

都市零細地域 住民의 傷病 및 醫療利用 樣相

—대구직할시를 중심으로—

慶北大學校 醫科大學 豫防醫學敎室

禹 克 鉉

= Abstract =

Morbidity Patterns and Health Care Behavior of Residents in Urban Low Income Area

Kuck-Hyeun Woo, M.D.

*Department of Preventive Medicine and Pubic Health, School of Medicine,
Kyungpook National University, Taegu, Korea*

This study was conducted to assess the morbidity and medical facilities utilization patterns of the residents in urban low income area. Study population included 2,002 family members of 468 households in the low income area(LA) of Nam-san 4 Dong, Jung Gu of Taegu city and 1,709 family members of 374 households in surrounding neighbourhood control area (CA). Well trained nursing school students interviewed mainly with housewives according to the pretested questionnaire between July 1 and July 30, 1984.

Age-sex distribution of the study population in LA was similar to that in CA. The average monthly income of a household in LA was 236,000 won and 356,000 won in CA. Educational level of the residents in LA was lower than that in CA; average years of school education of the 20 years old or above in LA was 6.9 years compared with 8.5 years in CA. The average family members per room in LA was 2.6 and 2.2 in CA, and proportion of Medicaid program beneficiary was 29.4% in LA and 1.9% in CA.

Prevalence rate of illness during 15-day period was 131 per 1,000 population in LA and 71 in CA($p < 0.01$) and that of the chronic illness for 1 year was 134 per 1,000 population in LA and 89 in CA($p < 0.01$).

The most common illness experienced during 15 days was respiratory disease(24.0% in LA and 29.8% in CA) and followed by gastro-intestinal disorders(21.0% in LA, 20.6% in CA). Injury or poisoning was 10.3% in LA and 3.3% in CA. Gastro-intestinal disorder was the most common chronic illness in both LA (22.7%) and CA (21.7%), and followed by musculoskeletal disease in LA and neuralgia in CA.

Mean activity restricted days among the persons with illness during 15-day period was 4.0 days in LA and 2.2 days in CA.

Among persons with illness during 15 days, 17.9% in LA and 11.6% in CA did not seek any medical treatment and the most frequently utilized medical facility was pharmacy in LA (35.5%) and local clinic or hospital OPD in CA (42.1%). Among persons with chronic illness, 15.2% in LA and 9.2% in CA did not seek for medical treatment, and residents in LA as well as residents in CA utilized local clinic or hospital OPD more frequently than

pharmacy or drugstores, especially those who have medical insurance.

The most common reason for not treating illness experienced during 15-day period and chronic illness was economical constraint in both LA and CA.

The higher prevalence rate of illness during 15-day period and chronic illness in LA than that in CA seems to be highly correlated with their lower economic status and educational level and crowded living condition. The utilization pattern of medical facilities was associated with the medical security status. A program to improve the economic status and living condition should be integrated with the health program to promote the health of the population in low income area.

I. 서 론

우리나라는 지난 20년간의 급속한 산업화·과정으로 1960년도 도시인구가 전체인구의 31.4%를 차지하던 것이(1979)¹⁾ 1980년에는 57.3%로 증가하였고 2000년도의 도시인구는 77.2%가 될 것으로 전망하고 있다(1984)²⁾. 특히 사회, 경제, 문화, 교육, 교통, 통신 등 모든 생활의 중추역할을 하는 대도시의 인구는 더욱 급격하게 증가하는 추세를 보여 서울특별시의 경우 1960년에 244만 5천명(1973)³⁾으로 전체인구의 9.8%를 차지하던 것이 1980년에는 836만 7천명(22.3%)(1979)⁴⁾으로 증가하였으며, 대구직할시도 1960년에 67만 7천명 이던 것이 1980년에는 160만 8천명, 그리고 1983년에는 195만 9천명으로 20여년 동안 약 3배로 증가하였다(1984)⁴⁾.

이러한 도시인구의 급속한 증가는 주택, 상하수도시설, 교육시설, 교통통신망, 보건의료자원 등의 부족현상과 대기오염, 수질오염, 공해 등 인간의 기본생활을 영위해 나가는데 많은 문제점이 발생하게 된다(1982)⁵⁾. 특히 도시로 유입되는 인구의 상당수는 도시에 특별한 생활기반이 없이 일자리를 얻기 위해 생활비가 적게드는 기존 영세지역으로 찾아 들거나 번두리의 버려진 공간으로 모여들어 급속한 속도로 새로운 영세지역을 형성하게 되므로 이러한 문제는 더욱 심각하게 된다.

사회 경제적 요소가 건강에 미치는 영향에 대해서는 세계보건 현황에 대한 6차 보고(1980)⁶⁾에서, “건강은 가정의 사회경제적인 환경과 생활양식 및 형태 등에 크게 영향을 받는다”고 하였으며, B. Benjamin(1965)⁷⁾은 “건강은 외부자극에 적응하는 과정이며, 이러한 적응과정에 영향을 미치는 요소는 고용양상, 작업조건, 지적수준, 교육수준, 의식주 상태, 질병관리행태, 심지어 오락 및 스포츠에 이르기까지 대부분이 사회 문화적인 요소가 가구수입과 밀접한 관계가 있으

며 이러한 외부자극에 적응하지 못한 상태가 불건강이다”라고 하였다. 또한 M.W. Susser(1970)⁷⁾도 “건강은 사회경제적인 환경에 의해 크게 영향을 받으며 개인 뿐 아니라 집단의 질병발생에 여러가지 면으로 작용한다”고 하였다.

따라서 사회경제적 여건이 나쁜 영세지역 주민들이 과밀하고 불량한 주거환경과 지나친 정신적 육체적 피로, 그리고 저소득과 무지로 인한 영양부족과 부적합한 건강관리로 사회, 경제 및 교육수준이 더 나은 비영세지역 주민들보다 상병 이환율이 높을 뿐 아니라 한번 병에 걸리게 되면 노동력을 상실하거나 과중한 의료비 부담으로 생활이 더욱 어려워지는 악순환을 거듭하게 될 것으로 생각된다. 그러므로 이들의 당면한 보건문제를 해결하고 건강증진을 도모하는 것은 생활수준을 향상 시키는데 있어서 대단히 중요한 일이라 하겠다.

본 연구는 도시 영세지역 주민의 상병 및 의료이용양상을 비영세지역 주민과 비교 분석하여 이들을 위한 보건사업의 방향과 계획을 수립하는데 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다.

II. 대상 및 방법

1984년 7월 한달 동안에 대구시내 16개 영세민 집단 거주지역 가운데 가장 규모가 큰 중구 남산 4동 영세지역 468가구를 대상지역으로 선정하고, 영세지역을 둘러싸고 있는 인근의 비영세지역 374가구를 대조지역으로 선정하여 훈련된 8명의 간호학과 학생들로 하여금 사전 예비조사를 거쳐 작성한 설문지를 이용하여 주로 가정주부와의 직접면담을 통해 가구원의 일반적 특성, 상병 및 의료이용 양상 등을 조사하였다.

남산 4동 동사무소를 통해 영세지역 주민의 주민등록표 색인을 이용하여 총 550가구의 가구주 명단을 입수하고 가정방문을 실시하였는데 그 가운데 24가구가

Table 1. Age and sex distribution of study population

Age(yrs)	Low income area						Control area					
	Male		Female		Total		Male		Female		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0~4	82	8.4	65	6.4	147	7.4	68	8.0	51	5.9	119	7.0
5~9	90	9.2	72	7.0	162	8.2	78	9.2	73	8.5	151	8.8
10~19	265	27.1	278	27.2	543	27.1	230	27.1	232	26.9	462	27.0
20~29	204	20.8	184	18.0	388	19.4	147	17.3	133	15.4	280	16.4
30~39	100	10.2	93	9.1	193	9.6	93	11.0	129	15.0	222	13.0
40~49	99	10.1	132	12.9	231	11.5	116	13.7	115	13.4	231	13.5
50~59	65	6.6	110	10.7	175	8.7	74	8.7	73	8.5	147	8.6
60~64	43	4.4	35	3.4	78	3.9	21	2.5	11	1.3	32	1.9
65+	31	3.2	54	5.3	85	4.2	21	2.5	44	5.1	65	3.8
Total (%)	979 (48.9)	100.0	1,023 (51.1)	100.0	2,002 (100.0)	100.0	848 (49.6)	100.0	861 (50.4)	100.0	1,709 (100.0)	100.0

이사를 가버렸고 58가구는 3회 이상 방문해도 만날수 없었거나 면담을 거부하여 총 468가구(85.1%)를 실제 면담하였다.

같은 방법으로 비영세지역은 영세지역에 인접해 있는 7개동 주민가운데 그 지역내에 살고 있는 가옥소유주와, 그리고 모든 세대가 다 세들어 있는 경우에는 본체에 세들어 있는 가구를 대상으로 한 집에 한 가구씩 총 405가구를 방문하였으나 3회이상 방문해도 만날수 없었거나 면담거부한 31가구를 제외한 374가구(92.3%)를 실제 면담하였다.

신체적, 정신적 질병이나 증상 또는 사고, 중독 그리고 후유증으로 인하여 “몸이 안 좋다”고 느꼈던 상태로써 보건의료적 조치를 이미 취했거나 취하고 싶었던 경우를 상병상태로 정의하여(1984)⁹⁾ 조사일로부터 지난 15일간의 병력을 중심으로 질병의 종류와 치료방법 등을 조사하였다. 이 때 그 발생이 지난 15일 동안에 있었던것은 물론이고 그 이전에 발생하여 지난 15일 동안에 계속된 경우도 포함시켰으나 3개월이상 장기간 앓은 질병은 제외시켰다. 만성병은 지난 1년 동안에 3개월 이상 앓은 질병으로 정의하여(1984)⁹⁾ 기간유병율과 치료양상을 조사하였다. 질병분류는 WHO의 표준질병분류법에 의거하여 1979년에 경제기획원에서 발표한 한국 표준질병 사인분류법(1976)¹⁰⁾을 사용하였으며 신경통이라고 호소하는 경우는 신경계 질환과 근골격계 질환으로 분류하기 어려워 독립항목으로 분류하였다.

Ⅲ. 성 적

연구대상 인구는 영세지역 468가구의 가구원 2,108명 가운데 3개월 이상 떨어져서 생활하는 사람을 제외한 2,002명으로 하였으며 대조지역은 374가구의 가구원 1,791명 가운데 비동거인을 제외한 1,709명으로 하였다. 이들 지역의 평균 가구원수는 영세지역이 4.3명 대조지역은 4.8명이었다. 남녀별로는 영세지역이 남자 979명(48.6%), 여자 1,023명(51.1%), 그리고 대조지역은 남자 848명(49.6%), 여자는 861명(50.4%)이었다. 연령별 분포를 보면 영세지역과 대조지역 모두 10~19세군이 각각 27.1% 및 27.0%로 가장 많았고, 0~4세군과 65세이상의 노인 인구는 영세지역이 7.4% 및 4.2%, 대조지역이 7.0%, 3.8%였으며, 영세지역과 대조지역의 연령 및 성별 분포는 전체적으로 거의 비슷한 양상을 보였다(표 1).

월평균 가구총수입은 영세지역은 20~29만원군이 29.9%로 가장 많았고 대조지역은 30~39만원군이 24.1%로 가장 많았다. 19만원 이하인 가구는 영세지역이 39.7%, 대조지역은 17.1%였으며, 40만원이상 되는 가구는 영세지역이 12.9%, 대조지역은 33.9%로 대조지역의 경제수준이 영세지역보다 통계적으로 유의하게 높았다(p<0.01). 영세지역의 월평균 가구총 수입의 산출평균치와 중앙값은 각각 23만 6천원 및 22만 5천원이었고, 대조지역은 각각 35만 6천원, 34만 1천원으로

Table 2. Distribution of households by monthly income

Monthly income (×10,000 won)	Low income area			Control area		
	Number of households	(Number of family members)	%	Number of households	(Number of family members)	%
0	13	(36)	2.8	4	(14)	1.1
Less than 5	18	(43)	3.8	9	(27)	2.4
5~ 9	47	(156)	10.0	11	(32)	2.9
10~14	58	(212)	12.4	18	(63)	4.8
15~19	63	(274)	13.5	26	(111)	7.0
20~29	140	(635)	29.9	83	(378)	22.2
30~39	66	(315)	14.1	90	(421)	24.1
40~49	26	(135)	5.6	61	(292)	16.3
50 and more	34	(186)	7.3	66	(344)	17.6
Unknown	3	(9)	0.6	6	(27)	1.6
Total	468	(2,002)	100.0	374	(1,709)	100.0
Mean±S.D.	236,000±192,000			356,000±250,000		
Median	225,000			341,000		

Table 3. Educational level of study population

Educational level	Low income area				Control area			
	All age groups		20 yrs old & above		All age groups		20yrs old & above	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Preschool age	196	9.8	0	—	131	7.7	0	—
Illiterate	137	6.8	131	11.4	118	6.9	83	8.5
Read Korean characters without formal education	96	4.8	92	8.0	56	3.3	56	5.8
Elementary school	661	33.0	386	33.6	477	27.9	248	25.4
Middle school	460	23.0	277	24.1	346	20.2	198	20.3
High school	384	19.2	208	18.1	411	24.1	246	25.2
College or above	66	3.3	56	4.8	169	9.9	144	14.8
Total	2,002	100.0	1,150	100.0	1,709	100.0	975	100.0
Average years of school education for 20yrs old and above	6.9±4.3				8.5±5.5			

$p < 0.01$ ($\chi^2 = 94.3894$, d.f. = 6)

약 10만원이상의 차이를 보였다(표 2).

연구대상 인구의 교육수준을 비교해 보면 영세지역과 대조지역 모두 국민학교에 다니거나 중퇴 또는 졸업한 경우가 각각 33.0%, 27.9%로 가장 많았고 중학교는 영세지역이 23.0%, 대조지역은 20.2%, 그리고

고등학교 이상의 학력 소지자가 영세지역이 22.5%인데 비해 대조지역은 34.0%로 영세지역의 교육수준이 대조지역보다 더 낮았다($p < 0.01$).

20세이상 되는 성인의 평균 교육년수는 영세지역이 6.9년, 대조지역은 8.5년이었다(표 3).

Table 4. Distribution of households by number of family members per room

No. of family members per room	Low income area			Control area		
	Number of households	(Number of family members)	%	Number of households	(Number of family members)	%
1	43	(63)	9.2	18	(35)	4.8
2	137	(453)	29.3	178	(733)	47.6
3	167	(843)	35.7	122	(662)	32.6
4+	121	(643)	25.8	56	(279)	15.0
Total	468	(2,002)	100.0	374	(1,709)	100.0
Average number of family members per room		2.6		2.2		

$p < 0.01 (\chi^2 = 36.4192, d.f. = 3)$

Table 5. Medical security status of study population

Medical security status	Low income area		Control area	
	No.	%	No.	%
Medical insurance	373	18.6	560	32.8
Medicaid	588	29.4	33	1.9
Class I	67	3.4	12	0.7
Class II	521	26.0	21	1.2
None	1,041	52.0	1,116	65.3
Total	2,002	100.0	1,709	100.0

방 한개당 4명이상 사용하는 가구는 영세지역이 25.8%로 대조지역의 15.0%보다 많았고, 방 한개당 3명이 사용하는 가구는 영세지역이 35.7%, 그리고 대조지역은 32.6%였다. 방 한개당 2명이 쓰고 있는 가구는 영세지역이 29.3%, 대조지역은 47.6%였으며 방 한개당 1명이 사용하는 가구는 영세지역이 9.2%, 그리고 대조지역은 4.8%였다. 방 한개당 평균 동거가족 수는 영세지역이 2.6명, 그리고 대조지역은 2.2명으로 영세지역의 밀집도가 대조지역보다 유의하게 높았다 ($p < 0.05$) (표 4).

의료보험 가입자는 영세지역이 18.6%, 대조지역은 32.8%였으며, 1종 및 2종의료보호 대상자는 영세지역이 각각 3.4% 및 26.0%였고 대조지역은 0.7% 및 1.2%로서 의료보장 수혜율은 영세지역이 48.0%로 대조지역의 34.7%보다 유의하게 높았다 ($p < 0.01$) (표 5).

연구대상 인구의 조사일로 부터 지난 15일 동안의 상병이환율은 영세지역에서는 남녀 모두 1,000명당 131

이였으며 대조지역은 남자 65, 여자 77, 평균 71로 영세지역이 대조지역 보다 유의하게 높았고 ($p < 0.01$), 여자가 남자보다 높았으나 유의한 차는 아니었다. 연령별 이환율은 영세지역에서는 50~59세군이 234로 가장 높았고 그 다음이 60~64세군으로 231이였으며 10~19세군이 37로 가장 낮은 이환율을 보였다. 그러나 대조지역은 0~4세군이 168로 가장 높았고 60~64세군이 125로 그 다음을 차지하였으며 10~19세군이 22로 가장 낮은 이환율을 보였다. 영세지역과 대조지역 모두 0~4세 및 5~9세군에서는 높은 이환율을 보였고 10~19세군에서 가장 낮았으며 20세 이상에서는 연령이 증가함에 따라 이환율이 점차 증가하였으며 65세이상 군에서는 오히려 낮았다.

연령별 이환율의 남녀차이를 보면 영세지역의 경우 19세미만 연령층과 65세이상 연령군에서는 남자가 여자보다 높은 반면에 20세에서 64세까지의 연령층에서는 여자가 더 높았다. 그러나 대조군에서는 0~4세 및 60세이상의 연령층에서만 남자가 여자보다 더 높았다

Table 6. Prevalence rate of illness experienced during 15-day period by age and sex

Age(yrs)	Low income area						Control area					
	Male		Female		Total		Male		Female		Total	
	No.	Rate*	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
0~4	16	195	10	154	26	177	15	221	5	98	20	168
5~9	20	222	12	167	32	198	6	77	8	110	14	93
10~19	14	53	6	22	20	37	5	22	5	22	10	22
20~29	18	88	22	120	40	103	4	27	8	60	12	43
30~39	13	130	13	140	26	135	6	65	12	93	18	81
40~49	18	182	26	197	44	190	6	52	14	122	20	87
50~59	14	215	27	245	41	234	7	95	9	123	16	109
60~64	7	163	11	314	18	231	4	190	0	—	4	125
65+	8	258	7	130	15	176	2	95	5	114	7	108
Total	128	131	134	131	262	131	55	65	66	77	121	71

*per 1,000 persons

Table 7. Prevalence rate of chronic illness by age and sex

Age(yrs)	Low income area						Control area					
	Male		Female		Total		Male		Female		Total	
	No.	Rate*	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
0~4	2	24	0	—	2	14	0	—	1	20	1	8
5~9	4	44	1	14	5	31	3	38	3	41	6	40
10~19	4	15	9	29	13	22	8	35	7	30	15	32
20~29	18	88	17	92	35	90	2	14	5	38	7	25
30~39	18	180	12	129	30	155	9	97	12	93	21	95
40~49	21	212	38	288	59	255	15	129	26	226	41	178
50~59	32	492	35	318	67	383	15	202	19	260	34	234
60~64	16	372	19	543	35	449	6	286	6	545	12	375
65+	7	226	16	296	23	271	6	286	8	205	14	231
Total	122	125	147	144	269	134	64	75	88	102	152	89

*per 1,000 persons

(표 6).

지난 1년간의 만성병 이환율은 인구 1,000명당 영세지역이 134로 대조지역의 89보다 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.01$). 남녀별로는 인구 1,000명당 영세지역이 남자 125, 여자 144, 대조지역은 남자 75, 여자 102로 여자가 남자보다 더 높았으며, 연령이 증가함에 따라 점차 높아져 60~64세군에서 영세지역이 449, 대조지역은 375로 각각 가장 높은 이환율을 보였으며 65세

이상군에서는 각각 271, 231로 오히려 감소하였다(표 7).

15일간의 상병을 월평균 가구수입별로 구분해 보면 영세지역의 경우 수입이 없는 군이 1,000명당 206으로 가장 높았고 그 다음으로 5~9만원군이 205의 높은 이환율을 보였고, 50만원이상 군이 75로 가장 낮아 대체로 경제수준이 높을수록 이환율이 낮은 경향을 보였다. 대조지역도 수입이 없는 군이 1,000명당 143으로 가장

Table 8. Prevalence rate of illness experienced during 15-day period and chronic illness by monthly income

Monthly income (×10,000 won)	Illness experienced during 15-day-period				Chronic illness			
	Low income area		Control area		Low income area		Control area	
	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
0	6	206	2	143	7	206	2	143
Less than 5	8	186	3	111	6	140	6	222
5~9	32	205	3	94	30	192	8	250
10~14	26	123	5	79	40	189	7	110
15~19	41	150	3	27	44	161	15	135
20~29	88	139	31	82	71	112	35	93
30~39	34	103	37	88	38	121	35	83
40~49	11	81	12	41	19	141	24	82
50 and more	14	75	22	64	12	65	17	49
Unknown	1	83	3	111	2	167	3	111
Total	262	131	121	71	269	134	152	89

*per 1,000 persons

Table 9. Prevalence rate of illness experienced during 15-day period and chronic illness for 20 years old and above by educational level

Educational level	Illness experienced during 15-day period				Chronic illness			
	Low income area		Control area		Low income area		Control area	
	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
Illiterate	38	290	5	60	41	313	23	277
Read Korean characters without formal education	11	120	10	179	34	370	12	214
Elementary school	68	168	23	93	100	259	65	262
Middle school	40	144	17	86	46	166	10	51
High school	21	101	12	49	25	120	14	57
College or above	6	107	7	49	2	36	6	42
Total	183	159	75	77	248	216	130	133

*per 1,000 persons

높은 이환율을 보였고, 그 다음으로 5만원미만 군이 111이었으며 40~49만원군이 41, 50만원이상 군이 64로 영세지역과 비슷한 경향을 보였다. 만성병 이환율도 영세지역의 경우 수입이 없는 군이 1,000명당 206으로 가장 높았고, 50만원이상 군이 65로 가장 낮아 15일간의 상병과 마찬가지로 경제수준이 높을수록 만성병 이환율이 낮은 경향을 보였고 대조지역 역시 5~9만원군

과 5만원미만군이 각각 250, 222로 높은 이환율을 보였으며 경제수준이 높을 수록 이환율이 감소하여 50만원 이상 군에서는 49로 가장 낮은 이환율을 보였다(표 8).

20세이상의 성인을 대상으로 하여 15일간의 상병 이환율을 교육수준별로 비교해 보면 영세지역의 경우 문맹자가 1,000명당 290으로 가장 높았고 국문해독자가 120, 국민학교 중퇴 또는 졸업이 168, 중학이 144, 고

Table 10. Prevalence rate of illness experienced during 15-day period and chronic illness by number of family members per room

Number of family members per room	Illness experienced during 15-day period				Chronic illness			
	Low income area		Control area		Low income area		Control area	
	No.	Rate*	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
1	20	317	2	86	18	286	10	286
2	69	152	49	67	72	159	65	89
3	75	89	44	66	95	113	54	82
4+	98	152	25	90	84	131	23	82
Total	262	131	121	71	269	134	152	89

*per 1,000 persons

Table 11. Prevalence rate of illness experienced during 15-day period and chronic illness by medical security status

Medical security status	Illness experienced during 15-day period				Chronic illness			
	Low income area		Control area		Low income area		Control area	
	No.	Rate*	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
Medical insurance	38	102	46	82	45	121	50	89
Medicaid	86	146	6	182	94	160	6	182
Class I	11	164	4	333	13	194	5	417
Class II	75	144	2	95	81	155	1	48
None	138	133	69	62	130	125	96	86
Total	262	131	121	71	269	134	152	89

*per 1,000 persons

등학교가 101, 대학이 107로 교육수준이 높을 수록 이환율이 낮은 경향을 보였다. 대조지역에서도 국문해득자가 1,000명당 179로 가장 높았고 학력이 높을 수록 이환율이 낮아 고교군과 대학군이 모두 49였으나 문맹자가 60으로 낮은 이환율을 보였다. 교육수준에 따른 만성병 이환율은 영세지역의 경우 문맹자가 313, 국문해득자가 370의 높은 이환율을 보였으며 교육수준이 높을수록 이환율이 낮아 대학군이 36으로 가장 낮았다. 대조지역도 문맹자가 277로 가장 높은 이환율을 보였으며 대학군이 42로 가장 낮았다(표 9).

15일간의 상병 이환율을 방 한개당 동거가족수별로 비교해 보면 영세지역은 한방에 4명이상이 동거하는 경우가 1,000명당 148의 이환율을 보였고, 3명인 경우는 96, 그리고 2명인 경우는 139였다. 그러나 방 한개를 1명이 쓰는 경우는 1,000명당 302로 가장 높은 이환율을 보였다. 대조지역은 한방에 4명이상 동거하는

경우가 86, 3명인 경우가 66, 2명인 경우가 67, 그리고 혼자서 사용하는 경우는 86으로 주거밀집도에 관계없이 비슷한 이환율을 보였다. 만성병 이환율은 한방에 1명이 쓰는 경우가 1,000명당 영세지역이 286, 대조지역은 257로 가장 높은 이환율을 보였으나 한방에 2명, 3명, 그리고 4명이상이 거주하는 경우에는 영세지역이 116~150, 대조지역은 85~86의 유행율로 큰 차이가 없었다(표 10).

의료보장 종류별로 15일간의 상병이환율을 보면 의료보호 대상자는 1,000명당 영세지역이 146, 대조지역은 182로 가장 높은 이환율을 보였고, 의료보험 가입자는 영세지역이 102, 대조지역은 82였으며, 의료보호나 보험 혜택을 받지 못하는 일반은 영세지역이 133, 대조지역은 62였다. 만성병 유행율도 의료보호 대상자가 1,000명당 영세지역 160, 대조지역 182로 가장 높았으며 의료보험 가입자와 일반은 각각 영세지역이 121

Table 12. Frequency distribution of illness experienced during 15-day-period and chronic illness

Classification	Illness experienced during 15-day-period				Chronic illness			
	Low income area		Control area		Low income area		Control area	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Infectious & parasitic dis.	19	7.3	5	4.5	10	3.7	0	—
Neoplasms	4	1.5	3	2.4	3	1.1	4	2.6
Endocrine, nutritional & metabolic dis.	1	0.4	3	2.4	3	1.1	8	5.3
Hematologic dis.	6	2.3	0	—	8	3.0	1	0.7
Mental dis.	2	0.8	1	0.8	7	2.6	4	2.6
Nervous & sensory dis.	12	4.6	10	8.3	14	5.2	7	4.6
Cardiovascular dis.	5	1.9	6	5.0	15	5.6	18	11.8
Respiratory dis.	63	24.0	36	29.8	23	8.6	11	7.2
Gastrointestinal dis.	55	21.0	25	20.7	61	22.7	33	21.7
Genitourinary dis.	7	2.7	4	3.3	9	3.3	4	2.6
Complication of pregnancy	1	0.4	1	0.8	0	—	0	—
Skin & subcutaneous dis.	9	3.4	4	3.3	9	3.3	11	7.2
Musculoskeletal dis.	18	6.8	6	5.0	33	12.3	15	9.9
Ill-defined condition	23	8.8	6	5.0	19	7.1	7	4.6
Injury or poisoning	27	10.3	4	3.3	29	10.8	7	4.6
Neuralgia	10	3.8	7	5.8	26	9.7	22	14.5
Total	262	100.0	121	100.0	269	100.0	152	100.0

Table 13. Distribution of persons with illness experienced during 15-day period by activity restricted days due to illness

Activity restricted days	Low income		Control area	
	No.	%	No.	%
0	138	55.2	83	74.1
1~3	30	12.0	8	7.1
4~6	16	6.4	3	2.7
7~9	21	8.4	5	4.5
10 and more	45	18.0	13	11.6
Total	250	100.0	112	100.0
Mean±S.D.	4.0±6.7		2.2±4.6	

Table 14. Distribution of persons with chronic illness by activity restricted days due to illness

Activity restricted days	Low income		Control area	
	No.	%	No.	%
0	112	46.9	66	47.5
1~15	37	15.5	25	18.0
16~30	22	9.2	10	7.2
31~60	21	8.8	5	3.6
61~90	13	5.4	10	7.2
91 and more	34	14.2	23	16.5
Total	239	100.0	139	100.0

및 125, 대조지역은 89 및 86로 비슷하였다(표 11).

15일동안의 상병을 질병별 분포를 보면 호흡기계 질환이 영세지역 24.0%, 대조지역 29.8%로 가장 많았고 소화기계 질환이 영세지역 21.0%, 대조지역 20.7%

로 그 다음을 차지하였다. 손상 및 중독은 영세지역에 서는 10.3%인데 비해 대조지역은 3.3%에 불과하였고 신경계 및 감각기 질환은 영세지역이 4.6%인 반면 대조지역은 8.3%였다. 만성병은 소화기계 질환이 영세 지역과 대조지역이 각각 22.7% 및 21.7%로 가장 많

Table 15. Utilization patterns of medical facilities for illness experienced during 15-day period

Medical facilities	Low income area						Control area					
	Initial Tx.		2nd Tx.		3rd Tx.		Initial Tx.		2nd Tx.		3rd Tx.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Admission	11	4.2	0	—	0	—	5	4.1	1	3.2	0	—
Local clinics or hospital OPD	80	30.5	11	17.5	1	16.7	51	42.1	9	29.0	0	—
Health center	16	6.1	5	7.9	2	33.3	4	3.3	0	—	0	—
Pharmacy or drug stores	93	35.5	36	57.1	1	16.7	44	36.4	19	61.3	1	25.0
Herb medicine	14	5.3	8	12.7	1	16.7	3	2.5	2	6.5	3	75.0
Folk remedies	1	0.4	3	4.8	1	16.7	0	—	0	—	0	—
No treatment	47	17.9	—	—	—	—	14	11.6	—	—	—	—
Total	262	100.0	63	100.0	6	100.0	121	100.0	31	100.0	4	100.0

Table 16. Utilization patterns of medical facilities for chronic illness

Medical facilities	Low income area						Control area					
	Initial Tx.		2nd Tx.		3rd Tx.		Initial Tx.		2nd Tx.		3rd Tx.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Admission	20	7.4	4	3.6	1	4.0	17	11.2	2	2.5	0	—
Local clinics or hospital OPD	101	37.5	20	18.2	3	12.0	63	41.4	18	22.8	0	—
Health center	33	12.3	12	10.9	0	—	8	5.2	0	—	0	—
Pharmacy or drug stores	58	21.6	46	41.8	10	40.0	41	27.0	38	48.1	8	44.4
Herb medicine	16	6.0	23	20.9	11	44.0	8	5.2	21	26.6	9	50.0
Folk remedies	0	—	5	4.6	1	4.0	1	0.7	0	—	1	5.6
No treatment	41	15.2	—	—	—	—	14	9.2	—	—	—	—
Total	269	100.0	110	100.0	25	100.0	152	100.0	79	100.0	18	100.0

았고, 그 다음으로 영세지역에서는 관절염을 포함한 근골격계 질환(12.3%), 손상 및 중독(10.8%), 신경통(9.7%), 호흡기계 질환(8.6%)순이었고, 대조지역에서는 신경통(14.5%), 순환기계 질환(11.8%), 근골격계 질환(9.9%)순이었다(표 12).

15일만에 상병을 앓은 사람 가운데 활동제한을 받은 사람이 영세지역에는 44.8%였고, 대조지역은 25.9%로 유의한 차이를 보였으며 ($p < 0.01$), 활동제한 일수가 10일이상인 경우가 영세지역에서는 상병자의 18.0%, 대조지역은 11.6%였고, 7~9일간의 활동 제한을 받은 경우는 영세지역이 8.4%, 그리고 대조지역은 4.5%였

다(표 13).

만성병으로 활동제한을 받은 일수가 1년에 1~15일 인 상병자는 영세지역 15.5%, 대조지역 18.0%였고, 91일이상 되는 경우는 각각 14.2%, 16.5%였다. 만성병으로 아무런 활동제한을 받지 않은 상병자는 영세지역에서 46.9%, 대조지역에서는 47.5%로 영세지역과 대조지역 사이에 유의한 차이를 보이지 않았다(표 14).

15일동안 앓은 질병에 대해서 의료이용 여부를 알아 본 결과 영세지역에서는 82.1%, 대조지역에서는 88.4%가 치료를 받았으며, 이중에서 영세지역의 29.3%와 대조지역의 29.0%가 치료를 변경하였고 또 이들 중

Table 17. Medical facilities initially utilized for illness experienced during 15-day period by medical security status

Medical facilities	Low income area						Control area					
	Medical insurance		Medicaid		None		Medical insurance		Medicaid		None	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Admission	2	5.3	4	4.7	5	3.6	4	3.7	1	16.7	0	—
Local clinics or hospital OPD	15	39.4	25	29.4	40	28.8	22	47.8	2	33.3	27	39.2
Health center	0	—	13	15.3	3	2.2	0	—	3	50.0	1	1.4
Pharmacy or drug stores	12	31.6	24	28.2	7	41.0	12	26.1	0	—	32	46.4
Herb medicine	2	5.3	2	2.4	10	7.2	2	4.4	0	—	1	1.4
Folk remedies	0	—	0	—	1	0.7	0	—	0	—	0	—
No treatment	7	18.4	17	20.0	23	16.5	6	13.0	0	—	8	11.6
Total	38	100.0	85	100.0	139	100.0	46	100.0	6	100.0	69	100.0

Table 18. Medical facilities initially utilized for chronic illness by medical security status

Medical facilities	Low income area						Control area					
	Medical insurance		Medicaid		None		Medical insurance		Medicaid		None	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Admission	2	4.5	8	8.5	10	7.6	8	16.0	1	16.7	8	8.3
Local clinics or hospital OPD	24	54.6	36	38.3	41	31.3	26	52.0	2	33.3	35	36.5
Health center	1	2.3	25	26.6	7	5.3	3	6.0	3	50.0	2	2.0
Pharmacy or drug stores	7	15.9	14	14.9	37	28.3	8	16.0	0	—	33	34.4
Herb medicine	2	4.5	3	3.2	11	8.4	2	4.0	0	—	6	16.3
Folk remedies	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	1.0
No treatment	8	18.2	8	8.5	25	19.1	3	6.0	0	—	11	11.5
Total	44	100.0	94	100.0	131	100.0	50	100.0	6	100.0	96	100.0

9.5% 및 12.9%는 다시 치료처를 변경하였다. 처음으로 치료받은 곳은 영세지역에서는 약국 또는 약방이 35.5%로 가장 많았고 그 다음이 병의원으로 30.5%인데 반하여 대조지역은 병의원 외래 이용이 42.1%, 약국이용은 36.4%로서 영세지역에서는 약국을, 그리고 대조지역에서는 병의원 외래 이용율이 높았다. 보건소를 이용한 경우는 영세지역이 6.1%인데 비해 대조지역은 3.3%에 불과하였다(표 15).

만성병의 경우에는 의료이용율이 영세지역 84.8%, 대조지역은 90.8%였고, 처음 치료받은 곳은 병의원의

래가 영세지역 37.5%, 대조지역 41.4%로 제일 많았고 약국 또는 약방은 영세지역 21.6%, 대조지역 27.0%였다. 보건소 이용율은 영세지역이 12.3%로 대조지역의 5.2%보다 더 높았다(표 16).

의료보장 종류별로 15일간 상병의 치료를 위한 영세지역의 의료 이용율은 의료보험 환자가 81.6%, 의료보호환자 80.0%, 그리고 일반환자는 83.5%로 거의 비슷한 수준을 보였다. 그러나 처음으로 이용한 의료기관은 의료보험 환자는 병의원 외래 이용율이 39.4%로 의료보호 환자(29.4%)나 일반환자(28.8%)보다 높

Table 19. Reasons for not treating illness experienced during 15-day period and chronic illness

Reasons	Illness experienced during 15-day period				Chronic illness			
	Low income area		Control area		Low income area		Control area	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mild symptom	13	27.6	3	21.4	7	17.1	4	28.6
Incurable	2	4.2	2	14.3	4	9.7	0	—
Economical	28	59.6	5	35.7	28	68.3	7	50.0
Others	4	8.5	4	28.6	2	4.9	3	21.4
Total	47	100.0	14	100.0	41	100.0	14	100.0

는데 반해, 일반환자의 경우는 약국 또는 약방 이용율이 41.0%로 의료보험 및 의료보호 환자의 약국이용율 31.6% 및 28.2%보다 높았다. 의료보호 환자의 경우는 보건소 이용율이 15.3%로 의료보험 환자나 일반환자보다 더 높았다. 대조지역에서의 의료이용율은 의료보호 환자가 100%, 일반환자는 88.4%, 그리고 의료보험 환자는 87.2%였으며, 의료보험 환자의 경우 병의원 외래 이용율이 47.8%로 가장 높고 약국 또는 약방 이용율이 26.1%인데 비해 일반환자는 약국 또는 약방 이용율이 46.4%, 병의원 외래 이용율이 39.2%로 보험환자가 일반환자보다 병의원을 더 많이 이용하였다(표 17).

만성병의 의료보장 종류별 의료이용율은 영세지역에서는 의료보호환자가 91.5%로 의료보험환자 81.8% 및 일반환자 80.9%보다 높았으며, 대조지역에서는 의료보호환자는 100%, 보험환자는 94.0% 그리고 일반환자는 88.5%였다. 만성병을 치료하기 위해 먼저 병의원 외래를 이용한 사람은 영세지역에서는 의료보험 환자인 경우가 54.6%로 의료보호 환자의 38.3%와 일반환자의 31.3%보다 많았다. 그리고 약국 이용율은 의료보험 환자 15.9%, 의료보호환자 14.9%, 일반환자 28.3%로 일반환자의 약국이용율이 가장 높았다. 그러나 보건소 이용율은 의료보호 환자가 8.5%로 의료보험이나 일반환자들보다 더 높았다. 대조지역에서는 의료보험 환자의 52.0%가 병의원 외래를, 그리고 16.0%가 약국 또는 약방을 이용했으며, 일반환자는 36.5%가 병의원 외래를 이용했고 34.4%가 약국을 이용하였다(표 18).

15일동안에 앓은 질병에 대해서 치료받지 않은 이유는 영세지역의 경우 미치료자 47명중 59.6%가 경제적인 이유로, 그리고 27.6%는 경미한 증상 때문에 치료받지 않았으며 대조지역에서는 미치료자 14명 중 35.7

%가 경제적인 이유 때문이었고 21.4%는 경미한 증상 때문에 치료받지 않았다.

만성병을 치료받지 않은 이유로는 영세지역에서의 미치료자 41명중 68.3%가 경제적인 이유로, 그리고 17.1%는 경미한 증상 때문에 치료받지 않았으며, 대조지역도 미치료자 14명중 50.0%가 경제적인 이유로 그리고 28.6%는 경미한 증상 때문에 치료받지 않았다(표 19).

IV. 고 찰

영세지역과 대조지역의 연령 및 성별분포는 양 지역 모두 비슷하게 14세이하의 어린 연령층은 적고 15~64세의 생산연령층은 많은 도시형 인구구조의 특징을 나타내었으나, 영세지역이 대조지역보다 경제수준과 교육수준이 낮았고 주거밀집도는 높았으며 의료보장 수혜율도 더 높았다.

영세지역의 15일간 상병 이환율은 1,000명당 131로 대조지역의 71보다 더 높게 나타났다. 이는 1983년도 전국 도시의 2주간 상병 이환율인 93(1983)¹¹⁾에 비해 영세지역은 다소 높았으나 대조지역은 오히려 낮았으며, 1983년도 국민건강조사 성적 가운데 여름철 도시의 1주간 상병 이환율이 81.6(1984)⁹⁾으로 오히려 영세지역의 상병 이환율보다 더 높았다. 1982년도 10월에 실시된 서울 봉천동의 조사성적도 1,000명당 266(1983)¹²⁾으로 매우 높았는데, 이것은 봉천동의 경제수준이 더 낮을 뿐 아니라, 국민건강조사에서 여름철보다 가을철 조사에서 더 높은 이환율을 보였던 것 처럼 조사시기가 다르기 때문으로 풀이된다. 문과 홍(1976)¹³⁾이 53편의 문헌을 고찰한 결과와 마찬가지로 연구대상 및 방법, 시기 등이 다르고 설문조사의 제약점들 때문에 비

교하기 어려웠으나 전반적으로 타 조사성적과 큰 차이가 없었다.

남녀별 비교에서 영세지역은 남녀 모두 1,000명당 131로 남녀간의 차는 없었으나, 대조지역은 남자 65, 여자 77로 여자가 더 높았는데 1983년도 국민건강조사에서도 남자 85, 여자 100(1983)⁹⁾으로 여자가 더 높았고, 문과 홍(1976)¹³⁾의 분석에 이용된 대부분의 문헌에서도 여자가 더 높은 것으로 나타났다. 연령별로 보면 영세 지역과 대조지역 모두 9세이하의 어린 연령층에서 비교적 높은 이환율을 나타내었고, 10~19세군에서 가장 낮았다가 나이가 증가함에 따라 점차 증가하여 60~64세군에서 가장 높았으며 65세이상 연령군에서는 오히려 낮아지는 양상을 보였다. 이것은 1978년 김등(1980)¹⁴⁾의 성적이나 1982년 김 등(1982)¹⁵⁾의 성적, 그리고 1983년 국민건강조사(1984)⁹⁾에서도 비슷한 양상을 보였다.

월평균 가구총수입별로는 대체로 경제수준이 높을수록 이환율이 감소하는 경향을 보였으며 전반적으로 경제수준이 낮은 영세지역이 대조지역보다 높은 이환율을 보였고, 20세이상 성인들의 교육수준별 15일간 상병이환율도 대체로 교육수준이 높을수록 이환율이 감소하는 양상을 보여 생활수준이 낮을수록 질병 발생률이 높다(1965)⁷⁾는 것을 잘 나타내고 있다.

이환율과 주거밀집도와와의 관계를 보기 위해 사용하는 방수 뿐 아니라 방 크기도 고려해야 하지만 본조사에서는 크기를 측정하지 않고 방수만 조사하여, 방 한 개당 동거가족수로 비교해 본 결과 동거가족수에 관계없이 비슷한 이환율을 보였으며, 오히려 영세지역에서는 한 방에 1명인 경우의 이환율이 31.7%로 가장 높았다. 이것은 영세지역 가운데 방 한개를 1명이 사용하는 경우의 대부분이 독신 고연령자들이기 때문인 것으로 풀이된다.

15일간의 상병으로 인한 평균 활동제한일수는 영세지역이 4.0일로 대조지역의 2.2일보다 더 많았다. 이는 문과 홍(1983)¹³⁾의 문헌고찰에서는 1개월 동안 0.32~4.45일로 나타나 영세지역의 활동 제한일수가 더 많았다. 그러나 봉천동 조사(1983)¹²⁾에서는 15일 가운데 5.6일을 상병으로 인해 활동제한을 받았고 경제기획원 자료(1979)¹¹⁾에는 1977년~1983년사이 도시지역의 15일간 상병으로 인한 활동제한일수가 6.1~6.3일로 오히려 본연구의 영세지역보다 더 많았다. 질병으로 활동제한을 받는 날이 많으면 그만큼 수입도 감소할 것이고 또 의료비 부담도 커지게 되므로 영세민들에게는 질병이 가족 전체의 안녕에 미치는 영향이 매

우 심각할 것으로 생각된다.

조사일로부터 지난 일년동안의 만성병 이환율은 영세지역이 1,000명당 134로 대조지역의 89보다 높게 나타났다. 이것은 1983년도 국민건강조사(1984)⁹⁾ 성적인 1,000명당 144.3보다 다소 낮았으며, 문과 홍(1976)¹³⁾의 분석에 이용된 문헌 가운데 1971년 김 등(1973)¹⁶⁾의 서울지역 만성병 이환율이 1,000명당 175.6으로 본연구의 영세지역보다 더 높았다. 남녀별로는 영세지역과 대조지역 모두 여자가 인구 1,000명당 144 및 102로 남자의 102 및 75보다 약간 더 높게 나타났다. 연령별로는 나이가 증가함에 따라 만성병 이환율이 증가하여 60~64세군에서 영세지역이 1,000명당 449, 대조지역은 375로 가장 높은 이환율을 보였으며 65세이상의 노인층에서는 오히려 감소하였다. 여성이 남성보다 높은 만성병 이환율을 나타낸 것과 연령이 증가함에 따라 이환율이 높아지는 것은 1983년 국민건강조사(1984)⁹⁾ 성적과도 일치하였다. 15일간의 상병 이환율에서와 마찬가지로 65세이상 노인층에서 오히려 이환율이 감소한 것은 65세이상의 노인층이 되면 비교적 건강한 사람들이 선택적으로 생존하기 때문으로 풀이된다.

경제수준별 및 교육수준별 만성병 이환율 비교에서도 15일간 상병과 마찬가지로 대체로 경제수준이나 교육수준이 높을수록 이환율이 낮아, 생활수준과 건강상태가 반비례하고 있는 것을 잘 나타내고 있다.

만성병 이환율과 주거밀집도와와의 관계는 15일간의 상병에서와 마찬가지로 주거밀집도에 관계없이 비슷한 이환율을 보였는데, 이것은 방의 크기를 고려하지 않았기 때문인 것으로 생각된다. 영세지역과 대조지역 모두 한 방에 1명이 거주하는 경우가 여러명이 동거하는 경우보다 만성병 이환율이 더 높았다. 이것은 영세지역의 경우 한 방에 1명이 거주하는 43가구 가운데 26가구가 독신이었고, 이들 중 16명이 만성병을 앓고 있었으며 이 가운데 13명이 55세 이상의 고연령자였고 대조지역도 독신 고령자들이 높은 이환율을 보였기 때문이다.

1년간 만성병으로 활동제한을 받은 일수는 영세지역과 대조지역 모두 약 50%정도는 활동제한이 없었으며 90일이상 활동제한을 받은 경우도 영세지역이 14.2%, 대조지역은 16.5%로 두 지역의 만성병으로 인한 활동제한일수는 별차이가 없었다. 그러나 만성병 유병율은 영세지역이 대조지역보다 통계적으로 유의하게 높는데 이것은 영세지역 주민들은 아파도 생계문제로 일해야 하는 경우가 있기 때문인 것으로 풀이된다.

15일간의 상병건수의 17질병분류별 분포를 보면 영

세지역과 대조지역 모두 호흡기계 질환이 24.0% 및 29.8%로 가장 많았고 그 다음이 소화기계 질환으로 각각 21.0%, 20.6%였다. 이 외의 질병에서는 모두 10%미만으로 영세지역과 대조지역이 비슷한 분포를 보였으나 손상 및 중독은 영세지역이 10.3%로 대조지역의 3.3%보다 높게 나타났으며, 이 가운데 대부분이 골절을 포함한 손상이었는데 이것은 영세지역 주민들이 대부분 막노동이나 기능공으로 취업하고 있는 것과 관련된 것으로 생각된다.

만성병의 병류별 분포는 15일간의 상병과는 달리 영세지역에서는 소화기계 질환이 22.7%로 가장 많았고 근골격계 질환 12.3%, 손상 및 중독 10.8%, 신경통이 9.7%를 차지하였고 대조지역도 소화기계 질환이 21.7%로 가장 많았고 신경통 14.5%, 순환기계질환 11.8% 근골격계 질환 9.9%의 순이었다.

1983년 국민건강조사(1984)⁹⁾ 성적 가운데 도시지역의 만성병류별 분포는 근골격계 질환이 28.9%로 가장 많았으나 여기에는 신경통을 포함시킨 것이다. 본 조사에서도 신경통을 근골격계 질환으로 포함시키면 영세지역이 22.0%, 대조지역은 24.4%로 국민건강조사 성적과 비슷해진다.

15일간 상병의 의료이용율은 영세지역이 82.1%로 대조지역의 88.4%보다 약간 낮았다. 1983년 국민건강조사(1984)⁹⁾에서는 88.5%의 수진율을 보였으며, 서울 봉천동의 조사(1983)¹²⁾에서도 88.5%가 치료를 받았었다. 그러나 김 등(1980)¹⁴⁾의 1978년도 성적인 51.1%보다는 현저히 높았는데 그 원인은 김 등의 조사지역의 의료보장 수혜율이 23.1~32.2%인데 비해 본 조사의 영세지역은 의료보장 수혜율이 48.0%로 훨씬 높았기 때문인 것으로 풀이된다.

15일간의 상병을 처음으로 치료받은 곳은 영세지역에서는 약국 또는 약방이 35.5%로 가장 많았고 병의원 외래는 30.5% 인데 비해 대조지역은 병의원 외래가 42.1%, 그리고 약국 또는 약방은 36.4%로 병의원 외래 이용이 더 많았으며, 보건소 이용은 영세지역이 6.1%로 대조지역의 3.3%보다 많았다. 그런데 1978년 김 등(1980)¹⁴⁾의 조사성적에서 1차 진료장소가 약국인 경우가 79.2%, 병의원은 14.1%로 본 조사 성적보다 약국 이용이 훨씬 더 많았고, 1983년도 국민건강조사(1984)⁹⁾에서도 약국 68.0%, 병의원은 23.4%로 약국 이용율이 매우 높았다. 이것은 의료보장 수혜율이 향상된 것이 중요한 원인일 것으로 추측된다.

의료보장 종류별로 의료기관 이용율을 보면 영세지역과 대조지역 모두 의료보험 가입자는 병의원을 더

많이 이용하고 일반환자는 약국을 더 많이 이용하여 의료보험 유무에 따른 의료이용 양상에 차이가 있었다.

만성병 환자의 의료이용율도 영세지역이 84.8%로 대조지역(90.8%)보다 더 높았으며, 두 지역에서 의료보험 환자나 일반환자 모두 병의원 외래 이용율이 가장 높았으나, 의료보험 환자의 병의원 외래 이용율이 일반환자의 경우보다 훨씬 더 높았고, 미치료율도 의료보험 환자가 일반환자보다 더 낮아 만성병도 의료보험 유무에 따른 의료기관 이용양상이 달랐다. 대조지역의 의료보호 환자수가 너무 적어 영세지역과 비교하기 어려웠으나 대체로 의료보호 환자들은 병의원 외래나 보건소를 많이 이용하였다. 만성병의 첫 치료처가 병의원 외래인 경우가 가장 많았는데, 이것은 정(1983)¹⁷⁾의 조사에서 만성병의 주 치료처가 병의원 외래(29.5%)인 것과 일치하였으며, 김 등(1980)¹⁴⁾의 조사성적에서도 병의원 이용율이 38.1%로 약국보다 병의원을 더 많이 이용하는 것으로 나타났다.

15일간의 상병이나 만성병을 앓고 있어도 치료받지 않은 주된 이유는 영세지역과 대조지역 모두 경제적 이유였으며 특히 영세지역에서 15일간 상병의 경우 59.6%와 만성병의 경우 68.3%로 대조지역의 35.7% 및 50.0%보다 더 높았다. 봉천동 조사(1983)¹²⁾에서도 64.2%가 경제적인 이유로 치료를 받지 않아 영세지역 주민에게는 의료기관의 경제적 접근도가 문제가 되는 것으로 나타났다. 의료보장 종류별로 미치료 이유를 비교해 볼려고 했으나 숫자가 너무 적어 비교하기 어려웠다.

V. 요 약

도시 영세지역 주민의 이환 및 의료이용 양상을 파악하기 위하여 1984년 7월 한 달 동안에 대구시 중구 남산 4동 영세지역 468가구의 가구원 2,002명과 대조지역 374가구의 가구원 1,709명을 대상으로 가구원의 일반적 특성, 질병이환 및 의료이용 양상 등을 면담조사 하였다.

영세지역과 대조지역의 성별, 연령별 분포는 비슷하였으나, 경제수준, 교육수준, 주거밀집도, 의료보장 종류별 분포는 유의한 차이를 보였다.

15일간의 상병 이환율은 영세지역이 1,000명당 131로 대조지역의 71보다 유의하게 높았고, 연령이 증가함에 따라 이환율도 증가하는 경향을 보였으나 65세 이상의 노인층에서는 오히려 감소하였다.

년간 만성병 이환율도 영세지역이 1,000명당 134로 대조지역의 89보다 유의하게 높았고 나이가 증가함에 따라 이환율이 증가하였다.

15일간의 상병은 영세지역과 대조지역 모두 호흡기계 질환이 각각 24.0%, 29.8%로 가장 많았고 그 다음은 소화기계 질환으로 21.0%, 20.6%였으며 손상 및 중독은 영세지역이 10.3%인데 비해 대조지역은 3.3%였다. 만성병은 영세지역과 대조지역 모두 소화기계 질환이 22.7%, 21.7%로 가장 많았고 그 다음으로 영세지역은 근골격계 질환으로 12.3%, 대조지역은 신경통으로 14.5%였으며, 순환기계 질환은 대조지역이 11.8%로 영세지역의 5.6%보다 더 많은데 비해 손상 및 중독은 영세지역이 10.8%로 대조지역의 4.6%보다 더 많았다.

15일간의 상병으로 활동제한을 받은 일수는 영세지역이 평균 4.0일로 대조지역의 평균 2.2일보다 유의하게 높았다.

15일간의 상병이나 만성병을 치료받기 위해 영세지역은 약국을 더 많이 이용하고 대조지역은 병의원 외래를 더 많이 이용하였으며, 특히 의료보장 종류별로는 의료보험 가입자는 병의원 외래를, 그리고 일반환자는 약국을 더 많이 이용하였으며, 미치료율은 의료보장 종류에 관계없이 15일 이환의 경우 영세지역이 17.9%, 대조지역은 11.6%, 그리고 만성병은 영세지역이 15.2%, 대조지역은 9.2%로 영세지역의 미치료율이 대조지역보다 더 높았다.

15일간의 상병이나 만성병 모두 경제적 이유로 치료받지 않은 경우가 가장 많았다.

영세지역의 이환율이 대조지역보다 높은 것은 경제수준, 교육정도, 주거밀집도 등 여러가지 사회경제적인 요소가 관련된 것으로 나타났으므로, 영세민을 위한 보건사업 계획에는 이러한 사회경제적인 요소들을 개선하는 노력을 병행해야 효과적인 보건사업이 추진될 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

1) Suh, S.M.: *The patterns of poverty in Korea. KDI, pp12-13, 1979.*
 2) 남喆鉉, 金惠蓮, 洪賢珠, 徐美卿: 人口·保健指標 및 統計. 韓國人口保健研究院, p59, 1984.

3) 尹鍾周: 人口學. 한일문고, 서울, 1973, p.290.
 4) 大邱每日新聞社: 每日年鑑. 大邱每日新聞社, 코리아헤럴드, 대구, p.27, 1984.
 5) Donohue, J.J.: *Some facts and figures on urbanization in the developing world. Assinment children, UNICEF, 57:23-47, 1982.*
 6) WHO: *Sixth report on the World health situation, Part one global analysis. WHO, Geneva, pp.32-58, 1980.*
 7) Benjamin, B.: *Social and economic factors affecting mortality. Mouton & Co., The Hague. Paris, pp.25-61, 1965.*
 8) Susser, M.W.: *Sociology in medicine. 2nd edition, Oxford university press, London, pp.45-72, 1970.*
 9) 韓國人口保健研究院: 1983年度 國民健康調查報告. 韓國人口保健研究院, p.9, 1984.
 10) 경제기획원: 한국 표준 질병사인 분류. 경제기획원, 분도출판사, 서울, 1979.
 11) 경제기획원: 한국의 사회지표. 경제기획원, pp.165-202, 1983.
 12) 金公鉉, 金顯玉, 安聖圭: 都市 低所得層 地域 保健서비스 開發을 위한 基礎調查 研究報告. 韓國人口保健 研究院, pp.59-82, 1983.
 13) Moon, O.R. and Hong, J.W.: *Health services outcome data. School of public Health, Seoul National University, pp.160-178, 1976.*
 14) 金貞順, 李振洙, 盧炳宜, 李迎雨, 趙秀憲: 全國一部零細地域 住民의 傷病樣相과 保健問題에 關한 研究. 保健學論集, 30:1-42, 1980.
 15) 金貞順, 鄭慶均, 金正根, 洪在雄, 文玉綸, 李時伯: 都市 低所得層의 醫療福祉模型定立을 위한 基礎調查研究. 保健學論集, 35:1-46, 1982.
 16) Kim, I.S., Kim, K.S. and Park, I.K.: *Illness and health care patterns of Yonhee Community Health Service Area. The New Medical Journal, 16(4):35-36, 1973.*
 17) 鄭漢眞: 保健診療員 事業地域 住民의 醫療利用實態. 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 대구, 1983.