에게 이들의 관상동맥질환 위험요인이 감소되도록 총체적인 조언(comprehensive advice)과 치료를 병행한다.
지침 5, 6 & 7 심장발작과 기타 급성 관상동맥증후군	<ol style="list-style-type: none"> 5. 심장발작이 된 환자에게 8분 이내에 Defibrillator를 적용할 수 있도록 체계를 갖춘다. 6. 혈전용해제가 필요한 심장발작의 경우 60분 이내에 필요한 약물을 투입할 수 있도록 한다. 7. 병원은 심장발작이 된 환자에게 필요한 진료를 할 수 있도록 체계를 갖춘다.
지침 8 Stable Angina	<ol style="list-style-type: none"> 8. 협심증으로 진단받았거나 환자나 협심증이 의심되는 환자에게 적절한 진단과 치료를 제공한다.
지침 9 & 10 Revascularization	<ol style="list-style-type: none"> 9. 지속적 또는 심각한 협심증 환자에는 심장 전문의에게 조속히 의뢰하여 응급치료를 받을 수 있도록 한다. 10. 병원에서는 관상동맥질환의 의심되거나 확진된 환자에게 시의 적절한 진단과 치료를 하도록 한다.
지침 11 심부전	<ol style="list-style-type: none"> 11. 의사는 심부전이 의심되는 환자에게 심전도나 심초음파 등의 검사와, 필요한 약물을 투여하도록 한다.
지침 12 심장 재활	<ol style="list-style-type: none"> 12. 병원에서는 퇴원 전에 환자가 정상적인 생활에 복귀할 수 있도록 프로그램을 마련하여 실행한다.

3) 冠狀動脈疾患 管理의 目標

영국은 관상동맥질환의 관리를 위하여 매우 구체적인 계획을 수립하여 추진하고 있는데 이 것의 일부를 소개하면 다음과 같다.

- ① 2001년 4월까지 금연클리닉을 운영하여 15만명의 국민에게 금연교육을 실시한다.
- ② 2001년 4월까지 50개의 흉통 클리닉을 운영하여 일차의료기관에서 새로운 증상이 판명된 경우 2주 이내에 상급 의료기관에 의뢰하도록 한다. 2002년 4월까지 100개의 흉통 클리닉을 확대 운영한다.
- ③ 2001년 4월까지 혈전용해제가 필요한 심장발작의 경우에 이를 전달하는 시간을 단축한다. 전화로 요청되는 경우에는 환자의 75%에 대하여 8분 이내에 혈전용해제가 도착되도록 한다. 2002년 4월까지 30분 이내에 병원에 75%의 환자가 도착하도록 하고, 2003년 4월에는 20분 이내에 도착하도록 한다.
- ④ 2002년 4월까지 80~90%의 환자가 퇴원 후 효과적인 약물치료를 받도록 한다.
- ⑤ 2002년 4월까지 revascularization 수술을 받는 환자의 수를 3,000명 이상 증가시킨다.

마. 長期療養患者 管理(National Service Framework for Long Term Conditions)

아직 영국에서는 장기요양환자에 대한 구체적인 서비스 체계를 가지고 있지 못한 실정이다. 그러나 2001년 2월에 보건부 장관은 2004년까지 장기요양환자에 대한 서비스체계를 갖추어 2005년부터 시행하겠다고 발표하였다. 발표된 내용에 따르면 장기요양환자의 기준은 신경과적 질환, 중추신경손상, 간질, 다발성 경화증(multiple sclerosis), 파

킨슨병, 운동신경원 질환 등을 가진 환자가 장기요양 서비스를 받게 될 것이라고 하였다. 영국은 현재 인구 10만명당 1,600~2,000명이 이에 신경계 장애를 가지고 있고, 이 중 600명은 매일 가정에서 간호이 매일 필요로 하는 환자가 있을 것으로 추정하고 있으며, 이는 일반의 1인당 약 40명의 신경계 장애 환자와 10명의 지속적 간호를 요하는 환자가 있음을 의미한다.

이들에게 제공되어지는 서비스는 4단계(stage)로 나뉘어지며, 각각에 대해서 서비스의 목적과 제공되어지는 서비스가 차별화 되어 있다.

〈表 V-3〉 長期療養患者 서비스 段階

	진단과 초기치료단계 (Diagnosis and initial management (증상을 느끼고 내원한 환자)	유지 치료단계 (Maintenance care) (경증환자)	복합적 치료단계 Care in the complex phase (증세가 악화되거나 장애가 발생한 환자)	고식적 치료단계 Palliative care. (질병이 상당히 진행된 환자)
Aims	<ul style="list-style-type: none"> - 정확하고 適時의 진단 - 증상과 고통의 감소 - 합병증 조기발견 	<ul style="list-style-type: none"> - 기능유지와 자가 치료(self-care) - 정상생활 복귀 - 합병증 예방 	<ul style="list-style-type: none"> - 최대한의 기능 유지와 자가치료 - 독립성 유지 - 환자와 보호자 支持 	<ul style="list-style-type: none"> - 남아 있는 기능의 유지 - 증상 경감과 합병증 방지 - 환자와 보호자 支持
Services	<ul style="list-style-type: none"> - 일반의 진료와 기타 서비스 제공 - 필요한 검사, 투약 및 다양한 재활 치료 제공 - 환자와 보호자에 대한 적절한 조언 - 환자의 (직장)생활에 대한 조언 	<ul style="list-style-type: none"> - 1차진료팀과 전문가 서비스를 함께 제공 - 환자 상태에 대한 감시 - 필요시 전문가에 의뢰 - 적절하고 다양한 재활 서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - 진료, 간호, 재활의 통합적 서비스 제공 - 병원으로의 입원이 필요한지 평가 - 신경외과 신경 정신과 진료 - 보조구와 생활에 필요한 장비 제공 - 환자와 보호자에게 적절한 조언 - 사회 서비스(social care) 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - 여러 방면의 전문가로부터 증상완화와 적절한 처방을 받음 - 사회 서비스 (social care) - 환자와 보호자에게 적절한 조언

바. 老人保健(National Service Framework for Old People)

영국의 65세 이상의 노인 인구는 최근 70년간 2배로 증가하였으며, 향후 25년 내에 90세 이상의 노인도 지금의 2배가 될 것으로 추정하고 있다. 아직도 상당수의 노인들은 적절한 보건 서비스를 받고 있지 못한 실정으로서 NHS에서는 이들 노인이 가정이나, 보호시설, 병원에서 필요한 서비스를 적절히 받을 수 있도록 2004년까지 매년 14억 파운드를 투입하여 보건서비스와 사회서비스를 제공할 계획에 있다. 계획에 따르면 노인의 보건을 위한 전문상담원을 200명 더 확보하고, 7,800명의 간호사와 2,500명의 치료사를 증원할 계획이다. 보건 서비스의 초점은 뇌졸중의 치료와 재활에 두고 있다. 그리고 낙상(落傷) 환자들의 치료와 재활에도 초점을 두고 있다. 노인들의 보건시설이 개방형이고 남·여의 구분이 없기 때문에 문제시 되어왔는데, 1억 2000만 파운드를 투입하여 남·여의 병동을 구분하고, 소음을 감소시키며, 개인생활을 보호하도록 개선할 계획이다. 독거 노인들이 가정에서나 보호시설에서 무료로 간호 서비스를 받도록 함으로써 불필요한 입원을 억제할 계획이다. 그리고 향후 3년에 걸쳐 1억 500만 파운드를 투입하여 가정에 hoist, grab rail, chair lift 등을 설치해줄 계획을 가지고 있다. 재활치료를 위한 병상은 5,000개 증설할 계획도 가지고 있다.

이러한 노인 보건을 위한 서비스는 다음과 같이 8개의 지침(standards)에 따라 제공할 계획이며, 일부에서 이를 시행하고 있다.

- 지침 1: 나이와 적용 대상에 차별을 두지 않고, 필요한 사람은 누구에게나 보건서비스와 사회서비스를 제공한다.
- 지침 2: 개인적인 차이를 고려하여 신체상태를 평가하고, 본인이 원하는 보건서비스 제공과 사회복지시설 이용을 통합적으로 제공한다.

- 지침 3: 불필요한 입원을 제한하고, 조기퇴원, 장기입원을 방지하는 대신에 가정과 지정된 시설에서 효과적인 재활치료를 받게 한다.
- 지침 4: 병원에 입원한 환자들은 그들이 필요한 전문가 진료를 받을 수 있게 한다.
- 지침 5: 뇌졸중 환자의 경우 진단과 치료를 전문가가 포함된 팀에서 받을 수 있게 한다.
- 지침 6: 落傷을 예방하고 감소시키기 위해서 지역의 다른 조직과 연계하고, 낙상환자가 발생하였을 경우에 효과적인 치료와 재활을 받을 수 있도록 한다.
- 지침 7: 정신질환을 가지고 있는 노인의 경우에 필요한 진단, 치료, 支持를 받을 수 있도록 한다.
- 지침 8: NHS와 지역의 다른 조직과 연계하여 노인들의 생활을 향상시키기 위한 프로그램을 진행한다.

사. 精神保健(National Service Framework for Mental Health)

정신 보건에 대한 NSF는 65세 이하의 성인만을 대상으로 한다. 그 외의 청소년이나 노인의 경우에는 별도로 분리된 NSF에서 담당하게 된다. NSF에서는 7개의 지침(standards)이 마련되었는데, 일반인을 대상으로 한 정신건강증진(mental health promotion)으로부터, 환자들을 대상으로 한 서비스의 유형을 구분하고 각각에 대하여 적절한 서비스를 제공하도록 되어있다. 이를 위해 정부는 2001~2003년에 7억 파운드를 추가 편성하여 정신 보건의 NSF의 시행을 위한 기반 조성에 투입할 예정이다. 정신건강의 NSF에서 정한 7개의 지침은 다음과 같다.

- 지침 1: 개인, 지역주민 집단, 사업장 등 모든 인구를 대상으로 정신건강증진 서비스를 제공한다.
- 지침 2: 정신질환 환자에게 최고의 의료서비스를 제공한다.
- 지침 3: 지역의 일차진료팀과 'Helpline' 등을 통해서 정신건강 상담서비스를 제공한다.
- 지침 4: 필요한 경우 정신질환 환자에게 전문가 의료서비스를 보장한다.
- 지침 5: 필요한 경우 병원에 입원·치료하는 의료서비스를 보장한다.
- 지침 6: 보호자(또는 간병인)에게 필요한 정보와 자료를 제공한다.
- 지침 7: 자살의 예방과 방지를 위하여, 자살의 위험성이 높은 사람들(알코올 중독자, 受刑者 등)에게 전문가들이 직접 면담하고, 필요한 조치를 취한다.

아. 糖尿病 管理 (Diabetes National Service Framework)

당뇨병에 대한 National Service Framework는 아직 마련되지 않았으나, 2001년 말에 구체적으로 확정되어 2002년 4월부터 시행에 들어갈 예정이다. 현재까지 알려진 내용들을 살펴보면 모든 국민을 대상으로 당뇨병을 검진하고, 당뇨환자를 적절히 관리하며, 당뇨병과 이에 따른 합병증에 대한 감시체계 구축, 임신 중 당뇨병에 대한 효과적인 관리에 초점을 두고 있다.

3. 日本

일본은 우리 나라와 유사한 보건의료체계를 가지고 있는데, 전국민을 대상으로 하는 사회의료보험체계를 가지고 있으며, 공공의료와 민간의료가 공존하고 있고, 보건의료의 법률 내용도 비슷하다. 그러나, 慢性退行性疾患의 관리에 있어서 생활습관의 개선을 통한 건강증진을 강조하고 있고, 介護保險을 도입하여 진료뿐만 아니라 요양·간호에도 급여를 하고 있다는 점, 그리고 慢性退行性疾患 특히 암의 조기진단을 위해 정부가 우리 나라보다 좀 더 강화된 형태의 서비스를 제공하고 있다는 점에서 차이가 있다. 여기서는 이러한 차이점을 중심으로 자세히 고찰하고자 한다.

가. 國家保健體系

1) 保健行政組織

일본의 보건행정체계는 국가(厚生省)-都·道·府·縣(보건을 담당하는 部·局)-보건소-市·町·村(보건을 담당하는 課·係)으로 이어지는 공공보건행정체계를 가지고 있다⁷⁾. 厚生省 산하기관으로서 사회보험청⁸⁾과 각종 시험·연구기관, 병원, 요양소 등이 있으며, 都·道·府·縣에는 보건소 외에 연구소, 시험연구기관, 정신보건복지센터 등이 있다. 보건을 담당하는 部에는 일반적으로 5~6課가 설치되고, 의무, 약무, 보건 예방, 식품위생, 환경위생, 폐기물, 공해 등에 관한 행정을 담당하고 있다. 1994년에 지역보건법이 제정된 이후에 보건소 통합이 급속히 진행되어 동년 3월에 848개였던 것이 2000년 4월에는 594개 까지 감

7) 우리 나라의 중앙(보건복지부)-시·도(보건환경국)-구·군(보건소)-읍·면(보건지소)와 유사하다.

8) 우리 나라의 국민건강보험관리공단에 해당

소하였다.

보건소는 행정기관으로서 의사, 치과의사, 약사, 수의사, 방사선기사, 임상병리사, 영양사 등이 근무하며, 疾病豫防, 건강증진, 환경위생 등 공공 보건의료제공의 역할을 하고 있다. 시정촌의 보건센터는 행정기관이 아니라 달리 ‘건강만들기를 위한 場’의 역할을 한다. 다양화·고도화되는 보건 수요에 대응하기 위하여 1978년부터 보건센터를 정비하기 시작하였으며, 1994년에 제정된 지역보건법에서는 보건센터를 법정화 함과 동시에 국고 보조를 명시하였다. 1999년말 현재 市·町·村의 보건센터 2,218개에 이른다.

2) 保健醫療 豫算과 執行

2000년도의 후생성의 예산은 16조 8703억엔으로서 국가 예산의 20%를 차지하였다. 慢性退行性疾患(일본에서는 ‘생활습관병’으로 부르고 있음)과 관련하여 건강일본 21의 추진 등을 위하여 1117억엔을, 지역보건대책을 위하여 299억엔, 의료제공체제의 정비를 위하여 1789억엔을 편성하였다. 지방재정에서의 보건의료 재정은 공중위생, 결핵대책, 보건소 운영 등에 쓰이며, 1998년의 총액은 6조 6543억엔이었다.

3) 慢性退行性疾患과 老人保健醫療와 關聯된 法律

慢性退行性疾患과 노인보건의료와 관련된 공공 인프라 구축을 위한 관련법률은 지역보건법, 노인보호법, 노인복지법, 정신보건복지법 등이 있다.

가) 地域保健法

- ① 목적: 지역보건대책의 추진에 관한 기본지침을 정하고 지역주민이 건강유지, 증진을 도모함.
- ② 내용
 - 지역보건 대책의 기본지침 결정, 보건소 설치, 지역보건센터 설치
 - 보건소사업으로서 지역보건에 관한 사상의 보급향상, 영양개선, 식품위생, 환경위생, 의사, 약사, 보건부 업무, 공공의료향상 증진, 모성·영유아·노인보건·치과보건·정신보건, 장기요양을 요하는 질환을 가진 자의 보건, 전염병예방 등

나) 老人保護法

- ① 목적: 종합적인 보건사업(예방, 치료, 기능 훈련)의 실시와 노후의 건강유지와 의료를 확보하고, 보건과 복지증진을 도모함.
- ② 기본 이념: 자조와 연대 정신에 의거하여, 가령(加齡)에 수반되는 변화를 자각하고 건강유지 증진에 노력, 노인의료비를 공평히 부담, 노후의 건강유지를 위해 건강서비스를 실시
- ③ 내용
 - 노인보건: 건강수첩교부, 건강교육, 건강상담, 건강검진, 의료, 기능훈련, 방문지도
 - 의료이외의 보건사업: 40세 이상의 주민을 대상으로 市·町·村에서 실시(일부사업은 30세 이상)
 - 의료사업: 70세 이상(65세 이상 병으로 계속 누워 있는자 포함)을 대상으로 市·町·村에서 실시

다) 老人福祉法

- ① 목적: 노인의 심신보건유지 및 생활안정을 위해 필요한 조치를 강구하고, 노인의 복지를 도모함.
- ② 기본 이념: 수 년에 걸쳐 사회발전에 기여하고 풍부한 지식과 경험을 가진 자로서 경애됨과 동시에 사는 보람을 가질 수 있는 건전하고 평안한 생활을 보장
- ③ 내용
 - 주거에 있어서 복지대책: Home Help Service(입욕, 배설, 식사의 간호), Day Service Center, 단기입소시설로의 요양 위탁, 일상생활용구의 급여 등
 - 시설에 있어서의 복지대책: (양호노인 홈)-심신, 환경, 경제 중 두 개의 이유로 주택에서 생활이 곤란한 자, (특별양호노인 홈)-신체, 정신의 현저한 장애가 있어 항상 타인의 도움을 요하는 자, (輕費 노인 홈)-가정환경, 주택사정에 의해 주거가 곤란한 자
 - 노인복지를 위한 시설: (노인복지센터) 생활상담, 건강상담, 생업, 취로지도, 레크리에이션을 위한 편의제공, 노인클럽 활동의 원조, (주택간호지원센터)-주택 간호에 관한 종합적 상담, 市·町·村 복지시설관의 연락 조정, (노인복지 시설 작업소)-작업활동에 필요한 장소 제공, (노인휴식의 집) 교양 향상, 레크리에이션을 위한 장소 제공, (노인 휴양 홈) 노인의 건강, 휴양, 휴식을 위한 숙박이용시설

라) 精神保健福祉法

- ① 목적: 정신장애자의 의료, 보호, 사업복귀의 촉진, 자립과 사회

경제활동의 촉진에 필요한 지원, 발생예방, 국민의 정신적 건강유지·증진, 정신보건의 향상

② 내용

- 시설: (정신보건복지센터) 정신장애자의 복지에 관한 지식의 보급, 조사연구, 상담과 지도, (도도부현립 정신병원) 도도부현에서 설치한 병원, (지정병원)도도부현이외에서 설치한 병원, (정신장애자 사회복지시설) 정신장애자의 사회복지촉진을 도모하기 위하여 생활 훈련시설, 복지 Home, 복지공장 등의 시설을 현이 설치함.
- 정신보건 지정의: 입원의료, 입원계속의 요부 판정 등의 업무에 종사(후생성에서 지정)
- 입원진료: (조치입원) 자상 타해의 염려가 있을 때(의료보호 입원) 입원이 필요하다고 인정됐을 때, (응급 입원) 긴급 입원이 필요한 경우의 응급조치, (가입원) 진단에 상당한 시일을 요할 때
- 통원진료

나. 日本의 慢性退行性疾患 現況

1951년에 뇌혈관질환이 결핵을 대신해서 사망 원인 1위를 차지하게 되고 1958년에는 뇌혈관질환, 암, 심장병이라는 慢性退行性疾患이 사망 원인의 上位를 차지하게 되었다. 현재는 암, 심장병, 뇌혈관질환을 합하면 사인의 60% 이상을 차지하고 있다. 1996년 환자조사에 의하면, 의료기관에서 진찰을 받고 있는 총 환자수는 고혈압성질환 749만명, 당뇨병 218만명, 심질환 204만명, 뇌혈관질환 173만명, 악성신생물 136만명으로서 전체적으로 1400만명 이상을 넘는다.

慢性退行性疾患으로 인한 國民醫療費는 1998년에 악성신생물 2조 267억엔, 뇌혈관질환 1조 9752억엔, 고혈압성질환 1조 7251억엔, 당뇨병 1조 325억엔, 허혈성심질환 7458억엔으로서 전체적으로 7조 5053억엔을 넘고 있다.

〈表 V-4〉 日本의 慢性退行性疾患 및 老人醫療 現況

항목	내 용
고령인구의 증가	· 65세 이상의 노년인구 비율의 급증 · 1950년 4.9%, 1998년 16.2%, 2000년 17.2%, 2020년 26.9%
만성퇴행성질환의 증가	· 전 사망 중에 차지하는 3대 성인병의 비율(1998)의 증가 악성신생물 30%, 뇌혈관질환 15%, 신질환15% · 65세 이상의 2/3가 통원(1998) 통원을 인구: 65세 이상 남자 599명, 여자 645명(1,000대비)
요간호 노인의 증가(1998)	· 65세 이상의 요간호자 100만명 (인구 1,000명 중 49명) · 병으로 계속 누워 있는 자 32만명 (인구1,000명 중 15명)
노인의료비의 증가(1998)	· 65세 이상자의 일반 진료의료비는 전체의 49% 차지 · 1인당 연간 56만엔(국민의 평균 19만엔에 비교해서 3배 이상임)

다. 慢性退行性疾患의 管理 方案

‘公衆衛生審議會’에서는 慢性退行性疾患의 管理에 대하여 다음과 같은 원칙을 정하였다. 첫째, 국민에게 바른 정보를 제시할 것, 둘째, 사회적 지원책을 준비할 것, 셋째, 진료에 대해서는 개개인의 여건에 맞게 국민이 선택할 수 있도록 할 것 등이다.

이에 따라 구체적인 방안은 다음과 같이 설정하였다.

첫째, 1차예방의 추진: 慢性退行性疾患을 ‘생활습관병’이라는 관점에서 疾病豫防을 위한 포괄적인 지침을 정리한다, 성인병의 위험인자

를 갖는 것에 대해서는 각각의 병의 상태에 따른 일상생활지침을 별도로 정리한다. 사회전체가 ‘생활습관병’을 예방하기 위한 환경을 정비한다.

둘째, 효과적인 2차예방대책의 실시: 검진의 意義, 費用 對比 效果, 개인의 선택성 등의 관점에서, 보다 충실한 검진 서비스 제공체제와 검진결과에 의거한 생활습관개선지도를 충실히 시행한다.

셋째, 환자의 Quality of Life의 향상을 위한 의료기술의 개발: 질병의 증증화나 합병증의 방지대책을 추진함과 함께, 종말기의료 등의 충실을 도모하기 위해서도 환자의 Quality of Life의 향상을 위한 의료기술의 개발·보급한다.

넷째, 연구의 추진: 집단을 대상으로 한 생활습관 개선에 관한 연구와 고위험군에 대한 생활개선에 관한 지도의 방법에 관한 연구, 고위험군에 대한 예방투약의 효과에 관한 연구, 검진의 평가에 관한 연구, 비침습성 진단·치료 등, 환자의 Quality of Life를 고려한 의료기술의 개발 연구 등을 시행하며, 국제적인 연대를 꾀한다.

다섯째, 거점 기능의 정비와 정보화: 공공 기관을 중심으로 한 거점 기능의 정비함과 동시에 민간 시설의 활용이나 의료정보시스템의 정비를 함께 한다.

여섯째, 지역사회 지원체제 및 거점 기능의 정비: 지역사회에 있어서 지원 체제 및 거점기능의 정비와 가정교육 및 학교보건교육을 연계한다.

일곱째, 건강증진 및 보건 의료종사자의 자질 향상: 건강증진활동 종사자는, 질환의 식사요법, 운동요법의 향상에 대해서도 건강증진의 방법을 발전시키고, 보건의료종사자는 健康增進이라고 하는 개념을 중시한 활동에 적극적으로 참여하도록 교육 및 연수체계 등을 개선한다.

라. 癌 管理 方案

여기서는 일본의 암과 관련하여 국가적으로 검진사업이 어떻게 이루어지고 있는지 살펴보고자 한다. 암검진은 노인보건사업에서 제외되어, 일반질병대책의 일환으로 지방교부세(일반재원)로 운영된다.

1) 胃癌

- 대상자: 40세 이상 남녀
- 일차검진: 1차검진: 간접X선투시(70×70mm, 원칙적으로 7매)
- 정밀검사: 내시경(필요하면 내시경적 조직검사)

2) 肺癌

- 대상자: 40세 이상 남녀
- 일차검진: 간접X선(원칙적으로 100mm, 흉부정면 1매), 고위험군(50세 이상 남자, 흡연지수 600 이상, 가래 또는 혈담 있음)는 객담세포 진찰
- 정밀검사: 단층X선, CT, 기관지경(생검), tumor maker (CEA,NSE 등) 등

3) 子宮癌

- 대상자: 30세 이상의 여자
- 일차검진: 문진, 시진, 자궁경부의 활과세포診(주요경암) 및 내진
- 정밀검사: Colposcope에 의한 원추절제조직診

4) 乳房癌

- 대상자: 30세 이상 여자
- 일차검진: 전문의에 의한 촉진
- 정밀검사: 에코, 맘모그라피, 흡인세포診 등

5) 大腸癌

- 대상자: 40세 이상 남녀
- 일차검사: 면역잠혈검사2일법
- 정밀검사: 注腸X선검사(2중조영법), S장결장내시경검사 및 대장X선 검사(2중조영법), 전 대장내시경검사

마. 健康増進

1) 健康増進事業의 背景

최근 일본의 보건에 대한 주요 초점은 ‘건강위기 관리’와 ‘健康増進’이다. 건강위기 관리는 오사카, 코베, 아와지 지역에 있었던 대지진이나, 화학물질을 이용한 무차별 살상사건, 신종 및 재출현 전염병 등을 경험하면서 주요 보건문제로 浮上하였으며, 健康増進은 급증하고 있는 慢性退行性疾患의 관리는 결국 생활습관의 교정, 즉 건강증진이 가장 중요하다는 인식에서 시작되었다. 일본에서는 1996년부터 암, 심혈관질환, 당뇨병 등을 ‘성인병’ 대신에 ‘생활습관병’으로 명명하기 시작하였는데, 이는 생활습관의 개선을 통하여 질병 자체의 발생을 억제하고자 함이며, 국민들은 건강증진을 慢性退行性疾患의 관리의 방법으로 쉽게 받아들이게 되었다.

2) 健康增進事業의 沿革

일본에서 적극적인 의미의 健康增進 방안이 강구되기 시작한 것은 1964년 동경올림픽 종료 후, 국민의 건강과 체력증강 대책이 마련되면서부터이다. 1967년부터는 [營養과 健康展]을 각지에서 개최하여 국민의 건강생활에 대해 바른 지식과 건강증진방법의 보급에 힘써서, 1970년부터는 보건소에서 보건영양교실을 개최하고, 일상생활 속에서의 바른 영양, 운동, 휴식의 방법에 대해 구체적인 지도를 하였다. 또한 1972년부터는 각 지역에 健康增進모델센터의 설치가 진행되어 왔으며, 1995년도부터는 이것을 건강과학센터로 변경하고 지역의 기술적 핵심시설로의 전환을 꾀하고 있다. 1978년부터는 본격적인 장수사회의 도래에 맞춰 밝고 활력있는 사회를 구축하는 것을 목표로, 제1차 국민건강만들기대책이 개시되었다. 그 내용은, 임산부, 영유아, 가정주부 등을 대상으로 한 건강검진을 실시하고, 노인보건사업의 통합적 실시, 그리고 市·町·村 보건센터의 설치, 건강·체력만들기사업재단을 통한 사업 활동이 주 내용이다. 1988년부터는 제2차 국민건강만들기대책(Active 80 Health Plan)이 실시되어, 생활습관개선에 의한 疾病豫防. 健康增進의 사고방식이 전개되어 ‘건강문화도시 만들기’에 대한 운동이 펼쳐졌다.

3) 健康日本 21

2000년 3월 후생성은 ‘건강일본 21’을 발표하였다. 건강일본21은 국민 개개인의 건강을 실현하기 위한 국민건강만들기 운동이다. 건강일본 21은 달성하고자 하는 건강의 목표를 정하고, 건강과 관련된 각계 각층의 단체와 협력하여 개인의 건강만들기를 지원하는 사회환경을 조성하는 것이다. 건강일본 21에서는 9개의 생활습관이나 생활습관병

을 선정하고(① 식생활, 영양, ② 신체활동, 운동, ③ 휴양, 마음의 건강, ④ 담배, ⑤ 알코올, ⑥ 치과, ⑦ 당뇨병, ⑧ 순환기병, ⑨ 암), 각각에 대하여 방향성과 목표를 정하고 있다. 후생성에서는 건강일본 21에서 정한 목표를 달성하기 위하여 노인보건사업과 보건사업 통합적 추진, 건강만들기 기획 및 기술적 지원 등을 하고 있다.

4) 健康増進을 위한 政府의 支援

‘국민건강 만들기(건강일본 21)’을 위하여 일본 정부는 1) 전국적인 추진체제의 정비, 2) 다양한 경로에 의한 보급·계발의 실시, 3) 지역 등에 있어서 지방계획의 책정 등에 대한 기술적 지원, 4) 조사연구 추진 및 인재 확보 등, 5) 각종 보건사업의 연대 제휴 등을 하고 있다. 정부의 지원 방법을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

가) 健康運動指導師와 健康運動實踐指導者의 養成

健康増進의 내용 중에서 운동의 보급을 위하여 건강·체력만들기사업재단이 1988년부터 건강운동지도사를, 1989년부터 건강운동실천지도사를 양성하기 시작하였다. 건강운동지도사는 동맥경화, 심장병, 고혈압 등의 생활습관병을 예방하고, 건강수준을 유지·증진한다는 관점에서 의학적 기초지식, 운동생리학의 지식 등에 입각해, 개인 개인의 신체상황에 맞는 운동프로그램을 제공할 수 있는 지식·기능을 갖는 자이며, 건강운동실천지도사는 건강운동지도사가 작성한 운동프로그램에 입각하여 운동의 실천지도를 행하는 자이다. 1999년 12월 현재, 건강운동지도사 7,678명, 건강운동실천지도사 12,698명이 있다.

이 외에 健康増進과 관련하여 산업의(건강측정연수수료의사), 운동지도담당자, 운동실천담당자, 심리상담담당자, 산업영양지도담당자, 산업보건지도담당자 등이 활동하고 있다.

나) 運動型 健康增進施設과 醫療費 控除

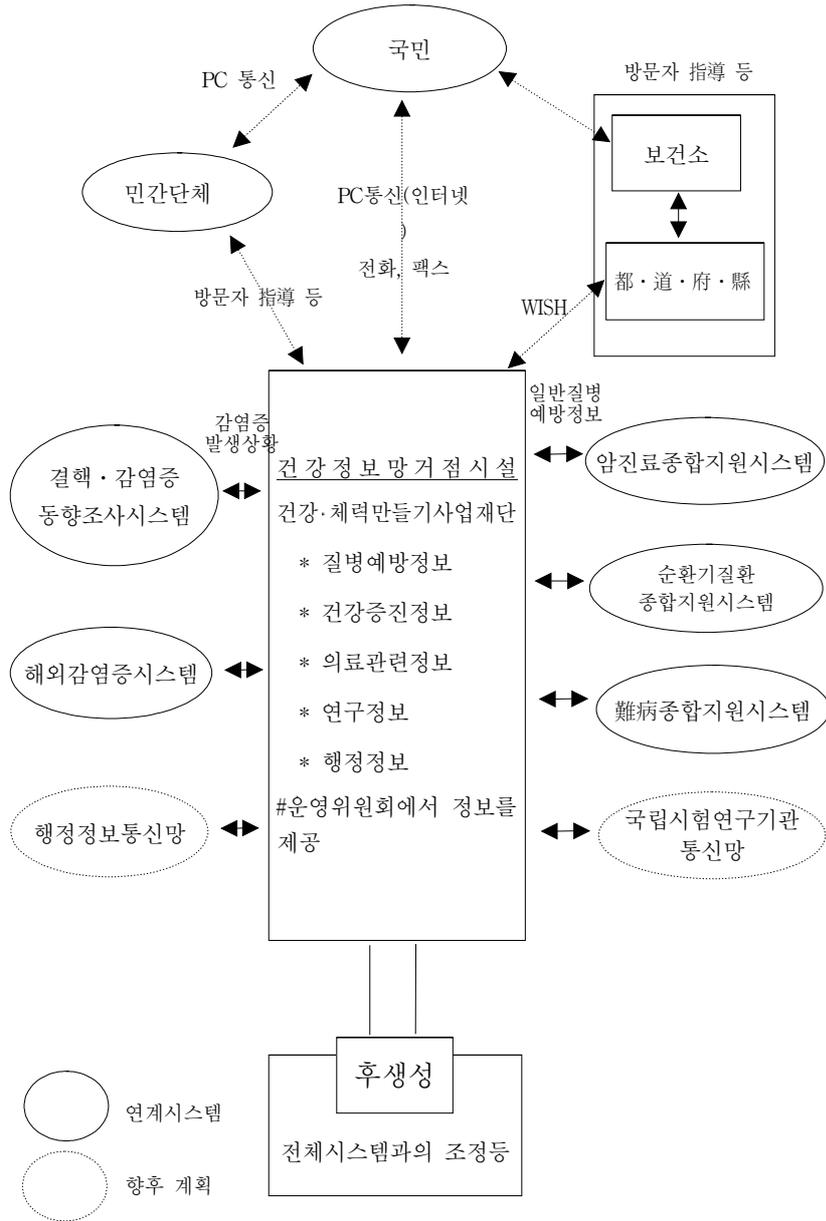
1988년 3월에는 건강증진시설인정규정을 제정하여 건강증진을 위한 운동을 안전하고도 적절히 행할 수 있는 시설을 ‘운동형 건강증진시설’, 健康增進을 위한 온천이용 및 운동을 안전하고도 적절히 실시할 수 있는 시설을 ‘온천이용형 건강증진시설’로서 인정하고 있다. 이러한 인정은, 휘트니스클럽 등의 민간운동시설을 활용해서, 국민에게 健康增進을 위한 운동을 적절히 행할 수 있는 장소를 제공하고, 건강증진대책의 추진에 투자하는 것을 목적으로 행하고 있는 것이다. 2000년 4월 현재, 운동형 건강증진시설이 290개소, 온천이용형 건강증진시설이 26개소 설치되어 있다.

1990년도부터는 질병치료를 위하여 의사의 온천요양지도서를 근거로 후생성이 인정한 온천이용형 건강증진시설에서 온천요법을 행한 경우 당해시설의 이용요금에 대해서는, 소득세에서 의료비공제를 하고 있으며, 1992년 7월부터는, 고혈압증, 당뇨병 등의 치료를 위해 의사의 운동요법처방전을 근거로, 후생대신의 지정을 받은 운동시설에 있어서 운동요법을 실시한 경우, 당해시설의 이용요금에 대하여 의료비공제 대상으로 되어 있다.

다) 健康科學센터의 整備

1995년부터 都·道·府·縣 및 일부 도시에서 건강만들기 관련시설을 원활히 추진하기위해 건강과학센터의 정비를 추진하고 있다. 1999년 12월 현재 12개소에 설치되어 있다.

[그림 V-3] 日本의 健康情報網시스템



라) 健康情報網시스템의 整備

1997년부터 암진료 종합지원시스템, 순환기질환 진료종합지원시스템, 결핵·감염병 발생동향조사시스템, 難病 종합지원시스템 등을 운영하고 다른 관련 정보시스템과도 연계되어 있어서, 국민의 누구나, 어디에서나, 간단히 암과 심장병 등의 질환의 예방이나 건강의 유지증진 등에 도움이 되는 건강정보를 손쉽게 이용할 수 있도록 하고 있다. 제공되는 정보는 疾病豫防에 대한정보 이외에 담배와 건강에 관한 정보나 생활습관개선으로 이어지는 自己 判定 情報, 건강만들기나 체력만들기에 관한 정보이다. 건강정보망거점시설로부터의 제공수단은, 인터넷(<http://www.healthnet.or.jp>), 전화, 팩스를 활용하고 있다.

바. 介護保險

개호보험은 일본에서 2000년부터 실시하고 있는 보험으로서, 의료보험에서 급여되지 않는 재택서비스와 시설이용에 대하여 급여를 하는 사회보험이다. 제1호 피보험자는 65세 이상의 국민으로서 당연적용의 대상이 되며, 제2호 피보험자는 40세 이상 65세 미만의 국민 또는 장애인 등으로서 임의적용의 대상이 된다. 그러나, 과중한 보험료로 인하여 일본 국민의 반발이 적지 않은 실정이고, 우리 나라에서도 이러한 형태의 보험 도입을 일부에서 검토하였으나, 그리 긍정적이지 못한 것으로 보인다.

개호보험에서 급여하고 있는 내용은 재택서비스와 시설이용으로 크게 구분되며, 거택서비스에는 방문서비스, 通所서비스, 단기입소서비스 등으로 구분된다.

〈表 V-5〉 日本 介護保險의 서비스

구 분		내 용
거택 서비스	방문 서비스	방문개호 (Home Help Service) 방문입욕개호 방문간호 방문재활 거택요양관리지도
	通所 서비스	통소개호(Day Service) 통소재활(Day Care)
	단기입소 서비스	단기입소생활개호 단기입소요양개호
	기 타	치매대응형 공동생활개호(그룹홈) 특정시설입소자 생활개호 복지용구대여, 구입비지급 주택개수비지급
시설서비스		개호노인복지시설(특별요양노인홈) 개호노인보건시설 (노인보건시설) 개호요양형 의료시설(요양형 병상군 등)

4. 外國의 慢性退行性疾患 管理 方案의 比較

지금까지 고찰한 外國의 慢性退行性疾患 管理 現況을 比較하면 <表 V-6>과 같다.

미국은 自由主義 市場經濟體系를 근간으로 하는 民間보건의료체계를 가지고 있으며, 정부는 의료에 대하여 최소한으로 개입한다. 정부가 운영하는 의료보험인 메디케어(medicare)도 65세 이상을 급여대상

으로 하며, 우리 나라의 의료보호에 해당하는 메디케이드(medicaid)도 의료취약인구 전체를 대상으로 하지 못하고 있기 때문에, 적지 않은 국민이 의료의 사각지대에 놓일 수밖에 없다. 이러한 가치체계와 제도의 측면에서 慢性退行性疾患에 대한 관리도 역시 다른 국가들과 비교하여 의료취약인구 등 최소한의 범위에서 시행되고 있다. 대신 연방정부와 주정부의 유기적인 공조체계를 통하여 재정지원과 프로그램 공조, 慢性退行性疾患에 대한 監視體系 確立 등은 다른 국가들과 비교하여 앞선다고 볼 수 있다.

영국은 국가가 保健醫療資源(人力, 施設 等)을 소유하면서, 국민에게 직접 보건의료서비스를 제공하는 체계를 가지고 있다. 이러한 영국의 보건의료는 의료의 관료화, 경직성, 낮은 의료서비스의 질의 문제를 안고 있었으며, 慢性退行性疾患에 대해서도 예외는 아니었다. 미국과 비교하여 정부의 의료취약인구에 대한 보건의료대책이 비교적 용이하기는 하지만, 보건의료자원이 제한되어 있고, 시장경제가 아닌 정부에 의하여 자원이 배분되므로 국민의 욕구를 충족시키기에는 제한이 있을 수밖에 없었다. 이러한 체계의 측면에서 慢性退行性疾患에 대한 관리도 보건의료자원의 확대와 서비스제공의 표준화에 초점을 맞출 수밖에 없으며, 이러한 내용을 담은 것이 National Service Framework 이다.

일본은 우리나라와 유사하게 전국민이 社會保險體系 안에서 보건의료서비스를 제공받고 있으며, 민간의료부분이 차지하는 비중도 상당하다. 이러한 일본의 보건의료체계에서는 국민이 정부의 보건의료보장에 대한 기대하는 바가 적지 않지만, 정부가 추진할 수 있는 범위는 극히 제한적일 수밖에 없다. 또한 인구의 고령화로 인하여 의료뿐만 아니라 사회복지서비스에 대해서도 국민이 정부에 기대하는 바가 적지 않다. 이러한 상황에서 일본이 선택한 慢性退行性疾患 관리의

방안은 결국 事前 예방 즉, 건강증진에 초점을 두고 정부가 적극적인 시설·인력투자를 하는 것이며, 개호보험이라는 추가적인 재원확보와 보건의료·사회복지서비스 제공을 선택하였다. 그러나 개호보험은 국민의 보험료 부담이 적지 않기 때문에, 이에 대한 반발도 있는 실정이다.

이러한 외국의 慢性退行性疾患管理와 그 방법이 우리에게 시사하는 바는 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 慢性退行性疾患管理의 방법은 그 나라의 保健醫療體系, 즉, 인력, 시설, 조직, 서비스제공방법 등을 충분히 고려하여야 하고, 보건의료재정의 형편을 감안하여야 한다. 뿐만 아니라 慢性退行性疾患과 관리의 현황, 국민의 慢性退行性疾患에 대한 이해와 관심, 의료계의 입장, 정치적 현실 등도 고려되어야 한다.

우리나라는 保健醫療人力과 施設이 民間에 集中되어 있고, 단일화된 사회의료보험체계안에서 국민 대부분인 보건의료서비스를 제공하고 있다. 정부는 극소수의 공공병원, 보건소, 보건지소 등을 운영하고 있으나, 전체에서 차지하는 비중은 낮은 실정이며, 특히 도시지역의 보건소는 지역주민들에게 體感的으로 미치는 영향이 매우 미미하다. 따라서 공공보건체계를 통해 慢性退行性疾患管理를 한다는 것은 현재의 상황에서 실효성이 크지 않을 것으로 판단되며, 뿐만 아니라 이를 위해서는 인력·시설투자가 선행되어야 하는데 현재의 정부재정 상황에서 가능성, 효율성의 측면에서도 우선 방안으로 선택하기에는 제한점이 많다.

둘째, 미국과 같이 醫療脆弱人口를 주 대상으로 慢性退行性疾患을 관리하는 것은 우리 나라의 실정에는 적합하지 않을 것으로 보인다. 의료취약인구를 선별한다는 것은 국민 대부분이 본인 스스로가 慢性退行性疾患을 관리할 수 있는 개인적·사회적 여건이 구비되어 있다

는 것이 전제되어야 하는데, 우리나라는 그렇지 못한 실정이고, 의료보험체계에서 제공하지 않는 급여 서비스를 의료취약인구(주로 의료보호 대상)에게만 제공한다는 것도 공감하기 어려울 것이다.

셋째, 영국과 같이 국가가 직접 慢性退行性疾患管理를 위한 자원의 투자와 서비스 수준 향상을 하는 것은 민간의료가 주축이 되는 현재의 상황에서 어려울 것으로 판단되며, 그 이유는 앞에서 설명한 바와 같다.

넷째, 일본의 개호보험과 유사한 財源과 서비스 提供의 틀을 마련하는 것도 방안은 될 수 있으나, 우선 현재 의료보험의 급여와 재정 안정이 선행된 후 고려되어야 할 것으로 보인다. 최근 검토되고 있는 민간의료보험은 주목적이 현재의 社會醫療保險(健康保險)을 보완하는 것인 만큼, 慢性退行性疾患管理의 주 대안으로서 검토하기에는 어렵다고 판단된다.

마지막으로, 監視體系의 構築과 健康增進의 活性化도 만성퇴행성관리 방안으로 고려해볼 수 있다. 이것은 현재 일부 학회와 민간단체에서 개별적으로 시행되고 있으나, 이를 국가적인 조직체계에서 관리하고 통합하여 효과성과 효율성을 높이는 것이 필요하며, 이 연구에서는 이에 대한 구체적인 방안을 제시할 것이다.

지금까지 고찰한 외국의 慢性退行性疾患管理 現況을 통하여 우리나라의 보건의료체계 안에서의 慢性退行性疾患管理는 民間保健醫療資源을 최대한으로 活用하면서, 정부는 이를 조직화하여 서비스 제공의 내용과 수준을 향상시키는 방향으로 전개해야 할 것으로 제언할 수 있다.

〈表 V-6〉 外國의 慢性退行性疾患 管理 方案의 比較

	정책의 주안점	구체적인 방안
미국	<ul style="list-style-type: none"> · 만성퇴행성질환의 의료 소외계층에 대한 국가의 보건의료서비스 제공(특히 예방, 조기 검진 분야) 	<ul style="list-style-type: none"> · 소외계층 중심의 만성퇴행성질환의 예방, 조기검진 · 체계적인 감시체계 구축
영국	<ul style="list-style-type: none"> · 만성퇴행성질환 보건의료서비스의 질 향상 · 만성퇴행성질환 보건의료서비스를 위한 보건의료자원의 확대 	<ul style="list-style-type: none"> · National Service Framework 시행
일본	<ul style="list-style-type: none"> · 건강증진 중심의 만성퇴행성질환 관리 · 국가보다는 개인, 지역사회 중심의 만성퇴행성질환 관리 · 만성퇴행성질환에 취약한 집단을 대상으로 한 서비스 확대 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강증진의 활성화 · 개호보험의 실시 · 암 등에 대한 조기검진 강화

VI. 우리나라 慢性疾患者 管理 改善方案

만성퇴행성질환 중심의 傷病構造는 醫療費 增加와 삶의 質 低下를 초래하여 왔다. 최근 정부는 만성퇴행성 질환관리를 위한 적극적인 健康增進事業을 추진하고 있다. 그러나 慢性退行性疾患管理를 위한 국가보건 관리체계에 대해서는 단순한 건강증진 사업의 전개가 아닌 총체적인 검토와 준비가 요구될 것으로 보인다.

外國의 管理現況에 대한 文獻考察을 통해 각 國의 慢性退行性疾患의 관리노력은 각자의 의료체계의 특성을 반영하고 있음을 보았다. 우리나라의 경우 慢性退行性疾患을 관리하기 위해서는 몇 가지 사항을 염두에 두어야 할 사항이 있다.

첫째, 우리나라의 醫療保障 形態는 社會保險의 形態를 가지고 있으므로 이를 잘 운용함으로써 效率的인 慢性退行性疾患管理를 기할 수 있다.

둘째, 공공기관보다는 민간 병·의원에 의하여 의료가 제공되고 있다. 따라서 민간의 협조를 이끌어내기 위한 노력이 절대 필요하다. 더 나아가 민간기능을 조정·통합해 나갈 수 있는 행정조직의 관리기능이 요구된다.

이러한 측면을 유의하면서 우리나라의 慢性退行性疾患管理를 위한 문제점 제기와 발전방향을 모색하였다. 먼저, 효율적인 慢性退行性疾患 管理體系 수립을 위한 전제조건들을 살펴보고, 1·2·3차 예방서비스 제공상의 전략, 기타 필요한 고려사항으로 구분하여 살펴보았다.

1. 效率的 管理體系 樹立의 前提

가. 管理行政 組織의 整備

우리나라는 民間 部門이 우위를 점하므로 국가 단위에서의 慢性退行性疾患 問題를 해결하기 위한 지도력 발휘는 더욱 중요하다. 민간 부문의 역할은 더 강화할 수 있도록 제도적으로 지원하는 한편, 공공 부문은 사업의 방향을 제시하거나, 예산의 지원 및 서비스의 조정 등 민간이 할 수 없는 일을 해 나가거나 사업의 방향을 제시하는 지도력을 발휘해 나가야한다.

현재의 慢性退行性疾患管理 部署는 疾病管理課이다. 질병관리과는 성인병 관리에 관한 업무를 담당하며, 구체적으로 성인병 관리에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 성인병 管理體系 구축 및 운영, 성인병 관련 법인·단체의 지원·육성, 성인병 관리를 위한 조사·연구 및 평가, 國立保健院 特殊疾患部 업무지원 및 조정의 역할을 수행하는 것으로 명시되어있다.

국가의 만성퇴행성 관리를 위한 중앙조직인 疾病管理課의 役割은 중요하다. 慢性退行性疾患管理體系 수립을 위해 보건복지부의 주무부서인 질병관리과는 慢性退行性疾患 문제의 중요성을 드러내고, 慢性退行性疾患管理 목표를 설정하며, 慢性退行性疾患 관리를 위한 가능한 전략의 평가 및 慢性退行性疾患管理 활동을 위한 우선 순위의 선택 등을 결정해야 하는 책임을 진다. 또한 실행 가능하며 다른 국가 보건사업에 통합되고, 보건 이외의 慢性退行性疾患管理와 연관된 분야와 효율적으로 연계된 慢性退行性疾患 관리정책을 개발해야 한다 (한국의료관리연구원, 1998).

그러나 疾病管理課는 역시 感染性疾患에 대한 책임부서이기도 하여 업무범위가 광범위하다. 또한 慢性退行性疾患의 주요부분인 암에 대

해서는 암관리과가 별도로 운영되고, 주요 政策方向인 健康增進은 건강증진과가 별도로 운영되고 있어 통합성이 부족한 실정이다.

이런 실정으로 인해 중앙정부 차원에서 만성퇴행성 질환에 대한 總體的 整備가 필요하다는 주장이 제기되고 있다. 조직 및 제도정비를 통해 만성퇴행성 질환의 실태 파악, 관련 의료시설 및 의료인력의 강화 등 제도 전반에 대한 노력이 이루어져야 한다는 것이다.

그 외에 慢性退行性疾患 관리 조직을 강화하는 것과 관련하여 국립보건원을 ‘질병관리본부’로 확대 개편하자는 안(김용익, 1998)과 보건소를 통해 (보건산업진흥원, 1999)관리를 총괄해 나가는 기능부여를 하자는 논의도 있다.

그러나 보건소는 다양한 업무를 담당하고 있고, 국민들의 이용률이 낮으며, 특히 도시보건소의 경우 보건행정기관의 역할 이상의 것을 수행하기 어려운 상황이어서 慢性退行性疾患의 관리상 중추기관으로 삼기에는 그 실효성이 크게 제한될 것으로 보인다.

따라서 본 연구에서는 ‘慢性退行性疾患센터’를 중앙 집중적 형태로 운영하고, 병·의원을 포함한 민간기관이 慢性退行性疾患에 적극 참여하도록 유도하는 방안이 바람직하다고 생각하고 운영모형을 제시하였다.

나. 民間과의 協力體系 構築

우리나라 의료부문의 대부분은 민간이므로 豫防保健事業에는 소극적으로 대처하는 경향이 있다. 그러나 慢性退行性疾患의 관리가 효과적으로 이루어지기 위해서는 민간부문도 공공부문과 더불어 건강증진과 만성퇴행성 질환관리에 참여할 수 있어야 한다. 이러한 참여를 유도하기 위해서는 주치의 등록제나 의료보험상의 인센티브제 도입 등

이 제도적 뒷받침이 요구된다. 또한 민간단체 중 보건관리단체로서 건강증진 목적의 사업을 실시하고 있는 단체인 한국건강관리협회, 대한보건협회, 한국금연운동협의회, 대한결핵협회, 대한가족계획협회, 대한산업보건협회, 한국성인병예방협회, 대한적십자사 등과도 연계가 필요하다. 이들 단체들에서는 疾病豫防 및 건강증진 활동으로 보건교육 및 홍보자료의 개발과 보급에 힘쓰고 있으며 특수질환 및 성인병 검진 등의 건강검진사업을 실시하고 있다. 앞으로 이런 단체와의 협조 관계가 더욱 증진되어야 할 것이다.

다. 他部署와의 協助 強化

산업장과 학교를 대상으로 하는 건강증진 및 만성퇴행성관리사업은 대상자에 대한 接近性을 提高시킬 뿐 아니라, 기존 인력(양호교사, 산업장 보건인력 등)과 協助할 수 있어 효과적인 사업 진행이 가능하다. 뿐만 아니라 기존의 기록을 보완적으로 활용하여 사업의 효율을 높일 수 있으며, 사업대상자의 이동이 적어 사업의 연속성이 유지될 수 있다. 대상인구 집단이 동질적이어서 구체적 사업내용 개발이 한결 손쉬울 것이다. 또 실현이 용이한 다양한 사업수단을 적용할 수 있다(배상수, 1999). 따라서 중앙관리부서(만성퇴행성질환관리센터)는 교육부나 노동부와의 연계를 통해 慢性退行性疾患管理事業의 效率的 推進을 위해 협력을 추진해 나가야 할 것이다.

라. 保健所 慢性退行性疾患 管理事業 強化

우리나라의 公共醫療部門은 매우 미약하다. 공공의료기관은 73개 공공병원(특수병원 포함)과 244개의 보건소를 중심으로 하는 보건기관으로 나누어 볼 수 있다. 이러한 공공부문의 의료기관은 기관수로 볼

때 전체의 11.4%, 병상수로 볼 때 전체의 14.9%만을 차지하고 있는 반면, 전체병원의 88.6%, 병상 수의 85.1%가 민간소유로 되어있다. 이러한 민간의료에 대한 의존도는 미국에 비해서도 더 높아 전체의료부문에서 공공부문의 역할은 매우 미약한 실정이다(문옥륜, 1998). 그러나 공공의료기관은 현재는 물론 앞으로도 건강증진 사업의 계속적 추진을 위한 중추기관으로서의 기능, 저소득층에 대한 기본적인 의료서비스의 제공과 慢性退行性疾患管理 기능이 강화되어야 할 것이다.

慢性退行性疾患을 保健所에서 관리하는 경우는 지속적인 관리(continuity of care)의 용이성이 있다. 보건소 조직망은 내소자 상담, 가정방문상담, 각종 지역사회시설(노인정, 마을회관, 주민모임행사), 학교, 직장 등의 다양한 방법으로 방문추구관리가 가능하므로 지속적인 관리가 용이하다. 또한 지역사회단위의 예방프로그램을 통한 고위험요인 감소의 과급효과 상승을 기대할 수 있다.

예로 고혈압 관리사업은 보건사업과 진료를 함께 할 수 있고, 보건요원을 활용하여 적극적인 환자 발견과 추구관리가 가능하다(배상수, 1993). 또한 慢性退行性疾患의 예방과 관리를 위해서는 치료뿐만 아니라 예방과 재활이 매우 중요한데, 보건소는 연계성과 통합성을 가지고 더욱 持續的이고 包括的인 서비스를 提供할 수 있다(한국보건산업진흥원, 1999).

마. 疾病管理 段階化와 地域化

慢性退行性疾患 診療體系는 慢性退行性疾患 患者에게 필요한 서비스를 국가 慢性退行性疾患 진료체계의 구성에 따라 제공하여야 한다. 그러나 慢性退行性疾患管理를 위한 서비스가 원활히 제공되기 위한 조건이 있다(정두채 외, 1999).

첫째, 慢性退行性疾患은 그 복잡성의 정도로 보면 매우 간단한 수준(예: 고혈압으로 외래진료)에서 매우 복잡한 수준(예: 고혈압, 뇌출혈로 인한 중환자실 입원진료)까지 다양한 접근을 요하고 있다. 따라서 慢性退行性疾患 診療體系는 각 수준별로 진료체계가 서로 유기적으로 개입할 수 있는 구조가 되어야한다. 둘째, 慢性退行性疾患 診療서비스의 지역화가 필요하다. 즉, 慢性退行性疾患 관련 診療資源의 地域的 不均衡 配置로 인해 일부지역의 경우 환자들의 접근성을 보장할 수 있는 수준이 되지 않았다. 따라서 慢性退行性疾患 管理體系가 확립되기 위해서는 기존의 의료자원은 서비스 제공 수준 및 단계별로 명확한 역할 구분이 되어야하며, 자원이 취약한 진료권에 대한 자원 투입이 증대되어야 한다. 또한 慢性退行性疾患患者의 중증도에 따라 단계별로 적합한 의료기관으로 후송하고 각 의료기관의 수준에서 양질의 진료를 제공하기 위해서는 慢性退行性疾患患者의 진료에 대한 표준화된 체계(의무기록체계, 만성퇴행성질환등록체계 등)가 이루어져야 한다(한국보건산업진흥원, 1999).

2. 서비스 提供上의 戰略

가. 1次 豫防서비스

1) 健康增進事業

우리나라의 경우 慢性退行性疾患管理를 위한 효과적 전략인 健康增進事業이 본격적으로 논의되기 시작한 것은 1995년 건강증진법이 제정되면서부터였다. 國民健康增進法에서는 국가와 지방자치단체로 하여금 건강생활실천 여건조성과 국민보건교육을 강화하고 질병위험요인의 조기발견, 관리를 위한 예방서비스를 개선, 강화하며 구강건강관

리와 영양 및 운동도 사업을 추진토록 규정하고 있다.

健康増進事業은 그 사업 영역이 광범위하고, 다양한 자원을 활용해야 하는 사업으로서 정부의 리더십과 기획능력을 필요로 한다. 관련 인력 개발과 교육 훈련, 사업추진 체계와 조직 개선, 관련 법령의 재정비, 중앙단위의 홍보, 타부문과의 협력 등은 중앙차원에서의 정책수행과 체계적인 지원이 필요하다(정은경, 1999). 그러나 현재까지 건강증진을 국가의 정책과제로서 추진해 나감에 있어 종합적이고 장기적인 사업목표와 구체적인 전략방안은 부족한 것이 사실이다.

세계 선진국가들은 중앙정부는 건강증진과 관련된 국가시책을 종합적으로 계획, 수립하고, 방향을 선도하는 한편 지방조직에서는 지역실정에 부합하는 다양한 사업유형들을 개발, 추진해 나가고 있는 일관된 특성들을 보이고 있다. 미국의 'Healthy people 2000'과 이를 재설정한 '국민건강 비전 2010', 캐나다의 'Achieving Health for all; A Framework for Health Promotion' 등이 중앙정부에서 국민건강증진 목표를 제시함으로써 사업의 원칙과 방향을 제시한 대표적인 경우이다. 최근 건강증진을 위한 국가적인 목표를 설정하려는 노력이 계속되고 있는 점은 높이 평가될 만하나(한국보건사회연구원, 2001) 앞으로 건강증진상의 접근방법이 구체적으로 제시되고 사업의 구체적 추진을 위한 사회 각 분야의 역할이 명확하게 분담되어 추진되어야 할 것이다.

또한 구체적 사업추진 기관인 보건소의 입장에서는 건강증진법의 제정시행에 따라 신규 사업적 성격의 사업활동이 크게 증가하였다. 이러한 활동을 효과적으로 추진하기 위해서는 사업분야별 전문인력이 필수적으로 요구되고 있으나(변종화, 1997) 업무내용 및 업무량에 비해 담당인력이 매우 부족한 실정이다(변종화, 1997).

또한 건강증진 사업추진 주체인 보건소의 사업활성화를 위해서는 많은 예산이 필요하나 보건소 예산의 90~99%가 지방비이므로 지방

재정이 취약한 시·군·구의 경우 보건소의 예산확보는 쉽지 않다. 더욱이 보건소 예산은 전체 시·군·구 예산의 2.0~4.5%에 불과하며 특히 군지역과 소도시 보건소 경우 그 비중이 더욱 적다. 따라서 중앙정부의 시책상 추진하는 사업의 경우 보건소에 대한 인력확보 및 재정적 지원을 확보하는 방안도 마련해야 할 것이다(변중화, 1996).

2) 健康檢診事業

현재 이루어지고 있는 疾病豫防 서비스의 대부분은 건강검진이다. 우리나라 건강검진사업은 종합병원이나 병·의원에서 실시하는 종합건강진단, 대한건강관리협회에서 실시하는 건강진단, 지역단위 주민을 위한 보건소 건강검진 등 여러 의료기관이나 보건단체에서 행하고 있다. 이들 건강검진에 대해서는 그 시행효과, 항목선정의 적절성, 시행방법, 수가의 적절성 등에 관한 논란이 계속되고 있다.

즉, 현재의 건강검진사업이 국민의 건강증진이라는 목적보다는 경제적 이유로 성행되는 경우도 많고, 또한 대부분 특정 질병유무의 확인에만 치중한 나머지 수검자의 건강보호 및 疾病豫防 등 사후관리에 대한 관심이나 제도적 뒷받침이 미흡한 상태에 있다.

1994년 이후 의료보험관리공단과 직장 및 지역조합에서 시행하고 있는 건강진단에서는 건강자, 건강요주의자 및 유질환자 등으로 분류하여 조기진단 및 치료권장과 함께 질병발생 예방과 건강관리 및 증진에 필요한 서비스를 제공하려고 시도하고 있어 건강진단사업의 변화에 중요한 계기를 마련하였으나 아직 이들에 대한 사후관리 체계는 확립되어 있지 못하여서 검진결과가 보건 사업이나 일반 진료 서비스에 활용되지 못하고 있다(김응석, 1997).

항목의 적절성도 논란이 된다. 동일한 연령·성별 인구집단에서 시행하는 건강검진도 각 검진사업마다 검사항목에 차이가 있으며 그 의

검사항목의 선정이 연령별, 성별 발견 대상질병과 위험요인을 고려하지 않고 일률적으로 실시하고 있다(양병극, 1995).

또한 현재 건강보험의 가입자 또는 피부양자에 대한 건강검진에는 암의 조기발견에 필요한 검사들이 상당부분 제외되어 있다. 물론 자궁경부암과 간암의 조기발견은 가능하지만, 우리 나라에 흔한 위암, 유방암 등에 대한 검진은 불가능한 실정이다. 그리고, 흉부 방사선 검사가 간접촬영으로서 폐결핵의 유무에 초점이 맞추어져 있기 때문에 폐암의 조기발견도 불가능한 실정이다. 국민의 암 조기발견에 대한 욕구와 수요가 적지 않은 만큼 건강보험의 재정형편을 감안하여 건강검진항목의 확대에 대한 논의가 필요할 것이다.

낮은 참여율도 문제이다. 일부 민간 또는 공공단체에서 건강검진사업을 실시하고 있지만 의료보험에서는 보건예방 사업의 일환으로 피보험자나 그 가족에게까지 건강진단사업 대상을 확대하고 있다. 그러나 공·교 의료보험 및 직장의료보험 피보험자의 일반 건강진단 수검률은 높은 데 반해 40세 이상 피부양자에 대한 성인병 건강검진은 수검률이 낮고 특히 지역조합에서 더 낮게 나타나고 있다.

앞으로 각종 건강검진의 검사항목 선정, 검사시기 및 간격설정, 대상자 조정, 검진결과의 활용 등을 총괄·조정할 수 있는 제도적인 장치가 마련되어야 할 것이다(양병극, 1995). 또한 동일한 항목의 건강진단 결과는 채용 시 신체검사, 운전면허 취득시 건강검진, 일반 병·의원에서 실시하는 동일항목의 검사 등에 한해서는 어디서나 인정하고 재검진을 받지 않도록 제도적으로 보장하여 수검자의 경제적·시간적 낭비를 방지한다.

健康診斷의 結果에 따른 追後管理 方案 역시 開發되어야 한다. 의료기관에서는 검진결과에 따라 건강위험자 및 유질환자에 대한 개인별 상담은 물론 사후관리 방법이나 지침을 작성하고 주기적으로 사후

관리 과정을 관찰해야 한다. 그리고 사후관리 관찰결과는 그 다음 정기검진에서 검사시기 및 검사항목 등을 결정하는 데 반영하도록 한다. 이러한 건강검진 결과를 토대로 한 지속적인 사후관리가 가능하기 위해서는 健康檢診 施行主體와 保健醫療機關間 情報交流 및 連繫 強化는 필수적이다(한국의료관리연구원·한국보건사회연구원, 1998).

3) 平生健康管理 프로그램 導入

평생동안 질병을 예방하고 건강을 증진시키고자 고안된 정기적인 健康管理計劃으로 구체적인 전략은 1차의료인들이 평상시 진료에서 환자 또는 무증상자를 중심으로 평생에 걸쳐 정기적 건강진단을 시행, 무증상기 또는 초기에 질병을 발견하고, 아울러 각종 위험요인을 평가한 후 행동수정이나 예방접종을 시행하여 질병의 발생을 예방하거나, 현재 건강상태를 더욱 증진시키는 것이다(김영식, 1995).

平生健康管理 프로그램을 임상진료에 적용하는데는 경제적 요인이 주 장애요인이 된다. 현재 非保險이기 때문에 經濟的인 負擔이 되며 의사의 입장에서는 건강상담이나 각종 예방교육에 대한 보상이 없기 때문이다.

따라서 환자와 일반국민을 대상으로 疾病豫防 및 健康增進의 중요성을 홍보하고, 의료제도 자체를 예방중심적인 의료제도로 전환하기 위한 行政的, 法的 支援이 필요하다.

이러한 평생건강관리 프로그램을 의원을 중심으로 정착시키기 위해서는 후술할 단골의사제도 도입이 같이 병행되어야 할 것이다.

나. 2次豫防서비스: 1次醫療의 機能 強化

慢性退行性疾患管理를 위한 가장 기본적이고 중요한 保健教育, 健

康相談 등 健康増進에 대한 개인적 접근은 전문가와 대상자의 대면접촉을 필요로 하는 경우가 많으며, 이러한 기능은 1차의료와의 접촉을 통해 우선적으로 이루어지며, 따라서 1차의료가 만성퇴행성 질환의 치료 성패를 좌우하는 중요 요소가 된다.

그러나 우리나라 1차 保健醫療 部門은 治療서비스만을 위주로 하며, 서비스내용에서도 2·3차와의 기능 분화가 되어있지 못하고, 또한 진료의 지속성 없이 내소하는 환자를 대상으로 서비스를 제공한다. 또한 1차의료의 진료내용을 보면 진료내용의 거의 대부분이 급성질환에 대한 일회성 진료에 국한되며 疾病豫防 및 健康増進機能이 수행되지 않고 있어 포괄성 측면이 부족하다.

1次醫療의 未備는 慢性退行性疾患 管理를 위한 중요한 요인인 진료의 지속성을 저해하고, 환자 치료순응도를 저해하는 결과를 초래한다. 의료기관에서 고혈압 치료를 시작한 환자의 약 2/3가 한 두 번의 방문으로 치료를 중단하였으며(김혜원, 1986). 연천군에서 시행한 조사에서도 대상 환자의 19.3%만이 의료기관을 빠지지 않고 방문하였다(서울대학교 지역의료 체계 시범사업단, 1993). 따라서 일차의료에서의 환자의 치료순응도를 높이고, 진료의 계속성을 유지하는 것은 특히 慢性退行性疾患에서는 매우 중요한 과제이다. 더 나아가 1차의료에서의 疾病豫防과 건강증진서비스는 매우 중요하나 관련 상담·교육, 서비스의 시행은 매우 저조한 상태이다.

현재의 치료중심의 보건의료 공급체계를 慢性退行性疾患管理를 위한 예방적·포괄적 건강증진 서비스를 제공할 수 있도록 하기 위한 가장 효율적 방안의 하나가 1차의료의 강화를 통한 건강증진관련 서비스 강화이므로 이에 대한 전략수립이 요구된다.

1) 단골醫師制度

慢性退行性疾患管理를 위해서는 신뢰성 있고 지속적인 환자-의사관계가 확보되어야 하며, 단골의사제도 도입을 통해 예방 의학적이고 의료비 절감적이며 신뢰받을 수 있는 醫療體系가 구축될 수 있을 것이다.

단골의사제도의 도입을 위해서는 등록환자에게 본인부담금을 낮추어 주고 교육 및 상담진료에 대한 의료보험수가 신설, 진료비 수가를 상향 조절하는 등 인센티브를 제공하는 것이 필요할 것이다. 이러한 단골의사는 해당질환에 대한 진료 및 건강상담, 건강위험평가, 건강 및 질환관리교육 및 전화상담 서비스 등의 예방적 진료를 제공할 것이다(문옥륜, 1998).

2) 醫療機關別·疾病別 酬價差等制

效果的 慢性退行性疾患의 管理를 위해서는 질병단계 및 위증도에 따라 다양한 수준의 의료서비스가 제공되어야 한다. 즉, 慢性退行性疾患 진료체계는 각 수준별로 진료체계가 서로 유기적으로 개입할 수 있는 구조가 되어야하며, 이를 위해 의료수가를 정책 수단화하여 1, 2·3차 의료기관이 경쟁하는 문제점을 개선하고 3차 기관의 환자집중현상 완화를 통해 의료체계를 정상화시키는 것이 바람직하다.

구체적인 방안으로 불필요하게 고급의료를 추구하는 기존의 의료이용 및 공급행태에 변화를 유도할 수 있도록 요양기관별 의료보험 수가의 가산율을 조정한다. 즉 의료보험의 가산율을 정책수 단으로 활용하여 기관의 수준에 맞지않는 진료시에는 ‘손해보는 수가’를 적용하는 방안을 사용할 수도 있다. 환자 역시 단순 상병으로 3차 진료기관에서 진료받는 경우에는 불이익을 주는 방안과, 종합병원의 외래환

자비율이 일정수준 이상인 경우에는 차등 의학 관리료를 적용할 수도 있다(문옥륜, 1998).

3) 1次醫療서비스 質 向上

1차의료기관에서의 진료의 지속성이 확보되려면, 서비스의 질 보장이 필요하다. 1차의료의 질 보장을 위해서 최근 유럽국가와 미국에서 실시하고 있는 총체적 질 관리 개념의 도입, 결과지표의 도입, 환자만족도의 강조, 임상진료지침의 도입 등이 고려될 수 있을 것이다.

다. 3次豫防서비스: 療養施設 및 末期患者 施設

우리나라 병원과 병상 수는 크게 증가하고 있다. 1971년 5,991개이던 의료기관은 1997년에 20,190개로 증가하여 1971을 100으로 하였을 때 337%에 달했다. 이 기간 중 종합병원은 14개에서 262개로(1,886%), 병원은 272개에서 456개로(168%)로 의원은 5,700개에서 15,876개로 증가(279%)하여 종합병원의 증가율이 다른 의료기관의 증가율에 비해 압도적으로 높았다. 이는 우리나라 의료기관이 대형의료기관 위주로 재편되는 경향을 잘 보여준다. 더욱 문제가 되는 것은 병상의 대부분이 급성질환 중심이라는 점이다. 1994년도 1개월분 환자진료결과를 분석한 결과 급성 단기질환시설의 총 입원환자의 13%, 총 재원일수의 34%가 장기요양서비스를 요하는 환자이며, 전체 환자 중 급성 단기환자의 재원일수는 9.5일, 장기요양환자의 재원일수는 39.3일로 추정된다. 특히 비전염환자의 평균재원일수는 69일이었다. 이는 급성 단기병원에서 치료를 받고 있는 상당수의 환자는 장기요양서비스로 대체되어야 함을 의미한다(문옥륜, 1998).

급성질환 서비스 이외의 대체서비스의 부재는 불필요한 병원장기입

원을 초래하며 결국은 의료비의 증대를 야기시키고 있다. 즉, 급성치료 중심의 기관 편중으로 노인 및 慢性退行性疾患者를 위한 전문 보건의료시설 부족을 초래하고 있으며 이로 인해 3차 진료기관을 포함한 종합병원의 병상이 이러한 장기요양 서비스를 위해 사용되고 있어 의료자원의 효율적인 활용을 저해하고 있는 실정이다(문옥륜, 1995). 미국, 일본 등 주요 국가에서는 일반 급성병원의 병상수가 감소하고 장기적 보호를 목적으로 하는 간호양로원이나 노인전문병원 및 노인 보건시설 등은 증가하고 있다.

호스피스 사업 역시 慢性退行性疾患者의 삶의 질을 높일 수 있는 방법이다. 호스피스란 죽음을 앞둔 말기환자와 그 가족을 대상으로 하여, 환자가 남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 편안하게 임종을 맞이하도록 총체적인 돌봄서비스이며, 제공하는 기관의 형태는 독립시설형, 병원형, 요양시설형, 가정방문형 등이 있고, 호스피스가 제도화된 국가에서는 공식적인 의료보험의 급여 대상이며 국가의 재정 보조가 이루어진다. 우리나라의 호스피스사업은 1965년 시작된 이래, 현재 약 53여 개 시설이 있다. 호스피스사업에 대해서는 아직 일반인의 인식이 부족하고, 시설 및 재정부족이 가장 큰 어려움으로 지적되고 있다.

이렇게 우리나라는 長期保護 서비스를 提供할 수 있는 施設과 病床은 부족하다. 따라서 한국의 病床 需給政策에 대한 재검토가 요구되며 동시에 새로운 보건의료 수요에 대응하는 대책 마련이 필요하다.

이러한 점에서 의료기관 종별에 요양병원이 신설되고, 중소병원을 요양병원으로 전환시키려는 방안이 제시되고 있는 것은(오영호·한지숙·오진주, 1999) 바람직한 것으로 보인다.

앞으로 요양병원 외에 간호양로원, 말기환자를 위한 호스피스 시설 등 각종 중간시설을 확대해 나가며, 특히 노인복지법에 규정된 유료

시설을 통해 중산층의 수요가 충족되도록 서비스 시설을 확대해 나가야 할 것이다. 더 나아가 가정간호, 주간보호, 단기보호 등의 복지서비스와의 연계를 통해 慢性退行性疾患者의 지역사회내의 보호가 순조로이 이루어지도록 해야 한다.

한편 이러한 다양한 의뢰서비스가 보다 확립되기 위해서는 이들 서비스에 대한 의료보험 급여가 가능해야 한다.

3. 其他 支持體系 確保

가. 慢性疾患 人力の 確保: 人力養成 및 訓練을 위한 制度的 裝置 마련

우리나라 醫療人力 供給能力은 先進國을 상회하는 수준으로 평가된다(백화중·황나미, 1977).

그러나 우리나라는 노인이나 장기질환자를 적절히 돌볼 수 있는 전문인력이 준비되어있지 못하며 최근 가정간호 전문간호사 제도 도입이 유일한 慢性退行性疾患 관련 인력생산을 위한 제도변화라고 할 수 있다. 그 외 현재 看護分野에서는 호스피스전문간호사, 노인전문간호사 제도를 보건복지부에 요청하고 있는 상태이다. 따라서 특히 중간인력 들-간병인 혹은 개호인-을 중심으로 요양병원 등 장기시설에서 질적인 돌봄을 제공할 수 있는 인력이 준비됨으로써 인력공급이 원활히 이루어지도록 해야한다.

이를 위해서는 노인전문간호사, 전문간병인제도, 외상노인, 치매노인을 위한 간병복지사 등 각기 거론되고있는 전문인력의 필요성을 검증하고 이를 양성·확보함으로써 예상되는 수요에 대비하여야 한다. 또한 노인성질환의 예방·치료·재활·요양서비스 등에 필요한 인력을

양성하기 위해 대학·전문대학·종합병원·사회복지연수원 등에 교육 및 훈련 프로그램을 개발·확대하여야 한다.

나. 情報體系의 確立

慢性退行性疾患에 대한 包括的, 持續的 서비스 提供機能을 가질 수 있기 위해서는 환자의 순응도가 중요하다. 그러나 현재는 慢性退行性疾患을 가진 환자를 추적할 수 있는 등록체계가 미비하고, 전산 프로그램의 개발과 보급이 미비하여 치료의 순응도를 높일 수 있는 여건이 미비하다.

더 나아가 慢性退行性疾患자에 대한 중앙의 관리능력은 자료체계 구축을 필요로 한다. 국민건강수준의 목표를 과학적으로 설정하고 이의 과정을 감시하는 과정은 결국 보건통계자료를 이용한 보건지표를 통해 제시 가능하기 때문이다.

우리나라는 慢性退行性疾患에 대한 정보체계의 부족으로 인해 국민건강증진의 목표 설정 상에서도 자료 부족으로 인한 어려움을 겪을 수 밖에 없다.

외국의 경우 慢性退行性疾患이 증가하면서 특정 주요 질환에 대한 유병률을 파악하고, 위험요인에 대한 심층조사를 실시하고자 하는 노력이 이루어지고 있으며, 이의 일환으로 기존의 건강조사에 檢診調査와 健康行態 및 食餌調査를 포함하여 ‘健康檢診調査’ 또는 ‘健康增進調査’의 형태로 새로운 건강문제와 요구를 반영하는 조사를 추가하는 추세이다. 이를 반영하여 우리나라에서도 1998년 11월부터 그 동안 실시되어 오던 국민건강조사와 국민영양조사를 통합·발전시킨 새로운 형태의 『國民健康·營養調査』를 실시하게 되었다.

본 조사를 통해서 얻을 수 있는 기대효과는 첫째, 국가보건 및 영

양지표의 기초자료 확보 및 이를 통한 국민의 건강상태, 건강행위, 식이 섭취 등과의 역학적 연관성 파악을 할 수 있다(김혜련, 1998).

앞으로 이에서 더 나아가 보건지표의 역할에 대한 인식 제고, 국민 건강을 현실적으로 평가할 수 있는 지표개발, 민간 및 정부, 모든 부문에서의 자료 수집 체계의 구축, 지역사회 건강의 문제점이나 목표를 설정할 수 있는 자료분석 및 평가체계와 종합지표개발, 각 수집되는 통계자료를 연계하여 보건문제의 파악 및 의사결정을 할 수 있는 체계 구축을 해나가야 할 것이다.

이러한 데이터의 수집은 慢性退行性疾患 국가감시체계를 통해 가능하다. 질병 감시체계는 전염병 감시로부터 시작되었지만 현재는 급·만성전염병뿐 아니라 慢性退行性疾患과 사고 및 손상 등 보건의료 전반에 걸쳐서 널리 사용되고 있는 방법론으로서 공중보건프로그램을 기획, 실행, 평가하는데 필요한 필수적인 자료를 체계적이고 지속적으로 수집·분석·해석하여 그 자료를 필요로 하는 곳에 적시에 제공해주는 것이다. 또한 감시체계의 전 과정은 산출한 자료를 질병의 예방과 관리에 이용하도록 연계되어야 한다(CDC, 1988).

우리나라는 1993년 感染症監視體系에 처음 정보시스템의 적용을 시도한 이후 地域保健醫療電算化事業(1994.12~1995.8)을 통한 시스템 개발사업의 시도가 있었다. 또한 현재는 전염병 데이터베이스 구축 사업(1998.12~)이 진행 중이다. 그 외 1980년 이후 실시되고있는 전국적인 암등록 사업은 병원의 환자중심으로 1996년 이후 전산을 이용한 자료 수집 및 통합을 하고 있다. 특히 慢性退行性疾患管理에서는 진료체계가 중요하므로 慢性退行性疾患者들이 적절한 치료기관을 선택하여 이용하기 위한 의료기관의 시설, 인력, 주요 기자재에 관한 정보, 병상수, 慢性退行性疾患 센터의 기술정보 등도 정보 관리 대상에 포함되어야 한다(한국보건산업진흥원, 1999).

다. 醫療保險 프로그램 運營 改善

醫療保險機關은 財政支援過程을 통해 보건의료 제공자의 행위에 영향을 미칠 수 있는 능력을 부여받게 된다. 따라서 의료보험 프로그램의 조직화는 단순한 재정구조라는 차원을 넘어 慢性退行性疾患관련 의료서비스의 내용과 질을 결정하는 하나의 방법이 되는 것이다.

그러나 우리나라의 醫療保險은 의료보험이 아닌 診療保險의 수준이다. 즉, 병이 났을 때 진료하는 수준이며, 健康維持와 增進을 도모할 수 있는 급여는 거의 없는 상태이다(최삼섭 외, 1995). 이로 인해 보건의료 서비스가 건강증진·치료·재활의 전 영역에 걸쳐 포괄적으로 제공되지 못하고 의료자원의 대부분이 치료 부문에 집중하고 있다.

의료보험은 보건의료서비스 제공 방향을 결정짓는 주요 결정요인이 된다. 현재 보험급여에서 건강유지 및 건강증진을 도모할 수 있는 급여는 거의 없는 수준이다(최삼섭 외, 1995). 따라서 건강교육, 상담 등에 대한 급여를 보장하고, 더 나아가 장기요양서비스, 1차의료의 강화를 위한 새로운 제도를 위한 급여방안을 도출해 나가야 할 것이다.

또한 높은 본인부담금으로 인한 慢性退行性疾患 관리부족에 대한 대책이 수립되어야 한다. 현재 65세 이상 저소득층 노인단독세대에 대해서는 의료보험료가 50%경감되고 있으며, 앞으로 경감 수혜대상을 점차 확대해 나가는 한편, 공공기관에서의 진료서비스를 통해 미충족 수요를 충족시켜나가야 할 것이다.

4. 慢性退行性疾患센터 運營 모델

기존의 연구(한국보건산업진흥원, 1999)에서는 보건소를 慢性退行性疾患을 관리하기 위한 거점시설로 재편하는 것을 제안한 바 있으나

국민들의 보건소 이용이 매우 낮고, 특히 도시지역의 보건소는 보건행정기관의 역할 이상의 것은 아니므로 실효성에 있어서 크게 제한을 받는다.

따라서 이 연구에서는 대규모의 조직을 구축하기보다는 ‘慢性退行性疾患센터’를 중앙집중적 형태로 운영하고, 병·의원을 포함한 민간기관이 慢性退行性疾患에 적극 참여하도록 유도하는 방안을 제시하였다.

가. 慢性退行性疾患센터 組織 및 運營

慢性退行性疾患센터의 運營은 國家機關으로서 운영하는 방법을 생각해 볼 수도 있으나, 무의 성격으로 볼 때 보건복지부의 산하기관 또는 일본과 같이 재단법인의 성격으로 운영하는 것도 가능할 것이다.

센터는 慢性退行性疾患管理를 위한 政策·行政·研究·教育機關으로 기능하고, 이를 통해 과학적이고 효율적인 질병발생 감시와 억제, 정확하고 신뢰할 수 있는 질병정보와 통계의 생산 등을 위한 질병관리하부구조를 완비해 나간다. 또한 疾病管理本部는 慢性退行性疾患의 관리와 질환에 대한 연구 및 慢性退行性疾患 관리 요원에 대한 교육·훈련을 연계하여 질병관리 수준을 제고한다. 이러한 새로운 조직을 통해 국가는 만성퇴행성 관리사업에서 민간부문을 선도하고 더 나아가 모든 부문의 조정자 역할을 해 나가야 하며, 또한 관리적 측면에서 필요한 정보 및 연구들의 통합관리를 지원하는 역할을 해 나가야 한다.

慢性退行性疾患센터 내에는 教育部와 登錄部가 설치되며, 이 외에도 자료분석부, 기획부 등이 추가될 수 있다. 자료분석부에서는 등록자료 또는 국내외 여러 연구·보고자료를 통합하여 우리 나라의 慢性

퇴행성疾患의 動向과 事業成果등에 필요한 자료를 제공하는 업무를 수행한다. 企劃部는 분석된 자료를 통하여 慢性退行性疾患에 대한 정책수립과 성과를 높이기 위한 방안들을 기획하고 추진하는 업무를 수행한다.

또한 만성퇴행성 관련 전문인을 중심으로 한 위원회의를 구성하여 運營과 政策樹立의 諮問을 구하는 것도 필요할 것이다. 센터의 組織은 다음 그림과 같은 형태로 제안한다. 조직은 전국에 지부를 두는 것도 가능하겠으나, 이것은 차후에 업무의 양과 효율성을 고려하여 정하는 것이 바람직하다.



나. 敎育(education)

慢性退行性疾患의 예방에 있어서 가장 중요한 것은 환자뿐만 아니라 환자 가족, 일반 국민들의 慢性退行性疾患에 대한 인식의 변화이다. 질병에 대한 지식(knowledge) 수준의 향상은 질병에 대한 태도(attitude)를 변화시키고, 그 결과 예방 및 관리에 필요한 생활습관을 실천(practice)하게 된다는 점이다. 보건교육의 가장 중요하고 효과적인 거점은 학교가 될 것이다. 이를 위해서 중·고등학교의 교과 과정에

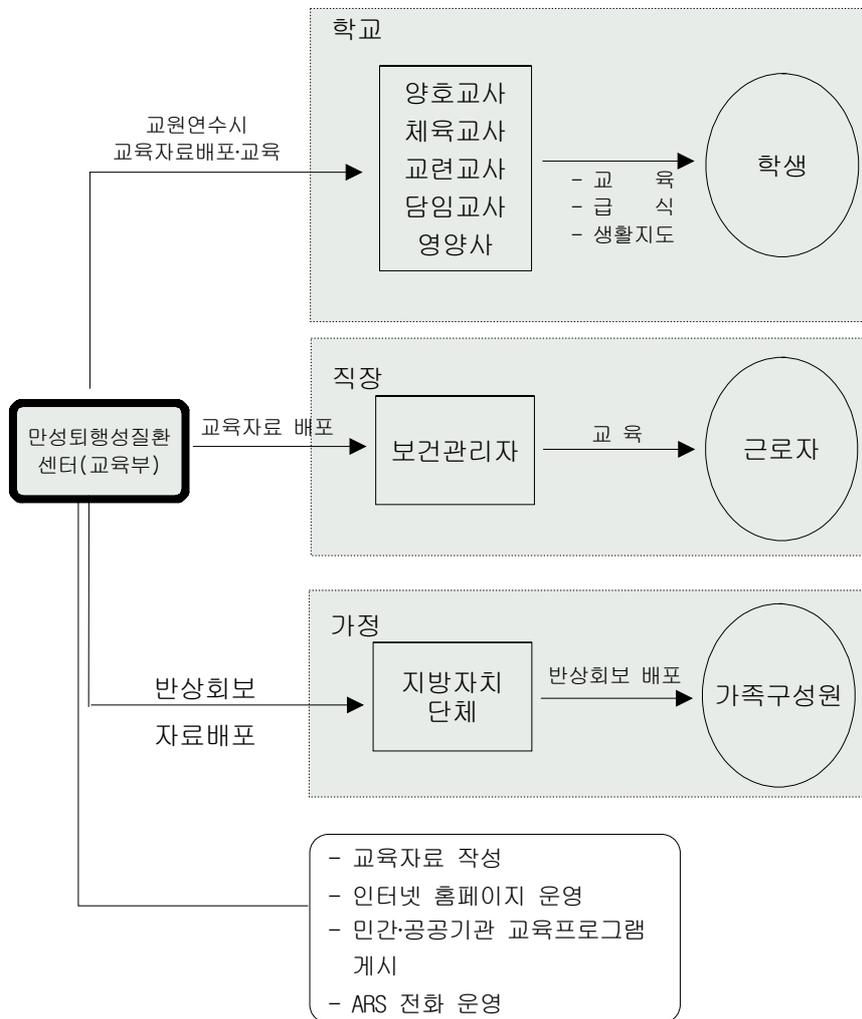
慢性退行性疾患에 대한 기본 지식과 정보를 교육하는 것이 필요하다. 학교의 양호교사뿐만 아니라 체육교사, 교련교사, 영양사 등 학생들의 건강을 직접적으로 관여하는 교사들이 지속적으로 학생들에게 올바른 생활습관과 식습관을 알려주는 것이 필요하다. 일반 가정에서는 교육의 기회를 마련하기가 매우 어려운데, 반상회보에 慢性退行性疾患 등의 건강정보를 실거나, 별도의 홍보물을 배포하는 것이 효율적일 것이다. 과천시 보건소에서는 지난 해에 반상회보와 함께 고혈압에 대한 홍보물을 배포하여 호응이 좋았다.

이러한 전반적인 교육과 홍보를 위하여 만성퇴행성관리센터에 교육부를 두고, 여기에서 교육자료와 홍보물 등을 만들어 배포하는 것이 필요하다. 가능하다면 중·고등학교 선생님들의 교원연수 동안에 학생들의 건강관리에 대한 연수프로그램을 포함하는 것도 하나의 방안이 될 것이다.

慢性退行性疾患센터의 교육부에서는 위의 업무 외에도 인터넷 홈페이지의 운영과 보건소, 병·의원에서 실시하는 관련된 교육프로그램의 장소와 일시 등을 파악하여 게재함으로써, 국민들이 필요한 정보를 쉽게 찾아보고, 가까운 교육장소에 편한 시간에 참여할 수 있도록 하는 것도 필요하다.

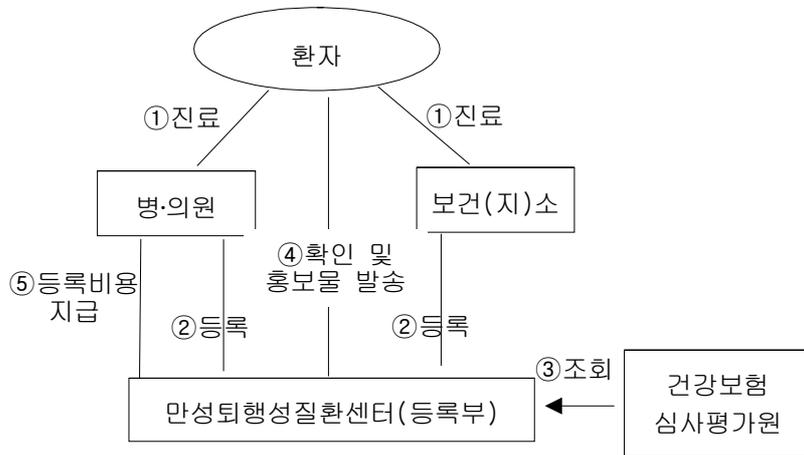
한편, 慢性退行性疾患者는 스스로 돌보기(self care)가 매우 중요하며, 이들에게 직·간접적인 교육이나 정보의 제공은 매우 중요하다. 환자들은 대부분 의사나 간호사로부터 간단한 교육을 받는 정도이므로 보건소 또는 군청, 구청, 시청 등은 주민들이 쉽게 접할 수 있는 장소에서 정기적인 교육을 실시하며, 이에 대한 일정을 매년 초에 지역내 의료기관에 통보하고, 지역의 의료기관은 의무적으로 교육일정 안내물 또는 게시물을 부착하도록 의무화하는 것이 필요하다. 그리고 앞서 센터의 교육부는 국가에서는 공공 또는 민간 기관에서 제공하는

교육프로그램의 일정과 내용을 인터넷 홈페이지에 공개하고 ARS전화를 통해 주민들이 쉽게 교육프로그램의 정보를 알 수 있도록 하는 것이 방안이 될 수 있다.



다. 監視體系와 登錄(surveillance system and registration)

본 연구에서는 慢性退行性疾患센터에 登錄部를 운영하는 것을 제안한다. 등록의 주체는 병·의원, 보건소 등의 공공기관을 포함한 모든 의료기관이 된다. 그리고 새로운 환자로서 확인될 경우 일정 금액을 의료기관에 지급하여 등록을 적극적으로 유도하는 것이 필수적이라 할 수 있다.9)



- ① 병·의원 또는 보건(지)소에서 환자를 발견한다.
- ② 병·의원 또는 보건(지)소는 인터넷 또는 ARS 전화를 통해 진료받은 환자가 기존에 이미 등록되지 아니한 환자라는 것을 확인한다.

9) 우리나라의 40세 이상의 인구는 1,643만명으로 추정되며(통계청) 이중 10%가 등록대상이라 가정하고, 2,000원의 등록비용을 보상해준다고 가정하면, 약 33억원이 소요될 것이다. 초기에 환자 등록이 집중될 수는 있으나 몇 년에 걸쳐서 환자의 등록이 분산될 것이고, 장기적으로 볼 때에는 추가 발생 환자에 대해서만 등록이 이루어 질 것이므로, 비용 부담이 크다고 볼 수는 없다. 즉, 40세의 인구를 80만명으로 할 때 등록사업이 안정화 되어 40만명의 인구집단이 매년 유입된다고 하면, 등록비용은 8,000만원 수준으로 추정된다. 등록사업에 필요한 재원은 건강보험 재정에서 지출할 수도 있으나, 관련법의 개정이 필요하고 당분간 재정상태가 호전되지 않을 것으로 예상되므로, 慢性退行性疾患 퇴치를 위한 기금을 조성하여, 이를 통해 재원을 마련하는 것도 가능할 것이다.

이후 환자의 인적사항과 검사·치료내역을 소정의 양식에 기입하여 인터넷 또는 우편·팩스로 慢性退行性疾患센터 등록로 보낸다.

- ③ 慢性退行性疾患센터 登録部는 건강보험 심사평가원과 전산을 통해 환자의 진료사실을 확인한다.
- ④ 慢性退行性疾患센터 登録部는 환자에게(가능하다면 전화로 慢性退行性疾患患者로 등록되었음을 알리고) 해당 慢性退行性疾患에 대한 정보를 담은 홍보물을 발송하고, 인근 지역에서 실시되는 교육 프로그램의 일정을 전달한다.
- ⑤ 慢性退行性疾患센터 登録部는 해당 병·의원에 등록에 소요된 비용을 지급한다. 이때 공공 의료기관은 등록에 소요된 비용을 지급하지 아니하며, 병·의원에 지급되는 금액은 적절히 등록의 동기유발이 될 수 있는 범위에서 정한다.

라. 本人負擔額 減免 制度

慢性退行性疾患으로 진단받은 환자가 慢性退行性疾患센터에 등록한 후 본인이 선택한 慢性退行性疾患管理 지정의료기관에서 진료를 받을 경우 본인부담액을 감면하는 제도이다. 이에는 고혈압이나 당뇨병 등 지속적 관리가 필요한 질환에 국한되며, 암 등은 제외된다. 본인부담액의 감면 범위는 항고혈압제나 당뇨치료 약제에 국한하여 이들 약제비의 본인부담액 일부는 연말에 환급받는 형식이 적절할 것이다. 이러한 제도를 통해 환자는 진료비 부담이 일부 줄어드는 효과가 있으며, 慢性退行性疾患의 등록을 유도하고, 본인이 선택한 慢性退行性疾患管理 지정 의료기관에서 지속적인 관리를 받음으로써 의료의 지속성·연속성의 향상도 도모할 수 있게된다. 추후에 더 많은 건강보험 재원이 확보될 경우 藥劑費에 대한 본인부담액 감면뿐만 아니라, 합

병증의 진단에 소요된 비용의 본인부담액을 감면할 수도 있을 것이다. 이렇게 되면, 환자들은 합병증의 조기 발견에 보다 더 적극적으로 동참하게 될 것이다.

마. 慢性退行性疾患管理 指定醫療機關制度

慢性退行性疾患管理 지정의료기관으로 지정받기 위해서는 慢性退行性疾患에 필요한 의료서비스를 제공할 수 있어야 하며 별도의 만성퇴행성질환자 등록·관리카드를 작성하여야 한다. 慢性退行性疾患管理 지정의료기관의 의사나 간호사는 국가에서 시행하는 일정 교육과정을 수료하여야 한다. 그리고, 의료기관내에 慢性退行性疾患管理센터의 홍보물을 비치 또는 게시하여야 하며, 가능하다면 정기적으로 환자 또는 일반인들을 대상으로 하는 보건교육을 실시하여야 한다. 이러한 요구사항에 대한 반대 급부로서 만성퇴행성질환관리료(수가항목으로 신설)를 (환자방문시마다) 받게 하며, 의료기관내에서 보건교육을 실시할 경우, 만성퇴행성관리기금에서 실비를 보상받는다. 慢性退行性疾患管理 지정의료기관으로 될 경우 안정적인 환자의 확보라는 측면에서도 유인책이 될 것이다.

VII. 要約 및 結論

慢性退行性疾患 중심의 傷病構造는 醫療費 增加와 삶의 質 低下를 초래하여왔다. 최근 정부는 만성퇴행성 질환관리를 위한 적극적인 健康增進事業을 추진하고 있다. 그러나 慢性退行性疾患管理를 위한 국가보건 管理體系에 대해서는 단순한 건강증진사업의 전개가 아닌 총체적인 검토와 준비가 요구될 것으로 보인다.

외국의 관리현황에 대한 문헌고찰을 통해 각 국의 慢性退行性疾患의 관리노력은 각자의 의료체계의 특성을 반영하고 있음을 보았다. 즉, 慢性退行性疾患管理의 방법은 그 나라의 보건의료체계의 구성요소인 인력, 시설, 조직, 서비스제공방법 등을 충분히 고려하여야 하고, 보건의료재정의 형편을 감안하여야 한다. 뿐만 아니라 만성퇴행성질환과 관리의 현황, 국민의 만성퇴행성질환에 대한 이해와 관심, 의료계의 입장, 정치적 현실 등도 고려되어야 한다.

우리나라는 보건의료인력과 시설이 민간에 집중되어 있고, 단일화된 사회의료보험체계안에서 국민 대부분인 보건의료서비스를 제공받고 있다. 정부는 극소수의 공공병원, 보건소, 보건지소 등을 운영하고 있으나, 전체에서 차지하는 비중은 낮은 실정이며, 특히 도시지역의 보건소는 지역주민들에게 體感的으로 미치는 영향이 매우 미미하다. 따라서 公共保健體系를 통해 慢性退行性疾患管理를 한다는 것은 현재의 상황에서 실효성이 크지 않을 것으로 판단되며, 뿐만 아니라 이를 위해서는 인력·시설투자가 선행되어야 하는데 현재의 정부재정 상황에서 가능성, 효율성의 측면에서도 우선 방안으로 선택하기에는 제한점이 많다. 뿐만 아니라 미국과 같이 醫療脆弱人口를 주 대상으로 慢

性退行性疾患을 관리하는 것은 우리 나라의 실정에는 적합하지 않을 것으로 보인다. 의료취약인구를 선별한다는 것은 국민 대부분이 본인 스스로가 慢性退行性疾患을 관리할 수 있는 개인적·사회적 여건이 구비되어 있다는 것이 전제되어야 하는데, 우리나라는 그렇지 못한 실정이고, 의료보험체계에서 제공하지 않는 급여 서비스를 의료취약인구(주로 의료보호 대상)에게만 제공한다는 것도 공감하기 어려울 것이다. 또한 일본의 개호보험과 유사한 자원과 서비스 제공의 틀을 마련하는 것도 방안은 될 수 있으나, 우선 현재 의료보험의 급여와 재정안정이 선행된 후 고려되어야 할 것으로 보인다. 따라서 우리나라의 慢性退行性疾患管理의 基本方向은 民間保健醫療資源을 최대한으로 활용하면서, 정부는 이를 조직화하여 서비스 제공의 내용과 수준을 향상시키는 방향으로 전개해야 할 것으로 제언하였다.

慢性退行性疾患 관리사업은 기존의 보건사업과는 많은 면에서 차이가 존재한다. 우선 그 문제가 다양하고, 범위가 광범위하며, 개개인의 생활양식 및 환경에 의해 영향을 받기 때문에 다면적인 접근이 필요하다. 또한 효과적인 사업추진을 위해서는 國家保健體系 全體가 새로운 양상을 띠어야하며, 慢性退行性疾患管理 사업을 정착시키기 위해서는 기존의 보건사업을 포괄하는 개념적인 틀을 세우고, 이를 강력히 추진해 나가야할 것이다.

이에 따라 본 연구에서는 效率的 慢性退行性疾患管理를 위한 문제점과 개선점을 管理體系 수립의 전제조건들, 1·2·3차 서비스 제공상의 전략, 기타 지지체계 확보라는 측면에서 분석·제언하였다.

效率的 管理體系 樹立의 전제로서는 慢性退行性疾患管理를 위한 행정적 관리조직의 확보와 이를 중심으로 한 민간부문의 협력도출, 각 부문간의 협조체제의 필요성, 보건소의 慢性退行性疾患管理를 위한 管理事業 強化, 서비스 提供의 段階化와 地域化를 논의하였다.

즉, 국가단위에서의 慢性退行性疾患 문제를 해결하기 위한 지도력 발휘는 중요하므로 慢性退行性疾患관련 정책을 수립, 효과적으로 추진해 나갈 부서 혹은 센터의 수립을 통해 管理行政組織을 정비하는 것이 바람직하며 본 연구에서는 가칭 ‘慢性退行性疾患센터’를 중앙집중적 형태로 운영하는 것을 모델로 제시하였다. 센터는 효율적 慢性退行性疾患管理를 위해 교육부와 노동부 등의 정부부문은 물론, 관련 민간단체와 협력할 것이 요구되며, 민간부문이 적극 참여할 수 있도록 유도하기 위한 주치의등록제나 의료보험상의 인센티브제를 도입해 나가야 한다.

公共醫療機關에 대해서도 건강증진 사업의 구심점으로서 기능 해 나갈 뿐 아니라 저소득층에 대한 의료서비스의 제공과 慢性退行性疾患管理 기능을 계속해 나갈 역할을 계속 수행해 나가도록 지원이 확대되어야 할 것이다. 또한 慢性退行性疾患管理서비스가 효과적으로 제공되기 위해 국가 慢性退行性疾患 진료체계의 구성이 지역화와 단계화 개념에 맞게 바람직하게 구성되어야 할 것이다.

구체적 서비스 내용에 대해서는 1·2·3차 예방서비스 별로 살펴보았으며 1차 예방서비스에서는 健康增進事業과 검진사업 및 평생건강관리 프로그램에 대해서 2차 예방서비스에서는 1차의료의 강화 필요성과 강화전략을 언급하였으며, 3차 예방서비스를 제공하기 위한 요양시설 및 말기환자 시설의 확충이 필요하다.

1차 예방서비스의 주요 전략인 健康增進事業은 慢性退行性疾患管理를 위한 가장 효과적 사업전략으로서 앞으로 종합적이고 장기적인 사업목표를 설정하고 구체적인 접근방법 및 각 분야의 역할에 대해 설정이 필요하다. 또한 平生健康管理프로그램의 주요 구성요소인 건강검진사업은 현재 이루어지고 있는 疾病豫防 서비스의 대부분이나 앞으로 건강검진의 검사항목 선정, 검사시기 및 간격설정, 대상자 조정,

검진결과와 활용 등을 총괄·조정할 수 있는 제도적인 장치가 마련되어야 할 것이며, 건강진단의 결과에 따른 추서관리 방안 역시 개발되어 활용도를 높여 나가야 할 것이다.

2차 예방서비스 부문에서는 1次醫療 部門의 협조를 적극 이루어내기 위한 단골의사제도의 확립, 질병별 및 질병위중도별 수가차등제의 도입, 1차 의료서비스 질 향상이 필요하며, 3차 예방서비스 제공상의 문제점으로는 요양시설 및 말기환자 시설의 부족이 지적되었다. 즉, 慢性退行性疾患患者의 장기요양이나 종말간호를 위한 노인요양시설이나, 요양병원 등의 중간시설, 호스피스 시설 등의 부족은 불필요한 병원장기입원을 초래하며 결국은 의료비의 증대를 야기시키거나 혹은 환자의 삶의 질을 저해하는 요인이 되므로 보건의료 수요에 대응하는 시설 마련이 필요하며, 이들에 대한 의료보험 급여가 가능하도록 해야 한다.

기타 바람직한 慢性退行性疾患管理體系를 위한 支持體系로서 필요한 것은 만성퇴행성질환인력의 확보, 정보체계의 확립, 의료보험프로그램의 운영개선 등이다.

慢性退行性疾患 인력의 확보하기 위해 노인이나 장기질환자를 적절히 돌볼 수 있는 전문인력인 가정간호사나 호스피스전문간호사, 노인 전문 의사 및 간호사를 양성할 수 있는 제도를 마련하여야한다. 또한 환자의 지속적 관리 및 더 나아가 慢性退行性疾患에 대한 중앙의 관리능력은 자료체계 구축을 필요로 하며, 이러한 데이터의 수집은 慢性退行性疾患 國家監視體系를 통해 가능하다. 의료보험프로그램의 개선방안에서는 보건의료 서비스가 健康增進·治療·再活의 전 영역에 걸쳐 包括적으로 提供되도록 급여를 확대, 보장하고, 더 나아가 長期療養서비스, 1次醫療의 強化를 위한 새로운 제도를 위한 給與方案을 도출해 나가야할 것이다.

參考文獻

- 가톨릭대학교 의과대학 예방의학 교실. 『우리 나라 질병 양상 파악을 위한 감시체계 개선방안』, 1998.6
- 김영식, 「한국인의 평생건강관리 방향」, 『일차의료와 건강증진 심포지움 및 워크숍 자료집』, 대한가정의학회, 1995.
- 김용익, 「공공보건의료체계의 개편 방향」, 『한국보건행정학회 후기 학술대회(연제집)』, 1998.
- 김응석, 「건강검진사업의 현황과 개선방향」, 『보건복지포럼』, 97(8), 1997.
- 김혜련·조홍준·강소령, 『일차의료의 현황과 발전방안』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 김혜련, 「국민건강조사의 외국동향과 우리 나라의 방향」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 98(10), 1998, p.72.
- _____, 「의료의 효율화를 위한 1차 의료의 발전방안」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 97(3), 1997, pp.20~30.
- 남정자, 「한국인의 건강수준과 정책과제」, 『보건복지포럼』, 2000(10), 한국보건사회연구원, 2000.
- 문옥륜, 「의료서비스 제공체계의 정비」, 『한국보건행정학회 후기 학술대회(연제집)』, 1998.
- 배상수, 「도시지역 건강증진사업의 발전방향」, 『사회보장연구』, 제3호, 1999.

- 보건복지부, 『한국인 암등록 조사자료 분석 보고서』, 1996.
- 보건복지부 방역과, 『전염병 데이터베이스 구축 사업안내 및 지침』, 1998.12.
- 서울대학교지역의료체계시범사업단, 『만성퇴행성질환 관리사업개발』, 1993.
- 송윤미·조홍준·김윤·정희숙·김용익, 「공중보건의 고혈압 진단 및 치료과정 평가」, 『한국의료 QA학회지』, 제3권 제1호, 1996.
- 아주대학교 의과대학 예방의학교실, 『감염병 감시시스템 정보전략기획』, 1998. 4.
- 아주대학교 의과대학 예방의학교실, 『공공보건행정조직 정보시스템의 표준 데이터베이스 및 프로세스 설계』, 1998. 5.
- 양병극, 「공공보건의료기관의 적용전략」, 『일차의료와 건강증진 심포지움 및 워크숍 자료집』, 대한가정의학회, 1995.
- 연세대학교간호대학·아주대학교의과대학, 『재택진료 및 가정간호 운영시스템 개발』, 1998. 5.
- 정은경, 「도시지역 건강증진사업의 경험과 평가」, 『사회보장연구』, 제3호, 1999.
- 조홍준, 『개원의의 고혈압 관리 실태』, 미발표 논문, 1996.
- Kleczkowski, B. M. & Mansourian, B., "Medical Research Institutions in the Perspective of WHO's Health Development Policies", *World Hospitals*, 17:8~14, 1981.

□ 著者 略歷 □

● 吳 泳 昊

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
美國 Ohio 州立大學校 保健學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

〈主要 著書〉

『1次醫療 活性化를 위한 醫療資源 共同活用方案』, 韓國保健社會研究院·保健福祉部, 2000. (共著)

『療養病院의 需給現況과 政策課題』, 韓國保健社會研究院, 2000.(共著)

● 吳 眞 珠

서울大學校 保健大學院 保健學 博士
現 檀國大學校 看護大學 教授

● 池 永 建

延世大學校 醫科大學 卒業
現 浦遷中文 醫科大學校 教授

研究報告書 2001-16

慢性疾患實態와 管理方案

Status and Management of Chronic Degenerative Diseases

2001年 12月 日 印刷 畝 6,000원

2001年 12月 日 發行

著 者 吳 泳 昊 外

發行人 鄭 敬 培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話：02) 380-8000

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 大明기획

© 韓國保健社會研究院 2001

ISBN 89-8187-250-3 93510