

대상별 접근

- 모자보건, 청소년보건과 보건교육, 노인보건 -

이순영

아주대학교 예방의학교실

1. 시작하는 글

지난 20세기 동안 한 사회의 잠재력은 경제와 자본으로 평가되어 왔다. 그러나 앞으로는 그 사회의 인적 구성원들의 삶의 질로 평가될 것이다. 지난 30여년간 우리나라는 놀라운 속도로 의료이용의 양적인 팽창을 이루어왔다. 그러나 이러한 의료이용의 증가가 곧 국민건강증진으로 결실을 맺는다고 보기는 어려운 실정이다. 왜냐하면 민간자원 의존도가 높은 우리나라의 의료전달체계의 특성상 예방보건서비스의 제공이 비중있게 고려되지 아니하고 있어 예방과 진료의 균형적 발전에 제약이 되고 있다. 이러한 구조속에서 대부분의 민간의료기관은 의료 아닌 진료를 맡고 있고, 보건이나 예방사업은 당연히 극소수의 공공기관의 몫으로 남겨져 있다.

물론 그동안 보건의료부문의 발전과 변화는 긍정적인 결과들을 많이 낳았는데 이는 경제적 발전의 속도에 영향을 받은 결과이기도 하다. 그러나 한편으로는 이러한 경제 발전과정에서 보건분야의 중요한 이슈들이 소홀히 된 부분도 있다고 생각된다.

이제 '건강증진'이라는 이슈가 보건분야의 21세기를 열고 있다. 이 출발시점에서 건강증진에 도달하는 획을 향하여 주요 분야의 수준을 돌아보고 그 방향을 진단하고 토의하고자 한다.

우선 각 대상별 보건수준과 내용을 살펴보기 전에 전제되어야 하는 기본적인 시각은 다음과 같다.

첫째, 생애주기별 보건문제는 개별적인 문제가 아니다. 연령에 따른 건강문제는 서로 연결성이 있으므로, 사업별로 각각 따로 떼어 볼 때 효과와 효율성은 기대할 수 없다.

둘째, 각 보건사업 내용은 건강증진의 틀안에 포함된다. 건강증진은 취약집단이나 특수집단의 문제를 포함하지만 일반적으로 일반 건강인의 문제가 중심이 된다. 모자보건은 시설분만을 할 수 없었던 저소득층의 문제, 청소년 보건은 문제가 있는 취약아동 또는 비행청소년의 문제로 국한된 것이 아니다.

셋째, 의료의 접근이 확대된 지금, 보건은 이제 양적인 문제에서 나아가 인간중심의 질적인 보건의료서비스 제공이 중심이 되어야 한다. 여기서 질적 서비스의 개념은 현대의료기술의 혜택을 받을 수 있는 수준은 물론 스스로 건강할 수 있고, 건강하여야 하는 권리를 개개인이 미리 부여받고 격려받을 수 있는 여유가 제공되는 것을 포함한다.

이상의 기본전제하에 우선 연령별 보건과 건강상의 특성을 고찰하고 보건분야별 그 의의와 문제 그리고 기본방향을 제시하고자 한다.

2. 대상별 보건의료 특성

연령에 따른 건강 및 보건상의 특성을 요약하면 <표 1>과 같다.

여기서 가임기의 여성과 영유아기 그리고 학령기 및 청소년기 일부(0세-15세)까지가 모자보건의 대상에, 학령기와 청소년기가 학교보건 대상에 그리고 65세 이상의 노인년기가 노인보건의 대상이 된다. 일생을 걸쳐 볼 때 영유아기때 청소년기에 비해 상대적으로 사망률이 높다가 학령기, 청소년기에 가장 감소하며, 청장년기에 증가하기 시작하여 이후 급속히 증가한다. 외래이용은 영유아기 때 가장 높으며 서서히 감소하다가 청소년기 이후 증가하기 시작하며, 입원은 영

유아기후 감소하다가 청장년기이후 증가하여 노년기때 가장 높은 의료이용률을 보인다.

표 1. 연령에 따른 보건수준의 특성

단계	연령군	사망률 ¹⁾	주사인	의료이용율 ²⁾		보건분야
				외래	입원	
영.유아기	0 - 5세	107.5	선천성기형/주산기질환 /영아급사증후군	82.3	5.6	모자보건
학령기	6-11세	39.7	운수사고/사고성익수/ 선천성기형	65.7	2.8	학교보건
청소년기	12-20세	31.9	운수사고/자살/사고성 익수	36.2	1.9	
청.장년기	21-39세	88.6	운수사고/자살/심장질 환/간질환	41.7	3.0	성인보건
중년기	40-64세	307.2	간질환/뇌혈관질환/간 및간내담관암/운수사고	53.8	4.4	
노년기	65세이상	2329.6	뇌혈관질환/위암/심장 질환/고혈압성 질환	64.4	8.1	노인보건

주 : 1) 사망률은 각 연령군의 첫 연령에 해당되는 사망률 임

2) 의료이용은 각 연령군의 첫 연령에 해당되는 1년간 병의원 이용자율이며 입원에
분만은 제외됨

자료 : 통계청, 사망원인 계연보, 1995

최정수외, 한국인의 건강과 의료이용실태, 한국보건사회연구원, 1995

가. 영유아기, 학령기 그리고 가임기 : 모자보건

영유아기는 최적의 성장을 도모하고 특히 특정 전염성 질환의 면역능력을 형성하는 시기이다. 특히 태아기는 앞으로 태어나게 될 어린이가 건강한 삶을 영위할 것인가를 결정하는 시기로 출생아의 약 1%가 1세전에 사망하며 이중 약 70%가 생후 1개월 이내에 사망한다. 이와같은 사망의 반 이상은 선천성기형, 주산기질환 및 급작스러운 영아기 사망증상 등에 기인하고 있다. 사망률은 생후 12개월까지 약간 높았다가 급격히 감소하며 의료이용율도 1세 이후 감소하는 양상을 보인다. 1세 이후 유아기 사망은 영아기때와는 달리 주로 불의의 사고에 의한 것으로 교통사고, 익사 등이 주요한 사인이 되고 있다.

학령기는 유아기의 성장과정의 연속으로 신체적, 정신적 및 사회적인 성장을 통하여 적극적인 자기 이미지를 형성해가는 시기로 건강생활습관이 형성되는 시기이다. 이시기 역시 유아기처럼 사망률과 의료이용은 감소하며 사고로 인한 사망이 주요한 사인이 된다.

나. 청소년기 : 청소년보건

청소년기는 사망률과 의료이용률이 가장 낮은 시기이지만 교통사고나 자살 및 사고로 인한 익사등이 주요한 사인이다. 특히 성인으로 성장하는 과정으로 성인이 된 후의 건강에 영향을 미치게 될 건강생활습관이 확립되는 시기라고 할 수 있다.

1970년대 초반 하더라도 성인과 마찬가지로 청소년들의 건강문제는 영양결핍이나 개인 및 환경위생의 불량으로 인한 결핵, 폐렴, 디프테리아, 소아마비, 기생충성 질환 및 장티푸스 등의 질환으로 인한 급성질환이었다. 그러나 최근 전염성 및 기생충성 질환의 감소 등은 감소하는 반면 오늘날의 보건문제는 다양하고, 복합적이며, 만성적인 형태로 전환되고 있다. 여전히 취약전 기본적인 예방접종을 받지 않거나 급성질환으로 인한 결석도 평균 약 0.2%정도 있으며, 천식, 심질환 및 당뇨병과 같은 만성질환을 포함하여 정신질환, 교통사고, 성범죄 및 약물

남용과 같이 성인에 이르기 까지 영향을 줄 수 있는 새로운 양상의 보건문제가 심각하게 나타나고 있다.

다. 노년기 : 노인보건

노년기는 지속적으로 질병의 발생이 증가되고 치명률이 높은 시기로, 뇌혈관 질환, 신생물 등이 주요사인이다. 특히 이 시기는 각 개인이 갖고 있는 건강위험 행위인자와 발생하는 질병과의 관련성이 비교적 약한 특성이 있다. 우리나라 60세 이상의 노인 중 43%가 스스로 건강하지 못하다고 생각하며, 65% 이상의 노인의 86.8%가 관절염, 만성요통, 고혈압 등의 만성퇴행성 질환을 앓고 있다(이가 옥외, 1884). 그리고 약 74.6%의 노인들이 질환으로 인하여 일상생활에 지장을 받고 있으며, 약 48.1%의 노인만이 독립적인 생활이 가능하여 반수 이상이 일상생활 수행에 도움이 필요한 것으로 보인다. 더구나 33%의 노인들은 식사하기, 옷입기 및 씻기 등의 기본적인 일상생활수행(ADL) 등에 제한을 받고 있다.

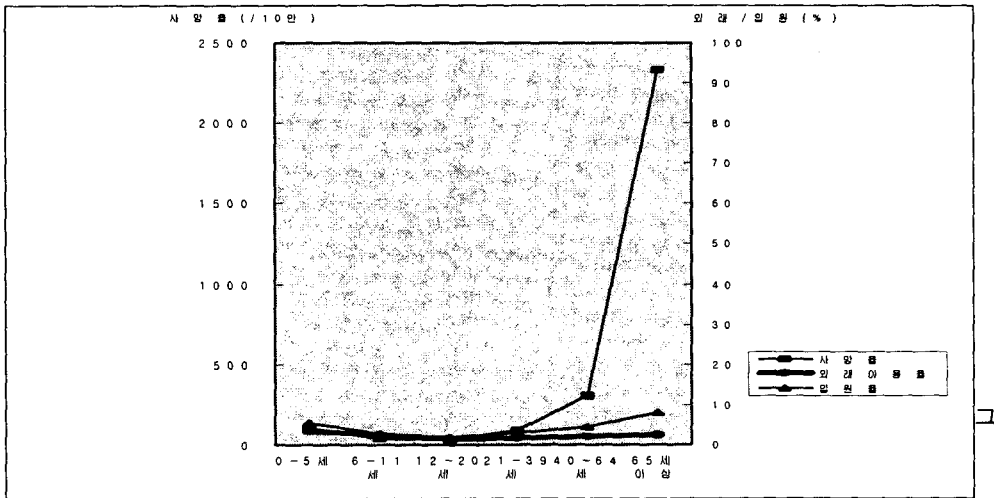


그림 1. 연령에 따른 사망률과 의료이용률

3. 모자보건

가. 모자보건의 가치 : 왜 중요한가?

모자보건은 모든 임신부와 장차 임산부가 될 사람들에게 건강을 보호하고 건강한 태아를 잉태하여 건강하게 출산할 수 있게하며 태어난 자녀들이 건강하게 성장, 발육케하여 타고난 잠재력을 최대한 발휘하게 하도록 하는데 그 목표가 있다. 따라서 모자보건의 특성을 두가지로 요약할 수 있는데 첫째는 대상규모이고 둘째는 그 잠재력이다.

광의의 의미로 볼 때, 모자보건의 대상은 15세에서 49세의 가임여성인구와 15세 미만의 어린이로 1995년 현재 국내 모자보건대상자는 총 인구의 52%에 해당되는 약 2천 3백만명에 이른다. 특히 모자보건수준은 현재의 상태를 반영하는 것 뿐 아니라 미래의 그 인구의 질을 결정하는 요소로서 그 예측을 가능케 하는 파급효과가 있다는 것이다. 즉 모자보건사업으로 인한 이익은 신생아 시기의 사망, 질병 또는 장애의 감소 뿐 아니라 훗날 성인이 되어서 나타날 수 있는 합병증 및 만성질환을 예방하고 나아가 인구의 자질 및 지능발달수준에도 영향을 미칠만큼 그 잠재력이 가장 크다.

나. 모자보건의 어제와 오늘 : 무엇이 문제인가 ?

국내 모자보건사업은 그 중요성의 비중에 비하여 독자적인 발전을 이루는데는 초보단계를 아직 벗어 나지 못하고 있다. 모자보건사업에 가장 큰 영향을 준 요인으로는 1960년대와 1970년대의 성공적인 가족계획사업과 전국민의료보험으로 인한 의료이용의 확대라고 할 수 있다. 영유아기와 임신기때는 의료이용률이 가장 높은 시기이기 때문에 의료이용의 확대는 이 시기의 보건의료 행태에 큰 영향을 미쳐왔다. 이러한 변화로서 모자보건관련 서비스 지표 즉, 시설분만이나 예방접종률 등의 향상은 긍정적인 부분으로 인정되지만 다음과 같은 예기치 못

했던 새로운 문제가 제기되었다.

1) 인공임신중절과 왜곡된 성비

우선 경제계획 5개년사업의 일환으로 추진된 가족계획사업의 성공으로 1960년대 이후 약 30년동안 소출산 소사망의 단계로 급격한 인구변천이 이루어졌다. 이 과정에서 출산력 감소를 위한 방안으로 무료불임술이 제공되고, 2자녀 불임수술자에게 여러가지 혜택이 부여되었는데, 이러한 인구정책에 대부분의 국민은 적응되어 결국 낮은 출산력을 이루게 되었다. 이 과정에서 모자보건은 두가지의 영향을 받았다.

첫째는 지극히 소극적으로 모자보건사업이 수행되어오게 된 것으로, 현재에 이르기까지 모자보건의 내용은 시설분만과 예방접종률과 같은 몇가지 양적인 발전외에는 큰 발전이 없다. 둘째로 자녀관에 대한 의식이 빠른 인구변천을 따라가지 못함으로써 몇가지 부작용을 낳게 되었다. 우선 자녀에 대한 의식 중 소자녀관에 대한 의식은 사회경제적인 여건과 함께 자연스럽게 국민들에게 수용된데 반하여 남아 선호태도는 상대적으로 완화되지 못했다는 것이다. 이러한 우려로 태아성감별 행위를 1987년이래 법으로 규제해 오고 있으나, 1994년의 경우 첫아이 출생성비는 106.1에 반하여 네 번째 출산한 아이의 성비는 237.7이고 1980년대 이후 피임실천율의 증가에도 불구하고 여전히 인공유산율이 높음을 볼 수 있을 때, 여전히 태아성감별에 의한 인공임신중절이 시행되고 있음을 알 수 있다.<표 2>. 여기에 1980년 이후 태아 성감별을 위한 의료기술의 확산으로 적은 자녀를 낳되 아들을 선호하는 의식은 1980년대 이후 출생 성비의 불균형을 초래하게 되었다. 결국 법적 규제만으로는 통제하기 어려움을 시사한다.

2) 제왕절개분만, 모유수유

1980년대에 와서 IBRD차관사업으로 의료 취약지역에 89개소의 모자보건센터를 건립하면서 임부의 산전관리 및 시설분만을 제고를 힘썼으나, 뒤늦은 사업으로 평가받았으며 오히려 이러한 정부의 노력보다는 1980년대를 거치면서 급변

하는 생활환경의 변화와 국민의식의 변화 및 전국민 의료보험실시 등에 따라 시설분만율은 99%로 증가되었다. 그러나 90%이상이 민간의료기관에 의존되고 있는 현실에서 최소한 공공보건으로 통제할 수 있는 범위를 이미 넘고 있다. 그 단적인 예가 제왕절개분만과 모유수유인데, 의료보험자료를 통하여 제왕절개분만율의 추이를 보면 1986년에는 9.6%에 불과했으나 1993년에는 28.1%로 나타나 지속적인 증가를 보이고 있다. 제왕절개분만은 임신부 및 주산기 사망률 감소에 기여했을 수 있으나 정상분만에 비하여 많은 합병증을 초래하고 모유수유를 저해하는 요인으로 작용할 수도 있다. 따라서 불필요한 제왕절개술은 모자보건 분야의 새로운 문제점으로 인식되며, 지나치게 높은 제왕절개분만율은 분만관련 보험수가와 연관된 왜곡된 의료행위에서 비롯된 것으로 보지 않을 수 없다. 여기에 시설분만이 증가하면서 의료기관의 편이상 정착된 분만후 신생아에게 대한 분유의 습관적 처방은 이제 관례가 된지 오래다.

결국 99%의 시설분만과 예방접종시대에 모자보건 분야는 질적인 향상을 위한 도약 앞에 인공임신중절, 왜곡된 성비, 과도한 제왕절개분만율, 저조한 모유수유 등의 30년전과는 전혀 다른 돌이키기 쉽지 않은 숙제를 안게 되었다.

다. 모자보건의 과제 : 기본 시각 그리고 도약

1) 기본시각

1960년대에 2000년대를 바라보며 모자보건의 대계를 생각할 때, 아마도 앞서 살펴본 발전된 긍정적인 모습은 기대되었겠지만 그 당시에는 문제로 부각되지 않았던 부정적인 모습은 아마도 예견할 수 없었을 것이다. 지난 약 30년간의 변화 속도보다도 향후 30년은 더 빠른 속도로 변화할 것이며, 또 다른 문제들을 당면하게 될 것이다.

표 2. 모자보건관련 지표의 변화(1960-1995)

구분	지표	1970년	1980년	1990년	1995년
일반 지표	가임여성률(%)	46.7	52.7	56.9	52.2
	합계출산력(명)	4.5	2.7	1.6	1.7
긍정적 측면	영아사망률(/1000명 출생)	53.0	17.3	12.8	
	모성사망률(/10만 출생)	83	42	30	
	시설분만률(%)	-	62.1('82)	98.1('91)	98.8('94)
	산전관리율(%)	57.2('77)	-	-	99.2('94)
	피임실천율(%)	24.4	70.4('85)	79.4('91)	77.4('94)
	비시지예방접종률(%)		69.9	86.0	
	제왕절개분만율(%)	5.5	9.6('86)	-	31.5('94)
부정적 측면	모유수유율(%)		68.9('82)		11.4('94)
	인공유산율(%)	38('76)	50('82)	53('91)	49('94)
	출생성비(/100명 출생여아)	109.5	105.3	116.6	113.4

자료 : 1) Nami Hwang. Overview of reproductive health indicators in Korea. 1996

2) 박인화의. 모유수유실태 분석과 지원정책의 과제. 한국보건사회연구원, 1994

3) 한국보건사회연구원. 전국출산력조사 1982-1992, 1994

4) 박인화, 황나미. 모자보건의 정책과제와 발전방향 한국보건사회연구원, 1993

5) 보건복지부. 보건사회통계연보. 1996

무엇보다도 21세기는 여성들의 사회경제적인 변화를 더욱 가속화하는 시기가 될 것이며, 1994년 카이로에서 개최된 인구 및 개발 국제회의(ICPD)에서 생식보건과 권리를 개발의 핵심으로 인정하고, 특히 청소년들이 자신의 성과 생식건강에 관하여 책임을 지고 건강하고 만족스러운 삶을 영유하도록 하는 정보와 서비스를 받을 수 있는 권리를 부여하는 등 성에 대한 세계적인 추세는 앞으로의 모자보건 분야의 새로운 문제들을 야기할 것이다. 따라서 국내 잘못 틀어진 문제들을 교정해 나가면서 한편으로는 향후의 문제들을 미리 집어나갈 수 있는 시각이 요구된다.

2) 과제

가) 민간의료기관의 적극적인 참여

다른 보건문제와는 달리 특히 모자보건은 공공기관만으로는 발전할 수 없는 구조적인 특성이 있는데 대부분의 대상자들이 민간의료기관을 통하여 서비스를 받고 있다는 것이다. 공익사업을 수행하는 조직과 이윤추구를 우선으로 하는 조직간의 협조체계 구축이라는 것이 어려운 과제이기는 하나 모자보건서비스에 투입되는 자원의 경제적 효율성 측면에서라도 장차 모자보건의 발전을 위해 가장 역점을 두어야 할 과제가 분명하다. 이러한 인식으로 1989년이래 정부사업과 민간부문의 연계를 통한 모자보건사업의 전개를 기본방향의 하나로 제시하고는 있으나 임신신고등록과 검사의 중복 등 비효율적인 운영 등 구체적인 발전이 없는 실정이다. 민간의료기관에 참여를 유도하는 인센티브와 법적 구속력 등이 좀 더 구체적이고 적극적으로 모색되어야 할 것이다. 모자보건을 공공보건사업으로만 국한해서는 발전할 수 없으며 민간의료기관을 바람직한 모자보건을 수행하여야 하는 제도권 안으로 끌어들이야 할 것이다.

나) 기초통계의 수립을 통한 모니터링체계 확립

여전히 국내의 모자보건 기초통계인 사산율, 자연 및 인공유산율, 저체중출생아발생률, 모유수유율 그리고 이환에 관한 기본적인 자료수집이 미흡한 상태이고 나아가 임신부의 보호 및 기형아 발생원인에 관한 유전역학적 감시체계가 전무한 상태이다. 이 문제 또한 민간의료기관과 공공보건기관 등의 보건의료자원간에 임신과 출생전후 건강정보 및 서비스의 상호연계가 절실한 부분이다.

다) 모성보건 시각의 확대

교육수준의 향상과 출산력의 감소, 사회참여에의 욕구는 그동안 태아와 연관하여 출산에 집중되어 있던 모성보건을 폭넓은 시각으로 접근하여야 하는 계기를 줄 것이다. 다분히 태아의 건강을 위하여 엄마의 건강이 존재하고 아이의 건강은 엄마의 몫인 양 인식을 주는 모자보건의 개념에서 모성, 나아가 여성 본인 자신의 건강자체를 조명하는 주체적인 시각이 요구된다.

모자보건은 어머니의 건강을 통하여 이루어지는 것이 아니라 가족의 건강과 정신적지원을 통하여 완성되는 것이므로 모성교육 이전에 이미 결혼을 준비하는 청소년기 및 청년기에 바람직한 모자보건에 관한 교육이 이루어져야 한다. 무엇보다도 기존의 저소득층 주민을 대상으로 몇가지 항목의 양적인 사업을 예산 당는 데로 펼칠 것이 아니라, 주민요구에 부응하는 모자보건서비스를 전 주민에게 제공하겠다는 목표 설정부터 출발하여야 할 것이다.

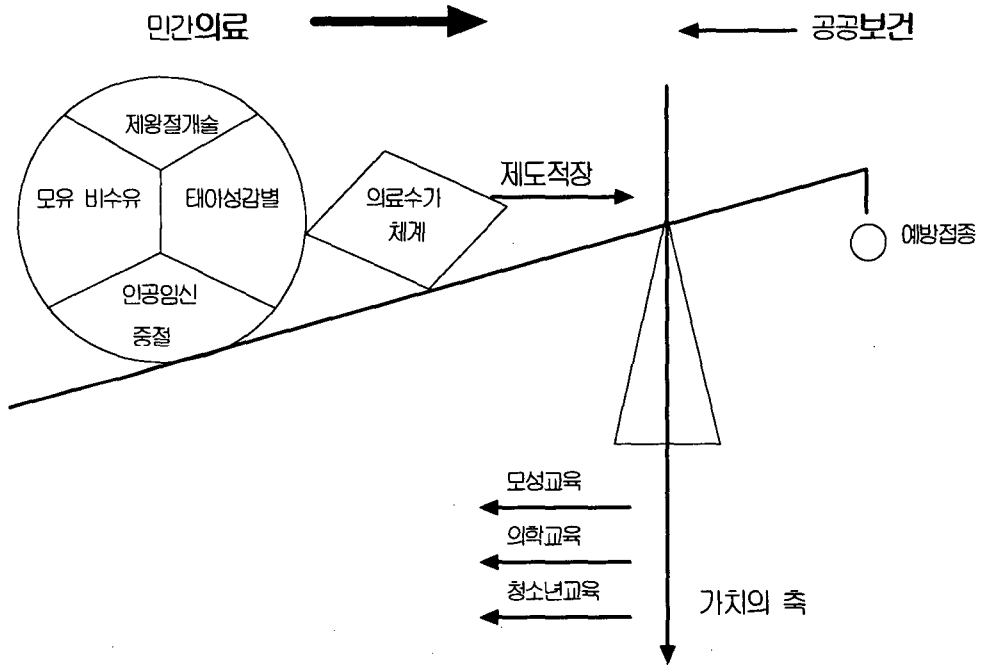


그림 2. 모자보건에서의 민간과 공공보건기관의 균형적 발전모색

4. 청소년 보건

가. 청소년보건의 가치 : 왜 중요한가?

청소년은 신체적, 심리적, 정신적인 측면에서 아동기와 성인기 사이에 존재하는 시기로 모든면에서 급속한 변화를 이루는 시기이다. 이 시기의 신체적인 발달과 변화를 중심으로 볼 때에 사춘기(puberty)라고 일컫으며, 상황에 적응하는 심리적인 발달과정을 중심으로 볼 때 이를 청소년기(adolescence)라 명명한다. 일반적으로 청소년기는 사춘기의 시작과 청년기의 시작 그 사이인 12세에서 20세 사이를 말하며, 1995년의 경우 7백 40만명의 청소년 인구가 있으며 이는 총 인구의 약 16.5%에 해당된다. 단 청소년 보건분야가 따로 발전되고 있지 않고 청소년의 대부분이 학생이므로 이 시기의 생활 중심은 학교가 되며 따라서 학교보건의 형태로 접근되어왔다. 이러한 의미에서 학교보건은 유치원에 취원후 초등학교, 중학교, 고등학교에 이르는 성장과정 중의 학교생활을 중심으로 하는 학생과 교직원들을 포함하는 전체인구의 약 20%의 인구를 대상으로 한다.

청소년 보건의 가장 큰 특성은 두가지로 볼 수 있다. 첫째는 청소년 보건의 문제가 지금 당장 두드러지지 않는다는 점이다. 즉 중·고등학교 학생들의 대부분이 학업, 진학, 취학문제라는 당장 급한 문제에 맞닥뜨려져 있기 때문에 자신들의 성격과 행동에 대한 내적성찰이나 자신의 건강에 대한 문제에 관심을 갖을 여유가 없다. 이러한 현실은 주위의 가족이나 학교 그리고 사회의 현실이고 가치이기도 하다. 두 번째 특징은 이처럼 인간의 일생 중 최상의 육체적 기능에 도달하고 최고의 건강수준을 유지하는 시기임에도 불구하고 건강의 위협을 잠재적으로 안기 시작하는 시기라는 것이다.

즉 청소년기는 성인시기의 성인병 등의 질병과 같이 당장 절실한 건강상의 손실을 초래하는 기회는 적지만 성인에 비하여 사회와 환경의 변화에 민감하게 반응하는 시기이므로 이 시기의 건강과 보전에 대한 인식과 생활습관은 이후의 청년, 장년 및 노년기의 건강에 지속적인 영향을 미치고, 경우에 따라서는 결정적인 요인으로 작용할 수 있다는 입장에서 청소년 시기의 보건문제를 대단히 중

요하게 받아들이지 않을 수 없다. 더군다나 최근 성인기에 만연하는 만성퇴행성 질환들이 점차로 아동기나 청소년기부터 시작한다는(tracking phenomenon) 연구들은 향후 이 시기의 보건문제의 비중을 더 크게 할 것이다.

나. 청소년보건 어제와 오늘 : 무엇이 문제인가 ?

청소년은 학교청소년, 근로청소년 및 소년원 청소년 등으로 구분될 수 있으나, 현재 국내에서는 청소년 보건은 주로 청소년의 대다수를 차지하는 학교청소년을 중심으로 학교보건안에서 이루어지고 있다. 물론 학교보건은 초등학생을 포함하는 것으로 엄밀히 말하면 청소년 보건과 일치하지는 않지만 학교보건이라는 틀 안에서 사업의 목적이나 추구하는 내용이 일치하므로 초등학생을 포함하는 학교보건의 내용을 중심으로 청소년 보건의 내용을 파악하고자 한다.

1) 고위험군 조기발견 프로그램

학교보건의 초기에는 전염병관리 위주인 예방접종사업을 위주로 1951년에는 신체검사규칙을 제정하면서 신체검사사업이 확대되었고 1980년대초까지 발전되었다. 1980년 전후로 문교부내 학교보건과가 설치되면서 기존의 전염병관리와 신체검사 및 각종 검사를 위시하여 보건교육과 환경위생관리에 관심을 기울여 왔다.

서울시의 초, 중, 고등학교의 학교보건의 내용을 중심으로 살펴보면 학교보건은 학생들의 건강검진, 건강교육 및 연구 그리고 학교환경 위생지도 등의 세가지의 내용으로 구분할 수 있다<표 3>. 서울시 사업의 규모를 볼 때 전 예산은 95.2%가 건강검진에 3.9%가 보건교육에 그리고 나머지 0.9%가 학교환경위생사업으로 구성되어 있다(학교보건연보, 1996). 학교보건을 실시하는 실 주체는 학교와 학교의로 구성되고 대부분의 내용은 1년 1회 실시하는 건강검진이 중심이고 대부분의 예산들이 여기에 쓰이고 있다. 학생들의 건강관리를 위해서 실시하는 검사내용은 신체검사의외에 요당과 요단백 검출을 위한 소변검사, 혈액형검사와 폐

결핵진단을 위한 X선 촬영, 구강보건사업이 있으며 일부 학생들에게 실시하는 소아성인병관리를 위한 검사, 비만학생들을 관리를 위한 비만관리, 기타 정신건강상담과 간염검사가 일부에서 실시되고 있다<표 4>.

표 3. 학교보건 내용의 개요(서울시)

분 야	검사 내용	항 목	대상자
	소변검사	요당, 요단백	초5, 중2, 고2
	혈액형검사	Rh, ABO	초
	결핵검진	- 폐결핵진단 - 선천성심장질환, 심장비대증, 우심증, 심장수술병력 - 척추만곡증	중1, 고1
건강 관리	구강보건관리	- 보건교육 - 불소양치사업 - 구강검진	초, 중, 고
	소아성인병관리	비만, 고지혈증, 간기능, 간염	초, 중, 고 희망자
	학생비만관리	생활습관평가, 교육	초 4-6 비만아
	정신건강상담	인성검사, 상담	초, 중, 고, 교직원
	간염검사 및 이상자관리	B형간염검사, 예방접종	초, 중, 고 희망교
보건 교육	보건교실 운영등	- 성교육 - 약물 오.남용 예방교육 - 흡연, 음주 예방교육 - 영양 및 비만교육 - 구강 보건교육 - 응급처치법 등	초, 중, 고

주 : 환경위생내용은 포함하지 않음

자료 : 서울시학교보건원. 학교보건연보. 1996

향후 청소년보건의 가장 중요한 문제로는 건강위험행위의 만연과 이에 따른 만성질환의 조기이환을 예방하고 조기진단하는 것이다. 이러한 입장에서 볼 때

일부 학생들에게 소아성인병관리 차원에서 비만, 고지혈증, 간기능, 간염 등을 검사하고는 있지만, 아직 그 항목과 검사시기 그리고 추서관리 프로그램이 구체화 되지 못한 상태이고 따라서 현재 부분적으로 실시되고 있는 소아 성인병관리 프로그램의 좀더 체계적이고 효율적인 개발이 요구된다.

표 4. 학교 건강검진 실시결과(1995)

검사항목	학년	1980년	1990년	1995년
신장	초등학교(6)	139.3/140.3	114.1/145.8	146.3/147.9
	중학교(3)	156.8/153.8	162.5/156.6	165.3/158.2
	고등학교(3)	167.4/157.2	170.1/158.6	171.5/159.8
체중	초등학교	32.3/32.9	37.3/37.9	39.7/40.5
	중학교	45.9/46.3	51.9/49.6	54.8/51.9
	고등학교	58.5/52.4	61.3/53.5	63.4/54.4
요당(%)	초등학교(5)	-	0.02	0.02
	중학교(2)	0.07('81)	0.04	0.04
	고등학교(2)	0.13('81)	0.12	0.09
요단백(%)	초등학교(5)	-	0.16	0.13
	중학교(2)	0.53('81)	0.41	0.21
	고등학교(2)	0.45('81)	0.28	0.21
Rh ⁻ (%)	초	0.03('81)	0.17	0.27
폐결핵	중(1)	0.1	0.03	0.03
	고(1)	0.3	0.04	0.10
심장질환	중(1)	-	0.04('91)	0.09
	고(1)	-	0.03('91)	0.08
척추만곡증	중(1)	-	0.10('91)	0.27
	고(1)	-	0.05('91)	0.49
B형 간염	초등학교	-	2.4('92)	0.7(초1)
항원양성자	중학교	-	2.9('92)	2.9
	고등학교	-	2.7('92)	2.8
B형 간염	초등학교	-	34.4('92)	39.4
항체양성자	중학교	-	36.5('92)	45.4
	고등학교	-	32.7('92)	43.0

자료 : 서울특별시 학교보건원, 학교보건연보, 각연도

2) 청소년의 건강위험행위

1995년 현재 청소년들의 건강위험행위를 살펴보면 <표 5>와 같다. 1979년도 BMI 95 백분위수를 기준으로 한 경우, 전체적으로 남자는 4.6배, 여자는 3.2배 증가하여 여자보다는 남자에서 높은 증가율을 보이며 특히 초등학교인 저연령층에서의 비만증가율이 더 큰 것을 보여준다.

1996년 현재 청소년들의 흡연실태를 보면, 남학생은 고등학교 시기에 급격히 흡연률이 증가하여 41%가 흡연을 하며 여학생은 중학교와 고등학교 사이에 큰 증가는 없고 고등학교 3학년 학생의 흡연율은 6% 정도이다. 이러한 추세는 지난 1993년도 유병률과 큰 차이는 없다. 음주율은 남학생의 경우 고등학교때 급격히 증가하여 약 52%가 한달사이에 음주경험이 있으며, 여고생의 음주율은 24%로 전반적으로 '93년도 음주율과 큰 차이를 보이지 않는다. 약물중 본드와 각성제 사용경험율은 고등학생의 경우 특히 남학생에서 증가를 보인다. 이와같이 최근 청소년 약물실태를 보면 음주와 흡연이 대부분이지만 타약물로의 이행가능성을 배제할 수 없음을 보여준다.

약물남용과 더불어 청소년들의 성문제는 보건분야의 중요한 과제이다. 연구에 의하면 청소년의 성교 경험율은 10%를 상회하며, 1987년에 이미 10만명의 미혼모가 공식집계되었으며 이들의 대부분이 청소년들이었다(이인복, 1988).

학교에서의 보건교육의 내용은 성교육, 약물 오·남용 예방교육, 흡연, 음주 예방교육, 영양 및 비만교육, 구강 보건교육 및 응급처치법 등으로 구성되어 있다. 그러나 실제로 학교과정 12년동안에 받아야 하는 시기적절한 보건교육 내용이 계획되어 있지 못하고 1년단위 사업위주로 진행되고 있다. 자신의 건강잠재력을 최대로 발휘하기 위해서는 다른 분야와 마찬가지로 정확히 배우고 좋은 습관들이기에 부단히 노력하는 과정을 통하여 형성되는 것이 저절로 부여되는 것이 아니라는 것을 재인식할 필요가 있다. 따라서 초등학교 1학년에게 꼭 필요한 교육과 고등학교 학생들이 습득하여야 하는 교육내용은 분명히 다를 것이다. 그러나 현재 국내의 보건교육은 교육해야 하는 제목은 어느정도 설정되었지만 그러한 교육들이 언제 어떤 형태로 교육되어 어떻게 평가되어야 하는지에 대한 것은 아주 초보적이다. 예를 들어 약물남용을 예방하기 위한 교육이 국민학교 6학년때

갑자기 약물의 종류와 신체에 미치는 영양에 관한 비디오 상영으로 교육이 종료된다면 실제로 그 효과는 기대할 수 없으며 오히려 호기심만을 자극할지도 모른다. 이러한 교육은 아주 초보적인 단계인 초등학교 1학년 단계에서부터 우리가 먹을 수 있는 것과 먹을 수 없는 것 등에 관한 아주 쉬운 개념정리부터 시작되어야 한다. 이처럼 지속적인 보건교육이 필요한데 이는 보건교육이 정규과목으로 채택되어야 하는 이유이다. 보건은 지식이 아닌 실천이기 때문이다.

표 5. 청소년의 건강위험 행위 분포(1996)

건강행위	학년	남자	여자	비고
비만율 ¹⁾ (%)	초등학교	30.7	27.4	5.3/4.9('79)
	중·고등학교	18.1	15.5	4.9/5.1('79)
현흡연률 ²⁾ (%)	초등학교(6)	1.0	0.5	-
	중학생(2)	4.4	5.2	5.9/3.8('93)
	고등학생(3)	40.7	6.3	34.8/6.5('93)
현음주률 ²⁾ (%)	초등학교	6.4	3.8	-
	중학교	8.7	10.2	11.0/12.5('93)
	고등학교	52.1	24.2	49.4/31.9('93)
약물사용경험 ²⁾ :본드(%)	초등학교	2.0	0.9	-
	중학교	4.3	2.9	0.1/0.4('93)
	고등학교	5.8	0.8	0.8/0.7('93)
약물사용경험 ²⁾ :가스(%)	초등학교	0.3	0.1	-
	중학교	2.8	1.2	0.1/0.1('93)
	고등학교	2.8	0.6	0.8/0.8('93)
성경험률(%)	중학생	17.9('90)	6.3('90)	피임률 : 성경험자의 35.1%
	고등학생	19.4	5.3	
미혼모(명)	-	-	10만명('87)	160명('73)
정신장애율(%)	-	31.2('83)		-
자살(명)	-	346		전체 자살의 7.1%

주 : 1) 1979년도 95백분위수의 BMI치를 기준으로 함

2) 30일 이내 사용률임

자료 : 청소년학회, 청소년 약물남용실태와 예방대책연구, 1996,1993

서울시 학교보건원 내부자료

도종수외, 청소년 유해환경의 실태와 대책에 관한 연구, 한국청소년연구원, 1990

3) 학교보건의 지원체제

각 학교의 보건문제를 지원해 줄 수 있는 체계가 미흡하다. 실제로 추구관리가 필요한 청소년들을 관리하는 것은 학교나 학교의 1인의 구조에서는 효율적이지 못하다. 더구나 학교는 보건외의 문제들 때문에 사실상 보건의 우선순위가 높지 못하다. 시기의 위험요인들의 교정을 위한 효과적인 프로그램은 보건분야에서 지원하는 것이 합당하며, 보건소가 하나의 예가 될 수 있다.

다. 청소년보건의 과제 : 새로운 시각 그리고 도약

1) 기본시각

1985년 세계보건의 날의 표방과제인 'Health Youth-Our Best Resource'는 현시대에 있어서의 청소년 보건의 중요성을 다시한번 일깨워 주었다. 청소년기의 문제라 하면 청소년비행, 폭력, 약물남용과 흡연, 성범죄와 미혼모 문제 등의 부작용으로 요약되어 아직 국내에서는 청소년 보건에 대한 자리가 여전히 좁기만 하다. 하지만 건강을 포함하여 청소년기의 모든 문제는 신체적, 정신적 발달과정에서 이해되어야 한다고 할 때, 결코 청소년 문제가 보건의 문제와 거리가 있지 않다.

새로 개편된 초등학교, 중학교, 고등학교 교육과정(1992)에 의하면 교육과정을 통하여 추구하는 인간상은 건강한 사람, 자중적인 사람, 창의적인 사람으로 하고 있다. 이는 바람직한 인격완성을 위한 국민교육 과정에 있어서 건강이 그 바탕이 됨을 역설한 것이며, 또한 건강을 인간 교육에서 빼놓을 수 없는 중요한 교육의 부문으로 인정함으로써 학교안이 더 적극적인 보건교육의 장이 되어야 할 것이다. 그런 의미에서 청소년 보건의 전 보건문제의 해결점이기도 하다.

2) 과제

가) 학교보건의 네트워크

청소년기의 대부분은 학교안에서 이루어 지므로 청소년 보건의 중심은 학교가 되어야하는 것은 자명한 일이다. 그러나 모든 보건문제가 그러하듯이 추구관리가 필요하고 특히 지속적인 교육적 개입이 요구된다는 측면에서 학교안에서의 학교보건은 한계가 있다. 따라서 보건의료분야에서는 청소년 보건의 실질적인 중요성을 인식하고 학교보건을 지원할 수 있는 방안을 모색하여야 할 것이다. 그리고 학교보건의 주체로서 가정을 빼놓을 수 없는데 가정과 학교 그리고 보건의료기관으로 연결된 지원체계가 개발되어야 한다.

나) 국가 청소년건강조사 및 위험행위 모니터링

국내 청소년보건 수준 및 행태를 파악하기 위한 자료는 상당히 미흡하며, 간헐적으로 그 추세를 파악할 수 있을 뿐 아니라 문제를 앞서 파악할 수 있는 정기적인 조사가 없는 실정이다. 한편 기존의 일부 조사와 연구의 대부분은 학생청소년만을 대상으로 하고 있어서 그 결과를 전체 청소년으로 일반화하는데는 무리가 있다.

따라서 건강수준을 파악하기 위한 조사는 기존의 건강관리체계를 이용할 수 있는 방안을 모색하고, 안전벨트 착용, 폭력, 자살, 흡연, 음주 및 약물남용, 성, 영양 및 식습관, 운동 등의 지속적인 위험행위들을 모색하기 위한 국가차원의 조사사업들이 절실하다.

다) 보건교육의 소프트웨어

청소년의 약물사용경험 중 가장 많이 사용하는 약물은 술이고 다음이 진통제, 청소년의 흡연과 음주이다. 전체 성인남자의 약 3/4이 흡연을 하고 2/3 이상이 술을 마시는 사회환경 속에서 이상의 행위들은 대표적인 청소년 비행 중의 하나로 대부분 규제와 단속이라는 시각으로 머물러 왔다. 더불어 학교내 보건교육이 발전하지 못하는 큰 이유 중 하나는 보건교육이 정규과목으로 교육되지 못하는 현실과 밀접한 연관이 있다. 따라서 각 연령에 적절한 보건교육 내용 및 방

법의 개발과 더불어 독립된 정규과목으로서 보건교육의 자리매김이 시급하다.

라) 고위험집단의 집중적 교육 및 관리

성인기에 만성질환이 이환될 소지가 있는 청소년들에게는 적극적인 만성질환관리 프로그램이 개입되어야 한다. 따라서 고위험군을 찾을 수 있는 조기발견 프로그램이 각 연령에 따라 효율적으로 진행되고 적극적인 개입이 동반될 때 효과적인 예방을 기대할 수 있을 것이다.

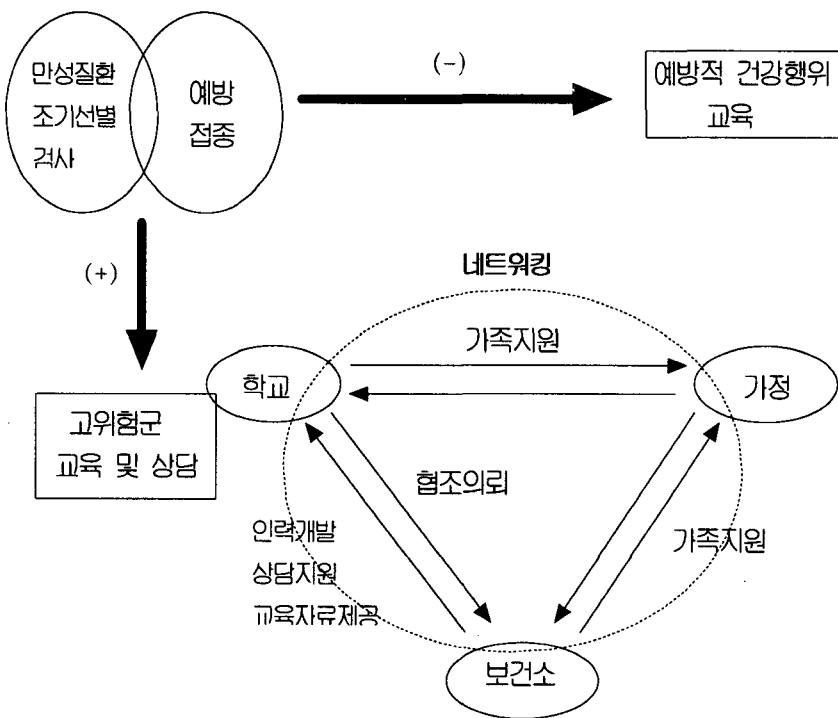


그림 3. 학교보건의 지원체계 모색

4. 노인 보건

가. 노인보건의 가치 : 왜 중요한가?

UN이 국가를 연령구조상으로 구분한 바에 의하면 현재 우리나라는 전체인구 중 노인인구가 7%미만인 청년국에 속하며, 2000년대 초가되면 노인인구가 7%이상률 차지하는 고령화사회가 될 전망이다. 이러한 현실에서 노인보건의료 정책에 적극적이고 포괄적인 관심을 조속히 집중하여야 하는 당위성은 다음의 세가지라고 할 수 있다. 첫째, 노인의 절대적 상대적인 증가로 서비스 또는 정책의 대상자가 급격히 증가하고, 둘째, 증가하는 노인들의 대부분이 건강상으로 취약하여 노인 의료비 비중이 날로 증가하며, 셋째, 현대에 들어서 사회구조 변화로 인한 노인부양의 문제가 개별 가정이 감당하여야 할 문제에서 사회가 안아야 할 부담으로 부각되었다는 것이다. 노인인구에게 있어서 보건의료는 필수적인 서비스이므로 특히 공공부문의 역할이 강조된 적극적인 개입이 필요하다.

나. 노인보건의 어제와 오늘 : 무엇이 문제인가 ?

1) 취약한 노인인구의 증가와 보건의료 서비스 욕구

1960년에는 노인수가 불과 73만명 정도로 전체인구의 약 2.9%이었으나 1997년 1월 현재 약 290만명으로 전체인구의 6.3%를 차지하고 있다. 2000년에는 7.1%, 2030년에 가서는 노인인구가 1천만명이 넘어 전체인구의 19.3%에 이를 전망이다<표 6>. 이러한 우리나라의 인구노령화 속도는 세계에서 그 예를 찾기 힘들 정도로 빠른데, 일반적으로 노령인구 비율이 7%에서(노령화 사회) 14%로(노령화된 사회)에 도달하는 기간이 프랑스의 115년, 미국의 68년 그리고 일본의 25년에 비하여 우리나라는 22년이 걸릴 것으로 추계되고 있어(US Bureau of the Census, 1996), 우리나라의 고령화 속도를 가늠할 만하다.

표 6. 노인인구(1960-2020) 및 재가노인서비스 대상 인구추계(1995-2020) 단위 : 천명

연도	평균 수명	총인구	65세이후(%)	재가노인서비스 대상 추계 ¹⁾			
				기능장애	IADL ²⁾ 만 제한	ADL ³⁾ 일부제한	ADL 전부제한
1960년	52.4	25,012	726(2.9)	-	-	-	-
1970년	63.2	32,241	991(3.1)	-	-	-	-
1980년	65.8	38,124	1,456(3.8)	-	-	-	-
1990년	71.6	42,869	2,195(5.1)	-	-	-	-
1995년	73.5	45,093	2,657(5.9)	1,236	372	716	147
2000년	74.9	47,275	3,371(7.1)	1,533	462	889	183
2020년	78.1	52,358	6,899(13.2)	3,220	958	1,859	403

자료 : 통계청. 장래인구 추계. 1996.12
고양곤. 수원시노인문제와 서비스 대책방안. 1997

- 주 : 1) 1995년 이후로 추계함
2) Instrumental of Daily Living(수단적 일상생활동작 능력)
3) Activity of Daily Living(일상생활동작수행)

1996년 현재 평균수명은 73세로 앞으로 인생 80의 시대가 되었지만 동시에 관절염, 만성요통, 고혈압 등 3개월 이상 지속되는 만성질환율이 약 87%나 되고 일상생활에 장애가 있는 있는 34%의 기능장애 노인 중 일상활동에 필요한 간병이나 수발을 받고 있는 노인의 비율은 장애노인의 54%정도이다. 그 중에서도 65세 노인의 5.6%에 해당하는 약 15만명 가량은 일상생활동작수행을 전혀할 수 없는 와상노인들이다(이가옥외, 1994). 그리고 이들 15만명의 기능장애 중에서 83,396명이 146개의 양로 및 요양시설에 입소되어 수용보호를 받고 있다(고양곤, 1997).

현재는 물론 앞으로 고령화 사회가 급속화 되면서 기능장애 노인수도 급속히 증가할 것으로 전망된다. 따라서 만성질환과 심신장애를 가진 노인들의 증가로 재가노인서비스와 시설보호 등의 장기보호 욕구가 크게 증가되고 있다. 1995년 현재 재가서비스를 필요로 하는 노인수는 약 1백만명으로 보고 있으며, 2010

년에는 이에 2배에 이르는 200만명에 이를 것으로 추계하고 있다<표 6>. 이들 중에서 일상생활의 모든 활동에 어려움이 있어 타인의 도움없이 살아갈 수 없는 노인이 1995년 현재 약 15만명이고 2020년에는 약 40만명으로 증가될 전망이다. 아울러 65세 이상 노인인구 중 생활보호대상자의 비율은 10.4%에 달하여, 이처럼 저소득층이면서 질병에 이환된 취약한 노인들이 상당수 있을 것으로 전망된다(보건복지부, 1995).

현재 노인을 위한 재가서비스는 노인복지법상 재가노인복지사업인 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업 및 가정간호사업이 실시되고 있으나, 대부분의 서비스가 저소득층을 대상으로 하는 시범사업수준이다. 1993년에 개정된 노인복지법에 유료 재가노인복지사업이 허가되어 있으나 비용에 걸맞는 서비스는 전혀 제공되고 있지 못하는 형편이고, 결국 종교단체나 사회봉사단체를 중심으로 사회봉사자들에 의한 서비스가 중심이어서 활동의 폭이 좁은 실정이다.

2) 노인성 질환의 특성과 의료이용

노인의 의료보험 적용인구수와 진료건강 및 진료비 면에서 65세 이상의 노인인구가 상대적 비율 뿐 아니라 그 증가폭에 있어서 다른 연령층에 비하여 급속도로 증가하고 있음을 알 수 있다<표 7>. 우선 지난 1982년에서 1990년까지 60세 이상 인구의 의료보험 적용인구의 연평균 증가율은 전체인구의 증가율인 23.9%보다 높은 28.4%이었고, 진료건수 및 진료비의 연평균 증가율이 각각 49.8%, 57.9%로 전체인구의 연평균 증가를 보다 모두 높은 것을 알 수 있다. 이러한 추세는 노령인구의 증가와 더불어 점차로 증가할 추세이다(박용억 등, 1997).

그러나 현행의 의료보험체계에서는 장기치료와 요양을 요하는 노인들의 보건의료 욕구를 충족 시키기 어려운 구조이다. 향후 노인인구의 증대와 이에 따른 의료비의 증대는 보험재정 압박요인이 될 것이며, 노인의 입장에서는 급여기간의 제한(연간 240일)으로 대부분이 장기적 치료를 요하는 노인성 질환인 있는 경우 적절한 치료와 요양서비스를 받기 어려울 것이다. 그리고 대부분의 노인이 노화에 따른 시력약화, 청력손실, 치아손실 등의 장애 발생이 비노인층에 비하여 두

드러지게 나타나 이러한 신체 기능상의 문제를 보완할 수 있는 장비나 장치에 대한 급여가 현재로서는 급여범위에서 제외되어 있어, 의료보험제도의 급여내용에 노인의 건강 수준이나 서비스의 특성이 고려되어야 할 것이다.

표 7. 의료보험 적용인구 현황 및 진료실적

구 분	연령군	1982년	1990	연평균 증가율
의료보험 적용인구 (천명)	0-19	2,917	14,219	21.9
	20-39	2,829	15,224	23.4
	40-59	1,086	7,710	27.8
	60세 이상	410(5.7)	3,027(7.5)	28.4
	계	7,241	40,180	23.9
의료보험 진료건수 (천건)	0-19	7,732	52,102	26.9
	20-39	4,261	36,672	40.9
	40-59	1,540	26,199	42.5
	60세 이상	422(3.0)	10,704(8.5)	49.8
	계	13,955	125,678	31.6
의료보험 진료비(100만원)	0-19	60,727	793,126	37.9
	20-39	65,843	954,481	39.7
	40-59	28,534	784,154	51.3
	60세 이상	10,023(6.1)	388,012(13.3)	57.9
	계	13,955	2,919,773	43.2

자료 : 의료보험 연합회. 의료보험통계연보. 각연도

뿐만아니라 복합적인 만성질환을 앓고 있는 경우가 많은 노인들의 경우 현행의 행위별 수가제는 의료비를 가중시키며 따라서 노인의 경우 비용절감을 위한 수가방식을 모색해야 할 것이다. 이상의 문제점은 노인시기의 질병 및 의료이용 행태의 특성에 의한 것으로 노인의료보험제도의 개선방안을 모색하여야 하는 이유가 된다

3) 적절한 치료 및 요양기관

노인기는 의료이용이 가장 많고 장기치료를 요하는 노인성 질환의 특성을 고려할 때, 노인의 질병이나 의료이용 요구형태에 적절한 의료시설이 필요하다.

우리나라는 아직 노인 전문의료기관에 관한 규정이 없으며, 노인병전문제도나 노인병원 등이 설치 허가되어 있지 않고, 일부 종합병원에서 노인병 클리닉 형태의 센터를 운영하거나 일부의원에서 노인위주의 진료를 하고 최근 몇 개의 요양원이 개원되어 있다<표 8>. 그러나 이들 대부분이 비영리법인인 소규모시설이거나 기존의 병원시설에 노인 치료기능을 추가한 정도로, 대부분의 노인들은 일반병원에서 일반인과 같은 의료서비스를 제공 받고 있는 실정이다.

특히 노인성 질환으로 반드시 언급되어야 하는 질병이 치매인데 국내 치매 노인인구는 전 노인인구의 5.0%인 12만 8천명 정도로 추산되고 있다(서미경외, 1996). 전체인구에서 노인인구가 차지하는 비율 및 노인인구의 절대적인 증가에 따라 치매노인의 전체 노인인구에서 차지하는 비율 또한 증가하므로, 이에 대한 대책이 요구된다.

표 8. 노인의료시설 현황(1996)

구 분	노인전문 병원	노인병 센터	노인의원	양로시설	요양시설	치매전문 요양시설 ¹⁾
시설수	4	2	11	99	55	1

1) 일반 정신병원은 포함하지 않음

자료 : 서미경외. 치매노인의 재가복지서비스 현황과 정책과제. 1996

박용역외. 노인보건학원론. 1997

보건복지부. 1997년도 노인복지사업지침. 1997

이와 연계하여 노인성 질환을 전문적으로 취급하는 전문병원과 장기치료를 필요로 하는 경우에는 간단한 시설과 장비가 구비된 장기요양원과 요양병원, 주간보호센터 등의 노인의료시설이 제도화되고, 노인전문병원이나 의료시설에서 퇴원한 후에도 거택치료를 받을 수 있는 방문치료나 방문간호를 강화하여 노인의료의 원활화를 도모하는 것이 바람직하다.

4) 노인건강진단 프로그램

노인에 대한 건강진단은 노인복지법에 의하여 65세 이상의 노인에게 2년에 1회씩 1차 검진후 이상자에 한하여 2차 검진을 실시하고 있다. 그러나 현행의 노인건강진단제도는 65세 이상의 생활보호 대상 노인 중 희망자로 제한하여 주로 저소득층 노인을 중심으로 실시하고 있다. 노인건강진단은 노인 질병의 조기발견과 예방을 목적으로, 질병의 조기발견은 장기적으로 의료비용을 절감하는 효과가 기대되는 바 운영상의 문제점을 극복한다면 노인 의료보장 측면에서 바람직한 프로그램이라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 1983년 전체노인의 11.8%에 해당되는 약 18만 6천명이 검진을 받았으나 1995년에는 약 7만 7천명이 검진을 받아 그 검사자수가 점차로 감소하고 있으며 그나마 참여자수가 목표에 미치지 못하는 추세이다. 그러나 2차 건강진단 결과 이상자율을 보면 1990년 총 검사자의 6.2%에서 1995년 14%로 점차로 증가하고 있어(보건복지통계연보, 1996) 이 프로그램의 바람직한 방향이 모색되어야 한다. 노인건강진단 프로그램은 질병을 사전에 예방하고 조기발견하여 조기치료를 유도 할 뿐 아니라 그 과정을 통하여 보건교육의 기회로 발전시킬 수 있음에도 불구하고, 검사나 진단면에서 형식적이고 통보나 추구관리가 미비하여 본래의 취지가 이행되고 있다고 보기 어렵다.

다. 노인보건의 과제 : 기본적인 시각 그리고 도약

1) 기본시각

현재와 같은 급속한 노령화 추세와 사회·경제적 여건의 변화에 따른 노인 보건 수요 증가에 대처하기 위해서는 지역사회 중심의 공동체를 구축하여 대응하여야 할 것이다. 즉 건강하지 못한 저소득층 노인에 대해서는 국가지원을 통한 생활보장을 하고, 중산층이상의 노인들을 위한 실버산업을 육성하여야 하며 시설보호보다는 가정중심의 재가노인서비스 개발을 강화하여 무엇보다도 노인보건의 대상이 전체노인으로 확대 되어야 한다. 이러한 기본방향을 끌고 나가기 위

하여는 국가 입장에서는 재정의 확충이 시급한데, 1996년 노인복지 예산이 국가 예산의 0.1% 정도이고 보건의료 부문에 대한 예산은 약 0.05%에 불과한 현실이다. 그리고 민간차원에서 민간의 실버산업 참여유도와 자원봉사자의 육성 등이 선결과제이다.

2) 과제

이 시대의 노인보건의 목적이라고 하면 노인인구의 건강증진을 도모하되 어떻게 효율적으로 운영하여야 하는가에 관한 것인데 아직까지는 노인들의 고의료비용이 부각되고 있지는 않지만 조만간에 중요한 이슈가 될 것이다. 단기적인 목표라면 우선 최소한의 신체적 정신적 건강유지체계를 확립하고 병원이나 요양시설 등의 시설보호 기능과 지역사회 노인보건의체계를 정비하는 것이라고 할 수 있다.

가) 노인보건 및 의료관련 인력 개발

적극적인 노인질환의 예방과 치료 그리고 추구관리를 위해서는 노년기의 신체적, 정신적 그리고 사회적인 건강을 이해하는 것을 기초로 한다. 이러한 의미에서 국내 노인보건의료와 관련된 인력들의 전문성이 개발되어야 하는데, 노인성 질환의 전문적 치료와 상담을 위한 전문의, 재가노인서비스를 위한 가정간호사와 가정봉사원 등의 인력 개발이 필요하다.

나) 보건의료서비스의 접근성과 질의 제고

현행의 의료보험제도는 노인의 건강과 질병의 특성을 반영하지 못한 것이다. 노화에 따른 신체기능상의 손실로 인한 보완장치 등 노인들에게 기본적 건강유지나 활동에 필수적인 것을 지원할 수 있는 방안을 모색하여야 할 것이다. 현재의 급성질환 치료 중심의 의료시설과 의료보험체제내에서 노인들은 고액 진료비의 부담을 피할 수 없으며 결국 적절한 의료서비스를 상실하게 될 것이다. 따라서 노인들이 만성치료나 요양에 적절한 서비스를 받을 수 있는 노인의료시설의 확충과 더불어 이러한 의료시설들을 적절히 이용할 수 있도록하는 보험제도의

제고가 필요하다.

다) 효율적인 건강진단프로그램 구축

건강관리를 위하여 지나치게 검사에 의존하는 것은 비효율적일 수 있다. 더구나 형식적으로 과다하게 검사항목만을 늘려가는 것은 절대 바람직하지 않다. 그러나 노인의 조기치료를 위하여 필요한 기본 건강진단은 개인은 물론 국가 입장에서도 중요하다. 건강진단을 실시하는 과정은 물론 결과를 통보받고 나아가 추구관리가 수반된다면 노인자신 스스로의 건강에 관한 권리의식은 물론 정신적인 안정감도 가져올 것이다. 따라서 효율적이고 반드시 필요한 건강진단 항목을 적절한 기간마다 모든 노인들이 받을 수 있고, 자신의 건강수준에 대하여 정확히 알며, 더욱 건강하기 위하여 또는 질병을 극복하기 위한 방법과 기술을 배움으로써 추구관리가 되는 건강진단프로그램과 그 운영방안이 모색되어야 할 것이다.

라) 지역노인보건복지체계

조만간 100명 중 10명은 노인인 시대에 지역사회에서 노인인구는 적지 않은 부분이며 이러한 문제는 몇몇개의 병원이나 요양시설에서 감당할 수 없게 된다. 따라서 지역사회 중심의 관리체계가 개발되어야 한다. 특히 지방화시대에 있어 보건소는 지역단위의 건강관리를 책임지고 민간의료 부문에서 취약한 부분에 대한 보완적인 수행을 하는 중심적인 기관으로서 특히 공공부문의 성격이 많은 노인보건사업은 향후 보건소의 중심적인 사업으로서 적절하다. 왜냐하면 우선 노인 보건의료는 치료(cure)에 못지않게 돌봄(care)의 성격이 크고 향후 지역사회중심으로 발전해 가는 것이 바람직하기 때문이다. 보건소는 노인건강 상담이나 1차 진료는 물론 무엇보다도 방문간호사업 등의 지역중심의 재가보건의료사업을 주도적으로 기획하고, 운영하며, 노인인구에 있어 수요가 많은 물리치료실의 운영도 보건소에서 실시할 수 있는 적절한 서비스라고 할 수 있다. 보건소 중심의 체계내에서 자원봉사자의 소집과 교육 등의 민간자원 활용이 적극적으로 모색되어야 한다.

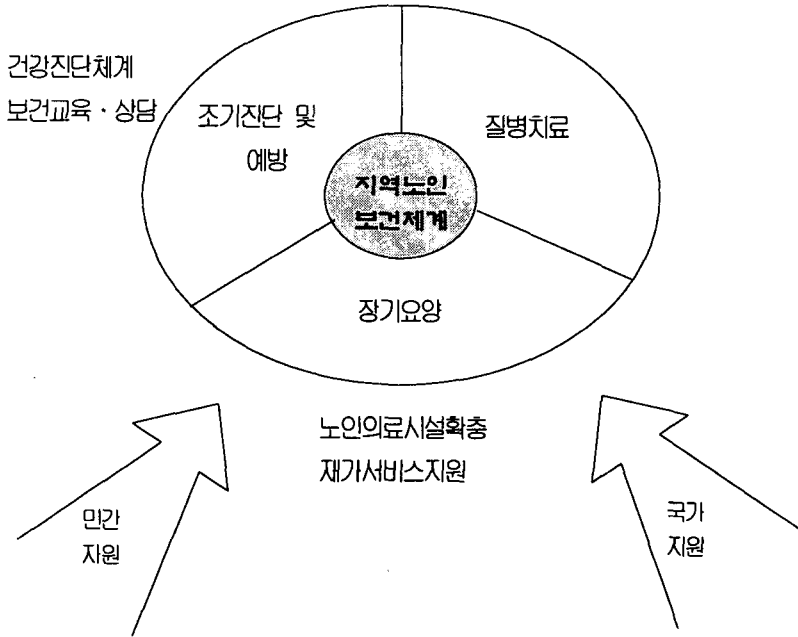


그림 4. 지역노인보건체계

4. 마치는 글

한국은 1995년말을 기해 1인당 국민소득 1만달러 시대를 맞이하였고 이어서 1996년에는 OECD에 가입하였다. 1962년 경제개발에 착수 이래 35년만에 선진국의 문앞에 서게 되었으며, 향후 20년후에는 1인당 국민소득이 3만 2천달러에 이르고 G-7 수준의 선진국 대열에 끼는 것으로 전망하고 있어, 지난 한 세대를 거치면서 그 속도면이나 외형적인 면에서는 획기적인 성장을 한 것은 사실이다. 그러나 이러한 양적인 발전에 비하여 우리의 의식구조와 가치기준은 그 변화를 따라잡지 못하고 있다. 이러한 현실을 반영하듯 '삶의 질'적 평가의 경우 여전히 낮게 평가되어 세계 174개국 중 종합지표는 29위인데 반하여 국민보건은 59위로

보건부분에서의 삶의 질이 고려된 발전은 상대적으로 낙후된 것을 인정하지 않을 수 없다.

이러한 과리(gaps)에 의한 문제는 다음과 같다.

첫째, 대부분의 임신부가 산전관리를 받고 분만이 병원에서 이루어지며 영아기의 사망률이 꾸준히 감소하고는 있으나 여전히 국가의 영아사망률 조차도 체계적으로 파악되고 있지 못하며, 민간의료기관에 맡겨진 모자의 건강은 태아성감별, 인공임신중절, 제왕절개분만과 저모유수유율 등을 초래 했으며, 나아가 성비 불균형이라는 커다란 문제의 문턱에 부딪히고 말았다.

둘째, 자신 스스로가 건강에 대한 책임의식을 형성하면서 자기관리에 대한 기술과 지식을 습득하여야 할 청소년기에는 학업 중심의 가치에 밀려 비건강행위에 급속히 몰들어 가고 있다. 문제는 이러한 절박한 현실이 중요하게 다루어지지 않는 것이며, 이미 그 문제가 확연히 드러날 때가 되면 이미 감당할 수 있는 수위를 넘을 것이다.

셋째, 복지분야에서 먼저 이슈를 제기한 노인문제의 경우, 건강취약인구인 노인들이 노년기를 건강하고 자신있게 살므로 질적인 삶을 완성하도록 하게 위해서는 노인보건의 핵심이면서도 아주 초보적인 수준을 면하지 못하고 있다.

표 9. 분야별 주요현황 요약

	모자보건	청소년보건	노인보건
대상인구(%)	약 50%	약 20%	약 6%
관계법	- 모자보건법(1973)	- 학교보건법(1967) - 학교급식법(1981)	- 노인복지법(1989)
사업 현주체	- 공공보건기관	- 학교	- 공공보건기관
진단	긍정적인 측면 - 영아·모성사망률 ↓ - 산전관리율 ↑ - 피임실천율 ↑ - 시설분만을 ↑ - 예방접종률 ↑	- 체격 ↑ - 초등학교 학교급식을 ↑	- 건강진단사업 실시
	부정적인 측면 - 제왕절개분만을 ↑ - 모유수유율 ↓ - 인공임신중절을 ↑ - 출생성비 불균형 ↑	- 건강관련자료 미비 - 비건강행위율 ↑ - 건강진단체계 미비 - 보건교육 개발 저조 - 지원체제 부재	- 노인의료시설미비 - 전달체계미비 - 의료비 증가 - 건강진단대상 및 내용의 부실
처 방	- 민간의료기관의 주 체적참여 - 기초통계수집 방안 모색	- 지원 네트워크 구축 - 건강수준 및 위험요 인 모니터링 - 보건교육의 내용개발	- 전문인력 양성 - 노인의료시설 확충 - 재가서비스 개발 - 지역노인보건체계구축 - 효율적인 건강진단 프로그램 구축 - 노인의료보험체계개발

이상의 각 대상별 보건문제는 각 분야가 안고 있는 문제이기도 하지만 공통적인 문제에서 파생된 문제이기도 하다. 전 생애를 걸친 질적인 삶을 추구하기 위한 보건의료의 방향을 다음과 같이 제시한다.

첫째, 기본 정책방향은 자원중심의 기획(resource-based planning)에서 벗어나 인간중심의 기획(population based planning)으로 전환되어야 한다. 자원중심의 기획은 실제 대상의 필요나 요구와 무관하게 자원을 확대하는 것이 자체의 목적으로 되어지는 속성이 있다.

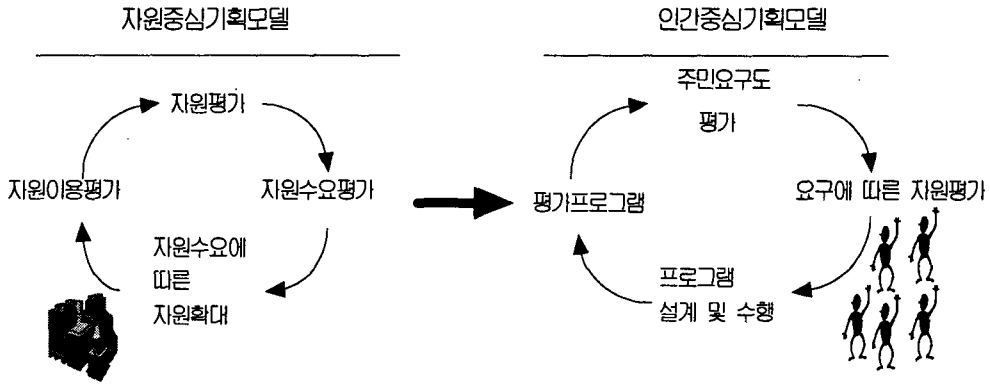


그림 5. 인간중심 보건기획으로의 전환

이러한 전환은 가치의 변화를 요구하는데 의료인들이 건강을 질병 중심으로 바라보는 생의학적 모델(biomedical model)과 질병발생이후 의료서비스 중심으로 건강을 추구하고자하는 건강서비스모델(health service model)을 극복하고 건강한 주민의 필요에 부응하는 건강증진모델(health promotion model)을 기반으로 하여야 한다. 즉 건강증진모델은 건강생활습관 교육과 환경적 지원이라는 두가지 수단을 통하여 삶의 질을 추구하는 인간중심 기획과정을 근간으로 하는 것으로(그림 6) 이를 기초로 한 생애주기별 건강증진 과제들을 구체적으로 개발하여야 할 것이다(표 10).

둘째, 국민보건교육의 청사진을 제시하여야 한다. 학령기 및 청소년시기의 학교보건은 물론 생애주기별 각 시기에 마땅히 교육되어야 할 교육내용 즉 지식과 기술이 구체화 되어야 한다. 특히 상기한 건강증진모델로의 가치전환을 받아들인다면 무엇보다도 청소년 시기의 보건교육은 가장 중요하여 이 시기의 문제를 정확히 인식하고 이들에게 필요한 교육과 기술을 부여하는 실질적인 보건교육내용으로 개발하는데 많은 노력이 당장 이루어져야 한다. 사실 청소년기의 건강문제는 다른 시기와는 달리 청소년 당사자에게 건강권리 주장권이 부여된 것이 아니라, 기존 성인들의 윤리적, 도덕적 차원에서 그들의 행위가 평가되고 목표가 결정된다. 따라서 효과적인 교육이 되기 위해서 21세기의 청소년들의 문제

를 현실로 받아들일 때, 비로서 실용적인 교육프로그램 개발이 가능하여 질 것이다. 이 시기의 성공적인 보건교육은 건강증진의 실마리를 제공할 것이다.

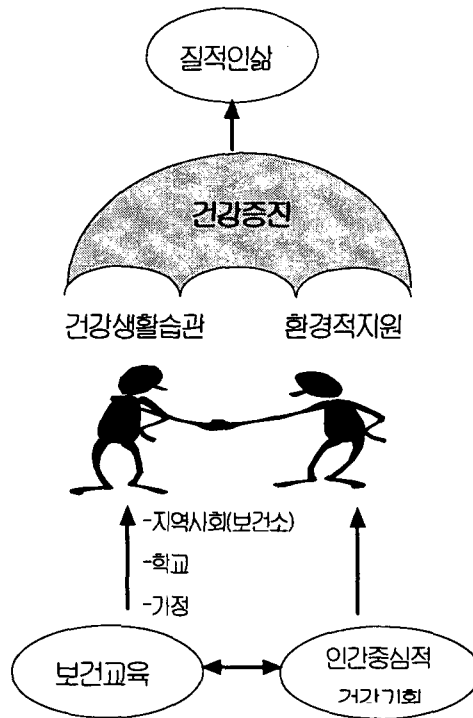


그림 6. 건강증진 모델

셋째, 전생애를 걸친 질적인 삶을 추구하기 위한 건강증진 바람은 공공보건 기관은 물론 의료인을 포함하는 민간의료기관으로까지 확산될 수 있는 방안이 모색되어야 한다. 의료인의 가치전환을 위한 의학교육은 물론이고 민간의료기관이 동참할 수 있는 의료환경 변화가 요구되는데 특히 현행 치료 중심의 의료보험제도에서 예방과 건강관리를 포함하는 포괄적인 건강보험의 형태가 반드시 고려되어야 할 것이다.

으로 아직은 멀게만 느껴지는 질적인 삶을 바라보며, 이 중요한 시기에 동참하는 기쁨과 다음세대에 대한 책임감을 느끼며 보건분야의 질적 도전이 성취되기를 기대한다.

표 10. 건강증진모델을 기초로한 생애주기별 기획과정 개요

생애 주기	투입	과정	결정요인	결과	목표
건강 증진 모델	보건교육	동기유발 기회부여 보상	건강행위 확립	사망 및 질병 이환	질적인 삶
	정책 및 조직, 법		환경지원		
임신 출산 영유 아기	가족계획 상담 산전관리	모성교육, 상담서비 스 지원	임신부 약물 남용, 고위험임신 예방접종	임신험병증 저체중아 태아이상조기발견 제왕절개분만 영아사망을 모성 사망을 모유수유율	건강한 임신 정신적, 육체적, 사회 적 최적정상 및 발달 면역형성
청소년기	보건인력 보건교육 내용 보건 지원 체계	교육상담 건강진단	건강행위 지식 및 기술 동료 압력	흡연율, 음주율 운동실천율 사고 및 폭력 약물남용 미혼모(성문제)	정신적, 육체적, 사회 적 최적정상 및 발달 건강생활 습관확립 자기신뢰, 적극적 자 기 이미지 구축
노년기	노인의료 시설 서비 스 개발 보건의료 지원체계	건강진단 사회적 지원체계 재가서비 스	조기발견, 치료, 재활 건강습관 유지강화 예방접종	일상생활자립도 만성질환예방 재발방지	최적의 신체적, 정신 적, 사회적 활동지속 주요 만성질환 발생 및 시력, 청력 등의 조기발견 및 관리 장애 및 만성질환 발생에 따른 불편 최소화

참고문헌

- 연하청. 21세기 한국의 선택-「삶의 질」선진화, 보건사회연구. 16(1), p3-36, 1996.
- 통계청. 사망원인통계연보. 1995.
- 통계청. 장래인구추계. 1996.
- 보건복지부. 보건복지통계연보. 1995.
- 변중화, 김혜연. 국민건강증진 목표와 전략. 한국보건사회연구원, 1995.
- 변중화의. 질병예방 및 건강증진 전략개발 연구. 한국보건사회연구원, 1992.
- 통계청. 한국의 사회지표. 1996.
- 의료보험연합회. 의료보험통계연보. 각년도.
- 최정수의. 한국인의 건강과 의료이용실태. 한국보건사회연구원, 1995.
- National Center for Health Statistics. HEALTHY PEOPLE 2000 - National Health Promotion and Disease Preventive Objectives. 1995.
- WHO. Health Promotion & Education -*Bringing Health to Life*. 1995.

<모자보건>

- 박정선의. 우리나라 모자보건사업 발전방향에 관한 연구-지역모자보건·의료·복지서비스 협조체계와 공공부문 모자보건서비스 개발. 한국보건사회연구원, 1992.
- 박인화, 황나미. 모유수유실태 분석과 지원정책의 과제. 한국보건사회연구원, 1994.
- 박인화, 황나미. 모자보건의 정책과제와 발전방향. 한국보건사회연구원, 1993
- Nami Hwang. Overview of Reproductive Health Indicators in Korea. Korea Institute for Health and Social Affairs, 1996.
- Kyunghee Chung, Jungja Nam. Women's Health Status and Policy Issues in

- Korea. Korea Institute for Health and Social Affairs, 1996.
- Youngja Han, Eunjin Choi. Health Profile of Korean Women-Exploring the Socio-Cultural Dimension of Women's Health. Korea Institute for Health and Social Affairs, 1996.
- 조남훈, 서문희. 성비의 불균형 변동추이와 대응방안. 한국보건사회연구원, 1994.
- 방 숙. 우리나라 모자보건의 현황과 발전방향. 한국모자보건학회-창립총회 및 기념학술대회, 1996.
- 이인복. 미혼모 실태와 미연방지에 관한 세미나 강의 초, 한국부인회총본부(편). 미혼모의 실태와 미연방지에 관한 세미나, 한국부인회, 1988.
- 한국보건사회연구원. 전국출산력조사 1982-1992. 한국보건사회연구원, 1994.

<청소년 보건>

- 이영숙외. 청소년 생활지표 개발연구 -1993 한국의 청소년 지표. 한국청소년개발원, 1993.
- 한국청소년학회. 청소년 약물남용 실태와 예방대책 연구. 문화체육부, 1996.
- 김일순, 이순영. 보건학분야에서의 청소년연구 동향과 과제. 한국청소년 연구, 2(1), p22-41, 1991.
- 서울특별시학교보건원. 학교보건연보. 1996.
- 강윤주외. 서울시내 초, 중, 고 학생들의 최근 18년간(1979년-1996년)비만도 변화 추이 및 비만아 증가 양상. 한국영양학회지 게재중, 1997.
- 이윤수외. 청소년의 흡연, 음주 및 기타 약물 사용 실태-서울시내 일부 중·고등 학생을 대상으로.
- 도종수외. 청소년 유해환경의 실태와 대책에 관한 연구. 한국청소년연구원, 1990. 문화체육부. 청소년백서. 1995.
- Journal of School Health. 60(7), 1990.
- 정연강외. 학교보건제도 개발에 관한 연구-제1부 학생건강관리제도. 학교보건학회지, 6(2), p1-13, 1993.
- 최보문. 아동과 청소년의 정신건강. 한국모자보건학회-창립총회 및 기념학술대회,

1996.

박정환. 청소년의 신체건강문제. 한국모자보건학회-창립총회 및 기념학술대회, 1996.

Lawrence S. Neinstein, M.D.. Adolescent Health Care- A Practical Guide. Williams & Wilkins, 1996.

서울시 학교보건원 내부자료.

<노인보건>

김수춘외. 고령화 사회를 향한 노인복지의 실천과제. 한국보건사회연구원, 1995.

방 숙, 조유향. 노인의 보건의료대책의 발전방향. 한국노년학회, 1993.

김수춘외. 노인복지의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원, 1995.

서미경외. 치매노인의 재가복지서비스 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원, 1996.

박용억외. 노인보건학원론. 신광출판사, 1997.

보건복지부. '95 생활보호대상자 현황분석. 1995.

이가옥외. 노인생활실태분석 및 정책과제. 1994.

U.S. Bureau of the Census. International Population Reports. P25, 92-3, An Aging World II. Washington D.C. : U.S. Government Printing Office, 1992, p13.

문현상외, 한국보건사회연구원. 실버사업의 현황과 정책과제를 위한 워킹샷. 한국보건사회연구원, 1996.

이가옥외, 한국보건사회연구원. 노인생활실태 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원, 1994.

한국보건사회연구원. 노인보건의료 관리모델 개발을 위한 워킹샷. 한국보건사회연구원, 1994.

서미경. 노인 보건·의료의 현황과 개선방안. 한국보건사회연구원, 1995.

이가옥외. 노인생활실태 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원, 1994.

고양곤. 수원시의 노인문제와 서비스 대책방안. 노인복지주간 심포지엄, 1997.

이순영. 수원시 노인보건의료현황, 노인복지주간 심포지엄, 1997.

보건복지부. 1995년도 노인복지사업지침. 1995.

보건복지부. 노인복지정책. 1995.