

우리나라 家族保健事業의 現況과 問題點 및 建議

(이것은 1990年 11月 1日 大韓豫防醫學學會學術大會에서 發表한 것임)

梁 在 謨

I. 머리말

가족보건 (family health) 이란 用語는 保健社會部가 1981년 10월 부터 保健局 傘下에서 家族計劃事業과 母子保健事業을 管掌하는 課의 名稱을 “家族保健”으로 부친 이래 通用되기 시작한 것이다. 1978년에 Alma Ata 에서도 一次保健管理 (primary health care) 에서 다른 일 7種中 하나로 “家族計劃을 포함한 모자보건”으로 記述한 바 있지만은 우리나라 保社部에서는 1960年代初부터 “家族計劃事業”에 主宗을 차지하는 係, 課 또는 管理官室이었음에도 不拘하고 줄곧 “母子保健”으로 一貫해 왔었다. 그 뿐아니라 1973년에 制定된 母子保健法도 그 主目的은 人工妊娠中絶을 制限的이나마라도 合法化함에 있었고, 母子保健事業促進을 위한 條項插入은 1986년에 改正되면서 부터였다.

II. 家族計劃

1. 지난 30年間的 人口學的 指標의 變化와 그 影響

우리나라에서 家族計劃運動을 일으키기 위한 民間團體인 大韓家族計劃協會의 創立을 위한 組織的인 準備는 1960年 늦가을부터 시작되어 그 이듬해 4月 1日에 創立總會를 열었으며, 全年 11月에는 國家再建最高會議가 家族計劃을 國家施策으로 採擇하는 同時에 그 이듬해 ('62) 부터 保健社會部 主管下에 그 事業을 推進하게 하였다.

지난달 16日에 經濟企劃院이 發表한 바에 의하면, 表 1에서 보는 바와 같이 지난 30년간에 合計 출산력이 6.0으로부터 1.7水準으로 떨어졌기 때문에 소년 (0~14세)

인구비가 42.3%에서 25.9%로 격감하는 바람에 부양지수가 82.6으로부터 44.1로 떨어지고, 생산인구 (15~64세) 비가 55%로부터 70% 가까운 水準으로 바뀌었음은 우리나라 經濟社會發展을 위하여 지극히 유리한 여건을 이룩한 것이다.

아울러 1960년에는 產母의 연령이 20세미만부터 49세까지 광범하게 퍼져서 20~34세간의 低危險出産年齡에서의 出産이 72.7%에 불과하였으나 해가 갈수록 점차 出産이 20~34세 年齡層으로 집중되기 시작하여 1987년에는 96.3%로 增加하였다 (表 2-1). 반면에 高危險出産年齡에서의 出産은 1960年度의 27.3%로부터 3.7%로 激減하였는데 周産期死亡, 先天性代謝異常 및 母性死亡 등의 減少에도 크게 貢獻하였을 것으로 생각된다.

2. 우리나라 出生率을 變動시킨 要因

무릇 人口成長率의 變動은 粗出生率과 粗死亡率 및 移民率에 左右되는 것이며, 粗出生率을 變動시키는 要因으로는 年齡構造의 變化, 結婚率의 變化 및 有配偶出産

表 1. 人口學的 諸 指標의 變遷

	1960	1970	1980	1990
總人口 (萬)	2,501	3,224	3,812	4,299
人口增加率 (%)	2.84	2.22	1.57	0.97
合計出産力	6.0	4.2	2.8	1.7
人口年齡構成 (%)				
0 ~ 14	42.3	42.5	34.0	25.9
15 ~ 64	54.8	54.4	62.0	69.4
65 +	2.9	3.1	3.8	4.7
부양지수	82.6	83.8	60.7	44.1

資料 : 1990年 10月 16日에 經濟企劃院이 발표.

表 2-1. 연령별 出生率의 變動推移 (여자 1,000명당 출산수)

연령	1960 (%)	1971	1976	1982	1987 (%)
15 ~ 19	31 (3.1)	6	10	7	3 (0.9)
20 ~ 24	283	188	147	161	104
25 ~ 29	330 (72.7)	341	275	245	168 (96.3)
30 ~ 34	257	234	142	94	39
35 ~ 39	196	120	49	23	6
40 ~ 44	80 (24.2)	41	18	3	3 (2.8)
45 ~ 49	14	4	1	-	-
합계출산율	6.0	4.7	3.2	2.7	1.6

자료: 1988年 全國出生力 및 家族保健 實態調査. 韓國人口保健研究院. 1989.

率의 變化를 들 수 있는데 1985年度에 韓國人口保健研究院이 實施한 出生力變動要因分析結果에 따르면 有配偶 出生率의 變化가 1960~1970, 1970~1980 및 1980~1985 年間の 粗出生率 低下의 59.5%, 119.4% 및 157.0%의 要因으로 되어 있다(表 2-2).

즉 그림 1에서 보는 바와 같이 合計出生率이 1960年에 6.0에서부터 1971년에 4.7로 低下하여 11年 사이에 22% 下降하였고, 1971年에서 10年後인 1981년에는 2.7로서 43%가 떨어졌고 1987년에 1.6으로서 '80년대에 들어서 41%의 下降을 보여 出生力下降速度가 加速的으로 進行되어 왔음을 確認시켜 준다. 即 出生力下降速度가 1970年代(1971~1981)에는 매년 平均 4.3%던 것이 1980年 以後(1981~1987)에는 매년 平均 6.8%씩으로 증가 되었다(表 2-3).

이러한 出生力下降추세는 有配偶婦人들의 避妊實踐率이 1960年代 初半에 4~9 %에 不過하던 것이 1988년에는 77.1%로 增加하였을 뿐 아니라 '70年代末부터 不妊術 特히 女性不妊術에 依한 피임실천율이 높아진 것에 緣由하는 것이고(表 3) 또 1979년까지 增加해 온 높은

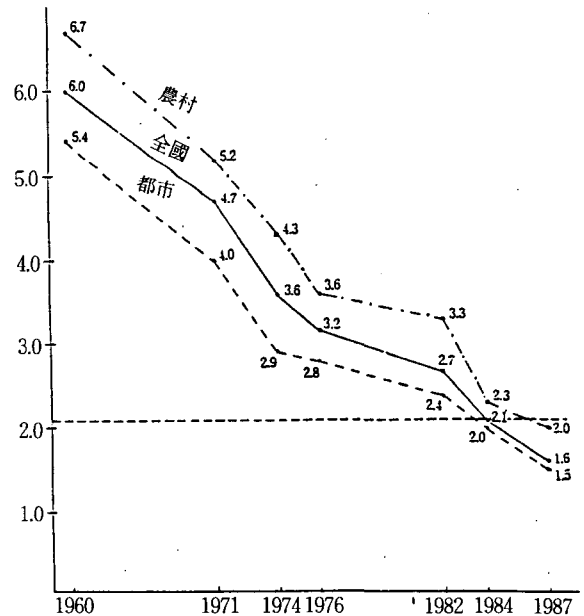


그림 1. 年度別 合計出生率의 變動 推移

表 2-2. 粗出生率을 變動시킨 要因

년 도	조출생율	(조출생율변동) %	연령구조의 변 화 %	결혼율의 변 화 %	유배우출산율의 변 화
1960	43.0	(0.9)	100	5.6	59.5
1970	32.1	(8.7)	100	-60.9	119.4
1980	23.4	(3.7)	100	-49.1	157.0
1985	19.7				

자료: 문현상, 조대희. 出生率의 變動趨勢와 決定要因. 韓國人口保健研究院. 1987.

表 2-3. 合計出生力 變化率

년 도	합계출산력	하강율	(매년平均 %)
1960	6.0	22	(1.0)
1971	4.7	43	(4.3)
1981	2.7	41	(6.8)
1987	1.6		

人工妊娠中絶率이 相當히 이바지한 것으로 본다. 다행히 이 人工妊娠中絶率은 1979년의 2.9를 절정으로 하여 점차 減少 추세를 걷기 시작하여 1988년에는 1.6으로 떨어졌음은 不妊術이 1979년부터 增加한 것과 對照인 것이다 (表 4).

3. 家族計劃事業을 성공시킨 要因(量的面에서)

韓國의 家族計劃事業은 그 인구증가抑制面에서는 年增加率을 1%로 감축시키려는 目標年度인 1993年보다 무려 8年이나 앞당긴 1985年에 이미 달성할 정도로 刮目할 성과를 거두었다. 이렇게 된 要因으로는

가) 강력한 정부의지와 경제개발계획의 일환으로, 人

口對策이라는 예산항목을 별도로 세워서 지원하고 정부의 모든 부처가 협력

나) 보건소에 2명의 전담요원을 (1962부터) 두고, 읍면단위의 일선 요원 배치 (1964부터)

다) 예방의학과 산부인과 및 비뇨기과 교수들의 주동으로 조직된 민간단체가 요원훈련, 홍보교육 및 평가에 참여

라) 대학 연구진들의 뒷받침 (1962부터)

마) IPPF, P.C, USAID, SIDA, Asia Foundation 등의 外援

바) 목표량제도와 인센티브제도 도입

사) 49개항의 사회적 권장 규제 대책

아) 재건국민운동과 가족계획 어머니회 조직활용

자) 연구기관 (KIFP-KIPH-KIHS) 에 의한 요원 훈련 평가 및 연구

차) 의료보험 급여에 포함

4. 問題點

가) 질적으로 미진한 점들

1988년 전국 가족보건실태조사자료에 의하면 (1) 마

表 3. 避妊方法別 避妊實績率

(단위: %)

피임 방법	1966	1971	1973	1976	1978	1979	1982	1985	1988
피임 수술	2.0 (10.2)	3.3 (13.5)	4.6 (13.0)	3.8 (18.8)	16.5 (33.7)	20.4 (37.4)	28.1 (49.1)	40.5 (57.5)	48.2 (62.5)
정 관	-	-	-	4.2 (9.5)	5.6 (11.4)	5.9 (10.8)	5.1 (8.9)	8.9 (12.6)	11.0 (14.3)
난 관	-	-	-	4.1 (9.3)	10.9 (22.3)	14.5 (26.6)	23.0 (40.2)	31.6 (44.9)	37.2 (48.2)
자궁내장치	9.0 (46.2)	7.0 (28.6)	7.9 (22.0)	10.5 (23.8)	9.5 (19.5)	9.6 (17.6)	6.7 (13.3)	7.4 (10.5)	6.7 (8.7)
먹는피임약	1.0 (2.5)	6.8 (27.8)	8.0 (22.0)	7.8 (17.6)	6.6 (13.5)	7.2 (13.2)	5.4 (11.8)	4.3 (6.1)	2.8 (3.6)
콘 돔	3.0 (15.4)	3.2 (13.1)	6.5 (18.0)	6.3 (14.3)	5.8 (11.9)	5.2 (9.5)	7.2 (8.6)	7.2 (10.3)	10.2 (13.2)
기타 방법	5.0 (25.7)	4.2 (17.1)	9.3 (25.0)	11.3 (25.6)	10.4 (21.4)	12.1 (22.2)	10.3 (17.9)	11.0 (15.6)	9.2 (11.9)
계	20.0 (100.0)	24.5 (100.0)	36.3 (100.0)	44.2 (100.0)	48.8 (100.0)	54.5 (100.0)	57.7 (100.0)	70.4 (100.0)	77.1 (100.0)

()는 백분율.

資料: 1988年 全國出生力 및 家族保健實態調查報告. 韓國人口保健研究院. 1989.

表 4. 20-44歲 有配偶 婦人의 年齡別 人工妊娠中絶率 變動推移 (1963~1988) (단위: 부인 1,000당)

	1963	1968	1971	연	1978	1976	1979	1985	1988
전국									
20 ~ 24	16	12	28		36	63	70	91	102
25 ~ 29	29	46	50		75	86	156	146	103
30 ~ 34	58	90	111		137	158	148	115	71
35 ~ 39	40	69	94		88	153	156	40	29
40 ~ 44	-	31	46		22	75	54	20	7
합계중절을	0.7	1.2	1.7		2.1	2.3	2.9	2.1	1.6
시부									
합계중절을			2.4		2.2	3.3	3.4	2.3	1.6
군부									
합계중절을			1.2		2.0	2.0	2.3	1.6	1.4

資料: 1988年 全國出生力 및 家族保健實態調査. 韓國人口保健研究院. 1989.

지막 임신의 52.9%만이 원했던 임신이었고, 나머지 47.1%는 원치않은 임신이었는데 그 중에서 20.2%는 피임 실패로 인한 것이었고 26.9%는 피임을 실천하지 않은 임신이었다. (2) 피임실천부인중 피임실패에 의한 임신 경험률이 전국적으로 29%나 된다. (3) 인공임신중절율이 1.6으로 총출산력과 맞먹는 높은율이다. (4) 인공임신중절 이유가 자녀불원 즉 단산 목적이 79%나 되고, 터울조절이 5%나 된다. (5) 25세미만의 부인들의 27%가 한두번씩의 인공임신중절 경험을 가진 것으로 나타났음은 우리나라 家族計劃事業이 質적으로 많은 개선을 요함을 시사한다.

나) 목표량제도가 가진 功過

아직까지 質보다는 量에 치중하였던 가족계획사업에 있어서는 시술표표량을 배정하고 그에 따른 예산배정과 평가를 해왔는데 그 공과를 따진다면 損失보다는 利得이 많았지만은 장차 質적인 面에 치중하여야 할 가족계획사업과 모자보건사업을 위하여는 利得보다는 損失이 더 많을 것 같다. 그 이유로는

(1) 목표량을 채우기 위하여 허위보고를 유발한다. 예를 들면 1988年度에 韓國人口保健研究院 조사에 따르면 정부가 보급한 먹는 피임약과 콘돔은 각기 그 30.3%와 39.6%가 실지로는 使用되지 않고 있었다.

(2) 지나친 목표량 달성 壓力은 대상자 선정에 오류를 범하거나 개개인의 적정시기에 맞지 않는 서비스, 주사침 하나로 여러 사람에게 使用하는 등의 부작용을 유

발한다.

이상을 요약하면 목표량 제도는 자칫하면 대상자 위주의 서비스(client oriented service)보다는 사업자 위주의 서비스(provider oriented service)로 될 염려가 있다. 그러나 목표량을 주지 않으면 요원을 열심히 일하게 하는 장치가 없어진다는 문제도 있다.

다) 정부의 시기 尙무한 만족

1987년에 합계출산력이 1.6으로 떨어졌다는 推計値를 發表한 經濟企劃院은 그 成果에 지나치게 滿足하여 人口政策審議委員會를 없애고 가족계획사업예산은 大幅 削減하기 시작하였다. 이를테면 1985年度 家族計劃事業豫算은 300 億원이었는데 1989年度에 189.7億, 1990年度에 109億, 1991年度에는 94.6億으로 감소시키고 있는데 감소부문은 주로 가족계획시술지원이다.

라) 모자보건사업의 부진

家族計劃事業의 質의 向上을 위하여는 모자보건사업의 향상이 절대적으로 必要하고 거기에는 일선요원도 家族計劃보다는 더 高級人力이 필요하다. 그러나 모자보건사업을 위한 재정지원은 미약하기 짝이 없다. 이를테면 1985年度에 모자보건예산은 30億원에 불과하였고 그나마도 그중에는 IBRD에 상환할 27億원이 포함되어 있기 때문에 실질 예산은 3億원에 불과하니 결국 가족계획사업예산의 100분의 1에 불과하였다. '89年度에는 35.5億, '90年度에 43.2億, '91年度에 41.6億의 예산 배정이다. 게다가 邑面에 있던 人力中 비교적 고급인인 看護師들을 母子保健

센터로 이동배치하였으나 '89년도 國民皆保險實施 이래 母子保健센터를 活用하는 산건의 격감으로 모자보건 인력과 시설은 극히 비생산적인 불완전 活用狀態에 빠져있다.

Ⅲ. 母子保健

1. 정부사업발전 경위

가족계획사업보다 3년이 늦은 1967년부터 비로소 보사부는 모자보건과 결핵을 전담하는 읍면 요원 각 1명씩을 배치하게 되었다. 이 모자보건사업 전담요원은 조산원 자격자였기 때문에 가족계획요원보다는 대체로 그 教育訓練배경은 더 良好한 편이었으나 그들은 주로 읍면사무소가 위치한 리동에 정착하여 隣近 住民에 대한 分娩介助를 도왔고 分娩件數에 따른 副收入이 있었기 때문에 읍면사무소 소재지역에서 떨어진 변두리 地域 住民에 대한 모자보건사업을 등한히 하는 문제가 있었다.

1978년부터 읍면보건요원들을 다목적요원으로 전환시키기 위한 12주간의 훈련이 개시되었고 1981년부터는 그들이 오랜동안의 임시적 신세를 면하고 정규지방공무원으로 양성화 되었다.

한편 IBRD 차관을 재원으로 한 모자보건센터 건립이 1981년부터 연차적으로 진행되어 현재 119개 (11개 지역 모자보건종합센터, 25개 A형, 52개 B형, 기존 7개, 병원화 군보건의료원 12개, 가족계획협회지부소속 12개) 센터가 설치되었다.

그러나 모자보건센터를 위한 요원을 가외로 確保하지 못하였기 때문에 읍면요원 중에서 그동안 모자보건요원이었던 이들을 모자보건센터로 불러들여서 충원하게 되었다.

제 6공화국이 시작되면서 9차로 改正된 憲法第 36條에는 그 (2)項에 “國家는 母性的 보호를 위하여 노력하여야 한다”를 새로 삽입한 것은 다행이나 기왕이면 “영유아”도 함께 넣었으면 좋았겠는데 하는 아쉬움은 있다.

보사부는 1986년에 모자보건법을 개정하여 모자보건사업을 뒷받침하기 위한 제반 보장을 함으로써 이 事業을 패도에 올려려고 노력하였다. 이에 따라 母子保健手帖制度와 農漁村 및 都市低所得層을 對象으로한 妊産婦와 嬰幼兒를 登錄시켜서 管理하고 弘報教育을 強化하기 시작하였다.

2. 母子保健 實態

표 5는 경제기획원에서 '88년 인구동태조사결과로 발표한 것을 일본후생성이 발표한 자료와 비교하여 본 것이다. 우리나라의 영유아사망률이나 모성사망률에 대하여는 그 신빙성이 문제가 되긴 하지만 그대로 인정한다면, 60年代에 비하여 '80年代에 들어서 크게 향상되었다고는 하나 일본 것보다는 거의 20~30年 떨어진 상태에 있다. 信賴할 만한 전국적인 영아사망률과 모성사망률을 가지지 못할 형편이니 周産期死亡率이라든가 低體重兒率 등에 관하여는 推定值마저도 없음은 '말할 나위도 없다.

韓國人口保健研究院에서 1988년에 실시한 實態調査 結果에 따르면 産前受診率이 1983년의 78.0%로부터 '88年

表 5. 韓國의 主要 人口指標

	1960	1970	1980	1984	1988
총인구 (천명)	25,040	32,241	38,124	40,578	41,975
출생율 (천명당)	43.0	31.1	23.4	23.0	15.8
사망율 (천명당)	14.6	9.3	6.7	6.2	5.9
영아사망율 (천명당)	62.3	45.4	17.3	15.7	12.5
(일본)	(30.7)	(13.1)	(7.5)	(6.0)	(4.8)
모성사망율 (십만명당)	88	83	42	36	-
(일본)	(130.6)	(52.1)	(20.5)	(8.7)	(5.3)
평균수명 남 (세)	51.1	59.8	62.7	64.9	66.0
여 (세)	53.7	66.7	69.1	71.3	74.5

* '88年 인구동태조사 (경제기획원 조사통계국)
(일본)은 1989년도 일본후생성자료에 의함.

에는 93.9%로 增加하였고 郡部보다는 都市가 더 높음을 보여주고 있다(表 6-1).

産前受診機關別로는 1988년에 全國 93.9% 受診中 個人醫院이 75.9%로 가장 높고 그 다음이 綜合病院 13.5%이고, 助産院이 3.6%, 母子保健센터 1.8%의 비율이다(表 6-2).

産後管理를 받은 率은 産前受診率보다 훨씬 떨어져서 '88년에 全國의으로 54.6%에 不過하며 '83~'88年間의 市部(57%)와 郡部(37.3%)間的 隔差도 甚하다(表 6-3).

分娩場料에 있어서는 施設分娩이 1983년의 75.7%로부터 1988년에는 93.4%로 增加하는 반면에 家庭分娩率이 24.2%로부터 6.6%로 激減하였다. '89年 7月부터 國民皆保險實施 影響을 받아서 家庭分娩率은 더욱더 減少될 것으로 본다(表 7-1).

'88年度 施設分娩: 93.4%中 個人醫院이 51.5%고 그 다음이 綜合病院 29.5%, 助産院 7.6%, 母子保健센터 3.6%,

기타 1.2%의 순이다(表 7-1).

分娩介助者에 있어서는 醫療人(醫師, 助産師 등)에 의한 것이 1983년에 78.0%이던 것이 '88년에는 93.8%로 增加하는 반면에 非醫療人에 의한 分助는 22.0%로부터 6.2%로 감소하였다(表 7-2).

分娩形態는 1983~88년간에 自然分娩이 88.1%(順産 85.4%, 難産 2.7%)이고 帝王切開手術에 의한 것이 11.9%(市部 13.4%, 郡部 7.7%)였다(表 7-3).

嬰·幼兒保健에서 授乳樣相을 보면 母乳授乳가 '85년의 59%로부터 '88년에는 48.1%로 減少된 반면에 混合授乳와 人工授乳가 各 25.3%와 15.6%로부터 33.9%와 18.0%로 增加하였는데 이러한 추세는 市部나 郡部가 다 같다(表 8-1).

여기서 母乳授乳를 하지 않는 理由로서 (1) 幼兒의 健康上이 1.7%, (2) 幼兒가 母乳를 싫어해서가 3.9%, (3) 牛乳가 더 좋다고 해서가 2.8%로서 이 세가지 理由

表 6-1. 應答婦人의 主要特性別 1983年 以後 出生兒中 最終兒의 出生順位別 産前受診率 (單位: %)

婦人特性	最終兒의 出生順位			全體
	첫째兒	둘째兒	셋째兒	
地域				
全國	97.2	87.7	68.3	88.5
市部	97.6	91.5	74.5	92.1
郡部	95.5	76.5	60.2	78.1
最終兒의 出産年度				
1983	92.4	81.6	57.3	78.0
1984	95.2	86.5	68.5	84.6
1985	96.4	89.8	74.1	90.0
1986	97.5	87.1	75.3	90.7
1987	98.3	91.3	90.9	92.8
1988	100.0	91.1	76.3	93.9
出産時 母의年齡				
24歲以下	96.8	79.7	63.1	89.9
25 ~ 29	98.1	89.1	71.3	89.8
30歲以上	92.6	74.2	65.6	80.1
教育水準				
國卒以下	90.0	64.1	48.1	62.7
中學校	94.8	84.8	71.9	85.9
高等學校	98.6	94.8	90.9	96.1
大學以上	100.0	95.5	95.6	97.7

資料: 1988年 全國出産力 및 家族保健實態調查報告. 韓國人口保健研究院. 1989.

表 6-2. 應答婦人の 主要特性別 1983年 以後 出生兒中 最終兒에 대한 첫 産前 受診機關 百分率 分布

婦人特性	첫 産前 診療機關						非受診	計 (實數)
	小計	綜合 病院	個人 醫院	助産所	母子保 健센터	其他		
地域								
全國	88.5	12.8	71.6	2.3	1.6	0.2	11.5	100.0 (2,844)
市部	92.1	14.8	74.0	2.4	0.7	0.2	7.9	100.0 (1,856)
郡部	78.1	7.3	64.7	2.0	4.0	0.1	21.9	100.0 (988)
最終兒의 出産年度								
1983	78.0	9.4	66.7	0.8	1.1	-	22.0	100.0 (455)
1984	84.6	13.7	67.4	1.9	1.2	0.4	15.4	100.0 (405)
1985	90.0	10.6	74.5	2.8	1.7	0.4	10.0	100.0 (471)
1986	90.7	15.9	70.6	3.0	1.0	0.2	9.3	100.0 (595)
1987	92.8	13.2	75.0	2.0	2.4	0.2	7.2	100.0 (648)
1988	93.9	13.5	75.0	3.6	1.8	-	6.1	100.0 (270)
出産時 母의年齡								
24歲以下	89.9	9.8	74.6	2.9	2.6	-	10.1	100.0 (838)
25 ~ 29	89.8	13.8	72.5	2.1	1.1	0.3	10.2	100.0 (1,604)
30歲以上	80.1	15.2	61.3	1.9	1.3	0.4	10.9	100.0 (402)
最終兒의 出生順位								
첫째兒	97.2	15.1	78.7	2.1	1.2	0.1	2.8	100.0 (1,038)
둘째兒	87.7	12.3	70.8	2.6	1.9	0.1	12.3	100.0 (1,352)
세째兒以上	68.3	8.6	56.1	1.8	0.9	0.9	13.7	100.0 (454)
教育水準								
國卒以下	62.7	5.0	51.4	2.9	3.4	3.4	37.3	100.0 (418)
中學校	85.9	7.5	72.6	3.6	1.8	1.8	14.1	100.0 (910)
高等學校	96.1	15.8	77.3	1.8	1.0	1.0	3.9	100.0 (1,198)
大學以上	97.7	25.9	71.5	-	0.3	0.3	2.3	100.0 (288)

資料：1988年 全國出産力 및 家族保健實態調查報告. 韓國人口保健研究院. 1989.

를 합하면 8.4%나 된다는 것은 嬰幼兒保健教育에 問題點으로 指摘할 수 있다(表 8-2).

嬰幼兒들에 대한 豫防接種率은 全體의으로 滿足할 만한 水準에 있다(表 8-3).

3. 母子保健事業 增進을 위한 建議

1) 정부의지와 목표 설정

人口와 家族計劃事業에서 五個年計劃期間 또는 2000년까지 人口成長率, 合計出産力, 粗出生率 등을 얼마까지로 떨어뜨리겠다는 目標을 내세우고 그 達成을 위하여 年次

의 事業計劃을 세우듯이 母子保健事業에 있어서도 (1) 嬰幼死亡率 (2) 母性死亡率 (3) 周産期死亡率 (4) 新生兒死亡率 (5) 低體重兒率 등에 대한 目標만은 세워야겠다.

이러한 統計指標은 現在 우리나라 形便에서는 最近年 것도 파악할 수 없는데 어떻게 장래 것을 목표로 책정하겠는가 하는 反論이 있겠으나 (1) 保健分野에서 後進國圈을 벗어나기 위하여는 그러한 統計指標기 나와야 하고 (2) 意志만 있다면 施設分娩과 醫療人介助가 거의 100%에 肉迫해가고 있으므로 保有하고 있는 많은 保健人力과 保健地方組織을 動員하면 不可能한 것

表 6-3. 應答婦人的 主要特性別 1983年 以後 出生兒中 最終兒 分娩以後 產後管理 受診與否 및 受診理由 百分率 分布

婦人特性	受 診 : 理 由						計 (實數)
	小計	產後經過 가나빠서	오라고했 기때문에	拔絲 하러	其他	非受診	
地域							
全國	52.3	5.0	36.5	9.0	1.8	47.7	100.0 (2,842)
市部	57.5	5.0	41.0	10.1	1.4	42.5	100.0 (1,855)
郡部	37.3	5.2	23.4	5.9	2.8	62.7	100.0 (987)
最終兒의 出產年度							
1983	40.4	4.1	24.6	9.7	2.0	59.6	100.0 (455)
1984	43.2	3.7	27.8	10.0	1.7	56.8	100.0 (405)
1985	53.2	5.5	36.3	10.1	1.3	46.8	100.0 (471)
1986	56.3	5.2	40.8	8.5	1.8	43.7	100.0 (595)
1987	60.9	5.8	46.1	6.6	2.4	39.1	100.0 (646)
1988	54.6	5.7	36.2	11.3	1.4	45.4	100.0 (270)
出產時 母의年齡							
24歲以下	48.7	4.2	32.5	9.9	2.1	51.3	100.0 (836)
25 ~ 29	54.1	5.7	38.0	8.6	1.8	49.8	100.0 (1,604)
30歲以上	52.4	4.4	37.7	8.7	1.6	71.9	100.0 (402)
最終兒의 出生順位							
첫째兒	64.2	6.2	46.4	9.5	2.1	35.8	100.0 (1,037)
둘째兒	50.2	4.9	33.3	10.2	1.8	49.8	100.0 (1,351)
세째兒以上	28.1	2.6	20.6	3.8	1.1	71.9	100.0 (454)
教育水準							
國卒以下	21.6	2.7	12.8	4.5	1.6	78.4	100.0 (447)
中學校	41.2	4.1	25.6	9.6	1.9	58.8	100.0 (909)
高等學校	64.0	5.6	47.0	9.7	1.7	36.0	100.0 (1,198)
大學以上	75.3	8.7	54.3	10.0	2.3	24.7	100.0 (288)
最終兒의 分娩狀態							
帝王切開手術	75.7	3.5	54.6	16.1	1.5	24.3	100.0 (314)
自然分娩	49.1	5.3	34.0	8.0	1.8	50.9	100.0 (2,528)
順產	48.6	4.9	33.8	8.0	1.9	51.4	100.0 (2,448)
難產	65.2	16.6	38.9	9.7	-	34.8	100.0 (80)
最終兒의 分娩場所							
施設	59.1	5.5	41.4	10.2	1.9	40.9	100.0 (2,435)
非施設	3.3	1.6	0.8	-	0.9	96.7	100.0 (406)

資料：1988年 全國出產力 및 家族保健實態調查報告. 韓國人口保健研究院. 1989.

表 7-1. 應答婦人의 主要特性別 1983年 以後 出生兒中 最終兒에 分娩場所 百分率 分布

婦人特性	施 設						非施設		計 (實數)
	小計	綜合 病院	個人 醫院	助産所	母子保 健센터	其他	家庭	其他 場所	
地域									
全國	87.8	23.6	53.4	7.4	3.0	0.4	12.1	0.1	100.0 (2,843)
市部	92.9	26.0	57.1	7.5	1.7	0.6	7.0	0.1	100.0 (1,855)
郡部	73.3	16.8	42.8	7.0	6.6	0.1	26.6	0.1	100.0 (988)
最終兒의 出産年度									
1983	75.7	17.6	50.5	6.1	1.3	0.2	24.2	0.1	100.0 (455)
1984	80.6	19.1	51.6	7.5	1.9	0.5	19.1	0.3	100.0 (405)
1985	89.8	22.8	55.0	9.0	3.0	-	10.2	-	100.0 (471)
1986	91.3	26.4	52.5	8.4	3.5	0.5	8.7	-	100.0 (595)
1987	93.8	26.3	56.8	5.9	4.0	0.8	6.0	0.2	100.0 (648)
1988	93.4	29.5	51.5	7.6	3.6	1.2	6.6	-	100.0 (269)
出産時 母의年齡									
24歲以下	84.8	17.9	55.0	7.5	3.6	0.8	15.1	0.1	100.0 (837)
25 ~ 29	90.6	26.4	53.9	7.6	2.3	0.4	9.3	0.1	100.0 (1,604)
30歲以上	82.5	24.4	47.7	5.9	4.2	0.3	17.2	0.3	100.0 (402)
最終兒의 出生順位									
첫째兒	96.7	30.0	57.7	6.3	2.2	0.5	3.3	-	100.0 (1,037)
둘째兒	87.8	22.5	53.4	8.0	3.4	0.5	12.1	0.1	100.0 (1,352)
세째兒以上	64.8	10.8	42.1	7.9	3.5	0.5	34.8	0.4	100.0 (454)
教育水準									
國卒以下	58.8	11.5	34.0	8.9	4.1	0.3	40.9	0.3	100.0 (448)
中學校	83.2	13.7	54.3	10.3	3.7	1.2	16.6	0.2	100.0 (910)
高等學校	97.2	29.0	59.2	6.2	2.6	0.2	2.8	-	100.0 (1,197)
大學以上	99.8	45.5	51.6	1.8	0.9	-	0.2	-	100.0 (288)

資料：1988年 全國出産力 및 家族保健實態調查報告. 韓國人口保健研究院. 1989.

은 아니며 (3) 그러한 指標없는 事業評價는 何等の 價値가 없는 것이다.

母子保健事業의 窮極目的은 國民들의 “삶의 質”을 向上시키는 것이요, 嬰兒死亡率은 國民所得 및 文盲率과 더불어 國民들의 삶의 質을 表示하는 3大指標의 하나이다. 그러므로 政府는 언제까지 그러한 統計指標를 낼 수 있도록 하겠다는 目標年度를 定하고, 처음 몇해동안은 各 市道에 示範 區市郡을 定하여 特別支援을 하고 그 經驗을 土臺로 他區市郡으로 擴大해 가는 方案이 권장된다.

2) 母子保健法과 그 施行令의 補完

英國이 지금으로부터 100년도 훨씬 前인 1880年代 초반에 地方行政長(市長, 郡守)은 그 管內의 모든 分娩이 有資格助産師에 의하여 介助되도록 하여야 한다는 法令公布實施를 계기로 하여 助産師의 資格試驗과 免許制度와 그 協會 등을 發展시켰고 母性保護에도 크게 이바지하게 되었다.

우리나라에서도 늦은 감이 있지만 1986년에 개정된 母子保健法 第3條에는 國家와 地方自治團體는 母性과 嬰幼兒의 健康을 유지 증진하기 위하여 필요한 措置를 하여야 하고 母子保健事業과 家族計劃 등에 관한 施策을

表 7-2. 應答婦人의 主要特性別 1983年 以後 出生兒中 最終兒의 分娩介助者 百分率 分布

婦人特性	醫療人			非醫療人					計 (實數)
	小計	施設	非施設	小計	家族	親知	혼자	其他	
地域									
全國	88.9	87.8	1.1	11.1	7.6	2.6	0.6	0.3	100.0 (2,843)
市部	93.9	92.9	1.0	6.1	4.3	1.5	0.2	0.1	100.0 (1,855)
郡部	74.9	73.3	1.6	25.1	17.2	5.5	1.6	0.8	100.0 (988)
最終兒의 出生年度									
1983	78.0	75.7	2.3	22.0	15.6	4.5	1.3	0.6	100.0 (455)
1984	82.6	80.6	2.0	17.4	12.2	5.0	0.2	-	100.0 (405)
1985	90.4	89.8	0.6	9.6	6.2	2.4	0.7	0.3	100.0 (471)
1986	91.9	91.3	0.6	8.1	5.2	2.1	0.3	0.5	100.0 (595)
1987	94.7	93.8	0.9	5.3	4.1	0.6	0.4	0.2	100.0 (648)
1988	93.8	93.4	0.4	6.2	3.8	1.9	0.5	-	100.0 (269)
出生時 母의 年齡									
24歲以下	86.7	84.8	1.9	13.3	9.3	3.3	0.2	0.5	100.0 (837)
25 ~ 29	91.2	90.6	0.6	8.8	6.3	1.9	0.4	0.2	100.0 (1,604)
30歲以上	84.2	82.6	1.7	15.8	10.0	3.6	1.9	0.3	100.0 (402)
最終兒의 出生順位									
첫째兒	97.2	96.7	0.5	2.8	2.1	0.6	-	0.1	100.0 (1,037)
둘째兒	89.2	87.8	1.4	10.8	7.7	2.6	0.2	0.4	100.0 (1,352)
세째兒以上	66.8	64.8	2.0	33.2	21.5	7.7	3.4	0.6	100.0 (454)
教育水準									
國卒以下	61.3	58.8	2.5	38.7	27.3	7.7	2.6	1.1	100.0 (448)
中學校	85.2	83.2	1.9	14.8	9.8	4.1	0.7	0.2	100.0 (910)
高等學校	97.6	97.2	0.4	2.4	1.7	0.5	-	0.2	100.0 (1,197)
大學以上	99.8	99.8	-	0.2	-	0.2	-	-	100.0 (288)

資料：1988年 全國出生力 및 家族保健實態調查報告, 韓國人口保健研究院, 1989.

강구하여 國民保健向上에 이바지하도록 노력하여야 한다 고 되어 있다.

그러나 이 법에서 問題가 되는 점은 「第 8 條(妊産婦의 申告등) (1) 妊産婦로서 이 법에 의해 보호를 받고자 하는 경우에는 本人 또는 保護者가 保健社會部令이 정하는 바에 따라 保健部 또는 醫療機關(이하 “保健機關”이라 한다)에 妊娠 또는 分娩의 事實을 申告하여야 한다」로 되어 있기 때문에 自進申告해주지 않는 妊産婦에 대하여는 國家나 地方自治團體長이 母子保護法 第 3 條에서 指示하는 義務를 遂行할 길이 없다. 따라서 “이 법에 의한 보호를 받고자 하는 경우에는”을 削除하여 妊産婦는 누구나가 다 申告하여 이 법에서 정한 保

護를 받도록 할 것이다.

또 8 條 (3)項에서는 「保健機關의 長은 당해 保健機關에서 妊産婦가 死亡하거나 死産한 때 또는 新生兒가 死亡한 때에는 保健社會部令이 정하는 바에 따라 市長 郡守에게 보고하여야 한다」로 되어 있기 때문에 正常分娩으로 出生한 件에 대하여는 市長 郡守에게 보고할 義務가 없는 것으로 해석될 수 있다. 그러므로 保健所나 母子保健센터 또는 保健支所에 登錄되어서 母子保健手帖을 發付받고 産前管理를 받아오던 妊婦라 할지라도 他醫療機關에 가서 分娩하는 경우에는 追跡히 되지를 못하고 産前-分娩-産後-嬰幼兒에 이르는 包括的 모니터링에 斷絶이 온다. 이 때에 保健機關에서 醫療機關에 協調를

表 7-3. 1983年以後出生兒中最終兒出生時母の年齡別最終兒出生順位別分娩形態 및 自然分娩時의 狀態百分率 分布

最終兒 出生時 母의 年齡 및 最終兒의 出生 順位	市				郡				部				全 國					
	自然分娩		帝王 切開 手術		自然分娩		帝王 切開 手術		自然分娩		帝王 切開 手術		自然分娩		帝王 切開 手術			
	小計	順產 難產	小計	順產 難產	小計	順產 難產	小計	順產 難產	小計	順產 難產	小計	順產 難產	小計	順產 難產	小計	順產 難產		
20歲以下																		
첫째兒	85.5	81.6	3.9	14.5	100.0	(358)	86.7	80.1	6.6	13.3	100.0	(144)	85.7	81.3	4.4	14.3	100.0	(502)
둘째兒	95.5	94.8	0.7	4.5	100.0	(158)	94.8	93.6	1.2	5.2	100.0	(155)	95.2	94.3	0.9	4.8	100.0	(313)
세째兒以上	100.0	100.0	-	-	100.0	(6)	100.0	100.0	5.8	-	100.0	(17)	100.0	96.2	3.8	-	100.0	(23)
全體	88.7	85.8	2.9	11.3	100.0	(522)	91.4	91.4	3.8	8.6	100.0	(316)	89.5	86.4	3.1	10.5	100.0	(838)
25 ~ 29歲																		
첫째兒	78.4	74.6	3.8	21.6	100.0	(361)	86.8	86.8	7.1	13.2	100.0	(126)	80.0	75.6	4.4	20.0	100.0	(487)
둘째兒	89.2	87.2	2.0	10.8	100.0	(619)	94.2	94.2	1.8	5.8	100.0	(272)	90.3	88.3	2.0	0.7	100.0	(891)
세째兒以上	98.9	98.1	0.8	1.1	100.0	(104)	99.3	99.3	1.6	0.7	100.0	(122)	99.1	98.0	1.1	0.9	100.0	(226)
全體	86.5	84.0	2.5	13.5	100.0	(1,084)	93.4	93.4	3.1	6.6	100.0	(520)	88.2	85.6	2.6	11.8	100.0	(1,604)
30歲以上																		
첫째兒	64.1	58.0	6.1	35.9	100.0	(34)	64.0	64.0	-	36.0	100.0	(15)	64.1	59.4	4.7	35.9	100.0	(49)
둘째兒	79.2	77.5	1.7	20.8	100.0	(119)	82.6	82.6	8.3	9.1	100.0	(29)	80.9	78.2	2.7	19.1	100.0	(148)
세째兒以上	93.5	91.5	2.0	6.5	100.0	(97)	93.9	93.9	-	6.1	100.0	(108)	93.7	92.6	1.1	6.3	100.0	(205)
全體	82.9	80.5	2.4	17.1	100.0	(250)	88.8	88.8	1.6	9.6	100.0	(152)	85.0	82.9	2.1	15.0	100.0	(402)
全體																		
첫째兒	81.1	77.2	3.9	18.9	100.0	(753)	79.2	79.2	6.4	14.4	100.0	(285)	82.0	77.6	4.4	18.0	100.0	(1,038)
둘째兒	89.0	87.3	1.7	11.0	100.0	(896)	92.2	92.2	2.0	5.8	100.0	(456)	90.3	88.5	1.8	9.7	100.0	(1,352)
세째兒以上	96.3	95.0	1.3	3.7	100.0	(207)	95.7	95.7	1.2	3.1	100.0	(247)	96.6	95.3	1.3	3.4	100.0	(454)
全體	86.6	84.0	2.6	13.4	100.0	(1,856)	89.2	89.2	3.1	7.7	100.0	(988)	88.1	85.4	2.7	11.9	100.0	(2,844)

資料: 1988年 全國出生力 및 家族保健實態調査. 韓國人口保健研究院. 1989.

表 8-1. 最終兒에 대한 授乳樣相 百分率 分布 : 1985年 調査와의 比較

地 域	1988				1985			
	母乳	混合	人工乳	計	母乳	混合	人工乳	計
全 國	48.1	33.9	18.0	100.0	59.0	25.3	15.6	100.0
市 部	44.8	35.6	19.6	100.0	55.2	26.9	17.8	100.0
郡 部	57.4	29.1	13.5	100.0	69.1	21.2	9.7	100.0

資料 : 1988年 全國出産力 및 家族保健實態調査, 韓國人口保健研究院, 1989.

表 8-2. 應答婦人의 主要特性別 1983年 以後 出生兒中 最終兒에 대한 現在 母乳授乳 與否 및 母乳授乳를 하지 않거나 하다가 中斷한 理由 百分率 分布

婦人特性	現 在 非 授 乳										計 (實數)
	現 在 授乳中	母乳量이 少量	産母의 母乳이 不足해서 健康上	幼兒의 健康上	幼兒가 母乳을 싫어해서	牛乳가 母乳을 더좋다 고해서	就業 因하여	離乳時期 가 된것 같아서	其他		
地域											
全 國	16.5	83.5	23.9	6.3	1.7	3.9	2.8	3.8	40.2	0.9	100.0 (2,843)
市部	14.6	85.4	25.9	6.9	1.7	4.2	3.0	4.2	38.6	0.9	100.0 (1,855)
郡部	21.7	78.3	18.4	4.4	1.7	3.1	2.4	2.4	45.1	0.8	100.0 (988)
出産時 母의 年齡											
24歲以下	18.9	91.1	19.1	5.9	1.8	4.2	3.6	1.2	44.9	0.5	100.0 (838)
25 ~ 29	15.6	84.4	26.3	6.5	1.9	3.5	2.5	4.6	38.0	1.1	100.0 (1,603)
30歲以上	14.8	85.2	24.4	5.8	1.8	5.0	2.6	5.5	40.3	0.8	100.0 (402)
最終兒의 出生順位											
첫째兒	19.1	80.9	25.0	7.0	2.0	5.4	2.8	5.7	32.1	0.9	100.0 (1,038)
둘째兒	14.9	85.1	23.7	6.4	1.7	3.3	3.2	2.9	43.0	0.9	100.0 (1,351)
세째兒以上	14.6	85.4	22.2	3.8	0.7	2.2	1.7	1.6	52.5	0.7	100.0 (454)
教育水準											
國卒以下	21.3	87.7	15.0	5.2	0.6	3.7	1.6	1.4	50.8	0.4	100.0 (778)
中學校	16.7	83.3	19.1	4.5	1.8	3.6	3.1	1.5	49.3	0.4	100.0 (910)
高等學校	15.8	84.2	28.9	6.8	1.9	3.9	3.2	3.5	35.2	0.8	100.0 (1,197)
大學以上	12.4	87.6	29.4	10.3	2.1	5.2	2.4	14.1	21.2	2.9	100.0 (288)
最終兒에 대한 授乳形態											
母乳	24.4	75.6	5.5	1.9	1.0	1.8	2.6	0.5	62.1	0.2	100.0 (1,407)
混合	13.9	86.1	34.3	6.1	2.5	2.6	3.2	5.4	30.6	1.4	100.0 (936)
人工乳	-	100.0	53.6	18.2	2.1	12.3	2.7	9.3	-	1.8	100.0 (500)

資料 : 1988年 全國出産力 및 家族保健實態調査報告, 韓國人口保健研究院, 1989.

요청하여 들어주면 多幸이겠으나 非協調의 일 경우에는 어쩔 도리가 없다.

第 27 條 (過怠料) (1) 第 8條 第 3 項의 規定에 위반 한 醫療機關의 長은 50萬원이하의 過怠料를 물게 되어

있으나 正常分娩과 出生에 대한 報告를 안해준 것은 여기에도 해당되지 않는다.

따라서 正常分娩으로 出生한 新生兒에 대한 狀況 (父 母의 住所, 出生日時, 性別, 出生時 體重, 異常有無)을

表 8-3. 應答婦人의 教育水準別 1983年 以後 出生兒中 最終兒에 대한 豫防接種 種類別 接種率 (單位: %)

教育水準	BCG	간염	D P T			소아마비			홍역	MMR
			1次	2次	3次	1次	2次	3次		
全國										
國卒以下	87.3	64.3	91.2	88.2	84.6	89.5	86.0	82.0	75.3	78.1
中學校	94.4	76.5	96.6	95.7	90.5	95.4	94.1	89.1	84.6	88.1
高等學校	96.0	85.2	97.5	97.5	92.2	95.3	95.9	90.2	87.4	92.5
大學以上	91.2	86.4	99.4	97.5	92.9	98.1	97.1	92.5	91.8	92.1
全體	93.8	79.7	96.5	95.6	90.7	94.8	94.1	89.0	85.1	88.8
市部										
國卒以下	86.1	63.3	90.9	87.4	84.0	89.0	86.6	81.4	72.0	77.1
中學校	94.8	76.4	96.8	95.8	91.3	95.3	93.9	89.5	86.0	88.4
高等學校	96.0	86.6	97.7	97.3	91.8	95.5	95.8	89.8	88.8	93.4
大學以上	90.4	86.1	99.5	97.4	92.3	98.1	97.0	91.8	91.9	92.0
全體	93.9	81.3	97.0	95.9	91.0	95.2	94.5	89.2	86.5	90.0
郡部										
國卒以下	88.6	65.3	91.5	89.1	85.3	89.9	85.4	82.7	78.7	79.1
中學校	93.6	76.6	96.2	95.5	88.8	95.7	94.7	88.2	81.4	87.4
高等學校	96.2	79.4	96.4	98.4	93.6	94.4	96.1	92.0	81.6	88.7
大學以上	98.2	89.2	98.2	98.2	98.2	98.2	98.2	98.2	91.2	91.8
全體	93.3	75.1	95.1	94.8	89.8	92.8	92.8	88.4	81.1	85.6

資料: 1988年 全國出產力 및 家族保健實態調査, 韓國人口保健研究院, 1989.

第 8 條 第 3 項에 挿入하여야 하겠다. 그리고 또 8 條 (3)項에 관한 보고는 保健社會部令이 定하는 바에 따라 하게 되어 있는데 이 보고를 그 事件發生後 몇일 以內로 해야 한다는 規定을 이 法이나 施行令에서 明示함이 좋겠다.

3) 母子保健센터 運營 改善

日本에서 助産婦에 의한 施設分娩介助를 위주로 하는 母子保健센터를 全然 利用하지 않게 되자 그것들을 閉鎖하기 시작한 것이 1960年代이므로 日本을 약 20~25年 따라가고 있는 우리나라에서 1980년대초부터 IBRD 借款金으로 母子保健센터를 建設하였다는 그 自體가 잘못된 것이었다.

현재 12개 病院化보건소를 除外하면 107개 (11개 모자 보건綜合센터, 25개 A型, 52개 B型, 7개 既存, 12개 家族計劃協會支部)가 建坪 200坪이 훨씬 넘는 建物에 인 큐베이다 등의 장비와 10名의 要員을 가지고 운영하고 있으나, 1988年度의 分娩件數 16,870은 각 센터당 月 13

件 내외였는데 그나마도 1989年 7月부터 실시된 國民皆 保險 實施以後부터는 醫院을 選好하는 추세로 母子保健 센터를 分娩場所로 利用하는 産件은 尠감하여 대부분의 센터 施設과 人力은 遊休狀態에 빠져있다.

따라서 당면 문제는 그 人力과 施設 및 裝備를 早速히 活用하는 方案을 강구하여 資源의 浪費를 防止하여야겠다. 그 方案으로는

(1) 몇군데의 例外는 除外하고라도 母子保健센터의 기능중 施設分娩만은 中止할 것

(2) 助産師나 看護師로 2名씩으로 3組로 編成하여 24시간 근무에 48시간 休息하던 制度를 廢止하고 總人員의 2/3를 外勤으로 하여 保健支所를 巡訪하면서 支所要員의 補佐를 받아 妊娠婦에 대한 産前 및 産後管理와 嬰幼兒保健管理 및 營養指導와 保健教育에 從事케 할 것. 따라서 센터에 夜間 勤務는 不必要하다. 現在 保健支所에 配置된 邑面要員은 看護助務士로서 地域住民들의 信任(技能에 대한)이 두텁지 못함을 감안할 때에 이러한 措置는 切實히 必要하다고 생각된다.

(3) 두대씩이나 있는 인큐베이터는 거의 다 한번도 쓰이지 않고 死藏되어 있으니 이러한 高價장비중 全然 使用되지 않고 있는 것은 實地로 많은 分娩을 다루고 있는 地域 醫療機關에 貸與(無償으로) 할 수 있도록 行政措置를 할 것

(4) 施設空間은 老人들 또는 身體障礙者들을 위한 物理治療所로 轉用할 것(이는 地域實情에 따라 결정될 것이다) 등 이다.

4) 母子保健手帖 管理

이 手帖은 各保健支所管內에 있는 모든 結婚夫婦가 한층씩 가지도록 하여 避妊, 妊娠, 分娩, 産後 및 嬰幼兒 管理를 連續的으로 記載하도록 하고 그 手帖에 記錄되는 內容과 保健支所에 있는 화일(記錄簿)과는 恒常 合致되도록 할 것이다.

따라서 産前管理를 하다가 産月이 지났는데도 消息이 단절되었을 때는 電話로 問議 追跡하여 分娩結果를 確認하고 産後管理 및 嬰幼兒管理로 繼續할 수 있도록 할 것이며 보건소에서 交付하는 手帖外에 個人病院에서는 粉乳製造會社가 製作하여준 아기手帖 등 여러 樣式으로 된것이 混用되고 있으므로 이는 한가지 樣式으로 統一되어야 하겠다.

5) 專門醫療機關과의 유대強化

地域住民들이 選好하는 産婦人科 및 小兒科 專門醫가 있는 醫療機關을 家族計劃事業에서 施術醫療機關으로 指定하듯이 母子保健事業醫療機關으로 指定하고 保健所(母子保健센터包含)가 發行하는 쿠폰을 가지고 가는 妊産婦에 대한 産前産後管理와 分娩 및 嬰幼兒管理에 대한 診療費를 保健所 또는 醫療保險이 支拂하게 한다.

이렇게 쿠폰制度를 活用함으로써 住民들이 選好하는 專門醫療機關에 의한 積極的인 診療參與은 勿論이요 保健所가 要請하는 保健教育을 위한 出講이나 母子保健法 第 8 條 3 項이 요구하는 申告에도 잘 協調해 줄 것이다.

6) 保健教育의 強化

'88年度의 母子保健實態調査 結果에 母乳授乳를 하지 않은 理由로서 (1) 幼兒의 健康上이 1.7%, (2) 幼兒가 母乳를 싫어해서가 3.9%, (3) 牛乳가 더 좋다고 해서가 2.8%로서 세가지 理由를 합치면 8.4%나 된다는 것은 育兒에 대한 保健教育이 未及함을 시사하는 것이다. 妊産婦와 嬰幼兒 保健에 關한 것은 勿論이고, 營養, 結核,

家族計劃, 나아가서는 간염, 암, 당뇨병, 高血壓 등의 成人病과 農藥中毒 등 여러가지 問題에 關한 住民들에 대한 保健教育을 映寫機 등을 活用하여 實施할 專門人力이 必要하다. 이를 위하여는 家族計劃協會의 市郡幹事로 수십년동안 活動하던 有能한 사람들을 地方公務員으로 陽性化하여 保健所에서 保健教育을 專擔하는 要員으로 活用함이 좋을 것으로 思料된다.

7) 裝備機資材의 適正整備(maintenance)

保健所나 母子保健센터에 있는 診療裝備機資材중에는 全然 使用하지 않고 있는 것이 있는가 하면 자주 緊要하게 使用되어야 할 것이 故障나 상태로 放置되어 있는 것이 있다.

例를 들면 母子保健센터에 2臺씩의 doppler가 配定되어 있는데 두臺다 故障나서 못쓰고 있는 경우도 있었다.

따라서 保社部에서는 各 市道 單位로 이러한 醫療裝備나 器機를 點檢하고 修理해주는 整備서비스가 必要할 것 같다.

8) 地方保健行政系 改編

(1) 母子保健센터가 설치된 市郡保健所에서는 母子保健所를 중심으로 보건행정계, 가족보건계, 예방의약계, 검사계와 더불어 5개係로 되어 있는데 이는 가족계획과 모자보건사업이 통합되어 이루어져야 하고 또 일선 요원들 역시 통합하여 일하고 있는데 보건소에서만 갈라놓을 필요가 없었다. 다시 두 係를 가족보건課로 統合하고 그 課長은 保健所 副所長을 兼任하게 하고 그 課안에 가족계획係와 모자보건계를 두도록 함이 좋겠다. 그리고 보건소장의 직급은 군수나 부군수와 같은 4級으로 上向 調整하고 副所長은 5級으로 함이 保健公務員들의 士氣振作에 도움이 될 것으로 思料된다.

(2) 現在 保健支所에 公衆保健醫, 公衆保健齒科醫 各 1名과 保健要員 2名 등이 包含되어 있으나 이들은 邑面의 總務係長(6級)의 監督을 받고 있을 뿐 保健支所를 代表하는 책임자 즉 支所長은 없는 狀態이다. 따라서 지금 추진중에 있는데로 公衆保健醫가 公務員의 身分을 가지게 되면 支所長의 職分을 맡게 되겠으나 그들이 대체로 行政管理能力이 없음에 비추어 事務담당職員 1名을 두어서 支所長을 補佐하도록 함이 좋겠고, 그 事務職員에게는 Computer를 다루는 訓練을 받게 하여 電算化情報處理의 業務도 맡게 함이 바람직하겠다.

(3) 前項의 措置가 이루어지면 곧 保健支所가 保健所

長의 直接指揮 監督을 받도록 하고 人事權도 保健所長이 갖도록 하는 改編이 바람직하다. 그렇게 하지 않고서는 保健所나 母子保健센터의 助産師나 看護師가 支所에 있는 看護助務士에 대한 指揮監督權을 行使하지 못하는 制約을 免할 길이 없다. 이는 責任만 있지 權限은 全然 없는 一線 保健行政體系의 虛點이다.

9) 一線 保健要員들의 資質 向上

保健支所に 配置되어 있는 公衆保健醫에 대하여 例外는 있으나 대체로 다음 네가지 問題點이 指摘되고 있다.

(1) 精神姿勢가 되어 있지 않다. 즉 誠心誠意를 다하여 맡은 바 任務를 遂行하겠다는 意志가 結如되어 있다.

(2) 勤務에 忠實하지 못하다. 職場離脫이甚하다.

(3) 臨床診療經驗이 貧弱하다. 따라서 3年間の 義務期間이 끝나면 인턴修練過程을 밟겠다고 希望하고 있다.

(4) 行政管理能力에 대한 素養이 全然 없기 때문에 支所長職分을 맡겨도 잘해낼 수 있을까가 疑問이다.

그러므로 公衆保健醫를 一線에 配置하기 前에 精神教育, 行政管理, 特히 人事行政管理 能力培養 및 인턴修練過程을 履修한 후에 配置하고 그래도 勤務가 不充實한 者는 一般士兵으로 돌리는 懲罰로 制裁함이 바람직하다.

또 保健所나 母子保健센터에 配置되어 있는 要員들에 대한 資質向上을 위한 訓練과 더불어 裝備에 대한 使用法 實習訓練과 記錄 整備와 統計技法 訓練을 계속 實施함으로써 地域住民들에게서 그 能力에 대한 信賴를 받도록 한다.

10) 어머니會 組織 또는 마을 健康員 制度의 活性化 方案

1968年 舉國의으로 組織되었던 里·洞單位 家族計劃 어머니會의 生氣가 넘쳤던 活動은 政府指示로 1977年 새 마을婦人會로 吸收 統合된 이후부터 그 불길이 시그러지고 말았다. 그러나 家族計劃事業뿐 아니라 母子保健事業을 推進함에 있어서도 마을 단위로 指導者(婦人)가 있어서 그를 통하여 保健支所 要員들이 妊娠婦와 嬰幼兒 管理에 必要한 情報를 交換하여 그 모니터링을 도와줄 必要가 있는지, 或은 요즘에는 집집이 電話를 통한 交信이 되니 그럴 必要가 없는지를 검토하여 必要하다면 家族保健婦人會 또는 가족보건어머니회로 再組織하여 自願 指導者의 協調를 얻음이 바람직하다.

忠清南道에서는 마을健康員制度가 많은 도움을 주고 있다고 보고하고 있다.

11) 電算化 保健情報시스템 開發

母子保健事業을 제대로 計劃세우고 遂行하며 評價하기 위하여는 情報資料를 電算化함이 언젠가는 이루어져야 할 일인데 이 일을 어디서 맡아서 할 것인가가 早速히 決定되어서 그 開發을 서둘러야 할 것이다. 母子保健法에서는 母子保健綜合센터의 業務中的의 하나로 되어 있는가 하면, 保健社會研究院 또는 家族計劃協會 등에 맡길 수도 있을 것 같은데 實地로는 아무데서도 本格的으로 맡은 데가 없음을 遺憾이다. 다만 延世大學校의 蔡永文 교수가 江華郡에서 示範的으로 모델을 開發하여 實施한 研究가 있는데 이에 대한 繼續的인 支援이 아쉽다.

12) 評價와 指導

이미 서두에서 言及한 바 있지만은 保社部에서 實施하고 있는 評價는 事業 財政의 制約으로 低所得層에 대한 事業對象에 局限한 目標量을 얼마나 遂行하였는가를 가지고 하기 때문에 더러는 200% 또는 300%라는 超過 實施한 結果가 나타났다. 또 서비스의 質의面을 把握하기 위하여도 相當히 많은 노력을 하고 있으나 많은 制約이 있다.

따라서 電算化 情報시스템開發과 더불어 低所得層만이 아니고 全數를 다루고 또 嬰兒死亡率이나 母性死亡率, 低體重兒率 等の 指標를 가지고 評價할 수 있도록 努力하여야겠다.

바람직한 것은 保社部에 專門家들로 構成된 評價審議委員으로 하여금 每年 一線 機關들을 巡訪하여 그 運營狀態를 綜合的으로 評價하여 그 人力, 施設, 資材 등의 效率의 活用여부를 審査하여 是正을 위한 指標를 하도록 함이 要望된다. 病院化된 郡保健醫療院에 配置된 產婦人科專門醫(公衆保健醫)가 그 院長(장학의)의 拙劣한 管理方針때문에 그 能力을 發揮하지 못하고 3年間の 任期만 채우기 위하여 虛送歲月하고 있음을 본적이 있는데 이러한 문제는 一線 機關 審査로 是正될 수 있는 것으로 생각한다.

13) 產婦人科專門醫 確保

Kims Plan을 活用하여 적어도 한 市, 道에 1名씩의 產婦人科專門醫가 配置되도록 하되 그들이 熱誠的으로 일할 수 있는 여건을 조성해 주어야 하겠다. 특히 그들이 產前產後管理를 위한 豫防的인 일에 參與하였을 적에도 患者診療에 못지 않은 收入이 保障되도록 하여야 하고 動員된 기간만 그 地域에서 근무하는 것이 아니고

一生을 그 地域에서 奉仕하려는 精神자세로 일하도록 하여야겠다. 이 글의 Ⅱ章 4節 가項에서 지적된 바 있는 家族計劃 서비스의 質的 向上을 위하여서도 産後의 無月 經期가 끝나기 전에 避妊施術(post-partum contraceptive

service)합이 권장 실시되어야 할 것을 감안하면 이제부터의 우리나라 家族保健事業 推進을 위한 産婦人科 專門 醫의 役割은 지극히 크다 하겠다.