

研究報告 83
1984. 12.

農村地域 綜合開發에 관한 研究③
農村醫療傳達體系의
問題點과 새로운 構想

李 容 晚 (責任研究員)
朴 修 一 (延大原州醫大)
專任講師

韓國農村經濟研究院

빈면

머 리 말

2000年代의 快適한 福祉農漁村建設을 達成하기 위하여는 農村住民들이 農村地域을 떠나지 않고서도 安定된 일자리와 所得을 올릴 수 있고 都市的 便益을 享有할 수 있도록 農村定住生活環境의 都市化가 이루어져야 한다. 이를 위하여는 지금까지의 部處別, 事業別로 分散推進된 農村開發方式에서 일정한 農村地域을 對象으로 長期發展計劃에 依據 產業經濟, 生活環境, 社會福祉, 文化觀光 등을 綜合的이고 有機的으로 연계개발하는 農村地域 綜合開發方式으로 轉換되어야 한다.

本 研究는 當 研究院이 1982 年부터 推進해 오고 있는 農村地域綜合開發에 관한 研究事業의 一環으로 農村定住生活環境의 計劃的 開發方向을 모색하기 위한 것으로 그 結果는 ①農村地域의 定住體系와 中心地 開發, ②마을綜合開發의 計劃的 接近, ③農村醫療傳達體系의 問題點과 새로운 構想의 3편의 報告書로 발간되었다.

本 報告書는 韓國農村經濟研究院에서 1982 ~ 1984 年까지 3 個農村地域(郡)을 중심으로 事例研究된 農村定住生活圈開發計劃가운데 關聯開發計劃을 綜合整理하고 全北 井邑地域의 事例研究를 통하여 關聯政策을 評價分析하여 效率的인 政策方案을 모색하였다.

韓國農村經濟研究院에서는 農村地域綜合開發에 관한 研究事業을 研究分野別로 繼續 實證分析할 計劃으로 있으며 本 研究에서 未洽한 부분은 앞으로 補完發展시킬 計劃이다.

끝으로 本 研究는 當 研究院 農村開發室에서 崔洋夫研究委員의 責任아래 이루어진 것으로서 本 報告書가 현재 着手段階에 있는 政府의 農村地域綜合開發事業의 政策資料로 널리 活用되기를 기대하는 마음 간절하다.

1984. 12.

韓國農村經濟研究院長 金 榮 鎮

目 次

第 1 章 序 論

1. 問題의 提起	1
2. 研究目的과 內容	3
3. 研究方法	4

第 2 章 農村住民의 健康水準과 醫療要求 및 治療實態

1. 農村住民의 營養實態	5
2. 農村住民의 傷病罹患推移	16
3. 農夫症의 概念과 實態	33
4. 農村住民의 醫療要求 및 治療實態	42

第 3 章 農村醫療서비스體系의 展開와 問題點

1. 우리나라 醫療傳達體系의 展開와 問題點	54
2. 醫療傳達體系 確立과 診療圈 設定	62
3. 診療圈 設定과 農村 醫療傳達體系	75
4. 農村保健所組織의 現況과 問題點	81
5. 農村醫療保險示範事業의 現況과 問題點	100

第 4 章 農村 醫療傳達體系의 새로운 構想

1. 農村 醫療傳達體系改善을 爲한 先行模型 檢討	117
2. 農村地域의 範圍와 定住體系	134
3. 農村醫療傳達體系의 새로운 構想: 固城地域을 중심으로	137

第 5 章 要約 및 政策建議

1. 要 約	145
2. 政策建議	151

表 目 次

第 2 章

表 2-1	地域別 營養素攝取量, 1981	7
表 2-2	年齡別 身長發育比較(男子)	12
表 2-3	年齡別 身長發育比較(女子)	13
表 2-4	年齡別 體重變化比較(男子)	14
表 2-5	年齡別 體重變化比較(女子)	15
表 2-6	農村住民의 傷病研究文獻數	21
表 2-7	傷病의 調査時期 및 調査期間	22
表 2-8	傷病記憶回想期間	23
表 2-9	調査形態에 따른 性 및 年齡別 有病率比較	25
表 2-10	우리나라의 傷病分類基準	26
表 2-11	農村住民의 傷病類別 構成比의 變化(男女合計)	29
表 2-12	農村住民의 性別, 傷病類別 構成比의 變化	30
表 2-13	農村住民의 傷病推移 1977 ~ 79	31
表 2-14	都市와 農村의 傷病類別 罹患者 比率 比較	32
表 2-15	年齡別 農夫症 點數分布, 1979	35
表 2-16	性別, 年齡別 農夫症 點數 分布, 1979	36
表 2-17	一般農家와 施設園藝農家の 農夫症 程度	39
表 2-18	地域別 人口 100 人當 醫療要求率	48
表 2-19	農村住民의 性別, 醫療保障受惠程度別 醫療要求率	49
表 2-20	地域別 醫療要求者の 未治療理由	50
表 2-21	地域別 入院實態 比較	50
表 2-22	耕地規模別 農家戶當 醫療費의 推移	51
表 2-23	地域別 醫療費의 比較	52

表 2-24 地域別 家口所得의 醫療費支出比率	53
表 2-25 地域別 家口當 醫療費의 比較	53

第 3 章

表 3-1 2 次診療機關의 類型	56
表 3-2 病院級 醫療機關의 部門別 病床數	59
表 3-3 部門別 國民 總保健醫療費 支出	59
表 3-4 醫療施設의 都農間 分布比較, 1983	60
表 3-5 醫療人力의 都農間 分布比較, 1983	60
表 3-6 診療圈의 中心都市 選定基準	70
表 3-7 道綜合開發計劃의 診療生活圈 設定概要	73
表 3-8 診療圈設定內容의 比較	73
表 3-9 道綜合開發計劃의 3 次診療圈의 郡分布	75
表 3-10 醫療傳達體系別 機能分擔	79
表 3-11 農村保健所組織의 沿革	82
表 3-12 郡單位의 醫師分布, 1983	83
表 3-13 道別 郡當 醫師數, 1983	83
表 3-14 農村地域의 保健醫療서비스에 있어서 公共・民間部門의 役割比較	84
表 3-15 農村保健所의 組織概要, 1983	85
表 3-16 地域別 保健所 및 支所의 施設 規模(基準面積)	89
表 3-17 保健(支)所의 業務	90
表 3-18 保健所 施設擴充計劃	91
表 3-19 保健所 人力擴充計劃	91
表 3-20 農村住民의 醫療施設 利用實態	93
表 3-21 地域別 治療形態別 百分率 比較	94
表 3-22 地域別 醫療要求者の 治療希望施設比率	95
表 3-23 農村住民이 利用한 治療源에 對한 利用滿足度와 信賴度	95

表 3-24	郡保健所의 診療室 保有 器資材	97
表 3-25	郡保健所의 検査室 保有 器資材	98
表 3-26	郡保健所의 X-線室 保有 器資材	99
表 3-27	年度別 全體 事業場 對比 醫療保險適用比率	101
表 3-28	年度別 醫療保險 適用人口	101
表 3-29	醫療保險制度의 概要	104
表 3-30	農村醫療保險示範事業의 適用人口	106
表 3-31	被保險者 資格變動狀況	107
表 3-32	1 次示範地域 保險料 等級別 區分基準斗 世帶數分布	108
表 3-33	2 次示範地域의 保險料 等級基準	109
表 3-34	2 次 示範地域 保險料 構成比	110
表 3-35	月保險料別 世帶數分布 比較	110
表 3-36	示範事業地域의 月保險料別 世帶數分布, 1982	111
表 3-37	保險料 等級別 徵收比率	112
表 3-38	保險料 給與斗 診療酬價	112
表 3-39	診療傳達體系別 療養取扱機關	113
表 3-40	職員 1 人當 被保險者 現況	115
表 3-41	1 次 農村保險示範事業의 保險財政 現況	116
表 3-42	醫療保險 長期擴大計劃	116

第 4 章

表 4-1	醫療傳達體系別 機能 및 人力配置(模型Ⅲ)	121
表 4-2	保健醫療施設配置事例研究 概要	127
表 4-3	農村醫療保險擴大를 爲한 醫療傳達體系 確立의 必要性	128
表 4-4	農村醫療傳達體系 開發模型의 性格比較(要約)	129
表 4-5	農村病院設立 對象農村地域(郡)	131
表 4-6	農村地域에서 가장 不便한 定住生活環境	132
表 4-7	保健支所 立地類型別 年間診療實績	133
表 4-8	固城邑 到達時間別 行政里分布	138

表 4-9	固城地域의 醫療資源分布實態 比較	139
表 4-10	固城住民의 醫療機關利用 實態	139
表 4-11	保健(支)所를 利用않는 理由	139
表 4-12	固城地域 醫療傳達體系別 機能과 人力配置	144
附錄 1-1	農村住民의 傷病研究 關聯文獻	153
附錄 1-2	民俗醫療 및 農夫症研究 關聯文獻	157
附錄 1-3	醫療要求利用 및 醫療費 關聯文獻	158
附錄 1-4	保健所 現況 및 改善關聯文獻	160
附錄 1-5	農村醫療, 傳達體系 및 醫療施設配置 關聯文獻	162
附錄 1-6	農村醫療保險 關聯文獻	165
附錄 1-7	기타 農村醫療 關聯文獻	167
附錄 2-1	醫療機關 所在地別 診療圈 形成樣相	168
附錄 2-2	保健社會部 機構	170
附錄 2-3	保健社會部 主要機能	171
附錄 2-4	各國 醫療保障의 特徵	176
附錄 3-1	農村住民 傷病調査 樣式(事例Ⅰ)	184
附錄 3-2	農村住民 傷病調査 樣式(事例Ⅱ)	189
附錄 4-1	保健所法 및 同施行令	194
附錄 4-2	農漁村保健醫療을 위한 特別措置法 및 同施行令	197

圖 目 次

第 2 章

圖 2-1	熱量攝取量의 變化	8
圖 2-2	蛋白質 攝取量의 推移	9
圖 2-3	脂肪攝取量의 推移	10
圖 2-4	탄수화물攝取量의 推移	10
圖 2-5	鐵分 攝取量의 推移	11
圖 2-6	年齡別 身長發育比較(男子)	12
圖 2-7	年齡別 身長發育比較(女子)	13
圖 2-8	年齡別 體重의 變化 比較(男子)	14
圖 2-9	年齡別 體重의 變化 比較(女子)	15
圖 2-10	傷病의 흐름圖	17
圖 2-11	有病率의 計算 事例	19
圖 2-12	農夫症의 順序	34
圖 2-13	韓國農民의 農夫症點數, 1974	34
圖 2-14	性別, 年齡別 農夫症 知覺症狀狀態, 1979	37
圖 2-15	農夫症 推移	38
圖 2-16	農夫症의 自覺病名 및 主治療法	40
圖 2-17	醫療要求의 相異性 比較	44
圖 2-18	人口의 醫療利用 및 그 結果의 課程	45
圖 2-19	醫療利用과 醫療要求 計算方法	47

第 3 章

圖 3-1	우리나라의 現行 醫療傳達體系圖	58
圖 3-2	診療圈의 基本模型	63

圖3- 3	診療圈의 設定段階	65
圖3- 4	親和度에 따른 診療圈形成樣相 1981	68
圖3- 5	最適 組合選擇範圍의 決定	70
圖3- 6	診療圈 設定(保社部)	71
圖3- 7	道 綜合開發計劃의 診療圈 設定	74
圖3- 8	保社部의 醫療傳達體系의 基本模型	77
圖3- 9	患者後送依賴體系	78
圖3-10	農村醫療傳達體系改善計劃	80
圖3-11	保健所 組織體系	86
圖3-12	地域別 保健所 組織 및 機構 類型	88
圖3-13	示範事業地域 醫療保險組合의 組織機構	114

第 4 章

圖4- 1	韓國地域社會保健協會의 綜合的 醫療保護事業模型(模型Ⅰ)	118
圖4- 2	洪川地域 1次 保健醫療傳達體系(模型Ⅱ)	119
圖4- 3	江華地域 醫療傳達體系模型(模型Ⅲ)	120
圖4- 4	麟蹄 綜合病院의 醫療傳達體系(模型Ⅳ)	122
圖4- 5	模型Ⅴ의 醫療傳達體系	123
圖4- 6	模型Ⅵ의 醫療傳達體系	124
圖4- 7	郡 保健醫療院의 組織 및 機構(模型Ⅵ)	125
圖4- 8	模型Ⅶ의 醫療傳達體系 및 內容	126
圖4- 9	農村地域의 定住體系	135
圖4-10	農村定住生活圈의 空間構造	136
圖4-11	固城定住生活圈 및 定住區 區分	140
圖4-12	固城 定住生活圈의 定住體系	141
圖4-13	農村 醫療傳達體系의 配置 基本方向	142
圖4-14	固城地域 醫療傳達體系改善의 基本構想圖	143
圖4-15	固城地域 郡立病院의 機構組織	144

第 1 章

序 論

1. 問題의 提起

解放以後 西洋醫學이 本格的으로 導入되기 始作한 以來 醫療施設이나 人力은 急激한 增加趨勢를 보이고 있다. 그러나 지금까지 우리나라의 醫療組織體系는 民間醫療部門中心의 自由市場機能에 주로 依存하는 體制로 發展하여 왔다. 따라서 急激히 增加되고 있는 醫療資源의 大部分이 都市로 集中하게 되었다.

이러한 醫療制度의 發展過程에서 農村地域의 落後된 醫療環境의 改善은 保健所組織을 통한 公共醫療部門에 크게 依存하게 되었다.

1960 ~ 70 年代의 經濟發展에 따라 農村住民의 疾病도 多樣化되고 있고 專門인 治療를 要求하는 疾病이 急激히 增加되고 있다. 그러나 農村住民들이 良質의 醫療資源의 接近도는 매우 不良하기 때문에 發病 즉시 治療가 어려워 疾病治療期間이 많이 所要되고 따라서 治療費도 늘어가고 있어 農家經濟의 持續的인 成長을 制約하고 있다.

그리하여 政府에서는 農村醫療環境改善을 爲하여 1980 年에 「農漁村保健醫療를 爲한 特別措置法」을 制定하고 醫科大學 卒業生을 軍服務 대신 農村地域의 醫療脆弱地域(面單位)에 保健支所長으로 勤務토록 하는 이른

바 公衆保健醫를 配置함으로써 1983 年 11 月에는 無醫面을 完全히 解消하였다. 이러한 無醫面の 解消는 農村住民들의 醫療環境改善에 劃期的인 契機가 마련된 것으로 認識되어 지고 있다.

그러나 公衆保健醫들은 臨床經驗이 적고 保健支所의 醫療施設이 落後되어 있어 農村住民들의 疾病을 治療하는에는 많은 制約이 있는 것으로 指摘되고 있다. 特히 農村住民들은 公衆保健醫들을 “學生醫師”, “實習生”, “醫師試驗不合格者” 등으로 認識되어 지고 있어 保健(支)所의 利用을 忌避하고 있는 實情이다. 따라서 農村住民들에게 良質의 低廉한 醫療施惠를 擴大시키기 爲하여는 現在의 保健所組織을 擴大 改編하여 農村地域에서 最少限 2 次診療의 惠澤을 받을 수 있도록 農村醫療傳達體系의 確立이 先行되어야 한다는 意見이 높아져 가고 있다.

따라서 政府에서도 1981 年 부터 國民醫療의 均霑을 圖謀하기 爲하여 全國 保健醫療網編成에 對한 研究事業을 土臺로 醫療傳達體系의 基本模型을 새로히 定立하고 診療圈을 設定하였으며 이를 1991 年까지 確定시킬 計劃으로 있다. 이 計劃에 依하면 農村地域은 現在와 같이 保健所組織을 통한 1 次 醫療傳達體系를 繼續 維持시키는 것으로 되어 있다. 그러나 第 2 次 國土綜合開發計劃의 一環으로 1982 年에 各 道에서 樹立한 道綜合開發計劃에서는 農村地域(郡單位)에서 最少限 2 次診療까지 解決하도록 計劃되고 있어 保社部の 醫療傳達體系와는 많은 差異가 있다.

2000 年代에 우리 國家가 指向하는 「正義로운 民主福祉社會」를 具體的으로 實現하기 爲하여는 무엇보다도 農村住民들이 農村地域을 떠나지 않고서도 安定된 所得과 일자리를 갖고 都市人과 같이 便利한 生活을 할 수 있도록 農村定住生活環境의 都市化가 이루어져야 한다. 그리고 定住生活環境의 都市化를 爲하여는 사람들이 즐겁고 오래살기를 바라는 基本欲求를 最少限 充足시킬 수 있도록 農村地域의 合理的인 醫療傳達體系가 優先的으로 確立되고 이에 따라 醫療資源을 適正 配置하는 問題가 重要한 政策課題라 아니할 수 없다.

이러한 時代的 要請에 따라 農村醫療에 對한 研究도 1960年代의 農村住民의 傷病實態中心에서 1970 年代初부터는 農村醫療傳達體系 確立을 爲한

示範事業과 研究가 活潑히 推進되고 있다. 1984 年 現在 醫療專門家에 依해 開發된 農村醫療傳達體系 模型은 7 個가 있으나 1970 年代에는 1 次醫療傳達體系 模型이 많았으며 1980 年代에서는 2 次醫療傳達體系 模型이 主宗을 이루고 있다. 그러나 醫療傳達體系의 模型設定基準과 醫療傳達體系別 醫療施設配置方法이 多樣하여 이에 對한 體系的인 研究가 要請되고 있다.

2. 研究目的과 內容

本 研究는 1962 ~ 84 年까지의 既存 農村醫療關聯文獻과 施策을 體系的으로 整理하고 農村地域의 定住體系에 따라 農村醫療傳達體系의 새로운 模型을 定立하고자 한다.

本 研究의 內容을 要約 整理하면 다음과 같다.

(1) 既存 農村醫療關聯文獻 및 施策整理

- 農村住民의 營養實態와 體位變化
- 農村住民의 傷病研究의 概要 및 傷病推移
- 農村住民의 醫療要求 및 治療實態
- 우리나라 醫療傳達體系의 展開와 問題點
- 保社部 및 各道의 綜合開發計劃의 診療圈設定 概要와 問題點
- 農村保健所組織의 現況과 問題點
- 農村醫療保險示範事業의 推進實績과 問題點
- 1974 ~ 84 年까지 示範事業 또는 研究를 通하여 開發된 農村醫療傳達體系의 設定概要와 問題點

(2) 農村醫療傳達體系의 새로운 構想

- 農村地域의 定住體系檢討
- 農村地域의 定住體系에 따른 農村(郡單位) 醫療傳達體系의 새로운 模型設定(慶南 固城事例)

3. 研究方法

本 研究를 爲하여는 主로 關聯文獻을 分析하였다. 利用된 文獻은 다음과 같다.

(1) 保健社會部, 國民營養調查報告書 分析 整理(1969 ~ 81)

(2) 農村醫療關聯文獻.

〈表 1-1〉과 같이 1962 ~ 84 年까지 發表된 149 個 論文 및 資料를 整理하여 蒐集 可能한 66 個 文獻을 分析 整理

(3) 韓國農村經濟研究院에서 1982 ~ 84 年까지 3 個 農村地域을 對象으로 農村定住生活圈 開發計劃의 事例研究事業의 一環으로 推進된 保健醫療開發計劃 整理.

○ 全南 康津事例(1982)

○ 京畿 安城事例(1983)

○ 慶南 固城事例(1984)

(4) 其他 關聯資料 및 統計分析.

表 1-1 農村醫療關聯 發表文獻과 蒐集分析文獻數 1962-84

單位: 個

資 料 名	發 表 文 獻 數	本蒐集分析文獻數
農村住民의 傷病研究	46	24
民俗醫療 및 農夫症	8	6
醫療要求 利用 및 醫療費	20	11
保健所 現況 및 改善	19	1
農村醫療傳達體系	26	13
農村醫療保險事業	24	5
其 他	6	6
計	149	66

第 2 章

農村住民의 健康水準과 醫療要求 및 治療實態

農村醫療의 問題點을 理解하기 爲하여는 農村住民들의 健康水準과 醫療要求 및 治療實態에 對한 檢討가 必要하다.

1960 ~ 70 年代의 經濟發展으로 農村住民들의 營養攝取量도 많이 改善되어 體位도 크게 伸張되고 있다. 그러나 農村住民들의 傷病도 多樣化되고 있고 長期治療를 要하는 境遇도 많아지고 있다. 農村住民들의 疾病이 長期疾患이 되는 理由는 이들의 健康觀이 “이정도 쯤이야” 좀 “참아보고서……” 라고 生覺하여 그대로 放置하여 疾病을 惡化 내지 高질화시키는 傾向이 都市人 보다 높기 때문이다. (남택승외, 1980, p.16)

이러한 農村住民들의 健康觀은 醫療要求 및 治療率을 낮게 함으로써 醫療人들의 農村地域에서 開業을 制約하는 要因이 되는 한편 일단 發病되면 長期化되어 莫大한 醫療費를 支出하게 되어 農家經濟의 成長을 制約하게 된다.

第 2 章에서는 農村住民의 健康水準, 特히 農村住民의 傷病의 推移를 分析하고 이들의 醫療要求 및 治療實態를 分析하고자 한다.

1. 農村住民의 營養實態

國民의 營養狀態를 評價하는 方法에는 두가지가 있다.(서울保健研究會

1981, pp. 321 ~ 323) 그 하나는 食糧需給狀況과 人口動態統計等を 通하여 評價하는 間接的인 方法으로 우리나라에서도 農水産部和 韓國 農村經濟研究院에서 1962 年부터 每年 食品需給表¹⁾가 發行되고 있다. 다른 하나는 個個人の 食餌攝取狀況을 調査하거나 臨床學的으로 營養過不足 증후들을 判別한다거나 또는 身體計測등을 通하여 營養狀態를 評價하는 直接的인 方法이 있다.

營養狀態의 評價에 있어서 留意할 點은 營養攝取量과 함께 그 質에 對한 檢討가 이루어져야 한다. 왜냐하면 때때로 攝取量보다 오히려 그 構成成分이 더욱 問題가 될 때가 있기 때문이다.

保健社會部에서는 1969 年부터 해마다 標本調査에 依한 國民營養調査를 實施하여 그 結果를 發表하여 오고 있다.²⁾

本章에서는 保健社會부의 國民營養調査資料에 依據 農村住民의 營養攝取量과 體位の 變化를 都市地域과 比較 分析하고자 한다.

가. 農村住民의 營養攝取實態와 變化

1981 年の 地域別 1 人 1 日當 營養素攝取量은 <表 2-1>과 같다.

熱量(에너지)攝取量은 農村地域에서 2,177 Kcal 로 都市地域平均 1,939 Kcal 보다 높다. 穀類 에너지比는 農村이 78.6 %로 都市地域보다 높으나 動物性 蛋白質比는 都市보다 越等히 적다. 營養素別 攝取量을 都・農間 比較하여 보면 蛋白質, 脂肪, 비타민 B₁, 비타민 B₂, 나이아신의 攝取量은 都市地域에서 높게 나타나고 있으나 다른 營養素의 攝取量은 農村地域에서 높게 나타나고 있다.

이러한 營養素攝取量の 都・農間の 差異가 年次的으로 어떤 推移를 갖고 있는가를 分析하기 爲하여 熱量, 蛋白質, 脂肪, 炭水化物, 鐵等 5 가지 主要營養素 攝取量の 都・農間の 年次別 變化를 살펴보면 다음과 같다.

註: 1) 食品需給表 作成은 1962~1977 年까지는 FAO 韓國 支部에서 作成하여 왔으나 1978 年부터 韓國農村經濟研究院에서 作成하여 오고 있다.

2) 保健社會部の 國民營養標本調査는 1969 ~ 74 年까지는 600 戶 이었으나 1975 年부터 1,200 戶로 擴大 實施하여 오고 있다.

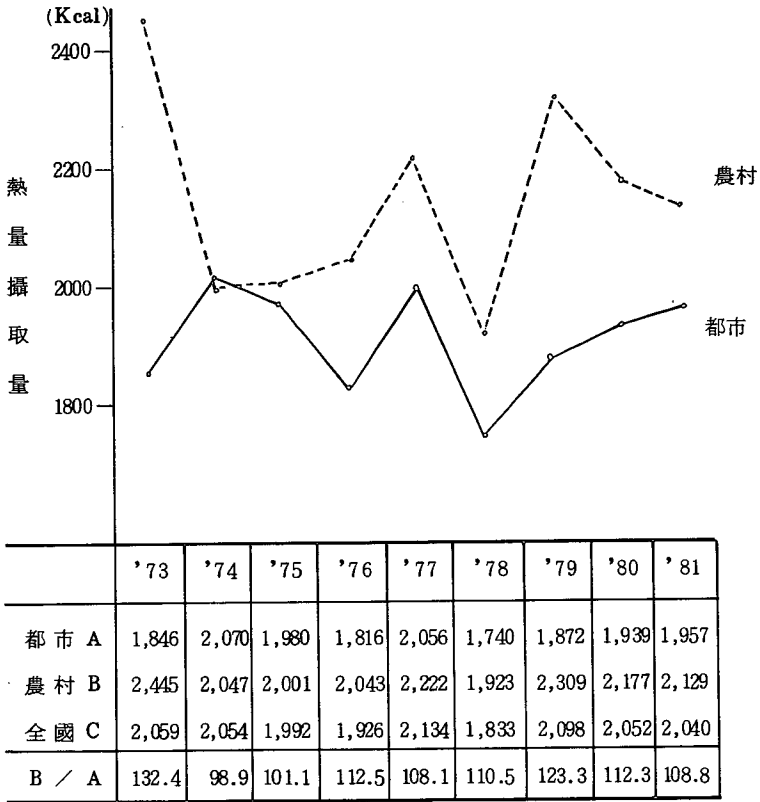
表 2-1 地域別 營養所 攝取量 (1 人 1 日當), 1981

營養素	地 域	全 國	都 市			農 村	B / A
			都市平均A	大 都 市	中小都市B		
에 너 지 (Kcal)		2,052	1,939	1,887	2,043	2,177	112.3%
蛋 白 質 (g)		67.2	68.1	67.5	69.3	66.3	97.4
動物性 (g)		19.3	24.0	25.1	21.9	14.2	59.2
脂 肪 (g)		21.8	24.1	24.9	22.4	19.4	80.5
動物性 (g)		6.3	7.8	8.3	6.7	4.7	60.3
탄수화물 (g)		396.1	362.2	348.5	389.8	433.2	119.6
칼슘 (mg)		598	567	527	649	631	111.3
철 분 (mg)		13.5	12.8	12.8	12.7	14.3	111.7
비타민 A (I.U.)		1,688	1,669	1,801	1,401	1,708	102.3
비타민 B ₁ (mg)		1.13	1.37	0.97	2.18	0.90	65.7
비타민 B ₂ (mg)		1.08	1.38	0.98	2.16	0.75	54.4
나이아신 (mg)		19.1	19.1	18.4	20.3	19.0	94.2
비타민 C (mg)		87.9	71.3	57.6	99.0	106.0	148.7
穀類에너지비		77.4%	76.1	75.9	76.6	78.6	103.3
動物性蛋白質比		28.7%	35.2	37.2	31.6	21.4	60.8

資料 ; 保健社會部, 國民營養調查報告書, 1980 ~ 81. p.42

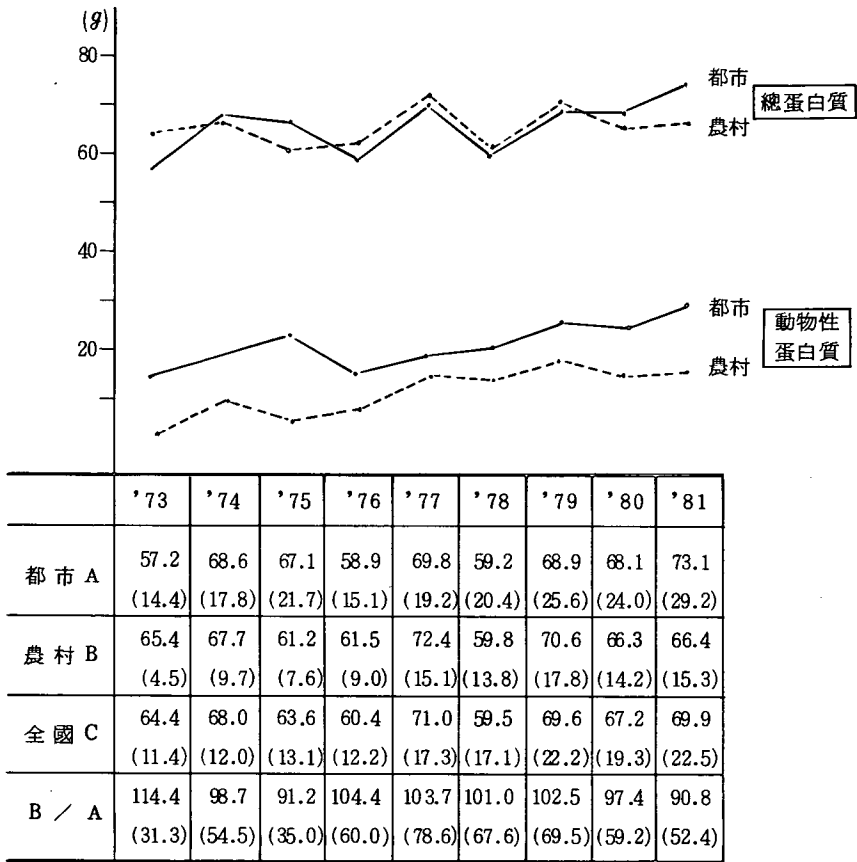
1973 ~ 1981 年 동안의 熱量攝取量의 變化를 <圖 2-1>에서 보면 1974 년에만 農村이 낮았을 뿐 모든 年度에서 都市보다 農村의 熱量攝取量이 높다. 그러나 都市나 農村地域에서 다같이 年度間에 熱量攝取量의 振幅은 매우 크게 나타나고 있다. 특히 1973 년에 農村의 熱量攝取量이 2,445 Kcal 로 越等히 높게 나타나는 것은 우리의 經濟發展 程度를 考慮할때 統計上 妥當性이 적을 것으로 생각된다.

圖 2-1 熱量攝取量의 變化 (1人1日當)



蛋白質의 攝取量의 變化는 〈圖 2-2〉와 같이 動物性 蛋白質의 攝取量은 都市보다 農村이 越等히 낮게 나타나고 있으나 植物性과 動物性 蛋白質攝取量을 合한 總蛋白質의 攝取量은 都市와 農村間에 큰 差異를 보이고 있지 않다. 特히 1980 年以後에 農村의 動物性 蛋白質攝取量의 增加가 鈍化되고 있음을 볼 때 農村住民들에게 動物性 蛋白質의 供給을 擴大하는 問題가 重要한 課題가 되고 있다.

圖 2-2 蛋白質攝取量의 推移 (1人1日當)



※ () 内 數字는 動物性蛋白質 攝取量임.

脂肪攝取量은 都市보다 農村이 越等히 낮다. 그러나 都市에서는 脂肪攝取量이 70年代에는 增加傾向을 보이다가 80年부터 停滯되고 있으나 農村에서는 繼續 增加傾向을 보이고 있다. <圖 2-3>

炭水化合物과 철의 攝取量은 <圖 2-4>와 <圖 2-5>와 같이 農村이 都市보다 높게 나타나고 있다.

圖 2-3 脂肪摂取量の推移 (1人1日當)

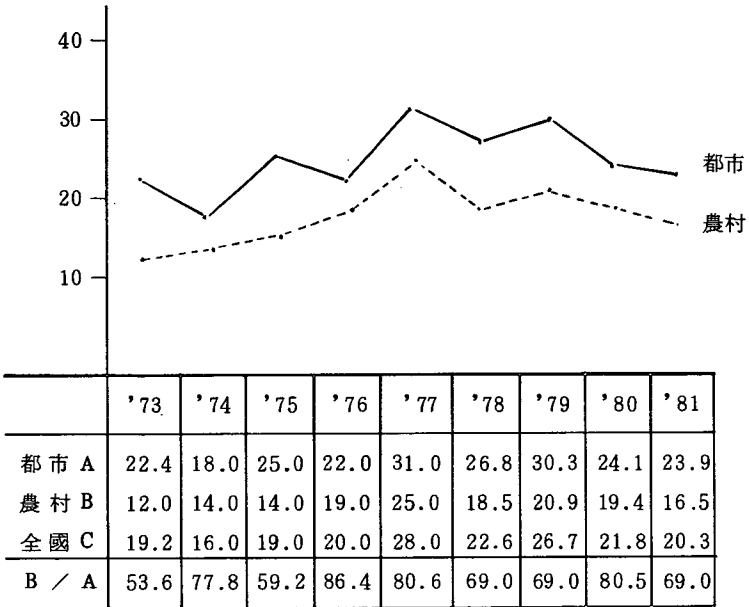


圖 2-4 炭水化物摂取量の推移 (1人1日當)

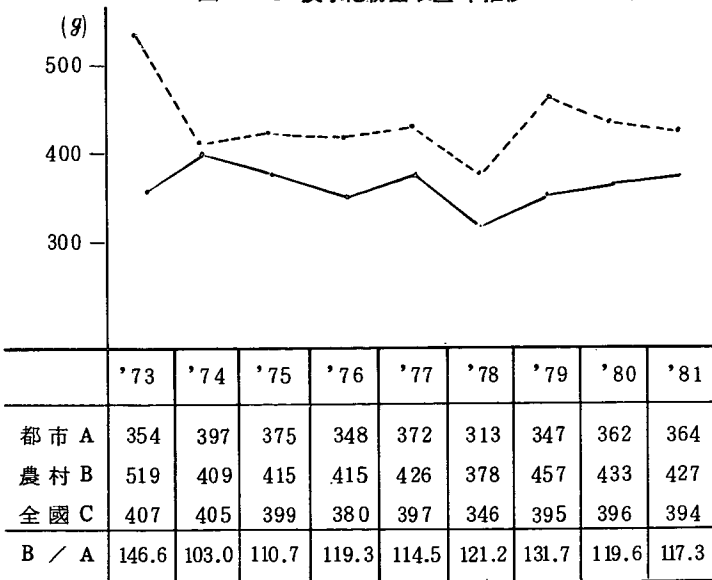
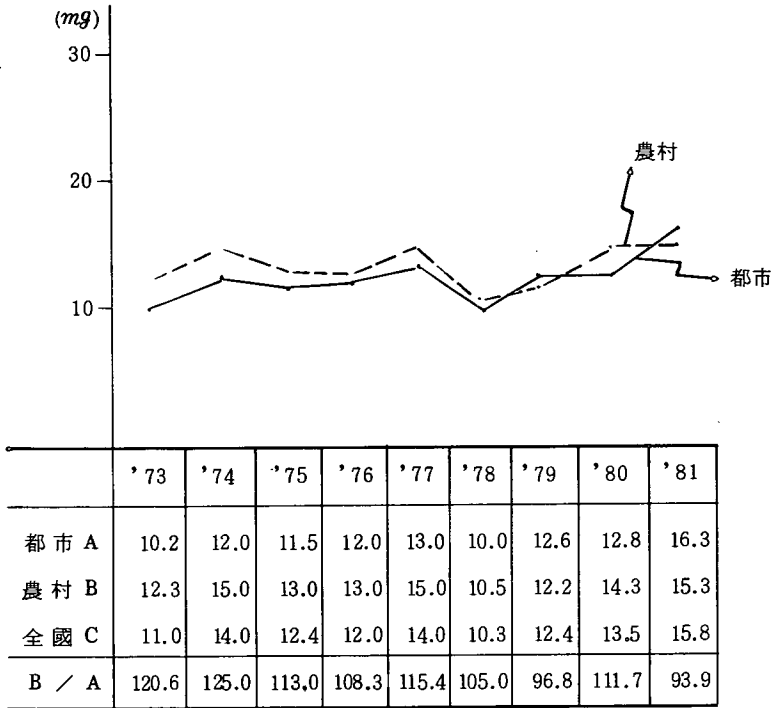


圖 2-5 鐵分攝取量の推移(1人1日當)



나. 農村住民의 體位伸張

體位の伸長은 國民營養狀態測定手段의 하나가 되고 있다. 體位の伸長과 營養所攝取量과의 統計的 留意性에 對한 分析은 어렵지만 食品消費構造의 變化는 體位를 向上시키는데 많은 影響을 미치고 있다는 事實은 우리의 日常生活에서 쉽게 찾아볼 수 있다.

性別 身長發育狀態를 보면 <表 2-2>와 <表 2-3>과 같이 男子나 女子가 다같이 都市보다는 農村이 낮으나 1973~81年間に 伸長率은 都市와 農村이 큰 差異를 보이고 있지 않다.

體重도 都市보다 農村이 낮으며 그 伸長率은 年齡에 따라 많은 差異가 있다.

圖 2-6 年齡別 身長發育比較 (男子)

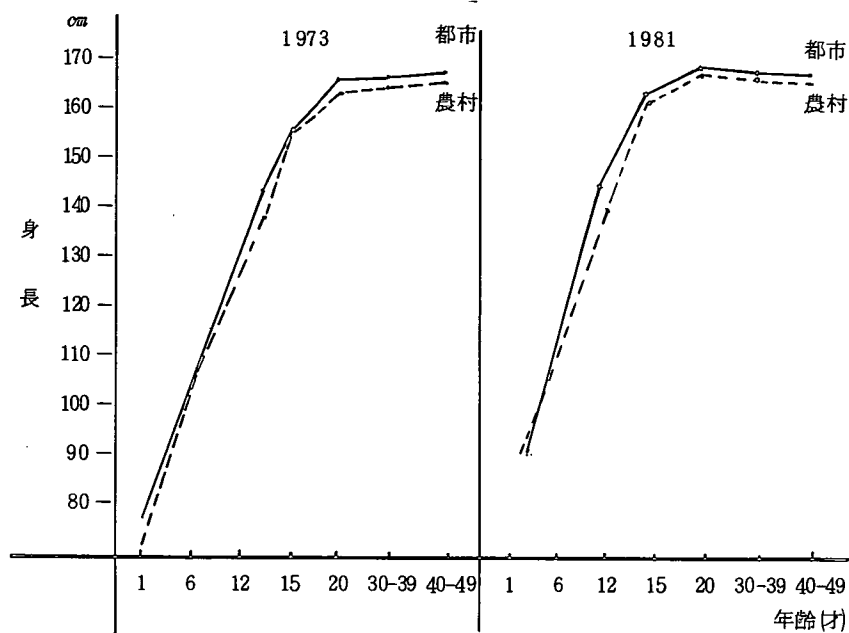


表 2-2 年齡別 身長發育比較 (男子)

單位: cm, %

	1973			1981			伸長率 (81/73)	
	都市 A	農村 B	B/A	都市 A	農村 B	B/A	都 市	農 村
1 才	77.1	72.8	94.4	81.4	81.9	100.6	105.6	112.5
6 才	109.6	110.1	100.5	114.7	108.0	94.2	104.7	98.1
12 才	142.7	139.0	97.4	144.3	141.2	97.9	101.1	101.6
15 才	156.1	156.9	100.5	162.6	158.8	97.7	104.2	101.2
20 才	166.7	164.5	98.7	169.6	167.6	98.8	101.7	101.9
30~39	167.3	165.2	98.7	169.7	166.9	98.9	100.8	101.0
40~49	167.3	165.8	99.1	168.7	167.0	99.0	100.8	100.7
50~59	167.9	163.3	97.3	167.0	164.4	98.4	99.5	100.7

資料: 保健社會部, 國民營養調查報告書, 1973, 1981.

圖 2-7 年齡別 身長發育比較 (女子)

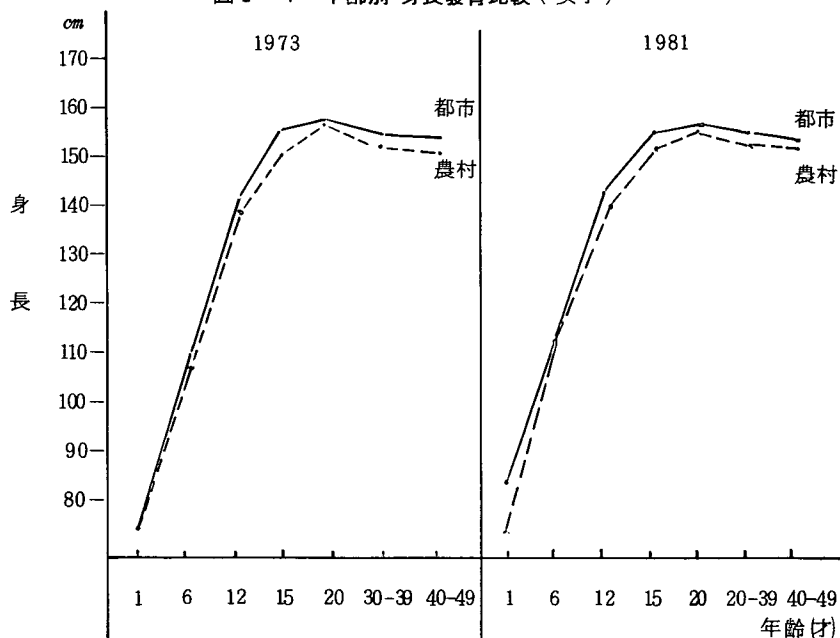


表 2-3 年齡別 身長發育比較(女子)

單位: cm, %

	1973			1981			伸長率 (81/73)	
	都市 A	農村 B	B/A	都市 A	農村 B	B/A	都 市	農 村
1 才	73.7	74.0	100.4	83.0	74.2	89.4	112.6	100.3
6 才	110.7	108.3	97.8	112.2	113.0	100.7	101.4	104.3
12 才	142.1	139.0	97.8	144.4	141.0	97.6	101.6	101.4
15 才	155.5	150.8	97.0	156.2	152.5	97.6	100.5	101.1
20 才	157.8	157.6	99.8	158.1	157.4	99.6	100.2	99.9
30~39	155.8	153.0	98.2	157.3	154.9	98.5	101.0	101.2
40~49	155.6	152.7	98.1	156.2	153.2	98.1	100.4	100.3
50~59	153.3	149.3	97.4	155.5	151.3	97.3	101.4	101.3

図 2 - 8 年齢別 體重変化比較 (男子)

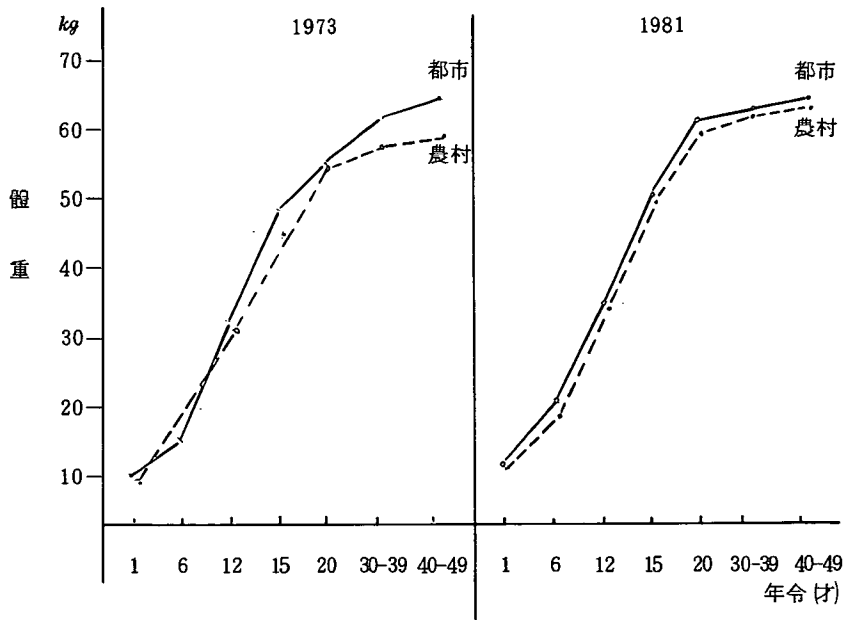


表 2 - 4 年齢別 體重変化比較 (男子)

單位 : kg, %								
	1973			1981			伸長率 (81/73)	
	都市 A	農村 B	B/A	都市 A	農村 B	B/A	都 市	農 村
1 才	10.1	9.6	95.0	11.8	10.8	91.5	116.8	112.5
6 才	17.1	19.1	111.7	20.9	18.4	86.6	122.2	96.3
12 才	33.2	31.0	93.4	35.9	34.9	97.2	108.1	112.6
15 才	48.1	43.9	91.3	51.7	49.6	95.9	107.5	113.0
20 才	56.0	55.7	99.5	61.1	58.9	96.4	109.1	105.7
30~39	62.1	58.1	93.6	62.6	61.2	97.8	100.8	105.3
40~49	63.3	58.1	91.8	63.5	62.0	97.6	100.3	106.7
50~59	63.2	57.0	90.2	61.3	59.2	96.6	97.0	103.9

圖 2-9 年齡別 體重變化比較 (女子)

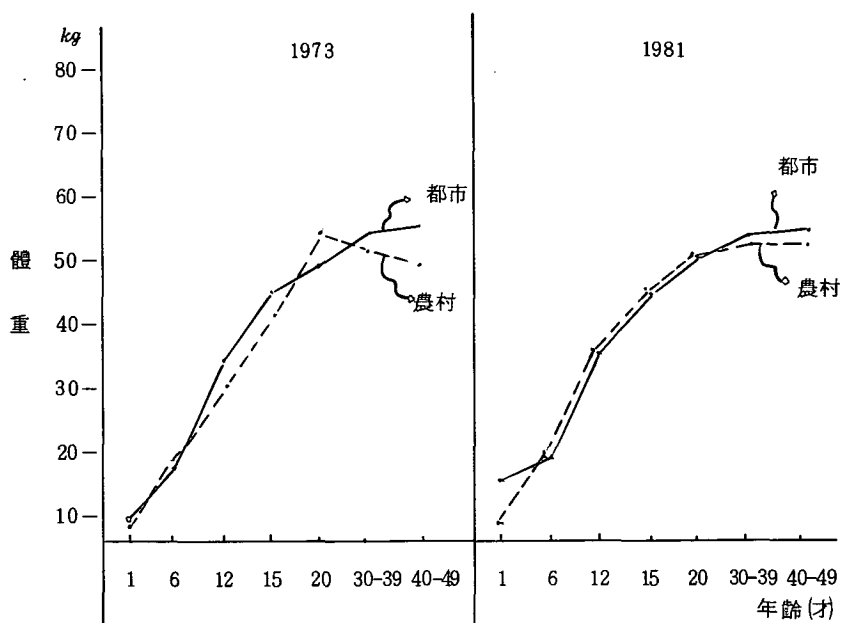


表 2-5 年齡別 體重變化比較 (女子)

單位: kg, %

	1973			1981			伸長率 (81/73)	
	都市 A	農村 B	B/A	都市 A	農村 B	B/A	都 市	農 村
1 才	9.3	8.4	90.3	14.6	9.0	61.6	157.0	107.1
6 才	16.9	17.5	103.6	18.4	19.1	103.8	108.9	109.1
12 才	33.6	29.8	88.7	35.4	36.2	102.3	105.4	121.5
15 才	45.1	41.6	92.2	46.1	47.2	102.4	102.2	113.5
20 才	49.2	54.0	109.8	50.3	50.8	101.0	102.2	94.1
30~39	53.1	51.0	96.0	53.5	52.6	98.3	100.8	103.1
40~49	54.3	48.6	89.5	54.4	52.3	96.1	100.2	107.6
50~59	54.3	47.6	87.7	54.0	49.6	91.9	99.4	104.2

2. 農村住民의 傷病罹患推移

傷病罹患이라 함은 特定期間안에 住民自身이 意識하고 있는 傷病罹患을 말한다. 다시 말하면 精神的 肉體的 原因으로 말미암아 야기되는 身體上의 모든 生理現象 즉 正常的인 生理機能에서 離脫된 狀態와 本人이 傷病으로 認識했거나 醫療人 其他에 의하여 傷病임을 認知하였거나 이미 投藥 其他 治癒를 目的으로 醫療行爲를 進行中에 있는 身體에 關聯된 狀態를 意味한다(李永春 外, 1979, p.19). 따라서 傷病罹患은 科學的인 方法 즉 醫學的인 所見에 의한 傷病罹患과 반드시 一致하는 것은 아니다.

醫學的인 所見에 依한 傷病罹患調査를 大規模로 實施하는 것은 現實的으로 不可能하고 또 患者自身에 의하여 스스로 認識된 罹患이 醫師가 決定한 또는 科學的으로 確認된 客觀的 尺度보다 行動에 미치는 效果가 더 크기 때문에 世界 여러 나라에서 住民을 對象으로 한 面接調査를 通하여 傷病罹患調査를 實施하는 것이 普通이다(卞鍾和 外, 1982, pp.79-82).

우리나라에 있어서 住民의 傷病罹患實態調査는 1960年以後부터 本格化되고 있다.¹⁾ 그러나 이러한 研究들은 서로 比較하기에는 調査方法上의 여러가지 問題가 있기 때문에 制約이 있는 것으로 지적되고 있다(金駟舜, 1977, p.82).

本稿에서는 傷病的 測定方法和 傷病調査研究方法論上 問題點을 檢討하고, 農村住民들의 傷病實態를 分析하고자 한다.

가. 傷病的 測定方法²⁾

傷病的 發生, 分布를 서로 다른 人口集團에 대해 또는 한 個人集團內에서 여러 群을 比較하려고 할 때 그 크기나 頻度を 어떻게 把握하고 表現

1) 1960年以前の 傷病關聯研究論文은 두 편에 불과하다.

朝鮮農村社會醫學會, 1942, 「朝鮮人の 農村慰生」, 岩坡書店.

京城帝大 衛生調査部, 1942, 「土幕民의 衛生生活(서울市)」, 岩坡書店.

2) 本文은 保健社會部, 社會保障審議委員會의 國民健康과 醫療實態(1978)의 pp.11 ~ 16을 要約한 것임.

하느냐 하는 問題는 매우 重要하다.

傷病頻度の 測定은 크게 나누어 傷病의 發生, 有病程度, 傷病으로 부터의 回復 또는 死亡으로 크게 나누어 說明할 수 있는데 <圖 2-10>과 같이 물의 흐름에 비유하면, 傷病의 發生은 물이 그릇에 들어가는 것이고, 有病程度는 물이 그릇에 고여 있는 것이고, 死亡 또는 回復은 물이 그릇에서 빠져 나가는 것이라고 할 수 있다.

따라서 어떤 人口集團의 有病程度는 그 傷病의 發生과 또는 死亡에 의하여 決定된다. 그러므로 傷病의 發生(Incidence), 有病(Prevalence), 및 死亡 또는 回復(Death or Recovery)은 서로 動的인 關係를 維持하고 있다.

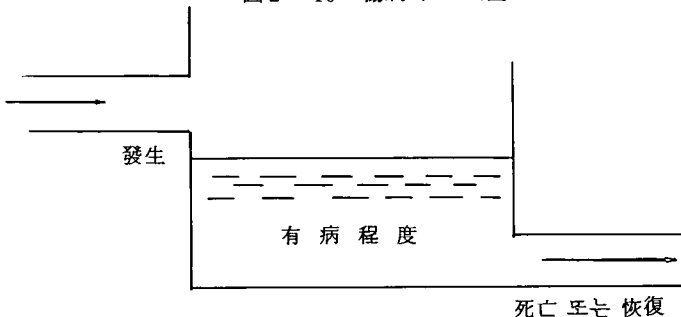
Ⅰ 發生率(Incidence rate)

發生率은 一定期間中에 發生한 新患者數를 그 地域의 人口로 나눈 것을 意味하며 그 計算方法은 다음과 같다.

$$\text{發生率} = \text{一定期間內의 新患者數} / \text{人口} \times 10^x$$

여기서 分母가 되는 人口란 問題發生의 危險에 폭로된 人口(population risk)를 말한다. 예를들면 感氣나 交通事故와 같이 그 地域住民 全員에 일어 날 수 있는 可能性이 있는 경우에는 一定期間內에 새로 發生한 件數를 그 地域의 平均人口(年央人口: mid-year population)로 나누어 發生率을 구한다.

圖 2-10 傷病의 흐름圖



그러나 cervical cancer처럼女子에게만 일어날 수 있는 傷病의 경우엔 分母는 당연히 女子人口가 되어야 하고 어느 특정의 部分集團에만 感受性이 있는 경우, 예로서 紅疫에 있어서는 未罹患患者만이 罹患될 可能性이 있는 경우에는 感受性이 있는 人口 (Exposed population) 만 暴露된 人口 (population at risk) 가 되는데 이런 것을 특히 發病率 (Attack rate) 이라고 한다.

倍數 x 는 分子의 크기에 따라 調節되며 數值가 小數點以下가 되지 않고 比較하기 좋은 값 (答의 數值) 을 얻도록 하면 되는데, 보통 1千, 1萬, 10萬 (倍數 x 로는 3~5) 으로 한다.

發生率을 다음과 같이 年率로 換算하여 使用하기도 한다.

$$\begin{aligned} \text{發生率} &= \text{그 期間內的 平均人口} / \text{一定期間內的 新患件數} \\ &\times \text{그 期間의 日數} / \text{그 해의 日數} \times 10^x \end{aligned}$$

② 有病率 (Prevalence rate)

發病時期에 關係없이 現在 病을 앓고 있는 現患者數만을 對象으로 한다. 有病率에는 어느 時點에서 傷病의 存在를 對象으로 하는 時點有病率 (point prevalence rate) 과 一定期間內的 患者數를 對象으로 하는 期間有病率 (period prevalence rate) 이 있는 바 그 計算公式은 다음과 같다.

$$\text{時點有病率} = \text{어느 時點의 患者總件數} / \text{人口} \times 10^x$$

$$\text{期間有病率} = \text{어느 期間의 患者總件數} / \text{人口} \times 10^x$$

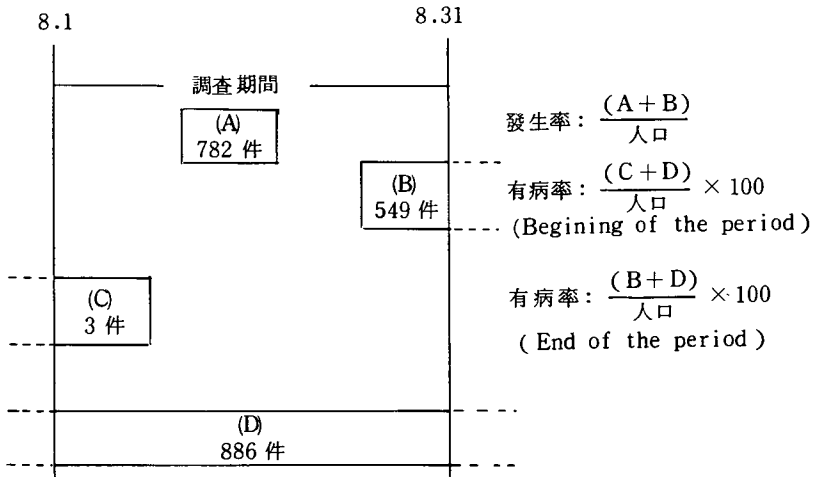
期間有病率은 그 期間最初의 時點有病率에 그 期間中の 發生率을 더한 것이 되고, 一般的으로 經過가 긴 傷病에서는 時點有病率이 發生率보다 큰 값이고, 經過가 짧은 傷病에서는 發生率이 時點有病率보다 큰 것이 보통이다.

期間有病率은 한 사람이 몇번이나 같은 疾患을 發病했을 때 每發病마다 1件으로 取扱하여 計算하는 것을 spell (件當) 有病率이라 하고 한 사람이 몇번 같은 疾患을 앓았더라도 發病回數는 무시하고 發病한 사람수만

을 取扱하는 것을 person 有病率이라 한다.

有病率의 計算事例를 圖表로 要約 說明하면 <圖2-11>과 같다.

圖 2-11 有病率의 計算事例



③ 發生率과 有病率과의 關係

有病率は 發生率보다 疫學的인 見地에서는 그 價値가 적다고 할 수 있다. 그 理由는 有病率は 發生이나 死亡 또는 回復의 程度에 따라 變하기 때문이다.

有病率自體는發生, 死亡 또는 回復의 頻度에 아무 영향을 미치지 못한다. 그러므로 發生率은 動的 (dynamic) 이고 有病率은 靜的 (Static) 이라고 볼 수 있다.

한편 行政的인 面에서는 어떤 疾病이 現在 이 地域에서 얼마나 많은가를 아는 것이 중요한 일이므로 發生率보다 有病率을 調査하는 것이 더 緊急할 때가 많으나 保健行政計劃을 樹立하고자 할 때에는 發生率이 더 도움을 준다.

과거 急性傳染病이 疫學的 研究의 大部分을 차지하였을 때에는 傳染病의

罹患期間이 짧아서 發生率과 有病率을 分離하지 않고 發生率로서 두가지 뜻을 함께 使用할 경우가 많았으나 罹患期間이 긴 慢性疾患에서는 混用해서는 困難하다.

慢性疾患에서 發生率과 有病率의 差異를 例를 들면 1984年 7月 1日 人口 100萬人, 그 地域住民中 20~45 勢 되는 女子 20萬名을 對象으로 細胞檢査를 一律的으로 實施하여 Cervical cancer 患者 2,000名을 發見하였다고 한다면 有病率은 $200,000 \div 2,000 \times 1,000$ 즉 1千名當 10으로 計算되고 發生價는 20萬名中 Cervical cancer로 發見된 2,000名을 除外한 19萬8千名을 對象으로 1年後인 1984年 7月 1日에 다시 細胞檢査를 實施하여 그 中에 Cervical cancer 患者가 몇명이 새로 發生했는지를 찾아내고 그 數를 分子로 하여 1年間の 發生率을 計算할 수 있다.

한 疾病의 發生 및 死亡과 回復이 每年 變動이 없고 平衡을 維持한다면 發生率 I 과 有病率 P와 疾病의 平均罹患期間 D (Average duration) 와는 다음과 같은 關係가 成立한다.

$$P = I \times D$$

$$D = P \div I$$

그러므로 위의 세가지 要素 中 둘만 알면 나머지 하나는 自然히 알 수 있게 된다.

急性傳染病과 같이 罹患期間이 대단히 짧은 때는 $P = I$ 가 成立된다.

1980年 全國 結核患者實態調査에서 約 20千名을 標本抽出하여 調査한 結果 有病率은 4.2%였고 結核患者를 除外하고 1年後에 調査하여 發生率은 0.4%였다고 發表하였다면 $D = I \div P$ 즉 $D = 4.2\% / \text{year} \div 0.4\% = 10.5 \text{ year}$ 로 計算되므로 韓國人의 結核患者罹患期間은 平均 約 10年 이 된다고 할 수 있다.

㉔ 死亡率과 回復率

死亡은 疾病特殊死亡率 (case specific death rate) 과 致命率 (case fatality rate)로 表現할 수 있는데 이 두가지 率은 모두 어떤 期間동안

死亡한 數를 같은 分子로 한다. 그러나 分母는 各各 다르고 뜻하는 內容도 전혀 다르다. 疾病特殊死亡率의 分母는 그 死亡한 사람이 속해있는 人口集團의 總數가 되고 常數는 보통 10 만을 곱하는데 致命率은 그 疾病에 걸린 사람만이 分母가 되고 常數는 100 을 곱하여 百分率로 表示한다.

疾病特殊死亡率 = 어느 특정사인에 의한 死亡數 / 人口 $\times 100,000$

死 亡 率 = 一定期間의 어느 疾患에 의한 死亡率 / 그 期間의

그 疾患의 發生率 $\times 100$

그러므로 疾病特殊死亡率은 그 人口集團內的 사람들의 어떤 疾患에 罹患되어 死亡할 確率이며 致命率은 어떤 疾患에 罹患된 사람들이 그 疾病에 의하여 死亡할 確率을 意味한다.

恢復率은 한 疾病에 罹患된 사람 중 그 疾病으로부터 死亡하지 않고 恢復되는 比率을 말한다.

疾病의 發生, 死亡 또는 恢復이 平衡을 維持한다면 疾病의 發生率(I), 疾病特殊死亡率(M) 및 致命率(F) 사이에는 $M = I \times F$ 의 關係가 成立된다.

나. 傷病研究의 概要와 問題點

우리나라에 있어서 農村住民의 傷病調査研究는 1961年 一部農村地域의 醫療에 관한 調査(許程, 1963)가 처음으로 시작된 以後 比較의 많은 傷病調査가 이루어지고 있다. 1961~1983年까지 各種 醫學會誌에 發表된 農村住民의 傷病調査研究는 <表 2-6>과 같이 總 46 편에 이르고 있으며 1972年 以後부터 研究가 本格化되고 있다.

表 2-6 農村住民의 傷病研究文獻數

年 度	發 表 文 獻 數	本 研究에 蒐集利用文獻數
1966 以前	9 (19.6)	4 (16.7)
1967 ~ 71	4 (8.7)	2 (8.3)
1972 ~ 77	20 (43.5)	10 (41.7)
1978 ~ 83	13 (28.3)	8 (33.3)
計	46 (100.0)	24 (100.0)

그러나 農村住民의 傷病研究는 前述한 바와같이 調査方法上의 問題點 때문에 研究結果를 서로 比較하는데는 制約이 있다. 調査方法에 어떠한 問題點이 있는가를 理解하기 위하여 28 편의 農村住民의 傷病研究 論文을 中心으로 研究方法上의 問題點을 分析한 論文을 要約 整理하여 보고자 한다(金駟舜 外 2人, 1977, pp.81-93).

28 편의 農村住民의 傷病 研究들을 調査時期別로 나누어 보면 <表 2-7>과 같다. 즉 總 28 편의 調査論文中에서 年間 持續的으로 調査한 것은 3편에 불과하며, 가을이 17 편으로 가장 많고 여름 5편, 겨울 3편이었다.

調査期間別로 수집된 研究를 分析하면 1個月間이 21 편으로 가장 많았으며 2個月 2편, 3個月이 1편, 1週 1편이었다.

表 2-7 傷病의 調査時期 및 調査期間

區 分		論 文 數	比 率
調 查 時 期	여 름 (6, 7, 8月)	5	17.9
	가 을 (9, 10, 11月)	17	60.7
	겨 울 (12, 1, 2月)	3	10.7
	연 간 (1年 내내)	3	10.7
調 查 期 間	1 週 間	1	3.6
	1 個 月 間	21	75.0
	2 個 月 間	2	7.1
	3 個 月 間	1	3.5
	1 年 間	3	10.7
計		28	100.0

資料 : 金駟舜 外, 우리나라에서 施行된 健康面接調査에 대한 方法論의 考察, 1977, 大韓保健協會誌 第3卷第1號, p.85.

㉠ 記憶回想期間 및 訪問回數

傷病標本調査에 있어서 調査期間 및 訪問回數를 決定하는데는 다음과 같은 事項을 考慮해야 한다. 첫째, 傷病, 醫療利用, 醫療費支出등의 內容

이 比較的 季節的 變異 (Seasonal Variation) 및 地理的 變異 (Geographic Variation)가 큰 事項이므로 되도록 充分한 期間 및 地域을 調査하여야 하며 一部期間 및 地域의 結果를 토대로 全期間 혹은 全地域의 結果로 유추하기는 어렵다. 둘째, 入院 分娩 手術등의 比較的 혼하지 않은 有病實態를 把握하기 위하여는 充分한 對象人口를 確保해야 한다. 셋째, 大部門의 傷病調査는 應答者의 記憶에 依存하여 과거에 經驗한 事實을 묻고 있으므로 이 경우 記憶의 오차를 줄이기 위하여 되도록 짧은 記憶回想期間 (Memory recall period)을 갖는 것이 좋다. 넷째, 調査經費를 줄이기 爲해서는 可及的 訪問回數를 줄이는 것이 重要하다.

우리나라에서 調査한 傷病標本調査의 記憶回想期間의 分布를 보면 <表 2-8>과 같다. 즉 調査에 따라 每日 訪問한 경우부터 1年以上에 이르기까지 아주 多様하나 總 28편의 論文中 調査時點의 有病調査만 한 경우가 1편, 記憶回想期間을 알 수 없는 경우가 1편이었으며 나머지 26편 중 17편이 2週以內의 比較的 짧은 記憶回想期間을 採擇하였다. 그러나 이 경우 應答者의 記憶으로 인한 오차는 줄일 수 있으나 制限된 調査期間에서의 結果는 그 有用性이 減少된다고 하겠다. 또한 우리나라의

表 2-8 傷病記憶回想期間

記 憶 回 想 期 間	論 文 數	比 率
現 在 有 病 事 項 만	1	3.6
每 日	4	14.3
5 日	5	17.9
1 週	2	7.1
10 日	4	14.3
2 週	2	7.1
1 個 月	5	21.4
6 個 月	2	7.1
1 年 以 上	1	3.6
未 知	1	3.6
計	28	100.0

資料 : <表 2-7>과 同.

農村과 같이 醫療利用의 頻度가 낮은 경우에는 2週內의 傷病을 調査하여 그것을 年間으로 換算하는데는 그 誤差가 너무 커서 거의 無意味한 結果를 가져올 可能性이 높다.

美國의 경우에 있어서는 이런점을 勘案하여 調査內容에 따라 急性, 事故의 경우는 2週, 慢性不具의 경우는 時點有病率을 묻고 있으며 醫療利用 및 醫療費支出에 대해서는 2週, 入院手術에 대해서는 1年을 記憶回想期間으로 採擇하고 있다.

㉔ 傷病的 質問內容

傷病調査의 경우 傷病에 대한 質問의 言語構成에 따라 應答者의 反應이 크게 달라질 可能性이 많다. 즉 “당신은 아픈 적이 있습니까?”라는 質問과 “당신은 병을 앓은 적이 있습니까?”, “당신은 健康에 이상이 있는 적이 있습니까?”라는 質問은 모두 傷病을 도출하는 質問이나 그 뜻하는 바가 서로 달라 應答者가 다른 反應을 보여 줄 可能性이 높다.

이와같은 理由로 美國의 健康面接調査의 경우 調査表에 일일이 質問을 標準化(Standerize)시켜 急性의 경우 “당신은 지난 2週間 아팠거나 現在 아픈적이 있습니까?”라고 明記하였고 慢性의 경우 “당신은 現在 健康에 異狀이 있습니까?”라고 明記하고 있다.

우리나라의 傷病調査研究에 있어서 傷病的 質問內容이 有病率에 어떠한 影響을 미치는가를 比較 整理한 結果는 <表 2-9>와 같다. <表 2-9>의 두 調査는 같은 機關에서 거의 같은 時期에 推進된 研究結果이다. 그러나 15日間의 人口 1,000名當 有病率에는 많은 차이를 보이고 있다. 즉 都市低所得層地域 保健實態調査에서는 低所得層은 290, 中產層은 218이었으나 全國家族保健實態調査의 都市地域 平均 有病率은 139名에 불과하다(文顯相 外, 1982, pp.94-95).

이러한 差異는 단순히 時差나 地域間 特性의 差異때문이 아니고 有病率 把握을 위하여 測定道具로 使用된 傷病的 質問內容때문으로 指摘되고 있다. 즉 都市低所得層 保健實態調査에서 使用된 傷病質問은 “이 분은 지난 15日間에 조금이라도 몸이 아프거나 다친데는 없습니까?”로 하였고, 全國

家族保健實態調査에서는 “이 분은 지난 15 日間に 앓은 적이 있습니까?” 라는 質問을 하였다. 이 두가지 質問이 다같이 各 家口員의 지난 15 日間の 有病經驗을 알기 위한 것이긴 하나 有病이라는 概念을 定義하는 基準이나 그 말이 풍기는 意味에는 많은 차이가 있는 것으로 分析되고 있다. 즉 前者의 質問에 있어서는 有病狀態를 “조금이라도 몸이 아프거나 다친 것”으로 봄으로서 可能的 많은 有病狀態를 捕捉하려는 誘導的인 質問인데 반하여 後者の 質問에서는 有病狀態를 “병을 앓는 것”으로 한정시킴으로서 自覺的 他覺的으로 느낄 수 있는 어느정도 確實한 病的症候가 있는 狀態만을 把握함으로서 有病率에는 많은 差異가 있는 것으로 分析되고 있다.

表 2-9 調査形態에 따른 性 및 年齡別 有病率 比較

(單位: 1,000 名當)

年 齡	1982						1982					
	低所得層 ¹⁾			中 產 層 ¹⁾			都 市 ²⁾			農 村 ²⁾		
	男	女	全體	男	女	全體	男	女	全體	男	女	全體
0~4 勢	492	418	456	420	350	383	266	260	263	224	198	211
5~9 "	162	175	168	239	189	215	156	160	158	100	101	100
10~14 "	149	148	149	156	155	155	81	79	80	64	58	61
15~19 "	137	155	145	94	130	112	79	68	73	72	61	66
20~29 "	179	245	211	106	118	113	70	87	80	71	92	81
30~39 "	267	373	327	110	254	191	81	163	120	95	132	113
40~49 "	383	557	468	195	373	269	135	223	178	127	186	158
50~59 "	415	600	504	241	301	272	155	235	199	196	239	219
60 +	534	520	526	426	417	420	166	279	234	206	241	226
全 體	261	320	291	196	240	218	122	156	139	121	143	132
(調査人口)	(905)	(1,115)	(6,953)	(249)	(319)	(2,600)	(8,971)	(9,179)	(18,150)	(6,370)	(6,570)	(12,940)

資料: 1) 卞鍾和 外, 1982, 都市低所得層保健實態調査, 韓國人口保健研究院.

2) 文顯相 外, 1982, 全國家族保健實態調査, 韓國人口保健研究院.

다. 疾病의 分類

面接調査를 통하여 얻어지는 傷病의 內容은 크게 3 가지 部分으로 分類될 수 있다(金駟舜, 1977, p.91). 즉 하나는 純粹하게 自身の 認識에

表 2 - 10 우리나라의 飢病分類基準

分類 番號	17 大 分 類		疾病群別 細分類
	國 文 表 記	英 文 表 記	
1	傳染病 및 寄生蟲性 疾患	Infective and Parastic Diseases	결핵, 장염, 기생 충, 기타
2	新 生 物	Neoplasms	위종양, 난소종양 기타
3	内分泌系疾患, 新進代 謝 및 營養疾患	Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases	당뇨병, 노쇠, 기 타
4	血液 및 造血器疾患	Diseases of the Blood and Blood forming organs	임파선염, 빈혈 기타
5	精神病, 精神神經症 및 人格異常	Mental Disorders	신경증, 신경성위 염, 기타
6	神經系 및 感覺器疾患	Diseases of the Nervous System and Sense organs	눈의 염증성질환, 중이염 및 유양돌 기염, 두통, 외이 도염, 기타
7	循環器系疾患	Diseases of the Circul- atory System	고혈압, 심장질환, 기타
8	呼吸器系疾患	Diseases of the Respi- ratory System	감기오한, 기관지 염, 편도선염, 인 두 및 후두염, 늑 막염, 폐염, 기타
9	消化器系疾患	Diseases of the Diges- tive System	위염, 구강질환, 위궤양, 대장염, 간장염, 십이지궤 양, 소화장애, 출 수돌기염, 기타

分類 番號	17 大 分 類		疾病群別 細分類
	國 文 表 記	英 文 表 記	
10	性, 泌尿器系疾患	Diseases of the Genito-urinary System	신장염, 방광염, 자궁염증질염, 신장결석, 신우염
11	正常分娩, 妊娠分娩과 產褥의 合病症	Complications of Pregnancy Child-birth and Puerperium	분만, 임신중절, 기타
12	皮膚 및 疎性結合組織疾患	Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue	피부염, 농양, 습진, 심마진, 기타
13	骨 및 運動器疾患	Diseases of the musculo-skeletal System and Connective Tissue	관절염, 요통, 척추간판탈출증, 근육통, 기타
14	先 天 奇 形	Congenital Anomalies	—
15	新生兒의 特定疾患	Certain Causes of Perinatal Morbidity & Mortality	—
16	症傷, 症候 및 不明	Systems and ill-defined Conditions	신경통검사, X-선 촬영진찰, 기타
17	損傷 및 中毒	Accidents, Poisonings and Violence	타박상, 열창, 골절, 기타

의한 症勢를 이야기하는 것이 그것이며 예를 들면 실사, 두통과 같은 것이다. 둘째는 醫師와 患者自身에 의하여 醫學的인 診斷이 자명한 것으로서 感氣, 肺結核, 其他의 診斷名을 들 수 있다. 셋째는 비록 診斷名 혹은 그와 類似한 名稱을 쓰고 있으나 그것이 嚴密한 意味에서 醫學的인 診斷名이 되지 못하고 患者自身 및 그 社會集團에서 通用되는 傷病名을 쓰는 경우이다. 神經痛, 貧血, 高血壓等の 傷病이 이 範圍에 속한다. 따라서 이와같은 傷病의 內容을 分類할 때에는 그 分類方法에 특히 注意하여야 한다.

우리나라의 傷病分類는 <表 2-10>과 같이 國際疾病大分類基準에 의거 17 個로 分類 利用하고 있으나 大分類群別로 細分類하기도 한다.

다. 農村住民의 傷病推移

前述한 바와 같이 傷病에 대한 調查研究資料의 比較는 많은 制約이 있기 때문에 傷病實態의 分析에 있어서 時系列比較는 百分比를 基準으로 分析하였으며 同一時點의 比較에는 1,000 名當 有病率로 比較하였다.

農村住民의 傷病類別 構成比의 變化를 整理한 것이 <表 2-11>과 <表 2-12>이다. 農村住民의 傷病實態를 構成比로 보면 1963년에는 호흡계의 疾患(24.1%), 消化器系の 疾患(20.5%), 感染性 및 寄生虫性疾患(17.7%), 神經系 및 感覺器의 質患(8.5%)의 順으로 나타났다. 그러나 1979년에는 呼吸器系の 疾患(33.5%), 消化器系の 疾患(17.5%) 皮膚 및 皮下組織의 疾患(13.8%) 損傷 및 中毒(12.9%), 神經系 및 感覺器의 疾患(8.2%)의 順으로 나타나고 있다. 1963~79年の 農村住民의 傷病推移의 重要한 變化는 1963년에 많은 比重을 차지하고 있던 感染性 및 寄生虫性 疾患은 1979년에는 3.2%로 急激히 減少되고 있으며 1963년에 그 比重이 매우 낮았던 損傷 및 中毒은 해가 지날수록 急激히 增加되고 있다. 男子와 女子間에 傷病에 있어서 차이는 損傷 및 中毒이 男子가 女子보다 높게 나타나고 있을 뿐 그외의 傷病에는 큰 차이가 없다.

農村住民의 1,000 名當 有病率의 推移를 보기 위하여 忠南 瑞山의 事例를 中心으로 整理하여 보면 <表 2-13>과 같이 全體的으로 1,000 名當 有病率은 1977년에 245.0 名이었으나 1979년에는 937.3 名으로 急激히 增加되고 있으며 感染性 및 寄生虫性疾患만 減少傾向을 보일 뿐 모든 傷病이 急激한 增加 傾向을 보이고 있다.

한편 農村住民들의 傷病實態를 正確히 把握하기 위하여 都市와 農村의 傷病類別 罹患率을 比較 整理한 것이 <表 2-14>이다. 都市와 農村사이 에 總罹患率은 별로 차이가 없으나 傷病類에 있어서는 차이가 많은 것으로 지적되고 있다(이성관, 1981, p.26). 傳染病 및 寄生虫疾患이 都市에 많은데 이것은 嬰幼兒數가 都市에 많은 것과 都市변두리의 불결한 곳에서 群集生活하는 사람들이 많은 關係라고 생각된다. 內分泌 및 營養代謝疾患이 農村에서 약간 높음은 주로 貧血患者가 農村에 많기 때문이다. 血液關係疾患이 農村에서 전연 없음은 이들 地域에서 醫療人들이 이에 대한 關心이

表 2-11 農村住民의 傷病類別 構成比의 變化(男女合計)

(單位: %)

	1963 ¹⁾	1969 ²⁾	1973 ³⁾	1975 ⁴⁾	1977 ⁵⁾	1979 ⁵⁾
1. 감염성 및 기생충성질환	17.7	14.5	9.0	7.3	6.9	3.2
2. 신 생 물	0.5	0.5	2.5	1.2	1.0	0.1
3. 내분비, 영양 및 대사질환 및 면역장애	2.4	2.4	4.0	2.6	0.4	1.7
4. 혈액 및 조혈기의 질환	1.7	1.4	3.3		3.5	0.0
5. 신 체 장 애	0.7	0.8	1.1	2.0	-	-
6. 신경계 및 감각기의 질환	8.5	9.0	22.4	21.3	4.1	8.2
7. 순 환 기 계 의 질환	2.1	2.4	0.1	3.5	1.0	1.4
8. 호 흡 기 계 의 질환	24.1	21.9	9.6	14.8	31.1	33.5
9. 소 화 기 계 의 질환	20.5	28.0	15.7	16.9	18.4	17.5
10. 비노생식기계의 질환	1.7	1.5	0.6	1.8	3.9	1.8
11. 임신, 분만, 산욕의 합병증	0.7	0.7	1.5	3.8	2.9	3.0
12. 피부, 피하조직의 질환	7.8	6.5	10.1	12.0	7.7	13.8
13. 근골격계 및 결합조직의 이상질환	4.3	3.6	2.5		4.3	2.3
14. 선 천 성 이 상	0.3	0.2	0.2	-	-	-
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	0.0	0.1	-	0.3	5.3	-
16. 증상, 증후 불명확	3.6	2.5	8.4	2.9	-	0.5
17. 손 상 및 중 독	3.5	4.0	2.9	3.2	8.5	12.9
計 (조사인구수)	100.0 (2,348)	100.0 (6,223)	100.0 [*] (3,690)	100.0 [*] (343)	100.0 (5,735)	100.0 (2,573)

* 未確認 未包含.

- 資料: 1) 韓相烈, 傷病에 관한 社會醫學의 研究, 서울醫大雜誌, 第5卷3號, 1964.
 2) 金仁達外, 우리나라 傷病에 關한 研究, 公衆保健雜誌, 第7卷2號, 1977.
 3) 宋仁炫, 農村住民의 醫療受惠度와 醫療費에 關한 研究, 全南醫大雜誌, 第11卷1號, 1974.
 4) 金在權, 農村住民의 傷病에 關한 調查研究, 豫防醫學會誌, 第10卷1號, 1977.
 5) 金奏孜外, 一部 農村地域의 住民罹病實態에 關한 調查, 梨花醫學誌, 第12號, 1980.

表 2 - 12 農村住民의 性別 疾病類의 構成比 變化

(單位 : %)

30

	1963		1969		1973		1975		1977		1979	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1. 감염성 및 기생충성 질환	18.6	16.5	14.7	14.2	12.0	5.6	9.5	5.1	8.4	4.9	3.6	2.8
2. 신 생 물	0.4	0.5	0.4	0.6	3.3	1.6	1.2	1.1	0.8	1.3	0.0	0.2
3. 내분비, 영양 및 대사질환 및 면역장애	2.9	2.4	2.5	2.2	4.0	4.0	} 3.0	2.3	0.4	0.5	1.2	2.1
4. 혈액 및 조혈기의 질환	1.5	1.8	1.1	1.7	5.1	1.2			2.7	4.5	-	0.0
5. 정신 장애	1.0	0.3	1.0	0.7	1.5	0.8	2.4	1.7	-	-	-	-
6. 신경계 및 감각기의 질환	9.3	7.6	9.0	9.1	17.8	27.4	17.9	24.6	4.6	3.3	7.1	9.4
7. 순환기계의 질환	1.7	2.3	2.2	2.7	0.4	-	5.4	1.7	0.9	1.1	1.1	1.7
8. 호흡기계의 질환	24.0	24.5	22.0	21.8	12.0	6.9	13.7	16.0	35.9	24.9	33.8	33.1
9. 소화기계의 질환	20.0	20.9	28.1	27.7	15.3	16.1	19.6	14.3	17.8	21.5	17.7	17.4
10. 비노생식기계의 질환	1.6	1.6	1.3	1.8	0.7	0.4	0.6	2.9	1.1	7.4	1.7	1.9
11. 임신, 분만, 산욕의 합병증	-	1.3	-	1.4	-	3.2	-	7.4	-	6.7	-	6.0
12. 피부, 피하조직의 질환	7.0	8.6	6.4	6.5	9.5	10.9	} 14.9	9.1	8.1	7.3	13.2	14.4
13. 근골격계 및 결합조직의 이상질환	4.2	4.4	4.3	2.9	1.8	3.2			3.6	5.3	2.6	2.1
14. 선천성 이상	0.3	0.2	0.2	0.2	-	0.4	-	-	-	-	-	-
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	0.1	0.0	0.1	0.1	-	-	0.6	-	5.1	5.5	-	-
16. 증상, 증후 불명확	2.0	3.6	2.2	2.9	7.6	9.3	3.0	2.9	-	-	0.7	0.3
17. 손상 및 중독	5.4	3.5	4.5	3.5	3.3	2.4	3.6	2.9	10.6	5.8	17.3	8.7
計 (조사인구수)	100.0 (1,178)	100.0 (1,170)	100.0 (3,191)	100.0 (3,032)	100.0 (1,889)	100.0 (1,801)	100.0 (168)	100.0 (175)	100.0 (3,000)	100.0 (2,573)	100.0 (1,437)	100.0 (1,136)

資料 : 表 2 - 11과 同.

表 2 - 13 農村住民의 傷病推移 (人口 1,000 名當)

(單位 : %)

	1977			1978			1979		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
1. 감염성 및 기생충성 질환	22.0	11.3	17.0	22.6	22.3	22.4	18.1	14.1	16.3
2. 신 생 물	2.0	2.9	2.4	4.0	8.2	5.7	6.2	5.3	3.8
3. 내분비, 영양 및 대사질환 및 번역장애	1.0	1.1	1.0	1.6	3.9	2.4	-	-	-
4. 혈액 및 조혈기의 질환	-	-	-	2.4	3.6	2.9	0.6	0.4	0.5
5. 정신 장애	7.0	10.2	8.5	32.3	66.8	46.2	26.4	65.1	43.1
6. 신경계 및 감각기의 질환	12.1	7.7	10.0	46.6	36.3	42.5	33.9	37.9	36.1
7. 순환기계의 질환	2.3	2.6	2.4	14.5	12.9	13.8	3.5	6.2	4.6
8. 호흡기계의 질환	93.6	56.7	76.0	200.3	172.4	188.9	292.3	230.6	265.1
9. 소화기계의 질환	46.6	49.0	47.8	201.9	270.8	226.6	189.3	265.0	223.0
10. 비뇨생식기계의 질환	1.7	14.6	7.8	19.4	49.2	31.5	16.7	60.7	36.1
11. 임신, 분만 및 산욕의 합병증	-	5.9	2.8	-	56.3	23.4	-	33.5	12.8
12. 피부 및 피하조직의 질환	21.0	16.5	18.9	96.5	99.6	97.8	76.5	81.9	78.1
13. 근골격계 및 결합조직의 이상질환	9.3	12.1	10.6	25.0	30.5	27.2	21.6	34.3	27.2
14. 선천성 이상	-	-	-	-	1.1	0.5	-	-	-
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	-	-	-	1.6	3.6	2.4	-	-	-
16. 증상 증후 및 불명확한 상태	13.3	12.4	12.9	63.6	66.8	63.5	111.3	125.0	117.4
17. 손상 및 중독	27.7	13.2	20.7	76.5	44.5	64.9	71.6	67.8	70.0
計 1,000 당 발생률 (환자수)	261.0 (783)	227.4 (622)	245.0 (1,405)	803.8 (1,632)	942.4 (1,313)	866.4 (2,945)	867.8 (1,253)	1,026.4 (1,171)	937.3 (2,424)

資料 : 안문영외, 충남 서산군 삼화의료보험조합을 통해 본 일부 농촌지역주민의 의료사고 발생률 및 진료수혜실태조사, 한국농촌
의학회지, 제 6권 제 1호, 1981, p.35.

적은 것과 適節한 檢査室이 마련되지 않은 것 때문일 것으로 생각된다.

神經系와 感覺器疾患이 農村에서 월등하게 높음은 神經痛, 腰痛 등이 農事일에서 잘 發生하는 疾病인 關係로 인한 것이고 또한 瘧疾, 눈병등도 農村에서 多發하는 傾向이 있기 때문이라고 생각된다. 循環器系疾患은 都市에서 높은 것은 食生活에 있어서 都市人의 多食, 肉食이 原因이 아닌가 생각된다. 消化器系疾患은 農村住民들이 오히려 많을 것으로 생각했으나 都市人에게서 더 높게 나타났다.

事故나 中毒 등에서 農村이 현저히 높게 나타나는 것은 農業의 機械化에 따른 農器具에 의한 損傷, 農藥使用으로 인한 農藥中毒 등이 都市의 交通事故보다 월등히 많음을 시사하고 있다고 생각된다.

表 2 - 14 都市와 農村의 傷病類別 罹患者 比率比較
(單位: 名/1,000 名當 · 年間)

傷 病 分 類	都 市	農 村
1. 傳 染 病 및 寄 生 虫	73	27
2. 腫 瘍	3	1
3. 內 分 泌 營 養 新 進 代 謝	14	22
4. 血 液 造 血 藏 器 疾 患	11	-
5. 精 神 疾 患	6	6
6. 神 經 系 및 感 覺 系	94	259
7. 循 環 器	37	21
8. 呼 吸 器	835	860
9. 消 化 器	253	191
10. 性 尿 器	22	8
11. 妊 娠 分 娩 產 褥 合 併 症	28	10
12. 皮 膚 皮 下 組 織	51	53
13. 骨 · 運 動 器 疾 患	21	8
14. 先 天 性 寄 生 型	-	-
15. 新 生 兒 疾 患	-	-
16. 症 狀 및 診 斷 不 適 當	35	14
17. 中 毒 · 暴 力 · 事 故	40	82
計 (調査人口數)	1,505 (2,876)	1,556 (8,315)

資料: 이성관, 1981, 우리나라 農村保健人力에 대한 考察, 韓國農村醫學會誌, 第1卷, 第1號, p.26.

3. 農夫症의 概念과 實態

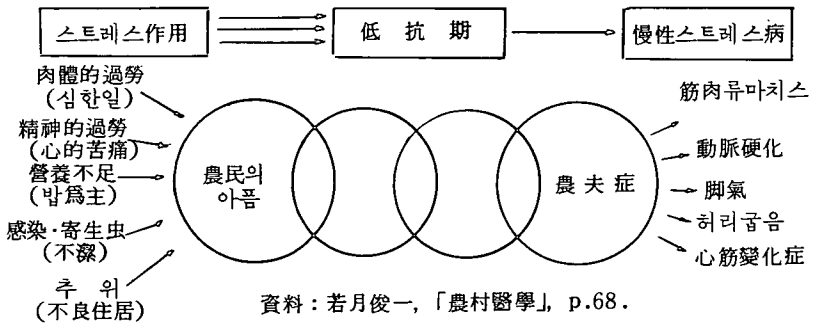
가. 農夫症의 概念 및 測定方法

農夫症은 1943年 日本北海道 醫療奉仕院長 熊谷太市博士에 의하여 農婦病이라는 이름으로 처음 소개되었다. 그후 1952年 北海道 旭川厚生病院長 藤井敬二博士는 이와같은 症狀이 農婦에게만 오는 것이 아니고 農夫에게도 오며 老人뿐만 아니라 젊은이에게도 온다고 하여 獨立된 疾病이 아니고 疾病以前의 하나의 壓迫症狀(Sympton Complex)으로 말하는 것이 정당하며 農夫症이라고 命名하게 되었다(南澤昇 1976, pp.43-45).

農夫症을 體系的으로 整理하고 理論的으로 뒷받침한 것은 日本 長野縣 佑久綜合病院 農村醫學研究所에서 若月俊一博士이다. 즉 ① 어깨가 뻣근하고 아프다(Shoulder Pain), ② 허리가 아프다(Lum bago), ③ 손발이 무감각하다(Feet & hand Numbness), ④ 夜尿症(Nocturia), ⑤ 呼吸困難(Dyspnoea), ⑥ 不眠症(Insomnia), ⑦ 眩氣症(Dizziness), ⑧ 뱃속이 거북하다(Abdominal discomfort) 등 8個의 症狀이 1個月間 항상 있다(2點), 때때로 있다(1點), 없다(0點)로 나누어 點數制로서 農夫症을 規定하였다. 總點數가 0~2點까지는 正常(農夫症(-)), 3~6點은 要觀察(農夫症(±)), 7點以上(農夫症(+))은 精密檢査를 實施하여 疾病인가를 糾明해야 한다고 하였으며 農民健康管理의 指標로 利用하게 되었다(若月俊一, 1971, p.68).

農夫症의 原因에 대하여 若月은 스트레스學說을 引用하여 外的 스트레스의 蓄積에 의해 發生한다고 하였다. 肉體의 疲勞와 精神의 緊張, 營養不足, 感染이나 寄生蟲, 차거운 住居生活 등의 要因이 農民의 몸에 蓄積되어 壓迫症狀으로서 점차 스트레스病人 류마치스나 高血壓, 動脈硬化症, 腎硬化症 心筋障害 등이 온다고 하였다(그림 2-12).

圖 2-12 農夫症의 順序



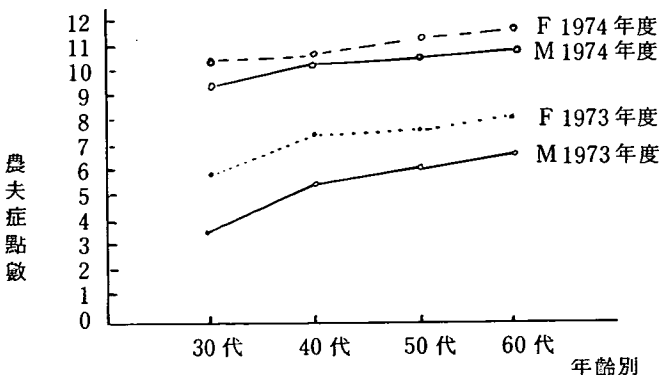
나. 農夫症의 狀態

우리나라에서 지금까지 發表된 4 個의 農夫症研究結果中 3 個의 論文을 中心으로 研究概要 및 農夫症實態를 보면 다음과 같다.

㉠ 事例研究 I.

이 研究는 若月俊一의 農夫症測定基準을 그대로 우리나라에 適用 1973 年과 1974 年에 14 個 自然部落住民 1,500 名을 對象으로 調査分析한 것이다 (南澤昇, 1976, pp.45-46). 農夫症의 數値는 <圖 2-13>과 같이 1973 年度 보다 1974 年度에 더 惡化되고 있는 것으로 分析되었다.

圖 2-13 韓國農民의 農夫症點數



資料: 남택승, 1976, 農夫症에 대하여, 韓國農村醫學會誌, 第1卷 1號, p.45.

② 事例研究Ⅱ

이 研究는 忠南 瑞山郡 운산면의 30代 以上の 男女 517名을 1979.10 10 ~ 10.31 까지 設問紙에 의거 面接調査한 것이다 (南澤昇, 김현광外, 1980, pp.16 ~ 25).

測定 項目과 方法은 ① 어깨가 쭈시다 ②腰痛, ③ 손 발이 저리거나 손마디와 무릎이 쭈신다, ④ 숨이 차다, ⑤ 밤에 소변을 자주 본다, ⑥ 밤에 잠이 잘 안온다, ⑦ 머리가 횡하니 어지럽거나 머리가 무겁다, ⑧ 배가 가끔 불편하고 복직하거나 아프다는 등 8個項目에 各各 항상있다 2點, 때때로 있다 1點, 없다 0點을 賦與하여 總點數를 算出하여 0 ~ 2點은 農夫症(-), 3 ~ 6點은 農夫症(±), 7點以上은 農夫症(+)으로 測定하였다.

年齡別 農夫症의 點數分布는 <表 2 - 15>와 같이 農夫症點數가 7點以上인 者가 60代가 45.2 %로 가장 높게 나타났고 그 다음이 70代가 43.5 %, 50代가 33.9 %, 40代가 25 %, 30代가 8.4 %順으로 나타났다.

表 2 - 15 年齡別 農夫症點數分布

(單位 : 名, %)

年 齡 群	農夫症點數 人員數	0 ~ 2 點	3 ~ 6 點	7 ~ 9 點	10 點 以上
30 ~ 39 才	72	26(36.1)	40(55.6)	5(7.0)	1(1.4)
40 ~ 49	180	56(31.1)	79(43.9)	34(18.9)	11(6.1)
50 ~ 59	124	18(14.5)	64(51.6)	22(17.8)	20(16.1)
60 ~ 69	95	14(14.7)	38(40.0)	31(32.6)	12(12.6)
70 以上	46	9(19.6)	17(37.0)	8(17.4)	12(26.1)
計	517	123(23.8)	238(46.0)	100(19.4)	56(10.8)

資料 : 남승택 外, 1979, 韓國農村 一部住民의 健康管理에 關한 逆學的 考察 (農夫症中心), 韓國農村醫學會誌, 第 5 卷 1 號, p.20.

性別로는 <表 2-16>과 같이 女子群이 34%, 男子群이 24.8%로 男子群보다 女子群이 9.2%가 높게 나타났으며 특히 30代에서는 男子는 전혀 없으나 女子는 14.6%나 된다.

또한 農夫症測定項目別로 性別, 年齡別 分布를 보면 <圖 2-14>와 같다.

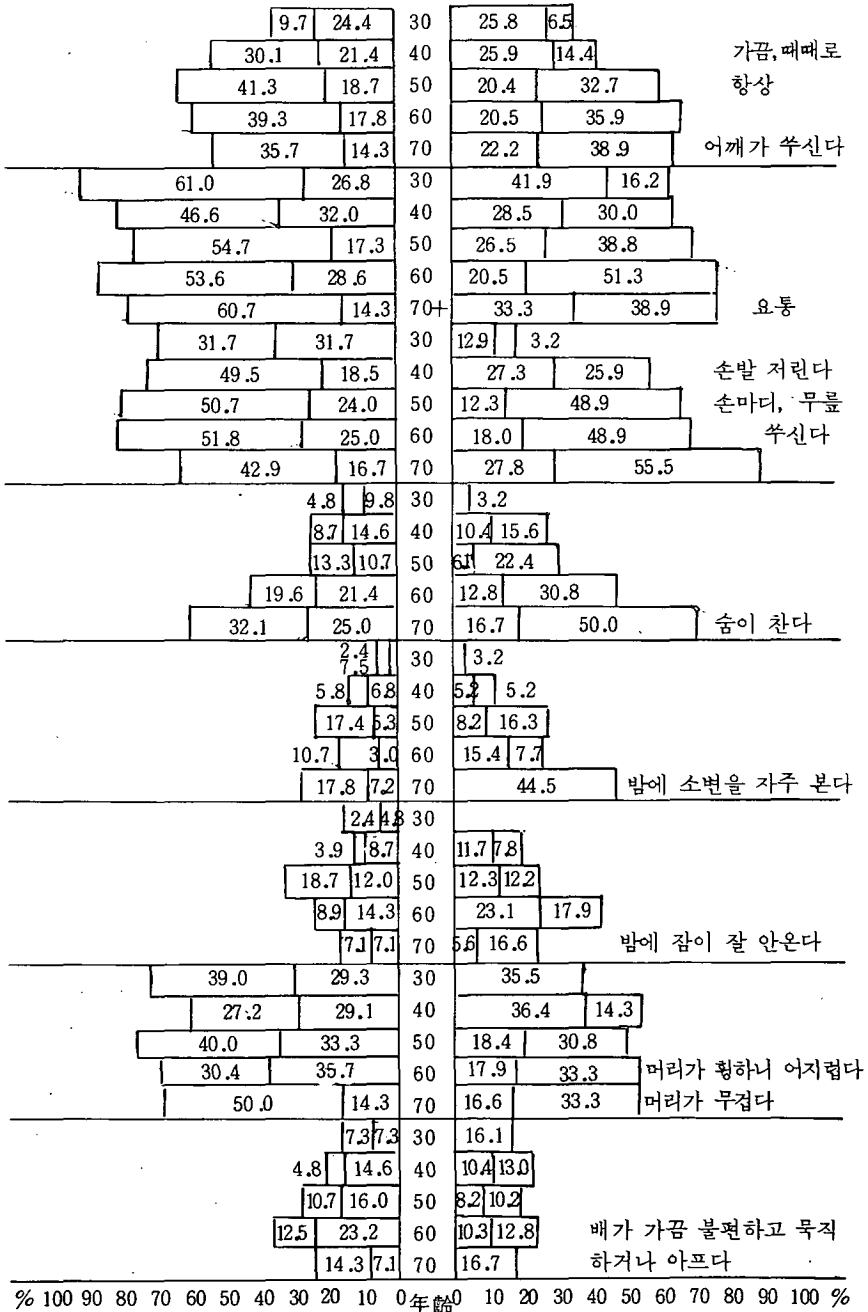
表 2-16 性別・年齡別 農夫症 點數分布

(單位: 名, %)

性別 點數 年齡群	男 子					女 子				
	調査數	0~ 2點	3~ 6點	7~ 9點	10點 以上	調査數	0~ 2點	3~ 6點	7~ 9點	10點 以上
30 ~ 39才	31 (100.0)	17 (54.8)	14 (45.2)	—	—	41 (100.0)	9 (22.0)	26 (63.4)	5 (12.2)	1 (2.4)
40 ~ 49	77 (100.0)	27 (35.1)	34 (44.2)	12 (15.6)	4 (5.2)	103 (100.0)	29 (28.2)	45 (43.7)	22 (21.4)	7 (6.8)
50 ~ 59	49 (100.0)	7 (14.3)	28 (57.2)	9 (18.4)	5 (10.2)	75 (100.0)	11 (14.7)	36 (48.0)	13 (17.3)	15 (20.0)
60 ~ 69	39 (100.0)	7 (18.0)	17 (43.6)	10 (25.7)	5 (12.8)	56 (100.0)	7 (12.5)	21 (37.5)	21 (37.5)	7 (12.5)
70 以上	18 (100.0)	2 (11.1)	8 (44.4)	4 (22.2)	4 (22.2)	28 (100.0)	7 (25.0)	9 (32.2)	4 (14.3)	8 (28.6)
計	214 (100.0)	60 (28.0)	101 (47.2)	35 (16.4)	18 (8.4)	303 (100.0)	63 (20.8)	137 (45.2)	65 (21.5)	38 (12.6)

資料: 남승택 外, 1979.

圖 2-14 性別・年齡別 最夫症 自覺症狀 狀態, 1979



資料 : 남승택 외, 1979.

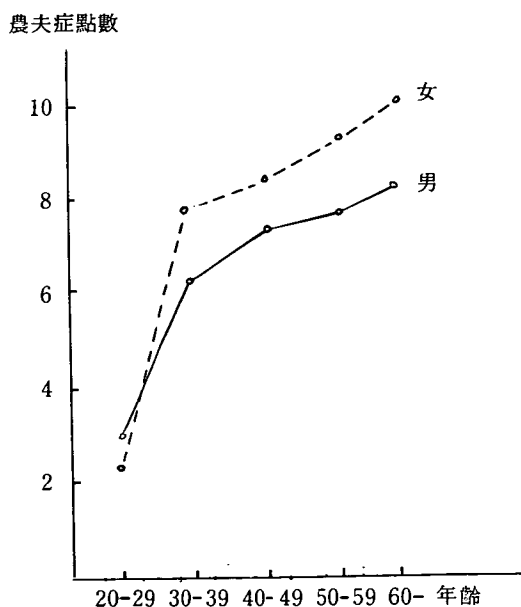
③ 事例研究Ⅲ

이 研究는 全州예수병원에서 全北 完州郡의 示範事業을 研究한 結果를 整理한 것이다 (李廣遠, 1981, pp.50-57).

年齡別 農夫症 정도는 〈圖 2-15〉와 같이 20~29歲群의 農夫症은 미미한 상태를 보이고 있으나, 30代以後에 심하게 나타나고 있다. 대체로 30代의 最多 勞動期에 많이 나타나는 것으로 보아 農業勞動과 가장 깊은 關係가 있는 것으로 分析되고 있다.

男女別로 보면 20代에서는 男子의 정도가 女子보다 약간 높게 나타나지만 30代부터는 女子의 農夫症 程度가 심하게 나타나고 있다. 특히 30代 女子의 農夫症 정도가 7.8로 나타나 精密檢査의 대상이 되고 있다. 이러한 現象은 妊娠 및 育兒期에 있는 農村女性의 과도한 身體的 負擔에 原因이 있는 것으로 指摘되고 있다.

圖 2-15 農夫症 推移 (1978)



資料 : 이광원, 1981, 農村住民의 健康狀態와 問題點, 農業經濟研究, 第22輯, 韓國農業經濟學會, p.52.

한편 一般農家와 施設園藝農家の 農夫症 정도를 <表 2 - 17>에서 보면 農家別 全體的인 傾向은 비슷하지만 一般農家に 비하여 施設園藝農家の 農夫症 정도가 심하게 나타나고 있다. 施設化 農業이 現在 우리나라로서는 勞動集約的 性格을 많이 띠고 있고 앞으로 施設化가 더 진척되면 될수록 더 많은 勞動力이 必要할 것으로 豫見된다. 이에 비하여 施設園藝作業 參與 農民의 健康狀態가 惡化되고 있는 것은 將來 勞動力確保面에서 뿐만 아니라 이 分野의 勞動生産性에도 상당한 영향을 미칠 것으로 보인다. 그것도 30代의 가장 旺盛한 最多勞動期에 심한 것이 큰 問題다.

表 2 - 17 一般農家와 施設園藝農家の 農夫症 程度

(單位: 點數)

區 分	年 齡	20 ~ 29	30 ~ 39	40 ~ 49	50 ~ 59	60 ~
一 般 農 家	男	2.4	5.7	6.8	7.3	7.8
	女	2.3	7.5	8.3	8.8	9.5
施設園藝農家	男	3.4	7.1	7.9	8.1	9.4
	女	2.8	8.4	9.3	9.6	11.4

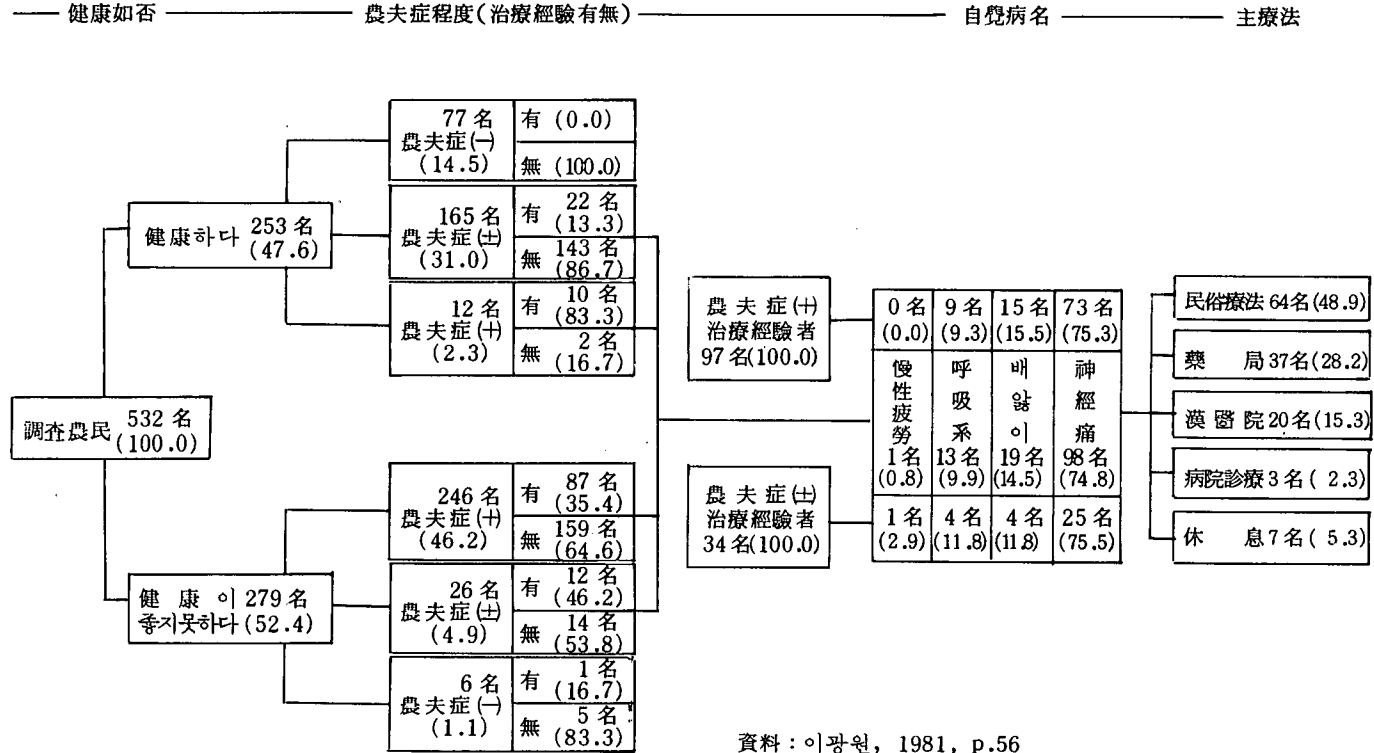
1) 施設園藝農家は 비닐하우스 등 施設園藝農家 뿐 아니라 施設園藝農家に 出役(長期) 또는 雇傭되어 從事하는 사람을 包含하였음.

2) 年齡別 人口는 20代 69名, 30代 102名, 40代 140名, 50代 124名, 60代 97名이며, 一般農家와 施設園藝農家の 人口比例는 約 2.6:1 정도임
資料: 이광원, 1981, p.53.

一般農家와 施設園藝農家の 年齡別 農夫症 點數의 차이가 老齡으로 갈수록 擴大되어 40代, 50代의 施設園藝農家 人口가 월등히 심한 것으로 나타나고 있다. 男女別로는 女子의 정도가 심하며 年齡別로는 40~50代의 老齡人口에서 심한 것으로 나타났다.

<圖 2 - 16>에서 보는 바와 같이 健康하다고 생각하는 사람 가운데에서도 70%가 農夫症(±) (+)에 該當하는 사람으로 要觀察 對象이다. 輕微한 農夫症은 自身の 健康狀態와는 關係가 없다는 생각을 하고 있다. 自身の 健康狀態가 좋지 못하다는 것을 모르는 사람이 全體 調查對象의 33%나 되는 셈이다. 自身이 健康하다고 생각하는 사람 중 農夫症(±) 狀態의

圖 2 - 16 農夫症의 自覺病名 및 主治療法



資料 : 이광원, 1981, p.56

사람이 65 %를 차지하여 農夫症(士) 狀態는 健康한 前으로 생각하고 있다. 病 治療의 가장 큰 難點이 患者가 自身の 病을 認知하지 못하고 있는 狀態이다. 웬만한 病徵은 참고 넘기려는 가운데 病擴散의 原因이 있다. 더욱 이들 중 大部分이 症勢를 방관하고 있다. 症勢를 回復 또는 治療하려는 경험을 가진 사람이 40 %에 불과하다.

回復 또는 治療經驗을 가진 131 名 가운데 自身の 症狀이 慢性的 疲勞에 의한 것이라는 正確한 判斷을 하고 있는 사람이 1 名에 불과하다. 남어지 가운데 74.8 %가 神經痛, 14.5 %가 배앓이라고 判斷하고 있다. 물론 症狀 自體가 神經痛과 비슷하고 抵抗期를 거쳐 筋肉류마치스를 일으킨다.

이에 따라 治療行態가 가장 많은 48.9 %가 低俗한 民俗療法을 使用하고 있으며 다음 28.2 %가 藥局을, 15.3 %가 漢醫院의 順으로 治療하고 있다. 病院을 利用하거나 運動量을 줄이는 休息은 극히 적다. 民俗療法은 處치법이 많고 症勢의 輕重에 關係없이, 年齡 性別, 身體異狀有無에 關係없이, 口傳에 의한 治療法을 그대로 쓰기 때문에 得보다 失이 많은 것으로 알려져 있다. 比較的 效驗이 있다고 하는 治療法을 分析해 보면, 動物性和 植物性分을 適當히 配合한 것으로 일종의 不足微量元素 補充이나 營養補充의 人 意味를 가지고 있다.

4. 農村住民의 醫療要求 및 治療實態

가. 醫療要求의 概念 및 測定方法¹⁾

醫療要求의 어떤 標準은 醫療利用 또는 顯示需要와 未充足 要求로 區分하여 規定될 수 있다. 즉 醫療要求 (need for medical care)는 그 自體가 顯示需要 (expressed demand)와 未充足要求 (unmet need)로 分類된다. 顯示需要는 實際로 醫療가 利用된 것 즉 氷山理論 (iceberg theory)에서 水上に 솟아있는 部分을 말하며, 未充足要求는 醫療要求에서 顯示需要를 빼낸 나머지로서 醫療가 利用되지 않고 있는 潛在需要 即 물속에 잠겨있는 氷山の 몸체를 意味한다.

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

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

다른 하나는 現實主義의 見解 (realistic view)로서 “醫療要求는 醫學的 關與로서 充足될 수 있을 때만 認定되어야 한다.”는 것이다. 이 경우 醫學的 關與 (medical intervention)는 肯定的 效用을 갖고 合理的 費用 (reasonable costs)으로 疾病의 豫後 (prognosis)를 實際적으로 變更

註 1) 宋鍵鎬 外, 1982. 우리나라 醫療要求 및 醫療利用에 關한 調查研究報告, 韓國人口保健研究院, pp. 43~51 을 要約 整理한 것임.

시킬 수 있는 것을 意味한다. 그러므로 이 見解는 慢性的이며 治療가 어려운 疾病보다 治療에 의하여 改善可能한 疾病과 그 治療에 投入되는 合理的 費用 그리고 利用可能한 醫學的 節次 등을 強調한다.

다시 말해서 人道主義的 見解는 個人이나 社會가 不健康한지? 아닌지? 그 自體를 判斷하는 것을 重要視 하지만 (實際에 있어 行하기 보다 말하기가 훨씬 쉽다.), 現實主義的 見解는 그 疾病은 改善될 수 있는가? 그것을 改善하는 費用은 合理的인가? 등을 判斷하여 이 範疇에 속하지 않는 疾病을 醫療要求로 分類하는 것은 無意味하다고 본다.

그러므로 醫療要求를 定義하는 두 接近方法의 見解는 出發點이 다르다. 人道主義的 見解는 要求 自體의 判定에, 現實主義的 見解는 資源의 活用性에 各各 出發點을 둔다. 그러나 政策의 立案・實施・評價 등을 爲해 實際로 어느 한 方法을 使用하기는 어렵다. 資源을 考慮하지 않고 모든 罹患을 醫療要求로 定義하거나 資源을 考慮하여 事後 改善이 可能한 罹患과 合理的 費用의 醫學的 節次에 基礎를 두어 醫療要求를 定義하는 問題가 크다. 特히 後者의 見解는 醫學的 範圍를 벗어난 道德 및 倫理的 問題를 提起한다.

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

그러나 患者 자신이 認識하는 罹患은 臨床的 疾病과 相互 相關되지만 概念의으로 다르다. 卽 患者는 罹患을 다음과 같이 認識한다.

첫째, 疾病의 科學的 見解 즉 疾病의 原因, 治療에 全的으로 구애되지 않는다.

둘째, 科學的 見解를 받아들이지만, 科學的으로 確認된 바와 같이 疾病의 特性에 關한 完全한 知識을 갖지 못한다.

세째, 窮極의 結果보다 現在 症狀을 강조하는 傾向이 짙다.

네째, 肉體的 不快感과 活動障礙 等に 依하여 不健康의 效果에 더 關心을 갖는다.

이와 같이 醫師와 患者는 각기 다른 次元에서 罹患을 定義하는데, 이를 圖示하면 < 圖 2 - 17 >과 같다.

圖 2 - 17 醫療要求의 相異性 比較

스스로 認識한 罹患	醫 學 的 罹 患	
	예	아 니 오
예	A	B
아 니 오	C	D

그림에서 A와 D는 醫師와 患者間 罹患의 存在 또는 不在에 關하여 概念의 完全히 一致한다. 그러나 B와 C는 이들간에 일치하지 않는다. B의 경우 스스로 疾病이라고 認識하고 있으나 醫學的 所見에 依하여 確認되지 않는 患者이다. C는 醫師는 醫學的으로 患者로 診斷하지만 患者는 이에 同意 안하거나 認識하지 못하는 경우이다. 美國에서 實施된 老人에 대한 두 研究結果는 自身の 判斷이 흔히 醫師의 診斷結果와 差를 나타내고 있다. 이들 및 다른 研究結果는 健康에 對한 口術의 意見은 態度, 狀況的 要因, 教育 및 社會的 地位와 같은 背景의 要因 等の 複合的인 것임을 시사하고 있다.

그러나 罹患에 關한 각기 다른 概念중 스스로 認識된 罹患은 醫師가 決定한 또는 科學的으로 確認된 客觀的 尺度보다 行動에 미치는 效果가 더 크다. 즉 醫療要求를 測定하는 基礎로서 主觀的으로 認識된 罹患이 더 가치가 있다는 것이다. 앞의 그림에서 醫學的 罹患에 基礎를 둔 醫療要求는 A + C에 該當하나, 患者의 認識에 基礎를 두면, A + B가 이에 해당한다. 現實的으로 醫療利用은 A + B에서 始作된다.

醫療要求를 認識된 罹患 (perceived morbidity)과, 治療에 對한 態度

動的 證據에 基礎를 둔 資料는 主觀的 資料보다 報告의 애매성을 어느 程度 排除할 수 있으나, 日常的活動의 制限, 症狀 等に 對한 知識과 信念 그리고 社會的, 文化的 要因에 크게 影響을 받기 때문에 個人差가 크다. 그러나 美國의 健康面接調査는 行動的 證據에 基礎를 두어 資料를 蒐集하여 健康狀態에 對한 全國的 指標를 作成하고 있는데, 이는 우리 나라에서 問題될 수 있는 市와 農村間 醫師利用率과 行動制限 및 症狀에 關한 個人的 態度・信念 等に 큰 差異 (response error)를 나타내는 缺點의 影響이 적음을 意味한다.

P_2 는 概念的으로 罹患을 認識한 人口 100人當 治療를 願하는 確率이지만, 認識된 罹患에는 主觀的 意見이 크게 影響을 줄 수 있기 때문에 全體 人口에 基礎를 두는 것이 타당할 것이다.

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

實驗結果에서 얻은 認識된 罹患 (perceived morbidity)과 醫療追求 意慾에 基礎를 둔 醫療要求를 比較해 보면 다음과 같다.

1976年 韓國保健開發研究院이 마을健康事業의 評價를 爲한 基礎 (家口面接) 調査에서 15日間 人口 100人當 認識된 罹患者 比率은 23%였고, 治療를 원한 比率은 人口의 20%였다. 그러므로 治療를 원하는 比率은 認識된 罹患보다 3% 낮은데, 이에는 治療困難이라고 認識하는 老人性 또는 治療拋棄者의 症狀이 경미해서 必要性이 없다 등이 包含된다.

그러므로 意慾에 基礎를 둔 醫療要求는 罹患 自體보다 더 概念的으로 主觀的 애매성을 排除하고 治療追求 態度에 接近함을 알 수 있다. 이에 따라 本 研究에서 醫療要求는 治療追求意慾에 基礎를 두어 定義되었다.

P_3 는 治療를 원하는 사람 또는 醫療要求者 100人當 治療를 받은 또는 醫療를 利用한 사람의 確率이다. 實際 利用은 充足 (met need), 利用하지 않은 比率은 未充足 (unmet need)에 該當한다. 醫療均霑은 未充足이 零에 接近하는 狀態이다. 여기서 醫療利用에 使用된 治療源에는 醫

師와 이의 代替機能을 갖는 藥局(房), 漢醫院과 漢藥房, 民俗治療 등이 포함한다. 그러나 美國에서 醫療利用이란 醫師에 의한 診療를 意味하기 때문에 우리나라의 醫療利用과 概念的으로 다르다.

醫療利用과 醫療要求를 交叉하여 < 圖 2-19 >와 같이 圖示할 수 있다.

圖 2-19 醫療利用과 醫療要求 計算方法

醫 療 利 用	醫 療 要 求 (治療를 원함)		
	예	아 니 오	계
예	A	B	A + B
아 니 오	C	D	C + D
計	A + C	B + D	A + B + C + D

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

$A / A + C = \text{醫療充足}$

$C / A + C = \text{醫療未充足}$

$B / A + C$ 또는 $A + B + C + D = \text{健康檢診, 豫防서비스受惠 等으로 人口를 分類할 수 있다.}$

이와 같은 醫療要求에 關한 概念的 論議를 거쳐 醫療要求에 關한 資料는 다음과 같은 質問을 통해 두 質問에서 “예”라고 應答한 경우에 醫療要求로 分類된다.

(1) 全國 醫療網編成 調查研究

“지난 15日間

病醫院이나 齒科醫院 保健所 또는 支所 漢醫院 또는 漢藥房 藥局이나 藥房 助產所	}	에 가 보셨습니까?
---	---	------------

(어떤治療도 받지 않은 경우)

“診察・治療를 받거나 藥을 써 보았으면 좋겠다고 생각하셨습니까?”

나. 農村住民의 醫療要求 및 治療實態

人口 100 名당 15 日間の 醫療要求率의 分析結果를 整理하면 < 表 2-18 >과 같이 地域間에 큰 차이를 보여주고 있다. 醫療要求率은 都市에서 35 %로 가장 높았으며 邑 → 面 → 僻地로 감에 따라 減少되고 있다. 醫療要求에 대한 治療率 즉 어떤 形態이든 治療를 받아 본 充足率은 都市에서 78 %, 邑地域은 73 %, 面地域은 59 %로 地域間에 차이가 많다.

表 2-18 地域別 人口 100 人當 醫療要求率(15 日間)

單位 : %

	都 市	農 村			
		邑地域	面地域	僻 地	平 均
未 治 療 A	7.7	8.3	12.4	12.4	11.9
治 療 B	26.8	22.6	18.0	8.7	14.8
計 C	34.5	30.9	30.4	21.1	26.7
充 足 率 B/C	77.7	73.1	59.2	59.2	55.4
(調査人口數)	(11,441)	(5,958)	(21,263)	(18,825)	(46,045)

資料 : 宋鍵鏞 外 1982. 2 우리나라 醫療要求 및 醫療利用에 관한 調査研究報告, 韓國人口保健研究院, P.53.

이와 같이 地域間에 차이를 보이는 理由는 面地域 및 僻地住民은 都市 및 邑地域住民과 比較하여 가벼운 疾病症狀은 罹患으로 認識하지 않거나 治療慾도 낮기 때문에 全體 醫療要求水準을 低下시키기 때문으로 指摘되고 있다.

한편, 醫療要求率을 性別, 醫療保障受惠程度別로 整理하여 보면 < 表 2-19 >와 같이 남자보다 여자가 약간 높으며, 醫療保障受惠를 받는 사람이 받지 않는 사람보다 높게 나타나고 있다.

表 2 - 19 農村住民의 性別, 醫療保障受惠程度別 醫療要求率

單位：%/ 100 人當

	都 市		邑 地 域		面 地 域		僻 地	
	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療	未治療	治 療
性 別								
男	7.3	25.0	8.6	22.0	11.6	17.7	7.5	12.8
女	8.0	28.6	8.1	23.1	13.3	18.3	9.8	12.1
醫 療 保 障								
受 惠	7.9	29.3	7.8	23.9	16.0	20.6	11.3	14.5
非 受 惠	7.5	24.9	8.6	22.0	11.6	17.5	8.1	12.1

資料：上同

未治療理由를 分析한 研究結果를 整理하여 보면 < 表 2 - 20 >과 같이 모든 地域에서 똑같이 經濟的 理由가 가장 높게 나타나고 있다. 地理的 理由는 僻地에서도 2.7 %로 가장 낮은 比率을 보이고 있다.

다. 農村住民의 醫療費支出

農村住民의 治療者中에서 病醫院에 入院實態를 보면 < 表 2 - 25 >와 같다. 入院者率은 都市보다 農村이 약간 적게 나타나고 있으나 入院日數는 都市가 14 ~ 16 日인데 比하여 農村(邑·面)은 23.4 日이 되어 農村이 都市보다 월등히 높다.

表 2 - 20 地域別 醫療要求者의 未治療理由 分布

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

資料：宋鍵鏞 外 1982. P68.

이와 같은 事實은 農村地域에서 入院率은 낮지만 일단 入院하면 入院期間이 길고 그에 따라 入院費도 더 많이 支拂해야 하는 어려움이 따르게 된다.

表 2 - 21 地域別 入院口態 比較

	單位	都 市		農 村 (邑・面)	全 國
		大 都 市	中 小 都 市		
入 院 者 率(A)	名/100名當	3.8	3.8	3.1	3.6
入 院 日 數(B)	日	15.7	14.0	23.4	18.1
入院患者의 入院費(C)	원	365,000	328,000	539,000	418,000
日 當 入 院 費(C/B)	원	23,200	23,400	23,000	23,100

* 入院者率 = 年間入院者數 / 人口 × 100

* 入院日數 = 總入院日數 / 入院者數

資料：徐文姬 外, 1983 國民醫療利用과 醫療費에 關한 調查研究
韓國人口保健研究院, P P 94 ~ 95

農村經濟에 있어서 醫療費比重을 < 表 2 - 22 >에서 보면 全國平均農家의 農家所得 中 醫療費의 比率은 1965 年의 2.7 %에서 1983 年에는 4.2 %로 急激히 增加되고 있으며, 年平均 增加率 (1965 ~ 1983)도 農家所得 增加率 보다 높게 나타나고 있다.

한편 耕地規模別로 農家所得中 醫療費의 比率을 보면 2.0 ha以上 農家보다도 0.5 ha以下 農家階層에서 醫療費의 增加比率이 더 높게 나타나고 있어 醫療費의 支出이 農家經濟에 미치는 影響은 耕地規模가 적은 階層에서 더 크게 나타나고 있다는데 問題가 있다.

表 2-22 耕地規模別 農家戶當 醫療費의 推移(經常價格)

單位：千원, %

區分	全國平均			0.5 ha以下			1.0 ~ 1.5			2.0 以上		
	農家所得 A	醫療費 B	B/A	農家所得 A	醫療費 B	B/A	農家所得 A	醫療費 B	B/A	農家所得 A	醫療費 B	B/A
1965	112.2	3.0	2.7	71.7	2.1	2.9	130.9	3.3	2.5	218.2	7.2	3.3
1970	255.8	7.0	2.7	163.0	5.1	3.1	288.5	7.3	2.5	477.1	14.0	2.9
1975	872.9	23.1	2.6	532.5	14.0	2.6	975.0	24.1	2.5	1734.9	49.1	2.8
1980	2697.1	95.9	3.7	1983.2	71.8	3.6	2861.7	101.8	3.6	4884.5	135.9	2.8
1983	5128.2	213.0	4.2	3639.9	198.3	5.5	5279.6	207.7	3.9	8016.5	308.1	3.8
年平均 增加率												
1965~75	22.8	22.6	-	22.2	20.9	-	22.2	22.0	-	23.0	21.2	-
1975~83	24.8	32.0	-	27.2	39.3	-	23.5	30.9	-	21.3	25.8	-
1965~83	23.7	26.7	-	24.3	28.7	-	22.8	25.9	-	22.2	23.2	-

資料：農水産部，農家經濟調查結果報告

한편 都市와 農村地域의 醫療費調査結果를 整理 比較하여 보면 都市地域보다 農村地域의 罹患者數나 治療者數는 적게 나타나고 있으나 治療費는 오히려 農村地域이 높게 나타나고 있다.〈 表 2-23 〉 이와 같은 現象은 農村住民들은 발병이 되어도 참고 견디다가 疾病을 惡化시키는 傾向이 많아 治療日數가 길기 때문으로 解釋될 수 있다.

都市와 農村의 家口所得 中 醫療費支出比率을 보아도 大都市와 中小都市는 各各 6.9%, 10.2%인데 반하여 農村地域은 12.0%로 農村地域이 大都市의 倍에 가까운 實情이다.〈 表 2-24 〉

한편 家口當 醫療費의 增加推移를 보아도 大都市보다는 農村地域이 약간 높게 나타나고 있다.〈 表 2-25 〉

表 2-23 地域別 醫療費 比較(15日間)

單位 : 원

區 分		單位	地 域 別			對 比 (%)	
			大都市 A	中小都市 B	農村 C	C / A	C / B
治療費總額		千원	25,233	13,915	29,439	116.7	211.6
人 口 數		人	11,662	6,648	12,940	110.1	111.0
家 口 數		戶	2,830	1,585	2,960	104.6	186.8
罹 患 者 數		人	1,735	792	1,711	98.6	215.9
治 療 者 數		人	1,441	651	1,317	91.4	202.3
治 療 費	人口1人當	원	2,164	2,093	2,275	105.1	105.1
	家 口 當	원	8,916	8,779	9,946	111.6	113.3
	罹患者當	원	14,544	17,570	17,216	118.4	98.0
	治療者當	원	17,511	21,375	22,353	127.7	104.6
治療日數		日	5.58	6.33	6.55	117.4	103.5

資料 : 문헌상위, 1982. P.101

表 2-24 地域別 家口所得의 醫療費支出比率(15日間)

(單位: %)

	大 都 市	中小都市	農 村 地 域 (邑 · 面)	全 國
病 醫 院	3.3	4.8	5.8	4.5
病 院	1.7	2.4	2.8	2.0
醫 院	1.2	1.8	1.9	1.6
齒 科	0.4	0.4	0.5	0.5
藥 局	0.2	2.8	3.9	2.9
漢 方	1.3	2.5	2.4	1.9
保 健 所	0.005	0.02	0.1	0.04
計	6.9	10.2	12.0	9.4

資料: 徐文姬 外. 1983. P71.

表 2-25 地域別 家口當 醫療費의 比較(15日間)

단위: 원

	大 都 市	中小都市	農 村 地 域 (邑 · 面)	全 國
1982 ¹⁾	8,916(2,830)	8,779(1,585)	9,946(2,960)	9,294(7,375)
1983 ²⁾	13,061(1,277)	14,684(621)	15,861(1,151)	14,553(3,049)
'83/'82	1.46 倍	1.67	1.59	1.57

※ () 内 숫자는 調査家口數임.

資料: 1) 문헌상 外 1982, 全國家族保健實態調査報告

韓國人口保健研究院 1982. P.101.

2) 徐文姬 外 1983年度 國民醫療利用과 醫療費에 관한 調査研究, 韓國人口保健研究院 1983. P.69.

第 3 章

農村醫療서비스體系的 展開와 問題點

1. 우리나라 醫療傳達體系的 展開와 問題點

가. 醫療傳達體系的 概念¹⁾과 機能

醫療傳達體系를 글자 그대로 定義하면 醫療을 필요로 하는 사람에게 質的으로, 量的으로 適正한 醫療을 效果的으로, 效率的으로 提供하는 것과 關聯된 體系 또는 制度라고 할 수 있다. 따라서 여기에는 適正醫療의 開發 및 生産과 關聯된 測面과 開發 및 生産의 醫療을 受惠者에게 提供하는 接近性 (Accessibility)과 關聯된 測面等の 두가지로 構成된다고 할 수 있다.

醫療의 開發 및 生産이라고 하면 醫療人力 및 施設等の 醫療資源을 量的으로, 質的으로 適正하게 開發하고 生産하는 것과 關聯된 여러 內容이 包含될 것이며, 醫療의 接近性を 높인다는 것은 醫療을 필요로 하는 모든 사람에게 醫療을 提供하기 爲하여 地理的, 經濟的, 文化的 接近度を 높여주기 爲한 모든 努力이 包含될 것이기 때문에 財源調達, 人力과 施設의 均等한 分布, 技能과 役割에 따른 醫療資源의 體系的인 配置 및 이에 따

른 有機的인 相互關係의 樹立等에 關한 것이 包含될 것이다.

또한 傳達이라는 特有한 用語가 包含되어 있는 것은 醫療를 必要로 하는 모든 사람에게 均等하게 提供되어야 한다는 必然性和 當爲性을 內包하는 것이라고 할 수 있다. 뿐만 아니라, 醫療資源은 언제나 有限하므로 醫療를 必要로 하는 모든 사람에게 均等하게 提供하기 爲해서는 組織的이고 體系的으로 接近되어야 할 뿐 아니라 이 過程 全體에서 最少限의 投資로 最大限의 效果를 期待하는 效率이 가장 基本的인 概念이 된다는 것을 暗示해 주기도 한다.

이와 같이 醫療傳達體系가 함축하는 意味, 內容, 概念 및 哲學은 大端히 廣範하고 複合的이며 또한 多樣하다.

우리나라 醫療系에서 最近에 論議되고 있는 醫療傳達體系는 두가지概念으로 使用되고 있다. 즉, 醫療資源의 開發 및 生産에서 適正性의 維持側面과 生産된 醫療資源의 接近性を 높이기 爲한 體系의 整備 또는 새로운 體系의 樹立問題等 包括的인 概念으로 使用되기도 하고 때로는 生産된 醫療資源間의 體系의 整備 및 相互 유기적인 關係의 樹立等 狹意의 概念으로 使用되기도 한다.

우리나라의 경우 그동안 醫療人力의 排出 및 醫療施設의 設立은 既存制度와 基準에 依하여 比較的 잘 이루어져 왔으나 이미 生産되고 設置된 人力과 施設의 適正分布配置 및 相互關係에 對해서는 分명한 政策을 樹立한 바 없다. 따라서 本 研究에 있어서 醫療傳達體系에 對한 接近方法은 이미 供給되었거나 앞으로 供給될 醫療人力 및 施設을 最大限 活用하기 爲하여 人力과 施設의 配置, 機能과 役割의 糾明 및 이에 따른 相互 有機的이고 補完的이며, 協調的인 體系樹立인 狹意의 概念으로 定議하고자 한다.

醫療傳達體系는 一般的으로 1次醫療機關, 2次醫療機關, 3次醫療機關 또는 特殊病院으로 區分되는 바 各 醫療機關別 機能을 要約하면 다음과 같다(安聖圭, 1982. pp.34~36).

㉠ 1次醫療機關: 1次醫療機關은 住民들이 保健醫療서비스에 맨처음 接觸하게 되는 것이며, 大部分의 疾病들이 이곳에서 解決될 수 있으므로 豫防과 診療가 統合된 包括的인 保健醫療서비스를 提供하며 外來診療만

을 擔當하는 機能을 갖는다. 1次醫療機關으로는 一般醫醫院, 特殊科醫院, 保健所 및 保健支所, 保健診療所, 母子保健센터, 助産所, 病院船等이 이에 續한다.

㉔ 2次診療機關: 2次診療機關은 1次醫療機關에서 後送傳賴된 外來 및 入院患者의 診療를 擔當한다. 2次醫療機關의 類型은 <表 3-1>과 같이 4가지 類型으로 크게 區分하는 경우도 있다.

㉕ 3次診療機關: 3次醫療機關은 1次醫療機關 또는 2次醫療機關에서 後送依賴된 患者의 外來 및 入院診療를 特殊分野別 專門醫가 擔當한다. 여기에는 500病床以上の 醫科大學附屬病院 또는 그에 準하는 施設과 人力を 갖춘 病院이 屬하게 된다.

表 3-1 2次診療機關의 類型

科目	基本型 病床數	2-4	2-3	2-2	2-1	科目	基本型 病床數	2-4	2-3	2-2	2-1
		40	120	250	400			40	120	250	400
基本 4 科	內 科	○	○	○	○		皮 膚 科			△	○
	一般外科	○	○	○	○		胸部外科				○
	産婦人科	○	○	○	○		成形外科				△
	小兒科	○	○	○	○		家庭醫學科				△
其 他 11 科	齒 科	△	○	○	○	支 援 5 科	健康管理科		○	○	
	整形外科	△	△	○	○		癲 癇 科		○	○	○
	耳鼻咽喉科		△	○	○		放 射 線 科		○	○	○
	神經外科			○	○		臨床病理科		○	○	○
	神經精神科			○	○		解剖病理科				△
	眼 科			△	○		再活醫學科				△
	泌尿器科			△	○						

資料: 安聖圭 外, 1982. p.35

④ 特殊病院：一般病院에서 診療가 어렵거나 隔離 또는 長期間의 治療가 必要하여 그 患者에 對한 專門인 施設과 人力을 갖추는 것이 바람직한 疾病을 治療하는 病院으로서 여기에는 精神病院, 結核病院, 癲病院, 再活院, 産災病院, 癌센타 및 傳染病病院이 屬한다.

나. 醫療傳達體系의 展開와 問題點

解放以後 西洋醫學이 本格的으로 導入되기 始作하였으나 當時의 政治社會의 不安과 政府의 財政의 脆弱性때문에 醫療供給源은 民間이 主導하는 自由市場機能에 依存하지 않을 수 없었으며, 이러한 醫療制度의 繼續인 發展은 오늘날 自由放任의이고 自然發生的인 私醫療制度中心의 醫療體系가 形成되어 왔다.(서울保健研究會, 1981. P 47)

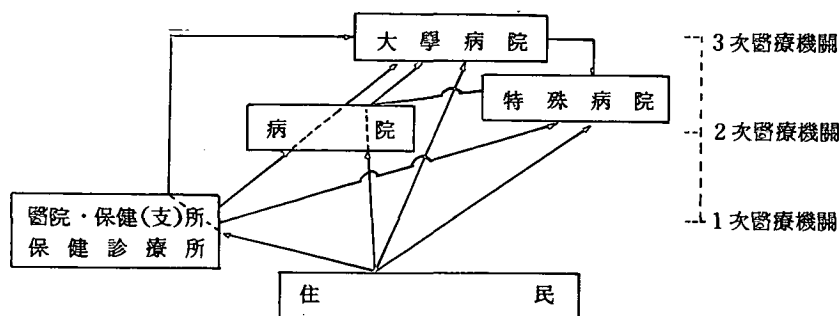
따라서 1970 年代初 地域社會醫學의 概念이 活潑히 論議되면서 醫科大學 豫防醫學分野에 從事하는 사람들을 주축으로 우리나라 保健醫療傳達體系에 對한 問題點이 本格的으로 據論되기 始作하였다. 그후 醫療傳達體系改善에 對한 各種 세미나와 小規模示範事業이 各 醫科大學 豫防醫學教室과 保健大學院等を 通하여 展開되어 왔으나 國家的 次元으로까지는 發展되지는 못하였다. 保健醫療計劃은 1977 年 第4次經濟開發 5 個年計劃부터 社會開發計劃에 包含되어 醫療保護와 醫療保險事業의 實施 等 國家的인 次元에서 醫療開發事業이 本格化되기 始作하였으나 醫療傳達體系는 <圖 3-1>과 같이 住民들이 醫療需要가 發生하여 醫療機關을 訪問하게 되는 경우 醫療機關을 任意로 自由選擇할 수 있는 既存體系를 繼續 維持하도록 함으로서 效率인 醫療政策의 遂行에 많은 制約을 주고 있다.

醫療傳達體系의 未確立에 따라 發生되는 主要한 問題點을 要約整理하면 다음과 같다.(安聖圭, 1982. pp.28 ~ 31. 保健社會部, 1983).

Ⅱ 醫療資源의 地域的 不均衡

解放以後 우리나라는 傳統的 貧困을 解消하기 爲해 經濟開發에 集中的인 投資를 하여 왔기 때문에 保健醫療分野는 相對的으로 低投資를 불가피하게 되어 公共醫療部門은 그 役割이 極히 脆弱하였으며, 結果的으로 民間

圖 3-1 우리나라의 現行 醫療傳達關係圖



資料: 安聖圭 外 P 28

醫療部門의 비대현상을 가져왔다. <表 3-2>와 <表 3-3>에서 보면 병원級 醫療機關數의 71.9%와 병원級 醫療機關이 所有하고 있는 總病床의 61.5%가 民間部門所屬이다. 또한 國民總醫療費가운데 民間部門의 支出比率은 1977年에 83.3%로 民間部門이 壓度的으로 우위에 놓여있다.

이와 같은 民間部門中心의 醫療政策은 <表 3-4>와 <表 3-5>와 같이 醫療人力과 施設의 都市集中을 不可避하게 되어 都市地域이나 農村地域에 다같이 많은 醫療問題를 惹起시키고 있다.

또한 都市地域에 集中되어 있는 醫院과 病院들이 相互競爭의 關係때문에 政府의 統制가 거의 없는 狀態에서 繼續的인 醫療費의 昂騰을 誘導함으로써 窮極的으로는 國民들의 醫療利用에 過重한 負擔을 지게 하는 結果를 낳았고 또한 農村地域에서는 醫療의 量的인 面뿐만 아니라 質的인 面에서도 낮은 水準을 면치 못하여 農村地域住民들은 良質의 醫療惠澤을 받을 機會조차 얻기 어려우며, 同時に 不法의이고 非科學的인 醫療行爲가 만연하는 등의 不作用을 招來하고 있다.

2 保健醫療組織關係의 相互間的 機能的 斷絶

우리나라의 保健醫療體系는 部門間的 相互補完을 도외시함으로써 資源의 浪費를 招來하고 있다.

우선 民間部門과 公共部門 相互間的 關係를 보면 對民診療에 있어서 相

表 3-2 病院級 醫療機關의 部門別 病床數

單位：個(%)

區 分	公共部門	民間部門	計
病院級醫療機關數	71 (28.1)	182 (71.9)	253 (100.0)
綜合病院	19 (35.2)	35 (64.8)	54 (100.0)
病院	41 (22.8)	139 (77.2)	180 (100.0)
特殊病院 ²⁾	11 (57.9)	8 (42.1)	19 (100.0)
病院級病床數	10,438 (68.4)	16,693 (61.5)	27,131 (100.0)
綜合病院	5,027 (36.0)	8,950 (64.0)	13,977 (100.0)
病院	2,337 (27.0)	6,322 (73.0)	8,659 (100.0)
特殊病院 ²⁾	3,074 (68.4)	1,421 (31.6)	4,495 (100.0)

1) 國立나병원은 除外, 2) 特殊病院에는 精神病院, 身體障礙者病院, 結核과 나병요양소를 包含

資料：서울保健研究會, 保健白書(上卷) 1981. P 48.

表 3-3 部門別 國民 總保健醫療費支出, 1970 ~ 77

(單位：100 萬圓)

區 分	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
公共部門	10,643	14,705	16,420	18,044	22,510	32,830	52,240	95,106
民間部門	60,785	76,293	107,846	137,407	214,892	273,696	343,072	476,128
總醫療費	71,428	90,998	124,266	155,451	237,402	306,526	395,312	571,234
民間部門 醫療費의 總醫療費 에 대한 比率(%)	85.1	83.8	86.8	88.4	90.5	89.3	86.8	83.3

資料：朴宗淇, 韓國의 保健財政과 醫療保險 韓國開發研究院 1979. P. 65

表 3-4 醫療施設の都・農間 分布比較, 1983

單位: 個, %

區 分	醫 療 施 設			構 成 比	
	全 國	都 市 ¹⁾	農 村 ²⁾	都 市	農 村
病 醫 院	10,448	8,877	1,571	85.0	15.0
綜合病院	156	142	14	91.0	19.0
病 院	282	226	56	80.1	19.9
醫 院	7,252	6,038	1,214	83.3	16.7
附設醫院	236	191	45	80.9	19.1
齒科病院	3	3	-	100.0	-
齒科醫院	2,519	2,277	242	90.4	9.6
漢房病醫院	2,519	2,152	367	85.4	14.6
漢房病院	13	12	1	92.3	7.7
漢 醫 院	2,506	2,140	366	85.4	14.6
特殊病院	11	7	4	63.6	36.4
精神病院	6	4	2	66.7	33.3
結核病院	4	3	1	75.0	25.0
癩 病院	1	-	1	-	100.0
助 產 所	696	562	134	80.8	19.2
醫療機關計	13,674	11,598	2,076	84.8	15.2
病 床 數	83,382	69,153	14,229	82.9	17.1

1) 市部 統計임. 2) 郡部 統計임.

資料: 保健社會部, 保健社會統計年報, 1984.

表 3-5 醫療人力の都・農間 分布比較, 1983

單位: 名, %

	醫 師 數			構 成 比	
	全 國	都 市 ¹⁾	農 村 ²⁾	都 市	農 村
醫 師	17,591	15,873	1,718	90.2	9.8
齒科醫師	3,154	2,876	278	91.2	8.8
漢 醫 師	2,657	2,283	374	85.9	14.1
助 產 員	1,514	1,298	216	85.7	14.3
看 護 員	14,379	13,667	712	95.1	4.9
看設補助員	29,255	25,569	3,686	87.4	12.6
醫 療 技 師	5,612	5,122	490	91.3	8.7
藥 師	1,283	1,201	82	93.6	6.4
計	75,445	67,889	7,556	90.0	10.0

1) 市部統計임. 2) 郡部統計임.

資料: 保健社會部, 保健社會統計年報, 1984.

互競爭關係에 놓여 있으므로 協助 또는 補完關係를 찾아보기 힘들다. 다만, 民間部門에서 도외시하고 있는 精神病, 結核, 나병 등의 慢性疾病이나 또는 零細民診療에 對한 責任이 公共部門에 獨占의으로 주어져 있을 정도이다.

部門內部를 살펴 보면 그 심각성은 더 크다. 醫療保護事業이 導入되기 以前까지만 하여도 우리나라 醫療制度의 큰 特徵의 하나는 豫防保健事業과 治療事業의 區分이 너무도 嚴格했었다는 點이다. 保健所는 全的으로 公衆保健事業만을 擔當했었고, 病院은 全的으로 治療事業만을 擔當했었다. 이처럼 豫防保健事業과 治療事業이 完全히 分離됨에 따라 保健所는 같은 公共部門이면서도 市·道立病院과 機能上的 連繫를 맺지 못했을 뿐만 아니라, 民間領域의 開業醫와도 診療機能上으로는 斷切되었다.(保健社會部, 1983. P121)

1977年 1월부터 實施된 醫療保護事業은 保健所와 保健支所를 一般 開業醫와 連結하는 그리고 國民들과 保健所 및 支所를 接近시키는 觸媒가 되었다. 從來의 衛生行政이 行政機關으로 移管되고 診療業務가 賦與되어 保健所 및 支所가 豫防保健事業과 診療事業으로 部分的으로 統合하긴 했지만 對民診療의 範圍가 生活保護法의 適用을 받는 貧者와 老弱者에 局限하르로서 3等診療의 인상을 벗어나지 못하고 있으며 豫防保健事業 역시 위축되고 있다.

③ 後送依賴體系의 缺如

病院과 醫院, 專門醫와 一般醫의 役割 및 機能이 不分明해짐에 따라 後送依賴體系가 模糊해지게 되었으며 一般國民들도 醫療機關이나 醫療人을 自由로 選擇할 수 있으므로 해서 患者를 病院으로 後送依賴해야 하는 開業醫師의 責任意識이 흐려짐과 아울러 不必要한 綜合病院外來에의 患者集中, 開業醫師의 무모한 入院診療 및 過剩診療現象이 일어나게 되었다.

2. 醫療傳達體系確立과 診療圈의 設定

地域醫療傳達體系를 定着시키기 위하여는 地域住民들이 쉽게 醫療資源에 접근할 수 있도록 各급 醫療機關을 그 診療水準에 따라 공간적으로 配置 시킴과 동시에 機能的으로 연계開發시키는 것이 重要하다.

따라서 1981 년 6 월부터 保健社會部和 韓國人口保健研究院이 共同으로 全國의 次元의 保健醫療網編成을 위한 調査研究가 着手되었으며 이 研究事業의 일환으로 全國單位의 診療圈이 設定되었다.

그러나 保健社會部主管下에 이루어진 診療圈設定作業과는 별도로 第2次 國土綜合開發計劃에 의거 1982 年에 各道에서 樹立된 道綜合開發計劃의 일환으로 診療圈이 設定되었다.

이 두개의 診療圈設定作業은 그 設定目的은 동일하나 設定方法에는 많은 차이를 보이고 있어 地域單位에서 保健醫療計劃樹立에 診療圈設定結果를 適用하는데는 많은 혼란을 줄 可能性이 높다.

따라서 保社部和 各道の 綜合開發計劃에 있어서 診療圈의 設定方法과 內容의 檢討는 合理的인 農村醫療傳達體系的 確立에 매우 重要的 的의를 갖게 된다.

나. 保健社會部の 診療圈設定概要¹⁾

□ 基本方向

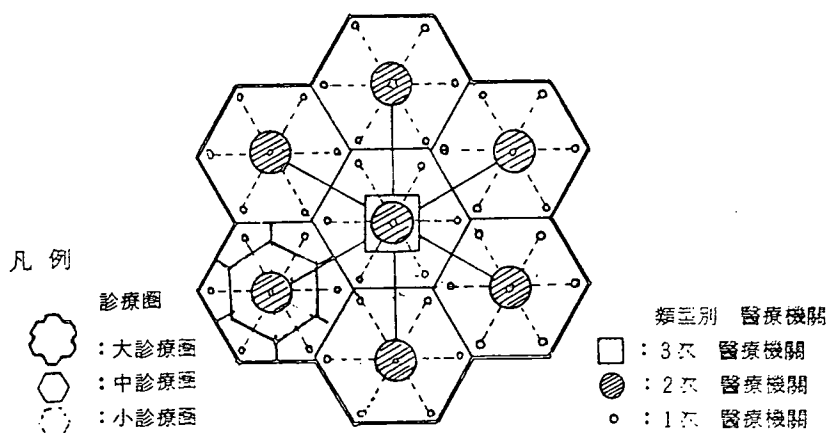
(가) 醫療傳達體系的 確立: 診療圈設定의 主된 理由는 各級醫療機關을 그 診療水準에 따라 空間적으로 配置, 機能的으로 연계시켜 地域醫療傳達體系를 確立하기 위함이다. 診療機關의 診療水準은 通常의인 1次, 2次,

1) 安聖圭外, 1982. 全國保健醫療網編成을 위한 調査研究報告書
韓國人口保健研究院, PP 40 ~ 137 을 要約整理한 것임.

3次 醫療機關으로 區分하고 3가지 醫療機關의 診療水準에 일치하게 <圖 3-2>와 같이 診療圈을 大, 中, 小 診療圈으로 區分하고 그 中心地에 該當類型의 醫療機關을 配置시킨다.

(나) 診療圈中心까지의 空間接近容易度 提高 : 모든 地域住民의 該當診療圈中心까지 接近距離의 最少化와 脆弱地域人口의 最少化를 目的函數로 使用하여 診療圈을 設定한다. 다시 말하면 各級診療圈內 住民의 診療圈中心까지의 交通距離를 最少化시킴으로서 地域住民이 醫療機關을 利用할 때 空間接近容易度を 保障할 수 있도록 한다.

圖 3-2 診療圈의 基本模型



資料 : 保健社會部, 1983. 保健社會, P.125

(다) 診療圈人口의 適正規模維持 : 住民의 空間接近容易度の 사용에 따른 診療圈의 細分化를 防止하고 投資의 效率을 높이기 위하여는 診療圈人口의 適正化가 必要하다. 이를 위하여 診療圈 類型別로 人口下限線을 정

하여 診療圈 設定時 制約條件으로 使用하였다. 이는 該當 醫療機關의 類型別로 適正한 規模의 醫療需要量を 維持하겠 다는 의도아래 취해진 措置이다.

(라) 既存 醫療供給能力의 認定 : 既存 醫療機關의 醫療供給能力과 그 所在地를 그대로 認定한다. 그 주된 理由는 空間接近容易度라는 目的函數만을 고려할 때 既存醫療機關의 所在地를 診療圈模型에서 사실상 무시해야 할 경우가 많았기 때문이다. 따라서 本 診療圈設定에서는 診療圈類型別로 適正한 醫療供給能力이 있는 醫療機關所在地를 既存中心으로 認定하여 반드시 이를 中心으로 한 診療圈이 設定되도록 하였다.

(마) 國土綜合開發計劃의 反映 : 保健醫療計劃은 社會開發計劃의 한 部分이므로 國土綜合開發計劃을 반영하여야 하나 診療圈의 경우 保健醫療의 社會經濟的 特性이 고려되어야 하기 때문에 國土綜合開發計劃의 地域生活圈을 그대로 受容하지 못하였으며 다음 몇가지 事項만 고려하였다. 즉 國土綜合開發計劃에서 제시된 地域別 計劃人口를 診療圈人口의 推計에 使用하였고, 成長據點都市로 指定된 都市를 大診療圈設定時 中心候補都市로 設定하였으며 診療圈의 調整過程에 同計劃內容을 參考하였다.

(바) 醫療機關運營을 위한 社會環境의 與件의 考慮 : 醫療機關의 設立妥當性 研究에서는 醫療需要의 크기와 接近容易性뿐만 아니라 전기, 上下水道, 生活與件, 文化, 教育施設등 제반 社會環境의 與件이 考慮되어야 한다. 따라서 中診療圈이 設定되는 경우를 대비하여 有力한 中心候補地를 몇개 選定하여 彈力的으로 利用할 수 있도록 하였다.

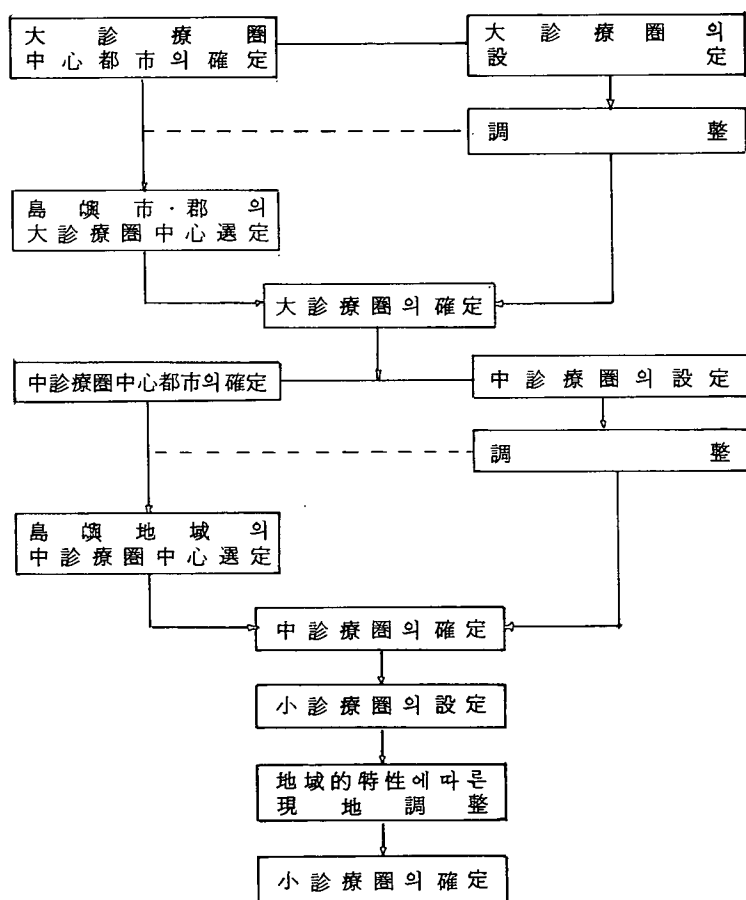
(사) 既存 行政區域의 考慮 : 既存 行政區域을 診療圈의 類型別로 最大限 活用할 수 있도록 하였다.

大診療圈의 設定時에는 市·都을 基本單位로 하였으며, 中診療圈設定時에는 市, 邑, 面을 小診療圈의 設定時에는 既存 小行政單位를 小診療圈으로 設定하도록 하였다. 그리고 診療圈類型別로 行政區域을 벗어나는 경우에는 그 妥當性を 個別的으로 檢證하여 妥當성이 있는 경우에만 部分的으로 調整토록 하였다.

(아) 未來指向的 診療圈의 設定 : 診療圈이 設定되었다고 해서 現實的으로 適用하기는 어렵고 이상적인 診療圈이 設定되었다 하더라도 診療圈 類型에 부응하는 醫療機關이 配置되어야 診療圈의 本來機能을 발휘할 수 있다. 따라서 醫療機關配置計劃의 最終年度인 1991 年에 가서야 診療圈이 完成되도록 計劃하고 있다.

(자) 島嶼地域의 例外處理 : 島嶼地域의 診療圈設定은 주된 連陸地가 어

圖 3 - 3 診療圈의 設定段階



더나에 의해 영향을 많이 받기 때문에 例外로 處理하였다. 즉 大診療圈設定時 島嶼地域의 市·郡은 例外로 두고 確定된 大診療圈中心都市에의 親和도의 크기에 따라 所屬大診療圈을 確定하였다. 島嶼地域의 中診療圈設定에도 大診療圈設定方法을 그대로 適用하였다.

② 設定段階

診療圈의 設定은 < 圖 3-3 >과 같이 段階別로 作業過程을 거쳐 確定하였다.

(가) 大診療圈의 設定

① 全縣의 市郡을 基本地域單位로 하여 大診療圈의 中心都市를 確定하고

② 이와 동시에 設定된 大診療圈을 近據로 市·道單位行政區域을 벗어나는 市郡은 그 妥當性を 檢證하여 大診療圈을 調整하였다.

③ 島嶼市郡에 대해서는 確定된 中心都市에 대한 親和도의 크기에 따라 中心都市를 選定함으로써 大診療圈을 確定하였다.

(나) 中診療圈의 設定

① 確定된 大診療圈別로 市, 邑, 面을 基本地域單位로 하여 中診療圈 中心都市를 確定하였다.

② 이와 동시에 設定된 中診療圈을 根據로 郡單位 行政區域을 벗어나는 邑面은 그 妥當性を 檢證하여 中診療圈을 調整하였다.

③ 島嶼邑, 面은 海上交通體系를 考慮하여 中診療圈 中心都市를 選定하여 中診療圈을 確定하였다.

(다) 小診療圈의 設定

① 確定된 中診療圈別로 小診療圈을 區, 市, 洞, 邑, 面單位로 設定하도록 한다.

② 그러나 現地에서 각 地域마다의 特性을 考慮하여 確定지을 수 있도록 그 確定은 유보해 두었다.

③ 診療 設定

(가) 醫療機關所在地의 親和度에 의한 診療圈分析

① 分析目的과 方法 : 1981年 10月 18日부터 11月 19日에 걸쳐 20病床이상 醫療機關 485個所에서 申告된 退院한 患者 71,312名을 中心으로 다음 公式에 의거 市郡單位로 醫療機關所在地 各各에 대한 親和度 (Relevance Index)를 分析하여 診療圈調整時 調整指標로 利用하였다.

醫療機關所在地의 親和度 算出公式

$$R_{ij} = \frac{D_{ij}}{D_i} \times 100$$

R_{ij} : i 地域 居住住民의 j 地域所在 醫療機關에 對한 親和度

D_{ij} : j 地域所在 醫療機關에서 退院한 i 地域居住 患者數

D_i : i 地域 居住 退院患者 總數 ($= \sum_j D_{ij}$)

② 親和度에 의한 診療圈形成樣相 : 醫療機關所在地의 親和度에 의한 診療圈은 서울을 비롯하여 全國的으로 56개로 區分이 可能하다. 地域的으로 보면 서울, 京畿地域이 8個, 江原地域이 9個, 忠北地域이 3個, 忠南地域이 6個, 全北地域이 6個, 全南地域이 5個, 大邱·慶北地域이 11個, 釜山·慶南地域이 7個, 그리고 濟州地域이 1個로 構成되어 있다. 이를 도면으로 整理하면 <圖 3-4>과 같다.

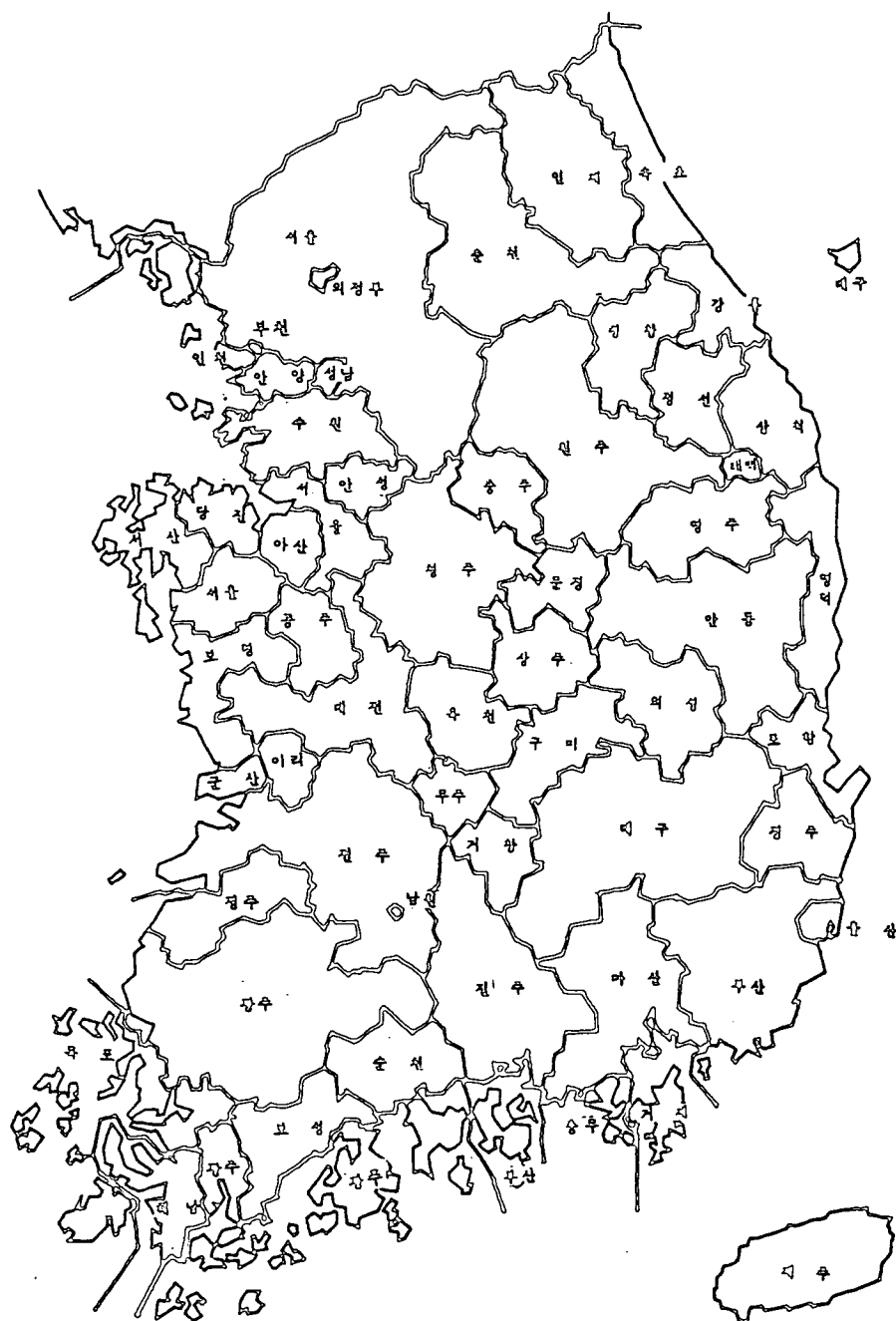
(가) 診療圈의 設定基準

① 大診療圈의 設定

첫째, <表 3-6>과 같이 既存中心都市 6個와 中心候補地 10個를 選定하여 10個의 組合을 만든다. (既存中心都市만으로 組合을 만들때는 1個의 組合이 되고 既存中心都市 1個와 中心候補地로 組合을 만들때는 10個의 組合을 만들 수 있다)

둘째, 모든 市·郡을 위에서 選定한 10個 組合 각각의 既存中心都市

圖 3 - 4 親和度에 따른 診療圈形成樣相, 1981 .



또는 中心候補地中 交通距離가 最小한 組合에 배속시키고 배속된 市・郡의 人口를 合算하여 각 중심 또는 中心候補地의 診療圈人口를 算出하였다.

세째, 選定된 組合에 包含된 中心候補地數別로 大診療圈 中心까지의 平均 交通距離 (AT)와 脆弱地域人口構成比 (UPR)를 다음과 같이 算出한다.

$$AT = \frac{\sum (P_i \times T_{ij})}{\sum P_i}$$

P_i : 各 市・郡의 1991 年度 人口據計值

T_{ij} : 各 市・郡의 배속된 中心까지의 交通距離

$$UPR = \frac{\sum UP_i}{P_i}$$

UP_i : 配置된 中心까지의 交通距離가 80km이상인 市・郡의 人口

네째, 中心候補地別로 가능한 모든 組合중 AT가 最小인 組合의 UPR값을 確認하고 동시에 UPR이 最小인 組合의 AT값을 確認하여 < 圖 3-5 >과 같이 최적 組合選擇範圍를 結定한다.

〈 최적 組合選擇基準 〉

$$UPR \leq UPR_{AT \min}$$

$$AT \leq AT_{UPR \min}$$

다섯째, 行政區域이 어긋나는 診療圈을 調整하고 島嶼市・郡의 大診療圈을 確定하여 大診療圈을 確定한다.

② 中診療圈의 設定

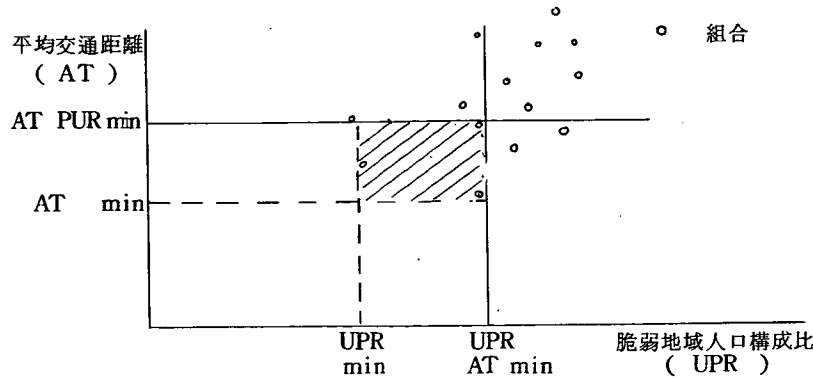
中診療圈의 設定은 < 表 3-6 >과 같이 既存 中心都市와 中心候補都市를 選定하고 大診療圈의 設定方法과 동일하게 設定되나 다음과 같은 事項이 차이를 갖게 된다.

첫째, 中診療圈은 2次 醫療機關을 新設할 경우 適定規模의 醫療機關이

表 3 - 6 診療圏의 中心都市選定基準

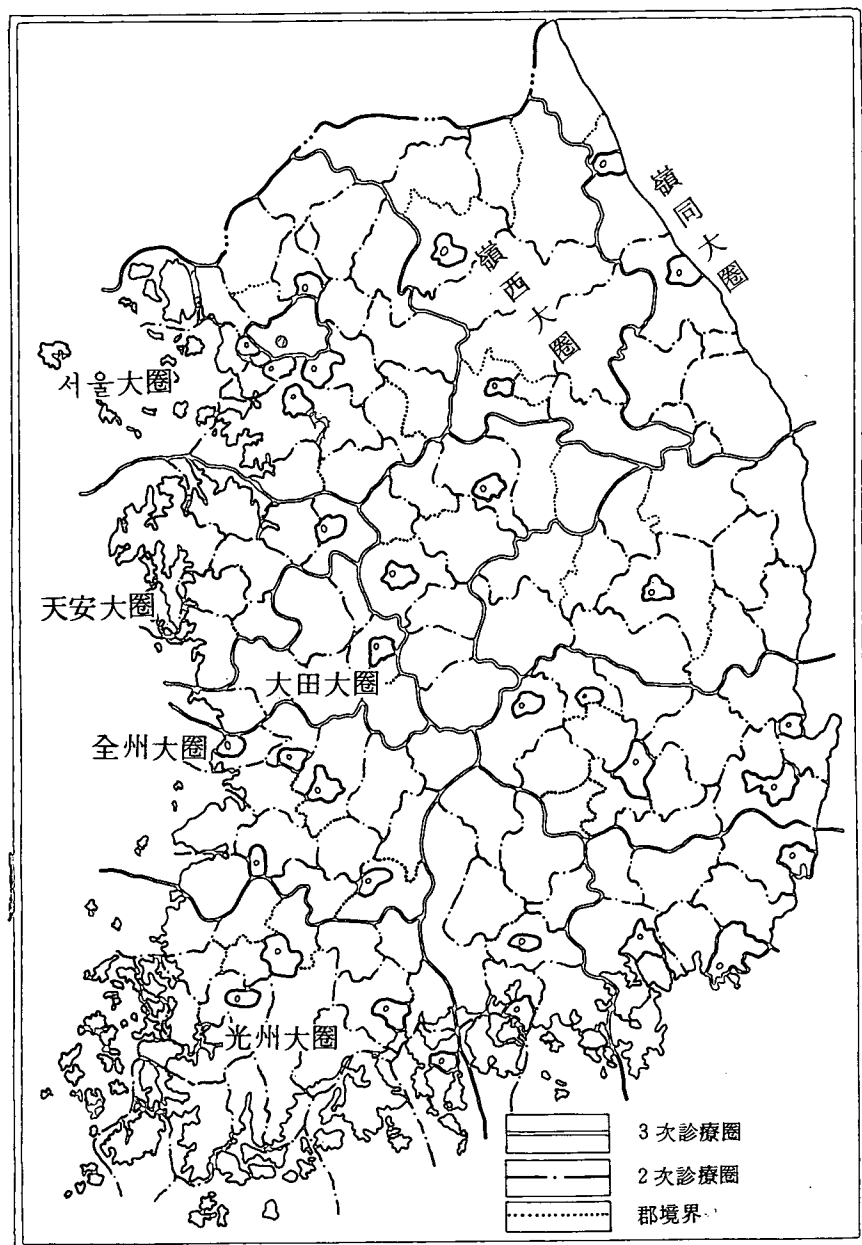
選 定 基 準	大 診 療 圏	中 診 療 圏
o 既存中心都市의 選定	o 診療對象人口가 100 萬名以上인 醫療機關所在地中에서 醫科大學이 있는 都市 6 個選定 (서울, 釜山, 대구, 光州, 大田, 仁川, 全州, 馬山)	o 1982 年 6 月末 現在 50 病床以上の 醫療機關이 所在하고 있는 都市 57 個 選定
o 中心候補都市의 選定	o 國土綜合開發計劃에 成長據點都市로 確定된 都市중 既存中心都市로 選定되지 않은 都市 10 個 選定 o 平均 交通距離와 弱地域人口構成比를 考慮 中心都市確定	o 人口가 5 萬名以上이 되는 都市와 邑 o 隣近 20 km이내에 既存 中心都市나 人口 5 萬名以上이 邑이 없고 자체 人口가 2 萬以上이 되는 邑 o 20 km이내에 選定된 都市가 없는 郡廳所在地 o 中診療圏의 人口下限線은 15 萬名 o 左 同
o 確定中心都市數	13 個	112
o 確定診療圈數	13 個	112

圖 3 - 5 최적組合 選擇範圍의 決定



資料：安聖圭外，1982．P72．

圖 3-6 診療區の 設定 (保社部)



維持될 수 있어야 하기 때문에 人口下限線을 15萬名으로 정한다.

둘째, 中診療圈數를 最大로 할 때 可能한 組合들 중에서 平均交通距離가 最小로 나타나는 組合을 最適의 組合으로 選定한다.

(다) 診療圈의 設定

이와 같은 段階와 方法을 통하여 設定된 診療圈은 <圖3-6>과 같다.

다. 道綜合開發計劃의 診療圈設定概要

第2次 國土綜合開發計劃(1982-91)에 의거 1982년에 各道에서 道綜合開發計劃을 樹立하였다. 同計劃에서 保健醫療開發計劃의 일환으로 設定된 診療生活圈의 內容을 整理하면 <表3-7>, <圖3-7>과 같다. <表3-7>에 의하면 診療生活圈은 1次 診療生活圈, 2次 診療生活圈, 3次 診療生活圈으로 區分하고 있으며 區分基準은 道에 따라 약간의 차이는 있으나 대부분 定住生活圈의 階層에 따라 診療圈의 類型을 區分하고 있다. 診療圈類型別 診療圈數를 보면 3次 診療圈은 52개, 2次 診療圈은 139個로 되어 있다.

라. 診療圈設定의 問題點

保健社會部和 各道 綜合開發計劃의 診療圈設定結果를 分析하여 보면 診療圈設定基準이 각각 다르기 때문에 診療圈에 따른 合理的인 醫療傳達體系의 樹立과 醫療機關의 配置에 많은 混亂을 줄 可能性이 높다.

保社부의 診療圈과 道綜合開發計劃의 診療圈設定은 <表3-9>와 같이 그 設定基準도 다를뿐만 아니라 診療圈數에 있어서도 많은 차이를 갖고 있다.

大診療圈 或은 3次 診療圈의 區分에 있어서 住民들의 利用便宜도와 醫療機關의 適正配置를 통한 投資의 效率性을 높인다는 觀點에서 볼 때 保健社會部の 設定은 너무 廣域化되어 있고 道綜合開發計劃은 너무 細分化되어 있는 道(例:慶北)도 있음을 볼 수 있다.

특히 道綜合開發計劃의 3次 診療圈의 空間範圍를 보면 <表3-9>와

表 3 - 7 道綜合開發計劃의 診療生活圈 設定概要

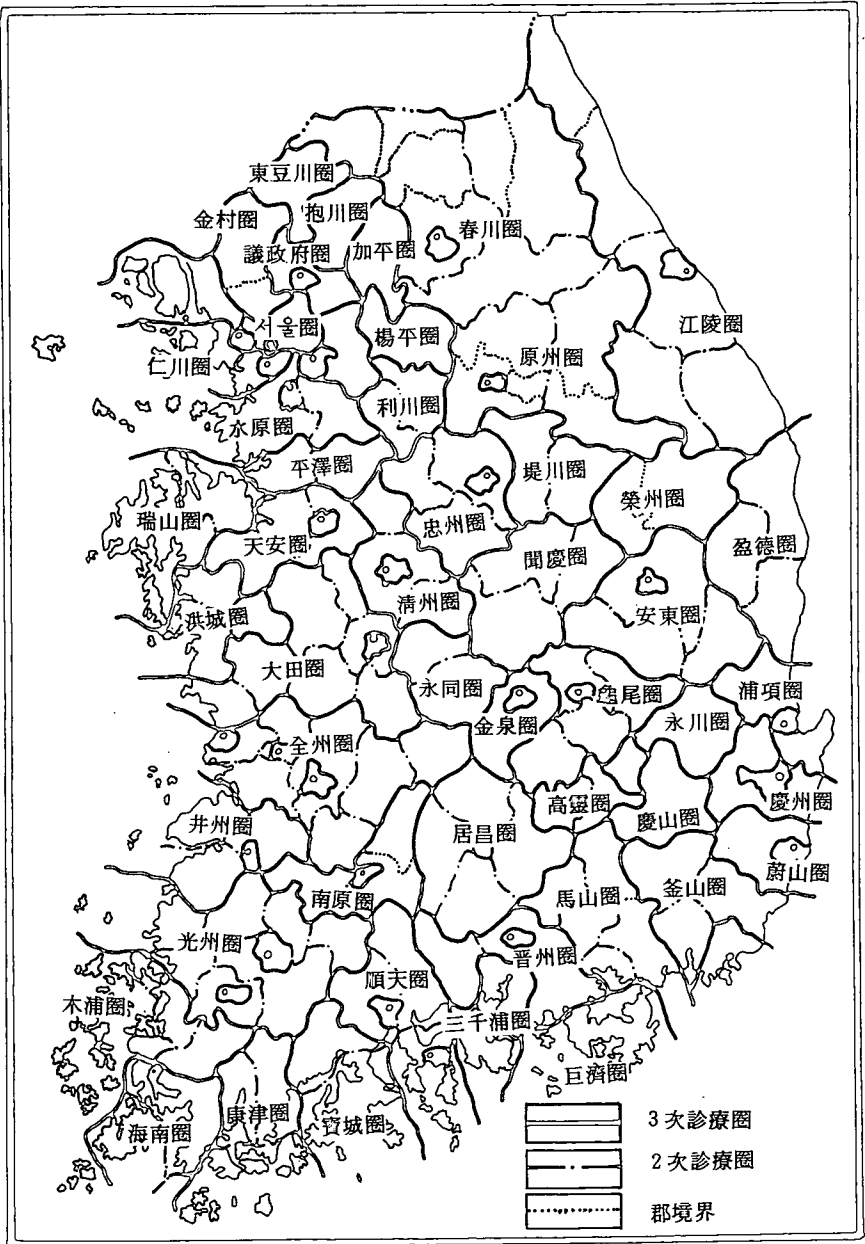
	3次 診療生活圈	2次 診療生活圈	1次 診療生活圈
京 畿	o 地域生活圈單位 o 醫療脆弱地域 o 診療圈數：13 個	o 定住生活圈 單位(市,郡) o 診療圈數：20 個	未 區 分
江 原	o 150分內 도달 可能圈 o 診療圈數：3 個	o 90 分內 도달 可能圈 o 診療圈數：9 個	o 定住生活圈單位
忠 北	o 地域生活圈單位 o 診療圈數：4 個	o 定住生活圈單位(市,郡) o 診療圈數：13 個	o 邑面單位
忠 南	o 地域生活圈單位 o 診療圈數：4 個	o 定住生活圈單位(市,郡) o 診療圈數：15 個	未 區 分
全 北	o 2時間以內 到達可能圈 o 診療圈數：3 個	o 定住生活圈單位(市,郡) o 診療圈數：13 個	o 邑面單位
全 南	o 地域生活圈單位 o 診療圈數：6 個	o 定住生活圈單位(市,郡) o 診療圈數：22 個	o 邑面單位
慶 北	o 數個市郡統合 o 診療圈數：12 個	o 定住生活圈單位(市,郡) o 診療圈數：27 個	o 邑面單位
慶 南	o 地域生活圈單位 o 診療圈數：7 個	o 定住生活圈單位(市,郡) o 診療圈數：20 個	o 邑面單位
診療圈數	52 個	139 個	

資料：各道の 綜合開發計劃（1982—1991）의 保健醫療計劃에서 作成한 것임.

表 3 - 8 診療圈設定內容의 比較（要約）

	保 社 部	道 綜 合 開 發 計 劃
設 定 基 準	o 醫科大學 및 病床規模에 따른 中心都市選定 o 醫療機關接近度を 最少化할 수 있는 中心候補都市 選定 o 診療圈類型別 中心都市選定・ 診療圈設定	o 定住生活圈의 階層에 따라 診 療圈設定 — 3次 診療圈：地域生活圈 — 2次 診療圈：定住生活圈 (市, 郡單位) o 接近可能時間
診 療 圈 數		
3次 診療圈 (大診療圈)	13 個	52 個
2次 診療圈 (中診療圈)	112 個	139 個

圖 3 - 7 道綜合開發計劃의 診療圈設定



같이 52個 3次 診療圈中에서 1個郡으로 設定된 診療圈이 21.2%이고 2個郡이 32.7%로 1~2個 郡으로 構成된 診療圈이 53.9%나 차지하고 있다. 이와 같은 사실은 3次 診療圈設定에 있어서 統一된 基準이 마련되어 있지 못하다는 사실을 쉽게 이해할 수 있다.

表 3 - 9 道綜合開發計劃의 3次 診療圈의 郡分布

區 分	3 次 診療圈數 A	1 個 郡	2 個 郡	3 個 郡	4 個 郡	5 個 郡 以 上	總郡數 B	診療圈當 郡 數 B / A
서울, 경기	13	6	7	-	-	-	19	1.5
江 原	3	-	-	-	1	2	15	5.0
忠 北	4	-	2	2	-	-	10	2.5
忠 南	4	-	1	2	-	1	15	3.8
全 北	3	-	2	-	-	1	13	4.3
全 南	6	-	2	2	1	1	22	3.7
慶 北	12	4	3	4	1	-	24	2.0
慶 南	7	1	1	3	2	-	19	2.7
計	52 (100.0)	11 (21.2)	17 (32.7)	13 (25.0)	5 (9.6)	5 (9.6)	137	2.6

1) 市는 郡에 含包시켰음. 2) 부천시圈 1個含包 3) 제주도除外

따라서 診療圈設定이 合理的인 地域醫療開發計劃의 計劃單位로 利用되기 위하여는 設定된 診療圈의 再調整이 必要한 것으로 생각된다.

3. 診療圈의 設定과 農村醫療傳達體系

가. 醫療傳達體系的 基本模型

現行 우리나라의 醫療傳達體系的 問題點을 補完하고 合理的인 保健醫療網을 구축하기 위하여 保社部에서는 診療圈設定과 관련하여 새로운 醫療

傳達體系的 模型을 開發하였다.

새로운 醫療傳達體系的 模型을 要約整理하면 다음과 같다. (保健社會部 1982. PP 142 ~ 144, 安聖圭外, 1982. PP 31 ~ 39)

① 模型開發의 基本方向

(가) 資源活用の 效率性 提高 : 醫療傳達體系的 樹立에는 醫療의 衡平分配에 대한 考慮도 重要하지만 最新의 知識과 技術도 國民에게 써어비스함으로써 醫療의 質을 높여야 한다는 原則下에서 醫療人들의 專門의인 能力이 培養될 수 있는 診療體系 및 報酬支拂體系가 樹立되어야 하며 써어비스의 質의 評價를 할 수 있는 醫療施設의 適正化方案을 마련되도록 한다. 또한 지속적이고 一貫性있는 醫療써어비스가 될 수 있도록 疾病의 治療만이 아닌 全人的인 써어비스가 可能하도록 制度化하여 後送依賴體系를 確立하고 各級醫療人力 및 施設間에 協助體系를 制度化한다.

(나) 適正量의 包括의인 써어비스 提供 : 醫療傳達體系가 어떻게 樹立되느냐에 따라 必要한 醫療써어비스가 制限되기도 하고 不必要한 써어비스가 增加되기도 한다. 따라서 國民들이 必要로 하는 醫療需要를 적절하게 충족시켜 줄 수 있도록 疾病의 豫防, 早期診斷과 治療, 再活등 모든 써어비스가 包括의로 提供될 수 있도록 하고 國民醫療需要量을 評價하여 樹立하도록 한다.

(다) 綜合的 接近을 통한 體系樹立 : 그간의 醫療傳達體系的 樹立에 대한 部分的인 改善方案은 대개 醫療傳達體系的 構成內容 즉 人力, 施設, 財政 그리고 國民에 대한 弘報敎育等を 서로 다른 부서에서 관련없이 다루어 왔다. 그러므로 醫療傳達體系樹立에 관련되는 모든 分野를 包含하고 서로 有機的으로 연결되는 綜合方案을 강구한다.

(라) 現實性的 考慮 : 現在 우리나라가 안고 있는 醫療傳達體系的 問題點뿐만 아니라 政治, 經濟, 社會的 背景, 醫療資源의 現況 醫療에 대한 國民 및 醫療人의 態度等を 충분히 考慮하여 設定한다. 또한 民間 및 公共部門 相互間의 補完的 役割을 隨行하도록 制度運營의 新축성을 부여하며 地域的인 特性을 考慮 醫療의 地域化를 圖謀하고 合理的인 患者後送依賴

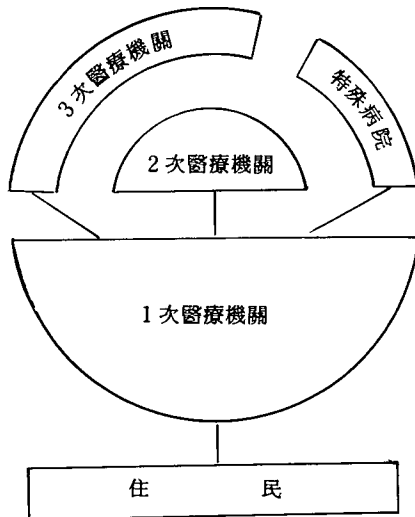
體系를開發한다.

② 醫療傳達體系의 基本模型

새로開發된 醫療傳達體系의 模型은 < 圖 3-8 >과 같다.

< 圖 3-8 >에서 보는 바와 같이 地域社會의 住民은 醫療에 대한 需要가 發生했을 경우 우선 인접한 1次 醫療機關을 訪問하여 診療를 받은 후 2次 또는 3次 및 特殊病院의 診療가 必要할 시에는 1次 醫療機關醫師와 상의하여 다음 단계의 醫療機關을 選擇하도록 한다. 즉 各級 醫療機關은 서로 유기적인 協助體系를 유지하여 1次 醫療機關은 患者의 健康을 위하여 豫防 및 診療에 最善을 다함과 동시에 後送依賴의 義務를 積極的으로 隨行하여야 하며 患者를 依賴받은 2次, 3次 및 特殊病院을 1次 醫療機關 醫師의 轉해를 尊重하면서 보다 專門的인 知識과 技術로 治療에 最善을 다하고 治療가 完了된 患者에 대해서는 그 結果를 後送依賴한 1次 醫療機關의 醫師에게 회송하여 추후 관리를 받도록 연결이 되어지도록

圖 3-8 保社部の 醫療傳達體系의 基本模型

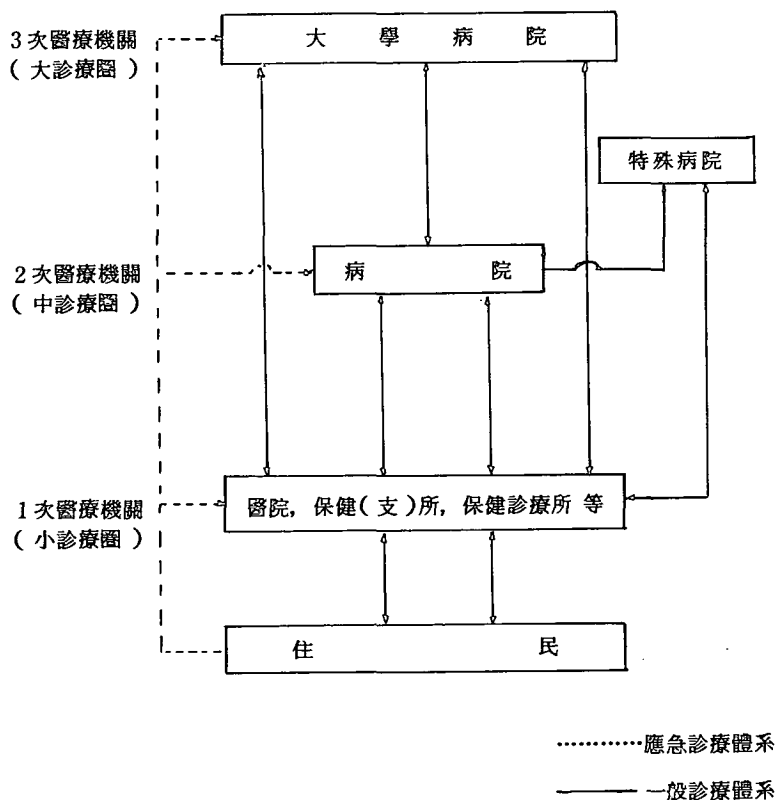


〈圖 3-9〉와 같은 患者後送體系를 確立하도록 한다.

또한 〈表 3-10〉과 같이 各급 醫療施設을 크게 1次 醫療機關, 2次 醫療機關, 3次 醫療機關 및 特殊病院으로 나누어 그 役活과 機能을 分擔하도록 한다.

이 模型에서 農村醫療傳達體系는 現在와 같이 保健(支)所를 통하여 農村醫療서비스를 받도록 하고 있다.

圖 3-9 患者後送依歸體系



資料：安聖圭外，1982．全國 保健醫療網編成을 위한 調查研究報告書
韓國人口保健研究院，1982，P 38．

表 3 - 10 醫療傳達體系別 機能分擔

區 分	1. 對 象 機 關	2. 對 象 患 者	3. 醫 師	4. 其 他
1 次醫療機關	○ 一般醫院과 特殊 科醫院	○ 該當地域 住民의 外來患者	○ 一般醫, 特殊科 醫院에는 專門 醫	○ 島嶼, 僻地 1 次 醫療機關의 境遇 應急患者 入院處 置施設 認定
2 次醫療機關	○ 病床 200~300 個 規模病院(A 型) ○ 農村地域 50 ~ 100 病床 規模 病院(B 型)	○ 中診療圈內의 1 次醫療機關에서 後送 依賴된 外 來 및 入院患者	○ 專門醫	○ 地域特性에 따라 病院規模, 診療 水準의 伸縮性維 持
3 次醫療機關	○ 大診療圈 中心都 市의 綜合病院	○ 大診療圈內의 1 次, 2 次醫療機 關에서 後送依賴 된 外來 및 入院 患者	○ 分野別 專門醫	
特殊 病院	○ 精神病院, 再活 院, 産災病院, 및 傳染 病 病院	○ 大診療圈內 特殊 疾患者	○ 該當特殊專門醫	

資料：保健社會部，1982，保健社會，P 144.

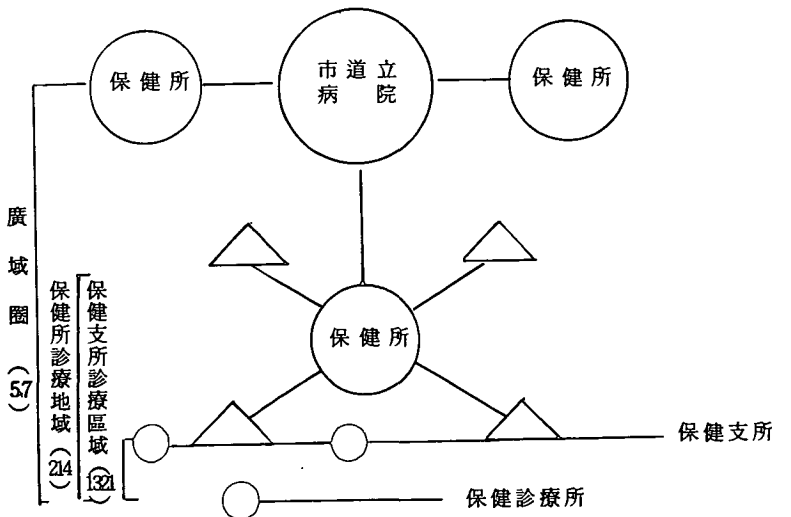
나. 農村醫療傳達體系의 改善計劃

保社部에서는 우리나라 醫療傳達體系의 基本模型에 의거 合理的인 農漁村 醫療傳達體系의 確立과 醫療의 地域化를 위하여 生活圈을 中心으로 한 農漁村 醫療傳達體系를 < 圖 3 - 10 > 과 같이 確定하였는바 구체적인 推進計劃을 보면 다음과 같다. (保健社會部, 1982, P172.)

첫째, 市道立病院을 中心으로 하여 廣域圈域을 형성하고, 둘째는 郡地域에 所在하는 保健所, 醫院등을 수개씩 묶어 市道立病院에 連繫하는 保健所 診療地域을 設定하고, 셋째는 保健所밑에 保健支所를 묶어 保健診療所 診療區域을 둔다. 그리고 넷째는 1980年부터 設置하고 있는 保健診療所를 末端診療區域으로 형성함으로서 1次的인 豫防診療를 擔當하게 한다.

이와 같이 保健(支)所 組織을 통한 1次 診療中心의 農村醫療改善政策이 현실적으로 얼마나 설득력이 있는가를 이해하기 위하여는 保健(支)所의 실태에 대한 檢討가 必要하다.

圖 3 - 10 農村醫療傳達體系改善計劃



資料：保健社會部，保健社會，1982. P172.

4. 農村保健所 組織의 現況과 問題點

가. 農村保健所 組織의 展開와 役割

우리나라의 保險醫療業務는 1894 年 甲午改革과 더불어 西洋醫學이 H. N Allen 博士에 의하여 導入되어 1895 年 4 月에 公布된 內部分課規程에 의하여 內部衛生局(衛生課와 醫務課)이 設置되었고 各道에 慈惠醫院과 種痘事務所등을 新設하면서 부터 始作되었다. <保健社會部, 1982. P 145>

그러나 保健所를 통한 農村保險醫療業務는 1956 年 保健所法(法律 第 406 號, 1956.12.13)이 制定되고 1962 年 同法の 改正으로(法律 第 1160 號, 1962. 9.14)市郡單位에 保健所 設置가 可能하게 되면서 本格化되기 始作하였다.

1975~76 年에 保健所法과 同施行令의 改定으로 市郡單位에 保健所長을 醫師나 保健職 公務員으로 任命할 수 있도록 하고 保健支所를 設置할 수 있도록 하였다.

1977 年에는 醫療保護法の 制定施行과 더불어 從來의 保健所の 衛生行政과 豫防業務중 衛生行政은 行政機關으로 移管시키고 대신 醫療診療業務를 새롭게 賦與하여 保健支所の 豫防業務와 民間部門에서 擔當하여 오던 診療業務를 部分的으로 統合시켰다.

1980 年에는 農村保健醫療 向上을 目的으로 「農漁村 保健醫療를 위한 特別措置法(法律 第 3335 號, 1980.12.31)」의 制定公布로 保健支所에 公衆保健醫¹⁾를 配置할 수 있게 되고 醫療落後地域에 保健診療所를 設置할 수 있게 함으로서 1983 年 11 月에는 無醫面을 完全히 解消할 수 있게 되었다.

農村保健所 組織의 發展過程을 要約 整理하면 <表 3-11>과 같다.

-
- 1) 公衆保健醫는 公衆保健業務에 從事하게 하기 爲하여 兵役法 第 50 條 1 項의 規程에 의하여 豫備役 將校의 兵籍에 編入된 醫師 또는 齒科醫師로서 保健社會部長官으로부터 公衆保健業務에 從事할 것을 命命받은 者를 말하며(農漁村 保健醫療를 爲한 特別措置法 第 2 條 1 項) 勤務義務年限은 3 年이다.

表 3-11 農村保健所 組織의 沿革

年 度	制 度 整 備	主 要 施 策 內 容
1953	—	○ 1953년에 保健所 15 個所와 保健診療所 47 個所 設置로 保健業務 基礎 마련 ○ 國民醫療法 授用設置 (法的根據 없이 設置)
1956	保 健 所 法 制 定 (法 律 406 號)	○ 市道立 保健所設置 法的根據 마련
1962	保 健 所 法 改 定 (法 律 1160 號)	○ 서울特別市와 市郡에 保健所 設置規程 新設 ○ 保健所 業務의 具體的인 規程
1975	保 健 所 法 改 定 (法 律 2860 號)	○ 保健所 設置를 地方自治團體의 條例로 定하도록 함, ○ 保健所長을 醫師나 保健職으로 任命할 수 있도록 함.
1976	保健所法施行令改定 (大統領令 8087 號)	○ 保健所長을 市長, 郡守 指揮監督을 받도록 規定 ○ 保健支所 設置를 明文化
1977	醫 療 保 護 法 制 定 (法 律 3076 號)	○ 保健所 機能調整 - 衛生行政을 行政機關으로 移管하고 診療機能 賦與
1980	農漁村 保健醫療을 爲한 特別措置法制定 (法 律 3335 號)	○ 農村醫療 脆弱地域에 保健診療所 設置 明文化
1983	—	○ 公衆保健醫 派遣으로 무의면 일소 ('83.10)

이와 같이 發展되어온 農村地域의 保健(支)所는 農村醫療環境改善에 重要な 役割을 하고 있다.

1983 年에 保健社會部 調査에서 밝혀진 郡單位 就業醫師數를 보면 < 表 3-12 > 와 같이 總就業醫師 1,450 名中 40 %는 民間病院에 勤務하고 60 %는 保健所의 公共部門에 就業하고 있다. 또한 公共部門에 就業하고 있는 醫師中 53 %가 面所在地에 位置하고 있는 保健支所에 勤務하고 있는 公衆保健醫로 되어 있다.

表 3-12 全國 郡單位의 醫師分布, 1983.3 (單位: 名, %)

區 分	公 共 部 門			民間病院	計
	小 計	保 健 所	公衆保健醫		
醫 師 數	871	111	761	578	1,450
比 率	60.1	7.6	52.5	39.9	100.0

資料: 宋建鎬外, 1983. 農村地域 保健所 組織 및 機能改善에 關한 研究, 韓國 人口 保健研究院, P. 71

道別 郡單位의 民間部門과 公共部門의 醫師分布를 보면 < 表 3-13 > 과 같이 京畿와 忠南을 除外한 其他 다른道에서는 公共部門의 醫師數의 比重이 월등히 높게 나타나고 있다.

表 3-13 道別 郡當 醫師數, 1983.3 (單位: 名)

	京畿	江原	忠北	忠南	全北	全南	慶北	慶南	濟州	平均
醫 師 數	12.8	8.5	9.3	12.8	11.5	8.9	9.7	10.4	9.0	10.4
民 間	8.2	3.3	3.5	6.3	3.2	2.3	3.5	3.2	4.5	4.2
公 共	4.6	5.2	5.8	6.5	8.3	6.6	6.2	7.2	4.5	6.2

資料: 保健社會部, 保健所 實態調査, 1983 (宋建鎬, 1983. P. 72에서 再引用)

한편 農村地域의 公共 및 民間部門의 保健醫療서비스 活動에 있어서 役割과 責任을 살펴보면 <表 3-14>와 같이 農村保健醫療서비스는 保健所 中心의 公共部門에서 大部分 遂行되고 있음을 알 수 있다. 다시 말하면 農村地域은 保健所 中心의 醫療組織體系가 큰 比重을 차지하고 있음을 쉽게 理解할 수 있다.

表 3-14 農村地域의 保健醫療서비스에 있어서
公共·民間部門의 役割比較

區 分	公共部門	民間部門	備 考
1. 一 般 診 療	○	○	保健所支所, 保健診療所, 民間病醫院
2. 保 健 教 育	△	×	班常會등을 通하여 하나 미약
3. 學 校 保 健	○	×	保健教育, 豫防接種等 實施
4. 防 疫(消 毒)	○	×	郡保健소가 주도
5. 產 業 保 健	×	×	
6. 口 腔(齒 科)衛 生	○	○	郡保健所, 民間齒科醫院
7. 試 驗 檢 查	○	○	郡保健所, 民間病院
8. 結 核 管 理	○	×	郡保健所, 邑面保健要員
9. 癩 病 管 理	○	×	郡保健所
10. 傳 染 病 豫 防 接 種	○	△	公共部門이 주도
11. 特 殊 地 方 病	×	×	
12. 公 醫 指 導	○	×	郡保健所 擔當
13. 醫 藥 指 導	○	×	郡保健所 擔當
14. 母 子 保 健	○	△	公共部門이 주도
15. 家 族 計 劃	○	△	"
16. 食 品 衛 生	○	×	郡社會課 衛生系 擔當
17. 環 境 衛 生	○	×	"
18. 衛 生 指 導 · 監 督 · 檢 查	○	×	"
19. 公 害 防 止	△	×	"
20. 醫 療 保 護	○	×	郡社會課 福祉系 擔當
21. 營 養 改 善	○	×	郡 農村指導所 擔當

※ 範 例 ○ : 積極遂行 △ : 多少遂行 × : 遂行하지 않음

資料 : 宋建鎬 前掲, P. 78

나. 農村保健所 組織의 現況과 擴大計劃

□ 現 況

農村保健所 組織은 郡保健所, 保健支所, 保健診療所의 3 가지 組織으로 構成되어 있다.

農村保健所 組織을 要約 整理하면 < 表 3 - 15 > 와 같다.

表 3 - 15 農村保健所의 組織概要, 1983

區 分	保 健 所	保 健 支 所	保 健 診 療 所
設 置 對 象	139 個所	1,443	7,060
設 置 個 所 數	139 個所	1,303	1,140
設 置 地 域	郡廳所在地	邑面所在地	奧地마을
法 的 根 據	保健所法 第 2 條	保健所法施行令 第 4 條	農漁村 保健醫療를 爲한 特別措置法
機 能	防疫 및 1 次診療	左 同	간단한 疾病治療 및 應急患者 後送
指導監督機關	郡守의 指導監督	保健所長의 指導監督	保健支所長의 指導 監督
人 員	醫師 1 ~ 2 名, 齒科 醫師 2 名 등 26 名	公衆保健醫 1 名	保健診療員 1 名
醫 療 裝 備	X 線 裝備 등 100 餘種	診療室과 간단한 醫療裝備	간단한 醫療裝備
施 設 規 模	建坪 150 坪	45 坪	22.5 坪
機 動 裝 備	車輛 1 臺	—	스쿠터 1 臺

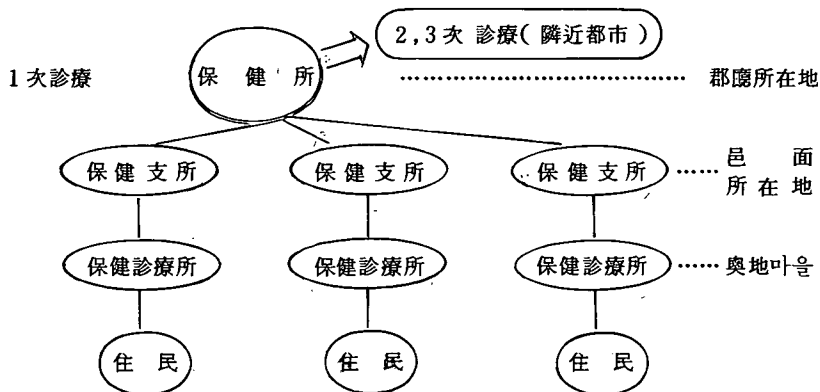
(가) 保健所 設置

郡 保健所는 서울特別市, 釜山市 및 市郡에 設置하되 區가 設置되어 있는 市에는 區마다 1 個所, 其他의 市郡에는 市·郡마다 1 個所를 設置하고 人口 20 萬名을 超過하는 區·市·郡에는 그 超過人口 10 萬名마다 1 個所의 比率로 增設할 수 있도록 하고 있다(保健所法施行令 第 2 條), 그러나 區·市·郡에 있어서 保健所가 2 個以上 設置되어 있는 地域은 없다. 1983 年 現在 總保健所數는 224 個로 이중 85 個所가 都市(區·市)에 設置되어 있다.

保健支所는 「서울特別市, 釜山市 및 市·郡은 保健所의 業務遂行을 爲하여 必要하다고 認定될 때에는 그 管轄地域內에 保健支所를 設置할 수 있다」라고 規定하고 있다(保健所法施行令 第 4 條), 1983 年末 現在 全國의 保健支所는 1,140 個所에 設置되어 있으나 財政, 人員, 施設등이 不充分하여 地域住民중 醫療保護對象者에 對한 治療에 波及한 實情이다.

保健診療所는 「農漁村 保健醫療을 爲한 特別措置法」의 制定으로 1981 年 부터 農村醫療脆弱地域(마을)에 設置하여 오고 있으며 1983 年末 現在 設置對象 7,060 個所중 1,140 個所가 設置 完了되어있다.

圖 3-11 保健所 組織圖系



- 1) 醫療脆弱地域은 醫療施設과의 거리가 通常의 交通手段에 의하여 30分以上 所要되는 地域을 말한다(同施行令 第 2 條)

(나) 保健所의 職員

保健所에는 所長 1人을 두되 所長은 醫師의 資格을 가진 者 中에서 任命하고 다만, 醫師의 資格을 가진 者로 所長을 充員하기 困難한 境遇에는 保健職 公務員을 任命할 수 있다(保健所法施行令 第3條 1號) 그리고 保健職 公務員을 所長으로 任命한 境遇에는 그 管割區域內의 醫療機關에 從事하는 醫師를 地方契約 職員規定에 의하여 非專任 職員으로 雇傭할 수 있게 하였다.(同法施行令 第3條 2號) 또한 保健所에는 醫務, 藥務, 保健看護, 衛生指導, 放射線, 細菌, 統計業務를 專擔할 公務員과 其他의 業務遂行에 必要한 公務員을 둔다. (同法施行令 第3條 第4號)

保健支所에는 公衆保健醫師 1人이 있으며 保健診療所에는 保健診療員 1名이 있다.

(다) 保健所の 組織 및 機構

郡 保健所の 組織 및 機構는 「郡·室課 職制規則」 또는 「保健所 職制規則」에 따라 정해지며 職制에 따른 事務分掌은 「郡事務分掌 規程」 또는 「郡事業所 事務分掌規程」에 따라 定해진다. (宋建鏞, 1983, P.119) 따라서 市道別 또는 同一 市道內에서도 保健所 組織은 多樣하나<圖 3-12>와 같이 3個類型으로 區分시켜 오고 있다. (保健社會部, 1982, P.151)

農村地域의 郡保健所는 丙型에 속하게 되며 保健行政系, 豫防系, 診療室등이 있다.

(라) 施 設

保健所の 施設에 對하여는 1973年 10月 15日 保健醫療施設基準令을 制定 施行하여 오다가 1982年 1月 25日 그 基準은 <表 3-16>과 같이 上向 調整한 바 있다. (保健社會部, 1982, P.152)

郡 保健所の 施設規模는 A型이 100~150坪 B型이 100坪이며 保健支所와 診療所는 各 50坪, 22.5坪으로 되어 있다.

圖 3-12 地域別 保健所 組織 型 模 範

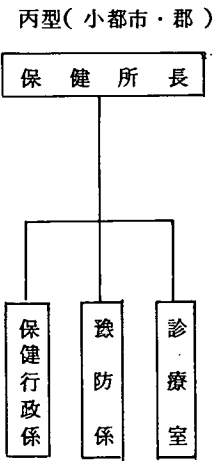
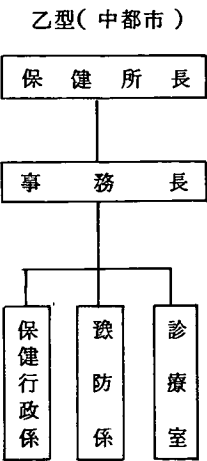
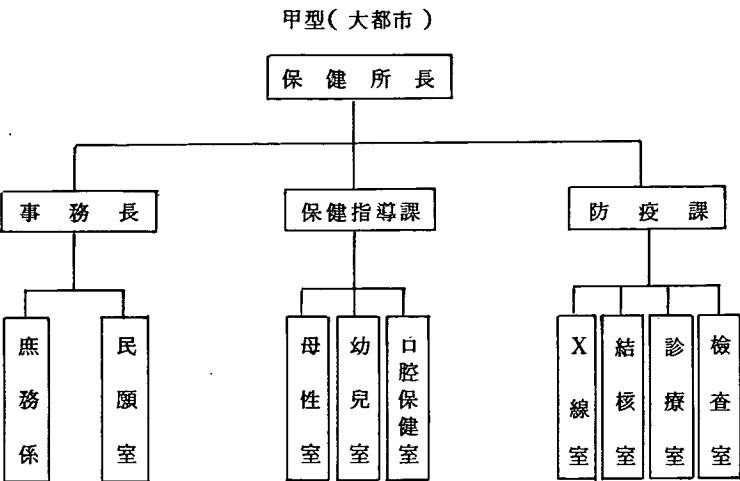


表 3-16 地域別 保健所 및 支所 施設規模(基準面積)

區 分		型	基 準 面 積		層 數
			坪	m ²	
保健所	大 都 市(區地域)	A	300 以上	1,100	地下 1 層 地上 2 層
		B	250 ~ 300	900	"
	中小都市(市地域)	A	200 ~ 250	750	"
		B	150 ~ 200	600	"
	郡 (農村地域)	A	100 ~ 150	450	地下 1 層 地上 1 層
		B	100 基準	350	"
支 所	邑 面 (農村地域)		50	150-180	地上 1 層
診療所	奧 地 마 을		22.5	74	地上 1 層 (住宅)

資料：保健社會部，1983. : P. 137

(마) 業務 및 機能

保健(支)所の 業務는 多樣하나 이를 業務의 內容에 따라 <表 3-17> 과 같이 分類할 수 있다. (保健社會部, 1982. P. 153)

保健診療所の 保健診療員의 醫療行爲의 範圍는 다음과 같다. (農漁村 保健醫療를 爲한 特別措置法施行令 第 14 條)

- ① 傷病狀態를 判別하기 爲한 診察, 檢査行爲
- ② 患者의 移送
- ③ 外傷等 흔히 볼 수 있는 患者의 治療 및 應急을 要하는 患者에 對한 應急處治
- ④ 傷病의 惡化防止를 爲한 處治
- ⑤ 만성患者의 療養指導 및 管理
- ⑥ 正常분만시의 介助 및 家族計劃을 爲한 피임器具의 삽입
- ⑦ 豫防接種
- ⑧ 其他業務：環境衛生 및 營養改善業務, 母子保健業務, 保健醫療教育 및 指導

表 3-17 保健(支)所の業務

	業務種類 /	業務内容
疾病豫防事業	○ 急性傳染病 ○ 性病, 寄生虫病 ○ 結核 및 癰病 ○ 其他 地方風土病	○ B.C.G 接種 ○ 各담 X線検査 ○ 上水道 消毒等의 防疫事業
保健増進事業	○ 母子保健 ○ 幼兒 健康管理 ○ 家族計划	○ 妊産婦登録簿 作成 및 定期的인 保健診斷 및 助産 ○ 産母와 新生兒의 健康管理 ○ 未就學 兒童의 豫防接種 指導
醫師 및 藥師指導		○ 管轄區域內의 醫療人 및 醫療機關 指導監督
患者診療業務		○ 第1次 診療
基本活動	○ 保健統計의 作成 ○ 保健看護 ○ 試驗 및 検査	○ 傳染病 發生統計 및 實績統計 ○ 母子保健, 傳染病豫防, 結核豫防 및 看護 ○ 細菌検査, 水質検査, 性病検査

② 農村保健所の施設 및 人力 擴大計劃

保健社會部에서는 保健所 組織을 強化하여 農村醫療環境을 改善하기 爲하여 <表 3-18>과 <表 3-19>와 같이 保健所 施設과 人力을 擴充할 計劃을 樹立하고 있다. 즉 保健醫療施設 擴充을 爲하여는 1984~86년까지 43,093 百萬元을 投資하여 保健(支)所 896 個所를 新改築하고, 保健診療所는 1,532 個所를 新築할 計劃으로 있다. 그리고 1986 年까지 公衆保健醫를 2,385 名, 保健診療員을 2,000 名으로 擴大할 計劃으로 있다.

表 3-18 保健所施設 拡充計画

(単位：個，百萬円)

機 關 別	年度別	計	小計	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83	小計	'84	'85	'86
		('77 '86)	('77~ '83)								('84~ '86)			
計	事業量	3,086	658	1	4	41	34	48	64	536	2,428	659	1,045	724
	事業費	55,303	12,210	110	262	1,039	1,070	4,393	9,497	16,736	43,093	10,319	20,615	12,159
保健所	事業量	73	24	1	2	2	4	4	6	5	49	8	30	11
	事業費	8,030	2,640	110	220	220	440	440	660	550	5,390	880	3,300	1,210
支 所	事業量	1,013	166	-	2	39	30	30	30	35	847	122	515	210
	事業費	21,273	3,486	-	42	819	630	630	630	735	17,787	2,562	10,815	4,410
診療所	事業量	2,000	468	-	-	-	-	-	-	468	1,532	529	500	503
	事業費	26,000	6,084	-	-	-	-	-	-	6,084	19,916	6,877	6,500	6,539
母 子 保健センター	事業量	91	70	-	-	-	-	14	28	28	21	21		
	事業費	27,578	20,097	-	-	-	-	3,323	8,207	9,367	6,681	6,681		

資料：経済企画院，1984．農漁村環境改善事業審査分析(案)

表 3-19 保健所人力 拡充計画

(単位：名)

年 度		'79	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86
區 分									
公衆保健 医 師	新規配置	144	141	319	452	739	635	860	853
	勤務解除	-	-	-	144	141	316	452	739
	勤務人員累計	-	285	609	766	1,505	1,824	2,271	2,385
保 健 医 員	新規配置	-	-	396	356	388	500	360	-
	勤務人員累計	-	-	396	752	1,140	1,640	2,000	-

資料：経済企画院，1984，農漁村環境改善事業審査分析(案)

다. 農村保健(支)所 組織의 住民利用實態

保健所 組織의 擴充을 通하여 農村醫療問題를 解決하려는 政策的 構想은 農村住民들의 保健(支)所 利用과 信賴度側面에서 볼 때 많은 問題點이 있다.

□ 農村住民들의 保健(支)所의 利用과 信賴度

疾病治療源에는 病·醫院, 保健所, 漢房藥局과 民俗醫療¹⁾등과 같은 非公式的 治療(其他) 등으로 區分된다.

지금까지 調查研究된 農村住民의 醫療施設 利用實態를 整理한 것이 <表 2-21>이다. 農村住民의 醫療施設 利用調查研究는 1969年부터 着手되었으며 1975年 以後부터 本格化되어 오고 있다. 그러나 調查研究結果의 地域的 差異等에 따라 時系列的으로 比較하기에는 制約이 있다. 이러한 理由는 <表 2-20>에서 보는 바와 같이 研究期間이 같을 경우에도 醫療施設의 利用比率에는 많은 差異가 있다는 事實에서 쉽게 理解될 수 있다.

農村住民들의 醫療施設 利用實態를 보면 調查年度에 關係없이 藥局利用이 제일 높고 다음이 病醫院順으로 나타나고 있다. 民俗醫療가 大部分을 차지하고 있는 其他는 그 利用比率이 急激히 減少되고 있다. 特히 여기에서 주목되는 事實은 農村醫療改善을 目的으로 政策的으로 支援 育成하고 있는 保健(支)所의 利用이 特殊한 研究를 除外하고는 5~6%에 不過하다는 統計的 事實은 우리에게 示唆해 주는 바가 크다.

한편 都市住民과 農村住民間의 醫療施設 利用實態를 分析한 研究結果를 整理하면 <表 2-21>과 같다. 綜合病院과 醫院의 利用은 農村住民보다는 都市住民이 높다. 그러나 保健所, 藥局, 漢醫院等의 醫療

1) 民俗醫療는 現代醫學이나 其他 體系醫學에 의한 일체의 醫療를 排除한 傳統의이며 通俗의이고 民俗한 方法에 따라 民間에서 흔히 利用되는 醫療를 말하며 이에는 迷信의인 呪術方法에 의하는 경우와 傳統이나 慣習에 따라 藥草, 生藥, 其他의 物品을 施療하는 경우로 나눌 수 있다(韓明烈外 2人, 1964. 우리나라 一部 農村地域의 民俗醫療에 關한 調查研究, 서울醫大 잡지, 第5卷 3號 P.193)

表 2-20 農村住民의 醫療施設 利用實態

(單位: %)

	1) 1969	1975		1976		1982		1983	
		2) a	3) b	4) a	5) b	6) a	7) b	8) a	9) b
病 醫 院	20.5	50.4	22.0	33.7	10.3	49.2	31.2	26.1	27.7
保 健(支)所	4.4	5.5	3.1	15.3	0.7	8.5	5.2	10.1	6.5
漢 醫 院	13.4	2.9	5.4	9.5	2.5	2.5	6.4	4.6	8.3
藥 局	45.3	39.4	65.6	37.7	77.7	50.8	56.5	58.0	61.5
其 他	16.5	1.8	3.9	3.8	8.8	11.9	0.8	1.2	-
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(調查人口數)	(1,665)	(274)	(605)	(731)	(408)	(206)	(1,315)	(1,850)	(1,151)

- 1) 李永春外, 1970. 우리나라 農村住民의 傷病과 醫療에 關한 調查研究, 「農村衛生」, 農村衛生研究所, 第3卷 1號, P. 48
- 2) 이경식, 1976. 一部 農村地域의 保健醫療施設 利用에 關한 實態調查, 公衆保健雜誌 第13卷 第3號, P. 43
- 3) 張容泰, 1975. 一部 農漁村住民의 傷病 및 醫療利用度에 關한 調查研究, 豫防醫學會紙, 第9卷 1號, P. 142
- 4) 沈雲澤外, 1977. 農村住民의 醫療機關 選擇에 關한 研究, 韓國保健問題와 對策(Ⅱ), 韓國開發研究院保健企劃團
- 5) 洪鍾寬, 1976. 農村住民의 醫療實態에 關한 調查研究, 순천향의보 第1卷 2號, P. 36
- 6) 차봉식, 1983. 農村住民의 醫療機關 利用에 關한 研究, 中央醫學 第44卷 2號, P. 102
- 7) 文顯相, 1982. 全國家族 保健實態調查報告, 韓國人口保健研究院, P. 89
- 8) 宋建鏞, 1983. 農村地域保健所 組織 및 機能改善에 關한 研究, 韓國人口保健研究院, 1983. P. 102
- 9) 徐文姬外, 1983. 國民醫療利用과 醫療費에 關한 研究, 韓國人口保健研究院, P. 45

施設 利用은 農村住民에게서 높게 나타나고 있다. 綜合病院이나 醫院의 利用이 農村住民이 낮은 것은 接近度 및 醫療費 支拂能力等에 많은 影響을 받고 있기 때문이 아닌가 생각된다.

表 2-21 地域別, 治療形態別 百分率 比較

區 分	綜合病院	醫 院	保健所	漢醫院	藥 局	漢藥房	其 他	計 (N)
全 體	7.0 (238)	30.2 (1,029)	3.3 (113)	2.5 (86)	52.9 (1,801)	3.1 (107)	0.8 (28)	100.0 (3,402) *
大 都 市	9.8	30.8	1.8	3.1	51.4	2.6	0.6	100.0(1,441)
中小都市	6.5	35.6	2.9	1.7	49.1	2.8	1.4	100.0(646)
農 村	4.2	27.0	5.2	2.4	56.5	4.0	0.8	100.0(1,315)

資料 : 文顯相, 1982, 全國 家族保健實態調查 報告, 韓國人口保健研究院, P 99

또한 醫療要求者가 經濟 및 社會的 要因을 考慮함이 없이 治療를 받고 싶어하는 醫療施設에 對한 研究結果를 整理하면 <表 2-22>와 같다. 治療希望 醫療施設은 모든 地域住民들이 다같이 病醫院을 希望하고 있으며 保健(支)所는 都市가 1.3%, 邑地域이 3.8%, 面地域이 1.4%로 매우 낮다.

한편, 農村住民들의 保健(支)所의 利用에 對한 滿足度와 信賴度を 보면 <表 3-23>과 같이 政府에서 面所在地마다 配置 育成하려고 計劃하고 있는 保健支所의 滿足度와 信賴도가 가장 낮게 나타나고 있다.

이와 같은 統計的 事實들은 保健所 組織을 통한 農村醫療問題를 解決하려는 農村醫療政策의 新중한 檢討가 必要하다는 것을 잘 입증해 주고있다.

② 保健(支)所 利用의 低調要因

이와 같이 農村住民들이 農村保健醫療機關의 利用이 낮고 信賴度も 낮은 理由는 保健醫療人力の 配置와 醫療施設을 살펴보면 쉽게 理解될 수 있다.

表 2 - 22 地域別 醫療要求者의 治療希望施設 比率

(單位：%)

區 分	都 市 地 域	邑 地 域	面 地 域
病 醫 院	75.4	68.9	68.6
藥 局 (房)	17.8	22.5	21.5
漢房 (醫院, 藥房)	5.3	4.6	5.5
保 健 (支) 所	1.3	3.8	1.4
其 他	0.1	0.2	0.3
計 (調 查 人 口)	100.0 (3,263)	100.0 (1,599)	100.0 (5,656)

資料：宋建鎬，1982. 우리나라 醫療要求 및 醫療利用에 關한 調查研究 報告，
韓國人口保健研究院，P. 111

表 3 - 23 農村住民이 利用한 治療源에 對한 利用滿足度와 信賴度

(單位：%)

治 療 源	利 用 滿 足 度	信 賴 度
公 共 部 門		
保 健 所	84.4	58.0
保 健 支 所	70.8	53.9
保 健 診 療 所	89.1	86.7
民 間 部 門		
病 醫 院	95.3	72.4
藥 局 (房)	94.6	73.6
漢 藥	85.2	55.5

資料：宋建鎬，1982，農村地域保健所 組織 및 機能改善에 關한 研究，
韓國研究保健研究院，P. 104

(가) 醫 療 人 力

農村保健醫療環境의 改善은 무엇 보다도 保健(支)所에 醫師만 配置되면 解決될 수 있다는 政策目標下에 醫師人力의 擴充, 特히 保健支所長의 100 % 配置를 通한 無醫面을 일소시키는데 많은 努力을 기울여 왔다. (이성관, 1981. P. 25), 즉 1980年 「農村保健醫療를 爲한 特別措置法」의 制定 以後 公衆保健醫를 無醫面 保健支所에 派遣함으로서 1983年 11月에는 無醫面을 完全히 解消시키게 되었으며 이러한 無醫面の 일소는 農村保健醫療 環境의 劃期的인 改善이 이루어진 것으로 政府에서는 理解되고 있다.

公衆保健醫는 醫科大學 卒業生中에서 軍服務를 免除해 주는 대신 農村地域에서 3年間 勤務하도록 條件이 달린 醫師이다. 이들은 大部分 臨床訓練經驗이 없고 農村의 社會經濟的 特性을 理解하지 못하고 있기 때문에 農村住民들이 多樣化되어 가는 疾病을 治療하는데는 制約이 있다. 또한 軍服務 대신 3年間만 勤務하면 그만이라는 생각때문에 農村住民들의 保健을 向上시켜야 하겠다는 굳은 의지를 가진 公衆保健醫는 극히 적은게 사실이다. 따라서 農村住民들은 公衆保健醫로 配置된 保健支所長들을 “實習生”, “學生醫師”, “醫師試驗不合格者” 등으로 認識이 되고 있어 保健所 利用을 낮게하는 要因이 되고 있다.

(나) 醫 療 施 設

醫療施設의 落後 또는 不足도 保健(支)所의 信賴度를 낮게 하는 큰 原因의 하나이다. <表 3-24>에서 診療室 保有器資材를 共通的으로 保有하고 있는 器資材는 診察寢台, 血壓計, 청진기등 11個 品目이며, 其他 品目도 0.6~0.8의 높은 保有比를 보이고 있다. 그러나 診察寢台, 청진기, 血壓計등 診療에 使用되고 있는 品目の 充足率은 낮게 나타나고 있다.

또한 檢査業務에 必要한 器資材의 保有比는 <表 3-25>에서 보는 바와 같이 蒸溜製造機, Water Bath colony counter 를 除外하고는 모든 器資材가 基準必要量에 比하여 볼 때 심각하게 不足되고 있다.

X—線室의 器資材를 <表 3—26>에서 보는 X—線 撮影을 위해 우선적으로 必要한 診療用 放射線機 間接撮影機, 直接撮影機의 保有比가 낮으며 間接撮影機의 充足率은 33%에 不過하며 特히 放射線 노출을 測定하는 放射線 測定器는 전혀 없는 實情에 있다.

따라서 保健所 組織을 통한 農村住民들의 保健醫療環境의 改善을 爲하여는 保健所 組織의 再改編을 통한 醫療人力, 施設의 適正配置問題가 慎重히 檢討되어야 한다.

表 3—24 郡保健所の 診療室 保有器資材

品 目	保有比*	平均使用 保有數量(A)	基準必要量(B)	充足率(A/B)
1. 진찰침대	1.0	1.4	1.6	85 %
2. 치료대	1.0	1.4	1.4	100
3. 진찰등	1.0	1.2	1.0	120
4. 칸막이	1.0	1.4	1.4	100
5. 관찰대	1.0	1.6	1.8	89
6. 청진기	1.0	1.6	1.8	89
7. 혈압계	1.0	1.8	2.0	90
8. 검안검이경	1.0	1.6	0.6	267
9. 후두경	0.6	0.6	0.2	300
10. 비경	0.8	0.8	0.0	-
11. 질경	0.8	4.0	3.0	133
12. 반사경	0.6	0.6	0.4	150
13. 타진봉	1.0	1.2	0.8	150
14. 산소인공소생기	0.8	1.0	0.2	500
15. 신장계측기	1.0	1.0	1.0	100
16. 체중계측기	1.0	1.0	1.0	100
17. 자불소독기	0.6	0.6	0.8	75
18. 냉장고	0.6	0.6	1.0	60
19. 왕진가방	0.8	1.0	1.2	83

* 5 個 保健所에 對한 比率임.

資料 : 宋建鎬, 前掲書 P. 163

表 3 - 25 郡保健所の 検査室 保有器資材

	保有比*	平均使用 保有數量(A)	基準必要量(B)	充足率 (A/B)
1. Ceutrifuger	0.6(1)	1.0	1.8	56 %
2. Incubator	1.0	1.4	1.8	78
3. Binocular microscope	1.0	1.0	1.4	71
4. Hemometer	0.8	0.8	1.0	80
5. Water exam.Kit	0.4	0.4	1.0	40
6. 잔유염소측정기	0.8(1)	1.2	1.8	67
7. 증류수제조기	1.0	1.2	1.0	120
8. Dry oven	1.0	1.2	1.4	86
9. PH meter	0.2(0.4)	0.2	1.0	20
10. Water bath	1.0	1.2	1.2	100
11. 무균상자	0.4	0.4	1.2	33
12. 고압멸균기	0.8(1)	1.6	1.8	89
13. 좌불소독기	0.2	0.2	0.8	25
14. 冷蔵庫	1.0	1.2	1.8	67
15. 染色臺	1.0	1.4	1.6	88
16. 試験管받침臺	1.0	14.6	17.8	82
17. 원심분리기저울	0.4	0.4	1.2	33
18. 分時計	0.8	0.8	1.2	67
19. 比重計	0.2	0.2	0.6	33
20. Colony counter	0.8	1.0	1.0	100

() 修善/廢棄 要望되는 物品

* 5 個 保健所에 對한 比率임.

資料 : 宋建鎭, 前掲書, P. 167

表 3-26 郡保健所の X-線室 保有器資材

	保有比*	平均使用 保有數量(A)	基準 必要量(B)	充足率 (A/B)
1. 진료용방사선기계	0.6(1)	0.8	1.2	67 %
2. X-線間接撮影裝置	0.4(1)	0.4	1.2	33
3. 直 撮 臺	0.8(1)	0.8	1.0	80
4. 촬 영 칩 대	0. (0.2)	0.0	1.0	0
5. 거 리 메 터 기	0.4	0.4	1.0	40
6. 관 찰 대	1.0	1.2	1.6	75
7. 필 름 현 상 통	0.8(1)	1.8	3.2	50
8. 필 름 건 조 기	0.4	0.4	1.0	40
9. X-線 확대 경	1.0	1.0	1.2	83
10. 방 사 선 측 정 기	0.0(0.2)	0.0	1.2	0
11. 카 세 트	1.0	6.2	7.4	84
12. 글 리 드	1.0	1.2	1.0	120
13. 현 상 온 도 계	0.4	0.4	1.0	40
14. 暗 燈	0.8(1)	1.0	1.6	63
15. 分 時 計	0.2(0.4)	0.4	1.0	40
16. 후 앙	0.2(0.4)	0.2	0.8	25

() 修繕 / 廢棄要望되는 物品

* 5 個 保健所에 對한 比率임.

資料 : 宋建鎬, 前掲書, P. 168

5. 農村醫療保險示範事業의 現況과 問題點

가. 醫保保險制度의 概觀

㉠ 醫療保險制度의 變遷

우리나라의 醫療保險制度는 1963 年에 制定 公布된 「社會保障에 관한 法律」과 「醫療保險法」으로부터 비롯된다.(延河淸外, 1968. pp.28~30) 그 당시는 勤勞基準法의 適用을 받던 被傭勤勞者와 그 扶養家族을 適用對象으로 하였으나 그 당시의 政治, 社會, 經濟的 與件은 強制社會保險性格의 醫療保險이 定着 되기에는 많은 問題點을 갖고 있었다.

따라서 1970 年과 1976 年의 醫療保險法 改正을 통하여 適用對象을 被傭勤勞者外에 軍人, 公務員 등으로 擴大하고 從來의 醫療保險法 500 人以上 事業場勤勞者에 대하여 本格的으로 醫療保險事業을 施行, 漸進的으로 適用範圍를 擴大하였으며 1981 年부터는 5 人以上 雇傭하고 있는 事業場까지도 事業主와 勤勞者의 希望에 따라 임의 적용 실시하였다. 1979 年 1 月에는 公務員과 私立學校敎職員을 對象으로 醫療保險事業을 착수하여 그 適用對象도 退職年金受給者와 軍人家族에게까지 擴大 實施하고 있다.

한편 農漁民과 自營者의 醫療保險擴大 實施는 1981 年 7 月부터 3 개군에서 제 1 차 醫療保險示範事業을 實施하고 1982 年 7 月부터는 2 個郡 1 市에서 第 2 次 農村醫療保險示範事業을 實施하여 오고 있다. 1981 年 12 月에는 같은 職種에 從事하는 自營者를 對象으로 職種醫療保險을 實施하고 있다. <表 3-27>과 <表 3-28>에서 보는 바와 같이 1983 年 12 月 現在 全國 5 人以上 事業場 92,093 個所中 醫療保險適用實施 事業場은 39,687 個所(43.1%)이며 保險適用人口 比率은 48.2%이다.(韓國保險公社, 1984. p.455)

1963 年 醫療保險法 制定以後 1983 年까지의 醫療保險의 制度上 變更된 事項을 要約하면 다음과 같다.(한국보험공사, 1984. p.456)

表 3-27 年度別 全體事業場對比 醫療保險適用比率

(單位：個所)

區 分	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83
全體事業場 (註)	54,806	62,217	68,785	74,090	72,070	81,136	92,093
適用事業場	1,790	2,889	4,364	5,526	12,344	25,937	39,687
適用比率 (%)	3.3	4.6	6.3	5.9	17.1	32.0	43.1

(註)：5人以上 全事業場

資料：한국보험공사，83년도 보험통계연보，1984.p.457

表 3-28 年度別 醫療保險 適用人口

(單位：千名)

區 分	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83
總 人 口	36,849	36,969	37,534	37,419	38,723	39,331	40,265
總 計	5,298 ¹⁾ (14.4)	5,973 (16.2)	10,091 (26.8)	11,248 (30.1)	15,115 (39.0)	17,467 (44.4)	19,414 (46.2)
醫 療 保 險	計	3,203 (8.7) ²⁾	3,878 (10.5)	7,957 (20.7)	9,106 (24.4)	11,387 (29.5)	13,741 (34.9)
	1 小 計	3,140	3,820	4,852	5,381	7,241	10,572
	被保險者	1,185	1,648	1,970	1,971	2,622	3,502
	被扶養者	1,955	2,172	2,882	3,410	4,619	7,070
	公務員等	-	-	3,044	3,660	3,863	4,010
	被保險者	-	-	741	821	873	986
	被扶養者	-	-	2,303	2,389	2,990	3,024
	2 種	63	58	61	65	283	1,104
	醫 療 保 護	2,095 (5.7) ³⁾	2,095 (5.7)	2,134 (5.7)	2,142 (5.7)	3,728 (9.6)	3,728 (9.5)

註：1) 2X)의 數値는 總人口對比率임. 3) 軍人包含

4) 年度別 總人口對比 醫療保護適用率임.(%)

資料：한국보험공사，1984.p.459

- 1963.12.16 ○醫療保險法制定，300人以上 事業場勤勞者，農漁民 任意加入，社會的 經濟的 與件未備로 未實施
- 1965. 9 ○湖南肥料株式會社 最初로 醫療保險事業實施，事業場勤勞者(任意)
- 1969. 7 ○釜山青十字 醫療保險組合設立，地域住民(任意)
- 1970. 8. 7 ○醫療保險法 1次改正，勤勞者，公務員，軍人(強制加入) 地域住民(任意加入)，示範事業은 節次規程 未備로 實施保留
- 1976.12.22 ○醫療保險法 第2次 全文改正(全國民의 0.2% 適用)，500人以上 및 工團事業場 勤勞者에 대한 當然適用
- 1977. 7. 1 ○486個組合設立，500人以上 勤勞者 1種醫療保險으로 適用(強制加入) 自營者 地域住民 2種醫療保險으로 適用(任意加入)
- 1977.12.31 ○公務員 私立學校教職員 醫療保險法 制定，公務員 私立學校 教職員
- 1979. 1. 1 ○公務員 私立學校 教職員 醫療保險實施(全國民 18.5%)
- 1979. 7. 1 ○3次醫療保險法 改正(1979.4.17)
300人以上 事業場勤勞者에 當然適用擴大
- 1980. 1. 1 ○軍人家族 醫療保險 適用擴大(全國民의 21.3%)
- 1981. 1. 1 ○100人以上 事業場勤勞者 當然適用擴大，16人以上 事業場勤勞者 任意加入 適用擴大(全國民 25.9%)
- 1981. 4. 4 ○4次醫療保險法 改正，農漁民，自營者 當然適用 可能，職種 또는 地域單位組合設立可能，任意地域 2種組合 7個 存置
- 1981. 7. 1 ○農漁民，地域住民(1次示範實施)當然適用，洪川，沃溝 軍威 3個郡 地域住民에 2種醫療保險 示範事業實施(全國民의 32.6%)
- 1981.12.31 ○5次 醫療保險法 改正
- 1982. 7. 1 ○農漁民 地域住民(2次 示範實施 當然適用)，江華，報恩，木浦 3個市도에 2種醫療保險 示範事業實施(示範 2種組合 總6個)
- 1982.12.21 ○16人以上 事業場勤勞者 醫療保險適用 擴大(全國民 35.2%)
- 1983. 9. 5 ○全國古物商醫療保險組合(自營者 任意設立에 의한 當然適用)，'83年末 全國民 39.0%

② 醫療保險制度의 適用體系

現行 우리나라의 醫療保險適用體系는 產業勤勞者 즉 賃金生活者를 適用對象으로 하는 第1種 醫療保險 農漁民과 都市自營者等 一般地域住民을 適用對象으로 하는 2種醫療保險, 그리고 公務員 및 私立學校 敎職員(年金給與者 및 軍人家族 包含)을 適用對象으로 하는 公·敎醫療保險의 세 가지로 分類된다.

地域醫療保險組合은 被傭者醫療保險과 마찬가지로 當然適用과 任意適用으로 區分되며 當然適用은 84.12月 現在 農村醫療保險示範事業에 局限하고 있고, 任意適用은 1976年 醫療保險法改正以前の 既存 7個 任意組合¹⁾과 特殊職種從事組合²⁾ 4個에 대하여 適用하고 있다.(延河靑, 1983.p.296)

醫療保險體系別 主要制度의 內容을 要約 整理하면 <表 3-29>와 같다.

나. 農村醫療保險示範事業의 現況과 問題點

① 對象地域과 適用人口

農村地域의 醫療保險事業을 擴大施策의 하나로 農村醫療保險示範事業은 1981年 7월에 江原道 洪川郡, 全北 沃溝郡, 慶北 軍威郡에서 1次示範事業을 開始했고 1982年 7월부터는 京畿 江華郡, 忠北 報恩郡, 全南 木浦市에서 第2次示範事業을 實施하여 오고 있다.

1) 任意適用地域 醫療保險組合은 釜山靑十字, 巨濟靑十字, 三和醫療保險(忠南 瑞山)組合, 白翎赤十字, 曾坪메리놀醫療保險, 春城醫療保險, 嶺東醫療保險 組合이다.

2) 職種醫療保險組合은 文化藝術人, 糧穀商, 個人택시運轉士, 理·美容師組合이다.

表 3-29 醫療保險制度的 概要

區 分	1 種	2 種			公務員 及 私立學校教職員
		地域(示範)	職 種	地域(任意)	
法	醫療保險法	左 同	左 同	左 同	公務員 及 私立學校 教職員 醫療保險法
保 險 者	醫療保險組合 (146 個)	左 同 (6 個)	左 同 (9 個)	左 同 (7 個)	公務員 及 私立學校 教職員 醫療保險 管理 公團
適用對象	事業場 勤勞者	地域住民	組織된 自營者	地域住民	公務員, 私立 學校教職員, 軍人家族, 年 金受給者
組合設立類型	當然設立 (法第 17 條 第 1 項) 任意設立 (法第 18 條 第 1 項)	當然設立 (法第 17 條 第 2 項) 任意設立 (法第 19 條 第 1 項)	任意設立 (法第 19 條 第 1 項)	任意設立 (法附則 第 2 項)	當然設立
適用類型	當然適用 (法第 7 條 第 1 項) 任意包括(强 制)適用 (法第 8 條 第 1 項)	當然適用 (法第 7 條 第 2 項) 任意包括(强 制)適用 (法第 8 條 第 2 項)	任意包括(强 制)適用 (法第 8 條 第 2 項)	任意適用 (法附則 第 2 項)	當然適用
資格管理	使用者	世帶主 申告制	自營者	世帶主 申告制	機關長
財 源 調 達	被保險者 : 50 % 使用者 : 50 % ・所得定率制 (差等別 標準 報酬月額×保 險料率)	被保險者 全額 負擔 ・頭當等級別 差等定額別 (等級別 保險料率 ×被保險者數)	左 同 ・所得定率制 (平均所得月 額×保險料率)	左 同 ・頭當定額制 (一定額×被 保險者數)	公務員 及 軍 人家族 : 被保險者 : 50 % 政府 : 50 % 私立學校 教 職員 : 被保險者 : 50 % 政府 : 20 % 經營財團 : 30 % 左 同

區 分	1 種	2 種			公務員 및 私 立學校敎職員
		地域(示範)	職 種	地域(任意)	
	國庫負擔人件費	管理運營費 全額	人件費 一部	人件費 一部	事務費 一部
保險料徵收	・使用者가 月 別로 報酬에서 一括徵收, 指 定金融機關에 納付	・世帶主가 月 別, 分期別로 農協, 給與支 所, 組合에 自 進納付	・自營者가 月 別(分期別) 로 組合 直納 ・金融機關 및 母組織 支部에	・世帶主가 月 別로 組合 支所에 自進 納付 ・徵收員 戶	・機關長이 月 別로 給與에서 一括徵收 指定 金融機關에 納 付
		・組合職員 戶 別訪問 徵收 ・里, 洞, 統 長 委託徵收 (徵收手數料 支給)	自進 納付 ・母組織에 委 託徵收(徵收 手數料 支給)	別訪問 徵收 ・里, 洞長 委 託徵收(徵收 手數料 支給)	
保 險 給 與	現物給與	療養給與 分娩給與	左 同	療養給與	療養給與 分娩給與 健康診斷
	現金給與	療養費, 分娩 費, 分娩手當 葬祭費, 本人 負擔金補償金	左 同	葬祭費	療養費, 分娩 費, 葬祭費, 公傷療養費
	本人負擔率	外來: 30 % (病院, 綜合 病院: 50 %) 入院: 20 %	左 同	外來: 30 ~ 50 % 入院: 30 ~ 50 %	左 同
診療酬價	・醫療保險診 療酬價基準 ・示範地域의 保健機關은 別 途酬價 適用	・一般診療機 關: 醫療保險 診療酬價基準 ・保健機關: 訪問當定額酬 價制	・醫療保險診 療酬價基準(保健社會部長 官 告示)	醫療保險診療 酬價基準	左 同
療養取扱機 關 指定	醫療保險組合 聯合會 一括 指定	保險者 指定	醫療保險組合 聯合會 一括 指定	保險者指定	管理公團指定
診療傳達 體制	市・道別로 診 療地域圈設定	1,2 次 診療 傳達體制 設定	市・道別로 診 療地域圈 設定	一	左 同

表 3 - 29 醫療保險制度的 概要 (繼續)

區 分	1 種	2 種			公務員 및 私 立學校教職員
		地域 (示範)	職 種	地域 (任意)	
診 請 求	保險者 團體	保險者 (市 · 郡組合)	保險者團體 (醫療保險組 合 聯合會)	保險者 (市 · 郡組合)	保險者 (公, 敎 醫療 保險管理公團)
療 費 審 查	保險者 團體	· 一般診療機 關 : 保險者團 體 依賴 · 保健機關 : 保險者	保險者團體	保險者	保險者
支 給	保險者團體 (預 託, 支給, 精 算)	保險者	保險者團體 (預 託, 支給, 精 算)	保險者	保險者

資料 : 韓國保險公社, 1984, 83 年 保險統計年報, pp.457 ~ 458

이들 6 個地域에서 當然適用을 받고 있는 醫療保險加入 人口는〈表 3-30〉과 같이 1983 年 3 月 現在 436,497 名으로 6 個市郡 全體人口의 68.1%이며 殘餘 31.9%는 1 種 또는 公務員등 他醫療保險에 加入되어 있거나 醫療保護對象者이다.

表 3-30 農村醫療保險示範事業의 適用人口 (1983. 3)

(單位 : 名, %)

			2 種 適 用	
			人 口 (B)	比 率 (B/A)
1 次示範 事業地域	洪 川	100,579	72,093	71.7
	沃 溝	106,639	69,845	65.5
	軍 威	53,495	37,854	70.8
	小 計	260,713	179,792	70.0
2 次示範 事業地域	江 華	88,851	75,963	85.5
	報 恩	77,625	56,092	72.3
	木 浦	213,852	124,650	58.3
	小 計	380,328	256,705	67.5
總 計		641,041	436,497	68.1

資料 : 金衍英外, 1983. 第 2 種 醫療保險示範事業 實績評價 研究報告書 (第 1 次 示範地域) 韓國人口保健研究院, p.19

② 被保險者 資格管理

農村醫療保險示範事業은 社會保險의 强制性原理에 따라 1種, 公·敎 및 醫療保護對象者를 除外한 全住民을 當然適用하도록 되어 있다. 1983年末 現在 示範事業地域의 年間 被保險者資格變動狀況은 <表 3-31>과 같다.

<表 3-31>에 의하면 모든 地域에서 被保險者 世帶數는 減少되고 있으며 移動率은 木浦가 80.1%로 가장 높다. 保險加入世帶數가 減少하는 이유는 1種과 公務員 및 私立學校敎職員 醫療保險對象世帶의 增加와 都市流入 등으로 分析되고 있다.

表 3-31 被保險者 資格變動狀況, 1983

(單位: 家口)

區 分	1次示範地域 (81 ~ 83)				2次示範地域 (82 ~ 83)			
	計	洪川	沃溝	軍威	計	江華	報恩	木浦
事業實施當時 A	39,172	14,555	16,176	8,441	60,279	16,445	11,674	32,153
資格 取得 B	6,339	2,995	2,027	1,317	11,483	1,008	804	9,671
喪失 C	8,363	3,185	3,710	1,468	18,944	1,147	1,718	16,079
變動 增減 D	△ 2,024	△ 190	△ 1,683	△ 151	△ 7,461	△ 139	△ 914	△ 6,408
移動率 (%) (B+C/A)	37.5	42.5	35.5	33.0	50.5	13.1	21.6	80.1
現在加入者數 (A-D)	37,148	14,365	14,493	8,290	52,811	16,306	10,760	25,745

資料: 金衍英, 1984. 醫療保險 懸案問題改善을 위한 調查研究, 韓國人口保健研究院, p.59

③ 保險料 等級策定 및 賦課

保險料의 等級策定方法은 1次, 2次 示範事業 및 地域에 따라 약간의 차이가 있다.

1次示範事業地域에서는 3等級制로 하고 保險料 賦課基準도 被保險者 1人當 定額制로 하여 1等級 月 400원, 2等級 月 600원, 3等級 月 800원으로 하고 있다. 等級算定은 租稅負擔額, 耕作規模, 生活水準에 의한 區分등多樣하다.

表 3-32 1次 示範地域 保險料 等級別 區分基準과 世帶數分布

(單位 : %)

區 分		平 均	洪 川	沃 溝	軍 威
等級區分 基準		—	租稅負擔額	耕作規模	里, 洞開發委員會에서 生活水準에 따라 分割 等級
等級別 世帶數	1 等級	10.2	11.8	8.7	9.9
	2 等級	77.4	71.1	81.9	80.1
	3 等級	12.4	17.1	9.4	10.0
	計	100.0	100.0	100.0	100.0

資料 : 金衍英, 1983. p.20

1次示範事業地域의 保險料 賦課方法이 等級自體가 세분화되어 있지 않고 劃一的 適用으로 所得再分配效果에 制限을 주고 있는 것으로 지적되기 때문에 <表 3-33>과 같이 第2次示範事業地域에서는 住民의 所得水準과 家口員數를 考慮한 7等級制를 採擇 保險料를 策定하고 있다.

즉 世帶別 平等割에 被保險者 均等割을 합친 應益割과 資産割과 所得割을 합친 應能割制로 하여 賦課方法은 應益割 50%, 應能割 50% 内外로 하고 應能割分保險料 賦課를 위해서는 土地, 建物 等 財産稅 및 農地稅 등을 包含시키고 있으며 地域別 保險料 構成比는 <表 3-34>와 같다.

한편 月保險料 賦課額數別 世帶數 또는 被保險者의 分布比率를 보면 <表 3-35>와 같다. 醫療保險示範事業에서는 家口當 4,000원 미만이 67.9%를 차지하고 있으며 10,000원 이상은 4.1%에 불과하다.

한편 醫療保險示範事業地域을 1次와 2次로 區分하여 月保險料額 世帶數 分布를 比較하여 보면 <表 3-36>과 같이 7等級制를 採擇하고 있는 2次 示範地域이 高額保險料負擔世帶가 더 많다.

表 3-33 2次 示範地域の 保險料 等級基準

(單位: 圓)

區 分		江 華	報 恩	木 浦
應 益 割	月家口 平等割 (A)	500	500	1,000
	月被保險者均等割 (B)	250	250	500
	5人家族 月기여액 (A + (B × 5人))	1,750	1,750	3,500
應能割 所得割		"1案" 所得稅基準 1,000 (1等級) 1,000 (1等級) 1,500 (1等級) ~ 4,000 (7等級) ~ 4,000 (7等級) 10,500 (7等級) "2案" 새마을所得基準 100 (1等級) ~ 700 (7等級)		
		農地稅割 100 (1等級) ~ 3,000 (7等級) 300 (1等級) ~ 3,000 (7等級) 500 (1等級) ~ 6,000 (7等級)		
		土 地 分 50 (1等級) ~ 350 (7等級) 50 (1等級) ~ 350 (7等級) 200 (1等級) ~ 3,000 (7等級)		
		建 物 分 50 (1等級) ~ 500 (7等級) 100 (1等級) ~ 700 (7等級) 200 (1等級) ~ 3,000 (7等級)		
平	被保險者 1人當 月平均 기여액	689	688	1,265
均	5人家族 月平均 기 여 액	3,445	3,440	6,325

資料: 保社部, 1982.4 第2種 醫療保險追加示範事業 細部指針

表 3-34 2次 示範地域 保險料 構成比

(單位：%)

區 分 \ 地 域 別		平 均	江 華	報 恩	木 浦
總 計		100.0	100.0	100.0	100.0
應 益 割	計	56.6	57.7	54.1	58.7
	世 帶 平 等 割	17.7	15.7	15.4	18.8
	被保險者均等割	38.9	36.0	38.7	39.9
應 能 割	計	43.4	48.3	45.9	41.3
	資 產 割	29.5	21.5	20.1	34.1
	所 得 割	13.9	26.8	25.8	7.2

資料：韓國人口保健研究院 第2種 醫療保險 擴大方案에 관한 세미나 結果報告書，
1982.(金衍英，1983. p.22에서 再引用)

表 3-35 月保險料別 世帶級分布 比較

(單位：名，%)

區 分	地 域 保 險		被 傭 者 保 險		公 教 保 險	
	世帶數 ¹⁾	構成比	被保險者數 ²⁾	構成比	被保險者數 ³⁾	構成比
2,000 원 미만	20,940	21.7	208,416	8.0	536	0.1
2,000 ~ 4,000	44,515	46.2	1,046,642	40.0	23,834	3.0
4,000 ~ 6,000	18,959	19.2	490,202	18.7	47,651	6.0
6,000 ~ 8,000	5,037	5.3	409,211	15.6	184,875	23.5
8,000 ~ 10,000	2,915	3.0	246,976	9.4	145,995	18.6
10,000 ~ 12,000	2,029	2.1	59,847	2.3	136,501	17.4
12,000 ~ 14,000	847	0.9	67,220	2.5	76,738	9.8
14,000 ~ 16,000	516	0.5	26,878	1.0	47,648	6.1
16,000 ~ 18,000	263	0.2	21,876	0.8	50,445	6.4
18,000 ~ 20,000	243	0.2	7,636	0.3	43,920	5.6
20,000 원 이상	201	0.2	37,350	1.4	27,739	3.5
計	94,465	100.0	2,622,254	100.0	785,882	100.0

註：1) 1982年6月30日 現在 1次示範地域世帶數 및 1982年7月末 2次示範地域 保險料納付 告知世帶數 基準임.

2) 1981年末 現在 等級別 標準報酬月額別 被保險者數 基準임.

3) 1982年4月1日 基準임.

資料：延河清，1983.p.315

表 3-36 示範事業地域의 月保險料別 世帶數分布
(1982. 7. 31)

(單位: 世帶, %)

	1 次示範 (3 個郡)		2 次示範 (2 個郡)	
	世 帶 數	構成比	世 帶 數	構成比
1,000 원미만	3,205	8.5	1,393	4.9
1,000 ~ 2,000	7,680	20.3	5,357	19.0
2,000 ~ 3,000	7,133	18.8	6,886	24.4
3,000 ~ 4,000	12,241	32.3	6,403	22.7
4,000 ~ 5,000	5,567	14.7	4,449	15.8
5,000 ~ 6,000	1,557	4.1	2,600	9.2
6,000 ~ 7,000	386	1.0	911	3.2
7,000 ~ 8,000	89	0.2	174	0.6
8,000 ~ 9,000	34	0.1	23	0.1
9,000 ~ 10,000	3	-	10	0.1
10,000 원이상	1	-	3	-
計	37,896	100.0	28,209	100.0

資料: 延河清, 醫療保險의 政策課題와 發展方向, 1983. p.314

④ 保險料 徵收

他醫療保險에서는 被保險者와 使用者가 各各 半分하여 負擔하는데 반해 農村醫療保險示範事業에서는 全額 自負擔이다. 納付方法은 月別, 分期別, 半分期別로 被保險者가 選擇하여 組合(支所), 農協 등에 自進納付할 수 있고 마을指導者 등에 委託徵收時는 3%以內에 徵收手數料를 支給토록 되어 있다.

第 1 次示範地域의 保險料賦課 및 徵收比率은 <表 3-37>과 같이 地域別로 약간 차이는 있으나 全體的으로는 61.9% 徵收率을 보이고 있다.

表 3 - 37 保險料 等級別 徵收比率 (1982.6.30)

(單位:천원)

等級別 區 分	郡 別	計	洪 川	沃 溝	軍 威
計	賦 課	1,313,938	535,300	504,521	274,117
	徵 收	813,783	346,335	275,454	191,994
	比率(%)	61.9	64.7	54.6	70.0
1	賦 課	91,254	39,311	32,701	19,242
	徵 收	54,193	24,373	17,120	12,700
	比率(%)	59.4	62.0	52.4	66.0
2	賦 課	1,000,537	371,355	407,339	221,843
	徵 收	617,755	240,950	221,294	155,511
	比率(%)	61.7	64.9	54.3	70.1
3	賦 課	222,147	124,634	64,481	33,032
	徵 收	141,835	81,012	37,040	23,783
	比率(%)	63.8	65.0	57.4	72.0

資料: 金衍英, 1983.p.31

⑤ 保 險 給 與

示範事業의 保險料給與와 診療酬價는 <表 3 - 38>과 같다.

表 3 - 38 保險料給與와 診療酬價, 1983

區 分	種 類	基 準
保險給與	○療養給與時 本人負擔	○外來(病院以上): 30%
		○入 院: 20%
	○自家分娩時	○件當 10,000원 支給
	○葬 禮 費	○件當 10,000원 支給
診療酬價	○保健所 및 支所	○訪問當 1,200 원(本人負擔: 360 원)
	○保健診療所	○訪問當 600 원(本人負擔: 180 원)

資料: 金衍英, 1983.pp.22 ~ 23에서 要約 整理한 것임.

⑥ 療養取扱機關

療養取扱機關은 管内 保健機關 및 醫院을 1次診療 機關으로 하고 管内 外 病院 및 綜合病院을 2次診療 機關으로 하였으나 1次示範事業結果 住民들이 保健所 等 公共醫療機關을 忌避하고 一般 病醫院을 選好하는 傾向이 뚜렷하게 나타나고 있어서 2次 示範事業에서는 診療傳達體系를 開放하여 管内 專門醫療機關과 管内 病院도 1次 診療機關으로 指定하고 管轄 道內 綜合病院을 2次 診療機關으로 指定하여 制限을 크게 緩和하고 있다. < 表 3 - 39 >

表 3 - 39 診療傳達體系別 療養取扱機關

區 分	1 次 示 範 地 域	2 次 示 範 地 域
1 次診療機關	・ 保健機關 ・ 管内醫院 ・ 管外 一般醫院	・ 保健機關 ・ 管内 全醫療機關(病院 包含) ・ 管外醫院
2 次診療機關	・ 管外專門醫院 ・ 管内病院 및 綜合病院	・ 管外病院 및 綜合病院

資料 : 金衍英外, 1983.p.23

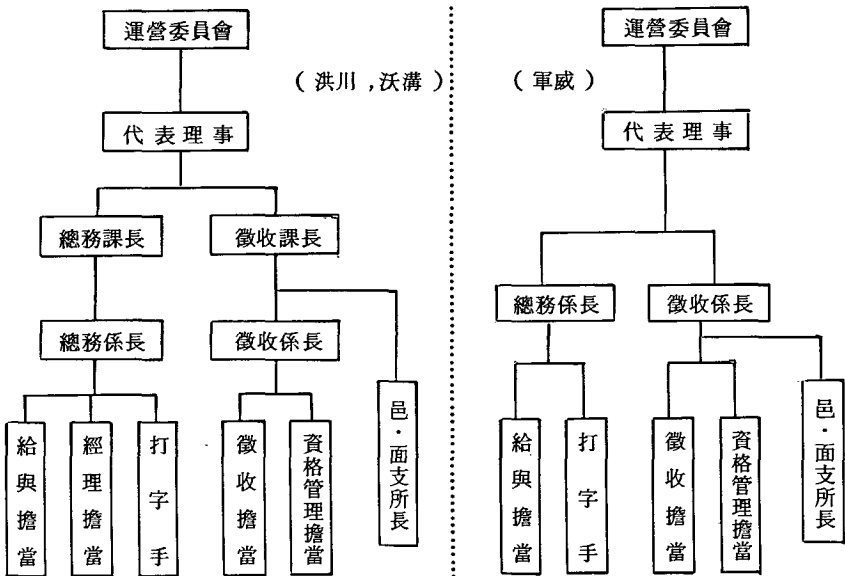
⑦ 保險行政體系

農村醫療保險의 行政體系(地域任意組合과 特殊職種 包含)는 各地域에 設立된 地域醫療組合(非營利公益法人)이나 醫療保險組合의 最高意思決定 機關은 主要事項의 議決과 監査(豫算 및 決算審議 保險料策定基準決定等)를 하는 運營委員會이며 運營委員中에서 理事 및 代表理事를 互選한다. 醫療保險組合의 組織으로는 本部에 總務課(係)와 徵收課(係)를 두어 5 ~ 9 名의 保險業務 專擔職員을 두고 있으며 各 邑 . 面의 支部에는 1 名의 支部長을 두고 있다. 既存 3 個 農村醫療示範保險組合의 組織 및 機構는 < 圖 3 - 13 > 과 같다.

이러한 醫療保險組合組織의 問題點은 다음과 같이 지적되고 있다. (延河 清, 1983. pp.301 ~ 302)

첫째, 邑·面支所에는 支部長 1名이 配置되었으나 1名의 職員이 넓은 地域에 分散된 全被保險者에 대한 資格管理, 保險料賦課資料의 蒐集, 告知書發付, 保險料收納 및 徵收, 弘報教育 등을 效率의 으로 擔當하는 것은 어렵다.

圖 3 - 13 示範事業地域醫療保險組合의 組織機構



資料：延河清外，1983. p.302

둘째, 示範事業이기 때문에 地方自治團體등 行政機關의 部分的인 協助가 있기는 하나 組合職員 1人當 被保險者數는 被傭者醫療保險과 비슷하지만 <表 3 - 40> 被傭者醫療保險의 경우와는 달리 交通, 通信의 發達이 不振한 넓은 地域을 擔當하여 業務의 迅速性을 보장하고 保險料 徵收督勵와 對民弘報事業을 遂行하기 어렵고 地方行政機關의 全적인 行政支援 없이는 業務運營이 不可能하다.

세째, 새로운 業務遂行 및 對民弘報를 위하여는 組合職員들의 資質과 社

表 3-40 職員 1 人當 被保險者 現況, 1981

(單位 : 名)

區 分	被 保 險 者 數	職 員 數	職員 1 人當 被保險者數
地 域 醫 療 保 險	181,812	54	3,367
被 傭 者 保 險	7,261,188	2,102	3,454
公 教 保 險	3,862,633	635	6,083

資料 : 延河清, 1983. p.301

會保險과 醫療保險에 대한 認識이 不足하며 過去 經驗으로 누적된 組合이라는 組織에 대한 農民의 不信風潮가 강하게 남아 있다.

⑧ 保險財政 및 財源

保險財政의 財源調達は 被保險者의 保險料負擔과 國庫支援으로 나누어지 며 이중 保險料負擔은 全額 住民負擔으로 保險給與費에 相當하고 國庫負擔 金은 組合의 運營管理費를 全額 負擔하고 있는데 組合設立費, 弘報裝備, 弘報物製作費, 오토바이購入費등도 國庫에서 別途로 追加支援하고 있기 때 문에 被保險者인 住民의 負擔은 保險給與費 充當에 限定되어 있다.

1次醫療保險 示範 3個地域의 保險財政을 <表 3-41>에서 보면 1年 間 11億 4,664 萬원 收入中 16億 1,139 萬원 支出額이 發生하여 年間 4億 6,475 萬원의 赤字를 나타내고 있다. 이 赤字를 地域別로 보면 洪川郡이 1億 9,493 萬원, 沃溝郡이 1億 7,214 萬원, 軍威郡이 9,768 萬원으로 이 赤字를 世帶當으로 보면 平均 12,292 원의 赤字幅이 된다. 이러한 赤字는 組合運營費는 100% 國庫補助이기 때문에 純保險料 收入의 赤字로 볼 수 있다.

다. 醫療保險擴大計劃

農村醫療保險의 長期擴大計劃을 보면 <表 3-42>와 같이 1986년에는 30%, 1988년까지는 90%까지 擴大하여 나갈 計劃이다.

表 3 - 41 1 次農村保險示範事業의 保險財政現況 (1982.7-83.7)

(單位:千圓)

區 分 \ 郡 別		計	洪 川	沃 溝	軍 威
收 入 (A)	計	1,146,635	469,631	401,031	275,973
	保 險 料	813,783	346,335	275,454	191,994
	國 庫 負 擔	332,852	123,296	125,577	83,979
支 出 (B)	計	1,611,386	664,562	573,172	373,652
	保 險 給 與	1,268,746	537,646	443,925	287,175
	管理運營費	332,852	123,296	125,577	83,979
	徵收手数料	9,788	3,620	3,670	2,498
赤 字 (A-B)		△ 464,751	△ 194,931	△ 172,141	△ 97,679
世帶當年間差額		△ 12,292	△ 13,748	△ 11,375	△ 11,496

資料:金衍英, 1983. p.49

表 3 - 42 醫 療 保 險 長 期 擴 大 計 劃

(單位:千名)

區 分 \ 年 度		'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88
總人口(千名)		39,331	39,951	40,578	41,209	41,839	42,488	43,147
受 惠 對 象 者	第 1 種	7,149	10,212	10,927	12,021	12,862	13,763	14,726
	第 2 種	547	547	547	6,029	5,893	11,485	16,714
	公務員 등	4,112	4,316	4,537	4,762	5,005	5,255	5,522
	計	11,808	15,075	16,011	22,812	23,760	30,503	36,962
受惠率(%)		30.0	37.7	39.4	55.4	56.8	71.8	85.7
適 用 擴 大 計 劃	第 1 種	100 人以上事業場實施	16 人以上事業場擴大	5 人以上事業場擴大				
	第 2 種	6 個市·郡 示範事業實施 ('82.3 個市·郡 追加)			2 種適用對象者의 30 % 까지 擴大		2 種適用對象者의 60 % 까지 擴大	2 種適用對象者의 90 % 까지 擴大
	醫療保險率	9.5	9.3	9.2	9.0	8.9	8.8	8.6
醫療保障率		39.5	47.0	48.6	64.4	65.7	80.6	94.3

資料:保社部, 1982. 保健社會, p.253

第 4 章

農村醫療傳達體系의 새로운 構想

1. 農村醫療傳達體系改善을 위한 先行模型檢討

가. 先行模型의 概觀

舊韓末以來 現代醫學이 導入된 이후 우리나라의 保健醫療關係者들은 全國방방곡곡에 病院을 많이 세우고 醫師를 보내기만 하면 保健醫療問題의 많은 部分이 저절로 해결되리라는 原始的인 생각을 갖고 있었다. (梁在謨 1981. P1) 그러나 1970年代에 이르러 醫療資源의 都市集中 등 많은 問題를 發生하게 되면서 醫療傳達體系가 確立되어야 한다는 논의와 함께 農村地域에서 醫療傳達體系改善을 위한 示範事業과 研究가 활발히 進行되어 오고 있다. 1970年代初에는 醫科大學, 韓國保健開發研究院 및 病院등이 中心이 되어 각 마을마다 住民의 健康狀態를 定期的으로 把握하여 그 情報를 1次醫療機關으로 연결시키는 問題에 초점을 두었다. 그러나 1970年代 후반부터는 農村住民들의 2次醫療의 接近度を 높이고 良質의 醫療를 可能한限 싼값으로 提供해 줄 수 있도록 農村地域에 病院建設을 중심으로한 2次醫療體系의 確立의 必要性도 많은 사람에 의하여 지적되고 있다. (梁在謨, 1981. P2).

지금까지 研究된 農村醫療傳達體系에 대한 模型研究는 7가지가 있는 바 이를 要約整理하면 다음과 같다.

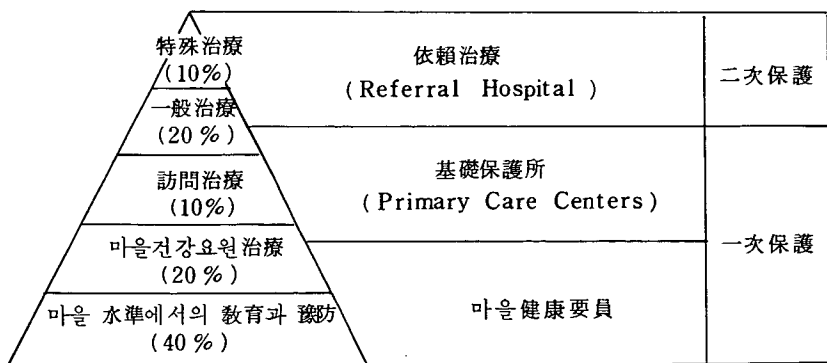
Ⅰ 模型Ⅱ

이 模型은 韓國地域社會醫學協會가 全北 沃溝郡, 慶南 巨濟郡, 江原 正 鮮군 사북면에서 地域社會住民의 健康을 위하여 示範事業의 推進하여 온 模型 이다. (金聖二外, 1980, PP 62-64)

이 模型의 基本原則은 <圖 4-1>과 같이 住民健康의 60%는 각 마을 에 常住하는 마을健康要員의 水準에서 해결하고,看護員級으로 되어 있는 基礎保護所 (Primary Care Centers)에서 가정방문이나 基礎保護所를 찾아오는 患者를 대상으로 단순한 治療를 (20%정도)하며 一般治療의 일부와 個別治療를 病院에서 實施하는 것을 根幹으로 하고 있다. 다시 말 해서 病院의 效率的인 事業을 위해서는 地域社會自體內的 活動과 基礎診療 所의 活用을 通하여 地域社會의 保健問題를 段階的으로 處理함으로서 最少 限으로 病院의 負擔을 減少하여 집중적인 醫療事業만을 病院에서 實施하 자는데 있다. 이 事業에 있어서는 基礎醫療保護網 (Primary Care Net Work), 依賴病院 (Reterral Hospital) 그리고 醫療保險 (Health Insurance)의 세가지 要素를 基本的인 條件으로 하고 있다.

이 模型의 特徵은 郡單位에 病院을 建設하고 地域住民들의 醫療保險까지 連繫시켰다는 점을 들 수 있다.

圖 4-1 韓國地域社會保健協會의 綜合的 醫療保證事業模型 (模型Ⅱ)



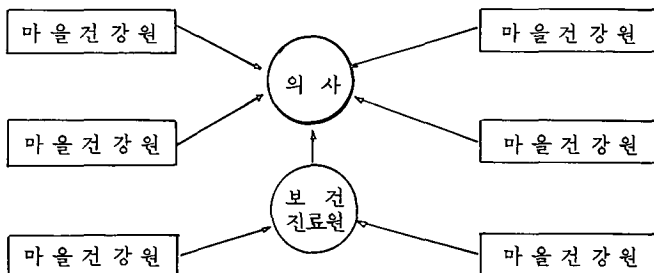
資料: Korea Community Medicine Corporation, 1978. Community Medicine at Work in Korea, KCMC, Seoul. P15.

〔2〕 模型 Ⅱ

이 模型은 韓國保健開發院이 既存 保健所의 效率的인 活用을 위하여 江原道 洪川郡에서 示範事業으로 實施한 模型이다. (金聖二外, 1980. PP64~66), 이를 위하여는 첫째, 保健所의 체계를 강화하며 둘째, 保健診療員과 마을健康員같은 새로운 類型의 保健要員을 訓練하여 事業地域에 配置하였으며 셋째, 地域住民의 參與를 높이기 위하여 地域住民들로 構成된 保健委員會를 末端行政單位까지 設置하였다.

이 模型은 〈圖 4-2〉에서 보는 바와 같이 面單位의 保健醫療體系를 再編成하는 것으로 1次 保健醫療을 위한 醫療體系에서는 韓國地域社會保健協會에서 實施하는 類型과 비슷하나 保健診療員을 통하지 않고 마을 健康要員이 直接 保健所와 支所의 醫師와 關係를 맺도록 하고 있다. 또한 醫療事業을 效率的으로 支援하기 위하여 道, 郡, 面의 行政責任者를 委員長으로 하고 住民代表者를 委員으로 하는 行政單位別 委員會를 構成하였다. 특히 이 模型에서 注目되는 것은 마을單位에 1次 保健醫療의 財政的인 뒷받침을 위한 大同會라는 모임을 조직하여 地域社會全體와 관련된 問題의 해결을 위한 地域社會의 共同活動을 計劃하고 實踐하며 保健關係機關과 橋梁役을 擔當하도록 하고 있으며 1次 保健醫療서비스에 대한 必要한 醫療費를 給與하도록 하였다. 그 內容을 보면 첫째, 各種 豫防事業을 擔當하고 保健診療所, 保健所의 1次 診療를 무상으로 하며 둘째, 入院時年 1회에 限하여 本人이면 10 배까지 보상을 받고 셋째, 退院시 保健所 車輛을 利用하도록 하였다.

圖 4-2 洪川地域 1次 保健醫療傳達體系 (模型Ⅱ)



資料 : 韓國保健開發研究院, 1978. 保健醫療示範事業, P 240.

③ 模型Ⅲ

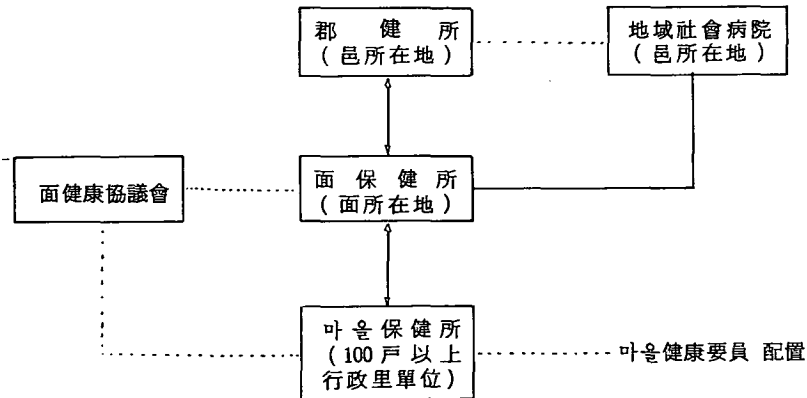
(가) 模型概要

이 模型은 1974 年에 延世大 醫大에서 京畿道 江華郡에서 實施한 示範事業이다. (延世大醫大, 1979. PP20-36) 이 模型은 韓國保健開發院의 模型과 유사하나 郡保健所組織과는 별도로 地域社會病院을 建立하고 大學의 人力과 施設을 活用한다는 점에서 차이를 찾아 볼 수 있다.

이 模型은 地域社會住民으로부터 시작하여 面保健支所(1次 保健醫療센터), 郡保健所 및 郡病院, 그리고 道保健課와 道立病院으로 연결되는 後送依賴體系의 樹立이 包含된다.

이러한 模型은 처음부터 完全하게 구상 및 計劃된 것은 아니고 事業을 施行하면서 實際의인 經驗이 現地에서 쌓여감에 따라 한 段階씩 發展시킨 것이다. <圖 4-3>은 江華地域社會 保健事業 醫療傳達體系의 基本模型이다. 이 模型은 平均 100 가구인 行政里에 마을單位保健所(Health Post)

圖 4-3 江華地域 醫療傳達體系模型 (模型Ⅲ)



資料 : 延世大醫大 豫防醫學敎室, 1979, 江華地域社會 保健事業(目的 事業內容 評價), P 23.

表 4 - 1 醫療傳達體系別 機能 및 人力配置(模型Ⅲ)

區 分	配 置 基 準	配置人力 및 施設	任 務
마을 단 위 保 健 所	· 1 個行政里에 1 個 마을단위保健所 · 100 가구 500 人規 模	· 家庭健康要員配置 (무보수)	· 2 個月에 1 회씩 가구방문 · 家庭健康記錄簿 간단한 應 急處置 · 應急患者後送依頼 및 모자 保健業務
面保健支所	· 面所在地마다 配置 · 인구 10,000 명 規模	· 公醫 1 명 · 조산원 1 명 · 건강간호원 1 명 · 다목적보건간호원 3명 · 검사실, X - 선 등 의 시설, 장비구입 (40~50坪 規模)	· 1 次 公 的 保健診療機關
郡 保 健 所	· 邑所在地에 配置		· 既存保健所의 機能과 役 割을 그대로 유지
地 域 社 會 病 院	· 邑所在地에 配置	· 病床 50 個 規模	· 郡全體의 2 次診療機關 (支所後送患者의 90 % 處理) · 既存 地域社會 開業醫의 集團開發을 유도하여 運 營

資料 : 延世大醫大, 江華地域 社會保健事業, 1979.3.

를 두며 平均 約 10,000 名의 人口를 가지고 있는 面單位에는 包括的인 醫療를 提供하도록 새로운 機能을 가진 面 保健所를 組織하며 郡廳所在地에는 既存 保健所와 50 病床規模의 地域社會病院 1 個를 建立하여 豫防과 診療를 區分하도록 하였다. 여기에서 해결하지 못하는 患者는 道水準의 綜合病院과 道 保健課로 後送하도록 하고 있다.

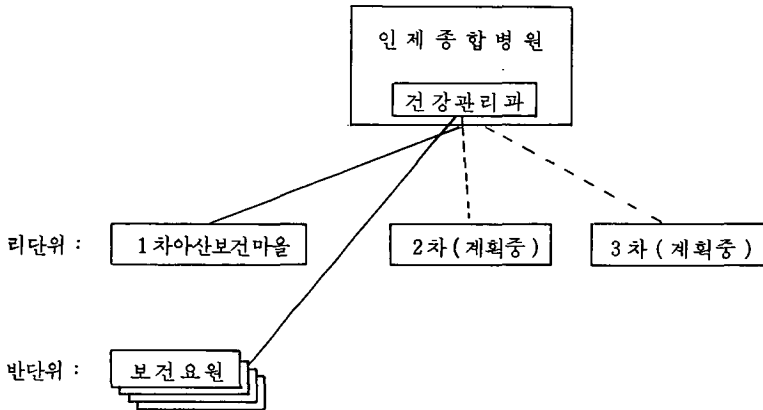
(나) 機能 및 人力配置

醫療傳達體系別 機能 및 人力配置內容을 要約整理하면 <表 4 - 1> 과 같다.

[4] 模型Ⅳ

이 模型은 峨山財團에서 醫療脆弱地區 事業의 일환으로 江原道 麟蹄郡에 麟蹄綜合病院을 1978 年 11 月에 開院하고 開發한 模型이다. (金聖

圖 4 - 4 인제綜合病院醫療傳達體系 (模型Ⅳ)



資料 : 인제綜合病院, 인제綜合病院事業實績, 1980. P8.

二, 1980. P67), 麟蹄綜合病院은 自體가 가지고 있는 保健醫療의 人力과 施設을 合理的으로 活用하여 住民에게 便利하고 經濟인 醫療서비스를 提供할 수 있는 保健醫療傳達體系를 開發하여 既存地域社會와의 關係를 강화하고 住民의 醫療事業參與와 保健醫療費의 社會化를 위해서 段階的인 計劃의 일환으로서 峨山保健마을 示範事業을 實施하고 있다.

이 模型은 <圖 4-4>와 같이 病院中心下에 각 行政里單位로 「保健마을」이라는 保健事業組織을 年次的으로 實施하고 있으며 各班單位別로 保健要員을 두어 病院의 健康管理課와 直接的인 關係를 맺도록 하고 있다.

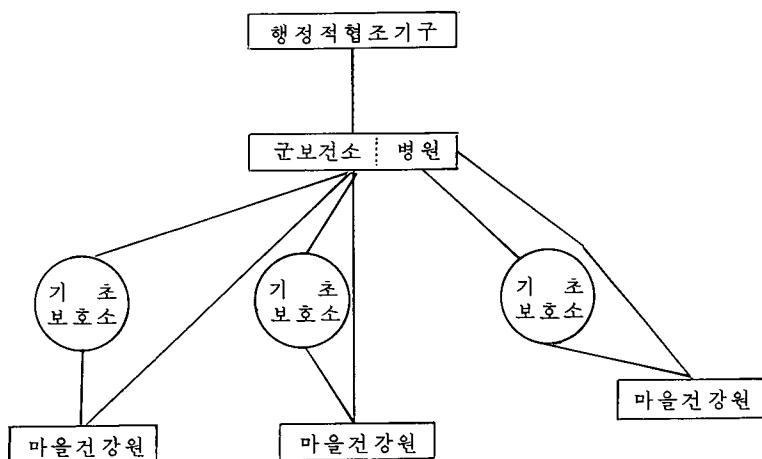
1980年 現在 1個 마을에 대해서 示範的으로 實施하고 있다. 여기에서 實施하는 醫療組合費는 1人當 月 500원으로서 患者發生時 50%의 醫療費負擔만으로 治療를 받을 수 있게 하고 있다.

[5] 模型 V

이 模型은 金聖二教授등이 既存의 農村醫療傳達體系研究 (模型Ⅰ~Ⅳ) 들을 檢討補完하여 江原道 農村地域을 中心으로 開發한 模型이다. (金聖二外, 1980. P68)

이 模型은 <圖 4-5>와 같으며 구체적인 方向은 다음과 같다.

圖 4-5 模型 V의 醫療傳達體系



資料：金聖二外，1980，醫療機關의 醫療施惠擴大 및 社會福祉서비스 提供에 관한 模型研究 社會福祉 '80 겨울호，韓國社會福祉協議會 P 68.

첫째, 각 班單位로 마을健康員을 두어 醫療治療와 연락을 擔當케 한다.
둘째, 面單位에 있어서의 保健支所등을 活用하여 基礎保健所등의 명칭으로 중간 機構를 둔다.

세째, 1次醫療事業이 중심이 되는 것으로 郡廳所在地에 保健所와 病院을 地域의 事情에 따라 責任을 위임하되 양기관간의 協助體制를 強化한다.

네째, 醫療保險組織을 바탕으로 地域社會住民과 1次醫療施惠機關과 持續的인 關係를 갖도록 한다.

다섯째, 각 行政單位에서 實質的인 協助를 提供할 수 있는 協助機構를 住民과 實力者를 最大한 으로 包含하여 運營한다.

[6] 模型 VI

(가) 模型概要

이 模型은 韓國人口保健研究院에서 農村地域 保健所組織의 機能強化를 위하여 1983 年에 開發한 模型이다. (宋建鏞, 1983, PP 207-210)

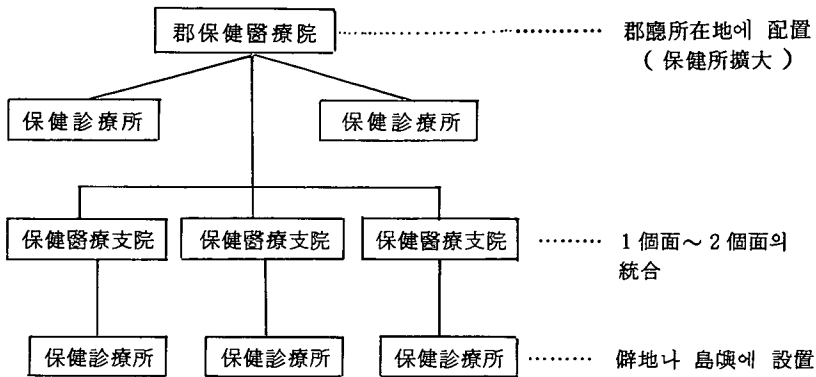
農村住民들의 保健所에 대한 認識을 새롭게 하고 保健所의 責任과 機能

을 強化시킬 수 있도록 保健所組織의 名稱을 郡保健所는 「郡保健醫療院」으로 保健支所는 「保健醫療支院」으로 變更시켰다.

郡內 保健醫療서비스傳達體系는 「郡保健醫療院」「保健醫療支院」「保健診療所」등으로 한다. 各 保健醫療施設은 住民에게 직접 1次 保健醫療서비스를 提供하지만 管割地域 (Service Area)과 對象人口의 規模나 機能은 다르게 한다.

이 상의 醫療傳達體系의 模型을 要約하면 <圖 4-6>과 같다.

圖 4-6 模型 VI의 醫療傳達體系



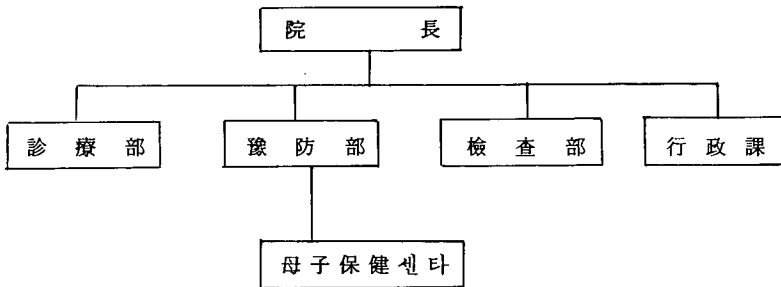
資料：韓國人口保健研究院，農村地域保健所 組織 및 機能改善에 관한 研究，1983, P208.

郡保健醫療院은 郡廳所在地에 1個所 設置하여 邑所在地 및 面人口중 道路邊 居住者로서 到達所要時間이 30分 이내인 人口를 대상으로 1次 保健醫療서비스를 提供토록 한다. 保健醫療院의 組織 및 機構는 <圖 4-7>과 같이 院長 밑에 診療部, 豫防部, 檢査室, 行政課를 두며 現在 郡保健所와 分離設置되어 있는 母子保健센터는 豫防部에 소속되도록 한다.

保健醫療支院은 管割地域內 人口에 대하여 직접 1次 保健서비스를 提供하며 地域特性을 考慮하여 1個面 또는 2個面이 될 수도 있다. 保健

診療所는 面內 僻地나 島嶼에 設置하며 管割地域內 人口에게 1次 保健醫療서비스를 提供하며 應急患者를 後送한다.

圖 4-7 郡保健醫療院의 組織 및 機構



- 診療部：一般診療，齒科診療，應急處置等
- 豫防部：結核，나병，기생충豫防，傳染病豫防，成人病，精神病豫防，母子保健센터運營，保健教育等
- 檢査室：病理檢査，X-線檢査，心電圖를 包含하는 成人病診斷檢査，水質其他 衛生檢査
- 行政課：庶務，保健行政

(나) 醫療傳達體系의 配置事例概要

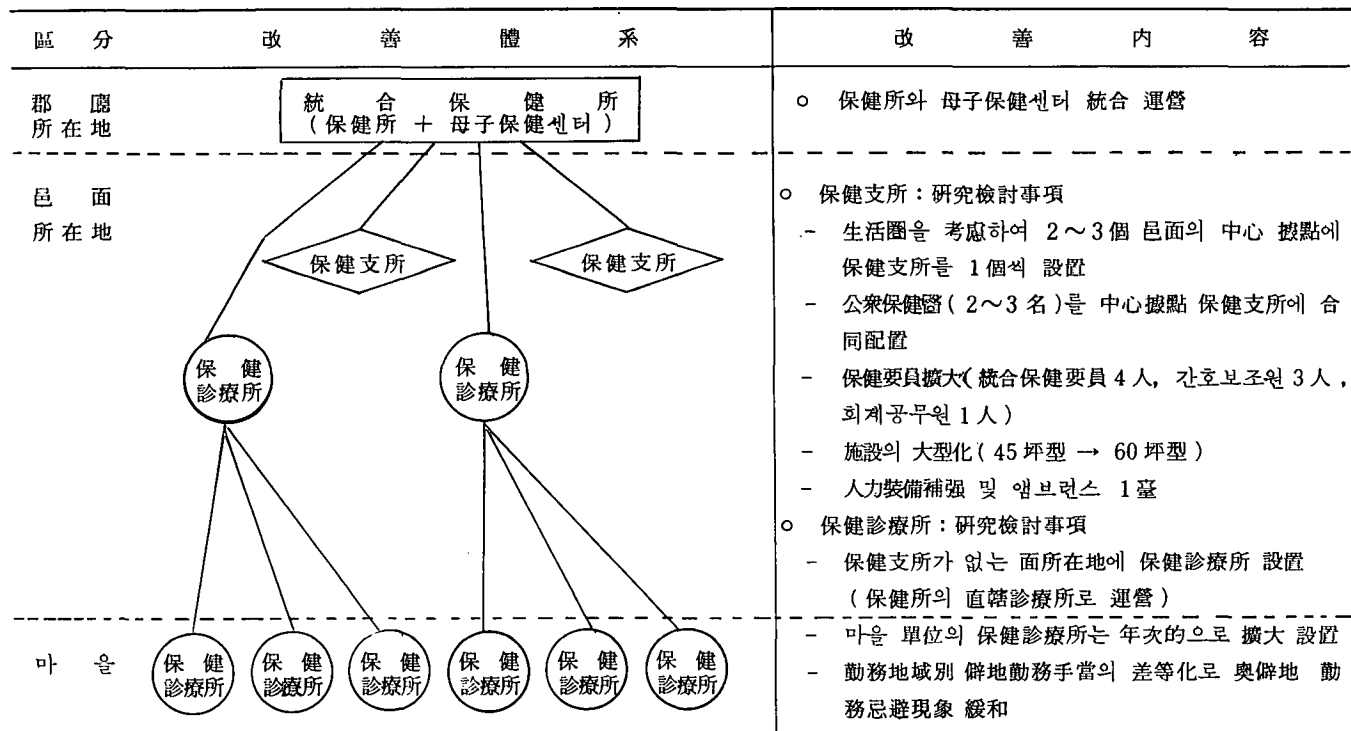
郡內 生活圈이나 國民學校學群，道路，山，河川等 地域特性을 考慮하여 모든 住民이 30分以內에 到達可能하도록 施設을 배치하였으며 4個 地域에 대한 配置事例研究結果는 <表 4-2>와 같다.

7 模型Ⅶ

이 模型은 經濟企劃院이 1984年에 韓國農村經濟研究院의 固城定住生活圈開發計劃事例研究의 일환으로 推進된 慶南 固城地域의 醫療傳達體系模型을 修正하여 만든 模型이다.

이 模型은 <圖 4-8>에서 보는 바와 같이 既存保健所와 母子保健센터를 綜合하여 「統合保健所」로 改稱하고 1個面마다 設置하고 있는 保健支所를 生活圈據點機能을 하는 面所在地에 設置하여 2~3個 支所를 1個

圖 4-7 模型Ⅶ의 醫療傳達體系 및 內容



資料: 經濟企劃院, 1984.9, 1984 年度 上半期 政府主要業務 審査分析 報告書, P126.

支所로 統合하고 奧地農村마을 또는 面 所在地에는 保健診療所를 擴大하도록 하고 있다.

表 4 - 2 保健醫療施設配置事例研究概要

區 分		忠 北 沃 川	忠 南 洪 城	慶 南 昌 寧
邑 面 數		1 邑 8 個面	2 邑 9 個面	2 邑 12 個面
施設 配置	保健醫療院	1 個 (57,176人)	1 (51,936)	1 (42,766)
	支 院	1 (9,986)	5 (56,818)	7 (45,687)
	保健診療所	13 (21,716)	11 (23,323)	12 (27,248)
配 置 基 準		○ 沃川과 靑山面 生活圈으로 構成 ○ 1 邑 7 個面은 保健醫療院이 擔當 ○ 靑山面에만 1 個 支院 設置	○ 洪城邑 單一生活圈으로 構成 ○ 洪城邑 隣接 4 個面은 保健醫療院이 擔當 ○ 6 個 邑面에 5 個 支院設置	○ 昌寧, 大邱, 馬山圈으로 生活圈構成 ○ 昌寧邑隣接 5 個面은 保健醫療院이 擔當 ○ 8 個面에 7 個 支院을 設置

※ ()는 醫療施設別 管轄區域 人口數 (1982) 임.

나. 先行模型의 評價

農村醫療傳達體系의 確立은 農村이 當面하고 있는 醫療問題를 해결하는데 가장 重要的 課題이다. 더욱이 앞으로 擴大되어 갈 것으로 展望되는 農村醫療保險事業의 定着基盤造成을 위해서도 醫療專門家들은 醫療傳達體系 確立의 重要性을 지적하고 있음을 볼 수 있다. (表 4 - 3 參照)

그러나 지금까지 開發된 農村醫療傳達體系模型은 < 表 4 - 4 >에서 要約整理한 것과 같이 模型의 대부분이 現在와 같은 保健所中心의 1次 醫療傳達體系이며 2次 醫療傳達體系模型도 既存 保健所 組織에 病院만 1 個 設置하도록 하고 있어 現行體系를 크게 벗어나지 못하고 있다. 또한 面所在地마다 保健支所나 이와 유사한 基礎保護所를 設置하도록 하는 模型이 5 個나 되어 良質의 底廉한 農村醫療傳達體系가 確立될 수 있을지 의문시 된다.

表 4 - 3 農村醫療保險擴大를 爲한 醫療傳達體系確立의 必要性

單位: 명, %

	學 界	保健醫療界	有關機關	行政機關	計
替 成	33 (94.3)	44 (88.0)	70 (78.7)	28 (58.3)	175 (78.8)
反 對	2 (5.7)	6 (12.0)	16 (18.0)	20 (41.7)	44 (19.8)
其 他	-	-	3 (3.4)	-	3 (1.4)
計	35 (100.0)	50 (100.0)	89 (100.0)	48 (100.0)	222 (100.0)

資料: 金衍英外, 1984, 醫療保險 懸案問題改善을 위한 調查研究, 韓國人口保健研究院, 84 - 05 P 100.

農村地域에서 1次 醫療傳達體系의 確立이나 面所在地마다 保健支所設置가 얼마나 現實的으로 妥當性을 갖고 있는 가를 구체적으로 檢討하면 다음과 같다.

① 1次 醫療傳達體系確立의 妥當性

지금까지 農村地域에서 慣習的으로 형성된 醫療傳達體系는 대개 1次醫療는 農村現地에서, 2次 및 3次醫療는 道廳에서 이루어지는 형식을 擇하여 왔기 때문에 대부분의 사람들은 農村地域에서 1次醫療만 해결되면 農村醫療環境은 크게 改善되는 것으로 認識하려는 경향이 없지 않다.

農村地域의 대부분은 都市와 거리가 멀뿐만 아니라 交通도 불편하여 農村住民들의 2次醫療 機關의 接近度는 매우 낮다. 2次 診療圈 人口는 全體的으로 보면 90 分권에서는 全體人口의 56.2%, 120 分권에서는 69.5%에 이르고 있다. 都市와 農村間에는 그 격차는 심하여 都市地域은 각각 92.9%, 98.8%인데 비하여 農村地域은 20.5%, 43.6%에 불과한 實情이다. (梁在謨, 1981. P 2.)

이와 같이 農村地域에서 良質의 2次 醫療에 대한 接近度가 낮기 때문에 農村住民들이 2次醫療를 必要로 하는 疾病을 가질 경우 집에서 病을 기르다가 病이 매우 重해지면 그제야 할 수 없이 급하게 大都市의 醫療機關으로 직접 찾아가게 된다. 따라서 治療費도 많이 들고 治療適期를 놓쳐

表 4—8 農村醫療傳達體系開發模型의 性格比較 (要約)

區 分	模 型 開 發 事 例 地 域 (機關名)	開 發 年 度	醫 療 傳 達 體 系 의 配 置				備 考
			1 次 診 療			2 次 診 療 (郡廳所在地)	
			마 을	面 所 在 地	郡廳所在地		
現 行	—	—	保健診療所 (奧地마을)	保 健 支 所	保 健 所	—	—
模型Ⅰ	3 個 (韓國地域 社會醫學協會)	1978	마을健康員	기 초 보 호 소	기초보호소	병 원	○ 病院에서는 住民疾病의 20~30 % 治療
模型Ⅱ	江原洪川 (韓國 保健開發研究院)	1978	마을健康員 " " 保健診療員	보 건 지 소	保 健 所	—	○ 既存 保健所組織의 強化 ○ 道, 郡, 面에 委員會 構成 ○ 마을에 大同會構成
模型Ⅲ	京畿 江華 (延世醫大)	1974	마을保健所 (마을健康要員)	면 보 건 소	郡 保 健 所 (豫防擔當)	地域社會病院 (50 病床)	○ 面單位에 面健康協議會構成
模型Ⅳ	江原 인제 (아산재 단)	1978	아산보건마을 보건요원 (반 단위)	— (保健支所)	— (保健所)	인제종합병원	○ 아산재단에서 設立한 인제종합병 원과 연계개발
模型Ⅴ	江原農村地域 (金聖二教授)	1980	마을건강원	기 초 보 호 소	保 健 所 (병 원)	—	○ 模型Ⅰ ~Ⅳ를 종합한 模型
模型Ⅵ	— (韓國人口保健 研究院)	1983	保健診療所	保健醫療支院	保健醫療員	—	○ 保健 (支所)의 명칭變更 ○ 保健醫療支院은 1 ~ 2 個 面을 統合配置
模型Ⅶ	— (經濟企劃院)	1984	保健診療所	保 健 支 所	統合保健所	—	○ 保健所와 母子保健센터統合 ○ 2 ~ 3 個 面の 保健支所를 1 個所 로 統合

서 治療效果도 적을뿐만 아니라 醫療에 대한 간접비도 대단히 많이 소요된다. (梁在謨, 1980. P2)

이러한 農村醫療環境은 農村住民들의 대부분이 “이정도쯤이야” “좀 참아보고서” ………라는 健康觀을 갖게 됨으로서 (남승택外, 1980. P16) 農村住民의 醫療需要自體는 많으면서 治療를 받는 기회는 적게 되어 醫療人들이 農村地域에 開業을 제약하게 됨으로 農村醫療의 貧困의 악순환을 되풀이 하게 하고 있다.

따라서 農村地域에 2次醫療의 接近度を 높이고 良質의 醫療를 可能な 싼값으로 提供해 주기 위하여는 奧地農村地域에 50 病床規模의 「農村病院」의 建設이 시급하다고 지적하고 <表 4-5>와 같이 農村病院建設對象地域을 設定한 研究도 있다. (梁在謨, 1980, PP2~7)

農村地域에서 최소한 2次醫療까지는 해결되어야 한다는 것은 福祉農村建設이라는 側面에서도 매우 重要하다.

1960~1970 年代의 都市中心의 工業開發은 農村의 相對的 低發展을 불가피하게 함으로서 農村人口의 大都市集中現象을 초래하고 있다. 이와 같이 農村人口의 急激한 減少와 이들 減少人口의 大都市集中은 農村地域에는 農業勞動力의 老齡化, 婦女化 傾向을 擴大시키면서 農業生産性的 向上에 制約을 주고 있으며 都市地域에서는 住宅, 交通等 社會的 費用을 增大하게 되어 都市나 農村地域에 다같이 심각한 社會的 問題를 誘發시키고 있다. (崔洋夫, 1984, PP 23~28)

따라서 2000 年代의 우리國家가 지향하는 「正義로운 民主福祉社會」建設이 구체적으로 實踐되어 나가기 위하여는 福祉農村建設을 통한 農村人口의 定着基盤이 造成되어야 한다. 이를 위하여는 무엇보다도 農村空間이 「食糧増産의 空間」만이 아닌 「人間定住의 空間」으로 새롭게 認識되고 開發되어야 한다. 다시 말하면 農村住民들이 農村地域을 떠나지 않고서도 安定된 일자리와 所得을 올리고 農村에서도 都市的 便益과 서비스를 包含한 現代人의 日常生活에 必要한 基本需要를 充足될 수 있도록 農村定住生活環境의 都市化가 이루어져야 한다. (崔洋夫, 1983. PP47~51, 1984b PP8~10)

表 4-5 農村病院 設立 對象 農村地域 (郡)

구분	除 外 農 村 地 域				設立對象地域	備 考
	시를 둘러싸고 있는 군	시와 隣接된 郡	既存病院設置 郡	1時間內 병원도달可能郡		
郡數	17	30	28	23	40	
군명	명주, 춘성 원성, 대덕 중원, 청원 안동, 금능 영일, 월성 울주, 의창 진양, 통영 옥구, 완주 북제주군	고성 (강원) 양양, 남양주 고양, 시흥 광주, 포천 양주, 화성 용인, 아산 천원, 칠곡 경산, 달성 양산, 김해 사천, 고성 익산, 김제 장성, 담양 광산, 화순 나주, 무안 영암, 승주 여천	이천, 안성 영월, 인제 삼척, 정선 옥천, 제원 부여, 홍성 서산, 보령 공주, 연기 정읍, 남원 무주, 보성 신안, 진도 강진, 완도 영덕, 의성 상주, 거제 거창, 남제주	가평, 연천 파주, 양구 철원, 화천 당진, 예산 청양, 강홍 해남, 문경 문경, 봉화 선산, 성주 영양, 영주 울진, 남해 산청, 창령 함양, 합천	강화, 양평, 여주, 용진, 평택 평창, 홍천, 횡성, 괴산, 단양 보은, 영동, 음성, 진천, 금산 논산, 서천, 고창, 부안, 순창 임실, 장수, 진안, 고흥, 곡성 광양, 구례, 영광, 함평, 고령 군위, 영천, 예천, 울릉, 청도 청송, 밀양, 의령, 하동, 함안	※ 1시간 이내 도달가능군은 약 50% 주민 혹은 절반이상의 면으로부터의 소요시간이 1시간 이내 소요되는 군을 말함. ※ 80 이후 행정구역개편 (시승격) 등으로 분류내용에는 차이가 있음.

資料 : 梁在謨, 1980, 農村病院의 模型開發에 관한 研究

大韓病院協會誌, 第 10 卷 4 號, PP 5~7

農村定住生活環境의 都市化를 위하여는 첫째, 農村中心都市 (人口 10萬 以下の市 또는 邑所在地)의 開發을 통하여 이들 都市가 農村住民들의 日常生活의 基本需要를 充足시킬 수 있는 써비스센터가 될 수 있게 해야 하며, 둘째, 農村下部構造의 擴充을 통해서 農村住民들의 移動性和 接近度를 높이고 마지막으로, 農村住民들의 生活의 安定을 위한 農村醫療網의 擴充과 農村社會福祉施設의 擴大가 이루어져야 한다. (崔洋夫, 1984b, PP15~16) 그러나 政策的 次元에서 시급히 해결하여야 할 課題는 衣食住 다음으로 重要視하고 있는 農村住民들의 健康問題와 관련 醫療問題라고 할 수 있다. <表 4-6>에서 農村住民들이 가장 不便하게 느끼고 있

는 定住生活環境을 보면 全國的으로 잘사는 郡으로 지적되는 京畿道 安성 지역 住民들은 醫療가 가장 不便한 定住生活環境으로 지적하고 있으며 奧地落後地域인 慶南固城과 全南 康津地域住民들은 醫療를 두번째로 불편한 施設로 지적하고 있다. 이와 같은 統計的 事實은 農村定住生活環境중에서 農村住民들이 많은 關心을 갖고 있는 것은 醫療問題이며 이러한 醫療問題에 대한 關心은 앞으로 所得이 增大되어 감에 따라 더욱 높아질 것으로 展望된다.

表 4-6 農村地域에서 가장 不便한 定住生活環境

單位：名，%

區 分	成 長 地 域 (京 畿 道 安 成)	落 後 地 域		
		전 남 강 진	경 남 고 성	計
道路交通	114 (20.3)	178 (34.4)	183 (49.1)	361 (40.5)
通 信	58 (10.3)	69 (13.3)	14 (3.8)	83 (9.3)
醫 療	177 (31.5)	185 (35.7)	140 (37.5)	325 (36.5)
教 育	49 (8.7)	68 (11.1)	24 (6.4)	92 (10.3)
文 化	164 (29.9)	18 (33.5)	12 (3.2)	30 (3.4)
計	562 (100.0)	518 (100.0)	373 (100.0)	891 (100.0)

資料：崔洋夫外，2000年代를 向한 農村定住生活圈 開發의 基本構想（京畿 安城（1983），全南 康津（1982），慶南 固城（1984）事例）韓國農村教育研究院。

이러한 觀點에서 볼때 農村地域의 醫療傳達體系를 1次, 또는 2次로 할 것이나 하는 問題는 農村地域의 立地를 考慮하여 設定되는 問題가 檢討되어야 할 것이다. 즉 2, 3次 醫療機關의 接近度가 높은 都市近郊農村地域은 1次 醫療傳達體系만을 設定하고 都市와 距離가 떨어져 있는 農村地域은 최소한 2次 醫療傳達體系로 設定하도록 하는 問題가 檢討될 必要가 있다.

② 面所在地마다 保健支所配設의 妥當性

전술한 바와 같이 우리나라의 農村醫療環境改善은 保健所組織을 中心으로 推進되어 왔으며 특히 1980年「農漁村保健醫療를 위한 特別措置法」

이 制定되어 醫科大學卒業生들을 軍服務를 면제하여 주고 保健支所에 3年間 勤務하도록 하는 公衆保健醫制度를 導入함으로서 1983年 11月에는 全國으로 無醫面을 해소하기에 이르렀다.

이와 같은 政策的 努力은 農村保健醫療環境에 획기적인 轉機가 마련된 것으로 認識되어 지고 있다. 그러나 公衆保健醫들은 임상경험이 적고 保健支所의 醫療施設이 落後되어 있기 때문에 多樣化되고 專門的 診療를 要求하는 傾向이 높아져 가고 있는 農村住民들의 疾病을 治療하는데는 많은 制約이 있으며 이러한 現狀은 農村住民들의 保健(支)所의 利用을 낮게 하는 原因이 되고 있다고 지적되고 있다.

그러나 <表 4-7>에서 忠北 槐山郡內 保健支所의 診療實績(1984. 1~12)을 보면 據點機能이 높은 面所在地에 위치하고 있는 保健支所와 그렇지 않은 保健支所와의 診療實績은 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 즉, 據點機能이 높은 邑面所在地에 立地하고 있는 保健支所의 年間診療實績은 平均 3,246名년에 비하여 據點機能이 거의 없는 面所在地에 立地하고 있는 保健支所는 平均 232名의 診療實績을 보이고 있다. 이와 같은 事實은 保健所組織을 통한 農村醫療環境改善을 위하여는 保健支所의 과감한 統廢 合同問題가 檢討되어야 한다는 것을 잘 立證해 주고 있다.

表 4-7 保健支所立地 類型別 年間 診療實績¹⁾(忠北, 槐山, 1984. 1-12)
單位: 名, 個所

區 分	邑 面 數	保健支所數	人 口 數		年 間 診療實績	保健支所當 診療實績
			全 體	邑 面 當		
據點機能所在 保 健 支 所 ²⁾	7	5	67,579	13,516	16,230	3,246
一般地域所在 保 健 支 所 ²⁾	7	7	37,716	5,388	1,623	232
計 ³⁾	12	12	105,295	8,775	17,853	1,488

1) 經濟企劃院, 1984, 調查資料

2) 서울大 環境大學院 槐山郡 定住生活圈開發計劃(1982-1991), 1982, PP 79 ~ 81에 의거 分類

3) 保健支所가 없는 槐山邑除外

2. 農村地域의 範圍와 定住體系

農村醫療傳達體系의 樹立 및 醫療施設의 適正配置를 위하여는 農村地域의 範圍와 定住體系에 대한 理解가 必要하다.

가. 農村地域의 範圍

지금까지 農村地域은 都市地域을 除外한 「나머지 地域」으로 認識되어 왔다. (崔洋夫, 1983, PP7~8) 이와 같은 農村地域의 認識은 農村을 마을의 空間範圍로 認識하여 온데서 비롯된다. 1960年代 初까지만 하여도 우리나라 人口의 대부분이 農家人口이었고 農業도 傳統的인 自給自足の形態를 벗어나지 못하였기 때문에 마을 또는 5日市場中心의 生活圈이 形成되었다. 그러나 1960~1970年代의 都市化-工業化의 促進과 더불어 道路交通이 發達되고 農業도 市場販賣를 目的으로 하는 商業的 農業이 發達되어 가고 있다.

이와 같은 商業的 農業의 發達은 불가피하게 農村住民들의 經濟活動을 마을社會의 範圍를 벗어나 農產物의 消費市場인 都市까지로 擴大시켰으며 이 過程에서 農村의 마을과 大都市를 연결짓는 結節地로서 작은規模의 市나 邑級都市 즉 農村中心都市는 마을의 傳統的인 機能을 대체하면서 마을을 單位로 하던 農村住民들의 生活圈의 中心役割을 하고 있다. (崔洋夫, 1983, PP 39~40) 따라서 農村地域의 空間的 範圍는 農村中心都市와 그 背後地가 되는 마을을 하나의 統合된 社會로 새롭게 認識되어야 한다. (崔洋夫, 1984, PP 84~87) 柳佑益, 1984, PP 6~9) 즉 農村地域의 概念은 지금까지 마을單位의 概念에서 農村中心都市와 背後地인 마을을 하나의 統合된 空間으로 하는 定住生活圈의 概念으로 擴張될 必要가 있다.

-
- 1) 定住生活圈은 中心都市를 生活의 中心地로 하는 모든 住民들의 1日生活圈을 의미하며 中心都市를 기점으로 半徑 16 km (버스로 1時間 到達圈)에 이르는 範域에 해당된다. 定住生活圈에는 都市定住生活圈과 農村定住生活圈으로 크게 區分된다. 農村地域은 農村定住生活圈과 같은 概念으로 解釋되고 있다

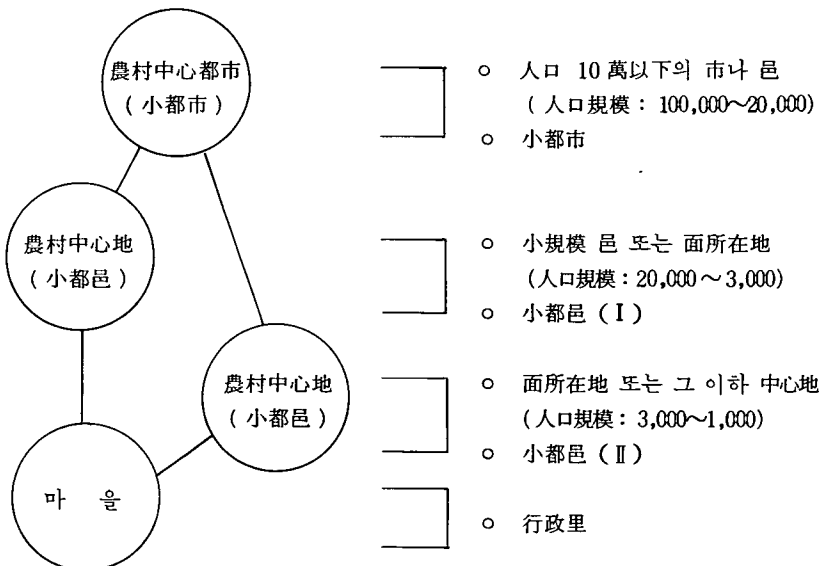
나. 農村地域의 定住體系

農村定住生活圈으로 표현되는 農村地域은 〈圖 4-9〉과 같이 農村中心都市(小都市), 小規模 農村中心地(小都邑), 그리고 마을의 基本的인 3段階의 定住體系로 構成되어 있다. (崔洋夫, 1984, PP27-29, 崔洋夫 1984 C PP84-92)

農村中心都市는 人口 10萬以下の 市나 邑所在地로 農村住民이 經濟, 社會, 文化行政 및 政治活動을 수행하는 日常生活의 中心地로서 農村住民들이 必要로 하는 基本需要와 各種서비스를 提供하는 中心機能, 結節機能, 및 據點機能을 擔當하고 있다.

農村中心地는 農村定住體系에 있어서 自然環境的 地域的 條件에 따라서 農村中心都市를 보조하는 機能을 修行하며 人口規模 20,000 以下の 邑과 3,000 以上으로 都市計劃法의 適用對象이 되는 地域이다. 農村中心地는 山間農村地域과 같이 中心都市까지 接近度가 낮은 地域에서는 人口規模 1,000 ~ 3,000에 속하는 面所在地나 그 以下の 中心地(小都邑Ⅱ)가 存在하는 경우도 있다.

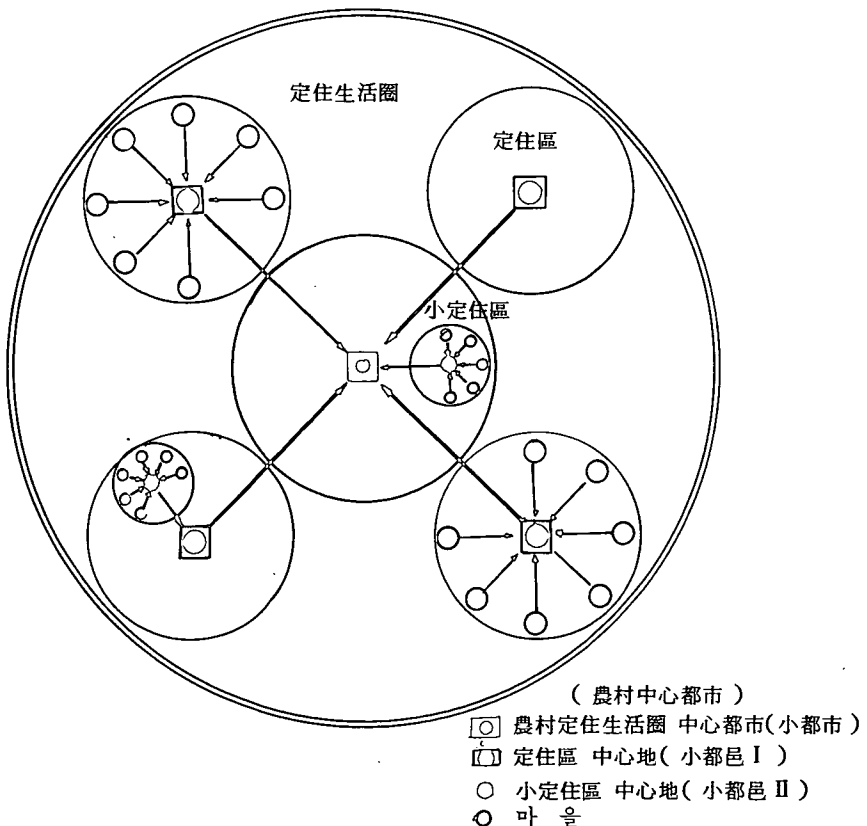
圖 4-9 農村地域의 定住體系



農村定住體系에 있어서 小都市나 小都邑(Ⅰ, Ⅱ)을 중심으로 하는 小單位の 生活圈 즉 定住區域으로 세분화 될 수 있다. 定住區는 小都邑Ⅰ을 生活의 中心으로 하는 範域이며 우리나라의 경우 邑面行政單位를 基礎로 할 때 中心地의 성격에 따라 3~4個 邑面に 해당하는 定住生活圈內의 小生活圈을 의미한다. 小定住區는 小都邑Ⅱ를 中心으로 형성되는 1個 面規模의 小生活圈, 즉 定住區內의 小生活圈을 의미하며 山間農村地域과 같이 農村中心都市, 小都邑(Ⅰ)까지의 接近度가 極히 낮은 地域에서 特殊하게 나타나는 類型이다.

이상의 農村定住生活圈, 定住區, 小定住區의 關係를 整理하면 <圖 4-10>와 같다.

圖 4-10 農村定住生活圈의 空間構造



3. 農村醫療傳達體系의 새로운 構想

固城地域을 중심으로

韓國農村經濟研究院에서는 1982 ~ 1984 年까지 農村定住生活圈開發計劃의 事例研究를 3 個 農村地域(全南康津('82) 京畿安城('83) 慶南 固城('84))을 중심으로 實施하였다. 同計劃의 일환으로 農村住民들의 醫療環境改善을 위한 保健醫療計劃을 樹立하였다. 3 個 事例地域에 있어서 住民들의 醫療開發需要는 道路交通다음으로 매우 높았으며 그 需要도 多樣하였다. 이러한 農村地域住民들의 多樣的 醫療開發需要를 地域內에서 充足시키기 위하여는 現行 保健所組織을 통한 農村醫療傳達體系로는 한계가 있음을 느끼고 3 個 地域의 研究經驗을 토대로 農村定住體系에 의거 固城地域의 醫療傳達體系의 模型을 樹立하였다.

가. 固城地域의 概況

① 環境의 特性

固城地域은 慶南 西南部에 위치하고 있으며 閑麗水道와 隣接하여 晉州市, 馬山市, 三千浦市 그리고 忠武市の 사이에 끼어 있다. 주변都市와의 거리는 忠武 24 km, 馬山, 晉州가 다같이 44 km, 三千浦는 54 km이다. 耕地面積은 固城郡 全體土地의 25%를 차지하고 있고 林野率은 平均 65%이나 林野率 75%이상 邑面이 14 個 邑面中 5 個 面이나 되어 臨海山村地帶의 性格을 띠고 있다.

4 個 市の 中間에 끼어 있어 都市近郊 農村地域으로 이해될 수 있으나 <表 4-8>에서 보는 바와 같이 固城邑에 到達所要時間은 191 個의 調査行政里中(總 行政里數: 260 個) 1 時間以上 所要마을이 40.3%나 되어 마을에서 固城邑까지 接近度는 매우 不便한 편이다.

固城郡은 1 邑 13 個 面으로 構成되어 있으며 1982 年末 現在 總人口는 93,999 名 이며 農家人口는 61,900 名이다.

表 4-8 固城邑 到達 時間別 行政里 分布

(單位: 個, %)

邑 面 別	計	固城邑까지의 利用時間別 行政里數 ¹⁾			
		30 分 以 內	30~1 時間	1~2 時間	2 時間 以上
固 城 邑	20 (100.0)	15 (75.0)	5 (25.0)	-	-
三 山 面	13 (100.0)	1 (7.7)	6 (46.2)	4 (30.8)	2 (15.4)
下 一 面	10 (100.0)	-	-	7 (70.0)	3 (30.0)
上 里 面	15 (100.0)	2 (13.3)	7 (46.7)	3 (20.0)	3 (20.0)
大 可 面	15 (100.0)	-	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)
永 懸 面	15 (100.0)	-	3 (20.0)	11 (73.3)	1 (6.7)
介 川 面	13 (100.0)	-	2 (15.3)	7 (53.8)	4 (30.7)
九 萬 面	14 (100.0)	2 (14.3)	11 (78.6)	1 (7.1)	-
會 華 面	14 (100.0)	6 (42.9)	3 (21.4)	2 (14.3)	3 (21.4)
馬 岩 面	20 (100.0)	7 (35.0)	12 (60.0)	1 (5.0)	-
東 海 面	22 (100.0)	-	7 (31.8)	13 (59.1)	2 (9.1)
巨 流 面	20 (100.0)	3 (15.0)	14 (70.0)	3 (15.0)	-
計	191 (100.0)	36 (18.8)	78 (40.8)	58 (30.4)	19 (9.9)

1) 집에서 버스타는데까지 도보로와서 버스를 타고 固城까지 오는데 所要되는 總時間임.

資料: 崔洋夫外, 1984, 2000年代를 向한 農村定住生活圈開發基本構想 (慶南 固城事例), 韓國農村經濟研究院. P86.

② 醫療資源의 分布

固城地域의 醫師數는 1982年末 現在 16名에 불과하여 全國 및 慶南道 水準에 비해 월등히 떨어지고 있으며 病床數는 全無한 實情이다.

醫療機關은 民間部門인 醫院이 4個所가 있으며 保健支所 11個所와 保健診療所 8個所가 있어 醫療問題는 主로 保健所組織에 크게 依存하고 있다.

固城住民의 醫療機關利用을 보면 <表 4-10>과 같이 保健所組織의 利用은 다른 研究와 마찬가지로 極히 적고 保健(支)所등을 利用하지 않는 理由는 醫師能力 不信 (29.8%) 施設未備 (26.3%) 不親切 (10.6%) 등의 順으로 나타나고 있다.

固城住民들이 定住生活環境 가운데 가장 不便한 것은 道路交通이 1位

表 4-9 固城地域의 醫療資源分布 實態比較

(單位：名，個)

區 分	人 口	醫 師 數 ⁴⁾	病 床 數	人口 10,000 名當	
				醫 師 數	病 床 數
全 國 ¹⁾	39,331 ^{千名}	25,097	69,063	6.4	17.6
慶 南 ²⁾	3,485	833	5,155	2.3	14.8
固 城 ³⁾	93	16	0	1.7	-

1) 保社部，保健社會統計年報，1983

2) 慶南，慶南統計年報，1983

3) 固城郡，統計年報，1983

4) 漢醫師，齒科醫師 除外

資料：崔洋夫外，前掲書，P361.

表 4-10 固城住民의 醫療機關利用實態

(單位：%)

區 分	利 用 比 率
綜 合 病 院	10.2
醫 院	20.3
保 健 所	3.4
保 健 支 所	1.7
保 健 診 療 所	1.7
藥 局 (房)	50.9
漢 醫 院	0.0
漢 藥 房	8.5
其 他	3.4

資料：崔洋夫外，前掲書，P362

表 4-11 保健（支）所를 利用않는 理由

(單位：%)

理 由	構 成 比
· 醫 師 能 力 不 信	29.8
· 治 療 費 비싸서	10.5
· 施 設 未 備	26.3
· 불친절하여	10.6
· 醫師만나기힘들어서	8.8
· 其 他	14.0
計	100.0

資料：崔洋夫外，前掲書，P359.

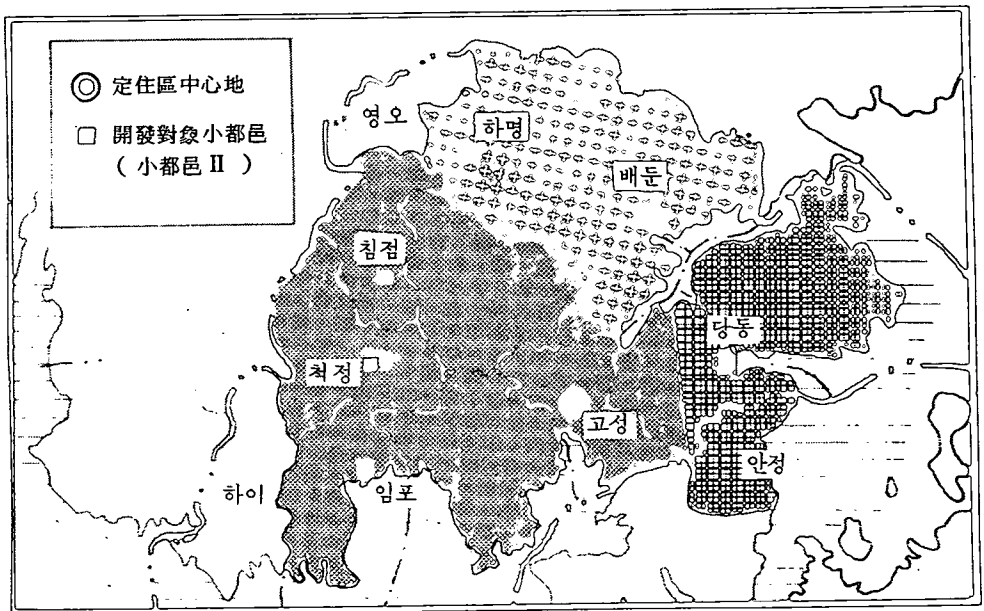
(49.1 %), 醫療가 2位로 (37.5 %) 나타나고 있다. 醫療開發需要는 綜合病院建設 (36.5 %), 醫療保險實施 (26.6 %), 專門醫配置 (15.4%) 등이 가장 높게 나타났다.

③ 固城地域의 定住體系

固城地域의 生活圈은 固城, 三千浦 晋州圈으로 크게 구분된다. 固城定住生活圈은 〈圖 4-11〉과 같이 1 邑 13 個面中 1 邑 11 個 面으로 構成되어 있으며 定住區는 固城區 (1 邑 5 個面) 背屯區 (4 個面), 塘洞區 (2 個面) 로 구분된다.

固城地域의 定住體系를 整理하면 〈圖 4-12〉과 같으며 山村地域의 性格을 띄고 있기 때문에 小都邑Ⅱ 즉 小定住區가 4 個가 나타난다.

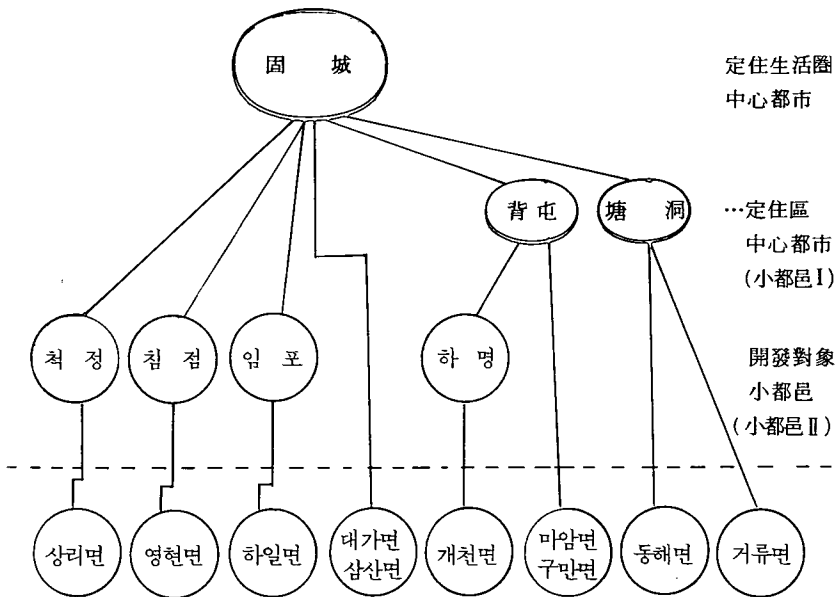
圖 4-11 固城定住生活圈 및 定住區 區分



※ 고성군 영오면 : 진주生活圈
고성군 하이면 : 三千浦生活圈

資料 : 崔洋夫外, 前掲書, P 48.

圖 4 - 12 固城定住生活圈의 定住體系



資料：崔洋夫外，前掲書，P89.

다. 固城地域의 醫療傳達體系設定

① 基本方向

① 固城地域의 醫療傳達體系는 2次診療까지 해결하도록 하고 3次診療는 馬山과 忠武의 醫療施設을 利用하도록 한다.

② 固城地域의 定住體系에 따라 保健(支)所를 改編하여 醫療傳達體系를 樹立한다.

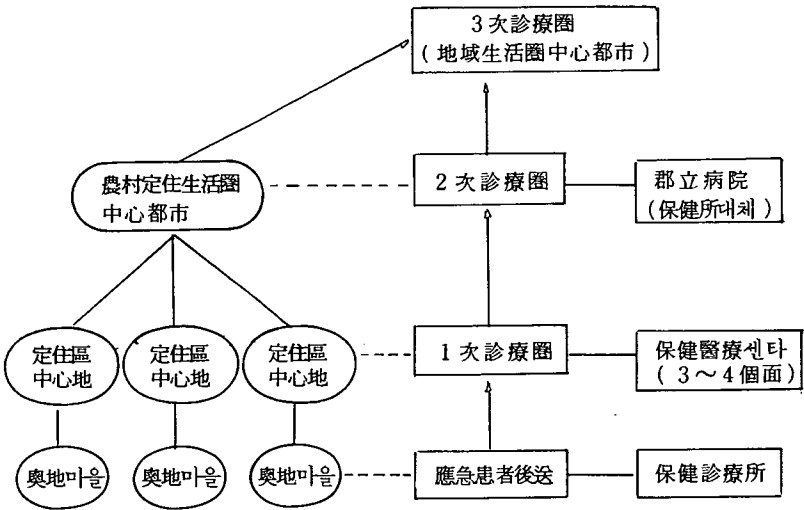
○ 郡廳所在地인 固城邑에 位置하고 있는 保健所를 擴大 改編하여 病床 50個 規模의 「郡立病院」을 新設하여 2次診療를 擔當하도록 한다.

○ 各定住區 中心地인 固城, 背屯, 塘洞에는 既存 保健所를 統

廢合하여「保健醫療센타」를 設置하고 1次 診療를 擔當하도록 한다.

- 奧地마을에 保健診療所를 擴大配置한다.

圖 4 - 13 農村醫療傳達體系的 配置基本方向 (與地 農村型)



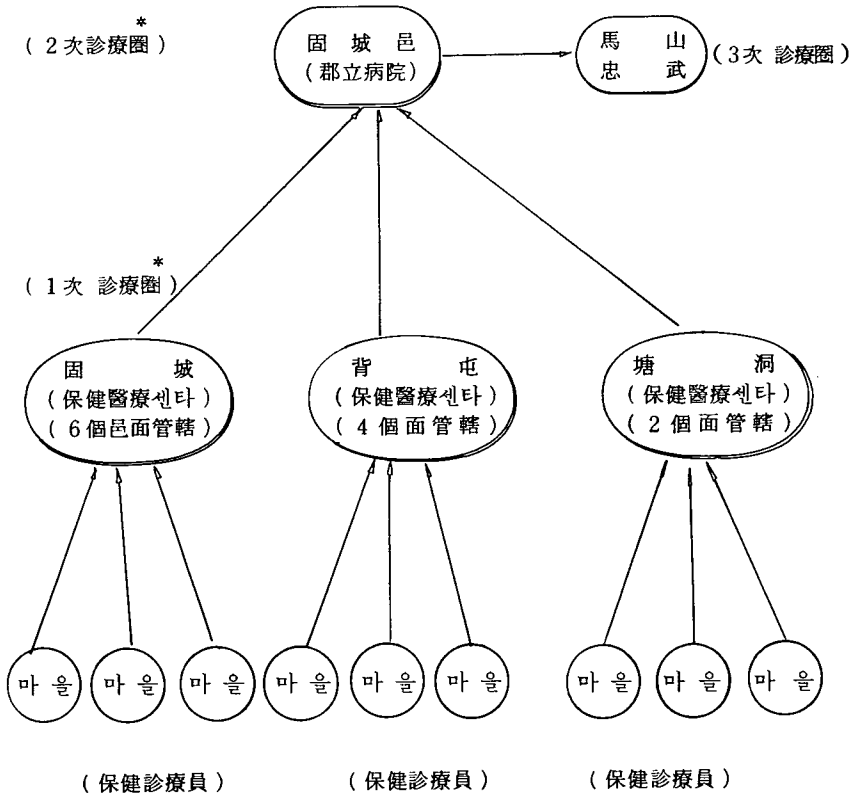
② 固城醫療傳達體系改善模型

固城地域의 醫療傳達體系改善模型은 <圖 4 - 14>과 같다.

③ 醫療施設 및 人力配置

- 郡立病院
 - 固城邑에 病床 40 ~ 50個 規模의 病院을 建立한다.
 - 基本 4科 (內科, 外科, 小兒科, 産婦人科)를 設置하여 診療機能을 強化한다.
 - 人力擴充 : 醫師 5人, 看護員 6人, 看護補助員 25人
- 保健醫療센타
 - 定住區 中心地인 固城, 背屯, 塘洞에 3個 保健診療센타를 設置 既存 面 保健支所를 統廢合한다.

圖 4-14 固城醫療傳達體系 改善의 基本構想圖



* 漁村地域의 醫療保險 擴大實施에 따른 1, 2次 診療機關을 의미함.

資料: 崔洋夫外, 前掲書, P371.

- 一 既存 面保健所의 醫療人力을 吸收, 의사 4名과 看護補助員 3名 多目的 要員 5名을 配置하여 全科 診療를 하도록 한다.

○ 保健診療員

- 一 奧地마을에는 保健診療員을 配置하여
- 一 마을單位の 간단한 疾病의 治療와 應急患者의 後送業務를 擔當하도록 한다.

表 4－12 固城地域 醫療傳達體系別 機能과 人力配置

(單位：名)

區 分	機 能	人力規模 (個所當)	
		醫 師 數	看 護 員
郡 立 病 院	○ 新設新築 (病床 50 個)	5 人 ¹⁾	26 ²⁾
	○ 基本 4 科 設置運營 (內科, 外科, 小兒科, 產婦人科)	(6) ³⁾	
保 健 醫 療 센터	○ 施設新築		⁴⁾
	○ 全科診療	-	-
	○ 段存 保健支所 人力活用		
保 健 診 療 員	○ 應急 藥品具備 및 患者後送	-	-

- 1) 基本 4 科 專門醫 4 人, 家庭醫 1 人
- 2) 看護員 8 名, 補助員 18 名
- 3) () 내는 病理檢查室, 放射線科, 藥局에 종사인원임.
- 4) 保健醫療센터의 管割區域의 特性을 考慮하여 適正配置.

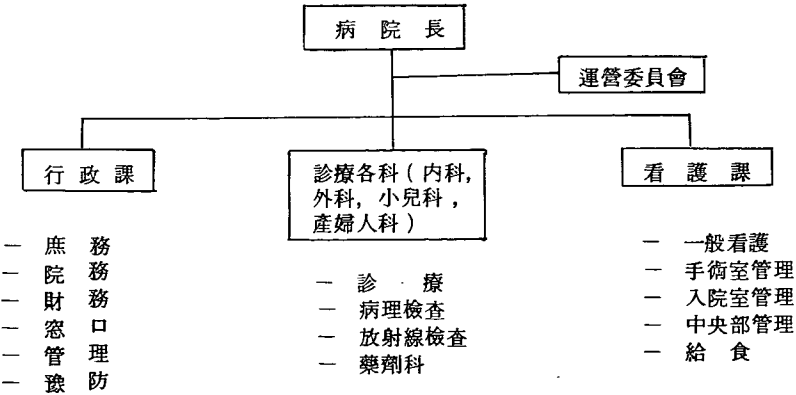
④ 郡立病院의 組織 및 機構

郡立病院의 機構는 病院長 밑에 診療各科와 看護課 및 行政支援 및 豫防業務를 위한 行政課를 둔다.

醫師들의 참여의식을 높이기 위해 醫師全員과 看護課長, 行政課長으로 構成되는 運營委員會를 둔다.

機構의 內容과 機能은 〈圖 4－15〉와 같다.

圖 4－15 固城地域 郡立病院의 機構組織



第 5 章

要約 및 政策建議

1. 要 約

① 本 研究는 1962 ~ 1984 年까지 發表된 農村醫療關聯文獻 및 施策을 體系의으로 整理하여 農村住民의 傷病實態醫療要求 및 治療實態를 分析하고 農村醫療서비스政策의 展開와 問題點 및 農村醫療傳達體系開發模型을 分析하고 農村地域의 定住體系에 依據 慶南 固城地域의 農村醫療傳達體系의 模型을 構想하였다.

② 農村住民들의 營養素攝取는 1960 ~ 70 年代의 所得의 增加로 크게 늘어가고 있다. 그러나 脂肪攝取量은 1981 年 現在 都市地域의 80.5 %에 不過한 實情이다. 이와 같은 農村住民들의 營養攝取量의 增加로 身長等 體位도 크게 伸長되어 都市와의 隔差가 크게 緩和되고 있다.

③ 農村住民들의 傷病推移를 보면 疾病도 多樣化되고 있고 專門的인 治療를 必要로 하는 疾病이 크게 늘어나고 있다. 1963 年에 農村住民의 5 大 傷病은 ① 呼吸器系의 疾患(24.1 %), ② 消化器系의 疾患(20.1 %), ③ 感染性 및 寄生虫疾患(17.7 %), ④ 神經系 및 感覺器의 疾患(8.5 %), ⑤ 皮

府 및 皮下組織의 疾患(7.8%)이었다. 그러나 1979年の 5大傷病은 ①呼吸器系의 疾患(33.5%), ②消化器系의 疾患(17.5%), ③皮膚, 皮下組織의 疾患(13.8%), ④損傷 및 中毒(12.9%), ⑤神經系 및 感覺器의 疾患(8.2%)으로 나타나고 있다. 1960年代의 높은 比重을 차지하고 있던 感染性 및 寄生虫 疾患은 1979年에는 3.2%로 急激히 減少되고 있는 반면 農藥, 農業機械利用에 따른 損傷 및 中毒이 1963年の 3.5%에서 1979年에는 12.9%로 急激히 늘어가고 있다. 또한 農村人口 1,000名 當有病率을 보면 1977年에는 245% 이던 것이 1979年에는 937.3%로 3年間に 무려 3배나 늘고 있다.

④ 1960~70年代의 經濟發展으로 農村地域에서 비닐하우스 農業等이 發達되면서 農村住民들의 農夫症이 每年 增加되고 있다. 農夫症은 8個증상에 對하여 항상 있다에는 2點, 때때로 있다에는 1點, 없다에는 0點을 부여하여 8個症狀의 總點數를 計算 0~2點까지는 正常(-), 3~6點은 要觀察(±), 7點以上은 要精密檢査(+)등의 3가지 類型으로 區分하여 農民 健康管理의 指標로 利用되고 있다. 1984년까지 우리나라에서 農夫症의 研究는 4編에 不過한 實情에 있어 점차 늘어가는 傾向을 보이고 있는 農夫症에 對한 體系的인 研究가 要請되고 있다.

⑤ 醫療要求는 實際 醫療源을 利用한 것과 治療를 願하는 醫療를 모두 包括하는 概念으로 利用되고 있다. 都市와 農村의 醫療要求率은 各各 34.5%, 26.7%로 農村地域이 낮으며 醫療充足率(實際治療率)도 都市가 77.7%인데 比하여 農村은 55.4%에 不過한 實情이다. 治療를 받지 못하는 理由는 都市地域이나 農村地域에서 다같이 經濟的 理由가 가장 큰 要因으로 指摘되고 있다. (都市住民 47%, 農村住民 60%)

⑥ 또한 農村住民들은 良質의 醫療施設과 接近이 容易하지 않기 때문에 疾病이 惡化된 後에 醫療機關을 찾는 境遇가 많다. 따라서 治療期間도 많이 所要되나 醫療保障受惠가 極히 制限되어 있기 때문에 治療費도 더

많이 負擔하는 傾向을 보이고 있다. 都市와 農村의 家口當 平均 患子數는 큰 差異를 보이지 않고 있다. 그러나 家口當 平均 治療日數는 都市가 5.58日 農村이 6.55日로 農村住民들의 治療日數가 많아 實際 支拂하는 治療費는 都市보다 10 %程度가 높게 나타나고 있다.

㉓ 우리나라의 醫療組織體系는 民間醫療部門中心의 自由市場機能에 크게 依存하는 體系로 發展되어 왔기 때문에 醫療資源의 大部分이 都市로 集中되게 되어 醫療資源의 都農間 隔差를 擴大시키고 있다. 또한 住民들이 醫療需要가 發生할 境遇 임의로 醫療機關을 訪問할 수 있는 自由放任의 醫療傳達體系가 定着 發展되어 醫療問題解決에 많은 制約要因이 되고 있다. 이러한 우리나라의 醫療體系의 發展過程에서 落後되어 있는 農村地域의 醫療環境改善은 保健所組織을 통한 1次診療에 크게 依存하고 있는 實情에 있다.

㉔ 따라서 保社部에서는 地域間 醫療隔差를 解消하고 國民醫療의 均霑化를 圖謀하기 爲하여 1981年~1982年에 우리나라의 醫療傳達體系의 基本模型을 樹立하고 全國의 診療圈(大圈13個 中圈112個)을 設定하였다. 그러나 이 計劃에 依하면 農村地域(郡單位)의 醫療傳達體系는 現在와 같이 保健所組織을 통한 1次診療에 依存하고 있고 郡單位診療圈은 設定되지 않았다. 또한 各道에서는 1982年에 第2次 國土綜合開發計劃의 一環으로 道綜合開發計劃을 樹立하였으며 同計劃의 一環으로 診療生活圈을 設定하였다. 各道에서 樹立한 診療圈 및 醫療傳達體系를 보면 郡單位에서 2次醫療까지 解決하도록 하고 있고 診療圈도 定住生活圈概念에 依據 設定하고 있어 保社部 計劃과는 많은 差異가 있을 뿐만 아니라 道別 設定基準도 多樣하다. 따라서 醫療傳達體系 및 診療圈이 地域單位에서 政策的으로 活用 可能하게 하기 爲한 體系의 檢討가 要求되고 있다.

㉕ 前述한 바와 같이 農村醫療環境改善은 保健所組織을 통한 1次診療體系에 크게 依存하여 오고 있다. 保健所組織을 통한 農村保健醫療體系는

1956년에 保健所법이 制定되면서 始作되었다. 1970年代에 이르러 農村住民들의 疾病이 多樣化되고 專門的인 治療를 要求하는 疾病도 크게 增加하고 있다. 따라서 農村住民의 劃期的인 醫療環境改善을 爲하여 1980년에는 「農漁村保健醫療를 爲한 特別措置法」을 制定하고 公衆保健醫를 醫療脆弱地域(面單位)에 配置할 수 있도록 하였다. 이로 因하여 1983年 11月에는 無醫面을 完全히 解消하게 되었다 하며 이러한 施策은 農村醫療環境의 改善에 크게 寄與하고 있는 것으로 認識되어지고 있다.

㉑ 保健所組織은 郡廳所在地에는 郡保健所를 두고 面所在地에는 保健支所를, 奧地마을에는 保健診療所를 設置 運營하고 있다. 그러나 保健所系統의 醫療施設이 落後되어 있고 面所在地마다 配置되어 있는 公衆保健醫들의 大部分이 醫科大學을 卒業한 臨床經驗이 거의 없는 사람들이기 때문에 多樣化되어 가고 專門的인 治療를 要求하는 傾向이 높아져 가고 있는 農村住民들의 疾病을 治療하기에는 制約이 많이 있다. 따라서 公衆保健醫들을 農村住民들은 “學生醫師”, “實習生”, “醫師試驗不合格者” 등으로 認識하려는 傾向이 많아 保健支所の 利用이 매우 낮은 實情에 있다. 農村住民들의 醫療施設利用調査結果에 依하면 保健(支)所の 利用率은 1963년에는 4.4%, 1983년에는 6.5%로 20年前동안 큰 變化가 없다.

㉒ 그러나 政府에서는 農村地域의 醫療體系를 現在와 같이 保健所組織의 1次診療를 더욱 強化시키기 爲하여 保健所施設과 人力을 擴充하려는 長期計劃을 樹立하고 있다는데 問題가 있다. 따라서 1980年代에 이르러서는 農村住民들에게 良質의 低廉한 醫療源의 接近度を 높여 줄 수 있도록 農村地域에 病院中心의 2次醫療傳達體가 時急히 確立 어야 한다는 意見이 높아져 가고 있다.

㉓ 政府에서는 國民皆保險化의 定着基盤을 造成하기 爲하여 1981年과 1982년에 5個郡 1個市에 對하여 農村醫療保險示範事業을 實施하여 오고 있다.

農村醫療保險은 「第2種 醫療保險」 가운데 地域醫療保險으로 불리워지고 있으며 1984年 現在 44萬名の 農村住民이 醫療保險의 惠澤을 받고 있다. 그러나 農村醫療保險은 俸給者와는 달리 保險料의 算出 및 徵收가 어렵고 이에 따라 保險財政의 赤字가 매년 累増되고 있어 많은 問題點이 있는 것으로 分析되고 있다.

㉓ 醫療專門家들은 農村醫療環境改善을 爲하여는 醫師만 보내면 醫療問題의 大部分을 解決할 수 있다는 傳統的 醫療概念에서 脫皮하고 農村醫療傳達體系의 確立이 先行되어야 한다는 것을 指摘하고 있다. 따라서 農村醫療研究도 1960年代의 農村住民의 傷病研究中心에서 1970年代부터는 農村醫療傳達體系의 定着을 爲한 示範事業과 研究가 活潑히 進行되어 오고 있다. 특히 1980年代부터는 農村地域에서도 2次診療의 惠澤을 받을 수 있는 醫療傳達體系가 設定되어야 한다는 意見이 높아져 가고 있다.

1984年까지 研究 開發된 農村醫療傳達體系의 模型은 7個가 있다. 그중 4個는 1次醫療傳達體系中心의 模型이고 3個는 2次醫療傳達體系中心의 模型이다. 2次醫療傳達體系中心의 模型도 大部分 現行 保健所組織을 그대로 維持시키면서 病院만 1個 追加로 設立하는 模型이기 때문에 投資의 效率性面에서 볼 때는 問題가 적지 않다.

㉔ 따라서 本 研究에서는 1982~84年까지 3個 農村地域을 對象으로 農村定住生活圈 開發計劃의 事例研究의 一環으로 推進된 農村保健醫療開發計劃의 經驗을 土臺로 農村地域의 定住體系에 依據 慶南 固城地域의 農村醫療傳達體系를 構想하였다.

㉕ 農村地域의 醫療傳達體系의 새로운 構想을 理解하기 爲하여는 農村地域의 定住體系에 對한 理解가 先行되어야 한다. 지금까지 農村地域은 大部分 都市地域을 除外한 「나머지 地域」으로 理解되어 지고 있다. 그러나 지난 20여년동안의 經濟發展으로 農村地域에도 市場販賣를 目的으로 하는 商業的 營農이 發達되고 있다. 이러한 商業的 營農의 發達은 農村住民들의

都市와의 接觸을 頻煩하게 하였고 이 過程에서 마을과 都市를 잇는 郡廳所在地인 邑級都市는 農村住民들의 生活의 中心地가 되고 있다. 따라서 農村地域의 空間的 範圍를 農村中心 都市인 邑級都市와 背後地인 마을을 하나의 統合된 社會 卽 定住生活圈의 概念으로 擴張되어야 할 必要가 있다.

16 定住生活圈은 住民들의 1 日生活圈을 意味하며 우리나라의 境遇 農村中心 都市를 기점으로 半徑 16 km 圓으로 區分되어지고 있다. 定住生活圈은 國土計劃에 있어서 最下位 計劃單位로서 都市定住生活圈과 農村定住生活圈의 두가지 類型으로 크게 區分된다. 理論적으로 設定된 定住生活圈 區分에 依하면 155 個 定住生活圈中 農村定住生活圈이 123 個로 되어 있다. 農村定住生活圈은 行政區域上으로 現在의 郡과 비슷한 規模를 갖고 있다. 農村定住生活圈으로 表現되는 農村地域은 人口 10 萬以下の 市나 邑所在地인 農村中心都市(小都市)와 人口 20,000 ~ 30,000의 面所在地인 小規模農村中心地(小都邑), 그리고 마을의 基本的인 3 段階의 定住體系를 構成하고 있다. 小規模農村中心地를 生活의 中心으로 하는 境遇 이를 小單位生活圈, 즉 定住區라고 부른다. 農村地域의 定住體系에 따라 農村地域의 空間構造를 보면 農村定住生活圈(現在의 郡規模)이 있고 이 生活圈 안에는 3 ~ 4 個面에 該當하는 定住區가 있다. 1 個郡에는 地域에 따라 差異는 있지만 平均 3 ~ 4 個의 定住區가 있다.

17 本 研究에서 農村地域의 醫療傳達體系는 農村地域의 定住體系와 空間構造에 따라 樹立된 것이 特徵이며 그 具體的인 構想을 要約 整理하면 다음과 같다.

첫째, 農村地域의 診療圈의 範圍는 定住生活圈의 概念에 立脚하여 設定한다. 다시 말하면 農村地域의 診療圈은 定住生活圈의 範圍으로 한다.

둘째, 都市近郊 農村地域은 1 次診療中心의 醫療傳達體系를 維持하되 奧地農村地域에는 2 次診療까지 可能하도록 하는 醫療傳達體系를 樹立한다.

세째, 郡廳所在地에 設置되어 있는 郡保健所를 50 個 病床規模의 「郡立病院」으로 昇格 改編하여 2 次診療를 擔當하도록 한다.

네째, 現在 面所在地마다 配置되어 있는 保健支所를 定住區單位(3~4 個面規模)로 統廢合하여 保健醫療센타를 建立하고 1次 診療를 擔當하도록 한다. 統合되는 面所在地의 保健支所長은 保健醫療센타에서 吸收하도록 한다.

다섯째, 奧地마을에는 現在와 같이 保健診療所를 擴大 設置하여 간단한 疾病의 治療와 應急患者의 後送을 擔當하도록 한다.

2. 建 議

農村醫療傳達體系的 確立을 爲하여는 다음과 같은 政策에 對한 體系的인 檢討가 必要하다.

① 定住生活圈에 따른 診療圈의 調整

定住生活圈은 住民들의 1日生活圈을 中心으로 設定되며 國土計劃에 있어서 最下位計劃單位이기 때문에 行政뿐만 아니라 開發計劃의 基本單位가 될 수 있다.

第Ⅳ章 2에서 檢討한 바와 같이 保社部의 診療圈設定과 各道에서 樹立한 道 綜合開發計劃에서 設定한 診療圈과는 그 設定基準이 크게 다르고 또한 道綜合開發計劃에서 設定한 診療圈도 道마다 그 基準이 多樣하다.

診療圈의 設定은 限定된 保健醫療資源의 效率적인 活用과 地域住民의 保健醫療資源에 對한 空間接近容易度の 提高를 爲한 地域保健醫療計劃樹立의 基礎가 된다는 點에서 그 政策的 意義는 매우 크다.

그러나 診療圈設定이 地域單位에서 實現 가능한 政策으로 活用되기 爲하여는 全國 單位의 定住生活圈과 地域生活圈이 確定되고 이에 따라 診療圈도 再調整되는 問題가 檢討될 必要가 있다.

② 定住體系에 따른 農村醫療傳達體系的 確立과 醫療資源의 適正配置

農村保健所組織을 통한 1次診療中心의 農村醫療環境改善政策은 現實적으로 많은 制約이 있다. 農村住民들의 信賴도가 낮고 따라서 그 利用率이

極히 낮은 保健所組織을 繼續 政策的으로 擴大해 나간다는 것은 投資의 效率性面에서 볼 때 問題가 많다.

2000 年代의 「正義로운 民主福祉社會」建設을 爲하여는 福祉農村의 建設이 앞당겨 推進되어야 한다. 이를 爲하여는 우선적으로 즐겁게 오래살려고 하는 住民들의 基本慾求充足을 爲한 醫療開發이 重要的 課題라 아니할 수 없다.

따라서 農村住民들이 良質의 低廉한 醫療資源의 接近度を 利用할 수 있도록 農村地域에 2次診療中心의 醫療傳達體系가 確立되고 이에 따라 定住區 單位로 保健支所를 統廢合하는 問題가 時急히 檢討되어야 한다.

③ 公衆保健醫配置의 再檢討

農村住民의 疾病도 多樣化되고 있고 專門的인 治療를 要하는 疾病이 急激히 늘고 있다. 더욱이 앞으로 農村住民의 所得이 增加됨에 따라 良質의 醫療受惠를 받고자 하는 意識도 더욱 높아질 것으로 展望된다. 따라서 農村地域에 配置되는 醫師는 적어도 인턴訓練을 마친 醫師로서 條件附加 아닌 自發的으로 農村住民의 保健을 爲하여 獻身하겠다는 使命感을 가진 醫師를 配置하도록 하여야 한다. 이 問題는 政府에서 法の 힘을 빌려서 臨時方便으로 醫師만 配置하면 된다는 傳統的인 醫療概念에서 脫皮하여 정말 農村住民을 위한다는 熱意를 가지고 合理的인 待遇와 醫師로서의 使命을 다할 수 있는 與件造成이 先行되어야 解決될 수 있다. 一例로 덴마크 같은 나라에서는 農村醫師에게는 僻地手當과 所得의 60%나 되는 税金의 免除, 年間 2 個月의 有給休暇等 여러가지 特惠를 주고 있다는 事實을 考慮하면 至難한 課題만은 아니다.

또한 農村地域에 新規配置되는 醫師의 境遇에는 農村의 社會 經濟的 特性을 理解할 수 있도록 임용과 同時에 農村教育專門機關에서 2~3 個月 동안 農村 實情에 對한 委託教育을 義務化시키는 問題도 重要的 研究課題의 하나이다.

附錄 I 農村醫療 關聯文獻 目錄(1962~83)

附錄 1-1 農村住民의 傷病研究關聯文獻(46個)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
1. 朝鮮 農村 衛生調查會	朝鮮의 農村衛生	岩波書店	1940	
2. 許 程	우리나라 農村醫療에 관한 社會學的 研究	서울의대雜誌 第3卷 4號	1962	○
3. 韓 明 烈	傷病에 관한 社會醫學 的 研究	서울醫大雜誌 第5卷 3號	1964	○
4. 조 화 숙	일부지역의 상병과 民 族醫療에 관한 調査 研究	最新醫學 第8卷	1965	
5. 金 淳 河	農村醫療에 관한 研究	서울醫大雜誌 第6卷 2號	1965	○
6. 金 仁 達 外 1 人	우리나라 傷病과 醫療 에 관한 社會醫學的 研究	서울醫大雜誌 第17卷	1966	
7. 許 程	農村的 疾病과 醫療	大韓醫學協會誌 第9卷 6號	1966	○
8. 장 일 응 外 2 人	無醫村的 健康管理 實 態 調査	最新醫學 第4卷	1966	
9. 李 淳 植	우리나라 海岸地域住民 의 傷病 및 醫療費에 關한 調査 研究	公衆保健雜誌 第9卷	1966	
10. 유 태 숙 정 정 수	우리나라 1個 農村地 域의 健康實態 調査 研究	梨花醫大醫學誌 創刊號	1968	
11. 이 명 숙 신 현 자	우리나라 1個 農村地 域의 健康實態 調査研究	梨花醫大醫學誌 創刊號	1968	

○ : 蒐集, × : 未蒐集

(年度順)

附錄 1-1 農村住民의 傷病研究 關聯文獻(계속)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
12. 李永春 外	우리나라 農村住民의 傷病과 醫療에 관한 調査研究	農村衛生 第3卷第1號 (全北 沃溝)	1970	○
13. 金仁達 外	우리나라 傷病(夏節期)에 관한 研究	公衆保健雜誌 第7卷第2號	1970	○
14. 李永春 外 4人	우리나라 農村住民의 傷病과 醫療에 관한 調査研究(夏節)	農村衛生 第4卷1號	1972	○
15. 愼 錦 昊	우리나라 一部 農村平野地域住民의 傷病에 관한 調査 研究	公衆保健雜誌 第9卷1號	1972	
16. 崔 昇 烈	一部 農村地域의 醫療實態에 관한 社會醫學的 調査	全南醫大雜誌 第11卷	1974	○
17. 金주자 外	一部 農村地域社會에 대한 社會醫學的 調査研究	梨花醫學會誌 第6號	1974	
18. 李 性 寬 外 7人	農村住民들의 醫療必要度에 관한 研究	豫防醫學會誌 第7卷1號	1974	○
19. 박명희 外	경기도 양주군 수동면의 인구 및 疾病에 관한 調査	梨花醫學會誌 第6號	1974	
20. 金수명 外 2人	農村住民의 傷病과 醫療實態에 관한 調査 研究	순천醫療財團	1975	
21. 장 용 태	一部 農村住民의 傷病 및 醫療利用度에 관한 調査研究(충남 서산군)	順天醫療財團	1975	
22. 金경환 外	우리나라 1個 農村地域社會住民의 疾病實態에 관한 調査	梨花醫學會誌 第7號	1975	

○ : 蒐集, × : 未蒐集

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
23. 金 蓮 洙	우리나라 傷病罹患率 推移에 관한 研究	公衆保健雜誌 第 12 卷 2 號	1975	
24. 洪鍾寬 外	農村住民의 醫療實態에 關한 調査 研究	順天鄉醫報 第 1 卷 2 號	1976	○
25. 金 性 初 外 1 人	韓國農村家族의 醫療實 態	大韓醫學協會誌 第 19 卷 9 號	1976	○
26. 金 炳 勳 外 1 人	農村住民의 疾病으로 因 한 人力損失	慶北醫大雜誌 第 17 卷 2 號	1976	
27. 명 광 호 外 1 人	一部 中小都市 및 農村 住民들의 傷病 및 醫療 에 관한 調査 研究	人間科學 1 卷 5 號	1976	
28. 文 玄 卿 外 1 人	韓國 農村家族의 健康關 聯 經濟實態	公衆保健雜誌 第 13 卷 2 號	1976	○
29. 盧 仁 圭	韓國 農村保健의 問題點 과 改善方案	韓國農村醫學會 誌 第 1 卷	1976	
30. 金 在 權	農村住民의 傷病에 관한 調査 研究	豫防醫學會誌 第 10 卷 1 號	1977	○
31. 金 斗 熙 外 1 人	都市住民과 農村住民의 一般的 健康狀態의 比較	慶北醫大雜誌 第 18 卷 1 號	1977	○
32. 명 광 호	韓國農村女性의 健康 問題	韓國農村醫學會 誌 第 2 卷 1 號	1977	○
33. 명 광 호 이 세 훈	夏期 無醫村診療에서 나 타난 우리나라 一部 農 村住民의 疾病 樣相	韓國農村醫學會 誌 第 2 卷 1 號	1977	○
34. 유선영 外	우리나라 1 個 農村地域 住民의 疾病狀態에 관한 調査	梨花醫學會誌 第 10 號	1978	
35. 위 자 형	1 個 農村保健支所를 利 用한 住民의 傷病實態에 관한 考察	中央醫學 第 34 卷 1 號	1978	○

表 2-23 ㄱ

附錄 1-1 農村住民의 傷病研究 關聯文獻 (계속)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
36. 유 선 영 外 2 人	우리나라 1個 農村地域 住民의 疾病實態에 關한 調査	梨花醫學會誌 第 10 號	1978	
37. 이 광 원	農村保健醫療의 現況과 問題點	農村經濟2卷1號 韓國農村經濟研究院	1979	○
38. 姜 承 遠	農村地域住民에 頻拔하 는 主訴를 중심으로 한 疾病 分類	豫防醫學會診 第 12 卷 1 號	1979	○
39. 이 옥 엽 外 4 人	우리나라 1個 農村地域 住民의 疾病狀態에 關한 調査	梨花醫學會誌 第 11 號	1979	
40. 강 영 희 外 3 人	1個 農村地域의 住民移 病實態에 관한 調査	梨花醫學會誌 第 12 號	1980	○
41. 안 문 영 外 2 人	충남 서산군 삼화醫療保 險組合을 통해 본 一部 農村地域住民의 醫療事 故 發生率 및 診療受惠 實態 調査	韓國農村醫學會 誌 第 6 卷 1 號	1981	○
42. 鄭 海 鍵 李 性 寬	一部 農村住民의 傷病樣 相에 關한 研究	慶北醫大雜誌 第 22 卷 1 號	1981	
43. 朴 正 鮮	一部 農村住民의 傷病 및 醫療實態에 관한 調 査 研究	豫防醫學會誌 第 14 卷 1 號	1981	○
44. 金 奏 孜 外 2 人	一部 農村地域住民의 罹 病 및 診療實態에 관한 調査	順天鄉大學論文 集 第 4 卷 2 號	1981	○
45. 宋 建 鎬	農村地域의 罹患과 醫療 要求	人口保健論集 第 6 卷 1 號	1981	
46. 金 駟 舜	우리나라에서 施行된 健 康面接調査에 대한 方法 論的 考察	大韓保健協會誌 第 3 卷 1 號	1977	○

○ : 蒐集, × : 未蒐集

附錄 1-2 民俗醫療 및 農夫症研究關聯文獻(8個)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
1. 韓 明 列 外 2 人	우리나라 一部 農村地域 의 民俗醫療에 關한 調 査 研究	서울醫大雜誌 第 5 卷 3 號	1964	○
2. 許 程	一部 農村地域의 民俗醫 療利用에 關한 調查	公衆保健雜誌 第 11 卷 1 號	1974	○
3. 鄭 京 芋 外 1 人	農村住民의 坐俗治療에 대한 態度 調查	神經精神醫學 第 14 卷 4 號	1975	○
4. 宋 達 玉	一部 農村地域의 民俗醫 療利用에 關한 調查	公衆保健雜誌 第 11 卷 1 號	1974	
1. 南 昇 澤	農夫症에 對하여	韓國農村醫學會 誌 第 1 卷 1 號	1976	○
2. 남 택 승 外 3 人	韓國農村 一部 住民의 健康管理에 대한 역학적 考察(農夫症 中心)	韓國農村醫學會 誌 第 5 卷 1 號	1979	○
3. 김 인 옥 外 4 人	江原道 一部 地域의 農 夫症에 대한 역학적 調 査	高大新聞創刊 32 周年 紀念 懸賞 論文	1979. 11.27	
4. 이 광 원	農村住民의 健康實態와 問題點(農夫症 中心)	農業經濟研究 韓國農業經濟學 會誌 22輯 韓國農業經濟學會	1981	○

○：蒐集，×：未蒐集

附錄 1 - 3 醫療要求利用 및 醫療費關聯文獻 (20 個)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
1. 宋 善 大	保健所利用도에 관한 調査	公衆保健雜誌 第 9 卷 2 號	1972	
2. 柳 翊 鉉	우리나라 一部 農村(平 野地域)住民의 醫療費支 出에 관한 調査 研究	公衆保健雜誌 第 9 卷 1 號	1972	
3. 宋 仁 炫	農村住民의 醫療受惠度 와 醫療費에 관한 研究	-	1974	○
4. 許 程 外	醫療費支出에 影響을 미 치는 諸要因 分析	公衆保健雜誌 第 11 卷 1 號		
5. 김 용 준	韓國 一部 農村地域住民 들의 醫療利用도에 관한 調査 研究	豫防醫學會誌 第 8 卷 1 號	1975	
6. 文 海 善	農村住民의 醫療費支出 에 관한 研究	豫防醫學會誌 第 9 卷	1976	
7. 서 경	農村家口의 醫療利用度 및 醫療費支出의 몇가지 決定要因에 對한 分析 報告書		1976	
8. 李 景 是	一部 農村地域의 保健醫 療施設利用에 관한 實態 調査	公衆保健雜誌 第 13 卷 3 號	1976	○
9. 위자형 外	한 農村保健支所에 있어 서 住民의 1 次 醫療受 惠 實態에 관한 調査	最新醫學 第 19 卷 2 號	1976	○
10. 李景是 外	一部 農村地域의 保健醫 療施設利用에 관한 實態 調査	公衆保健雜誌 第 13 卷 3 號	1976	○

○ : 蒐集, × : 未蒐集

筆 著 者	題 目	出 典	施行年度	備 考
11. 黃 仁 濬	地域社會保健醫療受惠度 向上을 위한 調查 研究	全北醫大	1976	
12. 沈雲澤 外	農村住民의 醫療機關選 擇에 關한 研究	韓國保健問題와 對策(Ⅱ) 韓國開發研究院	1977	○
13. 鄭 慶 均	保健서비스利用에 대 한 態度 및 動機	韓國開發研究院	1977	
14. 金琦淳 外	醫療傳達體系 및 醫療保 險導入이 農村醫療利用 樣相에 미치는 影響	大韓保健協會誌 第 5 卷 1 號	1979	
15. 오 희 철	醫療接近度 및 容易性이 醫療利用에 미치는 影響	豫防醫學會誌 第 12 卷 1 號	1979	○
16. 차 봉 석	農村住民의 醫療機關利 用에 關한 研究	中央醫學 44	1983	○
17. 宋建鏞 外	우리나라 醫療要求 및 醫療利用에 關한 調查 研究 報告書	韓國人口保健研 究院報告書	1982	○
18. 宋建鏞 外	農漁村 僻地 保健醫療에 關한 研究	〃	1983	○
19. 文顯相 外	1982 年 全國 家族保健 實態 調查 報告	〃	1983	○
20. 徐文姬 外	1983 年度 國民醫療利用 과 醫療費에 關한 調查 研究	〃	1984	○

附錄 1 - 4 保健所現況 및 改善關聯文獻(19個)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
1. 李 弼 權	韓國保健소의 機構 및 機能에 關한 考察	公衆保健雜誌 第3卷第2號	1966	○
2. 李 弼 權	韓國保健소의 機構 및 類型分類에 對한 考察(II)	最新醫學 第12卷8號	1969	
3. 文 玉 綸	保健所行政의 改善을 위 한 研究	豫防醫學會誌 第3卷1號	1970	
4. 保健社會部	우리나라 農村保健改善 을 위한 綜合的 研究	-	1971	
5. 朴 南 永	保健所 및 保健支所運營 (一線 保健行政組織과 保 健事業의 效率化 方案)	第11回 全國保 健所長세미나 (72.11) 國立保健研究院	1972	
6. 崔 元 植	全國 保健所長人事에 關 한 調查 研究	公衆保健雜誌 第9卷1號	1972	
7. 김 경 호	農村保健事業의 增進을 위한 保健行政學的 研究	最新醫學 17	1974	
8. 李性寬 外	保健醫療施惠向上을 위 한 保健所機能 改善方案	韓國保健問題와 對策(II), 韓國開發研究院	1975	
9. 金文是 外	保健支所 診療活動에 關 한 研究	豫防醫學會誌 第9卷1號	1976	
10. 金文是 外	保健支所診療活動에 關 한 研究	豫防醫學會誌 第9卷1號	1976	
11. 李 性 寬	保健所 및 支소의 機能 과 改善 方案	韓國開發研究院	1976	
12. 朴 泰 根	保健소의 診療機能	大韓醫學協會誌 論文集	1977	

○：蒐集，×：未蒐集

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
13. 安 允 玉	保健所類型에 관한 考察	大韓醫學協會誌 論文集	1977	○
14. 李性寬 外	保健所 機能標準化作業 및 保健所와 支所의 均 衡있는 開發策	〃	1977	
15. 車 潤 根	保健醫療業務 및 行政一 元化에 關한 研究	〃	1977	
16. 延 河 清	醫療脆弱地域의 問題點 과 그 改善方向	韓國開發研究院	1980	
17. 尹石玉 外	一部 都市, 農村의 保健 所 利用實態와 保健診斷 業務에 關한 調查 研究	中央醫學 第 10 卷 3 號	1981	
18. 崔振洙 外	農村地域 保健醫療定着 을 위한 戰略 研究	全南大醫大雜誌 第 18 卷 3 號	1981	
19. 宋建鏞 外	農村地域保健所組織 및 機能改善에 關한 研究	韓國人口保健研 究院報告書	1983	

附錄 1-5 農村醫療傳達體系 및 醫療施設配置關聯文獻(26個)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
1. 許 程 外	우리나라 農村地域의 保健醫療俸仕 提供體系에 關한 考察	豫防醫學會誌 第 4 卷 1 號	1971	
2. 金 命 鎬	An Approach to promote the Rural Health care	延世大醫大雜誌 第 15 卷	1974	
3. 金 駟 舜	醫院을 活用한 都市 및 農村 醫療傳達體系 模型 開發에 關한 研究	大韓醫學協會誌 研究論文集	1977	
4. 具然哲 外	農村地域社會醫療制度 및 地域社會教育具現에 關한 研究	最新醫學 第 20 卷 4 號	1977	
5. 宋 午 達	農村醫療의 問題點과 對策	韓國農村醫學會誌 第 2 卷 1 號	1977	
6. 韓達鮮 外	病院의 診療事業管理에 關한 研究	-	1977	
7. 李棟培 外	一部 無醫面 住民들이 願하는 醫療施設의 形態에 關한 調査	忠南醫大雜誌 第 4 卷 1 號	1977	○
8. 大字文化 福社財團	落島, 奧地醫療事業	-	1978	
9. 牙山社會 福社財團	嶺南綜合病院開院式 (小冊字)	-	1978	○
10. 서 울 大 保健大學院	春城郡 地域社會保健事業	報 告 書	1978	
11. 韓國開發 研 究 院	市·道立病院 運營改善 方案에 關한 研究報告書	"	1978	
12. 韓國保健 開發研究院	保健醫療示範事業	報 告 書	1978	○

○：蒐集，×：未蒐集

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
13. 韓國地域社會醫學協會	Community medicine at work in Korea, KCMC	〃	1979	○
14. 延世大醫大 (金駟舜外)	江華地域 社會保健事業 報告書	〃	1979	○
15. 具然哲 外	우리나라 農村地域에 付合하는 1次 保健醫療傳達體系定着 具願에 關한 研究	豫防醫學會誌 第12卷1號	1979	○
16. 大韓病院協會	全國 病院級醫療機關 現況	大韓病院協會誌 第4卷1號	1979	
17. 金聖二 外	醫療機關의 施惠擴大 및 社會福祉서비스提供에 關한 模型 研究	社會福祉 80 겨울 號 韓國社會福祉協議會	1981	○
18. 金 駟 舜	保健醫療傳達體系의 改善方案	韓國開發研究院 保健政策세미나 報告書 80.11.26	1980	
19. 大韓醫學協會 調查研究室	醫療傳達體系樹立 및 改善	報 告 書	1980	
20. 延河清 外	保健醫療資源과 診療生活圈	韓國開發研究院 報告書	1980	
21. 이 성 관	우리나라 保健人力에 對한 考察	韓國農村醫學會誌 第6卷1號	1981	○
22. 양재모 外	農村病院의 模型開發에 關한 研究	大韓病院協會誌 第10卷4	1981	○
23. 崔 振 洙	一部 地方開業醫들의 農村醫療에 關한 意見	豫防醫學會誌 第14卷1號	1981	○

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
24. 安聖圭 外	全國保健醫療網編成을 爲한 調査研究報告書	韓國人口保健研 究院報告書	1982	○
25. 經濟企劃院	農漁村醫療體系整備	84 年度 上半期 政府主要業務 審査分析報告書	1984	○

附錄 1 - 6 農村醫療保險關聯文獻(24 個)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
1. 金駟舜 外	醫療保護事業評價	韓國開發研究院 報告書	1977	
2. 文 玉 綸	醫療保險事業의 評價方 法에 關한 研究	韓國保健問題와 對策(I) 韓國開發研究院	1977	
3. 鄭慶均 外	醫療保護對象者 醫療行 態變化研究	서울大保健大學 院報告書	1977	
4. 金駟舜 外	醫療保險酬價開發調查 研究	醫療保險管理公 團報告書	1979	
5. 韓 國 經 濟 研 究 센 타	醫療保險의 現況과 課題	韓國經濟研究叢 書 112 大韓商工會議所	1979	
6. 韓 國 保 健 開發研究院	工業團地와 醫療脆弱地 區 病院建立에 關한 妥 當性 調査 研究	報 告 書	1979	
7. 金駟舜 外	醫療保險酬價開發 調査 研究	醫療保險管理 公團	1980	
8. 梁 在 謨	80 年代 地域醫療保險의 展開	韓國農村醫學會 誌 第 5 卷 1 號	1980	○
9. 全 國 醫 療 保 險 組 合 聯 合 會	全醫保事業報告書	報 告 書	1980	○
10. 文 玉 綸	醫療保險擴大에 따른 醫 院經營合理化 對策	醫療保險管理公 團會報(80.12)	1980	
11. 柳承欽 外	醫療保險患者와 非保險 患者의 醫療서비스內容 比較	大韓預防醫學會 誌 第 14 卷 1 號	1981	

○：蒐集，×：未蒐集

附錄 1-6 農村醫療保險 關聯文獻(계속)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
12. 李宗吉 外	醫療保險診療費審查의 一貫性	大韓病院協會誌 第 10 卷 9 號	1981	
13. 金泳謨 外	國民醫療皆保險化의 合理的 方案	社會政策研究第 2 輯 韓國福祉政策研 究所	1982	
14. 南喆鉉 外	醫療保險實施 地域住民 의 의식조사 研究	大韓藥師會報告 書	1982	
15. 保健社會部	2 種 醫療保險示範事業 : 推進實績 分析 · 評價 및 改善對策	報 告 書	1982	
16. 保健社會部	醫療保險의 現況과 課題	〃	1982	
17. 文玉綸 外	第 2 種 醫療保險의 效率 의인 管理運營方案	第 2 種 醫療保險 擴大方案세미나 韓國人口保健研 究院	1982	
18. 韓 國 人 口 保健研究院	第 2 種 醫療保險擴大方 案에 대한 세미나	報告書(82. 9)	1982	
19. 車 興 奉	第 2 種 醫療保險의 現況 과 適用擴大方案	第 2 種 醫療保險 擴大方案세미나 韓國人口保健研 究院	1982	
20. 河 昊 煜	醫療保險과 病院建立의 諸推移	醫療保險 第 5 卷 7 號 (82. 7)	1982	
21. 크 리 스 찬 아 카 데 미	韓國醫療保險制度의 問 題點과 改善方案	報 告 書	1982	
22. 金衍英 外	第 2 種 醫療保險示範事 業實績評價報告書 (第 1 次示範地域)	韓國人口保健研 究院 報 告 書	1983	○

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
23. 延河清 外	醫療保險의 政策課題와 發展方向	韓國開發研究院 報告書	1983	○
24. 金衍英 外	醫療保險懸案問題改善을 爲한 調査研究	韓國人口保健研究院報告書 (84~05)	1984	○

○：蒐集，×：未蒐集

附錄 1-7 其他 農村醫療 關聯文獻(6個)

筆 著 者	題 目	出 典	刊行年度	備 考
1. 宋 振 玩	韓國 一部 農村住民의 健康一般에 대한 知識 및 態度에 關한 研究	公衆保健雜誌 第13卷2號	1976	○
2. 具 然 哲	農村住民의 健康意識	大韓醫學協會誌 第4卷1號	1978	○
3. 任在恩 外	一部 農村地域住民의 保健意識 및 行態와 諸關聯要因에 關한 研究	大韓醫學協會誌 第4卷1號	1978	○
4. 崔 三 燮	一部 農村地域主婦의 保健醫療에 對한 知識, 態度 및 實踐度에 關한 調査	豫防醫學會誌 第12卷1號	1979	○
5. 서울保健 研 究 會	保健白書(上)	報 告 書	1981	○
6. 서울保健 研 究 會	保健白書(下)	”	1981	○

○：蒐集，×：未蒐集

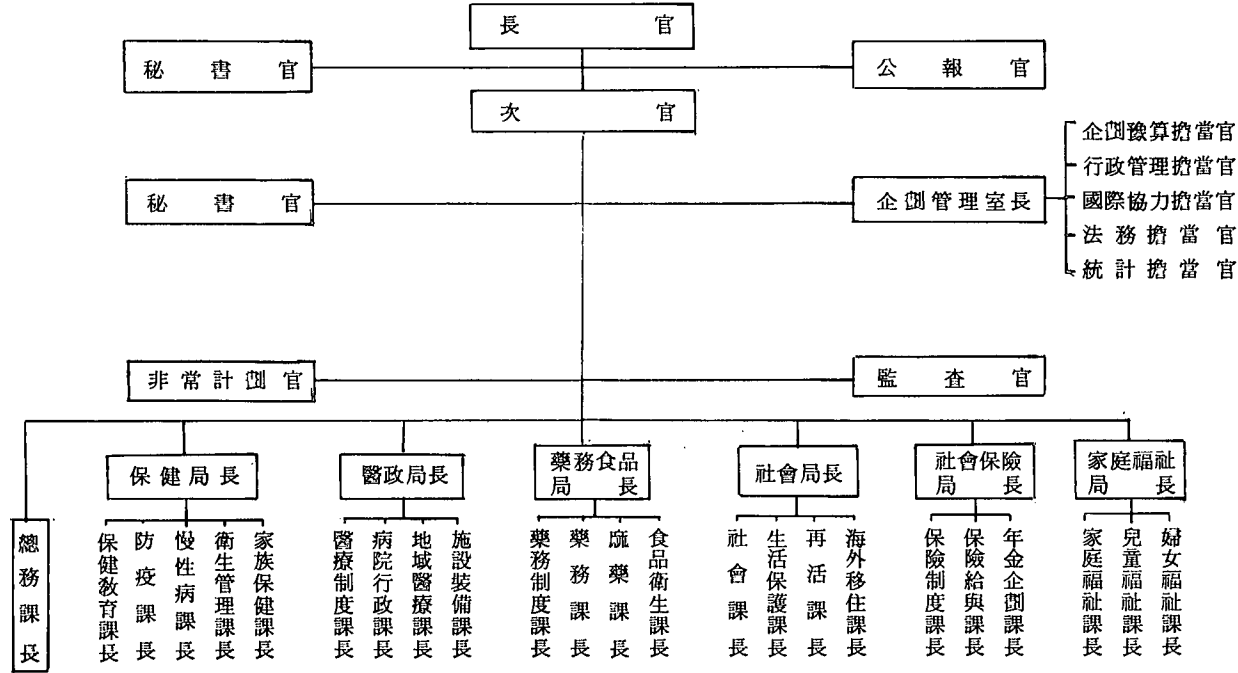
附錄 II 農村醫療 關聯統計

附錄 2-1 醫療機關 所在地別 診療圈形成樣相 (親和度分析)

醫療機關 所在地	市 · 郡	人口(千名) (1981)
서울	서울, 光明, 東豆川, 楊州, 南楊州, 驪州, 平澤 坡州, 高陽, 廣州, 漣川, 抱川, 加平, 楊平, 利 川, 金浦, 江華, 鐵原, 天安, 洪城, 禮山, 天原 1 特別市 18 郡	10,936
仁川	仁川, 漣津, 1 直轄市 1 郡	1,181
水原	水原, 松炭, 華城, 龍仁, 2 市 2 郡	857
城南	城南, 1 市	386
議政府	議政府, 1 市	135
安養	安養, 始興, 1 市 1 郡	381
富川	富川, 1 市	233
安城	安城, 1 郡	129
春川	春川, 春城, 洪川, 華川, 1 市 3 郡	356
原州	原州, 橫城, 原城, 寧越, 堤川, 堤原, 丹陽, 2 市 5 郡	608
江陵	江陵, 溟州, 1 市 1 郡	208
束草	束草, 高城, 襄陽, 1 市 2 郡	159
太白	太白, 1 市	114
平昌	平昌, 1 郡	79
旌善	旌善, 1 郡	134
麟蹄	楊口, 麟蹄, 2 郡	82
三陟	東海, 三陟, 1 市 1 郡	250
清州	清州, 清原, 報恩, 鎮川, 槐山, 陰城, 1 市 5 郡	795
忠州	忠州, 中原, 1 市 1 郡	219
沃川	沃川, 永同, 2 郡	187
大田	大田, 錦山, 大德, 燕岐, 論山, 扶餘, 1 市 5 郡	1,407
公州	公州, 1 郡	167
保寧	保寧, 舒川, 青陽, 3 郡	354
瑞山	瑞山, 1 郡	250
唐津	唐津, 1 郡	152
牙山	牙山, 1 郡	158
全州	全州, 完州, 鎮安, 長水, 任實, 南原, 扶安, 金 堤, 1 市 7 郡	1,151

醫療機關 所 在 地	市 郡	人口(千名) (1981)
群 山	群山, 沃溝, 1 市 1 郡	278
裡 里	裡里, 益山, 1 市 1 郡	307
井 邑	井州, 井邑, 高敞, 1 市 2 郡	364
南 原	南原, 1 市	59
茂 朱	茂朱, 1 郡	57
光 州	光州, 麗水, 錦城, 淳昌, 光山, 潭陽, 谷城, 求禮, 麗川, 高興, 和順, 康津, 羅州, 咸平, 靈光, 長城, 莞島, 3 市 14 郡	2,535
木 浦	木浦, 靈岩, 務安, 珍島, 新安, 1 市 4 郡	655
順 天	順天, 光陽, 昇州, 1 市 2 郡	321
寶 城	寶城, 長興, 2 郡	238
海 南	海南, 1 郡	167
大 邱	大邱, 永川, 達城, 永川, 慶山, 清道, 高靈, 星州, 漆谷, 鬱陵, 陝川, 2 市 9 郡	2,675
浦 項	浦項, 迎日, 1 市 1 郡	410
慶 州	慶州, 月城, 1 市 1 郡	292
金 泉	金泉, 1 市	74
安 東	安東, 青松, 榮陽, 禮川, 1 市 3 郡	511
榮 州	榮州, 榮豐, 奉化, 1 市 2 郡	262
龜 尾	龜尾, 金陵, 善山, 1 市 2 郡	292
義 城	義城, 軍威, 2 郡	200
盈 德	盈德, 蔚珍, 2 郡	182
尙 州	尙州, 1 郡	191
聞 慶	聞慶, 1 郡	147
釜 山	釜山, 金海, 密陽, 梁山, 蔚州, 金海, 南海, 2 市 5 郡	4,000
馬 山	馬山, 昌原, 鎮海, 宜寧, 咸安, 昌寧, 義昌, 固城, 3 市 5 郡	1,079
晋 州	晋州, 三千浦, 晋陽, 泗川, 河東, 山清, 咸陽, 2 市 5 郡	709
忠 武	忠武, 統營, 1 市 1 郡	144
蔚 山	蔚山, 1 市	448
巨 濟	巨濟, 1 郡	110
居 昌	居昌, 1 郡	102
濟 州	濟州, 西歸, 北濟州, 南濟州, 2 市 2 郡	468

附錄 2-2 保 健 社 會 部 機 構



附錄 2-3 保健社會部 主要機能

部 署 名		主 要 機 能
公 報 官		保健社會施策 및 業績 弘報
監 查 官		自體, 所屬機關, 所管法人(團體)에 대한 監査, 對民業務의 民弊是正 및 改善, 淨化業務
非 常 計 劃 官		戰時行政體制, 產業動員計劃, 戰時統制計劃에 대한 綜合調整, 職場豫備軍 運營
總 務 課		文書統制 및 受發, 廳舍管理, 公務員人事管理, 物品購買 및 調達, 國庫金의 支出 및 歲入歲出, 現金出納, 各種 免許登錄業務
企 劃 管 理 室	企劃豫算擔當官	各種 政策 및 中長期計劃의 綜合調整, 基本運營計劃의 綜合調整, 歲入歲出豫算의 編成 및 決算의 配定, 所屬外廳業務의 綜合調整, 政策諮問會議, 資金의 配定 및 管理, 官需用 糧穀管理, 歲入歲出 豫算決算
	行政管理擔當官	組織 및 定員管理, 職位分類 및 報酬制度, 行政管理改善計劃의 樹立 및 調整, 文書報告統制, 事業의 進度把握 및 審查分析
	國際協力擔當官	國際機構 및 外援團體와의 技術協力에 關한 計劃樹立 및 調整, 外國人用役管理, 國際訓練計劃의 樹立 및 調整, 外援運營計劃의 樹立 및 綜合 調整
	法 務 擔 當 官	法令案의 審查, 訴願의 審查, 法令의 解析, 長·次官 會議案件 提出, 法令集의 編纂 및 發刊
	統 計 擔 當 官	各種 統計의 調查, 公表 및 調整, 調查表 및 報告書式의 設定, 電算化計劃推進 및 運營, 各種 行政資料의 蒐集, 整理 및 管理
保 健 教 育 課		保健行政의 綜合計劃의 樹立 및 調整, 保健教育計劃綜合

附錄 2-3 保健社會部 主要機能(계속)

部 署 別		主 要 機 能
保 健 課		및 調整, 公衆保健資料開發, 弘報 및 調整, 保健要員教育訓練, 國民營養調查 및 指導事業, 國·公立保健關係試驗研究機關 및 保健關係團體의 指導監督
	防 疫 課	急性傳染病의 豫防 및 退治에 關한 綜合計劃樹立, 調整防疫對策事業, 驅虫驅鼠事業, 檢疫所指導監督, 防疫團體指導監督, 防疫藥品·機材需給計劃
	慢 性 病 課	結核 및 癩病의 豫防 및 退治, 地方病, 性病豫防 및 退治, 寄生蟲對策, 結核病院 및 癩病院 指導監督, 結核病院 및 地方病院等에 關한 民間團體 指導育成, 慢性病 調查研究
	衛 生 管 理 課	環境衛生行政의 綜合計劃樹立 및 調整, 環境衛生 接客業所의 衛生管理, 理·美容師, 衛生士, 衛生試驗士에 關한 事項, 墓地·火葬場 및 納骨堂의 設置管理, 上水道 水質管理
	家 族 保 健 課	家族計劃事業의 綜合計劃樹立 및 實績分析, 家族計劃事業을 위한 民間學術團體支援 및 醫藥品, 器具供給 및 開發, 家族計劃示範事業 및 示範施設 運營指導, 家族計劃 訓練, 母子保健事業計劃樹立 및 施行, 外援事業管理, 人口保健研究院 및 家族計劃關聯團體 指導 監督
醫 政 局	醫 療 制 度 課	醫療行政綜合計劃樹立 및 調整, 醫療制度調查研究, 醫療人力需給 및 管理, 齒務, 看護 및 助產業務, 東洋醫學의 研究開發, 不正醫療行爲者 團束, 醫療關係團體 指導監督
	病 院 行 政 課	醫療機關의 育成 및 指導監督, 醫療施設擴充計劃樹立 및 施行, 醫療酬價管理, 精神病, 成人病 및 老人病 對策, 醫療院, 精神病院 指導監督, 醫療法人의 指導監督, 血液管理

部 署 別		主 要 機 能
醫 政 局	地 域 醫 療 課	保健所와 保健支所の 育成 및 指導監督, 地域保健醫療 事業計劃樹立 및 施行, 保健要員 指導管理, 保健醫療 傳達體系의 調査, 研究, 口腔保健事業
	施 設 裝 備 課	保健醫療事業用 裝備需給計劃의 樹立 및 施行, 醫療裝備 補給 및 整備, 保健醫療施設의 標準化 및 設計基準의 設定, 保健醫療施設의 建築技術指導, 外援保健醫療裝備의 管理, 保健醫療裝備 및 機材의 生産과 技術指導
藥 務 食 品 局	藥 務 制 度 課	藥務行政의 綜合計劃樹立 및 調整, 藥務制度의 研究 및 調整, 醫藥品等의 品質管理과 製造業의 施設管理, 醫藥品等의 販賣 秩序確立 및 販賣場所의 指導監督, 不良醫藥品 團束 및 不正藥業者 處理, 藥務行政의 指導監督과 行政處分
	藥 務 課	醫藥品의 需給과 生産調節, 醫藥品等의 製造許可 및 輸出·入許可 醫藥品等의 安全性 및 有效性에 關한 事項, 藥醫藥品等의 基準制定, 藥事審議委員會 運營
	麻 藥 課	麻藥의 需給調整, 麻藥監視, 不正麻藥과 中毒者의 團束 및 收容治療, 麻藥에 關한 國際機構와 協助
	食 品 衛 生 課	食品行政의 綜合計劃樹立 및 調整, 食品等 製造業 및 品目許可, 食品等 販賣秩序確立 및 物價對策, 食品輸出入에 關한 事項, 不正 不良食品 團束, 食品 添加物의 需給統制, 食品等의 規格基準 設定, 食品技術管理
社 會 局	社 會 課	社會福祉行政의 綜合計劃樹立 및 調整, 社會開發에 關한 綜合計劃의 樹立 및 調整, 社會事業 從事者 養成 및 訓練 社會福祉事業基金의 管理 運營, 磷保福祉事業, 外國民間 援助團體의 導入物資 및 現金의 管理, 社會福祉機關 및 團體 指導監督

附錄 2-3 保險社會部 主要機能(계속)

部 署 別		主 要 機 能
社 會 局	生 活 保 護 課	生活保護對象者の 調査 및 保護, 生活保護基金 및 災害救護基金의 積立 및 運營, 災害罹災民의 救護 및 復舊支援 備蓄物資 및 糧穀管理, 生活保護委員會 및 災害對策委員會 運營
	再 活 課	心身障礙者 福祉行政의 綜合計劃의 樹立 및 調整, 心身障礙者 發生豫防, 再活治療 및 調査 研究, 障礙者職業輔導 障礙者 補裝具의 開發, 普及, 福祉 施設 指導育成
	海 外 移 住 課	移住計劃樹立 및 調整, 移住對象地域의 開發 및 移住交涉, 移住對象國 및 國內外 團體와의 協力과 技術交流, 移住許可 및 事後管理, 兒童의 國際入養, 移住團體의 指導 監督
社 會 保 險 局	保 險 制 度 課	醫療保險制度에 關한 綜合計劃 樹立 및 調査, 研究, 第 1 種 및 第 2 種 醫療保險組合, 醫療保險聯合會에 關한 事項, 醫療保險管理公團과 醫療保險組合의 指導監督, 醫療保險審議委員會와 醫療保險運營協議會에 關한 事項
	保 險 給 與 課	醫療保險 給與基準의 設定 및 調整, 醫療保險酬價와 藥價의 算定調整 및 調査研究, 醫療保險療養取扱機關의 指定 및 監督, 醫療保險診療費 請求審查, 醫療保險給與에 關한 各種 統計
	年 金 企 劃 課	年金制度의 綜合的인 企劃調整, 國民福祉年金 特別會計의 豫算 및 決算, 國民福祉年金業務 및 基金運營, 年金保險 數理에 關한 調査, 研究, 國民福祉年金의 統計調査 및 管理, 社會保險業務의 電算化, 年金加入者の 資歷記錄維持 및 管理, 醫療保護에 關한 事項

部 署 別		主 要 機 能
家 庭 福 祉 局	家 庭 福 祉 課	家庭福祉行政에 관한 綜合計劃樹立 및 調整, 老人福祉行政에 관한 綜合計劃樹立 및 調整, 老人適性 職種の 開發, 普及, 家族制度 및 敬老 孝親思想의 調査, 研究 普及 및 弘報, 家庭儀禮業務에 관한 事項
	兒 童 福 祉 課	兒童福祉行政의 綜合計劃樹立 및 調整, 兒童福祉制度 調査研究, 兒童福祉施設의 支援 및 監督, 兒童相談所의 設置運營, 要保護兒童의 委託保護 및 居宅保護, 年長兒職業輔導, 兒童福祉事業團體의 指導監督
	婦 女 福 祉 課	婦女福祉行政의 綜合企劃 및 調整, 婦女指導 및 啓蒙, 婦女保護施設의 指導, 監督, 婦女職業輔導, 生活改善 및 調査研究, 消費者保護指導, 要保護女性의 善導, 國際女性機構와의 協助

保 障 의 特 徵

現 金 給 與	廢 疾 및 給與	扶養 및 醫 療 給與	行 政 機 關	備 考
疾病給與 : 최소 6 주 간 勤勞者 賃金의 100 %를 使用者는 支給. 그 이후는 疾 病 金庫에서 최고 78 주까지 賃金의 80 % 를支給 , 出產給與 : 解產前 6 주와 解產後 6 個月 間 賃金의 100 %支 給. 出產費 : 金庫에 따라 100 마르크 또는 그 이상支給. 8 세이하 의 兒童이疾病이 걸 렸을때 保護가 必要 한 경우 金庫는 年 最高 5 日까지의 兒 童保護費를保護者에 게支給	醫療給與 : 무제 한 期間 동안의 各種 診療 (診療種類에 따 라 本人 負擔額 이 약간씩 있음)	遺族 및 扶養 者)被保險者 와 同一	勞 動 社 會 部 : 一 般 的 인 監 督 聯 邦 保 險 協 會 : 聯 邦 健 康 保 險 의 監 督 各 疾 病 金 庫 中 서 寄 與 및 給與의 管理를 責任. 普 通 地 域 別 로 金 庫 가 있 으 나 企 業 이 나 職 種 別 金 庫 도 있 음.	최소법 : 1988 年 현행법 : 1911 年 1927 年 出產給 與 實 施

現金給與	廢疾 및 給與	扶養 및 醫療給與	行政機關	備 考
疾病給與 : 주당 15.75 파운드의 定額給與 처 또는 부양남편을 위하여 주당 16.25 파운드까지 所得에 따라 給與 出產給與 : 上同 山產金 : 25 파운드의 일시불	醫療給與 : NHS와 契約下에 藥師와 醫師가 提供하는 醫療서비스	扶養者醫療給與 : 가장과 같은 서비스	保健 및 社會保障廳 : 地方廳에 의하여 寄與 및 現金給與行政	1911 년에 立法 現行은 1946 年 (NHS 法과 1975 年 社會保障法)
疾病給與 : 所得의 50 % (뉴욕) 주에 따라 다르다. 出產給與 : 5 개 주에 마련. 6 ~ 8 주로 제한 또는 일시불.	醫療給與 : 入院은 90 日間 保護, 追加하여 60 日間豫備生活, 退院後 100 日間 看護 保護	扶養者給與 : 入院은 被保險 勤勞者와 同一	醫療給與는 保健 · 教育 및 福祉省에서 指導監督 現金給與는 州 雇傭保障機關	醫療給與는 1965 年 (老齡健康保險), 1972 年 (廢疾健康保險) 現金給與는 5 個 州法
疾病給與 : $7\frac{1}{2}$ 회까 所得의 90% 최대급여는 242 크로나이고 최소급여는 11 크로나 特別父母 現金給與 : 疾病 給與와 同一	醫療給與 : 醫師相談, 訪問時 20 크로나 患者支拂, 公共病院 등에 入院은 無料 年金者는 病院無料保護日이 365 일임. 그 후는 1 일당 30 크로나 支拂	扶養者醫療給與 : 가장과 같음	國民社會保險廳 指導監督	1891 年 (現金給與) 과 1931 年 (醫療給與) 에 立法 現行法은 1962 年에 立法

國家	制 度	範 圍	財 源	資 格
백 시 코	社會保險 制 度	被傭者，生產業體 從事者，農民，信用組合員（銀行，鐵道勤勞者，石油產業 勤勞者，公務員을 위한特別制度가 있음）	被保險者：所得의 2.25 % 雇傭主：給料의 5.625 % 政府：雇傭主 負擔金의 20 % 補助	疾病手當：疾病發生前 4 주이상 寄與金을 納付한 者（臨時勤勞者는 지난 4 個月 中 6 주이상 寄與金을 納入한 者） 出產手當：지난 12 個月 中 30 주 이상의 寄與金을 納入한 者 醫療給與：모든被保險者
蘇 聯	2 중적 社會保險 現金給與 와 普遍的 醫療 保護制度	現金給與：被傭者，學生，國營農場勞動者 醫療保護：全 國民	被保險者：없음 雇傭主：給料의 約 4.4 % ~ 9.0 % 政府：동일，대부분의 醫療保護費用	疾病，出產 및 醫療給與：최저기간이 없음 完全 現金給與는 勞組員에 한함.

現金給與	廢疾 및 給與	扶養 및 醫療給與	行政機關	備考
疾病手當 : 賃金の 60 %를 疾病發生 3 日 後부터 최고 52 주 支給 (최소액 : 일 27 페소) 出產手當 : 平均 賃金の 100 %를 분만 전 42 日부터 分娩 後 42 日까지 支給 出產療養手當 : 分娩 後 6 個月까지 현물 급여	醫療給與 : 社會 保險 機構가 自營의 病院, 藥局 其他 醫療施設을 利用하거나 다 른 醫療機關과 契約하여 모든 被保險者에게 무 제한 給與	扶養者 醫療 給與는 被保 險者와 同一 機構의 醫療 機關을 통하 여 患者에게 直接 一般的 인 醫療給與	勞動社會福祉 省의 指導監督 멕시코 社會 保險機構	1943 年에 첫 立法現行은 1973 年에 立 法
疾病給與 : 만약 3 年 이상 계속 勞動하면 所得의 50 %, 3 ~ 5 年이면 60 %, 5 ~ 8 年이면 80 %, 8 年 이상이면 100 % 非勞組員은 50 % 이하의 給與임. 出產給與 : 所得의 100 %	醫療給與 : 政府 保健機關에 의 한 直接 서비스 제공. 入院이면 醫藥은 無料	扶養者 醫療給與 : 가장과 同一함	現金給與는 勞組中央聯盟 에서 指導監督 醫療保護는 保健廳	1912 年 立法 現行法은 1955 年에 立法

現金給與	廢疾 및 給與	扶養 및 醫療給與	行政機關	備考
〈健康保險〉 疾病給與는 지난 3個月間 平均標準報酬額의 60%임. 出產給與는 解散 前後 6주간 所得의 60%, 일시불 出產金은 1個月 賃金의 절반. 〈國民健康保險〉 現金給與가 없음.	醫療給與: 서비스는 病院・醫師・藥師가 供給者와 契約關係에 의하여 提供期間은 무제한	扶養者醫療給與는 被保險者와 同一하고 月間 39,000圓까지 費用의 30%	厚生省에서 指導監督 健康保險은 社會保險廳 國民健康保險은 地方行政機關	1922년 첫立法(健康保險) 1938년立法(國民健康保險) 現行은 1922년과 1958년에 各立法
疾病給與: 所得의 50% 出產金: 2個月 所得의 일시불	醫療給與: 勞動保險局과 契約된 病院이 서비스 제공 최대기간: 무제한	扶養者醫療給與는 없음	內務省에서 指導監督	1950년 첫立法 現行은 1968년立法되고 1979년에 수정
現金疾病給與: 없음	醫療給與: 契約된 醫師・藥師가 診療. 病院費는 30%까지 支給하고 外來患者는 40%支拂 期間은 6個月	扶養者醫療給與는 被保險者와 同一. 入院保護는 20%까지 患者가 내고, 外來患者는 50%까지 負擔	保健社會部에서 指導監督 醫療保險聯合會 醫療保險公團	1963년에 첫立法 現行은 1976년立法

지난 1년간의 상병유무 및 보건의료 이용

[illegible]

지난 15일간의 이환 및 의료이용조사표

질 문 내 용	제 1 이 환	제 2 이 환	제 3 이 환
1. 이분은 지난 15일동안에 어디가 어떻게 아프셨는지 있었던 증상을 모두 말씀해 주십시오. 1. 두통 2. 복통 3. 관절통 4. 요통 5. 치통 6. 흉통 7. 발열 8. 기침 9. 설사 10. 소화불량 11. 피부염 12. 전신통증 13. 피로감 14. 구토 15. 장판통 16. 출혈(하혈) 17. 이.복염 18. 외상 및 골절 19. 정신적 장애 20. 각혈 21. 기타 ※ 먼저 제 1이환 증상부터 묻기 시작한다. 2. 이러한 증상은 항상 있는 것입니까? 자주 또는 가끔 있는 것입니까? 1. 항상 2. 자주 3. 가끔 4. 모른다 9. 무응답 3. 아픈 증상이 나타나기 시작한 것은 언제부터였습니까? 1. 1년전 2. 3개월전 3. 16일전 4. 15일이후(월일명기) 5. 모른다 9. 무응답 4. 이 분은 지금도 그러한 증상이 있습니까? 1. 있다 2. 발증가능성있다 3. 없다 4. 모름 5. 이 분의 아픈상병은 무엇이라고 생각합니까? (상병명을 그대로 기입한다) 6. 이 병명은 누구의 진단에 의한 것입니까? 1. 의사 2. 약사 3. 보건요원 4. 자가진단 5. 기타 7. 이 분의 아픈 증세가 가장 심하였을 때는 어느 정도였는지요? 1. 일 또는 놀지 못할 정도 2. 일 또는 노는데 지장이 있을정도 3. 일 또는 노는데 전혀 지장이 없을 정도 4. 모른다 9. 무응답			

질 문 내 용	제 1 이 환	제 2 이 환	제 3 이 환
8. 지난 15일 중에도 이 분이 진료를 받거나 약 사다 먹은 적이 있습니까? 1. 있다 2. 없다(18로) 3. 모르겠다			
9. 지난 15일 동안에 약을 사다 먹거나 진료를 받은 곳은 어디어디 입니까? 있다면 각각 치 료처 별로 이용횟수를 들어서 기록하십시오. 1. 병의원 2. 한방병의원 3. 보건소 4. 약국 5. 민속치료 6. 기타	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. 지난 15일중에 이 병으로 입원치료를 받은적 이 있습니까? 있다면 입원 일 수는 모두 몇일 이나 됩니까?			
11. 지난 15일중 이분이 이병으로 들었던 진료비 또는 약값은 모두 얼마나 됩니까?			
12. 이 외에 교통비나 기타비용은 얼마나 들었읍 니까?			
13. 진료후에 아픈증세는 나아졌는지요? 1. 전보다 나아졌다 2. 전과같다 3. 더 악화되었다			
14. (치료받은 적이 없다면)이 분의 아픈 증상 에 대하여는 진료를 받거나 약을 사다 먹을 필요가 없다고 생각하십니까? 1. 있다 2. 없다 3. 모르겠다			
15. (치료의 필요가 있을 경우)이 분은 왜 아무 런 치료도 받지 않았습니까? 1. 경제 2. 증세경미 3. 시간 4. 교통 5. 치료예정 6. 기타 9. 무응답			
※제 2 .제 3 이환이 있을 경우 본조사표의 2 번 부터 다시 반복 질문하십시오.			
16. 이 분이 지난 15일간에 몸이 아파 누워있던 일수는 모두 몇일이나 됩니까?			
17. 이 분이 지난 15일간에 몸이 아파 일하러(또는 학교에)나가지 못한 일수는 모두 몇일 이나 됩니까?			

보건의료 이용형태와 관련된 사회심리적 변수

1. 보건의료 기관에 대한 심리적 태도

질 문 내 용	병의원	한방 병의원	약 국	보건소	비 고
1-1. 아주머니께서는 몸이 아플때 ○○○ 에 가는 것이 쉽다고 생각되니까? 1. 쉽다 2. 쉽지않다 3. 모르겠다 9. 무응답					
1-2. ○○○에서는 친절하게 대해 준다고 생각되니까? 1. 친절하다 2. 친절하지않다 3. 모르겠다 9. 무응답					
1-3. ○○○에서의 진료비(약값)은 비 싸다고 생각되니까? 1. 비싸다 2. 비싸지 않다 3. 모르겠다 9. 무응답					

2. 보건의료 기관에 대한 선호 및 건강의식 구조

- 2-1. 아주머니께서는 몸이 아플때 치료를 받아야 한다면 어디에서 진료를 받고
싶으십니까?
☐ 1. 병원 ☐ 2. 한방병원 ☐ 3. 보건소 ☐ 4. 약국
☐ 5. 한약방 ☐ 6. 기타
- 2-2. 이곳에서 치료를 받고 싶어하는 이유는 무엇입니까?
☐ 1. 진료의 신빙성 ☐ 2. 경제적이유 ☐ 3. 교통의 편리
☐ 4. 친절 ☐ 5. 기타(무엇 :)
- 2-3. 아주머니께서는 보통 감기에 걸렸을 경우 치료를 받으십니까? 아니면 그
냥 내버려두십니까?
☐ 1. 치료를 받는다 ☐ 2. 내버려 두겠다(2-5)
☐ 3. 모르겠다(2-5)
- 2-4. 주로 어디에서 치료를 받으십니까?
☐ 1. 병원 ☐ 2. 한방병원 ☐ 3. 보건소 ☐ 4. 약국
☐ 5. 한약방 ☐ 6. 기타

附錄 3-2

※현재 이택에는 몇분이 살고 계신지요?

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

① 이 름	② 가구주 와의관계	③ 성 별	④ 연령·출 생·띠	⑤ 생 년 월 일	⑥ 만나이
그럼 가구주 의 이름부 터 차례로 말씀해 주 십시오.	이분은 가 구주와 어 떤관계입니 까?	이분은 남자 입니까? 여자입니까?	이분은 몇 세이며 무 슨띠 입니 까?	이분의 생일은 언제 이고 몇년도에 태어 났습니까?	만년령 ※조사회원
01.	가구주	남·여	세 띠	년 월 일 음양	
02.		남·여	세 띠	년 월 일 음양	

⑦ 교육정도	⑧ 배우관계	⑨ 의료보장	⑩ 해당년도	⑪ 병의원방 문경험
학교는 어디까 지 다녔습니까? 1. 미취학 2. 무 학 3. 국 교 4. 중 교 5. 고 교 6. 대 학 7. 국교재학 8. 중고교재학 9. 대학재학	(15세가 넘는 가구원에게) 이분은 결혼 하였습니까? (15세미만은 사선을 긋는다) 1. 미 혼 2. 결 혼 3. 이혼·별 거·사별 4. 기 타	의료보험에 가입 되었거나 의료 보호의 혜택을 받고 계십니까? 1. 일 반 2. 공·교 3. 1 종 4. 2 종 5. 보 호 6. 기 타	가입 또는 수혜 년도는? 0. 비해당 1. 1981 2. 1980 3. 1979 4. 1978 5. 1977	지금까지 아주머 니나 식구중 의사 의 진찰이나 치료 를 받아본 사람이 있습니까? 0. 아니오 1. 예

지난 1 년간 병원입원치료				지난 1 년간병의원방문	
⑫ 입원횟수	⑬ 입원일수	⑭ 소재지	⑮ 의료보장	⑯ 여부	⑰ 횟수
병원에 입원했 던분이 있었습 니까? (있다면) 입원횟수는? 없으면 : 0 있으면 : 실수	그분은 몇일이 나 입원했습니 까? 비해당 : 0 있으면 : 실수	그 병원은 어 디에 있었습니 까? 0. 비해당 1. 동일면 2. 타읍면 3. 타군 4. 도시	치료비 본인이 까? 또는 나 전액 에서 지 었습니 까? 0. 비 1. 일 2. 불 3. 1 4. 2 5. 보 6. 산 7. 자 8. 기	모두 지난 1년간 진찰이나치 료를 받기 위해 병의원 에 가본적이 있습니까? 0. 아니 1. 예	(있다면) 몇번이나 가 보았습니까? 0. 아니 실 횟수 기재

지난 15 일간 의 료 요 구			⑳ 전강상태	㉑ 응답자구분
⑮ 의료이용	⑯ 치료요구	⑰ 비치료이용		
이분께서는 지난 15일간 병원이나 보건소에 가서 진 찰이나 치료를 받 아 보았습니까? 또는 치료하기 위 하여 약방, 한약 방에서 약을 사서 써보거나 약초등 을 써보았습니까? 0. 아니요 1. 예	이분께서는 어떤 치료도 안받으셨 는데요 진찰치료 를 받거나 약을 써 보았으면 좋겠 다고 생각하셨습 니까? 0. 아니요 1. 예 9. 치료자	이분께서는 왜 어떤 치료도 하 지 않았습니까? 0. 아니요 1. 경미한증세 2. 치료예정 3. 경제적이유 4. 지리적이유 5. 기 타 9. 치료자	아주머니가 생 각하시기에 이 분은 아주 전 강하다고 생각 하십니까? 아 니면 그렇지 못 하다고 생각하 십니까? 1. 전강하다 2. 보통이다 3. 건강하지 못하다 4. 모르겠다	1. 가족계획 2. 출산력 3. 모자보건 4. 이환

조사구번호			거처번호			가구번호		가구원번호		성	명

15일간 이환 및 의료 이용조사

※ 가구조사표 질문 ⑮에서 “예” 그리고 질문 ⑳에서 “예” 또는 “치료자”가 대상이 된다.

(이환상태)

- ① ()께서는 지난 보름동안 편찮으셨는데, 그 병은(또는 사고는)언제 생겼습니까?

1. ☐ 3개월전 2. ☐ 3개월이내 3. ☐ 조사기간중
(보름이내)

- ② 지난 보름동안에 그 병은 나왔습니까? 아니면 지금도 편찮으십니까?

1. ☐ 치 유 2. ☐ 계속중

- ③ 그러면 지난 보름동안 몇일이나 편찮으셨으며 그 정도는 얼마나 심했습니까?

1. ☐ 심하게 아파서 누워계신 것은 몇일입니까? (일)
2. ☐ 아픈것을 참고 일을 하신 것은 몇일입니까? (일)
3. ☐ 일을 하는데 별 불편을 느끼지 않은 날은 몇일입니까?
(일)
계 (일)

(치료상태)

- ④ 지난 보름동안에 약을 먹거나 진찰·치료를 받아 보셨습니까? 또는 병을 치료하기 위해 무당에게 가거나 약초를 써보신적이 있습니까?

0. ☐ 아니오 → 질문 ⑭ 번으로 가시오 1. ☐ 예

- ⑤ (치료를 했다면) 어떤 치료를 받아보셨습니까? 받아보신 치료를 모두 말씀해 주십시오.

→ 조사원: 같은 종류가 2 이상이면 마지막 것을 조사하십시오

- 첫 째
1. ☐ 외래(왕진) 2. ☐ 입 원 3. ☐ 치 과 4. ☐ 보건(지)소 5. ☐ 약국(방) 6. ☐ 한 방 7. ☐ 조산소 8. ☐ 야미의사 9. ☐ 민속, 미신, 기타

- 둘 째
1. ☐ 외래(왕진) 2. ☐ 입 원 3. ☐ 치 과 4. ☐ 보건(지)소 5. ☐ 약국(방) 6. ☐ 한 방 7. ☐ 조산소 8. ☐ 야미의사 9. ☐ 민속, 미신, 기타

1. ☐ 외래 (왕진)
 2. ☐ 입 원
 3. ☐ 치 과
 4. ☐ 보건 (지) 소
 5. ☐ 약국 (방)
 6. ☐ 한 방
 7. ☐ 조산소
 8. ☐ 야미의사
 9. ☐ 민속, 미신, 기타

⑥ 그 치료를 받기 위해 몇번 찾아갔습니까?

치료처번호
 방문 회 수

⑦ 몇일 동안 치료를 받았거나 약을 썼습니까?

(일) (일) (일)

⑧ 그 치료처는 어디에 있습니까?

1. ☐ 동일지역 1. ☐ 동일지역 1. ☐ 동일지역
 2. ☐ 타읍면 2. ☐ 타읍면 2. ☐ 타읍면
 3. ☐ 도 시 3. ☐ 도 시 3. ☐ 도 시

⑨ 그 치료처에 가는데 무엇을 타고 가셨습니까?

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

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

⑩ 그 치료처에 가시는데 시간은 얼마나 걸렸습니까?

(분) (분) (분)

⑪ 치료비나 약값으로 얼마를 내셨습니까?

치료·약대
 교 통 비 () 원 () 원 () 원
 기 타 () 원 () 원 () 원
 제 () 원 () 원 () 원

⑫ 치료를 받으신 후 그 증세는 어떻게 되었습니까?

- | | |
|--|--|
| 첫 째 | 둘 째 |
| 1. ☐ 완쾌 | 1. ☐ 완쾌 |
| 2. ☐ 차도있으나 완쾌안됨 | 2. ☐ 차도있으나 완쾌안됨 |
| 3. ☐ 차도없음 또는 악화 | 3. ☐ 차도없음 또는 악화 |
| 4. ☐ 모름(치료종결) | 4. ☐ 모름(치료종결) |
| 5. ☐ 모름(치료중) | 5. ☐ 모름(치료중) |

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

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

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 첫 째 | 둘 째 |
| 0. ☐ 미치료 | 0. ☐ 미치료 |
| 1. ☐ 아주확신한다 | 1. ☐ 아주확신한다 |
| 2. ☐ 좀믿는다 | 2. ☐ 좀믿는다 |
| 3. ☐ 확실히않다 | 3. ☐ 확실히않다 |
| 4. ☐ 믿지않는다 | 4. ☐ 믿지않는다 |
| 5. ☐ 모르겠다 | 5. ☐ 모르겠다 |
| 6. ☐ 기타() | 6. ☐ 기타() |

- 셋 째
0. ☐ 미치료
1. ☐ 아주확신한다
2. ☐ 좀믿는다
3. ☐ 확실히않다
4. ☐ 믿지않는다
5. ☐ 모르겠다
6. ☐ 기타()

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

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 0. ☐ 치료자 | 1. ☐ 증세가 경미해서 | 3. ☐ 경제적이유 |
| 3. ☐ 지리적이유 | 4. ☐ 시간이 없어서 | 6. ☐ 기타() |
| 6. ☐ 치료예정 | | |

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

0. ☐ 미치료자
1. ☐ 의사치료를 나올것 같지 않아서
2. ☐ 증세가 경미해서
3. ☐ 경제적이유
4. ☐ 지리적이유
5. ☐ 시간이 없어서
6. ☐ 의사에게 가기 싫어서
7. ☐ 기타
8. ☐ 치료예정
9. ☐ 의사치료자

附錄Ⅳ 農村醫療關聯法規

附錄 4-1

保健所法 및 同施行令

第 1 條 (目的) 本法은 保健行政의 合理的인 運營과 國民保健의 向上 및 增進을 圖謀하기 爲한 保健所의 設置와 그 業務에 關하여 必要한 事項을 規定함을 目的으로 한다.

第 2 條 (保健所의 設置) 保健所의 設置는 大統領令이 定하는 基準에 따라 當해 地方自治團體의 條例로 定하는 바에 의한다.

[本條新設 75.12.31 法 2860]

第 3 條 (名稱使用禁止) 第 2 條의 規定에 의한 保健所가 아니면 保健所라는 名稱을 使用하지 못한다. < 改正 75.12.31 法 2860 >

第 4 條 (業務) 保健所는 다음 各號의 事項을 管掌한다.

1. 保健思想의 啓蒙에 關한 事項
2. 保健統計에 關한 事項
3. 營養의 改善과 食品衛生에 關한 事項
4. 環境衛生과 産業保健에 關한 事項
5. 學校保健과 口腔衛生에 關한 事項
6. 醫療事業의 向上과 增進에 關한 事項
7. 保健에 關한 實驗과 그 檢査에 關한 事項
8. 結核, 性病, 癩病等 傳染病과 其他 疾病의 豫防과 診療에 關한 事項
9. 特殊地方病의 研究에 關한 事項

10. 公醫의 指導에 關한 事項

11. 醫藥에 對한 指導에 關한 事項

12. 母子保健과 家族計劃에 關한 事項

13. 其他 國民保健의 向上과 增進에 關한 事項

第5條(施設利用) 保健所는 醫師, 齒科醫師 또는 藥師에 對하여 保健에 關한 實驗과 檢査를 爲하여 그 施設을 利用하게 할 수 있다.

第6條(手數料) ①保健所는 그 施設을 利用하거나 診療를 받은 者로부터 手數料 또는 診療費를 徵收할 수 있다.

②前項의 手數料와 診療費는 保健社會部長官이 定하는 基準에 依하여 當該 地方自治團體의 條例로써 定한다.

第7條(補助) ①國庫와 道는 保健所와 保健所の 支所를 設置하는 서울特別市와 市, 郡에 對하여 그 設置와 運營에 必要한 費用의 一部를 補助한다.

②前項의 規定에 依한 國庫補助金은 그 設置費와 附帶費에 있어서는 그 3分の2 以內, 每年度 運營費에 있어서는 그 2分の1 以內로 하고 道費 補助金은 設置費와 附帶費 및 每年度 運營費에 對하여 그 3分の1 以內로 한다.

第8條(罰則) 第3條의 規定에 違反한 者는 5萬圓 以下의 罰金에 處한다.

第9條(施行令) 이 法 施行에 關하여 必要한 事項은 大統領令으로 定한다.

[本條新設 75.12.31 法 2860]

附 則

①(施行日) 本法은 1963年 1月 1日부터 施行한다.

②(經過措置) 本法 施行當時의 서울特別市와 道の 保健所는 그 所在地를 管轄하는 서울特別市와 市, 郡이 本法에 依하여 設置한 保健所로 看做하며 道の 保健所の 施設과 그 所屬公務員은 本法 施行後 1月以內에 그 所在地를 管轄하는 市, 郡이 承繼한다.

③(同前) 서울特別市長과 道知事는 第4條 各號에 該當하는 서울特別市와 市, 郡의 所管事務를 本法施行後 1月以內에 本法에 依하여 設置된 保健所の 長에게 移管하여야 한다.

이 法은 公布한 날로부터 施行한다.

제 1 조 (목적) 이 영은 보건소법의 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제 2 조 (설치기준) ①보건소는 서울특별시·부산시 및 시·군에 설치한다.

②보건소는 서울특별시·부산시 및 구가 설치되어 있는 시에 있어서는 구마다 1개소, 기타의 시·군에 있어서는 시·군마다 1개소를 설치한다. 다만, 인구 20만명을 초과하는 구·시·군에 있어서는 그 초과인구 10만명마다 1개소의 비율로 증설할 수 있다.

제 3 조 (공무원) ①보건소에 소장 1인을 두되, 소장은 의사의 자격을 가진 자 중에서 임명한다. 다만, 의사의 자격을 가진 자로 소장을 충원하기 곤란한 경우에는 보건직공무원으로 임명할 수 있다.

②제 1 항 단서의 규정에 의하여 보건직공무원을 소장으로 임명한 경우에는 그 관할구역내의 의료기관에 종사하는 의사를 지방제 약직원규정에 의하여 비전임직원으로 고용하여야 한다.

③소장은 관할 서울특별시장·부산시장 또는 시장·군수의 지휘·감독을 받아 소무를 정리하며, 소속공무원을 지휘·감독한다.

④보건소에는 의무·약무·보건·간호·위생지도·방사선·세균·통계에 관한 업무를 각각 전담할 공무원과 기타의 업무수행에 필요한 공무원을 둔다.

제 4 조 (지소) ①서울특별시·부산시 및 시·군은 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정될 때에는 그 관할 구역내에 보건소지소를 설치할 수 있다.

②지소장은 의사의 자격을 가진 자 중에서 임명한다.

③지소장은 보건소장의 명을 받아 소관 사무를 담당하며 소속 공무원을 지휘·감독한다.

제 5 조 (위임) 이 영에 정한 것 외에 보건소 및 보건소지소의 설치·운영에 관하여 필요한 사항은 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

부 칙

- ① (시행일) 이 영은 공포한 날로부터 시행한다.
- ② (폐지법령) 보건소설치에 관한 규정은 이를 폐지한다.

附錄 4-2 農漁村保健醫療를 위한 特別措置法 및 同施行令

第 1 節 總 則

第 1 條 (目的) 이 法은 農漁村 등 保健醫療脆弱地域의 住民에게 保健醫療를 效率의 으로 提供하게 함으로써 國民의 醫療均霑과 保健向上에 寄與함을 目的으로 한다.

第 2 條 (定義) ①이 法에서 “公衆保健醫師”라 함은 公衆保健業務에 종사하게 하기 위하여 兵役法 第 50 條 第 1 項의 規定에 의하여 豫備役將校의 兵籍에 編入된 醫師 또는 齒科醫師로서 保健社會部長官으로부터 公衆保健業務에 종사할 것을 命 令받은 者를 말한다. <改正 83.12.31 法 3696>

②이 法에서 “公衆保健業務”라 함은 다음 각호의 1에 해당하는 地域 또는 醫 療施設에서 행하는 保健醫療業務를 말한다.

1. 接敵地域, 島嶼, 僻地 기타 大統領令으로 정하는 醫療脆弱地域(이하 “醫療脆弱地域”이라 한다)
2. 郡保健所 또는 邑面の 保健支所
3. 大統領令으로 정하는 醫療施設

③이 法에서 “保健診療員”이라 함은 第 17 條의 規定에 의한 醫療行爲를 하게 하기 위하여 郡守의 委嘱을 받은 者를 말한다.

④이 法에서 “保健診療所”라 함은 醫師가 配置되어 있지 아니하고 계속하여 醫師의 配置가 困難할 것으로 豫想되는 醫療脆弱地域안에서 保健診療員으로 하여금 醫療行爲를 하게 하기 위하여 郡守가 設置 運營하는 保健醫療施設을 말한다.

第2節 公衆保健醫師

第3條(公衆保健醫師의義務) ①公衆保健醫師는 3年間 公衆保健業務에 성실히 종사하여야 한다.

②公衆保健醫師는 公衆保健業務에 從事하는 期間中에는 當該 勤務地域안에 居住하여야 하며 道知事의 許可없이 그 勤務地域을 離脱하여서는 아니된다.

③公衆保健醫師는 醫療機關을 開設하거나, 營利를 目的으로 하는 事業에 종사하지 못한다.

第4條(公衆保健醫師의 名單通報) 兵務廳長은 兵役法 第50條第1項의 規定에 의하여 豫備役將校의 兵籍에 編入된 醫師 또는 齒科醫師의 名單을 保健社會部長官에게 通報하여야 한다.〈改正 83.12.31 法 3696〉

第5條(從事命令) ①保健社會部長官은 第4條의 規定에 의한 名單通報를 받은 때에는 지체없이 당해 醫師 또는 齒科醫師를 召集하여 12週 以內의 職務教育을 實施한 후 勤務地域 및 勤務機關을 明示하여 公衆保健業務에 從事할 것을 命하여야 한다.

②第1項의 職務教育期間은 第3條第1項의 規定에 의한 義務期間에 包含한다.

③第1項의 規定에 의한 職務教育에 關하여 必要한 事項은 保健社會部令으로 정한다.

第6條(勤務地域 및 機關의 變更等) 保健社會部長官은 必要하다고 인정될 때에는 公衆保健醫師의 勤務地域 및 勤務機關을 變更할 수 있다. 다만, 같은 道내의 變更은 保健社會部長官의 承認을 얻어 當該 道知事が 행한다.

第7條(公衆保健醫師의 兵役) ①公衆保健業務에 從事한 公衆保健醫師에 대하여는 兵役法 第50條第1項의 規定에 의하여 現役服務를 마친 것으로 본다.

〈改正 83.12.31 法 3696〉

②保健社會部長官은 公衆保健醫師의 義務를 履行한 者와 不履行한 者의 名單을 兵務廳長에게 通報하여야 한다.

第8條(報酬等) ①公衆保健醫師에 대하여는 軍人報酬의 限度內에서 保健社會部長官이 정하는 報酬를 支給한다.

②公衆保健醫師에 대하여는 第1項의 規定에 의한 報酬外에 職務遂行에 所要되는 旅費등의 實費를 支給할 수 있다.

第9條(服務) 公衆保健醫師의 服務에 관하여는 이 法에서 정한 것을 제외하고는 國家公務員法을 準用한다.

第10條(服務期間의 延長) ①保健社會部長官은 公衆保健醫師가 第3條第2項의 規定에 違反하여 義務期間中 通算 7日以內의 期間 勤務地域을 離脱한 때에는 그 離脱期間의 5倍數의 期間을 延長하여 勤務할 것을 命할 수 있다.

②保健社會部長官은 公衆保健醫師가 長期入院 또는 療養 등으로 1月以上 勤務하지 못하는 경우에는 그 期間만큼 延長하여 勤務할 것을 命할 수 있다.

第11條(義務不履行通報) 保健社會部長官은 公衆保健醫師가 正當한 理由없이 義務期間中 通算 8日以上 勤務地域을 離脱한 때에는 이를 義務不履行으로 보고 지체없이 그 名單을 兵務廳長에게 通報하여야 한다.

第12條(資格停止) 保健社會部長官은 이 法에 의한 義務를 履行하지 아니한 公衆保健醫師에 대하여는 5年以內의 期間을 정하여 당해 醫師 또는 齒科醫師의 免許資格을 停止시킬 수 있다.

第13條(服務監督) 道知事は 公衆保健醫師의 服務에 관하여 그 管轄區域안에 勤務하는 公衆保健醫師를 指導 監督한다.

第3節 保健診療所 및 保健診療員

第14條(保健診療所の 設置運營) ①郡守는 醫療脆弱地域의 住民에 대한 保健醫療을 행하게 하기 위하여 保健診療所를 設置 運營한다.

②保健診療所에는 保健診療員과 必要한 職員을 둔다.

③保健診療所の 設置基準은 保健社會部令으로 정한다.

第15條(保健診療員의 資格) ①保健診療員은 看護員·助産員 기타 大統領令으로 정하는 資格을 가진 者로서 保健社會部長官이 實施하는 24週 以內의 職務教育을 받은 者이어야 한다.

②第1項의 職務教育에 관하여 必要한 事項은 保健社會部令으로 정한다.

第16條(保健診療員의 委嘱) ①保健診療員은 保健所長의 推薦을 받아 醫療脆弱地域을 勤務地域으로 指定하여 郡守가 委嘱한다.

②郡守는 保健診療員이 다음 各號의 1에 해당하는 경우에는 당해 保健診療員을 解僱할 수 있다.

1. 指定받은 勤務地域 밖에서 醫療行爲를 한 때
 2. 第 17 條의 規定에 의한 醫療行爲의 범위를 넘어 醫療行爲를 한 때
 3. 第 18 條의 規定에 違反하여 許可없이 10 日以上 勤務地域을 離脱한 때
 4. 身體精神上的의 異常으로 職務를 감당하지 못할만한 支障이 있을 때
 5. 職務遂行能力의 顯著한 不足으로 勤務實績이 極히 不良한 때
- ③第 2 項의 規定에 의하여 保健診療員을 解囑하고자 할 때에는 미리 保健所長의 意見을 들은 후 第 19 條의 規定에 의한 保健診療所運營協議會와 協議하여야 한다.
- ④第 1 項第 1 號 내지 第 3 號에 해당하는 事由로 解囑된 者は 解囑된 후 1 年以内に 保健診療員으로 委囑될 수 없다.

第 17 條 (保健診療員의 醫療行爲의 範圍) 保健診療員은 醫療法 第 25 條의 規定에 不拘하고 勤務地域으로 指定받은 醫療脆弱地域 안에서 大統領令이 정하는 輕微한 醫療行爲를 할 수 있다.

第 18 條 (保健診療員의 居住義務) 保健診療員은 第 16 條第 1 項의 規定에 의하여 指定받은 勤務地域안에서 居住하여야 하며 郡守의 許可없이 그 勤務地域을 離脱하여서는 아니된다.

第 19 條 (保健診療所運營協議會) ①保健診療所の 運營을 圓滑히 하기 위하여 保健診療所가 設置되어 있는 地域마다 住民으로 構成되는 保健診療所運營協議會를 둔다.

②保健診療所運營協議會는 다음의 業務를 행한다.

1. 保健診療所運營의 支援
2. 保健診療所運營에 관한 建議
3. 第 20 條의 規定에 의하여 委託받은 業務

③保健診療所運營協議會의 組織과 運營에 관하여 必要한 事項은 郡의 條例로 정한다.

第 20 條 (業務의 委託) 郡守는 必要하다고 인정될 때에는 保健診療所に 관한 業務의 一部를 保健診療所運營協議會에 委託할 수 있다.

第 21 條 (補助金) ①國家와 道는 郡에 대하여 保健診療所の 設置와 運營에 必要한 費用의 一部를 補助한다.

②第 1 項의 規定에 의한 國庫補助金은 그 設置費와 附帶費에 있어서는 그 3 分の 2 이내, 每年度 運營費에 있어서는 그 2 分の 1 以内に 하고, 道費補助金은 設置

費와 附帶費 및 每年度 運營費에 대하여 각각 3 分の 1 以內로 한다.

第 22 條 (保健診療員의 報酬) ①保健診療員에게支給하는 報酬의 基準은 保健社會部長官이 정하는 바에 의한다.

②保健診療員에 대하여는 職務遂行에 所要되는 旅費等의 實費를支給할 수 있다.

第 23 條 (指導監督) ①郡守는 保健診療員의 業務를 指導·監督한다.

②郡守는 保健所長 또는 保健支所長으로 하여금 保健診療員의 醫療行爲를 指導·監督하게 할 수 있으며, 保健所長 또는 保健支所長으로 하여금 指導·監督하게 할 수 없는 경우에는 그 指導·監督을 가까운 醫療機關의 醫師에게 委囑할 수 있다.

第 24 條 (保健診療員의 服務) 保健診療員의 服務에 關하여는 이 法에서 정한 것을 除外하고는 地方公務員法을 準用한다.

第 25 條 (診療費) ①保健診療所는 保健社會部長官이 정하는 基準에 따라 郡條例로 정하는 바에 의하여 診療費를 받을 수 있다.

②第 1 項의 規定에 의하여 받은 診療費는 地方財政法 第 72 條의 2의 規定에 의하여 이를 保健診療所의 運營經費에 直接 支出할 수 있다.

第 4 節 補 則

第 26 條 (施行令) 이 法 施行에 關하여 必要한 事項은 大統領令으로 정한다.

附 則

① (施行日) 이 法은 公布한 날로부터 施行된다.

② (廢止法律) 國民保健醫療를 爲한 特別措置法을 廢止한다.

③ (經過措置) 이 法 施行당시 종전의 國民保健醫療를 爲한 特別措置法에 의한 公衆保健醫師는 이 法에 의한 公衆保健醫師로 본다.

附 則 < 83.12.31 法 3696 兵役法 >

第 1 條 (施行日) 이 法은 公布 後 2 月이 經過한 날로부터 施行한다.

第 2 條 내지 第 13 條 省略

제 1 조 (목적) 이 영은 농어촌보건의료를위 한특별조치법 (이하 “법”이라 한다)에서 위임된 사항과 법의 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제 2 조 (공중보건업무지역 및 시설) ①법 제 2 조제 2 항제 1 호의 규정에 의한 의료취약지역은 의료시설과의 거리가 통상의 교통수단에 의하여 30 분이상 소요되는 지역으로 한다.

②법 제 2 조제 2 항제 3 호의 규정에 의한 의료시설은 다음 각호의 1 에 해당하는 시설로 한다.

1. 병원선
2. 치과 진료시설이 있는 군지역내의 공공보건의료기관 (치과의사의 경우에 한한다)
3. 군지역내의 의료시설로서 보건사회부장관이 정하는 의료시설

제 3 조 (직무교육 소집) 보건사회부장관은 법 제 5 조제 1 항의 규정에 의한 직무교육을 실시하기 위하여 당해 의사 또는 치과의사를 소집할 때에는 소집대상자의 인적사항·소집일시 및 장소등 필요한 사항을 명시한 문서로 하여야 한다.

제 4 조 (직무교육 소집연기) ①제 3 조의 규정에 의한 소집명령을 받은 자가 다음 각호의 1 에 해당하는 사유로 지정된 일시에 그 소집에 응할 수 없는 경우에는 그 소집일 전까지 주소·성명 및 그 사유등을 명시한 소집연기원을 당해 사유를 증명할 수 있는 서류를 첨부하여 보건사회부장관에게 제출하여야 한다. 이 경우의 연기기간은 1 회에 3 월을 초과할 수 없다.

1. 질병 또는 심신의 장애가 있을 때
2. 본인의 직계존속·직계비속 또는 배우자가 사망한 때
3. 기타 부득이한 사유가 발생한 때

②보건사회부장관은 제 1 항의 규정에 의한 소집연기원을 제출한 자에 대하여는 연기기간이 지나거나 그 사유가 소멸된 후 다시 직무교육의 소집을 하여야 한다.

제 5 조 (직무교육소집불응자의 명단통보) 보건사회부장관은 제 3 조의 규정에 의한 직무교육 소집명령을 받은 자가 정당한 사유없이 이에 불응한 경우에는 그 명단을 병무청장에게 통보하여야 한다.

제 6 조 (공중보건역사의 배치 순위등) ①보건사회부장관은 법 제 5 조의 규정에 의하여 공중보건업무 종사명령을 함에 있어서 공중보건역사를 각 지역 또는 의료 시설에 배치할 때에는 법 제

參 考 文 獻

- 京城帝大 衛生調查部, 1942. 「土幕民의 衛生生活(서울市)」, 岩坡書店.
- 金駟舜 外, 1977. “우리나라에서 施行된 健康面接調査에 對한 方法論的 考察”, 「大韓保健協會誌」, 第3卷1號.
- 金在權, 1977. “農村住民의 傷病에 關한 調查 研究”, 「豫防醫學會誌」, 第10卷1號
- 金仁達 外, 1977. “우리나라 傷病에 關한 研究”, 「公衆保健雜誌」, 第7卷2號
- 金奏孜 外, 1980. “一部 農村地域의 住民傷病實態에 關한 調查”, 「梨花醫學會誌」, 第12號
- 經濟企劃院, 1984. 「農漁村環境改善事業審查分析(案)」
 , 1984. 「1984年度 上半期 政府主要業務 審查分析報告書」
- 金衍英 外, 1983. 「第2種 醫療保險示範事業 實績評價研究報告書(第1次 示範地域)」, 韓國人口保健研究院
- , 1984. 「醫療保險懸案問題 改善을 爲한 調查研究」, 韓國人口保健研究院
- 金聖二 外, 1980. “醫療機關의 醫療施設擴大 및 社會福祉 서비스提供에 關한 模型研究”, 「社會福祉」, 80 겨울호, 韓國社會福祉協議會
- 南澤昇, 1976. “農夫症에 對하여”, 「韓國農村醫學會誌」, 第1卷1號
- 南澤昇 外, 1980. “韓國 一部 農村住民의 健康管理에 對한 역학적 考察(農夫症을 中心으로)”, 「韓國 農村醫學會誌」, 第5卷1號
- 農水產部, 「農家經濟調查結果報告」, 1965~83
- 文顯相 外, 1982. 「全國 家族保健實態調查」, 韓國人口保健研究院
- 保健社會部, 1981. 「國民 營養調查報告(1980~81)」.

- 保健社會部，1978. 社會保障審議委員會，「國民健康과 醫療實態」
 ————，1982. 「第2種 醫療保險追加示範事業細部指針」
- 卞鍾和外，1982. 「都市低所得層 保健實態調查」，韓國人口保健研究院.
- 朴宗淇，1979. 「韓國의 保健財政과 醫療保險」，韓國開發研究院.
- 保健社會部，1982. 「保健社會」.
 ————，1983. 「保健社會」.
- 宋仁炫，1974. “農村住民의 醫療受惠度와 醫療費에 關한 研究”，「全南醫大雜誌」，第11卷 第1號.
- 宋建鏞外，1982. 「우리나라 醫療要求 및 醫療利用에 關한 調查研究報告」，韓國人口保健研究院.
- ，1983. 「農村地域 保健所組織 및 機能改善에 關한 研究」，韓國人口保健研究院.
- 서울 保健研究會，1981. 「保健白書(上)」.
- 沈雲澤外，1977. “農村住民의 醫療機關選擇에 關한 研究”，「韓國保健問題와 對策(II)」，韓國 開發研究院 保健企劃團.
- 徐文姬外，1983. 「國民醫療利用과 醫療費에 關한 研究」，韓國人口保健研究員.
- 李永春外，1970. “우리 나라 農村住民의 傷病과 醫療에 關한 調查研究”，「農村衛生」，第3卷 第1號，農村衛生研究所，全北 沃溝.
- 安文永外，1981. “忠南 瑞山郡 三和醫療保險組合을 通해 본 一部 農村地域 住民의 醫療事故 및 診療受惠實態調查”，「韓國醫學會誌」，第6卷 第1號.
- 이성관，1981. “우리 나라 農村保健人力에 對한 考察”，「韓國農村醫學會誌」，第1卷 第1號.
- 若月俊一，1971. “農夫症”，「農村醫學」，第17卷 第3號.
- 李廣遠，1981. “農村住民의 健康實態와 問題點”，「農業經濟研究」，第22輯，韓國 農業經濟學會.
- 이경식，1976. “一部 農村地域의 保健醫療施設利用에 關한 實態調查”，「公衆保健雜誌」，第13卷 第3號.

- 安聖圭 外，1982. 「全國 保健醫療網編成을 爲한 調查研究報告書」, 韓國人口保健研究院.
- 延河清 外，1983. 「醫療保險의 政策課題와 發展方向」, 研究報告 83-01, 韓國開發研究院
- 梁在謨 外，1981. “農村病院의 模型開發에 關한 研究”, 「大韓病院協會誌」, 第 10 卷 4, 5 月號
- 延世大醫大，1979. 「江華地域 社會保健事業」, 麟蹄綜合病院，1980. 「麟蹄綜合病院 事業實績」.
- 柳佑益，1984. “國土開發에 있어서 農村開發의 意義”, 「農村地域 綜合開發의 意義와 課題」, 政策協議會씨리즈 21, 韓國農村經濟研究院
- 韓相烈，1964. “傷病에 關한 社會醫學的 研究”, 「서울醫大雜誌」, 第 5 卷 第 3 號.
- 韓相烈 外，1964. 「우리나라 一部 農村地域의 民俗醫療에 關한 調查 研究」, 「서울醫大雜誌」, 第 5 卷 第 1 號.
- 洪鍾寬，1976. “農村住民의 醫療實態에 關한 調查研究”, 「順天鄉醫報」, 第 1 卷 第 2 號.
- 韓國保險公司，1984. 「'83 年度 保險統計年譜」.
- 韓國人口保健研究院，1982. “第 2 種 醫療保險擴大方案에 關한 세미나結果報告書”.
- 韓國地域社會保健協會，1978. Community Medicine at work in Korea 韓國保健開發研究院，1978. 「保健醫療示範事業」.
- 朝鮮農村社會醫學調查會，1942. 「朝鮮人の 農村衛生」, 岩坡書店.
- 張容泰，1975. “一部 農漁村住民의 傷病 및 醫療利用度에 關한 調查研究”, 「豫防醫學會誌」, 第 9 卷 第 1 號.
- 차봉석，1983. “農村住民의 醫療機關利用에 關한 研究”, 「中央醫學」 第 44 卷 第 2 號.
- 崔洋夫 外，1982. 「2000 年代를 向한 農村定住生活圈開發 基本構想(全南 康津事例)」, 韓國農村經濟研究院

- 崔洋夫 外，1983. 「2000 年代를 向한 農村定住生活圈開發 基本構想(京畿安城事例)」，韓國農村經濟研究院.
- ，1984. 「2000 年代를 向한 農村定住生活圈開發 基本構想(慶南固城事例)」，韓國農村經濟研究院.
- ，1984 a. 「農漁村所得源開發의 政策課題」，政策協議會씨리즈 20. 韓國農村經濟研究院.
- ，1984 b. 「韓國社會의 產業化와 農村의 發展指向」.
- ，1984 c. 「農村地域 綜合開發政策의 課題와 戰略」，政策協議會씨리즈 21. 韓國農村經濟研究院.
- ，1983. “都市，工業社會와 農村의 將來”，社會發展과 社會統合 向後 10 年の 國家目標와 戰略，(’83 심포지움發表論文)，경향新聞社.

빈 면

研究報告 83

農村地域綜合開發에 관한 研究 ③

農村醫療傳達體系의 問題點과 새로운 構想

1984년 12월

발행인 金 榮 鎮

발행처 韓國農村經濟研究院

①③① 서울특별시 동대문구 회기동 4-102

등 록 1979년 5월 25일 제5-10호

전 화 962-7312~5

인쇄처 京華文化印刷株式會社
