

우리나라 모자보건사업 발전방향에 관한 연구

지역모자보건·의료·복지서비스 협조체계와 공공부문 모자보건서비스 개발

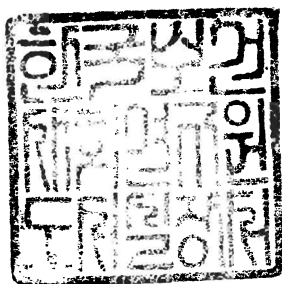
1992

박 정 선

황 나 미 · 정 기 혜



한국보건사회연구원



머 리 말

모자보건사업의 궁극적인 목적은 국가의 귀중한 재산이 될 차세대 일꾼을 재생산하는 모성과 그 영유아에 대한 보호에 있다. 이러한 목표아래 모자의 건강유지와 증진, 자녀의 건전한 육성, 질병의 예방, 심신 장애의 회복, 사회적응을 도모코자 하는 일련의 활동들이 지역내에서 이루어질때 모자보건사업의 효율을 꾀할 수 있는데 현재 우리나라 지역모자보건사업은 그 모양새는 어느정도 갖추어져 있다고 볼 수 있으나 사업운영 및 실천을 위한 연계 및 협조체계에서는 여러가지 문제를 안고 있다.

본 연구는 우리나라 지역모자보건체계 기본모형 개발을 위해 장애요인을 살펴보고 지역화 여건을 파악하는 등, 현 실태를 조명해 보고자 시도되었는데 상당부분 일본의 자료를 이용하였다. 그 이유는 일본이 현재 영아사망율이 세계 최하위를 기록하고 있으며 지역모자보건사업 수행에서도 괄목할만한 성공을 거둔 나라라는 점에서 많은 성찰이 필요한 것으로 사료되기 때문이었다.

그동안 우리나라는 지역화 여건에 필요한 모자보건 인력과 시설은 최근 수년동안 양적인 면에서 현저한 증가를 가져왔음은 주지의 사실이나 양적인 증가가 곧 포괄성과 연속성의 특성을 갖는 모자보건서비스의 향상을 의미한다고 보기는 어려운 실정이다. 그러므로 가용자원에 대한 파악은 필수적인 것이었는데 본 보고서에서는 그동안 모자보건 인력 및 시설의 대부분을 차지하고 있으면서도 현존 인력 및 제공기능이 전혀 파악되지 못했던 민간부문에 대한 자료가 수집, 분석되어, 향후 지역모자보건 의료복지서비스 정책 수립에 귀중한 자료로 활용되리라 기대된다.

본 연구의 민간부문에 대한 자료는 각 시·군·구 보건소장을 비롯한 예방의약계와 가족보건계의 계장 및 실무자의 도움으로 얻어진 결과로서 이분들의 협조가 없었다면 지역모자보건체계 구축에 요구되는 민간부문의 기능을 전혀 다룰 수 없었을 것이기에 연구진을 대신하여 깊은 감사를 드리며 아울러 본 연구의 견해는 당원의 공식적인 견해가 아니라 연구자 개인적인 견해임을 밝혀두는 바이다.

1992. 12.

한국보건사회연구원
원 장 지 달 현

목 차

제 1 장 서 론

1. 연구배경 및 목적	1
2. 연구내용 및 방법	3

제 2 장 지역모자보건 체계

1. 지역모자보건서비스의 체계화	
1) 지역모자보건사업의 개념	5
2) 지역모자보건서비스의 체계화 과제	7
3) 보건의료시스템의 구비조건 및 평가척도	9
4) 보건의료시스템화에 있어서의 기능분담과 연계	13
5) 지역사회보건체계 구축순서	18
2. 일본의 지역모자보건 활동	
1) 지역모자보건활동의 의의	21
2) 지역특성과 모자보건 활동	22
3) 지역모자활동 사례	26
4) 지역모자보건 조직	33
5) 지역모자보건 요원	35
3. 지역모자보건체계 모형개발	37
4. 지역모자보건체계에 관한 관련자 의식구조	
1) 의식실태조사 실시 개요	44
2) 의식 분석결과 및 고찰	46

제 3 장 모자보건 의료자원 현황

1. 조사방법 및 내용	
1) 조사방법 -----	54
2) 자료수집 -----	56
3) 조사내용 -----	58
2. 모자보건 의료시설 현황	
1) 공공부문 -----	60
2) 민간부문 -----	61
3. 모자보건 서비스 공급 현황	
1) 공공부문 -----	66
2) 민간부문 -----	72
4. 모자보건사업 지역화 여건	
1) 진료권별 시설 분포 -----	86
2) 산부인과 전문인력 미소재 지역 특성 -----	91

제 4 장 모자보건 서비스 실태와 발전 방향

1. 기존 서비스 현황	
1) 공공부문 모자보건 서비스 -----	102
2) 민간부문 모자보건 서비스 -----	113
2. 선진국의 모자보건관리 실태	
1) 선진국의 모자보건 조직체계 -----	116
2) 선진국의 모자보건 서비스 -----	118
3. 시대변화에 따른 향후 모자보건사업 전망	
1) 컴퓨터의 도입 및 전산망 구축 -----	129
2) 복지개념으로의 전환 -----	130

3) 능률적인 제도 및 기술의 도입 -----	130
4. 공공 모자보건의 신규 서비스 개발	
1) 모자 건강교육 및 사춘기 성교육 실시 -----	134
2) 산전보건지도 및 생활지도 -----	135
3) 산욕기 방문간호 및 신생아 돌보기 -----	136
4) 영유아 이유식 지도 및 실연 -----	136
5) 구강보건사업 -----	138
6) 정보관리 및 지원 -----	139
 제 5 장 요약 및 정책적 제언 -----	 140

표 목 차

표 2- 1.	21세기 사회특성과 지역모자보건서비스 체계화 과제 -----	9
표 2- 2.	의료시스템의 바람직한 형태 -----	11
표 2- 3.	보건, 의료, 복지간 서비스 기능 분담 -----	18
표 2- 4.	지역모자보건협조체계 구축에 대한 의견 -----	47
표 2- 5.	지역모자보건협조체계 구축시 조정역할 담당조직 -----	47
표 2- 6.	지역모자보건협조체계 추진시 예상되는 장애요인 -----	48
표 2- 7.	지역모자보건협조체계 구축시 중점과제 -----	48
표 2- 8.	모자보건사업에 대한 동료들의 이해도 -----	49
표 2- 9.	지역모자보건협조체계 구축시 동료들의 협력 가능성 -----	49
표 2-10.	모자보건서비스 제공시 타 관계자와의 협력경험 -----	50
표 2-11.	타 관계자간의 의사소통 경험 -----	50
표 2-12.	관계자간의 협력 추진시 필요한 조건이나 과제 -----	51
표 2-13.	지역모자보건정보 시스템 설치에 대한 의견 -----	52
표 2-14.	지역모자보건 서비스 제공시 필요한 정보 -----	52
표 3- 1.	모자보건 의료자원 현황에 대한 조사방법 -----	55
표 3- 2.	보건소별 민간부문 모자보건 관련시설에 대한 조사방법 --	56
표 3- 3.	지역별 조사표 수집현황 -----	57
표 3- 4.	의료기관별 모자보건 관련시설에 대한 자료수집 현황 ----	57
표 3- 5.	공공부문 모자보건 관련 의료시설 현황 -----	60
표 3- 6.	민간부문 모자보건 관련 의료시설 현황 -----	62
표 3- 7.	지역별 민간 모자보건 의료기관 분포현황 -----	63
표 3- 8.	지역별 민간 의료기관 수 분포 -----	64
표 3- 9.	산부인과 및 소아과 전문의의 군지역 개원 추이 -----	65

표 3-10.	공공 모자보건 인력별 업무분장 -----	67
표 3-11.	지역별 보건소내 산부인과전문의 배치실태 -----	68
표 3-12.	지역별 보건소의 일부 모성보건서비스 수행율 -----	69
표 3-13.	모자보건센터 형태별 분만개조 수행여부 -----	70
표 3-14.	산부인과전문의원의 일부 모자보건서비스 수행율 -----	73
표 3-15.	일반의원의 일부 모자보건서비스 수행율 -----	75
표 3-16.	조산사 인력의 근무활동 현황 -----	78
표 3-17.	2차 의료기관의 모자보건 관련시설 및 서비스 수행율 -----	80
표 3-18.	지역별 병원의 일부 모자보건서비스 수행율 -----	81
표 3-19.	모자보건종합센터의 OICU 및 NICU 시설, 전문인력 근무현황-	82
표 3-20.	모자보건종합센터 지정병원의 NICU 기자재 보유 여부 및 전문인력 확보 실태 -----	83
표 3-21.	3차 의료기관의 OICU, NICU 시설 및 초전문인력 근무현황--	85
표 3-22.	대진료권별 OICU 및 NICU 1개 시설당 관장 0세인구수 -----	88
표 3-23.	중진료권 편성구역별 OICU 및 NICU 시설 분포 -----	89
표 3-24.	대진료권별 산부인과전문의 1명당 관리 0세 인구수 -----	90
표 3-25.	민간 산부인과전문의 유무별 군지역 인구 및 지리적특성---	92
표 3-26.	산부인과전문의가 없는 지역주민이 이용하는 지역특성-----	93
표 3-27.	타 중진료권 지역을 이용하는 산부인과전문의 미소재지역의 이용지역 병원 및 그 병원에 대한 친화도 -----	94
표 3-28.	군지역 민간 산부인과전문의 유무별 보건소 특성 -----	96
표 3-29.	산부인과전문의가 없는 지역의 일반의원에 의한 지역내 일부 모자보건서비스 제공 실태 -----	97
표 3-30.	산과 관련 의료기관이 전혀 없는 지역의 인구특성 -----	99
표 4- 1.	우리나라 모자보건사업 실태 -----	101
표 4- 2.	년도별 주요 사회 지표의 변화 -----	132

그림 목 차

그림 1. 연구과정 개요(내용 및 방법) -----	4
그림 2. 보건의료 시스템에 대한 주요 평가척도 -----	15
그림 3. 지역모자보건의료체계 구축순서 -----	19
그림 4. 지역모자보건체계의 지역계층 구조 -----	39
그림 5. 지역 임부의 보건관리체계 -----	42
그림 6. 지역 산욕부의 보건관리체계 -----	43
그림 7. 지역 보건의료 복지체계의 전체 개념도 -----	45
그림 8. 지역모자보건 협조체계 구축시 예상되는 장애 및 대책 -----	53
그림 9. 일본의 주산기 의료지역화 -----	86
그림 10. s시 보건소의 아기탄생 축하엽서 -----	107

제 1 장 서 론

1. 연구배경 및 목적

모자보건은 장래 인구의 질을 결정짓는 매우 중요한 보건사업이다. 모자보건사업은 단순히 분만전후의 보건서비스 차원에서 이해되기보다는 국가의 장래를 짚어질 육체적·정신적으로 건강하고 우수한 인적자원의 재생산을 위한 사업이라는 측면에서 이해되어야 한다.

모자보건사업으로 인한 이익은 신생아 시기의 사망·질병 또는 장애의 감소뿐 아니라 훗날 성인이 되어서 나타날 수도 있는 합병증 및 만성질환을 예방하고, 나아가 인구의 자질 및 지능발달수준에도 영향을 미칠만큼 그 잠재력이 크다. 바로 이러한 점에서 모자보건사업은 선진국일수록 투자를 아끼지 않는, 멀리 내다 보아야 할 국가 백년대계 사업인 것이다.

우리나라 정부모자보건사업은 1960년대와 1970년대에는 가족계획사업에 밀려 영유아 예방접종에 주력하는데 그쳤으나, 1980년대에 와서 IBRD차관 사업으로 의료 취약지역에 89개소의 모자보건센터를 건립하면서 임부의 산전관리 및 시설분만을 제고를 위해 힘썼으며, 1986년에는 모자보건법을 개정하여 더욱 활발하게 공공 모자보건사업을 펼칠 수 있는 기초가 마련되었다.

그러나 이러한 정부측의 노력보다는 1980년대를 거치면서 더욱 놀라운 속도로 진행되고 있는 생활환경의 변화와 국민의식의 변화 및 전국민 의료보험 실시(1989) 등에 따라 시설분만률은 98.9%(1991)로 증가되었고, 이중 대부분이 민간시설에서 이루어지고 있는 것으로 나타났다.¹⁾

1) 보건사회부, 보건사회통계연보, 1992, p. 6.

따라서 공공 모자보건은 이제 시설분만을 제고 외의 새로운 사업목표를 찾아야 하며, 더 이상 이용율도 낮은 산전관리·분만개조 등의 서비스를 민간조직과 중복되게 제공할 것이 아니라 공공자원의 특성에 맞는, 공공부문만이 맡을 수 있는 고유한 역할을 찾아야 할 때가 되었다. 빠르게 변화하는 사회환경과 의료환경 및 주민요구의 다양화, 고도화에 부응하려는 노력으로 공공 모자보건사업의 내용과 질을 신속히 개선해 나가지 않으면 아까운 자원의 낭비만 초래하는 결과를 낳고 말 것이다.

뿐만 아니라 모자보건사업의 발전을 위해서는 지금까지와 같이 저소득층 주민을 대상으로 몇가지 항목의 양적인 사업을 예산 닿는대로 펼칠 것이 아니라, 지역마다 지역특성에 맞추어 주민요구에 부응하는 모자보건서비스를 전 주민에게 제공하겠다는 것을 목표로 삼아야 한다.

그러나 지역의 전 주민을 대상으로 양질의 모자보건서비스를 적기에 제공하려면 지역내의 한정된 가용자원을 최대한 활용해야 하며, 그러기 위해서는 관련조직끼리 평소 긴밀한 협조체계가 이루어져 있지 않으면 안된다.

지역내 모자보건 관련조직이란 공공 보건조직 뿐만 아니라 민간 의료조직까지 포함하는 것으로, 공익사업을 수행하는 조직과 이윤추구를 우선으로 하는 조직간의 협조체계 구축이라는 것이 매우 어려운 과제이기는 하나 모자보건서비스에 투입되는 자원의 경제적 효율성 측면에서 보면 장차 모자보건의 발전을 위해 가장 역점을 두어야 할 과제임이 분명하다.

정부에서는 1989년이래 매년 되풀이하여 정부사업과 민간부문과의 연계를 통한 거국적 모자보건사업의 전개를 정부 모자보건사업 기본방향의 하나로 제시하고 있으나 아직까지 그에 대한 구체적 대안이 없는 상태이며, 제7차 경제사회발전 5개년 계획기간(1992-1996)내에 모자보건분야에서 우선적으로 해결해야 할 정책과제로 남아 있다.

따라서 본 연구의 목적은 우리나라의 현 모자보건실태를 감안한 발전방향을 모색하되, 공공 모자보건의 바람직한 역할은 무엇인가를 정립하고 지역모자보건 관련조직간의 협조체계 구축을 위한 기초자료를 수집하는데 있다.

이를 위한 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 지역모자보건사업에 대한 개념과 체계화 이론을 정리하고, 지역모자보건서비스협조체계(이후부터는 ‘지역모자보건체계’로 약칭)를 구축하고자할 때 예상되는 장애요인과 해결과제를 도출한다.

둘째, 모자보건 관련자원이 지역적으로 적정 배분되어 있는가를 조사하여 모자보건사업 지역화를 위한 여건을 분석한다.

셋째, 양질의 모자보건관리란 어떤 것이며, 지역모자보건체계에서 향후 공공부문 모자보건의 담당하여야 할 역할을 정립한다.

2. 연구내용 및 방법

본 연구의 주요내용은 다음과 같다.

제 2장에서는 지역모자보건체계 기본모형 개발을 위해 지역모자보건사업체계의 개념, 구성요소, 전제조건 등 이론적 배경을 정리한 뒤, 일본의 지역모자보건 활동을 그 예로서 소개하며, 지역모자보건체계 구축에 관한 장애요인 및 촉진 요인을 분석할 것이다. 제3장은 모자보건사업의 지역화를 위한 여건으로서 지역특성과 모자보건 관련자원 분포 및 산과 진료권 설정을 위한 자료를 분석해 보기로 한다. 제4장은 지역모자보건사업의 핵심요소인 기능분담과 기능연계 모색을 위하여 21세기를 향한 바람직한 모자보건서비스를 정의하고, 우리나라 모자보건서비스 실태를 분석하며, 지역모자보

건체계내에서 공공부문이 맡아야 할 고유한 역할을 재정립해 볼 것이다. 마지막으로 제5장에서는 연구결과의 요약 및 이를 통한 우리나라 모자보건 사업 발전을 위한 정책과제를 제언할 것이다.

그림 1은 본 연구의 이론연구 및 자료분석과정을 개요화한 것이며, 각 과정의 연구방법에 대한 보다 상세한 내용은 관련 장에서 기술하기로 한다.

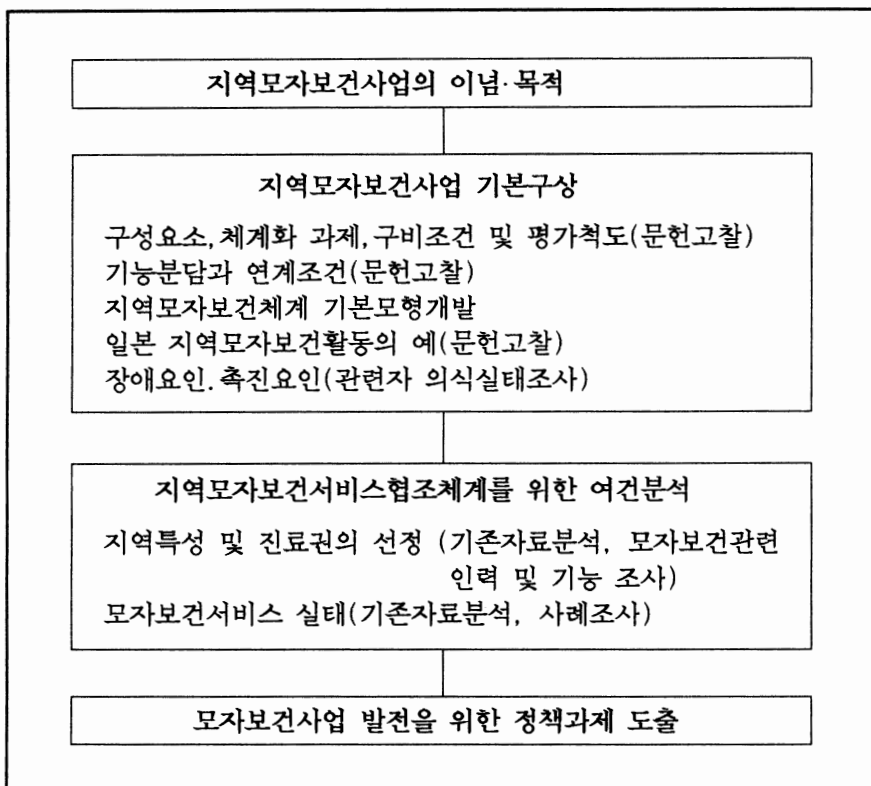


그림 1. 연구과정 개요(내용 및 방법)

제 2 장 지역모자보건체계

1. 지역모자보건서비스의 체계화

1) 지역모자보건사업의 개념

보건의료자원이 구조적이고 조직적인 차원에서 정비되어 있다는 것이 반드시 보건의료서비스에 대한 수혜자의 현실적인 욕구나 문제의 해결과 직접 연결되는 것은 아니다.²⁾ 문제는 보건의료자원의 수급 및 혜택의 분배라는 근거하에 만들어진 각종 제도들이, 그 자원을 보유하고 있는 지역의 지역적·사회문화적 현실과 부합하게 운영되어, 그 지역주민들에게 얼마나 현실적 유용성을 실제로 갖다주는가 하는데 있다.

이러한 과제에 접근하기 위해서는 보건의료의 제 측면을 제공자의 입장에서 뿐만 아니라, 지역주민의 입장에서 기존 보건의료자원이 보다 효율적으로 기능할 수 있는 방안에 대한 연구가 요구된다.

다시 말하면, 보건의료자원의 효율적 활용을 위해서는 일정 의료권내에 있는 모든 보건의료자원들이 상호 유기적 관계를 갖는 하나의 체계적 단위로 구성되어 이 체계를 바탕으로 기능분담이 이루어져야 할 것이며, 또 그 체계화와 기능분담은 주민(이용자)의 입장에서 고려되어야 한다는 의미인 것이다.

「지역모자보건사업」이란 바로 이러한 개념속에서 체계화를 이루는 지역 보건사업의 일부로서 지역사회에서 어머니와 어린이는 물론 주민과 더불어

2) 방 숙, 음성지역 보건의료사업 개요 - 지역의료모델 개발연구 -, 대한보건협회 충북지부 집담회 발표자료, 1986, p.803.

보건·의료·복지 등 제기능을 연결하여 모자의 건강유지와 증진, 자녀의 건전한 육성, 질병의 예방, 심신장애의 회복, 사회 적응 등을 도모코자하는 일련의 사업활동을 말한다.³⁾

지역모자보건사업 역시 크게는 지역의 보건의료서비스 전달체계 내에서 이루어지게 된다. 보건의료서비스 전달체계란 지역화(Regionalization)와 의료이용의 단계화(Level of care) 및 환자 이송체계(Referral system)를 포함하는 개념이다.

그러나, 모자보건서비스는 다른 의료서비스에 비해 예방적인 요소가 많은 부분을 차지하며, 그 대상이 태아기부터 폐경기 여성에 이르기까지 연속적이면서 생리적으로 다양하고, 분만을 전후한 시기에는 누구에게나 생명의 위협을 느끼는 긴박한 사태가 발생할 수도 있다는 점에서 보다 조직적이고 긴밀한 협조를 갖춘 서비스 전달체계가 요구된다.

그러기 위해서는, 지역내의 모든 모자보건관련기관이 “모자건강의 보존”이라는 공동목표를 가지고, 관련기관간에 적절한 기능분담 및 기능연계를 통한 협조체계를 꾀해야 가용자원의 허용한계 내에서 주민들에게 질적인 모자보건서비스를 제공할 수 있는 여건을 마련할 수 있을 것이다.

여기서 「모자보건 관련기관」이란 산과와 소아과 진료를 표방하는 모든 병·의원 및 조산소와 보건소(모자보건센터), 보건지소, 보건진료소 등의 공공 보건시설 또는 사회복지시설 이외에 유치원, 국민학교, 중고등학교등의 교육시설을 말한다. 사회복지시설이 모자보건관련기관으로서 지역모자보건사업 체계내에 포함되어야 하는 이유중의 하나는 사회복지사업 대상자야말로 모자보건사업의 가장 우선적인 대상자가 되기 때문이다.

3) 예방의학과 공중보건 편집위원회, 보건관리서론, 예방의학과 공중보건, 1992, p. 510.

2) 지역모자보건서비스 체계화 과제

보건의료체계를 구성하는 하위체계는 보건의료자원, 보건의료조직, 보건의료서비스, 재원조달, 보수지불체계, 보건의료관리 등 6개의 주요구성 요소로 이루어져 있다.

지역모자보건체계는 지역의 한정된 자원 범위내에서 별도의 인력을 투입하지 않고 기존인력의 활성화 및 기능화를 모색하고자 하는데 그 뜻이 있으므로 본 연구는 위 6개 요소중 보건의료조직과 보건의료서비스에 초점을 두기로 한다.

지역모자보건서비스 체계화에 앞서 현재 우리나라 보건의료체계가 안고 있는 문제점에 대한 전문가의 지적⁴⁾을 살펴보면 다음과 같다.

자원의 측면에서의 문제점은 첫째, 자원의 절대량이 부족하고 둘째, 의료자원이 지역적으로 편재해 있으며 셋째, 고가의료장비의 경쟁적인 도입으로 인해 자원이 비효율적으로 사용되고 있고 넷째, 의료자원의 개발과 관련하여 현행 의료보험의 수가체계는 진료·진료과목별 수가구조의 불합리성으로 합리적인 의료기관의 확대 재생산을 제약하고 있다.

보건의료조직의 운영상의 문제점은 첫째, 의료서비스 공급조직인 공공·민간 보건의료기관간에 수직적, 수평적인 연계와 유기적 협조관계가 전반적으로 이루어지지 못하고 있고 둘째, 현행 의료공급조직은 급성·전염성질환 위주로 되어 있어 변화하는 상병구조에 효과적으로 대처하기 힘들며 셋째, 현재와 같은 의원급의 단독 개원체제와 병원의 폐쇄적 경영방식으로는 급변하는 의료환경에 적절히 대응하기 어려울 것으로 예상된다는 것이다.

4) 문옥륜, 우리나라 의료제도 운영의 과제, 한국의료관리연구원 개원기념 세미나 발표연제, 1992.

보건의료서비스 전달 측면의 문제점은 첫째, 의료의 지역화가 제대로 이루어져 있지 않고 둘째, 의료이용의 단계화 측면에서 보면 의료전달체계의 시행으로 공식적으로는 단계화를 이루었으나, 국민들의 실제 의료이용 관행을 보면 지극히 혼란스러운 양상을 보이고 있으며 셋째, 1차·2차·3차 의료기관간의 의뢰체계 역시 기능분담 보다는 경쟁적인 환자유치 풍토로 인하여 효과적으로 구축되지 못하고 있고 넷째, 의약분업의 미실시와 양·한방의 분리는 의료공급자간의 연계 및 통합에 큰 장애요인이 되고 있으며 다섯째, 제공되는 의료서비스의 질에 대한 관리가 이루어지고 있지 않다는 점이다.

지금까지는 민간부문에서 이루어지는 각종 모자보건관련 서비스들이 총체적사업으로 인식되지 못한 채 방임되어 왔으나, 모자보건서비스를 지역적으로 체계화하고자 할때는 이상에 지적된 우리나라 보건의료체계상의 문제점 거의 모두가 모자보건서비스 체계상에도 당연히 적용되게 되므로, 이의 해결책이 대체로 지역모자보건서비스 체계화의 과제와도 부합된다고 할 수 있다.

표 2-1은 향후 21세기에 예측되는 사회특성과 지역모자보건서비스의료 체계화 과제를 정리해 본 것이다.

표 2-1. 21세기 사회특성과 지역모자보건 서비스 체계화 과제*

	사회특성	특징·내용·위기	체계화 과제
1	소자녀 핵가족사회	○ 건강증진 추구 ○ 생활지도 및 가사 조력자 부족	Life-cycle에 맞춘 지역 모자보건의료체계의 구축 신규서비스 개발
2	정보화사회	○ 정보가치 ○ 관리통제의 강화	의료정보시스템의 유효 활용
3	고도기술화 사회	○ 의학기술이 고도로 진보된사회 ○ 기술지향, 인간성 소외	관계자의 보수교육체계, 고가의료장비의 유효활용
4	고선택사회	○ 주민 Need의 다양화·고도화 ○ 탈 표준화, 대병원 지향	보건·의료·복지자원의 개방과 기능분담·연계
5	저성장사회	○ 경제활동 침체 ○ 의료비 억제 정책	의료활동의 효율화 의료경영기반의 건전화
6	참가형사회	○ 입장·의견의 조정	주민이 주체가 된 3위 일체 의료시스템 만들기

* 주: 山本 勝의 '21세기 사회특성에 부응하는 시스템화 과제'를 모자보건사업에 적합하게 일부 수정.

3) 보건의료시스템의 구비조건 및 평가 척도

보건의료시스템이 성공하려면 다음 8가지 조건을 갖추어야 한다.⁵⁾

- (1) 일관성·연속성 있는 포괄보건의료체계: 보건·의료·복지에 관한 각종 활동(기능)의 정비를 충실히 하고, 관련 시설간에 유기적인 연계를 확립해야 한다.

5) 愛知縣 醫師會 社會福祉委員會 專門委員會, 愛知縣 における 地域保健 醫療福祉の 展開を ぞして - 21世紀 への 提言 -, 1992, p.22

- (2) 적절한 진료권 설립: 진료실에서의 환자 개별치료(Cure)에서 지역의 전주민 건강을 관리(Care)해 주는 것으로 대상을 삼으며, 활동내용의 질적 전환과 활동범위의 확대 및 적정화(의료권 설정)를 기한다.
- (3) 일생을 통한 포괄보건의료 체계: 주민 한사람 한사람의 Life-cycle과 건강력에 부응하는 적절한 포괄 보건의료서비스를 제공한다.
- (4) “언제라도” 응할 수 있는 포괄 보건의료체계: 필요할 때 필요로 하는 포괄보건의료서비스를 적시에 제공한다.
- (5) 각종 자원의 유효활용과 효율적 운용: 각종 포괄 의료자원의 계획, 개발과 적정배분에 의한 효율적 활용을 도모한다.
- (6) 신뢰에 부응할 수 있는 전인적인 포괄 보건의료체계: 제공자측에서는 전문기술, 윤리관, 인간성의 질적 및 양적 향상을 도모하고, 주민과의 신뢰관계·인간관계를 확립한다.
- (7) 전원 참가하는 포괄 보건의료체계: 주민을 위시한 전지역 관계자가 일체를 이루어, 각자의 역할·책임 및 기능을 맡는다.
- (8) 공평한 포괄 보건의료체계: 누구라도, 어디서라도 평등하게 포괄 보건의료서비스를 제공받는다.

표 2-2는 지금까지의 개별의료 및 집단보건을 시스템화된 의료와 비교해 본 것이다.

표 2-2. 의료시스템의 바람직한 형태

의료체계	A. 개별의료	B. 집단보건	C. 시스템화 의료	
예 항목	중래의 자연 발생적 의료활동 체계	보건소를 중심으로한 공중위생 활동	지역포괄의료시스템	중점과제
1 시 기	병이 났을 때	정기적으로	적절할 때	건강종합관리 시스템의 확립
2 장 소	개인선택	거주지역 보건소 관할 내	거주지역내의 적절한 곳에서	보건의료권의 설정
3 주 체	특정의원·병원	행정지도 지시에 의해	보건의료제공 측의 협조체계에 의해	기능분담과 Network화
4 대 상	환자	특정집단	지역주민 전부	합동운영체제의 확립·주민참여
5 목 적	질병치유	질병의 조기 발견	건강하고 행복한 일상생활 영위	목적구조의 명확화
6 내 용	진단·치료	질병예방·조기진단·보건교육	일관성 있고 연속적인 보건·의료·복지 서비스	포괄의료서비스의 체계화
7 방 법	개별적으로 수행	집단을 대상으로 확일적인 수행	개인건강에 맞추어 효과적·효율적으로	종합평가체계의 확립·지역의료정보 시스템
8 특 징	1. 개인격차·개별목적의 수행 2. 전체목표·계획성의 결여 3. 종합데이터 부족 4. 상호협력관계 무시 5. 수동(수신적)의료 6. 의료격차 발생 7. 맨투맨	1. 확일화 2. 양적 효율화 3. 수직행정에 의한 경직화 4. 광역적 5. 계획성 6. 전체주의 7. 협력체계 불비	1. 개인과 전체와의 조화 2. 의료목적의 확대와 통일 (Cure에서 Care로) 3. 상호협력관계 중시(3자 일체) 4. 인간존중의 의료체계 5. 포괄의료서비스의 제공 6. 의료의 질적 향상 7. 의료정보의 유효이용(정보시스템)	

출처: 山本 勝, 保健·医療·福祉の システづくり 1991, p.87

또한 보건의료 시스템의 발전을 위해서는 올바른 평가를 내릴 수 있는 적절한 평가 척도(기준)가 필요하다. 보건의료시스템에 있어서의 주요한 평가척도는 다음 5가지를 꼽을 수 있다.⁶⁾

(1) Quality: 보다 양질의 서비스

의료활동의 가치조건으로서 가장 중요한 요소의 하나이다. 주민 한사람 한사람의 건강상태 내지 Life-cycle에 맞춰 적절한 질·내용·양의 의료서비스를 제공할 수있는 시스템을 말하며, 의학적·기술적 및 기능적 측면에서 본 가치조건이다.

(2) Cost: 보다 효율적인 서비스

국민의료비를 위시하여 의료활동에 쓰인 각종비용을 말한다. 의료자원의 효율적인 활용, 과잉진료의 철저한 배제에 의한 의료비용의 적정화도 여기에 포함된다.

(3) Time: 보다 적시의 서비스

의료 요구의 발생에서 의료서비스의 수용에 이르기 까지 소요기간의 신속성·적시성 및 질병의 조기발견 등 의료서비스 제공의 시간적 측면에 관한 여러 조건이 여기에 포함된다.

(4) Humanity: 보다 인간적인 서비스

서비스의 기본은 수요자측과 제공자측 간의 인간관계에 있다. 의료기술이 고도화됨에 따라 신뢰관계 내지 인간성이 있는 서비스를 점점 더 중요시 하게 될 것이다.

6) 山本 勝, 전게서, 1991, pp.90-91.

(5) Society: 보다 공평한 서비스

보건의료서비스는 건강한 생활을 영위할 주민들의 권리를 토대로 제공되는 것이다. 따라서, 모든 주민이 필요할 때 평등하게 적절한 보건의료서비스를 받을 수 있어야 하며, 이러한 공평성, 평등성, 안정성이 이 조건의 내용이다.

이상에 열거한 5가지 평가 척도간의 상대적 중요도는 개개의 의료서비스 내용과 특성에 따라 달라진다.

이상 기술한 5가지 평가척도에 관한 구체적 내용 및 대책을 요약하면 그림 2와 같다.

4) 보건의료시스템화에 있어서의 기능분담과 연계

보건의료시스템에 있어서 제일 중요한 핵심과제는 관련기관 또는 조직간의 적절한 기능분담과 유기적인 기능연계 네트워크의 구축이다.

시스템은 '연결하는' 것이며, 연결이란 서로 돕고, 협력하며, 서로 신뢰하는 것이다. 지역보건의료시스템에서도 구성요소간의 연계(협조)상태가 원활해야 주민들에게 목적하는 바, 포괄 보건의료서비스를 제공할 수 있게 된다.

기능연계 추진을 위한 전제조건으로 사업을 위해 필요한 기능이 무엇인가를 재정리해보고, 시대변화에 따른 새로운 기능을 개발한 후, 시스템구성 조직간에 적절히 역할을 분담하며, 지역특성을 배려했을 것, 각종 자원을 공개화 할 것, 민간 병·의원에 있어서는 의업 경영기반 확립이 보장될 것, 관계자끼리 합의점을 찾을 것, 의료정보시스템을 도입할 것 등이 만족되어야 한다.

이 중에서 특히 다음에 기술하는 다섯가지는 연계를 위한 필수조건 중 가장 중요한 것이다.

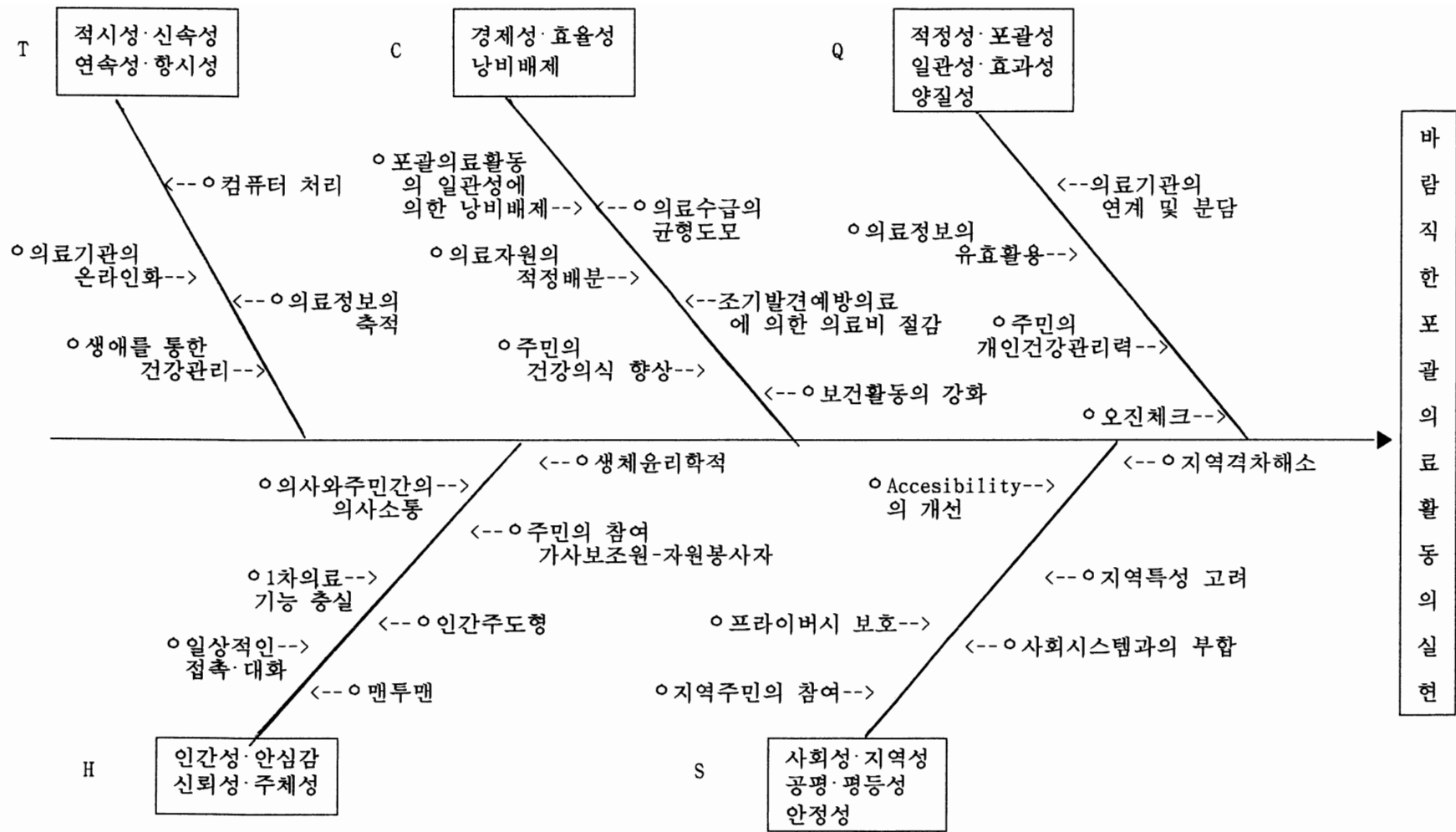


그림 2. 보건의료시스템에 대한 주요평가척도

출처: 山本 勝, 保健·医療·福祉の システづくり 1991, p.91

- (1) 지역포괄의료시스템에 대한 개념의 확립
- (2) 의료기능의 공개와 의료기술의 평가
- (3) 진료보수체계의 정비
- (4) 의료정보시스템 내지 정보망의 확립
- (5) 의사 및 간호사 연수교육제도의 충실⁷⁾

또한 관련조직간의 연계는 주로 다음 3가지 측면 즉 인간관계(Human Ware)면에 있어서의 연계, 시설운영(Soft Ware)면에 있어서의 연계 및 의료 기술·기능(Hard Ware)면에 있어서의 연계로 구성된다. 그리고 이 세가지 측면의 연계가 균형있에 이루어져야 보건·의료·복지시설간의 종합적인 연계가 원만히 추진될 수 있다.

이 밖에, 원활하고 유기적인 연계가 성립되기 위한 조건으로

첫째, 연계를 맺는 양자간이 상호 수혜관계이어야 할것.

둘째, 연계를 맺는 양자간이 신뢰관계이어야 할것.

셋째, 연계를 맺는 양자간에 일치감과 연대감이 있을 것.

넷째, 연계에 계속성과 발전성이 있을 것.

다섯째, 주민·환자가 좋아하고 고마워하는 연계일 것.

등이 요구된다.⁸⁾

그러나 두 조직이 서로 경쟁상대로 여기거나 위협을 느낄 경우 연계는 어려워진다. 기득이권에 대한 집착이 강한 조직일수록 상대와의 연계가 어렵다. 연계를 통하여 조직의 정체성이 흔들리거나 조직내의 권력위계가 변화되리라 예상되면 연계가 어렵다. 공통의 언어가 결여되어 있거나 우선순

7) 山本 勝, 전게서, 1991, p.102

8) 愛知縣 醫師會 社會福祉委員會 專門委員會, 전게서, 1992, p.31.

위와 가치체계가 다를 경우도 마찬가지이다. 상대조직을 부정적으로 평가하거나 전통적으로 관계가 좋지 않은 경우도 연계를 어렵게 한다. 또한 두 조직간에 우호적 관계로 연계가 형성될 수는 있어도 그것이 외부의 제재를 유발한다면 연계는 어려워질 것이다.⁸⁾

주민 서비스에 대한 보건·의료·복지간 기능분담은 별도의 인력을 투입하지 않고 기존인력을 활성화 내지 기능화 한다는 지역모자보건체계의 기본이념에서 표 2-3과 같이 하는것이 대체로 무난하다고 본다.

표 2-3. 보건·의료·복지간 서비스 기능분담

구 분	분 담 기 능	종사자	기관(조직)
보 건	보건교육(전 대상자) 보건지도(산전·산후) 생활지도(산전·산후) 대상자 모니터링(전 대상자)	조산사 간호사 보건진료원	보건소 모자보건센터 보건진료소
의 료	의학적 지도 건강상담 건강검진 이상자 치료	의사	의원 병원
복 지	가정봉사	사회복지요원 자원봉사자	사회복지사무소 (가칭)
지 원	구급의료정보제공 지역보건의료정보관리	정보관리사	지역보건의료정보 관리센터(가칭)

5) 지역모자보건체계 구축순서

지역모자보건체계 구축순서를 山本 勝의 지역의료시스템 구축순서에 맞추어 정리해 본 것이 그림 3이다.

8) Halpert, B.P., Antecedents, 1982, pp.54-72.

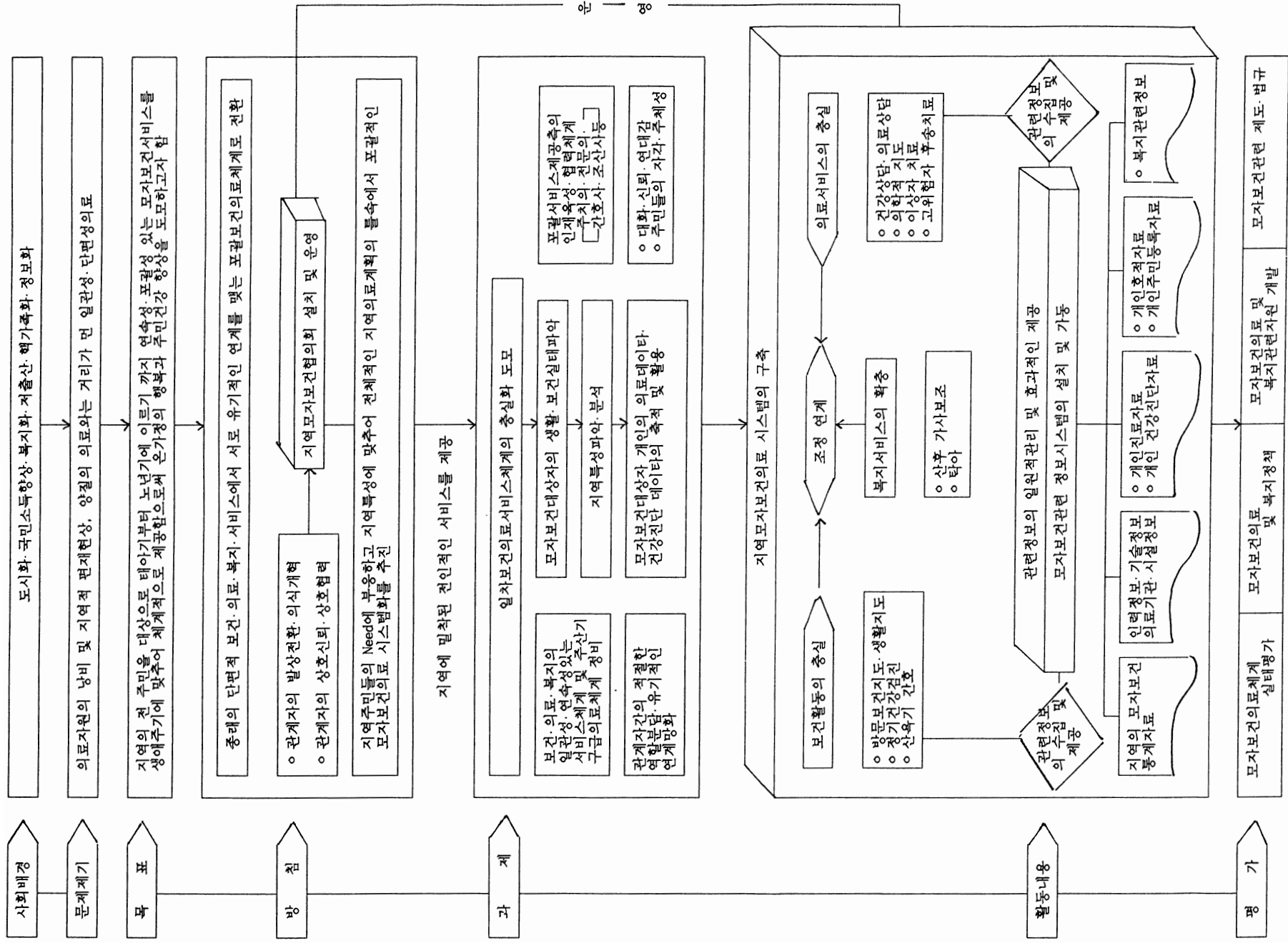


그림 3. 지역모자보건의료체계의 구축순서

주: 山本 勝의 지역의료시스템 구축순서에 맞추어 저자가 고안

2. 일본의 지역모자보건 활동¹⁰⁾

1) 지역모자보건 활동의 의의

가. 지역모자보건 활동의 의의와 목표

‘지역모자보건 활동’의 의의는 지역사회에서 자연·문화·산업·생활환경하에서 모자건강문제 해결과 영유아의 건전육성을 목적으로 하며, 지역주민, 중앙정부 및 지방자치단체 지역의 모자보건관련 전문기관 또는 전문직이 공동으로 전개하는 계획적이고 조직적인 모자보건 활동으로서, 모자의 일상생활에 보다 밀착된 포괄적인 모자보건서비스를 제공하는 것이다.

‘지역모자보건 활동’의 목표는 첫째, 지역의 다양한 모자보건요구에 부응하는 서비스 제공 둘째, 지역특성에 맞는 효율적인 모자보건사업 계획, 셋째 지역의 보건·의료·복지·교육이 망라된 포괄적 활동의 조직화 넷째, 평생 건강유지를 추진하는 일관성 있는 모자보건 활동 다섯째, 주민의 주체적인 활동 육성과 모자보건사업과의 제휴 등이다.

나. 지역모자보건 활동의 내용과 방법

‘지역모자보건 활동’의 내용과 방법은 다음과 같다.

- ① 대상자 파악: 임신신고 및 모자건강수첩 교부.
- ② 모자건강관리: 임신부 및 영유아 건강검사, 집단검사(선천성대사 이상, 신경아세포종, HB간염).

10) 高野 陽 外, ‘地域母子保健活動’, 母子保健 マニュアル, 南山堂, 1986, pp.169-173, 편의상 용어의 일부를 우리나라에 맞추어 수정하였음.

- ③ 보건지도: 가정방문지도, 건강상담 및 전화상담(사춘기, 임신부, 영유아기, 가족계획, 유전).
- ④ 건강교육: 집단교육(신혼교실, 모성교실, 육아교실), 홍보, 리플렛, 팸플렛.
- ⑤ 의료급부, 의료원호: 임신중독증, 양육의료, 육성의료, 의료의 급부, 소아만성질환, 심신장애아, 공해 건강피해아.
- ⑥ 지구조직활동: 모자보건추진협의회, 모자애육반활동, 환아·장애아 부모회, 지역 육아집단활동.
- ⑦ 지역모자보건의료시스템의 정비: 신생아집중치료실(NICU)기능, 모자긴급의료, 소아전문의료, 장애아관리, 유전상담.

2) 지역특성과 모자보건 활동

가. 대도시의 모자보건 활동

대도시 지역은 대체로 다음과 같은 특성을 갖고 있다.

첫째, 공립·사립의 의료기관이 밀집해 있다.

둘째, 인구유동이 심하고, 지역 연대성이 낮다.

셋째, 출생인구의 감소 경향이 있다.

넷째, 핵가족세대, 맞벌이부부, 이혼 또는 미혼모로 인한 편모세대가 증가하고 있다.

다섯째, 생활수준의 격차가 심하고, 생활양식이 다양하며, 교육열이 높은 부모, 자식을 버리는 부모 등 육아관이나 양육행동의 격차가 심하다.

여섯째, 모성의 취업형태가 다양하며, 장시간 탁아·야간탁아가 필요하다.

일곱째, 고층 밀집주택, 공해 등 육아 환경문제가 심각하다.

여덟째, 보건부를 필요로하는 인구가 많다.

아홉째, 다양한 기관과 조직에 의한 활동이 있다.

이상에 열거한 지역특성에 맞추어 대도시의 모자보건활동은 다음과 같은 특징 및 과제를 갖는다.

- ① 의사회, 병원, 전문기관의 협력·조정에 의한 포괄적 모자보건 시스템의 체계화
- ② 대상자의 전수파악과 건강검진 미수진자에 의한 대책으로써 컴퓨터의 도입, 우편이나 전화연락에 의한 관리 방법
- ③ 임신전부터 위생교육, 보건지도에 충실(혼전·신혼학급, 일부의 운동부족·취업·친정분만에 대한 보건지도, 부친의 참가, 육아교실, 영유아를 둔 엄마들의 교류활동)
- ④ 미혼모, 문제가정에 대한 접근
- ⑤ 탁아소 아동들의 건강관리 충실
- ⑥ 천식아 교실·천식아 캠프 및 보건지도

나. 중소도시의 모자보건활동

중소도시가 공통적으로 갖는 지역특성은 다음과 같다.

첫째, 종합병원, 의사, 소아과 의사가 있고, 각종 사회문화시설도 있다.

둘째, 인구가 증가하고 있고, 특히 Bedtown 권에서는 젊은세대의 유입인구가 늘고 있으며, 출생수가 증가하고 있다.

셋째, 구시가지 지역에는 인구의 고령화 추세를 보이며, 출생수가 감소하고 있다.

넷째, 인구의 정착화를 보이며, 3세대 가족의 비율이 높다.

다섯째, 주택환경·자연환경이 비교적 양호하다.

이러한 지역특성에 맞추어 중소도시의 모자보건활동의 다음과 같은 특징 및 과제를 갖는다.

- ① 보건소와 시·군·구청의 조성에 의한 임신부터 일관성 있는 모자 건강 관리.
- ② 지역의사회와 광역적인 전문의료기관과의 연계.
- ③ 고위험아의 계속관리 및 지도체제의 충실.
- ④ 전입주민에 대한 위생교육, 상담활동의 충실.
- ⑤ 탁아소 아동들의 건강관리.

다. 단지(團地)의 모자보건활동

단지지역(예: 공업단지)의 일반적인 지역특성은 다음과 같다.

첫째, 새로 생긴 단지에는 젊은세대와 출생수가 많다.

둘째, 핵가족과 맞벌이 부부가 많고, 탁아시설에 대한 욕구가 높다.

셋째, 인접지역과의 교류가 적어지고, 고립화하기 쉬운 경향이 있다.

넷째, 육아에 대해 열성을 보이거나, 밀실에서 키움으로 인한 육아 불만이 있다.

다섯째, 고층주택으로 인한 운동부족 경향이 있으며, 사고방지 대책이 필요하다.

이상에서 열거한 지역특성에 맞추어 단지의 지역 모자보건활동은 다음과 같다.

- ① 단지내의 지소 또는 집회소에서의 출장상담 활동
- ② 모성교실(임산부체조를 포함)등 모성보건지도

- ③ 아이들의 건전 육성에 관한 위생교육(식생활·생활습관·놀이·안전 교육 등)
- ④ 집회소, 아동관 등을 이용한 모자보건 활동.

라. 인구가 많은 농촌지역의 모자보건활동

인구가 많은 농촌지역은 대체로 다음과 같은 지역특성을 갖고 있다.

첫째, 의료기관이 부족하고, 소아과 전문의, 산부인과 전문의가 없다.

둘째, 인구는 완만하게 증가하고 있으나, 고령화 및 출생수 감소 경향을 보인다.

셋째, 3세대가족이 많다.

넷째, 모성이 농업에 종사하므로 조부모가 육아를 맡거나 탁아소에 아이를 맡겨야 한다.

이러한 지역특성에 맞추어 인구가 많은 농촌지역의 모자보건활동은 다음과 같은 특징과 과제를 갖는다.

- ① 보건소 근무 간호사를 중심으로 하는 활동.
- ② 보건소 협력하에 정밀검사 및 사후조치에 충실.
- ③ 지역 조산사의 협력(가족계획·신생아방문지도 등).
- ④ 지구조직(모자애육반, 모자보건추진원)과의 공동 활동.
- ⑤ 출생전부터 취학시까지의 일관성 있는 모자보건관리.

마. 벽·오지의 모자보건활동

벽·오지 지역은 다음과 같은 지역특성을 갖는다.

첫째, 의료기관, 의사, 간호사의 확보가 곤란하다.

둘째, 인구감소 경향과 고령화 추세가 계속되고 있으며, 출생수가 거의 없다.

셋째, 부모가 타지역으로 떠나 있거나, 모성의 취업으로 인해 조부모가 육아를 맡고 있다.

넷째, 아이들수가 감소하고 있으며, 조부모육아에 의해 놀이에 제한을 받는다.

다섯째, 교통편이 나쁘고, 교육 문화적 환경 또한 열악하다.

이상의 지역특성으로 인해 벽·오지의 모자보건활동은 다음과 같은 특징 및 과제를 갖는다.

- ① 순회건강진단, 순회상담 및 계속관리의 충실(전문기관·대학의 협력 체계)
- ② 응급의료의 확보
- ③ 전지역의 모자보건활동
- ④ 조부모를 대상으로 한 육아지도

3) 지역모자보건활동 사례

가. 대도시 지역

○ 지역: 東京都 墨田區

- 지역특성:
- 구내 인구 약 23만명
 - 보건소 2개소, 보건부 21명
 - 출생률 10.6, 영아사망률 6.9
 - 인구고령화 진행중
 - 중소기업이 많고, 모성의 취업율이 높음
 - 지역에 녹지와 아이들이 놀 장소가 부족

○ 모자보건활동:

- (가) 모자의 전수관리를 위한 노력(임신신고에 의한 모자관리 카드 작성)
- (나) 임신부 건강관리: ①임신 신고시에 보건 Bag 교부(모자보건수첩, 임신부건강검사 수진표, 모성학급 안내, 보건지도 팸플렛) ②임산부 건강검사(2회, 의사회위탁) ③임산부 방문지도(보건소의 간호사, 위탁 조산사) ④산후건강검사(소변·혈압·빈혈검사)
- (다) 영유아 건강관리: ①신생아방문(위탁조산사, 첫아이 중점) ②3,4개월 건강검사(보건소, BCG접종, 이유식 강습회) ③6,7개월, 9,10개월 건강검사(의사회 위탁) ④1년 6개월 건강검진(일반건강검진은 의사회 위탁, 치과·심리검사는 보건소) ⑤3세아 건강검진(보건소, 일반·치과·심리·소변검사) ⑥치과위생담당(보건소에서의 개별상담, 불소도포, 유치원, 탁아소에서의 보건지도) ⑦경과관찰
- (라) 육아지도: 육아학급, 무료 육아상담, 모자회

나. 중소도시 지역

○ 지역: 千葉縣 松戸市

- 지역특성: - 인구 약 43만명.
- 보건소, 보건부 51명.
 - 출생률 15.9, 영아사망률 4.3.
 - 동경의 Bedtwon으로 발전.
 - 출생률이 감소하고는 있으나 전국 중소도시의 평균보다는 높음.

- 핵가족으로 인해 친정분만이 많고, 젊은 임부와 모성의 취업문제가 있음.
- 1972년부터 '영아사망률 0을 목표로' 모자보건활동이 전개됨.

○ 모자보건활동:

- (가) 시립 신생아 의료센터(NICU)의 정비 확충과 신생아 긴급수송체제의 확립
- (나) 혼전·신혼학급, 모성학급, 성교육세미나에 의한 지식 보급.
- (다) 시(10개소)에서의 시민건강상담실: 임신신고·출산신고시에 고위험 임부 및 태아(신생아)의 조기파악, 보건지도, 유아교실.
- (라) 각 지구에서의 영아상담, 육아교실, 가족계획상담, 이유식교실을 모자보건추진원과 공동으로 실시.
- (마) 건강검사: 임신부 건강검사(의사회 위탁), 영아 일반건강검진(의사회 위탁 3개월, 9개월), 고관절탈구 진찰(의료기관 위탁, 시 순회검진), 1년 6개월 건강검사(시), 3세아 건강검사(보건소), 신경아세포종 검사(3개월 건강검사 통지서 검사지를 동봉).
- (바) 스크리닝검사: 신경아세포종, 유치원 아동·탁아소아동의 소변검사.

다. 단지 지역

- 지역: 東京都 北區 赤羽保健所(特別區)營内
- 지역특성:
 - 관내 인구 약 13만명, 특별구 보건소, 보건부11명
 - 동경시 북쪽끝에 위치, 도심의 Bedtown으로서 오래된 단지에서는 고령화가 진행되고 있고, 출생수는 매우 적음.

- 상가지역의 새로운 고층 공단주택, 민간·맨션아파트에서는 젊은세대가 살고 있어 모자보건 요구가 높고, 모성의 고립과 육아불만이 눈에 띈.

○ 모자보건활동:

- (가) 공단주택내에 있는 상담소(보건부가 출장하는 지소)의 육아 상담: 월 2회, 주로 2~8개월 영아 20~30명, 보건부 3명, 보건부가 계측을 한 후, 같은 나이의 아이들을 그룹으로 만듦. 육아불만, 아이돌보는법, 육아방법에 대해 체험교류를 주로 하는 학습활동, 엄마들끼리 사귀기와 공동육아.
- (나) 아동관의 유아교실: 관내 아동관 4개소, 월1회, 주로 3세 전후의 유아 약 20명, 보모에 의한 보육활동과 보건부에 의한 모성 학습활동.
- (다) 보건부활동: 엄마들끼리 교류·상호협력 등의 연대성과 자주성 고취, 육아불만의 해소와 아이들 건전육성에 대해 서로 배우는 과정을 중시.

라. 인구가 많은 농촌지역

○ 지역: 埼玉縣 庄和町

- 지역특성: - 인구 약 3만5천명, 보건부 2명.
 - 출생률 10.9, 유아사망률 5.4.
 - 江戸川을 끼고 평야에 위치.
 - 비옥한 농촌지대에서 최근 도시화 경향을 보임.
 - 인구가 증가 했으나 현재는 정체.
 - 30~40세군과 5~14세군의 비율이 높음.
 - 전에는 영아사망률이 높은지역 이었으나 1961년에 모자건강센터가 생기고 나서 부터 현저히 개선됨.

- 현재는 전국평균을 밑돌고 있음.
- 센터는 1978년에 건강센터로 개축.

○ 모자보건활동:

- (가) 보건센터를 거점으로 하여, 보건소 보건인력 협력하에 활동 전개
- (나) 모자애육반 활동이 큰 추진력이며, 전 대상이 파악되고 있음(애육반수 46, 반원 432명).
- (다) 신생아 방문지도: 조산사 3명, 2회, 희망자는 유료로 계속.
- (라) 영유아 건강관리: ①건강검사(4개월, 8개월, 1년6개월, 3세를 대상으로 매월 각 1회) ②건강상담(2개월, 4세아를 매월 각 1회) ③3세아 치과 진료(연 6회) ④유아 사후지도: 복지사무소, 아동상담소의 상담원과 보건부에 의해 정밀검진은 외지의 전문의료기관에 위탁.
- (마) 모성교실: 초산부·경산부의 약 1/3 수강, 임신부 체조, 함께 얘기 나누는 것을 중점으로 함.
- (바) 이유식: 매월 1회, 전임 영양사, 식생활지도원, 보건인력의 보건지도.
- (사) 보건부: 활동 적은 사람을 대상으로 세밀하게 지도.

마. 벽·오지 지역

- 지역: 沖繩縣 八重山 保健所
- 지역특성:
 - 인구 약 4만4천명, 縣立병원, 출생률 19.7, 영아사망률 16.3.
 - 9개의 유인도(有人島)중 4개에 보건부가 상주.
 - 시설분만이 95%를 상회하는 등 모자보건지표를 크게 개선했으나 저체중아 출생률(10.6), 영아사망률이 높음..

○ 모자보건활동:

- (가) 임신부건강관리: 지구마다 모성클리닉을 주1회 실시.
보건지도에 힘을 쏟음
- (나) 영유아건강관리:
 - 의료기관 위탁 건강진단을 할 수 없기 때문에 보건인력에 의한 상담활동에 주력함.
 - 건강검사는 후생성 파견의사, 현 소아보건협회의 협력하에 0~3세아 또는 0~5세아를 대상으로 건강검사를 연 1회 실시함으로써 내용을 충실히 함.
- (다) 모자보건추진원 활동: 임신 신고시기의 개선, 모성클리닉 미내소자, 미수진아의 정보파악 및 보건지도 등의 활동성과를 봄.
- (라) 심질환아관리: 영유아 건강검사, 학동 건강검사에서 발견된 심질환아를 縣立병원에 보내 정밀검사 및 추구관리 실시.
- (마) 장애아 부모회: 학습회·집단교육을 받아들이는데 대한 조정지도.

4) 지역모자보건조직

조직의 종류·기관		주요사업·활동
모자보건 행정조직	보건소 〔縣〕 政令市 特別市	①저체중아 신고 ②지식보전·신혼학급, 모친학급, 육아학급 ③건강검사: 임부·산부, 영아, 3세아 ④정밀건강검사: 임부·영아·3세아건강검사항후의 정밀검사 (공적부담), 경과관찰 ⑤건강상담, 보건지도: 임부·산부, 영아, 유아, 사춘기 유전상담 ⑥가정방문지도: 임신부, 신생아, 미숙아, 영유아, 심신장애아 ⑦집단선별검사: 선천성대사이상, 크레아틴증, 신경아세포증, B형간염 ⑧요육상담: 신체장애아 ⑨의료급부: 육성, 요육, 양육, 소아특정만성질환
	市町村 (모자보건 센터)	①신고: 임신, 출생, 사망 ②모자보건수첩 교부 ③건강상담, 보건지도, 가정방문: 가족계획, 영유아, 전화상담 ④1년6개월 건강검진 ⑤영양강화 ⑥모친학급·육아학급 ⑦지구조직육성: 모자보건추진원, 모자애육반 ⑧영아의료 (①조산 ②모자보건지도)
관련행정 조직	아동상담소	①상담: 양호, 비행, 심신장애, 육성 ②판정: 심신장애 ③아동복지시설에의 입소조치: 영아원, 양호시설, 심신장애아시설, 교호원 ④긴급시의 일시보호
	복지사무소	①심신장애아의 상담: 가정봉사원파견, 일상생활용구의 급부·대부 ②입소조치: 조산시설, 보육소 ③수당지급: 아동수당, 아동부양상담, 특별아동부양수당, 복지수당 ④가정아동상담실
	아동관	①아동의 건전교육 지도 ②아동들 모임 엄마그룹 육성
	공민관 (文部省)	①사회교육: 가정교육 학급 ②가정교육 상담
민간조직	모자보건 추진원	①市町村長이 지역의 조산사, 보건부 등에서 정함 ②모자보건에 관한 지역의 문제점 파악 ③市町村 모자보건사업의 원활한 추진에 협력
	모자애육반	①모자애육회를 본부로서 모자보건을 중심으로 한 건강가꾸기의 자주적 활동 ②반원의 가정방문, 분반장 회의를 주체로 하는 활동 ③市町村과의 공동 모자보건활동
	지역의사회	①위탁건강검사 ②보건소, 市町村이 실시하는 건강검사, 위생교육, 예방접종에 참여 ③지역학교보건활동
	가족회	①전국 규모로부터 市町村 규모에 이르기까지 각종모임이 있음 ②상담활동, 팜플렛, 기관지 발행, 지역모자보건 사업에 참가

5)지역모자보건요원

직종	주소속기관	주요활동
의사	보건소 의사회 병원· 전문병원	①보건소·市町村에 실시, 또는 위탁하는 임신부·영유아 건강검사, 보건지도, 건강교육, 예방접종 ②‘학교의’로서, 지역의 보육원, 유치원, 학교에서의 건강검사, 보건지도, 건강교육 실시 ③주 역할은 보건소에서 실시되는 정밀건강검사, 경과관찰건강검사, 전문적 상담(요육, 유전 등)에 참여하는것
치과의사	보건소 의사회 전문병원	①주 역할은 보건소·市町村에서 실시하는 임신부·영유아 치과검진, 치과 보건지도 및 건강교육에 참여하는것 ②학교치과의로서, 지역의 보육원, 유치원, 학교에서의 치과검사, 보건지도, 건강교육 실시
보건부	보건소	①가정방문 지도가 주 역할이며, 고위험 임신부, 미숙아, 고위험 신생아 영유아, 장애아, 경과 관찰아 등을 대상으로함. ②건강상담: 주 역할로서, 보건소에서 실시하는 요육, 유전, 자유상담 등 ③건강검사: 주 역할로서, 보건소에서 실시하는 3세아 건강검사, 경과관찰 건강검사와 市町村 실시 건강검사에 협력 ④건강교육: 신혼학급, 모친학급, 육아학급, 성교육학급 등 ⑤소집단활동: 장애아클럽, 육아클럽등의 활동
	市町村	①가정방문지도: 주 역할로서, 임신부·신생아·영유아가 대상 ②건강상담: 모자보건수첩 교부시의 상담, 지역의 자원봉사자와 공동으로 실시하는 영유아 상담, 이유상담 가족계획상담 ③건강검사 및 사후조치: 영유아 1년6개월아를 중심으로 하는 건강검사 및 경과관찰을 포함하는 사후조치, 보건소 보건부와 공동 활동이 많다. ④건강교육: 모친학급, 육아학급, 이유식학급 ⑤지구활동: 모자보건추진원, 모자애육반원의 육성, 연수회·연락협의회의 공동개최, 지구활동의 공동추진, 장애아클럽·육아클럽 등의 활동
조산사	조산사회 병원	①임산부 건강상담 및 보건지도 ②수태조절지도 ③위탁에 의한 신생아 방문지도 ④보건소·市町村이 실시하는 모친학급·육아학급에서의 건강교육
간호사	보건소· 市町村	보건소·市町村·학교에서의 일반건강검사, 예방접종 개조를 중심으로 하는 간호업무
영양사	보건소· 市町村	①영유아 집단 건강검사시 개별영양 상담 ②임산부식·이유식·영아식의 조리실습지도와 개별상담 ③모친학급·육아학급에서의 영양지도
치과위생사	보건소· 市町村	①영유아 집단 건강검사시 개별치과 보건지도 ②불소예방도포 및 충치예방지도 ③이닦기교실, 지역의 탁아소, 유치원, 학교에서의 집단교육
심리판정원 (지도원)	아동상담소	①영유아 집단 건강검사시 심리판정 및 개별지도 ②경과관찰아의 심리상담 및 지도
물리요법사 언어요법사	전문의료 기관	경과관찰아, 장애아의 요육상담 및 지도
보모 아동복지사 아동상담원	보육소 복지사무소	고위험아, 가정양육상 문제있는 사례에 대해 보건부와 공동으로 Casework, 요육상담, 소집단활동, 육아상담
모자보건 추진원	자원봉사자 (市町村 추진사업)	①지역의 조산사, 간호사, 모자보건 경험자에게 市町村長이 의뢰 ②지역 모자보건문제 파악, 건강검사 수검 각종신청의 권유 ③지역 모자보건사업의 추진에 협력
모자애육반	자원봉사자 (모자애육회 에 본부를 둔 민간조직)	①모자애육반 중 약 10세대에 1명 비율로 선출하여, 분반장회의를 통해 자주적인 지구활동 실시 ②연락카드에 의해 보건부와 연계한 방문활동 ③市町村의 모자보건사업에 협력 ④최근에는 생애주기(Life-cycle)를 통한 보건활동 확대
민생위원	자원봉사자 (민생 위원법)	①市町村의 구역마다 배치되며, 도지사의 추천에 의해 위촉 ②사회복지사무소 등 기타 관계 행정기관과 밀접한 연락을 통해 기능을 도움 ③지역의 아동·심신장애아·노인문제에 대한 상담·조언 지도
아동위원	자원봉사자 (아동위원 활동)	①지역민간유지 ②아동 임신부의 복지증진에 대해 아동상담소 사회복지사무소 등과 밀접한 연락을 취함 ③임신신고, 보건부 조산사의 방문 지도, 가족계획지도, 건강검사제도 등의 철저한 주지 및 이용권유

3. 지역모자보건체계 모형개발

본 절에서는 앞에서의 지역보건사업체계에 대한 이론적 고찰과 일본의 지역모자보건활동의 예를 참고하여 개발해 본 지역모자보건체계 기본모형을 제시하고자 한다.

그림 4는 지역모자보건체계모형의 지역계층구조를 나타낸 것으로 그 주요골자는 다음과 같다.

첫째, 시·군·구 보건소는 지역모자보건체계내에서 보건과 의료 및 복지를 연결하는 구심점 역할을 한다. 따라서, 보건소는 주민 보건관리기능 외에 각종 보건의료복지 관련 정보수집 관리·지원의 기능을 갖는다. 기능은 지역에 따라 직접 보건소에서 수행할 수도 있으나 이미 보건소의 하부조직으로 보건지소나 보건진료소가 있는 곳, 또는 대도시와 같이 보건소 관할지역이 방대한 곳은 새로이 보건지소를 설치하여 수행할 수 있다.

둘째, 주산기의 응급상황을 고려하여 지역의 모든 일차 산과기관은 2,3차 후송병원과 평소 긴밀한 협조관계를 갖되 3차 산과 기능을 하는 병원중에서 대진료원에 1개소 이상의 3차 산과구급병원을 지정하고 헬리콥터를 마련토록 지원함으로써 산과 구급후송센터로서의 기능을 부여한다.

셋째, 각 지역에서 집적된 각종 보건 관련정보를 통합하여 관리하는 기능은 도 보건국에 종합 보건정보관리센터를 설치하여 맡기는 것이 무난하다고 생각되며, 중앙의 종합 보건정보관리센터에서 종합된 자료를 분석하여 우리 나라의 각종 모자보건지표를 산출하거나 모자보건 발전을 위한 연구에 활용한다.

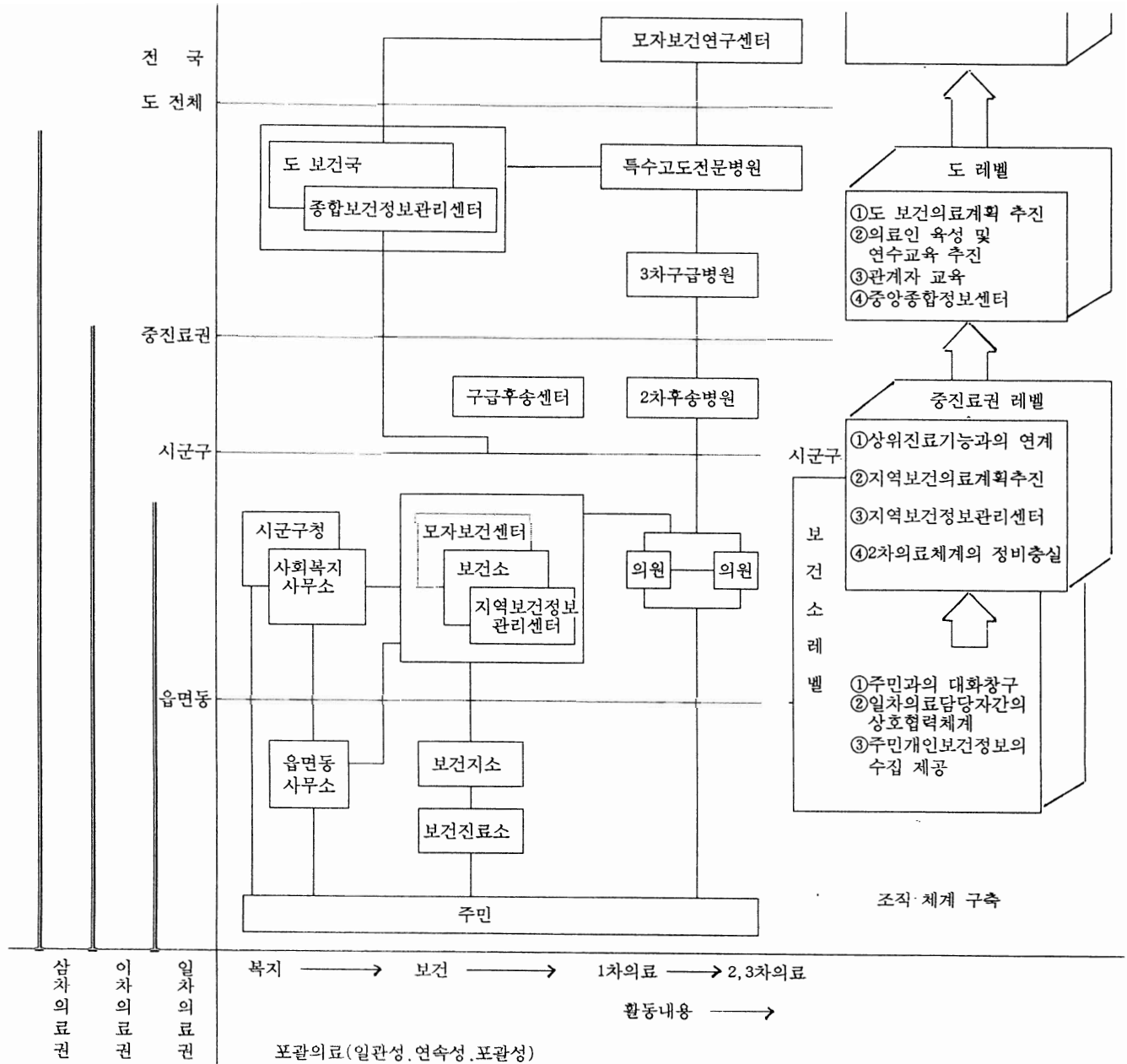


그림 4. 지역모자보건체계의 지역계층구조

임산부 보건관리체계의 핵심은 공공 및 민간조직의 기능분담을 확실히 하고, 주산기 구급후송체계를 확립하며, 지역의 모든 임산부 동태를 파악하여 추구관리할 수 있도록 모자보건 관련정보관리체계를 수립하는 것이다.

지역모자보건체계의 모형이나 운영방침의 세부적인 부분은 지역에 따라 주민들의 욕구와 보건의료자원분포 등의 여건이 다를 수 있으므로, 주민 대표 지역의사회 보건소 지방자치단체 등 지역모자보건 관련자들이 협의회를 구성하여 자기 지역에 맞도록 수정 보완하는 것이 바람직하다.

그림 5는 포괄적인 지역보건체계내에서의 임부보건관리체계를 고안해 본 것이다.

임부의 보건관리는 민간의료기관과 공공보건기관에서 이원적으로 수행 하되 민간 의료기관에서는 산전건강검진과 산전의학적 지도 등 보다 전문적인 관리를 맡고, 공공보건기관에서는 주민 집단보건교육, 임부보건지도 및 생활지도 등 민간 의료기관에서 감당할 수 없는 역할을 맡는 것이 좋을 것이다.

전국 행정전산망이 구비되어 임산부가 행정당국에 주민등록 이전신고나 임신, 출생 또는 사망신고를 했을 때 이 정보가 즉각 지역보건정보관리센터에 입력되어 빠른 시일 내에 별다른 조치 없이도 필요한 복지서비스와 보건 서비스의 혜택을 받게 된다면 지역모자보건체계는 매우 활기를 띠 것이며, 의료서비스 분야에서도 경영전략이 불가피한 시대가 곧 도래할 것이므로 민간 의료기관에서도 지역의 집적된 모자보건관련정보를 얻어내기 위해 보건소와 긴밀한 관계를 유지하게 될 것이다.

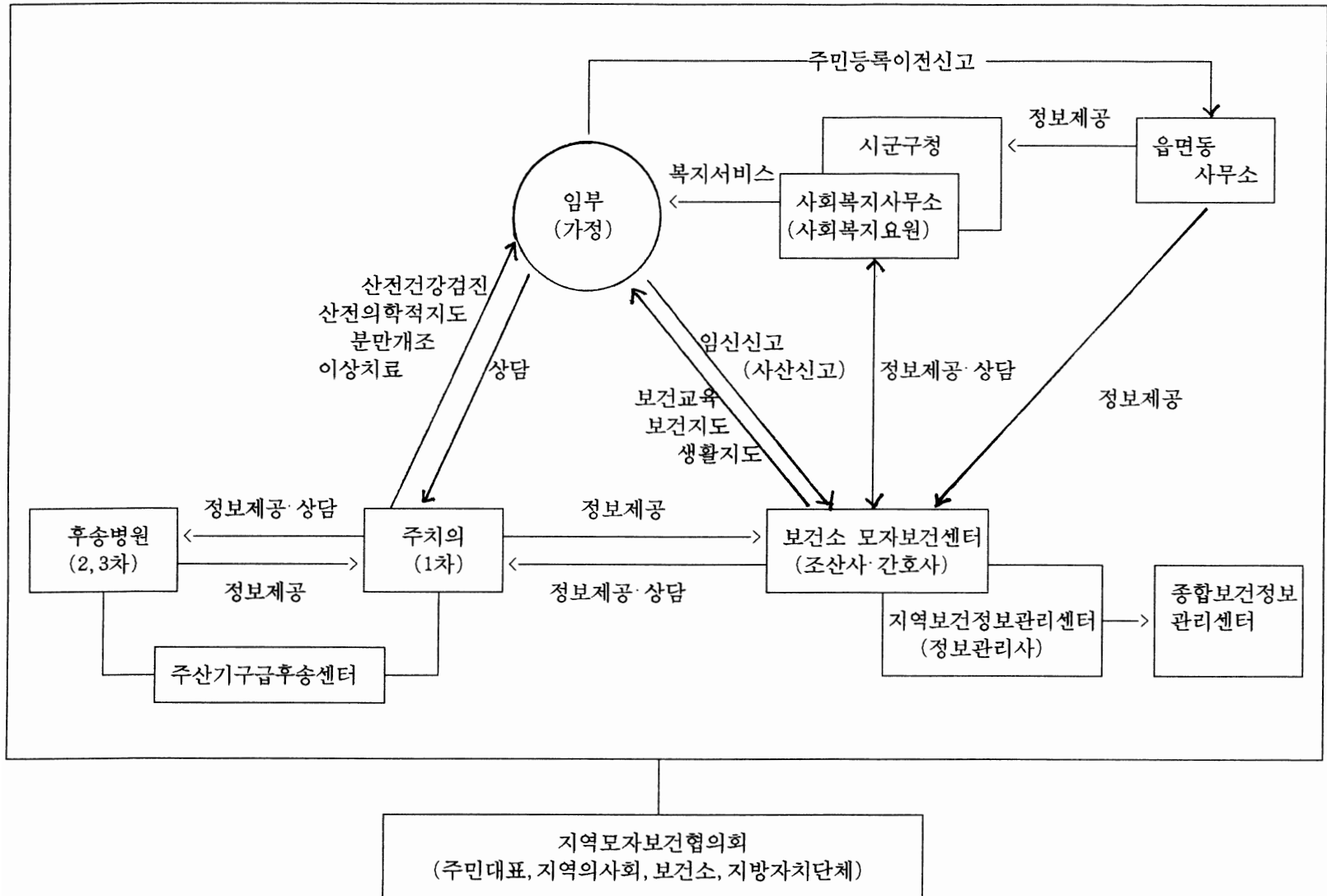


그림 5. 지역임부의 보건관리체계

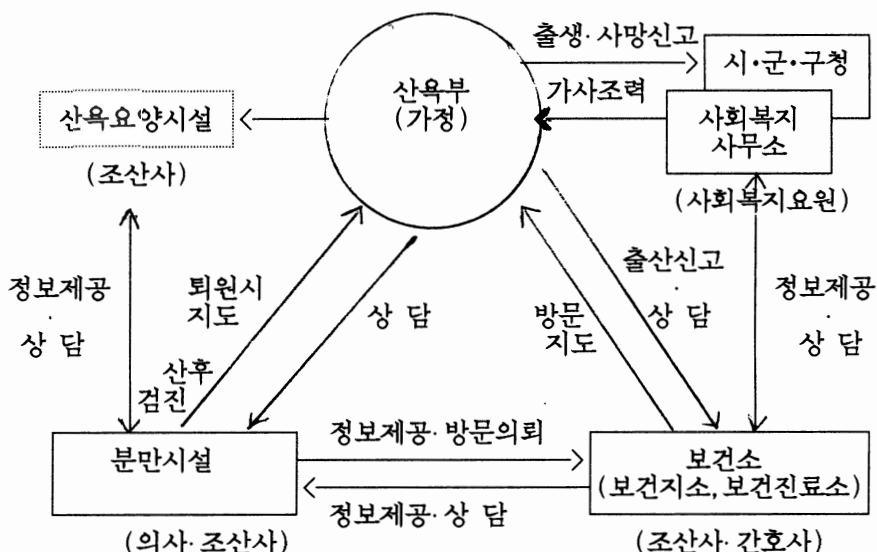


그림 6. 지역산욕부의 보건관리체계

그림 6은 지역모자보건체계내에서의 산욕부 보건관리체계를 고안한 것으로 그 주요 골자는 다음과 같다.

첫째, 분만은 원칙적으로 민간 분만시설에 맡기기로 하며, 임신과 출산은 어느 중증의 질환보다도 큰 위험성이 잠재해 있는 생리적 현상이므로¹¹⁾ 정상분만의 경우라도 반드시 의사 또는 의사 입회하에 조산사가 분만개조를 하도록 한다.

둘째, 장차 핵가족이 더욱 심화되면 분만시설에서 퇴원한 산욕부와 신생아를 일정기간 돌봐주는 산욕요양시설의 필요성이 대두될 것이며, 새 활로의 모색이 요청되는 조산소(민간조직)와 모자보건센터(공공조직)에 이 새로운 기능을 맡기는 것이 좋을 것이다.

11) 송찬호, “산전관리의 현황과 문제점”, 태아건강관리의 최신동향, 1992, p. 4

셋째, 가정에 산육부와 신생아를 돌봐 줄 조력자가 있는 경우이라도 산육기와 신생아기에는 더욱 구체적이고 전문적인 보건지도와 생활지도가 필요하므로 보건소(또는 보건지소, 보건진료소)의 조산사나 간호사는 반드시 산육부 가정방문지도를 주 활동내용에 포함시켜야 한다

4. 지역모자보건체계에 관한 관련자 의식 구조

1) 의식 실태조사 실시 개요

21세기 지역보건·의료·복지체계를 구축하는데 있어 3대 과제는 「참가」, 「연계」, 「정립」이다.¹²⁾ 지금부터는 지역주민은 물론 지역의 보건·의료·복지 관계자들이 적극적으로 참가하여 각기 지역특성과 주민·환자 요구에 부응하려는 목적 정립하에서의 각종 보건·의료·복지서비스의 연계 네트워크 구축이 지역의료시스템에서 불가결한 조건이 될 것이다. 바꾸어 말하면, 그림 7의 개념도에 나타난 것처럼, 보다 많은 사람들이 참가하고, 지역의료시스템 전체의 입장으로 부터 목적과 방침을 정립하며, 각종 보건·의료·복지서비스의 원활한 연계망을 구축하는 것이 21세기 지역모자보건체계에 있어서도 최대 중요과제이다.

따라서 장차 지역모자보건체계를 구축하고자 할때 먼저 이 시스템 속에 참가해야할 보건·의료·제공자들은 이에 대해 어떤 생각을 하고 있는지, 예상되는 장애요인은 무엇인지를 알아보는 것이 필요하다. 이를 위해 본 연구에서는 수요자와 보건·의료·복지서비스 제공자 및 지역 행정담당자를 망라한 본격적인 의견조사에 앞서 공공부문 및 민간부문의 보건·의료서비스 종사자 47명을 대상으로 소규모 설문조사를 실시하였다. 공공부문 보건서

12) 愛知縣醫師會·社會福祉委員會·專門委員會, 전게서, 1990

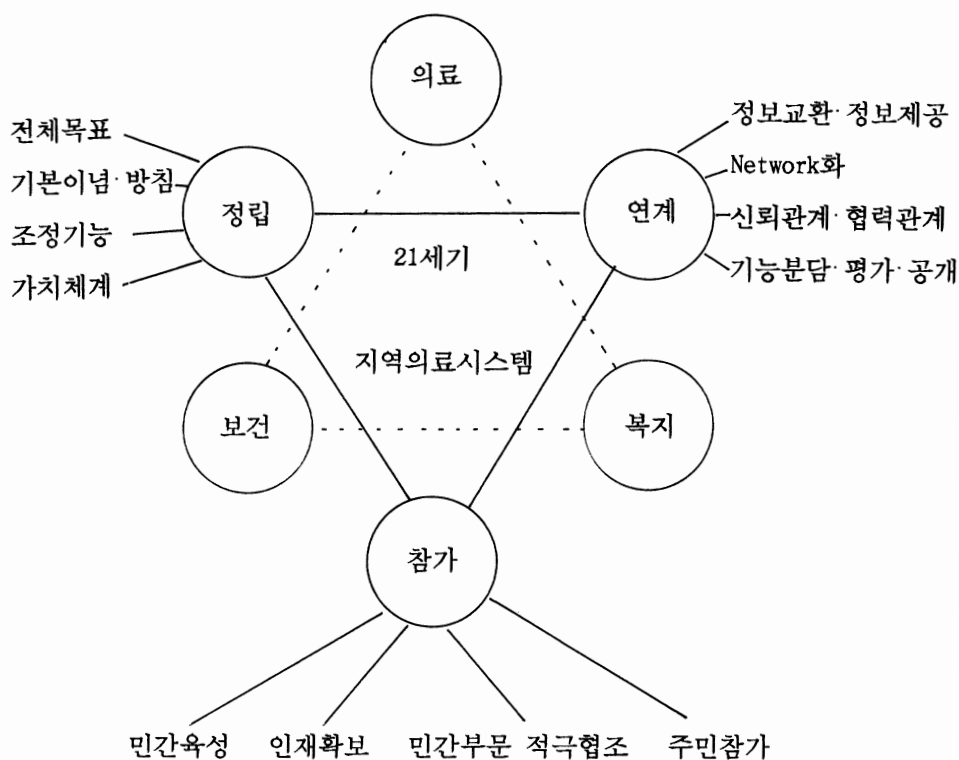


그림 7 지역보건의료복지체계의 전체 개념도

비스 종사자 29명은 전국 시·군·구 보건소의 모자보건서비스 담당자를 대상으로 대도시, 중소도시, 군지역으로 크게 구분하여 임의 추출하였으며, 민간부문 의료서비스 종사자 18명 역시 대한산부인과학회 회원명부(1992)에 실려있는 산부인과 개원의를 중심으로 대도시, 중소도시, 군지역에서 고르게 임의 추출 하였다.

조사항목은 모두 20개로 크게 개인적 특성, 지역모자보건협조체계 구축에 대한 의견, 동료들의 협력 가능성, 타 관계자와의 협력경험, 정보 지원 시스템의 필요성, 지역모자보건사업 추진방향에 대한 의견 및 공공부문의 역할등에 관한 설문으로 구성되어 있다.

표본의 제한성 때문에 보건의료서비스 종사자 전체의 의견으로 일반화할 수는 없으나, 앞에서도 밝힌 바와 같이 본 조사의 목적이 본격적인 의견 조사에 앞서 개략적인 경향을 알고자 하는 것이기 때문에, 공공부문 종사자와 민간부문 종사자로 구분하여 설문조사결과를 집계 분석하였다.

2) 의식 분석결과 및 고찰

(1) 지역모자보건협조체계 구축

지역모자보건협조체계 구축에 대해 “ 꼭 필요하니 조속히 검토해야 한다”는 의견은 공공부문 소속 대상자에서 50.0%, 민간군에서는 44.4%였으며, “필요하다고 생각은 하나 그리 현실적이지 못하다는 의견은 공공군이 46.4%, 민간군이 50.0%로 설문 대상자 대부분이 지역모자보건체계의 필요성을 인식하고 있는 것으로 나타났다(표 2-4).

표 2-4. 지역모자보건협조체계 구축에 대한 의견

	공공	민간
꼭 필요하니 조속히 검토해야 한다	50.0	44.4
필요하다고 생각은 하나, 그리 현실적이지 못하다	46.4	50.0
이상론에 너무 치우친 것 같다	-	5.6
필요 없다	3.6	-
계	100.0	100.0

지역모자보건협조체계 구축시 어떤 조직이 관련자 내지는 관련조직간의 조정역할을 담당하는 것이 가장 적합하겠느냐는 물음에 공공군(82.1%)과 민간군(61.1%) 공히 보건소를 가장 많이 택했으며, 이는 저자들이 개발한 협조체계 기본모형과도 부합되는 결과였다(표 2-5).

표 2-5. 지역모자보건협조체계 구축시 조정역할 담당조직

	공공	민간
의 사회	14.3	16.7
보 건 소	82.1	61.1
시·군·구청	3.6	-
잘모르겠다	-	22.2
계	100.0	100.0

지역모자보건협조체계 추진시 예상되는 장애요인 세 가지를 택하라는 질문에 대한 답변 순위는 표 2-6과 같으며, 공공부문 대상자와 민간부문 대상자간의 인식 차이를 엿볼 수 있었다. 즉, 민간부문 대상자들은 보건소나 시군구청 등 지역행정조직에서의 이해부족과 모자보건 종사자들의 전문지식 부족을 지역모자보건 협조체계 구축의 가장 큰 걸림돌이 될 것이라는 생각에 반해 공공부문 대상자들은 종사자의 의식부족과 인력부족을 더 큰 장애요인으로 꼽고 있었다.

표 2-6. 지역모자보건협조체계 추진시 예상되는 장애요인

	1위	2위	3위	4위
공공	종사자의 의식부족	인력 부족	주민들의 이해부족	추진조직없음
민간	행정(보건소, 시군 구청)의 이해부족	종사자의 전문지식부족	주민들의 이해부족	종사자의 의식부족

지역모자보건체계 구축시 무엇이 가장 중점과제라고 생각하느냐는 질문에 대해서는 표 2-7에 나타난 바와 같이 대상자 양 군에서 다소 일치된 견해를 보이는 부분이 있다. 즉, 순위는 다르지만 공공과 민간부문 공히 관계자간의 신뢰관계 협력관계와 의사의 적극적 참가를 3대 중점과제중에 택했는데, 특히 민간부문 대상자 스스로 의사의 적극적 참가를 중점과제 중의 하나로 택했다는 사실이 흥미롭다.

표 2-7. 지역모자보건협조체계 구축시 중점과제

	1위	2위	3위	4위	5위
공공	관계자간의 신뢰관계 협력관계	보건소간호사 의 증원	의사의 적극적 참가	모자보건 기관의 시설 장비확충	재원확보/ 제도·법규의 정비
민간	재원확보	의사의 적극적참가	관계자간의 신뢰관계 협력관계	제도·법규의 정비	주민의 계몽 참가

(2) 모자보건 관계자와의 협력 경험

모자보건사업에 대한 동료들의 이해도에 대한 질문에 공공 및 민간부
문 대상자 공히 “높은 사람도 있고 낮은 사람도 있다”는 답변이 가장 많았
으며(공공 69.0%, 민간 55.6%), 지역모자보건협조체계 구축시 동료들의 협력
가능성에 대해서는 공공 및 민간부문 대상자 공히 “협력을 얻기 위해 충분
한 시간을 들여 설득할 필요가 있다”는 답변이 가장 많았고(공공 51.7%, 민
간 55.6%), “많은 동료에게서 충분한 이해와 협력을 얻을 수 있다”는 긍정
적인 답변도 공공 34.5%, 민간 22.2%로 상당 부분을 차지하였다(표 2-8 및
표 2-9).

표 2-8. 모자보건사업에 대한 동료들의 이해도

	공공	민간
매우 높다.	3.4	-
높은 사람도 있고 낮은 사람도 있다.	69.0	55.6
이해도가 낮다.	27.6	38.9
잘모르겠다.	-	5.6
계	100.0	100.0

표 2-9. 지역모자보건협조체계 구축시 동료들의 협력가능성

	공공	민간
많은 동료에게서 충분한 이해와 협력을 얻을 수 있다	34.5	22.2
충분한 시간을 들여 설득할 필요가 있다	51.7	55.6
이해와 협력을 얻기가 매우 어렵다고 생각한다	13.8	22.2
계	100.0	100.0

한편, 모자보건서비스 제공시 타 관계자와의 협력 경험에 대한 질문에서 공공부문에서는 “의논이나 회합 등을 가진 적은 있다”는 답변이 가장 많았으며(46.4%), 민간군에서는 “협력을 해 본 적도 의논을 해본 적도 없다”는 답변이 가장 많았으나(38.9%) “협력해서 실천한 적이 있다”라는 답변도 33.3%나 되었다(표 2-10).

표 2-10. 모자보건서비스 제공시 타 관계자와의 협력경험

	공공	민간
협력해서 실천해 본 적이 있다	21.4	33.3
의논이나 회합 등을 가진 적은 있다	46.4	27.8
협력해 본 적도 의논해 본 적도 없다	32.2	38.9
계	100.0	100.0

또한 타 관계자와의 의사소통 경험에 대한 질문에서 공공부문은 “조금 교류가 있다(64.3%)”를 가장 많이 택했으며, 민간부문에서는 “전혀 교류가 없다(44.4%)”가 가장 많기는 했으나 “조금 교류가 있다”도 38.9%나 되었다(표 2-11).

표 2-11. 타 관계자와의 의사소통 경험

	공공	민간
충분한 상호교류와 협력의식이 있다	7.1	16.7
조금 교류가 있다	64.3	38.9
전혀 교류가 없다	28.6	44.4
계	100.0	100.0

따라서, 표 2-10에서 표 2-11까지에 나타난 결과로 설문대상자들의 의식실태를 미루어 짐작할 때 지역내 모자보건 관계자간의 협력 내지 의사소통이 그렇게 비관적이지만은 않다고 본다.

(3) 연계조건 및 과제

지역내 모자보건 관계자간의 협력추진시 필요한 조건이나 과제가 무엇이라고 생각하느냐는 질문에 대해서는 공공 및 민간부문 대상자가 거의 일치된 견해를 보였으며, 양측 모두 1위 '적절한 기능분담', 2위 '상호신뢰의 확립', 3위 '사회적 사명감·책임감'을 가장 필요한 연계조건 또는 과제로 택했다(표 2-12).

표 2-12. 관계자간의 협력추진시 필요한 조건이나 과제

	1위	2위	3위	4위	5위
공공	적절한 기능분담	상호신뢰의 확립	사회적 사명감 책임감	주민 환자의 적극 참가	각종제도 법규의 정비
민간	적절한 기능분담	상호신뢰의 확립	사회적 사명감 책임감	상호기능 공개	경영기반 채산성 확보

(4) 지역모자보건정보시스템 설치

지역모자보건정보시스템 설치에 대한 질문에 대해서는 공공및 민간부문 대상자 공히 "보건소가 중심이 되어 추진하는 것이 좋다"는 의견이 가장 많았으며(공공 48.3%, 민간 38.9%), 양측 대상자 거의 대다수가 정보시스템 마련의 필요성을 인식하고 있는 것으로 나타났다(표 2-13).

표 2-13. 지역모자보건정보시스템 설치에 대한 의견

	공공	민간
일차의료를 담당하는 의사 및 의사회가 중심으로 된 정보시스템을 계획 운영해야 된다.	10.3	22.2
보건소가 중심이 되어 추진하는 것이 좋다.	48.3	38.9
어디가 중심이라고 하기 보다는 지역관계자가 일치 협력하여 추진하는 것이 좋다.	27.6	27.8
필요하다고는 느끼나 아직 이른 이야기다.	6.9	5.6
잘모르겠다.	3.4	-
기 타	3.4	-
계	100.0	100.0

지역모자보건서비스 제공시 어떤 정보의 지원이 필요하다고 생각하는냐는 질문에 대해서는 표 2-14와 같이 다소 순위는 다르나 공공 및 민간부문 대상자 양측 모두 의료기관 기능가동상황, 주민동태(출생, 사망, 이주 등), 보건시설 등을 택해 대체로 비슷한 의견 분포를 보이고 있었다.

표 2-14. 지역모자보건서비스 제공시 필요한 정보

	1위	2위	3위	4위	5위
공공	의료기관 기능가동상황	주민동태(출생 사망 이주 등)	보건시설	주민의 건강진단	의료제도
민간	보건시설	의료기관 기능가동상황	복지시설 기능이용	주민동태(출생 사망 이주 등)	복지제도

전술한 소규모 의견조사를 통해 모자보건서비스 관계자들이 제시한 지역모자보건협조체계 구축시 예상되는 장애, 과제 및 그 구체적 대책을 종합해 보면 그림 8과 같다.

<지원의 측면>	<과제, 대책>	<장애, 문제점>
인력면	보건의료 간호사의 증원	인력부족
정보면	적절한 정보제공	정보지원체계미비
기술면	보수교육강화	종사자의 전문지식 부족
설비면	모자보건기관의 시설 장비 확충	시설부족
경제면	재원확보 경영기반, 재산성의 확보	의료종사자의 낮은보수 낮은 의료보험수가
교육면	관계자간의 신뢰관계 주민의 계몽, 참가	종사자의 의식부족 주민들의 이해부족
조직면	의사 및 행정의 적극참가 실행력있는 추진조직만들기	행정의 이해부족 추진조직없음
제도면	제도, 법규의 정비	제도, 법규의 미비

그림 8 지역모자보건협조체계 구축시 예상되는 장애 및 대책

제 3 장 모자보건 의료자원 현황

인력과 시설은 의료부문에서 핵심적인 자원이다. 모자보건서비스 중에서 전문인력 및 장비가 가장 많이 요구되고 1, 2, 3차 의료전달체계가 제대로 구비되어야 하는 부분이 주산기의료(周産期 醫療)부분이다. 따라서 1차 의료기관에서 모체 및 태아의 합병증이 우려되어 보다 전문적인 의료기관에서 관리·출산되는 것이 적합하다고 판단되는 고위험 임신은 2차병원으로 이송되고, 2차기관에서도 자체시설로 치료가 어려운 경우는 3차병원으로 신속히 후송될 수 있는 주산기 의료전달체계가 지역별로 구비되어야 한다.

그런데 민간 의료기관은 공공기관과는 달리 채산성을 고려하여 의료시설 및 인력에 관계없이 모자보건서비스 내용을 변동하거나 융통성있는 운영을 할 수 있기 때문에 현행 의료전달체계상 구분된 1차의원, 혹은 3차 병원이 곧 1차, 3차 모자보건서비스를 공급하는 기관으로 간주하기는 어려울 것이다. 바로 이러한 가정하에서 모자보건 시설 및 서비스 공급현황에 관하여 본 조사가 시도되었다. 따라서 모자보건시설 및 인력이 실제 의료현장에서 어느수준의 모자보건서비스를 공급하고 있는지, 그 유효 공급수준을 파악하는 것은 효율적인 인력과 시설 활용 측면에서 매우 중요한 의미를 지닌다고 하겠다.

1. 조사방법 및 내용

1) 조사방법

앞으로 지방자치시대를 맞이하면 지역사회의 모자보건시설 및 서비스 공급기능과 관련된 정보는 관할 보건소에서 파악, 관리하여야 할 필요가 있게 되므로 모자보건 의료자원 현황에 관한 내용은 시·군·구지역의 보건소를 대상으로 표 3-1과 같은 방법을 통하여 자료를 수집하였다.

표 3-1. 모자보건 의료자원 현황에 대한 조사방법

구 분	조 사 방 법
1) 지역 일반특성 :	보건소 우편설문조사*
2) 모자보건 관련시설 및 기능 :	
- 공공부문	[보건소 우편설문조사* 기존 행정자료 관련 문헌고찰 사업관계자와의 전화면접조사
- 민간부문	— 보건소직원에 의한 우편, 전화, 직접방문조사 (표3-2 참조)

상기 1)지역특성과 2)모자보건 관련시설 및 기능 중 공공부문의 ‘보건소 우편설문조사*’는 전국의 268개 보건소에 기 개발된 조사표를 송부하여 보건소에서 작성하도록 하였고, 2)모자보건 관련시설 및 기능 중 민간부문의 조사는 보건소 예방의약계(의약과)직원이 관할 지역내 기관을 직접 조사하여 작성하도록 하였다. 이는 ‘의료법에 의한 허가 및 개설신고 처리’ 등과 같은 민간 의료기관과 연계된 업무가 보건소 조직내 예방의약계(의약과)에서 담당하고 있기 때문에 민간의료기관에 대한 자료수집이 보다 용이할 것이라 판단되었기 때문이다.

조사내용에 대한 이해도 및 조사효과를 높이기 위하여 민간 의료기관이 많이 소재하고 있는 ‘시’ 및 ‘구’ 보건소(예산상 30개 지역) 의약과장 및 예방의약계장 (또는 가족보건계장)을 소집, 조사실시에 대한 사전교육을 실시하였는데, 이 때 조사방법은 보건소에 대한 민간 의료기관의 협조 정도와 지역적 여건에 따라 각 보건소에서 적합한 방법을 채택하여 실시하자는 의견이 일치되어 자율에 맡겨 실시되었다. 지역별 조사방법을 표 3-2에서 보면 대부분의 보건소에서는 ‘전화’를 주로 활용, 의료기관의 산부인과

담당간호사를 통하여 자료가 수집되었고 그 다음으로는 대도시의 경우는 '우편'이, 시지역과 군지역은 '직접방문'을 한 경우가 많았으며 보건소 기존자료 및 민간기관 이용자를 통하여 의료기관의 기능 수행 여부를 파악한 경우도 있는 것으로 나타났다. 따라서 표 3-2에 나타난 바와 같이 많은 보건소에서 보다 자료의 정확성과 완전성을 기할 수 있는 직접방문조사를 하지 않았다는 점과 연구진에 의한 재확인 절차가 따르지 못했다는 점이 본 조사의 제약점이라 볼 수 있는데, 이를 보완하기 위해 기존 통계자료와 '대한의학협회'의 회원명단을 참조하였고 의문이 가는 기관은 연구진이 직접 전화하거나 우편 등을 통하여 자료를 보충하였다.

조사시기 및 기간은 1992년 6월부터 7월까지 2개월 동안이었다.

표 3-2. 보건소별 민간부문 모자보건 관련시설 및 기능에 대한 조사방법.

	구보건소 (N= 53)	시보건소 (N= 69)	군보건소 (N=129)
전 화	48.1	41.3	62.1
우편(공문)	13.0	11.0	0.6
직접방문	8.4	28.4	24.7
우편, 전화	11.4	3.2	0.6
우편, 직접방문	0.8	-	-
전화, 직접방문	1.5	3.2	1.2
기 타*	16.8	12.9	10.8
계	100.0	100.0	100.0

* 보건소 기존자료를 이용하거나 의료기관 이용자를 통해 자료수집함.

2) 자료수집

조사표 송부 결과, 전국 268개 보건소 중 17개 지역을 제외한 251개 지역에서 보건소 우편설문조사와 보건소직원에 의한 민간부문조사 자료 수집, 93.7%의 회수율을 보였다. 지역별 자료수집 현황은 표 3-3과 같다.

표 3-3. 지역별 조사표 수집 현황

지역	조사대상 지역수	자료수집 지역수	자료 미수집 지역수 (지역명)
계	268	251	17
구	56	53	3 (서울 용산구 / 부산중구, 해운대구)
시	76	69	7 (경기 안산시 / 경북 김천시, 경주시/ 경남 밀양시, 삼천포시/ 제주 제주시/ 충남 계룡출장소)
군	136	129	7(경기 연천군 / 강원 횡성군 / 전남 무안군, 영광군, 함평군/경북 안동군/경남 함양군

위 251개 지역에서 수집된 민간부문 자료수집 현황을 의료기관별로 보면 표 3-4와 같다.

표 3-4. 의료기관별 모자보건 관련시설 및 기능에 대한 자료수집 현황

(단위:개소)

	3차 의료 기관	2차의료기관		1차의료기관		조산소
		종합병원	병원	산부인과의원	일반의원*	
조사대상 수 (가)**	30	201	326	1,620	?	267
자료수집 수 (나)	28	179	209	1,400	700	154
수집률(나/가×100)	93.3	89.1	64.1	86.4	?	57.7

* 대상: 산과 서비스를 제공하는 일반의원 .

** 보건사회부, 보건사회통계연보, 1992와 본조사 자료를 이용함.

3) 조사내용

(1) 지역특성: 총인구수, 0세인구수, 시인접여부, 의료기관 현황 등

(2) 모자보건 관련시설 및 기능

조사내용의 범위는 모자보건서비스 중에서 특히 고위험 관리와 계속적 관리가 중시되는 주산기(perinatal period)를 중심으로 하였다.

가. 공공부문: 모자보건 관련 인력수

모자보건센터 분만개조 기능

초음파진단기 보유여부 등.

나. 민간부문: 주산기의료 지역화의 세계적인 지침서인 “Toward Improving Outcome of pregnancy”(1976)에 따르면 주산기 의료는 그 기관의 기능에 따라 Level 1, 2, 3의 다음과 같은 세 단계로 구분하고 있다.¹³⁾

Level 1: 지역모자보건센터 기관으로서 고위험 임신, 고위험 태아의 발견, 이송, 정상임산부, 신생아의 관리를 주 기능으로 하는 기관.

Level 2: 산과 합병증, 신생아 질환의 대부분을 처리할 수 있는기관.

Level 3: 주산기의 모든 시설이 갖추어져서 전 임신부, 태아, 신생아 질환을 처리하고, 지역 주산기관리 통계, 요원의 교육 및 연수, 그리고 연구를 할 수 있는 기관으로 되어 있다.

13) 대한가족계획협회, 모자보건, 1989, P. 34

상기 내용을 기초로 산부인과 전문의 및 주산기학 전문가의 자문을 통하여 각 단계를 구분할 수 있는 가장 기본적인 서비스를 조사항목으로 선정, 민간부문 시설 및 기능에 대한 조사표가 개발되었다. 조사내용은 다음과 같으며, 그 수행 또는 실시여부를 조사하였다.

- Level 1: 임부 혈액검사
 - 초음파 진단
 - 정상 질식분만개조(주간, 야간)
 - 정기적인 보건교육 실시, 또는 상담실 운영
- Level 2: 제왕절개 시술
 - 정기적인 보건교육 실시 또는 상담실 운영
- Level 3: OICU(산과 중환자 집중치료 기능)
 - NICU(신생아 집중치료 기능)
 - 양수천자
 - 정기적인 보건교육 실시 또는 상담실 운영

이상의 각 서비스에 대해 다음과 같은 계산식을 이용, 대도시, 시, 군 지역별로 보건의료기관별(1차, 2차, 3차) 유효 공급수준을 산출하였다.

$$\frac{\text{해당 모자보건서비스 실시(수행)기관수}}{\text{모자보건 관련기관 설치 수}} \times 100 = \text{해당 모자보건서비스 공급율(\%)}$$

2. 모자보건 의료시설 현황 및 지역별 특성

1) 공공부문

공공 의료시설의 근간이라 할 수 있는 시·도립병원은 1980년대에 민영화 방침에 의해 지방공사로 전환되었고,¹⁴⁾ 국립의료원은 의료비 지불 측면에서 공공의 요건이 충족되지 못하기 때문에 공공기관의 범주에 포함하기 어려운 시설이다. 그외 특수 전염성질환(결핵, 나병, 정신병)관리를 위한 시설과 특정대상(경찰, 군인, 산업근로자) 병원등이 있는바, 이 역시 모자보건 대상을 위한 시설이 아니어서 공공 모자보건 사업기관으로는 시·군·구 지역내 설립된 보건소가 주축인 셈이다.

모자보건사업과 관련된 의료시설 현황을 보면 표 3-5와 같다. 공공 모자보건시설로는 전국 시·군·구 행정구역마다 설치된 보건소가 있고 1981년 의료인력(공중보건의 및 진료보조원) 및 시설을 보강하여 강화된 보건지소, 의료취약지역에 설치된 보건진료소, 그리고 시설분만 유도를 위해 보건소 조직내 설립된 모자보건센터와 보건의료원을 들 수 있다.

표 3-5. 공공부문 모자보건 관련 의료시설 현황

(단위: 개소)

	시	군	전국
보건소	130	136	266
보건지소	-	1,329	1,329
보건진료소	-	2,039	2,039
모자보건센터	6	71	77
보건의료원	-	15	15

출처: 보건사회부, 보건사회통계연보, 1992

14) 신영수외, 공공 의료기관 통합운영방안 연구, 1990, p.9.

지역별 분포를 보면 1992년 1월 현재, 시지역에는 130개의 시·구 보건소가 있으며, 이중 6개 지역에는 모자보건센터가 설치되어 있다. 군지역에는 136개 보건소와 1,329개소의 보건지소, 2,039개소의 보건진료소가 있으며 이중 71개 지역에는 모자보건센터, 15개지역에는 보건의료원이 설립되어 있어, 군지역에 공공 의료시설 공급이 치중되어 있음을 알 수 있다.

2) 민간부문

우리나라에서는 그동안 의료분야에서 필요로 하는 만큼의 충분한 전문인력을 확보하는데 많은 관심과 노력을 경주하여 왔다. 그간 모자보건분야도 관련 전문인력 배출 및 의료시설의 확충으로 인하여 양적인 확대는 물론 최신장비 도입으로 의료기술 분야에서도 눈부신 발전을 거듭하여 왔으며, 민간부문에서 모자보건사업의 주도적 역할을 담당하고 있다.

민간 모자보건 의료시설로는 종합병원, 병원(‘산부인과’가 진료과목에 포함되어 있는 병원)과 산부인과 및 소아과 전문의원, 조산소, 그리고 가정의 또는 일반의에 의한 의원 등이라 볼 수 있다. 병원(종합병원 포함)부문은 현재 우리나라의 전체 의료서비스 공급 중 절반 정도를 차지하고 있는데 ¹⁵⁾ 표 3-6에서 민간의료기관의 지역적 분포를 보면 종합병원의 90%, 병원의 80%정도가 시지역에 분포되어 있으며 산부인과 의원과 소아과 의원 역시 95%정도가 시지역에 편중되어 있어 산부인과 및 소아과 전문의들의 군지역에 대한 개원 기피현상을 알 수 있다.

15) 양봉민외, 병원규모별 전문인력 및 직종별 적정인력 산출, 1991, p1.

표 3-6. 민간부문 모자보건 관련 의료시설 현황

(단위: 개소)

	시	군	전 국
	수 (%)	수 (%)	수 (%)
종합병원	208(90.0)	23(10.0)	231(100.0)
병 원	260(79.8)	66(20.2)	326(100.0)
산부인과의원*	1,554(95.9)	88(4.1)	1,620(100.0)
소아과의원*	1,100(95.2)	55(4.8)	1,155(100.0)
조산소	234(87.6)	33(12.4)	267(100.0)

출처) 보건사회부, 보건사회 통계연보, 1992.

* 본 조사자료에 1991년 조사자료를 보충한 것임.

이처럼 다양한 형태의 모자보건 시설이 과연 지역내에 어떻게 배치, 구성되어 있는지 이들 민간의료기관의 분포현황을 시·군·구 단위로 살펴보면 표 3-7과 같다. 병원이나 산부인과 및 소아과의원이 지역내 개설되어 1차, 2차 모자보건 문제가 지역내에서 해결된다고 볼 수 있는 지역은 전국 251개 지역 중에서 47.4%로 절반 정도이다. 지역별로 보면 대도시와 시지역('구' 또는 '시'지역내)의 경우가 각각 90.6%, 89.8%인 반면 군지역은 56.5%로 낮다. 129개 군지역 중에는 산부인과 전문(산부인과 전문의에 의한 진료)의원이 없는 지역이 34.1%, 소아과 전문(소아과 전문의에 의한 진료)의원이 없는 지역이 37.2%로 나타나, 현재 군지역의 1/3 이상은 산부인과전문의와 소아과전문의가 없는 것으로 볼 수 있다. 이 중 18.6%는 산부인과 및 소아과전문의는 물론 모자보건서비스를 제공하는 일반의원이나 조산소조차도 없는 지역이다.

'대도시(구'지역)의 1.9%도 관련 의료기관이 전혀 없는 것으로 나타나고 있는데, 이는 '구'지역내에서 '구'로 분리되면서 나타난 현상이기 때문에 동일 시내 의료기관을 이용하는데는 전혀 문제가 되지 않는다고 본다.

표 3-7. 지역별 민간 모자보건 의료기관 분포 현황

	전국 (N=251)	구 (N= 53)	시 (N= 69)	군 (N=129)
병원·산부인과·소아과·조산소	19.9	43.4	34.8	2.3
병원·산부인과·소아과	27.5	43.4	44.9	11.6
병원·산부인과·조산소	1.6	--	4.3	0.8
병원·산부인과	9.2	3.8	5.8	13.2
병원·조산소	0.8	--	--	1.5
병원·소아과	1.2	--	--	2.3
병원	12.7	--	--	24.8
산부인과·소아과·조산소	2.4	3.8	2.9	1.5
산부인과·소아과	4.4	1.9	5.8	4.7
산부인과	2.0	1.9	--	3.1
소아과	0.4	--	1.5	--
일반의원·조산소*	0.8	--	--	1.5
일반의원*	6.8	--	--	13.2
조산소*	0.4	--	--	0.8
없음*	9.9	1.9	--	18.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0

* 산부인과·소아과전문의가 없는 지역에 한하여 일반의원(일반의에 의한 모자보건 서비스 기관)유무를 구별하였음.

민간 모자보건시설이 지역내 개원하고 있는 경우, 지역내 어느정도 집중되어 있는지를 보면 표 3-8과 같다. 종합병원이 '구'지역내 5개소 이상 설립된 경우가 11.3%, 시지역내에는 1.5%이었으며 병원이 5개소이상 설립된 경우가 구지역내 13.2%, 시지역 2.9%로 나타나 대도시 지역내에서도 종합병원 및 병원이 편중되어 있음을 알 수 있다. 동 표에서 군지역에는 산부인과 의원이 1-2개소 있는 지역이 대부분인 반면, 대도시 '구'지역, 시지역내에는 산부인과 의원이 10개소이상 설치되어 있는 경우가 각각 53.0%, 22.0%나 되었다.

표 3-8. 지역별 민간 의료기관 수

	전국 (N=251)	구 (N=53)	시 (N=69)	군 (N=129)
<종합병원>				
없음	56.6	24.5	29.0	84.5
1개소	26.3	28.4	44.9	15.5
2개소	6.7	13.2	14.5	-
3개소	3.2	11.3	2.9	-
4개소	4.4	11.3	7.2	-
5개소이상	2.8	11.3	1.5	-
<병 원>				
없음	48.6	30.2	46.4	57.4
1개소	32.6	20.7	31.9	38.0
2개소	8.8	18.9	10.1	3.9
3개소	4.8	11.3	7.2	0.7
4개소	1.6	5.7	1.5	-
5개소이상	3.6	13.2	2.9	-
<산부인과의원>				
없음	33.1	1.9	1.4	62.8
1-3개소	28.3	7.6	33.3	35.7
4-6개소	7.9	5.7	20.2	1.5
7-9개소	6.4	11.7	23.1	-
10-12개소	5.2	13.2	5.7	-
13개소이상	19.1	39.8	16.3	-
<조산소>				
없음	64.5	26.4	55.1	85.3
1-2개소	25.5	45.2	33.4	13.2
3-4개소	6.0	15.1	7.2	1.6
5-6개소	3.2	9.5	4.3	-
7개소이상	0.8	3.8	-	-
계	100.0	100.0	100.0	100.0

산부인과 및 소아과전문의 인력은 매년 180여명이 배출되고 있는데¹⁶⁾ 표 3-9는 그동안 이들이 산부인과 및 소아과전문의가 없는 군지역으로 어느정도 진출하였는지를 살펴본 것으로 본 조사결과를 1988년도, 1991년도와 비

16) 대한의학협회, 전국 회원실태조사 보고서, 기획연구실, 1989-1991, p8

교한 것이다.

산부인과 개원 전문의가 있는 군지역은 1988년에는 37.5%, 1991년에는 36.8%, 그리고 동 조사에서는 37.2%로 계속 비슷한 추이를 보이고 있다. 소아과 개원 전문의가 있는 지역은 1988년에는 32.4%, 1991년에는 31.6%, 1992년에는 22.5%로 계속 감소추세를 보이고 있는데, 이는 시지역의 고용기회 증가로 인한 20-30대 연령층의 높은 향도이농현상으로 인하여¹⁷⁾ 출산 연령층 감소와 함께 영유아 계층이 감소하기 때문에 나타난 결과로 풀이된다. 동 수치는 1988년, 1991년도와 비교해 볼때, 자료의 출처가 달라 다소 차이가 있을 수 있지만 그동안 배출된 전문의 인력이 유효수요가 높은 시지역에 계속적으로 진출함에 따라 산부인과 및 소아과전문의 인력이 없는 군지역에 개원하는 경우는 매우 드문 것으로 나타났다. 즉, 그 동안 끊임없이 지적되어 온 군지역 주민들의 전문 의료시설 접근도에는 별다른 발전이 없었음을 알 수 있다

표 3-9. 산부인과 및 소아과 전문의의 군지역 개원 추이
(1988년, 1991년, 1992년)

	'88 ¹⁾ (N=136)		'91 ¹⁾ (N=136)		'92.62) (N=129)	
	산부인과	소아과	산부인과	소아과	산부인과	소아과
개원지역	37.5	32.4	36.8	31.6	37.2	22.5
미개원지역	62.5	67.6	63.2	68.4	62.8	77.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

N: 군지역수

출처) 1)대한의학협회, 회원명단(설치기관 주소 참고)

2)본 조사자료

17) 정기원, 인구이동의 실태와 전망, 우리나라 인구변동의 분석, 한국보건사회연구원, 1990, pp.207-249

3. 모자보건서비스 공급현황

질적인 의료서비스를 제공하기 위해서는 시설 및 장비, 기자재 구비와 자격을 갖춘 인력이 확보되었을 때, 기술적으로 적절한 수준에 도달할 수 있다. 이에 본 절에서는 산과(産科) 관련서비스 수행실태를 살펴 보았다.

1) 공공부문

공공보건의료기관의 기능은 크게 보건의료정책과 관련된 행정적 기능 및 재정기능, 그리고 보건의료서비스를 직접 생산·제공하는 기능으로 나뉘어 지는데, 본 절에서는 보건의료서비스 중 직접적인 모자보건 서비스제공 현황에 대하여 언급하고자 한다.

공공보건의료기관인 보건소(모자보건센터 포함), 보건지소, 보건진료소는 정부에서 이들 조직별로 시설과 업무범위를 규정하고 있으므로(표 3-10참조), 해당 인력의 개인차에 따라 약간의 기술적 차이는 있을 수 있으나 대체적으로 모자보건서비스 제공내용 및 수준은 조직별로 대동소이하다.

표 3-11은 지역별로 보건소내 산부인과전문의 배치실태를 본 것이다. 전국 251개 보건소 중 10%의 보건소에는 산부인과전문의가 배치되어 있는 것으로 나타났는데 지역별로 보면 대도시가 18.9%로 가장 높고 군지역 11.7%로 그 다음으로 나타났다. 산부인과전문의가 배치된 군지역중 5개지역(화천군, 천안군, 청원군, 곡성군, 함안군)은 민간부문의 산부인과 전문의가 없는 지역으로 공공기관에서 동 지역에 이들 전문인력을 투입하였다는 것은 매우 고무적이다. 공공기관의 '의사'인력이라면 의과대학을 바로 졸업한 공중보건의가 대부분인데, 사실상 이들은 기술 및 훈련부족을 이유로 대부분 모성보건 서비스분야에 관여하고 있지 않는 실정으로¹⁸⁾ 현재 대부분

18) 김혜련외, 농촌지역 모자보건사업 개선방안연구, 한국보건사회연구원, 1991, p.153.

의 보건소 및 모자보건센터에서는 간호사 또는 조산사가 1차적인 관리를 수행하고 있으므로 의료취약지역에 산부인과전문의 인력투입은 공공기관의 활성화에 지름길이다.

표 3-10. 공공 보건의료기관 모자보건인력별 업무분장

의료요원	업 무 분 장
의 사	- 임신부의 산전·산후관리 및 분만관리와 응급처치 - 영유아에 대한 예방접종 및 건강관리 - 임신부·영유아 건강진단 - 보건에 관한 지역주민 지도계몽 및 의료지원 - 센터요원에 대한 가족계획 시술지도 - 임신부·영유아의 영양지도 - 피임시술 - 기타 이와 관련된 업무
조 산 사	- 분만개조(정상 질식분만) - 임신부의 산전·산후관리 - 가족계획 상담지도 및 시술 - 일선보건요원 업무의 기술지도 - 임신부·영유아 예방접종 및 영양지도 - 기타 이와 관련된 업무
간 호 사	- 임신부의 산전·산후관리 - 모자보건 및 가족계획상담 지도 - 가족계획 시술 및 관리 - 영유아의 예방접종 및 건강관리 - 피임약제·기구 보급 - 각종 기록서식 및 보고서 작성 - 기타 이와 관련된 업무
간호조무사	- 조산원 및 간호원의 업무보조 - 기타 이와 관련된 업무

표 3-11. 지역별 보건소내 산부인과전문의 배치실태

	전국	대도시	시	군
없음	90.0	81.1	100.0	88.3
1명	9.6	18.9	-	10.9
2명	0.4	-	-	0.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(보건소수)	(53)	(69)	(129)	(251)

공공 보건의료기관의 중추적인 역할을 담당하고 있는 보건소에서는 1990년 이후부터, 진료서비스이외에 '선천성 대사이상 검사'를 무료로 실시하여 왔으며('92년도 대상: 20,100명 출생아, 정부예산: 282백만원)¹⁹⁾ 모자건강에 대한 교육프로그램으로 '모자건강교실'이 개설·운영되어 왔다. 동 사업들은 모자보건서비스 중 유일하게 민간기관과 경쟁이 되지 않는 사업으로 보건소 모자보건서비스 확대의 일면으로 볼 수 있는데 동사업 수행여부를 포함한 1차 모성보건서비스 실시율을 지역별로 보면 표 3-12와 같다.

동 표에서도 B형간염 항원·항체 검사는 전국의 보건소에서 모두 실시하고 있었으며, 초음파진단은 대도시 보건소의 경우가 실시율이 가장 높아 47.2%이고 그 다음이 군지역으로 나타났다(36.4%). 모자보건센터가 53.5%의 보건소에 설치된(129개소 중 69개소) 군지역 보건소의 분만개조 공급기능을 보면 주간(09:00-18:00)의 경우는 41.1%이고 야간은 이보다 낮아 31.0%이다.

1990년, 1991년도의 모자건강교실 운영실태를 보면 정기적으로 운영되고 있는 보건소가 대도시지역의 경우 92.2%, 시지역은 97.0%, 그리고 군지역은 87.0%로 나타난 바 있다.²⁰⁾

19) 보건사회부, 가족보건사업계획, 1992, p. 51

20) 김혜련 외, 전게서, 한국보건사회연구원, 1991, p. 83.

표 3-12. 보건소(모자보건센터포함)의 일부 모성보건서비스 수행률*

	대도시 (N=53)	시 (N=69)	군 (N=129)
B형간염 항원·항체검사	100.0 ²⁾	100.0 ²⁾	100.0 ¹⁾
초음파 진단	47.2	24.6	36.4
정상 분만개조:주간	5.7	7.2	41.1
야간	3.8	4.3	31.0
모자건강교실 운영	92.2 ²⁾	97.0 ²⁾	87.0 ¹⁾

* $\frac{\text{해당 서비스 미 실시 보건소 수}}{\text{보건소 수}} \times 100$

- 1) 김혜련외, 농촌지역모자보건사업 개선방안연구, 1991.
- 2) 임종권외, 도시보건소 모자보건사업 운영개선연구, 1991.

한편 1985년부터 운영되어 온 89개 모자보건센터(12개소는 1988년 보건 의료원으로 통·폐합됨)는 의료취약지역 대상자의 모자보건서비스에 대한 수요를 만족시킬 수 있으리라 생각되었으나, 1989년 7월 전국민의료보험 실시 이후 병·의원 이용에 소요되는 의료비가 상대적으로 적어짐에 따라 주민들의 선호는 민간기관으로 기울게 되었고 이로 인하여 모자보건센터의 기능은 상대적으로 위축 되어, 인력 및 장비의 유향화 현상을 초래하게 되었다. 특히 하루 24시간 운영이 요구되는 분만개조 기능은 3교대가 필요한 조산사 인력과 예산투자가 요구되어 센터의 존립을 위협할 정도가 되었으며, 그 이용실적은 1990년 센터 1개소당 월 평균 6.3건에서 1991년 4.9건으로²¹⁾ 급격히 감소하였다. 이에 정부에서는 올해 지역적으로 실적이 매우 낮은 센터에 대하여 분만개조기능을 자율적으로 수행하도록 운영지침을 개정한 바

21) 임종권 외, 도시보건소 모자보건사업 운영개선연구, 한국보건사회연구원, 1991, p.82.

22) 보건사회부, 전국 모자보건센터 보고실적 자료, 1990

있는데, 모자보건센터의 분만개조 수행여부 조사결과 표 3-13과 같다. A형(의사: 1명, 조산사: 3명, 간호사: 4명, 간호조무사: 7명의 인력으로 구성) 센터 25개소 중 4개소는 분만개조 업무를 전혀 수행하고 있지 않고 있으며, 1개소(목포시)는 주간(09:00-18:00)에만 수행하고 있는 것으로 나타났다. 또한 B형(의사: 1명, 조산사: 3명, 간호사: 3명, 간호조무사: 4명의 인력으로 구성)센터 50개소 중에서 13개소는 분만개조 업무를 전혀 수행하고 있지 않고 있으며, 13개소(광주군, 김포군, 강화군, 태백시, 원주군, 장수군, 담양군, 광양군, 영암군, 군위군, 영풍군, 봉화군, 통영군)는 주간에만 수행하고 있는 것으로 나타나 총 75개 모자보건센터(자료 미수집지역 센터 제외)중 44개소만이 분만개조서비스를 수행하고 있는 것으로 나타났다.

표 3-13. 모자보건센터 형태별 분만개조서비스 수행여부*

	(단위: 개소)		
	전국	A 형	B 형**
주간, 야간(24시간) 수행함	44	20	24
주간에만 수행함	14	1	13
전혀 수행하지 않음	17	4	13
계	75	25	50

* 1992년 6월 현재

** 자료 미수집지역(센터 2개소 제외)

기술수준에서 취약한(표 3-10 참조) 센터의 분만개조 기능은 이처럼 양적으로도 감소되어 가고 있는 상태이어서 앞으로는 더욱 민간부문에서 분만개조 기능을 담당할 수 밖에 없는 실정이며 이러한 측면에서도 지역적으로 민간의료기관에 대한 모자보건서비스 수준 및 공급현황에 대해서는 파악, 관리할 시점에 와 있음을 알 수 있다.

당초, 정부에서는 모자보건센터의 이송, 의뢰기관으로 전국에 12개소 지정한 민간기관인 모자보건종합센터를 활용, 모자보건센터의 이용을 적극 권장하고자 하였으나 모자보건센터와 거리가 멀어 소요시간이 오래 걸릴 뿐 아니라 공공기관의 의뢰기관으로 민간기관을 활용하기에는 어려운 여건으로 나타난 바 있다.²³⁾ 결국 현 조산사 중심의 1차적 진료수준으로는 이들을 기술적으로 지원해 줄 상급 의료기관이 요구되나, 결국 조직적으로 연계되어 있는 기관이 없기 때문에 모자보건센터의 진료수준으로는 지역에서의 산과기능을 감당하는데 한계에 이른 것으로 풀이된다. 결국 분만개조와 같은 산과서비스는 과거 의료취약지역의 부족한 시설과 자원하에서의 수행업무로서는 적절하였을 것이나 최근 생활수준의 향상과 의료보험의 실시, 그리고 교통편의 발달로 민간기관 이용도가 급격히 증가되고 있고, 의료사고 가능성이 항시 내재하고 있어, 앞으로 모자보건 대상자가 1차 수준에 머물고 있는 보건소의 모자보건센터에 산과 관련서비스를 기대하지는 않으리라 사료된다.

한편, 1988년에서 1989년에 걸쳐 설치된 보건의료원은 병원급 이상의 의료시설이 없는 군지역에 병원급 진료를 할 수 있도록 기존의 보건소('보건사업과'로 개칭됨)에 진료부를 추가로 두어 진료시설 및 인력을 보강, 4-6개 전문과목과 30-60병상의 입원실을 갖춘 새로운 형태의 보건의료기관으로서 2차 모자보건서비스를 제공할 수 있는 유일한 공공기관이라고 볼 수 있다. 그러나 1991년도 조사에 의하면 구비된 시설 및 장비 중 4.0%가 고장 등으로 사용이 불가능한 상태이고, 11.4%가 사장된 상태로 있어 검사, 진단, 수술 및 응급진료 등의 진료활동에 지장이 있는 것으로 나타났으며²⁴⁾ 본 조

23) 김혜련외, 전게서, 1991, p. 93.

24) 변종화외, 보건의료원 운영실태조사연구, 한국보건사회연구원, 1991, p. 180.

사결과, 진료보조 기능 및 예산지원 부족 등의 이유로 인하여 현재의 여건으로는 2차진료 대상자 중 이송 및 의뢰가 가능한 경우는 되도록 이송시키는 것으로 나타났다. 이러한 실정은 보건의료원내 확보된 전문인력의 개인차와 지역특성 즉, 대상인구 수 및 인접지역 의료시설 등의 여건에 따라 모자보건기능 수행정도가 다소 차이가 있었는데 실제로 제공가능한 2차수준의 모자보건서비스(예:제왕절개시술)도 제대로 수행되고 있지 않고 있어 전반적으로 모자보건 2차기능 수행기관으로서의 기능을 담당하기에는 아직 어려운 형편에 놓여 있는 것으로 볼 수 있다.

2) 민간부문

(1) 1차 산과 의료기관

가. 산부인과 의원

모자보건서비스 1차 기능은 조산사, 일반의, 가정의 등이 수행하는 업무이며 산부인과전문의 인력은 2차이상의 기능을 수행할 수 있는 인력이다. 그러나 현재 의원의 형태로 개원하고 있는 산부인과 전문의들은 대부분 단독으로 진료행위를 하고 있으므로 1차적인 진료기능에 치중할 수 밖에 없는 형편이다.

1992년 5월 현재, 총 산부인과전문의 자격 등록수는 2,681명인데²⁵⁾ 전국 251개 조사지역에서 파악된 2,592명의 산부인과 전문의중 절반이 넘는 1,734명이 의원에서 활동하고 있는 것으로 나타났다(의원수는 1,620개임).

표 3-14는 이들 의원에 대하여 지역별로 일부 모성보건서비스 수행여부를 조사한 것이다. 1차적인 서비스 중에서는 초음파진단 실시율이 가장 높아 전국 1,400개 의원 중 84.1 %로 나타났으며 산전관리시 기본검사중의 하나인 임부혈액검사는 74.4%의 의원에서 실시하고 있는 것으로 나타났다.

25) 대한의학협회, 전계서, 1989-1991, p. 8.

표 3-14. 산부인과 전문의원의 일부 모자보건서비스 수행률*
(단위: %)

	전국 (N=1,400)	대도시 (N=917)	시 (N=433)	군 (N=50)
임부혈액검사	74.4	72.8	76.2	86.0
초음파진단	84.1	80.3	90.8	96.0
정상분만	71.6	65.2	82.0	98.0
┌ 주간				
└ 야간	56.9	48.1	71.8	88.0
제왕절개술	45.9	41.3	53.3	64.0
보건교육	4.4	5.0	2.5	8.0

N: 산부인과전문의원 수

* $\frac{\text{설치의원중 해당서비스 수행기관수}}{\text{각지역별 산부인과전문의원 수}} \times 100$

1989년 조사에 의하면 의원에서 산전관리를 받은 임부가 73%, 의원에서 분만한 경우는 50%로, 그 동안 의원이 지역내 임신부에게 매우 큰 역할을 하였음을 알 수 있는데 동 표에서 의료사고 위험이 가장 높은 분만개조서비스 수행실태를 살펴보면 정상분만의 경우, 주간에 실시하는 의원이 대도시 지역은 65.2%, 시지역은 82.0%, 군은 98.0%로 동 표에서는 지역별 격차가 가장 큰 서비스이다. 야간의 분만개조서비스 수행률은 대도시 48.1%, 시지역 71.8% 그리고 군지역은 88.0%로 주간보다 낮음을 알 수 있는데, 이러한 현상은 1989년 이후 분만에 대한 낮은 의료보험수가 책정과 상대적으로 상승한 시설유지비 및 인건비 등, 제 사회적 여건의 변화로 인하여 개원의들이 정상 분만개조 업무를 기피하고 있기 때문으로 볼 수 있다. 즉, 분만전 과정의 산모진찰 및 진료 행위료에 대한 항목의 산정없이 정상분만(2박 3일 입원 포함)인 경우 분만비가 57,000원(초산), 53,000원(경산) 등 총체적인 분만료로 지정되어 있어,²⁶⁾ 특히 대도시지역의 일부 산부인과 의원은 24시간

26) 보건사회부, 의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준, 1992, p. 21

시설가동과 보조인력(간호사 혹은 간호조무사)이 필요한 분만실과 입원실을 감당하기 어려운 것으로 나타났다. 1992년 조사된 입원실 운영 현황의 변화를 보면 전국 대도시 산부인과 전문의원 153개소 중 설치된 입원실을 모두 없앤 경우가 32.7%(50개소), 입원실 수를 줄인 경우가 40.5%(62개소)로 나타나²⁷⁾ 전반적인 산과진료 또는 분만개조 업무에 대한 개원의들의 기피 현상을 뚜렷하게 알 수 있었다.

지역별로 산과 서비스 제공수준을 비교해 보면 대도시의 경우, 917개소 중 임부혈액검사를 실시하고 있는 기관이 72.8%, 시지역은 433개소 중 76.2%, 군지역은 50개소 중 86.0%로 대도시지역이 가장 낮고 군지역이 가장 높다. 전반적으로 대도시지역 의원이 초음파 진단, 정상 분만개조, 제왕절개술 등, 산과서비스 수행율이 가장 낮으며, 그 다음이 시지역, 그리고 군지역은 상대적으로 가장 높은 수행율을 보이고 있다. 결국 입원실을 폐쇄하거나 산과 관련서비스를 제공하고 있지 않는 의원이 대도시지역이 많은 것으로 볼 수 있는데, 이는 개원전문의가 대도시에 더 많이 집중되어 있어 (표 3-8 참조) 구비된 시설이나 인력 활용도가 낮고, 따라서 경영상 수지가 맞지 않기 때문으로 풀이된다. 대도시개원의일수록 간호인력 확보가 큰 애로점이라고 한 반면에, 중소도시일수록 낮은 의료보험수가를 더 큰 애로점으로 지적한 바 있다.²⁸⁾ 동 표에서 군지역 의원은 임부의 혈액검사에서부터 제왕절개술 등의 분만까지 산과 관련 서비스 모두에서 수행률이 높게 나타나, 상대적으로 대상자 수가 적은 군지역 개원의가 관내 대상자의 이용을 촉진시키기 위하여 대부분의 서비스를 공급하고 있는 것으로 볼 수 있으며 또한 의원 이용자가 의원으로 하여금 산과 관련서비스를 직접적으로 요구하여 동 서비스 기능이 촉진된 것으로 추측된다.

27) 의원문제연구소, 대도시 외과계열 전문의가 경영하는 의원에서의 입원실 운영현황과 조건에 관한 조사연구, 1992, p. 8.

28) 의원문제연구소, 전계서, 1992, p. 15.

이상의 결과에서 산부인과 개원 전문의 인력들은 ‘할 수 있는’ 서비스임에도 불구하고 제 여건으로 인하여 실제적으로 ‘하고 있는’ 서비스는 상당히 제한되어 있음을 알 수 있다.

가장 바람직한 분만형태는 가정과 같은 안락하고 편안한 분위기에서 남편도 진통 전과정과 분만에 함께 참여, 정상분만을 유도할 수 있도록 최적의 환경이 조성되어야 하는 것으로, 이러한 분만형태는 고위험 치료대상인 병원급 이상의 기관보다는 의원급 분만기관에서 가능한 실정이므로, 이러한 측면에서 우선적으로 산부인과 개원의들의 분만개조기능을 활성화시킬 수 있는 조치가 마련되어야 할 것이다.

나. 일반의원

산부인과를 진료과목으로 표방하고 있는 일반의원 중 임신부 진료를 수행하고 있는 의원에 대하여 일부 모성보건서비스 수행률을 보면 표 3-15와 같다. 동 표에서 모성보건서비스 중에서 산전진찰의 일부 서비스인 임부혈액검사는 43.1%의 의원에서 실시하고 있는 반면, 분만개조는 29.9%(주간), 16.7%(야간)의 의원에서만 실시하고 있는 것으로 나타났다. 이는 수요자측에서 고급인력을 선호하여 일반의원을 원하지 않기도 하지만 분만개조에 대하여 의료보험수가가 낮고 의료사고가 많은 서비스이기 때문일 것이다.

표 3-15. 일반의원의 일부 모자보건서비스 수행률

(단위: %)

	전국 (N=700)	대도시 (N=267)	시 (N=112)	군 (N=321)
임부혈액검사	43.1	50.9	50.0	34.3
초음파진단	29.3	29.6	49.1	22.1
정상분만				
┌ 주간	29.9	24.0	37.5	32.1
└ 야간	16.7	9.0	23.2	20.9
정기적인 건강상담	2.1	3.4	2.7	0.9

다. 조산소

조산사는 간호사의 면허를 가지고 보사부장관이 인정하는 기관에서 1년간 조산에 관한 수습과정을 마치고 동 자격시험에 합격한 자로 조산 활동에 있어 특히 집중적으로 훈련된 간호인력이며, 조산소란 이들이 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 행하는 곳으로서 조산에 지장이 없는 시설을 갖춘 의료기관을 말한다(의료법 제3조). 여기서 ‘조산에 지장이 없는 시설’이란 ‘임부 및 산욕부가 요양할 수 있는 난방, 환기, 채광 등 안정과 정양에 필요한 시설’로 제시되어 있어(의료법 시행규칙 제 28조), 동 기관은 소독용 기계, 기구를 제외한 산과 관련 의료장비 및 기자재의 사용이 전혀 인정되고 있지 않는 것으로 해석된다.

1991년 현재, ‘대한조산협회’에 등록된 2,083명의 조산사 중 개업조산사 비율을 보면 11.7%로 병·의원에 근무하는 경우 다음으로 높게 나타났다(‘보건사회통계연보’자료와는 약간의 차이가 있음, 표 3-16참조).

본 조사결과, 자료가 수집된 조산소 수는 140개소로 임부에 대하여 헤모글로빈치 등의 혈액검사를 실시하는 경우가 17개소, 초음파진단을 실시하는 경우가 18개소로, 극소수이기는 하나 산과 관련기능을 확대해 가는 일면을 볼 수 있었다. 그러나 이러한 조산사의 기술적인 기능확대에 대해서는 이에 상응한 충분한 지식습득과 기술이 요구되고 진료는 법적인 장치하에서 이루어지는 생명과 직결되는 행위이므로 정부에서는 현 실상을 조사·검토하여 적절한 판단을 내리고 그에 대한 대책을 수립하여야 할 필요가 있다고 본다. 또한 조산소를 개설하는 경우에는 산부인과 전문의와의 협조 및 기술지도를 위하여 반드시 지도의사를 정하도록 되어 있는 현행 법(의료법 제 30조)이 실제 거의 유명무실한 것으로 나타나 이 부분도 함께 검토하여야 할 것으로 본다.

그동안 전국을 표본조사한 분만기관 자료를 통해 조산소 이용실태를 보면, 1983-1988년 출생아 중 조산소 이용율은 7.4%²⁹⁾, 1987-1988년 출생아(조사대상: 1,717명)중에서는 5.9%³⁰⁾, 1987.5-1991.5월 출생아(조사대상: 1,151명)중에서는 5.1%³¹⁾로 점차 이용율이 낮아지고 있음을 알 수 있는데, 1990년 이후부터 1991년 5월까지의 출생아는 2.4%³²⁾로, 그 율이 큰 폭으로 떨어졌다.

그동안 지역내 설치된 조산소 추이를 보면 1989년(12월 현재) 394개소, 1990년에는 336개소, 그리고 1991년(12월 현재)에는 267개소³³⁾로 조산소 이용율의 감소와 마찬가지로 설치수도 점차 감소하고 있는 것으로 나타나고 있는데 이러한 현상은 경제수준의 향상과 의료보험의 실시로 인하여 수요자가 병·의원 분만을 선호하기 때문이며, 또한 조산사 입장에서는 현재 대부분의 조산소가 1명의 조산사가 단독으로 조산행위를 하고 있어, 분만과정 중 항상 큰 위험부담을 안고 있기 때문에 나타난 결과로 풀이할 수 있다.

이처럼 조산소에 대한 수요와 공급이 낮아지고 있음에도 불구하고 매년 200여명이나 되는 조산사 자격자가 배출되고 있음을 감안할 때, 향후 조산 인력수급에 대한 대책마련과 활용방안이 다각적으로 이루어져야 할 것임을 알 수 있는데, 1990년 개정된 의료법에 산부인과의 개설된 종합병원의 경우, 간호사의 3분의 1은 조산사로 두도록 한 것이 그 방안의 하나로 볼 수 있다. 그러나 본 조사결과, 205개 병원 중 53개소에는 조산사가 1명도 배

29) 문헌상외, 전국 출산력 및 가족보건 실태조사, 한국인구보건연구원, 1989, p.172.

30) 김혜련 외, 전국 영유아 예방접종 실태조사, 한국인구보건연구원, 1989, p.26.

31) 공세권외, 한국에서의 가족형성과 출산행태, 한국보건사회연구원, 1992, p.217

32) 공세권외, 전계서, 1992, p.217(1990년 이후 출생아 자료).

33) 보건사회부, 보건사회통계연보, 1992, p.135.

치되어 있지 않는 것으로 나타나 정부에서는 병원에 대하여 이 부분에 대한 홍보 및 지도를 실시, 자율적으로 시정될 수 있는 조치를 취하여야 할 것으로 본다.

한편, 군지역의 경우, 1987년부터 1991년 기간 동안의 출생아(401명)중 8.2%는 조산소에서 분만하였음을 볼 때³⁴⁾, 정상 분만개조 및 신생아 관리에 충분한 기술을 가진 조산인력은 특히 의사가 활동하고 있지 않는 의료취약 지역에 매우 적정한 인력으로 사료되며, 정부에서는 이러한 지역에 '정부 조산소'로 지정, 보건소에 등록된 임부와 연계시키는 방안도 고려해 볼직하다. 또한 최근 핵가족화로 인하여 신생아관리 및 산욕기 관리에 미숙한 산모가 많을 것으로 예상되는데 병·의원에서 제공되는 2박 3일의 서비스로는 많은 어려움이 따를 수 있으므로, 이 기간 동안에 조산소가 산욕부 영양과 신생아 관리를 위한 간호 및 처치와 교육기능 등을 제공한다면 조산소의 기능이 새롭게 부각되어 조산사업이 활성화 될 수 있을 것으로 본다.

표 3-16. 조산사 인력의 근무활동 현황 (1991년 12월 현재)

	수	%
병·의원	596	28.6
조산소	243	11.7
보건소	160	7.7
모자보건센터	189	9.1
보건진료소	126	6.0
기 타*	769	36.9
계	1,314	100.0

*: 미취업, 기타직무자 등
출처) 의료보험연합회, 의료보험 요양기관 명부(조산소), 1992, p. 22.

34) 공세권 외, 전게서, 1992, p. 216.

(2) 2차 산과 의료기관

가. 종합병원 및 병원

2차 의료기관은 기본 4과 이상의 진료과목과 전문의를 갖추고 외래 및 입원환자진료에 필요한 시설(20병상 이상 500병상 미만)과 보조인력을 갖춘 기관이거나 2개 이상 전문과목에 20병상 이상인 전문과 기관을 말한다.³⁵⁾

본 조사에서 수집된 2차 산과 의료기관은 종합병원 179개소와 '산부인과'가 진료과목으로 개설되어 있는 병원 209개소로서 이들 기관에 대한 모자보건 시설 및 기능 수행여부를 보면 표 3-17과 같다.

종합병원의 경우, OICU시설을 갖춘기관은 43.0%, NICU 45.3% 그리고 양수천자를 수행하는 기관이 22.9%이다. 또한 1차 모자보건서비스인 정상분만개조기능은 98.3%로 대부분의 종합병원에서 수행하고 있었으나, 정기적으로 보건교육을 실시하거나 상담실을 운영하는 기관은 29.6%로 진료전, 후 관리기능이 미약함을 알 수 있다.

병원을 대상으로 조사된 경우를 보면 3차 기능 수행에 필요한 OICU 및 NICU 시설 보유율은 각각 15.3%, 13.4%이고, 양수천자를 실시하는 기관은 8.1%로 나타났다. 2차 서비스 수준인 제왕절개 시술기관은 66.5%이며, 1차 서비스 수준인 정상분만개조 수행기관은 주간의 경우 72.2%, 야간 69.4%로, 야간에 분만개조를 수행하는 경우가 주간보다 약간 낮게 나타나, 야간에 발생된 고위험 분만의 경우 더욱 대처하기 어려운 실정에 처해 있음을 볼 때, 이에 대한 대책이 강구되어야 할 것으로 사료된다. 이처럼 2차 의료기관이 입원환자 진료에 필요한 시설과 보조인력을 갖추고 있음에도 불구하고 약 30%의 병원에서 임산부에게 분만개조 및 병상을 제공하고 있지 않아, 만

35) 송건용 외, 전국 보건의료망 편성을 위한 조사연구, 1987, pp. 42-43.

약 앞으로 이러한 실태가 가속화된다면 가까이에서 믿고 의뢰할 수 있는 상급 후송병원을 찾기가 어렵게 될 것이고, 이에 따라 1차 의료기관에서 마저도 분만개조 서비스기능을 중단할 가능성이 상당히 높으며, 더 나아가서는 지역 모자보건사업 발전을 위한 고위험 대상자 의뢰 및 이송체계 확립과 지역화 사업에 심각한 지장을 초래할 수 있을 것이다. 또한, 종합병원의 진료가 불필요한 임산부들이 종합병원에 집중하면 과잉진료나 과잉 의료비 지출을 낳을 수 있고, 이로 인하여 막상 종합병원의 진료를 필요로 하는 대상이 적기에 필요한 서비스를 받지 못하게 되어, 결국 양적으로는 충분한 의료시설이 확보되었다 하더라도 임산부 및 영아 사망율의 저하는 더 이상 기대하기 어렵게 된다. 이렇듯 2차 의료기관은 1차와 3차기관의 상하 직접 연계기관으로서 1차, 3차 진료기능에 큰 영향을 미칠 수 있는 중요한 기관이다.

표 3-17. 2차 의료기관의 모자보건 관련 시설 및 서비스 수행 비율
(단위: %)

	종합병원 (N= 179)	병 원 (N=209)
OICU	43.0	15.3
NICU	45.3	13.4
양수천자	22.9	8.1
제왕절개술	91.6	66.5
임부혈액검사	98.9	79.9
정상분만(주간)	98.3	72.2
정상분만(야간)	98.3	69.4
초음파 진단	98.9	77.5
보건교육	29.6	17.7

N: 의료기관 수

* $\frac{\text{설치병원중 해당서비스 수행기관수}}{\text{총 설치병원수}} \times 100$

표 3-18은 병원의 모자보건서비스 수행율을 지역별로 본 것이다. 48개 병원이 조사된 시지역에서 OICU 및 NICU 시설 보유율이 가장 높았으며(각 25.0%, 22.9%), 제왕절개술과 임부혈액검사, 초음파진단, 정상분만개조(야간) 서비스 등의 1차적인 서비스 수행율도 대도시나 군지역보다 더 높은 것으로 나타났다.

101개 병원이 조사된 대도시의 경우는 동 표에 제시된 1차 2차 수준의 산과 관련 서비스에서 시나 군지역에 비해 가장 낮은 수행율을 보이고 있는데, 대도시에는 상대적으로 많이 설립된 병원 및 의원으로 인하여 1, 2차 서비스를 선택적으로 공급하기 때문이라 추측된다.

상담 및 보건교육기능을 수행하는 경우도 대도시 병원이 가장 낮고 군지역이 가장 높아 23.3%이나, 이 역시 종합병원과 마찬가지로 수행하고 있는 기관이 적어 동 서비스야말로 공공기관에서 강화하여야 할 부문임을 알 수 있게 한다. 한편 군지역에서는 정상분만개조(주간) 서비스 기능이 가장 높아 60개소중 86.7%로 나타났으며, 그외 모자보건서비스 수행율을 시지역과 비교해 보면 시지역보다는 낮으나 대도시보다는 높은 수행률을 보이고 있다.

표 3-18. 병원급 의료기관의 일부 모자보건서비스 수행률

	대도시 (N=101)	시 (N=48)	군 (N=60)
OICU	12.9	25.0	11.7
NICU	10.9	22.9	10.0
양수천자	6.4	6.3	11.7
제왕절개술	54.5	81.3	75.0
임부혈액검사	61.5	93.8	91.7
초음파진단	58.7	95.8	86.7
정상분만 : 주간	53.2	85.4	86.7
: 야간	51.4	83.3	81.7
보건교육·상담실운영	14.9	16.7	23.3

N: 병원수

나. 모자보건종합센터 지정의료기관

정부는 지역 모자보건사업체계를 확립하고자 전 진료권에 각 1개소 이상씩 기존 종합병원 및 의대부속병원을 ‘모자보건종합센터’로 선정, 전국에 12개소가 지정되어 있다. 현재 3개 모자보건종합센터(경인지역의 순천향 대학병원과 상계 백병원, 강원지역의 원주기독병원은 3차 의료기관)를 제외한 9개 모자보건종합센터는 2차 의료기관으로 지정되어 있으며, 중증신생아 관리 및 응급 임신부처치 등 2, 3차 모자보건서비스를 제공하도록 되어 있다.

동 조사결과, 모자보건종합센터 중 OICU시설 보유기관은 9개소(1개소 비기재)이며 이중 주산기학을 전문한 산과 전문의가 있는 기관은 5개 기관이다. 또한 NICU 시설 보유기관은 10개소이며 이중 신생아학 전문인력은 7개 기관에 근무하고 있는 것으로 나타나(표 3-19참조), 3차 의료기관 시설 및 인력 확보수준과 비슷하다고 볼 수 있는데, NICU시설이 있는 기관의 관련 기자재 보유여부 및 주산기학, 신생아학 전문인력 확보실태를 살펴보면 표 3-20과 같다.

표 3-19. 모자보건종합센터의 OICU, NICU 시설 및 초전문인력* 근무현황
(단위:개소)

시 설 인 력	OICU**		NICU	
	유	무	유	무
있 음	5	1	7	0
없 음	4	1	3	2
계	9	2	10	2

* 주산기학, 신생아학을 전공한 산부인과 또는 소아과 전문의

** 비기재 1개소 제외

표 3-20. 모자보건종합센터 지정병원의 NICU 기자재 보유여부 및 전문인력

(주산기학, 신생아학 전문인력수)	NICU 기자재 보유여부				
	Open Incubator	Venti- later	CPAP	Oxime- meter	Infusion Pump
경 인					
순천향대학병원* (미 상)	0	0	0	0	0
상계백병원* (6명)	0	0	0	0	0
강 원					
원주기독병원* (3명)		0	0	0	0
춘천성심병원 (1명)	0	0		0	0
충 북					
리라병원 (없음)					
충남 을지병원 (2명)	0	0	0	0	0
순천향병원 (3명)	0	0	0		0
전 북					
예수병원 (없음)	0	0	0	0	0
전 남					
광주기독병원 (미 상)	0	0	0	0	0
경 북					
순천향 구미병원 (5명)	0	0		0	0
안동 성소병원 (없음)	0			0	0
경 남					
일신기독병원 (1명)	0	0	0	0	0

* 3차 의료기관

고위험 신생아 치료에 반드시 비치되어야 할 기자재로는 실내 일정한 온도유지 및 신생아에 대한 밀착 관찰(close observation)이 가능한 Open Incubator, 신생아의 자기호흡이 어려운 경우에 이용되는 Ventilator(자기 호흡이 없을 때 MV, 자기호흡은 있으나 ABG<Arterial blood gas>가 나쁠때 이용되는 PAP), 심박과 호흡상태, 혈압, 산소 포화농도를 감시하는

Monitor, 박동산소 포화도를 측정하는 Oximeter, 그리고 산소농도분석기와 Pump 등이다.

(3) 3차 산과 의료기관

1991년 현재, 종합병원은 전국에 228개소가 설치되어 있는데, 이 중 500병상 이상인 30개소가 3차 진료기관으로 지정되어 있으며, 그외 종합병원은 2차 진료기관으로 되어 있다.

의료제공체계 내에서의 3차 의료기관은 모든 진료과목과 전문의를 갖추고 특수분야별 전문의(Sub-specialist) 수준의 진료와 의학교육, 의학연구, 개업의 재교육, 의료인력의 훈련기능을 수행할 수 있는 시설과 인력을 갖춘 기관으로 규정되어 있는데,³⁶⁾ 모자보건 서비스분야에서는 OICU 와 NICU가 독립적으로 설치되어 있고 모체 태아의학에 탁월한 지식과 경험을 갖춘 산과 전문의와 신생아 전문 소아과 의사가 배치되어 있는 경우에 3차 기능을 갖춘 산과 전문의료기관이라 볼 수 있다. 즉, 3차기능에 요구되는 인력으로는 주산기학 또는 신생아학을 전문분야로 하는 인력으로, 이들 인력은 현재 의과대학 부속병원을 중심으로 하여, 전국에 산부인과, 소아과 및 기타 관련 분야 전문의가 50여명 모여 학회를 구성하고 있을 뿐, 우리나라에는 아직 체계적인 기술훈련과정이나 연구과정이 없으며, 제도적으로 Subspeciality가 인정되고 있지는 않다.

이들 주산기 전문인력이 3차 의료기관에 배치되어 Level 3 기능을 수행, 모자보건 문제를 해결하여야 한다고 보는데, 3차의료기관의 OICU 및 NICU 유무와 주산기학, 신생아학 전문인력 배치실태를 보면 표 3-21과 같다. 동 표는 현재 3차 의료기관으로 지정된 기관 중에서 OICU 와 NICU가 독립적으로 설치되어 있는지를 살펴보고, 설치된 기관내에 주산기학 또는

36) 송건용 외, 전계서, 1987, pp.58-59.

신생아학을 전문으로 하는 인력이 배치되어 있는지를 나타낸 것이다.

자료가 수집되지 못한 2개 기관(순천향 대학병원, 중앙대부속 용산병원)을 제외한 28개 기관 중에서 OICU 시설을 갖춘 기관은 23개소이며, 이중 5개 기관은 전문인력이 배치되어 있지 않는 것으로 나타났다.

NICU시설은 1개소를 제외한 27개소 모두 구비되어 있었는데, 이중 8개소는 신생아학을 전문한 인력이 근무하고 있지 않는 것으로 나타났다.

이처럼 현재 지정된 3차의료기관 중에는 특수분야 전문인력 및 시설을 함께 갖추고 있지 않는 의료기관이 있음을 알 수 있는데, 특히 OICU시설의 경우는 시설은 있되 이에 수반된 전문인력이 배치되어 있지 않음을 알 수 있다. 동 시설이 있다 하더라도 전문인력이 부족하면 동 시설내 장비가 오용 또는 남용될 소지가 있으며, 활용하지도 못하는 장비투입으로 인한 경제적 낭비를 초래할 수 있다. 또한 전문인력은 있으나 관련 시설이 미비된 경우에는 인적자원의 비효율적인 활용으로 고도로 훈련된 기술을 사장시켜 고급인력의 낭비라는 결과를 가져오기 때문에 3차 의료기관에서는 특수 전문인력과 시설이 병행되어야 할 것이다.

표 3-21. 3차 의료기관에 대한 OICU, NICU 시설 및 전문인력* 근무현황
(단위: 개소)

시설 \ 인력	OICU			NICU		
	유	무	계	유	무	계
있 음	18	4	22	19	0	19
없 음	5	1	6	8	1	9
계	23	5	28	27	1	28

* 주산기학, 신생아학을 전공한 산부인과 또는 소아과 전문의

주: 비기자재(2개소)기관 제외

4. 모자보건사업 지역화 여건

1) 진료권별 시설 및 전문인력 분포

고위험 임신부와 신생아 집중관리는 주산기의료의 중점사업이며 동 시설의 지역화(regionalization)는 모자보건의 선진화를 위한 필수적인 요건이다. 이에 관한 일본의 일례를 보면 1979년 '신생아의료 지역화에 따른 신생아 사망율의 개선'이란 보고서에서 NICU를 중심으로 한 지역화 사업을 시작한 후 3-4년후에 신생아 사망율을 사업 시작 전보다 그 절반으로 낮추는데 성공하였다고 한다(그림 9).

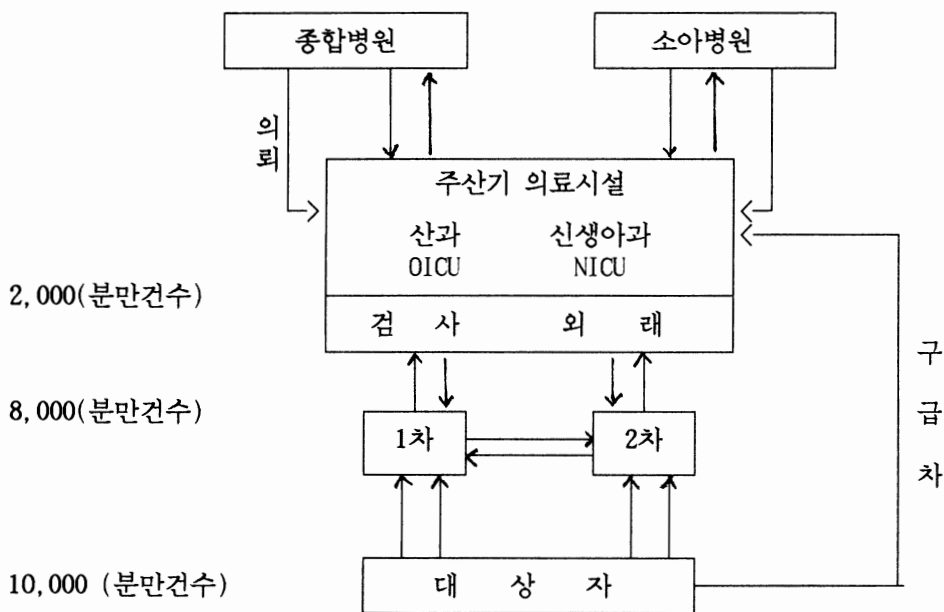


그림 9. 일본의 주산기 의료의 지역화

본 조사결과, OICU 및 NICU 시설은 3차 진료기관이 아닌 종합병원과 병원에도 설치되어 있는 것으로 나타났는데, 대진료권별로 구분하여 OICU 및 NICU 시설 현황을 보면 표 3-22와 같다.

대진료권은 특별시, 직할시가 인접도에 포함, 일반 행정구역과 일치하여 8개권인데 경인지역이 OICU 보유병원 50개, NICU 보유병원 51개로 가장 많고 충청지역이 가장 적다(OICU: 3개, NICU: 4개). 그러나 OICU 및 NICU 보유시설당 평균 0세 인구수를 보면 시설수가 가장 많은 경인지역이 OICU 보유시설당 0세 인구는 5,404명, NICU는 5,298명으로 관장 인구수가 두번째로 많아 경인지역에 대상인구수가 집중되어 있음을 알 수 있다. OICU 및 NICU 보유시설수가 가장 적은 충청지역이 관장 0세 인구수가 가장 많다. OICU 및 NICU 보유시설당 평균 0세 인구수가 가장 적은 지역은 강원지역으로 OICU 및 NICU 공히 1,988명으로 나타났다.

1980년, 일본에서 제시한 각 진료단계별 적정 시설수를 보면 2차 시설은 분만 1,500-3,000건에 최소한 1개소씩 설치되어야 하고 OICU 및 NICU시설을 갖춘 3차 시설은 분만 15,000-20,000건에 최소한 1개소의 시설이 필요하다고 한 바 있다.

이러한 상황으로 비추어 볼때 우리나라는 OICU 및 NICU 보유시설 1개소당 평균 관리 분만건수가 대단히 적은 편이나, NICU를 중심으로 한 지역화 사업을 통하여 신생아 사망율을 사업 시작 전보다 그 절반으로 낮추는데 성공한 일본의 사례와 비교해 보면, 동 시설과 함께 또다른 중요한 요건이 갖추어져야 하는 바, 전문인력의 배치수준과 민간 조직간의 연계수준이 그것이다. 앞에서 지적한 바와 같이 전문인력이 부족한 상태에 있고, 동 조사에서 종합병원 1개소당 산부인과전문의 인력이 2.96명(시지역), 병원의 경우는 1개소당 산부인과 전문의 인력이 1.25명(시지역)으로 나타나, 이들 인력이 외래 및 병실환자 진료와 수술업무를 병행하면서 OICU 에 투입하기 위

해 할애하는 진료량은 가히 짐작할 수 있을 것이며 실질적으로 강한 이윤동기를 가지고 인력을 고용하고 있는 민간병원에서 고위험 대상의 이송 및 퇴에 따른 추구관리 서비스는 아무런 관심도 받지 못할 것임이 분명하다.

표 3-22. 대진료권 편성구역별 OICU 및 NICU 보유시설당 관장 0세 인구수

대진료권	편성 구역수	0세인구수 (명) (개)	OICU(개소) 보유시설(개)	NICU(개소) 보유시설(개)	(개)/(개)	(개)/(개)
경 인	67	270,200	50	51	5,404	5,298
강 원	21	15,900	8	8	1,988	1,988
충 북	14	16,600	3	4	5,533	4,150
충 남	25	33,900	15	13	2,260	2,608
전 북	20	23,500	6	6	3,917	3,917
전 남	28	36,200	9	8	4,022	4,525
경 북	38	84,700	18	21	4,706	4,033
경 남	38	103,900	24	26	4,329	3,996
계	251	584,900	133	137	4,398	4,269

* 1990. 10. 1. 기준

동 시설들은 대진료권내에서도 분산되어 있어야 응급을 요하는 고위험 대상자의 이용이 용이할 것인데, 표 3-23에서 중진료권 편성구역별 OICU 및 NICU 보유시설 분포를 보면 총140개의 중진료권으로 편성된 구역 중 OICU 보유시설이 분포되어 있는 구역수가 50개 중진료권(35.7%), NICU보유 시설이 분포되어 있는 구역은 48개 중진료권(34.3%)으로 나타났다. 표 3-22에서 강원지역은 OICU 및 NICU 보유시설당 관장 0세 인구수가 가장 적어 양호한 지역으로 볼 수 있었으나 동 표에서 OICU 및 NICU시설이 강원지역내 14개 중진료권중 3개 구역에만 분포되어 있어 8개 대진료권 중 가장 일부지역에 편중되어 있음을 알 수 있다.

충남지역이 중진료권 15개 구역 중 47%에 해당되는 구역에서 OICU 및 NICU 시설이 설치되어 있는 것으로 나타나 가장 지리적으로 골고루 분포되어 있었다.

표 3-23. 중진료권 편성구역별 OICU 및 NICU 시설분포

	중진료권 지역수 (가)	OICU		NICU	
		보유지역수 (나)	(나)/(가)×100(%)	보유지역수 (다)	(다)/(가)×100(%)
경 인	24	11	45.8	7	29.2
강 원	14	3	21.4	4	28.6
충 북	9	4	44.4	4	44.4
충 남	15	7	46.7	7	46.7
전 북	13	4	30.8	4	30.8
전 남	21	8	38.1	6	28.6
경 북	25	8	32.0	9	36.0
경 남	19	5	26.3	7	36.8
계	140	50	35.7	48	34.3

한편, 총 분만의 93.7%에서 의사가 분만개조자인 것으로 나타나고 있는데 1992년 5월 현재, 동조사에서 파악된 산부인과전문의 2,481명의 인력이 몇명의 0세 인구를 관리하고 있는 수준인지 지역별로 살펴보면 표 3-24와 같다.

산부인과전문의 1명당 관리대상 0세 인구수는 대도시가 188.6명, 시지역은 249.2명이며, 군지역은 592.6명으로 대도시와 군지역간의 전문의 인력 분포의 격차를 알 수 있다. 의료보험 진료권중 대진료권별로 보면, 경인지역이 196.4명으로 관리대상 0세 인구수가 가장 적고 경북지역이 383.3명으로 가장 많은 것으로 나타났다. 앞으로 증가되는 전문의 인력과 점차 낮아지는 출산력으로 인하여 산부인과전문의 1명당 평균 0세 인구수는 감소되

리라 예상되는데 주산기 의료의 지역화를 위해서는 동 수치와 아울러 3차 기능을 수행할 수 있는 주산기학 전문인력의 현황에 대한 파악과 기술수준에 대한 분석자료가 아울러 뒷받침되어야 할 것이다.

표 3-24. 지역별 및 대진료권 편성구역별 산부인과 전문의 1명당
관리 0세 인구수

지 역	시·군·구 지역수	0세인구수* (명) (개)	산부인과 전문의수 (나)	산부인과전문의 1인당 0세인구수 (명) (개/나)
계	251	584,900	2,481	235.8
지역별				
대도시	53	291,700	1,547	188.6
시	69	188,900	758	249.2
군	129	104,300	176	592.6
대진료권별				
경 인	67	270,200	1,376	196.4
강 원	21	15,900	68	233.8
충 북	14	16,600	62	267.7
충 남	25	33,900	140	242.1
전 북	20	23,500	86	273.3
전 남	28	36,200	136	266.2
경 북	38	84,700	221	383.3
경 남	38	103,900	392	265.1

* 1990.10.1. 기준

본 조사결과, 앞으로 우리나라 모자보건 수준은 시설 및 인력 배치현황으로 미루어 볼 때 전망은 밝은 편이나, 같은 시설 수준의 일본의 경우 영아사망율이 우리나라 보다 월등히 낮은(1984년 출생1,000명당 5.1%) 연유를 잘 파악하여 본받아야 하리라 본다. 일본은 의사에 의해 고위험 대상자를

철저히 스크리닝하고 있으며, 주산기 의료체계를 잘 활용하고 있다. 따라서 우리나라의 영아사망률을 선진국 수준으로 낮추려면 첫째, 신생아학 또는 주산기학을 전문으로 하는 Sub-specialist 인력의 양성 둘째, 고위험 산모와 신생아를 집중치료할 수 있는 OICU와 NICU가 지역별로 적정량 분포되어 있어야 한다. 또한 응급산모와 신생아의 이송 체계망이 조직적으로 형성되어 있지 않으면 도착사(Death Of Arrival)가 많고 주산기의 부적절한 치료로 뇌성마비 발생률도 높을 수 있다. 이를 해결하기 위해서는 우선적으로 우리나라에서도 주산기학회, 신생아학회의 도움을 얻어 1,2,3차 모자보건 시설기준 및 기능을 정하고 각 기관의 보유시설 및 기능을 공개하여 지역내 모자보건관련 의료기관끼리 상호 알고 협조할 수 있도록 하는 제도적 장치가 필요하다. 아울러 우리나라 실정에 비추어 볼 때 모자보건 3차 기능의 의료기관은 중진료권, 대진료권별로 몇 개소가 적정한 지에 대한 연구가 있어야 하리라 본다.

2) 모자보건서비스 취약지역 특성

(1) 민간부문 산부인과전문의 인력이 없는 지역 특성

가. 인구 및 지리적 특성

표 3-9에서 나타난 바와 같이 앞으로도 취약 군지역은 전문의 개원 기피현상이 계속될 것으로 사료되는 바, 우리나라 1개 군지역(136개군 중 7개군 제외)의 총인구수를 보면 평균 80,217명, 0세 인구수는 808명으로 조출생률(1,000명당)은 10.1 수준으로 볼 수 있는데, 이는 전국의 조출생률 15.6 보다 낮아 군지역에 산과서비스 대상자가 적음을 알 수 있다.

표 3-25는 군 관내 산부인과 전문의가 없는 지역 특성을 산부인과 전문의가 있는 지역특성과 비교한 것으로, 산부인과 전문의가 없는 군지역(44개

소)의 조출생률은 9.0인 반면, 전문의가 있는 지역(85개소)은 10.5로 나타나 전문의가 있는 지역에 출산 연령층이 더 많이 구성되어 있는 것으로 볼 수 있다. 또한 관내 총인구수는 전문의가 없는 지역은 평균 70,860명 이고 전문의가 있는 지역은 85,060명, 년 평균 출생아수는 각각 639명, 896명으로 산부인과전문의가 있는 지역이 대상 인구수가 약간 많은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

표 3-25. 민간부문 산부인과 전문의 유무별 군지역 인구 및 지리적 특성

	산부인과 전문의		
	없는 지역 (N=44)	있는 지역 (N=85)	
평균 총인구수 (표준편차)	70,860(28,600)	85,060(59,500)	Sig F(p>0.05)
연평균 출생아수 (표준편차)	639 (484)	896 (1,078)	Sig F(p>0.05)
평균 0-4세 인구수	3,540 (2,070)	4,960 (3,390)	Sig F(p>0.05)
조출생률	9.0	10.5	
지리적 입지			
시지역 인접	91.9	62.4	
(대도시 인접)	(4.5)	(14.1)	
(시지역 인접)	(29.6)	(41.2)	
(시지역 둘러쌈)	(56.8)	(7.1)	
시지역 비인접	9.1	37.6	

동 표에서 산부인과전문의가 없는 지역의 지리적 특성을 보면 총 44개 지역 중 대도시 또는 시와 인접한 지역이 34.1%이고, 시를 둘러싼 지역이 56.8%로, 시지역과 인접되지 않은 지역은 불과 9.1%로 나타났다. 반면 산부인과전문의가 활동하고 있는 지역은 56.8%가 시지역과 인접되지 않은 특성을 보여, 개원 산부인과전문의는 대상인구수와 현지 교통상황 등 입지적

여건 등을 고려하여 의료이용 유출 가능성이 비교적 적은 경우라고 판단되는 지역에 개원하고 있음을 알 수 있다. 즉, 교통이 편리하여 시지역 진입이 용이한 시 인접지역은 군지역 생활권이 시 중심으로 되어 의료이용 유출이 많을 수 있으므로 개업을 기피하고 있음을 알 수 있다.

군관내 산부인과전문의가 없는 지역주민이 이용하는 시지역의 지리적 접근정도를 표 3-26에서 보면, 평상 교통수단으로 20분-40분 정도의 시간이 소요되는 경우가 가장 많아 총 44개 지역 중 19개 지역으로 나타났다.

동 표에서 1,2차 모자보건 문제가 이용하는 시지역내에서 함께 해결이 가능한지에 대하여 살펴보고자 이용지역의 병원급(2차 수준)이상 의료기관 유무를 보면 총 44개지역 중 11개 지역은 병원이 없는 것으로 나타났다.

표 3-26. 민간부문 산부인과전문의가 없는 지역주민이 이용하는 지역의 병원유무 및 교통편의도

(단위: 지역수)

계 (N=44)	이 용 지 역			
	대도시 (N=2)	인접시 (N=13)	둘러싸고있는시 (N=25)	비인접시 (N=4)
<u>이용지역의 병원유무</u>				
없음	11	2	8	1
있음	33	11	17	3
<u>이용지역까지의 평균소요시간</u>				
20분 이내	14	5	9	
20-40분	19	2	7	10
40-60분	8	1	5	2
60분 이상	3		1	2
<u>이용지역의 동일 중진료권 여부</u>				
동일진료권	35	1	9	25
타진료권	9	1	4	-

동 표에서 이용 시지역이 타 중진료권인 경우는 44개 지역중 총 9개 지역으로, 시지역과 비인접한 지역, 4개 지역이 모두 이에 속하는 것으로 나타났다. 강원, 충북, 전북, 전남, 경북권에서 각각 1개지역(화천군, 보은군, 장수군, 곡성군, 달성군)이며 경남권에서 4개지역(산청군, 의령군, 함안군, 하동군)이다. 해당 지역들은 타 중진료권의 병원 및 종합병원 이용도도 높아(표 3-27 참조), 실제 이용하고 있는 타 중진료권을 현재의 진료권과 함께 복수진료권으로 지정할 필요가 있다고 사료된다. 즉 화천은 ‘춘천, 춘성’ 중진료권을, 보은은 ‘청주, 청원’ 중진료권을, 장수는 ‘전주, 완주’ 중진료권을, 곡성은 ‘광주’ 중진료권을, 달성은 ‘대구’ 중진료권 등으로 복수 지정하여, 의료자원을 보다 효율적으로 활용하는 동시에 지역주민의 의료이용 편의에도 부응하여야 할 것이다.

표 3-27. 타 중진료권지역을 이용하는 산부인과전문의가 없는 지역주민의 이용지역 병원 및 그 병원에 대한 친화도

산부인과전문의 없는지역	이용 지역명 (타 중진료권)	(종합)병원 친화도 *
화천	춘천, 춘성	83.0 %
보은	청주, 청원	61.3 %
장수	전주, 완주	60.0 %
곡성	광주	81.0 %
달성	대구	88.7 %
산청	진주, 진양	80.5 %
의령	마산, 창원, 의창, 진해	46.9 %
함안	마산, 창원, 의창, 진해	82.2 %
하동	진주, 진양	62.5 %

* 전체 진료과목의 이용자에 대한 자료임.

출처: 明在日 외, 의료전달체계 운영평가와 진료권별 병상수급, 한국보건사회연구원, 1992.

나. 공공 보건의료기관 특성

지역내 산부인과 전문의원이 없는 지역의 보건소에서는 ‘임부건강진단’에 따른 고위험 대상자 관리 및 분만개조 의뢰 등, 대상자의 계속관리를 위한 서비스에는 어려움이 있을 것으로 예상되는데 민간부문의 산부인과 전문의가 없는 지역의 공공 보건의료기관 현황을 보면 표 3-28과 같다.

보건소 건물의 위치는 주민의 이용편의도와 접근도에 영향을 미치는데 민간 산부인과 미개원지역의 보건소 소재지를 보면 3분의 1이상인 36.4%가 군지역내에 설치되어 있지 않는 것으로 나타났다. 이에 따라 동 지역의 경우, 지역내 보건사업의 중추적인 역할을 담당하는 보건소가 시지역에 소재하면서 특히 고위험 가능성이 항시 잠재하고 있는 모성 및 태아에 대한 관리를 과연 적기에 이루어낼 수 있는 조치나 교육이 행해질 수 있겠느냐 하는 문제와 일선 하부조직인 보건지소나 보건진료소와 유기적인 관계를 가질수 있을 것인가 하는 문제, 그리고 응급을 요하는 경우 지역주민이 관내에도 있지 않는 기관을 활용할 수 있겠느냐 하는 문제를 동 결과로 유추할 수 있다. 따라서 산부인과 전문의가 없는 지역의 보건소가 군지역에 소재하고 있지 않는 경우에는 우선적으로 보건진료원 및 보건요원등을 통한 대상자 파악이 우선적으로 이루어져야할 것이며, 읍·면 보건지소 중심의 서비스 제공을 위한 지도감독체계를 강화하여야 할 것이다. 또한 보건소 활용을 위한 ‘이동 진료서비스’ 등과 같은 서비스 접근전략을 개발하여야 할 것이고 인접 시지역의 전문인력 활용을 위한 연계방안을 강구하여 의료의 질적수준을 꾀할 수 있도록 하여야 한다.

민간부문의 산부인과 전문의가 없는 44개지역중에는 보건의료원(4개지역) 또는 모자보건센터(20개지역)가 설치되어 있는데, 이중 보건의료원이 설치된 3개지역(화천군, 곡성군, 함안군)과 모자보건센터가 설치된 2개지역(천안군, 청원군)에는 산부인과 전문의가 배치되어 있는 것으로 나타났다.

산부인과전문의가 없는 지역의 보건소에 조산사가 배치되어 있는지를 살펴보면 1명이상 배치된 경우는 72.7%로, 그 나머지 27.3%지역은 조산사가 한명도 배치되어 있지 않는 것으로 나타났다. 민간의료기관이 전혀 없는 지역의 보건소에서의 조산사 인력은 모성보건서비스를 제공할 수 있는 전문 인력으로 최소한 한명은 반드시 요구되는데 정부에서는 동 지역에 비교적 인력확보가 가능한 조산사 인력을 배치하든가 보건소에 근무중인 기존 간호인력이 조산과정을 훈련받을 수 있도록 기회를 제공하는 등 다각적인 방안을 강구하여야 할 것으로 본다.

표 3-28. 군지역 민간 산부인과전문의 유무별 보건소 특성

	산부인과전문의 없는지역 (N=44)	산부인과전문의 있는지역 (N=85)
보건소 건물소재지		
시	36.4	10.6
군	63.6	89.4
모자보건센터 유무		
무	54.5	43.5
유	45.5	56.5
(분만개조 수행안함)	(11.4)	(12.9)
(분만개조 수행함)	(34.1)	(43.6)
산부인과전문의 및 조산사 유무		
산부인과전문의		
무	88.6	88.2
유	11.4	11.8
조산사		
무	27.2	28.3
유	72.7	71.7
초음파진단기 보유여부		
무	75.0	57.6
유	25.0	42.4

전국 251개 보건소 중 35.5%가 보유하고 있는 것으로 나타난(표 3-12 참조) 초음파 진단기는 최근 산전관리 수진시 태아상태의 고위험 판별에 많이 이용되고 있는데 산부인과위원이 개원된 지역의 보건소의 보유율은 42.4%인데 반해, 산부인과전문의가 없는 지역 보건소의 보유율은 25.0%로, 전국 보건소 보유수준보다도 낮게 나타나 전문인력과 함께 장비수준도 취약함을 알 수 있다.

한편 아직도 산부인과 전문의원이 지역내 설치되어 있지 않는 지역에서는 산부인과를 진료과목으로 표방하고 있는 일반의원이 모자보건사업 발전에 기여하고 있다고 볼 수 있는데, 현재 19개 군지역(표 3-7참조)이 이러한 지역에 해당된다. 각 지역을 단위로 지역내 일부 모자보건 1차서비스 공급 여부를 보면 표 3-29와 같다.

표 3-29. 산부인과전문의가 없는 지역*의 일반의원에 의한
지역내 일부 모자보건서비스 제공률

	제공함	제공하지 않음	계(지역수)
임부혈액검사	52.6	47.4	100.0(19)
초음파진단	52.6	47.4	100.0(19)
정상분만 :주간	63.1	36.9	100.0(19)
:야간	47.4	52.6	100.0(19)
보건교육	--	100.0	100.0(19)

* 19개 군지역(표 3-7참조)

총 19개 군지역 중 산전진찰을 하고 있지만 내원 임부에 대하여 혈액검사가 제공되지 않는 지역이 47.4%, 정상 분만개조 서비스가 제공되고 있지 않는 지역이 주간의 경우 36.9%, 야간의 경우는 52.6%로 지역내 임신부에 대하여 제한적인 서비스를 수행하고 있음을 알 수 있다. 따라서 동 지역

19개 지역 중 절반가량은 산과 관련 일반의원이 있으나, 관련서비스는 전혀 제공되고 있지 않고 있어 보건소의 역할이 중요하다고 볼 수 있는데 현 보건소 기능에 대해서는 제4장에서 논하였다. 동 지역중 모자보건센터(중원군외 5개소)와 보건의료원(곡성, 함안, 산청)이 설치된 지역은 임부 혈액검사, 초음파 진단 및 분만개조 등의 서비스가 공공기관에서 공급이 가능한 지역이므로 특히 동 지역에서는 공공부문의 이용을 높이기 위하여 공공기관 업무에 대한 홍보활동을 강화하여야 할 것이다.

(2) 민간부문 산과진료 일반의원이 없는 지역 특성

산부인과 전문의가 없는 44개 지역중 19개 지역은 전문의가 아닌 일반의에 의해서 일부 모성보건서비스를 제공하고 있으나, 그 나머지 25개 지역은 일반의원에서조차 산과서비스가 전혀 제공되고 있지 못하여 전국 251개 지역 중 가장 취약한 지역이다(부록1 참조).

표3-30은 이들 25개 취약지역에 대한 인구 현황으로 총인구수는 평균 74,960명, 0세 인구수는 평균 736명, 0-4세인구수는 3,443명으로 조출생율은 9.8수준이다. 표 3-25를 참조해 볼 때, 민간부문 산부인과전문의가 없는 지역 중에서는 대상인구수가 많은 편에 속한 것으로 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 이 지역의 임산부는 보건소나 타지역에서 모성보건서비스를 받아야하므로 기본적인 관리마저도 소홀해질 수 있는 가장 취약지역이다.

인접 시지역에 2, 3차 기능을 수행할 수 있는 병원이 있는 경우(부록 1 참조), 보건소에서는 인접 시지역의 병·의원과 유기적인 관계를 형성하여 지역내 대상자에 대한 관련 정보를 파악, 적기에 서비스를 받을 수 있도록 대상자에 대한 교육 및 지도에 주력하여야 하는 업무가 매우 중요한 역할이며, 민간기관의 추구관리기능 등을 수행하면서 상호 보완적인 서비스를 개발, 민간기관과의 연계구축이 우선적으로 요구된다. 즉, 필요시 이용 교통

수단을 제공하고 응급시 기동력을 구비, 인접지역의 의료시설 이용을 용이하게 해 주어 의료자원을 효율적 이용할 수 있는 지역모자보건체계 구축이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

표 3-30. 산과진료 의료기관이 전혀 없는 지역*의 인구특성

	평균 (명)	최다(명)	최소(명)
총인구수(표준편차)	74,960(25,066)	113,000	29,000
연출생아수(표준편차)	736(544)	200	2,700
0-4세인구수(표준편차)	3,443(1,528)	1,500	6,700

* 25개 지역

이들 각 지역특성 및 이용지역의 특성에 관한 자료는 부록1로 별첨하였다.

제 4 장 모자보건 서비스 실태와 발전 방향

전통적으로 모자보건사업에 관한 평가는 질문서에 의거한 양적분석에 치중되어 왔다. 이런 종류의 평가는 정도(degree)의 등급에 의한 차이로서 사업의 효과를 결정하였다. 그러나 날이 갈수록 이런 양적분석에 의한 사업의 평가는 점차 그 실용성이 저하되고 있는데, 그 이유는 정책입안자나 사업수행자가 그사업의 변화가 일어나게 되는 이유나 과정(상황)에 대한 통찰력을 갖는데 도움을 주지 못하기 때문이다. 반면에 질적분석은 통계적인 방법에 의거하지 않고도 좀더 자세한 정보를 제공해 줄 수 있으며, 또한 사업수행 과정상 예기치 못했던 발생효과에 대한 보고가 가능하다.

Siebert³⁷⁾의 지적과 같이 먼저 질적분석이 이루어지고 이 분석자료를 기초로 하여 연구결과를 일반화하기 위한 대량의 양적분석이 이루어지는 것이 연구의 올바른 순서이며 완전한 연구결과를 얻을 수 있는 가장 좋은 방법이다.

이런 상황하에서는 양적분석을 위한 무작위 표본의 선정, 표본의 크기, 유의도 결정등의 통계적인 조치는 무의미하다. 즉, 표본의 크기가 증가되어도 새로운 자료의 생산이 없다면 어떤 현상을 나타내는 최소한의 표본 수만으로도 충분한 의미를 지니는 것이다. 고로 이 4장에서는 표본의 크기가 초기의 계획단계에서부터 숫적으로 정확하게 비례추출할 필요가 없고, 또한 자료의 통계적 검증법도 적용될 필요가 없는 “사례연구”와 “In-depth interview” 방법이 사용되었다.

37) Siebert, Qualitative Methods in Nutrition Education Evaluation Research, J. of Nutr. Educ. Vol.21, No.5, 1988, pp.244-250.

1. 기존서비스 실태

현재 도시, 농촌등 지역을 불문하고 보건소에 부여된 모자보건 서비스 기능은 표 4-1에 나타난 바와 같다.

표 4-1. 보건소 모자보건 서비스 기능

도 시	농 촌
1. 임신부 관리 1) 임부등록 2) 산전관리 ① 산전관리 횟수 ② 산전관리 제검사 ③ 영양제공급 3) 임신부 의뢰 4) 산후관리 ① 산모진찰 ② 신생아 관리 (제대, 예방접종) 2. 영유아 관리 1) 영아등록 2) 영유아 관리 ① 예방접종 ② 건강진단 3. 지역순회 서비스 1) 예방접종 2) 기타	1. 임신부 관리 1) 임부등록 2) 산전관리 ① 산전관리 횟수 ② 산전관리 제검사 ③ 영양제공급 3) 임신부 의뢰 4) 분만 5) 산후관리 2. 영유아 관리 1) 영아등록 2) 영유아 관리 ① 예방접종 ② 건강진단 3. 읍·면 지역순회 서비스 1) 예방접종 2) 산전관리 3) 보건교육 4) 기타

보건소가 위치하는 지역에 따라 보건소의 역할중 지역적 특성에 맞게 좀 더 치중되고 있는 사업이 있기는 하지만 기본적인 업무영역에는 큰 차이가 없다. 또한 모자보건사업관련 산부인과 전문의나 소아과 전문의가 있는 보건소나 없는 보건소나 모자보건사업의 종류, 즉 사업의 실적도 양적인 차이가 나타나지 않는다. 모자보건센터가 있는 보건소는 이미 지적된 기존의 업무외에 분만이 추가되고 있다. 해마다 분만실적이 감소하고 있는 모자보건센터가 많아 그곳의 대체업무개발이 시급히 요구되고 있는 실정이나 여전히 사업실적이 양호한 모자보건센터도 수개 있다.

1) 공공부문 모자보건서비스

(1) 도시 보건소

시단위의 공공의료기관 모자보건사업은 실질적으로 산전관리와 예방접종으로 대별된다. 표 4 - 1 에서 지적된 바와 같이 크게 임신부 관리와 영유아 관리 및 순회서비스로 나뉘어 지는 모자보건사업의 실질적인 사업내용이 바로 산전관리와 영유아 예방접종인 것이다.

서울 근교인 S시에서는 인근의 대한가족협회 부속의원인 모자보건센터에 산부인과 전문의가 있어 임신부의 산전관리와 영유아 건강검진사업은 전적으로 협회 병원에 의뢰하고 영유아 예방접종은 나누어 실시하고 있다. 이런 사업운영체계에 필요한 예산을 보건소가 협회에 제공(초음파 기계구입, 예방접종약 공급 등)해주고 협회의 사업실적을 보건소 실적으로 잡고 있었다. 이 S시를 제외한 나머지 조사지역의 시보건소에서는 지역적 차이를 나타내지 않았다. 즉, 각 보건소에 산부인과 전문의사가 없고, 일반의사도 진료실에 배치되 진료업무만 담당하므로 모자보건사업은 전적으로 간호사에

의해 실시되고 있었다. 물론 서울시 보건소는 경우가 달라 모자보건실에도 의사가(전문의 일수도 있고 일반의 일수도 있음)고정 배치되어 있고 모자보건사업에 의사가 참여하고 있다.

모자보건사업을 단계별로 살펴보면 다음과 같다.

① 임부 등록

각 보건소는 해마다 년단위로 임부 등록 목표량을 배정받고 있는데, 보건소를 자발적으로 찾아오는 임신부만으로는 목표량이 채워지지 않으므로(서울시의 경우는 자발적으로 찾아오는 임신부만으로 목표량이 채워지고 있음), 우선 배정받은 목표량을 채우기 위해 사업대상자의 수시유인, 다른사업(영유아 예방접종)실시 도중 대상자 탐색 및 유인, 민간의료기관의 등록실적 이용, 순회서비스시 관찰지역의 주민등록부 이용 등 다섯가지 방법이 주로 사용되나 민간의료기관의 등록 실적 이용은 민간의료기관의 비협조에 의해 유대관계가 좋은 몇몇 보건소에서만 수월히 이용되고 있는 방법이고, 주민등록부의 이용은 관할 동사무소의 협조하에 사업대상자의 인적사항만 파악된 경우로 그 대상자가 보건소를 한번도 방문한 적이 없어 사실상 민간의료기관의 등록실적 이용과 함께 허위보고에 속한다. 즉, 얼굴없는 사업대상자의 파악인 것이다.

이렇듯 임신부 등록수는 범국가적인 차원에서 정확하게 파악될 수 없으며 또한 임신부 자체도 특히 초산일 경우 불안한 마음에 보건소나 민간의료기관동에 중복 등록하는 경우가 많다고 한다. 심지어는 민간의료기관도 두 곳이상 등록하고 임신부 나름대로 의료서비스를 평가하며 병원을 옮겨다니는 임신부도 상당수 있어 민·관의료기관을 통합한 범국가적인 전산망이 구축되기 전에는 정확한 임신부 등록수를 파악할 수 없는 실정이다.

② 산전관리

등록된 임신부의 관리측면에서 볼때 민간의료기관과 공공의료기관과는 뚜렷한 차이를 나타내고 있다. 민간의료기관에서는 다음 산전진찰일을 모자보건수첩에 기재해 준 후 진찰유무에 관한 사전·사후관리가 전혀 이루어지지 않고 있으나 공공의료기관은 모자보건수첩에 다음 진찰일을 기재하여 준 후에도 더러 엽서를 이용하기도 하지만 주로 전화를 이용하여 다음 산전진찰일 하루전에 대상자에 통보를 하거나, 혹은 1주일 단위로 산전관리일에 오지않은 임신부에게 진찰유무에 관한 사후관리 전화를 하여 사업대상자를 관리하는 보건소가 대다수 였다. 즉, 산전진찰일을 잊어버리고 진찰을 못 받은 것인지, 아니면 다른 민간의료기관에서 산전진찰을 받았는지를 점검하는 것이다. 산전관리 서비스의 내용은 모자보건법상 수행하게 되어 있는 기본검사인 뇨검사, 혈액검사(간염, 매독검사), 체중 및 혈압측정등으로 보건소별로 차이없이 수행되고 있으나, 그 외에 산전관리 서비스는 보건소의 모자보건 관련 기자재 소유 유무에 따라 차이를 나타내고 있었다. 즉, 전혀 전문적인 기자재가 없어 기본검사만 해주고 있는 보건소가 있는 반면, 초음파 등 최신설비를 갖추고 산전진찰시 필요에 따라 초음파검사를 해주는 등 서비스의 종류는 보건소별로 다양하였다. 최신 기자재를 설비한 후 보건소의 자발적인 임신부 등록 수가 훨씬 많아졌다는 담당자의 진언이 있었다.

임산부가 등록을 하게 되면 민간의료기관이거나 공공의료기관이나 모두 모자보건수첩을 발급하여 산전관리시에 이용하고 있는데 모자보건수첩을 제작한 재원은 상당히 달랐다. 공공의료기관에서는 거의 모든 보건소가 정부에서 발표한 기본모자보건수첩 모형대로 자체 인쇄하여 사용하고 있었으나 민간의료기관은 모자보건관련회사(예: 분유회사, 유아용품회사 등)가 발행한 모자보건수첩을 사용하고 있어 분만후 모유수유에 역행하게되는 장해적

인 효과를 보이고 있었다. 보건소가 관할 구역내의 민간의료기관에게 보건소에서 인쇄한 모자보건수첩을 사용하도록 공문을 시달하고 있음에도 불구하고 공문의 접수 및 회신, 자병원의 환자수 노출우려, 공공기관과의 유대관계에 관한 회의감(경쟁관계로 생각)등의 이유로 민간의료기관에서 사용을 꺼리고 있다고 한다. 민간의료기관의 보건소로 월별 임부등록 실적보고가 잘 이행되지 않고 있음을 미루어 알 수 있게 해주는 한 단면이다.

③ 분만

모자보건센터가 미설치된 대부분의 시보건소들은 모자보건사업의 꽃이라 불리는 분만사업을 전혀 실시하지 못하고 있으며, 모자보건센터가 설치되어 있는 보건소는 분만사업을 수행하고 있기는 하나 전문인력, 시설의 미비 및 임산부들과 보건소관련 직원의 분만사업 기피등의 이유로 사업실적이 해마다 낮아지고 있음은 공통된 현상이다.

의료보험의 혜택이 없는 세번째 자녀를 분만하기 위하여 모자보건센터를 방문하는 임산부들도 더러 있으나 의료사고를 걱정하는 관련 보건소 담당자의 민간의료기관으로의 유도로 현재는 모자보건센터에서 분만이 거의 이루어지지않고 있다고 보아야 타당할 것이다. D직할시의 한 모자보건센터에서의 분만사업은 여전히 성공적으로 수행되고 있으나, 분만수가 해마다 줄고 있음도 같은 맥락으로 해석될 수 있겠다. 또한 완전 정상분만만이 모자보건센터에서 이루어지고 있음을 주지해야 할 것이다.

④ 산후관리

분만을 보건소에서 았더라도 보건소는 영유아사업의 대상자를 찾기위해 일단 등록된 임산부에 대한 분만여부, 상태등의 대상자 확보를 위한 산후관리사업이 시작된다.

공공의료기관에서의 산후관리는 영유아 사업에 연결되어 이루어지고 있는 전혀 독립적인 프로그램이 없는 명목상의 사업이다. 즉, 신생아의 BCG 접종을 위해 내소한 분만자들을 대상으로 Lip service를 줄 뿐이고 이의 목적도 사실은 영아 등록 대상자를 확보하기 위한 하나의 구실일 뿐이라고 한다.

⑤ 영유아 예방접종

영유아 예방접종은 공공의료기관에서 실시되고 있는 모자보건사업 중 가장 성과가 좋은 사업이며 민간의료기관과의 경쟁이 또한 가장 치열한 사업이다. 다른 사업들에 비해 경쟁력이 있는 사업인 것이다. 제공되는 서비스가 양질이고 서비스의 댓가가 무료이거나 저렴하다면 그 사업은 당연히 경쟁력을 갖게 된다. 임의 연구³⁸⁾에 의하면 보건소 이용 이유의 으뜸이 짠 진료비라 지적되고 있는데, 이 연구결과와 맥을 같이하는 현상이라 하겠다.

많은 보건소에서 아기의 탄생을 축하하는 예방접종 안내문이 곁들여진 축하엽서를 띄우고 있다(그림 10). 이 축하엽서는 보건소 이용자들의 입장에서 볼 때 기 이용자에게나 보건소를 전혀 이용해 보지 않은 사람에게나 심리적으로 친근감과 신뢰감을 주는 보건소 이용의 큰 유인책이 되고 있다. P직할시의 한 보건소에서는 동사무소에서 월별 출생아 확인작업을 바로 하여 그에 따라 탄생축하엽서를 띄우고 있는데 그들이 주장하는 바에 의하면 보건소의 모자보건관련업무가 많아지더라도 아기의 출생신고 만큼은 동사무소가 아닌 보건소에서 하도록 하면 모자보건사업을 펼치기에 훨씬 수고가 덜 들고 효율적인 사업을 할 수 있으리라는 것이다. 본 연구원의 타 연구

38) 임종권 외 2인, 도시보건소 모자보건사업 운영개선연구, 한국보건사회연구원, 1991, pp.109-111.

실에서 연구한 보건의료망을 통한 출생증명자료의 활용연구 의 한 방안이 될 수 있다.

아기엄마 보세요.

귀여운 아가의 탄생을 축하드립니다.

미래의 주인공이 될 우리 아기가 튼튼하고
건강하게 잘 자랄 수 있도록 기본 예방접종
안내를 아래와 같이 알려 드리오니 적기에
예방접종을 실시하시기 바랍니다.

안 내

연 령	종 류	접 종 일	비 고
4주 이내	비 씨 지(B.C.G)	매주화·목오전	무 료
2, 4, 6, 개월	디피티(DPT)소아마비	매 일	"
생후 3회	간 염	"	"
15 개월	홍역, 볼거리, 풍진(MMR)	"	"
18 개월	디 피 티(D.P.T)	"	"

※방문시 엽서를 꼭 지참하세요.

※보건소 전화 : □□ - □□□□
□□ - □□□□

□□ 시 □□ 구 보건소장

그림 10. S시 보건소의 아가탄생 축하엽서

영유아 예방접종은 사업대상자가 사업 목표량을 능가하여 중앙정부에서 할당해준 예방접종약이 부족하여 보건소 자체 예산으로 추가 예방접종약을 구입하여 사업을 하는 보건소가 대부분이었다. 선천성대사이상 검사도 마찬가지이다. 홍보가 잘된 터인지 해마다 수요가 급증하여 이 사업의 목표량을 늘려 관련예산을 증액해주기를 모든 보건소에서 바라고 있었다. 하지만 일부 보건소 담당자들은 선천성대사이상검사 사업의 우선순위에 대하여 회의감을 나타내고 있기도 하였다. 모든 시보건소는 예방접종 대상자들에게 무료로 기본예방접종인 BCG, DPT, 소아마비, MMR(홍역, 볼거리, 풍진)을 해주고 있으나, 거의 모든 민간의료기관에서는 수요에 따른 약의 보관성 때문에 BCG접종은 꺼려 BCG접종대상자를 관내 보건소에 이송시키고 있었다.

이미 지적하였듯이 정부 모자보건사업중 가장 사업실적이 좋아 성공적인 사업으로 꼽히고 있는 영유아 예방접종사업은 P직할시의 모보건소에서 다른 모자보건사업대상자의 유인책으로도 활용하고 있었으나 별 성과는 거두지 못하고 있었다. 즉, 관할지역내 아파트단지에 순회서비스사업의 일환으로 영유아 예방접종을 실시하고자 출장을 나가도 외형적으로 드러나는 임산부들의 수가 적어서인지 찾기가 어렵고, 혹 사업대상자인 임산부를 찾았어도 그들의 민간의료기관 선호성향 때문에 보건소에 등록시키기가 수월치 않다는 것이다.

영유아 예방접종사업에도 문제점은 있다. 관련전문가의 통일된 지침이 필요하다는 것이다. 디피티와 디피, 또 소아마비의 추가접종 여부 등 관련 전문가의 소견이 달라 보건소에서 영아들을 자신있게 지도하기가 어렵고, 또한 일부의사들은 예방접종의 최소화를 주장하고 있어 더욱 일선 모자보건 관련자들의 업무지침에 혼선을 불러 일으키고 있어 관련의사들의 전문가적 의견을 수렴한 정확한 정부의 통일된 지침이 필요한 상황이다. 또한 풍진과 간염(4세이상 대상자)은 현재는 유료접종이지만 범국가적인 건강차원에

서 무료화하여 보건소에서 대상자들에게 널리 접종할 수 있도록 바라고 있었다.

⑥ 영유아 건강검진

영유아 건강검진은 전적으로 임신부, 영유아 건강기록부를 작성하기 위한 결핵기식의 사업으로 운영되고 있다. 영유아 건강검진을 담당하여야 할 소아과 전문의사는 말할것도 없고 일반의사조차 이 사업에 관련되어 있지 않아 모자보건 담당자인 간호사가 수행하고 있다. 검진내용도 건강기록부상에는 신장, 체중, 흉위, 두위, 시력, 치아, 영양상태를 측정하게 되어 있는데 체중과 키만 측정하고 치아검진은 거의 실시되지 못하고 있는 형편으로 특히 치과 공중보건 의사가 배치되어 있지 않은 시보건소는 농촌지역보다 전문인력의 확보측면에서 오히려 열악한 상태로 대책마련이 시급하다. 좌·우 시력측정은 만 5세이상 어린이에게만 측정되고 있었다.

의사가 진찰하고 기록하게 되어 있는 진찰소견항목의 귀, 피부, 임파선, 언어발달, 폐, 탈장, 심장, 사지가 어느정도 검진되고 있는지 의문시된다. 영유아 건강검진을 수행하고 있는 간호사에 의하면 대상영유아의 건강에 관한 엄마의 소견을 참고로하여 본인이 눈으로 Screening하고, 이상이 있을 경우 전문의에게 진찰받을것을 권유하고 있다고 한다.

⑦ 보건교육 및 순회서비스

임산부 및 영유아에 관한 교육은 주로 일대일 형식으로 이루어지고 있으며 대부분의 시보건소에서 1달에 1번정도 집단교육형식인 모자보건 건강교실을 계획하고 운영하고 있으나 참석인원이 지역에 따라 다르지만 10명 내외로 거의 실효를 거두지 못하고 있다. 그 주된 이유는 대상자들의 불참이 우선이고, 교육장의 미확보도 지적되고 있어 실제적으로 집단교육을

시킬 수 없는 형편인듯 하였으나 참석인원만 많다면 교육실시가 월 1회이므로 구청이나 인근기관의 시설을 교육장소로 활용할 수 있다는 것이다. 시 지역들은 교육장소로 모자보건실과 모자보건실안의 복도등을 교육장소화하여 이용하고 있다.

실질적인 집단교육의 실시 유무에 관련없이 보건소의 건강교실에서 채택하고 있는 교육내용을 살펴보면 임신생리, 산전·산후관리, 이상임신, 선천성 기형의 원인과 예방, 임신중 건강관리, 신생아 질환 및 관리, 영유아 관리, 이유식이 등으로 이유식을 제외한 나머지 교육내용은 나름대로 VCR, OHP, 인쇄물 등의 교재가 있는 반면 이유식은 교재가 그저 팜프렛 정도로 대상자에게 배포만 하고 있는 실정이다. S특별시 같은 경우 보건소내에 보건교육만을 담당하는 전문인력이(대부분 간호사) 1명정도 확보되어 활동하고 있으나 보건소 전체적인 입장에서 볼때 모자보건분야가 차지하는 비중이 그리 크지 못한것도 사실이다.

시지역은, 서울시도 물론 포함하여서 순회서비스사업이 모자보건관련 분야에서는 거의 실시되지 못하고 있다. 보건소에 관한 인식부족, 폐쇄적인 주거형태, 바쁜 시간관념, 이기주의적인 사고방식의 팽배로 사업대상자 자체를 만날 수 없고, 또 보건소 내부적으로 인력부족에 의한 업무과다에 의해 순회서비스사업은 거의 실시되지 못하고 있는 형편이다.

⑧ 기타

각 시보건소는 대부분 “특수시책사업”이라는 보건소 구·시·도 자체사업을 하고 있는데, 이 사업에 필요한 구·시 예산확보가 건강에 관한 관심의 증가로, 또 소요예산액이 구·시 다른사업에 비해 적기때문에 확보하기가 훨씬 쉬워져 요즘은 사업담당자의 확고한 의지만 있다면 사업을 펼칠 수 있다. 시단위 보건소는 농촌지역 보건소와는 조금 달리 보건소 자체

특수시책사업보다는 구나 시지역의 특수시책사업을 공동으로 수행하고 있는데 P직할시의 보건소는 모자보건관련 최신기자재 구입을 보건소 자체사업으로 수행하고 있으며, 예산과 인력이 더 확보된다면 “부인자궁암 무료검진과 사업장 근로여성 건강검진”을 특수시책사업으로 실시하고 싶다는 의욕을 보였다. S특별시의 경우 부인자궁암 무료검진이 몇몇 민간의료기관에서 휴머니즘과 홍보차원에서 실시되고 있고 보건소에서는 아직 실시하지 못하고 있다. 미래의 모자보건사업대상자인 윤락여성들에 대한 특수사업의 실시가 필요한 실정이었다.

(2) 군지역 보건소

군지역 보건소의 모자보건사업서비스는 종류나 내용이 시보건소의 실태와 거의 다를바 없으나 지역적인 특성에 의해 시지역보다 다만 사업성과가 좋은 사업과 그렇지 못한 사업이 있을 뿐이다. 또한 근래에는 군지역의 모자보건사업 수행상 여러가지 특성이 사라지고 있는 형편이다. 즉, 면 단위 지역은 도시화 영향으로 점차 모자보건사업 대상자인 젊은연령층이 감소하고 있고, 그나마 읍지역에 거주하는 대상자들도 반정도는 그지역 행정기관 근무자들의 가구이고 보면 전근에 따른 잦은 전입·전출로 모자보건사업의 계속성을 유지할 수 없다.

또, 교통수단, 도로망의 발달로 읍지역에 거주하는 임신부라도 30-40분 거리의 인근 시지역의 종합병원, 병원등으로 쉽게 갈 수 있고 실제로 그런 민간의료기관을 많이 이용하고 있어 군지역 보건소의 모자보건사업 형태가 도시지역 보건소나 다름이 없다는 것이다. 그리고 이런상황이 고려되어 사업 목표량이 줄고 있기는 하지만 줄어드는 사업대상 인구수에 비해 목표량의 감소가 뒤따르지 못하고 있어 지역특성에 맞는 특수사업을 계획하고 실시하기에 앞서 사업대상층을 확보하기에 고심하고 있다. 이런 까닭으로 앞

으로 보건소에서 주민에게 제공해줄 수 있는 새로운 모자보건서비스를 개발할 때 서울특별시만 제외하고 거의 도시농촌의 지역적 차이를 고려하지 않아도 무방하리라 본다. 다만 뚜렷한 차이를 나타내는 사업은 보건교육과 영유아 예방접종이다.

시지역이 순회보건교육과 보건소내의 집단교육의 형식을 띠는 모성건강교실 운영이 사업대상자들의 낮은 참여율로 거의 실효를 거두지 못하고 있는 반면, 군지역은 보통 1개월에 1~2회 실시하는 모성건강교실의 참여인원이 사업 실시자인 각 보건소 모자보건 담당자들이 만족할만한 숫자인 20~30명을 기록하고 있고, 지역 순회보건교육도 순회보건서비스와 더불어 그런대로 만족감을 주고 있는 실정이다. 특히 산전관리 사업의 일종으로 개설된 임신부를 위한 “라마즈 체조”는 실시중인 모든 군보건소에서 큰 호응을 얻고 있다.

영유아 예방접종사업이 시와 군지역의 특성상 다른점은, 이 사업이 모자보건사업중 최고의 성과를 거두고 있는 것은 양 지역이 마찬가지로이지만 사업수행절차가 다르다는 것이다. 즉, 시지역은 거의 모든 영유아가 예방접종을 하기 위하여 관내 보건소에 내소하고 그 숫자가 사업실적으로 잡히는데 비하여, 군지역은 보건소가 위치한 읍지역에 사는 영유아는 직접 보건소를 내소하여 예방접종을 받으나, 면단위의 영유아는 면단위에 파견되어 있는 일선보건기관인 보건지소에서 공중보건의와 보건요원에 의해 예방접종을 받으며, 그실적이 보건소 영유아 예방접종 실적으로 계산된다는 것이다. 예방접종일에는 보건소에서 관련담당자가 그지역에 출장나가 지도·감독하게 되는데 J군의 보건소장은 소아과전문의로서 매번 영유아 예방접종일에는 각 면지역에 직접 출장나가 진두지휘하는 열의를 보이고 있었다.

이런 마을순회 서비스 형식의 영유아 예방접종이 면단위 지역에서 성공을 거두고 있으므로 예방접종사업과 관련하여 다른 모자보건사업도 실시할 수 있고, 또 지역의 상황도 파악할 수 있어 굳이 보건소내로 영유아 예방접종사업을 끌어들이 필요가 없고 다만 보건소 모자보건관련 담당자들의 사업에 관한 철저한 지도·감독과 읍·면 보건요원들에 대한 보수교육 등의 관리가 요구된다는 것이 군지역 모자보건담당자들의 의견이었다. 이런 방법상의 차이는 우리나라 공공보건기관의 행정조직 체계상의 차이에 기인한 것으로 시지역은 시보건소가 일선 보건기관인 반면 군지역은 면단위의 보건지소가 보건소의 하부조직으로 존재하고 있기 때문으로 사료된다.

특수시책사업의 실시면에서 군보건소가 시지역 보건소보다 보건소자체 사업을 다양하게 수행하고 있다. 우선 모자보건센터가 없는 M군의 보건소에서는 “부인 암검진”사업과 “저소득층 영유아의 수두접종”사업을 실시하고 있다. 모자보건센터가 있는 Y군 보건소에서는 분만대상자가 거의 없는 상황에서 특수시책사업 겸 분만사업으로 만3세, 만6세 어린이를 대상으로 분기별로 “유치원 어린이 건강검진” 사업을 실시하고 있는데 검진내용에는 시력검사, 구강검사가 포함되어 있다. 또 중학교 2학년 여학생을 대상으로 “풍진접종”도 군예산을 확보하여 실시하고 있으며 내년부터는 사업대상자 범위를 확대할 예정이라 하였다.

2) 민간부문 모자보건서비스

민간의료기관은 크기와 종별에 따라 의료법상³⁹⁾ 의원, 병원, 종합병원 등으로 나뉘어지고 있는데 의료기관급별로 모자보건과 관련하여 상이한 특성과 동일한 특성을 각각 나타내고 있다. 모자보건사업과 관련하여 분만을

39) 법제처, 대한민국 현행법령집 의료법, 제1장 3조. 1990, pp.719-780.

제외한 산전관리, 영유아관리등의 부문에서는 공공의료기관인 보건소와 경쟁관계에 있음을 의식하고 있었다. 특히 분만과 연결되어 산전관리와 영유아 예방접종사업은 가장 경쟁이 치열한 사업으로 보건소에서 산전관리를 받다가 분만만 민간의료기관에서 하려고 할 때 매우 싫어한다고 하는데 그 주된 이유는 보건소의 산전진찰 수준을 믿지 못하기 때문이라는 것이다. 하지만 민간의료기관의 의사들은 임신부가 정상상태인 경우 산전관리시 기의 보건교육적 상담은 거의 안하고 있으며, 간호사(대부분 간호조무사임)가 혈압과 체중을 매번 측정하고 가끔 태아심음기를 사용하는 것이 진료의 전부이며 보건교육으로는 철분제제의 복용지시가 고작이다.

분만시 대부분의 의원, 병원이 야간분만은 취급하지 않고 있어 분만환자의 종합병원 집중화 현상은 더욱 가속화되고 있다. 이들이 야간분만을 받지않는 이유는 크게 두가지로 생각해 볼 수 있는데 첫째는 경영적 측면에서이고, 둘째는 힘든 일을 싫어하는 전반적인 사회풍조 때문인 것으로 보인다. 즉, 현재 분만시 지급되는 낮은 의료보험수가로는 필요한 인력과 물자를 감당할 수 없다는 것이고, 또 한편으로는 개인생활의 희생을 감수하는 의사로서의 소명의식이 차츰 희박해져가고 있는 것이 아닌가 사료된다. 정상분만이 아닌 수술에 의한 분만개조⁴⁰⁾가 점차 늘고 있는 추세인데, 출산을 위해 진통시작에서 부터 분만까지의 시간-경제적인 이해관계가 수술여부의 결정에 다소 영향을 미칠것이라는 일부 추측에 대해서는 확인하기가 어려웠다.

산후관리적인 측면에서 살펴보면, 정상분만일 경우 1박 2일 내지는 2박 3일의 입원기간후 퇴원하고, 수술했을 경우 8박 9일에서 10박 11일까지 입

40) 공세권외 3명, 한국에서의 가족형성과 출산행태, 한국보건사회연구원, 1992, pp. 220-221.

원해야되며, 신생아도 특별히 부모가 요구하지 않는 한 같이 입원하여 입원비를 지불하게된다. 또한 출생후 신생아는 rooming-in-system(모자동실제)이 안되어 있는 상황이라 모유수유 보다는 분유에 길들여져 퇴원후 아기의 모유수유란 사실상 어렵게 된다. 태어난 신생아에게 처음먹인 분유가 퇴원후에도 계속 사용될 경향이 많기 때문에 각 민간의료기관들에 향한 분유회사별 경쟁과 유인책도 매우 치열하고 다양하다고 한다. 가시적인 것으로 모자보건수첩의 발행에서부터 각종 모자보건 관련게시물의 후원, 우유병과 견본분유의 선사 등이 있다.

영유아의 예방접종도 민간 의료기관마다 형태가 다양하다. 다른 기본 예방접종을 제외한 BCG 예방백신은 생균으로 보관상 어려움이 있어 많은 병의원에서 BCG예방접종을 기피하고 있다. 한가지 꼭 지적되어야 할 사항은 1회용 주사기의 2-3회 사용이 민간의료기관에서는 보편화되어 있는데 보건소의 경우 절대로 1회이상 사용하는 보건소는 한곳도 없었다. 보건소는 기본예방접종이나 4세 미만 간염예방주사를 무료로 접종하고 있는데 반해 민간의료기관은 각 예방접종 종류별로 3,000-4,000원을 받고 있다. 영유아 건강검진은 예방접종을 하러 내원한 영유아에게 의례적으로 시행하는 절차일 뿐 검진비를 따로 받는 것은 아니며, 외견상 정상이라고 판단되는 경우 체중, 키, 체온측정과 의사의 순간적인 관찰이 고작이다. 물론 이상이 의심되는 영유아는 검사실에 검사를 의뢰하거나, 병원또는 종합병원에 의뢰하기도 한다.

민간의료기관의 보건소에 대한 자세는 대체로 보건소와 마찬가지로 우호적인 입장보다는 경쟁적인 입장이다. 보건소가 권하거나 보건소나 중앙정부가 발행한 모자보건수첩을 쓰기보다는 일반 모자보건 관련회사가 발행한 모자보건수첩을 사용하고, 매월말 보건소에 보고하기로 되어있는 임신부 등록환자수 등 보고의무를 대부분의 병원이 성실히 이행하고 있지 않다.

경쟁적인 차원에서 보건소의 행정을 기피하기도 하지만 의사 스스로 공문접수, 발송등의 행정업무에 익숙치 않아 기피하는 측면도 많다고 한다. 특히 의사 1명과 간호사 1~2명(거의 간호조무원)의 적은 인력으로 운영되는 의원급인 경우 인력부족현상까지 겹쳐 행정업무에 대한 기피현상은 더욱 심하다.

2. 외국의 모자보건 실태

모자보건의 발달된 외국선진국은 임신부의 완전한 관리와 철저한 지도, 특히 그것을 실시하기 위한 조직체계, 모성센터의 존재와 무료보건지도 등으로 임신부의 이상을 예방하고, 분만의 경과를 원활하게 하며, 더욱이 예측치 못한 사고의 발생을 예방하는 등 분명한 역할을 수행하고 있다. 민간과 공공의 모자보건관련 조직체계와 협조체계가 잘 되어 있는 외국의 사례를 조직체계와 관리체계별로 살펴보면 다음과 같다.

1) 선진국의 모자보건 조직체계

(1) 영국

1948년에 국민보건서비스제도가 발족하고, 모자보건은 그 일환으로서 시행되었다. 모자보건서비스는 ① 지방자치단체 보건국소속의 클리닉(모자보건센터)이나 Home Helper, ② 지방집행이사회의 관할하에 있는 가정의의 의학적 서비스, ③ 지역 병원위원회의 책임하에있는 병원(병원분만을 다룸)의 필요한 장소와 전문의 공급등의 세부분으로 나누어 실시되며, ②와 ③의 경비는 정부에서 부담하고 ①의 경비는 일부는 지방세로 일부는 대장성의 교부금으로 충당한다. 통상 지방자치단체의 보건국은 모자보건관리의 책임을 가지고 모자보건센터에서 보건의사와 조산사 또는 조산사와 보건부

가 협력하여 의학적 검사나 진찰, 치과관리, 보건지도, 모성학교 등을 수행한다. 한편 모자를 대상으로한 의학서비스는 지방집행이사회가 책임을 가지며, 가정의(일반의) 또는 가정의에게 소개받은 산과전문의가 임신부에 대한 의학서비스를 행하고 있다.

1974년부터 기구를 개혁한 신 국민보건서비스가 실시어 「지방」 「지역」 「지구」라는 3중구조의 조직으로 보건의료서비스가 행해지게 되었다. 그러나 보건사회성(DHSS)-지방보건국(RHA)-지역보건국(AHA)-주운영위원회라는 관리조직 또는 라인을 중심으로 각 지역 수준의 횡적인 연락, 각 수준간의 종적인 연락을 취할 수 있도록 했다. 지역보건국은 도 수준에 상응하는 기관으로 의관, 간호관, 사무관, 출납관이 있고, 예산이나 정책의 입안, 업적의 평가를 한다. 지역보건국의 밑에서 실제의 보건의료를 행하는 것은 지구 운영 Team이고, 이것은 일반의, 병원의, 지역의료의, 간호사, 관리자, 회계관의 대표에 의해 구성되며, 지역의료의가 지구의 보건계획을 입안한다. 그러나 그후 이 서비스제도화에서 사무가 복잡하고, 손이 많이드는 고로 1981년부터는 지역보건국을 폐지하고, 지방보건국에 직속는 지구보건국(DHA)을 만들어, 그 밑에 지구병원, Community보건 등 모두가 소속할 수 있도록 개선했다. 지구보건국에는 일반적으로 50명가량의 의사가 속해 있다.

(2) 스웨덴

전국토는 대강 백만명의 인구를 가진 7지방으로 나뉘어져 있고, 지방에는 1개의 지방병원이 있으며, 거기서는 모든 검사나 치료가 된다. 그 지방병원의 밑에는 3개 내외 전국에서 약 20개의 중앙병원이 있고, 거기서 큰수술이나 대부분의 검사가 실시된다. 그리고 또 중앙병원 밑에는 얼마간의 소병원이 소속되어 있다. 지역주민은 먼저 자기 지구의 소병원에 가고 거기서 진단치료가 불가능한 것은 중앙병원에, 더 큰 처치를 요하는

치료는 지방병원에 후송된다. 지방병원은 나라 예산으로 운영되고, 중앙병원, 소병원은 주가 재정보조를 하고 있다.

외래진료에 대한 복지는 의료서비스 지역내의 병원의 의사나 보건부의 서비스, 모자보건, 건강관리 서비스를 포함하고 있다. 16세이상의 국민은 수입에 따라 국민보험의 보험료를 주세로 지불하고, 그 지불은 일정의 계산 방법에 따라 보험에서 상환한다. 이런 의료체계에 Computer 도입에 따른 시스템화가 행해지고, 전국민이 개인별번호를 가지고 있다. 이 중앙 주민 등록제를 활용해서 의료를 받을 때마다 개인의 특성별 의료자료를 입력해 두어, 개인의 의료서비스나 지역의 공중위생 활동에 필요한 정보를 얻고 있으며, 지방에서는 지방병원을 중심으로 하여 관내의 전병원이 컴퓨터로 연결되어 있다. 보건복지성에서 공포한 모자보건서비스의 기준에 따르면 모자보건관리는 의료기관의 타부문과의 협조가 필요하며, 또 개개인 의학적 자료나 기타의 정보가 전문진료과와 교환되지 않으면 안된다고 되어 있다. 주거가 이동된 때는 새로운 거주지에 모성 또는 소아보건센터의 기록이 제공되며 소아보건센터 기록은 입학시에 학교보건서비스에 옮겨진다.

2) 선진국의 모자보건 서비스

(1) 임신중의 보건관리

영국이나 뉴질랜드에서는 모자를 대상으로 지방보다 관청, 모성센터, 병원, 가정의 들이 밀접한 연락을 가지고 의사, 조산사, 보건사, 이학요법사등이 상호협력하여, 모든 모자에게 완전한 보건지도를 실시하고 있다. 이렇게 여러사람들이 Team을 만들어 보건지도를 실시하는 경향은 다른 나라에서도 대략 같다. 국가별로 살펴보면 다음과 같다.

① 영국

원칙적으로 모든 진찰이나 건강상담은 먼저 가정의(일반의)가 담당하고, 임신했다고 생각할 때에도 물론 먼저 자기의 가정의와 상담하는 일이 많다. 그후는 가정의가 병원에 소개하여 병원의 임신부외래에서, 그렇지 않으면 가정의의 진찰실이나 Health Center의 임신부보건지도 클리닉에서 가정의와 지구조산사로부터 정기검진과 보건지도를 받고, 또 분만에 관한 지식 등 위생교육과 분만에 관한 준비교육이 행해진다. 위생교육은 정기검진 중에 개인적으로 행해질 때도 있으나, 보통은 모성교실에서 집단적으로 행해지며, 대부분의 임신부는 교육을 받는다. 또 임신 후반기가 되면 모든 임신부는 주 1회 분만 준비교육을 받으며, 최근 병원 분만이 일반화되기 때문에 임신중의 보건관리도 대부분 병원의 임신부외래에서 행해지게 되었으며, 모성교실도 병원에서 행해질 때가 많다.

가정분만을 하려고 하는 임신부는 임신중은 통상 의사나 조산사의 양쪽에 의해 보건지도를 받고, 분만시에는 될 수 있으면 임신중에 보건지도를 한 의사나 조산사와 때로는 이학요법사(분만 준비교육을 행한)들이 Team으로 개조를 맡는다. 조산사는 임신보건관리의 일부를 담당하고, 그 지도는 조산사의 집에서 할 때도 있고, 임신부의 집이나 의사의 진료실에 가서 할 때도 있으며, 모자보건센터의 임신부보건지도 클리닉을 이용할 때도 있다. 임신부에게는 산실의 준비나 기구에 대한 완전한 지도를 행하고 소독한 분만용 싸개를 공급하며, 또 필요시에는 Health Helper를 파견한다.

② 스웨덴

의사에 따른 건강진찰이 임신초기, 중기, 예정일의 대략 10일전의 3회, 조산사에 따른 건강진찰이 초기에서 중기까지 월 1회, 중기이후 14일에 1회 행해지며, 합병증이 있는 사람이나 High Risk(초산, 고연령, 임신

중독중 등)에서는 횡수를 더 늘린다. 또 임신중 모든 부인에게는 분만준비교육의 과정에 참가할 기회가 꼭 주어지고, 필요하면 언제라도 개인적 또는 사문제에 대해 조언과 원조가 주어지며, 임신중과 분만후의 적절한 식사나 행동에 관해서도 조언과 지도가 주어져야함이 모자보건서비스의 기준으로 제시되어 있다.

③ 뉴질랜드

모든 임신부는 임신중 보건관리를 완전 무료로 받을 수 있다. 뉴질랜드에는 민간 모자보건조직으로 플란켓트협회라는 단체가 있다. 전국적 조직이며, 그 운영은 전부, 자체적으로 운영되는데 각 지구에 지부를 만들어 거기서 기부금을 모아 그 기부금과 정부의 보조금을 중심으로 여러 모자보건사업을 행하고 있다. 이 협회에서는 모자보건부에 대한 플란켓트 간호사와 산과 간호사라고도 할 수 있는 젊은 카리타니 간호사를 양성하고 있으며, 협회직속의 소아병원을 전국에 몇개 가지고 있는데 그 소아병원 은 관련인력 양성·교육기관으로도 되어 있다. 플란켓트 간호사는 각 지구에 플란켓트 클리닉이라는 시설을 가지고 있는데 의사의 관여없이 독자적으로 임신부나 영유아 보건지도 등을 행하고 있다. 젊은엄마들은 전부 이 플란켓트협회의 회원으로 되어 있고, 각 시구의 지부는 매주 1회 쯤 회합을 가지고, 거기서 플란켓트 간호사가 강의를 하던지, 타지역에서 강사를 초빙해 회원상호간의 교육, 모자교육을 행한다. 따라서 뉴질랜드에서는 임신부의 보건관리는 관공립 병산원이나 기타 병산원에서 행해지는 임신부 클리닉에서의 정기적 건강진료 및 보건지도와 이 플란켓트협회나 보건소에 의한 보건지도및 교육으로 나뉘어져, 대부분의 임신부가 이 양쪽을 받고 있다. 이렇게 의사에 따른 의학적 관리와 조산사, 보건사, 모성간호사등에 따른 간호적 관리(생활지도)등이 수레의 양바퀴처럼 행해진다.

병산원의 임신부 클리닉에 빠르게는 임신 5~6주경부터 건강진단을 받으러 오고 있으며, 정기검진과 보건지도는 아주 철저하여, 임신중 적으면 8~9회, 많으면 14~15회 클리닉을 방문하고 있다. 임신부 클리닉에서는 의사에 의한 건강검사 이외에, 치과의 진료와 조산부나 모성보건부에 의한 유방 클리닉도 행해지고 있다. 유방 클리닉이라는 것은 모유수유의 준비를 위한 지도로, 유방의 마사지 방법도 가르치고, 유두의 모양이 나쁜 것은 Shield 붙이는 방법을 가르쳐 모양을 바로하며, 그럴때 조금이라도 의료를 필요로 하는 이상이 발견되면, 바로 의사와 상담하도록 권하여, 지방클리닉의 책임 관계가 뚜렷이 제시되고 있다.

(2) 주산기 모자관리

세계적인 경향으로 병원이용이 증가하여 정상분만도 병원에서 다루는 경우가 많아진 때문에, 병산원의 병행도 당연히 고려하게 되었다. 또한 병원의 타 진료과와는 달리 취급하는 대상이 환자가 아니고 건강한 임신부, 건강한 신생아니까 치료의 대상이 아니고 예방의학적인 대상인 고로, 단순한 진료기관이 아니고 모자보건기관으로서의 기능을 다해야 될 것과 분만을 인간적, 가정적으로 취급하는 것을 중요시 해왔다.

① 영국

가정분만의 여러가지 이점이 인정되어, 종래 가정분만의 비율은 비교적 높았다(1963년 약 30%). 그러기 위해서는 임신중에 철저한 보건관리를 하여, 안전도 높은 Low Risk만을 가정의 감독하에 조산사가 가정분만 시키도록 했다. 또, 만일 가정분만 경과중에 이상이 생기든지, 이상신생아가 탄생했을때는 그 지구를 담당하는 병원에서 곧 전문의를 포함한 구급의료반이 달려오는 조직이 완비해 있었던 고로, 가정분만도 안전하게 행해졌다.

그럼에도 불구하고 주산기 사망률이 높아 산부인과 전문의나 가정의 간에 장래의 모든 분만은 일정 설비가 갖추어진 병원에서 취급하는 것이 가장 안전하다는 의견이 높아져 병원분만 비율이 차차 많아졌다. 1968년에는 병원분만이 80.6%, 1973년에는 93.7%로 되고, 1978년에는 97%에 달했다.

정상분만후에는 분만 후 6시간 또는 48시간에 퇴원시키고, 병원에서 퇴원한 산욕부를 종래 가정분만하는 임산부의 보건관리에 임해온 지구 조산부에 인계해, 산욕 10일까지 가정방문을 시켜 이상이 생기면 가정의에게 연락하는 방식을 시도하는 지구도 있다. 또 병원의 산과병동의 일부에 가정분만 예정자를 위한 별도의 분만실과 진통실을 설치해, 지구 조산부와 가정의가 자기 담당임산부의 분만이 시작되면 그 분만실에서 개조하고, 분만후 수시간 산욕부를 휴식하게 한후 퇴원시키며 그후 산욕기간은 조산사와 가정의가 함께 관리하고 있다. 병원분만때에 병원에서 의의료서비스는 환자가 스스로 특별한 것을 희망하지 않는 한 모두 무료이다. 그러나 특실 Bed를 가진 병원에서 환자가 의학적인 필요에서가 아니고, 본인희망으로 거기에 들어갔을 때에 입원료는 스스로 지불해야한다.

② 스웨덴

분만은 75%가 전문의가 있는 병원의 산과 또는 산원에서, 24%가 기타병원에서 행해지며, 99%가 병원분만이다. 모성 Home에서 조산사에 의해 행해지는 것이 1%, 가정분만은 겨우 0.3%에 지나지 않는다. 특히 초산과 합병증이 있는 산부의 분만은 전문의가 있는 병원의 산과 또는 산원에서 행해진다. 또 만일 모자 Home 등의 분만에서 긴급사태가 일어났을 때는 전문병원에서 곧 전문의나 기제가 운반된다. 분만비용은 아동복지나 보험이 적용되어 무료이다.

병원 근무 조산사는 분만실외에 욕실에서의 모자간호 내지 모친에 대한

위생교육을 하고 있다. 또 조산사만의 외래 임부 지도시간을 가지고, 가정 방문, 모친학급의 강의, 임신부 체조의 지도, 수태조직 지도 등도 하고 있다. 분만에 대해서는 국소 마취를 산부에 행하든지, 회음부의 작은 열상을 봉합하는 것이 허락되고 있다.

③ 뉴질랜드

분만은 99%가 병산원에서 행해지며, 자택분만은 1%에 지나지 않는다. 분만에는 대개 산과의, 또는 기타의사와 조산사 또는 모성간호부등이 입회한다. 분만후 입원기간은 대략 9일간이고, 입원중에는 병산원에서 보건지도, 육아지도, 산육체조의 지도등이 행해지나, 퇴원하면 곧 전술한 플란켓트협회에서 모자보건부(플란켓트 간호부)나, 또는 보건소에서 모자계의 보건부가 자택에 파견되어 모자의 건강관리가 행해진다.

뉴질랜드 전국에는 산과 병상이 3,144개 있고, 그중 약 91%되는 2,872 병상이 관공립의 병상이다. 관·공립병원의 분만료와 입원료는 전액 무료이고, 사립병원의 경우는 비용의 일부가 나라에서 보조된다.

④ 미국

대략 100%가 병원분만이고, 주산기 모자관리는 종래의사와 간호사에 의해 행해져 왔다. 그러나 임신부 보건관리가 불철저 해 모자보건의 성적이 유럽제국에 비해 떨어지기 때문에, 뉴욕의 모성센터협회 등을 중심으로 조산사의 필요성이 높이 인식 되어, 1932년경부터 그 양성에 노력하게 되었다. 모자관리는 의사, 조산사, 간호사, 임상검사기사로 된 Team(의학관리, 간호관리를 실제 임신부에 제공)과 Social Worker, 영양사, 보건교육사로 된 보조 Team(가정에서의 보건관리를 행함)이 담당하고 있다. 또한 자연분만, 분만에 남편을 참여시킴, 조산부에 의한 분만개조등의 방향을 지향하고 있다.

3) 산욕기의 모자보건관리

(1) 입원중의 산욕 모자관리

선진국에서는 일반적으로 보아 병원분만시에는 산욕부에 대한 병동내에서의 보건지도, 육아지도, 산욕체조 지도등이 철저하게 행해지고 있다. 또 산욕부와 신생아를 건강인으로서 가정적인 분위기안에서 즐겁게 생활할 수 있도록 노력을 기울이고 있다. 산과병동은 환자를 취급하는 타병동에서 꼭 분리시켜 산욕부나 신생아를 환자와 같이 입원시키지 않는 것은 물론이고, 산욕부가 만족감과 행복감을 가지고 신생아와의 생활을 즐길 수 있도록, 될 수 있는한 큰 병실을 피하고, 기분 좋게 꾸민 아담한 방에서 3~4명 정도의 산욕부를 수용하고 있다. 이렇게 해서 산욕부에 충분한 휴식을 주고, 감염의 위험을 방지하며, 신체적 쾌적함이나 정신적인 만족감을 증과 동시에 자기의 섭생이나 아이의 보육에 대한 교육지도를 하고, 퇴원후의 생활이나 육아에 자신과 확신을 주어 퇴원시킨다.

이런 배려의 일환으로서 산욕부에 대한 모자동실제 (Rooming-in system)가 구미에서는 널리 행해지고 있다. 모친에 이상이 없는 정상분만 출산신생아는 분만후 24시간 지나면 신생아 Bed에 넣어서 산욕부와 같은 방에 동거시켜, 모친이 돌보기를 시킨다. 이럴 때에 신생아의 감염예방과 산욕부의 안정을 고려하여 산욕실을 설계하여야 한다. 신생아 침대는 산욕부 침대의 발측끝에 접하게 놓는 경우가 많으나, 산욕부가 신생아를 쉽게 돌볼 수 있도록 고려된 움직임은 신생아 침대도 만들어지고 있다. 면회일은 물론 엄중히 규제하고 있다. 모자동실제에서는 모유수유의 실천이 아주 높으며, 일찌기 모자상호작용이 행해지기 때문에 소아의 심리적 발달에도, 모친의 모성확립에도 좋은 영향을 준다. 그와 동시에 육아를 돌봄으로서 산욕의 조기이상(침상을 떠남)이 촉진되어 산욕의 회복을 촉진시키고, 모친에게 밝은마음을 가질 수 있게 한다.

(2) 퇴원후의 모자관리

퇴원해 가정에 돌아온 모자에게 그날부터 곧 지역의 보건단체에 의해 보건관리를 받을 수 있도록하는 제도가 많은 나라에서 시행되고 있다.

① 영국

퇴원에 임해 병원에서는 산욕부의 가정의나 지역의료의에게 빨리 연락을 취해 가정에 돌아가서의 산욕기간동안 산욕 3일까지는 조산부가 1일 2회, 그후는 매일 1회 방문지도 받도록 조치하여, 경과가 순조로우면 산욕 10일 이후는 보건부에 인계된다. 그러나 법적으로는 분만후 28일간은 조산부에 책임이 있어 산모의 경과가 순조롭지 않을 경우에는 28일까지 조산부가 책임을 가지고 지도한다.

소아복지센터에서는 생후 6개월된 아이의 시청각 스크리닝테스트가 보건부에 의해 실시되고, 영아기 장애의 조기발견을 위한 스크리닝 테스트가 행해진다.

② 스웨덴

퇴원시에는 병원에서 지역의 모성보건센터와 소아보건센터에 연락하고, 산욕부는 방문지도를 받아 통상 산욕 12주까지 모성보건센터에 의해 보건관리가 행해진다. 이 때 이상분만을 한 산욕부는 병원의 산부인과에 소속된 모성보건센터에 소개되어 관리를 받게된다.

산욕부나 신생아 관리를 위해 필요한 개인별 의학적 기록이나 기타 정보는 분만한 병원으로 부터 모성보건센터와 태어난 아이를 관리하는 소아보건센터에 보내진다. 소아보건센터의 기록은 소아가 학교에 입학했을 때는 학교 보건부에 넘어간다.

4) 영유아 관리

(1) 심신장애아 방지

국가의 전면적인 원조 하에서 심신장애아발생의 방지 노력이 기울여지고 있다. 네델란드, 스웨덴 등에서는 페닐케톤뇨증의 스크리닝이 국가 차원에서 실시되고 있으며, 폴란드에서는 전 신생아에 대해 선천대사이상에 관한 검사를 하고있다. 신생아기의 호흡장애증후군에 대한 혈중수소이온농도(PH), 산소압(PO_2), 탄산가스(PCO_2) 등의 측정이나 빌리루빈혈중에 대한 교환수혈등도 이런 나라에서는 정책적 차원에서 실시되고 있다. 이런 문제에 관해 산과와 소아과 간에 항상 밀접한 연락이 취해지고 있으며, 선천이상예방을 위한 연구도 활발히 진행되고 있다. 예를 들면, 폴란드에서는 8개부의 임상부문과 19개부의 기초연구부문으로 구성되어 있는 국립모자연구소가 있어, 거기서 각 방면의 연구가 행해지고 있다. 체코슬로바키아에서는 프라하의 카레루대학이 중심이 되어 각 대학, 소아병원, 소아보건센터, 연구소등을 포함하여 각종 연구제목에 따라 Team을 만들어 연구가 행해지고 있다. 미국, 영국, 독일등에서도 검사 Team이 만들어져 있어 여러종류의 선천이상 발견을 위한 기술개발이 진행되고 있다.

(2) 보건지도

나라에 따라 영아기에는 매월 1회, 유아기에는 적어도 연 1~2회의 보건지도가 행해진다. 스웨덴에서는 신생아는 생후 2주간 이내에 방문지도를 받고, 그후 2~6주간에 복지센터를 방문해 영아검진을 받는다. 생후 1년간은 평균 4~7회, 2년째에는 2회, 그후는 연1회로 국민학교 입학까지 검진을 받게 되며 동시에 선천이상아 질병, 발육불량의 조기발견을 위한 발달테스트도 행한다. 4세아 종합검진에서는 모친은 보건부와 면접하고, 유아는 정신발달이나 시청각테스트를 받게 되는데 이 검사는 특별히 훈련된 보건부

나 기사에 의해 수행되고, 치과와의 치과검진이나 의사에 의한 일반진료도 실시된다. 예방접종은 아동복지센터에서 실시되며, BCG는 산원 퇴원전(생후 4일경)에 전원 접종을 받는다.

체코슬로바키아에서는 영아기에 13회, 영국에서는 7회 받게되는데 또 이런 보건지도는 단순한 질환의 스크리닝을 주목적으로 하는 것이 아니라 개개 아이들을 추적조사하는 방식을 취하게 된다. 가정방문지도는 아주 중요시 되어, 신생아가 퇴원할 때 조산부는 대개 같이 가정에 가서 그 가정에 맞는 입욕, 보온등 보건 일반지도를 한다.

보건지도의 주요목표는 과보호를 배제해서 사회에 적응시키는 것으로 영아기는 외기나 일광에 익숙해지도록 적응시키는 것이 특히 중요시되고 있다. 어느나라에서도 모유수유의 감소가 문제가 되어, 모유수유를 권장하는 노력이 행해지고 있다. 미국에서는 1950년경부터는 중상계급에, 1957년에는 상류계급에 많아져서, 그 결과 상류계급에서는 모유수유율이 39.8%인데 비해, 중·하층계급에서는 13.6%로 아주 낮게 나타나고 있다.

이런 상황은 모유수유의 중유성에 대한 재인식이 사회적으로 상류계층에서 강하게 일어난 때문으로 모자의 유대를 강화하는 것이 가정적으로나 사회적으로나 중요한 사항임을 인정하는 증거라고 할 수 있다. 일반적으로 이유는 생후 5~6개월에서 시작하는데가 많다.

(3) 영유아 보육

각종 산업발전과 인구밀도의 과소에서 모친의 노동력을 요구하는 나라가 많으며, 그 때문에 모친을 대신해서 영유아를 보육하는 것이 나라의 의무로 되어 있다. 그럴때 모친을 대신해 영유아 보육을 어느정도까지 국가가 책임을 져야 하는지가 문제이다.

체코슬로바키아에서는 국가가 전면적인 책임을 지고, 1개 보육소의 수용소아수 60인에 대해 17~23인의 직원을 배치하고 있으므로, 대략 소아 3인에 대해 1명의 직원을 요하는 꼴이 되니 이에 대한 나라의 지출이 매우 크다.

(4) 사고방지

소아보건상으로 최근 아주 증대한 문제는 사고이다. 타 질환은 감소 추세에 있는데 비해, 사고로 인한 사망은 점차 늘어나는 경향이 있다. 사고에 의한 사망은 영유아 사인의 제1위를 점하고 있다. 그 외에 사망에 이르지 않는 사고는 사망의 약 25배에 달하고 있으니, 사고가 원인이 되어 일생 기능장애나 열등감에 고뇌하는 예도 많다. 이런 점에서 이상에서 소개된 여러 선진국에서는 사고방지에 전력을 다하고 있으나 즉각적인 대책이 빠르게 마련되지는 않고 있다.

3. 시대 변화에 따른 향후 모자보건사업 전망

향후 모자보건사업은 양적인 차원에서 질적인 차원으로 변화되어야 한다. 안전한 임신과 산전관리, 분만 등 일련의 과정에서 발생하는 이상 상태의 예방과 치료가 아닌 건강하고 안전한 모자를 더욱 건강하고 안전하게 관리, 유지하는 것이 그 목적이 되어야 할 것이다. 그러기 위해서는 이제 모자보건사업을 펼쳐나가는 기본적인 논리의 바탕이 보건 의학적인 차원에서 삶의 수준 향상을 위한 복지차원으로 발전되어야 한다.

이런 변화된 모자보건법의 개념은 일본등 외국 선진국에서는 이미 널리 인식되고 있는 개념으로 이웃 일본의 富原(1981)은 「향후 모자보건에는 여지껏 중요시 되어온 모성 및 영아 사망률 등이 건강을 나타내는 한가지 지

표로서 그 의미를 차차 잃고 있으며 아주 세밀한 보건, 의학적인 care를 하기 위해서 수요자들의 요구가 무엇인가를 파악하는 것이 필요하며, 모자보건사업은 cure에서 care의 차원으로 바뀌어져야 한다」고 하였다. 즉, 앞으로의 시대는 물질문명이나 과학적인 문화가 극도로 발달하게 됨에 따라 물질만능의 사업이 아닌 인간성 회복이란 차원에서의 내용으로 이어지는 사업이 필요한 것이다. 그리고 과학의 발달과 더불어 수요자들과 사회의 요구를 충분히 인식시킬수 있는 모자보건사업이 추구되지 않으면 안된다.

모자보건사업도 다른 분야와 마찬가지로 역동하는 시대상황을 수용하고, 그에 맞게 변화해가야 함은 두말할 필요도 없다. 향후 모자보건사업 수행상 필연적으로 받아들여야 하는 사회적 변화와 요구는 컴퓨터의 도입, 복지개념으로의 전환, 그리고 능률제고적인 사업관리를 위한 제도 및 기술의 도입 등이다.

앞에서 언급한 세가지의 사회적 변화를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

1) 컴퓨터의 도입 및 전산망 구축

향후 시대는 컴퓨터에 의한 정보처리 시대이다. 이미 컴퓨터가 의학 분야에도 도입되어 컴퓨터에 의한 환자의 검사실시, 진단결과의 분석 등에 이용되고 있으며, 외국 선진국에서는 건강관리 측면에서도 컴퓨터를 응용하고 있다. 정보를 효율적으로 제공하기 위하여 개발되고 발전되어온 컴퓨터가 이제 모자보건사업에도 널리 사용되어야 할 것이다.

우리나라에서도 전국 공공의료망 전산화 작업이 시작되었고, 모자보건사업도 의료망의 한 분야로 전산화 작업계획에 포함되어 있다. 더 나아가 민간의료기관까지 포함시켜 전국 일선 공공 보건의료기관인 보건소와 전 민간의료기관을 하나의 전산망으로 편성한다면, 모자보건사업 대상자의 개별적인 행동 즉, 의료기관의 교체나 거주지 이동 등에 상관없이 각 의료기관

별 컴퓨터 단말기를 이용하여 상호 통일된 전산망하에서 모자보건 사업 대상자에 관한 개인별 정보교환이 가능할 것이다.

2) 복지개념으로의 전환

cure에서 care 개념으로의 전환이다. 일본의 玉田(1980)은 「1980년대는 단지 모자를 치료하는 단계로부터 영유아 보육을 중요시하고 그에 따른 제반문제들을 깊이 생각하여할 시대다.」라고 이미 1980년에 모자보건사업의 개념전환을 예고하였고, 또 玉田(1980)도 「핵가족 시대의 도래로 지금까지의 모자보건사업의 성격은 변화되어야 할 것이다.」라고 전제하고 1981년 그의 보고서에서 「여성들의 사회진출이 증가하는 현실정에서 여성들이 안심하고 임신, 출산, 육아를 할 수 있도록 출산, 육아등에 의한 개인적인 손실을 보상받을 수 있는 출산수당, 산전 및 산후휴가, 육아휴직 등의 제도 설치가 검토되어야 한다.」라고 하였다.

1980년대를 넘어서 1990년대에 들어선 요즈음 그들이 예견한 제도들이 우리나라에서도 하나씩 실현되어 정착화되어가고 있으며, 앞으로 2000년대에 들어서는 더더욱 발전된 복지제도가 모자보건사업 분야에 도입, 정착화 되어야 할 것이다.

3) 능률적인 제도 및 기술의 도입

좁은 의미의 모자보건사업은 단계별로 임신부 및 영유아 등록, 산전 및 산후관리, 분만, 신생아 관리와 영유아 관리로 나누어 볼 수 있다. 공공의료기관인 보건소나 민간 의료기관에 관계없이, 또 사업의 단계별 처치에 관계없이 모든 의료수가는 모든 공공의료기관과 국가에서 지정한 민간의료기관인 모자보건 관련 지정병원을 이용할 경우 「무료」이어야 한다. 단, 환자 스스로 택한 특수 진단, 검사, 처치 및 입원등에 소요되는 비용의 차액

은 본인부담이다. 무료사업을 실시하기 위한 재원의 조달은 국비와 지방비를 일정비율로 나누어 충당토록하는데, 재정상태가 취약한 지방에 대해서는 취약정도에 따라 국비보조의 비중을 높여 지원토록 하여야 할 것이다.

모자보건사업의 각 단계별로 도입되어야 할 제도 및 기술을 살펴보면 임신부는 국가에서 정한 모자보건 지정병원에서(공공이건 민간이건 환자의 편의대로) 임신부 등록과 동시에 산전관리를 받게 되는데, 이 때 보건소와 민간의료기관의 기능을 기준으로 상호 분담하여 임신부를 관리한다. 즉, 의학적인 진찰과 검사는 민간 지정의료기관에서 담당하고, 상담 및 교육은 공공의료기관에서 담당한다. 분만은 지정병원이나, 산부인과 전문의사와 분만시설이 갖추어진 지정 보건소(현 모자보건센터와 같은 유형임)에서 행하도록 하고, 임신부의 상태에 따라 후송조치를 취하기 위한 인근 종합병원과의 연계체제를 구축해 놓는다.

신생아관리를 과학적이며 종합적으로 운영하기 위하여 소아과와 산부인과를 같이 운영하고 있는 민간의료기관을 신생아관리 담당병원으로 지정하고, 모자보건센터와 같은 신생아센터를 개설하여 신생아관리를 집중적으로 다룬다. 시설과 인력등이 확보된다면 신생아센터는 모자보건센터내에 같이 개설하여도 무방하다. 임신부의 산전관리와 같이 신생아의 이상상태에 대처하기 위하여 인근 종합병원과의 신생아 이송체계를 구축해 놓는다.

영유아관리는 임신부관리와 동일한 형태를 취한다. 영유아 등록과 함께 의학적 진단과 교육·상담을 분리하여 받게된다. 공공기관의 교육·상담 기능을 확충하여 이유식지도, 놀이지도등을 포함시킨다. 또한 영유아관리는 취학 후 학교보건교육 및 건강진단과 연결시켜야 하므로 추가예방접종의 접종여부, 시력검사, 학교적응능력 배양등이 영유아 관리에 포함되어야 하며, 이에 관한 자료는 취학 후 학교에 반드시 제출될 수 있도록 정리되어야 한다.

4. 공공 모자보건의 신규서비스 개발

의료는 여러 사회체계중의 하나이다. 사회체계는 사회환경과 주민 욕구의 변화에 적응해가며 끊임없이 변화하고 성장해가야 한다. 여러 사회체계중에는 상황적 배경에 민감하게 반응하여 재빠른 변화를 추구하는 분야가 있는가 하면, 법이나 의료같이 인간의 기본적인 삶과 관련된 분야는 타분야에 비해 변화의 속도나 그 요구가 느리다. 그러나 최근에는 의료도 생활수준의 향상, 생활행태의 전환, 전국민개보험 등 사회적 상황의 큰 변화에 따라 그 요구도가 급변해 가고 있다.

표 4-2는 1975년부터 현재까지 몇가지 중요한 지표들의 변화추세를 나타내고 있다. 즉, 해가 거듭할수록 사회가 저출산율, 국민소득의 증가, 여성취업률의 증가, 도시화, 그리고 핵가족화쪽으로 나아가고 있다.

표 4-2. 년도별 주요사회 지표의 변화

	1975	1980	1985	1990
출산율 ¹⁾	3.8	2.7	1.7	1.6
1인당 GNP(달러) ²⁾	523	1,592	2,194	5,659
여성취업자 비율(%)	36.4	38.2	39.0	40.7
도시인구의 비율(%)	48.4	57.3	65.4	74.0
세대당 가구원수(명)	5.1	4.5	4.1	3.6 ³⁾

출처: 1) 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감, 1991.

2) 경제기획원 조사통계국, 한국의 사회지표, 1990.

3) 한국보건사회연구원, 전국출산력조사, 1992.

이런 상황하에서 전국민을 대상으로 하는 정부보건사업은 구태의연한 기존사업의 답습, 특히 모자보건사업은 표 4-1에서 지적된 바와 같은 종류의 사업유지로 일관해 오고 있다. 표 4-2에서 지적된 사회적 상황이 1995

년, 2000년에, 그리고 그후에는 더욱 뚜렷이 나타날 것을 예견할때 정부의 모자보건사업도 과감히 사업내용과 방법등을 바꾸어 국민적 호응을 얻는 대민 봉사사업으로 전환하여야 할 것이다. 특히 산육기 방문간호, 신생아 보호, 영유아 이유식지도 등은 저출산률과 핵가족화, 여성취업인구의 증가 등 일련의 사회적 변화에 의해 요청되는 사업이다.

정부모자보건사업은 공공부문이 모자보건분야를 포함한 우리나라 전 의료를 책임질 수 없는 형편에서는 민간의료기관과의 뚜렷한 역할분담이 이루어져 공공과 민간의 연계체계가 구축되어야 성공을 거둘 수 있을 것이다. 공공 및 민간의 연계체계가 구축되려면 우선 두 부문간의 국민의료에 이바지 하는 역할이 가능한 중복됨이 없이 분담되어야만하며, 또한 민간은 영리적 측면을 배제할 수 없는 등의 특성을 충분히 고려한 역할이 주어져야만 실효를 거둘 수 있다.

즉, 영리 우선적인 민간의료기관의 특성상 펼칠 수 없는 사업을 공공의료기관에서 담당하고, 경영기반의 확립과 전문성이 요구되는 분야는 민간의료기관이 담당하는 등 모자보건사업의 양분화 혹은 역할분담이 이루어지면 국가적 차원에서 볼때 성공적인 모자보건사업 달성이 보다 가능할 것이다. 현재 우리나라의 경우에 있어 모자보건사업은 민·관간 전혀 협조체계가 이루어져 있지 않고 거의가 경쟁관계에 있을 뿐이다. 지역에 관계없이 보건소는 자보건소의 장점만을 홍보하고, 수요자의 편의를 위한 민·관간의 연계체계는 전혀 구축 되어 있지 않은채 다만 행정적 절차상 관내 모자보건 지정병원을 몇군데 지정해 놓고 있는 형편이다.

이런 상황에서 공공의료기관인 보건소에서 주민에게 제공하여야 할 신규서비스 개발은 두가지 측면으로 크게 나누어 생각할 수 있다. 공공의료기관으로서 보건소가 직접 제공하는 서비스의 개발과 간접적인 서비스의 개발이다. 직접적인 서비스란 문자 그대로 보건소에서 주민들에게 직접 의

료서비스를 제공함으로써 보건소의 기능을 하는 것이고, 간접적인 서비스란 주민들의 눈에는 보이지 않는 서비스로 양질의 의료서비스제공을 위한 관련 민간의료기관의 지도, 감독 및 정보지원 등이 그것이다.

앞으로 시대적 상황변화를 고려하여 공공의료기관인 보건소가 지역주민에게 제공할 수 있는 신규사업을 고려해 보면 다음과 같다.

1) 모자건강교육 및 사춘기 성교육 실시

모자의 건강유지에는 결혼전의 건강진단, 가족계획지도와 성교육을 포함한 건강교육이 필요하며, 또한 사춘기의 건강교육과 건강관리가 반드시 필요하다. 결혼전의 건강진단이나 보건교육은 장래의 임신 분만에 대한 준비로서 행하는 것으로, 신체적 정신적으로 건전하게 발달한 모성이 모자건강유지에 완전을 기할 수 있기 때문이다. 따라서 결혼전, 더 나아가 사춘기부터 모성의 건전한 발달을 도모할 수 있는 성교육이 실시되어야 하며, 올바른 성교육은 학교보건의 범주안에서도 널리 행해져야 할 필요가 있다. 사춘기 소녀에 대한 단편적인 초경교육이나 순결교육만이 아닌 실질적인 성교육 즉, 남녀 성기에 관한 해부생리, 성에 관한 바른 지식 그리고 인간성에 근간을 둔 전인적인 성교육의 전달이 성에 관한 일부 틀린 지식이나 편견을 바꿀수 있다.

공공의료기관은 학교보건교육, 사회교육 차원에서 특히 사춘기 대상자의 요구와 수준에 맞는 성교육 프로그램을 개발하고 교육하여 인간의 일생중 가장 발달이 활발한 중요시기에 잘 대처토록 한다. 즉, 다양한 신체적 정신적 변화가 초래되고 그것이 건강에 미치는 여러 영향을 고려하여 이시기에 있어서의 발달과정의 정상유무가 성인이 되었을 때 건강이나 모성기능에 중대한 영향을 미치는 것을 인식토록 한다.

공공의료기관이 개발하여야 할 성교육 프로그램에 반드시 포함되어야 할 사항들은 신체발육 및 성기의 발달이 정상임을 이해시키고, 성에 관한 의문에 솔직한 답을 주어 성에 관한 불안을 해소시키고, 혼전임신이나 이상 증상의 예방법 그리고 사회적 적응을 도와 자아 독립을 이해시키는 것들이다. 이런 성교육의 실시는 공공의료기관의 주도적인 역할과 더불어 학교, 가정 그리고 지역사회의 광범위한 참여와 협력이 필요하다.

2) 산전 보건지도 및 생활지도

기존의 산전관리 사업과는 성격이 전혀 다른 산전관리사업이 실시되어야 한다. 즉, 의학적 진단 및 치료는 전문의사가 있는 민간의료기관에 전적으로 맡기고, 민간의료기관이 할 수 없는 개인상담, 보건지도 및 생활지도 등을 공공보건기관의 산전관리 사업의 주요 내용으로 하여야 한다.

일부 보건소에서 실시하고 있는 임신부를 위한 “라마즈 체조”를 널리 확대 실시하는 것도 좋을 것이다. 임신부 스스로 느끼고, 의문시되는 사항에 관한 자세하고, 친절한 상담은 임신부의 정서안정에 크게 도움이 될 것이며, 현재 정상상태라도 알아두어야 할 임신, 분만에 관한 여러지식의 전달은 보건소에서만 할 수 있는 기능이다.

보건교육적 차원에서 산전관리, 분만, 산욕동 모자보건에 관련된 지식이 상당히 세밀한 정도까지 포함된 보건교육 소책자의 발간, 배부, 교육의 실시가 학력수준이⁴¹⁾ 점점 높아지고 있는 임신부들의 요구를 충족시킬 수 있으리라 사료된다.

41) 통계청, 한국의 사회지표, 1991, p.155.

3) 산욕기 방문관리 및 신생아 돌보기

현재 시설분만율이 98.9%에 이르고 있고, 보건소의 산전관리 및 분만대상자수(모자보건센터)도 격감하고 있으며, 아울러 산전관리의 중요성을 고려해 볼때 산전관리부터 분만까지 연계성 있는 관리를 할 수 있도록 산부인과 전문의에게 임신부의 의학적 진료를 전담시키고, 공공보건의료기관은 환자가 방문해야 비로소 일회성 의료를 제공하는 민간의료기관의 특성상 잘 이루어질 수 없는 산후관리서비스를 개발하여 제공하는 것이 바람직하다.

정상분만인 경우라도 분만후 6주 동안은 산욕기로⁴²⁾ 임신부의 철저한 산후조리가 요구되며 더불어 신생아 돌보기가 같이 요구되는 시기이다. 핵가족화의 영향으로 식구(가족)들의 부양을 받을 수 없는 임신부가 늘어나고, 산후조리인이란 새로운 직종이 등장할 정도로 많은 임신부들이 산후조리를 돌보아 줄 인력이 적당치 않는 형편이다. 보건진료원이나 보건소의 조산사, 간호사 인력을 활용하여 산욕부들에 대한 가정방문 간호서비스를 제공한다거나, 모자보건센터가 설치된 곳은 기존의 시설과 인력을 늘리거나 축소하는 대신 산후조리를 하기 위해 입원을 원하는 임신부를 위해 시설과 인력을 대체활용 한다면 앞으로 훌륭한 산후관리사업을 할 수 있겠다.

4) 영유아 이유식 지도 및 실연

가구경제 여건에 관계없이 보건소(공공의료기관)를 찾는 내방객의 으뜸가는 이유는, 의료비의 저렴성이나 무료 등 낮은 의료수가에 있다는 연구보고서 결과와 같이 공공사업은 당연히 저소득층 이나 경제적 여유가 없는

42) 보건사회부, 보건사회통계연보, 1992

43) 권이혁, 최신보건학, 신광출판사, 1986, pp.286-291.

사람들을 주 대상으로 하고 있다. 1991년 개정된 보건소법 제6조에 규정된 보건소 업무에 의하면 다섯번째 항목에 “영양의 개선”이 언급되어 있다. 여러 연령층의 여러가지 영양문제가 산적해 있지만 일생중 가장 중요한 시기인 영유아의 영양문제 해결은 그 중요성에 비추어 특히 시급한 사안이라 하겠다.

영아기 특히 이유기때는 올바른 영양공급 여부에 따라 그 어린이의 평생건강을 좌우하는 중요한 시기임⁴⁴⁾은 두말할 필요도 없다. 올바른 이유식에 의해 최적의 건강관리를 유지할 수 있으나, 부적절한 이유에 의한 영양불량이나 유아비만의 증가 등 극단적인 현상이 나타나고 있다.

비교적 임신,출산 등 다른 모자보건 분야에 비해서 영유아 이유등 영양에 관련된 지식은 고학력 임산부라도 전공자가 아닌 경우 그에 대한 지식이 상대적으로 빈약함은 여러 면접자에 의해서 지적되었다. 또한 모자보건에 관련된 정보중 임신과 분만에 관해서는 비전공자라도 전공서적을 서점에서 사보는 등 열의를 보이거나 영양에 관련된 전공서적을 사본다는 임산부는 거의 찾아보지 못했다.

이렇게 비체계적으로 얻고 있는 정보의 내용도 주로 임신, 분만등에 치우쳐 있고, 임산부의 영양 특히 영유아의 영양인 이유식에 관한 정보는 중요성을 인식하지 못해서인지 거의 다루어지고 있지 않다. 일부 다루어진 내용조차 매체마다 부분적인 정보이어서 올바른 이유식에 대한 개념상의 혼란도 함께 초래할 수 있는 형편이었다. 영유아의 연령에 따른 영양소별 소요권장량과 안전율, 각 영양소 역할, 각 영양소가 가장많이 포함되어 있는 대표적인 식품, 식품재료의 구입 및 조리,의 간편성, 식품의 보관, 형제

44) S. A. Miller, Protein Metabolism during Growth and Development, Massachusetts Institute of Technology, 1986, pp.183-233.

자매가 있을 경우 나누어 먹을 수 있는지의 여부 등 여러가지 측면에 대해 자세한 교육이 이루어지고, 또한 실제로 이유식을 만들어 보는 것은 대단히 의미 있는 일이다. 일본의 경우 1개월에 2회 있는 영유아 건강검진일에 보건소에서 직접 이유식지도 및 실습을 하여 구색이 갖추어진 모자보건사업을 실시하고 있었다.

현재 보건소 인력으로 1명씩 책정되어있으나 간호사로 대치되고 있는 영양사 인력을(현재 우리나라 총 영양사수는 39,459명으로 남자가 1,064명, 여자가 38,395명임)⁴⁵⁾ 각 보건소당 1명씩 반드시 채용하고, 조리시설의 이용이 가능한 모자보건센터가 없는 보건소는 간단한 조리시설의 설비가 이루어진다면 쉽게 영양사업을 펼칠 수 있으리라 사료된다.

5) 구강보건사업

식생활 패턴의 변화와 건강에의 관심이 높아짐에 따라 구강보건사업에 관한 관심도 또한 높아지고 있다. 특히 모자보건사업 대상자인 영유아의 구강관리사업은 평생구강건강을 유지하는 차원에서 중요한 사업이며, 임산부의 치아건강유지는 이 시기가 칼슘의 손실이 가장 심한 시기임을 고려할때 그 중요성은 더욱 크다.

구강에 관한 관심, 불소양치사업, 구강보건에 관한 교육적 예방차원과 치료차원의 사업이 동시에 이루어져야 하겠다. 현재 수행되고 있는 구강보건사업의 종류는 구강보건교육, 치면세아, 발치, 보존치료, 응급처치 기타 등이 있는데 이보다 더 정도가 깊은, 치열교정, 보철까지 확대되어야 하며, 치아의 건강을 유지할 수 있는 보건교육적 차원의 프로그램이 산전관리 및 영양개선 프로그램과 함께 마련되어야 한다. 영유아의 경우 올바른 잇솔질

45) 보건사회부, 보건사회통계연보, 제37호, 1991, p. 57.

및 식후 이닦기, 불소치약 및 음용수 이용등이 습관화될 수 있도록 지도되어야 한다.

6) 정보관리 및 지원

보건소가 할 수 있는 관련기관들에 대한 서비스로 사업에 관련되는 필요한 정보의 수집, 정리 및 제공 등이 있을 수 있다. 수요자들에게 제공하는 대 주민 서비스뿐만 아니라 공공기관으로서 보건소의 또 다른 커다란 역할이 바로 관련 민간의료기관들에 대한 서비스제공으로 공공기관만이 할 수 있는 지역의 보건의료 관련정보의 관리 및 지원이 그것이다.

현재 의료법상 의무규정으로 되어 있는 사항을 대부분의 민간의료기관이 수행하고 있지 않기 때문에 필요에 따라 의무규정을 강제규정으로 바꾸는 등 제재조치만 강화할 것이 아니라 호혜의 원칙에 입각하여 공공기관이 민간의료기관에 제공해 줄 수 있는 지원사업을 개발하여야 하는데 그 사업이 바로 관련정보의 관리 및 제공이다. 전국 보건소의 전산 의료망 설치작업과 맥을 같이 할때 이 사업은 상당히 활성화될 수 있을 것이다.

제 5 장 요약 및 정책적 제언

1. 연구결과 요약

본 연구는 장차 우리나라 모자보건사업의 발전을 위해 추진되어야 할 지역 모자보건 의료복지서비스 협조체계구축에 관한 이론적 고찰과 아울러 협조체계구축에 따른 우리나라 지역별 여건을 파악하고자 모자보건서비스자원 및 서비스 실태 등 관련자료를 수집·분석하였으며, 연구된 주요내용은 다음과 같다.

1) 지역모자보건의료복지서비스 협조체계

- 지역모자보건사업의 개념은 지역내 한정된 모자보건 관련자원간에 긴밀한 협조체계를 피하여 지역의 모든 어머니와 어린이에게 그들의 생애주기에 맞는 연속적 포괄적 전인적인 보건 의료 복지서비스를 제공하자는 것이다.
- 지역모자보건체계구축을 위한 과제는 시대변화와 주민욕구에 부응하는 신규 서비스의 개발, 보건정보시스템의 유효활용, 관계자의 보수교육 강화, 관련조직간의 기능분담 및 연계, 의료경영 기반의 충실화, 주민의 적극적 참여 등이다.
- 보건의료시스템 구축에 있어서 제일 중요한 핵심과제인 관련조직간의 적절한 기능분담 및 유기적인 기능연계를 위한 필수조건으로는 연계를 맺는 양자간이 상호 수혜관계이어야 할 것, 연계를 맺는 양자간이 신뢰관계이어야 할 것, 주민이 원하고 고마워하는 연계일 것 등이 요구된다.

- 지역보건사업체계에 대한 이론적 고찰과 일본의 지역모자보건활동 예를 참고로 개발한 지역모자보건체계 기본모형의 주요골자는 다음과 같다.
 - 시·군·구 보건소는 지역모자보건체계내에서 보건과 의료 및 복지 서비스를 연결하는 구심점 역할을 맡는다.
 - 보건소는 지역의 보건의료계획 추진 외에 주민보건관리기능(사업 홍보, 보건교육, 보건지도 등)과 각종 보건의료복지 관련 정보수집 관리 지원의 기능을 갖는다. 단, 주민 보건관리기능은 지역의 형편에 따라 하부조직인 보건지소나 보건진료소에서 수행하게 할 수 있다.
 - 산전관리는 민간조직과 공공조직에서 적절한 기능분담을 통해 이원적으로 행하되, 분만은 원칙적으로 민간 분만시설의 의사에게 맡기며, 지금까지 소홀히 취급되었던 산후관리 및 신생아관리를 위해 보건소는 산욕기(또는 신생아기) 방문간호사업을 주요 모자보건활동의 하나로 삼는다.
 - 장차 전국 행정복지전산망 구축이 완료되면, 도 보건국에 종합보건정보관리센터를 두어 지역보건정보관리센터에서 집적된 자료를 종합하게 하고, 중앙의 모자보건연구센터는 이를 분석하여 각종모자보건지표 산출 및 모자보건발전을 위한 연구에 활용하도록 한다.
- 지역모자보건체계 구축에 관한 장애요인을 파악하고자 공공 및 민간 부문 모자보건서비스 제공자 47명을 대상으로 소규모 의견조사를 실시해 본 결과는 다음과 같았다.
 - ‘지역모자보건체계 구축이 꼭 필요하니 조속히 검토되어야 한다’는 의견과 ‘필요하다고 생각은 하나 그리 현실적이지 못하다’는 의견이 공공 및 민간조직 소속자 공히 거의 반반으로 양분되었으

며, 지역모자보건 협조체계구축시 조정역할 담당조직으로는 보건소가 가장 적합하다는 의견이 공공, 민간 양측에서 모두 가장 많았다.

- 지역모자보건협조체계 추진시 예상되는 장애요인으로 공공조직 소속자는 종사자의 의식부족, 인력부족, 주민들의 이해부족을, 민간조직 소속자는 행정(보건소, 시·군·구청)의 이해부족, 종사자의 전문지식부족, 주민들의 이해부족을 택했다.

2) 모자보건 의료자원 현황

- 우리나라의 지역별 모자보건서비스 제공가능 시설 분포는 다음과 같았다.

- 공공부문 모자보건서비스 제공 가능시설로는 시·군·구 행정구역내 1개소씩 설치된 보건소(구: 56개소, 시:74개소, 군:136개소), 군지역의 보건지소(1,329개소)와 보건진료소(2,039개소), 보건소 조직내에 속해 있는 모자보건센터(시:6개소, 군:71개소)와 보건의원(15개소)을 들 수 있으며, 전국 268개 시·군·구 행정구역 중 본 연구에서 자료수집이 가능했던 251개 구역에서 파악된 민간부문의 모자보건서비스 제공가능시설은 종합병원 231개소, 병원 326개소, 산부인과 및 소아과의원은 각각 1,620개소, 1,155개소이었다.
- 자료수집이 가능했던 전국 251개 시·군·구 행정구역 중 병원급 이상 의료기관과 산부인과의원, 소아과 의원이 구역내 설치되어 있어 지역내 민간 의료기관만으로 1, 2차 수준의 모자보건 문제 해결이 가능한 지역은 119개 지역(47.4%)이었으며, 지역별로 보면 대도시(구지역내)지역은 90.6%, 중소도시 지역은 89.8%, 군지역은 56.5%로 낮았다.

- 자료수집이 가능했던 129개 군지역 중에서 산부인과의원이 없는 지역이 44개(34.1%), 소아과의원이 없는 지역이 48개 (37.2%)이었으며, 현재 산과진료를 제공하고 있는 일반의원이나 조산소조차 없는 지역이 24개 지역(18.6%)으로 나타났다.
- 한편 산부인과의원이 없는 44개 군지역 중 5개 지역(화천군, 천안군, 청원군, 곡성군, 함안군)에는 보건소에 산부인과 전문의가 배치되어 있었다.
- 산부인과 및 소아과 전문의의 군지역 개원추이를 보면 산부인과 개원 전문의가 있는 군지역은 1988년 37.5%, 1991년 36.8%, 1992년 37.2%로 비슷한 추이를 보이고 있으며, 소아과 개원 전문의가 있는 지역은 1988년 32.4%, 1991년 31.6% , 1992년 22.5%로 계속 감소추세를 보이고 있어 그 동안 끊임없이 지적되어 온 군지역 주민들의 전문 의료시설 접근도에는 별다른 발전이 없었다.
- 본 연구에서 파악된 우리나라의 지역별 모자보건서비스 제공 가능시설 중 분만을 중심으로 한 실제 모자보건서비스 수행현황은 다음과 같다.
 - 자료수집이 가능했던 보건소 조직내 모자보건센터 75개소 중 17개소(22.7%)는 분만개조 업무를 전혀 수행하고 있지 않으며, 14개소(18.7%)는 주간에만 수행하고 있는 것으로 나타났다.
 - 민간부문에서는 전국 2,592명의 산부인과 전문의 중 절반이 넘는 1,734명이 1,620개소의 산부인과의원에서 활동하고 있었으며, 1차 수준의 분만개조서비스를 제공하는 의원은 대도시 지역은 65.2%, 중소도시 지역은 82.0%, 군지역은 98.0%로 지역별 격차가 심한 것으로 나타났다. 한편 산부인과를 진료과목으로 표방하고 있는 일

반의원중 1차수준의 정상분만개조서비스를 제공하는 의원은 주간 29.9%, 야간 16.7%로 나타났다.

- 자료수집이 가능했던 민간부문의 2차 의료기관(종합병원 179개소, 병원209개소) 중에서 분만개조기능 수행 병원은 주간 72.2%, 야간 69.4%이었으며, 지역별로는 대도시 병원이 수행율이 가장 낮고 군 지역이 가장 높게 나타났다.
- 모자보건종합센터는 현행 모자보건법상 2,3차 수준의 산과 진료기능이 부여되고 있는데 현재 모자보건종합센터로 지정되어 있는 전국의 12개 병원(3개는 3차 의료기관, 9개는 2차 의료기관) 중 OICU시설이 있는 곳은 9개 병원, 이중 주산기학 전문인력이 확보된 병원은 5개소이며, NICU 시설이 있는 곳은 10개 병원, 이중 신생아학 전문인력이 확보된 병원은 7개소로 나타났다.
- 민간부문의 3차 의료기관 30개소 중 자료수집이 가능했던 28개소에 대해 고위험 산모 집중치료시설(OICU)과 고위험 신생아 집중치료시설(NICU)에 대한 유무 및 주산기학, 신생아학 전문인력 확보 여부를 조사해 본 결과, OICU는 23개 기관에, NICU는 27개 기관에 구비되어 있었다. 이중 8개소는 신생아학 전문인력이 근무하고 있지 않는 것으로 나타났다.
- OICU와 NICU의 분포를 중진료권과 대진료권별로 묶어 본 결과는 다음과 같다.
 - 전국 140개 중진료권 중 OICU 보유병원이 있는 중진료권이 50개 (35.7%), NICU 보유병원이 있는 중진료권이 48개(34.3%)이었다.
 - 8개 대진료권별 OICU 및 NICU 보유병원 1개소당 평균 0세 인구수를 보면 가장 적은 지역이 강원지역으로 OICU 및 NICU 공히 1,988명이며 가장 많은 지역이 충북지역으로 5,533명이었다.

3) 모자보건 서비스 실태와 발전방향

○ 기존 서비스 실태

- 우리나라 공공의료기관인 보건소는 시·군지역에 관계없이 거의 대동소이한 모자보건사업을 수행하고 있다. 사업의 질적 측면을 고려하지 않는다면 민간의료기관에 비해 다양한 모자보건 서비스를 수행하고 있는데 단계별로 살펴보면 다음과 같다.
- 즉, ① 임부신고 ② 임부등록관리 ③ 산전관리 ④ 분만 ⑤ 산후관리 ⑥ 영아등록관리 ⑦ 영유아 예방접종 ⑧ 영유아 건강검진 등이며, 그 외에 ⑨ 지역의 특수여건에 맞는 특수사업이 각기 시행되고 있다.
- 최근에는 모자보건센터가 소재한 보건소에서도 분만개조사업보다는 특수사업에 역점을 두고 있는 보건소들이 다수 있다.

○ 영국, 스웨덴, 뉴질랜드, 미국 등 외국 선진국의 모자보건사업 실태가 모자보건 조직체계와 서비스 측면의 두 부분으로 나뉘어 자세히 소개되었다.

○ 향후 모자보건사업 발전방향 및 신규사업 개발

- 향후 모자보건사업은 cure에서 care 개념으로 전환되어야 하며 여러 선진외국과 같이 우리나라에서도,
 - ① 컴퓨터 전산망의 구축 및 도입.
 - ② 복지개념으로의 전환.
 - ③ 능률적인 제도 및 기술도입 등을 모자보건사업 발전을 위한 전제조건으로 삼아야 한다.
- 또한 핵가족화, 고소득화, 도시화 등의 사회여건 변화에 따라 공공의료기관인 보건소의 모자보건사업도 신속히 시대 요구에 부응

하여 변화하여야 하며, 다음과 같은 사업이 새롭게 개발되거나 더욱 강화되어 실시되어야 할 것으로 사료된다.

- ① 모자건강교육 및 사춘기 성교육 실시.
- ② 산전보건지도 및 생활지도.
- ③ 산욕기 방문간호 및 신생아 돌보기.
- ④ 영유아 이유식 지도 및 실연.
- ⑤ 구강보건사업.
- ⑥ 정보관리 및 지원 등.

2. 정책적 제언

- 1) 모자보건사업은 주민복지사업인 동시에 국민건강의 기초를 다지는 기간보건사업이므로 공공부문에서는 목표량 위주의 나눠주기식 서비스보다 전 주민을 대상으로 모니터링을 계속하여 의료보험 수혜에서 제외되거나 인력이 부족해서 등의 이유로 민간부문에서 맡기를 꺼리는 예방 차원의 서비스(주민홍보 및 보건교육, 대상자 파악 및 등록 추구관리, 보건지도, 가정간호 등)를 제공하도록 하는 것이 바람직하며, 그러기 위해서는 실무자의 현 업무중 행정보고 업무를 과감히 간소화함으로써 기존인력을 최대한 활용하여 대인서비스에 투입하여야 한다.
- 2) “모자건강의 보전”이라는 모자보건사업목표를 달성하려면 보건과 의료 및 복지서비스자원을 연결함으로써 포괄적이고 연속적이며 전인적인 서비스를 제공해야 하므로, 보건소는 지역에서 의료 및 복지를 연결해 주는 구심점 역할을 위해 지역의 각종 모자보건 관련정보를 관

리하고 지원하는 기능을 갖추어야 하며, 모자보건 대상자의 생애주기에 따라 서비스 담당자가 바뀌어져야 할 경우(예를 들어 모성보건에서 영유아보건, 영유아보건에서 학교보건 등) 후속 보건관리에 참고가 될 기왕자료가 모자보건수첩에 빠짐 없이 기록되었는지를 확인한 후 다음 관리자에게 대상자를 확실하게 인계하도록 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

- 3) 본 연구에서 제시한 지역모자보건체계 기본모형은 이론적인 정립에 불과하므로 생활부재의 타상공론이 되지 않기 위해서는 이러한 시스템이 과연 지역사회에 어떻게 얼마나 공헌하는가를 확인하는 절차가 반드시 필요하다. 따라서, 일개 ‘도’ 수준의 지역을 선정하여 지역의 모든 모자보건관계자가 망라된 대규모 의견조사를 통해 지역모자보건체계모형에 관한 의견접근을 시도한 뒤, 종합적인 지역모자보건체계의 세부적인 모습과 운영방법을 결정하여 2-3년간의 시범사업을 실시해 볼 것을 제안하고자 한다.
- 4) 모자보건서비스 중에서 가장 전문인력과 시설이 집중 투입되어야 하는 부분은 분만을 전후한 주산기의료서비스이다. 임신과 분만과정이 생리적인 현상의 하나라고는 하나 생명을 위협하는 위험이 늘 잠재하고 있으므로 주산기의료의 지역화는 모자보건의 선진화를 위한 필수적인 요건이므로 우리나라도 이를 위한 구체적인 제반여건의 검토와 대책이 강구되어야 할 것이다.
 - 현행 의료전달체계상 구분된 1, 2, 3차 의료기관이 산과 진료기능 면에서도 그대로 적용될 수는 없으므로, 산부인과학회, 주산기학회 및 신생아학회의 도움을 얻어 1, 2, 3차 모자보건서비스기관의 기능 및 시설기준을 마련해야 한다(부록 2 참조).

- 본 연구결과, 시설은 있되 전문인력이 없든지 시설과 전문인력이 있어도 아예 분만개조기능을 안하는 경우가 있어 지역의 모자보건 시설수 만으로는 산과진료 공급수준을 파악할 수 없으므로, 지역 내 모자보건서비스기관의 현재 보유시설·장비 및 수행기능을 정기적으로 공개, 상호 정보교환하게 함으로써 관련기관끼리 상호협조 할 수 있게 하는 제도적 장치가 필요하다.
- 우리나라 실정에 맞는 3차수준의 주산기 의료서비스기능을 갖춘 의료기관의 진료권별 적정 분포에 대한 연구가 요구되며, 이 결과에 따라 주산기학·신생아학 전문인력 양성계획이 뒷받침되어야 할 것이며, 민간부문의 자원분포가 취약한 지역에는 공공부문에서 최소한의 전문의를 확보하여 투입하고 전문적인 서비스 기능수행에 지장이 없을 정도의 장비를 지원하여야 할 것이다.
- 정상분만의 경우, 가장 바람직한 분만환경은 가정과 같이 안락하고 편안한 분위기에서 남편도 분만에 함께 참여하는 것이며, 이러한 환경은 병원급 이상의 분만기관 보다는 의원급 분만기관에서 보다 가능한 것이므로 현재 입원실을 폐쇄·축소하고 있는 경향을 보이는 의원급 분만기관의 분만개조기능 활성화 방안 강구를 위해 개원의들의 여론을 수렴해 볼 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 강신성, 현 의료보험제도하에서의 분만의 문제점, 대한의학협회지, 1992, pp. 434-436.
- 공세권 외, 한국에서의 가족형성과 출산행태, 한국보건사회연구원, 1992, p. 216, pp. 220-221.
- 권이혁, 최신 보건학, 신광출판사, 1986, pp. 286-291.
- 김승조, 모자보건 수준과 문제제기, 의료보험 확대와 모자보건서비스에 관한 연찬회보고서, 1989, pp. 13-45.
- 김응석 외, 보건의료망을 통한 출생증명자료의 활용연구, 한국보건사회연구원, 1992.
- 김혜련 외, 전국 영유아 예방접종 실태조사, 한국인구보건연구원, 1989, p. 26.
- , 농촌지역 모자보건사업 개선방안 연구, 한국보건사회연구원, 1991, p. 83, p. 93, p. 153.
- 대한의학협회, 전국 회원실태조사보고서, 기획연구실, 1989-1991, p. 8.
- 대한가족계획협회, 모자보건, 1989, p. 34.
- 명재일 외, 의료전달체계 운영평가와 진료권별 병상수급, 한국보건사회연구원, 1992, pp. 191-263.
- 문현상 외, 전국 출산력 및 가족보건 실태조사, 한국인구보건연구원, 1989, p. 172.
- 문옥륜, 우리나라 의료제도 운영의 과제, 한국의료관리연구원 개원기념 세미나 발표연제, 1992.
- 방 숙, 음성지역 보건의료사업 개요 - 지역의료 모델 개발 연구 - , 대한보건협회 충북지부 집담회 발표자료, 1986, p. 803.
- 예방의학과 공중보건 편집위원회, 보건관리서론, 예방의학과 공중보건, 1992, p. 510.
- 법제처, 대한민국 현행 법령집, 의료법 제1장 3조, 1990.

_____, 의료법 제1장 49조, 1990.

변종화, 보건의료원 운영실태 조사연구, 한국보건사회연구원, 1991.

보건사회부, 가족보건사업계획, 1992, p. 51.

보건사회부, 보건사회 통계연보, 제37호, 1991, p. 57, p. 135.

보건사회부, 의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준, 1992, p. 21

보건사회부, 보건의료원 운영관리 연수교재, 1989.

보건사회부, 보건사회 통계연보, 1991, pp. 110-111.

송건용 외, 전국 보건의료망 편성을 위한 조사연구, 1987, pp. 42-43,
pp. 58-59.

송찬호, “산전관리의 현황과 문제점”, 태아의 건강관리의 최신동향, 1992,
p. 4.

신영수 외, 공공의료기관 통합운영방안, 보건사회부, 1990, p. 9.

양봉민, 병원규모별 전문인력 및 직종별 적정인력 산출, 한국보건사회
연구원, 1991, p. 1.

의료보험연합회, 의료보험 요양기관 명부, 1991, p. 24.

의원문제연구소, 대도시의 외과계열 전문의가 경영하는 의원에서의 입원실
운영현황과 조건에 관한 조사연구, 1992, p. 8, p. 15.

임종권 외, 도시 보건소 모자보건사업 운영개선에 관한 연구, 한국보건사회
연구원, 1991, 1992, p. 82, pp. 109-111.

정기원, 인구이동의 실태와 전망, 우리나라 인구변동의 분석, 한국보건사회
연구원, 1990, pp. 207-249.

차철환 외, 도시·농촌별 일차보건의료의 접근, 1992, p. 131.

통계청, 한국의 사회지표, 1991.

松本清一, 母子保健概論, 文光堂, 1986, p. 135.

愛知縣醫師會, 社會福祉委員會, 專門委員會, 愛知縣 における, 地域 保健
醫療福祉の 展開を さして- 21世紀への提言 -, 1992, p. 22,
pp. 32-33.

山本 勝, 保健・醫療・福祉の システムづくり, 1991, p. 87, pp. 90-91, p. 102.

Sieber, Qualitative Methods in Nutrition Education Evaluation Research, Journal of Nutr. Educ. vol.20, No.5 , 1988, pp.240-250.

A. Miller, Protein Metabolism during Growth and Development, Massachusetts Institute of Technology, 1986, pp.183-233
Halper. B.P., Antecedents, 1982, pp.54-72.

< 부록 1 >

산부인과 병.의원 미소재 지역주민에 대한 이용지역 일반현황

산부인과 미소재지역	모자보건센터 유 무	임신, 분만시 이용지역(나) 특성 지역명	병원수(개소)	가. 나 지역간 평균소요시간
(대도시 인접지역)				
김해군	-	김해시	14	30분
달성군	-	대구시	9	30분
(시 인접지역)				
화천군	무*	춘천시	3	40-50분
고성군	유	속초시	-	30분
양양군	유	속초시, 강릉시	3	20-60분
태안군	-	서산시	1	20분
산청군	무*	진주시	1	30분
북제주군	유	제주시	6	30분
남제주군	유	서귀포시	-	30분
천안군	유	천안시	2	30분
익산군*	유	이리시	1	20분
승주군	-	순천시	1	20분
선산군*	유	구미시	1	20분
의령군*	-	마산시, 진주시	6	30분
함안군*	무*	마산시	5	15분
(시를 둘러싼 지역)				
양주군	-	의정부, 동두천	-	30분
춘천군	유	춘천시	3	30분
원주군	유	원주시	1	30분
삼척군*	-	삼척시, 태백시	1	40-50분
청원군	유	청주시	1	20-30분
증원군	유	충주시	1	30분

제천군	유	제천시	-	30분
공주군	-	공주시	-	20분
보령군	-	대천시	1	20분
서산군	유	서산시	1	30분
통영군	유	충무시	-	20-30분
여천군*	-	여수시	2	60분
나주군*	-	나주시	-	15분
영일군*	-	포항시	3	60분
영천군	-	영천시	1	
금릉군	-	김천시	1	
상주군	유	상주시	2	
문경군	-	점촌시	1	
영풍군*	유	영주시	-	
진양군*	-	진주시	1	10분
완주군*	유	전주시	2	60분
남원군	-	남원시	-	10-60분
정읍군	-	정주시	1	20분
김제군*	-	김제시	-	10분
옥구군	유	군산시	1	20분

(시와 인접되지 않는지역)

보은군*	유	청주시, 대전시	7	60분
하동군*	-	진주시	1	70분
장수군*	유	남원시	-	60분
곡성군*	무*	광주시, 남원시	3	50분

* 일반의원(모자보건서비스 제공기관) 소재지역

<부록 2>

모성사망 원인 및 이환의 원인별 서비스와 진료수준

이환의 원인	서 비 스	진료수준
총 합	가족계획 산전진찰 감독과 정상분만	일차, 이차 일차 일차
출 혈	위험환자 색출과 이송 기타산전진찰(빈혈치료) 자궁수축제(태반만출후반) 정맥수액주사 용수태반박리 혈액형 검사 혈액 수혈	일차 일차 일차 일차 일차 이차 이차
감 염	위험환자 색출-이송 파상풍예방접종 정상분만 항생제투여(파막 12시간내 2차진료기관 이송 자궁적출술	일차 일차 일차 일차 일차 이차
임신중독증	증상감시, 혈압, 뇨단백 침대휴식, 안정 2차진료권 이송 유도분만, 제왕절개	일차 일차 일차 이차
임신중절	항생제	일차
합병증	이송 옥시토신 소파술 자궁적출술	일차 일차 이차 이차
난산과 자궁파열	위험환자 색출 이송 이차진료권 이송 치골절개 제왕절개	일차 일차 이차 이차

지역모자보건 의료 복지서비스 협조체계와
공공부문 모자보건서비스 개발

1992 년 12 월 일 인쇄

1992 년 12 월 일 발행

발행인: 지 달 현

발행처: 한 국 보 건 사 회 연 구 원

서울특별시 은평구 불광동 산 42-14

전 화 3 5 5 - 8 0 0 3 ~ 7

인쇄처: 상 지 문 화 사 (2 7 3 - 9 0 8 1)
