

강화군 구강보건사업의 지난 5년간의 운영과 평가 (1997-2001)

서울대학교 치과병원 교정과 임상강사

임 동 혁*

I. 서론

구강병으로 인한 인간의 고통을 해결하려는 의도에서 치의학이 태동하고, 이후 현대에 이르기까지 치료치학은 비약적으로 발전해왔다. 그러나, 이와 같은 치료위주의 진료는 구강병을 효율적으로 관리하지 못하기 때문에, 구강병으로 인한 인간의 고통은 해결되지 않았다. 따라서 구강병관리의 중요성을 인식하여, 예방치학 및 공중구강보건학을 발전시켰다.¹⁾

1979년 농어촌보건의료를 위한 특별조치법이 만들어진 이후 보건(지)소는 지역사회의 구강보건을 위해 중추적 역할을 담당해왔다. 그 당시에는 경제, 사회적 환경이 열악한 상황이었으므로 구강병의 유병률을 낮추는 방향이라기보다는 구강병으로 인한 고통의 해결에 더욱 치중하였다고 할 수 있다.

약 10여년 전까지만 하더라도 대부분의 보건(지)소는 공공성을 전혀 담보하지 못하고 민간구강진료기관과 아무런 내용상, 기능상의 차별 없이 운영되었다. 하지만, 현재는 그 동안의 경제발전과정을 거치고, 사회간접시설(도로)의 확충 등으로 오지, 무의촌이라고 할 수 있는 곳은 예전보다 많이 줄었다고 할 수 있다. 그리고, 국민생활수준이 향상되고

건강에 대한 관심이 고조됨에 따라, 보건정책도 치료중심에서 예방으로 흐르고 있다.

강화군에서는 1993년 전국에서 최초로 보건소에 구강보건실을 설치하여 현재까지 강화군의 지역사회 구강보건사업 추진을 위한 중추적 역할을 시행해 왔다. 강화군 보건소 구강보건실이 개소된지 올해로 10년이 되었으므로 그간의 구강보건실 운영 평가 및 발전방안에 대해 고찰해보고자 한다.

II. 현 황

1. 강화군 인구실태

강화군의 지난 5년간의 인구변화를 살펴보면 표 1과 같다.

표 1. 강화군의 인구조사 (1997-2001)

연령별	1997	1998	1999	2000	2001
총계	69539	68572	67924	67100	66860
0-4세	3212	3112	3692	3586	2788
5-9세	3648	3656	3953	3773	3557
10-14세	4457	4150	5349	5045	3720
15-19세	5789	5658	5074	4896	4606

자료 : 강화군청 기획감사실

*전 강화군 보건소 구강보건실 공중보건의 (1999. 4. - 2002. 4.)

강화군의 인구는 지난 5년동안 총인구에서보면 완만한 감소세를 보이고 있다. 이중 영유아, 학령기 아동을 세분해서보면 역시 점점 감소하는 추세이다. 그러나, 2000, 2001년들어서는 강화군 총인구의 감소세보다 영유아, 학령기아동의 감소가 훨씬 더 크게 나타났다. (그림 1)

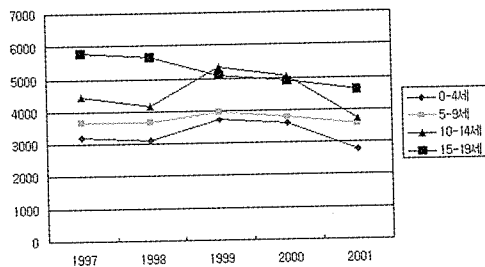


그림 1. 영유아, 학령기 아동들의 인구변화 (1997-2001)

이는 해마다 출생율이 점차 낮아지는 것과 초,중, 고등학생의 대도시로의 전학이 원인으로 생각된다.

2. 강화군 공공구강보건진료의 현황

90년도 이후 강화군 보건(지)소의 치과는 점차 감소추세를 보이고 있다.

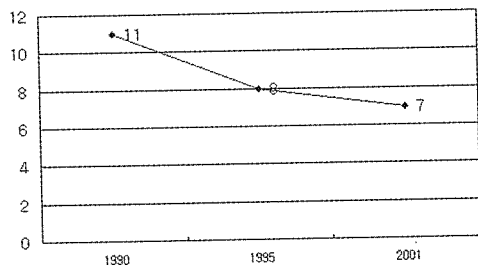


그림 2. 강화군 보건(지)소 치과수 (1990-2001)

1990년도에 11개이던 보건(지)소 치과는 1995년 8개, 현재는 7개로 감소하였다.(그림 2) 강화군 보건(지)소에 근무하는 치과의사, 치과위생사수는 그

림 3과 같다. 이는 공중보건의료로 편입되는 치과의사수가 점차적으로 감소하는데 기인한다고 할 수 있다.(그림 4)

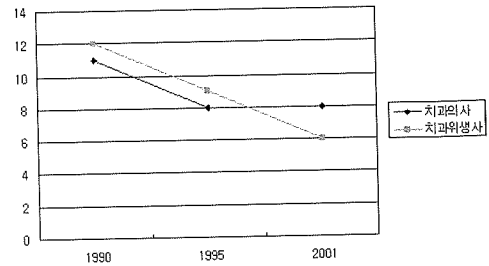


그림 3. 강화군 보건(지)소 치과의사, 치과위생사수(1990-2001)

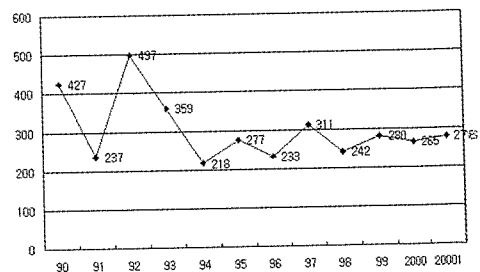


그림 4. 연도별 공중보건의사(치과) 편입 추이 (1990-2001, 보건복지부, 지역보건과, 1998, 대한공중보건의사협의회, 2001)

우리나라 국민중, 12세 아동의 구강건강수준을 살펴보면 71년 이후 경제성장과 더불어 우식경험영구치지수(DMFT index)는 오히려 증가 추세에 있다. (표 2)

표 2. 우리나라 국민의 구강건강실태 (1971-2000)

구분/연도	71	78	'85	90	'95	2000
12세 아동 우식경험 영구치 지수	0.6	1.5	2.5	3.0	3.1	3.3
12세 아동 우식영구치율 (%)				55.1	52.4	30.6
15세 아동 치면세마필요자율(%)				32.3	36.3	43

3. 강화군 구강보건진료의 성과

1993년 강화군 보건소에 구강보건실이 설치되어 강화군 지역사회 구강보건에 중추적인 역할을 하기 시작한 이후의 강화군 보건(지)소의 구강보건사업 실적을 보면 표 3, 4와 같다.

표 3. 강화군 보건소의 구강보건사업 실적(1997-2001)

	1997	1998	1999	2000	2001
불소용액양치	5378	4665	4488	4542	4676
치면세마	3036	2973	1401	2691	555
치아홈메우기	621	802	479	104	71
발치	1713	1664	1353	1152	1100
보존치료	5318	6610	1994	999	1591
응급처치	201	462	91	338	67

불소용액양치 : 인원수, 치면세마, 치아홈메우기, 발치, 보존치료, 응급처치 : 회수

표 4. 강화군 보건지소의 구강보건사업 실적(1997-2001)

	1997	1998	1999	2000	2001
불소용액양치	4171	4375	4516	4350	4266
치면세마	714	956	923	1802	2669
치아홈메우기	888	446	368	396	541
발치	3012	2647	2315	1481	1791
보존치료	5810	5913	6054	5014	4316
응급처치	103	155	163	101	199

불소용액양치 : 인원수, 치면세마, 치아홈메우기, 발치, 보존치료, 응급처치 : 회수

4. 학교구강보건실 (강화초등학교)

한편으로 1999년 전국적으로 15개 학교에 구강보건실을 설치하여 운영하는 곳중의 하나로 강화초등학교가 선정되어 1999년 이후로 꾸준히 운영되어 왔다. 이미 강화군에서는 구강보건 사업의 일환으로 80년대부터 불소용액양치사업을 시작했고, 93년에 구강보건실이 설치된 이후로는 강화군내 모든 초등학교로 확대하여 실시하고 있다.

강화초등학교 아동의 구강건강상태를 살펴보면 표 5와 같다. 그리고, 학교구강보건실에서 중점적으로 실시하고있는 치아홈메우기 실적은 그림 5와 같다. 상반기, 하반기의 치아홈메우기 실적을 세분하여 보여주고 있다.

표 5. 강화초등학교 아동의 구강건강상태 (1999-2001)

구분/연도	1999	2000	2001
12세 아동 우식경험 연구치 지수	1.52	3.87	1.80
12세 아동 우식영구치율 (%)	46.49	60.76	26.86

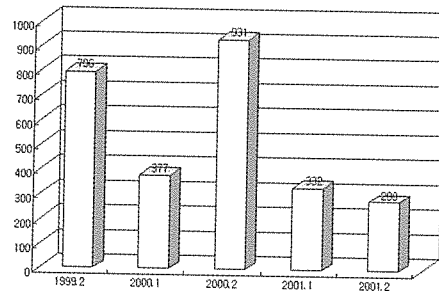


그림 5. 강화초등학교 구강보건실의 치아홈메우기 실적 (1999-2001)

III. 고 찰

보건복지부에서는 21세기 구강보건정책방향으로 모든 국민이 건강한 치아를 가지고 사는 사회를 건설하고, 지역 및 소득계층에 따른 구강건강수준의 차이를 해소하여 올바른 구강건강생활 실천을 통한 국민 구강건강증진을 도모한다고 제시하였다.²⁾

그러나, 현재까지 고도의 경제발전을 거듭하면서도 정작 우리 나라 12세 아동들의 구강건강상태는 해를 거듭할수록 악화의 길로 접어들고 있다. (표 2)

현대 국가가 지향하는 국가관이 모든 사람들이 자유로운 상태에서 행복을 누리며 살 수 있는 질이 높은 사회, 즉 복지국가의 개념이라면 구강병으로 인한 고통의 해결에 치우치기보다는 더욱더 적극적으로 구강병의 유병률을 낮추는 방향으로 정책의 방향이 수립되어야함은 더 이상의 언급이 필요 없을 것이다.

치과질환중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 치

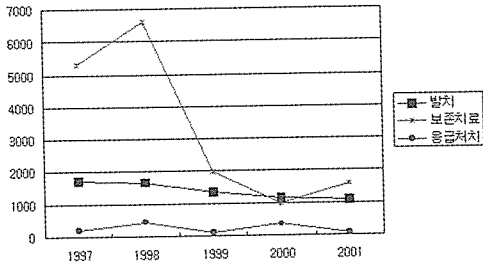


그림 6. 강화군 보건소 치과의 치료실적 (1997-2001)

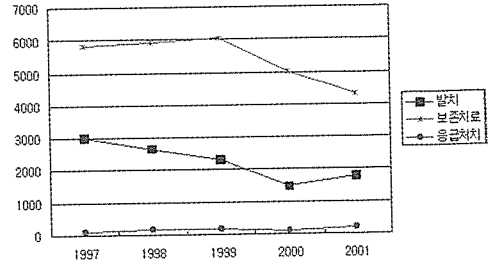


그림 7. 강화군 보건지소 치과의 치료실적 (1997-2001)

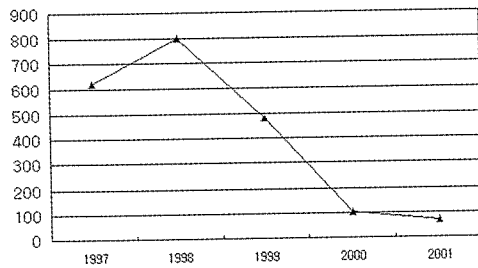


그림 8. 강화군 보건소 구강보건실의 치아홈메우기 실적(1997-2001)

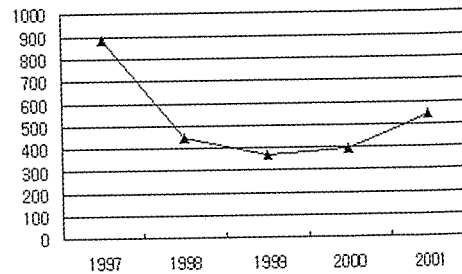


그림 9. 강화군 보건지소 치과의 치아홈메우기 실적 (1997-2001)

아우식증과 치주질환이다. 이 두 가지 질환 모두 체계적인 관리가 지속될 수 있다면 충분히 예방이 가능한 것이다. 건강보험 진료비중 이 두 가지에 의한 진료비 청구가 매년 증가하고 있어 국민의료비 절감을 위해서도 보다 적극적인 예방사업이 필요할 때라 하겠다.

1993년 강화군 공중보건의 치과의사들과 치과위생사들이 주축이 되어 강화군 구강보건실이 전국에서 처음으로 보건소 내에 설치되었다. 이 당시 강화군 공중보건의들 사이에서는 전반적으로 보건(지)소 치과에서 주로 내원 환자를 대상으로한 치료중심의 진료가 질환의 발생자체를 감소시키지 못하는 상황에서 보건(지)소 치과의 역할전환이 필요하다는 것을 인식하였다. 이에 구강보건교육과 예방사업을 통해 구강병의 많은 부분을 차지하고있는

치아우식증과 치주질환을 감소시키도록 하며, 각 보건지소에서 부분적으로 행해지던 구강보건사업을 총괄하여 다룸으로써 지속적인 효과를 얻도록 하고, 지역사회 구강보건사업 추진을 위한 중추적 역할을 시행하기 위해 구강보건실이 설치된 것이다.³⁾

시행 초기에는 유치원 아동을 대상으로 구강검진 및 교육을 실시하고, 일부 초등학교에서 치아홈메우기 사업도 시작하였다. 한편으로 소외계층에 있는 독거노인, 장애인에 대한 관심도 가져 치주치료를 시행하기도 하였다.

치아홈메우기, 불소양치는 94년 이후로는 강화군 내 모든 초등학교에 안대문 발송, 구강보건교육 등으로 확대 실시하기에 이르렀다.

97년 이후 2001년까지 보건소와 보건지소 치과에서의 대표적인 치아홈메우기, 보존치료, 발치, 응급

처치를 따로 놓고 살펴보면 그림 6, 7, 8, 9와 같이 나타난다. 특히 보건소 치과실의 경우 98년을 기점으로 급격히 보존치료, 발치의 빈도수가 줄고있는 것을 볼 수 있다. 반면, 보건지소의 경우에는 2001년에 들어서 그 빈도수가 줄기는 했지만 비슷한 수준을 보이는 것을 알 수 있다. 이와 같이 보건소와 보건지소의 내원환자의 치료에 상이한 차이를 보이는 것은 보건소의 경우 93년에 5개이던 민간 치과 의원이 99년 10개로 늘어나 상당부분 치료를 담당하였기 때문으로 사려된다. 하지만 상대적으로 민간 치과의원이 없는 각 면단위의 보건지소는 아직도 일부 저소득 국민의 초기 구강병 치료에 한하여 경제적인 구강진료접근도를 높이는데 기여하였을 것으로 사려된다. 아울러 강화군내의 각 보건지소에서 구강보건실 개소이후 총괄적인 구강보건사업아래 각 면단위의 초등학교를 대상으로 꾸준한 구강보건사업을 전개하고 있음을 알 수 있다. (그림 6, 7, 8, 9)

구강보건사업중 치아홈메우기만을 놓고 본다면 93년 이후 꾸준히 증가하여 97, 98년도까지 구강보건 사업의 중요부분을 차지하였다. 강화읍내의 초등학교를 주된 대상으로 사업을 전개하고 있던 중국가시책의 일환으로 강화초등학교내에 학교 구강보건실을 개소하게 되었고 이에 따라 보건소 구강보건실에서 실시하는 치아홈메우기 사업은 상당부분 줄어들고, 학교구강보건실에서 무료로 사업을 전개하는데 비중을 많이 두기 시작하였고 4년째를 맞이하는 학교구강보건실 구강보건사업은 이제 확대 일변도에서 지속적인 관리체제로 한발 더 나아갔다고 할 수 있다.

강화초등학교 12세 아동의 우식경험 영구치 지수와 전국적인 자료의 비교는 표 2와 5에 나타나있다. 이전의 체계적인 자료를 얻을 수 없었으므로 직접적인 비교는 할 수 없으나, 2001년 현재 강화초등학교 12세 아동의 우식경험 영구치 지수는 1.80로 전국적인 수치에 비해 매우 낮음을 알 수 있다. 이는 지속적인 구강보건사업의 결과로 생각할 수 있을 것이다.

그러나, 지역사회 구강보건사업의 일환으로 설치한 구강보건실과 학교구강보건실의 설립당시와 현재까지도 풀어야할 것으로 남아있는 몇 가지 문제점이 있다.

첫째는 공중보건의사가 의무복무기간인 3년이라는 한시적인 기간동안 근무함에 따라 사업의 연계성이 부족하고, 책임감이 결여될 수 있으며, 행정적 경험부족 등으로 사업이 원활히 수행되지 않을 수 있다는 것이다. 1년 단위로 근무지를 이동할 수 있으며, 공중보건의 자신이 동기가 부여되지 않으면 구강보건사업이 지속되기 어려울 수 있다. 아울러 인력수요와 인력공급의 불안정성도 내포하고 있기 때문에, 의무복무에 기반한 공중보건의 제도보다 채용을 근거로 할 수 있는 인력확보 제도로 점차 변환시켜 나가야 할 것이다.

둘째는 구강보건실에 적합한 치과의사와 치과위생사가 배치되어야 한다는 것이다. 이를 위해서는 예방적 구강보건사업에 대한 전문인력인 예방치학, 소아치과학 전공자들이 우선적으로 구강보건실에 배치되어 보다 효율적인 구강보건사업이 진행될 수 있도록 해야할 것이다.

셋째는 구강보건실을 담당하고 있는 치과위생사의 잦은 인사이동을 들 수 있다. 인사이동이 자주 있을수록 업무파악에서 사업 진행에 이르기까지 혼선을 야기할 수밖에 없다. 따라서 우리 나라에서도 선진 외국처럼 한사람의 담당자가 다년간 구강보건실을 관리할 수 있는 제도적 보완장치가 뒤따라야 할 것이다.

93년 강화군 구강보건실이 개설된 이후 치과 공중보건의 1인과 1인의 치과위생사가 전담하여 운영하는 체계였다. 99년 강화초등학교 구강보건실이 개소된 이후 치과위생사 1인이 계약직으로 더 배치되어 모두 원활한 사업이 진행될 수 있었다. 하지만 지속적인 공무원의 구조조정과 몇몇 치위생사들의 퇴직이후 현재는 치과 공중보건의 인력보다 치과위생사 인력이 모자란 상황이고, 2년째 구강보건실을 전담하는 치과위생사가 없는 상황에서 학교구강보건실 운영은 각 면의 보건지소 치과실 치과위

생사들이 순환적으로 해 나가고 있는 실정이다. 따라서 이제까지의 땀방울로 일구어 놓은 강화군 구강보건사업은 계속적 관리마저 위태로운 실정이다. 이에 95년 이후 지방자치제의 실시로 인해 공무원의 배치는 각 시, 군에서 일임하는 바 전문인력에 대한 각 지방자치단체의 인식에 따라서 지역적 편차가 큰 것으로 알려져 있다. 따라서 중앙정부에서도 이 문제를 다시 한번 재고해야 할 것으로 사려된다.

넷째는 구강보건사업의 평가 체계가 미흡하다는 것이다. 현재까지 구강보건사업을 평가할 수 있는 잣대로는 주로 상부에 보고하는 업무추진 건수 위주라고 해도 과언이 아니다. 이는 단순히 구강보건사업을 양적인 팽창에만 치우치게 하는 결과를 낳게 할뿐만 아니라 향후 수립해야 할 사업계획에는 아무런 도움을 주지 못한다. 따라서 이제부터라도 구강보건사업을 기획, 수행하는데 있어서 어떠한 잣대가 될 수 있는 검사지침이라든지, 통계자료를 매년 전국적으로 통일성 있게 발표할 수 있도록 하여 구강보건사업이 한 단계 더 발전할 수 있는 기

초로 활용될 수 있도록 해야 할 것이다.

앞서 지적했듯이 보건(지)소를 처음 설립할 당시와 현재는 사회, 경제적 여건이 많이 달라졌다. 무의촌 해소, 즉 일차적인 치료기능을 담당하는 기능은 예전에 비해서 점점 줄어들고 있다. 따라서 공공의료기관의 임무를 담당하는 보건(지)소는 단지 구강병의 고통만을 해소하려는 소극적인 보건사업에서 탈피하여 지역사회주민의 구강건강을 유지, 증진시킬 수 있는 예방사업으로 전환해야 할 시대가 이미 도래한 것이다. 이는 단지 강화군만의 문제는 아니며, 모든 의료기관에 종사하는 인력들의 의식의 전환이 선행되어야 한다.

이렇게 지역사회의 구강보건을 담당하고 있는 공공의료기관이 지역특성에 적합한 포괄적인 구강건강관리체계를 구축하여 지역사회 주민의 구강건강증진을 도모할 수 있을 때 비로소 구강건강향상으로 삶의 질이 향상될 수 있고, 나아가 구강건강증진을 통한 복지국가의 실현에 도움을 줄 수 있으리라 사료된다.

참 고 문 헌

1. 김종배, 공중구강보건학, 1997, 고문사
2. 구강보건사업안내, 2002, 보건복지부.
3. 지역사회의학 강화실습, 1995, 연세대학교 강화지역사회보건원.